

บทที่ 1

บทนำ



## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากและรวดเร็ว นับตั้งแต่พื้นตัวหลังจากสงครามโลกครั้งที่สอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่ประเทศไทยได้เริ่มต้นการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเป็นระบบโดยวิธีการวางแผนพัฒนาเป็นระยะ 5 ปี ตั้งแต่ปี 2505 เป็นต้นมา การพัฒนาประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่เน้นที่การพัฒนาเศรษฐกิจ โดยการเร่งรัดเพิ่มผลผลิตและรายได้ประชาชาติ แต่ก็ให้ความสำคัญกับการขยายและปรับปรุงบริการต่าง ๆ ทางด้านสังคม โดยเฉพาะเรื่องการศึกษาและการสาธารณสุขด้วย

มนุษย์เป็นส่วนสำคัญที่สุดของระบบเศรษฐกิจ ในฐานะที่มนุษย์เป็นผู้สร้างอุปสงค์หรือความต้องการในสินค้าและบริการที่ระบบเศรษฐกิจสามารถผลิตขึ้นได้ และความต้องการอันไม่จำกัดของมนุษย์นี้เองที่เป็นแรงผลักดันอันสำคัญ ที่ทำให้ระบบเศรษฐกิจต้องหาทางตอบสนองมาให้เพียงพอ โดยใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดนั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

เมื่อพิจารณาการผลิตในระบบเศรษฐกิจก็จะพบว่า มนุษย์เป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญที่สุดคือเป็นทั้งแรงงานและผู้ประกอบการด้วย แรงงานนั้นมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจโดยตรง เพราะฉะนั้นการจะพัฒนาประเทศไทยให้เจริญรุดหน้าเพิ่มขึ้นมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับการพัฒนาคุณภาพและปริมาณกำลังคนควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ ด้วย โดยการวางแผนและกำหนดนโยบายกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ

การวางแผนกำลังคนที่ดี จำเป็นจะต้องมีการคาดคะเนอุปทานและอุปสงค์กำลังคนในแต่ละสาขาอาชีพ และระดับต่าง ๆ อย่างมีระบบ และต่อเนื่องทันกับความต้องการในช่วงเวลา

หนึ่ง ๆ การวางแผนจะช่วยให้เกิดการปรับตัวของการบริหารงานบุคคล ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีซึ่งมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว

สำหรับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข จำเป็นจะต้องรู้สภาพปัญหาด้านสาธารณสุข และปัญหากำลังคนที่ผ่านมานในอดีต และแนวโน้มปัญหาในอนาคต เพื่อช่วยในการวางแผนที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สภาพทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร การเปลี่ยนแปลงมีทั้งด้านดีขึ้นในบางส่วน และกลับเลวลงในบางส่วน จากการสำรวจของกองสถิติสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มอัตราการตายของเด็กและทารกลดลง คือปี 2503 อัตราตายของทารกเป็น 48.9 ในปี 2527 ลดลงเป็น 11.3 และปี 2531 ลดลงเหลือเพียง 9.3 ส่วนอัตราการตายของมารดาอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอด ปรากฏว่าในระยะของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 อัตราตายของมารดา มีแนวโน้มลดลงจาก 0.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เป็น 0.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2531

ภาวะการตายของประชาชน เปลี่ยนจากการตายจาก โรคติดต่อ และการติดเชื้อ (communicable disease and infectious) เป็นการตายด้วยเหตุที่ไม่ติดต่อและไม่ใช่การติดเชื้อ (non-communicable disease and non-infectious) ได้แก่การตายด้วยเหตุเกี่ยวกับหัวใจและการไหลเวียนโลหิต บาดเจ็บและมะเร็งทุกชนิดรวมไปถึงอุบัติเหตุการถูกพิษ (poisonings) และพลวเหตุ (violence) ซึ่งเกี่ยวกับเมืองใหญ่ ๆ อุตสาหกรรมและวิถีชีวิตสมัยใหม่เกือบทั้งหมด (เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ 2532)

ส่วนภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนนั้นพบว่าในรอบเดือนกันยายน 2524 มีอัตราการเจ็บป่วย (rate of illness) เป็นร้อยละ 8.3 ของประชากรทั้งประเทศ อัตราการบาดเจ็บ (rate of injury) เป็นร้อยละ 2.0 และอัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาล (rate of hospitalization) เป็นร้อยละ 5.0 ของประชากรทั้งประเทศ เมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งต่อมาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (National Morbidity Survey

1988) พบว่าระยะเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2528 ประชากรมีอัตราการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ร้อยละ 15.64 ส่วนอัตราการเข้ารับการรักษายาบาลในระยะ 1 ปี ก่อนหน้านั้นเป็นประมาณ ร้อยละ 5.13

ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 และ 6 ที่ผ่านมา รัฐบาลได้พยายามขยาย สถานบริการระดับต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลและสถานอนามัย ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ดังนั้นจึงพบว่าประชาชนมาใช้บริการด้านการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐบาลเพิ่มขึ้น และ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการซื้อยากินเองลดน้อยลง (ดังตาราง 1.1)

ตาราง 1.1 ร้อยละของประชาชนที่ใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยระหว่าง ปี พ.ศ.2513-2528

แหล่งรับบริการเมื่อเจ็บป่วย	การใช้บริการตามปี พ.ศ. (ร้อยละ)		
	2513	2522	2528
ไม่รักษา	2.7	4.2	-
รักษาแบบพื้นบ้าน	7.7	6.3	2.4
ซื้อยากินเอง	51.4	42.3	28.6
สถานอนามัย	4.4	16.8	14.7
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.5
โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน	22.7	20.4	21.8

แหล่งที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



สำหรับปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ตั้งแต่เริ่มวางแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 จนถึงปัจจุบัน คือปัญหาขาดแคลนกำลังคนที่ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาลประชากรโดยตรง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น เนื่องจากความต้องการกำลังคนเหล่านี้เพิ่มขึ้นในอัตราสูง ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ-สังคม และประชากรของประเทศ ซึ่งผลของการพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ ทำให้ความต้องการบริการด้านการแพทย์ของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากสถานบริการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ. 2520-2527 มีจำนวนเพิ่มจาก 8,700,193 คน เป็น 20,124,603 คน สำหรับผู้ป่วยในเพิ่มจาก 263,051 คน เป็น 2,511,085 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน ยิ่งไปกว่านั้นระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก็นานขึ้น กล่าวคือ จำนวนที่อยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยต่อผู้ป่วยหนึ่งคน เท่ากับ 2.3 วันในปี 2520 และเพิ่มขึ้นเป็น 4.6 วันในปี 2527 (คำนวณจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2526 และ พ.ศ.2530) การผลิตกำลังคนด้านนี้ โดยเฉพาะแพทย์กับพยาบาล ไม่ทันกับความต้องการ เพราะการผลิตต้องใช้งบประมาณสูง ระยะเวลายาวนาน และความจำกัดในเรื่องสถานศึกษา ผู้สอน ทำให้ปัญหาการขาดแคลนยังมีอยู่ต่อไป แม้ว่าอัตราส่วนของกำลังคนด้านสาธารณสุขต่อประชากรจะมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อย ๆ (ดังตาราง 2) นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องการกระจายกำลังคนสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์ จากตาราง 3 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะประสบปัญหาการขาดแคลนมากที่สุด เมื่อเทียบจำนวนแพทย์ ต่อประชากร

จากสภาพปัญหาสาธารณสุข แบบแผนการเจ็บป่วย และการตายของประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะทำให้เกิดความผันแปรในความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแน่นอนว่าจะต้องกระทบกับความต้องการกำลังคนทางสาธารณสุขนอกจากนั้นนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องมาจากวิชาชีพเหล่านี้ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชากร กำลังคนด้านสาธารณสุขเราสามารถผลิตได้เองในประเทศ ความต้องการใช้จึงสัมพันธ์กับการผลิตเหล่านี้เป็นอย่างมาก เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต อาจมีผลถึงการขาดแคลนกำลังคน หรือการว่างงานกำลังคนเหล่านี้ก็ได้ หากไม่ได้รับการวางแผนและประสานงานระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ (เทียนฉาย กิระนันท์ 2533)

การที่จะวางแผนกำลังคนให้มีประสิทธิภาพนั้น การคาดคะเนปริมาณกำลังคนที่ผลิตได้ และปริมาณกำลังคนที่จำเป็นต้องใช้ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุด ซึ่งแนวคิดในการคาดคะเนกำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งด้านอุปทานและอุปสงค์สมควรจะได้มีการพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในอนาคต เพื่อให้สามารถคาดคะเนได้อย่างถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง โดยเฉพาะการคาดคะเนอุปทานและอุปสงค์กำลังคนสาธารณสุข (ในที่นี้คือ แพทย์) ในเชิงปริมาณสำหรับอนาคต ว่ามีปริมาณเท่าไร และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบอุปทานและอุปสงค์แล้วสมควรจะแก้ปัญหาทางใดเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขในอนาคต

### ตารางที่ 1.2 จำนวนแพทย์และพยาบาล

ประเภท	พ.ศ.				
	2528	2529	2530	2531	2532
แพทย์	8,650	9,464	9,580	11,260	12,713
	(6,321)	(5,563)	(5,595)	(4,832)	(4,361)
พยาบาล	28,019	29,860	30,752	32,216	37,515
	(1,844)	(1,763)	(1,190)	(1,065)	(962)

ที่มา: กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ใน ( ) คืออัตราประชากรต่อแพทย์, พยาบาล 1 คน

ตารางที่ 1.3 จำนวนแพทย์จำนวนตามภาคต่างๆ

ภาค	พ.ศ.				
	2525	2528	2529	2531	2532
กรุงเทพมหานคร	4,129	4,048	4,142	4,861	5,888
	(1,348)	(1,432)	(1,577)	(1,258)	(1,062)
กลาง	1,257	1,387	1,661	1,950	2,008
	(7,958)	(7,587)	(6,444)	(9,141)	(6,006)
เหนือ	977	934	1,182	1,662	2,021
	(10,479)	(11,136)	(9,227)	(6,398)	(5,397)
ใต้	559	608	897	1,033	1,165
	(10,680)	(9,974)	(7,080)	(6,942)	(6,458)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	736	889	1,373	1,680	1,631
	(23,950)	(19,829)	(13,564)	(11,254)	(11,925)

ที่มา: กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

( ) คืออัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ 1 คน

1.2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

2.1 เพื่อวิเคราะห์อุปสงค์และอุปทานกำลังคนด้านสาธารณสุขประเภทแพทย์

2.2 เพื่อประมาณการสถานะความขาดแคลนด้านจำนวนกำลังคน ประเภทแพทย์ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 และ 8 (2534-2543)



### 1.3. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์อุปสงค์และอุปทานกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ในแง่มหภาค (Macro aspect) กล่าวคือ วิเคราะห์ภาพรวมกำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยกำลังคนทั้งในภาครัฐบาลและภาคเอกชน

กำลังคนด้านสาธารณสุขที่ใช้สำหรับการศึกษา ได้แก่ แพทย์ (Physician) ซึ่งในที่นี้หมายถึงผู้สำเร็จการศึกษาแพทย์ศาสตรบัณฑิต และเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอยู่ในประเทศไทย ซึ่งในที่นี้จะรวมแพทย์ทุกประเภท ทั้งแพทย์ทั่วไปแพทย์เฉพาะสาขา และแพทย์ที่ทำหน้าที่อาจารย์ด้วย

### 1.4. วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาด้านอุปสงค์ อาศัยการสร้างแบบจำลองทางสถิติ ที่ใช้ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา แบบจำลองนี้เป็นพื้นฐานในการประมาณการอุปสงค์ในอนาคต (ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7-8 พ.ศ.2534-2543) โดยใช้สมการถดถอย (Regression) แบบ Ordinary Least Square (OLS)

สำหรับการประมาณค่าอุปทานกำลังคนด้านสาธารณสุข อาศัยการคำนวณจากปริมาณผู้จบการศึกษาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และปริมาณสต็อกของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ในปีฐานหรือปีปัจจุบัน (ปีสุดท้ายที่มีข้อมูลฐาน)

### 1.5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ก. ทำให้ทราบสถานภาพหรือปัญหาความขาดแคลนแพทย์ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งรวมถึงความรุนแรงของปัญหาว่ามีมากน้อยเพียงใด

ข. เป็นแนวทางการวางแผนการผลิตแพทย์ ให้มีความสมดุล และสอดคล้องกับความต้องการในอนาคต ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ และป้องกันปัญหาการว่างงานของแพทย์ที่อาจเกิดขึ้นได้

ค. วิธีการวิเคราะห์นี้ อาจนำไปประยุกต์ใช้กับ กำลังคนด้านสาธารณสุขประเภทอื่นๆ ได้



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย