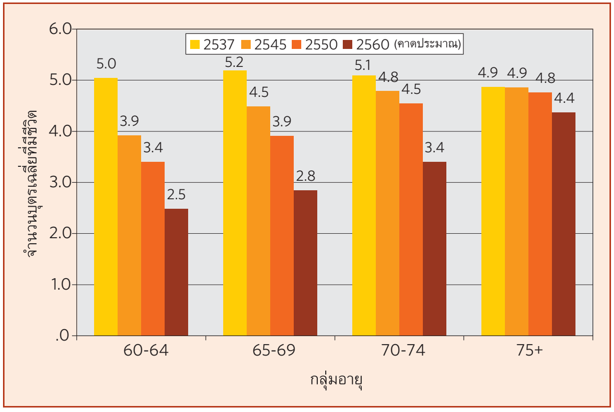
**แผนภูมิที่ 3.3 จำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิต จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2560**




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

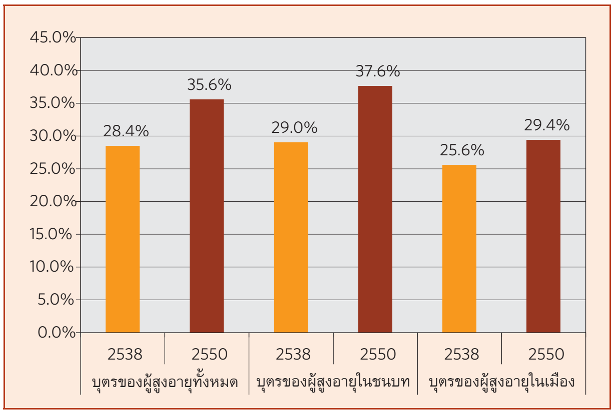
หมายเหตุ: บุตรที่มีชีวิต รวมบุตรที่ตนเองให้กำเนิด บุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม การประมาณสำหรับปี พ.ศ. 2560 เท่ากับจำนวนบุตรเฉลี่ยของรุ่นอายุน้อยกว่าในปี พ.ศ. 2550 อยู่ 10 ปี การประมาณเหล่านี้ไม่ได้รวมหรือพิจารณาข้อเท็จจริงที่ว่าในช่วงเวลาของการคาดประมาณ บุตรบางคนอาจตายไป ผู้สูงอายุชายบางคนอาจมีบุตรเพิ่มถ้ามีการสมรสใหม่กับสตรีที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์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

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

## *การเพิ่มขึ้นของการแยกกันอยู่กับบุตร*

นอกจากการลดลงของขนาดครอบครัวแล้ว การย้ายถิ่นของบุตรเพื่อหางานทำในระยะไม่กี่ปีมานี้ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย และนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้การมีบุตรอยู่ใกล้พอจะให้ความช่วยเหลือบิดามารดาสูงอายุในกิจวัตรประจำวันยิ่งมีน้อยลง ดังที่แสดงในแผนภูมิที่ 3.4 ร้อยละของบุตรที่อยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดาของผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่เพียงจะมีมากเท่านั้นแต่ยังเพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2550 ในทั้งสองปี พ.ศ. สัดส่วนที่อยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดาของบุตรในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมือง ผลดังกล่าวสะท้อนโอกาสการทำงานในเขตเมืองที่มีมากกว่า ดังนั้น บุตรของผู้สูงอายุในเขตชนบทจึงมีความจำเป็นที่จะย้ายไปอยู่เขตเมืองเพื่อหารายได้ ยิ่งกว่านั้นสัดส่วนของบุตรที่อาศัยอยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดาสูงอายุในชนบทจะมีมากกว่าในเมือง จากทิศทางเศรษฐกิจของประเทศไทยขณะนี้ สามารถคาดการณ์ได้ว่าการย้ายถิ่นเพื่อหางานทำของคนหนุ่มสาวทั้งในชนบทและเมืองน่าจะเพิ่มมากขึ้นอีก

**แผนภูมิที่ 3.4 ร้อยละของบุตรของประชากรอายุ 60+ ที่อยู่คนละจังหวัดกับบิดามารดาสูงอายุ**

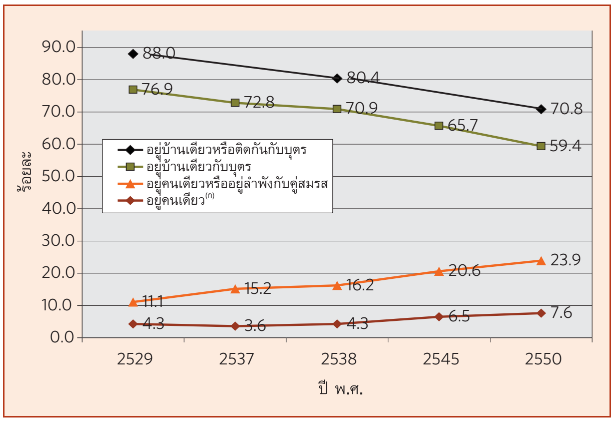



**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2538 และ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

## *การเปลี่ยนแปลงการอยู่อาศัย*

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

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




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

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

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

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

## *องค์ประกอบด้านอายุและเพศ*

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

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

## *ความแตกต่างในสถานภาพสมรสตามอายุและเพศ*

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

**ตาราง 3.2** **การกระจายสถานภาพสมรสของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า จำแนกตามอายุและเพศ พ.ศ. 2550**

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

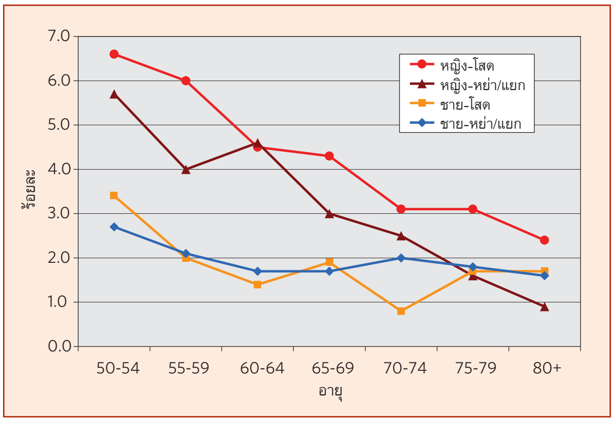
**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสลดลงอย่างรวดเร็วตามอายุที่เพิ่มขึ้น ตามด้วยการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนที่เป็นหม้าย ความแตกต่างในสถานภาพสมรสระหว่างเพศเห็นได้อย่างชัดเจน ในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80 ของเพศชายเปรียบเทียบกับน้อยกว่าครึ่งของเพศหญิงมีคู่สมรส ความแตกต่างระหว่างเพศนี้เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนเพศชายที่มีคู่สมรสสูงเป็น 5 เท่าของเพศหญิง ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มจะเป็นหม้ายมากกว่าชายในทุกอายุตลอดช่วงวัยสูงอายุ และในประชากรหญิงสูงอายุ จำนวนผู้ที่เป็นหม้ายมีมากกว่าจำนวนที่มีคู่สมรส ความแตกต่างระหว่างเพศดังกล่าวสะท้อนถึงผลจากการผสมรวมกันของอัตราตายในผู้ชายที่สูงกว่า และแนวโน้มที่ผู้ชายจะมีการสมรสใหม่กับผู้หญิงที่อายุน้อยกว่าตนเอง บวกกับผู้ชายมักจะแต่งงานใหม่มากกว่าผู้หญิงหลังการหย่าร้าง สถานการณ์ดังกล่าวนี้ไม่น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอันใกล้นี้

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนของคนหนุ่มสาวไทยที่เป็นโสดถาวรดูเหมือนจะเพิ่มขึ้น(Jones 2008) แผนภูมิที่ 3.6 แสดงหลักฐานที่ชี้แนะว่าปรากฏการณ์นี้มีผลกระทบต่อองค์ประกอบ

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

**แผนภูมิที่ 3.6 ร้อยละผู้สูงอายุที่เป็นโสดและร้อยละที่หย่าหรือแยก จำแนกตามอายุและเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2550**




**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

แผนภูมิที่ 3.6 แสดงสัดส่วนที่หย่า/แยก (ไม่รวมผู้ที่มีคู่สมรสแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน) พบว่าสัดส่วนที่หย่า/แยก ของทั้งเพศชายและหญิง มีสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 50-54 ปี และสำหรับกลุ่มอายุอื่นๆต่อมาอย่างน้อยมีสูงพอๆกับกลุ่มอายุ 55-59 ปี แสดงแนวโน้มว่าในอนาคตจะมีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นที่ประสบกับภาวะการสมรสล้มเหลว

การเปลี่ยนแปลงอีกอย่างหนึ่งที่น่าจะเกิดขึ้นกับองค์ประกอบด้านสถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุ คือ สัดส่วนที่เป็นหม้ายมีแนวโน้มจะลดลงในทุกอายุ จากการที่ผู้สูงวัยมีอายุยืนยาวขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อผู้หญิงที่มีแนวโน้มเป็นหม้ายในวัยสูงอายุมากกว่าผู้ชาย (East West Center 2002)

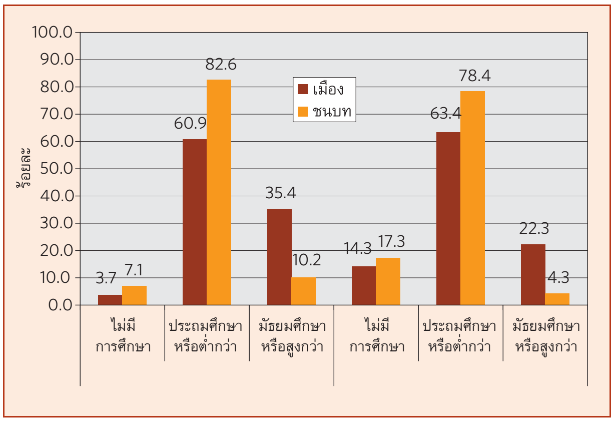
## *องค์ประกอบด้านการศึกษาที่ปรับปรุงดีขึ้น*

ระดับการอ่านออกเขียนได้และการศึกษาของประชากรสูงอายุมีความเกี่ยวข้องอย่างสำคัญกับการอยู่ดีมีสุข/ภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ การศึกษาอย่างเป็นทางการไม่เพียงแต่จะมีอิทธิพลต่อโอกาสการมีงานทำเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อสุขภาพอย่างมากด้วย ยิ่งกว่านั้นการศึกษายังทำให้ผู้สูงอายุสามารถจะจัดการหรือติดต่อกับหน่วยงานของรัฐและบริการต่างๆด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพดีขึ้น

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

ระดับการศึกษาตามเขตที่อยู่อาศัยของประชากรสูงอายุไทยมีความแตกต่างชัดเจน แผนภูมิที่ 3.7 แสดงว่าในปี พ.ศ. 2550 ทั้งกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอายุ 50-59 ปีในเขตชนบทมีแนวโน้มจะไม่ได้รับการศึกษามากกว่าในเขตเมือง แม้ว่าสัดส่วนดังกล่าวจะค่อนข้างต่ำในทั้งสองกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณาสัดส่วนที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าพบว่า ยังคงมีความแตกต่างอย่างมากระหว่างผู้ที่อยู่ในเขตเมืองกับเขตชนบท จากข้อเท็จจริงที่ว่าความแตกต่างดังกล่าวนี้อย่างน้อยชัดเจนพอกันทั้งในกลุ่มอายุ 50-59 ปี กับกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ชี้ให้เห็นว่า ยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันในการศึกษาระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทอยู่ต่อไปในอนาคตอย่างน้อยอีกระยะหนึ่ง

**แผนภูมิที่ 3.7 การศึกษาจำแนกตามอายุและเขตที่อาศัย ประเทศไทย พ.ศ. 2550**




**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

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

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

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

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

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจภาวะการทำงาน รอบที่ 1 พ.ศ. 2553

**หมายเหตุ:** คำอธิบายวิธีการคาดประมาณให้ไว้ในภาคผนวก ก.

ผลในตารางชี้ชัดว่าผู้สูงอายุไทยในอนาคตจะมีการศึกษาดีขึ้นกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน การขยายการศึกษาภาคบังคับที่มีการดำเนินการมาในประเทศ ทำให้เชื่อว่าแนวโน้มที่ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการศึกษาดีขึ้นจะยังคงเป็นอยู่ต่อไปอีกระยะหนึ่ง สัดส่วนประชากรสูงอายุที่ไม่มีการศึกษาจะลดลงมาก ขณะที่สัดส่วนที่จบระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2593 จากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 80 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี

นอกจากข้อเท็จที่ว่าระดับการศึกษาในประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างมากแล้ว แบบแผนอื่นๆ อีกหลายอย่างจะเห็นได้จากข้อมูลในตารางที่ 3.3 กล่าวคือ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมากตามอายุในปัจจุบันจะหมดไปในที่สุด ตรงกันข้าม ความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุในร้อยละที่จบระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นในอนาคต แนวโน้มนี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของการขยายระดับการศึกษาภาคบังคับในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ยิ่งกว่านั้น ความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องการศึกษาที่เห็นชัดในปัจจุบันก็จะลดลงและจะเริ่มกลับทิศทางในปี พ.ศ. 2593 เมื่อร้อยละที่จบระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าของกลุ่มประชากรอายุ 60-69 ปีจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผลดังกล่าวสะท้อนถึงการหายไปและการกลับทิศทางของความแตกต่างด้านการศึกษาระหว่างเพศที่ปรากฏในประเทศไทยในช่วง2-3ทศวรรษที่แล้ว (Knodel 1997) อย่างไรก็ตาม ยังคงเห็นได้ชัดว่าในหลายทศวรรษข้างหน้า ผู้สูงอายุหญิงในแต่ละกลุ่มอายุจะยังคงมีการศึกษาต่ำกว่า ผู้สูงอายุชาย แม้ว่าระดับการศึกษาของเพศหญิงจะเพิ่มขึ้นเร็วกว่าก็ตาม

การศึกษาที่ดีขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีผลต่อการอยู่ดีมีสุข/ภาวะที่ดีของผู้สูงอายุอย่างไม่ต้องสงสัย นอกจากนี้การหายไปและการกลับทิศทางของความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องการศึกษาจะลดปัจจัยสำคัญของความเสียเปรียบของผู้สูงอายุหญิง อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าเวลาใด ผู้สูงอายุโดยรวมก็ยังคงมีการศึกษาต่ำกว่าประชากรหนุ่มสาวอยู่มาก ข้อเท็จจริงนี้อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างรุ่นอายุและความสามารถของผู้สูงอายุในการแข่งขันหางานทำในภาคทางการกับคนหนุ่มสาวที่มีการศึกษาดีกว่า

## *ภาวะสุขภาพโดยรวมและการมองเห็นที่ดีขึ้น*

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

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

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

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

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

**หมายเหตุ:** สุขภาพดีรวมผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าดีมากหรือดี เขตเมืองรวมเขตสุขาภิบาลสำหรับปี พ.ศ. 2537

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

## *สถานภาพการทำงาน*

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

ตาราง 3.5 แนวโน้มและความแตกต่างในอัตราการทำงานของประชากรอายุ 60 ปีและมากกว่า

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

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

**หมายเหตุ:** ผลจากการสำรวจภาวะการทำงาน เป็นการสำรวจรอบที่ 3 ของแต่ละปีที่เสนอ ทั้ง การสำรวจภาวะการทำงานและการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550 *จัดผู้ที่กำลังรอฤดูการทำงานว่าอยู่ในกำลังแรงงาน การสำรวจ*ภาวะการทำงานยังรวมตัวอย่างผู้ว่างงานแต่กำลังหางานทำไม่กี่รายอยู่ในอัตราการทำงาน ขณะที่ผลของการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. *2550* ไม่รวมคนว่างงานและกำลังหางานทำซึ่งมีร้อยละ 0.01

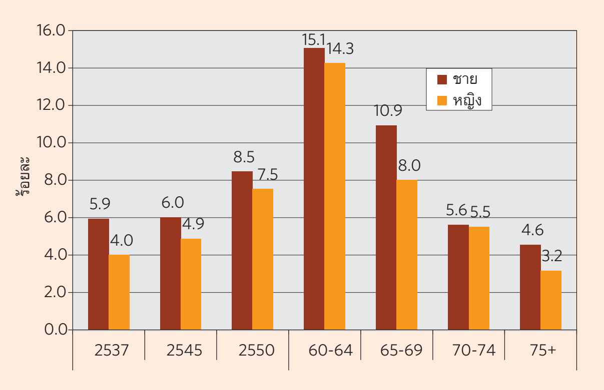
ข้อมูลจากตารางที่ 3.5 แสดงอัตราการทำงานจำแนกตามเขตที่อาศัยและกลุ่มอายุของประชากรสูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า ในเขตชนบทมีอัตราการทำงานของผู้สูงอายุสูงกว่าในเขตเมืองมาก ร้อยละที่ทำงานของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปลดลงอย่างรวดเร็วตามอายุ กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มอายุ 60-64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

มีเหตุผลหลายอย่างที่ทำให้คนหยุดทำงานเมื่ออายุมากขึ้น ในประเทศไทย อายุเกษียณบังคับที่ใช้กันมานานสำหรับข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐและพนักงานรัฐวิสาหกิจ คือ 60 ปี อย่างไรก็ตาม มีจำนวนประชากรที่เข้าข่ายการมีอายุเกษียณการทำงานเพียงเล็กน้อย แม้ว่าลูกจ้างของภาคเอกชนขนาดใหญ่อาจมีอายุเกษียณการทำงานเช่นกัน แต่จะเป็นอายุเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อตกลงที่ระบุในสัญญาจ้างงานหรือที่กำหนดไว้ในแต่ละองค์กร นอกจากนี้ คาดว่ามีคนจำนวนหนึ่งที่หยุดทำงานก่อนอายุเกษียณ (Fujioka & Thangphet 2009) สำหรับผู้ที่ทำงานของตนเองรวมทั้งเกษตรกรและผู้ที่ทำงานในภาคที่ไม่ทางการ หรือทำงานนอกระบบ แนวคิดเรื่องอายุเกษียณการทำงานไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มคนเหล่านี้ ประชากรกลุ่มนี้มักจะทำงานไปเรื่อยๆ หรืออาจลดลงตามอายุและหยุดเมื่อทำไม่ไหวแล้วแต่สภาพร่างกายของแต่ละคน ปัจจัยนี้น่าจะเป็นคำอธิบายถึงอัตราการทำงานที่สูงกว่าของผู้สูงอายุในชนบทเมื่อเปรียบเทียบกับเขตเมือง เพราะเขตชนบทมีสัดส่วนผู้ที่ทำงานในภาคการเกษตรและทำงานของตนเองสูงกว่าในเขตเมืองมาก ขณะที่ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมักทำงานในภาคทางการมากกว่า

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยทั้ง 3 ครั้ง มีคำถามถามผู้ให้การสัมภาษณ์ที่ทำงานในรอบสัปดาห์ก่อนการสำรวจหรือผู้ที่

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

**แผนภูมิที่ 3.8 ร้อยละของประชากรอายุ 60+ที่เต็มใจจะทำงานในกลุ่มที่ไม่ได้กำลังทำงานในช่วงสัปดาห์ที่แล้วและไม่ได้กำลังรอฤดูกาล**




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

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

## *การเกื้อหนุนภาคทางการที่เพิ่มขึ้น*

ในเวลาไม่กี่ปีมานี้ สัดส่วนของแรงงานที่ได้รับการครอบคลุมจากระบบประกันแบบใดแบบหนึ่งที่ให้ประโยชน์ตอบแทนทางการเงินเมื่อเกษียณมีเพิ่มขึ้นอย่างมาก อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจดังกล่าวส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มลูกจ้างที่ทำงานภาคทางการ แม้ว่าจะมีความพยายามขยายโครงการให้ครอบคลุมผู้ที่ทำงานในภาคไม่เป็นทางการ เช่น เกษตรกรและผู้ที่ทำงานของตนเองก็ตาม (Bangkok Post 2010) ลูกจ้างของรัฐและรัฐวิสาหกิจมีหลักประกันทางเศรษฐกิจเมื่อเกษียณอายุมาเป็นเวลานานแล้ว แต่สำหรับลูกจ้างภาคเอกชนการครอบคลุมในเรื่องดังกล่าวเพิ่งมีมาไม่นาน โดยความก้าวหน้าขั้นที่สำคัญที่สุดคือ การจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญภายใต้ระบบประกันสังคมในปี พ.ศ. 2543 และผลจากการพัฒนาต่างๆในเรื่องดังกล่าว จะทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากประโยชน์กองทุนเพิ่มมากขึ้นอย่างแน่นอนในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

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

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

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

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

**หมายเหตุ:** ผู้มีหลักประกันรายได้ยามสูงอายุ รวมผู้ที่กำลังทำงานเป็นข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นสมาชิกประกันสังคม หรือผู้ที่อายุ 50-59 ปี ที่ไม่ได้ทำงานแต่ได้รับบำเหน็จ/บำนาญ

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

รูปแบบการเกื้อหนุนทางการอีกแบบหนึ่งที่มีการขยายตัวอย่างมากเมื่อไม่กี่ปีมานี้ คือโครงการเบี้ยยังชีพซึ่งเป็นสวัสดิการที่รัฐให้แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โครงการนี้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 โดยเริ่มแรกเป็นการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีผู้ดูแล ต่อมาได้มีการขยายการครอบคลุมจนปัจจุบันเป็นการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุไทยทุกคน (ยกเว้นข้าราชการบำนาญและผู้ที่มีประกันยามชราภาพจากประกันสังคม) ที่มาขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพ นอกจากนี้ จำนวนเงินที่ให้เป็นเบี้ยยังชีพก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก 200 บาทต่อเดือน เป็น 500 บาทต่อเดือนในปัจจุบัน โครงการเบี้ยยังชีพจะคงอยู่ในรูปแบบนี้ต่อไปในอนาคตเป็นเรื่องที่ไม่สามารถคาดเดาได้ แต่อย่างน้อยระบบการเกื้อหนุนทางการรูปแบบที่มีอยู่นี้ก็เป็นการให้รายได้เสริมสำหรับผู้สูงอายุที่มาขอขึ้นทะเบียน

## *ผลกระทบของการมีภาวะที่ดี/การอยู่ดีมีสุขด้านวัตถุ*

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

ที่เข้ามามีบทบาททำให้ค่านิยมหรือประเพณีปฏิบัติเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดาสูงอายุของบุตรอาจอ่อนแอลง ขณะเดียวกันระดับการศึกษาที่สูงขึ้นของบุตรผู้ใหญ่ของผู้สูงอายุเหล่านั้นน่าจะทำให้บุตรสามารถหาเงินหรือมีรายได้มากขึ้น

### *แหล่งต่างๆของรายได้*

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

การทำงานของผู้สูงอายุเองนับเป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุที่มีการรายงานมากเป็นอันดับสอง และเป็นแหล่งหลักของรายได้ลำดับที่สองเช่นกัน โดยน้อยกว่า 2 ใน 5 เพียงเล็กน้อยรายงานว่ามีรายได้จากการทำงาน ความสำคัญของการทำงานในฐานะที่เป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุน่าจะมีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริงในแง่ที่ว่าผู้ตอบจะรายงานการทำงานของตนเองโดยไม่รวมรายได้จากการทำงานของคู่สมรสซึ่งผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมักแบ่งปันกันใช้ มีข้อสังเกตว่า เกือบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุรายงานว่าคู่สมรสเป็นแหล่งรายได้แม้ว่าสัดส่วนที่รายงานว่าคู่สมรสเป็นแหล่งหลักของรายได้จะมีต่ำกว่านี้ ถ้ามีข้อสมมติฐานว่าหมวด “คู่สมรสเป็นแหล่งรายได้” ส่วนใหญ่สะท้อนถึงรายได้จากการทำงานของคู่สมรส ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ในทั้งสองสำรวจมีแหล่งรายได้หลักจากบุตร

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

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

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

***หมายเหตุ:*** *ผลที่นำเสนอไม่รวมจำนวนตัวอย่างไม่กี่รายที่รายงานว่าไม่มีรายได้หรือมีรายได้จากแหล่งอื่นๆที่ไม่ได้ระบุ*
(ก) ข้อมูลปี พ.ศ. 2550 รวมผู้ที่ได้รับบำเหน็จเมื่อเกษียณหรือหยุดทำงาน

หรือการทำงาน ร้อยละที่รายงานว่ามีรายได้จากเบี้ยยังชีพก็เพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 ซึ่งสะท้อนถึงการขยายการครอบคลุมอย่างมากของโครงการเบี้ยยังชีพดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตาม มีสัดส่วนของผู้สูงอายุน้อยมากที่รายงานว่าเบี้ยยังชีพเป็นแหล่งหลักของรายได้ สะท้อนว่าเบี้ยยังชีพที่ให้เป็นเงินจำนวนเพียงเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งในระหว่างปี พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2550 คือการเพิ่มขึ้นอย่างมากของสัดส่วนที่รายงานว่าเงินออม (เช่น หุ้น การลงทุน ดอกเบี้ย ค่าเช่า ฯลฯ) เป็นแหล่งรายได้ แม้ผู้ที่รายงานว่าเงินออมเป็นแหล่งหลักของรายได้จะมีสัดส่วนน้อย

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนที่รายงานว่าเงินออมเป็นแหล่งรายได้น่าจะสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของลักษณะระบบเศรษฐกิจไทยโดยเฉพาะการขยายตัวของสถาบันการเงินต่างๆและการเข้าถึงสถาบันการเงินเหล่านั้นของประชากรทั่วไป

ผลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2550 แสดงอย่างชัดเจนว่าแหล่งที่มาของรายได้ โดยเฉพาะแหล่งหลักนั้นแปรผันอย่างมากตามอายุ สัดส่วนที่การทำงานเป็นแหล่งของรายได้ (โดยเฉพาะการรายงานว่าเป็นแหล่งหลักของรายได้) ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการทำงานที่ลดลงตามอายุดังกล่าวมาแล้ว ร้อยละที่รายงานว่าการทำงานเป็นแหล่งหลักของรายได้มีน้อยมากในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปี การลดการทำงานเชิงเศรษฐกิจประกอบกับการเพิ่มสัดส่วนที่เป็นหม้ายตามอายุ มีส่วนอย่างมากต่อสัดส่วนที่รายงานว่าคู่สมรสเป็นแหล่งรายได้ที่ต่ำของกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปี ตรงกันข้าม ขณะที่สัดส่วนที่รายงานว่าบุตรเป็นแหล่งของรายได้ เป็นเรื่องปกติ แม้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุน้อย ความสำคัญของบุตรในฐานะเป็นแหล่งหลักของรายได้เพิ่มขึ้นอย่างมากตามอายุ

ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทยังมีความแตกต่างกันอีกหลายประการ ผู้สูงอายุในเขตชนบทที่รายงานว่าการทำงานของตนเองเป็นทั้งแหล่งรายได้และแหล่งรายได้หลักมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง สะท้อนว่าผู้สูงอายุในชนบทมีแนวโน้มจะยังคงทำงานต่อไปเรื่อยๆหลังจากอายุ 60 ปี เพราะการทำงานภาคนอกระบบไม่มีอายุบังคับเกษียณ ขณะที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสัดส่วนที่รายงานว่าบำเหน็จบำนาญเป็นแหล่งรายได้หรือแหล่งหลักของรายได้สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมาก แม้ว่าในเขตเมืองเองจะมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่ได้รับบำนาญ ความแตกต่างในสัดส่วนที่ได้รับบำเหน็จบำนาญระหว่างผู้สูงอายุในเขตชนบทและเมืองเป็นภาพสะท้อนถึงประวัติชีวิตการทำงานที่แตกต่างกันของประชากรในสองเขต ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีแนวโน้มจะทำงานในภาคทางการโดยเป็นข้าราชการมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ดังได้กล่าวข้างต้น ความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและชนบทจะยังคงมีอยู่ต่อไปในอนาคต แม้ว่าความพยายามในการขยายโครงการประกันชราภาพให้ครอบคลุมกลุ่มอาชีพที่ทำงานของตนเองและภาคไม่ทางการอาจช่วยลดความแตกต่างลงบ้าง

## *การเกื้อหนุนจากบุตร*

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

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

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

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

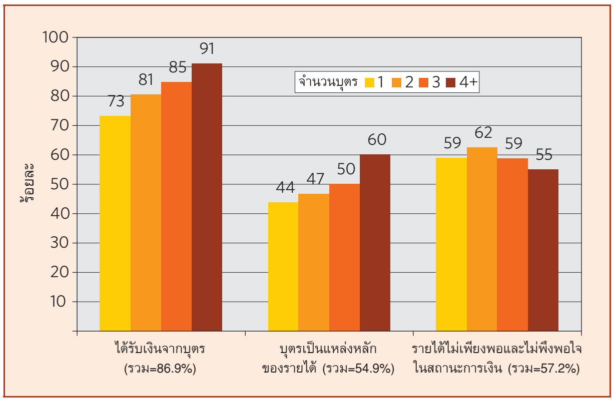
เงินจากบุตรนับเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุด ตารางที่ 3.8 เสนอข้อมูลที่ให้เห็นชัดขึ้นถึงการเปลี่ยนแปลงเรื่องที่บุตรเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงนั้นสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่างๆกันของประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปอย่างไรระหว่างปี พ.ศ. 2537 และ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

แม้ว่าในทุกกลุ่มอายุ ร้อยละที่รายงานว่าบุตรเป็นแหล่งรายได้และร้อยละที่บุตรเป็นแหล่งสำคัญที่สุดของรายได้จะลดลง แต่เป็นการลดลงเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การลดลงของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตกลับลดมาก โดยเฉพาะในรุ่นอายุต่ำกว่า 70 ปี และในกลุ่มเหล่านี้การลดลงของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิต มีมากกว่าการลดลงของสัดส่วนที่รายงานว่าบุตรเป็นแหล่งรายได้ เช่น ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี สัดส่วนที่ได้รับเงินจากบุตรและ ร้อยละที่รายงานว่าบุตรเป็นแหล่งหลักของรายได้ลดลงเพียงเล็กน้อย แต่จำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตกลับลดลงมาก อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะว่าการลดลงของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรที่ลดลง ในกลุ่มประชากรอายุ 50-59 ปี โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 50-54 ปี การลดลงของการเกื้อหนุนจากบุตรและการลดของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตนั้นสูงมากกว่าโดยเฉลี่ย

## *ขนาดครอบครัวและการเกื้อหนุนทางการเงินเพื่อทดแทนบุญคุณ*

แผนภูมิที่ 3.9 เสนอผลการศึกษาที่ให้ภาพชัดขึ้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรที่มีชีวิตกับการเกื้อหนุนทางการเงินเพื่อทดแทนบุญคุณในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2550 เนื่องจากทั้งจำนวนบุตรที่มีชีวิตและการพึ่งพาบุตรให้เกื้อหนุนเพิ่มขึ้นตามอายุของบิดามารดา ผลที่แสดงจึงมีการปรับอายุของผู้สูงอายุโดยสมการถดถอยเส้นตรง สัดส่วนที่ได้รับเงินจากบุตรและที่พึ่งพาบุตรเป็นแหล่งหลักของรายได้เพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรที่มีชีวิตอย่างชัดเจน กล่าวคือ ผู้ที่มีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไปมีสัดส่วนที่ได้รับเงินจากบุตรและที่รายงานว่าบุตรเป็นแหล่งหลักของรายได้สูงกว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่า สะท้อนว่าขนาดครอบครัวที่ลดลงของผู้สูงอายุในอนาคตอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินน้อยลง

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




**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

**หมายเหตุ:** ผลที่เสนอได้ปรับอายุของผู้ให้สัมภาษณ์โดยสมการถดถอยเส้นตรง บุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมบุตรทั้งหมดที่อยู่ที่อื่นและบุตรที่อยู่ด้วยกันในบ้านที่มีอายุ 18 ปีและมากกว่า

แผนภูมิที่ 3.9 ยังแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานว่ารายได้เพียงพอและพึงพอใจในสถานะทางการเงินของตน (อนุมานได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสภาพทางเศรษฐกิจที่เพียงพอกับความต้องการ) ผู้สูงอายุที่มีครอบครัวขนาดเล็กมีสัดส่วนที่รายงานความพึงพอใจในสถานะทางการเงินสูงกว่าเฉลี่ยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีบุตรจำนวนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป อันที่จริงพบว่าสัดส่วนที่รายงานความพึงพอใจในสถานะทางการเงินต่ำที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุตรจำนวนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป

เหตุผลหนึ่งที่อาจเป็นคำอธิบายผลข้างต้นซึ่งพบว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่ามีแนวโน้มได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินน้อยกว่า คือ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่าอาจอยู่ในภาวะที่ต้องการการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรน้อยกว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนมากกว่า การศึกษาหนึ่งในชนบทของประเทศไทยเมื่อประมาณสองทศวรรษที่แล้ว พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่าสามารถสะสมทรัพย์สินได้ดีกว่าคู่สมรสที่มีบุตรจำนวนมากกว่า (Havanon, Knodel & Sittitrai 1992) หลักฐานนี้ชี้แนะว่าขนาดครอบครัวที่เล็กกว่าอาจเอื้อต่อการสะสมทรัพย์สินเพื่อชีวิตข้างหน้าและทำให้ลดความต้องการพึ่งพาการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร การประมาณผลกระทบของขนาดครอบครัวที่เล็กลงต่อภาวะที่ดีด้านวัตถุของผู้สูงอายุไทยในอนาคตขึ้นอยู่กับทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการเกื้อหนุน การสะสมทรัพย์สินและขนาดครอบครัวว่าจะเป็นไปอย่างไร ยิ่งกว่านั้น การลดลงของขนาดครอบครัวในอนาคตของกลุ่มวัยสูงอายุจะมีมาก และประโยชน์ชดเชยอะไรก็ตามที่จะได้จากการสะสมทรัพย์สินอาจมีมากเกิน

กว่าการมีบุตรจำนวนน้อยลงที่บิดามารดาสูงอายุจะสามารถพึ่งพาได้ ดังนั้น จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดเกี่ยวกับผลกระทบในอนาคตของการลดขนาดครอบครัว จึงควรตระหนักเพียงว่าขนาดครอบครัวที่เล็กลงของผู้สูงอายุในอนาคตอาจมีผลในทางบวกหรือลบต่อภาวะที่ดีด้านวัตถุของผู้สูงอายุนั้นยังเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอน

## *การย้ายถิ่นของบุตรและการเกื้อหนุนด้านวัตถุ*

การย้ายถิ่นของบุตรของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ใหญ่ (Adult Children) โดยเฉพาะการย้ายจากชนบทสู่เมือง เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ดังได้กล่าวข้างต้น ในประเทศไทย สัดส่วนของบุตรของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นออกจากที่อยู่ของบิดามารดาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในสื่อและแม้ในการประชุมต่างๆเรื่องผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติมักมีการแสดงออกถึงความห่วงใยเกี่ยวกับผลกระทบของการอยู่กันอย่างกระจัดกระจายของบุตรผู้ใหญ่ว่าทำให้บิดามารดาสูงอายุ เสี่ยงต่อการได้รับการเกื้อหนุนด้านวัตถุและการปรนนิบัติดูแลบิดาจากบุตรที่ลดลง (เช่น Charasdamrong 1992; United Nations 2002, ย่อหน้าที่ 29) แต่อันที่จริงการเกื้อหนุนด้านวัตถุไม่เกี่ยวข้องกับระยะทางหรือความใกล้ไกลระหว่างบุตรกับบิดามารดาสูงอายุ และประเด็นนี้มักถูกมองข้ามเสมอในการอภิปรายต่างๆเรื่องผู้สูงอายุ

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

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

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

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2538 และการสำรวจผลกระทบของการย้ายถิ่นพ.ศ. 2548

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

ชุดมีคำถามถามผู้ให้สัมภาษณ์ว่า "ในปีที่แล้วได้รับเงินจากบุตรที่อยู่ที่อื่นแต่ละคน คนละกี่บาท" ตัวชี้วัดต่างๆที่แสดงในตาราง ที่ 3.9 จำกัดเฉพาะการเกื้อหนุนทางการเงินที่มีปริมาณมากกว่าจะให้ตามพิธีหรือเป็นเพียงสัญลักษณ์เท่านั้น เนื่องจากความแตกต่างในข้อมูลจำนวนเงินที่ได้รับจากบุตรระหว่างการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทยกับการสำรวจผลกระทบของการย้ายถิ่น ตัวชี้วัดที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจแรกจำกัดที่จำนวนเงินตั้งแต่ 1,000 บาทขึ้นไป และการสำรวจหลัง จำนวนเงินตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ในตารางดังกล่าวยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาของบุตรผู้ใหญ่กับการให้การเกื้อหนุนทางการเงิน มีข้อสังเกตว่าบุตรผู้ใหญ่ที่ย้ายถิ่นออกไปจังหวัดอื่นมักจะมีการศึกษาดีกว่าบุตรที่ย้ายไปแต่อยู่ใกล้กว่านั้น (Knodel et al. 2007) ตารางที่ 3.9 ยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่ที่ย้ายไปกับการให้การเกื้อหนุนทางการเงินจำแนกตามระดับการศึกษา เพื่อให้สามารถประเมินความสัมพันธ์สำหรับแต่ละกลุ่มระดับการศึกษาแยกกัน

ผลจากการสำรวจทั้งสองค่อนข้างไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ไม่ว่าจะเป็นระดับการศึกษาใด บุตรที่อยู่จังหวัดอื่นมีสัดส่วนการให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บิดามารดาสูงอายุสูงที่สุด ส่วนบุตรที่อยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกันต่ำที่สุด ยิ่งบุตรมีการศึกษาสูงขึ้นเท่าไหร่ แนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนทางการเงินในปริมาณที่มากจะยิ่งเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้น่าจะสะท้อนถึงข้อเท็จจริงที่ว่าการย้ายถิ่นของบุตรส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโอกาสที่ดีกว่าในการหางานทำ และบุตรที่มีการศึกษาดีกว่าจะสามารถหางานที่มีรายได้ดีกว่าและสามารถแบ่งปันส่งเงินให้แก่บิดามารดาได้ โดยรวมการศึกษานี้แสดงผลที่น่าพึงพอใจเกี่ยวกับผลกระทบของแนวโน้มการย้ายถิ่นของบุตรที่เพิ่มขึ้นและระดับการศึกษาที่สูงขึ้นของบุตรในการให้การเกื้อหนุนทางการเงินแก่บิดามารดาสูงอายุในอนาคต

### *ความคาดหวังการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรในอนาคต*

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

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

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

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

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

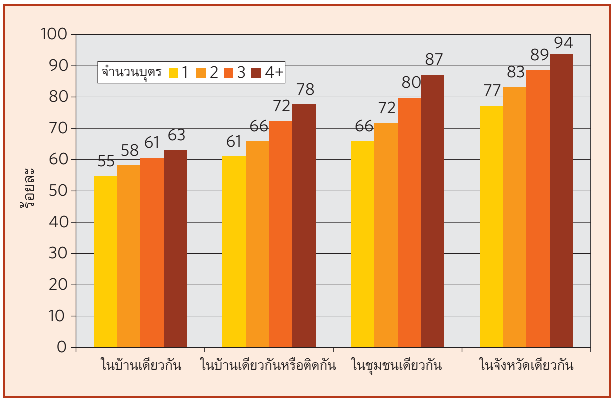
กลุ่มที่อายุต่ำกว่า 30 ปี และแม้ในผู้ที่สมรสหรือเคยสมรสเอง ต่ำกว่าร้อยละ 30คาดหวังว่าบุตรจะเป็นแหล่งหลักของการเกื้อหนุนทางการเงินยามสูงวัย ไม่เป็นที่ชัดเจนว่าผลดังกล่าวนี้สะท้อนถึงค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูทดแทนบุญคุณบิดามารดาสูงอายุที่อ่อนแอลงในกลุ่มคนรุ่นอายุน้อยหรือไม่ หรืออาจเป็นการสะท้อนถึงความคาดหวังของคนรุ่นอายุน้อยว่าเมื่อถึงวัยสูงอายุ พวกเขาเหล่านั้นอาจมีแหล่งเกื้อหนุนทางการเงินแหล่งอื่นๆนอกเหนือจากบุตรก็ได้ โดยเฉพาะแหล่งทางการ เช่นโครงการหลักประกันยามชราภาพ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ความคาดหวังการเกื้อหนุนตอบแทนคุณเป็นเรื่องที่ไม่คงที่ แต่อาจเปลี่ยนไปในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อความสามารถของผู้สูงอายุในการเลี้ยงดูแลตนเองเพิ่มขึ้น หรือความสำนึกถึงหน้าที่ของบุตรในการเกื้อหนุนบิดามารดาลดลง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาต่างๆข้างต้นก็ชี้แนะว่าแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากในสังคมไทย แต่ค่านิยมหลักเกี่ยวกับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัวยังคงเป็นเรื่องที่คนทั่วไปเห็นพ้องต้องกัน แม้ว่าบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอาจจะลดลงก็ตาม

## *ผลกระทบด้านการเกื้อหนุนทางสังคมและการปรนนิบัติดูแล*

การเกื้อหนุนทางสังคมไม่เหมือนกับการเกื้อหนุนด้านวัตถุในแง่ที่ว่าการเกื้อหนุนทางสังคมในรูปของการมีปฏิสัมพันธ์แบบเห็นหน้ากันนั้น ต้องมีเรื่องระยะทางหรือระยะห่างระหว่างบุตรกับผู้สูงอายุเข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการคมนาคม โดยเฉพาะการแพร่หลายของการเข้าถึงโทรศัพท์มือถือนับเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการติดต่อกันระหว่างบุตรที่ย้ายถิ่นกับบิดามารดาสูงอายุโดยไม่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์แบบเห็นหน้ากัน ดังนั้น ความสามารถในการให้การเกื้อหนุนทางสังคมโดยบุตรที่อยู่ห่างจากบิดามารดาแปรผันตามรูปแบบของการเกื้อหนุน อย่างไรก็ตาม การดูแลปรนนิบัติประจำวันโดยบุตรผู้ใหญ่นั้นระยะทางระหว่างที่อยู่ของบุตรกับของบิดามารดานั้นต้องอยู่ใกล้กันมาก โดยมักเป็นการอยู่ร่วมบ้านเดียวกันหรืออยู่บ้านติดกัน ดังนั้น เพื่อให้เข้าใจได้ดีขึ้นถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงขนาดครอบครัวและการเพิ่มการย้ายถิ่นของบุตรต่อการเกื้อหนุนทางสังคม จึงควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดครอบครัวกับระห่างจากบุตร ข้อมูลในแผนภูมิที่ 3.10 แสดงว่าที่อยู่ของบุตรผู้ใหญ่คนที่อยู่ใกล้ที่สุดมีความสัมพันธ์กับขนาดครอบครัวอย่างชัดเจน กล่าวคือ ยิ่งมีจำนวนบุตรมากโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรอยู่บ้านเดียวกันหรือบ้านติดกัน หรือมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคนอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกันหรือจังหวัดเดียวกันมีมากขึ้นด้วย และในทางกลับกัน ระยะห่างจากบุตรนี้จะมีผลกระทบต่อการเกื้อกูลต่างๆ ที่บุตรคนที่อยู่ใกล้หรืออยู่ไม่ไกลนักจะให้ได้

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




**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

**หมายเหตุ:** บุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมบุตรที่อยู่ด้วยกันในบ้านที่มีอายุ 18 ปีและมากกว่า และบุตรทั้งหมดที่อยู่ที่อื่น สถานที่อยู่แต่ละหมวดต่อๆมารวมของหมวดก่อนหน้านั้นๆเข้าไปด้วย

## *การติดต่อทางสังคมและภาวะที่ดี/การอยู่ดีมีสุขด้านจิตใจ*

สำหรับบิดามารดาสูงอายุส่วนใหญ่ การได้ติดต่อกับบุตรที่ย้ายออกไปจากบ้านนับเป็นเรื่องสำคัญต่อความอยู่ดีมีสุขทางสังคมและจิตใจ โดยเฉพาะถ้าไม่มีบุตรคนใดอยู่ใกล้ๆเลย การย้ายถิ่นของบุตรลดโอกาสการพบปะเห็นหน้ากับบุตรแม้ว่าจะยังมีการติดต่อกันอยู่ด้วยช่องทางอื่นๆ ( เช่น โทรศัพท์มือถือซึ่งนับเป็นเรื่องปกติธรรมดามากในปัจจุบัน) ก็ตาม

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 มีคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการเยี่ยมเยียนและการติดต่อทางโทรศัพท์กับบุตรที่อยู่ที่อื่น โดยไม่ระบุว่าเป็นบุตรคนใดแต่เป็นคำถามถึงบุตรโดยรวม และไม่รวมบุตรที่อยู่บ้านเดียวกัน เพราะเป็นที่เข้าใจว่าบุตรที่อยู่บ้านเดียวกันก็น่าจะมีการติดต่อพบปะกันทุกวัน ผลในตารางที่ 3.11 แสดงว่าในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีบุตรอยู่ที่อื่นอย่างน้อยหนึ่งคน ร้อยละที่รายงานว่ามีการพบปะกับบุตรที่อยู่ที่อื่นทุกสัปดาห์หรือทุกเดือนเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่า เมื่อรวมการติดต่อทางโทรศัพท์เข้าด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างความบ่อยครั้งของการติดต่อกับจำนวนบุตรที่พบนั้นได้หมดไป มีข้อสังเกตว่าถ้าตัวชี้วัดต่างๆของการติดต่อรวมเอาบุตรที่อยู่บ้านเดียวกันเข้าไปด้วย ความสัมพันธ์กับขนาดครอบครัวจะเข้มแข็งขึ้นเพราะโอกาสการอยู่ร่วมบ้านกับบุตรเพิ่มตามจำนวนบุตรดังกล่าวมาข้างต้น

**ตาราง 3.11 การติดต่อกับบิดามารดาในรอบปีที่แล้วกับบุตรที่อยู่ที่อื่นของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีบุตรอยู่ที่อื่น จำแนกตามจำนวนบุตรที่เป็นผู้ใหญ่และที่อยู่ของบุตร พ.ศ. 2550**

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

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศ พ. ศ. 2550

**หมายเหตุ:** บุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมบุตรทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันและบุตรที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อยู่บ้านเดียวกัน

ไม่น่าแปลกใจที่พบว่า ความถี่หรือความบ่อยครั้งของการพบปะกับบุตรที่อยู่ที่อื่นมีความสัมพันธ์สูงกับระยะห่างระหว่างที่อยู่ของบุตรกับของบิดามารดา สำหรับบุตรที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับบิดามารดา โดยเกือบ 2 ใน 3 ของบิดามารดาสูงอายุรายงานว่าได้พบปะกับบุตรทุกสัปดาห์ และ มากกว่าร้อยละ 70 ได้พบปะกับบุตรทุกเดือน ตรงกันข้าม กลุ่มบิดามารดาสูงอายุที่บุตรทั้งหมดอยู่จังหวัดอื่น เกือบไม่มีการติดต่อกับบุตรทุกสัปดาห์และมีสัดส่วนน้อยมากที่ได้ติดต่อพบปะกับบุตรทุกเดือน อย่างไรก็ตาม เมื่อรวมการติดต่อทางโทรศัพท์เข้าด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดกับความบ่อยครั้งของการติดต่อลดลงอย่างมาก แม้ว่าการติดต่อโดยการเยี่ยมเยียนหรือทางโทรศัพท์ โดยเฉพาะเป็นการติดต่อทุกสัปดาห์ ความสัมพันธ์กับที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดยังคงอยู่ การติดต่อทุกเดือนก็นับว่าเป็นเรื่องปกติแม้ว่าบุตรที่อยู่ใกล้ที่สุดจะอยู่จังหวัดอื่นก็ตาม

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

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

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

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

**หมายเหตุ:** ดูเนื้อหาในบทสำหรับนิยามของคะแนนสุขภาวะทางใจ

ผลในตารางแสดงว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรมีแนวโน้มจะรายงานว่ารู้สึกเหงามากกว่ากลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะทางจิตใจที่ต่ำกว่าเฉลี่ยแม้ว่าจะไม่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุตรมีชีวิตอย่างน้อย 1 คน ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับร้อยละที่รู้สึกเหงาหรือกับคะแนนรวมของภาวะทางจิตใจนั้นไม่สม่ำเสมอ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละที่รู้สึกเหงาหรือคะแนนรวมของภาวะทางจิตใจกับที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดก็ไม่มีแบบแผนที่แน่นอนเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมีสัดส่วนที่รายงานว่ารู้สึกเหงาในช่วงเดือนที่ผ่านมาต่ำที่สุด และไม่ปรากฏความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเหงากับความใกล้ไกลของที่อยู่บุตร กลุ่มที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยของภาวะทางจิตใจสูงที่สุด คือกลุ่มที่อยู่บ้านเดียวกับบุตรและกลุ่มที่บุตรทั้งหมดอยู่จังหวัดอื่น ผลการศึกษานี้ชี้แนะว่า ตราบเท่าที่ขนาดครอบครัวลดลงแต่ยังมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน การย้ายถิ่นที่เพิ่มขึ้นของบุตรไม่จำเป็นที่จะทำให้ภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุในอนาคตแย่ลง อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์นี้อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุเล็กลงมากกว่านี้มากและมีบุตรที่อยู่ใกล้ๆจำนวนน้อยลง

## *การดูแลทางกาย*

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

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

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

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ. ศ. 2550

**หมายเหตุ:** บุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมบุตรทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันและบุตรที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อยู่บ้านเดียวกัน
(ก) พยาบาลและผู้รับใช้

ก็ตาม ในกลุ่มที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีเพียง 2 ใน 3 เท่านั้นที่รายงานว่าสามารถดูแลการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่ไม่รายงานว่าสามารถดูแลตนเอง ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลแม้ว่าจะมีบางคนรายงานว่าต้องการคนดูแลแต่ไม่มีผู้ดูแลก็ตาม

ผลในตารางที่ 3.13 แสดงว่า โดยทั่วไป ความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้กับจำนวนบุตรผู้ใหญ่ที่มีนั้นไม่สม่ำเสมอ ขณะเดียวกันพบข้อชี้แนะบางอย่างว่า ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเดียวกับบุตรมีแนวโน้มจะช่วยตนเองได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับบุตร โดยเฉพาะน้อยกว่ากลุ่มที่บุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดอยู่จังหวัดอื่นมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้ที่ใช้ข้อมูลการสำรวจผลกระทบของการย้ายถิ่นซึ่งพบว่าบุตรที่ย้ายถิ่นมักจะย้ายกลับมายังบ้านบิดามารดาถ้าบิดามารดามีสุขภาพไม่ดี (Zimmer & Knodel, กำลังพิมพ์) การมีบิดามารดาที่ต้องการความช่วยเหลืออาจเป็นอุปสรรคต่อการละทิ้งบิดามารดาสูงอายุไปโดยไม่ได้ช่วยอะไร

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

มีเพียงส่วนน้อยที่พึ่งผู้ดูแลรับจ้างแม้ว่าสัดส่วนที่ใช้ผู้ดูแลรับจ้างจะสูงที่สุดในกลุ่มที่มีบุตรเพียงคนเดียว

ตรงกันข้ามกับจำนวนบุตรผู้ใหญ่ที่มี พบว่าในกลุ่มสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ปัจจัยที่อยู่ของบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับร้อยละที่รายงานว่าต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี กล่าวคือ ยิ่งบุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดอาศัยอยู่ไกลเพียงใด แนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะไม่มีผู้ดูแลแม้จะต้องการความช่วยเหลือก็ตามจะมีมากขึ้นเพียงนั้น และ 1 ใน 5 ของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่บุตรคนที่อยู่ใกล้ที่สุดอยู่จังหวัดอื่นรายงานว่าไม่มีผู้ดูแล สัดส่วนที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มีนี้ นับว่าสูงเกือบเป็นสามเท่าของกลุ่มที่มีบุตรอยู่ในบ้านเดียวกัน ผลดังกล่าวชี้แนะว่า การย้ายถิ่นของบุตรทำให้ผู้สูงอายุบางคนที่ต้องการผู้ดูแลทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันมีโอกาสจะขาดคนดูแล

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

## *การเตรียมการเพื่อยามสูงวัย*

โดยทั่วไป การอยู่ดีมีสุขในยามสูงวัยนั้นส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับว่าสังคมและปัจเจกบุคคลมีการเตรียมการเพื่อยามสูงวัยกันดีแค่ไหนหรือมากน้อยเพียงใด การเตรียมการที่ไม่เพียงพอหรือเตรียมล่าช้าในทุกระดับตั้งแต่ ระดับประเทศ ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคลอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในยามสูงวัยและความสามารถในการมีส่วนช่วยเหลือหรือทำประโยชน์แก่สังคมของผู้สูงอายุ

## *การเตรียมการในระดับประเทศ*

**ในทศวรรษที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลไทยสนใจและตระหนักมากขึ้นถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมีการตอบสนองในรูปแบบต่างๆ เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ในปี พ. ศ. 2552 การมีและดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2564 และยุทธศาสตร์หนึ่งของแผนผู้สูงอายุแห่งชาตินี้ คือ การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และเพื่อให้แผนยุทธศาสตร์นี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงมีมาตรการย่อยต่างๆหลายมาตรการ ได้แก่ มาตรการหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ มาตรการให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรการปลุกจิตสำนึกให้ คนในสังคมตระหนักและเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 การตั้งกองทุนผู้สูงอายุ การจัดให้มีหน่วยงานเฉพาะที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการบรรจุเรื่องของผู้สูงอายุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) เป็นต้น อาจมองได้ว่าความพยายามต่างๆเหล่านี้ของรัฐสะท้อนถึงการเตรียมความพร้อมของประเทศในการรองรับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วของประเทศไทยได้ในระดับหนึ่ง**

## *การเตรียมการในระดับท้องถิ่นและชุมชน*

**องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) นับว่าเป็นองค์กรบริหารท้องถิ่นที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ในทางทฤษฎีองค์กรบริหารท้องถิ่นควรเป็นหน่วยงานรัฐที่เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในท้องถิ่นของตน และอยู่ในฐานะที่จะแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในท้องถิ่นได้ดีกว่าหน่วยงานอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ความอ่อนแอของการบริหารและการจัดสรรงบประมาณ นับเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภาระหน้าที่เรื่องผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การขาดบุคลากรที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุและการเปลี่ยนผู้บริหารระดับสูงบ่อยครั้งจากอิทธิพลทางการเมืองทำให้นโยบาย แผนและการดำเนินงานโครงการเรื่องผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง** (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ 2551) ยิ่งกว่านั้น อบต. ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานมากกว่างานการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มประชากรสูงอายุ **อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้โครงการเกี่ยวผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นมีประสิทธิภาพต่ำ คือ การขาดข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับลักษณะต่างๆของประชากรสูงอายุในท้องถิ่น ปัจจัยนี้นับเป็นอุปสรรคในการเจาะหากลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อการให้บริการที่เหมาะสม นอกจากนี้ อบต. บางแห่งให้ความสนใจประชากรสูงอายุในฐานะเป็นเพียงฐานเสียงเพื่อการเลือกตั้งมากกว่าจะพยายามหาวิธีการแก้ไขปัญหาให้กับประชากรกลุ่มนี้ และบางแห่งไม่มีโครงการเกี่ยวกับผู้สงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นในชุมชนเลย นอกจากการให้เบี้ยยังชีพตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญเท่านั้น** (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ 2551)

## *การเตรียมการในระดับบุคคล*

ด้วยความจำกัดของระบบการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทั้งภาคทางการและไม่ทางการ การเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุของแต่ละบุคคลเป็นเรื่องจำเป็น ทั้งการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.

2550 และการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 18-59 ปี เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 มีข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมการเพื่อยามสูงวัยในเรื่องต่างๆ 5 ด้านได้แก่ การเงิน การอยู่อาศัย สุขภาพกาย ผู้ดูแล และการเข้าหาศาสนามากขึ้น ผู้ให้สัมภาษณ์ถูกถามว่า “เคยคิดเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุในแต่ละเรื่องหรือไม่” ถ้าตอบว่า ”เคยคิด” จะถามต่อว่า ”ได้เตรียมการในแต่ละเรื่องนั้นๆหรือไม่ ผู้ที่ตอบว่าได้คิดและเตรียมการอย่างน้อยหนึ่งใน 5 ด้านที่ถามก่อนอายุ 60 ปี จะถือว่าได้มีการเตรียมการเพื่อยามสูงวัย

ข้อมูลในตารางที่ 3.14 แสดงว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันมีการเตรียมการเพื่อยามสูงวัยน้อยกว่าผู้จะเป็นคนสูงอายุในอนาคต (ร้อยละ 57 เปรียบเทียบกับร้อยละ 76) ผลดังกล่าวส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความลำเอียงในการรายงานของคนรุ่นอายุมากที่อาจมองข้ามสิ่งที่ตนเองได้เคยทำหรือเตรียมเป็นระยะเวลานานที่ผ่านมาแล้ว กลุ่มที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ (อายุ 50-59 ปี) มีสัดส่วนที่ได้เตรียมการเพื่อยามสูงวัยสูงกว่าทั้งกลุ่มหนุ่มสาวที่อายุน้อยกว่าและกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบัน การที่คนหนุ่มสาวมีร้อยละที่ได้เตรียมการเพื่อยามสูงวัยต่ำ น่าจะเนื่องจากว่าสำหรับคนกลุ่มนี้ยังเห็นการสูงอายุยังเป็นเรื่องไกลตัว ความแตกต่างระหว่างเพศในสัดส่วนที่ได้เตรียมการเพื่อยามสูงวัยมีน้อย และแม้จะมีก็มีทิศทางตรงกันข้ามระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบันกับผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผู้ที่อยู่ในเขตชนบทมีแนวโน้มจะเตรียมการเพื่อยามสูงวัยน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเมือง แต่สำหรับผู้สูงอายุในอนาคต ความแตกต่างระหว่างเขตที่อาศัยมีน้อย การศึกษาที่ผ่านมาชี้ว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันเริ่มการเตรียมการเพื่อยามสูงวัยค่อนข้างช้า โดยประมาณ 1 ใน 5 เริ่มเตรียมการหลังอายุ 60 ปีแล้ว และ 1 ใน 3 เตรียมการในช่วงอายุ 50-59 ปี (Prachuabmoh 2009)

**ตาราง 3.14 ร้อยละที่ได้เตรียมการเพื่อยามสูงอายุ จำแนกตามอายุ เพศ และเขตที่อาศัย พ.ศ. 2550**

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

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

**หมายเหตุ:** การเตรียมการเพื่อยามสูงอายุ หมายถึงการได้เตรียมการอย่างน้อย 1 อย่างใน 5 ด้าน ได้แก่ การเงิน การอยู่อาศัย สุขภาพกาย การเตรียมหาผู้ดูแลและการศึกษาธรรมหรือเข้าหาศาสนามากขึ้น

การศึกษาเรื่องการเตรียมการเข้าสูงวัยสูงอายุในแต่ละเรื่องพบว่ามีความแตกต่างกันไม่มาก สัดส่วนที่ได้เตรียมการมีตั้งแต่ ร้อยละ 34 สำหรับการเตรียมหาผู้ดูแล จนถึงร้อยละ 44 สำหรับการเตรียมเรื่องสุขภาพกาย (ไม่ได้แสดงตารางข้อมูล) อย่างไรก็ตาม การมีมาตรการส่งเสริมหลักประกันรายได้ภายใต้ยุทธศาสตร์**ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพใน**แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 อาจช่วยกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเพื่อยามสูงวัยแต่เนิ่นๆ และอาจช่วยอธิบายว่าทำไมด้านการเงินจึงเป็นเรื่องที่คนหนุ่มสาวรายงานว่ามีการเตรียมการในสัดส่วนที่สูงกว่าการเตรียมการด้านอื่น ๆ

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

## สรุปและข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยแล้ว ปัจจัยหลักทางประชากรที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้คือการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในหลายสิบทศวรรษที่แล้ว จากระดับที่เคยสูงสู่ระดับที่ต่ำกว่าทดแทนในปัจจุบัน ขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและจะยังคงเพิ่มต่อไปในอนาคตอีกหลายสิบปีข้างหน้า อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อจำนวนประชากรสูงวัยซึ่งมักไม่ได้ทำงานแล้วเพิ่มขึ้น ขณะที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งมักเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนโดยผ่านการจ่ายภาษีให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการให้บริการด้านสุขภาพและบำเหน็จบำนาญนั้นมีจำนวนคงที่ระยะหนึ่งแล้วจากนั้นจะมีจำนวนลดลง แนวโน้มต่างๆดังกล่าวนี้นับว่ามีผลกระทบที่สำคัญทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับมหภาค แม้ว่าลักษณะและความมากน้อยของผลกระทบยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ ขณะที่นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านเน้นเรื่องการคุกคามของการลดลงในศักยภาพเกื้อหนุนต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและการแข่งขันแย่งชิงทรัพยากรอย่างเข้มข้นระหว่างคนต่างรุ่น แต่อีกหลายท่านกลับมีความเห็นในทางบวกมากกว่า โดยเน้นผลกระทบของระดับเจริญพันธุ์ที่ต่ำ ซึ่งได้แก่ อัตราส่วนภาระเด็กที่ลดลง การมีส่วนร่วมในแรงงานของสตรีที่เพิ่มมากขึ้น และการสะสมทุนหรือทรัพยากรมนุษย์ที่ดีขึ้นอันเนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และผลผลิตของแรงงานที่เพิ่มขึ้นจากการที่แรงงานมีการศึกษาดีขึ้นบวกกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผลิต (เช่น Bloom, Canning and Fink 2009)

จากการที่ผลกระทบทางสังคมในระดับมหภาคเป็นเรื่องสำคัญมาก บทนี้จึงให้ความสำคัญกับผลกระทบของแนวโน้มต่างๆในระดับครอบครอบครัว โดยเห็นว่าการมุ่งสนใจประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องเหมาะสมเพราะประเพณีปฏิบัติที่มีมาก็ให้ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการรับภาระดูแลให้การเกื้อหนุนแก่สมาชิกสูงอายุ ดังนั้นการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุจึงอยู่ในมือของครอบครัวโดยผ่านระบบหรือค่านิยมที่อยู่ในรูปของความกตัญญูทดแทนบุญคุณของบุตรต่อบิดามารดา โดยศึกษาถึงแนวโน้มและศักยภาพผลกระทบของแนวโน้มทางประชากรสองเรื่องที่มักถูกกล่าวกันว่าเป็นปัจจัยคุกคามการเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัว ได้แก่ 1) การลดลงของจำนวนบุตรที่มีชีวิตจากการสืบทอดต่อกันของรุ่นอายุต่างๆ และ 2) การเพิ่มการอยู่อย่างกระจัดกระจายของบุตรผู้ใหญ่ซึ่งอยู่ห่างจากบิดามารดาเพราะการย้ายถิ่นที่เกี่ยวข้องกับโอกาสการมีงานทำ แนวโน้มของสองเรื่องนี้รวมกัน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุซึ่งรวมถึงการลดลงของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีบุตรร่วมอาศัยอยู่ด้วย (จากร้อยละ 77 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 56 ในปี พ.ศ. 2550)

การประเมินผลกระทบในระดับครอบครัวหรือสังคมของการเปลี่ยนเป็นสังคมสูงอายุนี้มีความไม่แน่นอนอันเนื่องจากปัจจัยสำคัญหลายประการ กล่าวคือ สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและเทคโนโลยีที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมักเปลี่ยนอย่างมากด้วย นอกจากนี้ ลักษณะต่างๆของผู้สูงอายุในอนาคตจะแตกต่างอย่างมากจากผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการศึกษาดีกว่า จึงน่าจะมีสุขภาพที่ดีกว่าและมีหลักประกันยามชราภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันอย่างมาก จากการที่ระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันสูง การมีการศึกษาที่ดีขึ้น (ซึ่งจะเป็นลักษณะหนึ่งของผู้สูงอายุในอนาคต) น่าจะเป็นปัจจัยเสริมให้สุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตมีแนวโน้มดีขึ้น นอกจากนี้

ยังดูเหมือนว่าผู้ที่ได้เตรียมการเพื่อยามสูงวัยในหลายๆด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุในอนาคตที่จะอยู่เป็นโสดและผู้ที่สมรสแต่ไม่มีบุตรก็จะเพิ่มขึ้นเช่นกัน สุดท้ายเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องตระหนักว่า คนที่เป็นพ่อแม่และบุตรที่เป็นผู้ใหญ่รวมทั้งผู้สมรสแต่ไม่มีบุตรในวัยสูงอายุเหล่านี้จะไม่อยู่เฉยๆ โดยไม่ทำอะไรภายใต้โลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่รอบๆตัว ตรงกันข้าม คนเหล่านั้นจะมีการทำอะไรอย่างหนึ่งอย่างใดภายใต้ความสามารถของเขาที่จะลดผลกระทบทางลบและเพิ่มผลประโยชน์ที่จะได้รับให้มากที่สุดโดยการปรับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบันให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ๆ

แม้ว่าสถานการณ์ต่างๆที่วิเคราะห์ข้างต้นจะมีความไม่แน่นอน แต่ก็อาจกล่าวได้ว่าผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรต่อระบบครอบครัวที่เป็นอยู่จะแตกต่างไปตามรูปแบบของการเกื้อหนุนและบริการต่างๆ การตอบสนองต่างๆของรัฐก็เช่นกันมีความแตกต่างกันตามรูปแบบของครอบครัว เท่าที่ผ่านมา พบว่าการเกื้อหนุนด้านวัตถุลดลงเพียงเล็กน้อย การเกื้อหนุนทางการเงินสามารถทำได้ไม่ว่าบุตรจะอยู่ที่ไหนและปริมาณเงินที่บุตรให้ดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นตามโอกาสการทำงานที่ดีขึ้นจากการย้ายถิ่น ดังนั้นการกระจายแยกย้ายที่อยู่ของบุตรที่เพิ่มขึ้นอาจไม่ใช่เป็นการคุกคามการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรมากกว่ามีแนวโน้มจะได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรมากกว่าก็ตาม แต่มักมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรจำนวนน้อยมีสถานะทางการเงินที่แย่กว่า ขณะที่ปัจจัยต่างๆ ที่อธิบายผลการศึกษาที่พบยังไม่ชัดเจน การจำกัดขนาดครอบครัวอาจทำให้ผู้สูงอายุสามารถสะสมทรัพย์สินได้มากกว่าซึ่งเป็นการทดแทนหรือชดเชยการมีบุตรจำนวนน้อยลงที่จะเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนด้านวัตถุ

ข้อควรคำนึงที่สำคัญประการหนึ่งภายใต้ข้อเสนอแนะที่ว่าภัยคุกคามต่างๆของการเกื้อหนุนด้านวัตถุมีไม่มาก คือ การลดลงของขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุในอนาคตจะเร็วกว่าที่ได้เคยเกิดขึ้นในเวลาที่ผ่านมา และจะตามมาด้วยการกระจายที่อยู่ของบุตรที่มากยิ่งกว่าเก่า ดังนั้น แนวโน้มในอดีตอาจไม่เหมาะสมที่จะบ่งบอกถึงอนาคต ถึงกระนั้นก็ตาม การศึกษาที่สูงขึ้นและการเปลี่ยนแบบแผนการทำงานของบุตรผู้ใหญ่อาจทำให้บุตรสามารถให้การเกื้อหนุนทางการเงินได้ดีขึ้นและนับเป็นการชดเชยการมีบุตรจำนวนน้อยลง นอกจากนี้ การขยายการครอบคลุมของหลักประกันยามชราภาพสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตภายใต้กองทุนบำเหน็จบำนาญของการประกันสังคมและโครงการใหม่ๆของรัฐอาจช่วยทดแทนการลดการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตร การเกื้อหนุนภาคทางการที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มาชดเชยกับสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรซึ่งชัดเจนว่าสำหรับประชากรกลุ่มนี้จะไม่มีแหล่งการเกื้อหนุนจากบุตร

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

เกี่ยวกับประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคม การติดต่อพบปะแบบเห็นหน้ากันต้องมีเรื่องการอยู่ใกล้ไกลระหว่างกันเข้ามาเกี่ยวข้องในระดับหนึ่ง แต่ระยะทางไม่ได้เป็นปัจจัยขัดขวางการติดต่อกันในรูปแบบอื่นๆ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการคมนาคม โดยเฉพาะการแพร่ขยายของโทรศัพท์มือถือ ทำให้การติดต่อกันในปัจจุบันง่ายมากกว่าเดิมในทศวรรษที่แล้ว การติดต่อกันทางโทรศัพท์ได้เข้ามาแทนที่และเสริมการติดต่อพบปะแบบเห็นหน้ากัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการคมนาคมในอนาคต ตลอดจนการแพร่กระจายของการมีคอมพิวเตอร์ในบ้านน่าจะเพิ่มความสามารถของบิดามารดา ในการติดต่อกับบุตรที่อยู่ไกล และยิ่งลดผลกระทบต่อการให้การเกื้อหนุนทางสังคมของการที่บุตรแยกย้ายกันอยู่ตามที่ต่างๆเพิ่มขึ้นด้วย ความพยายามของรัฐบาลและ NGOs ในการส่งเสริมและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของผู้สูงอายุและผู้ที่จะใกล้วัยสูงอายุอาจมีส่วนให้ประโยชน์ในเรื่องนี้ ซึ่งอย่างไรก็ตามผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตจะมีความรู้เรื่องคอมพิวเตอร์ดีขึ้นอยู่แล้วเพราะมีการศึกษาที่สูงขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการพิจารณามาตรการต่างๆที่ขยายการเกื้อหนุนทางสังคมโดยชุมชน รวมทั้งการทำให้ชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง

การให้การดูแลทางกายต้องมีผู้ให้การดูแลอยู่ด้วย ผู้ให้การดูแลสำหรับผู้สูงอายุมักเป็นคู่สมรส แต่ถ้าไม่มีคู่สมรสหรือญาติอื่นและไม่มีบุตรอยู่ใกล้ๆ บุตรยังสามารถให้การดูแลระยะสั้นกรณีเจ็บหนักหรือฉุกเฉินอื่นๆตราบเท่าที่เป็นเรื่องชั่วคราวโดยการลางานมาดูแล อย่างไรก็ตาม ความต้องการการดูแลทางกายระยะยาวจากบุตรอาจเกิดขึ้น เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะทุพพลภาพหรือมีโรคเรื้อรังรุนแรง หรือเจ็บป่วยขั้นสุดท้าย และนับเป็นเรื่องท้าทายมากที่สุดในสภาพการณ์ที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลง การอยู่อย่างกระจัดกระจายของบุตรและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรมีเพิ่มมากขึ้น ทั้งผู้สูงอายุในอนาคตและบุตรจะจัดการกับความต้องการการดูแลระยะยาวที่คาดว่าจะมีเพิ่มมากขึ้นนี้อย่างไร นับเป็นคำถามสำคัญที่ต้องมีการศึกษาเพื่อหาคำตอบต่อไป

รัฐบาลไทยตระหนักดีถึงความท้าทายของการจัดการเรื่องการดูแลระยะยาวภายใต้บริบทที่ความช่วยเหลือโดยครอบครัวมีลดลง และกำลังมีโครงการนำร่องต่างๆเพื่อส่งเสริมการดูแลที่บ้านโดยชุมชนโดยใช้อาสาสมัครที่มีการจ่ายหรือไม่จ่ายเงินตอบแทน มาตรการนี้อาจเป็นยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพในการช่วยสนองความต้องการความช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่างๆที่ต้องใช้อุปกรณ์หรือมีผู้ดูแล เช่น การจัดเตรียมทำอาหาร การซื้อของ และการทำความสะอาด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มักต้องการคนดูแลเป็นบางเวลาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องยากที่จะเห็นว่ามาตรการที่เสนอสามารถทำได้จริง เมื่อการดูแลทางกายต้องมีคนอยู่ด้วยเต็มเวลาเหมือนกรณีผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร้ายแรง นอนติดเตียงหรืออยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรง (Chen & Thompson 2010)

ในครอบครัวชนชั้นกลางเขตเมืองซึ่งมีบุตรอยู่บ้านเดียวกันหรืออยู่ใกล้ๆ แต่บุตรต้องไปทำงานนอกบ้าน การจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุเต็มเวลามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานเอกชนที่จัดหาคนดูแลหรือให้บริการด้านการดูแลส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐานหรือขาดกฎหมายควบคุม จึงเป็นเรื่องที่รัฐควรให้ความสนใจ (Jitapunkul et al. 2008) แม้ว่าการจ้างผู้ดูแลเต็มเวลาจะเป็นทางหนึ่งของการแก้ปัญหาการดูแลระยะยาว แต่วิธีการนี้น่าจะเป็นทางเลือกได้เฉพาะครอบครัวที่มีรายได้มากพอเท่านั้น นอกจากนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติชี้แนะว่าผู้สูงอายุหลายท่านยังคงเห็นว่าเมื่อมีความต้องการการดูแลระยะยาวเกิดขึ้นและไม่มีบุตรอยู่ด้วย ควรมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคนกลับมาดูแลแทนที่จะจ้างผู้ดูแล (Knodel et al. 2007) ถ้ารัฐสามารถผลักดันหรือมีนโยบาย “ลางานเพื่อดูแลพ่อแม่สูงวัย” ในสัญญาการจ้างงาน อาจมีส่วนช่วยแก้ปัญหาวิกฤตนี้ได้บ้าง อย่างน้อย เป็นการลาดูแลระยะสั้นเมื่อบิดามารดาสูงอายุเกิดการเจ็บป่วยกระทันหันหรือต้องเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาลระยะสั้น เพราะน่าจะเป็นเรื่องที่ยากกว่าที่จะให้นายจ้างรับนโยบายการลาระยะยาวเพื่อดูแลบิดามารดาสูงวัย อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาในเชิงลึกถึงทัศนคติต่อการใช้ผู้ดูแลรับจ้างและการเอาชนะอุปสรรคให้เกิดการยอมรับการใช้ผู้ดูแลรับจ้างซึ่งจะช่วยเป็นแนวทางให้มีการขยายการพึ่งพาจากผู้ดูแลรับจ้างมากขึ้น

ขณะที่การสนองตอบการดูแลระยะยาวต้องทำโดยผ่านหรือไม่ผ่านครอบครัว แต่ก็เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องตระหนักว่าสำหรับคนส่วนใหญ่ การอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงอันเป็นสาเหตุให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาวนั้นโดยทั่วไปมีระยะเวลาค่อนข้างสั้นของวัยสูงอายุทั้งหมด(Knodel & Chayovan 2008) ยุทธศาสตร์หนึ่งในการจัดการกับปัญหาความต้องการการดูแลระยะยาว คือการยืดเวลาที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระให้นานที่สุด โดยกลไกทางสุขภาพที่มีเป้าหมายแก้ไขหรือขจัดสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ตัวอย่างสำคัญหนึ่ง คือโครงการผ่าตัดตาของรัฐที่มีเป้าหมายผ่าต้อระจกและทำให้การมองเห็นของผู้สูงอายุดีขึ้นมาก (Jenchitr & Pongprayoon 2003)

อีกวิธีการหนึ่งที่น่าจะใช้ได้ในการลดทอนระยะเวลาที่ต้องการการดูแลระยะยาวให้สั้นลง คือ การส่งเสริมการปรับปรุงที่อยู่อาศัยหรือสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน เช่น การทำทางลาดและราวจับ ตลอดจนการเพิ่มการใช้อุปกรณ์ช่วยต่างๆที่เอื้อให้ผู้สูงอายุไปไหนมาไหนหรือทำกิจกรรมประจำวันได้เอง มาตรการนี้ไม่เพียงแต่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระเท่านั้นแต่ยังช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วย กรณีที่ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยหรือการหามาซึ่งอุปกรณ์ช่วยต่างๆสูงกว่าสภาพทางการเงินของครอบครัว รัฐอาจจำเป็นต้องให้เงินสงเคราะห์หรือช่วยเหลือบางส่วน การช่วยเหลือดังกล่าวอาจเท่ากับเป็นการออมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐไปในตัว

การพัฒนาเทคโนโลยีให้การช่วยเหลือ รวมทั้งการมีระบบเตือนภัยนับว่ามีความก้าวหน้าไปมาก เทคโนโลยีที่เอื้อให้บุตรผู้ใหญ่สามารถเฝ้าระวังตรวจตาดูสถานการณ์และการทำกิจกรรมต่างๆของบิดามารดาสูงอายุจากทางไกลก็มีความก้าวหน้ามาก (Taub 2010) ในประเทศสหรัฐอเมริกา เทคโนโลยีต่างๆเหล่านี้เริ่มทำให้มีความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุจะอยู่ที่บ้านตนเองได้โดยไม่ต้องมีคนในครอบครัวมาดูแลหรือไม่ต้องจ้างผู้ดูแล แทนการต้องย้ายไปอยู่บ้านบริบาลผู้สูงอายุหรือสถานที่ที่มีอุปกรณ์ช่วยในการดำเนินชีวิต แม้ว่าเทคโนโลยีเหล่านั้นอาจยังใช้ไม่ได้กับประเทศไทยในเวลานี้ เพราะราคาที่ค่อนข้างสูงและความยุ่งยากซับซ้อนในการใช้ แต่ปัญหาเหล่านี้อาจลดลงหรือเปลี่ยนไปในอนาคตเมื่อรายได้และระดับการศึกษาของประชากรไทยดีขึ้น อย่างน้อย ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเหล่านี้ก็แสดงให้เห็นว่าผลกระทบของการเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยสำหรับประเทศไทยในอีกหลายสิบปีข้าง

หน้าจะเป็นอย่างไรภายใต้สังคมที่เปลี่ยนแปลง และการประเมินถึงผลกระทบไม่สามารถทำได้อย่างแม่นยำโดยเพียงการลากเส้นต่อออกไปจากแนวโน้มในอดีตหรือใช้สถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นฐาน

ภายใต้สภาพการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในประเทศไทย การประเมินผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยในด้านหนึ่งด้านใดมักจะมีความไม่แน่นอนมากเช่นกัน ดังนั้นการวิเคราะห์ต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นเพียงการหยิบยกประเด็นต่างๆให้พิจารณามากกว่าจะเป็นการให้คำตอบที่ชัดเจนว่าอนาคตจะเป็นอย่างไรและจะแก้ปัญหาอย่างไร บางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุอาจเหมาะกว่าที่จะหยิบยกขึ้นมาเป็นนโยบายหรือโครงการอย่างกว้างๆที่ครอบคลุมประชากรสูงอายุส่วนใหญ่หรือทุกคน หลายๆ เรื่องยังต้องพิจารณาโดยคำนึงถึงความต้องการที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มต่างๆ เช่น แยกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาและเขตที่อาศัย หลักฐานเท่าที่พบชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าในหลายๆ เรื่อง ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า ผู้ที่อยู่ในชนบท และผู้ที่มีฐานะยากจนมีความต้องการความช่วยเหลือมากกว่า การเฝ้าติดตามสถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่จะให้โครงการต่างๆได้เจาะถึงกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมและช่วยประกันถึงประสิทธิภาพและความเป็นไปได้หรือความสามารถในการดำเนินการได้ของโครงการ

STRIKES

# บทที่ 4

# การเปลี่ยนผ่านทางประชากรและสุขภาพ ความท้าทายของระบบสุขภาพและทิศทางในอนาคต

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

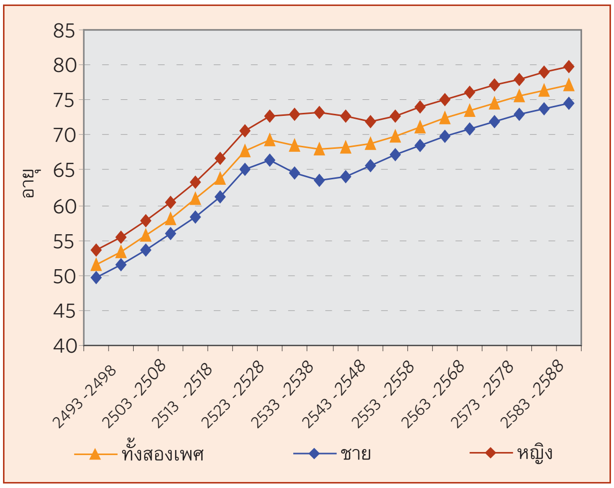
จากการที่จำนวนผู้สูงอายุและความชุกของโรคไม่ติดต่อที่เป็นโรคเรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้น เนื้อหาสาระของรายงานในบทนี้จึงเน้นไปที่ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การศึกษาข้อมูลของภาระโรคซึ่งวัดจากการใช้ดัชนี "ปีชีวิตที่ปรับด้วยความพิการ หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ" (Disability Adjusted Life Year หรือ DALY) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดจำนวนปีที่สุขภาวะสูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรหรือการเจ็บป่วยหรือความพิการของประชากร โดยเปรียบเทียบระหว่างประชากรในวัยก่อนสูงอายุกับวัยสูงอายุ การประเมินสุขภาวะด้วยตนเอง และประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการที่สำคัญต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (2) การทบทวนอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2545-2552 และการคาดประมาณค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของประชากรวัยก่อนสูงอายุเทียบกับวัยสูงอายุจากปี พ.ศ. 2551-2558 และ (3) การทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันของบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและการคาดประมาณความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตเปรียบเทียบกับศักยภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยในการทบทวนนี้จะเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) กับกลุ่มวัยสูงอายุที่จำแนกเป็น 3 กลุ่มย่อย คือกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป และจะนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการให้ข้อเสนอแนะทางด้านนโยบายเกี่ยวกับระบบการให้บริการสุขภาพ การคลังสุขภาพ และด้านบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของความต้องการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยา

## ลักษณะของภาระโรค

### *แนวโน้มและลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยา*

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

**แผนภูมิที่ 4.1 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2498 - 2593**




แหล่งข้อมูล: United Nations Population Division (2008) คำนวณโดยใช้อัตราเจริญพันธุ์คงที่

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

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

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

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

แหล่งข้อมูล: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (2551)

*ภาระโรคในวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ*

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

ในปี พ.ศ. 2547 มีการวัดภาระโรคในประชากรไทยโดยการใช้ DALY (คณะทำงานศึกษาภาระโรคของประเทศไทย, 2551) กับกลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (ดูตารางที่ 4.1- 4.4)

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

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

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

**แหล่งข้อมูล:** คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

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

ลักษณะของภาระโรคทั้งในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุแสดงถึงการเพิ่มขึ้นอย่างมากของโรคบางโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งรั้งอันดับหนึ่งในวัยสูงอายุนั้นจะพบว่ามีดัชนี DALY ต่อประชากร 1,000 ราย ในกลุ่มผู้สูงอายุมากเป็น 3-4 เท่าของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคมะเร็งจัดอยู่ในอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่าภาระโรคในกลุ่มวัยสูงอายุมีมากเป็นสองเท่าของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุเช่นกัน ส่วนโรคเอดส์ซึ่งอยู่ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุของการสูญเสียที่วัดตามดัชนี DALY ในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุนั้นไม่พบว่าอยู่ใน 10 อันดับแรกของกลุ่มวัยสูงอายุ โดยมีภาระโรคที่เข้ามาแทนที่โรคนี้ใน 10 อันดับแรกของภาระโรคในประชากรกลุ่มวัยสูงอายุคือ อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึกต่างๆ เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และโรคระบบประสาท เช่น โรคสมองเสื่อม

**ตารางที่ 4.3 ดัชนีชี้วัดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและความพิการ (DALY) ของประชากรชายในวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุในปี พ.ศ. 2547**

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

**แหล่งข้อมูล:** คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่พบได้บ่อยในช่วงการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

อาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึกอยู่ในอันดับที่ 4 ของ 10 อันดับสูงสุดของการสูญเสียที่วัดโดยดัชนี DALY ในกลุ่มวัยสูงอายุและทั้งหมดเป็นภาระโรคที่มาจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ โรคตาต้อกระจกเป็นสาเหตุใหญ่ที่สุดในกลุ่มโรคนี้โดยร้อยละ 18 ของประชากรชาย และร้อยละ 24 ของประชากรหญิงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตาต้อกระจกในปี พ.ศ. 2552 (ดู Ekpalakorn et al, 2009) ความชุกของโรคนี้ในกลุ่มผู้อายุสูงซึ่งอาศัยอยู่ในเขตชนบทนั้นสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง และพบว่าประมาณร้อยละ 57 ของผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุหญิงได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคตาต้อกระจก ส่วนการสูญเสียการได้ยินนั้นพบว่าเป็นปัญหาในร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุชายและร้อยละ 26 ของผู้สูงอายุหญิง ผู้ที่มีปัญหาที่รุนแรง เช่น หูสูญเสียการได้ยินอย่างถาวรอย่างน้อย 1 ข้างมีร้อยละ 5 ในผู้สูงอายุชายและร้อยละ 3 ในผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุมักประสบกับข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุดังที่จะเห็นได้จากหลักฐานที่ว่ามีเพียงร้อยละ 3 และร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุชายและหญิงที่สูญเสียการได้ยินอย่างน้อย 1 ข้างเท่านั้นที่ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

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

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

**แหล่งข้อมูล:** คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

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

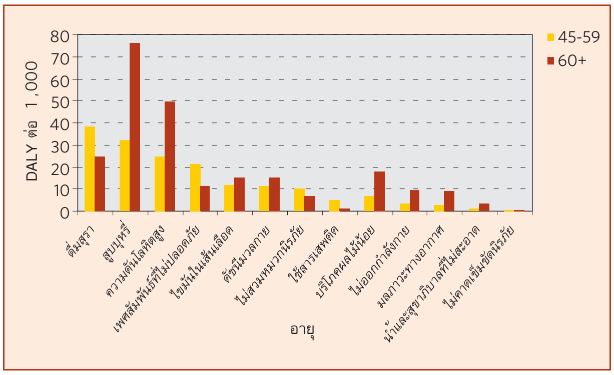
โรคที่อยู่ใน 3 อันดับสูงสุดในกลุ่มประชากรเพศชายในทุกกลุ่มอายุยกเว้นกลุ่มชายวัยก่อนสูงอายุนั้นเป็นโรคในกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง จึงจำเป็นที่จะต้องมีนโยบายที่จริงจังที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ตลอดอายุขัย

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

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

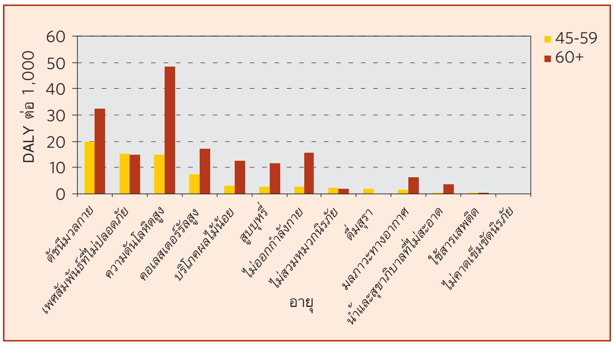
เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงระหว่างกลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ จะพบว่าความเสี่ยงนั้นสอดคล้องกับภาระโรค โดยจะพบว่าภาระโรคที่เป็นผลมาจากความเสี่ยงในด้านความผิดปกติของสารเคมีที่จำเป็นในร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายสูง และไขมันในเส้นเลือดสูงในกลุ่มวัยสูงอายุนั้นสูงกว่าในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุอย่างเห็นได้ชัด ในทางตรงกันข้าม ภาระโรคซึ่งมีผลมาจากการดื่มสุราในกลุ่มวัยสูงอายุจะต่ำกว่าในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นความเสี่ยงที่สำคัญมากในกลุ่มผู้หญิงในวัยสูงอายุ ในขณะที่การสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงเป็นภาระความเสี่ยงที่สำคัญมากในกลุ่มผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงมีความเสี่ยงต่อการมีดัชนีมวลกายสูงมากกว่าในเพศชาย (ดูแผนภูมิที่ 4.2 และ 4.3)

**แผนภูมิที่ 4.2 ความเสี่ยงในกลุ่มประชากรชายวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ**




แหล่งข้อมูล: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

**แผนภูมิที่ 4.3 ความเสี่ยงในกลุ่มประชากรหญิงวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ**




แหล่งข้อมูล คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย 2547 (2551)

## *ประสิทธิภาพของความครอบคลุมสำหรับโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*

ถึงแม้ว่าจะมีความเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสูง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิตพบว่าสัดส่วนของผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้สำเร็จนั้นอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่คำนวนโดยปรับอายุแล้วอยู่ที่ร้อยละ 51.1 ส่วนความชุกของโรคเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 14.0 และสำหรับโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงคือร้อยละ 8.0

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

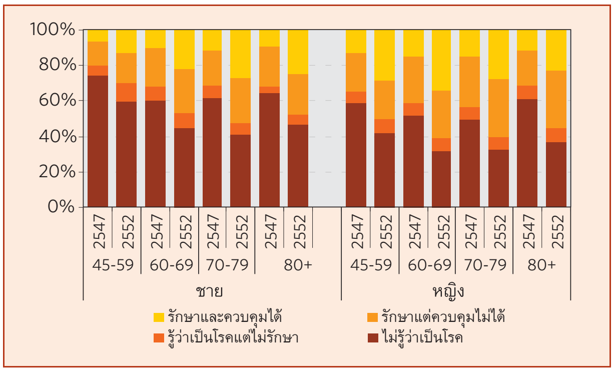
การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey หรือ NHES) ในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ.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

**ตารางที่ 4.5 ประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง (%)**

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

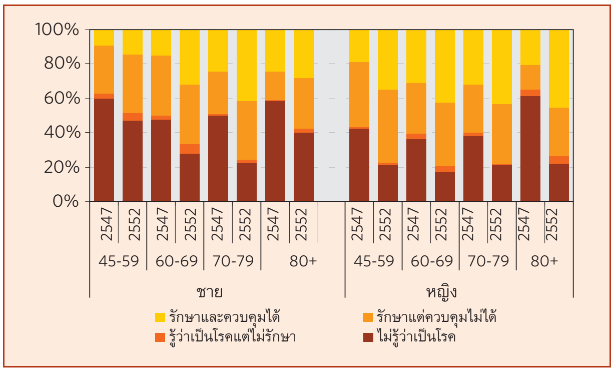
**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 และ 2552

**แผนภูมิที่ 4.4 ประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง**




**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 และ 2552

**แผนภูมิที่ 4.5 ประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการตรวจรักษาโรคเบาหวาน**




**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 และ 2552

**ตารางที่ 4.6 ประสิทธิภาพของความครอบคลุมของบริการตรวจรักษาโรคเบาหวาน (%)**

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

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 และ 2552

## *การประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง*

การเปรียบเทียบผลจากรายงานการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในปี พ.ศ. 2546 และ 2549 พบว่า สภาวะทางสุขภาพต่างๆ ที่ทำการตรวจวัดโดยส่วนใหญ่ดีขึ้น แต่การสูญเสียความทรงจำกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ที่มีอายุสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานของร่างกายด้านอื่นๆ ที่ค่อยๆ เสื่อมไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ดูตารางที่ 4.7 และ 4.8) ซึ่งการส่งเสริมและป้องกันโรคนี้ในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุน่าจะช่วยลดภาระโรคนี้ได้ในอนาคต

**ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ระหว่าง ปี พ.ศ. 2546 และ 2549**

| | | กลุ่มอายุ | ปี 2546 (%) | ปี2549 (%) | สัดส่วนของการเปลี่ยนแปลง ระหว่างปี 2546-2549 (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| สุขภาพแย่ลงกว่าปีที่แล้ว | เพศชาย | 45-59 ปี | 25 | 24 | -2 |
| | | 60-69 ปี | 40 | 39 | -4 |
| | | 70-79 ปี | 50 | 47 | -7 |
| | | 80 ปีขึ้นไป | 60 | 58 | -3 |
| | เพศหญิง | 45-59 ปี | 30 | 29 | -4 |
| | | 60-69 ปี | 48 | 46 | -4 |
| | | 70-79 ปี | 55 | 52 | -6 |
| | | 80 ปีขึ้นไป | 64 | 59 | -7 |
| สุขภาพแย่ลงเมื่อเทียบกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน | เพศชาย | 45-59 | 14 | 17 | 19 |
| | | 60-69 | 23 | 24 | 8 |
| | | 70-79 | 29 | 30 | 3 |
| | | 80 ปีขึ้นไป | 33 | 35 | 8 |
| | เพศหญิง | 45-59 ปี | 19 | 20 | 3 |
| | | 60-69 ปี | 29 | 30 | 3 |
| | | 70-79 ปี | 31 | 34 | 10 |
| | | 80 ปีขึ้นไป | 30 | 34 | 10 |

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546 และ 2549

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

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

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

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2546 และ 2549

## *ข้อจำกัดของการดำเนินกิจวัตรประจำวัน*

ผลการศึกษาวิจัยหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living หรือ ADL) มีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น และการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ชี้ให้เห็นว่าทั้งข้อจำกัดที่วัดโดย ADL และโดยการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental activities of daily living หรือ IADL) จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นด้วย (ดูตารางที่ 4.9) และเพศหญิงมีข้อจำกัดสูงกว่าเพศชายจากการวัดโดยพิจารณาสัดส่วนของการมีข้อจำกัดอย่างน้อยที่สุด 3 ใน 8 มิติของ ADL ซึ่งประกอบด้วย (1) การอาบน้ำ (2) การแต่งตัว (3) การรับประทานอาหาร (4) การใช้ห้องสุขา (5) การลุกขึ้นจากเตียงนอน (6) การเดินภายในบ้าน (7) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ (8) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ตลอดจนการวัดโดยพิจารณาจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 ประเภทภายใต้ IADL ซึ่งได้แก่ (1) การใช้เงิน (2) การกินยาด้วยตนเอง (3) การทำงานบ้านเบาๆ (4) การทำงานบ้านที่เป็นงานหนัก (5) การตัดเล็บเท้าตนเอง (6) การเดินภายนอกบ้าน (7) การถือของหนัก (8) การเดินมากกว่า 400 เมตร (9) การใช้ยวดยานพาหนะในการเดินทาง และ (10) การใช้โทรศัพท์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิงแล้วพบว่ายอดรวมของข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ หรือ IADL ในเพศหญิงนั้นสูงเป็นสองเท่าของเพศชาย ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้วกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยจะรู้สึกว่าสภาวะสุขภาพของตนแย่ลงจากปี พ.ศ. 2547 ถึงปี พ.ศ. 2549 แต่ Ekpalakorn และคณะ (ดู Ekpalakorn et al, 2010) ได้ทำการเปรียบเทียบข้อจำกัดด้าน ADL ในกิจกรรมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พบว่าสูงขึ้นจากร้อยละ 9.6 และ 15.4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.7 และ 17.8 ในปี พ.ศ. 2552 ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.9 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้าน ADL ใน 1 กิจกรรมเป็นอย่างน้อย**

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

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

## การใช้บริการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่าย

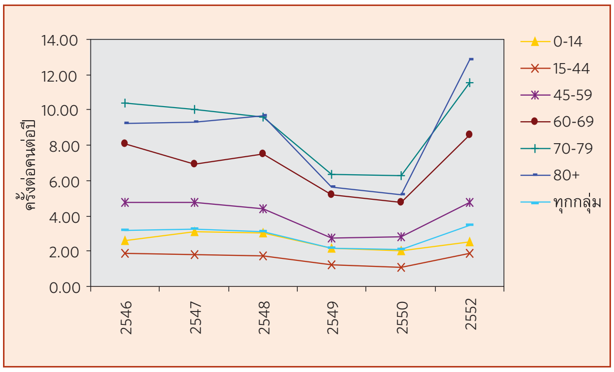
### *อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาล*

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

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

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

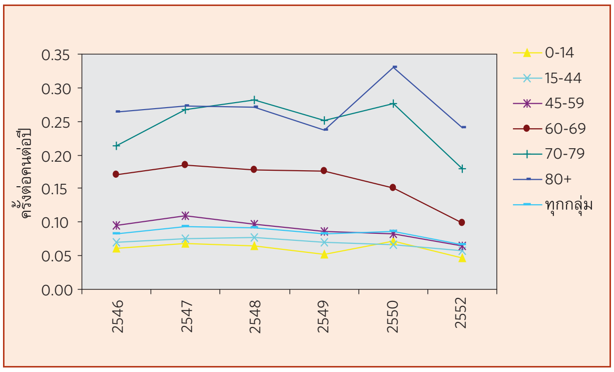
**แผนภูมิที่ 4.6 อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุของประชากรในปี พ.ศ. 2546 - 2552**




**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546- 2552

อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในคิดเป็นจำนวนครั้งต่อคนต่อปีในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น สูงกว่าค่าเฉลี่ยของทุกกลุ่มอายุซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยรวมของประชากรทั้งประเทศ แต่เนื่องจากปัญหาของการควบรวมการสำรวจอนามัยและสวัสดิการและการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมเข้าด้วยกัน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จึงจำเป็นต้องแปลผลข้อมูลอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยในของปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2552 ด้วยความระมัดระวัง (ดูแผนภูมิที่ 4.7)

**แผนภูมิที่ 4.7 อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในตามกลุ่มอายุของประชากรในปี พศ.ศ 2546 - 2552**




**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546-2552

**ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุของประชากรในปี พ.ศ. 2546 - 2552**

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

**แหล่งข้อมูล:** การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546-2552

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

## *ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ*

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

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

2. การแจกแจงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดตามที่ปรากฏในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551

3. การนำค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลมาแจกแจงตามกลุ่มอายุโดยใช้สัดส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามกลุ่มอายุ และกำหนดให้แบบแผนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่จำแนกตามกลุ่มอายุมีลักษณะเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยในเนื่องจากไม่สามารถหาข้อมูลค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุได้

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

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

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

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

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

**แหล่งข้อมูล:** วิเคราะห์จาก national IP dataset 2550 - 2552

จากระบบขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economical Cooperation and Development หรือ OECD) เกี่ยวกับบัญชีรายจ่ายสุขภาพที่มีการบันทึกบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติมาเป็นเวลานานหลายปีทำให้สามารถนำข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2551 มาใช้ในการคำนวนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดจำแนกตามประเภทของค่าใช้จ่ายได้ (คณะทำงานระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลในตารางที่ 4.12 จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นรายจ่ายที่มากที่สุดของระบบสาธารณสุขของไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 77 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมีมูลค่ากว่า 3.67 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งร้อยละ 42 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดนี้ถูกใช้ไปในการให้บริการผู้ป่วยนอกและการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ และอีกร้อยละ 36 เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในรวมทั้งกรณีผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลในวันเดียวกันด้วย

เป็นเรื่องน่ายินดีที่ประเทศไทยมีข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพเป็นเวลาติดต่อกัน 15 ปีที่ผ่านมานับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ถึง 2551 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้การประมาณการด้วยสูตรสมการพหุนาม

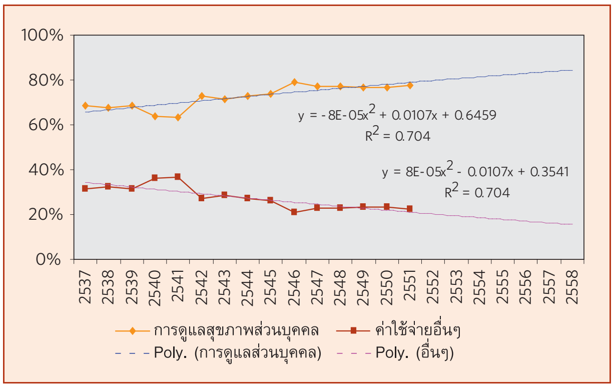
**ตารางที่ 4.12 ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพจำแนกตามประเภทของค่าใช้จ่ายระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2551 (%)**

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

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

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

**แผนภูมิที่ 4.8 การคาดประมาณสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2558**

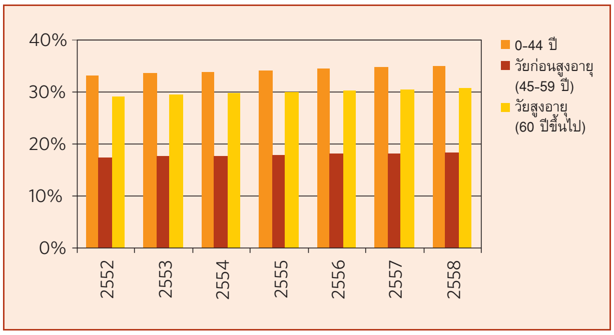



**หมายเหตุ:** ใช้ข้อมูลดิบจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 - 2551 ในการประมาณการค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2552 - 2558

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

จากข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 ที่รวบรวมได้ พบว่าข้อมูลค่าใช้จ่ายของทั้ง 3 ปีนี้มีแบบแผนที่สอดคล้องกัน ผู้เขียนจึงนำข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปี พ.ศ. 2551 มาใช้ในการแจกแจงการคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลตามกลุ่มอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2558 และจากการใช้ข้อมูลอัตราส่วนของความแตกต่างในคอลัมน์ สุดท้ายของตารางที่ 4.11 ประกอบการคาดประมาณพบว่าภายในไม่เกินปี พ.ศ. 2558 กลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่มีอายุ 45-59 ปีจะต้องมีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลประมาณ 1.25 แสนล้านบาท ในขณะที่กลุ่มย่อยทั้งสามกลุ่มของวัยสูงอายุ (อายุ 60-69, 70-79 และ มากกว่า 80 ปีขึ้นไป) จะต้องใช้งบประมาณประมาณ 8.41, 8.49 และ 4.13 หมื่นล้านบาทตามลำดับ แผนภูมิที่ 4.9 เป็นแผนภูมิที่จัดทำขึ้นจากการใช้ข้อมูลตัวเลขจากตารางที่ 4.13 ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (หรือคิดเป็น 1.22 แสนล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 31 (หรือ 2.10 แสนล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2558

**แผนภูมิที่ 4.9 การคาดประมาณแนวโน้มอัตราของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเมื่อเทียบกับยอดรวมของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพทั้งหมด ระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2558**




## ความต้องการด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

### *สถานการณ์และแนวโน้มของกำลังบุคลากรด้านสาธารณสุข*

กำลังบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นรากฐานสำคัญของระบบการให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงได้และมีประสิทธิภาพ (ดู WHO, 2006) การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทยังคงพบเห็นได้อยู่ทั่วไปในประเทศไทย นอกจากนี้การกระจายของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่สมดุลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายในทางภูมิศาสตร์ที่ไม่สมดุลยิ่งทำให้ขนาดของปัญหาเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากร 10,000 คนในเขตกรุงเทพมหานครฯ มีมากกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงสิบเท่า (ดู Wibulpolprasert et al, 2008) ขณะเดียวกัน ทางกระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถดึงดูดแพทย์ให้คงอยู่ในระบบของภาครัฐได้ ทำให้ปัญหาสมองไหลภายในประเทศคือจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนเป็นเรื่องปกติ โดยเฉพาะในช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัวดีมากซึ่งทำให้ความต้องการบุคลากรแพทย์ในระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชนเพิ่มสูงขึ้น

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

**ตารางที่ 4.13 การคาดประมาณรายจ่ายสุขภาพและการจำแนกค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลตามกลุ่มอายุระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2558**

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

แหล่งข้อมูล:

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

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

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยาที่ทำให้จำนวนผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการรักษาสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในสถานบริการทางการแพทย์ ด้วยเหตุนี้ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องประกอบด้วยทักษะผสมผสานที่เหมาะสมระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขในระบบปกติและผู้ให้การดูแลที่ไม่อยู่ในระบบ **(Pagaiya, 2008)** นอกจากนี้มาตรการของรัฐที่ยุติการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุขในตำแหน่งข้าราชการโดยถือเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการปฏิรูประบบราชการนั้น ทำให้การจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุขในภาครัฐมีความยากลำบากมากขึ้น จากแนวโน้มพบว่าความต้องการด้านบุคลากรสาธารณสุขในอนาคตจะเพิ่มขึ้นในขณะที่โอกาสในการจ้างงานโดยภาครัฐจะมีอยู่อย่างจำกัด

ถึงแม้ว่าจะมีการสร้างบุคลากรด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเพื่อให้ทันกับความต้องการ (ดูตารางที่ 4.14) แต่การดึงดูดและรักษาบุคลากรเหล่านี้ให้ปฏิบัติงานอยู่ในเขตชนบทยังคงเป็นปัญหาใหญ่อยู่มาก ซึ่งปัจจัยนี้นอกจากจะไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขที่สูงมากแล้ว การขยายตัวอย่างรวดเร็วในส่วนแบ่งตลาดด้านการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในช่วงที่เศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตที่ดี ตลอดจนการส่งเสริมจากภาครัฐเรื่องการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดแพทย์และพยาบาลออกจากระบบบริการของรัฐในเขตชนบทไปสู่สถานพยาบาลเอกชน

ในช่วงเวลากว่าสี่ทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้ใช้กลยุทธ์ทั้งทางการเงินและที่ไม่ใช่การเงินเพื่อที่จะดึงดูดความสนใจและรักษาแพทย์ให้ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในเขตชนบท (Wibulpolprasert & Pengpaiboon, 2003) นอกจากมีการกำหนดระเบียบให้แพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาใหม่ต้องปฏิบัติงานใช้ทุนเป็นระยะเวลา 3 ปีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 แล้วยังมีมาตรการที่ไม่ใช่ด้านการเงินอีกหลายมาตรการที่ทางรัฐบาลนำมาใช้แก้ปัญหานี้ เช่น การเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น การให้รางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น โครงการคัดเลือกแพทย์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท และการให้โอกาสในการเข้าฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง และเมื่อคำนึงถึงช่องว่างขนาดใหญ่ระหว่างรายได้จากการทำงานในสถานพยาบาลของภาครัฐและภาคเอกชน ทางรัฐบาลก็ได้มีการนำกลยุทธ์สำคัญอีกประการหนึ่งมาใช้ คือการเพิ่มรายได้ให้แก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในเขตชนบทในรูปของเบี้ยกันดาร เงินชดเชยการไม่ย้ายไปปฏิบัติงานในภาคเอกชน เงินค่าวิชาชีพ และเงินค่าปฏิบัติงานล่วงเวลา

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

**ตารางที่ 4.14 จำนวนนักศึกษาที่เข้าเรียนแพทย์และพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2553**

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

**แหล่งข้อมูล:** Wibulpolprasert et al (2008) และสภาการพยาบาล, 2553

## *ความต้องการและจำนวนของบุคลากรด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน*

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสุขภาพชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาการบริการด้านสุขภาพและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้สูงอายุโดยให้มีความสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในสถานพยาบาลตลอดจนการเชื่อมโยงที่ดีระหว่างกัน ดังนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์จึงจำเป็นต้องมีการผสมผสานของทักษะของบุคลากรในการให้การดูแลสุขภาพในระบบปกติ ในชุมชน และผู้ให้การดูแลนอกระบบอื่นๆ ซึ่งในส่วนของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร และผู้ดูแลรับจ้าง ต่างเป็นกลุ่มที่มีความต้องการสูงขึ้น

มีการคาดการณ์ว่านอกเหนือจากญาติของผู้ป่วยสูงอายุเองแล้ว ประเทศไทยจะมีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 106,000 คนในปี พ.ศ. 2563 (ดู Pagaiya, 2008) ในขณะที่ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขในระบบปกติจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากด้วยเช่นกัน โดยจะมีความต้องการบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้นจำนวน 33,880 คนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ และมีความต้องการนักกายภาพบำบัดอีกจำนวน 3,708 คนในปี พ.ศ. 2563 แต่ในขณะนี้จำนวนของนักกายภาพบำบัดที่มีอยู่ในตลาดแรงงานมีอยู่เพียง 2,000 คนเท่านั้น นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาจะเป็นกลุ่มบุคลากรที่เป็นที่ต้องการสูงด้วยเช่นกัน (ดูตารางที่ 4.15) จากการที่ประเทศไทยได้เผชิญกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขอยู่แล้ว ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นดังที่กล่าวในข้างต้น จะยิ่งเพิ่มปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่และแผนในการสร้างบุคลากรเหล่านี้ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการในอนาคต ทั้งในแง่ของจำนวนและการผสมผสานของทักษะที่จำเป็น

การขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขในระบบปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์เป็นเครื่องบ่งชี้ว่า ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการแก้ไขด้วยการแทรกแซงในเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบโดยเร่งด่วน นอกจากนี้ เนื่องจากมีบุคลากรด้านสาธารณสุขเหล่านี้ที่อยู่ในระบบปกติเพียงจำนวนเล็กน้อยที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตชนบท ทั้งที่เป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีความต้องการบุคลากรด้านนี้มากที่สุด จึงจำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนที่ดีขึ้นและมีการหารือระหว่างภาครัฐและเอกชนทั้งในแง่ที่เกี่ยวกับการจ้างงานและการสร้างบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาการย้ายจากเขตชนบทไปสู่เมือง และจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนของบุคลากรที่มีจำนวนจำกัดเหล่านี้

**ตารางที่ 4.15 ความต้องการกำลังงานด้านสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2553 และ 2563**

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

**แหล่งข้อมูล:** Pagaiya, 2008

## บทสรุป

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

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

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

ความถี่ของการเข้ารับบริการทางสุขภาพสูงขึ้นตามอายุและจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เนื่องจากข้อมูลอัตราการเข้ารับบริการทางสุขภาพจากรายงานการสำรวจครัวเรือนปี พ.ศ. 2549-2550 ไม่ค่อยน่าเชื่อถือนักจากการที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ควบรวมการสำรวจสำคัญ 2 เรื่องคือการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมและการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการเข้าด้วยกัน ทำให้ผู้เขียนไม่สามารถวิเคราะห์การคาดประมาณอัตราการใช้บริการทางสุขภาพซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคาดประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมดที่จำเป็นต้องใช้สำหรับประชากรวัยสูงอายุได้

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

จากผลความสำเร็จของการเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยภายในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการมีสถานบริการตั้งอยู่ในทุกพื้นที่ในเขตชนบท มีการให้บริการที่มีคุณภาพในระดับที่น่าพอใจทั่วประเทศ และเนื่องจากไม่มีอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการในหมู่ประชาชน

การส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของทวีปเอเชีย เพื่อรองรับผู้ป่วยจากต่างประเทศทำให้ความต้องการด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ดู Smith et al, 2009) ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาสมองไหลภายในประเทศของผู้เชี่ยวชาญระดับสูงจากโรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ ปัญหาข้อจำกัดด้านบุคลากรสุขภาพยิ่งตึงเครียดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสุขภาพ ทั้งในเรื่องของจำนวนและทักษะของบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่นอกระบบ เหล่านี้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในเชิงนโยบาย

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและทบทวนข้อมูลเหล่านี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหลายประเด็น ซึ่งบางประเด็นได้รับการพิจารณาแล้วอย่างจริงจังดังเช่นในแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ

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

มีปัจจัยเสี่ยงหลักคือ การมีดัชนีมวลกายสูง การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและความดันโลหิตสูง

ในการดูแลให้กลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุคงความมีสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้นั้น จำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนทางสังคมให้ก้าวเข้าไปสู่การดำเนินวิถีชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะมีการใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคสุราและบุหรี่แล้วก็ตาม แต่การที่จะดำเนินการแทรกแซงให้เกิดประสิทธิผลได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากระบบสุขภาพและการศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ชีวิตที่ตื่นตัว อาหารสุขภาพและการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญแคลอรี่ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน แต่การใช้ชีวิตที่ตื่นตัวและการเผาผลาญพลังงานจะต้องการสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยด้วยเช่นกัน เช่น การวางผังเมืองที่มีทางเท้าที่เป็นมิตรต่อผู้คนที่เดินถนน มีสวนสาธารณะเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ และการสนับสนุนกลุ่มภาคประชาสังคมที่มีความกระตือรือร้นในการส่งเสริมการออกกำลังกาย

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

ระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุนั้นจำเป็นจะต้องมีการให้ความรู้ก่อนการให้บริการและการฝึกอบรมในระหว่างปฏิบัติงาน เพื่อให้มีจำนวนบุคลากรและการผสมผสานทักษะที่เหมาะสมไม่เพียงแต่สำหรับบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพที่อยู่ในระบบปกติทั่วไปเท่านั้น แต่รวมถึงกลุ่มผู้ให้การดูแลอื่นๆ ด้วย ในขณะนี้ยังไม่มีการพัฒนาการให้บริการการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบและไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลากรสนับสนุนแพทย์สำหรับการดูแลสุขภาพระยะยาว รวมถึงยังไม่มีนโยบายด้านงบประมาณที่เหมาะสมอีกด้วย จากข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการดูแลระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการของโรคเรื้อรังจำเป็นต้องเข้าไปพึ่งพาระบบบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันบางส่วนของโรงพยาบาล หรือการใช้บริการผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งผู้ดูแลมักจะเป็นผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับภาระที่หนักและมีความเครียดสูง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการอภิปรายหารือที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และเป็นรูปธรรมเพื่อเป็นการหาทางออกร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการแก้ปัญหานี้

และประการสุดท้าย คือการใช้นโยบายที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งข้อเสนอแนะที่สำคัญได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามเรื่องความเสี่ยงทางสุขภาพและภาระโรคต่อไปอย่างต่อเนื่อง การดำเนินโครงการที่จำเป็นอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การประเมินสถานะทางสุขภาพด้วยตนเองของประชากรทั้งในวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ หลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย นอกจากนี้ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างศักยภาพของสถาบันให้มีความเข้มแข็งในการติดตามผลกระทบทางการเงินการคลังที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยา

บทที่

5

# ผลกระทบทางเศรษฐกิจและทุนมนุษย์

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในอีกหลายประเทศในแถบเอเชีย ที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรจากภาวะอัตราเกิดและอัตราตายสูงไปสู่ ภาวะอัตราเกิดและอัตราตายต่ำ ซึ่งอัตราเกิดที่ลดลงอย่างรวดเร็วจะทำให้สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง ในช่วงการเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้ จำนวนคนวัยทำงานจะเพิ่มขึ้นเร็วมากกว่าจำนวนประชากรทั้งหมด ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลบวกจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้กลับกำลังลดน้อยลง เนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์และอัตราตายที่ลดลงอย่างต่อเนื่องย่อมนำไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดข้อโต้แย้งว่า สัดส่วนคนวัยทำงานที่ลดลงและคนสูงอายุที่มากขึ้น อาจเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ เนื้อหาบทนี้จึงต้องการชี้ให้เห็นว่า เศรษฐกิจจะสามารถเติบโตได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ หากภาครัฐมีนโยบายที่จูงใจให้ประชาชนสะสมทุนมนุษย์เพื่อพัฒนาผลิตภาพแรงงานให้ดีขึ้น นโยบายสนับสนุนการบริโภคของผู้สูงอายุและนโยบายเพิ่มการลงทุนในทุนมนุษย์ของเด็ก

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

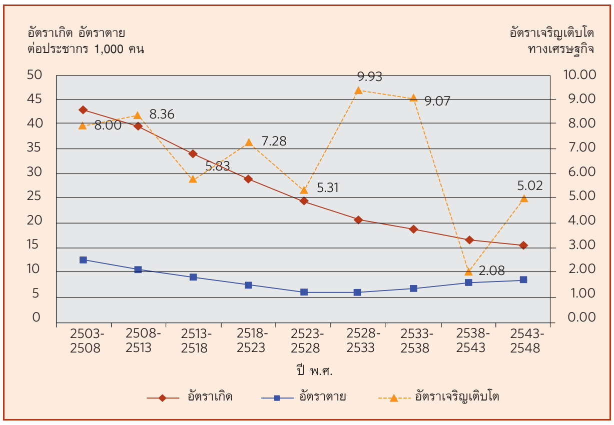
## การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความสัมพันธ์กับระบบการศึกษา

ประเทศไทยเคยมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่สูงมากในช่วงปี 2503 - 2513 ในช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ได้เกิดวิกฤตการณ์ราคาน้ำมันในช่วงต้นของปี 2513 - 2523 และช่วงต้นของปี 2523 - 2533 ทำให้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง อย่างไรก็ตาม อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเฉลี่ย 5 ปีก็ยังเติบโตอยู่ในระดับที่เกินกว่าร้อยละ 5 (แผนภูมิที่ 5.1) การเติบโตทางเศรษฐกิจสูงมากในช่วงปี 2528 - 2538 ตามมาด้วยวิกฤติการณ์ทางการเงินในปี 2540 ทำให้ความฝันของประเทศในการเป็นเสือตัวที่ห้าของภูมิภาคเอเชีย รองมาจากฮ่องกง สิงคโปร์ เกาหลีใต้ และไต้หวัน เป็นอันต้องสูญสลายไป

การเติบโตทางเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้นๆ ลงๆ ไม่เหมือนกับอัตราเกิดและอัตราตายของประเทศไทยที่ไม่ผันผวนไปตามวัฏจักรธุรกิจ อัตราเกิดอย่างหยาบต่อประชากร 1,000 คน ได้ลดลงจาก 42.9 ในช่วงปี 2503 - 2513 เป็น 14.6 ในช่วงปลายของปี 2543 - 2553 (แผนภูมิที่ 5.1) ซึ่งมีความสอดคล้องกับประเทศต่างๆ ที่แสดงให้เห็นถึงอัตราเกิดอย่างหยาบที่ลดต่ำลงเมื่อรายได้ต่อหัวประชากรเพิ่มสูงขึ้น การลดต่ำลงของอัตราเกิดอย่างหยาบนั้นจะรวดเร็วกว่าอัตราตายมาก โดยอัตราตายอย่างหยาบต่อประชากร 1,000 คนลดลงจาก 12.5 ในช่วงปี 2503 - 2513 เป็น 5.9 ในช่วงปี 2523 - 2533 หลังจากนั้นจึงเพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคที่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์และเอชไอวี ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรในช่วงอายุ 22-44 ปี (Rumakom et al., 2002) ในช่วงหลังปี 2537 มีการรายงานสาเหตุที่ทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น คือ วัณโรค และโรคปอดบวม ซึ่งเชื่อว่าการเพิ่มขึ้นของวัณโรค และโรคปอดบวม มีสาเหตุมาจากโรคเอดส์และเอชไอวี เพราะก่อนหน้านี้ผู้ที่มีอายุในช่วง 20-44 ปีมีสาเหตุการ

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

### แผนภูมิที่ 5.1 อัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ




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

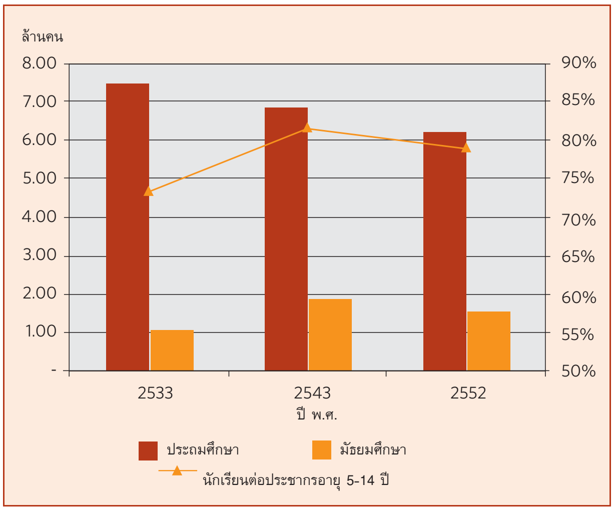
การลดลงของอัตราเกิด ทำให้จำนวนเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0-14 ปี มีจำนวนสูงสุด 18.6 ล้านคนในปี 2523 และได้ลดจำนวนลงหลังจากนั้น จำนวนประชากรเด็กในปี 2553 มีจำนวนใกล้เคียงกับปี 2508 ภาระการเลี้ยงดูเด็กทั้งต่อภาครัฐและภาคเอกชนจึงน่าจะลดลง แต่การให้การศึกษาอย่างทั่วถึง และความคาดหวังของผู้ปกครองที่ต้องการให้บุตรหลานมีการศึกษาที่สูงของผู้ปกครองทำให้ทำให้ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนเด็กไม่ได้ลดต่ำลง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบันให้สิทธิเด็กในการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ 12 ปี โดยมีพระราชบัญญัติการศึกษาที่มีความสำคัญอีก 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติการศึกษาปี 2541 และพระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับในปี 2545 ทั้งนี้พระราชบัญญัติการศึกษาในปี 2541 นั้นเพิ่มการศึกษาภาคบังคับจาก 6 ปี เป็น 9 ปี มีผลบังคับใช้กับเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 7-16 ปี รัฐบาลต้องให้เด็กไทยทุกคนได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 12 ปี พระราชบัญญัติการศึกษาในปี 2545 ได้กำหนดบทลงโทษสำหรับพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ไม่ส่งบุตรหลานเข้ารับการศึกษาในโรงเรียน ให้มีโทษถูกปรับเป็นเงินสูงสุดไม่เกิน 1,000 บาท

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

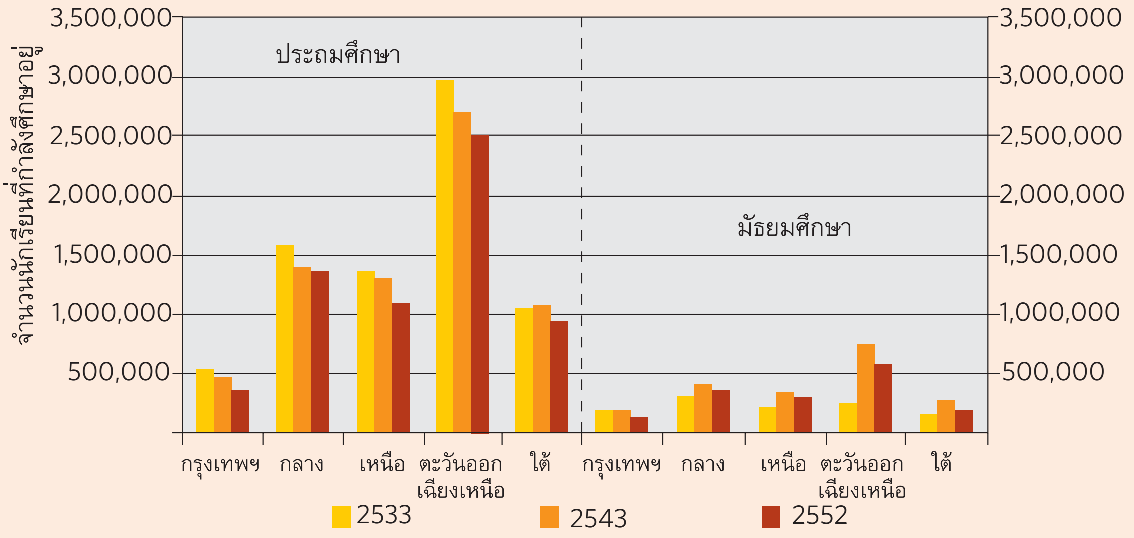
แม้ว่าประเทศไทย จะมีรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติการศึกษาที่มุ่งเน้นให้เด็กไทยได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพเป็นเวลาถึง 12 ปี แต่ในทางปฏิบัติแล้วการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวนี้ ยังคงไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ในปี 2552 มีประมาณร้อยละ 20 ของเด็กที่มีอายุ 5-14 ปีทั้งหมด หรือเด็กประมาณ 2 ล้านคน ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา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

### แผนภูมิที่ 5.2 จำนวนนักเรียนที่มีอายุ 5-14 ปี




แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

## แผนภูมิที่ 5.3 จำนวนเด็กนักเรียนช่วงอายุ 5-14 ปีที่กำลังศึกษาอยู่




แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

## ตารางที่ 5.1 การทดสอบระดับชาติ ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย

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

แหล่งข้อมูล: สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงศึกษาธิการ (2008)

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

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

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

**ตารางที่ 5.2 ตัวชี้วัดทางการศึกษาของบางประเทศในเอเชีย**

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

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

หมายเหตุ: * ดูจากค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษาของโรงเรียนรัฐต่อรายได้ประชาชาติ

**ตารางที่ 5.3 คาดประมาณจำนวนประชากรวัยเรียน (ล้านคน)**

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

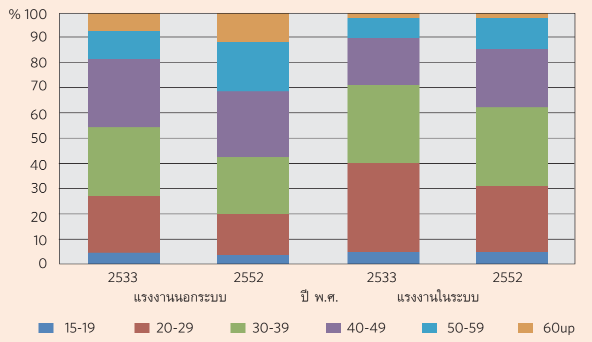
แหล่งข้อมูล: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล

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

## ผลิตภาพแรงงาน

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

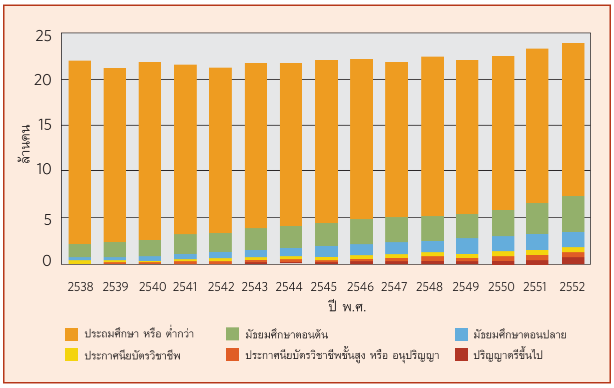
**แผนภูมิที่ 5.4 โครงสร้างอายุของการจ้างงาน แรงงานนอกระบบและแรงงานในระบบ**




แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 3.

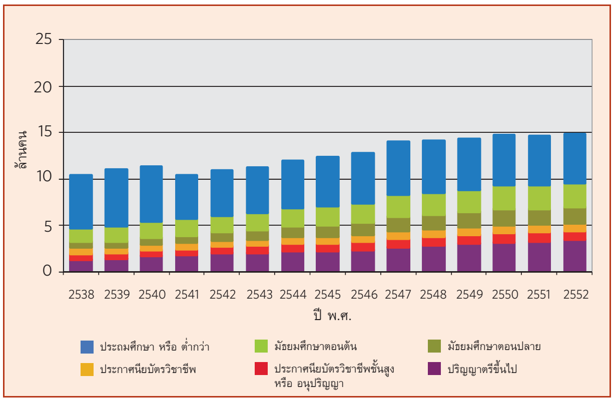
แรงงานนอกระบบ ยังมีลักษณะเป็นแรงงานที่ไม่มีทักษะและมีประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ ซึ่งสามารถดูได้จากระดับการศึกษาที่ต่ำ กล่าวคือ ร้อยละ 70 ของแรงงานนอกระบบมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (แผนภูมิที่ 5.5) ในทางตรงกันข้าม ประมาณครึ่งหนึ่งของแรงงานในระบบจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นอย่างน้อย (แผนภูมิที่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

**แผนภูมิที่ 5.5 การจ้างงานแรงงานนอกระบบ จำแนกตามการศึกษา**




แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 3.

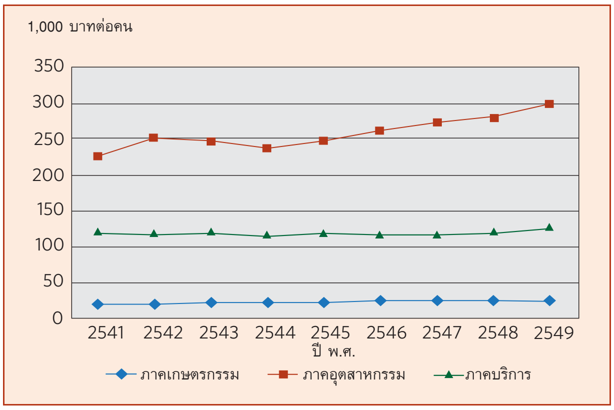
**แผนภูมิที่ 5.6 การจ้างงานแรงงานในระบบ จำแนกตามการศึกษา**




แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 3.

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

**แผนภูมิที่ 5.7 ผลิตภาพแรงงาน**

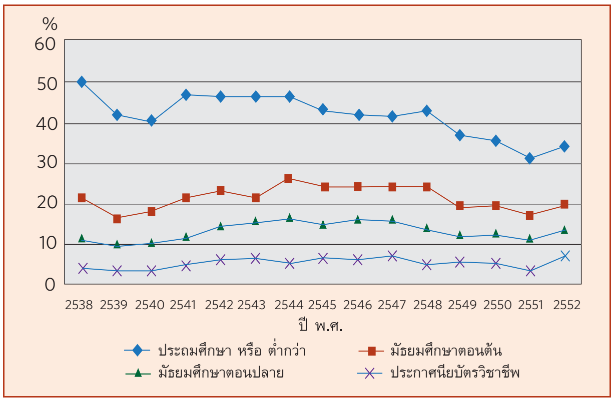



แหล่งข้อมูล: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ผลตอบแทนของทุนมนุษย์นั้นเพิ่มขึ้นเองตามระดับการศึกษา ภาครัฐบาลได้ช่วยปกป้องผู้มีทุนมนุษย์ต่ำ ด้วยการบังคับใช้กฎหมายค่าจ้างขั้นต่ำ อัตราค่าจ้างขั้นต่ำรายวันในประเทศไทยแตกต่างกันเป็นรายจังหวัด ในปี 2552 อัตราค่าจ้างขั้นต่ำของกรุงเทพมหานครอยู่ที่ 203 บาทต่อวัน อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้อัตราค่าจ้างขั้นต่ำยังไม่มีประสิทธิภาพนัก แรงงานนอกระบบมักจะได้ค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ ในปี 2538 ประมาณร้อยละ 50 ของแรงงานซึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาได้รับค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ สัดส่วนของแรงงานที่ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำได้ลดลงเหลือร้อยละ 34 ในปี 2552 การลดลงดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการบังคับการใช้กฎหมายที่ประสิทธิภาพมากขึ้น หรืออาจเกิดจากความต้องการแรงงานมากขึ้นที่ช่วยผลักค่าจ้างให้สูงขึ้น

เนื่องจากภาคเกษตรกรรมและภาคบริการเป็นภาคที่ใช้กำลังแรงงงานมาก ฉะนั้นความต้องการแรงงานไร้ฝีมือในทั้งสองภาคนี้จึงสูง แต่เนื่องจากแรงงานไทยส่วนใหญ่เริ่มมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จึงเริ่มปลีกตัวออกจากงานที่ให้ค่าตอบแทนต่ำ ยิ่งไปกว่านั้นแรงงานที่อายุมากที่มักจะมีการศึกษาต่ำเริ่มแก่ตัวลงเกินกว่าที่จะทำงานไหว ฉะนั้น ช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างอุปสงค์และอุปทานของแรงงานจะถูกเติมเต็มด้วยการจ้างแรงงานจากต่างประเทศเข้ามา เพื่อให้เศรษฐกิจเติบโตขึ้น ภายใต้เทคโนโลยีเดิมที่ยังมีอยู่นั่นเอง หรืออีกหนึ่งทางเลือกเพื่อให้เศรษฐกิจเติบโตขึ้น คือการเพิ่มการลงทุนในทุนทางกายภาพและทุนมนุษย์ให้สูงมากขึ้น

**แผนภูมิที่ 5.8 สัดส่วนของแรงงานที่ได้รับค่าจ้างที่ต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ จำแนกตามการศึกษา**




แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 3.

หมายเหตุ: ใช้ค่าจ้างขั้นต่ำของกรุงเทพมหานคร

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

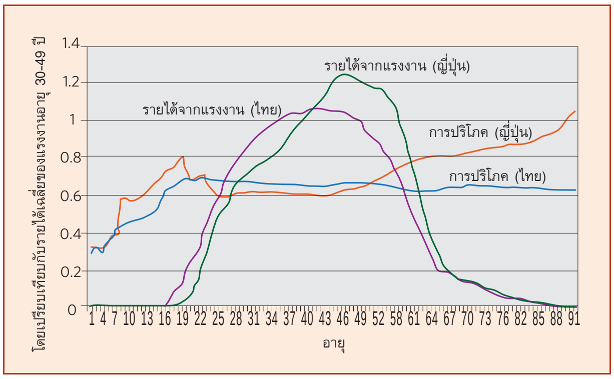
## การปันผลทางประชากร (Demographic Dividend)

### *การปันผลทางประชากรครั้งแรก (The First Demographic Dividend)*

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

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

**แผนภูมิที่ 5.9 วงจรชีวิตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย (2547) และประเทศญี่ปุ่น (2547)**

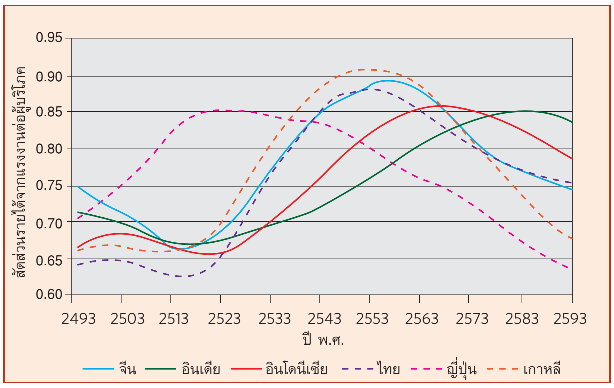



แหล่งข้อมูล: จาก Chawla (2008) สำหรับประเทศไทย และ Ogawa, Mason, et al. (2009) สำหรับประเทศญี่ปุ่น

แผนภูมิที่ 5.9 แสดงการเปรียบเทียบวงจรชีวิตเศรษฐกิจของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นโดยใช้ค่าเฉลี่ยต่อคนตามกลุ่มอายุของการบริโภคและรายได้จากแรงงานโดยปรับค่าต่างๆโดยใช้ค่าเฉลี่ยรายได้จากแรงงานอายุ 30-49 ปี รูปแบบอายุของรายได้จากแรงงานแสดงความแตกต่างที่สำคัญในตลาดแรงงานระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น รายได้เพิ่มขึ้นไปพร้อมกับอายุตลาดแรงงานของประเทศญี่ปุ่นค่อนข้างเป็นระบบอาวุโส รายได้จากแรงงานถึงจุดสูงสุดที่อายุประมาณ 40-45 ปี ในประเทศไทยขณะที่ในประเทศญี่ปุ่นถึงจุดสูงสุดที่อายุประมาณ 50 ปี ทั้งสองประเทศมีรายได้จากแรงงานลดลงอย่างสูงประมาณช่วงเกษียณที่อายุ 60-65 ปี ทั้งนี้ความแตกต่างในรูปแบบอายุของการบริโภคเป็นสิ่งที่เด่นชัดมาก ทั้งประเทศไทยและญี่ปุ่น การบริโภคของประชากรวัยเด็กเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นการบริโภคที่สูงขึ้นมากในประเทศญี่ปุ่นส่วนสำคัญมาจากการลงทุนในการศึกษาที่สูงขึ้นโดยทั้งจากรัฐบาลและครอบครัว มากไปกว่านั้นการบริโภคโดยผู้สูงอายุในประทศญี่ปุ่นเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าในประเทศไทยส่วนสำคัญมาจากการบริโภคที่สูงขึ้นในการดูแลสุขภาพและการประกันการดูแลระยะยาว (long term care insurance) วิธีการคำนวนการปันผลทางประชากรอยู่ในภาคผนวก

การคำนวณสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจทำได้โดยง่าย โดยใช้ค่าเฉลี่ยการบริโภคและรายได้จากแรงงานตามกลุ่มอายุ และถ่วงน้ำหนักด้วยโครงสร้างอายุประชากร สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร โดยกำหนดให้ประสิทธิภาพในการผลิตคงที่ รายได้ต่อผู้บริโภคอาจจะเพิ่มขึ้นเมื่อสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน เมื่อสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจลดลง รายได้ต่อผู้บริโภคอาจลดลง ผลการศึกษาจากสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษาซึ่งแสดงในแผนภูมิที่ 5.10 ผลการศึกษาชี้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศญี่ปุ่นเกิดขึ้นก่อนประเทศอื่นๆในเอเชีย ซึ่งส่งผลให้สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นและลดลงก่อนประเทศอื่นๆ สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในช่วงก่อนปี 2523 แต่ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรในวัยทำงาน สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจของประเทศไทยถึงจุดสูงสุดในปี 2552 และคาดว่าจะลดลงในปี 2553 ในทางตรงกันข้าม ประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น ประเทศอินโดนีเซียและอินเดีย สามารถที่จะเพิ่มสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจในช่วงหลายทศวรรษถัดไป

**แผนภูมิที่ 5.10 สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา**

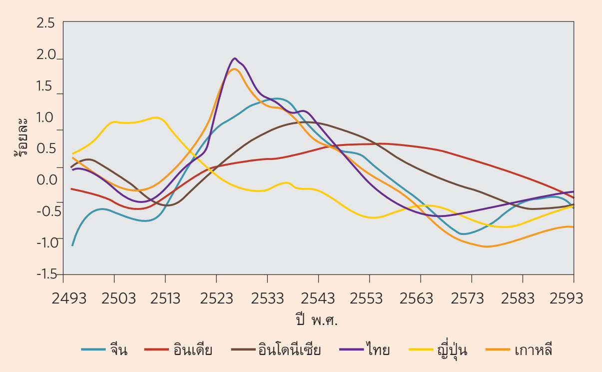



แหล่งข้อมูล: จากการคำนวณของผู้เขียนโดยอาศัยวงจรชีวิตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย

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

แรกสำหรับประเทศไทยจะสิ้นสุดลง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะไม่ส่งผลบวกต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย ประชากรสูงอายุจะส่งผลลบต่ออัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจหากปัจจัยอื่นๆ คงที่

**แผนภูมิที่ 5.11 การปันผลทางประชากรครั้งแรกสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา**




แหล่งข้อมูล: จากการเติบโตของสัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา

ระยะช่วงเวลาของการปันผลครั้งแรกมีความแตกต่างจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศอื่นๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอัตราการว่างงาน อัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อวงจรชีวิตทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ การลงทุนในทุนมนุษย์ยังมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพในการผลิตของแรงงานซึ่งส่งผลต่อการผลิตรวมของระบบเศรษฐกิจ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อกำหนดให้ปัจจัยอื่นๆคงที่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรสามารถทำให้รายได้ต่อหัวของประเทศนั้นๆ เพิ่มขึ้น ส่วนของผลกระทบและระยะเวลาการปันผลทางประชากรครั้งแรกนั้นขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของประชากรในแต่ละประเทศว่ารวดเร็วเพียงใด ประเทศญี่ปุ่นประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรก่อนประเทศอื่นๆในเอเชีย ด้วยเหตุนี้ประเทศญี่ปุ่นจึงได้รับการปันผลทางประชากรครั้งแรก ก่อนช่วงปี 2493-2503 และสิ้นสุดในช่วงปี 2523 - 2533 แต่ประเทศอื่นๆ นั้นไม่ได้รับประโยชน์จากการปันผลทางประชากรครั้งแรกจนกระทั่งกลางช่วงปี 2513 - 2523 บางประเทศ เช่น ประเทศจีน เกาหลีใต้และไทย มีการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างรวดเร็วด้านการลดลงของอัตราการเจริญพันธุ์รวมซึ่งส่งผลอย่างมากต่อการปันผลทางประชากรครั้งแรก การเปลี่ยนแปลงประชากรในประเทศจีน เกาหลีใต้ และไทย นำไปสู่การเพิ่มขึ้นในรายได้ต่อหัวประมาณ 1-2 เปอร์เซ็นต์ ในช่วงปี 2523 - 2533 ในขณะที่ ประเทศอินเดียและฟิลิปปินส์มีการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างช้าๆ ทำให้เกิดผลกระทบที่เล็กน้อยต่อการปันผลครั้งแรก

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในประเทศเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มประชากรวัยเด็กที่มีขนาดเล็กโตขึ้นเป็นวัยทำงาน สัดส่วนของประชากรวัยทำงานจะลดลงและสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น สัดส่วนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจจะลดลงซึ่งเป็นการสิ้นสุดระยะเวลาการปันผลทางประชากรครั้งแรก ปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงประชากรชี้ให้เห็นว่าผลดีของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจกำลังจะถึงจุดสิ้นสุด อย่างไรก็ตาม การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยตลอดจนประเทศอื่นๆ สามารถจะคงอยู่ได้อย่างยั่งยืนถึงแม้ว่าจะมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น โดยผ่านการสะสมทุนสินทรัพย์และทุนมนุษย์

## *การปันผลทางประชากรครั้งที่สอง (Second Demographic Dividend)*

การสะสมทุนสินทรัพย์โดยทั่วไปสามารถสร้างให้เกิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืน เรียกว่า การปันผลทางประชากรครั้งที่สอง ซึ่งไม่เหมือนกับการปันผลทางประชากรครั้งแรก การปันผลทางประชากรครั้งที่สองไม่ใช่ลักษณะการเปลี่ยนแปลงชั่วคราว การสะสมทุนสินทรัพย์สามารถนำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างถาวรในการผลิตที่ใช้เครื่องจักรมากขึ้นต่อหน่วยแรงงาน ทำให้ทุนต่อแรงงานมีระดับสูงขึ้นส่งผลให้การบริโภคส่วนบุคคลสูงขึ้น

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

คนแต่ละกลุ่มอาจพึ่งพิงรูปแบบความมั่งคั่งที่แตกต่างกัน ความเป็นไปได้อย่างแรกคือคนในวัยเกษียณอายุอาจพึ่งพาเงินโอนจากภาครัฐ เช่น เงินบำนาญและโครงการสวัสดิการอื่นๆ หรือจากการโอนจากครอบครัวจากบุตรในวัยทำงาน ในกรณีดังกล่าวคนเหล่านี้จะพึ่งพิงทุนในรูปการถ่ายโอนทรัพย์สินเพื่อที่จะใช้ในการบริโภคช่วงการเกษียณอายุ ความเป็นไปได้อย่างที่สองคือคนวัยเกษียณอาจพึ่งพิงสินทรัพย์ที่ตนสะสมมาในช่วงทำงานเพื่อนำมาใช้จ่ายเพื่อบริโภคในวัยเกษียณ รูปแบบทั้งสองของทุนนี้สามารถช่วยสนับสนุนการขาดดุลของวงจรชีวิต ในช่วงวัยชราได้

สำหรับมุมมองของแต่ละบุคคล ทุนจากการถ่ายโอนและทุนจากทรัพย์สินสามารถที่จะใช้ทดแทนกันได้เพื่อใช้จ่ายในการบริโภคได้ อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของเศรษฐกิจมหภาค การสะสมทรัพย์สินทำให้สัดส่วนทุนต่อแรงงานสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตและสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจ การถ่ายโอน ไม่ได้นำไปสู่การผลิตที่สูงขึ้น หรือ สามารถที่จะนำไปสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจได้ สาเหตุคือการถ่ายโอนสุทธิในเวลาหนึ่งเวลาใดจะมีค่าเป็นศูนย์เนื่องจากเงินโอนได้รับจากคนกลุ่มอายุหนึ่ง คือ เงินโอนที่จ่ายโดยคนอีกกลุ่มอายุหนึ่ง ดังนั้นเงินทุนจากทรัพย์สินเท่านั้นที่อาจจะเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตของแรงงานและส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ ผลของการสะสมทุนเป็นกลไกสำคัญในการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นที่มาของปันผลทางประชากรครั้งที่สอง

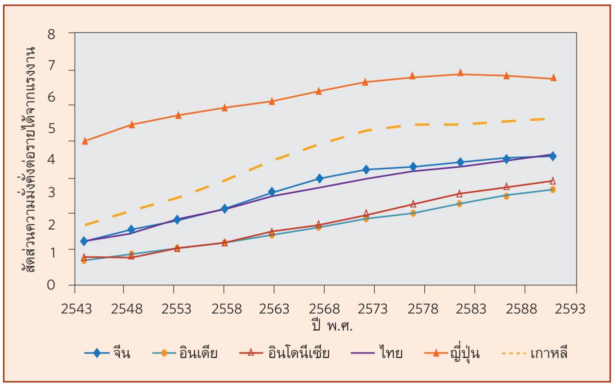
ความมั่งคั่งสามารถสามารถจะสะสมได้ตลอดชีวิตเพื่อที่จะใช้จ่ายด้านการบริโภคในอนาคตเมื่อรายได้จากการทำงานมีไม่มากพอในช่วงวัยสูงอายุ จากการศึกษาทางประชากรเพื่อประมาณการจำนวนผู้บริโภคและผู้ผลิตสามารถทำได้สำหรับคนในแต่ละกลุ่ม (cohort) ความมั่งคั่งของวงจรชีวิต (life-cycle wealth) ของคนแต่ละกลุ่มเพิ่มขึ้นเมื่อมูลค่าการบริโภคในอนาคตสูงขึ้นเทียบกับมูลค่าการผลิตในอนาคต ในราคาปัจจุบัน ในความเป็นจริง ความต้องการความมั่งคั่งของวงจรชีวิต ส่วนมากจเอยู่ในช่วงคนวัยทำงานที่ใกล้เข้าสู่ช่วงเวลาที่ตนมีรายได้สูงสุดและผ่านช่วงวัยที่ต้องมีภาระในการเลี้ยงดูบุตรแล้ว ดูภาคผนวก ก เรื่องวิธีการคาดประมาณการปันผลประชากรครั้งที่ 2

ในการจำลองการปันผลทางประชากรครั้งที่สอง จำเป็นต้องสร้างสมมติฐานบางประการขึ้นมา ประการแรกคือ อัตราการเติบโตของการบริโภคและรายได้จากแรงงานเป็นตัวแปรภายนอก กำหนดค่าให้เท่ากับ ร้อยละ 1.5 ต่อปี และ อัตราดอกเบี้ยเท่ากับร้อยละ 3 ประการที่สองคือ ผู้คนจะเริ่มสะสมทุนเมื่ออายุ 50 ปี ประการที่สามคือ นโยบายการโอนไม่มีการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเติบโตของสินทรัพย์และความมั่งคั่งของวงจรชีวิตมีค่าเท่ากัน ประการที่สี่ คือ ความยืดหยุ่นของรายได้จากแรงงานตอบสนองต่อสินทรัพย์เท่ากับ 0.5 ซึ่งจากสมมติฐาน ความยืดหยุ่นของการผลผลิตตอบสนองต่อทุนเท่ากับหนึ่งในสาม ดังนั้น การปันผลทางประชากรครั้งที่สองสามารถคำนวณครึ่งหนึ่งของอัตราการเติบโตของอัตราส่วนของทุนต่อรายได้จากแรงงานรวม[1]

การที่มีประชากรในวัยสูงอายุมากเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อนและการปรับปรุงการดูแลสุขภาพสามารถยืดอายุขัยของคนได้ยาวนานขึ้นอีก ผนวกกับความยากลำบากไม่สามารถเพิ่มอัตราเจริญพันธ์ให้กลับไปอยู่ในระดับทดแทน ย่อมทำให้ประชากรสูงอายุจะมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างนโยบายที่รอบคอบในการส่งเสริมการออมมากกว่าการที่จะให้พึ่งพาการโอนจากรัฐเพื่อใช้ในการสนับสนุนการบริโภคในวัยสูงอายุ นโยบายดังกล่าวจะช่วยอำนวยความสะดวกในการสะสมทุนทางเศรษฐกิจที่สัมพันธ์กับรายได้จากแรงงาน หรือ การผลิตที่ใช้เครื่องจักรต่อแรงงานเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่ให้ผลชั่วคราวเหมือนการปันผลทางประชากรครั้งแรก

ดังเช่นที่แสดงในแผนภูมิที่ 5.12 อัตราส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานจะสูงในประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานสูงที่สุด เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นประสบกับภาวะประชากรวัยสูงอายุก่อนประเทศอื่นๆในเอเชีย สัดส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คล้ายกับในประเทศจีน ในทางกลับกัน ประเทศที่มีส่วนของผู้สูงอายุจำนวนน้อย เช่น อินเดียและอินโดนีเซียจะมีอัตราส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานต่ำที่สุด

**แผนภูมิที่ 5.12 สัดส่วนความมั่งคั่งต่อรายได้จากแรงงานสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา**

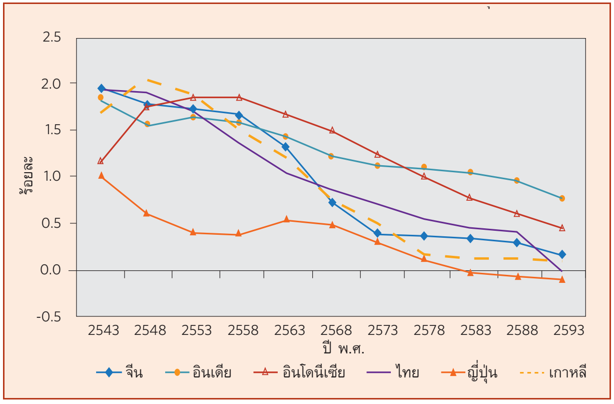



แหล่งข้อมูล: จากการคำนวณของผู้เขียนโดยอาศัยวงจรชีวิตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย

การปันผลทางประชากรครั้งที่สองสามารถจำลองได้ดังแผนภูมิที่ 5.13 ผลการศึกษาพบว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจสามารถเกิดขึ้นได้อีกนานหลายทศวรรษแม้จะมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ประเทศไทยรวมทั้งประเทศอื่นๆ อาจได้รับประโยชน์จากการเพิ่มขึ้นประชากรวัยสูงอายุหากประชากรในวัยทำงานสะสมทรัพย์สินเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการบริโภคในช่วงเกษียณอายุ ผลลัพธ์ยังแสดงให้เห็นว่าขนาดของการปันผลทางประชากรครั้งที่สองนั้นมีค่าสูงกว่าการปันผลครั้งแรกในทุกประเทศ

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

**แผนภูมิที่ 5.13 การปันผลทางประชากรครั้งที่สองสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา**




แหล่งข้อมูล: จากอัตราการเติบโตของสัดส่วนทุนต่อรายได้จากแรงงานสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา

บทเรียนที่สามารถเรียนรู้ได้จากเรื่องการปันผลครั้งที่สองในประเทศไทยรวมทั้งประเทศอื่นๆในเอเชีย คือ การที่ประเทศเหล่านี้ยังมีเวลาที่จะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ในการปันผลครั้งที่สอง เหตุผลก็คือในประเทศไทยนั้นประชากรสูงอายุยังไม่เด่นชัดเหมือนประเทศญี่ปุ่นหรือประเทศที่มีประชากรสูงอายุอื่นๆ ที่การสะสมทุนมีข้อจำกัดเนื่องจากคนวัยทำงานมีสัดส่วนน้อยลง ดังนั้นจึงจำเป็นที่ต้องมีการสร้างแผนการออมสำหรับประชากรในวัยทำงานของประเทศไทยในปัจจุบันเพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณ

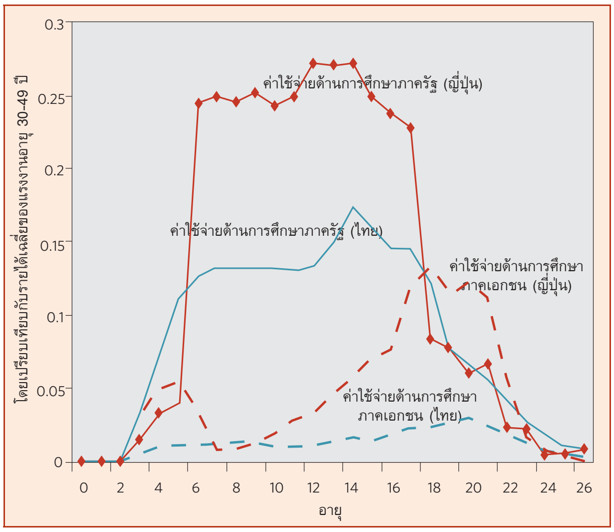
ในช่วงสุดท้ายของการปันผลทางประชากรที่สอง แม้การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรจะไม่มีผลดีต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ระดับของอัตราส่วนความมั่งคั่งต่อแรงงานจะมากกว่าในตอนแรก การเพิ่มขึ้นของความมั่งคั่งสามารถใช้ในการบริโภคที่มากขึ้นสำหรับแต่ละบุคคล อีกนัยหนึ่งบุคคลสามารถเพิ่มระดับการบริโภคที่สูงขึ้นได้ในอนาคตเพราะว่าทุนสะสมในช่วงการปันผลทางประชากรจะนำไปสู่การผลิตที่ใช้เครื่องจักรต่อแรงงานในอัตราส่วนที่สูงขึ้น ก่อให้เกิดประสิทธิภาพการผลิตของคนงานที่เพิ่มขึ้น

## การถ่ายโอนทุนมนุษย์ระหว่างรุ่น

การสะสมทุนมนุษย์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตของแรงงาน ซึ่งสามารถจะเร่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ คำถามคือว่าภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงทำให้การถ่ายโอนทุนมนุษย์ไปยังเด็กแต่ละคนมากขึ้นหรือไม่ ซึ่งจะสามารถเพิ่มผลิตภาพของแรงงานในอนาคตได้ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเจริญพันธุ์และการลงทุนในทุนมนุษย์หรือการได้อย่างเสียอย่างของคุณภาพและปริมาณที่ถูกกล่าวถึงโดย Becker และ Lewis (1973) หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงในจำนวนค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการศึกษา ภาวะเจริญพันธุ์ที่ต่ำลงจะนำไปสู่การลงทุนในทุนมนุษย์ที่สูงขึ้นต่อเด็กหนึ่งคน ในกรณีนี้เศรษฐกิจอาจขยายระยะเวลาการปันผลทางประชากรครั้งแรกเนื่องจากระดับการผลิตที่สูงขึ้นของแรงงาน ซึ่งจะช่วยให้แรงงานในอนาคตสร้างผลผลิตได้เพิ่มขึ้น

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

**แผนภูมิที่ 5.14 การถ่ายโอนทางการศึกษาระหว่างรุ่นจากรัฐบาลและเอกชน**



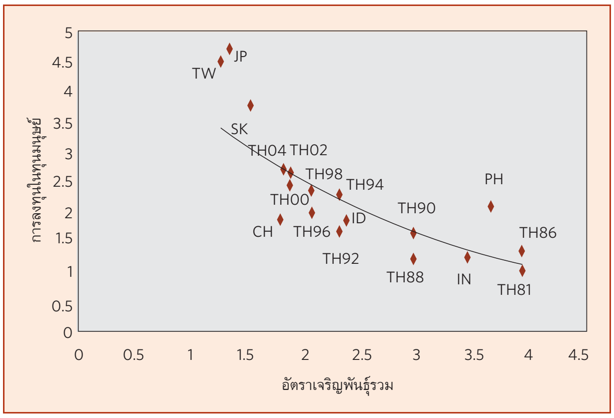

แหล่งข้อมูล: จากข้อมูลที่ใช้ในงานวิจัยของ Ogawa, Mason, et al. (2009)

ในแต่ละประเทศ ค่าใช้จ่ายต่อหัวด้านการศึกษาจากภาครัฐและเอกชนสำหรับวัยเด็กอายุน้อยกว่า 26 ปี สามารถนำมารวมในการวัดค่าประมาณการในกลุ่มของการถ่ายโอนทุนมนุษย์ทางการศึกษาเพื่อเด็กได้ การลงทุนในทุนมนุษย์สัมพันธ์กับรายได้จากแรงงานเฉลี่ย (E) สำหรับแต่ละประเทศสามารถประมาณในรูปแบบล็อกธรรมชาติ แผนภูมิที่ 5.15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเจริญพันธุ์รวม (TFR) และการลงทุนในทุนมนุษย์

ค่า TFR ได้คำนวณจากค่าเฉลี่ยสำหรับช่วงเวลาห้าปีที่ผ่านมาก่อนข้อมูลการลงทุนในทุนมนุษย์ (UN คาดการประชากร)[2]

การลดลงของ TFR อาจนำไปสู่การลงทุนในทุนมนุษย์ที่สูงขึ้นต่อเด็กหนึ่งคน ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตของแรงงานและเร่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

**แผนภูมิที่ 5.15 การได้อย่างเสียอย่างของคุณภาพและปริมาณสำหรับประเทศในเอเชียที่นำมาศึกษา**




แหล่งข้อมูล: จากการคำนวณของผู้เขียน โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากผลการศึกษาของโครงการบัญชีการโอนประชาชาติ (National Transfer Account Project)

## บทสรุปและเสนอแนะ

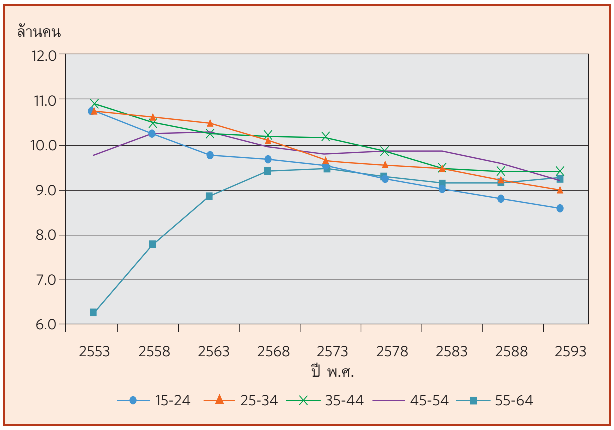
ถึงแม้ว่าสถานการณ์ต่างๆ ในอนาคตอาจจะไม่ได้สดใสมากนัก แต่ไม่ได้สิ้นหวังเกินกว่าจะรับมือได้ หากนโยบายต่างๆ ของประเทศไทยยังคงไม่มีเปลี่ยนแปลง ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรในวัยเด็กและวัยแรงงานที่น้อยลง อายุขัยที่เพิ่มขึ้นจะทำให้สัดส่วนการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ประมาณกลางศตวรรษนี้ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของประชากรในวัยแรงงานอยู่ที่ร้อยละ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

2 สมการถดถอยสามารถแสดงได้ดังนี้

ln(E) = 1.34 — 0.72*ln(TFR); R2=0.77 (16.81) (-7.62)

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

**แผนภูมิที่ 5.16 แนวโน้มประชากรวัยแรงงาน**




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

ถึงแม้จะมีประชากรสูงวัย แต่ประเทศไทยยังสามารถได้รับประโยชน์จากการประชากรสูงวัยเหล่านี้ได้ หากประชากรไทยรู้จักสะสมทุน สิ่งที่รัฐควรทำคือการสร้างแผนการออมสำหรับประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานในปัจจุบัน เพื่อให้แรงงานเหล่านี้สามารถเตรียมตัวเองให้พร้อมสำหรับวัยเกษียณ ผลคาดว่าประชาชนแต่ละคนจะสามารถรักษาระดับการบริโภคที่สูงขึ้นได้ในอนาคต เพราะการสะสมทุนตลอดช่วงเวลาการปันผลทางประชากร ซึ่งจะนำไปสู่การลงทุนที่เข้มข้นขึ้นและมีผลิตภาพแรงงานที่สูงขึ้น การส่งเสริมแรงงานให้ออมยังช่วยให้เกิดการคุ้มครองทางสังคม ประชากรในวัยสูงอายุมีความเปราะบางต่อความยากจนเพราะมีโอกาสที่รายได้จะต่ำกว่าการบริโภค หากไม่มีการสนับสนุนใดๆ อาจทำให้ประชากรในวัยสูงอายุตกอยู่ในภาวะยากจนได้ แผนภูมิที่ 5.17 ได้แสดงให้เห็นว่าภาวะความยากจนของคนสูงอายุนั้นสูงกว่าคนในวัยแรงงาน

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