

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย



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 นาจีบ แอสมิทธิ

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 พันพิ่ง 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



แกวีน 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

แกวีน โจนส์
มหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์
วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงของนโยบายและแผนประชากร

กองบรรณาธิการ

แกวีน 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	อายุมีธรรณและอัตราส่วนเกือหนผู้สูงอายุ (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	อัตราการเกิดและอัตราการตายอย่างหยาบ 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	อัตราการสนับทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศในเอเชียที่ถูกเลือก	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 ในขณะที่การคาดประมาณภาวะเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเป็นเรื่องที่ยากลำบากด้วยข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัด 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

การเกษียณอย่างเป็นทางการที่เพิ่มขึ้น โดยทั่วไปแล้วผู้ชายมักจะได้รับสิทธิในผลประโยชน์จากการเกษียณอายุมากกว่าผู้หญิงจะได้รับ โดยผู้อาศัยในเขตเมืองจะได้รับผลประโยชน์จากการเกษียณอายุมากกว่าผู้อาศัยในเขตชนบทเสมอ สะท้อนข้อเท็จจริงว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองจำนวนมากทำงานในภาครัฐหรือธุรกิจเอกชนที่ให้สิทธิประโยชน์เมื่อเกษียณอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบทไม่ได้รับการเกษียณเหล่านี้

แหล่งที่มาของรายได้ บุตรเป็นแหล่งที่มาของรายได้ที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ ตามด้วยรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุเอง

การถือกุศลด้านการเงินและขนาดของครอบครัว การมีลูกน้อยจะสอดคล้องกับการถือกุศลด้านการเงินที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรที่น้อยลง แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าขนาดของครอบครัวที่เล็กลงในอนาคตจะเป็นอุปสรรคต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะถ้าหากผู้สูงอายุสามารถเก็บสะสมทรัพย์สินเงินทองจำนวนมากไว้ดูแลตนเองในยามชรา เนื่องจากไม่มีภาระที่ต้องดูแลบุตรจำนวนมาก

การย้ายถิ่นของบุตรและการถือกุศลด้านสิ่งของเครื่องใช้ ในประเทศไทย สัดส่วนของบุตรที่ย้ายถิ่นจากพ่อแม่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้คนวัยทำงานจะย้ายถิ่นออกจากจังหวัดที่เป็นถิ่นฐานของตน เพื่อแสวงหาการศึกษาและรายได้ที่ดีกว่า ดังนั้นการย้ายถิ่นของบุตรเพื่อมีฐานะที่ดีขึ้นจะทำให้สามารถถือกุศลด้านการเงินให้กับผู้สูงอายุได้ดีกว่า

ผลกระทบการถือกุศลทางสังคมและการดูแลตัวเอง

ความสัมพันธ์ทางสังคมและสุขภาวะทางจิตใจ การรักษาความสัมพันธ์กับบุตรที่ย้ายออกจากครัวเรือนเป็นเรื่องสำคัญต่อสุขภาวะทางสังคมและจิตอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การย้ายถิ่นของบุตรเป็นการลดโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่ยังคงมีการรักษาความสัมพันธ์โดยทางอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้โทรศัพท์ โดยเฉพาะโทรศัพท์ มือถือกันที่ใช้กันอยู่ทั่วไปในขณะนี้

การดูแลตัวเอง ร้อยละ 88 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถดูแลตัวเองได้ ซึ่งอาจอนุมานได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ยังไม่ต้องการผู้ดูแล 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 จากข้อจำกัดของระบบการถือกุศลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับผิดชอบดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่งในประเทศไทย การเตรียมการสำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงในอนาคต ควรจะต้องเริ่มต้นตั้งแต่นั้นๆ มากกว่าที่จะเป็นอย่างไรในปัจจุบันนี้

นัยเชิงนโยบาย ผู้สูงอายุในอนาคตจะได้รับความใส่ใจแตกต่างจากผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับสุขภาพที่ดีขึ้น และได้รับผลประโยชน์ยามเกษียณอายุมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากการเตรียมการช่วยเหลือผู้สูงอายุในหลากหลายวิธี การที่บุตรวัยทำงานของผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้น อีกทั้งรูปแบบการว่าจ้างงานที่เปลี่ยนไปจะมีส่วนชดเชยให้บุตรสามารถให้การถือกุศลทางการเงินแก่พ่อแม่สูงวัยได้ดีมากกว่าเดิม แม้ว่าจะมีจำนวนบุตรน้อยลงก็ตาม นอกจากนี้แล้ว การขยายความคุ้มครองเกษียณอายุของผู้สูงอายุในอนาคตผ่านบำเหน็จบำนาญชราภาพภายใต้กองทุนประกันสังคม ซึ่งทราบกันดีว่าเป็นการดำเนินการของรัฐบาลเพื่อช่วยชดเชยให้แก่ผู้สูงอายุจะช่วยชดเชยการถือกุศลทางการเงินของบุตรที่ลดลงได้ส่วนหนึ่ง ส่วนการดำเนินการในแนวทางอื่นๆ เพื่อถือกุศลสุขภาวะด้านกายภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่สำคัญ คือการคงไว้ให้ผู้สูงอายุมีงานทำ หนึ่งในแนวโน้มทางบวกที่เป็นไปได้ก็คือการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น 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 การขาดแคลนนั้จำนวนบุคลากรและทักษะที่หลากหลายของบุคลากรสาธารณสุขตลอดจนการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือในชุมชน (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 ขวบพุ่งสูงขึ้นไปถึง 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 จึงควรใช้บ งบประมาณด้านการศึกษาเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าเรียนให้อยู่ในระดับ 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 จะทำให้กำลังเงินมีมากเกินพอที่จะเก็บออมลงทุน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการปันผลทางประชากรระยะที่ 1 และวิธีที่ใช้ในการประเมินก็คือบัญชีการโอนประชาชาติ (National Transfer Account)

การปันผลทางประชากรระยะที่ 1 เกิดจากอัตรการเติบโตของอัตราส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ 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 ประเทศไทยไม่เพียงแต่จะเป็นที่พักพิงของผู้อพยพจำนวนมากจากการย้ายหนีจากการต่อสูระหว่างกองกำลังชนกลุ่มน้อย 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 แต่ควรจะมีการวางแผนอย่างระมัดระวังเนื่องจากในอนาคตมีความเป็นไปได้ว่าความเกื้อกูลดังกล่าวจะลดน้อยลงจากการที่ครอบครัวของผู้สูงอายุในอนาคตจะมีขนาดเล็กลง และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการขยายตัวของบำนาญชราภาพของผู้ประกันตน ตามระบบประกันสังคม และการออมเงินกับกองทุนเงินออมแห่งชาติที่กำลังจะมีขึ้นในเร็ววันนี้ จะช่วยให้เกิดคุณภาพที่สอดคล้องกับการเกื้อกูลจากบุตรที่จะลดลงในอนาคต

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 ยังคงอยู่ในระดับนี้หรือลดต่ำลงมากกว่าเดิมเป็นระยะเวลานาน 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) อย่างไรก็ดี 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) เป็นสองเท่าของประเทศอินโดนีเซียและมากกว่าสองเท่าของประเทศฟิลิปปินส์ และผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทย ยังคงสูงเกินหน้าประเทศจีนอยู่มาก แต่ยังคงสูงเพียงครึ่งหนึ่งของ ประเทศมาเลเซีย ลำดับของประเทศไทยในดัชนีการพัฒนามนุษย์เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเหล่านี้แล้วอยู่ในลำดับเดียวกัน แต่มีความแตกต่างกันในเชิงมูลค่าที่น้อยกว่ามาก สถานการณ์ด้านสุขภาพอนามัยของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่าเป็นไป

ทิศทางที่น่าพึงพอใจเมื่อพิจารณาจากอัตราการตายของทารกที่อยู่ในระดับต่ำกว่าประเทศจีน ฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซีย นอกจากนี้ภาคเกษตรกรรมในประเทศไทยมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของการจ้างงานแรงงานชายในภาคการเกษตรที่สูงขึ้นในขณะที่การพัฒนาความเป็นเมืองในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าสองประเทศนี้ ถึงแม้ว่าตัวชี้วัดด้านความเป็นเมืองของประเทศไทยอาจทำให้มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เนื่องจากนิยามของคำว่าเขตเมืองที่ประเทศไทยใช้มีความครอบคลุมน้อยกว่าคำนิยามของเขตเมืองที่ประเทศอินโดนีเซียหรือฟิลิปปินส์ กำหนดใช้ก็ตาม

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

ประเทศ	จำนวนประชากร (ล้าน)	อัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อปี (%)		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
บังกลาเทศ	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
บังคลาเทศ	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) ส่วนในภูมิภาคเอเชียใต้ไม่มีเพียงประเทศศรีลังกา (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 ทางองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2548-2553 ประเทศไทยจะยังคงรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ 1.8 ต่อไปถึงแม้ว่าพื้นฐานหรือที่มาของการคาดประมาณนี้จะยังไม่ชัดเจนอยู่ก็ตาม อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์แนวโน้มของการจดทะเบียนเกิดสามารถสรุปได้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมในประเทศไทยได้ลดต่ำลงจนถึงระดับประมาณ 1.5 แล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งการลดลงนี้ทำให้เกิดประเด็นที่สำคัญในเชิงนโยบายด้านประชากรขึ้นซึ่งจะได้กล่าวถึงในลำดับต่อไป

ผลกระทบที่เกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์

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

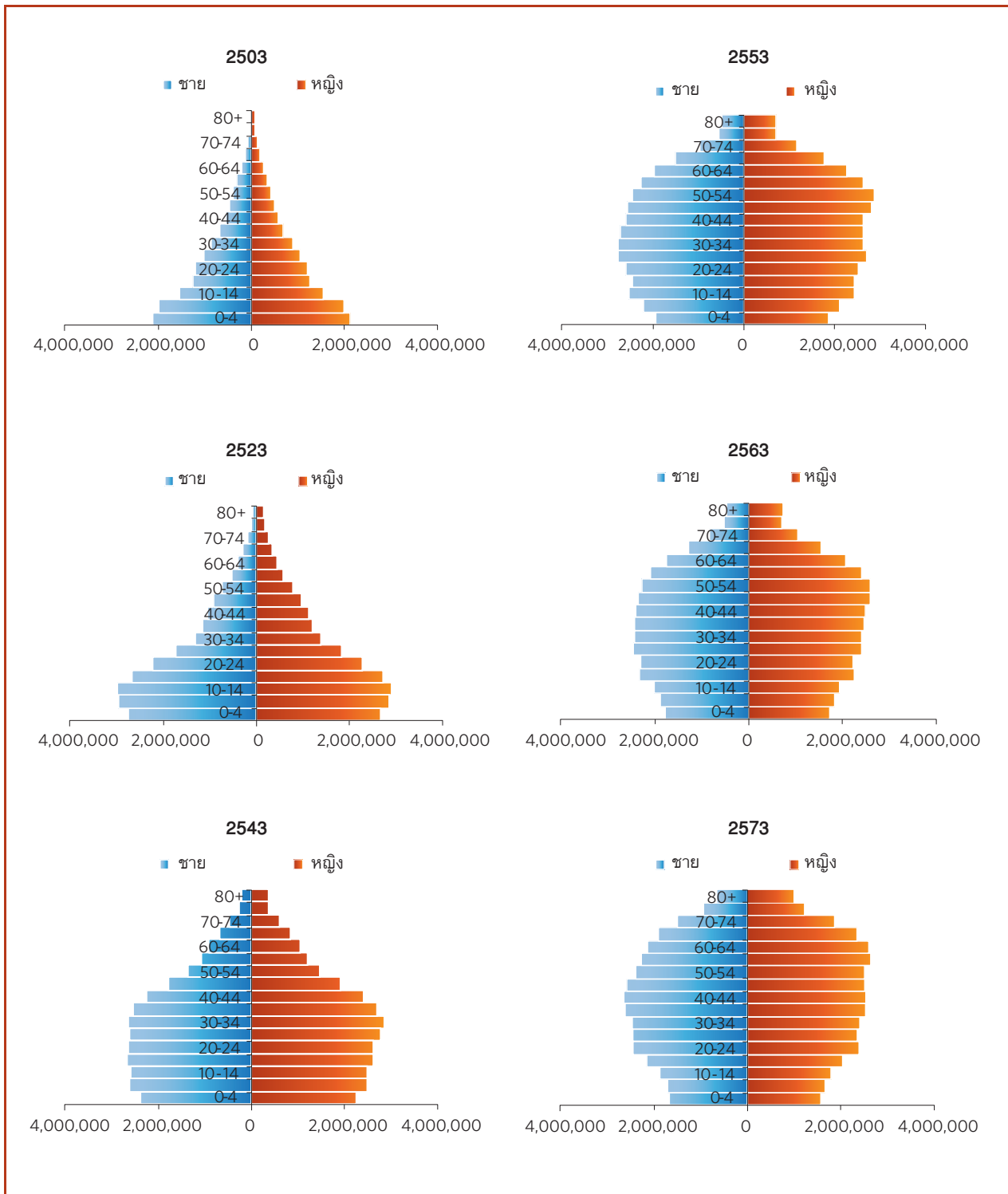
1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอัตราการเจริญพันธุ์รวมในปี พ.ศ. 2545-2553 เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการคาดประมาณประชากรขององค์การสหประชาชาติ เนื่องจากสำหรับประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่า 1.85 ในช่วงเวลาดังกล่าว ในการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติให้ถือว่าภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงเวลา 5 หรือ 10 ปีแรกของการคาดประมาณนั้นจะเป็นไปตามแนวโน้มที่ผ่านมาของแต่ละประเทศ 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 ซึ่งความพยายามของรัฐบาลดังกล่าวส่งผลให้นักเรียนเข้าศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-4 ในระดับที่สูงซึ่งรวมทั้งการศึกษาในโรงเรียนวัดด้วย และแม้ว่ารัฐบาลจะประสบความสำเร็จในการขยายการศึกษาในระดับประถมศึกษาออกไปเป็น 6 ปีและขยายโอกาสทางการศึกษาในระดับอุดมศึกษาด้วยแล้ว ประเทศไทยยังคงมีช่องว่างที่ชัดเจนในการจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน 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 ภูมิภาคอื่นได้ 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) เป็นสิ่งที่ทำหยาบเนื่องจากผลเบื้องต้นจาก 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 พันธุ์ในอนาคตจึงมีแนวโน้มที่จะไม่เป็นที่ไปตามการคาดประมาณ 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 มีแหล่งข้อมูลที่ให้ขนาดประชากรของประเทศไทยในเวลาจัดทำรายงาน 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 การคาดประมาณประชากรในปี 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

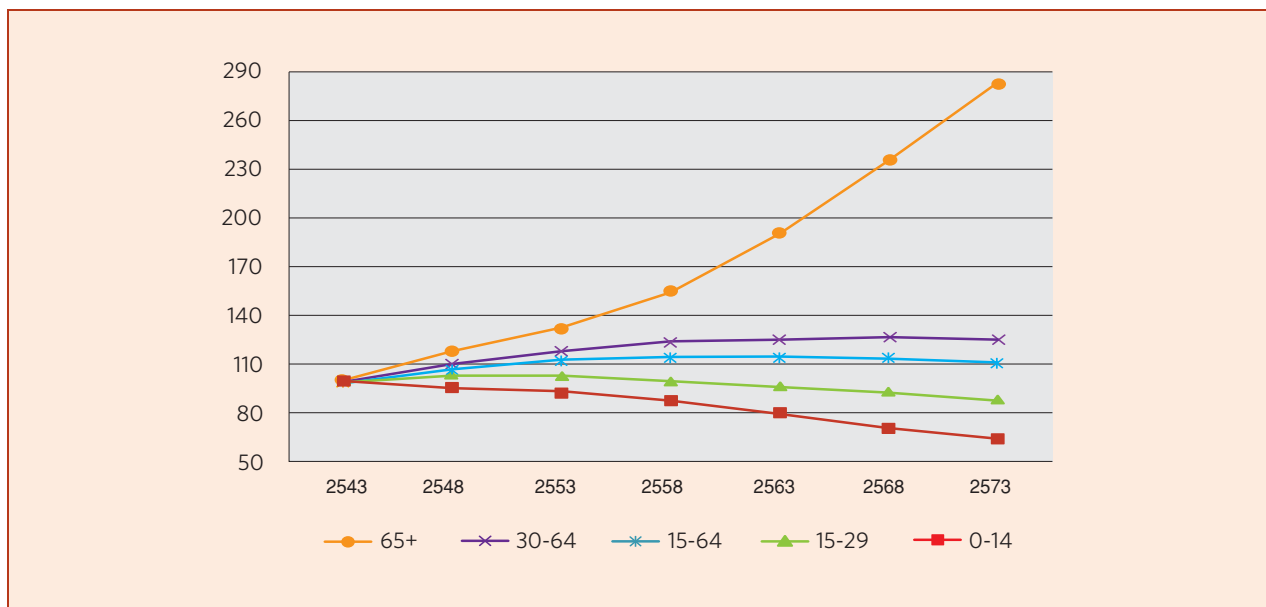
0-14	25	23	21	21	20	19	19
15-29	25	25	24	22	21	20	20
30-64	44	45	47	48	48	48	47
(15-64)	(69)	(70)	(71)	(71)	(69)	(68)	(66)
65+	6	7	8	9	11	13	15
รวม	100	100	100	100	100	100	100

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 ซึ่งคงไม่มีรัฐบาลประเทศไทยใดสามารถที่จะละเลยต่อแนวโน้มของประชากรในลักษณะดังกล่าวนี้ได้ นอกจากนี้ ยังเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าหากอัตราเจริญพันธุ์ลดลงต่ำกว่าระดับ 1.5 แล้วจะเป็นการยากที่จะทำให้อัตรานี้ก็กลับสูงขึ้นไปถึงระดับทดแทนได้อีกครั้ง³ แม้ว่ากาออพยพเข้ามาในประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติอาจเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยทดแทนสิ่งที่ขาดหายไปได้ แต่การอพยพย้ายถิ่นฐานนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในโดยโครงสร้างพื้นฐานของประชากรและยังก่อให้เกิดประเด็นคำถามอีกด้วยว่าจะทำอย่างไรให้การเปลี่ยนแปลงทางด้านต้นทุนมนุษย์มีความสมดุลกับความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้ ประเด็นสำคัญของรายงานฉบับนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ถึงความจำเป็นว่าประเทศไทยควรที่จะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร

หลายประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เผชิญกับภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำเกินไปในขณะนี้แล้วแต่ปล่อยให้ระยะเวลากว่ายี่สิบปีล่วงเลยไปกว่าที่จะมีการนำนโยบายมาใช้เพื่อเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์อย่างจริงจัง (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 ประเทศคือจีนและฮ่องกงยังไม่มีมีการนำเอานโยบายส่งเสริมการเกิดมาใช้ สำหรับในกรณีของฮ่องกงนั้นแม้รัฐบาลจะไม่มีนโยบายแทรกแซงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรแต่ดูเหมือนว่าฮ่องกงจะไม่ได้รับผลกระทบจากภาวะ

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

ตลอดช่วงเวลาว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ได้สร้างความแข็งแกร่งให้กับนโยบายส่งเสริมการเกิดในประชากรของตนโดยประเทศทั้งสองมีการให้เงินสนับสนุนโดยตรงแก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมให้มีบุตรโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในเชิงสถาบันของประเทศให้เอื้ออำนวยต่อการสมรสและการมีบุตร ยิ่งไปกว่านั้น ทั้งสองประเทศนี้ยังได้เพิ่มบทบาทผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้มารดาคลอดและลาหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับเงินเดือนและยังให้เงินสนับสนุนสถานเลี้ยงดูเด็กอ่อนและเด็กเล็กในช่วงกลางวันอีกด้วย ในขณะที่ประเทศเกาหลีใต้และไต้หวันได้กำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเกิดเช่นเดียวกันแต่ยังเป็นมาตรการที่ไม่เข้มข้นเท่าประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ โดยมาตรการของประเทศเกาหลีใต้และไต้หวันนั้นจะมุ่งเน้นที่การให้เงินสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร ให้สวัสดิการเพื่อลาคลอดและดูแลบุตรสำหรับทั้งมารดาและบิดา แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงการให้เงินสนับสนุนโดยตรงเพื่อส่งเสริมให้มีบุตร อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีประเทศใดที่ให้สวัสดิการในการลาคลอดและเลี้ยงดูบุตรแก่บิดา ยกเว้นประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์เท่านั้นที่มีข้อกำหนดให้สามีสามารถลาหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้เช่นเดียวกับภรรยา (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 แต่ไม่ว่าประเทศไทยจะนำเอานโยบายลักษณะใดมาใช้นโยบายเหล่านั้นควรจะต้องได้รับการปรับให้เข้ากับบริบททางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และโครงสร้างสถาบันต่างๆ ที่มีลักษณะเฉพาะของประเทศไทยเป็นสำคัญ

ประชากรกับการพัฒนา

ชื่อของรายงานฉบับนี้คือ “ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย” ซึ่งชี้ให้เห็นถึงแรงขับเคลื่อนหลักด้านที่สำคัญของการจัดการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของแนวโน้มด้านประชากรและนโยบายสำคัญหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรในประเทศไทย 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 ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้จะยังคงดำเนินต่อไป และแม้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้นจะเพิ่มขึ้นทีละน้อยก็ตาม แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรกลุ่มนี้ยังอาศัยอยู่กับบุตรคนใดคนหนึ่ง และสัดส่วนนี้จะสูงขึ้นถึงมากกว่าร้อยละ 70 ถ้านับรวมถึงผู้ที่มิบุตรอาศัยอยู่ในบ้านที่อยู่ในระแวกเดียวกันด้วย แม้ว่าขนาดของครอบครัวที่เล็กลงและการเพิ่มขึ้นของการย้ายถิ่นฐานของบุตรจะส่งผลต่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างแน่นอน แต่ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจะแตกต่างกันออกไปโดยขึ้นอยู่กับประเภทของการให้การช่วยเหลือดูแล เช่น การช่วยเหลือในรูปของวัสดุสิ่งของเครื่องใช้ที่ไม่มีค่าจำเป็นที่บุตรหลานจะต้องอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุและระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถเพิ่มความสะดวกและช่องทางในการให้การช่วยเหลือแล้วแต่สังคมจากบุตรที่อยู่ห่างไกลได้มากขึ้น 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 หรืองานหามเร็วแผลงลอย) ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปีสามารถสมัครเป็นสมาชิกกองทุนฯ ได้โดยสมาชิกและรัฐบาลจะต้องจ่ายเงินสมทบฝ่ายละครึ่งหนึ่งของยอดเงินที่ต้องสมทบ รัฐบาลจะจ่ายเงินสมทบให้แก่สมาชิกแต่ละรายตามเงื่อนไขด้านอายุและจำนวนเงินที่สมาชิกจ่ายเพื่อสมทบเข้ากองทุนฯ ซึ่งเงินสมทบจากรัฐบาลนี้จะเป็นส่วนที่นอกเหนือไปจากเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุจำนวน 500 บาทที่ทางรัฐบาลจ่ายให้กับคนไทยทุกคนที่มีอายุเกิน 60 ปีที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากแผนโครงการบำนาญใดๆ นอกจากนี้แล้ว ทาง

รัฐบาลยังได้อนุมัติการขยายความครอบคลุมของการประกันผู้สูงอายุไปสู่ภาคธุรกิจที่ไม่เป็นทางการมาตรา 40 ของพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้มีสิทธิประโยชน์ห้าประการ 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 ดังนั้นอัตราการใช้การคุมกำเนิดจึงน่าจะอยู่ในระดับที่สูงมากกว่าข้อมูลที่ไดจากการสำรวจตามปกติซึ่งจำกัดอยู่แต่ในกลุ่มผู้ที่สมรสแล้ว 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

การปันผลทางประชากรซึ่งเป็นผลจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์นั้นมียุทธศาสตร์ที่จำกัดและจะต้องมีวันที่สิ้นสุดลงโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ข้อเท็จจริงที่ว่าการปันผลทางประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวไปสู่จุดสิ้นสุดนั้นไม่ใช่สิ่งที่ต้องเสียใจมาก กลับจะต้องรู้สึกยินดีเนื่องจากประเทศไทยได้เก็บเกี่ยวผลประโยชน์ตลอดช่วงระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมาแล้วทั้งในด้านการพัฒนาปรับปรุงการคลังทางด้านทุนมนุษย์และในการยกระดับรายได้และสวัสดิการซึ่งอาจจะไม่สามารถทำได้สำเร็จโดยปราศจากการปันผลทางประชากรดังกล่าว สิ่งเหล่านี้จะเป็นประสบการณ์ที่ดีที่จะช่วยสร้างความพร้อมให้กับประเทศไทยในการจัดการกับประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ประเทศไทยต้องเผชิญอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อถึงช่วงเวลาที่โบนัสทางประชากรนี้สิ้นสุดลงและต้องเผชิญกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ประเทศไทยเพิ่งจะเดินตามรอยเส้นทางแนวโน้มการก้าวเข้าเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศจีนมาดัดๆ ซึ่งบ่อยครั้งก็มักจะได้ยินคนพูดถึงประเทศจีนว่า “จะแก่ก่อนรวย” ซึ่งข้อความนี้อาจนำมาใช้กับสถานการณ์ในประเทศไทยได้ด้วยเช่นกัน เนื่องจากประเทศไทยจะไม่สามารถก้าวขึ้นมาเป็นประเทศที่มีรายได้สูงได้หากการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วใน 20 ปีข้างหน้า ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะสามารถจัดการยกระดับรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรให้เพิ่มขึ้นเป็นสองหรือแม้แต่สามเท่าของปัจจุบันได้ก็ตาม

รายงานในบทที่ 5 กล่าวถึงความเป็นไปได้ที่จะอาจจะมี การปันผลทางประชากรเกิดขึ้นเป็นครั้งที่สอง หลังจากการปันผลทางประชากรครั้งแรกสิ้นสุดลง การปันผล ครั้งที่สองนี้อาจจะ

เป็นผลมาจากการเจริญเติบโตในด้านผลผลิตซึ่งเกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของความต้องการในด้านความมั่งคั่งตามวงจรอายุเนื่องมาจากจะมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่มีฐานะดีเพิ่มมากขึ้นทำให้มีผลในเชิงพฤติกรรม เช่น มีการเพิ่มพูนเงินออมมากขึ้นจากการยึดอายุการเกษียณงานออกไป และจากการเก็บออมสำหรับวัยเกษียณที่เพิ่มขึ้นซึ่งล้วนสามารถให้ผลลัพธ์ในเชิงเศรษฐศาสตร์ระดับมหภาคที่เป็นประโยชน์ อย่างไรก็ตาม การบินผลย ครึ่งที่สองจะไม่สามารถเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติแต่จำเป็นต้องอาศัยนโยบายที่จะส่งเสริมผลักดันให้มีการสะสมเงินออมเพื่อเพิ่มพูนเงินทุนมากกว่าที่จะพึ่งพาเงินบำนาญที่จ่ายเมื่อเกษียณ เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในวัยหลังเกษียณจากการทำงานแต่เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การบินผลย 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

การเปลี่ยนแปลงของสภาพดินฟ้าอากาศทำให้ประชากรจำนวนมากต้องประสบกับปัญหาความแห้งแล้งและสภาพอากาศที่มีความแปรปรวนเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลทำให้การขยายพืชพันธุ์ทางการเกษตรและผลผลิตทางการประมงลดลงและยังทำให้อัตราตายจากเหตุปัจจุบัน เช่น วาตภัยจากพายุเขตร้อนและอุทกภัยเพิ่มขึ้นอีกด้วย (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 แต่ประเด็นที่ควรจะศึกษาค้นคว้าไปกับประเด็นด้านผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีต่อประชากรคือผลของการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของประชากรและรูปแบบของการดำเนินวิถีชีวิต ตลอดจนรูปแบบของการบริโภคและความสูญเสียที่เกิดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุป

การเติบโตของประชากรไทยกำลังชะลอตัวอย่างเห็นได้ชัดเจนและจะมีการเติบโตเพิ่มอีกเพียงเล็กน้อย สิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในปัจจุบันจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากร เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุ โครงสร้างทางการศึกษาและทักษะฝีมือ สภาพาสุขภาพ และการกระจายตัวประชากรตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ รูปการณ์ต่างๆ เหล่านี้ทำให้คาดได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของประชากรในประเทศไทยที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลา 2 ทศวรรษข้างหน้าจะขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวางนำไปสู่ประเด็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการวางแผนในการปรับตัวเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในแง่ต่างๆ ที่น่าจะสามารถปรับเปลี่ยนได้ ในบทต่อไปของรายงานฉบับนี้จะวิเคราะห์รายละเอียดในแง่มุมที่สำคัญบางประการของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทยในเชิงลึกมากขึ้น

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

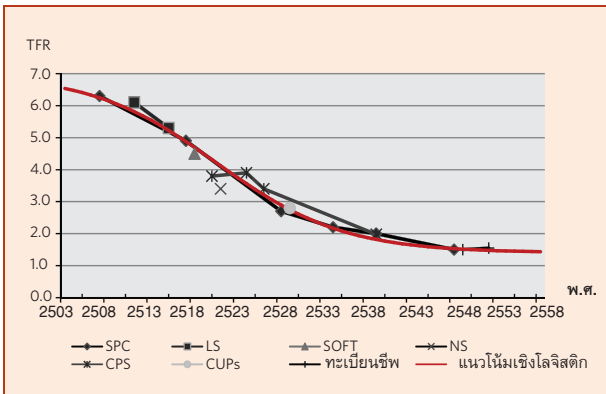
ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2513 ภาวะเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับสูงนี้ถูกมองว่าเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ จึงมีการกำหนดนโยบายที่จะลดภาวะเจริญพันธุ์ลง ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2513 รัฐบาลจึงได้

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 แนวโน้มของอัตราเจริญพันธุ์รวมในประเทศไทย ระหว่างปี 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

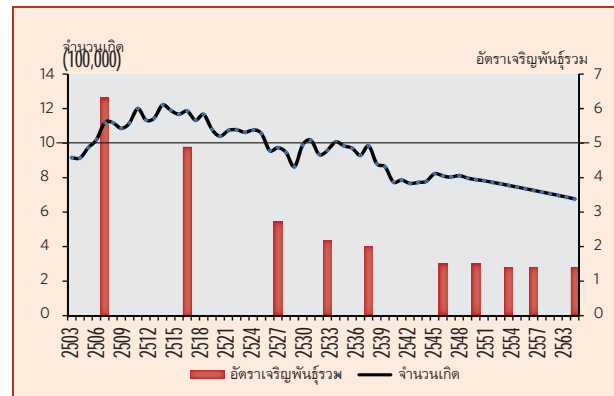
ถึงแม้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมจะเป็นตัวชี้วัดที่ดีของภาวะเจริญพันธุ์ แต่อัตราเจริญพันธุ์รวมนี้ก็ไม่ได้บ่งบอกถึงอะไรมากนักในแง่ของจำนวนเกิดที่แท้จริงซึ่งเป็นปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณาประกอบด้วย หลักฐานจากฐานข้อมูลในระบบทะเบียนชีพพบว่าช่วงก่อนปี พ.ศ. 2495 มีเด็กเกิดใหม่เข้ารับการจดทะเบียนเกิดอยู่ประมาณ 0.4-0.6 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 อัตราเจริญพันธุ์รวมและอัตราการเปลี่ยนแปลงระดับเจริญพันธุ์ของประเทศต่างๆ 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

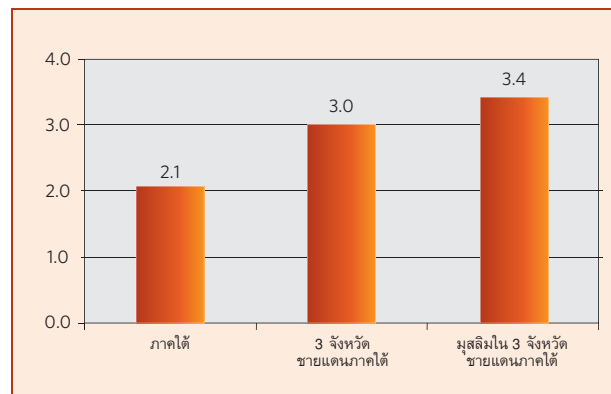
	ปี 2517-2519	ปี 2528-2529	ปี 2532	ปี 2534	ปี 2538-2539	ปี 2549
ระดับประเทศ	4.9	2.7	2.4	2.2	2.0	1.5
เขตที่อยู่อาศัย						
• เขตเมือง	4.5	1.8	1.6	1.4	1.3	1.0
• เขตชนบท	5.0	3.0	2.6	2.4	2.3	1.7
ความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท	0.5	1.2	1.0	1.1	1.0	0.7
ภูมิภาค						
• กรุงเทพมหานคร	3.5	1.7	1.4	1.1	1.3	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)

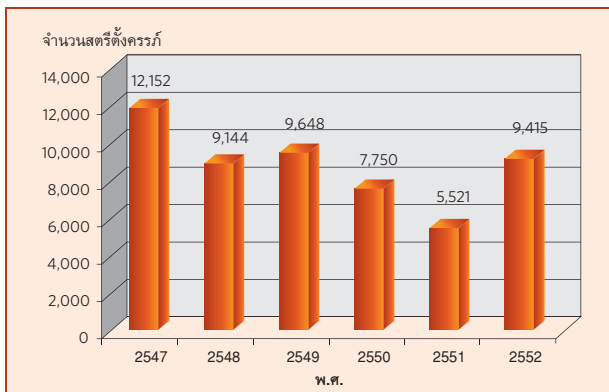
ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2550–2554) ได้ระบุถึงแผนส่งเสริมภาวะอนามัยเจริญพันธุ์และการลดภาวะเจริญพันธุ์ในกลุ่มชาติพันธุ์ไว้ด้วย ทำให้คาดได้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมของกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือน่าจะอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับระดับทดแทนในปี พ.ศ. 2553 แต่จากตารางที่ 2.3 จะเห็นได้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมของชาวม้งยังสูงกว่าระดับทดแทนอยู่มาก 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 แต่ในขณะเดียวกันก็มีความเป็นไปได้สูงว่าประชากรข้ามชาติเพศหญิงจำนวนมากอาจจะยังไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านการฝากครรภ์และการคลอดที่มีคุณภาพได้ 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

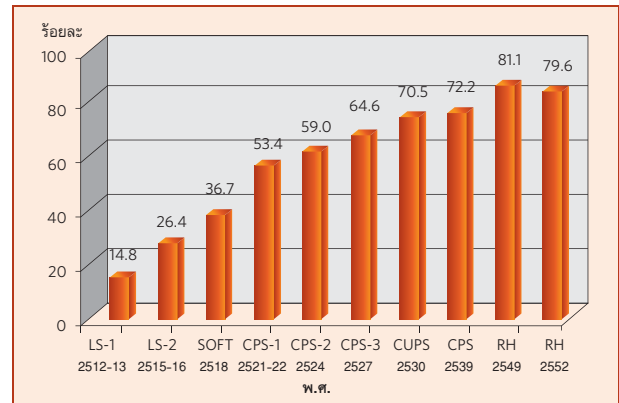
การคุมกำเนิด

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 พบว่าสถิติรายปีของการผลิตและนำเข้ายาเม็ดคุมกำเนิดถูกเจียนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโดยเพิ่มจาก 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)

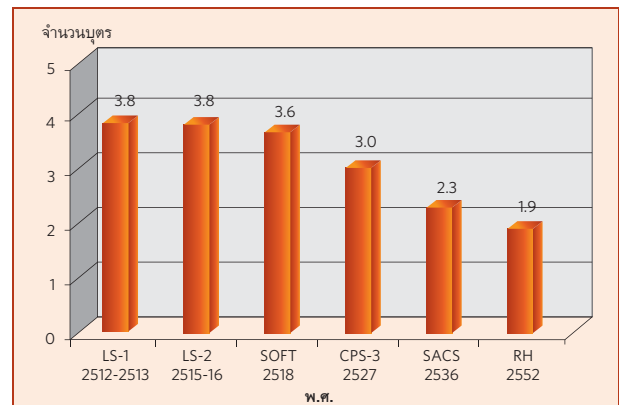
แผนภูมิที่ 2.5 ร้อยละของสตรีแต่งงานที่คุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2512—2552



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

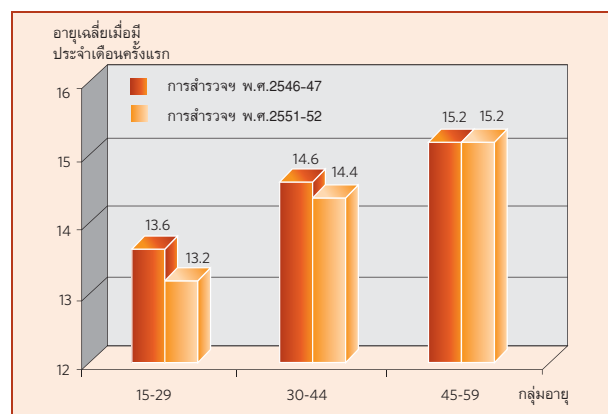
และเพื่อเป็นการปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมจากการประชุมนานาชาติด้านประชากรและการพัฒนา (International Conference on

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: เขาวรัตน์ 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 วรรชัย 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

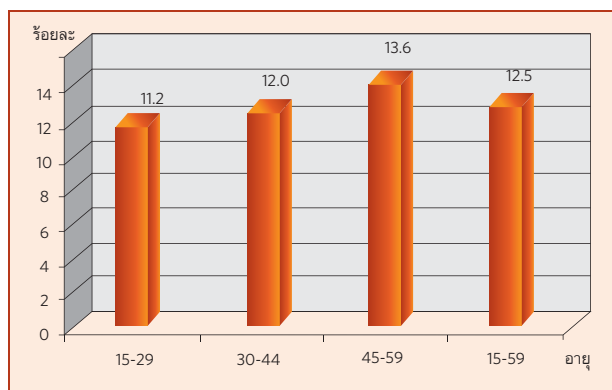
แหล่งข้อมูล: 1/ จำนวนจากข้อมูลสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503—2543

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

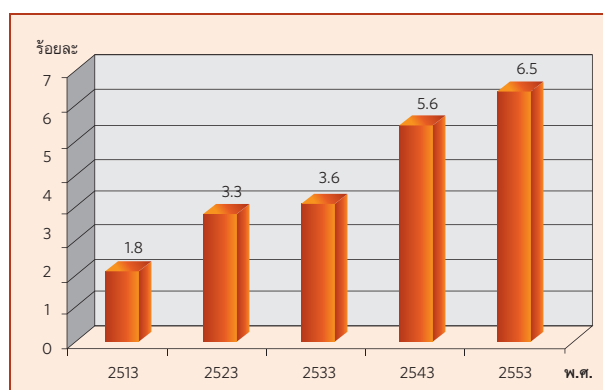


แหล่งข้อมูล: วิจัย 2553

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

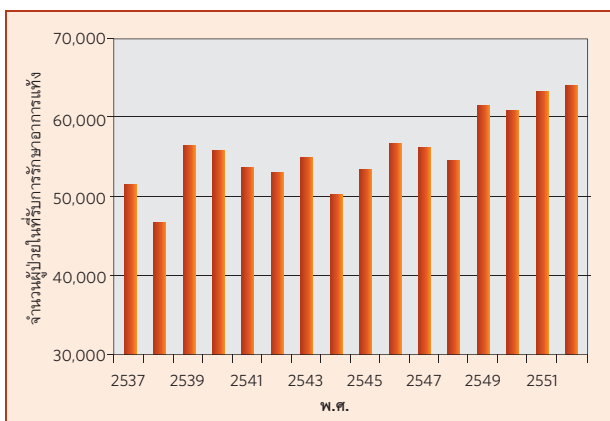
ตามที่ได้กล่าวมาแล้วถึงทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในวัยรุ่นหรือเยาวชนซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่ เช่น การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย หรือการยอมรับการอยู่ร่วมกันโดยไม่แต่งงาน และการมีเพศสัมพันธ์กับคนในเพศเดียวกัน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

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 มีผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 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)

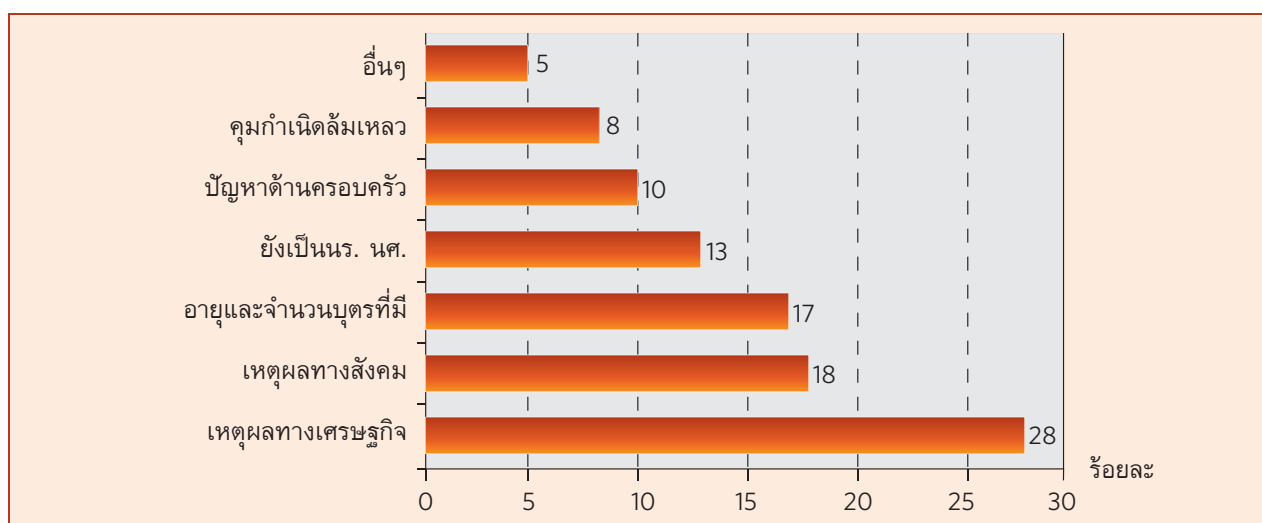
ตารางที่ 2.10 ร้อยละการกระจายของผู้ป่วยในที่แท้งบุตรและ
ทำแท้ง จำแนกตามอายุในปี พ.ศ. 2542

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 จำนวนและร้อยละของเด็กเกิดมีชีพที่มีมารดาเป็นวัยรุ่นระหว่างปี 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 อัตราเกิดอย่างหยาบที่สูงถึง 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 การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ได้ทำให้อัตราประชากรที่เดิมเป็นประชากรในวัยเยาว์ที่มีมีฐานของอายุต่ำกว่า 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 ซึ่งอัตราเจริญพันธุ์รวมของหญิงไทยอาจลดต่ำกว่า 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 ภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องระวังติดตามอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีการคาดประมาณในปี พ.ศ. 2553 ว่าน่าจะมีเด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ไม่ต่ำกว่าปีละ 4 หมื่นราย การคลอดบุตรที่ปลอดภัยและการดูแลที่เหมาะสมทั้งในช่วงก่อนและหลังคลอดเป็นสิ่งที่จะต้องจัดการให้มีคุณภาพเพื่อที่เด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติเหล่านี้จะได้ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพและด้านพัฒนาการเด็กในช่วงปฐมวัยที่น่าเป็นห่วง

นอกจากนี้ยังมีประเด็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การตั้งครุฑในวัยรุ่นและการทำแท้ง แม้ว่าจะไม่มีสถิติตัวเลขอย่างเป็นทางการที่ยืนยันว่าการทำแท้งมากน้อยเพียงใด แต่มีการรายงานสัดส่วนของเด็กที่เกิดจากมารดาที่อายุต่ำกว่า 20 ปีเพิ่มมากขึ้น และยิ่งไปกว่านั้นสัดส่วนของเด็กที่เกิดจากมารดาที่อายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นถึงแม้จะเป็นจำนวนไม่มากก็ตาม

ภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยที่ลดลงได้นำไปสู่การเปลี่ยนทิศทางของนโยบายประชากรของประเทศ ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีนโยบายที่เน้นการลดภาวะเจริญพันธุ์ แต่ในปัจจุบันนโยบายได้เปลี่ยนมาเน้นเรื่องการส่งเสริมคุณภาพของประชากร โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติถูกใช้เป็นเครื่องมือในการลดภาวะเจริญพันธุ์ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา และในปัจจุบัน ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติที่มีเป้าหมายที่จะทำให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และเป็นการเกิดจากบริการที่มีคุณภาพ



ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรต่อการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การสูงอายุทางประชากรในบริบทของการเติบโตทางเศรษฐกิจ

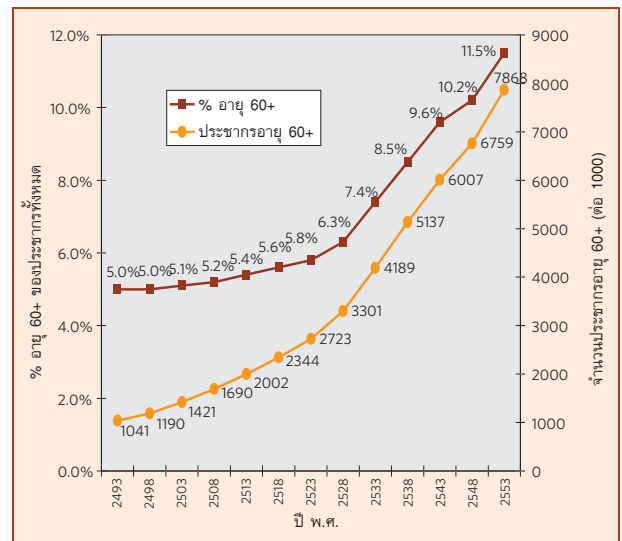
การสูงอายุทางประชากร

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

รายได้ของผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นอย่างมากเช่นกัน 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

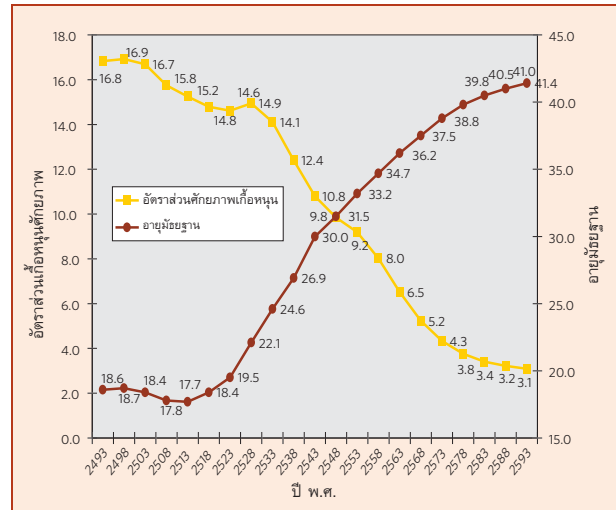
การลดลงของอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน

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 และเป็นปัจจัยหลักของการเปลี่ยนแปลงอัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนอย่างมากนั้น สามารถเห็นได้ชัดเจนกันในระดับครอบครัว กล่าวคือ ขนาดครอบครัวของคนรุ่นอายุต่างๆที่เข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุนั้นเล็กลงและจะมีจำนวนสมาชิกที่ให้การเกื้อหนุนลดลงในอนาคต แผนภูมิที่ 3.3 แสดงจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตของคนกลุ่มอายุต่างๆของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550 และที่คาดประมาณในปี พ.ศ. 2560