

บทบาทของการสาธารณสุขต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปแล้วว่าปัจจัยสำคัญในการผลิตประกอบด้วย ทรัพยากรธรรมชาติ (Natural Resources) ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources) และทรัพยากรทุน (Capital Resources) ในบรรดาปัจจัยการผลิตทั้ง ๓ ประเภทนี้ อาจกล่าวได้ว่าทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่าที่สุดในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เพราะคนเป็นทั้งเป้าหมาย (Ends) และเครื่องมือ (Means) ที่จะบันดาลให้สามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่กำหนดไว้ กล่าวคือ คนเป็นทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคในเวลาเดียวกัน ในแง่ของผู้ผลิตคนเป็นทั้งสมองและแรงงานที่จะใช้ทรัพยากรทุนและแปรสภาพทรัพยากรธรรมชาติให้เป็นสินค้าและบริการสำหรับการอุปโภคและบริโภค ส่วนในแง่ของผู้บริโภค คนก็เป็นผู้ที่ส่งเสริมให้มีการผลิตขึ้น ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า คนเป็นจุดหมายปลายทางทั้งหลายทั้งปวงเป็นผู้ออกให้เกิดความสมบูรณ์พูนสุขและมั่นคงในทางเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น ประเทศชาติที่มีกำลังคน (Manpower) ที่เข้มแข็งแม้จะขาดแคลนทรัพยากรในด้านอื่นก็อาจพัฒนาประเทศให้เจริญรุ่งเรืองได้ "กำลังคนที่เข้มแข็ง" หมายถึงผู้ที่มีความรู้ความสามารถตรงตามความต้องการของประเทศและมีสุขภาพพละกำลังที่ดี ประเทศจะเจริญก้าวหน้าไปมิได้ถ้าประชาชนของประเทศเป็นผู้ที่มีสุขภาพทรุดโทรมเต็มไปด้วยโรคภัยไข้เจ็บ เพราะประชาชนเหล่านี้ย่อมไม่สามารถประกอบกิจการอันจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่เศรษฐกิจได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย ทำให้การลงทุนเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไม่ได้รับผลตอบแทนเต็มที่ ถ้าจำนวนการสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชนแล้ว จะพบว่าประเทศต้องสูญเสียเงินเพราะเรื่องนี้เป็นจำนวนเท่าใด กล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บไข้

๑ สมบูรณ์ วัชรโรทัย, ปัจจัยอำนาจแห่งชาติ : การสาธารณสุข เอกสารวิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, นักศึกษารุ่นที่ ๑๐ ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช ๒๕๑๐ - ๒๕๑๑, หน้า ๑

ขึ้น ผู้ป่วยนอกจากจะต้องสูญเสียรายได้จากการทำงานที่เคยได้รับ และยังคงต้องเสียค่ารักษาพยาบาลอันใดแก่ ค่าเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งถ้าเป็นผลิตภัณฑ์ซึ่งผลิตขึ้นเองในประเทศไม่ได้ ต้องสั่งซื้อจากต่างประเทศ ก็ยังเป็นการเพิ่มความเสียเปรียบด้านดุลการค้ากับต่างประเทศยิ่งขึ้น และยิ่งอาจจะต้องสูญเสียรายได้จากแรงงานญาติพี่น้องซึ่งต้องอยู่เฝ้ารักษาพยาบาลอีกด้วย นอกจากนี้ยังจะต้องคำนวณถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากแรงงานและเงินทุนที่เสียไปในการเจ็บไข้ได้ป่วย ถ้าหากนำทรัพยากรเหล่านั้นไปใช้ในการผลิตในกิจกรรมเศรษฐกิจสาขาอื่น (Opportunity Cost) และยิ่งไปกว่านั้นถ้าหากผู้ป่วยต้องเจ็บไข้จนถึงแก่เสียชีวิตลงก็จะเป็นการสูญเสียแรงงานของประเทศก่อนวัยอันสมควร ซึ่งจะกระทบกระเทือนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมากมาย

ผลจากการค้นคว้าของ ดร. คินนิงแฮม นักมนุษยวิทยาที่ได้ทำการศึกษาความเป็นอยู่ของชาวบ้านชนบทในคานการอนามัย ไครวบรวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนในหมู่บ้านเลาซวัญ อำเภอกวักโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นชนบทเล็ก ๆ แห่งหนึ่งของประเทศไทย ได้คำนวณไว้ว่า ครอบครัวหนึ่ง ๆ จะต้องเสียเงินในการรักษาพยาบาลปีละประมาณ ๕๔ บาท ฉะนั้น ถ้าหากสมมติเอาบ้านเลาซวัญเป็นหมู่บ้านตัวอย่างแทนหมู่บ้านในชนบทอื่น ๆ ของประเทศไทยแล้ว จะเห็นได้ว่าชนบทของประเทศไทยซึ่งมีจำนวนประมาณ ๒,๔๒๕,๐๐๐ ครอบครัว ก็ย่อมจะต้องใช้เงินเป็นจำนวนถึง ๒๒๗,๕๕๐,๐๐๐ บาทต่อปี^๒ เรื่องนี้ชี้ให้เห็นว่าประเทศชาติจะต้องสูญเสียเงินจำนวนมากในการรักษาพยาบาลประชาชนของประเทศ ทั้ง ๆ ที่ยังมีโครงการคำนวณถึงการสูญเสียรายได้ซึ่งจะต้องหยุดทำงาน เพราะการป่วยไข้และการสูญเสียรายได้ของญาติพี่น้องที่ต้องอยู่เฝ้ารักษาพยาบาลเขาไว้คอย

สุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศ ย่อมมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดดังที่ศาสตราจารย์ Winslow ได้กล่าวไว้ว่า "ความยากจนก่อให้เกิดความเจ็บไข้ ความเจ็บไข้ก่อให้เกิดความยากจน"^๓ กล่าวคือ ถ้าประชาชนมีฐานะยากจนมีรายได้น้อยก็จะมี

^๒ มะลิ ไทยเหนือ, บริการแพทย์และอนามัยในสงคราม เป็นของประเทศไทย เอกสารวิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, นักศึกษารุ่นที่ ๔ ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช ๒๕๐๔ - ๒๕๐๕, หน้า ๓๐

^๓ Charles Edward Albert Winslow, The Cost of Sickness and the Price of Health (World Health Organization, 1951), P.9

โรคภัยไข้เจ็บไถ่กาย และเมื่อมีการเจ็บไข้ไถ่ป่วยขึ้น ก็จะต้องสูญเสียรายได้และเสียการรักษาพยาบาล ก็จะทำให้เขาเหล่านั้นยากจนลงไปอีก และจะทำให้มีการเจ็บป่วยมากขึ้นอีก และจะจนลงไปอีก วนเวียนกันอยู่เช่นนี้ในลักษณะแบบ Vicious Circle ฉะนั้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ถ้าหากมีการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถพัฒนาการสาธารณสุขและยกระดับมาตรฐานการครองชีพของประชาชนไถ่ทันกับการเพิ่มขึ้นของประชากรแล้ว วงจรดังกล่าวก็จะเกิดขึ้นและจะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศอย่างยิ่ง

ในทางตรงกันข้าม ถ้าประชาชนมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง ก็จะทำให้มีประสิทธิภาพในการผลิตสูง สามารถดำเนินการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า ซึ่งจะมีผลทำให้ระดับมาตรฐานการครองชีพของประชาชนสูงขึ้น ความต้องการสินค้าและบริการมากขึ้น ก่อให้เกิดการลงทุนและการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม การที่ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เฉพาะทางร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว นั้น ยังไม่เป็นการเพียงพอ เพราะถ้าหากประชาชนมีสุขภาพจิตเสื่อมโทรมแล้ว ก็อาจจะก่อให้เกิดผลเสียหาย เกิดปัญหาทางสังคมของประเทศขึ้นได้ ซึ่งถึงจะเป็นการบั่นทอนการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศให้ล่าช้า หรือทำให้ไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายได้ในที่สุด เนื่องจากประชาชนที่มีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ประกอบอาชญากรรมได้โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ในกรณีนี้ นอกจากประเทศจะต้องสูญเสียผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจโดยตรงอันจะไถ่รับจากเขาเหล่านั้นแล้ว ก็ยังจะก่อให้เกิดภาระแก่สังคมของประเทศอีกด้วย ทำให้ประเทศต้องทุ่มเททรัพยากรของชาติส่วนหนึ่งเพื่อใช้ในการป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมเหล่านั้น และยิ่งไปกว่านั้นยังอาจจะก่อให้เกิดความหวาดระแวงแก่ผู้ประกอบสัมมาอาชีพอันเป็นเหตุทำให้เขาเหล่านั้นไม่สามารถจะใช้ประโยชน์จากแรงงานของตนไถ่อย่างเต็มที่ อาทิ เช่น ทำให้เกิดความหวาดหวั่นแก่ผู้ที่ต้องปฏิบัติงานในยามค่ำคืน โดยเฉพาะสตรี บางรายอาจจะถึงกับต้องงดการประกอบธุรกิจบางประการเสียเนื่องจากไม่กล้าเสี่ยงกับภัยอันตรายอันอาจจะไถ่รับจากผู้ประกอบอาชญากรรมเหล่านั้น

โดยเหตุนี้ การเจ็บไข้ไถ่ป่วยของประชาชนไม่ว่าจะโดยทางร่างกายก็ไถ่ หรือ

ทางด้านจิตใจก็ย่อมเป็นภาพสะท้อนให้เห็นสภาพอันเสื่อมโทรมของสังคม เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอย่างยิ่ง จึงเป็นการจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศให้เจริญก้าวหน้า สามารถให้บริการที่ดีแก่ประชาชนได้อย่างกว้างขวางตามต้องการด้วย

การสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน

สิ่งที่จะชี้ให้เห็นสภาพการสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างชัดเจนก็คือ อุบัติการณ์กำลังคนด้านแพทย์และสถานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล เปรียบเทียบกับจำนวนประชากร ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการสาธารณสุขของประเทศไทยยังอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ดังจะเห็นได้จากสถิติในปี ๒๕๑๒ ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้นถึง ๓๔,๓๔๗,๑๔๕ คน แต่มีแพทย์แผนปัจจุบันที่จดทะเบียนการประกอบโรคศิลป์เพียง ๕,๓๒๒ คน (ในจำนวนนี้เป็นชาวไทย ๕,๐๘๓ คน และชาวต่างประเทศ ๒๓๙ คน) และถ้าจะพิจารณาถึงแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในประเทศจริง ๆ แล้วยังมีจำนวนน้อยลงไปอีก คือ มีเพียง ๔,๑๓๓ คน เท่านั้น (ดูตารางที่ ๑) การที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนแพทย์ที่จดทะเบียนประกอบโรคศิลป์นั้น ก็เพราะเหตุว่ามีแพทย์จำนวนหนึ่งที่เดินทางไปศึกษาและอบรม ณ ต่างประเทศ และอีกจำนวนหนึ่งเป็นแพทย์เล็กประกอบอาชีพ เนื่องจากสูงอายุหรือเปลี่ยนอาชีพ

สำหรับสถานที่จะให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนนั้นในปัจจุบันมีโรงพยาบาลทั่วประเทศ ๑๔๔ แห่ง มีเตียงรับคนไข้ได้ ๓๓,๖๓๗ เตียง และสถานอนามัยในชนบททั้งสิ้น ๑,๖๗๓ แห่ง เป็นสถานอนามัยชั้นหนึ่ง ๒๖๙ แห่ง ในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งมีแพทย์ประจำและมีเตียงคนไข้ ๑๐ เตียงตามกำหนด แต่บางแห่งก็ไม่มีแพทย์ประจำเนื่องจากความขาดแคลนแพทย์ นอกจากนั้นเป็นสถานอนามัยชั้นสอง และยังมีสำนักงานผดุงครรภ์อีก ๑,๘๑๐ แห่ง (ดูรายละเอียดจากตารางที่ ๒)

กำลังคนด้านแพทย์ หมายถึงผู้ที่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) และได้รับการฝึกหัดงานเพิ่มเติมอีก ๑ ปี เป็นผู้ที่สามารถรักษาโรคได้ตามกฎหมายการประกอบโรคศิลป์

จากผลของการสำรวจแรงงานเบื้องต้น, ปี ๒๕๑๒

ถ้าเปรียบเทียบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศไทยโดยพิจารณาอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากร และอัตราส่วนของเตียงต่อจำนวนประชากรกับประเทศต่าง ๆ ในซีกโลกตะวันตกหรือกับบางประเทศในภาคพื้นเอเชียแล้ว จะเห็นได้ว่าบริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำมาก และยังอยู่ในระดับที่ห่างไกลจากระดับมาตรฐานสากลมากมาย ดังจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรสูงถึง ๑ : ๘,๓๑๐ สำหรับประเทศที่มีแพทย์มากที่สุดในโลกเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากร หรือที่มีอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรต่ำที่สุดคือประเทศอิสราเอล ซึ่งมีอัตราส่วนเพียง ๑ : ๔๒๐ ส่วนประเทศลาวเป็นประเทศที่มีแพทย์น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากร กล่าวคือ มีอัตราส่วนของแพทย์ ๑ คนต่อประชากรเป็นจำนวนถึง ๓๓,๒๔๐ คน สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากร ๑ : ๖๕๐ สหราชอาณาจักรอังกฤษ สหภาพโซเวียตรัสเซีย ๑ : ๔๕๐ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ๑ : ๖๐๐ ญี่ปุ่น ๑ : ๑,๓๕๐ (ดังที่รายละเอียดในตารางที่ ๓)



จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีอัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรสูงมาก และในความเป็นจริงแล้วยังมีแพทย์หลายท่านที่รับราชการในตำแหน่งบริหารที่ไม่ได้ทำการรักษา นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการกระจายของแพทย์ที่ไม่ได้สัดส่วน (Maldistribution) ทำให้การขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทยมีมากยิ่งขึ้นไปอีก กล่าวคือ ในจังหวัดพระนคร และธนบุรีซึ่งมีประชากรเพียง ๘% ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ แต่มีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ถึง ๖๗% ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด ฉะนั้นถ้าไม่นำจำนวนแพทย์ในจังหวัดพระนครเข้ามาคิดด้วยแล้ว อัตราส่วนของแพทย์หนึ่งคนต่อจำนวนประชากรจะยิ่งสูงขึ้นไปอีก กล่าวคือ จะเท่ากับ ๑ : ๓๑,๐๐๐ สำหรับอัตราส่วนของจำนวนเตียงต่อจำนวนประชากรซึ่งมีอัตรา ๑ : ๘๕๕ นั้น ก็จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑ : ๑,๓๐๐

ยิ่งไปกว่านั้น แพทย์ส่วนใหญ่ในส่วนภูมิภาคยังปฏิบัติงานอยู่ในตัวจังหวัดหรือตัวเมืองเท่านั้น กากว่าในชนบทหรือบริเวณที่อยู่นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาลแล้ว อัตราส่วนของแพทย์ต่อจำนวนประชากรจะยิ่งสูงขึ้นไปถึง ๑ : ๑๑๐,๐๐๐ และในบางอำเภอที่ห่างไกลก็ยังไม่มียุแพทย์ประจำเลย ในการนี้ถ้าจะนำปัญหาการคมนาคมระหว่างท้องที่ต่าง ๆ ที่อยู่ห่างไกลกับตัวเมืองหรืออำเภอมาประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ก็จะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ ๑ จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงและที่จดทะเบียนประกอบโรคศิลป์

พ.ศ.	จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง ^๑	จำนวนแพทย์ที่จดทะเบียน ^๒ (หักที่ทราบว่าเป็น)
๒๕๐๕	๒,๗๕๓	๓,๕๘๘
๒๕๐๖	๓,๐๑๗	๓,๘๑๕
๒๕๐๗	๓,๔๔๘	๔,๐๕๔
๒๕๐๘	๓,๓๔๔	๔,๓๒๓
๒๕๐๙	๓,๖๐๙	๔,๕๙๐
๒๕๑๐	๓,๘๒๓	๔,๘๓๕
๒๕๑๑	๓,๙๔๘	๕,๐๙๗
๒๕๑๒	๔,๑๓๓	๕,๓๒๒
๒๕๑๓	...	๕,๔๐๗

ที่มา :

^๑ สหัตถการสาธารณสุข กองสถิติพยากรณ์ชีพ ไม่รวมแพทย์ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จึงอาจทำให้ยอดทานกำลังคนด้านแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงต่ำกว่าความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย เนื่องจากสถิติแพทย์สังกัดกระทรวงกลาโหมเป็นความลับทางราชการทหารซึ่งไม่สามารถนำมาเผยแพร่

^๒ กองประกอบโรคศิลป์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

* ยังไม่ทราบสถิติในปีนี้

ตารางที่ ๒ จำนวนโรงพยาบาล เติ้ง และสถานีนามัย ทวีราชอาณาจักร*

พ.ศ.	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวน เต็ยง	สถานีนามัย			สำนักงาน ปกครอง
			รวมสถานีนามัยของเทศบาล			
			ชั้น ๑		ชั้น ๒	
จำนวน	เต็ยง					
๒๕๐๕	๑๖๑	๑๙,๙๖๑	๒๓๔	๑,๑๖๔	๓๐๔	๙๕๙
๒๕๐๖	๑๖๓	๒๑,๖๓๑	๒๕๐	๑,๒๓๕	๓๒๓	๑,๐๓๔
๒๕๐๗	๑๖๕	๒๓,๒๕๕	๒๕๔	๑,๒๑๓	๓๖๕	๑,๑๖๑
๒๕๐๘	๑๘๒	๒๕,๔๖๓	๒๑๐	๑,๓๓๕	๘๕๐	๑,๒๖๕
๒๕๐๙	๑๗๕	๒๖,๕๒๙	๒๒๑	๑,๓๕๖	๙๑๙	๑,๔๑๐
๒๕๑๐	๑๗๑	๒๕,๔๐๑	๒๔๑	๑,๙๒๒	๙๔๘	๑,๕๐๓
๒๕๑๑	๑๗๔	๓๐,๖๔๕	๒๕๔	๑,๙๓๖	๑,๐๔๔	๑,๖๕๓
๒๕๑๒	๑๘๔	๓๓,๖๓๗	๒๖๙	๒,๑๙๒	๑,๔๐๔	๑,๘๑๐

ที่มา : สถิติสาธารณสุข ประเทศไทย กองสถิติพยากรณ์ชีพ สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข

* ไม่รวมโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม

ตารางที่ ๓ อัตราส่วนของแพทย์และเตียงต่อจำนวนประชากรในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก

ประเทศ	อัตราส่วน แพทย์ต่อ จำนวน ประชากร	สถิติปี ค.ศ.	อัตราส่วน เตียงต่อ จำนวน ประชากร	สถิติปี ค.ศ.
<u>ยุโรป</u>				
ออสเตรีย	๕๗๐	๑๙๖๗	๘๐	๑๙๖๗
เบลเยียม	๖๖๐	๑๙๖๗	๑๓๐	๑๙๖๖
เดนมาร์ก	๗๑๐	๑๙๖๗	๑๑๐	๑๙๖๗
ฟินแลนด์	๑,๑๘๐	๑๙๖๗	๗๐	๑๙๖๗
สวีเดน	๘๕๐	๑๙๖๗	๗๐	๑๙๖๗
นอร์เวย์	๗๕๐	๑๙๖๗	๑๑๐	๑๙๖๗
สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน	๖๑๐	๑๙๖๗	๘๐	๑๙๖๗
สาธารณรัฐประชาธิปไตยเยอรมัน	๗๕๐	๑๙๖๗	๘๐	๑๙๖๗
กรีซ	๖๘๐	๑๙๖๗	๑๓๐	๑๙๖๗
อิตาลี	๕๗๐	๑๙๖๗	๑๐๐	๑๙๖๗
สหราชอาณาจักร	๘๖๐	๑๙๖๗	๑๐๐	๑๙๖๗
ไอร์แลนด์เหนือ	๗๘๐	๑๙๖๗	๘๐	๑๙๖๗
สกอตแลนด์	๗๘๐	๑๙๖๗	๘๐	๑๙๖๗
สหภาพโซเวียตรัสเซีย	๕๕๐	๑๙๖๗	๑๐๐	๑๙๖๗
<u>อเมริกา</u>				
แคนาดา	๘๘๐	๑๙๖๗	๑๐๐	๑๙๖๗
อาร์เจนตินา	๖๒๐	๑๙๖๗	๑๖๐	๑๙๖๕
เม็กซิโก	๑,๘๒๐	๑๙๖๗	๕๑๐	๑๙๖๖

ตารางที่ ๓ (ต่อ)

ประเทศ	อัตราส่วน แพทยตอ จำนวน ประชากร	สถิติปี ค.ศ.	อัตราส่วน เตียงตอ จำนวน ประชากร	สถิติปี ค.ศ.
สหรัฐอเมริกา	๖๕๐	๑๙๖๗	๑๒๐	๑๙๖๗
<u>ออสเตรเลีย</u>				
ออสเตรเลีย	๘๕๐	๑๙๖๖	๘๐	๑๙๖๗
นิวซีแลนด์	๘๕๐	๑๙๖๗	๑๐๐	๑๙๖๗
<u>แอฟริกา</u>				
อียิปต์	๘,๕๕๐	๑๙๖๖	๒๙๐	๑๙๖๓
ลิเบีย	๓,๐๗๐	๑๙๖๗	๕๑๐	๑๙๖๗
สาธารณรัฐแอฟริกาใต้	๑,๕๐๐	๑๙๖๗	๑๙๐	๑๙๖๒
สหสาธารณรัฐอาหรับ	๒,๑๕๐	๑๙๖๗	๕๗๐	๑๙๖๗
<u>เอเชีย</u>				
เขมร	๒๒,๗๕๐	๑๙๖๖	๑,๓๒๐	๑๙๖๕
กัวเตมา	๘๕๐	๑๙๖๗	๑๕๐	๑๙๖๗
ลาว	๓๓,๒๔๐	๑๙๖๗	๑,๕๗๐	๑๙๖๗
อิสราเอล	๔๒๐	๑๙๖๗	๑๒๐	๑๙๖๗
อิหร่าน	๓,๗๕๐	๑๙๖๗	๙๖๐	๑๙๖๗
คูเวต	๒,๗๖๐	๑๙๖๗	๕๖๐	๑๙๖๗
พม่า	๘,๕๘๐	๑๙๖๖	๑,๑๙๐	๑๙๖๗
สาธารณรัฐจีน(ไต้หวัน)	๒,๕๔๐	๑๙๖๗	๓,๐๑๐	๑๙๖๗
ฮ่องกง	๒,๓๙๐	๑๙๖๗	๒๗๐	๑๙๖๗
อินเดีย	๔,๘๓๐	๑๙๖๖	๑,๖๗๐	๑๙๖๕

ตารางที่ ๓ (ต่อ)

ประเทศ	อัตราส่วน แพทย์ต่อ จำนวน ประชากร	สถิติปี ค.ศ.	อัตราส่วน เตียงต่อ จำนวน ประชากร	สถิติปี ค.ศ.
ญี่ปุ่น	๘๒๐	๑๙๖๗	๘๐	๑๙๖๗
สหพันธรัฐมาเลเซีย	๔,๘๖๐	๑๙๖๗	๒๖๐	๑๙๖๗
ปากีสถาน	๖,๒๒๐	๑๙๖๗	๒,๙๓๐	๑๙๖๗
ฟิลิปปินส์	๑,๓๙๐	๑๙๖๗	๗๒๐	๑๙๖๗
สิงคโปร์	๑,๓๘๐	๑๙๖๗	๒๕๐	๑๙๖๗
ไทย*	๘,๓๑๐	๑๙๖๘	๘๕๘	๑๙๖๘

ที่มา :

World Health Organization, World Health Statistics,
Annual 1967, Volume III: Health Personnel and Hospital Establish-
ments (Genève, 1970)

* คำนวณจากจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในประเทศ และจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
และสถานอนามัยทั่วประเทศ กับจำนวนประชากรจากผลของการสำรวจแรงงานเบื้องต้น,
ปี ๒๕๑๒