



การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบาย ต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณ ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583

โครงการศึกษาผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ
จากผลการคาดประมาณประชากรไทยที่ใช้ปี พ.ศ.2553 เป็นปีฐาน

**การศึกษาวิเคราะห์
ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ
จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย
พ.ศ. 2553 - 2583**

บรรณาธิการ
ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์
ปราโมทย์ ประสาทกุล
สุริย์พร พันพึ้ง
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เสนอ
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กุมภาพันธ์ 2556

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 / สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, สุริย์พร พันพื้ง, บรรณาธิการ. -- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556.

SBN 978-616-279-204-5

1. การคาดประมาณประชากร. 2. พยากรณ์ประชากร – ไทย. 3. นโยบายประชากร – ไทย. 4. ไทย – ประชากร. 5. การเปลี่ยนแปลงประชากร – ไทย. I. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. II. ปราโมทย์ ประสาทกุล. III. สุริย์พร พันพื้ง. IV. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. V. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

HB849.53 ก522 2553/2583

การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ
จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583
โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
เสนอ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556

จำนวน 200 เล่ม

จัดพิมพ์เผยแพร่' สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
962 ถนนกรุงเกษม แขวงวัดโสมนัส
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100
โทรศัพท์: 0-2280-4085
โทรสาร: 0-2281-3938

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

ปกและรูปเล่ม สุภัฏญา พรหมทรัพย์ www.facebook.com/KhunnaiPui.Phomsap

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์เดือนตุลา
39/205-206 ซอยวิภาวดีรังสิต 84 ถนนวิภาวดีรังสิต
แขวงสนามบิน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์: 0-2996-7392-4
โทรสาร: 0-2996-7395

คำนำ

ในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา ประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จำนวนประชากรที่อยู่ในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัวจากประมาณ 26 ล้านคนที่เจนนับได้ใน พ.ศ. 2503 เพิ่มขึ้นเป็น 66 ล้านคนตามที่สำมะโนประชากรและเคหะเจนนับได้ใน พ.ศ. 2553 ประชากรไทยสูงวัยขึ้นอย่างมาก จากที่เคยมีอายุมัธยฐานต่ำกว่า 20 ปี เมื่อ 50 ปีก่อนกลายเป็นประชากรสูงวัยที่ครึ่งหนึ่งของประชากร มีอายุสูงกว่า 35 ปี ในปัจจุบัน ประชากรซึ่งเคยอาศัยในเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่ คือมากกว่าร้อยละ 80 อยู่นอกเขตเทศบาล กลายเป็นว่าเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดเป็นประชากรเมือง หรืออาศัยอยู่ในเขตเทศบาลในปัจจุบัน

นโยบายประชากรของประเทศไทยกำลังปรับเปลี่ยนให้เป็นไปตามแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงประชากร คณะรัฐมนตรีสมัยจอมพลถนอม กิตติขจร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ประกาศนโยบายประชากร เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2513 โดยตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มประชากรซึ่งขณะนั้นสูงมากและถูกมองว่าเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ นโยบายประชากรครั้งนั้นมุ่งที่จะลดปริมาณการเกิด โดยใช้โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติเป็นมาตรการส่งเสริมให้คู่สมรสใช้วิธีการคุมกำเนิด แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) เรื่อยมาจนถึงฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราเพิ่มประชากรไว้อย่างชัดเจน

โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติของประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างมาก ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยได้ลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว อัตราเจริญพันธุ์รวมหรือจำนวนบุตรเฉลี่ยต่อสตรีคนหนึ่งตลอดวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเคยสูงมากกว่า 5 คน เมื่อก่อนมีโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติได้ลดลงเหลือเพียง 1.6 คน ในปัจจุบัน ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงได้ทำให้อัตราเพิ่มประชากรลดลงตามไปด้วย อัตราเพิ่มประชากรที่เคยสูงมากเกินกว่าร้อยละ 3 ต่อปีเมื่อ 50 ปีก่อน ได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ในปัจจุบัน และที่สำคัญคือประชากรไทยกำลังมีอายุมากขึ้น อันเป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลงและอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้น ขณะนี้นับว่าประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแล้ว

คณะอนุกรรมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ทำการคาดประมาณประชากรในอีก 30 ปีข้างหน้า โดยใช้ประชากรที่เจนนับได้ในสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 เป็นฐาน ผลของการคาดประมาณฯ ครั้งนี้ได้แสดงว่านับแต่บัดนี้เป็นต้นไป หากไม่นับรวมผู้ไม่ใช่สัญชาติไทยที่ไม่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนบ้านแล้ว ประชากรของประเทศไทยจะอยู่ในสภาพค่อนข้างคงตัว คือมีจำนวนอยู่ที่ประมาณ 64-66 ล้านคน ตลอดช่วงเวลา 30 ปี

ข้างหน้า อัตราเพิ่มประชากรไทยกำลังเข้าใกล้อัตราเพิ่มที่เป็นศูนย์ แต่ในขณะเดียวกันนี้ โครงสร้างอายุของประชากรจะเปลี่ยนไปอย่างมาก กล่าวคือ ประชากรไทยจะมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในอีกไม่ถึง 30 ปีข้างหน้า นอกจากนั้นประชากรไทยจะอาศัยอยู่ในเขตเมืองมากขึ้น อีกเพียง 20 ปีข้างหน้า คาดว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะมีมากเกินกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด เมื่อดูแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงประชากรในอนาคตจากการคาดประมาณแล้ว เป็นที่แน่ชัดว่า นโยบายประชากรของประเทศไทยจำเป็นต้องปรับทิศทาง จากที่เคยมุ่งลดปริมาณการเกิด โดยการส่งเสริมการวางแผนครอบครัว จะเปลี่ยนมาเป็นการใช้โครงการวางแผนครอบครัวเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการเกิด การเพิ่มจำนวนครูและโรงเรียนในอดีตเพื่อตามให้ทันการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรวัยเรียนในอดีต จะต้องปรับให้เป็น การเน้นที่คุณภาพการศึกษาให้สอดคล้องกับการที่จำนวนประชากรวัยเรียนได้ลดลงหรือคงตัวแล้ว จำนวนประชากรวัยแรงงานที่อาจลดลงบ้างในอนาคต จะทำให้ประเทศไทยต้องเปลี่ยนยุทธวิธีการใช้แรงงานอย่าง เข้มขัน มาเป็นการปรับปรุงคุณภาพของแรงงานด้วยการเพิ่มผลผลิตภาพของแรงงาน และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ในการผลิต รวมทั้งการนำเข้าแรงงานบางประเภทจากต่างประเทศ

การสูงวัยอย่างรวดเร็วของประชากรไทย ได้กระตุ้นให้เกิดนโยบายที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร สูงอายุ นโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการที่ยั่งยืนเพื่อผู้สูงอายุจะต้องมุ่งเน้นการให้หลักประกันความมั่นคงในชีวิตของ ผู้สูงอายุ ทั้งในด้านรายได้ที่เพียงพอต่อการยังชีพ บริการสาธารณสุขเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี และการจัดสรร ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การคาดประมาณว่าจะมีประชากรเมืองเพิ่มมากขึ้น ชี้ทิศทาง ว่าประเทศต้องมีแนวทางและแผนในการพัฒนาเมือง จะต้องมีการวางแผนพัฒนาเมืองที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่าง จริงจัง แผนพัฒนาเมืองจะต้องเน้นเรื่องคุณภาพชีวิตของคนเมือง ศิลปะวัฒนธรรม รวมทั้งการรักษาคุณภาพ ของสิ่งแวดล้อมในเมือง

การศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงประชากรที่น่าเสนอในรายงานฉบับนี้ ได้จำกัดการพิจารณาอยู่ เฉพาะผลกระทบในด้านแรงงาน การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม และสวัสดิการในสังคมสูงวัยเท่านั้น แท้ที่จริงแล้วยังมีเรื่องผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงประชากรต่อการพัฒนาในด้านต่าง ๆ มาเป็นประเด็นให้ พิจารณาอีกมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ธุรกิจการค้า ศิลปะ วัฒนธรรม หรือ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรเอง เราควรต้องตระหนักว่าสังคมไทยปัจจุบันนี้กำลังยืนหยัดอยู่ท่ามกลาง กระแสโลกาภิวัตน์ และสถานการณ์ที่ประชากรสามารถเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนระหว่างประเทศได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะเมื่อถึงเวลาในการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economic Community: AEC) ใน พ.ศ. 2558 นี้ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงประชากรย่อมเกิดขึ้นได้ในรูปแบบที่หลากหลาย อาจมีรูปแบบ ของผลกระทบที่เกินคาด อย่างไรก็ตามผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงประชากรในอนาคต ทั้งที่นำเสนอไว้ ในรายงานฉบับนี้และที่นอกเหนือไปจากนี้ เป็นเรื่องที่ต้องมีการศึกษาติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป เพื่อจะได้มี การปรับแผนและนโยบายประชากรของประเทศ ให้เหมาะสมต่อไป

สารบัญ

คำนำ

บทสรุปผู้บริหาร

บทที่ 1	ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านแรงงาน: ศึกษาจาก	
	ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583	1
1.1	แนวโน้มกำลังแรงงานจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย	1
1.2	แนวทางการเตรียมพร้อมอันเนื่องจากการลดลงของประชากรในวัยแรงงาน	3
1.3	การเตรียมตัวกำลังแรงงานเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	8
บทที่ 2	ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านการศึกษา: ศึกษาจาก	
	ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583	17
2.1	สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยเรียนของไทย	17
2.2	ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อระบบการศึกษาไทย	19
2.3	ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาประชากรวัยเรียนในอนาคต	25
บทที่ 3	ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสุขภาพอนามัย: ศึกษาจาก	
	ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583	35
3.1	สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะเปลี่ยนผ่าน	35
3.2	สถานการณ์และปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงประชากร	45
3.3	กฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ และการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงประชากร	54
3.4	ข้อเสนอเชิงนโยบายและการกำหนดมาตรการด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงประชากร	59
3.5	บทสรุป	64

บทที่ 4	ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสิ่งแวดล้อม: ศึกษาจาก	
	ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2573	69
4.1	บทนำ	69
4.2	การเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2553 - 2573	71
4.3	แนวทางการเตรียมความพร้อมเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรในเมือง	75
4.4	สรุป	82
 บทที่ 5	 ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจาก	
	ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583	87
5.1	แนวโน้มประชากรสูงอายุจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย	87
5.2	ผลกระทบจากการเปลี่ยนโครงสร้างทางอายุของประชากรและแนวทาง การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย	92

สารบัญตาราง

ตาราง 1.1 อัตราส่วนพึ่งพิงรวม อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา พ.ศ. 2553 - 2583.....	10
ตาราง 2.1 จำนวนและสัดส่วนประชากรวัยเรียนจำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2523 - 2583.....	18
ตาราง 2.2 ประเมินการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553 - 2583.....	19
ตาราง 2.3 จำนวนกำลังแรงงานจำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2549 - 2554.....	21
ตาราง 2.4 จำนวนแรงงานที่มีงานทำ จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2555 - 2565.....	22
ตาราง 2.5 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2550 - 2554.....	23
ตาราง 2.6 ประเมินการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553 - 2583.....	28
ตาราง 3.1 รายจ่ายสุขภาพรวม (total health expenditure: THE) และข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญด้าน รายจ่ายสุขภาพระหว่าง พ.ศ. 2537 - 2553 (ราคาปีปัจจุบัน).....	43
ตาราง 3.2 Top 10 causes of deaths in people aged > 60 years by disease and sex	48
ตาราง 3.3 ประเมินการรายจ่ายด้านสุขภาพภายใต้ข้อสมมุติ 3 แบบ.....	53
ตาราง 4.1 อัตราการเพิ่มประชากร (ร้อยละ) ของกรุงเทพมหานครและจังหวัดปริมณฑล.....	73
ตาราง 4.2 ปริมาณขยะมูลฝอย/วัน ที่ได้รับการเก็บขนในปี 2548 - 2551 และอัตราการเปลี่ยนแปลง จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย.....	80
ตาราง 4.3 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีที่ใช้คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ จำแนกตามเขตที่อยู่ อาศัย พ.ศ. 2551 - 2555.....	81
ตาราง 5.1 ข้อสมมุติต่างๆ ของอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e_0) ของการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 258.....	88
ตาราง 5.2 ลักษณะของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2553 - 2583.....	91
ตาราง 5.3 ดัชนีสูงวัย และอัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุน พ.ศ. 2553 - 2583.....	92

สารบัญรูป

รูป 1.1 อัตราเจริญพันธุ์รวม และร้อยละประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) พ.ศ. 2553-2583.....	2
รูป 1.2 ร้อยละประชากรวัยแรงงานอายุ 20-24 และ 25-39 ปี พ.ศ. 2553-2583.....	3
รูป 1.3 ดัชนีผลิตภาพแรงงานต่อคนของประเทศไทยในไตรมาสที่ 3 พ.ศ. 2544-2554.....	4
รูป 1.4 ค่าแรงขั้นต่ำของประเทศในอาเซียน.....	7
รูป 1.5 ร้อยละของประชากรวัยต่างๆ พ.ศ. 2553-2583.....	9
รูป 1.6 จำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.....	9
รูป 2.1 สัดส่วนงบประมาณด้านการศึกษาต่อ GDP และต่องบประมาณรวม.....	24
รูป 3.1 Health infrastructure and human resource trends in Thailand, 1962-2007.....	42
รูป 3.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐาน.....	47
รูป 3.3 The disease and injury burden in people aged over 60 years by broad disease grouping.....	49
รูป 3.4 การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น.....	50
รูป 3.5 Probability of being hospitalized and costs once in hospital by year from death random-effects panel data model.....	51
รูป 4.1 จำนวนประชากรในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2553-2573.....	71
รูป 4.2 ประชากรในเขตเทศบาล จำแนกตามรายจังหวัด สำนะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523 2533 2543 และ 2553.....	72
รูป 4.3 ประชากรในเขตเทศบาลจำแนกตามภาค พ.ศ. 2553-2573.....	73
รูป 4.4 ประชากรอายุ 0-14 ปี และ 15-64 ปี จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2553-2573.....	74
รูป 4.5 ประชากรสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2553-2573.....	75
รูป 4.6 แผนที่สภาพการใช้ที่ดิน กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2554.....	77
รูป 5.1 สัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป 65 ปีขึ้นไป และ 80 ปีขึ้นไป) และอัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2553-2583.....	88
รูป 5.2 ร้อยละของประชากรสูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างผลการคาดประมาณประชากรของ ประเทศไทยโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และองค์การสหประชาชาติ.....	89
รูป 5.3 อัตราเพิ่มประชากร (ร้อยละ) รวมทุกกลุ่มอายุและวัยสูงอายุ พ.ศ. 2553-2583 ..	90
รูป 5.4 อายุคาดเฉลี่ย (LE) อายุคาดเฉลี่ยที่ดูแลตนเองได้ (ALE) และจำนวนปีที่อยู่อย่างพึ่งพา (LE-ALE) ของประชากรอายุ 80 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554.....	93
รูป 5.5 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2554.....	95

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583

ข้อมูลประชากรเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการวางแผนและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุกระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ ภูมิภาค จังหวัด ลงไปถึงระดับล่างสุด คือท้องถิ่นและชุมชน แหล่งข้อมูลประชากรของประเทศไทยที่เป็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรและการสำรวจต่างๆ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลการสำรวจสำมะโนตัวอย่างทางวิชาการอื่นๆ เฉพาะเรื่องของหน่วยงาน

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำสำมะโนประชากรและเคหะในปี 2553 ซึ่งนับเป็นสำมะโนประชากรครั้งที่ 11 ของประเทศไทย ผลของสำมะโนประชากรและเคหะแต่ละครั้งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะแสดงขนาดโครงสร้างอายุและเพศ ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคม และการเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยของประชากรในระดับประเทศ ภูมิภาคและจังหวัดได้อย่างชัดเจน สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 ก็เช่นกันได้ให้ข้อมูลประชากรของประเทศไทยที่เป็นปัจจุบันที่สุด

คุณประโยชน์อีกประการหนึ่งของข้อมูลจากสำมะโนประชากรคือ การใช้เป็นประชากรฐานเพื่อทำการฉายภาพหรือคาดประมาณประชากรต่อไปในอนาคต ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพของประชากรที่จะเกิดขึ้นในเวลาข้างหน้า ผลของการคาดประมาณประชากรจึงเป็นข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนและนโยบาย ตลอดจนโครงการพัฒนาต่างๆ นอกจากนั้น ข้อมูลจากการคาดประมาณดังกล่าวยังจะช่วยให้เห็นภาพแนวโน้ม และผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาประเทศได้เตรียมรู้ทางที่จะรับมือกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่เกิดขึ้นในอนาคตอีกด้วย

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 และการนำข้อมูลประชากรจากแหล่งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการคาดประมาณประชากร จึงได้แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583” ขึ้น ตามคำสั่งลงวันที่ 22 สิงหาคม 2554 โดยให้นายโฆสิต ปั้นเปี่ยมรัษฎ์ เป็นประธาน คณะอนุกรรมการฯ

ชุดนี้มีหน้าที่หลักคือ การสนับสนุนการทำงานในเชิงวิชาการในการจัดทำการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 ระดับประเทศ ภาค จังหวัด และเขตเมือง (ในเขตเทศบาล) และเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล) รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณนี้

คณะอนุกรรมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 ได้แบ่งหน้าที่ออกเป็น คณะทำงาน 5 คณะ

1. คณะทำงานเตรียมฐานข้อมูลประชากรจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553
2. คณะทำงานศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์
3. คณะทำงานศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มภาวะการตาย
4. คณะทำงานศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มการย้ายถิ่นระหว่างภาค และในและนอกเขตเทศบาล
5. คณะทำงานคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583

คณะทำงานฯ ชุดที่ 1-4 ได้เตรียมข้อมูลที่จำเป็นป้อนให้คณะทำงานฯ ชุดที่ 5 ทำการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยไปอีก 30 ปี คือ ตั้งแต่ปี 2553 ซึ่งเป็นปีฐาน ต่อไปจนถึงปี 2583 คณะทำงานคาดประมาณฯ ได้ส่งผลของการคาดประมาณประชากรในแบบที่ 3 ซึ่งใช้ข้อสมมุติชุดที่คาดว่าจะเป็นไปได้มากที่สุดให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการศึกษาผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศและให้ข้อเสนอแนะเป็นลำดับต่อไป

โดยแบ่งการศึกษาผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 ออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ผลการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านแรงงาน
2. ผลการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านการศึกษา
3. ผลการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสุขภาพอนามัย
4. ผลการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสิ่งแวดล้อม
5. ผลการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศของแนวโน้มประชากรในอนาคต

จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย เห็นได้ว่าประชากรของประเทศไทยกำลังอยู่ในสภาพ “คงตัว” คือจำนวนประชากรที่ไม่นับรวมแรงงานย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านจะไม่เพิ่มไปจากที่มีอยู่ ในปัจจุบัน ประมาณ 64 ล้านคนมากนัก อัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยได้ลดต่ำลงใกล้เคียงกับศูนย์เข้าไปทุกที ในอนาคตอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะมีจำนวนสูงสุดที่ 66.4 ล้านคน ในปี 2569 และหลังจากนั้น อัตราเพิ่มประชากรจะติดลบ หรืออัตราเพิ่มต่ำกว่าศูนย์ อีก 30 ปีข้างหน้า คาดประมาณว่าจำนวนประชากรของประเทศไทยจะกลับลดลงเหลือ 64 ล้านคน พอๆ กับที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ในขณะที่ขนาดของประชากรไทยกำลังเข้าสู่สภาพคงตัว โครงสร้างอายุของประชากรจะเปลี่ยนไปอย่างมาก ประชากรไทยจะสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ในปี 2553 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็น

ร้อยละ 9 แต่สัดส่วนของประชากรสูงอายุกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ในปี 2564 และเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี 2574 ซึ่งเมื่อนั้นจะเรียกประเทศไทยว่าเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ได้แล้ว

เรื่องการกระจายตัวของประชากร คาดประมาณว่าจะมีประชากรที่อาศัยอยู่ในเมือง หรือในเขตเทศบาล เป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอีก ในปี 2553 มีประชากรในเขตเมืองร้อยละ 43 คาดว่าในปี 2563 ประชากรในเขตเมือง จะเพิ่มเป็นร้อยละ 52 และในปี 2578 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 60

1. ผลกระทบด้านแรงงาน

ในอนาคต จำนวนแรงงานไทยจะลดลง จึงจำเป็นที่จะต้องหานโยบายเพื่อรับมือกับสถานการณ์เช่นนี้ ประเทศไทยจะเน้นอุตสาหกรรมและกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่อาศัย “ปริมาณ” ของแรงงานไม่ได้อีกต่อไป หากแต่ต้องใช้นโยบายที่จะเพิ่มผลิตภาพของแรงงาน เน้นการพัฒนาทักษะแรงงาน ทั้งแรงงานใหม่และแรงงาน ที่อยู่ในตลาดแรงงานอยู่แล้ว

ประเทศไทยอาจต้องพิจารณาเรื่องนโยบายการเพิ่มจำนวนแรงงาน โดยการนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านจะช่วยแก้ปัญหาลดแรงงานระดับล่างได้ อย่างไรก็ตาม การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนใน พ.ศ. 2558 จะทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนที่คล่องตัวยิ่งขึ้น ประเทศไทยจึงจำเป็นที่จะต้องหามาตรการและแนวทางในการบริหารแรงงานต่างด้าว ที่ดีและมีประสิทธิภาพให้ได้

เนื่องจากประชากรของประเทศไทยจะสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว ในอนาคตจะมีผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนที่สูงมาก การมีนโยบายที่จะส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็น อาทิ การเพิ่มอายุเกษียณ การสร้างช่องทางให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน การปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการจ้างงานผู้สูงอายุ การเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้แรงงานสูงอายุ การปรับปรุงกฎหมายและระเบียบต่างๆ ให้เอื้อต่อการทำงานของ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. ผลกระทบด้านการศึกษา

ผลจากการคาดประมาณประชากรแสดงให้เห็นว่า ประชากรวัยเรียนมีแนวโน้มลดลงทั้งสัดส่วนและจำนวน การลดลงของประชากรวัยเรียนเช่นนี้ ควรถือเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพของคน รัฐบาลต้องมีนโยบายปฏิรูป การศึกษาอย่างจริงจัง เพื่อพัฒนาประชากรที่มีคุณภาพ คือมีความพร้อมที่จะยืนหยัดอยู่ได้ในกระแสโลกาภิวัตน์ และพร้อมที่จะแข่งขันกับแรงงานจากประเทศอื่นได้เมื่อเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558

การศึกษาไทยจะต้องเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพประชากรให้ได้ผลตามแผนประชากรในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพประชากรทุกวัย สำหรับประชากรในวัยเด็ก นอกจาก ความรู้แล้ว การศึกษาจะต้องมุ่งพัฒนาระดับสติปัญญา และอารมณ์ของเด็กด้วย

ประเทศไทยควรมีนโยบายส่งเสริมอัตราเรียนต่อในสายอาชีวศึกษา เพื่อผลิตแรงงานที่มีคุณภาพให้ สอดคล้องกับตลาดแรงงานทั้งในประเทศและในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

3. ผลกระทบด้านสุขภาพอนามัย

ผลของการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า การที่มีเด็กเกิดน้อยลง จะทำให้โครงสร้างอายุทางประชากรเปลี่ยนแปลงไป จำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะลดลง นโยบายของรัฐบาลตั้งแต่นี้ต่อไป จะต้องเน้นที่คุณภาพของการเกิด ต่างจากในอดีตที่นโยบายประชากรของประเทศไทยเคยเน้นที่การลดอัตราเกิดให้ต่ำลง คุณภาพของการเกิดต้องเริ่มจากตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิและทารกยังอยู่ในครรภ์ของมารดา รัฐต้องมีนโยบายลดอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพต่างๆ ของทั้งแม่และลูก

ผลของการคาดประมาณประชากรที่แสดงให้เห็นว่าประชากรไทยจะสูงวัยยิ่งขึ้นเรื่อยๆ การสูงวัยของประชากรจะทำให้รูปแบบของการเจ็บป่วยของประชากรเปลี่ยนไป ความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของอวัยวะจะเพิ่มขึ้น โรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ในอนาคตการให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยในสังคมสูงวัยจะเปลี่ยนรูปไปอย่างมาก นอกจากนั้น ค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลสุขภาพ จะต้องเพิ่มสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากรด้วย

การเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ เมื่อเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 น่าจะมีผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพอนามัยของประชากรด้วย แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย แม้จะมีผลกระทบด้านบวกต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ แต่ก็สร้างภาระในการจัดบริการด้านสุขภาพ รัฐจึงต้องวางนโยบายและกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะรองรับผลกระทบด้านสุขภาพอนามัยซึ่งเกิดจากการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศให้สอดคล้องกับสถานการณ์

4. ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม

ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยร้อยละ 60 จะอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล โดยทุกภูมิภาคมีจำนวนประชากรอาศัยในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้น ยกเว้น กรุงเทพมหานคร ที่จำนวนประชากรจะเริ่มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2570 อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นของประชากรในกรุงเทพมหานครอย่างรวดเร็วในอดีตเมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา ได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความหนาแน่นประชากร และการบริโภคพลังงานต่อหัวประชากรอย่างชัดเจน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหามลพิษทางอากาศ น้ำเสีย และอันตรายจากขยะมูลฝอย มลพิษทางอากาศในกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษ 1990s และประมาณ 60 - 70% ของมลพิษเกิดจากการจราจรและยานพาหนะที่เพิ่มขึ้น และที่เหลือนคือ การเผาผลาญที่เกิดจากการอุปโภคบริโภคและอุตสาหกรรม รวมทั้งราคาที่ดินที่สูงขึ้นในใจกลางเมือง ก่อให้เกิดการขยายเมืองไปยังพื้นที่รอบนอกเขตเมือง เพิ่มความจำเป็นในการเดินทางของประชากร นอกจากนี้ ยังผลักดันให้ชาวชุมชนแออัดต้องออกไปอาศัยในที่ๆ ซึ่งไกลจากแหล่งงาน และผู้ที่อาศัยอยู่เดิมของพื้นที่รอบเขตเมือง ต้องเผชิญกับความหนาแน่นของประชากรที่เพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญคือ มีผลกระทบต่อภาคการเกษตร เกษตรกรถูกเพิ่มความเสี่ยงต่อการประกอบอาชีพ และสภาพเศรษฐกิจ - สังคมที่ถูกเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่มีแผน โดยสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับกรุงเทพมหานครนี้ น่าจะเป็นบทเรียนเพื่อการวางแผนรับมือกับการเพิ่มขึ้นของประชากรที่จะอาศัยในเขตเมืองของภูมิภาคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการพัฒนา และประชากร

5. ผลกระทบด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ

ผลของการคาดประมาณประชากรได้แสดงให้เห็นว่า ในเวลาตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ประชากรของประเทศจะสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก 8.4 ล้านคน ในปี 2553 เป็น 20.5 ล้านคน ในปี 2583 ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น ประชากรสูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจาก 1 ล้านคน เป็น 4 ล้านคน ในอีก 30 ปีข้างหน้า การเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วเช่นนี้เป็นประเด็นท้าทายอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ และการพัฒนาอย่างยั่งยืนของประเทศ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ได้เน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยสู่สังคมสูงวัยที่มีสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน การให้สวัสดิการที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย ประเทศไทยจะต้องพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่จำนวนเพิ่มมากขึ้น ต้องสร้างระบบการให้หลักประกันทางเศรษฐกิจแก่ประชากรสูงอายุ ที่ไม่ใช่เป็นการให้เปล่า หรือให้รัฐแบกรับภาระแต่ฝ่ายเดียวทั้งหมด รัฐจะต้องมีนโยบายส่งเสริมคนรุ่นใหม่ให้เตรียมความพร้อมเพื่อยามสูงวัย ทั้งการเตรียมตัวสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจให้กับตนเอง การเตรียมตัวด้านการรักษาสุขภาพ และที่อยู่อาศัย รวมทั้งการส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ในการเตรียมพร้อมสำหรับสังคมสูงวัย รัฐจะต้องมีนโยบายรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ขจัดอคติต่อผู้สูงอายุของคนในสังคมรวมทั้งการมีมาตรการการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ ป้องกันการเอาเปรียบ หลอกลวงฉ้อฉลต่อผู้สูงอายุ รัฐจะต้องมีนโยบายส่งเสริมให้ชุมชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ

สรุป

ข้อมูลประชากรมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการวางแผนนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ ประเทศไทยนับว่าโชคดีที่มีระบบข้อมูลประชากรที่เชื่อถือได้ แหล่งข้อมูลประชากรของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงมหาดไทยต่างผลิตข้อมูลที่มีคุณภาพสำหรับใช้ในการวางแผนและนโยบายการพัฒนาประเทศได้อย่างถูกต้อง

ข้อมูลประชากรที่มีอยู่ในปัจจุบันยังมีประโยชน์ในการทำให้สามารถคาดประมาณหรือฉายภาพประชากรในอนาคตได้ ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพ/นโยบายมองเห็นเป้าของการพัฒนาได้ชัดเจนและถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ความถูกต้องของการคาดประมาณประชากรในอนาคตจะขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญสองประการ ประการแรก คือ ประชากรฐานที่เป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำการคาดประมาณตัวเลขประชากรในเวลาต่อไป ประการที่สอง คือ การตั้งข้อสมมุติที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของประชากร อันได้แก่ การเกิด การตาย และการย้ายถิ่น ข้อสมมุติเหล่านี้จะได้จากข้อมูลแนวโน้มในอดีตและจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับส่วนประกอบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น โชคดีที่ประเทศไทยมีทั้งข้อมูลและการศึกษาเรื่องประชากรที่พร้อมและสมบูรณ์มากพอที่จะใช้ทำให้การคาดประมาณประชากรในอนาคตมีคุณภาพ

การคาดประมาณประชากรเพื่อการพัฒนาของประเทศ พ.ศ. 2553-2583 โดยใช้ปี 2553 เป็นปีฐานนี้ ให้ผลที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ประชากรไทยในช่วงเวลา 30 ปี ข้างหน้านี้ จะมีขนาดคงตัวคือ ไม่เพิ่มหรือลดไปจากขนาดที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมากนัก นับจากวันนี้เป็นต้นไป ประชากรของประเทศไทยจะสูงวัยขึ้นเรื่อยๆ และการสูงวัยของประชากรไทยจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว ประชากรในประเทศไทยจะอยู่อาศัยในเขตเมืองเป็นสัดส่วน และจำนวนที่มากขึ้น

ตัวแปรสำคัญที่จะมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต อาจจะอยู่ที่การย้ายถิ่นของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และการเปิดเครือข่ายความร่วมมือกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม การพัฒนาระบบโลจิสติกส์และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารและคมนาคม การวางแผน/นโยบายพัฒนาประเทศจะต้องนำตัวแปรต่างๆ เหล่านี้มาพิจารณาร่วมกับข้อมูลพื้นฐานทางประชากร

อย่างไรก็ตาม การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ใน 30 ปีข้างหน้าของโครงการนี้ ได้แสดงภาพประชากรไทยในอนาคตที่ชัดเจน เราได้ภาพประชากรที่เป็นเป้าของการพัฒนาแล้ว ซึ่งเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของรัฐที่จะต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทยทุกเพศทุกวัยให้ดีที่สุด

ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านแรงงาน: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583

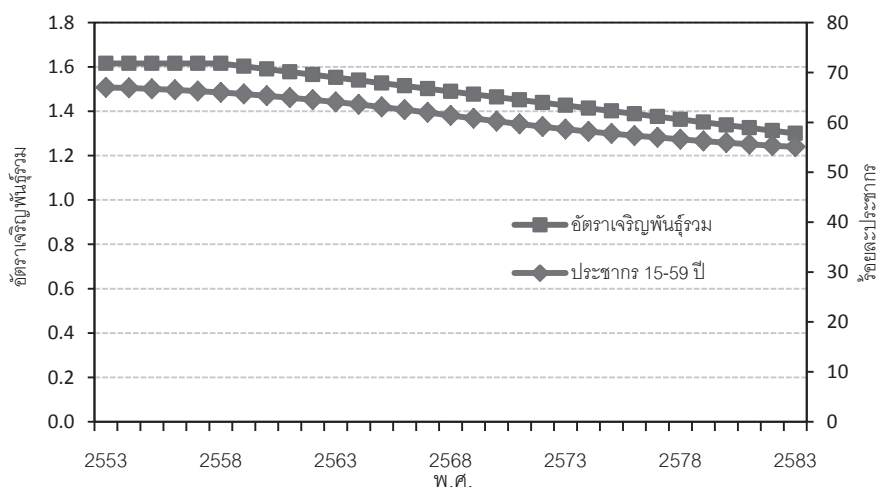
ยงยุทธ แฉล้มวงษ์และคณะ*

1.1 แนวโน้มกำลังแรงงานจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย

จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ระหว่างปี 2553-2583 โดย “คณะทำงานเพื่อคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583” พบว่า แนวโน้มประชากรไทยจะลดลง โดยสัดส่วนประชากรในวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 67.0 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 55.1 ในปี 2583 ขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 0.6 ต่อปี เหตุผลที่สำคัญที่ทำให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลงนั้นส่วนหนึ่งมาจากอัตราเจริญพันธุ์รวม (total fertility rate: TFR) ลดลงตลอดช่วงที่ทำการคาดประมาณ โดยลดลงจาก 1.6 ในปี 2553 เป็น 1.3 ในปี 2583 ดังรูป 1.1

* คณะผู้เขียนประกอบด้วย รศ.ดร.ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ ผู้อำนวยการวิจัยด้านการพัฒนาแรงงาน นางสาวชนิษฐา ชงประยูร และ นางสาวลลิตา ละสอน นักวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

รูป 1.1 อัตราเจริญพันธุ์รวม และร้อยละประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) พ.ศ. 2553-2583



หมายเหตุ: คำนวณจากผลการคาดประมาณประชากรแบบที่ 3

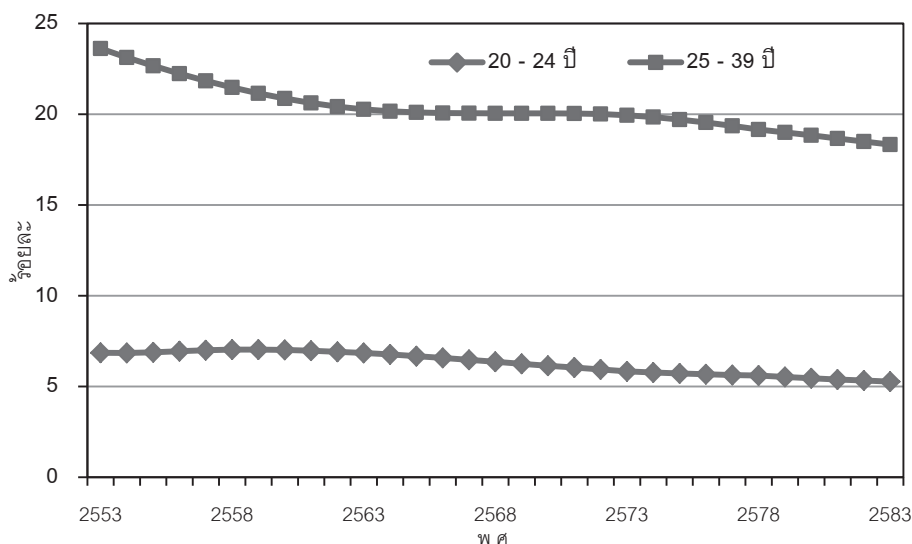
แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.

เมื่อพิจารณาช่วงอายุของประชากรวัยแรงงานพบว่า กลุ่มอายุ 20-24 ปี ซึ่งถือเป็นกลุ่มอายุเริ่มต้นในวัยแรงงาน มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก กล่าวคือ คิดเป็นร้อยละ 6.9 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2553 และลดลงเหลือร้อยละ 5.3 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2583 โดยอัตราเพิ่มของประชากรกลุ่มดังกล่าวลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 0.9 ต่อปี ในขณะที่วัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 25-39 ปี ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มแรงงานหลักที่สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่เศรษฐกิจของประเทศมากที่สุดนั้น มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนลดลงตามทิศทางของประชากรที่ลดลงเช่นกัน กล่าวคือ ลดลงจากร้อยละ 23.6 ของประชากรทั้งหมดในปี 2553 เป็นร้อยละ 18.3 ในปี 2583 โดยอัตราเพิ่มของประชากรกลุ่มดังกล่าวลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 0.9 ต่อปีดังรูป 1.2

จากผลการวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยร่วมกับสำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมเกี่ยวกับการคาดประมาณความต้องการแรงงาน พบว่า ความต้องการแรงงานในปี 2557 จะมีประมาณ 41.3 ล้านคน สำหรับการคาดประมาณในระยะสั้น ส่วนในระยะยาวนั้น (พ.ศ. 2558-2568) พบว่า ในกรณีที่ผลิตภาพแรงงานยังคงเพิ่มขึ้นตามแนวโน้มปกติเหมือนเช่นทุกวันนี้ ความต้องการแรงงานเพื่อมาสนับสนุนให้ภาคอุตสาหกรรมเติบโตได้ตามเป้าหมายการขยายตัวเศรษฐกิจที่ประมาณไว้จะมีมากกว่าอุปทานแรงงานค่อนข้างมาก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะการขาดแคลนแรงงานอย่างรุนแรงขึ้นได้ โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรมและบริการที่ยังใช้แรงงานแบบเข้มข้น (labor intensive industry) แต่ก็คงมีแรงงานนอกระบบไม่มาก ทั้งนี้ ความต้องการแรงงานโดยรวมในปี 2565 คาดว่าจะมีสูงถึง 48.9 ล้านคน ในขณะที่ผลจากการคาดประมาณจำนวนแรงงานในปีดังกล่าวนั้น พบว่า มีอุปทานแรงงานเพียง 41.8 ล้านคน (หรือมีอุปสงค์ส่วนเกินประมาณ 7.1 ล้านคน) อีกทั้งงานวิจัยต่างๆ ในอดีต พบว่า โอกาสทองของการปันผลประชากรกำลังจะหมดลง กล่าวคือ ประชากรวัยแรงงานเหล่านั้นจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนถึงปี 2563 เท่านั้น (สอดคล้องกับการคาดประมาณทางประชากรของคณะทำงานฯ) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาหนโยบายในการรับมือกับการลดลง

ของประชากรดังกล่าว สำหรับแนวทางในการบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแรงงานควรประกอบด้วย 1) การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน 2) การเพิ่มจำนวนแรงงานจากแรงงานในประเทศเพื่อนบ้าน และ 3) การเตรียมตัวกำลังแรงงานเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

รูป 1.2 ร้อยละประชากรวัยแรงงานอายุ 20-24 และ 25-39 ปี พ.ศ. 2553-2583



หมายเหตุ: คำนวณจากผลการคาดประมาณประชากรแบบที่ 3

แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.

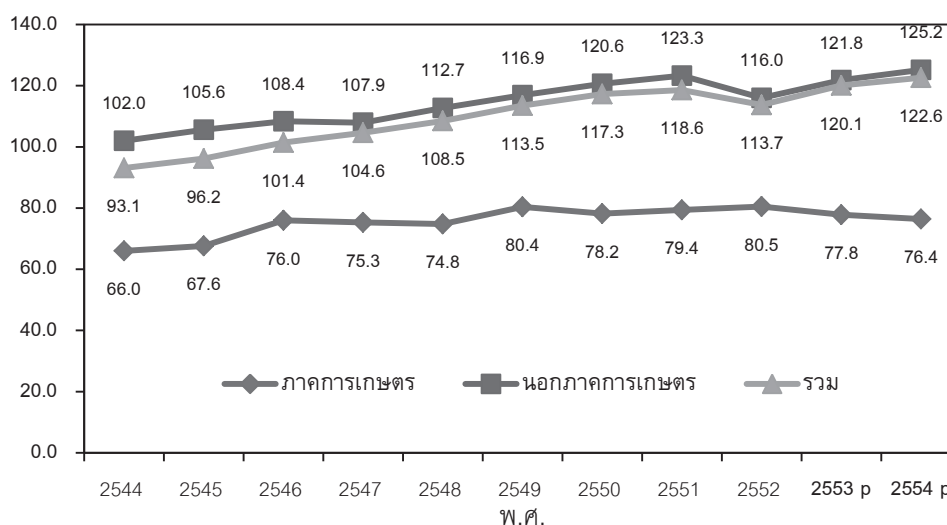
1.2 แนวทางการเตรียมพร้อมอันเนื่องจากการการลดลงของประชากรในวัยแรงงาน

1.2.1 การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน

แนวทางการเพิ่มผลิตภาพแรงงานนั้นเป็นวิธีที่นอกจากจะเป็นการลดภาวะการขาดแคลนแรงงาน เช่น ใช้คนเท่าเดิมแต่ผลิตได้มากขึ้น การเพิ่มผลิตภาพแรงงานนั้นจะเป็นกระบวนการสำคัญในการยกระดับศักยภาพการแข่งขันในเชิงเศรษฐกิจของประเทศได้อีกทางหนึ่ง เมื่อประเทศประกอบไปด้วยแรงงานที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงจะเป็นข้อได้เปรียบในการแข่งขันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคธุรกิจซึ่งหากมองในด้านการพัฒนาผลิตภาพแรงงานแล้ว อาจมองได้ทั้งในมุมมองของภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับในภาครัฐนั้น การให้ความสำคัญกับโอกาสความเท่าเทียมกันในด้านการศึกษา เนื่องจากข้อบ่งชี้ทางด้านเศรษฐกิจในอดีตที่ผ่านมาที่กล่าวไว้ว่า การยกระดับการศึกษาเป็นหนึ่งในเครื่องมือในการช่วยให้หลุดพ้นจากวงจรแห่งความยากจนในระยะยาว การขาดการศึกษาอาจทำให้ประชากรติดอยู่ในวงจรของแรงงานไร้ทักษะ หรือจำเป็นต้องทำงานอยู่ในอุตสาหกรรมที่มีการใช้แรงงานแบบเข้มข้น ส่งผลให้เกิดผลิตภาพแรงงานที่ต่ำ และได้รับค่าแรงที่ต่ำตามไปด้วย ไม่ก่อให้เกิดการริเริ่มในการใช้ทักษะ เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อดึงดูดการลงทุน อีกทั้งการเพิ่มผลิตภาพแรงงานจากประสบการณ์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า ยังช่วยให้ประเทศหลุดพ้นจากกับดักของประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (middle income trap) อีกด้วย

ข้อค้นพบจากงานวิจัยของ ปราณี ทินกร (2537) ในอดีตพบว่า ในระหว่างปี 2521 - 2533 นั้น ประเทศมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจในอัตราร้อยละ 7.6 ต่อปี โดยมีผลจากจำนวนแรงงานร้อยละ 26 และคุณภาพของแรงงาน (อายุ เพศ และการศึกษา) สูงคิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มผลิตภาพของแรงงานนั้นส่งผลต่อการเพิ่มผลผลิตโดยรวม ดังนั้นการศึกษาจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มคุณภาพแรงงานอันรวมไปถึงการเพิ่มผลิตภาพของแรงงาน ปัจจุบันพบว่าดัชนีผลิตภาพแรงงานของไทยนั้นแม้ว่าจะเพิ่มขึ้นแต่ก็มีอัตราการเพิ่มขึ้นที่ค่อนข้างต่ำ และมีแนวโน้มลดลงระหว่างปี 2552 แต่ก็เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2553 โดยเป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าจำนวนแรงงานในภาคเกษตรมีสัดส่วนที่สูงมาก แต่ดัชนีผลิตภาพแรงงานในภาคการเกษตรนั้นต่ำกว่าดัชนีผลิตภาพแรงงานรวมและมีช่วงห่างมากขึ้นตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา อีกทั้งการศึกษาของ นพดล โชติวรวรรณ (2554) พบว่า ในช่วงตั้งแต่ปี 2520-2551 นั้นอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจโดยเฉลี่ยร้อยละ 3.8 ต่อปี แบ่งเป็นทุนทางกายภาพขยายตัวร้อยละ 2.0 ทุนมนุษย์ร้อยละ 0.3-0.6 และการขยายตัวของผลิตภาพการผลิตร้อยละ 1.2-1.5 โดย นพดล ได้อธิบายว่าปัจจัยทุนทางกายภาพยังคงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจประมาณร้อยละ 60-70 ส่วนอีกร้อยละ 10-20 นั้นเป็นผลมาจากการสะสมทุนมนุษย์ สาเหตุที่ทำให้ทุนมนุษย์มีบทบาทในประเทศกำลังพัฒนาน้อยเป็นผลมาจากคุณภาพและการบริหารจัดการทางการศึกษาที่ขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งสภาพตลาดแรงงานที่ไม่มีความสมดุล ก่อให้เกิดอุปทานส่วนเกินในแรงงานระดับอุดมศึกษา อันเป็นผลให้ค่าตอบแทนลดน้อยลง ส่งผลต่อเนื่องจากรายได้ของแรงงานต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product: GDP) ลดลง

รูป 1.3 ดัชนีผลิตภาพแรงงานต่อคนของประเทศไทยในไตรมาสที่ 3 พ.ศ. 2544-2554



แหล่งข้อมูล: ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2555

แนวทางการพัฒนาการศึกษาดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้กรอบที่ก่อให้เกิดความสอดคล้องทั้งทางด้านอุปสงค์และอุปทาน จากการศึกษาที่ผ่านมาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา (2553) พบว่าจำนวนกำลังคนที่ขาดแคลน (skill shortage) ของประเทศไทยในปัจจุบันนั้น

มีมากกว่าสามแสนคนซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานในด้านการผลิต/แรงงานทั่วไป ในขณะที่ยังมีจำนวนผู้ว่างงานอยู่อีกมากเกือบทุกระดับการศึกษา อีกทั้งแรงงานยังมีความปัญหาในเรื่องคุณภาพแรงงาน (skill gap) ที่ขาดแคลนอาทิ ความสามารถในการด้านคอมพิวเตอร์ ภาษาต่างประเทศ และทักษะในการวิเคราะห์แก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ประกอบการต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมในสถานประกอบการ ทั้งนี้ ประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานทั้งๆ ที่ยังมีแรงงานที่ว่างงานอยู่เป็นจำนวนมากนั้น เกิดจากการผลิตกำลังคนส่วนใหญ่ไม่ได้อิงด้านความต้องการของภาคอุปสงค์ (demand driven) แต่กลับให้ความสำคัญกับการผลิตกำลังคนตามขีดความสามารถของทรัพยากรที่ภาคการศึกษาที่มีอยู่ (supply driven) ซึ่งแม้ว่าความต้องการแรงงานนั้นมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มจังหวัด และ กลุ่มอุตสาหกรรม แต่ข้อค้นพบจากการศึกษากลับพบว่า การผลิตกำลังคนในแต่ละสถาบันการศึกษานั้น กลับดำเนินการเกือบจะไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นสาขาที่เปิดทำการสอนหรือคณะ และ/หรือภาควิชาที่เปิดสอนตั้งแต่ระดับวิทยาลัยไปจนถึงระดับอุดมศึกษา ทำให้เกิดปัญหาความไม่สอดคล้อง (mismatch) ของอุปสงค์และอุปทานกำลังคนในระดับพื้นที่ ซึ่งจะนำมาซึ่งปัญหาการว่างงานเชิงโครงสร้าง (structured unemployment) อันเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการศึกษาและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

นโยบายการพัฒนาทักษะแรงงานควรสนองเป้าหมาย 4 ประการ คือ 1) การทำให้อุปสงค์และอุปทานของแรงงานสอดคล้องกัน 2) การรักษาสภาพการจ้างงาน 3) การอยู่รอดของธุรกิจ และ 4) การทำให้กระบวนการพัฒนาที่เป็นพลวัตรมีความยั่งยืน ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาที่เป็นพลวัตรจะทำให้มีการเตรียมตัวสำหรับงานในอนาคต ภาคเอกชนก็มีส่วนสำคัญในการเพิ่มผลิตภาพของแรงงาน การให้ความสำคัญในการจับคู่อุปสงค์และอุปทานแรงงานโดยการร่วมมือกันระหว่างภาคการศึกษาและภาคเอกชนในการร่วมกำหนดทิศทางสมรรถนะหลัก (core competency) ของแรงงาน อันได้แก่ ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของแรงงานที่จำเป็นในอุตสาหกรรม โดยภาคการศึกษาจำเป็นต้องมีการจัดทำหลักสูตรหรือทำการปรับปรุงหลักสูตรที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับทิศทางความต้องการ (สมรรถนะแรงงาน) ของภาคธุรกิจ อันเป็นการช่วยลดช่องว่างระหว่างสมรรถนะของแรงงานที่ภาคธุรกิจต้องการกับสมรรถนะที่แรงงานมีอยู่จริง

สำหรับแรงงานที่อยู่ในตลาดแรงงานอยู่แล้วจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับปรุงทักษะแรงงานผ่านรูปแบบต่างๆ อาทิ การผลักดันให้เกิดกรอบคุณวุฒิวิชาชีพ หรือการทดสอบทักษะฝีมือแรงงานในลักษณะต่างๆ อันเป็นการกำหนดมาตรฐานวิชาชีพของแรงงาน การลงทุนในด้านเทคโนโลยี นวัตกรรม การพัฒนาและวิจัย เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อสร้างความกระตือรือร้นแก่กำลังแรงงานอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญที่สุดก็คือ การกำหนดแนวทางในการพัฒนาประเทศของภาครัฐนั้นจำเป็นต้องมีความชัดเจนเพื่อให้ทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจชัดเจนตามไปด้วย อันจะเป็นผลให้ภาคเอกชนสามารถวางแผนทิศทางการผลิตและการลงทุนเชิงธุรกิจในอนาคตได้

ผลจากการพัฒนาผลิตภาพแรงงานนั้น ข้อค้นพบจากงานวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และ สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม (2555) ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การเพิ่มผลิตภาพแรงงานรวมไปถึงการพัฒนาเทคโนโลยีในการผลิตและการบริการที่สามารถเข้ามาทดแทนแรงงานคนโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานระดับล่างได้ อันเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ในกรณีที่สมารถเพิ่มผลิตภาพแรงงานได้อีกอย่างน้อยร้อยละ 15 ภายในปี 2565 (เพิ่ม GDP ต่อแรงงาน 1 คน

ในปี 2565 จาก 2.9 แสนบาทต่อคนต่อปี ตามแนวโน้มปกติ ให้เป็น 3.5 แสนบาทต่อคนต่อปี) ก็จะส่งผลให้ความต้องการแรงงานโดยรวมในอนาคตลดลงเหลือไม่เกิน 42 ล้านคน (41.8 ล้านคน จากการคาดประมาณ) ซึ่งอยู่ในระดับใกล้เคียงกับอุปทานแรงงานในอนาคตปี 2565 ส่งผลให้ภาวะขาดแคลนแรงงานในภาพรวมลดลงได้

1.2.2 การเพิ่มจำนวนแรงงานจากแรงงานในประเทศเพื่อนบ้าน

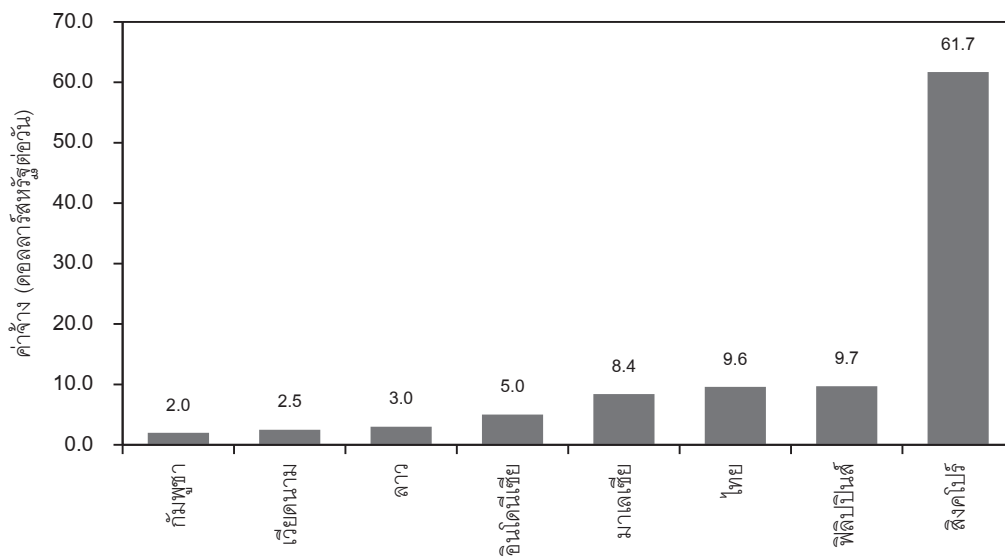
แม้ว่าประชากรวัยแรงงานจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบว่าความต้องการแรงงานในภาคอุตสาหกรรมการผลิตเชิงปริมาณกลับไม่ได้ลดลงตามแนวโน้มประชากร นอกจากนี้แล้วการพัฒนาทางด้านการศึกษาของประเทศทำให้ประชากรมีจำนวนปีเฉลี่ยของการศึกษาเพิ่มขึ้น สาเหตุนี้เองจึงทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานเนื่องจากกำลังแรงงานส่วนหนึ่งยังอยู่ในภาคการศึกษา และมีแนวโน้มว่าจะอยู่ในภาคการศึกษานานขึ้นตามจำนวนปีเฉลี่ยของการศึกษาที่รัฐบาลกำหนดเป็นเป้าหมายเอาไว้ อีกทั้งแรงงานที่มีการศึกษาสูงขึ้นนั้นมักไม่ยอมทำงานที่สกปรก ยากลำบาก และเสี่ยงอันตราย หรืองานประเภท 3D (dirty, difficult and dangerous) การนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านจึงดูเหมือนจะเป็นวิธีที่เพิ่มอุปทานแรงงานได้รวดเร็วที่สุด

ประเทศไทยได้เปิดจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติคือ พม่า ลาว และกัมพูชามาตั้งแต่ปี 2539 ตลอดช่วงเวลา 16 ปีที่ผ่านมาได้เปิดจดทะเบียนมากกว่า 6 ครั้ง ส่งผลให้จำนวนแรงงานต่างด้าวจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้นจาก 3 แสนคนเศษเมื่อปี 2539 เพิ่มขึ้นเป็น 1.31 ล้านคน ในปี 2552 โดยประเทศไทยได้เปิดช่องทางรับแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานกรรมกรและงานรับใช้ในบ้าน ทั้งในรูปแบบที่ 1 คือ การผ่อนผันให้ผู้เข้าเมืองผิดกฎหมายขณะที่ถูกดำเนินคดีแล้วรอกลับประเทศ สามารถให้นายจ้างรับเข้าไปทำงานได้ ซึ่งกลุ่มนี้มีจำนวนมากที่สุด รูปแบบที่ 2 เป็นกลุ่มที่นำเข้ามาตามบันทึกความเข้าใจ (memorandum of understanding: MoUs) จำนวน 43,032 คน ในปี 2553 และกลุ่มที่ 3 เป็นการปรับเปลี่ยนสถานะของแรงงานผ่อนผันให้ทำงานในกลุ่มที่ 1 โดยให้พิสูจน์สัญชาติมีหนังสือเดินทางชั่วคราวและสามารถขอใบอนุญาตได้ครั้งละ 2 ปี (ต่ออายุทุกปี) มีจำนวน 228,411 คน ในปี 2553 รวมในปี 2553 นั้นมีแรงงานต่างด้าวจากทั้ง 3 รูปแบบทั้งสิ้น 932,255 คน

จากการที่ประเทศไทยใช้แรงงานระดับล่างจากประเทศเพื่อนบ้านจำนวนมาก จากการศึกษาโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยร่วมกับธนาคารโลกในปี 2553 พบว่า แรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นนั้นอาจจะมีผลทำให้ค่าจ้างของแรงงานไทยเพิ่มขึ้นช้าและอาจจะทำให้ประเทศไทยมีการเลื่อนกำหนดการปรับเปลี่ยนไปใช้เทคโนโลยีการผลิตที่สูงขึ้นเป็นเวลานาน 10 ปี ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผลกระทบโดยรวมให้ผลิตภาพของแรงงานไทยเพิ่มช้าตามไปด้วย

อย่างไรก็ตามการที่แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านหลั่งไหลเข้ามาทำงานในประเทศในบางส่วนหนึ่งซึ่งเป็นผลจากการขาดแคลนแรงงานระดับล่างอย่างรุนแรงโดยเฉพาะแรงงานในภาคเกษตร (ทั้งเพาะปลูก ปศุสัตว์ และประมง) กิจการก่อสร้าง อุตสาหกรรมแปรรูปอาหาร และผู้ช่วยแม่บ้านเป็นต้น ค่าจ้างที่แตกต่างกันดึงดูดให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้เข้ามาทำงานในประเทศไทย ซึ่งเมื่อพิจารณาจากรูป 1.4 แล้ว พบว่าค่าจ้างแรงงานรายวันในประเทศไทยนั้น สูงกว่า 3 เท่าของค่าจ้างแรงงานในประเทศลาวและกัมพูชา อีกทั้งนโยบายค่าแรงขั้นต่ำ 300 บาทยังคงดึงดูดแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านให้เข้ามาทำงานในประเทศไทยอีกด้วย

รูป 1.4 ค่าแรงขั้นต่ำของประเทศในอาเซียน



หมายเหตุ: ข้อมูล ณ วันที่ 28 ตุลาคม 2554 มาเลเซียและสิงคโปร์ไม่มีค่าแรงขั้นต่ำ ค่าแรงที่แสดงของสองประเทศนี้เป็นการคำนวณจากเงินเดือนเฉลี่ยของแรงงานไร้ฝีมือ

แหล่งข้อมูล: เกียรตินันต์ ล้วนแก้ว, 2555

ธนาคารแห่งประเทศไทย (2555) ได้ทำการสำรวจผู้ประกอบการที่ใช้แรงงานต่างด้าว พบว่า กว่าร้อยละ 54.0 ของผู้ประกอบการที่ตอบแบบสอบถามนั้น จ้างแรงงานต่างด้าวเพื่อแก้ปัญหาในด้านการขาดแคลนแรงงาน รองลงมาเพื่อให้คงกำลังการผลิตไว้ (ร้อยละ 46.0) และ บริหารจัดการต้นทุนให้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 14.6) สอดคล้องกับ สุรพล ศรีเอื้อง (2555) ที่ได้ทำการศึกษาแบบจำลอง EMOT-2011 ภายใต้ข้อจำกัดที่ว่าเป็นแบบจำลองดุลยภาพทั่วไปขนาด 25 สาขาการผลิต ที่กำหนดให้ตลาดสินค้ามีการแข่งขันอย่างสมบูรณ์ ตลาดปัจจัยแรงงานเป็นแบบค่าจ้างที่แท้จริงคงที่ ตลาดปัจจัยทุนคงที่ในระยะสั้นและเริ่มผ่อนคลายให้มีความยืดหยุ่นในระยะยาว ซึ่งพบว่า ประเทศไทยมีความต้องการแรงงานในประเทศและพึ่งพาแรงงานประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานไร้ฝีมือ โดยความต้องการแรงงานไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า (ราวปี 2565) นั้น จะสูงถึง 46.5 ล้านคน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านถึง 5.4 ล้านคน

อย่างไรก็ดี แรงงานข้ามชาติเหล่านี้มาจากประเทศที่เป็นสมาชิกอาเซียนทั้งสิ้นเช่นเดียวกับประเทศไทย ดังนั้น หากมีการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี 2558 โดยเฉพาะประชาคมเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการค้าและการลงทุน ซึ่งส่วนหนึ่งมีการร่วมลงทุนโครงการขนาดใหญ่ (mega-projects) กับประเทศเพื่อนบ้าน ส่งผลให้แรงงานบางส่วนอาจกลับบ้านและเคลื่อนย้ายกลับประเทศตามผลตอบแทนปัจจัยแรงงาน นอกจากนี้ วิฤตมหาอุทกภัยในปี 2554 ที่ผ่านมา และความยากลำบากและซับซ้อนในกระบวนการพิสูจน์สัญชาติก็เป็นสาเหตุที่ทำให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้กลับประเทศเพิ่มขึ้น

แนวทางการบริหารแรงงานต่างด้าวที่ดีและมีประสิทธิภาพในภาครัฐ ที่ต้องสร้างความเข้าใจและชัดเจนแก่ผู้ประกอบการเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย รวมถึงการจัดกระบวนการนายหน้าแรงงานที่มีอยู่ให้หมดสิ้นไป จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อรักษาให้ประเทศมีแรงงานในภาคการผลิตที่พอเพียง นอกจากนี้ยังคงต้องคำนึงถึงระบบสวัสดิการที่แรงงานต่างด้าวเหล่านี้พึงมี โดยอาศัยหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน กฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทย และอนุสัญญาต่างๆ ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศที่ประเทศไทยได้ลงนามในสัตยาบันเอาไว้แล้ว

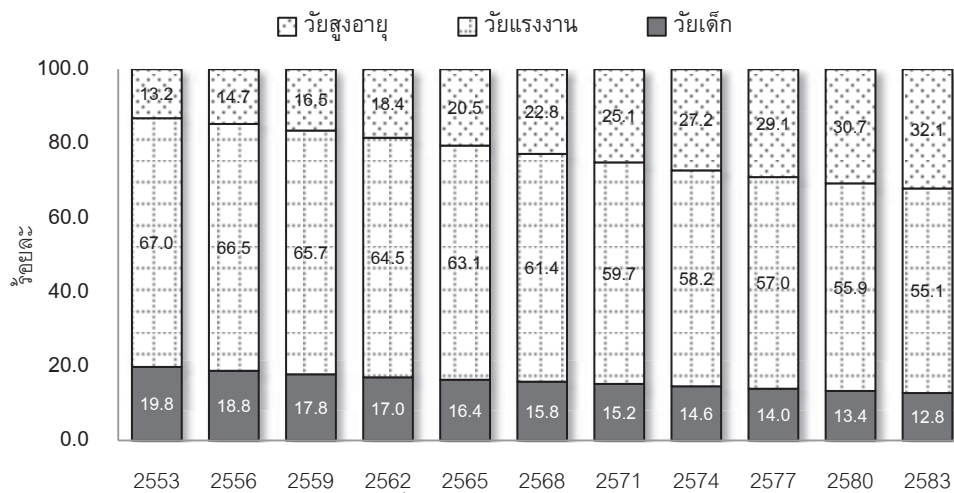
1.3 การเตรียมตัวกำลังแรงงานเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

การเปลี่ยนผ่านโครงสร้างอายุประชากรนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการที่สังคมไทยที่เคยเป็นสังคมของเด็กและคนหนุ่มสาวกำลังเปลี่ยนไปเป็นสังคมของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ย่อมมีผลต่อเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ อาทิ รายได้ต่อหัวประชากร กำลังการผลิต (ถ้าไม่มีการทดแทนด้วยแรงงานย้ายถิ่นจากต่างประเทศ) การปรับเปลี่ยนพระราชบัญญัติและกฎหมายต่างๆ รวมทั้งการบริหารจัดการการเงินการคลังของประเทศให้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนระบบสวัสดิการของรัฐ โดยเฉพาะสวัสดิการเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการการศึกษา การจ้างแรงงาน หรือแม้กระทั่งการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์

1.3.1 โครงสร้างประชากรในแต่ละช่วงวัย

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรอย่างเห็นได้ชัดจากสัดส่วนประชากรวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) ในช่วงปี 2553-2583 จะมีจำนวนลดลงจาก 12.4 ล้านคน (ร้อยละ 19.8 ของประชากรทั้งหมด) เหลือ 8.1 ล้านคน (ร้อยละ 12.8) ส่วนประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) นั้นมีการเปลี่ยนแปลงจำนวนลดลงเล็กน้อยเช่นเดียวกันโดยในปี 2553-2558 จำนวนประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นจาก 42.7 ล้านคน เป็น 43 ล้านคน หลังจากนั้นลดจำนวนลงเหลือ 35.2 ล้านคน ในปี 2583 อาจกล่าวได้ว่าจำนวนประชากรวัยแรงงานในอนาคตอีก 30 ปีข้างหน้าเกือบไม่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรกลุ่มสุดท้าย คือกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ในกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ในปี 2553 มีประชากรสูงอายุอยู่ 8.4 ล้านคน (ร้อยละ 13.2) เมื่อถึงปี 2583 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 19.3 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ซึ่งหากพิจารณาจากสัดส่วนประชากรในวัยต่างๆ จะเห็นได้สัดส่วนประชากรในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aging society) มาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 และจะเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ในปี 2567 (ไพโรจน์, 2552) ดังนั้นควรเร่งเตรียมการเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีก 12 ปีข้างหน้า (รูป 1.5)

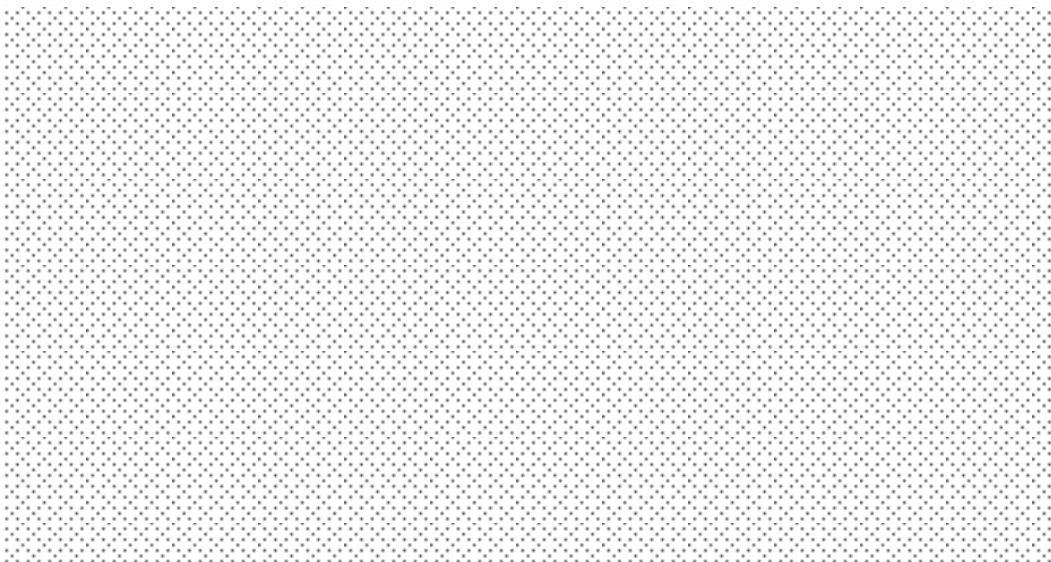
รูป 1.5 ร้อยละของประชากรวัยต่างๆ พ.ศ. 2553-2583



หมายเหตุ: คำนวณจากผลการคาดประมาณประชากรแบบที่ 3

แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.

รูป 1.6 จำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583



หมายเหตุ: คำนวณจากผลการคาดประมาณประชากรแบบที่ 3

แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.

1.3.2 ภาวะการพึ่งพิงที่เปลี่ยนแปลงไป

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น สะท้อนให้เห็นลักษณะการพึ่งพิงที่เปลี่ยนแปลงไป การแสดงระดับการพึ่งพิงระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ด้วยอัตราส่วนพึ่งพิง (dependency ratio) ซึ่งหมายถึง อัตราส่วนระหว่างประชากรวัยเด็กและประชากรวัยสูงอายุ ต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน โดยดัชนีนี้มีข้อสมมุติว่าประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุต้องพึ่งพิง (ทางเศรษฐกิจ) ประชากรวัยแรงงาน โดยจะเห็นได้ว่าค่าของอัตราส่วนพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยทำงาน จากงานศึกษาที่ผ่านมาที่พบแนวโน้มเช่นเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่ประเทศไทยเคยประสบปัญหาสถานการณ์ที่มีประชากรวัยเด็กจำนวนมากเมื่อเทียบกับประชากรวัยทำงาน (ปัทมา และ ปราโมทย์, 2549) โดยในปี 2553 ค่าอัตราส่วนพึ่งพิงรวมเท่ากับ 49.3 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ต้องพึ่งพิง (เด็กและผู้สูงอายุ) 49 คนต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (วัยแรงงาน) 100 คน (หรือประชากรวัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุ 0.5 คน) โดยเป็นอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กมากกว่าวัยสูงอายุ จากนั้นค่าอัตราส่วนพึ่งพิงเริ่มเปลี่ยนแปลงในปี 2562 โดยอัตราส่วนพึ่งพิงรวมเท่ากับ 55.0 ในอัตราส่วนนี้จะเห็นได้ว่า อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ (28.6 หรือประชากรวัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 0.3 คน) มีค่ามากกว่าวัยเด็ก (26.4 หรือประชากรวัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูวัยเด็ก 0.3 คน) และในปี 2583 อัตราส่วนพึ่งพิงรวมสูงถึง 78.3 โดยเป็นอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุถึง 55.0 (หรือประชากรวัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 0.6 คน) และเป็นอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กเพียง 23.2 (หรือประชากรวัยทำงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูวัยเด็ก 0.2 คน) (ตาราง 2.1)

อัตราส่วนพึ่งพิงที่เปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลกระทบต่อในอนาคตอันใกล้ กล่าวคือศักยภาพของแรงงานในการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ลดลงจะส่งผลให้ความมั่นคงโดยรวมของสังคมลดลงด้วย ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินนโยบายต่างๆ และกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศในที่สุด

ตาราง 1.1 อัตราส่วนพึ่งพิงรวม อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา พ.ศ. 2553-2583

พ.ศ.	อัตราส่วนพึ่งพิง		
	รวม	วัยเด็ก	วัยสูงอายุ
2553	49.3	29.6	19.7
2556	50.3	28.2	22.1
2559	52.3	27.1	25.1
2562	55.0	26.4	28.6
2565	58.5	25.9	32.6
2568	62.9	25.8	37.1
2571	67.6	25.5	42.1
2574	71.9	25.1	46.8
2577	75.5	24.5	51.0
2580	78.9	23.9	54.9
2583	78.3	23.2	55.0

หมายเหตุ: คำนวณจากผลการคาดประมาณประชากรแบบที่ 3

แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.

1.3.3 การเตรียมการช่วยเหลือผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในอนาคตอันใกล้ รวมถึงภาวะพึ่งพิงที่เปลี่ยนแปลงไปได้ก่อให้เกิดนโยบายเชิงนโยบายหลายประการ โดยมีหน่วยงานหลายภาคส่วนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งรวบรวมได้ดังนี้

จากการศึกษาเรื่องการประมาณการงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุและแหล่งที่มาของเงิน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.), 2555) ได้มีการเสนอ 3 ชุดทางเลือกสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ยั่งยืน และไม่ซ้ำซ้อน โดยเน้นสวัสดิการพื้นฐานเพียงพอต่อการดำรงชีพและเพิ่มเติมพิเศษให้กลุ่มยากจน และ/หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเสนอแนวทางการสร้างความยั่งยืนของการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุด้วยการหาแหล่งเงินเพิ่มเติมจากการปฏิรูประบบภาษี ปรับปรุงการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และเปิดโอกาสให้ภาคีภายนอกภาครัฐเข้ามามีบทบาทร่วมด้วย โดยงานศึกษาดังกล่าวได้เสนอแนะแนวทางการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุไว้ 12 แนวทาง ดังนี้

(1) **การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ** เนื่องจากข้อมูลที่ได้จะเป็นส่วนสำคัญยิ่งต่อการวางแผนกำหนดนโยบายการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต่อไป โดยควรจำแนกข้อมูลผู้สูงอายุดังกล่าวออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ และกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ

(2) **การทบทวนเกณฑ์การเกษียณอายุ** โดยในช่วงแรกอาจกำหนดเป็นโครงการขยายเกณฑ์อายุเกษียณตามความสมัครใจ เพื่อให้หน่วยงานที่มีผู้สูงอายุทำงานอยู่ได้มีโอกาสปรับตัว และกำหนดระยะเวลาขยายเกณฑ์อายุเกษียณเป็นช่วงเวลาสั้นๆ และสามารถประเมินความเหมาะสมและผลกระทบ

(3) **การกำหนดลักษณะประเภทของงานและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม** เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการทำงานน้อยกว่าแรงงานปกติ ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย และด้านการศึกษาและเรียนรู้ ดังนั้นภาครัฐจำเป็นต้องกำหนดลักษณะประเภทงานและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมสำหรับการจ้างงานผู้สูงอายุ

(4) **การเพิ่มโอกาสในการทำงานแก่ผู้สูงอายุ** เพื่อสร้างช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของผู้สูงอายุ โดยการทำงานของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นการทำงานนอกระบบที่มีหลากหลายรูปแบบ อีกทั้งผู้สูงอายุมีความพร้อมที่แตกต่างกันต่อการทำงาน

(5) **การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน และบริการต่างๆ** โดยในด้านมาตรการด้านสุขภาพ ภาครัฐอาจมีมาตรการสนับสนุนการจัดโครงการบริการด้านการรักษาสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่แรงงานผู้สูงอายุในหน่วยงาน สำหรับมาตรการด้านสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน โดยจัดเตรียมสภาพแวดล้อมของที่ทำงานให้มีความปลอดภัยจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนมาตรการด้านการให้บริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการด้านการคมนาคม การสนับสนุนทางการตลาด เป็นต้น

(6) **การจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคม** เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงอายุที่มีคุณภาพของไทย อีกทั้งเป็นการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ประชากรสูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งควรมีลักษณะเป็นศูนย์บริการครบวงจรแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) ซึ่งให้ทั้งบริการและความช่วยเหลือครอบคลุมทุกด้าน

(7) การปรับเปลี่ยนทัศนคติการจ้างแรงงานผู้สูงอายุ เนื่องจากทัศนคติของนายจ้างต่อแรงงานผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจจ้างงานประชากรกลุ่มนี้ จึงต้องหามาตรการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ครอบครัวและสังคมต่อการส่งเสริมการทำงานในผู้สูงอายุ

(8) การสร้างแรงจูงใจ รูปแบบการสร้างแรงจูงใจอาจเป็นไปใน 2 ลักษณะ คือ มาตรการสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูงอายุด้วยผลประโยชน์ทางการเงิน (เช่น การยกเว้นเบี้ยประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุ) และผลประโยชน์ด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (เช่น การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย) และมาตรการสร้างแรงจูงใจสำหรับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน เช่น การให้สิทธิลดหย่อนภาษีสำหรับสถานประกอบการที่จ้างแรงงานผู้สูงอายุ การลดเบี้ยประกันสังคมในส่วนที่นายจ้างจะต้องจ่ายสมทบให้แก่ลูกจ้างที่เป็นแรงงานผู้สูงอายุ

(9) การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ซึ่งแบ่งออกได้เป็นมาตรการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ การส่งเสริมให้มีการจัดหลักสูตรการเรียนรู้ตลอดชีพ จะช่วยให้แรงงานผู้สูงอายุมีโอกาสฟื้นฟูและพัฒนาทักษะที่มีอยู่ควบคู่กับการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่จำเป็นต่อการทำงานในสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มาตรการให้ความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ อาจทำได้โดยการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงแรงงาน และกระทรวงศึกษาธิการ

(10) การส่งเสริมการมีงานทำแบบมีส่วนร่วม เป็นมาตรการที่เปิดโอกาสให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทต่อการสนับสนุนการจ้างงานผู้สูงอายุ เนื่องจากหน่วยงานระดับท้องถิ่นจะสามารถเข้าถึงและรับทราบความต้องการของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ดี ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างงานให้แก่ประชากรผู้สูงอายุโดยอาศัยกระบวนการสหกรณ์ ระบบวิสาหกิจชุมชน

(11) การปรับปรุงกฎหมายและระเบียบต่างๆ เป็นอีกมาตรการที่สำคัญ แต่อาจต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ โดยภาครัฐจำเป็นต้องปรับปรุง กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการให้แก่แรงงานผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน

(12) จุดเน้นของมาตรการส่งเสริมการมีงานทำในผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีศักยภาพควรเน้นที่การทบทวนเกณฑ์เกษียณอายุ การกำหนดประเภทของงานและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ ควรเน้นที่การเพิ่มโอกาสในการทำงาน และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน และการให้บริการต่างๆ และสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ ควรเน้นที่การส่งเสริมการมีงานทำแบบมีส่วนร่วมที่ให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทต่อการสนับสนุนการจ้างงาน

อีกหลักประกันหนึ่งที่สำคัญต่อผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในช่วงสูงวัยนอกเหนือจากการมีงานทำก็คือหลักประกันด้านรายได้ ซึ่งผู้สูงอายุจะได้นำมาใช้ช่วยให้สามารถมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ตกต่ำถึงขั้นยากลำบาก และย่อมช่วยให้สุขภาพทางกายไม่ถดถอยเร็วเกินไป ซึ่งจากการศึกษาเรื่อง “หลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุไทย” ของวรวรรณ ขาญด้วยวิทย์ และคณะ (2551) พบว่า หลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยแบ่งเป็นสองลักษณะคือ หลักประกันที่มีการจัดการอย่างเป็นระบบและมีกฎหมายรองรับ สำหรับ

ผู้สูงอายุที่เคยเป็นกำลังแรงงานในภาคทางการ เช่น ระบบบำนาญบำนาญข้าราชการ กองทุนประกันสังคม รวมถึงระบบการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปัญหาของหลักประกันลักษณะนี้ คือ บุคคลแต่ละกลุ่มยังคงได้รับผลประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน และไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนได้อย่างแท้จริง หลักประกันที่สองเป็นหลักประกันที่มีการจัดการแบบไม่เป็นทางการ มีการบริหารจัดการกันเองภายในชุมชน เช่น กลุ่มออมทรัพย์ที่มีแนวความคิดที่จะจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีข้อดีคือ สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสในชุมชนนั้นๆ ได้ แต่ข้อเสียของหลักประกันประเภทนี้คือ กลุ่มออมทรัพย์เหล่านี้นั้นมักจะเกิดขึ้นเฉพาะในชุมชนเข้มแข็งและมีผู้นำกลุ่มที่มีคุณธรรม

ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติในการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุพบว่า คนวัยหนุ่มสาวมีการเตรียมการเพื่อยามสูงวัยต่ำ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ยังเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว และเมื่อพิจารณาการศึกษาเรื่องการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละเรื่อง พบว่ามีความแตกต่างกันไม่มาก อย่างไรก็ตาม การมีมาตรการส่งเสริมหลักประกันรายได้ภายใต้ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อยามสูงอายุที่มีคุณภาพในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 อาจช่วยกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเพื่อยามสูงแต่เนิ่นๆ และอาจช่วยอธิบายว่าทำไมด้านการเงินจึงเป็นเรื่องที่คนหนุ่มสาวรายงานว่ามีการเตรียมการสูงกว่าการเตรียมการด้านอื่นๆ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประเทศไทย, 2554)

กล่าวโดยสรุปแม้ผลิตภาพของแรงงานไทยจะเพิ่มสูงขึ้น แต่เป็นในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะภาคเกษตรกรรม ซึ่งมีการจ้างงานจำนวนมาก ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่น่าห่วงใยเพราะในอนาคตอันใกล้ประชากรจำนวนมากจะเข้าสู่วัยสูงอายุ สัดส่วนประชากรวัยแรงงานจะลดลง อีกทั้งกำลังแรงงานที่มีอยู่ก็จะมีอายุโดยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น การเร่งเสริมพัฒนาเพื่อพัฒนาศักยภาพการทำงานและผลิตภาพของแรงงานจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเช่นเดียวกับการพิจารณาเลือกอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการทำงานหลังเกษียณ หรือขยายอายุการทำงานของผู้สูงอายุให้ยาวนานขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวมและต่อผู้สูงอายุเองให้ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ลดการพึ่งพิงและมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพในวัยชรา (ชินนุทัย และคนอื่นๆ, 2555)

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน. 2553. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนานาชาติเรื่อง *Mega-Trend in Human Capital and Labor Productivity towards Global Integration* ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ การศึกษาและจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนของประเทศอันเนื่องมาจากผลการประชุมวิชาการ นานาชาติในกรอบทุนมนุษย์และผลิตภาพแรงงาน. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (พฤศจิกายน) กระทรวงแรงงาน. 2555. เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำข้อเสนอเรื่องสังคม ผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3/2555. วันศุกร์ที่ 14 กันยายน 2555. สำนักงานสภาพัฒนาการเพื่อพัฒนาแรงงาน แห่งชาติ, สำนักเศรษฐกิจการแรงงาน และสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.
- เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. 2555. ดูกันจะค่าแรงขั้นต่ำ 300 บาท เทียบกับค่าแรงในอาเซียน. การเมือง: ทศนะ วิจารณ์, หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ (ออนไลน์), 6 เมษายน. สืบค้นได้จาก <http://bit.ly/HSekV6>
- จีนุทย์ กาญจนะจิตรา และคนอื่นๆ. 2555. สุขภาพคนไทย 2555: ความมั่นคงทางอาหาร เงินทองของมา ยา ข้าวปลาของจริง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. 2555. ดัชนีผลิตภาพแรงงานต่อคน. สืบค้นได้จาก <http://www2.bot.or.th/statistics/ReportPage.aspx?reportID=634&language=th>
- นพพล โชติวรารณ. 2554. ทุนมนุษย์กับการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. 2549. ประชากรไทยในอนาคต. ใน ประชากรและสังคม 2549 ภาวะการตาย: ภาพสะท้อนความมั่นคงทางประชากร. กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประดิษฐ์ ขาสมบัติ และ อนุเทพ กิจประทาน. 2539. ผลิตภาพแรงงานในสาขาอุตสาหกรรมการผลิต ของประเทศไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 3(1): หน้า 1-13.
- ปราณี ทินกร. 2537. ประสิทธิภาพการผลิตในประเทศไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์, 12(4): หน้า 5-41.
- ไพโรจน์ วงศ์วิวัฒน์. 2552. เราจะเตรียมรับมือกันอย่างไร? สังคมผู้สูงอายุ. หนังสือพิมพ์มติชนออนไลน์, 27 กุมภาพันธ์. สืบค้นจาก http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1235709146&grpid=01&catid=04
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. 2551. รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผล: แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ: ธันวาคมนี้.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) และสำนักงานส่งเสริม สวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.). 2555. การประมาณการงบประมาณ สำหรับผู้สูงอายุและแหล่งที่มาของเงิน. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, รายงานการวิจัย. สืบค้น ได้จาก <http://tdri.or.th/research/elderly-budget>

เสาวณี จันทะพงษ์. 2555. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง “ตลาดแรงงานไทย ค่าจ้าง และนัยต่อนโยบายเศรษฐกิจมหภาค”. วันที่ 23 มีนาคม 2555 ณ ธนาคารแห่งประเทศไทย.

สุรพล ศรีเอื้อง. 2555. ความเสี่ยงการขาดแคลนปัจจัยแรงงานในภาคการผลิตของไทย หลังเปิดเสรีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบเศรษฐกิจไทย วันที่ 28 กันยายน 2555 ณ โรงแรมอิมพีเรียล ควินส์ปาร์ค.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประเทศไทย, 2554. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. 2553. โครงการการศึกษาความต้องการกำลังคนเพื่อวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของประเทศ. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม. 2555. (ร่าง) รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยการจัดทำยุทธศาสตร์การผลิตและพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการของภาคอุตสาหกรรม. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (กันยายน) วรวรรณ ขาญด้วยวิทย์ และคณะ. 2551. หลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, รายงานการวิจัย.

ภาษาอังกฤษ

Lathapipat D. 2009. *The Absorption of Immigrants and its Effects on the Thai Wage Structure*. World Bank.

Pholphirul P., et. al. 2009. *Do Immigrants Improve Thailand's Competitiveness?*. World Bank.

2

ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านการศึกษา: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583

จิระพันธ์ กัลลประวัติ*

2.1 สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยเรียนของไทย

จากความสำเร็จของการดำเนินนโยบายวางแผนประชากรในช่วง 30 - 40 ปีที่ผ่านมา ประกอบกับความก้าวหน้าของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีซึ่งได้รับการศึกษาสูงขึ้น มีครอบครัว/แต่งงานช้าลง และทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมทั้งการดำเนินชีวิตที่มีความเคร่งเครียดมากขึ้น จึงทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงตามลำดับจาก 6.3 ในปี 2508 เป็น 1.6 ในปี 2553 และมีแนวโน้มลดลงเหลือ 1.3 ในปี 2583 รวมถึงความสำเร็จจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่สามารถลดการตายของมารดาและทารก การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้โครงสร้างประชากรเด็กและประชากรวัยเรียนของไทยมีแนวโน้มลดลง โดย

* ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- **ประชากรรวมเพิ่มขึ้นไปจนถึงปี 2569 จากนั้นเริ่มลดลง** ประชากรจาก 44.8 ล้านคน ในปี 2523 เพิ่มขึ้นเป็น 63.8 ล้านคน ในปี 2553 และมีจำนวนสูงสุดในปี 2569 เป็น 66.4 ล้านคน จากนั้นเริ่มลดลงเหลือ 63.9 ล้านคน ในปี 2583 โดย ประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) มีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 38.3 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี 2543 และร้อยละ 19.8 ในปี 2553 และจากการคาดประมาณประชากร พบว่า ประชากรวัยเด็กจะลดลงตามลำดับ เหลือเพียงร้อยละ 12.9 ในปี 2583 ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดต่อการขยายตัวของสัดส่วนกำลังแรงงานในอนาคต 10-20 ปี ข้างหน้า ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) เริ่มลดลงตั้งแต่ปี 2553 จะกระทบศักยภาพการผลิตของประเทศและในขณะเดียวกันก็ทำให้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรวัยแรงงานมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.3 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 65.9 ในปี 2543 และเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็นร้อยละ 67.0 ในปี 2553 จากนั้นจะเริ่มลดลงเป็นร้อยละ 55.1 ในปี 2583 ส่วนประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 5.5 ของจำนวนประชากรรวมในปี 2523 เป็นร้อยละ 9.4 ในปี 2543 ร้อยละ 13.2 ในปี 2553 และร้อยละ 31.1 ในปี 2583
- **ประชากรวัยเรียน (0-21 ปี)** มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 62.3 ต่อประชากรรวมในปี 2523 เหลือร้อยละ 29.8 ในปี 2553 และมีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 20.0 ในปี 2583 โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ ดังนี้ เด็กแรกเกิดจนถึงก่อนเข้าเรียนในระดับอนุบาล (อายุ 0-2 ปี) เด็กก่อนปฐมวัยหรือในระดับอนุบาล (3-5 ปี) ประถมศึกษา (6-11 ปี) มัธยมศึกษาตอนต้น (12-14 ปี) มัธยมศึกษาตอนปลาย (15-17 ปี) และอุดมศึกษา (18-21 ปี) ตามรายละเอียดดังตาราง 2.1

ตาราง 2.1 จำนวนและสัดส่วนประชากรวัยเรียนจำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2523-2583

จำนวนและสัดส่วน	2523	2533	2543	2553	2563	2573	2583
จำนวนประชากรวัยเรียน (พันคน)	44,825	54,549	60,916	63,790	65,996	66,174	63,864
เด็กแรกเกิดถึงก่อนอนุบาล (0-2 ปี)	6,663	2,593	2,581	2,279	2,097	1,776	1,443
อนุบาล (3-5 ปี)	3,327	2,913	3,057	2,409	2,171	1,871	1,534
ประถมศึกษา (6-11 ปี)	7,091	6,840	6,132	5,203	4,462	4,016	3,362
มัธยมศึกษาตอนต้น (12-14 ปี)	3,511	3,601	3,074	2,750	2,351	2,138	1,831
มัธยมศึกษาตอนปลาย (15-17 ปี)	3,393	3,403	3,153	2,781	2,482	2,196	1,927
อุดมศึกษา (18-21 ปี)	3,928	4,574	4,252	3,577	3,500	2,970	2,703
รวมประชากรวัยเรียน 0-21 ปี	27,913	23,924	22,249	19,000	17,063	14,966	12,800
รวมประชากรวัยเรียน 3-21 ปี	21,250	21,331	19,668	16,721	14,966	13,190	11,357
ร้อยละประชากรวัยเรียน	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
เด็กแรกเกิดถึงก่อนอนุบาล (0-2 ปี)	14.9	4.8	4.2	3.6	3.2	2.7	2.3
อนุบาล (3-5 ปี)	7.4	5.3	5.0	3.8	3.3	2.8	2.4
ประถมศึกษา (6-11 ปี)	15.8	12.5	10.1	8.2	6.8	6.1	5.3
มัธยมศึกษาตอนต้น (12-14 ปี)	7.8	6.6	5.1	4.3	3.6	3.2	2.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย (15-17 ปี)	7.6	6.2	5.2	4.4	3.8	3.3	3.0

ตาราง 2.1 (ต่อ)

จำนวนและสัดส่วน	2523	2533	2543	2553	2563	2573	2583
อุดมศึกษา (18-21 ปี)	8.8	8.4	7.0	5.6	5.3	4.5	4.2
รวมประชากรวัยเรียน 0-21 ปี	62.3	43.9	36.5	29.8	25.9	22.6	20.0
รวมประชากรวัยเรียน 3-21 ปี	47.4	39.1	32.3	26.2	22.7	20.0	17.8

แหล่งข้อมูล: ปี 2523-2543 จำนวนจากสำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปี 2553-2583 จำนวนจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ

2.2 ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อระบบการศึกษาไทย

การที่อัตราเพิ่มประชากรสูงมากในอดีต พบว่า หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2506-2526 การเกิดของเด็กไทยมีจำนวนเกิน 1 ล้านคนต่อปี ส่งผลต่อความต้องการทางการศึกษาในช่วงปี 2512-2532 ที่เด็กวัยเรียนทยอยเข้าเรียนในระดับประถมศึกษาปีละมากกว่า 1 ล้านคน มากกว่า 10 ปีก่อนหน้านั้นถึง 2 เท่าตัว ประกอบกับนโยบายการศึกษาเพื่อป้องกันที่เป็นกระแสทั่วโลก ทำให้ประชากรวัยเรียนหรือประชากรที่มีอายุในช่วงวัยเรียนระดับต่างๆ ความต้องการครูและสถานศึกษาเพิ่มขึ้น รัฐบาลในอดีตได้กำหนดนโยบายที่จะตอบสนองต่อประชากร โดยขยายการศึกษาระดับประถมศึกษาถ้วนหน้าในช่วงปี 2503 ขยายระดับประถมศึกษาไปจนถึงระดับมัธยมศึกษาในช่วงปี 2533 และการเปลี่ยนแปลงสถานะวิทยาลัยครูเป็นมหาวิทยาลัยในช่วงปี 2543 เพื่อเพิ่มคุณภาพประชากร

นับตั้งแต่ปี 2527 เป็นต้นมา ปริมาณการเกิดของเด็กต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน และลดลงเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน เมื่อจำนวนเด็กเกิดน้อยลง ทำให้เด็กทยอยเข้าระบบการศึกษาลดลงตามไปด้วย โดยในปี 2540 มีจำนวนนักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาทั้งสิ้น 13.8 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 72.5 ของประชากรอายุ 3-21 ปี เด็กวัยประถมศึกษา (อายุ 6-11 ปี) ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กที่มีจำนวนมากที่สุดประมาณ 5.9 ล้านคน ลดลงเหลือ 5.1 ล้านคน ในปี 2552 แต่ในอีก 20-30 ปีข้างหน้าเด็กกลุ่มนี้จะลดลงเหลือ 4.0 ล้านคน ในปี 2573 และเหลือ 3.4 ล้านคน ในปี 2583 หรือเท่ากับลดลงประมาณร้อยละ 35 ของเด็กกลุ่มนี้ สำหรับกลุ่มเด็กก่อนประถมศึกษา (อายุ 3-5 ปี) มัธยมศึกษาตอนต้น (อายุ 12-14 ปี) มัธยมศึกษาตอนปลาย (อายุ 15-17 ปี) และอุดมศึกษา (อายุ 18-21 ปี) ในปี 2553 มีประมาณ 2.4 2.7 2.8 และ 3.6 ล้านคนตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ซึ่งจะส่งผลต่อขนาดของโรงเรียนที่อาจจะต้องลดจำนวนและขนาดของโรงเรียนลง

ตาราง 2.2 ประมาณการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553-2583

	2553	2554	2555	2560	2565	2570	2575	2580	2583
ก่อนประถมศึกษา (3-5 ปี)	1,797	1,806	1,897	2,226	2,116	1,967	1,803	1,633	1,534
ประถมศึกษา (6-11 ปี)	5,067	4,992	4,872	4,324	4,163	3,943	3,661	3,351	3,159
มัธยมศึกษาตอนต้น (12-14 ปี)	2,802	2,662	2,511	2,239	1,945	1,897	1,793	1,664	1,579
มัธยมศึกษาตอนปลาย (15-17 ปี)	2,068	2,107	2,105	2,093	1,915	1,747	1,693	1,581	1,509
สายสามัญ	1,314	1,368	1,390	938	747	682	660	617	589

ตาราง 2.2 (ต่อ)

	2553	2554	2555	2560	2565	2570	2575	2580	2583
สายอาชีวศึกษา	754	739	715	1,154	1,169	1,065	1,032	964	921
ระดับ ปวส.	400	381	335	592	754	708	661	617	592
อุดมศึกษา (18-21 ปี)	1,757	1,812	2,170	2,258	2,245	2,186	2,208	2,199	2,165
อุดมศึกษาปีที่ 1 (18 ปี)	578	793	790	807	784	750	731	691	662
อุดมศึกษาปีที่ 2-4 (19-21 ปี)	1,179	1,019	1,380	1,451	1,461	1,436	1,478	1,508	1,503
รวมอายุ (3-21 ปี)	17,717	17,679	18,165	18,082	17,299	16,381	15,719	14,825	14,213

แหล่งข้อมูล: ปี 2553-2554 จากสถิติการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ปี 2555-2583 คำนวณจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ

จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 นำมาใช้ประมาณการจำนวนนักเรียนตามระดับการศึกษา โดยได้กำหนดให้มีข้อสมมุติดังต่อไปนี้

- 1) จำนวนประชากรจาก การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)
- 2) ระดับก่อนประถมศึกษา ให้อัตราส่วนจำนวนนักเรียนต่อประชากร โดยมีเป้าหมาย 100% ในปี 2559
- 3) ระดับประถมศึกษา อัตราส่วน นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ต่อประชากรอายุ 6 ปี เป็น 100 % ในปี 2555
- 4) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ให้อัตราการเรียนต่อ เป็น 100% ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นไป
- 5) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายรวม ให้อัตราการเรียนต่อ เป็น 100% ในปี 2559 โดยให้อัตราส่วนระดับอาชีวะสามัญ เพิ่มขึ้นไปจนถึง 60:40 ในปี 2561 จากนั้นคงที่ไปจนถึงปี 2583
- 6) ระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนปลายทุกระดับ ใช้อัตราการเลื่อนชั้นเมื่อปี 2553/2554
- 7) ระดับ ปวส. ใช้ผลการคาดประมาณของคณะกรรมการการอาชีวศึกษา
- 8) ระดับอุดมศึกษา ใช้สัดส่วนจำนวนนักเรียนต่อประชากร โดย อุดมศึกษาปีที่ 1 ให้อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรอายุ 18 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 100% ในปี 2570 อุดมศึกษาปีที่ 2-4 ให้อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรอายุ 19-21 ปี ค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามแนวโน้ม

ผลการคาดประมาณจำนวนนักเรียนรวมทุกระดับชั้น (อายุ 3-21 ปี) ในปี 2555 มีจำนวน 18.2 ล้านคน ลดลงเหลือ 14.2 ล้านคน ในปี 2583 ซึ่งเป็นไปตามโครงสร้างประชากรวัยเด็กที่มีแนวโน้มลดลง โดยมีรายละเอียดตามระดับชั้น ดังนี้

- จำนวนนักเรียนก่อนประถมศึกษา (อายุ 3-5 ปี) เพิ่มขึ้นจาก 1.9 ล้านคน ในปี 2555 เป็น 2.2 ล้านคน ในปี 2560 จากนั้นจะค่อยๆ ลดลง เหลือ 1.5 ล้านคน ในปี 2583 ตามโครงสร้างทางประชากรที่มีจำนวนเด็กเกิดลดลง
- จำนวนนักเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน แบ่งเป็นระดับประถมศึกษา (อายุ 6-11 ปี) มีจำนวนลดลงจาก 4.9 ล้านคน ในปี 2555 เหลือ 3.2 ล้านคน ในปี 2583 ซึ่งนักเรียนกลุ่มนี้มีสัดส่วน

มากที่สุดของนักเรียนทั้งหมด ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุ 12-14 ปี) ในปี 2555 มีจำนวน 2.5 ล้านคน ลดลงเหลือ 1.6 ล้านคน ในปี 2583

- จำนวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (อายุ 15-17 ปี) ในปี 2555 มีจำนวน 2.1 ล้านคน ลดลงเหลือ 1.5 ล้านคน ในปี 2583 ระดับนี้แบ่งเป็นสายสามัญ (ม.4-ม.6) มีจำนวนลดลงจาก 1.3 ล้านคน ในปี 2555 เหลือเพียง 6 แสนคน ในปี 2583 ส่วนระดับอาชีวศึกษา ในปี 2555 มีเพียง 7 แสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 1.2 ล้านคน ในปี 2565 จากนั้นลดลงเหลือ 9 แสนคน ในปี 2583 ตามนโยบายการผลิตกำลังคน ในระดับกลางของสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ที่จะเพิ่มสัดส่วนการผลิตกำลังคน ในระดับอาชีวะ: สายสามัญ เป็น 60:40 ให้สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนระดับกลางของตลาดแรงงานในประเทศ
- ระดับ ปวส. จากผลการประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา โดยในปี 2555 มีจำนวน 3.3 แสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 7.5 แสนคน ในปี 2565 และลดลงเหลือ 5.9 แสนคน ในปี 2583
- ระดับอุดมศึกษา (อายุ 18-21 ปี) ในปี 2555-2583 มีประมาณปีละ 2.2 ล้านคน เนื่องจากประชากรไทยเห็นความสำคัญของการศึกษาจึงต้องการให้บุตรมีการศึกษาที่สูงขึ้นจึงอยู่ในระบบการศึกษาสูงขึ้น ดังรายละเอียดในตาราง 2.3

ตาราง 2.3 จำนวนกำลังแรงงานจำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2549-2554

หน่วยเป็นพันคน

ระดับการศึกษา	2549	2550	2551	2552	2553	2554
รวม	36,429	36,942	37,700	38,427	38,643	38,922
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	21,743	21,560	21,443	21,364	21,268	20,661
มัธยมต้น	5,205	5,459	5,764	5,948	6,087	6,241
มัธยมปลาย (สายสามัญ)	3,177	3,404	3,625	3,816	4,018	4,141
อาชีวศึกษา	1,192	1,221	1,241	1,333	1,333	1,341
วิชาชีพชั้นสูง	1,386	1,470	1,566	1,661	1,701	1,795
อุดมศึกษา	3,726	3,827	4,061	4,304	4,238	4,742

แหล่งข้อมูล: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พบว่า ในปี 2554 มีกำลังแรงงานจำนวน 38.9 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า 20.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมา เป็นมัธยมศึกษาตอนต้น 6.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.0 อุดมศึกษา 4.7 ล้านคน ร้อยละ 12.2 มัธยมศึกษา มี 4.1 ล้านคน ในขณะที่กำลังแรงงานระดับกลาง ระดับอาชีวะศึกษา และวิชาชีพชั้นสูง มีเพียง 3.1 ล้านคน หรือร้อยละ 8.1 ของกำลังแรงงานทั้งหมด

ตาราง 2.4 จำนวนแรงงานที่มีงานทำ จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2555 - 2565

หน่วยเป็นพันคน

ระดับการศึกษา	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ต่ำกว่าประถม	20,084.3	19,958.8	19,834.0	19,710.1	19,586.9	19,464.4	19,342.8	19,221.9	19,101.8	18,982.4	18,863.7
มัธยมต้น	5,507.7	5,482.8	5,458.2	5,434.0	5,410.0	5,386.3	5,362.5	5,338.6	5,314.6	5,290.4	5,266.1
มัธยมปลาย	5,083.3	5,196.7	5,232.1	5,205.4	5,178.9	5,152.7	5,126.8	5,101.2	5,075.7	5,050.2	5,024.8
ปวช.	2,315.7	2,387.5	2,412.9	2,401.4	2,390.0	2,378.7	2,367.6	2,356.6	2,345.6	2,334.7	2,323.8
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	650.6	690.9	719.2	737.3	755.8	774.77	794.3	814.3	834.8	855.9	877.4
ไม่ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	1,665.1	1,696.6	1,693.7	1,664.1	1,634.2	1,603.9	1,573.3	1,542.3	1,510.8	1,478.8	1,446.3
ปวส.	4,391.8	4,811.02	5,133.7	5,320.5	5,430.7	5,591.7	5,893.3	6,339.6	6,739.9	7,032.2	7,070.2
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	2,151.0	2,280.7	2,382.8	2,442.3	2,477.3	2,532.1	2,641.3	2,809.6	2,965.4	3,082.5	3,097.5
ไม่ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	2,240.8	2,530.4	2,750.9	2,878.2	2,953.5	3,059.6	3,252.1	3,530.0	3,74.5	3,949.6	3,972.7
ปริญญาตรี	4,955.8	5,157.7	5,296.5	5,361.2	5,388.2	5,435.0	5,540.8	5,706.1	5,852.7	5,950.6	5,943.9
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	859.7	938.1	995.6	1,026.7	1,044.0	1,070.1	1,121.7	1,200.5	1,273.6	1,326.9	1,332.9
ไม่ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	4,096.1	4,219.6	4,300.9	4,334.5	4,344.1	4,364.9	4,419.1	4,505.6	4,579.1	4,623.7	4,610.9
สูงกว่าปริญญาตรี	532.5	550.2	562.2	567.6	569.5	573.2	582.2	596.7	609.4	617.8	616.6

แหล่งข้อมูล: รายงานการศึกษาตลาดแรงงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ, สศท.

จากรายงานการศึกษาตลาดแรงงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของ สศช. ที่ประมาณการจำนวนแรงงานที่มีงานทำตามระดับการศึกษา ในช่วงปี 2555-2565 ที่สามารถสะท้อนถึงความต้องการแรงงานในอนาคตของตลาดแรงงานไทย พบว่า แนวโน้มความต้องการกำลังคน ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มัธยมศึกษา และมัธยมศึกษา มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ ความต้องการแรงงานในแรงงานระดับกลาง (ปวช. และ ปวส.) และระดับสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการผลิตกำลังคนในปัจจุบันแล้ว ในแต่ละปีจะมีผู้สำเร็จในระดับอาชีวศึกษาและเข้าสู่ตลาดแรงงานเป็นจำนวนที่น้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการของตลาดแรงงาน ซึ่งในอนาคตอาจจะทำให้ขาดแคลนแรงงานในระดับนี้ก็เป็นได้

อย่างไรก็ตาม คุณภาพของการจัดการศึกษาและการพัฒนาประชากรช่วงวัยเรียน ที่ผ่านมา รัฐบาลได้มีการลงทุนในด้านการศึกษาระดับสูง แต่ในทางกลับกันคุณภาพทางการศึกษากลับด้อยลง พบได้จาก ผลการพัฒนาตามช่วงวัย พบว่า กลุ่มวัยเด็ก ระดับเขาวงกตปัญญาที่มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 91 เป็น 88 ในช่วงปี 2540-2552 (องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ 90-110) เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัยมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 72.0 เหลือเพียงร้อยละ 67.0 เด็กวัยเรียน ระดับเขาวงกตปัญญาของนักเรียนไทยทั่วประเทศมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 98.6 ซึ่งถือว่าเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยปกติที่ 90-109 โดยมีเด็กวัยเรียนเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.5) ที่มีปัญหาระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำมีเด็กกลุ่มที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (ระดับเขาวงกตปัญญาต่ำกว่า 70) ร้อยละ 6.5 ซึ่งเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล (ไม่ควรเกินร้อยละ 2) (กรมสุขภาพจิต, 2554) นอกจากนี้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กวัยเรียนอยู่ที่ระดับต่ำกว่าร้อยละ 50.0 (ดูตาราง 2.5) ส่งผลต่อมาตรฐานความสามารถของผู้เรียนในเรื่องการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ มีวิจรรณญาณและคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างต่ำในเกือบทุกระดับ

ตาราง 2.5 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2550-2554

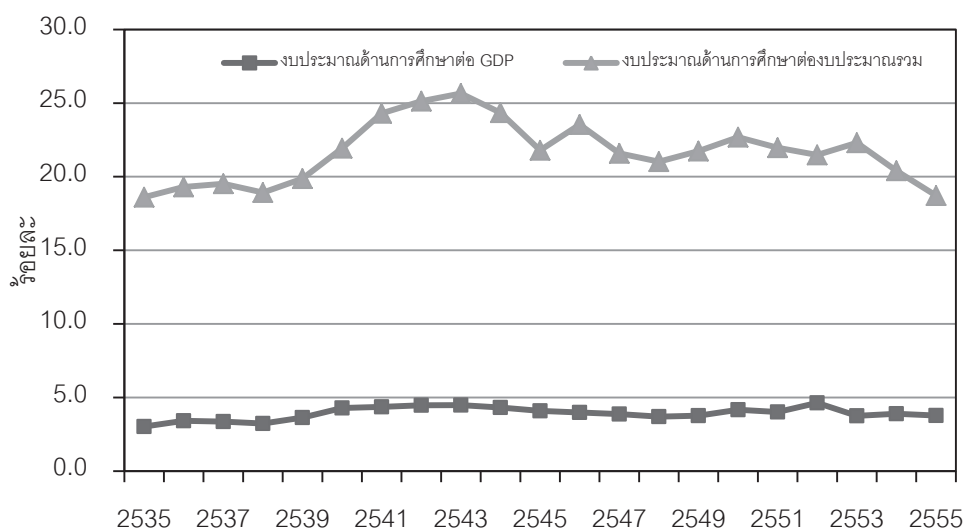
วิชา/ชั้น	คะแนนเฉลี่ยร้อยละ				
	2550	2551	2552	2553	2554
<i>ประถมศึกษาปีที่ 3</i>					
ภาษาไทย	47.9	51.6	45.6	50.9	54.8
คณิตศาสตร์	44.7	48.4	47.7	52.7	49.2
วิทยาศาสตร์	ไม่มีข้อมูล	47.9	39.0	49.2	39.5
<i>ประถมศึกษาปีที่ 6</i>					
ภาษาไทย	36.6	42.0	38.6	31.2	50.0
คณิตศาสตร์	47.6	43.8	35.9	34.9	52.4
ภาษาอังกฤษ	38.7	37.8	31.8	21.0	38.4
วิทยาศาสตร์	49.6	51.7	38.7	41.6	40.8
ทักษะการคิด	ไม่มีข้อมูล	37.5	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
สังคมศึกษา	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	33.9	47.1	52.2
สุขศึกษา	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	64.8	54.3	58.9
ศิลปะ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	42.5	41.1	46.8
การงานอาชีพและเทคโนโลยี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	51.7	52.5	55.4

ตาราง 2.5 (ต่อ)

วิชา/ชั้น	คะแนนเฉลี่ยร้อยละ				
	2550	2551	2552	2553	2554
มัธยมศึกษาปีที่ 3					
ภาษาไทย	48.1	41.0	35.4	42.8	48.1
คณิตศาสตร์	34.7	32.6	26.1	24.2	32.1
ภาษาอังกฤษ	28.7	34.6	22.5	16.2	30.5
วิทยาศาสตร์	35.2	39.4	29.2	29.2	32.2
สังคมศึกษา	41.8	41.4	39.7	40.9	42.7
สุขศึกษา	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	56.7	72.0	50.9
ศิลปะ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	33.0	28.5	43.5
งานอาชีพและเทคโนโลยี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	33.9	47.1	47.3
มัธยมศึกษาปีที่ 6					
ภาษาไทย	50.7	46.4	46.5	42.6	41.9
คณิตศาสตร์	32.5	36.0	28.6	15.0	22.7
ภาษาอังกฤษ	30.9	30.6	24.0	19.2	21.8
สังคมศึกษา	37.8	34.7	36.0	46.5	33.4
วิทยาศาสตร์	34.6	33.7	29.1	30.9	27.9
สุขศึกษา	ไม่มีข้อมูล	56.8	45.4	62.9	54.6
ศิลปะ	ไม่มีข้อมูล	43.2	37.8	32.6	28.5
งานอาชีพและเทคโนโลยี	ไม่มีข้อมูล	40.0	33.0	43.7	48.7

แหล่งข้อมูล: สถิติการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

รูป 2.1 สัดส่วนงบประมาณด้านการศึกษาต่อ GDP และต่องบประมาณรวม



แหล่งข้อมูล: 1) สำนักงบประมาณ

2) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ในขณะที่ประเทศไทยได้มีการลงทุนด้านการศึกษามาก โดยพบว่า จากงบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษา ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในช่วงปี 2535-2554 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.0 ในปี 2535 เพิ่มสูงสุดในปี 2543 เป็นเกือบร้อยละ 5 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของงบประมาณรายจ่ายทั้งประเทศ เนื่องจากเริ่มประกาศใช้ พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ ซึ่งในปัจจุบัน ปี 2555 เหลือประมาณร้อยละ 3.8 หรือประมาณร้อยละ 19 ของงบประมาณรายจ่ายทั้งประเทศ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 เป็นการลงทุนด้านการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน

จากการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้างและจำนวนประชากรที่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะประชากรวัยเรียนที่จะลดลงในขนาดค่อนข้างมาก จะส่งผลกระทบต่อการศึกษาไทยในอนาคต ภาระของรัฐที่จะลงทุนทางการศึกษาด้านปริมาณลดลงภาครัฐควรหันมามุ่งเน้นด้านคุณภาพให้มากขึ้น ทั้งคุณภาพครูคุณภาพผู้เรียน และคุณภาพของระบบการจัดการศึกษา ทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการ เพื่อให้ประชากรไทยเป็นคนที่มีความรู้และเป็นศูนย์กลางการพัฒนาอันจะเป็นกลไกนำไปสู่การพัฒนาประเทศได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ จะต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและลดขนาดของสถานศึกษา เพื่อรองรับคุณภาพปรับเปลี่ยนสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการศึกษาที่มุ่งเน้นคุณภาพที่นำไปสู่การพัฒนาผู้เรียน รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการพัฒนาครูและห้องเรียนให้มากขึ้น

2.3 ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาประชากรวัยเรียนในอนาคต

ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืนตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพประชากรไทยทุกช่วงวัย เพื่อเป็นพลังต่อการเจริญเติบโตของประเทศ ตามแผนประชากรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) เพื่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพัฒนาการด้านต่างๆ คุณธรรม จริยธรรม ตลอดจนศีลธรรมจรรยา อย่างต่อเนื่อง ต่อ ยอด เชื่อมโยง ตั้งแต่ในช่วงวัยแรกเกิดและวัยทารก ประชากรวัยเรียน เพื่อสู่วัยทำงานและวัยสูงอายุได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพของตน สามารถบริหารจัดการชีวิตของตนเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พึ่งพาตนเองได้ สร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ตนเองได้ปรับตัวเพื่อรับโอกาสและพัฒนาภูมิคุ้มกันตนเองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมภายในและภายนอกประเทศได้ทันการณ์เต็มที่ สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี 2558 โดยมีแนวทางดังนี้

1) **เพิ่มอัตราการเรียนต่อในระดับอาชีวศึกษาให้ได้ตามเป้าหมายปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่ 2** โดยให้อัตราส่วนระดับอาชีวะ : สามัญเป็น 60 : 40 ในปี 2561 เนื่องจากความต้องการกำลังแรงงานระดับกลาง (ปวช. และปวส.) มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ปัจจุบันผู้สำเร็จการศึกษาในระดับอาชีวะศึกษาเข้าสู่ตลาดแรงงานจำนวนน้อยมาก

2) **พัฒนาเด็กวัยเรียนให้มีความรู้ทางวิชาการ และสติปัญญาทางอารมณ์** ที่เข้มแข็งสามารถศึกษาหาความรู้และต่อยอดองค์ความรู้ได้ด้วยตนเอง โดย

- **เด็กปฐมวัย** (เด็กแรกเกิดจนถึงก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ 1 ตามนโยบายรัฐบาล) โดยส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพัฒนาต่าง ๆ ตั้งแต่ในช่วงวัยแรกเกิดซึ่งเป็นช่วงการสร้างรากฐานชีวิตและการเตรียมความพร้อมของเด็ก ให้มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ บุคลิกภาพและ การอยู่ร่วมกันในสังคม
- **ระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนต้น** ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับ โดยมุ่งวางรากฐานเพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาคุณลักษณะที่ดี ทั้งในด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ และความสามารถขั้นพื้นฐาน ให้มีความรู้ความต้องการและความสนใจของตนเองทั้งในด้านวิชาการและวิชาชีพตามความถนัด เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาต่อและการประกอบอาชีพในอนาคต
- **ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย** โดยมุ่งให้ผู้เรียนได้ศึกษาตามความถนัดและความสนใจ ศักยภาพและความสามารถพิเศษเฉพาะด้าน เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา รวมทั้งสอดแทรกความรู้เรื่องตลาดแรงงานและสถานการณ์การจ้างงานของประเทศเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาต่อและการประกอบอาชีพเมื่อจบการศึกษาเข้าสู่ตลาดแรงงานอย่างมีคุณภาพ
- **ระดับอาชีวศึกษา** มุ่งพัฒนาความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพ ให้เป็นกำลังแรงงานที่มีฝีมือ มีศักยภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนและสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเรียนในสายวิชาชีพให้มีผู้เรียนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงงานในระดับกลางที่สำคัญที่จะเข้าสู่ตลาดแรงงานที่ภาคการผลิตมีความต้องการแรงงานในระดับนี้สูง นอกจากนี้จะต้องผลิตกำลังคนระดับกลางให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน โดยยกระดับคุณภาพมาตรฐานอาชีวศึกษาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการประกอบอาชีพที่เชื่อมโยงกับกลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมาย และสอดคล้องกับความต้องการของสถานศึกษา รวมทั้งสร้างเครือข่ายการผลิตและพัฒนากำลังแรงงานกับภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะสถานประกอบการ สถาบันเฉพาะทาง ควบคู่กับการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้นานาชาติ
- **ระดับอุดมศึกษา** ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาความรู้ความสามารถในสาขาวิชาต่างๆ ในระดับสูง โดยเฉพาะการประยุกต์ทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ การริเริ่มพัฒนาทั้งทางวิชาการ และวิชาชีพการสร้างสรรค์และเผยแพร่ความรู้ การริเริ่มพัฒนาประเทศทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ควรผลิตกำลังคนในระดับสูงให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานทั้งในประเทศ เพื่อรองรับการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยเฉพาะควรให้ความสำคัญกับการผลิตกำลังคนในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นความต้องการด้านของกำลังคนของประเทศเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันกับประชาคมโลก
- **การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย** ส่งเสริมการจัดการศึกษาแก่กำลังแรงงานปัจจุบัน เพื่อเพิ่มศักยภาพของกำลังแรงงานให้มีทักษะที่สูงขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของสถานประกอบการ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มผลิตภาพแรงงานไทยให้สามารถแข่งขันกับประเทศอื่นๆ ได้ โดยความร่วมมือกันระหว่าง สถานประกอบการและสถานศึกษา จัดการศึกษาให้มีความยืดหยุ่นโดยมีเนื้อหาและหลักสูตรที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ประกอบการ

3) พัฒนาหลักสูตรและปรับกระบวนการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการพัฒนาผู้เรียนอย่างรอบด้านที่เชื่อมโยงกับภูมิสังคม โดยบูรณาการการเรียนรู้ให้หลากหลายทั้งด้านวิชาการ ทักษะชีวิต และนันทนาการ ที่ครอบคลุมทั้งศิลปะ ดนตรี กีฬา วัฒนธรรม ศาสนา ประชาธิปไตย ความเป็นไทย และเรื่องอาเซียนศึกษา ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ในห้องเรียนและการเรียนรู้นอกห้องเรียน และสร้างนิสัยใฝ่รู้ มีทักษะในการคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหาเฉพาะหน้าและรับฟังความเห็นของผู้อื่น และการต่อยอดสู่ความคิดสร้างสรรค์ ตลอดทั้งการจัดกิจกรรมอาสาสมัครเพื่อสาธารณะประโยชน์ โดยเฉพาะกิจกรรมลูกเสือ เนตรนารี และอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

4) ส่งเสริมครูผู้สอนให้มีวุฒิตรงตามวิชาที่สอน มีระบบ กระบวนการผลิตและพัฒนาครูที่มีคุณภาพ สามารถดึงดูดคนเก่งและดี มีจิตวิญญาณความเป็นครู โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและยกย่อง ครูเพื่อศิษย์และหรือครูสอนดี เพื่อเป็นต้นแบบให้แก่ครูอื่นๆ จัดให้มีระบบจูงใจให้ครูพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการปรับวิธีประเมินสมรรถนะที่สะท้อนประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนาคุณภาพ ผู้เรียนเป็นสำคัญ รวมทั้งปรับระบบการส่งเสริมบทบาทภาคเอกชนในการจัดการศึกษาที่เน้นคุณภาพ มาตรฐาน อย่างจริงจัง

5) พัฒนาจัดทำฐานข้อมูลด้านการศึกษา เพื่อเป็นศูนย์รวมของข้อมูลการศึกษาไทย ทั้งในด้านจำนวน นักเรียน บุคลากรทางการศึกษา สถานศึกษา ผู้จบการศึกษารายสาขา ให้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนผลิต กำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่ใช้ในการบริหารจัดการให้เกิด ความสมดุลระหว่างกำลังแรงงานที่จะเข้าสู่ตลาดแรงงานกับความต้องการในตลาดแรงงาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูล ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายการศึกษาของไทยให้สามารถแข่งขันกับต่างประเทศได้

ตาราง 2.6 ปริมาณการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553 - 2583

ระดับการศึกษา	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
ก่อนประถมศึกษา (3-5 ปี)	1,796,941	1,806,042	1,897,390	1,959,081	2,039,499	2,137,531	2,245,397	2,225,908	2,208,123	2,191,859
อนุบาล 1 (หลักสูตร 3 ปีของ สช.)	218,693	240,727	338,842	432,515	547,491	645,737	742,637	736,699	731,279	726,297
อนุบาล 2 (สช.)/อนุบาล 1	789,937	794,114	771,814	755,538	737,222	755,288	748,190	741,712	735,803	730,411
อนุบาล 3 (สช.)/อนุบาล 2	788,311	771,201	786,734	771,028	754,786	736,506	754,570	747,496	741,040	735,152
ประถมศึกษา (6-11 ปี)	5,066,745	4,991,835	4,871,676	4,753,905	4,655,468	4,543,089	4,427,359	4,324,226	4,274,045	4,231,834
ประถมศึกษาปีที่ 1	859,181	867,826	801,440	786,138	770,457	754,240	735,985	754,050	746,992	740,552
ประถมศึกษาปีที่ 2	834,405	820,478	828,734	765,338	750,725	735,751	720,264	702,832	720,082	713,343
ประถมศึกษาปีที่ 3	820,171	819,639	805,958	814,068	751,794	737,440	722,730	707,518	690,394	707,340
ประถมศึกษาปีที่ 4	845,172	811,144	810,618	797,088	805,108	743,519	729,324	714,776	699,731	682,795
ประถมศึกษาปีที่ 5	850,019	835,623	801,979	801,459	788,082	796,012	735,119	721,083	706,700	691,825
ประถมศึกษาปีที่ 6	857,797	837,125	822,947	789,814	789,302	776,128	788,937	723,968	710,145	695,980
มัธยมศึกษาตอนต้น (12-14 ปี)	2,802,213	2,662,270	2,510,756	2,397,868	2,332,611	2,287,514	2,243,823	2,238,508	2,174,454	2,110,451
มัธยมศึกษาปีที่ 1	938,143	851,808	831,280	817,202	784,300	783,791	770,709	778,464	718,913	705,187
มัธยมศึกษาปีที่ 2	954,191	903,876	820,695	800,917	787,352	755,652	755,162	742,558	750,029	692,654
มัธยมศึกษาปีที่ 3	909,879	906,586	858,781	779,750	760,959	748,071	717,952	717,487	705,511	712,610

ตาราง 2.6 (ต่อ) ประมาณการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553 - 2583

ระดับการศึกษา	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572
ก่อนประถมศึกษา (3-5 ปี)	2,171,238	2,146,030	2,115,970	2,086,429	2,057,095	2,027,672	1,997,878	1,967,450	1,936,164	1,903,935
อนุบาล 1 (หลักสูตร 3 ปีของ สช.)	716,006	705,996	696,156	686,386	676,588	666,661	656,522	646,091	635,309	624,227
อนุบาล 2 (สช.)/อนุบาล 1	725,454	715,194	705,212	695,401	685,658	675,885	665,983	655,870	645,462	634,704
อนุบาล 3 (สช.)/อนุบาล 2	729,778	724,840	714,602	704,642	694,850	685,126	675,372	665,489	655,393	645,004
ประถมศึกษา (6-11 ปี)	4,198,556	4,175,079	4,163,396	4,125,711	4,085,207	4,041,553	3,994,335	3,943,099	3,887,392	3,831,787
ประถมศึกษาปีที่ 1	734,678	729,319	724,394	714,171	704,226	694,449	684,740	674,999	665,129	655,047
ประถมศึกษาปีที่ 2	707,192	701,584	696,466	691,763	682,001	672,503	663,167	653,895	644,593	635,168
ประถมศึกษาปีที่ 3	700,719	694,678	689,168	684,141	679,521	669,932	660,603	651,431	642,323	633,186
ประถมศึกษาปีที่ 4	699,554	693,007	687,032	681,583	676,611	672,042	662,558	653,332	644,261	635,253
ประถมศึกษาปีที่ 5	675,081	691,651	685,177	679,270	673,882	668,967	664,449	655,072	645,950	636,982
ประถมศึกษาปีที่ 6	681,331	664,841	681,159	674,784	668,966	663,660	658,819	654,370	645,136	636,152
มัธยมศึกษาตอนต้น (12-14 ปี)	2,028,647	1,987,983	1,944,715	1,931,826	1,926,119	1,929,075	1,912,445	1,897,273	1,883,401	1,865,574
มัธยมศึกษาปีที่ 1	691,121	676,574	660,199	676,403	670,072	664,295	659,027	654,219	649,801	640,631
มัธยมศึกษาปีที่ 2	679,429	665,877	651,861	636,084	651,697	645,597	640,031	634,955	630,323	626,066
มัธยมศึกษาปีที่ 3	658,097	645,532	632,656	619,339	604,350	619,183	613,388	608,099	603,277	598,876

ตาราง 2.6 (ต่อ) ประมาณการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553 - 2583

ระดับการศึกษา	2573	2574	2575	2576	2577	2578	2579	2580	2581	2582	2583
ก่อนประถมศึกษา (3-5 ปี)	1,870,840	1,837,101	1,802,998	1,768,821	1,734,700	1,700,680	1,666,752	1,633,010	1,599,534	1,566,380	1,533,605
อนุบาล 1 (หลักสูตร 3 ปีของ สช.)	612,932	601,506	590,064	578,697	567,330	555,990	544,717	533,537	522,466	511,516	500,717
อนุบาล 2 (สช.)/อนุบาล 1	623,646	612,373	600,969	589,548	578,200	566,853	555,532	544,277	533,114	522,060	511,126
อนุบาล 3 (สช.)/อนุบาล 2	634,263	623,221	611,965	600,576	589,169	577,837	566,503	555,196	543,954	532,804	521,762
ประถมศึกษา (6-11 ปี)	3,775,749	3,718,791	3,660,576	3,600,943	3,539,902	3,477,645	3,414,528	3,350,869	3,286,972	3,223,095	3,159,446
ประถมศึกษาปีที่ 1	644,670	633,941	622,912	611,666	600,289	588,893	577,571	566,248	554,950	543,718	532,577
ประถมศึกษาปีที่ 2	625,539	615,630	605,384	594,852	584,113	573,248	562,366	551,554	540,741	529,952	519,226
ประถมศึกษาปีที่ 3	623,927	614,469	604,735	594,671	584,325	573,776	563,104	552,414	541,793	531,171	520,574
ประถมศึกษาปีที่ 4	626,217	617,060	607,706	598,079	588,126	577,894	567,461	556,906	546,334	535,830	525,325
ประถมศึกษาปีที่ 5	628,076	619,142	610,089	600,840	591,322	581,481	571,365	561,050	550,614	540,161	529,776
ประถมศึกษาปีที่ 6	627,320	618,549	609,750	600,834	591,726	582,352	572,661	562,697	552,539	542,262	531,968
มัธยมศึกษาตอนต้น (12-14 ปี)	1,843,773	1,818,013	1,792,687	1,767,530	1,742,285	1,716,712	1,690,585	1,663,714	1,636,027	1,607,597	1,578,616
มัธยมศึกษาปีที่ 1	631,710	622,940	614,230	605,493	596,639	587,595	578,286	568,663	558,769	548,682	538,476
มัธยมศึกษาปีที่ 2	617,231	608,536	600,186	591,795	583,376	574,846	566,132	557,164	547,891	538,359	528,640
มัธยมศึกษาปีที่ 3	594,832	586,437	578,271	570,242	562,270	554,271	546,167	537,888	529,367	520,557	511,500

ตาราง 2.6 (ต่อ) ประมาณการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553 - 2583

ระดับการศึกษา	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
มัธยมศึกษาตอนปลาย (15 - 17 ปี)	2,068,171	2,107,422	2,104,851	2,146,928	2,144,756	2,139,536	2,113,936	2,092,758	2,071,258	2,033,832
สายสามัญ	1,313,884	1,368,267	1,389,651	1,360,789	1,262,463	1,136,606	1,029,370	938,321	867,524	812,786
มัธยมศึกษาปีที่ 4	488,437	510,274	498,744	461,489	407,270	363,371	343,365	308,720	286,995	282,204
มัธยมศึกษาปีที่ 5	433,475	447,110	467,099	456,545	422,442	372,810	332,626	314,312	282,599	262,712
มัธยมศึกษาปีที่ 6	391,972	410,883	423,807	442,755	432,751	400,425	353,380	315,290	297,931	267,870
สายอาชีวศึกษา	754,287	739,155	715,200	786,139	882,293	1,002,929	1,084,566	1,154,437	1,203,734	1,221,045
ปวท. 1	290,553	293,074	264,657	336,835	335,923	379,719	404,706	409,233	430,492	423,307
ปวท. 2	226,709	216,084	234,459	238,191	320,088	319,127	360,733	384,471	388,771	408,967
ปวท. 3	237,025	229,997	216,084	211,013	226,282	304,084	319,127	360,733	384,471	388,771
ระดับ ปวส.	400,279	380,625	335,154	337,296	385,234	496,608	567,994	592,298	628,533	677,392
อุดมศึกษา (18 - 21 ปี)	1,757,302	1,811,733	2,170,384	2,204,156	2,230,752	2,237,967	2,268,905	2,258,007	2,263,805	2,263,778
อุดมศึกษาปีที่ 1	578,156	792,904	790,335	795,656	800,126	804,719	806,975	806,691	804,202	800,121
อุดมศึกษาปีที่ 2-4	1,179,146	1,018,829	1,380,049	1,408,500	1,430,625	1,433,248	1,461,930	1,451,316	1,459,603	1,463,657

ตาราง 2.6 (ต่อ) ประมาณการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553 - 2583

ระดับการศึกษา	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572
มัธยมศึกษาตอนปลาย (15-17 ปี)	2,031,065	1,972,216	1,915,128	1,840,497	1,803,603	1,764,339	1,752,927	1,747,272	1,750,162	1,735,073
สายสามัญ	792,391	769,028	746,506	717,835	703,433	688,092	683,915	681,826	682,737	676,860
มัธยมศึกษาปีที่ 4	285,044	263,239	258,123	253,062	247,736	241,740	247,673	245,355	243,240	241,311
มัธยมศึกษาปีที่ 5	258,327	260,926	240,966	236,365	231,651	226,775	221,286	226,717	224,596	222,659
มัธยมศึกษาปีที่ 6	249,020	244,863	247,327	228,407	224,046	219,577	214,955	209,753	214,901	212,890
สายอาชีพศึกษา	1,238,675	1,203,187	1,168,622	1,122,662	1,100,171	1,076,247	1,069,012	1,065,446	1,067,425	1,058,214
ปวช. 1	427,566	394,858	387,319	379,594	371,604	362,610	371,510	368,033	364,860	361,966
ปวช. 2	402,141	406,188	375,115	367,953	360,614	353,023	344,479	352,934	349,631	346,617
ปวช. 3	408,967	402,141	406,188	375,115	367,953	360,614	353,023	344,479	352,934	349,631
ระดับปวส.	703,393	733,864	754,054	773,453	760,736	727,375	717,451	707,694	698,069	688,575
อุดมศึกษา (18-21 ปี)	2,260,062	2,253,281	2,245,153	2,235,732	2,225,850	2,214,519	2,202,089	2,185,666	2,158,813	2,183,038
อุดมศึกษาปีที่ 1	795,260	789,980	784,414	778,721	772,804	766,358	759,291	749,630	731,584	749,641
อุดมศึกษาปีที่ 2-4	1,464,802	1,463,301	1,460,738	1,457,012	1,453,046	1,448,161	1,442,799	1,436,036	1,427,229	1,433,398

ตาราง 2.6 (ต่อ) ปริมาณการจำนวนนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2553 - 2583

ระดับการศึกษา	2573	2574	2575	2576	2577	2578	2579	2580	2581	2582	2583
มัธยมศึกษาตอนปลาย (15 - 17 ปี)	1,721,308	1,708,721	1,692,505	1,672,771	1,649,400	1,626,422	1,603,597	1,580,693	1,557,492	1,533,787	1,509,408
สายสามัญ	671,498	666,595	660,229	652,485	643,370	634,407	625,502	616,565	607,509	598,257	588,739
มัธยมศึกษาปีที่ 4	239,550	237,933	234,575	231,308	228,097	224,908	221,709	218,467	215,155	211,747	208,223
มัธยมศึกษาปีที่ 5	220,893	219,282	217,801	214,727	211,737	208,798	205,878	202,950	199,982	196,951	193,831
มัธยมศึกษาปีที่ 6	211,054	209,381	207,853	206,450	203,536	200,702	197,915	195,148	192,372	189,559	186,686
สายอาชีวศึกษา	1,049,810	1,042,126	1,032,276	1,020,286	1,006,029	992,014	978,095	964,128	949,982	935,531	920,669
ปวช. 1	359,326	356,899	351,862	346,963	342,145	337,362	332,563	327,700	322,733	317,620	312,334
ปวช. 2	343,868	341,359	339,054	334,269	329,614	325,038	320,494	315,935	311,315	306,596	301,739
ปวช. 3	346,617	343,868	341,359	339,054	334,269	329,614	325,038	320,494	315,935	311,315	306,596
ระดับปวส.	679,211	669,973	660,862	651,874	643,009	634,264	625,638	617,129	608,736	600,457	592,291
อุดมศึกษา (18 - 21 ปี)	2,185,987	2,193,989	2,208,484	2,211,686	2,216,056	2,212,872	2,207,450	2,199,416	2,188,382	2,177,019	2,165,016
อุดมศึกษาปีที่ 1	742,717	736,402	730,647	725,399	720,578	710,484	700,662	691,003	681,407	671,777	662,015
อุดมศึกษาปีที่ 2 - 4	1,443,270	1,457,586	1,477,837	1,486,287	1,495,478	1,502,387	1,506,788	1,508,413	1,506,975	1,505,242	1,503,001

แหล่งข้อมูล: ปี 2553-2554 จากสถิติการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ปี 2555-2583 คำนวณจากผลการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. 2554. สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย 2554. สืบค้นได้จาก <http://www.smartteen.net/iqueq/situation.html>
- สำนักงบประมาณ. 2555. *งบประมาณด้านการศึกษา*. สืบค้นได้จาก <http://www.bb.go.th>
- สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. 2555. *นโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ การผลิตและพัฒนากำลังคนอาชีวศึกษาสู่สากล พ.ศ. 2555-2569*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2529. *การศึกษาการกำหนดข้อสมมติเพื่อใช้ในการคาดประมาณประชากรและผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2523-2558*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. *การศึกษาตลาดแรงงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554. *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งพับลิซซิง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2555. *แผนประชากร ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษา. 2554. *สถิติการศึกษาฉบับย่อ 2553*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษา. 2555. *สถิติการศึกษาฉบับย่อ 2554*. กรุงเทพฯ. ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2545. *สำมะโนประชากรและเคหะ 2543*. สืบค้นได้จาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2555. *สำมะโนประชากรและเคหะ 2553*. สืบค้นได้จาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2555. *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร*. สืบค้นได้จาก <http://www.nso.go.th>

3

ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ ด้านสุขภาพอนามัย: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากร ของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583

ศุภกิจ ศิริลักษณ์*

3.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศในระยะเปลี่ยนผ่าน

ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สถานะสุขภาพโดยรวมของคนไทยดีขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาที่รอการแก้ไขอีกมาก หลายปัญหา还没有มาตรการที่มีน้ำหนักพอ แม้หลายนโยบายมาถูกทิศทาง แต่ยังต้องการมาตรการที่มีคุณภาพ การเปลี่ยนแปลงประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่มีผลต่อระบบสุขภาพและต้องการนโยบายที่ชัดเจน และมุ่งเป้า

3.1.1 สถานการณ์ด้านการปฏิรูประบบสุขภาพ

1) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยการถ่ายโอนไปไม่ถึงไหน ผ่านมาเกือบสิบปี ไม่สามารถดำเนินการไปได้มากเท่าที่ควร สาเหตุสำคัญคือแนวคิดที่ยังต้องการรักษาอำนาจส่วนกลางเอาไว้ ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินการ รวมทั้งความไม่แน่ใจต่อรูปแบบการถ่ายโอน ไม่มีความชัดเจนของทิศทางและนโยบายการดำเนินการของส่วนกลาง ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่าร้อยละ 60 ไม่ต้องการรอการถ่ายโอนและได้ดำเนินการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองในพื้นที่ ซึ่งเป็นการลงทุนที่ซ้ำซ้อนขาดประสิทธิภาพ

* ที่ปรึกษากระทรวงระดับทรงคุณวุฒิ กระทรวงสาธารณสุข

2) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กฎหมายสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก และกระบวนการนโยบายสาธารณะช่องทางใหม่ การประกาศใช้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบสุขภาพไทย โดยมีสาระสำคัญที่เป็นสิ่งใหม่ คือ 1) มีการนิยามความหมายของสุขภาพไว้อย่างชัดเจนว่าหมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ทำให้หลักคิดหรือการแก้ไขปัญาสุขภาพกว้างขวางเป็นองค์รวมมากขึ้น 2) มีการจัดตั้งองค์กรที่เรียกว่าคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจาก 3 ภาคส่วนคือภาครัฐ ภาควิชาชีพวิชาการ และภาคประชาสังคมอย่างละ 13 คนเท่าๆ กัน โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีบทบาทในการเสนอแนะหรือให้คำปรึกษา ต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และการจัดให้มีกระบวนการต่างๆ ที่กำหนดไว้ เช่น จัดทำธรรมนูญสุขภาพ จัดให้มีสมัชชาสุขภาพเป็นต้น 3) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มีกรอบเวลาถึง พ.ศ. 2563 เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ 4) มีกลไกที่เรียกว่าสมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) ซึ่งเป็นการหาฉันทามติในการแก้ไขปัญาสุขภาพโดยหลักการมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ ร่วมพิจารณากันอย่างสมานฉันท์จนได้ข้อยุติอย่างเป็นเอกฉันท์ โดยมีสมัชชา 3 ประเภทคือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 5) มีการกำหนดกระบวนการได้มาของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพแล้วผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แล้วเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ ต่างจากอดีตที่นโยบายสาธารณะกำหนดโดยรัฐแต่ฝ่ายเดียว 6) การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (health impact assessment: HIA) ก่อนมี พรบ.สุขภาพแห่งชาติ การทำ HIA เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (environmental impact assessment: EIA) คืออะไร และมักจะถูกละเลยไม่ให้ความสำคัญ จนกระทั่งเกิดผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพของประชาชน

3) พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างมิติใหม่ในการใช้การเงินจากภาษีบาปในการสร้างเสริมสุขภาพ จากกระบวนการขับเคลื่อนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ต่อเนื่องมาจากทศวรรษก่อนหน้า ได้ก้าวไปสู่การเสนอให้มีกฎหมายเก็บเงิน ร้อยละ 2 จากภาษีสรรพสามิตบุหรี่และสุรา ตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยลดข้อจำกัดกรอบวิธีการ และเปิดรับแนวทางใหม่ๆ ที่มีความคิดสร้างสรรค์สามารถนำไปสู่การขยายค่านิยมและการสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป็นการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ นับตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา นโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการให้สิทธิแก่คนไทยทุกคนในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ โดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย เป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีฐานะยากจนได้มากในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นผลทำให้ระบบการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว แยกผู้ซื้อออกจากผู้ให้บริการแม้ว่าค่าใช้จ่ายของกองทุนจะสูงขึ้นมากกว่าเดิมถึงกว่า 2 เท่า ในระยะเวลาเพียง 10 ปีที่ผ่านมา (1,202.4 บาท/คน ใน พ.ศ. 2545 เป็น 2,755.60 บาท/คน ใน พ.ศ. 2555)

5) นโยบายยกระดับสถานือนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จุดเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพไทย ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปลายปี 2552 นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นนโยบายที่มีความแรง เป็นความเปลี่ยนแปลงสำคัญที่จะสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิของประเทศ การยกระดับสถานือนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้บริการเชิงรุกเชื่อมโยงกับชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาบริการด้านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดให้มีคุณภาพ อันจะทำให้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของภาระโรคที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและโครงสร้างอายุที่มีการชราภาพมากขึ้น การลงทุนในระบบบริการปฐมภูมิจึงน่าจะคุ้มค่ามากที่สุด นโยบาย รพ.สต. ยังถือเป็นการกระจายอำนาจ และการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) รวมถึงภาคีที่เกี่ยวข้องไปจนถึงประชาชน ผ่านกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขโดยความเห็นชอบและเป็นเจ้าของร่วมกัน ระดมทรัพยากรจากภาครัฐส่วนกลาง และท้องถิ่นเพื่อขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพดังกล่าว

6) นโยบายการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เริ่มการเบิกจ่ายค่าสนับสนุนการดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2552 คนละ 600 บาทต่อเดือน ทำให้ระบบสุขภาพได้รับประโยชน์สามารถพึ่งพา อสม. ในการแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ อสม. เงินค่าป่วยการเป็นเงินอุดหนุนเฉพาะกิจตั้งไว้ที่ อปท. แต่การให้เงินสนับสนุนดังกล่าวต้องสร้างความเข้าใจว่าไม่ใช่เงินเดือน หรือค่าตอบแทนการปฏิบัติงานซึ่งจะทำลายหลักการของ “อาสาสมัคร” และเกิดผลเสียต่อระบบในระยะยาว

7) นโยบายรัฐสวัสดิการ (welfare state) สำหรับประเทศไทยมีการดำเนินงานจัดสวัสดิการสังคมตามองค์ประกอบ 4 ด้านหลัก ประกอบด้วย การบริการสังคม การช่วยเหลือทางสังคม การประกันสังคม การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน รัฐบาลได้มีนโยบาย เช่น หลักประกันด้านสุขภาพถ้วนหน้า ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพฟรี หลักประกันด้านการศึกษา ทุกคนมีโอกาสได้เรียนฟรี 15 ปี ยุกระดับการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชน ให้สิทธิคนพิการได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จัดตั้งกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา จัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.1.2 สถานการณ์ด้านสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

1) เด็กไทยฉลาดน้อยลง จากการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยทั่วประเทศ อายุ 6-15 ปี พ.ศ. 2554 พบว่า เด็กนักเรียนไทยมีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.6 ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำกว่ามาตรฐานสากลในยุคนี้อยู่ (ค่ากลาง IQ = 100) เมื่อดูภาพรวมของประเทศ พบว่า มีเด็กที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ($IQ < 90$) ถึงร้อยละ 28.4 จะเห็นได้ว่า ในระบบการศึกษาของประเทศไทยยังมีนักเรียนที่มีความบกพร่องทางระดับสติปัญญา ($IQ < 70$) อยู่ร้อยละ 6.5 ซึ่งสูงกว่าที่มาตรฐานสากลกำหนดไว้ คือ ไม่ควรเกินร้อยละ 2 และมีช่องว่าง (gap) ของสติปัญญาระหว่างกลุ่มที่มีสติปัญญาดีกับกลุ่มที่มีปัญหาสติปัญญา (กรมสุขภาพจิต, 2554)

2) ปัญหาแม่วัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นและปัญหาท้องไม่พร้อมเป็นวิกฤตปัญหาสังคมของประเทศไทย สถานการณ์การตั้งครรภ์ของหญิงไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากสถิติสาธารณสุข พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 123,447 คน ใน พ.ศ. 2548 เป็น 131,748 คน ใน พ.ศ. 2552

นอกจากนี้ยังพบว่า ใน พ.ศ. 2552 มีแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรจำนวน 106,726 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 ของจำนวนมารดาทุกช่วงอายุ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 10 และสตรีที่ทำแท้ง ร้อยละ 46.8 เป็นผู้ที่มียุ่ต่ำกว่า 25 ปี สาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์สูงขึ้นเนื่องมาจากค่านิยมทางเพศที่เปลี่ยนไป เด็กมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ขาดความนับถือ ขาดความรักในตัวเอง ต้องการความรัก จากการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นทั่วโลกที่เรียกว่า global trend ทำให้วัยรุ่นเกิดเงื่อนไขในการตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ และนำไปสู่ปัญหาความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

3) ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น พบว่า วัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น จาก 41.5 ราย ต่อ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2548 เป็น 76.5 ราย ต่อ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 เนื่องจาก ส่วนใหญ่ไม่ใช่วัยรุ่นและเยาวชนและมีพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนคู่นอน

4) การแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ขยายไปในกลุ่มประชากรทั่วไป จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 366,945 ราย และมีผู้เสียชีวิต 97,179 ราย ผู้ติดเชื้อสะสมกว่า 1 ล้านคน โดยพบมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี (ร้อยละ 25.1) ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอช ไอ วี สะท้อนให้เห็นว่าแบบแผนการระบาดของ การติดเชื้อเป็นลักษณะของ generalized and concentrated epidemic แม้แนวโน้มของความชุก การติดเชื้อลดลงในเกือบทุกกลุ่มประชากร แต่ยังคงมีอัตราความชุกการติดเชื้อ สูงในกลุ่มผู้ฉีดสารเสพติดและมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และมีสัญญาณให้ประเทศต้องเฝ้าระวังการระบาดของ การติดเชื้อ เอช ไอ วี อีกครั้ง

5) ปัญหายาเสพติดยังแก้ไม่ตกและแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในระหว่าง พ.ศ. 2549-2553 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดรวมทั้งสิ้น 468,170 คน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้เสพ รายใหม่ การใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาเพิ่มขึ้นถึง 7.5 เท่าในช่วง 14 ปีที่ผ่านมา ใน พ.ศ. 2553 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดรวมทั้งสิ้น 114,074 ราย (ข้อมูลจากระบบรายงาน บสต.) ซึ่งเป็นผู้เสพ ร้อยละ 61 ผู้ติด ร้อยละ 36 ผู้เสพยาเสพติดรุนแรง ร้อยละ 3 ยาเสพติดที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมา เป็นกัญชา สารระเหย เฮโรอีน กระเทียม ตามลำดับ คดียาเสพติดยังพุ่งสูงขึ้นในรอบ 8 ปี ใน พ.ศ. 2553 มีการจับกุมสูงถึง 266,010 คดี เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 11.6 โดยเยาวชนวัย 20-24 ปี ถูกจับกุมมากที่สุด

6) สถานการณ์คนพิการยังน่าเป็นห่วง สัดส่วนผู้พิการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2545 และเพิ่มเป็นร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ. 2550 ในจำนวนนี้ยังไม่รวมความผิดปกติ หรือพิการทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวมทั้งหมดโดยการประมาณการแล้วผู้พิการจะมีความชุกเท่ากับ ร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด

7) ปัญหาการเข้ามาของแรงงานข้ามชาติยังจัดการไม่ลงตัว ทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ซึ่งเพิ่มสูงขึ้น จาก 797,113 คน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 1,300,281 ในปี 2553 เพิ่มโอกาสของการป่วย ด้วยโรคติดต่อที่มาจากแรงงานข้ามชาติ เช่น วัณโรคที่มีอาการดื้อยาต้าน (MDR และ XDR TB) โรคเท้าช้าง ไข้กาฬหลังแอ่น และโรคมาลาเรีย การประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทำให้การเข้าถึงบริการต่ำโดยเฉพาะ กลุ่มที่ผิดกฎหมาย

3.1.3 สถานะสุขภาพคนไทย

1) คนไทยอายุยืนยาวขึ้น ผู้ชายจะมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด 70.4 ปี ใน พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 75.3 ปี ใน พ.ศ. 2583 และผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ย 77.5 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 81.9 ปี ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) สำหรับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (health adjusted life expectancy: HALE) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พ.ศ. 2545 ผู้ชายเท่ากับ 57.7 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 59 ปี ใน พ.ศ. 2552 และผู้หญิงกับ 62.4 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 68 ปี ตามลำดับ (คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2547) อย่างไรก็ตามจำนวนปีที่แตกต่างระหว่างปีที่มีสุขภาพดีกับอายุคาดเฉลี่ยยังมากอยู่ แสดงว่า อายุยืนยาวแต่มีความเจ็บป่วย

2) สาเหตุการตายมาจากโรคที่ป้องกันได้ และการสูญเสียปีสุขภาวะ (*disability adjusted life years: DALYs*) เปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการคาดประมาณแนวโน้มการตายด้วยโรคต่างๆ ของประชากรไทย ใน พ.ศ. 2537-2552 โดยใช้สาเหตุการตายโดยตรงจากมรณบัตร พบว่า ในอีก 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2562) อุบัติเหตุจราจร มะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้ชายไทย ขณะที่เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งตับ เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้หญิงไทย จะเห็นได้ว่า โรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากการติดสุรา อุบัติเหตุจราจรและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน พ.ศ. 2547 เป็นการติดสุรา ใน พ.ศ. 2552 สำหรับผู้หญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า

3) การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 จนถึง พ.ศ. 2553 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย จาก พ.ศ. 2544 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 7.7 ต่อประชากรแสนคน ลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับ จนถึง พ.ศ. 2553 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 5.9 ต่อประชากรแสนคน อย่างไรก็ตามยังพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัญหามากในบางพื้นที่ เช่น ภาคเหนือตอนบน

4) คนไทยยังไม่ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ (*emerging infectious diseases: EID*) มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสุขภาพของประชาชนทั่วโลกอย่างมหาศาล ครั้งหลังสุดคือ การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 ใน พ.ศ. 2552 มีคนไทยชีวิตกว่า 200 คน ในสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์สิ่งมีชีวิตในระบบนิเวศ (*ecological health*)

5) โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมถึงเวลาที่ต้องใส่ใจ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ใน พ.ศ. 2550-2552 มีการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคสารเคมีจากการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ที่ใช้ภาคเกษตรกรรม จากพิษสารเคมีในภาคอุตสาหกรรม

6) สถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนา ทางด้านวัตถุ เกิดความเสื่อมถอย

และล่มสลายของสถาบันครอบครัว สถาบันทางสังคม การดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบ เกิดค่านิยม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่พอเพียงและขาดความสมดุล ขาดการใส่ใจดูแลควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมเสี่ยง ที่สำคัญจากการบริโภคหวานมันเค็มมาก บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ สุขบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย เกิดความเครียด ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง ไขมันคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง น้ำตาล ในเลือดสูง และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถ ป้องกันได้หรือโรควิถีชีวิตที่ทวีความรุนแรงแพร่ระบาดไปทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับปัญหาที่วิกฤต เช่นกัน จากข้อมูลเชิงประจักษ์ พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (body mass index: BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม) ในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551-2552 ร้อยละ 34.7 (17.6 ล้านคน) ความชุกของภาวะ อ้วนลงพุง (รอบเอว $\geq$ 90 ซม. ในชาย และ $\geq$ 80 ซม. ในหญิง) ร้อยละ 32.1 (16.2 ล้านคน) ความชุกของ โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 โรคความดันโลหิตสูง 21.4 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.4 เกิดการเจ็บป่วย จากโรคมะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในช่วง พ.ศ. 2548-2551 เพิ่มขึ้น 1.2-1.6 เท่า คิดเป็นอัตรา 505 684 257 845 และ 1,149 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการ และ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล

3.1.4 สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาเรื่อยมาในทุกมิติ มีหน่วยบริการครอบคลุม ทุกพื้นที่ โครงสร้างระบบบริการสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ บริการเฉพาะทางและระบบส่งต่อ นอกจากนี้ ยังมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ คือ ระบบกำลังคน ระบบการเงินการคลัง ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบข้อมูลข่าวสาร

1) สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐและสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

- สถานพยาบาลภาครัฐ มีจำนวนโดยรวม 109,161 เตียง ซึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงเรียน แพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 13 แห่ง และส่วน ภูมิภาค มีโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 48 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาล ทั่วไป 70 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมทุกอำเภอ รวม 748 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 284 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัยเดิม) 9,750 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ในที่ห่างไกล 151 แห่ง

- สถานพยาบาลภาคเอกชน มีจำนวนโดยรวม 32,872 เตียง โรงพยาบาลเอกชนมี 316 แห่ง คลินิก 18,505 แห่ง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 1,268 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 11,603 แห่ง ร้าน ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย 3,838 แห่ง และร้านขายยาแผนโบราณ 2,022 แห่ง

2) ระบบส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาระบบส่งต่อในภาพรวมของประเทศ ซึ่งทุกจังหวัดได้ดำเนินการพัฒนา ระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ทำให้การประสานการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่การปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขตพบได้เสมอ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบการปฏิเสธค่อนข้างสูง

3) การมีหลักประกันสุขภาพทำให้ใช้บริการได้มากขึ้น คนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.5 ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 99.9 ใน พ.ศ. 2554 ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 102.9 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2545 เป็น 153.4 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2553 และผู้ป่วยในใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 3.4 ล้านคน ใน พ.ศ. 2545 เป็น 5.6 ล้านคน ใน พ.ศ. 2553 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) การใช้บริการสุขภาพของประชาชนในสถานพยาบาลที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1.8 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เป็น 3.4 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2552 โดยใน พ.ศ. 2544-2552 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (4-6 ครั้ง) และต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.2-3 ครั้ง) และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2550 โดยสูงสุดที่กรุงเทพมหานครและต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในช่วง พ.ศ. 2545-2552 สัดส่วนผู้ป่วยนอกจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พบสูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประมาณ 2 ใน 3 เช่นเดียวกับสัดส่วนผู้ป่วยในร้อยละ 73

3.1.5 กำลังคนด้านสุขภาพยังมีความขาดแคลนแม้จะเร่งผลิตเพิ่ม

1) สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

- สาขาแพทย์ พ.ศ. 2552 พบว่า มีแพทย์ขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการแพทยสภา จำนวน 39,187 คน คาดว่าจะมีแพทย์ปฏิบัติงานในประเทศ จำนวน 35,789 คน หรือคิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 1 : 1,773 แต่จากการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า ใน พ.ศ. 2553 มีแพทย์ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข เพียง 26,162 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1 : 2,428 ในขณะที่ความต้องการของประเทศ ควรเป็น 1 : 1,500-1,800 นอกจากปัญหาการขาดแคลนแล้ว ยังมีปัญหาด้านการกระจาย จากข้อมูลพบว่า มีสัดส่วนแพทย์อยู่ในกระทรวงสาธารณสุขเพียงร้อยละ 50.4 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด ในขณะที่ต้องรับภาระดูแลประชาชนกว่าร้อยละ 80 ในปัจจุบันสามารถรับนักศึกษาแพทย์ได้กว่า 2,300 คน

- สาขาทันตแพทย์ พ.ศ. 2552 มีทันตแพทย์ปฏิบัติงาน จำนวน 10,571 คน (ทันตแพทยสภา, 2553) พบว่า ใน พ.ศ. 2553 มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข เพียง 5,112 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1 : 12,427 ปัจจุบันสามารถผลิตทันตแพทย์ได้ปีละ 600 คน และได้รับนักศึกษาเพิ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2548 อีกปีละ 200 คน

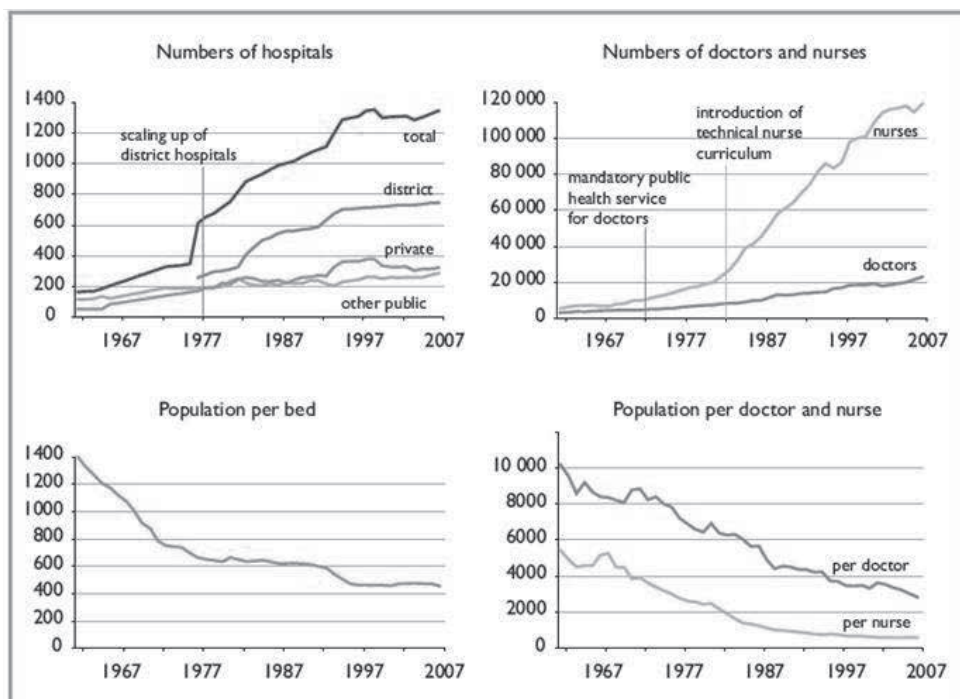
- สาขาเภสัชกร พ.ศ. 2552 มีปฏิบัติงานให้บริการจำนวน 24,401 คน (สภาเภสัชกรรม, 2553) ใน พ.ศ. 2553 มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข เพียง 8,134 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1 : 7,810 ปัจจุบันมีการผลิตประมาณปีละ 1,950 คน จากสถาบันการผลิตทั้งรัฐและเอกชน 16 แห่ง พบว่าเพียงพอกับความต้องการ

- พยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2552 มีจำนวนที่ปฏิบัติงานให้บริการ 120,948 คน (สภาการพยาบาล, 2553) พบว่า ใน พ.ศ. 2553 มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข เพียง 138,710 คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1 : 458 ปัจจุบันมีการผลิตทั้งภาครัฐทุกสังกัดและเอกชนประมาณปีละ 8,300 คน โดยกำลังหลักที่ผลิตพยาบาลอยู่ในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข ปีละ 2,500 คน

- กำลังคนเพื่อการบริการระดับปฐมภูมิ ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้กำหนดอัตราส่วนกำลังคนต่อประชากร เป็น 1 : 1,250 ซึ่งต้องการกำลังคนเพื่อการจัดบริการใน รพ.สต. ในลักษณะ skill mixed จำนวนกว่า 40,000 คน (ปัจจุบันมีเพียง 30,635 คน) ซึ่งในจำนวนดังกล่าวต้องการพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อยแห่งละ 1-2 คน โดยต้องการพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. ประมาณ 13,500 คน (ปัจจุบันมีเพียง 6,399 คน)

มีความพยายามในการปรับค่าตอบแทนแก่บุคลากรสาขาหลักที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน แต่ก็แก้ปัญหาความขาดแคลนได้เพียงระดับหนึ่ง แต่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสูงขึ้นและการเรียกร้องของบุคลากรกลุ่มอื่นๆ

รูป 3.1 Health infrastructure and human resource trends in Thailand, 1962-2007



แหล่งข้อมูล: Patcharanarumol et al (2011). Why and how did Thailand achieve good health at low cost?

2) สถานการณ์การฟ้องร้องแพทย์

สถิติการฟ้องร้องแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ภาระงานของแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ คดีประวัติศาสตร์ที่ศาลมีคำพิพากษาให้จำคุกแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเป็นเวลา 3 ปีโดยไม่รอลงอาญาในปี 2550 ในข้อหากระทำการโดยประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฉีดยาเข้าไขสันหลังระหว่างผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อปี 2545 ถึงแม้ศาลอุทธรณ์ได้ยกฟ้องในปี 2551 ทำให้แพทย์ไม่มีความผิดก็ตาม คดีดังกล่าว ส่งผลให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งไม่เสี่ยงทำการผ่าตัด แต่ส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งในระยะยาวอาจทำให้อัตราความพิการและอัตราผู้ป่วยตายจากการส่งต่อมีมากขึ้น

3.1.6 สถานการณ์การเงินการคลัง

1) *ครัวเรือนไทยรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนที่ลดลง รัฐจ่ายมากขึ้น* ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2553 บ่งชี้ว่า รายจ่ายด้านสุขภาพรวม (total health expenditure: THE) เพิ่มขึ้น 2.3 เท่าจาก 170,203 ล้านบาท (ราคาปีปัจจุบัน) คิดเป็นร้อยละ 3.3 ของรายได้ประชาชาติ หรือเฉลี่ย 2,732 บาทต่อคน ในปี พ.ศ. 2544 ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็น 392,368 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของรายได้ประชาชาติ หรือเฉลี่ย 6,142 บาทต่อคน ในปี พ.ศ. 2553 ในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553 ชี้ว่า รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มในอัตราที่เร็วกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กล่าวคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.6 ต่อปีในมูลค่าจริง ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 5.6 ต่อปี สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มาจากภาครัฐเพิ่มจากร้อยละ 56 ของรายจ่ายสุขภาพรวม ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 75 ใน พ.ศ. 2553 ในปีเดียวกัน รายจ่ายครัวเรือนลดลงจากร้อยละ 33.1 ของรายจ่ายสุขภาพรวม เป็นร้อยละ 13.9 ทำให้ครัวเรือนมีภาระลดลง แต่ยังเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้หรือรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือนที่มีฐานะยากจน

ตาราง 3.1 รายจ่ายสุขภาพรวม (total health expenditure: THE) และข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญด้านรายจ่ายสุขภาพ ระหว่าง พ.ศ. 2537-2553 (ราคาปีปัจจุบัน)

ตัวชี้วัด	2537	2541	2544	2549	2553
รายจ่ายสุขภาพรวม (ล้านบาท)	127,655	172,811	170,203	274,055	392,368
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมต่อรายได้ประชาชาติ (%)	3.5	3.7	3.3	3.5	3.9
รายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (ล้านบาท)	56,885	94,656	95,779	198,407	293,378
รายจ่ายสุขภาพรวม ภาคเอกชน (ล้านบาท)	70,771	78,155	74,424	75,648	98,990
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (%)	45	55	56	72	75
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาคเอกชน (%)	55	45	44	28	25
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี (บาท/คน/ปี)	2,160	2,811	2,732	4,362	6,142

แหล่งข้อมูล: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2553 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กระทรวงสาธารณสุข.

2) *การประกันสุขภาพของทั้ง 3 กองทุนยังมีความเหลื่อมล้ำ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุนมีแหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ ขาดสิทธิประโยชน์ จำนวนเงินที่ภาครัฐให้การสนับสนุน และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน*

- สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีแหล่งการคลังสุขภาพจากภาษีทั่วไป และมีวิธีการจ่ายเงินแบบตามเรียกเก็บ (fee-for-service) สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก และวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีพีดาน (diagnosis-related group (DRG) with global budget) สำหรับกรณีผู้ป่วยใน

- ประกันสังคม มีแหล่งการคลังสุขภาพจากเงินสมทบของลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล โดยใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ร่วมกับการจ่ายเพิ่มเติมกรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแหล่งการคลังสุขภาพจากภาษีทั่วไป และมีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวกรณีผู้ป่วยนอก และ วินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดานกรณีผู้ป่วยใน

หลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ และคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล รวมทั้งยา/เวชภัณฑ์ที่ประชาชนได้รับระหว่าง 3 กองทุน ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีสำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (12,000 บาท) สูงเป็น 4 เท่าของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3,000 บาท รวมกองทุนเฉพาะ)

3) การลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการะโรคมีสัดส่วนค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประเทศ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคบุหรี่ยาสูบ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม รวมทั้งโรคติดต่อที่สำคัญ คือ การติดเชื้อไวรัสเอดส์ จากข้อมูลการศึกษาบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2552-2553 แสดงว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพียงร้อยละ 10.8 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม และส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในโรงพยาบาล

4) ค่าใช้จ่ายด้านยายังค่อนข้างสูง ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมและขาดประสิทธิภาพ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นจาก 52,823 ล้านบาทใน พ.ศ. 2537 เป็น 120,290 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2545 หรือมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 6.8 ต่อปี ซึ่งสูงกว่าอัตราการเพิ่มของ GDP ของประเทศ นอกจากนั้น แนวโน้มการดื้อยาปฏิชีวนะรุนแรงมีมากขึ้น

3.1.7 สถานการณ์และปัญหาด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ที่สำคัญคือ 1) กลไกนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง 2) การมีระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพที่ยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม ยังมีความซ้ำซ้อน และปัญหาการขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล 3) การขาดระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และ 4) ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

3.1.8 ความร่วมมือในการให้บริการสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน (public and private partnership: PPPs) ยังมีข้อจำกัด

การดำเนินการในเรื่อง PPPs ด้านบริการสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการภาครัฐ ลดภาระงบประมาณของรัฐในการลงทุน ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาการดำเนินงานในรูปแบบความร่วมมือ (การเช่า/จ้างเหมา) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาแพง การจ้างเหมาบริการ เช่น การซักฟอก การรักษาความปลอดภัย การทำอาหาร การเช่าอาคาร/สถานที่ ตลอดจนความร่วมมือในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของกฎ/ระเบียบ และวิถีปฏิบัติของทางราชการ รวมถึงนโยบายที่จะกำหนดแนวทางการดำเนินการเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและเป็นประโยชน์กับระบบบริการอย่างแท้จริง สำหรับ

การดำเนินงานที่เป็นการลงทุนในโครงการใหญ่ๆ เช่น การก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลและบริหารโครงการ โดยเอกชนยังอยู่ระหว่างการศึกษารูปแบบที่เหมาะสม

3.1.9 ภาวสุขภาพ ผู้เล่นที่ต้องเดินไปทางเดียวกัน

การเพิ่มขึ้นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรเอกชน ทำให้มีความหลากหลายทั้งภารกิจและระดับในการจัดการสุขภาพ มีผลต่อบทบาทและภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป อาทิ **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** มีบทบาทพัฒนานโยบายและเคลื่อนไหวสังคม **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)** เป็นผู้ซื้อบริการเพื่อให้ประชาชนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างถ้วนหน้า **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)** ทำหน้าที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นน้ำมันหล่อลื่น **สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)** ทำหน้าที่บริหารการสร้างความรู้ และสนับสนุนการวิจัยสาธารณสุขเชิงระบบ **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)** ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน **สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)** ทำหน้าที่เกี่ยวกับการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นต้น

3.2 สถานการณ์และปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงประชากร

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ตามรายงานคาดประมาณการนี้ พบว่า ประชากรวัยเด็กลดลง จาก 12,641,653 คน (19.8%) ในปี 2553 เป็น 7,163,434 คน (11.2%) ในปี 2583 ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจาก 8,407,965 คน (13.2%) เป็น 20,519,373 คน (32.1%) และประชากรในวัยทำงานต้องแบกรับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ภาวะพึ่งพิงจาก 0.41 ใน พ.ศ. 2553 เป็น 0.59 ใน พ.ศ. 2583) คุณภาพของประชากรในวัยเด็ก อันจะส่งผลถึงคุณภาพของประชากรในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นกำลังผลิตสำคัญ ตลอดจนภาวะความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตของประชากรในวัยสูงอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศและความอยู่รอดในอนาคต ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและแนวโน้มในอนาคต (2555) พบว่า โครงสร้างครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวส่วนใหญ่จะมีขนาดเล็กลง ทำให้สัมพันธภาพของคนในครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ครอบครัวต่อชุมชนน้อยลง การหย่าร้างสูงขึ้น ทำให้มีครอบครัวที่พ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพังมากขึ้น โครงสร้างครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคลสองวัย คือ ผู้สูงอายุและเด็กจะมีมากขึ้น ผู้สูงอายุในชนบทจะถูกปรับเปลี่ยนบทบาทและรับภาระแทนพ่อแม่มากขึ้น มีกลุ่มผู้ด้อยโอกาสยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึง

3.2.1 สุขภาพและพัฒนาการเด็กไทยเมื่อจำนวนลดลงคุณภาพจึงเป็นตัวแปรสำคัญ

สุขภาพเด็กอาจต้องเริ่มจากการตั้งครรภ์ของมารดาซึ่งใน พ.ศ. 2552 มีแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรจำนวน 106,726 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 ของจำนวนมารดาทุกช่วงอายุ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 10 และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ การตั้งครรภ์อายุน้อยทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของแม่และลูกหลายประการ อาทิ ขาดสารอาหาร ความดันสูงจากการตั้งครรภ์ ลูกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น แม้จะมีความครอบคลุมการของฝากครรภ์และการคลอดเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาคritical คือ การคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ภาวะพร่องฮอร์โมนธัยรอยด์ และกลุ่มอาการดาวน์

ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทารก ทำให้ยังพบภาวะธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 5.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ภาวะพร่องฮอร์โมนไธรอยด์และ phenylketonuria (PKU) 0.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย และกลุ่มอาการดาวน์ 1 ต่อการเกิดมีชีพ 800 ราย

ในด้านความพิการ พบว่า การสูญเสียการได้ยินทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลรามาธิบดี 1.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขตั้งแต่วัยก่อนหัดพูดจะทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารอย่างรุนแรง ความพิการจากการมองเห็น พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครมีสายตาดัดปกติร้อยละ 12 หากแก้ไขไม่ทันก็จะทำให้พัฒนาการและการเรียนรู้เสียไปด้วย

ในด้านพัฒนาการเด็ก พบว่า เด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 67 มีภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-11 เดือนสูงถึงร้อยละ 56.3 ส่วนเด็กอายุ 1-5 ปี พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 25.9 เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กแรกเกิดจนถึงก่อนวัยเรียน นอกจากนี้ในเด็กที่มีภาวะโลหิตจางมักจะพบการขาดแร่ธาตุสังกะสี และวิตามินเอ การดูแลในศูนย์เด็กเล็ก ขาดความพร้อม มีของเล่นไม่เพียงพอกับจำนวนเด็ก (ร้อยละ 40) มีสภาพชำรุด รอคอยซ่อมแซม (ร้อยละ 37) ห้องน้ำมีสภาพชำรุด (ร้อยละ 24) การดำเนินงานในศูนย์เด็กเล็กไม่ได้มาตรฐานพบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 38) อุบัติเหตุจากเครื่องเล่นสนาม (ร้อยละ 29) มีเด็กฟันผุ (ร้อยละ 92)

ความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กไทยในวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) เพิ่มขึ้น 1.7 เท่าในรอบ 14 ปี ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ความชุกน้ำหนักเกินและอ้วน ทั่วประเทศคิดเป็น 9.7% โดยเขตเมืองมีความชุก 13.1% และเขตชนบท 8.2%

จากการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยทั่วประเทศ อายุ 6-15 ปี พ.ศ. 2554 พบว่า เด็กนักเรียนไทยมีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.6 ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำต่ำกว่ามาตรฐานสากลในยุคปัจจุบัน (ค่ากลาง IQ = 100) เมื่อดูภาพรวมของประเทศ พบว่า มีเด็กที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ<90) ประมาณร้อยละ 28.4 จะเห็นได้ว่า ในระบบการศึกษาของประเทศไทยยังมีนักเรียนที่มีความบกพร่องทางระดับสติปัญญา (IQ<70) อยู่ร้อยละ 6.5 ซึ่งสูงกว่าที่มาตรฐานสากลกำหนดไว้คือ ไม่ควรเกินร้อยละ 2

ศักยภาพและสมรรถนะของเด็กไทยเป็นปัจจัยสำคัญในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศ หากการเตรียมตัวไม่ดียังมีปัญหาด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการทั้งโดยตรงและทางอ้อมก็จะส่งผลให้เด็กที่มีจำนวนน้อยลงไม่อาจแบกรับกลุ่มคนในวัยพึ่งพิง เมื่อเด็กเหล่านั้นต้องเคลื่อนไปเป็นคนในวัยทำงาน

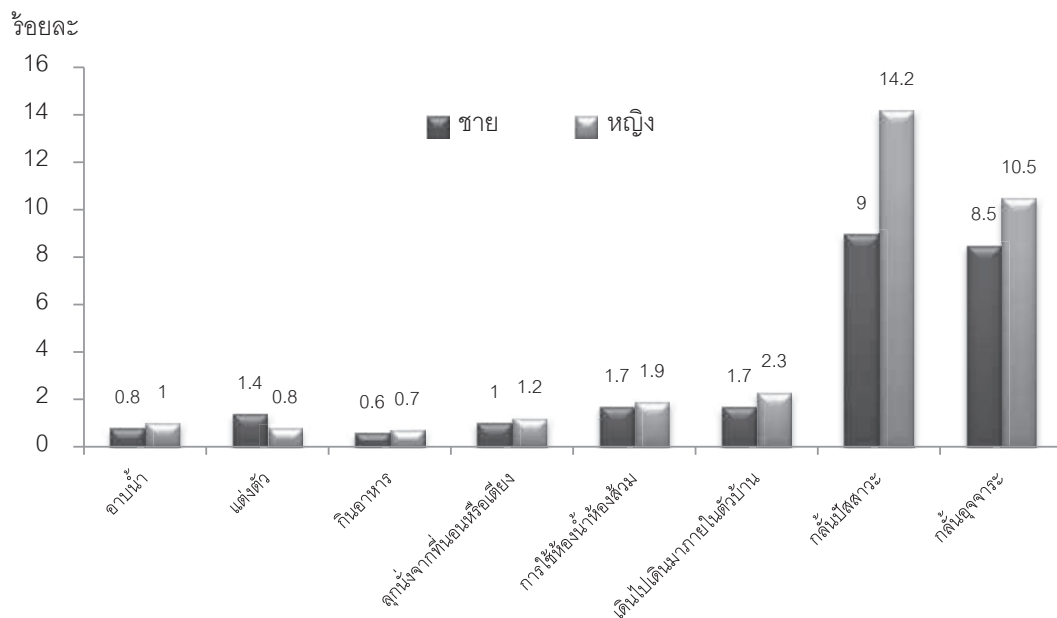
3.2.2. สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดังนี้

1) การพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประเมินจากการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (activities of daily livings: ADL) และ การทำกิจวัตรด้านการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร (instrumental activities of daily livings: IADL) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 0.6 ถึง 11.9 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL)

และร้อยละ 4 ถึง 36.5 มีข้อจำกัดการทํากิจวัตรด้านการทํางาน การเดินทาง และการสื่อสาร (IADL) ความชุกของภาวะที่ต้องพึ่งพิงในการทํากิจวัตรพื้นฐาน หมายถึงไม่สามารถทํากิจกรรมพื้นฐาน 2 กิจกรรมขึ้นไป ร้อยละ 15.5 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจรอบที่ 3 ร้อยละ 12.8 ทั้งข้อจำกัดในการทํากิจวัตรประจำวันพื้นฐานและข้อจำกัดการทํากิจวัตรด้านการทํางาน การเดินทาง และการสื่อสาร เพิ่มขึ้นตามอายุ

รูป 3.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทํากิจวัตรพื้นฐาน



แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552

2) **ภาวะสมองเสื่อม** พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอยู่ร้อยละ 12.4 (หญิง 15.1 ชาย 9.8) ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอายุ 80 ปี ขึ้นไป พบภาวะสมองเสื่อมถึงหนึ่งในสาม และพบมากกว่าในผู้ที่มีการศึกษาน้อย

3) **ความเสื่อมถอยของอวัยวะ** พบผู้สูงอายุไทยเป็นต่อกระดูกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ร้อยละ 21.1 โดยได้รับการรักษาแล้วร้อยละ 52.8 มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน คิดเป็นร้อยละ 28.0 มีการใช้เครื่องช่วยฟังกรณีไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 22.3

4) **การหกล้ม** การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุซึ่งอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ ในรอบ 6 เดือนก่อนการสำรวจ พบว่ามีความชุกของการหกล้มคิดเป็นร้อยละ 18.5 (หญิง 21.9 ชาย 14.4) กว่าครึ่งของผู้สูงอายุหญิงเกิดการหกล้มในบ้าน ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุชายที่หกล้มนอกบ้านมากกว่า สาเหตุสำคัญของการหกล้ม คือ พื้นลื่น สะดุดสิ่งกีดขวาง เสียการทรงตัว ผลจากการหกล้มทำให้เกิดอาการฟกช้ำและปวดหลัง มีผู้สูงอายุร้อยละ 1-2 ที่เกิดกระดูกหักหลังจากหกล้ม และร้อยละ 5.1 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

5) โรคเรื้อรัง พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.6 โดยพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย 2 เท่า โรคข้อเสื่อม พบถึงร้อยละ 19.8 ทำให้ประมาณการได้ว่าจะมีผู้สูงอายุ กว่า 1 ล้าน 4 แสนคนที่มีปัญหาข้อเสื่อม ยังพบ โรคความดันสูงร้อยละ 48 เบาหวาน ร้อยละ 15.9 สูงกว่าค่าเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุที่ 21.4 และ 6.9 ตามลำดับ และโรคอ้วน (BMI > 25 กก./ตร.ม) ร้อยละ 29.9

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553 แสดงสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบความเปราะบางทางร่างกาย จากการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบผู้สูงอายุที่มีความพิการ 1,058,885 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหนึ่งในสี่ มีความยากลำบากในการดูแลตนเอง ยังมีความเปราะบางด้านจิตใจถึงหนึ่งในสาม ทำให้มีผลต่อชีวิตประจำวันเช่น นอนไม่หลับ เสียสมาธิ ไม่อยากกินอาหารไม่อยากทำงาน และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นโดยแนวโน้มผู้สูงอายุไทยดื่มสุราและสูบบุหรี่ย่อยลง กินผักผลไม้เพิ่มมากขึ้น การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงหนึ่งในสามในระยะสิบปี

ข้อมูลโครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2552 พบสาเหตุการตายในผู้สูงอายุ จากโรคเส้นเลือดสมองสูงสุดทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และเบาหวานเป็นโรคในลำดับต้นๆ ในผู้สูงอายุชาย และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เบาหวาน โรคไต โรคมะเร็งตับ และโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่างเป็นลำดับต้นๆ ในผู้สูงอายุหญิง

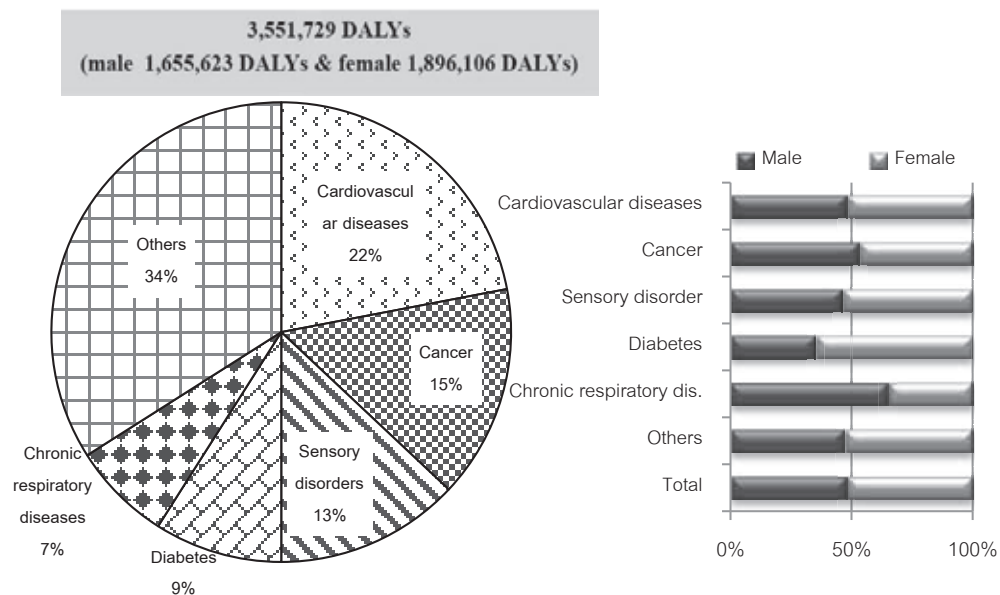
ตาราง 3.2 Top 10 causes of deaths in people aged ≥ 60 years by disease and sex

Rank	Male			Female			Rank
	Disease	Deaths	%	%	Death	Disease	
1	Stroke	18372	14.3	18.1	23707	Stroke	1
2	COPD	13452	10.4	11.1	14536	Ischaemic heart disease	2
3	Ischaemic heart disease	12356	9.6	10.3	13482	Diabetes	3
4	Liver cancer	8590	6.7	4.6	6073	Nephritis & Nephrosis	4
5	Bronchus & Lung cancer	7328	5.7	3.7	4894	Liver cancer	5
6	Diabetes	6835	5.3	3.7	4810	Lower respiratory tract infections	6
7	Lower respiratory tract infections	4367	3.4	3.2	4228	COPD	7
8	Tuberculosis	4303	3.3	2.5	3280	Colon & Rectum cancer	8
9	Nephritis & Nephrosis	3755	2.9	2.4	3133	Diarrhoea	9
10	Colon & Rectum cancer	3285	2.5	2.2	2911	Bronchus & Lung cancer	10
	Top 10	82644	64.1	62.0	81052	Top 10	
	All causes	128901	100.0	100.0	130644	All causes	

แหล่งข้อมูล: โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2552

ขณะที่การสูญเสียปีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทย (DALYs) พ.ศ. 2552 รวมทั้งหมด 3,551,729 ปี (ชาย 1,655,623 ปีและหญิง 1,896,106 ปี) โดยมีกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด 22% มะเร็ง 15% ความผิดปกติของการรับสัมผัส 13% เบาหวาน 9% โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 7%

รูป 3.3 The disease and injury burden in people aged over 60 years by broad disease grouping



แหล่งข้อมูล: โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2552

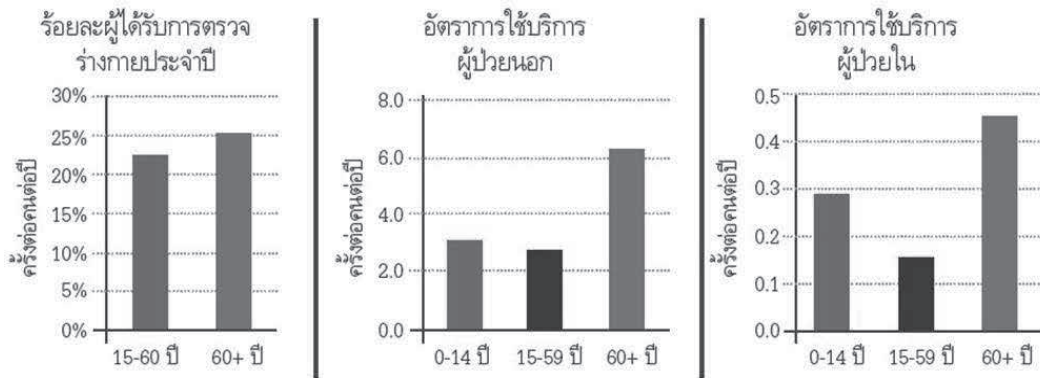
3.2.3 การใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

เมื่อพิจารณาด้านการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ ในช่วงปี 2554-2564 โดยนายแพทย์ถาวร สกุลพานิชย์ และคณะ พบว่า ในปี 2553 การใช้บริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มดีขึ้น ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และบริการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุมีความต้องการระบบบริการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาวมากขึ้น ตามรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2553 ดังนี้

1) ผู้สูงอายุใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและบริการรักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่น โดยผู้สูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าประชากรวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน เมื่อดูจากอัตราการการให้บริการตรวจร่างกายประจำปี ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าอัตราการให้บริการประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) เล็กน้อย โดยผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายประจำปีร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุทั้งหมด แต่โดยรวมความครอบคลุมการคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงยังต่ำอยู่ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมาก ยังคงมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยจาก

โรคเรื้อรัง และโรคแทรกซ้อน สำหรับบริการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก 6.2 ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกกลุ่มวัยแรงงานอยู่ที่ 2.8 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอยู่ที่ 0.2 ครั้งต่อคนต่อปี สูงเป็นสามเท่าของอัตราการให้บริการผู้ป่วยในสำหรับกลุ่มวัยแรงงาน

รูป 3.4 การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น



แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2553 ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552

2) ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลสูงขึ้น โดยมีความแตกต่างทั้งการให้บริการในแต่ละช่วงอายุ ประเภทสิทธิหลักประกันสุขภาพ และพื้นที่ โดยอัตราการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2552 แต่อัตราการให้บริการของผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุใกล้เคียงกับปีงบประมาณก่อน เมื่อพิจารณาในระดับกลุ่มอายุพบว่าอัตราการให้บริการผู้ป่วยในสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ทั้งโรคเฉียบพลัน โรคเรื้อรัง โรคจากความเสื่อมและอุบัติเหตุ แต่แนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงอัตราการให้บริการผู้ป่วยในแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มโรค

ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี พบว่า ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีอัตราการให้บริการแบบผู้ป่วยในสูงกว่าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่อัตราการให้บริการดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี แม้ว่าจะมีความแตกต่างกัน แต่อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่าน่าจะมีปัจจัยอื่นนอกเหนือจากความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ เช่น ความลำบากในการเดินทางของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น เจตคติที่ไม่คิดว่าจำเป็นต้องรับบริการ หรือการรักษาเกินความจำเป็น เป็นต้น

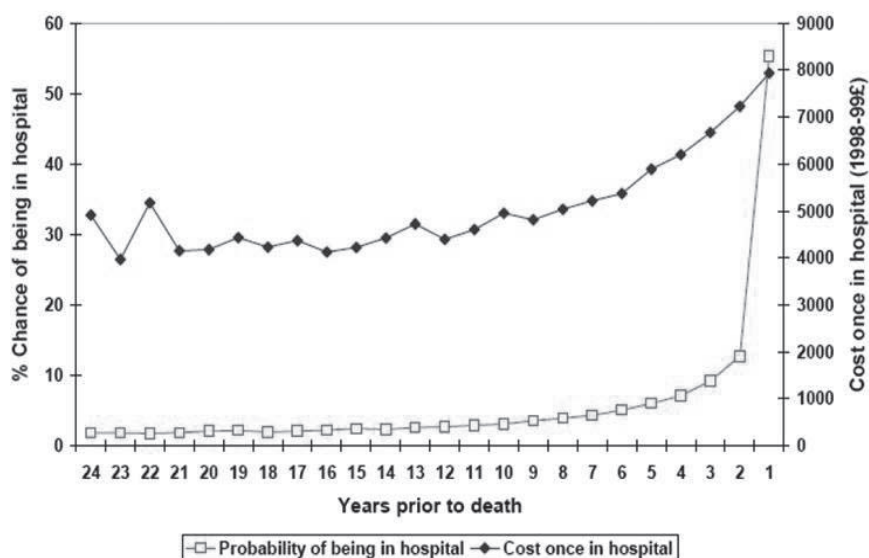
3) ผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิในผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้น ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลผู้มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยในตามกลุ่มโรคที่จัดได้ว่าเป็น “การนอนโรงพยาบาลในกลุ่มโรคที่ไม่จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน” ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 - 2553 พบว่า มีแนวโน้มลดลงทั้งกรณีโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง

4) ผู้สูงอายุมีความต้องการระบบบริการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาวมากขึ้น แม้ว่าปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลแสดงความต้องการบริการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุโดยตรง แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในนั้น แสดงโดยอ้อมให้เห็นความต้องการบริการดังกล่าวโดยดูจากจำนวนผู้ที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกิน 2 เดือนขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูงขึ้นถึงเกือบร้อยละ 40

3.3.4 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงประชากร

รายงานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง คือ อายุ เพศ เทคโนโลยี และภาวะสุขภาพ (health status) และมีข้อมูลชัดเจนว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามลักษณะอายุ เป็นลักษณะตัวอักษร “J” ในภาษาอังกฤษ (J curve) โดยจะสูงในช่วงวัยแรกเกิด จากนั้นจะลดต่ำที่สุดในช่วงหนุ่มสาว จากนั้นจะกลับสูงในวัยกลางคน และสูงที่สุดในวัยสูงอายุ พบว่า ในแต่ละกลุ่มอายุนั้นค่าใช้จ่ายสุขภาพของกลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้เกิดแนวคิดว่าการที่ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่นนั้น เกิดจากประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตในช่วงอายุนั้นสูงกว่า ไม่ใช่เป็นเพราะอายุมากกว่า นอกจากนั้นจากการวิเคราะห์ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ มาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่าภาวะสุขภาพอย่างชัดเจน

รูป 3.5 Probability of being hospitalized and costs once in hospital by year from death random-effects panel data model



แหล่งข้อมูล: Seshamani, M. and A. M. Gray (2004). ใน ข้อเสนอเพื่อการเพิ่มคุณภาพการให้บริการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย.

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2553 ประมาณค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐในปี 2565 จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.1 ของ GDP จากร้อยละ 0.64 ในปี 2553 จากการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี 2565 ถ้าระบบบริการสุขภาพยังมีการดำเนินการในการตั้งรับและแยกส่วนเช่นลักษณะในปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในแบบจำลองนี้กับการคาดการณ์

GDP ของประเทศไทย พบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพภายใต้การดูแล 3 กองทุน ต่อ GDP เพิ่มจากร้อยละ 2.2 ของ GDP ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ใน พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ ภาระค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 0.6 ของ GDP ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 1.1 (0.8-1.5) ของ GDP ใน พ.ศ. 2565 ขึ้นกับการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น แนวทางลดค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหน่วย และการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพของประชาชน โดยปัจจัยหลักมาจากการเพิ่มอัตราการใช้บริการ อัตราค่าบริการและค่ายา โดยโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมีผลอยู่บ้างแต่ไม่มากนัก ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นนี้เกิดจากปัจจัยร่วมที่สำคัญ 2 ปัจจัย คือ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้นตามอายุ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก่อนการเสียชีวิต โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนตลอดช่วงอายุจะกระจุกตัวอยู่ที่ระยะเวลาก่อนเสียชีวิต โดยไม่เกี่ยวกับว่าจะเสียชีวิตเมื่ออายุเท่าใด ผู้สูงอายุมีอัตราตายรายอายุ (age-specific mortality rate) สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น จึงมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก่อนการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่น เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพที่สูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ

การมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้นนั้นไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น โดยอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุกับค่าใช้จ่ายสุขภาพในประเทศกลุ่มองค์กรความร่วมมือและพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) และสหรัฐอเมริกา ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Boinick, 2004 อ้างในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย) โดยเมื่อวิเคราะห์ลึกลงไป พบว่า ปัจจัยผลักดันต้นทุนที่สำคัญกลับเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงของรายได้ (Jacobzone, 2002 อ้างในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย) ทำให้ในแต่ละกลุ่มอายุ ค่าใช้จ่ายสุขภาพของกลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอดหลายเท่า เนื่องจากการใช้ยาและบริการทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงและแพงถูกใช้ในกลุ่มผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตเป็นหลัก ถ้าอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในลักษณะ morbidity disability compression คือ ทำให้ปีที่สุขภาพไม่ดีจากการเจ็บป่วยหรือพิการแคบลง ค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มจะลดลงได้ ในทำนองกลับกัน ถ้าอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในลักษณะ morbidity disability expansion หรือปีที่สุขภาพไม่ดีจากการเจ็บป่วยหรือพิการกว้างขึ้น จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น บทเรียนจากประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีผู้สูงอายุกว่า 20% ในปัจจุบัน ทำให้มีหนี้สาธารณะต่อ GDP สูงถึง 204% (2012) ที่ยังอยู่ได้ก็เพราะหนี้ทั้งหมดเป็นการกู้ภายในประเทศญี่ปุ่นเอง

3.2.5 ประมาณการลงทุนด้านสุขภาพขึ้นกับเงื่อนไขการยกระดับการลงทุน

ในรายงานฉบับสุดท้าย โครงการวิจัยการลงทุนด้านสังคม ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พ.ศ. 2552 ประมาณการรายจ่ายในอีก 20 ปี บนข้อสมมุติ 3 แบบ คือ S0 มีการดำเนินการอย่างที่เป็นไปในปัจจุบัน S1 มีการยกระดับการลงทุนสุขภาพตามมาตรฐานชั้นกลาง และ S2 มีการยกระดับการลงทุนสุขภาพตามมาตรฐานชั้นสูง โดยกำหนดเงื่อนไขใน S1 และ S2 เช่น ความครอบคลุมการใช้สิทธิ ขุดสิทธิประโยชน์ การปรับปรุงคุณภาพบริการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยง ในกรณี S0 ในปี พ.ศ. 2571 จะต้องลงทุน 1,125,114 ล้านบาท (4.3 ของ GDP) กรณี S1 ลงทุน 1,363,736 ล้านบาท (5.3 ของ GDP) กรณี S2 ลงทุน 1,628,925 ล้านบาท (6.3 ของ GDP) ซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วก็ยังลงทุนต่ำกว่าเมื่อเทียบกับ GDP

ตาราง 3.3 ประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพภายใต้ข้อสมมุติ 3 แบบ

รายการ	ปีงบประมาณ			
	2556	2561	2566	2571
แนวโน้มปกติ (Senario 0)				
รายจ่ายสุขภาพ (ล้านบาท)	395,409	558,642	791,556	1,125,114
สัดส่วนต่อ GDP (%)	3.63	3.84	4.06	4.31
มาตรฐานปานกลาง (Senario 1)				
รายจ่ายสุขภาพ (ล้านบาท)	430,964	641,986	942,885	1,363,736
สัดส่วนต่อ GDP (%)	3.96	4.41	4.84	5.23
มาตรฐานขั้นสูง (Senario 2)				
รายจ่ายสุขภาพ (ล้านบาท)	464,260	731,405	1,113,161	1,628,925
สัดส่วนต่อ GDP (%)	4.27	5.02	5.71	6.25

แหล่งข้อมูล: รายงานฉบับสุดท้าย โครงการศึกษาวิจัยการลงทุนด้านสังคม ภายใต้เงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการปรับตัวสู่สังคม-เศรษฐกิจฐานความรู้.

3.2.6 การประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพสำคัญและผลกระทบ

ประเทศไทยได้เข้าสู่ยุคที่การปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญ เมื่อรัฐบาลมีนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคในปี 2545 ซึ่งขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพให้แก่คนส่วนใหญ่ที่อยู่นอกเหนือจากผู้ที่ได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำนวนประมาณ 6 ล้านคน และกลุ่มประกันสังคมอีกเกือบ 10 ล้านคน ในขณะที่ถูกมองว่า ต้องใช้งบประมาณจำนวนมหาศาลและไม่สามารถมีความยั่งยืนได้ แต่จากการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (พ.ศ. 2544 - 2553) โดยทีมนักวิชาการไทยและต่างประเทศ ใช้เวลาร่วมปี พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (unmet need) อยู่ในระดับต่ำมาก ลดภาระรายจ่ายด้านรักษายาบาลของครัวเรือนที่ยากจนอันเนื่องมาจากการจ่ายค่ารักษายาบาลลดลงจากร้อยละ 2.7 ในปี 2543 เหลือร้อยละ 0.5 ในปี 2552 ป้องกันการล้มละลายได้กว่า 60,000 ครัวเรือนหากไม่มีระบบประกันสุขภาพดังกล่าว และผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบดังกล่าวอยู่ในระดับสูง และเพิ่มขึ้นจนเป็นร้อยละ 90 ในปี 2553 และแม้ในกลุ่มผู้ให้บริการจะมีความพึงพอใจต่ำในช่วงแรก คิดเป็นร้อยละ 39 ใน พ.ศ. 2547 ก็เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 79 ใน พ.ศ. 2553

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นลงไปถึงระดับอำเภอ ตำบล มีหน่วยงานวิจัยนโยบายและระบบสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ระบบการบริหารสาธารณสุขที่เข้มแข็งและมีระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่พร้อมใช้งาน และที่สำคัญ คือ มีนโยบายที่เข้มแข็งจากรัฐบาล

3.2.7 การเคลื่อนย้ายประชากรและการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

แม้ในข้อสมมุติของการคาดประมาณการประชากรนี้จะไม่ได้นับถึงผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายประชากร แต่ในข้อเท็จจริงที่มีคนต่างด้าวอาศัยในประเทศไทยกว่า 3 ล้านคน จากการสำรวจสำมะโนประชากรในปี 2553 โดยเฉพาะแรงงาน 3 สัญชาติ คือ พม่า กัมพูชา ลาว ซึ่งอาจมีตัวเลขที่สูงกว่าที่เห็น และการเข้าสู่

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเต็มตัวก็มีการคาดการณ์กันว่า อาจมีการเคลื่อนย้ายของประชากรมากขึ้นเนื่องจากมีการลดเงื่อนไขการเข้าเมือง และนอกจากแรงงานและประชาชนทั่วไปแล้ว กลุ่มวิชาชีพซึ่งรวมถึงวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งขณะนี้รัฐบาลของประเทศในอาเซียนลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วม(MRA: Mutual Recognition Arrangement) แล้ว 3 สาขาวิชาชีพ พยาบาล (2549) แพทย์ และทันตแพทย์ (2552) แม้ว่าโดยเนื้อหาของข้อกำหนดใน MRA ฉบับปัจจุบัน และ พรบ.วิชาชีพยังมีเงื่อนไขที่ทำให้การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ไม่อาจทำได้ง่ายนักเพราะจะต้องไปสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโดยข้อสอบยังเป็นของประเทศปลายทาง แต่ข้อจำกัดเหล่านั้นก็ต้องถูกปรับแก้ให้การเคลื่อนย้ายเสรีมากขึ้น ซึ่งอาจออกมาในรูปการให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพชั่วคราวโดยมีเงื่อนไขน้อยกว่าที่มีอยู่

การเข้ามาของแรงงานต่างด้าวมีผลกระทบทั้งด้านบวกและลบต่อฉากทัศน์ของการเปลี่ยนแปลงของประชากรไทย ในด้านบวกคือ คนเหล่านี้เข้ามาช่วยสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ โดยปัจจุบันมีการศึกษาที่ประมาณการว่า แรงงานต่างด้าวมีส่วนช่วยสร้าง GDP ของประเทศไทย 5% และช่วยทำงานในประเภทงานที่คนไทยปฏิเสธหรือไม่นิยมทำ เช่น คนรับใช้ตามบ้าน การประมง การบริการ ในขณะที่ผลกระทบด้านลบ คือ เป็นภาระในการจัดหาบริการ ซึ่งส่วนสำคัญ คือ บริการด้านสุขภาพ โดยกลุ่มที่มีประกันสุขภาพก็ไม่ใช่ภาระทางการเงินการคลังมากนัก แต่ก็ยังเป็นภาระในการจัดการบริการให้พอเพียงไม่เกิดผลกระทบกับบริการคนไทย แต่กลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพเนื่องจากหลบหนีเข้าเมือง และไม่อยู่ในข่ายการผ่อนผัน หรือกลุ่มที่พิสูจน์สัญชาติแล้วแต่ทำงานอยู่ใน informal sector เช่น คนรับใช้ตามบ้าน ประมงทะเล ฯลฯ ซึ่งตามกฎหมายไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ หากไม่ซื้อประกันสุขภาพก็ทำให้มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ต้องจ่ายเงินเองและแรงงานเหล่านี้จำนวนมากไม่มีความสามารถพอที่จะจ่าย จึงเป็นภาระทางการเงินของสถานพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะในบริเวณชายแดน

3.3 กฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ และการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงประชากร

3.3.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 เป็นหลักประกันสิทธิในการรับบริการจากรัฐ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 กำหนดในมาตรา 80 ว่า รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม โดยคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปทุมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชายเสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ และส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ

3.3.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ตระหนักถึงปัญหาและพยายามเสนอทางออก

ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยประเมินความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสูงอายุ และคุณภาพของเด็กไทยลดลงโดยสร้างภูมิคุ้มกัน และกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ข้อ 5.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน โดยมีสาระหลักคือ

1) การปรับโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรให้เหมาะสม โดยส่งเสริมคู่สมรสที่พร้อม ให้มีบุตรรักษาอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่าปัจจุบัน

2) การพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง

ก. พัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์ คุณธรรมและจริยธรรม โดย

- เตรียมความพร้อมของพ่อแม่และผู้ดูแลในการเลี้ยงดูเด็ก
- ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพศูนย์เด็กเล็ก

ข. พัฒนาเด็กวัยเรียนให้มีความรู้ทางวิชาการ และสติปัญญาทางอารมณ์ที่เข้มแข็ง

- การพัฒนาหลักสูตรและปรับกระบวนการเรียนการสอน
- เสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องให้แก่เด็ก

ค. พัฒนากำลังแรงงานให้มีความรู้และสมรรถนะ

ง. พัฒนาผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำในผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองของชาติ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย

3) การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

4) การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

3.3.3 แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 11 และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติเป็นแผนระยะกลาง (5 ปี) ดำเนินการมาควบคู่กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันเป็นแผนฉบับที่ 11 ได้มีการทบทวนสถานการณ์สุขภาพของประเทศและมุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม โดยกำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียงเป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ” มียุทธศาสตร์ที่จะสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีสุขภาพมุ่งระบบสุขภาพเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค หรือลดโรคเรื้อรัง มีมาตรการภายใต้ยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงยุทธศาสตร์การจัดการที่มีมาตรการวางแผนผลิตและพัฒนาากำลังคนรองรับ

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยเกิดจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันร่างและผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหวอย่างเป็นรูปธรรมในระดับชาติ โดยแผนแรกเริ่มใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2559 และมีการทบทวนปรับปรุงเป็นแผนที่ 2 พ.ศ. 2554-2563 ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี มียุทธศาสตร์สำคัญ คือ 1) นโยบายสาธารณะสร้างสุข 2) การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ 3) การพัฒนาศักยภาพชุมชน 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค 5) การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ มีกลไกขับเคลื่อนแผนที่มียากรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการอำนวยการเพื่อให้ทุกภาคส่วนนำไปดำเนินการ โดยมุ่งหวังจะลดปัญหาจากความเจ็บป่วย พิการและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศในระยะยาวอีกด้วย

3.3.4 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยมาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุน ด้านต่าง ๆ รวม 13 ด้าน

1) แผนผู้สูงอายุระยะยาว มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ที่ตั้งขึ้นเมื่อปี 2549 ตามแนวทางการพัฒนานโยบายแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงของการใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีปรัชญาหลักที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ คือ “สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยเริ่มจากประชากรช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวให้การเกื้อหนุน ชุมชนให้ความช่วยเหลือ และสุดท้ายสังคม - ภาครัฐให้การเกื้อหนุนตามลำดับ และมีวิสัยทัศน์ คือ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 5 ด้านด้วยกัน คือ 1) ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผล

การดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยในยุทธศาสตร์ที่ 3 นั้น ได้กำหนดมาตรการทางด้านคุ้มครองด้านรายได้ หลักประกันด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน โดยมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน โดยมีครอบครัว ชุมชนสังคมและภาครัฐ ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ

2) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ในปี 2542 เป็นปีที่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ และเป็นปีที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ได้มีการประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการ สาระในด้านสุขภาพคือ การได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัย

3) กองทุนผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 13 กำหนดให้มีการจัดตั้ง “กองทุนผู้สูงอายุ” กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ ความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง

3.3.5 นโยบายรัฐบาล (นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร) ด้านสุขภาพ ข้อที่ 4.3.5 มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามกลุ่มวัย

ตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ สนับสนุนโครงการส่งเสริมเยาวชนปัญญาของเด็ก และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติงานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สนับสนุนโครงการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสตรีเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีและเด็กอย่างบูรณาการทั่วประเทศ รวมทั้งเผยแพร่ให้ความรู้และดูแลป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และลดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ได้เข้าถึงการบริการอย่างมีศักดิ์ศรีมีคุณภาพ และเป็นธรรม รวมทั้งให้มีระบบการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน จัดการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อแขนงต่างๆ อย่างเป็นระบบ

รัฐบาลนายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้จัดเตรียมระบบดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะเป็นพิเศษตามยุทธศาสตร์ 6 ประการ ดังนี้

- 1) ปรับโครงสร้างการบริการให้รองรับผู้สูงอายุรวมทั้งผู้พิการ เช่น ห้องน้ำห้องส้วม บันได ทางลาดชัน โดยจัดทำป้ายมองเห็นได้ง่าย
- 2) จัดระบบบริการผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จที่จุดเดียว ให้โรงพยาบาลเปิดช่องทางด่วนผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปี ขึ้นไป และผู้สูงอายุที่ป่วยหนัก และช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 3) สนับสนุนให้ผู้สูงวัยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมตัวเป็นชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ
- 4) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในลักษณะจิตอาสา เช่น การดูแลเด็ก
- 5) จัดสรรงบประมาณสนับสนุนด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเช่นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีลูกหลาน
- 6) ผลักดันการบูรณาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันทั้งหน่วยบริการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตดี

3.3.6 แนวทางกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจส่งผลดีต่อประชาชนในพื้นที่คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ใกล้ชิดประชาชน สามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาทางด้านบริการสาธารณะในพื้นที่ให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความต้องการ การกำกับ และเรียนรู้ที่จะร่วมกันพัฒนาพื้นที่

ของตนเอง สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ ในการดูแลพัฒนาการเด็กเนื่องจากเป็นเจ้าของศูนย์เด็กเล็กกว่า 20,000 แห่ง แต่คุณภาพการดูแลยังไม่มีมาตรฐาน และในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะประเทศไทยไม่สามารถใช้แนวทางการดูแลในรูปแบบสถาบันหรือสถานพยาบาลดูแลขนาดใหญ่ (institutional care) เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง แต่ต้องใช้รูปแบบการดูแลโดยศักยภาพของชุมชนหรือสถานบริการขนาดเล็กที่มีต้นทุนต่ำกว่า

3.3.7 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2552-2554) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้สูงอายุโดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสร้างและพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ 4) การบริหารจัดการเชิงบูรณาการสุขภาพผู้สูงอายุ และ 5) การพัฒนาองค์ความรู้และการศึกษาวิจัยสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเตรียมความพร้อม มีการตรวจสุขภาพเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเพื่อการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขตามขั้นตอน และมีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องของผู้สูงอายุหลายกรม ซึ่งการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบที่สำคัญ

1) **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** โดยการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ การให้บริการในการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น กำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ตลอดจนการดำเนินโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ

2) **การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ** มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลในทุกระดับ เปิดคลินิกผู้สูงอายุขึ้น และให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ การดำเนินโครงการ home health care เป็นการบริการสาธารณสุขโดยทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ต่อเนื่องการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

3) **การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ** เป็นการจัดบริการที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกายหรือเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการ โดยเน้นการดูแลด้านชีวิตประจำวัน ด้านที่อยู่อาศัย และด้านอื่นๆ ที่จำเป็นกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโดยการจัดบริการมีทั้งรูปแบบการให้บริการบนพื้นฐานของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (home care) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันประเภทต่างๆ (Institutional care) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์พิเศษ (วรวะศม์ สุวรรณระดา และคณะ. 2552 อ้างในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย) ซึ่งการจัดบริการในสถาบันส่วนใหญ่เป็นการให้บริการของภาคเอกชนในรูปแบบการบริการในโรงพยาบาล สถานบริการผู้สูงอายุ (สถานพยาบาลผู้สูงอายุ) และการจัดส่งผู้ดูแลไปให้บริการถึงที่พักสำหรับผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาจำนวนของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากผลการสำรวจตามรายงานการวิจัยของศิริพันธุ์ สาสัดย์และคณะ (2553) พบว่า ประเทศไทยมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำนวนทั้งสิ้น

138 แห่ง พบมากที่สุด ในเขตกรุงเทพมหานคร 68 แห่ง (ร้อยละ 49.3) และเมื่อแบ่งประเภทของสถานบริการ พบว่า มีสถานบริบาลมากที่สุด 60 แห่ง (ร้อยละ 43.5) รองลงมา คือ สถานสงเคราะห์คนชรา สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นอกจากนี้การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชน ได้มีการดำเนินโครงการร่วมกับประเทศญี่ปุ่นพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (CTOP) ในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ขอนแก่น นนทบุรี และสุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการ และบริบทของชุมชน

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) ประกาศ ณ วันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 เพื่อกำหนดให้กิจการที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นกิจการที่ต้องควบคุมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยคาดหวังว่าจะเป็นมาตรการทางกฎหมายที่จะใช้ในการควบคุมกำกับกับการดำเนินการของผู้ประกอบการกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับองค์กรปกครองท้องถิ่นนำไปประกาศใช้เพื่อควบคุมกำกับกิจการดังกล่าว ตลอดจนผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐาน นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำนักตรวจราชการ ตัวชี้วัดที่ 0308 ให้ดำเนินงานตามกระบวนการตำบลต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งนี้ในปี 2554 มีจำนวน 118 ตำบล และมีเป้าหมายที่จะขยายให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในปี 2555 ทั้งนี้องค์ประกอบการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย

- 1) มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งประยุกต์โดยกรมอนามัย
- 2) มีชมรมผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
- 3) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- 4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข
- 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสาธารณสุขในระดับตำบล
- 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง)

3.4 ข้อเสนอเชิงนโยบายและการกำหนดมาตรการด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงประชากร

- 1) *หยุดการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ให้ได้ผล* โดยมีมาตรการที่เป็นรูปธรรมและจริงจัง ในการส่งเสริมไม่ให้อัตราเจริญพันธุ์ต่ำลงไปกว่านี้ โดยการสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ หรือเงื่อนไขที่มีประสิทธิภาพให้คู่สมรสที่มีศักยภาพในการดูแลเด็กให้มีการเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีลูกเพิ่มมากขึ้น

2) พัฒนาคุณภาพเด็กไทยอย่างเร่งด่วน 6 เรื่อง

2.1) ลดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

ขับเคลื่อนสังคมให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยให้นายกรัฐมนตรีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน ประสานนโยบายและการบูรณาการหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทำงานร่วมกันอยู่ภายใต้คณะกรรมการระดับชาติหลายคณะ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมบทบาทของผู้ปกครอง โรงเรียน และชุมชน ในการแก้ปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบและวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ (และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) ปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมในการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น รวมถึงจัดให้มีการเข้าถึงมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ซึ่งมีประสิทธิภาพสูง ในราคาที่ไม่แพง

2.2) ป้องกันภาวะความผิดปกติแต่กำเนิด

กำหนดให้การตรวจกรองความผิดปกติแต่กำเนิดทั้ง ธาลัสซีเมีย ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และกลุ่มอาการดาวน์ เป็นหนึ่งในข้อบ่งชี้สำคัญของความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาค่าผิดปกติแต่กำเนิดของเด็กไทย ที่จะนำมาใช้ในการติดตามการดำเนินงาน ประเมินผลสัมฤทธิ์ และรายงานต่อผู้บริหารระดับสูงและสังคมทุกปี

2.3) ประเมินและแก้ไขพัฒนาการผิดปกติ

กำหนดให้มีนโยบายและมาตรการระดับชาติ และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามประเมินสถานการณ์และแก้ไขปัญหาพัฒนาการของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องพัฒนาการของเด็ก และสามารถติดตามประเมินพัฒนาการโดยจัดให้มีเครื่องมืออย่างง่าย จัดบริการ “คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ” ให้บริการคัดกรองโรคออทิสติกและโรคปัญญาอ่อน โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีระบบการรักษา การติดตามและประเมินผลอย่างจริงจังจูงจูงสนับสนุนให้โรงเรียนคัดกรองโรคสมาธิสั้น (ADHD) และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) โดยทำตั้งแต่ระดับประถมศึกษาตอนต้น และมีระบบที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพเพื่อการวินิจฉัยและรักษา

2.4) ลดภาวะพร่องโภชนาการ ภาวะโภชนาการเกิน

- **ภาวะพร่องโภชนาการ** กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านโภชนาการ โดยใช้เกณฑ์ความชุกโรคโลหิตจาง ภาวะเตี้ยกว่าเกณฑ์และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็กไทย รวมทั้งไอโอดีนในหญิงมีครรภ์เป็นสำคัญ พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลในระดับชาติ ทั้งเรื่องการให้น้ำนมแม่ เสริมธาตุเหล็ก การให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน โฟลิก และธาตุเหล็ก แก่หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และภาวะโภชนาการโดยรวม มีการสำรวจและประเมินสภาพเครื่องมือที่ใช้ประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก และปรับปรุงให้มีความถูกต้องแม่นยำอย่างสม่ำเสมอ วิจัยและพัฒนามาตรการเสริมสารอาหารอื่นๆ กลุ่ม micronutrients ในอาหารตามวัยและอาหารของเด็ก
- **ภาวะโภชนาการเกิน** มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กอายุ 0-5 ปี จากร้อยละ 8 ให้เหลือร้อยละ 5 ใน 5 ปี สนับสนุน

“คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ” ให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องโภชนาการและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กอย่างจริงจัง สนับสนุนให้เกิดมาตรการเพื่อสุขภาพะด้านโภชนาการของเด็กไทย ตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 เรื่องการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เช่น การใช้มาตรการด้านกฎหมายในการควบคุมการโฆษณา การควบคุมฉลากผลิตภัณฑ์อาหารบรรจุภัณฑ์ และหีบห่อบรรจุ หรือควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เป็นต้น

2.5) ลดภาวะผิดปกติทางสายตาและการได้ยิน

- ภาวะผิดปกติทางการได้ยิน วิจัยและพัฒนาระบบการคัดกรอง การติดตาม และการส่งต่อเด็กที่มีความผิดปกติทางการได้ยินที่มีประสิทธิภาพ
- ภาวะผิดปกติทางการมองเห็น กำหนดนโยบายการคัดกรองความผิดปกติทางการมองเห็นสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลทุกแห่ง เมื่อพบความผิดปกติมีการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยในสถานพยาบาลโดยจักษุแพทย์ให้การรักษาด้วยการให้แว่นสายตาฟรีหรือผ่าตัดในกรณีสายตาเอียงหรือเข ให้ สปสช. บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์

2.6) พัฒนาคูณภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

อปท. ปรับการจัดสรรงบประมาณ โดยกำหนดเป็นจำนวนเงินขั้นต่ำ ที่ อปท.ทุกแห่งจะต้องจัดสรรให้แก่ศูนย์เด็กเล็กในสังกัดของตนอ้างอิงตามจำนวนเด็กในศูนย์ สนับสนุนมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่แล้วตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ให้มีผลในทางปฏิบัติ หน่วยงานต้นสังกัดมีมาตรการเด็ดขาดในการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานให้ได้มาตรฐาน และมีการพัฒนามาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลอย่างรอบด้าน ทั้งด้านโครงสร้าง เช่น สถานที่ และอุปกรณ์ที่จำเป็น บุคลากร การดูแลเด็ก และการบริหารจัดการ

3) พัฒนาสุขภาพของกลุ่มคนในวัยทำงานที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ ให้ปลอดจากโรคเรื้อรัง หรือยืดเวลาที่จะเกิดโรคและผลแทรกซ้อน จากโรคดังกล่าวให้นานที่สุด โดยรัฐต้องเข้มแข็งในการกำหนดมาตรการที่ได้ผลและคุ้มค่า (Best buy intervention) ในการจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งหลายมาตรการต้องอาศัยความกล้าหาญทางการเมือง เช่น ปัญหาบุหรี่ สุรา อาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมโดยเร็ว การลงทุนด้านสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น

4) กำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพและปรับบริการสุขภาพสำหรับประชากรวัยสูงอายุ พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมการใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุ เสริมพลัง และใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในชุมชนได้ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การมีเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือเกื้อกูลกันของผู้สูงอายุในชุมชน มีอิทธิพลต่อความรู้การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพต้องสามารถทำผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้โดยมีข้อจำกัดน้อยที่สุด การคัดกรองโรคเพื่อค้นหาและให้การรักษาแต่แรกเริ่มจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ที่นอกจากจะทำให้สุขภาพดีขึ้นแล้วยังลดภาระการบริการและค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาลของประเทศด้วย บริการปฐมภูมิจึงต้องได้รับการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งครอบคลุม

5) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care) สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง โดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

5.1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

- เป็นเจ้าภาพประสานหน่วยงานระดับท้องถิ่น เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยให้มีผู้สูงอายุเป็นกรรมการอยู่ด้วย และให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง พร้อมทั้งระบุภารกิจการดูแลระยะยาว ในการจัดทำเทศบัญญัติ ข้อบัญญัติท้องถิ่น แผนพัฒนาท้องถิ่น 3 ปี และแผนพัฒนาท้องถิ่นประจำปี รวมทั้งให้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมโดยแบ่งประเภทตามกลุ่มภาวะพึ่งพิงในทุกตำบล/ท้องถิ่น
- พิจารณาจัดสวัสดิการสังคมให้กับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
- จัดให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน ศูนย์ดูแลพักพิงและฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
- ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครชุมชนดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

5.2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง องค์การวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

- ร่วมกันพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยให้ความรู้ต่างๆ เช่น เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการดูแล การพัฒนาบุคลากร งบประมาณให้สามารถจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน
- ให้สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องการบริการทางการแพทย์/การพยาบาลขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะ เพื่อการกำกับดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน
- ส่งเสริม สนับสนุนการฝึกอบรมความรู้และทักษะ และสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ให้แก่ญาติและบุคลากรกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น อาสาสมัครสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างได้รับการพัฒนาให้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรวิชาชีพนั้นๆ
- จัดให้มีบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการบริการดูแลระยะยาว (care manager) โดยคำนึงถึงความแตกต่าง และความต้องการที่หลากหลาย
- สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการดูแลสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุที่บ้าน สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น
- พัฒนาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้จัดบริการการดูแลระยะยาว ทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม ให้มีมาตรฐาน
- ศึกษาผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

5.3) กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลิตและดำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลด้านผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และบุคลากรระดับผู้ช่วยวิชาชีพ

5.4) กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย

ร่วมกันจัดทำมาตรฐานและกลไกระดับชาติ ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมจากชุมชน ท้องถิ่นและผู้สูงอายุ ตลอดจนการกำกับมาตรฐานดังกล่าวให้ครอบคลุมทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

6) พัฒนาและปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพให้มีคุณภาพและยั่งยืน สร้างระบบร่วมจ่าย (copayment) ที่เหมาะสมเป็นธรรมจะช่วยลดภาระทางการเงินของประเทศ

6.1) ควรมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่รอบด้านมากกว่าเพียงการปฏิรูปการเงินการคลังเพียงอย่างเดียวเช่นการบริหารจัดการกำลังคนในระบบบริการสุขภาพ การปฏิรูปบทบาทกระทรวงสาธารณสุข

6.2) การผสมผสาน (harmonization) เพื่อการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน โดยลดความไม่เป็นธรรม และปรับให้มีลักษณะใกล้เคียงกันเช่นชุดสิทธิประโยชน์ระบบข้อมูลสารสนเทศและวิธีการจ่ายค่าบริการ (payment mechanism)

6.3) ควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น โดยการกำกับมาตรฐาน ซึ่งควรเป็นมาตรฐานเดียวเพื่อการพัฒนาในระยะยาว

6.4) จำเป็นต้องมีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ในการดูแลสุขภาพของประชากรไทย จากการที่ระบอดวิทยาของโรคเปลี่ยนไป รวมถึงการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรที่มีการชราภาพมากขึ้น โดยลดการพึ่งพาโรงพยาบาลขนาดใหญ่และเทคโนโลยีราคาแพงไปเป็นบริการนอกโรงพยาบาล หรือในชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยเฉพาะการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญ

6.5) ควรมีการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพมากขึ้น รวมถึงการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีที่ใช้ในระบบบริการสุขภาพด้วย

3.5 บทสรุป

การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ใดของประเทศย่อมส่งผลต่อการกำหนดนโยบายในการพัฒนาประเทศ และการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังมีความรุนแรงและรวดเร็ว การคาดการณ์ภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในมิติของประชากร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ ก็เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจัง มาตรการที่จะได้ผลชัดเจนที่สามารถดำเนินการได้ทันที หรือต้องลงทุนเตรียมการระยะยาว การพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพเด็ก ตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์ คลอด และพัฒนาการเด็กตั้งแต่ปฐมวัย จะทำให้ประชากรเด็กที่มีจำนวน ลดลงเติบโตไปเป็นประชากรวัยแรงงาน ที่มีศักยภาพเพียงพอที่จะสร้างผลผลิตในการแบกรับภาระดูแลประชากร ในกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง การศึกษาและกำหนดมาตรการเรื่องการเพิ่มอัตราการเจริญพันธุ์ในกลุ่มที่มีคุณภาพเป็นเรื่อง ที่ต้องเริ่มต้นโดยเร็ว และการเตรียมตัวให้กลุ่มคนในวัยแรงงานที่จะไปเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมากที่สุด ไม่เจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยที่จะทำให้ปีที่มีสุขภาพจะลดลงและซ้ำเติมปัญหาของระบบสุขภาพ ของประเทศ ทั้งในเรื่องการจัดบริการและค่าใช้จ่ายในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ จำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคเพื่อชะลอความเจ็บป่วย ในขณะที่บริการระยะยาว สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงก็มีความจำเป็นที่ต้อง มีมาตรฐาน มีการลงทุน พัฒนาการจัดบริการให้ทั่วถึงเป็นธรรม โดยมุ่งเน้นการดูแลโดยชุมชนและสถานบริการ ขนาดเล็กในชุมชนที่มีต้นทุนน้อยกว่า และมีระบบประกันสุขภาพที่มีการร่วมจ่ายอย่างเหมาะสม ต้องระลึกเสมอ ว่า ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ประชากรวัยแรงงานสูงที่เรียกว่าระยะปันผลประชากร (population dividend) มีทรัพยากรมากพอ หากเลยเวลานี้ไป ประเทศก็必将มีความยากลำบากและอาจถึงจุดที่ไม่ทันการณ์ (point of no return)

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2554. *คู่มือร่วมสร้างสมองเด็กไทยให้ฉลาด*.

กลุ่มประกันสุขภาพ แผนพัฒนาการคลังและเศรษฐกิจสุขภาพ. 2553. *รายงานสถานะการเงินหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*.

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2552. *การเปิดเสรีการค้าและบริการสุขภาพของอาเซียน*. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552. *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญานิสย์.

คณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา. *การสัมมนา เรื่อง “มุมมองของผู้สูงอายุกับการปฏิรูปประเทศไทย”*. วันที่ 20 กันยายน 2553.

คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552-2553. *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2553 (National Health Accounts of Thailand 2009-2010)*.

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพและคณะ. 2555. *ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการ “อนาคตไทย” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพวัยเด็กอายุ 0-5 ปี*.

โครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2552. เอกสารประกอบคำบรรยาย.

โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. *คู่มือโครงการ CTOP*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

จอมขวัญ โยธาสุมุท และคณะ. 2555. *รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

ถาวร สกุกพานิชย์. 2551. *ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. ใน เอกสารประกอบการศึกษาโครงการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย นิยม/ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ/ความไม่แน่นอน (Values/Key System Drivers/Uncertainty Factors) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย พฤษภาคม 2551.

วิชัย เอกชัยพลกร และคณะ (บรรณาธิการ). 2553. *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. 2553. *รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการปฏิบัติภารกิจและผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2552. *สุขภาพคนไทย 2552*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2554. *สุขภาพคนไทย 2554*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2552. *รายงานฉบับสุดท้าย โครงการศึกษาวิจัยการลงทุนด้านสังคม ภายใต้เงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการปรับตัวสู่สังคม-เศรษฐกิจฐานความรู้*. เสนอสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2553. *แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี 2554-2558: การจัดการความรู้ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนพิบูล. สมศักดิ์ ชุนทรศรี และกองบรรณาธิการ. 2555. *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี. 2554. *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2553. *รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2553. *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และ ธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ที่ บริษัท วิกี จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2553. *รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ 2552*. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด มหาชน.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (สพข.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน. 2552. *การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ*. ในรายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่อง การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ วันที่ 22-23 มกราคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2552. *รายงานสาระสุขภาพ เรื่องเด่นประจำสัปดาห์ ปีงบประมาณ 2551*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2553. *รายงานสาระสุขภาพ เรื่องเด่นประจำสัปดาห์ ปีงบประมาณ 2552*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2550. *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2553. *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพ และงานป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2555. รายงานผลการดำเนินงาน ตามนโยบายรัฐบาล นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ระหว่างเดือน สิงหาคม 2554-30 เมษายน 2555 ของกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2554. การสื่อสารเชิงนโยบาย เรื่องปัญหาและการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตำรวจ.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2554. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภา. พิมพ์ครั้งที่ 1 : สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559). ในวันที่ 1 มิถุนายน 2555. ณ ห้องประชุมชัชวาทนเรนทร ชั้น 2 อาคาร 1 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.

ภาษาอังกฤษ

Seshamani, M. and Gray, A.M. 2004. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Journal of Health Economics*, 23: 217-235.

Patcharanarumol et al. 2011. Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In "Good health at low cost" What makes a successful health system? London School of Hygiene & Tropical Medicine. November 04, 2011. pp.193-233. (http://ghlc.lshtm.ac.uk/files/2011/10/GHLC-book_Chapter-7.pdf).

4

ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสิ่งแวดล้อม: ศึกษาจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2573

รศ.ดร.สุริย์พร พันพื้ง*
ธีรณรงค์ สกุลศรี**

4.1 บทนำ

การเปลี่ยนแปลงประชากรทั้งในด้านจำนวน โครงสร้างอายุ และการกระจายตัว ณ พื้นที่ใดพื้นที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายถึง ทรัพยากรธรรมชาติ ความหลากหลายทางชีววิทยา ระบบนิเวศน์ มลภาวะ และสารพิษอันตราย และหากไม่มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมนี้สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน โดยทั่วไป หากจำนวนประชากรมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ความต้องการในการใช้ทรัพยากรต่างๆ ก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย ในขณะที่ทรัพยากรธรรมชาติมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะทรัพยากรที่ไม่สามารถสร้างขึ้นทดแทนใหม่ได้ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการขาดแคลนหรือความเสื่อมโทรมของทรัพยากร และการเพิ่มขึ้นของประชากรยังหมายถึงการเพิ่มปริมาณการผลิตของเสียที่เกิดจากการดำรงชีวิตด้วย ซึ่งผลลัพธ์ออกมาในรูปของมลภาวะ และมลพิษชนิดต่างๆ รวมทั้งเพิ่มโอกาสที่จะมนุษย์จะเข้าไปแทรกแซง ระบบนิเวศวิทยา และความหลากหลายของพืชและสัตว์ในธรรมชาติมากขึ้นอีกด้วย

* ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

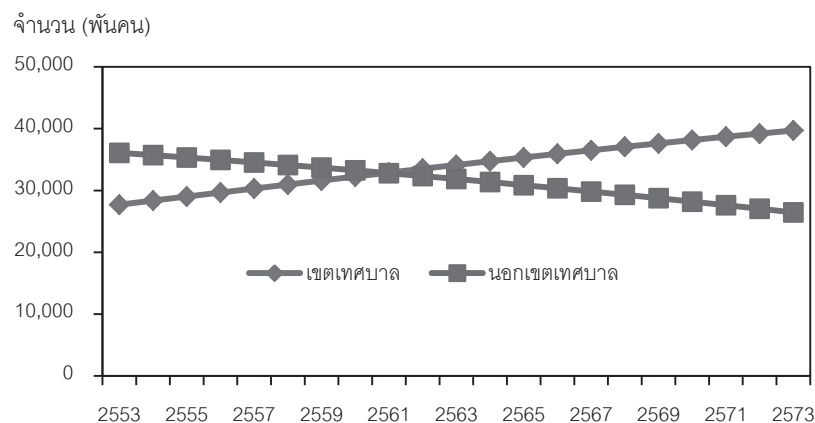
ในความสัมพันธ์ระหว่างประชากรและสิ่งแวดล้อมนั้น (Commoner, 1972; Ehrlich and Holdren, 1971) ได้คำนวณ ปริมาณผลกระทบสิ่งแวดล้อม ว่าจะมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนประชากร การบริโภคต่อคน และระดับของเทคโนโลยีที่นำมาจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากการบริโภค ($I=PAT$) เช่น ระดับของมลภาวะทางอากาศ ขึ้นอยู่กับ จำนวนประชากร ระดับมลภาวะที่ปล่อยออกมาจากพฤติกรรมบริโภคต่อหัว และความสามารถของเทคโนโลยีที่จัดการกับมลภาวะทางอากาศ ซึ่งไม่ว่าการเปลี่ยนแปลงประชากรจะเปลี่ยนแปลงในลักษณะเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ตาม ทำให้องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไม่สมดุล ความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับสิ่งแวดล้อมก็จะส่งผลกระทบในด้านลบต่อกันและกัน

สำหรับประเทศไทย ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่พบในภาพรวม คือ การลดลงของพื้นที่ป่าไม้ การเสื่อมโทรมของดิน ทรัพยากรชายฝั่ง ทรัพยากรทางทะเล และแหล่งน้ำจืด การลดลงของความหลากหลายทางชีวภาพ ปัญหามลพิษทางอากาศและทางน้ำ สารพิษตกค้างในอาหารและสิ่งแวดล้อม และปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นตามเมืองใหญ่ ซึ่งปัญหาสิ่งแวดล้อมนี้มีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงในแต่ละภาคของประเทศไทย คือ ภาคกลางมีปัญหาจากการใช้ที่ดิน ทรัพยากรน้ำ และการหมุนของน้ำทะเล ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาล้ำยกัน คือการบุกรุกทำลายป่า การพังทลายของดิน การขาดแคลนที่ดินทำกิน/น้ำ และการขยายตัวของสังคมเมืองเป็นอันดับต้นๆ ภาคตะวันออก เชื่อมกับปัญหาการบุกรุกพื้นที่ป่าไม้และป่าชายเลน การพังทลายของดิน การขาดแคลนน้ำจืด ภาคตะวันตกมีปัญหาเรื่องการถูกบุกรุกทำลายป่าไม้ การพังทลายของดิน การขาดแคลนน้ำ ปัญหาน้ำเน่าเสียในแม่น้ำสายหลัก และสารพิษตกค้าง และภาคใต้มีปัญหาเรื่องการบุกรุกทำลายพื้นที่ป่าชายเลน ดินเค็ม เหมืองแร่ ความขัดแย้งระหว่างการใช้พื้นที่สำหรับนาข้าวหรือเลี้ยงกุ้งและความเสี่ยงต่อภัยธรรมชาติร้ายแรง เช่น พายุ และสึนามิ มากที่สุด (คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสarakam, 2553)

จากการฉายภาพประชากรโดยใช้ข้อมูลจากการสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 เป็นปีฐาน และมีข้อสมมุติว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยที่เท่ากับ 1.6 นั้นคงที่ในช่วงการฉายภาพประชากร ระหว่าง พ.ศ. 2553 จนถึงปี 2558 หลังจากนั้น ภาวะเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างปกติ จนถึง 1.3 ในปี 2578 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของการฉายภาพประชากร ในครั้งนี้ พบว่าในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า คือในปี 2573 ประเทศไทยจะมีประชากร 66.2 ล้านคน ซึ่งผลการฉายภาพประชากรครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าขนาดประชากรของประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ และเริ่มลดลงตั้งแต่ปี 2570

แนวโน้มประชากรอาศัยในพื้นที่ที่เรียกว่า “ในเขตเทศบาล” เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ซึ่งเป็นสัดส่วนผกผันกับขนาดประชากรอาศัย “นอกเขตเทศบาล” โดยพบว่าในช่วงแรกประชากรของการฉายภาพประชากรนี้ ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีน้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะมีมากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และในปี 2573 ประเทศไทยจะมีประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 หรือ 39.7 ล้านคน และในทางกลับกัน ประชากรนอกเขตเทศบาล หรือคือเขตชนบทจะเหลือเพียงร้อยละ 40 หรือ 26.5 ล้านคน ในปีเดียวกันนี้ (รูป 4.1)

รูป 4.1 จำนวนประชากรในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2553 - 2573



แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงประชากรและสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงประชากรและสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง ระหว่าง ปี พ.ศ. 2553 - 2573

4.2 การเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2553 - 2573

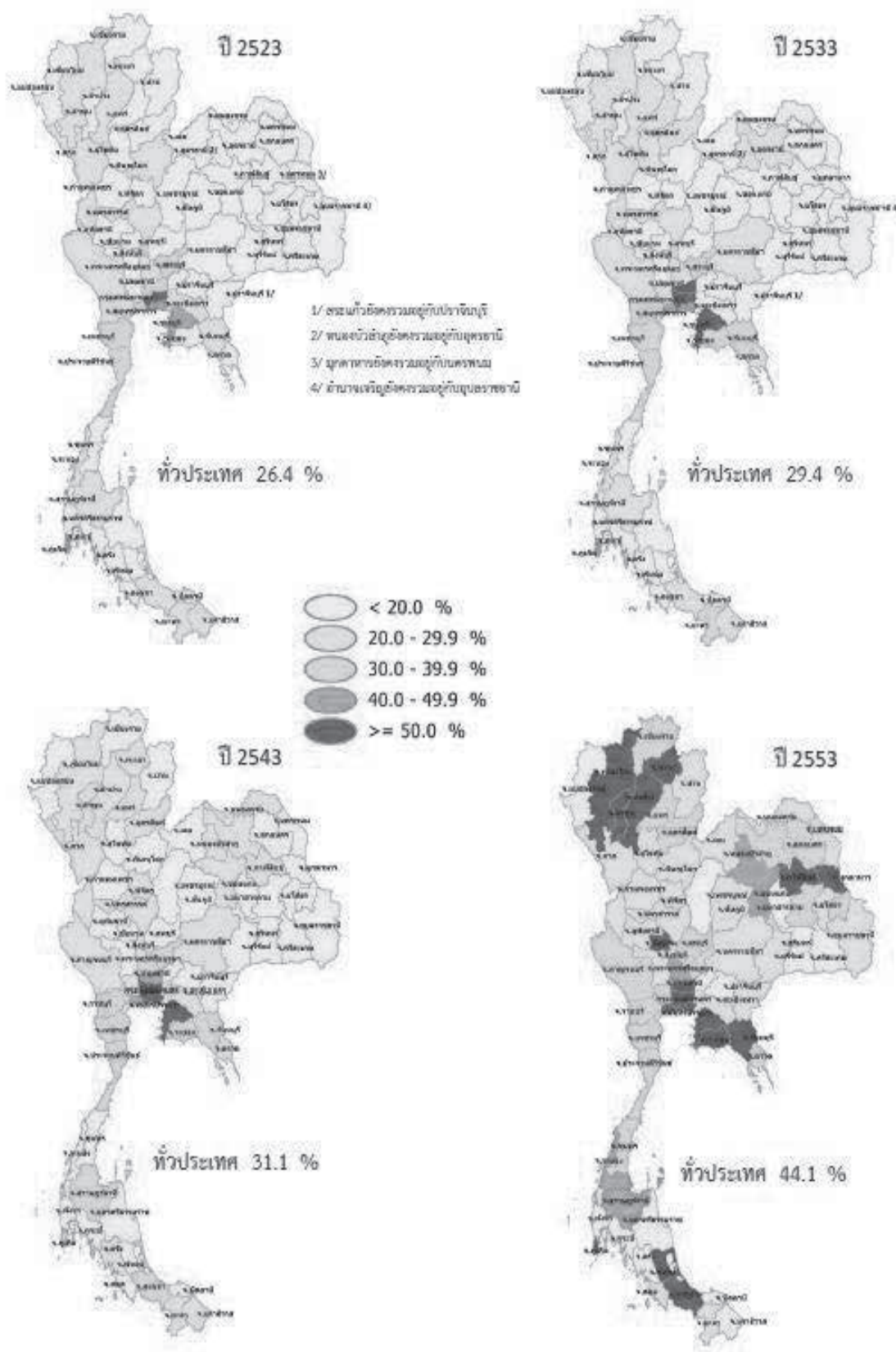
4.2.1 ขนาดประชากรเมือง

“เมือง” โดยทั่วไปหมายถึง สถานที่ที่เป็น ศูนย์กลางของ การปกครอง เศรษฐกิจ การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม การคมนาคม สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ที่รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะของ สุขาภิบาลเป็นเทศบาลทั้งหมดนั้น “เมือง” ในบริบทของการศึกษานี้ หมายถึง พื้นที่ที่เรียกตามเขตการปกครอง ว่า “เขตเทศบาล” ซึ่งประกอบด้วยเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล โดยที่การเติบโตของพื้นที่ “เมือง” ในประเทศไทยมีสาเหตุหลักมาจากการย้ายถิ่นเข้าของประชากรทั้งภายในประเทศ และข้ามพรมแดน การเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความใหม่ ทำให้พื้นที่ที่เคยเป็นเขตกิ่งชนบท เช่น สุขาภิบาล กลายเป็น พื้นที่ “เมือง”

ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและเคหะในรอบ 40 ปี ที่ผ่านมา แสดงว่า ทั้งจำนวนและสัดส่วนประชากร ในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นตลอดเวลาเช่นกันคือ จากร้อยละ 26.4 ในปีสำมะโน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 29.4 ในปีสำมะโน พ.ศ. 2533 ร้อยละ 31.1¹ ในปีสำมะโน พ.ศ. 2543 และร้อยละ 44.1 ในปีสำมะโน พ.ศ. 2553

¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติปรับตัวเลขสัดส่วนของประชากรในเขตเทศบาลของปีสำมะโน พ.ศ. 2523 และ 2533 เพื่อให้สอดคล้องกับ คำจำกัดความของเมืองที่เปลี่ยนแปลงในปีสำมะโนต่อๆ มา คือ ปี พ.ศ. 2543 และ 2553 ทั้งนี้เนื่องจากในปี พ.ศ. 2542 เมื่อมีการยกระดับ “สุขาภิบาล” เป็น “เทศบาล”

รูป 4.2 ประชากรในเขตเทศบาล จำแนกตามรายจังหวัด สำนะโนประชากรและเคหะ



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554 พ.ศ. 2523 2533 2543 และ 2553

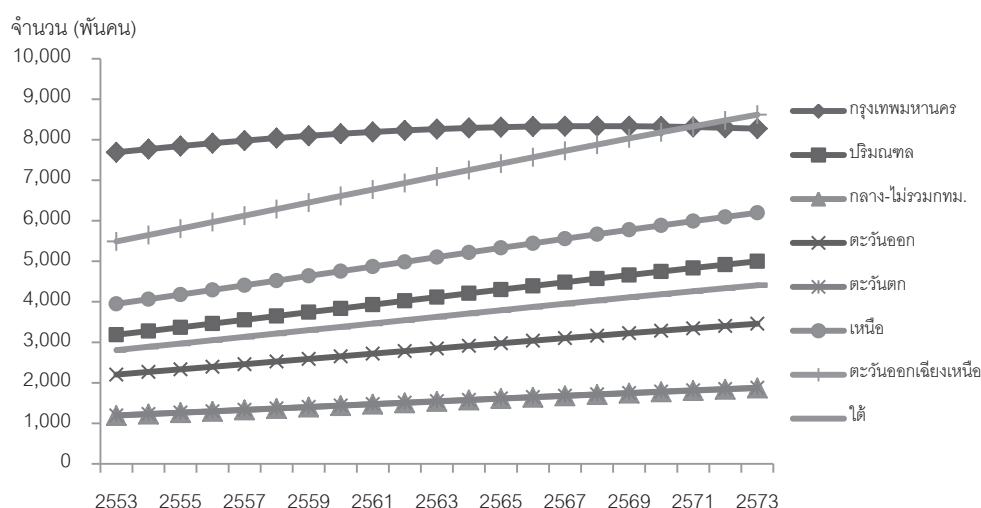
เมื่อประมาณ 40-50 ที่ผ่านมานี้ ประเทศไทยมีการย้ายถิ่นภายในประเทศจากชนบทสู่เมือง และมีการตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ปลายทางในอัตราสูง ซึ่งถือว่าเป็นเหตุการณ์ปกติ ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากความกดดันด้านประชากรที่มีจำนวนเด็กและวัยแรงงานล้นเกินในชนบท ผลของความไม่เท่าเทียมในการพัฒนาชนบทและเมือง ความไม่แน่นอนของการเกษตร และการพัฒนาอุตสาหกรรม ซึ่งทำให้เกิดการขยายตัวของภาคเศรษฐกิจที่ไม่ใช่การเกษตรอื่นๆ เช่น ภาคการก่อสร้างและการบริการ กรุงเทพฯเป็นจุดหมายปลายทางที่สำคัญของผู้ย้ายถิ่น จนกระทั่งเกิดปรากฏการณ์ที่ประชากรของกรุงเทพฯ ล้นออก (spill over) ไปสู่ 5 จังหวัดปริมณฑล ตั้งแต่ประมาณ ปี 2523-2533 อย่างไรก็ตามการอัตราเพิ่มขึ้นของประชากรใน 5 จังหวัดปริมณฑล ก็ลดลงตั้งแต่ช่วงปี 2533-2543 จนถึงปัจจุบัน (ตาราง 1) ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากการที่ประชากรขยายถิ่นปลายทางของการย้ายถิ่นไปสู่เมืองหลักตามภูมิภาคต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการฉายภาพ (ระหว่าง พ.ศ. 2553-2573) ที่พบว่าแนวโน้มประชากรอาศัยในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นยกเว้นประชากรของกรุงเทพมหานครที่มีแนวโน้มลดลงตลอดเวลา และเมื่อเปรียบเทียบรายภาค พบว่า ภาคอีสานหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีจำนวนประชากรในเขตเทศบาลมากที่สุด (และมากกว่ากรุงเทพมหานคร) ในปี 2571 รองลงมาคือภาคเหนือ 5 จังหวัดปริมณฑล ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) ตามลำดับ

ตาราง 4.1 อัตราการเพิ่มประชากร (ร้อยละ) ของกรุงเทพมหานครและจังหวัดปริมณฑล

ช่วงเวลา	กรุงเทพมหานคร	5 จังหวัดปริมณฑล	กรุงเทพมหานคร และ 5 จังหวัดปริมณฑล
2503-2513	3.46	2.27	3.07
2513-2523	4.22	2.93	3.83
2523-2533	2.26	3.29	2.57
2533-2543	1.95	3.00	2.29
2543-2553	1.10	2.25	1.50

แหล่งข้อมูล: กาญจนา ตั้งชลทิพย์ 2550 (ปรับจาก ตาราง 4 ใน Punpuing, 1999)

รูป 4.3 ประชากรในเขตเทศบาลจำแนกตามภาค พ.ศ. 2553-2573



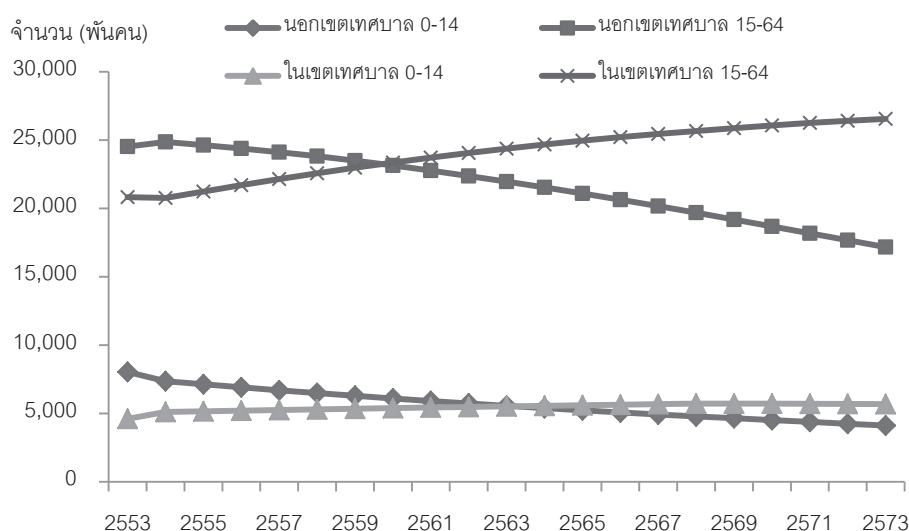
แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

4.2.2 โครงสร้างทางอายุประชากรเมือง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุประชากรมีความสำคัญต่อระดับการใช้ทรัพยากร การบริโภค และการทำให้เกิดมลภาวะแตกต่างกันออกไป โครงสร้างทางอายุของประชากรไทยจะเปลี่ยนจาก พีระมิดฐานแคบ กลายเป็นกลองที่มีสัดส่วนของประชากรในกลุ่มอายุต่างๆ เกือบเท่ากัน โดยในปี 2553 ซึ่งเป็นปีฐานของการฉายภาพประชากรนั้น ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ประมาณ 5.8 ล้านคน หรือร้อยละ 9 ในขณะที่มีประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 12.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 และมีประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-64 ปี) 45.4 ล้านคน หรือร้อยละ 71 ของประชากรทั้งหมด คือ 63.4 ล้านคน และในอีก 20 ปีข้างหน้า คือ ในปี 2573 ประเทศไทยจะมีทั้งจำนวนและสัดส่วน ผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้น เป็นประมาณ 12.7 ล้านคน หรือร้อยละ 19.1 ในขณะที่ประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) และประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-64 ปี) มีทั้งจำนวนและสัดส่วนลดลงอย่างชัดเจน คือจะมีประชากรเด็ก 9.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.8 และประชากรวัยแรงงาน 43.7 ล้านคน หรือร้อยละ 66.1 ของประชากรทั้งหมด คือ 66.2 ล้านคน (รูป 4 และ 5)

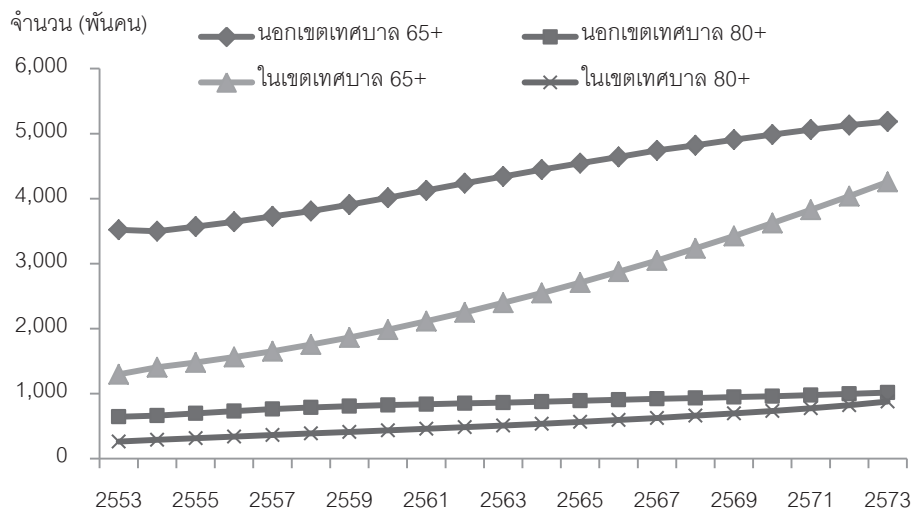
ในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-64 ปี) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมากกว่าอยู่นอกเขตเทศบาล และในปี 2564 ประเทศไทยจะมีประชากรวัยเด็ก อายุ 0-14 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมากกว่าอยู่นอกเขตเทศบาล (รูป 4) และที่ต้องให้ความสำคัญคือ ประชากรผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และประชากรสูงอายุระดับสุดยอด (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มของการเพิ่มผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมากกว่าอยู่นอกเขตเทศบาล (รูป 5)

รูป 4.4 ประชากรอายุ 0-14 ปี และ 15-64 ปี จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2553-2573



แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

รูป 4.5 ประชากรสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2553-2573



แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

4.3 แนวทางการเตรียมความพร้อมเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรในเมือง

4.3.1 การตั้งถิ่นฐานของประชากร

ประชากรมักจะอาศัยอยู่รวมกันตามสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งนอกจากสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติจะเป็นเครื่องกำหนดลักษณะการตั้งถิ่นฐานของประชากรแล้ว สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นยังเป็นตัวกำหนดลักษณะการตั้งถิ่นฐานที่สำคัญด้วยเช่นกัน ดังนั้นแนวโน้มที่ประชากรจะเข้ามาอาศัยในเมืองจึงเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากการมีระบบสาธารณูปโภค เช่น ถนน น้ำ ไฟ บริการทางการแพทย์ การศึกษา เศรษฐกิจ วัฒนธรรมที่หลากหลาย และที่สำคัญคือเป็นแหล่งงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดึงดูดให้ประชากรเข้ามาอยู่อาศัยในเขตเมือง องค์การสหประชาชาติคาดประมาณว่าใน พ.ศ. 2593 จะมีประชากรอาศัยในเมืองสูงถึงร้อยละ 70 (United Nations, 2010)

การเพิ่มขึ้นของประชากรในเขตเมืองย่อมหมายถึงการเพิ่มความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานครมีพื้นที่เพียง 1,568.7 ตารางกิโลเมตร หรือคิดเป็นร้อยละ 3 ของพื้นที่ทั้งหมดของประเทศ (513,155 ตารางกิโลเมตร) ซึ่งหากจัดอันดับเรียงตามขนาดพื้นที่ กรุงเทพมหานคร จะมีขนาดพื้นที่อาศัยอยู่ อันดับที่ 68 ของประเทศ แต่มีความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ยประมาณ 3,634 คนต่อตารางกิโลเมตร และพบว่า ส่วนใหญ่มีความหนาแน่นของประชากรสูงในเขตเมืองชั้นใน ที่เป็นเขตที่มีพื้นที่น้อย แต่เป็นย่านการค้าธุรกิจ และบริการ ซึ่งนำไปสู่การเกิดสภาพชุมชนแออัด เนื่องจากผู้อยู่อาศัยจำนวนมากต้องการอาศัยในพื้นที่ใกล้กับแหล่งงานให้มากที่สุด

การเกิดสภาพชุมชนแออัด โดยเฉพาะชุมชนแออัดที่เกิดจากการบุกรุกที่ดินในเมืองนี้ ได้นำไปสู่ปัญหาการจัดการกับระบบบำบัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ และมลภาวะ ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในรูปของน้ำเน่าเสีย มลภาวะทางอากาศและเสียง ความสะอาดและภูมิทัศน์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อชนิดต่างๆ ในชุมชน

ในปี 2556 สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ให้ข้อมูลว่า ชุมชนที่มาจดทะเบียนของงบประมาณสนับสนุนจากกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 2,054 ชุมชน จำแนกเป็นชุมชนแออัด จำนวน 784 ชุมชน เคหะชุมชน 121 ชุมชน หมู่บ้านจัดสรร 418 ชุมชน ชุมชนชานเมือง 432 ชุมชน และ 299 ชุมชนเมือง ครอบคลุม 1.5 แสนครัวเรือน และประชากร 7.6 แสนคน ในขณะที่ประชากรในกรุงเทพฯ มีมากกว่า 5 ล้านคน ดังนั้น จึงคาดว่ามีชุมชนแออัดอีกจำนวนมากที่ไม่มาขอทุนสนับสนุน เนื่องจากยังคงมีปัญหาค่าที่ดินทั้งที่เป็นของทางการและเอกชน (กองนโยบายและแผน กทม. 2550 และ 2552)

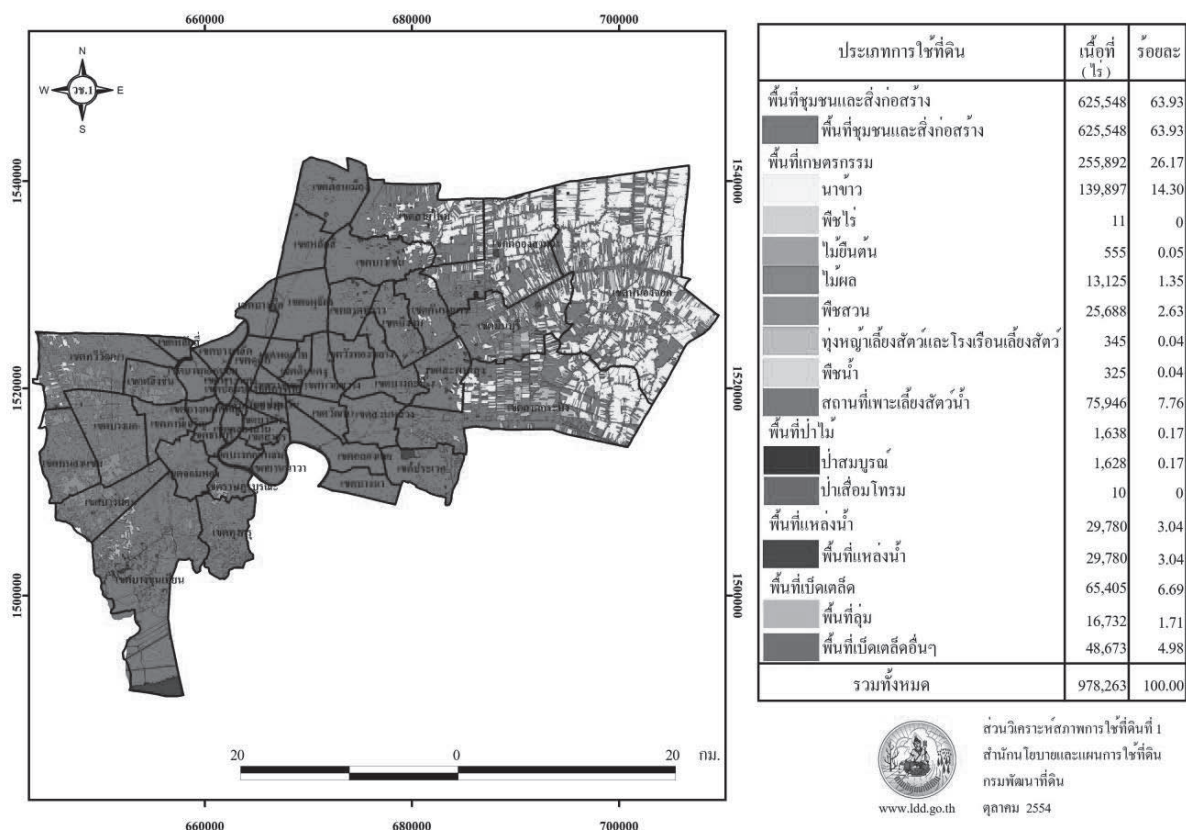
องค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ทำงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชากรในชุมชนลักษณะต่างๆ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่าความเข้มแข็งของชุมชนส่วนมากเกิดจากคุณลักษณะของผู้นำชุมชนและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน สมาชิกในชุมชนที่มีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ และสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง แต่ชุมชนแออัดไม่มีคุณลักษณะเหล่านี้ เนื่องจากประการแรก เกิดจากการไม่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของที่ โดยเฉพาะชุมชนที่เกิดจากการบุกรุกที่ดิน เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่เป็นคนยากจน มีการศึกษาและสถานภาพการทำงานต่ำกว่าประชากรของชุมชนลักษณะอื่นๆ ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานเพื่อการยังชีพ ในขณะที่การจะได้รับความช่วยเหลืองบประมาณเพื่อปรับปรุงชุมชนนั้นต้องเกิดจากผู้นำ และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน ซึ่งยิ่งจะทำให้ชุมชนแออัดเหล่านี้มีปัญหาลักษณะสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น จนถึงขั้นที่แก้ไขไม่ได้ในบางชุมชน (สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน, 2555; อุดมศรี ศิริลักษณ์พร, 2555; กองผังเมือง 2550)

ดังนั้นรัฐบาลต้องมียุทธศาสตร์ที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนแออัดที่แตกต่างจากชุมชนลักษณะอื่นๆ (เช่น ชุมชนบ้านจัดสรร เคหะชุมชน ชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง) โดยเฉพาะการมีมาตรการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อการจัดการน้ำเสียในชุมชนอย่างครบวงจร และมีการป้องกัน/ควบคุม/จำกัด มลภาวะทางอากาศ เสียง และเหตุรำคาญอื่นๆ รวมทั้งมีการจัดการให้ประชากรมีที่รายได้น้อย หรือคนย้ายถิ่น ได้มีโอกาสเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยที่ใกล้แรงงานที่ส่วนมากอยู่ในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะเมืองใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนประชากรในเขตเทศบาลสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย

4.3.2 แผนการใช้ที่ดิน

การใช้ที่ดินเพื่อชุมชนและสิ่งปลูกสร้างของกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นทั้งในด้านสัดส่วนและจำนวนที่ดินในเวลาเพียง 4 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2550 ถึง 2554 มีการใช้ที่ดินสำหรับเป็นพื้นที่ชุมชนและสิ่งปลูกสร้างเพิ่มขึ้นประมาณ 64,687 ไร่ คือเพิ่มจากร้อยละ 57 ของพื้นที่ทั้งหมด (560,861 ไร่) ในปี 2550 เป็นร้อยละ 63 (620,652 ไร่) ในปี 2552 และร้อยละ 63.9 (625,548 ไร่) ในปี 2554 ในขณะที่พื้นที่เกษตรกรรมในกรุงเทพฯ ถูกลดลงในจำนวนเกือบเท่าๆ กัน คือประมาณ 66,112 ไร่ หรือลดลงจากร้อยละ 33 ของพื้นที่ทั้งหมด (322,004 ไร่) ในปี 2550 เป็นร้อยละ 27 (262,566 ไร่) ในปี 2552 และร้อยละ 26.2 (255,892 ไร่) ในปี 2554 ซึ่งคาดได้ว่าพื้นที่เกษตรเหล่านี้ น่าจะถูกเปลี่ยนเป็นพื้นที่ชุมชนและสิ่งปลูกสร้างเป็นส่วนใหญ่ (รูป 4.6)

รูป 4.6 แผนที่สภาพการใช้ที่ดิน กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2554



แหล่งข้อมูล: สำนักนโยบายและแผนการใช้ที่ดิน กรมพัฒนาที่ดิน, 2554

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า จำนวนบ้านของกรุงเทพมหานครได้เพิ่มจาก 1.2 ล้านหลังในปี 2534 เป็น 1.9 ล้านหลังในปี 2543 ซึ่งคิดเป็นการเพิ่มโดยเฉลี่ย 60,000 หลังต่อปี และพบว่าระหว่าง พ.ศ. 2529-2538 การใช้ที่ดินเพื่ออุตสาหกรรมในกรุงเทพฯ ได้เพิ่มขึ้นจาก 14,759 ไร่ เป็น 18,371 ไร่ หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 24.5 และการสำรวจเมื่อปี 2543 พบว่า มีโรงงานอุตสาหกรรมที่จดทะเบียนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 20,711 แห่ง เป็นโรงงานอุตสาหกรรมประเภทที่ 3 ซึ่งเป็นกิจกรรมขนาดใหญ่ มีจำนวนแรงงานของเครื่องจักรและแรงงานสูง จำนวนถึง 10,137 แห่ง กระจายตัวอยู่ในพื้นที่เขตบางบอน เขตบางขุนเทียน เขตจอมทอง เขตราชบุรีบูรณะทางฝั่งตะวันตก และในพื้นที่เขตยานนาวา เขตบางคอแหลม และเขตบางซื่อ ในเขตฝั่งตะวันออกของเมือง (สำนักนโยบายและแผนการใช้ที่ดิน กรมพัฒนาที่ดิน, 2554)

การผสมผสานการใช้ที่ดินโดยการบุกรุกของสิ่งปลูกสร้าง ทั้งเพื่อการประกอบธุรกิจ การค้า สถานที่ทำงาน โรงงานอุตสาหกรรม และที่อยู่อาศัย ต่อพื้นที่เกษตรกรรมเดิมนี้นำให้เกิดการสูญเสียที่ดินทำกินของเกษตรกร และลดความสามารถในการผลิตอาหารสำหรับประชากรเมือง เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะความไม่สมบูรณ์ของระบบบำบัดน้ำเสีย ที่ภาคเกษตรกรรมต้องได้รับผลกระทบจากคุณภาพน้ำที่นำมาใช้สำหรับการเกษตรที่ปนเปื้อนสารเคมี จากกระบวนการผลิตในภาคอุตสาหกรรมและครัวเรือน การเพิ่มความแออัดของการจราจร ส่งผลให้เกษตรกรมีค่าใช้จ่ายในการขนส่งผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน

การมีสิ่งก่อสร้างที่ขัดขวางทางทิศทางลมหรือแดด การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ประชากรดั้งเดิมถูกเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ต้องพึ่งพิงตลาด และการทำงานเพื่อรายได้เป็นหลัก การเพิ่มขึ้นของแหล่งพักผ่อน/บันเทิง และการติดต่อสื่อสาร มีส่วนทำให้เกษตรกรหรือประชากรท้องถิ่นเดิมมีความเสี่ยงต่อสุขภาพกายในด้านของโรคภัยต่างๆ สุขภาพจิตใจ เพิ่มมากขึ้นด้วย

ปรากฏการณ์การบุกรุกที่ดินเพื่อการเกษตร นอกจากจะทำให้ประชากรเมืองขาดแหล่งผลิตอาหารเพื่อเลี้ยงตัวเองแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ คุณภาพน้ำเพื่อการเกษตร มลภาวะทางอากาศและเสียงที่เกิดจากความต้องการการเดินทางของประชากรที่เพิ่มขึ้นแล้วนั้น พบว่าการบุกรุกที่ดินนี้ส่วนมากเป็นการบุกรุกที่ดินของพื้นที่ที่อยู่ติดกับศูนย์กลางเมือง เช่นในจังหวัดหรืออำเภอใกล้เคียง ประชากรที่ทำงานหรือเรียนหนังสือในกรุงเทพฯ กลับมีที่อยู่อาศัยในจังหวัดใกล้เคียง เช่น นนทบุรี สมุทรปราการ และนครปฐม ในขณะที่แผนการใช้ที่ดินในประเทศไทยส่วนมากเน้นการวางแผนการใช้ที่ดินภายในจังหวัด หรืออำเภอ แต่ขาดความเชื่อมโยงกับพื้นที่ใกล้เคียง และที่ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า ส่วนมากไม่มีการปฏิบัติตามแผนการใช้ที่ดินอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเหตุผลหลักของการพัฒนาเศรษฐกิจ ซึ่งต้องการการขยายพื้นที่เพื่อสิ่งปลูกสร้างและอุตสาหกรรม (Punpuing, 1999)

ดังนั้นรัฐบาลต้องเป็นผู้นำในการกำหนดทิศทางการใช้ที่ดิน และให้ความสำคัญต่อแผนการใช้ที่ดินที่เป็นแผนเฉพาะพื้นที่ และให้มีการเชื่อมโยงกับพื้นที่อื่นๆ โดยรวมปัจจัยด้านแนวโน้มขนาดของประชากร การเคลื่อนย้ายประชากร และระดับการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม ในการวิเคราะห์แผนการใช้ที่ดิน และให้มีการลงโทษที่เหมาะสมกับขนาดความเสียหาย ถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนการใช้ที่ดินอย่างเคร่งครัด

4.3.3 มลภาวะทางอากาศ

จากการวัดคุณภาพอากาศบริเวณทั่วพื้นที่ของกรุงเทพมหานครระหว่างปี 2551-2552 พบว่า ค่าสูงสุดของปริมาณฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และมีประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนครั้งที่วัดคุณภาพอากาศ มีค่าปริมาณฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด ซึ่งปริมาณสูงสุดและทิศทางการเพิ่มขึ้นของมลพิษทางอากาศสำหรับสารอื่นๆ คือ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ และก๊าซโอโซน เป็นไปในทิศทางเดียวปริมาณฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน ซึ่งมลภาวะนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการคมนาคมขนส่ง (กรมควบคุมมลพิษ, 2555)

การเพิ่มของประชากรในเขตเมืองหมายถึง การเพิ่มความต้องการการเดินทางทั้งไปทำงาน เรียนหนังสือ การรับบริการด้านสุขภาพและกิจธุระส่วนตัว และเพื่อการพักผ่อน/บันเทิง จากข้อมูลในปี 2554 พบว่า ความต้องการเดินทางของประชากรในกรุงเทพฯ ที่มีประมาณเกือบ 8 ล้านคน มีสูงถึง 18 ล้านเที่ยวต่อวัน (กลุ่มสถิติการขนส่ง กรมการขนส่งทางบก, 2554) เมื่อผนวกกับ ในปัจจุบัน ที่ใช้การคมนาคมทางบกเป็นหลัก โดยเฉพาะการเดินทางในกรุงเทพฯ ที่ต้องพึ่งพาพาหนะส่วนบุคคลเป็นหลัก ซึ่งอัตราส่วนการใช้รถยนต์ส่วนบุคคลมีถึงร้อยละ 53 ในขณะที่สัดส่วนการใช้รถขนส่งมวลชนมีเพียงร้อยละ 47

พื้นที่ถนนในเขตกรุงเทพมหานคร มีความยาวรวมทั้งสิ้น 2,812 กิโลเมตร พื้นที่ถนนมีทั้งหมดประมาณ 38.5 ตารางกิโลเมตร หรือคิดเป็นร้อยละ 2.5 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งพื้นที่ถนนของกรุงเทพฯ มีสัดส่วนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (พื้นที่จราจรที่ไม่มีปัญหาจราจรของประเทศพัฒนาจะต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15) และ

การเพิ่มขึ้นของรถยนต์ส่วนบุคคลในกรุงเทพฯ ในปี 2554 มีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นมากกว่าพื้นที่ถนนถึง 17.5 เท่า พื้นที่ถนนของกรุงเทพฯ สามารถรองรับปริมาณรถได้ 1,600,000 คัน แต่ในปี 2554 มีรถจดทะเบียนสะสมในกรุงเทพมหานครถึง 7,000,000 คัน หรือคิดเป็น 4.4 เท่าของถนน (กลุ่มสถิติการขนส่ง กรมการขนส่งทางบก, 2554) แสดงให้เห็นว่าขีดความสามารถของถนนในการรองรับปริมาณการจราจรลดลงตลอดเวลา

ในขณะที่รัฐบาลไม่สามารถพัฒนาระบบโครงข่ายการขนส่งที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการเชื่อมโยงระบบการขนส่งทางบก โดยรถยนต์ส่วนบุคคล รถยนต์สาธารณะ รถไฟ และการขนส่งทางน้ำคือ เรือโดยสารชนิดต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรทำให้ความต้องการการเดินทางทั้งเพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปจากแผนเดิมๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของประชากรทั้งประชากรวัยแรงงาน และโดยเฉพาะประชากรสูงอายุในเขตเมือง หมายถึงการเพิ่มความหลากหลายของพาหนะในการเดินทาง และการปรับปรุงทางเดินเท้าให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทำให้กรุงเทพมหานครเผชิญกับปัญหาจราจรติดขัดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเพิ่มความรุนแรงขึ้นตลอดเวลา

นโยบายของรัฐบาลที่กระตุ้นการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตรถยนต์ในประเทศไทย ซึ่งมีมาตั้งแต่รัฐบาลชุดก่อนๆ จนกระทั่งเข้มข้นมากยิ่งขึ้นเมื่อรัฐบาลในปี 2554 ออกนโยบายลดภาษีให้รถคันแรก ส่งผลให้จำนวนรถบนถนนเพิ่มเป็นจำนวนมากถึงประมาณ 3 ล้านคัน ในเวลาเพียง 2 ปี ซึ่งการเพิ่มนี้ไม่เพียงแต่ในกรุงเทพมหานครเท่านั้น แต่ในเขตเมืองในทุกภูมิภาคของประเทศไทยที่ส่วนมากไม่ได้มีการจัดการให้มีพื้นที่ถนนให้เหมาะสมกับพื้นที่ทั้งหมดของเมือง และไม่มีระบบการขนส่งสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาจราจร ที่ทำให้เกิดปัญหาด้านมลพิษทางอากาศและเสียงตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เพื่อให้รองรับกับการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ในเมืองต่างๆ ของประเทศไทยในอีก 10-20 ปีข้างหน้า รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาจราจรเฉพาะหน้า ซึ่งไม่เพียงแต่ทำให้เกิดปัญหามลภาวะทางอากาศแล้ว ยังทำให้เกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งสุขภาพของประชากรในเมือง ด้วยการ 1) ลดจำนวนการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล 2) การปรับปรุงระบบขนส่งสาธารณะ และ 3) มีแผนการใช้ที่ดินที่มีประสิทธิภาพและมีผลในทางปฏิบัติ

4.3.4 การจัดการขยะและขยะอิเล็กทรอนิกส์

ใน พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีปริมาณขยะ 15,159,180 ตัน หรือคิดเป็น 41,532 ตัน/วัน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2552 ที่มีขยะ 41,410 ตันต่อวัน และ พ.ศ. 2551 ที่มีขยะ 41,064 ตัน/วัน โดย ระหว่างปี 2550-2551 ปริมาณขยะมูลฝอยในกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 ในเขตเทศบาลและเมืองพัทยาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 9.7 แต่ปริมาณขยะต่อวันนอกเขตเทศบาลกลับลดลงร้อยละ 4.6 (กรมควบคุมมลพิษ 2553 และ 2555) อัตราการผลิตขยะมูลฝอยโดยเฉลี่ยทั่วประเทศในปี 2551 อยู่ที่ 0.6 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน

ตาราง 4.2 แสดงปริมาณขยะต่อวันจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ระหว่าง ปี 2548-2551 ปริมาณขยะมูลฝอยของทั้งประเทศเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ในกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 และในเขตเทศบาลของทั้งประเทศเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18 ในขณะที่ปริมาณขยะต่อวันของประชากรนอกเขตเทศบาลลดลงร้อยละ 5 สำหรับในเขตเทศบาลของทุกภาค ยกเว้นภาคกลางและภาคตะวันออก มีปริมาณขยะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปริมาณขยะในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือร้อยละ 47 รองลงมาคือภาคเหนือ ร้อยละ 36 ทั้งนี้ ส่วนหนึ่ง

น่าจะมาจากจำนวนประชากรในเขตเทศบาลทั้งใน 2 ภาคนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา และที่จะต้องสังเกตในที่นี้คือ การที่ปริมาณขยะ/วันของภาคกลางลดลงถึงร้อยละ 4 ทั้งๆ ที่เทศบาลเมืองพัทยา ซึ่งมีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นมาในช่วงปี 2551-2552 รวมอยู่ในภาคนี้ด้วย ซึ่งถ้าปริมาณขยะในเมืองพัทยาได้เพิ่มเหมือนกับระหว่างปี 2551-2552 แสดงว่าปริมาณขยะในเขตเทศบาลของจังหวัดในภาคกลางนั้นต้องลดลงมากกว่าอัตราในการศึกษานี้

ตาราง 4.2 ปริมาณขยะมูลฝอย/วัน ที่ได้รับการเก็บขนในปี 2548-2551 และอัตราการเปลี่ยนแปลงจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

พื้นที่	ปริมาณขยะ/วัน (ตัน)				การเปลี่ยนแปลง (%) 2548-2551
	2548	2549	2550	2551	
ทั่วประเทศ	39,221	40,012	40,332	41,064	4.7
กรุงเทพมหานคร	8,291	8,403	8,532	8,780	5.9
เขตเทศบาล*	12,635	12,912	13,600	14,915	18.1
- ภาคกลางและภาคตะวันออก	5,499	5,619	5,780	5,258	-4.4
- ภาคเหนือ	2,148	2,195	2,346	2,931	36.5
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,906	2,970	3,167	4,267	46.8
- ภาคใต้	2,082	2,128	2,307	2,459	18.1
นอกเขตเทศบาล	18,295	18,697	18,200	17,369	-5.1

หมายเหตุ: *พ.ศ. 2551 ข้อมูลเขตเทศบาลรวมเมืองพัทยา จำนวน 1,620 แห่ง และข้อมูลนอกเขตเทศบาลจำนวน 6,157 แห่งแหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2553 คำนวณจาก กรมควบคุมมลพิษ, 2553 และกรุงเทพมหานคร

ในปี 2551 ถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานครจะมีปริมาณขยะต่อวันสูงที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ ของประเทศไทย แต่กรุงเทพฯ สามารถจัดการขยะอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการได้ทั้งหมด (100%) ในขณะที่เขตเทศบาลอื่นๆ และเมืองพัทยา รวมทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลสามารถกำจัดขยะอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้เพียงร้อยละ 36 และ 8 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

ใน พ.ศ. 2593 ธนาคารโลกประเมินว่า จำนวนประชากรในเมืองจะเพิ่มขึ้นเป็น 4,300 ล้านคน และแต่ละคนจะสร้างขยะประมาณวันละ 1.4 กิโลกรัม หรือรวมแล้วประมาณ 2,200 ล้านตันต่อปี และปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นและได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ จะมีต้นทุนการจัดการขยะเพิ่มจากปีละ 205,000 เป็น 375,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในระหว่างปี 2546-2553 โดยประเทศยากจนจะจ่ายเงินเพื่อการกำจัดขยะในชุมชนเมืองเพิ่มขึ้นอย่างมาก (Hoorweg & Perinaz, 2012) สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมมลพิษได้ประมาณการมูลค่าความเสียหายที่เกิดจากความไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ต้นทุนความเสียหายจากมลพิษจากขยะที่ภาครัฐไม่สามารถจัดการได้มีค่าเท่ากับ 4,797 ล้านบาท/ปี (ค่าเฉลี่ย 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2542-2546) มูลค่าความเสียหายหรือต้นทุนการกำจัดของเสียอันตรายจากชุมชนมีค่าเฉลี่ยปีละ 5,550 ล้านบาทต่อปี ความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจากสารอันตราย

มีค่าเฉลี่ยปีละ 374 ล้านบาทและมูลค่าความเสียหายด้านสุขภาพจากมลพิษทางอากาศเฉลี่ยเท่ากับ 5,866 ล้านบาทต่อปี (ฝ่ายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

สาเหตุหนึ่งของการเพิ่มขึ้นของขยะคือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุ และลักษณะครัวเรือนของประชากรไทยมีผลต่อความต้องการการอุปโภค บริโภคเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การเลี้ยงดูเด็กในสภาวะของการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมอย่างต่อเนื่อง และการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยที่มีความเสื่อมถอยของการทำงาน ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลงไป ทำให้มีความต้องการของใช้ที่มีแนวโน้มเพิ่มปริมาณขยะ เช่น ผ้าอ้อมสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่ แผ่นรองขับ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงครอบครัว/ครัวเรือนของประชากรไทย ประกอบกับการเพิ่มความสามารถในการซื้อเพิ่มขึ้น ขนาดครอบครัวที่เล็กลง และการเพิ่มขึ้นของครัวเรือนที่อยู่คนเดียว ส่งผลให้มีการครอบครองเครื่องใช้ไฟฟ้า ซึ่งสะท้อนจากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน โดยเฉพาะการซื้อเครื่องใช้ไฟฟ้าของครัวเรือน เช่น โทรทัศน์ ตู้เย็น เครื่องซักผ้า ไมโครเวฟ ซึ่งผลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2554 พบว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ภายในบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.3 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 20.4 ในปี 2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554; สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม, 2553) และในปี 2556 คาดว่าความต้องการในการใช้ไฟฟ้าจะปรับขึ้นตามภาวะเศรษฐกิจ หรือเติบโตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5-6 จากความต้องการใช้ไฟฟ้าในปี 2555 ที่อยู่ระดับ 26,774 เมกะวัตต์ จากปัจจุบันที่ประเทศไทยผลิตไฟฟ้าได้กว่า 30,000 เมกะวัตต์ (ชินชม สง่าราศี กริเชน และ คริส กริเชน, 2555)

ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า ประชากรมีการใช้คอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยที่ประชากรในเขตเทศบาลที่มีสัดส่วนการใช้คอมพิวเตอร์ ประมาณ 2 เท่าของประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ในช่วงระหว่างปี 2551-2555 แต่เมื่อวิเคราะห์อัตราการการเปลี่ยนแปลง กลับพบว่า ประชากรนอกเขตเทศบาลมีอัตราเพิ่มขึ้นของการใช้คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ มากกว่าประชากรในเขตเทศบาล คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 และ 41 ตามลำดับ (ตาราง 4.3) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เหล่านี้ หมายถึงการเพิ่มขยะที่ทำลายไม่ได้

ตาราง 4.3 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปที่ใช้คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2551 - 2555

ปี	คอมพิวเตอร์		โทรศัพท์มือถือ	
	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
2551	39.2	23.3	65.7	47.1
2552	42.0	23.6	68.9	51.5
2553	43.4	25.2	72.2	57.0
2554	44.3	25.5	74.8	62.0
2555	45.4	27.5	77.7	66.2
อัตราเพิ่ม 2551 - 2555	15.8	18.0	18.3	40.6

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555

ปัญหาขยะในประเทศไทยนั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากร ซึ่งเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการปริมาณขยะ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการบริโภค รวมทั้งลักษณะการผลิตผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีผลอย่างชัดเจนต่อความสามารถของธรรมชาติ ที่ไม่สามารถย่อยสลายขยะนานาชนิดได้ทันกับปริมาณขยะ และในอนาคตการคาดว่าจะต้องมีการเติบโตทางเศรษฐกิจและมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่มีส่วนสำคัญที่เสริมให้มีการนำทรัพยากรมาใช้ได้ง่ายและมากขึ้น มีการบริโภคทรัพยากรพื้นฐานของชีวิตเกินความจำเป็น ทำให้มาตรฐานในการดำรงชีวิตสูงขึ้น และส่งผลให้ต้องมีการผลิตขยะที่ไม่สามารถทำลายได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

รัฐบาลทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ได้มีโครงการต่างๆ ที่พยายามลดปริมาณขยะ นำขยะมาใช้ใหม่ และใช้ประโยชน์จากขยะ แต่นั่นกลับไม่ได้ช่วยให้ปริมาณขยะลดลงไป และบางครั้งการลดขยะประเภทหนึ่ง กลับไปเพิ่มปริมาณขยะอีกประเภทหนึ่งขึ้นมา การรณรงค์ให้ลดปริมาณขยะ และการแยกขยะที่ถูกต้องควรต้องเป็นสิ่งที่รัฐควรจัดการให้เกิดขึ้นเป็นอันดับแรกๆ ในขณะนี้ การใช้นโยบายด้านภาษีในการให้การสนับสนุนต่อผู้ผลิตหรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมเป็นความสำคัญเร่งด่วนรองลงมา และการรณรงค์ให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติการดำรงชีวิตของประชากร ที่ไม่เบียดเบียนสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ หรือระบบนิเวศน์ ให้ประชาชนรู้จักและบริโภคสินค้าและบริการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับความคุ้มค่าของการจำกัดขยะที่ถูกต้องตามหลักวิชาการนั้นต้องทำความเข้าใจกับการมาตรการระยะยาวต่างๆ อย่างเร่งด่วน เพื่อรองรับกับการจัดการกับปัญหาขยะล้นเมือง ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

4.4 สรุป

ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยร้อยละ 60 จะอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล โดยทุกภูมิภาคมีจำนวนประชากรอาศัยในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้น ยกเว้น กรุงเทพมหานครที่จำนวนประชากรจะเริ่มลดลงตั้งแต่ปี 2571 อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของประชากรในกรุงเทพมหานครอย่างรวดเร็วในอดีตเมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความหนาแน่นของประชากร และการเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดิน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหามลพิษทางอากาศ น้ำ เสีย และขยะมูลฝอย

ในการดำเนินนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมนั้น พบว่ายังขาดความเชื่อมโยงปัญหาสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยภายนอกอื่นๆ โดยเฉพาะตัวแปรด้านประชากรทั้งขนาดและการกระจายตัว การพัฒนาเศรษฐกิจสังคม ทำให้นโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมบางอย่าง กลับมีผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย ซึ่งหากการบริหารจัดการโดยภาครัฐมีประสิทธิภาพและมีการเตรียมความพร้อมจะเป็นโอกาสสำคัญในการลดความกดดันต่อการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและที่ดินในเขตเมืองในระยะยาวได้เป็นอย่างดี และปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับกรุงเทพมหานครนี้ น่าจะเป็นบทเรียนเพื่อการวางแผนรับมือกับการเพิ่มขึ้นของประชากรที่จะอาศัยในเขตเมืองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม และประชากรของภูมิภาคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะที่สำคัญของการศึกษานี้ ไม่ได้มุ่งเน้นที่การลดการประชากรที่อยู่ในเขตเมือง เนื่องจากเราไม่สามารถต่อต้านกระแสการพัฒนาเศรษฐกิจ และสิทธิส่วนบุคคลในการเดินทางหรือย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยหรือทำงานในเมือง แต่มุ่งเน้นที่การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี รวมทั้งการเสนอแนะให้มีโครงการ/กิจกรรม รณรงค์ให้ประชากรมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและวิถีการดำรงชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาและต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยต้องเริ่มตั้งแต่ขณะนี้ ก่อนที่ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรในเมืองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีจำนวนมากกว่าประชากรในชนบทภายในอีกเพียง 5 ปีข้างหน้าคือ ภายใน พ.ศ. 2561

นอกจากนี้ยังมีข้อท้าทายด้านผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงประชากรต่อสิ่งแวดล้อมเมืองที่ต้องพิจารณา ได้แก่ นโยบายของประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่และกรอบความตกลงทวิภาคีต่างๆ ที่จะเพิ่มการผูกขาดทรัพยากรธรรมชาติ และความสามารถในเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือ การนำเข้าแรงงาน โดยเฉพาะเมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ คือมีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ ในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2550. กรุงเทพมหานคร: เมืองโตเดี่ยวตลอดกาลของประเทศไทย. ใน ประชากรและสังคม 2550 นคราภิวัตน์และวิถีชีวิตเมือง, วรชัย ทองไทย และ สุริย์พร พันพึ้ง (บรรณาธิการ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม. บทที่ 2 หน้า 18-35.
- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2555. รายงานสถานการณ์มลพิษในประเทศไทย 2554. กรุงเทพมหานคร.
- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2554. รายงานสถานการณ์มลพิษในประเทศไทย 2553. กรุงเทพมหานคร.
- กองนโยบายและแผน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. 2550. รายงานการศึกษาชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร 2548. กรุงเทพมหานคร.
- กองนโยบายและแผน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. 2552. สถิติจำนวนชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร 2551 จำแนกตามประเภทชุมชนและเขตการปกครอง. กรุงเทพมหานคร.
- คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2553. ปัญหาสิ่งแวดล้อมในภาคต่างๆ ของประเทศไทย. สืบค้นได้จาก website: <http://www.notto.igetweb.com/?mo=3&art=446989> วันที่ 28 มกราคม, 2556.
- ชม สง่าราศี กริเชน และ คริส กริเชน. 2555. ข้อเสนอแผนพัฒนากำลังการผลิตไฟฟ้า 2555-2573 (แผนพีดีพี 2012) และกรอบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบตรวจสอบได้ของการวางแผนภาคพลังงานไฟฟ้า. การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. สืบค้นได้จาก website: <http://www.palangthai.org/docs/PDP2012-Thai.pdf> วันที่ 28 มกราคม, 2556.
- ฝ่ายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2549. ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. สืบค้นได้จาก <http://www.thaienvimonitor.net/Concept/order.htm> วันที่ 28 มกราคม, 2556
- สถิติการขนส่ง กองแผนงาน กรมการขนส่งทางบก. 2555. รายงานสถิติการขนส่งประจำปี 2554.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2554. ผลการสำรวจสถิติสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2554. ผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2555. ผลการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและแผนการใช้ที่ดิน กรมพัฒนาที่ดิน. 2554. แผนที่สภาพการใช้ที่ดิน กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2554. กระทรวงมหาดไทย.

- สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2555. *คู่มือชี้แจงรายละเอียดการจัดทำเอกสาร การประเมินเทศบาลน่าอยู่อย่างยั่งยืน ประจำปี 2555*. กรุงเทพมหานคร.
- อุดมศรี ศิริลักษณ์พร. 2555. *ชุมชนเมืองจัดการตนเอง: ต้นแบบการแก้ปัญหาชุมชนแออัดอาเซียน*. ศูนย์ข่าวเพื่อชุมชน สำนักข่าวอิศรา. สืบค้นได้จาก <http://www.isranews.org/community> - วันที่ 31 มกราคม, 2556

ภาษาอังกฤษ

- Commoner, B. 1972. The environmental cost of economic growth. *Chemistry in Britain*, 8(2): pp. 52 - 65.
- Ehrlich, Paul R. and Holdren, John P. 1971. Impact of population growth. *Science, New Series*, 171(3977): pp. 1212 - 1217.
- Hoornweg, D. and Perinaz, B-Tata. 2012. *What a waste: a global review of solid waste management*. Urban Development & Local Government Unit, World Bank.
- Punpuing, S. 1999. Bangkok and its environment as the context of commuting. *Journal of Population and Social Studies*, 7(2): pp. 33 - 69.
- United Nations, Population Division. 2010. *2009 revision of world urbanization prospects*. New York, USA.

5

ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ ด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณ ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583

รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ชลธิชา อัครนิรันดร์*

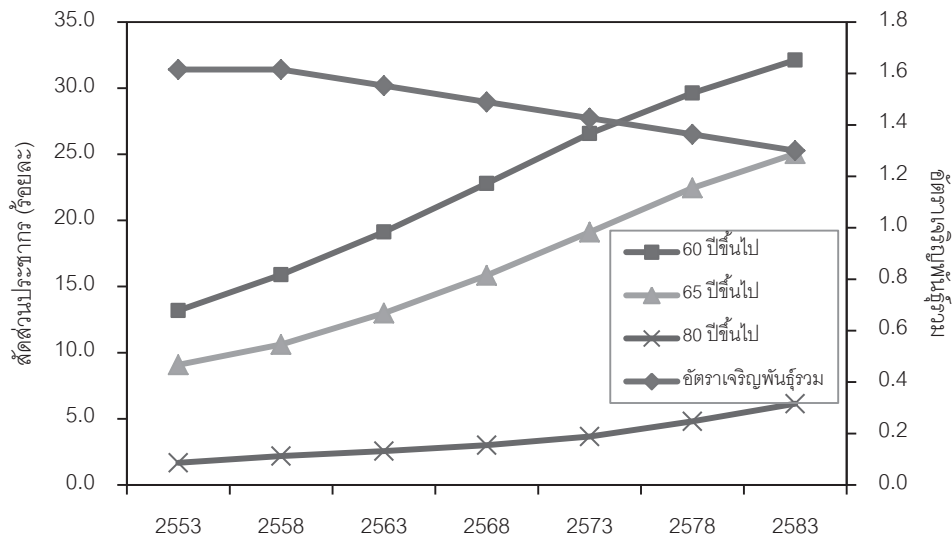
5.1 แนวโน้มประชากรสูงอายุจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย

5.1.1 แนวโน้มประชากรสูงอายุและปัจจัยกำหนด

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 ซึ่งมีข้อสมมุติว่าภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยยังคงลดลงโดยตลอดในช่วง 30 ปีข้างหน้า จากที่สตรีคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ย 1.6 คน ในช่วงปี 2553-2558 ลดลงเหลือเพียง 1.3 คน ในปี 2583 การลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่องดังกล่าว ส่งผลให้สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วมากจากร้อยละ 13.2 ของประชากรทั้งหมดในปี 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี 2583 การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ให้ภาพที่คล้ายคลึงกันเมื่อพิจารณาจากสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป และเป็นที่น่าสังเกตว่าภายในปี 2573 สัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยไม่ว่าจะพิจารณาที่อายุ 60 ปีขึ้นไป หรือ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวจากปีฐาน (พ.ศ. 2553) นอกจากนั้นประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 1.7 ของประชากรทั้งหมดในปี 2553 เป็นร้อยละ 6.1 ในปี 2583 (รูป 5.1)

* วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูป 5.1 สัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป 65 ปีขึ้นไป และ 80 ปีขึ้นไป) และอัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2553-2583



แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

ตาราง 5.1 แสดงข้อสมมุติแนวโน้มการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และการลดลงของภาวะการตาย ซึ่งวัดจากความยืนยาวของชีวิตหรืออายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่ใช้ในการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (2556) และการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ (2011) กล่าวคือ ระดับการตายมีแนวโน้มลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 กำหนดให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชาย ในช่วง พ.ศ. 2553-2583 เพิ่มขึ้นจาก 70.4 ปี เป็น 75.2 ปี ขณะที่เพศหญิง ในช่วงเวลาเดียวกันจะเพิ่มขึ้นจาก 77.5 ปี เป็น 81.9 ปี การลดลงของภาวะการตายในปัจจุบันจนถึง 20-30 ปีข้างหน้า น่าจะเป็นผลจากการลดการตายในกลุ่มประชากรวัยแรงงานและวัยสูงอายุ การลดภาวะการตายหรือการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ย จึงน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมผลกระทบจากการลดลงอย่างต่อเนื่องของภาวะเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับที่ต่ำมาก นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุและเร่งให้สังคมไทยสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ

ตาราง 5.1 ข้อสมมุติต่างๆ ของอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e_0) ของการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583

พ.ศ.	ข้อสมมุติอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR)				ข้อสมมุติอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e_0)			
	องค์การสหประชาชาติ			สศช.	องค์การสหประชาชาติ		สศช.	
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2553	1.28	1.53	1.78	1.62	71.1	77.8	70.4	77.5
2558	1.06	1.46	1.86	1.62	72.0	78.5	71.6	78.4

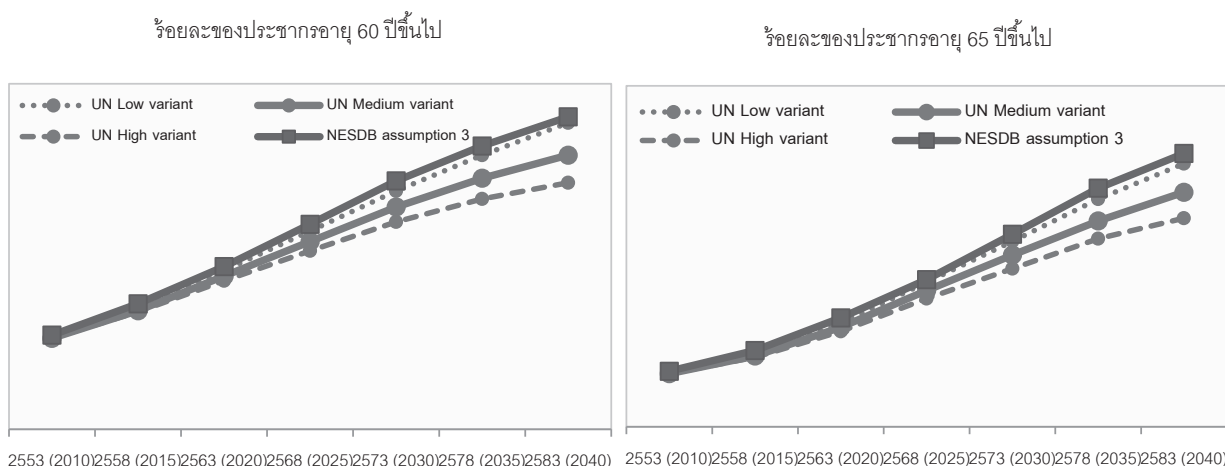
ตาราง 5.1 (ต่อ)

พ.ศ.	ข้อมูลมูติอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR)				ข้อมูลมูติอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e_0)			
	องค์การสหประชาชาติ			สศช.	องค์การสหประชาชาติ		สศช.	
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง	ข้อมูลมูติแบบที่ 3	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2563	0.94	1.44	1.94	1.55	72.9	79.3	72.6	79.3
2568	0.97	1.47	1.97	1.49	73.8	80.0	73.4	80.1
2573	1.03	1.53	2.03	1.43	74.5	80.6	74.1	80.8
2578	1.09	1.59	2.09	1.36	75.3	81.3	74.7	81.3
2583	1.15	1.65	2.15	1.30	75.9	81.9	75.2	81.9

แหล่งข้อมูล: 1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556
2. United Nations, 2011

เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลมูติแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์ที่ใช้ในการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ ในปี 2553 (ตาราง 5.1) พบว่า มีการตั้งข้อมูลมูติด้านภาวะเจริญพันธุ์ที่แตกต่างจากข้อมูลมูติที่ใช้โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คือ การคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติกำหนดข้อมูลมูติของภาวะเจริญพันธุ์เป็น 3 ระดับ (สูง กลาง ต่ำ) และภาวะเจริญพันธุ์ของทั้งสามระดับมีแนวโน้มที่จะเป็นเส้นโค้ง (curvilinear) อัตราเจริญพันธุ์รวมค่อยลดลงจากปีฐานแล้วกลับเพิ่มขึ้นสูงขึ้นใหม่ ในขณะที่ข้อมูลมูติของการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มี 4 แบบ และเลือกใช้ข้อมูลมูติแบบที่ 3 คือ ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงโดยตลอดช่วงของการคาดประมาณ เมื่อนำผลจากการคาดประมาณทั้ง 2 ชุดมาเปรียบเทียบกันจะเห็นได้ว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุจากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีสัดส่วนสูงกว่าการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติทั้ง 3 ระดับ แต่มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติที่ใช้ข้อมูลมูติของภาวะเจริญพันธุ์ในระดับต่ำ (รูป 2)

รูป 5.2 ร้อยละของประชากรสูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและองค์การสหประชาชาติ

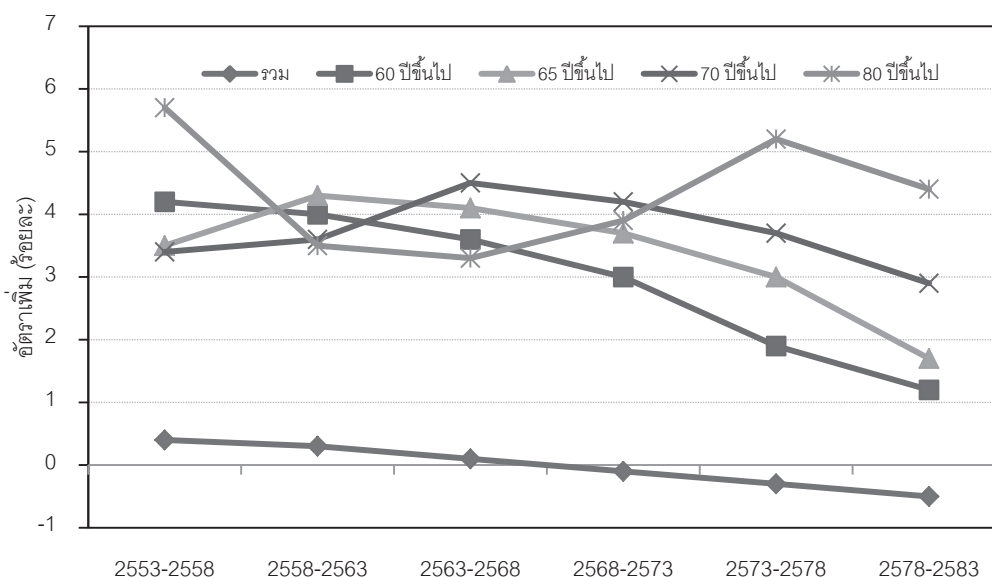


แหล่งข้อมูล: 1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556
2. United Nations, 2011

5.1.2 องค์ประกอบทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุ

การเข้าสู่สังคมสูงวัยของประชากรไทยนั้น เกิดขึ้นเมื่ออัตราเพิ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทยสูงกว่าอัตราเพิ่มของประชากรรวม จากรูป 5.3 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรใน พ.ศ. 2553 อัตราเพิ่มประชากรรวมของประเทศอยู่ในระดับต่ำทั้งยังมีแนวโน้มลดลงจนกลายเป็นติดลบหลังจากช่วง พ.ศ. 2568 - 2573 ในขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรวัยสูงอายุอยู่ในระดับที่สูงกว่ามากตลอดช่วง 30 ปี แม้ว่าจะมีความแปรผันในระดับการเพิ่มของประชากรสูงอายุของแต่ละกลุ่มประชากรสูงอายุ เนื่องจากความแปรผันของอัตราเกิดในอดีต แต่จะเห็นได้ว่า อัตราเพิ่มของกลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) และประชากรสูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 ปีขึ้นไป) สูงกว่าประชากรในกลุ่มอายุวัยต้นหรืออายุ 60 ปีขึ้นไปมาก การลดลงของอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุวัยกลาง ในช่วง พ.ศ. 2553 - 2558 และการลดของอัตราเพิ่มประชากรสูงอายุวัยปลายในช่วง พ.ศ. 2558 - 2568 น่าจะเนื่องมาจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 (Knodel and Chayovan, 2008)

รูป 5.3 อัตราเพิ่มประชากร (ร้อยละ) รวมทุกกลุ่มอายุและวัยสูงอายุ พ.ศ. 2553 - 2583



หมายเหตุ: อัตราเพิ่มประชากรต่อปี $(r) = \ln(p_t/p_0)/t$

แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

การที่อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุวัยกลางและวัยปลายสูงกว่าประชากรในวัยสูงอายุตอนต้นอย่างชัดเจนนี้ ทำให้ประชากรไทยไม่เพียงแต่เปลี่ยนโครงสร้างเป็นประชากรสูงวัยเท่านั้น แต่ประชากรสูงอายุของไทยกำลังสูงอายุนขึ้นด้วยเช่นกัน หากพิจารณาจำนวนประชากรสูงอายุจะเห็นได้ชัดเจนว่า ภายในช่วง 30 ปีของการคาดประมาณประชากร จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มประมาณ 2.5 เท่า กล่าวคือ จาก 8.4 ล้านคน ในปี 2553 เป็น 20.5 ล้านคน ในปี 2583 และเป็นที่น่าสังเกตว่าภายในช่วงเดียวกันประชากรสูงอายุ 70 ปี

ขึ้นไป และอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจำนวนเกือบ 4 เท่าตัว นอกจากนี้เมื่อพิจารณา สัดส่วนของประชากรวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน กล่าวคือ สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 13 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ (ตาราง 5.2) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุวัยปลายนี้น่าจะสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

ตาราง 5.2 ลักษณะของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2553-2583

ลักษณะ	2553	2563	2573	2583
จำนวนจำแนกตามกลุ่มอายุ				
- อายุ 60 ปีขึ้นไป	8,407,965	12,621,655	17,578,929	20,519,373
- อายุ 70 ปีขึ้นไป	3,778,297	5,366,052	8,318,501	11,560,886
- อายุ 80 ปีขึ้นไป	1,070,178	1,689,474	2,420,579	3,921,450
การกระจายร้อยละตามช่วงวัย				
- ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)	55.1	57.5	52.7	43.7
- ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)	32.2	29.1	33.6	37.2
- ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	12.7	13.4	13.8	19.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
ร้อยละของสตรีจำแนกตามกลุ่มอายุ				
- อายุ 60 ปีขึ้นไป	55.1	55.4	56.0	56.8
- อายุ 70 ปีขึ้นไป	57.2	57.7	58.1	59.0
- อายุ 80 ปีขึ้นไป	60.2	61.5	62.4	63.3
จำนวนจำแนกตามเพศ				
- ชาย	3,776,249	5,624,276	7,739,575	8,874,288
- หญิง	4,631,716	6,997,379	9,839,355	11,645,085

แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

5.1.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร

ดัชนีสูงวัย (aging index) เป็นดัชนีที่ใช้แสดงถึงการเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรจากประชากรเยาว์วัยเป็นประชากรสูงวัย โดยคำนวณจากจำนวนของประชากรวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) หารด้วยจำนวนประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) คูณด้วย 100 ดังนั้นหากค่าของดัชนีมากกว่า 100 แสดงว่า มีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก ตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า ภายใน พ.ศ. 2563 หรืออีกประมาณ 6-7 ปีข้างหน้า ประชากรวัยสูงอายุจะเริ่มมากกว่าประชากรวัยเด็กและจะเพิ่มขึ้นไปกว่า 2 เท่าใน พ.ศ. 2583 โดยเพิ่มจากผู้สูงอายุประมาณ 114 คน ต่อเด็ก 100 คน เป็นผู้สูงอายุประมาณ 251 คนต่อเด็ก 100 คน

อัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุน (potential support ratio) ใช้แสดงถึง จำนวนประชากรวัยแรงงานที่จะเกื้อหนุนผู้สูงอายุไม่โดยทางตรงในฐานะบุตรหลานหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก็โดยทางอ้อมในฐานะประชากรในวัยแรงงานหรือผู้เสียภาษี จากข้อมูลพบว่า ในปี 2553 มีประชากรในวัยแรงงาน 7 คนรองรับประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ต่อมาในปี 2563 ลดเหลือเพียงประมาณ 5 ต่อ 1 และในปี 2583 เหลือเพียง 2.5 ต่อ 1

ตาราง 5.3 ดัชนีสูงวัย และอัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุน พ.ศ. 2553-2583

พ.ศ.	จำนวนประชากร			ดัชนีประชากรสูงอายุ*	อัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุน**
	อายุ 0-14 ปี	อายุ 15-59 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป		
2553	12,641,653	42,739,938	8,407,965	66.5	7.8
2558	11,792,805	42,960,517	10,351,093	87.8	6.7
2563	11,081,419	42,293,164	12,621,655	113.9	5.4
2568	10,505,707	40,738,925	15,126,047	144.0	4.3
2573	9,800,353	38,795,010	17,578,929	179.4	3.5
2578	8,996,653	36,992,797	19,360,613	215.2	2.8
2583	8,169,543	35,175,226	20,519,373	251.2	2.5

หมายเหตุ: * ดัชนีสูงวัย (aging index) = (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป/ประชากรอายุ 0-14 ปี) x 100

** อัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุน (potential support ratio) = (ประชากรอายุ 15-64 ปี/ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป)

แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

5.2 ผลกระทบจากการเปลี่ยนโครงสร้างทางอายุของประชากรและแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

จากแนวโน้มของประชากรสูงอายุในภาพรวม ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาจากประชากรสูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปหรืออายุ 65 ปีขึ้นไปก็ตาม ประกอบกับประชากรสูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่ประชากรในวัยเด็กจะลดลงเป็นลำดับจนน้อยกว่าประชากรวัยสูงอายุ และอัตราส่วนของประชากรวัยแรงงานที่จะมาเกื้อหนุนประชากรสูงอายุจะลดลงอย่างมาก ซึ่งจะเป็นประเด็นท้าทายอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุและการพัฒนาอย่างยั่งยืนของประเทศ

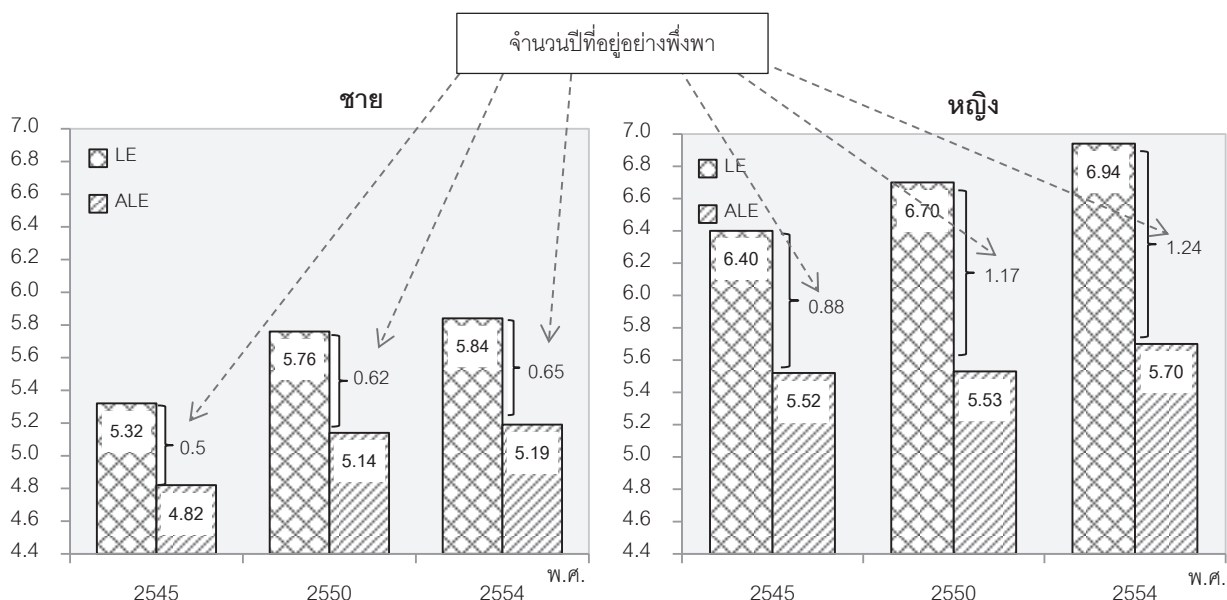
จากข้อมูลและผลการศึกษาวิจัยที่มีมาอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลต่อสังคมไทยที่ให้ความสนใจกับประเด็นเรื่องผู้สูงอายุและสังคมสูงวัยเพิ่มขึ้นจากในอดีตมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาครัฐ ได้มีการกำหนดนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น มีกฎหมายต่างๆ ออกมาเพื่อคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ อาทิเช่น แผนประชากรใน “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)” ที่เน้นการเตรียมความพร้อมประชากรไทยสู่สังคมสูงวัยที่มีสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)” ซึ่งเป็นแผนระยะยาว 20 ปี มุ่งให้ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม ด้วยยุทธศาสตร์การเตรียม

ความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผล และการตรา “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546” เป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุที่มีความก้าวหน้ากว่าประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศ อย่างไรก็ตามแม้จะมีนโยบายและแผน แต่การนำแผนไปสู่การปฏิบัตินั้นยังทำได้ไม่เต็มศักยภาพและยังค่อนข้างช้าเมื่อเทียบกับอัตราความเร็วในการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย ด้วยเหตุนี้จึงยังมีประเด็นท้าทายที่สำคัญอีกหลายประการที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขหรือเตรียมการเพื่อรองรับ ซึ่งแนวทางการเตรียมการเพื่อรองรับประเด็นท้าทายจากแนวโน้มของประชากรสูงอายุในช่วง 30 ปี ข้างหน้า ได้แก่

1) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบองค์รวม

จากการคาดประมาณประชากรเห็นว่า ทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประชากรสูงอายุวัยปลาย (ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป) จะมีจำนวนกว่าล้านคนภายในปี 2583 จากการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ทั้ง 2 รอบแสดงให้เห็นว่า ประชากรสูงอายุวัยปลายมีโอกาสที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพาหรือมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้น (รูป 5.4) ด้วยเหตุดังกล่าว การดูแลระยะยาวเพื่อประคับประคองหรือฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ

รูป 5.4 อายุคาดเฉลี่ย (LE) อายุคาดเฉลี่ยที่ดูแลตนเองได้ (ALE) และจำนวนปีที่อยู่อย่างพึ่งพา (LE - ALE) ของประชากรอายุ 80 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554



แหล่งข้อมูล: วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2551; 2556

การติดตามและประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) ชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานภาครัฐทั้งในส่วนของการทรวงสาธารณสุขและการทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้พยายามที่จะพัฒนาต้นแบบของระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้นหรือเป็นโครงการนำร่อง ซึ่งดูเหมือนว่าจะไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้อย่างครอบคลุม ด้วยเหตุนี้จึงควรเร่งผลักดันให้มีการถอดบทเรียนจากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ และขยายการดำเนินงานไปยังพื้นที่อื่นๆ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556) การดูแลระยะยาวในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทของสังคมชนบท อย่างไรก็ตามเพื่อให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนเมืองด้วย ซึ่งความเข้มแข็งของชุมชนเมืองมีน้อยกว่าชุมชนในชนบทมาก นอกจากนี้ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลระยะกลางซึ่งเป็นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างการดูแลในสถานพยาบาลกับการดูแลที่บ้าน เช่น ช่วงระยะรอยต่อของการออกจากโรงพยาบาลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ก่อนกลับไปบ้าน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, สุวิณี วิวัฒน์วิณิช และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2555)

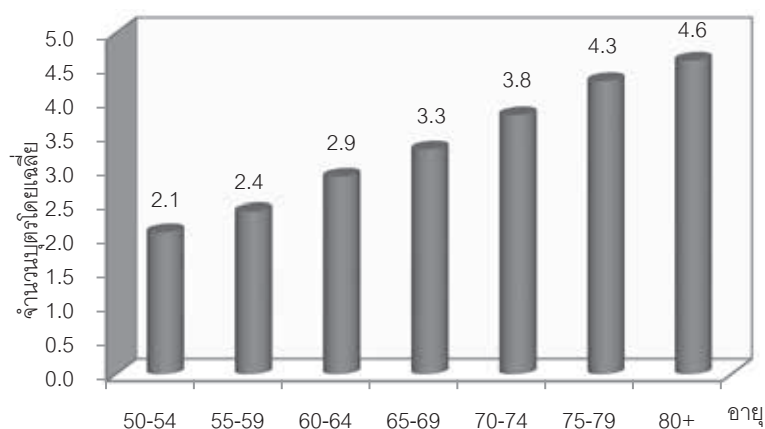
2) ควรเร่งดำเนินการเรื่องการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจในสังคมสูงวัยด้วยการสร้างหลักประกันในหลายรูปแบบ

จากข้อมูลทางประชากรชี้ชัดว่า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่รวดเร็วมาก ในขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งยังมีข้อจำกัดทางด้านการเงินการคลัง การที่จะให้หลักประกันทางเศรษฐกิจแก่ประชากรสูงอายุ โดยการให้เปล่าหรือให้รัฐบาลรับประกันทั้งหมดแต่ฝ่ายเดียวคงจะไม่ยั่งยืน และน่าจะก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมขึ้นได้

ผลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะที่ 2 พบว่า ประชากรสูงอายุยังขาดหลักประกันทางเศรษฐกิจ แม้แต่ในกลุ่มประชากรวัยแรงงานอายุ 30-59 ปีซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ มีเพียงร้อยละ 26.3 เท่านั้นที่มีหลักประกันยามชราภาพ โดยที่ส่วนใหญ่ก็ยังคงไม่มีหลักประกันดังกล่าว (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556) ทั้งนี้เนื่องจากระบบประกันทางเศรษฐกิจที่จัดไว้ให้เป็นระบบสำหรับแรงงานภาคในระบบ ส่วนแรงงานภาคนอกระบบยังขาดหลักประกัน ที่ผ่านมามีจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยการจัดเบี่ยยังชีพให้เป็นสวัสดิการพื้นฐานขั้นต่ำแก่ผู้สูงอายุ โดยสามารถครอบคลุมผู้สูงอายุได้กว่าร้อยละ 80 และมีประมาณร้อยละ 11.4 ที่รายงานว่ามีเบี่ยยังชีพเป็นแหล่งรายได้หลัก ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีร้อยละ 36.1 ที่รายงานว่ามีเบี่ยยังชีพที่ได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ และร้อยละ 42.5 ไม่เพียงพอกับแหล่งรายได้หลักดังกล่าว ซึ่งผู้สูงอายุที่มีเบี่ยยังชีพเป็นแหล่งรายได้หลักนี้ น่าจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นๆ เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการพึ่งพาแต่เบี่ยยังชีพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการดำรงชีพ แต่ประชากรที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตควรมีการเตรียมตัวสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจที่มั่นคงให้กับตนเอง

ที่ผ่านมา บุตรเป็นแหล่งหลักประกันทางเศรษฐกิจที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุไทย แต่จากข้อสมมุติระดับเจริญพันธุ์ที่ใช้การคาดประมาณประชากรชุดนี้ จะเห็นได้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมมีแนวโน้มลดเป็นลำดับ และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุไทยในปี 2554 จะพบภาพที่สอดคล้องกัน คือผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตจะมีจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยลดลงเป็นลำดับ (รูป 5.5) และจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรที่แสดงถึงภาวะเจริญพันธุ์รวมที่อยู่ในระดับต่ำมากในอนาคต แสดงว่า ผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยน่าจะไม่มีบุตร ด้วยเหตุนี้การหวังให้บุตรเป็นหลักประกันในการเกื้อหนุนยามสูงวัยคงทำได้ยาก

รูป 5.5 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2554



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การเร่งสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจที่มั่นคงในหลากหลายรูปแบบเป็นอีกประเด็นในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งการออมนับเป็นมาตรการประการหนึ่งที่น่าสนใจให้ประชากรมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันด้วยตนเอง ในช่วงที่ผ่านมา รัฐได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ และจัดตั้งสำนักงานไปแล้ว เพื่อให้เกิดผลอย่างจริงจังจึงควรเร่งดำเนินงานให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการพัฒนาอย่างยั่งยืนของประเทศ

3) การเร่งรัดให้คนรุ่นใหม่เตรียมความพร้อมเพื่อยามสูงอายุ

จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรที่น่าเสนอข้างต้น จะเห็นได้ว่า ในอีก 20-30 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจำนวนและสัดส่วนอย่างมาก ผู้สูงอายุเหล่านั้น คือประชากรในวัยแรงงานในปัจจุบัน ผลการติดตามประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ทั้งในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 พบว่า การเตรียมตัวของผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตยังมีน้อยมาก ซึ่งสะท้อนจากยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยังไม่บรรลุผลตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผน การดำเนินการอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมายอย่างมาก ทั้งสังคมไทยและคนไทยยังขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อสังคมสูงวัย ไม่ว่าจะเป็นการสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การเตรียมตัวด้าน สุขภาพ หรือที่อยู่อาศัย (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2551 และ วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556)

การที่จะลดผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจในยามสูงอายุ หรือปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมประชากรส่วนใหญ่ในปัจจุบันที่อยู่ในวัยแรงงานและวัยเด็ก ให้พร้อมที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี กระบวนการให้การศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบเป็นเรื่องสำคัญต่อการสร้างความตระหนัก และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยต่างๆ จนถึงขั้นปลายของชีวิต ตลอดจนแนวทางในการเตรียมตัวให้พร้อมทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

4) การรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

การที่จะให้ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุขได้นั้น สังคมต้องตระหนักและยอมรับถึงคุณค่าของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม ปัจจุบันดูเหมือนว่ากระแสโลกาภิวัตน์ และการบริโภคนิยม ทำให้คุณค่าของผู้สูงอายุลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 ที่ใช้ประกอบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 บ่งชี้ว่า สัดส่วนของประชากรรุ่นหนุ่มสาวและวัยแรงงานมีทัศนคติในทางบวกต่อผู้สูงอายุลดลงเป็นลำดับ จากร้อยละ 62 ในปี 2550 เหลือ ร้อยละ 57 ในปี 2554

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงควรมีการรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าผู้สูงอายุ ในฐานะภูมิปัญญา หรือผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้หรือประสบการณ์อันมีค่าให้แก่คนรุ่นหลัง หรือสามารถร่วมกับคนรุ่นหลังในการพัฒนาประเทศในมิติต่างๆ และที่สำคัญคือต้องรณรงค์ให้สังคมเข้าใจว่า ผู้สูงอายุไม่ใช่ภาระ ไม่ใช่ผู้พึ่งพิง หรือรอรับแต่การช่วยเหลือ แต่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ สามารถเป็นผู้ให้กับครอบครัว กับชุมชน และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี

นอกจากระบบการศึกษาแล้ว สื่อมวลชนน่าจะมีบทบาทอย่างสำคัญในการรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงวัย สื่อต่างๆ ควรเสนอภาพผู้สูงอายุในเชิงบวก เน้นให้เห็นศักยภาพและพลังของผู้สูงอายุ รวมทั้งควรเน้นการสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและชุมชนที่ประกอบไปด้วยคนหลายรุ่นหลายวัย

5) การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุ

การที่จะให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและในชุมชนได้อย่างดีและนานที่สุด จำเป็นอย่างยิ่งที่ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุและครอบครัว การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นติดตามสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุในท้องถิ่นของตน โดยจัดทำเป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ประกอบในการวางแผน และดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ ผลการติดตามและประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ระยะที่ 2 พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น แต่ในการดำเนินงานประสบกับอุปสรรคอันเนื่องมาจากการขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และข้อบัญญัติไม่ได้เปิดช่องให้ใช้งบประมาณเพื่องานด้านผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่โดยหน่วยงานหลักด้านผู้สูงอายุควรช่วยในการสนับสนุนหรือทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะให้แก่ท้องถิ่น รวมทั้งควรมีการแก้ไขกฎหมายของท้องถิ่นที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

6) การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันพระราชบัญญัติผู้สูงอายุได้ให้สิทธิต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นเป้าหมายด้านการตลาดมากขึ้น อันอาจนำไปสู่การถูกเอารัดเอาเปรียบ หรือเสียสิทธิประโยชน์อันพึงได้จากผู้ให้บริการ หรือถูกหลอกลวงหรือฉ้อฉลจากมิจฉาชีพมากขึ้น ดังนั้น จึงควรเพิ่มการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิในทางกฎหมายให้แก่ผู้สูงอายุด้วย

7) การเพิ่มกำลังบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ผลการติดตามประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พบว่า ประเทศไทยยังขาดกำลังคนด้านผู้สูงอายุ อาทิเช่น บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรม นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาแผนด้านกำลังคน การเพิ่มกำลังบุคลากรด้านผู้สูงอายุเพื่อให้ทันกับอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญาวิสัย.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2553. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญาวิสัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. 2551. รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). สนับสนุนโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. 2556. รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). สนับสนุนโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อยู่ระหว่างการจัดพิมพ์)
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล สุวิณี วิวัฒน์วณิช และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2555. ระบบบริการสุขภาพระยะกลาง: ระบบที่ขาดหายไป. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (http://www.thaitgri.org/images/stories/Document2/PB_Document/fs-imc.pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2555. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550. รายงานโครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554. รายงานโครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2555. รายงานโครงการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (อยู่ระหว่างการจัดพิมพ์)

ภาษาอังกฤษ

- Knodel, John and Napaporn Chayovan. 2008. *Population aging and the well-being of older persons in Thailand*. Report 08-659. Michigan: University of Michigan, Ann Arbor.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. 2011. *World Population Prospects: The 2010 Revision*. New York: United Nations.



สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
962 ถนนกรุงเกษม แขวงวัดโสมนัส
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100
โทรศัพท์: 0-2280-4085 (40 คู่สาย)
โทรสาร: 0-2281-3938
<http://www.nesdb.go.th>

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
999 ถนนพุทธมณฑลสาย 8
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์: 02-441 0201-4
โทรสาร: 02-441 9333
<http://www.ipst.mahidol.ac.th>

