

11 ตัวชี้วัด ประชากรไทย กับสุขภาพ

“จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง
และลักษณะของประชากรไทยในมิติต่างๆ
การคาดการณ์เกี่ยวกับผลกระทบที่จะ
เกิดขึ้นและการวางแผนเตรียมความพร้อม
เพื่อรับมือโดยเฉพาะในประเด็นด้านสุขภาพ
เป็นสิ่งที่สำคัญและท้าทายต่อสังคมไทย”

11 ตัวชี้วัด ประชากรไทยกับสุขภาพ

ในปีนี้ สุขภาพคนไทย 2555 นำเสนอ 11 ตัวชี้วัด
ภายใต้หัวข้อเรื่อง “ประชากรไทยกับสุขภาพ” ซึ่งพยายาม
สะท้อนข้อมูลตัวเลขและข้อเท็จจริงการเปลี่ยนแปลง
ที่กำลังเกิดขึ้นกับประชากรไทยในด้านต่างๆ ทั้งการเกิด
การตาย และการย้ายถิ่น อีกทั้ง นำเสนอนัยยะของ
การเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่มีต่อบริบทของประเทศ
และสุขภาพคนไทยในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านคุณภาพ
ชีวิตและการพัฒนามนุษย์ ผลกระทบต่อกำลังแรงงาน
และมิติทางเศรษฐกิจ ด้านครอบครัวและการเกื้อหนุน
ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบต่อระบบบริการ
สุขภาพ รวมถึง วิวัฒนาการของนโยบายทางประชากร
ของประเทศที่ผ่านมา และในอนาคต

ปัจจุบัน ประชากรไทยมีอัตราการเพิ่มที่ค่อนข้าง
ต่ำ จำนวนประชากรในราชอาณาจักรไทยตามสำมะโน
ประชากรและเคหะ ครั้งล่าสุด ปี 2553 อยู่ที่ 65.9
ล้านคน (รายงานผลล่วงหน้า) ในจำนวนนี้ประมาณ
เกือบ 3 ล้านคนเป็นคนที่ไม่มีสัญชาติไทย แม้ “ขนาด”
ของประชากรจะค่อนข้างเกือบคงที่ หรือเพิ่มขึ้นไม่มาก
แต่ “โครงสร้างอายุ” กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก
ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง
ประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) กลับมีสัดส่วน
เพิ่มขึ้นเป็นถึงร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และ
มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อไปอีก กล่าวได้ว่า ประเทศไทย
กำลังก้าวสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” โดยสมบูรณ์

เหตุผลสำคัญที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง
ประชากรข้างต้น คือ การลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราเกิด

และภาวะเจริญพันธุ์ของคนไทย จากในอดีต 30-50 ปีก่อน
ที่จำนวนเด็กเกิดในประเทศเคยมากถึงว่าหนึ่งล้านคน
ปัจจุบัน ได้ลดลงเหลือเพียงประมาณ 7-8 แสนคน
เช่นเดียวกับ อัตราเจริญพันธุ์รวม จากที่เคยมีมากถึง 6
ลดลงเหลือเพียง 1.6 เหตุผลสำคัญที่สอง คือ สุขภาพ
ที่ดีกว่าแต่ก่อนและแนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น
ของคนไทย จากในอดีตโดยเฉลี่ย อยู่ที่ประมาณ 50 ปี
ปัจจุบัน ได้เพิ่มเป็น 73 ปี อันเป็นผลจากคุณภาพ
การดำรงชีวิตที่ดีขึ้น และการพัฒนาด้านสาธารณสุข
ระบบบริการทางสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ดี ขณะนี้
คนไทยตายราว 4 แสนกว่าคนต่อปี ประเด็นที่สำคัญ
คือ การตาย และการเจ็บป่วยในปัจจุบันมีสาเหตุมาจาก
โรคไม่ติดต่อ จากพฤติกรรมกรรมการกินและการใช้ชีวิตที่
ไม่เหมาะสมของคนไทยเพิ่มขึ้นกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก

ในประเด็น “การย้ายถิ่น” อัตราการย้ายถิ่นภายใน
ประเทศของคนไทย แม้จะมีลักษณะยืดหยุ่นตามสภาพ
เศรษฐกิจในแต่ละช่วงเวลา แต่ที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง
โดยอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 3 ของประชากรทั้งหมด
ในปี 2552 สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจาก การขยายตัว
ของ “ความเป็นเมือง” ในประเทศไทยที่มีลักษณะเป็น
“การขยายเมืองไปหาคน” เพิ่มขึ้นเกินกว่าในอดีตที่เป็น
“คนย้ายถิ่นไปหาเมือง” ผลกระทบจากการย้ายถิ่นต่อ
สุขภาพ ทั้งทางกายและทางจิตใจของผู้ย้ายถิ่น
รวมถึงสมาชิกในครอบครัวต้นทาง โดยเฉพาะเด็กและ
คนชรา เป็นเรื่องที่สังคมไทยต้องเฝ้าระวังและให้การ
เกื้อหนุน

ปัจจุบัน กระแสความต้องการแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ โดยเฉพาะจากกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติจำนวนมากยังคงมีปัญหาเรื่องสถานภาพและการไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น จากการส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย จำนวนคนไข้ต่างชาติที่เข้ามารักษาดูแลในประเทศไทยมีทิศทางเพิ่มขึ้นทุกปี แม้จะเป็นผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศ การเฝ้าระวังและเตรียมรับมือกับผลกระทบในด้านลบที่อาจจะเกิดจากระบบบริการสาธารณสุขและคุณภาพของบริการสำหรับคนไทยเป็นเรื่องที่ผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ

จากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่เกิดขึ้น จำนวนการเกิดของเด็กไทยที่น้อยลงอย่างต่อเนื่อง อาจไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญเท่าไร จะทำอย่างไรให้เกิดและการเติบโตของเด็กไทยทุกคนเป็นไปอย่างมี “คุณภาพ” ที่ผ่านมา การพัฒนามนุษย์และโอกาสในการได้รับการศึกษาของคนไทยนับว่าดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเข้าเรียนหนังสือในทุกระดับชั้นสูงขึ้น เช่นเดียวกับจำนวนปีของการศึกษาโดยเฉลี่ย อย่างไรก็ตาม “ความไม่เท่าเทียม” ของการได้รับโอกาสในการศึกษาก็พบว่ายังคงมีอยู่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับระดับรายได้หรือในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ย่อมกระทบต่อขนาดของกำลังแรงงานและภาคการจ้างงานในประเทศ รวมถึงภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน อีกทั้งสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง ทำให้ความสามารถในการดูแลและเกื้อหนุน “ผู้สูงอายุ” มีแนวโน้มลดลงตามจำนวนเด็กเกิดที่ลดลงมาโดยตลอด การพัฒนาเพื่อเพิ่มผลิตภาพแรงงานไทย และเพิ่มทักษะการทำงานแก่แรงงานสูงวัยให้สามารถอยู่ในตลาดแรงงานได้ยาวนานขึ้น พึ่งพิงตนเองได้มากขึ้น เป็นเรื่องที่ควรเร่งส่งเสริม เช่นเดียวกับการสนับสนุนการออม การขยายความครอบคลุมของระบบหลักประกันทางรายได้แก่ผู้สูงอายุ และการส่งเสริมบทบาทของ “ชุมชน” ในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุในอนาคตให้เพิ่มมากขึ้น

จากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ระดับ “การบริโภคทรัพยากร” รวมถึง “การปล่อยของเสีย” ของคนไทยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มีทิศทางสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับ “ความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม” และความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ทรัพยากรและพลังงาน รวมถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยเร่งให้เกิด “ภาวะโลกร้อน” จึงเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องสนับสนุนและสร้างความตระหนัก

การเพิ่มขึ้นในสัดส่วนประชากรสูงอายุ นำไปสู่ข้อเสนอต่อการวางแผนเตรียมรับมือของระบบบริการสุขภาพไทยที่จะมีอัตราการใช้บริการในอนาคตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะบริการสุขภาพที่มีต้นทุนสูง ในด้านหนึ่งถือเป็นผลดีจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้คนไทยโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ดีขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่ง ภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้เพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะมาจากภาครัฐ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินถึงผลกระทบที่จะเกิดจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น และการดึงตัวของทรัพยากรทางสุขภาพที่มีในปัจจุบัน ทั้งในด้านทรัพยากรบุคคลและด้านสถานพยาบาล

ในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา นโยบายประชากรของไทยมุ่งการลดอัตราเพิ่มประชากร ด้วยเกรงว่าการเพิ่มของประชากรที่มากเกินไปจะกระทบต่อการพัฒนาประเทศ มาตรการต่างๆ ที่ออกมาเห็นได้ชัดว่าประสบความสำเร็จอย่างสูง แต่หลังจากนี้ ในสถานการณ์ที่จำนวนการเกิดมีแนวโน้มลดลง การกำหนดทิศทางนโยบายที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมหรือการออกมาตรการเพื่อเอื้อต่อการมีบุตร การพัฒนาคุณภาพประชากรในด้านต่างๆ จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับประเทศไทย เพื่อการมีประชากรที่เหมาะสมทั้งในด้านของ “ปริมาณ” และในด้าน “คุณภาพ”



โครงสร้างประชากร และการเปลี่ยนแปลง

ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทมา ว่าพัฒน์วงศ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**“อีก 40 ปีข้างหน้า เป็นไปได้ที่ประเทศไทย
จะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ถึงเกือบ 2 เท่า”**

ขนาดของประชากรไทยมีอัตราการเพิ่มที่ต่ำมากในปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่าจะหยุดขยายตัวในอีกไม่เกิน 20 ปี ข้างหน้า จากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของประชากร เป็นที่แน่ชัดว่า คนไทยจะยังมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น และประเทศไทย จะกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” โดยสมบูรณ์

ในรอบศตวรรษที่ผ่านมา ขนาดประชากรของไทย ได้ขยายใหญ่ขึ้นอย่างมาก สำนะโนประชากรครั้งแรก เมื่อปี 2453 นับจำนวนประชากรในราชอาณาจักร ได้เพียง 8 ล้านคน ประชากรไทยเพิ่มเป็น 26 ล้านคน ในปี 2503 และเพิ่มขึ้นถึง 65.9 ล้านคน ตามผล การทำสำมะโนประชากรครั้งสุดท้ายในปี 2553 (รายงานผล ล่วงหน้า)

ในจำนวนนี้ มีจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย อยู่มากถึง 2.7 ล้านคน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา นี้ ประชากรไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก อันเป็นผลมาจาก อัตราเกิดแต่ละปีได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันอัตรา เพิ่มประชากรของประเทศไทยอยู่ที่เพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้น ต่ำกว่าอัตราเพิ่มกว่าร้อยละ 3 เมื่อ 40 ปีก่อน อย่างมาก ทั้งยังมีแนวโน้มว่าอัตราเพิ่มประชากรนี้จะลด ต่ำลงไปอีกจนเหลือร้อยละ 0 ในอีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า หลังจากนั้นอาจลดลงถึงขั้นติดลบก็เป็นได้

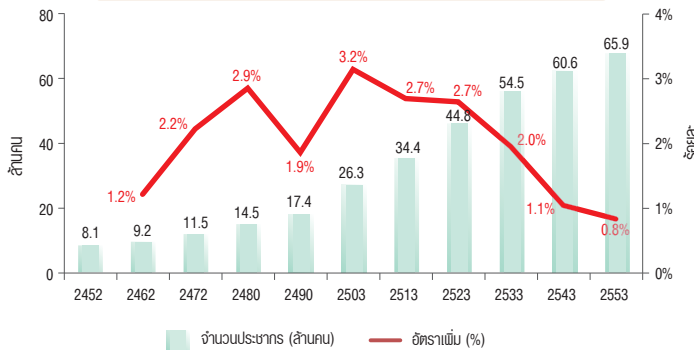
แม้ว่าขนาดประชากรไทยค่อนข้างจะคงตัวอยู่ที่ ประมาณ 65 ล้านคน แต่โครงสร้างอายุของประชากร กำลังเปลี่ยนไปอย่างมาก ในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา ประชากรไทยเปลี่ยนโครงสร้างจากที่เคยเป็นประชากร วัยเยาว์มาเป็นประชากรสูงวัยแล้ว เมื่อปี 2503 ประชากร อายุ 65 ปีขึ้นไป มีอยู่ไม่ถึงร้อยละ 3 ปัจจุบันประชากร สูงอายุกลุ่มนี้มีมากถึงร้อยละ 7.9 หรือมีจำนวนประมาณ 5 ล้านคน ประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งเคย มีอยู่มากถึงร้อยละ 40 ในปี 2503 ได้ลดลงครึ่งหนึ่ง เหลือเพียงประมาณร้อยละ 20 ในปัจจุบัน การที่ภาวะ เจริญพันธุ์จะลดต่ำลงไปอีก และผู้คนจะมีชีวิตยืนยาวขึ้น จะทำให้ประชากรไทยมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นเรื่อยๆ

ในอนาคตอีก 40 ปีข้างหน้า ถ้าภาวะเจริญพันธุ์ ลดต่ำลงไปอีก ประชากรไทยจะประกอบด้วยเด็ก เพียง ประมาณร้อยละ 12 วัยแรงงานประมาณร้อยละ 65 และประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 23 หรือ ถึงเกือบ 1 ใน 4

การรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ลดต่ำลงไป และการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยเป็นมาตรการ สำคัญและท้าทายสำหรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรไทย



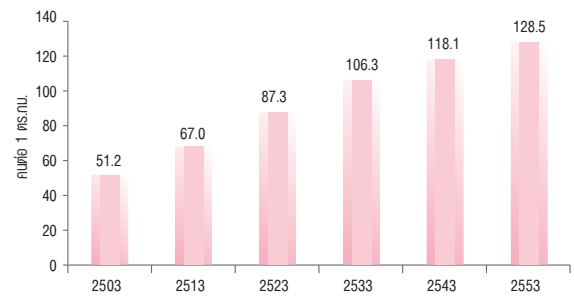
จำนวนประชากรและอัตราเพิ่มประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2452-2553



ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503, 2513, 2523, 2533, 2543 และ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

หมายเหตุ: อัตราเพิ่มประชากรตามแสดงในรูป เป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยในช่วงเวลา 10 ปี ของการทำสำมะโนประชากรและเคหะ ในขณะที่อัตราเพิ่มในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550-2553) เมื่อคำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎรอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.5

ความหนาแน่นประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2503-2553



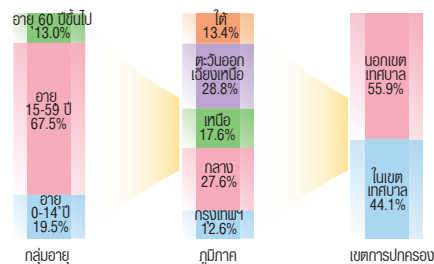
ภูมิภาค ความหนาแน่นประชากร ปี 2553 (คนต่อ 1 ตร.กม.)

ภูมิภาค	ความหนาแน่นประชากร ปี 2553 (คนต่อ 1 ตร.กม.)
กทม.	5,278.8
กลาง	177.7
เหนือ	68.6
ตะวันออก-เฉียงเหนือ	112.3
ใต้	125.4
รวม	128.5

ความหนาแน่นประชากรในกรุงเทพฯ สูงกว่าความหนาแน่นประชากรโดยเฉลี่ยทั้งประเทศถึง 41 เท่า...

สัดส่วนประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2553 จำแนกตามกลุ่มอายุ ภูมิภาคและเขตการปกครอง

ประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2553 รวม 65.9 ล้านคน

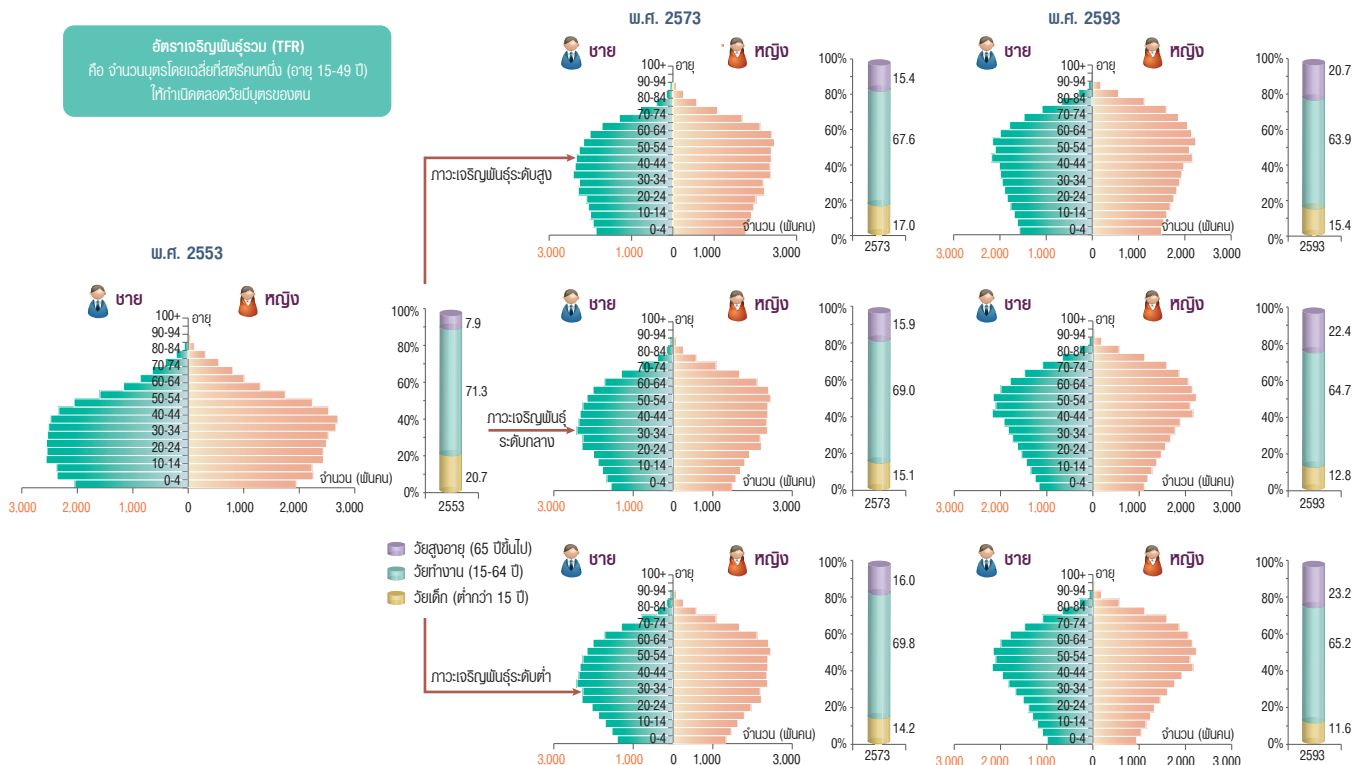


ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

เพื่อบิดประชากรไทยในอีก 40 ปีข้างหน้าตามข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับต่างๆ และร้อยละของประชากรจำแนกตามวัย (กลุ่มอายุหลัก) พ.ศ. 2553 2573 และ 2593

อัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR)

คือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่ง (อายุ 15-49 ปี) ใ้กำเนิดตลอดวัยมีบุตรของตน



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ: 1) อัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) เมื่อ พ.ศ. 2593 ในภาวะเจริญพันธุ์ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ เท่ากับ 1.65 1.45 และ 1.25 ตามลำดับ

2) วัยสูงอายุ ที่ใช้ในการคาดประมาณ กำหนดที่อายุ 65 ปีขึ้นไป

3) เนื่องจากเป็นการคาดประมาณจากข้อมูล สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 อาจทำให้ตัวเลขสัดส่วนประชากรใน พ.ศ. 2553 แตกต่างจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 ซึ่งยังไม่แล้วเสร็จสมบูรณ์ ณ ขณะจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย

การเกิด

2

ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา วาฬพจนวงศ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

“เด็กเกิดในประเทศไทยลดลงเหลือปีละ 7.6 แสนคน จากที่เคยสูงถึงกว่าล้านคน เมื่อ 30 ปีก่อน ขณะที่คนไทย ตายปีละ 4 แสนกว่าคน ช่องว่างคนเกิด คนตาย ลดลงเร็วมาก”

“เดี๋ยวนี้ เด็กเกิดในประเทศไทยน้อยลง” “เด็กรุ่นใหม่ ไม่ค่อยอยากแต่งงาน พวกที่แต่งงานแล้วก็มักกัน น้อยลง” “แต่ก่อนเข้าไปในหมู่บ้านก็จะได้ยินเสียงเด็กร้อง กะจ๋องอแง เดี๋ยวนี้ หมู่บ้านเงียบ มีแต่คนแก่”

คำพูดต่างๆ เหล่านี้ สะท้อนภาพภาวะเจริญพันธุ์ ของประเทศไทยที่ลดต่ำลงอย่างรวดเร็วในรอบ 20-30 ปี ที่ผ่านมา ในช่วงปี 2506-2526 ประเทศไทยมีจำนวน เด็กเกิดมากเกินกว่าล้านคนในแต่ละปี ที่เรียกว่า “คนรุ่น เกิด (เกิน) ล้าน” หลังจากนั้น จำนวนเด็กเกิดได้ลดลง จนเหลือเพียง 7 แสน 6 หมื่นราย ในปี 2553 มี แนวโน้มว่าจำนวนเด็กเกิดแต่ละปีอาจจะลดลงเหลือ ไม่ถึง 7 แสนคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า

ในอดีตเมื่อ 40-50 ปีก่อน ผู้หญิงไทยคนหนึ่งมี บุตรเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตนมากถึง 6 คน จำนวน บุตรเฉลี่ยนี้ได้ลดลงอย่างรวดเร็วจนถึงปัจจุบันนี้ ผู้หญิง ไทยมีบุตรเฉลี่ยเพียงแค่ 1.6 คนเท่านั้น ซึ่งเป็นอัตรา เจริญพันธุ์ต่ำกว่า “ระดับทดแทน” คือ สตรีคนหนึ่ง มีบุตรเฉลี่ยตลอดวัยมีบุตรของตนน้อยกว่า 2 คน ซึ่งเป็น จำนวนที่จะทดแทนพ่อและแม่

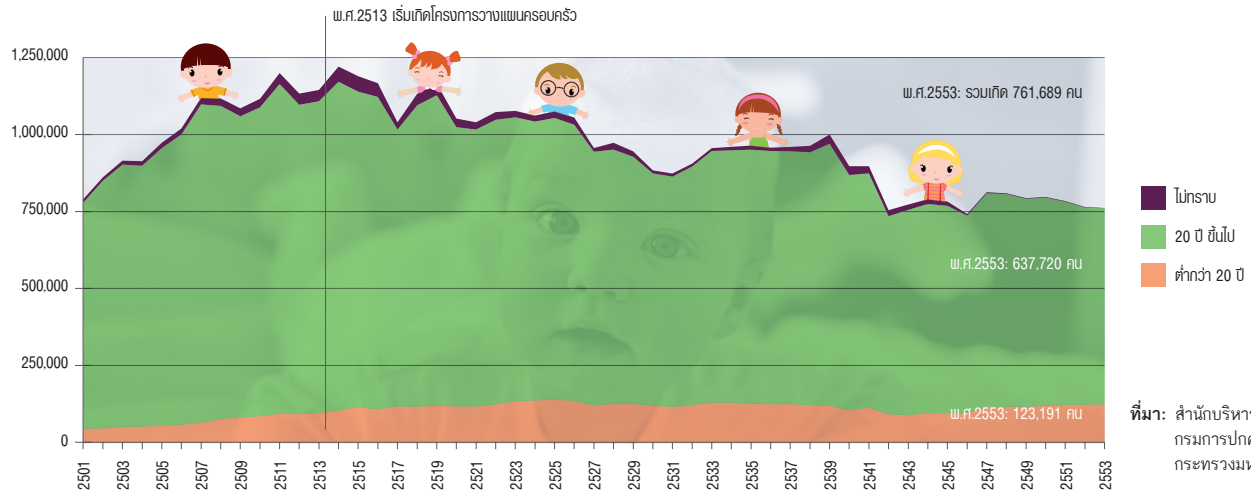
อย่างไรก็ตาม แม้อัตราเจริญพันธุ์รวมของผู้หญิง ไทยจะต่ำกว่าระดับทดแทนแล้ว แต่ประชากรไทยก็ยัง เพิ่มขึ้นทุกๆ ปี แม้แต่ละปีจะมีเด็กเกิดไม่ถึง 8 แสนคน แต่ก็ยังมากกว่าจำนวนคนที่ตายไปปีละ 4 แสนกว่าคน

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ของ ประเทศไทยลดลง คือ คนรุ่นใหม่ไม่แต่งงาน แต่งงาน สตรีไทยมีสถานภาพสูงขึ้น ทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ อัตราส่วนของสตรีรุ่นใหม่ที่ไม่แต่งงานเพิ่มสูงขึ้น คู่สมรส ที่แต่งงานแล้วในปัจจุบัน ก็มีความต้องการจำนวนบุตร ที่น้อยลง การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องที่ปฏิบัติกัน ทั่วไป ทั้งควบคุมจำนวนบุตรให้น้อยลง และเว้นระยะ การมีบุตรตามที่ปรารถนา

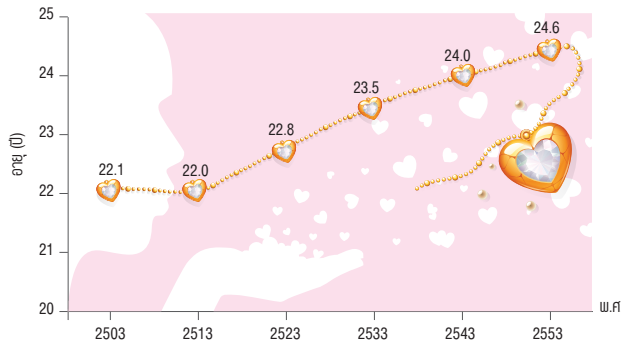
ประเทศไทยจึงต้องให้ความสนใจ “ต่อคุณภาพ ของการเกิด” มากกว่า “ปริมาณการเกิด” แล้ว



จำนวนการเกิดในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุมารดา พ.ศ. 2501-2553

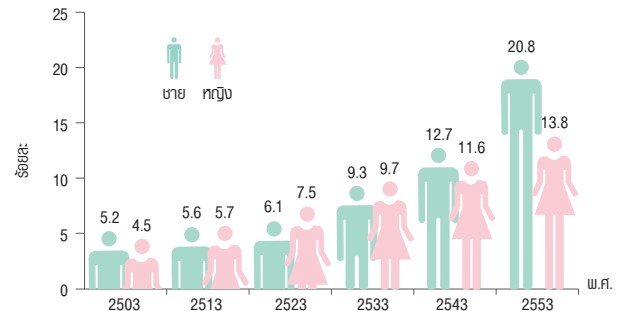


อายุเฉลี่ยเมื่อแรกสมรสของสตรีไทย พ.ศ. 2503-2553



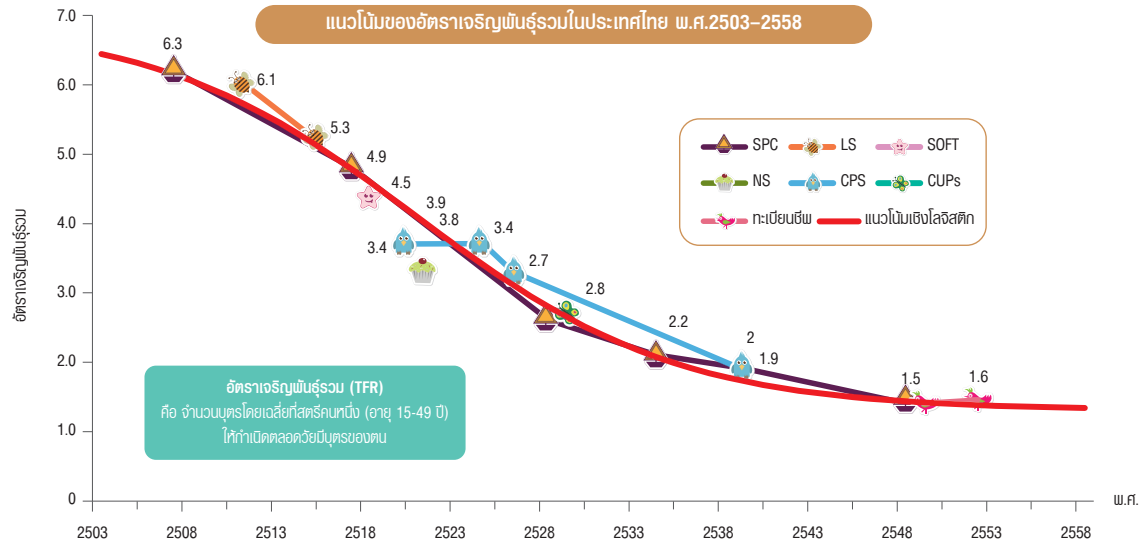
ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503, 2513, 2523, 2533, 2543 และ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

สัดส่วนชายหญิงที่ยังไม่แต่งงานในกลุ่มอายุ 30-49 ปี



ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503, 2513, 2523, 2533, 2543 และ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

แนวโน้มของอัตราเจริญพันธุ์รวมในประเทศไทย พ.ศ.2503-2558



ที่มา: Prasartikul, P.; Vapattanawong, P.; Thongthai, V. 2011.

หมายเหตุ:

SPC = การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร (Survey of Population Change)

LS = การศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Survey)

SOFT = การสำรวจภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (Survey of Fertility in Thailand)

NS = การสำรวจทั่วประเทศ (National Survey)

CPS = การสำรวจความชุกของการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey)

CUPS = รูปแบบของการคุมกำเนิดในประเทศไทย (Contraceptive Use Patterns in Thailand)

ทะเบียนชีพ = เป็นการคำนวณจากการจดทะเบียนการเกิดในปี พ.ศ.2552

การเจ็บป่วย และการตาย

3

ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทมา ว่าพัฒน์วงศ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

“จำนวนการตายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่ใช่เพราะเรามีโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น หากเป็นเพราะประชากรไทยมีอายุสูงขึ้น ประมาณว่าร้อยละ 60 ของคนที่ตายทั้งหมดในแต่ละปีเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป”

เดี๋ยวนี้ คนไทยมีสุขภาพดีกว่าแต่ก่อนมาก อายุยืนยาวขึ้น เมื่อ 40-50 ปีก่อน พอเกิดมา คาดเฉลี่ยว่าคนไทยจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกเฉลี่ยเพียง 50 ปีเท่านั้น ปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้นถึง 73 ปี เราหวังว่าคนไทยจะยังมีอายุยืนขึ้นไปอีกในอีก 20-30 ปีข้างหน้า คนไทยน่าจะมียุคเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดถึง 80 ปี ไม่น้อยกว่าชาวญี่ปุ่นในปัจจุบันมากนัก

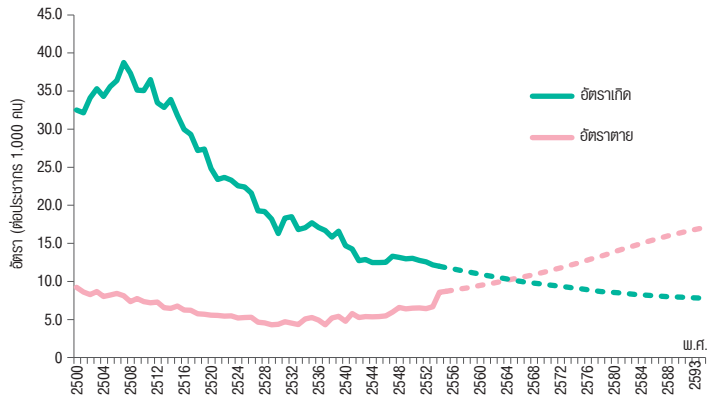
คนไทยตายราว 4 แสนกว่าคนในแต่ละปี แต่จำนวนตายนี้กำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต อีกราว 10-20 ปีข้างหน้า อาจจะมีคนไทยตายปีละกว่า 6 แสนคน (หรือที่อัตราการตายประมาณ 10 คน ต่อประชากร 1,000 คน) ซึ่งจะเป็นจำนวนพอๆ กับการเกิด ทำให้ประชากรไทยไม่เพิ่มขึ้น หรืออาจถึงขั้นลดจำนวนลง

อายุเฉลี่ยของประชากรไทยที่สูงขึ้นมากในช่วงเวลา 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นผลอย่างมากจากการลดลงของการตายในวัยทารกและเด็ก เมื่อ 40 ปีก่อน เด็กเกิดมา 1,000 คน จะตายไปเสียตั้งแต่อายุยังไม่ครบขวบถึง 80 คน อัตราตายทารกได้ลดลงเหลือเพียง 13 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในปัจจุบัน การอนามัยแม่และเด็ก สุขาภิบาล การสร้างภูมิคุ้มกันโรค เช่น การปลูกฝี ฉีดวัคซีน ช่วยทำให้ทารกและเด็กมีอัตราการรอดชีพสูงขึ้นอย่างมาก อัตราตายในวัยอื่นๆ ของประชากรไทยก็ลดลงอย่างมากเช่นกัน การพัฒนาประเทศด้านต่างๆ ทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข สุขาภิบาล เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมทำให้อัตราตายของประชากรไทยลดต่ำลงอย่างมากในทุกกลุ่มอายุ

สาเหตุการตายของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปจากเดิมมาก ในอดีต คนไทยตายมากเพราะโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดไปได้ทั้งทางน้ำ อากาศ หรือโดยพาหะนำโรคชนิดต่างๆ ปัจจุบันการตายของประชากรไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมมาริณอยู่และการใช้ชีวิตของตนเอง สาเหตุการตายที่สำคัญในปัจจุบันได้แก่ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจและหลอดเลือด มะเร็งเอดส์ โรคหัวใจ ความดันเลือด รวมทั้งอุบัติเหตุบนถนน โรคสมัยใหม่หลายอย่างสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การขับขี่ยานพาหนะ

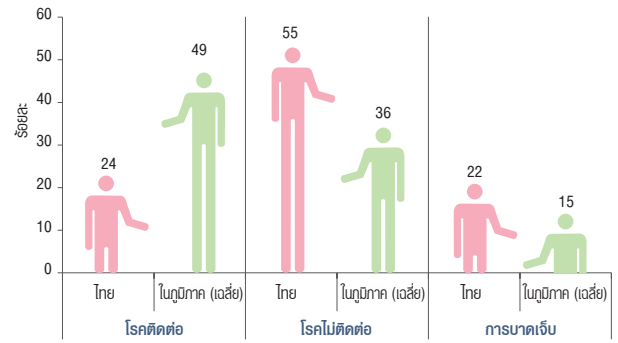
เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 และนับวันประชากรไทยจะยังมีอายุสูงขึ้น เราก็คงมองเห็นภาพแนวโน้มของภาวะความเจ็บป่วยของประชากรที่น่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนอายุน้อย ยิ่งอายุมากก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยมากขึ้น โรคของผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว เช่น โรคเบาหวาน โรคความจำเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเกี่ยวกับกระดูกและฟัน โรคเหล่านี้ต้องการการรักษาต่อเนื่อง โรคของผู้สูงอายุเหล่านี้จะเพิ่มภาระในการดูแลรักษาให้กับสังคมไทยในอนาคต

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอัตราเกิด อัตราตายของประเทศไทย พ.ศ. 2500-2593



ที่มา: ปีพ.ศ. 2500-2553 จำนวนจากข้อมูลทะเบียนราษฎร (ไม่มีการปรับการดัดแปลง) และ พ.ศ. 2554-2593 จำนวนจากการฉายภาพประชากร

ร้อยละจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) จำแนกตามสาเหตุ ของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาค พ.ศ. 2551

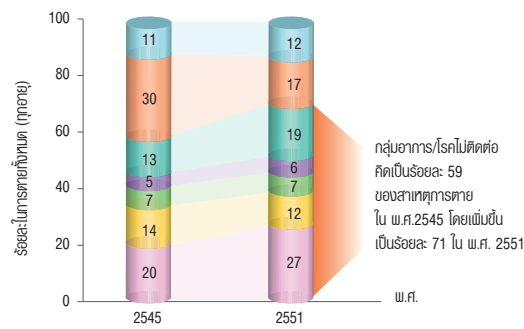


ที่มา: Global Health Observatory (GHO), WHO;

[<http://www.who.int/gho/countries/en/>; เข้าถึง 30 พ.ย. 2554]

หมายเหตุ: ประเทศในภูมิภาค หมายถึง กลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ขององค์การอนามัยโลก

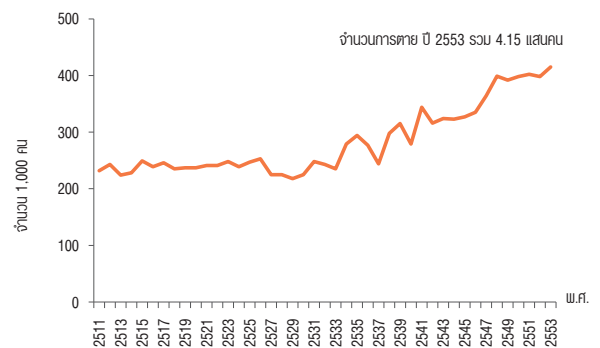
การตายของประชากรไทย จำแนกตามสาเหตุ พ.ศ. 2545 และ 2551



- การบาดเจ็บ
- โรคติดต่อ อนุบาลและเด็ก
- โรคติดต่อ
- โรคเรื้อรัง
- โรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ
- มะเร็ง
- โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

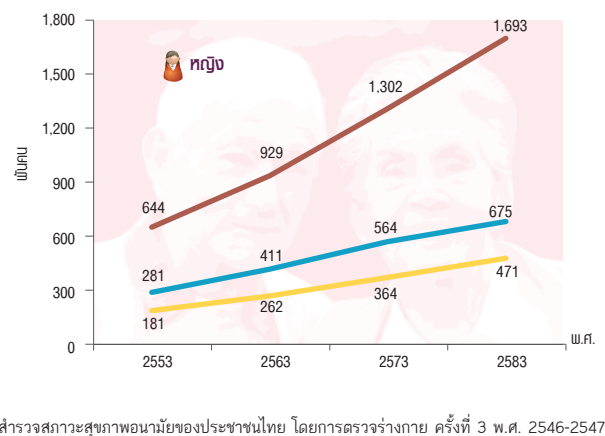
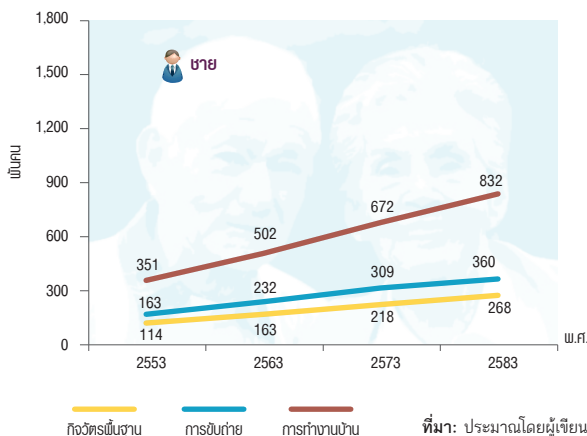
ที่มา: Global Health Observatory (GHO), WHO. [<http://www.who.int/gho/countries/en/>; เข้าถึง 30 พ.ย. 2554]

จำนวนการตายของประเทศไทย พ.ศ. 2511-2553



ที่มา: ข้อมูลทะเบียนราษฎร

ประมาณจำนวนผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันและตามเพศ พ.ศ. 2553-2583



ที่มา: ประมาณโดยผู้เขียน จากผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547

ภาวะพึ่งพิง (Dependency) หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง แต่ต้องการความช่วยเหลือหรือการพึ่งพิงจากบุคคลอื่น

การย้ายถิ่น (ในประเทศไทย) กับสุขภาพ

4

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรย์พร พันธุ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**“แนวโน้มการย้ายถิ่นของคนไทยลดลง และพบว่าหลังการย้ายถิ่น 2 ปี
แรงงานย้ายถิ่นมีสุขภาพะก่ัวไปดีขึ้น แต่หลังจากนั้นอีก 2 ปี (ปีที่ 4)
กลับแย่ลง โดยเฉพาะ ด้านจิตใจและสุขภาพะทางสังคม”**

จำนวนผู้ย้ายถิ่นและอัตราการย้ายถิ่นในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พลกระทบทางสุขภาพ ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ของตัวผู้ย้ายถิ่น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงาน เช่นเดียวกับพลกระทบที่มีต่อสมาชิกในครัวเรือนต้นทางที่ส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา อัตราการย้ายถิ่นของประชากรภายในประเทศมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 4.3 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2548 เป็นร้อยละ 3.0 ในปี 2552 โดยกระแสของการย้ายถิ่นระหว่างเมืองและชนบทมีลักษณะยืดหยุ่นตามภาวะเศรษฐกิจ ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ ปี 2540 และ ปี 2551-2552 การย้ายถิ่นจากเมืองสู่ชนบทมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่การย้ายจากชนบทกลับลดลง

สำหรับ “กลุ่มแรงงาน” ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นถึงกลุ่มวัยทำงานตอนกลาง ที่ย้ายถิ่นจากชนบท เข้ามาหางานทำในเมือง การย้ายถิ่นนั้นอาจส่งผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและด้านลบต่อตัวบุคคล ครัวเรือนหรือชุมชนในถิ่นต้นทาง เงินส่งกลับจากการย้ายถิ่นสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของครัวเรือน การศึกษาของเด็ก หรือการลงทุนในธุรกิจ

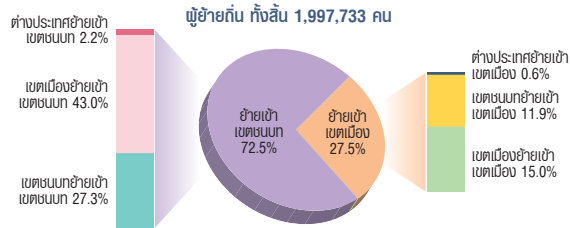
ย่อยๆ ในขณะที่ตัวผู้ย้ายถิ่นรวมทั้งสมาชิกในครัวเรือนอาจต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ

ก่อนการย้ายถิ่น แรงงานย้ายถิ่นมักจะเป็นผู้ที่มิมีสถานะสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ย้ายถิ่น และสุขภาพโดยรวมอาจปรับดีขึ้นภายหลังการย้ายถิ่นในระยะแรก อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาตามระยะเวลาที่อาศัยในถิ่นปลายทาง ยิ่งอยู่นานเท่าไรกลับพบว่าสุขภาพโดยรวมของแรงงานกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะแย่ลงกว่าเมื่อก่อนย้ายถิ่น โดยเฉพาะด้านจิตใจและทางสังคม นอกจากนี้ การย้ายถิ่นมักสร้างความกังวลใจให้กับพ่อแม่ผู้สูงอายุ อีกทั้ง เด็กๆ ที่พ่อแม่ต้องไปทำงานต่างถิ่น ก็มีโอกาสูงที่จะประสบปัญหาสุขภาพจิตใจและภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม

ขณะนี้มิมีโครงการและกิจกรรมในชุมชน/หมู่บ้านที่ได้ดูแลผู้สูงอายุและเด็ก อยู่บ้างพอสมควร แต่ยังมีโครงการใดที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กที่ประสบปัญหาอันเนื่องมาจากการย้ายถิ่นของสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นลูกของผู้สูงอายุหรือพ่อแม่ของเด็ก การป้องกันและการแก้ไขปัญหาเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนโดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับผลกระทบทางจิตใจ ซึ่งต้องการผู้ที่มีความรู้ และความชำนาญเฉพาะด้าน

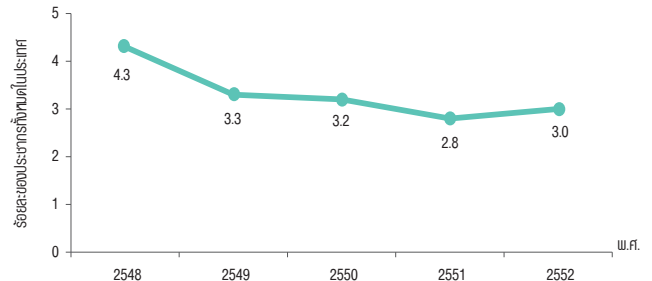
การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ให้คำจำกัดความ “ผู้ย้ายถิ่น” หมายถึง ผู้ที่ย้ายสถานที่อยู่อาศัยจากหมู่บ้านอื่น หรือเขตเทศบาลอื่น หรือจากประเทศอื่น ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยครั้งสุดท้าย มายังหมู่บ้านหรือเขตเทศบาลซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ปัจจุบัน ภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนการสำรวจ

กระแสการย้ายถิ่นของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2552



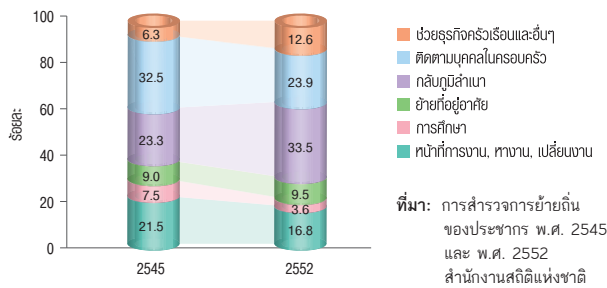
ที่มา: รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อัตราการย้ายถิ่น ของประชากรไทย พ.ศ. 2548-2552

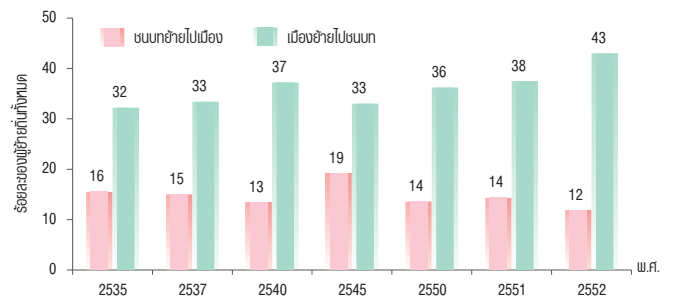


ที่มา: รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร้อยละของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามเหตุผลการย้ายถิ่น พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2552

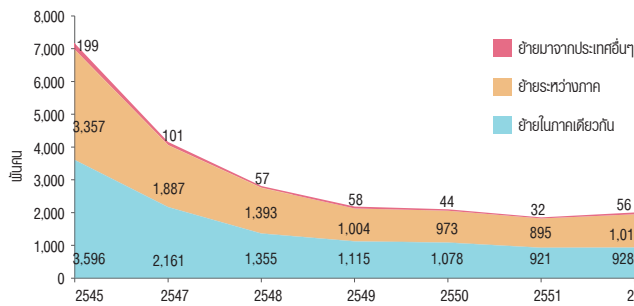


ร้อยละของผู้ย้ายถิ่นทั้งหมด จำแนกตามกระแสการย้ายถิ่น ระหว่างเขตเมืองและชนบท ระหว่าง พ.ศ. 2535-2552



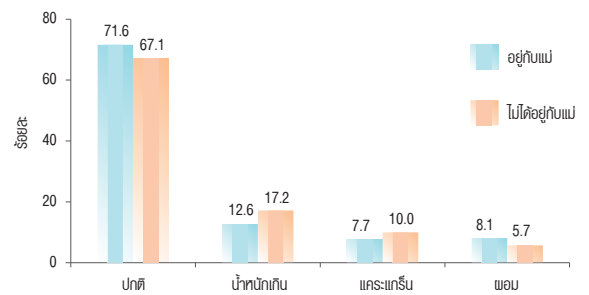
ที่มา: รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2535, 2537, 2540, 2545, 2550 และ พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูล พ.ศ. 2535-2551 จาก รายงานการสำรวจประเทศไทย พ.ศ. 2551-2553

จำนวนผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามสถานภาพการย้ายถิ่น ปี พ.ศ. 2545-2552



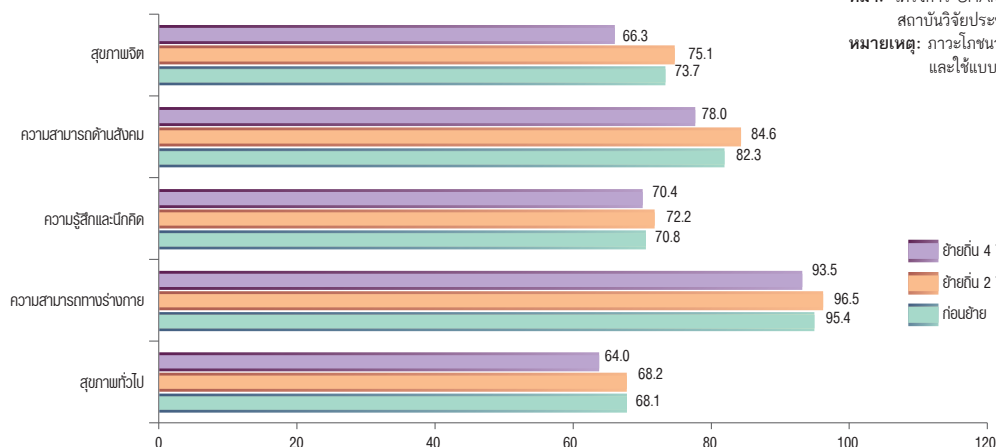
ที่มา: การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาวะโภชนาการของเด็กที่มีแม่อยู่ด้วย เทียบกับเด็กที่ไม่มีแม่อยู่ด้วย (แม่ย้ายถิ่น)



ที่มา: โครงการ CHAMPSEA (2554): สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล
หมายเหตุ: ภาวะโภชนาการ วัดจากน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็ก (3-11 ปี) และใช้แบบจำลอง WHO กำหนดระดับโภชนาการ

สุขภาพ: (คะแนนเฉลี่ย) ของผู้ย้ายถิ่น 2 ปี และ 4 ปี เปรียบเทียบก่อนและหลังย้ายถิ่น



ที่มา: โครงการการย้ายถิ่นและสุขภาพประชากร อายุ 15-33 ปี: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
หมายเหตุ: สุขภาพ วัดจาก SF36 Questionnaire โดยแต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน

การย้ายถิ่น กับสุขภาพ (ระหว่างประเทศ)

5

รองศาสตราจารย์ ดร.วาทินี บุญชะลิกซ์ และ ภัฏญา อภิพรชัยสกุล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

“1 ใน 25 คนของประชากรในไทยเป็นพหุที่ไม่มีสัญชาติไทย”

แรงงานข้ามชาติจำนวนมากยังคงไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการที่จำเป็น รวมถึงการส่งเสริมและป้องกันโรคติดต่อที่อาจแพร่ระบาด เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและเฝ้าระวัง และด้วยจำนวนคนใช้ชาวต่างชาติที่สูงขึ้นทุกปี จึงจำเป็นต้องติดตามผลกระทบต่อบริการสุขภาพในภาพรวมและการวางแผนรับมือในระยะยาวถือว่ามีความจำเป็น

สำมะโนประชากรและเคหะสำสุด ปี 2553 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทยทั้งสิ้นประมาณ 2.7 ล้านคน หรือร้อยละ 4.1 ของประชากร ในจำนวนนี้ มากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และเขตภาคกลาง คาดว่า เกือบร้อยละ 90 เป็นแรงงานชาวต่างชาติที่เข้ามาพำนักอาศัยและทำงานในประเทศ ซึ่งกลุ่มใหญ่ที่สุดมาจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา แรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้รวมถึงผู้ติดตามที่ยังมีสถานภาพการทำงานผิดกฎหมาย หรือไม่มีใบอนุญาตทำงาน น่าจะยังมีสูงกว่า 1 ล้านคน

ภายใต้สถานการณ์ “สังคมผู้สูงอายุ” รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกำลังแรงงานของไทย ส่งผลให้ความจำเป็นในการจ้างแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือ เพื่อมาทำงานในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการสร้างหลักประกันและสวัสดิการทางสุขภาพ

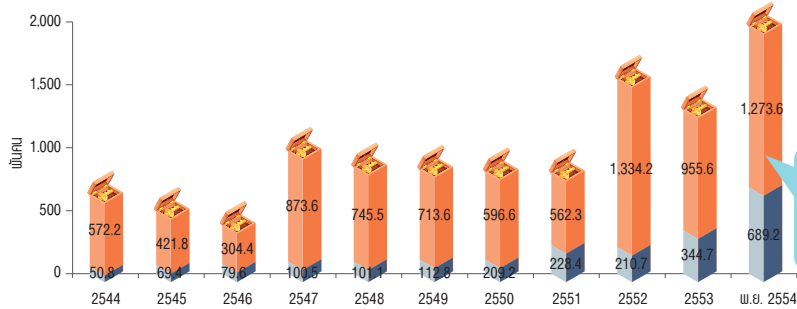
ที่เหมาะสมกับแรงงานและผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติเหล่านี้ เป็นเรื่องที่ต้องเร่งพิจารณา นอกจากนั้น ลักษณะการเจ็บป่วยที่พบในกลุ่มคนใช้ชาวต่างชาติชี้ว่า การเฝ้าระวัง ส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อ เช่น มาลาเรีย วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องที่สำคัญ

ในอีกด้านหนึ่ง ในปี 2550 ผู้ป่วยชาวต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนไทยมีจำนวนสูงถึง 1.37 ล้านคน เพิ่มจาก 0.55 ล้านคน ในปี 2544 ซึ่งคาดว่าเป็นผลจากการส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียของประเทศไทย (Thailand: Centre of Excellent Health Care of Asia) ตั้งแต่ปี 2546

ตัวเลขนี้ยังสำรวจไม่ครบ และยังไม่ได้รวมผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติและผู้ป่วยต่างชาติตามเขตชายแดน ซึ่งถ้ารวมกันทั้งหมดน่าจะเกิน 3 ล้านคน การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยต่างชาตินี้ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ระบบบริการสุขภาพของไทยต้องพิจารณาถึงการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถด้านทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ เพื่อรองรับและไม่ให้เกิดผลกระทบต่อบริการและคุณภาพการบริการทางสุขภาพแก่คนไทยในประเทศ



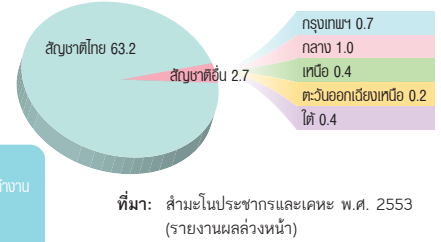
จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย จำแนกตามลักษณะการเข้าเมือง (พ.ศ. 2544 - พฤศจิกายน พ.ศ. 2554)



ที่มา: ฝ่ายทะเบียนและสารสนเทศ สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน

เข้าเมืองผิดกฎหมาย
เข้าเมืองถูกกฎหมาย

จำนวนประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2553 จำแนกตามสัญชาติและภูมิภาค



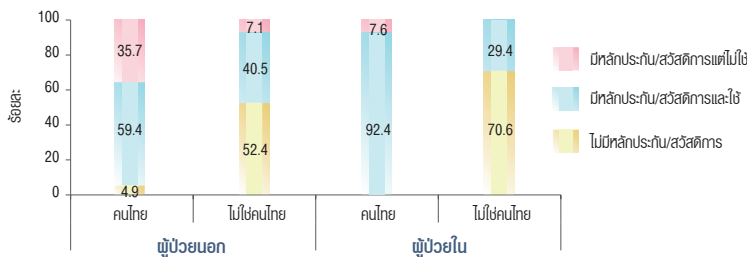
ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

การคาดประมาณจำนวนประชากรต่างชาติในประเทศไทย จำแนกตามประเภท พ.ศ. 2552-2553

ประเภท	จำนวนที่คาดประมาณ (คน)	ร้อยละ
พำนักรักษาพยาบาล	373,251	10.6%
ผู้พักอาศัยชั่วคราว	121,109	3.4%
นักท่องเที่ยวและวีซ่าผ่านแดน	92,014	2.6%
นักศึกษา (ระดับอุดมศึกษา)	19,052	0.5%
ผู้พลัดถิ่นอพยพ (อาศัยในค่ายชั่วคราวผู้พลัดถิ่นอพยพ)*	141,076	4.0%
พำนักรักษาพยาบาลและทำงาน	3,141,580	89.4%
แรงงานวิชาชีพ แรงงานฝีมือและกึ่งฝีมือ (รวมผู้ติดตาม)	106,486	3.0%
ผู้พำนักรักษาพยาบาล (พ.ศ. 2550)	65,558	1.9%
กลุ่มชาติพันธุ์	303,610	8.6%
คนไทย หรือสัญชาติไทย	210,182	6.0%
แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า กัมพูชาและลาว (รวมผู้ติดตาม)	2,455,744	69.9%
รวม	3,514,831	100.0%

ที่มา: Thailand Migration Report 2011 (Jerrold W. Huguet และ Aphichart Chamratrithong, 2011)
หมายเหตุ: *ผู้พลัดถิ่นอพยพ ไม่ถูกนับรวมในสำมะโนประชากรและเคหะของประเทศไทย

การใช้สิทธิประโยชน์จากหลักประกันหรือสวัสดิการทางสุขภาพในการรักษาพยาบาลของคนไทยเทียบกับผู้ใช้คนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จำแนกตามประเภทการรักษารายการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย



ที่มา: วาทีน และคณะ (2555) จำนวนจาก ผลการสำรวจระดับชาติ "ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคในคนไทย และแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2554"
หมายเหตุ: "ผู้ใช้คนไทย" ประกอบด้วย กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่มีสัญชาติไทย

การคาดประมาณจำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นต่อปีจากนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (medical hub)

ช่วงปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นรวม ต่อปี ^{ก)}	ร้อยละของจำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นโดยคนไทยต่างชาติ
	สมมติฐาน 1 ^{ข)}	สมมติฐาน 2 ^{ค)}
2549-2550	856-999	971-1,159
2551-2552	969-1,132	1,092-1,313
2553-2554	899-1,174	1,133-1,416
2557-2558	1,034-1,239	1,210-1,542

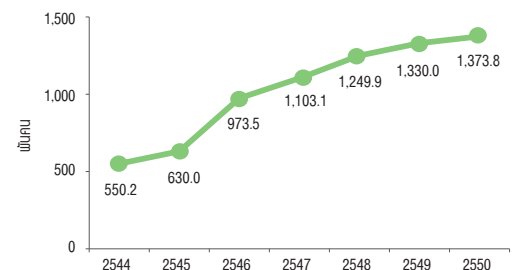
ที่มา: Anchana Na-Ranong and Viroj Na-Ranong, 2011

10 อันดับโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยชาวต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย พ.ศ. 2553

10 อันดับโรคติดต่อที่พบบ่อย	ผู้ป่วยชาวต่างชาติ	ผู้ป่วยคนไทย
1	ท้องเสียเฉียบพลัน	ท้องเสียเฉียบพลัน
2	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ
3	มาลาเรีย	ปอดอักเสบ
4	ไข้เลือดออก	ไข้เลือดออก
5	ปอดอักเสบ	ไข้หวัดใหญ่
6	โรคตาแดง โรคตาอักเสบ	โรคตาแดง โรคตาอักเสบ
7	วัณโรค	อาหารเป็นพิษ
8	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	สุกใส
9	อาหารเป็นพิษ	วัณโรค
10	ไข้หวัดใหญ่	รูสวัด

ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรคในชาวต่างชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2553, สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2553) ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังโรคในผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ

จำนวนคนใช้ต่างชาติที่มารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทย พ.ศ. 2544-2550



ที่มา: สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ อ้างอิง อัญญา, วิโรจน์ และ ศิริชัย, 2552

หมายเหตุ: 1. ข้อมูลนี้รวบรวมจากตัวเลขที่โรงพยาบาลรายงานเข้ามา (รวม 55 โรงพยาบาลในปี 2550) ซึ่งอาจยังไม่ครบถ้วน
2. ข้อมูลตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา อาจรวมกรณีที่คนไข้กลับมารับการรักษาซ้ำ (revisit) ด้วย

หมายเหตุ: ก) รวมจำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นทั้งหมด จากคนไทยและคนใช้ต่างชาติ โดยสมมติว่าแพทย์หนึ่งคนรักษาคนไข้ไทยได้ไม่เกินวันละ 72-80 ครั้ง ซึ่งมีข้อสังเกตว่าอาจเป็นการกำหนดภาระงานของแพทย์ที่สูงเกินไป
ข) สมมติฐาน 1 สมมติฐานว่าแพทย์หนึ่งคนรักษาคนไข้ต่างชาติได้ไม่เกินวันละ 40-48 ครั้ง
ค) สมมติฐาน 2 สมมติฐานว่าแพทย์หนึ่งคนรักษาคนไข้ต่างชาติได้ไม่เกินวันละ 14-16 ครั้ง

คุณภาพชีวิตและการพัฒนามนุษย์

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

**“เยาวชนไทยอายุ 18-21 ปี เพียง 1 ใน 4 คนเท่านั้น
เข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษา”**

ระดับ “คุณภาพชีวิต” เป็นสิ่งที่วัดและเปรียบเทียบได้ยาก ปัจจุบัน มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องซึ่งตีความไว้ในหลายแนวทาง ไม่ว่าจะเป็นในด้านสวัสดิภาพหรือสวัสดิภาพ ด้านการพัฒนา มนุษย์ หรือด้านความมั่นคงของมนุษย์ภายใต้กรอบแนวคิด การพัฒนาที่ยั่งยืน

ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมี “ดัชนีคุณภาพชีวิต” หรือ “Quality of Life Index” ดีเป็นอันดับที่ 86 จากทั้งสิ้น 192 ประเทศ โดยมีจุดแข็งที่สำคัญเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในด้านค่าครองชีพและด้านสุขภาพ ในขณะที่จุดอ่อนได้แก่ด้าน ภูมิอากาศ สภาพเศรษฐกิจและ เสรีภาพ แม้เมื่อเทียบกับประเทศอื่น “ค่าครองชีพ” ของคนไทยจะถือว่าต่ำ แต่จากการสำรวจในคนไทย 1 แสนคนทั่วประเทศ กลับพบผู้ที่ประสบปัญหา ค่าครองชีพและค่าสินค้าปรับตัวสูงขึ้นสูงถึงร้อยละ 77 ในสัดส่วนที่รองลงมา ประสบปัญหา รายได้ไม่เพียงพอ กับค่าใช้จ่ายและปัญหาเรื่องเครียด ตามลำดับ

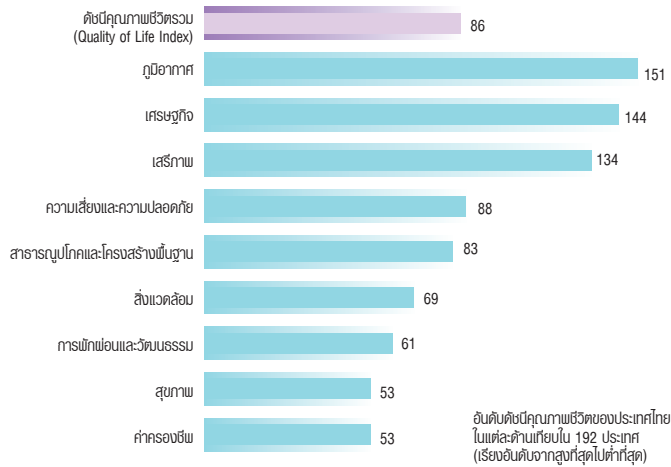
“การศึกษา” ถือเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สำคัญต่อการ พัฒนามนุษย์และคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ในปี 2554 ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 103 จากทั้งหมด 187 ประเทศ ตามระดับ “ดัชนีการพัฒนามนุษย์” แม้จำนวนปีการศึกษา

เฉลี่ยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จะมีทิศทางปรับ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 8.2 ปี อย่างไรก็ตาม ปัญหา “ความเหลื่อมล้ำ” ในการเข้าถึง การศึกษาก็ยังคงมีสูง โดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษา ตอนปลายและระดับอุดมศึกษา ใน 100 คน ของเด็ก และเยาวชนในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนที่สุด พบว่า เพียง 57 คน และ 2 คน ตามลำดับเท่านั้นที่ได้เข้าศึกษา ในขณะที่กลุ่มซึ่งอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวยที่สุด ได้เข้าศึกษาสูงถึง 100 คน และ 71 คน ตามลำดับ

ภายใต้กรอบแนวคิด “การพัฒนาที่ยั่งยืน” ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนรุ่นปัจจุบัน ไม่ควรบั่นทอนหรือลดโอกาสในการพัฒนาและรักษา ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในรุ่นถัดไป ตัวชี้วัดคุณภาพ ชีวิตใหม่ๆ ในปัจจุบัน เช่น ดัชนีโลกมีสุข และ ดัชนีสังคม ที่ยั่งยืน จึงให้ความสำคัญต่อประเด็นหรือองค์ประกอบ พิจารณาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและ ระบบนิเวศอย่างเห็นได้ชัด

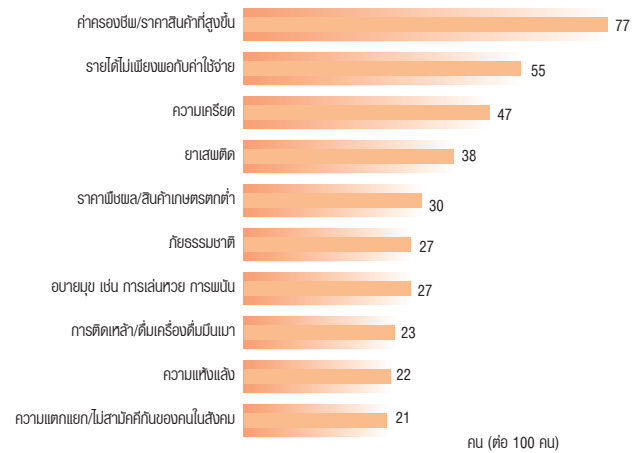


อันดับดัชนีคุณภาพชีวิตของประเทศไทยในแต่ละด้านเทียบกับ 192 ประเทศ พ.ศ. 2554



ที่มา: Quality of Life Index, 2011 by International Living;
http://www1.internationalliving.com/qofl2011/show_country.php?country=Thailand

10 ปัญหาที่คนไทยประสบอยู่ในปัจจุบันมากที่สุด

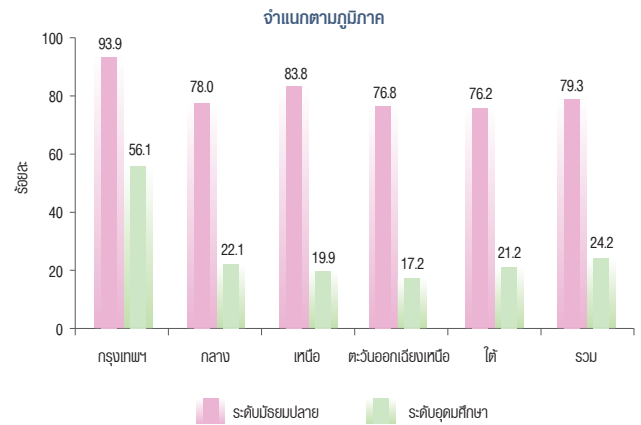
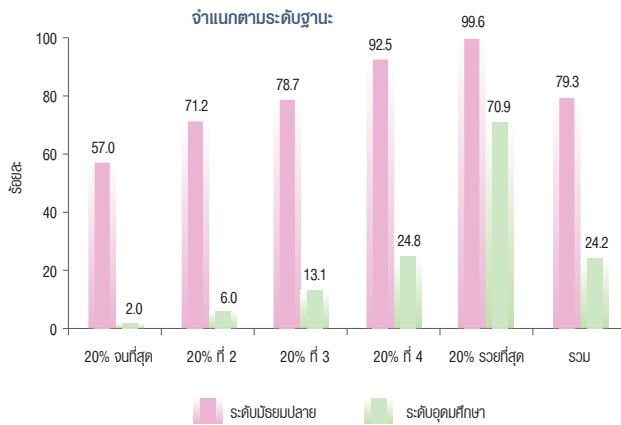


ที่มา: 10 เสี่ยงสะท้อนของ "คนไทย" (29 สิงหาคม พ.ศ. 2554)

http://www.khonhainai.org

หมายเหตุ: จากการสำรวจประชากรไทย 100,000 คนทั่วประเทศ 77 จังหวัด ภายใต้โครงการ "คนไทยออนไลน์" เสี่ยงนี้มีพลัง

อัตราการศึกษาอย่างยากลำบาก ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2553



ที่มา: สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สศช.

หมายเหตุ: 1) ระดับพื้นฐาน วัดจากระดับรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค; 2) อัตราเข้าเรียนอย่างยากลำบากระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย = จำนวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งหมด คูณ 100หาร จำนวนประชากรอายุ 15-17 ปี; 3) อัตราเข้าเรียนอย่างยากลำบากระดับอุดมศึกษา = จำนวนนักเรียนระดับอุดมศึกษาทั้งหมด คูณ 100หาร จำนวนประชากรอายุ 18-21 ปี

ตัวชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการพัฒนามนุษย์ ซึ่งใช้เปรียบเทียบในระดับนานาชาติ

	ดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index)	ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index)	ดัชนีโลกมีสุข (Happy Planet Index)	ดัชนีสังคมที่ยั่งยืน (Sustainable Society Index)
พื้นฐานแนวคิด	ชีวิตระดับคุณภาพชีวิตใน 9 มิติ	ชีวิตระดับการพัฒนามนุษย์ของประเทศ โดยคำนึงถึงการมีชีวิต ยืนยาวและสุขภาพดี ความรู้ และมาตรฐานคุณภาพชีวิต	ชีวิตคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ด้วยความยืนยาวของชีวิตและความพึงพอใจในการใช้ชีวิต เปรียบเทียบกับทรัพยากรของโลกที่สูงที่สุด	ชีวิตระดับความยั่งยืนของสังคมบนพื้นฐาน การมีสุขภาวะของมนุษย์ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะทางเศรษฐกิจ
องค์ประกอบ	ค่าครองชีพ, เวลาว่างและวัฒนธรรม, เศรษฐกิจ, สิ่งแวดล้อม, เสรีภาพ, สุขภาพ, โครงสร้างพื้นฐาน, ความเสี่ยงและความปลอดภัย, สภาพภูมิอากาศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด, จำนวนปีเฉลี่ยและจำนวนปีคาดการณของการได้เรียนหนังสือ และ ระดับรายได้ ประชาชาติต่อหัว	ผลคูณระหว่างอายุคาดเฉลี่ยกับคะแนนความพึงพอใจในชีวิตหารด้วย ระดับของรอยเท้าต่อระบบนิเวศ	ตัวชี้วัดย่อยสุขภาพของมนุษย์ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะทางเศรษฐกิจทั้งสิ้น 24 ตัวชี้วัด
ปีล่าสุดที่มีการจัดอันดับ	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2552 (HPI 2.0)	พ.ศ. 2553
อันดับที่ของประเทศไทย/จำนวนประเทศที่มีการจัดอันดับ	อันดับที่ 86 จาก 192 ประเทศ	อันดับที่ 103 จาก 187 ประเทศ	อันดับที่ 41 จาก 143 ประเทศ	อันดับที่ 38 จาก 151 ประเทศ
หน่วยงานที่จัดอันดับ	International Living	UNDP	New Economics Foundation	Sustainable Society Foundation

กำลังแรงงานและ มิติทางเศรษฐกิจ

ศาสตราจารย์ ดร.ศิเรก บัณฑิวิวัฒน์

คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

“แรงงานไทยกำลัง “สูงอายุ” แรงงานไทย ร้อยละ 25 มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2554”

จากการเคลื่อนสู่ภาวะสูงวัยของประชากรไทย แนวโน้มภาวะพึ่งพิงทางประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น พลกระทบที่จะมีต่อโครงสร้างกำลังแรงงานของประเทศ และปัญหาความยากจนในกลุ่มประชากรสูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องจับตามองและเตรียมการรองรับ

ด้วยจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การพึ่งพิง (ทางอายุ) ของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ในปี 2554 อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) 100 คน อยู่ที่ประมาณ 18 คน (ผู้สูงอายุ 1 คน พึ่งพิงวัยแรงงาน 5.5 คน) อีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า อัตราส่วนนี้จะเพิ่มสูงถึงแรงงาน 100 คน ต่อผู้สูงอายุ 41 คน (หรือผู้สูงอายุ 1 คนพึ่งพิงวัยแรงงานเพียง 2.4 คน)

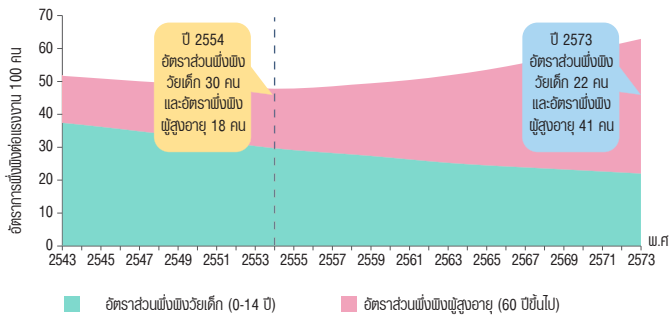
จนถึงปัจจุบัน แม้ผลิตภาพของแรงงานไทยจะเพิ่มสูงขึ้น แต่เป็นในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม ซึ่งมีการจ้างงานเกือบร้อยละ 40 ของกำลังแรงงานทั้งหมด แต่มีสัดส่วนมูลค่าผลผลิตเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 ของ GDP ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่น่าห่วงใยเพราะในอนาคตอันใกล้ซึ่งประชากรจำนวนมากจะเข้าสู่วัยสูงอายุ สัดส่วนประชากรวัยแรงงานจะลดลง อีกทั้ง กำลังแรงงานที่มีอยู่ก็จะมีอายุโดยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น การเร่งส่งเสริมเพื่อพัฒนาศักยภาพ

การทำงานและผลิตภาพของแรงงานจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เช่นเดียวกับการพิจารณานโยบายทางเลือกอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการทำงานหลังเกษียณหรือขยายอายุการทำงานของผู้สูงอายุให้ยาวนานขึ้น ซึ่งจะประโยชน์ต่อเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวมและต่อผู้สูงอายุเองให้ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ลดการพึ่งพิงและมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพในวัยชรา

ทั้งนี้ “การออม” เป็นเครื่องมือจัดการความเสี่ยงและเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง จากบัญชีรายได้ประชาชาติ พ.ศ. 2552 มูลค่าการออมของครัวเรือนคิดเป็นเพียงร้อยละ 11 ของรายได้ครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ หากพิจารณาตามหลักการ “ใช้จ่าย 3 ส่วน ออม 1 ส่วน” การส่งเสริมการออม ในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นหลักประกันรายได้ยามชราของคนไทย จึงเป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน ควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นต่อจำนวนคนจนทั้งหมดในประเทศ อันน่าจะเป็นผลมาจากการลดลงของรายได้เมื่อเข้าวัยชราและการมีเงินออมที่ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็น อีกทั้งไม่มีหลักประกันทางรายได้ในด้านอื่นๆ



อัตราส่วนพึ่งพิง (dependency ratio) ของประชากรไทย พ.ศ. 2543-2573

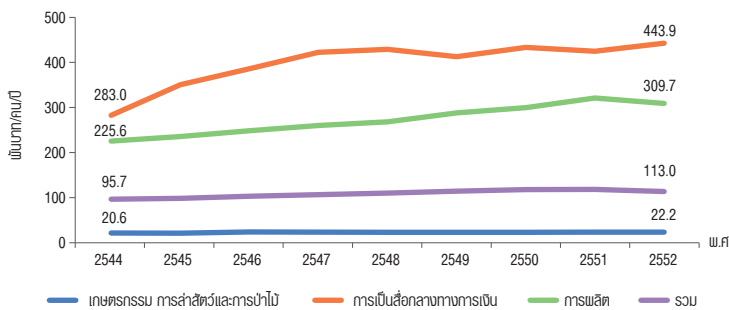


ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573,

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

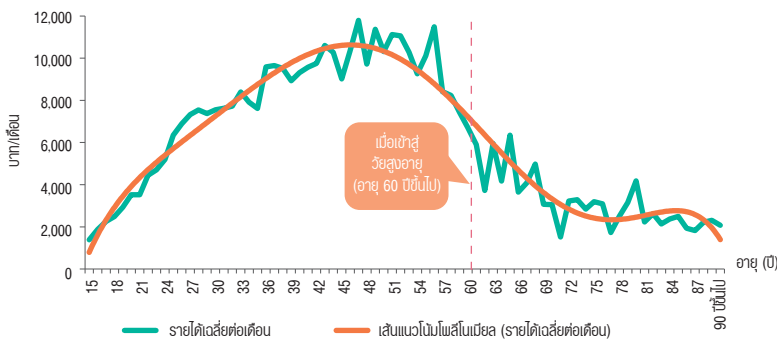
หมายเหตุ: อัตราส่วนพึ่งพิงรวม หมายถึงจำนวนประชากรเด็กและประชากรสูงอายุต่อจำนวนประชากรวัยแรงงาน 100 คน
อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก คำนวณจาก ประชากรวัยเด็ก หาร ประชากรวัยแรงงาน คูณ 100
อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุ คำนวณจาก ประชากรผู้สูงอายุ หาร ประชากรวัยแรงงาน คูณ 100

ผลิตภาพแรงงานไทยในภาพรวม และในบางอุตสาหกรรม (เกษตรกรรม การผลิต การเงิน) พ.ศ. 2544-2552



ที่มา: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลเป็นค่าเฉลี่ย 4 ไตรมาส โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

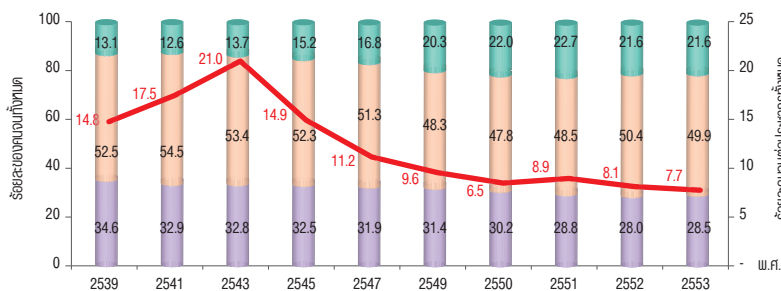
รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2552



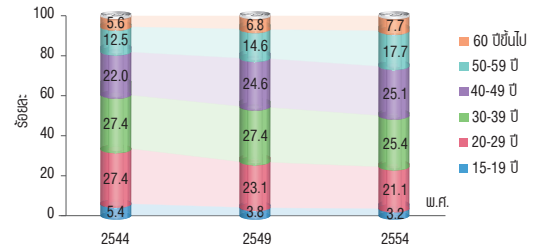
ที่มา: คำนวณจากข้อมูล การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรกับความเหลื่อมล้ำทางรายได้ในประเทศไทย (สววิจัยและคณะ, 2554)

หมายเหตุ: รายได้ในที่นี้ รวมถึงรายได้จากการทำงาน รายได้ที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (เช่น เงินที่ได้รับ ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นนอกครัวเรือน/รัฐ) รายได้จากทรัพย์สิน (เช่น ดอกเบี้ย) และรายได้ที่บุคคลได้รับในรูปแบบสวัสดิการ/สินค้าและบริการต่างๆ

ร้อยละคนจนต่อประชากรทั้งหมด และร้อยละของคนจนทั้งหมดจำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539-2553

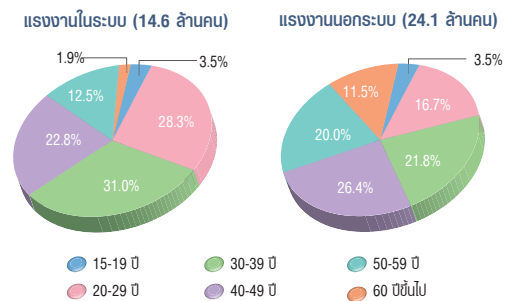


โครงสร้างอายุกำลังแรงงานไทย พ.ศ. 2544, 2549 และ 2554



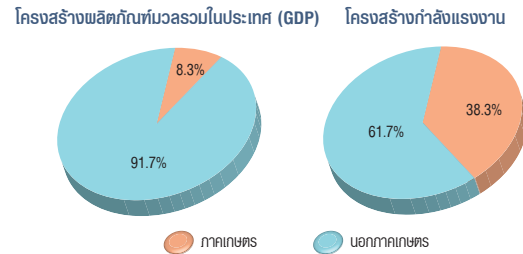
ที่มา: การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร (ไตรมาส 1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

โครงสร้างอายุกำลังแรงงานไทย พ.ศ. 2553 จำแนกตามภาคการจ้างงาน



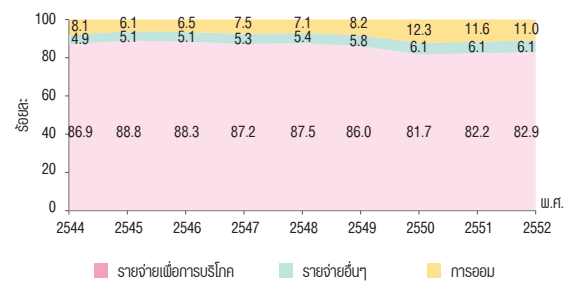
ที่มา: การสำรวจแรงงานนอกระบบ (การสำรวจไตรมาส 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

โครงสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และโครงสร้างกำลังแรงงาน พ.ศ. 2553



ที่มา: สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554

สัดส่วนรายได้ครัวเรือนถึงประเทศ จำแนกตามประเภทรายจ่าย พ.ศ. 2544-2552



ที่มา: รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ฉบับปี พ.ศ. 2552, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ครอบครัวและการเกื้อหนุนทางสังคม

8

คณะกรรมการสุขภาพคนไทย

“เทียบกับ 40-50 ปีก่อน ครัวเรือนไทยมีขนาดเล็กลงถึง 1.8 เท่า ในปี 2553 มีสมาชิกโดยเฉลี่ยเพียงประมาณ 3 คน”

ด้วยอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของคนไทย ในขณะนี้อัตราเกิดลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยกำลังเคลื่อนสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างสมบูรณ์ การสร้างความเข้มแข็งของการเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ รวมถึงการส่งเสริมเพื่อสร้างหลักประกันทางรายได้ยามชราจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องพิจารณา

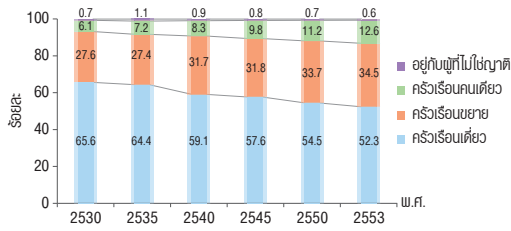
“ครอบครัว” หรือ “ครัวเรือน” ยังคงเป็น “สถาบัน” ที่มีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนทางสังคมแก่สมาชิกเมื่อยามสูงอายุ กระนั้น สถาบันนี้ก็อยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนผ่านด้วยเช่นกัน จากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและหลายคนพักอาศัยอยู่กับลูกหลาน ทำให้ปัจจุบันสัดส่วนของครัวเรือนที่เป็น “ครัวเรือนขยาย” มีเพิ่มมากขึ้น โดยคิดเป็นกว่า 1 ใน 3 ของครัวเรือนทั้งหมด ในขณะที่ “ครัวเรือนเดี่ยว” มีสัดส่วนลดลง อย่างไรก็ตาม ขนาดครัวเรือนไทยโดยเฉลี่ยกลับพบว่า ลดลงอย่างต่อเนื่องอยู่ที่เพียง 3 คน ในปี 2553 คำถามที่ตามมา คือ ใน 3 คนนั้น หาก 1 หรือ 2 คน เป็นผู้สูงอายุ สมาชิกที่เหลือในครอบครัวจะสามารถดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้เหมือนในอดีตได้อย่างไร สิ่งนี้สะท้อนต่อมุมมองของคนไทยที่เริ่มเปลี่ยนไปว่า แหล่งเงินหรือรายได้ที่สำคัญในยามชราคงต้องมาจาก

การทำงานเลี้ยงตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อนที่มักจะคาดหวังจากลูกหลาน

ในกำลังแรงงานไทยทั้งสิ้นกว่า 38 ล้านคน มีเพียงไม่ถึง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มีหลักประกันทางรายได้เมื่อเข้าสู่วัยชรา (หากไม่นับรวมการได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 500 บาท) ในจำนวนนี้ 9.7 ล้านคน อยู่ภายใต้กองทุนประกันสังคม ซึ่งให้สิทธิประโยชน์ กรณีชราภาพ และ 1.2 ล้านคน ภายใตกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ เมื่อความสามารถในการเกื้อหนุนจากครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง อีกทั้ง ความครอบคลุมของการคุ้มครองทางสังคมในกรณีนี้ก็มีค่อนข้างต่ำ จึงมีคำถามว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะคาดหวังการเกื้อหนุนทางสังคมจากแหล่งอื่นได้บ้าง น่ายินดีที่ “ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย” ได้ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของชุมชนไทยที่ปรับตัวดีขึ้นอย่างมากในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพอจะทำให้มีความหวังว่า “ชุมชน” อาจจะเป็นคำตอบของข้อคำถามข้างต้นก็เป็นได้

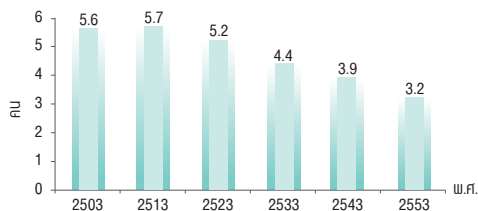


ร้อยละครัวเรือน จำแนกตามประเภทครัวเรือน พ.ศ. 2530-2553



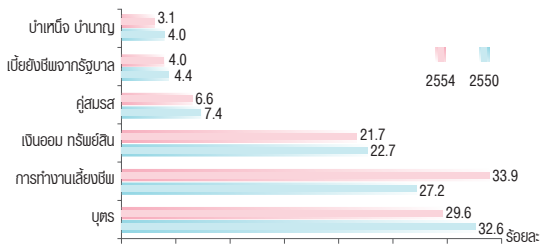
ที่มา: มติหญิงชาย สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2554
 หมายเหตุ: (1) ครัวเรือนเดี่ยว หมายถึง ครัวเรือนที่มีเพียงสามีและภรรยา, หรือ พ่อ แม่ และลูก, หรือพ่อหรือแม่และลูก
 (2) ครัวเรือนขยาย หมายถึง ครัวเรือนที่มีสมาชิกหลาย ๆ รุ่นอาศัยอยู่ด้วยกัน เช่น พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย ลุงป้า น้าอา

ขนาดครัวเรือนไทยโดยเฉลี่ย พ.ศ. 2503-2553



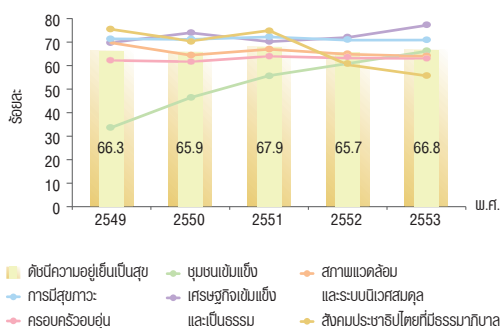
ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ
 หมายเหตุ: ข้อมูล พ.ศ. 2553 มาจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

ร้อยละของประชาชน จำแนกตามแหล่งเงินที่สำคัญที่สุด ในการเลี้ยงตนเองยามชรา พ.ศ. 2550 และ 2554



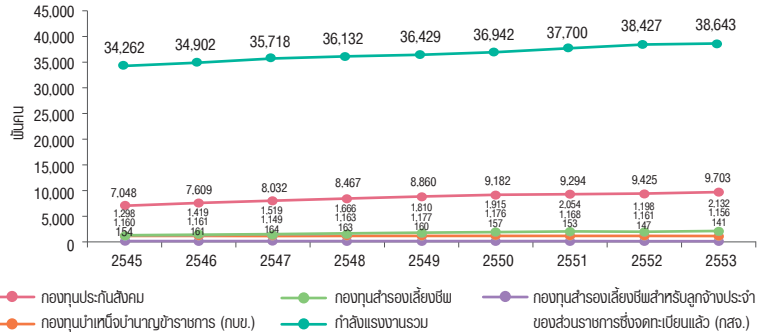
ที่มา: สํารวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย พ.ศ. 2549-2553



ที่มา: การติดตามประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 หมายเหตุ: (1) ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุข ประกอบด้วย 6 ดัชนีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ดัชนีการมีสุขภาพ, ดัชนีครอบครัวอ่อน, ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง, ดัชนีเศรษฐกิจเข้มแข็งและเป็นธรรม, ดัชนีสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศสมดุล, ดัชนีสังคมประชาธิปไตยที่มีธรรมาภิบาล
 (2) ร้อยละ 90-100 = ระดับดีมาก; ร้อยละ 80-89.9 = ระดับดี; ร้อยละ 70-79.9 = ระดับปานกลาง; ร้อยละ 60-69.9 = ระดับต้องปรับปรุง; น้อยกว่า ร้อยละ 60 = ระดับเร่งแก้ไข

กำลังแรงงานไทย และจำนวนสมาชิกของกองทุนเพื่อการสร้างหลักประกันด้านรายได้ ยามชราที่มีในปัจจุบัน พ.ศ. 2545-2553



ที่มา: ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน*

รูปแบบ/โครงการ	แนวคิดและลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ	ผลการดำเนินการ
1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อชส.) (เริ่ม 2545)	รูปแบบการดูแลและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยการเปิดรับสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดแคลนและประสบปัญหาทางสังคม	ปี 2546-2553 มีพื้นที่ดำเนินการแล้ว 2,800 เขต อบก. เหลือพื้นที่เป้าหมายที่ต้องดำเนินการภายในปี 2556 อีก 4,970 เขต อบก.
2. ชุมชนผู้สูงอายุ	ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในรูปแบบของชมรมเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอและทำงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน	ข้อมูล ณ สิ้นปี 2554 มีจำนวนชมรมทั้งสิ้น 23,069 แห่ง
3. กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ (เริ่ม 2543)	จัดระบบสวัสดิการให้ผู้สูงอายุผ่านกองทุนสวัสดิการตำบลสำหรับคนทุกช่วงวัย รวมทั้งการจ่ายเบี้ยยังชีพหรือบำนาญเดือนละ 300 บาทสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกองทุนครบ 15 ปี (ปัจจุบันยังไม่มีการจ่ายเนื่องจากอายุกองทุนยังไม่ถึง 15 ปี)	ณ สิ้นปีงบประมาณ 2553 กองทุนได้จัดตั้งแล้วจำนวน 3,443 กองทุน จาก 26,549 หมู่บ้าน จำนวนสมาชิก 1,446,262 คน กองทุนรวม 790.72 ล้านบาท
4. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ศูนย์ Home Health Care (เริ่ม 2548)	รูปแบบระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังถึงที่บ้านโดยการเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	ปัจจุบันทุกจังหวัดมีตำบลต้นแบบในการดูแลสุขภาพระยะยาวอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบล
5. โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ (เริ่ม 2546)	ส่งเสริมการจัดและพัฒนาศาสนาพุทธสถานภายในวัดให้ป็นศูนย์บริการสุขภาพ ร่มเย็นและเป็นระเบียบเหมาะแก่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน	ปี 2553 วัดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินดีเด่นมีจำนวน 669 วัด ผ่านเกณฑ์ประเมินดีมีจำนวน 2,284 วัด
6. ศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (เริ่ม 2549)	จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้ามาทำกิจกรรมที่จะเสริมสร้างหรือขยายโอกาสการเรียนรู้ ความรู้ การพัฒนาทักษะ และพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและภูมิปัญญา รวมทั้งการละเล่นกับสมาชิกในชุมชน	ขยายโครงการบำรุงจาก 7 เป็น 9 ศูนย์ใน 6 จังหวัด
7. การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (เริ่ม 2551)	โครงการเตรียมความพร้อมให้แก่คนในชุมชนก่อนที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตควบคู่กับกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ 16,640 คน ครอบครัวสนับสนุน 21,095 คน ชุมชนร่วมพัฒนาที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ 2,523 หลัง ออมเพื่อสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน 32 กลุ่ม 10 จังหวัด สร้างรายได้จากภูมิปัญญาผู้สูงอายุ 5,234 คน
8. อาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือ	ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้โดยอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันแต่ยังสามารถพึ่งพาตัวเองได้อยู่ โดยมีการเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันให้สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ	ปี 2552 มีชมรม 150 แห่ง ผู้สูงอายุ 3,750 คน
9. โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ	เพื่อสร้างและส่งเสริมรูปแบบการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย 4 จังหวัด ได้แก่ ตำบลยางน้อย อำเภอบางบาล จังหวัดอยุธยา ตำบลสะอ้าน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี	ภายในเดือนตุลาคม 2557 มีแบบจำลองรูปแบบการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุไปใช้ทั่วประเทศ อย่างน้อยร้อยละ 15 ของตำบลในแต่ละจังหวัด

ที่มา: อนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, และข้อมูล CTOP จากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น
 หมายเหตุ: รูปแบบ/โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยและองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น

ความเป็นมิตรกับ สิ่งแวดล้อม



คณะกรรมการสุขภาพคนไทย

“คนไทยจะปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกในไม่ช้านี้”

การดำเนินชีวิตและกิจกรรมในแต่ละวันของมนุษย์ ล้วนแต่สร้างหรือถึง “รอยเท้า” ไว้ให้กับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เกือบทั้งสิ้น ทั้งการบริโภค การผลิตสินค้าและบริการ การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร หรือแม้แต่การทำงานในสำนักงาน

กิจกรรมทั้งหลายเหล่านี้ใช้ “พลังงาน” ไม่ทางใดก็ทางหนึ่งจากธรรมชาติ และในขณะเดียวกัน ก็ปล่อย “ของเหลือ” หรือ “ของเสีย” กลับคืนสู่ธรรมชาติด้วย

ปริมาณการใช้พลังงาน และ ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ หรือ “ก๊าซเรือนกระจก” มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาประเทศอย่างเห็นได้ชัด ประเทศพัฒนาแล้วกลุ่ม OECD มี “ปริมาณการใช้” และ “ปริมาณการปล่อย” ต่อคนสูงกว่าประเทศไทยถึง 2.5-3 เท่า สำหรับประเทศไทย ปริมาณดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงปี 2530-2539 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศมีการขยายตัวและการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสูง ในปี 2551 ปริมาณการใช้พลังงานของประเทศสูงถึง 1,503.7 (เทียบเท่า) กิโลกรัมน้ำมันต่อคน และในปี 2552 ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงถึง 4.2 เมตริกตันต่อคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งหากแนวโน้มยังเป็นเช่นนี้ต่อไป “ปริมาณการใช้” และ “ปริมาณการปล่อย” ของไทยจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกในไม่ช้าอย่างแน่นอน

“ความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม” เป็นเรื่องที่ถูกฝ่ายให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ทั้งความพยายามในการประเมินผลกระทบของผลิตภัณฑ์หรือกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ ที่มีต่อภาวะโลกร้อน โดยวัดจาก “คาร์บอนฟุตพริ้นท์” หรือการกำหนดฉลากผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเลือกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของตน ให้มีลักษณะ “รักษ์โลก” เพิ่มมากขึ้น

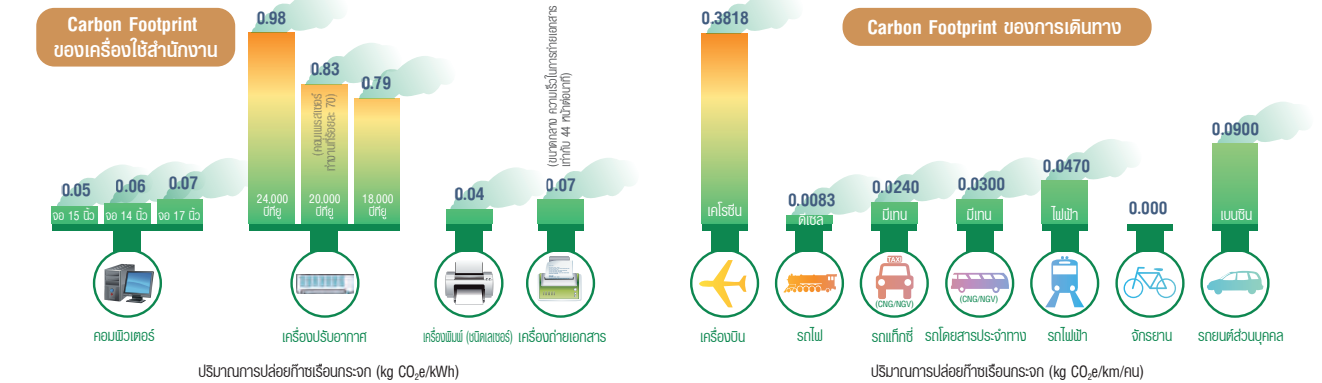
การสำรวจเมื่อไม่นานนี้ พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมที่สะท้อนถึงจิตสำนึกและการรับรู้ต่อปัญหาภาวะโลกร้อนที่ดีในหลายด้าน เช่น ด้านการประหยัดพลังงานและเชื้อเพลิง การนำกลับมาใช้ใหม่และการเลือกซื้อเลือกใช้สิ่งของอุปโภค บริโภคที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมในการทิ้งและแยกขยะ เช่น ขยะอันตราย หรือ ขยะที่สามารถนำกลับมาผลิตใช้ใหม่ (recycle) ยังเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องรณรงค์และสนับสนุนต่อไป





Carbon Footprint (CF) หมายถึง ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์หรือกิจกรรมต่างๆ สู่บรรยากาศก่อนจะออกมาในรูปคาร์บอนไดออกไซด์ที่เทียบเท่าจากการวัดทางตรงหรือทางอ้อม

- ทางตรง เป็นการวัดปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยตรง เช่น การเผาไหม้ของเชื้อเพลิง รวมถึงการปล่อยก๊าซในครัวเรือนและยานพาหนะ
- ทางอ้อม เป็นการวัดปริมาณก๊าซเรือนกระจกจากแหล่งผลิต หรือผลิตภัณฑ์ที่เราใช้ โดยคำนวณรวมทั้งกระบวนการผลิต ตั้งแต่กระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบ การเพาะปลูก การแปรรูป การขนส่ง การใช้งาน รวมไปถึงกระบวนการจัดการซาก ผลิตภัณฑ์หรือบริการสุดท้ายหลังการใช้งาน เรียกได้ว่าตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ (LCA: Life Cycle Assessment)



ที่มา: คู่มือ คลายร้อนให้โลก (ที) รัก, โดย สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA)

ฉลากประหยัดไฟเบอร์ 5

เป็นฉลากรับรองประสิทธิภาพ อุปกรณ์ไฟฟ้า เครื่องใช้ไฟฟ้าว่ามีความประหยัดและประหยัดพลังงาน

ฉลากเขียว

เป็นเครื่องหมายที่รับรองว่าเป็นผลิตภัณฑ์คุณภาพได้มาตรฐาน และส่งเสริมการลดการใช้พลังงาน

Carbon Footprint

เป็นฉลากแสดงปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์แต่ละหน่วย ตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์

ฉลากประสิทธิภาพสูง

เป็นฉลากแสดงประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองว่ามีประสิทธิภาพสูง ช่วยประหยัดพลังงานและค่าใช้จ่ายพลังงาน

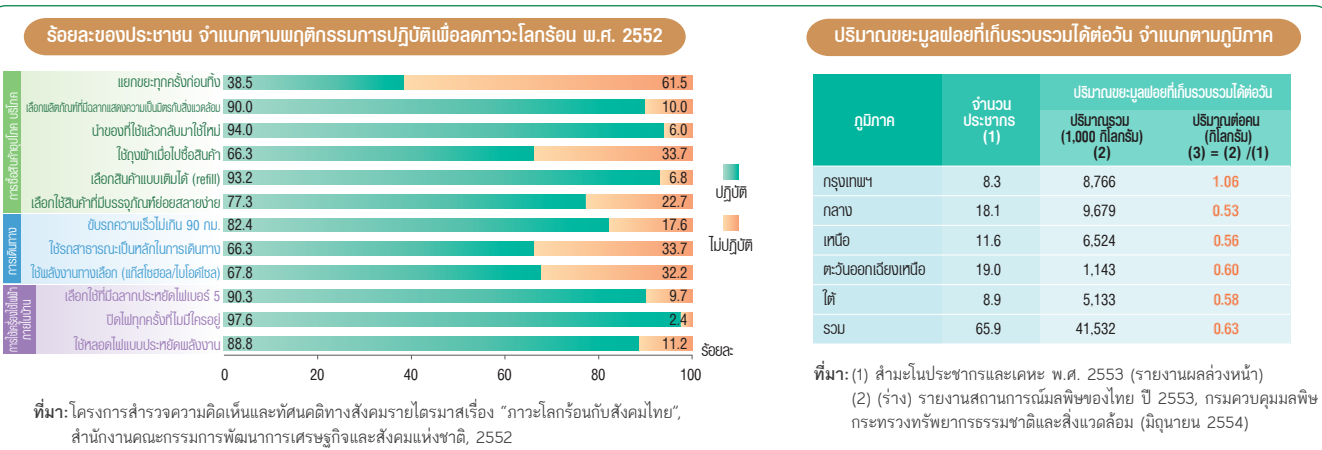
ฉลากคาร์บอน

เป็นฉลากที่แสดงว่ามีการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกสู่บรรยากาศ ในกระบวนการผลิตต่อหน่วยผลิตภัณฑ์

Cool Mode

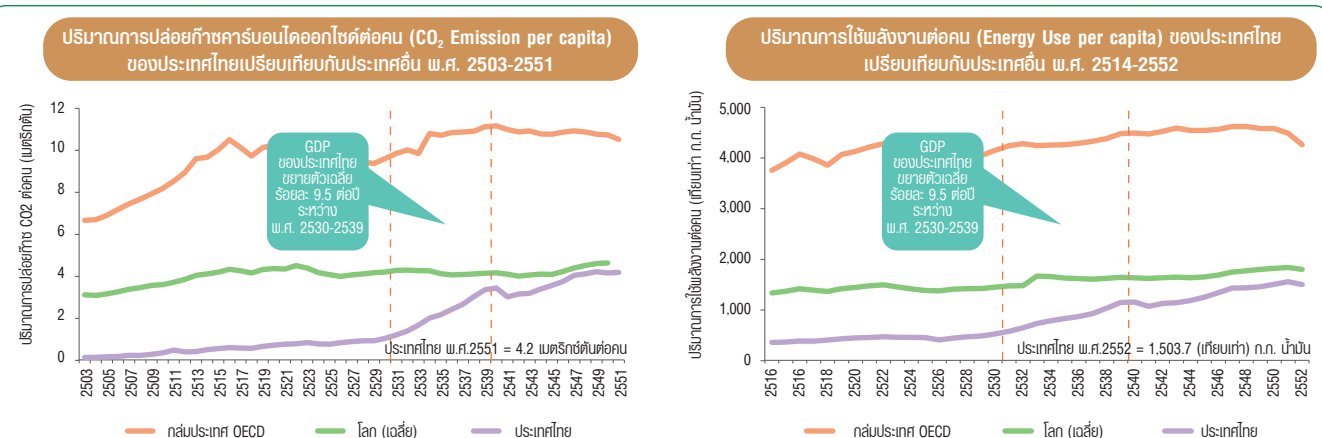
เป็นเครื่องหมายสำหรับเลือกโหมดโลกร้อน (ผลิตจากเส้นใยที่มีคุณสมบัติระบายความร้อนได้ดี ทนทานและปราศจากสารก่อมะเร็ง)

ที่มา: คู่มือ คลายร้อนให้โลก (ที) รัก, โดย สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA)



ที่มา: โครงการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาสเรื่อง "ภาวะโลกร้อนกับสังคมไทย", สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552

ที่มา: (1) สำนักประชากรและทะเบียน พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)
(2) รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2553, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (มิถุนายน 2554)



ที่มา: "World Development Indicators", The World Bank (<http://data.worldbank.org/indicator>; เข้าถึง 30 พ.ย. 2554) เป็นข้อมูลจาก Carbon Dioxide Information Analysis Center, US.

ที่มา: "World Development Indicators", The World Bank (<http://data.worldbank.org/indicator>; เข้าถึง 30 พ.ย. 2554) เป็นข้อมูลจาก International Energy Agency (IEA)

ระบบ บริการสุขภาพ

10

นายแพทย์กฤษิต ประคองสาย

สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ

“ปี 2563 ต้องการพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อดูแลผู้สูงอายุมากถึง 40,000 คน”

จากการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศไทยไปสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ อัตราการใช้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะบริการที่มีต้นทุนสูง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แม้ในปัจจุบันคนไทยเกือบทั้งหมดจะมีหลักประกันทางสุขภาพ แต่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

นับตั้งแต่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค”) ในปี 2544 เป็นต้นมา กล่าวได้ว่า คนไทยทุกคนมีหลักประกันที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน ซึ่งจากการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ภาษีเป็นแหล่งการคลังสุขภาพส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมจากภาคเอกชนและครัวเรือนของไทยเมื่อคิดเป็นสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพรวมทั้งประเทศ ลดลงจากร้อยละ 44 ในปี 2544 เหลือเพียงประมาณ ร้อยละ 25 ในปี 2552-53

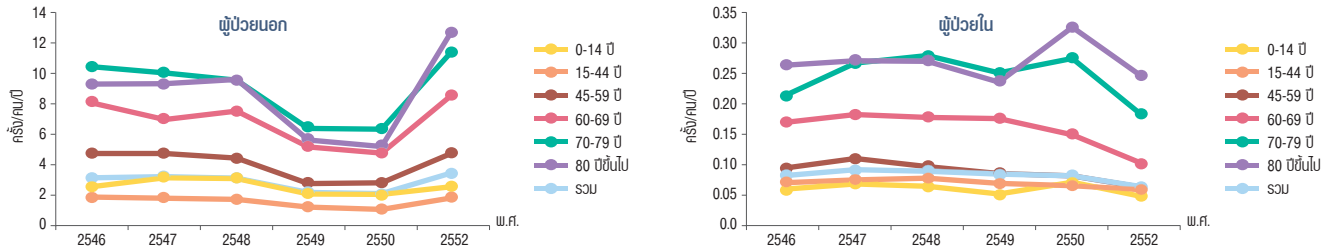
การมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ช่วยให้ “การเข้าถึงบริการ” ที่จำเป็นของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการดังกล่าวภายใต้

ระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตั้งแต่เริ่มมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทศวรรษที่ผ่านมา (รายจ่ายต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จาก 2,732 บาท ในปี 2544 เป็น 6,142 บาท ในปี 2553) โดยรัฐเป็นผู้รับภาระถึงประมาณ 3 ใน 4 ซึ่งมีแนวโน้มจะมีการเพิ่มขึ้นในระยะยาว เนื่องจากโครงสร้างอายุประชากรที่เปลี่ยนไป และโรคเรื้อรัง รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีราคาแพงมากขึ้น ทำให้การประเมินความคุ้มค่ารวมถึงควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพที่สุดกลายเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

เทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่น ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่า ถึงประมาณ 2-3 เท่า การเตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะทรัพยากรสุขภาพที่จำเป็นทั้ง สถานบริการ บุคลากร และงบประมาณ เพื่อการให้บริการและการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพเป็นเรื่องที่จะต้องมีการวางแผนล่วงหน้า

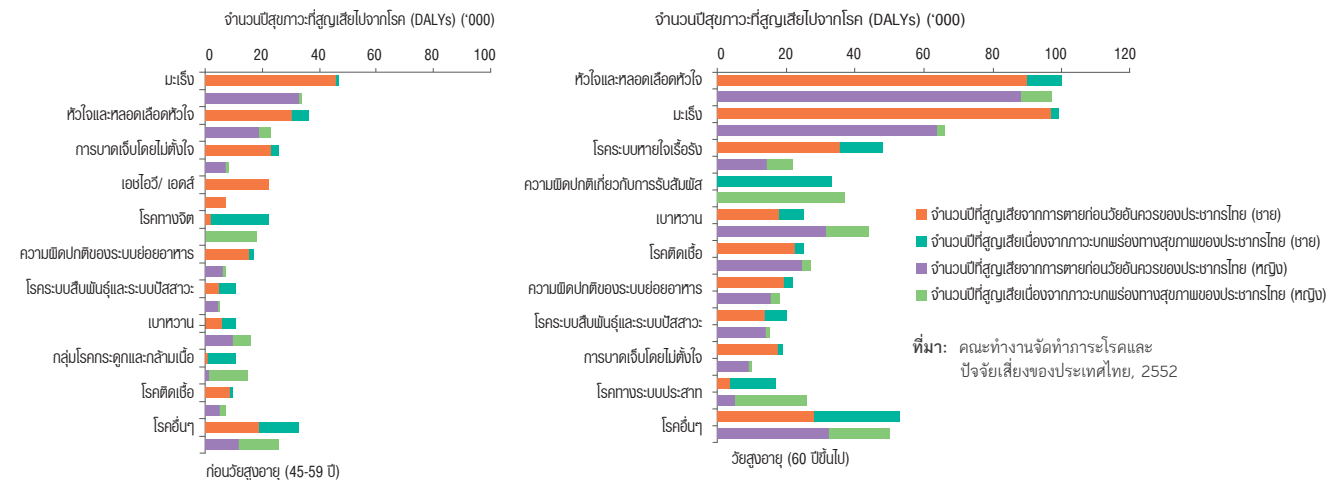


อัตราการเข้ารับบริการทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2546-2552



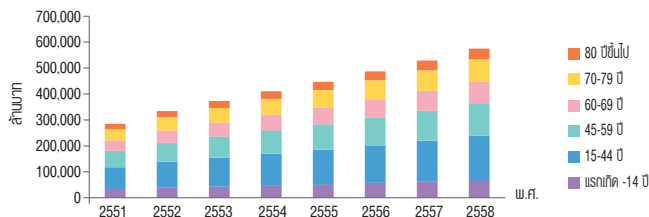
ที่มา: Impacts of Demographic Changes in Thailand (UNFPA, 2011)

ภาระโรคของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (45-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547



ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2552

คาดประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนบุคคล ตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551-2558



ที่มา: Impacts of Demographic Changes in Thailand (UNFPA, 2011)

แนวโน้มการใช้บริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง พ.ศ. 2547-2550

การให้บริการทางการแพทย์	2547	2548	2549	2550
ผ่าตัดกระดูกสันหลังและข้อเข่าเทียม	35,474	36,398	36,930	37,021
การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม	175,396	213,539	241,884	244,000
ผ่าตัดจอประสาทตา	50,704	53,411	56,682	59,756
ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	70,850	73,034	72,406	73,227
ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจตีบ	39,460	42,099	45,340	48,019
การถอดโดยอาศัยเครื่องมือ	43,470	51,429	54,021	50,970
การผ่าตัดหัวใจ	186,774	226,143	243,108	257,763

ที่มา: Administrative data of the CSMBs, SSS, and the UHC schemes, 2004-2007

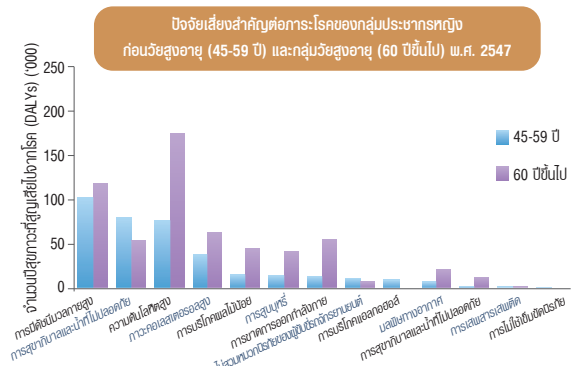
คาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มเติมสำหรับดูแลผู้สูงอายุ ในปี 2553 และ 2563

กำลังคนด้านสุขภาพ (1 คน : จำนวนผู้สูงอายุ)	กำลังคนที่ในปี 2551	2553	2563
พยาบาล (1:200)	97,942	23,888	33,880
นักกายภาพบำบัด (1:200)	2,000	2,499	3,708
นักสังคมสงเคราะห์ (1:5,000)	214	1,528	2,155
ผู้ดูแลในครอบครัว (1:1)	-	499,873	741,766
ผู้ดูแล (1:7)	-	71,410	105,967

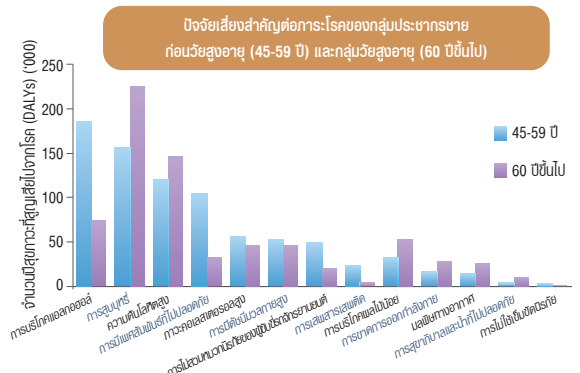
ที่มา: Impacts of Demographic Changes in Thailand (UNFPA, 2011)

หมายเหตุ: เป็นการคาดประมาณ ณ ปี 2551

ดัชนีชี้วัดการได้รับด้วยความสามารถทางสุขภาพ (DALYs) = เป็นการวัดสถานะทางสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ โดยแสดงถึงจำนวนปีสูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปี ที่มีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD)



ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรค และปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2552



ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรค และปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2552

วิวัฒนาการ นโยบายทางประชากร

11

คณะกรรมการสุขภาพคนไทย

**“แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 กำหนดเป้าหมายอัตราเจริญพันธุ์รวม
ของคนไทยไม่ต่ำกว่า 1.6 และการศึกษาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 12 ปี”**

กว่า 4 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูงในการดำเนินงานด้านประชากร ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรลดลงอย่างรวดเร็ว ความสำเร็จนี้ เกิดจากนโยบายในด้านต่างๆ ทั้งการลดอัตราการเพิ่มของประชากร และการพัฒนาคุณภาพประชากรในด้านการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ

นโยบายประชากรของไทยอาจแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ในช่วงแรก ซึ่งเป็นเวลาเกือบ 3 ทศวรรษ ระหว่างปี 2513-2539 ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-7 เป็นช่วงของ “การลดอัตราการเพิ่มประชากร” ภายใต้แนวคิด “ลูกมากจะยากจน” โดยเริ่มจากการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจในปี 2513 และดำเนินนโยบาย

อย่างจริงจังในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ด้วยการรณรงค์การวางแผนครอบครัวและมาตรการจูงใจด้านต่างๆ เพื่อลดจำนวนบุตร ในช่วงเวลาดังกล่าว การลดอัตราการเพิ่มประชากรประสบความสำเร็จอย่างสูง ทำให้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และ 7 (พ.ศ. 2530-2539) การวางแผนครอบครัวเริ่มชะลอตัวลง และดำเนินการโดยเน้นเป้าหมายเฉพาะกลุ่มประชากรมากขึ้น

จากความสำเร็จในช่วงแรกนี้ นำมาสู่นโยบาย ในช่วงที่สอง หรือระหว่างปี 2545-2554 ซึ่งให้ความสำคัญกับ “การรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในอัตราทดแทน” ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้ชะลอการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราเจริญพันธุ์

วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร

นโยบายประชากร		< พ.ศ. 2507-2509	พ.ศ. 2510-2514	พ.ศ. 2515-2519	พ.ศ. 2520-2524	พ.ศ. 2525-2529
ระดับนานาชาติ		2497 ประชุม World Population Conference ครั้งที่กรุงโรม อิตาลี 2504 UN Population Commission ประกาศเรื่องนโยบายประชากร 2505 การประชุมใหญ่สหประชาชาติมีข้อมติเรื่องการเพิ่มประชากรและการพัฒนา 2508 ประชุม World Population Conference ครั้งที่ 2 ที่กรุงเบลเกรด ประเทศยูโกสลาเวีย ทศวรรษ 1960 พัฒนาการของอุปกรณ์การวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด และห่วงอนามัย ทำให้การวางแผนครอบครัวขยายในวงกว้าง	2508-2510 แนวคิดเรื่องสิทธิของพ่อแม่ในการกำหนดขนาดของครอบครัวนำไปสู่การขึ้นข้อเสนอ นโยบายเรื่องการวางแผนครอบครัว 2513 จัดตั้งกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) เปลี่ยนจาก UN Population Trust Fund	2517 ประชุม World Population Conference ครั้งที่ 3 ที่กรุงบูคาเรส ประเทศโรมาเนียเสนอ World Population Plan of Action (WPPA) เป็นจุดสำคัญของการกำหนดนโยบายประชากรของประเทศต่างๆ		2527 ประชุม World Population Conference ที่ Mexico ติดตามการดำเนินงานตาม WPPA
ระดับประเทศ (ประเทศไทย)	เกี่ยวกับจำนวนประชากร		2513 วางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ	ลดอัตราการเพิ่มประชากรจากร้อยละ 3.0 เป็น 2.5 ในปี 2519	นโยบายด้านสวัสดิการและกฎหมายเพื่อส่งเสริมการลดจำนวนประชากร	ลดอัตราการเพิ่มประชากรให้เป็น 1.5 ในปี 2529
	เกี่ยวกับคุณภาพประชากร	ให้ความรู้ด้านโภชนาการ อานามัยแม่และเด็ก	โครงการโภชนาการชนบท โครงการอนามัยแม่และเด็ก	ขยายการศึกษาภาคบังคับจากประถม 4 เป็นประถม 7		
	เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ					นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

อยู่ในระดับทดแทนหรือต่ำกว่า เช่น พื้นที่ภาคเหนือ ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร แต่ยังคงเร่งรัดส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดสูง เช่น ในบางพื้นที่ของภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 และ 10 (พ.ศ. 2545-2554) ได้กำหนดเป้าหมายให้ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรที่สมดุล และขนาดครอบครัวที่เหมาะสม โดยรักษาแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในระดับทดแทนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์ในช่วงที่สองนี้ ยังคงไม่ชัดเจนในเชิงปฏิบัติ ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ของไทยยังคงลดต่ำลงต่อเนื่อง เหลือเพียงประมาณ 1.5 ในปี 2554 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10

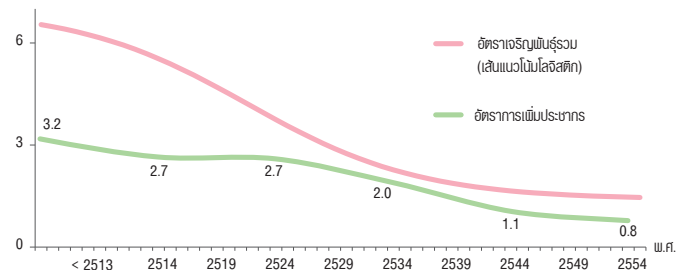
ในช่วงที่สาม หรือตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา นโยบายประชากรได้เน้นการรักษาอัตราเจริญพันธุ์รวมไว้ไม่ให้ต่ำลงไปจากเดิม โดยส่งเสริมการมีบุตรในคู่สมรสที่มีความพร้อม กำหนดมาตรการที่เอื้อต่อการมีบุตร ทั้งในด้านภาษีและสวัสดิการในการเลี้ยงดู รวมถึงให้ความสำคัญต่อคุณภาพของการเกิดและการพัฒนาคนในประเทศเพิ่มมากขึ้น

นโยบายประชากรของไทยได้รับอิทธิพลจากนโยบายในต่างประเทศค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ ที่เน้นการลดอัตราการเพิ่ม

ของประชากร อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่สองที่เน้นการรักษาอัตราเจริญพันธุ์ในระดับทดแทนนั้น ความสำเร็จของต่างประเทศยังไม่มีให้เห็นเป็นรูปธรรม และประเทศไทยเองก็ไม่มีมาตรการที่ชัดเจน ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ของไทยยังคงลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ในอนาคตหากประเทศไทยจะกำหนดทิศทางนโยบายส่งเสริมการมีบุตร เหมือนในหลายประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์ต่ำ ก็จะนับเป็นความท้าทายอย่างมากเมื่อบริบทของประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัวล้วนเอื้อต่อการมีบุตรน้อยมากกว่าการมีบุตรเพิ่ม มาตรการหลากหลายด้านเพื่อการมีประชากรที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต



อัตราการเพิ่มประชากร และอัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2513-2554



หมายเหตุ: อัตราการเพิ่มประชากร เป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปี ในช่วงเวลา 10 ปี ของการทำสำมะโนประชากรและเคหะ

พ.ศ. 2530-2534	พ.ศ. 2535-2539	พ.ศ. 2540-2544	พ.ศ. 2545-2549	พ.ศ. 2550-2554	พ.ศ. 2555-2559
	2537 ประชุม International Conference on Population and Development (ICPD) กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เสนอ program of action บูรณาการประชากรและการพัฒนา ให้ความสำคัญกับประเด็นความเท่าเทียมกันทางเพศ	2543 กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) 8 เป้าหมาย ที่เกี่ยวข้องกับประชากร ได้แก่ เป้าหมายหลักที่ 1 : ขจัดความยากจนและหิวโหย เป้าหมายหลักที่ 2 : ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา เป้าหมายหลักที่ 3 : ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและส่งเสริมบทบาทสตรี เป้าหมายหลักที่ 4 : ลดอัตราการตายของเด็ก เป้าหมายหลักที่ 5 : พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ เป้าหมายหลักที่ 6 : ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ			
ส่งเสริมเร่งรัดการวางแผนครอบครัว	ลดอัตราการเพิ่มประชากร ให้อยู่ที่ 1.2 ในปี 2539	คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้อยู่ที่ในระดับทดแทน	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้อยู่ที่ในระดับทดแทน	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่า 1.6 ส่งเสริมมาตรการเอื้อต่อการมีบุตร
	ขยายการศึกษาจาก 6 ปีเป็น 9 ปี ลดอัตราการตายจาก 29 ต่อ 1,000 เป็น 23 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ นโยบายผู้สูงอายุระยะยาว เปียยังชีพผู้สูงอายุเริ่มปี 2536	ประชาชนมีการศึกษาโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 9 ปี เพียยังชีพผู้สูงอายุจาก 300 บาท/เดือน เป็น 500 บาท	จำนวนการศึกษาเฉลี่ยของคนไทย เป็น 10 ปี	การศึกษาฟรี 15 ปี (2551-2554) เปียยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได	จำนวนการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 12 ปี, ระดับค่าเฉลี่ยชาวปัญญาของเด็กไม่ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลที่ระดับ 100
ให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในระยะยาวเป็นไปตามเป้าหมายและเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)		หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มปี 2544			