

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

บุญฤทธิ์ สุจริตน์*

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย



วันรับ 9 สิงหาคม 2569



วันแก้ไข 7 กันยายน 2569



วันตอบรับ 16 กันยายน 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับการวิจัยเชิงพยากรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อคาดการณ์ขนาดและโครงสร้างประชากรไทยในอนาคต รวมถึงประเมินผลกระทบต่อความต้องการบริการ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยคาดการณ์ประชากรด้วยโปรแกรม Demographic Analysis & Population Projection System (DAPPS) จนถึงปี พ.ศ. 2630 ภายใต้ 3 ฉากทัศน์ คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในด้วยวิธีการปรับอัตราเฉพาะกลุ่มอายุคงที่ (Constant age-specific rate method) พร้อมคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยกรอบแนวคิดบัญชีกระแสการโอนประชาชาติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ “ประชากรหดตัว” อย่างรุนแรง คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรรวมของประเทศจะลดลงกว่าครึ่งหนึ่งจาก 65.0 ล้านคนในปี พ.ศ. 2567 เหลือเพียงประมาณ 26.2 ล้านคน (ในฉากทัศน์แนวโน้มปานกลาง) ภายในปี พ.ศ. 2630 สัดส่วนประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานจะหดตัวอย่างรวดเร็วเหลือเพียง ร้อยละ 5.7 และ 41.5 ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะพุ่งสูงขึ้นจนถึง ร้อยละ 52.8 กลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศ ส่งผลให้ทั้งการใช้บริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะไปตกอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าจะครองสัดส่วนบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 82.0 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 77.5 และ ร้อยละ 72.8 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในอนาคต ตรงข้ามกับความต้องการบริการด้านสูติกรรม และกุมารเวชกรรมที่จะลดลงอย่างชัดเจน เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับผลกระทบที่กำลังจะเกิดขึ้น การกำหนดนโยบายเพื่อปรับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ การวางแผนกำลังคนและการถ่ายโอนทรัพยากรด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องเร่งดำเนินการ

คำสำคัญ : การคาดการณ์ประชากร โครงสร้างประชากร การใช้บริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : bunyarit_su@hotmail.com

Impact of Demographic Change on Thailand's Healthcare System

Bunyarit Sukrat*

Bureau of Reproductive Health, Department of Health

Abstract

This study employed situational analysis combined with predictive research, aimed to project the future size and structure of the Thai population and assess the subsequent impacts on healthcare service demand and expenditure. Population projections up to the year B.E. 2630 under three scenarios were conducted using the Demographic Analysis and Population Projection System (DAPPS). Future outpatient visits and inpatient admissions were estimated using the constant age-specific rate method, whereas future healthcare expenditures were projected based on the National Transfer Accounts framework. The findings reveal that Thailand is currently experiencing a severe population contraction. Under the medium-variant scenario, the total population is projected to decline by more than half, from 65.0 million in the year B.E. 2567 to approximately 26.2 million by the year B.E. 2630. The proportions of the child population (0-14 years) and working-age populations (15-59 years) will contract rapidly to 5.7% and 41.5%, respectively, whereas the elderly population (60 years and older) will surge to constitute 52.8% of the nation's total population. Consequently, healthcare service utilization and spending will predominantly shift toward the elderly, who are projected to account for 82.0% of outpatient visits, 77.5% of inpatient admissions, and 72.8% of health expenditures. In contrast, the demand for maternal, pediatric, and obstetric services will decrease drastically. These profound structural shifts highlight an urgent need for comprehensive healthcare policy reform, focusing on strategic health workforce planning and the reallocation of public health resources toward elderly care to mitigate these impending impacts.

Keywords : Population projection, Demographic change, Healthcare service utilization, Health expenditure, Impact on healthcare system.

*Corresponding Author,  : bunyarit_su@hotmail.com

บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate: TFR) และการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางประชากร (demographic transition) ข้อมูลระดับโลกชี้ให้เห็นว่า TFR ของทุกประเทศในโลกลดลงอย่างต่อเนื่องจากค่าเฉลี่ย 4.84 ในปี พ.ศ. 2493 เหลือ 2.23 ในปี พ.ศ. 2564 และมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในอนาคต⁽¹⁾ ส่งผลให้ TFR ในหลายประเทศลดลงต่ำกว่าระดับอัตราทดแทนประชากร (replacement level fertility: TFR = 2.1) และเริ่มเผชิญกับโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน และระบบสุขภาพ เนื่องจากจำนวนประชากรวัยแรงงานลดลง ขณะที่ความต้องการบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลระยะยาว (long-term care) ในกลุ่มประชากรสูงวัยเพิ่มสูงขึ้น

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยอัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีจำนวนการเกิดต่ำกว่าจำนวนการตายเป็นครั้งแรก⁽²⁾ ซึ่งแสดงถึงการเข้าสู่ยุค “ประชากรหดตัว (population decline)” สถานการณ์ดังกล่าวนอกจากจะทำให้จำนวนประชากรของประเทศลดลงแล้ว ยังส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น

จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบกับประชากรที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2506-2526 มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี เริ่มก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลให้ทั้งจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ภาระพึ่งพิงของผู้สูงอายุสูงขึ้น⁽³⁾ และจะส่งผลกระทบในหลายด้านต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาว⁽⁴⁾

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มประชากรและสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยจำนวนมาก แต่การศึกษาส่วนใหญ่จะเน้นการคาดการณ์ประชากรภายใต้สมมติฐานต่าง ๆ เป็นหลัก⁽⁵⁻⁷⁾ ยังขาดการศึกษาที่เชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรกับผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระยะยาวอย่างเฉพาะเจาะจง ทำให้ขาดข้อมูลที่จำเป็น เช่น จำนวนที่ชัดเจนและโครงสร้างประชากรรายกลุ่มอายุ จำนวนการใช้บริการ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องใช้ ในการนำมาใช้กำหนดนโยบาย วางแผนบริหารจัดการทรัพยากร และออกแบบบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการให้ข้อมูลเชิงประจักษ์และคาดการณ์ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยการคาดประมาณการใช้บริการสุขภาพและคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคตเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนปรับโครงสร้างระบบสุขภาพและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมในระยะยาว

วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษาอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) ของประเทศไทย
- 2) คาดประมาณขนาดและโครงสร้างของประชากรไทยในอนาคต (Population projection)

- 3) คาดประมาณการใช้บริการสุขภาพ (Projection of Healthcare Service Utilization)
- 4) คาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Projection of Health Consumption Expenditure)

วิธีการศึกษา

• รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) ร่วมกับการวิจัยเชิงพยากรณ์ (prediction study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มอัตราเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และคาดการณ์ผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาว

• ขอบเขตประชากร

การศึกษานี้จำกัดขอบเขตเฉพาะข้อมูลประชากรที่มีสัญชาติไทย

• การวิเคราะห์ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

1. การคำนวณอัตราเจริญพันธุ์รวม

- แหล่งข้อมูล สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2535-2567
- ในสถิติสาธารณสุขจะรายงานอัตราเจริญพันธุ์รายกลุ่มอายุ แต่ไม่มีการคำนวณและรายงาน TFR สูตรคำนวณ

$$\text{■ } TFR = \frac{5}{1000} \sum_{\alpha=15-49} f_{\alpha}^{(8)}$$

- โดย TFR = อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate)

- f_{α} = อัตราเจริญพันธุ์รายกลุ่มอายุ

2. การคาดประมาณประชากร (Population projection)

- โปรแกรมคำนวณ Demographic Analysis & Population Projection System (DAPPS) Software⁽⁹⁾
- ใช้ข้อมูลพื้นฐานในปี พ.ศ. 2567 ทำนายโดยใช้แบบจำลองถึงปี พ.ศ. 2630
- ใช้ค่า TFR ที่คำนวณได้จากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2567 มาคาดประมาณ TFR ในอนาคตด้วย Template for the projection of the total fertility rate (TFR): Medium and other scenarios (UN DESA/POP/2021/DC/NO.2)⁽¹⁰⁾ โดยกำหนดสมมติฐาน 3 รูปแบบ คือ ฉากทัศน์แบบแนวโน้มต่ำ (low variant) แนวโน้มปานกลาง (medium variant) และ แนวโน้มสูง (high variant)

- อัตราเจริญพันธุ์รายกลุ่มอายุ และอัตราตายรายกลุ่มอายุ ใช้ข้อมูลจาก สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2567⁽¹¹⁾

- กำหนดให้ Model life Table ใช้รูปแบบของ Coale-Demeny West Model Life Table

- กำหนดสมมติฐานให้ค่าการย้ายถิ่น (net migration) = 0

3. การคาดประมาณการใช้บริการสุขภาพ (Projection of Healthcare Service Utilization)

- แหล่งข้อมูล รายงานสถานการณ์การป่วย ปี พ.ศ. 2567⁽¹²⁾

- คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยนอก (Outpatient visits) และผู้ป่วยใน (Inpatient admissions) จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2567-2630

- คำนวณโดยใช้วิธีการปรับอัตราเฉพาะกลุ่มอายุคงที่ (Constant age-specific rate method)⁽¹³⁾

- นำข้อมูลจำนวนประชากรคาดประมาณรายกลุ่มอายุ ได้แก่ วัยเด็ก (0-14 ปี), วัยทำงาน (15-59 ปี) และ วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จากการคาดประมาณประชากร มาคูณกับอัตราการรับบริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคน) และอัตราการรับบริการผู้ป่วยใน (ครั้งต่อแสนประชากร) เฉพาะกลุ่มอายุ

- สูตรคำนวณ

$$E_{t,i} = P_{t,i} \times R_{2567,i}$$

โดย $E_{t,i}$ = คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. t ของกลุ่มอายุ i

$P_{t,i}$ = จำนวนประชากรคาดประมาณในปี พ.ศ. t ของกลุ่มอายุ i

$R_{2567,i}$ = อัตราการรับบริการเฉพาะกลุ่มอายุ i

- จำนวนรวมของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมดในแต่ละปีคำนวณจากผลรวมของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณได้ในทุกกลุ่มอายุ

4. การคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Projection of Health Consumption Expenditure)

- แหล่งข้อมูล บัญชีกระแสการโอนประชาชาติของประเทศไทย 2564⁽¹⁴⁾
- คาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรายกลุ่มอายุ พ.ศ. 2567–2630 คำนวณโดยใช้กรอบแนวคิดบัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (National Transfer Accounts: NTA)
- นำจำนวนประชากรคาดประมาณจำแนกตามกลุ่มอายุ ได้แก่ วัยเด็ก (0–14 ปี) วัยทำงาน (15–59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คูณกับรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อคนต่อปี (Per capita health consumption expenditure) ซึ่งประกอบด้วยรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ (Public health consumption expenditure) และภาคเอกชน (Private health consumption expenditure)

สูตรคำนวณ

$$HE_{t,i} = P_{t,i} \times (C_{public,i} + C_{private,i})$$

ผลการศึกษา

อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทย

ผลการคำนวณ TFR จากอัตราเจริญพันธุ์รายกลุ่มอายุที่รายงานในสถิติสาธารณสุขแสดงแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง โดย TFR ลดจาก 1.79 ในปี พ.ศ. 2535 เหลือ 1.00 ในปี พ.ศ. 2567 (ภาพที่ 1) เมื่อคาดประมาณค่า TFR ในอนาคตภายใต้ 3 ฉากทัศน์ (แนวโน้มต่ำ/ปานกลาง/สูง) พบว่า TFR ยังคงลดลงในทุกฉากทัศน์ และในปี พ.ศ. 2630 คาดว่าจะอยู่ที่ 0.67, 0.84 และ 1.01 ตามลำดับ (ภาพที่ 1)

การคาดประมาณขนาดและโครงสร้างประชากร

ผลการคาดประมาณด้วย DAPPS แสดงให้เห็นว่าจำนวนประชากรรวมมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในทุกฉากทัศน์ โดยปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นค่าเริ่มต้นในการคาดประมาณ จำนวนประชากรกลางปีจากสถิติสาธารณสุขอยู่

โดย $HE_{t,i}$ = คาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมในปี พ.ศ. t ของกลุ่มอายุ i

$P_{t,i}$ = จำนวนประชากรคาดประมาณในปี พ.ศ. t ของกลุ่มอายุ i

$C_{public,i}$ = รายจ่ายเพื่อการบริโภคด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อคนต่อปีของภาครัฐของกลุ่มอายุ i

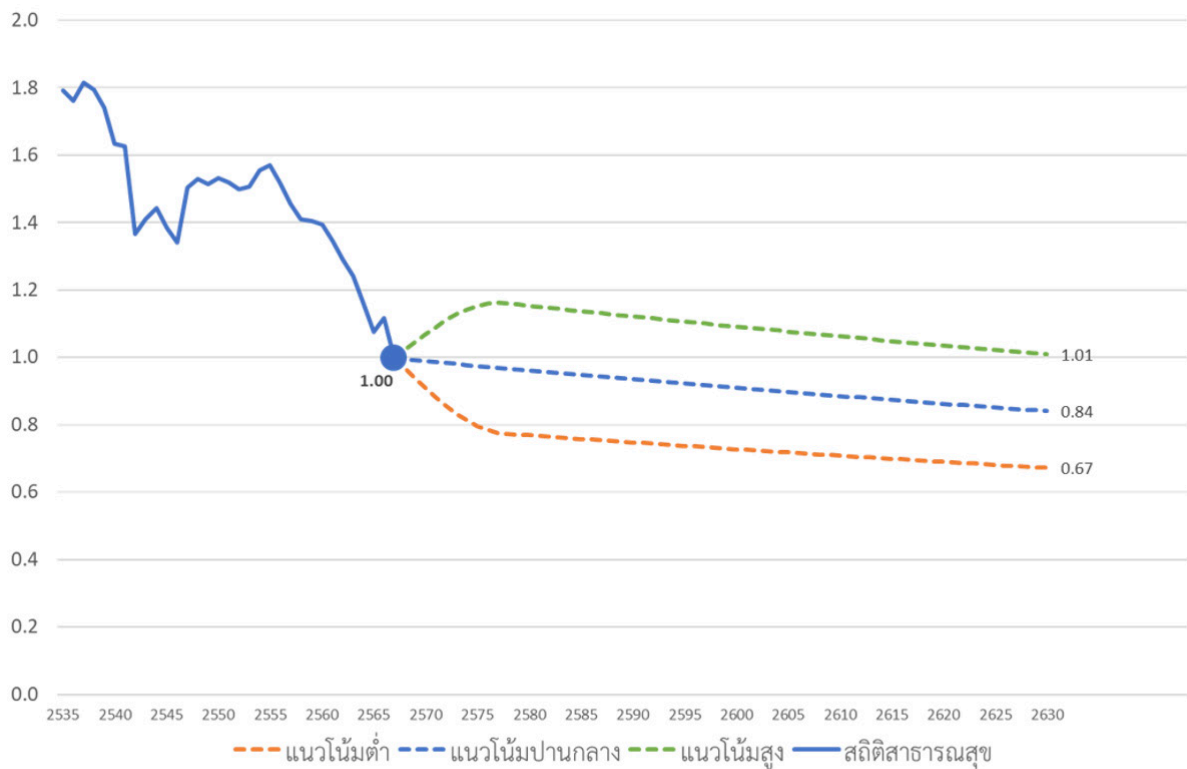
$C_{private,i}$ = รายจ่ายเพื่อการบริโภคด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อคนต่อปีของภาคเอกชนของกลุ่มอายุ i

- คาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศในแต่ละปีคำนวณจากผลรวมของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่คาดประมาณได้จากประชากรทั้ง 3 กลุ่มอายุ

• การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลสาธารณะและรายงานทางการ จึงไม่มีความเสี่ยงต่ออาสาสมัคร และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2568 รหัสโครงการวิจัย 865/2568

ที่ 65,007,426 คน เมื่อถึงปี พ.ศ. 2630 จำนวนประชากรลดลงเหลือ 23,222,312 คน, 26,272,830 คน และ 29,677,594 คน สำหรับฉากทัศน์แนวโน้มต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ (ตารางที่ 1)



ข้อมูลปี พ.ศ. 2535-2567 คำนวณจากสถิติสาธารณสุข

ข้อมูลปี พ.ศ. 2568-2630 คาดประมาณจาก Template for the projection of the total fertility rate (TFR): Medium and other scenarios
(UN DESA/POP/2021/DC/NO. 2)

ภาพที่ 1 อัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2535-2630

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร การเกิด การตาย จากการคาดประมาณ

พ.ศ.	จำนวนประชากร			จำนวนการเกิด			จำนวนการตาย		
	Low variant	Medium variant	High variant	Low variant	Medium variant	High variant	Low variant	Medium variant	High variant
2567	65,007,426	65,007,426	65,007,426	441,631	441,631	441,631	556,874	556,874	556,874
2570	64,503,946	64,554,979	64,606,012	388,780	422,220	455,660	607,179	607,252	607,324
2575	63,012,711	63,340,688	63,668,669	319,720	391,429	463,140	693,082	693,493	693,905
2580	60,831,142	61,525,022	62,218,914	285,258	356,594	427,938	780,751	781,376	782,000
2585	58,063,095	59,091,071	60,119,376	252,771	316,511	380,470	863,598	864,342	865,087
2590	54,741,766	56,066,663	57,395,334	214,455	271,533	329,997	929,301	930,262	931,227
2595	50,957,058	52,550,908	54,161,171	174,212	227,421	284,495	968,270	969,537	970,824
2600	46,861,604	48,710,617	50,602,855	139,162	191,240	250,239	977,317	978,983	980,693
2605	42,638,871	44,738,656	46,922,850	113,268	165,218	226,669	959,054	961,257	963,535
2610	38,447,566	40,791,181	43,270,109	94,999	145,241	206,298	922,896	925,842	928,899
2615	34,379,235	36,947,029	39,704,274	80,473	126,454	183,424	878,940	882,913	887,035
2620	30,470,250	33,231,617	36,236,362	67,297	108,027	159,724	831,896	837,268	842,839
2625	26,740,981	29,662,653	32,882,097	55,106	91,124	138,459	781,207	788,389	795,837
2630	23,222,312	26,272,830	29,677,594	44,546	76,760	120,874	724,598	734,078	743,917

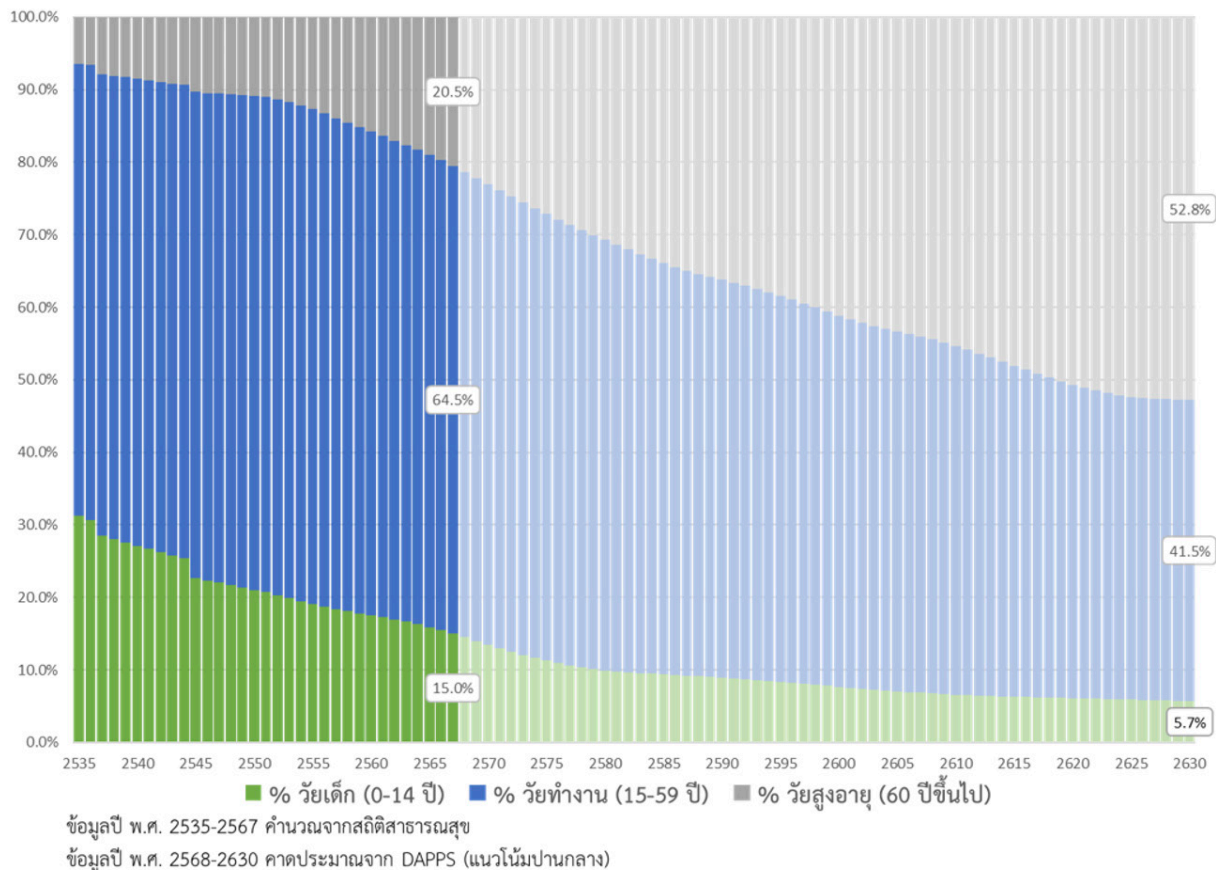
เมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรวัยเด็ก (0–14 ปี) 9,762,473 คน วัยทำงาน (15–59 ปี) 41,911,410 คน และวัยสูงอายุ (≥60 ปี) 13,333,543 คน (ตารางที่ 2) ภายใต้ฉากทัศน์แนวโน้มปานกลาง คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลงต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2630 เหลือ 1,490,298 คน และ 10,905,132 คน ตามลำดับ ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จนถึงค่าสูงสุด 20,326,095 คนในปี พ.ศ. 2589 ซึ่งมากกว่า ค่าสูงสุดตามตารางที่ 2 ในปี พ.ศ. 2590 อยู่เล็กน้อย ก่อน เปลี่ยนแนวโน้มเป็นลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือ 13,877,400 คน ในปี พ.ศ. 2630 (ตารางที่ 2)

ในด้านของสัดส่วนประชากร ผลการคาดประมาณ พบว่า สัดส่วนประชากรวัยเด็ก และวัยทำงานจะลดลง ต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2567 ถึง 2630 โดยสัดส่วนวัยเด็ก ลดลงจาก ร้อยละ 15.0 เหลือ ร้อยละ 5.7 และสัดส่วน

วัยทำงานลดลงจาก ร้อยละ 64.5 เหลือ ร้อยละ 41.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน ภายใต้ฉากทัศน์แนวโน้มปานกลาง (ภาพที่ 2) ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึง พ.ศ. 2630 ตาม เกณฑ์สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society: มีสัดส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปเกิน ร้อยละ 10) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมี สัดส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.3, จากนั้น เข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged Society: มีสัดส่วน ประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20) ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีสัดส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.5 และ คาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society: มีสัดส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปเกิน ร้อยละ 28) ในปี พ.ศ. 2577 โดยมีสัดส่วนประชากรวัย 60 ปี ขึ้นไปร้อยละ 28.6 (ภาพที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรรายกลุ่มอายุจากการคาดประมาณ

พ.ศ.	วัยเด็ก (0-14 ปี)			วัยทำงาน (15-59 ปี)			วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)		
	Low variant	Medium variant	High variant	Low variant	Medium variant	High variant	Low variant	Medium variant	High variant
2567	9,762,473	9,762,473	9,762,473	41,911,410	41,911,410	41,911,410	13,333,543	13,333,543	13,333,543
2570	8,640,793	8,691,825	8,742,857	40,971,586	40,971,586	40,971,587	14,891,567	14,891,568	14,891,568
2575	6,820,915	7,148,895	7,476,874	38,997,986	38,997,986	38,997,982	17,193,810	17,193,807	17,193,813
2580	5,399,910	6,093,793	6,787,683	36,520,913	36,520,912	36,520,910	18,910,319	18,910,317	18,910,321
2585	4,573,873	5,551,311	6,529,079	33,464,043	33,514,584	33,565,119	20,025,179	20,025,176	20,025,178
2590	3,990,532	4,990,424	5,994,091	30,437,620	30,762,626	31,087,630	20,313,614	20,313,613	20,313,613
2595	3,461,925	4,368,405	5,291,291	27,293,499	27,980,868	28,668,245	20,201,634	20,201,635	20,201,635
2600	2,899,293	3,731,340	4,606,292	23,924,292	24,941,257	25,958,537	20,038,019	20,038,020	20,038,026
2605	2,360,958	3,152,606	4,024,925	20,897,505	22,205,639	23,517,519	19,380,408	19,380,411	19,380,406
2610	1,911,986	2,685,891	3,578,854	18,023,431	19,593,140	21,179,107	18,512,149	18,512,150	18,512,148
2615	1,572,275	2,325,166	3,224,698	15,046,334	16,861,237	18,718,947	17,760,626	17,760,626	17,760,629
2620	1,315,639	2,025,167	2,894,523	12,313,019	14,364,858	16,500,249	16,841,592	16,841,592	16,841,590
2625	1,104,134	1,748,998	2,557,829	10,089,144	12,365,956	14,776,570	15,547,703	15,547,699	15,547,698
2630	916,014	1,490,298	2,231,775	8,471,747	10,905,132	13,525,557	13,834,551	13,877,400	13,920,262



ภาพที่ 2 สัดส่วนประชากรรายกลุ่มอายุ พ.ศ. 2535-2630

การคาดประมาณจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผลการคาดประมาณการใช้บริการสุขภาพแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างอย่างมีนัยสำคัญของการใช้บริการ ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 3) และผู้ป่วยใน (ตารางที่ 4) ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์และการลดลงของจำนวนประชากรในภาพรวม

การคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยนอก (Outpatient visits)

ในภาพรวม จำนวนครั้งของการรับบริการผู้ป่วยนอกทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 194.65 ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. 2567 สู่ระดับสูงสุดที่ 224.32 ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. 2585 ก่อนจะค่อย ๆ ปรับตัวลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือ 128.63 ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. 2630 (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุ พบการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนอย่างชัดเจน ดังนี้

- กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป): มีจำนวนและสัดส่วน

การใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจาก 101.35 ล้านครั้ง (ร้อยละ 52.1) ในปี พ.ศ. 2567 สู่ระดับสูงสุดที่ 154.41 ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. 2590 แม้ว่าจำนวนครั้งจะเริ่มชะลอตัวลงหลังจากนั้นตามแนวโน้มจำนวนประชากรสูงอายุรวม แต่สัดส่วนต่อภาระงานผู้ป่วยนอกทั้งหมดยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนแตะระดับ ร้อยละ 82.0 (105.49 ล้านครั้ง) ในปี พ.ศ. 2630

- กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี): มีแนวโน้มการรับบริการลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 76.08 ล้านครั้ง (ร้อยละ 39.1) ในปี พ.ศ. 2567 เหลือเพียง 20.51 ล้านครั้ง (ร้อยละ 15.9) ในปี พ.ศ. 2630

- กลุ่มวัยเด็ก (0-14 ปี): มีจำนวนการรับบริการลดลงมากที่สุด จาก 17.22 ล้านครั้ง (ร้อยละ 8.8) ในปี พ.ศ. 2567 เหลือเพียง 2.63 ล้านครั้ง คิดเป็นเพียง ร้อยละ 2.0 ในปี พ.ศ. 2630

ตารางที่ 3 คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยนอกรายกลุ่มอายุ

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)			รวม
	วัยเด็ก (0-14 ปี)	วัยทำงาน (15-59 ปี)	วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	
2567	17,220,389 (8.8)	76,077,806 (39.1)	101,351,712 (52.1)	194,649,907
2570	15,319,305 (7.6)	74,320,297 (36.6)	113,194,680 (55.8)	202,834,282
2575	12,626,136 (5.9)	70,778,830 (33.1)	130,694,597 (61.0)	214,099,563
2580	10,780,435 (4.9)	66,895,935 (30.2)	143,742,236 (64.9)	221,418,606
2585	9,818,012 (4.4)	62,287,626 (27.8)	152,216,569 (67.9)	224,322,208
2590	8,820,426 (4.0)	57,690,654 (26.1)	154,409,054 (69.9)	220,920,133
2595	7,715,510 (3.6)	52,444,343 (24.5)	153,557,880 (71.9)	213,717,734
2600	6,587,556 (3.2)	46,667,808 (22.7)	152,314,200 (74.1)	205,569,564
2605	5,566,751 (2.9)	41,560,915 (21.4)	147,315,543 (75.8)	194,443,209
2610	4,745,067 (2.6)	36,745,080 (20.2)	140,715,665 (77.2)	182,205,813
2615	4,108,845 (2.4)	31,675,919 (18.5)	135,003,136 (79.0)	170,787,900
2620	3,577,969 (2.3)	27,006,478 (17.0)	128,017,320 (80.7)	158,601,767
2625	3,088,878 (2.1)	23,247,108 (16.1)	118,182,103 (81.8)	144,518,088
2630	2,631,352 (2.0)	20,514,367 (15.9)	105,485,726 (82.0)	128,631,445

การคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยใน (Inpatient admissions)

สำหรับการรับบริการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) พบแนวโน้มในทิศทางเดียวกัน โดยจำนวนการนอนโรงพยาบาลรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 7.99 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2567 สูงสุดที่ 8.50 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2580 จากนั้นจะทยอยลดลงตามขนาดประชากรโดยรวมจนเหลือ 4.57 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2630 (ตารางที่ 4)

■ กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป): เป็นกลุ่มที่มีการใช้เตียงและทรัพยากรผู้ป่วยในสูงสุดอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้ป่วยในสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 3.40 ล้านราย (ร้อยละ 42.6) ในปี พ.ศ. 2567 สู่ระดับสูงสุดที่ 5.18 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2590 และครองสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นส่วนใหญ่ของเตียงผู้ป่วยในทั้งหมด โดยคิดเป็นร้อยละ 70.0 ในปี พ.ศ. 2605 และแตะระดับ ร้อยละ 77.5 (3.54 ล้านราย) ในปี พ.ศ. 2630

■ กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี): จำนวนการนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 2.95 ล้านราย (ร้อยละ 37.0) ในปี พ.ศ. 2567 เหลือ 7.75 แสนราย (ร้อยละ 17.0) ในปี พ.ศ. 2630

■ กลุ่มวัยเด็ก (0-14 ปี): ปรับตัวลดลงจาก 1.63 ล้านราย (ร้อยละ 20.4) ในปี พ.ศ. 2567 เหลือเพียง 2.55 แสนราย หรือคิดเป็น ร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2630

ตารางที่ 4 คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยในรายกลุ่มอายุ

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยใน (ร้อยละ)			รวม
	วัยเด็ก (0-14 ปี)	วัยทำงาน (15-59 ปี)	วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	
2567	1,630,689 (20.4)	2,953,501 (37.0)	3,402,253 (42.6)	7,986,443
2570	1,420,577 (17.5)	2,886,783 (35.6)	3,799,807 (46.9)	8,107,167
2575	1,233,897 (14.7)	2,748,092 (32.8)	4,387,258 (52.4)	8,369,247
2580	1,096,178 (12.9)	2,579,355 (30.3)	4,825,251 (56.8)	8,500,784
2585	991,789 (11.7)	2,375,555 (28.0)	5,109,724 (60.3)	8,477,067
2590	877,590 (10.6)	2,185,405 (26.5)	5,183,323 (62.9)	8,246,318
2595	754,439 (9.6)	1,987,506 (25.2)	5,154,750 (65.3)	7,896,695
2600	637,512 (8.5)	1,770,846 (23.5)	5,113,001 (68.0)	7,521,360
2605	540,956 (7.7)	1,576,727 (22.3)	4,945,203 (70.0)	7,062,885
2610	466,923 (7.1)	1,391,925 (21.1)	4,723,653 (71.8)	6,582,501
2615	406,852 (6.6)	1,198,362 (19.5)	4,531,890 (73.8)	6,137,104
2620	352,507 (6.2)	1,021,132 (18.0)	4,297,385 (75.8)	5,671,023
2625	301,519 (5.9)	879,026 (17.1)	3,967,229 (77.1)	5,147,774
2630	255,323 (5.6)	775,313 (17.0)	3,541,027 (77.5)	4,571,662

การคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ผลการคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศจำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2567–2630 แสดงดังตารางที่ 5 พบว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทั้งในด้านขนาดของงบประมาณ และสัดส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่ายระหว่างกลุ่มวัย โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1,188,387 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2567 สู่ระดับสูงสุดที่ 1,285,110 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2580 หลังจากนั้นค่าใช้จ่ายรวมจะเริ่มทรงตัว และทยอยลดลงตามการลดลงของจำนวนประชากรโดยรวม จนเหลือ 678,418 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2630

การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ

■ กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป): มีการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างก้าวกระโดด ทั้งในแง่มูลค่าและสัดส่วน โดยค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก 474,234 ล้านบาท (ร้อยละ 39.9) ในปี พ.ศ. 2567 สู่จุดสูงสุดที่ 722,494 (ร้อยละ 57.9) ล้าน

บาท ในปี พ.ศ. 2590 และเมื่อพิจารณาในเชิงสัดส่วนพบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเกินกึ่งหนึ่งของประเทศ (ร้อยละ 52.3) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2580 เป็นต้นไป และยังคงเพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างต่อเนื่องจนแตะระดับร้อยละ 72.8 (493,577 ล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2630

■ กลุ่มวัยทำงาน (15–59 ปี): ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาคาดประมาณจากเดิมที่เป็นกลุ่มที่ครองสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงสุดในปี พ.ศ. 2567 ที่มูลค่า 645,919 ล้านบาท (ร้อยละ 54.4) ลดลงเหลือ 396,410 ล้านบาท (ร้อยละ 34.9) ในปี พ.ศ. 2600 และลดลงเหลือ 174,269 ล้านบาท (ร้อยละ 25.7) ในปี พ.ศ. 2630

■ กลุ่มวัยเด็ก (0–14 ปี): มีค่าใช้จ่ายและสัดส่วนลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่สุด สอดคล้องกับการลดลงของอัตราการเกิด โดยลดลงจาก 68,235 ล้านบาท (ร้อยละ 5.7) ในปี พ.ศ. 2567 เหลือ 26,424 ล้านบาท (ร้อยละ 2.3) ในปี พ.ศ. 2600 และลดลงเหลือเพียง 10,571 ล้านบาท คิดเป็นเพียง ร้อยละ 1.6 ของค่าใช้จ่ายรวมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2630

ตารางที่ 5 คาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรายกลุ่มอายุ

พ.ศ.	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ล้านบาท) (ร้อยละ)			รวม
	วัยเด็ก (0-14 ปี)	วัยทำงาน (15-59 ปี)	วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	
2567	68,235 (5.7)	645,919 (54.4)	474,234 (39.9)	1,188,387
2570	59,996 (4.9)	630,990 (51.7)	529,648 (43.4)	1,220,635
2575	50,927 (4.0)	600,928 (47.6)	611,532 (48.4)	1,263,387
2580	44,482 (3.5)	568,044 (44.2)	672,583 (52.3)	1,285,110
2585	40,358 (3.1)	529,034 (41.3)	712,235 (55.6)	1,281,627
2590	35,943 (2.9)	490,058 (39.3)	722,494 (57.9)	1,248,495
2595	31,130 (2.6)	445,489 (37.3)	718,512 (60.1)	1,195,131
2600	26,424 (2.3)	396,410 (34.9)	712,692 (62.8)	1,135,526
2605	22,382 (2.1)	353,032 (33.2)	689,303 (64.7)	1,064,717
2610	19,214 (1.9)	312,135 (31.5)	658,422 (66.5)	989,770
2615	16,697 (1.8)	269,081 (29.3)	631,692 (68.9)	917,471
2620	14,498 (1.7)	229,418 (27.2)	599,005 (71.1)	842,921
2625	12,451 (1.6)	197,482 (25.9)	552,985 (72.5)	762,918
2630	10,571 (1.6)	174,269 (25.7)	493,577 (72.8)	678,418

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการแสดงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอันเนื่องมาจากจำนวนการเกิดที่ลดลงอย่างรวดเร็วต่อระบบสุขภาพของประเทศ โดยการคาดประมาณจำนวนและโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในอนาคต จากนั้นนำค่าคาดประมาณประชากรที่ได้ไปเป็นฐานในการคาดประมาณการใช้บริการสุขภาพ และคาดประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพื่อแสดงผลกระทบต่อระบบสุขภาพในด้านการใช้บริการ หรือด้านอุปสงค์ (Demand side) เป็นหลัก เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนในด้านอุปทาน (Supply side) เช่น ออกแบบระบบสุขภาพและจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังจะเกิดขึ้นต่อไป

ในด้านระเบียบวิธีวิจัย การคาดประมาณประชากรในครั้งนี้ได้ดำเนินการผ่านโปรแกรมคำนวณ DAPPS⁽⁹⁾ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2567 เป็น

ค่าตั้งต้น คาดประมาณประชากรจนถึงปี พ.ศ. 2630 เป็นระยะเวลาประมาณ 60 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินสถานการณ์ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และในระยะยาว

การคาดประมาณค่า TFR ในอนาคตของการศึกษานี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Demographic Transition Theory)⁽¹⁵⁾ โดยประเมินว่าในปัจจุบันถือได้ว่าประเทศไทยกำลังอยู่ใน "ระยะที่ 5" ของการเปลี่ยนผ่านทางประชากร แม้ว่าในทางวิชาการ ทิศทางของระยะที่ 5 จะยังเป็นที่ถกเถียงว่า TFR อาจจะลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน หรือกลับมาเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่จากการวิเคราะห์แนวโน้ม TFR ประเทศไทยที่ต่ำกว่าระดับทดแทนอย่างต่อเนื่องมามากกว่า 30 ปี สมมติฐานหลักของการศึกษานี้จึงตั้งอยู่บนแนวโน้มที่ TFR ของประเทศไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่อง การคาดประมาณค่า TFR ในอนาคตจึงเลือกใช้ Template ของ UN DESA

(10) มาคำนวณ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานดังกล่าว โดยผลที่ได้สะท้อนให้เห็นว่าในอีกประมาณ 60 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2630) ค่าอัตราเจริญพันธุ์รวมของไทยจะยังคงลดลงไปอยู่ที่ระดับ 0.67, 0.84 และ 1.01 ในฉากทัศน์แนวโน้มต่ำปานกลาง และสูง ตามลำดับ (ภาพที่ 1)

การคาดประมาณประชากรในการศึกษานี้ จำกัดขอบเขตประชากรเฉพาะผู้มีสัญชาติไทย และกำหนดสมมติฐานให้ค่าการย้ายถิ่น = 0 ทั้งนี้เพื่อชี้ให้เห็นเฉพาะผลกระทบเชิงโครงสร้างที่เกิดจากการที่เด็กเกิดใหม่มีจำนวนลดลง แต่อย่างไรก็ตามในสถานการณ์จริงการย้ายถิ่นเข้าของประชากรแฝง หรือแรงงานข้ามชาติ เป็นตัวแปรสำคัญที่จะส่งผลต่อทั้งโครงสร้างประชากรและระบบสุขภาพของประเทศไทย⁽¹⁶⁾ ในส่วนของ Model Life Table ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบของ Coale-Demeny West เนื่องจากระบบสาธารณสุขของไทยพัฒนาจนอัตราการตายของทารก และเด็กลดลงอยู่ในระดับต่ำมากใกล้เคียงประเทศพัฒนาแล้ว ทำให้รูปแบบการตายโดยรวมเข้ากับรูปแบบของ Coale-Demeny West ที่สะท้อนโครงสร้างการตายตามธรรมชาติโดยไม่มีความเสี่ยงเฉพาะกลุ่มวัย

ทิศทางการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่หดตัวลงอย่างรวดเร็วและการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดจะส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในอนาคต แม้ผลการคาดประมาณในระยะยาวจะชี้ว่าปริมาณการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมมีแนวโน้มลดลงตามขนาดประชากรที่ลดลง แต่ประเด็นสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง (Structural shift) ของการให้บริการ โดยกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก สัดส่วนภาระงานทั้งบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในคาดว่าจะเพิ่มขึ้นจนมีสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 80 ของภาระงานทั้งประเทศในอนาคต ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าระบบสาธารณสุขไทยจำเป็นต้องปรับโครงสร้างการจัดบริการและการบริหารทรัพยากร โดยเฉพาะการวางแผนถ่ายโอนกำลังคนและทรัพยากรจากบริการสุติกรรม

และกุมารเวชกรรม ซึ่งคาดว่าจะมีการใช้บริการลดลงไปสู่การเพิ่มศักยภาพบริการด้านผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) เพื่อรองรับภาระงานที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงประมาณ พ.ศ. 2580–2590

ในมิติด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการสุขภาพดังกล่าวย่อมนำไปสู่ผลกระทบทางการเงินของระบบสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลการคาดประมาณสะท้อนว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคตจะถูกใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุสูงถึงเกือบสามในสี่ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ ขณะที่ประชากรวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและเป็นฐานภาษีสำคัญสำหรับสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพ กลับมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง ความไม่สมดุลระหว่างกลุ่มประชากรที่เป็นฐานรายได้กับกลุ่มที่มีความต้องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์สูงขึ้น อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความยั่งยืนทางการคลังของระบบสุขภาพในระยะยาว ดังนั้น การรับมือกับความท้าทายดังกล่าวจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการพัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาลเท่านั้น แต่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ เพื่อลดการใช้บริการสุขภาพโดยไม่จำเป็น และลดภาระของระบบสุขภาพในภาพรวม ควบคู่กับการประยุกต์ใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดต้นทุนในการจัดบริการ สนับสนุนให้ระบบสุขภาพไทยในอนาคตมีความยั่งยืน สามารถรองรับผลกระทบที่กำลังจะเกิดขึ้นได้

สรุปผล

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ในลักษณะประชากรหดตัวอย่างรุนแรงควบคู่กับการเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด ภายใต้อาณัติศันแนวนโยบายกลาง จำนวนประชากรไทย คาดว่าจะลดลงจาก 65.0 ล้านคนในปี พ.ศ. 2567 เหลือประมาณ 26.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2630 โดยสัดส่วนประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานลดลงเหลือ ร้อยละ 5.7 และ 41.5 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 52.8 กลายเป็นประชากรกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้การให้บริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2630 คาดว่ากลุ่มผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนการใช้บริการ

ผู้ป่วยนอกสูงถึง ร้อยละ 82.0 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน ร้อยละ 77.5 และใช้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 72.8 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่การใช้บริการด้านสูติกรรม กุมารเวชกรรม และบริการที่เกี่ยวข้องกับประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มจะลดลงอย่างมาก ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ การวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุข การถ่ายโอนทรัพยากรไปสู่บริการด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร เพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพและการคลังสุขภาพของประเทศในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัยขั้นสุดยอดและการลดลงของประชากรสู่ 26.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2630 ที่จะส่งผลให้การให้บริการและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องเร่งการเปลี่ยนผ่านเชิงยุทธศาสตร์จากระบบที่เน้น “การรักษาพยาบาล (Curative Care)” ไปสู่ “การส่งเสริมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health Promotion and Environmental Health)” โดยมุ่งเน้นการบูรณาการนโยบายสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Active and Healthy Aging) ผ่านการป้องกันและควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตั้งแต่อ่อนวัยสูงอายุ ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Elderly-friendly Environment) เช่น การปรับสภาพบ้านและชุมชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และการผลิตตกหล่น ซึ่งมาตรการเชิงป้องกันและจัดการสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ จะเป็นกุญแจสำคัญในการลดการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ช่วยชะลอ

อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศในระยะยาวได้อย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากการเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ในส่วนสถานการณ์จำนวนเด็กเกิดใหม่ที่ลดลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ในขณะที่บางพื้นที่อาจจะมีเด็กเกิดใหม่จากกลุ่มแรงงานต่างชาติและกลุ่มประชากรแฝงเป็นจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงควรทบทวนและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านการให้บริการแม่และเด็ก โดยปรับเปลี่ยนจากระบบบริการแยกส่วนไปสู่การบริหารจัดการแบบ “โครงข่ายบริการ (Network)” ในระดับพื้นที่ เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรห้องคลอดเตียงผู้ป่วยเด็ก และบุคลากรเฉพาะทางให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด โดยไม่ลืมนำถึงบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Population and fertility by age and sex for 195 countries and territories, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1995–2051. doi:10.1016/s0140-6736(18)32278-5 PubMed Central PMCID: PMC6227915.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
4. UNFPA Thailand, editor. Impact of demographic change in Thailand. Bangkok, Thailand: United Nations Population Fund Country Office in Thailand; 2011.
5. มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
6. คาสปาร์ พิค, วาสนา อัมเมม, รัตนาภรณ์ ตั้งธนเศรษฐ์. รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อย อายุยืน. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย; 2558.
7. มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. การศึกษาเพื่อเตรียมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583: ประชากรฐานและข้อสมมุติ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2556.
8. United Nations. Principles and Recommendations for a Vital Statistics System [Internet]. United Nations; 2014 [Cited 2026 Aug 20]. Available from: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210561402>
9. United States Census Bureau. Demographic Analysis & Population Projection System (DAPPS) Software. The U.S. Census Bureau; 2025.
10. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Template for the projection of the total fertility rate (TFR): Medium and other scenarios (UN DESA/POP/2021/DC/NO. 2). United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2021.
11. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2567. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
12. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2567. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568.
13. World Health Organization. Models and tools for health workforce planning and projections [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [Cited 2026 Aug 20]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/250444>

14. สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. บัญชีกระแสการโอน ประชาชาติของประเทศไทย 2564. สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2564.
15. Roser M. Demographic transition: Why is rapid population growth a temporary phenomenon? Our World Data [Internet]. 2023 [Cited 2026 Aug 20]. Available from: <https://archive.ourworldindata.org/20260518-090244/demographic-transition.html>
16. Bhula R. Migration and sustainable development in Thailand. Asian Educ Dev Stud 2020 ; 10(1):83-94 Apr 21;10(1):83-94. doi:<https://doi.org/10.1108/AEDS-02-2019-0036>