ประชากรวัยเกษียณในอนาคต

1. บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ การยืนยาวของอายุขัย และการขยายตัวต่อเนื่องของประชากรสูงอายุ สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎรพบว่าประชากรไทยลดลงเหลือ 65.95 ล้านคนในปี 2567 และคาดว่าในอีก 60 ข้างหน้าหรือปี 2626 จะมีประชากรเหลือเพียง 33 ล้านคน (สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์ฯ, 2566) โดยจำนวนเกิดต่ำกว่า 500,000 คนเป็นครั้งแรกนับตั้งแต่ปี 2492 ขณะที่จำนวนตายสูงกว่าจำนวนเกิด ทำให้การเติบโตตามธรรมชาติเป็นลบ อัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) ลดลงเหลือ 1.0 ซึ่งต่ำกว่าญี่ปุ่น (1.2) และสิงคโปร์ ทำให้ไทยเข้าสู่สถานะประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำเป็นพิเศษ (ultra-low fertility)

ในด้านผู้สูงอายุ ข้อมูลจากกรมการปกครอง ณ ปี 2567 ระบุว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13.74 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.83 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (complete aged society) แล้วอย่างเป็นทางการ และจากการคาดประมาณของสถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์ฯ (2566) ประเทศจะเต็มไปด้วยผู้สูงวัย (65+) เพิ่มขึ้นจาก 8 ล้านคนในปี 2566 เป็น 18 ล้านคน ในปี 2626 โดยสัดส่วนประชากรสูงวัยจากมากกว่าร้อยละ 50 ของประชากรทั้งประเทศ

ทั้งนี้จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าดัชนีการสูงอายุอยู่ที่ 127.4 หมายความว่าผู้สูงอายุมีมากกว่าเด็กถึง 1.27 เท่า และอัตราการเป็นภาระอยู่ที่ 31.1 คือวัยทำงาน 100 คนต้องดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน เพิ่มขึ้นจาก 10.7 ในปี 2537 เกือบ 3 เท่าใน 3 ทศวรรษ

คำถามสำคัญที่สังคมไทยต้องตอบจึงไม่ใช่เพียง "จะมีคนเกษียณกี่คน" แต่รวมถึง "ผู้เกษียณจะมีสุขภาพดีหรือไม่ดี" "จะมีศตวรรษิกชน (centenarian) กี่คน" และ "ผู้เตรียมเกษียณควรเตรียมตัวอย่างไร" บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ (1) รวบรวมและเปรียบเทียบการคาดประมาณ (projection) ประชากรวัยเกษียณแยกตามกลุ่มอายุ 5 ปี ตั้งแต่ 65 ปีจนถึง 100 ปีขึ้นไป (2) ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุวัยเกษียณและศตวรรษิกชน (centenarian) ทั้งในไทยและต่างประเทศ (3) วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีอายุยืนอย่างมีคุณภาพ (4) เสนอแนะแนวทางสำหรับผู้เตรียมเกษียณทั้งในระดับบุคคลและระดับนโยบาย

ในบทความนี้ "วัยเกษียณ" หมายถึงประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ที่ใช้ในการคาดประมาณของ UN World Population Prospects และเป็นเกณฑ์ที่ใช้กันแพร่หลายในระดับสากล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอายุเกษียณราชการของไทยอยู่ที่ 60 ปี ข้อมูลบางส่วนจึงอ้างอิงผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปตามบริบท

ของแหล่งข้อมูลไทย โดยจะระบุไว้อย่างชัดเจน ส่วน "ศตวรรษิกชน" (centenarian) หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป

สำหรับการคาดประมาณประชากรวัยเกษียณมาจาก 2 แหล่งหลัก คือ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NESDC) และ United Nations World Population Prospects 2024 (Medium variant) โดยนำเสนอข้อมูล ณ จุดเวลา 5, 10, 15 และ 20 ปีข้างหน้า (ค.ศ. 2025, 2030, 2035, 2040) สำหรับ NESDC และขยายถึงปี 2050 สำหรับ UN WPP ในส่วนของการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมทั้งงานวิจัยไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สุขภาพ ศตวรรษิกชน และระบบดูแลระยะยาว

2. แหล่งข้อมูล

บทความนี้เป็นการศึกษาเอกสาร (documentary research) ที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากหลายแหล่ง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลการคาดประมาณประชากร ข้อมูลสถานะสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แหล่งข้อมูลการคาดประมาณประชากร

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NESDC) ใช้ข้อมูลจากรายงาน "การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583" (ฉบับปรับปรุง) ซึ่งจัดทำร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อมูลนี้ใช้ฐานทะเบียนราษฎรซึ่งนับเฉพาะผู้มีสัญชาติไทย (ประมาณ 66 ล้านคน) ครอบคลุมปี พ.ศ. 2553–2583 แยกตามกลุ่มอายุ 5 ปี ตั้งแต่ 0–4 จนถึง 100 ปีขึ้นไป ครอบคลุมในด้านต่างๆ ได้แก่ อัตราเจริญพันธุ์ อัตราตาย และการย้ายถิ่น ตามที่กำหนดโดย NESDC และ IPSR มหิดล

United Nations World Population Prospects 2024 (WPP 2024) ใช้ข้อมูลแบบจำลองภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลาง (Medium fertility variant) สำหรับประเทศไทย ครอบคลุมปี ค.ศ. 2024–2100 ข้อมูลนี้นับประชากรตามข้อเท็จจริง (de facto population) ซึ่งรวมผู้อาศัยทั้งหมดโดยไม่จำกัดสัญชาติ (ประมาณ 71–72 ล้านคน) จัดทำโดย Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations ระเบียบวิธีใช้ Bayesian probabilistic projection สำหรับอัตราเจริญพันธุ์ และ model life table สำหรับอัตราตาย ข้อมูลที่ใช้ประกอบด้วย 2 ชุด คือ (1) โครงสร้างประชากรแบ่งตามกลุ่มอายุ 5 ปี (population by five-year age group) ที่มีข้อมูลแยกกลุ่มอายุ 5 ปี ตั้งแต่ 0–4 จนถึง 100+ และ (2) ดัชนีทางประชากรศาสตร์ (demographic Indicators) ที่มีตัวชี้วัดสำคัญ เช่น ประชากรรวม อัตราเจริญพันธุ์รวม อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 65 ปี อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี และค่ามัธยฐานอายุ (Median Age)

2.2 แหล่งข้อมูลสถานะสุขภาพ

ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 และ 2567 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (NSO) ซึ่งครอบคลุมทุกจังหวัด ข้อมูลจากกรมกิจการ

ผู้สูงอายุ กรมการปกครอง รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (Prasartkul ed.) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (NHES 6) (วิชัย และคณะ, 2564) รายงาน Thai National Health Accounts 2020–2021 (IHPP, 2023) ข้อมูล Global Burden of Disease Study 2019 (Vos et al., 2020) และ WHO Global Health Estimates รวมถึง Healthy Life Expectancy (HALE) จาก WHO

3. การทบทวนวรรณกรรม

3.1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎี

การศึกษาประชากรวัยเกษียณในอนาคตจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดหลายสาขาเพื่อให้เห็นภาพที่ครอบคลุมทั้งมิติเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม บทความนี้ใช้กรอบทฤษฎี 5 กรอบเป็นฐานในการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรม ดังนี้

3.1.1 ทฤษฎีวัฏจักรชีวิต (Life-Cycle Theory/Hypothesis)

ทฤษฎีวัฏจักรชีวิตเสนอว่าบุคคลจะจัดสรรรายได้ การออม และการบริโภคแตกต่างกันไปตามช่วงวัย โดยวัยทำงานจะสะสมทรัพยากรและวัยสูงอายุจะค่อย ๆ ใช้จ่ายทรัพยากรที่สะสมไว้ ทฤษฎีนี้ช่วยให้ตั้งคำถามได้ว่า เมื่อคนมีอายุยืนขึ้น รูปแบบการออม การใช้จ่าย และความต้องการบริการในช่วงหลังเกษียณจะเปลี่ยนไปอย่างไร ตัวแปรที่เชื่อมกับทฤษฎีนี้ ได้แก่ รายได้ต่อหัว สัดส่วนผู้สูงอายุที่ยังมีงานทำ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนผู้สูงอายุ สัดส่วนผู้สูงอายุที่พึ่งพารายได้จากการทำงานเทียบกับบำนาญ และระดับความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูงวัย ในบริบทไทย NESDC (2024) พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 41.4 มีเงินออมไม่ถึง 50,000 บาท และร้อยละ 78.3 มีรายได้ไม่ถึง 100,000 บาทต่อปี สะท้อนว่าการเตรียมตัวทางการเงินในช่วงวงจรชีวิตก่อนเกษียณยังไม่เพียงพอ (UNFPA, n.d.)

3.1.2 ทฤษฎีทุนมนุษย์ (Human Capital Theory)

ทฤษฎีทุนมนุษย์มองว่าการศึกษา ทักษะ สุขภาพ และประสบการณ์เป็นทุนที่เอื้อต่อผลิตภาพและรายได้ ในบริบทของสังคมสูงวัย ทฤษฎีนี้ช่วยขยายมุมมองจากการพิจารณาผู้สูงอายุในฐานะผู้พึ่งพิงเพียงด้านเดียว ไปสู่การมองว่าผู้สูงอายุยังอาจคงบทบาทเป็นทรัพยากรทางเศรษฐกิจได้ หากยังมีสุขภาพและทักษะที่เหมาะสม Tipayalai (2025) ศึกษาผลของการสูงวัยต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจระดับจังหวัดของไทย พบว่า "การสูงวัยเชิงประชากร" และ "การสูงวัยเชิงแรงงาน" เป็นคนละมิติ กล่าวคือ อัตราส่วนการพึ่งพิงผู้สูงอายุ (ODAR) ที่สูงขึ้นไม่ได้มีผลลบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสม่ำเสมอ ขณะที่สัดส่วนแรงงานสูงอายุต่อกำลังแรงงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับผลิตภาพมากกว่า ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ว่า หากสามารถธำรงทุนมนุษย์ของผู้สูงอายุผ่านการดูแลสุขภาพและการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง ก็อาจช่วยบรรเทาผลกระทบทางลบต่อเศรษฐกิจได้

3.1.3 พฤฒพลัง (Active Ageing)

พฤฒพลัง (Active Ageing) คือ กระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะดีทั้งกาย ใจ และสังคม อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีความกระฉับกระเฉง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ หรือวัฒนธรรม โดยเน้นการดูแลตัวเองให้แข็งแรง ลดโรค เพื่อใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและไม่เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) เน้น 3 มิติหลัก คือ สุขภาพ (health) การมีส่วนร่วม (participation) และความมั่นคง (security) แนวคิดนี้ช่วยให้วัดศักยภาพของผู้สูงอายุในฐานะ "ผู้มีส่วนร่วม" ไม่ใช่เพียงผู้รับการดูแล องค์การอนามัยโลกได้ขยายกรอบเป็น "ทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี" (Decade of Healthy Ageing 2021–2030) (WHO, 2020) ซึ่งเน้นเชิงระบบและโครงสร้างที่เป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม และได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทไทยผ่านแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care and Support Services for Older People (ICOPE)) (WHO, 2019b) โดยมุ่งพัฒนาบริการที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ความมั่นคงทางกายภาพ ความมั่นคงทางสังคม ความมั่นคงทางจิตใจ และการบริหารจัดการความเสี่ยง

3.1.4 ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health)

สุขภาพมิได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังสัมพันธ์กับรายได้ การศึกษา สิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการ และบริบททางสังคม ในประเทศไทย Kaikeaw et al. (2023) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าความเหลื่อมล้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage; UHC) แต่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำภายในทั้งสามกองทุน โดยรายได้ครัวเรือน ถิ่นที่อยู่ (เมือง/ชนบท) และระดับการศึกษาเป็นปัจจัยอธิบายสำคัญ ส่วน Treesak et al. (2026) พัฒนาดัชนีความเปราะบางด้านสุขภาพผู้สูงอายุรายจังหวัด (Composite Health Vulnerability Index: CHVI) และพบว่าความเปราะบางดังกล่าวมิได้กระจายตัวแบบสุ่ม หากแต่มีการกระจุกตัวเชิงพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญและสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาท้องถิ่น

3.1.5 แนวคิดการบีบย่อของการเจ็บป่วย (Compression of Morbidity)

แนวคิด “การบีบย่อของการเจ็บป่วย” ของ Fries (1980) เสนอว่าการมีอายุยืนขึ้นอาจมาพร้อมกับช่วงเจ็บป่วยที่สั้นลง หากมีการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันที่ดี นั่นคือมุ่งเน้นการยืดอายุขัยให้ยืนยาวควบคู่ไปกับการมีสุขภาพดี (Healthy Life) เพื่อให้ช่วงเวลาที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพช่วงท้ายชีวิตสั้นที่สุด ในทางตรงกันข้าม Gruenberg (1977) เสนอ "การขยายของระยะการเจ็บป่วย” (Expansion of Morbidity) ว่าอายุยืนขึ้นอาจหมายถึงภาวะการเจ็บป่วยและทุพลภาพที่ยาวนานขึ้นด้วย ประเด็นนี้มีผลโดยตรงต่อการวางแผนรองรับประชากรวัยเกษียณ เพราะหากเกิดการขยายของระยะการเจ็บป่วย ระบบสุขภาพจะต้องรองรับภาระที่มากกว่าที่คาดไว้ สำหรับในประเทศไทย Jitapunkul & Chayovan (2000) พบการบีบย่อของการเจ็บป่วยในช่วงปี 2529–2538 ขณะที่ Karcharnubarn et al. (2013) พบการขยายของระยะการเจ็บป่วยในช่วงปี 2545–2550 สำหรับบางตัวชี้วัด แสดงว่าสถานการณ์อาจเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาและนโยบายสาธารณสุข

นอกจากนี้งานศึกษาศตวรรษิกชนระดับสากล เช่น Andersen et al. (2012) ยังพบว่าช่วงเวลาของการมีชีวิตอย่างสุขภาพดี (health span) ของอภิศตวรรษิกชน (supercentenarians) หรือคนที่มีอายุเกิน 110 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกับอายุขัย (life span) สะท้อนว่าเกิดการบีบย่อของการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้มีอายุยืนมากเป็นพิเศษ

3.2 งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยเกี่ยวกับประชากรวัยเกษียณในประเทศไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมหลากหลายมิติ ทั้งด้านพลวัตประชากร สถานะสุขภาพ ภาระการดูแล ความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีอายุยืน อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในภาพรวมจะพบว่า วรรณกรรมไทยจำนวนมากยังคงกระจายตัวตามหน่วยงานหรือประเด็นย่อยเฉพาะด้าน บทความนี้จึงจัดกลุ่มงานวิจัยไทยใหม่ในเชิงสังเคราะห์ออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) งานฐานข้อมูลและพลวัตประชากรสูงวัยไทย (2) งานด้านสุขภาพ ปีสุขภาวะและภาระการดูแล (3) งานวิจัยเชิงพื้นที่และความเหลื่อมล้ำของผู้สูงอายุ และ (4) งานวิจัยเกี่ยวกับศตวรรษิกชนและปัจจัยแห่งอายุยืน ทั้งนี้เพื่อให้เห็นพัฒนาการขององค์ความรู้ไทยอย่างเป็นระบบมากขึ้น และเพื่อเชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์ในบทถัดไป

3.2.1 งานฐานข้อมูลและพลวัตประชากรสูงวัยไทย

งานฐานข้อมูลและพลวัตประชากรสูงวัยเป็นงานที่วางฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยของประเทศ โดยมีทั้งงานเชิงประชากรศาสตร์ งานสำรวจระดับประเทศ และงานวิเคราะห์เชิงนโยบาย ***สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*** ได้จัดทำรายงาน "สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย" เป็นประจำทุกปี (Prasartkul ed., 2020–2022) จึงมีบทบาทสำคัญในการอธิบายแนวโน้มจำนวนและโครงสร้างของผู้สูงอายุไทย ตลอดจนพัฒนาการของสังคมสูงวัยในระยะยาว ขณะที่***วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*** มีส่วนสำคัญในการศึกษาการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และผลต่อโครงสร้างอายุของประชากรไทย ส่วน***สำนักงานสถิติแห่งชาติ***เป็นแหล่งข้อมูลสำรวจที่สำคัญที่สุดในการติดตามสถานการณ์ผู้สูงอายุระดับประเทศ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับครัวเรือน สุขภาพ การทำงาน รายได้ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในทุกจังหวัด

นอกจากนั้น งานของ***สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)*** ได้ช่วยเพิ่มมิติด้านเศรษฐกิจและนโยบายให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประเด็นผลกระทบของการสูงวัยต่อระบบบำนาญ ตลาดแรงงาน การคลังสาธารณะ และศักยภาพของเศรษฐกิจสูงวัย งานในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญในฐานะฐานข้อมูลและฐานคิดเชิงนโยบายที่ทำให้เห็นว่า การสูงวัยของไทยไม่ได้เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางประชากร แต่มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับโครงสร้างเศรษฐกิจ สวัสดิการ และการวางแผนระยะยาวของรัฐ

โดยสรุป งานวิจัยกลุ่มนี้ช่วยให้เห็นภาพใหญ่ของประเทศไทยในฐานะสังคมที่กำลังเผชิญทั้งภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ จำนวนวัยทำงานลดลง และสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ข้อจำกัดสำคัญคือ งานจำนวน

มากยังให้ภาพระดับประเทศเป็นหลัก ขณะที่การเปลี่ยนแปลงเชิงพื้นที่และความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการเชื่อมโยงอย่างเต็มที่

3.2.2 งานด้านสุขภาพ ปีสุขภาวะ และภาระการดูแลของผู้สูงอายุไทย

งานวิจัยในกลุ่มนี้มุ่งเน้นประเด็นสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy: HLE) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการ และภาระการดูแลระยะยาว

Jitapunkul & Chayovan (2000) เปรียบเทียบอายุขัยเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) กับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HLE) ระหว่างปี 2529 กับ 2538 พบว่าทั้งอายุขัยเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HLE) เพิ่มขึ้นอย่างมาก และอัตราส่วน HLE/LE เพิ่มขึ้น ชี้ว่าช่วงเจ็บป่วยถูกบีบย่อลง (compression of morbidity) ในช่วงเศรษฐกิจเฟื่องฟู อย่างไรก็ตาม Karcharnubarn et al. (2013) ศึกษาช่วงปี 2545–2550 พบผลที่ขัดแย้งกัน คือสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองและความพิการด้านการดูแลตนเองแสดงการขยายของระยะการเจ็บป่วย (expansion of morbidity) Vapattanawong et al. (2015) ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งที่ 4 (2552) พบว่าภาระโรคของผู้สูงอายุไทยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองและความต้องการการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มอายุสูงมาก นอกจากนี้ งานวิจัยยังสะท้อนความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน กล่าวคือ ผู้หญิงไทยมีอายุยืนกว่าผู้ชาย แต่ใช้ช่วงชีวิตกับความเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดด้านสุขภาพยาวนานกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด female–male health-survival paradox

ในด้านการคาดประมาณสถานะสุขภาพ Tantirat et al. (2020) ได้ใช้ multistate modelling แบ่งผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับของการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) คาดว่าภายในปี 2573 (2030) จะมีผู้สูงอายุกลุ่มเข้าสังคมได้ (social group) 15.59 ล้านคน กลุ่มติดบ้าน (home group) 321,511 คน และกลุ่มติดเตียง (bedridden group) 152,749 คน แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97) จะยังสามารถเข้าสังคมได้ แต่จำนวนผู้ติดบ้านและติดเตียงรวมกันจะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 474,000 คน ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวทั้งจากครอบครัวและระบบสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังคงศึกษาเป็นรายมิติ เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือภาวะพึ่งพิง แยกจากกัน จึงยังมีช่องว่างในการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพเข้ากับการคาดประมาณประชากรเพื่อประเมินภาระในอนาคตอย่างบูรณาการ

3.2.3 งานวิจัยเชิงพื้นที่และความเหลื่อมล้ำของผู้สูงอายุไทย

งานวิจัยไทยอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้นในช่วงหลัง คือ งานที่ศึกษาความแตกต่างของการสูงวัยในเชิงพื้นที่และความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มประชากร งานในกลุ่มนี้ครอบคลุมทั้งการพัฒนาดัชนีความเปราะบางของผู้สูงอายุ การศึกษาความแตกต่างของพฤฒพลัง (Active Ageing) ระหว่างจังหวัดหรือภูมิภาค และการวิเคราะห์การกระจุกตัวเชิงพื้นที่ของปัญหาสุขภาพ

Treesak et al. (2026) สร้างดัชนี CHVI จากตัวชี้วัดความเสี่ยง 9 ด้าน พบว่าความเปราะบางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีการกระจุกตัวเชิงพื้นที่และสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาท้องถิ่น Keanjoom et al. (2024) ศึกษาความแตกต่างเชิงภูมิศาสตร์ของพฤฒพลัง (Active Ageing) พบแบบจำลองที่ประกอบด้วย 14 ตัวชี้วัดภายใต้ 3 ปัจจัยแฝง คือสถานะสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง โดยพื้นที่ชนบท เพศชาย สถานภาพสมรส และรายได้ที่เพียงพอสัมพันธ์กับคะแนน Active Ageing ที่ดีกว่า Kaewkunset et al. (2025) ศึกษาการกระจุกตัวเชิงพื้นที่ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 76 จังหวัด พบว่า 12 จังหวัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง โดยปัจจัยที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สัดส่วนผู้สูงอายุ ความหนาแน่นจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ และคะแนน Active Ageing Index

เห็นได้ว่าการเข้าสู่สังคมสูงวัยของไทยไม่ได้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในทุกพื้นที่ แต่มีทั้งจังหวัดหรือชุมชนที่มีความพร้อมสูงกว่า และพื้นที่ที่มีความเปราะบางมากกว่าจากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงบริการ ดังนั้นการใช้นโยบายแบบเดียวกันทุกพื้นที่จึงอาจไม่เพียงพอที่จะตอบสนองผู้สูงวัย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาต่ำหรือมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างบริการ อย่างไรก็ดี งานที่มีอยู่ยังค่อนข้างกระจาย และยังขาดการเชื่อมต่อระหว่างผลการศึกษาเชิงพื้นที่กับการวางยุทธศาสตร์การเตรียมรับสังคมอายุยืนในระดับจังหวัดหรือภูมิภาคอย่างเป็นระบบ

3.2.4 งานวิจัยเกี่ยวกับศตวรรษิกชนและปัจจัยแห่งอายุยืนในบริบทไทย

งานวิจัยในกลุ่มนี้มีงานเชิงคุณภาพที่ศึกษาผู้สูงอายุที่อายุยืนในหลายพื้นที่ งานเหล่านี้แม้จะเป็นระดับชุมชนแต่ให้ภาพ "ปัจจัยร่วม" ของการมีอายุยืนในบริบทไทยได้ดี โดยในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ Kemathad et al. (2025) ศึกษาผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไปในตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม พบ 5 ประเด็นหลัก คือ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การดูแลสุขภาพกาย อาหารที่เหมาะสม การใช้ชีวิตเรียบง่ายพึ่งตนเอง และการจัดการความเครียด ส่วน ศันสนีย์ & สุวิภา (2561) ศึกษาอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวนในแม่แจ่ม และเสนอแนวคิดเรื่อง "ระบบนิเวศของการกิน" ที่เชื่อมการผลิตอาหาร การเคลื่อนไหว ครอบครัว และธรรมชาติ นอกจากนี้ในจังหวัดลำปาง (ศักดิ์สุนัน, 2561) อุบลราชธานี (วรางคณา & นันทรียา, 2560) นครสวรรค์ (นภัสวรรณ & ไฉไล, 2557) และชัยภูมิ (ณรัศม์ & กรรณวิษณ์, 2567) ปัจจัยร่วมที่พบจากทุกพื้นที่ ได้แก่ อาหารพื้นบ้านที่ไม่ซับซ้อน กิจกรรมเคลื่อนไหวสม่ำเสมอ เครือข่ายครอบครัวที่แน่นแฟ้น และการจัดการความเครียดผ่านศาสนา/จิตวิญญาณ

อิทธิพงษ์ และคณะ (2566) ขยายภาพจากจังหวัดเดียวสู่ 8 จังหวัดภาคเหนือ (เชียงใหม่ เชียงราย น่าน แพร่ ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน พะเยา) พบว่าพื้นที่ล้านนาหลายจังหวัดมีรากวัฒนธรรมร่วมกันในด้านอาหาร การเกษตร พิธีกรรม และเครือญาติ ที่เอื้อต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ

Kadsanit et al. (2020) ศึกษาภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชนในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาและการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม สำรวจผู้มีอายุ 100 ปีขึ้นไปที่ยังมีชีวิตอยู่ 34 ราย กระจายอยู่ในหลายอำเภอ ซึ่งเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการมีอายุยืนระดับสูง (extreme longevity) นอกจากนี้ยังมีงานศึกษา

ศตวรรษิกชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบรูปแบบวิถีชีวิตร่วมกัน ได้แก่ การทำกิจกรรมเบา ๆ อย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารพื้นบ้านที่ไม่ฟุ่มเฟือย การได้รับการดูแลจากครอบครัว และการมีกรอบคิดด้านศาสนาหรือจิตวิญญาณ

อย่างไรก็ตาม Chuanwan & Prasartkul (2020) ได้ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลผู้มีอายุ 100 ปีขึ้นไปในทะเบียนราษฎรไทยมีปัญหาคุณภาพ และอาจสูงเกินจริงจากการไม่แจ้งตายหรือความคลาดเคลื่อนของการรายงานอายุ การศึกษาการยืนยันอายุของศตวรรษิกชนไทยจึงเป็นหลักฐานสำคัญที่เตือนให้ใช้ข้อมูลกลุ่มอายุสูงมากด้วยความระมัดระวัง และไม่ควรตีความจำนวนจากฐานทะเบียนโดยตรงโดยไม่ผ่านกระบวนการตรวจสอบอายุเสียก่อน

เห็นได้ว่างานในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นงานเชิงคุณภาพและกรณีศึกษาจากหลายพื้นที่ในไทยซึ่งช่วยขยายความเข้าใจจากเรื่อง “จำนวน” ไปสู่เรื่อง “คุณลักษณะของการมีอายุยืน” โดยพบปัจจัยร่วมที่ปรากฏซ้ำในหลายงาน ได้แก่ วิถีชีวิตที่เรียบง่าย อาหารพื้นถิ่นที่ไม่ซับซ้อน การมีกิจวัตรสม่ำเสมอ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน รวมถึงบทบาทของศาสนาและจิตวิญญาณในการจัดการความเครียด

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยด้านศตวรรษิกชนยังมีข้อจำกัดอยู่มาก ทั้งในด้านขนาดตัวอย่าง การตรวจสอบอายุ และการขาดข้อมูลระยะยาวที่สามารถเปรียบเทียบเชิงพื้นที่หรือเชิงรุ่นได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้น แม้งานที่มีอยู่จะช่วยให้เห็นภาพเบื้องต้นของปัจจัยแห่งอายุยืนในบริบทไทย แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการสรุปเชิงทั่วไปในระดับประเทศ

3.2.5 สรุปภาพรวมของงานวิจัยไทย

เมื่อสังเคราะห์งานวิจัยไทยทั้งหมดร่วมกัน จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีฐานความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ค่อนข้างเข้มแข็ง ทั้งในด้านข้อมูลประชากร งานสำรวจระดับประเทศ งานวิจัยสุขภาพ งานเชิงพื้นที่ และงานเกี่ยวกับศตวรรษิกชน แต่ยังมีช่องว่างสำคัญอยู่ 3 ประการ ได้แก่ (1) งานจำนวนมากยังแยกศึกษา “จำนวนประชากร” ออกจาก “สถานะสุขภาพ” ทำให้ยังไม่สามารถประเมินภาระของสังคมสูงวัยในอนาคตได้อย่างครบถ้วน (2) งานเชิงพื้นที่และความเหลื่อมล้ำยังไม่ถูกเชื่อมเข้ากับการคาดการณ์ประชากรและการออกแบบนโยบายในระดับพื้นที่อย่างเพียงพอ และ (3) งานวิจัยเกี่ยวกับศตวรรษิกชนไทยยังมีข้อจำกัดด้านคุณภาพข้อมูลและการยืนยันอายุ

ดังนั้นบทความนี้มุ่งเชื่อมโยง 3 มิติที่มักถูกศึกษาแยกจากกัน ได้แก่ “จำนวน” ของประชากรวัยเกษียณในอนาคต “คุณภาพ” ของการมีอายุยืนในแง่สุขภาพและภาวะพึ่งพิง และ “ความแตกต่างเชิงพื้นที่” ที่มีนัยต่อการเตรียมความพร้อมของทั้งบุคคลและนโยบายสาธารณะ

3.3 งานวิจัยต่างประเทศ

งานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับประชากรวัยเกษียณมีความครอบคลุมทั้งด้านการคาดประมาณประชากร สุขภาพผู้สูงอายุ ระบบดูแลระยะยาว ปัจจัยแห่งอายุยืน และกรอบนโยบายสาธารณะ ซึ่งในส่วนนี้

จะทำการสังเคราะห์งานวิจัยต่างประเทศออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) การคาดประมาณประชากรและกรอบการสูงวัยระดับโลก (2) บทเรียนจากเอเชียตะวันออกและระบบรองรับสังคมสูงวัย (3) งานศึกษาศตวรรษิกชนและปัจจัยแห่งอายุยืน และ (4) สุขภาพผู้สูงอายุ ภาระการคลัง และเศรษฐกิจอายุยืน เพื่อให้เห็นพัฒนาการขององค์ความรู้สากลอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกับบริบทไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3.3.1 การคาดประมาณประชากรและกรอบการสูงวัยระดับโลก

ในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มงานพื้นฐานที่สำคัญต่อความเข้าใจเรื่องการเปลี่ยนผ่านประชากรและการสูงวัยในระดับโลก โดยเฉพาะ World Population Prospects (WPP) ขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลการคาดประมาณประชากรที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในระดับสากล ซึ่งการคาดประมาณในปี 2024 ได้แสดงให้เห็นว่า หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ การเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ย และโครงสร้างประชากรที่สูงวัยมากขึ้นพร้อมกัน สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจาก WPP เป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการเปรียบเทียบกับการคาดประมาณประชากรของหน่วยงานไทย ทั้งในด้านจำนวนประชากรรวม อายุคาดเฉลี่ย และการขยายตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ

3.3.2 บทเรียนจากเอเชียตะวันออกและระบบรองรับสังคมสูงวัย

ประเทศไทยไม่ได้เผชิญการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยเพียงลำพัง ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์เป็นประเทศในเอเชียที่เข้าสู่สังคมสูงวัยก่อนไทย โดยเผชิญภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และแรงกดดันต่อระบบสวัสดิการในระดับสูง ญี่ปุ่นซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 65+ สูงที่สุดในโลก (ประมาณร้อยละ 29) เป็นกรณีศึกษาที่สำคัญที่สุด เนื่องจากได้พัฒนาระบบ Long-term Care Insurance (LTCI) มาตั้งแต่ปี 2000 และมีงานวิจัยเชิงระบบจำนวนมากเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (healthy ageing) ภาวะเสื่อมถอยในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional decline) และการดูแลระยะยาวในชุมชน ตัวอย่างเช่น SONIC study ของญี่ปุ่น (Kamide et al., 2025) ซึ่งเป็น cohort study ขนาดใหญ่ของญี่ปุ่นที่ติดตามผู้สูงอายุในชุมชน โดยวิเคราะห์การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (healthy ageing) แบบหลายมิติซึ่งครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สมรรถนะทางปัญญา และการมีส่วนร่วมทางสังคม

เกาหลีใต้มีประสบการณ์คล้ายไทยในหลายด้าน คือภาวะเจริญพันธุ์ต่ำมาก (ต่ำกว่า 1.0) ประชากรลดลงอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่สังคมสูงวัยในเวลาสั้น ขณะที่สิงคโปร์เลือกใช้โมเดล Medisave/MediShield ที่เน้นความรับผิดชอบร่วมระหว่างรัฐกับครัวเรือนในการจัดการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างจากโมเดลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย Wongboonsin et al. (2020) ศึกษาทรัพยากรบุคคลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในไทยภายใต้โครงการ ERIA เปรียบเทียบกับประเทศอื่นในอาเซียน พบว่าไทยมีความก้าวหน้าในเชิงนโยบายมากกว่าหลายประเทศในภูมิภาค แต่ยังขาดแคลนบุคลากรดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมอย่างเป็นระบบ

3.3.3 Blue Zone ศตวรรษิกชน และปัจจัยแห่งอายุยืน

งานวิจัยในส่วนนี้มุ่งอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีอายุยืนมากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในกลุ่มศตวรรษิกชนและผู้มีอายุเกิน 110 ปี วรรณกรรมในกลุ่มนี้มีทั้งงานเชิงชีวการแพทย์ งานเชิงระบาดวิทยา และงานเชิงสังคมวัฒนธรรม

Blue Zone เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางจากงานของ Dan Buettner ซึ่งอธิบายพื้นที่ที่มีประชากรอายุยืนและมีสุขภาวะดีผิดปกติเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น พื้นที่ดั้งเดิม 5 แห่งที่ได้รับการยอมรับ ได้แก่ Okinawa (ญี่ปุ่น) Sardinia (อิตาลี) Nicoya (คอสตาริกา) Ikaria (กรีซ) และ Loma Linda (สหรัฐอเมริกา) (Blue Zones, 2026) ปัจจัยร่วมที่พบในทุก Blue Zone ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose) การจัดการความเครียด อาหารจากพืชเป็นหลัก การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพอเหมาะ เครือข่ายสังคมที่แน่นแฟ้น ความเชื่อทางศาสนา/จิตวิญญาณ และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ในด้านงานวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ Sebastiani & Perls (2012) จาก New England Centenarian Study ศึกษาพันธุกรรมของการมีอายุยืนมากเป็นพิเศษ พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญในศตวรรษิกชน แต่ปัจจัยด้านวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมก็มีผลเช่นกัน Teo (2022) ทบทวนงานศึกษาศตวรรษิกชนทั่วโลก สรุปได้ว่าการมีอายุเกิน 100 ปีเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรม พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคม งานจากกลุ่ม Swedish AMORIS cohort (2024) เปรียบเทียบ blood biomarker profiles ของศตวรรษิกชนกับผู้ที่ไม่ใช่ศตวรรษิกชน พบความแตกต่างของตัวชี้วัดทางเมตาบอลิกตั้งแต่อายุ 65 ปี ส่วนงานเรื่อง Healthy Lifestyle and the Likelihood of Becoming a Centenarian (2024) ยืนยันว่าวิถีชีวิตที่สุขภาพดีเพิ่มความน่าจะเป็นของการเป็นศตวรรษิกชนอย่างมีนัยสำคัญ แม้หลังควบคุมปัจจัยทางพันธุกรรมแล้ว การวิจัยข้างต้นสะท้อนว่าการมีอายุเกิน 100 ปีเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และบริบททางสังคม มากกว่าจะอธิบายได้ด้วยปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งเพียงลำพัง

3.3.4 สุขภาพผู้สูงอายุ ภาระการคลัง และเศรษฐกิจอายุยืน

ในส่วนนี้เป็นงานวรรณกรรมในลักษณะของการเชื่อมโยงการสูงวัยเข้ากับภาระสุขภาพ ผลกระทบทางการคลัง และโอกาสทางเศรษฐกิจของสังคมอายุยืน

องค์กรระหว่างประเทศหลายแห่งได้ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและการคลังของสังคมสูงวัย OECD (2024) ได้วิเคราะห์ระบบบำนาญของไทยใน Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024 พบว่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ที่ 600–1,000 บาทต่อเดือนตามช่วงอายุ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ILO (2022) จัดทำ Thailand Social Protection Diagnostic Review วิเคราะห์ระบบบำนาญไทยทั้งระบบ ชี้ว่าแรงงานนอกระบบจำนวนมากยังไม่ได้รับการคุ้มครอง ส่วน ADB (2020) จัดทำ Country Diagnostic Study on Long-Term Care in Thailand พบว่าจุดแข็งของไทยคือการลงทุนใช้หลักฐานงานวิจัยเพื่อออกแบบนโยบายระบบ

บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แต่ยังมีช่องว่างในการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและการพัฒนามาตรฐานการดูแล

World Economic Forum (2024) เสนอ “เศรษฐกิจอายุวัฒน์” (Longevity Economy) หรือ “เศรษฐกิจสูงวัย/เศรษฐกิจสีเงิน” (silver economy) ซึ่งมองสังคมสูงวัยไม่ใช่เพียง "ภาระ" แต่เป็น "โอกาสทางเศรษฐกิจ" ครอบคลุมการพัฒนาสินค้าและบริการสำหรับผู้สูงอายุ การรักษาแรงงานสูงวัยในตลาด และการสร้างนวัตกรรมที่ตอบโจทย์ longevity economy สำหรับ Brookings Institution ก็เสนอแนวคิดคล้ายกันว่ายุคแห่ง longevity economy กำลังมาถึง และประเทศที่เตรียมตัวดีจะได้ประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากประชากรที่อายุยืนขึ้น ในบริบทไทย NESDC (2024) พบว่าผู้สูงอายุไทยพึ่งพารายได้จากลูกหลานร้อยละ 36.7 รายได้จากการทำงานร้อยละ 33.9 และเบี้ยยังชีพร้อยละ 14.8 โดยมีเพียงร้อยละ 2.3 ที่พึ่งตนเองด้วยเงินออม แสดงว่าระบบรายได้หลังเกษียณของไทยยังพึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งจะเปราะบางมากขึ้นเมื่อขนาดครัวเรือนเล็กลง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและระดับนานาชาติ จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับประชากรวัยเกษียณมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านพลวัตประชากร สุขภาพผู้สูงอายุ ภาระการดูแล ความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีอายุยืน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวนมากยังมุ่งศึกษาประเด็นเหล่านี้แยกจากกัน จึงทำให้ภาพรวมที่เชื่อมโยงระหว่าง “จำนวน” ของประชากรวัยเกษียณ “คุณภาพ” ของการมีอายุยืน และ “ความแตกต่างเชิงพื้นที่” ยังปรากฏไม่ชัดเจนนัก โดยเฉพาะในประเด็นการเปรียบเทียบการคาดประมาณประชากรจากหลายแหล่งข้อมูลควบคู่กับการวิเคราะห์สถานะสุขภาพ ภาวะพึ่งพิง และนัยต่อการเตรียมความพร้อมของสังคมไทยในอนาคต ด้วยเหตุนี้ บทความนี้จึงมุ่งเชื่อมโยงมิติดังกล่าวเข้าด้วยกัน เพื่อช่วยเติมเต็มภาพความเข้าใจเกี่ยวกับประชากรวัยเกษียณของไทยให้มีความครบถ้วนมากขึ้น และนำไปสู่ข้อเสนอเชิงวิชาการและเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทไทย

4. การคาดประมาณประชากรวัยเกษียณของไทย

4.1 ภาพรวมโครงสร้างประชากรไทยในอนาคต

โครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ข้อมูลทะเบียนราษฎรพบว่าประชากรไทยลดลงเหลือ 65.95 ล้านคนในปี 2567 โดยจำนวนเกิดต่ำกว่า 500,000 คนเป็นครั้งแรกนับตั้งแต่ปี 2492 ในขณะที่อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate: TFR) ลดลงเหลือ 1.0 ซึ่งต่ำกว่าญี่ปุ่น (1.2) และสิงคโปร์ ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สถานะประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำเป็นพิเศษ (ultra-low fertility)

การคาดประมาณประชากรของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์) (NESDC, 2019) ระบุว่าประชากรไทยจะมีจำนวนสูงสุดประมาณ 67.14 ล้านคนในปี 2573 (2030) ก่อนจะลดลงต่อเนื่องเหลือ 65.37 ล้านคนภายในปี 2583 (2040) ส่วนการคาดประมาณของ UN WPP 2024 (Medium variant) ให้ค่าประมาณสูงกว่า โดยคาดว่าประชากรจะลดจาก 71.62 ล้านคนในปี 2025 เหลือ

69.54 ล้านคนในปี 2040 และ 66.38 ล้านคนในปี 2050 ความแตกต่างระหว่างสองแหล่งข้อมูลน่าจะสะท้อนทั้งความแตกต่างของฐานประชากรที่ใช้และสมมติฐานด้านประชากรศาสตร์ที่นำมาคำนวณ กล่าวคือ NESDC ใช้ฐานทะเบียนราษฎรซึ่งนับเฉพาะผู้มีสัญชาติไทย ขณะที่ UN ใช้ประชากรตามข้อเท็จจริง (de facto population) ซึ่งรวมผู้อาศัยทั้งหมด

ในด้านอายุคาดเฉลี่ย UN WPP 2024 ระบุว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยจะเพิ่มจาก 76.82 ปี ในปี 2025 เป็น 79.91 ปี ในปี 2040 และ 81.73 ปี ในปี 2050 ขณะที่อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 65 ปี (LE65) จะเพิ่มจาก 19.64 ปีเป็น 21.84 ปีภายในปี 2050 และอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี (LE80) จะเพิ่มจาก 9.70 ปี เป็น 10.82 ปี แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนว่าประเทศไทยมีแนวโน้มเผชิญการขยายตัวของประชากรผู้สูงอายุวัยปลายมาก (80 ปีขึ้นไป) อย่างมีนัยสำคัญในอนาคต

สำหรับค่ามัธยฐานอายุประชากร (Median Age) จะเพิ่มขึ้นจาก 40.6 ปีในปี 2025 เป็น 46.0 ปีในปี 2040 และ 48.6 ปีในปี 2050 ซึ่งสะท้อนว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับลึก (super-aged society) มากขึ้น โดยโครงสร้างอายุของประชากรจะเลื่อนไปสู่ช่วงวัยที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (UN WPP 2024)

4.2 การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุ 5 ปี

ตาราง 1 แสดงการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุ 5 ปีจากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์) (NESDC) พบว่าผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 9.81 ล้านคนในปี 2568 (2025) เป็น 15.71 ล้านคนในปี 2583 (2040) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ในเวลา 15 ปี กลุ่มอายุ 65–69 ปีเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในทุกช่วงเวลา แต่กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายมาก (80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเร็วกว่า จาก 1.58 ล้านคนเป็น 3.42 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว ส่วนศตวรรษิกชน (100 ปีขึ้นไป) แม้จะมีจำนวนน้อยแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 5,900 คนเป็น 11,400 คน หรือเกือบเท่าตัวเช่นกัน

ตาราง 2 แสดงการคาดประมาณจาก UN World Population Prospects 2024 (Medium variant) ซึ่งครอบคลุมถึงปี 2050 พบว่าผู้สูงอายุ 65+ จะเพิ่มขึ้นจาก 11.47 ล้านคนในปี 2025 เป็น 19.63 ล้านคนในปี 2050 กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายมาก (80+) เพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัว จาก 2.42 ล้านในปี 2025 เป็น 7.02 ล้านในปี 2050 ส่วนศตวรรษิกชนจะเพิ่มขึ้นจาก 15,800 คนเป็น 80,600 คน หรือเพิ่มขึ้นกว่า 5 เท่าตัว

ตาราง 1 การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุ 5 ปี จาก NESDC (หน่วย: พันคน)

กลุ่มอายุ	2568 (2025)	2573 (2030)	2578 (2035)	2583 (2040)
65–69	3,805.4	4,419.6	4,813.9	4,652.0
70–74	2,779.8	3,373.9	3,956.6	4,341.3
75–79	1,648.5	2,262.7	2,784.5	3,301.3
80–84	918.9	1,166.0	1,631.2	2,035.7
85–89	434.2	528.6	687.9	978.8
90–94	174.1	189.9	237.4	315.5
95–99	41.9	52.8	58.9	75.1
100+	5.9	7.8	10.0	11.4
รวม 65+	**9,808.7**	**12,001.2**	**14,180.4**	**15,711.2**
รวม 80+	**1,575.0**	**1,945.1**	**2,625.4**	**3,416.5**

ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583 (ฉบับปรับปรุง), สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NESDC)

ตาราง 2 โปรเจกชันจำนวนผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุ 5 ปี จาก UN WPP 2024 Medium variant

(หน่วย: พันคน)

กลุ่มอายุ	2025	2030	2035	2040	2045	2050
65–69	4,013.1	4,524.8	4,787.5	4,696.6	4,543.9	4,442.3
70–74	3,003.3	3,665.1	4,160.0	4,429.5	4,369.1	4,250.0
75–79	2,036.1	2,608.5	3,212.1	3,675.8	3,944.9	3,918.4
80–84	1,231.3	1,617.0	2,095.7	2,610.3	3,018.2	3,273.1
85–89	743.9	845.0	1,129.9	1,484.5	1,874.8	2,196.1
90–94	333.5	407.8	472.0	644.6	860.2	1,105.2
95–99	94.7	132.1	163.6	193.0	270.0	366.3
100+	15.8	26.1	37.4	47.5	57.4	80.6
รวม 65+	**11,471.7**	**13,826.3**	**16,058.3**	**17,781.9**	**18,938.4**	**19,632.1**
รวม 80+	**2,419.2**	**3,028.0**	**3,898.7**	**4,980.0**	**6,080.5**	**7,021.3**

ที่มา: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024, Medium fertility variant.

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการคาดประมาณจากทั้ง 2 แหล่งข้อมูล (ตาราง 3) จะเห็นว่า UN WPP 2024 มีค่าคาดประมาณสูงกว่า NESDC ในทุกตัวชี้วัด ความแตกต่างนี้เกิดจากสาเหตุหลัก 3 ประการ ประการแรก NESDC ใช้ฐานทะเบียนราษฎรซึ่งนับเฉพาะผู้มีสัญชาติไทย (ประมาณ 66 ล้านคน) ขณะที่ UN ใช้ประชากรตามข้อเท็จจริง (de facto) รวมผู้อาศัยทั้งหมด (ประมาณ 71–72 ล้านคน) ประการที่สอง สมมติฐานด้านอัตราตายและการย้ายถิ่นแตกต่างกัน โดย UN ใช้ model life table และสมมติฐานอัตราตายที่อาจต่ำกว่าข้อมูลจริงของไทย ทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากกว่า และประการที่สาม สมมติฐานด้านอัตราเจริญพันธุ์ต่างกัน โดย UN คาดว่าอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) ของไทยจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจาก 1.19 ในปี 2025 เป็น 1.29 ในปี 2050 ขณะที่ข้อมูลจริงล่าสุดในปี 2567 พบว่า TFR ลดลงเหลือ 1.0 เท่านั้น

อย่างไรก็ตาม แม้ค่าคาดประมาณจะแตกต่างกัน แต่ทั้งสองแหล่งชี้ไปในทิศทางเดียวกัน คือประชากรไทยกำลังลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สะท้อนให้เห็นว่าไม่ว่าจะใช้การคาดประมาณจากแหล่งใด ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณ 15–18 ล้านคนภายในปี 2583 (2040) และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ประมาณ 3.4–5.0 ล้านคน ซึ่งกลุ่มหลังนี้จะต้องการการดูแลระยะยาว การวางแผนระบบบำนาญ และการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพอย่างมาก

ตาราง 3 เปรียบเทียบการคาดประมาณประชากรสูงอายุระหว่าง NESDC และ UN WPP 2024

(หน่วย: พันคน)

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	2025	2030	2035	2040
ประชากรรวม (พันคน)	NESDC	67,089	67,141	66,587	65,372
	UN WPP	71,620	71,215	70,541	69,535
ผู้สูงอายุ 65+ (พันคน)	NESDC	9,809	12,001	14,180	15,711
	UN WPP	11,472	13,826	16,058	17,782
ผู้สูงอายุ 80+ (พันคน)	NESDC	1,575	1,945	2,625	3,417
	UN WPP	2,419	3,028	3,899	4,980

4.3 อัตราส่วนการพึ่งพิง (Dependency Ratio)

ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่าดัชนีการสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 127.4 (หมายความว่าผู้สูงอายุมีมากกว่าเด็กถึง 1.27 เท่า) และอัตราการเป็นภาระอยู่ที่ 31.1 หมายความว่าประชากรวัยทำงานทุก 100 คนต้องดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน เพิ่มขึ้นจาก 10.7 ในปี 2537 เกือบเท่าตัวใน 3 ทศวรรษ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

NESDC คาดว่าอัตราส่วนของวัยทำงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจาก 3.6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในปี 2563 เหลือเพียง 1.8 คนต่อ 1 คนในปี 2583 หมายความว่าคนวัยทำงานเกือบ 2 คนจะต้องดูแลผู้สูงอายุ 1 คน

สร้างแรงกดดันทั้งต่อระบบสวัสดิการสังคม ระบบบำนาญ และงบประมาณด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทและภาคเหนือซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ

4.4 การคาดประมาณประชากรต่อโครงสร้างสังคมและภาระการดูแลของไทย

เมื่อพิจารณาการคาดประมาณประชากรของ NESDC และ UN WPP 2024 ร่วมกัน จะเห็นว่าความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยไม่ได้จำกัดอยู่ที่การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่านั้น หากยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบภายในของประชากรสูงอายุด้วย กล่าวคือ กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปและ 100 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มขยายตัวเร็วกว่าในเชิงสัดส่วนเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 65-69 ปี แม้ว่ากลุ่มอายุ 65-69 ปีจะยังเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดก็ตาม

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนได้ว่าประเทศไทยมีแนวโน้มเคลื่อนจากการเป็นสังคมสูงวัย ไปสู่บริบทที่ประชากรผู้สูงอายุตอนปลาย (older-old) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งประชากรกลุ่มดังกล่าวมักมีความต้องการแตกต่างจากผู้สูงอายุวัยต้น ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลระยะยาว และการดูแลภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะเปราะบาง ดังนั้น การเตรียมระบบรองรับจึงไม่ควรจำกัดอยู่ที่การเพิ่มจำนวนบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยรวม แต่ควรคำนึงถึงการออกแบบบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุวัยปลายมากด้วย

อีกประเด็นหนึ่งคือ แม้ NESDC และ UN จะให้ค่าประมาณต่างกันจากความแตกต่างของฐานประชากรและสมมติฐานที่ใช้คาดประมาณ แต่ทั้งสองแหล่งต่างชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า ภายในปี 2040 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปในระดับสูง และจำนวนผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ในเชิงนโยบาย จึงควรตีความการคาดประมาณทั้งสองชุดในฐานะช่วงของแนวโน้มที่เป็นไปได้มากกว่ายึดติดกับค่าประมาณจุดเดียว และนำมาใช้ประกอบการเตรียมระบบบริการ การคลัง และกำลังคนด้านการดูแลระยะยาวล่วงหน้า

กล่าวโดยสรุป ความท้าทายสำคัญของไทยในอนาคตไม่ได้จำกัดเพียงแค่จำนวนผู้เกษียณที่เพิ่มขึ้น หากยังรวมถึงการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุตอนปลาย (older-old) ภายใต้บริบทที่ขนาดครัวเรือนมีแนวโน้มเล็กลง วัยทำงานลดลง และอัตราส่วนการพึ่งพิงสูงขึ้นพร้อมกัน แนวโน้มดังกล่าวบ่งชี้ว่าภาระการดูแลอาจค่อย ๆ เคลื่อนจากระดับครัวเรือนไปสู่ประเด็นเชิงระบบของรัฐและสังคมมากขึ้น

5. ศตวรรษิกชน (Centenarians) ในบริบทไทย

5.1 ประมาณการจำนวนศตวรรษิกชนของไทย

การประมาณจำนวนศตวรรษิกชนไทยเป็นประเด็นที่มีความท้าทายด้านข้อมูลอย่างมาก เนื่องจากคุณภาพของฐานทะเบียนราษฎรยังมีข้อจำกัด Chuanwan & Prasartkul (2020) ตรวจสอบจำนวนศตวรรษิกชนจากฐานทะเบียนราษฎร พบว่าฐานข้อมูลระบุว่ามีผู้มีอายุ 100 ปีขึ้นไป 29,092 คน ณ เดือน

พฤศจิกายน 2558 แต่เมื่อสุ่มตรวจสอบ 358 ราย พบว่ามีเพียง 53 ราย (ร้อยละ 15) ที่ยังมีชีวิตอยู่ และจากผู้ที่ติดต่อได้ 45 ราย มีเพียง 20 ราย (ร้อยละ 44.4) ที่ยืนยันได้ว่ามีอายุ 100 ปีขึ้นไปจริง สาเหตุสำคัญของความคลาดเคลื่อน ได้แก่ การไม่แจ้งตายซึ่งทำให้ผู้เสียชีวิตยังคงปรากฏอยู่ในฐานข้อมูล และการรายงานอายุเกินจริง (upward age bias) อันอาจเกิดจากความผิดพลาดในการบันทึกวันเดือนปีเกิดบนสูติบัตรหรือทะเบียนบ้าน

ก่อนหน้านั้น Chuanwan et al. (2012) ใช้วิธีทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ ตารางชีพจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร (SPC) และ model life tables เพื่อประมาณอัตราการรอดชีวิตของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป แล้วนำมาประยุกต์กับข้อมูลสำมะโนประชากรปี 2543 ผลลัพธ์ให้ค่าประมาณว่ามีศตวรรษิกชนที่ยังมีชีวิตอยู่จริงราว 1,700 คนในปี 2553 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลในทะเบียนราษฎรอย่างมาก งานทั้งสองชิ้นแสดงให้เห็นว่าข้อมูลศตวรรษิกชนในทะเบียนราษฎรไทยควรใช้ด้วยความระมัดระวัง และการวิจัยในอนาคตควรให้ความสำคัญกับกระบวนการยืนยันอายุ (age verification) ก่อนสรุปผล

เมื่อพิจารณาการคาดประมาณจำนวนศตวรรษิกชนในอนาคตจากสองแหล่ง (NESDC และ UN WPP 2024) พบว่าให้ค่าคาดประมาณที่แตกต่างกันมาก (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบโปรเจกชันจำนวนศตวรรษิกชน (100 ปีขึ้นไป) ระหว่าง NESDC และ UN WPP 2024

แหล่งข้อมูล	2025	2030	2035	2040	2045	2050
NESDC (คน)	5,884	7,777	9,951	11,431	—	—
UN WPP (คน)	15,800	26,100	37,400	47,500	57,400	80,600
UN/NESDC (เท่า)	2.7	3.4	3.8	4.2	—	—

ที่มา: NESDC จากการคาดประมาณประชากร พ.ศ. 2553–2583 และ UN WPP 2024 Medium variant

จากตาราง 4 จะเห็นว่า UN WPP มีการคาดประมาณที่สูงกว่า NESDC อย่างมาก โดยปี 2025 สูงกว่า 2.7 เท่า และปี 2040 สูงกว่า 4.2 เท่า ความแตกต่างนี้เกิดจากหลายสาเหตุ ประการแรก ฐานประชากรที่ใช้ต่างกัน โดย NESDC ใช้เฉพาะผู้มีสัญชาติไทย ขณะที่ UN นับรวมผู้อาศัยทั้งหมด ประการที่สอง สมมติฐานด้านอัตราตายของ UN อาจสูงเกินจริงสำหรับไทย เพราะใช้ model life table ที่อาจไม่สะท้อนรูปแบบการตายของคนไทยอย่างแม่นยำ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 90+ ซึ่ง Chuanwan & Prasartkul (2020) ได้ชี้ว่าข้อมูลการตายของคนกลุ่มนี้ในไทยยังไม่สมบูรณ์ ประการที่สาม ไม่ว่าจะใช้ข้อมูลจากแหล่งใด แนวโน้มชัดเจนว่าจำนวนศตวรรษิกชนจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดย NESDC คาดว่าจะเพิ่มจากประมาณ 5,900 คนเป็น 11,400 คน (เกือบเท่าตัว) ขณะที่ UN คาดว่าจะเพิ่มจาก 15,800 คนเป็น 80,600 คน (กว่า 5 เท่า) ภายในปี 2050

ข้อค้นพบจากงานของ Chuanwan และ Prasartkul มีนัยสำคัญทางวิธีวิทยาต่อการศึกษาศตวรรษิกชนในประเทศไทย กล่าวคือ ข้อมูลผู้มีอายุ 100 ปีขึ้นไปจากฐานทะเบียนราษฎรไม่อาจตีความเป็น "จำนวนศตวรรษิกชนที่ยังมีชีวิตอยู่จริง" ได้โดยตรง เนื่องจากอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการไม่แจ้งตาย การบันทึกวันเดือนปีเกิดที่ผิดพลาด และการรายงานอายุเกินจริง

ประเด็นนี้ยังชี้ให้เห็นด้วยว่า การวิจัยไทยเกี่ยวกับศตวรรษิกชนในอนาคตควรให้ความสำคัญกับกระบวนการยืนยันอายุ (age verification) มากขึ้น ไม่ว่าจะผ่านเอกสารทางราชการหลายชุด การตรวจสอบข้ามฐานข้อมูล หรือการออกแบบระบบติดตามผู้สูงอายุวัยปลายมากโดยเฉพาะ เพื่อให้ข้อมูลที่ใช้วางแผนนโยบายด้านการดูแลระยะยาวมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีอายุยืนเกิน 100 ปี

เมื่อสังเคราะห์งานวิจัยจากทั้งไทยและต่างประเทศ สามารถจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีอายุยืนเกิน 100 ปีได้เป็น 5 กลุ่มหลัก

ปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการ งานวิจัยไทยจากหลายพื้นที่พบรูปแบบอาหารที่สอดคล้องกัน คือ อาหารพื้นบ้านที่ไม่ซับซ้อน เน้นผักพื้นบ้าน ปลา ข้าว อาหารไขมันต่ำ ไม่หวานจัด ซึ่งสอดคล้องกับ Blue Zone ที่เน้นอาหารจากพืชเป็นหลัก (plant-based diet) ศันสนีย์ & สุวิภา (2561) ชี้ว่าสิ่งสำคัญไม่ใช่เพียงรายการอาหาร แต่คือ "ระบบนิเวศของการกิน" ที่ฝังอยู่ในวิถีชีวิตและโครงสร้างชุมชน

ปัจจัยด้านกิจกรรมทางกาย ผู้สูงอายุที่อายุยืนในทุกพื้นที่ศึกษามีกิจกรรมเคลื่อนไหวสม่ำเสมอ ไม่ใช่การออกกำลังกายแบบเข้มข้น แต่เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำเกษตร เดิน ทำงานบ้าน ซึ่งตรงกับ Blue Zone ที่เรียกว่า "natural movement" คือ การเคลื่อนไหวที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่ใช่กิจกรรมที่แยกออกมาต่างหาก

ปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชน ปัจจัยนี้พบได้ในงานวิจัยไทยทุกชิ้น ผู้สูงอายุที่อายุยืนมักอยู่กับครอบครัวขยาย ได้รับการดูแลจากลูกหลาน มีเครือข่ายเพื่อนบ้านที่แน่นแฟ้น และมีบทบาทในชุมชน อิทธิพงษ์ และคณะ (2566) พบว่าพื้นที่ล้านนา 8 จังหวัดมีรากวัฒนธรรมร่วมกันในด้านเครือญาติที่เอื้อต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Blue Zone ที่เน้น "right tribe" และ "loved ones first"

ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและการจัดการความเครียด ณรัศม์ & กรรณวิษณ์ (2567) เน้นมิตินี้อย่างชัดเจน พบว่าผู้สูงอายุที่อายุยืนในชัยภูมิพึ่งจิตวิญญาณและศาสนาในการจัดการความเครียด Kemathad et al. (2025) ก็พบ "การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต" เป็นหนึ่งใน 5 ปัจจัยหลัก สอดคล้องกับ Blue Zone ที่เน้น "purpose" (ikigai ในญี่ปุ่น, plan de vida ในคอสตาริกา) และ "belong" (การมีศาสนาหรือความเชื่อ)

ปัจจัยด้านพันธุกรรมและชีววิทยา Sebastiani & Perls (2012) จาก New England Centenarian Study พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่ม supercentenarians งานจาก Swedish AMORIS cohort (2024) พบว่า biomarker profiles ของศตวรรษิกชนแตกต่างจากกลุ่มอื่นตั้งแต่อายุ 65 ปี อย่างไรก็ตาม งานเรื่อง Healthy Lifestyle and Centenarians (2024) ยืนยันว่าวิถีชีวิตที่สุขภาพดียังคงเพิ่มความน่าจะเป็นอย่างมีนัยสำคัญ แม้หลังควบคุมปัจจัยพันธุกรรมแล้ว สะท้อนว่าพันธุกรรมเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคำตอบ และสิ่งที่ทุกคนสามารถทำได้คือการดูแลวิถีชีวิต

กล่าวโดยสรุป จากงานวิจัยของไทยและต่างประเทศมีความสอดคล้องกัน แม้ประเทศไทยจะยังไม่มีพื้นที่ที่ได้รับการรับรองเป็น Blue Zone อย่างเป็นทางการ แต่มีชุมชนหลายแห่งที่ปรากฏลักษณะร่วมบางประการของชุมชนอายุยืน เช่น แบบแผนการบริโภคที่เรียบง่าย การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เครือข่ายครอบครัวและชุมชนที่หนุนเสริมกัน ตลอดจนการยึดโยงกับศาสนาหรือจิตวิญญาณ

ในภาพรวม การมีอายุยืนเกิน 100 ปีจึงไม่ควรถูกอธิบายด้วยปัจจัยด้านพันธุกรรมหรือความบังเอิญเพียงอย่างเดียว แต่ควรทำความเข้าใจในฐานะผลของการสะสมปัจจัยเกื้อหนุนด้านสุขภาพ สังคม และพฤติกรรมตลอดช่วงชีวิต ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญต่อผู้เตรียมเกษียณ เพราะชี้ว่าคุณภาพของช่วงปลายชีวิตสัมพันธ์กับการเตรียมตัวและเงื่อนไขแวดล้อมที่ก่อตัวมาตั้งแต่วัยทำงาน

6. สถานะสุขภาพของประชากรวัยเกษียณ

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในอนาคตมิได้หมายถึงเพียงจำนวนคนที่มีอายุยืนขึ้นเท่านั้น แต่ยังหมายถึงจำนวนผู้ที่อาจต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นด้วย แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังอยู่ในกลุ่มที่สามารถเข้าสังคมได้ แต่จำนวนผู้ติดบ้านและติดเตียงในระดับหลายแสนคนย่อมบ่งชี้ถึงแรงกดดันที่เพิ่มขึ้นต่อครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ (Tantirat et al., 2020)

เมื่อพิจารณาถึงอายุขัยที่มีสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy: HLE) จะยิ่งเห็นว่า อายุที่ยืนยาวขึ้นมิได้หมายความว่าช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดีจะยืดยาวขึ้นในสัดส่วนเดียวกันเสมอไป ผู้สูงอายุไทยจำนวนหนึ่งยังต้องใช้ชีวิตช่วงท้ายกับโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงซึ่งมีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่า แต่มีแนวโน้มใช้เวลาร่วมกับภาวะเจ็บป่วยมากกว่าชายในหลายมิติ

ดังนั้นการพิจารณา "จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น" โดยไม่วิเคราะห์ช่วงเวลาที่ประชากรเหล่านั้นอยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือ "จำนวนปีที่ต้องดำรงชีวิตอยู่กับข้อจำกัดด้านสุขภาพ" ก็อาจทำให้การประเมินภาระการดูแลต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งการเชื่อมสองมิตินี้เข้าด้วยกันจะทำให้เห็นว่า ไทยควรวางแผนทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพเพื่อยืดช่วงเวลาที่ประชากรสูงอายุยังคงพึ่งพาตนเองได้ และด้านเตรียมระบบดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มที่จะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในอนาคต มิใช่ให้น้ำหนักเพียงด้านใดด้านหนึ่ง

6.1 สุขภาพกายและโรคเรื้อรังที่พบบ่อย

ข้อมูลจาก Global Burden of Disease Study 2019 (Vos et al., 2020) ชี้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นภาระโรคสำคัญของผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (วิชัย และคณะ, 2564) ให้ข้อมูลระดับชาติเกี่ยวกับความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ขณะที่ Kaewkunset et al. (2025) ศึกษาการกระจุกตัวเชิงพื้นที่ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 76 จังหวัด และพบว่า 12 จังหวัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง โดย

ปัจจัยที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สัดส่วนผู้สูงอายุ ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ และคะแนน Active Ageing Index ด้านการดำรงชีวิตอย่างมั่นคงและปลอดภัย

Chandoevwit & Phatchana (2018) ศึกษาค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วยในของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพของรัฐ และพบความเหลื่อมล้ำของค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะในปีสุดท้ายของชีวิต ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญต่อการประมาณภาระทางการคลัง เพราะเมื่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพย่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน Thai National Health Accounts 2020-2021 ของ IHPP (2023)

6.2 สุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อม

NESDC (2024) รายงานว่าในปี 2562 ผู้สูงอายุไทยประมาณ 628,800 คนมีภาวะสมองเสื่อม (ชาย 186,040 คน หญิง 442,760 คน) โดยหญิงมีสัดส่วนมากกว่าชายถึง 2.4 เท่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญเพราะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล และเป็นโรคที่ต้องการการดูแลระยะยาวอย่างเข้มข้น Haseen et al. (2010) ศึกษาจากรายงานการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (self-assessed health) ของผู้สูงอายุไทย พบว่าปัจจัยทางเศรษฐสังคมมีผลต่อการประเมินสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2562 พบว่าร้อยละ 49.8 ของผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 25.8 อยู่กับครอบครัวข้ามรุ่น และร้อยละ 23.2 อยู่คนเดียว กลุ่มหลังนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าเป็นพิเศษ

6.3 สถานะสุขภาพของของศตวรรษิกชน

การศึกษาของ Chuanwan & Prasartkul (2020) ได้ประเมินสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างของศตวรรษิกชนจำนวน 45 ราย จาก 4 จังหวัด ใน 4 ภาค โดยแบ่งการประเมินสุขภาพเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความจำ การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และความสามารถในการนำอาหารเข้าปาก พบว่าศตวรรษิกชนร้อยละ 47 เท่านั้นที่มีสุขภาพโดยรวมในเกณฑ์ดี ส่วนคนร้อยปีอีกร้อยละ 53 ถูกจัดว่ามีสุขภาพไม่ดี โดยปัญหาสุขภาพของคนร้อยปีสามารถจำแนกได้ดังนี้

- ด้านความจำ คนที่มีความจำดีมากและสามารถสื่อสารได้ดีนั้นมีเพียงร้อยละ 34 ส่วนพวกที่มีอาการหลงลืมจำอะไรไม่ได้มีอยู่ร้อยละ 14
- ด้านการเคลื่อนไหว เกือบครึ่งของศตวรรษิกชน (ร้อยละ 45) ยังพอเคลื่อนไหวได้ ลุกขึ้นนั่งได้ และยังสามารถกระเถิบกระถัดไปด้วยตนเองได้ อย่างไรก็ดี ยังมีศตวรรษิกชนอีกประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 24) ไม่สามารถขยับตัวไปไหนได้ หรือนอนติดเตียง
- ด้านการมองเห็น ร้อยละ 48 ยังพอมองเห็นบ้าง แต่ไม่ชัดนัก ในขณะที่ร้อยละ 15 หรือหนึ่งส่วนสี่ตาบอดสนิท หรือฝ้าฟางจนเลือนราง
- ด้านการได้ยิน ร้อยละ 55 มีปัญหาหูหนักหรือหนวก ต้องพูดเสียงดังถึงจะได้ยิน มีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น ที่มีอาการหูบอดสนิท
- ด้านการกิน ร้อยละ 80 ยังสามารถทานอาหารได้ด้วยตัวเอง

ถึงแม้ศตวรรษิกชนจะเป็นกลุ่มคนที่มีอายุยืนยาวเป็นพิเศษ แต่ภายใต้ความยืนยาวของอายุก็นำมาซึ่งความเสื่อมถอยแก่ร่างกายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากสภาพที่เห็น มากกว่าครึ่งหนึ่งของคนร้อยปีมีสุขภาพไม่ดี เช่น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เคลื่อนไหวลำบาก ความจำเลอะเลือน หูดับ ปัจจัยเหล่านี้นำมาซึ่งความทุกข์ใจและความลำบากแก่คนร้อยปีอย่างมาก ซึ่งสังคมมีหน้าที่จะต้องดูแลกลุ่มศตวรรษิกชนเหล่านี้ให้เหมาะสม อย่างไรก็ดี ด้วยจำนวนผู้สูงอายุรวมถึงศตวรรษิกชนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าสังคมจะต้องมีหน้าที่แบกรับภาระดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางเหล่านี้มากขึ้น

6.4 ปีสุขภาวะ (Healthy Life Expectancy) เทียบกับอายุคาดเฉลี่ย

ตาราง 5 การคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของประเทศไทย แยกตามเพศ (หน่วย: ปี)

ปี	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด			อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 65 ปี			อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2025	76.82	72.65	81.17	19.64	17.72	21.34	9.70	8.84	10.31
2030	77.90	73.92	81.98	20.11	18.20	21.76	9.94	9.05	10.56
2035	78.93	75.18	82.73	20.56	18.68	22.15	10.15	9.25	10.78
2040	79.91	76.40	83.44	20.99	19.16	22.53	10.37	9.47	11.00
2045	80.85	77.55	84.13	21.42	19.64	22.91	10.59	9.68	11.22
2050	81.73	78.63	84.81	21.84	20.11	23.29	10.82	9.91	11.46

ที่มา: UN WPP 2024, Medium variant.

จากตารางที่ 5 จะเห็นความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน โดยหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวกว่าชายตลอดช่วงเวลา ตัวอย่างเช่น ในปี 2050 หญิงมีอายุคาดเฉลี่ย 84.81 ปี ขณะที่ชายมี 78.63 ปี ต่างกัน 6.18 ปี อย่างไรก็ตาม ค่าคาดประมาณดังกล่าวเป็นอายุคาดเฉลี่ยรวม (total LE) มิใช่อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Year: HALE) ซึ่งข้อมูลจาก WHO พบว่าอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ของไทยยังต่ำกว่าอายุขัยเฉลี่ยรวมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุไทยจำนวนหนึ่งต้องดำรงชีวิตหลายปีกับความเจ็บป่วยและความพิการ

Vapattanawong et al. (2015) ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2552) พบว่าชายอายุ 60 ปีคาดว่าจะปลอดโรคเรื้อรังได้เพียง 9.1 ปี แต่ปลอดภาวะซึมเศร้าและความพิการด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ 18.6 ปี ส่วนหญิงแม้จะมีอายุคาดเฉลี่ยรวมยาวกว่าชาย แต่ใช้เวลากับความเจ็บป่วยมากกว่าชายในทุกมิติ สอดคล้องกับ female-male health-survival paradox ที่พบในหลายประเทศ ประเด็นนี้มีนัยสำคัญต่อการวางแผนเพราะหญิงสูงอายุจะต้องการการดูแลระยะยาวมากกว่าชาย

6.5 ความเหลื่อมล้ำของภาวะสูงวัยในประเทศไทย

แม้ประเทศไทยจะถูกจัดอยู่ในภาพรวมว่าเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว แต่ประสบการณ์ของการเข้าสู่วัยเกษียณมิได้เกิดขึ้นอย่างเท่าเทียมกันในทุกกลุ่มประชากร ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยไทยชี้ว่าความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบได้ทั้งตามฐานะทางเศรษฐกิจ ถิ่นที่อยู่ ระดับการศึกษา และบริบทเชิงพื้นที่ แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำลงบางส่วนแล้วก็ตาม (Kaikeaw et al., 2023)

โดยความเปราะบางของผู้สูงอายุมิได้กระจายตัวแบบสุ่ม หากแต่มีการกระจุกตัวในบางพื้นที่และสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาท้องถิ่น ปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น รายได้ครัวเรือน สภาพแวดล้อมชุมชน การเข้าถึงบริการ และเครือข่ายทางสังคม จึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ (Keanjoom et al., 2024; Treesak et al., 2026)

นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำยังปรากฏในมิติของครัวเรือนและเพศ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรืออยู่ในครัวเรือนขนาดเล็กมีแนวโน้มเผชิญความเสี่ยงด้านการดูแลสูงกว่า ขณะที่ผู้หญิงซึ่งมีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่ามักใช้ชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า และอาจเผชิญความเปราะบางทางเศรษฐกิจเมื่อขาดคู่สมรสหรือรายได้ของตนเอง

ด้วยเหตุนี้ การออกแบบนโยบายสำหรับสังคมสูงวัยจึงไม่ควรตั้งอยู่บนสมมติฐานว่ามาตรการชุดเดียวจะเหมาะสมกับทุกพื้นที่และทุกกลุ่มประชากร แต่ควรมองผู้สูงอายุในฐานะประชากรที่มีความแตกต่างภายในสูง ทั้งด้านอายุ เพศ รายได้ ที่อยู่อาศัย และทุนทางสังคม การวางแผนเตรียมเกษียณและการจัดบริการรองรับจึงควรมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อบริบทเชิงพื้นที่มากขึ้น

7. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้รอเกษียณ

จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรพบว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปราว 15-18 ล้านคนภายในปี 2583 (2040) และผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจต้องดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง หรือข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณจึงควรครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพ การเงิน สังคม และสภาพแวดล้อม โดยพิจารณาตลอดช่วงชีวิตมากกว่ามองเฉพาะช่วงก่อนออกจากงานเท่านั้น

7.1 การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

7.1.1 การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันตลอดชีวิต

จากงานการศึกษาศตวรรษิกชนและผู้สูงอายุที่มีอายุยืนในไทย ที่พบข้อสรุปในทิศทางเดียวกันว่า การมีอายุยืนอย่างมีคุณภาพไม่ได้เกิดจากการรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น หากแต่เป็นผลของวิถีชีวิตที่สะสมตลอดช่วงชีวิต ผู้เตรียมเกษียณจึงควรเริ่มต้นดูแลสุขภาพเชิงป้องกันตั้งแต่วัยทำงาน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยงานวิจัยไทยจากหลายพื้นที่พบรูปแบบร่วม เช่น อาหารพื้นบ้านที่เน้นผัก ปลา ธัญพืช อาหารไขมันต่ำ และไม่หวานจัด (ศันสนีย์ & สุวิภา, 2561; Kemathad et al., 2025) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ

แนวคิดด้านอาหารที่เน้นพืชเป็นหลัก การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจอยู่ในรูปกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำสวน การเดิน หรือการทำงานบ้าน ตลอดจนการจัดการความเครียดผ่านกิจกรรมที่มีความหมาย เช่น การปฏิบัติธรรม การทำงานอดิเรก และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

7.1.2 การคัดกรองโรคเรื้อรังและการดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลจาก Global Burden of Disease 2019 (Vos et al., 2020) และการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ (วิชัย และคณะ, 2564) พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นภาระโรคหลักของผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง Vapattanawong et al. (2015) พบว่าชายอายุ 60 ปีคาดว่าจะปลอดโรคเรื้อรังเพียง 9.1 ปี จากอายุคาดเฉลี่ยที่เหลืออีก 19-20 ปี ผู้เตรียมเกษียณจึงควรเข้ารับการคัดกรองโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่อายุ 40-50 ปี เพื่อให้สามารถตรวจพบและจัดการความเสี่ยงก่อนเข้าสู่วัยเกษียณ นอกจากนี้ NESDC (2024) รายงานว่าผู้สูงอายุประมาณ 628,800 คนมีภาวะสมองเสื่อมในปี 2562 ดังนั้น การคัดกรองสุขภาพจิตและสมรรถนะทางสมองจึงมีความสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกาย

7.2 การเตรียมความพร้อมด้านการเงิน

7.2.1 ความเพียงพอของเงินออมและความเสี่ยงจากการมีอายุยืน (Longevity Risk)

ข้อมูลจาก NESDC (2024) แสดงให้เห็นว่าฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุไทยยังมีข้อจำกัด ผู้สูงอายุร้อยละ 41.4 มีเงินออมไม่ถึง 50,000 บาท และร้อยละ 78.3 มีรายได้ไม่ถึง 100,000 บาทต่อปี สภาพัฒน์ประมาณว่าต้องมีเงินออมราว 4.3 ล้านบาทเพื่อใช้ชีวิตตั้งแต่อายุ 60 ถึง 100 ปีในเขตเมือง และราว 2.8 ล้านบาทในชนบท ขณะที่ Yoda et al. (2022) พบว่าผู้สูงอายุไทยพึ่งพารายได้จากลูกหลานร้อยละ 36.7 รายได้จากการทำงานร้อยละ 33.9 และเบี้ยยังชีพร้อยละ 14.8 โดยมีเพียงร้อยละ 2.3 ที่พึ่งพาตนเองด้วยเงินออม ความเสี่ยงจากการมีชีวิตยืนยาว (longevity risk) จึงหมายถึงความจำเป็นในการมีเงินออมเพียงพอสำหรับช่วงชีวิตหลังเกษียณที่ยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ PIER (2025) เกี่ยวกับพฤติกรรมการออมในสังคมผู้สูงอายุ และ Krungsri Research (2025) จาก Saving Behavior Survey ชี้ว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังออมไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้ต่ำและปานกลาง

7.2.2 ระบบบำนาญและหลักประกันรายได้

OECD (2024) วิเคราะห์ว่าระบบบำนาญไทยประกอบด้วยเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (OAA) 600-1,000 บาทต่อเดือน ระบบประกันสังคม และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ แต่ยังมีช่องว่างสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับความคุ้มครองอย่างเพียงพอ ILO (2022) ใน Thailand Social Protection Diagnostic Review ชี้ว่าไทยจำเป็นต้องขยายความครอบคลุมของระบบบำนาญไปยังแรงงานนอกระบบ และเพิ่มระดับสิทธิประโยชน์ให้เพียงพอต่อการดำรงชีพ ขณะที่ TDRI (2026) ตั้งข้อสังเกตว่ากองทุนประกันสังคมอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ที่มีอายุ 40 ปีในปัจจุบันเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณ ผู้เตรียมเกษียณจึงควรประเมินแหล่งรายได้หลัง

เกษียณทั้งหมด ได้แก่ เบี้ยยังชีพ บำนาญจากประกันสังคม กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เงินออมส่วนตัว และรายได้จากทรัพย์สิน แล้ววางแผนเติมเต็มช่องว่างผ่านการออมเพิ่มเติม เช่น กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF) หรือกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.)

7.3 การเตรียมความพร้อมด้านสังคมและจิตใจ

7.3.1 บทบาทใหม่หลังเกษียณและการมีส่วนร่วม

จากพฤฒพลัง (Active Ageing) ของ WHO เน้นว่าการมีส่วนร่วม (participation) เป็นมิติสำคัญพอๆ กับสุขภาพ TDRI (2025) คาดว่าผู้สูงอายุ 6.6 ล้านคน (ร้อยละ 37) จะยังคงทำงานอยู่ ในขณะที่ Tipayalai (2025) พบว่า "การสูงวัยเชิงแรงงาน" มีผลลบต่อผลิตภาพมากกว่า "การสูงวัยเชิงประชากร" นัยสำคัญคือ ผู้สูงอายุที่ยังทำงานควรได้รับโอกาสในงานที่เหมาะสมกับสมรรถภาพ ไม่ใช่ถูกบังคับให้ทำงานเดิมที่อาจเกินกำลัง ผู้เตรียมเกษียณควรพัฒนาทักษะใหม่ (reskill/upskill) โดยเฉพาะทักษะดิจิทัล และวางแผนบทบาทหลังเกษียณ เช่น การเป็นที่ปรึกษา อาสาสมัคร หรือผู้ประกอบการรายย่อย ซึ่งจะช่วยให้มีรายได้เสริมและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose) ตามที่ Blue Zone ชี้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญของอายุยืน

7.3.2 การเตรียมด้านจิตใจ ครอบครัว และเครือข่ายสังคม

NESDC (2024) พบว่าร้อยละ 23.2 ของผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม งานวิจัยจากหลายจังหวัดต่างแสดงตรงกันว่าเครือข่ายครอบครัวและชุมชนที่แน่นแฟ้นเป็นปัจจัยร่วมของการมีอายุยืน อิทธิพงษ์ และคณะ (2566) พบว่าภูมิปัญญาล้านนาเรื่องเครือญาติมีบทบาทสำคัญ Anantanasuwong et al. (2022) จากชุดข้อมูล HART พบว่าการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (successful ageing) เชื่อมกับความพึงพอใจในชีวิต การมีส่วนร่วมทางสังคม และการไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้เตรียมเกษียณจึงควรลงทุนในความสัมพันธ์ตั้งแต่วัยทำงาน ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชน หรือกลุ่มกิจกรรม เพื่อสร้าง "ทุนทางสังคม" ที่จะรองรับชีวิตหลังเกษียณ รวมถึงการเตรียมจิตใจสำหรับการเปลี่ยนผ่าน เช่น การปรับตัวกับการสูญเสียบทบาทในที่ทำงาน การจัดการกับการอยู่คนเดียว และการหาจุดมุ่งหมายใหม่ในชีวิต

7.3.3 ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูงวัย

WHO (2015) เน้นว่าสภาพแวดล้อมที่เอื้อ (enabling environment) เป็นปัจจัยสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (healthy ageing) ซึ่งรวมถึงที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก ในบริบทไทย การสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 22.6 อยู่กับบุคคลอื่นร้อยละ 64.5 และอยู่คนเดียวร้อยละ 12.9 ผู้เตรียมเกษียณควรวางแผนที่อยู่อาศัยล่วงหน้า พิจารณาทั้งความปลอดภัย การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความใกล้ชิดกับเครือข่ายสังคม โดยแนวคิด "สูงวัยในถิ่นที่อยู่" (aging in place) เสนอว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการอยู่ในชุมชนเดิม จึงต้องมีการปรับสภาพบ้านและชุมชนให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างอิสระ (WHO, 2007; Golant, 2015)

7.4 แนวทางเตรียมตัวตามช่วงวัยก่อนเกษียณ

แม้การเตรียมตัวเพื่อวัยเกษียณจะครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพ การเงิน และสังคมเหมือนกันในทุกช่วงวัย แต่ในทางปฏิบัติ ความสำคัญของแต่ละมิติย่อมต่างกันตามช่วงอายุและเงื่อนไขชีวิต บทความนี้จึงเสนอให้พิจารณาแนวทางเตรียมตัวตามช่วงวัย ดังนี้

(1) วัย 40–49 ปี: วางฐานระยะยาว

ช่วงวัยนี้ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการสะสมทุนทั้งทางการเงินและทุนมนุษย์เป็นหลัก เนื่องจากยังเป็นช่วงที่สามารถปรับพฤติกรรมและวางแผนได้ค่อนข้างมาก การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการเริ่มออมเพื่อเกษียณอย่างเป็นระบบ ล้วนเป็นมาตรการที่อาจให้ผลตอบแทนระยะยาวสูง นอกจากนี้ยังควรพัฒนาทักษะใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงความสามารถในการทำงานและการสร้างรายได้ในระยะยาว

(2) วัย 50–59 ปี: ปรับแผนจากการสะสมสู่การจัดการความเสี่ยง

ช่วงวัยนี้ควรขยับจากการวางฐานทั่วไปไปสู่การประเมินความพร้อมอย่างจริงจัง ทั้งด้านเงินออม ภาระหนี้ สุขภาพเรื้อรัง ความคุ้มครองทางสังคม และรูปแบบการอยู่อาศัยหลังเกษียณ ควรเริ่มประเมินว่า หากมีอายุยืนถึง 80–90 ปี ตนเองจะมีทรัพยากรเพียงพอหรือไม่ รวมถึงควรเริ่มพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลในอนาคต เพื่อลดความเสี่ยงจากการขาดการวางแผนล่วงหน้า

(3) วัย 60–64 ปี: เปลี่ยนผ่านสู่ชีวิตหลังเกษียณอย่างมีคุณภาพ

ในช่วงใกล้เกษียณ ควรให้ความสำคัญกับการจัดสมดุลระหว่างรายได้ สุขภาพ บทบาททางสังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน การเตรียมตัวจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงเรื่องการเงิน แต่ควรครอบคลุมถึงกิจกรรมที่ยังทำให้ชีวิตมีความหมาย เครือข่ายสังคมภายหลังออกจากงาน และการออกแบบสภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยให้ปลอดภัยและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ เนื่องจากการสูญเสียบทบาททางสังคมอย่างฉับพลันอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจได้ไม่น้อยไปกว่าปัญหาทางกาย

กล่าวโดยรวม การเตรียมเกษียณที่มีประสิทธิผลไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงก่อนวันเกษียณไม่นาน แต่เป็นกระบวนการสะสมการตัดสินใจตลอดช่วงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ Life-cycle Theory และหลักฐานที่บทความนี้สังเคราะห์ไว้ว่า คุณภาพของวัยเกษียณในอนาคตขึ้นอยู่กับการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยนั้นอย่างมาก

7.5 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

7.5.1 การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในชุมชน

ADB (2020) ประเมินว่า ไทยมีฐานประสบการณ์สำคัญในการพัฒนาระบบระบบดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) โดยเฉพาะการใช้ผลจากการวิจัยประกอบการออกแบบนโยบาย อย่างไรก็ดี ยังมีความ

จำเป็นต้องยกระดับการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน พัฒนามาตรฐานการดูแล และเสริมศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน NHSO (2020) และ Aung et al. (2022) ยังชี้ให้เห็นบทบาทของแนวทางชุมชนเป็นฐาน เช่น LTC community care และ Community-Integrated Intermediary Care (CIIC) ซึ่งอาจช่วยลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นและสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ได้

7.5.2 การปฏิรูประบบบำนาญและหลักประกันรายได้

ILO (2022) และ OECD (2024) ต่างพบว่าระบบบำนาญไทยยังมีข้อจำกัดด้านความเพียงพอและความครอบคลุม โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มักมีเงินออมต่ำและพึ่งพาเบี้ยยังชีพเป็นหลัก ดังนั้นการปฏิรูประบบบำนาญจึงควรมุ่งเพิ่มความครอบคลุมและความเพียงพอของรายได้หลังเกษียณ พร้อมทั้งส่งเสริมกลไกการออมระยะยาวที่เหมาะสมกับประชากรหลายกลุ่ม

7.5.3 การเตรียมความพร้อมเชิงระบบ

WHO (2020) ภายใต้กรอบทศวรรษแห่งการสูงอายุอย่างมีสุขภาพ 2021-2030 (Decade of Healthy Ageing 2021–2030) เน้นว่าการเตรียมพร้อมสำหรับสังคมสูงวัยมิใช่เพียงนโยบายเฉพาะด้านผู้สูงอายุ แต่ควรเป็นนโยบายตลอดช่วงชีวิตที่เชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพ การออกแบบเมืองและชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ การสนับสนุนผู้ดูแล และระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือเข้าด้วยกัน ในบริบทไทย ประเด็นนี้ยังรวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลประชากรสูงอายุให้มีความแม่นยำยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุสูงมากซึ่งมีผลต่อการวางแผนบริการและงบประมาณ

ในภาพรวม การเตรียมตัวสำหรับผู้เตรียมเกษียณควรมีการเตรียมใน 3 ระดับ ได้แก่ ***ระดับบุคคล*** ผู้เตรียมเกษียณควรดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน วางแผนการเงิน และรักษาเครือข่ายทางสังคม ***ระดับชุมชน*** ควรพัฒนาระบบดูแลระยะยาวและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูงวัย และ***ระดับนโยบาย*** ควรยกระดับระบบบำนาญ บริการสุขภาพ และข้อมูลประชากร เพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

8. บทสรุป

บทความนี้มุ่งรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับประชากรวัยเกษียณในอนาคตของประเทศไทย โดยแสดงถึงการคาดประมาณประชากรเข้ากับมิติด้านคุณภาพชีวิต สุขภาพ และข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อทำความเข้าใจทั้งโครงสร้างประชากรที่กำลังเปลี่ยนไปและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

การคาดประมาณประชากรจากทั้ง NESDC และ UN WPP 2024 ชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงสองทศวรรษข้างหน้า โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งมีแนวโน้มขยายตัวรวดเร็วกว่าในเชิงสัดส่วน แม้ค่าประมาณของแต่ละแหล่งจะแตกต่างกันจากฐานข้อมูลและสมมติฐานที่ใช้คาดประมาณ แต่ข้อค้นพบร่วมคือไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับลึกยิ่งขึ้น

นอกจากนี้คุณภาพชีวิตหลังเกษียณไม่อาจพิจารณาจากอายุคาดเฉลี่ยเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาร่วมกับปีสุขภาวะและภาระโรคที่ประชากรต้องเผชิญ ทั้งนี้เพราะแม้อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ช่วงชีวิตที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม หรือข้อจำกัดด้านการดำรงชีวิตประจำวันยังคงเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งมีนัยโดยตรงต่อความต้องการบริการสุขภาพและระบบดูแลระยะยาว

สำหรับงานการศึกษาของไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับศตวรรษิกชนและผู้สูงอายุที่อายุยืน สะท้อนให้เห็นว่าการมีอายุยืนอย่างมีคุณภาพสัมพันธ์กับหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งแบบแผนการบริโภคที่เรียบง่าย การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนปัจจัยด้านจิตวิญญาณและการจัดการความเครียด อย่างไรก็ดี การตีความข้อมูลศตวรรษิกชนของไทยยังต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของฐานข้อมูลและความจำเป็นของกระบวนการยืนยันอายุ

การเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณจึงควรดำเนินอย่างบูรณาการภายใต้กรอบพฤฒพลัง (Active Ageing) และมุมมองตลอดช่วงชีวิต โดยครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ การเงิน สังคม และสภาพแวดล้อม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบนโยบาย โดยในเชิงนโยบายควรให้ความสำคัญกับอย่างน้อย 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในชุมชนให้มีมาตรฐานและเข้าถึงได้ การปรับปรุงระบบบำนาญและหลักประกันรายได้ให้ครอบคลุมมากขึ้น การพัฒนาฐานข้อมูลประชากรสูงอายุและกระบวนการยืนยันอายุในกลุ่มอายุสูงมาก และการส่งเสริมมาตรการที่ยืดช่วงเวลาของการมีสุขภาพดีตลอดชีวิตเพื่อลดภาระการดูแลในระยะยาว

สำหรับทิศทางการวิจัยในอนาคต ยังมีประเด็นที่ควรศึกษาต่อ เช่น แนวโน้มของการบีบย่อของการเจ็บป่วยหรือการขยายของระยะการเจ็บป่วย (compression or expansion of morbidity) ในผู้สูงอายุไทย การประมาณความต้องการการดูแลระยะยาว (long term care) ในระดับจังหวัด ความแตกต่างเชิงพื้นที่ของความเปราะบางและศักยภาพด้านเศรษฐกิจสูงวัย ตลอดจนการติดตามผลของมาตรการเตรียมเกษียณและนโยบายรองรับสังคมสูงวัยในระยะยาว

กล่าวโดยสรุป ความท้าทายของประเทศไทยในอนาคตมิได้อยู่เพียงที่การมีประชากรวัยเกษียณเพิ่มขึ้น หากยังรวมถึงการมีประชากรที่มีอายุยืนขึ้นภายใต้บริบทที่ครัวเรือนมีขนาดเล็กลง วัยทำงานลดลง และภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังอยู่ในระดับสูง การเตรียมรับสังคมสูงวัยจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญพร้อมกันทั้งต่อการยืดอายุ การยืดช่วงเวลาของสุขภาวะ และการสร้างระบบรองรับที่เหมาะสมกับความแตกต่างของประชากรและพื้นที่

ในความหมายนี้ การเตรียมสังคมสูงวัยไม่ควรถูกจำกัดอยู่เพียงการขยายบริการรักษาพยาบาล แต่ควรครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต การลดความเหลื่อมล้ำเชิงเศรษฐกิจและเชิงพื้นที่ การสร้างความมั่นคงทางรายได้หลังเกษียณ และการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวที่เชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน และรัฐเข้าด้วยกันอย่างสมดุล

เอกสารอ้างอิง

Anantanasuwong, D., Pothisiri, W., & others. (2022). Prevalence and associated factors of successful ageing among people 50 years and older in a national community sample in Thailand. *Scientific Reports, 12*, 16411.

Andersen, S. L., Sebastiani, P., Dworkis, D. A., Feldman, L., & Perls, T. T. (2012). Health span approximates life span among many supercentenarians: Compression of morbidity at the approximate limit of life span. *The Journals of Gerontology: Series A, 67A*(4), 395–405. https://doi.org/10.1093/gerona/glr223

Asian Development Bank. (2020). *Lessons from Thailand's national community-based long-term care program for older persons*. Asian Development Bank. https://www.adb.org/sites/default/files/publication/651546/thailand-long-term-care-older-persons.pdf

Aung, M. N., Koyanagi, Y., Ueno, H., Soe, K. T., & others. (2022). Community-Integrated Intermediary Care (CIIC) service model to enhance family-based, long-term care for older people in Chiang Mai. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(12), 7024.

Bhaktikul, K., Aroonsrimorakot, S., Laiphrakpam, M., Metadilogkul, O., & Konjengbam, S. (2019). Indicators of active ageing for sustainable development: A comparative insights of ageing elderlies from Chiang Mai (highland) and Nakhon Pathom (lowland) Provinces, Thailand. *Interdisciplinary Research Review, 14*(5), 39–46.

Blue Zones. (2026). *Home – Live better, longer*. https://www.bluezones.com/

Chandoevwit, W., & Phatchana, P. (2018). Inpatient care expenditure of the elderly with chronic diseases who use public health insurance: Disparity in their last year of life. *Social Science & Medicine, 207*, 64–70. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.042

Chuanwan, S., & Prasartkul, P. (2020). Verification of reported age of centenarians in Thailand. *Journal of Population and Social Studies, 28*(4), 348–360. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/234290

Chuanwan, S., Prasartkul, P., & Vapattanawong, P. (2012). Estimating the number of centenarians in Thailand. *Journal of Demography [Chulalongkorn University]*.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2021). *Situation of the Thai older persons 2020*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1635826412-975_0.pdf

Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine, 303*(3), 130–135. https://doi.org/10.1056/NEJM198007173030304

Golant, S. M. (2015). *Aging in the right place*. Health Professions Press.

Haseen, F., Adhikari, R., & Soonthorndhada, A. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatrics, 10*, 30. https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-30

Institute for Health Metrics and Evaluation. (n.d.). *GBD Results Tool* [Database]. https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

Intarates, M., Pannarunothai, S., Benjakul, S., & Upakdee, N. (2025). Horizontal equity of outpatient care utilization in elderly under universal coverage scheme: Evidence from 2 area health managements in Thailand. *Journal of Health Research, 39*(2). https://doi.org/10.56808/2586-940X.1127

International Health Policy Program Foundation. (2023). *Thai National Health Accounts 2020–2021 and projection of health expenditure 2022–2024* (IHPP Code: TRR0432). International Health Policy Program Foundation. https://ihppthaigov.net/publication/thainationalhealthaccounts2020-2021

International Labour Organization. (2022). *Thailand Social Protection Diagnostic Review: Review of the pension system in Thailand*. International Labour Organization. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40asia/%40ro-bangkok/documents/publication/wcms_836733.pdf

Jitapunkul, S., & Chayovan, N. (2000). Healthy life expectancy of Thai elderly: Did it improve during the soap-bubble economic period? *Journal of the Medical Association of Thailand, 83*(8), 861–864.

Kadsanit, K., Malathum, P., & Monkong, S. (2020). Health status of centenarians: A case study of Khon Kaen Province. *Ramathibodi Nursing Journal, 26*(1), 74–89.

Kaewkunset, P., Silawan, T., Tipayamongkholgul, M., & Saita, S. (2025). Spatial distribution and factors contributing to the spatial clustering of hypertension in Thai older population. *Journal of Health Policy, Law and Administration, 11*(2), 359–372.

Kamide, K., Ikebe, K., Masui, Y., Nakagawa, T., et al. (2025). Multidimensional insights about healthy aging from the cohort study for community-dwelling older adults: The SONIC study. *Geriatrics & Gerontology International, 25*(3), 346–355. https://doi.org/10.1111/ggi.70003

Karcharnubarn, R., Rees, P., & Gould, M. (2013). Healthy life expectancy changes in Thailand, 2002–2007. *Health & Place, 24*, 1–10.

Keanjoom, R., Toyoda, P., & Nakamura, K. (2024). Geographical variation, demographic and socioeconomic disparities in Active Ageing: The situation in Thailand. *Public Health in Practice, 7*, 100509.

Kemathad, C., Wijit, W., Praesi, S., Ampansirirat, A., Choopun, K., Sriyod, B., & Kunon, C. (2025). The secret of long living: A case study from Northern Thai elderly villagers. *Journal of Nursing and Public Health Research, 5*(3), e275105.

National Health Security Office. (2020, September 16). *Long-Term Care program: Thailand's preparation for entering an aged society*. National Health Security Office. https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Long-Term-Care-program-Thailands-preparation-for-entering-an-aged-society/212/EN-US

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024*. OECD Publishing.

Prachuabmoh, V., & Mithranon, P. (2003). Below-replacement fertility in Thailand and its policy implications. *Journal of Population Research, 20*(1), 35–50.

Satchanawakul, N., Kanchanachitra, M., Liangruenrom, N., & Satchanawakul, N. (2023). The economic impacts of COVID-19 lockdown on low-income older people in Thailand. *Australasian Journal on Ageing, 42*(2), 334–343. https://doi.org/10.1111/ajag.13163

Sebastiani, P., & Perls, T. T. (2012). The genetics of extreme longevity: Lessons from the New England Centenarian Study. *Frontiers in Genetics, 3*, 277. https://doi.org/10.3389/fgene.2012.00277

Suriyanrattakorn, S., & Chang, C.-L. (2021). Long-term care (LTC) policy in Thailand and its relationship to happiness among older persons with LTC needs. *Journal of Aging & Social Policy*.

Tantirat, P., Srithamrongsawat, S., & Vapattanawong, P. (2020). Projection of Thai elderly with a need for long-term care using multistate modelling. *Journal of Health Systems Research, 14*(3), 371–382.

Teo, S. P. (2022). A review of centenarian studies. *Qeios*. https://www.qeios.com/read/MFX83V

Thiamwong, L., McSweeney, J. C., Suwanno, J., & Stewart, A. L. (2008). Development and psychometric testing of the Healthy Aging Instrument. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 12*(4), 285–296.

Tipayalai, K. (2025). Does aging hinder growth? A provincial analysis of the effects of population aging on economic growth in Thailand. *Research Square* preprint. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7953644/v1

Treesak, C., et al. (2026). Spatial health inequities among older adults in Thailand: A composite vulnerability index and relationship with local development. *BMC Public Health*.

United Nations Population Fund (UNFPA). (n.d.). *A Life-Cycle Approach to Ageing in Thailand*. UNFPA Thailand. https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework_on_ageing.pdf

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World Population Prospects 2024: Methodology of the United Nations population estimates and projections* (UN DESA/POP/2024/DC/NO.10). https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2024_Methodology-Report_Final.pdf

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of results* (UN DESA/POP/2024/TR/NO.9). https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2024_Summary-of-Results.pdf

United Nations. (2002). *Political declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. United Nations. https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf

Vapattanawong, P., Hogan, M. C., Hanvoravongchai, P., Gakidou, E., Vos, T., Lopez, A. D., & Lim, S. S. (2015). Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: Analysis of two censuses. *BMC Public Health, 7*, 236.

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., et al. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of

Disease Study 2019. *The Lancet, 396*(10258), 1204–1222. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9

Wongboonsin, K., et al. (2020). Human resources for the care of older persons in Thailand. In *Population ageing in the ASEAN and East Asian region*. ERIA Research Project Report.

Wongboonsin, K., Guest, P., & Prachuabmoh, V. (2005). Demographic dividend and the future of Thailand. *Asian Population Studies, 1*(2), 115–130.

World Economic Forum. (2024). *Longevity Economy Principles: The foundation for a financially resilient future*. World Economic Forum. https://www3.weforum.org/docs/WEF_Longevity_Economy_Principles_2024.pdf

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.

World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. https://production-cms.platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/ageing/9789240694811-eng.pdf

World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/326843

World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Plan of action*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action

World Health Organization. (2024). *Thailand: Facts and figures—Healthy ageing* [Fact sheet]. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/ageing-and-health/fact-sheets-2024/thailand---facts-and-figures---healthy-ageing.pdf

World Health Organization. (2024). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2021: DALY methods* [Methods document]. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2021_daly_methods.pdf

ณรัศม์ แก้วปัญญาศารัศม์, & กรรณวิษณ์ ช่วยอุปการ. (2567). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาว ตำบลนายางกลัก อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ: การศึกษาแบบเรื่องเล่า. *วารสารพุทธศาสตร์ มจร.อุบลราชธานี, 6*(3), 1251–1264.

นภัสวรรณ ทรัพย์มา, & ไฉไล ศักดิวรพงศ์. (2557). แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในชุมชนดอนคา อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* (Journal of Social Sciences and Humanities), 5(2), 108.

พินิจ ฟ้าอำนวยผล. (2563). *รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะ Active ageing สำหรับผู้สูงอายุไทย*. มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ.

วรางคณา บุตรศรี, & นันทรียา โลหะไพบูลย์กุล. (2560). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืน ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 1*(2).

วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ & วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563* [รายงานวิชาการ]. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. http://hdl.handle.net/11228/5425

ศักดิ์สุนัน กันคำ. (2561). ประสบการณ์การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนอย่างมีคุณภาพ. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*.

ศันสนีย์ กระจ่างโฉม, & สุวิภา จำปาวัลย์. (2561). การบริโภคอาหารที่ทำให้มีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวน ในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 2*(2), 161–170.

สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์ฯ. (24 พฤศจิกายน 2566) จะเป็นอย่างไรหากสังคมไทยตายมากกว่าเกิด “ไปเรื่อย ๆ” ตอนที่ 2. https://www.chula.ac.th/news/141978/

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2569). *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2569* [Mahidol Population Gazette]. https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2025/01/Gazette2026EN.pdf

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2019/05/Report-File-408.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (n.d.). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564: ตารางสถิติรายจังหวัด*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731135832_28841.pdf

อิทธิพงษ์ ทองศรีเกตุ, จิรวัฒน์ รักชาติ, & สุรชัย ศรีนรจันทร์. (2566). การพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุภาคเหนือโดยใช้ภูมิปัญญาล้านนาเป็นฐาน: การบริโภค การทำการเกษตร และสื่อพิธีกรรม. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(8), 560-578.