บทที่ ๓

การวิเคราะห์ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านแพทย์

จากการพิจารณาเปรียบเทียบอุปสงค์และอุปทานของกำลังคนด้านแพทย์ในบทก่อน ย่อมเป็นที่ประจักษ์แล้วว่าประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านแพทย์อย่างมากมายทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ก่อนที่จะพิจารณาปัญหาการขาดแคลน ควรจะได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาให้ชัดแจ้งก่อน ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านแพทย์นี้อาจแยกได้เป็นทางด้านอุปทานประการหนึ่ง และทางด้านอุปสงค์อีกประการหนึ่ง สำหรับปัญหาทางด้านอุปทานนั้นได้แก่ปัญหาทางด้านการผลิตแพทย์ ปัญหาเกี่ยวกับการเดินทางไปต่างประเทศของแพทย์และพยาบาล ปัญหาการกระจายไปสู่ชนบท และปัญหาของการทำงานต่ำระดับ เป็นต้น ส่วนการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วมากของประเทศไทยในขณะนี้ก็จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านอุปสงค์ของกำลังคนด้านแพทย์อันเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ด้วยเช่นกัน

จำนวนและการเพิ่มของอุปทานกำลังคนด้านแพทย์

ในปัจจุบันจำนวนแพทย์ที่มีอยู่นับว่ายังน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั่วประเทศ จากทะเบียนใบประกอบโรคศิลป์ ปรากฏว่าในปี ๒๕๑๒ มีแพทย์รวมทั้งสิ้น ๕,๓๒๒ คน แต่ที่อยู่ทำงานในประเทศเหลือเพียง ๔,๑๓๓ คน เท่านั้น (ร้อยละ ๗๗.๗ ของแพทย์ทั้งหมด) โดยเมื่อคิดเทียบอัตราส่วนกับประชากรแล้วจะได้เพียงประมาณ ๑ : ๘,๓๑๐ การที่จะแก้ปัญหาโดยการผลิตแพทย์ขึ้นมาให้พอนั้น ก็เป็นสิ่งที่ทำได้ยากมาก ด้วยเหตุผลหลายประการ ถึงแม้จะได้มีการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ขึ้นใหม่อีก ๒ - ๓ แห่งแล้วก็ตาม แต่ก็เพิ่งจะมีขึ้นในระยะ ๑๐ กว่าปีที่แล้วมานี้ และมีกำลังผลิตประมาณ ๓๖๐ คน แต่การที่จะเพิ่มกำลังการผลิตขึ้นให้มากกว่านี้ย่อมจะต้องใช้เวลาอันยาวนานและการลงทุนสูงมาก นอกจากนั้นแล้วสิ่งที่จะต้องพิจารณาอีกอย่างหนึ่ง คือ เวลาที่ใช้ในการผลิตแพทย์นานถึง ๖ ปี อุปสรรคที่สำคัญก็คือการจัดหาอาจารย์ที่ทำหน้าที่สอนในคณะแพทยศาสตร์ และในระยะต่อไปการเปิดคณะแพทยศาสตร์ใหม่นั้นจะทำแต่เฉพาะในมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาค ปัญหาการเตรียมอาจารย์จึงยิ่งลำบากมากขึ้น เพราะเป็นที่ทราบอยู่แล้วว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังอยากปฏิบัติงานในเขตพระนคร-ธนบุรี

จากการมีแพทย์จำนวนน้อยและอัตราการเพิ่มก็ยังต่ำแล้ว ยังมีปัญหาที่ทำให้อุปทานของแพทย์ต่ำลงไปอีกก็คือ การที่ต้องสูญเสียแพทย์ไปโดยที่บางคนก็หยุดทำงานเพราะเกษียณอายุ หรือเปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่น แต่สาเหตุที่กระทบกระเทือนถึงอุปทานของแพทย์อย่างมากก็คือ การที่แพทย์เป็นจำนวนมากเดินทางไปต่างประเทศ การที่แพทย์ต้องทำงานต่ำกว่าระดับความสามารถ และการขาดผู้ช่วยระดับต่าง ๆ อีกด้วย สาเหตุ ๒ ประการหลังนี้จะได้พิจารณาอย่างละเอียดในตอนต่อไป

หอสมุดกลาง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเดินทางไปต่างประเทศของแพทย์และพยาบาล

ดังกล่าวแล้วว่าการเดินทางไปต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถเพิ่มอุปทานกำลังคนด้านแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะได้มีความพยายามที่จะเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์ขึ้นก็ตาม อันจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์รุนแรงยิ่งขึ้น การที่แพทย์และพยาบาลจำนวนมากเดินทางไปต่างประเทศนี้ก็อาจเพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาและอบรม ซึ่งก็ย่อมจะต้องใช้เวลาอันยาวนานพอสมควร หรือในบางกรณีอาจเพื่อไปประกอบอาชีพ ณ ต่างประเทศอีกด้วย จากการศึกษาสถิติในปี ๒๕๐๘ มีแพทย์ซึ่งเดินทางไปต่างประเทศเป็นจำนวน ๒๗๗ คน แต่ขณะเดียวกันมีแพทย์เดินทางกลับมาเพียง ๙๑ คน ผลสุทธิก็คือประเทศจะต้องสูญเสียแพทย์ไปเป็นจำนวน ๑๘๖ คน จำนวนแพทย์ที่เดินทางไปต่างประเทศนี้ได้มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในปี ๒๕๑๑ และ ๒๕๑๒ จำนวนแพทย์ที่เดินทางไปต่างประเทศนี้ได้เพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวของจำนวนในปี ๒๕๐๘ สำหรับแพทย์ที่เดินทางกลับเข้าประเทศนั้นก็มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในปีต่อ ๆ มา แต่จำนวนก็ได้ลดน้อยลงไปอีกในปี ๒๕๑๒ กล่าวคือ ในปี ๒๕๑๑ มีแพทย์ที่เดินทางกลับประเทศถึง ๓๓๗ คน และได้ลดลงเหลือเพียง ๒๘๕ คนในปี ๒๕๑๒ ทำให้ประเทศต้องสูญเสียแพทย์ไปเป็นจำนวนถึง ๓๖๔ คน (ดูตารางที่ ๑๔)

สถิติการเดินทางไปและเดินทางกลับจากต่างประเทศหลังปี ๒๕๑๒ ยังมิได้มีการสำรวจแต่เป็นที่คาดได้ว่าจำนวนแพทย์ที่จะเดินทางกลับเข้าประเทศ ซึ่งมีทีท่าว่าจะเพิ่มสูงขึ้นและได้กลับลดน้อยลงนั้น จะมีจำนวนลดลงอีกในปีต่อ ๆไป เนื่องจากทราบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาจะให้ Immigrant Visa แก่แพทย์ชาวต่างประเทศเป็นจำนวนมากในปี ๒๕๑๕ จึงเป็นที่คาดหมายว่าแพทย์บางคนซึ่งแต่เดิมตั้งใจจะเดินทางกลับเข้าประเทศได้เปลี่ยนใจอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาต่อ ส่วนจำนวนแพทย์ที่จะเดินทางไปต่างประเทศนั้นคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งใน

เรื่องนี้พอจะสรุปผลได้จากการศึกษาของ Dr. William Edgar Maxwell ในเรื่อง "Thai Medical Student and Rural Health Service" ซึ่งได้ศึกษาถึงความสนใจในการฝึกอบรมหลังปริญญาในต่างประเทศของนักศึกษาแพทย์ จากการตอบคำถามที่ว่าถ้ามีโอกาสท่านจะเดินทางไปศึกษาอบรม ณ ต่างประเทศหรือไม่จากนักศึกษา ๑,๐๐๔ คน นักศึกษาแพทย์จำนวน ๕๘๕ คน หรือประมาณร้อยละ ๕๔ แสดงความตั้งใจว่าจะไปศึกษาอบรมต่อในต่างประเทศอย่างแน่นอนถ้ามีโอกาส มีจำนวน ๓๔๐ คนหรือร้อยละ ๓๖ ที่เพียงแต่คิดว่าจะไป มีนักศึกษาเพียง ๑๔ คน หรือร้อยละ ๒ เท่านั้นที่คิดว่าจะไม่ไป สำหรับผู้ที่ตั้งใจว่าจะไม่ไปแน่ ๆ มีอยู่เพียง ๒ คน หรือไม่ถึงร้อยละ ๑ ส่วนอีกประมาณร้อยละ ๘ ไม่ตอบคำถามดังกล่าว ในจำนวนผู้ที่ต้องการเดินทางไปต่างประเทศนี้ประมาณ ๘๕% ต้องการไปศึกษาอบรมต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนที่เหลือต้องการเดินทางไปประเทศสหราชอาณาจักรอังกฤษ หรือสาธารณรัฐเยอรมัน และจากการสอบถามนักศึกษาแพทย์ปีที่ ๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๐๔ จำนวน ๒๐๐ คน ปรากฏว่าประมาณร้อยละ ๕๔ ต้องการไปต่างประเทศทันทีที่สำเร็จการศึกษาในประเทศไทยแล้ว ร้อยละ ๔๐ ตอบว่าอาจไปศึกษาอบรมต่อในต่างประเทศ มีเพียงร้อยละ ๑ เท่านั้นที่ตอบว่าไม่ไปแน่ ๆ

นักศึกษาแพทย์ที่สอบ ECFMG (Evaluation Committee on Foreign Medical Graduates) ได้เกือบทั้งหมดจะเดินทางไปศึกษาอบรมในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยทุนส่วนตัว โดยการสมัครเข้าทำงานในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในหน้าที่แพทย์ฝึกหัด (Intern) ก่อน ในจำนวนนี้ทุกคนจะได้เข้าโครงการฝึกอบรม (Training Program) เป็น Resident โดยจะได้รับเงินเดือนจำนวนหนึ่งมากน้อยแล้วแต่โรงพยาบาลเป็นแห่ง ๆ ไป จากการตอบแบบสอบถามในเรื่องเกี่ยวกับระยะเวลาที่จะไปฝึกอบรม ปรากฏว่าร้อยละ ๕๑ ตั้งใจจะสอบให้ได้เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Boards) ก่อน แล้วจึงจะกลับซึ่งกินเวลาประมาณ ๔ - ๘ ปี อีกร้อยละ ๑๗ ต้องการจะสอบเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้ได้และอยู่ทำงานเพื่อหาประสพการณ์ต่ออีก ๒ - ๓ ปี ก่อนแล้วจึงจะกลับ มีเพียงร้อยละ ๖ ที่ต้องการจะทำปริญญาเอกซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ ๔ - ๗ ปี และร้อยละ ๑๓ ต้องการจะทำปริญญาโทซึ่งใช้เวลาเพียง ๒ ปี เฉลี่ยแล้วประมาณ ๗๕% ของแพทย์ที่ไปศึกษาอบรมจะใช้เวลาอยู่ในต่างประเทศประมาณ ๕ - ๖ ปี

จากผลการศึกษาของ Dr. William Edgar Maxwell นี้พอจะคาดคะเนและสรุปได้ว่าจะมีแพทย์เดินทางไปศึกษาอบรมในต่างประเทศเพิ่มมากขึ้นทุกปี สาเหตุจูงใจที่ทำให้แพทย์เดินทางไปต่างประเทศกันมากนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายประการ คือ เพื่อการศึกษาหาความรู้ความชำนาญ

เพิ่มเติมในต่างประเทศซึ่งมีการศึกษาทางด้านการแพทย์ในระดับหลังปริญญาเจริญก้าวหน้ามาก แพทย์สามารถเลือกเรียนวิชาสาขาต่าง ๆ ได้ตามที่ตนชอบ นอกจากจะได้รับความรู้เพิ่มเติมแล้ว โรงพยาบาลในต่างประเทศยังให้เงินเดือนสูงมาก เมื่อเทียบกับเงินเดือนที่จะได้รับในประเทศไทย มีความเป็นอยู่สะดวกสบาย มีมาตรฐานการครองชีพสูง และทั้งยังเป็นการยกวิทยฐานะของตนทั้งในด้านส่วนตัวและราชการเมื่อได้ปริญญา หรือ board จากต่างประเทศ กล่าวคือจะได้รับการตีราคาคุณวุฒิจาก ก.พ. และได้รับการบรรจุเข้ารับราชการในอัตราเงินเดือนสูงทันที เป็นทางลัดที่จะได้เลื่อนชั้นเลื่อนตำแหน่งได้เร็วกว่า แพทย์ที่ไม่ได้ไปศึกษาหรืออบรมต่อในต่างประเทศ ทั้งยังได้รับความนิยมเชื่อมใสจากประชาชนทั่วไปว่ามีวุฒิและความสามารถสูงกว่าแพทย์ที่ไม่เคยไปต่างประเทศ ประกอบกับขณะนี้ประเทศสหรัฐอเมริกากำลังขาดแคลนแพทย์ประจำบ้านอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นเหตุที่ส่งเสริมให้แพทย์สามารถเดินทางไปศึกษาและอบรม ณ ประเทศสหรัฐอเมริกาง่ายเข้า

การที่แพทย์เดินทางไปศึกษาและอบรมต่างประเทศนี้นับว่ามีทั้งผลดีและผลเสียแก่ประเทศ ผลดีที่จะรับได้ก็คือการที่แพทย์ส่วนใหญ่เดินทางไปศึกษาและอบรมเป็นระยะเวลาหนึ่งจะนำเอาความรู้ความชำนาญ ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์กลับมาใช้ให้เป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติ อันจะเป็นการยกมาตรฐานการแพทย์ของไทยให้ทันสมัยอยู่เสมอ เนื่องจากการศึกษาวิชาการแพทย์นั้น จำเป็นจะต้องมีการศึกษาอยู่ตลอดเวลา ประกอบกับแพทย์ส่วนใหญ่ที่เดินทางไปต่างประเทศนั้นก็จะกลับเข้ามาภายในระยะเวลาประมาณ ๕ - ๖ ปี และเมื่อถึงช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วการไปและการกลับก็จะเข้าสู่สภาพสมดุลย์ แต่ถึงแม้ว่าการที่แพทย์เดินทางไปต่างประเทศนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่วงการแพทย์ ทำให้มีความก้าวหน้าทันสมัยทัดเทียมมาตรฐานต่างประเทศ และก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์เพียงชั่วคราวเท่านั้นก็ตาม แต่การที่แพทย์เดินทางไปศึกษาและอบรม ณ ต่างประเทศในปีหนึ่ง ๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะแพทย์ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาใหม่ ๆ ซึ่งนิยมที่จะไปศึกษาต่อในต่างประเทศเป็นจำนวนมาก ย่อมจะก่อให้เกิดผลเสียหายแก่ประเทศได้ กล่าวคือจะเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่มีอยู่แล้วทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ประกอบกับในการผลิตแพทย์คนหนึ่ง ๆ นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้คำนวนไว้ว่า รัฐจะต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนทั้งสิ้นประมาณ ๑๔๐,๐๐๐ บาท การที่แพทย์เดินทางไปต่างประเทศเป็นจำนวนมาก ๆ นี้ จึงทำให้รัฐไม่ได้รับผลประโยชน์ตอบแทนอย่างเต็มที่ในการลงทุนผลิตแพทย์ด้วยเงินจำนวนมากดังกล่าว

ผลเสียหายอีกประการหนึ่งก็คือ การที่แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ๆ เป็นจำนวนมากซึ่งยังไม่มีประสพการณ์ในด้านการทำงานและสภาพสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท เดินทางไปศึกษาและอบรมต่อยังต่างประเทศที่มีบริการทางด้านการแพทย์เจริญมากแล้วเป็นเวลาหลาย ๆ ปี เมื่อกลับมาปฏิบัติงานในประเทศบางรายอาจไม่สามารถปรับปรุงตัวให้เข้ากับสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมดังกล่าวได้ ก็จะยิ่งทำให้เขาห่างจากชนบทมากขึ้นไปทุกที หรือในบางรายอาจเดินทางกลับไปปฏิบัติงานในต่างประเทศอีก ฉะนั้นในเรื่องการเดินทางไปศึกษาและอบรมในต่างประเทศของแพทย์นี้จึงควรจะต้องคำนึงถึงทั้งผลดีและผลเสียซึ่งจะเกิดขึ้นแก่ประเทศ และพิจารณาหามาตรการที่จะดำเนินการแก้ไขผลเสียอันจะเกิดจากปัญหานี้ต่อไปอย่างจริงจัง

สำหรับพยาบาลที่เดินทางไปต่างประเทศเป็นจำนวนมากนั้น ก็เป็นสาเหตุอีกประการหนึ่งที่ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์รุนแรงยิ่งขึ้น จากการศึกษาสถิติปรากฏว่าพยาบาลที่เดินทางออกจากประเทศมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในปี ๒๕๑๑ และ ๒๕๑๒ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากมาย กับทั้งยังไม่ได้สัดส่วนกับพยาบาลที่เดินทางกลับเข้าประเทศในแต่ละปี ซึ่งมีจำนวนน้อยมาก ดังข้อเท็จจริงจากตารางที่ ๑๕ กล่าวคือ มีจำนวนต่างกันถึง ๔๓๑ คนในปี ๒๕๑๑ และ ๔๘๖ คน ในปี ๒๕๑๒ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนพยาบาลที่เดินทางไปต่างประเทศทั้งหมดมีจุดประสงค์เพื่อไปประกอบอาชีพ ส่วนที่เหลือก็เพื่อไปศึกษาและดูงานเพิ่มเติมและเพื่อจุดประสงค์อื่น ๆ สำหรับพยาบาลที่เดินทางไปต่างประเทศเพื่อจุดประสงค์ในการประกอบอาชีพซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ๆ จึงไม่มีกำหนดการเดินทางกลับเข้าประเทศที่แน่นอน ประกอบกับแม้แต่พยาบาลที่เดินทางไปศึกษาและดูงานด้วยทุนส่วนตัวก็อาจจะอยู่ประกอบอาชีพต่อในต่างประเทศอีกระยะหนึ่งด้วย สาเหตุจูงใจที่สำคัญที่ทำให้พยาบาลเดินทางไปต่างประเทศกันเป็นจำนวนปีละมาก ๆ เช่นนี้ ก็เนื่องจากการที่ได้รับรายได้สูงมากในต่างประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ที่จะได้รับจากการปฏิบัติงานในประเทศ นอกจากนี้ก็ยังมีสาเหตุอื่นบางประการที่ทำให้พยาบาลออกไปประกอบอาชีพในต่างประเทศ ซึ่งได้แก่เรื่องของสภาพทางด้านจิตใจ และความก้าวหน้าในอาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีโอกาสก้าวหน้าได้น้อยมากในประเทศไทย

การที่พยาบาลเดินทางไปต่างประเทศเป็นจำนวนมากนั้น อาจกล่าวได้ว่าผลประโยชน์ที่ประเทศจะได้รับนั้นมีน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับผลเสียที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ จะก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลขึ้นกับทั้งยังเป็นผลเสียแก่เศรษฐกิจของประเทศโดยตรง ในการที่ประเทศได้ลงทุนไปในการผลิตพยาบาลแล้วไม่ได้รับผลประโยชน์ตอบแทนจากการลงทุนนั้น แต่ตรงกันข้ามกลับทำให้เป็นประโยชน์แก่ประเทศอื่น

ตารางที่ ๑๔ จำนวนแพทย์ที่เดินทางออกจากประเทศและกลับเข้าประเทศ
ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๐๘ - ๒๕๑๒

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์เดินทางไปต่างประเทศ	จำนวนแพทย์ที่เดินทางกลับเข้าประเทศ	การสูญเสียกำลังคนด้านแพทย์
๒๕๐๘	๒๗๗	๙๑	๑๘๖
๒๕๐๙	๓๓๗	๑๐๑	๒๓๖
๒๕๑๐	๒๘๑	๑๗๓	๑๐๘
๒๕๑๑	๖๑๖	๓๓๗	๒๗๙
๒๕๑๒	๖๕๔	๒๘๕	๓๖๙
รวมทั้งสิ้น	๒,๑๖๕	๙๘๗	๑,๑๗๘

ที่มา : รายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับการศึกษาสถิติ แพทย์และพยาบาลไปต่างประเทศและกลับเข้าประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ๑๔ จำนวนแพทย์ที่เดินทางออกจากประเทศและกลับเข้าประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๘ ถ ๒๕๑๒

ปี พ.ศ.	จำนวนพยาบาลที่เดินทางไปต่างประเทศ	จำนวนพยาบาลที่เดินทางกลับเข้าประเทศ	การสูญเสียพยาบาล
๒๕๐๘	๑๕๓	๓๕	๑๑๘
๒๕๐๙	๒๐๐	๓๐	๑๗๐
๒๕๑๐	๒๕๐	๑๐๒	๑๔๘
๒๕๑๑	๕๗๓	๑๔๒	๔๓๑
๒๕๑๒	๖๓๐	๑๓๔	๔๙๖
รวมทั้งสิ้น	๑,๔๐๖	๔๔๓	๑,๓๖๓

ที่มา : รายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับการศึกษาสถิติแพทย์และพยาบาลไปต่างประเทศและกลับเข้าประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

การทำงานที่ต่ำกว่าระดับของแพทย์ (Underemployment)

ปัญหาการที่แพทย์ต้องทำงานต่ำกว่าระดับความสามารถอันเป็นสาเหตุกระทบกระเทือนถึงอุปทานของแพทย์ประการหนึ่งนั้น มีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาการขาดแคลนบุคคลากรอนามัยประเภทต่าง ๆ อันได้แก่พยาบาล พนักงานอนามัย พนักงานเทคนิคการแพทย์ พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และอื่น ๆ กล่าวคือ นอกจากแพทย์จะต้องปฏิบัติงานในหน้าที่วินิจฉัยและรักษาโรคแล้ว แพทย์ยังจะต้องปฏิบัติงานซึ่งตามข้อเท็จจริงแล้วควรเป็นงานในหน้าที่รับผิดชอบของบุคคลากรอนามัยอื่น ๆ ตัวอย่าง เช่น แพทย์จะต้องปฏิบัติงานในด้านการป้องกันโรค ซึ่งควรจะเป็นงานในหน้าที่รับผิดชอบของพนักงานอนามัย หรือปฏิบัติงานด้านการวิเคราะห์วิจัย ซึ่งควรจะเป็นงานของพนักงานเทคนิคการแพทย์ หรือพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ นอกจากนั้นแพทย์ยังจะต้องปฏิบัติงานบางประเภทซึ่งควรจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลอีกด้วย สำหรับพยาบาลนั้นนับว่ามีส่วนสำคัญที่สุด เพราะเหตุว่าพยาบาลสามารถที่จะรักษาโรคได้ตามกฎหมายการประกอบโรคศิลป์[๑] การขาดแคลนพยาบาลจึงมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาของการขาดแคลนแพทย์ จากสถิติในปี ๒๕๑๒ ประเทศไทยมีพยาบาลทั้งสิ้น ๗,๕๙๙ คน ผดุงศรรภ์ ๓,๘๒๖ คน และบุคคลากรอนามัยประเภทอื่น ๆ ทุกระดับอีก ๘,๕๐๙ คน รวมบุคคลากรอนามัยทั้งสิ้นเพียง ๑๙,๙๓๔ คน ในขณะที่ประเทศขาดแคลนแพทย์อยู่แล้ว กล่าวคือ มีแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในประเทศเพียง ๔,๑๓๓ คน หรือถ้าจะเปรียบเทียบอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนบุคคลากรอนามัยประเภทอื่นจะเป็น ๑ : ๔.๘ เท่านั้น แต่สำหรับประเทศที่ต้องการให้การสาธารณสุขดำเนินไปอย่างดีพอสมควรนั้น ควรจะมีอัตราส่วนของแพทย์ต่อบุคคลากรอนามัยประมาณ ๑:๑๕[๒]

นอกจากการที่แพทย์ต้องปฏิบัติงานต่ำกว่าระดับที่ควรทำดังกล่าวข้างต้นอันจะเป็นการทวีความรุนแรงของปัญหาการขาดแคลนแพทย์แล้ว ระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน แพทย์บางจำนวนยังจะต้องปฏิบัติงานในหน้าที่บริหารอีกด้วย ตัวอย่าง เช่น แพทย์ที่รับราชการ

---

[๑] หมายถึงการรักษาโรคในลักษณะที่เป็น Nursing Care มิใช่การวินิจฉัยโรค (Diagnoses)

[๒] บุญสม มาศิน, การขาดแคลนบุคคลากรทางด้านอนามัยของประเทศ เอกสารวิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, นักศึกษารุ่นที่ ๙ ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช ๒๕๐๙ - ๒๕๑๐, หน้า ๔๘

ในตำแหน่งบริหารในกระทรวง หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ปฏิบัติงานทางด้านการบริหาร แม้ว่าจะได้มีตำแหน่งหัวหน้าทางธุรการ เช่น พ่อบ้านก็ตาม หรือแม้แต่แพทย์ที่ประจำอยู่ตามโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย ซึ่งปฏิบัติงานในด้านการให้การรักษาโดยตรงก็ตามแต่บางคนก็ยังจะต้องปฏิบัติงานบริหารส่วนหนึ่งด้วย เช่น งานในด้านงบประมาณของโรงพยาบาล และงานสถิติทางด้านการสาธารณสุข แพทย์อนามัยประจำจังหวัดทั้ง ๗๑ จังหวัด ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่สถานีอนามัย ส่วนใหญ่หรือทั้งหมดปฏิบัติหน้าที่ในด้านการบริหารการอนามัยของจังหวัด จริงอยู่งานบริหารการสาธารณสุขย่อมจะอำนวยประโยชน์แก่การสาธารณสุขของประเทศเช่นกัน แต่ก็เป็นเพียงการอำนวยประโยชน์ในทางอ้อม การที่ประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาการขาดแคลนแพทย์อย่างมากมาย จึงควรที่จะให้แพทย์เท่าที่มีอยู่อย่างจำกัดปฏิบัติงานเฉพาะทางด้านการแพทย์โดยตรงให้เต็มที่ ซึ่งย่อมจะอำนวยผลประโยชน์แก่การสาธารณสุขได้สูงกว่า สำหรับสถิติข้อมูลของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในด้านการบริหารนี้ ผู้เขียนเองก็ยังไม่สามารถจะเก็บรวบรวมได้ และยังมิได้มีผู้ใดได้เก็บรวบรวมเอาไว้ก่อน ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยในเรื่องนี้คงจะได้รับความสนใจจากนิสิตรุ่นหลังและพยายามรวบรวมสถิติเพื่อทำการวิจัยต่อไปในภายภาคหน้า แม้ว่าจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานหรือใช้เวลาส่วนหนึ่งไปในการปฏิบัติงานบริหารนี้อาจจะมีจำนวนไม่มาก แต่การที่จะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ก็จะเป็นการประหยัดแพทย์ได้จำนวนหนึ่ง อันจะเป็นการขจัดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ลงได้บาง

ตารางที่ ๑๖ จำนวนกำลังคนด้านแพทย์และบุคคลากรอนามัยของประเทศไทย

พ.ศ.	แพทย์	ทันตแพทย์	ทันตนามัย	เภสัชกร	พนักงานอนามัย	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผดุงครรภ์	นายช่างสุขาภิบาล
๒๕๐๘	๓,๓๔๔	๒๐๖	๑๓๑	๘๓๑	๒,๐๕๒	๕,๓๓๗	๑,๐๔๕	๒,๘๒๕	๑๖
๒๕๐๙	๓,๖๐๙	๒๕๓	๑๔๔	๙๔๐	๒,๑๑๘	๕,๓๕๙	๑,๘๔๔	๒,๓๓๐	๒๖
๒๕๑๐	๓,๘๒๓	๒๙๘	๑๐๕	๑,๐๑๙	๒,๑๓๕	๖,๒๔๐	๑,๘๘๗	๓,๓๕๘	๓๓
๒๕๑๑	๓,๙๔๘	๓๓๕	๑๕๒	๑,๐๘๔	๒,๓๘๑	๖,๒๙๐	๒,๖๙๑	๓,๖๔๔	๓๗
๒๕๑๒	๔,๑๓๓	๓๖๘	๑๕๓	๑,๑๒๓	๓,๕๑๓	๗,๕๙๙	๓,๒๙๔	๓,๘๒๖	๕๘

ที่มา : สถิติการสาธารณสุข ประเทศไทย กองสถิติพยากรณ์ชีพ สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาการกระจายกำลังคนด้านแพทย์ไปสู่ชนบท[๓]

การพิจารณาปัญหาการขาดแคลนแพทย์ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นแต่เพียงการพิจารณาปัญหาการขาดแคลนแพทย์ของทั้งประเทศ แต่ถ้าจะพิจารณากันโดยละเอียดแล้วจะพบว่าปัญหาการขาดแคลนแพทย์อย่างรุนแรงนั้นเกิดขึ้นเฉพาะในส่วนภูมิภาค หรือในจังหวัดอื่น ๆ ของประเทศ ยกเว้นจังหวัดพระนครและธนบุรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทที่ห่างไกลความเจริญ สำหรับในเขตจังหวัดพระนครและธนบุรีซึ่งมีประชากรอยู่เพียง ๘ % ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ แต่มีแพทย์ปฏิบัติงานถึง ๖๗ % ของจำนวนแพทย์ที่มีอยู่ในประเทศทั้งสิ้น[๔] ดังนั้น ในการพิจารณาถึงปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทซึ่งมีประชากรประมาณ ๘๕ % ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศอาศัยอยู่แล้ว ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ก็จะมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการกระจายของแพทย์ที่ไม่ได้สัดส่วน (maldistribution)

จากสถิติการเปรียบเทียบอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศในตารางที่ ๑๗ ในปี ๒๕๑๑ จะพบว่า จังหวัดที่มีอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรที่สูงกว่า ๑ : ๒๕,๐๐๐ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเป็นจำนวนถึง ๑๔ จังหวัด หรือทุกจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยกเว้น จังหวัดเลย ซึ่งมีอัตราเพียง ๑ : ๒๓,๖๑๘ จากจำนวน ๑๔ จังหวัดนี้ยังมีบางจังหวัด เช่น นครราชสีมา ศรีสะเกษ ชัยภูมิ และกาฬสินธุ์ ที่มีอัตราของแพทย์ต่อจำนวนประชากรสูงกว่า ๑ : ๗๐,๐๐๐ ส่วนในภาคเหนือมีเพียง ๕ จังหวัดที่มีอัตราส่วนของแพทย์ ๑ คน ต่อจำนวนประชากรมากกว่า ๒๕,๐๐๐ คน ส่วนในภาคกลางและภาคใต้มีเพียงบางจังหวัดเท่านั้นที่มีอัตราสูงกว่า ๑ : ๒๕,๐๐๐ ซึ่งได้แก่จังหวัดสุพรรณบุรี พระนครศรีอยุธยา และนราธิวาส

ยิ่งไปกว่านั้นแพทย์ซึ่งมีจำนวนน้อยในจังหวัดต่าง ๆ ส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่เฉพาะในตัวจังหวัดหรือในอำเภอใหญ่ ๆ ในเขตเทศบาลเท่านั้น ถ้าจะพิจารณาถึงอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรในเขตชนบทแล้ว ปรากฏว่าอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรนั้นจะ

---

[๓] ท้องถิ่นที่อยู่นอกเขตชนบท

[๔] สถิติปี ๒๕๑๔ กองวางแผนกำลังคน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ

สูงถึง ๑ : ๑๑๐,๐๐๐ หรือ ๑ : ๔๕๐,๐๐๐ ในบางอำเภอในภาคเหนือ หรือในอำเภอที่ห่างไกลทุรกันดารก็ไม่มีแพทย์ประจำอยู่เลย[๕]

การที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ต้องการออกไปปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะในชนบท สาเหตุก็เช่นเดียวกับบุคคลทั่ว ๆ ไป แพทย์ก็คือปุถุชนคนธรรมดา ถึงแม้จะต้องมีการเสียสละสูง แต่ก็ต้องมีขอบเขต กล่าวคือในชนบทนั้นมีสภาพทางเศรษฐกิจต่ำ สภาพสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ย่อมแตกต่างกับสภาพสิ่งแวดล้อมในตัวเมืองอยู่มาก อาทิ เช่น ขาดสิ่งสาธารณูปโภคที่ดี อันได้แก่ การคมนาคม ไฟฟ้า ประปา สถานการศึกษาที่ดีสำหรับบุตรหลาน บ้านพักที่ทันสมัย ขาดความปลอดภัย ตลอดจนโรงพยาบาลและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ไม่มีโอกาสศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ไม่ค่อยมีความก้าวหน้าทางวิชาการ และตำแหน่งการงานเมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนกลาง เนื่องจากมีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับผู้บังคับบัญชาโดยตรง และนอกจากจะขาดความสะดวกสบายดังเช่นในตัวเมืองแล้ว สภาพแวดล้อมทางสังคมก็ชวนให้เกิดความท้อถอย เช่น ประชากรยากจน ด้อยการศึกษา พูดจาแนะนำเข้าใจยาก มีความเชื่อจารีตประเพณีเก่า ๆ ทำให้แพทย์ซึ่งเล่าเรียนมาในเรื่องการรักษาพยาบาลโดยยึดหลักวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ไม่อยากออกไปปฏิบัติงานท่ามกลางสภาพแวดล้อมเช่นนี้ แม้ถ้าจะต้องออกไปก็ด้วยความจำใจ เนื่องจากไม่มีสิ่งชดเชยการเสียสละที่จะต้องออกไปปฏิบัติงานประจำอยู่ในท้องที่ทุรกันดารเช่นนั้น กล่าวคือ แพทย์ก็จะได้รับเงินเดือนในอัตราต่ำเท่าเดิม ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสบายเท่าที่ควร ตลอดทั้งไม่มีเครื่องมือที่ทันสมัยในการปฏิบัติงานทำให้การปฏิบัติงานไม่เป็นไปอย่างเต็มสมรรถภาพ

การที่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ต้องการออกไปปฏิบัติงานในชนบทนั้นจะเห็นได้ชัดเจนจากการพิจารณาจำนวนอัตราว่างของกรมการแพทย์และกรมอนามัย ซึ่งเป็นกรมที่ได้รับอัตรากำลังด้านแพทย์มากที่สุด จากสถิติในปีงบประมาณ ๒๕๑๓ กรมการแพทย์มีอัตราว่างที่สามารถจะบรรจุแพทย์ในส่วนภูมิภาคได้ถึง ๒๓๕ อัตรา ในขณะที่ส่วนกลางมีอัตราว่างเพียง ๖๔ อัตรา (ตารางที่ ๑๘) แต่สำหรับอัตราว่างของกรมอนามัยในส่วนภูมิภาคมีจำนวนเพียง ๖๗ อัตรา ในขณะ

---

[๕] The Rockefeller Foundation, Report to Thailand on Health Services, Health Personnel and Medical Education (New York, 1965 mimeograph), P.20

เดียวกัน ในส่วนกลางมีอัตราว่างอยู่เป็นจำนวนถึง ๑๒๙ อัตรา การที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะเหตุว่าสำหรับกรมอนามัยนั้นได้ตั้งอัตรากำลังของแพทย์ที่จะต้องปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาครวมเข้าไว้ในส่วนกลางด้วย และจะโอนอัตราดังกล่าวไปส่วนภูมิภาคในภายหลัง แต่ในการรับสมัครเพื่อบรรจุเข้ารับราชการนั้นจะประกาศไว้ด้วยว่าจะให้ออกไปปฏิบัติงานในจังหวัดใด ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ อัตรากำลังของแพทย์ในส่วนกลางจึงมีจำนวนสูง และคาดว่าสถานการณ์จะเป็นเช่นนี้ต่อไปในอนาคต ถ้าหากไม่มีมาตรการใดที่จะแก้ปัญหาให้แพทย์ออกไปปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคได้ ดังจะเห็นได้จากทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ปีที่ ๔ จำนวน ๒๐๐ คน จากการสำรวจในปี ๒๕๐๙[๖] จะพบว่ามีนักศึกษาแพทย์เพียงร้อยละ ๔๐ ของจำนวนนักศึกษาที่ตอบคำถามทั้งสิ้นที่มีความตั้งใจจะออกไปปฏิบัติงานในชนบท คิดเป็นร้อยละของแต่ละภาคได้ดังนี้:-

ภาคเหนือ	ร้อยละ	๑๐
ภาคใต้	ร้อยละ	๘
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ร้อยละ	๕
ภาคกลาง	ร้อยละ	๑๗

แต่ความต้องการของนักศึกษาแพทย์ที่จะอยู่ปฏิบัติงานในจังหวัดพระนคร-มีอัตราสูงถึงร้อยละ ๕๐ และรอบ ๆ พระนครอีกร้อยละ ๑๐

---

[๖] William Edgar Maxwell, A Report on Thai Medical Students and Rural Health Service (April,1967 Mimeograph) P.46

ตารางที่ ๑๗ อัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศไทยในปี ๒๕๑๑

จังหวัด	จำนวนแพทย์ [๑]	จำนวนประชากร [๒]	แพทย์ต่อจำนวนประชากร [๑]
ภาคกลาง			
พระนคร	๑,๔๔๔	๒,๓๔๖,๒๔๓	๑,๕๔๔
ธนบุรี	๕๔๖	๔๓๖,๓๑๕	๑,๕๓๑
นนทบุรี	๘๔	๒๖๕,๓๕๖	๒,๔๘๖
ปทุมธานี	๒๖	๒๔๘,๔๓๖	๔,๕๓๔
นครปฐม	๓๓	๔๕๓,๕๐๕	๑๒,๓๖๕
ราชบุรี	๓๐	๕๐๒,๓๕๘	๓,๑๓๓
เพชรบุรี	๒๖	๓๐๕,๐๐๓	๑๑,๓๓๑
สิงห์บุรี	๑๓	๑๓๓,๑๓๑	๑๐,๔๒๒
กาญจนบุรี	๑๓	๓๒๔,๕๕๑	๑๔,๓๒๓
ชลบุรี	๓๑	๕๓๕,๔๔๘	๓,๕๔๔
จันทบุรี	๒๑	๒๑๓,๐๕๔	๑๐,๑๔๕
ชัยนาท	๒๑	๒๘๔,๓๐๔	๑๓,๓๓๖
ประจวบคีรีขันธ์	๑๓	๒๒๘,๓๕๒	๑๓,๔๕๖
ฉะเชิงเทรา	๒๖	๓๔๖,๔๕๓	๑๕,๒๖๓
สมุทรสาคร	๑๓	๒๐๘,๕๖๘	๑๒,๒๖๔
สมุทรสงคราม	๒๓	๑๘๓,๘๔๔	๖,๘๑๑
สมุทรปราการ	๔๑	๓๑๖,๒๑๖	๓,๓๑๓
ลพบุรี	๔๔	๔๔๑,๑๔๕	๑๑,๑๖๒
สุพรรณบุรี	๑๕	๖๒๔,๐๖๔	๔๑,๔๓๘

ตารางที่ ๑๗ (ต่อ)

จังหวัด	จำนวนแพทย์[๑]	จำนวนประชากร[๒]	แพทย์ต่อจำนวนประชากร
พระนครศรีอยุธยา	๑๘	๕๖๑,๗๘๘	๓๑,๒๑๑
อ่างทอง	๑๓	๒๓๐,๔๔๕	๑๗,๗๖๔
นครนายก	๑๕	๑๘๒,๗๗๘	๑๒,๑๘๕
ตราด	๑๑	๘๗,๔๖๔	๗,๔๕๑
สระบุรี	๓๘	๓๗๓,๔๐๕	๙,๘๒๖
ปราจีนบุรี	๒๑	๔๓๖,๑๔๙	๒๐,๗๗๑
ระยอง	๒๕	๒๒๙,๘๗๔	๙,๑๙๕
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
กาฬสินธุ์	๘	๕๘๙,๑๔๕	๗๓,๖๔๓
ขอนแก่น	๓๕	๑,๐๗๐,๐๔๘	๓๐,๕๗๓
ชัยภูมิ	๙	๖๙๐,๔๒๕	๗๖,๗๑๔
นครพนม	๑๓	๕๗๘,๘๘๖	๔๔,๕๓๐
นครราชสีมา	๑๑	๑,๔๐๕,๙๘๐	๑๒๗,๘๑๖
หนองคาย	๑๔	๓๘๘,๖๐๑	๒๗,๗๕๗
บุรีรัมย์	๑๒	๗๕๔,๗๕๑	๖๒,๘๙๖
มหาสารคาม	๑๓	๖๒๗,๔๓๙	๔๘,๒๖๕
ร้อยเอ็ด	๑๖	๘๔๙,๑๔๑	๕๓,๐๗๑
เลย	๑๓	๓๐๗,๐๓๒	๒๓,๖๑๘
ศรีสะเกษ	๙	๘๑๐,๓๘๔	๙๐,๐๔๓
สกลนคร	๑๑	๕๗๓,๔๐๗	๕๒,๑๒๘
สุรินทร์	๒๑	๗๔๖,๒๓๖	๓๕,๕๓๕
อุบลราชธานี	๔๐	๑,๔๙๐,๑๕๔	๓๗,๒๕๔
อุดรธานี	๓๓	๙๗๗,๘๗๖	๒๙,๖๓๓

ตารางที่ ๑๗ (ต่อ)

จังหวัด	จำนวนแพทย์[๑]	จำนวนประชากร[๒]	แพทย์ต่อจำนวนประชากร
ภาคเหนือ			
กำแพงเพชร	๖	๓๐๔,๕๘๔	๕๑,๕๔๘
เชียงราย	๓๕	๑,๐๔๔,๕๓๖	๓๑,๔๑๖
เชียงใหม่	๑๘๐	๑,๐๑๔,๕๑๐	๕,๖๖๔
ตาก	๑๔	๒๐๕,๑๒๒	๑๐,๓๔๖
นครสวรรค์	๗๕	๗๔๘,๓๗๕	๑๐,๖๔๕
น่าน	๑๑	๓๒๖,๓๖๕	๒๔,๖๗๐
พิจิตร	๑๘	๔๔๔,๘๘๕	๒๗,๔๔๔
พิษณุโลก	๖๔	๕๐๘,๖๑๑	๗,๔๔๗
เพชรบูรณ์	๑๔	๕๑๓,๑๘๖	๓๖,๖๕๖
แพร่	๑๔	๓๔๔,๔๔๓	๒๘,๒๑๔
แม่ฮ่องสอน	๖	๔๒,๒๖๗	๑๕,๓๗๘
ลำปาง	๒๖	๕๘๗,๐๖๕	๒๒,๔๖๔
ลำพูน	๘	๓๑๒,๖๔๐	๓๔,๐๘๐
สุโขทัย	๑๔	๔๓๕,๔๐๘	๓๑,๑๐๑
อุตรดิตถ์	๒๑	๓๓๘,๕๖๖	๑๖,๑๒๒
อุทัยธานี	๖	๑๗๔,๑๔๖	๒๔,๘๖๖
ภาคใต้			
ชุมพร	๑๘	๒๔๒,๔๖๗	๑๓,๔๗๐
ระนอง	๑๒	๕๕,๓๔๖	๔,๖๑๒
สุราษฎร์ธานี	๒๒	๔๖๑,๒๑๔	๒๐,๙๖๔
พังงา	๑๗	๑๒๘,๗๐๑	๗,๕๗๑
นครศรีธรรมราช	๔๑	๙๔๖,๑๔๘	๒๓,๐๗๗

ตารางที่ ๑๗ (ต่อ)

จังหวัด	จำนวนแพทย์[๑]	จำนวนประชากร[๒]	แพทย์ต่อจำนวนประชากร
ภูเก็ต	๑๔	๑๐๔,๕๔๒	๗,๔๖๗
กระบี่	๑๑	๑๔๐,๕๖๑	๑๒,๗๗๘
พัทลุง	๑๔	๓๑๗,๑๔๐	๒๒,๖๕๓
ตรัง	๕๐	๓๓๘,๖๖๓	๖,๗๗๓
สตูล	๕	๑๐๕,๔๒๐	๒๑,๐๘๔
สงขลา	๔๙	๖๕๐,๐๙๓	๑๑,๐๑๙
ปัตตานี	๒๔	๓๕๙,๗๔๗	๑๔,๙๘๙
ยะลา	๓๗	๒๐๓,๓๗๔	๕,๔๙๗
นราธิวาส	๑๑	๓๓๙,๑๐๒	๓๐,๘๒๗

ที่มา :

[๑] รายงานงวด ๖ เดือนของจังหวัดต่าง ๆ (ยกเว้นจังหวัดพระนคร) กองสถิติพยากรณ์ชีพ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

[๒] Manpower Planning Division, National Economic Development Board, Population of Thailand (Adjusted Registration Data) Government of Thailand (Bangkok, 1970)

ตารางที่ ๑๘ อัตรากำลังและอัตราว่างของแพทย์ กรมการแพทย์ ในปี พ.ศ.๒๕๑๓

ประเภท	ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค	รวม
อัตรากำลัง (อัตราว่าง)	๕๒ (๖๙)	๘๔๒ (๒๓๕)	๘๙๔ (๓๐๔)

ตารางที่ ๑๙ อัตรากำลังและอัตราว่างของแพทย์ กรมอนามัย ในส่วนกลาง

ต.ค.๑๒ - ก.ย.๑๓

ประเภท	ชั้น			รวม
	พิเศษ	เอก	โท	
อัตรากำลัง (อัตราว่าง)	๑๗ (๑)	๑๒๖ (๖)	๗๓ (๑๒๒)	๒๑๖ (๑๒๙)

ตารางที่ ๒๐ อัตรากำลังและอัตราว่างของแพทย์ กรมอนามัยในส่วนภูมิภาค

ต.ค.๑๒-ก.ย.๑๓

ประเภท	ชั้น			รวม
	พิเศษ	เอก	โท	
อัตรากำลัง (อัตราว่าง)	๒ (-)	๑๗๒ (๕)	๔๘ (๖๒)	๒๒๒ (๖๗)

การเพิ่มอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากร

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากรเป็นสาเหตุสำคัญทางด้านอุปสงค์ที่ก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านแพทย์ การที่จะพิจารณาปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านแพทย์นั้นจะพิจารณาเฉพาะแต่จำนวนอุปทานของแพทย์เท่านั้นไม่เป็นการเพียงพอ กล่าวคือ แม้ว่าประเทศจะมีจำนวนอุปทานของแพทย์ต่ำ ก็อาจจะไม่เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ มีบริการทางด้านการสาธารณสุขที่เจริญได้หากว่าประเทศนั้นมีจำนวนประชากรน้อย ตรงกันข้ามกับประเทศที่มีอุปทานของแพทย์เป็นจำนวนมาก แต่ในขณะเดียวกันก็มีประชากรเป็นจำนวนมากด้วย ก็อาจจะเกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์ขึ้นได้ สำหรับประเทศไทยนั้นจะเห็นได้ว่าบริการการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากประเทศมีกำลังคนด้านแพทย์ต่ำมาก ในขณะที่ประชากรมีจำนวนค่อนข้างสูง และประเทศไม่สามารถจะเพิ่มอุปทานของแพทย์ให้เพิ่มขึ้นเพียงพอที่จะให้บริการสาธารณสุขที่ดีแก่ประชาชนที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต จากการพยากรณ์จำนวนประชากรในช่วงระยะ ๓๐ ปีข้างหน้า จำนวนประชากรจะเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวของจำนวนประชากรในปี ๒๕๑๓ แม้ว่าการพยากรณ์นี้คำนวณขึ้นภายใต้สมมุติฐานที่ว่า อัตราการเพิ่มของจำนวนประชากรจะลดลงกว่าอัตราการเพิ่มของประชากรในอดีต กล่าวคือในปี ๒๕๔๓ จะมีจำนวนประชากรทั้งสิ้นถึง ๗๖,๑๙๕,๐๐๐ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๑๓ ซึ่งมีจำนวนเพียง ๓๖,๐๓๒,๐๐๐ คน ถึงกว่า ๔๐ ล้านคน (ตารางที่ ๒๑) ทำให้มีความต้องการบริการด้านการแพทย์เพิ่มสูงขึ้น ส่วนทางด้านอุปทานกำลังคนทางด้านการแพทย์นั้น ไม่สามารถจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้เพิ่มขึ้นประมาณปีละไม่เกิน ๔๒๐ คน และถ้าหากจะสามารถตั้งคณะแพทย-ศาสตร์ขึ้นใหม่ ๑ แห่ง ทุกช่วง ๕ ปี ดังกล่าวข้างต้น ก็จะสามารถผลิตแพทย์ได้เพิ่มขึ้นอย่างมากที่สุดประมาณปีละ ๖๐๐ - ๗๐๐ คน ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศไทยยังจะต้องสูญเสียกำลังคนด้านแพทย์ซึ่งเดินทางไปต่างประเทศอีกปีละเป็นจำนวนไม่น้อย ฉะนั้น อุปทานของแพทย์ที่จะปฏิบัติงานอยู่ในประเทศจะไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้อย่างรวดเร็วทันกับจำนวนประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่มีอยู่แล้วก็จะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นเป็นลำดับ

ตารางที่ ๖๑ พยากรณ์จำนวนประชากรของประเทศไทยระหว่างปี ๒๕๑๓ – ๒๕๔๓

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากร (คน)
๒๕๑๓	๓๖,๐๓๒,๐๐๐
๒๕๑๘	๔๒,๐๖๑,๐๐๐
๒๕๒๓	๔๘,๖๑๖,๐๐๐
๒๕๒๘	๕๕,๔๕๑,๐๐๐
๒๕๓๓	๖๒,๔๖๗,๐๐๐
๒๕๓๘	๖๙,๓๙๔,๐๐๐
๒๕๔๓	๗๖,๑๘๕,๐๐๐

ที่มา : กองวางแผนกำลังคน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ