

บทที่ 5
สาธารณสุข

บทที่ 5

สาธารณสุข

5.1 ความหมายของสาธารณสุข

การสาธารณสุข หมายถึง การป้องกันและรักษา ทำนุบำรุงให้ประชาชนได้รับความสุขโดยทั่วกัน เป็นการสาธารณสุขโดยมีความมุ่งประสงค์สำคัญที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพและพละอนามัยดี มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันนับได้ว่าเป็นการพัฒนาในด้านกำลังคนของชาติให้มีสุขภาพพละอนามัยสมบูรณ์ เพื่อให้สามารถเป็นกำลังสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้มแข็งแก่สังคมและประเทศชาติตลอดจนสามารถพัฒนาแรงงานของบุคคลที่มีพละอนามัยเหล่านี้ให้เป็นแรงงานที่มีฝีมือ เพื่อสามารถส่งเสริมเพิ่มผลผลิต และสนับสนุนการดำเนินงานของชาติให้บรรลุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติที่กำหนดไว้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้คำนิยาม “สาธารณสุข” ว่าหมายถึง ราชการส่วนกลางเกี่ยวกับอนามัยของประชาชน การดูแลอภิบาลเพื่อให้ร่างกายและจิตใจมีสุขภาพและอนามัย

5.2 กำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข

แนวความคิดและกำลังความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กำหนดเป็นนโยบายหรือวางแผนไว้จะต้องประสานสอดคล้องกับทรัพยากรและกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขนี้เป็นอย่างดี จึงจะมีผลให้แนวความคิดหรือนโยบายนั้นบรรลุผลสำเร็จด้วยดี ทั้งนี้ สถานภาพของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร หรือการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบาดวิทยา ต่างมีผลกระทบต่ออุปสงค์ของกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ในขณะที่อุปทานการผลิตกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับใช้ภายในประเทศนั้นสนองจากการผลิตของหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของเอกชน นิติบุคคล สมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทานจึงเป็นประเด็นหลัก แต่บทบาททางการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและความก้าวหน้าในวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และทิศทางของนโยบายสาธารณสุขต่างก็มีผลต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งกำลังคน และปรากฏในหลายกรณีว่ามีผลให้เกิดการใช้แทนกัน (substitution) ระหว่างทรัพยากรกำลังคน และระหว่างกำลังคนต่างชนิดและประเภทกันอยู่ตลอดเวลาการศึกษาวิจัยจากอดีต ยังไม่อาจทำให้เห็นถึงภาพรวมที่ประมวลสรุปถึงอุป-

สงค์และอุปทานของกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการใช้ทดแทนกันดังกล่าวได้

Chunharas. et. al. (1992) ได้สรุปผลเกี่ยวกับการพิจารณากำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขว่า ในประเทศไทยมีหลายแนวทางเช่น พิจารณาจากดัชนีประชากรต่อหน่วยกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุข (เช่นจำนวนประชากรต่อแพทย์ 1 คน) จนถึงวิธีที่สลับซับซ้อนได้แก่การประมาณความต้องการกำลังคน (manpower requirements) โดยกำหนดมาตรฐานอิงกับอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข (เช่นมีบุคลากรจำนวน 3 - 5 คนต่อ สถานีอนามัย 1 แห่ง หรือ แพทย์ 1 คนต่อ 10 เตียงผู้ป่วย) หรือโดยอิงกับกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับภาระงาน (work load) และการประมาณความต้องการกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเทียบกับความต้องการการบริการ (health needs) ทั้งนี้แต่ละแนวทางต่างก็มีจุดอ่อนและจุดแข็งต่าง ๆ กัน เป็นต้นว่าการใช้ดัชนีพื้นฐานประชากรต่อหน่วยกำลังคนไม่อาจสะท้อนถึงการกระจายตัวของกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อพื้นที่ภูมิศาสตร์ หรือระหว่างชนบทกับเมืองได้ ซึ่งก็จะไม่สามารถสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการใช้กำลังคนและไม่สามารถชี้ถึงความจำเป็นธรรมชาติและโอกาสที่ประชาชนจะเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้การที่กำลังคนทางการแพทย์และสาธาณสุขมีหลายระดับและหลายประเภท การประมาณความต้องการกำลังคนแต่ละระดับและแต่ละประเภท ก็อาจต้องใช้วิธีต่าง ๆ ในการประมาณแตกต่างกันไป ด้วย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พยายามประมาณค่าอุปสงค์และอุปทานกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ก็ยังปรากฏความคลาดเคลื่อนมาก ทบวงมหาวิทยาลัยในการศึกษาจัดทำแผนพัฒนาอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ก็ได้พยายามศึกษาเพื่อเตรียมการผลิตกำลังคนเข้าสู่ระบบเฉพาะในส่วนที่อยู่ในความรับผิดชอบทางทบวงมหาวิทยาลัย แต่ก็พบว่ายังมีกำลังคนทางสาธารณสุขอีกมากประเภทที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบทางการผลิตของทบวงมหาวิทยาลัย และแม้แต่ขั้นตอนในทางปฏิบัติเองเมื่อทบวงมหาวิทยาลัยอนุมัติและเห็นชอบให้สถาบันอุดมศึกษาเอกชนเปิดหลักสูตรผลิตกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ก็ยังเป็นปัญหาที่บัณฑิตเหล่านั้นจะต้องผ่านการอนุมัติประกอบโรคศิลป์จากแพทย์สภาอีกต่อหนึ่งจึงจะสามารถประกอบวิชาชีพได้

จากการประมาณการของกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยย้อนหลังไปตั้งแต่ปี 2530 ประมาณว่ามีแพทย์อยู่ 9,647 คน เป็นสัดส่วนประชากร 5,556 คนต่อแพทย์ 1 คน แต่ก็ได้รับการวิจารณ์ว่าน่าจะคลาดเคลื่อน เพราะน่าจะมีส่วนหนึ่งเสียชีวิตแล้ว และอีกส่วนหนึ่งได้ไปทำงานต่างประเทศหรือประกอบ

อาชีพอื่นที่ไม่มีแพทย์ คณะอนุกรรมการพัฒนากำลังคนของแพทยสภาได้ใช้วิธีทำแบบสอบถามไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ประมาณครั้งนี้ว่ามีแพทย์อยู่เพียง 9,209 คน และจากประมาณการกำลังผลิตแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ จึงประมาณว่าจะมีแพทย์ในปี 2543 เพิ่มขึ้น 15,781 คน หรือเป็นจำนวนแพทย์ทั้งสิ้นในปี 2543 เท่ากับ 20,067 คน โดยแพทย์จะขาดไปจากระบบการผลิตประมาณ 4,200 คนเศษ และจากแพทย์ 20,067 คนนี้จะทำให้สัดส่วนประชากรต่อแพทย์ลดลงเป็น 3,208 คน ในขณะที่การประมาณการของกองโครงการสังคมคาดว่าในปี 2543 จะมีแพทย์เพียง 16,060 คน หรือประมาณ 4,004 คนต่อแพทย์ 1 คน ทั้งนี้ทั้ง 2 วิธีนั้นอาจคลาดเคลื่อนได้ทั้งคู่ แต่ก็ได้มีการประมาณไว้ว่าจะมีการผลิตแพทย์เพิ่มจนถึงปี 2537 กำลังการผลิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 936 คน และจะคงตัวอยู่ที่จำนวนนั้นจนถึงปี 2543 อย่างไรก็ตามถึงปัจจุบันกลับปรากฏว่าโดยนโยบายและวิธีปฏิบัติของทบวงมหาวิทยาลัยในฐานะผู้รับผิดชอบการผลิตแพทย์ นอกเหนือจากการขยายกำลังการผลิตแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่เดิมแล้ว ยังได้มีการอนุมัติผลิตแพทย์ในโรงเรียนแพทย์ที่จัดตั้งขึ้นใหม่ในอีกหลายแห่ง เช่น มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และล่าสุดคืออนุมัติในหลักการการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สะท้อนว่าข้อมูลที่ประมาณการไว้เดิมสำหรับปี 2543 นั้นน่าจะต่ำกว่าที่ปรากฏจริง ๆ ในปี 2543 บ้าง

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ เทศบาล และเอกชน พ.ศ. 2535 - 2538

NUMBER OF PERSONNELS IN THE GOVERNMENT, STATE ENTERPRISE, MUNICIPAL AND PRIVATE ACTIVITIES : 1992 - 1995

ประเภทเจ้าหน้าที่	2535 (1592)	2536 (1593)	2537 (1994)	2538 (1995)	Category personnel
ทั่วราชอาณาจักร					Whole Kingdom
แพทย์	13,398	13,629	14,098	14,181	Physician
ทันตแพทย์	2,669	2,786	2,984	2,520	Dentist
ทันตอนามัย ทันตภิบาล....	1,328	1,376	1,607	1,824	Dental hygienist
เภสัชกร	4,609	4,721	5,575	5,867	Pharmacist
พยาบาล.....	43,856	46,669	51,058	54,262	Nurse
พยาบาลเทคนิค.....	25,424	27,013	25,880	31,280	Technical nurse
ผู้ช่วยพยาบาล.....	13,790	13,344	13,165	13,723	Auxiliary nurse
ผดุงครรภ์.....	10,456	10,525	10,342	5,713	Midwife

ประเภทเจ้าหน้าที่	2535 (1992)	2536 (1993)	2537 (1994)	2538 (1995)	Category personnel
พนักงานอนามัย.....	16,237	16,492	17,255	18,942	Health worker
จำนวนบุคลากร I flu ต่อประชากร					Personal per population
แพทย์.....	4,311	4,296	4,165	4,189	Physician
ทันตแพทย์.....	21,641	21,027	19,677	20,343	Dentist
เภสัชกร.....	12,532	12,409	10,532	10,125	Pharmacist
พยาบาล.....	833	795	1,150	1,095	Nurse
ผดุงครรภ์.....	5,524	5,566	5,677	6,116	Midwife
รัฐบาล					Government
แพทย์.....	9,713	9,993	10,130	10,070	Physician
ทันตแพทย์.....	1,790	1,929	2,119	1,994	Dentist
ทันตอนามัย ทันตภิบาล.....	1,235	1,290	1,512	1,736	Dental hygienist
เภสัชกร.....	2,598	2,697	3,386	3,588	Pharmacist
พยาบาล.....	35,052	37,204	39,540	42,124	Nurse
พยาบาลเทคนิค.....	24,517	26,079	28,733	30,098	Technical nurse
ผู้ช่วยพยาบาล.....	9,768	9,115	8,252	8,292	Auxiliary nurse
ผดุงครรภ์.....	9,972	10,061	9,892	9,287	Midwife
พนักงานอนามัย.....	16,101	16,354	17,091	18,740	Health worker
รัฐวิสาหกิจ					State Enterprise
แพทย์.....	610	613	264	259	Physician
ทันตแพทย์.....	77	76	76	77	Dentist
ทันตอนามัย ทันตภิบาล.....	6	5	5	7	Dental hygienist
เภสัชกร.....	288	253	274	284	Pharmacist
พยาบาล.....	2,701	2,072	2,072	1,816	Nurse
พยาบาลเทคนิค.....	13	47	60	59	Technical nurse
ผู้ช่วยพยาบาล.....	912	892	854	928	Auxiliary nurse
ผดุงครรภ์.....	25	22	56	21	Midwife
พนักงานอนามัย.....	5	5	10	24	Health worker

ประเภทเจ้าหน้าที่	2535 (1992)	2536 (1993)	2537 (1994)	2538 (1995)	Category personnel
เทศบาล					Municipality
แพทย์	523	484	487	488	Physician
ทันตแพทย์.....	156	125	107	108	Dentist
ทันตอนามัย ทันตภิบาล....	66	58	59	43	Dental hygienist
เภสัชกร.....	119	87	100	106	Pharmacist
พยาบาล.....	2,263	2,539	2,660	2,648	Nurse
พยาบาลเทคนิค.....	297	208	337	403	Technical nurse
ผู้ช่วยพยาบาล.....	329	502	285	271	Auxiliary nurse
ผดุงครรภ์.....	3	2	3	2	Midwife
พนักงานอนามัย.....	99	101	101	128	Health worker
เอกชน					Private
แพทย์	2,552	2,539	3,217	3,364	Physician
ทันตแพทย์.....	646	656	682	741	Dentist
ทันตอนามัย ทันตภิบาล....	21	23	31	38	Dental hygienist
เภสัชกร.....	1,664	1,684	1,815	1,889	Pharmacist
พยาบาล.....	4,470	4,854	6,786	7,674	Nurse
พยาบาลเทคนิค	597	679	750	720	Technical nurse
ผู้ช่วยพยาบาล.....	2,781	2,835	3,774	4,232	Auxiliary nurse
ผดุงครรภ์.....	456	440	391	403	Midwife
พนักงานอนามัย	32	32	53	50	Health worker

ที่มาแห่งข้อมูลสถิติ : กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ประมาณการจำนวนแพทย์และสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ 2530-2543

ปี พ.ศ.	การประมาณการของกองโครงการสังคม		การประมาณของแพทยสภา	
	จำนวนแพทย์	ประชากร : แพทย์	จำนวนแพทย์	ประชากร : แพทย์
2530	9,647	5,556	9,209	5,820
2531	10,057	5,422	10,044	5,429
2532	10,521	5,270	10,879	5,096
2533	10,998	5,122	11,714	4,809
2534	11,462	4,990	12,549	4,557
2535	11,995	4,837	13,384	4,335
2536	12,562	4,686	14,219	4,140
2531	13,112	4,552	15,054	3,965
2538	13,645	4,434	15,889	3,808
2539	14,162	4,320	16,124	3,666
2540	14,664	4,235	17,559	3,536
2541	15,150	4,150	18,394	3,418
2542	15,622	4,073	19,229	3,309
2543	16,060	4,004	20,067	3,208

ที่มา : สมัชชาสาธารณสุขไทย, 2531 : 48.

ประมาณการ การผลิต การสูญเสีย และแพทย์ที่มีจำนวนจริง 2530-2543

ปี พ.ศ.	แพทย์ ที่ผลิตได้	แพทย์ ที่สูญเสีย (3%)	แพทย์ ที่มีอยู่จริง	สัดส่วนประชากร ต่อแพทย์
2530	699	276	9,209	5,820
2531	765	289	9,632	5,662
2532	792	303	10,108	5,485
2533	794	318	10,597	5,316
2534	876	332	11,073	5,165
2535	876	348	11,617	4,996
2536	906	364	12,145	4,847

ปี พ.ศ.	แพทย์ ที่ผลิตได้	แพทย์ ที่สูญเสีย (3%)	แพทย์ ที่มีอยู่จริง	สัดส่วนประชากร ต่อแพทย์
2537	936	380	12,687	4,705
2538	936	397	13,243	4,569
2539	936	413	13,782	4,448
2540	936	429	14,305	4,341
2541	936	444	14,812	4,245
2542	936	459	15,304	4,158
2543	936	473	15,781	4,080

ที่มา : สมัชชาสาธารณสุขไทย, 2531 : 49.

สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2537) ได้จัดทำการศึกษาประมาณจำนวนแพทย์ที่ต้องการในอนาคตปี 2544 ขึ้นใหม่ โดยใช้วิธีประมาณการดังนี้

1. จากโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ปัจจุบัน 89 แห่ง 32,830 เตียง มีแพทย์ 2,584 คน หรือแพทย์ 1 คนต่อ 12.7 เตียง คาดว่าจะยกฐานะโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขึ้นเป็น รพท. อีก 16 แห่ง ภายในปี 2544 และปรับอัตราส่วนแพทย์ 1 คนต่อ 9 เตียง

2. จาก รพช. มีแพทย์ 2, 4, 6 และ 8 คนใน รพช. ขนาด 10, 30, 60 และ 90 – 120 เตียง ตามลำดับ ปัจจุบันมี รพช. 592 แห่ง 13,720 เตียง แพทย์ 1,726 คน หรือแพทย์ 1 คนต่อ 7.9 เตียง ภายในปี 2544 จะมี รพช. ขนาด 10 เตียงครบทุกอำเภอ ยกฐานะ รพช. ขนาด 10 เตียงเป็น 30 เตียง ปีละ 30 – 50 แห่ง ยกฐานะ รพช. ขนาด 30 เตียงเป็น 60 เตียง ปีละ 8 – 10 แห่ง และในที่สุดจะยกฐานะ รพช. ขนาด 10 เตียงขึ้นเป็น 30 เตียงทั้งหมด ทำให้ภายในปี 2544 จะมีเตียงผู้ป่วยใน รพช. 22,330 เตียง และอัตราส่วนแพทย์น่าจะเป็น 1 คนต่อ 8.5 เตียง

3. โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (คือกรมการแพทย์ สถาบันสุขภาพจิต 23 แห่ง 12,324 เตียง กรมควบคุมโรคติดต่อ 16 แห่ง 1,470 เตียง กรมอนามัย 12 แห่ง 840 เตียง) ในปัจจุบันมีเตียงรวม 14,834 เตียงแพทย์ 1,150 คน หรืออัตราส่วนแพทย์ 1 คนต่อ 12.9 เตียง ภายในปี 2544 ไม่มีแผนการเพิ่มจำนวนเตียง แต่ปรับคุณภาพโดยเพิ่มแพทย์เป็น 1 คนต่อ 9 เตียง

4. แพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในปัจจุบันมี 2,033 คน ส่วนของกระทรวงอื่น ๆ รวมกันปัจจุบันมีแพทย์ 2,189 คน เมื่อพิจารณาจากกรอบอัตรากำลังและการทด

แทนแพทย์ที่สูญเสียไปแล้ว คาดว่ามีความต้องการแพทย์ถึง 5,767 คนในปี 2544

5. ประมาณการว่าโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ น่าจะขยายตัวในอัตราร้อยละ 15 ต่อปี จากปัจจุบันที่มี 9,074 เตียง และโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดน่าจะขยายตัวในอัตราร้อยละ 13 ต่อปี จากปัจจุบันที่มี 8,898 เตียง ทั้งนี้ประมาณว่าจะมีแพทย์ทำงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉลี่ย 1 คนต่อ 10 เตียง (จากอัตรากาการครองเตียงปัจจุบันประมาณร้อยละ 60 - 65) แต่ก็เป็นไปได้ว่าอัตรากาการขยายตัวนี้อาจสูงถึงร้อยละ 15 ต่อปี หรือไม่สูงมากเพียงแค่อัตรา 10 ต่อปี การประมาณการความต้องการนั้นจึงได้สรุปประมาณการดังแสดงในตาราง ผลการประมาณการแสดงถึงพิสัยความเป็นไปได้เมื่อภาคเอกชนมีอัตรากาการขยายตัวแตกต่างกันไปและเมื่อใช้ข้อมูลที่แพทยสภาได้ประมาณไว้เดิมกับที่มีการรวบรวมข้อมูลใหม่ในกรณีของโรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุขพิสัยความต้องการแพทย์ในปี 2544 อยู่ระหว่าง 19,765 คน ถึง 21,968 คน

ประมาณการความต้องการแพทย์ในปี 2544

หน่วยงาน	จำนวนแพทย์ ปัจจุบัน	จำนวนแพทย์ที่ต้องการ ปี 2544
รพศ./รพท.	2,584	4,889
รพช.	1,726	2,627
สาธารณสุขจังหวัดและส่วนกลาง	182	182
กรมอื่น ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข	1,150	1,648
ทบวงมหาวิทยาลัย (7 มหาวิทยาลัย)	2,033	} 5,767*
กระทรวงกลาโหม	1,246	
กระทรวงมหาดไทยและหน่วยงานอื่น	943	
โรงพยาบาลเอกชน - เดิบโต 15%	-	6,227
- เดิบโต 13%	-	5,507
- เดิบโต 10%	-	4,562

หมายเหตุ : *การประมาณความต้องการที่แพทยสภาประมาณไว้เดิมเป็น 6,395 คนในปี 2543

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข (2537)

เมื่อเปรียบเทียบแผนการผลิตแพทย์ซึ่งประมาณการใหม่จาก 9 มหาวิทยาลัย (10 โรงเรียนแพทย์) ประมาณ 995 คนในปี 2544 เมื่อหักจำนวนที่สูญเสียไปเพราะเหตุต่าง ๆ

ระหว่างปีแล้ว คงมีแพทย์อุปทานอยู่ 20,433 คนในปี 2544 ซึ่งคิดเป็นประมาณการอัตราส่วน แพทย์ 1 คนต่อประชากร 3,288 คน และได้ตั้งข้อสังเกตว่าแม้ว่าจะมีการเร่งรัดการผลิตแพทย์ เพิ่มมากขึ้นโดยทันทีอีกร้อยละ 25 – 50 ตั้งแต่ปีการศึกษา 2537 เป็นต้นไป สถานการณ์ในปี 2544 ก็จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้นเพราะเป็นปีที่มิผลผลิตหนึ่งเริ่มสำเร็จการศึกษา

จากการศึกษาเดียวกันนั้นได้ประมาณความต้องการพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค เฉพาะในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณากรอบอัตรากำลังที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) กำหนดตามภาระงานและลักษณะงานในปัจจุบัน ปรากฏว่าจากทุกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมีกรอบอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพถึง 56,920 อัตรา และพยาบาลเทคนิค 66,196 อัตรา ซึ่งเมื่อเทียบกับจำนวนที่มีอยู่ในปี 2534 มีพยาบาลวิชาชีพ 22,243 คน และพยาบาลเทคนิค 33,691 คน หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 39 และร้อยละ 50 ของกรอบอัตรากำลังทั้งหมดตามลำดับเท่านั้น ทั้งนี้ได้ประมาณการกำลังผลิตพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเองว่าสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ประมาณปีละ 1,550 คน กับพยาบาลเทคนิคปีละ 3,650 คน (ทั้งนี้จะมีพยาบาลเทคนิคเข้าศึกษาเพิ่มเติมเป็นพยาบาลวิชาชีพประมาณปีละ 800 คน) ดังนั้นด้วยกำลังผลิตของกระทรวงสาธารณสุข (เพื่อไว้ใช้เอง) ในปี 2544 คาดว่าจะมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระบบได้เพียง 31,934 คน และพยาบาลเทคนิคอยู่ในระบบเพียง 44,023 คน ซึ่งก็ยังคงเป็นเพียงร้อยละ 56 และร้อยละ 66 ของกรอบอัตรากำลังตามลำดับเท่านั้น

ในส่วนของทบวงมหาวิทยาลัยซึ่งได้ประมาณการเพื่อจัดทำแผนการผลิตกำลังคน สาขาพยาบาลศาสตร์ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อ 1 กันยายน 2535 ได้คิดประมาณความต้องการพยาบาลวิชาชีพ โดยกำหนดอัตราส่วนประชากร 950 คนต่อพยาบาลวิชาชีพ 1 คน แสดงให้เห็นว่าในปี 2544 นั้นตามแผนการผลิตจะมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ 68,292 คน (เพิ่มขึ้นจากจำนวนประชากร 41,132 คนที่มีอยู่ในปี 2533)

ทั้งนี้เมื่อเทียบกับที่เคยมีการประมาณการไว้ก่อนหน้านี้ในการประชุมวิชาการสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1 (2531) โดยคิดอัตราการสูญเสียประมาณร้อยละ 3.31 ต่อปี จากจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 32,563 คนในปี 2530 น่าจะสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ถึงกว่า 77,000 คน ในปี 2544

ข้อมูลการประมาณการเหล่านี้ยังแตกต่างกันอยู่มาก โดยเหตุที่มีข้อสมมติและเงื่อนไขต่าง ๆ กัน แต่การประมาณการที่มีก็คงสอดคล้องกันในแง่ที่สะท้อนความไม่เพียงพอของอุปทานของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่จะมีอยู่ต่อไปจนถึงปี 2544

สำหรับการประมาณการความต้องการ และกำลังผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านอื่น ๆ เช่น ทันตแพทย์ เกษัตริกร และอื่น ๆ ก็มีการศึกษาวิเคราะห์อยู่บ้าง แต่ก็มีสถานภาพทางความรู้ในทำนองเดียวกับการศึกษาวิเคราะห์ด้านแพทย์และพยาบาล กล่าวคือค่อนข้างอ่อนในเชิงวิวิธวิทยาและมีผลให้มีความน่าเชื่อถือต่ำ แต่ก็มีข้อสังเกตสำคัญว่าข้อสมมติในเชิงอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร หรือต่อหน่วยปัจจัยอื่น ๆ นั้นยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่มากกว่าอัตราส่วนนั้น ๆ ควรเป็นเท่าใด อย่างไรก็ตามการขาดแคลนกำลังคนทางด้านนี้ก็ยังปรากฏชัดและน่าจะมียุ่ต่อไปอีก โดยเฉพาะผลกระทบหรืออาการของการขาดแคลนที่แสดงออกในด้านการไหลเวียนถ่ายเทไปสู่แหล่งที่ให้ค่าตอบแทนสูงกว่าโดยเปรียบเทียบ และแนวโน้มของอัตราค่าตอบแทนที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในภาคนอกราชการ

สถานการณ์ขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์ความต้องการแพทย์ในภาพรวมของประเทศของสำนักงานโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขในเดือนกันยายน 2539 พบว่า ประเทศไทยมีความต้องการแพทย์ 30,185 คน เมื่อให้อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ 1 : 2,000 จำนวนจริงที่มีอยู่ในปัจจุบัน 14,948 คน ยังขาดแคลนแพทย์อยู่อีก 15,237 คน

เมื่อดูในชนบทระดับอำเภอซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชน 708 แห่ง ต้องการแพทย์ลงไปปฏิบัติงาน 4,165 คน มีแพทย์ไปปฏิบัติงานจริง ๆ เพียง 1,660 คน หรือ 40 % ของความต้องการเท่านั้นยังขาดแคลนแพทย์อย่างน้อย 2,505 คน ขณะนี้มีโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 30 แห่ง ที่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ต้องใช้วิธีส่งแพทย์ไปหมุนเวียน

เมื่อดูการกระจายตัวของแพทย์ก็พบว่ามีความเหลื่อมล้ำอย่างมากระหว่างกรุงเทพฯกับภูมิภาคต่าง ๆ ดังนี้

ภาค	จำนวนแพทย์	สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร
กรุงเทพ ฯ	6, 154	1:909
กลาง	2,352	1:5,548
เหนือ	1,801	1:6,318
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1, 867	1:10,740
ใต้	1, 224	1:5,968

น.พ.ยุทธ โภชารามิก รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่าโรงเรียนแพทย์ 12 แห่ง สามารถผลิตแพทย์ได้ประมาณปีละ 850 - 900 คน และแพทย์ที่เรียนจบถูกบังคับให้ไปรับสัญญาบัตรรัฐบาลโดยมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) ปี 2514 บังคับให้แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ต้องไปทำงานกับราชการอย่างน้อย 3 ปี ถ้าไม่ไปทำงานชดใช้ต้องเสียค่าปรับ 400,000 บาท ให้กับโรงเรียนแพทย์ ส่วนการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์แต่ละคนนั้นมักใช้วิธีจับสลากโดยไม่ได้คำนึงถึงภูมิฐานะของแพทย์ที่จบการศึกษาแต่ละสถาบันเป็นเหตุให้แพทย์จำนวนหนึ่งต้องโยกย้ายลาออกไปก่อนเวลาอันสมควร เพราะต้องไปทำงานในที่ห่างไกลจากครอบครัวต้องอยู่อย่างยากลำบาก โดยไม่คุ้มกับค่าตอบแทนที่ได้ ทำให้ขาดแคลนแพทย์ในชนบทอย่างถาวร และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

วิกฤตการณ์ที่เห็นชัดคือในปี 2538 คณะกรรมการแพทยสภามีมติให้แพทย์ที่จบใหม่ต้องไปทำงานใช้ทุนในชนบท โดยในปีแรกของการใช้ทุนแพทยสภา “บังคับ” ให้แพทย์จบใหม่ต้องผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่แพทยสภารับรองว่ามีมาตรฐานเพียงพอ ด้วยเหตุนี้ ทำให้แพทย์จบใหม่ในปี 2538 จำนวน 850 คน กระจายไปอยู่เฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ที่แพทยสภารับรอง ไม่มีแพทย์ลงไปในชนบททำให้ขาดแคลนแพทย์ในชนบทถึง 100% ที่น่าสังเกตคือส่วนใหญ่โรงพยาบาลที่แพทยสภารับรองว่ามีมาตรฐานนั้นจะอยู่เฉพาะในจังหวัดภาคกลาง ได้แก่ ราชบุรี ลพบุรี ปทุมธานี จันทบุรี นครปฐม สมุทรสาคร อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา เป็นต้น เมื่อแพทย์ใช้ทุนปี 2 ออกทำงานในโรงพยาบาลชุมชนก็เลือกอำเภอที่อยู่ในเขต ในจังหวัดเดียวกับที่เคยฝึกทักษะ (หนังสือพิมพ์มติชน 8 มิถุนายน 2540)

5.3 หลักสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุข

การสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้พัฒนาก้าวหน้ามาโดยลำดับนับแต่ได้เปิดโรงพยาบาลศิริราช และจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2432 พัฒนาการทางสาธารณสุขของไทยได้ก้าวหน้าไปสู่การแพทย์แผนใหม่ ต่อจากนั้นได้จัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 โดยมีหน้าที่ทำการในด้านการป้องกันโรคและรักษาพยาบาลซึ่งนับได้ว่ารัฐบาลได้รวมกิจกรรมเกี่ยวกับการสาธารณสุขของประเทศซึ่งเคยแยกอยู่ตามส่วนราชการต่าง ๆ ให้มารวมกันเป็นหน่วยงานเดียว และทางราชการได้ถือเอาวันที่ 27 พฤศจิกายน เป็นวันสถาปนากิจการสาธารณสุขแห่งชาติ เรียกว่า “วันสาธารณสุข” มาจนปัจจุบัน

หลักสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุข

ในการพัฒนาสาธารณสุข อาจจำแนกงานพัฒนาออกได้ 4 ประการ คือ

1. งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. งานรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย
3. งานค้นคว้าและเทคนิคทางการแพทย์
4. งานด้านผลิตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่

งานพัฒนาสาธารณสุข อาจพิจารณาในรายละเอียดได้ ดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นงานที่ต้องอาศัยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นจำนวนมาก ทั้งจะต้องควบคุมดูแลในด้านการประกอบโรคศิลป์ให้อยู่ในลักษณะที่มีคุณภาพดีโดยมีกองควบคุมการประกอบโรคศิลป์ คอยตรวจสอบการดำเนินงานของแพทย์ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่จะต้องแนะนำชี้แจงให้ประชาชน ได้มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต และอาจแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งการให้คำแนะนำ และป้องกันโดยการฉีดวัคซีน ป้องกันอหิวาตกโรค ปฏุกผี ป้องกันไข้ทรพิษ การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

2. งานรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย เมื่อตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. 2466 ประเทศไทยยังมีโรงพยาบาลอยู่ทั่วประเทศจำนวนจำกัดอยู่ไม่กี่แห่ง แต่ในปัจจุบันนี้ได้มีโรงพยาบาลของประเทศไทยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตลอดจนถึงทั้งของรัฐบาลและเอกชนที่จะให้การรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลรักษาเฉพาะโรคเป็นจำนวนมาก ตลอดจนสถานีนอนามัยต่าง ๆ ที่จะช่วยบำบัดผู้เจ็บป่วยขั้นต้นให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน และมีสภาพปกติสุขได้ ทั้งในภูมิภาคและท้องถิ่นอย่างทั่วถึง

3. งานค้นคว้าและเทคนิคทางการแพทย์ งานวิจัยทางสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดำเนินงานในหน้าที่สำคัญดังต่อไปนี้

- 3.1 ค้นคว้าวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการตรวจและชันสูตรโรคในการทดลอง
 - 3.2 วิจัยหาสาระสำคัญที่มีอยู่ในสมุนไพรพื้นเมืองด้วยวิธีทางเคมี และชีววิทยา
 - 3.3 วิจัยวิธีการผลิตและเทียบมาตรฐานของชีววัตถุซึ่งใช้ในการป้องกันโรคติดต่อ
- บางชนิด
- 3.4 วิจัยเรื่องโรคอันเกิดจากเชื้อไวรัส
 - 3.5 ค้นคว้าเรื่องอาหารที่ใช้บริโภคที่จะเกิดประโยชน์และมีคุณค่า

การวิจัยเหล่านี้ นอกจากจะมุ่งที่จะค้นคว้าด้วยจากสมุนไพร วิจัยอาหารที่มีคุณค่า เพื่อประโยชน์ในการป้องกันรักษาแล้ว ยังมีความมุ่งหมายในการที่จะผลิตและส่งเสริมนักวิจัยและงานวิจัยด้านสาธารณสุขให้พัฒนาก้าวหน้าทันกับความต้องการและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีแผนใหม่

4. งานด้านผลิตแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ เป็นที่ประจักษ์ว่า อัตราการเพิ่มของประชากรของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเมื่อเทียบอัตราส่วนจำนวนแพทย์กับประชาชนที่จะต้องได้รับการรักษาพยาบาลแล้วก็จะเห็นได้เด่นชัดว่ายังมีอัตราส่วนที่แตกต่างกันอยู่เป็นอันมาก กล่าวคือใน ส่วนกลางแพทย์ 1 คน จะต้องรับผิดชอบต่อประชาชนประมาณ 2,000 คน และในส่วนภูมิภาคแพทย์ 1 คน ต้องรับผิดชอบต่อประชาชนประมาณ 5,000 คน รัฐบาลและองค์กร ตลอดจนมูลนิธิต่าง ๆ ได้พยายามที่จะเร่งผลิตแพทย์และพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการ นอกจากแพทย์และพยาบาลซึ่งขาดแคลนแล้วงานพัฒนาการด้านสาธารณสุขยังขาดแคลนทันตแพทย์ เกษีกร ผู้ช่วยพยาบาล ผดุงครรภ์ พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ พนักงานอนามัย นักสุขภาพิบาล และทันตภิบาล อีกเป็นจำนวนมาก

งานพัฒนาการในทางสาธารณสุขนี้ เป็นงานสำคัญขั้นพื้นฐานที่จะพัฒนาความอยู่ดีมีสุขให้แก่ประชาชน และเป็นการสร้างกำลังคนเพื่อความมั่นคงเข้มแข็ง เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและสังคมของชาติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อกำลังอำนาจแห่งชาติสืบเนื่องต่อไปในอนาคต (สมประสงค์ วิทย์เกียรติ, 2540 : 60 – 62)

5.4 สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย

สภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยที่แสดงได้จากภาวะการตาย ภาวะการเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ และภาวะเจริญพันธุ์ เป็นผลลัพธ์ของปัจจัย สำคัญ 2 ประการคือ การพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของประชากรอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมแล้ว ยังจะปรากฏผลสืบเนื่องจากสภาวะสุขภาพอนามัยอีกหลายประการ ผลสืบเนื่องที่สำคัญ ๆ คือผลต่ออายุขัยเฉลี่ยของประชากร กับผลต่อโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย

ก. ผลสืบเนื่องต่ออายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย

การพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะการจำกัดการระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงหลายโรค และมาตรการต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากโครงการสาธารณสุขมูลฐานและแนวทางการกระจายและขยายการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและการให้ภูมิคุ้ม

กันโรคที่ได้ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องนั้น นอกจากทำให้อัตราตายโดยทั่วไป และอัตราตายของทารกและเด็กลดลงอย่างชัดเจนแล้ว ยังมีผลให้ทรัพยากรมนุษย์ของไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวเพิ่มขึ้นมากด้วย จากการประมาณการค่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในระยะก่อนปี 2500 นั้น แม้ว่าการศึกษาต่าง ๆ จะให้ค่าที่แตกต่างกันไปบ้าง แต่ก็พอสรุปได้ว่าค่าประมาณอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในระยะปี 2480-2490 นั้นต่ำกว่า 40 ปีในเพศชาย และต่ำกว่า 43.5 ปี ในเพศหญิงซึ่งแน่นอนว่าระยะนั้นมีทั้งภาวะสงครามและโรคระบาดต่าง ๆ อย่างน้อย ๆ ก็คือมาลาเรีย และวัณโรค จึงส่งผลให้เด็กชายที่เกิดในระยะนั้นมีอายุเฉลี่ยโดยประมาณเพียงไม่ถึง 40 ปี และเด็กหญิงมีอายุเฉลี่ยเพียงไม่ถึง 43.5 ปี แต่ในช่วงหลังสงครามโลกคือประมาณปี 2490-2500 หลังจากได้เริ่มต้นโครงการมาลาเรีย โครงการวัณโรคและโครงการอื่น ๆ รวมทั้งการเริ่มนำเข้าซึ่งการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่จากประเทศตะวันตกแล้ว พบว่าค่าประมาณอายุขัยเฉลี่ยของเพศชายเพิ่มขึ้นเป็น 40-45 ปี และของเพศหญิงประมาณ 43.5-49 ปี อายุขัยโดยเฉลี่ยประมาณนี้เขยิบสูงขึ้นมาเป็นลำดับซึ่งสะท้อนถึงสัมฤทธิ์ผลและประสิทธิภาพของการแพทย์และสาธารณสุข จนปรากฏจากการประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2529) ว่าในระยะปี 2528-2533 นั้นอายุเฉลี่ยของประชากรเพศชายน่าจะใกล้ ๆ กับ 62 ปี และเพศหญิงน่าจะเป็นประมาณ 67 ปีเศษ และโดยสภาพที่พัฒนาไปนั้นน่าจะเชื่อได้ว่าอายุขัยเฉลี่ยของเพศหญิงในปัจจุบันน่าจะเข้าใกล้ 70 ปีอยู่มาก (ทั้งนี้ไม่รวมพิจารณาถึงผลของกระบวนการระบาดของเชื้อ HIV ซึ่งไม่มีข้อมูลมากพอที่จะนำมาศึกษาและคาดประมาณได้)

ข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่งจากการที่ค่าเฉลี่ยของอายุขัยสูงขึ้นนี้ก็คือ หากคำนึงถึงว่าอายุการทำงานของทรัพยากรมนุษย์ไทยอยู่ในพิสัยจาก 15-60 ปีแล้ว ก็เท่ากับว่าทรัพยากรมนุษย์ของไทยโดยเฉลี่ยแล้วในปัจจุบันสามารถสร้างผลิตภาพทางเศรษฐกิจได้จนตลอดอายุใช้งานนั้น ซึ่งเทียบกับในอดีตก่อนปี 2500 แล้วจะพบว่าทรัพยากรมนุษย์ของไทยในระยะนั้นไม่สามารถสร้างผลิตภาพได้ตลอดอายุใช้งานโดยเฉลี่ย เนื่องจากอายุขัยค่อนข้างต่ำมาก และยิ่งกว่านั้นยังสะท้อนว่าการที่อายุใช้งานสั้นมาก ๆ นั้นการลงทุนใด ๆ ในทรัพยากรมนุษย์เช่นการศึกษาหรือการฝึกอบรม เป็นต้น ก็ทำได้โดยไม่คุ้มค่าการลงทุนด้วย

อายุขัยเฉลี่ยเมื่อเกิดรายเพศ

ระยะปี พ.ศ.	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ปี)	
	ชาย	หญิง
(1) 24X0-2490	37.0 - 40.0	40.0 43.5
2490-2500	40.2 - 45.0	43.5 49.1
2500-2510	53.6 - 56.3	58.7 - 60.6
2510-2520	57.6 - 58.0	61.5 - 63.X
2520-2530	59.2 - 62.2	63.8 - 66.2
(2) 252X-2533	64.35	69.30
2533-2538	65.85	70.55

ที่มา : เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, 2532: 69-70; และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534

เป็นที่คาดหมายว่าภาวะการตายของประชากรไทยโดยทั่วไปน่าจะมีแนวโน้มชะลอตัวลงอีกบ้างแม้ว่าจะจะไม่มากนักเช่นกับในระยะที่ผ่านมา มาเนื่องจากอัตราตายได้ลดลงอยู่ในระดับต่ำมากแล้วก็ตาม เฉพาะอย่างยิ่งการชะลอตัวลงอีกบ้างในภาวะการตายของทารกและเด็กซึ่งปรากฏเป็นแนวโน้มที่ค่อนข้างชัดเจน กล่าวคือจากการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมชาตินั้นคาดหมายว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเด็กชายจะสูงขึ้นเป็นประมาณ 68 ปีในระยะ 2443-2548 และน่าจะเป็น 70 ปี ในระยะปี 2553-2558 จากระดับประมาณ 66 ปีในปัจจุบัน ส่วนของเด็กหญิงคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 73 ปี ในระยะปี 2543-2548 และเป็น 74 ปีเศษในระยะปี 2553-2558 จากที่อยู่ในระดับ 70 ปีเศษในปัจจุบัน (ดูตาราง) อย่างไรก็ตามแม้ว่าดัชนีอายุคาดหมายเฉลี่ยแรกเกิดนี้จะไม่ได้สะท้อนภาวะการตายของประชากรไทยที่จะปรับเปลี่ยนไปทั้งหมดก็ตาม แต่ก็สะท้อนถึงภาพรวมของการพัฒนาทางการแพทย์และสุขภาพอนามัยส่วนหนึ่งที่มีผลอย่างสำคัญต่อการตายของทารกและเด็ก

อายุขัยเฉลี่ยสำหรับการคาดประมาณประชากร

ดัชนีการตาย	2523-28	2528-33	2533-38	2538-43	2543-48	2548-53	2553-58
อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด							
• ชาย	62.60	64.35	65.85	67.35	68.35	69.35	70.10
• หญิง	68.05	69.30	70.55	71.80	72.80	73.55	74.30
การเปลี่ยนแปลงในช่วง 5 ปี							
- ชาย		1.75	1.50	1.50	1.00	1.00	0.75
- หญิง		1.25	1.25	1.25	1.00	0.75	0.75
จำนวนปีที่แตกต่างกัน							
ระหว่างเพศ	5.45	4.95	4.70	4.45	4.45	4.20	4.20

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย, 2523 – 2558. 2534. ตาราง 2 หน้า 9.

ข. ผลสืบเนื่องต่อโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย

การลดลงในภาวะการตาย และในภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยในระยะปีที่ผ่านมา ๆ มีผลกระทบสืบเนื่องถึงโครงสร้างหรือองค์ประกอบทางอายุที่ชัดเจนมากขึ้น ผลกระทบในเชิงพลวัตของการเปลี่ยนแปลงในอัตราเกิดและอัตราตายนั้นนอกจากจะส่งสะท้อนในการที่ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลงแล้ว ยังมีผลให้ประชากรในโครงสร้างอายุต่าง ๆ กันเปลี่ยนแปลงไปด้วย กล่าวคือประชากรวัยเด็กมีสัดส่วนลดลงแม้จำนวนจะยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบันก็ตาม เป็นต้นว่าประชากรวัย 0 – 14 ปีจากร้อยละ 43 ในปี 2503 และร้อยละ 45 ในปี 2513 เหลือเพียงประมาณร้อยละ 32 ในปี 2533 ในขณะที่จำนวนประชากรวัย 0-14 ปีนี้ยังคงเพิ่มขึ้นจาก 11.3 ล้านคนในปี 2503 เป็นประมาณ 18.3 ล้านคนในปี 2533 (อย่างไรก็ตามจำนวนประชากรวัย 0-14 ปีนี้จะเริ่มลดลงในไม่ช้านี้ตามแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงประชากรที่มีการคาดประมาณไว้) ส่วนประชากรในวัยแรงงานที่เป็นกำลังคนของระบบเศรษฐกิจได้เพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วน กล่าวคือจาก 14.1 ล้านคนในปี 2503 เป็นประมาณ 35.6 ล้านคนในปัจจุบัน หรือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.9 ในปี 2503 เป็นประมาณร้อยละ 63.4 ในปี 2533 การเพิ่มขึ้นในจำนวนของกำลังคนวัยทำงานดังกล่าวนี้จะยังเพิ่มขึ้นต่อไปอีกเนื่องจากรุ่น คนที่อยู่ในวัยแรงงานนั้นเกือบทั้งหมดเป็นรุ่นคนที่ได้เกิดมานานแล้ว เช่นผู้ที่อยู่ในปีสุดท้ายของวัยแรงงานปัจจุบันคืออายุ 59 ปีนี้ได้แก่รุ่นคนที่เกิดตั้งแต่ปี 2477 เป็นต้น แต่ที่สังเกตได้ว่าประชากรรุ่นที่

เกิดภายหลังที่มีโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติแล้วคือประมาณปี 2515 นั้นขณะนี้ในปัจจุบันคือผู้ที่อยู่ในรุ่นอายุประมาณ 21 ปี ดังนั้นจึงเป็นไปได้มากกว่าประชากรที่จะเข้าสู่วัยแรงงานใหม่คืออายุ 14 ปี ในปัจจุบันซึ่งจะเคลื่อนเข้าสู่อายุ 15 ปีในปีต่อไป ได้แก่รุ่นคนที่เกิดในประมาณปี 2520-2521 ซึ่งเท่ากับประมาณ 5-6 ปีภายหลังจากที่ได้เริ่มต้นโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติแล้วนั่นเอง เมื่อโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติเริ่มมีผลกระทบต่อเด็กเกิดใหม่หรือมีจำนวนเกิดมีชีพเริ่มลดลงชัดเจนขึ้นในระยะตั้งแต่ก่อนหน้าปี 2520-2521 แล้ว ก็คาดหมายได้ชัดเจนว่านับแต่นี้ต่อไปข้างหน้า รุ่นคนที่เคลื่อนเข้าสู่วัยแรงงานใหม่ของประเทศไทยน่าจะมีจำนวนลดลงเป็นลำดับเป็นรายปีไป

สำหรับประชากรวัย 60 ปี หรือสูงกว่าขึ้นไปนั้นปรากฏจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก กล่าวคือจากประมาณ 7 แสนคนเศษ หรือประมาณร้อยละ 2.8 ในปี 2503 ได้เพิ่มมากถึงเกือบ 2.2 ล้านคนในปี 2503 หรือประมาณร้อยละ 3.89 ซึ่งค่าที่เพิ่มขึ้นนี้จะเพิ่มมากขึ้นต่อไปอีกในอนาคต สาเหตุสำคัญยิ่งที่ส่งผลเช่นนี้ก็เนื่องจากการพัฒนาทางสาธารณสุขที่รุดหน้าไปมากในอดีตโดยตรง เพราะเป็นผลให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาว ผลลัพธ์สำคัญมากเช่นกันส่วนหนึ่งคือการที่ประชากรของไทยจะเริ่มปรับตัวเข้าสู่การเป็นประชากรที่มีอายุเฉลี่ยและอายุมัธยฐานสูงขึ้นเป็นลำดับ

จำนวนและสัดส่วนประชากรตามกลุ่มอายุสำคัญ 2503-2533

(หน่วยเป็นพันคน)

กลุ่มอายุ	2503	2513	2523	2533
0 - 14 ปี	11,319.7 (43.12)	15,506.3 (45.08)	17,165.7 (38.30)	18,325.0 (32.67)
15 - 59 ปี	14,157.5 (53.93)	17,791.6 (51.72)	36,067.4 (58.15)	35,578.0 (63.44)
60 ปีขึ้นไป	734.6 (2.80)	1,056.0 (3.07)	1,591.4 (3.55)	2,179.0 (3.99)
รวมทุกอายุ	26,251.9 (100.00)	34,397.4 (100.00)	44,824.5 (100.00)	56,082.0 (100.00)

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บแสดงค่าสัดส่วนเป็นร้อยละ

* รวมไม่ทราบอายุของปี 2503 และ 2513 ด้วย

ที่มา : 2503 - 2533 จากสำมะโนประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จำนวนประชากรรายกลุ่มจากการฉายภาพ 2535-2558

(หน่วยเป็นพันคน)

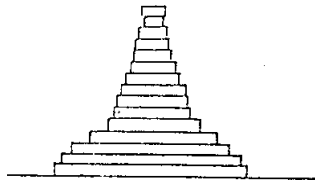
กลุ่มอายุและเพศ	2535	2540	2545	2550	2555	2558
0 - 14 ปี	18,069	17,420	16,916	16,625	16,360	16,108
ชาย	9,179	8,862	8,620	8,480	8,351	8,225
หญิง	8,890	8,558	8,296	8,145	8,009	7,883
15 - 59 ปี	35,952	39,865	43,411	46,397	48,580	49,489
ชาย	18,062	20,057	21,853	23,360	24,476	24,950
หญิง	17,890	19,808	21,558	23,037	24,104	24,539
60 ปีขึ้นไป	3,739	4,509	5,297	6,157	7,397	8,354
ชาย	1,707	2,049	2,409	2,817	3,406	3,858
หญิง	2,032	2,460	2,888	3,340	3,991	4,496

(หน่วยเป็นร้อยละ)

0 - 14 ปี	31.25	29.19	25.78	24.03	22.62	21.78
15-59 ปี	62.24	64.51	66.15	67.07	67.16	66.92
60 ปีขึ้นไป	6.47	7.30	8.07	8.90	10.23	11.30

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2534, ตาราง 1 หน้า 18.

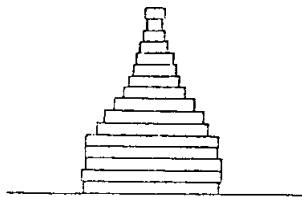
ปิรามิดประชากรไทย 2513-2543



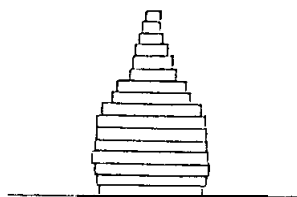
2513



2523



2533



2543

ที่มา : 2513, 2523 และ 2533 จากสำมะโนประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

2543 จากการฉายภาพประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2534).

5.5 บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย

1. นโยบายและการบริหารงานสาธารณสุขในระดับมหภาค

โดยหลักการแล้วประเทศไทยไม่เคยมีและยังไม่มีแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติที่รวมวิเคราะห์และวางแผนการแพทย์และสาธารณสุขเป็นแผนแม่บทเพียงแผนเดียว และไม่มีระบบการบริหารงานสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพ ทั้งนี้เพราะการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขจัดโดยทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชน และในส่วนของภาครัฐบาลนั้นก็ยังคงจัดโดยหลายกระทรวง ทบวง กรมและรัฐวิสาหกิจ การจัดให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยจึงมีความหลากหลายในระบบและรูปแบบอยู่เป็นอันมาก อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์พิจารณาเพียงกว้าง ๆ อาจพอจะกล่าวได้ว่าสามารถประมวลส่วนต่าง ๆ และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลัก ๆ ของผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแต่ละรายได้ตามสมควร กล่าวคือกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดให้บริการรายใหญ่ที่สุดในภูมิภาคและชนบทของประเทศโดยมีระบบการให้บริการเป็นเครือข่ายจากล่างสุดในระดับหมู่บ้านและชุมชนโดยอาศัย

อาสาสมัคร คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สถานีอนามัยในระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ในระดับที่สูงกว่าระดับจังหวัด (มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางประจำที่โรงพยาบาลศูนย์นี้ในหลายสาขา) ภาคเอกชนเป็นผู้จัดให้บริการในเขตเมืองของจังหวัดต่าง ๆ และกรุงเทพมหานคร โดยมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทุกสาขาประจำอยู่ด้วยเป็นผู้ให้บริการหลัก นอกจากนั้นเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ และรัฐวิสาหกิจที่มีเป้าหมายให้บริการบุคลากรของตน แต่ก็มีอุปทานส่วนเกินที่จัดให้บริการแก่ประชาชนทั่ว ๆ ไปด้วยเช่นกัน การให้บริการของสถานพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ และภาคเอกชนนั้น โดยทั่วไปแล้วเป็นการให้บริการโดยไม่มีการจัดทำแผนแม่บท ยกเว้นแต่เฉพาะโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยซึ่งมีการวางแผนแต่จัดเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาทางอุดมศึกษามากกว่าที่จะเป็นแผนบริการการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ดังนั้นโดยหลัก ๆ แล้วจึงมีแต่เฉพาะแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้น้ำหนักและความสำคัญเกือบทั้งหมดกับการศึกษาได้ความรับผิดชอบโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539 : 30-39)

แผนพัฒนาสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข

แผนพัฒนาสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1-2 (พ.ศ. 2504-2509 และ พ.ศ. 2510-2514) เน้นการก่อสร้างและขยายขีดความสามารถ ในการให้บริการ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 2-3 เริ่มให้ความสำคัญกับการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แผนพัฒนาสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ได้มีการจัดโครงการใหม่ ๆ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวมหลายโครงการ โดยเฉพาะที่สอดคล้องกับแนวความคิดเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน เช่น โครงการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว โครงการโภชนาการ โครงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม และโครงการกำจัดและควบคุมโรคติดต่อ รวมถึงการเริ่มต้นทดลองผสมผสานโครงการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ข้อที่เด่นชัดอีกประการหนึ่งในช่วงปลายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 คือการเน้นการเพิ่มอุปทานและการฝึกอบรมบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากแรงผลักดันหลายประการ กล่าวคือ ความต้องการกำลังคนเหล่านี้เมื่อขยายปริมาณสถานบริการออกไปมากขึ้น ภาพความเหลื่อมล้ำในการกระจายกำลังคนเหล่านี้ระหว่างชนบทกับเมือง และระหว่างเมืองเล็กกับเมืองใหญ่ ๆ ปัญหาสมองไหลในยุคนั้นซึ่งถูกดึงออกไปจากประเทศด้วยเหตุที่ผลตอบแทน

แทนต่าง ๆ ในต่างประเทศสูงคว่ำมากโดยเปรียบเทียบ

แผนพัฒนาสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก (เนื่องจากก่อนหน้านั้นเป็นเพียงแต่แทรกแผนงานสาธารณสุขเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเท่านั้น) เริ่มขยายการจัดตั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอเป็นจำนวนมาก ต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ทำให้พบปัญหาที่รุนแรงขึ้นในเรื่องของความไม่เพียงพอทั่วถึงของบริการที่จัดให้ประชาชนตลอดจนคุณภาพของบริการนั้น ๆ ยังไม่เหมาะสมและต่ำกว่ามาตรฐานที่เป็นอยู่ในเขตเมืองต่าง ๆ ด้วย และทำให้มีการเร่งรัดผลิตกำลังคนต่าง ๆ ในทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โครงการต่าง ๆ นับตั้งแต่โครงการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว น้ำสะอาด โภชนาการและอื่น ๆ ต่างมุ่งไปสู่เป้าหมายเด็กก่อนวัยเรียนและการป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อและสามารถป้องกันได้

แผนพัฒนาสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ให้ความสำคัญอยู่ที่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับรู้และระวิงสุขภาพของตนเองโดยอาศัยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน การฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชน และจัดตั้ง ผสส.และ อสม. จุดเน้นของการบริการพื้นฐานอยู่ที่ระดับอำเภอและต่ำกว่าระดับอำเภอโดยตั้งเป้าหมายชัดเจนให้มีโรงพยาบาลอย่างน้อยอำเภอละ 1 โรงพยาบาล ซึ่งมีผลให้จำนวนโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมากในระยะนั้น นอกจากนั้นได้มีการกำหนดเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” และจัดโครงการใหม่ ๆ หลายโครงการเพื่อผลักดันให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั้น เช่น โครงการบัตรสุขภาพ การรณรงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และการจัดการโดยชุมชนด้วยวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

แผนพัฒนาสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) เป็นช่วงเวลาที่การพัฒนาทางสาธารณสุขถูกผนวกเข้าไปเป็นส่วนของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สังคมและวัฒนธรรม และการพัฒนาชนบท โดยกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นทั้งทางกายและทางจิต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ในระยะยาว โดยมีการกำหนดกลยุทธ์เรื่อง “ความจำเป็นพื้นฐาน” (หรือ basic minimum needs) ภายใต้อหลักความยุติธรรมทางสังคมและความสามารถพึ่งตนเองได้ของบุคคล วิธีการและแนวทางหลาย ๆ ประการได้นำมาใช้ในช่วงระแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 นี้ ที่สำคัญ ๆ เป็นต้นว่ากลยุทธ์การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยจัดให้ครบถ้วนตามความจำเป็นพื้นฐาน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมให้เกิดการเรียนรู้ การตัดสินใจ

และพึ่งตนเองได้ กลยุทธ์การปรับปรุงและพัฒนาองค์กรและการจัดการ โดยเฉพาะการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศสาธารณสุขและระบบการประสานงาน (ซึ่งปรากฏในปัจจุบันถึงการปรับปรุงรูปแบบขององค์กรและการจัดการในกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญ ๆ หลายประการ) กลยุทธ์ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งรวมทั้งบริการพื้นฐานต่างๆ กำลังคนและการวิจัยทางสาธารณสุข (ซึ่งปรากฏเป็นระบบที่มีโครงสร้างเป็นรูปปิรามิดโดยใช้การ “ส่งต่อ” (หรือ referral system) และเน้นการใช้ระบบสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่โดยมีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐาน) และกลยุทธ์การปรับกระแสการเงินสาธารณสุขและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข (ซึ่งปรากฏเป็นกิจกรรมต่างๆหลายกิจกรรมในด้านการประยุกต์เทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันและควบคุมโรค การคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับอาหาร ยา เครื่องสำอาง และเคมีภัณฑ์ การรักษาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อและในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ทุพพลภาพและพิการจากการเจ็บป่วย)

แผนพัฒนาสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)

เป็นช่วงเวลาที่ประชากรไทยเผชิญการเปลี่ยนแปลง 2 ด้านควบคู่กันคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรกับการเปลี่ยนแปลงทางขนาดวิทยาของแบบแผนการเจ็บป่วย ซึ่งสะท้อนว่าการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยมีความเป็นพลวัตและสลับซับซ้อนมากกว่าที่เคยผ่านมาในอดีตอย่างมาก กลยุทธ์และแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขจึงต้องปรับเปลี่ยนตัวเองไปมากด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะกลยุทธ์และแนวทางบางประเด็นที่พบว่ามีความสำคัญมากขึ้นและยังคงเป็นปัญหาวิกฤติจนถึงปัจจุบัน เป็นต้นว่าประเด็นที่เกี่ยวกับขอบข่ายครอบคลุมการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และความเป็นธรรมในการแบกรับภาระค่าใช้จ่าย ซึ่งมีผลต่อโอกาสและความสามารถในการเข้าถึงบริการนั้น ๆ ด้วย รวมถึงประเด็นที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพราะเหตุจากความยากจน (ทั้งในเมืองและในชนบท) และการสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม

2. สักยภาพการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข

สถานภาพปัจจุบันของการให้บริการการแพทย์ และสาธารณสุขในความหมายกว้าง ๆ โดยทั่วไปแล้วอาจวิเคราะห์ได้จากอุปทานของสถานพยาบาลและจำนวนเตียงรับผู้ป่วย ทั้งนี้ อุปทานของสถานพยาบาลจะแสดงดัชนีบ่งชี้ถึงขอบข่ายและความกว้างขวางของบริการที่สามารถสนองรับความต้องการบริการของประชาชน และขณะเดียวกันยังสะท้อนถึงโอกาสที่อำนวยให้ประชาชนโดยทั่วไปสามารถเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่งด้วย ส่วนจำนวนเตียงรับผู้

ป่วยก็อาจแสดงเป็นดัชนีวัดอุปทานของบริการสำหรับผู้ป่วยในในทำนองเดียวกัน

จำนวนสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทุกขนาดและทุกประเภทมีอยู่กว่า 1,000 แห่งในปี 2534 จำนวนสถานพยาบาลนี้เพิ่มขึ้นอย่างมากในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ต่อเนื่องจนถึงระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) โดยเฉพาะใน ส่วนที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับสถานพยาบาลประเภททั่วไปนั้น เพิ่มขึ้นจาก 896 แห่งในปี 2530 เป็น 1,019 แห่งในปี 2535 ซึ่งเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข เองนั้นเพิ่มขึ้นมากถึง 73 แห่งในระยะ 6 ปีนั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนใน ระดับอำเภอเพื่อขยายโอกาสและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการเป็นหลัก ส่วนสถานพยาบาลประเภททั่วไปในสังกัดอื่น ๆ ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก จะพบว่าในสถานพยาบาลของภาคเอกชนนั้นมีการเปลี่ยนแปลงเป็นจำนวนขึ้น ๆ ลง ๆ ตามภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งฟูไปบ้างระยะปี 2530-2531 แต่กลับฟื้นตัวขึ้นหลังจากนั้น ในส่วนของสถานพยาบาลประเภท เฉพาะทางมีการเปลี่ยนแปลงจำนวนอยู่ตลอดทุกปี ทั้งนี้เป็นเพราะการปรับตัวของธุรกิจการ รักษาพยาบาลของภาคเอกชน ซึ่งส่วนหนึ่งคือการปรับสภาพธุรกิจโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยน จากการเป็นสถานพยาบาลประเภทเฉพาะทางไปเป็นสถานพยาบาลประเภททั่วไปซึ่งผลตอบแทนจากการลงทุนจะมีสูงกว่าที่คิดว่าจะตามสมควร แต่ก็ยังน่าสังเกตว่าสถานพยาบาลประเภท เฉพาะทางนั้นเป็นของภาคเอกชนมีจำนวนมากกว่าของภาครัฐบาล

จำนวนสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 2530-2535

	2530	2531	2532	2533	2534	2535
ก. ประเภททั่วไป	896	902	926	959	983	1,019
- รัฐบาล	700	710	723	736	755	766
- กระทรวงสาธารณสุข	635	652	660	670	686	708
- กระทรวงอื่น ๆ	65	58	63	66	69	68
- รัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระ	10	11	11	12	11	12
- เทศบาล	6	7	7	7	8	8
- เอกชน	180	174	185	204	209	223
ข. ประเภทเฉพาะทาง	87	80	85	84	81	78
- รัฐบาล	30	34	33	33	33	33
- กระทรวงสาธารณสุข	29	33	32	32	32	32
- กระทรวงอื่น ๆ	1	1	1	1	1	1
- รัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระ						
- เทศบาล						
- เอกชน	57	46	52	51	48	45

ที่มา : สถิติสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข