

ผลกระทบของ การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ในประเทศไทย



Copyright © 2011

United Nations Population Fund
Country Office in Thailand
12th Floor Block B, UN Building
Rajadamnern Nok Avenue
Bangkok 10200, Thailand
Tel: 66-2-687-0135
Fax: 66-2-280-1871
E-mail: unfpa.thailand@unfpa.org
Website: <http://countryoffice.unfpa.org/thailand>
<http://www.unfpa.org>

Cover photo: UNFPA Thailand
Design: Inis Communication - www.iniscommunication.com

ISBN: 978-974-680-287-1

2503

2563

ผลกระทบบของ
การเปลี่ยนแปลงทางประชากร
ในประเทศไทย

คำนำ

การดำเนินนโยบายด้านประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมา ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามบริบทของการพัฒนาในช่วงเวลาต่างๆ จากการกำหนดเป้าหมายเพื่อลดอัตราเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับสูง จนกระทั่งปัจจุบันมุ่งรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงไว้ในระดับทดแทน ดังปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) จากการที่ภาวะเจริญพันธุ์ได้ลดลงในระดับต่ำมากในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อแนวโน้มการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนประชากรวัยแรงงานหรือกำลังแรงงานของประเทศลดลง และจำนวนประชากรของประเทศจะลดลงในที่สุด ขณะที่ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องทบทวนนโยบายประชากรของประเทศไทย เพื่อกำหนดทิศทางในการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวอย่างเหมาะสม

ประเทศไทยได้มีการนำบทเรียน ประสบการณ์นโยบายด้านประชากรของประเทศต่างๆ มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาของประเทศไทย ซึ่งจะช่วยให้อาจกำหนดนโยบายเพื่อรองรับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) จึงได้ร่วมกันจัดทำรายงาน “ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย” ฉบับนี้ขึ้น



นายอาคม เติมพิทยาไพสิฐ

เลขาธิการ

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากผลการศึกษาของคณะผู้เชี่ยวชาญด้านประชากร สาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการ ทิศทางและแนวโน้มทางด้านประชากรในประเทศไทย การวิเคราะห์เชิงนโยบายและประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร ทั้งในด้านการศึกษา การมีส่วนร่วมของแรงงาน ความเป็นเมือง การย้ายถิ่นและการสาธารณสุข รวมถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายประชากรในช่วงที่ผ่านมา ตลอดจนการนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

อัตราการเจริญเติบโตของประชากรในประเทศไทยคาดว่าจะชะลอตัวต่อไป การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะเป็นประเด็นท้าทายที่จะทวีความสำคัญมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างอายุจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้างการศึกษาและทักษะความรู้ความสามารถ สถานะสุขภาพ การย้ายถิ่นและการกระจายตัวของประชากร ในอีก 20 ปีข้างหน้า รายงานฉบับนี้ได้ประมวลสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากรในประเทศไทย ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของประชากรในประเทศไทย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้ และข้อมูลต่างๆ ที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้จะช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ สนับสนุนการมีส่วนร่วม รวมทั้งการเสริมสร้างการดำเนินงานในด้านประชากร ตลอดจนการพัฒนา นโยบายเพื่อเตรียมการรองรับผลกระทบด้านประชากรในประเทศไทยต่อไป



นาย นานีบ แอสซิพี

ผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และรองผู้อำนวยการภูมิภาค สำนักงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยการสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)
และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประเทศไทย การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ในการรายงานนี้ไม่อาจจะสะท้อนต่อมุมมองของรัฐบาลไทยหรือกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ
รวมทั้งคณะกรรมการบริหารหรือองค์กรในเครือ

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประเทศไทย ไคร่ขอ แสดงความขอบคุณเป็นอย่างยิ่งไปยังบุคคลและองค์กรที่อุทิศเวลา ความรู้ และความสามารถ เพื่อสนับสนุนการพัฒนารายงานฉบับนี้ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับ

คณะที่ปรึกษา คุณสุวรรณี คำมั่น รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ คุณจิระพันธ์ กัลล ประวิทย์ ผู้อำนวยการ สำนักยุทธศาสตร์การวางแผนพัฒนา ทางสังคม นาย นาจีบ แอสซิฟี ผู้แทนกองทุนประชากรแห่ง สหประชาชาติประจำประเทศไทยและรองผู้อำนวยการภูมิภาค สำนักงานยูเอ็นเอฟพีเอ ประจำภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

คณะสนับสนุนข้อมูล นางจีรวรรณ บุญเพิ่ม ปลัดกระทรวง เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (อดีตผู้อำนวยการสำนักงาน สถิติแห่งชาติ) คุณรัจนา เนตรแสงทิพย์ ผู้อำนวยการสำนักสถิติ เศรษฐกิจและสังคม และเจ้าหน้าที่สนับสนุน ผู้รับผิดชอบใน การจัดทำสำมะโนประชากรและเคหะ และ การสำรวจสถิติด้าน เศรษฐกิจและสังคม ด้านประชากร ด้านสาธารณสุข และด้าน แรงงาน

กองบรรณาธิการ ศ. แกวิน โจนส์ จากมหาวิทยาลัยแห่งชาติ ลิงคโปร์ หัวหน้าบรรณาธิการ ดร.วาสนา อิมเอม กองทุนประชากร แห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประเทศไทย บรรณาธิการร่วม

ผู้เขียนรายงาน รายงานฉบับนี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ เชี่ยวชาญจากต่างประเทศและประเทศไทยในสาขาประชากร ด้าน สาธารณสุข และด้านเศรษฐกิจและสังคม อันประกอบด้วย หัวหน้า ทีม ศ. แกวิน โจนส์ จากมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ ศ. จอห์น

โนเดล จากมหาวิทยาลัยมิชิแกน รศ.ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ และรศ. ดร. นภาพร ชโยวรรณ จากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รศ. ดร. สุรีย์พร พันพืง และดร. เคอร์รี่ ริชเทอร์ จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ดร. นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ดร. ทญ. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ ดร. ภญ. วลัยพร พัชรนฤมล และ ดร. นงลักษณ์ พะโกยะ จาก สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข ดร. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และดร. อมรเทพ จาวะลา จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

คณะทำงานจากคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่ง ชาติ (สศช.) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประจำประเทศไทย อุทิศตนอย่างยิ่ง ทั้งในการจัดประชุมคณะ ที่ปรึกษา การจัดทำร่างและจัดทำรายงานเล่มนี้ให้สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับ นพ. ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี-เอดส์ คุณดวงกมล พรธานี เจ้าหน้าที่ โครงการ คุณเวียนนารัตน์ ช่วงวิวัฒน์ เจ้าหน้าที่โครงการ คุณสุกัญญา ทองธำรง เจ้าหน้าที่โครงการ คุณศรีสุมาลย์ ศาสตร์ สาระ เจ้าหน้าที่โครงการ และคุณสุวัฒนา เดชะอำไพ ผู้ช่วย โครงการ ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับ ดร.วาสนา อิมเอม ผู้ช่วยผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประจำ ประเทศไทย ผู้จัดเตรียมรายงานฉบับนี้ และประสานงานได้อย่างดี เยี่ยมตลอดกระบวนการทั้งหมด คุณอริ วงศ์เขียว ผู้ช่วยโครงการ ผู้ที่อุทิศเวลา ความรู้ และความสามารถในการจัดทำรายงานฉบับ นี้ ขอขอบคุณ คุณสุวรรณี คำมั่น รองเลขาธิการคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และทีมงาน โดยเฉพาะ คุณจิระพันธ์ กัลลประวิทย์ และคุณกุลธิดา เลิศพงศ์วัฒนา ผู้สนับสนุนการจัดทำรายงานฉบับนี้

รายชื่อผู้เขียนรายงาน



แกวิน โจนส์
มหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและนัยสำคัญทางด้านนโยบายใน
ประเทศไทย

ปราโมทย์ ประสาทกุล
ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์
วรชัย ทองไทย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

การเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์และผลกระทบ

จอห์น โนเดล
ศูนย์ศึกษาประชากร มหาวิทยาลัยมิชิแกน
นภาพร ชโยวรรณ
วิพรรณ ประจวบเหมาะ
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรต่อการอยู่ดีมีสุข
ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ
วัลย์พร พชรนฤมล
นงลักษณ์ พะไถยะ
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและภาวะสุขภาพ: ความท้าทาย
ของระบบสุขภาพและทิศทางในอนาคต

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
อมรเทพ จาวะลา
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและทุนมนุษย์

สุรีย์พร พันพื้ง
เคอร์รี่ ริชเทอร์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นเมืองและผลกระทบจากการย้ายถิ่น

แกวิน โจนส์
มหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์
วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงของนโยบายและแผนประชากร

กองบรรณาธิการ

แกวิน โจนส์
มหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์

วาสนา อิมเอม
ผู้ช่วยผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ
ประจำประเทศไทย

บรรณาธิการ

บรรณาธิการร่วม

สารบัญ

สารบัญตาราง	I
สารบัญรูปภาพ	L
ตัวย่อ	O
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
บทที่ 1	
การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและภัยสำคัญด้านนโยบายในประเทศไทย	1
บทที่ 2	
การเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์และผลกระทบ	19
บทที่ 3	
ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรต่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย	37
บทที่ 4	
การเปลี่ยนผ่านทางประชากรและสุขภาพ: ความท้าทายของระบบสุขภาพและทิศทางในอนาคต	67
บทที่ 5	
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและทุนมนุษย์	89
บทที่ 6	
ความเป็นเมืองและผลกระทบจากการย้ายถิ่น	103
บทที่ 7	
การเปลี่ยนแปลงของนโยบายและแผนประชากร	121
ภาคผนวก ก	136
ภาคผนวก ข	137
เอกสารอ้างอิงภาษาไทย	139
เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ	141

สารบัญตาราง

ตาราง 1.1	ตัวชี้วัดการพัฒนาของประเทศไทย และประเทศอื่น ๆ ในเอเชีย (ปีพ.ศ. 2552 หากมิได้ระบุเป็นอย่างอื่น)	2
ตาราง 1.2	อัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (อัตราส่วนร้อยละต่อปี)	3
ตาราง 1.3	ตัวเลขของปีสำหรับอัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 5.5 เป็น 2.2	4
ตาราง 1.4	ตัวชี้วัดสถานภาพผู้หญิงขณะอยู่ที่ระดับทดแทนภาวะเจริญพันธุ์ ประเทศต่างๆ ในแถบเอเชีย	4
ตาราง 1.5	ประเทศไทย - ประชากรตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2543 - 2573 (หน่วย: พัน)	8
ตาราง 1.6	ทิศทางแนวโน้มอัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป	13
ตาราง 2.1	อัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวมและอัตราร้อยละของการเปลี่ยนแปลง โดยแบ่งตามประเทศต่างๆ ในแถบเอเชีย	21
ตาราง 2.2	อัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวม โดยแบ่งตามระดับชาติ ที่อยู่อาศัย และระดับภูมิภาค ปี พ.ศ. 2517 - 2549	22
ตาราง 2.3	อัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวมของชนกลุ่มบนพื้นที่สูง กะเหรี่ยง และม้ง ปี พ.ศ. 2518 - 2553	23
ตาราง 2.4	การกระจายของผู้หญิงย้ายถิ่นตามแนวเขตชายแดน อายุตามอัตราการภาวะเจริญพันธุ์ที่ระบุ และการประมาณอัตราการเกิด ความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของผู้หญิงย้ายถิ่นตามแนวเขตชายแดน ปี พ.ศ. 2553	24
ตาราง 2.5	อัตราส่วนร้อยละของผู้หญิงที่สมรสแล้วในอายุวัยภาวะเจริญพันธุ์ อัตราส่วนร้อยละของผู้หญิงโสด อายุระหว่าง 50-54 ปี และค่ากลางอายุของผู้หญิงที่สมรส ปี พ.ศ. 2503 - 2553	26
ตาราง 2.6	อัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุระหว่าง 20-24 ปีที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี แบ่งตามเพศ ปี พ.ศ. 2503 - 2553	27
ตาราง 2.7	อัตราร้อยละของการมีความสัมพันธ์ทางเพศ และมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส แบ่งตามอายุ และเพศ ปี พ.ศ. 2549	28
ตาราง 2.8	อัตราร้อยละของยอมรับพฤติกรรมทางเพศ แบ่งตามประเภท อายุ และเพศ ปี พ.ศ. 2551	29
ตาราง 2.9	อัตราร้อยละของผู้หญิงที่เคยสมรสแล้ว แบ่งตามอายุ ปี พ.ศ. 2503 - 2553	30
ตาราง 2.10	อัตราร้อยละของการกระจายของคนไข้ที่เคยตั้งครรถ์ที่ไม่พึงปรารถนาและทำแท้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งตามอายุ ปี พ.ศ. 2542	32
ตาราง 2.11	จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของการเกิดรอดชีพของมารดาวัยรุ่น ปีพ.ศ. 2503 - 2552	33
ตาราง 3.1	คุณภาพของบ้านและการครอบครองเป็นเจ้าของ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2529 - 2550	38
ตาราง 3.2	การกระจายของสถานภาพการสมรส แบ่งตามอายุและเพศ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2550	43

ตาราง 3.3	อัตราส่วนร้อยละของการไม่ได้รับการศึกษาและระดับมัธยมหรือระดับการศึกษาที่สูงขึ้น แบ่งตามอายุและเพศ ปี พ.ศ. 2553 - 2593	45
ตาราง 3.4	การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง การมองเห็นได้ชัดโดยไม่ต้องใช้แว่นตา แบ่งตามเพศ อายุ และที่อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุ 50 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2537 - 2550	47
ตาราง 3.5	ทิศทางแนวโน้มและความแตกต่างของการเข้ามามีส่วนร่วมในตลาดแรงงานสำหรับ อายุ 60 ปีขึ้นไป	48
ตาราง 3.6	อัตราส่วนร้อยละของผู้มีอายุ 18-59 ปี ผู้มีความคุ้มครองหลังเกษียณอายุ แบ่งตามอายุ ปี พ.ศ. 2550	50
ตาราง 3.7	แหล่งที่มาของรายได้ระหว่าง 12 เดือน ปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 และแบ่งตามอายุ และพื้นที่ที่อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2550	51
ตาราง 3.8	บุตรหลานที่เป็นแหล่งที่มาของรายได้หลัก และค่ากลางของจำนวนบุตรหลานที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ 50 ปี ขึ้นไปที่อยู่กับบุตรหลานอย่างน้อยหนึ่งคน แบ่งตามอายุ ปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550	52
ตาราง 3.9	การถือกุศลด้านการเงินสำหรับบิดามารดาอายุ 50 ปีขึ้นไป และจากลูกหลานที่ไม่ได้อาศัย อยู่ด้วยกัน แบ่งตามการศึกษาและแหล่งที่อยู่ของลูกหลาน ปี พ.ศ. 2538 - 2549	54
ตาราง 3.10	ความคาดหวังของการถือกุศลทางการเงินสำหรับสูงวัย แบ่งตามอายุ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี พ.ศ. 2550	55
ตาราง 3.11	การติดต่อบิดามารดาของบุตรหลานที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แบ่งตามจำนวน บุตรหลาน วัยทำงาน และแหล่งที่อยู่ของบุตรหลาน บิดามารดาอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2550	57
ตาราง 3.12	อัตราส่วนร้อยละของการอาศัยอยู่ลำพัง อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบเดือนที่ผ่านมา และคะแนน ของสุขภาวะด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2550	58
ตาราง 3.13	อัตราส่วนร้อยละของผู้ที่สามารถดูแลตัวเองและการกระจายของผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือได้รับการดูแล แบ่งตามจำนวนบุตรหลานวัยทำงาน และแหล่งที่อยู่ใกล้เคียง ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2550	59
ตาราง 3.14	อัตราร้อยละของผู้ที่เตรียมการสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งตามกลุ่มอายุ เพศ และพื้นที่ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550	61
ตาราง 4.1	10 อันดับแรกปีสุขภาพะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ แบ่งตามประเภทของโรคในวัย ก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) ปี พ.ศ. 2547	68
ตาราง 4.2	10 อันดับแรกปีสุขภาพะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ แบ่งตามประเภทของโรคใน ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2547	69
ตาราง 4.3	ปีสุขภาพะของวัยก่อนสูงอายุ และวัยสูงอายุผู้ชาย ปี พ.ศ. 2547	70
ตาราง 4.4	ปีสุขภาพะของวัยก่อนสูงอายุ และวัยสูงอายุผู้หญิง ปี พ.ศ. 2547	71
ตาราง 4.5	ความคุ้มครองสำหรับการบริการโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ)	73
ตาราง 4.6	ความคุ้มครองสำหรับการบริการโรคเบาหวาน (ร้อยละ)	74
ตาราง 4.7	การรายงานสุขภาพตัวเอง สถานภาพความสัมพันธ์กับเพื่อน เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549	75
ตาราง 4.8	5 มิติของข้อจำกัด แบ่งตามเพศ เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549	75
ตาราง 4.9	ผู้สูงวัยกับกิจกรรมประจำวันอย่างน้อย 1 อย่างหรือมากกว่านั้น (ร้อยละ)	77
ตาราง 4.10	ระยะเวลาเฉลี่ยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล แบ่งตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2546 - 2552	79

ตาราง 4.11	การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งตามอายุ ในปี พ.ศ. 2550	80
ตาราง 4.12	งบประมาณรายจ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพ แบ่งตามประเภทของการดูแลสุขภาพ ปี พ.ศ. 2537 - 2551 (ร้อยละ)	81
ตาราง 4.13	งบประมาณรายจ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพ แบ่งตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2552 - 2558	83
ตาราง 4.14	จำนวนนักเรียนที่เข้าศึกษาต่อแพทย์และพยาบาลในระหว่าง ปี พ.ศ. 2543 - 2553	84
ตาราง 4.15	ความต้องการกำลังงานด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2563	85
ตาราง 5.1	การทดสอบระดับชาติของการศึกษาระดับปฐมและมัธยม	91
ตาราง 5.2	ตัวบ่งชี้อันดับการศึกษา ประเทศที่ถูกเลือกในแถบเอเชีย	92
ตาราง 5.3	คาดประมาณจำนวนประชากรวัยเรียน (ล้านคน)	93
ตาราง 5.4	การสำรวจเงินออมหลังเกษียณอายุ	101
ตาราง 6.1	ร้อยละของประชากรที่เป็นผู้เคยย้ายถิ่นในช่วงชีวิต (Lifetime migrant - ผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นที่ไม่ใช่จังหวัดที่เกิด) และผู้ย้ายถิ่นห้าปี (มีการย้ายถิ่นห้าปีก่อนการสำรวจ)และผู้ที่ย้ายถิ่นได้ประมาณ 5 ปี (ย้ายถิ่นเมื่อ 5 ปีที่แล้ว)	105
ตาราง 6.2	อัตราร้อยละผู้ย้ายถิ่น 1 ปี ผู้ที่เพิ่งย้ายกลับบ้าน ปี พ.ศ. 2551 - 2552	107
ตาราง 6.3	จำนวนคนไทยที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศอย่างเป็นทางการ ปี พ.ศ. 2539 - 2550	110
ตาราง 6.4	การกระจายอายุสำหรับเขตชนบทและเขตเมือง แบ่งตามเพศ ปี พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2550 (ร้อยละ)	114
ตาราง 6.5	อาชีพสำหรับการย้ายถิ่นภายในและการไม่ย้ายถิ่น แบ่งตามเพศ ปี พ.ศ. 2550 (ร้อยละ)	115
ตาราง 6.6	การย้ายถิ่นไม่บันทึกเป็นเอกสารจากพม่า ลาว กัมพูชา ซึ่งได้รับใบอนุญาตทำงาน เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 (ร้อยละ)	116
ตาราง 7.1	เป้าหมายและความสำเร็จอัตราการเติบโตของประชากร	123
ตาราง 7.2	นโยบายตอบสนองทางประชากรด้านสังคมและเสถียรภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10	124
ตาราง 7.3	สมมุติฐานอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate-TFR) ตามการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ	125
ตาราง 7.4	ผลที่เกิดจากการเปลี่ยนสมมุติฐานการเติบโตระดับกลางและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปของประเทศไทย	125
ตาราง 7.5	การเจริญเติบโตของประชากรไทยในอนาคต ตามการคาดประมาณระดับกลางและระดับต่ำขององค์การสหประชาชาติขั้นต่ำและชั้นกลาง	127
ตาราง 7.6	ร้อยละของลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกันของเด็ก	130
ตาราง 7.7	เหตุผลที่บุตรหลานที่ไม่อาศัยอยู่กับบิดามารดาในครัวเรือนเดียวกันในปี พ.ศ. 2552	131
ตาราง 7.8	ประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงแรงงานหญิงที่เข้ามามีส่วนร่วมในตลาดแรงงานและโครงสร้างการจ้างงาน ปี พ.ศ. 2523 - 2553	132

สารบัญภาพ

ภาพ 1.1	ปิรามิดประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2503 - 2573	6
ภาพ 1.2	ประเทศไทย: ดัชนีการเจริญเติบโตของประชากรตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2543 - 2573	9
ภาพ 2.1	แนวโน้มอัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวมในประเทศไทย	20
ภาพ 2.2	อัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวมและจำนวนการจดทะเบียนการเกิดในประเทศไทย	20
ภาพ 2.3	อัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวมระหว่างสตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้ สตรีวัยเจริญพันธุ์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และสตรีมุสลิมวัยเจริญพันธุ์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้	22
ภาพ 2.4	จำนวนสตรีมีครรภ์ที่เป็นแรงงานข้ามชาติตามแนวชายแดนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2547 - 2552	24
ภาพ 2.5	อัตราส่วนร้อยละของการคุมกำเนิดในกลุ่มผู้หญิงที่สมรสแล้ว ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2512 - 2552	25
ภาพ 2.6	จำนวนบุตรที่พึงประสงค์ของผู้หญิงที่สมรสแล้ว อายุระหว่าง 15-49 ปี	25
ภาพ 2.7	อายุเฉลี่ยของการเป็นประจำเดือนครั้งแรก ตามกลุ่มอายุของผู้หญิง	27
ภาพ 2.8	อัตราส่วนร้อยละของภาวะเจริญพันธุ์ของผู้หญิงที่สมรสแล้ว ตามอายุ ปี พ.ศ. 2551 - 2552	30
ภาพ 2.9	อัตราส่วนร้อยละของผู้หญิงอายุระหว่าง 50-59 ปีที่เคยสมรสแล้วและไม่มีบุตร ปี พ.ศ. 2513 - 2553	30
ภาพ 2.10	จำนวนคนไข้ในอันเนื่องจากการทำแท้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2537 - 2552	31
ภาพ 2.11	อัตราส่วนร้อยละของเหตุผลและแรงผลักดันการทำแท้งนอกโรงพยาบาลจากการสัมภาษณ์คนไข้ ปี พ.ศ. 2542	32
ภาพ 3.1	ภาวะประชากรผู้สูงอายุกับการเติบโตประชากรผู้สูงอายุ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2493 - 2553	37
ภาพ 3.2	อายุมีฐานและอัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุ (ประชากรอายุ 15-64 ปี และ 65 ปีขึ้นไป) ปี พ.ศ. 2493 - 2593	40
ภาพ 3.3	ค่ากลางของบุตรที่มีชีวิตอยู่ ตามอายุ ปี พ.ศ. 2537 - 2560	41
ภาพ 3.4	อัตราส่วนร้อยละของบุตรหลานของผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่นอกจังหวัดที่บิดามารดาอาศัยอยู่	41
ภาพ 3.5	รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2529 - 2550	42
ภาพ 3.6	อัตราส่วนร้อยละของผู้ที่ไม่เคยสมรสและอัตราส่วนร้อยละของคู่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ตามอายุและเพศ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550	44
ภาพ 3.7	การได้รับการศึกษา ตามอายุและพื้นที่ที่อยู่อาศัยประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550	45

ภาพ 3.8	อัตราร้อยละของผู้ที่เต็มใจทำงานระหว่างผู้ที่ไม่ได้ทำงานในสัปดาห์ก่อนหน้าและ ผู้ที่ไม่รอเหตุผลในการทำงาน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	49
ภาพ 3.9	บุตรหลาน ซึ่งเป็นแหล่งที่มาของรายได้และการประเมินสถานภาพทางเศรษฐกิจ แบ่งตามจำนวนบุตรหลานวัยทำงาน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550	53
ภาพ 3.10	สถานที่ที่อาศัยอยู่ที่ใกล้ที่สุดของประชากรวัยทำงาน ตามจำนวนประชากรวัยทำงาน ประชากรสูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550	56
ภาพ 4.1	อายุขัยเฉลี่ยตั้งแต่เกิดของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2498 - 2593	68
ภาพ 4.2	ภาวะความเสี่ยงระหว่างผู้ชายวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ	72
ภาพ 4.3	ภาวะความเสี่ยงระหว่างผู้หญิงวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ	72
ภาพ 4.4	ความคุ้มครองที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการสำหรับโรคความดันโลหิตสูง	74
ภาพ 4.5	ความคุ้มครองที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการสำหรับโรคเบาหวาน	74
ภาพ 4.6	อัตราการพบแพทย์ของผู้สูงอายุต่อคนต่อปี ตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2546 - 2552	78
ภาพ 4.7	อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลต่อคนต่อปี ตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2546 - 2552	78
ภาพ 4.8	การพยากรณ์สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายของบุคลากรและไม่ใช่บุคลากร ปี พ.ศ. 2552 - 2558	82
ภาพ 4.9	การวางแผนงบประมาณงบประมาณรายจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลของประชากร คำนวณเป็นอัตราส่วนร้อยละของงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2009 -2015	82
ภาพ 5.1	อัตราการเกิดและอัตราการตายอย่างหยاب และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ	90
ภาพ 5.2	นักเรียนอายุ 5 - 14 ปี	90
ภาพ 5.3	จำนวนเด็กนักเรียนช่วงอายุ 5-14 ปีที่กำลังศึกษาอยู่	91
ภาพ 5.4	โครงสร้างอายุของการจ้างงานทั้งแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบ	93
ภาพ 5.5	การจ้างงานนอกระบบตามระดับการศึกษา	94
ภาพ 5.6	การจ้างงานในระบบตามระดับการศึกษา	94
ภาพ 5.7	อัตราการผลิตของแรงงาน	94
ภาพ 5.8	รายได้ของลูกจ้างต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำตามการศึกษา	95
ภาพ 5.9	วงจรชีวิตเศรษฐกิจของประเทศไทย (ปี พ.ศ. 2547) และประเทศญี่ปุ่น (ปี พ.ศ. 2547)	96
ภาพ 5.10	อัตราการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศในเอเชียที่ถูกเลือก	96
ภาพ 5.11	การปันผลทางประชากรระยะที่ 1 สำหรับประเทศในเอเชียที่ถูกเลือก	97
ภาพ 5.12	อัตราส่วนความมั่งคั่งของค่าแรงสำหรับประเทศในเอเชียที่ถูกเลือก	98
ภาพ 5.13	การปันผลทางประชากรระยะที่ 2 สำหรับประเทศในเอเชียที่ถูกเลือก	99
ภาพ 5.14	การโอนข้ามการศึกษาระหว่างรัฐบาลและเอกชน	99

ภาพ 5.15	การแลกเปลี่ยนปริมาณและคุณภาพสำหรับประเทศในเอเชียที่ถูกเลือก	100
ภาพ 5.16	ประชากรวัยทำงานในอนาคต	100
ภาพ 5.17	สัดส่วนคนจนตามกลุ่มอายุ	101
ภาพ 6.1	กำไร/ขาดทุนสุทธิในระดับภูมิภาคจากการย้ายถิ่นทุกๆ 5 ปี ระยะเวลาปี พ.ศ. 2508 - 2543	106
ภาพ 6.2	อัตราส่วนร้อยละของประชากรผู้ย้ายถิ่นทุกๆ 1 ปี (รวมทั้งหมดและตามเพศ) ปี พ.ศ. 2540 - 2552	106
ภาพ 6.3	อัตราส่วนร้อยละของประชากรผู้ย้ายถิ่นทุกๆ 1 ปี (ตามกลุ่มอายุ) ปี พ.ศ. 2540 - 2552	107
ภาพ 6.4	อัตราส่วนร้อยละของประชากรผู้ย้ายถิ่นทุกๆ 1 ปี (ตามกระแสการย้ายถิ่น) ปี พ.ศ. 2540 - 2552	107
ภาพ 6.5	ค่าเฉลี่ยการเจริญเติบโตของประชากรรายปีของประเทศไทยตามสถานภาพเมือง	108
ภาพ 6.5a	เขตเมืองและเขตชนบท กรุงเทพมหานครและจังหวัดในเขตปริมณฑล ปี พ.ศ. 2503 -2553	108
ภาพ 6.5b	เขตชนบท กรุงเทพมหานครและเขตเมืองอื่นๆ ปี พ.ศ. 2538 -2563	109
ภาพ 6.6	อัตราส่วนร้อยละของประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองอื่นๆ ปี พ.ศ. 2493 - 2553	109
ภาพ 6.7	ประเทศที่คนไทยอาศัยอยู่ ปี พ.ศ. 2540 - 2550 (อย่างเป็นทางการ)	110
ภาพ 6.8	ประเทศของการย้ายถิ่นอย่างแบบไม่ได้บันทึกเป็นเอกสาร ปี พ.ศ. 2552	110
ภาพ 6.9	อัตราส่วนร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศที่ได้รับจากการเกษตรกรรมกับแรงงานในภาคเกษตรกรรมของประเทศไทยและประเทศต่างๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	113
ภาพ 6.10	อัตราพึ่งพิงรวม อัตราการเป็นภาระวัยเด็ก และอัตราการเป็นภาระวัยผู้สูงอายุ สำหรับเขตชนบทและเขตเมือง ปี พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2550	114
ภาพ 6.11	การได้รับการศึกษา แบ่งตามเพศสำหรับเขตชนบทและเขตเมือง ปี พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2550 (มาตรฐานอายุ)	114
ภาพ 6.12	ค่ากลางของรายได้รายเดือนของครัวเรือนปรับให้เท่ากันสำหรับกรุงเทพมหานคร เขตเมืองและชนบทอื่นๆ ปี พ.ศ. 2539 - 2550 (จำนวนบาท ปี พ.ศ. 2550)	116
ภาพ 6.13	ค่ากลางของงบประมาณรายจ่ายสำหรับครัวเรือนปรับให้เท่ากันสำหรับกรุงเทพมหานคร เขตเมืองและชนบทอื่นๆ ปี พ.ศ. 2539 - 2550 (จำนวนบาท ปี พ.ศ. 2550)	117
ภาพ 6.14	อัตราส่วนคนจน ปี พ.ศ. 2539-2552	117
ภาพ 7.1	อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีสมาชิกที่เข้าเรียนระดับมัธยม	129

ตัวย่อ

ADL	Activities of Daily Living	กิจวัตรประจำวัน
CPR	Contraceptive Prevalence Rate	อัตราความชุกของการคุมกำเนิด
DM	Diabetes Mellitus	โรคเบาหวาน
DALY	Disability Adjusted Life Year	การสูญเสียปีสุขภาวะ
HDI	Human Development Index	ดัชนีการพัฒนามนุษย์
HWS	Health and Welfare Survey	แบบสำรวจสุขภาพและสวัสดิการ
IADL	Instrumental Activities of Daily Living	กิจวัตรประจำวัน
ICPD	International Conference on Population and Development	การประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา
ILO	International Labour Organization	องค์การแรงงานระหว่างประเทศ
IPSR	Institute for Population and Social Research	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
IMR	Infant Mortality Rate	อัตราตายของทารก
IUD	Intra-Uterine Device	การคุมกำเนิดแบบใส่ห่วง
GDP	Gross Domestic Products	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
GIS	Geographical Information System	ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์
MIS	Migration Impact Survey	การศึกษาผลกระทบของการย้ายถิ่น
MOL	Ministry of Labor	กระทรวงแรงงาน
MOPH	Ministry of Public Health	กระทรวงสาธารณสุข
MWRA	Married women of reproductive age	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วอยู่กับสามี
NIC	Newly Industrialized Countries	ประเทศอุตสาหกรรมใหม่
NCD	Non-communicable diseases	โรคไม่ติดต่อ
NESDB	National Economic and Social Development Board	คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
NESDP	National Economic and Social Development Plan	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
NHES	National Health Examination Survey	โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย
NGO	Non-governmental Organization	องค์กรพัฒนาเอกชน
NMS	National Migration Survey	การสำรวจการย้ายถิ่นแห่งชาติ
NSO	National Statistical Office	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
OECD	Organization of Economic Cooperation and Development	องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา

ONESQA	Office for National Education Standards and Quality Assessment	สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา
OPA	Older Persons Associations	ชมรมผู้สูงอายุ
SES	Socio-economic Survey	การสำรวจเศรษฐกิจและสังคม
SMAM	Singulate Mean Age at Marriage	อายุเฉลี่ยเมื่อแรกสมรส
SWET	Survey of Welfare of the Elderly in Thailand	การสำรวจสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย
TAO	Tambon Administration Organization	องค์การบริหารส่วนตำบล
TB	Tuberculosis	วัณโรค
TDRI	Thailand Development Research Institute	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
TFR	Total Fertility Rate	อัตรากภาวะเจริญพันธุ์รวม
UN	United Nations	องค์การสหประชาชาติ
UNFPA	United Nations Population Fund	กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees	สำนักงานข้าหลวงใหญ่เพื่อผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ
WHO	World Health Organization	องค์การอนามัยโลก
YLD	Years Living in Disability	จำนวนปีที่อาศัยอยู่ในความพิการ
YLL	Years of Life Losses	จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

อัตราการเจริญเติบโตของประชากรในประเทศไทยได้ชะลอตัวในช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงทางประชากรกำลังทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการศึกษาและทักษะ การเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงด้านการกระจายตัวของประชากร ในอีก 20 ปีข้างหน้า การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้น รายงานฉบับนี้แสดงทิศทางและแนวโน้มวิวัฒนาการทางประชากรในประเทศไทย วิเคราะห์นโยบายในประเด็นต่างๆ จากผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทางประชากร ทั้งในด้านการศึกษา การมีส่วนร่วมของแรงงาน ความเป็นเมือง การย้ายถิ่น และผลกระทบต่อทางสุขภาพ รวมถึงทบทวนนโยบายประชากรที่ผ่านมา การปรับเปลี่ยนนโยบาย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและ นัยสำคัญทางด้านนโยบายในประเทศไทย

จำนวนประชากรลดลง ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ยุคที่อัตราการเจริญเติบโตของประชากรชะลอตัว ขณะนี้จำนวนประชากรไทยจะยังคงเพิ่มขึ้นโดยผลจากการคาดประมาณพบว่าจะเพิ่มขึ้นไม่เกินห้าล้านคนและเป็นไปได้ว่าอาจจะเพิ่มเพียงราวหนึ่งล้านคนจากจำนวนประชากรที่มีทั้งหมดในปัจจุบัน การลดลงของประชากรของประเทศไทยน่าจะเกิดก่อนปี พ.ศ. 2563 สาเหตุมาจากภาวะเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับต่ำกว่าอัตราทดแทนตลอดช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะลดต่ำลงไปอีก

ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว เพียงแค่ช่วงเวลาประมาณ 20 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2513 - 2533 อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 5.5 เป็น 2.2 นับเป็นการลดลงอย่างรวดเร็วที่สุดในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่สองในสามของประชากรไทยอาศัยอยู่ในชนบทและสองในสามของแรงงานหญิงอยู่ในภาคเกษตรกรรม ซึ่งต่างไปจากสถานการณ์ในประเทศทางเอเชียตะวันออกในช่วงที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเหล่านี้แล้ว ผู้หญิงไทยมีระดับการศึกษาเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่ามาก ในขณะที่อัตราแรงงานของผู้หญิงอยู่ในระดับที่สูง

การเกิดลดลง อัตราภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงส่งผลให้จำนวนเด็กเกิดใหม่ลดลง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร

โดยสัดส่วนประชากรวัยเด็กของฐานประมิตประชากรลดขนาดลงในช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา จากการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติซึ่งข้อสมมุติฐานขั้นต่ำจะสอดคล้องกับแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ขณะนี้มากกว่าข้อสมมุติฐานชั้นกลาง แต่ยังคงประเมินจำนวนการเกิดของปี พ.ศ. 2553 สูงเกินกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยมีจำนวนการเกิดไม่ถึง 800,000 รายต่อปี ซึ่งเป็นจำนวนน้อยกว่า 970,000 รายต่อปีจากการคาดประมาณประชากร อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของจำนวนการเกิดในแต่ละปีที่ได้จากการคาดประมาณจะลดลงไปเรื่อยๆ จนมีจำนวนการเกิดลดลงเหลือน้อยกว่า 500,000 รายต่อปีในช่วงปี พ.ศ. 2588-2593

ผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร ไม่ว่าจะเป็นด้านโครงสร้างของอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการศึกษาและผลกระทบต่อสุขภาพและการกระจายตัวของประชากร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยในอีกสองทศวรรษข้างหน้าจะส่งผลกระทบต่อ มีนัยเชิงนโยบายทั้งในแง่การปรับสภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปและการกำหนดนโยบายประเทศที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนนั้นๆ

บทที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์ และผลกระทบ

ภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำมากและการเกิดที่น้อยลง ก่อนปี พ.ศ. 2513 หญิงไทยมีจำนวนบุตรประมาณ 6 คนโดยเฉลี่ย แต่ในปัจจุบันพบว่าอัตราภาวะเจริญพันธุ์รวมลดลงอยู่ที่ระดับ 1.5 เท่านั้น ถึงแม้ภาวะเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างรวดเร็วหลังปี พ.ศ. 2513 แต่จำนวนการเกิดในแต่ละปีจะอยู่ที่ประมาณ 950,000 รายเป็นระยะกว่าสิบปีที่ผ่านมา จาก “แรงเหวี่ยงประชากร (Population Momentum)” นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมาจำนวนการเกิดอยู่ที่ประมาณ 800,000 รายต่อปี

ความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างเขตชนบทและในเขตเมืองไม่แตกต่างกันมาก ภาคใต้มีภาวะเจริญพันธุ์ลดลงน้อยที่สุด โดยชาวไทยมุสลิมและกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือมีภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงกว่าประชากรทั่วไป ในขณะที่การคาดประมาณภาวะเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเป็นเรื่องที่ทำได้ยากลำบากด้วยข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัด คาดประมาณว่าในปี พ.ศ.

2553 จำนวนการเกิดของแรงงานข้ามชาติจะอยู่ที่ระหว่าง 42,000 และ 98,000 ราย

การคุมกำเนิดที่สูงขึ้นและการสมรสล่าช้า อัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2513 เพิ่มสูงกว่าร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2530 และคงที่อยู่ระดับประมาณร้อยละ 80 ในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการทำงานของผู้หญิงที่เพิ่มมากขึ้น เป็นตัวขับเคลื่อนให้คนไทยมีขนาดครอบครัวเล็กลง คนอยู่เป็นโสดเพิ่มมากขึ้น ผู้หญิงโสดที่มีอายุระหว่าง 50-54 ปี เพิ่มขึ้น จากเพียงร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2553

การแท้งและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนการเกิดทั้งหมดลดลง แต่น่าห่วงว่าการคลอดที่เกิดจากวัยรุ่นเพิ่มขึ้น แม้ว่า การคลอดเกือบทั้งหมดจะเกิดจากกลุ่มวัยรุ่นหญิงตอนปลาย (อายุ 15-19 ปี) แต่การคลอดที่เกิดจากกลุ่มวัยรุ่นหญิงตอนต้น (อายุต่ำกว่า 15 ปี) มีเพิ่มขึ้นเช่นกัน การทำแท้งมีเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ ทางสังคม อายุของผู้หญิง จำนวนบุตร การมีสถานภาพเป็นนักเรียน ปัญหาครอบครัว และ ความผิดพลาดของการคุมกำเนิด ล้วนแต่เป็นเหตุผลที่ทำให้หญิงวัยรุ่นทำแท้ง

ข้อเสนอเชิงนโยบาย นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัย การเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2557) มีเป้าหมายสร้างความมั่นใจว่าการเกิดทุกรายต้องเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ นำไปสู่สุขอนามัยที่ดีของวัยเจริญพันธุ์สำหรับประชากรไทยทุกเพศและทุกวัย โดยเฉพาะด้านสุขภาพทางเพศ โดยการมีบุตรจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความพร้อม ตั้งใจ และความเสมอภาค นโยบายฉบับนี้เสนอการคลอดที่มีคุณภาพควรจะต้องเริ่มต้นด้วยการตั้งครรภ์ในอายุที่เหมาะสม โดยผู้ที่ตั้งครรภ์ทั้งหมดจะต้องได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์เป็นอย่างดี มีแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ทำคลอด นโยบายฉบับนี้ครอบคลุมถึงการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกการตั้งครรภ์เป็นที่ต้องการและการคลอดทุกครั้งปลอดภัย โดยจะครอบคลุมไปถึงสุขอนามัยของเด็ก ตั้งแต่ช่วงทารกจนถึงวัยเด็ก

บทที่ 3 ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรต่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ภาวะประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยในประเทศไทยเกิดขึ้นเร็วกว่าหลายประเทศทางตะวันตก ซึ่งการเพิ่มจำนวนประชากรสูงวัยนี้เป็นผลมาจากการที่มีอัตราเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว การมีอายุยืนยาวมากขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้ประชากรไทยสูงวัยมีจำนวนเพิ่มขึ้น

การปรับปรุงด้านกายภาพ ประชากรไทยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเกิดขึ้นตามบริบทของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม

การปรับปรุงด้านกายภาพดีขึ้น (เช่น การปรับปรุงคุณภาพของที่อยู่อาศัย สิ่งของเครื่องใช้ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกสบาย) ล้วนก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง การใช้โทรศัพท์อย่างแพร่หลายเป็นการเปลี่ยนแปลงที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถติดต่อบุตรหลานที่อาศัยที่อยู่ในที่ต่างๆ ได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้รายได้ของผู้สูงอายุยังเพิ่มขึ้นอีกด้วย

แนวโน้มปัจจัยกำหนดสุขภาพของผู้สูงอายุ

อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุลดลง อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงสะท้อนถึงการเกือหนุนที่หดตัวของกลุ่มคนวัยทำงานที่มีศักยภาพสามารถเป็นที่พึ่งพิงของประชากรสูงอายุ นั่นหมายถึงในอนาคตจะมีกำลังแรงงานต่อหัวที่สามารถเกือหนุนผู้สูงอายุได้จำนวนน้อยลง

ขนาดของครอบครัวเล็กลง จำนวนเฉลี่ยของบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่จะลดจำนวนลงอย่างมาก จึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อภาวะไร้บุตรที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ที่เป็นโสดเพิ่มมากขึ้น

บุตรอยู่ใต้อุปการะมากขึ้น นอกจากขนาดของครอบครัวที่ลดลงแล้ว แนวโน้มของการย้ายถิ่นเพื่อหางานทำของกลุ่มวัยทำงานที่เพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเป็นปัจจัยเอื้อที่จะทำให้มีจำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง เพื่อคอยดูแลช่วยเหลือพ่อแม่ที่สูงอายุในกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง

รูปแบบการอยู่อาศัยเปลี่ยนแปลง การอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันของผู้สูงอายุกับบุตรลดลงมากกว่าในช่วงระยะ 20 ปีที่ผ่านมา โดยลดจากร้อยละ 77 ในปี พ.ศ. 2529 เหลือเพียงร้อยละ 59 ในปี พ.ศ. 2550 และถึงแม้ว่าการที่บุตรไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับพ่อแม่ที่สูงวัยจะมีมากขึ้น แต่อย่างน้อยจะยังคงมีบุตรหนึ่งคนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบด้านเพศและอายุ ในอนาคตอันใกล้ประชากรสูงอายุในประเทศไทยจะมีอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง จำนวนคนสูงวัยที่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายนั้น เป็นเพราะว่าผู้หญิงโดยเฉลี่ยจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ โดยจะเห็นชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ

สถานภาพทางการสมรสที่แตกต่าง พบว่าผู้สูงอายุไทยเพียงร้อยละ 3 ที่ยังไม่ได้สมรส และกว่าร้อยละ 60 ที่สมรสแล้วและคงอาศัยอยู่กับคู่ครอง ในขณะที่จำนวนเกือบหนึ่งในสามเป็นฝ่ายที่นี้สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่ยังไม่ได้สมรสจะเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้

มีการศึกษาที่ดีขึ้น ในอนาคตผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีระดับการศึกษาที่ดีขึ้นกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ ซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะยังคงมีระดับการศึกษาน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต่อไป

สุขภาพโดยรวมและการมองเห็นดีขึ้น ทั้งการประเมินสุขภาพของตนเองและการมองเห็นของผู้สูงอายุดีขึ้น

สถานภาพการทำงาน เมื่อมีอายุมากขึ้นร้อยละของประชากรสูงอายุที่ทำงานกลับลดลงอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุในเขตชนบทจะเป็นกำลังแรงงานมากกว่าในเขตเมือง

การเกื้อหนุนอย่างเป็นทางการที่เพิ่มขึ้น โดยทั่วไปแล้วผู้ชายมักจะได้รับสิทธิในผลประโยชน์จากการเกษียณอายุมากกว่าผู้หญิงจะได้รับ โดยผู้อาศัยในเขตเมืองจะได้รับผลประโยชน์จากการเกษียณอายุมากกว่าผู้อาศัยในเขตชนบทเสมอ สะท้อนข้อเท็จจริงว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองจำนวนมากทำงานในภาครัฐหรือธุรกิจเอกชนที่ให้สิทธิประโยชน์เมื่อเกษียณอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบทไม่ได้รับการเกื้อหนุนเหล่านี้

แหล่งที่มาของรายได้ บุตรเป็นแหล่งที่มาของรายได้ที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ ตามด้วยรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุเอง

การเกื้อหนุนด้านการเงินและขนาดของครอบครัว การมีลูกน้อยจะสอดคล้องกับการเกื้อหนุนด้านการเงินที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรที่น้อยลง แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าขนาดของครอบครัวที่เล็กลงในอนาคตจะเป็นอุปสรรคต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะถ้าหากผู้สูงอายุสามารถเก็บสะสมทรัพย์สินเงินทองจำนวนมากไว้ดูแลตนเองในยามชรา เนื่องจากไม่มีภาระที่ต้องดูแลบุตรจำนวนมาก

การย้ายถิ่นของบุตรและการเกื้อหนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ ในประเทศไทย สัดส่วนของบุตรที่ย้ายถิ่นจากพ่อแม่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้คนวัยทำงานจะย้ายถิ่นออกจากจังหวัดที่เป็นถิ่นฐานของตน เพื่อแสวงหาการศึกษาและรายได้ที่ดีกว่า ดังนั้นการย้ายถิ่นของบุตรเพื่อมีฐานะที่ดีขึ้นจะทำให้สามารถเกื้อหนุนด้านการเงินให้กับผู้สูงอายุได้ดีกว่า

ผลกระทบการเกื้อหนุนทางสังคมและการดูแลตัวเอง

ความสัมพันธ์ทางสังคมและสุขภาวะทางจิตใจ การรักษาความสัมพันธ์กับบุตรที่ย้ายออกจากครัวเรือนเป็นเรื่องสำคัญต่อสุขภาวะทางสังคมและจิตอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การย้ายถิ่นของบุตรเป็นการลดโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่ยังคงมีการรักษาความสัมพันธ์โดยทางอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้โทรศัพท์ โดยเฉพาะโทรศัพท์ มือถือกันที่ใช้กันอยู่ทั่วไปในขณะนี้

การดูแลตัวเอง ร้อยละ 88 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถดูแลตัวเองได้ ซึ่งอาจอนุมานได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ยังไม่ต้องพึ่งผู้ดูแล สำหรับคนสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เกือบทั้งหมดจะมีผู้ดูแล แต่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่ไม่มีคนจะดูแล

การเตรียมการช่วยเหลือผู้สูงอายุ

การเตรียมการระดับประเทศ ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้ตระหนักมาโดยตลอดว่าผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วต้องเอาใจใส่และให้การตอบสนองในหลายรูปแบบ ทั้งการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2542 และการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) รวมไปถึงการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อสรุปประเด็นผู้สูงอายุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และโครงการบำเหน็จบำนาญแห่งชาติได้รับการอนุมัติในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554

การเตรียมการระดับท้องถิ่นและชุมชน โดยหลักการองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จะเป็นผู้ที่เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทท้องถิ่น จึงควรจะทำงานตอบสนองดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าหน่วยงานอื่นๆ แต่การบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณของ อบต. เพื่อดูแลผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร รวมถึงยังขาดแคลนผู้ที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับโรคภัยชรา ซึ่งล้วนแต่เป็นอุปสรรคในหน้าที่ความรับผิดชอบของ อบต. และอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ อบต. ยังขาดประสิทธิภาพในการจัดเก็บฐานข้อมูลรายละเอียดของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นอุปสรรคการทำงาน โดยเฉพาะการจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมในการรับบริการและการคุ้มครอง

การเตรียมการระดับบุคคล จากข้อจำกัดของระบบการเกื้อหนุนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับผิดชอบดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่งในประเทศไทย การเตรียมการสำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงในอนาคต ควรจะต้องเริ่มต้นตั้งแต่นั้นๆ มากกว่าที่จะเป็นอย่างไรในปัจจุบันนี้

นัยเชิงนโยบาย ผู้สูงอายุในอนาคตจะได้รับความใส่ใจแตกต่างจากผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับสุขภาพที่ดีขึ้น และได้รับผลประโยชน์ยามเกษียณอายุมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากการเตรียมการช่วยเหลือผู้สูงอายุในหลากหลายวิธี การที่บุตรวัยทำงานของผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้น อีกทั้งรูปแบบการว่าจ้างงานที่เปลี่ยนไปจะมีส่วนชดเชยให้บุตรสามารถให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่พ่อแม่ผู้สูงอายุได้ดีมากกว่าเดิม แม้ว่าจะมีจำนวนบุตรน้อยลงก็ตาม นอกจากนี้แล้ว การขยายความคุ้มครองเกษียณอายุของผู้สูงอายุในอนาคตผ่านบำเหน็จบำนาญชราภาพภายใต้กองทุนประกันสังคม ซึ่งทราบกันดีว่าเป็นการดำเนินการของรัฐบาลเพื่อช่วยชดเชยให้แก่ผู้สูงอายุจะช่วยชดเชยการเกื้อหนุนทางการเงินของบุตรที่ลดลงได้ส่วนหนึ่ง ส่วนการดำเนินการในแนวทางอื่นๆ เพื่อเกื้อหนุนสุขภาพด้านกายภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่สำคัญ คือการคงไว้ให้ผู้สูงอายุมีงานทำ หนึ่งในแนวโน้มทางบวกที่เป็นไปได้ก็คือการดูแลสุขภาพของสูงอายุให้ดียิ่งขึ้น อีกประการหนึ่งก็คือการเพิ่มการ

เกษียณอายุงานตามกฎหมายจากเดิม 60 เป็น 65 ปี จะเป็นอีกวิธีที่จะช่วยเพิ่มการทำงานในกลุ่มผู้สูงอายุวัยระหว่าง 60 ถึง 64 ปี โดยให้มีสภาพการทำงานที่ยืดหยุ่นจะช่วยสนองตอบความต้องการของทั้งสองฝ่าย โดยส่วนใหญ่แล้ว การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมักจะเป็นหน้าที่ของคู่ชีวิต แต่หากว่าคู่ชีวิตหรือญาติพี่น้องไม่พร้อมที่จะดูแล หรือบุตรไม่ได้อาศัยอยู่ใกล้ๆ ควรเปิดโอกาสให้บุตรสามารถลาหยุดงานชั่วคราวเพื่อที่จะดูแลการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและเหตุฉุกเฉินระยะสั้นๆ ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้บุตรหรือบุคคลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของครอบครัวจะช่วยกันดูแลผู้สูงอายุแล้ว รัฐบาลจะต้องพิจารณาแผนงานต่างๆ ที่จะช่วยยืดระยะเวลาของการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ยาวออกไป ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน และสถานที่สาธารณะ ตลอดจนให้การรักษาพยาบาล เพื่อลดสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เช่น การผ่าตัดต่อกระดูก เป็นต้น

บทที่ 4 ข้อท้าทายต่อระบบสุขภาพและทิศทางในอนาคต

รูปแบบภาระโรค ในขณะที่ประชากรไทยทั้งชายและหญิงมีอายุยืนมากขึ้น ไม่ได้หมายความว่าอายุที่เพิ่มขึ้นนั้น จะเป็นช่วงเวลาที่สุขภาพดีเสมอไป ภาระโรคของกลุ่มสูงอายุจะไม่มีที่แตกต่างกันระหว่างชายและหญิง ซึ่งต่างจากภาระโรคในกลุ่มก่อนวัยชรา โดยจะพบว่าโรคเมธิงและโรคหัวใจจะเพิ่มมากขึ้น ทั้งในกลุ่มก่อนวัยชราและกลุ่มผู้สูงอายุชายและหญิง ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นภาระความเสี่ยงหลักของกลุ่มผู้สูงอายุหญิง และการสูบบุหรี่เป็นประจำเป็นประจำและโรคความดันโลหิตสูงเป็นความเสี่ยงหลักของกลุ่มผู้สูงอายุชาย

ความคุ้มครองของบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ แม้ว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจะเป็นภาระความเสี่ยงหลัก แต่ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ทราบระดับความดันโลหิตของตน ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับความไม่รู้และการไม่สามารถควบคุมภาวะโรคได้คือ อาศัยอยู่ในเขตชนบท รายได้ต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ ยังคงทำงาน และสูงอายุ

การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ผู้สูงอายุโดยรวมประเมินว่าตนมีสถานะสุขภาพดีขึ้น แต่ข้อจำกัดทางกายภาพและการเสื่อมของสภาพร่างกาย ได้แก่ การหลงลืม การมีข้อจำกัดในจำกัดในกิจวัตรประจำวันมีเพิ่มสูงขึ้นตามวัย

การเข้ารับการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสูงกว่าประชากรวัยอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้มีอายุมากกว่า 80 ปี เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลถึงมากกว่า 12 ครั้งต่อปี ถึงแม้จะดูเหมือนว่าจำนวนวันในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจะเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่เห็นรูปแบบชัดเจนเนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีศักยภาพในการรับผู้ป่วยต่างกัน

งบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ จากข้อมูลที่มีอยู่จำกัดพบว่างบประมาณรายจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลของประชากรทั้งหมด ค่อยๆ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 ของงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 84 ในปี พ.ศ. 2558 ในขณะที่งบประมาณรายจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 ของงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 31 ในปี พ.ศ. 2558 การเพิ่มขึ้นของงบประมาณรายจ่ายดังกล่าวน่าจะมาจากสมมติฐานที่กำหนดว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่ากัน จึงต้องระมัดระวังในการแปลผลดังกล่าว ฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือมีความสอดคล้องกันตลอดช่วงเวลาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถคาดประมาณแนวโน้มค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในอนาคตได้

สถานการณ์และแนวโน้มของบุคลากรสาธารณสุข การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทยังคงปรากฏอยู่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราส่วนแพทย์ต่อคนไข้ในกรุงเทพมหานครสูงกว่าเป็นสิบเท่าของภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถจะดึงแพทย์ภาครัฐไว้ได้ ภาวะสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐไปยังภาคเอกชนเป็นปรากฏการณ์ปกติ โดยเฉพาะในยุคช่วงที่เศรษฐกิจเฟื่องฟู ทำให้ความต้องการการดูแลรักษาโดยภาคเอกชนเพิ่มขึ้น การผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชียเพื่อรองรับผู้ป่วยจากภูมิภาคได้เพิ่มความต้องการการรักษาของภาคเอกชน และนำไปสู่การเกิดภาวะสมองไหลของอาจารย์แพทย์ที่เก่งและมีชื่อเสียง การขาดแคลนนั้ตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขและผู้มีความเชี่ยวชาญจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การขาดแคลนนั้ตราบุคลากรและทักษะที่หลากหลายของบุคลากรสาธารณสุขตลอดจนการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือในชุมชน (non-formal care givers) จะทำให้ความกดดันต่อระบบสาธารณสุขที่มีเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านประชากรและการเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพจะยิ่งขยายตัว ล้วนเป็นข้อพิจารณาทางนโยบายที่จะต้องมีความรอบคอบ

อุปสงค์และอุปทานของบุคลากรสาธารณสุขให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การขาดแคลนบุคลากรหลักทางสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ชี้ให้เห็นว่าความต้องการบุคลากรสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้บุคลากรเหล่านี้จำนวนน้อยมากที่ทำงานในชนบทซึ่งเป็นพื้นที่ที่ต้องการบุคลากรดังกล่าวมากที่สุด ควรจะมีการวางแผนบริหารทรัพยากรเพื่อไม่ให้มีการดึงบุคลากรจากชนบทซึ่งขาดแคลนอยู่แล้วไปเพิ่มให้กับเขตเมืองหรือโรงพยาบาลเอกชน จึงควรมีการวางแผนและสื่อสารระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อหาทางออกร่วมกัน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย ประการแรก *ดูแลให้มีสุขภาพแข็งแรงมากที่สุดก่อนเข้าสู่วัยชรา* การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีความดันโลหิตสูง เป็นสามปัจจัยเสี่ยงหลักสำหรับกลุ่มชายก่อนเข้าสู่วัยชรา ในขณะที่การมีดัชนีมวลกาย

สูง การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการมีความดันโลหิตสูง ล้วนเป็นสามปัจจัยเสี่ยงหลักสำหรับกลุ่มหญิงก่อนเข้าสู่วัยชรา การมีวิถีชีวิตที่ตื่นตัวตลอดเวลา การบริโภคอาหารสุขภาพและ ความคุมแคลอรีจะช่วยให้สามารถควบคุมน้ำหนักและโรคอ้วนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ การมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมช่วยให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ตื่นตัวและใช้พลังงานอยู่เสมอ เช่น จัดให้มี ทางเดินเท้าในผังเมือง สวนพักผ่อนหย่อนใจ และสนับสนุนให้จัด ตั้งกลุ่มประชาสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ประการที่สอง จำเป็น ต้องพัฒนาระบบตอบสนองต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ระบบการให้ บริการสาธารณสุข ซึ่งในอดีตกำหนดเพื่อรับมือกับโรคติดเชื้อ ใดๆก็ตาม โครงการด้านสาธารณสุขต่างๆ ยังไม่เพียงพอที่ ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ในช่วงของการเริ่มใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ทักษะ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้านยังคงต้องได้รับการพัฒนา เพื่อที่ก่อจะเกิดความร่วมแรงร่วมใจกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรสาธารณะ และไม่เฉพาะแต่บุคลากรสาธารณสุขที่ สำคัญเท่านั้น แต่หมายรวมถึงผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ล้วนต้องได้รับ ทั้งการฝึกอบรมก่อนประจำการและการอบรมระหว่างประจำการ ประการที่สาม ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญคือส่งเสริมการใช้ข้อมูลเชิง ยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดนโยบายที่พัฒนาขึ้นมาจากการติดตาม สังเกตการณ์ปัจจัยความเสี่ยงของโรคและภาวะโรค รวมทั้ง คัดกรองภาวะแทรกแซงที่สำคัญทั้งช่วงก่อนวัยสูงอายุและในวัยสูง อายุรวมทั้งการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้ควรเสริมศักยภาพ ของสถาบันที่เกี่ยวข้องให้สามารถติดตามผลกระทบทางการเงิน และงบประมาณในระบบสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านทาง ประชากรและสุขภาพ

บทที่ 5 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและทุนมนุษย์

จำนวนนักเรียนลดลง จำนวนประชากรวัยเรียนกำลังลดลงใน อนาคต ทั้งนี้ด้วยอัตราการเกิดที่ลดลง ประชากรเด็กวัย 0 ถึง 14 ขวบพุ่งสูงขึ้นไป 18.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2523 และลดลงหลังจาก นั้นเป็นต้นมา เป็นผลให้จำนวนนักเรียนในระดับปฐมศึกษาลดลง เช่นกัน และหลังจากปี พ.ศ. 2543 จำนวนนักเรียนในระดับมัธยม ศึกษาลดลง ถึงแม้ว่าอัตราการเข้าเรียนจะเพิ่มขึ้น

จำนวนนักเรียนที่ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียนเพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้ว่า ประเทศไทยจะมีรัฐธรรมนูญและกฎหมายด้านการศึกษาที่เน้นหนักถึงสิทธิของเด็กที่จะได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพจนถึงอายุ 12 ปี แต่การบังคับใช้กฎหมายยังไม่ส่งผลทางปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2552 เด็กประมาณสองล้านคน หรือร้อยละ 20 ของเด็กวัย 5-14 ปีไม่ได้เข้าศึกษาในระบบโรงเรียน และโดยร้อยละ 25 ของเด็กใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ไม่ได้เรียน ในปี พ.ศ. 2551 อัตราการศึกษาต่อของนักเรียนที่เข้าศึกษาในระดับปฐมศึกษาจน จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88 และร้อยละ 53 สำหรับ นักเรียนที่เข้าศึกษาในระดับมัธยมศึกษาจนจบ

ข้อจำกัดของคุณภาพการศึกษา คุณภาพของการศึกษาเป็นเรื่องที่ ต้องให้ความสนใจ โรงเรียนขนาดเล็กและขนาดกลางในเขตเมือง กับโรงเรียนขนาดเล็กในพื้นที่เขตชนบทมีคุณภาพการศึกษาต่าง กันมาก จากการประเมินคุณภาพและมาตรฐานของการศึกษา ชั้นพื้นฐานแสดงให้เห็นว่านักเรียนไทยยังขาดทักษะด้านการ วิเคราะห์ และการเรียนรู้ด้วยตัวเอง และยังพบอีกว่าครูไม่ได้ให้ ความสนใจให้นักเรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ และยังขาดการ บริหารจัดการหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพ มีรายงานให้ข้อมูล ว่าเพียงแค่อ้อยละ 35 ของโรงเรียนจำนวน 35,159 แห่งอยู่ใน เกณฑ์มาตรฐานของประเทศ และจากการทดสอบความรู้ระดับ ประเทศพบว่าผลการทดสอบด้านภาษาอังกฤษ วิทยาศาสตร์ และ คณิตศาสตร์ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษายังคงอยู่ในระดับที่ต่ำ ผลการทดสอบของนักเรียนยังอยู่ในระดับต่ำเสมอมานับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2551

การแข่งขันระดับสากล ประเทศไทยอาจจะต้องสูญเสียโอกาส การแข่งขันระดับสากลอันเนื่องมาจากระบบการศึกษาที่ขาด ประสิทธิภาพ ทั้งนี้ แม้ว่าจำนวนของเด็กวัยเรียนจะลดลงใน อนาคต โดยในระดับปฐมศึกษาจะลดลงจาก 5.5 ล้านในปี พ.ศ. 2553 เป็น 3.5 ล้านในปี พ.ศ. 2583 และในระดับมหาวิทยาลัย จะลดลงจาก 7 ล้านเป็น 4.8 ล้าน ในช่วงเวลาเดียวกัน จึงควรใช้งบประมาณด้านการศึกษาเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าเรียนให้อยู่ในระดับ ที่สูงขึ้น และมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพการศึกษาให้มากขึ้นในอนาคต

แรงงานสูงวัยขึ้นและกำลังผลิตของแรงงาน ในปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 60 ของการจ้างงานในประเทศไทยเป็นแรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะภาคการเกษตรและงานด้านบริการซึ่งจะมีแรงงานที่ มีอายุมากและได้รับการศึกษาน้อยกว่าแรงงานทั่วไป ในขณะที่ มีแนวโน้มของแรงงานที่มีระดับการศึกษาสูงเพิ่มขึ้น แต่การ เปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้ส่งผลทางบวกต่ออัตราการผลิตของแรงงาน และยิ่งกว่านั้น แรงงานไทยที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น มีแนวโน้ม จะโยกย้ายจากงานที่จ่ายค่าแรงต่ำ จะคงเหลือแต่แรงงานมีอายุ ที่มีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งจะสูงอายุเกินกว่าที่จะทำงานได้ เพื่อ สร้างอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจให้ประสบความสำเร็จบนพื้น ฐานเทคโนโลยีในปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องใช้แรงงานข้ามชาติเข้ามา ช่วยปิดช่องว่างระหว่างอุปสงค์และอุปทานของแรงงาน และยังมี อีกทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มการเติบโตทางเศรษฐกิจคือการลงทุน ด้านทุนมนุษย์ให้มากยิ่งขึ้น หากกำหนดให้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคงที่ ในขณะที่มีประชากรสูงวัยเพิ่มมากขึ้น จะพบว่าอัตราการเติบโต รายปีของประเทศไทยจะมีค่าติดลบในอนาคตอันใกล้ แม้ว่าการ เพิ่มขึ้นของจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ขาดทักษะจะช่วยเพิ่มอัตรา การเจริญเติบโต แต่รายได้ต่อหัวประชากรจะลดลง

การปันผลทางประชากร (Population Dividend) เป็นผลที่เกิดจาก เจริญเติบโตของสัดส่วนประชากรวัยทำงานในสภาพเศรษฐกิจที่ เติบโต โดยทั่วไปจะวัดจากอัตราส่วนพึ่งพิง (Dependency Ratio) โดยคำนวณจากการหาอัตราส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ที่มีอยู่ ร่วมกับประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ต่อประชากร วัยทำงาน (อายุ 15-64 ปี) แต่การคำนวณวิธีนี้ไม่สามารถคำนวณ

หาความสัมพันธ์ระหว่างกำลังการผลิตของแรงงานและความต้องการบริโภคของประชากรในช่วงวัยต่างๆ โดยใช้ตัวแปรความต้องการด้านการผลิตและ "อัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ (Economic Support Ratio)" จึงพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขข้อจำกัดนี้

เปรียบเทียบอัตราส่วนพึ่งพิงกับอัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ การเปรียบเทียบอัตราส่วนพึ่งพิงกับอัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจจะแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของระยะการปันผลของประชากรได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ความไม่เพียงพอจากรายได้จากการทำงานและการขาดสมดุลในวัฏจักรชีวิตเป็นเหตุให้วัยเด็กและวัยสูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาการจัดสรรกำลังเงินจากวัยทำงาน หากเศรษฐกิจของประเทศมีสัดส่วนของประชากรวัยทำงานขนาดใหญ่ จะทำให้กำลังเงินมีมากเกินไปที่จะเก็บออมลงทุน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระยะการปันผลทางประชากรระยะที่ 1 และวิธีที่ใช้ในการประเมินก็คือบัญชีการโอนประชาชาติ (National Transfer Account)

การปันผลทางประชากรระยะที่ 1 เกิดจากอัตราการเติบโตของอัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ อัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจของประเทศไทยจะขึ้นไปจุดสูงสุดในปี พ.ศ. 2552 และคาดว่าจะเริ่มลดลงในปี พ.ศ. 2553 การเปลี่ยนแปลงทางประชากรจะไม่ก่อให้เกิดผลบวกต่อเศรษฐกิจหากปัจจัยอื่นๆ ยังคงที่ ประชากรสูงอายุจะกลายเป็นเหตุให้การเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศไทยติดลบในที่สุด แม้ว่าการเติบโตอย่างยั่งยืนจะสามารถคงอยู่ได้ผ่านการสะสมทุนทรัพย์และทุนมนุษย์

การปันผลทางประชากรระยะที่ 2 เกิดจากการสะสมทุนทรัพย์ที่ก่อให้เกิดการเติบโตอย่างยั่งยืน ซึ่งจะไม่เหมือนกับการปันผลทางประชากรระยะที่ 1 กล่าวคือการปันผลทางประชากรระยะที่ 2 ไม่ได้เกิดอย่างฉับพลัน การสะสมทุนทรัพย์มากขึ้น ทำให้ทุนต่อหน่วยแรงงานเพิ่มอยู่ในระดับที่สูงขึ้น ทำให้การบริโภคส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น การปันผลทางประชากรระยะที่ 2 จะเกิดผลต่อการที่ประชากรสูงอายุต้องการความมั่งคั่ง ประการแรก เป็นผลจากองค์รวม (Composition Effect) ที่เกิดจากสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของผู้ที่ใกล้หรือผู้ที่สิ้นสุดช่วงที่เป็นกำลังการผลิต บุคคลเหล่านี้ได้สะสมความมั่งคั่งเพื่อชดเชยการบริโภคที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่ารายได้ในช่วงเวลาอีกหลายปีต่อไป ประการที่สอง เป็นผลจากพฤติกรรมที่เกิดจากการมีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งการยืดระยะเวลาเกษียณอายุออกไป ทำให้มีความต้องการสะสมความมั่งคั่งมีมากขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลอาจจะมีรูปแบบการสะสมความมั่งคั่งแตกต่างกันไป ผู้เกษียณอายุแล้วอาจจะพึ่งพาเงินบำนาญหรือระบบสวัสดิการสังคมของรัฐรูปแบบต่างๆ หรือจากการได้รับเงินที่ลูกส่งเงินมาให้ ผู้สูงอายุใช้จ่ายในช่วงเวลาที่ไม่ได้ทำงานแล้ว ผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่งอาศัยเงินเก็บที่ตนสะสมไว้ช่วงเวลาที่ยังทำงานอยู่ ความมั่งคั่งทั้งสองรูปแบบสามารถนำไปใช้เกื้อกูลต่อช่วงที่วัฏจักรชีวิตขาดสมดุลย์ (มีรายจ่ายขาดสมดุลย์กับรายรับ) การสะสมทุนเปรียบได้กับพลังงานที่จะขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะเป็นกำลังเงินของการปันผลทางประชากรระยะที่ 2

การถ่ายทอดทุนมนุษย์ข้ามรุ่น (Intergenerational Transfer of Human Capital) การสะสมทุนมนุษย์จะช่วยเพิ่มผลิตผลแรงงาน ซึ่งเป็นตัวเร่งการเติบโตของเศรษฐกิจ คำถามคือภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงจะสามารถเป็นเหตุให้การถ่ายทอดทุนมนุษย์ข้ามรุ่นในเด็กแต่ละคนหรือไม่ หากว่าจำนวนค่าใช้จ่ายรวมด้านการศึกษาไม่มีการเปลี่ยนแปลง ภาวะเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับที่ต่ำก็ทำให้การลงทุนมนุษย์ต่อเด็กหนึ่งคนเพิ่มสูงขึ้น ในกรณีนี้ระบบเศรษฐกิจอาจจะช่วยขยายระยะเวลาการปันผลในระยะที่ 1 อันเนื่องจากระดับของผลิตผลแรงงานสูงขึ้น ซึ่งในอนาคตแรงงานจะสามารถเพิ่มผลผลิตให้เพิ่มขึ้นได้ การถ่ายทอดด้านการศึกษาข้ามรุ่นในประเทศไทยจะมีขนาดที่ใหญ่และสำคัญมากยิ่งขึ้น วัยเด็กจะได้รับ การถ่ายทอดจากกลุ่มอายุอื่นๆ ผ่านครอบครัวและภาครัฐบาล ในประเทศไทยการถ่ายโอนด้านการศึกษามาจากภาครัฐมีมากกว่าภาคเอกชนในทุกกลุ่มอายุ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายใดๆ ประเทศไทยจะยังคงมีสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานในระดับที่ต่ำอยู่ อายุขัยที่เพิ่มขึ้นจะทำให้สัดส่วนของการพึ่งพาของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การปันผลทางประชากรระยะที่ 1 สิ้นสุดในปี พ.ศ. 2553 มีความหวังมากขึ้นที่จะดำเนินการปันผลทางประชากรระยะที่ 2 หรือเพิ่มการนำเข้าแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน หรือดำเนินการทั้งสองอย่าง ประเทศไทยจะยังคงได้รับประโยชน์จากการเพิ่มขึ้นของภาวะประชากรสูงอายุ หากว่าประชาชนมีการสะสมทุน ดังนั้น รัฐบาลจึงควรกำหนด *แผนการออมสำหรับประชากรวัยทำงาน* เพื่อการเตรียมการสำหรับตัวเองเมื่อเกษียณอายุ นอกจากเงินบำนาญบำนาญเกษียณอายุจะช่วยลดความยากจนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว ยังจะช่วยปรับปรุงสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับสมาชิกอื่นในครัวเรือนอีกด้วย นอกจากนี้ ประเทศไทยอาจจะสนับสนุนการย้ายถิ่นของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเพื่อรับมือกับภาวะสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งคาดว่าจะต้องการแรงงานข้ามชาติอีกประมาณ 6 ล้านคนภายในอีก 10 ปีข้างหน้า เพื่อให้เพียงพอต่ออุปสงค์ที่เกินมาและยังช่วยให้เศรษฐกิจเติบโตอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มีขนาดใหญ่ จะต้องนำนโยบายทางสังคมที่เหมาะสมมากำหนดใช้อย่างจริงจัง แรงงานข้ามชาติจะต้องได้รับการปฏิบัติเฉกเช่นเดียวกับแรงงานไทย ลูกของแรงงานต่างชาติจะต้องได้รับการปฏิบัติไม่ต่างจากลูกของคนไทย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเพิ่มงบประมาณรายจ่าย ทั้งด้านการศึกษา การดูแลสุขภาพ และการประกันสังคมอื่นๆ ภาครัฐจะต้องพิจารณาถึงผลได้ผลเสียระหว่างต้นทุนทางสังคมกับต้นทุนการปรับปรุงคุณภาพทุนมนุษย์และการสะสมทุนทรัพย์ หากเลือกที่จะตั้งเป้าหมายให้การเพิ่มผลิตภาพแรงงานเติบโตขึ้น

บทที่ 6 ความเป็นเมืองและผลกระทบจากการย้ายถิ่นฐาน

แบบแผนระยะยาวของการย้ายถิ่นภายในประเทศ การย้ายถิ่นไม่ได้เป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และอีกทั้งยังไม่ได้มีผลจากการเติบโตทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมในช่วงเวลา 25 ปีที่ผ่านมา แต่หากเป็นเพราะประชากรในเขตชนบทต้องการหารายได้เสริมเพิ่มขึ้นจากการทำนา และมักจะเป็นช่วงฤดูแล้งที่ไม่ได้มีการทำนา ความอุดมสมบูรณ์ของผืนดินที่ไม่มีใครถือครองเป็นเจ้าของและการเข้าถือครองเป็นเจ้าของอย่างง่าย ๆ เพื่อเข้าอยู่อาศัยและเพาะปลูก ทำไร่นา สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย ดังเช่นประชากรที่เพิ่มขึ้น การย้ายถิ่นตามฤดูกาลไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชายเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นตลอดช่วงหกสิบปีที่ผ่านมา ทั้งนี้การปรับปรุงการคมนาคมขนส่งทางบกให้ดีขึ้นส่งผลต่อการย้ายถิ่น ประชาชนที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงจะย้ายถิ่นฐานในขณะที่มีอายุยังน้อยกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทพื้นราบ การขาดแคลนที่ดินทำกินเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของการย้ายถิ่น

การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2533 - 2542 การย้ายถิ่นภายในประเทศ เกิดการไหลเปลี่ยนหมุนเวียนมากขึ้นในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ ระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2542 จะเกิดการย้ายถิ่นระหว่างเขตชนบทและเมืองในทางกลับกัน นั่นก็คือ ประชากรจะย้ายถิ่นฐานจากเขตเมืองและเขตชานเมืองกลับคืนที่อยู่อาศัย ในเขตชนบทจากการว่างงาน โรงงานอุตสาหกรรมและธุรกิจก่อสร้างในประเทศไทยได้รับผลกระทบเป็นอย่างมากในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ ได้มีการประมาณการว่าสองในสามของผู้ว่างงานเป็นผู้ย้ายถิ่นที่มาจากชนบท และการย้ายถิ่นกลับเขตชนบทมีเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า โดยคิดเป็นร้อยละ 75 ของการย้ายถิ่นกลับคืนที่อยู่อาศัย

ทิศทางแนวโน้มการย้ายถิ่นภายในประเทศ อัตราการย้ายถิ่นลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 การย้ายถิ่นของผู้ชายจะมีมากกว่าผู้หญิง แต่ไม่แตกต่างกันมากนัก หากจะพิจารณาถึงความแตกต่างของอายุ จะพบว่ากลุ่มวัยทำงานหนุ่มสาว (อายุ 18-34 ปี) จะมีอัตราการย้ายถิ่นสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ นอกจากนี้แล้ว ในขณะที่อัตราการย้ายถิ่นของกลุ่มวัยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี หรือสูงกว่า 35 ปี กลับค่อนข้างคงที่ และกลุ่มคนรุ่นใหม่กลับมีการย้ายถิ่นสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระยะปี พ.ศ. 2540 - 2545 และกลับลดตึงลงในช่วงระยะปี พ.ศ. 2545 - 2552 คนในวัย 18 - 24 ปี เป็นประชากรเพียงกลุ่มเดียวที่แสดงให้เห็นถึงอัตราการย้ายถิ่นที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2552

แบบแผนการปรับสภาพกลายเป็นเมือง ในปี พ.ศ. 2524 จำนวนประชากรของกรุงเทพมหานคร มีสูงถึง 50 เท่าตัวของประชากรในเมืองที่ใหญ่เป็นอันดับที่สอง การเติบโตของกรุงเทพมหานครเพิ่มมากยิ่งขึ้น อันเนื่องจากการขยายตัวทางอุตสาหกรรมของประเทศอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2543 ประชากรของเขตเมืองต่างๆ ในประเทศกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และมีผลิตภัณฑ์มวลรวมที่ผลิตขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 35 ของประเทศ กรุงเทพมหานครมีอิทธิพลสร้างโอกาสการทำมาหากินดังจะเห็น

ได้จากกรย้ายถิ่นระหว่างเขตชนบทและเมือง ที่ไม่ได้เป็นไปตามแบบแผนการย้ายถิ่น กล่าวคือคนในชนบทไม่ได้ย้ายถิ่นไปยังเขตเมืองอื่นๆ ก่อน หากแต่เกิดการย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพมหานครโดยตรงในระยะยาว รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายการกระจายอำนาจในแผนพัฒนาแห่งชาติฉบับที่สามและสี่ เพื่อตอบสนองการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งครอบคลุมถึงให้การส่งเสริมพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกให้เป็นแหล่งการผลิต และการขยายตัวของอุตสาหกรรม การโตเตี่ยวของกรุงเทพมหานครกำลังจะค่อยๆ ลดลง อัตราการเติบโตประชากรของเขตเมืองอื่นๆ จะเริ่มสูงขึ้นมากกว่ากรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

การย้ายถิ่นระหว่างประเทศ

การย้ายถิ่นออกจากประเทศไทย จากสถิติอย่างเป็นทางการพบว่าประชากรที่ย้ายถิ่นออกจากประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย โดยหลักๆ แล้วจะเป็นผู้รับงานด้วยตนเองในตลาดงานที่ใช้ทักษะความรู้ต่ำ ประเทศปลายทางของผู้ย้ายถิ่นชาวไทยจะสับเปลี่ยนหมุนเวียนไปเรื่อยๆ ทั้งนี้จำนวนแรงงานไทยในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะลดลง ในขณะที่จำนวนแรงงานไทยในแถบตะวันออกกลางจะเพิ่มขึ้นเกือบๆ สองเท่าในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2550 ซึ่งเกือบทั้งหมดจะเป็นแรงงานของโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา (ดูไบ) จำนวนผู้ย้ายถิ่นจากประเทศไทยไปประเทศทางตะวันตกยังคงเพิ่มขึ้นอยู่สม่ำเสมอ ทั้งนี้เป็นการยากลำบากที่จะคาดประมาณจำนวนการย้ายถิ่นอย่างไม่เป็นทางการไปยังประเทศต่างๆ ซึ่งน่าจะมีความมากกว่าการย้ายถิ่นทางอย่างเป็นทางการ

การย้ายถิ่นเข้าสู่ประเทศไทย ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมักจะเป็นประเทศปลายทางสำหรับการย้ายถิ่นจากประเทศอื่นๆ ประเทศไทยไม่เพียงแต่จะเป็นที่พักพิงของผู้อพยพจำนวนมากจากการย้ายหนีจากการต่อสู้อะหว่างกองกำลังชนกลุ่มน้อย กับรัฐบาลกลางของประเทศเพื่อนบ้าน แต่ยังเป็นประเทศที่เปิดรับผู้ย้ายถิ่นมาตั้งแต่ต้นๆ ศตวรรษที่ 19 จากการไหลทะลักของผู้ย้ายถิ่นที่มีทักษะน้อยจากประเทศในกลุ่มอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง โดยเฉพาะผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า จึงส่งผลให้การย้ายถิ่นเข้าสู่ประเทศมีจำนวนมากกว่าการย้ายถิ่นออกจากประเทศไทย จำนวนแรงงานต่างชาติที่อาศัยและทำงานในประเทศไทยมีประมาณ 2.8 ล้านราย ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2550 นอกจากแรงงานข้ามชาติทักษะน้อย ยังมีแรงงานต่างชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน (จำนวน 210,745 ราย เมื่อปลายปี พ.ศ. 2552) นักเรียน นักศึกษา ชาวต่างประเทศที่สมรสอยู่ในประเทศไทย และผู้ที่ใช้ชีวิตหลังจากเกษียณอายุ รวมทั้งนักท่องเที่ยวบางคนที่อยู่ในประเทศเกินกว่าอายุวีซ่า หรือกลายเป็นผู้อาศัยถาวรในภายหลัง

ผลกระทบของการย้ายถิ่น

ความแตกต่างพื้นฐานของแต่ละบุคคล การที่ประเทศไทยมีประชากรสูงวัยมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อทั้งเขตเมืองและเขตชนบทมากกว่ารูปแบบการย้ายถิ่นหรือความเป็นเมือง สิ่งที่ต้อง

ให้ความสนใจคือความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสมองไหล เมื่อแรงงานที่มีระดับการศึกษาและทักษะสูงมักจะย้ายถิ่นเข้าสู่เขตเมือง เหตุเพราะว่าไม่สามารถหางานที่เหมาะสมได้ในเขตชนบท

กลุ่มอาชีพและความแตกต่างของรายได้ ผู้ย้ายถิ่นจะพุ่งความสนใจไปที่อุตสาหกรรมการผลิต นอกเหนือจากนั้น ภาคการก่อสร้างเป็นอีกอาชีพที่สำคัญสำหรับผู้ชาย และผู้หญิงจะมีสัดส่วนในด้านการบริการสูงกว่า สำหรับอาชีพอื่นๆ เช่น งานขาย หรืองานภาครัฐ สัดส่วนของผู้ย้ายถิ่นกับผู้อยู่ถาวร (Non-Migrant) แต่สำหรับงานภาคเกษตรกรรม พบว่าผู้ย้ายถิ่นน้อยกว่า 1 ปีโดยเฉพาะผู้หญิงทำงานในภาคเกษตรน้อยกว่าผู้อยู่ถาวร ในเรื่องของช่องว่างของรายได้ แม้ว่า ในระยะ 10-15 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดสัดส่วนคนจนให้ต่ำลง แต่ยังมีช่องว่างของรายได้ระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองในระดับสูง ในปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 10 ของครัวเรือนในเขตชนบทถูกจัดอยู่ในกลุ่มความเป็นอยู่ยากจน ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น

ผลกระทบของการย้ายถิ่นและการปรับสภาพกลายเป็นเมืองต่อสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมสามารถเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลกระทบของการย้ายถิ่น กล่าวคือผลผลิตของที่ดินที่ลดลงเป็นปัจจัยหลักที่ขับเคลื่อนให้ชาวนาย้ายถิ่นไปอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดของเมืองใหญ่ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นอีกสาเหตุต่อการเปลี่ยนแปลงในการใช้น้ำอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งภัยแล้ง น้ำท่วม และภัยธรรมชาติอื่นๆ อีกด้วย ความทันสมัยและความเป็นเมืองมีความสอดคล้องกัน โดยผู้มีฐานะจะเป็นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากความทันสมัย และความเป็นเมืองซึ่งจะนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมในสังคมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย แนวโน้มทางประชากรจะยังคงเป็นตัวขับเคลื่อนการย้ายถิ่นต่อไปเรื่อยๆ โดยเฉพาะเมื่อมีประชากรสูงวัยมากขึ้น จะมีผลทำให้สัดส่วนประชากรทำงานเชิงเศรษฐกิจลดลง และอัตราส่วนการเป็นภาระจะเพิ่มสูงขึ้น การพึ่งพาอาศัยมักจะเกี่ยวพันกับสิ่งต่างๆ ที่อยู่นอกครัวเรือน ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและความเป็นเมืองจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ การวางแผนยุทธศาสตร์ของประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงพลวัตการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ซึ่งเป็นทั้งตัวขับเคลื่อนและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจของประเทศ

บทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นโยบายประชากร: นโยบายที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร (Population Responsive Policy) เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างผลลัพธ์ทางบวกที่เกิดจากแนวโน้มประชากรและป้องกันผลลบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ในขณะที่นโยบายที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร (Population Influencing Policy) มุ่งปรับเปลี่ยนการคาดการณ์ทางประชากรที่อาจเกิดขึ้นโดยจะหลีกเลี่ยงผลที่ไม่พึงประสงค์ สาธะสำคัญของนโยบายประชากร

ของประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมามุ่งลดอัตราเจริญพันธุ์ที่เดิมอยู่ในระดับสูงมาก การที่อัตราเจริญพันธุ์ได้ลดลงอย่างต่อเนื่องสู่ระดับทดแทน และต่ำกว่าระดับทดแทนในขณะนี้ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ปี พ.ศ. 2540 — 2544 จึงไม่มีเป้าหมายอัตราเจริญพันธุ์ และในแผนที่ 9 และ 10 ได้ระบุให้อัตราเจริญพันธุ์คงอยู่ในระดับทดแทน สิ่งสำคัญขณะนี้คือประเทศไทยจะคงระดับการเจริญพันธุ์ที่ลดลงไปมากนี้ได้อย่างไร

การตอบสนองต่อแนวโน้มประชากรที่เปลี่ยนแปลง การสูงวัยมากขึ้นของประชากรเป็นแนวโน้มสำคัญในประเทศไทย การถือกำเนิดโดยบุตรจะยังคงเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลบิดามารดาสูงวัย แต่ควรจะมีการวางแผนอย่างระมัดระวังเนื่องจากในอนาคตมีความเป็นไปได้ว่าความเกือบลดลงจะลดน้อยลงจากการที่ครอบครัวของผู้สูงอายุในอนาคตจะมีขนาดเล็กลง และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการขยายตัวของบำนาญบำนาญชราภาพของผู้ประกันตน ตามระบบประกันสังคม และการออมเงินกับกองทุนเงินออมแห่งชาติที่กำลังจะมีขึ้นในเร็ววันนี้ จะช่วยให้เกิดดุลยภาพที่สอดคล้องกับการถือกำเนิดบุตรที่จะลดลงในอนาคต

สุขภาพด้านกายภาพของผู้สูงอายุสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี เพื่อที่จะช่วยให้สามารถทำงานได้นานยิ่งขึ้น ควรที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้และสามารถใช้ชีวิตชีวิตเชิงบวก ให้สอดคล้องกับการเกษียณอายุงานจากเดิม 60 เป็น 65 ปี และการวางแผนการจ้างงานในลักษณะอาชีพเสริมหรืองานพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ภาครัฐจะต้องตั้งเป้าหมายไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนมากกว่าผู้อื่น อาทิเช่น กลุ่มที่ยากจน กลุ่มสูงวัยมาก หรือกลุ่มที่มีความพิการ มากกว่าที่จะให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทุกคนเหมือนกันหมด

ควรมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนที่ตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ นวัตกรรมทางสาธารณสุขควรพัฒนาให้สอดคล้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคต่างๆ ก่อนวัยสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น จากการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป รวมทั้งปรับปรุงเรื่องการรับประทานอาหารและการส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ เพื่อสุขภาพ ทักษะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้านต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันของการดูแลโดยครอบครัว ชุมชน และสถาบันที่เกี่ยวข้อง ความพิการขั้นรุนแรงหรือความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รุนแรงของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวจะเป็นปัญหาใหญ่ยิ่งสำหรับครอบครัวที่มีขนาดเล็กลง และไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วย ตลอดจนการมีผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรเพิ่มมากขึ้น

ทุนมนุษย์

การเพิ่มคุณภาพของทุนมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับอนาคตของประเทศไทย จำนวนนักเรียนที่น้อยลงไม่สอดคล้องกับงบประมาณการศึกษา กลายเป็นจุดบกพร่องที่ต้องให้ความสนใจ ตัวอย่างเช่น ความเหลื่อมล้ำทางด้านคุณภาพของการศึกษาทั้ง

ในระดับประถมและมัธยม ทั้งในแง่ของความแตกต่างของคุณภาพ การศึกษาระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ระหว่างจังหวัดที่มีการ พัฒนาที่ติดกับจังหวัดที่มีการพัฒนาน้อย จำนวนของเด็กวัยเรียน ที่ลดลงไม่ได้หมายความว่า จะลดงบประมาณการศึกษาจะลดลง ไปด้วย และเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษาให้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็น ที่จะต้องพิจารณาเพิ่มงบประมาณรายจ่ายเพื่อการศึกษาต่อหัว ให้มากขึ้น ควรมีการขยายเงินกู้ยืมสำหรับเด็กนักเรียนที่ยากจน และนักเรียนที่ครัวเรือนมีรายได้ปานกลาง เพื่อเพิ่มโอกาสให้ สามารถเข้ารับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วย พัฒนาทุนมนุษย์ให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น แต่ยังเป็นการเพิ่มการกระจายรายได้อีกด้วย

แนวโน้มจากการเปลี่ยนแปลงประชากร

ภาวะเจริญพันธุ์ เกือบทุก ๆ ประเทศในเอเชียที่ภาวะเจริญพันธุ์ ลดต่ำกว่าระดับทดแทนมีการตอบสนองทางนโยบายที่ล่าช้ามาก เพื่อส่งเสริมการมีบุตร สถานการณ์ของประเทศไทยขณะนี้เช่น เดียวกันที่อัตราเจริญพันธุ์ลดต่ำลงเพียง 1.5 หากภาวะเจริญพันธุ์ ยังคงอยู่ในระดับนี้หรือลดต่ำลงมากกว่าเดิมเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดภาวะประชากรสูงวัยเกิดขึ้นเร็วกว่าเดิม โดยที่ ประชากรในประมิตประชากรในแต่ละรุ่นจะมีขนาดเล็กถึงร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรรุ่นก่อนหน้า ในที่สุดจะนำไปสู่การหดตัวของประชากรที่จะกลับคืนสภาพได้ยากจากการมี แรงเหวี่ยงประชากร (Population Momentum) มีค่าติดลบนั่นเอง หลายประเทศในเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต่าง เผชิญกับภาวะเจริญพันธุ์ระดับที่ต่ำ จึงได้กำหนดนโยบายที่จะ ส่งเสริมให้ภาวะเจริญพันธุ์เพิ่มสูงขึ้น สำหรับประเทศไทยขณะนี้ น่าจะเป็นเวลาที่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายที่เอื้อต่อการ มีครอบครัวและการมีบุตร ข้อเสนอเพื่อการพิจารณาโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

การจ่ายเงินทดแทนเมื่อลาคลอด ในปัจจุบันประเทศไทยจ่ายเงินทดแทนเมื่อลาคลอดต่ำกว่าที่ระบุไว้ในอนุสัญญาใหม่ของ องค์การแรงงานระหว่างประเทศซึ่งกำหนดว่าหญิงมีครรภ์จะได้รับเงินชดเชยอย่างน้อยสองในสามของรายได้ก่อนลาคลอด หรือประกันรายได้ขั้นต่ำเป็นเวลา 14 สัปดาห์ **การลาหยุดของ บิดา** บิดาสามารถลาหยุดงานเพื่อช่วยดูแลบุตรหลังคลอด โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ชายได้มีโอกาสเป็นผู้ดูแลบุตรร่วมกับ ภรรยาหลังคลอด **การมีชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น** เพื่อช่วยให้พ่อแม่สามารถใช้เวลาร่วมกับครอบครัวได้ในยามจำเป็น **การดูแลผู้สูงอายุ** เงินสนับสนุนเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน สถานพยาบาล การสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ดีขึ้น และการให้ลาหยุดเพื่อดูแลผู้สูงอายุ มาตรการเหล่านี้อาจ ช่วยลดภาระของผู้หญิงวัยทำงานและส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีบุตรให้มากขึ้น **ปรับปรุงเงินอุดหนุนเพื่อดูแล เด็ก** เป็นเรื่องยากที่ผู้หญิงจะกลับไปทำงานเต็มเวลาได้อีกครั้ง เมื่อตนต้องดูแลบุตร ดังนั้นอาจจะก่อให้เกิดผลกระทบกับการ โอกาสในการปรับตำแหน่งงานให้สูงขึ้นและความก้าวหน้าใน อาชีพการงาน สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นอุปสรรคของการมี

บุตร หรือการมีบุตรเพิ่มขึ้นอีก **แรงจูงใจทางภาษี และ / หรือ เงินโบนัสทาง** หลักการพื้นฐานของนโยบายดังกล่าว คือการ สนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มีบุตรและเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง โดย ให้รับเงินในอัตราที่เหมาะสม เพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ เกิดขึ้นในการเลี้ยงดูบุตร เป้าหมายของมาตรการเหล่านี้ควรอยู่ที่ การพัฒนาโดยตลอดจนมาตรการที่เสริมสร้างสายสัมพันธ์ และความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว รวมทั้งการเพิ่มอัตราเจริญ พันธุ์ ข้อเสนอแนะที่ได้กล่าวมานี้เป็นเป้าหมายของนโยบาย ครอบครัวยุคใหม่และภาวะเจริญพันธุ์ ในขณะที่เดียวกันการตั้งครุฑ ที่ไม่พึงประสงค์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทย ซึ่ง ได้ระบุไว้ในนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญ พันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1

การย้ายถิ่นและการปรับสภาพกลายเป็นเมือง ควรจะหลีกเลี่ยง นโยบายที่ไม่มีความชัดเจนที่จะควบคุมการเติบโตของประชากร ในพื้นที่ชานเมืองที่กำลังขยายตัวของกรุงเทพมหานคร และควร ติดตามนโยบายที่จะส่งเสริมการเติบโตของเมืองเล็ก และในบริบท ของการพัฒนาพื้นที่ตามแนวชายแดน ซึ่งจะสอดคล้องกับขนาด ประชากรที่ลดลงในบางภูมิภาค เพราะประชากรในเขตชนบท จะลดลงอันเป็นผลมาจากการเติบโตและการอพยพเข้าไปอยู่ เขตเมือง การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาจำนวนประชากรที่จะลดลง เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง ประสบการณ์ด้านการกำหนดนโยบาย จากประเทศอื่นๆ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนได้ การเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ของแรงงานไทย ร่วมกับความปลอดภัย ทางการรายได้ระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ย่อมเป็นหลักฐาน ยืนยันว่ากระแสการย้ายถิ่นเข้าสู่ประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง แรงงานต่างชาติช่วยให้ตลาดแรงงานมีความยืดหยุ่น มากขึ้น จึงจำเป็นต้องกำหนดนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ สามารถจัดบริการทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการศึกษา และสาธารณสุขสำหรับแรงงานเหล่านี้ และเพื่อลดความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการไม่มีหลักแหล่งถาวรของแรงงาน ระบบฐาน ข้อมูลทะเบียนแรงงานข้ามชาติควรได้รับการพัฒนาให้สามารถ ติดตามการย้ายถิ่นไม่มีที่อยู่ที่อยู่เป็นหลักแหล่ง และสามารถบันทึก ความต้องการของประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและนัยสำคัญ ด้านนโยบายในประเทศไทย

สาระสำคัญของบทนี้จะเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นมาและบริบททางด้านประชากรและเศรษฐกิจของประเทศไทย และความเชื่อมโยงของการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากรในประเทศไทย ระดับภูมิภาค และระดับโลก นอกจากนี้ เนื้อหาของบทนี้ยังมุ่งเน้นที่จะแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน การมีส่วนร่วมในภาคแรงงาน การพัฒนาความเป็นเมือง การโยกย้ายถิ่นฐาน และสุขภาพอนามัย ตลอดจนสรุปสาระสำคัญของนโยบายทางด้านประชากรในอดีต การเปลี่ยนแปลงนโยบายในปัจจุบัน และนัยสำคัญของนโยบายเหล่านั้น

แม้ว่าประเทศไทยจะไม่ได้เป็นหนึ่งใน “เสือ” เศรษฐกิจแห่งภูมิภาคเอเชีย แต่ภาวะทางเศรษฐกิจในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาเป็นที่น่าสนใจ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายได้อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และถูกจัดลำดับให้อยู่ในตำแหน่งที่ค่อนข้างสูงในดัชนีการพัฒนามนุษย์ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations' Human Development Index หรือ HDI) ประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ไม่ห่างจากประเทศมาเลเซียซึ่งมีผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวประชากร (Gross Domestic Product หรือ GDP) เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าโดยเฉลี่ย ในช่วงทศวรรษที่ 1960 (ปี พ.ศ. 2503-2512) การพัฒนาของประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในลำดับใกล้เคียงกับประเทศฟิลิปปินส์และเกาหลีใต้ การเติบโตทางเศรษฐกิจนับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1960 เป็นต้นมานั้นส่งผลให้ประเทศไทยมีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าประเทศฟิลิปปินส์แต่ยังคงตามหลังประเทศเกาหลีใต้ ลักษณะพื้นฐานของการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ 1960 ถึง 1970 (ปี พ.ศ. 2503-2522) นั้นแตกต่างไปจากลักษณะของประเทศ “เสือเศรษฐกิจ” ที่มีประชากรหนาแน่น เนื่องจากการเจริญเติบโตของไทยยังคงถูกขับเคลื่อนโดยวิธีการขยายพื้นที่ทำการเพาะปลูก (ดู Phongpaichit and Baker, 1998 หน้า 188-90) อันประกอบด้วยการพัฒนาพื้นที่ทางการเกษตรใหม่ ๆ หมุนเวียนกัน ได้แก่ ข้าวโพด ปอกระเจา มันสำปะหลัง และอ้อย โดยที่ส่วนใหญ่เป็นพืชไร่ซึ่งปลูกอยู่บริเวณที่ดอนหรือที่สูงและต้องอาศัยน้ำฝนซึ่งนำไปสู่

โครงสร้างทางการเกษตรที่แตกต่างไปจากการเกษตรแบบดั้งเดิมที่อาศัยการชลประทานและน้ำฝน

นอกจากนี้แล้ว อุตสาหกรรมการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตรเข้ามามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากอีกด้วย (ดู Siamwalla et al., 1993) ภาคอุตสาหกรรมการผลิตเริ่มที่จะมีบทบาทเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอดช่วงเวลาสองทศวรรษนี้และขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษที่ 1980 (ประมาณปี พ.ศ.2528-2529) เป็นต้นมา ทำให้มีการหลั่งไหลของเงินทุนต่างชาติเข้ามาในประเทศไทยและถือเป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทยมีความรุ่งเรืองอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 ไปจนถึงกลางทศวรรษที่ 1990 (ประมาณปี พ.ศ. 2538-2539) แต่ในขณะเดียวกันลักษณะของการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยไม่เหมือนกับลักษณะของการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2503-2533 ของกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมใหม่ เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน และสิงคโปร์เช่นกัน ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงไม่ต้องประสบกับภาวะยากลำบากเหมือนกับที่ประเทศญี่ปุ่นต้องเผชิญกับช่วง “สูญญากาศทางด้านเศรษฐกิจ” หรือเรียกว่า “Lost Decade” ในช่วงทศวรรษที่ 1990 (ปี พ.ศ. 2533-2542) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยต้องเผชิญกับภาวะความยากลำบากอย่างใหญ่หลวงจากวิกฤตทางการเงินในเอเชียในช่วงปี พ.ศ. 2540-2542 ซึ่งวิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้โดยแท้ที่จริงแล้วมีจุดเริ่มต้นมาจากประเทศไทยนั่นเอง

ตารางที่ 1.1 และ 1.2 แสดงให้เห็นถึงข้อเท็จจริงสำคัญบางประการเกี่ยวกับการพัฒนาของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียซึ่งมีข้อเท็จจริงสองสามประเด็นที่ควรจะต้องหยิบยกขึ้นมาอธิบายถึงความสำคัญ ซึ่งได้แก่ ภาวะการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2503-2543 ที่ถือว่ามีความแข็งแกร่งแต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเหมือนประเทศเสือเศรษฐกิจแห่งเอเชีย ผลกระทบอย่างรุนแรงต่อประเทศไทยจากวิกฤตเศรษฐกิจเอเชียระหว่างปี พ.ศ. 2540-2542 และการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องอย่างช้าๆ ของเศรษฐกิจไทยในช่วงทศวรรษแรกของศตวรรษที่ 21 (ปี พ.ศ.2543-2552)

ซึ่งเป็นการเติบโตในระดับที่ใกล้เคียงกับประเทศเพื่อนบ้านอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ และ อินโดนีเซีย ถึงแม้ว่าจะไม่เติบโตมากเท่ากับประเทศพม่าหรือ เวียดนามก็ตาม ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัว (GDP ที่แสดงในรูปของอำนาจการซื้อหรือ การใช้จ่าย) เป็นสองเท่าของประเทศอินโดนีเซียและมากกว่าสอง เท่าของประเทศฟิลิปปินส์ และผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทย ยังคงสูงเกินหน้าประเทศจีนอยู่มาก แต่ยังคงสูงเพียงครึ่งหนึ่งของ ประเทศมาเลเซีย ลำดับของประเทศไทยในดัชนีการพัฒนามนุษย์เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเหล่านี้แล้วอยู่ในลำดับเดียวกัน แต่มีความแตกต่างกันในเชิงมูลค่าที่น้อยกว่ามาก สถานการณ์ ด้านสุขภาพอนามัยของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่าเป็นไป

ทิศทางที่น่าพึงพอใจเมื่อพิจารณาจากอัตราการตายของทารกที่อยู่ในระดับต่ำกว่าประเทศจีน ฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซีย นอกจากนี้ภาคเกษตรกรรมในประเทศไทยมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของการจ้างงานแรงงานชายในภาคการเกษตรที่สูงขึ้นในขณะที่การพัฒนาความเป็นเมืองในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าสองประเทศนี้ ถึงแม้ว่าตัวชี้วัดด้านความเป็นเมืองของประเทศไทยอาจทำให้มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เนื่องจากนิยามของคำว่าเขตเมืองที่ประเทศไทยใช้มีความครอบคลุมน้อยกว่าคำนิยามของเขตเมืองที่ประเทศอินโดนีเซียหรือฟิลิปปินส์ กำหนดใช้ก็ตาม

ตารางที่ 1.1 ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาของประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ในเอเชีย (ปี พ.ศ. 2552 นอกจากว่าจะระบุไว้เป็นอย่างอื่น)

ประเทศ	จำนวนประชากร (ล้าน)	อัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อคน (% เฉลี่ยต่อปี)		ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อคนในปี พ.ศ. 2551	ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (HDI)	% เขตเมืองในปี พ.ศ. 2543	อัตราการตายของทารก (IMR)	อัตราการเข้าศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (จำนวนสุทธิ) ในปี พ.ศ. 2543	อัตราส่วนการพึ่งพา (%)	% การจ้างแรงงานในภาคเกษตรกรรม (แรงงานชาย) ในปี พ.ศ. 2543	อัตราส่วนหญิง-ชายในการจ้างงาน (%)
		2505 - 2543	2543- 2553								
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
ญี่ปุ่น	127.6	4.7	1.6	31,464	0.953	5.2?	3	99	55	5	70.2
เกาหลีใต้	48.7	7.2	4.4	25,498	0.921	79.6	4	94	38	10	70.1
สิงคโปร์	4.7	7.5	4.7	45,553	0.922	100.0	3	64	36	0	66.0
ไทย	63.4	6.9	4.0	7,469	0.781	31.1	13	71	41	50	88.7
มาเลเซีย	28.2	6.6	4.6	13,129	0.811	62.0	9	65	52	21	56.3
อินโดนีเซีย	230.0	5.4	4.9	3,689	0.728	42.0	25	50	49	44	58.1
ฟิลิปปินส์	92.3	3.8	4.1	3,244	0.771	48.0	22	62	62	45	67.3
พม่า	50.0	3.2	8.9	ไม่มีข้อมูล	0.583	27.8	72	34	48	ไม่มีข้อมูล	82.3
เวียดนาม	88.1	ไม่มีข้อมูล	7.2	2,574	0.733	24.5	19	61	40	64	93.3
จีน	1,345.8	7.5	9.9	5,515	0.777	35.8	22	ไม่มีข้อมูล	40	ไม่มีข้อมูล	80.6
อินเดีย	1,198.0	4.6	7.2	2,721	0.619	27.7	53	ไม่มีข้อมูล	57	52	38.9
บังคลาเทศ	162.2	ไม่มีข้อมูล	5.8	1,233	0.547	25.6	43	41	54	53	57.8

แหล่งข้อมูล: ช่องที่ 2 จาก United Nations 2008; ช่องที่ 5, 7, 9, 11 จาก ESCAP Population Data Sheet 2009 ช่องที่ 3, 4, 8, 10 จาก World Bank, World Development Indicators ช่องที่ 6 จาก UN World Urbanization Prospects 2009

หมายเหตุ: ช่องที่ 4 แสดงให้เห็นผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อคนที่มีความเท่าเทียมกันของอำนาจซื้อ (มูลค่าคงที่ตามเงินสกุลสากลในปีพ.ศ. 2548) ช่องภายใต้หัวข้ออัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อคนปีพ.ศ. 2503-2543 ได้มาจากวิธีการคำนวณหาค่าเฉลี่ยอย่างง่ายของอัตราเฉลี่ยต่อปีของการเติบโตต่อคนสำหรับทศวรรษที่อยู่ในช่วงเวลานี้ ตัวเลขข้อมูลบางประเทศของช่องที่ 8 ได้จากแหล่งข้อมูลอื่นๆ

ตารางที่ 1.2 อัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมแท้จริงในประเทศ (% ต่อปี)

ประเทศ	ปี พ.ศ. 2503-13	ปี พ.ศ. 2513-23	ปี พ.ศ. 2523-33	ปี พ.ศ. 2533-37	ปี พ.ศ. 2538-42	ปี พ.ศ. 2543-52
ญี่ปุ่น	8.9	5.0	3.7		1.1	1.6
เกาหลีใต้	9.5	8.2	12.7	7.6	5.0	4.5
ไต้หวัน	9.6	9.7	8.0	6.5	5.8	3.2
สิงคโปร์	9.2	9.3	6.5	8.4	6.0	5.8
ไทย	7.9	6.9	7.9	9.0	0.7	5.2
มาเลเซีย	ไม่มีข้อมูล	7.9	5.2	8.7	6.6	5.5
อินโดนีเซีย	3.8	8.0	6.0	8.0	1.7	5.2
ฟิลิปปินส์	5.2	6.3	1.0	1.8	3.7	5.1
พม่า	2.8	4.2	-0.1	4.9	7.1	8.9
เวียดนาม	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	7.1	6.8	7.2	7.7
จีน	4.0	5.8	10.4	10.5	8.8	10.4
อินเดีย	3.9	3.2	5.6	4.5	6.6	7.9
บังกลาเทศ	ไม่มีข้อมูล	5.8	4.3	4.6	6.1	5.8

แหล่งข้อมูล: Hollingsworth, 2007, ตารางที่ 1.3; James et al., 2530, ตารางที่ 1.3. 2538 -2542 - จาก ADB Asian Development Outlook 2544 - ค่าเฉลี่ยอัตราการเติบโตต่อปี 2543-2552 จาก World Bank, World Development Indicators 2553 - ค่าเฉลี่ยการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศรายปี

แนวโน้มของตัวแปรหลักทางประชากร

ตารางที่ 1.3 แสดงให้เห็นข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate หรือ TFR) ของประเทศไทย ลดลงจากระดับ 5.5 เป็น 2.2 หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ประเทศไทยสามารถทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงจากระดับสูงจนถึงระดับทดแทนประชากรที่สมดุลได้ภายในระยะเวลาอันสั้นมากโดยใช้เวลาประมาณเพียง 20 ปีในระหว่างปี พ.ศ. 2513 ถึง ปี พ.ศ. 2533 เท่านั้น ดังนั้น ในบางครั้งจึงมีการกล่าวถึงประเทศไทยว่าเป็นประเทศหนึ่งที่สามารถลดอัตราเจริญพันธุ์ลงได้อย่างรวดเร็วมากที่สุดในโลก แต่จากตารางที่ 1.3 พบว่าประเทศสิงคโปร์และอิหร่านเป็นประเทศที่สามารถสร้างความสำเร็จในการลดอัตราเจริญพันธุ์ลงได้ภายในระยะเวลาที่สั้นกว่าประเทศไทยเสียอีก และยังเห็นได้อีกว่าระยะเวลาที่ประเทศไทยได้ใช้ไปในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราเจริญพันธุ์ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเกาหลีใต้และจีน (และตูนิเซียซึ่งไม่ได้ถูกนำเสนอไว้ในตาราง) แต่อย่างไรก็ดีการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความโดดเด่นเป็นอย่างมาก เพราะไม่มีประเทศใดในแถบลาตินอเมริกาที่ประสบผลสำเร็จได้ในระดับนี้ในระยะเวลาอันน้อยกว่า 30 ปี

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องกล่าวถึงคือ การที่ประเทศไทยสามารถประสบความสำเร็จในการทำให้อัตราเจริญพันธุ์อยู่ในระดับทดแทนได้โดยที่ยังมีสัดส่วนของประชากรมากกว่าสองในสามของประเทศอาศัยอยู่ในเขตชนบทและเกือบสองในสามของแรงงานหญิงยังอยู่ในภาคเกษตรกรรม นอกเหนือจากประเทศจีนที่มีการนำนโยบายมาใช้เพื่อชะลอความเป็นเมืองแล้ว (ดู Kojima 1995; Feng and Li 2006) ประเทศไทยถือเป็นประเทศที่สามารถทำให้ภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับทดแทนได้ แม้ว่าการพัฒนาความเป็นเมืองและการเคลื่อนย้ายของประชากรออกจากสังคมการเกษตรอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในแถบเอเชียตะวันออกอีกด้วย (ดูตารางที่ 1.4) ส่วนในภูมิภาคเอเชียใต้ก็มีเพียงประเทศศรีลังกา (แม้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ของศรีลังกาจะยังคงสูงกว่าระดับทดแทนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น) และรัฐเคราลาและรัฐทมิฬนาฑูในประเทศอินเดียเท่านั้นที่สามารถลดภาวะเจริญพันธุ์ให้อยู่ในระดับทดแทนได้โดยที่ยังคงมีประชากรจำนวนถึงสองในสามอยู่ในเขตชนบทและในภาคเกษตรกรรม

ตารางที่ 1.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการเพื่อลดอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) จากระดับ 5.5 เป็น 2.2

ประเทศ	ช่วงเวลาปี พ.ศ.	จำนวนปี โดยประมาณ
สิงคโปร์	2503-2518	15
อิหร่าน	2529-2544	15
ไทย	2513-2533	20
เกาหลีใต้	2506-2527	21
จีน	2512-2533	21
เวียดนาม	2522-2548	26
พม่า	2528-2553	35
ศรีลังกา	2503-2540	37
อินโดนีเซีย	2509-2550	41
ญี่ปุ่น	2458-2500	42

แหล่งข้อมูล: ประมาณการจากข้อมูลจาก World Population Prospects, The 2008 Revision โดย United Nations Population Division ตีพิมพ์ในปี 2009 ปีที่เริ่มต้นและปีที่สิ้นสุดที่แท้จริง อาจมีความคลาดเคลื่อนบ้าง

ประเด็นสุดท้ายที่สำคัญที่ควรกล่าวถึงคือเมื่อพิจารณาถึงอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศไทยที่ถึงแม้จะลดลงถึงระดับทดแทนได้แล้วก็ตาม แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในแถบเอเชีย ระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยของผู้หญิงในประเทศไทยยังอยู่ในระดับที่

ค่อนข้างต่ำมาก ในขณะที่อัตราการมีส่วนร่วมของผู้หญิงในภาคแรงงานอยู่ในระดับสูง แต่แรงงานผู้หญิงเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังอยู่ในภาคเกษตรกรรม (ดูตารางที่ 1.4)

ตารางที่ 1.4 ตัวชี้วัดของสถานะของผู้หญิงในประเทศต่างๆ ในแถบเอเชีย ณ ช่วงเวลาที่อัตราเจริญพันธุ์อยู่ในระดับทดแทน

ประเทศ	ปีที่อัตราเจริญพันธุ์ลดถึงระดับทดแทน	ร้อยละของผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา	อัตราการมีส่วนร่วมของผู้หญิง (ช่วงอายุ 15-64 ปี) ในภาคแรงงาน	ร้อยละของผู้หญิงที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม
	(1)	(2)	(3)	(4)
ไทย	2534	16.9 ¹	73.0	63.0
จีน	2533	c. 65	73.0	ไม่มีข้อมูล
เกาหลีใต้	2525	c. 80	41.0	30.0
ญี่ปุ่น	2503	ไม่มีข้อมูล	54.5	36.6
สิงคโปร์	2518	30.6 ²	45.0 ²	1.0 ²
เวียดนาม	2548	71.2 ³	69.0	60.0 ⁴

¹ 2533 ² 2523 ³ 2552 ⁴ 2547

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลในช่องที่ 2 จากการสำรวจสำมะโนประชากรและการเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย (2533); Census of Population Singapore, Release No. 2 Demographic Characteristics; Release No. 3 Literacy and Education, Department of Statistics, Singapore (1980); Vietnam Population and Housing Census: Completed Results, General Statistics Office of Vietnam (2009); Jones and Gubhaju, 2009, ตารางที่ 4 และ 7.

ข้อมูลในช่องที่ 3 และ 4 จากธนาคารโลก ยกเว้นข้อมูลของประเทศญี่ปุ่นซึ่งได้จาก the Statistics Bureau of Japan, Ministry of International Affairs and Communications (1960).

ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วคือความสำเร็จในการลดอัตราการตายให้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งประเทศไทยสามารถทำให้อัตราการตายลดลงเป็นอย่างมากในช่วงหลายทศวรรษก่อนที่อัตราเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างรวดเร็ว ในระหว่างปี พ.ศ. 2493-2498 พบว่าอัตราการตายของทารกลดลงจาก 94 เป็น 58 รายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย และพบว่าการคาดหมายของอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเมื่อแรกเกิด (ของทั้งสองเพศ) ในระหว่างปี พ.ศ. 2513-2518 เพิ่มสูงขึ้นถึง 8 ปี คือเพิ่มจาก 51.6 ปีโดยเฉลี่ยเป็น 60.8 ปี และในช่วงเวลา 20 ปีต่อมาซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่อัตราเจริญพันธุ์ลดต่ำลงเป็นอย่างมาก อัตราตายของทารกลดต่ำลงเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน คือลดลงถึงระดับ 19 รายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ในขณะที่การคาดหมายของอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มสูงขึ้นอีก 8 ปี (ข้อมูลปี 2009 จากหน่วยงานด้านประชากรขององค์การสหประชาชาติ หรือ United Nations Population Division)

แม้ว่าอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศไทยจะลดลงถึงระดับทดแทนแล้ว แต่อัตราเจริญพันธุ์ยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงประมาณ 1.8 ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2548 ทางองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่าในช่วง ปี พ.ศ. 2548-2553 ประเทศไทยจะยังคงรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ 1.8 ต่อไปถึงแม้ว่าพื้นฐานหรือที่มาของการคาดประมาณนี้จะยังไม่มีความชัดเจนอยู่ก็ตาม อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์แนวโน้มของการจดทะเบียนเกิดสามารถสรุปได้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมในประเทศไทยได้ลดต่ำลงจนถึงระดับประมาณ 1.5 แล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งการลดลงนี้ทำให้เกิดประเด็นที่สำคัญในเชิงนโยบายด้านประชากรขึ้นซึ่งจะได้กล่าวถึงในลำดับต่อไป

ผลกระทบที่เกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์

การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์นับตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2503 เป็นต้นมาได้นำไปสู่การขยายตัวของประชากรในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ยังส่งผลต่อเนื่องไปถึงการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนโครงสร้างด้านอายุของประชากรในกลุ่มต่างๆ ดังที่เห็นได้อย่างชัดเจนจากแผนภูมิที่ 1.1 ในช่วงเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2503-2543 โครงสร้างอายุของประชากรในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากที่เคยมีโครงสร้างเป็นรูปปิรามิดฐานกว้างซึ่ง

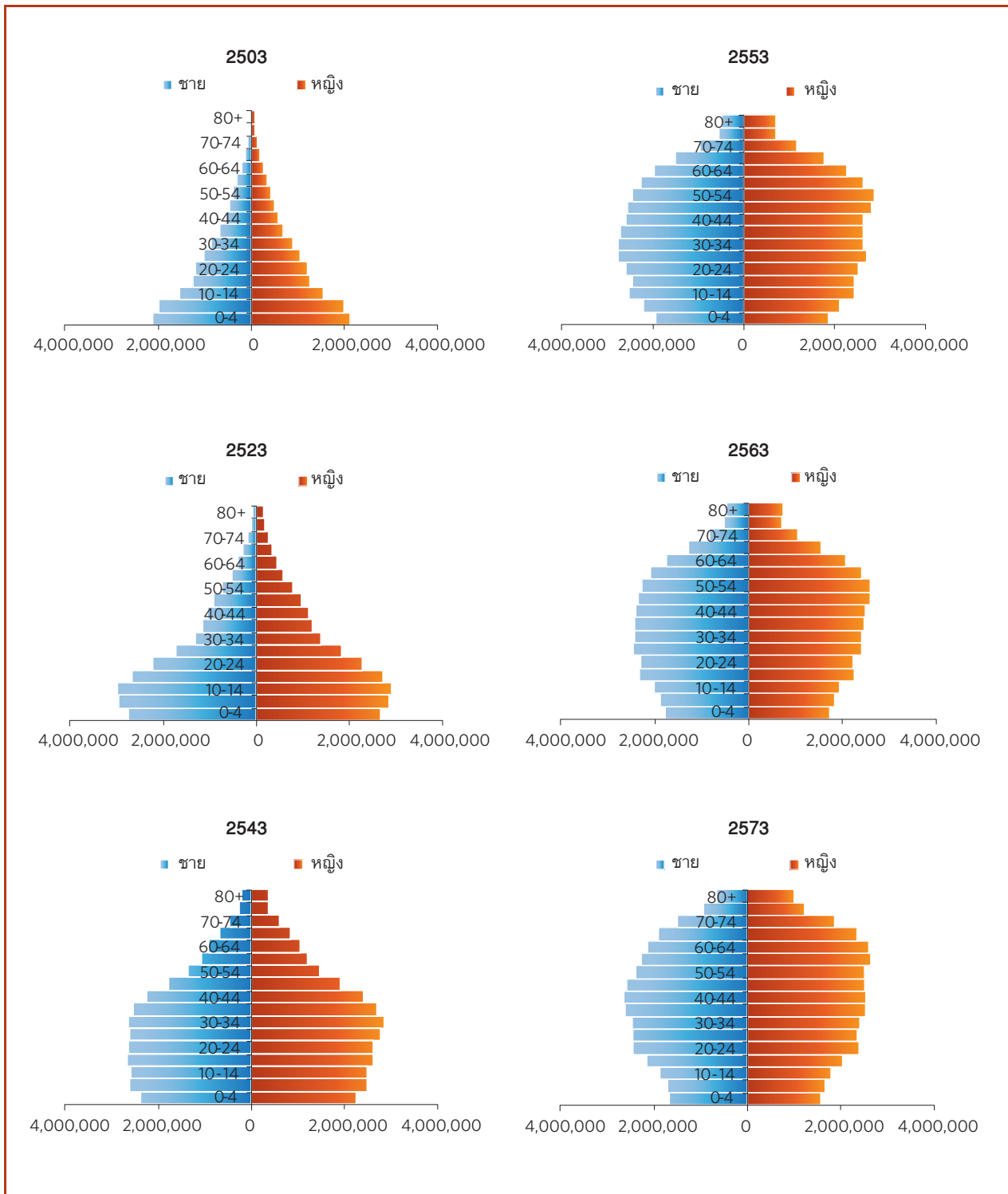
1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอัตราการเจริญพันธุ์รวมในปี พ.ศ. 2545-2553 เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ เนื่องจากสำหรับประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่า 1.85 ในช่วงเวลาดังกล่าว ในการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติให้ถือว่าภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงเวลา 5 หรือ 10 ปีแรกของการคาดประมาณนั้นจะเป็นไปตามแนวโน้มที่ผ่านมาของแต่ละประเทศ สาเหตุที่องค์การสหประชาชาติได้ตั้งข้อสันนิษฐานว่าไม่จำเป็นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในด้านภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ซึ่งน่าจะยังคงอยู่ที่ระดับ 1.85 ทั้งในช่วงปี พ.ศ. 2553-2558 และช่วงปี พ.ศ. 2558- 2563 นั้นสืบเนื่องมาจากที่องค์การสหประชาชาติเห็นว่าอัตราการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยแทบจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เลยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา

สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างประชากรที่มีภาวะเจริญพันธุ์ในระดับสูงไปเป็นรูปลักษณะที่กลุ่มประชากรทุกกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 15-39 ปีมีขนาดใหญ่มากกว่ากลุ่มประชากรวัยเด็กในช่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี หากสถานการณ์ยังคงดำเนินต่อไปในลักษณะนี้ปิรามิดประชากรไทยในปี พ.ศ. 2563 จะยังมีสัดส่วนของประชากรในวัยเด็กลดน้อยลงไปอีกในขณะที่สัดส่วนของประชากรกลุ่มที่อายุ 50 ปีขึ้นไปจะเพิ่มมากขึ้นเช่นกันทำให้ปิรามิดมีลักษณะฐานที่แคบลงแต่ด้านบนจะกว้างมากขึ้น นัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะนำมาซึ่งผลถึงโดยละเอียดในบทอื่นๆ ในรายงานฉบับนี้ แต่ในบทนี้จะพิจารณาถึงหัวข้อที่เป็นประเด็นสำคัญเพียงสองสามประการเท่านั้น

ประการแรกคือการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์มีส่วนเอื้อให้เกิดความสำเร็จในการจัดการด้านการศึกษาสำหรับเด็กทุกคนให้ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาอย่างทั่วถึง ซึ่งความสำเร็จในการกระจายโอกาสทางการศึกษานี้เกิดขึ้นในช่วงประมาณปี พ.ศ. 2528 ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่เด็กที่มีอายุถึงเกณฑ์ในวัยเรียนมีจำนวนสูงที่สุดในประวัติศาสตร์และเริ่มที่จะลดจำนวนลงในเวลาต่อมา (ดู Jones, 1990: หน้า 39) การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์มีส่วนช่วยลดภาระด้านงบประมาณของรัฐบาลลงได้อย่างมากในการที่จะนำไปใช้จัดการด้านการศึกษาทำให้รัฐบาลสามารถให้ความสำคัญกับการจัดบริการด้านการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ถึงความก้าวหน้าและข้อบกพร่องของระบบการศึกษาของประเทศไทยในมุมมองที่กว้างมากขึ้นนั้นถือเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ในทศวรรษที่ 1930 (ช่วงปี พ.ศ. 2473-2482) อัตราการรู้หนังสือของประชากรในประเทศไทยอยู่ในระดับที่สูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านส่วนใหญ่ซึ่งถือว่าเป็นผลงานที่เกิดจากความพยายามของรัฐบาลที่มีกระตือรือร้นที่จะดำเนินการที่ยาวนานในการมุ่งเน้นด้านการศึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งความพยายามของรัฐบาลดังกล่าวส่งผลให้มีนักเรียนเข้าศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-4 ในระดับที่สูงซึ่งรวมทั้งการศึกษาในโรงเรียนวัดด้วย และแม้ว่ารัฐบาลจะประสบความสำเร็จในการขยายการศึกษาในระดับประถมศึกษาออกไปเป็น 6 ปีและขยายโอกาสทางการศึกษาในระดับอุดมศึกษาด้วยแล้ว ประเทศไทยยังคงมีช่องว่างที่ชัดเจนในการจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมาเป็นระยะเวลาานาน ซึ่งช่องว่างนี้เพิ่งจะได้รับการพิจารณาแก้ไขอย่างจริงจังในช่วงทศวรรษที่ 1990 (ช่วงปีพ.ศ. 2533-2543) นี้เอง (ดู Khoman, 1993: หน้า 329-330; Jones, 2005; Booth, 2003: หน้า 181) มีการศึกษาหลายกรณี พบว่าผลตอบแทนสูงสุดทางสังคมที่แท้จริงมาจากการลงทุนด้านการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น แต่เหตุที่อัตราการเข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในระดับที่ต่ำมากอย่างต่อเนื่องมานานหลายปีนั้นนอกจากจะเป็นผลมาจากรูปแบบของการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการขยายขอบเขตการเพาะปลูกซึ่งได้กล่าวไว้

แผนภูมิที่ 1.1 พีระมิดประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2503-2573



แหล่งข้อมูล: จำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2503-2543 จากการสำรวจสำมะโนประชากรของประเทศไทยจำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2553-2573 จาก World Population Prospects, the 2008 Revision. United Nations Population Division. 2009. (การคาดประมาณขั้นต่ำ)

ข้างต้นแล้ว ความสะดวกง่ายตายของการดำเนินงานทำในโรงงาน ในเขตก่อสร้าง และในภาคอุตสาหกรรมบริการที่หลากหลาย ในช่วงที่เศรษฐกิจเฟื่องฟูในช่วงประมาณปี พ.ศ. 2523-2533 ตลอดจนความยากลำบากของพ่อแม่ผู้ปกครองที่ยากจนที่อาศัย อยู่ในเขตชนบทที่ไม่สามารถส่งเสียลูกหลานให้เข้ารับการศึกษา ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอยู่ห่างไกลจาก ภูมิภาคอื่นๆได้ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การศึกษาในระดับนี้ อยู่ในระดับต่ำ (Sussangkarn, 1988; Knodel and Wongsith, 1989) แต่การที่จะเปลี่ยนแปลงประเทศไปสู่การเป็นประเทศ อุตสาหกรรมอย่างจริงจังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการลงทุนด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับสูง ซึ่งที่ผ่าน มาประเทศไทยยังไม่มีความพร้อมมากนักที่จะใช้ประโยชน์สูงสุด จากการเปลี่ยนแปลงระบบอุตสาหกรรมและเพื่อดึงดูดการลงทุน จากต่างประเทศได้ ซึ่งประเด็นเหล่านี้เป็นข้อสังเกตที่ได้จากนัก เศรษฐศาสตร์หลายท่าน (เช่น Myers and Sussangkarn 1992)

ประเทศไทยเพิ่งจะประสบความสำเร็จในการเพิ่มอัตราการเข้า ศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 (ดู Jones, 2005, หน้า 183-188; Booth, 2003, หน้า 181-2) ซึ่ง ถือเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า “การดำเนินงานโดยภาครัฐด้วยความ ตั้งใจที่แน่วแน่สามารถทำให้เกิดผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง อัตราการเข้ารับการศึกษาคือในระดับที่สูงขึ้นได้แม้จะเป็นการ ดำเนินงานในช่วงเวลาที่ค่อนข้างสั้นก็ตาม” (Booth, 2003, หน้า 182) นับตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2543) เป็นต้นมา อัตรา การเข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาที่มีอัตราที่สูงขึ้นเรื่อยๆ (กรุณา ดูข้อมูลเพิ่มเติมในบทที่ 5) แต่อย่างไรก็ตาม “ความเฉื่อยทาง ประชากร (Demographic Inertia)” (หมายถึงการลดลงอย่างช้าๆ ของกลุ่มแรงงานที่มีการศึกษาต่ำซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดก่อนที่จะมีการ ขยายโอกาสทางการศึกษา) เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำให้การ ยกย่องการศึกษาของกลุ่มแรงงานโดยรวมเป็นไปอย่างรวดเร็ว ได้ ดังนั้นประเทศไทยจึงไม่สามารถที่จะข้ามผ่านอุปสรรคที่เป็น ผลมาจากการลงทุนด้านการศึกษาที่น้อยเกินไปในอดีตไปอย่างรวดเร็วได้

แนวโน้มในอนาคตด้านประชากรและองค์ ประกอบด้านกลุ่มอายุ

การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยที่ใช้ตัวเลขในรายงาน ฉบับนี้ (เมษายน 2554) เป็นสิ่งที่ทำทนายเนื่องจากผลเบื้องต้นจาก ผลสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2553 จะได้รับการเผยแพร่ใน ช่วงเวลาเดียวกันกับที่รายงานฉบับนี้ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งผลที่ ได้อาจแสดงให้เห็นว่าข้อมูลบางส่วนที่ใช้ในรายงานฉบับนี้ไม่ ถูกต้องเนื่องจากข้อมูลปี พ.ศ. 2553 ที่ใช้ในรายงานฉบับนี้เป็น ข้อมูลที่ได้จากการคาดประมาณตัวแปรด้านประชากรในช่วง

ก่อนหน้าของประเทศไทย² แนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์อาจจะแตก ต่างไปจากแนวโน้มที่ได้ประมาณการณืไว้และสมมุติฐานเกี่ยวกับการย้ายถิ่นที่ได้จากการคาดประมาณนี้อาจไกลจากความเป็นจริง มากได้ การจัดทำรายงานฉบับนี้จึงใช้ข้อมูลจากการคาดประมาณ ประชากรที่จัดทำโดยหน่วยงานด้านประชากรแห่งสหประชาชาติ ฉบับแก้ไขปรับปรุงปี พ.ศ. 2551 (United Nations Population Division, 2009) มาใช้ในการจัดทำรายงานในครั้งนี้โดยส่วนใหญ่ จะใช้สมมุติฐานของการคาดประมาณระดับปานกลาง และการ คาดประมาณดังกล่าวนี้อยู่บนพื้นฐานของการอนุมานว่าอัตรา เจริญพันธุ์รวมโดยประมาณจะยังคงที่อยู่ในระดับ 1.85 ในช่วง ปี พ.ศ. 2553-2558 และปี พ.ศ. 2558-2563 แต่อย่างไรก็ตาม ระหว่างที่จัดทำรายงานฉบับนี้ข้อมูลชี้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมใน ประเทศไทยนั้นน่าจะลดลงถึงระดับ 1.5 แล้ว ดังนั้นภาวะเจริญ พันธุ์ในอนาคตจึงมีแนวโน้มที่จะไม่ไปไปตามการคาดประมาณ ขององค์การสหประชาชาติ ด้วยเหตุนี้สมมุติฐานระดับต่ำของการ คาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ (ซึ่งคาดว่าภาวะเจริญ พันธุ์รวมของประเทศไทยจะลดลงถึงระดับ 1.60 ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2558 และลดลงถึงระดับ 1.45 ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2563) จึงเป็นตัวเลขที่น่าจะใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากกว่า การคาด ประมาณทั้งสองระดับนี้ใช้เวลาเริ่มต้นของการลดลงของประชากร ในประเทศไทยที่ค่อนข้างต่างกันอย่างมาก ซึ่งการคาดประมาณ ในสมมุติฐานระดับปานกลางนั้นใช้การเริ่มต้นของการลดลงของ ประชากรจากปี พ.ศ. 2583 มีจำนวนประชากรประมาณ 74 ล้าน คน ส่วนการคาดประมาณที่ใช้สมมุติฐานระดับต่ำนั้นการเริ่มต้น ของการลดลงของประชากรเกิดขึ้นก่อนหน้านั้นหลายปีคือตั้งแต่ ช่วงปี พ.ศ. 2563-2568 โดยมีจำนวนประชากรต่ำกว่า 70 ล้าน คนเล็กน้อย

2 มีแหล่งข้อมูลที่ให้ขนาดประชากรของประเทศไทยในเวลาที่จัดทำรายงาน ดังนี้

1. ฐานข้อมูลประชากรจากระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่มีจำนวน ประชากร 63.87 ล้านคนในปี 2553
2. ขนาดประชากรที่ได้จากการคาดประมาณประชากรในปี 2553 โดยหน่วย งานต่าง ๆ ดังนี้
 - 2.1 การคาดประมาณประชากรไทยปี 2542-2559 โดยสำนักงานการ ศึกษาแห่งชาติที่คาดประมาณขนาดประชากรในปี 2553 อยู่ที่ 67.68 ล้านคน
 - 2.2 การคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ World Population Prospects: The 2008 Revision จำนวนประชากร 68.13 ล้านคน เท่ากันทั้งสมมุติฐานระดับกลางและระดับต่ำ
 - 2.3 การคาดประมาณประชากร(ในปี 2545) โดยสถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้จำนวนประชากร 63.35 ล้านคน
 - 2.4 การคาดประมาณประชากรปี 2543-2573 โดยสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คาดประมาณ ตัวเลขที่ 68.5 ล้านคน

กล่าวโดยสรุปคือ การคาดประมาณขนาดของประชากรในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 จะอยู่ในช่วงระหว่าง 63.3 ถึง 68.5 ล้านคน (โดยใช้สมมุติฐาน ระดับกลางของการคาดประมาณ) ซึ่งมีความแตกต่างกันอยู่มากกว่า 4 ล้าน คน แต่จากข้อมูลสำมะโนประชากรและการเคหะในปี พ.ศ. 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ประกาศผลภายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ว่าประเทศไทยมีประชากรอยู่ประมาณ 65.4 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนที่ต่ำกว่า การคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติอยู่ 2.73 ล้านคน

แม้ว่าจะมีความไม่แน่นอนอยู่บ้าง แต่มิติของโครงสร้างและแนวโน้มของประชากรของประเทศไทยโดยรวมในอนาคตนั้นค่อนข้างชัดเจน ซึ่งประเด็นสำคัญที่ควรเน้นย้ำคือผลจากการลดลงอย่างมากของภาวะเจริญพันธุ์ทำให้การเติบโตของประชากรในกลุ่มอายุต่างๆ มีความแตกต่างกันมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (ดูตารางที่ 1.5 และ แผนภูมิที่ 1.2 ประกอบ) โดยจำนวนประชากรในวัยเด็กและในช่วงต้นของวัยทำงานจะลดลงเรื่อยๆ ในขณะที่จำนวนประชากรวัยทำงานที่เป็นผู้ใหญ่เต็มตัว (อายุ 30-64 ปี) จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าจะเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างช้ามากก็ตาม ในขณะที่เดียวกันจำนวนประชากรวัย 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ด้วยเหตุที่ประชากรวัยทำงานโดยรวม (อายุ 15-64 ปี) จะเริ่มมีจำนวนลดลงภายหลังจากปี พ.ศ. 2563 หรืออาจจะก่อนหน้านั้นเล็กน้อยเนื่องจากค่าการคาดประมาณการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ตามสมมุติฐานระดับต่ำที่องค์การสหประชาชาติได้คำนวณไว้ นั่นต่ำกว่าค่าความเป็นจริงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และจาก

การที่ประชากรวัยทำงานรุ่นหนุ่มสาวที่มีการศึกษาจะมีอัตราสูงกว่าประชากรในกลุ่มเดียวกันที่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุนี้นี้เมื่อ 20 ปีที่แล้ว ดังนั้นการลดลงของจำนวนประชากรในวัยทำงานรุ่นหนุ่มสาวอาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การพัฒนาเศรษฐกิจไม่สามารถดำเนินไปอย่างรวดเร็วเท่าที่ควรเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีใหม่ๆ มักถูกปลูกฝังให้กับคนรุ่นใหม่มากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนข้อนี้อาจสามารถชดเชยได้โดยใช้ประโยชน์จากการที่ประชากรกลุ่มนี้มีการศึกษาในระดับสูงมาพัฒนาให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในกรณีนี้ประเทศไทยอาจจำเป็นต้องจะมีการเปลี่ยนแปลงบางประการทางด้านโครงสร้างทางเศรษฐกิจและนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ ในขณะเดียวกันอาจเป็นไปได้ว่าประเทศไทยอาจจำเป็นต้องนำเข้าแรงงานที่มีทักษะ (หรือแม้กระทั่งอาจรวมถึงแรงงานที่มีทักษะต่ำ) ในบางสาขาอาชีพจากต่างประเทศเพื่อเติมเต็มช่องว่างในส่วนนี้ให้แก่ประเทศ

ตารางที่ 1.5 จำนวนประชากรในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2573 จำแนกตามกลุ่มอายุอย่างกว้างๆ (หน่วย: พันคน)

กลุ่มอายุ	ปี 2543	ปี 2548	ปี 2553	ปี 2558	ปี 2563	ปี 2568	ปี 2573
จำนวน							
สมมุติฐานระดับกลาง							
0-14	15,674	15,127	14,629	14,484	14,322	14,026	13,651
15-29	15,517	16,209	16,076	15,517	14,989	14,515	14,403
30-64	27,198	29,925	32,183	33,794	34,539	34,692	34,199
(15-64)	(42,715)	(46,134)	(48,259)	(49,311)	(49,528)	(49,207)	(48,602)
65+	3,958	4,685	5,251	6,142	7,594	9,394	11,209
รวม	62,347	65,946	68,139	69,939	71,443	72,628	73,462
สมมุติฐานระดับต่ำ							
0-14	15,674	15,127	14,629	13,834	12,661	11,140	10,203
15-29	15,517	16,209	16,076	15,517	14,989	14,515	13,857
30-64	27,198	29,925	32,183	33,794	34,539	34,692	34,199
(15-64)	(42,715)	(46,134)	(48,259)	(49,311)	(49,528)	(49,207)	(47,956)
65+	3,958	4,685	5,251	6,142	7,594	9,394	11,209
รวม	62,347	65,946	68,139	69,288	69,782	69,741	69,369

ร้อยละ

สมมุติฐานระดับกลาง

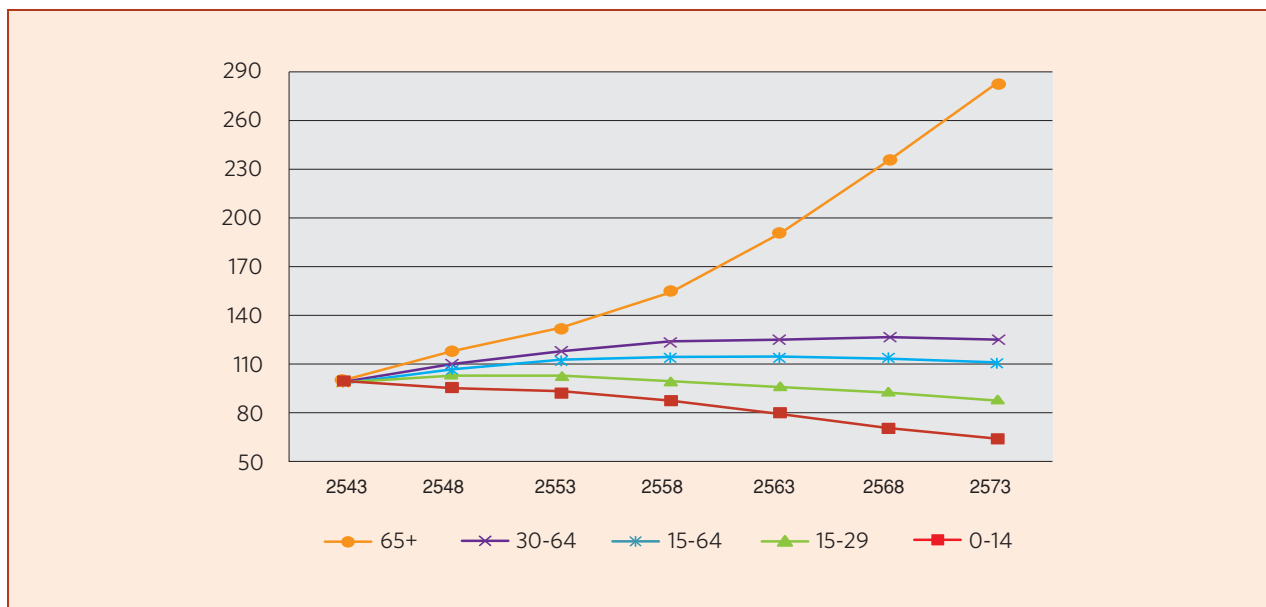
0-14	25	23	21	21	20	19	19
15-29	25	25	24	22	21	20	20
30-64	44	45	47	48	48	48	47
(15-64)	(69)	(70)	(71)	(71)	(69)	(68)	(66)
65+	6	7	8	9	11	13	15
รวม	100	100	100	100	100	100	100

สมมุติฐานระดับต่ำ

0-14	25	23	21	20	18	16	15
15-29	25	25	24	22	21	21	20
30-64	44	45	47	49	50	50	49
(15-64)	(69)	(70)	(71)	(71)	(71)	(71)	(69)
65+	6	7	8	9	11	13	16
รวม	100	100	100	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลจาก World Population Prospects, The 2008 Revision. United Nations Population Division 2009.

แผนภูมิที่ 1.2 ดัชนีการเติบโตของประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2573



แหล่งข้อมูล: คำนวณจากข้อมูลของ United Nations Population Division ปี 2009 โดยใช้ค่าการคาดประมาณในระดับปานกลาง

หมายเหตุ: ปี พ.ศ. 2543 = 100 ใช้เป็นปีอ้างอิง

ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นที่จะต้องตระหนักว่าประเทศไทย (เช่นเดียวกับมาเลเซีย) ถือเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศในโลกที่มีการหลังไหลของการย้ายถิ่นออกนอกประเทศและการย้ายถิ่นเข้าในประเทศอย่างมาก สำหรับกรณีของประเทศไทยการย้ายถิ่นออกนอกประเทศส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานที่มีการศึกษาและเป็นแรงงานที่มีฝีมือ ในขณะที่การย้ายถิ่นเข้าในประเทศส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือ ซึ่งการหลังไหลของประชากรในลักษณะนี้จะทำให้เกิดความสมดุลในแง่ของคุณภาพของต้นทุนทางด้านทรัพยากรมนุษย์ของมาเลเซียที่เริ่มจะลดต่ำลง ส่วนในกรณีของประเทศไทย ปัญหาเรื่องความสมดุลของต้นทุนด้านทรัพยากรมนุษย์ยังไม่ค่อยมีความชัดเจนมากนักเนื่องจากการหลังไหลของการย้ายถิ่นออกนอกประเทศนั้นจะเป็นกลุ่มแรงงานที่มีทักษะและระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศมาเลเซีย ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นกรณีใดก็ตามจำนวนของผู้ที่ย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศไทย (ซึ่งหมายรวมถึงการเข้ามาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย) นั้นมีมากมายเกินกว่าจำนวนผู้ที่ย้ายถิ่นออกนอกประเทศ (ดูข้อมูลเพิ่มเติมในบทที่ 6) ปัจจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการไหลออกของแรงงานไร้ฝีมือจากประเทศไทยนั้นมีแนวโน้มที่จะลดลงเรื่อยๆ ในอนาคตเนื่องจากการที่ประชากรวัยหนุ่มสาวรุ่นใหม่จะมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและคนกลุ่มนี้จะเข้ามาเป็นแรงงานไร้ฝีมือน้อยลงจึงทำให้เกิดการหดตัวของอุปทาน นอกจากนี้ยังมีสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องตระหนักคือความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างระดับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ (และอัตราค่าจ้างแรงงานสำหรับแรงงานไร้ฝีมือ) ในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านหลายประเทศ (เช่น พม่า กัมพูชา ลาว และบังคลาเทศ) ตลอดจนความยุ่งยากทางการเมืองที่ยังคงคุกรุ่นอยู่ในประเทศพม่าในขณะนี้ยังคงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้แรงงานไร้ฝีมือจากประเทศเหล่านี้เข้ามาแสวงหางานทำในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ประเด็นปัญหาด้านนโยบายประชากรที่เกี่ยวกับการแรงงานต่างชาติจะมีความสำคัญมากต่อไป

ผลกระทบสำคัญอีกประการหนึ่งจากการที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วคือการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและการเพิ่มขึ้นของอัตราการพึ่งพาของผู้ที่ต้องการการดูแลโดยประชากรวัยทำงานทั้งในระดับมหภาคและในระดับครอบครัว จึงไม่แปลกเลยที่ประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบเหล่านี้จะเป็นสาระสำคัญที่เป็นประเด็นหลักในการอภิปรายเกี่ยวกับนัยสำคัญของแนวโน้มด้านประชากรและถือเป็นส่วนสำคัญที่ควรต้องกล่าวถึงในรายงานฉบับนี้ด้วย

ความเกี่ยวข้องเชิงนโยบายที่เป็นผลมาจากการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์

การกำหนดนโยบายทางด้านประชากรในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในช่วงเวลาไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมาโดย

เริ่มต้นจากปี พ.ศ. 2513 ที่รัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยได้ออกมายอมรับว่ามีความจำเป็นที่จะต้องลดอัตราเพิ่มของประชากรโดยมีการตั้งเป้าหมายหลักในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติซึ่งเป็นแผนงาน 5 ปี (เริ่มจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2515-2519) แต่อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (ปี พ.ศ. 2530-2534) เป็นต้นมานอกจากการลดอัตราเจริญพันธุ์แล้วรัฐบาลยังได้กำหนดให้มีการเสริมสร้างคุณภาพของประชากร (ดู Robinson and Rachapaetayakom, 1993) และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับประชากรเข้าไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอีกด้วย และเมื่อถึงปี พ.ศ. 2540 อัตราเจริญพันธุ์ได้ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนแล้วและการคาดประมาณได้ชี้ให้เห็นถึงการชะลอตัวของการเพิ่มของประชากร จนท้ายที่สุดสามารถรักษาระดับของขนาดของประชากรให้คงที่ได้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรกที่ไม่มีการกำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเพิ่มประชากรและนโยบายประชากรของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 นี้ค่อนข้างคลุมเครือเพราะกล่าวถึงเพียงการสนับสนุนให้คงขนาดของครอบครัวที่เหมาะสมไว้และให้มีการกระจายตัวของประชากรอย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงพื้นฐานด้านศักยภาพและโอกาสในด้านการพัฒนาที่มีอยู่ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ” (ดู Prachuabmoh and Mitranon, 2546, หน้า 46) นอกจากนี้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในฐานะที่เป็นทั้งเครื่องมือและผลลัพธ์ที่ต้องการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (ปี พ.ศ. 2545-2549) ได้มีการกล่าวถึงเป้าหมายในการรักษาระดับภาวะเจริญพันธุ์ให้คงที่ไว้ในระดับทดแทนและยังมีการระบุถึงความจำเป็นในการปรับปรุงคุณภาพและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้แล้วแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 นี้ ยังมีกรกล่าวถึงเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและการศึกษาให้ดียิ่งขึ้น การทำให้การกระจายตัวของประชากรในภูมิภาคต่างๆ เป็นไปอย่างเหมาะสม การบริหารจัดการด้านการโยกย้ายถิ่นฐานทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศให้ดียิ่งขึ้น และโดยการขยายกรอบการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ในแต่ละภูมิภาคให้พัฒนาโครงการของตนเองเพื่อรับมือกับแนวโน้มความต้องการด้านประชากรในแต่ละพื้นที่ (ดู Prachuabmoh and Mitranon, 2546, หน้า 46) สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี พ.ศ. 2550-2554) รัฐบาลได้ให้ความสำคัญในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการเตรียมการเพื่อรองรับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการปรับปรุงประสิทธิภาพของแรงงานและบริการทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสองฉบับล่าสุดของประเทศไทย (ฉบับที่ 9 และ 10) ได้กล่าวถึงความจำเป็นที่จะต้องรักษาระดับภาวะเจริญพันธุ์ให้คงที่อยู่ในระดับทดแทน แต่อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ในขณะนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ ในขณะที่จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเหล่านี้ภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทนแล้ว ถึงแม้ว่าจะอยู่ในระดับที่ไม่ต่ำมากเกินไปก็ตาม แต่ในขณะที่ระดับภาวะเจริญพันธุ์ได้ตกลงมาถึงระดับที่ต่ำมากจนเห็นได้ชัด ซึ่งหากประเทศไทยยังคงรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์รวมไว้ที่ 1.5 ต่อไป จะส่งผลให้ประชากรในรุ่นต่อไป มีขนาดเล็กลงประมาณร้อยละ 30 หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งคือในท้ายที่สุดขนาดของประชากรไทยจะลดลงครึ่งหนึ่งในทุกๆ รอบ 60 ปี ซึ่งคงไม่มีรัฐบาลประเทศไทยสามารถที่จะละลายต่อแนวโน้มของประชากรในลักษณะดังกล่าวนี้ได้ นอกจากนี้ ยังเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าหากอัตราเจริญพันธุ์ลดลงต่ำกว่าระดับ 1.5 แล้วจะเป็นการยากที่จะทำให้อัตรานี้ก็กลับสูงขึ้นไปถึงระดับทดแทนได้อีกครั้ง³ แม้ว่ากาออพพพเข้ามในในประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติอาจเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยทดแทนสิ่งที่ขาดหายไปได้ แต่การอพพย้ายถิ่นฐานนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในโดยโครงสร้างพื้นฐานของประชากรและยังก่อให้เกิดประเด็นคำถามอีกด้วยว่าจะทำอย่างไรให้การเปลี่ยนแปลงทางด้านต้นทุนมนุษย์มีความสมดุลกับความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้ ประเด็นสำคัญของรายงานฉบับนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ถึงความจำเป็นว่าประเทศไทยควรที่จะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร

หลายประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เผชิญกับภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำเกินไปในขณะที่ล้วนแต่ปล่อยให้ระยะเวลากว่ายี่สิบปีล่วงเลยไปกว่าที่จะมีการนำนโยบายมาใช้เพื่อเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์อย่างจริงจัง (ดูตารางที่ 1.2 ใน Jones et al, 2009) สำหรับประเทศไทยนั้นแม้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ได้ลดต่ำลงถึงระดับทดแทนมานานกว่า 20 ปีแล้วแต่ยังไม่มีการนำนโยบายส่งเสริมการเกิดมาประกาศใช้ จึงดูเหมือนว่าประเทศไทยกำลังเดินตามรอยเส้นทางเดียวกับประเทศต่างๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ระดับภาวะเจริญพันธุ์ได้ลดต่ำถึงระดับทดแทนไปก่อนหน้านี้อแล้ว แต่แน่นอนว่ามีข้อแตกต่างบางประการระหว่างรูปแบบของภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยกับประเทศเหล่านั้น ยกตัวอย่างเช่นในประเทศเกาหลีใต้และไต้หวันที่มีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่า 1.5 มากภายในระยะเวลาไม่ถึง 20 ปีหลังจากที่ระดับภาวะเจริญพันธุ์ลดลงถึงระดับทดแทนแล้ว การที่อัตราเจริญพันธุ์ได้ลดลงต่ำกว่า 1.5

3 ต้องยอมรับว่าการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมของช่วงเวลานี้อาจเป็นเรื่องที่ “ถูกทำให้เป็นประเด็นใหญ่มากเกินความเป็นจริง” เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเว้นระยะหรือเลื่อนเวลาในการมีบุตรออกไปในหนึ่งชั่วอายุคน (tempo effects) และการเลิกใช้วิธีชะลอการมีบุตรดังกล่าวจะทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมเพิ่มสูงขึ้นได้บ้าง ดังที่จะเห็นได้จากตัวอย่างจากบางประเทศในยุโรป (ดู Goldstein, Sobotka and Jasilioniene, 2009) อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่า ปรากฏการณ์เช่นนี้อาจจะไม่ปรากฏให้เห็นในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ดู Frejka, Jones and Sardon, 2010).

และยังมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนหลายประการว่าภาวะเจริญพันธุ์จะยิ่งลดต่ำลงไปอีกเรื่อยๆ ทำให้ทั้งสองประเทศต้องนำเอานโยบายต่างๆ ที่ส่งเสริมการเกิดออกมาประกาศใช้ใหม่ที่สุด (ถึงแม้ว่าในกรณีของประเทศเกาหลีใต้ภาวะเจริญพันธุ์รวมจะอยู่ที่ต่ำกว่า 1.2 มาเป็นเวลานานถึง 5 ปีก่อนที่ทางรัฐบาลจะประกาศใช้นโยบายส่งเสริมการเกิดก็ตาม) แม้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยภายหลังจากที่ลดลงถึงระดับทดแทนแล้วจะยังคงลดลงต่อไปอีกในอัตราที่ช้ากว่าที่พบเห็นได้ในสองประเทศนี้ก็ตาม แต่ความเป็นจริงที่ต้องยอมรับคืออัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยในขณะนี้ ได้ลดต่ำลงไปถึงระดับที่บางครั้งอาจเรียกได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ “ต่ำมาก (Ultra-low)” ดังนั้น ประเด็นที่เป็นคำถามสำคัญสำหรับประเทศไทยจึงน่าจะเป็นประเด็นที่ว่า

- อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะลดต่ำลงอีกต่อไปสู่ระดับที่ต่ำกว่า 1.5 หรือไม่
- ถ้าใช่ จะเป็นการเหมาะสมหรือไม่ที่จะนำเอานโยบายต่างๆ ในการส่งเสริมการเกิดมาใช้
- และถ้าเหมาะสม ควรจะนำเอานโยบายเหล่านั้นมาใช้เมื่อใด และควรจะเป็นนโยบายประเภทใดบ้าง

ถึงแม้ว่าจะไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าความล่าช้าเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะขาดการผลักดันในเชิงนโยบายหรือเป็นเพียงเพราะประเทศเหล่านี้ประสบความสำเร็จในการนำนโยบายไปใช้ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ แต่การดำเนินการที่ล่าช้าในการตอบสนองต่อประเด็นดังกล่าวข้างต้นของประเทศต่างๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ว่าเป็นความผิดพลาดเพราะยิ่งภาวะเจริญพันธุ์ลดต่ำลงมากเท่าใด จะยิ่งทำให้ความพยายามเพิ่มระดับเจริญพันธุ์ให้กลับสูงขึ้นเป็นไปด้วยความยากลำบากมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นประเทศไทยจึงควรที่จะนำบทเรียนที่มีประโยชน์ที่ได้จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศเหล่านี้มาใช้โดยควรพิจารณาทิศทางของนโยบายและการตอบสนองต่อนโยบายที่เหมาะสม และควรประกาศใช้ให้เป็นการเร่งด่วนของประเทศ

ความเป็นมาและลักษณะของนโยบายส่งเสริมการเกิดในประเทศที่มีระดับภาวะเจริญพันธุ์ต่ำในแถบเอเชีย

กลุ่มประเทศในแถบเอเชียที่มีภาวะเจริญพันธุ์ในระดับต่ำทั้งหมดถือได้ว่าประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ เป็น 2 ประเทศที่มีประวัติการใช้นโยบายส่งเสริมการเกิดมาอย่างยาวนาน ในขณะที่ประเทศเกาหลีใต้และไต้หวันนั้น เพิ่งจะนำเอานโยบายส่งเสริมการเกิดมาใช้ในปี พ.ศ. 2549 ส่วนอีก 2 ประเทศคือจีนและฮ่องกงยังไม่มี การนำเอานโยบายส่งเสริมการเกิดมาใช้ สำหรับในกรณีของฮ่องกงนั้นแม้รัฐบาลจะไม่มีนโยบายแทรกแซงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรแต่ดูเหมือนว่าฮ่องกงจะไม่ได้รับผลกระทบจากภาวะ

ที่อัตราเจริญพันธุ์ลดต่ำลงมากขึ้น (อาจเนื่องมาจากช่องว่างเป็นเมืองที่สามารถเพิ่มจำนวนประชากรได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ โดยการอนุญาตให้ประชาชนจากจีนแผ่นดินใหญ่ย้ายเข้ามา) ในทางตรงกันข้าม รัฐบาลจีนยังไม่เห็นด้วยกับการใช้นโยบายส่งเสริมการเกิดเนื่องจากเกรงว่าจะเกิดปฏิกริยาสะท้อนกลับของภาวะเจริญพันธุ์และทำให้อัตราเจริญพันธุ์หวนกลับไปอยู่ในระดับที่สูงมากอย่างรวดเร็วถึงแม้ว่าทางรัฐบาลจีนจะเริ่มมีความยืดหยุ่นต่อนโยบายควบคุมการเกิดอย่างเข้มงวดมากกว่าในอดีตที่ผ่านมาแล้วก็ตาม (ดู Gu, 2009)

ตลอดช่วงเวลาว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ได้สร้างความแข็งแกร่งให้กับนโยบายส่งเสริมการเกิดในประชากรของตนโดยประเทศทั้งสองมีการให้เงินสนับสนุนโดยตรงแก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมให้มีบุตรโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในเชิงสถาบันของประเทศให้เอื้ออำนวยต่อการสมรสและการมีบุตร ยิ่งไปกว่านั้น ทั้งสองประเทศนี้ยังได้เพิ่มบทบาทผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้มารดาคลอดและลาหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับเงินเดือนและยังให้เงินสนับสนุนสถานเลี้ยงดูเด็กอ่อนและเด็กเล็กในช่วงกลางวันอีกด้วย ในขณะที่ประเทศเกาหลีใต้และไต้หวันได้กำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเกิดเช่นเดียวกันแต่ยังเป็นมาตรการที่ไม่เข้มข้นเท่าประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ โดยมาตรการของประเทศเกาหลีใต้และไต้หวันนั้นจะมุ่งเน้นที่การให้เงินสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร ให้สวัสดิการเพื่อลาคลอดและดูแลบุตรสำหรับทั้งมารดาและบิดา แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงการให้เงินสนับสนุนโดยตรงเพื่อส่งเสริมให้มีบุตร อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีประเทศใดที่ให้สวัสดิการในการลาคลอดและเลี้ยงดูบุตรแก่บิดายกเว้นประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์เท่านั้นที่มีข้อกำหนดให้สามีสามารถลาหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้เช่นเดียวกับภรรยา (ศึกษารายละเอียดของนโยบายเหล่านี้เพิ่มเติมได้ที่ Jones, Chan and Straughan, 2008; Frejka, Jones and Sardon, 2010 และเอกสารอ้างอิงฉบับอื่นๆ)

อย่างไรก็ตาม โครงสร้างทางสถาบันและวัฒนธรรมในประเทศเหล่านี้มักไม่เอื้อต่อการนำนโยบายส่งเสริมการมีบุตรเหล่านี้ไปใช้ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ยกตัวอย่างเช่นในประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ ลูกจ้างจำนวนมากไม่ยอมใช้ประโยชน์จากสวัสดิการด้านการลาคลอดและการลาเพื่อเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากเกรงว่าจะเป็นการเสียโอกาสที่จะได้รับการเลื่อนตำแหน่งหรือเกรงว่าอาจทำให้นายจ้างหรือเพื่อนร่วมงานไม่พอใจ ทำให้รัฐบาลของประเทศเหล่านี้เกิดความกังวลว่า การมีกฎระเบียบหรือนโยบายส่งเสริมการเกิดที่มากเกินไปเพื่อสนับสนุนให้ผู้หญิงที่มีอาชีพการงานสามารถมีบุตรได้ง่ายขึ้น อาจเป็นเหตุให้นายจ้างไม่ยอมจ้างผู้หญิงที่มีแนวโน้มที่จะมีบุตรเข้าทำงาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เป็นมิตรให้เสมือนกับเป็นความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นเรื่องยากสำหรับสังคมที่ยังอยู่ภายใต้อิทธิพลของขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิม หากเปรียบเทียบ

เทียบกับแล้วประเทศไทยน่าจะประสบกับปัญหานี้น้อยกว่าในประเทศเหล่านี้

เป็นที่น่าเสียดายว่านโยบายส่งเสริมการเกิดในประเทศเหล่านี้ถูกตัดสินว่าเป็นนโยบายที่ล้มเหลวเนื่องจากนโยบายเหล่านี้มีผลต่อการเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์ได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่ในทางกลับกันอาจกล่าวได้ว่านโยบายเหล่านี้มีส่วนช่วยป้องกันไม่ให้อัตราเจริญพันธุ์มีอัตราที่ลดต่ำลงไปกว่าเดิมอีก เป็นที่น่าสังเกตว่านโยบายต่างๆ ดังกล่าวในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ไม่มีความสมบูรณ์หรือครอบคลุมเหมือนกับนโยบายที่ใช้อยู่ในหลายประเทศในยุโรปเช่นในฝรั่งเศสและในประเทศแถบแอฟริกาเหนือที่ประสบความสำเร็จในการทำให้อัตราเจริญพันธุ์กลับมาอยู่ที่ระดับที่ใกล้เคียงกับระดับทดแทนได้ หากประเทศไทยจะนำเอานโยบายส่งเสริมการเกิดมาใช้ควรจะต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ไม่เฉพาะแต่เพียงประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แต่ควรศึกษาจากประเทศอื่นๆ ในแถบยุโรปที่มีนโยบายส่งเสริมการเกิดและการสร้างครอบครัวที่หลากหลายด้วย แต่ไม่ว่าประเทศไทยจะนำเอานโยบายลักษณะใดมาใช้ในนโยบายเหล่านี้ควรจะต้องได้รับการปรับให้เข้ากับบริบททางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และโครงสร้างสถาบันต่างๆ ที่มีลักษณะเฉพาะของประเทศไทยเป็นสำคัญ

ประชากรกับการพัฒนา

ชื่อของรายงานฉบับนี้คือ “ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย” ซึ่งชี้ให้เห็นถึงแรงขับเคลื่อนหลักด้านประชากรและนโยบายที่สำคัญหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรในประเทศไทย แต่นั่นไม่ได้หมายความว่ารายงานฉบับนี้จะไม่มีการเสนอแนะให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรแต่อย่างใด (นโยบายขับเคลื่อนประชากรหรือ Population Influencing Policies) แต่การเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่เกิดขึ้นมาแล้วเป็นระยะเวลาอันยาวนานได้แทรกตัวเข้าไปในระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยแล้ว ดังนั้น เนื้อหาสาระในหลายๆ บทของรายงานฉบับนี้จึงเป็นการวิเคราะห์และนำเสนอวิธีการต่างๆ ที่น่าจะนำมาใช้เพื่อรับมือกับแนวโน้มทางประชากรและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นความต้องการด้านการดูแลสุขภาพและต่อระบบบริการสุขภาพ แนวโน้มของการอพยพโยกย้ายถิ่นฐานและความเป็นเมือง การปันผลทางประชากร (demographic dividend) และทุนมนุษย์ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและผลกระทบต่อการวางแผนด้านเศรษฐกิจและสังคมและการเปลี่ยนแปลงด้านสภาวะแวดล้อม ซึ่งเนื้อหาต่อไปในบทนี้จะพิจารณาถึงบางประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยสังเขป

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงด้านครอบครัว

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกับประเทศอื่นๆ คือเป็นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านอัตราเจริญพันธุ์และอัตรารายแต่ผลกระทบจากอัตราเจริญพันธุ์จะมีมากกว่า หมายความว่า หมายความว่ารูปแบบในปัจจุบันของการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในทุกประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์ลดลงได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสัดส่วนของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่จะเห็นได้จากข้อมูลที่แสดงไว้ในตารางที่ 1.6 ประเทศไทยยังอยู่ห่างไกลจากประเทศญี่ปุ่นมากในการก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ และประเทศไทยยังตามหลังประเทศเกาหลีใต้และสิงคโปร์อยู่ค่อนข้างมากเนื่องจากประเทศเหล่านี้ประสบกับภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่องก่อนที่ประเทศไทยจะประสบกับปัญหาเดียวกันอยู่หลายปี แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงนำหน้าประเทศฟิลิปปินส์ซึ่งภาวะเจริญพันธุ์ลดลงค่อนข้างช้าและนำเสนอใจว่าแนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของไทยนั้นอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับแนวโน้มของประเทศจีนมาก ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องแปลกเลยที่ทั้งประเทศไทยและจีนจะให้ความสำคัญกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ข้อมูลการคาดประมาณประชากรในตารางที่ 1.6 ชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าภายในช่วงระยะเวลา 20 ปี คือในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2573 แต่ระดับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อคนของประเทศไทยจะต่ำกว่าระดับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ หรือสิงคโปร์มากเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ผ่านมาที่ประเทศเหล่านี้มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอยู่ในระดับเดียวกับประเทศไทย จึงเห็นได้ชัดเจนว่ามีความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องให้ความสำคัญต่อประเด็นปัญหาทุกด้านที่อาจ

เกิดจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและต้องพยายามหลีกเลี่ยงการรอที่จะแก้ปัญหาเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤติแล้ว

ตามที่ได้เน้นถึงความสำคัญไว้ในบทที่ 3 เกี่ยวกับมุมมองในแง่บวกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยเนื่องจากกลุ่มประชากรที่ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นผู้ที่มีการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่ากลุ่มประชากรวัยเดียวกันในรุ่นก่อนๆ ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้จะยังคงดำเนินอยู่ต่อไป และแม้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้นจะเพิ่มขึ้นทีละน้อยก็ตาม แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรกลุ่มนี้ยังอาศัยอยู่กับบุตรคนใดคนหนึ่ง และสัดส่วนนี้จะสูงขึ้นถึงมากกว่าร้อยละ 70 ถ้านับรวมถึงผู้ที่มิบุตรอาศัยอยู่ในบ้านที่อยู่ในระแวกเดียวกันด้วย แม้ว่าขนาดของครอบครัวที่เล็กลงและการเพิ่มขึ้นของการย้ายถิ่นฐานของบุตรจะส่งผลต่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างแน่นอน แต่ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจะแตกต่างกันออกไปโดยขึ้นอยู่กับประเภทของการให้การช่วยเหลือดูแล เช่น การช่วยเหลือในรูปของวัสดุสิ่งของเครื่องใช้ที่ไม่มีค่าเป็นทรัพย์สินที่บุตรหลานจะต้องอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุและระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถเพิ่มความสะดวกและช่องทางในการให้การช่วยเหลือแล้วแต่สังคมจากบุตรที่อยู่ห่างไกลได้มากขึ้น การช่วยเหลือดูแลในด้านกิจกรรมส่วนตัวประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้เป็นการช่วยเหลือที่จำเป็นต้องมีผู้ให้การดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลาซึ่งกลายเป็นข้อท้าทายที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการคาดประมาณแนวโน้มประชากรทำให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อ่อนแอและพิการรวมทั้งผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ จะเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วถึงแม้จะอนุมานว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะ

ตารางที่ 1.6 แนวโน้มร้อยละของกลุ่มประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

ประเทศ	ปี 2548	ปี 2553	ปี 2563	ปี 2573
ญี่ปุ่น	19.9	22.6	28.5	30.8
เกาหลีใต้	9.3	11.0	15.4	23.2
สิงคโปร์	8.5	10.2	17.9	27.5
ไทย	7.8	8.7	12.4	17.4
จีน	7.6	8.2	11.7	15.9
ฟิลิปปินส์	3.9	4.3	5.7	7.6
สหรัฐอเมริกา	12.4	13.0	16.1	19.8
เยอรมันนี	18.9	20.5	23.0	28.2

แหล่งข้อมูล: World Population Prospects, The 2008 Revision. United Nations Population Division. 2009 (การคาดประมาณตามสมมุติฐานระดับปานกลาง)

มีสุขภาพที่ดีขึ้นก็ตาม ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่ความต้องการด้านแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุจะต้องเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีต่างๆ จะสามารถช่วยแก้ปัญหาได้ในบางส่วนหรือทั้งหมดตามแต่สมาชิกครอบครัวยังคงจะเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ แต่เนื่องจากการคาดประมาณว่าอัตราส่วนของผู้ให้การดูแลแก่ผู้สูงวัยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลมีแนวโน้มว่าจะลดลงอย่างมากจึงทำให้มีความเป็นไปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยคนภายในครอบครัวเองจะต้องลดลงตามไปด้วย การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนอาจเป็นหนทางหนึ่งที่เป็นไปได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือ แต่ความคาดหวังนั้นจะเป็นจริงได้ต่อเมื่อรัฐบาลให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนมากขึ้น

ประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการเข้าถึงสังคมผู้สูงอายุได้แก่ผลกระทบจากการเพิ่มมากขึ้นของประชากรวัยสูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพและต่อฐานภาษีสำหรับโครงการเงินบำนาญและการประกันสังคม ซึ่งประเด็นเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพจะได้กล่าวถึงโดยละเอียดในบทที่ 4 ส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องฐานภาษีสำหรับโครงการเงินบำนาญและการประกันสังคมจะกล่าวถึงโดยละเอียดในบทที่ 5 ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับโครงการเงินบำนาญและโครงการประกันสังคมคือการที่ประชาชนไทยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองจากทั้งสองระบบนี้อย่างทั่วถึง เนื่องจากมีเพียงผู้ที่ทำงานในภาคธุรกิจที่เป็นทางการและในภาครัฐเท่านั้นที่ได้รับการคุ้มครองเรื่องบำนาญ แต่ต้องถือว่าเป็นความโชคดีที่ประเทศไทยยังมีโอกาสที่จะสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการวางแผนสำหรับระบบที่มีความครอบคลุมและสมบูรณ์มากขึ้นไว้ล่วงหน้า แต่สิ่งสำคัญที่ต้องพึงระวังและหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นคือการพึ่งพาระบบการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอยู่ตลอดเวลาซึ่งจะทำให้การแก้ไขปัญหาลดความยั่งยืนในระยะยาวสำหรับประเทศที่มีประชากรที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ

ประเทศไทยกำลังอยู่ในขั้นตอนของการพิจารณาความสำคัญของการขยายโครงการบำนาญหลังเกษียณอายุ โดยกระทรวงการคลังคาดหวังว่าพระราชบัญญัติกองทุนเงินออมแห่งชาติจะได้รับการอนุมัติและดำเนินการได้ในปี พ.ศ. 2554 กองทุนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สวัสดิการแก่ผู้เกษียณอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของโครงการประกันสังคมและโครงการบำนาญอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานไทยประมาณ 23 ล้านคนที่ทำงานอยู่ในภาคธุรกิจที่ไม่เป็นทางการ (เช่น ลูกจ้างรายวัน คนรับใช้ในบ้าน หรืองานหยาบเร่งแฉ่งลอย) ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปีสามารถสมัครเป็นสมาชิกกองทุนฯ ได้โดยสมาชิกและรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบฝ่ายละครึ่งหนึ่งของยอดเงินที่ต้องสมทบ รัฐบาลจะจ่ายเงินสมทบให้แก่สมาชิกแต่ละรายตามเงื่อนไขด้านอายุและจำนวนเงินที่สมาชิกจ่ายเพื่อสมทบเข้ากองทุนฯ ซึ่งเงินสมทบจากรัฐบาลนี้จะเป็นส่วนที่นอกเหนือไปจากเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุจำนวน 500 บาทที่ทางรัฐบาลจ่ายให้กับคนไทยทุกคนที่มีอายุเกิน 60 ปีที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากแผนโครงการบำนาญใดๆ นอกจากนี้แล้ว ทาง

รัฐบาลยังได้อนุมัติการขยายความครอบคลุมของการประกันผู้สูงอายุไปสู่ภาคธุรกิจที่ไม่เป็นทางการมาตรา 40 ของพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้สิทธิประโยชน์ห้าประการ ได้แก่ การลาคลอด การชดเชยการทุพพลภาพ การชดเชยการเสียชีวิต การรักษาการเจ็บป่วย และเงินบำนาญเพื่อการเกษียณอายุ อีกด้วย

การเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพ

ลักษณะเฉพาะตัวของการลดลงของอัตราตายในช่วงระยะเวลาที่การพัฒนาทางเศรษฐกิจกำลังขยายตัวที่พบเห็นได้ทั่วโลกเกิดจาก “การผสมผสาน” ระหว่างการเปลี่ยนแปลงในด้านอัตราป่วยและอัตราตายของประชากร ทั้งจากการเจ็บป่วยอย่างหนักโดยบางโรคที่เคยเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย ทั้งจากมุมมองด้านการพัฒนาทางการแพทย์ การสาธารณสุข และด้านเศรษฐกิจ และทั้งจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างอายุประชากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดลงของสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของประชากรถึงแม้ว่าจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในแง่ของรูปแบบของการเจ็บป่วยและการตายของประชากรในแต่ละกลุ่มอายุ ตัวอย่างของปัญหาสุขภาพที่ลดลงในช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา ได้แก่ โรคติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจ ในขณะที่การเกิดโรครางโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง และ “การบาดเจ็บที่ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ” (เช่น อุบัติเหตุจากยวดยานพาหนะ เป็นต้น)

ในขณะที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงในการสร้างระบบบริการสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการส่วนใหญ่ของประชากรของประเทศได้ แต่ระบบดังกล่าวต้องประสบกับความท้าทายหลายประการซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความต้องการในการดูแลสุขภาพ ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการที่มีความผสมผสาน (ระหว่างบริการทางการแพทย์กับทางสังคม) เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและต้องมีการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อการบริการเหล่านี้ ความต้องการบริการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไปทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงแก้ไขระบบสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (ทั้งในด้านการให้บริการ บุคลากร และความผสมผสานของทักษะ)

ในบทที่ 4 จะมีการวิเคราะห์รูปแบบของโรคและความพิการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ รวมทั้งนัยของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต่อระบบการดูแลสุขภาพและการจัดการด้านการคลังสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน

อนามัยเจริญพันธุ์

การที่ภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับต่ำในขณะที่บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์มีประสิทธิภาพทำให้อัตราคู่สมรสที่ต้องการคุมกำเนิดแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ การยังใช้การคุมกำเนิด (Unmet need for contraception) ได้อยู่ในระดับที่ต่ำมากคือเพียงแค่ประมาณร้อยละ 1.2 เท่านั้น (ดู Napaporn 2003) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำคือการชะลอการแต่งงานซึ่งในปัจจุบันพบว่าสัดส่วนของชายและหญิงในช่วงวัย 20-29 ปีหรือแม้แต่ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีที่ยังคงครองความเป็นโสดมีอยู่ในระดับที่สูงมาก (ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 16 ของผู้หญิงและร้อยละ 23 ของผู้ชายอายุระหว่าง 30-34 ปียังเป็นโสดและสัดส่วนของการครองตัวเป็นโสดจะสูงมากยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้ที่มีอายุต่ำกว่านี้) ซึ่งข้อมูลที่พบนี้ได้นำไปสู่ประเด็นปัญหาสำคัญตอนนโยบายด้านอนามัยเจริญพันธุ์เนื่องจากระดับของการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่ยังไม่ได้สมรสมีอัตราค่อนข้างสูงมาก (ดูบทที่ 2 และ Podhisita and Xenos, 2008) ดังนั้นการศึกษาวัยรุ่นในคู่สมรสที่ระบุว่าเมื่ออัตราของผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อยู่ในระดับต่ำนั้นน่าจะเป็นข้อมูลที่อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนัก อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะไม่นำเอากลุ่มวัยรุ่นเข้ามาพิจารณาด้วย จะเห็นว่าสัดส่วนของคนวัยหนุ่มสาวที่ยังเป็นโสดกำลังเพิ่มมากขึ้น ผู้ที่ยังไม่ได้สมรสมักต้องเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอยู่เสมอ ดังนั้นอัตราการใช้การคุมกำเนิดจึงน่าจะอยู่ในระดับที่สูงมากกว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจตามปกติซึ่งจำกัดอยู่แต่ในกลุ่มผู้ที่สมรสแล้ว ฉะนั้นประเด็นปัญหาเรื่องความต้องการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ที่ไม่ได้สมรสจึงควรได้รับความสำคัญเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการชะลอการสมรสของประชากร

ผลกระทบทางเศรษฐกิจและการสะสมเพิ่มพูน ด้านต้นทุนมนุษย์

บทที่ 5 จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ของแนวโน้มทางประชากรกับเส้นทางเศรษฐกิจในอนาคต ประเด็นสำคัญที่ต้องเน้นอยู่ที่ผลกระทบที่มีต่อทุนมนุษย์เนื่องจากทุนมนุษย์มีบทบาทสำคัญต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจซึ่งประเทศไทยได้ประโยชน์จากปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “การปันผลทางประชากร (Population Dividend) หรือโบนัสทางประชากร” ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงและนำไปสู่การเพิ่มสัดส่วนของประชากรในวัยทำงาน โดยปัจจัยดังกล่าวนี้จะทำให้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงขึ้นหากประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างผลผลิตในภาคแรงงานและในประเทศมีงานรองรับ

หากใช้วิธีการวัดโดยทั่วไปจะเห็นว่าช่วงเวลาของการปันผลทางประชากรเกือบจะจบสิ้นลงแล้วเนื่องจาก สัดส่วนของประชากรวัยทำงานอยู่ในระดับสูงสุดเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2553 และถึง

แม้ว่าสัดส่วนนี้จะลดลงเพียงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2563 ตาม ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่าขนาดของประชากรวัยทำงานจะเพิ่มขึ้นถึงระดับสูงสุดประมาณปี พ.ศ. 2563 หรือก่อนหน้านั้นเพียงเล็กน้อยแล้วจะเริ่มลดลงนับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ดังนั้นลักษณะโครงสร้างประชากรจะยังคงเอื้อประโยชน์ให้กับการพัฒนาได้ต่อไปอีกระยะหนึ่งแต่จะค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการวิเคราะห์ที่ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 5 จะแสดงให้เห็นเค้าโครงของการสิ้นสุดลงของการปันผลทางประชากรโดยจะเน้นที่อัตราส่วนการสนับสนุนเชิงเศรษฐกิจหรืออัตราส่วนระหว่างจำนวนผู้ผลิตที่มีประสิทธิภาพกับจำนวนผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพซึ่งคำนวณโดยใช้ความแปรปรวนของความต้องการในเชิงศักยภาพของการผลิตและการบริโภคของบุคคลในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าการปันผลทางประชากรจะสิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นปีที่สัดส่วนประชากรวัยทำงานอยู่ในระดับสูงสุดและจะมีการเติบโตขึ้นที่ค่อนข้างรวดเร็วของการปันผลทางประชากรที่เป็นไปในทางลบหลังจากนั้น เพื่อเป็นการชดเชยการปันผลทางประชากรในทางลบที่จะเกิดขึ้นประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับการลดลงของสัดส่วนประชากรในวัยทำงานที่จะลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังปี พ.ศ. 2563 โดยการให้ความสำคัญอย่างสูงต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การปันผลทางประชากรซึ่งเป็นผลจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์นั้น มีระยะเวลาที่จำกัดและจะต้องมีวันที่สิ้นสุดลงโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ข้อเท็จจริงที่ว่า การปันผลทางประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวไปสู่จุดสิ้นสุดนั้นไม่ใช่สิ่งที่ต้องเสียใจมาก กลับจะต้องรู้สึกยินดีเนื่องจากประเทศไทยได้เก็บเกี่ยวผลประโยชน์ตลอดช่วงระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมาแล้วทั้งในด้านการพัฒนาปรับปรุงการคลังทางด้านทุนมนุษย์และในการยกระดับรายได้และสวัสดิการซึ่งอาจจะไม่สามารถทำได้สำเร็จโดยปราศจากการปันผลทางประชากรดังกล่าว สิ่งเหล่านี้จะเป็นประสบการณ์ที่ดีที่จะช่วยสร้างความพร้อมให้กับประเทศไทยในการจัดการกับประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ประเทศไทยต้องเผชิญอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อถึงช่วงเวลาที่โบนัสทางประชากรนี้สิ้นสุดลงและต้องเผชิญกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ประเทศไทยเพิ่งจะเดินตามรอยเส้นทางแนวโน้มการก้าวเข้าเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศจีนมาติดๆ ซึ่งบ่อยครั้งก็มักจะได้ยินคนพูดถึงประเทศจีนว่า “จะแก่ก่อนรวย” ซึ่งข้อความนี้อาจนำมาใช้กับสถานการณ์ในประเทศไทยได้ด้วยเช่นกัน เนื่องจากประเทศไทยจะไม่สามารถก้าวขึ้นมาเป็นประเทศที่มีรายได้สูงได้หากการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วใน 20 ปีข้างหน้า ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะสามารถจัดการยกระดับรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรให้เพิ่มขึ้นเป็นสองหรือแม้แต่สามเท่าของปัจจุบันได้ก็ตาม

รายงานในบทที่ 5 กล่าวถึงความเป็นไปได้ที่จะอาจจะมี การปันผลทางประชากรเกิดขึ้นเป็นครั้งที่สอง หลังจากการปันผลทางประชากรครั้งแรกสิ้นสุดลง การปันผล ครั้งที่สองนี้อาจจะ

เป็นผลมาจากการเจริญเติบโตในด้านผลผลิตซึ่งเกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของความต้องการในด้านความมั่งคั่งตามวงจรอายุเนื่องมาจากจะมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่มีฐานะดีเพิ่มมากขึ้นทำให้มีผลในเชิงพฤติกรรม เช่น มีการเพิ่มพูนเงินออมมากขึ้นจากการยึดอายุการเกษียณงานออกไป และจากการเก็บออมสำหรับวัยเกษียณที่เพิ่มขึ้นซึ่งล้วนสามารถให้ผลลัพธ์ในเชิงเศรษฐศาสตร์ระดับมหภาคที่เป็นประโยชน์ อย่างไรก็ตาม การปันผลย ครึ่งที่สองจะไม่สามารถเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติแต่จำเป็นต้องอาศัยนโยบายที่จะส่งเสริมผลักดันให้มีการสะสมเงินออมเพื่อเพิ่มพูนเงินทุนมากกว่าที่จะพึ่งพาเงินบำนาญที่จ่ายเมื่อเกษียณ เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในวัยหลังเกษียณจากการทำงานแต่เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การปันผลย ครึ่งที่สองยังขึ้นอยู่กับเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรที่มีรายได้สูงพอที่จะสามารถสะสมทุนทรัพย์เพื่อการเกษียณอายุของตนได้ ตลอดจนความตั้งใจที่จะทำงานนานขึ้น และความสามารถในการได้งานทำในช่วงวัยที่สูงขึ้นอีกด้วย

การอพยพโยกย้ายถิ่นฐานและความเป็นเมือง

ในบริบทของประเทศไทยซึ่งมีสถานการณ์คล้ายคลึงกับประเทศส่วนใหญ่ที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนาไปสู่ความเป็นเมืองนั้นการอพยพโยกย้ายถิ่นฐานมีบทบาทที่สำคัญมากในการพัฒนาความเป็นเมือง แต่ในกรณีของประเทศไทยนั้นจะมีความสลับซับซ้อนเนื่องจากประเทศไทยต้องเผชิญกับสถานการณ์สองแบบคือทั้งการโยกย้ายถิ่นฐานภายในประเทศและระหว่างประเทศแน่นอนว่าการย้ายถิ่นภายในประเทศนั้นเป็นเสมือนเชื้อเพลิงที่จุดประกายให้เกิดกระบวนการพัฒนาความเป็นเมืองขึ้นเพราะรูปแบบของการย้ายถิ่นอย่างถาวรมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยจากการที่ส่วนใหญ่ย้ายถิ่นฐานระหว่างชนบทสู่ชนบทซึ่งดำเนินไปจนถึงประมาณปี พ.ศ. 2513 (ดูตารางที่ 10 ใน Goldstein and Goldstein 1986) มาเป็นการย้ายถิ่นฐานแบบที่ส่วนใหญ่ย้ายออกจากชนบทเข้าสู่เขตเมือง และสุดท้ายเป็นการย้ายถิ่นฐานจากเขตเมืองสู่เขตเมืองในช่วงทศวรรษแรกของศตวรรษที่ 21 หรือในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมานั่นเอง ซึ่งการโยกย้ายถิ่นฐานจากชนบทสู่เขตเมืองโดยส่วนใหญ่จะเป็นการเคลื่อนย้ายแบบชั่วคราวและตามฤดูกาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการย้ายจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและที่ราบภาคกลางสู่กรุงเทพมหานคร แต่อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนย้ายของประชากรในลักษณะเช่นนี้มักจะนำไปสู่การโยกย้ายถิ่นฐานอย่างถาวรของคนจำนวนมากไปยังเขตเมืองได้ สำหรับการย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศนั้นในกรณีของประเทศไทยดูเหมือนว่าจะเป็น การส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนาความเป็นเมืองมากขึ้นโดยจะเห็นได้จากหลักฐานจากพื้นที่ที่ชาวพม่า ลาว และกัมพูชา ได้เข้าไปตั้งหลักปักฐานอยู่ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 6) อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่ามีประชากรข้ามชาติจากพม่าเป็นจำนวนเช่นกันที่อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานอยู่ตามแนวตะเข็บชายแดนในประเทศไทย และมีประชากรเหล่านี้เป็นจำนวนไม่น้อยที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราวด้วยความหวังว่า

พวกเขาจะได้ย้ายกลับไปยังภูมิลำเนาของตนเมื่อสถานการณ์ภายในประเทศพม่าดีขึ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับความเป็นเมืองของประเทศไทย (ร้อยละ 34 ในปี พ.ศ. 2543) อยู่ในระดับต่ำไม่เฉพาะแต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในแถบเอเชียที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและการพัฒนามนุษย์ในระดับต่ำกว่าเท่านั้น (ดูข้อมูลประเทศจีน อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ ในตารางที่ 1.1) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในลาตินอเมริกาที่มีระดับการพัฒนาที่ใกล้เคียงกับประเทศไทย (เช่น ประเทศโคลัมเบียและเปรูที่มีระดับเขตเมืองสูงกว่าร้อยละ 75 และเอกวาดอร์ที่มีระดับเขตเมืองร้อยละ 67 ในปี พ.ศ. 2543) ระดับความเป็นเมืองของประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเช่นกัน อย่างไรก็ตาม มีการตั้งข้อสังเกตว่านิยามของความเป็นเมืองที่ประเทศไทยใช้อยู่ยังไม่ได้นับรวมถึงพื้นที่หลายแห่งที่ควรพิจารณาให้เป็นเขตเมืองดังเช่นนิยามที่ใช้ในประเทศอื่นๆ (ดู Jones, 2547, หน้า 114-117) ถึงแม้ว่านิยามนี้จะได้รับการปรับปรุงแก้ไขในปี พ.ศ. 2542 เพื่อขยายคำว่าเขตเมืองให้ครอบคลุมไปถึงเขตเทศบาลด้วยก็ตาม แต่ดูเหมือนว่าระดับความเป็นเมืองของประเทศไทยยังต่ำกว่าในหลายๆ ประเทศที่มีตัวชี้วัดด้านการพัฒนาในระดับที่คล้ายคลึงกันเนื่องจากประเทศไทยมีสัดส่วนของแรงงานที่อยู่ในภาคเกษตรกรรมในระดับที่สูง ในมุมมองนี้อาจจะมองได้ว่าภาคการเกษตรของไทยนั้นค่อนข้างมีประสิทธิภาพผลพวงที่จะสามารถเอื้ออำนวยให้เกิดรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรในระดับที่ค่อนข้างสูงจึงยังสามารถดึงดูดแรงงานไว้ในภาคการเกษตรได้ แต่ในอีกมุมมองหนึ่งอาจโต้แย้งได้ว่าประเทศไทยจะสามารถเพิ่มระดับรายได้ให้สูงขึ้นได้อีกหากมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานออกจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคส่วนอื่นๆ ให้มากขึ้นเนื่องจากมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าศักยภาพในการสร้างผลผลิตของแรงงานในภาคเกษตรกรรมนั้นอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าภาคส่วนอื่นๆ เป็นอย่างมาก (ดูรายละเอียดในบทที่ 5)

การเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของเขตเมืองนั้นหมายความว่ามีการขยายตัวของประชากรไทยจำนวนมากขึ้นที่ได้รับประโยชน์จากมาตรฐานการครองชีพที่สูงขึ้นกว่าในเมืองใหญ่ต่างๆ แต่ในขณะเดียวกันช่องว่างในด้านรายได้ได้ครีวเรือนระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทยังคงอยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่ถึงแม้ว่ารายได้เฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นในทุกเขตก็ตาม และเช่นเดียวกันในขณะที่ระดับความยากจนลดลงทั่วทั้งประเทศแต่ความยากจนในเขตชนบทยังคงอยู่ในระดับที่สูงมากกว่าในเขตเมือง ในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 12 ของประชากรในเขตชนบทดำรงชีพอยู่ด้วยความยากจนในขณะที่เพียงร้อยละ 3.6 ของประชากรในเขตเมืองมีฐานะยากจน คนยากจนในเขตเมืองนั้นเป็นจำนวนประชากรไทยที่มีน้อยมากแต่ความเปราะบางที่เป็นลักษณะเฉพาะของคนยากจนในเขตเมืองน่าจะเป็นเหตุผลที่ดีที่ทำให้ประชากรกลุ่มนี้สมควรที่จะต้องได้รับความสนใจมากกว่าที่จะดูแต่ตัวเลขที่บอกจำนวนเพียงอย่างเดียว

กรุงเทพมหานครเป็นตัวอย่างของการครองความเป็นที่สูงสุดของความเป็นเอกของเขตเมือง (Urban Primacy) มาจนกระทั่ง

ถึงเมื่อไม่นานมานี้โดยในปี พ.ศ. 2536 กรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากรมากกว่าประชากรในเมืองใหญ่อันดับรองลงมา 3 เมืองรวมกันอยู่ประมาณ 7.5 ถึง 11 เท่า (ดูตารางที่ 4 ใน Boonpratuang et al., 1996) ระดับความเป็นเมืองเอกรุ่นนี้ของกรุงเทพมหานคร กำลังถูกท้าทายในช่วงเวลาไม่กี่ปีมานี้เนื่องจากอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรในกรุงเทพมหานคร นั้นช้ากว่าการเติบโตของในเขตเมืองอื่นๆ ของประเทศ ถึงแม้ว่าได้มีการปรับจำนวนประชากรของกรุงเทพมหานครนับรวมเอาเขตปริมณฑลที่มีการเพิ่มของประชากรรวดเร็วกว่าเข้าไปด้วยแล้วก็ตาม การเติบโตของประชากรของกรุงเทพมหานคร ที่ปรับแล้วยังช้ากว่าการเติบโตของประชากรในเขตเมืองทั่วประเทศไทยอยู่เล็กน้อย (ดูตารางที่ 3.4 ใน Jones and Douglass (eds), 2008 และบทที่ 6 ของรายงานฉบับนี้)

สภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

ความยั่งยืนของสภาพแวดล้อมได้กลายเป็นเรื่องสำคัญต่ออนาคตของชาวโลก ความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับสิ่งแวดล้อมซึ่งที่ผ่านมาไม่ค่อยได้รับความสนใจเท่าที่ควรนั้นกำลังกลายเป็นสาขาวิชาที่มีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในระบบการศึกษาถึงแม้ว่าจะเป็นสาขาวิชาที่มีความยากและซับซ้อนมากก็ตาม Lutz et al. (2002:5) ได้อธิบายถึงการศึกษาวิชาด้านประชากรกับสิ่งแวดล้อมไว้ว่าเป็นเสมือนเก้าอี้สี่ขาซึ่งประกอบด้วย พลวัตประชากร พลวัตสิ่งแวดล้อม อิทธิพลของพลวัตประชากรที่มีต่อพลวัตสิ่งแวดล้อม⁴ และอิทธิพลของพลวัตสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพลวัตประชากร แต่เป็นที่น่าเสียดายว่ามีการศึกษาในแง่ของอิทธิพลของพลวัตสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพลวัตประชากรน้อยมาก

การเปลี่ยนแปลงของสภาพดินฟ้าอากาศทำให้ประชากรจำนวนมากต้องประสบกับปัญหาความแห้งแล้งและสภาพอากาศที่มีความแปรปรวนเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลทำให้การขยายพืชพันธุ์ทางการเกษตรและผลผลิตทางการประมงลดลงและยังทำให้เกิดอัตราตายจากเหตุปัจจุบัน เช่น ภัยจากพายุเขตร้อนและอุทกภัยเพิ่มขึ้นอีกด้วย (ดู IPCC, 2550 หน้า 393) คาดกันว่าสภาพความแปรปรวนดังกล่าวจะทำให้ระดับน้ำทะเลหนุนสูงขึ้นซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นภัยต่อผืนดินที่อุดมสมบูรณ์เท่านั้น แต่ยังเป็นการคุกคามต่ออาณาบริเวณที่ในปัจจุบันนี้ถือว่าเป็นแหล่งที่มีความปลอดภัยจากน้ำทะเลหนุนอีกด้วย (ดู UNFPA, 2009) นี่ถือเป็นประเด็นปัญหาสำคัญอย่างแท้จริงของประเทศไทยเนื่องจากเป็นประเทศที่มีชายฝั่งทะเลที่ยาวมากและพื้นที่หลายแห่งที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นเป็นพื้นที่ต่ำ กรุงเทพมหานครเมืองหลวงของประเทศรวมทั้งอาณาบริเวณลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่างซึ่งมีน้ำขึ้นน้ำลงเข้าถึงได้เป็นระยะทางไกลจากทะเลมากพอสมควรเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการที่น้ำทะเลมีระดับสูงขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสภาพดินฟ้าอากาศยังทำให้เกิดภาวะเครียดเนื่องจากสภาพอากาศร้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองขนาด

ใหญ่ที่ประกอบด้วยสิ่งก่อสร้างจากคอนกรีตและยางมะตอยที่กลายเป็น “เกาะแห่งความร้อน (Heat Islands)” อีกด้วย (ดู McMichael et al. 2006)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมน่าจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบมากที่สุดต่อการโยกย้ายถิ่นฐานและพลวัตของการเปลี่ยนแปลงการตั้งรกรากของประชากร (ดู O’Neil, 2005 หน้า 176) ภาพเหตุการณ์ต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงในด้านการตั้งถิ่นฐาน เช่น การเป็นเขตเมืองและกิ่งเมือง การตั้งรกรากถิ่นฐานในเขตชนบทอย่างหนาแน่นมากขึ้น ล้วนกำลังกลายเป็นกลไกในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น การพัฒนาทางเศรษฐกิจในศูนย์กลางของเขตเมืองและการเชื่อมต่อของสภาพแวดล้อมในเขตชนบทอาจจะเป็นตัวเร่งให้เกิดการโยกย้ายถิ่นฐานของประชากรจากนอกเมืองมาสู่เมืองใหญ่เร็วขึ้น เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งสัดส่วนของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่มีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายคมนาคมจะค่อยๆ ลดลงซึ่งอาจทำให้ประชากรเขตเมืองจำนวนมากมีความเปราะบางมากขึ้นในด้านของความมั่นคงทางด้านอาหารและการประกอบอาชีพในช่วงเวลาที่มีเหตุวิกฤตต่างๆ เกิดขึ้น

เมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่ามีการคาดประมาณว่าประชากรของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นในระดับที่ช้ามาก อิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรต่อสิ่งแวดล้อมจึงไม่น่าจะเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมมากนักในประเทศไทย แต่ประเด็นที่ควรจะศึกษาค้นคว้าไปพร้อมกับประเด็นด้านผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีต่อประชากรคือผลของการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของประชากรและรูปแบบของการดำเนินวิถีชีวิต ตลอดจนรูปแบบของการบริโภคและความสูญเสียที่เกิดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุป

การเติบโตของประชากรไทยกำลังชะลอตัวอย่างเห็นได้ชัดเจนและจะมีการเติบโตเพิ่มอีกเพียงเล็กน้อย สิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในปัจจุบันจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากร เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุ โครงสร้างทางการศึกษาและทักษะฝีมือ สภาพาสุขภาพ และการกระจายตัวประชากรตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ รูปแบบต่างๆ เหล่านี้ทำให้คาดได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของประชากรในประเทศไทยที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลา 2 ทศวรรษข้างหน้าจะขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวางนำไปสู่ประเด็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการวางแผนในการปรับตัวเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในแง่ต่างๆ ที่น่าจะสามารปรับเปลี่ยนแปลงได้ ในบทต่อไปของรายงานฉบับนี้จะวิเคราะห์รายละเอียดในแง่มุมมองที่สำคัญบางประการของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทยในเชิงลึกมากขึ้น

4 สำหรับบทสรุปในเรื่องนี้ดู Hunter, 2000



การเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์ และผลกระทบ

ประเทศไทยและสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านภาวะเจริญพันธุ์ที่สั้นและมีการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ที่เร็วที่สุดในกลุ่มประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อัตราคุมกำเนิดที่สูงและการลดลงอย่างรวดเร็วของสัดส่วนของประชากรที่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยลดต่ำลง ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะได้รับการยอมรับไปทั่วโลกในด้านความสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของบริการวางแผนครอบครัวไปทั่วประเทศ แต่ยังมีประชากรวัยหนุ่มสาวและผู้ใหญ่จำนวนหนึ่งที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวที่มีคุณภาพได้ เนื่องจากระดับเจริญพันธุ์ปัจจุบันต่ำกว่าระดับทดแทนรวมทั้งอัตราเพิ่มประชากรที่ลดลงจนเกือบเท่ากับศูนย์ ทำให้เกิดคำถามว่าประเทศไทยจะมีมาตรการอย่างไรต่อระดับเจริญพันธุ์ที่ต่ำเช่นนี้

การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์

ระดับและแนวโน้มของประเทศ

การเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ภาวะเจริญพันธุ์สูง (ก่อนปี พ.ศ. 2513) ระยะภาวะเจริญพันธุ์ลดลง (พ.ศ. 2513–2533) ระยะภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ (พ.ศ. 2534–2539) และระยะภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทน (พ.ศ. 2540 ถึงปัจจุบัน) ในช่วงที่ภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับสูงนั้น แต่ละครอบครัวจะมีบุตรราว 6 คนโดยเฉลี่ย เนื่องจากอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ระหว่าง 6.3–6.6 (Guest 1995) ซึ่งถือได้ว่าเป็นช่วงของ “ภาวะเจริญพันธุ์ธรรมชาติ” ซึ่งเป็นภาวะที่การแต่งงานเป็นเรื่องปกติทั่วไป และมาตรการในการควบคุมการตั้งครรภ์และการเกิดในช่วงนั้นมีน้อยมาก โดยผู้หญิงในยุคนั้นมักจะมีลูกจนกระทั่งสิ้นสุดวัยเจริญพันธุ์ของตน

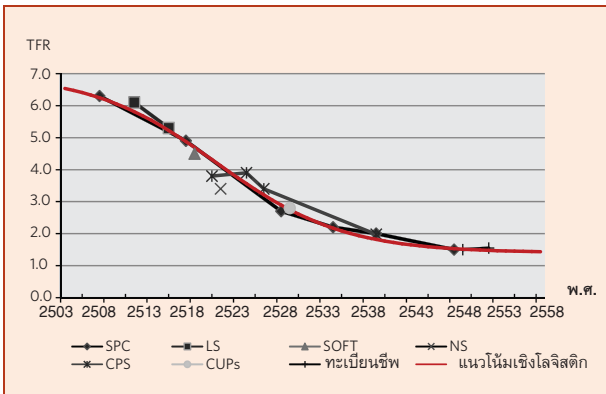
ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2513 ภาวะเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับสูงนี้ถูกมองว่าเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ จึงมีการกำหนดนโยบายที่จะลดภาวะเจริญพันธุ์ลง ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2513 รัฐบาลจึงได้

กำหนดให้มีโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติเพื่อส่งเสริมให้มีการคุมกำเนิดโดยสมัครใจ ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงหลังจากนี้ถือว่าเป็นช่วงของ “ภาวะเจริญพันธุ์แบบควบคุม” อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการคุมกำเนิดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508 แล้ว (ดู Knodel et al. 1987)

การมีโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติและการเร่งรัดพัฒนาเศรษฐกิจในช่วงระยะเวลาเดียวกันนี้มีผลทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วภายในช่วงระยะเวลาเพียง 20 ปี โดยอัตราเจริญพันธุ์รวมได้ลดลงจาก 6.3 ในช่วงปี พ.ศ. 2513–2522 เหลือเพียง 2.2 ในช่วงปี พ.ศ. 2533–2542 ทำให้นักประชากรศาสตร์เรียกช่วงเวลาที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้นนี้ว่า “การปฏิวัติภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility Revolution)” (ดู Knodel et al. 1987)

ในช่วงเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2533–2539 เป็นช่วงที่ประเทศไทยมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ โดยภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงนี้ลดลงอย่างช้าๆ และจนถึงระดับทดแทนในปี พ.ศ. 2539 แต่การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ไม่ได้หยุดอยู่ที่ระดับทดแทนเท่านั้นแต่ยังคงลดลงต่อไปเรื่อยๆ จนอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ 1.47 ในปี พ.ศ. 2548–2549 (ดู สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่าภาวะเจริญพันธุ์ในระดับทดแทน ในขณะที่การคาดประมาณจากสถิติการจดทะเบียนเกิดพบว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ 1.5 ในปี พ.ศ. 2553 (ดูแผนภูมิที่ 2.1)

แผนภูมิที่ 2.1 แนวโน้มของอัตราเจริญพันธุ์รวมในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2503–2558



หมายเหตุ: SPC = การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร (Survey of Population Change)
 LS = การศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Survey)
 SOFT = การสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (Survey of Fertility in Thailand)
 NS = การสำรวจทั่วประเทศ (National Survey)
 CPS = การสำรวจความชุกของการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey)
 CUPS = รูปแบบของการคุมกำเนิดในประเทศไทย (Contraceptive Use Patterns in Thailand)
 ทะเบียนชีพ = เป็นการคำนวณจากการจดทะเบียนเกิดในปี พ.ศ. 2552

จำนวนเกิด

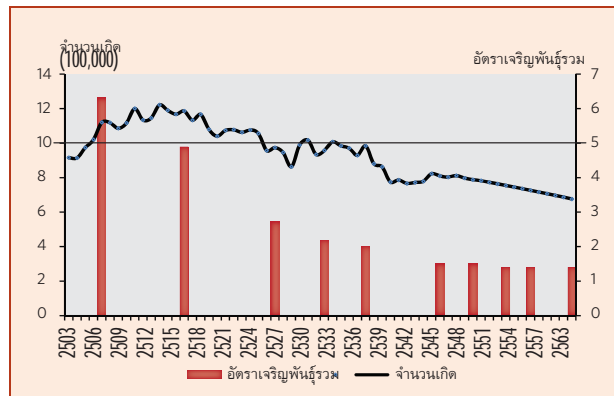
ถึงแม้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมจะเป็นตัวชี้วัดที่ดีของภาวะเจริญพันธุ์ แต่อัตราเจริญพันธุ์รวมนี้ก็ไม่ได้บ่งบอกถึงอะไรมากนักในแง่ของจำนวนเกิดที่แท้จริงซึ่งเป็นปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณาประกอบด้วย หลักฐานจากฐานข้อมูลในระบบทะเบียนชีพพบว่าช่วงก่อนปี พ.ศ. 2495 มีเด็กเกิดใหม่เข้ารับการจดทะเบียนเกิดอยู่ประมาณ 0.4-0.6 ล้านคนต่อปี โดยหลังจากนั้นสถิติการจดทะเบียนเกิดได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึง 0.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2499 และสูงถึง 1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2506 (ดูแผนภูมิที่ 2.2) ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2506-2526 ซึ่งเป็นช่วงเวลาถึง 20 ปี มีการจดทะเบียนเกิดสูงถึงกว่าหนึ่งล้านคนต่อปี (ปราโมทย์ และ บัทมา, 2548) จำนวนเกิดในประเทศไทยขึ้นสูงสุดสูงสุดในปี พ.ศ. 2513 ซึ่งมีจำนวนเด็กเกิดใหม่ถึง 1.2 ล้านคน และเป็นปีเดียวกันกับที่ภาวะเจริญพันธุ์เริ่มลดลง ส่งผลให้จำนวนเกิดเริ่มลดลงอย่างช้าๆ จนถึงจุดที่มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ไม่ถึง 1 ล้านคนอีกครั้งในปี พ.ศ. 2527¹

ถึงแม้ว่าภาวะเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา แต่จำนวนเกิดกลับไม่ได้ลดลงอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็น

1 ตัวเลขที่ปรากฏในแผนภูมิที่ 2.2 เป็นตัวเลขที่ยังไม่ได้ปรับ ข้อมูลการเกิดที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากเด็กแรกเกิดส่วนหนึ่งไม่ได้รับการจดทะเบียนเกิด รายงานการเกิดที่ต่ำกว่าความเป็นจริงนั้นได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดมาโดยในปี พ.ศ. 2528-2529 ความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนเกิดอยู่ที่ร้อยละ 88.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2530) และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 96.7 ในปี พ.ศ. 2548-2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ได้จากที่หลังจากปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา แนวโน้มจำนวนเกิดที่ยังไม่นิ่งและมีจำนวนเกิดเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกันไปโดยมีจำนวนเกิดโดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 0.95 ล้านคนต่อปีเป็นเวลายาวนานกว่า 1 ทศวรรษ ซึ่งเป็นผลมาจากปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “แรงเหวี่ยงประชากร (Population Momentum)” นั่นเอง กล่าวคือถึงแม้ว่าระดับเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างรวดเร็วก็ตามแต่เนื่องจากมีประชากรในวัยเจริญพันธุ์อยู่ในสัดส่วนที่สูงมากจึงช่วยให้เกิดสมดุลของประชากรโดยดึงไม่ให้อัตราเกิดที่แท้จริงของประชากรลดลงมากนัก และหลังจากปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมาจำนวนเกิดคงอยู่ที่ระดับ 0.8 ล้านคนต่อปี

แผนภูมิที่ 2.2 อัตราเจริญพันธุ์รวมและจำนวนการจดทะเบียนเกิดในประเทศไทยปี พ.ศ. 2503–2563



หมายเหตุ: ก่อนปี พ.ศ. 2552 ข้อมูลจำนวนเกิดได้มาจกทะเบียนชีพ และอัตราเจริญพันธุ์รวมได้มาจกรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร

หลังจากปี พ.ศ. 2552 จำนวนเกิดได้มาจากการคาดประมาณ และอัตราเจริญพันธุ์รวมได้มาจกแนวโน้มเชิงโลจิสติกในแผนภูมิที่ 2.1

ผู้ที่เกิดในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2506–2526 อันเป็นช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์หนึ่งล้าน” (ปราโมทย์ และ บัทมา, 2548) ซึ่งประชากรรุ่นนี้จะมียุทธศาสตร์ระหว่าง 27-47 ปีในขณะนี้ (พ.ศ. 2553) และคลื่นประชากรจำนวนมากที่เป็นกลุ่มวัยแรงงานในช่วงวัยนี้กำลังจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

การเปรียบเทียบภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างประเทศ

ก่อนปี พ.ศ. 2513 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ยกเว้นประเทศสิงคโปร์) ต่างมีภาวะเจริญพันธุ์ในระดับสูงด้วยกันทั้งสิ้น โดยมีอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ระหว่าง 5.6 (ในประเทศอินโดนีเซีย) และ 7.3 (ในประเทศเวียดนาม) ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์มีอัตราเจริญพันธุ์รวมไม่ถึงครึ่งหนึ่งของประเทศเวียดนามเท่านั้น สำหรับประเทศไทยอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ 6.0 ซึ่งเป็นระดับเดียวกันกับประเทศลาวและมาเลเซีย (ดูตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 อัตราเจริญพันธุ์รวมและอัตราการเปลี่ยนแปลงระดับเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเทศ	อัตราเจริญพันธุ์รวม			อัตราการเปลี่ยนแปลง (%)	
	ปี 2508-2513	ปี 2528-2533	ปี 2548-2553	ปี 2508-2513 ถึง 2528-2533	ปี 2528-2533 ถึง 2548-2553
ไทย	5.99	2.30	1.81	-61.6	-21.3
กัมพูชา	6.22	6.00	2.96	-3.5	-50.7
อินโดนีเซีย	5.57	3.40	2.19	-39.0	-35.6
ลาว	6.00	6.20	3.54	3.3	-42.9
มาเลเซีย	5.94	4.00	2.58	-32.7	-35.5
พม่า	6.10	3.80	2.32	-37.7	-38.9
ฟิลิปปินส์	6.50	4.55	3.11	-30.0	-31.6
สิงคโปร์	3.46	1.71	1.27	-50.6	-25.7
เวียดนาม	7.25	4.02	2.08	-44.6	-48.3

แหล่งข้อมูล: United Nations 2009 (World Population Prospect, medium variant)

หมายเหตุ: การคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติด้านอัตราเจริญพันธุ์รวมในประเทศไทยนั้นสูงกว่าการคาดประมาณโดยข้อมูลจากหน่วยงานภายในประเทศที่ใช้อ้างอิงในบทนี้

ในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2513-2553) ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ล้วนแล้วแต่ลดลงทั้งสิ้น ซึ่งนอกจากประเทศสิงคโปร์แล้ว ประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในภูมิภาคแถบนี้ที่ภาวะเจริญพันธุ์ในปัจจุบันอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทนเนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยลดลงอย่างรวดเร็วก่อนหน้านี้ที่ประเทศอื่นๆ จะมีอัตราเจริญพันธุ์ลดลงจากตารางที่ 2.1 จะเห็นได้ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2508-2533 อัตราการเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยนั้นลดลงอย่างรวดเร็วมากเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลา 20 ปีต่อมา อัตราการเปลี่ยนแปลงสูงที่สุด (62%) ในขณะที่ประเทศอื่นๆ นั้นอัตราเจริญพันธุ์ลดลงในระดับใกล้เคียงกันตลอดทั้งสองช่วงเวลายกเว้นกัมพูชาและลาวที่ภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงเวลายี่สิบปีหลังลดลงอย่างรวดเร็ว

ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ในเขตพื้นที่อยู่อาศัยและภูมิภาคต่างๆ

การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันในทุกพื้นที่ของประเทศ ดังจะเห็นได้ว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมในเขตพื้นที่และภูมิภาคต่างๆ นั้นมีความแตกต่างกัน โดยสตรีในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนบุตรน้อยกว่าสตรีในเขตชนบท อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตของผู้คนในเขตเมืองที่นิยมที่จะมีครอบครัวขนาดเล็ก ซึ่งเขตเมืองในที่นี้หมายถึงพื้นที่ในเขตเทศบาลเท่านั้น ส่วนพื้นที่นอกเขตเทศบาลนั้นจะถือว่าเป็นเขตชนบท

ถึงแม้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ในเขตเมืองจะลดลงเร็วกว่าในเขตชนบท แต่ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทในช่วงก่อนที่อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศจะลดลงนั้นมีน้อยมาก ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 2.2 ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2517-2519 ซึ่งอัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศในขณะนั้นอยู่ที่ระดับ 4.9 แต่ความแตกต่างระหว่างอัตราเจริญพันธุ์รวมในเขตเมืองและเขตชนบทจะแตกต่างกันอยู่เพียง 0.5 เท่านั้น แต่ในทศวรรษต่อมากลับพบว่ามี ความแตกต่างของอัตราเจริญพันธุ์รวมมากขึ้น กล่าวคือ ในขณะที่ภาวะเจริญพันธุ์ในเขตเมืองเป็นภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าระดับทดแทนแล้วในปี พ.ศ. 2528-2529 คือมีอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 1.8 แต่ภาวะเจริญพันธุ์ในชนบทยังคงสูงอยู่ถึงระดับ 3.0 และกว่าภาวะเจริญพันธุ์ในเขตชนบทจะลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนก็ต้องใช้เวลาอีกร่วม 2 ทศวรรษ ซึ่งเป็นช่วงที่อัตราเจริญพันธุ์ในเขตเมืองและเขตชนบทกลับมาอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันอีกครั้งหนึ่ง

ตารางที่ 2.2 อัตราเจริญพันธุ์รวมในระดับประเทศ เขตเมือง ในเขตชนบท และภูมิภาคต่างๆ ในปี พ.ศ. 2517–2549

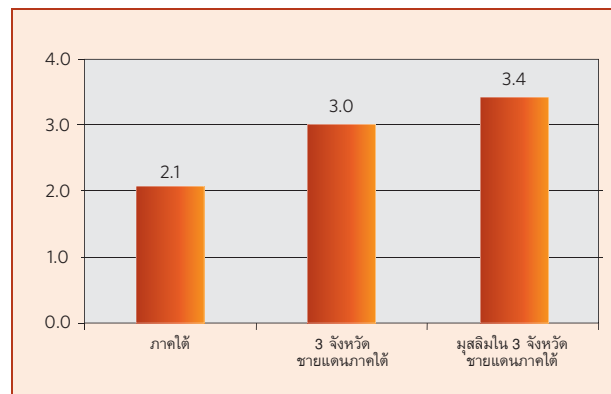
	ปี 2517-2519	ปี 2528-2529	ปี 2532	ปี 2534	ปี 2538-2539	ปี 2549
ระดับประเทศ	4.9	2.7	2.4	2.2	2.0	1.5
เขตที่อยู่อาศัย						
• เขตเมือง	4.5	1.8	1.6	1.4	1.3	1.0
• เขตชนบท	5.0	3.0	2.6	2.4	2.3	1.7
ความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท	0.5	1.2	1.0	1.1	1.0	0.7
ภูมิภาค						
• กรุงเทพมหานคร	3.5	1.7	1.4	1.1	1.3	0.9
• ภาคกลาง	4.1	2.5	2.2	2.0	1.7	1.2
• ภาคเหนือ	3.7	2.3	2.1	2.0	1.9	1.6
• ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6.3	3.1	2.9	2.7	2.4	2.0
• ภาคใต้	6.1	4.1	3.3	3.0	2.9	1.5

แหล่งข้อมูล: รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (การคาดประมาณทางตรง)

ในด้านความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ นั้นมีความแตกต่างทั้งในด้านระดับและแนวโน้ม จากตารางที่ 2.2 จะเห็นว่าภาวะเจริญพันธุ์ในเขตกรุงเทพมหานคร ลดลงเร็วที่สุด และอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทนมาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2528–29 ในขณะที่ภาวะเจริญพันธุ์ในภาคกลางและภาคเหนือนั้นลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนในปี พ.ศ. 2534 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นต้องใช้เวลาอีกถึงหนึ่งทศวรรษต่อมาจึงจะเข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ในระดับทดแทนในราวปี พ.ศ. 2544 สำหรับภาคใต้ นั้นการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์เป็นไปอย่างช้าๆ ซึ่งต้องใช้เวลาราว 3 ทศวรรษนับจากปี พ.ศ. 2517 กว่าที่ภาวะเจริญพันธุ์จะลดลงอยู่ที่ระดับต่ำกว่าระดับทดแทน

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ลดลงช้ากว่าภาคอื่น เป็นเพราะภาคใต้มีชาวมุสลิมอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากโดยเฉพาะในเขต 3 จังหวัดชายแดน คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยใน 3 จังหวัดนี้มีประชากรที่เป็นชาวมุสลิมอยู่ถึงร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด จากผลการสำรวจภาวะด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้ครั้งล่าสุดพบว่า สตรีมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนจะมีบุตรโดยเฉลี่ยตลอดช่วงวัยเจริญพันธุ์ 3.4 คน ในขณะที่สตรีในภาคใต้โดยรวมจะมีบุตรโดยเฉลี่ยเพียง 2.1 คนเท่านั้น (ดูแผนภูมิที่ 2.3)

แผนภูมิที่ 2.3 อัตราเจริญพันธุ์รวมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้ทั้งหมด สตรีวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และสตรีมุสลิมวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี พ.ศ. 2546



หมายเหตุ: จากการคาดประมาณทางอ้อมด้วยวิธี P/F ratio โดยใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้ พ.ศ. 2546 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาวะเจริญพันธุ์ของกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

นอกจากชาวไทยมุสลิมแล้ว กลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าประชากรทั่วไป ประชากรกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่มีถิ่นที่อยู่ตามแนวชายแดนทางภาคเหนือของประเทศไทยที่ติดต่อกับประเทศพม่าและลาว ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์

ตารางที่ 2.3 อัตราเจริญพันธุ์รวมของชาวกะเหรี่ยง และชาวม้ง พ.ศ. 2518–2553

	ปี 2518-2522 ^ก	ปี 2525 ^ก	ปี 2528-2532 ^ก	ปี 2535 ^ก	ปี 2553 ^ข
กลุ่มชาติพันธุ์	5.6	4.3	4.4	3.4	2.3
• กะเหรี่ยง	5.5	4.0	4.1	3.2	2.2
• ม้ง	6.6	6.6	6.4	6.0	4.8

หมายเหตุ: ก. อัตราเจริญพันธุ์รวมระหว่างปี พ.ศ. 2518–2522 ถึง พ.ศ. 2535 ได้จาก Gray et al. 2004
ข. การคาดประมาณจากแนวโน้มเชิงโลจิสติก

แต่ละกลุ่มมีชนบทรวมเต็มประเพณี วัฒนธรรม และภาษาเป็นของตนเองและมีแนวโน้มที่จะแต่งงานกับคู่ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน กลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มใหญ่ที่สุดในประเทศไทยคือชาวกะเหรี่ยงและชาวม้ง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตรและมีรายได้หลักจากการเพาะปลูก เนื่องจากชุมชนของกลุ่มชาติพันธุ์มักจะอยู่ตามพื้นที่ภูเขาที่ห่างไกลทำให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยากกว่าประชากรบนพื้นราบ จากการสำรวจในพื้นที่ 20 จังหวัดในภาคเหนือและภาคตะวันตกในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ราว 1,164,545 คนอาศัยอยู่ใน 258,768 หลังคาเรือนใน 1,750 หมู่บ้าน โดยมีอัตราการเจริญเติบโตของประชากรอยู่ที่ร้อยละ 0.3 ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรที่สำรวจได้เป็นชาวกะเหรี่ยง กลุ่มที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับรองลงมาคือชาวม้ง (18%) และชาวล่าหู่ (10%) (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

ถึงแม้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ของกลุ่มชาติพันธุ์โดยรวมจะมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 5.6 ในปี พ.ศ. 2518-2519 เหลือเพียง 3.4 ในปี พ.ศ. 2535 แต่เป็นการลดลงในกลุ่มชาติพันธุ์เพียงบางกลุ่มเท่านั้นเนื่องจากพบว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมของชาวกะเหรี่ยงลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 5.5 ในช่วงปี พ.ศ. 2518-2522 เป็น 3.2 ในปี พ.ศ. 2535 ในขณะที่ภาวะเจริญพันธุ์ของชาวม้งแทบจะไม่ลดลงเลยตลอดช่วงเวลานี้ (ดูตารางที่ 2.3)

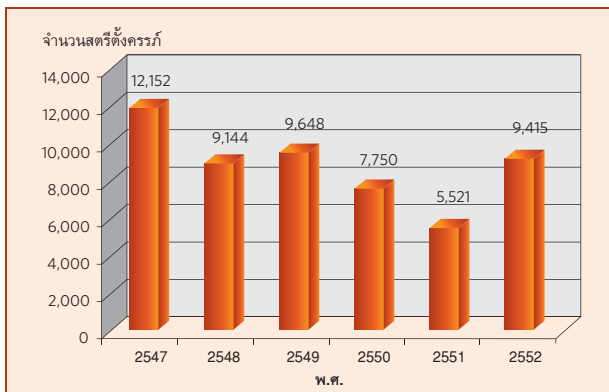
ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2550–2554) ได้ระบุถึงแผนส่งเสริมภาวะอนามัยเจริญพันธุ์และการลดภาวะเจริญพันธุ์ในกลุ่มชาติพันธุ์ไว้ด้วย ทำให้คาดได้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมของกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือน่าจะอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับระดับทดแทนในปี พ.ศ. 2553 แต่จากตารางที่ 2.3 จะเห็นได้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมของชาวม้งยังสูงกว่าระดับทดแทนอยู่มาก ดังนั้น จึงควรที่จะต้องให้ความสำคัญกับแนวโน้มเจริญพันธุ์ในกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชาวม้ง นอกจากนี้แล้วภาวะเจริญพันธุ์ของคนไร้รัฐที่มีอยู่ประมาณ 3.5 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 20 ของสตรีในกลุ่มคนไร้รัฐนี้อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ (UNHCR, 2010) ควรที่จะได้รับการพิจารณาด้วยเช่นเดียวกัน

ภาวะเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติ

จากการที่ประเทศไทยขาดแคลนแรงงานในบางภาคอุตสาหกรรม (โดยเฉพาะงานประเภทที่เรียกว่า 3 ส. คือ สกปรก แสนลำบาก และเสี่ยงอันตราย) ทำให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติจำนวนมากในประเทศไทย ทั้งแรงงานที่เข้าเมืองอย่างถูกต้องตามกฎหมายและเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย จากข้อมูลของสำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าวในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 พบว่ามีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงานอยู่ 1,093,237 คนที่วราชาอาณาจักร ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 17 เท่านั้นที่เข้าเมืองอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์และประมาณครึ่งหนึ่งเป็นสตรี

ข้อมูลภาวะเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสามารถดูได้จากบันทึกรายงานประจำเดือนที่แต่ละจังหวัดส่งมายังสำนักบริหารการสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยแต่ละเดือนจังหวัดต่างๆ จะส่งข้อมูลสถิติรายงานการรับบริการต่างๆ ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก และการฝากครรภ์ของแรงงานข้ามชาติด้วย ถึงแม้ว่ารายงานที่ส่งเข้ามาที่ส่วนกลางนั้นจะไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เนื่องจากบางจังหวัดไม่ได้ส่งรายงานครบทุกเดือนและมีสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ได้ส่งรายงานอีกเป็นจำนวนมากที่ให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติแต่อย่างน้อยก็แสดงให้เห็นว่าในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547–2552) มีแรงงานข้ามชาติเข้ารับบริการฝากครรภ์ถึงปีละ 6,000 ถึง 12,000 คน (ดูแผนภูมิที่ 2.4) ในขณะเดียวกัน มีประชากรจำนวนหนึ่งที่ไม่ใช่แรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แต่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่แถบชายแดนในประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาใช้บริการคลอดและฝากครรภ์ในสถานพยาบาลของไทยเนื่องจากการเดินทางที่สะดวกกว่าและคุณภาพของบริการที่ดีกว่า แต่ถึงแม้ว่าจะอนุমানว่า 1 ใน 4 ของผู้ที่มาฝากครรภ์เหล่านี้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการแท้ง คาดว่ายังมีเด็กที่เกิดจากแรงงานเหล่านี้ทั้งสิ้นไม่ต่ำกว่าประมาณปีละ 4–9 พันราย

**แผนภูมิที่ 2.4 จำนวนประชากรข้ามชาติที่เข้ารับบริการฝากครรภ์
กับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ระหว่างปี พ.ศ. 2547—2552**



แหล่งข้อมูล: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2553)

การคาดประมาณจำนวนเกิดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติอีกวิธีหนึ่งคือการคำนวณจากรูปแบบของการเจริญพันธุ์และสัดส่วนของกลุ่มอายุในช่วงต่างๆ ของแรงงานข้ามชาติเพศหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และจำนวนรวมทั้งหมดของแรงงานข้ามชาติ จากผลการศึกษาวิจัยด้านประชากรชายแดนและอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ระยะที่ 1 (ดูข้อมูลในช่องที่ 1 และ 2 ของตารางที่ 2.4) ซึ่งได้ทำการสำรวจในจังหวัดระนองซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานชาวพม่าอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก พบว่าแรงงานเพศหญิงมีบุตรโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 คน โดยมีอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 3.6 และมีเพียงร้อยละ 47 ของผู้ที่มีคู่สมรสที่กำลังคุมกำเนิด (พิมลพรรณ และ สุกัญญา, 2547)

ภายใต้ข้อสมมุติฐานว่าแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 จำนวนทั้งสิ้น 1,093,237 คน เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์และมีสัดส่วนของแรงงานเพศหญิงอยู่ระหว่างร้อยละ 30—70 แล้ว คาดประมาณได้ว่าน่าจะมีจำนวนแรงงานข้ามชาติเพศหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์อยู่ประมาณ 328,000 ถึง 765,000 คน (ดูช่องสุดท้ายในตารางที่ 2.4) และน่าจะมีจำนวนเด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติอยู่ระหว่าง 42,000 ถึง 98,000 รายในปี พ.ศ. 2553 (ดูตารางที่ 2.4) จะเห็นได้ว่าข้อมูลตัวเลขจากระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในแผนภูมิที่ 2.4 นั้นต่ำกว่าตัวเลขที่ได้จากการคาดประมาณอยู่ถึง 10 เท่า แม้ว่าความแตกต่างของข้อมูลจากสองแหล่งนี้จะสามารถเข้าใจได้ว่าส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุขนั้นไม่สมบูรณ์จึงทำให้มีตัวเลขจากการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีความเป็นไปได้สูงว่าประชากรข้ามชาติเพศหญิงจำนวนมากอาจจะยังไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านการฝากครรภ์และการคลอดที่มีคุณภาพได้ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะต้องพิจารณาว่าจะทำให้เด็กที่เกิดจากแรงงานต่างชาตินี้เกิดมาอย่างมีคุณภาพได้อย่างไร

ปัจจัยที่ส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว

ตามที่บองกาสต์ (ดู Bongaarts 1982, 1983) ได้ชี้ให้เห็นว่าภาวะเจริญพันธุ์จะได้รับอิทธิพลจาก 4 ตัวแปรหลัก คือ สัดส่วนของกลุ่มคนที่มีคู่ครองแล้ว การคุมกำเนิด การทำแท้ง และการเป็นหมันหลังคลอด (หรือช่วงเวลาที่ใช้ลูกด้วยนมแม่) สำหรับประเทศไทยนั้น การคุมกำเนิดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือ สัดส่วนของคนที่มีคู่ ส่วนการทำแท้งและการเลี้ยงลูกด้วยนม

ตารางที่ 2.4 สัดส่วนของประชากรข้ามชาติเพศหญิง อัตราเจริญพันธุ์จำแนกตามกลุ่มอายุ และคาดประมาณจำนวนเกิดในปี พ.ศ. 2553

กลุ่มอายุ	ร้อยละของสตรี ^{ก)}	อัตราเจริญพันธุ์ (ต่อพัน) ^{ก)}	ค่าประมาณของจำนวนเกิดตามสัดส่วนของแรงงานข้ามชาติเพศหญิงที่กำหนดขึ้น				
			30%	40%	50%	60%	70%
15-19 ปี	11.5	109.6	4,134	5,512	6,890	8,267	9,645
20-24 ปี	21.3	154.5	10,793	14,391	17,988	21,586	25,184
25-29 ปี	27.2	125.0	11,151	14,868	18,585	22,302	26,019
30-34 ปี	18.5	197.5	11,983	15,978	19,972	23,966	27,961
35-39 ปี	9.1	44.4	1,325	1,767	2,209	2,650	3,092
40-44 ปี	8.0	95.2	2,498	3,330	4,163	4,996	5,828
45-49 ปี	4.4	0.0	0	0	0	0	0
รวม	100.0		41,884	55,845	69,807	83,768	97,729
จำนวนประชากรข้ามชาติหญิงทั้งหมด			327,971	437,295	546,619	655,942	765,266

หมายเหตุ: ก) ร้อยละของแรงงานข้ามชาติหญิงและอัตราเจริญพันธุ์รายอายุ ใช้ข้อมูลของ พิมลพรรณ และ สุกัญญา, 2547

แม้จะมีผลไม่มากนัก แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะเจริญพันธุ์โดยผ่านทาง การคุมกำเนิด และสัดส่วนของคนที่มีความรู้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดคือ ขนาดครอบครัวที่ต้องการ การมีหรือไม่มีบริการคุมกำเนิด และระดับของการเข้าถึงบริการ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัดส่วนของกลุ่มคนที่มีความรู้คืออายุแรกสมรสและการสิ้นสุดสถานภาพการสมรส นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของสตรีในการตัดสินใจแต่งงานหรือกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ความเป็นเมือง ระดับการศึกษาของสตรี การมีส่วนร่วมในแรงงานของสตรี และสถานภาพสตรี

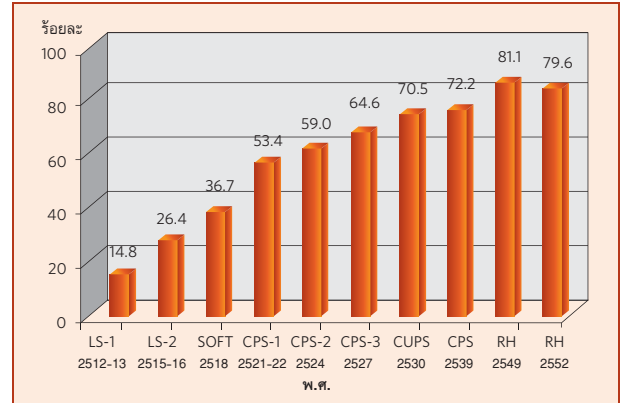
การคุมกำเนิด

การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2513—2533 นั้นส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้นเป็นสำคัญ โดยอัตราการคุมกำเนิดได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นกว่าร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2530 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดสูงสุดที่ร้อยละ 81 ในปี พ.ศ. 2549 และยังคงอยู่ในระดับที่สูงอย่างคงที่คือร้อยละ 80 จนถึงปัจจุบัน (ดูแผนภูมิที่ 2.5) อย่างไรก็ตาม พบว่าสถิติรายปีของการผลิตและนำเข้ายาเม็ดคุมกำเนิดถูกฉีกขาดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโดยเพิ่มจาก 3-4 ล้านเม็ดในปี พ.ศ. 2540 เป็นประมาณ 11 ล้านเม็ดนับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา (องค์การอาหารและยา, 2540-2551) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการของสตรีที่ยังไม่ได้สมรสและกลุ่มประชากรวัยหนุ่มสาว แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า ข้อมูลจากการสำรวจอัตราการคุมกำเนิดค่อนข้างมีอยู่จำกัดและไม่เป็นระบบสำหรับกลุ่มคนที่ยังไม่ได้สมรสแต่มีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน

ขนาดครอบครัวที่ต้องการ

การลดลงของขนาดครอบครัวที่ต้องการได้เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 (ดูแผนภูมิที่ 2.6) โดยในระยะเริ่มแรกนั้นเป็นเพราะการตายของเด็กและทารกนั้นลดลงทำให้คู่สมรสตระหนักได้ว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการคุมกำเนิดขนาดใหญ่ เพื่อให้ได้จำนวนบุตรที่ต้องการเพราะเกรงว่าบุตรคนใดคนหนึ่งอาจต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่วนในระยะหลังนั้นปัจจัยที่ทำให้ขนาดครอบครัวที่ต้องการลดลงไปอีกคือค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเลี้ยงดูบุตร การที่สตรีมีสถานภาพที่ดีขึ้น และการที่สตรีมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานมากขึ้น (ดู Knodel et al. 1982)

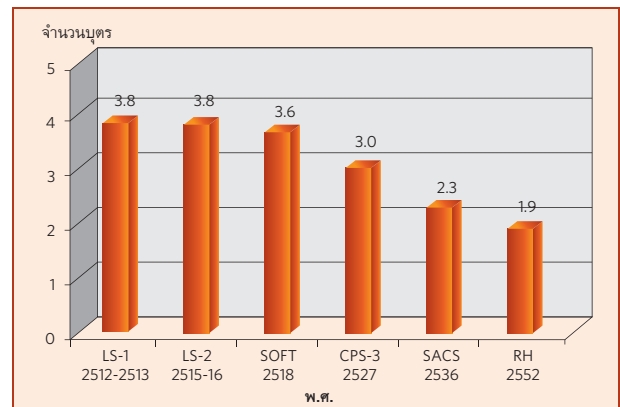
แผนภูมิที่ 2.5 ร้อยละของสตรีแต่งงานที่คุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2512—2552



หมายเหตุ : LS = การศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Survey)
SOFT = การสำรวจเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (Survey of Fertility in Thailand)
CPS = การสำรวจความชุกของการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey)
CUPS = รูปแบบของการคุมกำเนิดในประเทศไทย (Contraceptive Use Patterns in Thailand)
RH = การสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health Survey)

แหล่งข้อมูล: Knodel et al. 1982; Kamnuansilpa and Chamrathirong 1985; Leopapai and Thongthai 1989; Apichat et al. 1997; National Statistical Office 2006, 2010

แผนภูมิที่ 2.6 จำนวนบุตรที่ต้องการของสตรีอายุ 15—49 ปีที่มีสถานภาพสมรส



หมายเหตุ : LS = การศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Survey)
SOFT = การสำรวจเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (Survey of Fertility in Thailand)
CPS = การสำรวจความชุกของการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey)
SACS = การสำรวจทัศนคติต่อเด็กในสังคม (Social Attitude Towards Children Survey)
RH = การสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health Survey)

แหล่งข้อมูล: Knodel et al. 1982; Kamnuansilpa and Chamrathirong 1985; National Statistical Office 1993, 2010

บริการคุมกำเนิดและการเข้าถึงบริการ

การที่จะทำให้คู่สมรสสามารถที่จะกำหนดขนาดของครอบครัว (หรือจำนวนบุตร) ตามที่ต้องการได้นั้น จำเป็นที่จะต้องทำให้การวางแผนครอบครัวเป็นบริการที่เข้าถึงได้ง่ายและมีราคาที่เหมาะสม (ดู Easterlin, 1975) เนื่องจากโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยเป็นโครงการที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีเครือข่ายโรงพยาบาลและสถานอนามัยอยู่ทั่วประเทศ การจัดให้มีบริการคุมกำเนิดอย่างแพร่หลายและการเข้าถึงบริการจึงไม่ใช่ปัญหาสำหรับประเทศไทย โดยปกติแล้วบริการคุมกำเนิดที่จัดให้โดยสถานบริการของรัฐจะมีราคาถูกหรือเป็นบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและมีให้เลือกมากมายหลายวิธี ทำให้ผู้รับบริการสามารถที่จะเลือกวิธีที่สอดคล้องกับความต้องการของตนมากที่สุดได้ไม่ว่าจะเป็นไปเพื่อเลื่อนระยะเวลาในการตั้งครรภ์หรือเพื่อหยุดการตั้งครรภ์ก็ตาม

สัดส่วนของประชากรที่สมรส

การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของประชากรที่สมรสย่อมส่งผลกระทบต่อในเชิงลบบางประการต่อภาวะเจริญพันธุ์อย่างแน่นอน ดังที่จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของประชากรหญิงอายุ 15–49 ปีที่แต่งงานแล้วหรือเคยแต่งงานลดลงจากร้อยละ 71 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 68 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 67 ในปี พ.ศ. 2553 (ดูตารางที่ 2.5)

ตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งของสัดส่วนของประชากรที่แต่งงาน คือ สัดส่วนของสตรีที่พ้นวัยเจริญพันธุ์ไปแล้วและยังไม่เคยแต่งงาน ดังที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.5 จะเห็นว่าสัดส่วนของสตรีโสดอายุ 50–54 ปีที่มีเพียงร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2503 นั้นได้เพิ่มสูงขึ้นถึง 3 เท่า เป็นร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะสูงถึงร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งก็สอดคล้องกันกับการลดลงของสัดส่วนของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยแต่งงาน โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรที่อยู่เป็นโสดมากขึ้นคือระดับการศึกษาของสตรีที่เพิ่มสูงขึ้น (ดู Jones, 2004)

อายุแรกสมรส

สตรีจะมีช่วงเวลาที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ทั้งสิ้นประมาณ 30-35 ปี ถ้าสตรีแต่งงานช้าหรืออายุแรกสมรสสูงขึ้นย่อมมีผลทำให้ช่วงเวลาของการเจริญพันธุ์สั้นลงอันจะส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงตามไปด้วย อายุเฉลี่ยเมื่อแรกสมรสได้เพิ่มสูงขึ้นจาก 22.1 ปี ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 24.0 ปี ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะสูงถึงอายุ 24.4 ปี ในปี พ.ศ. 2553 (ดูตารางที่ 2.5) ซึ่งเหตุผลสำคัญที่ทำให้สัดส่วนของประชากรที่แต่งงานลดลงและอายุแรกสมรสสูงขึ้นก็คือการที่สตรีมีสถานภาพที่สูงขึ้นซึ่งสามารถดูได้จากตัวชี้วัดหลายตัว เช่น ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น การมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของอาชีพการงาน และการที่สตรีมีบทบาทในครัวเรือนมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะมีผลต่อแบบแผนของการแต่งงานหรืออายุแรกสมรสแล้ว ยังมีผลต่อขนาดของครอบครัวที่ต้องการอีกด้วย (ดู ภัสสร 2526, Chamratrithirong 1980, Guest and Tan 1994, และ Phananimamai 1997)

ตารางที่ 2.5 สัดส่วนของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เคยสมรส สัดส่วนของสตรีโสดอายุ 50–54 ปี และอายุเฉลี่ยเมื่อสมรสระหว่างปี พ.ศ. 2503–2553

ดัชนี	ปี 2503	ปี 2513	ปี 2523	ปี 2533	ปี 2543	ปี 2553
สัดส่วนของสตรีอายุ 15–49 ปีที่เคยสมรส (%)	70.5	69.1	65.3	66.7	68.1	67.3
สัดส่วนของสตรีอายุ 50–54 ปีที่เป็นโสด (%)	2.3	2.5	3.4	4.2	5.8	7.6
อายุเฉลี่ยเมื่อแรกสมรส (ปี)	22.1	22.0	22.8	23.5	24.0	24.4

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2503–2543 คำนวณจากข้อมูลสำมะโนประชากร สำหรับ พ.ศ. 2553 เป็นตัวเลขคาดการณ์

สถานภาพสตรี

ถ้าใช้ระดับการศึกษาเป็นตัวชี้วัดสถานภาพของทั้งชายและหญิงแล้ว จะเห็นได้ว่าสตรีไทยมีสถานภาพสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 2.6 ที่เปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรอายุ 20-24 ปีที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีระหว่างชายและหญิงว่า ในปี พ.ศ. 2503 มีประชากรเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีสัดส่วนของผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย แต่เมื่อเวลาผ่านไป สัดส่วนของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีโดยรวมมีเพิ่มมากขึ้นและอัตราส่วนของผู้หญิงต่อผู้ชายได้เพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน และกลายเป็นว่าสัดส่วนของผู้หญิงที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีกลับสูงมากกว่าผู้ชายในปี พ.ศ. 2543 โดยอัตราส่วนของผู้หญิงที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสูงกว่าผู้ชายถึงกว่าร้อยละ 5 และคาดว่าจะสูงกว่ถึงประมาณร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2553

ตารางที่ 2.6 ร้อยละของประชากรอายุ 20–24 ปี ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจำแนกตามเพศระหว่างปี พ.ศ. 2503–2553

ปี พ.ศ.	ชาย	หญิง
2503	1.6	1.1
2513	1.7	1.6
2523	6.1	6.6
2533	8.8	10.8
2543	15.3	20.7
2553	17.1	22.7

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2503–2543 จำนวนจากข้อมูลสำมะโนประชากร สำหรับ พ.ศ. 2553 เป็นตัวเลขคาดประมาณ

นโยบายประชากรและนโยบายอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 ว่านโยบายประชากรได้ถูกกำหนดขึ้นเป็นครั้งแรกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515–2519) โดยมีเป้าหมายที่จะลดการเพิ่มของจำนวนประชากรด้วยการลดอัตราเกิดโดยการสนับสนุนให้มีการคุมกำเนิดโดยสมัครใจ อันมีผลให้เกิดโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติขึ้นภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

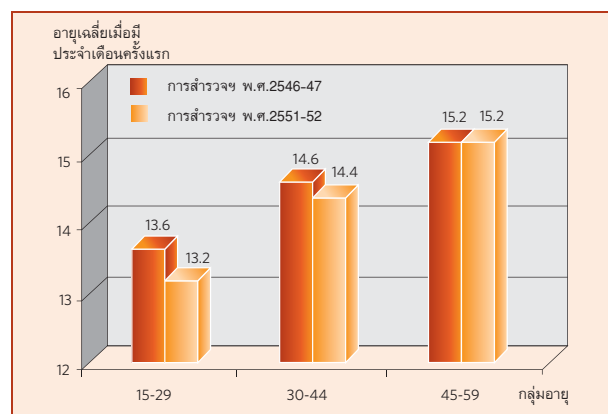
และเพื่อเป็นการปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมจากการประชุมนานาชาติด้านประชากรและการพัฒนา (International Conference on

Population and Development-ICPD) ณ กรุงไคโร ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติขึ้น โดยระบุสาระสำคัญไว้ว่า “ประชากรไทยทุกคนในทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีตลอดชั่วอายุขัย” (ดู UNFPA, 2005 หน้า 14) ซึ่งคำว่าอนามัยเจริญพันธุ์ในที่นี้จะครอบคลุมถึงประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพในวัยรุ่น การทำแท้งที่ปลอดภัย เพศศึกษา เอชไอวี/เอดส์ การมีบุตรยาก การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ การดูแลหลังวัยเจริญพันธุ์ และความรุนแรงทางเพศ

การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทางเพศของคนไทย

แม้ว่าสถานการณ์ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ แต่ยังมีข้อกังวลเป็นอย่างมากต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มวัยรุ่นและเด็กในวัยเรียน อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของประชากรกลุ่มเหล่านี้ ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จากภาวะโลกาภิวัตน์ และจากการที่เด็กเติบโตเข้าสู่วัยหนุ่มวัยสาวเร็วขึ้นกว่าคนรุ่นก่อนเนื่องจากการมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยทั่วประเทศ ครั้งที่ 3 พบว่าสตรีรุ่นใหม่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเร็วกว่าสตรีในรุ่นก่อนๆ กล่าวคือ สตรีรุ่นที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2488–25021 (อายุ 45–49 ปี ณ วันที่สำรวจ) มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 15.2 ปี ในขณะที่สตรีรุ่นที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2503–2517 (อายุ 30–44 ปี ณ วันที่สำรวจ) มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 14.6 ปี และสตรีรุ่นที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2518–2532 (อายุ 15–29 ปี ณ วันที่สำรวจ) มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 13.6 ปีเท่านั้น แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอายุเมื่อแรกมีประจำเดือนที่เร็วขึ้นก็พบได้ในการสำรวจ ครั้งที่ 4 เช่นกัน (ดูแผนภูมิที่ 2.7)

แผนภูมิที่ 2.7 อายุเฉลี่ยของสตรีเมื่อเริ่มมีประจำเดือนจำแนกตามกลุ่มอายุ



แหล่งข้อมูล: เขียวรัตน์ และ พรพันธุ์ 2549; วิชัย 2553

สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทางเพศที่จะกล่าวถึงต่อไป คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงาน และการมีคู่นอนในเพศเดียวกัน ซึ่งพฤติกรรมทางเพศเหล่านี้ต่างมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่แต่เฉพาะต่อภาวะเจริญพันธุ์เท่านั้นแต่ยังรวมถึงด้านอนามัยเจริญพันธุ์อีกด้วย

การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน

ที่ผ่านมา ได้มีการสำรวจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนไทยหลายครั้ง ทั้งที่เป็นการศึกษาวิจัยขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ทั้งที่เป็นตัวแทนและไม่เป็นตัวแทนของวัยรุ่นและ/หรือเยาวชน ซึ่งการสำรวจเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และคำถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์นั้นจะใช้ถามเฉพาะผู้ที่แต่งงานแล้วเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องที่อ่อนไหว ผู้ให้สัมภาษณ์จึงมักไม่กล้าบอกความจริง หรืออาจกลัวว่าพ่อแม่หรือผู้ปกครองอาจได้ยินการสัมภาษณ์

ในปี พ.ศ. 2549 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในตัวอย่างประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 18–59 ปี ทั้งที่เป็นโสดและสมรสแล้วจำนวนประมาณ 6,000 คน การสำรวจนี้ใช้ผู้สัมภาษณ์ที่เป็นเพศเดียวกับผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้สัมภาษณ์จะไม่รู้สึกอึดอัดลำบากใจในการตอบคำถาม (ดู Chamrathirong, et al. 2007) ถึงแม้ว่าการสำรวจในครั้งนี้จะไม่มีคำถามโดยตรงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน แต่สามารถที่จะหาข้อมูลทางอ้อมได้จากคำถามอื่นๆ (เช่น ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ อายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และใครคือผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยเป็นครั้งแรก)

ผลจากการสำรวจพบว่าร้อยละ 82 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยที่จำนวนถึง 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างเพศชายอายุ 18–24 ปี ตอบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่มีเพียง 6 ใน 10 ของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่ตอบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ สำหรับกลุ่มผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วนั้น อัตราของผู้ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานจะสูงกว่าผู้หญิง และกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (กลุ่มอายุ 18–24 ปี) มีอัตราของผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า (กลุ่มอายุ 25–59 ปี) (ดูตารางที่ 2.7) สิ่งที่น่าจับตามองคือ เกือบทั้งหมดของผู้ชายอายุ 18–24 ปีที่เคยมีเพศสัมพันธ์นั้นเป็นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ในขณะที่ร้อยละ 70 ของผู้หญิงวัยเดียวกันเคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ส่วนในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า (25–59 ปี) นั้น มีอัตราของผู้ชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานในอัตราที่ใกล้เคียงกันกับผู้ชายในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า (ประมาณร้อยละ 89) ในขณะที่อัตราของผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานในกลุ่มที่มีอายุมากกว่านั้นมีเพียงแค่ 1 ใน 3 ของกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่าเท่านั้น (ดูตารางที่ 2.7) ซึ่งผลจากการสำรวจนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรี และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนหญิงที่ควรจะต้องได้รับสนใจให้มากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงด้านทัศนคติทางเพศ ผลจากการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า คนรุ่นใหม่ทั้งเพศชายและหญิงจะยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากกว่าคนรุ่นก่อน โดยที่ผู้ชายจะยอมรับพฤติกรรมนี้มากกว่าผู้หญิง (ดูตารางที่ 2.8)

ตารางที่ 2.7 ร้อยละของประชากรที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละของผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน จำแนกตามอายุและเพศ ในปี พ.ศ. 2549

อายุและเพศ	เคยมีเพศสัมพันธ์		เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน	
	ร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนผู้ที่มีเพศสัมพันธ์
18-24 ปี				
• ชาย	77.7	1,512	98.5	1,175
• หญิง	60.7	1,512	70.9	918
25-59 ปี				
• ชาย	97.4	1,512	88.8	1,472
• หญิง	93.8	1,512	26.9	1,418

หมายเหตุ: คำนวณจากข้อมูลจากการสำรวจ National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006

ตารางที่ 2.8 ร้อยละของผู้ที่ยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน จำแนกตามพฤติกรรม อายุ และเพศ ในปี พ.ศ. 2551

พฤติกรรมและเพศ	กลุ่มอายุ			
	18-24 ปี	25-34 ปี	35-44 ปี	45 ปีขึ้นไป
ชาย				
ก. ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของชาย	40.9	39.9	28.1	20.3
ข. ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของหญิง	34.9	33.3	21.5	15.4
ค. ยอมรับการอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงาน	43.8	42.1	30.6	21.8
ง. ยอมรับชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	14.4	13.7	9.7	6.0
จ. ยอมรับหญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิง	15.9	14.4	10.2	6.2
หญิง				
ก. ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของชาย	40.0	28.8	22.3	15.0
ข. ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของหญิง	28.8	25.5	18.7	11.8
ค. ยอมรับการอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงาน	35.4	33.3	26.5	17.9
ง. ยอมรับชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	14.5	13.4	9.5	5.6
จ. ยอมรับหญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิง	14.5	14.1	10.0	5.8

หมายเหตุ: จำนวนจากข้อมูลการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ในระดับหนึ่ง โดยอาจส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นเนื่องมาจากการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจถ้าคู่ที่มีเพศสัมพันธ์ไม่มีความรู้หรือเข้าใจถึงวิธีคุมกำเนิด หรือไม่มีเงินเพื่อคุมกำเนิดได้ ส่วนในอีกด้านหนึ่ง อาจทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงถ้าคู่ที่มีเพศสัมพันธ์วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม หากสังคมยอมรับการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่จำเป็นต้องแต่งงานอาจมีผลทำให้การแต่งงานช้าลงไปอีก ซึ่งการแต่งงานช้าย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้อายุของการมีบุตรคนแรกเพิ่มสูงขึ้น และจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงไปโดยปริยาย (ดู วรชัย 2544)

การอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงาน

การอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงานในที่นี้หมายถึง การที่ชายและหญิงใช้ชีวิตร่วมกันฉันท์สามีภรรยาโดยไม่มีการแต่งงานอย่างเป็นทางการ ซึ่งผู้ชายมีทัศนคติที่จะยอมรับความสัมพันธ์ในลักษณะนี้มากกว่าผู้หญิง และคนรุ่นใหม่ยอมรับความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ได้มากกว่าคนรุ่นก่อน (ดูตารางที่ 2.8) การยอมรับการอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงานนี้จะส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง

การมีคู่กับคนเพศเดียวกัน

ผลจากโลกาภิวัตน์ทำให้คนรุ่นใหม่เปิดใจกว้างขึ้น และยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับคนในเพศเดียวกันมากกว่าคน

รุ่นก่อน ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายหรือหญิงกับหญิง และไม่พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ชายและผู้หญิงต่อทัศนคติในการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับคนในเพศเดียวกันไม่ว่าจะในกลุ่มคนรุ่นใหม่หรือคนรุ่นเก่า (ดูตารางที่ 2.8) อย่างไรก็ตาม ถ้าพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับคนในเพศเดียวกันมีมากขึ้น ย่อมจะส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง

การแต่งงานช้าและแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการมีบุตรยาก

การแต่งงานช้า

ในช่วงยุคสมัยที่การแต่งงานเป็นธรรมเนียมที่ปฏิบัติกันอยู่ทั่วไปสตรีมักที่จะแต่งงานในขณะที่อายุยังน้อย ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 2.9 ว่า สตรีที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2464 เกือบทุกคนจะแต่งงานก่อนที่สิ้นสุดวัยเจริญพันธุ์ แต่สัดส่วนของการแต่งงานเมื่ออายุยังน้อยนี้ได้ลดลงตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2513 สตรีกว่าร้อยละ 60 แต่งงานในช่วงอายุไม่เกิน 25 ปี แต่ในปี พ.ศ. 2543 ไม่ถึงครึ่งหนึ่งของสตรีแต่งงานในขณะที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี และเป็นที่น่าตกใจว่า อัตราของสตรีที่แต่งงานช้าหรือสตรีที่ครองตัวเป็นโสดอย่างถาวรจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เหมือนในกรณีของประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และมาเลเซีย

ตารางที่ 2.9 สัดส่วนของสตรีที่สมรสหรือเคยสมรส จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2503—2553

กลุ่มอายุ	ปี 2503 ^{1/}	ปี 2513 ^{1/}	ปี 2523 ^{1/}	ปี 2533 ^{1/}	ปี 2543 ^{1/}	ปี 2553 ^{2/}
15-19	13.8	19.0	16.7	14.9	11.7	12.7
20-24	61.3	62.1	56.5	51.8	44.5	42.0
25-29	85.9	84.4	79.1	74.6	71.3	67.3
30-34	93.3	91.9	88.2	85.9	83.9	81.2
35-39	95.8	94.8	92.7	90.4	88.4	86.6
40-44	96.9	96.1	94.7	93.0	90.7	89.6
45-49	97.4	97.0	95.9	94.8	92.0	91.5

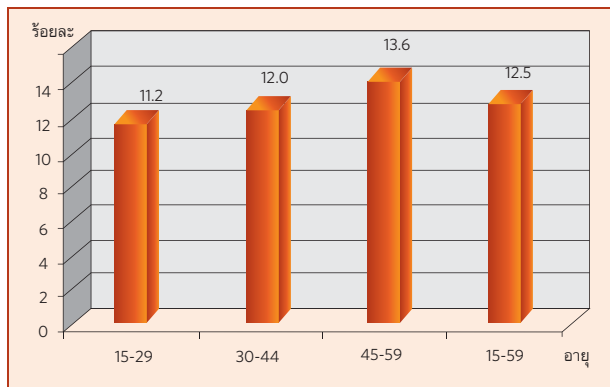
แหล่งข้อมูล: 1/ จำนวนจากข้อมูลสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503—2543

2/ ค่าประมาณจากการคำนวณแนวโน้มเชิงเส้นโดยใช้ข้อมูลจากการสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503—2543 ในชาย และคณะ, 2552

แนวโน้มของการมีบุตรยาก

ถึงแม้ว่าช่วงวัยเจริญพันธุ์ของสตรีจะสิ้นสุดเมื่ออายุประมาณ 50 ปีโดยเฉลี่ย แต่สตรีที่ตั้งครรภ์หลังจากอายุ 35 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการมีบุตรที่ไม่สมบูรณ์ (เช่น กลุ่มอาการดาวน์) หรือแท้งได้ง่าย ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อสตรีอายุมากขึ้นโอกาสที่จะเป็นหมันจะมีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (ดูแผนภูมิที่ 2.8)

แผนภูมิที่ 2.8 ร้อยละของสตรีที่สมรสแล้วที่เป็นหมัน จำแนกตามอายุระหว่างปี พ.ศ. 2551—2552

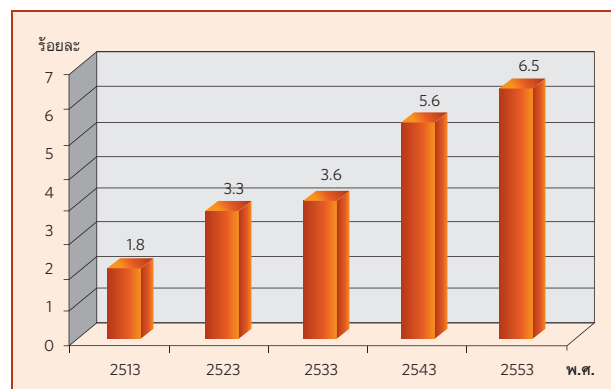


แหล่งข้อมูล: วิจัย 2553

นอกจากการที่สตรีเริ่มมีบุตรครั้งแรกในวัยที่สูงขึ้นแล้ว การเริ่มแต่งงานในวัยที่สูงขึ้นยังเพิ่มโอกาสที่สตรีอาจจะไม่มีบุตรเลยอีกด้วย ข้อมูลจากการสำมะโนประชากรแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2513 สัดส่วนของสตรีที่สมรสแล้วหรือเคยสมรสที่ไม่มีบุตรเลยนั้นมีอยู่เพียงร้อยละ 2 เท่านั้น แต่อัตรานี้พุ่งสูงขึ้นเป็นร้อยละ 4 ในปี พ.ศ. 2533 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นที่คาดกันว่า อัตราของสตรีที่สมรสแล้วหรือเคยสมรสที่ไม่มีบุตร

เลยนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2553 และเป็นร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2563 (ดูแผนภูมิที่ 2.9)

แผนภูมิที่ 2.9 ร้อยละของสตรีที่สมรสหรือเคยสมรสอายุ 50—59 ปี ที่ไม่เคยมีบุตรระหว่างปี พ.ศ. 2513 - 2553



หมายเหตุ: พ.ศ. 2513—2543 จำนวนจากข้อมูลสำมะโนประชากร สำหรับ พ.ศ. 2553 เป็นการคาดประมาณตามแนวโน้มแบบเอ็กซ์โปเนนเชียล

การทำแท้งและการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

การทำแท้ง

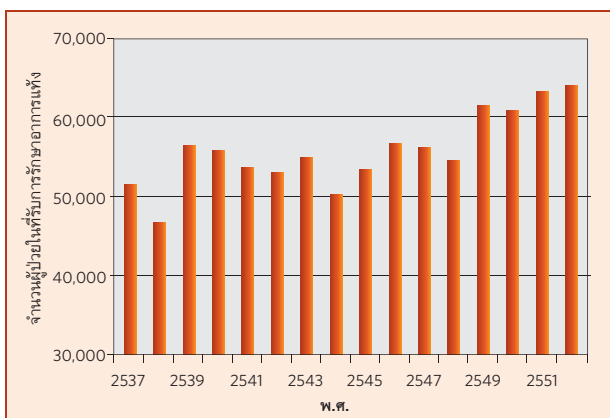
ตามที่ได้กล่าวมาแล้วถึงทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในวัยรุ่นหรือเยาวชนซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่ เช่น การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย หรือการยอมรับการอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงาน และการมีเพศสัมพันธ์กับคนในเพศเดียวกัน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

หรือติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถ้าไม่รู้จักการป้องกัน และเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์แล้ว มักตามมาด้วยการทำแท้ง

สำหรับประเทศไทยนั้น การทำแท้งเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย นอกจากเป็นการกระทำโดยแพทย์ในกรณีที่ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า (1) หากปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจะเป็นอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตของสตรีที่ตั้งครรภ์ (2) เพื่อเป็นการรักษาสุขภาพกายและจิตของสตรีที่ตั้งครรภ์ หรือ (3) การตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นจากการถูกข่มขืนกระทำชำเรา ซึ่งแพทย์จะต้องประเมินความเสี่ยงและผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นก่อนที่จะทำแท้งให้เป็นรายๆ ไป แต่อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งนี้มักไม่ได้ผล ดังนั้น สตรีที่ตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์จำนวนมากจึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งโดยผู้ให้บริการที่ผิดกฎหมาย

สถิติการทำแท้งในประเทศไทยนั้นจะมาจากสถิติสาธารณสุขเป็นหลักซึ่งเป็นสถิติที่ได้จากแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งยกเว้นในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มาเข้ารับบริการด้วยสาเหตุจากอาการแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการทำแท้ง ดังนั้นตัวเลขของผู้ที่ทำแท้งจากรายงานนี้จึงน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะผู้ที่เข้ารับการรักษามักเป็นผู้ที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตและจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ที่ทำแท้งจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขยังเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาซึ่งมีสถิติสูงเกินกว่า 60,000 รายในแต่ละปี (ดูแผนภูมิที่ 2.10)

แผนภูมิที่ 2.10 จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากการทำแท้ง ระหว่างปี พ.ศ. 2537–2552



แหล่งข้อมูล: สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ความรุนแรงของปัญหาการทำแท้งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2539-2540 ได้ชี้ให้เห็นว่าร้อยละ 19.3 ของหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี เป็นผู้ที่เคยแท้งบุตร และการ

สำรวจเดียวกันในครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่าร้อยละ 19.8 เป็นผู้ที่เคยแท้ง และในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 13.5-14.4 เป็นการแท้งเอง และประมาณร้อยละ 3.6-5.4 เป็นการทำให้แท้งหรือคาดประมาณว่าในช่วงเวลาที่ทำการสำรวจข้อมูลนี้ มีผู้หญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 15-59 ปีจำนวนถึง 7 แสนถึง 1.1 ล้านคนที่เคยทำแท้ง นอกจากนี้การสำรวจในครั้งที่ 2 ยังแสดงให้เห็นอีกด้วยว่าประมาณร้อยละ 8.4 ของผู้หญิงที่เคยแท้งนั้นมีประสบการณ์ในการแท้งในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา ก่อนการสำรวจ และร้อยละ 1.8 ของจำนวนนี้เป็นการทำแท้ง (Yawarat and Porapan, 2006; Wichai, 2010). อย่างไรก็ตาม การสำรวจด้านประชากรอีกงานหนึ่งพบว่าร้อยละ 17.8 ของหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปีเป็นผู้ที่เคยทำแท้งในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา และประมาณร้อยละ 4 ของหญิงตั้งครรภ์เคยถูกกระทำรุนแรงโดยคู่ของตนในระหว่างที่ตั้งครรภ์ (Thai Health Report, 2005).

จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2542 ในโรงพยาบาลของรัฐทั้งสิ้น 787 แห่งจากทั้งหมด 830 แห่ง โดยใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นย้อนหลังจากระบบรายงานของสถานพยาบาล พบว่า ร้อยละ 71.5 ของผู้หญิง (หรือ 32,900 ราย จาก 45,990 ราย) ที่มาเข้ารับการรักษาหลังเกิดอาการแทรกซ้อนจากการแท้งเป็นผู้ที่แท้งเอง และร้อยละ 28.5 เป็นการทำให้แท้ง (Warakamin et al. 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 29.2 ของผู้ที่ทำแท้งจำนวน 13,090 ราย มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โลหิตเป็นพิษหรือการติดเชื้อในกระแสเลือด อาการแทรกซ้อนในมดลูก หรือแม้กระทั่งการเสียชีวิต เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่ทำแท้งเป็นผู้ที่ยังมีอายุไม่ถึง 25 ปี (ร้อยละ 0.7, ร้อยละ 20 และร้อยละ 26 ในหญิงอายุ 15, 15-19 และ 20-24 ปีตามลำดับ)

รูปแบบของการแท้ง ทั้งที่เกิดจากการแท้งเองและการทำแท้งนั้นไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ อัตราการทำแท้งในกลุ่มผู้ที่อายุน้อยมีจำนวนน้อย และเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงจุดสูงสุดในกลุ่มอายุ 20-24 ปี หลังจากนั้นก็ลดลงไปเรื่อยๆ (ดูตารางที่ 2.10) แต่ประเด็นที่น่าสนใจคือ วัยรุ่นจะมีประสบการณ์การทำแท้ง (ร้อยละ 21) มากกว่าการแท้งเอง (ร้อยละ 14)

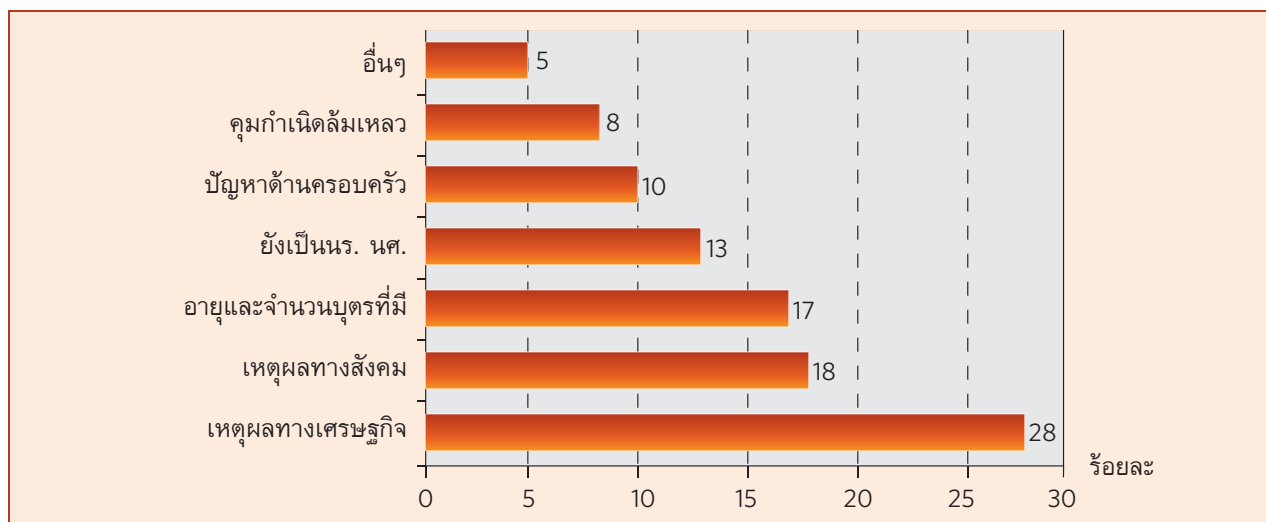
ตารางที่ 2.10 ร้อยละการกระจายของผู้ป่วยในที่แท้งบุตรและ
ทำแท้ง จำแนกตามอายุในปี พ.ศ. 2542

กลุ่มอายุ	ผู้ป่วยในที่แท้งบุตร (ร้อยละ)	
	แท้งเอง (จำนวน 32,900 ราย)	ทำแท้ง (จำนวน 13,090 ราย)
ต่ำกว่า 15 ปี	0.3	0.7
15-19 ปี	14	20
20-24 ปี	25	26
25-29 ปี	24	20
30-34 ปี	19	17
35-39 ปี	12	11
40 ปีขึ้นไป	6	6
รวมทุกกลุ่มอายุ	100	100

แหล่งข้อมูล: Warakamin et al. 2004

นอกจากนี้ ในการศึกษาข้างต้นยังได้สัมภาษณ์สตรีจำนวน 1,438 ราย ที่ทำแท้งมาจากที่อื่น ซึ่งพบว่าเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์ต้องตัดสินใจทำแท้ง (ร้อยละ 28) รองลงมาเป็นเหตุผลทางสังคม เหตุผลด้านอายุ และจำนวนบุตรที่มีอยู่แล้ว สำหรับสตรีที่ทำแท้งด้วยเหตุผลที่ว่าตนยังเป็นนักเรียนหรือนักศึกษาอยู่นั้นสูงเป็นอันดับที่ 4 และยังมีสตรีอีกร้อยละ 8 ที่ทำแท้งเนื่องจากการคุมกำเนิดผิดพลาด (ดูแผนภูมิที่ 2.11)

แผนภูมิที่ 2.11 ร้อยละของสาเหตุของการทำแท้งของสตรีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2542



แหล่งข้อมูล: Warakamin et al. 2004

การตั้งครภ์ของวัยรุ่น

ในขณะที่จำนวนเกิดลดลงนั้น กลับพบว่ามีจำนวนเด็กที่เกิดจากแม่ที่ยังเป็นวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการที่คนไทยแต่งงานในขณะที่อายุยังน้อย ดังที่จะเห็นได้จากตารางที่ 2.9 ว่าสัดส่วนของสตรีวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปีในประเทศไทยที่แต่งงานแล้วอยู่ในระดับที่สูงกว่าร้อยละ 10 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 โดยสถิตินี้ได้เพิ่มขึ้นถึงจุดสูงสุดที่ร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2513 และค่อยๆ ลดลงนับจากนั้นเป็นต้นมาจนอยู่ที่ร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2543 จากข้อมูลการจดทะเบียนเกิดแสดงให้เห็นว่า มีจำนวนเด็กเกิดใหม่จากแม่ที่เป็นวัยรุ่นอยู่ 5 หมื่นคนโดยประมาณในปี พ.ศ. 2503 หรือเพียงร้อยละ 6 ของจำนวนเกิดทั้งหมด แต่ในเวลา 10 ปีต่อมา จำนวนเด็กเกิดใหม่ที่มีแม่เป็นวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว (ซึ่งสอดคล้องกับการพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนของหญิงวัยรุ่นที่แต่งงานในช่วงระยะ 10 ปีนี้) และเพิ่มขึ้นถึงจุดสูงสุดที่ประมาณ 130,000 คน หรือร้อยละ 14 ของจำนวนเกิดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2533 ถึงแม้ว่าจำนวนเด็กที่เกิดจากแม่ที่ยังเป็นวัยรุ่นจะลดลงในปี พ.ศ. 2543 แต่ตัวเลขกลับเพิ่มสูงขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2552 (ดูตารางที่ 2.11)² เนื่องจากการตั้งครภ์ทุกครั้งไม่จำเป็นต้องจบลงด้วยการเกิดมีชีพเสมอไป ดังนั้นจำนวนการตั้งครภ์ของวัยรุ่นจึงน่าจะสูงกว่าจำนวนเด็กเกิดมีชีพมาก

2 อัตราเกิดจากสตรีอายุระหว่าง 15-19 ปี คิดเป็น 39.7 รายต่อสตรีที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คนในปี พ.ศ. 2533 และลดลงเหลือ 31.1 ต่อสตรี 1,000 คนในปี พ.ศ. 2543 และเพิ่มขึ้นอีกครั้งเป็น 50.1 ต่อสตรี 1,000 คนในปี พ.ศ. 2551 (UNFPA, ICPD+15 Report 2011).

ตารางที่ 2.11 จำนวนและร้อยละของเด็กเกิดมีชีวิตที่มีมารดาเป็นวัยรุ่นระหว่างปี พ.ศ. 2503–2552

จำนวนและอัตราเกิดตามอายุของมารดา	ปี พ.ศ. 2503	ปี พ.ศ. 2513	ปี พ.ศ. 2523	ปี พ.ศ. 2533	ปี พ.ศ. 2543	ปี พ.ศ. 2552
ร้อยละ						
• มารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี	0.03	0.05	0.04	0.18	0.19	0.38
• มารดาอายุ 15–19 ปี	5.5	8.6	10.5	13.4	11.5	15.7
จำนวนเกิด						
• มารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี	250	549	409	1,684	1,478	2,938
• มารดาอายุ 15–19 ปี	50.2	98.1	123.0	128.6	88.7	120.1
จำนวนเกิดทั้งหมด “(x 1,000)”	915.5	1,145.3	1,166.3	956.2	773.0	765.0

หมายเหตุ: จำนวนจากทะเบียนเกิดที่รายงานในสถิติสาธารณสุข โดยไม่มีการปรับจำนวนเกิดที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในตลอดช่วงระยะเวลาของการรายงาน

ถึงแม้ว่าจำนวนเด็กเกิดจากแม่ที่เป็นวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเกิดจากแม่ที่มีอายุ 15–19 ปีก็ตาม แต่จำนวนและร้อยละของเด็กที่เกิดจากแม่ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีมีเพิ่มสูงขึ้น (ดูตารางที่ 2.11) โดยในปี พ.ศ. 2503 มีเด็กเกิดใหม่จากแม่ที่อายุต่ำกว่า 15 ปีเพียง 250 รายเท่านั้น แต่จำนวนเกิดนี้ได้เพิ่มเป็นเท่าตัวใน 10 ปีต่อมา (พ.ศ. 2513) และเพิ่มเป็น 3 เท่าตัวในอีก 20 ปีถัดมา (พ.ศ. 2533) จนในปี พ.ศ. 2543 จำนวนเด็กเกิดใหม่จากแม่กลุ่มนี้ก็เริ่มที่จะลดลงเล็กน้อยแต่แล้วก็เพิ่มสูงขึ้นอีกเกือบเท่าตัวในปี พ.ศ. 2552

แม้วัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะมีการศึกษาน้อยและไม่ได้รับการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ที่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษาพบว่าทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมักจะมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (Watcharaseranee et al. 2006) ดังนั้นการตั้งครรภ์ในแม่ที่อายุน้อยที่มีเพิ่มขึ้นย่อมมีผลต่อคุณภาพของเด็กทารก และในภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำมากเช่นนี้ควรให้ความสำคัญสำหรับเด็กทุกคนที่เกิดมา

ความต้องการด้านการวางแผนครอบครัวที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม

ความต้องการด้านการวางแผนครอบครัวที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม (Unmet Need for Family Planning) ในที่นี้ หมายถึงผู้ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์หรือเลื่อนเวลาในการตั้งครรภ์ออกไป แต่ไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดใดชนิดหนึ่งเลย ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในสถานการณ์ที่อัตราการคุมกำเนิดอยู่ในระดับสูงทำให้ความต้องการด้านการวางแผนครอบครัวที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มประชากรเป้าหมายของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติคือ สตรีวัยเจริญ

พันธุ์ที่สมรส ดังนั้น อัตราการคุมกำเนิดที่รายงานจึงเป็นเพียงร้อยละของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังคงอยู่ในสถานภาพสมรสและกำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดอยู่เท่านั้น ซึ่งอาจมีสตรีในกลุ่มอื่นๆ ที่มีเพศสัมพันธ์แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ เช่น สตรีวัยรุ่น สตรีที่ยังไม่ได้แต่งงาน และแรงงานข้ามชาติ

จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีเพียงร้อยละ 1.2 ของหญิงสมรสวัยเจริญพันธุ์ไม่ได้รับการตอบสนองด้านการวางแผนครอบครัวตามที่ต้องการ (Chayovan, 2003). ซึ่งผลการสำรวจนี้สะท้อนให้เห็นถึงโครงการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีความครอบคลุมแต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสำรวจเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทยนั้น จะถามคำถามเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเฉพาะแต่สตรีที่อยู่ในสถานภาพสมรสหรือผู้ที่อยู่กินกับคู่โดยไม่ได้สมรสเท่านั้น จึงทำให้ไม่มีข้อมูลของความ ต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในสตรีกลุ่มอื่นโดยเฉพาะผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แต่ไม่ได้อยู่กินกับคู่ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้งและการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แสดงให้เห็นได้ว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองนี้มีอยู่สูงในกลุ่มสตรีเหล่านี้ด้วยเช่นกัน

ผลกระทบของการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์

ผลกระทบต่ออัตราการเพิ่มของประชากร

การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยในช่วงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงผ่านประชากรไทยเป็นอย่างมาก อัตราเกิดอย่างหยابที่สูงถึง 40 คนต่อประชากร 1,000 คน ก่อนที่จะมีนโยบายด้านประชากร ได้ลดลงเหลือเพียง

13 คนต่อประชากร 1,000 คนในปี พ.ศ. 2553 เป้าหมายสำคัญของนโยบายด้านประชากรแห่งชาติที่ต้องการลดอัตราเพิ่มของประชากรลงนั้นประสบผลสำเร็จ โดยอัตราเพิ่มประชากรที่เคยสูงกว่าร้อยละ 3 ต่อปี ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 (ระหว่างปี พ.ศ. 2510-2512) ได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ต่อปีในปี พ.ศ. 2553 และยังมีแนวโน้มที่จะลดลงอีกจนเข้าใกล้ศูนย์หรืออาจต่ำกว่าศูนย์ภายใน 10 ปีข้างหน้า ซึ่งแนวโน้มนี้จะช้าหรือเร็ว และจะมากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับอัตราการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ผลกระทบต่อขนาดของครอบครัว

การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ได้ส่งผลกระทบต่อขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยดังจะเห็นได้จากขนาดของครอบครัวในปัจจุบันที่เล็กลงกว่าแต่ก่อนมาก ข้อมูลจากการสำมะโนประชากรได้แสดงให้เห็นว่า ขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ย (จำนวนประชากรหารด้วยจำนวนครัวเรือน) ได้ลดลงจาก 5.7 คนต่อครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2513 เหลือ 4.4 คนต่อครัวเรือนในปี พ.ศ. 2533 และเหลือเพียง 3.8 คนต่อครัวเรือนในปี พ.ศ. 2543 (ปราโมทย์และปัทมา 2552) เนื่องจากขนาดของครัวเรือนจะใหญ่กว่าครอบครัวเพราะได้รวมเอาคนอื่นที่นอกเหนือไปจากพ่อแม่และลูกเข้าไว้ด้วย ดังนั้นขนาดครัวเรือนที่เล็กลงจึงเป็นเครื่องสะท้อนที่ชัดเจนถึงขนาดครอบครัวที่เล็กลง ถ้าลองจินตนาการถึงสังคมไทยในอดีตว่า ครอบครัวเหมือนต้นไม้ใหญ่ที่มีกิ่งก้านสาขาแตกแขนงออกไป จะเห็นได้ว่าการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ย่อมส่งผลให้ต้นไม้ใหญ่มีขนาดที่เล็กลง อันจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมในสังคมไทยได้ในอนาคต

ผลกระทบต่อโครงสร้างอายุ

โครงสร้างอายุของประชากรไทยที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นเป็นผลโดยตรงมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ (ดูแผนภูมิที่ 1.1, 1.2 และตารางที่ 1.5 ในบทที่ 1) พีระมิตประชากรของประเทศไทยที่เคยมีฐานกว้างได้กลับกลายเป็นพีระมิตประชากรที่มีฐานแคบและจากยอดพีระมิตที่เคยแหลมกลายเป็นพีระมิตที่มียอดกว้างกว่าเดิม การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ได้ทำให้อายุขัยประชากรที่เคยเป็นประชากรในวัยเยาว์ที่มีมีฐานของอายุต่ำกว่า 20 ปีในช่วงทศวรรษที่ 1970 (ระหว่างปี พ.ศ. 2513-2522) กลายเป็นประชากรสูงอายุที่มีมีฐานสูงกว่า 30 ปีในปี พ.ศ. 2553

ตลอดช่วงเวลาสามทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนของประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีได้ลดลงอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง สัดส่วนของเด็กได้ลดลงจากร้อยละ 29 ในปี พ.ศ. 2533 เหลือเพียงร้อยละ 21 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2573 ในขณะที่เดียวกันสัดส่วน

ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2553 โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุนี้ได้มีการคาดประมาณว่าจะสูงถึงมากกว่าร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2573 (ดูตารางที่ 1.5) ซึ่งนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรนี้จะได้วิเคราะห์อย่างละเอียดต่อไปในบทที่ 3, 4 และ 5 ของรายงานฉบับนี้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์จนต่ำกว่าระดับทดแทนได้ก่อให้เกิดประเด็นคำถามว่า ประเทศไทยควรที่จะมีนโยบายสนับสนุนการเกิดเพื่อเป็นการป้องกันการลดลงของประชากรและการขาดแคลนแรงงานในอนาคตหรือไม่ อย่างไรก็ตาม เท่าที่ผ่านมาแผนการเพิ่มจำนวนเกิดไม่ได้เป็นที่สนใจอย่างกว้างขวางในสังคมไทยนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีประเด็นอื่นๆ เกี่ยวกับคุณภาพของประชากรที่เบี่ยงเบนความสนใจของสังคมไปจากการลดจำนวนลงของประชากรในอนาคตอันใกล้ก็เป็นได้

เป็นที่แน่ชัดแล้วว่า ภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยจะต้องลดต่ำลงไปอีกอย่างแน่นอน ซึ่งอัตราเจริญพันธุ์รวมของหญิงไทยอาจลดลงต่ำกว่า 1.5 ไปเป็นระดับเดียวกับกับประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ก็เป็นได้ ซึ่งแนวโน้มที่นาวิกเช่นนี้ทำให้ประเทศไทยควรที่จะต้องมีแผนหรือนโยบายที่จะรับมือกับสถานการณ์การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ ดังนั้น ในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2553 คณะรัฐมนตรีจึงได้ลงมติเห็นชอบต่อยุทธศาสตร์และนโยบายด้านการพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2552-2557) เพื่อ “ทุกการเกิดเป็นที่ต้องการ ปลอดภัย และมีคุณภาพ และเพื่อส่งเสริมภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีต่อประชาชนไทยทุกคนในทุกเพศทุกวัย โดยการให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่อสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นที่อยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจ ทั้งถึง และเท่าเทียม” เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายตามนโยบายข้างต้น จึงได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์หลัก 6 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ
2. การส่งเสริมให้คนไทยทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมด้านอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม
3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ
5. การพัฒนาข้อกฎหมาย กฎ และระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
6. การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

จากนโยบายข้างต้นได้ก่อให้เกิดโครงการต่างๆ มากมาย เช่น การเกิดที่มีคุณภาพต้องเริ่มจากการตั้งครุฑเมื่อพร้อมและในช่วงอายุที่เหมาะสม การตั้งครุฑทุกครุฑต้องผ่านการฝากครุฑรวมทั้งการทำคลอดด้วยแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ นโยบายเหล่านี้ยังจะช่วยส่งเสริมให้เกิดทุกครั้งที่เกิดการเกิดที่พึงประสงค์ แต่่นโยบายนี้ควรที่จะขยายความครอบคลุมให้รวมไปถึงการดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กในวัยทารกและในวัยเด็กด้วย

การตั้งครุฑของวัยรุ่นนั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ขาดความพร้อม ควรจัดให้มีมาตรการในการดูแลชีวิตแต่งงานของผู้ที่แต่งงานในช่วงที่อายุน้อย และโครงการอื่นๆ เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น โดยเฉพาะ นอกจากนี้ ยังควรจัดให้มีบริการด้านเพศศึกษาและการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดสำหรับประชากรกลุ่มนี้เช่นกัน ส่วนประชากรที่เปราะบางกลุ่มอื่นๆ เช่น สตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและแรงงานข้ามชาติสตรี ควรจัดให้มีโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อช่วยให้ประชากรกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการด้านการคุมกำเนิดและด้านอนามัยแม่และเด็กได้สะดวกขึ้น ซึ่งนโยบายเหล่านี้จะมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนการตั้งครุฑโดยไม่ได้ตั้งใจ เนื่องจากการขาดความรู้และเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิด รวมทั้งรูปแบบอื่นๆ ของการตั้งครุฑโดยไม่สมัครใจลงให้มากที่สุด

เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายและยุทธศาสตร์ที่กล่าวมาข้างต้นจะสัมฤทธิ์ผล จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานหรือองค์กรในภาครัฐหรือภาคเอกชน รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนด้วย

สรุป

กล่าวโดยสรุปแล้ว ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยมีการลดลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่รัฐบาลได้จัดให้มีโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2513 ที่สนับสนุนให้มีการใช้ชีวิตคุมกำเนิดด้วยความสมัครใจ จากจุดนั้นเป็นต้นมา รูปแบบเจริญพันธุ์ได้เปลี่ยนจาก “เจริญพันธุ์ตามธรรมชาติ” เป็น “เจริญพันธุ์แบบควบคุม” ในช่วงแรกนั้น อัตราเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว แต่เมื่ออัตราเจริญพันธุ์ได้ลดต่ำลงจนใกล้เคียงกับระดับทดแทนแล้ว อัตราการลดลงของเจริญพันธุ์ชะลอตัวแต่ยังคงลดลงอยู่เรื่อยๆ จนกระทั่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทนมากในปัจจุบัน มีปัจจัยหลายประการที่มี

ผลต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย เช่น การที่สตรีมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นและมีสถานภาพที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ขนาดของครอบครัวที่ต้องการมีขนาดเล็กลง ตลอดจนการที่สตรีในยุคหลังจะแต่งงานเมื่ออายุมากกว่าสตรีในยุคก่อน และสัดส่วนที่สูงขึ้นของสตรีที่ครองตัวเป็นโสด นอกจากนี้แล้ว บริการวางแผนครอบครัวที่มีอยู่อย่างแพร่หลายและเข้าถึงได้ง่ายยังทำให้ผู้หญิงและคู่สมรสส่วนใหญ่สามารถหลีกเลี่ยงการตั้งครุฑที่ไม่พึงประสงค์ได้

แม้ว่าภาพรวมของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ภาวะเจริญพันธุ์ในบางกลุ่มประชากรยังคงสูงอยู่ เช่น ในกลุ่มชาวมุสลิมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มชาวม้ง และในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยสตรีมุสลิมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงมีอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ระดับสูงถึง 3.0 ในขณะที่สตรีชาวม้งแต่ละคนจะมีลูกประมาณ 5 คนโดยเฉลี่ย ภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องจับตามองอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีการคาดประมาณในปี พ.ศ. 2553 ว่าน่าจะมีเด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ไม่ต่ำกว่าปีละ 4 หมื่นราย การคลอดบุตรที่ปลอดภัยและการดูแลที่เหมาะสมทั้งในช่วงก่อนและหลังคลอดเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องจัดการให้มีคุณภาพเพื่อที่เด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติเหล่านี้จะได้ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพและด้านพัฒนาการเด็กในช่วงปฐมวัยที่น่าเป็นห่วง

นอกจากนี้ยังมีประเด็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การตั้งครุฑในวัยรุ่นและการทำแท้ง แม้ว่าจะไม่มีสถิติตัวเลขอย่างเป็นทางการที่ยืนยันว่าการทำแท้งมากน้อยเพียงใด แต่มีการรายงานสัดส่วนของเด็กที่เกิดจากมารดาที่อายุต่ำกว่า 20 ปีเพิ่มมากขึ้น และยิ่งไปกว่านั้นสัดส่วนของเด็กที่เกิดจากมารดาที่อายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นถึงแม้จะเป็นจำนวนไม่มากก็ตาม

ภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยที่ลดลงได้นำไปสู่การเปลี่ยนทิศทางของนโยบายประชากรของประเทศ ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีนโยบายที่เน้นการลดภาวะเจริญพันธุ์ แต่ในปัจจุบันนโยบายได้เปลี่ยนมาเน้นเรื่องการส่งเสริมคุณภาพของประชากร โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติถูกใช้เป็นเครื่องมือในการลดภาวะเจริญพันธุ์ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา และในปัจจุบัน ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติที่มีเป้าหมายที่จะทำให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และเป็นการเกิดจากบริการที่มีคุณภาพ



ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรต่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การสูงอายุทางประชากรในบริบทของการเติบโตทางเศรษฐกิจ

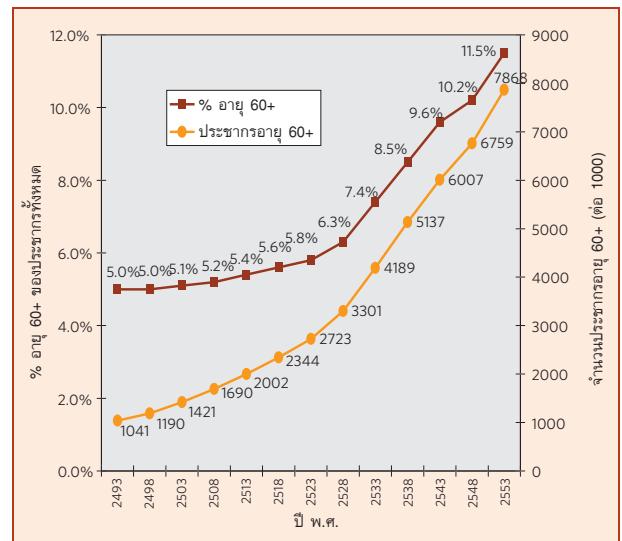
การสูงอายุทางประชากร

ในบรรดาลักษณะเด่นๆทางประชากรของประเทศไทยในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ลักษณะที่เด่นที่สุด คือ การเพิ่มอย่างรวดเร็วของจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุ ลักษณะหรือการเพิ่มดังกล่าวนี้เป็นผลสืบเนื่องของระดับเจริญพันธุ์ที่สูงในอดีต นั่นคือคนที่เกิดมาในยุคที่การเจริญพันธุ์สูงเหล่านั้นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีขนาดใหญ่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบกับการลดลงของการตายหรือการเพิ่มขึ้นของความยืนยาวของชีวิตตลอดเวลาในช่วงชีวิตที่คนเหล่านั้นผ่านมา ทำให้คนเหล่านั้นรอดชีวิตถึงวัยสูงอายุ ดังนั้นสาเหตุหลักของการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุจึงมาจากการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างกลางทศวรรษ 2503 ถึงต้นทศวรรษ 2533 ซึ่งระดับการเจริญพันธุ์ได้ลดลงมาต่ำกว่าระดับทดแทน การเพิ่มความยืนยาวชีวิตมีส่วนทำให้เกิดภาวะประชากรสูงอายุของประเทศไทย แต่มีผลน้อยกว่าภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง

แผนภูมิที่ 3.1 แสดงจำนวนและสัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่าง พ.ศ. 2493 ถึง พ.ศ. 2543 จากผลการคาดประมาณปี พ.ศ. 2551 ของกองประชากรแห่งองค์การสหประชาชาติ การสูงอายุทางประชากรหรือภาวะประชากรสูงอายุ (ซึ่งแตกต่างจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุ) นั้นเกิดขึ้นเมื่ออัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุสูงกว่าอัตราการเพิ่มของประชากรรวม สถานการณ์นี้ได้เกิดขึ้นกับประเทศไทยในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา กล่าวคือ ระหว่างปี พ.ศ. 2493 ถึง พ.ศ. 2518 จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวแม้ว่าสัดส่วนประชากรสูงวัยจะเพิ่มเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 5.0 เป็น ร้อยละ 5.6 ที่เป็นดังนี้เพราะอัตราการเพิ่มของประชากรรวมในช่วงเวลาดังกล่าวยังอยู่ในระดับสูง แต่หลังจากกลางทศวรรษ 2510 การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ทำให้อัตราเพิ่มของประชากรรวมลดลงเช่นกัน ขณะที่อัตราเพิ่มของ

ประชากรสูงวัยยังคงอยู่ในระดับสูงและยังเพิ่มขึ้นด้วย ผลคือการสูงอายุทางประชากรและขนาดของประชากรสูงวัยที่เพิ่มตามมา

แผนภูมิที่ 3.1 การสูงอายุทางประชากรและการเพิ่มของประชากรสูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2493 - พ.ศ. 2553



แหล่งข้อมูล: United Nations World Population Prospects: The 2008 Revision (Medium Variant)

ในอีกหลายสิบปีข้างหน้าเกินจากปีที่แสดงในแผนภูมิที่ 3.1 การคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติทำนายว่าการสูงอายุทางประชากรของประเทศไทยจะเป็นเรื่องน่าห่วงใยหรือรุนแรงกว่านี้ กล่าวคือ การคาดประมาณตามสมมติฐานระดับกลาง แสดงว่าจำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะใกล้ 14 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568 และมากกว่า 19 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรสูงวัยจะเพิ่มจากร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2568 เป็นประมาณร้อยละ 26 ในปี พ.ศ. 2593

เช่นเดียวกับอีกหลายประเทศในเอเชีย การสูงอายุทางประชากรในประเทศไทยเกิดขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าประเทศตะวันตกที่พัฒนาแล้วในอดีต เช่น ประเทศที่พัฒนาแล้ว ใช้เวลาหลายทศวรรษในการที่จะให้สัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 (UN 1956) แต่ตรงกันข้าม การคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติแสดงว่าประเทศไทยจะใช้เวลาไม่ถึง 20 ปี ดังนั้น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางอายุของประชากร ประเทศไทยจะต้องมีการปรับตัวอย่างรวดเร็วกว่าประเทศตะวันตกในอดีตที่ภาวะประชากรสูงอายุอยู่ในขั้นเต็มรูปแบบแล้ว อย่างไรก็ตาม การปรับตัวของประเทศไทยจะเกิดขึ้นภายใต้สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและแตกต่างไปจากประเทศที่พัฒนาแล้วในอดีต

แนวโน้มในอดีตและความแตกต่างด้านการอยู่ดีมีสุขหรือภาวะที่ดีทางวัตถุ

การสูงอายุอย่างรวดเร็วทางประชากรของประเทศไทยเกิดขึ้นภายใต้สังคมที่กำลังมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก แม้ว่ามีหลายครั้งที่ประเทศไทยต้องประสบกับภาวะเศรษฐกิจ

ตกต่ำหรือถดถอย (และครั้งที่เห็นได้ชัดที่สุดคือ ช่วงหลัง พ.ศ. 2540) แต่ช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่การสูงอายุทางประชากรเกิดขึ้นนั้นเป็นช่วงเวลาที่ประเทศมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การแบ่งปันประโยชน์จากการเติบโตทางเศรษฐกิจแม้จะเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆของสังคม แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากได้รับประโยชน์จากการเติบโตทางเศรษฐกิจและมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประเทศไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ที่เห็นได้ชัด คือ บ้านของผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีขึ้นและมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยในครัวเรือนที่มีสิ่งของเครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่ทำให้การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุสะดวกขึ้นนั้นมีเพิ่มขึ้น

ข้อมูลในตารางที่ 3.1 แสดงแนวโน้มที่ชัดเจนเกี่ยวกับสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่สร้างด้วยวัสดุที่ดีขึ้น กล่าวคือ ระหว่าง พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่สร้างด้วยอิฐหรือปูนซีเมนต์เพิ่มจากร้อยละ 14 เป็นมากกว่า 1 ใน 3 และสัดส่วนที่อยู่ในบ้านที่มีส้วมชักโครกเพิ่มจาก 1 ใน 10 เป็น เกือบ 1 ใน 4 และที่ยิ่งน่าสนใจคือการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนที่อาศัยในครัวเรือนที่มีน้ำประปาในบ้านจากต่ำกว่า 1 ใน 3 เป็นเกือบ 4 ใน 5

ตาราง 3.1 คุณภาพของบ้านและสิ่งของเครื่องใช้ในครัวเรือนของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2550

	รวมประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า				เขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2550	
	2529	2537	2545	2550	เมือง	ชนบท
% อยู่บ้านสร้างด้วยปูนซีเมนต์หรืออิฐเป็นส่วนใหญ่	n.a.	14.4	21.4	34.1	53.1	26.6
% อยู่บ้านที่มีส้วมชักโครก	n.a.	9.9	12.2	24.2	49.8	13.9
% มีน้ำประปาในบ้าน	n.a.	31.9	54.6	79.1	91.5	74.2
% อยู่ในครัวเรือนที่มีของใช้ต่อไปนี้						
โทรทัศน์	47.7	83.7	n.a.	95.7	98.0	94.8
เครื่องเล่นวีดีโอ/ซีดี/ดีวีดี	--	17.3	n.a.	63.0	74.5	58.5
ตู้เย็น	24.5	52.5	n.a.	87.4	95.0	84.3
โทรศัพท์ (บ้านหรือมือถือ)	--	15.4	n.a.	76.0	89.5	70.6
เครื่องปรับอากาศ	1.4	7.0	n.a.	16.0	39.2	6.7
เครื่องซักผ้า	--	14.7	n.a.	48.0	69.6	39.3
รถจักรยานยนต์	27.8	45.9	n.a.	67.2	56.1	71.6
รถยนต์/ปิกอัพ	7.1	16.7	n.a.	30.9	48.6	23.8
คอมพิวเตอร์	n.a.	n.a.	n.a.	17.1	35.0	9.9

รายได้ (บาท)ต่อปี ในปี พ.ศ. 2550
(% การกระจายร้อยละ)

ต่ำกว่า 10,000	56.4	38.6	23.8	16.8	10.5	19.3
10,000 to 99,999	39.9	53.9	65.8	67.8	61.3	70.4
100,000+	3.8	7.5	10.5	15.4	28.2	10.3
รวม	100	100	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล: โครงการศึกษาวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2529; การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: na = ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 3.1 ยังแสดงการเพิ่มขึ้นอย่างมากในสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยในครัวเรือนที่มีสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2529 น้อยกว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุอาศัยในครัวเรือนที่มีตู้เย็น แต่ในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยในครัวเรือนที่มีตู้เย็น สิ่งที่เปลี่ยนแปลงอย่างโดดเด่นมากที่สุดอันหนึ่ง คือ การเข้าถึงโทรศัพท์ ในปี พ.ศ. 2537 มีเพียงร้อยละ 15 เปรียบเทียบกับกว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2550 อาศัยในครัวเรือนที่มีโทรศัพท์ การเพิ่มขึ้นอย่างมากของสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยในครัวเรือนที่มีโทรศัพท์ เนื่องจากการแพร่กระจายของโทรศัพท์เคลื่อนที่/มือถือเป็นหลัก เช่นเดียวกับสิ่งของเครื่องใช้ในครัวเรือนอื่นๆ แม้ว่าผู้ที่เป็นเจ้าของโทรศัพท์เคลื่อนที่/มือถืออาจเป็นสมาชิกอื่นในครัวเรือน แต่ผู้สูงอายุน่าจะได้รับประโยชน์จากการมีโทรศัพท์เคลื่อนที่/มือถือ การแพร่กระจายของโทรศัพท์เคลื่อนที่/มือถือ ได้เปลี่ยนความสามารถของผู้สูงอายุในการติดต่อกับบุตรผู้ใหญ่ที่อยู่ที่อยู่กันอย่างห่างไกลและมีผลสืบเนื่องอย่างสำคัญต่อภาวะที่ดีทางสังคมของผู้สูงอายุ (Knodel & Chayovan 2008; Knodel & Saengtienchai 2007) นอกจากนี้ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินอาจใช้โทรศัพท์ให้เป็นประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ และบุตรเองก็สามารถใช้โทรศัพท์ติดต่อกันเพื่อรับรู้ถึงสถานการณ์การเจ็บป่วยของบิดามารดาสูงอายุและประสานให้ความช่วยเหลือได้ดีขึ้นเมื่อต้องการ

รายได้ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากเช่นกัน ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 3.1 จะเห็นว่าในปี พ.ศ. 2539 กว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปรายงานว่าไม่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท (แสดงในค่าของ ปี พ.ศ. 2550 ที่มีการปรับค่าเงินเฟ้อแล้ว) สัดส่วนดังกล่าวได้ลดลงเหลือร้อยละ 17 ใน ปี พ.ศ. 2550 ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ สัดส่วนที่รายงานว่าไม่มีรายได้ต่อปี 100,000 บาทหรือมากกว่า ได้เพิ่มจากเพียงร้อยละ 4 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 15 ใน ปี พ.ศ. 2550

การปรับปรุงเรื่องการอยู่ดีมีสุขด้านวัตถุดูเหมือนจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ผลการสำรวจประชากรสูงอายุไทย

พ.ศ. 2550 พบว่า มีความแตกต่างน้อยมากระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง ในร้อยละที่อาศัยในบ้านที่มีคุณภาพดีขึ้นและมีอุปกรณ์เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวก (Knodel and Chayovan 2008) นอกจากนี้ ร้อยละที่รายงานว่าไม่มีรายได้เพียงพอและพึงพอใจกับสถานการณ์การเงินของผู้สูงอายุชายและหญิงมีเกือบเท่ากัน ในกลุ่มที่สมรส เพศหญิงดูเหมือนจะรายงานรายได้และการมีทรัพย์สินที่น้อยกว่าเพศชาย แต่ในฐานะภรรยา หญิงสูงอายุที่สมรสน่าจะได้รับแบ่งปันหรือมีส่วนร่วมในประโยชน์ที่ได้จากรายได้และทรัพย์สินของสามี ตรงกันข้าม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรส เพศหญิงดูเหมือนจะมีรายได้และทรัพย์สินในระดับที่พอกับเพศชาย การที่การอยู่ดีมีสุขด้านวัตถุของกลุ่มผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศนับว่าเป็นเรื่องที่น่ายินดี เพราะในกลุ่มประชากรสูงอายุ มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชายมาก (ดังจะได้บรรยายในส่วนต่อไป)

แม้ว่าการอยู่ดีมีสุข/ภาวะที่ดีด้านวัตถุของผู้สูงอายุจะดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดทั้งในเขตเมืองและชนบท แต่ความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทยังคงอยู่และเด่นชัด ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 3.1 พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านที่สร้างด้วยอิฐหรือปูน/ซีเมนต์ ในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบทกว่าสองเท่า และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในเขตเมืองอยู่ในบ้านที่มีส้วมชักโครก ขณะที่ในเขตชนบทมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ผู้สูงอายุในเขตเมืองมักจะอยู่ในบ้านที่สร้างด้วยวัสดุดีกว่า มีสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆในครัวเรือนมากกว่าในเขตชนบท แม้ว่าสิ่งของเครื่องใช้ในครัวเรือนบางอย่าง เช่น โทรทัศน์ ตู้เย็น พัดลม และหม้อหุงข้าวจะมีไม่ต่างกันระหว่างเขตเมืองและชนบท แต่สิ่งของเครื่องใช้ในครัวเรือนบางอย่าง เช่น รถยนต์ เครื่องปรับอากาศ เต่าไมโครเวฟ และคอมพิวเตอร์ ยังคงมีอยู่ในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกัน ความแตกต่างด้านรายได้ระหว่างเขตเมืองและชนบทยังคงปรากฏอย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2550 สัดส่วนที่รายงานว่าไม่มีรายได้ 100,000 บาทหรือมากกว่าของผู้สูงอายุในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบทกว่าสองเท่า และที่รายงานว่าไม่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทมีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในเขตชนบท

แม้ว่าในเวลาที่ผ่านมาการอยู่ดีมีสุขด้านวัตถุของผู้สูงอายุจะดีขึ้นอย่างมาก แต่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ยังตกอยู่ในภาวะยากจนและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าร้อยละ 21 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ และอีกร้อยละ 21 มีรายได้เพียงพอเป็นบางครั้ง นอกจากนี้ ร้อยละ 28 ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์ทางการเงินของตน รวมแล้ว เกือบ 1 ใน 5 หรือร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอและไม่พอใจกับสถานการณ์ทางการเงินของตน สัดส่วนดังกล่าวแตกต่างกันมากระหว่างเขตเมืองและชนบท โดยร้อยละ 13 ของผู้สูงอายุในเขตเมืองเปรียบเทียบกับร้อยละ 21 ของผู้สูงอายุในเขตชนบท รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอและไม่พอใจกับสถานการณ์ทางการเงินของตน

แนวโน้มของปัจจัยต่างๆที่น่าจะมีผลต่อภาวะที่ดี/การอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ

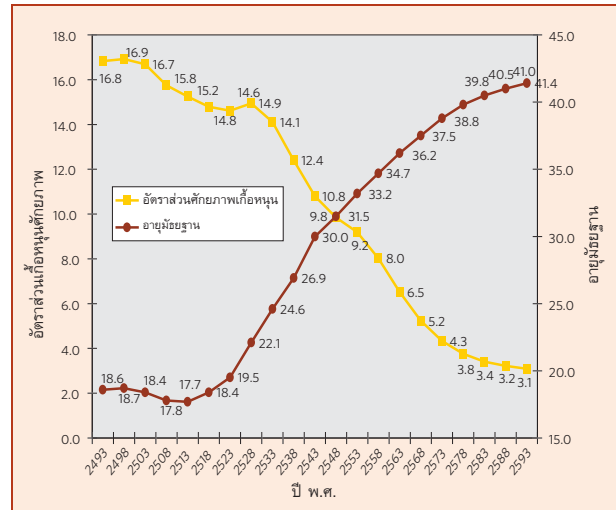
การลดลงของอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน

การสูงอายุทางประชากรมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของจำนวนคนที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจที่มีอยู่สำหรับการเกื้อหนุนคนที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจแล้ว ในระดับมหภาคหรือสังคม มาตรการโครงสร้างทางอายุที่ใช้กันทั่วไปเพื่อแสดงการเปลี่ยนแปลงนี้ คือ อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน (potential support ratio) ซึ่งนิยามว่า เป็นอัตราส่วนของจำนวนประชากรอายุ 15-64 ปีต่อจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มาตรการนี้มีเป้าหมายในการสะท้อนถึงฐานประชากรที่เป็นผู้ให้การเกื้อหนุนซึ่งอยู่ในช่วงอายุที่น่าจะเป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจมากที่สุด และสามารถจ่ายภาษีเพื่อเกื้อหนุนผู้สูงอายุในรูปของประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับหลังเกษียณและการดูแลสุขภาพ

แม้ว่าในบทนี้ส่วนใหญ่จะให้คำนิยามผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่ในการคำนวณอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน กลุ่มประชากรอายุ 60-64 ปีถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ยังทำงานเชิงเศรษฐกิจเพื่อให้สอดคล้องกับนิยามมาตรฐานที่ใช้กันทั่วไปของอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนและเพราะว่ากว่าครึ่งหนึ่งของประชากรในกลุ่มอายุนี้อยู่ยังทำงาน (ดูตารางที่ 3.5) การลดลงของอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนสะท้อนถึงฐานประชากรที่เป็นผู้ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุหรือที่ผู้สูงอายุจะพึ่งพาได้มีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ อัตราส่วนนี้เป็นมาตรการโดยประมาณเท่านั้นที่สะท้อนถึงศักยภาพการเกื้อหนุน เพราะผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปบางคนยังคงทำงานอยู่หรือพึ่งพาตนเองได้ ขณะเดียวกันผู้ที่อายุ 15-64 ปีก็ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจทุกคนโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ชายขอบทางด้านอายุขั้นต่ำของช่วงอายุซึ่งยังเป็นผู้ที่อยู่ในวัยเรียน อย่างไรก็ตาม แผนภูมิที่ 3.2 แสดงว่าอายุมัธยฐานของประชากรไทยจะเพิ่มเป็นสองเท่าภายในปี พ.ศ. 2593 ขณะที่

อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนลดลงเรื่อยๆจากระดับสูง 17 เป็น 3 ในช่วง 100 ปีของการคาดประมาณ ดังนั้นจึงไม่มีข้อสงสัยเลยว่าในอนาคตจะมีอัตราส่วนจำนวนผู้ที่อยู่ในวัยทำงานที่จะเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คนน้อยลงมาก

แผนภูมิที่ 3.2 อายุมัธยฐานและอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน (ประชากรอายุ 15-64/65+) พ.ศ. 2493 - พ.ศ. 2593

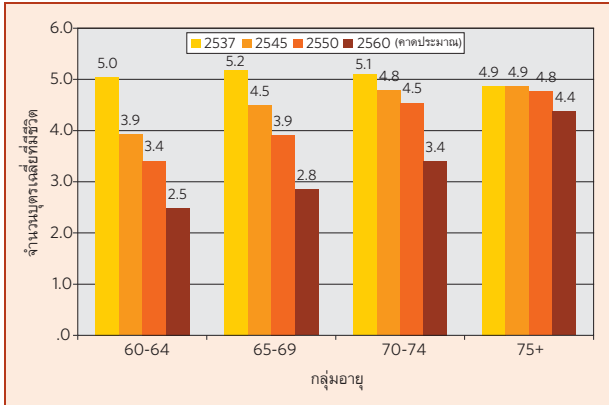


แหล่งข้อมูล: United Nations World Population Prospects: The 2008 Revision (Medium Variant)

ขนาดครอบครัวที่ลดลง

การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยซึ่งได้เริ่มเมื่อประมาณ 4 ทศวรรษที่แล้ว และเป็นปัจจัยหลักของการเปลี่ยนแปลงอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนอย่างมากนั้นสามารถเห็นได้ชัดเจนกันในระดับครอบครัว กล่าวคือ ขนาดครอบครัวของคนรุ่นอายุต่างๆที่เข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุนั้นเล็กลงและจะมีจำนวนสมาชิกที่ให้การเกื้อหนุนลดลงในอนาคต แผนภูมิที่ 3.3 แสดงจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตของคนกลุ่มอายุต่างๆของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550 และที่คาดประมาณในปี พ.ศ. 2560

แผนภูมิที่ 3.3 จำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิต จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2560



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537, พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2553

หมายเหตุ: บุตรที่มีชีวิต รวมบุตรที่ตนเองให้กำเนิด บุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม การประมาณสำหรับปี พ.ศ. 2560 เท่ากับจำนวนบุตรเฉลี่ยของรุ่นอายุที่น้อยกว่าในปี พ.ศ. 2550 อยู่ 10 ปี การประมาณเหล่านี้ไม่ได้รวมหรือพิจารณาข้อเท็จจริงที่ว่าในช่วงเวลาของการคาดประมาณ บุตรบางคนอาจตายไป ผู้สูงอายุชายบางคนอาจมีบุตรเพิ่มถ้ามีการสมรสใหม่กับสตรีที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และการตายของผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับจำนวนบุตรอาจแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม การประมาณเหล่านี้จะถูกในภาพรวม

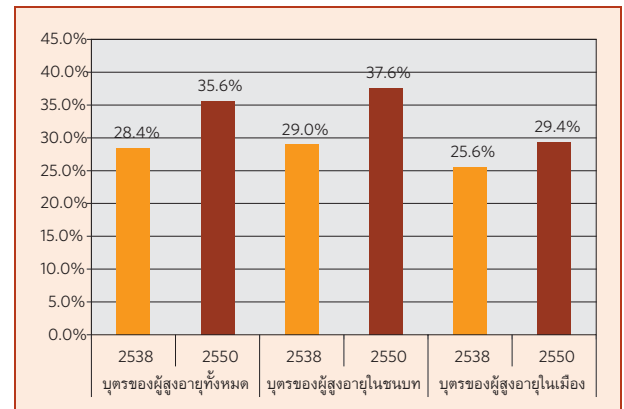
จำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตลดลงอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุน้อยที่สุด คือ อายุ 60-64 ปี และลดลงปานกลางในกลุ่มอายุ 65-69 ปี ภายในปี พ.ศ. 2560 จำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตของทุกกลุ่มอายุที่อายุต่ำกว่า 75 ปี จะลดลงอย่างมาก ยิ่งกว่านั้น การลดลงนี้จะยังคงดำเนินต่อไปหลังปี พ.ศ. 2560 เนื่องจากผู้ที่กำลังอยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยเจริญพันธุ์ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีบุตรโดยเฉลี่ยเพียง 2 คนหรือต่ำกว่า เท่าที่เป็นมา ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรมีน้อยมากแม้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นก็ตาม ในปี พ.ศ. 2529 มีเพียงร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรมีชีวิต และเพิ่มเป็นร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2550 อย่างไรก็ตาม สัดส่วนที่ไม่มีบุตรมีชีวิตในผู้สูงอายุอาจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในอนาคต เพราะร้อยละ 7 ของประชากรอายุ 55-59 ปี และ ร้อยละ 8 ของประชากรอายุ 50-54 ปี ในปี พ.ศ. 2550 ไม่มีบุตร อีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะทำให้สัดส่วนที่ไม่มีบุตรในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต คือ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ที่เป็นโสด (ดูการบรรยายในส่วนต่อไป)

การเพิ่มขึ้นของการแยกกันอยู่กับบุตร

นอกจากการลดลงของขนาดครอบครัวแล้ว การย้ายถิ่นของบุตรเพื่อหางานทำในระยะไม่กี่ปีมานี้ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย และนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้การมีบุตรอยู่ใกล้พอจะให้ความช่วยเหลือบิดามารดาสูงอายุในกิจวัตรประจำวันยังมีน้อยลง ดังที่แสดงในแผนภูมิที่ 3.4 ร้อยละของบุตรที่อยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดา

ของผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่เพียงจะมีมากขึ้นแต่ยังเพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2550 ในทั้งสองปี พ.ศ. สัดส่วนที่อยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดาของบุตรในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมือง ผลดังกล่าวสะท้อนโอกาสการทำงานในเขตเมืองที่มีมากกว่า ดังนั้น บุตรของผู้สูงอายุในเขตชนบทจึงมีความจำเป็นที่จะย้ายไปอยู่เขตเมืองเพื่อหารายได้ ยิ่งกว่านั้น สัดส่วนของบุตรที่อาศัยอยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดาสูงอายุในชนบทจะมีมากกว่าในเมือง จากทิศทางเศรษฐกิจของประเทศไทยขณะนี้ สามารถคาดการณ์ได้ว่าการย้ายถิ่นเพื่อหางานทำของคนหนุ่มสาวทั้งในชนบทและเมืองน่าจะเพิ่มมากขึ้นอีก

แผนภูมิที่ 3.4 ร้อยละของบุตรของประชากรอายุ 60+ ที่อยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดาสูงอายุ

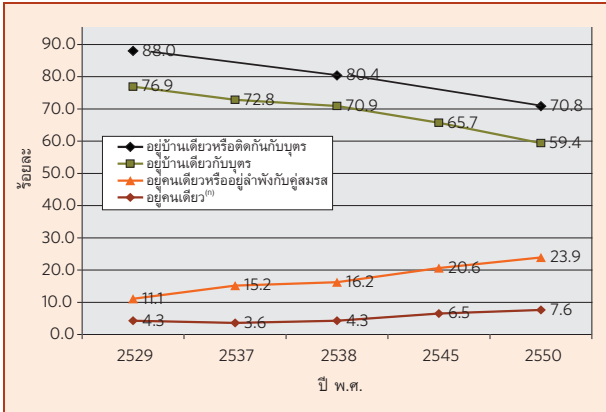


แหล่งข้อมูล: การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2538 และการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

การเปลี่ยนแปลงการอยู่อาศัย

จำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตของผู้สูงอายุที่ลดลงและการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของบุตรที่ย้ายออกจากบ้าน เป็นสองปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3.5 จะเห็นการลดลงอย่างชัดเจนของสัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตรในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่บ้านเดียวกับบุตรลดลงจากร้อยละ 77 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 59 ในปี พ.ศ. 2550 ที่น่าสนใจเช่นกัน คือ การเพิ่มขึ้นในสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสตามลำพัง ที่ผ่านมาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีระดับค่อนข้างต่ำแต่กลับเพิ่มขึ้นในทศวรรษที่แล้ว เป็นเกือบร้อยละ 8 อย่างไรก็ตาม ถ้ารวมผู้ที่อยู่กับคู่สมรสเท่านั้นเข้าไปด้วย ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสตามลำพัง) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นเกือบ 1 ใน 4 ในปี พ.ศ. 2550

แผนภูมิที่ 3.5 การอยู่อาศัยของประชากรอายุ 60 และมากกว่า, ประเทศไทย พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2550



แหล่งข้อมูล: โครงการศึกษาวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2529; การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2538 และ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550 .

หมายเหตุ: (ก) ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่อยู่คนเดียวอยู่บ้านติดกับบุตร และประมาณครึ่งหนึ่งอยู่บ้านติดกับบุตรหรือในชุมชนเดียวกับบุตรร้อยละในปี พ.ศ. 2529 สำหรับ 'อยู่บ้านเดียวกันหรือบ้านติดกันกับบุตร' หมายถึง 'อยู่บ้านเดียวกับบุตรหรือติดต่อกับบุตรทุกวัน'

มาตรการต่างๆที่ป้องกันการอยู่ร่วมบ้านเดียวกับบุตรล้วนไม่ให้ความสนใจต่อสถานการณ์ที่บิดามารดาสูงอายุและบุตรอาศัยอยู่ใกล้กันหรือมีบ้านติดกัน การอยู่บ้านติดกับบุตรนับว่าเป็นการอยู่อาศัยที่สามารถสนองตอบความต้องการหลายๆอย่างของผู้สูงอายุเหมือนกับการอยู่บ้านเดียวกับบุตร การอยู่บ้านติดหรือใกล้กับบุตรนับว่าเป็นแบบการอยู่อาศัยที่พบทั่วไปในสังคมไทยโดยเฉพาะในเขตชนบท (Cowgill, 1972; Knodel & Saengtienchai, 1999) ข้อมูลในแผนภูมิที่ 3.5 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเดียวกับบุตรหรืออยู่บ้านติดกันหรือใกล้กันกับบุตรจากการสำรวจ 3 รายการที่มีข้อมูลดังกล่าว โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเดียวกับบุตรหรืออยู่บ้านติดกันหรือใกล้กันกับบุตรจะลดลง เช่นเดียวกับสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเดียวกับบุตร

ในการสื่อความหมายการวัดการอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุหรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ควรตระหนักว่าในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้มีสัดส่วนไม่น้อยที่อยู่ใกล้กับบุตร จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า 1ใน 3 ของทั้งผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและที่อยู่กับคู่สมรสตามลำพัง อยู่บ้านติดกับบุตรและมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อยอยู่บ้านติดกับบุตรหรืออาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับบุตร (Knodel & Chayovan 2008)

องค์ประกอบด้านอายุและเพศ

หากนิยามช่วงวัยสูงอายุว่าเริ่มต้นที่อายุ 60 ปี จะครอบคลุมช่วงอายุที่มีพิสัยกว้างมาก เนื่องจากลักษณะต่างๆและสภาพการณ์หลายๆอย่างของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอายุ

การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบด้านอายุของประชากรสูงอายุจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าเกือบร้อยละ 60 ของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีอายุต่ำกว่า 70 ปี และมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป การคาดประมาณประชากรระดับกลางขององค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2551 แสดงว่า องค์ประกอบด้านอายุที่คาดประมาณของประชากรสูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2573 จะเหมือนกับผลที่คาดประมาณในปี พ.ศ. 2553 อย่างไรก็ตาม ผลการคาดประมาณพยากรณ์ถึงการสูงอายุของประชากรอย่างมากในอีกสองทศวรรษต่อจากนี้ สัดส่วนของประชากรสูงอายุในกลุ่มอายุ 60-69 ปี จะลดลงจากร้อยละ 56 เป็นร้อยละ 45 และของกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 20 เท่าที่ผ่านมา แม้ว่า การคาดประมาณสถานการณ์ในอนาคตยังเป็นเรื่องที่มีความไม่แน่นอน และยกเว้นว่าการตายและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในอนาคตอันใกล้นี้ ประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะสูงอายุกว่าในปัจจุบันอย่างมาก

ลักษณะอย่างหนึ่งของประชากรสูงอายุในปัจจุบัน คือมีเพศหญิงมากกว่าชาย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากๆ ผลการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2551 แสดงว่าในปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 55 ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และ ร้อยละ 59 ของประชากรอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปเป็นเพศหญิง คาดประมาณว่าการมีจำนวนประชากรหญิงมากกว่าชายในกลุ่มผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงน้อยมากในอีกหลายทศวรรษข้างหน้าโดยจะเพิ่มจากร้อยละ 56 ในปี พ.ศ. 2573 เป็นร้อยละ 57 ในปี พ.ศ. 2593 การมีจำนวนประชากรหญิงมากกว่าชายในกลุ่มประชากรอายุตั้ง 80 ปีขึ้นไปนั้น เนื่องจากอัตราการรอดชีพของเพศหญิงที่สูงกว่าเพศชายในทุกอายุโดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากๆ

ความแตกต่างในสถานภาพสมรสตามอายุและเพศ

คู่สมรสสามารถเป็นแหล่งเบื้องต้นของการเกื้อหนุนทางวัตถุ สังคมและจิตใจของผู้สูงอายุ และยังเป็นผู้ให้การดูแลยามเจ็บป่วย ดังนั้นสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุจึงมีผลกระทบอย่างสำคัญต่อการอยู่ดีมีสุข/ภาวะที่ดีในหลายๆด้านของผู้สูงอายุ ตารางที่ 3.2 แสดงว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่เป็นโสดหรือไม่เคยสมรส กว่าร้อยละ 60 มีคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน ขณะที่อีกเกือบ 1 ใน 3 เป็นหม้าย ผู้สูงอายุที่มีคู่เกือบทั้งหมดอยู่ด้วยกันกับคู่สมรสมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ย่าหรือแยกมีไม่มาก แต่มีความแตกต่างในสถานภาพสมรสตามอายุและเพศอย่างชัดเจน

ตาราง 3.2 การกระจายสถานภาพสมรสของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า จำแนกตามอายุและเพศ พ.ศ. 2550

	รวม	อายุปัจจุบัน				
		60-64	65-69	70-74	75-79	80+
รวม						
โสด	2.7	3.0	3.2	2.1	2.5	2.1
สมรสอยู่ด้วยกัน	60.1	72.1	65.8	55.3	47.1	29.4
สมรสอยู่แยกกัน	2.4	3.0	2.1	2.2	1.8	2.2
หม้าย	32.4	18.7	26.4	38.2	47.0	65.1
หย่า/แยก	2.4	3.2	2.4	2.3	1.7	1.2
รวม	100	100	100	100	100	100
ชาย						
โสด	1.5	1.4	1.9	0.8	1.7	1.7
สมรสอยู่ด้วยกัน	79.8	87.3	84.5	77.4	66.3	57.8
สมรสอยู่แยกกัน	2.7	2.8	2.0	3.2	2.6	2.9
หม้าย	14.3	6.9	9.9	16.7	27.6	35.9
หย่า/แยก	1.7	1.7	1.7	2.0	1.8	1.6
รวม	100	100	100	100	100	100
หญิง						
โสด	3.8	4.5	4.3	3.1	3.1	2.4
สมรสอยู่ด้วยกัน	44.2	58.8	50.2	37.9	33.1	11.6
สมรสอยู่แยกกัน	2.1	3.0	2.2	1.5	1.3	1.7
หม้าย	46.9	29.1	40.2	55.0	61.0	83.4
หย่า/แยก	3.0	4.6	3.0	2.5	1.6	0.9
รวม	100	100	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

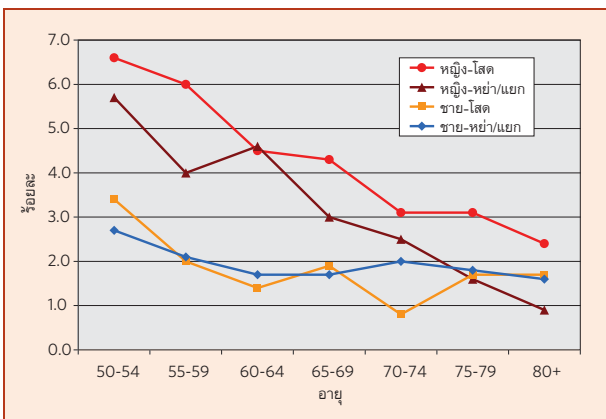
สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสลดลงอย่างรวดเร็วตามอายุที่เพิ่มขึ้น ตามด้วยการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนที่เป็นหม้าย ความแตกต่างในสถานภาพสมรสระหว่างเพศเห็นได้อย่างชัดเจน ในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80 ของเพศชายเปรียบเทียบกับน้อยกว่าครึ่งของเพศหญิงมีคู่สมรส ความแตกต่างระหว่างเพศนี้เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนเพศชายที่มีคู่สมรสสูงเป็น 5 เท่าของเพศหญิง ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มจะเป็นหม้ายมากกว่าชายในทุกอายุตลอดช่วงวัยสูงอายุ และในประชากรหญิงสูงอายุ จำนวนผู้ที่เป็น

หม้ายมีมากกว่าจำนวนที่มีคู่สมรส ความแตกต่างระหว่างเพศดังกล่าวสะท้อนถึงผลจากการผสมรวมกันของอัตราตายในผู้ชายที่สูงกว่า และแนวโน้มที่ผู้ชายจะมีการสมรสใหม่กับผู้หญิงที่อายุน้อยกว่าตนเอง บวกกับผู้ชายมักจะแต่งงานใหม่มากกว่าผู้หญิงหลังการหย่าร้าง สถานการณ์ดังกล่าวนี้ไม่น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอันใกล้

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนของคนหนุ่มสาวไทยที่เป็นโสดถาวรดูเหมือนจะเพิ่มขึ้น (Jones 2008) แผนภูมิที่ 3.6 แสดงหลักฐานที่ชี้แนะว่าปรากฏการณ์นี้มีผลกระทบต่อองค์ประกอบ

ด้านสถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 แสดงว่าสัดส่วนที่เป็นโสดของเพศหญิงลดลงเรื่อยๆตามอายุที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่กลุ่มอายุ 50- 54 ปี เป็นต้นไป การที่ผู้หญิงจะสมรสเป็นครั้งแรกหลังอายุ 50 ปีมีน้อยมาก อย่างไรก็ตามสัดส่วนที่เป็นโสดของสตรีในกลุ่มอายุน้อยๆที่สูงขึ้นเป็นลำดับจะแปรเปลี่ยนเป็นสัดส่วนของหญิงที่อยู่เป็นโสดที่สูงมากขึ้นในผู้สูงอายุรุ่นต่อไปในอนาคตตามการสืบทอดกันของคนรุ่นอายุต่อๆมา ขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและสัดส่วนที่เป็นโสดของเพศชายค่อนข้างจะไม่สม่ำเสมอ แต่แบบแผนก็คล้ายคลึงกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยที่เป็นโสดมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้

แผนภูมิที่ 3.6 ร้อยละผู้สูงอายุที่เป็นโสดและร้อยละที่หย่าหรือแยก จำแนกตามอายุและเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2550



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

แผนภูมิที่ 3.6 แสดงสัดส่วนที่หย่า/แยก (ไม่รวมผู้ที่มิคู่สมรสแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน) พบว่าสัดส่วนที่หย่า/แยก ของทั้งเพศชายและหญิง มีสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 50-54 ปี และสำหรับกลุ่มอายุอื่นๆ ต่อมาอย่างน้อยมีสูงพอกับกลุ่มอายุ 55-59 ปี แสดงแนวโน้มว่าในอนาคตจะมีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นที่ประสบกับภาวะการสมรสล้มเหลว

การเปลี่ยนแปลงอีกอย่างหนึ่งที่น่าจะเกิดขึ้นกับองค์ประกอบด้านสถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุ คือ สัดส่วนที่เป็นหม้ายมีแนวโน้มจะลดลงในทุกอายุ จากการที่ผู้สูงวัยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อผู้หญิงที่มีแนวโน้มเป็นหม้ายในวัยสูงอายุมากกว่าผู้ชาย (East West Center 2002)

องค์ประกอบด้านการศึกษาที่ปรับปรุงดีขึ้น

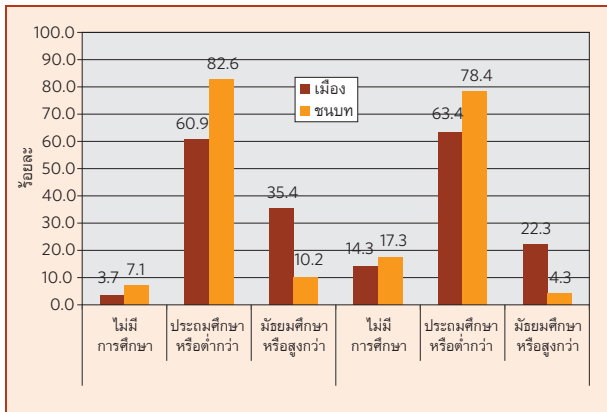
ระดับการอ่านออกเขียนได้และการศึกษาของประชากรสูงอายุมีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญกับการอยู่ดีมีสุข/ภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ การศึกษาอย่างเป็นทางการไม่เพียงแต่จะมีอิทธิพลต่อโอกาสการ

มีงานทำเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อสุขภาพอย่างมากด้วย ยิ่งกว่านั้น การศึกษายังทำให้ผู้สูงอายุสามารถจะจัดการหรือติดต่อกับหน่วยงานของรัฐและบริการต่างๆด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น

ประเทศไทยได้ออกกฎหมายให้การศึกษแก่คนไทยทุกคน (Universal Education) ตั้งแต่ก่อนที่ผู้สูงอายุหลายๆ จะเกิด แต่การดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายเป็นกระบวนการที่ใช้เวลาและเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆในระบบการศึกษาซึ่งมีผลกระทบต่อเพศชายและหญิงแตกต่างกัน ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการขยายความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ รวมทั้งความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องดังกล่าว เช่น มีประชากรอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปเพียงร้อยละ 48 เท่านั้น เปรียบเทียบกับกับร้อยละ 86 ของกลุ่มอายุ 60-64 ปี และร้อยละ 91 ของกลุ่มอายุ 50-54 ปี ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ทำนองเดียวกัน สัดส่วนที่ได้รับการศึกษาภาคทางการหรือการศึกษาในระบบในกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 62 เท่านั้น เปรียบเทียบกับร้อยละ 90 ของกลุ่มอายุ 60-64 ปี และ ร้อยละ 94 ของกลุ่มอายุ 50-54 ปี จากข้อเท็จจริงที่ว่าอัตราการอ่านออกเขียนได้ลดลงและอัตราที่ไม่ได้เรียนหนังสือเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรสูงอายุ เป็นหลักฐานว่ามีการขยายการศึกษาในอดีตในช่วงเวลาที่รุ่นคนที่เป็นผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ในช่วงวัยเรียน การที่มีความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องดังกล่าว สะท้อนว่าการขยายการศึกษาในหมู่เพศหญิงทำได้ช้ากว่าเพศชาย ในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85 ของเพศชายเปรียบเทียบกับร้อยละ 69 ของเพศหญิงอ่านออกเขียนได้ ขณะที่ระดับการไม่ได้เรียนหนังสือในเพศชายมีเพียงร้อยละ 10 ส่วนเพศหญิงร้อยละ 22

ระดับการศึกษาตามเขตที่อยู่อาศัยของประชากรสูงอายุไทยมีความแตกต่างชัดเจน แผนภูมิที่ 3.7 แสดงว่าในปี พ.ศ. 2550 ทั้งกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอายุ 50-59 ปีในเขตชนบทมีแนวโน้มจะไม่ได้รับการศึกษามากกว่าในเขตเมือง แม้ว่าสัดส่วนดังกล่าวจะค่อนข้างต่ำในทั้งสองกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณาสัดส่วนที่มีการศึกษต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าพบว่า ยังคงมีความแตกต่างอย่างมากระหว่างผู้ที่อยู่ในเขตเมืองกับเขตชนบท จากข้อเท็จจริงที่ว่าความแตกต่างดังกล่าวนี้ค่อนข้างน้อยชัดเจนพอกันทั้งในกลุ่มอายุ 50-59 ปี กับกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งให้เห็นว่า ยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันในการศึกษาระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทอยู่ต่อไปในอนาคตอย่างน้อยอีกระยะหนึ่ง

แผนภูมิที่ 3.7 การศึกษาจำแนกตามอายุและเขตที่อาศัย ประเทศไทย พ.ศ. 2550



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

จากข้อเท็จจริงที่ว่าการศึกษาอย่างเป็นทางการในประเทศไทยขยายตัวในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง หมายความว่าระดับการศึกษาของคนหนุ่มสาวนั้นสูงกว่าของผู้สูงอายุอย่างมาก ขณะเดียวกัน

ยังหมายความว่า ผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ ในอนาคตจะมีการศึกษามากกว่าผู้ที่เป็นผู้สูงอายุในปัจจุบัน ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในอนาคตจะดีขึ้นอย่างมาก โดยทั่วไปการเรียนหนังสือจะเสร็จสมบูรณ์ตั้งแต่ช่วงต้นของวัยหนุ่มสาว และจะเป็นลักษณะหรือคุณสมบัติที่ค่อนข้างคงที่ตั้งแต่วัยนั้นเป็นต้นมา ดังนั้นจะสามารถคาดประมาณการศึกษาของประชากรสูงอายุในอนาคตได้โดยใช้ฐานจากระดับการศึกษาของคนรุ่นอายุหนุ่มสาวที่เลยหรือผ่านพ้นวัยเรียนแล้ว (Hermalin, Ofstedal & Tesfai 2007) ตารางที่ 3.3 ให้ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันและผลการคาดประมาณร้อยละที่ไม่ได้เรียนหนังสือในระบบทางการ และสัดส่วนที่จบระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ของผู้สูงอายุจากปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2593 การคาดประมาณนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานในปี พ.ศ. 2553 รอบแรก ที่เก็บรวบรวมโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลจากการสำรวจนี้ทำให้สามารถคำนวณมาตรวัดต่างๆข้างต้น (ได้แก่ ร้อยละที่ไม่ได้เรียนหนังสือในระบบทางการและร้อยละที่จบระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า) ของประชากรอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปรวมผู้ที่กำลังเรียนหนังสืออยู่ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก)

ตาราง 3.3 ร้อยละที่ไม่มีการศึกษาและร้อยละที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าในปัจจุบัน (พ.ศ. 2553) และที่คาดประมาณในอนาคต จำแนกตามอายุและเพศ พ.ศ. 2553-2593

ไม่มีการศึกษา	2553	2563	2573	2583	2593
รวม					
60-69	9.0	5.0	3.1	2.3	2.2
70-79	16.8	9.0	5.0	3.1	2.3
80-89	26.0	16.8	9.0	5.0	3.1
ชาย					
60-69	5.5	3.4	2.2	2.1	2.2
70-79	10.4	5.5	3.4	2.2	2.1
80-89	16.4	10.4	5.5	3.4	2.2
หญิง					
60-69	12.1	6.5	3.8	2.6	2.2
70-79	21.4	12.1	6.5	3.8	2.6
80-89	32.4	21.4	12.1	6.5	3.8
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า					
รวม					
60-69	12.3	20.0	33.4	53.3	79.6
70-79	6.7	12.3	20.0	33.4	53.3
80-89	5.6	6.7	12.3	20.0	33.4

มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	2553	2563	2573	2583	2593
ชาย					
60-69	16.4	25.0	36.9	54.2	76.5
70-79	10.4	16.4	25.0	36.9	54.2
80-89	8.0	10.4	16.4	25.0	36.9
หญิง					
60-69	8.8	15.5	30.2	52.4	82.8
70-79	3.9	8.8	15.5	30.2	52.4
80-89	4.0	3.9	8.8	15.5	30.2

แหล่งข้อมูล: การสำรวจภาวะการทำงาน รอบที่ 1 พ.ศ. 2553

หมายเหตุ: ค่าอธิบายวิธีการคาดประมาณให้ไว้ในภาคผนวก ก.

ผลในตารางชี้ชัดว่าผู้สูงอายุไทยในอนาคตจะมีการศึกษาที่ขึ้นกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน การขยายการศึกษาภาคบังคับที่มีการดำเนินการมาในประเทศ ทำให้เชื่อว่าแนวโน้มที่ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการศึกษาที่ขึ้นจะยังคงเป็นอยู่ต่อไปอีกระยะหนึ่ง สัดส่วนประชากรสูงอายุที่ไม่มีการศึกษาจะลดลงมาก ขณะที่สัดส่วนที่ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2593 จากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 80 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี

นอกจากข้อเท็จจริงที่ระดับการศึกษาในประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างมากแล้ว แบบแผนอื่นๆ อีกหลายอย่างจะเห็นได้จากข้อมูลในตารางที่ 3.3 กล่าวคือ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมากตามอายุในปัจจุบันจะหมดไปในที่สุด ตรงกันข้าม ความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุในร้อยละที่จบระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นในอนาคต แนวโน้มนี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของการขยายระดับการศึกษาภาคบังคับในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ยิ่งกว่านั้น ความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องการศึกษาที่เห็นชัดในปัจจุบันก็จะลดลงและจะเริ่มกลับทิศทางในปี พ.ศ. 2593 เมื่อร้อยละที่จบระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าของกลุ่มประชากรอายุ 60-69 ปีจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผลดังกล่าวสะท้อนถึงการหายไปและการกลับทิศทางของความแตกต่างด้านการศึกษาระหว่างเพศที่ปรากฏในประเทศไทยในช่วง 2-3 ทศวรรษที่แล้ว (Knodel 1997) อย่างไรก็ตาม ยังคงเห็นได้ชัดว่าในหลายทศวรรษข้างหน้า ผู้สูงอายุหญิงในแต่ละกลุ่มอายุจะยังคงมีการศึกษาต่ำกว่า ผู้สูงอายุชาย แม้ว่าการศึกษาระดับการศึกษาของเพศหญิงจะเพิ่มขึ้นเร็วกว่าก็ตาม

การศึกษาที่ดีขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีผลต่อการอยู่ดีมีสุข/ภาวะที่ดีของผู้สูงอายุอย่างไม่ต้องสงสัย นอกจากนี้การหายไปและการกลับทิศทางของความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องการศึกษาจะลดปัจจัยสำคัญของความเสียเปรียบของผู้สูงอายุหญิง อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าเวลาใด ผู้สูงอายุโดยรวมก็ยังคงมีการศึกษาต่ำกว่าประชากรหนุ่มสาวอยู่มาก ข้อเท็จจริงนี้อาจส่งผล

กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างรุ่นอายุและความสามารถของผู้สูงอายุในการแข่งขันหางานทำในภาคทางการกับคนหนุ่มสาวที่มีการศึกษาดีกว่า

ภาวะสุขภาพโดยรวมและการมองเห็นที่ดีขึ้น

แม้ว่าการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปีต่างๆ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติจะมีข้อคำถามหลายข้อที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่มีข้อคำถามต่างๆ เกี่ยวกับโรคเฉพาะแต่ละโรค การประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเอง และความสามารถในการมองเห็นเท่านั้นที่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ระหว่างการสำรวจประชากรสูงอายุไทยปีต่างๆ สามครั้งหลัง อย่างไรก็ตาม ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคบางโรคต้องการการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ดังนั้นการศึกษาแนวโน้มโดยใช้ข้อมูลจากการรายงานของผู้สูงอายุเองอาจทำให้ไขว้เขวได้ จึงไม่ได้นำมาเสนอวิเคราะห์ในรายงานนี้ คณะผู้เขียนได้จำกัดศึกษาแนวโน้มจากข้อมูลการประเมินสุขภาพรวมและการมองเห็นโดยการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุเอง แม้ว่าการประเมินตนเองจะเป็นอัตวิสัย แต่สำหรับการประเมินสุขภาพตนเองนั้นจัดว่าเป็นตัวชี้วัดที่ใช้ได้ดีพอควรเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดวัตถุวิสัยอื่นๆ ที่บ่งชี้ถึงการตาย (Jylha 2009)

ตารางที่ 3.4 แสดงร้อยละที่ประเมินว่าสุขภาพตนเองดีหรือดีมากและร้อยละที่รายงานว่ามองเห็นได้ชัดโดยไม่ต้องใส่แว่นของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 3 ครั้งของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าทั้งการประเมินสุขภาพตนเองและการมองเห็นได้ชัดของผู้สูงอายุนั้นดีขึ้นตลอดช่วงเวลาของการสำรวจจากปี พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2550 และการดีขึ้นนี้เกิดขึ้นกับทั้งเพศชายและเพศหญิงในทั้ง 3 กลุ่มอายุและทั้งในเขตเมืองและชนบท ข้อมูลในตารางยังชี้ว่าเพศหญิงมักจะรายงานการมีสุขภาพดีต่ำกว่าเพศชายในทั้งสามสำรวจ และร้อยละที่ประเมินว่าสุขภาพตนเองดีหรือดีมากยังลดลงอย่างมากตามอายุที่เพิ่มขึ้นและในเขตเมืองมีการรายงานสุขภาพดีสูงกว่าเขตชนบทเล็กน้อย

ตาราง 3.4 ร้อยละของประชากรอายุ 50 ปี และมากกว่าที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี และที่มองเห็นชัดโดยไม่ใส่แว่นตาจำแนกตาม อายุ และ เพศ พ.ศ. 2537- พ.ศ. 2550

	% มีสุขภาพดี				% มองเห็นชัดโดยไม่ใส่แว่นตา			
	2537	2545	2550	อัตราส่วน 2550/2537	2537	2545	2550	อัตราส่วน 2550/2537
รวม	47.5	55.5	56.3	1.19	42.5	51.7	61.5	1.45
เพศ								
ชาย	53.8	62.4	62.1	1.15	41.8	53.4	63.2	1.51
หญิง	42.1	49.5	51.4	1.22	43.0	50.1	60.0	1.40
อายุ								
50-59	56.7	66.0	65.9	1.16	48.8	61.5	69.3	1.42
60-69	43.5	52.9	55.1	1.27	40.8	48.1	60.7	1.49
70+	29.1	33.6	35.1	1.21	27.7	32.9	43.7	1.58
เขตที่อาศัย ⁽ⁿ⁾								
ชนบท	47.2	53.9	55.2	1.17	44.6	53.5	64.6	1.45
เมือง	48.4	59.1	59.1	1.22	37.4	47.8	54.0	1.44

แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: สุขภาพดีรวมผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าดีมากหรือดี เขตเมืองรวมเขตสุขภาพภิบาลสำหรับปี พ.ศ. 2537

การมองเห็นได้ชัดมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาของการสำรวจทั้ง 3 ครั้งมากกว่าเรื่องการมีสุขภาพดี ความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องการมองเห็นได้ชัดมีน้อย แต่ร้อยละที่มองเห็นได้ชัดลดลงมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีแนวโน้มที่จะรายงานว่ามองเห็นได้ชัดโดยไม่ต้องใส่แว่นในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง ความแตกต่างนี้จะเป็นการสะท้อนถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุในเมืองจะมีแว่นตามากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ดังนั้นผู้สูงอายุในเมืองจึงจะมองเห็นได้ชัดโดยการใส่แว่นตามากกว่า สัดส่วนที่มองเห็นได้ชัด (ไม่ว่าใส่หรือไม่ใส่แว่นตา) ของผู้สูงอายุในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 86 เปรียบเทียบกับร้อยละ 76 ไม่ได้แสดงตารางข้อมูล) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการมองเห็นได้ชัดโดยรวมน่าจะเป็นผลของโครงการผ่าตัดต้อกระจกและผ่าตัดปัญหาอื่นๆ เกี่ยวกับตาของรัฐที่ดำเนินการอยู่ในช่วงเวลาที่ผ่านมา (Jenchitr & Pongprayoon 2003)

สถานภาพการทำงาน

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุได้จากการสำรวจภาวะการทำงานหลายรอบในแต่ละปีของสำนักงานสถิติ

แห่งชาติ รายงานล่าสุดของสำนักงานภูมิภาคแห่งองค์การแรงงานระหว่างประเทศได้สรุปแนวโน้มที่พิมพ์ในรายงานไตรมาสสามของปีที่เลือกมาเสนอ (Fujioka & Thangphet 2009) เนื่องจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวมประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเดียว จึงไม่สามารถแยกเป็นกลุ่มอายุต่างๆ ของประชากรสูงอายุ ผลการรายงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ บวกกับผลการสำรวจล่าสุดปี พ.ศ. 2551 ซึ่งแสดงอยู่ในกลุ่มบนสุดของตารางที่ 3.5 ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าไม่ปรากฏแนวโน้มอย่างสม่ำเสมอในร้อยละที่กำลังทำงาน (ตามนิยามของการสำรวจภาวะการทำงาน)ทั้งในเพศชายและหญิง แม้ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2551 อัตราการทำงานของประชากรสูงอายุจะผันผวนขึ้นๆลงๆ แต่ในปี พ.ศ. 2534 ซึ่งเป็นปีแรกที่เสนอในตาราง อัตราการทำงานใกล้เคียงหรือเหมือนกับของปี พ.ศ. 2551 อย่างมาก นอกจากนั้นในทุกสำรวจความแตกต่างในอัตราการทำงานของเพศชายและหญิงคล้ายกันมากโดยอัตราการทำงานของเพศชายสูงกว่าของเพศหญิง การไม่รวมการทำงานบ้านอยู่ในการทำงานนับว่ามีส่วนอธิบายความแตกต่างระหว่างเพศในอัตราการทำงานที่พบ

ตาราง 3.5 แนวโน้มและความแตกต่างในอัตราการทำงานของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า

	รวม	ชาย	หญิง
จากการสำรวจภาวะการทำงาน			
2534	37.7	50.1	27.4
2538	35.4	47.6	25.0
2543	33.6	45.8	23.1
2548	38.8	51.0	28.8
2551	37.9	50.3	28.1
จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550			
รวม	37.3	50.4	26.7
จำแนกตามเขตที่อาศัย			
ชนบท	40.8	55.3	28.8
เมือง	28.5	37.6	21.6
จำแนกตามอายุ			
60-64	56.7	71.0	44.1
65-69	41.3	55.4	29.5
70-74	26.2	37.2	17.5
75+	13.2	20.5	8.2

แหล่งข้อมูล: อัตราการทำงาน ปี พ.ศ. 2534-พ.ศ. 2548 จาก Fujioka & Thangphet 2009; ของปี พ.ศ. 2551 จาก (ตาราง ค) ของรายงานการสำรวจภาวะการทำงาน พิมพ์โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ผลจากการสำรวจภาวะการทำงาน เป็นการสำรวจรอบที่ 3 ของแต่ละปีที่เสนอ ทั้ง การสำรวจภาวะการทำงานและการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550 จัดผู้ที่กำลังรอดูการทำงานว่าอยู่ในกำลังแรงงาน การสำรวจภาวะการทำงานยังรวมตัวอย่างผู้ว่างงานแต่กำลังหางานทำไม่ก็รายอยู่ในอัตราการการทำงาน ขณะที่ผลของการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550 ไม่รวมคนว่างงานและกำลังหางานทำซึ่งมีร้อยละ 0.01

ข้อมูลจากตารางที่ 3.5 แสดงอัตราการทำงานจำแนกตามเขตที่อาศัยและกลุ่มอายุของประชากรสูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า ในเขตชนบทมีอัตราการการทำงานของผู้สูงอายุสูงกว่าในเขตเมืองมาก ร้อยละที่ทำงานของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปลดลงอย่างรวดเร็วตามอายุกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มอายุ 60-64 ปีเปรียบเทียบกับเพียงร้อยละ 13.2 ของกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปทำงาน นอกจากนี้ ในทุกกลุ่มอายุร้อยละของผู้ชายที่ทำงานสูงกว่าผู้หญิงอย่างมาก

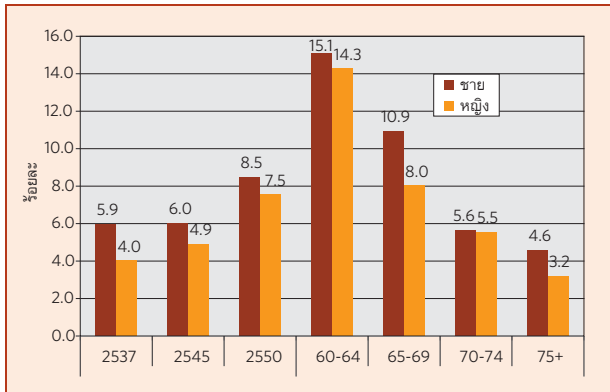
มีเหตุผลหลายอย่างที่ทำให้คนหยุดทำงานเมื่ออายุมากขึ้น ในประเทศไทย อายุเกษียณบังคับที่ใช้กันมานานสำหรับข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐและพนักงานรัฐวิสาหกิจ คือ 60 ปี อย่างไรก็ตาม มีจำนวนประชากรที่เข้าข่ายการมีอายุเกษียณการทำงานเพียงเล็กน้อย แม้ว่าลูกจ้างของภาคเอกชนขนาดใหญ่อาจมีอายุเกษียณการทำงานเช่นกัน แต่จะเป็นอายุเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อ

ตกลงที่ระบุในสัญญาจ้างงานหรือที่กำหนดไว้ในแต่ละองค์กร นอกจากนี้ คาดว่ามีคนจำนวนหนึ่งที่หยุดทำงานก่อนอายุเกษียณ (Fujioka & Thangphet 2009) สำหรับผู้ที่ทำงานของตนเองรวมทั้งเกษตรกรและผู้ทำงานในภาคที่ไม่ทางการ หรือทำงานนอกระบบ แนวคิดเรื่องอายุเกษียณการทำงานไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มคนเหล่านี้ ประชากรกลุ่มนี้มักจะทำงานไปเรื่อยๆ หรืออาจลดลงตามอายุและหยุดเมื่อทำไม่ไหวแล้วแต่สภาพร่างกายของแต่ละคน ปัจจัยนี้น่าจะเป็นคำอธิบายถึงอัตราการการทำงานที่สูงกว่าของผู้สูงอายุในชนบทเมื่อเปรียบเทียบกับเขตเมือง เพราะเขตชนบทมีสัดส่วนผู้ที่ทำงานในภาคการเกษตรและทำงานของตนเองสูงกว่าในเขตเมืองมาก ขณะที่ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมักทำงานในภาคทางการมากกว่า

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยทั้ง 3 ครั้ง มีคำถามถามผู้ให้สัมภาษณ์ที่ทำงานในรอบสัปดาห์ก่อนการสำรวจหรือผู้ที่

กำลังรอดูการทำงานว่าต้องการจะทำงานหรือไม่ พบว่าผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงมีสัดส่วนที่ต้องการทำงานน้อยมาก ร้อยละที่ต้องการทำงานของเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อยในการสำรวจทั้ง 3 ปี อย่างไรก็ตามในทั้งสองเพศร้อยละที่ต้องการทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550

แผนภูมิที่ 3.8 ร้อยละของประชากรอายุ 60+ ที่เต็มใจจะทำงานในกลุ่มที่ไม่ได้กำลังทำงานในช่วงสัปดาห์ที่แล้วและไม่ได้กำลังรอดูการ



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550

แผนภูมิที่ 3.8 แสดงว่าร้อยละของผู้ที่ไม่ได้ทำงานแต่ต้องการทำในปี พ.ศ. 2550 ลดลงอย่างชัดเจนตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในกลุ่มอายุ 60-64 ปีที่ไม่ได้ทำงานแต่รายงานว่าต้องการทำมีร้อยละ 15 ในเพศชายและร้อยละ 14 ในเพศหญิง แต่กลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 5 และร้อยละ 3 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ ในกลุ่มที่ไม่ได้ทำงาน สัดส่วนที่รายงานความต้องการทำงานของเพศชายสูงกว่าของเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ

การเกื้อหนุนภาคทางการที่เพิ่มขึ้น

ในเวลาไม่กี่ปีมานี้ สัดส่วนของแรงงานที่ได้รับการครอบคลุมจากระบบประกันแบบใดแบบหนึ่งที่ทำให้ประโยชน์ตอบแทนทางการเงินเมื่อเกษียณมีเพิ่มขึ้นอย่างมาก อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจดังกล่าวส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มลูกจ้างที่ทำงานภาคทางการ แม้ว่าจะมีความพยายามขยายโครงการให้ครอบคลุมผู้ที่ทำงานในภาคไม่เป็นทางการ เช่น เกษตรกรและผู้ทำงานของตนเองก็ตาม (Bangkok Post 2010) ลูกจ้างของรัฐและรัฐวิสาหกิจมีหลักประกันทางเศรษฐกิจเมื่อเกษียณอายุมาเป็นเวลานานแล้ว แต่สำหรับลูกจ้างภาคเอกชน การครอบคลุมในเรื่องดังกล่าวเพิ่งมีมาไม่นาน โดยความก้าวหน้าที่สำคัญที่สุดคือ การจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญภายใต้ระบบประกันสังคมในปี พ.ศ. 2543 และผลจากการพัฒนาต่างๆในเรื่องดังกล่าว จะทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากประโยชน์กองทุนเพิ่มมากขึ้นอย่างแน่นอนอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

ก่อนการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 เล็กน้อย มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 เช่นกัน ข้อมูลจากการสำรวจนี้ให้หลักฐานแสดงการเพิ่มขึ้นของความครอบคลุมยามชราภาพจากระบบทางการ ตารางที่ 3.6 แสดงสัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปที่มีการครอบคลุมยามชราภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ 5 ปี ผลในตารางดังกล่าวชี้ว่าในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า สัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีประกันยามชราภาพจะเพิ่มขึ้น กล่าวคือ อัตราการครอบคลุมยามชราภาพจากระบบทางการของคนรุ่นหลังจะสูงกว่าของคนรุ่นก่อนอย่างมาก สะท้อนถึงรูปแบบของการทำงานที่แตกต่างไปของคนรุ่นอายุต่างกัน สัดส่วนที่ทำงานในภาคทางการ (ทั้งรัฐและเอกชน) ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53 ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี เป็นเพียงร้อยละ 9 ในกลุ่มอายุ 55-59 ปี แบบแผนความแตกต่างการทำงานในภาคทางการตามอายุนี้นับว่าเป็นผลของการศึกษาที่เพิ่มขึ้นตามเวลาของประชากรที่เข้าสู่ตลาดแรงงานรุ่นหลังๆ (ไม่ได้แสดงตารางข้อมูล)

ตาราง 3.6 ร้อยละของประชากรอายุ 18-59 ปี ที่มีหลักประกันรายได้ยามสูงอายุในรูปแบบใดแบบหนึ่ง จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2550

อายุ	รวม	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย			
		ชาย	หญิง	อัตราส่วน (ชาย/หญิง)	เมือง	ชนบท	อัตราส่วน (เมือง/ชนบท)
25 - 29	51.9	51.0	52.6	0.97	61.7	41.1	1.50
30 - 34	44.6	44.5	44.7	1.00	55.3	35.0	1.58
35 - 39	38.3	42.8	34.7	1.23	51.6	27.1	1.90
40 - 44	28.1	29.2	27.2	1.08	38.8	20.9	1.85
45 - 49	26.3	31.7	21.3	1.49	35.7	20.8	1.71
50 - 54	19.9	24.5	15.9	1.53	29.4	13.4	2.20
55 - 59	16.6	18.5	14.8	1.25	21.3	13.3	1.60
รวม	31.8	34.2	29.8	1.15	42.9	23.4	1.83

แหล่งข้อมูล: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: ผู้มีหลักประกันรายได้ยามสูงอายุ รวมผู้ที่กำลังทำงานเป็นข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นสมาชิกประกันสังคม หรือผู้ที่มีอายุ 50-59 ปี ที่ไม่ได้ทำงานแต่ได้รับบำนาญ/บำนาญ

ข้อมูลในตารางที่ 3.6 ยังแสดงถึงความแตกต่างในอัตราครอบคลุมยามชราภาพตามอายุและเขตที่อาศัย อัตราส่วนที่มีการครอบคลุมยามชราภาพระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงชี้ว่า โดยรวม เพศชายมีแนวโน้มจะได้รับการครอบคลุมยามชราภาพมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การได้เปรียบของเพศชายจำกัดแค่กลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปเท่านั้น เพศหญิงในกลุ่มอายุน้อยมีอัตราการครอบคลุมยามชราภาพพอๆกับหรือมากกว่าเพศชาย ความแตกต่างที่ชัดเจนและสม่ำเสมอมากกว่าความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องอัตราครอบคลุมยามชราภาพ คือ ความแตกต่างตามเขตที่อาศัย ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมีแนวโน้มจะมีหลักประกันยามชราภาพมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบทในทุกกลุ่มอายุ ความแตกต่างนี้สะท้อนถึงสัดส่วนที่ทำงานในภาคทางการของรัฐและเอกชนที่สูงกว่าของผู้ที่อยู่ในเขตเมืองเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ในเขตชนบท ขณะเดียวกัน การที่สัดส่วนที่มีหลักประกันยามชราภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในเขตเมืองและชนบท สะท้อนข้อเท็จจริงที่ว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะมีแหล่งเกื้อหนุนจากภาคทางการมากขึ้นแม้ว่าในปัจจุบันโครงการประกันยามชราภาพยังไม่ได้ขยายมากนัก แต่เนื่องจากในที่สุดแล้ว การขยายหลักประกันยามชราภาพต้องเกิดขึ้นแน่นอน การเพิ่มจริงของอัตราครอบคลุมยามชราภาพตามรุ่นอายุในคนรุ่นอายุน้อยที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุในอีกไม่กี่สิบปีข้างหน้า อาจมีมากกว่าความแตกต่างตามกลุ่มอายุปัจจุบันที่แสดงในตารางที่ 3.6 อย่างมาก

รูปแบบการเกื้อหนุนทางการอีกแบบหนึ่งที่มีการขยายตัวอย่างมากเมื่อไม่กี่ปีมานี้ คือโครงการเบี้ยยังชีพซึ่งเป็นสวัสดิการที่รัฐให้

แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โครงการนี้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 โดยเริ่มแรกเป็นการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่ยากจน และไม่มีผู้ดูแล ต่อมาได้มีการขยายการครอบคลุมจนปัจจุบันเป็นการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุไทยทุกคน (ยกเว้นข้าราชการบำนาญและผู้ที่มีประกันยามชราภาพจากประกันสังคม) ที่มาขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพ นอกจากนี้ จำนวนเงินที่ให้เป็นเบี้ยยังชีพก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก 200 บาทต่อเดือน เป็น 500 บาทต่อเดือนในปัจจุบัน โครงการเบี้ยยังชีพจะคงอยู่ในรูปแบบนี้ต่อไปในอนาคตเป็นเรื่องที่ไม่สามารถคาดเดาได้ แต่อย่างน้อยระบบการเกื้อหนุนทางการรูปแบบที่มีอยู่นี้ก็เป็นการให้รายได้เสริมสำหรับผู้สูงอายุที่มาขอขึ้นทะเบียน

ผลกระทบของการมีภาวะที่ดี/การอยู่ดีมีสุขด้านวัตถุ

ดังได้กล่าวข้างต้น แนวโน้มทางประชากรที่สำคัญหรือเด่นชัดสองด้านที่มีศักยภาพส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขด้านวัตถุของผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ การลดลงของจำนวนบุตรที่มีชีวิต (ซึ่งจะเป็นลักษณะของผู้สูงอายุในอนาคต) กับ การย้ายถิ่นที่เพิ่มขึ้นของบุตรที่มีจำนวนลดลงเหล่านั้น ทำให้สัดส่วนที่มีบุตรเหลืออยู่ในบ้านหรือชุมชนเดียวกับบิดามารดาสูงอายุยิ่งลดลง การลดลงของจำนวนบุตรที่มีชีวิตนับเป็นประเด็นที่ทำให้เกิดความห่วงใยกันถึงการมีบุตรที่จะมาให้การเกื้อหนุนด้านวัตถุ ประกอบกับการย้ายถิ่นที่เพิ่มขึ้นของบุตรก็ทำให้มีความกังวลถึงเรื่องการมีบุตรที่จะมาปรนนิบัติดูแลและช่วยเหลือยามเจ็บป่วยหรือเมื่อเป็นโรคเรื้อรัง นอกจากนี้แนวโน้มด้านประชากรดังกล่าว ยังมีปัจจัยอื่นๆ

ที่เข้ามามีบทบาททำให้ค่านิยมหรือประเพณีปฏิบัติเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดาสูงอายุของบุตรอาจอ่อนแอลง ขณะเดียวกันระดับการศึกษาที่สูงขึ้นของบุตรผู้ใหญ่ของผู้สูงอายุเหล่านั้นน่าจะทำให้บุตรสามารถหาเงินหรือมีรายได้มากขึ้น

แหล่งต่างๆของรายได้

ตารางที่ 3.7 เสนอข้อมูลเกี่ยวกับที่มาของรายได้จากแหล่งต่างๆ และแหล่งหลักของรายได้ของผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 ข้อมูลในตารางแสดงว่า บุตรเป็นแหล่งรายได้ที่มีการรายงานมากที่สุดโดยผู้สูงอายุ การสำรวจทั้ง 2 ปี พบว่า กว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุรายงานว่าได้รับเงินจากบุตรในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจและกว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่าบุตรเป็นแหล่งสำคัญที่สุดของรายได้ นอกจากนี้ ระหว่างปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550

ร้อยละที่ได้รับเงินจากบุตร และร้อยละที่รายงานว่าบุตรเป็นแหล่งหลักของรายได้ลดลงเพียงเล็กน้อย

การทำงานของผู้สูงอายุเองนับเป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุที่มีการรายงานมากเป็นอันดับสอง และเป็นแหล่งหลักของรายได้ลำดับที่สองเช่นกัน โดยน้อยกว่า 2 ใน 5 เพียงเล็กน้อยรายงานว่า มีรายได้จากการทำงาน ความสำคัญของการทำงานในฐานะที่เป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุน่าจะมีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริงในแง่ที่ว่าผู้ตอบจะรายงานการทำงานของตนเองโดยไม่รวมรายได้จากการทำงานของคู่สมรสซึ่งผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมักแบ่งปันกันใช้ มีข้อสังเกตว่า เกือบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุรายงานว่าคู่สมรสเป็นแหล่งรายได้แม้ว่าสัดส่วนที่รายงานว่าคู่สมรสเป็นแหล่งหลักของรายได้จะต่ำกว่านี้ ถ้ามีข้อสมมติฐานว่าหมวด "คู่สมรสเป็นแหล่งรายได้" ส่วนใหญ่สะท้อนถึงรายได้จากการทำงานของคู่สมรส ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ในทั้งสองสำรวจมีแหล่งรายได้หลักจากบุตร

ตาราง 3.7 แหล่งของรายได้ในช่วง 12 เดือนที่แล้วของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 และ จำแนกตามอายุและเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2550

	ประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า		ประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า พ.ศ. 2550			
	2537	2550	อายุ		เขตที่อยู่อาศัย	
			60-69	70+	เมือง	ชนบท
% ที่มีรายได้จากแหล่งต่อไปนี้:						
ทำงาน	38.0	37.8	50.2	20.1	28.7	41.4
บำเหน็จบำนาญ(ก)	4.1	5.4	6.2	4.2	12.2	2.6
เบี้ยยังชีพ	0.5	24.4	17.7	34.0	14.1	28.6
ดอกเบี้ย/เงินออม/ค่าเช่า	18.2	31.7	33.7	29.0	36.8	29.7
คู่สมรส	21.4	23.3	30.0	13.7	20.3	24.5
บุตร	84.5	82.7	79.0	87.9	77.6	84.8
ญาติอื่นๆ	11.4	11.0	9.7	12.9	11.0	11.1
แหล่งหลักของรายได้						
ทำงาน	32.0	29.0	39.7	13.7	23.5	31.2
บำเหน็จบำนาญ ^(ก)	4.0	4.4	4.9	3.7	10.2	2.1
เบี้ยยังชีพ	0.0	2.8	1.2	5.0	1.4	3.3
ดอกเบี้ย/เงินออม/ค่าเช่า	1.7	2.9	2.6	3.3	5.1	2.0
คู่สมรส	4.7	6.1	7.9	3.6	6.7	5.9
บุตร	55.0	52.5	41.9	67.8	50.1	53.5
ญาติ	2.5	2.3	1.8	3.0	2.9	2.0
รวม	100	100	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: ผลที่นำเสนอไม่รวมจำนวนตัวอย่างที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้จากแหล่งอื่นที่ไม่ได้ระบุ (ก) ข้อมูลปี พ.ศ. 2550 รวมผู้ที่ได้รับบำเหน็จเมื่อเกษียณหรือหยุดทำงาน

หรือการทำงาน ร้อยละที่รายงานว่ามีรายได้จากเบี้ยยังชีพก็เพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 ซึ่งสะท้อนถึงการขยายการครอบคลุมอย่างมากของโครงการเบี้ยยังชีพซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตาม มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่น้อยมากที่รายงานว่ามีเบี้ยยังชีพเป็นแหล่งหลักของรายได้ สะท้อนว่าเบี้ยยังชีพทำให้เป็นเงินจำนวนเพียงเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งในระหว่างปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 คือการเพิ่มขึ้นอย่างมากของสัดส่วนที่รายงานว่ามีเงินออม (เช่น หุ้ น การลงทุน ดอกเบี้ย ค่าเช่า ฯลฯ) เป็นแหล่งรายได้ แม้ผู้ที่รายงานว่ามีเงินออมเป็นแหล่งหลักของรายได้จะมีสัดส่วนน้อย

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนที่รายงานว่ามีเงินออมเป็นแหล่งรายได้ น่าจะสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของลักษณะระบบเศรษฐกิจไทย โดยเฉพาะการขยายตัวของสถาบันการเงินต่างๆ และการเข้าถึงสถาบันการเงินเหล่านั้นของประชากรทั่วไป

ผลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2550 แสดงอย่างชัดเจนว่าแหล่งที่มาของรายได้ โดยเฉพาะแหล่งหลักนั้นแปรผันอย่างมากตามอายุ สัดส่วนที่การทำงานเป็นแหล่งของรายได้ (โดยเฉพาะการรายงานว่าเป็นแหล่งหลักของรายได้) ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการการทำงานที่ลดลงตามอายุดังกล่าวมาแล้ว ร้อยละที่รายงานว่าการทำงานเป็นแหล่งหลักของรายได้มีน้อยมากในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปี การลดการทำงานเชิงเศรษฐกิจประกอบกับการเพิ่มสัดส่วนที่เป็นหม้ายตามอายุ มีส่วนอย่างมากต่อสัดส่วนที่รายงานว่ามีคู่สมรสเป็นแหล่งรายได้ที่ต่ำของกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปี ตรงกันข้าม ขณะที่สัดส่วนที่รายงานว่ามีบุตรเป็นแหล่งของรายได้ เป็นเรื่องปกติ แม้

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุน้อย ความสำคัญของบุตรในฐานะเป็นแหล่งหลักของรายได้เพิ่มขึ้นอย่างมากตามอายุ

ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทยังมีความแตกต่างกันอีกหลายประการ ผู้สูงอายุในเขตชนบทที่รายงานว่าการทำงานของตนเองเป็นทั้งแหล่งรายได้และแหล่งรายได้หลักมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง สะท้อนว่าผู้สูงอายุในชนบทมีแนวโน้มจะยังคงทำงานต่อไปเรื่อยๆ หลังจากอายุ 60 ปี เพราะการทำงานภาคนอก ระบบไม่มีอายุบังคับเกษียณ ขณะที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนที่รายงานว่ามีเงินบำนาญเป็นแหล่งรายได้หรือแหล่งหลักของรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมาก แม้ว่าในเขตเมืองเองจะมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่ได้รับบำนาญ ความแตกต่างในสัดส่วนที่ได้รับบำนาญระหว่างผู้สูงอายุในเขตชนบทและเมืองเป็นภาพสะท้อนถึงประวัติชีวิตการทำงานที่แตกต่างกันของประชากรในสองเขต ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีแนวโน้มจะทำงานในภาคทางการโดยเป็นข้าราชการมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ดังได้กล่าวข้างต้น ความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและชนบทจะยังคงมีอยู่ต่อไปในอนาคต แม้ว่าความพยายามในการขยายโครงการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มอาชีพที่ทำงานของตนเองและภาคไม่ทางการอาจช่วยลดความแตกต่างลงบ้าง

การเกื้อหนุนจากบุตร

ข้อมูลที่น่าสนใจในตารางที่ 3.7 คือ บุตรในฐานะที่เป็นแหล่งของรายได้ โดยเฉพาะการเป็นแหล่งสำคัญที่สุดของผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากระหว่าง ปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 แม้ว่าบางครั้งจำนวนเงินที่ได้จากบุตรอาจไม่มากหรือเป็นการให้ในเชิงสัญลักษณ์เท่านั้น แต่ในหลายกรณีการเกื้อหนุนทางการ

ตาราง 3.8 ร้อยละที่ได้รับเงินจากบุตร ร้อยละที่บุตรเป็นแหล่งหลักของรายได้ และจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่มีชีวิตของประชากรอายุ 50 ปีและมากกว่าที่มีบุตรอย่างน้อย 1 คน จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550

อายุ	ร้อยละที่ได้รับเงินจากบุตร			ร้อยละที่บุตรเป็นแหล่งหลักของรายได้			จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่มีชีวิต		
	2537	2550	2550/2537	2537	2550	2550/2537	2537	2550	2550/2537
50-54	66.2	57.9	0.87	15.5	12.4	0.80	4.15	2.72	0.65
55-59	76.0	71.7	0.94	23.0	20.8	0.91	4.76	3.06	0.64
60-64	82.2	81.1	0.99	39.6	37.7	0.95	5.26	3.60	0.68
65-69	87.8	85.9	0.98	52.9	51.7	0.98	5.33	4.11	0.77
70-74	92.4	89.9	0.97	72.2	65.5	0.91	5.32	4.73	0.89
75+	93.6	93.3	1.00	78.4	74.4	0.95	5.04	4.98	0.99
รวม	79.4	75.5	0.95	37.6	35.8	0.95	4.86	3.57	0.74

แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550

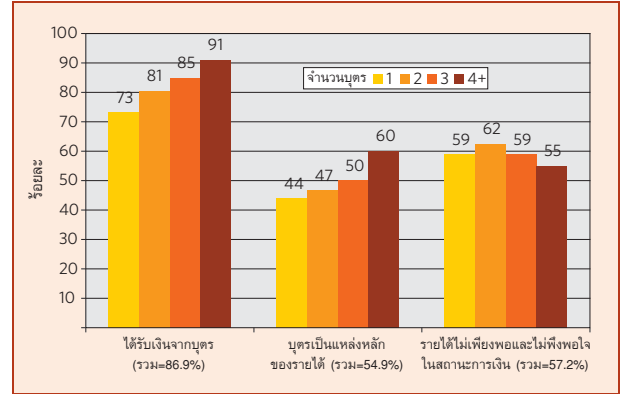
เงินจากบุตรนับเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุด ตารางที่ 3.8 เสนอข้อมูลให้เห็นชัดเจนถึงการเปลี่ยนแปลงเรื่องที่มีบุตรเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงนั้นสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่างๆกันของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปอย่างไรระหว่างปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 ผลที่เสนอจำกัดเฉพาะกลุ่มที่มีบุตรมีชีวิตอย่างน้อย 1 คน

แม้ว่าในทุกกลุ่มอายุ ร้อยละที่รายงานว่ามีบุตรเป็นแหล่งรายได้และร้อยละที่มีบุตรเป็นแหล่งสำคัญที่สุดของรายได้จะลดลง แต่เป็นการลดลงเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การลดลงของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตกลับลดมาก โดยเฉพาะในรุ่นอายุต่ำกว่า 70 ปี และในกลุ่มเหล่านี้การลดลงของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิต มีมากกว่าการลดลงของสัดส่วนที่รายงานว่ามีบุตรเป็นแหล่งรายได้ เช่น ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี สัดส่วนที่ได้รับเงินจากบุตรและ ร้อยละที่รายงานว่ามีบุตรเป็นแหล่งสำคัญของรายได้ลดลงเพียงเล็กน้อย แต่จำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตกลับลดลงมาก อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะว่าการลดลงของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรที่ลดลง ในกลุ่มประชากรอายุ 50-59 ปี โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 50-54 ปี การลดลงของการเกื้อหนุนจากบุตรและการลดของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตนั้นสูงมากกว่าโดยเฉลี่ย

ขนาดครอบครัวและการเกื้อหนุนทางการเงินเพื่อทดแทนบุญคุณ

แผนภูมิที่ 3.9 เสนอผลการศึกษาที่ให้ภาพชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรที่มีชีวิตกับการเกื้อหนุนทางการเงินเพื่อทดแทนบุญคุณในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2550 เนื่องจากทั้งจำนวนบุตรที่มีชีวิตและการพึ่งพาบุตรให้เกื้อหนุนเพิ่มขึ้นตามอายุของบิดามารดา ผลที่แสดงจึงมีการปรับอายุของผู้สูงอายุโดยสมการถดถอยเส้นตรง สัดส่วนที่ได้รับเงินจากบุตรและที่พึ่งพาบุตรเป็นแหล่งสำคัญของรายได้เพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรที่มีชีวิตอย่างชัดเจน กล่าวคือ ผู้ที่มีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไปมีสัดส่วนที่ได้รับเงินจากบุตรและที่รายงานว่ามีบุตรเป็นแหล่งสำคัญของรายได้สูงกว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่า สะท้อนว่าขนาดครอบครัวที่ลดลงของผู้สูงอายุในอนาคตอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินน้อยลง

แผนภูมิที่ 3.9 บุตรเป็นแหล่งหลักของรายได้และการประเมินสถานะทางเศรษฐกิจโดยตนเองจำแนกตามจำนวนบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า, ประเทศไทย พ.ศ. 2550 (ปรับอายุ)



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

หมายเหตุ: ผลที่เสนอได้ปรับอายุของผู้ให้สัมภาษณ์โดยสมการถดถอยเส้นตรง บุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมบุตรทั้งหมดที่อยู่อื่นและบุตรที่อยู่ด้วยกันในบ้านที่มีอายุ 18 ปีและมากกว่า

แผนภูมิที่ 3.9 ยังแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานว่ามีรายได้เพียงพอและไม่พึ่งพารายได้ในสถานะทางการเงินของตน (อนุমানได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสภาพทางเศรษฐกิจที่เพียงพอกับความต้องการ) ผู้สูงอายุที่มีครอบครัวขนาดเล็กมีสัดส่วนที่รายงานความพึงพอใจในสถานะทางการเงินสูงกว่าเฉลี่ยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีบุตรจำนวนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป อันที่จริงพบว่าสัดส่วนที่รายงานความพึงพอใจในสถานะทางการเงินต่ำที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุตรจำนวนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป

เหตุผลหนึ่งที่น่าจะเป็นคำอธิบายผลข้างต้นซึ่งพบว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่ามีแนวโน้มได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินน้อยกว่า คือ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่าอาจอยู่ในภาวะที่ต้องการการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรน้อยกว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนมาก การศึกษาหนึ่งในชนบทของประเทศไทยเมื่อประมาณสองทศวรรษที่แล้ว พบว่าคุณสมรสที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่าสามารถสะสมทรัพย์สินได้ดีกว่าคู่สมรสที่มีบุตรจำนวนมาก (Havanon, Knodel & Sittitrai 1992) หลักฐานนี้ชี้แนะว่าขนาดครอบครัวที่เล็กกว่าอาจเอื้อต่อการสะสมทรัพย์สินเพื่อชีวิตข้างหน้าและทำให้ลดความต้องการพึ่งพาการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร การประมาณผลกระทบของขนาดครอบครัวที่เล็กลงต่อภาวะที่ดีด้านวัตถุของผู้สูงอายุไทยในอนาคตขึ้นอยู่กับทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการเกื้อหนุน การสะสมทรัพย์สินและขนาดครอบครัวว่าจะเป็นอย่างไรมากกว่านั้น การลดลงของขนาดครอบครัวในอนาคตของกลุ่มวัยสูงอายุจะมีมาก และประโยชน์ชัดเจนอะไรก็ตามที่ได้จากการสะสมทรัพย์สินอาจมีมากเกินไป

กว่าการมีบุตรจำนวนน้อยลงที่บิดามารดาสูงอายุจะสามารถพึ่งพาได้ ดังนั้น จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดเกี่ยวกับผลกระทบในอนาคตของการลดขนาดครอบครัว จึงควรตระหนักเพียงว่าขนาดครอบครัวที่เล็กลงของผู้สูงอายุในอนาคตอาจมีผลในทางบวกหรือลบต่อภาวะที่ดีด้านวัตถุของผู้สูงอายุนั้นยังเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอน

การย้ายถิ่นของบุตรและการเกื้อหนุนด้านวัตถุ

การย้ายถิ่นของบุตรของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ใหญ่ (Adult Children) โดยเฉพาะการย้ายจากชนบทสู่เมือง เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ดังได้กล่าวข้างต้น ในประเทศไทย สัดส่วนของบุตรของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นออกจากที่อยู่ของบิดามารดาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในสื่อและแม้ในการประชุมต่างๆ เรื่องผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติมักมีการแสดงออกถึงความห่วงใยเกี่ยวกับผลกระทบของการอยู่กันอย่างกระจัดกระจายของบุตรผู้ใหญ่ที่ทำให้บิดามารดาสูงอายุ เสี่ยงต่อการได้รับการเกื้อหนุนด้านวัตถุและการปรนนิบัติดูแลบิดาจากบุตรที่ลดลง (เช่น

Charasdamrong 1992; United Nations 2002, ย่อหน้าที่ 29) แต่อันที่จริงการเกื้อหนุนด้านวัตถุไม่เกี่ยวข้องกับระยะทางหรือความใกล้ไกลระหว่างบุตรกับบิดามารดาสูงอายุ และประเด็นนี้มักถูกมองข้ามเสมอในการอภิปรายต่างๆ เรื่องผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3.9 ศึกษาการเกื้อหนุนทางการเงินในปีที่ผ่านมาจากบุตรผู้ใหญ่ที่อยู่อื่นแก่บิดามารดาจำแนกตามที่อยู่ของบุตรเปรียบเทียบกับบิดามารดา สำหรับบุตรที่อยู่บ้านเดียวกันไม่ได้มีการนำเสนอข้อมูลการเกื้อหนุนทางการเงินเพราะยากในการตีความกรณีบุตรให้เงินส่วนหนึ่งของการใช้จ่ายในครัวเรือน ผลที่เสนอในตารางส่วนหนึ่งมาจากการสำรวจผลกระทบของการย้ายถิ่น Migration Impact Survey (MIS) ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งศึกษาเฉพาะในเขตชนบทและเขตกึ่งเมืองของ 3 จังหวัดและจำกัดเฉพาะบิดามารดาอายุ 50-54 ปี 60-64 ปี และ 70-79 ปีของประเทศไทย (Knodel et al. 2007) และผลอีกส่วนหนึ่งมาจากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย Survey of Welfare of the Elderly in Thailand (SWET) ซึ่งเป็นการสำรวจระดับประเทศในปี พ.ศ. 2538 โดยครอบคลุมผู้ที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป การสำรวจทั้งสอง

ตาราง 3.9 การเกื้อหนุนด้านการเงินในรอบปีที่แล้วแก่บิดามารดาอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จากบุตรที่อยู่อื่น จำแนกตามการศึกษาและที่อยู่ของบุตร ปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2549

ปีของการสำรวจและที่อยู่ของบุตร	รวม (ก)	ระดับการศึกษาของบุตร			
		ประถมหรือต่ำกว่า	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	สูงกว่ามัธยมศึกษา
% ให้เงิน 1000+ บาท, พ.ศ. 2538 (ตัวอย่างระดับประเทศ)					
ในชุมชนเดียวกัน	22.1	19.9	29.9	41.8	54.2
ในจังหวัดเดียวกัน	32.1	24.6	46.4	52.3	60.1
ที่อื่น	48.0	43.5	53.4	58.1	59.0
รวม	35.2	29.3	46.5	54.3	58.9
% ให้เงิน มากกว่า 5000 บาท, พ.ศ. 2549 (ตัวอย่างจากเขตชนบทของ 3 จังหวัด)					
ในชุมชนเดียวกัน	10.6	7.5	19.1	22.6	47.8
ในจังหวัดเดียวกัน	18.9	9.1	27.1	30.1	41.7
ที่อื่น	37.3	27.9	43.8	42.6	60.5
รวม	26.4	17.0	36.5	37.4	54.5

แหล่งข้อมูล: การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2538 และการสำรวจผลกระทบของการย้ายถิ่น พ.ศ. 2548

หมายเหตุ: การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2538 เป็นการสำรวจตัวอย่างระดับประเทศ ส่วนการสำรวจผลกระทบของการย้ายถิ่น พ.ศ. 2549 ตัวอย่างครอบคลุมประชากรอายุ 50-54, 60-64 และ 70-79 ปีในเขตชนบทและเทศบาลตำบลใน 3 จังหวัด (ดูรายละเอียดใน Knodel et al. 2007) บุตรที่เป็นผู้ใหญ่ รวมบุตรทั้งหมดที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป.
(ก) รวมผู้ที่ไม่ทราบระดับการศึกษา

ชุดมีคำถามถามผู้ให้สัมภาษณ์ว่า “ในปีที่แล้วได้รับเงินจากบุตรที่อยู่ที่อื่นแต่ละคน คนละกี่บาท” ตัวชี้วัดต่างๆที่แสดงในตารางที่ 3.9 จำกัดเฉพาะการเกื้อหนุนทางการเงินที่มีปริมาณมากกว่าจะให้ตามวิธีหรือเป็นเพียงสัญลักษณ์เท่านั้น เนื่องจากความแตกต่างในข้อมูลจำนวนเงินที่ได้รับจากบุตรระหว่างการสำรวจสถานะผู้สูงอายุไทยกับการสำรวจผลกระทบของการย้ายถิ่น ตัวชี้วัดที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจแรกจำกัดที่จำนวนเงินตั้งแต่ 1,000 บาทขึ้นไป และการสำรวจหลัง จำนวนเงินตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ในตารางดังกล่าวยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาระดับของบุตรผู้ใหญ่กับการให้การเกื้อหนุนทางการเงิน มีข้อสังเกตว่าบุตรผู้ใหญ่ที่ย้ายถิ่นออกไปจังหวัดอื่นมักจะมีการศึกษาดีกว่าบุตรที่ย้ายไปแต่อยู่ใกล้กว่านั้น (Knodel et al. 2007) ตารางที่ 3.9 ยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่ที่ย้ายไปกับการให้การเกื้อหนุนทางการเงิน จำแนกตามระดับการศึกษา เพื่อให้สามารถประเมินความสัมพันธ์สำหรับแต่ละกลุ่มระดับการศึกษาแยกกัน

ผลจากการสำรวจทั้งสองค่อนข้างไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ไม่ว่าจะเป็นระดับการศึกษาใด บุตรที่อยู่จังหวัดอื่นมีสัดส่วนการให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บิดามารดาสูงอายุสูงที่สุด ส่วนบุตรที่อยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกันต่ำที่สุด ยิ่งบุตรมีการศึกษาสูงขึ้นเท่าไร แนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนทางการเงินในปริมาณที่มากจะยิ่งเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้ น่าจะสะท้อนถึงข้อเท็จจริงที่ว่า การย้ายถิ่นของบุตรส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโอกาสที่ดีกว่าในการหางานทำ และบุตรที่มีการศึกษาดีกว่าจะสามารถหางานที่มีรายได้ดีกว่าและสามารถแบ่งปันส่งเงินให้แก่บิดามารดาได้ โดยรวมการศึกษานี้แสดงผลที่น่าพึงพอใจเกี่ยวกับผลกระทบของแนวโน้มการย้ายถิ่นของบุตรที่เพิ่มขึ้นและระดับการศึกษาที่สูงขึ้นของบุตรในการให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บิดามารดาสูงอายุในอนาคต

ความคาดหวังการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรในอนาคต

การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 มีข้อมูลที่จะแสดงว่าค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูทดแทนบุญคุณจะยังคงอยู่มากน้อยเพียงใดในคนรุ่นหลังที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ผู้ให้สัมภาษณ์ถูกถามว่าตนเองคาดหวังจะได้รับเงินจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งบุตรหรือไม่ และแหล่งใดเป็นแหล่งที่คาดว่าจะสำคัญที่สุด ผลในตารางที่ 3.10 แสดงว่า คนหนุ่มสาวทั่วไปปัจจุบันยังคงคาดหวังการเกื้อหนุนทดแทนบุญคุณยามสูงวัย แม้แต่ในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 30 ปี เกือบ 3 ใน 4 คาดหวังจะได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรเมื่อสูงวัย และในกลุ่มที่สมรสหรือเคยสมรส(Ever Married) ซึ่งเป็นกลุ่มที่น่าจะมีบุตรแล้วมากที่สุด ประมาณ 4 ใน 5 ของคนกลุ่มนี้ คาดหวังจะได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรเมื่อสูงวัย เป็นเรื่องน่าสนใจที่พบว่า เกือบร้อยละ 90 ของผู้ที่สมรสหรือเคยสมรสอายุ 50-59 ปี (คนที่จะเป็นผู้สูงอายุใน 10 ปีข้างหน้า) คาดหวังจะได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรเมื่อตอนสูงวัย

แม้ว่าจะเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่แม้ในกลุ่มหนุ่มสาวที่อายุน้อยที่สุดเองยังคาดหวังจะได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรเมื่อสูงวัย แต่แบบแผนตามอายุที่คาดหวังว่าบุตรจะเป็นแหล่งหลักของการเกื้อหนุนทางการเงินยามสูงวัยมีความแตกต่างมากกว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่สมรสหรือเคยสมรสอายุ 50-59 ปี คาดหวังว่าบุตรจะเป็นแหล่งหลักของการเกื้อหนุนทางการเงินยามสูงวัย สัดส่วนนี้นับว่าต่ำกว่าระดับที่รายงานโดยผู้สูงอายุในปัจจุบันเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ร้อยละที่คาดหวังว่าบุตรจะเป็นแหล่งหลักของการเกื้อหนุนทางการเงินยามสูงวัยลดลงตามกลุ่มอายุที่น้อยลง ใน

ตาราง 3.10 ความคาดหวังการเกื้อหนุนด้านการเงินเมื่อยามสูงวัยจากบุตร จำแนกตามอายุของประชากรอายุ 18-59 ปี พ.ศ. 2550

อายุ	% คาดหวังจะได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินเมื่อยามสูงวัยจากบุตร			% คาดหวังว่าบุตรเป็นแหล่งหลักของการเกื้อหนุนทางการเงินเมื่อยามสูงวัย		
	รวม	สมรส/เคยสมรส	โสด	รวม	สมรส/เคยสมรส	โสด
< 30	72.7	80.4	69.3	22.7	28.8	20.1
30-39	76.5	83.2	46.7	27.2	30.0	14.6
40-49	80.3	83.9	34.9	35.1	36.9	12.4
50-59	86.4	88.7	29.6	45.4	47.0	6.9
รวม	60.1	84.8	79.0	32.6	37.1	17.8

แหล่งข้อมูล: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550

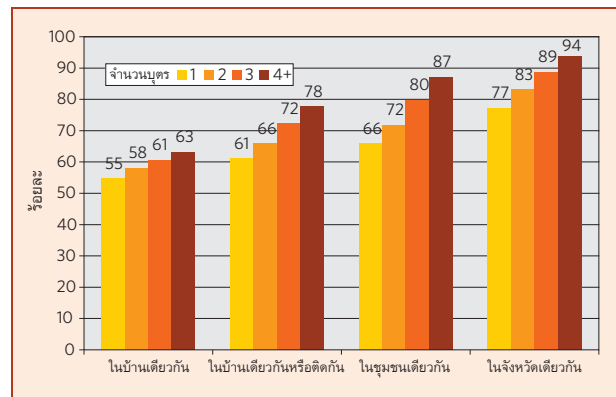
กลุ่มที่อายุต่ำกว่า 30 ปี และแม่ในผู้ที่สมรสหรือเคยสมรสเอง ต่ำกว่าร้อยละ 30 คาดหวังว่าบุตรจะเป็นแหล่งหลักของการเกื้อหนุนทางการเงินยามสูงวัย ไม่เป็นที่ชัดเจนว่าผลดังกล่าวนี้สะท้อนถึงค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูทดแทนบุญคุณบิดามารดาสูงอายุที่อ่อนแอลงในกลุ่มคนรุ่นอายุนี้หรือไม่ หรืออาจเป็นการสะท้อนถึงความคาดหวังของคนรุ่นอายุน้อยว่าเมื่อถึงวัยสูงอายุ พวกเขาเหล่านั้นอาจมีแหล่งเกื้อหนุนทางการเงินแหล่งอื่นนอกเหนือจากบุตรก็ได้ โดยเฉพาะแหล่งทางการเงิน เช่น โครงการหลักประกันยามชราภาพ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ความคาดหวังการเกื้อหนุนทดแทนคุณเป็นเรื่องที่ไม่คงที่ แต่อาจเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อความสามารถของผู้สูงอายุในการเลี้ยงดูแลตนเองเพิ่มขึ้น หรือความสำนึกถึงหน้าที่ของบุตรในการเกื้อหนุนบิดามารดาลดลง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาต่างๆข้างต้นก็ชี้แนะว่าแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากในสังคมไทย แต่ค่านิยมหลักเกี่ยวกับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัวยังคงเป็นเรื่องที่คนทั่วไปเห็นพ้องต้องกัน แม้ว่าบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอาจจะลดลงก็ตาม

ผลกระทบด้านการเกื้อหนุนทางสังคมและการปรนนิบัติดูแล

การเกื้อหนุนทางสังคมไม่เหมือนกับการเกื้อหนุนด้านวัตถุในแง่ที่ว่า การเกื้อหนุนทางสังคมในรูปของการมีปฏิสัมพันธ์แบบเห็นหน้ากันนั้น ต้องมีระยะทางหรือระยะห่างระหว่างบุตรกับผู้สูงอายุเข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการคมนาคม โดยเฉพาะการแพร่หลายของการเข้าถึงโทรศัพท์มือถือ นับเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการติดต่อกันระหว่างบุตรที่ย้ายถิ่นกับบิดามารดาสูงอายุโดยไม่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์แบบเห็นหน้ากัน ดังนั้น ความสามารถในการให้การเกื้อหนุนทางสังคมโดยบุตรที่อยู่ห่างจากบิดามารดาแปรผันตามรูปแบบของการเกื้อหนุน อย่างไรก็ตาม การดูแลปรนนิบัติประจำวันโดยบุตรผู้ใหญ่ในระยะห่างระหว่างที่อยู่ของบุตรกับของบิดามารดานั้นต้องอยู่ใกล้กันมาก โดยมักเป็นการอยู่ร่วมบ้านเดียวกันหรืออยู่บ้านติดกัน ดังนั้น เพื่อให้เข้าใจได้ดีขึ้นถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงขนาดครอบครัวและการเพิ่มการย้ายถิ่นของบุตรต่อการเกื้อหนุนทางสังคม จึงควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดครอบครัวกับระยะห่างจากบุตร ข้อมูลในแผนภูมิที่ 3.10 แสดงว่าที่อยู่ของบุตรผู้ใหญ่คนที่อยู่ใกล้ที่สุดมีความสัมพันธ์กับขนาดครอบครัวอย่างชัดเจน กล่าวคือ ยังมีจำนวนบุตรมากโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรอยู่บ้านเดียวกันหรือบ้านติดกัน หรือมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคนอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกันหรือจังหวัดเดียวกันมีมากขึ้นด้วย และในทางกลับกัน ระยะห่างจากบุตรนี้จะมีผลกระทบต่อการเกื้อหนุนต่างๆที่บุตรคนที่อยู่ใกล้หรืออยู่ไม่ใกล้กันจะให้ได้

แผนภูมิที่ 3.10 สถานที่อยู่ของบุตรที่เป็นผู้ใหญ่คนที่อยู่ใกล้ที่สุด จำแนกตามจำนวนบุตรที่มีชีวิตของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า ประเทศไทย พ.ศ. 2550



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: บุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมบุตรที่อยู่ด้วยกันในบ้านที่มีอายุ 18 ปีและมากกว่า และบุตรทั้งหมดที่อยู่อื่น สถานที่อยู่แต่ละหมวดต่อมารวมของหมวดก่อนหน้านั้นๆเข้าไปด้วย

การติดต่อทางสังคมและภาวะที่ดี/การอยู่ดีมีสุขด้านจิตใจ

สำหรับบิดามารดาสูงอายุส่วนใหญ่ การได้ติดต่อกับบุตรที่ย้ายออกไปจากบ้านนับเป็นเรื่องสำคัญต่อความอยู่ดีมีสุขทางสังคมและจิตใจ โดยเฉพาะถ้าไม่มีบุตรคนใดอยู่ใกล้ๆเลย การย้ายถิ่นของบุตรลดโอกาสการพบปะเห็นหน้ากับบุตรแม้ว่าจะยังมีการติดต่อกันอยู่ด้วยช่องทางอื่นๆ (เช่น โทรศัพท์มือถือซึ่งนับเป็นเรื่องปกติธรรมดาในปัจจุบัน) ก็ตาม

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 มีคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการเยี่ยมเยียนและการติดต่อทางโทรศัพท์กับบุตรที่อยู่อื่น โดยไม่ระบุว่าบุตรคนใดแต่เป็นคำถามถึงบุตรโดยรวม และไม่รวมบุตรที่อยู่บ้านเดียวกัน เพราะเป็นที่เข้าใจว่าบุตรที่อยู่บ้านเดียวกันก็น่าจะมีการติดต่อพบปะกันทุกวัน ผลในตารางที่ 3.11 แสดงว่าในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีบุตรอยู่อื่นอย่างน้อยหนึ่งคน ร้อยละที่รายงานว่ามีการพบปะกับบุตรที่อยู่อื่นทุกสัปดาห์หรือทุกเดือนเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่า เมื่อรวมการติดต่อทางโทรศัพท์เข้าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างความบ่อยครั้งของการติดต่อกับจำนวนบุตรที่พบนั้นได้หมดไป มีข้อสังเกตว่าถ้าตัวชี้วัดต่างๆของการติดต่อบรรยากาศที่อบอุ่นที่บ้านเดียวกันเข้าไปด้วย ความสัมพันธ์กับขนาดครอบครัวจะเข้มข้นขึ้นเพราะโอกาสการอยู่ร่วมบ้านกับบุตรเพิ่มตามจำนวนบุตรดังกล่าวมาข้างต้น

ตาราง 3.11 การติดต่อกับบิดามารดาในรอบปีที่แล้วกับบุตรที่อยู่อื่นของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีบุตรอยู่ที่ยื่น จำแนกตามจำนวนบุตรที่เป็นผู้ใหญ่และที่อยู่ของบุตร พ.ศ. 2550

	การติดต่อแบบพบปะเยี่ยมเยียน		การติดต่อแบบพบปะเยี่ยมเยียน หรือทางโทรศัพท์	
	ทุกสัปดาห์	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์	ทุกเดือน
รวม	37.8	55.9	58.7	85.9
จำนวนบุตรที่เป็นผู้ใหญ่				
1	27.0	48.9	57.9	85.1
2	33.2	54.4	58.1	85.9
3	36.5	56.2	59.3	86.4
4+	39.9	56.6	58.8	85.7
ที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด (ไม่รวมบุตรที่อยู่ด้วยกัน)				
ในชุมชนเดียวกัน	63.6	71.3	75.0	90.4
ในจังหวัดเดียวกัน	26.4	56.3	54.0	86.6
ที่อื่น	0.0	5.9	34.6	82.8

แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: บุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมบุตรทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันและบุตรที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อยู่บ้านเดียวกัน

ไม่น่าแปลกใจที่พบว่า ความถี่หรือความบ่อยครั้งของการพบปะกับบุตรที่อยู่อื่นมีความสัมพันธ์สูงกับระยะห่างระหว่างที่อยู่ของบุตรกับของบิดามารดา สำหรับบุตรที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับบิดามารดา โดยเกือบ 2 ใน 3 ของบิดามารดาสูงอายุรายงานว่าได้พบปะกับบุตรทุกสัปดาห์ และ มากกว่าร้อยละ 70 ได้พบปะกับบุตรทุกเดือน ตรงกันข้าม กลุ่มบิดามารดาสูงอายุที่บุตรทั้งหมดอยู่จังหวัดอื่น เกือบไม่มีการติดต่อกับบุตรทุกสัปดาห์และมีสัดส่วนน้อยมากที่ได้ติดต่อกับบุตรทุกเดือน อย่างไรก็ตาม เมื่อรวมการติดต่อทางโทรศัพท์เข้าด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดกับความบ่อยครั้งของการติดต่อลดลงอย่างมาก แม้ว่าการติดต่อโดยการเยี่ยมเยียนหรือทางโทรศัพท์ โดยเฉพาะเป็นการติดต่อทุกสัปดาห์ ความสัมพันธ์กับที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดยังคงอยู่ การติดต่อทุกเดือนก็นับว่าเป็นเรื่องปกติ แม้ว่าบุตรที่อยู่ใกล้ที่สุดจะอยู่จังหวัดอื่นก็ตาม

อาจกล่าวได้ว่า โดยทั่วไปการติดต่อทางสังคมกับบุตรส่งเสริมภาวะที่ดีด้านจิตใจของบิดามารดาสูงอายุ นอกจากคำถามเกี่ยวกับ

การติดต่อกับบุตรแล้ว การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ยังมีชุดคำถามที่วัดภาวะที่ดีทางจิตใจด้วย ได้แก่ คำถามที่ถามถึงความบ่อยครั้งของความรู้สึกเบื่ออาหาร ความวิตกกังวล หงุดหงิด/รำคาญใจ หมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า ไม่มีความสุขเศร้าหมอง และรู้สึกเหงาในเดือนที่ผ่านมา การคำนวณคะแนนรวมของภาวะที่ดีทางจิตใจจากแต่ละข้อ ให้คะแนนสำหรับคำตอบต่างๆดังนี้ ถ้าตอบว่าไม่เลย ให้ 2 คะแนน เป็นบางครั้ง 1 คะแนน และเป็นประจำให้ 1 คะแนน ผลรวมคะแนนจากข้อถามภาวะทางจิตใจ 7 ข้อคะแนนที่สูงกว่าแสดงว่ามีภาวะทางจิตใจที่ดีกว่า การที่การย้ายถิ่นของบุตรและการไม่มีบุตรอาจทำให้บิดามารดาสูงอายุขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม คำตอบเกี่ยวกับความรู้สึกเหงาจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจเป็นพิเศษ ดังนั้นในตารางที่ 3.12 จึงแสดงทั้งร้อยละที่รายงานว่ารู้สึกเหงาอย่างน้อยบางครั้งในเดือนที่ผ่านมาและคะแนนเฉลี่ยของภาวะทางจิตใจโดยรวม

ตาราง 3.12 ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีบุตรอย่างน้อย 1 คน ร้อยละที่รู้สึกเหงาหรือเหงาเป็นบางครั้งในเดือนที่ผ่านมา และคะแนนสุขภาพทางใจ พ.ศ. 2550

	% รู้สึกเหงาอย่างน้อยบางครั้ง	คะแนนสุขภาพทางใจ
รวม 60 +	34.9	11.43
จำนวนบุตร		
0	42.9	11.30
1	34.0	11.50
2	30.7	11.79
3	30.6	11.69
4+	36.8	11.26
ที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด		
บ้านเดียวกัน	30.9	11.51
บ้านติดกัน	39.4	11.26
ในชุมชนเดียวกัน	44.3	11.21
ในจังหวัดเดียวกัน	40.8	11.32
ที่อื่น	38.3	11.51

แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: ดูเนื้อหาในบทสำหรับนิยามของคะแนนสุขภาพทางใจ

ผลในตารางแสดงว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรมีแนวโน้มจะรายงานว่ารู้สึกเหงามากกว่ากลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะทางจิตใจที่ต่ำกว่าเฉลี่ยแม้ว่าจะไม่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุตรมีชีวิตอย่างน้อย 1 คน ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับร้อยละที่รู้สึกเหงาหรือกับคะแนนรวมของภาวะทางจิตใจนั้นไม่สม่ำเสมอ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละที่รู้สึกเหงาหรือคะแนนรวมของภาวะทางจิตใจกับที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดก็ไม่มีแบบแผนที่แน่นอนเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมีสัดส่วนที่รายงานว่ารู้สึกเหงาในช่วงเดือนที่ผ่านมาต่ำที่สุด และไม่ปรากฏความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเหงากับความใกล้ไกลของที่อยู่บุตร กลุ่มที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยของภาวะทางจิตใจสูงที่สุดคือกลุ่มที่อยู่บ้านเดียวกับบุตรและกลุ่มที่บุตรทั้งหมดอยู่จังหวัดอื่น ผลการศึกษานี้ชี้แนะว่า トラบเท่าที่ขนาดครอบครัวลดลงแต่ยัง

มีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน การย้ายถิ่นที่เพิ่มขึ้นของบุตรไม่จำเป็นที่จะทำให้ภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุในอนาคตแย่ลง อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์นี้อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุเล็กลงมากกว่านี้มากและมีบุตรที่อยู่ใกล้ๆจำนวนน้อยลง

การดูแลทางกาย

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ถามผู้ให้สัมภาษณ์ว่ามีใครดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ ถ้ามี ใครเป็นผู้ที่ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด พบว่า ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ (หรือร้อยละ 88) รายงานว่าสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่าคนกลุ่มนี้ไม่ต้องการคนมาดูแลปรนนิบัติการทำกิจวัตรประจำวัน สัดส่วนที่สามารถดูแลตนเองได้ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 94 ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี เป็นร้อยละ 83 ในกลุ่มอายุ 75-79 ปี อย่างไรก็ตาม

ตาราง 3.13 ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถดูแลตนเอง และการกระจายร้อยละของผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแล จำแนกตามจำนวนบุตรที่เป็นผู้ใหญ่และที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด พ.ศ. 2550

	ร้อยละที่ดูแลตนเองได้	ผู้ดูแลในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลหรือมีผู้ดูแล (การกระจายร้อยละ)						
		ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการ	คู่สมรส	บุตร รวมบุตรเขย/สะใภ้	สมาชิกอื่นในครอบครัว	ผู้ดูแลรับจ้าง ^(ก)	อื่นๆ	รวม
รวม	88.0	9.2	26.3	56.7	4.7	2.6	0.5	100
จำนวนบุตรที่เป็นผู้ใหญ่								
1	88.0	10.2	26.3	47.0	9.7	6.8	0.0	100
2	91.3	8.7	41.0	42.3	5.2	2.2	0.5	100
3	88.9	12.6	24.8	51.8	5.3	4.1	1.4	100
4+	86.8	8.2	24.1	61.7	3.9	1.8	0.3	100
ที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุด								
บ้านเดียวกัน	85.7	7.1	17.1	69.6	3.1	2.6	0.6	100
บ้านติดกัน	90.8	10.3	39.9	39.9	8.0	1.7	0.3	100
ในชุมชนเดียวกัน	88.8	13.3	56.0	22.2	8.1	.4	0.0	100
ในจังหวัดเดียวกัน	92.2	19.3	61.4	6.0	8.4	4.8	0.0	100
ที่อื่น	94.1	20.0	53.8	6.3	13.8	5.0	1.3	100

แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: บุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมบุตรทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันและบุตรที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อยู่บ้านเดียวกัน (ก) พยาบาลและผู้รับใช้

ก็ตาม ในกลุ่มที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีเพียง 2 ใน 3 เท่านั้นที่รายงานว่าสามารถดูแลการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่ไม่รายงานว่าสามารถดูแลตนเอง ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลแม้ว่าจะมีบางคนรายงานว่าต้องการคนดูแลแต่ไม่มีผู้ดูแลก็ตาม

ผลในตารางที่ 3.13 แสดงว่า โดยทั่วไป ความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้กับจำนวนบุตรผู้ใหญ่ที่มีนั้นไม่สม่ำเสมอ ขณะเดียวกันพบข้อชี้แนะบางอย่างว่า ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเดียวกับบุตรมีแนวโน้มจะช่วยตนเองได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับบุตร โดยเฉพาะน้อยกว่ากลุ่มที่บุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดอยู่จังหวัดอื่นมาก ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาเมื่อนานมานี้ที่ใช้ข้อมูลการสำรวจผลกระทบของการย้ายถิ่นซึ่งพบว่า

บุตรที่ย้ายถิ่นมักจะย้ายกลับมาช่วยบ้านบิดามารดาถ้าบิดามารดาไม่สุขภาพไม่ดี (Zimmer & Knodel, กำลังพิมพ์) การมีบิดามารดาที่ต้องการความช่วยเหลืออาจเป็นอุปสรรคต่อการละทิ้งบิดามารดาสูงอายุไปโดยไม่ได้ช่วยอะไร

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่รายงานว่าไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างร้อยละที่ต้องการความช่วยเหลือแต่ไม่มีผู้ดูแลกับจำนวนบุตรวัยผู้ใหญ่ แม้ว่าจะพบความแตกต่างบ้างเรื่องใครเป็นผู้ดูแล ที่เห็นโดดเด่นที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีบุตรผู้ใหญ่ 1-2 คนมักมีบุตรหรือบุตรเขย/สะใภ้เป็นผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่มีบุตร 3 คน และโดยเฉพาะน้อยกว่ากลุ่มที่มีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไปอย่างมาก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักพึ่งพาผู้สมรสในการให้การดูแลมากกว่า

มีเพียงส่วนน้อยที่พึ่งผู้ดูแลรับจ้างแม้ว่าสัดส่วนที่ใช้ผู้ดูแลรับจ้างจะสูงที่สุดในกลุ่มที่มีบุตรเพียงคนเดียว

ตรงกันข้ามกับจำนวนบุตรผู้ใหญ่ที่มี พบว่าในกลุ่มสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ บัจจุบันที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับร้อยละที่รายงานว่าต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี กล่าวคือ ยิ่งบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดอาศัยอยู่ไกลเพียงใด แนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะไม่มีผู้ดูแลแม้จะต้องการความช่วยเหลือก็ตามจะมีมากขึ้นเพียงนั้น และ 1 ใน 5 ของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่บุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดอยู่จังหวัดอื่นรายงานว่าไม่มีผู้ดูแล สัดส่วนที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มีนี้ นับว่าสูงเกือบเป็นสามเท่าของกลุ่มที่มีบุตรอยู่ในบ้านเดียวกัน ผลดังกล่าวชี้แนะว่า การย้ายถิ่นของบุตรทำให้ผู้สูงอายุบางคนที่ต้องการผู้ดูแลทางกายในการทำกิจวัตรประจำวัน มีโอกาสจะขาดคนดูแล

ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติจากการสำรวจผลกระทบการย้ายถิ่น พ.ศ. 2549 พบว่า เกือบร้อยละ 90 ของบิดามารดาสูงอายุยอมรับได้กับการไม่มีบุตรอยู่ใกล้ๆ トラบเท่าที่ที่ยังมีการติดต่อกับบุตรและบิดามารดายังมีสุขภาพดี (Knodel et al. 2007) อย่างไรก็ตาม มีน้อยกว่าร้อยละ 30 รายงานว่ายอมรับได้ที่จะให้บุตรจ้างคนมาดูแล กรณีที่บิดามารดาสูงวัยมีสุขภาพไม่ดีและบุตรทุกคนอยู่ที่อื่น นอกจากนั้น กว่าร้อยละ 80 รู้สึกว่าเป็นการดีกว่าถ้าบุตรจะย้ายกลับมาดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุและมีสุขภาพไม่ดีแทนที่จะให้พ่อแม่ย้ายไปอยู่กับบุตร ดังนั้น จะเห็นว่าสังคมไทยยังมีค่านิยมที่มั่นคงที่ให้บุตรเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงวัยที่สุขภาพไม่ดี โดยมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคนย้ายกลับมาดูแลถ้าบุตรทุกคนอยู่ที่อื่น นับว่ายังคงฝังอยู่ในสังคมไทยอย่างมั่นคง

การเตรียมการเพื่อยามสูงวัย

โดยทั่วไป การอยู่ดีมีสุขในยามสูงวัยนั้นส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับว่าสังคมและปัจเจกบุคคลมีการเตรียมการเพื่อยามสูงวัยกันดีแค่ไหนหรืออย่างน้อยเพียงใด การเตรียมการที่ไม่เพียงพอหรือเตรียมล่าช้าในทุกระดับตั้งแต่ ระดับประเทศ ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคลอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในยามสูงวัยและความสามารถในการมีส่วนช่วยเหลือหรือทำประโยชน์แก่สังคมของผู้สูงอายุ

การเตรียมการในระดับประเทศ

ในทศวรรษที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลไทยสนใจและตระหนักมากขึ้นถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมีการตอบสนองในรูปแบบต่างๆ เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ในปี พ.ศ. 2552 การมีและดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2564 และยุทธศาสตร์หนึ่งของแผนผู้สูงอายุแห่งชาตินี้ คือ การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อยามสูงวัย

ที่มีคุณภาพ และเพื่อให้แผนยุทธศาสตร์นี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงมีมาตรการย่อยต่างๆหลายมาตรการ ได้แก่ มาตรการหลักประกันรายได้เพื่อยามสูงวัย มาตรการให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มาตรการปลูกจิตสำนึกให้ คนในสังคมตระหนักและเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 การตั้งกองทุนผู้สูงอายุ การจัดให้มีหน่วยงานเฉพาะที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการบรรจุเรื่องของผู้สูงอายุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) เป็นต้น อาจมองได้ว่าความพยายามต่างๆเหล่านี้ของรัฐสะท้อนถึงการเตรียมความพร้อมของประเทศในการรองรับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วของประเทศไทยได้ในระดับหนึ่ง

การเตรียมการในระดับท้องถิ่นและชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) นับว่าเป็นองค์กรบริหารท้องถิ่นที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ในทางทฤษฎีองค์กรบริหารท้องถิ่นควรเป็นหน่วยงานรัฐที่เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในท้องถิ่นของตน และอยู่ในฐานะที่จะแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในท้องถิ่นได้ดีกว่าหน่วยงานอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ความอ่อนแอของการบริหารและการจัดสรรงบประมาณ นับเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภาระหน้าที่เรื่องผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การขาดบุคลากรที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุและการเปลี่ยนผู้บริหารระดับสูงบ่อยครั้งจากอิทธิพลทางการเมืองทำให้นโยบาย แผนและการดำเนินงานโครงการเรื่องผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ 2551) ยิ่งกว่านั้น อบต. ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานมากกว่างานการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มประชากรสูงอายุ อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้โครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นมีประสิทธิภาพต่ำ คือ การขาดข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับลักษณะต่างๆของประชากรสูงอายุในท้องถิ่น บัจจุบันนี้นับเป็นอุปสรรคในการเจาะหากลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อการให้บริการที่เหมาะสม นอกจากนี้ อบต. บางแห่งให้ความสนใจประชากรสูงอายุในฐานะเป็นเพียงฐานเสียงเพื่อการเลือกตั้งมากกว่าจะพยายามหาวิธีการแก้ไขปัญหากับประชากรกลุ่มนี้ และบางแห่งไม่มีโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นในชุมชนเลย นอกจากการให้เบี้ยยังชีพตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญเท่านั้น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ 2551)

การเตรียมการในระดับบุคคล

ด้วยความจำกัดของระบบการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทั้งภาคทางการและไม่ทางการ การเตรียมการเพื่อยามสูงวัยของแต่ละบุคคลเป็นเรื่องจำเป็น ทั้งการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.

2550 และการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 มีข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมการเพื่ออายุสูงวัยในเรื่องต่างๆ 5 ด้านได้แก่ การเงิน การอยู่อาศัย สุขภาพกาย ผู้ดูแล และการเข้าหาศาสนา มากขึ้น ผู้ให้สัมภาษณ์ถูกถามว่า “เคยคิดเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุในแต่ละเรื่องหรือไม่” ถ้าตอบว่า “เคยคิด” จะถามต่อว่า “ได้เตรียมการในแต่ละเรื่องนั้นๆหรือไม่” ผู้ที่ตอบว่าได้คิดและเตรียมการอย่างน้อยหนึ่งใน 5 ด้านที่ถามก่อนอายุ 60 ปี จะถือว่าได้มีการเตรียมการเพื่ออายุสูงวัย

ข้อมูลในตารางที่ 3.14 แสดงว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันมีการเตรียมการเพื่ออายุสูงวัยน้อยกว่าผู้จะเป็นคนสูงอายุในอนาคต (ร้อยละ 57 เปรียบเทียบกับร้อยละ 76) ผลดังกล่าวส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความลำเอียงในการรายงานของคนรุ่นใหม่อายุมากที่อาจมองข้ามสิ่งที่ตนเองได้เคยทำหรือเตรียมเป็นระยะเวลาที่ผ่านมาแล้ว

กลุ่มที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ (อายุ 50-59 ปี) มีสัดส่วนที่ได้เตรียมการเพื่ออายุสูงวัยสูงกว่าทั้งกลุ่มหนุ่มสาวที่อายุน้อยกว่าและกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบัน การที่คนหนุ่มสาวมีร้อยละที่ได้เตรียมการเพื่ออายุสูงวัยต่ำ น่าจะเนื่องจากว่าสำหรับคนกลุ่มนี้ยังเห็นการสูงอายุยังเป็นเรื่องไกลตัว ความแตกต่างระหว่างเพศในสัดส่วนที่ได้เตรียมการเพื่ออายุสูงวัยมีน้อย และแม้จะมีทิศทางตรงกันข้ามระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบันกับผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผู้ที่อยู่ในเขตชนบทมีแนวโน้มจะเตรียมการเพื่ออายุสูงวัยน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเมือง แต่สำหรับผู้สูงอายุในอนาคต ความแตกต่างระหว่างเขตที่อาศัยมีน้อย การศึกษาที่ผ่านมาชี้ว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันเริ่มการเตรียมการเพื่ออายุสูงวัยค่อนข้างช้า โดยประมาณ 1 ใน 5 เริ่มเตรียมการหลังอายุ 60 ปีแล้ว และ 1 ใน 3 เตรียมการในช่วงอายุ 50-59 ปี (Prachuabmoh 2009)

ตาราง 3.14 ร้อยละที่ได้เตรียมการเพื่ออายุสูงวัย จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อาศัย พ.ศ. 2550

อายุ	ร้อยละที่ได้เตรียมการเพื่ออายุสูงวัย				
	รวม	เพศ		เขตที่อาศัย	
		ชาย	หญิง	ชนบท	เมือง
<20	57.1	50.7	63.6	57.0	57.3
20-29	63.5	62.5	64.2	63.2	63.7
30-39	75.1	72.3	77.5	75.3	74.9
40-49	79.7	78.7	80.6	78.5	81.6
50-59	85.5	84.0	86.8	83.9	87.8
รวมผู้สูงอายุในอนาคต(อายุ 18-59)	75.8	74.1	77.3	76.0	75.6
60-69	64.0	65.3	63.0	63.0	66.7
70-79	48.1	49.3	47.2	45.4	55.0
80+	40.3	42.5	39.0	38.3	45.2
รวมผู้สูงอายุในปัจจุบัน (อายุ 60+)	56.7	58.5	55.3	55.0	60.9

แหล่งข้อมูล: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 และการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

หมายเหตุ: การเตรียมการเพื่ออายุสูงวัย หมายถึงการได้เตรียมการอย่างน้อย 1 อย่างใน 5 ด้าน ได้แก่ การเงิน การอยู่อาศัย สุขภาพกาย การเตรียมหาผู้ดูแลและการศึกษารวมหรือเข้าหาศาสนามากขึ้น

การศึกษาเรื่องการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละเรื่องพบว่ามีความแตกต่างกันไม่มาก สัดส่วนที่ได้เตรียมการมีตั้งแต่ ร้อยละ 34 สำหรับการเตรียมหาผู้ดูแล จนถึงร้อยละ 44 สำหรับการเตรียมเรื่องสุขภาพกาย (ไม่ได้แสดงตารางข้อมูล) อย่างไรก็ตามการมีมาตรการส่งเสริมหลักประกันรายได้ภายใต้ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 อาจช่วยกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเพื่ออายุสูงวัยแต่เนิ่นๆ และอาจช่วยอธิบายว่าทำไมด้านการเงินจึงเป็นเรื่องที่คนหนุ่มสาวรายงานว่ามีการเตรียมการในสัดส่วนที่สูงกว่าการเตรียมการด้านอื่น ๆ

โดยสรุป ในประเทศไทย การเตรียมการเพื่ออายุสูงวัยของผู้สูงอายุในอนาคตดูจะขยายเพิ่มขึ้นและเริ่มเร็วขึ้นกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่อายุที่เริ่มมีการเตรียมการก็ยังหลังจากอายุ 40 ปี การเตรียมการบางด้าน เช่น สุขภาพและการออมเงินควรเริ่มตั้งแต่เนิ่นๆหรือเมื่ออายุไม่มากและทำอย่างต่อเนื่องตลอดวัยหนุ่มสาว รัฐเองควรให้การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเตรียมการในเรื่องดังกล่าวตั้งแต่อายุยังน้อยโดยผ่านการให้การศึกษาทั้งในและนอกระบบ การส่งเสริมสนับสนุนการเกื้อหนุนทางการเงินควรพิจารณามาตรการและโครงการต่างๆที่มีความเป็นไปได้ตามจริงด้วยความจำกัดของทรัพยากรที่มี ประกอบกับความเร็วในการเพิ่มขนาดประชากรสูงอายุ รัฐควรพิจารณาสนับสนุนการพึ่งพาตนเองและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ประชาชนช่วยตนเองได้ในระยะยาว ขณะเดียวกันควรจัดสวัสดิการหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุหรือครอบครัวของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้จริงๆ เช่น ผู้สูงอายุที่ยากไร้ขาดคนดูแลหรือที่ทุพพลภาพไม่สามารถดูแลตนเองได้ แทนการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุทุกคนเท่ากัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยแล้ว ปัจจัยหลักทางประชากรที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้คือการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในหลายสิบทศวรรษที่แล้ว จากระดับที่เคยสูงสู่อันดับที่ต่ำกว่าทดแทนในปัจจุบัน ขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและจะยังคงเพิ่มต่อไปในอนาคตอีกหลายสิบปีข้างหน้า อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อจำนวนประชากรสูงวัยซึ่งมักไม่ได้ทำงานแล้วเพิ่มขึ้น ขณะที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งมักเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนโดยผ่านการจ่ายภาษีให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการให้บริการด้านสุขภาพและบำนาญบำนาญนั้นก็มีจำนวนคงที่ระยะหนึ่งแล้วจากนั้นจะมีจำนวนลดลง แนวโน้มต่างๆดังกล่าวนี้บ่งชี้ว่ามีผลกระทบที่สำคัญ

ทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับมหภาค แม้ว่าลักษณะและความมากมายของผลกระทบยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ ขณะที่นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านเน้นเรื่องการคุกคามของการลดลงในศักยภาพการเกื้อหนุนต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและการแข่งขันแย่งชิงทรัพยากรอย่างเข้มข้นระหว่างคนต่างรุ่น แต่อีกหลายท่านกลับมีความเห็นในทางบวกมากกว่า โดยเน้นผลกระทบของระดับเจริญพันธุ์ที่ต่ำ ซึ่งได้แก่ อัตราส่วนภาวะเด็กที่ลดลง การมีส่วนร่วมในแรงงานของสตรีที่เพิ่มมากขึ้น และการสะสมทุนหรือทรัพยากรมนุษย์ที่ดีขึ้นอันเนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และผลผลิตของแรงงานที่เพิ่มขึ้นจากการที่แรงงานมีการศึกษาดีขึ้นบวกกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผลิต (เช่น Bloom, Canning and Fink 2009)

จากการที่ผลกระทบทางสังคมในระดับมหภาคเป็นเรื่องสำคัญมาก บทนี้จึงให้ความสำคัญกับผลกระทบของแนวโน้มต่างๆในระดับครอบครัว โดยเห็นว่าการมุ่งสนใจประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องเหมาะสมเพราะประเพณีปฏิบัติที่มีมาก็ให้ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการรับภาระดูแลให้การเกื้อหนุนแก่สมาชิกสูงอายุ ดังนั้นการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุจึงอยู่ในมือของครอบครัวโดยผ่านระบบหรือค่านิยมที่อยู่ในรูปของความกตัญญูทดแทนบุญคุณของบุตรต่อบิดามารดา โดยศึกษาถึงแนวโน้มและศักยภาพผลกระทบของแนวโน้มทางประชากรสองเรื่องที่มีถูกกล่าวกันว่าเป็นปัจจัยคุกคามการเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัว ได้แก่ 1) การลดลงของจำนวนบุตรที่มีชีวิตจากการสืบทอดต่อกันของรุ่นอายุต่างๆ และ 2) การเพิ่มการอยู่อย่างกระจัดกระจายของบุตรผู้ใหญ่ซึ่งอยู่ห่างจากบิดามารดาเพราะการย้ายถิ่นที่เกี่ยวข้องกับโอกาสการทำงานทำ แนวโน้มของสองเรื่องนี้รวมกัน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุซึ่งรวมถึงการลดลงของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีบุตรร่วมอาศัยอยู่ด้วย (จากร้อยละ 77 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 56 ในปี พ.ศ. 2550)

การประเมินผลกระทบในระดับครอบครัวหรือสังคมของการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมสูงวัยนี้มีความไม่แน่นอนอันเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญหลายประการ กล่าวคือ สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและเทคโนโลยีที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมักเปลี่ยนแปลงอย่างมากด้วย นอกจากนี้ ลักษณะต่างๆของผู้สูงอายุในอนาคตจะแตกต่างอย่างมากระหว่างผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการศึกษาดีกว่า จึงน่าจะมีสุขภาพที่ดีกว่าและมีหลักประกันยามชราภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันอย่างมาก จากการที่ระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันสูง การมีการศึกษาที่ดีขึ้น (ซึ่งจะเป็นลักษณะหนึ่งของผู้สูงอายุในอนาคต) น่าจะเป็นปัจจัยเสริมให้สุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตมีแนวโน้มดีขึ้น นอกจากนี้

ยังคงเหมือนว่าผู้ที่ได้เตรียมการเพื่อยามสูงวัยในหลายๆด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุในอนาคตที่จะอยู่เป็นโสดและผู้ที่สมรสแต่ไม่มีบุตรก็จะเพิ่มขึ้นเช่นกัน สุดท้ายเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องตระหนักว่า คนที่เป็นพ่อแม่และบุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมทั้งผู้สมรสแต่ไม่มีบุตรในวัยสูงอายุเหล่านี้จะไม่อยู่เฉยๆโดยไม่ทำอะไรภายใต้โลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่รอบๆตัว ตรงกันข้าม คนเหล่านั้นจะมีการทำอะไรอย่างหนึ่งอย่างใดภายใต้ความสามารถของเขาที่จะลดผลกระทบทางลบและเพิ่มผลประโยชน์ที่จะได้รับให้มากที่สุดโดยการปรับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบันให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ๆ

แม้ว่าสถานการณ์ต่างๆที่วิเคราะห์ข้างต้นจะมีความไม่แน่นอน แต่ก็อาจกล่าวได้ว่าผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรต่อระบบครอบครัวที่เป็นอยู่จะแตกต่างกันไปตามรูปแบบของการเกื้อหนุนและบริการต่างๆ การตอบสนองของต่างๆของรัฐก็เช่นกันมีความแตกต่างกันตามรูปแบบของครอบครัว เท่าที่ผ่านมา พบว่าการเกื้อหนุนด้านวัตถุลดลงเพียงเล็กน้อย การเกื้อหนุนทางการเงินสามารถทำได้ไม่ว่าบุตรจะอยู่ที่ไหนและปริมาณเงินที่บุตรให้ดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นตามโอกาสการทำงานที่ดีขึ้นจากการย้ายถิ่น ดังนั้นการกระจายแยกย้ายที่อยู่ของบุตรที่เพิ่มขึ้นอาจไม่ใช่เป็นการคุกคามการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรมากกว่ามีแนวโน้มจะได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรมากกว่าก็ตาม แต่มักมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรจำนวนน้อยมีสถานะทางการเงินที่แย่กว่า ขณะที่ปัจจัยต่างๆ ที่อธิบายผลการศึกษาที่พบยังไม่ชัดเจน การจำกัดขนาดครอบครัวอาจทำให้ผู้สูงอายุสามารถสะสมทรัพย์สินได้มากกว่าซึ่งเป็นการทดแทนหรือชดเชยการมีบุตรจำนวนน้อยลงที่จะเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนด้านวัตถุ

ข้อควรคำนึงที่สำคัญประการหนึ่งภายใต้ข้อเสนอแนะที่ว่าภัยคุกคามต่างๆของการเกื้อหนุนด้านวัตถุมีไม่มาก คือ การลดลงของขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุในอนาคตจะเร็วกว่าที่ได้เคยเกิดขึ้นในเวลาที่ผ่านมา และจะตามมาด้วยการกระจายที่อยู่ของบุตรที่มากยิ่งขึ้นกว่าเก่า ดังนั้น แนวโน้มในอดีตอาจไม่เหมาะสมที่จะบ่งบอกถึงอนาคต ถึงกระนั้นก็ตาม การศึกษาที่สูงขึ้นและการเปลี่ยนแปลงแผนการทำงานของผู้ใหญ่อาจทำให้บุตรสามารถให้การเกื้อหนุนทางการเงินได้ดีขึ้นและนับเป็นการชดเชยการมีบุตรจำนวนน้อยลง นอกจากนี้ การขยายการครอบคลุมของหลักประกันยามชราภาพสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตภายใต้กองทุนบำเหน็จบำนาญของการประกันสังคมและโครงการใหม่ๆของรัฐ อาจช่วยทดแทนการลดการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร การเกื้อหนุนภาคทางการที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มาชดเชยกับสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรซึ่งชัดเจนว่าสำหรับประชากรกลุ่มนี้จะไม่มีความเสี่ยงการเกื้อหนุนจากบุตร

วิธีการอีกอย่างหนึ่งในการส่งเสริมภาวะที่ดีด้านวัตถุของผู้สูงอายุ คือ การเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงมีส่วนให้การเกื้อหนุนตนเองโดยผ่านการทำงานของตนเอง แนวโน้มทางบวกอย่างหนึ่งที่ควรระวังคือให้ผู้สูงอายุยังคงทำงาน คือ การปรับปรุงสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ความเป็นไปได้ที่จะขยายอายุเกษียณจาก 60 ปี เป็น 65 ปี ได้รับความสนใจว่าเป็นทางหนึ่งที่จะเพิ่มการทำงานของกลุ่มอายุ 60-64 ปี อย่างไรก็ตามผลกระทบของการเปลี่ยนอายุเกษียณอาจมีไม่มากนักเพราะว่ามีประชากรส่วนน้อยที่ทำงานที่มีอายุบังคับเกษียณซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นข้าราชการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้ เรื่องที่เป็นอุปสรรคมากกว่าของการขยายอายุการทำงาน คือ ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจไม่ได้ต้องการทำงาน ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยเจาะลึกถึงเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการทำงานและศึกษาว่าสามารถระบุสาเหตุต่างๆเหล่านั้นได้หรือไม่ เกี่ยวกับเรื่องงานในภาคทางการ ควรมีการศึกษาประเมินถึงความเต็มใจของนายจ้างในการจ้างหรือให้ผู้สูงวัยทำงานต่อไป อาจเป็นไปได้ที่จะมีการปรับสภาพการทำงานให้ยืดหยุ่นขึ้นที่สามารถสนองความกังวลของทั้งสองฝ่ายโดยมีทางเลือกต่างๆ เช่น เป็นการทำงานบางเวลา มีชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น และปรับค่าตอบแทนโดยใช้ผลผลิตแทนที่จะใช้ความอาวุโสเป็นเกณฑ์ เป็นต้น แม้ในภาคการทำงานไม่เป็นทางการ สภาหรือชมรมผู้สูงอายุร่วมกับรัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) อาจจัดกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดรายได้โดยใช้ฐานจากอุตสาหกรรมครัวเรือน เป็นแหล่งเสริมการค้าวิชาชีพของผู้สูงอายุ (Fujioka & Thangphet 2009)

เกี่ยวกับประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคม การติดต่อพบปะแบบเห็นหน้ากันต้องมีเรื่องการอยู่ใกล้ไกลระหว่างกันเข้ามาเกี่ยวข้องในระดับหนึ่ง แต่ระยะทางไม่ได้เป็นปัจจัยขัดขวางการติดต่อกันในรูปแบบอื่นๆ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการคมนาคม โดยเฉพาะการแพร่ขยายของโทรศัพท์มือถือ ทำให้การติดต่อกันในปัจจุบันง่ายมากกว่าเดิมในทศวรรษที่แล้ว การติดต่อกันทางโทรศัพท์ได้เข้ามาแทนที่และเสริมการติดต่อพบปะแบบเห็นหน้ากัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการคมนาคมในอนาคต ตลอดจนการแพร่กระจายของการมีคอมพิวเตอร์ในบ้านน่าจะเพิ่มความสามารถของบิดามารดา ในการติดต่อกับบุตรที่อยู่ไกล และยังลดผลกระทบต่อการให้การเกื้อหนุนทางสังคมของการที่บุตรแยกย้ายกันอยู่ตามที่ต่างๆเพิ่มขึ้นด้วย ความพยายามของรัฐบาลและ NGOs ในการส่งเสริมและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของผู้สูงอายุและผู้ที่จะใกล้วัยสูงอายุอาจมีส่วนให้ประโยชน์ในเรื่องนี้ ซึ่งอย่างไรก็ตาม ผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตจะมีความรู้เรื่องคอมพิวเตอร์ดีขึ้นอยู่แล้วเพราะมีการศึกษาที่สูงขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการพิจารณามาตรการต่างๆที่ขยายการเกื้อหนุนทางสังคมโดยชุมชน รวมทั้งการทำให้ชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง

การให้การดูแลทางกายต้องมิใช่ให้การดูแลอยู่ด้วย ผู้ให้การดูแล สำหรับผู้สูงอายุมักเป็นคู่สมรส แต่ถ้าไม่มีคู่สมรสหรือญาติอื่น และไม่มีบุตรอยู่ใกล้ๆ บุตรยังสามารถให้การดูแลและระยะสั้นกรณีเจ็บหนักหรือฉุกเฉินอื่นๆ ครอบครัวยุคใหม่ที่เป็นเรื่องชั่วคราวโดยการลา งานมาดูแล อย่างไรก็ตาม ความต้องการการดูแลทางกายระยะ ยาวจากบุตรอาจเกิดขึ้น เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะทุพพลภาพ หรือมีโรคเรื้อรังรุนแรง หรือเจ็บป่วยขั้นสุดท้าย และนับเป็นเรื่อง ทำหายมากที่สุดในสภาพการณ์ที่ครอบครัวมีขนาดเล็ก การอยู่ อย่างกระจัดกระจายของบุตรและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร มีเพิ่มมากขึ้น ทั้งผู้สูงอายุในอนาคตและบุตรจะจัดการกับความ ต้องการการดูแลและระยะยาวที่คาดว่าจะมีเพิ่มมากขึ้นได้อย่างไร นับ เป็นคำถามสำคัญที่ต้องมีการศึกษาเพื่อหาคำตอบต่อไป

รัฐบาลไทยตระหนักดีถึงความท้าทายของการจัดการเรื่องการดูแล ระยะยาวภายใต้บริบทที่ความช่วยเหลือโดยครอบครัวมีลดลง และ กำลังมีโครงการนำร่องต่างๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลที่บ้านโดยชุมชน โดยใช้อาสาสมัครที่มีการจ่ายหรือไม่จ่ายเงินตอบแทน มาตรการ นี้ อาจเป็นยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพในการช่วยสนองความ ต้องการความช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องใช้อุปกรณ์ หรือมีผู้ดูแล เช่น การจัดเตรียมทำอาหาร การซื้อของ และการ ทำความสะอาด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มักต้องการคนดูแลเป็นบาง เวลาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องยากที่จะเห็นว่ามาตรการที่ เสนอสามารถทำได้จริง เมื่อการดูแลทางกายต้องมีคนอยู่ด้วย เพิ่มเวลาเหมือนกรณีผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร้ายแรง นอนติดเตียง หรืออยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรง (Chen & Thompson 2010)

ในครอบครัวชนชั้นกลางเขตเมืองซึ่งมีบุตรอยู่บ้านเดียวกันหรือ อยู่ใกล้ๆ แต่บุตรต้องไปทำงานนอกบ้าน การจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มเวลามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานเอกชนที่จัดหาคนดูแล หรือให้บริการด้านการดูแลส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐานหรือขาด กฎหมายควบคุม จึงเป็นเรื่องที่รัฐควรให้ความสนใจ (Jitapunkul et al. 2008) แม้ว่าการจ้างผู้ดูแลเพิ่มเวลจะเป็นทางหนึ่งของการ แก้ไขปัญหาการดูแลระยะยาว แต่วิธีการนี้น่าจะเป็นทางเลือก ได้เฉพาะครอบครัวที่มีรายได้มากพอเท่านั้น นอกจากนี้ ข้อมูล เกี่ยวกับทัศนคติชี้แนะว่าผู้สูงอายุหลายท่านยังคงเห็นว่าเมื่อมี ความต้องการการดูแลระยะยาวเกิดขึ้นและไม่มีบุตรอยู่ด้วย ควร มีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคนกลับมาดูแลแทนที่จะจ้างผู้ดูแล (Knodel et al. 2007) ถ้ารัฐสามารถผลักดันหรือมีนโยบาย “ล้างานเพื่อ ดูแลพ่อแม่สูงวัย” ในสัญญาการจ้างงาน อาจมีส่วนช่วยแก้ปัญหา วิกฤตนี้ได้บ้าง อย่างน้อย เป็นการลาดดูและระยะสั้นเมื่อบิดามารดา สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยกระทันหันหรือต้องเข้ารับการรักษาตัว ในสถานพยาบาลระยะสั้น เพราะน่าจะเป็นเรื่องที่ยากกว่าที่จะ ให้นายจ้างรับนโยบายการลาระยะยาวเพื่อดูแลบิดามารดาสูง

วัย อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาในเชิงลึกถึงทัศนคติต่อการ ใช้ ผู้ดูแลรับจ้างและการเอาชนะอุปสรรคให้เกิดการยอมรับการใช้ ผู้ดูแลรับจ้างซึ่งจะช่วยเป็นแนวทางให้มีการขยายการพึ่งพาจาก ผู้ดูแลรับจ้างมากขึ้น

ขณะที่การสนองตอบการดูแลระยะยาวต้องทำโดยผ่านหรือไม่ ผ่านครอบครัว แต่ก็เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องตระหนักว่าสำหรับคน ส่วนใหญ่ การอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงอันเป็นสาเหตุให้เกิด ความต้องการการดูแลระยะยาวนั้นโดยทั่วไปมีระยะเวลาค่อนข้าง สั้นของวัยสูงอายุทั้งหมด (Knodel & Chayovan 2008) ยุทธศาสตร์ หนึ่งในการจัดการกับปัญหาความต้องการการดูแลระยะยาว คือ การยืดเวลาให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระให้นาน ที่สุด โดยกลไกทางสุขภาพที่มีเป้าหมายแก้ไขหรือขจัดสาเหตุ ของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ตัวอย่างสำคัญหนึ่ง คือ โครงการผ่าตัดตาของรัฐที่มีเป้าหมายผ่าตัดกระจกและทำให้การ มองเห็นของผู้สูงอายุดีขึ้นมาก (Jenchitr & Pongprayoon 2003)

อีกวิธีการหนึ่งที่น่าจะใช้ได้ในการลดทอนระยะเวลาที่ต้องการการ ดูแลระยะยาวให้สั้นลง คือ การส่งเสริมการปรับปรุงที่อยู่อาศัยหรือ สิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน เช่น การทำทางลาดและราวจับ ตลอดจน การเพิ่มการใช้อุปกรณ์ช่วยต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุไปไหนมา ไหนหรือทำกิจกรรมประจำวันได้เอง มาตรการนี้ไม่เพียงแต่จะ เอื้อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระเท่านั้นแต่ยังช่วยป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุด้วย กรณีที่ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงที่อยู่อาศัย หรือการหาซึ่งอุปกรณ์ช่วยต่างๆ สูงกว่าสภาพทางการเงินของ ครอบครัว รัฐอาจจำเป็นต้องให้เงินสงเคราะห์หรือช่วยเหลือบาง ส่วน การช่วยเหลือดังกล่าวอาจเท่ากับเป็นการออมค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพของรัฐไปในตัว

การพัฒนาเทคโนโลยีให้การช่วยเหลือ รวมทั้งการมีระบบเตือน ภัยนับว่ามีความก้าวหน้าไปมาก เทคโนโลยีที่เอื้อให้บุตรผู้ใหญ่ สามารถเฝ้าระวังตรวจตราดูสถานการณ์และการทำงานต่างๆ ของบิดามารดาสูงอายุจากทางไกลก็มีความก้าวหน้ามาก (Taub 2010) ในประเทศสหรัฐอเมริกา เทคโนโลยีต่างๆ เหล่านี้เริ่มทำให้มี ความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุจะอยู่ที่บ้านตนเองได้โดยไม่ต้องมีคนใน ครอบครัวมารู้อาหรือไม่ต้องจ้างผู้ดูแล แทนการต้องย้ายไปอยู่ บ้านนบิบาลผู้สูงอายุหรือสถานที่ที่มีอุปกรณ์ช่วยในการดำเนิน ชีวิต แม้ว่าเทคโนโลยีเหล่านั้นอาจยังใช้ไม่ได้กับประเทศไทย ในเวลานี้ เพราะราคาที่ยังสูงและความยุ่งยากซับซ้อนใน การใช้ แต่ปัญหาเหล่านี้ อาจลดลงหรือเปลี่ยนไปในอนาคตเมื่อ รายได้และระดับการศึกษาของประชากรไทยดีขึ้น อย่างน้อย ความ ก้าวหน้าของเทคโนโลยีเหล่านี้ก็แสดงให้เห็นว่าผลกระทบของการ เปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยสำหรับประเทศไทยในอีกหลายสิบปีข้างหน้า

หน้าจะเป็นอย่างไรภายใต้สังคมที่เปลี่ยนแปลง และการประเมินถึงผลกระทบไม่สามารถทำได้อย่างแม่นยำโดยเพียงการลากเส้นต่อออกไปจากแนวโน้มในอดีตหรือใช้สถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นฐาน

ภายใต้สภาพการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในประเทศไทย การประเมินผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยในด้านหนึ่งด้านใดมักจะมี ความไม่แน่นอนมากเช่นกัน ดังนั้นการวิเคราะห์ต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นเพียงการหยิบยกประเด็นต่างๆให้พิจารณามากกว่าจะเป็นการให้คำตอบที่ชัดเจนว่าอนาคตจะเป็นอย่างไรและจะแก้ ปัญหาอย่างไร บางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุอาจเหมาะ

กว่าที่จะหยิบยกขึ้นมาเป็นนโยบายหรือโครงการอย่างกว้างๆที่ครอบคลุมประชากรสูงอายุส่วนใหญ่หรือทุกคน หลายๆ เรื่องยังต้องพิจารณาโดยคำนึงถึงความต้องการที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มต่างๆ เช่น แยกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาและเขตที่อาศัย หลักฐานเท่าที่พบชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าในหลายๆ เรื่อง ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า ผู้ที่อยู่ในชนบท และผู้ที่มีฐานะยากจนมีความต้องการความช่วยเหลือมากกว่า การเฝ้าติดตามสถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่จะให้โครงการต่างๆได้เจาะถึงกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมและช่วยประกันถึงประสิทธิภาพและความเป็นไปได้หรือความสามารถในการดำเนินการได้ของโครงการ



การเปลี่ยนผ่านทางประชากรและสุขภาพ ความท้าทายของระบบสุขภาพและทิศทางในอนาคต

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ผ่านมาว่าประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านประชากรและด้านระบาดวิทยาของโรคอย่างรวดเร็วในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา โดยนโยบายประชากรและการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2533-2543 ได้ทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน (ดู Van Landingham and Hirschman, 2001; Greenspan, 1994) จนในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการนำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ (ดู Tangcharoensathien et al, 2009) จึงทำให้ประชาชนทุกคนได้รับความคุ้มครองภายใต้สามโครงการของหลักประกันสุขภาพจากรัฐ ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติมีส่วนช่วยทำให้พัฒนาการด้านสุขภาพของประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี (ดู Patcharanarumol et al, 2010)

จากการที่จำนวนผู้สูงอายุและความชุกของโรคไม่ติดต่อที่เป็นโรคเรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้น เนื้อหาสาระของรายงานในบทนี้จึงเน้นไปที่ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การศึกษาข้อมูลของภาวะโรคซึ่งวัดจากการใช้ดัชนี “ปีชีวิตที่ปรับด้วยความพิการ หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ” (Disability Adjusted Life Year หรือ DALY) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดจำนวนปีที่สุขภาวะสูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรหรือการเจ็บป่วยหรือความพิการของประชากร โดยเปรียบเทียบระหว่างประชากรในวัยก่อนสูงอายุกับวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาวะด้วยตนเอง และประสิทธิภาพของมาตรการครอบคลุมของบริการที่สำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (2) การทบทวนอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2545-2552 และการคาดประมาณค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของประชากรวัยก่อนสูงอายุเทียบกับวัยสูงอายุจากปี พ.ศ. 2551-2558 และ (3) การทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันของบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ และการคาดประมาณความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตเปรียบเทียบกับศักยภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยในการทบทวนนี้จะเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) กับกลุ่มวัยสูงอายุที่จำแนกเป็น 3 กลุ่มย่อย คือกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป และจะ

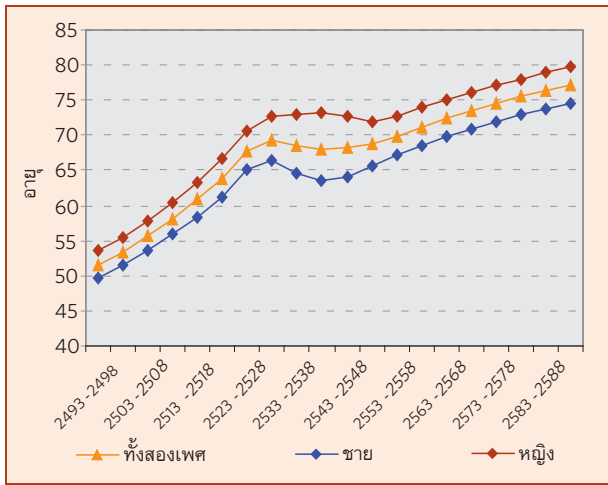
นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการให้ข้อเสนอแนะทางด้านนโยบายเกี่ยวกับระบบการให้บริการสุขภาพ การคลังสุขภาพ และด้านบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของความต้องการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยา

ลักษณะของภาวะโรค

แนวโน้มและลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยา

อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2493-2523 และมีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยระหว่างประชากรชายและหญิง (ดูแผนภูมิที่ 4.1) อายุขัยเฉลี่ยของประชากรชายลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วงหนึ่งทศวรรษคือระหว่างปี พ.ศ. 2538-2548 แต่กลับเพิ่มสูงขึ้นในเวลาต่อมา ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยของประชากรหญิงนั้นเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493-2533 และอยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่จนถึงปี พ.ศ. 2553 แต่ไม่ได้ลดลงมากดังเช่นที่พบในเพศชาย และคาดว่าอัตราการเพิ่มสูงขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยของทั้งเพศชายและหญิงจะอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป (ดูแผนภูมิที่ 4.1) ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2528 อายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั้งเพศชายและหญิงเพิ่มขึ้นประมาณ 4 ปี ซึ่งการเพิ่มขึ้นของอายุขัยในช่วงเวลาก่อนปี พ.ศ. 2528 น่าจะมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากอัตราการตายของทารกที่ลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงเวลานั้น ประกอบกับการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างรวดเร็ว (ดู Knodel and Chayovan, 2008) แต่หลังจากปี พ.ศ. 2533 การเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยอาจได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (ดู Tantivess and Walt, 2008) และจากอุบัติเหตุทางการจราจร (ดู Patcharanarumol et al, 2010) ส่วนอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นหลังจากนั้นน่าจะเป็นผลมาจากความสำเร็จในการป้องกันโรคเอดส์ ที่สามารถทำให้การแพร่ระบาดของโรคเริ่มที่จะลดลงในปลายทศวรรษที่ 1990 (ช่วงปี พ.ศ. 2540-2543)

แผนภูมิที่ 4.1 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2498 - 2593



แหล่งข้อมูล: United Nations Population Division (2008) คำนวณโดยใช้อัตราเจริญพันธุ์คงที่

การที่ประชากรมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้นนั้น ไม่ได้หมายความว่าช่วงเวลาของการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นจะเป็นการมีชีวิตอยู่ด้วยสุขภาพที่ดีเสมอไป Katz และคณะ (1983) ได้พัฒนาแนวคิดเรื่องช่วงอายุขัยที่คนยังแข็งแรงและช่วยเหลือตัวเองได้ เพื่อใช้วัดจำนวนปีของอายุที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ด้วยสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง โดยหลักการของแนวคิดนี้ก็คือ การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างช่วงอายุขัยที่ยังแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้กับอายุขัยเฉลี่ยโดยรวม ซึ่งจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความเสี่ยงของจำนวนปีที่มีความสุขภาพดีเนื่องจากสุขภาพที่ทรุดโทรมหรือมีความพิการ

ยังไม่มีหลักฐานที่ช่วยให้สรุปได้ว่าจำนวนปีที่มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุไทยได้ลดลงหรือไม่ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เนื่องจากไม่สามารถนำผลจากงานศึกษาวิจัยที่ทำขึ้นหลายครั้งมาเปรียบเทียบกันได้ เพราะการศึกษาวิจัยแต่ละครั้งใช้ระเบียบวิธีการวิจัยที่ต่างกัน (Thai Health Research Institute, 1992; NSO: 1994, 2002, 2007; MOPH: 1997, 2004) แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการสำรวจความพิการซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการสุ่มตัวอย่างและนิยามของความพิการในหลายครั้งที่ผ่านมาพบว่ามีความชุกของความพิการเพิ่มมากขึ้น (NSO: 1986, 2002, 2007)

ตารางที่ 4.1 สิบอันดับสูงสุดของดัชนีชีวิตสุขภาพที่สูญเสียไปจากโรคและความพิการของประชากร (DALY) ตามชนิดของโรคในประชากรวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) ในปี พ.ศ. 2547

อันดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	ชนิดของโรค	DALY ต่อประชากร 1,000 คน	YLD ต่อ DALY (%)	DALY ต่อประชากร 1,000 คน	YLD ต่อ DALY, (%)	ชนิดของโรค
1	โรคมะเร็ง	47	2	34	3	โรคมะเร็ง
2	โรคหลอดเลือดหัวใจ	36	15	23	17	โรคหลอดเลือดหัวใจ
3	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	26	10	18	97	อาการป่วยทางจิต
4	โรคเอดส์	22	0	16	39	โรคเบาหวาน
5	อาการป่วยทางจิต	22	91	15	89	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
6	โรกระบบทางเดินอาหาร	17	8	8	11	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
7	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	11	51	7	23	โรคติดเชื้อ
8	โรคเบาหวาน	11	42	7	14	โรกระบบทางเดินอาหาร
9	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	11	91	7	0	โรคเอดส์
10	โรคติดเชื้อ	10	12	7	65	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
11	รวมโรคอื่นๆ ทั้งหมด	33	42	26	55	รวมโรคอื่นๆ ทั้งหมด
	รวม	246	26	167	39	รวม

แหล่งข้อมูล: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (2551)

ภาวะโรคในวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ

เครื่องชี้วัดที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในการวัดภาวะโรคคือ DALY ซึ่งประกาศใช้โดยองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2542 โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศ DALY เป็นเครื่องชี้วัดอันเกิดจากผลรวมของจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากร (Years of Life Losses หรือ YLL) และจำนวนปีที่ต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการ (Years Living with Disability หรือ YLD) ซึ่งเป็นการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งด้านการตายและการเจ็บป่วยที่มีหน่วยนับที่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งก็คือ เทียบเท่ากับจำนวนปีที่มีความสุขที่ดีที่สุด

ในปี พ.ศ. 2547 มีการวัดภาวะโรคในประชากรไทยโดยการใช้ DALY (คณะทำงานศึกษาภาวะโรคของประเทศไทย, 2551) กับ

กลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (ดูตารางที่ 4.1- 4.4)

จากตารางที่ 4.1 จะเห็นได้ว่าการสูญเสียที่วัดโดยดัชนี DALY ในวัยก่อนสูงอายุของประชากรเพศหญิงอยู่ที่ 167 ต่อ 1,000 ราย ซึ่งน้อยกว่าในเพศชายที่มีค่าดัชนี DALY อยู่ที่ 246 ต่อ 1,000 ราย โดยมีโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสองสาเหตุสำคัญของการสูญเสียทั้งในประชากรหญิงและชายในวัย 45-59 ปี สัดส่วนของ YLD ต่อ DALY เป็นการแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดีโดยที่ยังไม่เสียชีวิต ยกตัวอย่างเช่น ร้อยละ 0 ของโรคเอดส์ในกลุ่มประชากรเพศชายหมายถึงการสูญเสียทั้งหมดเป็นการเสียชีวิต เมื่อพิจารณาจากดัชนี DALY ยิ่งสัดส่วนของ YLD ต่อ DALY สูงขึ้นเท่าไรภาระในการดูแลสุขภาพของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย (ดูตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.2 สิบอันดับสูงสุดของดัชนีชี้วัดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและความพิการของประชากร (DALY) ตามชนิดของโรคในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2547

อันดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	ชนิดของโรค	DALY ต่อประชากร 1,000 คน	YLD ต่อ DALY (%)	DALY ต่อประชากร 1,000 คน	YLD ต่อ DALY, (%)	ชนิดของโรค
1	โรคหลอดเลือดหัวใจ	100	10	97	9	โรคหลอดเลือดหัวใจ
2	โรคมะเร็ง	99	2	66	3	โรคมะเร็ง
3	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	48	26	44	8	โรคเบาหวาน
4	อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึกต่างๆ	33	100	37	100	อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึกต่างๆ
5	โรคเบาหวาน	25	28	27	9	โรคติดเชื้อ
6	โรคติดเชื้อ	25	10	26	80	โรกระบบประสาท
7	โรกระบบทางเดินอาหาร	22	12	22	34	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
8	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	20	32	21	79	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
9	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	19	7	18	13	โรกระบบทางเดินอาหาร
10	อาการผิดปกติทางระบบประสาท	17	77	15	6	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ
11	รวมโรคอื่นๆ ทั้งหมด	53	47	50	35	รวมโรคอื่นๆ ทั้งหมด
	รวม	460	25	422	30	รวม

แหล่งข้อมูล: คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

จากข้อมูลในตารางที่ 4.2 จะเห็นได้ว่าภาระโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างจากภาระโรคในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ กล่าวคือ มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและหญิง โดยเพศหญิงมีค่าดัชนี DALY อยู่ที่ 422 ต่อประชากรหญิง 1,000 ราย ในขณะที่ค่าดัชนี DALY ของเพศชายในวัยสูงอายุอยู่ที่ 460 ต่อ 1,000 ราย

ลักษณะของภาระโรคทั้งในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ แสดงถึงการเพิ่มขึ้นอย่างมากของโรคบางโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งรั้งอันดับหนึ่งในวัยสูงอายุนั้นจะพบว่ามีดัชนี DALY

ต่อประชากร 1,000 ราย ในกลุ่มผู้สูงอายุมากเป็น 3-4 เท่าของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคมะเร็งจัดอยู่ในอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่าภาระโรคในกลุ่มวัยสูงอายุมีมากเป็นสองเท่าของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุเช่นกัน ส่วนโรคเอดส์ซึ่งอยู่ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุของการสูญเสียที่วัดตามดัชนี DALY ในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุนั้นไม่พบว่ามีอยู่ใน 10 อันดับแรกของกลุ่มวัยสูงอายุ โดยมีภาระโรคที่เข้ามาแทนที่โรคนี้ใน 10 อันดับแรกของภาระโรคในประชากรกลุ่มวัยสูงอายุคืออาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึกต่างๆ เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และโรกระบบประสาท เช่น โรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 4.3 ดัชนีชี้วัดปีสุขภาพที่สูญเสียไปจากโรคและความพิการ (DALY) ของประชากรชายในวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุในปี พ.ศ. 2547

อันดับที่	ชาย อายุ 45-59 ปี		ชาย อายุ 60-69 ปี		ชาย อายุ 70-79 ปี		ชาย อายุ 80 ปีขึ้นไป	
	ชนิดของโรค	DALY (%ของยอดรวม)	ชนิดของโรค	DALY (%ของยอดรวม)	ชนิดของโรค	DALY (%ของยอดรวม)	ชนิดของโรค	DALY (%ของยอดรวม)
1	โรคมะเร็ง	19%	โรคมะเร็ง	24%	โรคหลอดเลือดหัวใจ	22%	โรคหลอดเลือดหัวใจ	25%
2	โรคหลอดเลือดหัวใจ	15%	โรคหลอดเลือดหัวใจ	21%	โรคมะเร็ง	20%	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	15%
3	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	11%	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	8%	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	11%	โรคมะเร็ง	15%
4	โรคเอดส์	9%	อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก	7%	อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก	8%	โรคติดเชื้อต่างๆ	7%
5	อาการผิดปกติทางจิต	9%	โรคเบาหวาน	6%	โรคติดเชื้อต่างๆ	6%	โรกระบบประสาท	7%
6	โรกระบบทางเดินอาหาร	7%	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	5%	โรคเบาหวาน	5%	อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก	5%
7	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	4%	โรคติดเชื้อต่างๆ	5%	โรกระบบทางเดินอาหาร	5%	โรคเบาหวาน	5%
8	โรคเบาหวาน	4%	โรกระบบทางเดินอาหาร	5%	โรกระบบประสาท	4%	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	5%
9	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	4%	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	4%	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	4%	โรคติดเชื้อทางเดินหายใจต่างๆ	5%
10	โรคติดเชื้อต่างๆ	4%	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	4%	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	3%	โรกระบบทางเดินอาหาร	5%
	ห้าอันดับสูงสุด	63%		66%		67%		69%
	สิบอันดับสูงสุด	87%		89%		89%		93%
	โรคอื่นๆ ทั้งหมด	13%		11%		11%		7%
	% รวม	100		100		100		100
	DALY ทั้งหมดต่อประชากร 1,000 คน	246		389		535		654

แหล่งข้อมูล: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่พบได้บ่อยในช่วงการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึกอยู่ในอันดับที่ 4 ของ 10 อันดับสูงสุดของการสูญเสียที่วัดโดยดัชนี DALY ในกลุ่มวัยสูงอายุ และทั้งหมดเป็นภาวะโรคที่มาจากกรรมวิธีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ โรคตาต้อกระจกเป็นสาเหตุใหญ่ที่สุดในกลุ่มโรคนี้โดยร้อยละ 18 ของประชากรชาย และร้อยละ 24 ของประชากรหญิงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตาต้อกระจกในปี พ.ศ. 2552 (ดู Ekpalakorn et al, 2009) ความชุกของโรคนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในเขตชนบทนั้นสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง และพบว่าประมาณร้อยละ

57 ของผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุหญิงได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคตาต้อกระจก ส่วนการสูญเสียการได้ยินนั้นพบว่าเป็นปัญหาในร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุชายและร้อยละ 26 ของผู้สูงอายุหญิง ผู้ที่มีปัญหาที่รุนแรง เช่น หูสูญเสียการได้ยินอย่างถาวรอย่างน้อย 1 ซ้างมีร้อยละ 5 ในผู้สูงอายุชายและร้อยละ 3 ในผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุมักประสบกับข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุดังที่จะเห็นได้จากหลักฐานที่ว่า มีเพียงร้อยละ 3 และร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุชายและหญิงที่สูญเสียการได้ยินอย่างน้อย 1 ซ้างเท่านั้นที่ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

ตารางที่ 4.4 ดัชนีชี้วัดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและความพิการ (DALY) ของประชากรหญิงในวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุในปี พ.ศ. 2547

อันดับที่	หญิง อายุ 45-59 ปี		หญิง อายุ 60-69 ปี		หญิง อายุ 70-79 ปี		หญิง อายุ 80 ปีขึ้นไป	
	ชนิดของโรค	DALY (%ของยอดรวม)	ชนิดของโรค	DALY (%ของยอดรวม)	ชนิดของโรค	DALY (%ของยอดรวม)	ชนิดของโรค	DALY (%ของยอดรวม)
1	โรคมะเร็ง	20%	โรคมะเร็ง	19%	โรคหลอดเลือดหัวใจ	24%	โรคหลอดเลือดหัวใจ	32%
2	โรคหลอดเลือดหัวใจ	14%	โรคหลอดเลือดหัวใจ	19%	โรคมะเร็ง	15%	โรคมะเร็ง	10%
3	อาการผิดปกติทางจิต	11%	โรคเบาหวาน	13%	โรคเบาหวาน	10%	โรกระบบประสาท	10%
4	โรคเบาหวาน	10%	อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก	10%	อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก	9%	โรคติดเชื้อต่างๆ	9%
5	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	9%	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	6%	โรคติดเชื้อต่างๆ	7%	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	6%
6	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	5%	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	5%	โรกระบบประสาท	7%	โรคเบาหวาน	6%
7	โรคติดเชื้อต่างๆ	4%	โรคติดเชื้อต่างๆ	5%	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	5%	อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก	5%
8	โรกระบบทางเดินอาหาร	4%	โรกระบบประสาท	4%	โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	5%	โรคติดเชื้อทางเดินหายใจต่างๆ	5%
9	โรคเอดส์	4%	โรกระบบทางเดินอาหาร	4%	โรกระบบทางเดินอาหาร	4%	โรกระบบทางเดินอาหาร	4%
10	โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	4%	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	3%	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	3%	โรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	4%
	ห้าอันดับสูงสุด	64%		67%		65%		67%
	สิบอันดับสูงสุด	85%		88%		89%		91%
	โรคอื่นๆ ทั้งหมด	15%		12%		11%		9%
	% รวม	100%		100%		100%		100%
	DALY ทั้งหมดต่อประชากร 1,000 คน	167		329		495		645

แหล่งข้อมูล: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

ตารางที่ 4.3 เป็นการเปรียบเทียบลักษณะของภาระโรคระหว่างกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและสามกลุ่มย่อยของวัยสูงอายุเพศชาย จะเห็นว่าจำนวนรวมของการสูญเสียที่วัดโดยดัชนี DALY ต่อชาย 1,000 ราย เพิ่มสูงขึ้นตามช่วงอายุที่สูงขึ้น โดยเพิ่มจาก 246 ต่อ 1,000 ราย ในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุเป็น 654 ต่อ 1,000 ราย ในกลุ่มที่มีอายุสูงที่สุดคือกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ประเด็นที่น่าสนใจคือ 10 อันดับโรคสูงสุดมีส่วนแบ่งมากที่สุด คือร้อยละ 87 ของดัชนีรวม DALY ในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ และร้อยละ 93 ของดัชนีรวม DALY ในกลุ่มอายุสูงที่สุด ซึ่งถ้าพิจารณาให้ลึกลงไปกว่านั้นจะเห็นว่า การสูญเสียจากโรคชนิดต่างๆ ใน 5 อันดับสูงสุดรวมกันมีน้ำหนักถึงประมาณสองในสามของการสูญเสียตามดัชนีรวม DALY ต่อ 1,000 รายในทุกกลุ่มอายุ

โรคที่อยู่ใน 3 อันดับสูงสุดในกลุ่มประชากรเพศชายในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มชายวัยก่อนสูงอายุนั้นเป็นโรคในกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ โรคเมเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง จึงจำเป็นที่จะต้องมีนโยบายที่จริงจังที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ตลอดอายุขัย

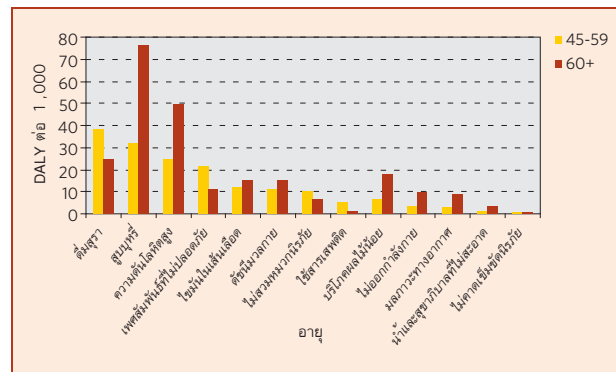
ตารางที่ 4.4 แสดงถึงการเปรียบเทียบข้อมูลภาระโรคระหว่างประชากรเพศหญิงในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุกับสามกลุ่มย่อยของกลุ่มวัยสูงอายุ จะเห็นว่า การสูญเสียตามดัชนีรวม DALY ต่อสตรี 1,000 ราย เพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นด้วยเช่นกัน โดยเพิ่มจาก 167 ต่อประชากร 1,000 คนในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เป็น 645 ต่อประชากร 1,000 คนในกลุ่มที่มีวัยสูงที่สุด

ดัชนี DALY ในกลุ่มโรค 10 อันดับสูงสุดรวมกันมีสัดส่วนมากที่สุดคือร้อยละ 85 ของค่าดัชนี DALY รวมในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ และร้อยละ 91 ของค่าดัชนี DALY รวมของกลุ่มอายุสูงสุด นอกจากนั้น การสูญเสียตามดัชนี DALY ของกลุ่มโรคใน 5 อันดับแรกรวมกันมีสัดส่วนสูงถึงสองในสามของค่าดัชนี DALY ทั้งหมด โรคที่อยู่ใน 10 อันดับสูงสุดของการสูญเสียตามค่าดัชนี DALY ของสตรีไทยในทั้ง 4 กลุ่มอายุ ได้แก่ โรคเมเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเบาหวาน ดังนั้น การที่จะทำให้การสูงวัยของประชากรเป็นไปอย่างมีสุขภาพที่ดีได้นั้น จะต้องแน่ใจได้ว่านโยบายได้ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคทั้งสามดังกล่าว อย่างไรก็ตาม จะสังเกตได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงระหว่างกลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ จะพบว่าความเสี่ยงนั้นสอดคล้องกับภาระโรค โดยจะพบว่าภาระโรคที่เป็นผลมาจากความเสี่ยงในด้านความผิดปกติของสารเคมีที่จำเป็นในร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายสูง และไขมันในเส้นเลือดสูงในกลุ่มวัยสูงอายุ นั้นสูงกว่าในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุอย่างเห็นได้ชัด ในทางตรงกันข้าม ภาระโรคซึ่งมีผลมาจากการดื่มสุรากลุ่มวัยสูงอายุจะต่ำกว่าในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นความเสี่ยงที่

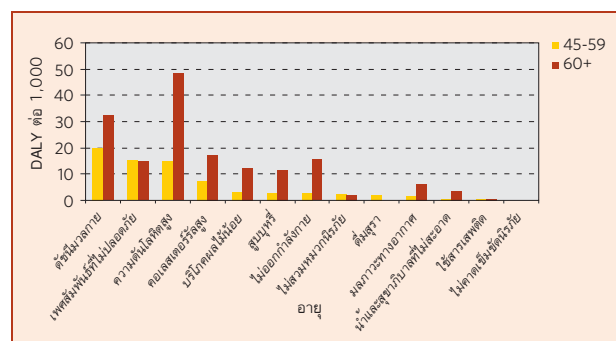
สำคัญมากในกลุ่มผู้หญิงในวัยสูงอายุ ในขณะที่การสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงเป็นภาระความเสี่ยงที่สำคัญมากในกลุ่มผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงมีความเสี่ยงต่อการมีดัชนีมวลกายสูงมากกว่าในเพศชาย (ดูแผนภูมิที่ 4.2 และ 4.3)

แผนภูมิที่ 4.2 ความเสี่ยงในกลุ่มประชากรชายวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ



แหล่งข้อมูล: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

แผนภูมิที่ 4.3 ความเสี่ยงในกลุ่มประชากรหญิงวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ



แหล่งข้อมูล: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

ประสิทธิภาพของความครอบคลุมสำหรับโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

ถึงแม้ว่าจะมีความเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสูง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการช้ยาลดความดันโลหิตพบว่า สัดส่วนของผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้สำเร็จนั้นอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่คำนวณโดยปรับอายุแล้วอยู่ที่ร้อยละ 51.1 ส่วนความชุกของโรคเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 14.0 และสำหรับโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงคือร้อยละ 8.0

ประสิทธิภาพของความครอบคลุม หมายถึง สัดส่วนสุทธิของประชากรที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรืออาการใดอาการหนึ่งแล้วสามารถควบคุมดูแลอาการนั้นๆ ได้อย่างเพียงพอ และไม่รวมถึงสัดส่วนของกลุ่มบุคคลต่อไปนี้ (1) ผู้ที่ไม่ทราบว่าตนมีโรคหรืออาการอยู่จึงไม่ได้ไปรับการตรวจรักษา (2) ผู้ที่ตระหนักว่าตนมีโรคหรืออาการอยู่แต่ไม่ได้ไปรับการตรวจรักษา และ (3) ผู้ที่ตระหนักว่าตนมีโรคหรืออาการอยู่และได้ไปรับการตรวจรักษาแต่ยังไม่สามารถควบคุมโรคหรืออาการนั้นๆ ได้ โดยรวมแล้วสัดส่วนของผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานกับโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานหรือทั้งสองโรคร่วมกันโดยที่ไม่ทราบว่าตนเองมีโรคหรืออาการนั้นอยู่นั้นมีอยู่ถึงร้อยละ 56.1, 41.2 และ 21.9 ตามลำดับ ในขณะที่ สัดส่วนของผู้ที่ไปรับบริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงและสามารถควบคุมอาการของโรคได้เป็นอย่างดี (ต่ำกว่า 140/90 มิลลิกรัมปรอท) มีอยู่ร้อยละ 12.4 และร้อยละ 26.4 สำหรับโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารต่ำกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ส่วนสัดส่วนของผู้ที่สามารถควบคุมทั้งสองโรคร่วมกันได้ดีนั้นอยู่ที่ร้อยละ 7.4 ข้อมูลตัวเลขเหล่านี้บ่งชี้ถึงระดับของประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการต่างๆ

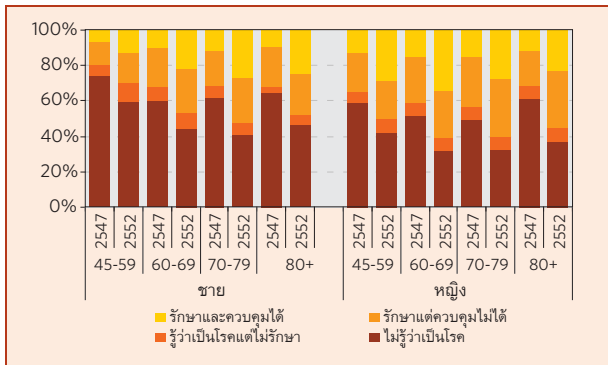
การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey หรือ NHES) ในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2552 (ดูตารางที่ 4.5 และ 4.6 และรูปที่ 4.4 และ 4.5) และประชาชนที่มีความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ตระหนักว่าตนมีโรคหรืออาการดังกล่าวในการสำรวจครั้งหลังก็มีมากกว่าในการสำรวจครั้งแรกเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ยังคงมีอยู่เป็นจำนวนมากซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้การเข้าถึงการรักษาพยาบาลจะเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2552 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2547 แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการเหล่านั้นให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจได้ ความตระหนักที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่าส่วนหนึ่งมาจากการพัฒนาสุขภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ดีขึ้นเนื่องจากพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ตระหนักและการไม่สามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ดีพอ คือการเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทที่มีรายได้และมีการศึกษาในระดับต่ำและเป็นผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่และอยู่ในกลุ่มที่สูงอายุมากที่สุด (ดู Porapakkham et al, 2008)

ตารางที่ 4.5 ประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง (%)

	กลุ่มอายุ 45-59 ปี		กลุ่มอายุ 60-69 ปี		กลุ่มอายุ 70-79 ปี		กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป	
	ปี 2547	ปี 2552	ปี 2547	ปี 2552	ปี 2547	ปี 2552	ปี 2547	ปี 2552
เพศชาย % ความชุก	36	28	47	43	52	51	59	54
• ไม่รู้ว่าเป็นโรค	74	59	61	45	62	38	65	47
• รู้แต่ไม่รักษา	6	11	8	9	7	6	4	6
• รักษาแต่ควบคุม ไม่ได้	14	17	22	25	20	23	23	23
• รักษาและควบคุมได้	6	13	10	22	11	25	9	25
เพศหญิง % ความชุก	34	31	48	45	54	52	62	57
• ไม่รู้ว่าเป็นโรค	59	42	52	32	50	33	61	37
• รู้แต่ไม่รักษา	6	7	7	7	7	7	8	8
• รักษาแต่ควบคุม ไม่ได้	22	23	26	27	28	33	20	32
• รักษาและควบคุมได้	13	28	15	34	15	28	11	23

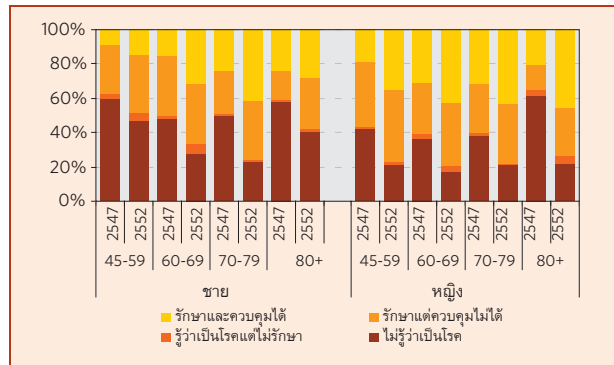
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 และ 2552

แผนภูมิที่ 4.4 ประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง



แหล่งข้อมูล: การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 และ 2552

แผนภูมิที่ 4.5 ประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการตรวจรักษาโรคเบาหวาน



แหล่งข้อมูล: การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 และ 2552

ตารางที่ 4.6 ประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการตรวจรักษาโรคเบาหวาน (%)

	กลุ่มอายุ 45-59 ปี		กลุ่มอายุ 60-69 ปี		กลุ่มอายุ 70-79 ปี		กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป	
	ปี 2547	ปี 2552	ปี 2547	ปี 2552	ปี 2547	ปี 2552	ปี 2547	ปี 2552
เพศชาย % ความชุก	11	9	14	14	12	14	10	13
• ไม่รู้ว่า เป็นโรค	60	47	48	28	50	23	58	41
• รู้แต่ไม่รักษา	3	5	2	6	1	2	1	2
• รักษาแต่ควบคุม ไม่ได้	28	34	35	34	25	34	17	30
• รักษาและควบคุม ได้	9	14	15	32	24	41	24	28
เพศหญิง % ความชุก	13	12	19	19	16	17	9	11
• ไม่รู้ว่า เป็นโรค	42	21	37	18	38	21	62	22
• รู้แต่ไม่รักษา	1	2	3	2	2	1	4	5
• รักษาแต่ควบคุม ไม่ได้	38	43	30	37	28	35	14	28
• รักษาและควบคุม ได้	19	35	31	43	32	43	21	46

แหล่งข้อมูล: การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 และ 2552

การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง

การเปรียบเทียบผลจากรายงานการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในปี พ.ศ. 2546 และ 2549 พบว่า สภาวะทางสุขภาพต่างๆ ที่ทำการตรวจวัดโดยส่วนใหญ่ดีขึ้น แต่การสูญเสียความทรงจำกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ที่มีอายุสูงมากเมื่อเปรียบ

เทียบกับการทำงานของร่างกายด้านอื่นๆ ที่ค่อยๆ เสื่อมไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ดูตารางที่ 4.7 และ 4.8) ซึ่งการส่งเสริมและป้องกันโรคนี้ในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ น่าจะช่วยลดภาวะโรคนี้ได้ในอนาคต

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ระหว่างปี พ.ศ. 2546 และ 2549

		กลุ่มอายุ	ปี 2546 (%)	ปี 2549 (%)	สัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี 2546-2549 (%)
สุขภาพแย่ลงกว่าปีที่แล้ว	เพศชาย	45-59 ปี	25	24	-2
		60-69 ปี	40	39	-4
		70-79 ปี	50	47	-7
		80 ปีขึ้นไป	60	58	-3
	เพศหญิง	45-59 ปี	30	29	-4
		60-69 ปี	48	46	-4
		70-79 ปี	55	52	-6
		80 ปีขึ้นไป	64	59	-7
สุขภาพแย่ลงเมื่อเทียบกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน	เพศชาย	45-59	14	17	19
		60-69	23	24	8
		70-79	29	30	3
		80 ปีขึ้นไป	33	35	8
	เพศหญิง	45-59 ปี	19	20	3
		60-69 ปี	29	30	3
		70-79 ปี	31	34	10
		80 ปีขึ้นไป	30	34	10

แหล่งข้อมูล: การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546 และ 2549

ตารางที่ 4.8 ข้อจำกัด 5 ประการจำแนกตามเพศเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2546 และ 2549

ข้อจำกัดจากรุนแรงถึงรุนแรงมาก		กลุ่มอายุ	ปี 2546 (%)	ปี 2549 (%)	สัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี 2546-2549 (%)
ความสามารถในการเดิน	เพศชาย	45-59 ปี	3	2	-53
		60-69 ปี	7	4	-43
		70-79 ปี	12	6	-53
		80 ปีขึ้นไป	19	10	-46
	เพศหญิง	45-59 ปี	4	2	-52
		60-69 ปี	11	4	-63
		70-79 ปี	13	9	-29
		80 ปีขึ้นไป	22	11	-50

ข้อจำกัดจากรุนแรงถึงรุนแรงมาก		กลุ่มอายุ	ปี 2546 (%)	ปี 2549 (%)	สัดส่วนของการเปลี่ยนแปลง ระหว่างปี 2546-2549 (%)
อาการเจ็บปวด / ความรู้สึกไม่สบายตัว	เพศชาย	45-59 ปี	3	2	-17
		60-69 ปี	5	2	-55
		70-79 ปี	9	4	-49
		80 ปีขึ้นไป	15	8	-45
	เพศหญิง	45-59 ปี	3	2	-27
		60-69 ปี	8	3	-58
		70-79 ปี	9	6	-32
		80 ปีขึ้นไป	12	10	-18
ความรู้สึกซึมเศร้า	เพศชาย	45-59 ปี	2	2	3
		60-69 ปี	3	3	-15
		70-79 ปี	5	4	-8
		80 ปีขึ้นไป	7	4	-39
	เพศหญิง	45-59 ปี	3	3	1
		60-69 ปี	6	4	-35
		70-79 ปี	6	3	-41
		80 ปีขึ้นไป	9	2	-74
การมีสมาธิ	เพศชาย	45-59 ปี	1	1	-7
		60-69 ปี	3	3	-10
		70-79 ปี	7	7	9
		80 ปีขึ้นไป	17	11	-36
	เพศหญิง	45-59 ปี	2	2	-12
		60-69 ปี	4	4	-7
		70-79 ปี	9	8	-4
		80 ปีขึ้นไป	16	12	-25
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ	เพศชาย	45-59 ปี	2	1	-63
		60-69 ปี	3	2	-54
		70-79 ปี	6	6	2
		80 ปีขึ้นไป	19	11	-41
	เพศหญิง	45-59 ปี	1	1	-32
		60-69 ปี	3	2	-34
		70-79 ปี	8	6	-25
		80 ปีขึ้นไป	19	14	-23

แหล่งข้อมูล: การสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2546 และ 2549

ข้อจำกัดของการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

ผลการศึกษาวิจัยหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living หรือ ADL) มีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น และการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ชี้ให้เห็นว่าทั้งข้อจำกัดที่วัดโดย ADL และโดยการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental activities of daily living หรือ IADL) จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นด้วย (ดูตารางที่ 4.9) และเพศหญิงมีข้อจำกัดสูงกว่าเพศชายจากการวัดโดยพิจารณาสัดส่วนของการมีข้อจำกัดอย่างน้อยที่สุด 3 ใน 8 มิติของ ADL ซึ่งประกอบด้วย (1) การอาบน้ำ (2) การแต่งตัว (3) การรับประทานอาหาร (4) การใช้ห้องสุขา (5) การลุกขึ้นจากเตียงนอน (6) การเดินภายในบ้าน (7) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ (8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ตลอดจนการวัดโดยพิจารณาจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 ประเภทภายใต้ IADL ซึ่งได้แก่ (1)

การใช้เงิน (2) การกินยาด้วยตนเอง (3) การทำงานบ้านเบาๆ (4) การทำงานบ้านที่เป็นงานหนัก (5) การตัดเล็บเท้าตนเอง (6) การเดินภายนอกบ้าน (7) การถือของหนัก (8) การเดินมากกว่า 400 เมตร (9) การใช้รถยนต์พาหนะในการเดินทาง และ (10) การใช้โทรศัพท์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิงแล้วพบว่ายอดรวมของข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ หรือ IADL ในเพศหญิงนั้นสูงเป็นสองเท่าของเพศชาย ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้วกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยจะรู้สึกว่าสภาวะสุขภาพของตนแย่ลงจากปี พ.ศ. 2547 ถึงปี พ.ศ. 2549 แต่ Ekpalakorn และคณะ (ดู Ekpalakorn et al, 2010) ได้ทำการเปรียบเทียบข้อจำกัดด้าน ADL ในกิจกรรมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พบว่าสูงขึ้นจากร้อยละ 9.6 และ 15.4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.7 และ 17.8 ในปี พ.ศ. 2552 ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้าน ADL ใน 1 กิจกรรมเป็นอย่างน้อย

กลุ่มอายุ	ข้อจำกัดด้าน ADL (%)					
	เพศชาย			เพศหญิง		
	1 กิจกรรม	2 กิจกรรม	3 กิจกรรมขึ้นไป	1 กิจกรรม	2 กิจกรรม	3 กิจกรรมขึ้นไป
60-69 ปี	5.8	4.8	0.7	7.6	6.3	0.6
70-79 ปี	4.8	7.7	1.7	9	11.2	1.2
80 ปีขึ้นไป	7	9.8	4.2	12.8	11.8	6.8
รวม	5.6	6.3	1.4	8.6	8.6	1.5
กลุ่มอายุ	ข้อจำกัดด้าน IADL (%)					
	เพศชาย			เพศหญิง		
	1 กิจกรรม	2 กิจกรรม	3 กิจกรรมขึ้นไป	1 กิจกรรม	2 กิจกรรม	3 กิจกรรมขึ้นไป
60-69 ปี	19.9	6.4	6.5	23	12.8	19.5
70-79 ปี	21.6	9.3	19.1	22.3	14.5	39
80 ปีขึ้นไป	18.5	15.8	38.3	14.1	14.3	59.6
รวม	20.4	8.3	14	21.8	13.5	30.5

แหล่งข้อมูล: การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2549 หน้า 252-253

การใช้บริการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่าย

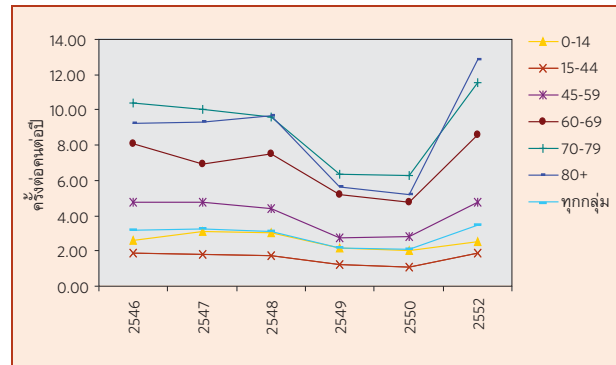
อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาล

แผนภูมิที่ 4.6 แสดงให้เห็นการใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของประชากรต่อคนต่อปี ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2552 โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey หรือ HWS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นไปตามคาดว่าอัตราการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปอยู่ในอัตราที่สูงกว่าอัตราเฉลี่ยของประชากรรวมทั้งประเทศมาก โดยในปี พ.ศ. 2552 มีกลุ่มผู้ที่มีอายุสูงที่สุดคือมากกว่า 80 ปีไปรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่า 12 ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่การใช้บริการแบบเดียวกันในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 45-59 ปีซึ่งเป็นกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุจนถึงแม้จะอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังคงสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของประชากรรวมทั้งประเทศมาก ประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 15-44 ปีมีอัตราการใช้บริการต่ำที่สุด

เป็นที่น่าเสียดายที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 โดยได้มีการรวมการสำรวจอนามัยและสวัสดิการนี้เข้ากับการสำรวจเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic Survey หรือ SES) เพื่อดำเนินการสำรวจในคราวเดียวกัน จึงทำให้แบบสอบถามมีขนาดยาวมากและต้องใช้เวลาสัมภาษณ์นานกว่า 2 ชั่วโมงต่อหนึ่งครัวเรือน โดยข้อความคำถามของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการนั้นได้ถูกจัดไว้ในส่วนสุดท้ายของการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามเริ่มรู้สึกเหนื่อยล้าและเกิดความเบื่อหน่ายที่จะตอบคำถามแล้ว ทำให้คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากการสำรวจนี้ด้อยลงไป ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 ที่พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลงจากปีก่อนมากซึ่งตรงกันข้ามกับผลรายงานการใช้บริการในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ที่แสดงอัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเดียวกันนี้

จากปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูล และจากการผนวกการสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการเข้ากับ การสำรวจเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ตัดสินใจแยกการสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการออกจากการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมาโดยให้เป็นการสำรวจที่แยกเฉพาะเรื่องตามเดิม และให้มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานคือจากเดิมที่การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในระหว่างปี พ.ศ. 2546-2550 นั้นเป็นการสำรวจรายปีโดยการร้องขอจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำผลที่ได้จากการสำรวจไปใช้ในการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่หลังจากในปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการจะเป็นการสำรวจในทุกๆ สองปี จึงทำให้ไม่มีข้อมูลของปี พ.ศ. 2551 แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 4.6

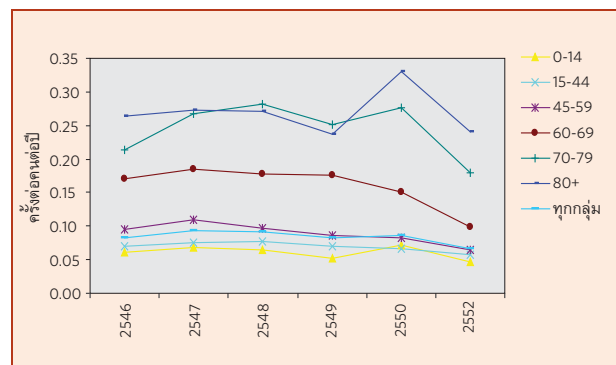
แผนภูมิที่ 4.6 อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุของประชากรในปี พ.ศ. 2546 - 2552



แหล่งข้อมูล: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546- 2552

อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกคิดเป็นจำนวนครั้งต่อคนต่อปีในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น สูงกว่าค่าเฉลี่ยของทุกกลุ่มอายุ ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยรวมของประชากรทั้งประเทศ แต่เนื่องจากปัญหาของการรวบรวมการสำรวจอนามัยและสวัสดิการและการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมเข้าด้วยกัน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จึงจำเป็นต้องแปลผลข้อมูลอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2552 ด้วยความระมัดระวัง (ดูแผนภูมิที่ 4.7)

แผนภูมิที่ 4.7 อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุของประชากรในปี พ.ศ. 2546 - 2552



แหล่งข้อมูล: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546-2552

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุของประชากรในปี พ.ศ. 2546 - 2552

กลุ่มอายุ	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2552
• 0-14 ปี	3.54	3.32	3.31	3.95	2.60	3.59
• 15-44 ปี	4.74	4.27	4.11	4.51	4.19	4.16
วัยก่อนสูงอายุ						
• 45-49 ปี	5.87	4.71	4.98	4.80	4.15	4.37
วัยสูงอายุ						
• 60-69 ปี	3.88	4.04	4.13	3.53	3.53	6.34
• 70-79 ปี	4.60	4.22	4.28	4.45	3.08	4.10
• 80 ปีขึ้นไป	3.70	5.36	4.35	4.58	3.56	3.81
รวม	4.58	4.19	4.15	4.35	3.66	4.30

แหล่งข้อมูล: การสำราจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546-2552

ถึงแม้ว่ามีความน่าจะเป็นไปได้มากกว่า ผู้ป่วยสูงอายุน่าจะมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุอื่น แต่ข้อมูลจากการสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ. 2552 กลับไม่พบว่ามีรูปแบบที่ชัดเจนของค่าเฉลี่ยวันนอนเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์มีลักษณะวิธีการรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยในที่แตกต่างกัน (ดูตารางที่ 4.10)

ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของเนื้อหาในส่วนนี้คือ การคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในอนาคตสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ลดลงในปี พ.ศ. 2549 และ 2552 เป็นข้อจำกัดอย่างมากในการคาดประมาณอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลในอนาคตของกลุ่มผู้สูงอายุ และด้วยข้อจำกัดเหล่านี้ทางผู้เขียนจึงต้องใช้วิธีการต่างๆ ที่เป็นไปได้ในการคาดประมาณซึ่งได้แก่

1. การใช้การประมาณการในระยะยาว (long term projection) ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดระหว่างปี พ.ศ. 2550-2553 เป็นฐานในการวิเคราะห์โดยใช้ฐานข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2537-2549 (National Health Account 2537-2549)
2. การแจกแจงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดตามที่ปรากฏในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551

3. การนำค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลมาแจกแจงตามกลุ่มอายุโดยใช้สัดส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามกลุ่มอายุ และกำหนดให้แบบแผนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่จำแนกตามกลุ่มอายุมีลักษณะเช่นเดียวกับกับผู้ป่วยในเนื่องจากไม่สามารถหาข้อมูลค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุได้

จากการใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยในทั่วประเทศที่มีการบันทึกข้อมูลเป็นรายบุคคลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐใน 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ระบบประกันสังคม และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังที่ปรากฏในตารางที่ 4.11 ซึ่งแสดงถึงผลการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในทั่วประเทศที่จำแนกตามกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2550-2552 จะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของการรับผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาลนั้นเพิ่มขึ้นไม่มากนักคือจาก 6.41 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2550 เป็น 6.56 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2552 ในขณะที่ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 7 หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. 2550 เป็น 8.1 หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. 2552 ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้เป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองเนื่องจากระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 ระบบจะทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ซื้อบริการรักษาพยาบาล และเป็นผู้จ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลแทนผู้ป่วยตามเงื่อนไขที่แตกต่างกันของแต่ละระบบประกันสุขภาพ โดยทางสถานพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ส่งรายงานค่ารักษาพยาบาลให้แก่กองทุนประกันสุขภาพแต่ละระบบ นอกจากนี้ยังพบว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นจาก 11,009 บาทต่อครั้งต่อคนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 12,349 บาทต่อครั้งต่อคนในปี พ.ศ. 2552

โดยค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อการเข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละครั้งจะสูงกว่าในกลุ่มอายุอื่นๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่เป็นผู้ที่มีอายุสูงสุด 3 กลุ่มจะมีอัตราส่วนสูงกว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุรวมกันอยู่ 1.41, 1.49 และ 1.66 เท่าในปี พ.ศ. 2550 เมื่อกำหนดให้ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของทุกกลุ่มอายุเท่ากับ 1.0 และพบว่าอัตราส่วนที่แตกต่างกันนี้มีลักษณะไปในทางเดียวกันทั้งสามปี คือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึง 2552

แม้ว่าจะพบว่าสัดส่วนของจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุนั้นมีความแตกต่างกันอยู่บ้างในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 แต่สัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 นั้นไม่แตกต่างกันมากนัก โดยค่าเฉลี่ยของสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลของทั้ง 3 ปีในแต่ละกลุ่มอายุจะมีค่าเท่ากับสัดส่วนของปี พ.ศ.2551 ดังนั้นจึงได้นำข้อมูลค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 2551 มาใช้ในการแจกแจงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกตั้งที่ได้กล่าวไปแล้ว

ตารางที่ 4.11 ข้อมูลการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง)		ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (ล้านบาท)		ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (บาท/ ครั้ง)	อัตราส่วนความแตกต่าง
ปี พ.ศ. 2550						
0-14 ปี	1.59	25%	8,252.6	12%	5,161	0.47
15-44 ปี	2.23	35%	21,967.28	31%	9,830	0.89
45-59 ปี	1.01	16%	14,739.40	21%	14,608	1.33
60-69 ปี	0.66	10%	10,187.11	14%	15,520	1.41
70-79 ปี	0.64	10%	10,425.96	15%	16,353	1.49
80 ปีขึ้นไป	0.28	4%	5,017.79	7%	18,230	1.66
รวมทุกกลุ่มอายุ	6.41	100%	70,590.18	100%	11,009	1.00
ปี พ.ศ. 2551						
0-14 ปี	1.61	25%	8,855.62	12%	5,506	0.47
15-44 ปี	2.09	33%	22,318.80	30%	10,666	0.91
45-59 ปี	1.05	16%	16,300.70	22%	15,580	1.33
60-69 ปี	0.68	11%	10,955.20	15%	16,142	1.38
70-79 ปี	0.67	10%	11,063.60	15%	16,481	1.41
80 ปีขึ้นไป	0.30	5%	5,380.81	7%	17,644	1.51
รวมทุกกลุ่มอายุ	6.40	100%	74,874.73	100%	11,695	1.00
ปี พ.ศ. 2552						
0-14 ปี	1.69	26%	9,708.90	12%	5,728	0.46
15-44 ปี	2.10	32%	23,806.40	29%	11,346	0.92
45-59 ปี	1.09	17%	18,216.50	22%	16,740	1.36
60-69 ปี	0.70	11%	11,916.80	15%	16,991	1.38
70-79 ปี	0.67	10%	11,681.50	14%	17,319	1.40
80 ปีขึ้นไป	0.30	5%	5,685.52	7%	18,751	1.52
รวมทุกกลุ่มอายุ	6.56	100%	81,015.62	100%	12,349	1.00

แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จาก national IP dataset 2550 - 2552

จากระบบของการเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economical Cooperation and Development หรือ OECD) เกี่ยวกับบัญชีรายจ่ายสุขภาพที่มีการบันทึกบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติมาเป็นเวลานานหลายปีทำให้สามารถนำข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2551 มาใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดจำแนกตามประเภทของค่าใช้จ่ายได้ (คณะทำงานระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลในตารางที่ 4.12 จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นรายจ่ายที่มากที่สุดของ

ระบบสาธารณสุขของไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 77 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมีมูลค่าต่ำกว่า 3.67 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งร้อยละ 42 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดนี้ถูกใช้ไปในการให้บริการผู้ป่วยนอกและการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ และอีกร้อยละ 36 เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในรวมทั้งกรณีผู้ป่วยในที่ใช้บริการรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลในวันเดียวกันด้วย

เป็นเรื่องน่ายินดีที่ประเทศไทยมีข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพเป็นเวลาดำเนินการ 15 ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ถึง 2551 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้การประมาณการด้วยสูตรสมการพหุนาม

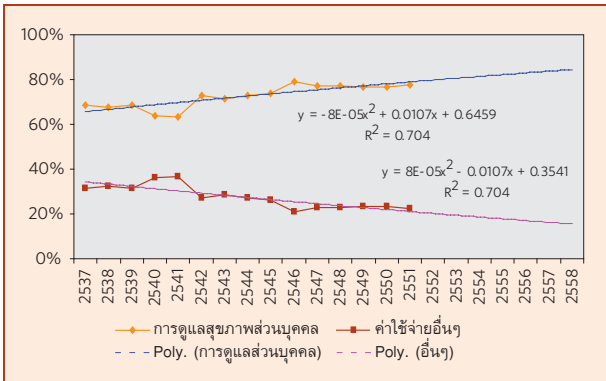
ตารางที่ 4.12 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพดูแลสุขภาพส่วนบุคคลตามประเภทของค่าใช้จ่ายระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2551 (%)

ประเภทของค่าใช้จ่ายและปีบัญชีข้อมูล	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
1. การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล	69	68	69	64	63	73	71	73	74	79	77	77	77	77	77
2. บริการผู้ป่วยนอก และการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ	43	42	42	38	37	41	41	40	44	45	44	43	41	40	42
3. บริการผู้ป่วยในรวมถึงรายที่เข้าและออกจากโรงพยาบาลในวันเดียวกัน	26	26	27	26	26	31	31	33	30	34	33	34	35	36	36
4. ยาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยนอก	6	6	5	4	6	6	6	6	4	4	5	5	5	4	5
5. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	7	7	7	7	7	8	8	8	12	9	8	5	4	7	4
6. การบริหารจัดการด้านการดูแลสุขภาพและการประกันสุขภาพ	4	4	4	7	7	8	8	8	5	5	6	9	9	8	8
7. การสะสมทุนเบื้องต้น	14	14	15	18	16	6	6	5	5	3	4	4	5	4	6
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ล้านบาท)	127,655	147,837	177,103	189,143	172,811	162,124	167,147	170,203	201,679	211,957	228,041	251,693	291,294	319,456	367,767

แหล่งข้อมูล: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account) พ.ศ. 2537 - 2551

(Polynomial Formula) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติในระดับสูงได้ผลเป็นอย่างดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์เท่ากับ 0.704 สำหรับการประมาณการในระดับกลางของค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2558 (ดูแผนภูมิที่ 4.8)

แผนภูมิที่ 4.8 การคาดประมาณสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2558



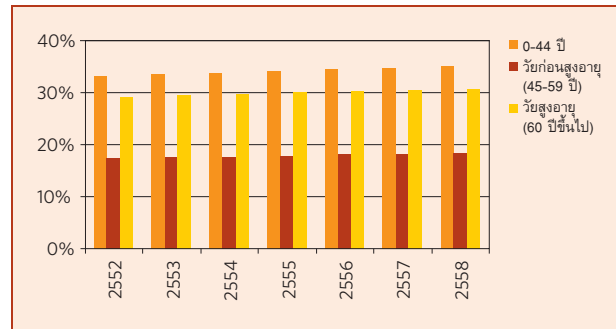
หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลดิบจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 - 2551 ในการประมาณการค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2552 - 2558

ตารางที่ 4.13 เป็นการคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลจำแนกตามกลุ่มอายุ โดยผู้เขียนใช้ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2537-2551 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลคิดเป็นมูลค่ากว่า 3.3 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2552 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเป็นกว่า 5.7 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2558

จากข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 ที่รวบรวมได้ พบว่าข้อมูลค่าใช้จ่ายของทั้ง 3 ปีนี้มีแบบแผนที่สอดคล้องกัน ผู้เขียนจึงนำข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปี พ.ศ. 2551 มาใช้ในการแจกแจงการคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลตามกลุ่มอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2558 และจากการใช้ข้อมูลอัตราส่วนของความแตกต่างในคอลัมน์ สุดท้ายของตารางที่ 4.11 ประกอบการคาดประมาณพบว่าภายในไม่เกินปี พ.ศ. 2558 กลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่มีอายุ 45-59 ปีจะต้องมีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลประมาณ 1.25 แสนล้านบาท ในขณะที่กลุ่มย่อยทั้งสามกลุ่มของวัยสูงอายุ (อายุ 60-69, 70-79 และ มากกว่า 80 ปีขึ้นไป) จะต้องใช้งบประมาณประมาณ 8.41, 8.49 และ 4.13 หมื่นล้านบาทตามลำดับ แผนภูมิที่ 4.9 เป็นแผนภูมิที่จัดทำขึ้นจากการใช้ข้อมูลตัวเลขจากตารางที่ 4.13 ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (หรือคิดเป็น

1.22 แสนล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 31 (หรือ 2.10 แสนล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2558

แผนภูมิที่ 4.9 การคาดประมาณแนวโน้มอัตราของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเมื่อเทียบกับยอดรวมของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพทั้งหมด ระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2558



ความต้องการด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

สถานการณ์และแนวโน้มของกำลังบุคลากรด้านสาธารณสุข

กำลังบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นรากฐานสำคัญของระบบการให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงได้และมีประสิทธิภาพ (ดู WHO, 2006) การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทยังคงพบเห็นได้อยู่ทั่วไปในประเทศไทย นอกจากนี้การกระจายของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่สมดุลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายในทางภูมิศาสตร์ที่ไม่สมดุลยิ่งทำให้ขนาดของปัญหาเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากร 10,000 คนในเขตกรุงเทพมหานคร มีมากกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงสิบเท่า (ดู Wibulpolprasert et al, 2008) ขณะเดียวกัน ทางกระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถดึงดูดแพทย์ให้คงอยู่ในระบบของภาครัฐได้ ทำให้ปัญหาสมองไหลภายในประเทศคือจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนเป็นเรื่องปกติ โดยเฉพาะในช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัวดีซึ่งทำให้ความต้องการบุคลากรแพทย์ในระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชนเพิ่มสูงขึ้น

ปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เกิดจากปัจจัยหลักสองประการที่ไม่สอดคล้องกัน คือ การเพิ่มขึ้นของความต้องการด้านบริการสุขภาพและความไม่เพียงพอของบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การที่รัฐได้เริ่มดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในปี พ.ศ. 2544 ทำให้มีอัตราการใช้บริการด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยอัตราการเข้ารับบริการด้านสุขภาพเฉลี่ยในปี พ.ศ.2546 ที่อยู่ที่ 2.45 ครั้งต่อคนต่อปีได้เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4.13 การคาดประมาณรายจ่ายสุขภาพและการจำแนกค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลตามกลุ่มอายุระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2558

ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ	ค่าใช้จ่ายจริง *		ค่าใช้จ่ายจากการประมาณการ					
	ปี 2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
1. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (ล้านบาท)	367,767	419,585	463,193	505,593	544,336	588,467	633,640	682,320
2. อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายรายปี (%)	-	14	10	9	8	8	8	8
3. สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ต่อ GDP (%)	4.04	3.96	4.02	4.07	4.11	4.18	4.23	4.28
4. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	23	20	20	19	18	17	16	16
5. การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (%)	77	80	80	81	82	83	84	84
6. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ล้านบาท)	82,997	85,335	90,471	94,758	97,806	101,275	104,348	107,411
7. การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (ล้านบาท)	284,771	334,250	372,722	410,835	446,529	487,192	529,292	574,909
8. การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลจำแนกตามกลุ่มอายุ (ล้านบาท)								
• 0-14 ปี	33,681	39,533	44,083	48,590	52,812	57,621	62,601	67,996
• 15-44 ปี	84,885	99,634	111,102	122,462	133,102	145,223	157,772	171,370
• 45-59 ปี	61,996	72,768	81,144	89,441	97,212	106,065	115,230	125,161
• 60-69 ปี	41,666	48,905	54,534	60,111	65,333	71,283	77,443	84,117
• 70-79 ปี	42,078	49,389	55,074	60,706	65,980	71,988	78,209	84,949
• 80 ปีขึ้นไป	20,465	24,021	26,785	29,524	32,089	35,012	38,037	41,315
9. สัดส่วนของรายจ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเมื่อเทียบกับรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด)								
• 0-44 ปี	32	33	34	34	34	34	35	35
• วัยก่อนสูงอายุ	17	17	18	18	18	18	18	18
• วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	28	29	29	30	30	30	31	31

แหล่งข้อมูล:

- * ข้อมูลจาก บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ
- แถวที่ 1-3 เป็นค่าจากการประมาณการในระยะยาวที่มีอยู่แล้ว (ดู Sakunpanich et al, 2009)
- แถวที่ 4-5 เป็นการประมาณการโดยผู้เขียน โดยใช้บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2537-2551
- แถวที่ 6-8 จากการคำนวณโดยผู้เขียน โดยใช้ร้อยละของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2551 (จากคอลัมน์สุดท้ายในตารางที่ 4.11)
- แถวที่ 9 จากการจำแนกค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเป็น 3 กลุ่มอายุ แล้วคำนวณเป็นร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (% รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด)

เป็น 2.75 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2550 (NSO: 2003, 2007) หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการนำนโยบายทางการตลาดที่เข้มข้นมาใช้ดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยจากต่างประเทศ เพื่อกระตุ้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งนโยบายที่ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ของเอเชียในปี พ.ศ. 2547 นั้นได้ส่งผลให้เกิดความต้องการในด้านการรักษาพยาบาลจากผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้น (ดู Pachanee & Wibulpolprasert, 2006) ซึ่งเฉพาะในปี พ.ศ. 2551 เพียงปีเดียวพบว่าผู้ป่วยจากต่างประเทศประมาณ 1.39 ล้านรายที่สนใจมารับการบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย (Ministry of Commerce- Department of Export Promotion, 2008) ถึงแม้ว่าข้อมูลในด้านอายุของผู้ป่วยชาวต่างชาติมีจำกัดแต่มีความเป็นไปได้สูงว่าผู้ป่วยดังกล่าวจำนวนมากไม่น่าจะเป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีอุปสรรคที่ยากลำบากกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่ในวัยสูงอายุในการเดินทางระหว่างประเทศเพื่อมารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยาที่ทำให้จำนวนผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการรักษาสมาคมระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในสถานบริการทางการแพทย์ ด้วยเหตุนี้ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องประกอบด้วยทักษะผสมผสานที่เหมาะสมระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขในระบบปกติและผู้ที่ให้การดูแลที่ไม่อยู่ในระบบ (Pagaiya, 2008) นอกจากนี้มาตรการของรัฐที่ยุติการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุขในตำแหน่งข้าราชการโดยถือเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการปฏิรูประบบราชการนั้น ทำให้การจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุขในภาครัฐมีความยากลำบากมากขึ้น จากแนวโน้มพบว่าความต้องการด้านบุคลากรสาธารณสุขในอนาคตจะเพิ่มขึ้นในขณะที่โอกาสในการจ้างงานโดยภาครัฐจะมีอยู่อย่างจำกัด

ถึงแม้ว่าจะมีการสร้างบุคลากรด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเพื่อให้ทันกับความต้องการ (ดูตารางที่ 4.14) แต่การดึงดูดและรักษาบุคลากรเหล่านี้ให้ปฏิบัติงานอยู่ในเขตชนบทยังคงเป็นปัญหาใหญ่อยู่มาก ซึ่งปัจจัยนั้นนอกจากจะไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขที่สูงมากแล้ว การขยายตัวอย่างรวดเร็ว

ในส่วนแบ่งตลาดด้านการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในช่วงที่เศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตที่ดี ตลอดจนการส่งเสริมจากภาครัฐเรื่องการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดแพทย์และพยาบาลออกจากระบบบริการของรัฐในเขตชนบทไปสู่สถานพยาบาลเอกชน

ในช่วงเวลากว่าสี่ทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้ใช้กลยุทธ์ทั้งทางการเงินและที่ไม่ใช่การเงินเพื่อที่จะดึงดูดความสนใจและรักษาแพทย์ให้ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในเขตชนบท (Wibulpolprasert & Pengpaiboon, 2003) นอกจากนี้มีการกำหนดระเบียบให้แพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาใหม่ต้องปฏิบัติงานใช้ทุนเป็นระยะเวลา 3 ปีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 แล้วยังมีมาตรการที่ไม่ใช่ด้านการเงินอีกหลายมาตรการที่ทางรัฐบาลนำมาใช้แก้ปัญหา เช่น การเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น การให้รางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น โครงการคัดเลือกแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท และการให้โอกาสในการเข้าฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง และเมื่อคำนึงถึงช่องว่างขนาดใหญ่ระหว่างรายได้จากการทำงานในสถานพยาบาลของภาครัฐและภาคเอกชน ทางรัฐบาลก็ได้มีการนำกลยุทธ์สำคัญอีกประการหนึ่งมาใช้ คือการเพิ่มรายได้ให้แก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในเขตชนบท ในรูปของเบี้ยกัณดาร เงินชดเชยการไม่ย้ายไปปฏิบัติงานในภาคเอกชน เงินค่าวิชาชีพ และเงินค่าปฏิบัติงานล่วงเวลา

กลยุทธ์ทางการเงินดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2518, 2538, 2540, 2548 และ 2552 แต่ถึงอย่างนั้นก็ตามสัดส่วนของแพทย์ที่ย้ายออกจากการทำงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ที่รับเข้ามาใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2551 (ดู MOPH 2008, 2010) การเพิ่มแรงจูงใจทางการเงินมากขึ้นเป็นพิเศษที่ถูกนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2552 ก่อให้เกิดผลอย่างสำคัญโดยทำให้แพทย์ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในเขตชนบท สัดส่วนของจำนวนแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนของแพทย์ที่เข้าทำงานใหม่ลดลงเหลือร้อยละ 63 ในปี พ.ศ. 2552 จากร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2551 (ดู MOPH, 2010) ในปี พ.ศ. 2552 รายได้รวมของแพทย์ที่จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในเขตชนบทสูงกว่ารายได้ของแพทย์ที่จบใหม่ที่ปฏิบัติงานในเขตเมืองถึงร้อยละ 29-65 (ดู Noree, 2010)

ตารางที่ 4.14 จำนวนนักศึกษาที่เข้าเรียนแพทย์และพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2553

วิชาชีพ	ปี พ.ศ.									
	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
แพทย์	1,518	1,417	1,374	2,020	2,139	2,179	2,247	2,247	2,282	2,282
พยาบาล	4,428	4,319	4,400	4,505	5,175	7,550	10,592	7,770	7,810	7,895

แหล่งข้อมูล: Wibulpolprasert et al (2008) และสภากาพยาบาล, 2553

ความต้องการและจำนวนของบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสุขภาพชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นต้องพัฒนาการบริการด้านสุขภาพและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้สูงอายุโดยให้มีความสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในสถานพยาบาลตลอดจนการเชื่อมโยงที่ีระหว่างกัน ดังนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์จึงจำเป็นต้องมีการผสมผสานของทักษะของบุคลากรในการให้การดูแลสุขภาพในระบบปกติ ในชุมชน และผู้ให้การดูแลนอกระบบอื่นๆ ซึ่งในส่วนของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร และผู้ดูแลรับจ้าง ต่างเป็นกลุ่มที่มีความต้องการสูงขึ้น

มีการคาดการณ์ว่านอกเหนือจากญาติของผู้สูงอายุเองแล้ว ประเทศไทยจะมีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 106,000 คนในปี พ.ศ. 2563 (ดู Pagaiya, 2008) ในขณะที่ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขในระบบปกติจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากด้วยเช่นกัน โดยจะมีความต้องการบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้นจำนวน 33,880 คนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ และมีความต้องการนักกายภาพบำบัดอีกจำนวน 3,708 คนในปี พ.ศ. 2563 แต่ในขณะที่จำนวนของนักกายภาพบำบัดที่มีอยู่ในตลาดแรงงานมีอยู่เพียง 2,000 คนเท่านั้น นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาจะเป็นกลุ่มบุคลากรที่เป็นที่ต้องการสูงด้วยเช่นกัน (ดูตารางที่

4.15) จากการที่ประเทศไทยได้เผชิญกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขอยู่แล้ว ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นดังที่กล่าวในข้างต้น จะยิ่งเพิ่มปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่และแผนในการสร้างบุคลากรเหล่านี้ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการในอนาคต ทั้งในแง่ของจำนวนและการผสมผสานของทักษะที่จำเป็น

การขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขในระบบปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์เป็นเครื่องบ่งชี้ว่า ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการแก้ไขด้วยการแทรกแซงในเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบโดยเร่งด่วน นอกจากนี้ เนื่องจากมีบุคลากรด้านสาธารณสุขเหล่านี้ที่อยู่ในระบบปกติเพียงจำนวนเล็กน้อยที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตชนบท ทั้งที่เป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีความต้องการบุคลากรด้านนี้มากที่สุด จึงจำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนที่ดีขึ้นและมีการหารือระหว่างภาครัฐและเอกชนทั้งในแง่ที่เกี่ยวกับการจ้างงานและการสร้างบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาการย้ายจากเขตชนบทไปสู่เมือง และจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนของบุคลากรที่มีจำนวนจำกัดเหล่านี้

ตารางที่ 4.15 ความต้องการกำลังงานด้านสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2553 และ 2563

ประเภทของบุคลากร	จำนวนที่มีอยู่ในปัจจุบัน	ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุข	
		ในปี 2553	ในปี 2563
ญาติและสมาชิกในครอบครัว	ไม่มีข้อมูล	499,873	741,766
ผู้ดูแลอื่นๆ ทุกประเภท	ไม่มีข้อมูล	71,410	105,967
พยาบาล	97,942	23,888	33,880
นักกายภาพบำบัด	2,000	2,499	3,708
นักสังคมสงเคราะห์/นักจิตวิทยา	214/230	1,528	2,155

แหล่งข้อมูล: Pagaiya, 2008

บทสรุป

ในบทนี้ได้มีการนำเสนอข้อมูลหลักฐานที่สำคัญ 3 ประการเกี่ยวกับภาระโรคของประชากรวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ การคาดประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพรวมทั้งในปี พ.ศ. 2558 และความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งโดยภาพรวมและสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จากข้อมูลหลักฐานพบว่าโรคเรื้อรัง 2 ชนิด คือ โรคเมะเร็งและโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่มีภาระโรคสูงที่สุดในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ส่วนอาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึกและโรคทางระบบประสาทนั้นเป็นภาระโรคของกลุ่มที่มีอายุสูงมากคือ 80 ปีขึ้นไปมากกว่า

โรคที่เกิดจากความเสื่อมทางกายภาพตามวัยที่สูงขึ้นและโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรังในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุมีสัดส่วนของภาระโรคสูงมากขึ้น ซึ่งเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดให้มีการดำเนินงานในการที่จะปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุ เพื่อเตรียมตัวให้ประชากรกลุ่มนี้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยสุขภาพที่ดีขึ้น สำหรับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น เห็นได้อย่างชัดเจนว่าประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการรักษาพยาบาลที่สำคัญ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตยังห่างไกลจากระดับที่น่าพึงพอใจอยู่มาก แม้ว่าการพัฒนาประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการดูแลสุขภาพ จะมีแนวโน้มเป็นที่น่าพอใจในระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552 ดังที่เห็นได้จากรายงานผลการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 แต่ความพยายามในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพยังคงห่างไกลจากระดับที่น่าพึงพอใจอยู่มาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงศักยภาพของระบบการให้บริการและการสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทั่วไปให้ดีขึ้น

จากผลการสำรวจสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2546 และ 2549 โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าสถานะทางสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองในกลุ่มผู้มีอายุสูงมากจะดีขึ้น แต่ข้อจำกัดด้านกายภาพของกลุ่มผู้มีอายุสูงมากนี้ย่อมจะมีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ความถี่ของการเข้ารับบริการทางสุขภาพสูงขึ้นตามอายุและจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เนื่องจากข้อมูลอัตราการเข้ารับบริการทางสุขภาพจากรายงานการสำรวจครัวเรือนปี พ.ศ. 2549-2550 ไม่ค่อยน่าเชื่อถือนักจากการที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวบรวมการสำรวจสำคัญ 2 เรื่องคือการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมและการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการเข้าด้วยกัน ทำให้ผู้เขียนไม่สามารถวิเคราะห์การคาดประมาณอัตราการใช้บริการทางสุขภาพซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคาด

ประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมดที่จำเป็นต้องใช้สำหรับประชากรวัยสูงอายุได้

เมื่อคำนึงถึงข้อจำกัดของข้อมูลดังกล่าวแล้ว จะพบว่าการคาดประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของประชากรทั้งประเทศมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จากร้อยละ 80 ของยอดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมดในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 84 ในปี พ.ศ. 2558 โดยค่าใช้จ่ายในผู้สูงอายุจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นด้วยจากร้อยละ 29 ของยอดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมดในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 31 ในปี พ.ศ. 2558 การที่ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มสูงขึ้นไม่มากนักนั้นน่าจะมาจากข้อสันนิษฐานที่ว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกจะอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน ซึ่งการแปลผลของข้อมูลที่พบนี้จำเป็นต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง

จากผลความสำเร็จของการเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยภายในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการมีสถานบริการตั้งอยู่ในทุกพื้นที่ในเขตชนบท มีการให้บริการที่มีคุณภาพในระดับที่น่าพอใจทั่วประเทศ และเนื่องจากไม่มีอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการในหมู่ประชาชน

การส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของทวีปเอเชีย เพื่อรองรับผู้ป่วยจากต่างประเทศทำให้ความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ดู Smith et al., 2009) ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาสองไหลภายในประเทศของผู้เชี่ยวชาญระดับสูงจากโรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ ปัญหาข้อจำกัดด้านบุคลากรสุขภาพยังคงตึงเครียดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสุขภาพ ทั้งในเรื่องของจำนวนและทักษะของบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบ เหล่านี้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและทบทวนข้อมูลเหล่านี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหลายประเด็น ซึ่งบางประเด็นได้รับการพิจารณาแล้วอย่างจริงจังดังเช่นในแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะประการแรกและเป็นประการที่สำคัญที่สุดคือ การดูแลให้กลุ่มวัยก่อนสูงอายุคงความมีสุขภาพที่ดีไว้ จากข้อมูลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ การวางแผนโครงการอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องตั้งเป้าหมายเพื่อให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 3 ประการในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุชาย ส่วนในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุหญิง

มีปัจจัยเสี่ยงหลักคือ การมีดัชนีมวลกายสูง การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและความดันโลหิตสูง

ในการดูแลให้กลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุคงความมีสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้นั้น จำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนทางสังคมให้ก้าวเข้าไปสู่การดำเนินวิถีชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะมีการใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคสุราและบุหรี่แล้วก็ตาม แต่การที่จะดำเนินการแทรกแซงให้เกิดประสิทธิผลได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากระบบสุขภาพและการศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ชีวิตที่ตื่นตัว อาหารสุขภาพและการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญแคลอรี ล้วนแต่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน แต่การใช้ชีวิตที่ตื่นตัวและการเผาผลาญพลังงานจะต้องการสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยด้วยเช่นกัน เช่น การวางผังเมืองที่มีทางเท้าที่เป็นมิตรต่อผู้คนที่เดินถนน มีสวนสาธารณะเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ และการสนับสนุนกลุ่มภาคประชาสังคมที่มีความกระตือรือร้นในการส่งเสริมการออกกำลังกาย

ประการที่สอง ได้แก่ ระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ โดยหลักการที่ผ่านมาแล้ว ระบบบริการสุขภาพนั้นจะถูกออกแบบมาเพื่อรับมือกับโรคติดเชื้อและให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ขณะที่การแทรกแซงด้านสาธารณสุขนั้นตามปกติจะเน้นการป้องกันทางคลินิกและการส่งเสริมบริการ ดังนั้นการดำเนินงานโครงการต่างๆ จึงไม่เพียงพอที่จะลดการเผชิญความเสี่ยงพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพได้เช่นการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมโภชนาการที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย ในประเทศไทยการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาโดยเริ่มในยุคเดียวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มากขึ้น ร่วมกับการเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในชุมชน และในสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุนั้นจำเป็นจะต้องมีการให้ความรู้ก่อนการให้บริการและการฝึกอบรมในระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อให้มีจำนวนบุคลากรและการผสมผสานทักษะที่เหมาะสมไม่เพียงแต่สำหรับบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพที่อยู่ในระบบปกติทั่วไปเท่านั้น แต่รวมถึงกลุ่มผู้ให้การดูแลอีกด้วย ในขณะนี้ยังไม่มีการพัฒนาการให้บริการการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบและไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุนแพทย์สำหรับการดูแลสุขภาพระยะยาว รวมถึงยังไม่มีนโยบายด้านงบประมาณที่เหมาะสมอีกด้วย จากข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการดูแลระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการของโรคเรื้อรังจำเป็นต้องเข้าไปพึ่งพาระบบบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันบางส่วนของโรงพยาบาล หรือการใช้บริการผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งผู้ดูแลมักจะเป็นผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับภาระที่หนักและมีความเครียดสูง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการอภิปรายหรือที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และเป็นรูปธรรมเพื่อเป็นการหาทางออกร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการแก้ปัญหา

และประการสุดท้าย คือการใช้นโยบายที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งข้อเสนอแนะที่สำคัญได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามเรื่องความเสี่ยงทางสุขภาพและภาวะโรคต่อไปอย่างต่อเนื่อง การดำเนินโครงการที่จำเป็นอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การประเมินสถานะทางสุขภาพด้วยตนเองของประชากรทั้งในวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ หลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย นอกจากนี้ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างศักยภาพของสถาบันให้มีความเข้มแข็งในการติดตามผลกระทบทางการเงินการคลังที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบอบาติวิทยา



ผลกระทบทางเศรษฐกิจและทุนมนุษย์

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในอีกหลายประเทศในแถบเอเชีย ที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรจากภาวะอัตราเกิดและอัตราตายสูงไปสู่ ภาวะอัตราเกิดและอัตราตายต่ำ ซึ่งอัตราเกิดที่ลดลงอย่างรวดเร็วจะทำให้สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง ในช่วงการเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้ จำนวนคนวัยทำงานจะเพิ่มขึ้นเร็วกว่าจำนวนประชากรทั้งหมด ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลบวจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้กลับกำลังลดน้อยลง เนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์และอัตราตายที่ลดลงอย่างต่อเนื่องย่อมนำไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดข้อโต้แย้งว่า สัดส่วนคนวัยทำงานที่ลดลงและคนสูงอายุที่มากขึ้น อาจเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ เนื้อหาบทนี้จึงต้องการชี้ให้เห็นว่า เศรษฐกิจจะสามารถเติบโตได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ หากภาครัฐมีนโยบายที่มุ่งใจให้ประชาชนสะสมทุนมนุษย์เพื่อพัฒนาผลิตภาพแรงงานให้ดีขึ้น นโยบายสนับสนุนการบริโภคของผู้สูงอายุและนโยบายเพิ่มการลงทุนในทุนมนุษย์ของเด็ก

ในส่วนแรกนั้นจะให้ข้อมูลเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความสัมพันธ์กับระบบการศึกษา ซึ่งประเทศไทยนั้น มีกฎหมายทางการศึกษา เพื่อเพิ่มระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาให้แก่กำลังแรงงาน แต่กระนั้น ประเทศไทยยังไม่สามารถแข่งขันกับหลายๆ ประเทศในภูมิภาคได้ เนื่องจากการศึกษายังคงมีคุณภาพต่ำ ซึ่งเรื่องนี้จะเกี่ยวข้องกับผลิตภาพแรงงานที่จะกล่าวถึงในส่วนที่ 3 ถ้าในอนาคตประเทศไทยเลือกที่จะใช้แรงงานที่มีผลิตภาพแรงงานต่ำเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจมากขึ้น ประเทศจะต้องใช้แรงงานต่างชาติไร้ฝีมือมากขึ้น หากระบบเศรษฐกิจไทยมีสัดส่วนของประชากรอยู่ในช่วงอายุ ที่มีส่วนเกินรายได้ทางวัฏจักรชีวิต (Lifecycle surplus ages) ที่สูงแล้ว ความต้องการแรงงานต่างชาติย่อมจะลดลง ในส่วนที่ 4 จะแสดงให้เห็นผลในด้านดีของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่ทำให้ประเทศไทยมีเศรษฐกิจที่ดีขึ้นจวบจนกระทั่ง ปี 2553 เมื่อ การปันผลทางประชากร (Demographic Dividend) ในครั้งแรกคาดว่าจะจบลง ในส่วนที่ 5 เสนอการปันผลทางประชากรครั้งที่สองและการเพิ่มทุนมนุษย์โดยเงินโอนให้ประชากรวัยเด็ก ซึ่งจะช่วยให้อัตราการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจไทยเติบโตขึ้นได้

ต่อไป และในส่วนสุดท้ายจะอภิปรายถึงทางเลือกในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงประชากร

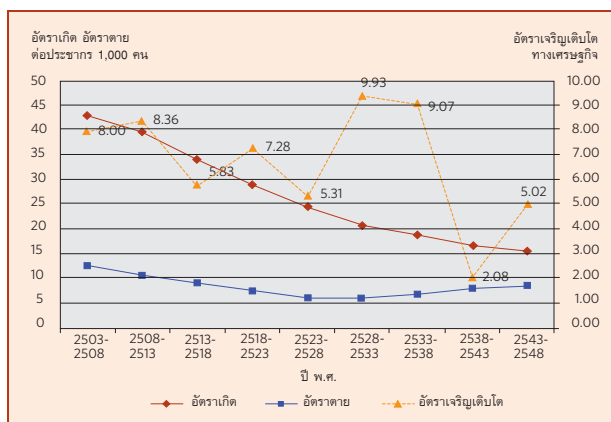
การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความสัมพันธ์กับระบบการศึกษา

ประเทศไทยเคยมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่สูงมาก ในช่วงปี 2503 - 2513 ในช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ได้เกิดวิกฤตการณ์ราคาน้ำมันในช่วงต้นของปี 2513 - 2523 และช่วงต้นของปี 2523 - 2533 ทำให้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง อย่างไรก็ตาม อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเฉลี่ย 5 ปีก็ยังเติบโตอยู่ในระดับที่เกินกว่าร้อยละ 5 (แผนภูมิที่ 5.1) การเติบโตทางเศรษฐกิจสูงมากในช่วงปี 2528 - 2538 ตามมาด้วยวิกฤตการณ์ทางการเงินในปี 2540 ทำให้ความผันของประเทศไทยในการเป็นเสี้ยวตัวที่ห้าของภูมิภาคเอเชีย รองมาจากฮ่องกง สิงคโปร์ เกาหลีใต้ และไต้หวัน เป็นอันดับสองสูญหายไป

การเติบโตทางเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้นๆ ลงๆ ไม่เหมือนกับอัตราเกิดและอัตราตายของประเทศไทยที่ไม่ผันผวนไปตามวัฏจักรธุรกิจ อัตราเกิดอย่างหยابต่อประชากร 1,000 คน ได้ลดลงจาก 42.9 ในช่วงปี 2503 - 2513 เป็น 14.6 ในช่วงปลายของปี 2543 - 2553 (แผนภูมิที่ 5.1) ซึ่งมีความสอดคล้องกับประเทศต่างๆ ที่แสดงให้เห็นถึงอัตราเกิดอย่างหยابที่ลดต่ำลงเมื่อรายได้ต่อหัวประชากรเพิ่มสูงขึ้น การลดต่ำลงของอัตราเกิดอย่างหยابนั้นจะรวดเร็วกว่าอัตราตายมาก โดยอัตราตายอย่างหยابต่อประชากร 1,000 คนลดลงจาก 12.5 ในช่วงปี 2503 - 2513 เป็น 5.9 ในช่วงปี 2523 - 2533 หลังจากนั้นจึงเพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคที่เกี่ยวข้องกับเอดส์และเอชไอวี ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรในช่วงอายุ 22-44 ปี (Rumakom et al., 2002) ในช่วงหลังปี 2537 มีการรายงานสาเหตุที่ทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น คือ วัณโรค และโรคปอดบวม ซึ่งเชื่อว่าการเพิ่มขึ้นของวัณโรค และโรคปอดบวม มีสาเหตุมาจากโรคเอดส์และเอชไอวี เพราะก่อนหน้านั้นผู้ที่มีอายุในช่วง 20-44 ปีมีสาเหตุการ

ตายจากวัณโรค และโรคปอดบวมในอัตราที่ต่ำ แต่อัตราตายจากวัณโรคของผู้ที่มีอายุในช่วง 20-29 ปี กลับเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.7 เป็น 9.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงปี 2535-2543 อัตราตายจากวัณโรคของผู้ที่มีอายุในช่วง 30-44 ปี เพิ่มสูงขึ้นจาก 4.4 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 15.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2543 การเพิ่มขึ้นของอัตราตายในประชากรชายเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าประชากรหญิง การเพิ่มสูงขึ้นของอัตราตายของประชากรวัยเจริญพันธุ์และประชากรวัยทำงานนี้เองทำให้คาดว่ามีความเสี่ยงต่อจำนวนการเกิดและกำลังแรงงาน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุการตายได้ในบทที่ 4)

แผนภูมิที่ 5.1 อัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ



แหล่งข้อมูล: อัตราเกิดและอัตราตาย จากฝ่ายประชากร สำนักงานเศรษฐกิจและสังคม สำนักเลขาธิการสหประชาชาติ, แนวโน้มประชากรโลก ฉบับปรับปรุงเมื่อ 2008, <http://esa.un.org/unpp>, อัตราเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การลดลงของอัตราเกิด ทำให้จำนวนเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0-14 ปี มีจำนวนสูงสุด 18.6 ล้านคนในปี 2523 และได้ลดจำนวนลงหลังจากนั้น จำนวนประชากรเด็กในปี 2553 มีจำนวนใกล้เคียงกับปี 2508 ภาวะการเลี้ยงดูเด็กทั้งต่อภาครัฐและภาคเอกชนจึงน่าจะลดลง แต่การให้การศึกษายังทั่วถึง และความคาดหวังของผู้ปกครองที่ต้องการให้บุตรหลานมีการศึกษาที่สูงของผู้ปกครอง ทำให้ทำให้ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนเด็กไม่ได้ลดต่ำลง

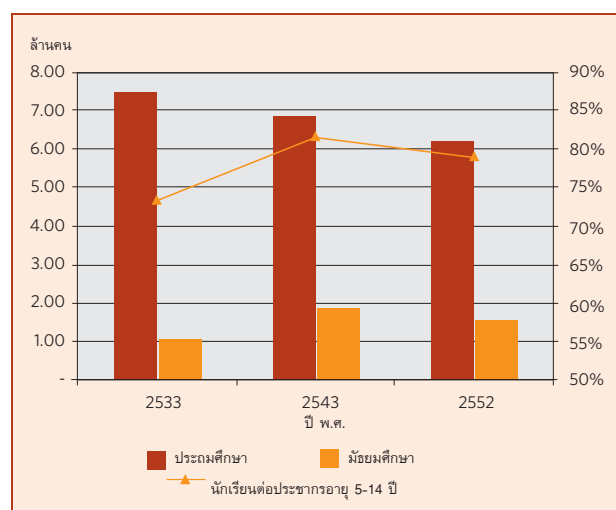
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบันให้สิทธิเด็กในการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ 12 ปี โดยมีพระราชบัญญัติการศึกษาที่มีความสำคัญอีก 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติการศึกษาปี 2541 และพระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับในปี 2545 ทั้งนี้พระราชบัญญัติการศึกษาในปี 2541 นั้นเพิ่มการศึกษาภาคบังคับจาก 6 ปี เป็น 9 ปี มีผลบังคับใช้กับเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 7-16 ปี รัฐบาลต้องให้เด็กไทยทุกคนได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 12 ปี พระราชบัญญัติการศึกษาในปี 2545 ได้กำหนดบทลงโทษ

สำหรับพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ไม่ส่งบุตรหลานเข้ารับการศึกษานในโรงเรียน ให้มีโทษถูกปรับเป็นเงินสูงสุดไม่เกิน 1,000 บาท

ในแผนภูมิที่ 5.2 แสดงให้เห็นถึงจำนวนของนักเรียนในระดับประถมศึกษาลดลง อันมีสาเหตุสำคัญมาจากจำนวนประชากรเด็กที่ลดลง ในทางตรงกันข้าม จำนวนเด็กนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาในปี 2543 เพิ่มสูงขึ้นกว่าปี 2533 อันเป็นผลมาจากพระราชบัญญัติการศึกษาในปี 2541 ที่เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสำหรับเด็กไทยทุกคน พระราชบัญญัตินี้ยังได้ส่งผลกระทบไปถึงจำนวนนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (แผนภูมิที่ 5.3) ให้เพิ่มจำนวนสูงขึ้นกว่าร้อยละ 100 ในช่วงปี 2533 - 2543 อย่างไรก็ตาม ช่วงหลังจากปี 2543 เป็นต้นมา จำนวนนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาได้ลดจำนวนลงไปพร้อมๆ กับการลดลงของจำนวนประชากรเด็กในช่วงอายุที่จะเข้าศึกษาในระดับมัธยมศึกษา

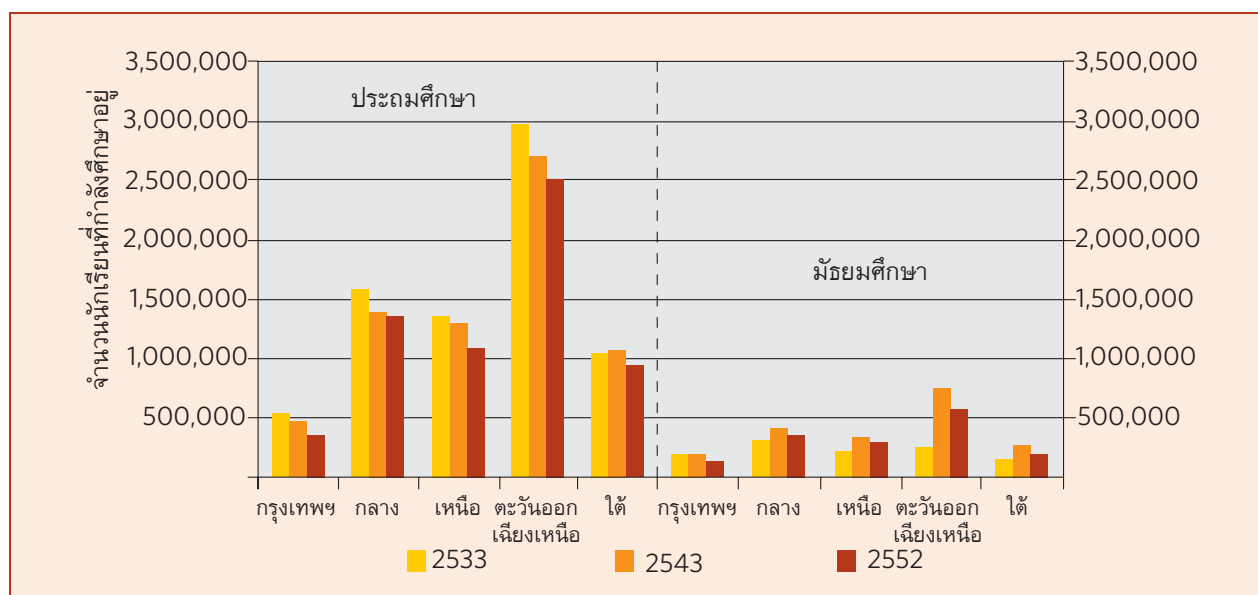
แม้ว่าประเทศไทย จะมีรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติการศึกษาที่มุ่งเน้นให้เด็กไทยได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพเป็นเวลาถึง 12 ปี แต่ในทางปฏิบัติแล้วการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวนี้ ยังคงไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ในปี 2552 มีประมาณร้อยละ 20 ของเด็กที่มีอายุ 5-14 ปีทั้งหมด หรือเด็กประมาณ 2 ล้านคน ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา (แผนภูมิที่ 5.2) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีเด็กที่มีอายุ 5-14 ปี ที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาประมาณร้อยละ 25 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2552) รายงานว่าในปี 2551 อัตราการครองอยู่ของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 88 และ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 53 เท่านั้น

แผนภูมิที่ 5.2 จำนวนนักเรียนที่มีอายุ 5-14 ปี



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

แผนภูมิที่ 5.3 จำนวนเด็กนักเรียนช่วงอายุ 5-14 ปีที่กำลังศึกษาอยู่



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

ตารางที่ 5.1 การทดสอบระดับชาติ ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย

ระดับ/วิชา	คะแนนเฉลี่ย (%)					
	ปีการศึกษา					
	2546	2547	2548	2549	2550	2551
ประถมศึกษาปีที่ 6						
ภาษาไทย	45.3	44.2	n.a. *	42.7	36.6	42.0
คณิตศาสตร์	41.7	43.8	n.a. *	38.9	47.6	43.8
ภาษาอังกฤษ	41.1	37.3	n.a. *	34.5	38.7	37.8
วิทยาศาสตร์	42.1	41.6	n.a. *	43.2	49.6	51.7
มัธยมศึกษาตอนต้น (มัธยมศึกษาปีที่ 3)						
ภาษาไทย	54.0	38.3	n.a. *	43.9	48.1	41.0
คณิตศาสตร์	35.0	34.9	n.a. *	31.2	34.7	32.6
ภาษาอังกฤษ	37.9	32.3	n.a. *	30.9	28.7	34.6
วิทยาศาสตร์	38.1	37.2	n.a. *	39.3	35.2	39.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย (มัธยมศึกษาปีที่ 6)						
ภาษาไทย	44.5	49.3	48.6	50.3	50.7	46.4
คณิตศาสตร์	34.0	35.1	28.5	29.6	32.5	36.0
ภาษาอังกฤษ	39.1	32.5	29.8	32.4	30.9	30.6
วิทยาศาสตร์	48.8	44.3	34.0	34.9	34.6	33.7

แหล่งข้อมูล: สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงศึกษาธิการ (2008)

สิ่งที่น่ากังวลคือคุณภาพการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการเปรียบเทียบภายในประเทศ หรือเปรียบเทียบกับนานาชาติ สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) ได้ทำการประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาขั้นพื้นฐานของเด็กใน 15,601 โรงเรียน เมื่อปี 2549 - 2550 ผลการประเมินพบว่าเด็กไทยยังขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์และการเรียนรู้ด้วยตัวเอง ครูผู้สอนไม่ได้มุ่งเน้นให้เด็กเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ และผู้บริหารสถานศึกษายังขาดการพัฒนาทางวิชาการ (สมศ., 2551) ฟินสุดา สิริรังศรี (2552) ได้ชี้ให้เห็นว่ามีเพียงร้อยละ 35 ของโรงเรียน 35,159 แห่งเท่านั้น ที่เป็นโรงเรียนที่ได้มาตรฐานในระดับประเทศ และอีกร้อยละ 65 นั้น เป็นโรงเรียนที่ต่ำกว่ามาตรฐาน นอกจากนี้ จากการทดสอบของสำนักทดสอบทางการศึกษาและสถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติยังชี้ให้เห็นถึงระดับความรู้ความสามารถที่ค่อนข้างต่ำของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา ในปี 2551 นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในวิชาภาษาอังกฤษ วิทยาศาสตร์ และคณิตศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 31, 34 และ 36 ตามลำดับ โดยในตารางที่ 5.1 แสดงให้เห็นถึงศักยภาพที่ค่อนข้างต่ำตั้งแต่ปี 2546 จนกระทั่งถึงปี 2551 วิทยากร เชียงกูร (2552) ได้กล่าวถึงคุณภาพของการศึกษาที่มีความแตกต่างกันสูงมากระหว่างโรงเรียนขนาดใหญ่และกลางที่อยู่ในเมืองและโรงเรียนขนาดเล็กที่อยู่ในชนบท เด็กนักเรียนที่อยู่ในตัวเมืองมีโอกาสและหนทางในการเข้าถึงแหล่งความรู้ต่างๆ ได้มากกว่าเด็กในชนบท

รายงานเปรียบเทียบระดับนานาชาติ จาก World Economic Forum ในปี 2552 ได้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยอาจจะสูญเสียศักยภาพในการแข่งขันเพราะมีระบบการศึกษาที่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ต่ำ ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 69 จากทั้งหมด 133 ในด้านคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านแล้วพบว่าประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ต่ำกว่า ประเทศมาเลเซีย และประเทศอินโดนีเซีย จากตารางที่ 5.2 จะเห็นว่า ประเทศไทยยังตามหลังประเทศมาเลเซียในทุกๆ ตัวชี้วัดทางการศึกษา ประเทศสิงคโปร์นั้นอยู่ในอันดับแรกของคุณภาพทางการศึกษาในวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 62 ประเทศไทยซึ่งงบประมาณเพื่อการศึกษาที่เป็นสัดส่วนต่อรายได้มวลรวมประชาชาติ สูงกว่าประเทศอินโดนีเซีย แต่คุณภาพทางการศึกษากลับด้อยกว่าประมาณร้อยละ 80 ของงบประมาณทางการศึกษาของไทยนั้นใช้เพื่อ ค่าจ้าง เงินเดือน และค่าบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม การใช้งบเพื่อการศึกษาเพิ่มขึ้นก็ไม่ได้หมายความว่าคุณภาพการศึกษาจะดีขึ้นเสมอไป (McKinsey & Company, 2007)

วิทยากร เชียงกูร (2552) และ McKinsey & Company (2007) ได้ย้าถึงบทบาทหน้าที่ของครูในการปรับปรุงคุณภาพการศึกษาให้ดีขึ้น วิทยากร เชียงกูร ได้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยยังขาดแคลนครูที่มีคุณภาพ ครูที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลนั้นยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องของภาษา คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ ครูส่วนใหญ่ยังใช้เวลากับงานบริหารและงานเอกสารมากกว่าการหาองค์ความรู้ใหม่ๆ มาสอนให้กับนักเรียน

ตารางที่ 5.2 ตัวชี้วัดทางการศึกษาของบางประเทศในเอเชีย

ตัวชี้วัด	ไทย	มาเลเซีย	สิงคโปร์	เกาหลี	ไต้หวัน	ญี่ปุ่น	อินโดนีเซีย
คุณภาพการศึกษาระดับปฐมศึกษา ¹	69	31	3	29	20	23	58
ค่าใช้จ่ายในการศึกษา ¹	44	24	109	75	18	96	127
มัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา							
คุณภาพด้านระบบการเรียนการสอน ¹	67	23	1	47	17	31	44
คุณภาพการศึกษาด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ¹	62	34	1	18	6	25	50
โครงสร้างพื้นฐานทางการศึกษา (ปี 2553) ²	46	25	11	20	17	13	55
อัตราส่วนนักเรียนต่อครู 1 คน (ระดับปฐมศึกษา ปี 2550) ²	39	26	47	51	38	40	43
อัตราส่วนนักเรียนต่อครู 1 คน (ระดับมัธยมศึกษา ปี 2550) ²	53	41	47	51	46	28	33

แหล่งข้อมูล: ¹The Global Competitiveness Report 2009-2010 และ ²IMD World Competitiveness Yearbook 2010

หมายเหตุ: ¹ ดูจากค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษาของโรงเรียนรัฐต่อรายได้ประชาชาติ

ตารางที่ 5.3 คาดประมาณจำนวนประชากรวัยเรียน (ล้านคน)

	2553	2558	2563	2568	2573	2578	2583
อายุน้อยกว่า 3 ปี	2.3	2.2	2.1	1.9	1.8	1.7	1.6
เด็กก่อนวัยเรียน (3-5 ปี)	2.6	2.3	2.2	2.0	1.9	1.8	1.6
ปฐมศึกษา (6-11 ปี)	5.5	5.1	4.5	4.3	4.0	3.7	3.5
มัธยมศึกษาตอนต้น (12-14 ปี)	2.8	2.7	2.4	2.2	2.1	2.0	1.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย (15-17 ปี)	3.0	2.7	2.8	2.3	2.2	2.1	1.9
มหาวิทยาลัย (18-24 ปี)	7.0	6.8	6.3	6.2	5.4	5.1	4.8

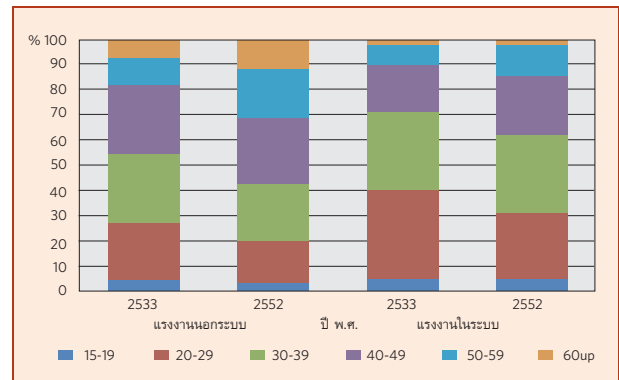
แหล่งข้อมูล: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล

แนวโน้มจำนวนประชากรในวัยเรียนนั้นลดลงเรื่อยๆ (ตารางที่ 5.3) ในอีก 10 ปีข้างหน้าจำนวนเด็กนักเรียนในทุกๆระดับชั้นการศึกษาจะลดน้อยลงกว่าในปัจจุบัน จำนวนเด็กในระดับประถมศึกษาจะลดลงจาก 5.5 ล้านคน เป็น 4.5 ล้านคน ภายใต้งบประมาณจำนวนเท่าเดิม รัฐควรที่จะมุ่งเน้นในด้านการพัฒนาคุณภาพการศึกษาให้สูงมากขึ้นในอนาคต ทั้งนี้รัฐอาจจะต้องเผชิญการตัดสินใจที่ยากลำบากในบางเรื่อง ตัวอย่างเช่น โรงเรียนบางแห่งอาจจะต้องถูกปิดลงเมื่อค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการต่อหัวนักเรียนสูงมากขึ้น

ผลิตภาพแรงงาน

การจ้างงานในประเทศไทยถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แรงงานในระบบ และ แรงงานนอกระบบ แรงงานในระบบ คือ ผู้ทำงานที่ได้รับเงินค่าจ้างหรือเงินเดือน มักมีการจ้างงานอย่างเป็นระบบและได้รับสิทธิประโยชน์ด้านประกันสังคม เช่น ด้านการรักษาพยาบาล สิทธิประโยชน์ของผู้พิการทุพพลภาพ และสิทธิประโยชน์ทางด้านบำนาญ ในปี 2552 การจ้างงานในประเทศไทยประมาณร้อยละ 60 เป็นแรงงานนอกระบบ โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคเกษตรกรรมและภาคบริการ ในแต่ละส่วนมีลักษณะคนทำงานและโครงสร้างทางอายุที่เฉพาะตัว แผนภูมิที่ 5.4 แสดงให้เห็นว่า งานนอกระบบ มีแรงงานที่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า ในปี 2542 ประมาณร้อยละ 10 ของแรงงานนอกระบบ เป็นแรงงานที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สัดส่วนนี้สูงขึ้นถึงร้อยละ 12 ในปี 2552 และคาดว่าสัดส่วนของแรงงานสูงอายุในตลาดแรงงานนอกระบบจะเพิ่มสูงขึ้นกว่านี้ เนื่องจากสัดส่วนของแรงงานที่อายุระหว่าง 50-59 ปี และระหว่าง 40-49 ปีค่อนข้างสูง ส่วนแรงงานในระบบนั้น มีสัดส่วนของแรงงานที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี และระหว่าง 30-39 ปี เป็นส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงทางประชากรจะมีผลต่อโครงสร้างทางอายุของแรงงานทั้งในระบบและแรงงานนอกระบบต่อไป

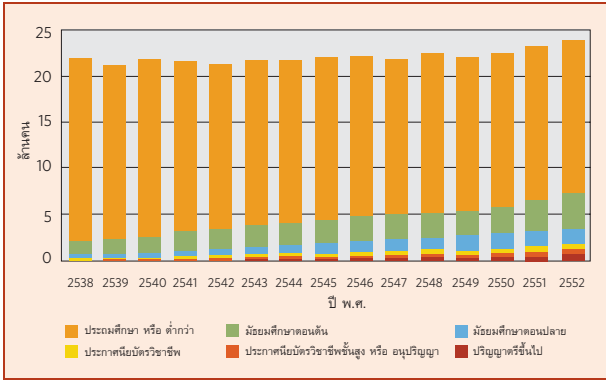
แผนภูมิที่ 5.4 โครงสร้างอายุของการจ้างงาน แรงงานนอกระบบและแรงงานในระบบ



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไตรมาส 3.

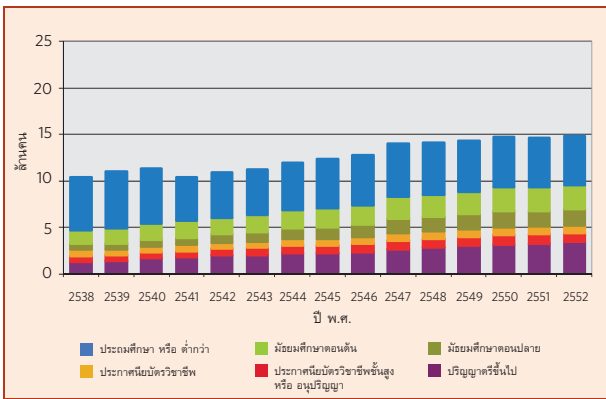
แรงงานนอกระบบ ยังมีลักษณะเป็นแรงงานที่ไม่มีทักษะและมีประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ ซึ่งสามารถดูได้จากระดับการศึกษาที่ต่ำ กล่าวคือ ร้อยละ 70 ของแรงงานนอกระบบมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (แผนภูมิที่ 5.5) ในทางตรงกันข้าม ประมาณครึ่งหนึ่งของแรงงานในระบบจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นอย่างน้อย (แผนภูมิที่ 5.6) แต่อย่างไรก็ตาม ระดับการศึกษาของแรงงานนอกระบบในปัจจุบันนั้นสูงกว่าในปี 2538 มาก และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต

แผนภูมิที่ 5.5 การจ้างงานแรงงานนอกระบบ จำแนกตามการศึกษา



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไตรมาส 3.

แผนภูมิที่ 5.6 การจ้างงานแรงงานในระบบ จำแนกตามการศึกษา

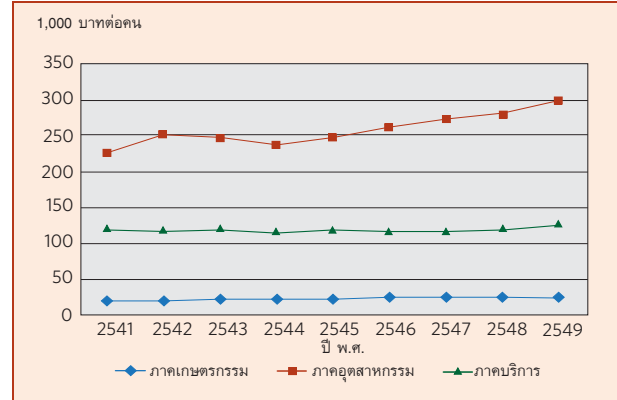


แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไตรมาส 3.

การศึกษาที่สูงขึ้นดูเหมือนว่าจะไม่มีผลต่อประสิทธิภาพแรงงาน ซึ่งวัดจากมูลค่าเพิ่มที่แท้จริงต่อแรงงานหนึ่งคนที่อยู่ในภาคเกษตรกรรมและภาคบริการยังอยู่ในระดับที่ต่ำ (แผนภูมิที่ 5.7) ภาคเกษตรกรรมและภาคบริการนั้น เป็นภาคที่ใช้แรงงานเข้มข้น แรงงานในทั้งสองภาคนี้มักเป็นการจ้างงานที่ไม่เป็นระบบ แรงงานมักจะเคลื่อนย้ายเปลี่ยนงานไปมาภายใน 2 ภาคนี้ได้เป็นอย่างดี ในระหว่างปี 2541 ถึงปี 2551 สัดส่วนของแรงงานในภาคบริการเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 41 เป็นร้อยละ 46 แต่สัดส่วนของแรงงานในภาคเกษตรกรรมกลับลดลงจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 40 ซึ่งธุรกิจหลักในภาคบริการได้แก่ การขายส่งและขายปลีก ค้าปลีกสินค้าและการขนส่ง และโรงแรมและภัตตาคาร (สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2552) ประสิทธิภาพของแรงงานของภาคอุตสาหกรรมสูงกว่าภาคบริการถึง 2 เท่า เนื่องจากในภาคอุตสาหกรรมมีการลงทุนในทุนและเทคโนโลยีที่สูงกว่า แรงงาน

ในภาคอุตสาหกรรมยังได้รับผลตอบแทนต่อทุนมนุษย์ในระดับที่สูงกว่าด้วย

แผนภูมิที่ 5.7 ผลผลิตแรงงาน

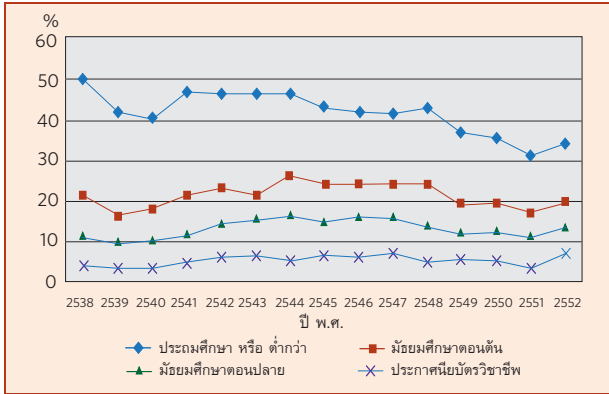


แหล่งข้อมูล: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ผลตอบแทนของทุนมนุษย์นั้นเพิ่มขึ้นเองตามระดับการศึกษา ภาครัฐบาลได้ช่วยปกป้องผู้มีทุนมนุษย์ต่ำ ด้วยการบังคับใช้กฎหมายค่าจ้างขั้นต่ำ อัตราค่าจ้างขั้นต่ำรายวันในประเทศไทยแตกต่างกันเป็นรายจังหวัด ในปี 2552 อัตราค่าจ้างขั้นต่ำของกรุงเทพมหานครอยู่ที่ 203 บาทต่อวัน อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้อัตราค่าจ้างขั้นต่ำยังไม่มีประสิทธิภาพนัก แรงงานนอกระบบมักจะได้อัตราค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ ในปี 2538 ประมาณร้อยละ 50 ของแรงงานซึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาได้รับค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ สัดส่วนของแรงงานที่ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำได้ลดลงเหลือร้อยละ 34 ในปี 2552 การลดลงดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการบังคับใช้กฎหมายที่ประสิทธิภาพมากขึ้น หรืออาจเกิดจากความต้องการแรงงานมากขึ้นที่ช่วยผลักดันค่าจ้างให้สูงขึ้น

เนื่องจากภาคเกษตรกรรมและภาคบริการเป็นภาคที่ใช้กำลังแรงงานมาก ฉะนั้นความต้องการแรงงานไร้ฝีมือในทั้งสองภาคนี้จึงสูง แต่เนื่องจากแรงงานไทยส่วนใหญ่เริ่มมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จึงเริ่มปลีกตัวออกจากงานที่ให้ค่าตอบแทนต่ำ ยิ่งไปกว่านั้นแรงงานที่อายุมากที่มักจะมีการศึกษาต่ำเริ่มแก่ตัวลงเกินกว่าที่จะทำงานไหว ฉะนั้น ช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างอุปสงค์และอุปทานของแรงงานจะถูกเติมเต็มด้วยการจ้างแรงงานจากต่างประเทศเข้ามา เพื่อให้เศรษฐกิจเติบโตขึ้น ภายใต้เทคโนโลยีเดิมที่ยังมีอยู่นั่นเอง หรืออีกหนึ่งทางเลือกเพื่อให้เศรษฐกิจเติบโตขึ้น คือการเพิ่มการลงทุนในทุนทางกายภาพและทุนมนุษย์ให้สูงมากขึ้น

แผนภูมิที่ 5.8 สัดส่วนของแรงงานที่ได้รับค่าจ้างที่ต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ จำแนกตามการศึกษา



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 3.

หมายเหตุ: ใช้ค่าจ้างขั้นต่ำของกรุงเทพมหานคร

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร อาจมีผลต่อการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ ธนะพงษ์ โพธิ์ปิติ (2553) พบว่า การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (กำหนดให้สิ่งอื่นๆ คงที่) จะทำให้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในปี 2563 ลดลงร้อยละ 7 และลดลงร้อยละ 14 ในปี 2583 ในการศึกษานี้ได้กำหนดไว้ว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อสัดส่วนของกำลังแรงงานต่อจำนวนประชากรทั้งหมดลดลงอย่างต่อเนื่องร้อยละ 0.25 ต่อปี โดยเปรียบเทียบกับเหตุการณ์จำลองที่สัดส่วนประชากรวัยแรงงานต่อประชากรทั้งหมดอยู่ที่ร้อยละ 60.3 สัดส่วนแรงงานต่อทุนในกระบวนการผลิตจะลดลง ซึ่งส่งผลให้ค่าจ้างแรงงานสูงขึ้น แต่ผลตอบแทนของทุนกลับลดลง การศึกษาคาดว่า ค่าจ้างภายใต้สังคมสูงอายุในปี 2563 จะเพิ่มสูงขึ้นเกินกว่าเหตุการณ์จำลองร้อยละ 1.8 ในขณะเดียวกันผลตอบแทนของทุนในเหตุการณ์จำลองจะต่ำกว่าสังคมสูงอายุประมาณร้อยละ 3.1 การเพิ่มจำนวนขึ้นของแรงงานไร้ฝีมือจากต่างประเทศจะช่วยเพิ่มอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่จะลดรายได้ต่อหัวของประชากร เมื่อให้จำนวนแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้น GDP ต่อหัวของประชากร จะลดลงร้อยละ 0.8 ในปี 2563 และลดลงร้อยละ 0.2 ในปี 2583 เนื่องจากผลิตภาพแรงงานของแรงงานต่างด้าวต่ำเพียงครึ่งหนึ่งของแรงงานไทย

การปันผลทางประชากร (Demographic Dividend)

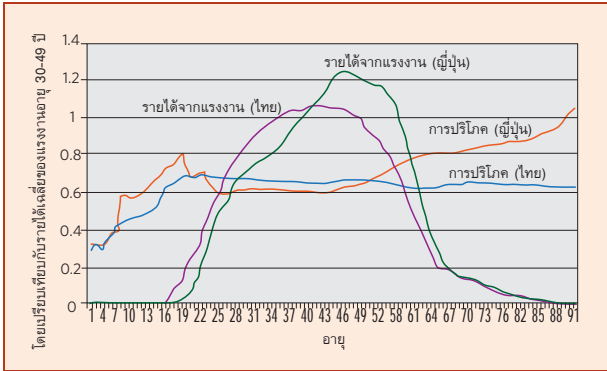
การปันผลทางประชากรครั้งแรก (The First Demographic Dividend)

ผลดีของการเพิ่มสัดส่วนคนวัยทำงานต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ เรียกว่า การปันผลทางประชากรครั้งแรก (The First Demographic

Dividend) หลักเกณฑ์หลายอย่างได้ถูกนำมาใช้ในการคำนวณอัตราส่วนการพึ่งพา (Dependency Ratios) เพื่อนำมาประเมินว่าประเทศใดถึงช่วงปันผลทางประชากร อย่างไรก็ตาม การใช้อัตราส่วนการพึ่งพาของประชากร (Demographic Dependency Ratios) ซึ่งใช้จำนวนของวัยเด็ก (ที่กลุ่มอายุ 0-14 ปี) วัยทำงาน (ที่กลุ่มอายุ 15-64 ปี) และวัยสูงอายุ (ที่กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป) ในการวัดผลการปันผลทางประชากร วิธีดังกล่าวมีข้อบกพร่องคือไม่ได้้นำการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการผลิตของแรงงานและความต้องการบริโภคที่ของประชากรในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันมาใช้ เพื่อที่จะแก้ปัญหานี้ Mason (2005) ได้เสนออัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ (Economic Support Ratio) ซึ่งอัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจเป็นการคำนวณอัตราส่วนระหว่างสัดส่วนผู้ผลิต (คำนวณจากรายได้จากแรงงานตามกลุ่มอายุ) ต่อสัดส่วนผู้บริโภค (คำนวณจากการบริโภคตามกลุ่มอายุ) การเปลี่ยนแปลงในตลาดแรงงาน เช่น รายได้ที่ได้รับจากงานนอกเวลา งานประจำ หรือ ผู้ประกอบอาชีพอิสระในกลุ่มประชากรที่อายุแตกต่างกันได้ถูกนำมาทำการพิจารณาในวิธีการนี้ การปันผลทางประชากรครั้งแรกสามารถคำนวณได้โดยใช้อัตราการเติบโตของอัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ Ogawa, Chawla et al. (2009) แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาในการปันผลทางประชากรสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษาโดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงช่วงเวลาที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนในด้านของระยะเวลาการปันผล โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนการพึ่งพาทางประชากรกับอัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ

ขนาดและระยะเวลาของการปันผลทางประชากรถูกกำหนดโดยวงจรชีวิตทางเศรษฐกิจ (Economic Lifecycle) วงจรชีวิตทางเศรษฐกิจมีผลต่อโครงสร้างของอายุซึ่งมีอิทธิพลกับวงจรชีวิตมนุษย์ที่มีผลต่อการบริโภค การผลิต และการจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจ วงจรชีวิตมนุษย์เริ่มต้นและสิ้นสุดลงในช่วงเวลาพึ่งพิงเมื่อการบริโภคมากเกินกว่ารายได้จากแรงงาน ปัญหาการขาดแคลนรายได้จากแรงงานหรือในช่วงอายุที่วงจรชีวิตมีการขาดดุล (lifecycle deficit ages) ซึ่งทำให้เด็กและผู้สูงอายุต้องอาศัยการจัดสรรทรัพยากรจากวัยทำงานหรือช่วงที่วงจรชีวิตมีการเกินดุล (lifecycle surplus ages) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5.9 ถ้าเศรษฐกิจมีสัดส่วนประชากรในช่วงวงจรชีวิตที่เกิดดุลมาก จะเป็นทรัพยากรส่วนเกินที่พบได้ในการออม ลงทุน และสร้างผลผลิตอันนำไปสู่ผลกระทบอย่างมากในการปันผลทางประชากรครั้งแรก วิธีการประมาณมูลค่าการบริโภคและรายได้จากแรงงานตามกลุ่มอายุ (age profiles) อาศัยวิธีบัญชีการโอนประชาชาติ (National Transfer Account) (ดูตัวอย่างใน Mason et al. 2009 และ www.ntaccounts.org)

แผนภูมิที่ 5.9 วงจรชีวิตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย (2547) และประเทศญี่ปุ่น (2547)



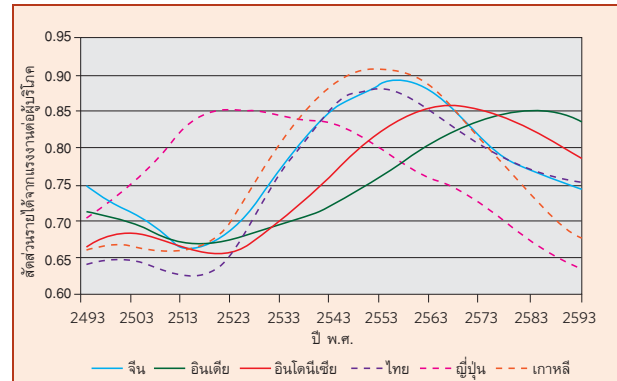
แหล่งข้อมูล: จาก Chawla (2008) สำหรับประเทศไทย และ Ogawa, Mason, et al. (2009) สำหรับประเทศญี่ปุ่น

แผนภูมิที่ 5.9 แสดงการเปรียบเทียบวงจรชีวิตเศรษฐกิจของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นโดยใช้ค่าเฉลี่ยต่อคนตามกลุ่มอายุของการบริโภคและรายได้จากแรงงานโดยปรับค่าต่างๆโดยใช้ค่าเฉลี่ยรายได้จากแรงงานอายุ 30-49 ปี รูปแบบอายุของรายได้จากแรงงานแสดงความแตกต่างที่สำคัญในตลาดแรงงานระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น รายได้เพิ่มขึ้นไปพร้อมกับอายุตลาดแรงงานของประเทศญี่ปุ่นค่อนข้างเป็นระบบอาวุโส รายได้จากแรงงานถึงจุดสูงสุดที่อายุประมาณ 40-45 ปี ในประเทศไทย ขณะที่ในประเทศญี่ปุ่นถึงจุดสูงสุดที่อายุประมาณ 50 ปี ทั้งสองประเทศมีรายได้จากแรงงานลดลงอย่างสูงประมาณช่วงเกษียณที่อายุ 60-65 ปี ทั้งนี้ความแตกต่างในรูปแบบอายุของการบริโภคเป็นสิ่งที่เด่นชัดมาก ทั้งประเทศไทยและญี่ปุ่น การบริโภคของประชากรวัยเด็กเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นการบริโภคที่สูงขึ้นมากในประเทศญี่ปุ่นส่วนสำคัญมาจากการลงทุนในการศึกษาที่สูงขึ้น โดยทั้งจากรัฐบาลและครอบครัว มากไปกว่านั้นการบริโภคโดยผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าในประเทศไทยส่วนสำคัญมาจากการบริโภคที่สูงขึ้นในการดูแลสุขภาพและการประกันการดูแลระยะยาว (long term care insurance) วิธีการคำนวณการปันผลทางประชากรอยู่ในภาคผนวก

การคำนวณสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจทำได้โดยง่าย โดยใช้ค่าเฉลี่ยการบริโภคและรายได้จากแรงงานตามกลุ่มอายุ และถ่วงน้ำหนักด้วยโครงสร้างอายุประชากร สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร โดยกำหนดให้ประสิทธิภาพในการผลิตคงที่ รายได้ต่อผู้บริโภคอาจเพิ่มขึ้นเมื่อสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน เมื่อสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจลดลง รายได้ต่อผู้บริโภคอาจลดลง ผลการศึกษาจากสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษาซึ่งแสดงในแผนภูมิที่ 5.10 ผลการศึกษา

ชี้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศญี่ปุ่นเกิดขึ้นก่อนประเทศอื่นๆในเอเชีย ซึ่งส่งผลให้สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นและลดลงก่อนประเทศอื่นๆ สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในช่วงก่อนปี 2523 แต่ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรในวัยทำงาน สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจของประเทศไทยถึงจุดสูงสุดในปี 2552 และคาดว่าจะลดลงในปี 2553 ในทางตรงกันข้าม ประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น ประเทศอินโดนีเซีย และอินเดีย สามารถที่จะเพิ่มสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจในช่วงหลายทศวรรษถัดไป

แผนภูมิที่ 5.10 สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา

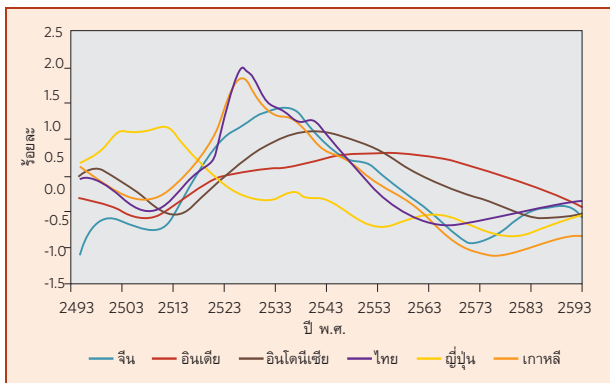


แหล่งข้อมูล: จากการคำนวณของผู้เขียนโดยอาศัยวงจรชีวิตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย

อัตราการเติบโตของสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสามารถใช้มาคำนวณการปันผลทางประชากรครั้งแรกได้ เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร การปันผลทางประชากรครั้งแรกเป็นเพียงเหตุการณ์ชั่วคราว การลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราการเจริญพันธุ์และอัตราการตายนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุ สัดส่วนของคนในวัยแรงงานโดยทั่วไปจะลดลง ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น การปันผลทางประชากรครั้งแรกจะลดลงและในที่สุดก็จะเปลี่ยนเป็นผลทางลบเมื่ออัตราการเติบโตของประชากรสูงกว่าอัตราการเติบโตของประชากรวัยแรงงาน ตัวอย่างการปันผลทางประชากรครั้งแรกของประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษาได้แสดงในแผนภูมิที่ 5.11 การปันผลทางประชากรครั้งแรกของประเทศไทยเป็นลบจนกระทั่งช่วงต้นของปี 2513-2523 จึงกลับมาเป็นบวกและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงจุดสูงสุดในช่วงกลางของปี 2523 - 2533 การปันผลทางประชากรครั้งแรกได้ค่อยๆ ลดลงเช่นเดียวกับสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง ประเทศไทยได้รับผลดีจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรที่มีต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจจนกระทั่งปี 2553 ที่คาดว่าจะการปันผลทางประชากรครั้งแรก

แรกสำหรับประเทศไทยจะสิ้นสุดลง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะไม่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย ประชากรสูงอายุจะส่งผลกระทบต่ออัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจหากปัจจัยอื่นๆ คงที่

แผนภูมิที่ 5.11 การปันผลทางประชากรครั้งแรกสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา



แหล่งข้อมูล: จากการเติบโตของสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา

ระยะเวลาของการปันผลครั้งแรกมีความแตกต่างจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอัตราการว่างงาน อัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อวงจรชีวิตทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ การลงทุนในทุนมนุษย์ยังมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพในการผลิตของแรงงานซึ่งส่งผลต่อการผลิตรวมของระบบเศรษฐกิจ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อกำหนดให้ปัจจัยอื่นๆ คงที่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรสามารถทำให้รายได้ต่อหัวของประเทศนั้นๆ เพิ่มขึ้น ส่วนของผลกระทบและระยะเวลาการปันผลทางประชากรครั้งแรกนั้นขึ้นอยู่กับเปลี่ยนแปลงของประชากรในแต่ละประเทศว่ารวดเร็วเพียงใด ประเทศญี่ปุ่นประสบความสำเร็จกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรก่อนประเทศอื่นๆ ในเอเชีย ด้วยเหตุนี้ประเทศญี่ปุ่นจึงได้รับการปันผลทางประชากรครั้งแรก ก่อนช่วงปี 2493-2503 และสิ้นสุดในช่วงปี 2523 - 2533 แต่ประเทศอื่นๆ นั้นไม่ได้รับประโยชน์จากการปันผลทางประชากรครั้งแรกจนกระทั่งกลางช่วงปี 2513 - 2523 บางประเทศ เช่น ประเทศจีน เกาหลีใต้ และไทย มีการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างรวดเร็วด้านการลดลงของอัตราการเจริญพันธุ์รวมซึ่งส่งผลอย่างมากต่อการปันผลทางประชากรครั้งแรก การเปลี่ยนแปลงประชากรในประเทศจีน เกาหลีใต้ และไทย นำไปสู่การเพิ่มขึ้นในรายได้ต่อหัวประมาณ 1-2 เปอร์เซ็นต์ ในช่วงปี 2523 - 2533 ในขณะที่ ประเทศอินเดีย และฟิลิปปินส์มีการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างช้าๆ ทำให้เกิดผลกระทบที่เล็กน้อยต่อการปันผลครั้งแรก

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในประเทศเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มประชากรวัยเด็กที่มีขนาดเล็กโตขึ้นเป็นวัยทำงาน สัดส่วนของประชากรวัยทำงานจะลดลงและสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจจะลดลงซึ่งเป็นการสิ้นสุดระยะเวลาการปันผลทางประชากรครั้งแรก ปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงประชากรชี้ให้เห็นว่าผลดีของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจกำลังจะถึงจุดสิ้นสุด อย่างไรก็ตาม การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยตลอดจนประเทศอื่นๆ สามารถคงอยู่ได้อย่างยั่งยืนถึงแม้ว่าจะมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น โดยผ่านการสะสมทุนสินทรัพย์และทุนมนุษย์

การปันผลทางประชากรครั้งที่สอง (Second Demographic Dividend)

การสะสมทุนสินทรัพย์โดยทั่วไปสามารถสร้างให้เกิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืน เรียกว่า การปันผลทางประชากรครั้งที่สอง ซึ่งไม่เหมือนกับการปันผลทางประชากรครั้งแรก การปันผลทางประชากรครั้งที่สองไม่ใช่ลักษณะการเปลี่ยนแปลงชั่วคราว การสะสมทุนสินทรัพย์สามารถนำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างถาวรในการผลิตที่ใช้เครื่องจักรมากขึ้นต่อหน่วยแรงงาน ทำให้ทุนต่อแรงงานมีระดับสูงขึ้นส่งผลให้การบริโภคส่วนบุคคลสูงขึ้น

การปันผลทางประชากรครั้งที่สองมีความซับซ้อนในการประมาณค่ามากกว่าการปันผลทางประชากรครั้งแรก การปันผลทางประชากรครั้งที่สองได้รับอิทธิพลจาก ลักษณะความต้องการทุนในประชากรวัยสูงอายุว่าเป็นเช่นไร จากงานวิจัย Mason (2005) การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรมีผลต่อความต้องการทุนที่ต้องใช้ในวงจรชีวิตใน 2 ประเด็น ประการแรกคือผลกระทบจากองค์ประกอบ (Compositional effect) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของคนที่ใกล้วัยเกษียณอายุ คนกลุ่มนี้ต้องสะสมทุนเพื่อที่จะใช้เป็นเงินสำหรับการบริโภคในช่วงเกษียณอายุที่เหลืออยู่ ประการที่สองคือ ผลกระทบจากพฤติกรรม (Behavioral effect) มีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของอายุขัยอันสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของช่วงระยะเวลาของการเกษียณซึ่งนำไปสู่ความต้องการสินทรัพย์หรือความมั่งคั่งที่มากขึ้น

คนแต่ละกลุ่มอาจพึ่งพิงรูปแบบความมั่งคั่งที่แตกต่างกัน ความเป็นไปได้อย่างแรกคือคนในวัยเกษียณอายุอาจพึ่งพาเงินโอนจากภาครัฐ เช่น เงินบำนาญและโครงการสวัสดิการอื่นๆ หรือจากการโอนจากครอบครัวจากบุตรในวัยทำงาน ในกรณีดังกล่าวคนเหล่านี้จะพึ่งพิงทุนในรูปแบบการถ่ายโอนทรัพย์สินเพื่อที่จะใช้ในการบริโภคช่วงการเกษียณอายุ ความเป็นไปได้ที่สองคือคนวัยเกษียณอาจพึ่งพิงสินทรัพย์ที่ตนสะสมมาในช่วงทำงานเพื่อนำมาใช้จ่ายเพื่อบริโภคในวัยเกษียณ รูปแบบทั้งสองของทุนนี้สามารถช่วยสนับสนุนการขาดดุลของวงจรชีวิต ในช่วงวัยชราได้

สำหรับมุมมองของแต่ละบุคคล ทุนจากการถ่ายโอนและทุนจากทรัพย์สินสามารถที่จะใช้ทดแทนกันได้เพื่อใช้จ่ายในการบริโภคได้อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของเศรษฐกิจมหภาค การสะสมทรัพย์สินทำให้สัดส่วนทุนต่อแรงงานสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพในการผลิตและสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจ การถ่ายโอน ไม่ได้นำไปสู่การผลิตที่สูงขึ้น หรือ สามารถที่จะนำไปสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจได้ สาเหตุคือการถ่ายโอนสุทธิในเวลาหนึ่งเวลาใดจะมีค่าเป็นศูนย์เนื่องจากเงินโอนได้รับจากคนกลุ่มอายุหนึ่ง คือเงินโอนที่จ่ายโดยคนอีกกลุ่มอายุหนึ่ง ดังนั้นเงินทุนจากทรัพย์สินเท่านั้นที่อาจจะเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตของแรงงานและส่งผลกระทบต่อเติบโตทางเศรษฐกิจ ผลของการสะสมทุนเป็นกลไกสำคัญในการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นที่มาของบันผลทางประชากรครั้งที่สอง

ความมั่งคั่งสามารถสะสมได้ตลอดชีวิตเพื่อที่จะใช้จ่ายด้านการบริโภคในอนาคตเมื่อรายได้จากการทำงานมีไม่มากพอในช่วงวัยสูงอายุ จากการศึกษาดังกล่าวเพื่อประมาณการจำนวนผู้บริโภครายและผู้ผลิตสามารถทำได้สำหรับคนในแต่ละกลุ่ม (cohort) ความมั่งคั่งของวงจรชีวิต (life-cycle wealth) ของคนแต่ละกลุ่มเพิ่มขึ้นเมื่อมูลค่าการบริโภคในอนาคตสูงขึ้นเทียบกับมูลค่าการผลิตในอนาคต ในราคาปัจจุบัน ในความเป็นจริง ความต้องการความมั่งคั่งของวงจรชีวิต ส่วนมากจะอยู่ในช่วงคนวัยทำงานที่ใกล้เข้าสู่ช่วงเวลาที่มีรายได้สูงสุดและผ่านช่วงวัยที่ต้องมีการระมัดระวังการเลี้ยงดูบุตรแล้ว ดูภาคผนวก ก เรื่องวิธีการคาดประมาณการบันผลประชากรครั้งที่ 2

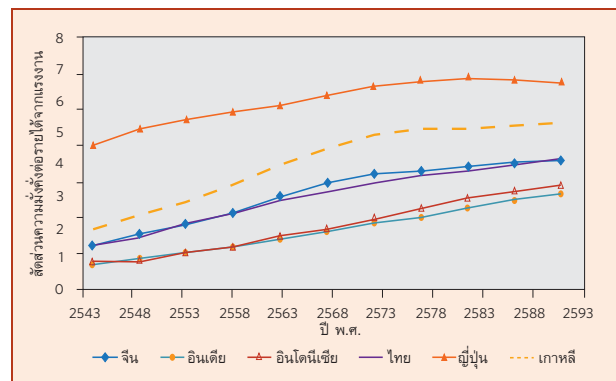
ในการจำลองการบันผลทางประชากรครั้งที่สอง จำเป็นต้องสร้างสมมติฐานบางประการขึ้นมา ประการแรกคือ อัตราการเติบโตของการบริโภคและรายได้จากแรงงานเป็นตัวแปรภายนอก กำหนดค่าให้เท่ากับ ร้อยละ 1.5 ต่อปี และ อัตราดอกเบี้ยเท่ากับร้อยละ 3 ประการที่สองคือ ผู้คนจะเริ่มสะสมทุนเมื่ออายุ 50 ปี ประการที่สามคือ นโยบายการโอนไม่มีการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเติบโตของสินทรัพย์และความมั่งคั่งของวงจรชีวิตมีค่าเท่ากัน ประการที่สี่คือ ความยืดหยุ่นของรายได้จากแรงงานตอบสนองต่อสินทรัพย์เท่ากับ 0.5 ซึ่งจากสมมติฐาน ความยืดหยุ่นของการผลิตตอบสนองต่อทุนเท่ากับหนึ่งในสาม ดังนั้น การบันผลทางประชากรครั้งที่สองสามารถคำนวณครั้งหนึ่งของอัตราการเติบโตของอัตราส่วนของทุนต่อรายได้ได้จากแรงงานรวม¹

การที่มีประชากรในวัยสูงอายุมากเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อนและการปรับปรุงการดูแลสุขภาพสามารถยืดอายุขัยของคนได้ยาวนานขึ้นอีก ผนวกกับความยากลำบากไม่สามารถเพิ่มอัตราเจริญพันธุ์ให้กลับไปอยู่ในระดับทดแทน ย่อมทำให้ประชากรสูงอายุจะ

มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างนโยบายที่ครอบคลุมในการส่งเสริมการออมมากกว่าการที่จะให้พึ่งพาการโอนจากรัฐเพื่อใช้ในการสนับสนุนการบริโภคในวัยสูงอายุ นโยบายดังกล่าวจะช่วยอำนวยความสะดวกในการสะสมทุนทางเศรษฐกิจที่สัมพันธ์กับรายได้จากแรงงาน หรือ การผลิตที่ใช้เครื่องจักรต่อแรงงานเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่ให้ผลชั่วครวเหมือนการบันผลทางประชากรครั้งแรก

ดังเช่นที่แสดงในแผนภูมิที่ 5.12 อัตราส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานจะสูงในประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานสูงที่สุดเนื่องจากประเทศญี่ปุ่นประสบกับภาวะประชากรวัยสูงอายุก่อนประเทศอื่นๆในเอเชีย สัดส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คล้ายกับในประเทศจีน ในทางกลับกัน ประเทศที่มีส่วนของผู้สูงอายุจำนวนน้อย เช่น อินเดียนและอินโดนีเซียจะมีอัตราส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานต่ำที่สุด

แผนภูมิที่ 5.12 สัดส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา

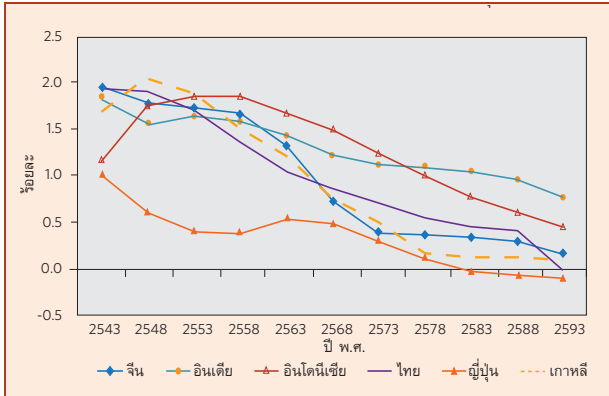


แหล่งข้อมูล: จากการคำนวณของผู้เขียนโดยอาศัยวงจรชีวิตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย

การบันผลทางประชากรครั้งที่สองสามารถจำลองได้ดังแผนภูมิที่ 5.13 ผลการศึกษาพบว่า การเติบโตทางเศรษฐกิจสามารถเกิดขึ้นได้อีกนานหลายทศวรรษแม้จะมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ประเทศไทยรวมทั้งประเทศอื่นๆ อาจได้รับประโยชน์จากการเพิ่มขึ้นประชากรวัยสูงอายุหากประชากรในวัยทำงานสะสมทรัพย์สินเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการบริโภคในช่วงเกษียณอายุ ผลลัพธ์ยังแสดงให้เห็นว่าขนาดของการบันผลทางประชากรครั้งที่สองนั้นมีความสำคัญกว่าการบันผลครั้งแรกในทุกประเทศ

1 เป็นที่สังเกตว่าภายใต้หลักเกณฑ์ Golden Rule อัตราส่วนการบริโภคต่อรายได้จากแรงงานมีค่าเท่ากับ 1 และอัตราการเติบโตของประสิทธิภาพในการผลิตและอัตราการเติบโตของการบริโภค (gc และ gy) คาดว่าคงที่และเท่ากัน

แผนภูมิที่ 5.13 การปันผลทางประชากรครั้งที่สองสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา



แหล่งข้อมูล: จากอัตราการเติบโตของสัดส่วนทุนต่อรายได้จากแรงงานสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา

บทเรียนที่สามารถเรียนรู้ได้จากเรื่องการปันผลครั้งที่สองในประเทศไทยรวมทั้งประเทศอื่นๆในเอเชีย คือ การที่ประเทศเหล่านี้ยังมีเวลาที่จะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ในการปันผลครั้งที่สอง เหตุผลก็คือในประเทศไทยนั้นประชากรสูงอายุยังไม่เด่นชัดเหมือนประเทศญี่ปุ่นหรือประเทศที่มีประชากรสูงอายุอื่นๆ ที่การสะสมทุนมีข้อจำกัดเนื่องจากคนวัยทำงานมีสัดส่วนน้อยลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการสร้างแผนการออมสำหรับประชากรในวัยทำงานของประเทศไทยในปัจจุบันเพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณ

ในช่วงสุดท้ายของการปันผลทางประชากรที่สอง แม้การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรจะไม่มีผลดีต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ระดับของอัตราส่วนความมั่งคั่งต่อแรงงานจะมากกว่าในตอนแรก การเพิ่มขึ้นของความมั่งคั่งสามารถใช้ในการบริโภคที่มากขึ้นสำหรับแต่ละบุคคล อีกนัยหนึ่งบุคคลสามารถเพิ่มระดับการบริโภคที่สูงขึ้นได้ในอนาคตเพราะว่าทุนสะสมในช่วงการปันผลทางประชากรจะนำไปสู่การผลิตที่ใช้เครื่องจักรต่อแรงงานในอัตราส่วนที่สูงขึ้น ก่อให้เกิดประสิทธิภาพการผลิตของคนงานที่เพิ่มขึ้น

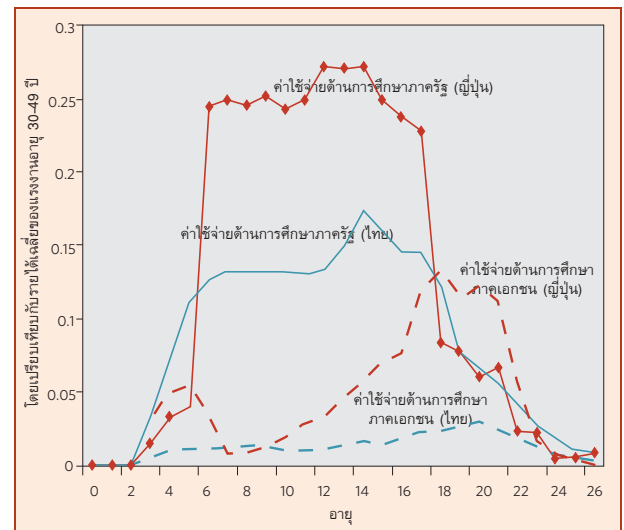
การถ่ายโอนทุนมนุษย์ระหว่างรุ่น

การสะสมทุนมนุษย์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตของแรงงาน ซึ่งสามารถจะเร่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ คำถามคือว่าภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงทำให้การถ่ายโอนทุนมนุษย์ไปยังเด็กแต่ละคนมากขึ้นหรือไม่ ซึ่งจะสามารถเพิ่มผลผลิตของแรงงานในอนาคตได้ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเจริญพันธุ์และการลงทุนในทุนมนุษย์หรือการได้อย่างเสียอย่างของคุณภาพและปริมาณที่ถูกกล่าวถึงโดย Becker และ Lewis (1973) หากไม่มี

การเปลี่ยนแปลงในจำนวนค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการศึกษา ภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำลงจะนำไปสู่การลงทุนในทุนมนุษย์ที่สูงขึ้นต่อเด็กหนึ่งคน ในกรณีนี้เศรษฐกิจอาจขยายระยะเวลาการปันผลทางประชากรครั้งแรกเนื่องจากระดับการผลิตที่สูงขึ้นของแรงงาน ซึ่งจะช่วยให้แรงงานในอนาคตสร้างผลผลิตได้เพิ่มขึ้น

การถ่ายโอนการศึกษาระหว่างรุ่นในประเทศไทยมีขนาดและมีความสำคัญมาก เด็กได้รับการถ่ายโอนจากคนกลุ่มอายุอื่นๆ ผ่านทางครอบครัวและภาครัฐ ตัวอย่างของการถ่ายโอนจากครอบครัวทางการศึกษาคือค่าเล่าเรียน ค่าหนังสือ และค่าเรียนพิเศษ ตัวอย่างของการถ่ายโอนจากรัฐทางการศึกษาคือเงินเดือน ค่าใช้จ่ายในการบริหาร และค่าใช้จ่ายในการบริโภคด้านการศึกษาอื่นๆโดยงบประมาณของรัฐบาล รูปแบบการลงทุนทุนมนุษย์ตามกลุ่มอายุสามารถประมาณได้โดยใช้วิธีการในบัญชีการโอนประชาชาติ (National Transfer Account) ข้อมูลกลุ่มอายุในด้านค่าการใช้จ่ายด้านการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนต่อเด็กหนึ่งคนสำหรับประเทศที่นำมาศึกษาจะแสดงในแผนภูมิที่ 5.14 สำหรับประเทศไทย การถ่ายโอนทางการศึกษาจากรัฐมีมากกว่าการถ่ายโอนทางการศึกษาจากเอกชนสำหรับทุกกลุ่มอายุ

แผนภูมิที่ 5.14 การถ่ายโอนทางการศึกษาจากรัฐบาลและเอกชน



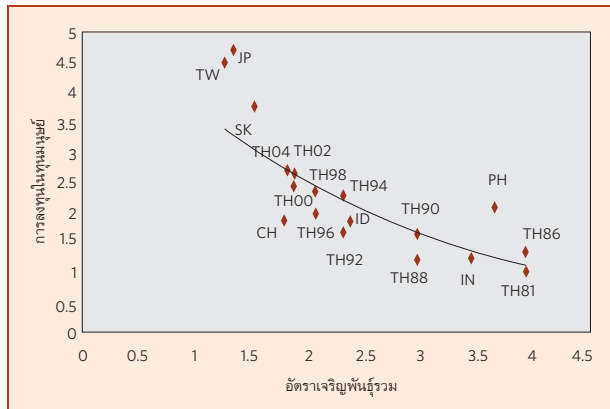
แหล่งข้อมูล: จากข้อมูลที่ใช้ในงานวิจัยของ Ogawa, Mason, et al. (2009)

ในแต่ละประเทศ ค่าใช้จ่ายต่อหัวด้านการศึกษาจากรัฐบาลและเอกชนสำหรับวัยเด็กอายุน้อยกว่า 26 ปี สามารถนำมารวมในการวัดค่าประมาณการในกลุ่มของการถ่ายโอนทุนมนุษย์ทางการศึกษาเพื่อเด็กได้ การลงทุนในทุนมนุษย์สัมพันธ์กับรายได้จากแรงงานเฉลี่ย (E) สำหรับแต่ละประเทศสามารถประมาณในรูปแบบล็อกอรรถมิติ แผนภูมิที่ 5.15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเจริญพันธุ์รวม (TFR) และการลงทุนในทุนมนุษย์

ค่า TFR ได้คำนวณจากค่าเฉลี่ยสำหรับช่วงเวลาห้าปีที่ผ่านมา ก่อนข้อมูลการลงทุนในทุนมนุษย์ (UN คาดการณ์ประชากร)²

การลดลงของ TFR อาจนำไปสู่การลงทุนในทุนมนุษย์ที่สูงขึ้นต่อเด็กหนึ่งคน ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตของแรงงานและเร่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

แผนภูมิที่ 5.15 การได้อย่างเสียอย่างของคุณภาพและปริมาณ สำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา



แหล่งข้อมูล: จากการคำนวณของผู้เขียน โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากผลการศึกษานโยบายการบัญชีการโอนประชากร (National Transfer Account Project)

บทสรุปและเสนอแนะ

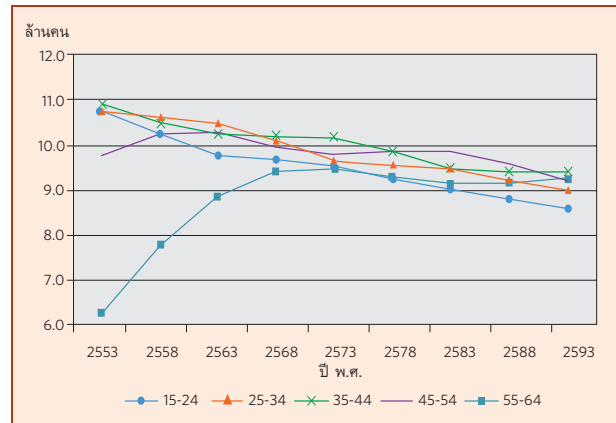
ถึงแม้ว่าสถานการณ์ต่างๆ ในอนาคตอาจจะไม่ได้สดใสมากนัก แต่ไม่ได้สิ้นหวังเกินกว่าจะรับมือได้ หากนโยบายต่างๆ ของประเทศไทยยังคงไม่เปลี่ยนแปลง ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรในวัยเด็กและวัยแรงงานที่น้อยลง อายุขัยที่เพิ่มขึ้นจะทำให้สัดส่วนการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ประมาณกลางศตวรรษนี้ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของประชากรในวัยแรงงานอยู่ที่ร้อยละ 63 โดยมีประมาณ 9 ล้านคน ในแต่ละช่วงอายุ 15-24 ปี 25-34 ปี 35-44 ปี 45-54 ปี และ 55-64 ปี (แผนภูมิที่ 5.16) ประเทศไทยจะไม่สามารถได้รับผลประโยชน์จากการปันผลทางประชากรครั้งแรกอีกต่อไปเพราะมันได้จบลงในปี 2553 ทำให้ต้องตั้งความหวังกับการปันผลทางประชากรครั้งที่สองหรือไม่จากการนำเข้าของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านให้มากขึ้น

2 สมการถดถอยสามารถแสดงได้ดังนี้

$$\ln(E) = 1.34 - 0.72 \ln(\text{TFR}); R^2 = 0.77 (16.81) (-7.62)$$

โดยที่ค่าในวงเล็บคือสถิติ t ผลพบว่าค่าความยืดหยุ่นเท่ากับ -0.72 ซึ่งหมายความว่า ถ้า TFR ต่ำกว่าร้อยละ 1 ส่วนของรายได้จากแรงงานที่ใช้จ่ายสำหรับการลงทุนในทุนมนุษย์จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.72 ค่าสัมประสิทธิ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่แตกต่างจากหนึ่ง ซึ่งผลของสมการถดถอยนี้หมายความว่า การลงทุนในทุนมนุษย์เพิ่มขึ้นในเอเชียน้อยกว่าการลดลงของสัดส่วนใน TFR คุรายละเอียดของการศึกษาเพิ่มเติมได้ใน Lee และ Mason (2010) และ Ogawa, Mason et al. (2009)

แผนภูมิที่ 5.16 แนวโน้มประชากรวัยแรงงาน

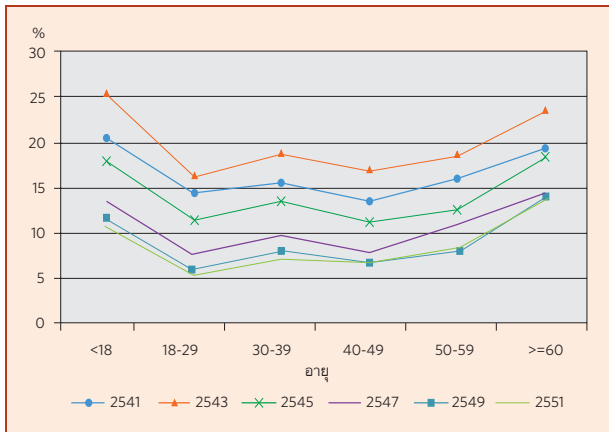


แหล่งข้อมูล: กรมเศรษฐกิจและสังคม สำนักเลขาธิการสหประชาชาติ, แนวโน้มประชากรโลก: ฉบับปรับปรุงเมื่อ 2008, <http://esa.un.org/unpp>, <http://esa.un.org/unpp>.

ถึงแม้จะมีประชากรสูงอายุ แต่ประเทศไทยยังสามารถได้รับประโยชน์จากการประชากรสูงอายุเหล่านี้ได้ หากประชากรไทยรู้จักสะสมทุน สิ่งที่เราควรทำคือการสร้างแผนการออมสำหรับประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานในปัจจุบัน เพื่อให้แรงงานเหล่านี้สามารถเตรียมตัวเองให้พร้อมสำหรับวัยเกษียณ ผลคาดว่าประชาชนแต่ละคนจะสามารถรักษาระดับการบริโภคที่สูงขึ้นได้ในอนาคต เพราะการสะสมทุนตลอดช่วงเวลาการปันผลทางประชากร ซึ่งจะไปสู่การลงทุนที่เข้มข้นขึ้นและมีผลิตภาพแรงงานที่สูงขึ้น การส่งเสริมแรงงานให้ออมยังช่วยให้เกิดการคุ้มครองทางสังคม ประชากรในวัยสูงอายุมีความเปราะบางต่อความยากจนเพราะมีโอกาสที่รายได้น้อยกว่าการบริโภค หากไม่มีการสนับสนุนใดๆ อาจทำให้ประชากรในวัยสูงอายุตกอยู่ในภาวะยากจนได้ แผนภูมิที่ 5.17 ได้แสดงให้เห็นว่าภาวะความยากจนของคนสูงอายุนั้นสูงกว่าคนในวัยแรงงาน

เงินบำนาญสำหรับผู้เกษียณอายุไม่เพียงแต่ลดความน่าจะเป็นที่ผู้สูงอายุจะตกอยู่ในภาวะยากจนได้เท่านั้น แต่อาจจะทำให้ความเปราะบางของสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย จากงานวิจัยของ Duflo (2003) แสดงให้เห็นว่าคนในครัวเรือนนั้นไม่ได้ต่างคนต่างอยู่ การจ่ายบำนาญให้แก่ผู้สูงอายุผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนานั้น สามารถช่วยเพิ่มส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กผู้หญิงที่อยู่ในบ้านเดียวกัน การโอนภายในครอบครัวนี้ยังคงมีให้เห็นแม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศญี่ปุ่น จากการสำรวจในประเทศญี่ปุ่น ในปี 2550 พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ตอบแบบสอบถามที่อายุ 40 ปี ยังคงได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากผู้ปกครองในช่วง 12 เดือน ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่า ผู้ที่ส่งเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ปกครองของตนเสียอีก ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือทางการเงินแก่ลูกหลานของพวกเขาในยามที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ (Ogawa et al, 2010)

แผนภูมิที่ 5.17 ภาวะความยากจน จำแนกตามอายุของไทย



แหล่งข้อมูล: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ความต้องการการออมเงินเพื่อใช้ในยามเกษียณนั้นมีมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เดือนเมษายน ปี 2553 โดยมีกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมครัวเรือนในทุกจังหวัดจำนวน 3,680 ครัวเรือน การสำรวจได้ถามว่า ถ้ารัฐบาลให้ท่านออมเงิน 100 บาทต่อเดือนทุกเดือนและรัฐบาลช่วยสมทบให้อีก 50 บาท ซึ่งจะทำให้ท่านได้รับบำนาญเป็นจำนวน 700 บาทต่อเดือนเมื่ออายุ 60 ปี ท่านจะออมหรือไม่ ผลจากการสำรวจแสดงในตารางที่ 5.4 ประมาณร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการที่จะออม

ตารางที่ 5.4 การสำรวจการออมเพื่อวัยเกษียณ

	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	รวม
ต้องการออม						
และสามารถออมได้	55	49	43	47	51	48
แต่ไม่แน่ใจว่าจะออมได้สม่ำเสมอ	14	22	24	27	20	23
แต่ไม่มีกำลังทรัพย์ที่จะออม	10	12	14	13	18	13
ไม่ต้องการออม						
เนื่องจากสามารถจัดการกับเงินออมของตัวเองได้	7	4	5	2	1	3
เนื่องจากไม่มีความต้องการที่จะออม	3	3	2	2	1	2
เนื่องจากไม่เชื่อใจรัฐบาล	1	3	2	2	1	2
ไม่ทราบ, ไม่แน่ใจ	11	8	11	8	8	9

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจอุปสงค์ของ ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

เงินเพื่อใช้ในยามเกษียณ แต่มีเพียงครึ่งหนึ่ง เท่านั้นที่มั่นใจว่าจะมีความสามารถในการออมเงินได้ทุกๆ เดือน สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการออมนั้นมีสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยในทุกๆ ภาค ตัวอย่างที่อยู่ในกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่รวยกว่าภาคอื่น มีสัดส่วนที่ต้องการออมด้วยตัวเองมากกว่าภาคอื่นๆ

หากนโยบายทางด้านประชากรไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย ประเทศไทยอาจต้องส่งเสริมให้มีการเข้ามาของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้นเพื่อเผชิญกับปัญหาสังคมสูงอายุ ประเทศไทยจำเป็นต้องมีแรงงานต่างด้าวถึง 6 ล้านคน ในอีก 10 ปีข้างหน้า เพื่อเติมความขาดแคลนของแรงงานและเพื่อรักษาการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง (ธนะพงษ์ โปธิพิติ, 2553) ถ้าหากจำนวนของแรงงานต่างด้าวเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไทยควรมีนโยบายทางสังคมที่เหมาะสมและมีการดำเนินการอย่างจริงจัง แรงงานต่างด้าวควรได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับแรงงานไทย ลูกหลานของแรงงานต่างด้าวควรได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับเด็กไทย ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้าน การศึกษา สุขภาพ และการประกันสังคมด้านอื่นๆ จะต้องเพิ่มมากขึ้นด้วย ภาครัฐจะต้องชั่งน้ำหนักให้ดี ระหว่างต้นทุนทางสังคมที่จะเกิดขึ้นนี้ กับทางเลือกที่จะให้การเติบโตทางเศรษฐกิจมาจากการพัฒนาผลิตภาพแรงงานโดยการพัฒนาทุนมนุษย์และการสะสมทุนทางกายภาพ



ความเป็นเมืองและผลกระทบจากการย้ายถิ่น

ประเทศไทยได้กลายเป็นประเทศที่มีรายได้ในระดับปานกลางในช่วง 25 ปีที่ผ่านมาพร้อมๆ กับการเจริญเติบโตของความเป็นเมืองที่ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว การเจริญเติบโตของความเป็นเมืองนี้เป็นผลมาจากรูปแบบของการโยกย้ายถิ่นฐานที่มีมาช้านานและแนวโน้มแบบใหม่ๆ ของการกระจายตัวของประชากรซึ่งประมาณหนึ่งในสามของประชากรไทยอาศัยอยู่ในเขตเมืองในปัจจุบัน ในขณะที่เดียวกันการอพยพโยกย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศทั้งการย้ายถิ่นเข้าและย้ายถิ่นออกจากประเทศไทยได้กลายเป็นแรงขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญ รายงานในบทนี้จะเป็นการศึกษาแนวโน้มและความแตกต่างของการโยกย้ายถิ่นฐานทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศตั้งแต่ช่วงวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 เป็นต้นมา นอกจากนี้ยังจะศึกษาแนวโน้มของการขยายตัวของความเป็นเมืองและรูปแบบในการตั้งถิ่นฐานในเขตเมืองและผลกระทบของแนวโน้มเหล่านี้ต่อความแตกต่างของลักษณะทางประชากรและสังคม และรายได้ของชาวเมืองและชาวชนบท รวมถึงนำเสนอภาพรวมของผลกระทบของการขยายตัวของความเป็นเมืองและการโยกย้ายถิ่นฐานต่อสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย และในตอนท้ายจะได้อภิปรายถึงการนำแนวโน้มเหล่านี้มาใช้ในการกำหนดนโยบายและการวางแผนพร้อมข้อเสนอแนะสำหรับยุทธศาสตร์ในการรับมือกับสถานการณ์ของประเทศในโอกาสที่ประเทศไทยกำลังอยู่ในกระบวนการกำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับใหม่

การโยกย้ายถิ่นฐานภายในประเทศ

รูปแบบของการโยกย้ายถิ่นฐานระยะยาว

การโยกย้ายถิ่นฐานไม่ได้เป็นปรากฏการณ์ที่เพิ่งจะเกิดขึ้นในประเทศไทยและการโยกย้ายถิ่นฐานไม่ได้เป็นผลมาจากการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมในช่วงยี่สิบห้าปีที่ผ่านมาแต่เพียงอย่างเดียว ประชาชนในชนบทได้อพยพเข้าเมืองเพื่อหารายได้เสริมจากการเกษตรโดยเฉพาะในฤดูแล้งที่เป็นช่วงพักการทำงานมาตั้งแต่ปี 2343 - 2442 รูปแบบของการโยกย้ายถิ่นฐานในระยะก่อนสงครามโลกครั้งที่สองเป็นการย้ายถิ่นระหว่างชนบท

สู่ชนบทเนื่องจากเป็นช่วงที่ประชาชนต้องการย้ายไปหาพื้นที่ทำกินใหม่ในเขตพื้นที่ป่า จากการที่ประเทศไทยในยุคนั้นมีที่ดินว่างเปล่าอยู่มากมายผนวกกับการที่ประชาชนสามารถแผ้วถางจับจองพื้นที่ว่างเปล่าได้อย่างค่อนข้างอิสระทำให้มีการอพยพโยกย้ายถิ่นฐานกันอย่างกว้างขวางเมื่อประชากรมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ดู Sussangkorn, 1990 และ Phélinas, 2001)

ในขณะเดียวกัน ในช่วงระหว่างปี 2444 - 2494 เป็นช่วงที่ประเทศไทยมีจำนวนผลผลิตทางการเกษตรที่สูงมากจึงทำให้ไม่มีแรงจูงใจให้ชาวชนบทย้ายเข้าสู่เขตเมือง และการที่มีชาวจีนอพยพเข้ามาอยู่ในกรุงเทพมหานคร เป็นจำนวนมากก็ทำให้การดำรงชีพอยู่ด้วยการเป็นชาวนานั้นมีความเป็นอยู่ที่ดีกว่าการย้ายถิ่นเพื่อไปเป็นแรงงานไร้ฝีมือในเมืองหลวง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อรัฐบาลเริ่มมีนโยบายจำกัดจำนวนชาวจีนที่จัดอนุญาตให้อพยพย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศไทยได้ในปี 2490 ได้ทำให้ค่าจ้างแรงงานไร้ฝีมือเพิ่มสูงขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดให้ชาวชนบทมุ่งหน้าเข้าสู่กรุงเทพมหานคร โดยจะเห็นปรากฏการณ์ที่กล่าวมานี้ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้นหลังปี 2493 เมื่ออัตราการขยายตัวของประชากรเพิ่มขึ้นในขณะที่ผลผลิตข้าวลดลง ปัจจัยดังกล่าวประกอบกับการปรับปรุงการคมนาคมขนส่งทางบกได้ทำให้การย้ายถิ่นตามฤดูกาลกลายเป็นเรื่องปกติสำหรับทั้งประชากรชายและหญิงในช่วงทศวรรษที่ตามมา (ดู Ouyyanont, 1998, 2003 และ Phélinas, 2001)

Chamratrithirong (2007) ชี้ให้เห็นว่าทำไมการเพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็วของประชากรในประเทศไทยในช่วงปี 2593-2512 จึงทำให้เกิดความสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่องการย้ายถิ่นภายในประเทศเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการลี้ภัยของประชากรจากชนบทเข้าสู่เมือง จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะในปี 2503, 2513 และ 2523 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการย้ายถิ่นในช่วงเวลาดังกล่าว โดยระหว่างปี 2518-2523 นั้นจะเห็นได้ว่าการย้ายถิ่นจากชนบทสู่ชนบทนั้นลดลงแต่การย้ายถิ่นข้ามภูมิภาค การย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมือง และการย้ายจากเมืองสู่เมืองนั้นมีเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ช่วงปี 2508-2513 พบว่ามีการลี้ภัยของประชากรสู่กรุงเทพมหานคร

ภาคเหนือ และภาคใต้ของประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามพบว่าระหว่างปี 2518-2523 มีเพียงภาคกลางและกรุงเทพมหานครเท่านั้นที่มีประชากรเพิ่มขึ้นอันเป็นผลมาจากการโยกย้ายถิ่นฐาน (ดู Goldstein & Goldstein, 1986)

มีการสำรวจย่อยๆ เพื่อศึกษารูปแบบของการย้ายถิ่นฐานในเชิงลึกในช่วงปี 2513-2532 อยู่หลายครั้ง จากการสำรวจของ Lightfoot และคณะ (1983) ใน 6 หมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าอัตราการย้ายถิ่นระยะสั้นแบบหมุนเวียนต่อเนื่องอยู่ในอัตราที่สูงโดยมีกรุงเทพมหานคร เป็นจุดหมายปลายทางหลัก ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของการย้ายถิ่นทั้งหมดเป็นการมุ่งหน้าสู่กรุงเทพมหานคร ในขณะที่การย้ายถิ่นส่วนมากเป็นการย้ายถิ่นระยะสั้นตามฤดูกาลและพบว่าร้อยละ 79 ของผู้ย้ายถิ่นระยะสั้นตามฤดูกาลนั้นไม่ประสบการณ์ในการย้ายถิ่นมากกว่าหนึ่งฤดูกาล นอกจากนี้ยังมีงานศึกษาวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าผู้ย้ายถิ่นระยะยาวถูกคัดสรรมากกว่าผู้ย้ายถิ่นระยะสั้น และยังพบว่าโครงการพัฒนาชนบทต่างๆ มีผลต่อการเอื้อให้เกิดการย้ายถิ่นออกจากภูมิลำเนา มากกว่าที่จะสกัดกั้นการย้ายถิ่น (ดู Chamratrithirong, 2007)

การสำรวจการย้ายถิ่นระดับชาติ (National Migration Survey หรือ NMS) ในปี 2535 ได้ใช้กระบวนการปฏิทินวิถีชีวิต (Life History Calendar) ในการเก็บข้อมูลการย้ายถิ่นย้อนหลังเดือนต่อเดือนเพื่อตรวจสอบการย้ายถิ่นระยะสั้นและระยะยาวอย่างละเอียดรวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตของบุคคลอื่นและลักษณะของครัวเรือน ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจนี้ได้แสดงให้เห็นว่าตัวเลขการย้ายถิ่นในระยะสั้นที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ และจากการสำรวจสำมะโนประชากรนั้นต่ำกว่าความเป็นจริงและถ้านิยามของการย้ายถิ่นหมายถึงการเคลื่อนย้ายในระยะเวลานานหนึ่งเดือนหรือนานกว่านั้น ข้อมูลจากการสำรวจนี้ก็ชี้ให้เห็นว่าร้อยละ 22 ของประชากรได้มีการย้ายถิ่นในช่วงห้าปีที่ผ่านมาในขณะที่การสำรวจสำมะโนประชากรปี 2533 (ดู Chamratrithirong et al., 1995) พบว่ามีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น ในจำนวนผู้ที่เคยย้ายถิ่นนี้มีอยู่ร้อยละ 35.9 ที่เป็นผู้ที่เคยย้ายถิ่นสองครั้งหรือมากกว่านั้นโดยร้อยละ 18.8 (หรือประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ย้ายถิ่นตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป) เป็นแรงงานที่ย้ายถิ่นตามฤดูกาล นอกจากนี้ได้มีการสำรวจตัวอย่างของครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซ้ำอีกครั้งในอีกสองปีถัดมาคือในปี 2535 (ดู Richter et al. 1996) พบว่าหนึ่งในสี่ (หรือประมาณร้อยละ 25) ของผู้ให้สัมภาษณ์เคยย้ายถิ่นในช่วงเวลาสองปีที่ผ่านมาโดยมีร้อยละ 9 เป็นแรงงานที่ย้ายถิ่นตามฤดูกาล

มีการศึกษาวิจัยที่สำคัญอีกสองครั้งที่ทำการศึกษาพลวัตของการย้ายถิ่นในประเทศไทยและทั่วโลก การศึกษาในโครงการ “นางรอง” เป็นการสำรวจครัวเรือนในอำเภอหนึ่งของจังหวัดบุรีรัมย์ในปี 2527, 2537 และ 2543 โดยการติดตามสัมภาษณ์แรงงานย้ายถิ่นจากอำเภอที่ศึกษาระหว่างปี 2527 และ 2537 ไปยังสี่จุดหมาย

ปลายทางหลัก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร พื้นที่โครงการพัฒนาชายฝั่งตะวันออก นครราชสีมา และบุรีรัมย์ ในปี 2538 และได้มีการบันทึกข้อมูลเชิงพื้นที่เพิ่มเติมในฐานข้อมูลของการศึกษาในปี 2537-2538 รวมทั้งได้มีการเพิ่มข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมในฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ในปี 2543 (ดู Entwisle et al., 1999; Rindfuss et al., 2003; และ Walsh et al., 2005) การศึกษาโครงการนางรองนี้มีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดความเข้าใจในเชิงลึกเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ที่ดินกับความกดดันด้านประชากรและการย้ายถิ่น โดยพบว่าครัวเรือนที่ถือครองที่ดินขนาดเล็กกว่ามักมีการเพิ่มขยายแหล่งรายได้ผ่านการย้ายถิ่นชั่วคราว และการย้ายถิ่นออกจากภูมิลำเนาส่งผลให้มีการใช้ที่ดินเพื่อการเพาะปลูกน้อยลง (ดู Rattanawarang, 2009; Van Wey, 2008) ซึ่งผลที่ตามมาคือขนาดของการถือครองที่ดินทำกินกลายเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญน้อยลงต่อการตัดสินใจย้ายถิ่นของประชากรในหมู่บ้านที่มีอัตราการย้ายถิ่นออกไปยังพื้นที่ที่สูง (ดู Garip & Curran, 2009)

การศึกษาที่สำคัญครั้งล่าสุดเกี่ยวกับการย้ายถิ่นคือการสำรวจการเฝ้าระวังทางประชากร (Demographic Surveillance Survey) ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวในชุมชนเมืองและชนบทรวม 100 แห่งในจังหวัดกาญจนบุรี การศึกษาในครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลทางด้านประชากรและครัวเรือน เศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ โดยที่ข้อมูลเหล่านี้ได้ถูกเชื่อมโยงเข้ากับชุมชนและฐานข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System หรือ GIS) มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี 2543 จนถึงปัจจุบัน (2553) โดยมีการศึกษาเฉพาะหลายหัวข้อที่เกี่ยวกับการย้ายถิ่นและผลกระทบต่อครัวเรือนและสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อเด็กและผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ในช่วงปี 2550-2553 ได้มีการติดตามกลุ่มผู้ที่ย้ายถิ่นเข้ากรุงเทพมหานคร และอำเภอเมืองในจังหวัดกาญจนบุรีเพื่อสำรวจเกี่ยวกับสถานะการจ้างงาน พฤติกรรมด้านสังคม และสุขภาพ ซึ่งครั้งนี้เป็นการศึกษาที่รวมทั้งแรงงานย้ายถิ่นที่เป็นคนไทยและแรงงานข้ามชาติ (ดู สถาบันวิจัยประชากรและสังคม IPSR, 2002) ผลการสำรวจในเบื้องต้นขณะนี้พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงของจังหวัดกาญจนบุรีมีการย้ายถิ่นฐานขณะที่มีอายุน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ราบในเขตชนบทซึ่งที่ดินทำกินเป็นปัจจัยหนึ่งที่กดดันให้ต้องมีการย้ายถิ่นฐาน (ดู Lam et al, 2007 และ Soe, 2005)

วิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปี 2540

ในขณะที่การศึกษาวิจัยเหล่านี้มีส่วนอย่างมากในการทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพลวัตของการย้ายถิ่นในประเทศไทยในระหว่างปี 2533 - 2542 แต่ผลกระทบจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในกลางปี 2540 ที่ทำให้ตลาดหุ้นและตลาดหลักทรัพย์ทรุดตัวลงและทำให้ค่าเงินบาทลดลงก่อให้เกิดความไม่แน่นอน จึงมีการตั้งคำถามว่าหากแรงงานอพยพที่อยู่ในภาคธุรกิจก่อสร้าง การผลิต

และภาคอื่นๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศต้องตกงานพวกเขาจะเดินทางกลับภูมิลำเนาของตนในชนบทหรือไม่ และหากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นจริงเขตชนบทจะมีศักยภาพในการรองรับและรักษาคนเหล่านี้ไว้ในพื้นที่ได้หรือไม่

ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อการจ้างงานเป็นเรื่องยากที่จะคาดเดาเนื่องจากแรงงานหลายคนที่ต้องตกงานได้ย้ายออกจากตลาดแรงงานที่เป็นทางการไปยังเศรษฐกิจนอกระบบ ด้วยเหตุนี้ตัวเลขจำนวนผู้ที่ว่างงานจึงไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการว่าจ้างแบบไม่เต็มเวลาหรือผู้ที่ไม่ได้ถูกรวมอยู่ในตัวเลขสถิติอย่างเป็นทางการ แหล่งข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่ามี การว่างงานเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ (ดู Skeldon (2004) หน้า 58) โดยภาคธุรกิจที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือธุรกิจก่อสร้าง (ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากจากทุพภิกขภัย) และภาคการผลิตเนื่องจากภาวะเงินตึงตัว และยังมีการค้าและการพาณิชย์ที่หดตัว (ดู Chalamwong, 2000) มีหลักฐานว่าภาคบริการได้รับแรงงานจากภาคธุรกิจอื่นๆ เข้ามาสู่ภาคบริการถึงร้อยละ 19 (ดู Knowles et al., 1999) หลังจากช่วงหลายทศวรรษแห่งการถดถอยทางเศรษฐกิจอัตราความยากจนได้เพิ่มขึ้นในประเทศที่เศรษฐกิจกำลังเฟื่องฟูขณะที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ตัวอย่างเช่นในประเทศไทยความยากจนลดลงจากร้อยละ 32.6 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 11.4 ในปี 2539 แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2541 (ดู NESDB, 1999) ความยากจนที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการไร้สมรรถภาพของเศรษฐกิจนอกระบบและภาคการเกษตรที่ไม่สามารถรองรับแรงงานที่ไม่มีงานทำ ในขณะที่เศรษฐกิจของประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเริ่มฟื้นตัวในปี 2542 ประเทศไทยกลับฟื้นตัวได้ช้ากว่าและไม่สามารถทำให้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจกลับเข้าสู่ระดับก่อนหน้าได้จนกระทั่งถึงปี 2544

การย้ายถิ่นภายในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างขนานใหญ่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540-2542 ด้วยการพลิกกลับของรูปแบบของการย้ายถิ่นจากที่เคยเป็นการย้ายจากชนบทสู่เมืองเนื่องจากแรงงานอพยพที่ต้องออกจากงานในเมืองและเขตชานเมืองเดินทางกลับภูมิลำเนาในชนบท ในประเทศไทยที่ซึ่งภาคการผลิตและการก่อสร้างได้รับผลกระทบโดยตรงอย่างรุนแรงนั้น

การคาดประมาณว่าสองในสามของผู้ว่างงานเป็นผู้ที่อพยพมาจากชนบท และมีแรงงานย้ายถิ่นกลับสู่ชนบทเพิ่มขึ้นถึงสี่เท่าโดยที่ร้อยละ 75 ของแรงงานกลุ่มนี้ย้ายกลับภูมิลำเนาของตน (ดู Chalamwong, 2000)

แนวโน้มในปัจจุบันของการย้ายถิ่นภายในประเทศ

ในส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอแนวโน้มของรูปแบบของการย้ายถิ่นภายในประเทศตั้งแต่ช่วงวิกฤตการณ์ทางการเงินจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าข้อมูลการสำรวจสำมะโนประชากรจะมีข้อจำกัดในด้านการศึกษาถึงความซับซ้อนของรูปแบบของการย้ายถิ่นแต่ก็มีประโยชน์ในด้านการศึกษาที่ต่อเนื่องในระยะยาว การสำมะโนประชากรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เคยย้ายถิ่นในช่วงชีวิต (Lifetime migrants) กล่าวคือผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ไม่ใช่จังหวัดบ้านเกิด และผู้ย้ายถิ่น “ห้าปี” ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีประสบการณ์ในการย้ายถิ่นในรอบห้าปีก่อนการทำสำมะโน ดังที่จะเห็นได้จากตารางที่ 6.1 ที่แสดงว่าการย้ายถิ่นในช่วงชีวิตเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2508-2513 หลังจากนั้นก็จะอยู่ในอัตราคงที่ระหว่างปี 2518-2533 และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงปี 2538-2543 ในขณะที่ผู้ย้ายถิ่นห้าปีก็มีแนวโน้มของการย้ายถิ่นที่คล้ายคลึงกันยกเว้นช่วงปี 2518-2523 ที่มีการย้ายถิ่นในรอบห้าปีลดลงจากประมาณร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 4 และในระหว่างปี 2538-2543 การย้ายถิ่นห้าปีได้เพิ่มขึ้นสู่ระดับสูงสุดที่ร้อยละ 6.3

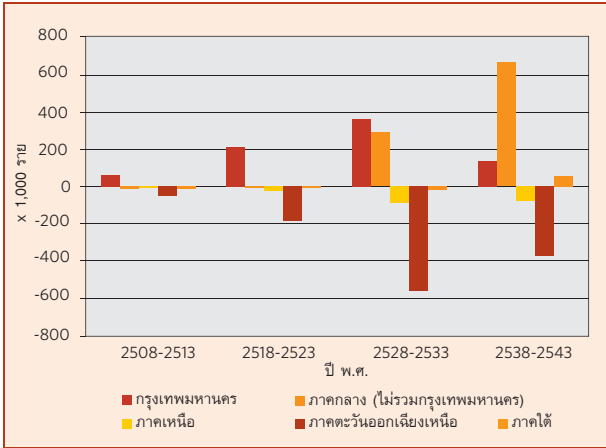
นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจสำมะโนประชากรยังมีประโยชน์ในด้านการสะท้อนให้เห็นภาพรวมของการย้ายถิ่นในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศดังในแผนภูมิที่ 6.1 ที่แสดงให้เห็นว่ามีการหลั่งไหลของประชากรออกจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีการหลั่งไหลของประชากรเข้าสู่กรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากช่วงปี 2498-2503 กระทั่งถึงช่วงปี 2528 - 2533 แต่ในช่วงปี 2543 กระแสการย้ายถิ่นสู่ภาคกลางของประเทศที่อยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร ได้แซงหน้าการย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพมหานคร และขนาดของประชากรที่ย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพมหานคร กลับลดลงโดยมีสาเหตุหลักมาจากการขยายตัวของพื้นที่เขตเมืองในเขตปริมณฑลรอบๆ กรุงเทพมหานคร ซึ่งทำให้เกิดการขยายตัวด้านโอกาสในการจ้างงานซึ่งจะได้กล่าวถึงโดยละเอียดต่อไป

ตารางที่ 6.1 ร้อยละของประชากรที่เป็นผู้เคยย้ายถิ่นในช่วงชีวิต (Lifetime migrant - ผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นที่ไม่ใช่จังหวัดที่เกิด) และผู้ย้ายถิ่นห้าปี (มีการย้ายถิ่นห้าปีก่อนการสำรวจ)

	ปี 2503	ปี 2513	ปี 2523	ปี 2533	ปี 2543
ผู้ย้ายถิ่นในช่วงชีวิต (%)	10.8	13.1	14.1	13.9	16.8
ผู้ย้ายถิ่นห้าปี (%)	3.6	5.9	4.1	5.1	6.3

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและการเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546

แผนภูมิที่ 6.1 การเพิ่มขึ้นหรือลดลงสุทธิของการย้ายถิ่นห้าปี
ในภูมิภาคต่างๆ ระหว่างปี 2508-2543

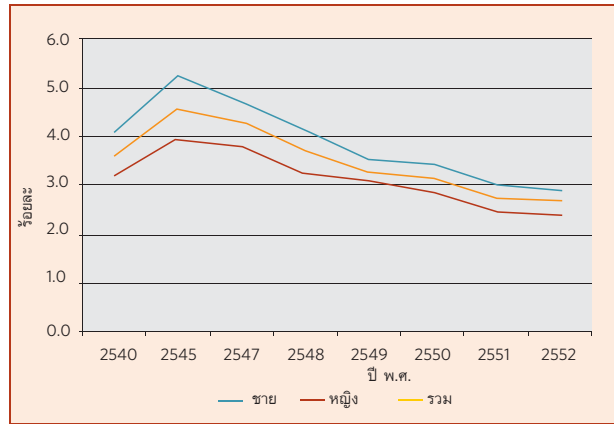


แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546

สำหรับการศึกษารายละเอียดของการย้ายถิ่นตั้งแต่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 ผู้เขียนใช้การสำรวจการย้ายถิ่นที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติมาตั้งแต่ปี 2540 (ดูสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 1990) แม้ว่าจะมีการดำเนินการสำรวจเป็นประจำทุกปีมาตั้งแต่ปี 2547 แต่ไม่มีการดำเนินการสำรวจนี้ในระหว่างปี 2541-2544 และในปี 2546 การสำรวจใช้กลุ่มตัวอย่างระดับประเทศและใช้แบบสอบถามเดียวกันกับการสำรวจกำลังแรงงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติโดยได้เพิ่มข้อความเกี่ยวกับการย้ายถิ่นเข้าไว้ด้วย แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงนิยามของคำว่า การย้ายถิ่นในบางประเภทในการสำรวจในรอบหลายปีที่ผ่านมาแต่การวัดการย้ายถิ่นในรอบหนึ่งปีก่อนการสำรวจยังคงใช้นิยามเดิมและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 6.2 แสดงถึงอัตราการย้ายถิ่นของประชากรรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงในปี 2540-2552 การสำรวจในปี 2540 นั้นดำเนินการในช่วงฤดูฝนซึ่งเป็นเวลาหลายเดือนหลังจากที่ค่าเงินบาทลดลงในเดือนกรกฎาคม การวิเคราะห์ผลกระทบของวิกฤตการณ์ทางการเงินปี 2540 นี้พบว่าน่าจะมีการย้ายถิ่นในระดับสูงซึ่งสะท้อนความเป็นจริงที่ว่าผู้ย้ายถิ่นจากชนบทจำนวนมากได้กลับภูมิลำเนาเนื่องจากโอกาสของการได้งานทำในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองอื่นๆ นั้นลดลง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสัดส่วนของการย้ายถิ่นในปี 2540 นั้นต่ำกว่าที่วัดได้ในปี 2545 เมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว (ร้อยละ 3.6 และร้อยละ 4.6) โดยประเด็นนี้จะได้รับการวิเคราะห์ในเชิงลึกในลำดับต่อไป

แผนภูมิที่ 6.2 สัดส่วนของประชากรที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นหนึ่งปี (รวมและจำแนกตามเพศ) ระหว่างปี 2540-2552

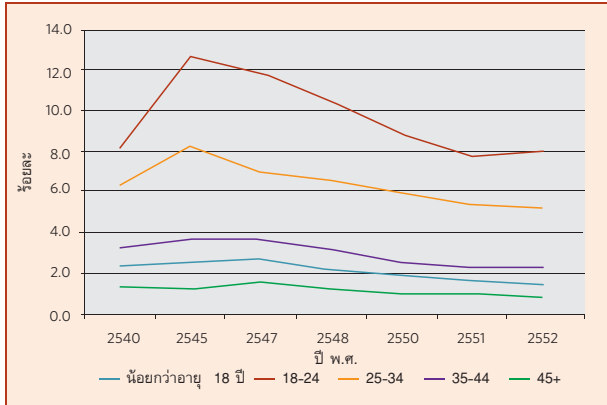


หมายเหตุ: เนื่องจากไม่ได้มีการสำรวจเป็นรายปีในช่วงก่อนปี 2547 ระดับของเส้นแผนภูมิจากปี 2540-2545 จึงมีความคลาดเคลื่อน

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจการย้ายถิ่น 2540, 2545 และ 2547-2552

ตั้งแต่ปี 2545 อัตราการย้ายถิ่นลดลงอย่างต่อเนื่องโดยผู้ชายจะมีการย้ายถิ่นในอัตราที่สูงกว่าผู้หญิงแต่ความแตกต่างระหว่างเพศนี้ได้ลดลงในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างด้านอายุ (ดูแผนภูมิที่ 6.3) จะพบว่ากลุ่มประชากรวัยทำงานที่ยังอยู่ในช่วงวัยหนุ่มสาว (อายุ 18-24 และ 25-34 ปี) มีอัตราการย้ายถิ่นสูงกว่าประชากรในกลุ่มอายุอื่น ๆ โดยในปี 2545 พบว่าร้อยละ 12.7 ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี และร้อยละ 8.2 ของผู้ที่มีอายุ 25-34 ปีได้ย้ายถิ่นในรอบปีที่ผ่านมาในขณะที่ประชากรในกลุ่มอายุอื่นๆ มีอัตราการย้ายถิ่นน้อยกว่าร้อยละ 4 ยิ่งไปกว่านั้นในขณะที่อัตราการย้ายถิ่นของผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปีหรือมากกว่า 35 ปียังคงค่อนข้างคงที่ในช่วงเวลานี้กลับปรากฏว่าคนวัยทำงานรุ่นหนุ่มสาวได้ย้ายถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงปี 2540-2545 และลดลงอย่างมากในระหว่างปี 2545-2552 ในขณะที่ความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี และ 25-34 ปีลดลงในช่วงเวลานี้ กลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปีเป็นประชากรกลุ่มเดียวที่มีอัตราการย้ายถิ่นเพิ่มขึ้นในปี 2552

แผนภูมิที่ 6.3 ร้อยละของประชากรที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นหนึ่งปี จำแนกตามกลุ่มอายุระหว่างปี 2540-2552

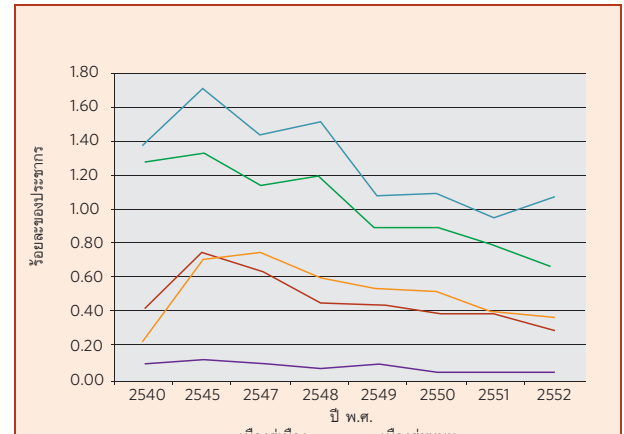


แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจการย้ายถิ่น 2540, 2545 และ 2547-2552

อัตราการย้ายถิ่นในช่วงเวลานี้จะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 6.4 และเนื่องจากการย้ายถิ่นมักเป็นการย้ายถิ่นตามฤดูกาลจึงควรตั้งข้อสังเกตว่าการสำรวจนี้ที่ผ่านมามีค่าดำเนินการหลังจากที่ผ่านพ้นช่วงฤดูฝนไปใหม่ๆ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สามารถึงเข้าถึงผู้ย้ายถิ่นตามฤดูกาลในชุมชนบ้านเกิดได้มากที่สุดเนื่องจากผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่มักเดินทางกลับภูมิลำเนาเพื่อเก็บเกี่ยวผลผลิตจากนาข้าว แต่ก็มีข้อยกเว้นในการสำรวจปี 2552 ที่ได้ดำเนินการสำรวจในช่วงฤดูแล้งโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะดูว่ามีการย้ายถิ่นเพิ่มขึ้นเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2551 หรือไม่ ซึ่งก็พบว่าเป็นไปตามที่คาดไว้คือมีการเคลื่อนย้ายทั้งจากเมืองสู่ชนบทและจากชนบทสู่ชนบทมากที่สุดในช่วงฤดูฝนเมื่อแรงงานตามฤดูกาลและแรงงานระยะสั้นกลับสู่ภูมิลำเนา ในการสำรวจปี 2540 พบว่าการเคลื่อนย้ายจากเมืองสู่เมืองและชนบทสู่เมืองอยู่ในระดับที่ต่ำสุด ซึ่งน่าจะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการขาดโอกาสจ้างงานในเขตเมืองในช่วงวิกฤตทางการเงินในช่วงปี 2540 ซึ่งสอดคล้องกับการย้ายถิ่นจากชนบทสู่ชนบทซึ่งอยู่ในอัตราสูงสุดในปี 2540 และดังที่ได้คาดไว้ ในขณะที่การย้ายถิ่นจากเมืองสู่ชนบทเป็นกระแสการย้ายถิ่นที่ใหญ่ที่สุดแต่ ความจริงที่ว่าอัตราการย้ายถิ่นสู่ชนบทที่เพิ่มขึ้นต่อไปในปี 2545 และยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงต้นของปี 2543 - 2553 ทำให้เกิดคำถามขึ้นกับผลการสำรวจก่อนหน้านี้ที่ว่าวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปี 2540 ได้ก่อให้เกิดการย้ายถิ่นกลับสู่พื้นที่ชนบทขนานใหญ่นั้นเป็นความจริงหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตาม การขาดข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาของการย้ายถิ่นและระยะเวลาของการย้ายถิ่นทำให้ยากที่จะให้ข้อสรุปใดๆ เนื่องจากโอกาสการจ้างงานในช่วงปี 2545-2547 น่าจะทำให้เกิดการย้ายถิ่นระยะสั้นตามฤดูกาลเพิ่มขึ้นมากกว่าอัตราที่เกิดขึ้นในช่วงภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญเช่นกันก็คือการย้ายถิ่นจากเมืองสู่ชนบทที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงฤดูแล้งในปี 2552 รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของการย้ายถิ่นเหล่านี้ได้แสดงไว้ในตารางที่ 6.2 และ

เนื่องจากข้อมูลปี 2552 ชี้ให้เห็นว่าอัตราของแรงงานย้ายถิ่นที่ระบุว่าพวกเขาย้ายกลับภูมิลำเนานั้นเพิ่มขึ้นจากการสำรวจในปีก่อนๆ ซึ่ง Boonyamanond และ Punpuing (2010) ชี้ว่านี่คือหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าอย่างน้อยการย้ายถิ่นกลับภูมิลำเนาบางส่วนเป็นผลมาจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2551

แผนภูมิที่ 6.4 สัดส่วนของประชากรที่เป็นแรงงานย้ายถิ่นหนึ่งปี จำแนกตามเส้นทางในการย้ายถิ่นระหว่างปี 2540-2552



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจการย้ายถิ่น 2540, 2545 และ 2547-2552

ตารางที่ 6.2 ร้อยละของแรงงานย้ายถิ่นหนึ่งปีที่ระบุว่า การย้ายถิ่นครั้งล่าสุดเป็นการย้ายกลับภูมิลำเนา จำแนกตามจุดหมายปลายทางระหว่างปี 2551-2552

ปี	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม
2551 (%)	42.1	66.4	58.9
2552 (%)	44.9	73.7	65.7

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจการย้ายถิ่น 2551-2552

รูปแบบของความเป็นเมือง

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าการศึกษาวินิจฉัยด้านการย้ายถิ่นฐานส่วนใหญ่ในช่วงระหว่างปี 2503-2532 นั้นเกิดขึ้นจากความสนใจเกี่ยวกับการย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการย้ายสู่กรุงเทพมหานคร ความเป็นเมืองเอกในท่ามกลางเมืองใหญ่อีกหลายแห่งในประเทศของกรุงเทพมหานคร ได้ก่อ

1 คำถามนี้เป็นคำถามที่เพิ่มเติมเข้าไปในการสำรวจปี 2551 ดังนั้นจึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลในปีก่อนหน้านี้ได้

ตัวชี้วัดอย่างชัดเจนมาตั้งแต่เมื่อเริ่มสร้างเมืองในคริสต์ศตวรรษที่ 18 (2243-2342) โดยในปี 2524 กรุงเทพมหานคร มีประชากรเป็นจำนวนมากถึง 50 เท่าของเมืองที่ใหญ่เป็นอันดับสองของประเทศ การเจริญเติบโตของกรุงเทพมหานคร ยังเพิ่มขึ้นอีกเมื่อประเทศไทยได้เปลี่ยนเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว และในปี 2543 กรุงเทพมหานคร มีประชากรเป็นจำนวนมากถึงครึ่งหนึ่งของประชากรในเขตเมืองทั้งหมดของประเทศไทย และมีผลผลิตมวลรวมในประเทศต่อประชากรหรือ GDP คิดเป็นร้อยละ 35.2 ของเขตเมืองทั่วประเทศ การครอบงำของระบบทุนในด้านโอกาสในการทำงานสามารถสะท้อนให้เห็นได้จากความเป็นจริงที่ว่ามีการย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองที่ไม่ได้เป็นไปตามรูปแบบขั้นตอนของการย้ายถิ่นเช่นในอดีตที่ผ่านมาเนื่องจากมีทั้งผู้ย้ายถิ่นตามฤดูกาลและผู้ย้ายถิ่นระยะยาวจำนวนมากมุ่งหน้าเข้าสู่กรุงเทพมหานคร โดยที่ไม่เคยย้ายถิ่นไปยังเขตเมืองอื่นที่มีขนาดเล็กกว่า กรุงเทพมหานคร มาก่อน นอกจากนี้กรุงเทพมหานครยังเป็นศูนย์กลางทางการเงินในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงอีกด้วย (ดู Chamrathirong et al, 1995, 1999. ชัยบี, 1998; Glassman & Sneddon, 2003; และ Ouyannont, 1998)

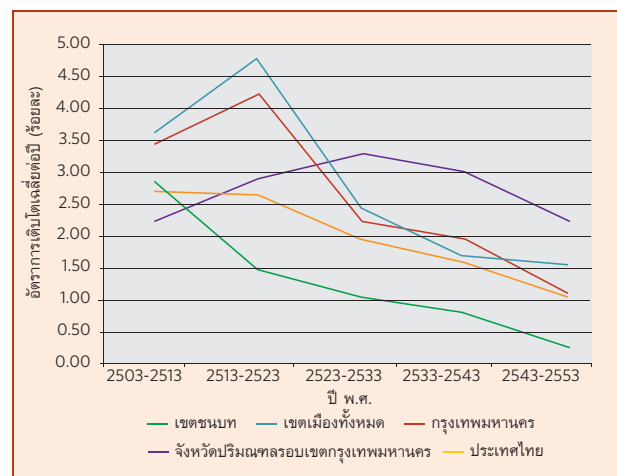
เพื่อตอบสนองต่อการเติบโตอย่างรวดเร็วรัฐบาลไทยได้ประกาศใช้นโยบายการกระจายอำนาจในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สาม (2515-2519) และฉบับที่สี่ (2520-2524) ซึ่งแผนพัฒนาทั้งสองฉบับนี้ได้ให้สิ่งจูงใจในการส่งเสริมการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกให้เป็นศูนย์กลางทางการผลิตและสนับสนุนการเจริญเติบโตของเขตเมืองในภูมิภาคต่างๆ โดยผ่านทางการพัฒนาอุตสาหกรรม แต่อย่างไรก็ตามความพยายามที่จะลดความเป็นเมืองสำคัญหนึ่งเดียวของกรุงเทพมหานคร ลงในช่วงเวลานี้ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าไรนัก และเมื่อถึงช่วงประมาณปี 2530-2532 รัฐบาลไทยได้มุ่งไปที่การลดผลกระทบในด้านลบของการพัฒนามากกว่าการวางแผนรองรับการขยายตัวของพัฒนาความเป็นเมือง แต่เนื่องจากในช่วงเวลานั้นพื้นที่ในเขตปริมณฑลรอบนอกกรุงเทพมหานคร มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วยิ่งกว่าในเขตตัวเมืองกรุงเทพมหานคร ทำให้นักวิชาการหลายท่านให้ความเห็นในเชิงโต้แย้งว่าการไม่มีการวางแผนได้นำไปสู่ปัญหาของพื้นที่เขตเมือง เช่น ความแออัด และมลภาวะ ในเมืองที่เป็นศูนย์กลางของแต่ละภูมิภาคในขณะที่ปัญหาดังกล่าวในเขตกรุงเทพมหานคร กลับไม่ได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นแต่อย่างใด (ดู CODI, 2006; Glassman & Sneddon, 2003; Guest & Jones, 1996; และ Punpuing, 1999)

การเจริญเติบโตของเขตเมืองในทุกมุมโลกในปัจจุบันนั้นอยู่ในอัตราที่สูงอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ซึ่งขัดกับความเชื่อทั่วไปที่ว่าเมืองขนาดเล็กและขนาดกลางจะเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่าเมืองขนาดใหญ่ระดับมหานคร (ดู UNFPA, 2007) ดังที่จะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 6.5-1 ที่อัตราการเจริญเติบโตของกรุงเทพมหานครนั้นสูงกว่าการเติบโตของประเทศไทยโดยรวมในช่วง ช่วงปี

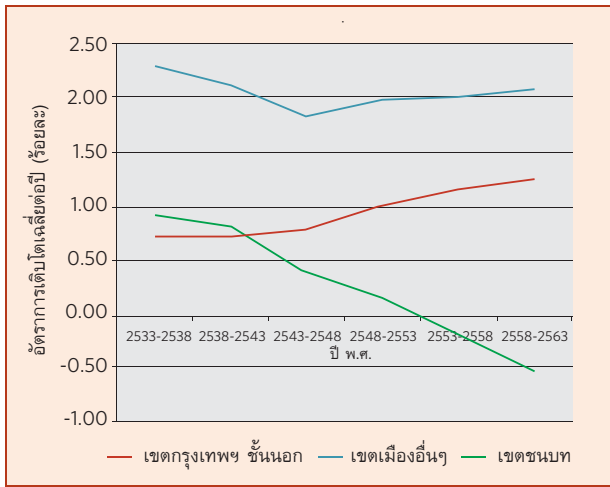
2503-2522 ซึ่งความแตกต่างของการเติบโตนี้ได้ลดลงในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การเติบโตของกรุงเทพมหานคร พุ่งสูงสุดสูงสุดในอัตราเกือบร้อยละ 5 ใน ช่วงปี 2513-2522 แต่เมื่อถึงช่วงปี 2523-2532 จังหวัดที่อยู่รอบๆ กรุงเทพมหานคร กลับมีการเติบโตในอัตราที่รวดเร็วกว่า ในขณะเดียวกันอัตราการขยายตัวของเขตเมืองอื่นๆ ก็สูงกว่าในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลตลอดช่วงปี 2533-2552 (ดูแผนภูมิที่ 6.5-2) ทำให้สัดส่วนของประชากรในเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร ลดลง (ดูแผนภูมิที่ 6.6) จากการประมาณการณ์โดยกระทรวงมหาดไทยพบว่าจังหวัดนครราชสีมาและอำเภอหาดใหญ่ในจังหวัดสงขลามีประชากรเมืองมากที่สุดถ้าไม่นับกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลโดยมีจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเคยเป็นเมืองใหญ่อันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ในครั้งอดีตเป็นเมืองที่มีประชากรหนาแน่นที่สุดเป็นอันดับสองรองจากสองเมืองนี้

แผนภูมิที่ 6.5 อัตราการเจริญเติบโตของประชากรเฉลี่ยรายปีของประเทศไทย จำแนกตามประเภทของเมือง

แผนภูมิที่ 6.5-1 เขตชนบท เขตเมือง กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ประเทศไทย ระหว่างปี 2503-2553



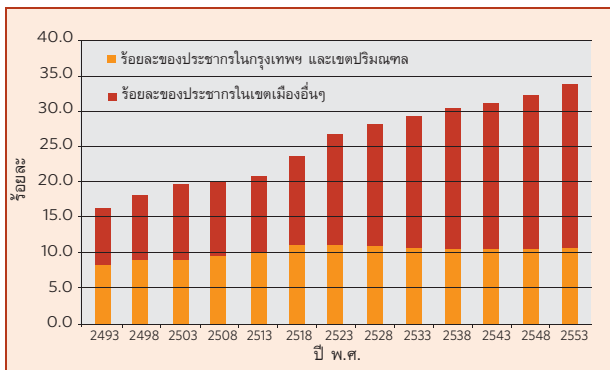
**แผนภูมิที่ 6.5-2 เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เขตเมือง
อื่นๆ เขตชนบท ระหว่างปี 2538-2563**



แหล่งข้อมูล: แผนภูมิที่ 6.5-1 ข้อมูลเขตเมืองและเขตชนบทจาก United Nations, World Urbanization Prospects Database, 2007; ข้อมูลอื่นๆ จาก 1960-2000 Population and Housing Census, NSO และ 2000-2010 Population projections, NESDB.

แผนภูมิที่ 6.5-2 จาก United Nations, World Urbanization Prospects Database, 2007

**แผนภูมิที่ 6.6 สัดส่วนของประชากรที่อาศัยอยู่ในเขต
กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และเขตเมือง
อื่นๆ ระหว่างปี 2493-2553**



แหล่งข้อมูล: สหประชาชาติ ฐานข้อมูลขนาดความเป็นเมืองทั่วโลก, 2550

การย้ายถิ่นระหว่างประเทศ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาความแตกต่างของระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสถานการณ์ด้านประชากรของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคที่เพิ่มมากขึ้นได้นำไปสู่การโยกย้ายถิ่นฐานระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งปรากฏการณ์นี้มักเกิดขึ้นในกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือหรือกึ่งไร้ฝีมือที่ย้ายจากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำกว่าไปยังประเทศที่มีเศรษฐกิจที่แข็งแกร่งกว่า ตัวอย่างเช่นการย้ายถิ่นฐาน

เข้าสู่ประเทศไทยโดยแรงงานไร้ฝีมือจากประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำกว่า ในขณะที่มีแรงงานไทยที่เป็นแรงงานกึ่งฝีมือจำนวนมากย้ายถิ่นไปยังเขตเศรษฐกิจที่แข็งแกร่งกว่าในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตะวันออกกลาง และในภูมิภาคอื่นๆ ของโลก

การย้ายถิ่นฐานออกจากประเทศไทย

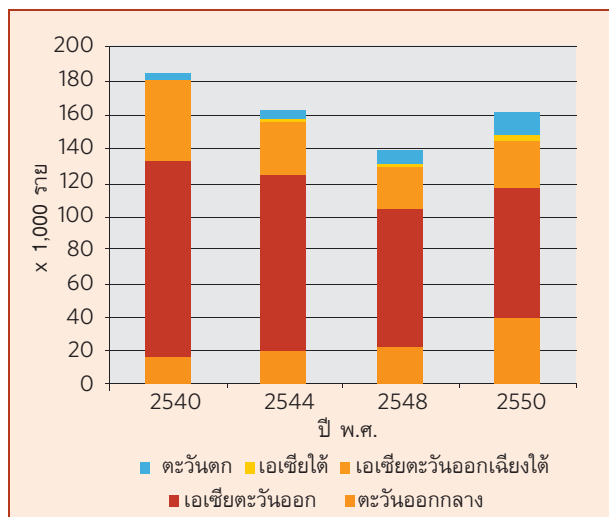
สถิติอย่างเป็นทางการรายงานว่าแรงงานไทยที่ย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นแรงงานชาย (ร้อยละ 85) และส่วนใหญ่เป็นการไปทำงานที่ใช้ทักษะต่ำ และเมื่อพิจารณาแนวโน้มตัวเลขอย่างเป็นทางการในแผนภูมิที่ 6.7 จะพบว่าแรงงานไทยที่ไปทำงานในต่างแดนมีจำนวนลดลงเล็กน้อยอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลา 10 ปี โดยมีจำนวนแรงงานไทยในต่างประเทศอยู่ระหว่าง 180,000-160,000 คน แต่จำนวนนี้ได้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงปี 2549-2550 อย่างไรก็ตามการคาดประมาณจำนวนของแรงงานไทยที่เดินทางกลับจากต่างแดนอันเนื่องมาจากวิกฤตการณ์ทางการเงินในช่วงปี 2540 เป็นเรื่องที่ทำให้ยากมากเนื่องจากมีแรงงานจำนวนมากไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานอย่างเป็นทางการ วิกฤติเศรษฐกิจนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่แรงงานไทยหลังไหลเข้าไปทำงานในประเทศที่สำคัญในภูมิภาค อาทิเช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน ฮองกง สิงคโปร์และมาเลเซีย เป็นจำนวนมากและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ดู Skeldon, 1999) แต่ด้วยผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจทำให้หลายๆ ประเทศพยายามที่จะจำกัดจำนวนแรงงานข้ามชาติโดยการออกนโยบายเลิกจ้างและส่งกลับแรงงานจากต่างประเทศ แต่ถึงกระนั้นก็ตามจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ทำงานอยู่ในระบบธุรกิจที่ไม่เป็นทางการยังคงมีตัวเลขคงที่หรืออาจจะเพิ่มขึ้นก็เป็นได้ ซึ่ง Skeldon (2004) ได้ให้ข้อสรุปไว้ว่านโยบายส่งกลับแรงงานข้ามชาติไม่ได้มีผลสำคัญใดๆ เลยต่อการย้ายถิ่นฐานในเวลานั้น

ตารางที่ 6.3 สถิติอย่างเป็นทางการของคนไทยที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศระหว่างปี 2539-2550

ปี	คนไทยที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ (หน่วยต่อ 1,000 ประชากร)
2539	185.4
2540	183.7
2541	175.4
2542	159.6
2543	177.7
2544	165.0
2545	160.8
2546	147.8
2547	148.6
2548	139.7
2549	160.8
2550	161.9

แหล่งข้อมูล: Hugué & Punpuing (2005); Sciortino & Punpuing (2009)

แผนภูมิที่ 6.7 จำนวนคนไทยที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคต่างๆทั่วโลกหว่าปี 2540-2550 (สถิติอย่างเป็นทางการ)

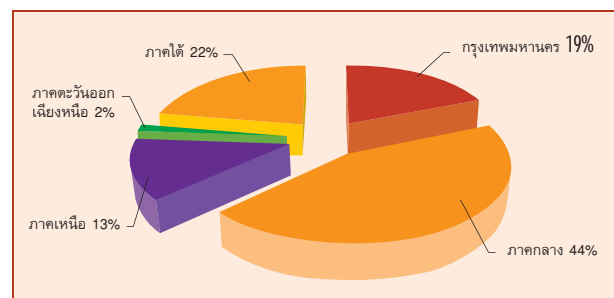


แหล่งข้อมูล: Hugué & Punpuing (2005); Sciortino & Punpuing (2009)

จากสถิติรายงานที่กล่าวมาแล้วข้างต้นยังพบอีกว่าแรงงานไทยได้หันเหจุดหมายปลายทางของการไปทำงานในต่างแดนในช่วง

ระยะเวลาดังกล่าว (ดูแผนภูมิที่ 6.8) ดังที่เห็นได้ว่าสถิติจำนวนแรงงานย้ายถิ่นของไทยที่ลดลงนั้นน่าจะเป็นผลมาจากการลดลงของจำนวนแรงงานไทยในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ตัวเลขแรงงานไทยในประเทศแถบตะวันออกกลางกลับเพิ่มขึ้นเกือบเป็นสองเท่าในปี 2548-2550 และนอกจากนี้จำนวนแรงงานไทยในประเทศแถบตะวันตกยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน หากพิจารณาถึงประเทศจุดหมายปลายทางในแถบตะวันออกกลางจะพบว่าอิสราเอลเป็นประเทศที่มีแรงงานไทยอยู่เป็นจำนวนมากและค่อนข้างคงที่อยู่ที่ประมาณ 9,000-12,000 คน อย่างไรก็ตามจำนวนแรงงานไทยที่เพิ่มขึ้นในตะวันออกกลางในปี 2550 เกือบทั้งหมดเป็นแรงงานที่เข้าไปทำงานในประเทศสาธารณรัฐอาหรับอิมิเรสต์ (เมืองดูไบ) ที่มีโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่อยู่มากมายในช่วงเวลานั้นโดยมีแรงงานไทยประมาณ 10,000 คนทำงานอยู่ที่นั่นในปี 2550 และเมื่อวิเคราะห์ตัวเลขแรงงานไทยที่ไปทำงานในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าจำนวนลดลงอันเนื่องมาจากการลดลงของจำนวนแรงงานไทยในไต้หวัน (จากกว่า 100,000 คนเหลือเพียงประมาณ 50,000 คน) ส่วนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้นพบว่าจำนวนแรงงานไทยลดลงมากอย่างเห็นได้ชัดทั้งในประเทศมาเลเซีย (จาก 9,000 คนเหลือเพียง 3,000 คน) และประเทศบรูไน (จาก 18,000 คนเหลือเพียง 4,000 คน) (ดู Hugué & Punpuing, 2005 และ Sciortino & Punpuing, 2009)

แผนภูมิที่ 6.8 การกระจายสัดส่วนของแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารเข้าเมืองในภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย ในปี 2552



แหล่งข้อมูล: กระทรวงแรงงาน รายงานสถานการณ์แรงงาน 2553

แม้ว่าจะเป็นการยากที่จะคาดประมาณจำนวนแรงงานไทยในต่างประเทศที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานอย่างถูกต้องแต่มีความเป็นไปได้ว่าอาจมีจำนวนแรงงานเหล่านี้ในจำนวนที่มากกว่าแรงงานที่ย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศอย่างเป็นทางการโดยมีสาเหตุหนึ่งมาจากการที่ประเทศไทยมีพรมแดนเปิดที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประเทศมาเลเซียที่มีวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกันกับชาวไทยในภาคใต้ทำให้มีแรงงานไทยย้ายถิ่นเข้าไปทำงานในประเทศมาเลเซียในระยะสั้นอยู่เป็นจำนวนมาก ส่วนในประเทศอื่นๆ ที่มีแรงงานไทยอยู่เป็นจำนวนมาก

เช่นประเทศไต้หวันแรงงานไทยที่ไปทำงานตามสัญญาที่ถูกต้อง ในตอนแรกอาจจะเกิดสัญญาเมื่อสามารถหางานอื่นที่ดีกว่าได้ หรืออาจอยู่ในประเทศนานเกินกว่าที่ทางรัฐบาลไต้หวันกำหนด แรงงานหญิงที่ทำงานในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการเช่นงานรับใช้ในบ้านหรือแรงงานในภาคการเกษตรมักมีแนวโน้มที่จะมีสถานะเป็นแรงงานที่ผิดกฎหมาย (ดู Hugo, 2005; Martin, 2009; Sciortino & Punpuing; และ Skeldon, 1999)

การอพยพมาอยู่ในประเทศไทย

นับตั้งแต่ในอดีต ประเทศไทยเป็นประเทศปลายทางสำหรับผู้ย้ายถิ่นฐานจากประเทศอื่นๆ โดยกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดเป็นพ่อค้าและแรงงานทักษะต่ำจากประเทศจีนที่เดินทางเข้ามาเป็นจำนวนมาก ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 และ 19 (ช่วงปี 2243-2443) และได้ลงหลักปักฐานในประเทศไทยมาหลายชั่วอายุคน การสำรวจสำมะโนประชากรในปี 2452 พบว่ามีผู้อพยพชาวจีนจำนวน 162,505 คน อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ดู APMRN, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) และโดยเฉพาะในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีชาวต่างชาติอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่เข้ามายังประเทศไทยในฐานะพ่อค้า แรงงานที่มีทักษะหรือเครือข่ายเชิงพาณิชย์ ไม่ว่าจะเป็นชาวอินเดีย ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และชาวยุโรปและเอเชียอื่น ๆ โดยที่กลุ่มผู้อพยพชาวอินเดียและมาเลย์จำนวนมากได้ปรับตัวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยได้อย่างกลมกลืนเป็นอย่างดีอีกด้วย (ดู Sciortino & Punpuing, 2009)

กลุ่มผู้โยกย้ายถิ่นฐานที่เข้ามายังประเทศไทยที่เห็นได้ชัดเจน กลุ่มที่สองคือกลุ่มผู้ลี้ภัย ในช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่สองมีกลุ่มผู้อพยพจากเวียดนามที่หนีภัยจากความขัดแย้งและความไร้เสถียรภาพในประเทศเวียดนามเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นจำนวนมากซึ่งมีการประมาณการณ่ว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้อพยพจำนวน 68,800 คนได้ลงหลักปักฐานในประเทศไทยในปี 2502 โดยเฉพาะในพื้นที่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ นอกจากนี้ในระหว่างสงครามเวียดนามคลื่นผู้อพยพลูกใหม่ได้ทะลักเข้ามาในประเทศไทยอีกระลอกแต่ผู้อพยพกลุ่มนี้ส่วนมากได้อพยพไปตั้งถิ่นฐานในประเทศที่สามแล้ว (ส่วนใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา) อย่างไรก็ตามยังไม่เป็นที่ทราบกันว่าจำนวนที่แท้จริงของผู้อพยพชาวเวียดนามในปัจจุบันเป็นอย่างไร แต่จากตัวเลขอย่างเป็นทางการในช่วงปี 2541-2547 พบว่ามีผู้อพยพชาวเวียดนามอยู่จำนวน 24,914 คนที่มีสถานะเป็น “คนต่างด้าว” ตามทะเบียนราษฎรซึ่งบุตรหลานรุ่นที่สองและสามของบุคคลเหล่านี้ต้องยื่นคำร้องเพื่อขอรับ “สัญชาติไทย” (ดู Sciortino & Punpuing, 2009)

ในช่วงหลังสงครามเวียดนาม (นับจากปี 2518) มีชาวลาวประมาณ 320,000 คนหลบหนีเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่ได้ย้ายไปตั้งถิ่นฐานในประเทศที่สามหรือย้ายกลับประเทศลาวไป

แล้ว ในขณะที่มีกลุ่มชาติพันธุ์ชาวม้งจากประเทศลาวรวมทั้งบุตรหลานของประชากรกลุ่มนี้ที่เกิดในประเทศไทยประมาณ 15,500 คนเคยอาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราวในประเทศไทยจนกระทั่งถึงต้นปี 2553 ที่รัฐบาลไทยได้ส่งคนกลุ่มนี้กลับประเทศลาว

กลุ่มผู้อพยพชาวกัมพูชาถูกผลักดันให้เข้ามายังประเทศไทยจากเหตุการณ์ต่างๆ ในประเทศกัมพูชา อันได้แก่ภัยชนของเขมรแดง ในปี 2518 การสู้รบระหว่างกองทัพเวียดนามกับกองทัพเขมรแดง ในปี 2522 การรุกรานของกองทัพเวียดนามตามแนวชายแดนไทย ในปี 2527-2528 การล่มสลายของรัฐบาลผสมกัมพูชาในปี 2540 และการสิ้นสุดของยุคเขมรแดงในปี 2541 โดยที่ค่ายอพยพสำหรับผู้ลี้ภัยชาวกัมพูชาแห่งแรกเปิดขึ้นในปี 2522 และค่ายอพยพแห่งสุดท้ายได้ถูกปิดลงในปี 2542 มีผู้อพยพชาวกัมพูชาประมาณ 235,000 คนที่ได้ย้ายไปตั้งถิ่นฐานในประเทศที่สามในขณะที่มีชาวกัมพูชาอีกจำนวน 370,000 คนได้รับการส่งกลับไปยังประเทศกัมพูชา (ดู Robinson อ้างใน Huguet & Punpuing, 2005)

นอกจากนี้แล้วประเทศไทยยังเป็นที่พักพิงของกลุ่มคนจำนวนมากจากประเทศพม่าที่หลบหนีความขัดแย้งระหว่างกลุ่มติดอาวุธชนกลุ่มน้อยที่อยู่ฝ่ายตรงข้ามกับรัฐบาลกลางในประเทศพม่า ตามข้อมูลจากองค์การกึ่งรัฐผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ หรือ UNHCR ณ เดือนธันวาคม 2550 พบว่ามีประชากรจำนวน 130,435 คนอาศัยในศูนย์พักพิงชั่วคราว 9 แห่งที่ตั้งอยู่ในแนวชายแดนไทย-พม่า (ดู UNHCR อ้างใน Sciortino & Punpuing, 2009, หน้า 83) ประเทศไทยได้กลายเป็นประเทศหลักที่รองรับผู้ย้ายถิ่นมาตั้งแต่ช่วงปี 2533 เมื่อมีการหลั่งไหลเข้ามาของแรงงานข้ามชาติที่มีทักษะต่ำจากอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขงที่ประกอบด้วย ประเทศจีน (โดยเฉพาะจากมณฑลยูนนาน) เวียดนาม ลาว กัมพูชา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศพม่าที่เริ่มมีจำนวนมากกว่าแรงงานไทยที่ไปทำงานในต่างประเทศ (ดู Tsay, 2002 และ Sciortino & Punpuing, 2009) ผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจในช่วงปี 2540-2542 ต่อการย้ายถิ่นระหว่างประเทศนั้นยากที่จะประมาณการณ่ได้เนื่องจากวิกฤติการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบในรูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละภาคส่วนธุรกิจในแต่ละประเทศ แต่จากสถิติที่รวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลที่เป็นทางการโดย Skeldon (2004) พบว่าจำนวนประชากรข้ามชาติในประเทศไทยยังคงมีอยู่ในระดับที่คงที่หรืออาจจะเพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลานั้น

มีการคาดประมาณว่ามีจำนวนชาวต่างชาติที่ทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งสิ้นประมาณ 2.8 ล้านคน ณ สิ้นปี 2550 (ดู Sciortino & Punpuing, 2009) ทางรัฐบาลได้มีความพยายามที่จะจางับจำนวนกลุ่มประชากรเหล่านี้ในการสำรวจสำมะโนประชากรในปี 2553 ให้ได้มากกว่าที่เคยนับได้ในการสำรวจสำมะโนประชากรในปี 2543 ซึ่งในการสำรวจครั้งนั้นนับได้ว่ามีแรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาอยู่เพียงประมาณ 70,000 คน เท่านั้น (ดู Archavanitkul et al., 2009) ในขณะที่มี

การคาดประมาณว่ามีแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอยู่ในประเทศไทยถึง 1,314,382 คน² ในปลายปี 2542 ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 82 เป็นแรงงานจากประเทศพม่า ร้อยละ 8 จากลาว และเกือบร้อยละ 10 จากประเทศกัมพูชา ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่าสองเท่าของจำนวนรวมของประชากรข้ามชาติทั้งหมดที่มีอยู่ในประเทศไทยเนื่องจากมีประชากรข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนอยู่เพียง 1,093,237 คนตามที่ได้อ้างถึงในบทที่ 2 และเนื่องจากการจ้างงานที่ไม่ใช่งานในภาคการเกษตรส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองจึงมีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่ในเขตเมืองอย่างหนาแน่นดังที่เห็นจะได้จากแผนภูมิที่ 6.7 ว่าประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรข้ามชาติหรือประมาณ 252,768 คนเป็นผู้ที่มาจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาที่ทำงานและพักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ประมาณร้อยละ 44, 22, 13 และ 2 กระจุกตัวอยู่ในจังหวัดต่างๆ ในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ (ดู กระทรวงแรงงาน, 2010) ประชากรข้ามชาติเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือที่มีรายได้ต่ำแต่รายได้นี้ก็ยังคงสูงกว่ารายได้ที่กลุ่มคนเหล่านี้จะได้รับในประเทศของตนซึ่งจะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

นอกจากนี้ยังมีประชากรข้ามชาติประเภทอื่นๆ ที่ย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศไทยด้วยเหตุผลด้านการงานหรือเพื่อมาตั้งถิ่นฐานรกรากเนื่องจากประเทศไทยมีความต้องการผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะสูงด้านการบริหารจัดการ วิศวกรรม เทคโนโลยี หรืออุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น โดยในปลายปี 2552 มีชาวต่างชาติที่ถือใบอนุญาตทำงานอยู่ในประเทศไทยทั้งสิ้น 210,745 คน ภายใต้สัญญาจ้างงานจากนายจ้างหรือภายใต้โครงการพิเศษของรัฐบาลไทยที่ส่งเสริมด้านการลงทุนจากต่างประเทศ นอกจากนี้ผู้ที่เข้ามาตามสัญญาการจ้างงานแล้วยังมีบุคคลชาวต่างชาติอื่นๆ รวมถึงนักเรียน นักศึกษา คู่สมรสของชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และผู้ที่เข้ามาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทยหลังเกษียณอายุการทำงาน (ดูตัวอย่างใน Toyota, 2006) และมีนักท่องเที่ยวบางคนที่พำนักอยู่ในประเทศไทยเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนดในเอกสารเข้าเมืองหรือวีซ่า หรือกลายเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยอย่างถาวร (ดู Huguet & Punpuing, 2005)

ผลกระทบของการย้ายถิ่นและความเป็นเมือง

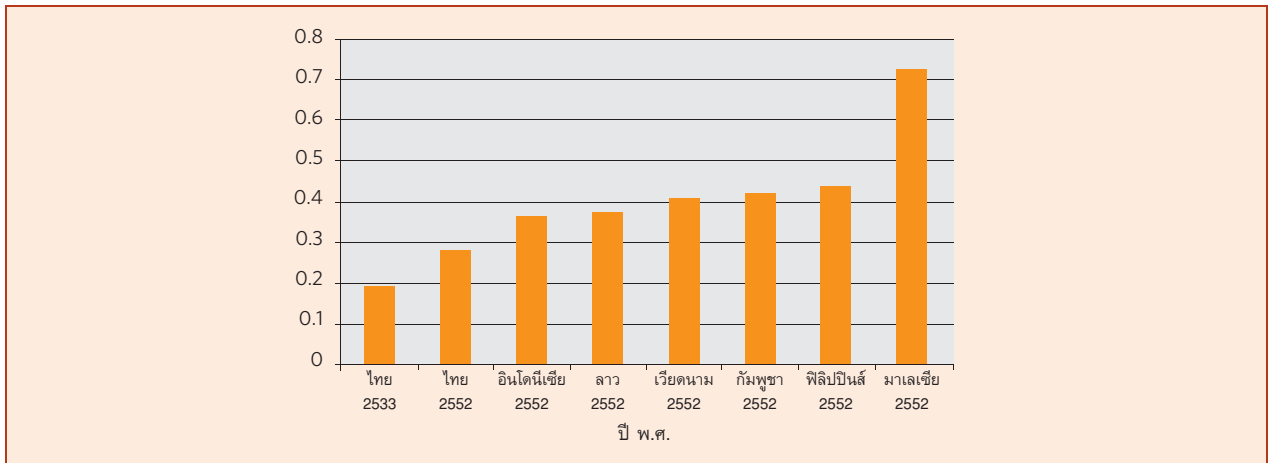
ความกังวลเกี่ยวกับการย้ายถิ่นฐานและการขยายความเป็นเมืองมักมาจากการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมกัน การที่ผู้มีการศึกษาและทักษะย้ายออกจากเขตชนบทจะยิ่งทำให้ความไม่เท่าเทียมระหว่างชนบทและเมืองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความไม่เท่าเทียมกันนี้อาจเกิดจากการหลั่งไหลของประชากรวัยทำงานที่มีการศึกษาออกจากพื้นที่ชนบทและจากภาวะการพึ่งพาที่สูงขึ้น ทั้งสองปัจจัยนี้ส่งผลให้ความไม่เท่าเทียมด้านรายได้ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท และระหว่างแรงงานย้ายถิ่นกับแรงงานที่ไม่เคยย้ายถิ่นยังมีมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคนี้ ประเทศไทยยังคงมีสัดส่วนแรงงานในภาคการเกษตรที่ค่อนข้างสูงดังที่แสดงให้เห็นในแผนภูมิที่ 6.9 ว่าในขณะที่อัตราส่วนของสัดส่วนของ GDP จากภาคการเกษตรกับสัดส่วนของการจ้างงานในภาคการเกษตรได้เพิ่มขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแต่อัตราส่วนนี้ยังคงอยู่ในระดับต่ำที่สุดในภูมิภาคนี้ ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ เช่น การมีสัดส่วนของผู้เป็นเจ้าของที่ดินจำนวนมาก ความถี่ของการย้ายถิ่นตามฤดูกาลและการย้ายถิ่นระยะสั้นอื่นๆ และการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว (ดู Guest & Jones, 1996 และ Sussangkarn & Chalamwong, 1996) ในขณะที่นักวิชาการบางท่านเห็นว่าสัดส่วนที่สูงของแรงงานที่ยังคงทำงานอยู่ในภาคการเกษตรผนวกกับความเป็นเมืองที่โดดเด่นแต่เพียงหนึ่งเดียวของกรุงเทพมหานคร และการที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาอย่างรวดเร็วและการสะสมทุนมากกว่าการพัฒนาอย่างยั่งยืน ให้ความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบทยิ่งเพิ่มมากขึ้นไปอีก (ดู Glassman & Sneddon, 2003)

นอกจากนี้ ทรัพยากรต่างๆ เช่น บริการด้านสุขภาพซึ่งเป็นทรัพยากรพื้นฐานที่สำคัญของการดำรงชีวิตมีแนวโน้มที่จะกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร การพัฒนาความเป็นเมืองที่ไม่หยุดยั้งอาจทำให้ยังมีภาระกระจุกตัวของทรัพยากรเหล่านี้มากขึ้น แต่แรงงานข้ามชาติอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการเหล่านี้ด้วยเหตุผลหลายประการ นอกจากนี้ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมจากการพัฒนาความเป็นเมืองที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องทั่วโลกนี้มีผลต่อการดำรงชีวิตในชนบทเช่นกัน ในส่วนต่อไปจะวิเคราะห์ให้เห็นว่าแนวโน้มของการย้ายถิ่นฐานและการพัฒนาความเป็นเมืองที่อธิบายไว้ข้างต้นนี้มีผลกระทบต่อความไม่เสมอภาคและสิ่งแวดล้อมอย่างไรบ้าง

2 แรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนหมายถึงผู้ที่เดินทางเข้ามายังประเทศไทยโดยไม่มีเอกสารตรวจคนเข้าเมือง เช่น บัตรผ่านชายแดน หรือวีซ่า

แผนภูมิที่ 6.9 อัตราส่วนของสัดส่วนของ GDP จากภาคการเกษตรต่อสัดส่วนของจำนวนแรงงานที่ทำงานในภาคการเกษตรของประเทศไทยและประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้



	ประเทศไทย		อินโดนีเซีย	ลาว	เวียดนาม	กัมพูชา	ฟิลิปปินส์	มาเลเซีย
	2533 ¹	2552						
ร้อยละของ GDP จากภาคการเกษตร	12.4	11.6	15.3	29.9	21.3	29.0 ³	14.8	9.4
ร้อยละของแรงงานในภาคการเกษตร	63.5	42.4 ²	42.1 ⁴	80.0	51.8	67.9	34.0	13.0 ⁴

แหล่งข้อมูล: จาก CIA World Factbook, 2009 ยกเว้นที่ระบุไว้ต่างหาก

1 จาก Sussangkarn and Chalamwong, 1996, p. 101.

2 ข้อมูลปี 2551

3 ข้อมูลปี 2550

4 ข้อมูลปี 2548

ความแตกต่างด้านประชากรและสังคม

การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยตั้งแต่กลางช่วงปี 2513-2523 มีผลเป็นอย่างมากต่อการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (ดู Knodel et al., 2007) ตารางที่ 6.4-1 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของโครงสร้างอายุของประชากรในเขตชนบทและในเมืองในช่วงระยะเวลาสิบปีนับจากปี 2540 ถึง 2550 ซึ่งจะเห็นว่าสัดส่วนของเด็กในชนบทสูงกว่าในเมืองในทั้งสองช่วงระยะเวลาที่กล่าวมานี้ แต่สัดส่วนที่แตกต่างกันนี้ไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป และทั้งในปี 2540 และ 2550 สัดส่วนของผู้สูงอายุในเขตชนบทนั้นสูงกว่าในเมืองเพียงเล็กน้อย รูปแบบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงสัดส่วนของภาวะพึ่งพาในทั้งสองช่วงระยะเวลา จากแผนภูมิที่ 6.10 จะเห็นได้ว่าอัตราการพึ่งพารวมในเขตชนบทนั้นสูงกว่าในเมือง แต่อย่างไรก็ตาม อัตราการพึ่งพารวมในทั้งชนบทและในเมืองนั้นลดลงในอัตราเดียวกันในระหว่างปี 2540 และ 2550 โดยที่อัตราการพึ่งพาในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุนั้นแตกต่างกัน ในขณะที่อัตราการพึ่งพาในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 10 ปีแต่การเพิ่มขึ้นนี้ก็เป็นอย่างช้าๆ ที่ละน้อยทำให้มีความแตกต่างของระดับการพึ่งพาระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุในชนบท

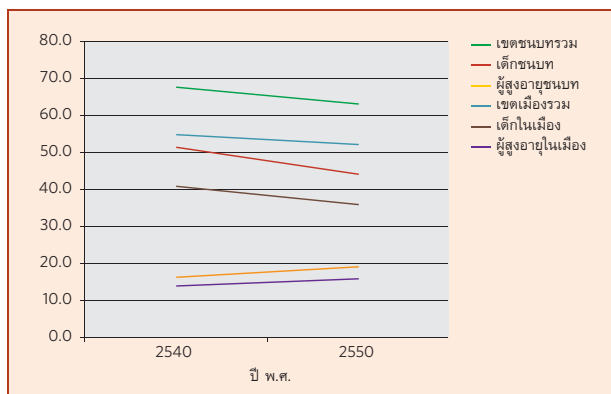
และในเมืองมีไม่มากนัก สำหรับอัตราการพึ่งพาในเด็กนั้นพบว่าลดลงโดยที่ในเขตชนบทยังคงมีอัตราการพึ่งพาในเด็กสูงกว่าในเมือง กล่าวโดยรวมก็คือไม่มีความแตกต่างของโครงสร้างทางอายุของประชากรหรืออัตราการพึ่งพาระหว่างประชากรในชนบทและในเมือง หรืออาจกล่าวในอีกนัยหนึ่งได้ว่าความแตกต่างระหว่างพื้นที่ชนบทและเขตเมืองในด้านขนาดของประชากรที่เป็นกำลังแรงงานเชิงเศรษฐกิจยังคงอยู่ในระดับเดียวกันและทั้งชนบทและเขตเมืองต่างได้รับผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของอายุเฉลี่ยของประชากรโดยรวมมากกว่าผลกระทบจากการย้ายถิ่นหรือการเติบโตของความเป็นเมือง ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าเด็กที่ย้ายถิ่นส่วนใหญ่มักรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจกับบิดามารดาของตน ที่อยู่ในชนบท (ดู Knodel et al., 2007) ประชากรข้ามชาติในวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอาจส่งผลกระทบต่อการกระจายโครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรในประเทศไทยถึงแม้ว่าการคาดประมาณจำนวนประชากรข้ามชาติที่แท้จริงจะทำได้ยากก็ตาม (ดูบทที่ 2) เนื่องจากประชากรข้ามชาติส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวที่มีอายุระหว่าง 19-29 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในขณะที่ยังไม่มียางานจำนวนที่แน่นอนแต่เด็กที่เกิดจากประชากรข้ามชาติในประเทศไทยและเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ได้ย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในประเทศไทยด้วยตนเองนั้นอาจมีส่วนทำให้โครงสร้างทางอายุของประชากรในประเทศไทยลดลงได้ (ดู Sciortino and Punpuing, 2007)

ตารางที่ 6.4 การกระจายประชากรในเขตชนบทและเขตเมืองจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศในปี 2540 และ 2550

อายุ	ปี 2540				ปี 2550			
	เขตเมือง		เขตชนบท		เขตเมือง		เขตชนบท	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ต่ำกว่า 15 ปี (%)	26.9	25.6	31.0	30.2	24.8	22.5	27.8	26.2
15-59 ปี (%)	64.6	64.6	60.0	59.3	65.5	66.0	61.4	61.1
60 ปีขึ้นไป (%)	8.4	9.8	9.0	10.5	9.7	11.6	10.7	12.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร 2540 และ 2550

แผนภูมิที่ 6.10 อัตราการพึ่งพา รวม อัตราการพึ่งพาในกลุ่มเด็ก และกลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตชนบทและเขตเมืองในปี พ.ศ.2540 และ 2550



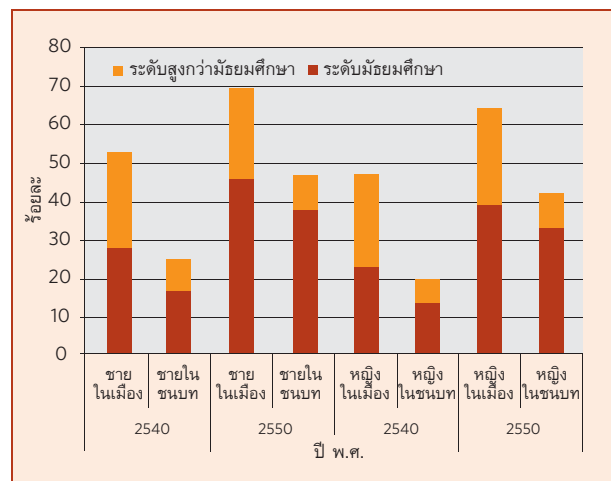
แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ปี 2540 และ 2550

ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างชนบทและเขตเมืองส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหา "สมองไหล" เมื่อแรงงานที่มีทักษะและมีการศึกษาย้ายถิ่นไปอยู่ในเขตเมืองมากขึ้นเพราะไม่สามารถที่จะหางานที่เหมาะสมในชนบทได้ สำหรับประเทศไทยได้มีการปรับระดับการศึกษาภาคบังคับจากประถม 6 เป็นมัธยมศึกษาตอนต้นในปี 2542 และด้วยเหตุนี้จำนวนนักเรียนที่กำลังอยู่ในระหว่างการศึกษาก็มีความสัมพันธ์กับขนาดประชากรตามกลุ่มอายุด้วย³ และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเด็กที่กำลังเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาในเขตชนบทและเขตเมืองโดยจำแนกตามเพศและปีการศึกษาตามแผนภูมิที่ 6.11 แล้วก็จะพบว่าความแตกต่างของอัตราการเข้าเรียนในระดับมัธยมศึกษาจากปี 2540-2550 ได้ลดลงอย่างมาก

3 เนื่องจากจำนวนนักเรียนที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาล่าเรียนมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอายุของประชากร การกระจายสัดส่วนในที่นี่จึงเป็นสัดส่วนที่มีมาตรฐานการกระจายตามอายุแล้ว ดังนั้นตัวเลขจึงแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของเด็กที่กำลังศึกษาเล่าเรียนในปี 2550 จะเป็นอย่างไร หากการกระจายของอายุประชากรในปี 2540 ยังอยู่ในระดับที่คงที่

แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีเด็กได้เข้าเรียนในระดับการศึกษาที่สูงขึ้นเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในภาพรวม แต่สัดส่วนเด็กที่เข้าเรียนในระดับการศึกษาที่สูงขึ้นในเขตเมืองก็ยังคงสูงกว่าสัดส่วนของเด็กในชนบทอยู่ถึงประมาณสามเท่าโดยเด็กผู้หญิงในเขตชนบทเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของการเข้าเรียนในระดับที่สูงขึ้นเพิ่มขึ้นมากที่สุดในช่วงระยะเวลาสิบปีนี้โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.2 เป็น 8.4 แต่โดยภาพรวมแล้วความแตกต่างระหว่างเพศในด้านการศึกษายังค่อนข้างคงที่

แผนภูมิที่ 6.11 การเข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาของเด็กในชนบทและในเขตเมืองจำแนกตามเพศในปี 2540 และ 2550 (เปรียบเทียบโดยใช้อายุมาตรฐานเป็นเกณฑ์)



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ปี 2540 และ 2550

การแบ่งแยกด้านอาชีพ

แม้ว่าสถานการณ์ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยจะได้รับความสนใจมากกว่าแรงงานในประเทศ แต่ความแตกต่างของ

ตารางที่ 6.5 อาชีพของแรงงานที่ย้ายถิ่นในรอบหนึ่งปีและแรงงานที่ไม่ย้ายถิ่นจำแนกตามประเภทอุตสาหกรรมและเพศในปี 2550

ประเภทอุตสาหกรรม	แรงงานย้ายถิ่น			แรงงานที่ไม่ได้ย้ายถิ่น		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
การเกษตร/การประมง	42.2	36.3	39.9	47.9	48.7	48.2
อาชีพอื่นทั้งหมดที่นอกเหนือจากการเกษตร	57.8	63.7	60.1	51.9	51.2	51.6
การผลิต	15.9	14.5	15.4	8.8	8.2	8.5
การก่อสร้าง	11.8	2.7	8.3	7.8	1.8	5.0
การขาย	13.7	16.4	14.8	14.5	15.3	14.9
การบริการ	10.5	15.1	12.3	10.4	12.5	11.4
การเงิน/อสังหาริมทรัพย์/ ธุรกิจ	2.2	2.5	2.3	2.9	3.1	3.0
งานราชการ/ ธุรกิจ/ เสริม	3.6	9.9	6.0	7.3	9.1	8.2
งานรับใช้ในบ้าน	0.1	2.5	1.0	0.2	1.2	0.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจการย้ายถิ่น 2550

ประเภทของอาชีพในแรงงานเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อแรงงานย้ายถิ่นภายในประเทศด้วยเช่นกัน ตารางที่ 6.5 แสดงถึงข้อมูลระดับประเทศของแรงงานย้ายถิ่นและแรงงานที่ไม่ได้ย้ายถิ่นในรอบ 1 ปีก่อนการสำรวจซึ่งเป็นที่ชัดเจนว่าแรงงานย้ายถิ่นยังคงทำงานในเฉพาะบางสาขาอาชีพอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในภาคการผลิต (ร้อยละ 16 ในแรงงานชายและร้อยละ 14 ในแรงงานหญิง) โดยที่งานก่อสร้างจัดเป็นงานที่สำคัญสำหรับแรงงานชาย (ร้อยละ 8) ในขณะที่สัดส่วนของแรงงานหญิงจะสูงมากในภาคบริการ (ร้อยละ 15) สำหรับงานประเภทอื่นๆ เช่น พนักงานขายหรือพนักงานของรัฐนั้นมีสัดส่วนของแรงงานย้ายถิ่นที่ได้รับการว่าจ้างใกล้เคียงกันกับสัดส่วนของแรงงานที่ไม่ได้เป็นผู้ย้ายถิ่น อย่างไรก็ตามพบว่า มีแรงงานที่มีประสบการณ์การย้ายถิ่นในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาทำงานในภาคการเกษตรน้อยกว่าแรงงานที่ไม่ได้ย้ายถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานหญิง

ตารางที่ 6.6 แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติกระจุกตัวอยู่ในภาคการเกษตรและการประมง (ประมาณร้อยละ 40) ตามด้วยภาคการผลิต การขาย และงานบริการ (ประมาณร้อยละ 15 ในแต่ละประเภท) สัดส่วนที่สูงที่สุดของแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าอยู่ในภาคบริการ ในขณะที่งานรับใช้ในบ้านส่วนใหญ่ตกเป็นของแรงงานข้ามชาติจากประเทศลาว และภาคการก่อสร้างเป็นงานสำหรับแรงงานข้ามชาติจากประเทศกัมพูชาเป็นส่วนใหญ่ (ดู กระทรวงแรงงาน, 2553) ภาคการประมงและการแปรรูปอาหารทะเลส่วนใหญ่ก็เป็นงานที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่มากเช่นกัน นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากยังเป็นแหล่งแรงงานสำหรับการผลิตทางการเกษตรขนาดใหญ่ในภาคใต้ (ส่วนใหญ่เป็นการผลิตยางพารา) และสำหรับการเลี้ยงสัตว์และการเพาะปลูกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ดู Sciortino และ Punpuing, 2009)

ตารางที่ 6.6 แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาที่ไม่มีเอกสารเข้าเมืองที่ได้รับใบอนุญาตทำงานจำแนกตามประเภทธุรกิจ ณ เดือนธันวาคม 2552

	แรงงานข้ามชาติทั้งหมด	แรงงานพม่า	แรงงานลาว	แรงงานกัมพูชา
รวมทุกภาคอุตสาหกรรม (จำนวนคน)	1,314,382	1,078,767	110,854	124,761
ร้อยละจำแนกตามประเภทธุรกิจ				
ภาคบริการ	18.2	19.8	11.8	10.1
ภาคการเกษตร	16.9	16.6	16.3	19.3
การก่อสร้าง	16.7	16.2	11.4	26.1
การแปรรูปอาหารทะเล/ ประมง	14.7	15.7	2.7	16.7
งานรับใช้ในบ้าน	9.9	9.5	19.2	5.3
อื่นๆ	23.6	22.2	38.6	22.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0

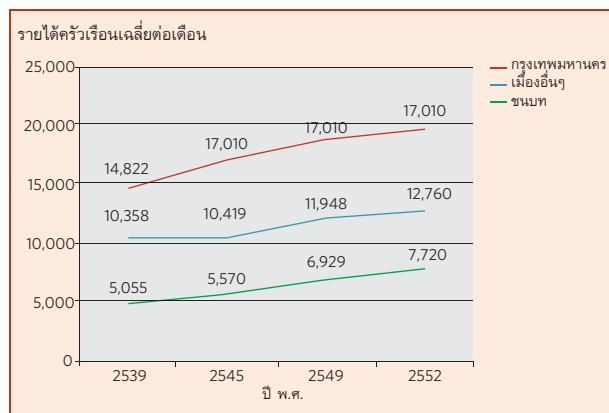
แหล่งข้อมูล: กระทรวงแรงงาน รายงานสถานการณ์แรงงาน, 2553

ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้

ถึงแม้ว่าจะมีการให้ความสำคัญต่อปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในประเทศไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา แต่องค์การสหประชาชาติยังคงจัดอันดับสัมประสิทธิ์จีนิหรือสัมประสิทธิ์การกระจายรายได้ (Gini Coefficient) ของประเทศไทยให้อยู่ในระดับกลางเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคนี้ โดยในปี 2553 ประเทศไทยมีค่าสัมประสิทธิ์การกระจายรายได้ อยู่ที่ระดับ 42.5 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับ 37.8 ของประเทศเวียดนาม 44.0 ในประเทศฟิลิปปินส์ และ 51.6 ในประเทศมาเลเซีย (ดู United Nations, 2010) แผนภูมิที่ 6.12 แสดงความแตกต่างของรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนจำแนกตามสภาพความเป็นเมือง⁴ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ความแตกต่างของรายได้ระหว่างครัวเรือนในชนบท ในกรุงเทพมหานคร และในเขตเมืองอื่นๆ ยังคงเดิมโดยความแตกต่างลดลงเพียงเล็กน้อยในขณะที่ครัวเรือนในเขตเมืองอื่นๆ และในกรุงเทพมหานคร มีความแตกต่างของรายได้มากขึ้น จากข้อมูลในแผนภูมิจะเห็นว่าครัวเรือนในชนบทมีรายได้เพียงร้อยละ 39 ของรายได้ครัวเรือนในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ครัวเรือนในเขตเมืองอื่นๆ มีรายได้ประมาณร้อยละ 65 ของรายได้ครัวเรือนในกรุงเทพมหานคร

4 ข้อมูลรายได้ครัวเรือนที่ใช้เป็นข้อมูลที่ใช้ปรับค่าตามอัตราเงินเฟ้อแล้วโดยใช้การปรับเทียบค่าตามสมมูลหรือเครื่องชั่งสมมูลของ OECD (OECD equivalence scale) ซึ่งทำให้การวัดมีความถูกต้องแม่นยำมากกว่าการใช้ข้อมูลรายได้ต่อหัวประชากร ซึ่งค่าสมมูล (Equivalence scale) ของ OECD ได้กำหนดการถ่วงน้ำหนักไว้ที่ 1.0 สำหรับหัวหน้าครัวเรือน 0.5 ต่อสมาชิกครัวเรือนวัยผู้ใหญ่แต่ละคน และ 0.3 สำหรับสมาชิกครัวเรือนวัยเด็กแต่ละคน ในขณะที่ปกติการวัดรายได้ต่อหัวประชากรจะใช้วิธีแบ่งหารรายได้ของครัวเรือนด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดในครัวเรือน (OECD, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.)

แผนภูมิที่ 6.12 รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนที่ปรับโดยใช้ค่าสมมูลของ OECD สำหรับครัวเรือนในกรุงเทพมหานคร เมืองอื่นๆ และในชนบทระหว่างปี 2539-2552 (บาทในปี 2550)⁵

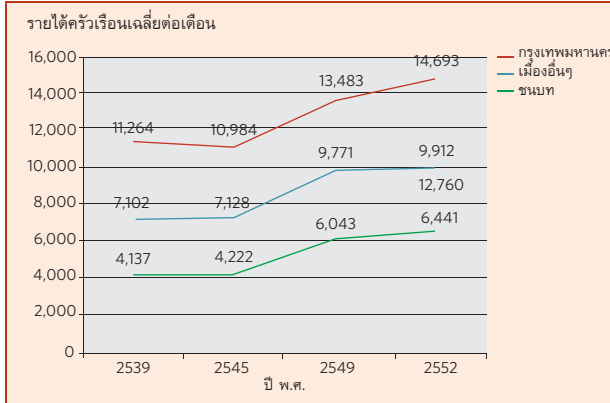


แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, พ.ศ.2539, 2545, 2549 และ 2552

ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจากการสำรวจเศรษฐกิจในครัวเรือนมีแนวโน้มที่จะมีความถูกต้องมากกว่าข้อมูลด้านรายได้ ซึ่งมักจะไม่ค่อยมีการรายงานหรือยากที่จะคำนวณ แผนภูมิที่ 6.13 แสดงให้เห็นว่าแม้ครัวเรือนในเขตชนบทจะมีค่าใช้จ่ายในระดับที่ต่ำกว่าครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่มากแต่ค่าใช้จ่ายครัวเรือนระหว่างชนบทและกรุงเทพมหานคร ยังมีความแตกต่างเพิ่มขึ้นมาตลอดจนถึงปัจจุบันซึ่งการค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าความไม่เท่าเทียมด้านรายได้ระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอีก

5 คู่อัตราเงินเฟ้อจากธนาคารแห่งประเทศไทยได้ที่ <http://www2.bot.or.th/statistics/ReportPage.aspx?reportID=409&language=eng>

แผนภูมิที่ 6.13 ค่าใช้จ่ายครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนปรับโดยใช้ค่าสมมูลของ OECD สำหรับครัวเรือนในกรุงเทพฯ เมืองอื่นๆ และในชนบทในปี 2539-2552 (บาทในปี 2550)⁶



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, 2539, 2545, 2549 และ 2552

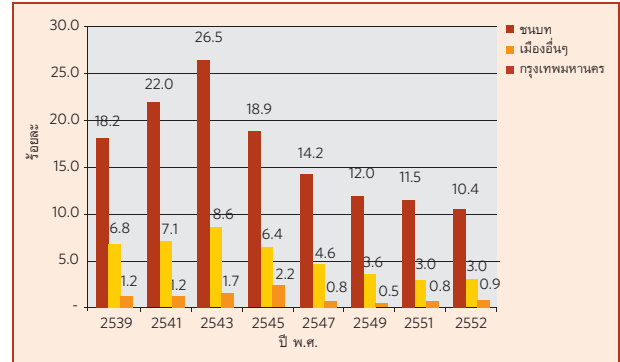
อัตราส่วนความยากจนต่อหัวประชากรเป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งที่สามารถสะท้อนความกินดีอยู่ดีของประชากรตั้งที่จะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 6.14 ว่าแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการลดอัตราความยากจนลงในช่วง 10-15 ปีที่ผ่านมาแต่ช่องว่างระหว่างชนบท เขตเมือง และกรุงเทพมหานครจะยังคงมีขนาดใหญ่อยู่ โดยข้อมูลในปี 2552 ได้ชี้ให้เห็นว่าร้อยละ 10 ของครัวเรือนในชนบทถูกจัดอยู่ในกลุ่มครัวเรือนที่มีสถานะยากจนในขณะที่มีครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่อยู่ในกลุ่มยากจนไม่ถึงร้อยละ 1

ผลกระทบของการย้ายถิ่นและการพัฒนาความเป็นเมืองต่อสิ่งแวดล้อม

การตั้งถิ่นฐานระยะยาวสองรูปแบบมีผลกระทบอย่างเฉียบพลันต่อสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย รูปแบบแรกคือการย้ายถิ่นเข้าไปในพื้นที่ที่ยังไม่เคยมีการทำการเพาะปลูกมาก่อนซึ่งพบมากที่สุดในการย้ายถิ่นจากชนบทสู่ชนบทในช่วงก่อนปี 2513 - 2523 มีการศึกษาพบว่า การย้ายถิ่นมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการใช้ประโยชน์ที่ดินและรายละเอียดของวิธีการใช้ที่ดินในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ดู Entwisle et al., 1998 และ Walsh et al., 1999) ส่วนรูปแบบของการตั้งถิ่นฐานแบบที่สองที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมคือการพัฒนาความเป็นเมืองและโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการเติบโตของเมืองได้รวบรวมเอาพื้นที่ที่เคยถูกใช้เพื่อการผลิตมาก่อนเข้าไว้ด้วย (ดู Punpuing, 1999)

6 ดูอัตราเงินเฟ้อจากธนาคารแห่งประเทศไทยได้ที่ <http://www2.bot.or.th/statistics/ReportPage.aspx?reportID=409&language=eng>

แผนภูมิที่ 6.14 สัดส่วนความยากจนต่อหัวประชากรระหว่างปี พ.ศ. 2539-2552



แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, 2539, 2545, 2549 และ 2552 จำนวนโดยคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ประเทศไทย

หมายเหตุ: สัดส่วนของความยากจนคำนวณโดยการนำจำนวนประชากรทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนประชากรที่มีค่าใช้จ่ายในการบริโภคต่ำกว่าเส้นแบ่งระดับความยากจน

การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมสามารถเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลกระทบของการย้ายถิ่นฐาน การที่ดินให้ผลผลิตที่ลดลงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลกระตุ้นให้มีการย้ายถิ่นของเกษตรกรเข้าสู่ชุมชนแออัดในเมืองใหญ่เพื่อความอยู่รอด และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสามารถทำให้เกิดพื้นที่ทะเลทราย การเปลี่ยนแปลงของแหล่งน้ำทั้งจากภัยแล้งและน้ำท่วมและภัยธรรมชาติอื่นๆ (ดู Gleditsch et al, 2007 และ Richter et al., 2009) ผู้ลี้ภัยจากสภาพแวดล้อมจะถูกหนุ่ยให้อพยพโดยปัจจัยเหล่านี้เช่นกันซึ่งอาจจะเป็นทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เป็นความหายนะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและ/หรือค่อยๆ ก่อตัวขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน การย้ายถิ่นอาจถูกมองว่าเป็นการอพยพโดยความสมัครใจ (เมื่อรายได้ลดลงเมื่อเทียบกับโอกาสในที่อื่น) หรือโดยความไม่สมัครใจ (เมื่อที่ดินที่เคยครอบครองได้กลายเป็นที่ซึ่งหาประโยชน์ไม่ได้เนื่องจากอุบัติเหตุทางสิ่งแวดล้อมหรือภัยพิบัติตามธรรมชาติ หรือแม้กระทั่งการเวนคืนที่ดินด้วยเหตุผลด้านสิ่งแวดล้อม) (ดู Hunter, 2004 และ Vine, 2005)

ในทางกลับกัน ผู้ย้ายถิ่นอาจสร้างผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งในชุมชนต้นทางและชุมชนปลายทางของการย้ายถิ่นฐาน ความยากจนในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในชุมชนปลายทางและการขาดความรู้สึกผูกพันต่อชุมชนก่อให้เกิดแรงต้านต่อแรงจูงใจในการดูแลรักษาทรัพยากรของชุมชน (ดู Cassels, 2006) การย้ายถิ่นเข้าไปยังพื้นที่ที่ห่างไกลมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการใช้ประโยชน์ที่ดินและรายละเอียดของวิธีการใช้ที่ดินผ่านการตัดไม้ทำลายป่า (ดู de Sherbinin et al., 2007) มีการประมาณการณ์ว่าครึ่งหนึ่งของพื้นที่ป่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้ถูกทำลายลงในระหว่างปี 2516-2525 (ดู Suhrke, 1993)

ซึ่งกระแสการย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพมหานคร ในช่วงระยะเวลาที่สามารถเชื่อมโยงได้โดยตรงกับความต้องการอย่างมากต่อการใช้ที่ดินเพื่อการเกษตรผนวกกับวัฏจักรของภัยแล้งในภูมิภาคนี้

การตัดไม้เชิงพาณิชย์เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการทำลายผืนป่าในประเทศไทย การขาดแคลนที่ดินผืนใหม่สำหรับการทำเกษตรและความไม่แน่นอนของแหล่งน้ำก็มีส่วนทำให้คนจำนวนมากเป็นผู้ที่ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองซึ่งคนกลุ่มนี้อาจย้ายถิ่นไปเป็นแรงงานรายวันหรือทำงานในภาคอุตสาหกรรม (ดู Yodumnern - Attig et al., 2004) การศึกษาระยะยาว โครงการ “นางรอง” พบว่านอกจากการไม่มีที่ดินทำกินแล้วการลดลงของขนาดการถือครองที่ดินในช่วงระหว่างปี 2527-2537 นั้นยังมีความสัมพันธ์กับการย้ายถิ่นของประชากรอีกด้วย (ดู Rattanawarang & Punpuing, 2003)

จากการศึกษาล่าสุดอื่นๆ เกี่ยวกับผลกระทบของการพัฒนาความเป็นเมืองโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของประชาชนพบว่า Chamratrithong et al. (1999) ได้เชื่อมโยงระดับความหนาแน่นของประชากรและระดับการบริโภคที่สูงมากในเขตกรุงเทพมหานคร กับการเกิดปัญหามลพิษทางอากาศ น้ำ และขยะมูลฝอยที่เป็นอันตราย โดยผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ามลพิษทางอากาศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2533 - 2543 และประมาณร้อยละ 60-70 ของมลพิษเกิดจากการเพิ่มขึ้นของขบวนการพาหนะที่ใช้ในการสัญจร และที่เหลือเกิดจากการอุปโภคบริโภคในครัวเรือนและการอุตสาหกรรมรวมทั้งการเปลี่ยนไปใช้เชื้อเพลิงฟอสซิลที่ทันสมัยมากขึ้น ราคาที่ดินในใจกลางกรุงเทพมหานคร ที่สูงขึ้นมากนั้นนอกจากจะก่อให้เกิดการขยายตัวของความเป็นเมืองไปยังพื้นที่ในจังหวัดรอบนอกซึ่งทำให้ประชาชนมีความจำเป็นที่จะต้องเดินทางเข้าเมืองเพื่อการทำงานมากขึ้นและนำไปสู่ปัญหามลพิษทางอากาศในที่สุดแล้ว ยังผลักดันให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดและผู้ที่เป็นผู้อาศัยอยู่เดิมของพื้นที่รอบกรุงเทพมหานคร ต้องเผชิญกับความหนาแน่นของประชากรและพื้นที่ที่มีมลภาวะมากขึ้น อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ย้ายถิ่นที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอบนอกก็เพิ่มขึ้นด้วยเนื่องจากพื้นที่เหล่านี้ได้กลายเป็นเขตอุตสาหกรรมเช่นกัน (ดู Storey, 2005) อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีความแตกต่างในด้านการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้ย้ายถิ่น Pounsomlee and Ross (1992) ได้ทำการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างภาวะการพัฒนาความทันสมัยและการพัฒนาความเป็นเมืองกับประโยชน์หรือข้อดีของความทันสมัยต่อกลุ่มชนชั้นสูงในขณะที่ปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อยและกลับจะยิ่งเพิ่มความไม่เท่าเทียมกันในสังคมให้มากขึ้น และ Storey (2005) ได้ชี้ให้เห็นว่าสถาบันต่างๆ ได้ให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจมากกว่าปัญหาสิ่งแวดล้อมและด้วยเหตุนี้การดำเนินมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมของรัฐบาลไทยจึงเป็นไปอย่างล่าช้า

สรุป

การย้ายถิ่นภายในประเทศไทยในอัตราที่สูงเป็นการย้ายถิ่นในระยะยาวซึ่งมีแรงขับเคลื่อนมาจากปัจจัยต่างๆ เช่นวัฏจักรของฤดูกาลของการเพาะปลูกข้าว ความกดดันด้านประชากร และการพัฒนาอุตสาหกรรม การย้ายถิ่นระยะยาวถือเป็นเรื่องปกติและการเติบโตของความเป็นเมืองได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กับการพัฒนาเป็นเมืองอุตสาหกรรมและการขยายตัวของภาคเศรษฐกิจอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการเกษตร เช่น การก่อสร้าง และการบริการ อย่างไรก็ตามมีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยที่ยืนยันว่าการย้ายถิ่นเป็นปฏิกิริยาปกติที่ตอบสนองต่อวิกฤตทางเศรษฐกิจทั้งวิกฤตในช่วงปี 2540 และการถดถอยของเศรษฐกิจในปี 2551 ที่ผ่านมาซึ่งปรากฏว่ามีอัตราการย้ายถิ่นกลับสู่ภูมิลำเนาในชนบทที่เพิ่มสูงขึ้น จากความจริงที่ว่าแรงงานย้ายถิ่นมักจะถูกจับตัวอยู่ในภาคการผลิตและงานที่ต้องอาศัยกำลังแรงงานของมนุษย์ทำให้แรงงานเหล่านี้ยังคงอยู่ในภาวะที่เปราะบางเมื่อมีการหดตัวในภาคการผลิตและการก่อสร้างในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจถดถอย และเนื่องจากสัดส่วนของการทำงานในภาคการเกษตรลดลงจึงเป็นไปได้ที่ศักยภาพของครัวเรือนในชนบทในการรองรับแรงงานย้ายถิ่นที่ต้องกลับสู่ชนบทจะลดลงด้วย ดังนั้นสมดุลทางเศรษฐกิจที่ครัวเรือนได้รับผ่านทางรายได้ของครัวเรือนที่ไม่ได้ถือครองที่ดินหรือมีทรัพย์สินอื่นๆ จึงยังเป็นประเด็นคำถามให้ต้องขบคิดต่อไป

ข้อมูลจากการสำรวจสำมะโนประชากรและการสำรวจอื่นๆ ในช่วงระยะ 15 ปีที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าอัตราการย้ายถิ่นลดลงอย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าอัตราการลดลงของการย้ายถิ่นนั้นส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับคนที่กลุ่มประชากรวัยทำงานที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นน้อยลง ในขณะที่ข้อมูลการย้ายถิ่นตามฤดูกาลและการย้ายถิ่นระยะสั้นมีแนวโน้มว่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงแต่ก็ปรากฏว่ากลุ่มแรงงานวัยหนุ่มสาวนี้มีการย้ายถิ่นน้อยกว่าในอดีต ซึ่งคนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มประชากรรุ่นแรกของประเทศที่ได้รับประโยชน์จากการขยายการศึกษาภาคบังคับไปตั้งระดับมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งอาจทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสได้งานที่มั่นคงถาวรมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุสูงกว่า

ในบางครั้งแรงงานข้ามชาติจะถูกมองว่าเข้ามาแย่งงานคนไทยโดยเฉพาะงานที่ใช้ทักษะต่ำในภาคเกษตรกรรมและงานประเภท 3D หรืองานหนัก (Difficult) สกปรก (Dirty) และอันตราย (Dangerous) อย่างไรก็ตาม เมื่อไม่นานมานี้ได้มีงานวิจัยเพื่อศึกษาว่าแรงงานข้ามชาติซึ่งเป็นแหล่งแรงงานทดแทนจะสามารถลดการสูญเสียกำลังแรงงานไทยที่มีอายุเพิ่มขึ้นได้หรือไม่โดยการใช้เทคนิคการสร้างแบบจำลองต่างๆ เพื่อตรวจสอบสมมุติฐานนี้ จากผลการศึกษาพบว่าแรงงานข้ามชาติหนึ่งคนจะมีกำลังการผลิตเท่ากับแรงงานไทยเพียง 0.58 คนเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานข้ามชาติไม่สามารถบรรเทาความสูญเสียของ

GDP จากการศึกษาที่ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้นได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติมีศักยภาพในด้านกำลังการผลิตต่อหัวประชากรต่ำกว่าแรงงานไทยมาก และเนื่องจากการลดลงของทุนในการผลิต (ดู Potipiti, 2010)

นอกจากนี้แล้ว รูปแบบของการพัฒนาความเป็นเมืองในประเทศไทยยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางภูมิทัศน์อีกด้วย ถึงแม้ว่าการเจริญเติบโตของกรุงเทพมหานคร จะมีการชะลอตัวแต่นั้นก็เป็นผลมาจากการขยายตัวของจังหวัดปริมณฑลที่มีการเจริญเติบโตที่รวดเร็วยิ่งกว่ากรุงเทพมหานคร ทำให้กรุงเทพมหานคร และปริมณฑลกลายเป็นมหานครที่มีขอบเขตพื้นที่ที่กว้างขวางขึ้น ในขณะเดียวกัน ศูนย์กลางของความเป็นเมืองในภูมิภาคอื่นๆ ก็มีอัตราการเจริญเติบโตที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และแม้การกระจายฐานการผลิตและงานอื่นๆ ไปยังภูมิภาคต่างๆ จะมีผลในทางบวกต่อการเติบโตเหล่านี้โดยส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยปราศจากแผนยุทธศาสตร์ในระดับภูมิภาคหรือระดับชาติ

การวิเคราะห์ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรได้แสดงให้เห็นว่าโดยรวมแล้วความแตกต่างระหว่างเขตเมืองกับ

เขตชนบทนั้นลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แม้ว่าช่องว่างทางการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาระหว่างนักเรียนในชนบทและในเมืองเริ่มแคบลงแต่ก็ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้นเมื่อพิจารณาถึงโอกาสในการศึกษาในระดับที่สูงกว่า มัธยมศึกษา ในขณะเดียวกัน ยังคงมีช่องว่างที่เด่นชัดในด้านรายได้และค่าใช้จ่ายครัวเรือนและอัตราความยากจนระหว่างพื้นที่ชนบทและในเมืองซึ่งชี้ให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

แนวโน้มประชากรจะยังคงเป็นแรงผลักดันที่มีผลต่อการย้ายถิ่นฐานโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประชากรโดยรวมของประเทศไทยมีสูงอายุขึ้นซึ่งจะส่งผลให้มีสัดส่วนกำลังแรงงานเชิงเศรษฐกิจลดลงในขณะที่อัตราการพึ่งพาที่สูงขึ้น และภาวะพึ่งพาก็มักจะเชื่อมโยงกับประชากรที่อยู่นอกครัวเรือนด้วย ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาความเป็นเมืองจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และการวางแผนยุทธศาสตร์ของประเทศไทยก็ควรมีการพิจารณาถึงพลวัตทางประชากรทั้งในแง่ที่เป็นปัจจัยขับเคลื่อนและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจร่วมด้วย



การเปลี่ยนแปลงของนโยบายและแผนประชากร

เนื้อหาบทนี้ จะเป็นการแสดงวิวัฒนาการการเปลี่ยนแปลงประชากรในประเทศไทย และวิเคราะห์ถึงผลกระทบและนัยต่อนโยบาย บทนี้จะให้ภาพรวมของข้อคิดเห็นในบทต่างๆ และให้ความสำคัญกับนโยบายที่มีผลต่อแนวโน้มประชากรของประเทศไทย ดังที่ได้กล่าวแล้วในบทที่ 1 ว่าประเทศไทยมีคุณลักษณะพิเศษเฉพาะตัว และยังคงเหมือนว่านโยบายประชากรที่เคยใช้ได้ในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคหรือประเทศอื่นๆ ในโลกที่มีลักษณะที่คล้ายกัน จะไม่สามารถนำมาใช้กับประเทศไทย หากไม่นำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับบริบทของประเทศเสียก่อน ลักษณะเฉพาะของประเทศไทยย่อมต้องมีนโยบายที่เฉพาะเหมาะสมกับประเทศไทยด้วย อย่างไรก็ตาม บทเรียนจากประเทศอื่นๆ ย่อมสามารถเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้สำหรับประเทศไทยได้อย่างแน่นอน

นโยบายที่ตอบสนองและนโยบายที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร

จุดประสงค์หลักของรายงานฉบับนี้คือเพื่อทำความเข้าใจถึง การเปลี่ยนแปลงของประชากรที่เกิดขึ้นในประเทศไทยและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านประชากรที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และคาดการณ์ถึงผลกระทบด้านต่างๆ ที่มีต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของคนคนในประเทศไทย นโยบายที่คำนึงถึง ผลกระทบของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากร ซึ่งช่วยสร้างให้เกิดผลในเชิงบวกและช่วยลดการเกิดผลลัพธ์ในเชิงลบจะถูกจัดไปรวมอยู่ในกลุ่ม “นโยบายที่ตอบสนอง” (Population-responsive policies) ต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร ซึ่งอาจได้แย้งว่านโยบายแทบทุกนโยบายล้วนได้รับผลกระทบมาจาก การเปลี่ยนแปลงของประชากรแทบทั้งสิ้น และยังรวมเข้าว่าเป็นนโยบายที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ซึ่งพึงควรระวังว่าการศึกษาที่ออกแบบเพื่อการตอบสนองเชิงนโยบายที่เป็นผลมาจากแนวโน้มของโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงนั้น อาจกลับกลายเป็นเพียงการศึกษาเพื่อนโยบายการพัฒนาทั่วๆ ไป ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง ทั้งนี้คงไม่เป็นการเหมาะสมที่จะเหมารวมว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากรจะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาในทุกๆ ด้าน แต่สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือประเด็นสำคัญ

ด้านการพัฒนาต่างๆ ที่แนวโน้มทางประชากรจะเป็นหัวใจสำคัญของแผนการพัฒนา

นโยบายที่พยายามที่จะทำให้การคาดประมาณทางประชากรได้รับการปรับเปลี่ยน โดยจะหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ทางลบเรียกว่าเป็นนโยบายที่ “มีอิทธิพลต่อประชากร” (Population-influencing policies) ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา นโยบายทางประชากรของประเทศไทยเป็นนโยบายที่ต้องการลดอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศที่คิดว่าสูงเกินไป ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 1 แล้วว่าเป้าหมายนี้ถูกยกเลิกไปในแผนฯ ฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 5 ปี ส่วนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสองฉบับล่าสุด (คือ ฉบับที่ 9 และ 10 ซึ่งครอบคลุมปี 2545-2549 และ 2550-2554 ตามลำดับ) ได้เน้นถึงความจำเป็นที่จะรักษาอัตราเจริญพันธุ์ให้อยู่ในระดับที่สามารถทดแทนประชากรได้ แต่อัตราเจริญพันธุ์ของประเทศได้ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทั้งสองฉบับนี้แล้ว เมื่อทราบว่าเจริญพันธุ์นั้นอยู่ในระดับที่ต่ำ สถานการณ์จึงค่อยๆ เปลี่ยนไป ทำให้ประเด็นหลักสำหรับประเทศไทยในปัจจุบันน่าจะพิจารณาให้มีมาตรการสนับสนุนการเกิดโดยชะลอการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การลดลงของกำลังแรงงาน ซึ่งในที่สุดอาจจะนำไปสู่การลดลงของจำนวนประชากรโดยรวม

วิวัฒนาการของนโยบายประชากรในประเทศไทย

นโยบายประชากรของไทยระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงปัจจุบัน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วงที่ชัดเจน คือ หนึ่ง ช่วงของนโยบายสนับสนุนการเกิด (อยู่ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1) สอง ช่วงของนโยบายควบคุมการเกิด (อยู่ระหว่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับ 1-9) สาม ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 จนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้รัฐบาลไทยมีนโยบายที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนสำหรับแต่ละช่วงเวลาดังกล่าว

สงครามโลกครั้งที่ 2 - แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 : นโยบายสนับสนุนการเกิด

กล่าวได้ว่าไทยมีนโยบายประชากรครั้งแรกในสมัยของ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ซึ่งดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีของไทยในช่วงปี 2481-2487 และช่วงปี 2491-2500 นโยบายการสร้างชาติของจอมพล ป. เชื่อว่าการจะสร้างให้ประเทศไทยให้เข้มแข็งได้ ประเทศไทยจะต้องมีประชากรจำนวนมาก รัฐจึงได้มีนโยบายสนับสนุนให้ผู้หญิงมีสุขภาพดี โดยมองว่าผู้หญิงที่มีสุขภาพดีจะสามารถให้กำเนิดเด็กที่มีสุขภาพดีได้ แนวทางในการดำเนินงานต่างๆ ที่สนับสนุนนโยบายนี้ มีดังต่อไปนี้

- มีการจัดตั้งโรงเรียนทางผดุงครรภ์ในโรงพยาบาล เพื่อปรับปรุงอนามัยแม่และเด็กในปี 2482 โดยผู้หญิงอายุ 19-30 ปี ที่จบประถมศึกษาปีที่ 4 สามารถเข้ารับการอบรม หลักสูตร 1 ปี โดยภาครัฐเป็นผู้ให้ทุน
- มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้น ในปี พ.ศ. 2485 โดยเป็นการรวมกิจการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เคยกระจายตามหน่วยงานต่างๆ ไว้ด้วยกัน ซึ่งงานอนามัยแม่และเด็กถูกรวมไว้เป็นส่วนหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข
- ได้แทรกแซงการแต่งงานของประชาชน โดยภาครัฐได้ประกาศวัฒนธรรมห้าเมีย เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัวที่จะส่งผลต่อความเข้มแข็งของชาติ ทั้งนี้รัฐได้ส่งเสริมหนุ่มโสดแต่งงานสร้างครอบครัว และขอให้ฝ่ายหญิงเรียกสินสอดในการแต่งงานแต่น้อย
- จัดตั้งองค์การส่งเสริมการสมรสขึ้นภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ชายหญิงในการตรวจร่างกายก่อนการสมรส
- รัฐบาลเป็นผู้จัดหาคู่ให้ประชาชน โดยภาครัฐจัดตั้งสำนักงานสื่อสมรส
- ออกพระราชบัญญัติภาษีเงินได้ปี 2487 โดยจัดเก็บภาษีกับหนุ่มโสดที่อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป ภาษีนี้อยู่เหนือจากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา โดยชายโสดต้องเสียเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของภาษีเงินได้
- แนะนำให้ประชาชนเลือกคู่สมรสที่มีสุขภาพแข็งแรง คนที่เป็นโรคทางพันธุกรรมจึงไม่ได้รับการสนับสนุนให้แต่งงาน รัฐได้พยายามตรากฎหมายเพื่อบังคับให้คู่สมรสตรวจร่างกาย และได้รับใบอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ก่อนสมรส
- รัฐได้ออกมาตรการจูงใจต่างๆ แก่คู่สมรสใหม่ อาทิเช่น
 - คู่สมรสใหม่สามารถกู้เงินเกินเงินฝากได้ร้อยละ 50
 - ลูกคนแรกของคู่สมรสทุกคู่จะได้รับการศึกษาฟรี หากรัฐประกอบพิธีสมรสให้
 - คู่สมรสใหม่สามารถดูหนังฟรีได้ที่โรงหนังเครือสหชินีมาเป็นเวลา 30 วัน นับตั้งแต่วันที่จดทะเบียนสมรส
 - หญิงมีครรภ์สามารถขึ้นรถโดยสารสาธารณะฟรี
- มีการห้ามการคุมกำเนิด ยกเว้นแต่ได้รับการอนุญาตจากแพทย์เท่านั้น
- ให้คำแนะนำถึงอายุที่เหมาะสมสำหรับการสมรส สำหรับผู้ชายควรมีอายุ 20-30 ปี สำหรับผู้หญิงควรมีอายุ 18-25 ปี และมีการจัดทำคู่มือสมรสในปี 2486

ผลกระทบของนโยบายเหล่านี้ยากที่จะประเมินได้ อย่างไรก็ตาม ประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นจาก 21 ล้านคน ไปเป็น 28 ล้านคนในช่วง 10 ปี ระหว่างปี 2493 และ 2503 ด้วยอัตราการเจริญเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 3.4 ต่อปี ซึ่งนี่คือการเจริญเติบโตที่รวดเร็วที่สุดในประวัติศาสตร์ไทย ปัจจัยหลักที่ทำให้ประชากรเพิ่มขึ้นมากนั้นมาจากอัตราการตายของไทยที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดแต่ไม่อาจปฏิเสธได้ว่านโยบายสนับสนุนการเกิดได้มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของประชากร

1 ที่มาจาก ภิญญพันธ์ พจนานวณีย์ 2552. วันแม่ในทศวรรษ 2480: เซ็กส์ ความรักกับการเป็น “แม่พันธุ์” แห่งชาติ

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-9 : ความคุมอัตราการเพิ่มของประชากร

เป็นช่วงที่เด็กที่เกิดมากในช่วงสนันสนุนการเกิด (pro-natalist period) ได้เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ซึ่งพร้อมที่จะมีลูกหลานสืบต่อ ถ้าไม่มีการแทรกแซงอย่างอื่น อัตราการเจริญเติบโตของคลื่นประชากรที่สองนี้จะสูงมาก ในช่วงนี้รัฐบาลจึงได้เปลี่ยนจากนโยบายสนันสนุนการเกิดมาเป็นนโยบายควบคุมการเกิด

อัตราการเจริญเติบโตของประชากรในช่วงแผนฯ 1 (2504-2509) และแผนฯ 2 (2510-2513) อยู่ที่ประมาณร้อยละ 3 ซึ่งส่งผลให้ภาครัฐต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสังคม ในปี 2506 ภาครัฐได้เริ่มถกถึงปัญหาที่มีสาเหตุมาจากการที่ประชากรมีอัตราการเจริญเติบโตที่สูง (Robinson and Rachapetayakom, 1993; Rosenfield and Min, 2007: 223-7). นโยบายประชากรถูกประกาศอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2513 ได้มีการจัดตั้งสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงผลกำไรแห่งแรกที่ให้ความช่วยเหลือในการวางแผนครอบครัวอย่างจริงจัง

ภาครัฐประกาศเป้าหมายการเติบโตของประชากรไว้ที่ร้อยละ 2.5 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (2515-2519) แต่ผลจากการดำเนินงานพบว่าในปี 2519 อัตราการเพิ่มประชากรอยู่ที่ร้อยละ 2.7 (ตารางที่ 7.1) ทั้งนี้ ภาครัฐมีเป้าหมายที่จะลดอัตราการเพิ่มประชากรอย่างต่อเนื่อง โดยบรรจุเข้าไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแต่ละฉบับ เป็นเวลามากกว่า 2 ทศวรรษมาแล้ว ถึงแม้ผลที่ได้จะค่อนข้างไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แต่ไม่ได้หมายความว่า การดำเนินการเพื่อลดอัตราการเพิ่มประชากรนั้นล้มเหลว ทั้งนี้เนื่องจากการไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ไม่ได้มาจากการดำเนินการที่ไม่ดี แต่มาจากการตั้งเป้าหมายที่ค่อนข้างเกินจริง สิ่งที่เกิดในประเทศไทยช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 ถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 ถือได้ว่าเป็นในช่วงที่อัตราเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วมากที่สุดแห่งหนึ่งในประวัติศาสตร์โลก โดยอัตราเจริญพันธุ์ลดลงจาก 5.5 ในปี 2513 มาเหลือเพียง 2.2 ในเวลา 20 ปีต่อมา เหตุผลที่เป้าหมายอัตราการเพิ่มประชากรไม่บรรลุนั้นเพราะประเทศไทยมีความคาดหวังกับเป้าหมายที่ตั้งไว้สูงเกินไปโดยมองข้ามผลที่เกิดจากแรงเหวี่ยงทางประชากร (Population Momentum) ที่ทำให้อัตราการเติบโตของประชากรในช่วงนั้นไม่ลดลงเท่าที่ควรแม้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ขณะนั้นจะลดลงอย่างรวดเร็วก็ตาม ตัวอย่างเช่น การคาดว่าอัตราการเพิ่มของประชากรจะสามารถลดลงจากร้อยละ 2.7 ต่อปีมาเป็นร้อยละ 1.5 ต่อปีภายในเวลาเพียง 10 ปีนั้น ในช่วง 2519

ถึง 2529 นั้น เป็นการตั้งความคาดหวังที่สูงเกินไป เพราะการที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วนั้นได้ส่งผลทำให้สัดส่วนของประชากรวัยเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 7.1 เป้าหมายและผลสำเร็จของการลดอัตราการเจริญเติบโตของประชากร

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	เป้าหมาย (%)	ผลสำเร็จ (%)
ฉบับที่ 3 (2515-2519)	2.5	2.7
ฉบับที่ 4 (2520-2524)	2.1	2.2
ฉบับที่ 5 (2525-2529)	1.5	1.7
ฉบับที่ 6 (2530-2534)	1.3	1.4
ฉบับที่ 7 (2535-2539)	1.2	1.2

ในช่วง พ.ศ. 2513 ภาครัฐและเอกชนได้ทำงานร่วมกันในด้านวางแผนครอบครัว การประชาสัมพันธ์ “มีลูกมากจะยากจน” เป็นที่รู้จักกันดี กระทรวงสาธารณสุขได้สร้างความมั่นใจว่าจะสามารถให้บริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง ซึ่งรวมถึงมาตรการที่อนุญาตให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้บริการใส่ห่วงคุมกำเนิดได้ (Rosenfield et al., 1982) ในปี 2522 คุณ มีชัย วีระไวทยะ หรือที่รู้จักกันดีว่า Mr. Condom ได้ย้ำว่าการมีลูกมากไม่เพียงแต่จะทำให้ยากจนเท่านั้นแต่ยังส่งผลต่อสุขภาพของบิดา และมารดาของเด็กทารกอีกด้วย (Veravaidya, 1979) กิจกรรมของภาคเอกชนภายใต้การนำของคุณมีชัยมีส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมการขยายงานวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นที่ยอมรับทั่วประเทศ

เป็นเรื่องยากที่จะระบุได้อย่างเจาะจงว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลมากกว่ากันในการลดลงของอัตราการเติบโตของประชากร ระหว่างปัจจัยทางด้านการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอันเนื่องมาจากการพัฒนาประเทศ การลดลงของอัตราการตาย หรือว่าเป็นผลมาจากการวางแผนครอบครัว ในกรณีของประเทศไทยนั้นมีความชัดเจนว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งเสริมกันนำไปสู่อัตราการเติบโตของประชากรที่ลดลง

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 จำนวนเด็กต่อครอบครัวได้ลดลงอย่างต่อเนื่องทั่วประเทศ เป้าหมายของการลดภาวะเจริญพันธุ์ถูกกำหนดไว้ในบางภาค เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและในพื้นที่บนภูเขา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อัตราการเกิดยังคงสูงอยู่ ทำให้เกิดการไม่สมดุลของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการศึกษาและด้านสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549)

ไม่ได้มีเป้าหมายในการลดอัตราการเพิ่มประชากรเช่นเดิม แต่มีเป้าหมายให้คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม ไม่เล็กเกินไปหรือใหญ่เกินไป ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้กล่าวถึงความพยายามรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้อยู่ในระดับทดแทน ในบางพื้นที่ อัตราเจริญพันธุ์ถูกพิจารณาว่าต่ำเกินไปแต่ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการจัดการปัญหานี้ อัตราการเจริญเติบโตของประชากรเมื่อสิ้นปี 2548 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 1.2 ต่อปี

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 - ปัจจุบัน : ประเด็นประชากรสูงอายุ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้ตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยและกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีข้อสังเกตว่าการที่ประเทศพัฒนาแล้วมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรจำนวนมาก

จากประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้วเพื่อโอกาสในการทำงานที่ดีกว่าอยู่ ซึ่งอาจจะทำให้ไทยประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานในอนาคตได้ อย่างไรก็ตาม นโยบายในระดับกระทรวงต่างๆ เป็นแบบนโยบายที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร เพื่อเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ยังไม่มีมารกล่าวถึงการเพิ่มอัตราการเกิดแต่ได้ตั้งเป้าไปที่ลดอัตราการตายของแม่และเด็ก ตามนโยบายต่างๆ ที่แสดงในตารางที่ 7.2

ประเด็นนำกังวลที่สำคัญสำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับต่อไป คือ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ รายจ่ายด้านการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสังคม เศรษฐกิจโลกที่เติบโตต่ำและหนี้สาธารณะที่สูง ความท้าทายที่สำคัญข้อหนึ่งสำหรับแผนฯ ฉบับหน้า คือ อัตราการเติบโตที่ลดลงของกำลังแรงงานจากร้อยละ 0.98 ต่อปี ในช่วงปี 2548-2552 มาเป็นร้อยละ 0.45 ต่อปี ในช่วง 2553-2557 กำลังแรงงานจะเริ่มลดลงในปี พ.ศ. 2561 แต่สัดส่วนกำลังแรงงานต่อประชากรทั้งหมดจะเริ่มลดลงในปัจจุบัน

ตารางที่ 7.2. นโยบายตอบสนองทางประชากรด้านสังคมและเศรษฐกิจในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10

หน่วยงาน	นโยบายตอบสนองทางประชากร
กระทรวงการคลัง	สนับสนุนให้ประชาชนออมเพื่อการเกษียณ
กระทรวงแรงงาน	ไม่มีแผนระยะยาวสำหรับแรงงานต่างด้าว แผนสนับสนุนการจ้างงานผู้สูงอายุ ในส่วนงานชั่วคราวหรืองาน part-time แผนพัฒนาผลผลิตภาพแรงงาน ศึกษาการขยายอายุเกษียณ
กระทรวงสาธารณสุข	ส่งเสริมการวางแผนครอบครัว ปรับปรุงการดูแลแม่และเด็ก เฝ้าสังเกตดัชนีอนามัยเจริญพันธุ์และภาวะเจริญพันธุ์ วางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
รัฐบาลท้องถิ่น	ร่วมมือกับภาคเอกชนในการสร้างศูนย์ดูแลเด็กระดับชุมชน ขยายความช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ภาคประชาชน ภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการบริหารงานสวัสดิการ
กระทรวงพัฒนาสังคมและทรัพยากรมนุษย์	เสริมสร้างความตระหนักแก่สังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ปกป้องสิทธิทางสังคมของผู้สูงอายุ

หมายเหตุ: นโยบายเหล่านี้ไม่ได้มีผลตอบสนองต่อแนวโน้มประชากรเท่านั้น แต่ยังมีผลตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทยอีกด้วย

ตารางที่ 7.3 สมมุติฐานอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate-TFR) ตามการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ

	2548-2553	2553-2558	2558-2563	2563-2568	2568-2573
คาดประมาณระดับสูง	1.81	2.10	2.25	2.35	2.35
คาดประมาณระดับกลาง	1.81	1.85	1.85	1.85	1.85
คาดประมาณระดับต่ำ	1.81	1.60	1.45	1.35	1.35

แหล่งข้อมูล: UN World Population Prospects, 2008

ตารางที่ 7.4 ผลที่เกิดจากการเปลี่ยนสมมุติฐานการเติบโตระดับกลางและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปของประเทศไทย

	2553	2558	2563	2568	2573
ร้อยละ ช่วงอายุ 0-14					
คาดประมาณระดับสูง	21.5	21.4	21.9	22.4	22.1
คาดประมาณระดับกลาง	21.5	20.7	20.1	19.3	18.5
คาดประมาณระดับต่ำ	21.5	20.0	18.2	16.0	14.7
ร้อยละ ช่วงอายุ 15-64					
คาดประมาณระดับสูง	70.8	69.9	67.7	65.2	63.4
คาดประมาณระดับกลาง	70.8	69.8	69.3	67.8	66.2
คาดประมาณระดับต่ำ	70.8	71.1	70.7	70.5	69.1

แหล่งข้อมูล: UN World Population Prospects, 2008

การตอบสนองต่อแนวโน้มประชากรในปัจจุบัน และที่คาดการณ์ในอนาคต

อัตราการเจริญเติบโตของประชากร และโครงสร้างอายุ

ปัจจุบันประชากรของไทยเติบโตช้ามาก และคาดว่าจะหยุดเติบโตภายใน 1-2 ทศวรรษ องค์การสหประชาชาติคาดว่า การเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์และการตายในอนาคตจะทำให้เกิดความแตกต่างเล็กน้อยในการคาดการณ์แนวโน้มโครงสร้างอายุ การคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ มีการกำหนดข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่างกันดังที่แสดงในตารางที่ 7.3 ในตารางที่ 7.4 แสดงให้เห็นว่าถ้าหากคาดประมาณโดยใช้ข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์สูงหรือต่ำ จะมีผลกระทบต่อโครงสร้างอายุในช่วงระหว่างปี 2553-2563 (ยกตัวอย่างเช่น สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 0-14 ปี จะแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยระหว่างร้อยละ 18.2 และร้อยละ 21.9 สำหรับสัดส่วนประชากรวัยแรงงานแตกต่างกันเพียงร้อยละ 67.7 และร้อยละ 70.7) ในช่วง 10 ปีต่อมาข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่างกันจะมีผลต่อโครงสร้าง

อายุที่แตกต่างกันมากขึ้น แต่เนื่องจากผลกระทบที่หักล้างกันของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นและประชากรวัยเด็กที่ลดลง สัดส่วนประชากรวัยแรงงานจึงเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก (ระหว่างร้อยละ 63.4 และร้อยละ 69.1)

หากพิจารณาข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์ในตารางที่ 7.3 พบว่าการคาดประมาณระดับสูง (ข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์สูง) มีแนวโน้มว่าจะไม่เกิดขึ้นจริง และจากการประมาณภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยล่าสุดที่แสดงในบทที่ 2 การคาดประมาณที่ระดับภาวะเจริญพันธุ์ต่ำและกลางมีความเป็นไปได้พอ กัน จริงๆ แล้วอาจกล่าวได้ว่าการคาดประมาณด้วยภาวะเจริญพันธุ์ต่ำอาจจะมีโอกาสเกิดขึ้นมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะภาวะเจริญพันธุ์จริงนั้นได้ต่ำกว่าสมมุติฐานที่ใช้ในการคาดประมาณระดับกลางแล้ว ทั้งนี้ การคาดประมาณด้วยภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลางได้สมมุติให้อัตราเจริญพันธุ์ในอีก 2 ทศวรรษข้างหน้ายังคงที่ด้วยซ้ำ เพราะฉะนั้นการเปรียบเทียบการเติบโตของประชากรในอนาคต จึงไม่ใช้การคาดประมาณด้วยภาวะเจริญพันธุ์ระดับสูงขององค์การสหประชาชาติ และเมื่อเปรียบเทียบการเติบโตประชากรจากการคาดประมาณ

ระดับกลางและต่ำ จะเห็นว่าจำนวนประชากรวัยแรงงานจะเริ่มลดลงในช่วงต้นทศวรรษ 2563 อย่างไรก็ตาม สำหรับการคาดประมาณทั้ง 2 กรณี จำนวนประชากรวัยหนุ่มสาว (อายุ 15-29 ปี) จะเริ่มลดลงก่อนปี 2553 (ดูบทที่ 1 ตาราง 1.5)

ผู้สูงอายุและความหมายโดยนัย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและปัจจัยทางทางเศรษฐกิจและสังคมต่างมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เช่น การลดลงของการอยู่ในครอบครัวเดียวกันของลูกวัยผู้ใหญ่กับพ่อแม่ผู้สูงอายุ การอยู่ในครอบครัวเดียวกันจะยิ่งลดลงอย่างต่อเนื่องในอนาคต อีกทั้งยังคาดว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการศึกษาที่ดีขึ้น มีสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุจำนวนมากจะได้รับรายได้หรือผลประโยชน์จากการเกษียณอายุ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนจึงควรจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างปลอดภัย

ในประเทศไทยลูกเป็นที่พึ่งของพ่อแม่เมื่อยามแก่เฒ่ามาเป็นเวลานาน ในบทที่ 3 ได้แสดงให้เห็นว่าการเกื้อหนุนทางด้านวัตถุจากลูกแก่พ่อแม่ลดลงเล็กน้อย การเกื้อหนุนทางการเงินไม่จำเป็นว่าจะถูกกำหนดจากระยะทางระหว่างลูกกับพ่อแม่ การช่วยด้านการเงินจากลูกเพิ่มขึ้นตามโอกาสการได้งานทำที่ดีขึ้นของลูก อย่างไรก็ตามในอนาคต การเกื้อหนุนทางด้านวัตถุอาจลดลงเนื่องจากครัวเรือนของผู้สูงอายุในอนาคตจะมีขนาดเล็ก และจากหลักฐานที่ชัดเจนยังจะเห็นว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกจะมีมากขึ้น ดังนั้น จึงค่อนข้างสำคัญที่รัฐจะขยายบำนาญแก่ผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมและผู้ออมภายใต้ระบบกองทุนการออมแห่งชาติ¹ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ในระหว่างนี้จึงค่อนข้างสำคัญที่รัฐจะยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพจำนวน 500 ให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ควรคำนึงว่า ในอนาคตสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น คนวัยทำงานทั้งหลายจึงควรเตรียมการออมให้เพียงพอเพื่อไปเพิ่มให้แก่เงินเบี้ยยังชีพจำนวนน้อยที่จะได้รับจากรัฐซึ่งจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นได้ยาก

ชีวิตความเป็นอยู่ในเชิงกายภาพของผู้สูงอายุสามารถดีขึ้นถ้าได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีจนทำให้สามารถทำงานได้นานขึ้น สิ่งนี้จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับการขยายอายุเกษียณจาก 60 ปี ไปเป็น 65 ปี หรือ การจัดรูปแบบการจ้างงานให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถทำงานบางเวลาได้ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2550 พบว่าร้อยละ 70 ของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่ได้อยู่ในกำลังแรงงาน ซึ่งเหตุผลหลักเนื่องจากผู้สูงอายุคิดว่าพวกเขามีอายุมากเกินไปที่จะทำงาน แต่หากมีโอกาสในการทำงาน ผู้สูงอายุเหล่านี้บางส่วนอาจต้องการทำงานก็เป็นได้ ทั้งนี้

1 ระบบการออมแห่งชาติ เพิ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยมีจุดประสงค์ที่จะสนับสนุนให้คนวัยทำงานออมเงินเพื่อการเกษียณ โดยภาครัฐสัญญาว่าจะจ่ายเงินสมทบให้หากประชาชนออมจนกระทั่งถึงวัยเกษียณอายุ

มีเพียงร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงานไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากความเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ

ดังที่ได้กล่าวแล้วในบทที่ 3 รัฐควรส่งเสริมให้ประชาชนที่ในที่สุดจะต้องเข้าสู่วัยสูงอายุทุกคน ได้วางแผนสำหรับตนเองตั้งแต่เนิ่นๆ ทั้งผ่านช่องทางระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการและอย่างไม่เป็นทางการ การส่งเสริมควรทำอย่างสมเหตุสมผลและอิงบนหลักความเป็นจริงเช่นว่าการได้รับเงินสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะมากน้อยเพียงใดและผ่านโครงการใดบ้าง ด้วยข้อจำกัดด้านการเงินของรัฐและการเติบโตของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การพึ่งพิงตนเองย่อมเป็นแนวทางหลักในการเตรียมชีวิตความเป็นอยู่อย่างเหมาะสม ในขณะที่เดียวกันรัฐควรคำนึงถึงการช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่บางคน บางครอบครัว หรือบางชุมชน ที่ไม่สามารถเตรียมการด้วยตนเองได้ ด้วยทรัพยากรที่จำกัด การช่วยเหลือดังกล่าวอาจจะถูกจำกัดอยู่ที่บางกลุ่มที่จำเป็นจริงๆ เช่น คนแก่ที่สุดหรือคนที่ทุพพลภาพ

การดูแลระยะยาวสำหรับบุคคลทุพพลภาพหรือมีโรคเรื้อรังรุนแรงจะเผชิญกับความท้าทายมากที่สุดในภาวะที่ขนาดครอบครัวที่เล็กลง การแยกที่อยู่ของลูก และการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีลูก ภาครัฐจึงควรเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนทั้งมาตรการสำหรับผู้สูงอายุที่มีครอบครัวและไม่มีครอบครัว ในส่วนมาตรการสำหรับผู้สูงอายุที่มีครอบครัว ภาครัฐควรส่งเสริมนโยบายการลางานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการดำเนินการควรทำด้วยความระมัดระวังเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่ไม่ถูกต้อง และต้องมีความชัดเจนด้วยว่าใครจะเป็นผู้แบกรับต้นทุนและจะมีการจัดการกับคนที่ทำไม่ถูกต้องอย่างไร ในส่วนมาตรการที่ไม่ผ่านกลไกครอบครัว รัฐควรส่งเสริมและกำกับดูแลหน่วยงานภาคเอกชนที่ให้เข้ามาดูแลเต็มเวลาแก่ผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นพร้อมๆ กับจำนวนผู้สูงอายุซึ่งจะมีลูกน้อยลง หรือไม่มีลูก หรือไม่เคยแต่งงาน การแทรกแซงของรัฐบาลในการตรวจสอบและกำกับดูแลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อปกป้องผู้สูงอายุ ผู้ซึ่งได้เก็บออมในช่วงวัยทำงานเพื่อใช้จ่ายในช่วงสุดท้ายของชีวิต

รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความท้าทายในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในบริบทของการช่วยเหลือจากรอบครัวที่ลดลง และได้มีการทดลองโครงการนำร่องในช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านในระดับชุมชนผ่านอาสาสมัครทั้งแบบจ่ายเงินและแบบไม่จ่ายเงิน วิธีการนี้เป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการกับกิจกรรมบางประเภท เช่น การเตรียมอาหาร การซื้อของ การทำความสะอาดบ้าน ซึ่งต้องใช้เวลาจากอาสาสมัครแบบไม่เต็มเวลาเท่านั้น แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องนอนเตียงหรือเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นจะไม่สามารถใช้วิธีการนี้ได้ ซึ่งสำหรับกลุ่มนี้จะต้องใช้เงินช่วยเหลือจากรัฐจำนวนมาก จึงควรลดจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางลักษณะนี้ด้วยการป้องกันไม่ให้สุขภาพเสื่อมถอยในวัยที่สามารถทำได้

ตารางที่ 7.5 การเจริญเติบโตของประชากรไทยในอนาคต ตามการคาดประมาณระดับกลางและระดับต่ำขององค์การสหประชาชาติ

การคาดประมาณระดับกลาง	2553	2558	2563	2568	2573	2578	2583
ประชากร							
อายุ 0-14	14,629	14,485	14,321	14,027	13,651	13,327	13,078
อายุ 15-64	48,259	49,311	49,528	49,207	48,602	47,847	47,103
อายุ 65+	5,251	6,143	7,594	9,394	11,209	12,736	13,823
รวม	68,139	69,939	71,443	72,628	73,462	73,910	74,004
ร้อยละการเติบโตเมื่อเทียบกับห้าปีก่อน							
อายุ 0-14	-3.3	-1.0	-1.1	-2.1	-2.7	-2.4	-1.9
อายุ 15-64	4.6	2.2	0.4	-0.4	-1.2	-1.6	-1.6
อายุ 65+	12.1	17.0	23.6	23.7	19.3	13.6	8.5
รวม	3.3	2.6	2.2	1.7	1.1	0.6	0.1
การคาดประมาณระดับต่ำ							
ประชากร							
อายุ 0-14	14,629	13,834	12,661	11,140	10,203	9,634	9,227
อายุ 15-64	48,259	49,311	49,528	49,207	47,956	46,197	44,237
อายุ 65+	5,251	6,143	7,594	9,494	11,209	12,736	13,823
รวม	68,139	69,288	69,782	69,741	69,369	68,568	67,287
ร้อยละการเติบโตเมื่อเทียบกับห้าปีก่อน							
อายุ 0-14	-3.3	-5.4	-8.5	-12.0	-8.4	-5.6	-4.2
อายุ 15-64	4.6	2.2	0.4	-0.6	-2.5	-3.7	-4.2
อายุ 65+	12.1	17.0	23.6	23.7	19.3	13.6	8.5
รวม	3.3	1.7	0.7	-0.1	-0.5	-1.2	-1.9

แหล่งข้อมูล: UN World Population Prospects, 2008

การวางแผนบริการด้านสุขภาพ

จากบทที่ 4 เน้นให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และสุขภาพมีผลต่อบรรณภาพด้านสุขภาพ เนื่องจาก สัดส่วนความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และรายจ่ายด้านสุขภาพในหลายๆ ด้านเพิ่มขึ้น ในช่วงชีวิตของคนเรานั้น ปีแรกและปีสุดท้ายของการมีชีวิต เป็นช่วงที่มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงที่สุด ถ้าให้สัดส่วนทารกแรกเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง และสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนของค่าใช้จ่ายภาครัฐในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อบรรณภาพด้านสุขภาพทั้งหมดย่อมเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อย่างไรก็ตามภาระด้านงบประมาณของรัฐจะมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าได้มีการใช้นโยบายอะไรด้วย

โรคที่มีความสำคัญจาก การวัดการสูญเสียสุขภาพจะรายปี (Disability Adjusted Life Years หรือ DALY) ของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคทางระบบหลอดเลือดหัวใจ และโรคเรื้อรังทางระบบหายใจ ความผิดปกติของอวัยวะที่มีประสิทธิภาพรู้ทั้งห้า เช่น การสูญเสียความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และความพิการทางระบบประสาท (Neurological disorders) เช่น ภาวะสมองเสื่อม ล้วนแต่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเช่นกัน เนื่องจากเป็นตัวสะท้อนถึงพัฒนาการความเสื่อมโทรมทาง

ร่างกายเมื่อแก่ตัวไป ส่วนกลุ่มคนก่อนเข้าสู่วัยชรา (pre-elderly group) นั้น แม้โรคมะเร็ง โรคทางระบบหลอดเลือดหัวใจ ยังคงเป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญเหมือนกับผู้สูงอายุ แต่การบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ การติดเชื้อไวรัส HIV/AIDS และ อาการผิดปกติทางจิต นั้น เป็นกลุ่มโรคที่สำคัญ มากกว่าผู้สูงอายุ ตามข้อมูลของ DALY

บทที่ 4 ย้ำถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และพยายามลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของผู้ชราในวัยก่อนสูงอายุที่เกิดจากการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูง และลดปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้หญิงในวันก่อนสูงอายุทางด้านดัชนีมวลกายที่สูง การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ความดันโลหิตสูง การติดตามปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องมีหลายวิธีการ นับตั้งแต่การออกกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพผ่านการประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการออกแบบชุมชนเมืองที่ดีขึ้นซึ่งเอื้อต่อการดำเนินชีวิต การทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยให้ความพยายามเหล่านี้ดำเนินไปในแนวทางที่ต้องการมากขึ้น

สำหรับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มาตรการด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องได้รับการจัดการเพื่อลดการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน อย่างเช่น การบริโภคสุราและบุหรี่ การปรับปรุงภาวะโภชนาการ และส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย อีกทั้ง ทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาร่วมกัน ระหว่างบ้านชุมชน และสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ

ประเทศไทยประสบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางแพทย์ในหลายพื้นที่ที่ไม่ดึงดูดให้ไปทำงาน จากการสำรวจพบว่าสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ 10,000 คน มีสัดส่วนมากกว่าสัดส่วนแพทย์ในภาคเหนือถึง 10 เท่า การวางแผนรับมือเรื่องบุคลากรทางแพทย์นี้มีความซับซ้อน เนื่องจากสัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มมากขึ้นในตลาดสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเติบโตทางเศรษฐกิจและการส่งเสริมการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ (Medical Tourism) ของรัฐบาลที่ดึงดูดให้ทั้งแพทย์และพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐในชนบทย้ายมาทำในโรงพยาบาลเอกชน สัดส่วนของแพทย์ที่ย้ายมาจากกระทรวงสาธารณสุข ของสถานพยาบาลรัฐ ไปสู่สถานประกอบการใหม่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 22 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 80 ในปี 2551 และถึงแม้ว่าจะมีการเพิ่มเงินเพื่อจูงใจมากขึ้น ในปี 2552 สัดส่วนจึงลดลงร้อยละ 63 ในปี 2552 แต่การจ่ายเงินส่วนนี้ต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่าจะเกิดสมดุลที่ดีขึ้นระหว่างปริมาณบุคลากรทางแพทย์ กับความต้องการใช้บริการที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

แนวโน้มการสมรสในประเทศไทยมีผลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบความต้องการเข้าถึงบริการอนามัย

การเจริญพันธุ์ของประชากร รวมทั้งการคุมกำเนิด อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องให้ความสนใจเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่ได้แต่งงาน ความเร่งด่วนของนโยบายที่จะดูแลประชากรกลุ่มนี้เกิดจากการที่สัดส่วนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่ได้แต่งงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการแต่งงานที่ช้าลง ควรคำนึงถึงมาตรการเพื่อลดความอ่อนไหวในการให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่หญิงที่ยังไม่เคยแต่งงานเพื่อประโยชน์ของประชากรกลุ่มนี้ ไม่ใช่เพียงแต่ประโยชน์จากการลดความเสี่ยงในเรื่อง HIV/AIDS

แผนพัฒนาทุนมนุษย์

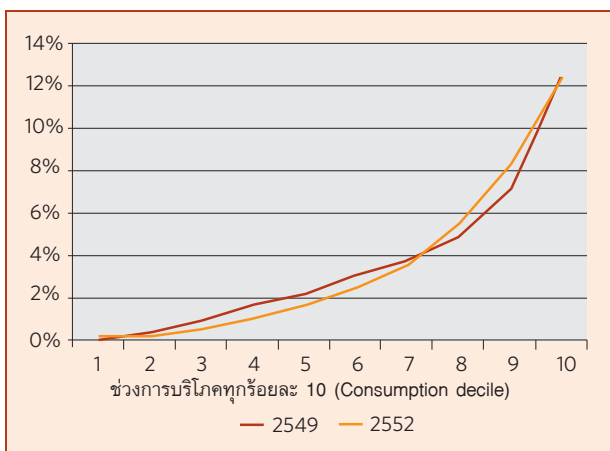
สัดส่วนเด็กที่มีอายุ 0-14 ปี และวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี ต่อประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจนถึงจุดสูงสุดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ สัดส่วนเด็กคิดเป็นร้อยละ 45 ในปี พ.ศ. 2508 (ปัจจุบันลดลงเหลือร้อยละ 21) สัดส่วนประชากรวัยแรงงานถึงจุดสูงสุดในปี 2553 คิดเป็นร้อยละ 71 ในบทที่ 5 แสดงให้เห็นว่าการปันผลทางประชากรครั้งแรกจะสิ้นสุดลงในปี 2553 การปันผลทางประชากรครั้งแรกหมายถึง อัตราการเจริญเติบโตของสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ผลิตที่มีประสิทธิภาพต่อจำนวนผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ หลังจากปี 2553 ประเทศไทยจะไม่ได้รับผลกระทบด้านบวกต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจอันเกิดจากโครงสร้างประชากร ดังนั้น นโยบายที่มีแนวทางเพื่อปรับปรุงทุนมนุษย์หรือเพิ่มการสะสมทุน จึงมีความจำเป็นต่อเศรษฐกิจในระยะกลางและระยะยาว

การสะสมทุนมนุษย์มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มผลิตภาพแรงงานและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อุปสรรคสำคัญในการพัฒนาทุนมนุษย์ของไทยคือคุณภาพการศึกษา ไทยใช้จ่ายเพื่อการศึกษามากแต่ยังล้าหลังกว่าประเทศเพื่อนบ้าน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย และอินโดนีเซีย เมื่อพิจารณาจากดัชนีชี้วัดด้านการศึกษา คุณภาพการศึกษาระดับประถมและมัธยมมีความแตกต่างกันมากระหว่างในเมืองและชนบท และระหว่างในจังหวัดที่พัฒนาแล้วกับที่พัฒนาน้อยกว่า ครูไทยในชนบทที่ห่างไกลไม่มีความรู้ทางภาษา คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ที่ดีเพียงพอ ปัญหาเหล่านี้ทั้งหมดควรที่จะถูกแก้ไขเพื่อพัฒนาคุณภาพแรงงานในอนาคต กำลังแรงงานที่น้อยลงในอนาคตจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้เป็นกำลังแรงงานที่มีผลิตภาพการผลิตสูง การพัฒนานี้มีนัยต่องบประมาณด้านการศึกษา การลดจำนวนลงของเด็กวัยเรียนไม่ได้หมายความว่างบประมาณด้านการศึกษาควรถูกตัดลง การลงทุนจำเป็นต้องเน้นด้านคุณภาพการศึกษาและจะทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวของนักเรียนสูงขึ้น

อุปสรรคอีกประการหนึ่งคือ การเข้าถึงการศึกษาที่สูงขึ้น พระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 ขยายโอกาสทางการศึกษาจากเดิม

เรียนฟรี 12 ปี เป็นเรียนฟรี 15 ปี ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คราวเรือนที่มีรายได้ต่างกันมีโอกาสเท่ากันในการเข้าถึงการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา(ถึงแม้คุณภาพการศึกษาต่างกัน) อย่างไรก็ตาม โอกาสการเข้าถึงการศึกษาในระดับที่สูงกว่ามัศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมาก ดังแสดงในแผนภูมิที่ 7.1 เงินช่วยเหลือเพื่อการศึกษาแก่เด็กยากจนและเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษาแก่นักเรียนในครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางควรมีต่อไปทั้งนี้ เนื่องจากคาดว่าจะทำให้การกระจายรายได้ดีขึ้นนอกเหนือไปจากการเพิ่มขึ้นของทุนมนุษย์

แผนภูมิที่ 7.1 ร้อยละของครัวเรือนที่มีสมาชิกเรียนในระดับสูงกว่ามัธยมปลาย



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2549 และ 2552

การเพิ่มการสะสมทุนทางกายภาพ เป็นทางเลือกเชิงนโยบายหนึ่งที่จะรักษาการเศรษฐกิจเติบโตได้ในอนาคต การสะสมทุนทางกายภาพสามารถนำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างถาวรของการใช้ทุนเข้มข้น และทำให้สัดส่วนทุนต่อแรงงานสูงขึ้น ระดับการบริโภคจะต่ำเกินไปถึงแม้ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ดังนั้น ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้ประชาชนออมเพื่อการเกษียณอายุ การจัดทำบำนาญในลักษณะที่ไม่มีการสะสมการออมหรือแบบ Pay-As-You-Go นั้นควรจะมีให้น้อย

นโยบายอย่างเช่นการพึ่งพาแรงงานต่างด้าวมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อทดแทนแรงงานทักษะต่ำอาจจะเหมาะสมในระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากมีกระหนาบด้านลบต่อรายได้ต่อหัว แรงงานทักษะต่ำมักจะเป็นแรงงานนอกระบบ อีกประมาณ 5-10 ปีร้อยละ 30 ของแรงงานไทยที่มีทักษะต่ำที่ขณะนี้อายุมากกว่าสามสิบปีขึ้นไปอาจไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากพวกเขาอายุเพิ่มขึ้นเป็น 60 ปีหรือมากกว่า หากประเทศไทยเลือกที่จะทดแทนแรงงานทักษะต่ำด้วยแรงงานต่างด้าว รายจ่ายทางด้านสังคมจะเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งรวมไปถึงรายจ่ายทางการศึกษาสำหรับลูกของแรงงานต่างด้าว รายจ่ายด้านสาธารณสุขและด้านสังคมอื่นๆ

ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาค่าจ้างต่ำเนื่องจากเลือกปฏิบัติหรือการเอารัดเอาเปรียบแรงงานและบังคับใช้กฎหมายในตลาดแรงงาน จะเห็นว่าการทดแทนแรงงานทักษะต่ำด้วยแรงงานต่างด้าวมุ่งที่ต้นทุนและประโยชน์ ดังนั้นควรมีประเมินผลผลได้ผลเสียจากนโยบายดังกล่าวอย่างเปิดเผย

ด้วยเหตุที่ว่าค่าใช้จ่ายทางสังคมจะเพิ่มขึ้นในอนาคต รัฐบาลไทยจึงควรเพิ่มความสามารถในการจัดเก็บรายได้จากภาษี ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมารายได้จากภาษีคิดเป็นเพียงร้อยละ 16-18 ของ GDP ประมาณร้อยละ 55 ของรายได้ภาษีเป็นรายได้จากภาษีทางอ้อม (ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีสรรพสามิต อากรนำเข้า และภาษีการขายอื่นๆ) และประมาณร้อยละ 45 เป็นรายได้จากภาษีทางตรง ไทยมีฐานภาษีรายได้ที่แคบซึ่งครอบคลุมคนเพียงหนึ่งในสี่ของกำลังแรงงานทั้งหมด ประมาณร้อยละ 44 ของคนที่ยื่นแบบการเสียภาษีรายได้บุคคลธรรมดาที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับที่จะต้องเสียภาษี รัฐบาลสามารถเพิ่มรายได้จากภาษีด้วยการนำภาษีทรัพย์สิน (จากที่ดินและอสังหาริมทรัพย์) มาใช้ หรือยกเลิกการยกเว้นภาษีแก่บริษัทขนาดใหญ่ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนจากคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (หรือบีโอไอ) หรือการปรับการลดหย่อนรายการต่างๆ สำหรับภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา หรือการขึ้นอัตราภาษีแก่บางชั้นรายได้ (สมชัย จิตสุชน, 2553; ชัยสิทธิ์ อนุชิตวรวงศ์, 2553; วรพรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2553)

ความเป็นเมือง การย้ายถิ่น การลดลงของประชากรในระดับภาค

การประเมินการเจริญเติบโตและการกระจายตัวของประชากรในประเทศไทย ควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจาก การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรขณะนี้เป็นอย่างช้าๆ อยู่ระหว่าง 1 ล้าน และ 1.5 ล้านคน (คาดประมาณระดับต่ำ) และมากกว่า 6 ล้านคน (คาดประมาณระดับกลาง) ก่อนที่อัตราจำนวนประชากรจะลดลงในที่สุด เนื่องจากอัตราความเป็นเมืองในปัจจุบันค่อนข้างต่ำ คาดว่าสัดส่วนความเป็นเมืองจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคต ดังนั้นการวางแผนปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชากรในเมืองที่กำลังเติบโตจึงสำคัญมาก

การวางแผนต้องคำนึงว่าประชากรเมืองที่กำลังเติบโตจะอยู่ที่ใดบ้าง ทั้งนี้มีแนวโน้มว่าสัดส่วนคนเมืองที่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ ต่อประชากรเมืองทั้งหมดลดลงเรื่อยๆ (จากการสังเกตในช่วงปี 2533-2543 ดูใน Jones and Douglass 2551 ตารางที่ 3.4) ซึ่งบอกเป็นนัยได้ว่าเมืองที่มีขนาดเล็กตามภูมิภาคต่างๆ จะเติบโตอย่างรวดเร็ว การวางแผนสำหรับความเป็นอยู่ของคนเมืองทั้งด้านกายภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในเมืองเหล่านี้ควรที่จะได้รับความสนใจเป็นอันดับแรกๆ ในขณะเดียวกัน การเติบโตของในเขตปริมณฑลรอบๆ กรุงเทพมหานครจะกลายเป็นประเด็นในการวางแผนที่ซับซ้อนเช่นกัน

ตารางที่ 7.6 ร้อยละของลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกันของเด็ก

ครัวเรือนที่มี	2549	2550	2551	2552
ทั้งพ่อและแม่	64.5	63.0	62.0	61.9
มีพ่อเพียงคนเดียว	2.4	2.3	2.6	3.1
มีแม่เพียงคนเดียว	13.7	12.8	13.6	13.8
ไม่มีพ่อ แม่ แต่มีญาติ	18.9	21.7	21.4	21.0
ไม่มีพ่อ แม่ และไม่มีญาติ	0.5	0.3	0.4	0.3
รวม	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ดูเหมือนว่าบางพื้นที่จะมีประชากรน้อยลง เพราะว่าการเจริญเติบโตของเมืองในแต่ละภาคจะไม่สามารถชดเชยกับจำนวนประชากรที่ลดลงในเขตชนบท ผลลัพธ์จากการที่ประชากรลดลงในบางพื้นที่อาจจะถึงขั้นเป็นปัญหาได้ ยกตัวอย่างเช่น การตัดสินใจที่ยากลำบากในการยุบหรือปิดกิจการของโรงเรียนบางแห่ง และจัดให้มีโรงเรือนรับนักเรียนจากรอบนอกไปส่งในโรงเรียนนอกพื้นที่ที่มีคุณภาพการศึกษาดีกว่า ทั้งนี้อาจประสบปัญหาในการบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐาน ที่ถูกออกแบบมาเพื่อรองรับประชากรที่มีขนาดใหญ่

ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ย้ายถิ่นจำเป็นต้องมีการวางแผน ทั้งในส่วนผู้ย้ายถิ่นในประเทศ เช่นการย้ายถิ่นจากชนบทตามฤดูกาลหรือถาวร และผู้ย้ายถิ่นระหว่างประเทศ จากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น พม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งคนเหล่านี้ส่วนใหญ่ล้วนมีรากฐานดั้งเดิมมาจากชนบทเหมือนกัน

ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการเปลี่ยนแปลงประชากร ไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อรูปแบบการอยู่อาศัยร่วมกันของลูกและผู้สูงอายุ แต่ยังมีผลต่อเด็กด้วย คนวัยทำงานจำนวนมากย้ายออกจากบ้านเกิดเพื่อไปทำงานในเมืองหรือจังหวัดที่อยู่ห่างไกล ซึ่งคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เมื่อมีบุตรและต้องพบกับความยากลำบากจากการทำงานไปด้วยและเลี้ยงบุตรไปด้วย ทำให้เด็กจำนวนมากต้องอยู่ในครัวเรือนที่ไม่มีพ่อหรือแม่อยู่พร้อมหน้ากันในครัวเรือน

การสำรวจทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี พ.ศ.2549 และ 2552 แสดงให้เห็นว่าเด็กที่ได้อยู่กับพ่อและแม่มีสัดส่วนลดลง โดยในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 64.5 ไปเป็นร้อยละ 61.9 ส่วนเด็กไม่ได้อยู่กับทั้งพ่อและแม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.4 ไปเป็นร้อยละ 21.3 ทั้งนี้พบว่าเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนการได้อยู่กับพ่อและแม่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น (คิดเป็นประมาณร้อยละ 55) ในขณะที่กรุงเทพฯมีสัดส่วนสูงสุด

(คิดเป็นประมาณร้อยละ 76) โดยการย้ายถิ่นคือเหตุผลหลักที่เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อและ/หรือแม่ เหตุผลรองมาคือ พ่อแม่แยกทางกัน ทั้งนี้พบว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ อาจจะเผชิญกับความเสี่ยงหลายๆ ด้าน² ถ้าหากว่าโครงสร้างพื้นฐานสำหรับเด็ก เช่น ศูนย์รับดูแลเด็กเล็ก มีอย่างเพียงพอ ครึ่งหนึ่งของเด็กเหล่านี้สามารถอยู่กับพ่อแม่ในเมืองที่พ่อแม่ทำงานอยู่ การช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถทำงานและเลี้ยงดูลูกไปด้วยกันเป็นสิ่งจำเป็น ในขณะที่การที่เด็กย้ายจากการอยู่กับปู่ย่าตายายในชนบทมาอยู่กับพ่อแม่ในเมืองอาจไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุดเสมอไป เนื่องจากสภาพแวดล้อมในเมืองที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงดูเด็กมากกว่าการอยู่อาศัยในชนบท

นโยบายที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร

ภาวะการตาย

เป็นที่เห็นพ้องต้องกันว่า การต่อสู้กับความเจ็บป่วยและการลดลงของการตายเป็นสิ่งพึงปรารถนา เพราะฉะนั้นนโยบายที่ต้องการมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงประชากรด้วยการเพิ่มอายุขัยของประชากรให้ยาวนานขึ้นเป็นเป้าหมายที่สำคัญ จากมุมมองทางเชิงนโยบายสิ่งที่ต้องตัดสินใจ (ซึ่งนำไปสู่ประเด็นถกเถียง) คือการจัดสรรทรัพยากรภาครัฐเพื่อเป้าหมายนี้ โดยต้องแข่งกับการใช้ทรัพยากรของรัฐเพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ อย่างไรก็ตาม ในที่นี้จะไม่เน้นในประเด็นนี้ นโยบายอย่างเช่น การใช้ทรัพยากรในด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะการติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งได้ให้รายละเอียดในเบื้องต้นไว้แล้ว

2 การศึกษาของสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ พบว่าเด็กจะมีความเสี่ยงในการหยุดเรียนกลางคัน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อยาเสพติด มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น (อ้างจาก สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา www.onec.go.th/cms/new_highlightview.php?ID=332)

ตารางที่ 7.7 ร้อยละของสาเหตุที่เด็กไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับพ่อแม่ ปี 2552

การอยู่อาศัยของเด็ก	พ่อและ/หรือแม่เสียชีวิต	พ่อแม่แยกทางกัน	พ่อและ/หรือแม่ทำงานคนละจังหวัด	พ่อและ/หรือแม่ทำงานอยู่ต่างประเทศ	เด็กต้องเข้าโรงเรียน	อื่นๆ	รวม
อยู่กับพ่อเพียงคนเดียว	10	64	23	1	1	2	100
อยู่กับแม่เพียงคนเดียว	12	36	38	10	0	4	100
อยู่กับญาติ	6	25	61	2	2	5	100
อยู่กับคนอื่น	17	28	19	9	0	27	100
รวม	8	32	49	5	1	5	100

แหล่งข้อมูล: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาวะเจริญพันธุ์

ภาวะเจริญพันธุ์ของไทยต่ำกว่าระดับทดแทนค่อนข้างมาก และยังคงลดลงอยู่เรื่อยๆ โดยไม่มีที่ท่าว่าจะเพิ่มขึ้น ภาวะเจริญพันธุ์อาจต่ำกว่าระดับ 1.5 ซึ่งหลายๆ คนมองว่าเป็นจุดวิกฤติด้วยเหตุผล 2 ประการ คือหนึ่งภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าระดับนี้เป็นเวลานานหรือต่ำกว่านี้อีกจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ และจำนวนประชากรในแต่ละรุ่นจะลดลงประมาณร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับคนรุ่นก่อน ซึ่งนำไปสู่การหดตัวของประชากรที่ชัดเจนซึ่งยากที่จะกลับคืน เนื่องจากแรงเหวี่ยงทางประชากร (population momentum) ในด้านลบที่ทำให้ประชากรมีแนวโน้มลดลงมากขึ้นแม้ว่าภาวะเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นก็ตาม เนื่องจากประชากรในวัยเจริญพันธุ์มีขนาดเล็กลง สองเมื่อภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับนี้แล้ว มีโอกาสน้อยมากที่อัตราเจริญพันธุ์จะสามารถกลับไปที่ระดับทดแทนได้อีก นี่คือความจริงเชิงประจักษ์แต่ไม่ได้หมายความว่าทำอะไรไม่ได้

จากข้อสังเกตในบทที่ 1 ประเทศในทวีปเอเชียส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงนโยบายประชากรช้ามากเมื่อประเทศอยู่ในภาวะที่ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทน ประเทศไทยพบกับสถานการณ์เดียวกันกับ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลีใต้ และได้หวันซึ่งได้ผ่านสถานการณ์เช่นนี้ไปแล้ว ประเทศเหล่านี้รอประมาณ 15 ปีหรือมากกว่านั้น หลังจากทีภาวะเจริญพันธุ์ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนก่อนจะประกาศนโยบายสนับสนุนเพิ่มอัตราการเกิดอย่างเป็นทางการ จึงน่าจะถึงเวลาแล้วที่รัฐบาลไทยจะดำเนินการที่ชัดเจนในการสนับสนุนการเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์

ถ้าเห็นพ้องว่ามาตรการที่สนับสนุนการเกิดให้สูงขึ้นเหมาะสมกับช่วงเวลานี้ ประเด็นสำคัญคือควรจะใช้มาตรการอะไรที่เห็นผลอย่างชัดเจน ในขณะที่เดียวกันพึงควรที่จะหลีกเลี่ยงผลกระทบ

ในเชิงลบด้วย ประเด็นนี้สำคัญเพราะเชื่อกันโดยทั่วไปว่านโยบายสนับสนุนให้อัตราการเกิดเพิ่มขึ้นในเอเชียตะวันออกไม่ได้เกิดผลตามที่ต้องการมากนัก

ทัศนะที่ว่านโยบายของประเทศแถบเอเชียตะวันออกไม่ค่อยมีผลมากนักจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างระมัดระวัง อาจมีข้อโต้แย้งว่าในความเป็นจริงแล้วประเทศแถบเอเชียตะวันออกไม่ได้ขึ้นนโยบายที่เป็นไปได้จริงจังกัก (ในที่นี้หมายถึงประเทศในเอเชียที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำทั้งหมด) และ/หรือมีการประกาศใช้นโยบายเมื่อไม่นานมานี้ ผลกระทบของนโยบายจึงยังไม่ปรากฏเห็นได้ชัด อย่างเช่น ในเกาหลีใต้และไต้หวัน เพราะฉะนั้นมีความเป็นไปได้ที่นโยบายที่ดีจะสามารถเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์ได้ การมีลูก 2 คน เป็นค่าเฉลี่ยที่พึงปรารถนาในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค การที่ครอบครัวไม่มีลูกตามค่าเฉลี่ยนี้อาจมาจากอุปสรรคเชิงโครงสร้าง นโยบายรัฐจึงควรพยายามขจัดอุปสรรคเหล่านั้นให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องดำเนินการคือ การออกแบบนโยบายเชิงบูรณาการ แทนที่จะมองผู้หญิงว่าเป็นเครื่องมือของนโยบายประชากร ดังเช่นที่ถูกวิจารณ์ในกรณีของนโยบายที่พยายามลดอัตราการเกิดในอดีตที่ผ่านมา ทั้งนี้ควรให้ทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีทางเลือกที่ดีที่สุดในการตัดสินใจแต่งงาน มีบุตร และสามารถทำงานและเลี้ยงดูบุตรได้พร้อมๆ กัน เป้าหมายคือการสร้างนโยบายครอบครัวที่เปิดทางเลือกให้กว้างแก่ผู้ที่จะเป็นพ่อแม่หรือกำลังจะเป็นพ่อแม่ให้สามารถตัดสินใจมีบุตรมากขึ้น

ประเด็นเฉพาะที่จำเป็นต้องตระหนักในการพิจารณาโยบายครอบครัว และนโยบายเจริญพันธุ์ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย

1. ความสำคัญของการแต่งงานช้าลงต่ออัตราการเกิดที่ลดลง ปัจจุบันนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประเทศในเอเชียตะวันออกมีภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำ (Jones, 2007)

2. ในหลายๆ ประเทศแถบเอเชีย องค์ประกอบที่สำคัญหนึ่งที่ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำมากคืออัตราการเข้าร่วมกำลังแรงงานของผู้หญิงเพิ่มขึ้น และความยากลำบากของผู้หญิงที่ต้องทำงานไปด้วยเลี้ยงลูกไปด้วย อัตราการเข้าร่วมกำลังแรงงานของผู้หญิงคิดเป็นสัดส่วนที่สูงมาโดยตลอด (ดังตารางที่ 7.8) และไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงเวลาที่อัตราเจริญพันธุ์ในไทยลดลง ดังนั้นดูเหมือนว่าสำหรับประเทศไทยการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์จะไม่ได้มีความสัมพันธ์กับอัตราการเข้าร่วมกำลังแรงงานของผู้หญิงดังเช่นประเทศแถบเอเชียตะวันออก อย่างไรก็ตามการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อาจมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจ้างงานสำหรับผู้หญิงที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอาชีพ และการเพิ่มสัดส่วนงานที่ทำให้ผู้หญิงอยู่ห่างไกลจากบ้านมาก ซึ่งเห็นได้ชัดในตารางที่ 7.8 ว่าโครงสร้างการจ้างงานของผู้หญิงในประเทศไทยได้เปลี่ยนไปมากตั้งแต่ช่วงปี 2523-2533 ส่วนแบ่งการจ้างงานในภาคเกษตรลดลงเกือบครึ่ง ในขณะที่สัดส่วนของอุตสาหกรรมเพิ่มมากกว่าสองเท่าและในภาคบริการเพิ่มเกือบสามเท่า การจ้างงานของผู้หญิงในภาคตลาดทางการเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน

แนวโน้มเหล่านี้ น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจมีบุตรของผู้หญิง และพ่อแม่โดยทั่วไป

3. ในประเทศไทย ไม่เหมือนกับประเทศในแถบเอเชียตะวันออก ภาวะการเป็นเมืองที่ต่ำกว่าหมายถึงว่าการเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์โดยรวมจะต้องให้ผู้หญิงทั้งในเมืองและชนบทเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์ทั้งหมด นโยบายในประเทศแถบเอเชียตะวันออกได้พัฒนานโยบายที่เน้นเฉพาะคนเมือง ซึ่งอาจจะทำให้ไม่เหมาะสมกับกรณีประเทศไทย ในทางตรงกันข้าม มีข้อสังเกตว่า อัตราความเป็นเมืองที่แท้จริงของประเทศไทยนั้นสูงกว่าอัตราที่ทางการประกาศ ในช่วงตั้งแต่ปี 2523 เมื่อสัดส่วนการจ้างงานของผู้หญิงในภาคเกษตรลดลงเกือบครึ่งนั้น สัดส่วนของประชากรในเขตชนบทลดลงจากร้อยละ 73.2 เป็นร้อยละ 66.0 จะเห็นว่าอัตราความเป็นเมืองและการจ้างงานในภาคเกษตรไม่ได้เปลี่ยนไปในทางที่สอดคล้องกัน

นโยบายที่จะมีอิทธิพลต่อรูปแบบการมีบุตรในบริบทเฉพาะของประเทศไทย ตามที่ได้กล่าวข้างต้นดูเหมือนว่ามีความแตกต่างระหว่างบริบทในประเทศไทยและประเทศในเอเชียตะวันออกที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำอื่นๆ แต่ความแตกต่างนั้นอาจจะไม่มากมายนักเหมือนกับที่คาดการณ์ในตอนแรก

ตารางที่ 7.8 การเปลี่ยนแปลงอัตราการเข้าร่วมกำลังแรงงานของผู้หญิง และโครงสร้างการจ้างงานของประเทศไทยในปี 2523-2553

	2523	2528	2533	2538	2543	2548	2553
การเปลี่ยนแปลงการเข้าร่วมในกำลังแรงงานหญิง							
อายุ 40-64	84.4	82.1	84.4	81.1	77.9	78.9	78.3
อายุ 20-39	80.4	76.0	78.5	73.6	72.8	75.0	76.3
รวม ช่วงอายุ 20-64	83.0	80.0	82.3	78.1	75.7	77.1	77.3
ร้อยละ การจ้างงานแรงงานหญิง ใน							
ภาคการเกษตร	71.7	67.4	63.4	52.9	46.9	40.0	38.4
ภาคอุตสาหกรรม	8.0	9.5	12.6	17.4	17.9	19.8	18.7
ภาคการค้า	10.7	11.2	11.4	14.3	16.1	14.9	16.0
ภาคบริการ	9.5	11.9	12.6	15.4	19.0	25.2	26.9
ร้อยละ ลูกจ้าง (หรือ ผู้ที่ได้รับค่าจ้าง) ที่เป็นหญิง							
ภาคการเกษตร	47.6	46.9	45.0	48.1	45.0	44.2	43.5
นอกภาคการเกษตร	31.6	35.0	39.0	39.4	43.8	45.8	45.8
รวม	34.7	37.7	40.2	40.7	44.0	45.6	45.5

*รวม การก่อสร้าง, การขนส่ง, การไฟฟ้า ก๊าซและการประปา
แหล่งข้อมูล: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะหนึ่งสำหรับการออกนโยบายที่น่าจะมีผลในทางปฏิบัติ คือ การดูตัวอย่างจากประเทศตะวันตกที่สามารถจัดการให้ภาวะเจริญพันธุ์เพิ่มจนเข้าใกล้ระดับทดแทน หรือรักษาภาวะเจริญพันธุ์ไม่ให้ตกลงและให้คงอยู่ใกล้กับระดับทดแทน (Neyer and Andersson, 2007; McDonald, 2002) ตัวอย่างประเภทแรกคือประเทศแถบสแกนดิเนเวียและฝรั่งเศส ตัวอย่างของประเภทหลังคือ สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย ซึ่งประเทศเหล่านี้มีความหลากหลายมากและยากที่จะหาองค์ประกอบร่วมกันในนโยบายที่มีความหลากหลายที่จะนำมาปรับใช้กับประเทศไทย ยกตัวอย่างเช่น นโยบายสวัสดิการครอบครัวอย่างดี การมีสิทธิลาคลอดบุตรเป็นเวลานาน จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลเด็ก และนโยบายสร้างความเท่าเทียมทางเพศในที่ทำงาน มีความสำคัญในประเทศแถบสแกนดิเนเวีย สำหรับฝรั่งเศสได้จัดให้มีการลดภาษีและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลเด็กที่เยี่ยมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย³ ในออสเตรเลียมีการให้เงินโบนัสแก่พ่อแม่ที่มีบุตรเกิดใหม่ จำนวน 5,000 เหรียญออสเตรเลีย.

จากที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 ถ้านโยบายที่ใช้ในไต้หวันและเกาหลีใต้ส่งผลทางบวกจริงจะยังคงเร็วเกินไปที่จะชี้ให้เห็นว่านโยบายเหล่านี้มีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์มากนักเพียงใด เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2553 รัฐบาลเกาหลีใต้ประกาศแผน 5 ปี ซึ่งเป็นแผนที่ครอบคลุมมากกว่าแผนที่ได้ทบทวนในบทที่ 1 แผนนี้มีมูลค่า 75.8 ล้านล้านวอน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากแผน 5 ปี ฉบับก่อน (2548-2553) ถึงร้อยละ 79 สิทธิในการลาคลอดบุตรจะขยายจาก 3 เดือนในปัจจุบันไปเป็น 1 ปี โดยในเดือนที่ 4 ถึงเดือนที่ 12 จะได้รับเงินชดเชยร้อยละ 40 ของเงินเดือน มีการจัดชั่วโมงทำงานที่ยืดหยุ่นให้กับลูกจ้างหญิงที่มีลูก และมีการส่งเสริมให้บริษัทจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลเด็กในสถานที่ทำงาน การศึกษาของบุตรในระดับก่อนประถมศึกษาจะได้รับการอุดหนุนและการศึกษาของบุตรคนที่ 2 จะไม่เสียค่าใช้จ่ายจนถึงระดับมัธยมศึกษา (Straits Times, 9/11/2010: "Baby incentive fails to excite South Koreans").

สำหรับประเทศไทยถึงเวลาแล้วที่ภาครัฐจะประกาศเปลี่ยนแปลงนโยบาย ด้วยการสนับสนุนการแต่งงานและการมีบุตรในบริบทของนโยบายครอบครัว ในขณะที่นโยบายเหล่านี้จำเป็นต้องพิจารณาอย่างระมัดระวังโดยเฉพาะเรื่องงบประมาณและผลที่อาจเกิดตามมา ควรมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศอื่นที่มีนโยบายคล้ายๆ กัน ดังนั้นนโยบายที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้

3 เมื่อถามข้อคิดเห็นของรัฐมนตรีด้านครอบครัวของฝรั่งเศสว่า ทำไมฝรั่งเศสถึงมีภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงกว่าประเทศส่วนใหญ่ในยุโรป คำตอบคือ "พวกเราใช้จ่ายเงินมากที่สุดและมีการดูแลเด็กที่ดี ไม่น่าแปลกใจที่ผลเป็นเช่นนั้น" (New York Times, Saturday November 6, 2010: "French difference lives: women lag in equality".)

สิทธิในการลาคลอดของแม่

การประชุมครั้งใหม่ของ ILO ระบุเงื่อนไขว่า สิทธิประโยชน์ที่เป็นตัวเงินในระหว่างการลาคลอดจะต้องจ่ายในอัตรา 2 ใน 3 ของรายได้ก่อนคลอดหรือรายได้ที่ได้รับการประกันจากการประกันตน โดยกำหนดระยะเวลาของการลาคลอดขั้นต่ำ 14 สัปดาห์ ในปัจจุบันประเทศน้อยกว่าครึ่งของโลกที่ปฏิบัติตามมาตรฐานนี้ (United Nations, 2010: 104) ในประเทศไทยสิทธิลาคลอดคือ 90 วัน และผู้ลาได้รับเงินสิทธิประโยชน์ร้อยละ 50 ของรายได้ที่ได้รับ การประกันจากการประกันสังคม ซึ่งเงินผลประโยชน์นี้มาจากการสมทบของนายจ้าง ลูกจ้างและรัฐ ทั้งนี้ควรมีการให้ประโยชน์ในการลาคลอดที่ดีกว่านี้

สิทธิในการลาคลอดของพ่อ

เป็นการลาของผู้ชายระยะเวลาหนึ่งเพื่อดูแลบุตรที่เพิ่งเกิด เป้าหมายเพื่อให้ผู้ชายแสดงบทบาทที่มากขึ้นในการดูแลครอบครัวและความเป็นผู้ปกครองของบุตรที่เกิดมา

การมีชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น

ชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่นออกแบบมาเพื่อช่วยพ่อแม่ให้สามารถใช้เวลากับครอบครัวมากขึ้นตามที่ต้องการ และสามารถหยุดงานเพื่อดูแลลูกได้เมื่อจำเป็น ในประเทศไทยชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่นไม่ใช่สิ่งปกติที่เห็นกันทั่วไปในข้อตกลงการจ้างงาน

ปรับปรุงและอุดหนุนการดูแลเด็ก

ประเทศส่วนใหญ่มีเป้าหมายในการเพิ่มอัตราการเกิด รวมทั้งได้มีการขยายสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลเด็กเข้าไปเป็นส่วนสำคัญของโครงการ ถ้าหากไม่ส่งเสริมให้เกิดสถานที่ดูแลเด็กเช่นนี้ ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะพบความยากลำบากในการกลับเข้าไปทำงานเต็มเวลาภายในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งมีผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการทำงาน โอกาสความก้าวหน้า และการพัฒนาทางอาชีพ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวขัดขวางให้ผู้หญิงตัดสินใจมีลูก หรือมีลูกเพิ่มขึ้น

แรงจูงใจทางภาษี และ/หรือ โบนัสสำหรับการมีบุตร

สิงคโปร์มีการสนับสนุนทางการเงินจำนวนมากเพื่อเป็นโบนัสสำหรับการมีบุตร ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนโดยภาครัฐและตัวพ่อแม่เอง ในหลายๆ ประเทศมีการลดภาษีสำหรับผู้มีบุตร ซึ่งบางครั้งลดภาษีให้ค่อนข้างมาก หลักการพื้นฐานของโครงการเหล่านี้คือ ผู้ให้กำเนิดและเลี้ยงดูเด็กเป็นผู้มีส่วนช่วยเหลือสังคมโดยรวม ดังนั้นจึงควรได้รับการชดเชยต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูเด็กของพวกเขา

เป้าหมายที่พึงปรารถนาคือ การพัฒนาชุดของนโยบายที่ทำให้สร้างความสัมพันธ์และสร้างความเข้มแข็งให้กับชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสามารถเพิ่มอัตราเจริญพันธุ์ได้ในเวลาเดียวกัน สิ่งนี้ควรเป็นเป้าหมายของนโยบายครอบครัวและนโยบายเจริญพันธุ์ของประเทศไทย

ในขณะที่เดียวกันโครงการอนามัยเจริญพันธุ์ควรจะดำเนินการต่อไปเพื่อสนับสนุนเป้าหมายต่างๆ ถึงแม้ว่าการเพิ่มอัตราเจริญพันธุ์อยู่ในความสนใจระดับชาติ ในด้านชีวิตความเป็นอยู่ก็เป็นสิ่งสำคัญเพื่อหลีกเลี่ยงการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งควรเป้าหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง และควรมีการให้คำปรึกษาและบริการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม อัตราเจริญพันธุ์ในกลุ่มคนบางกลุ่มยังคงสูงอยู่ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ชาวมุสลิมในภาคใต้ในพื้นที่ห่างไกล และกลุ่มที่เป็นแรงงานข้ามชาติบางกลุ่ม โครงการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของกลุ่มคนเหล่านี้ ควรดำเนินการเป็นต่อไปและควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกๆ

ในช่วงปี 2503 - 2513 ผู้วางแผนนโยบายในประเทศไทยได้นำนโยบายควบคุมการเกิดมาใช้ ได้มีการจัดสัมมนาประชากรระดับชาติหลายครั้งและมีการถกกันในเชิงลึกในประเด็นด้านประชากรในสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งเป็นช่วงที่จำเป็นต้องนำนโยบายสนับสนุนการเกิดมาใช้ และดูเหมือนว่าจำเป็นจะต้องใช้วิธีที่เคยทำมาแล้วอีกครั้งในการศึกษาการกำหนดนโยบายและการสนับสนุนเพื่อให้เกิดผลเชิงนโยบาย แต่เท่าที่ผ่านมาจะเห็นว่า การอภิปรายในประเด็นนี้มีเพียงเล็กน้อยทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบายและในหมู่ประชาชนทั่วไป

การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรรภ์โดยไม่ต้องการ

ตามการอภิปรายในบทที่ 2 พบว่าการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่ยังไม่แต่งงานกำลังเพิ่มขึ้น (และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น) วัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์ในประเทศไทยมีจำนวนมาก ซึ่งมักเป็นการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นมี 2 ประเภท คือวัยรุ่นอายุน้อยที่แต่งงานแล้ว และที่ยังไม่ได้แต่งงาน ซึ่งวัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นที่ยังไม่แต่งงานซึ่งเป็นการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และวัยรุ่นอายุน้อยที่แต่งงานแล้วจำนวนมากที่ตั้งครรรภ์โดยไม่พึงประสงค์เช่นกัน โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นการแต่งงานเพื่อรับผิดชอบหลังเกิดการตั้งครรรภ์ที่ไม่คาดคิด

การตั้งครรรภ์โดยที่ยังไม่พร้อมของวัยรุ่นถือเป็นประเด็นร้ายแรงในประเทศไทย เนื่องจากมีความเสี่ยงที่มากขึ้นต่อเด็กและตัวของแม่ที่อายุน้อย เมื่อผู้หญิงที่อายุน้อยมากให้กำเนิดลูก เพราะว่ามีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับคุณภาพการเลี้ยงดูเด็กในกรณีนี้

เด็กเกิดจากการตั้งครรรภ์โดยไม่พร้อม และเนื่องจากการทำแท้งที่มากขึ้นของวัยรุ่นที่ยังไม่ได้แต่งงาน ซึ่งประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงเชื้อ HIV การแทรกแซงนโยบายที่เป็นไปได้เพิ่มประเด็นในการโต้แย้งมากขึ้น แต่ความจำเป็นในการแทรกแซงไม่สามารถถูกเพิกเฉยได้ จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นควรมีการให้การศึกษาในเรื่องเพศศึกษาอย่างเหมาะสม และสอนให้วัยรุ่นให้ความสนใจที่เพียงพอต่อความรับผิดชอบของเพศชาย ให้รู้ถึงผลที่จะตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นที่ยังไม่แต่งงานเหล่านั้น (รวมถึงคนที่อายุมากกว่าวัยรุ่น) ที่เลือกกว่าจะมีเพศสัมพันธ์จำเป็นต้องเข้าถึงการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการพิจารณาการเข้าถึงการทำแท้งที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยให้สอดคล้องกับนโยบายที่มีอยู่ และควรยกเลิกการปฏิบัติของโรงเรียนที่ให้เด็กที่ตั้งท้องออกจากโรงเรียน เพื่อให้แม่วัยใสมีอนาคตที่ดีขึ้นได้

ความเป็นเมือง การย้ายถิ่น การลดลงของประชากรในระดับภาค

ภาครัฐมักจะมีนโยบายที่ต้องการให้มีอิทธิพลต่อการกระจายตัวของประชากร นับเป็นเวลาที่นานมากที่ประเทศส่วนใหญ่ในเอเชียมีทัศนคติด้านลบต่อการเติบโตของเมืองใหญ่ และมักจะมีนโยบายเฉพาะเพื่อจำกัดการย้ายถิ่นจากชนบทไปสู่เมือง และสนับสนุนการเจริญเติบโตของเมืองเล็ก โดยให้แรงจูงใจสำหรับอุตสาหกรรมที่ตั้งในเมืองห่างไกลและมีนโยบายในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เป็นต้น อย่างไรก็ตามข้อโต้แย้งที่ต่อต้านการขยายตัวของกลุ่มเมืองใหญ่ไม่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์แท้จริงในการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ของ World Bank (2552) ได้เตือนถึงความพยายามในการการรักษาหรือเพิ่มระดับประชากรในพื้นที่ที่เสียเปรียบและการจำกัดการเติบโตในเมืองใหญ่ ในรายงานนี้แย้งว่าการกระจุกตัวเชิงพื้นที่ของกิจกรรมทางเศรษฐกิจ เพิ่มขึ้นตามการพัฒนา และภาครัฐไม่ควรที่จะหยุดมันด้วยการส่งเสริมการลงทุนและให้ความสำคัญเชิงนโยบายมากเกินไปกับพื้นที่ที่ล้าหลังของประเทศ ในทางกลับกัน ควรมีนโยบายที่เป็นกลางต่อที่ตั้งของกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ช่วยในการพัฒนาประเทศ แต่รัฐควรต้องสร้างการลงทุนในด้านคมนาคมขนส่งและการสื่อสารอย่างรอบคอบเพื่อให้พื้นที่เสียเปรียบสามารถเชื่อมต่อกับศูนย์กลางของความเจริญเติบโตได้ ความท้าทายของรัฐคือการปล่อย (หรือส่งเสริม) ให้มีการเจริญเติบโตที่ไม่สมดุล แต่ต้องแน่ใจว่าสามารถรวมพื้นที่ห่างไกลเข้าสู่การพัฒนาด้วย โดยผ่านการจัดการที่ดีทั้งของ สถาบัน โครงสร้างพื้นฐาน และการแทรกแซงของภาครัฐ

Montgomery (2552) ได้บททวนงานศึกษาของธนาคารโลก และให้ข้อคิดเห็นว่ารายงานของธนาคารโลกอาจมองโลกในแง่ดีเกินไปเกี่ยวกับประโยชน์ที่เกิดจากการกระจุกตัวเชิงพื้นที่ เขาแย้งว่าในประเทศยากจนที่มีการบริหารจัดการไม่ดีและไม่มีธรรมาภิบาลอาจจะเป็นอุปสรรคต่อผู้ประกอบการในการผจญประโยชน์อย่างเต็มที่ในการอยู่ในเมือง เมื่อภาครัฐไม่สามารถจัดหางบบริการไฟฟ้าและน้ำประปาได้อย่างเพียงพอและน่าเชื่อถือ และเมื่อระบบคมนาคมขนส่งของเมืองมีการจัดการที่แย่ การจราจรติดขัด ก็จะทำให้ไปสู่ความยุ่งเหยิงได้ ข้อคิดเห็นของเขานำไปใช้ได้กับประเทศที่ยากจนที่สุดมากกว่าประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งมีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วและยั่งยืน ประเทศเกาหลีใต้ จีน มาเลเซีย ไทย และอินโดนีเซีย เป็นตัวอย่างที่ดีที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของการกระจุกตัวเชิงพื้นที่ของกิจกรรมทางเศรษฐกิจต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของชาติที่รวดเร็ว บทบาทของกรุงเทพในการเป็นกลจักรสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นสิ่งที่เห็นได้อย่างชัดเจน

โดยทัศนะเชิงทางด้านนโยบาย การกระจายตัวและการเติบโตของประชากรในไทยจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างระมัดระวัง จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าประชากรไทยเติบโตอย่างช้าๆ โดยคาดว่าจะเติบโตขึ้นอีกระหว่าง 1.5 - 6 ล้านคน ก่อนที่จะลดจำนวนลง ในขณะที่ระดับความเป็นเมืองอยู่ในระดับต่ำ สัดส่วนประชากรเมืองคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจำนวนประชากรในชนบทจะลดลง มีแนวโน้มว่าภาครัฐอยากเข้ามาแทรกแซงว่าประชากรในเมืองที่กำลังโตขึ้นนั้นควรที่จะอยู่ที่ไหน และหาแนวทางจำกัดการลดลงของประชากรในชนบท อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงนโยบายที่ควบคุมการเติบโตของประชากรในมหานครกรุงเทพ และนโยบายที่จะสนับสนุนการเติบโตของเมืองเล็กควรทำด้วยความระมัดระวังและทำในบริบทของการพัฒนาระดับภูมิภาคมากกว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องพยายามทำให้การเจริญเติบโตในกรุงเทพช้าลง แต่ก็ไม่สนับสนุนให้อุตสาหกรรมหรือกิจกรรมทางเศรษฐกิจตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมากเกินไป หรือไม่เพิ่มแรงจูงใจราคาแพงสำหรับการเกิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจในพื้นที่ที่ล้าหลัง

มีแนวโน้มว่าบางภูมิภาคจะมีประชากรลดลง เพราะว่าการลดลงของประชากรในชนบทนั้นมากกว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรเมือง ในภูมิภาค การวางแผนเพื่อเผชิญกับการลดลงของประชากรเป็นสิ่งสำคัญ หลายๆ ประเทศในโลกก็ได้เคยเผชิญมาแล้ว เห็นได้จากยุโรปและเอเชียตะวันออก บทเรียนของประเทศเหล่านี้ในการจัดการกับการลดลงของประชากรในพื้นที่ชนบทจำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างละเอียดรอบครอบ

ประเทศไทยยังต้องเผชิญกับความหนาแน่นทางประชากรตามฤดูกาล ที่มาจากการอพยพในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งในประเทศและนอกประเทศ เนื่องจากกำลังแรงงาน (Labour force) ของ

ประเทศไทยเพิ่มในอัตราที่ช้า ผนวกกับค่าจ้างที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ล้วนเป็นสิ่งยืนยันได้อย่างดีว่า การอพยพระหว่างประเทศ จะคงมีต่อไปในประเทศไทย ซึ่งอาจมีมากขึ้นไปอีกหากเกิดความไม่แน่นอนทางการเมืองจากประเทศนั้นๆ แม้แรงงานอพยพเหล่านี้เป็นแรงงานที่ยืดหยุ่นสูง ซึ่งจำเป็นต่อตลาดแรงงาน แต่ควรมีนโยบายที่มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับความต้องการทางด้านสังคมโดยเฉพาะเรื่องการศึกษา และสุขภาพ ของแรงงานอพยพกลุ่มนี้ และเพื่อลดความเสี่ยงจากการอพยพ รวมทั้ง ความอดอยาก, สภาพแวดล้อมที่อาศัยที่ไม่ถูกหลักสุขอนามัย, ความยากจน, การไม่รู้หนังสือ, ความเสี่ยงต่อการคุกคามทางเพศกับการค้าประเวณี และภัยอันตรายจากการประกอบอาชีพ (Sciortino และ Punpuing, 2552) ข้อมูลควรได้รับการบริหารจัดการให้ดีขึ้นเพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลในเรื่องจำนวนประชากรและความต้องการของแรงงานต่างตัวได้ดีขึ้น และเพื่อให้ได้ข้อมูลของแรงงานต่างตัวราว 2 ล้านคน ผู้มาจากภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ที่กำลังอยู่อาศัยและทำงานในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นด้วย (กระทรวงสาธารณสุข., 2553: 17-21)

สรุป

แนวโน้มทางประชากรของประเทศไทย กำลังเปลี่ยนแปลงไปและควรมึนโยบายใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ออกมารองรับ มีนโยบายออกมามากมายเพื่อที่จะปรับให้เข้ากับแนวโน้มประชากร และเพื่อที่จะเปลี่ยนแนวโน้มประชากรให้ไปอยู่ในทิศทางที่ต้องการ ขนาดของประชากรในประเทศไทยไม่ว่าจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเล็กน้อยก็ดูจะไม่ได้สร้างปัญหาให้กับทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมพื้นฐานในประเทศเท่าไร ไม่เหมือนกับประเทศอื่นในเอเชียที่เป็นปัญหา ส่วนแนวโน้มในด้านโครงสร้างอายุกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น แต่สถานการณ์เช่นนี้สามารถจัดการให้เหมาะสมได้หากรู้จักผสมผสานนโยบายต่างๆ ให้ดี แต่สิ่งหนึ่งที่ควรหลีกเลี่ยงคือ นโยบายลดอัตราการเกิดของประชากรของประเทศให้อยู่ในระดับที่ต่ำมากเกินไป ซึ่งจะทำให้จำนวนประชากรลดลงอย่างรวดเร็วในระยะยาว และทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุสูงขึ้นอย่างมาก

นโยบายที่นำเสนอในบทนี้ต้องการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีงานวิจัยที่ดีเพื่อแนะแนวทางให้กับนโยบายได้ ยกตัวอย่างเช่นงานวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนภาพทัศนทางประชากร (Population Scenarios) ที่ใช้สมมุติฐานอื่นนอกเหนือจากสามสมมุติฐานของสหประชาชาติ และควรใช้ขอบเขตสมมุติฐานในเรื่องการย้ายถิ่นร่วมด้วย สิ่งหนึ่งที่ควรระวังเกี่ยวกับการอพยพย้ายถิ่นในอนาคตคือควรหลีกเลี่ยง ไม่ให้ทุนมนุษย์ของประเทศไทยลดลงเนื่องจากความไม่สมดุลกันระหว่างแรงงานไร้ฝีมือที่เข้ามาในประเทศกับแรงงานที่มีฝีมือที่ออกไปนอกประเทศ ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันการวิจัยในประเทศไทยสามารถผลิตงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายในเรื่องต่างๆ ได้

ภาคผนวก ก

การสำรวจภาวะการทำงานรอบไตรมาสแรกของปี พ.ศ. 2553 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีคำถามเกี่ยวกับการศึกษา 2 ข้อที่ถามสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป คำถามแรกให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพการศึกษาในปัจจุบันของบุคคลนั้นว่ายังเรียนหนังสืออยู่หรือไม่ ถ้ายังเรียนหนังสืออยู่ เรียนอยู่ในระดับใด คำถามข้อที่สอง ถามถึงระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบ พบว่า ร้อยละ 19 ของกลุ่มอายุ 20-24 ปียังเรียนหนังสือ แต่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3 ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี และร้อยละ 1 ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี

พึงสังเกตว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2593 ผู้ที่อายุ 60 ปี คือ ผู้ที่อายุ 20 ปี ในปี พ.ศ. 2553 ดังนั้นเพื่อจะทำการคาดประมาณระดับการศึกษาของผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจนถึงปี พ.ศ. 2593 จะต้องกำหนดหรือทราบระดับการศึกษาที่จบของผู้ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2553 เพื่อทำการคาดประมาณนี้ จึงตั้งข้อสมมติฐานว่าระดับการศึกษาที่จบของผู้ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2553

ที่ไม่ได้เรียนหนังสือแล้ว คือระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ สำหรับผู้ที่ยังเรียนหนังสืออยู่ ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ คือระดับที่กำลังเรียนอยู่ จริงๆ แล้วคนเหล่านี้บางคนอาจเรียนต่อระดับสูงขึ้นกว่าที่กำลังเรียนอยู่ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่หมวดการศึกษาสูงสุดที่ใช้ในการคาดประมาณ คือระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า การให้ระดับการศึกษาที่กำลังเรียนอยู่ เป็นระดับการศึกษาสูงสุดที่จบสำหรับผู้ที่กำลังเรียน เชื่อว่าเป็นการจัดคนเหล่านั้นลงในหมวดการศึกษาที่ถูกต้อง แม้ว่าในที่สุดแล้วคนพวกนี้จะเรียนจบระดับการศึกษาที่สูงกว่านั้นก็ตาม เหตุผล คือ ผู้ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่กำลังเรียนหนังสืออยู่ เกือบทั้งหมดหรือส่วนใหญ่จะเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาแล้ว

ข้อพึงสังเกตหรือคำหนึ่งอีกประการหนึ่งสำหรับการคาดประมาณนี้ คือ การมีข้อสมมติฐานว่าผู้ที่มีการศึกษาต่างระดับกันไม่ได้มีการย้ายถิ่นหรือการตายที่แตกต่างกัน ดังนั้น ระดับการศึกษาในปัจจุบันจึงคงที่ตลอดไปในอนาคตสำหรับคนในแต่ละรุ่นอายุ



วิธีการประเมินการปันผลทางประชากรแรก

วิธีการประเมินการปันผลทางประชากรมีการทำให้เป็นระเบียบแบบแผนอย่างครอบคลุมตามการศึกษาของ Mason (2005) โดยมีการนิยามสัดส่วนผู้บริโภครวม (N) และ สัดส่วนผู้ผลิต (L) ดังนี้

$$N(t) = \sum_a \alpha(a)P(a,t)$$

$$L(t) = \sum_a \gamma(a)P(a,t)$$

โดยที่ $\alpha(a)$ และ $\gamma(a)$ คือ กลุ่มอายุของการบริโภคและรายได้จากแรงงาน $P(a,t)$ คือ ประชากร โดยใช้การสร้างสมการทางคณิตศาสตร์ ส่วนรายได้ต่อผู้บริโภครวม (Y/N) ประกอบด้วยรายได้ต่อแรงงาน (Y/L) และ อัตราส่วนระหว่างแรงงานและผู้บริโภค (L/N) หรือเรียกว่า สัดส่วนการสนับสนุน ดังนี้

$$\frac{Y(t)}{N(t)} = \frac{Y(t)}{L(t)} \times \frac{L(t)}{N(t)}$$

เพื่อที่จะระบุช่วงเวลาและความยาวของการปันผล รายได้ต่อแรงงานและสัดส่วนการสนับสนุนสามารถแปลงจากระดับของอัตราการเติบโต โดยการใส่ลอการิทึมธรรมชาติทั้งสองข้างและคำนวณการตอบสนองต่อเวลา ดังนี้

$$g\left(\frac{Y(t)}{N(t)}\right) = g\left(\frac{Y(t)}{L(t)}\right) + g\left(\frac{L(t)}{N(t)}\right)$$

อัตราการเติบโตของรายได้ต่อผู้บริโภครวมสามารถคำนวณให้เป็นผลรวมของอัตราการเติบโตของประสิทธิภาพในการผลิต และอัตราการเติบโตของสัดส่วนการสนับสนุน การปันผลทางประชากรครั้งแรกนิยามว่าเป็นอัตราการเติบโตของสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ การปันผลทางประชากรครั้งที่สองจะอธิบายในตอนถัดไป ซึ่งกระทบโดยประสิทธิภาพการผลิตที่เพิ่มขึ้นที่เกิดจากการสะสมของทุน

วิธีการคำนวณการปันผลทางประชากรที่สอง

ตามงานวิจัยของ Mason (2005) กำหนดให้ทุนถือครองโดยผู้ที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป เพื่อใช้ประมาณผลของประชากรต่อวงจรชีวิตทุน และการปันผลทางประชากรครั้งที่สอง ความต้องการวงจรชีวิตทุนสามารถคำนวณได้จากผลต่างระหว่างมูลค่าปัจจุบันของการบริโภค (Lifetime Consumption) และมูลค่าปัจจุบันของการผลิต (Lifetime Production) ของผู้ใหญ่

มูลค่าปัจจุบันของการบริโภคในอนาคต (future lifetime consumption) ของกลุ่มเกิดใหม่ในปี $b = t - a$ หรือก่อนหน้าเป็นดังนี้

$$\bar{c}(t)PVN(<b, t) = \bar{c}(t) \sum_{x=0}^{w-a} e^{(g_c - r)x} N(\leq b, t+x)$$

โดยที่ $N(\leq b, t+x)$ คือ จำนวนผู้บริโภครวมที่เกิดในปี b หรือ ก่อนหน้าและเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ในปี $t+x$, g_c คือ อัตราการเติบโตของอายุต่อหัวของการบริโภค r คือ อัตราดอกเบี้ย และ $\bar{c}(t)$ คือ การบริโภคต่อสัดส่วนผู้บริโภครวม (consumption per effective consumer) ในปี t

เช่นเดียวกับการบริโภค หากรูปแบบของการผลิตต่อหัวในแต่ละกลุ่มอายุเหมือนเดิมและเพิ่มขึ้นไปที่อัตราของ g_y มูลค่าปัจจุบันของการผลิตในอนาคต (future lifetime production) ของกลุ่มคนที่เกิดในปี $b = t - a$ หรือก่อนหน้าเป็นดังนี้

$$\bar{y}^l(t)PVL(<b, t) = \bar{y}^l(t) \sum_{x=0}^{w-a} e^{(g_y - r)x} L(\leq b, t+x),$$

โดยที่ $L(\leq b, t+x)$ คือ จำนวนผู้ผลิตเกิดในปี b หรือก่อนหน้าและเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ในปี $t+x$ และ $\bar{y}^l(t)$ คือ ผลผลิตต่อสัดส่วนผู้ผลิต (production per effective producer) ในปี t

หากไม่คำนึงถึงเรื่องมรดกแล้วผลที่ได้ พบว่างบประมาณชีวิตของคนที่ใช้ชีวิต (lifetime budget constraint) จะรับรองว่าทุนในปี t ของเด็กเกิดใหม่ในปี b หรือก่อนหน้า สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$W(\leq b, t) = \bar{c}(t)PVN(< b, t) - \bar{y}^l(t)PVL(< b, t).$$

ด้วยการจัดการทางพีชคณิต อัตราส่วนของทุนต่อรายได้จากแรงงานรวม $w(< b, t) = W(< b, t)/Y^l(t)$ สำหรับผู้ที่เกิดในปีที่ b หรือก่อนหน้า ($b=t-a$) สามารถแสดงได้ดังนี้

$$w(\leq b, t) = [\bar{c}(t) / \bar{y}^l(t)]PVC(\leq b, t) / L(t) - PVL(\leq b, t) / L(t),$$

โดยที่ $PVC(\leq b, t)/L(t)$ คือ มูลค่าปัจจุบันของการบริโภคในอนาคต (future lifetime consumption) ของคนที่เกิดในปีที่ b หรือก่อนหน้า ต่อสัดส่วนผู้ผลิต (per effective producer) ในปีที่ t

เอกสารอ้างอิงภาษาไทย

กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย. *แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2552-2555*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. 2010. *แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2553-2556*.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. *บริการสำหรับชาวเขา*. http://www.m-society.go.th/msoservice_detail.php?pageid=216 (สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2553).

กระทรวงแรงงาน, ทิศทางการทำงานของกระทรวงแรงงานปี 2553 เกี่ยวกับผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก http://www.mol.go.th/anonymouse/policy_vision_mission

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2554 (กำลังพิมพ์). *ข้อเท็จจริงและตัวเลขแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาด้านสุขภาพในประเทศไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กองนโยบายเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ. 2553. การศึกษาการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย. มกราคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://www.mfa.go.th/web/2993.php?id=3880#>

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. 2550. ผลกระทบต่อสถาบันการศึกษาจากอัตราการเกิดที่ลดลง. เข้าถึงได้จาก <http://www.vcharkarn.com/varticle/33613>

ชัยสิทธิ์ อนุชิตวรวงศ์, 2553. “การกระจายของภาวะภาษีทางอ้อม” ใน การปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อเพื่อความ เป็นธรรมทางสังคม, รายงานแก่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ชาย โพธิ์สิตา, อัญชลี วรากรณ์, รศรินทร์ เกรย์, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, และ ศุทธิดา ชวนวัน. 2552. “การเปลี่ยนแปลงภาวะสมรสในประเทศไทย พ.ศ. 2503-2543: นัยต่อภาวะเจริญพันธุ์ในอนาคต”. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* 15(5): 703-722.

ธนะพงษ์ โพธิ์ปิติ. 2553. รายงานต่างดาวไร้ฝีมือและปัญหาผู้สูงอายุไทย. รายงานก่อนตีพิมพ์ที่เตรียมเสนอต่อ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. 2548. “สถานการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548.” หน้า 14-31 ใน *ประชากรและสังคม 2548: ประชากรของประเทศไทย ณ พ.ศ. 2548*, บรรณาธิการ กฤตยา อาชวนิจกุล และปราโมทย์ ประสาทกุล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. 2552. “มิติประชากรและครอบครัวของคนสองรุ่น.” หน้า 18-27 ใน *ประชากรและสังคม 2552: ครอบครัวไทย ในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร*, บรรณาธิการ ชาย โพธิ์สิตา และสุชาติ ทวีสิทธิ์. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

พินสุดา สิริธรรังศรี. 2552. รายงานการวิจัยภาพการศึกษาไทย ในอนาคต 10-20 ปี.เสนอต่อสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด.

พิมลพรรณ อิศรภักดี และ สุกัญญา จงถาวรสถิตย์. 2547. “ภาวะเจริญพันธุ์ของผู้ย้ายถิ่นสตรีชาวพม่าในจังหวัดระนอง”. หน้า 35 - 52 ใน การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2547. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักประชากรไทย.

ภิญญพันธ์ พจนะลาวัณย์. 2552. วันแม่ในทศวรรษ 2480: เช็กส์ความรักกับความเป็น “แม่พันธุ์” แห่งชาติ. เข้าถึงได้จาก www.artgazine.com/shoutouts/viewopic.php?t=9180

มีชัย วีระไวทยะ. 2522. อันตราย! ถ้ามีลูกถี่ หรือมีมากเกินไป. *นิตยสารหมอชาวบ้าน*. เล่ม 7 (พฤศจิกายน). หน้า 19.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์ (บรรณาธิการ). 2549. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

วรชัย ทองไทย. 2544. “อายุมีบุตรคนแรก: ตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ที่สำคัญในสภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ.” หน้า 177-190 ใน *การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2544*. สมาคมนักประชากรไทย.

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2553. “Marginal cost of public funds และการปฏิรูปภาษีรายได้” ใน การปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อเพื่อความ

เป็นธรรมชาติทางสังคม, รายงานแก่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). 2553. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.

วิทยากร เชียงกูร. 2552. สภาวะการศึกษาไทย ปี 2550/2551 ปัญหาความเสมอภาค และคุณภาพของการศึกษาไทย. สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษาสำนักเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.ที.ซี. คอมมิวนิเคชั่น.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ บุศริน บางแก้ว และ ชนตติ มลินาทงกูร 2551 รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) กรุงเทพฯ: ธันวาคม 2551

ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2552. การเตรียมความพร้อมสำหรับการให้บริการด้านสุขภาพของคนไทย. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. เล่ม 10 (มกราคม-ธันวาคม). หน้า 1-2.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดฯ กระทรวงศึกษาธิการ. ข้อมูลสถิติพื้นฐานการศึกษา ปี 2551. http://www.moe.go.th/data_stat/Download_Excel/BriefStat/2009-09-04_statistics2551.xls

ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2551). ตลาดแรงงานสำหรับสังคมผู้สูงอายุ. (สำเนา).

ศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. 2553. สารสนเทศทางการศึกษา. http://doc.obec.go.th/doc/web_doc/#h4 (สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2553).

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2552. โครงการศึกษาวิจัยการลงทุนด้านสังคมภายใต้เงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการปรับตัวสู่สังคม-เศรษฐกิจฐานความรู้: ทูทางสังคม. เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สมชัย จิตสุชน, 2553. “มาตรการทางการคลังเพื่อความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจและสังคม: การขยายฐานภาษี” ใน การปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม, รายงานแก่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สมประวิณ มันประเสริฐ และคณะ 2553. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรกับผลกระทบต่อเศรษฐกิจมหภาค. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) . ศักดิ์โสภากการพิมพ์

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. 2550. กรอบแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-2565).

สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน). 2551. รายงานประจำปี 2551 (๑ ตุลาคม ๒๕๕๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๑).

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2552. วิสัยทัศน์ของประเทศไทย ปี 2570. จากรายงานการประชุมประจำปี 2552.

สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว. 2553. รายงานสถิติรายเดือน มีนาคม 2553. <http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/7/sm03-53.pdf> (สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2553).

สำนักงานประเมินผลการจัดการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. 2551. การรายงานการสังเคราะห์สภาวะการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการศึกษาไทย. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.ที.ซี. คอมมิวนิเคชั่น.

สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี (2551-2554).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536. รายงานการสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับบุตร พ.ศ. 2536. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553. รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัด, กระทรวงสาธารณสุข. 2553. แผนกลยุทธ์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552-2555). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

สำนักนายกรัฐมนตรี, แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564)

สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. 2552. สถิติการศึกษาของประเทศไทย ปีการศึกษา 2551. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.

อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, วรชัย ทองไทย และฟิลิป เกสต์. 2540. การสำรวจภาวะคู่มก่าเนิดในประเทศไทย พ. ศ. 2539. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ

- Anuchitworawon, Chaiyasit, 2010, "indirect tax incidence" in Economic reform for social justice, a research reported to Thailand Research Fund. (in Thai).
- Aphichat Chamrathirong, Pramote Prasartkul, Varachai Thongthai and Philip Guest. 1997. *National Contraceptive Prevalence Survey 1996*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Archavanitkul, K., Punpuing, S., Prohmmo, A., and Bryant, J. 2009. Lessons learned from pilot census in areas where there are concentration of migrants in Thailand. Paper presented at the Regional Workshop on Lessons Learned from Pilot Census in Areas Where There Are Concentration of Migrants in Thailand, Pattaya.
- Asia Pacific Migration Research Network (APMRN). n.d. Migration issues in the Asia-Pacific. Accessed 12/09/2010 at <http://www.unesco.org/most/apmrnw14.htm>.
- Bangkok Post. 2010. National retirement scheme set for 2011 launch. Business section 13/04/2010. Bangkok: Bangkok Post.
- Becker G. and HG Lewis (1973). On the interaction between the quantity and quality of children. *Journal of Political Economy* 84(2): S279-S288.
- Bhassorn Limanonda. 1983. *Marriage Pattern in Thailand: Rural-Urban Differentials*, Paper No. 44. Bangkok: Institute of Population Studies, Chulalongkorn University.
- Bloom, David, David Canning & Guenther fink. 2009. The graying of the global population and its macroeconomic consequences. Working Paper 47, Program on Global Demography of Aging. Harvard School of public Health.
- Bongaarts, John. 1982. "The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables." *Studies in Family Planning* 13(6/7):179-189.
- Bongaarts, John. 1983. "The proximate determinants of natural marital fertility." Pp. 103-138 in *Determinants of Fertility in Developing Countries. Volume 1: Supply and Demand for Children*. edited by Rodolfo A. Bulatao and Ronald D. Lee. New York: Academic Press.
- Boonpratuang, Chet, Gavin W. Jones and Chanpen Taesrikul, 1996, "Dispelling some myths about urbanization in Thailand", *Journal of Demography* (Chulalongkorn University, 12(1): 21-36.
- Boonyamanond, S. and Punpuing, S. 2010. The global financial crisis: impact on internal migration in Thailand. UNDP Discussion Paper.
- Booth, Anne, 2003, "Education and economic development in Southeast Asia: myths and realities", in Jomo K.S. (ed), *Southeast Asian Paper Tigers? From Miracle to Debacle and Beyond*, London: Routledge Curzon.
- Bureau of Policy and Strategy, Permanent Secretary Office, Ministry of Public Health. 2010. *Ministry of Public Health 's strategic plan (2009-2012)*. Bangkok: Sam Charoen Panich (in Thai).
- Caldwell, John. 1982. *Theory of Fertility Decline*. New York: Academic Press.
- Cassels, S. 2006. When are Migrants "Good" or "Bad" for the Environment? Panel Contribution to the PERN Cyberseminar on Rural Household Micro-Demographics, Livelihoods, and the Environment, April 2006. Accessed at <http://www.populationenvironmentresearch.org/seminars042006.jsp> 30-Aug-10.

- Chai Podhisita, AnchaleeVarangrat, Rossarin Gray, PatamaVapattanawong, and Sootthida Chuanvan. 2009. "Nuptiality Change in Thailand, 1960-2000: Implication for Future Fertility". *Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities* 15(5):703-722. (in Thai)
- Chalamwong, Y. 2000. Thailand: the economic contraction, the labour market and migration. Pp. 217-242 in *Labour Migration and the Recent Financial Crisis in Asia*. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).
- Chamrathirong, A. 2007. Research on internal migration in Thailand: the state of knowledge. *Journal of Population and Social Research* 16(1):1-20.
- Chamrathirong, A., Archavanitkul, K., Richter, K., Guest, P., Boonchalaksi, W., Piriathamwong, N. and Vong-Ek, P. 1995. *The National Migration Survey of Thailand*. Mahidol University. Institute for Population and Social Research; no. 188.
- Chamrathirong, Apichat, Sirinan Kittisuksathit, Chai Podhisita, Pimonpan Isarabhakdi, and Malee Sabaiying. 2007. *National Sexual Behavior Survey of Thailand 2006*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Chamrathirong, Apichat. 1980. *Nuptiality in Thailand: A Cross-sectional Analysis of the 1970 Census*, Paper of the East-West Population Institute; No. 69. Hanolulu: East-West Center.
- Chandoevrit, Worawan, 2010, "Marginal cost of public funds and income tax reform" in Economic reform for social justice, a research reported to Thailand Research Fund. (in Thai).
- Charasdamrong, Prasong. 1992. "The Misery of Those Left Behind," *Bangkok Post*, 10 May 1992.
- Charathirong, A., Prasartkul, P., Punpuing, S., Boonchalaksi, W., and Santiphop, T. 1999. The study of population-consumption-environment link: the case of air pollution in Bangkok. Institute for Population and Social Research No. 224.
- Chareonwongsak, Kriengsak. (2007).The Impact on educational institutions from the lower birth rate.Available URL: <http://www.vcharkarn.com/varticle/33613> (in Thai).
- Chawla, A. (2008). Macroeconomic Aspects of Demographic Changes andIntergenerational Transfers in Thailand.Ph.D. dissertation submitted to the University of Hawaii at Manoa.
- Chen, Ya-Mei & Elaine Adams Thompson. 2010. Understanding Factors That Influence Success of Home- and Community-Based Services in Keeping Older Adults in Community Settings. *Journal of Aging and Health*, 22 (3): 267-291.
- Chiangkul, Wittayakorn. (2009). Thailand's education situation 2007/2008, The problem of Equalityand Quality. Bangkok:V.T.C Communication. (in Thai).
- Chubb, E. 1998. Bangkok: A primate city. *Geofactsheet* No. 53. Birmingham: Curriculum Press.
- Chula Unisearch, Chulalongkorn University (2008). Labor market for aging society. (mimeo) (in Thai).
- Commission on Higher education, Ministry of Education. (2007).Framework of the second 15-year long range plan on higher education of Thailand (2008-2022). (in Thai)
- Community Organization Development Institute (CODI). 2006. Urban development towards sustainable cities and housing for the urban poor in Thailand. Accessed at http://www.codi.or.th/downloads/english/Paper/Urban_Poor_in_Thailand_062006.pdf 25-August-2010.
- de Sherbinin, A., Carr,I.D., Cassels, S., and Jiang, L. 2007. Population and Environment. *Annu.al Review of Environment and Resources*. 32:345-73.
- Department of Health, Ministry of Public Health. 2010. Four years action plan (2010-2013) (in Thai).
- Department of International Economic Affairs, Ministry of Foreign Affairs, Kingdom of Thailand. (2010). The study of Thailand competitivenessability development. Available URL:<http://www.mfa.go.th/web/2993.php?id=3880#> (in Thai).

- Department of Local Administration, Ministry of Interior. Four years action plan (2009-2012). Bangkok: Department of Local Administration (in Thai).
- Duflo, Esther (2003). Grandmothers and Granddaughters: Old-age pension and intra-household allocation in South Africa. *World Bank Economic Review* 17(1): 1-25.
- Easterlin, Richard. 1975. "An economic framework for fertility analysis". *Studies in Family Planning* 6(3):54-63.
- East-West Center. 2002. *The Future of Population in Asia*. Honolulu: East-West Center.
- Ekpalakorn W et al. (2010) The 4th National Health Examination Survey (2008-09). Nonthaburi: Health System Research Institute.
- Entwisle, B., Walsh S.J., Rindfuss, R. R. and Chamrathirong, A. 1998. Land use/land cover and population dynamics, Nang Rong, Thailand. Pp. 121-144 in *People and pixels: linking remote sensing and social science*. National Research Council.
- Examination Survey III, Thailand." *Singapore Med J* 49(11): 868-73.
- Feng, Junxin and David D. Li, 2006, "Stages of urbanization: is China's urbanization poised to take off?" unpublished draft.
- Frejka, Tomas, Gavin W. Jones and Jean-Paul Sardon, 2010, "East Asian childbearing patterns and policy developments", *Population and Development Review*, 36(3): 579-606.
- Fujioka, Rika & Sopon Thangphet. 2009. *Decent work for older persons in Thailand*. (ILO Asia working paper series). Bangkok: ILO Regional Office for Asia and Pacific.
- Garip, Filiz, and Sara Curran. 2009. Increasing migration, diverging communities: Changing character of migrant streams in rural Thailand. *Population Research and Policy Review* 29:659-685.
- Glassman, J. and Sneddon, C. 2003, Chiang Mai and Khon Kaen as growth poles: regional industrial development in Thailand and its implications for urban sustainability. *Annals of the American Academy AAPSS* 590:93-115.
- Gleditsch, N.P., Nordås, R. and Salehyan, I. 2007. *Climate Change and Conflict: The Migration Link*. International Peace Academy: Coping with Crisis Working Paper Series.
- Goldstein, Joshua R., Tomas Sobotka and Aiva Jasilioniene, 2009, "The end of "lowest-low" fertility?" *Population and Development Review*, 35(4): 663-699.
- Goldstein, S. and Goldstein, A. 1986. Migration in Thailand: A Twenty-five Year Review. Papers of the East-West Population Institute No. 100.
- Goldstein, Sidney and Alice Goldstein, 1986, "Migration in Thailand: a twenty-five year review", *Papers of the East-West Population Institute* No. 100, Honolulu, Hawaii.
- Gray, Rossarin, Chai Podhisita, PatamaVapattanawong and AnchaleeVarangrat. 2004. "Fertility decline among the Karen and the Hmong, hill tribe minorities in northern Thailand". Pp. 53-75 in *The 2004 Thai National Symposium on Population Studies*. Bangkok: Thai Population Association.
- Greenspan A. (1994) After the demographic transition: policy responses to low fertility in four Asian countries. *Asia Pac Pop Policy*. Sep(30):1-4.
- Guest, P. and Jones, G. 1996. Policy options when population growth slows: The case of Thailand. *Population Research and Policy Review* 15:109-130.
- Guest, Philip and Joeean Tan. 1994. *Transformation of Marriage Patterns in Thailand*. IPSR Publication No. 176. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Guest, Philip. 1995. "Declining of fertility in Thailand: determinants and consequences." Pp. 17-95 in *The Turning Point of Population Policy in Thailand*, edited by Kusol Soonthornthada. Bangkok: Thai Research Fund.
- Guest, Philip. 1998. Assessing the consequences of internal migration: methodological issues and a case study on Thailand based on longitudinal household survey data. Pp. 275-218 in R. Bilsborrow (ed.), *Migration, Urbanization and Development: New Directions and Issues*. Norwell MA: United Nations Population Fund and Kluwer Academic Publishers.

- Havanon, Napaporn, John Knodel & Werasit Sittitrai. 1992. The Impact of Family Size on Wealth Accumulation in Rural Thailand. *Population Studies* 46(1):37-51.
- Hermalin, Albert I., Mary B. Ofstedal & Rebecca Tesfai. 2007. Future characteristics of the elderly in developing countries & their implications for policy. *Asian Population Studies* 3(1):5-36.
- Hollingsworth, David Anthony, 2007, *The Rise, the Fall, and the Recovery of Southeast Asia's Minidragons*, Lexington Books, Lanham Md.
- Hugo, G. 2005. Migration in the Asia-Pacific region. Global Commission on International Migration (GCIM). Accessed at <http://www.gcim.org/mm/File/Regional%20Study%202.pdf> 20-Jul-10.
- Huguet, J.W. and Punpuing, S. 2005. *International Migration in Thailand*. International Organization for Migration, Regional Office. Bangkok, Thailand.
- Hunter, L.M. 2004. Migration and Environmental Hazards. University of Colorado at Boulder: Institute of Behavioral Science Research Program on Environment and Behavior Working Paper EB2004-0002.
- Hunter, Lori M., 2000, *Environmental Implications of Population Dynamics*, Santa Monica: RAND.
- Institute for Population and Social Research (IPSR). 2002. Report of the baseline survey Round 1 (Kanchanaburi).
- Knowles, J.C., Pernia, E.M. and Racelis, M. 1999. Social consequences of the financial crisis in Asia. Asian Development Bank Economic Staff Paper No. 60.
- International Institute for Management Development (2009). IMD world competitiveness yearbook 2009.
- International Institute for Management Development (2010). IMD world competitiveness yearbook 2010.
- IPCC - Intergovernmental Panel on Climate Change, *Climate Change 2007. Impacts, Adaptation and Vulnerability*, Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the IPCC. Cambridge: Cambridge University Press.
- James, William E., Seiji Naya and Gerald M. Meier, 1987, *Asian Development: Economic Success and Policy Lessons*, Madison: University of Wisconsin Press.
- Jenchitr, Wataneee & Chalao Pongprayoon. 2003. The national program for the prevention of blindness and eye health promotion and Thailand. *The Journal of Public Health Ophthalmology* 17(1): 6-19.
- Jitapunkul, Suttichai, Jiraporn Kespichayawattana, Napaporn Chayovan & Sasipat Yodpet. 2008. *Age Profile - Health System and Long-term Care in Thailand*. Bangkok: Ministry of Social development and Human Security.
- Jitsuchon, Somchai, 2010, "Fiscal measures for economic and social justice: expanding tax base" in Economic reform for social justice, A research reported to Thailand Research Fund. (in Thai).
- Jones, Gavin W. 2008. Fertility decline in Asia: The role of marriage change. *Asia-Pacific Population Journal* 22(2):13-32.
- Jones, Gavin W. 2004. 'Not "when to marry" but "whether to marry": the changing context of marriage decisions in East and Southeast Asia'. Pp 3-58 in *(Un)tying the Knot: Ideal and Reality in Asian Marriage*, edited by Gavin W. Jones & Kamalini Ramdas. Asia Research Institute, National University of Singapore, Singapore.
- Jones, Gavin W. and Bina Gubhaju, 2009, "'Factors influencing mean age at first and proportions never marrying in the low-fertility countries of East and Southeast Asia", *Asian Population Studies*, 5(3): 237-266.
- Jones, Gavin W. and Mike Douglass (eds), 2008, *Mega-Urban Regions in Pacific Asia: Urban Dynamics in a Global Era*, Singapore: NUS Press.
- Jones, Gavin W. and Mike Douglass, 2008, *Mega-Urban Regions in Pacific Asia: Urban Dynamics in a Global Era*, Singapore: NUS Press.
- Jones, Gavin W., 1990, "Population dynamics and educational and health planning", Paper No. 8, Training in Population, Human Resources and Development Planning, ILO, Geneva.

- Jones, Gavin W., 2004, "Urbanization trends in Asia: the conceptual and definitional challenges", in Tony Champion and Graeme Hugo (eds), *New Forms of Urbanization: Beyond the Urban-Rural Dichotomy*, Aldershot: Ashgate.
- Jones, Gavin W., 2005, "Policy synthesis on demographic change and the demographic dividend in Asia: the utility of education in Thailand and Indonesia", in Kua Wongboonsin and Philip Guest (eds), *The Demographic Dividend: Policy Options for Asia*, Bangkok: College of Population Studies, Chulalongkorn University.
- Jones, Gavin W., 2007, "Fertility decline in Asia: the role of marriage change", *Asia Pacific Population Journal*, 22(2): 13-32.
- Jones, Gavin, Paulin Tay Straughan and Angelique Chan, 2009, *Ultra-low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, London: Routledge.
- Jylha, Marja. 2009. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* 69:307-316.
- Kamnuansilpa, Peerasit and Apichat Chamrathirong. 1985. *Contraceptive Use and Fertility in Thailand: Results from the 1984 Contraceptive Prevalence Survey*. Bangkok: NIDA and IPSR.
- Katz, S., L. G. Branch, et al. (1983). Active life expectancy. *N Engl J Med* 309(20): 1218-24.
- Khoman, Sirilaksana, 1993, "Education policy", in Peter G. Warr (ed), *The Thai Economy in Transition*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Knodel J & Chayovan N. (2008) Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand. Population Studies Center Research Report 08-659, University of Michigan: Population Studies Center, October 2008.
- Knodel, J., Kespichayawattana, J., Wiwatwanich, S. and Saengtienchai, C. 2007. *Migration and Intergenerational Solidarity: Evidence from Rural Thailand*. Bangkok: UNFPA.
- Knodel, John & Chanpen Saengtienchai. 2007. Rural Parents with Urban Children: Social and Economic Implications of Migration on the Rural Elderly in Thailand. *Population, Space and Place* 13(3):193-210.
- Knodel, John & Napaporn Chayovan. 2008. *Population Ageing and the Well-Being of Older Persons in Thailand: Past trends, current situation and future challenges. Papers in Population Ageing No. 5*. Bangkok: UNFPA.
- Knodel, John and Malinee Wongsith, 1989, "monitoring the education gap in Thailand: trends and differentials in lower and upper secondary schooling", *Asian and Pacific Population Forum*, 3(4): 25-35.
- Knodel, John, Aphichat Chamrathirong and Nibhon Debavalya. 1987. *Thailand's Reproductive Revolution: Rapid Fertility Decline in a Third World Setting*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Knodel, John, Aphichat Chamrathirong, Napaporn Chayovan and Nibhon Debavalya. 1982. *Fertility in Thailand: Trends, Differentials, and Proximate Determinants*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.
- Knodel, John, Jiraporn Kespichayawattana, Suvinee Wiwatwanich and Chanpen Saengtienchai. 2007. *Migration and Inter-generational Solidarity: Evidence from Rural Thailand*. In UNFPA Country Technical Services Team for East and Southeast Asia, Papers in Population Ageing Series, Number 2. Bangkok: UNFPA.
- Knodel, John. 1997. "The Closing of the Gender Gap in Schooling: The Case of Thailand," *Comparative Education* 33(1): 61-86,
- Kojima, Reetsu, 1995, "Urbanization in China", *The Developing Economies*, XXX111-2: 121-154.
- Kritaya Archavanitkul and Pramote Prasartkul. Nakhonpathom: Population and Social Printing. (in Thai)
- Kritaya Archavanitkul. 2011 (forthcoming). *Facts and Figures of Cross-border Migrants and People with Personal Legal Status Problems in Thailand*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Lam, T.Q., Bryant, J.R., Chamrathirong, A. and Savangdee, Y. 2007. Labor migration in Kanchanaburi Demographic

- Surveillance System: characteristics and determinants. *Journal of Population and Social Studies* 16:117-144.
- Lee, R. and A. Mason (2010). "Fertility, human capital, and economic growth over the demographic transition" *European Journal of Population*. 26(2): 159-182.
- Leoprapai, Boonlert and VarachaiThongthai. 1989. *Contraceptive Practice of Thai Women 1987: Results of the Study on Determinants and Consequences of Contraceptive Use Patterns in Thailand*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. IPSR Publication No.138.
- Lightfoot, P. and Fuller, T. 1983. Circular rural-urban movement and development planning in Thailand. *Geoforum* 14(3):277-287.
- Litwak, Eugene & S Kulis. 1987. Technology, Proximity, and Measures of Kin Support. *Journal of Marriage and the Family* 49(3):649-61
- Lutz, W., A. Prskawetz, and W.C. Sanderson, Eds. 2002. *Population and Environment. Methods of Analysis*. Supplement to *Population and Development Review*, Vol. 28, 2002. New York: The Population Council.
- Martin, P. 2009. *Migration in the Asia-Pacific Region: Trends, factors, impacts*. UNDP: Human Development Research Paper 2009/32.
- Mason, A. (2005). Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures, Mexico City, August 31 - September 2, 2005
- Mason, A., R. Lee, A.C Tung, M. Lai, and T. Miller (2009). "Population aging and intergenerational transfers: introducing age into national accounts, developments in the economics of aging", edited by David Wise. (National Bureau of Economic Research: University of Chicago Press). pp. 89-122.
- McDonald, Peter, 2002, "Sustaining fertility through public policy: The range of options", *Population (English Edition)*, Vol. 57, no. 3
- McDonald, Peter, 2002, "Sustaining fertility through public policy: the range of options", *Population (English Edition)*, 57(3): 417-446.
- Mckinsey&Company (2007). How the world's best-performing school systems come out on top, September.
- McMichael AJ, Woodruff R & Hales S. 2006, Climate change and human health: Present and future risks. *The Lancet*; 367: 859-69.
- Ministry of Commerce- Department of Export Promotion (2008). Statistics of foreign patients. (unpublished).
- Ministry of Education. 2008. Synthesis report of conditions and factors affecting Thailand education quality. Bangkok:V.T.C Communication.(in Thai).
- Ministry of Labor. Ministry of Labor's implementation plan in 2010 relating to elderly. http://www.mol.go.th/anonymouse/policy_vision_mission
- Ministry of Public Health (MOPH) (1997). National Health Examination Survey (1996-7). Nonthaburi, Ministry of Public Health.
- Ministry of Public Health (MOPH) (2004). National Health Examination Survey (2003-4). Nonthaburi, Ministry of Public Health.
- Ministry of Public Health, Personnel Administration Division. (2008). Administrative Registration database.
- Ministry of Public Health, Personnel Administration Division. (2010). Administrative Registration database.
- Ministry of Public Health, with support from the United Nations Population Fund (UNFPA), 2010, *ICPD at 15 Report: Progress and Challenges in Implementing the Programme of Action in Thailand*, Nonthaburi: Ministry of Public Health of Thailand.
- Ministry of Social Development and Human Security. 2010. *Services for Hill Tribes*. http://www.m-society.go.th/msoservice_detail.php?pageid=216 . (accessed 1st August 2010).

- Montgomery, Mark R., review of *World Bank, World Development Report 2009*, in *Population and Development Review*, 35(1): 197-199.
- Myers, Charles and Chalongphob Sussangkarn, 1992, *Educational Options for the Future of Thailand*, Bangkok: Thai Development Research Institute.
- National Economic and Social Development Board of Thailand (NESDB). 1999. *Poverty and inequality during the economic crisis in Thailand. Indicators of well-being and policy analysis, a newsletter of the NESDB 3(1)*.
- National Economic and Social Development Board. 2009. *Thailand millennium development goals report 2009*. Bangkok: NESDB. (in Thai)
- National Economic and Social Development Board. 2009. *Thailand's vision in 2027. A report from annual conference in 2009* (in Thai).
- National Economic and Social Development Board. 2009. *Thailand's vision in 2027. A report from annual conference in 2009* (in Thai).
- National Statistical Office (NSO) (1986). *Health and Welfare Survey*. Bangkok, National Statistical Office.
- National Statistical Office (NSO) (1994). *Report of the 1994 Survey of Elderly in Thailand*. Bangkok, National Statistical Office.
- National Statistical Office (NSO) (2002). *Disability Survey*. Bangkok, National Statistic Office.
- National Statistical Office (NSO) (2002). *Report of the 2002 Elderly in Thailand Survey*. Bangkok, National Statistical Office.
- National Statistical Office (NSO) (2003). *Health and Welfare Survey*. Bangkok, National Statistic Office.
- National Statistical Office (NSO) (2006). *Health and Welfare Survey*. Bangkok, National Statistical Office.
- National Statistical Office (NSO) (2007). *Disability Survey*. Bangkok, National Statistic Office.
- National Statistical Office (NSO) (2007). *Health and Welfare Survey*. Bangkok, National Statistical Office.
- National Statistical Office (NSO) (2007). *Report of the 2007 Older Person in Thailand*. Bangkok, National Statistic Office.
- National Statistical Office (NSO). n.d. *Analysis Report No. 1: Migration*. Bangkok: National Statistical Office, Office of the Prime Minister.
- National Statistical Office. 1993. *Report the Social Attitude Towards Children Survey 1993*. Bangkok: Statistical Data Bank and Information Dissemination, National Statistical Office. (in Thai)
- National Statistical Office. 2006. *Report of 2006 Reproductive Health Survey*. Bangkok: Statistical Forecasting bureau, National Statistical Office. (in Thai)
- National Statistical Office. 2007. *Report on the 2005-2006 Survey of Population Change*. Bangkok: Statistical Forecasting Bureau, National Statistical Office.
- National Statistical Office. 2010. *Report of 2009 Reproductive Health Survey*. Bangkok: Statistical Forecasting bureau, National Statistical Office. (in Thai)
- Neyer, Gerda and Gunnar Andersson, 2007, "Consequences of family policies on childbearing behaviour: effects or artifacts?" MPIDR Working Paper WP 2007-021, Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany.
- Noree T (2010). *Doctor income*. (unpublished).
- Nursing Council (2010) *Nursing Production Plan*. (unpublished).
- O'Neil, BC, Lutz, W, Mackellar, L 2005. *Population and Climate Change*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Office of Foreign Workers Administration. 2010. *Monthly Statistics, March 2010*. <http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/7/sm03-53.pdf> . (accessed 1st August 2010).
- Office of Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security. *Four years Ministry's action plan (2008-2011)* (in Thai).

- Office of the Basic Education Commission. 2010. *Education Information*. http://doc.obec.go.th/doc/web_doc/#h4. (accessed 15th September 2010).
- Office of the Education Council, Ministry of Education. 2009. Education statistics in Thailand academic year 2008. Bangkok: Prikwan Graphic. (in Thai).
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Education. 2008. Geographical, economic, political and social data. Available URL: http://www.moe.go.th/data_stat/Download_Excel/BriefStat/2009-09-04_statistics2551.xls (in Thai).
- Office of the Prime Minister, *National Elderly Plan Vol. 2 (2002-2021)*. Bangkok (in Thai).
- Ogawa, N., A. Chawla and R. Matsukura (2009). Some new insights into the demographic transition and changing age structures in the ESCAP region. *Asia-Pacific Population Journal* 24(1): 87-116.
- Ogawa, N., A. Mason, A. Chawla, R. Matsukura and A. Tung. (2009). Declining fertility and the rising cost of children, What can NTA say about low fertility in Japan and other Asian countries? *Asian Population Studies* 5(3): 289-307.
- Ogawa, N., A. Mason, A. Chawla, R. Matsukura. (2010). Japan's unprecedented aging and changing intergenerational transfers, in *The economic consequences of demographic change in East Asia* edited by Takatoshi Ito and Andrew Rose, NBER-EASE Voumen 19, pp. 131-160, National Bureau of Economic Research, Inc.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). n.d. What are equivalence scales? OECD Project on Income Distribution and Poverty. Accessed at http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en_2649_33933_35411112_1_1_1_1,00.html
- Ouyyanont, P. 1998. Bangkok as a magnet for rural labour: changing conditions, 1900-1970. *Southeast Asian Studies* 36(1):78-108.
- Pachanee C, Wibulpolprasert S (2006) Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. *Health Policy Plan.* 21:310-318.
- Pagaiya N (2008) Health workforce requirement for aged care. Available at : http://www.thainhf.org/document/media/media_677.pdf (July 16th, 2010).
- Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Patchanee K (2010). Why and how Thailand achieved Good Health at Low Cost? Nonthaburi, Ministry of Public Health, International Health Policy Program. 20 August 2010
- Phananiramai, Mathana. 1997. Population changes and economic developments in Thailand: their implication on women's status. *TDR Quarterly Review*, Vol. 12(3):15-26.
- Phélinas, P.M. 2001. *Sustainability of rice production in Thailand*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Pimonpan Isarabhakdi and Sukanya Chongthawonsatid. 2004. "Fertility of migrants from Myanmar in Ranong Province". Pp 35-52 in *The 2004 Thai National Symposium on Population Studies*. Bangkok: Thai Population Association. (in Thai)
- Podhisita, Chai and Peter Xenos, 2008, *Survey Comparisons of the Sexual Risk Behavior of Young Adults in Thailand, Vietnam and the Philippines*, IPSR
- Podjanalawan, Pinyapun. 2009. The National Mother Day in 1937: Sex, Love and National Female Breeder. Prachathai On-line Newspaper. [www.artgazine.com/shoutouts /viewopic.php?t=9180](http://www.artgazine.com/shoutouts/viewopic.php?t=9180) (in Thai).
- Pongpaichit, Pasuk and Chris Baker, 1998, *Thailand's Boom and Bust*, Chiang Mai: Silkworm Books.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations
- Porapakkham, Y., J. Pattaraarchachai, et al. (2008). "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and diabetes mellitus among the elderly: the 2004 National Health
- Potipiti, T. 2010. Unskilled migrant workers and Thai aging problems. Working paper prepared for the Thailand Research Fund.

- Potipiti, Tanapong. 2010. The number of unskilled migrant workers from Myanmar, Lao, and Cambodia in the future and the demand for migrant workers in aging society. Thailand Research Fund. (in Thai)
- Poungsomlee, A. and Ross, H. 1992. Impacts of modernization and urbanization in Bangkok: an integrative ecological and biosocial study. Institute for Population and Social Research No. 164.
- Prachuabmoh, Vipana 2009. "Preparation for Old Age and Social Participation of Present and Future Older Persons in Thailand: Gender Difference", Paper presented at the Conference on 'Workshop on Gender and Ageing in Southeast Asia: Contexts, Concerns and Contradictions, February 10-11, 2009, organized by Asia Research Institute, National University of Singapore.
- Prachuabmoh, Vipana, Napaporn Chayovan, Malinee Wongsit, Siriwan Siriboon, Busarin Bangkaew, and Chanette Milingtangul. 2008. *The Project on Setting-Up the System for Monitoring and Evaluation of the Second National Plan for Older Persons (2002-2021)*. Bangkok: Thanwa Printing.
- Prachuabmoh, Vipana and Preeya Mithranon, 2003, "Below replacement fertility in Thailand and its policy implications", *Journal of Population Research*, 20(1): 35-50.
- Prachuabmoh, Vipana and Preeya Mithranon, 2003, "Below replacement fertility in Thailand and its policy implications", *Journal of Population Research*, 20(1): 35-50. (in Thai)
- Pramote Prasartkul and PatamaVapattanawong. 2008. "Population Dimension and Families of the Two Generations." Pp 18-27 in *2008 Population and Social: Thai Families in the Social and Demographic Transitions*, edited by Chai Podhisita and SuchadaThaweessit. Nakhonpathom: Population and Social Printing. (in Thai)
- Pramote Prasartkul and PatamaVapattanawong. 2005. "Population Situation of Thailand, B.E. 2548." Pp 14-31 in *2005 Population and Social: Population of Thailand on 2005*, edited by
- Punpuing, S. 1999. Bangkok and its environment as the context of commuting. *Journal of Population and Social Studies* 7(2): 33-69.
- Rattanawarang, W. 2009. *Migration and land use change: a case study in Nang Rong, Buriram Province*. PhD Dissertation, Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Rattanawarang, W. and Punpuing, S. 2003. Migration and land size change: a case study in Nang Rong, Buriram, Thailand. *Journal of Population and Social Studies*, 11(2): 95-119.
- Richter, K., Benjamin A.E. and Punpuing, S. 2009. Population and Environment in Asia and the Pacific: Trends, Implications and Prospects for Sustainable Development. *Asia and Pacific Population Journal* 24(1):35-64.
- Richter, K., Guest, P., Boonchalaksi, W., Piriathamwong, N. and Ogena, N. 1997. *Migration and the Rural Family: Sources of Support and Strain in a Mobile Society*. Report of the Northeastern Follow-up to the National Migration Survey. Mahidol University. Institute for Population and Social Research.
- Rindfuss, R., Prasartkul, P., Walsh, S.J., Entwisle, B., Sawangdee, Y. and Vogler, J.B. 2003. Household-parcel linkages in Nang Rong, Thailand: challenges of large samples. Pp. 131-172 in Fox, J., Rindfuss, R., Walsh, S.J. and Mishra, V. (eds.), *People and the Environment*. Kluwer Academic Publishers.
- Robinson, Warren C. and John A. Ross (eds), 2007, *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Washington D.C.: The World Bank.
- Robinson, Warren C. and Yawalaksana Rachapaetayakom, 1993, "The role of government planning in Thailand's fertility decline", in Richard Leete and Iqbal Alam (eds), *The Revolution in Asian Fertility: Dimensions, Causes and Implications*, Oxford: Clarendon Press.
- Robinson, Warren C. and Yawalaksana Rachapaetayakom, 1993, "The role of government planning in Thailand's fertility decline", in Richard Leete and Iqbal Alam (eds), *The Revolution in Asian Fertility: Dimensions, Causes and Implications*, Oxford: Clarendon Press.

- Rosenfield, Allan G. and Caroline J. Min, 2007, "The emergence of Thailand's National Family Planning Program", in Warren C. Robinson and John A. Ross (eds), *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Washington D.C.: The World Bank.
- Rosenfield, Allan, Anthony Bennett, Somsak Varakamin and Donald Lauro, 1982, "Thailand's family planning program: an Asian success story", *International Family Planning Perspectives*, 8(2): 43-51.
- Rumakom, Patchara, PramotePrasartkul, Philip Guest, VorachaiThongthat and SureepongPunpuing. (2002). Change to the epidemiological transition in Thailand due to HIV/AIDS: Implications for population and health policies. Paper presented at the 2002 IUSSP Regional Population Conference, Bangkok, 10-12 June 2002. <http://www.iussp.org/Bangkok2002/S07Rumakom.pdf>
- Sakunpanich T. et al (2009). Trend of cost and service in Thai health delivery systems. Preliminary report
- Schwab, Klaus (editor) (2009). The global competitiveness report 2009-2010. World Economic Forum.
- Sciortino, R. and Punpuing, S. 2009. *International Migration in Thailand 2009*. International Organization for Migration, Regional Office. Bangkok, Thailand.
- Siamwalla, Amar, Suthad Setboonsarng and Direk Patemasirawat, 1993, "Agriculture", in Peter G. Warr (ed), *The Thai Economy in Transition*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Sirirak, Supakit. 2009. "Preparation for elderly healthcare services in Thailand", *Journal of Public Health Policy and Planning*, 10 (January-December): 1-2 (in Thai).
- Siritrangsri, Pinsuda (2008). Research of the future: research on scenario of Thai education in the next 10-20 Years. Proposed to Office of the Education Council, Ministry of Education. Bangkok: Pimdee Printing. (in Thai).
- Skeldon, R. 1999. Migration in Asia after the economic crisis: patterns and issues. *Asia and Pacific Population Journal* 14(3):3-24.
- Smith RD, Chanda R, Tangcharoensathien V. (2009) Trade in health-related services. *The Lancet*; 373: 593-601.
- Soe, Khaing Khaing. Factors affecting the timing of first migration: a case study of Kanchanaburi DSS areas. PhD Dissertation, Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Storey, D. 2005. Urban water pollution, communities and the State in Southeast Asia. Paper presented to the workshop on *Water in Mainland Southeast Asia*, Siem Reap, 30 November to 2 December 2005.
- Suhrke, A. 1993. Pressure points: environmental degradation, migration and conflict. Cambridge: American Academy of Art and Science. Accessed at <http://www.cmi.no/publications/publication/?1374=pressure-points-environmental-degradation> 11-Jul-10.
- Sussangkarn, C. 1990. Labour market in an era of adjustment: a study of Thailand. Paper prepared for the workshop on "Labour market in an era of adjustment", Warwick University. Accessed at <http://www.ftadigest.com/reports/published/h40.pdf> 28-Aug-10.
- Sussangkarn, C. and Chalamwong, W. 1996. Thailand: development strategies and their impacts on labor markets and migration. Pp. 91-126 in O'Connor, D. and Farsakh, L., *Development Strategy, Employment and Migration: Country Experiences*. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).
- Sussangkarn, Chalongsob, 1988, "Production structures, labor markets and human capital investments: issues of balance for Thailand", *NUPRI Research Paper Series No. 46*, Nihon University Population Research Institute.
- Tangcharoensathien V., Prakongsai P., Limwattananon S., Patcharanarumol W., and Jongudomsuk P. (2009) From targeting to Universality : lessons from the health system in Thailand (Chapter 16). In Peter Townsend, editor. *Building decent societies : rethinking the role of social security in development*, 310-322. Houndmills, Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan.
- Tantivess, S. and G. Walt (2008). "The role of state and non-state actors in the policy process: the contribution of

- policy networks to the scale-up of antiretroviral therapy in Thailand." Health Policy Plan 23(5): 328-38.
- Taub, Eric. 2010. The Technology for Monitoring Elderly. *New York Times* (July 28, 2010)
- Thai Health Research Institute (1992). National Health Examination Survey (1991-2). Nonthaburi, Health System Research Institute.
- Thailand Development Research Institute. 2009. Strategic for country's development in service sector. A research project submitted to the Office of the National Social and Economic Development Board. (in Thai).
- The Office for National Standards and Quality Assessment (2008). Annual report 2008 (October 1, 2007 - September 30, 2008). (in Thai).
- The Thai Working Group on Burden of Disease. (2008) Burden of Disease and Injury in Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health.
- The Thai Working Group on National Health Account. (2010) National Health Expenditure 1994 to 2008. Nonthaburi, International Health Policy Program, Ministry of Public Health http://ihppthaigov.net/index.php?option=com_content&task=view&id=117&Itemid=124 [access 18 April 2010]
- Toyota, Mika, 2006, "Ageing and transnational householding : Japanese retirees in Southeast Asia", *International Development Planning Review*, 28(4): 515-531
- Tsay, C. 2002. Labour migration and regional changes in East Asia: outflows of Thai workers to Taiwan. Paper presented at the IUSSP Conference on "Southeast Asia's Population in a Changing Asian Context", Bangkok, Thailand.
- UNFPA, 2009, *State of World Population 2009. Facing a Changing World: Women, Population and Climate*, New York: UNFPA.
- UNFPA. 2005. *Reproductive Health of Women in Thailand: Progress and Challenges Towards Attainment of International Development Goals*. UNFPA Country Technical Services Team for East and South-East Asia, Bangkok, Thailand.
- UNFPA. 2010. ICPD at 15 Report: Progress and Challenges in Implementing the Programme of Action in Thailand. UNFPA and Department of Health, Ministry of Public Health.
- United Nations (UN). 1956. *The Ageing of Populations & Its Economic & Social Implications*. New York, United Nations.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2010. *World urbanization prospects: the 2009 revision database*. Accessed at <http://esa.un.org/wup2009/unup/> 14-Jul-10.
- United Nations Population Division, 2009, *World Population Prospects: the 2008 Revision*, New York: United Nations.
- United Nations Population Fund (UNFPA). 2007. State of the World's Population 2007: Unleashing the Potential of Urban Growth.
- United Nations, 2010, *The World's Women 2010*, New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2002. *Report of the Second World Assembly on Ageing: Madrid, 8-12 April 2002*. United Nations: New York.
- United Nations. 2010. *Human Development Report*. Accessed at http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Tables_reprint.pdf 21-December-2010.
- Van Landingham M, Hirschman C. (2001) Population pressure and fertility in pre-transition Thailand. *Popul Stud (Camb)*; 55:233-48.
- VanWey, L.K. 2003. Land ownership as a determinant of temporary migration in Nang Rong, Thailand. *European Journal of Population* 19: 121-145.
- Varachai Thongthai. 2001. "Age at first birth: an important determinant of low fertility." Pp 177-190 in *The 2001 Thai National Symposium on Population Studies*. Bangkok: Thai Population Association. (in Thai)
- Vine, D. 2005. The Other Migrants: Cause and Prevention in Involuntary Displacement and the Question of "Environmental Refugees". Pp. 141-153 in *International Migration and the Millennium Development Goals: Selected Papers Of The*

UNFPA Expert Group Meeting Marrakech, Morocco 11-12 May 2005.

Viravaidya, Mechai. 1979, "Caution! frequent child bearing or too many children". *Journal of Rural Doctor*, 7 (November): 19. (in Thai).

Walsh S.J., Rindfuss, R. R. , Prasartkul, P., Entwisle, B., and Chamrathirong, A. 2005. Population Change and Land Use Dynamics. Pp. 135-159 in Entwisle, B. and Stern, P.C. *Population, land use, and environment: research directions*. National Academy of Sciences.

Walsh, S.J., Evans, T.P., Welsh, W.F., Entwisle, B. and Rindfuss, R. 1999. Scale-dependent relationships between population and environment in Northeastern Thailand. *Photogrammetric Engineering & Remote Sensing*, 65:97-105.

Warakamin, Suwanna, Nongluk Boonthai and Viroj Tangcharoensathien. 2004. "Induced abortion in Thailand: Current situation in public hospitals and legal perspectives." *Reproductive Health Matters* 12(Supplement 24):147-156.

Watcharaseranee, Nahathai, Pitcha Pinchantra and Somkid Piyaman. 2006. "The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital." *Journal of the Medical Association of Thailand* 89(Supplement 4):S118-S123.

Wibulpolprasert S Ed (2008) Thailand Health Profile 2001-2004. Bangkok, Thailand: Bangkok: Express Transportation Organization.

Wibulpolprasert S, Pengpaiboon P (2003) Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health*; 1:12.

Wichai Aekplakorn (editor). 2010. *National Health Examination Survey IV, 2008-2009*. Nonthaburi: National Health Examination Survey Office. (in Thai)

World Health Organisation (WHO) (1999). *The World Health Report 1999: making a difference*. Geneva, World Health Organisation.

World Health Organisation (WHO) (2006) *The World Health Report 2006. Working together for health*. Geneva: World Health Organization.

Yawarat Porapakkham and Porapan Punyaratabandhu (editors). 2006. *National Health Examination Survey III, 2003-2004*. Nonthaburi: Health System Research Institute and Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (in Thai)

Yoddumnern-Attig, B., Attig, G.A., Santiphop, T., Rojnkureesstien, K., and Vorasiriamorn, Y. 2004. Population dynamics and community forestry in Thailand: Understanding and incorporating population issues into forestry development plans and programs. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Zimmer, Zachary and John Knodel. 2010. Return Migration and the Health of Older Aged Parents: Evidence from Rural Thailand. *Journal of Aging and Health* 21 (forthcoming in 2010).



Office of the National Economic
and Social Development Board



UNFPA

**GOING
GREEN**

ISBN: 978-974-680-287-1

Printed on recycled paper
United Nations Population Fund