TDRI THAILAND DEVELOPMENT RESEARCH INSTITUTE

ระบบประกันการดูแลระยะยาว:

ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
ยศ วัชระคุปต์

ระบบประกันการดูแลระยะยาว:
ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
ยศ วัชระคุปต์

ชื่อเรื่อง ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย

ผู้เขียน วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์

ออกแบบปกและอินโฟกราฟิก พีระพงษ์ เตชะทัตตานนท์

พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2560

จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

จัดทำโดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
565 ซอยรามคำแหง 39 เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 02 718 5460 เว็บไซต์ www.tdri.or.th

สนับสนุนโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

พิมพ์ที่ บริษัท โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด
13,15,17 ซอยประชาสงเคราะห์ 29 ถนนประชาสงเคราะห์
เขตดินแดง กรุงเทพฯ โทร. 02 275 4000

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์.
ระบบประกันการดูแลระยะยาว : ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย.--
กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2560.
154 หน้า.

1. ประกันสุขภาพ. 2. ผู้สูงอายุ--นโยบายของรัฐ. I. ยศ วัชระคุปต์, ผู้แต่งร่วม.
I. ชื่อเรื่อง.

368.3
ISBN 978-616-92250-5-8

คำนำ

บทสนทนาที่เกิดขึ้นในสังคมไทยมักจะวนเวียนอยู่กับประเด็นหลักๆ ไม่กี่เรื่องนัก ประเด็นเรื่องสังคมสูงวัยเป็นเรื่องหนึ่งที่มีการพูดถึงค่อนข้างบ่อย หลายภาคส่วนมีข้อกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของสังคมสูงวัยทั้งต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม หลายภาคส่วนแนะนำให้มีการเตรียมการเพื่อบรรเทาปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

หนังสือเล่มนี้เป็นผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเพื่อให้นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบรรเทาปัญหาที่คาดว่าจะเกิดจากการมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ต้องการความรู้ ทักษะและความอดทน การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเผชิญกับสถานการณ์การดูแลกันเอง เป็นการปล่อยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตแบบตัวใครตัวมัน การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยหลักของการประกันที่จัดการโดยรัฐเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยให้สังคมร่วมกันดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

การวางแผนและการเตรียมการที่ดี สามารถทำให้ระบบการประกันที่จะร่วมรับภาระด้านการเงินในการดูแลผู้สูงอายุมีความยั่งยืน มีความเท่าเทียมกัน และมีประสิทธิภาพได้ ผู้ที่ได้ประโยชน์ไม่เพียงแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงคนวัยทำงานที่ได้รับการแบ่งเบาภาระการดูแล และรวมไปถึงคนไทยโดยทั่วไปที่ได้เห็นคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเพื่อนบ้านด้วย

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
ยศ วัชระคุปต์
พฤศจิกายน 2560

กิตติกรรมประกาศ

หนังสือเล่มนี้เป็นผลจากศึกษาวิจัยหลายโครงการ ภายใต้ความรับผิดชอบของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย หนังสือนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือทั้งจากบุคคลและสถาบันจำนวนมาก ในลำดับแรก คือ นักวิจัยในทีมของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย อันประกอบไปด้วยคุณพสิษฐ์ พัจนา คุณวรรณภา คุณากรวงศ์ คุณวรัตถ์ บุญรัตนกรกิจ และ ดร. ตรีนุช ไพชยนต์วิจิตร ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งการสัมภาษณ์และการจัดการข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ผู้เขียนขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญหลายท่านที่ได้ให้การอนุเคราะห์ทั้งความรู้และข้อมูล ดังมีรายนามต่อไปนี้ รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ รศ.ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ผศ.ดร. วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ ผศ.ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ คุณสิรีธร วรวัฒน์วาณิชย์ พญ. ขจีรัตน์ ปรักเอโก และอาจารย์รติอร พรกุณา รวมถึงบุคลากรในโรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลน้ำพอง โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลเขาย้อย โรงพยาบาลลำสนธิ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลเชียงคำ โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลบางกล่ำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวง้ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองป่าแพะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหย่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่องซ้อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่างิ้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง เทศบาลตำบลสะอาด องค์การบริหารส่วนตำบลเขวา เทศบาลตำบลหลุบ เทศบาลตำบลเขาย้อย องค์การบริหารส่วนตำบลซับสมบูรณ์ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวง้ม องค์การบริหารส่วนตำบลร่มเย็น เทศบาลตำบลห้วยยอด เทศบาลตำบลกำแพง และเทศบาลตำบลท่าช้าง

ผู้เขียนขอขอบคุณหน่วยงานของรัฐหลายแห่งในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในต่างประเทศประกอบด้วย HCA Hospice care ประเทศสิงคโปร์ และ Hospis Malaysia ประเทศมาเลเซีย นอกจากนี้ ผู้เขียนยังขอขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือในระหว่างการวิจัยอีกมากมายหลายท่านที่ผู้เขียนมิสามารถกล่าวชื่อได้หมดในที่นี้

การวิจัยหลายโครงการที่หนังสือนี้รวบรวมมานั้นได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้เขียนขอขอบคุณหน่วยงานทั้งสองที่ให้ความไว้วางใจในการสนับสนุนทุนวิจัยหลายเรื่องที่มีความเชื่อมโยงกันจนสามารถนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างเป็นรูปธรรม

สุดท้าย ผู้เขียนขอขอบคุณ คุณจิรากร ยิ่งไพบูลย์วงศ์ คุณวัฒนา กาญจนานิจ คุณพีระพงษ์ เตชะทัตตานนท์ คุณวิมลรัตน์ เหมือนกูล และเพื่อนร่วมงานในสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ที่ร่วมมือกันจนทำให้หนังสือเล่มนี้มีรูปลักษณ์สวยงามเหมาะกับการเผยแพร่แก่สาธารณะ

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
ยศ วัชระคุปต์

สารบัญ

หน้า

คำนำ iii
กิตติกรรมประกาศ v
สารบัญ vii
สารบัญตาราง ix
สารบัญรูป xi

1 บทนำ 1

ส่วนที่ 1 ระบบประกันการดูแลระยะยาว 7

2 ระบบประกันการดูแลระยะยาวในประเทศต่างๆ 9
2.1 ระบบประกันการดูแลระยะยาวในภูมิภาคยุโรป 12
2.2 ระบบประกันการดูแลระยะยาวในภูมิภาคเอเชีย 22
2.3 การดูแลระยะยาวในประเทศไทย 30
2.4 สรุป 36

3 ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว 39
3.1 ประชากรสูงอายุ และผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล 40
3.2 ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว 45
3.3 การประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในอนาคต 49
3.4 สรุป 50

4 ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของผู้ป่วยระยะท้าย 51
4.1 ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะท้ายที่บ้าน 54
4.2 ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะท้ายในสถานพยาบาล 57
4.3 การให้บริการดูแลระยะท้ายที่บ้านในประเทศเพื่อนบ้าน 59
4.4 สรุป 60

หน้า

5 แหล่งเงินสำหรับระบบประกันการดูแลระยะยาว....................... 61
5.1 จำนวนประชากรวัยทำงานและการจ่ายเบี้ยประกัน 63
5.2 แหล่งเงินภายใต้สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุแบบต่างๆ 66
5.3 สรุป 71

6 อุปสงค์และอุปทานผู้ดูแลผู้สูงอายุ 73
6.1 อุปสงค์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 74
6.2 การเตรียมการด้านอุปทานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 75
6.3 สถานดูแลผู้สูงอายุของรัฐและเอกชน 78
6.4 กลไกการกำกับดูแลธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุ...................................... 81
6.5 สรุป 83

7 กลไกการทำงานของระบบประกันการดูแลระยะยาว 85
7.1 กลไกการให้บริการ 86
7.2 กลไกการกำกับดูแล 90
7.3 สรุป 93

8 บทสรุป.. 95

ส่วนที่ 2: รายละเอียดเชิงเทคนิค 99

9 การประมาณการจำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง 101

10 การประมาณการค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาว 109

11 การคำนวณค่าใช้จ่ายการดูแลระยะท้ายของชีวิต 119

12 การประมาณการเบี้ยประกันสำหรับ กองทุนประกันการดูแลระยะยาว..125

13 การคำนวณจำนวนผู้ดูแล และหัวหน้าผู้ดูแล..........................129

ส่วนที่ 3 คำถามที่พบบ่อย...131

บรรณานุกรม 139

อภิธานศัพท์...147

ดัชนี 151

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2-1: แหล่งงบประมาณของประกันการดูแลระยะยาวของประเทศเนเธอร์แลนด์ ในปี พ.ศ. 2551 ... 13

ตารางที่ 2-2: รูปแบบการประกันการดูแลระยะยาว 3 รูปแบบในประเทศจีน ... 29

ตารางที่ 3-1: จำนวนประชากรสูงอายุและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดในประเทศไทย ... 40

ตารางที่ 3-2: จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ. 2557 ... 40

ตารางที่ 3-3: จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2557 ... 41

ตารางที่ 3-4: จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และติดบ้านจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2557 ... 42

ตารางที่ 3-5 สัดส่วนประชากรที่มีปัญหาในการดำเนินกิจวัตรประจำวันจำแนกตามกิจกรรม กลุ่มอายุ และระดับการพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ) ... 43

ตารางที่ 3-6 สัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ) ... 44

ตารางที่ 3-7: จำนวนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในปี พ.ศ. 2560-2590 ... 44

ตารางที่ 3-8: ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์สำหรับการดูแลระยะยาวที่บ้าน ... 45

ตารางที่ 3-9: ค่าใช้จ่ายวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการดูแลระยะยาวที่บ้าน ... 46

ตารางที่ 3-10 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน ... 47

ตารางที่ 3-11: สรุปค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาว ในปี พ.ศ. 2559 ... 49

หน้า

ตารางที่ 3-12: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560-2590 50
ตารางที่ 4-1: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้สูงอายุในสถานพยาบาลจากโรคเรื้อรังในช่วง 365 วันก่อนเสียชีวิต (บาท)............. 53
ตารางที่ 4-2: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยด้านอุปกรณ์ของผู้ป่วยระยะท้าย................ 55
ตารางที่ 4-3: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยด้านวัสดุสิ้นเปลืองของผู้ป่วยระยะท้าย 56
ตารางที่ 4-4: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน 57
ตารางที่ 4-5: จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยระยะท้าย ปี พ.ศ. 2557 58
ตารางที่ 4-6: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่เสียชีวิตและมีรหัสการรักษาด้วยโรคมะเร็งจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2557 (บาทต่อคน)... 58
ตารางที่ 5-1: รูปแบบการร่วมจ่ายของระบบประกันการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ.. 62
ตารางที่ 5-2: ประมาณการการร่วมจ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่างๆ ในปี พ.ศ. 2560-2590 65
ตารางที่ 5-3: แหล่งเงินสำหรับกองทุนประกันการดูแลระยะยาว............ 66
ตารางที่ 5-4: จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล (พันคน) ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ 67
ตารางที่ 5-5: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว (ล้านบาท) ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ 68
ตารางที่ 5-6: ภาระค่าใช้จ่ายและส่วนต่างค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง ค่าเดินทางหัวหน้าผู้ดูแล (ล้านบาท) และเบี้ยประกันประชาชนอายุ 40 – 65 ปี (บาท) ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ 70
ตารางที่ 6-1: ความต้องการผู้ดูแลและหัวหน้าผู้ดูแล (คน) ปี พ.ศ. 2560-2590 (ทุก 5 ปี).. 75
ตารางที่ 6-2: สถานสงเคราะห์คนชรา ภายใต้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 79
ตารางที่ 6-3: ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ภายใต้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ 80

หน้า

ตารางที่ 9-1: เปรียบเทียบคำถามและคำตอบการประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) กับข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 103-105

ตารางที่ 9-2: สัดส่วนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย พ.ศ. 2557 (ร้อยละของกลุ่มอายุประชากร) 106

ตารางที่ 9-3: จำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2560-2590 107-108

ตารางที่ 10-1: รายการอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ (ไม่รวมเวชภัณฑ์) 110

ตารางที่ 10-2: รายการวัสดุสิ้นเปลือง (ไม่รวมเวชภัณฑ์) 111

ตารางที่ 10-3: แบบสอบถามข้อมูลการดูแลระยะยาว 112

ตารางที่ 10-4: รายละเอียดภาค/จังหวัดในการเก็บข้อมูล 114

ตารางที่ 10-5: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560-2590 118

ตารางที่ 12-1: ประมาณการการร่วมจ่ายของแต่ละภาคส่วนในค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาว ปี พ.ศ. 2560-2590 126

ตารางที่ 12-2: รายรับและรายจ่ายกองทุนประกันการดูแลระยะยาว 128

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1-1: สัดส่วนประชากรสูงอายุกับการเริ่มต้นระบบประกันการดูแลระยะยาว......5
รูปที่ 2-1: ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาว ในปี พ.ศ. 2556 10
รูปที่ 2-2: อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวระหว่างปี พ.ศ. 2548-2556...... 11
รูปที่ 2-3: จำนวนผู้ใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ของประกันการดูแลระยะยาวของประเทศเยอรมนี ปี พ.ศ. 2554 17
รูปที่ 2-4: จำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ใช้บริการการดูแลระยะยาวของประเทศเบลเยียม ในปี พ.ศ. 2547-2550...... 20
รูปที่ 2-5: โครงสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น 25
รูปที่ 2-6: ความเชื่อมโยงการทำงานการดูแลระยะยาวในประเทศไทย 31
รูปที่ 4-1: สาเหตุหลักของผู้เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ. 2554-2558 52
รูปที่ 5-1: ข้อเสนอรูปแบบการร่วมจ่ายของระบบประกันการดูแลระยะยาวในประเทศไทย 64
รูปที่ 7-1: ระบบการให้บริการของประกันการดูแลระยะยาว 87
รูปที่ 7-2: กลไกการกำกับดูแลระบบประกันการดูแลระยะยาว...... 90

1

บทนำ

การประกันการดูแลระยะยาว หรือ Long-Term Care Insurance (LTCI) หมายถึง การประกันที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันในด้านความเสี่ยงจากความพิการอันเนื่องมาจากการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ageing risk) หรือในบางกรณีสามารถขยายความคุ้มครองไปครอบคลุมความพิการด้วยเหตุอื่นๆ รวมอยู่ด้วย ผู้ให้ประกันสามารถเป็นได้ทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ในสถานการณ์ปัจจุบัน จะเห็นว่าการให้ประกันการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่มักเป็นภาครัฐ ตลาดประกันการดูแลระยะยาวโดยรวมแล้วนั้น

ค่อนข้างเล็กเมื่อเทียบกับการประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ ในบางประเทศมีการประกันการดูแลระยะยาวทั้งที่รัฐจัดให้และมีตลาดการประกันระยะยาวของภาคเอกชนด้วย บางประเทศก็มีแต่รัฐที่จัดระบบประกันการดูแลระยะยาว ไม่มีบทบาทของภาคเอกชน ในขณะที่หลายประเทศไม่มีบทบาททั้งของรัฐและเอกชนในการประกันการดูแลระยะยาวเลย

เหตุใดตลาดการประกันการดูแลระยะยาวจึงเล็กนัก และทำไมรัฐบาลหลายๆ ประเทศถึงไม่จัดให้มีการประกันการดูแลระยะยาว มีแต่ประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว

รากเหง้าของปัญหาในตลาดการประกันทุกประเภทนั้นค่อนข้างเหมือนกันคือ ความไม่สมมาตรของข้อมูลข่าวสาร (asymmetric information) โดยผู้ให้ประกันมักมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันไม่เท่ากับตัวผู้เอาประกันเอง ตัวอย่างเช่น การประกันให้ความคุ้มครองกรณีพิการติดเตียงเนื่องมาจากความเสี่ยงของวัยสูงอายุ ผู้ให้ประกันมักไม่มีข้อมูลว่าผู้ที่ซื้อประกันมีพฤติกรรมเช่นไรมาก่อน ชอบออกกำลังกายเป็นประจำหรือไม่ ชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม หรือไม่ ชอบสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเป็นอันตรายหรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงกับภาวะโรคเรื้อรังและความพิการเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนผู้เอาประกันนั้นทราบพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองเป็นอย่างดี ผู้ที่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงก็จะซื้อประกันเพื่อคุ้มครองความเสียหายที่มีโอกาสเกิดขึ้นสูง และจะทำให้ผู้ขายประกันมีลูกค้าที่เสี่ยงสูงจำนวนมาก หรือที่เรียกกันว่า การเลือกที่เป็นปฏิปักษ์หรือการเลือกไม่พึงประสงค์ (adverse selection) ผู้ให้ประกันจึงพยายามหาหนทางที่จะคัดเลือกหรือแบ่งกลุ่มลูกค้าตามความเสี่ยงให้ได้ เพื่อกำหนดราคาและกรมธรรม์ตามความเสี่ยง ส่วนผู้เอาประกันนั้น เมื่อซื้อประกันการดูแลระยะยาวเรียบร้อยแล้ว ก็อาจจะใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง เพราะทราบว่าอย่างไรเสียก็มีผู้ให้ประกันคุ้มครองรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนพฤติกรรมของเขา ปัญหานี้เรียกว่า คุณธรรมวิบัติหรือภัยทางศีลธรรม (moral hazard)

ถ้าผู้ให้ประกันการดูแลระยะยาวไม่สามารถกำหนดราคาและกรมธรรม์ที่ทำให้สามารถจัดการกับปัญหา adverse selection และปัญหา moral hazard ได้ก็จะไม่เกิดตลาดการประกันในสินค้าชนิดนั้น กรณีที่พบบ่อยคือการประกันการว่างงาน เราจะไม่เห็นบริษัทเอกชนในประเทศไหนๆ ให้การประกันการว่างงานเลย แต่จะเห็นว่าเป็นภาครัฐในประเทศต่างๆ ที่จัดให้ประกันการว่างงาน

โดยภาครัฐจะต้องจัดให้เป็นประกันภาคบังคับ เพื่อจัดการกับปัญหา adverse selection ส่วนปัญหา moral hazard ก็จัดการด้วยการให้ความคุ้มครองการว่างงานที่ต่ำกว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นและให้มีการบังคับหางานทำให้ได้ภายในเวลาที่เหมาะสม

ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการประกันการดูแลระยะยาวทั้งที่จัดให้โดยรัฐและเอกชน ในกรณีที่รัฐจัดให้เป็นกรณีสำหรับคนรายได้น้อย (กรณี Medicaid) โดยจะต้องมีการตรวจสอบเสียก่อนว่าผู้ขอใช้สิทธิจาก Medicaid นั้นมีสินทรัพย์และรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่รัฐกำหนด การประกันการดูแลระยะยาวที่จัดโดยภาคเอกชนก็มักมีราคาแพงและขนาดตลาดค่อนข้างเล็กเมื่อเทียบกับประกันสุขภาพ มีการกล่าวว่าการที่เกณฑ์ที่รัฐใช้ในการทดสอบว่าประชาชนควรได้รับการดูแลจาก Medicaid หรือไม่นั้นได้สร้างแรงจูงใจให้คนที่ไม่ยากจนทำตนเองให้เข้าเกณฑ์เพื่อขอรับสวัสดิการ และได้ก่อให้เกิด crowding out effect ต่อการประกันภาคเอกชน (Brown and Finkelstein 2011)

เหตุผลหนึ่งที่ได้รับการยกมาอ้างอยู่เสมอว่าทำให้ตลาดของการประกันการดูแลระยะยาวมีขนาดเล็กคือ คุณธรรมภายในครัวเรือนวิบัติ หรือ intra-family moral hazard (Pauly 1990) กล่าวคือ ผู้ซื้อกลัวว่าเมื่อซื้อประกันการดูแลระยะยาวแล้วจะทำให้ลูกหลานไม่มาดูแล และเงินที่ไปซื้อประกันก็ทำให้ผู้สูงอายุมีเงินเหลือสำหรับยกให้แก่บุตรหลานลดลง อย่างไรก็ดี Courbage and Roudaut (2008) ไม่พบว่ามีปัญหาเรื่องคุณธรรมภายในครัวเรือนวิบัติ แต่กลับพบว่าผู้ที่ซื้อประกันการดูแลระยะยาวจากบริษัทเอกชนนั้นมักมีคนในครอบครัวช่วยดูแลด้วย ผู้สูงอายุที่กลัวลูกหลานจะลำบากที่ต้องมาดูแลตนเอง ได้ตัดสินใจซื้อประกันการดูแลระยะยาวมาเสริมเพื่อแบ่งเบาภาระลูกหลานที่เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ซึ่งหมายถึงมี altruism effect ส่วน Costa-Font and Courbage (2015) พบว่าผู้สูงอายุที่คาดว่าจะมีสมาชิกในบ้านมาดูแลเป็น informal caregiver จะมีความต้องการซื้อประกันการดูแลระยะยาวจากบริษัทเอกชนลดลง ซึ่งอาจจะกลัวว่าจะเกิดคุณธรรมภายในครัวเรือนวิบัติก็เป็นได้

ข้อถกเถียงเรื่อง crowding out effect และคุณธรรมภายในครัวเรือนวิบัตินี้ไม่สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ในประเทศไทยได้ เนื่องจากไทยยังไม่มีทั้งระบบประกันการดูแลระยะยาวที่จัดให้โดยภาครัฐและไม่มีประกันการดูแลระยะยาวที่จัดโดยบริษัทประกันภาคเอกชน

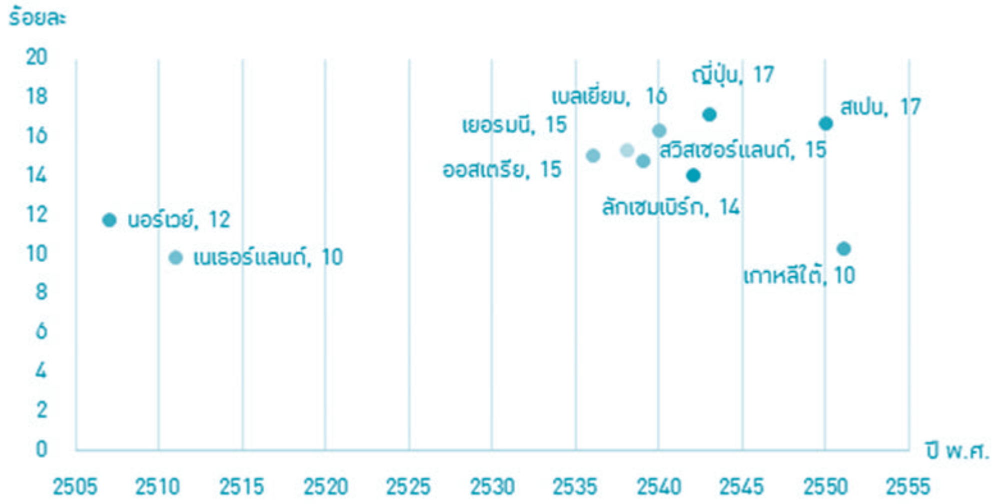
เหตุใดรัฐบาลในหลายประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว จึงไม่จัดให้มีการประกันการดูแลระยะยาว เหตุผลหลักๆ คงมาจากข้อจำกัดด้านการคลังที่รัฐมักคิดว่าค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวนั้นสูงและเมื่อต้องรวมภาระด้านประกันสุขภาพกับประกันการดูแลระยะยาวเข้าด้วยกันก็จะเป็นภาระทางการคลังที่สูงมาก หากพิจารณากรณีประเทศญี่ปุ่น จะพบว่า การครองเตียงของผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานานในโรงพยาบาล การที่ค่าใช้จ่ายด้านประกันสุขภาพที่สูงขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และการลดลงของสมาชิกในบ้านที่จะเป็น informal caregiver ได้ทำให้รัฐเริ่มดำเนินระบบประกันการดูแลระยะยาวในปี พ.ศ. 2543 (Shimizutani 2014)

การมีระบบประกันการดูแลระยะยาวน่าจะถูกมองได้ว่าเป็นการลงทุนทางสังคมมากกว่าการเป็นภาระทางงบประมาณภาครัฐ การเกิดสวัสดิการประเภทใหม่ๆ ขึ้นในประเทศนอกจากเป็นการลงทุนโดยรัฐ และยังสามารถออกแบบให้มีส่วนร่วมลงทุนโดยภาคเอกชนได้ด้วย นอกจากนี้ การดูแลระยะยาวเป็นบริการที่ใช้แรงงานเข้มข้น (labor intensive) การเพิ่มอุปสงค์จากระบบประกันการดูแลระยะยาวจะช่วยเพิ่มการจ้างงาน ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาผลกระทบด้านลบของการพัฒนาเทคโนโลยีที่จะทำให้การจ้างแรงงานในอนาคตลดลงอย่างมาก

รัฐบาลในหลายประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development หรือ OECD) ได้จัดให้มีระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมักเป็นประกันภาคบังคับหรือเป็น universal coverage คือครอบคลุมประชาชนแบบถ้วนหน้า ประเทศที่จัดให้มีระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้ามาก่อนมักจัดให้มีระบบประกันการดูแลระยะยาวแบบถ้วนหน้าด้วย ยกเว้นประเทศอังกฤษและแคนาดาที่ใช้ระบบการทดสอบว่ารายได้น้อย (Brown and Finkelstein 2011) บางประเทศให้ระบบประกันการดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งของประกันสุขภาพ แต่บางประเทศก็ได้แยกประกันระยะยาวออกจากประกันสุขภาพ เพราะถือว่าเป็นความเสี่ยงคนละประเภทกัน (Colombo et al. 2011; Shimizutani 2014)

ประเทศในกลุ่ม OECD ส่วนใหญ่ได้เริ่มระบบประกันการดูแลระยะยาวในช่วงปี พ.ศ. 2535 ถึง 2551 โดยแต่ละประเทศเริ่มไม่พร้อมกัน (รูปที่ 1-1) ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและที่สำคัญที่สุดคือ การเมืองที่จะเป็นผู้กล้าตัดสินริเริ่มโครงการที่มีผลกระทบต่อประชากรจำนวนมากและ

รูปที่ 1-1: สัดส่วนประชากรสูงอายุกับการเริ่มต้นระบบประกันการดูแลระยะยาว



ที่มา: รวบรวมจาก Costa-Font and Courbage 2012 และ United Nations 2015

ระบบการคลังของประเทศในระยะยาว ปัจจัยด้านประชากรเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดการเมืองเพื่อผู้สูงอายุ เมื่อประชากรที่มีสิทธิออกเสียงเป็นประชากรสูงอายุก็น่าจะเห็นชอบกับโครงการที่ผู้สูงอายุได้ประโยชน์ เช่น ระบบประกันการดูแลระยะยาว เป็นต้น ประเทศส่วนใหญ่เริ่มระบบประกันการดูแลระยะยาวเมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) อยู่ในช่วงร้อยละ 10-17 ของประชากร

การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วของไทยเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายควรวางแผนทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ความเสี่ยงที่มากับการสูงวัยคือ ความเสี่ยงต่อภาวะความพิการดูแลตนเองไม่ได้ สังคมไทยเป็นสังคมที่ลูกหลานดูแลพ่อ แม่ ปู่ย่า ตายาย โดยผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุมักเป็นผู้หญิง (Chandeovwit 2013) แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกันกับการที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นคือ การมีเด็กและคนวัยทำงานลดลงรวมถึงการเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้หญิงมากขึ้น ดังนั้น ในอนาคตการที่จะมีลูกหลานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอนั้นไม่น่าจะเป็นไปได้ การเตรียมความพร้อมเชิงรุกสำหรับสังคมไทย คือ การจัดให้มีระบบประกันการดูแลระยะยาวขึ้นโดยเน้นให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพและเท่าเทียมกันสำหรับประชาชนไทย

ทุกคน และด้วยเหตุผลเหล่านี้จึงเป็นที่มาของการวิจัยเพื่อข้อเสนอเชิงนโยบายดังปรากฏในหนังสือเล่มนี้

เนื้อหาของหนังสือแบ่งออกเป็น 3 ส่วน เพื่อให้เหมาะสมกับความสนใจของผู้อ่าน ในส่วนแรกมีทั้งหมด 7 บท ให้รายละเอียดของระบบประกันการดูแลระยะยาวในต่างประเทศและระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย โดยมีเนื้อหาแต่ละบทดังต่อไปนี้

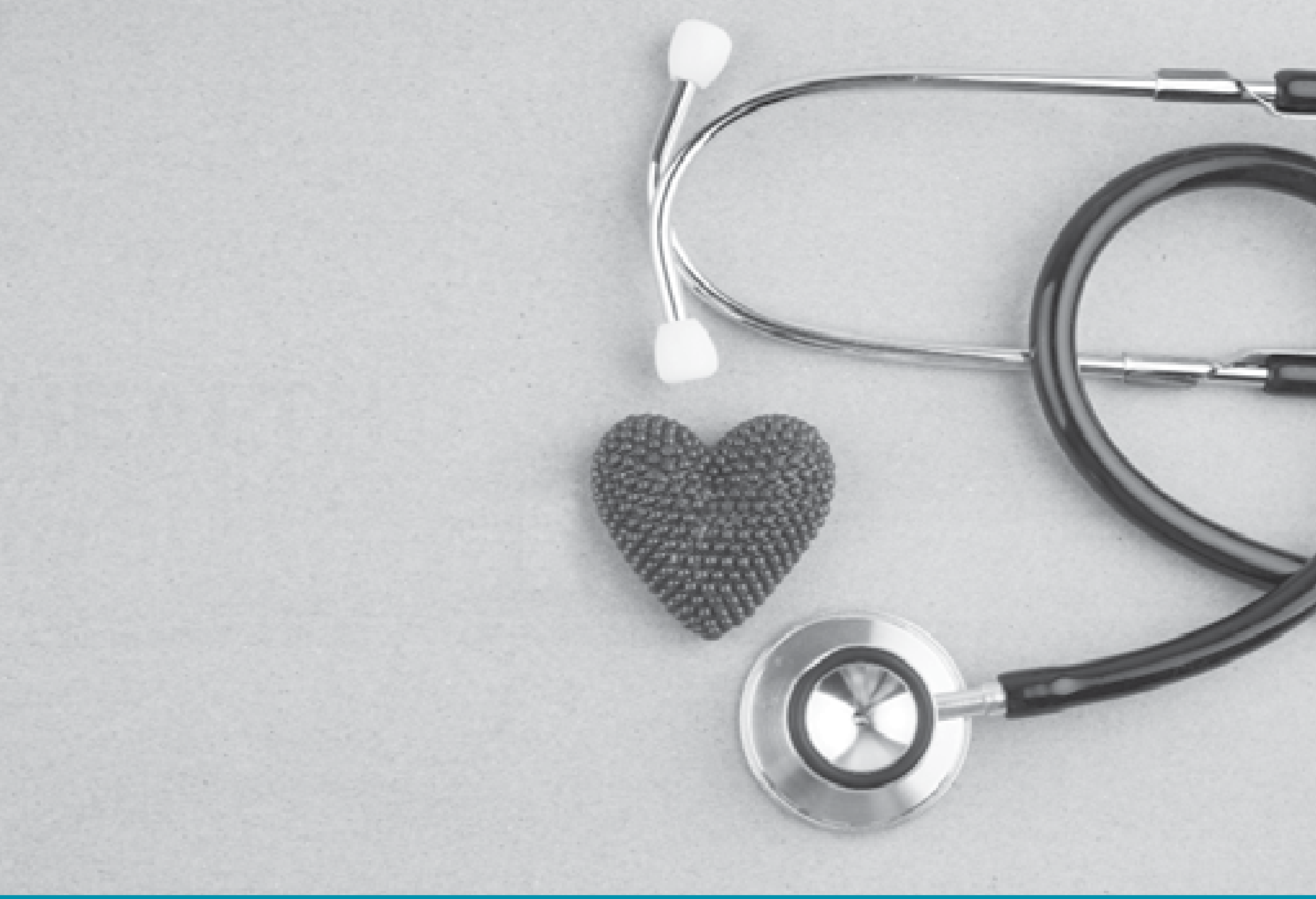
ในบทที่ 2 เป็นการฉายภาพให้เห็นระบบประกันการดูแลระยะยาวในบางประเทศ และนำมาประยุกต์เป็นข้อเสนอสำหรับระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศไทย บทที่ 3 เป็นการฉายภาพให้เห็นว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีต้นทุนต่อหัวเท่าไร และจะมีค่าใช้จ่ายรวมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเท่าใด บทที่ 4 เป็นการประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายที่บ้านและที่โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเสริมไปกับระบบประกันการดูแลระยะยาวได้ ในบทที่ 5 เป็นข้อเสนอว่าแหล่งเงินสำหรับการมีระบบประกันการดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร บทที่ 6 เป็นการประมาณการความต้องการผู้ดูแล ซึ่งเป็นได้ทั้งผู้ดูแลแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (formal caregiver และ informal caregiver) บทที่ 7 เป็นกลไกที่สำคัญที่ภาครัฐควรเข้ามาดำเนินการเพื่อให้เกิดระบบประกันการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพมาตรฐาน และบทสุดท้ายเป็นบทสรุป

เนื้อหาส่วนที่สองเป็นรายละเอียดเชิงเทคนิคที่ใช้ในการศึกษาบทที่ 3 ถึง 6 โดยส่วนนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้อ่านที่ต้องการทราบรายละเอียดการศึกษาและยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการศึกษาอื่นๆ ได้ในอนาคต

เนื่องจากหนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาที่ค่อนข้างเป็นเชิงวิชาการ ผู้เขียนจึงได้สรุปสาระสำคัญๆ ในลักษณะคำถามที่พบบ่อย (Frequent Asked Questions หรือ FAQ) ไว้ในส่วนที่สามของหนังสือ เพื่อช่วยให้ผู้อ่านทั่วไปสามารถตรงไปอ่านเฉพาะประเด็นที่สนใจได้ทันที โดยมิต้องค้นหาคำตอบด้วยการอ่านรายละเอียดทั้งหมด

ส่วนที่ 1

ระบบประกันการดูแลระยะยาว



2

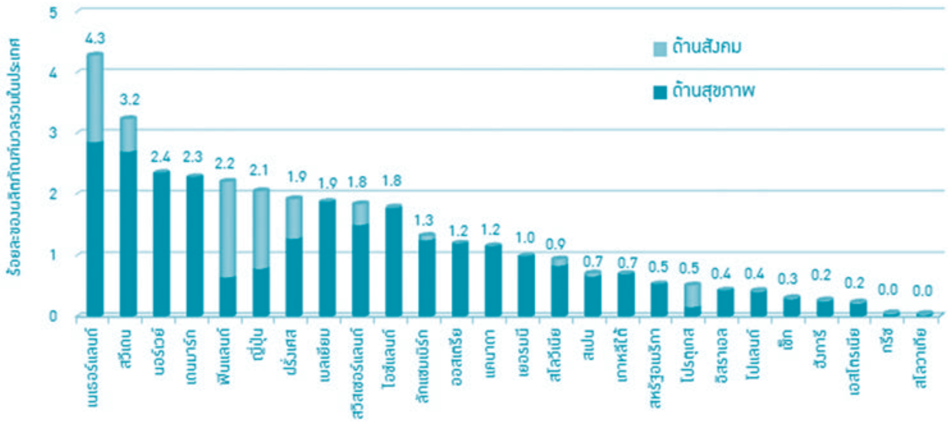
ระบบประกันการดูแลระยะยาว ในประเทศต่างๆ

ผู้สูงอายุมักประสบความถดถอยของสมรรถภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว ระบบประกันการดูแลระยะยาวจึงมีความจำเป็นมากขึ้นสำหรับสังคมที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ทั้งนี้ การเตรียมพร้อมและการพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับและแก้ไขสถานการณ์ของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันตามสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การบริหารจัดการระบบของแต่ละประเทศมักจะแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างการบริหารจัดการและการเงินการคลัง รูปแบบการให้บริการหรือบทบาทของแต่ละภาคส่วนในสังคม

ประเทศแรกที่ได้จัดให้มีระบบประกันการดูแลระยะยาว คือ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งได้จัดให้มีการประกันการดูแลระยะยาวในปี พ.ศ. 2511 ซึ่งเป็นประกันที่จัดให้โดยภาครัฐและมีการให้บริการแบบถ้วนหน้า (Robertson, Gregory, and Jabbal 2014) ขณะเดียวกันประเทศในแถบสแกนดิเนเวียก็เริ่มพัฒนาและวางระบบประกันการดูแลระยะยาวเพื่อเป็นหลักประกันให้กับประชากรผู้สูงอายุในประเทศ ซึ่งประเทศเหล่านั้นจัดระบบประกันการดูแลระยะยาวในรูปแบบของหลักประกันสุขภาพภาครัฐหรือรัฐสวัสดิการ โดยรัฐใช้รายได้จากภาษีทั่วไปในการแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นหลัก

ข้อมูลขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development หรือ OECD) แสดงสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวของประเทศสมาชิกในปี พ.ศ. 2556 ดังรูปที่ 2-1 จะเห็นได้ว่าประเทศเนเธอร์แลนด์มีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product หรือ GDP) ประเทศแถบสแกนดิเนเวียที่พัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวในระยะเวลาใกล้เคียงกับประเทศเนเธอร์แลนด์ มีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวระหว่างร้อยละ 2.2 ถึง 3.2 ของ GDP

รูปที่ 2-1: ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาว ในปี พ.ศ. 2556

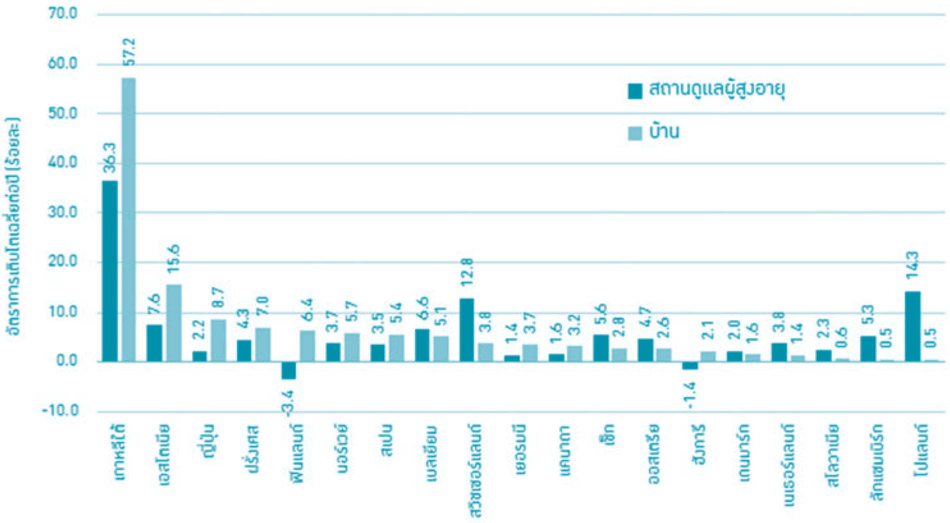


ที่มา: OECD Health Statistics 2015

ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการดูแลระยะยาวมาจากบริการทางด้านสุขภาพที่ครอบคลุมบริการทางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลมากกว่าบริการด้านสังคมที่ครอบคลุมบริการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีเพียงประเทศฟินแลนด์ ญี่ปุ่น และโปรตุเกสเท่านั้นที่มีค่าใช้จ่ายด้านสังคมมากกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นอกจากนี้บริการการดูแลระยะยาวในบางประเทศยังคงจำกัดบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุเพียงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งรูปแบบและสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุแต่ละประเทศได้รับนั้นมีความแตกต่างกัน ตามปัจจัยและการพัฒนาของแต่ละประเทศ

ข้อมูลอัตราการเจริญเติบโตของค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะด้านสุขภาพในช่วงระยะเวลา 8 ปี (รูปที่ 2-2) แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาด้านการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้นไม่ว่าบริการนั้นจะจัดสรรอยู่ในรูปแบบของบริการการดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือการดูแลที่บ้าน โดยเฉพาะการเติบโตของค่าใช้จ่ายในประเทศเกาหลีใต้ที่มีอัตราการเติบโตอย่างมากทั้งบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือบริการที่บ้าน โดยมีอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายอยู่ที่ร้อยละ 36.3 และร้อยละ 57.2 ตามลำดับ ประเทศฟินแลนด์เป็นประเทศหนึ่งที่น่าสนใจ กล่าวคือ อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากบริการในสถานดูแล

รูปที่ 2-2: อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2556



ที่มา: OECD Health Statistics 2015

ผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากประเทศได้หันมาสนับสนุนการดูแลที่บ้านมากยิ่งขึ้น (Vuorenkoski, Mladovsky, and Mossialos 2008)

2.1 ระบบประกันการดูแลระยะยาวในภูมิภาคยุโรป

ประเทศในทวีปยุโรปมีการพัฒนาและจัดระบบประกันการดูแลระยะยาวเร็วกว่าประเทศในแถบภูมิภาคอื่นๆ รูปแบบการให้บริการประกันการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในประเทศแถบยุโรปมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ในที่นี้จะกล่าวถึงระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศเนเธอร์แลนด์ สวีเดน เยอรมนี เบลเยียม และฝรั่งเศส ซึ่งมีพัฒนาการของระบบประกันการดูแลระยะยาวมานานและผ่านการปฏิรูปมาอย่างต่อเนื่อง

2.1.1 ประเทศเนเธอร์แลนด์

ระบบประกันการดูแลระยะยาวเริ่มขึ้นครั้งแรกในประเทศเนเธอร์แลนด์ ปี พ.ศ. 2511 เป็นที่รู้จักในชื่อ AWBZ Long-term care insurance รูปแบบบริการของระบบประกันการดูแลระยะยาวอยู่ภายใต้กรอบนโยบายสาธารณสุข โดยแบ่งรูปแบบบริการออกเป็น 2 ลักษณะคือ ระบบประกันสุขภาพรับผิดชอบโดยรัฐบาลกลาง ให้บริการด้านสาธารณสุข และระบบการดูแลทางด้านสังคมรับผิดชอบโดยรัฐบาลท้องถิ่น ให้บริการด้านการดูแลที่บ้านและการส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมทางด้านสังคม ระบบการประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวใช้กระบวนการ holistic evaluation โดยทีมที่ดำเนินการประเมินมาจากหลากหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง อาทิ ทีมสหวิชาชีพ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ (Merlis 2004)

สิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการการดูแลที่บ้าน (เช่น บริการด้านการฟื้นฟูที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) บริการการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และบริการของสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยสิทธิประโยชน์ถูกแบ่งออกเป็นสี่ประเภท (Costa-Font and Courbage 2012) ดังนี้

1. บริการส่วนบุคคล เป็นบริการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว และการเข้าห้องน้ำ เป็นต้น
2. บริการด้านการพยาบาล เช่น บริการด้านการดูแลทางการแพทย์ การให้ยา การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาความเครียดอันเนื่องมาจาก

ปัญหาสุขภาพ รวมถึงเชื่อมโยงปัญหาทางสุขภาพ และบูรณาการแนวทางการรักษา

3. บริการสนับสนุนแนวทางในการใช้ชีวิต เช่น การให้คำแนะนำในการบริหารจัดการเวลาและกิจกรรมในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน รวมถึงแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
4. บริการด้านที่อยู่อาศัย จัดบริการที่เหมาะสม เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอาศัยอยู่เพียงลำพัง รวมถึงการปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม

ค่าใช้จ่ายของระบบประกันการดูแลระยะยาวประมาณ 2 ใน 3 ของงบประมาณทั้งหมดมาจากระบบการจ่ายสมทบของนายจ้างและลูกจ้าง โดยอัตราการสมทบรวมกันเท่ากับร้อยละ 12.5 ของเงินเดือน (Chevreul et al. 2010) และอีก 1 ใน 3 มาจากระบบภาษี และมีการร่วมจ่ายในการรับบริการบางรายการ (Colombo et al. 2011)

ค่าใช้จ่ายของระบบประกันการดูแลระยะยาวในปี พ.ศ. 2551 ประมาณ 2 หมื่นล้านยูโร (ตารางที่ 2-1) ซึ่งร้อยละ 68 เป็นเงินที่มาจากการจ่ายเงินสมทบของประชาชน และอีกร้อยละ 24 เป็นเงินสมทบจากภาครัฐ เงินจากการร่วมจ่ายในการรับบริการคิดเป็นร้อยละ 9 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (Costa-Font and Courbage 2012) นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านประกันการดูแลระยะยาวของประเทศเนเธอร์แลนด์กับประเทศในกลุ่ม OECD ในปี พ.ศ. 2556 หรือปีใกล้เคียง จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายของระบบประกันการดูแลระยะยาวในเนเธอร์แลนด์สูงมากที่สุด

ตารางที่ 2-1: แหล่งงบประมาณของประกันการดูแลระยะยาวของประเทศเนเธอร์แลนด์ในปี พ.ศ. 2551

แหล่งงบประมาณ	ค่าใช้จ่าย (พันล้านยูโร)	สัดส่วนค่าใช้จ่าย (ร้อยละ)
เงินสมทบจากลูกจ้างและนายจ้าง (ตามสัดส่วนของรายได้)	13.1	68
การร่วมจ่าย	1.7	9
เงินสมทบจากภาครัฐ (เงินภาษี)	4.6	24
รวม	19.3	100

ที่มา: Costa-Font and Courbage 2012

2.1.2 ประเทศสวีเดน

พระราชบัญญัติบริการทางสังคม ปี พ.ศ. 2523 (The Social Services Act 1980) ของประเทศสวีเดนให้สิทธิประชาชนในการรับบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะสิทธิของผู้สูงอายุที่สามารถได้รับสิทธิและการช่วยเหลือในทุกช่วงชีวิตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับบริการประกันการดูแลระยะยาวจึงถือเป็นสิทธิหนึ่งที่ประชาชนพึงได้รับ

ระบบประกันการดูแลระยะยาวบริหารจัดการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (The national health insurance programe) โดยในช่วงต้นระบบฯ ได้รับการดูแลรับผิดชอบโดยรัฐบาลกลางเป็นหลัก หลังจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2535 ความรับผิดชอบดังกล่าวถูกมอบหมายสู่รัฐบาลท้องถิ่น (Anell, Glenngård, and Merkur 2012)

ระบบประกันการดูแลระยะยาวประกอบด้วยการบริการทั้งในสถานดูแลผู้สูงอายุและที่บ้าน มีหน่วยงานร่วมกันบริหารจัดการการบริการ รัฐบาลกลางทำหน้าที่สนับสนุนด้านงบประมาณ และหน่วยงานในท้องถิ่นมีหน้าที่บริหารจัดการด้านบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดสรรบริการและความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การจัดส่งอาหาร บริการทำความสะอาดบริเวณที่อยู่อาศัย และการจัดซื้อสินค้าที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ หน่วยงานท้องถิ่นยังให้การสนับสนุนด้านการอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้แก่ผู้ดูแลและผู้ที่สนใจ มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเนื้อหาของการอบรมเป็นไปตามมาตรฐานที่รัฐบาลกลางกำหนด

การให้บริการดังกล่าวทำให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่บ้านมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2552 ผู้สูงอายุกว่า 301,000 คนได้รับบริการการดูแลระยะยาว ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการเลือกรับบริการการดูแลที่บ้าน (Anell, Glenngård, and Merkur 2012) การให้บริการการดูแลที่บ้านช่วยแก้ไขปัญหาอัตราการครองเตียงในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Robertson, Gregory, and Jabbal 2014) โดยการขอรับสิทธิประโยชน์หรือการใช้บริการการดูแลระยะยาวประชาชนสามารถขอรับบริการหากอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดคือ ผ่านการพิจารณาคุณสมบัติและประเมินความต้องการการดูแลจากทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบหลักคือ ผู้จัดการการดูแล รวมถึงการจัดบริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้รับบริการตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านประกันการดูแลระยะยาว ประเทศสวีเดนเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวสูงในลำดับต้นๆ ของกลุ่มประเทศสมาชิก OECD แหล่งที่มาของเงินของระบบประกันการดูแลระยะยาวมาจากระบบภาษีท้องถิ่น คิดเป็นประมาณร้อยละ 84 ของรายจ่ายการดูแลระยะยาวทั้งหมด ส่วนที่เหลือของรายจ่ายในระบบประกันการดูแลระยะยาวได้จากรัฐบาลกลางอีกประมาณร้อยละ 12 และอีกร้อยละ 3-4 เป็นความรับผิดชอบของผู้รับบริการผ่านการร่วมจ่าย ระบบการร่วมจ่ายนี้ขึ้นกับรายได้สุทธิของผู้รับบริการ (Colombo et al. 2011; Merlis 2004) ค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาวที่รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็น 1 หมื่นล้านยูโร ซึ่งร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่าย เกิดจากบริการของสถานดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 39 เป็นค่าใช้จ่ายจากการบริการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน และร้อยละ 2 เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบริการอื่นๆ (Anell, Glenngård, and Merkur 2012)

นอกจากนี้ ระบบประกันการดูแลระยะยาวยังอนุญาตให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ โดยรัฐบาลได้ผ่านกฎหมายชื่อว่า The Law on System of Choice in the Public Sector (2008:962) สนับสนุนให้ภาคเอกชนที่สนใจเข้ามามีส่วนร่วมในตลาดการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เกิดการแข่งขันและการพัฒนาคุณภาพตามกลไกตลาด โดยมีการกำกับคุณภาพและมาตรฐานโดยภาครัฐ

2.1.3 ประเทศเยอรมนี

ระบบประกันการดูแลระยะยาวจัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับ (statutory long term care insurance) ใน

ปี พ.ศ. 2537 เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาวที่แยกออกจากระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โดยมีรัฐบาลกลางทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ ขณะที่รัฐบาลท้องถิ่นทำหน้าที่ในการจัดสรรบริการในพื้นที่ (Busse and Blumel 2014) ระบบประกันการดูแลระยะยาวแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ ระบบประกันการดูแลระยะยาวภาครัฐ ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 90 และระบบประกันการดูแลระยะยาวภาคเอกชน ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 10 (Busse and Blumel 2014; Costa-Font and Courbge 2012)

แหล่งเงินของระบบประกันการดูแลระยะยาวภาครัฐมาจากภาษีเงินได้และการสมทบเงินของนายจ้างและลูกจ้าง โดยมีอัตราการจ่ายสมทบร้อยละ 2.05 ของเงินเดือน ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ของระบบประกันก็ต่อเมื่อมีการจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี (Arntz et al. 2007; Blumel and Busse 2015) เมื่อผู้ประกันตนมีความต้องการรับสิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไข ผู้ประกันตนจะต้องยื่นใบคำร้องต่อคณะกรรมการพิจารณาทางการแพทย์ (The medical review board)

การรับสิทธิประโยชน์นั้น ผู้ประกันตนจะต้องผ่านการประเมินทั้งทางด้านคลินิกและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน การประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันโดยทีมแพทย์และพยาบาล สิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากกองทุนเมื่อผ่านการประเมินแล้ว มีความแตกต่างกันตามความต้องการและข้อจำกัดของความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยแบ่งระดับความต้องการการดูแลออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ต้องการการช่วยเหลือค่อนข้างน้อย ครอบคลุมบริการด้านสุขอนามัย ต้องการความช่วยเหลือดูแลอย่างน้อยประมาณ 90 นาทีต่อสัปดาห์
2. ต้องการการช่วยเหลือระดับปานกลาง ครอบคลุมบริการด้านสุขอนามัย ต้องการความช่วยเหลือดูแลอย่างน้อยประมาณ 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
3. ต้องการการช่วยเหลือเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดวัน และต้องการความช่วยเหลืออย่างน้อยประมาณ 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

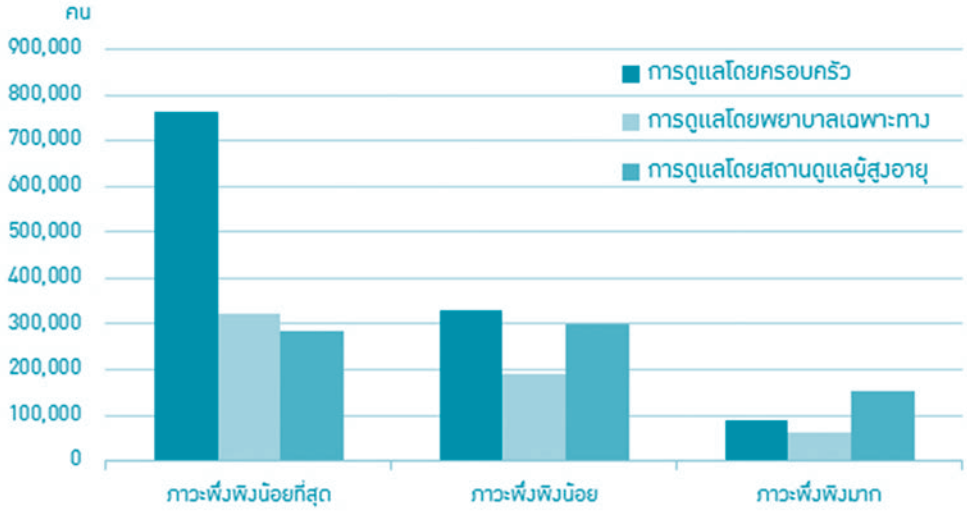
สิทธิประโยชน์ที่จัดสรรแก่ผู้รับบริการมีทั้งรูปแบบของตัวเงินและบริการที่เหมาะสมต่อความต้องการและผลการพิจารณาปัจจัยทางด้านรายได้และอาชีพ (Gleckman 2010; Pastrana et al. 2010; Rhee, Done, and Anderson 2015) รูปแบบการรับบริการตามสิทธิประโยชน์แบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ การดูแล

โดยครอบครัว การดูแลโดยพยาบาลเฉพาะทาง และการดูแลโดยสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยสิทธิประโยชน์แบ่งออกเป็นดังนี้ (Gleckman 2010)

1. สิทธิประโยชน์ด้านการเงิน เป็นการสนับสนุนทางเงินเพื่อนำไปใช้ในสิ่งที่มีความจำเป็น อาทิ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่ครอบครัวในกรณีที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเอง การจัดจ้างผู้ดูแลที่มีความชำนาญในการดูแล รวมถึงการปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม
2. สิทธิประโยชน์ด้านบริการ จัดสรรบริการโดยหน่วยงานสาธารณสุขที่ทำสัญญา

การเลือกรับบริการตามรูปแบบสิทธิประโยชน์ขึ้นอยู่กับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง หรือมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อย มักเลือกรับบริการในรูปแบบของสถานดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตัวเองได้มาก ส่วนใหญ่เลือกรูปแบบการบริการที่บ้าน (รูปที่ 2-3) โดยผลประโยชน์ทางการเงินสนับสนุนจะมีความแตกต่างไปตามความจำเป็นและความรุนแรงของความต้องการบริการหรือภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (Busse and Blumel 2014)

รูปที่ 2-3: จำนวนผู้ใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ของประกันการดูแลระยะยาวของประเทศเยอรมนี ปี พ.ศ. 2554



ที่มา: Blumel and Busse 2015

2.1.4 ประเทศเบลเยียม

ระบบประกันการดูแลระยะยาวเป็นบริการที่จัดอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยมี National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ทำหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนระบบฯ รวมถึงการดูแลด้านการแพทย์ เช่น พยาบาล และนักกายภาพบำบัด และหน่วยงานในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นทำหน้าที่ในการบริหารจัดการบริการให้แก่ประชาชน

ท้องถิ่นกำหนดระเบียบในทางปฏิบัติของการให้บริการเพื่อเป็นการกำกับและควบคุมมาตรฐาน อาทิ การออกระเบียบและข้อกำหนดของการให้บริการของสถานดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (daycare) รวมถึงการบูรณาการการให้บริการและการกำกับติดตามการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ (Costa-Font and Courbage 2012) เป้าหมายหนึ่งที่สำคัญของระบบประกันการดูแลระยะยาวคือ การที่ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองให้ได้มากที่สุด มีการส่งเสริมรูปแบบการบริการผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องไปอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Arnaert, Van Den Heuvel, and Windey 2005)

บริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประกอบด้วยการดูแลที่บ้านและชุมชน การดูแลในสถานดูแล (ครอบคลุมสถานดูแลผู้สูงอายุและบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ) และการดูแลในโรงพยาบาล แต่ละประเภทมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลที่บ้าน ให้บริการและช่วยเหลือด้านงานบ้าน (เช่น การทำความสะอาดบ้าน เครื่องนุ่งห่ม การซื้อและจัดเตรียมอาหาร) การช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวัน (เช่น การรับประทานอาหาร/ป้อนข้าว การทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัว) รวมถึงบริการด้านการแจ้งเตือนกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินไปยังสมาชิกของครอบครัวและทีมแพทย์ประจำบ้าน การดูแลที่บ้านโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหน้าที่ของหน่วยงานชื่อว่า “ISHC-GDT-SISD: Integrated Services for Home Care” ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจาก NIHDI มีเจ้าหน้าที่คอยให้บริการอย่างน้อย 7 ประเภท และมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน ทำหน้าที่ประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และให้บริการตามความต้องการและเหมาะสมของผู้สูงอายุ

2. การดูแลในสถานดูแล ครอบคลุมสถานดูแลผู้สูงอายุและบ้านพักสำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สถานดูแลผู้สูงอายุประเภท nursing home

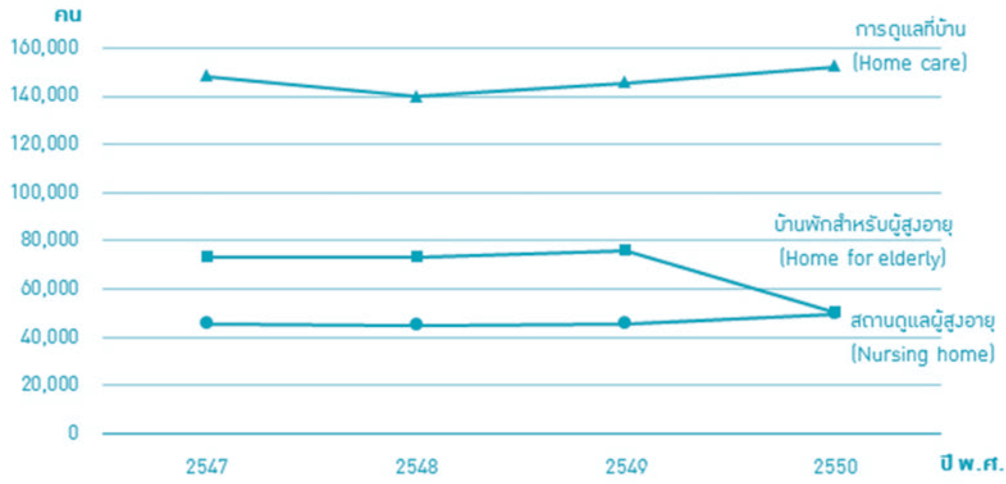
ถูกออกแบบสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน การขอใช้บริการจำเป็นต้องผ่านเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มสมรรถภาพ และไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์โดยเฉพาะ 2) ผู้ที่ได้รับการดูแลที่บ้านย้ายมาสถานดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีความจำเป็น 3) ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการด้านสุขภาวะทั่วไปเพื่อให้ระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น นอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์ และ 4) ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการอาบน้ำ แต่งตัว การเคลื่อนไหว การเข้าห้องน้ำ และการรับประทานอาหาร

3. การดูแลในโรงพยาบาล เวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับและมีการแยกหอผู้ป่วยสูงอายุออกมาเป็นพิเศษเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่ทันท่วงที ลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้สูงอายุ บริการประกอบด้วยการคัดกรองโดยทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลการวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการในแผนกสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Psychogeriatric)

นอกจากนี้ ยังมีสิทธิประโยชน์ทางด้านการเงิน รัฐบาลกลางสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมด้วย โดยผู้ที่สามารถรับสิทธิประโยชน์จะต้องมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีคะแนนการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และคะแนนการประเมินความสามารถในการใช้เครื่องมือในกิจวัตรประจำวันต่ำกว่า 7 คะแนนจาก 20 คะแนน จำนวนเงินช่วยเหลือเป็นแบบ means-tested ตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งจำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุนจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความต้องการการดูแลและสถานะทางการเงินของแต่ละบุคคล ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งแสนรายที่ได้รับเงินสนับสนุนเฉลี่ยเดือนละ 274 ยูโร (Costa-Font and Courbage 2012) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกรับบริการที่บ้าน เนื่องจากได้อยู่อาศัยในบ้านของตน โดยได้รับความช่วยเหลือจากทั้งครอบครัวและทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (รูปที่ 2-4) และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกรณีการรับบริการที่บ้านก็ต่ำกว่าการรับบริการในสถานที่อื่นๆ

ประเทศเบลเยียมเป็นประเทศหนึ่งที่มีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD การเงินการคลังของระบบบริการการดูแลระยะยาวอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของรัฐบาลกลางและรัฐบาลในส่วนภูมิภาค ระบบการบริการด้านการดูแลระยะยาวครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงด้วยงบประมาณจากการจ่ายเงินสมทบในระบบประกันสังคมของผู้ประกันตน

รูปที่ 2-4: จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ใช้บริการการดูแลระยะยาวของประเทศเบลเยียม ในปี พ.ศ. 2547-2550



ที่มา: Durand-Zaleski 2015

นายจ้าง และผู้ที่เกษียณ และได้รับงบประมาณอีกส่วนจากเงินภาษี สิทธิประโยชน์ทางการเงินหรือเงินช่วยเหลือมาจากเงินภาษี ซึ่งจัดเก็บและจัดสรรโดยรัฐบาลกลาง (Costa-Font and Courbage 2012) ร้อยละ 57 ของค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวมาจากการจ่ายเงินสมทบ ร้อยละ 37 มาจากเงินภาษี และร้อยละ 6 มาจากการจ่ายเงินของผู้ใช้บริการ (out of pocket) ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวคิดเป็นร้อยละ 1.8 ของ GDP ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ รองลงมาคือ บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ และการดูแลที่บ้านซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (Willemé 2010)

2.1.5 ประเทศฝรั่งเศส

ประเทศฝรั่งเศสมีระบบประกันการดูแลระยะยาวแบบถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 เรียกว่า Allocation Personalisée Autonomie (APA) อยู่ภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น และบริหารจัดการโดยรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลัก

ผู้มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์คือ ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการประเมินก่อนการรับสิทธิประโยชน์ โดยใช้แบบประเมินระดับการมีภาวะพึ่งพิง เพื่อประเมินสมรรถภาพและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน

แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ผลการประเมินจะสามารถจัดกลุ่มของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 6 กลุ่มเรียงตามระดับภาวะพึ่งพิง ผู้ที่จะได้รับสิทธิประโยชน์คือ ผู้ที่มีผลการประเมินอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูงที่สุด 4 กลุ่มแรก (Costa-Font and Courbage 2012)

การให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการการดูแลระยะยาวมีทั้งการรับบริการที่บ้านและสถานบริการ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านส่วนใหญ่ให้บริการตามความต้องการพื้นฐานโดยผู้ช่วยพยาบาลหรือพยาบาลระดับต้นภายใต้การกำกับดูแลของ Community nursing services (SSIAD) (Matsuda 2015) การบริการภายใต้ SSIAD ร้อยละ 67 บริหารจัดการโดยภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และร้อยละ 33 เป็นหน่วยงานของรัฐ (Kwon, Lee, and Kim 2015) ขณะที่การดูแลระยะยาวในสถานบริการหรือสถานดูแลผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. Collective housing facilities เป็นสถานที่พักที่ไม่มีการบริการทางการแพทย์ มีบ้านพักทั้งหมด 3,000 แห่ง สามารถให้บริการผู้สูงอายุได้จำนวน 154,000 คน
2. Retirement homes เป็นสถานที่พักที่มีการบริการทางการแพทย์ สามารถให้บริการผู้สูงอายุได้จำนวน 470,000 คน
3. Long-term care units เป็นสถานที่พักสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นสถานดูแลผู้สูงอายุและแผนกหนึ่งในโรงพยาบาล สามารถให้บริการผู้สูงอายุได้จำนวน 70,000 คน

นอกจากนี้ ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุยังได้รับเงินสนับสนุนจากระบบ APA โดยเงินสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับภาวะความพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งหรือผู้ให้บริการมาร่วมประเมินด้วย ในปี พ.ศ. 2552 ประชากรประมาณ 1.1 ล้านคนได้รับสิทธิและเงินสนับสนุนดังกล่าว โดยกว่าร้อยละ 62 ของผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (Matsuda 2015)

ผู้รับสิทธิประโยชน์ส่วนใหญ่คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่รับการประเมินอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่มากนัก (คิดเป็นร้อยละ 45 ของผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของ APA ในปีดังกล่าวคิดเป็นเงินจำนวนกว่า 5 พันล้านยูโร ซึ่งเงินช่วยเหลือเฉลี่ยคิดเป็น 406 ยูโรต่อเดือนสำหรับผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้าน และ 313 ยูโรต่อเดือนสำหรับผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ

ค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลรับผิดชอบด้านการดูแลระยะยาวในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็น 2.2 หมื่นล้านยูโร หรือคิดเป็นร้อยละ 1.1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ โดยมีแหล่งงบประมาณ (Costa-Font and Courbage 2012) คือ

1. ประกันสังคมด้านสุขภาพเป็นแหล่งงบประมาณหลัก คิดเป็นร้อยละ 63.1 ของงบประมาณ
2. รัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณร้อยละ 20.5 ของงบประมาณ
3. National Solidarity Fund for Autonomy (CNSA) ร้อยละ 14.5 ของงบประมาณ
4. รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณร้อยละ 1.9 ของงบประมาณ

นอกจากนี้ รัฐบาลได้สร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับบริการในการยินยอมร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านผู้ดูแลในสัดส่วนร้อยละ 50 กรณีรับบริการที่บ้าน และร้อยละ 25 กรณีรับบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Robertson, Gregory, and Jabbal 2014) แต่กรณีที่ผู้รับบริการมีรายได้ต่ำก็สามารถขอรับการยกเว้นในการร่วมจ่ายได้ อีกทั้งผู้ดูแลหรือผู้ให้การช่วยเหลืออื่นๆ นอกเหนือจากครอบครัว ยังสามารถให้การสนับสนุนระบบประกันการดูแลระยะยาวและสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ (Kwon, Lee, and Kim 2015)

อย่างไรก็ตาม ระบบประกันการดูแลระยะยาวยังประสบความท้าทายที่ต้องพัฒนาเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คือ การเพิ่มจำนวนสถานบริการผู้สูงอายุและการบริการแบบใหม่ให้สอดคล้องกับความต้องการ นโยบายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จัดระบบตอบแทนสำหรับญาติที่ดูแลผู้สูงอายุ

และการร่วมรับผิดชอบทางการเงินจากผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อลดภาระของรัฐบาล (Matsuda 2015)

2.2 ระบบประกันการดูแลระยะยาวในภูมิภาคเอเชีย

ประเทศในภูมิภาคเอเชียมีการพัฒนาและจัดระบบประกันการดูแลระยะยาวเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุค่อนข้างช้า ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมของสังคมตะวันตกและตะวันออกน่าจะเป็นเหตุผลที่อธิบายได้ ในสังคมตะวันออกมีการดูแลโดยลูกหลานหรือการอยู่เป็นครอบครัวขยายมากกว่าสังคมตะวันตก ประเทศแรกที่เริ่มต้นระบบประกันการดูแลระยะยาวคือ ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนามากกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค มีการพัฒนาทางอุตสาหกรรมสูงไม่แพ้ประเทศทางตะวันตก ในขณะเดียวกันก็เข้าสู่สังคมสูงวัยก่อนประเทศอื่นๆ ในเอเชีย

ในส่วนต่อไปนี้จะกล่าวถึงระบบประกันการดูแลระยะยาวของสามประเทศในภูมิภาคเอเชีย คือ ประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และจีน

2.2.1 ประเทศญี่ปุ่น

ก่อนที่จะมีระบบประกันการดูแลระยะยาว ญี่ปุ่นมีจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เป็นผู้สูงอายุจำนวนมาก (Tatara and Okamoto 2009) ผู้ป่วยเหล่านั้นมิได้ต้องการการรักษาอย่างเข้มข้น การครองเตียงจำนวนมากจึงมีผลต่อทรัพยากรของระบบการรักษาพยาบาล จึงได้มีการปฏิรูปและส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ โดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์ 10 ปีด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม เรียกว่า “Gold Plan” สำหรับช่วงปี พ.ศ. 2533-2542 มีการจัดตั้ง “Health care home” สำหรับผู้สูงอายุขึ้นในเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2536 เพื่อเป็นสถานที่ให้บริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม เพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น และปรับการให้บริการจากการดูแลในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลโดยสถานดูแลผู้สูงอายุและชุมชน (Olivares-Tirada and Tamiya 2014) และจัดตั้งสถานพักฟื้นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น (Tatara and Okamoto 2009)

ต่อมาได้มีการแยกระบบประกันการดูแลระยะยาวอย่างชัดเจน เรียกว่าระบบประกันการดูแลระยะยาวภายใต้พระราชบัญญัติประกันการดูแลระยะยาว

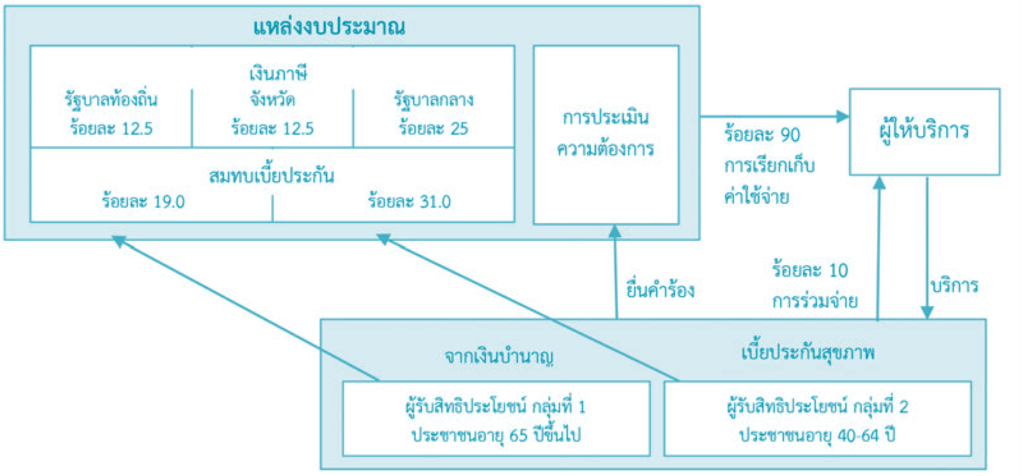
เริ่มมีการดำเนินการในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นประกันภาคบังคับ บริหารจัดการโดยรัฐบาลท้องถิ่น โดยภาครัฐให้อำนาจแก่พื้นที่ในการบริหารจัดการการให้บริการ พื้นที่สามารถกำหนดอัตราเบี้ยประกันได้ตามความเหมาะสม ขณะที่ราคาค่าบริการและอัตราการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลาง สิทธิประโยชน์ต่อเดือนมีมูลค่าประมาณ 550-3,700 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดโดยรัฐบาลกลาง ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสูงกว่าที่กำหนดผู้รับบริการหรือครอบครัวต้องเป็นผู้รับผิดชอบ (Gleckman 2010)

ระบบประกันการดูแลระยะยาวนี้ครอบคลุมผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (เรียกว่าผู้รับประโยชน์กลุ่มที่ 1) และกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการอายุระหว่าง 40-64 ปี (เรียกว่าผู้รับประโยชน์กลุ่มที่ 2) ระบบประกันนี้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านการพยาบาล การช่วยเหลือที่บ้าน บ้านพักผู้สูงอายุ การฟื้นฟู อุปกรณ์ช่วยเหลือและการปรับสภาพที่อยู่อาศัย (Igarashi et al. 2014; Matsuda 2015; Rhee, Done, and Anderson 2015) การใช้สิทธิตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันการดูแลระยะยาวมีความแตกต่างกับระบบหลักประกันสุขภาพ โดยผู้ที่จะขอรับสิทธิประโยชน์จากระบบประกันการดูแลระยะยาวต้องแจ้งความจำนงต่อรัฐบาลท้องถิ่นและผ่านการประเมินจากผู้จัดการด้านสุขภาพ โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 73 รายการ จำแนกออกเป็นระดับความต้องการการดูแล (Matsuda 2015) ขณะที่ผู้รับประโยชน์กลุ่มที่ 2 จำเป็นต้องผ่านความเห็นชอบจากแพทย์ด้วย

สิทธิประโยชน์ของระบบประกันการดูแลระยะยาวครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม บริการด้านสุขภาพประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งที่บ้านและสถานดูแลผู้สูงอายุโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บริการด้านสังคมประกอบด้วยการช่วยเหลืองานบ้าน การประกอบอาหาร อาบน้ำและการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น (Tatara and Okamoto 2009) ชุดสิทธิประโยชน์ของการบริการที่บ้านช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและที่บ้าน มีเทศบาลเป็นผู้กำกับการดูแลหลัก สิทธิประโยชน์อยู่ในรูปของการบริการแทนการสนับสนุนทางการเงิน (Igarashi et al. 2014; Shimizu, Mitadera, Aoki, and Akazawa 2015) การรับบริการการดูแลระยะยาวที่บ้านส่งผลให้สัดส่วนการครองเตียงและค่าใช้จ่ายในการดูแลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลลดลง (Olivares-Tirada and Tamiya 2014)

ระบบการเงินการคลังของระบบประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่นใช้รูปแบบผสมผสานระหว่างระบบของประเทศเยอรมนีและอังกฤษ ซึ่งงบประมาณมาจากเงินภาษีและการสมทบเบี้ยประกันในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 90 ของงบประมาณที่ซื้อบริการ โดยการจ่ายเงินสมทบเบี้ยประกันแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ คือ กลุ่มที่ 1 เก็บเงินสมทบโดยการหักจากเงินบำนาญ กลุ่มที่ 2 เก็บเงินสมทบโดยการเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่มจากเบี้ยประกันสุขภาพ (รูปที่ 2-5) และมีการปรับตามอายุและเงินเดือนของผู้มีสิทธิ โดยหน่วยงานของท้องถิ่นสามารถปรับค่าเบี้ยประกันแตกต่างกันตามพื้นที่ ค่าเบี้ยประกันจะมีการปรับทุกๆ 3 ปี เพื่อรักษาสมดุลด้านการคลัง นอกจากนี้ผู้ที่อยู่ในระบบประกันการดูแลระยะยาวนี้ต้องร่วมจ่ายร้อยละ 10 เมื่อใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ (Matsuda 2015; Olivares-Tirada and Tamiya 2014; Tatara and Okamoto 2009)

รูปที่ 2-5: โครงสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น



ที่มา: Tatara and Okamoto 2009

ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุใช้บริการประกันการดูแลระยะยาวจำนวนมาก ทำให้ประเทศญี่ปุ่นเริ่มการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพด้วยการดูแลตัวเองโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อที่จะลดภาวะพึ่งพิงและค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาว (Hirakawa 2012)

2.2.2 ประเทศเกาหลีใต้

ระบบประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับ (mandatory long-term care insurance) เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2551 โดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) บริหารจัดการโดย the National Health Insurance Program (Robertson, Gregory, and Jabbal 2014) ระบบประกันการดูแลระยะยาวแยกออกมาจากระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคม (Chon 2012; Kang, Park, and Lee 2012)

ระบบประกันการดูแลระยะยาวของเกาหลีใต้ครอบคลุมผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี แต่มีปัญหาของโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (geriatric diseases) ผู้รับบริการต้องผ่านกระบวนการประเมินทั้งด้านกายภาพและสมอง (Kang, Park, and Lee 2012) รวมถึงการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดย National Health Insurance Service ในพื้นที่และคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมาย การประเมินจะจัดกลุ่มของผู้ต้องการบริการออกเป็น 3 กลุ่ม (Chun et al. 2009) คือ

1. กลุ่มที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องการความช่วยเหลือในทุกกิจวัตรประจำวัน และมีปัญหาด้านพฤติกรรมการแสดงออกและการรับรู้
2. กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารและการแต่งกาย และมีปัญหาในการตัดสินใจและความจำซึ่งเป็นข้อจำกัดจากภาวะสมองเสื่อม
3. กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกายและการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย มีความต้องการการช่วยเหลือด้านงานบ้าน และการทำกิจกรรมนอกบ้าน

เมื่อผู้สูงอายุผ่านการประเมินและมีคุณสมบัติครบถ้วนในการรับสิทธิประโยชน์ตามที่กำหนดแล้ว ผู้สูงอายุจะได้รับการทำสัญญาร่วมกับหน่วยงานผู้ให้บริการเป็นรายบุคคล จากนั้นผู้ให้บริการต้องดำเนินการจัดทำแผนการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุตามข้อตกลง ซึ่งสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามข้อตกลงส่วนใหญ่เป็นสิทธิประโยชน์ด้านบริการมากกว่าสิทธิประโยชน์ทางการเงิน (Kwon, Lee, and Kim 2015) สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันการดูแล

ระยะยาวประกอบด้วยบริการการดูแลที่บ้าน อุปกรณ์อำนวยความสะดวก สิทธิประโยชน์ทางการเงิน และบริการการช่วยเหลือ

แหล่งเงินหลักของระบบประกันการดูแลระยะยาวมาจาก 3 ส่วนคือ 1) การจ่ายเงินสมทบระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลกำหนดอัตราการสมทบร่วมที่ร้อยละ 5.08 ของรายได้ 2) การสมทบจากรัฐบาลกลางจากภาษีอากรทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 20 ของเงินสมทบทั้งหมดของระบบประกันการดูแลระยะยาว และ 3) การร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 15 และร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ในกรณีการดูแลที่บ้าน และที่ศูนย์บริการการดูแลระยะยาว ตามลำดับ (Rhee, Done, and Anderson 2015; Robertson, Gregory, and Jabbal 2014)

สำหรับผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลระยะยาวในสถานพยาบาลต่างๆ ต้องผ่านการอบรมการให้บริการการดูแลระยะยาวอย่างน้อย 240 ชั่วโมง และต้องผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติ/วุฒิการศึกษาแห่งชาติ จากการศึกษาข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุของ Kim and Wilfredo (2014) ชี้ให้เห็นว่าการช่วยเหลือจากภาครัฐนั้นไม่ได้มีผลต่อการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้มากนัก เนื่องจากเกาหลีใต้มีวัฒนธรรมที่ให้ครอบครัวเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ

รัฐบาลประเทศเกาหลีใต้ได้กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนทั้งองค์กรที่แสวงหาผลกำไรและไม่แสวงหาผลกำไรในการให้บริการด้านการดูแลระยะยาว ผ่านกระบวนการทางกฎหมายที่มีความผ่อนปรนมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดสถานบริการที่เพียงพอและตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลาย (Chon 2012; Rhee, Done, and Anderson 2015)

2.2.3 ประเทศจีน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นความท้าทายหนึ่งของประเทศจีน สาเหตุหลักมาจากนโยบายการให้ประชากรมีลูกเพียงคนเดียวเพื่อจำกัดการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 รัฐบาลพยายามขยายรูปแบบของบริการการดูแลระยะยาวให้กว้างขึ้น ตั้งแต่การดูแลในบ้านพักผู้สูงอายุไปจนถึงสถานดูแลผู้สูงอายุที่ทันสมัยและมีผู้เชี่ยวชาญ โดยงบประมาณที่รัฐบาลกลางจัดสรรมาจากเงินภาษีและกองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาล ประเภทของสถานบริการมี 3 ประเภทด้วยกัน ดังนี้

1. Elderly Care Walfare Institution (ECWI) สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมือง เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ไม่มีบุตร และไม่มีญาติ และสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตชนบทที่ไม่มีรายได้ ไม่มีบุตรและญาติพี่น้อง เป็นสถานที่ให้การดูแล โดยมีที่พัก อาหาร และความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. สถานดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแก้ไขปัญหาข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน
3. โรงพยาบาล/สถานดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์โดยเฉพาะ

รูปแบบการจัดบริการและรูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลังมีความแตกต่างกันในแต่ละมณฑล (ตารางที่ 2-2) ตัวอย่างรูปแบบและลักษณะการบริหารจัดการการดูแลระยะยาวที่โดดเด่น เช่น หนึ่ง การจัดรูปแบบบริการการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบประกันสังคม (Social Health Insurance: SHI) ตัวอย่างของเมืองเซี่ยงไฮ้ (Shanghai) โดย SHI ของเซี่ยงไฮ้ประกอบด้วยระบบประกันต่างๆ 3 ระบบ คือ 1) ระบบประกันสุขภาพสำหรับวัยแรงงานในเมือง (Urban Employee Basic Medical Insurance: UEI) 2) ระบบประกันสุขภาพผู้พักอาศัยในเมือง ครอบคลุมผู้พิการ นักศึกษา และผู้ที่ไม่มีประกันอื่นๆ (Urban Resident Basic Medical Insurance: URI) และ 3) ระบบประกันสุขภาพรูปแบบใหม่ ครอบคลุมกลุ่มประชากรยากจน และผู้สูงอายุในเขตชนบท (New Cooperative Medical Scheme: NCMS) งบประมาณในการจัดบริการมาจากการจ่ายสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ซึ่งมาจาก 3 ส่วนคือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล กองทุนฯ มีระบบการดูแลระยะยาวในสถานดูแล โดยรัฐให้บริการด้านสถานดูแลและสิ่งอำนวยความสะดวก ในขณะเดียวกันผู้ใช้บริการก็จำเป็นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านอาหารและผู้ดูแล

สอง การจัดรูปแบบบริการการดูแลระยะยาวในลักษณะประกันการดูแลระยะยาว ที่แยกออกมาจากระบบประกันสังคม ตัวอย่างของเมืองชิงเต่า (Qingdao) งบประมาณในการจัดบริการมาจากงบประมาณจัดสรรของระบบประกันสังคม งบประมาณจากกองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาล และงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาลท้องถิ่น ผู้ใช้บริการไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้บริการจะสามารถรับสิทธิประโยชน์ได้ก็ต่อเมื่อได้ผ่านการประเมินคุณสมบัติของระบบประกันสุขภาพสำหรับวัยแรงงาน หรือระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ

ตารางที่ 2-2: รูปแบบการประกันการดูแลระยะยาว 3 รูปแบบในประเทศจีน

ลักษณะ	แหล่งงบประมาณ	ผู้ซื้อบริการ	การร่วมจ่าย	สิทธิประโยชน์
ประกันสังคม	▪ UEI[1]: เงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ▪ URI[2]: เงินสมทบของผู้ประกันตน และเงินสนับสนุนจากรัฐบาล ▪ NCMS[3]: เงินสมทบของผู้ประกันตน และเงินสนับสนุนจากรัฐบาล	▪ UEI ▪ URI ▪ NCMS	▪ การร่วมจ่าย • 8% สำหรับ UEI • 10-20% สำหรับ URI • 25% สำหรับ NCMS ▪ การจ่ายส่วนเกิน • 700 หยวน สำหรับ UEI, • 50-1,568 หยวน สำหรับ URI, ▪ เบี้ยประกัน URI 340 หยวน/ปี	▪ สถานบริการโดยรัฐ ▪ ค่าอาหารและค่าดูแลรับผิดชอบโดยผู้ใช้บริการ
ระบบประกันการดูแลระยะยาว	▪ 2% ของกองทุน UEI ▪ 2% ของกองทุน URI ▪ กองทุนสลากกินแบ่งรัฐบาล ▪ รัฐบาลท้องถิ่น	ระบบประกัน	▪ 4% สำหรับสถานดูแลผู้สูงอายุ ▪ 10% สำหรับโรงพยาบาลเฉพาะทาง	▪ สถานบริการการดูแลตามที่กำหนดโดยรัฐ ▪ ค่าอาหารและค่าดูแลโดยผู้ใช้บริการ
ระบบประกันการดูแลระยะยาว แบบ Means-testing	รัฐบาลท้องถิ่น	กระทรวงกิจการพลเรือนในระดับรัฐบาลท้องถิ่น	▪ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ และผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ รัฐบาลอุดหนุน 100% ▪ สำหรับกลุ่มอื่นรัฐบาลอุดหนุน 300-400 หยวนต่อเดือน	▪ สถานบริการโดยรัฐ

หมายเหตุ: [1] ระบบประกันสุขภาพสำหรับวัยแรงงานก่อนเกษียณ (Urban Employee Basic Medical Insurance: UEI)

[2] ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ นักศึกษา และผู้ที่ไม่มีประกันอื่นๆ (Urban Resident Basic Medical Insurance: URI)

[3] ระบบประกันสุขภาพรูปแบบใหม่ ครอบคลุมกลุ่มประชากรยากจน และผู้สูงอายุในเขตชนบท (New Cooperative Medical Scheme: NCMS)

ที่มา: Yang et al. 2016

นักศึกษา และผู้ที่ไม่มีประกันอื่นๆ เรียบร้อยแล้ว ซึ่งแบบประเมินคือการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งผู้ได้รับบริการดูแลระยะยาวภายใต้สิทธิประโยชน์คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเท่านั้น ผู้รับบริการสามารถเลือกรับบริการในสถานบริการทั้งการดูแลที่บ้าน สถานดูแลในชุมชน สถานดูแลผู้สูงอายุ

และโรงพยาบาลเฉพาะทาง และมีการร่วมจ่ายในการรับบริการในบางประเภทในสัดส่วนเล็กน้อย

สาม การจัดรูปแบบบริการการดูแลระยะยาวในลักษณะของการสงเคราะห์โดยมีการทดสอบว่าเป็นผู้ยากจน (means-tested insurance) เมืองนานกิง (Nanjing) โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือยากจน ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ไม่มีบุตร และไม่มีญาติ ทั้งกลุ่มที่อยู่ในเมืองและชนบท โดยแจกบัตรกำนัลที่เป็นตัวแทนทางการเงินและการบริการ ผู้ใช้บริการสามารถยื่นบัตรกำนัลดังกล่าวเมื่อเข้ารับบริการ โดยบัตรกำนัลมีราคาอยู่ระหว่าง 300-400 หยวนต่อเดือน ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐบาลท้องถิ่น

ระบบประกันการดูแลภายใต้ระบบประกันสังคมถือเป็นหนึ่งในลักษณะที่สำคัญสำหรับประเทศหรือเมืองที่มีฐานะร่ำรวยกว่าและมีเงินที่กองทุนมากพอที่สามารถแบ่งออกมาเพื่อให้บริการส่วนอื่นๆ ได้ ในระดับปฏิบัติการการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบประกันสังคมสามารถส่งผลด้านลบต่อความมั่นคงทางการเงินของระบบได้ เนื่องจากความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น หรือการให้บริการที่ไม่จำเป็นที่อาจเกิดจากการไม่เข้าใจระบบและปัญหาในการเบิกจ่ายในส่วนที่ไม่จำเป็น

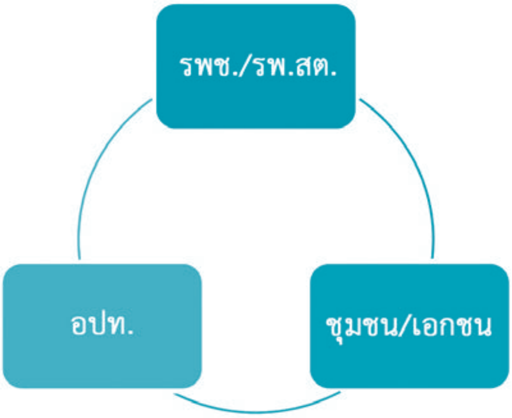
นอกเหนือจากการบริหารจัดการที่หลากหลายในปัจจุบัน รัฐบาลในท้องถิ่นต่างๆ พยายามผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น รัฐบาลท้องถิ่นเมืองนานกิง พยายามขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลในสถานดูแลโดยกระตุ้นการแข่งขันของตลาดบริการดูแลผู้สูงอายุ

2.3 การดูแลระยะยาวในประเทศไทย

การดูแลระยะยาวของประเทศไทยส่วนใหญ่ยังอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของครอบครัว ตามรากฐานของวัฒนธรรมประเพณีตะวันออก ซึ่งความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน นอกจากการดูแลของคนในครอบครัวแล้ว ผู้สูงอายุยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาคส่วนอื่นๆ ตามความสามารถและทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่ บริการและการสนับสนุนที่จัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีหลากหลายรูปแบบครอบคลุมตั้งแต่บริการทางด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาล เชื่อมโยงจนถึงการรับบริการที่บ้าน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ระดับตำบล (รพ.สต.) ทำงานเชื่อมโยงประสานงานการดูแลทางด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคชุมชน และองค์กรต่างๆ (รูปที่ 2-6)

รูปที่ 2-6: ความเชื่อมโยงการทำงานการดูแลระยะยาวในประเทศไทย



หมายเหตุ: รพช. = โรงพยาบาลชุมชน
รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
อปท. = องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรในพื้นที่และใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดหน่วยงานหนึ่ง และเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะบริการด้านสังคม บทบาทการมีส่วนร่วมที่สำคัญของ อปท. คือ การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือเป็นที่รู้จักในชื่อ “กองทุนตำบล” การสนับสนุนงบประมาณในกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส และเป็นองค์กรหลักในการระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น กองทุน และกองผ้าป่า เป็นต้น ตัวอย่างความร่วมมือที่โดดเด่นของ อปท. ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เช่น

- การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดการจัดระบบบริการการดูแลระยะยาวในพื้นที่ รวมถึงการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (daycare center) ภายใต้การสนับสนุนขององค์การความร่วมมือระหว่างประเทศ

ของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) และเทศบาลตำบลสะอาด จังหวัดขอนแก่น

- การสนับสนุนงบประมาณ สมทบทุนในกองทุนตำบลจำนวนร้อยละ 300 ของเงินที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และสนับสนุน "นักบริบาลชุมชน" ผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลระยะยาวจนถึงระยะท้ายของชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดย อบต.ซับสมบูรณ์ จังหวัดลพบุรี
- การสนับสนุนศูนย์ฟื้นฟูชุมชน และสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว โดยใช้งบประมาณจากกองทุนตำบลและการบริจาคโดยเทศบาลตำบลท่าช้าง จังหวัดสงขลา
- การเป็นสื่อกลางในการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อประสานการทำงานเชื่อมโยงกัน รวมถึงการสื่อสารในการระดมทุนเพื่อจัดหางบประมาณในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยเทศบาลตำบลกำแพง จังหวัดสตูล

บทบาทของสถานพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) หลายแห่งมีความเข้มแข็งในการให้บริการการดูแลระยะยาว รวมถึงเป็นภาคีหลักในการขับเคลื่อนและประสานงานร่วมกับท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัวในการให้บริการดูแลระยะยาว เจ้าหน้าที่ของ รพช. และ รพ.สต. ที่เข้มแข็งทำงานประสานกันเพื่อให้บริการอย่างต่อเนื่องและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพของ รพช. และเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. จะติดตามไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อประเมินและให้บริการด้านการแพทย์ นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่ประสานกับภาคีอื่นๆ ทั้ง อปท. และภาคีชุมชน เพื่อจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ อาทิ การจัดหากายอุปกรณ์ ด้านบริการทางสังคม การเยี่ยมบ้าน รวมถึงการจัดหานักบริบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) เข้ามาช่วยให้บริการ ตัวอย่างการขับเคลื่อนบริการการดูแลระยะยาวและบทบาทที่โดดเด่นของ รพช. และ รพ.สต. เช่น

โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหลายแห่งมีความเข้มแข็งในการให้บริการการดูแลระยะยาว รวมถึงเป็นภาคีหลักในการขับเคลื่อนและประสานงานร่วมกับท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัวในการให้บริการดูแลระยะยาว

- การส่งเสริมให้ภาคชุมชนเข้ามามีบทบาทหลักในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (community care based) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความทั่วถึง เท่าเทียม และยั่งยืน โดยภาคชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติหลัก และมีภาครัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนอำนวยความสะดวก ณ โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
- การจัดตั้งศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (บางกล่ำโมเดล) สำหรับผู้ป่วยและเป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการให้บริการดูแลระยะยาว ณ โรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา
- การจัดตั้งศูนย์โฮมสุขเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการดูแลระยะยาว สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงและคล่องตัวมากขึ้น ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
- การจัดตั้งศูนย์เสริมสุขร่มไทร เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสถานที่สำหรับออกกำลังและดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนที่บ้าน ณ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

บทบาทของชุมชนและภาคเอกชน

ภาคชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับทุนทางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น การสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นบริการด้านสังคม ในพื้นที่ที่มีทุนทางสังคมที่ดีและชุมชนมีความเข้มแข็งมักเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทที่สำคัญ อาทิ วัด ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น ตัวอย่างความร่วมมือที่โดดเด่นของภาคชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เช่น

- “สังฆทานต่อบุญ” โดยมีวัดเป็นศูนย์กลางแห่งความศรัทธา จังหวัดเชียงราย และจังหวัดพะเยา

- “กองทุนธนาคารความดี เอื้ออารีย์ ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส” พัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสงขลา
- การสร้างอาชีพและรายได้แก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว โดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย และจังหวัดตรัง
- การระดมทุนสนับสนุนการปรับสภาพที่อยู่อาศัยแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ยากไร้ จังหวัดลพบุรี และทุนสนับสนุนการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่จังหวัดตรัง และจังหวัดสงขลา

นอกจากนี้ ภาคเอกชนถือเป็นอีกหนึ่งภาคีที่เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลระยะยาว ถึงแม้ว่าการมีส่วนร่วมนั้นจะมีไม่มากนัก ภาคเอกชนส่วนใหญ่เน้นการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ องค์ความรู้และบริการ เพื่อช่วยเพิ่มความครอบคลุมและความเท่าเทียมกันของประชาชน ตัวอย่างการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนที่โดดเด่น ดังนี้

- JICA สนับสนุนทุนในการอบรมหลักสูตร care manager ให้แก่เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. สะอาด และโรงพยาบาลน้ำพอง และสนับสนุนทุนในการสร้างอาคารพร้อมอุปกรณ์สำหรับดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของเทศบาลตำบลสะอาด จังหวัดขอนแก่น โดยในปี พ.ศ. 2559 JICA ได้ส่งเจ้าหน้าที่เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านเทคนิคในการดูแลผู้สูงอายุ และสนับสนุนงบประมาณในการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ
- ภาคเอกชนบริจาคเงินแก่โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี เพื่อสร้างอาคารสำหรับดูแลระยะยาว/ระยะท้าย ในรูปของสถานดูแลในโรงพยาบาล เป็นสถานที่จัดการดูแลผู้ป่วยแบบชั่วคราวระยะสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักจากการดูแลผู้ป่วย เพื่อเสริมกับการดูแลในชุมชนหรือการดูแลที่บ้าน โดยทางโรงพยาบาลบูรณาการร่วมกับ รพ.สต. และท้องถิ่น
- การจัดตั้งมูลนิธิโรงพยาบาลเขาย้อยโดยความร่วมมือของโรงงานต่างๆ ในอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี วัตถุประสงค์หนึ่งคือ การจัดตั้ง “ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ” บริหารจัดการโดยโรงพยาบาลเขาย้อย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้เริ่มโครงการ “ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” เป็นโครงการนำร่อง

ปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลได้เริ่มโครงการ "ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" เป็นโครงการนำร่องเพื่อจัดรูปแบบและระบบบริการการดูแลระยะยาวขึ้นภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักการสำคัญของรูปแบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเน้นบริการในชุมชนมากขึ้น

เพื่อจัดรูปแบบและระบบบริการการดูแลระยะยาวขึ้นภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักการสำคัญของรูปแบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเน้นบริการในชุมชนมากขึ้น มีการสนับสนุนทางวิชาการและบริการจากหน่วยบริการ รวมถึงการพัฒนาให้ผู้จัดการการดูแลและผู้ดูแลมีทักษะและความสามารถในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุและได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม

ปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณทั้งสิ้น 600 ล้านบาทให้กับ สปสช. ในการดำเนินโครงการฯ ขับเคลื่อนโดยการใช้โครงสร้างการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ซึ่งบริหารจัดการโดย อปท. สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณจำนวน 500 ล้านบาทไปตามกองทุนตำบลที่มีความพร้อม 1,000 แห่ง เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ และจัดสรรงบประมาณจำนวน 100 ล้านบาท ให้แก่หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้จัดบริการประมาณ 1,000 แห่ง เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบบริการ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแบบการประเมินความสามารถในการใช้เครื่องมือในกิจวัตรประจำวัน โดยมีเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 ประเภท คือ 1) ติดบ้าน 2) ติดบ้านและมีภาวะสมองเสื่อม 3) ติดเตียง และ 4) ติดเตียงและมีภาวะสมองเสื่อม และการจัดทำแผนการดูแล (care plan) สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามชุดสิทธิประโยชน์

ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุขประกอบด้วย การคัดกรอง การส่งเสริมป้องกันโรค กายภาพบำบัด การพยาบาลและ

เครื่องช่วยตามที่โครงการกำหนด และบริการด้านสังคมประกอบด้วยการช่วยเหลืองานบ้าน การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน อุปกรณ์การช่วยเหลือทางสังคมและการทำกิจกรรมต่างๆ

การดำเนินการโครงการภายใต้งบประมาณปี พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้มีการประเมินผลของโครงการ โดยการประเมินจะดำเนินการโดยคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. อย่างไรก็ตาม โครงการ “ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ดำเนินการต่อเนื่อง โดยรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณปี พ.ศ. 2560 จำนวน 900 ล้านบาท เพื่อขยายเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาว

2.4 สรุป

ประเทศแรกที่จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจนคือประเทศเนเธอร์แลนด์ และขยายไปยังประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย รูปแบบที่มีการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นระบบหลักประกันการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมประชากรอย่างถ้วนหน้า ประชาชนสามารถได้รับบริการตามความจำเป็นและความต้องการที่เหมาะสมมากกว่าการพิจารณาความสามารถในการจ่าย เนื่องจากระบบการเงินการคลังมาจากการจ่ายเงินสมทบเข้าระบบประกันหรือกองทุนและจัดสรรบริการแบบถ้วนหน้า ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุและความต้องการบริการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้น

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียที่จัดระบบบริการการดูแลระยะยาว โดยญี่ปุ่นแยกระบบประกันการดูแลระยะยาวออกจากระบบประกัน

สุขภาพอย่างชัดเจน ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องก็ยังประสบกับความท้าทายเมื่อความต้องการบริการเพิ่มสูงมากขึ้น รัฐบาลจึงเสริมนโยบายในการรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การมีสุขภาวะที่ดี ทั้งทางด้านการออกกำลังกายและโภชนาการ

ในหลายๆ ประเทศได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคธุรกิจให้เข้ามาแข่งขันในตลาดบริการการดูแลระยะยาว ทั้งการผ่อนปรนข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องหรือการสร้างแรงจูงใจทั้งด้านการอุดหนุนงบประมาณหรือการลดหย่อนภาษีเมื่อเข้ามามีส่วนร่วมในตลาดบริการ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยยังอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของครอบครัวเป็นหลัก ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะพยายามผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมและบูรณาการความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม แต่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ นั้นเป็นไปตามทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่ โดยพื้นที่ที่มีทุนทางสังคมสูง การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุก็จะเป็นไปได้อย่างเหมาะสม เกิดนวัตกรรมและความร่วมมือต่างๆ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของทุนทางสังคมของพื้นที่นี้อาจส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่มีรูปแบบของบริการหรือระบบบริการที่ชัดเจน ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณ ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 600 ล้านบาทเพื่อดำเนินโครงการ "ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" เป็นการนำร่องใน 1,000 ตำบล การขยายโครงการให้ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้าเป็นความท้าทายของโครงการอย่างมาก

3

ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุในปี พ.ศ. 2543 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจนเท่ากับร้อยละ 17.1 ในปี พ.ศ. 2560 (ตารางที่ 3-1) ทั้งนี้ ประชากรวัยสูงอายุมักมีสุขภาพและสมรรถภาพที่เสื่อมถอยลงโดยธรรมชาติ การเข้าสู่สังคมสูงวัยทำให้เกิดความต้องการบริการการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ประชาชนไทยจึงต้องเตรียมความพร้อมสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ในบทนี้เป็นการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ตารางที่ 3-1: จำนวนประชากรสูงอายุและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดในประเทศไทย

กลุ่มประชากร	พ.ศ. 2493	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2560
อายุ 60 ปีขึ้นไป (พันคน)	1,046	6,201	11,692
ประชากรรวม (พันคน)	20,710	62,693	68,298
ร้อยละของประชากรรวม	5.1	9.9	17.1

ที่มา: United Nations 2015

พึ่งพิงต้องการผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว โดยรายละเอียดข้อมูลและการคำนวณแสดงอยู่ในบทที่ 9 และ 10

3.1 ประชากรสูงอายุ และผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล

จำนวนประชากรสูงอายุและผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจประชากรสูงอายุทุกๆ 3 ปี โดยผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีประชากรสูงอายุประมาณ 10 ล้านคน มีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แบ่งเป็นผู้หญิงประมาณร้อยละ 55 และผู้ชายประมาณร้อยละ 45 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุของไทยยังมีอายุไม่มากนัก โดยผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.5) เป็นผู้สูงอายุในช่วงต้น (60-69 ปี) และอีกประมาณร้อยละ 30 เป็นผู้สูงอายุในช่วงกลาง (70-79 ปี) (ตารางที่ 3-2)

ตารางที่ 3-2: จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ. 2557

ลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ
ทั้งประเทศ	9,988.3	100.0
เพศ		
ชาย	4,499.2	45.0
หญิง	5,489.1	55.0
กลุ่มอายุ		
60-69 ปี	5,640.1	56.5
70-79 ปี	2,987.6	29.9
80 ปีขึ้นไป	1,360.6	13.6

ที่มา: ข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ประสบปัญหาการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามการประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน หรือ Activities of Daily Living (ADL) ที่จัดทำขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย 2557) ในการจัดระดับภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ การศึกษานี้ได้คำนวณคะแนน ADL ของผู้สูงอายุดังรายละเอียดในบทที่ 9 และแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการผู้ดูแล (ผู้ที่ได้คะแนน ADL น้อยกว่า 12) ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง มีคะแนน ADL ระหว่าง 5-11 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีคะแนน ADL น้อยกว่า 5

ผลการวิเคราะห์แบบสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรสูงอายุของไทยในปี พ.ศ. 2557 ส่วนใหญ่ยังไม่อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลประเภทกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงเพียงร้อยละ 2.0 และ 1.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 3-3) ทั้งนี้ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสัดส่วนที่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (กว่าร้อยละ 60) ทั้งในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะแปรผกผันกับอายุ ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 3-4 กล่าวคือ ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และกลุ่มติดเตียงที่แทบจะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้เลยมีสัดส่วนสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านการเคลื่อนไหว ทั้งในเรื่องการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น

ตารางที่ 3-3: จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2557

ลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ
ทั้งประเทศ	9,988.3	100.0
กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง		
ติดเตียง	115.6	1.1
ติดบ้าน	197.6	2.0

ที่มา: ข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 3-4: จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และติดบ้าน จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุใน ปี พ.ศ. 2557

ลักษณะของผู้สูงอายุ	ติดเตียง		ติดบ้าน	
เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละของประชากร
ชาย	40,032	34.60	74,095	37.50
หญิง	75,532	65.40	123,540	62.50
กลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละของกลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละของกลุ่มอายุ
60-64 ปี	9,974	0.30	15,317	0.46
65-69 ปี	8,311	0.36	19,844	0.85
70-74 ปี	11,532	0.66	27,881	1.60
75-79 ปี	24,499	1.96	26,034	2.09
80-84 ปี	24,503	2.92	48,837	5.83
85-89 ปี	18,310	4.90	32,702	8.75
90 ปีขึ้นไป	18,434	12.38	27,020	18.15
รวม	115,563	1.16	197,635	1.98

ที่มา: ข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

และการอาบน้ำ ระดับของความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานจะน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3-5)

ผู้ที่ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ สมาชิกในครัวเรือนซึ่งมักจะไม่ได้รับค่าตอบแทนการดูแล เราเรียกผู้ดูแลเหล่านี้ว่าเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ หรือ informal caregiver ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีผู้สูงอายุชายติดเตียงประมาณร้อยละ 41 และผู้สูงอายุชายติดบ้านร้อยละ 38 ซึ่งมีภรรยาเป็นผู้ดูแล ในขณะที่สามีดูแลคู่สมรสที่ติดบ้านหรือติดเตียงเพียงร้อยละ 7 ส่วนบุตรหญิงดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณร้อยละ 25-50 เมื่อเทียบกับบุตรชายที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5-12 (ตารางที่ 3-6) อย่างไรก็ดี ภายใต้สถานการณ์ที่อัตราการเกิดต่ำและสภาวะเศรษฐกิจที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน การพึ่งพาสมาชิกในครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นข้อจำกัดในอนาคต

ตารางที่ 3-5 สัดส่วนประชากรที่มีปัญหาในการดำเนินกิจวัตรประจำวันจำแนกตามกิจกรรม กลุ่มอายุและระดับการพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ)

กิจกรรม	ประชากรอายุ 60-69 ปี			ประชากรอายุ 70-79 ปี			ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป		
	รวม	ติดบ้าน	ติดเตียง	รวม	ติดบ้าน	ติดเตียง	รวม	ติดบ้าน	ติดเตียง
รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	63	46	98	70	53	94	70	55	95
ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา	67	52	99	73	56	97	69	54	98
ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	85	78	100	86	76	100	80	70	100
ใช้ห้องน้ำ	84	77	100	88	80	100	88	81	100
เคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	97	96	100	99	98	100	100	99	100
สวมใส่เสื้อผ้า	84	76	100	83	72	100	83	73	100
ขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น	98	97	99	98	97	100	98	98	100
อาบน้ำ	89	82	100	100	100	100	100	100	100
กลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	65	67	61	74	65	86	80	74	90
กลั้นการถ่ายปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	71	71	70	82	76	89	84	78	96

ที่มา: ข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประมาณการจำนวนประชากรสูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล

จำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 11.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 23.0 ล้านคนในปี พ.ศ. 2590 (United Nations 2015) การประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล (รายละเอียดการคำนวณในบทที่ 9) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 3.7 แสนคนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 1.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2590 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านจะมีจำนวนมากกว่ากลุ่มติดเตียงตลอดช่วงการประมาณการ (ตารางที่ 3-7)

ตารางที่ 3-6 สัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ)

ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล	ชาย		หญิง	
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดเตียง	ติดบ้าน
ไม่มีผู้ดูแล/ดูแลตนเอง	5	17	7	21
คู่สมรส	41	38	7	7
บุตรชาย	5	10	7	12
บุตรหญิง	31	25	50	44
บุตรเขย/บุตรสะใภ้	7	5	8	5
บุตรของบุตร	2	2	4	3
พี่/น้อง/ญาติ	5	3	9	5
ผู้ดูแลรับจ้าง	3	0	5	3
อื่นๆ	2	0	3	1
รวม	100	100	100	100

ที่มา: ข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 3-7: จำนวนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในปี พ.ศ. 2560-2590

ปี	จำนวนผู้สูงอายุทั้งประเทศ (พันคน)	จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล (พันคน)		
		ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม
2560	11,692	136.7	235.3	372.0
2565	14,263	169.3	293.0	462.3
2570	16,844	209.2	357.4	566.6
2575	19,246	256.1	434.5	690.6
2580	21,186	311.2	526.2	837.4
2585	22,474	374.2	628.7	1,002.9
2590	23,029	434.7	727.1	1,161.8

3.2 ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว

ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่บ้านประกอบด้วยค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้ประจำวัน ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางของผู้จัดการการดูแลและผู้ดูแลสำหรับการมาให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน (รายละเอียดการคำนวณในบทที่ 10)

ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านมีค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 3,829 บาท แบ่งเป็นค่าอุปกรณ์ 587 บาท และค่าวัสดุสิ้นเปลือง 3,242 บาท สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านมีค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 2,767 บาท แบ่งเป็นค่าอุปกรณ์ 191 บาท และค่าวัสดุสิ้นเปลือง 2,576 บาท (ตารางที่ 3-8 และ 3-9)

ตารางที่ 3-8: ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์สำหรับการดูแลระยะยาวที่บ้าน

อุปกรณ์	ราคาเฉลี่ย (บาท)	อายุการใช้งาน (ปี)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)
กลุ่มติดเตียง			
รถเข็น	3,200	5	53
เตียงผู้ป่วย	15,500	6	215
เบาะนอน/ที่นอนลม-น้ำ/ป้องกันแผลกดทับ	4,600	2	192
ผ้ายาง	850	1	71
โต๊ะคร่อมเตียง	4,000	6	56
รวม			**587**
กลุ่มติดบ้าน			
ไม้เท้าสามขา/ขาเดียว	502	3	14
โครงจับให้เพิ่มความมั่นคงเวลาเดิน	513	5	9
รถเข็น	3,200	5	53
เก้าอี้นั่งถ่าย	2,683	5	45
เตียงนอน	1,300	7	15
เบาะนอน	1,990	3	55
รวม			**191**

ตารางที่ 3-9: ค่าใช้จ่ายวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการดูแลระยะยาวที่บ้าน

อุปกรณ์	ราคาเฉลี่ยต่อหน่วย (บาท)	จำนวนที่ใช้เฉลี่ยต่อสัปดาห์	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)
กลุ่มติดเตียง			
แผ่นรองซับ	8.17	13.3	468
ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	15.27	20.1	1,320
กระดาษชำระ	11.58	6.1	305
สำลี	0.11	1,542.9	735
สำลีพันไม้	0.80	120.2	414
รวม			**3,242**
กลุ่มติดบ้าน			
แผ่นรองซับ	8.17	10.4	367
ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	15.27	19.4	1,273
กระดาษชำระ	11.58	5.0	249
สำลี	0.11	900.0	429
สำลีพันไม้	0.80	75.0	258
รวม			**2,576**

ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล

การดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมีการให้บริการโดยผู้ดูแลที่เข้ามาช่วยเหลือในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการใช้ชีวิตประจำวันและงานเล็กน้อยในบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และจำเป็นต้องได้รับการบริการจากผู้ดูแลที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญซึ่งผ่านการฝึกอบรมในระดับที่สูงกว่าการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ งานดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลาเป็นงานที่เหนื่อยและเครียด ดังนั้น ผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงจึงควรได้รับค่าตอบแทนขั้นต่ำเท่ากับผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีคือประมาณเดือนละ 15,000 บาท (รวมค่าเดินทาง) ในปี พ.ศ. 2559

การคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน พิจารณาจากกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และจำนวนครั้งที่ทำต่อเดือน (ตารางที่ 3-10) ผลจากแบบสอบถามข้อมูลการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน พบว่า

ตารางที่ 3-10 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน

กิจกรรมการบริการการดูแลระยะยาว	เฉลี่ยของทุกภาค	
	ระยะเวลา (นาที) ต่อครั้ง	ครั้งต่อเดือน
การพาผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะ	11	104
การพาผู้สูงอายุเดิน	24	48
การพาผู้สูงอายุขับถ่ายอุจจาระ	14	48
การทำความสะอาดร่างกายให้ผู้สูงอายุ	18	43
การทำอาหาร	26	40
การวัด vital signs	6	21
การทำความสะอาดพื้นที่และสิ่งของของผู้สูงอายุ	25	19
งานซัก-รีด	34	16
การตัดเล็บให้ผู้สูงอายุ	14	3
การตัดผมให้ผู้สูงอายุ	35	1
รวม (ต่อเดือน)	**6,004 นาที หรือ 100 ชั่วโมง**	

กิจกรรมที่มีจำนวนครั้งที่ทำมากที่สุดคือ การพาผู้สูงอายุไปขับถ่ายปัสสาวะ โดยเฉลี่ย 104 ครั้งต่อเดือน แต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 11 นาที รองลงมาคือ การพาผู้สูงอายุเดิน และการพาผู้สูงอายุไปขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งแต่ละกิจกรรมทำเฉลี่ย 48 ครั้งต่อเดือน แต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 24 นาที และ 14 นาทีตามลำดับ ทั้งนี้ ในภาพรวม ภายในระยะเวลาหนึ่งเดือน ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านต้องการบริการจากผู้ดูแลทั้งหมด 100 ชั่วโมง หรือเฉลี่ยวันละประมาณ 3 ชั่วโมง 20 นาที และค่าตอบแทนของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีทักษะขั้นพื้นฐานคิดเป็นชั่วโมงละ 37.50 บาท (คำนวณจากค่าตอบแทนขั้นต่ำที่ 9,000 บาทต่อเดือน และหารด้วยชั่วโมงการทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 30 วัน) ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่อหัวของผู้สูงอายุติดบ้านจึงเท่ากับ 3,750 บาทต่อคนต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่บ้านมี 2 ส่วนคือ ส่วนที่หนึ่ง ผู้จัดการการดูแลหรือทีมผู้ดูแลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านเดือนละ 1 ครั้ง และผู้สูงอายุติดเตียงเดือนละ 2 ครั้ง ส่วนที่สอง ผู้ดูแลเดินทางไปยังบ้านผู้สูงอายุ

ทุกวัน (30 วัน) โดยผู้ดูแลและผู้จัดการการดูแลไม่ได้เดินทางร่วมกัน ให้ค่าใช้จ่ายการเดินทางที่เกิดขึ้นสำหรับผู้จัดการการดูแลและผู้ดูแลเป็นแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง โดยผู้จัดการการดูแลเดินทางในรัศมี 30 กิโลเมตรรอบๆ โรงพยาบาลที่สังกัดและได้รับค่าเดินทางแบบเหมาจ่ายเท่ากับ 150 บาทต่อครั้งของการเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้ดูแลได้รับค่าเดินทางเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านและเดินทางในระยะทาง 20 กิโลเมตรรอบๆ พื้นที่รับผิดชอบ

ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจึงมีเฉพาะค่าเดินทางของผู้จัดการการดูแลซึ่งเท่ากับ 300 บาทต่อเดือน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายการเดินทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านประกอบด้วยค่าเดินทางของผู้จัดการการดูแล 150 บาทและของผู้ดูแลอีก 3,000 บาทต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายรวมของการดูแลระยะยาว

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมค่าใช้จ่ายใน 3 ส่วนคือ 1) ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง 2) ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร และ 3) ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง

การดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงมีค่าใช้จ่ายต่อคนต่อเดือนเท่ากับ 19,129 บาท แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล 15,000 บาท ด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง 3,829 บาท ด้านการเดินทางผู้จัดการการดูแล 300 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านเท่ากับ 9,667 บาทต่อคนต่อเดือน แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายผู้ดูแลและค่าเดินทางของผู้ดูแล 6,750 บาท ด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง 2,767 บาท และด้านการเดินทางผู้จัดการการดูแล 150 บาท (ตารางที่ 3-11) ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายหลักของการดูแลระยะยาวของทั้งสองกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ค่าบุคลากรหรือค่าตอบแทนผู้ดูแล

วรเวศม์ และคณะ (2552, 2553) ได้สำรวจค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยแบ่งออกเป็นค่าใช้จ่ายในรูปตัวเงินสำหรับสิ่งของหรือบริการนั้นๆ เช่น ค่าอุปกรณ์ ค่าบริการด้านสุขภาพ และค่าจ้างผู้ดูแล และค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากการขาดรายได้เพราะไม่ได้ทำงานหรือออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายรวมประมาณ 21,000-40,000 บาทต่อคนต่อปี สิ่งที่ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยของวรเวศม์ และคณะ คือ ในการศึกษานี้เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ 2 กลุ่มคือ ติดบ้านและ

ตารางที่ 3-11: สรุปค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาว ในปี พ.ศ. 2559

รายการ	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อคนต่อเดือน)	
	ติดเตียง	ติดบ้าน
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	15,000	3,750
– ค่าผู้ดูแล	15,000	3,750
ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง	3,829	2,767
– ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์	587	191
– ค่าใช้จ่ายวัสดุสิ้นเปลือง	3,242	2,576
ค่าใช้จ่ายการเดินทาง	300	3,150
– ผู้จัดการการดูแล	300	150
– ผู้ดูแล	-	3,000
รวม	**19,129**	**9,667**

ติดเตียง และเป็นการประมาณบนฐานของค่าใช้จ่ายที่ควรจะเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขอนามัยตามเกณฑ์ของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้สูงอายุ

3.3 การประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในอนาคต

การประมาณการค่าใช้จ่ายดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2590 คำนวณโดยนำผลการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง คูณกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวต่อเดือน (ค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเดินทาง และค่าบุคลากร) และคูณ 12 เดือนให้เป็นค่าใช้จ่ายต่อปี โดยสมมติให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวมีการปรับตามค่าคาดการณ์เงินเฟ้อทุกปีที่ร้อยละ 2 (ค่าเฉลี่ยเงินเฟ้อย้อนหลัง 5 ปี คือระหว่าง พ.ศ. 2554-2558)

ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่บ้านของทั้งกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต (ตารางที่ 3-12) ค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มจากประมาณ 6 หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. 2560 เป็น 3.4 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2590 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่าในเวลาเพียง 30 ปี อย่างไรก็ดี แม้ว่าจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านจะมี

ตารางที่ 3-12: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2590

ปี	ค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ล้านบาท)		
	กลุ่มติดเตียง	กลุ่มติดบ้าน	รวม
2560	32,001	27,842	59,843
2565	43,761	38,277	82,038
2570	59,716	51,549	111,265
2575	80,696	69,188	149,884
2580	108,292	92,523	200,815
2585	143,746	122,043	265,788
2590	184,358	155,838	340,196

มากกว่ากลุ่มติดเตียง แต่ค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลระยะยาวของกลุ่มติดเตียงนั้นสูงกว่ากลุ่มติดบ้านอย่างมาก ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลระยะยาวของกลุ่มติดเตียงสูงกว่ากลุ่มติดบ้านตลอดช่วงปี พ.ศ. 2560-2590 (รายละเอียดข้อมูลรายปีในบทที่ 10)

3.4 สรุป

การก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุที่เข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน 235,301 คนและผู้สูงอายุติดเตียง 136,677 คน จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจะเพิ่มเป็น 2.3 เท่าในอีก 30 ปีข้างหน้า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว 19,129 บาทต่อคนต่อเดือน และผู้สูงอายุติดบ้านมีค่าใช้จ่าย 9,667 บาทต่อคนต่อเดือน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากประมาณ 6 หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. 2560 เป็น 3.4 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2590 ตามจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงที่เพิ่มขึ้น ถ้าประเทศไทยยังไม่มีระบบที่จะจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุจะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายเหล่านี้ตกอยู่กับผู้สูงอายุและครอบครัว และถ้าผู้สูงอายุและครอบครัวไม่มีการเตรียมล่วงหน้าอาจจะทำให้คนจำนวนมากตกอยู่ในภาวะยากลำบากได้

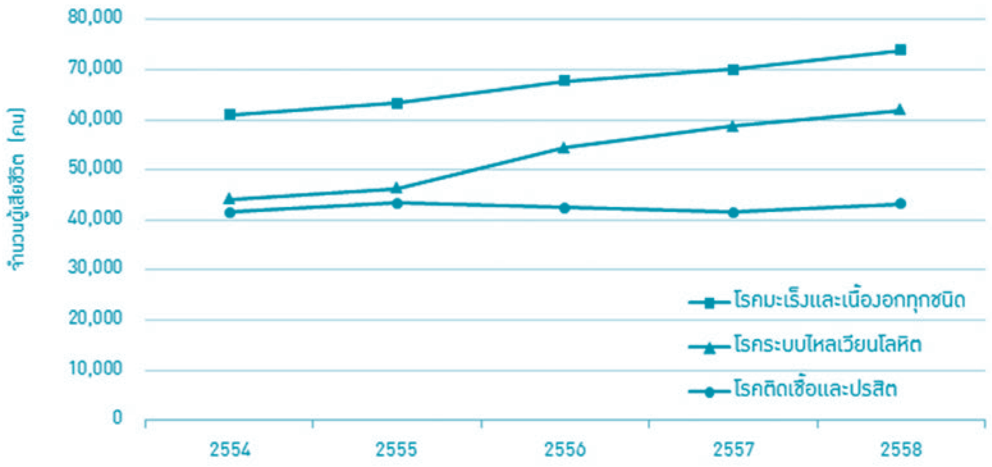
4

ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยระยะท้าย

การศึกษาของ World Health Organization (WHO) พบว่าร้อยละ 82 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และระบบทางเดินหายใจ และกว่าร้อยละ 53 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด มีความต้องการบริการการดูแลระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยส่วนใหญ่เป็นความต้องการของผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตเอง (WHO 2014)

ผู้เสียชีวิตในประเทศไทยส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคติดเชื้อและปรสิต การเสียชีวิตด้วยสาเหตุดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 ที่พบว่าผู้เสียชีวิตกว่าร้อยละ 23 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งและเนื้องอก และจำนวนผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มจาก 61,082 คนในปี พ.ศ. 2554 เป็น 73,938 คนในปี พ.ศ. 2558 (รูปที่ 4-1) กลุ่มผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งและเนื้องอกนั้นกว่าร้อยละ 61 เป็นผู้สูงอายุ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2558)

รูปที่ 4-1: สาเหตุหลักของผู้เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ. 2554-2558



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2558

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลในระยะเวลา 365 วันก่อนเสียชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าหากเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังและเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 64,491 บาท (ตารางที่ 4-1) ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือภายใน 1 วันหลังจำหน่ายมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 62,150 บาท และกรณีเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 44,590 บาท ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2558)

ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังมักประสบความเจ็บปวดและทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอันมาจากอาการของโรค ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 4-1: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้สูงอายุในสถานพยาบาลจากโรคเรื้อรังในช่วง 365 วันก่อนเสียชีวิต (บาท)

การจำแนกประเภทผู้เสียชีวิต	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา (บาท)
จำแนกตามสถานที่เสียชีวิต	
ในโรงพยาบาล	64,491
ในโรงพยาบาลหรือภายใน 1 วันหลังจำหน่าย	62,150
นอกโรงพยาบาล	44,590
จำแนกตามโรคหลักครั้งสุดท้ายที่รักษา	
มะเร็ง	61,243
หัวใจ	47,133
หลอดเลือดสมอง	43,239
เบาหวาน	38,774
ความดันโลหิตสูง	25,233
อื่นๆ	53,244

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย 2558

ส่วนใหญ่จึงต้องการการดูแลแบบประคับประคอง บริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นบริการที่อยู่จำกัดในสถานพยาบาลเท่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะท้ายส่วนใหญ่เลือกเข้ารับบริการในสถานพยาบาล และพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพยุงชีวิต ดังนั้น การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลัก (กรมการแพทย์ 2557)

จากประสบการณ์ของต่างประเทศ พบว่าประชาชนในประเทศเยอรมนีกว่าร้อยละ 51 เสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งผู้เสียชีวิตที่บ้านนี้ได้รับบริการการดูแลแบบประคับประคองและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในหลายระดับตามความต้องการของผู้ป่วย (Busse and Blumel 2014) ในประเทศญี่ปุ่น ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยผู้ป่วยมักเลือกเข้ารับบริการในสถานพยาบาลก่อน และเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตหรือต้องการการดูแลแบบประคับประคองจึงเปลี่ยนมาเลือกรับบริการการดูแลที่บ้าน (Matsuda 2015) จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Tsuneto 2013)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน ตัวอย่างการสำรวจความเห็นของประชาชนในประเทศมาเลเซีย พบความต้องการเลือกรับบริการ

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านกว่าร้อยละ 53 และความต้องการเสียชีวิตที่บ้านกว่าร้อยละ 61 (Hospis Malaysia 2016) นอกจากนี้ การศึกษาอื่นๆ ยังแสดงให้เห็นถึงทางเลือกและความต้องการในการเลือกรับบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกันในช่วงเวลาสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นกำลังด้านจิตใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้มแข็งในการเผชิญกับอาการเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจ ตลอดจนเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ศิริพันธุ์ 2554; พนิตตา และศิริพันธุ์ 2559)

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการดูแลระยะท้ายที่บ้านอย่างเป็นระบบ สวัสดิการด้านสุขภาพของไทยเน้นไปที่การรักษา ยังขาดการบูรณาการไปถึงการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลที่บ้าน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุทุกคนเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตย่อมต้องการการดูแล การดูแลแบบประคับประคองอาจจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ในบทนี้จะเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะท้ายที่บ้านและในสถานพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่บ้านได้รับบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ด้อยไปกว่าการได้รับบริการในสถานพยาบาล การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสามารถเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนการกำหนดทิศทาง นโยบายในการพัฒนารูปแบบและแนวทางในการจัดระบบบริการการดูแลระยะท้ายเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันการดูแลระยะยาว อันจะช่วยตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างเหมาะสม และช่วยจัดการทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพ

4.1 ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะท้ายที่บ้าน

อุปกรณ์สำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (ใน 30 วันก่อนเสียชีวิต) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในตารางที่ 4-2 ได้มาจากการวิเคราะห์และสรุปการสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดการคำนวณในบทที่ 11) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมีค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์การดูแลเท่ากับ 2,787 บาทต่อเดือน โดยอุปกรณ์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 3 อันดับแรกคือ เครื่องผลิตออกซิเจนมีค่าใช้จ่ายประมาณ 1,000 บาทต่อเดือน รองลงมาก็คือ ที่นอนและเครื่องพ่นยา ตามลำดับ

ตารางที่ 4-2: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยด้านอุปกรณ์ของผู้ป่วยระยะท้าย

	รายการอุปกรณ์	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท/เดือน/ผู้ป่วย)
1.	เตียงผู้ป่วย	243
2.	ที่นอนลม/น้ำ ป้องกันแผลกดทับ	382
3.	ผ้ายาง	100
4.	โต๊ะคร่อมเตียง	65
5.	เครื่องผลิตออกซิเจน	994
6.	เครื่องดูดเสมหะ	231
7.	เครื่องให้ยา (Syringe driver)	295
8.	เครื่องปั่นอาหาร	55
9.	เครื่องพ่นยาพร้อมอุปกรณ์	285
10.	รถเข็น	137
	รวม	2,787

รายการวัสดุสิ้นเปลืองที่สำคัญ สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีทั้งหมด 19 รายการ ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดเดือนละ 7,835 บาท ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุสิ้นเปลืองสูงกว่าค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์เกือบ 3 เท่า โดยรายการวัสดุสิ้นเปลืองที่มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ syringe แก้ว และแผ่นรองซับ ตามลำดับ (ตารางที่ 4-3)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านที่เหมาะสมต้องอาศัยการดูแลที่ดีตลอด 24 ชั่วโมงจากผู้ดูแลที่มีทักษะ เช่น การจัดการความเจ็บปวดและการดูแลตามอาการของโรคนั้นๆ แต่ในตลาดแรงงานในประเทศไทยยังไม่มีอาชีพผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในกรณีการดูแลที่บ้าน และเพื่อเป็นการเพิ่มความสนใจหรือแรงกระตุ้นให้ประชาชนในวัยแรงงานต้องการเข้ามาเป็นผู้ดูแล ค่าตอบแทนที่เหมาะสมจึงมีส่วนสำคัญ จากบริบทของตลาดแรงงานของไทย ค่าตอบแทนผู้ดูแลขั้นต่ำ คือ 15,000 บาทต่อเดือน เท่ากับค่าตอบแทนของแรงงานที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี

นอกจากความต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญที่ให้บริการทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการความเจ็บปวด การให้คำปรึกษาและแนะนำผู้ดูแล ซึ่งค่าใช้จ่ายการเดินทางของผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยค่าน้ำมันในการเดินทางโดยสามารถคิดเป็นแบบ

ตารางที่ 4-3: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยด้านวัสดุสิ้นเปลืองของผู้ป่วยระยะท้าย

	อุปกรณ์	จำนวนหน่วย	ราคาเฉลี่ยต่อหน่วย	จำนวนเฉลี่ยต่อสัปดาห์	ค่าใช้จ่ายต่อเดือน
1	แผ่นรองซับ	10	8.17	26	913
2	ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	10	15.27	23	1,510
3	กระดาษชำระ	12	11.58	7	349
4	สำลีก้อน	1,200	0.11	171	81
5	สำลีพันไม้อ้วน	100	0.80	94	323
6	สาย oxygen	1	32.50	2	280
7	ผ้า gauze ทำแผล	100	0.75	107	345
8	พลาสเตอร์ม้วน	1	20.00	2	172
9	สายให้อาหาร และน้ำ*	1	25.00	1	108
10	top gauze (4"X6")	50	3.90	28	470
11	syringe แก้วให้อาหาร (50 มล)*	1	225.00	1	968
12	สายดูดเสมหะ	100	3.80	41	670
13	ลูกสูบยางแดง (30 มล)*	1	55.00	1	237
14	ถุงมือ	100	1.38	31	183
15	ผ้าปิดจมูก	20	7.00	9	271
16	เข็ม butterfly	50	9.00	1	39
17	แผ่นแปะใช้กับ syringe driver	10	26.00	3	335
18	หลอดน้ำงอได้	200	0.15	18	11
19	สำลีม้วน (ม้วนใหญ่ 450 กรัม)	1	133.00	1	572
	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยด้านวัสดุสิ้นเปลืองของผู้ป่วยระยะท้ายต่อเดือน				7,835

หมายเหตุ: * สินค้าที่ใช้เพียง 1 หน่วยตลอดอายุการใช้งาน

เหมาจ่ายเท่ากับ 150 บาทต่อครั้ง และภายใน 1 เดือนผู้เชี่ยวชาญเข้าเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด 5 ครั้ง โดยในช่วง 3 สัปดาห์แรก เยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และอาทิตย์สุดท้ายเยี่ยม 2 ครั้ง เนื่องจากเป็นช่วงที่ใกล้การเสียชีวิต ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางเยี่ยมบ้านสำหรับผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจึงเท่ากับ 750 บาทต่อเดือน (150 บาท/ครั้ง x 5 ครั้ง)

ดังนั้น ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านใน 30 วันก่อนเสียชีวิตเท่ากับ 26,372 บาทต่อเดือนต่อผู้ป่วย 1 ราย แบ่งเป็นค่าตอบแทนผู้ดูแล 15,000 บาท ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง 10,622 บาท (2,787 บาท และ 7,835 บาท) ค่าเดินทางของเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ 750 บาท (ตารางที่ 4-4)

ตารางที่ 4-4: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

รายการ	ค่าใช้จ่าย (บาทต่อเดือน)
ด้านอุปกรณ์	2,787
ด้านวัสดุสิ้นเปลือง	7,835
ด้านการเดินทางของเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ	750
ด้านบุคลากร/ผู้ดูแล	15,000
ทั้งหมด	26,372

4.2 ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะท้ายในสถานพยาบาล

ผู้ป่วยในที่เสียชีวิตและเคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งโดยใช้สวัสดิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2557 มีทั้งหมด 65,751 ราย และในจำนวนนี้มีจำนวน 9,023 รายที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตไม่เกิน 1 วันหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด โดยผู้เสียชีวิตมากกว่าครึ่งเป็นผู้ชาย และประมาณร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4-5)

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลภายใน 1 เดือนก่อนเสียชีวิตคิดเป็นประมาณ 45,000 บาทต่อราย โดยผู้ชายมีค่าใช้จ่ายประมาณ 47,000 บาทซึ่งสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4,000 บาท และเมื่อพิจารณาความแตกต่างตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้เสียชีวิตที่อายุน้อยๆ มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า เห็นได้จากค่าใช้จ่ายในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตของกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี สูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ ประมาณ 10,000 บาท โดยกลุ่มประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่ำที่สุด คือ ประมาณ 42,000 บาท (ตารางที่ 4-6)

ตารางที่ 4-5: จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยระยะท้าย ปี พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5,125	57
หญิง	3,898	43
กลุ่มอายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	637	7
40-49	1,073	12
50-59	2,141	24
60-69	2,408	27
70-79	1,959	22
80 ปีขึ้นไป	805	9
รวม	9,023	100

ตารางที่ 4-6: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่เสียชีวิตและมีรหัสการรักษาด้วยโรคมะเร็งจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2557 (บาทต่อคน)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ค่าใช้จ่ายต่อคน (95% Confident Interval)
เพศ	
ชาย	46,832 (45,929 – 47,734)
หญิง	42,532 (41,545 – 43,519)
กลุ่มอายุ	
น้อยกว่า 40 ปี	54,078 (41,526 – 56,629)
40-49 ปี	44,665 (42,868 – 46,463)
50-59 ปี	44,486 (43,078 – 45,894)
60-69 ปี	45,258 (43,967 – 46,549)
70-79 ปี	43,539 (42,114 – 44,964)
80 ปีขึ้นไป	42,124 (39,897 – 44,350)
ผู้ป่วยในที่เสียชีวิตทั้งหมด	**44,974 (44,306 – 45,642)**

4.3 การให้บริการดูแลระยะท้ายที่บ้านในประเทศเพื่อนบ้าน

ในหลายประเทศได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่บ้านและจัดให้มีบริการที่เรียกว่า home hospice มานานแล้ว ตัวอย่างของประเทศเพื่อนบ้านของไทย เช่น ประเทศสิงคโปร์และมาเลเซียที่ดำเนินงานโดยองค์กรการกุศล และให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรือคิดในจำนวนที่ไม่มากจนเป็นภาระแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้บริการดูแลที่บ้านของทั้งสองประเทศมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน แต่ได้รับความร่วมมือในการสนับสนุนด้านทรัพยากรบุคคลและการเงินจากภาครัฐและเอกชนที่แตกต่างกัน โดยในประเทศสิงคโปร์ ภาครัฐมีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้การสนับสนุน ส่วนกรณีของประเทศมาเลเซียนั้น ได้รับเงินบริจาคจากภาคเอกชน รวมทั้งการหารายได้จากการจัดกิจกรรมต่างๆ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านในประเทศสิงค์โปร์นั้น HCA Hospice Care (HCA) ให้บริการ 3 ประเภทคือ การให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน การให้บริการผู้ป่วยที่ศูนย์ของ HCA แบบเช้าไปเย็นกลับ และการให้บริการที่มีกลุ่มเป้าหมายคือเด็ก (อายุไม่เกิน 19 ปี) ส่วน Hospis Malaysia ในประเทศมาเลเซียให้บริการดูแลผู้ป่วยในเขตเมืองกัวลาลัมเปอร์ โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย การให้บริการของ Hospis Malaysia เน้นดูแลที่บ้านเป็นหลัก และผู้ป่วยสามารถมาพบปะพูดคุยกันที่ศูนย์อาทิตย์ละหนึ่งวันซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลที่บ้านได้พักผ่อนในวันนั้นด้วย ทั้งนี้ HCA และ Hospis Malaysia มีศูนย์อุปกรณ์ให้ผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ได้ และรับคืนอุปกรณ์เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

เงื่อนไขการรับผู้ป่วยและการให้บริการของทั้งสองแห่งจะคล้ายกัน คือ ผู้รับบริการต้องป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี โดยขั้นตอนการให้บริการจะมีการจัดทีมแพทย์และพยาบาลไปเยี่ยมบ้านและประเมินอาการผู้ป่วย และนำข้อมูลมาจัดทำตารางการเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแล แต่ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลและผู้ดูแลซึ่งสามารถโทรปรึกษาแพทย์ประจำศูนย์ได้ในกรณีที่ต้องการคำปรึกษา เมื่อพยาบาลกลับมาจากการเยี่ยมบ้านก็จะนำกรณีของผู้ป่วยทุกรายมาประชุมติดตามผลทุกกรณีไป ทั้งนี้ home hospice ในประเทศสิงคโปร์และมาเลเซียช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้ใช้เวลาช่วงท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพกับครอบครัว

4.4 สรุป

บทนี้เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกับกรณีที่ได้รับบริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลถ้วนหน้ามีค่ารักษาพยาบาล 44,974 บาทใน 30 วันสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าหัตถการและยาโดยไม่รวมค่าบุคลากรของสถานพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านจะมีค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง การเดินทางและผู้ดูแล 26,372 บาทใน 30 วันสุดท้ายก่อนเสียชีวิต การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการได้ใช้เวลาระยะสุดท้ายที่บ้านยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

แม้ว่าประเทศไทยยังไม่มีระบบการให้บริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แต่ภายใต้สถานการณ์ของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ภาครัฐจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต “ที่บ้าน” มากขึ้น โดยช่วยผลักดัน อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร (คน เงิน สิ่งของ) รวมทั้งการส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม และรูปแบบการให้บริการควรสามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการรับบริการ แนวทางหนึ่งที่ควรพิจารณาคือสนับสนุนให้การดูแลแบบประคับประคองรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันการดูแลระยะยาว

5

แหล่งเงินสำหรับ ระบบประกันการดูแลระยะยาว

ในบทที่ 3 ได้แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีมูลค่าค่อนข้างสูง เช่น ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 6 หมื่นล้านบาทหรือเกือบครึ่งหนึ่งของงบเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ 2561 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้นทุนค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาว ค่าใช้จ่ายจำนวนมากนี้จะตกเป็นภาระของผู้สูงอายุและครอบครัวถ้าประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลระยะยาว ดังนั้น จึงควรหาแนวทางในการสนับสนุนทางการเงินเพื่อเป็นการลดภาระของผู้สูงอายุ

และครอบครัว โดยวิเคราะห์จากรูปแบบในต่างประเทศและนำมาประยุกต์หารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย นอกจากนี้ การหามาตรการที่ช่วยให้ประชากรมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล และเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้

การศึกษารูปแบบของการเงินการคลังสำหรับระบบการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ พบว่า มี 3 รูปแบบ (ตารางที่ 5-1) และกลไกในการจัดการส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือของหลายภาคส่วน คือ รัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น นายจ้างหรือภาคเอกชน และครัวเรือนหรือผู้รับบริการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) รายได้จากภาษีของภาครัฐ (รัฐบาลกลางและ/หรือท้องถิ่น) โดยรัฐบาลกลางในหลายๆ ประเทศได้ร่วมจ่ายเพื่อระบบประกันการดูแลระยะยาว เช่น ประเทศญี่ปุ่น รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นร่วมจ่ายฝ่ายละร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ประเทศเยอรมนี รัฐบาลกลางร่วมจ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 5-1: รูปแบบการร่วมจ่ายของระบบประกันการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

ประเทศ	รัฐบาลกลาง (ร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมด)	รัฐบาลท้องถิ่น (ร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมด)	ผู้ใช้บริการร่วมจ่าย (ร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมด)	ร่วมสมทบของนายจ้างและลูกจ้าง (ร้อยละของเงินเดือน)
ญี่ปุ่น[1]	~25	~25	10	1.8
เยอรมนี[2]	50	–	✓	2.36 (ลูกจ้างที่ไม่มีบุตรสมทบเพิ่มร้อยละ 0.25)
ฟินแลนด์[3]	30	-	✓	0-13
เกาหลีใต้[4]	20	✓	15-20	5.08
เนเธอร์แลนด์[5]	30	–	✓	12.5
สวีเดน[6]	15	84	3-4	8.0

หมายเหตุ: – คือ ไม่พบข้อมูล; ✓ คือ มีระบบ

ที่มา: [1]Tatara and Okamoto 2009; [2] Federal Ministry of Labour and Social Affairs 2016; [3] Merlis 2004; [4] Rhee et al. 2015; Robertson et al. 2014; [5] OECD 2011; [6] Colombo et al. 2011; Merlis 2004.

ทั้งหมด ประเทศฟินแลนด์และเนเธอร์แลนด์ร้อยละ 30 เกาหลีใต้ร้อยละ 20 และสวีเดนร้อยละ 12-15 และหน่วยงานของท้องถิ่นในประเทศสวีเดนร่วมจ่ายทั้งหมดร้อยละ 84 ของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวทั้งหมด

2) การร่วมสมทบระหว่างลูกจ้างและนายจ้าง การนำระบบร่วมสมทบและระบบร่วมจ่ายมาใช้ร่วมกับระบบภาษีเพื่อแบ่งเบาภาระการคลังของภาครัฐ โดยระบบการร่วมสมทบของนายจ้างและลูกจ้างในสัดส่วนที่เท่ากัน เช่น ประเทศญี่ปุ่นสมทบร้อยละ 1.8 ของเงินเดือน ประเทศเยอรมนีร้อยละ 2.36 และในกรณีไม่มีบุตรต้องสมทบเพิ่มอีกร้อยละ 0.25 เนื่องจากมีความต้องการดูแลมากกว่าผู้ที่มีบุตร ประเทศฟินแลนด์ร้อยละ 0-13 ประเทศเกาหลีใต้ร้อยละ 5.08 ประเทศเนเธอร์แลนด์ร้อยละ 12.5 และประเทศสวีเดนร้อยละ 8.0

3) ระบบการร่วมจ่าย (co-payment) ของผู้ใช้บริการ ระบบร่วมจ่ายที่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้ใช้บริการและภาคส่วนอื่นๆ เช่น ผู้ใช้บริการร่วมจ่ายประมาณร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 15-20 ในประเทศเกาหลีใต้ และร้อยละ 3-4 ในประเทศสวีเดน

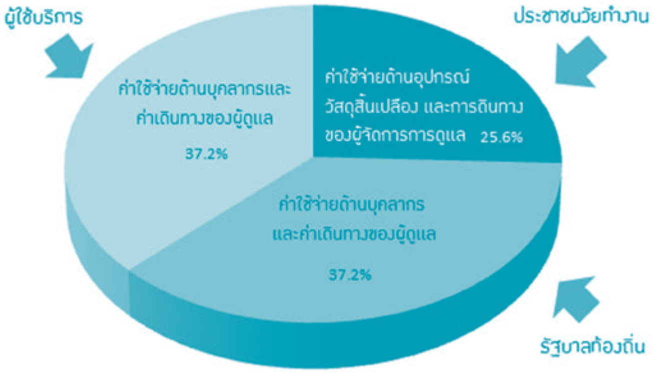
ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า รูปแบบการร่วมจ่ายของระบบการดูแลระยะยาวในหลายประเทศไม่ได้มีรูปแบบเดียว แต่เป็นรูปแบบที่รับผิดชอบร่วมกันเพื่อแบ่งเบาภาระทางการคลังซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมและความเข้มแข็งของแต่ละพื้นที่ สำหรับกรณีของประเทศไทยนั้น การศึกษานี้ได้เสนอให้ทุกภาคส่วนร่วมกันรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาว กล่าวคือ ประชาชนวัยทำงานร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และด้านการเดินทางของผู้จัดการการดูแลด้วยการจ่ายเบี้ยประกัน รัฐบาลท้องถิ่นและผู้ใช้บริการร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านค่าตอบแทนผู้ดูแลและค่าเดินทางของผู้ดูแลในสัดส่วนที่เท่ากัน (รูปที่ 5-1)

5.1 จำนวนประชากรวัยทำงานและการจ่ายเบี้ยประกัน

5.1.1 กองทุนประกันการดูแลระยะยาว

ภาครัฐควรจัดตั้งกองทุนประกันการดูแลระยะยาว (กองทุนฯ) เพื่อเป็นแหล่งเงินสำหรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในด้านอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลืองและค่าเดินทางของหัวหน้าผู้ดูแล แหล่งรายได้ของกองทุนฯ มาจากการจ่ายเบี้ยประกันของประชาชนในวัยทำงานเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีรายได้และสามารถนำมา

รูปที่ 5-1: ข้อเสนอรูปแบบการร่วมจ่ายของระบบประกันการดูแลระยะยาวในประเทศไทย



สมทบได้ ทั้งนี้ กำหนดให้เริ่มเก็บตั้งแต่อายุ 40 ถึง 65 ปี ภายใต้เหตุผลที่ว่าในอนาคต ประชาชนเหล่านี้จะมีอายุมากขึ้นและมีสิทธิ์ที่จะเข้ามาใช้บริการดูแลระยะยาว กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ประชาชนในวัยทำงานซื้อประกันการดูแลระยะยาวล่วงหน้า และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและอยู่ในภาวะพึ่งพิงก็สามารถมาขอรับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และค่าเดินทางของหัวหน้าผู้ดูแล จากกองทุนประกันการดูแลระยะยาวได้

5.1.2 ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว

เมื่อแบ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวออกเป็น 3 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลืองและค่าเดินทางทีมผู้จัดการการดูแล ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายจากกองทุนประกันการดูแลระยะยาวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 15,309 ล้านบาท (ตารางที่ 5-2) แบ่งเป็น 6,908 ล้านบาทสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง และ 8,401 ล้านบาทสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน และค่าใช้จ่ายรวมเพิ่มขึ้นเป็น 86,818 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2590 ส่วนที่สองและสามคือค่าตอบแทนผู้ดูแลและค่าเดินทางของผู้ดูแลซึ่งรับผิดชอบร่วมกันคนละครึ่งระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นและผู้ใช้บริการ โดยร่วมกันรับผิดชอบฝ่ายละ 22,267 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเป็น 126,689 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2590 (รายละเอียดข้อมูลรายปีในบทที่ 12)

5.1.3 จำนวนประชากรวัยทำงานและอัตราการจ่ายเบี้ยประกัน

จำนวนผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน อายุ 40-65 ปีของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีประมาณ 25.3 ล้านคน (United Nations 2015) และเพิ่มขึ้นจนมีจำนวน

ตารางที่ 5-2: ประมาณการการร่วมจ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่างๆ ในปี พ.ศ. 2560-2590

ปี	การร่วมจ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว (ล้านบาท)								
	กองทุนฯ (ค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และเดินทางผู้จัดการการดูแล)			รัฐบาลท้องถิ่น (ค่าตอบแทนและเดินทางของผู้ดูแล)			ผู้ใช้บริการ (ค่าตอบแทนและเดินทางของผู้ดูแล)		
	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม
2560	6,908	8,401	15,309	12,547	9,720	22,267	12,547	9,720	22,267
2565	9,446	11,550	20,996	17,157	13,364	30,521	17,157	13,364	30,521
2570	12,890	15,555	28,445	23,413	17,997	41,410	23,413	17,997	41,410
2575	17,418	20,877	38,296	31,639	24,155	55,794	31,639	24,155	55,794
2580	23,375	27,919	51,293	42,458	32,302	74,761	42,458	32,302	74,761
2585	31,028	36,826	67,854	56,359	42,608	98,967	56,359	42,608	98,967
2590	39,794	47,024	86,818	72,282	54,407	126,689	72,282	54,407	126,689

สูงสุดในปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 26.1 ล้านคน แล้วจึงเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2590 ประชากรอายุ 40-65 ปีจะมีประมาณ 21.4 ล้านคน เนื่องจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยต่ำและมีบุตรน้อยลง

สำหรับเบี้ยประกัน การศึกษานี้ได้กำหนดให้เบี้ยประกันเริ่มต้นในช่วง 5 ปีแรกเท่ากับ 500 บาทต่อคนต่อปี และให้มีการปรับเบี้ยประกันทุกๆ 5 ปี ในช่วงแรกรายได้จากเงินเบี้ยประกันไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่สูง โดยในช่วง 5 ปีแรก (ปี พ.ศ. 2560–2564) เงินสะสมของกองทุนฯ ขาดดุลตั้งแต่ปีแรกจำนวน 2,665 ล้านบาท (ตารางที่ 5-3) และขาดทุนสะสมเพิ่มเป็น 22,842 ล้านบาท ณ สิ้นปี พ.ศ. 2564 และเมื่อเข้าสู่ปีที่ 6 ให้มีการปรับเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาท ก็เริ่มทำให้รายรับจากเงินเบี้ยประกันสูงกว่ารายจ่ายด้านอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และค่าเดินทางของผู้จัดการการดูแล และช่วยให้การขาดดุลสะสมของเงินกองทุนฯ ลดลงเรื่อยๆ จนถึงในปี พ.ศ. 2570 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายที่เงินกองทุนฯ สะสมขาดดุลเท่ากับ 938 ล้านบาท การขาดดุลสะสมของกองทุนฯ ทำให้ภาครัฐต้องสำรองจ่ายเพื่อรักษาสภาพคล่องและความยั่งยืนของกองทุนฯ ในระยะ 10 ปีแรก และสามารถเรียกเก็บคืนจากกองทุนฯ ในภายหลังได้ ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2571 เป็นต้นไป รัฐบาลไม่ต้องจ่ายเงินช่วยเหลือเนื่องจากกองทุนฯ จะมีเงินสะสมคงเหลือทำให้สามารถอยู่ได้อย่างยั่งยืน

ตารางที่ 5-3: แหล่งเงินสำหรับกองทุนประกันการดูแลระยะยาว

ปี	ประชากร วัย 40-65 ปี (พันคน)	ค่าใช้จ่ายของกองทุนฯ (ล้านบาท)	เบี้ยประกัน (บาทต่อคนต่อปี)	รายรับของกองทุนฯ (ล้านบาท)	เงินสะสมของกองทุนฯ (ล้านบาท)
2560	25,288	15,309	500	12,644	(2,665)
2565	26,074	20,996	1,000	26,074	(17,764)
2570	25,838	28,445	1,500	38,758	(938)
2575	25,085	38,296	2,000	50,169	31,853
2580	23,997	51,293	2,500	59,992	59,878
2585	22,685	67,854	3,000	68,054	57,302

5.2 แหล่งเงินภายใต้สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุแบบต่างๆ

สุขภาพของคนเราย่อมมีการเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งที่เกิดจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงไปตามวัย รวมทั้งการเกิดเหตุการณ์ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประสบการณ์ในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพมีผลดีต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ หรือเหตุการณ์ที่ทำให้สุขภาพแย่ลง เช่น ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้สมมติให้มีสถานการณ์ที่ให้ผู้สูงอายุในอนาคตมีสุขภาพดีขึ้นหรือแย่ลงได้ และกระทบต่อคะแนน ADL ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุแบบต่างๆ ประกอบด้วย

สถานการณ์ที่ 1 คะแนน ADL ไม่เปลี่ยนแปลง (กรณีฐาน)

สถานการณ์ที่ 2 คะแนน ADL เพิ่มขึ้น 2 คะแนน (ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้นมาก)

สถานการณ์ที่ 3 คะแนน ADL เพิ่มขึ้น 1 คะแนน (ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น)

สถานการณ์ที่ 4 คะแนน ADL ลดลง 2 คะแนน (ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแย่ลงมาก)

สถานการณ์ที่ 5 คะแนน ADL ลดลง 1 คะแนน (ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแย่ลง)

ผลที่ตามมาของการเปลี่ยนแปลงคะแนน ADL คือการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล ทั้งนี้ ภายใต้สถานการณ์ที่มีการสร้างเสริมสุขภาพอันช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และส่งผลให้คะแนน ADL เพิ่มขึ้น 1 และ 2 คะแนน เมื่อเทียบกับกรณีฐาน จะช่วยให้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลลดลงได้ประมาณ 7 หมื่นคน และประมาณ 1.3 แสนคน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2565 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2590 ซึ่งเป็นปีที่การสร้างเสริมสุขภาพช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลงได้ถึงประมาณ 1.8–3.4 แสนคน ในทางกลับกันหากเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นจนส่งผลให้คะแนน ADL ของผู้สูงอายุลดลง เช่น ในกรณีที่คะแนน ADL ลดลง 2 คะแนน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2565 เมื่อเทียบกับกรณีฐานจะเพิ่มขึ้นเกือบ 3 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 5-4)

ตารางที่ 5-4: จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล (พันคน) ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ

ปี	กรณีฐาน	ADL เพิ่ม 2 คะแนน		ADL เพิ่ม 1 คะแนน	
	จำนวน	จำนวน	ส่วนต่าง	จำนวน	ส่วนต่าง
2560	372.0	372.0	0	372.0	0
2565	462.3	329.5	-132.8	389.3	-73.0
2570	566.6	403.9	-162.7	476.9	-89.7
2575	690.5	494.0	-196.5	582.7	-107.8
2580	837.5	599.5	-238.0	707.6	-129.9
2585	1,002.9	716.1	-286.8	846.5	-156.4
2590	1,161.8	827.3	-334.5	978.0	-181.8
ปี	**กรณีฐาน**	**ADL ลดลง 2 คะแนน**		**ADL ลดลง 1 คะแนน**	
	จำนวน	**จำนวน**	**ส่วนต่าง**	**จำนวน**	**ส่วนต่าง**
2560	372.0	372.0	0	372.0	0
2565	462.3	720.0	257.6	566.6	104.4
2570	566.6	882.2	315.6	695.5	128.8
2575	690.5	1,074.2	383.7	848.7	158.1
2580	837.5	1,297.6	460.1	1,028.6	191.2
2585	1,002.9	1,541.2	538.3	1,229.5	226.6
2590	1,161.8	1,768.7	606.9	1,421.4	259.6

ภายใต้เงื่อนไขเดียวกันในทุกสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว โดยในปี พ.ศ. 2565 การสร้างเสริมสุขภาพช่วยลดค่าใช้จ่ายลงจากกรณีฐานได้ประมาณ 1.4 และ 2.4 หมื่นล้านบาทในกรณีที่ ADL เพิ่มขึ้น 1 และ 2 คะแนน ตามลำดับ จนถึงปี พ.ศ. 2590 สามารถลดค่าใช้จ่ายได้มากถึง 5.5 และ 9.6 หมื่นล้านบาท อย่างไรก็ดี หากมีสถานการณ์ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ก็จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกรณีฐาน กล่าวคือ ในกรณีที่ค่า ADL ลดลง 1 และ 2 คะแนน จะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น 1.7 และ 4 หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. 2565 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึง 6.8 หมื่น และ 1.5 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2590 (ตารางที่ 5-5)

ตารางที่ 5-5: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว (ล้านบาท) ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ

ปี	กรณีฐาน	ADL เพิ่ม 2 คะแนน		ADL เพิ่ม 1 คะแนน	
	จำนวน	จำนวน	ส่วนต่าง	จำนวน	ส่วนต่าง
2560	59,843	59,843	0	59,843	0
2565	82,038	58,276	-23,762	68,338	-13,700
2570	111,265	79,099	-32,166	92,681	-18,584
2575	149,884	106,873	-43,011	125,141	-24,743
2580	200,815	143,585	-57,230	168,062	-32,753
2585	265,788	190,464	-75,324	222,813	-42,975
2590	340,196	244,221	-95,975	285,626	-54,570
ปี	กรณีฐาน	ADL ลดลง 2 คะแนน		ADL ลดลง 1 คะแนน	
	จำนวน	จำนวน	ส่วนต่าง	จำนวน	ส่วนต่าง
2560	59,843	372.0	0	372.0	0
2565	82,038	720.0	257.6	566.6	104.4
2570	111,265	882.2	315.6	695.5	128.8
2575	149,884	1,074.2	383.7	848.7	158.1
2580	200,815	1,297.6	460.1	1,028.6	191.2
2585	265,788	1,541.2	538.3	1,229.5	226.6
2590	340,196	1,768.7	606.9	1,421.4	259.6

ในกรณีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ ประชาชนในวัยทำงานช่วงอายุ 40-65 ปีก็จะมีภาระทางการเงินลดลงจากอัตราเบี้ยประกันที่ลดลง

ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของระบบการดูแลระยะยาว จะมีผลต่อเนื่องไปถึงค่าเบี้ยประกัน โดยในกรณีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ และการมีศักยภาพของเทคโนโลยีการดูแลดีขึ้น ประชาชนในวัยทำงานช่วงอายุ 40-65 ปีจะมีภาระทางการเงินลดลงจากอัตราเบี้ยประกันที่ลดลง กล่าวคือ ประชาชนอายุ 40-65 ปีจะจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนฯ เท่ากับ 800-900 บาทต่อปีเทียบกับกรณีฐานที่ 1,000 บาทต่อปีในปี พ.ศ. 2565 และ 2,300-2,800 บาทต่อปีเทียบกับกรณีฐานที่ 3,000 บาทต่อปีในปี พ.ศ. 2585 ทั้งนี้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และค่าเดินทางของหัวหน้าผู้ดูแลที่รับผิดชอบโดยกองทุนฯ เมื่อเทียบกับกรณีฐานมีมูลค่าลดลง และในทางกลับกัน หากผู้สูงอายุเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้มีปัญหาด้าน ADL เพิ่มขึ้น (คะแนน ADL ลดลง) เช่น ความรุนแรงของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจนต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายของกองทุนฯ ย่อมเพิ่มขึ้น ผลต่อเบี้ยประกันก็จะเกิดในทางตรงกันข้าม โดยประชาชนวัยทำงานต้องจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนฯ เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1,200-1,500 บาทในปี พ.ศ. 2565 และ 3,700-4,800 บาทต่อปีในปี พ.ศ. 2585 (ตารางที่ 5-6)

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของกองทุนประกันการดูแลระยะยาวและภาระทางการเงินของภาคประชาชนพบว่า เบี้ยประกันของประชาชนวัยทำงาน ช่วงอายุ 40-65 ปี ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว (เป็นปัจจัยผันแปรในอนาคตที่อยู่นอกเหนือการศึกษานี้) โดยทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ หากค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น ภาระค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 5-6: ภาระค่าใช้จ่ายและส่วนต่างค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง ค่าเดินทางหัวหน้าผู้ดูแล (ล้านบาท) และเบี้ยประกันประชาชนอายุ 40 – 65 ปี (บาท) ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ

ปี	กรณีฐาน		ADL เพิ่ม 2 คะแนน			ADL เพิ่ม 1 คะแนน		
	ภาระค่าใช้จ่าย	เบี้ยประกันต่อปี	ภาระค่าใช้จ่าย	ส่วนต่าง	เบี้ยประกันต่อปี	ภาระค่าใช้จ่าย	ส่วนต่าง	เบี้ยประกันต่อปี
2560	15,309	500	15,309	0	500	15,309	0	500
2565	20,996	1,000	14,939	-6,057	800	17,585	-3,411	900
2570	28,445	1,500	20,249	-8,196	1,000	23,816	-4,629	1,100
2575	38,296	2,000	27,351	-10,945	1,400	32,144	-6,152	1,600
2580	51,293	2,500	36,697	-14,596	1,900	43,133	-8,160	2,300
2585	67,854	3,000	48,536	-19,318	2,300	57,075	-10,779	2,800
2590	86,818	–	62,075	-24,743	–	73,059	-13,759	–
ปี	กรณีฐาน		ADL ลดลง 2 คะแนน			ADL ลดลง 1 คะแนน		
	ภาระค่าใช้จ่าย	เบี้ยประกันต่อปี	ภาระค่าใช้จ่าย	ส่วนต่าง	เบี้ยประกันต่อปี	ภาระค่าใช้จ่าย	ส่วนต่าง	เบี้ยประกันต่อปี
2560	15,309	500	15,309	0	800	15,309	0	500
2565	20,996	1,000	31,878	10,882	1,500	25,489	4,493	1,200
2570	28,445	1,500	43,156	14,711	2,100	34,558	6,113	1,700
2575	38,296	2,000	58,063	19,767	2,700	46,592	8,296	2,400
2580	51,293	2,500	77,486	26,193	3,600	62,393	11,100	3,000
2585	67,854	3,000	101,711	33,857	4,800	82,383	14,529	3,700
2590	86,818	–	129,013	42,195	–	105,182	18,364	–

ของกองทุนฯ ก็จะเพิ่มตาม และสุดท้ายส่งผลให้ประชาชนในวัยทำงานต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น

ปัจจัยหลักที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวคือ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล หากมีปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการสร้างเสริมสุขภาพที่ร่วมมือกันทุกภาคส่วน โดยมีภาครัฐเป็นเจ้าภาพหลัก ผลดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง ส่งผลให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลระยะยาวลดลง ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันการดูแลระยะยาว และในที่สุดประชากรในวัยแรงงาน อายุ 40-65 ปี ซึ่งอาจจะเป็นผู้ที่ใช้บริการในอนาคตนั้น และเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนฯ มีภาระทางการเงินที่ลดลง (เบี้ยประกันต่อปีต่ำลง)

5.3 สรุป

ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งทุกภาคส่วนสามารถร่วมกันรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายนี้ ประชาชนวัยทำงานร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และด้านการเดินทางของผู้จัดการการดูแลด้วยการจ่ายเบี้ยประกัน ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นและผู้ใช้บริการร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านค่าตอบแทนและค่าเดินทางของผู้ดูแลในสัดส่วนที่เท่ากัน ทั้งนี้ เบี้ยประกันจะถูกปรับเพิ่มขึ้นทุก 5 ปีเพื่อสร้างสภาพคล่องและความยั่งยืนของกองทุนฯ อย่างไรก็ดี ค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นช้าลงได้หากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ

6

อุปสงค์และอุปทาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การที่สังคมไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลมากขึ้นย่อมทำให้ความต้องการผู้ดูแลเพิ่มขึ้นไปด้วย การนำเสนอในบทที่ 3 ได้แสดงให้เห็นแล้วว่าในปัจจุบันคนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมักเป็นคนในครอบครัว ซึ่งเราเรียกว่า ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ หรือ informal caregiver ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการเป็นผู้หญิง หรือเรียกได้ว่าเป็นภรรยาหรือบุตรสาวของผู้สูงอายุนั่นเอง

ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความเป็นเมือง มีการแข่งขัน มีความเร่งรีบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ชีวิตการทำงานของครอบครัว ผู้หญิงมีโอกาสทางการศึกษาและการทำงานมากขึ้นและทำให้ค่าเสียโอกาสของผู้หญิงในการมาเป็นผู้ดูแลสูงขึ้น ในขณะเดียวกันการขาดแคลนผู้ดูแลก็เป็นโอกาสใหม่ๆ ให้แก่ผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อยได้มีงานทำในอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นด้วย

ในบทนี้เป็นการนำเสนอให้เห็นว่า ในอนาคตความต้องการผู้ดูแลจะมากขึ้นเพียงใด และในระบบปัจจุบันนั้น ประเทศไทยมีการฝึกอบรมผู้อยู่ในวัยทำงานให้เข้าสู่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุช่องทางใดบ้าง

6.1 อุปสงค์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุไทยมีปัญหาที่สำคัญคือ การขาดแคลนผู้ดูแล เห็นได้จากแบบสำรวจประชากรสูงอายุไทย พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่มีผู้ดูแลมีจำนวนมากถึง 4.8 หมื่นคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (จำนวน 313,198 คน) จากสถิติดังกล่าวทำให้เห็นว่าสถานการณ์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยน่าเป็นห่วงอย่างมากและการดูแลจากลูกหลานคงไม่เพียงพออีกต่อไป การที่ขนาดครัวเรือนที่เล็กลงและสถานดูแลผู้สูงอายุของรัฐมีจำนวนจำกัดทำให้ไม่สามารถรองรับความต้องการได้ทั้งหมด ปัญหาการกระจุกตัวของสถานดูแลผู้สูงอายุของเอกชนซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และมีค่าใช้จ่ายที่สูงได้นำไปสู่ปัญหาการเข้าถึงบริการ

ในการวิจัยนี้ได้ประมาณความต้องการผู้ดูแลและหัวหน้าผู้ดูแลที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (รายละเอียดการคำนวณในบทที่ 13) ผลการ

ประมาณการพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีความต้องการผู้ดูแลประมาณ 2.5 แสนคน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดประมาณ 3.5 แสนคน โดยความต้องการผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าในปี พ.ศ. 2590 (ตารางที่ 6-1) ส่วนหัวหน้าผู้ดูแลเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลนั้นจะมีความต้องการคิดเป็นหัวหน้าผู้ดูแล 1 คนต่อผู้ดูแล 7 คน ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2560 มีความต้องการหัวหน้าผู้ดูแลประมาณ 3.6 หมื่นคน และเพิ่มเป็นกว่าหนึ่งแสนคนในปี พ.ศ. 2590

ตารางที่ 6-1: ความต้องการผู้ดูแลและหัวหน้าผู้ดูแล (คน) ปี พ.ศ. 2560-2590 (ทุก 5 ปี)

ปี	ผู้ดูแลทั้งหมด	หัวหน้าผู้ดูแล
2560	254,328	36,333
2565	315,781	45,112
2570	387,923	55,418
2575	473,312	67,616
2580	574,370	82,053
2585	688,555	98,365
2590	798,246	114,035

6.2 การเตรียมการด้านอุปทานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มประชากรสำคัญที่จะสามารถเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ประชากรวัยแรงงานที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ที่มีความพร้อมในการทำงานและไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ จากแบบสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2559 ไตรมาสที่ 4 พบว่า จำนวนประชากรวัยแรงงานจบใหม่ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและหางานทำ มีทั้งหมดเท่ากับ 207,511 คน ประกอบด้วยผู้หญิง 71,423 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 34 และผู้ชาย 136,087 คน ส่วนผู้ที่จบปริญญาตรีและหางานทำมีจำนวนทั้งสิ้น 83,753 คน เป็นหญิง 55,098 คน และชาย 28,655 คน ดังนั้น การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นโอกาสการทำงานสำหรับนักศึกษาจบใหม่ได้ และเพื่อให้กลุ่มนี้หันมาประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุได้นั้นจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และในอนาคตควรกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพที่สร้างความภูมิใจและก่อให้เกิดรายได้ที่ดีแก่แรงงานด้วย

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระบบประกันการดูแลระยะยาว การเตรียมการด้านทักษะการดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างมาก เนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องผ่านการอบรมและฝึกทักษะที่เหมาะสม ในปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทสำคัญในการออกแบบ จัดทำหลักสูตรฝึกอบรม และจัดอบรมผู้ดูแล มีทั้งหมด 4 หน่วยงาน คือ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข โดยหลักสูตรการอบรมทั้งหมดมี 2 แบบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.2.1 หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบอาชีพ

หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบอาชีพในปัจจุบันดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐ 3 หน่วยงานหลัก ดังนี้

1. *กระทรวงศึกษาธิการ* ได้พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลทั้งหมด 2 รูปแบบ คือ

1.1 หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา โดยหลักสูตรมีระยะเวลา 3 เดือน ประกอบด้วยหลักสูตรเชิงทฤษฎีทั้งหมด 300 ชั่วโมง ฝึกงานเน้นการปฏิบัติจริงด้านการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 120 ชั่วโมง และผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมต้องมีเวลาเรียนรวมครบทั้งหมด 420 ชั่วโมง โครงสร้างของหลักสูตรประกอบด้วยการดูแลผู้สูงอายุ จิตวิทยาผู้สูงอายุ กิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุ อาหารของผู้สูงอายุ การทำความสะอาด เก็บและรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้านและบริเวณบ้าน การใช้ภาษาไทยและอังกฤษ บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สุขศึกษา กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ และการฝึกภาคปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

1.2 หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุทางไกล ซึ่งปัจจุบันหลักสูตรนี้ยังไม่มีการเปิดสอน เนื่องจากอยู่ในระหว่างการตรวจสอบเนื้อหาการอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และหลักสูตรอนุปริญญาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ระยะเวลาในการเรียนทั้งหมด 2 ปี ก็ยังอยู่ในระหว่างรอความเห็นชอบจากสำนักบริหารวิทยาลัยชุมชนเพื่อนำไปเปิดการเรียนการสอนต่อไป

2. กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน ได้พัฒนาหลักสูตรทั้งหมด 2 หลักสูตร ดังต่อไปนี้

2.1 การฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ ใช้เวลาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติรวมระยะเวลา 60 ชั่วโมง ผู้ที่ผ่านการฝึกต้องมีเวลารวมทั้งหมดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาการศึกษา จึงจะสามารถเข้าร่วมการประเมินภายหลังจากที่ได้รับการฝึกเรียบร้อยแล้ว โครงสร้างหลักสูตรประกอบด้วยกฎหมายแรงงานเบื้องต้น มนุษย์สัมพันธ์ การสื่อข้อความ การปฏิบัติตนในการเป็นผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ สุขอนามัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในที่พักอาศัย ความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ การใช้และดูแลรักษาอุปกรณ์ การดูแลความสะอาดร่างกาย และการพยาบาลผู้สูงอายุ

2.2 หลักสูตรวุฒิบัตรพัฒนาฝีมือแรงงานผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุทั้งหมด 8 เดือน หรือ 1,120 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นการเตรียมเข้าทำงานใช้เวลา 6 เดือน หรือ 840 ชั่วโมง และฝึกในสถานประกอบการอีก 2 เดือน หรือ 280 ชั่วโมง โดยมีการผนวกหลักสูตรการดูแลเด็กและการดูแลผู้สูงอายุไว้ด้วยกัน โครงสร้างหลักสูตรประกอบด้วยหมวดความรู้ความสามารถพื้นฐาน หมวดความรู้ความสามารถหลัก และหมวดความรู้ความสามารถเสริมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 หลักสูตร คือ

3.1 หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 420 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีเนื้อหาที่คล้ายกับหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ แต่เพิ่มเนื้อหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

3.2 หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 70 ชั่วโมง สำหรับพนักงานที่ทำหน้าที่บริการดูแลผู้สูงอายุตามโครงการต้นกล้าอาชีพ โดยผู้เข้าร่วมหลักสูตรการอบรมนี้ต้องมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือญาติผู้สูงอายุ หากต้องการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องเข้ารับการอบรมในหลักสูตรนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 5/2538 เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

6.2.2 หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลแบบอาสาสมัคร

ในปัจจุบันการจัดอบรมผู้ดูแลแบบอาสาสมัครเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้นั้น ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐทั้งหมด 3 หน่วยงาน ดังนี้

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ได้ดำเนินโครงการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือหรือขาดผู้ดูแล และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อย่างทั่วถึง ตรงกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุ

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนได้ มีระยะเวลาในการอบรมทั้งหมด 3 วัน

3. กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ได้นำหลักสูตรการฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ (60 ชั่วโมง) อบรมผู้ดูแลแบบอาสาสมัครและประชาชนผู้สนใจ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้

โดยรวม จะเห็นว่าหน่วยงานของรัฐในประเทศไทยมีการให้ความรู้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย แต่ด้วยการขาดการประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นวิชาชีพที่มีโอกาสที่ดี ทำให้หลักสูตรการให้ความรู้ต่างๆ ยังไม่ได้รับความนิยมแพร่หลายนัก

6.3 สถานดูแลผู้สูงอายุของรัฐและเอกชน

แม้ว่าภาครัฐได้มีกลไกการเตรียมการดูแลโดยเฉพาะด้านการอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแล แต่ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลก็ยังคงมีอยู่ ทั้งนี้ ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ค่าตอบแทนของแรงงาน

ทั่วไปสูงขึ้น การจ้างผู้ดูแลจึงต้องแข่งกับตลาดแรงงานในสาขาอื่นๆ งานดูแลผู้สูงอายุมีลักษณะงานหนักและต้องอาศัยความอดทนซึ่งทำให้อุปทานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านยังคงขาดแคลน ดังนั้น การดูแลในรูปของสถานดูแลจากภาครัฐและเอกชนจึงมาช่วยเสริม เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาจากความต้องการที่เพิ่มขึ้นด้วย

6.3.1 สถานดูแลผู้สูงอายุโดยภาครัฐ

นอกเหนือจากสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพแล้ว หน่วยงานของภาครัฐยังให้บริการด้านสังคมกับผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวกับการจัดสรรสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุในการกำกับดูแลของภาครัฐมักดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ให้สวัสดิการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2560 มีสถานสงเคราะห์คนชรา 11 แห่งใน 10 จังหวัด (ตารางที่ 6-2) และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ให้บริการและการดูแลผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งให้บริการแบบมีที่พักอาศัย ผ่านศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั่วประเทศ ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีทั้งสิ้น 12 แห่ง (ตารางที่ 6-3)

ตารางที่ 6-2: สถานสงเคราะห์คนชรา ภายใต้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ภาค	สถานสงเคราะห์คนชรา	จังหวัด
กลาง	บ้านนครปฐม	นครปฐม
	เฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์)	นครปฐม
	บ้านเขาบ่อแก้ว	นครสวรรค์
	บ้านลพบุรี	ลพบุรี
ตะวันตก	เฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำใยอุปถัมถ์)	กาญจนบุรี
เหนือ	วัยทองนิเวศน์	เชียงใหม่
ใต้	บ้านอู่ทอง-พนังตัก	ชุมพร
	บ้านศรีตรัง	ตรัง
ตะวันออก	บ้านจันทบุรี	จันทบุรี
ตะวันออกเฉียงเหนือ	บ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง	นครราชสีมา
	บ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง	มหาสารคาม

ที่มา: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ตารางที่ 6-3: ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ภายใต้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ภาค	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	จังหวัด
กลาง	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค เขตภาษีเจริญ	กทม.
	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุอยุธยา	อยุธยา
	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี	ปทุมธานี
เหนือ	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุเชียงใหม่	เชียงใหม่
	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุลำปาง	ลำปาง
ตะวันออก	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุชลบุรี	ชลบุรี
ใต้	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุยะลา	ยะลา
	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต	ภูเก็ต
	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุสงขลา	สงขลา
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบุรีรัมย์	บุรีรัมย์
	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น	ขอนแก่น
	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุนครพนม	นครพนม

ที่มา: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

6.3.2 สถานดูแลผู้สูงอายุโดยภาคเอกชน

ผู้ประกอบการธุรกิจผู้สูงอายุในประเทศไทยจดทะเบียนการประกอบกิจการสถานดูแลผู้สูงอายุกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ทั้งสิ้น 800 ราย แบ่งเป็นนิติบุคคลจำนวนทั้งหมด 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 และบุคคลธรรมดาจำนวน 631 ราย คิดเป็นร้อยละ 79 ธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร

กรมพัฒนาธุรกิจการค้าได้แบ่งกิจการดูแลผู้สูงอายุเป็น 6 รูปแบบ (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ 2560ก) ดังนี้

1) สถานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเดย์แคร์ (daycare) การบริการแบบเช้าไป-เย็นกลับ

2) ธุรกิจสถานบริการดูแลระยะยาว (long stay) โดยครอบคลุมการพักค้างคืน บริการอาหาร ทำความสะอาดเสื้อผ้าและร่างกายพร้อมทั้งติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

3) สถานที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นการบริการผู้สูงอายุหรือผู้ที่เตรียมเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เป็นการเช่าซื้อบ้านหรือห้องพักใน

ระยะยาว โดยมากเป็นระยะเวลา 30 ปี หรืออยู่จนสิ้นอายุขัย แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นเมื่อเสียชีวิต

4) การบริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

5) สถานสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ญาติ ธุรกิจประเภทนี้ให้การสงเคราะห์ในเรื่องที่พักอาศัย และมีอาหารบริการ 3 มื้อ และ

6) สถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บริการตรวจสุขภาพและแนะนำการส่งเสริมดูแลสุขภาพ

การบริการทั้ง 6 รูปแบบข้างต้นเป็นการดูแลที่ไม่อยู่ในรูปของสถานพยาบาล กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ทำหน้าที่รับจดทะเบียน และออกใบอนุญาตในการประกอบธุรกิจในลักษณะดังกล่าว

6.4 กลไกการกำกับดูแลธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุ

ในปัจจุบัน การควบคุม กำกับ และดูแลสถานประกอบการธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุมีหน่วยงานหลากหลายเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งแต่ละหน่วยงานก็มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลแตกต่างกันตามข้อบัญญัติกฎหมาย และในการกำกับดูแลธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุก็ยังไม่มีกฎหมายโดยเฉพาะและยังไม่มีหน่วยงานหลักที่ควบคุมโดยตรง หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญประกอบด้วย 5 หน่วยงาน คือ 1) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2) กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนและบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 3) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักนายกรัฐมนตรี 4) กองบังคับการสืบสวนสอบสวนคดีเศรษฐกิจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ 5) กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ของทั้ง 5 หน่วยงาน มีดังต่อไปนี้

กรมกิจการผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ในการสนับสนุนและส่งเสริมในการให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ แต่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการควบคุม ดูแลการทำธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุแต่อย่างใด (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ 2560ข)

กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนและบริการสุขภาพ

กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนและบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2511 ในการควบคุม กำกับ และดูแลสถานประกอบธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุที่จดทะเบียนดำเนินการในรูปสถานพยาบาลเท่านั้น โดยรับเรื่องร้องทุกข์ด้านการบริการสุขภาพ การตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาล และจรรยาบรรณของผู้ประกอบโรคศิลปะ (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ 2560ข)

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักนายกรัฐมนตรี ไม่มีอำนาจในการกำกับ ควบคุมและดูแลการทำธุรกิจสถานรับดูแลผู้สูงอายุได้โดยตรง แต่สามารถช่วยคุ้มครองสิทธิให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการใช้บริการของสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ผ่านการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อน การติดตาม สอดส่องพฤติกรรมของผู้ประกอบการที่มีลักษณะการละเมิดสิทธิของผู้บริโภค โดยจัดให้ผู้ประกอบการและผู้ได้รับความเสียหายเข้าเจรจาไกล่เกลี่ยเพื่อหาข้อยุติข้อพิพาทที่เกิดขึ้นเท่านั้น ซึ่งผู้ประกอบการโดยส่วนใหญ่ก็ไม่ให้ความร่วมมือ (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ 2560ข)

กองบังคับการสืบสวนสอบสวนคดีเศรษฐกิจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

กองบังคับการสืบสวนสอบสวนคดีเศรษฐกิจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทำงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายในการดำเนินการปราบปรามผู้ประกอบการในลักษณะที่มีเจตนากระทำการหลอกลวงหรือฉ้อโกงผู้บริโภค เช่น การร่วมปฏิบัติงานกับสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปสอดส่อง ตรวจสอบสถาน

> แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาทักษะสำหรับผู้ดูแลผ่านความร่วมมือของหลายหน่วยงาน แต่ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังคงมีอยู่และเป็นที่น่าเป็นห่วงอย่างมาก

ประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกผู้สูงอายุหรือผู้เสียหายร้องเรียน (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ 2560ข)

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ มีอำนาจหน้าที่ในการจดทะเบียนการประกอบธุรกิจ การเข้าไปตรวจสอบการทำธุรกิจ และการเพิกถอนชื่อทะเบียนนิติบุคคล ไม่สามารถเข้าไปควบคุม ตรวจสอบ และดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุได้โดยตรง แต่อาศัยอำนาจตามหน้าที่ในการเพิกถอนสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกร้องเรียนได้ (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ 2560ข)

6.5 สรุป

แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาทักษะสำหรับผู้ดูแลผ่านความร่วมมือของหลายหน่วยงาน แต่ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังคงมีอยู่และเป็นที่น่าเป็นห่วงอย่างมาก การขาดแคลนผู้ดูแลมีแนวโน้มทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมและทำให้ขาดคุณภาพชีวิตได้ ในอีก 30 ปีข้างหน้า ความต้องการผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่า ในขณะที่สถานดูแลผู้สูงอายุทั้งของรัฐและเอกชนยังมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถรองรับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นได้ ในด้านนโยบายสร้างงานยังขาดการส่งเสริมให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพหนึ่งที่สร้างโอกาสให้แก่แรงงานได้ในระยะยาว สิ่งที่ภาครัฐควรมีเสริมจากการให้ความรู้รูปแบบต่างๆ ในปัจจุบันคือ การกำกับและควบคุมคุณภาพการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานผ่านช่องทางทางธุรกิจที่สะดวกและโปร่งใส ในขณะเดียวกันก็มีช่องทางที่สะดวกและโปร่งใสในการช่วยปกป้องมิให้ผู้สูงอายุถูกเอาเปรียบได้ซึ่งจะกล่าวถึงในบทต่อไป

7

กลไกการทำงานของ ระบบประกันการดูแลระยะยาว

สิ่งสำคัญสำหรับระบบประกันการดูแลระยะยาวคือความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ ในบทก่อนหน้าได้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยสามารถมีระบบประกันการดูแลระยะยาวที่มีความยั่งยืนทางการเงินได้ถ้ามีการร่วมจ่ายจากผู้ได้รับประโยชน์ ผู้อยู่ในวัยทำงาน และรัฐบาลท้องถิ่น การมีระบบประกันการดูแลระยะยาวทำให้ทุกคนเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้าและช่วยสร้างให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคม

ในบทนี้เป็นเรื่องการดำเนินการและการกำกับดูแลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในการใช้บริการ และให้การสนับสนุนระบบฯ การดำเนินการและการกำกับดูแลระบบประกันการดูแลระยะยาวในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ข้อเสนอในบทนี้เป็นรูปแบบที่ได้วิเคราะห์ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย และระดับการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ

กลไกการทำงานของระบบประกันการดูแลระยะยาวประกอบด้วย 2 กลไกคือ กลไกการให้บริการ และกลไกการกำกับดูแล

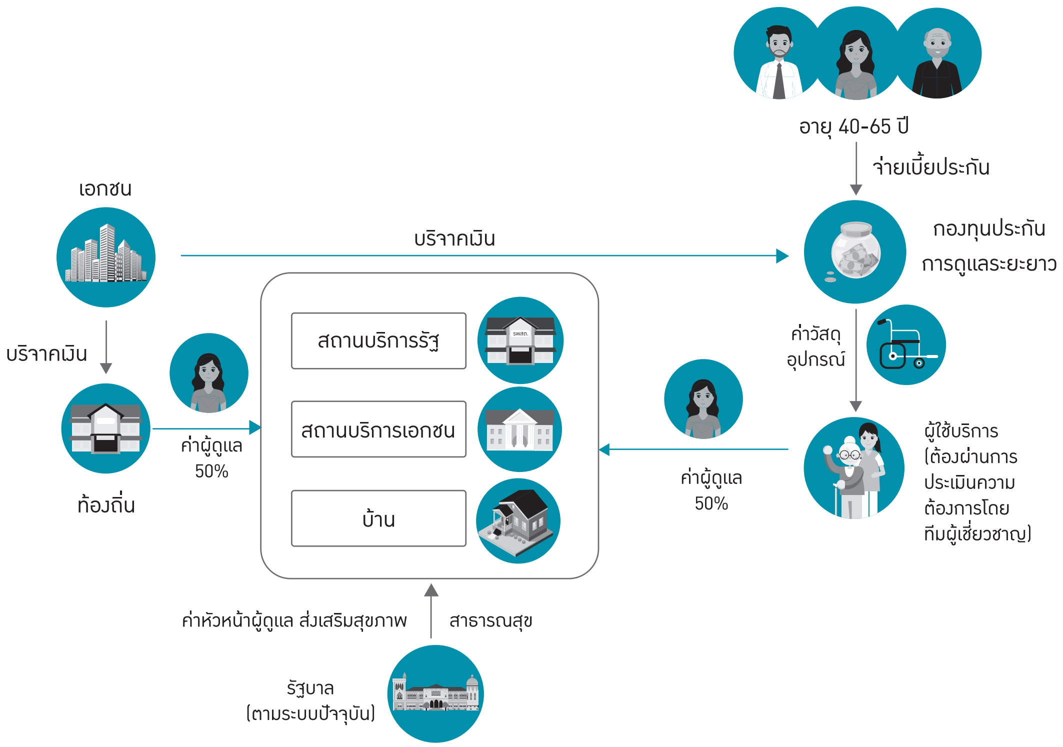
7.1 กลไกการให้บริการ

บริการที่ประชาชนจะได้รับจากระบบประกันการดูแลระยะยาวประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง และส่วนที่เป็นการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทั้งสองส่วนนี้ดำเนินการแยกจากกันคือ ส่วนแรกดำเนินการโดยกองทุนประกันการดูแลระยะยาว (ปัจจุบันยังไม่มี) และส่วนที่สองดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีภาระหน้าที่นี้)

กลไกการให้บริการทั้งสองส่วนนี้สามารถอธิบายได้ตามรูปที่ 7-1 ดังนี้

- ประชาชนวัยทำงานอายุ 40 ถึง 65 ปีจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนประกันการดูแลระยะยาว
- ประชาชนอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่แพทย์ประเมินว่า ต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้านและต้องการความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองในการดูแลที่บ้าน ให้แพทย์สามารถสั่งจ่าย อุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองตามความจำเป็นที่ต้องใช้ผ่านสถานพยาบาล จากนั้นสถานพยาบาลเรียกเก็บเงินจากกองทุนประกันการดูแลระยะยาว

รูปที่ 7-1: ระบบการให้บริการของประกันการดูแลระยะยาว



- อุปกรณ์มีอายุการใช้งานตามที่กองทุนฯ กำหนด เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ประเมินว่าผู้สูงอายุยังจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ก็สามารถสั่งจ่ายอุปกรณ์ที่สิ้นอายุการใช้งานแล้วให้ใหม่ได้
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนครึ่งหนึ่งของค่าตอบแทนผู้ดูแลทั้งหมด
- ผู้สูงอายุในสถานดูแลสามารถได้รับความช่วยเหลือหรือเงินอุดหนุนด้านค่าใช้จ่ายผู้ดูแลได้เท่าๆ กับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน
- ผู้สูงอายุที่มีญาติเป็นผู้ดูแล สามารถได้รับเงินอุดหนุนเท่าๆ กับการจ้างผู้ดูแล

- ภาคเอกชนสามารถเข้ามามีบทบาทได้หลายส่วน ดังนี้
    - เป็นผู้บริจาคอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองให้แก่ผู้สูงอายุ ผ่านทางสถานพยาบาลหรือองค์กรทางศาสนาหรือองค์กรสาธารณะกุศล
    - เป็นผู้บริจาคเงินให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการช่วยเหลือผู้สูงอายุยากจนไม่มีเงินจ้างผู้ดูแล
    - เป็นผู้ดำเนินกิจการด้านบริการดูแลผู้สูงอายุและบริการรถรับส่งผู้สูงอายุ
- สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนมีส่วนร่วมได้ดังนี้
    - ดำเนินกิจการสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
    - มีแพทย์ประจำที่เป็นผู้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
    - มีทีมบุคลากรทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
- กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน

การที่ระบบประกันการดูแลระยะยาวจะให้บริการตามรูปที่ 7-1 ได้จะต้องมีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนประกันการดูแลระยะยาว การกำหนดเงื่อนไขการเกิดสิทธิและชุดสิทธิประโยชน์

กองทุนประกันการดูแลระยะยาว

เนื่องจากประเทศไทยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ สปสช. ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนประมาณร้อยละ 75 ของประเทศ และยังให้การสนับสนุนด้านการส่งเสริมป้องกันโรคแก่คนไทยทั้งหมด สปสช. เป็นผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ ดังนั้น เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เราสามารถใช้ประโยชน์จากกลไกที่มีอยู่ กล่าวคือ ให้มีการจัดตั้งกองทุนประกันการดูแลระยะยาวขึ้น และให้ สปสช. เป็นผู้บริหารจัดการกองทุนฯ โดยให้อยู่ภายใต้การกำกับทางนโยบายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในส่วนของค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ

รายได้และค่าใช้จ่ายของกองทุนฯ มีดังนี้

- รายได้ของกองทุนประกันการดูแลระยะยาวมาจากเบี้ยประกันที่เก็บจากประชากรวัย 40-65 ปี

- รายจ่ายค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีการจ่ายผ่านสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- รายจ่ายค่าเดินทางเยี่ยมบ้านของบุคลากรที่เป็นผู้จัดการการดูแล (care manager) เป็นการจ่ายผ่านสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิคเอกชน หรือโรงพยาบาลชุมชน

เงื่อนไขการเกิดสิทธิและชุดสิทธิประโยชน์

การกำหนดเงื่อนไขการเกิดสิทธิมีสองส่วนคือ สิทธิที่ได้จากกองทุนประกันการดูแลระยะยาว และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ระบบประกันการดูแลระยะยาวควรเป็นนโยบายที่ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า การจ่ายเบี้ยประกันถือเป็นหน้าที่เพื่อให้เกิดสิทธิ ดังนั้น ควรมีนโยบายระดับประเทศที่จะกำหนดว่า จะต้องมีการจ่ายเบี้ยประกันมาอย่างน้อยกี่ปีจึงจะเกิดสิทธิ และให้สามารถมีการจ่ายย้อนหลังเพื่อให้เกิดสิทธิได้หรือไม่ ส่วนช่องทางการจ่ายเบี้ยประกันควรมีความหลากหลายให้เหมาะกับประชาชนทุกกลุ่มอายุและอาชีพ (ควรมีการวิจัยในเรื่องนี้เพิ่มเติม)

ชุดสิทธิประโยชน์ตามการศึกษานี้ประกอบด้วยอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองตามรายการที่แสดงในบทที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของทีมผู้จัดการการดูแลในการเยี่ยมบ้าน และค่าใช้จ่ายครึ่งหนึ่งของค่าตอบแทนผู้ดูแล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งอาจจะมีศักยภาพในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เท่ากัน ดังนั้น ในท้องถิ่นที่ยากจนแต่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ควรที่จะได้รับการอุดหนุนจากท้องถิ่นที่รวยกว่า รูปแบบ

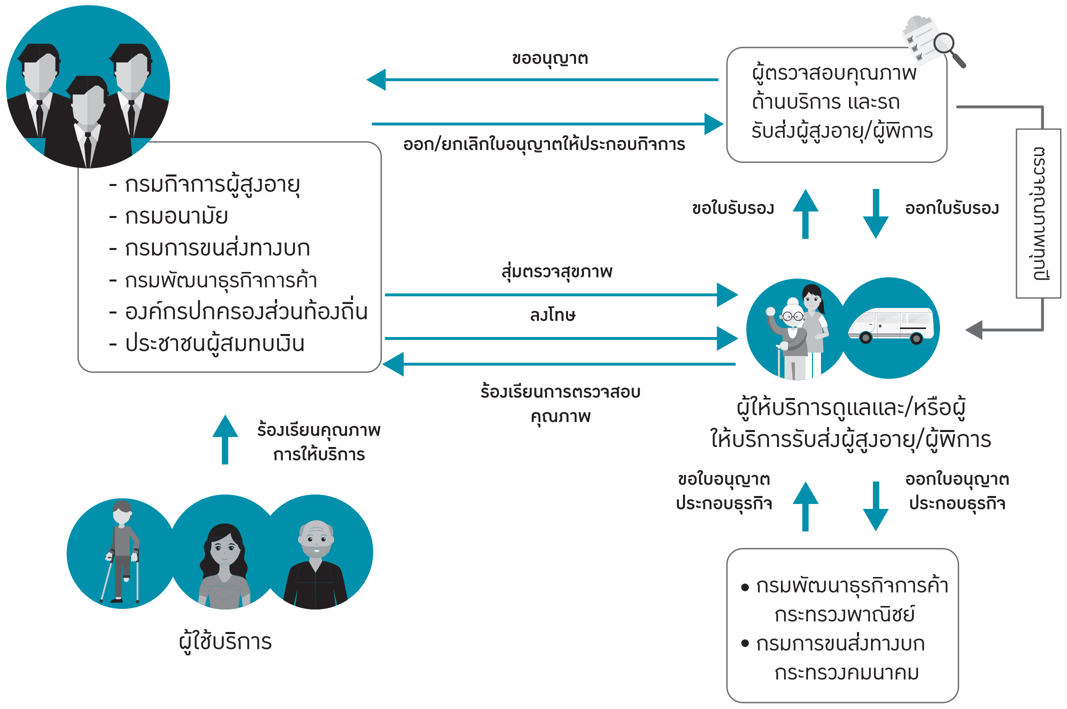
การอุดหนุนข้ามองค์กรปกครองท้องถิ่นมีได้หลายรูปแบบ (ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมจากกรณีต่างประเทศ) ซึ่งเป็นบทบาทของรัฐบาลกลางที่จะสร้างความเป็นธรรมในการได้รับสวัสดิการให้แก่ประชาชนไม่ว่าจะอยู่ในท้องถิ่นที่รวยหรือจน

7.2 กลไกการกำกับดูแล

สิ่งที่จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ในสังคมสูงอายุคือ การเกิดขึ้นของธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันนี้ประเทศไทยก็มีกิจการประเภทนี้อยู่จำนวนมากดังอธิบายในบทที่ 6 แต่ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นคือ การขาดกลไกในการกำกับและควบคุมคุณภาพ และการคุ้มครองผู้สูงอายุมิให้ถูกเอาเปรียบ

การสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนว่า ประเทศไทยมีระบบประกันการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพจำเป็นต้องมีกลไกในการกำกับดูแล องค์ประกอบสำคัญของการกำกับดูแลคือ คณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุและกิจการที่เกี่ยวข้อง ดังรูปที่ 7-2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลไกการกำกับ

รูปที่ 7-2: กลไกการกำกับดูแลระบบประกันการดูแลระยะยาว



ดูแลยังประกอบด้วยผู้ตรวจสอบคุณภาพด้านบริการ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กรมการขนส่งทางบก ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ

คณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ

คณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุเป็นคณะกรรมการระดับชาติ มีหน้าที่หลักดังนี้

- สร้างความมั่นใจแก่ประชาชนว่าจะได้รับบริการเกี่ยวกับการดูแลและการรับส่งผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ
- มีอำนาจในการอนุมัติและยกเลิกใบอนุญาตการทำธุรกิจตรวจสอบคุณภาพด้านบริการและรถรับส่งผู้สูงอายุ
- เก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาต และค่าปรับ จากผู้ประกอบธุรกิจตรวจสอบคุณภาพด้านบริการและรถรับส่งผู้สูงอายุ
- มีอำนาจแต่งตั้งคณะทำงานสุ่มตรวจสอบคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดำเนินกิจการรถรับส่งผู้สูงอายุ
- รับเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพการให้บริการของกิจการด้านบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดำเนินกิจการรถรับส่งผู้สูงอายุ

องค์ประกอบของคณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยาว มีดังต่อไปนี้

- ผู้แทนภาครัฐ ประกอบด้วยกรมกิจการผู้สูงอายุ กรมอนามัย กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กรมการขนส่งทางบก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ผู้แทนผู้ใช้บริการที่เป็นประชาชนวัยทำงาน

ผู้ตรวจสอบคุณภาพด้านบริการและรถรับส่งผู้สูงอายุ

ผู้ตรวจสอบคุณภาพด้านบริการและรถรับส่งผู้สูงอายุเป็นส่วนธุรกิจที่ต้องขอใบอนุญาตประกอบกิจการจากคณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่ดังนี้

- ตรวจสอบคุณภาพของกิจการด้านบริการดูแลผู้สูงอายุและธุรกิจรับส่งผู้สูงอายุ ก่อนที่จะไปขอใบอนุญาตประกอบธุรกิจกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า หรือกรมการขนส่งทางบก
- ออกใบรับรองคุณภาพ และคิดค่าธรรมเนียมการออกใบรับรอง

- ตรวจสอบคุณภาพของกิจการด้านบริการดูแลผู้สูงอายุและธุรกิจรับส่งผู้สูงอายุทุกปี โดยมีรายได้จากค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบรับรองคุณภาพ
- ส่งรายชื่อกิจการที่ไม่ได้คุณภาพให้แก่คณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ
- ให้ความร่วมมือกับคณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุในการตรวจคุณภาพกิจการด้านบริการดูแลผู้สูงอายุและธุรกิจรับส่งผู้สูงอายุ

ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการประกอบด้วยกิจการด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ และธุรกิจรถรับส่งผู้สูงอายุ การประกอบธุรกิจจะต้องมีขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

- ก่อนดำเนินการจะต้องขอการตรวจรับรองคุณภาพจากผู้ตรวจสอบคุณภาพด้านบริการและรถรับส่งผู้สูงอายุ
- นำใบรับรองคุณภาพไปขอดำเนินธุรกิจกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้าหรือกรมการขนส่งทางบก
- ทำการตรวจคุณภาพทุกปี เพื่อต่ออายุใบรับรองคุณภาพของการให้บริการ
- ให้ความร่วมมือในการถูกตรวจสอบคุณภาพจากคณะกรรมการฯ และผู้ตรวจสอบคุณภาพฯ

กรมพัฒนาธุรกิจการค้าและกรมการขนส่งทางบก

กรมพัฒนาธุรกิจการค้าเป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงพาณิชย์ที่ให้การอนุญาตดำเนินธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนกรมการขนส่งทางบกเป็นหน่วยงาน

ภายใต้กระทรวงคมนาคมที่ให้การอนุญาตรถรับส่งผู้สูงอายุ ในการกำกับดูแลใหม่นี้ ทั้งสองกรมจะมีขั้นตอนเพิ่มคือ ต้องให้ผู้ประกอบการมีใบรับรองคุณภาพจากผู้ตรวจสอบคุณภาพด้านบริการและรถรับส่งผู้สูงอายุ ก่อนให้การอนุญาตประกอบธุรกิจ

ผู้ใช้บริการ

ผู้ใช้บริการมีช่องทางในการร้องเรียนคุณภาพบริการและการถูกเอาเปรียบจากกิจการด้านบริการดูแลผู้สูงอายุและบริการรถรับส่งผู้สูงอายุได้โดยตรงกับคณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ให้มีโทษปรับแก่การร้องเรียนเป็นเท็จ

7.3 สรุป

ภาครัฐมีส่วนสำคัญอย่างมากในการทำให้กลไกการทำงานของระบบประกันการดูแลระยะยาวเกิดขึ้นและได้รับความเชื่อมั่นจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งกลไกการให้บริการและกลไกการกำกับดูแลต่างต้องการกระบวนการทางนิติบัญญัติ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าระบบประกันการดูแลระยะยาวจะเกิดขึ้นจริงได้หรือไม่นั้น จำเป็นจะต้องอาศัยการสนับสนุนทางการเมืองเพื่อให้เกิดการนำไปสู่การร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

8

บทสรุป

การที่มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้นมีผลต่อการจัดการชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์เอง ประมาณร้อยละ 12 ของผู้ที่อายุ 90 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา และอีกร้อยละ 18 เป็นผู้สูงอายุติดบ้านซึ่งต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันบ้าง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีผลกระทบอย่างมากต่อการจัดการความเสี่ยงของประชากรวัยสูงอายุ ในสังคมแบบเก่าของคนไทย เราใช้การอยู่ร่วมกันในครอบครัวขนาดใหญ่ เป็นตาข่ายคุ้มครองความเสี่ยง

ระบบประกันการดูแลระยะยาวเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยคุ้มครองความเสี่ยงให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวให้สามารถจัดการความเสี่ยงของวัยสูงอายุได้ การมีระบบประกันการดูแลระยะยาวต้องอาศัยการเตรียมการและการวางแผน เพื่อให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ มีความยั่งยืน และมีความเท่าเทียมกัน

ที่เกิดพร้อมกับการเป็นผู้สูงอายุ แต่การคาดหวังให้ครอบครัวขนาดเล็กอย่างที่กำลังเป็นอยู่ในปัจจุบันและจะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต เป็นตาข่ายที่เข้มแข็งในการคุ้มครองความเสี่ยงของการเข้าสู่วัยสูงอายุ อาจจะยากขึ้นเรื่อยๆ

ระบบประกันการดูแลระยะยาวเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยคุ้มครองความเสี่ยงให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวให้สามารถจัดการความเสี่ยงของวัยสูงอายุได้ การมีระบบประกันการดูแลระยะยาวต้องอาศัยการเตรียมการ และการวางแผน เพื่อให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ มีความยั่งยืน และมีความเท่าเทียมกัน ผลการวิจัยที่นำเสนอในหนังสือนี้แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยสามารถมีระบบประกันการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ มีความยั่งยืน และมีความเท่าเทียมกันได้ โดยที่ประชาชนวัยทำงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุที่ใช้บริการ ร่วมกันรับผิดชอบทางด้านการเงินของระบบ โดยภาครัฐมีส่วนร่วมในการกำกับควบคุมคุณภาพให้ระบบมีความน่าเชื่อถือ การได้รับการสนับสนุนทางการเมืองเพื่อนำไปสู่การเสนอกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

ในภาพรวม ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียงประมาณ 3.7 แสนคน และจะเพิ่มเป็น 1.1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2590 และจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านประมาณ 3.4 แสนล้านบาท ถ้าปราศจากระบบประกันการดูแลระยะยาว ค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะตกแก่ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ซึ่งหมายความว่าครอบครัวต้องควักกระเป๋าจ่ายเอง ประมาณ 20,000 บาทต่อเดือนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง และ 10,000 บาทต่อเดือนสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน (ณ ราคาปี พ.ศ. 2559) นอกจากนี้ การไม่มีระบบประกันการดูแลระยะยาวยังทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเข้าใช้บริการในระบบรักษาพยาบาลมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลระยะท้ายของชีวิตก็มักจะสูงมาก ดังตัวอย่างเช่น ในกรณีเป็นโรคมะเร็ง มีค่ารักษาพยาบาลในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 45,000 บาทในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต แต่ถ้ามีการดูแลอย่างดีที่บ้าน จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 26,000 บาทในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

รายจ่ายรวมของการประกันการดูแลระยะยาวมีมูลค่าสูงมาก แต่ก็ไม่มากเกินไปกว่าการร่วมกันรับผิดชอบในสังคม กล่าวคือ คนวัยทำงานอายุ 40 ถึง 65 ปี ร่วมกันจ่ายเบี้ยประกันปีละ 500 บาท และเพิ่มอัตราทุกๆ 5 ปีเพื่อความยั่งยืนทางการเงิน เงินส่วนนี้นำมาเข้ากองทุนประกันการดูแลระยะยาวเพื่อซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คนวัยสูงอายุที่ได้รับการประเมินโดยแพทย์แล้วว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ก็สามารถได้รับประโยชน์จากกองทุนประกันการดูแลระยะยาว โดยได้รับวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อการดูแลที่บ้าน ถ้าผู้สูงอายุต้องการจ้างผู้ดูแล ก็จะต้องจ่ายเงินเองครึ่งหนึ่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยสนับสนุนอีกครึ่งหนึ่ง สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีผู้ดูแล อาจจะต้องได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติม ทั้งนี้ให้เป็นภาระหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คนในชุมชน และภาคเอกชน ที่จะร่วมกันสนับสนุนผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง

ระบบประกันการดูแลระยะยาวที่นำเสนอในหนังสือเล่มนี้เป็นระบบถ้วนหน้า ช่วยเสริมสร้างความเป็นธรรมในสังคมได้ และที่สำคัญคือ เป็นระบบที่มีบทบาทของภาครัฐค่อนข้างน้อย ไม่เป็นภาระแก่เงินงบประมาณในระยะยาว ภาครัฐควรเข้ามามีบทบาทที่สำคัญที่สุด คือ หนึ่ง การจัดตั้งกองทุนประกันการดูแลระยะยาว และให้การสนับสนุนในการบริหารจัดการ และสอง การกำกับดูแลระบบและการควบคุมคุณภาพการให้บริการของภาคธุรกิจที่เกี่ยวข้อง รวมถึงธุรกิจเพื่อสังคม ซึ่งในอนาคตภาคธุรกิจทั้งสองประเภทจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ ในด้านการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

ส่วนที่ 2

รายละเอียดเชิงเทคนิค

9

การประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลที่ใช้ในการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลสองแหล่งคือ The Population Division of the United Nations: population projections 2015 Revision (medium-variant) (United Nations 2015) และข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

วิธีการวิจัย

สัดส่วนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงใช้เกณฑ์ตามสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอิงกับแบบสอบถาม การประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) (กระทรวงสาธารณสุข 2557) ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ 10 กิจกรรม (สดมภ์ที่ 1 ตารางที่ 9-1) และนำมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ที่สอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ 10 กิจกรรม (สดมภ์ที่ 2 ตารางที่ 9-1) ทั้งนี้ การศึกษานี้ได้นำคำถามและคำตอบของข้อมูลทั้งสองชุดนี้มาเปรียบเทียบกันเพื่อคำนวณสัดส่วนผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิง ($Prop_{ADLx}^{ag}$) ในระดับประเทศ

ผลการเปรียบเทียบคำถามและคำตอบของข้อมูลทั้ง 2 ชุดดังตารางที่ 9-1 พบว่ามีจำนวน 5 ข้อจากทั้งหมด 10 ข้อที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ข้อที่ 2 3 และ 8 ที่มีจำนวนคำตอบไม่เท่ากัน ข้อที่ 7 ที่มีรายละเอียดคำถามแตกต่างกัน และข้อที่ 5 ที่ทั้งรายละเอียดคำถามแตกต่างกันและจำนวนคำตอบไม่เท่ากัน ดังนั้น การศึกษานี้จึงปรับเกณฑ์ตามคำอธิบายในสดมภ์ที่ 3 ของตารางที่ 9-1 เพื่อให้สามารถคำนวณค่า ADL ของแต่ละบุคคลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยให้สอดคล้องกับแบบสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข

การศึกษานี้ได้ใช้เกณฑ์ตามตารางที่ 9-1 ในการประเมินคะแนน ADL ของผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 เป็นรายคน จากนั้นจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

(1) ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL รวม ≤ 4 (ผู้สูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)

(2) ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL รวม 5-11 (ผู้สูงอายุติดบ้านที่ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง)

(3) ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL รวม ≥ 12 (ผู้สูงอายุติดสังคมที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้)

เนื่องจากผู้สูงอายุติดสังคมเป็นกลุ่มที่ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การศึกษานี้จึงไม่นำมาเป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลระยะยาว ทั้งนี้ ตารางที่ 9-2 แสดงสัดส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงตามเพศ และกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2557 โดยใช้ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุไทยในปีเดียวกัน

ตารางที่ 9-1: เปรียบเทียบคำถามและคำตอบการประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) กับข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557

การประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)*	การสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557**	การปรับคำถาม-คำตอบในการสำรวจประชากรสูงอายุให้ตรงกับการประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)
1. การรับประทานอาหาร • ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ • ตักเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย • ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	F68. กินอาหาร • ทำเองไม่ได้เลย • ทำเองได้บ้าง โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย • ทำได้ด้วยตนเอง	
2. การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด • ต้องการความช่วยเหลือ • ทำได้เอง	F71. ล้างหน้า แปรงฟัน F73. โกนหนวด/หวีผม/รวบผม • ทำเองไม่ได้เลย • ทำเองได้บ้าง โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย • ทำได้ด้วยตนเอง	หากคำตอบข้อใดข้อหนึ่งของ F71 และ F73 คือ“ทำเองไม่ได้” หรือ “ทำเองได้บ้าง” คะแนน ADL จะเท่ากับ “ต้องการความช่วยเหลือ”
3. การขึ้น/ลงเตียง หรือลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ • ไม่สามารถนั่งได้ • ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก • ต้องการความช่วยเหลือบ้าง • ทำเองได้	F75. ลุก/นั่งจากที่นอน • ทำเองไม่ได้เลย • ทำเองได้บ้าง โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย • ทำได้ด้วยตนเอง	- หากคำตอบเป็น “ทำเองไม่ได้เลย” ในแบบสำรวจประชากรสูงอายุ คะแนน ADL จะเท่ากับ “ไม่สามารถนั่งได้” - หากคำตอบเป็น “ทำเองได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย” ในแบบสำรวจประชากรสูงอายุ คะแนน ADL จะเท่ากับ “ต้องการความช่วยเหลือบ้าง”
4. การใช้ห้องน้ำ • ช่วยตัวเองไม่ได้ • ทำเองได้บ้าง • ช่วยตนเองได้ดี	F72. ใช้ห้องน้ำห้องส้วม • ทำเองไม่ได้เลย • ทำเองได้บ้าง โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย • ทำได้ด้วยตนเอง	

ตารางที่ 9-1: (ต่อ)

การประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)*	การสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557**	การปรับคำถาม-คำตอบในการสำรวจประชากรสูงอายุให้ตรงกับการประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน • เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ • ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ • เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย • ทำได้เอง	F78. เดินระยะทาง 200-300 เมตร • ทำเองไม่ได้เลย • ทำเองได้บ้าง โดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย • ทำได้ด้วยตนเอง	คำถามมีความแตกต่างกันที่ระยะทาง - หากคำตอบเป็น "ทำเองไม่ได้เลย" ในแบบสำรวจประชากรสูงอายุ คะแนน ADL จะเท่ากับคำตอบ "เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้" - หากคำตอบเป็น "ทำเองได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย" ในแบบสำรวจประชากรสูงอายุ คะแนน ADL จะเท่ากับคำตอบ "เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย"
6. การสวมใส่เสื้อผ้า • ช่วยตัวเองไม่ได้ • ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 • ช่วยตัวเองได้ดี	F69. ใส่เสื้อผ้า • ทำเองไม่ได้เลย • ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย • ทำได้ด้วยตนเอง	
7. การขึ้นลงบันได • ไม่สามารถทำได้ • ต้องการคนช่วย • ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดินจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	F79. ขึ้นบันได 2-3 ขั้น • ทำเองไม่ได้เลย • ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย • ทำได้ด้วยตนเอง	คำถามมีความแตกต่างกันที่จำนวนขั้นบันได
8. การอาบน้ำ • ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ • อาบน้ำเองได้	F70. อาบน้ำ • ทำเองไม่ได้เลย • ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย • ทำได้ด้วยตนเอง	- หากคำตอบเป็น "ทำเองไม่ได้เลย" หรือ "ทำได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย" ในแบบสำรวจประชากรสูงอายุ คะแนน ADL จะเท่ากับคำตอบ "ต้องมีคนช่วยหรือทำให้"

ตารางที่ 9-1: (ต่อ)

การประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)*	การสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557**	การปรับคำถาม-คำตอบในการสำรวจประชากรสูงอายุให้ตรงกับการประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)
9. การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา • กลั้นได้เป็นปกติ • กลั้นไม่ได้เป็นครั้งคราว (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) • กลั้นไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	F60. กลั้นอุจจาระ • กลั้นได้ • กลั้นได้เป็นบางครั้ง • กลั้นไม่ได้เลย	
10. การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา • กลั้นได้เป็นปกติ • กลั้นไม่ได้เป็นครั้งคราว (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน) • กลั้นไม่ได้หรือต้องการสวนปัสสาวะอยู่เสมอ	F59. กลั้นปัสสาวะ • กลั้นได้ • กลั้นได้เป็นบางครั้ง • กลั้นไม่ได้เลย	

หมายเหตุ: * คำถามเรียงตามแบบสอบถาม การประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

** ตัวอักษรและตัวเลขหน้าคำถามแสดงข้อคำถามตามที่แสดงในแบบสอบถามการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2560-2590

การประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวของไทยในช่วงปี พ.ศ. 2560-2590 มีข้อสมมติว่าอัตราการพึ่งพิงในแต่ละช่วงอายุ และเพศคงที่เท่ากับอัตราการพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2557 เช่นเดียวกับการศึกษาของ World Health Organization (2002) และ Australian Institute of Health and

ตารางที่ 9-2: สัดส่วนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย พ.ศ. 2557 (ร้อยละของกลุ่มอายุประชากร)

กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง	
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดเตียง	ติดบ้าน
60-64	0.4	0.6	0.2	0.4
65-69	0.3	0.8	0.4	0.9
70-74	0.5	1.6	0.8	1.6
75-79	2.2	1.7	1.8	2.4
80-84	2.2	4.8	3.4	6.5
85-89	3.9	6.9	5.5	9.9
90-94	3.1	16.0	17.8	19.0
95-99	2.6	19.8	7.6	20.2
100 ปีขึ้นไป	31.7	35.3	48.5	6.2
รวม	0.9	1.6	1.4	2.3

Welfare (2001) โดยจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต ($Elderly_{ADLx,t}$) เท่ากับสัดส่วนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงที่คำนวณได้ในปี พ.ศ. 2557 (ตารางที่ 9-2) คูณกับจำนวนผู้สูงอายุในอนาคต

$$Elderly_{ADLx,t} = \sum_{a=1}^{9}\sum_{g=1}^{2} Prop_{ADLx}^{ag} * Elderly_{t}^{ag}$$

โดยที่

$Prop_{ADLx}^{ag}$ คือ สัดส่วนของผู้สูงอายุตามระดับ ADL กลุ่มอายุ และเพศ ในปี พ.ศ. 2557

$Elderly_{t}^{ag}$ คือ จำนวนผู้สูงอายุ ตามกลุ่มอายุ และเพศ ระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึง 2590

ADL_x คือ ระดับ ADL โดยค่า x เท่ากับ 1 สำหรับผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL รวม ≤ 4 (กลุ่มติดเตียง) และค่า x เท่ากับ 2 สำหรับผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ระหว่าง 5-11 (กลุ่มติดบ้าน)

t คือ ปี (เริ่มจาก พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2590)

a คือ กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 9 กลุ่ม เริ่มจากกลุ่มอายุ 60 ถึง 64 ปี และจัดกลุ่มทุกๆ 5 ปี จนถึง 100 ปีขึ้นไป (ดังตารางที่ 9-2)

g คือ เพศ (1 สำหรับชาย และ 2 สำหรับหญิง)

ทั้งนี้ ผลการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นดังตารางที่ 9-3

ตารางที่ 9-3: จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2560-2590

ปี	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)		
	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม
2560	136,677	235,301	371,978
2561	142,787	246,621	389,407
2562	148,650	257,299	405,949
2563	154,316	267,036	421,352
2564	161,940	280,224	442,165
2565	169,282	292,998	462,280
2566	176,366	305,140	481,505
2567	183,334	316,566	499,900
2568	190,329	327,244	517,573
2569	199,795	342,426	542,221
2570	209,227	357,391	566,619
2571	218,432	371,986	590,418
2572	227,173	385,911	613,084
2573	235,430	398,829	634,258
2574	245,894	416,577	662,471
2575	256,080	434,464	690,544
2576	266,068	451,848	717,915
2577	276,042	468,388	744,430
2578	286,192	484,136	770,328
2579	298,950	505,524	804,474
2580	311,256	526,228	837,484
2581	323,203	546,146	869,349
2582	335,014	565,329	900,344
2583	346,794	583,480	930,274
2584	360,906	606,689	967,595
2585	374,212	628,686	1,002,898
2586	386,624	649,181	1,035,805
2587	398,186	667,896	1,066,081
2588	409,039	684,352	1,093,391
2589	422,367	706,428	1,128,794
2590	434,694	727,103	1,161,797

10

การประมาณการ ค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาว

ข้อมูลที่ใช้

ข้อมูลที่ใช้ในการประมาณการค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวประกอบด้วยราคาอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่ได้จาก Website ต่างๆ และอัตราเงินเฟ้อเป็นข้อมูลที่ได้จากกระทรวงพาณิชย์ สำหรับข้อมูลด้านรายการอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการดูแลระยะยาว และรายการกิจกรรมการดูแลรวมถึงเวลาที่ใช้ในการดูแล ได้จากการสำรวจ/สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการของรัฐ โดยใช้แบบสอบถาม

รายการอุปกรณ์ และวัสดุสิ้นเปลือง ข้อมูลการดูแลระยะยาว ดังตารางที่ 10-1 ถึง 10-3 และเก็บข้อมูลใน 4 ภาคประกอบด้วยจังหวัดต่างๆ ดังตารางที่ 10-4

ตารางที่ 10-1: รายการอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ (ไม่รวมเวชภัณฑ์)

คำชี้แจง 1. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องรายการอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องมีของแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ระบุราคาและอายุการใช้งานของรายการสินค้าที่ใช้

3. รายการอื่นๆ สามารถระบุเพิ่มเติม

ราคาอุปกรณ์						
ที่	อุปกรณ์	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม	ราคา	อายุ
1	ไม้เท้าขาเดียว					
2	ไม้เท้าสามขา					
3	ไม้ค้ำยันช่วยเดิน					
4	โครงจับเวลาเดิน					
5	รถนั่ง					
6	เก้าอี้นั่งถ่าย					
7	รถเข็นนั่งถ่าย					
8	เตียงผู้ป่วย					
9	เตียงนอน					
10	ที่นอนลม/น้ำ					
11	เบาะนอน					
12	ผ้ายาง					
13	โต๊ะครอมเตียง					
14	เครื่องผลิตออกซิเจน					
15	ชุดให้ออกซิเจน					
16	เครื่องวัดปริมาณออกซิเจน					
17	ถังออกซิเจน (ใหญ่)					
18	ถังออกซิเจน (เล็ก)					
19	เครื่องดูดเสมหะ					
20	หน้ากากออกซิเจน					

ราคาอุปกรณ์						
ที่	อุปกรณ์	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม	ราคา	อายุ
21	เครื่องพ่นยาพร้อมอุปกรณ์					
22	เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด					
23	เข็มขัดพยุงหลัง					
24	เบาะเจลรองนั่ง					
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

ตารางที่ 10-2: รายการวัสดุสิ้นเปลือง (ไม่รวมเวชภัณฑ์)

คำชี้แจง 1. กรอกข้อมูลรายการสินค้าที่ใช้ตามจำนวนที่ใช้ต่อสัปดาห์ของแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุ

2. รายการอื่นๆ สามารถระบุเพิ่มเติม

ราคาวัสดุสิ้นเปลือง						
ที่	อุปกรณ์	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม	จำนวน/สัปดาห์	ราคาต่อชิ้น
1	แผ่นรองซับ					
2	ผ้าอ้อมผู้ใหญ่					
3	กระดาษชำระ					
4	กระดาษชำระแบบเปียก					
5	สำลี					
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

ตารางที่ 10-3: แบบสอบถามข้อมูลการดูแลระยะยาว

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">รายการบริการ</th><th colspan="6">กลุ่มผู้พึ่งพิง</th></tr>
<tr><th colspan="3">ติดเตียง (ADL 0-4)</th><th colspan="3">ติดบ้าน (ADL 5-11)</th></tr>
<tr><th colspan="2">รายการบริการส่วนบุคคล</th><th>ครั้งต่อวัน</th><th>เวลาต่อครั้ง (นาที)</th><th>เวลาทั้งหมด (นาที)</th><th>ครั้งต่อวัน</th><th>เวลาต่อครั้ง (นาที)</th><th>เวลาทั้งหมด (นาที)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>การดูแลจัดท่า พลิกตะแคงตัวให้ผู้สูงอายุ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>การช่วยเหลือผู้สูงอายุถ่ายเบา</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>การดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารและยา</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>การทำความสะอาดร่างกายให้ผู้สูงอายุ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td>การพาผู้สูงอายุเดิน</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>การเปลี่ยนแพมเพิร์สและทำความสะอาดก้น</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td>การเตรียมแผ่นรองนอนและอุปกรณ์ต่างๆ ผ้าปู น้ำอุ่น</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td>การตัดเล็บให้ผู้สูงอายุ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td>การตัดผมให้ผู้สูงอายุ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>10</td><td>การสระผม</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

รายการบริการ	กลุ่มผู้พึ่งพิง					
	ติดเตียง (ADL 0-4)			ติดบ้าน (ADL 5-11)		
รายการบริการด้านสุขภาพ	**ครั้งต่อวัน**	**เวลาต่อครั้ง (นาที)**	**เวลาทั้งหมด (นาที)**	**ครั้งต่อวัน**	**เวลาต่อครั้ง (นาที)**	**เวลาทั้งหมด (นาที)**
1 การดูดเสมหะ						
2 การทำกายภาพบำบัด						
3 การทำแผล						
4 การล้างหลอดคอและท่อหลอดคอ						
5 การวัด vital signs						
รายการบริการด้านสังคม	**ครั้งต่อวัน**	**เวลาต่อครั้ง (นาที)**	**เวลาทั้งหมด (นาที)**	**ครั้งต่อวัน**	**เวลาต่อครั้ง (นาที)**	**เวลาทั้งหมด (นาที)**
1 การทำความสะอาดพื้นที่ต่างๆ และสิ่งของของผู้สูงอายุ						
2 งานซักรีด						
3 การทำอาหาร						

บทบาท	ระยะทาง (กม.)	เวลาที่ใช้ในการเดินทาง (นาที)
1 caregiver		
2 care manager		

บทบาท	รายได้ต่อ (ชั่วโมง/วัน/เดือน)
1 caregiver	
2 care manager	

**** ขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ****

ตารางที่ 10-4: รายละเอียดภาค/จังหวัดในการเก็บข้อมูล

ภาค/จังหวัด	หน่วยงาน/เจ้าหน้าที่
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
จังหวัดขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น (กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงาน HRD-QI) โรงพยาบาลน้ำพอง (พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สะอาด เทศบาลตำบลสะอาด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ตำบลสะอาด อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยบ้านโนนทัน
จังหวัดมหาสารคาม	โรงพยาบาลมหาสารคาม (ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง พยาบาล) สาธารณสุขอำเภอเมือง อบต. เขวา เทศบาลเมือง ศูนย์สุขภาพชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดกาฬสินธุ์	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม นักกายภาพบำบัด) โรงพยาบาลส่วนตำบลโพนทอง เทศบาลตำบลหลุบ ชมรมผู้สูงอายุ
ภาคกลาง	
จังหวัดเพชรบุรี	โรงพยาบาลเขาย้อย (ศูนย์ Home healthcare พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ห้วยท่าช้าง หนองชุมพลเหนือ บ้านห้วย เขาย้อย หนองปลาไหล หนองปรง บางเค็ม) เทศบาลตำบลเขาย้อย สาธารณสุขอำเภอเขาย้อย
จังหวัดลพบุรี	โรงพยาบาลลำสนธิ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาล ฝ่ายกายภาพบำบัด ฝ่ายโภชนาการ) นักพัฒนาชุมชน อบต. ซับสมบูรณ์ นักบริบาลชุมชน (อผส.) ตำบลซับสมบูรณ์
จังหวัดกรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลราชวิถี (พยาบาลวิชาชีพงานปฐมภูมิ งานรังสีรักษา งานสามัญนารีเวช งานอายุรกรรม เจ้าหน้าที่ฝ่ายสวัสดิการสังคม)
ภาคเหนือ	
จังหวัดเชียงราย	โรงพยาบาลพาน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) รพ.สต. หัวง้ม รพ.สต. เมืองพาน อบต. หัวง้ม สาธารณสุขอำเภอพาน
จังหวัดพะเยา	โรงพยาบาลเชียงคำ (พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) รพ.สต. หย่วน รพ.สต. หนองป่าแพะ อบต. ร่มเย็น อสม.
จังหวัดแพร่	โรงพยาบาลแพร่ (พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) รพ.สต. ร่องซ้อ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลร่องซ้อ อสม.
ภาคใต้	
จังหวัดตรัง	โรงพยาบาลห้วยยอด (พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) รพ.สต. ท่างิ้ว ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้วยยอด เทศบาลตำบลห้วยยอด อสม. ชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสตูล	โรงพยาบาลละงู (พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลกำแพง เทศบาลตำบลกำแพง อสม.
จังหวัดสงขลา	โรงพยาบาลบางกล่ำ (พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) รพ.สต. ท่าช้าง รพ.สต. บ้านป่ายาง ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. บางกล่ำ เทศบาลตำบลท่าช้าง อสม. ชมรมผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวประกอบด้วยค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ค่าบุคลากร และค่าเดินทาง ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่คำนวณนี้เป็นรายการและการให้บริการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) ควรได้รับ สำหรับรายการและการให้บริการที่ขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยจำเพาะหรือสถานะของผู้สูงอายุที่มีรายละเอียดแตกต่างกันไป ไม่นำมาพิจารณาในที่นี้ การคำนวณจะเริ่มจากคำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวต่อรายต่อเดือนของแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปรับให้เป็นค่าใช้จ่ายรวมต่อปี แล้วจึงประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในอนาคต ปี พ.ศ. 2560-2590

การคำนวณค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง

ข้อมูลที่นำมาใช้ในการคำนวณราคาอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเป็นค่าเฉลี่ยของราคาตลาดที่ได้จากการสัมภาษณ์และสอบถามจากข้อมูลหลายแหล่ง และคำนวณเป็นรายเดือนโดยใช้วิธีแบบเส้นตรง (Straight line method) ส่วนจำนวนการใช้วัสดุสิ้นเปลืองมาจากการสัมภาษณ์พยาบาลและผู้ดูแลในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล โดยเป็นจำนวนการใช้ต่อสัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนด้วยการคูณ 4.3 สัปดาห์

ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์

$$\overline{FC}_{ADLx} = \sum_{i=1}^{n} \left[\frac{\sum_{j=1}^{m} \left(P_j / T_j \right)}{m} \right]$$

โดยที่

$\overline{FC}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์เฉลี่ยต่อเดือน

P_j คือ ราคาอุปกรณ์ในแต่ละพื้นที่ศึกษา

T_j คือ อายุการใช้งาน (เดือน) ในแต่ละพื้นที่ศึกษา

i คือ รายการอุปกรณ์

j คือ พื้นที่ศึกษา

n คือ จำนวนรายการอุปกรณ์

m คือ จำนวนพื้นที่การศึกษา

ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุสิ้นเปลือง

$$\overline{VC}_{ADLx} = \sum_{i=1}^{n} \left[\left(\frac{\sum_{j=1}^{m} P_j}{m} \right)_i * \left(\frac{\sum_{j=1}^{m} Q_j}{m} \right)_i * 4.3 \right]$$

โดยที่

$\overline{VC}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุสิ้นเปลืองเฉลี่ยต่อเดือน
P_j คือ ราคาวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละรายการในพื้นที่ศึกษา
Q_j คือ จำนวนวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละรายการที่ใช้ต่อสัปดาห์ในพื้นที่ศึกษา
i คือ รายการวัสดุสิ้นเปลือง
j คือ พื้นที่ศึกษา
n คือ จำนวนรายการวัสดุสิ้นเปลือง
m คือ จำนวนพื้นที่การศึกษา
4.3 คือ ค่าคงที่เพื่อปรับจากสัปดาห์เป็นเดือน

ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ และวัสดุสิ้นเปลือง $(T_Product_Cost_{ADLx})$ $= \overline{FC}_{ADLx} + \overline{VC}_{ADLx}$

การคำนวณค่าใช้จ่ายด้านผู้ดูแล

กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 15,000 บาทต่อเดือน
กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

$$T_Service_Cost_{ADLx} = W * H$$

โดยที่

W คือ อัตราค่าจ้างต่อชั่วโมงของผู้ดูแล (37.5 บาท/ชั่วโมง)
H คือ ระยะเวลาการบริการผู้สูงอายุติดบ้าน (ชั่วโมง/เดือน)

การคำนวณค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง

$$T_Travel_Cost_{ADLx} = \sum_{o=1}^{2} [Freq_{ADLx}^{o} * Rate_{ADLx}^{o}]$$

โดยที่

$Freq$ คือ ความถี่ในการเดินทาง (ครั้ง/เดือน)
$Rate$ คือ ค่าเดินทางเหมาจ่าย (100 บาทต่อครั้งสำหรับผู้ดูแลที่เดินทางในระยะ 20 กิโลเมตรรอบๆ ศูนย์บริการสุขภาพหรือ รพ.สต. และ 150

บาทต่อครั้งสำหรับหัวหน้าผู้ดูแลที่เดินทางในระยะ 30 กิโลเมตร รอบๆ รพช.)

O คือ ผู้ให้บริการ (O=1 คือ ผู้ดูแล (caregiver) และ O=2 คือ หัวหน้าผู้ดูแล)

การคำนวณค่าใช้จ่ายรวมต่อปีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

$$Total_Cost_{ADLx} = (T_Product_Cost_{ADLx} + T_Service_Cost_{ADLx} + T_Travel_Cost_{ADL_x}) * 12$$

โดยที่

$Total_Cost_{ADLx}$ คือ ค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาว (บาท/ปี)

$T_Product_Cost_{ADLx}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง (บาท/เดือน)

$T_Service_Cost_{ADLx}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร (บาท/เดือน)

$T_Travel_Cost_{ADLx}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง (บาท/เดือน)

การประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปี พ.ศ. 2560-2590

$$Total_Cost_{ADLx,t} = \left[Total_Cost_{ADLx}\left(1 + \dot{P}\right)^t\right] * Elderly_{ADLx,t}$$

$$Total_Cost_t = \sum_{x=1}^{2} Total_Cost_{ADLx,t}$$

โดยที่

$Total_Cost_{ADLx,t}$ คือ ค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง (บาท/ปี)

$Total_Cost_t$ คือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการดูแลระยะยาว (บาท/ปี)

t คือ ปีที่คำนวณ ซึ่งเท่ากับ 1 ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเท่ากับ 31 ในปี พ.ศ. 2590

$\dot{P}$ คือ อัตราเงินเฟ้อ สมมติให้เท่ากับร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2560-2590

ทั้งนี้ ผลการประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นดังตารางที่ 10-5

ตารางที่ 10-5: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2590

ปี	ค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ล้านบาท)		
	กลุ่มติดเตียง	กลุ่มติดบ้าน	รวม
2560	32,001	27,842	59,843
2561	34,101	29,765	63,865
2562	36,211	31,675	67,886
2563	38,343	33,531	71,874
2564	41,042	35,890	76,933
2565	43,761	38,277	82,038
2566	46,504	40,660	87,164
2567	49,308	43,027	92,335
2568	52,213	45,368	97,581
2569	55,906	48,422	104,328
2570	59,716	51,549	111,265
2571	63,590	54,727	118,317
2572	67,458	57,911	125,369
2573	71,308	61,047	132,354
2574	75,967	65,039	141,005
2575	80,696	69,188	149,884
2576	85,520	73,395	158,915
2577	90,501	77,604	168,104
2578	95,705	81,817	177,522
2579	101,971	87,140	189,111
2580	108,292	92,523	200,815
2581	114,697	97,946	212,643
2582	121,266	103,414	224,680
2583	128,041	108,869	236,910
2584	135,917	115,463	251,380
2585	143,746	122,043	265,788
2586	151,484	128,541	280,025
2587	159,134	134,892	294,026
2588	166,741	140,980	307,721
2589	175,618	148,438	324,056
2590	184,358	155,838	340,196

11

การคำนวณค่าใช้จ่าย การดูแลระยะท้ายของชีวิต

ค่าใช้จ่ายการดูแลระยะท้ายของชีวิต กรณีศึกษาโรคมะเร็ง ประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการดูแลระยะท้ายที่บ้านประกอบด้วยค่าใช้จ่ายวัสดุอุปกรณ์ ค่าจ้างผู้ดูแล และค่าเดินทางสำหรับทีมเยี่ยมบ้าน และส่วนที่สอง เป็นการดูแลระยะท้ายในสถานพยาบาลที่คำนวณได้จากการใช้ข้อมูลผู้ป่วยในที่เสียชีวิตและมีรหัสการรักษาโรคมะเร็งภายใต้สวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรายละเอียดของการศึกษาในแต่ละส่วน มีดังต่อไปนี้

การคำนวณค่าใช้จ่ายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน: กรณีศึกษาโรคมะเร็ง

การคำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านเลือกพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีค่า Palliative Performance Scale (PPS) ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ตามแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for adult Suandok)[1] เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากแพทย์และพยาบาลว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 30 วัน การศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลจากแบบสำรวจข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 12 พื้นที่ครอบคลุมภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ) และภาคใต้ โดยแต่ละภาคประกอบด้วย 3 จังหวัด ดังตารางที่ 10-4

การศึกษาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านประกอบด้วยค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ โดยค่าใช้จ่ายแต่ละรายการมีรายละเอียด ดังนี้

ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง

รายการที่นำมาคำนวณเป็นรายการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน จากความคิดเห็นของนักวิชาการและผู้ให้การดูแล รายการอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเฉพาะที่ขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยและปัญหาสุขภาพเฉพาะไม่ได้นำมาพิจารณาในการศึกษา การคำนวณค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ดังนี้

$$T_Product_Cost = \overline{FC} + \overline{VC}$$

โดยที่

$\overline{FC}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ (บาท/เดือน)

$\overline{VC}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุสิ้นเปลือง (บาท/เดือน)

---

[1] แปลจาก Palliative Performance Scale Version 2 ของ Victoria Hospice Society, ประเทศแคนาดา โดยคณะกรรมการ Palliative Care ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งระดับ PPS มีตั้งแต่ร้อยละ 0 (เสียชีวิต) -100 (เคลื่อนไหวปกติ)

ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ (ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน) การคำนวณค่าเสื่อมของอุปกรณ์ใช้ Straight line method ดังนี้

$$\overline{FC} = \sum_{i=1}^{n} \left[\frac{\sum_{j=1}^{m} (P_j / T_j)}{m} \right]_i$$

โดยที่

$\overline{FC}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์เฉลี่ยต่อเดือน

P_j คือ ราคาอุปกรณ์ในแต่ละพื้นที่ศึกษา

T_j คือ อายุการใช้งาน (เดือน) ในแต่ละพื้นที่ศึกษา

i คือ รายการอุปกรณ์

j คือ พื้นที่ศึกษา

n คือ จำนวนรายการอุปกรณ์

m คือ จำนวนพื้นที่การศึกษา

ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุสิ้นเปลือง (ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน) ดังนี้

$$\overline{VC} = \sum_{i=1}^{n} \left[\left(\frac{\sum_{j=1}^{m} P_j}{m} \right)_i * \left(\frac{\sum_{j=1}^{m} Q_j}{m} \right)_i * 4.3 \right]$$

โดยที่

$\overline{VC}$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุสิ้นเปลืองเฉลี่ยต่อเดือน

P_j คือ ราคาวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละรายการในพื้นที่ศึกษา

Q_j คือ จำนวนวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละรายการที่ใช้ต่อสัปดาห์ในพื้นที่ศึกษา

i คือ รายการวัสดุสิ้นเปลือง

j คือ พื้นที่ศึกษา

n คือ จำนวนรายการวัสดุสิ้นเปลือง

m คือ จำนวนพื้นที่การศึกษา

4.3 คือ ค่าคงที่เพื่อปรับค่าใช้จ่ายจากต่อสัปดาห์เป็นต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายด้านผู้ดูแล

เนื่องจากผู้ป่วยในระยะท้ายนี้ต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลขึ้นอยู่กับค่าจ้างของผู้ดูแลรายเดือนตามราคาตลาดในปัจจุบัน

T_Service_Cost = ค่าจ้างผู้ดูแล 15,000 บาทต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง

ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางประกอบด้วยค่าเดินทางของเจ้าหน้าที่ทาง การแพทย์ อาทิ แพทย์ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายจึงเท่ากับความถี่ในการเดินทางไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและค่าเดินทางเหมาจ่ายต่อครั้ง

$$T_Travel_Cost = Freq * Fuel$$

โดยที่

Freq คือ ความถี่ในการเดินทาง (ครั้ง/เดือน)

Fuel คือ ค่าเดินทางเหมาจ่ายต่อครั้ง (150 บาทต่อครั้ง)

ค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

$$TotalCost^{home} = T_Product_Cost + T_Service_Cost + T_Travel_Cost$$

โดยที่

$TotalCost^{home}$ คือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (บาทต่อเดือน)

T_Product_Cost คือ ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง (บาทต่อเดือน)

T_Service_Cost คือ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล (บาทต่อเดือน)

T_Travel_Cost คือ ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง (บาทต่อเดือน)

การคำนวณค่าใช้จ่ายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในสถานพยาบาล: กรณีศึกษาโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานพยาบาลของการศึกษานี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยในโรคมะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เสียชีวิตภายในสถานพยาบาลรวมทั้งการเสียชีวิตภายใน 1 วันหลังจากวันที่ถูกจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล และต้องเป็นผู้ที่นอนติดต่อกัน 7 วันขึ้นไป อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 30 วันก่อนเสียชีวิต และเพื่อให้สอดคล้องและสามารถเปรียบเทียบกับกรณีการดูแลระยะท้ายที่บ้าน การศึกษาจึงคำนวณค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างภายใน 1 เดือนก่อนเสียชีวิต

การคำนวณใช้ข้อมูลผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2557 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อมูลการตายในทะเบียนราษฎร์จากกระทรวงมหาดไทยที่ถูกเชื่อมโยงกันโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายคำนวณจากสมการดังนี้

$$Exp = \frac{\sum_{j=1}^{n} AdjRW_j \; * Rate}{n}$$

โดยที่

Exp คือ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรวมภายใน 30 วันก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรคมะเร็ง

AdjRW คือ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ปรับด้วยจำนวนวันนอนแล้ว

Rate คือ อัตราจ่าย (บาท ต่อ 1 *AdjRW*) ของแต่ละพื้นที่เขต สปสช. แตกต่างกันตามพื้นที่

j คือ ผู้เสียชีวิต

n คือ จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด

INSURANCE PLANS

12

การประมาณการเบี้ยประกันสำหรับกองทุนประกันการดูแลระยะยาว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าใช้จ่ายที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ภาคส่วนต่างๆ จึงควรร่วมกันรับผิดชอบ การศึกษานี้จึงเสนอให้รัฐจัดตั้งกองทุนประกันการดูแลระยะยาว (กองทุนฯ) ขึ้นมาเพื่อให้ประชากรวัยทำงานในช่วงอายุ 40-65 ปี จ่ายเบี้ยประกันสำหรับเป็นงบประมาณในการจัดสรรบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง อันประกอบด้วยค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และค่าเดินทางของผู้จัดการการดูแล ส่วนค่าใช้จ่ายผู้ดูแลและค่าเดินทางผู้ดูแลให้ อปท. และผู้ใช้บริการร่วมกันรับผิดชอบคนละครึ่ง (ดังบทที่ 5) ผลการประมาณการการร่วมจ่ายของแต่ละภาคส่วนเป็นดังตารางที่ 12-1

ตารางที่ 12-1: ประมาณการการร่วมจ่ายของแต่ละภาคส่วนในค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาว ปี พ.ศ. 2560-2590

ปี	การร่วมจ่าย (ล้านบาท)								
	กองทุนฯ (ค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และเดินทางผู้จัดการการดูแล)			รัฐบาลท้องถิ่น (ค่าตอบแทน และเดินทางของผู้ดูแล)			ผู้ใช้บริการ (ค่าตอบแทน และเดินทางของผู้ดูแล)		
	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม
2560	6,908	8,401	15,309	12,547	9,720	22,267	12,547	9,720	22,267
2561	7,361	8,981	16,342	13,370	10,392	23,762	13,370	10,392	23,762
2562	7,816	9,558	17,374	14,197	11,058	25,256	14,197	11,058	25,256
2563	8,276	10,118	18,394	15,033	11,706	26,740	15,033	11,706	26,740
2564	8,859	10,830	19,689	16,092	12,530	28,622	16,092	12,530	28,622
2565	9,446	11,550	20,996	17,157	13,364	30,521	17,157	13,364	30,521
2566	10,038	12,269	22,307	18,233	14,196	32,429	18,233	14,196	32,429
2567	10,643	12,983	23,626	19,332	15,022	34,354	19,332	15,022	34,354
2568	11,270	13,690	24,960	20,471	15,839	36,310	20,471	15,839	36,310
2569	12,067	14,611	26,679	21,919	16,905	38,825	21,919	16,905	38,825
2570	12,890	15,555	28,445	23,413	17,997	41,410	23,413	17,997	41,410
2571	13,726	16,514	30,240	24,932	19,107	44,039	24,932	19,107	44,039
2572	14,561	17,475	32,035	26,449	20,218	46,667	26,449	20,218	46,667
2573	15,392	18,421	33,813	27,958	21,313	49,271	27,958	21,313	49,271
2574	16,397	19,625	36,023	29,785	22,707	52,491	29,785	22,707	52,491
2575	17,418	20,877	38,296	31,639	24,155	55,794	31,639	24,155	55,794
2576	18,460	22,147	40,606	33,530	25,624	59,154	33,530	25,624	59,154
2577	19,535	23,417	42,951	35,483	27,093	62,576	35,483	27,093	62,576
2578	20,658	24,688	45,346	37,523	28,564	66,088	37,523	28,564	66,088
2579	22,010	26,294	48,305	39,980	30,423	70,403	39,980	30,423	70,403
2580	23,375	27,919	51,293	42,458	32,302	74,761	42,458	32,302	74,761
2581	24,757	29,555	54,312	44,970	34,195	79,165	44,970	34,195	79,165
2582	26,175	31,205	57,380	47,546	36,104	83,650	47,546	36,104	83,650
2583	27,638	32,851	60,489	50,202	38,009	88,211	50,202	38,009	88,211
2584	29,338	34,841	64,178	53,289	40,311	93,601	53,289	40,311	93,601
2585	31,028	36,826	67,854	56,359	42,608	98,967	56,359	42,608	98,967
2586	32,698	38,787	71,485	59,393	44,877	104,270	59,393	44,877	104,270
2587	34,349	40,703	75,053	62,393	47,094	109,487	62,393	47,094	109,487
2588	35,991	42,540	78,532	65,375	49,220	114,595	65,375	49,220	114,595
2589	37,907	44,791	82,698	68,855	51,824	120,679	68,855	51,824	120,679
2590	39,794	47,024	86,818	72,282	54,407	126,689	72,282	54,407	126,689

รายได้ของกองทุนฯ จากการเก็บเบี้ยประกันจากประชากรวัย 40-65 ปี

การประมาณการด้านแหล่งเงินเพื่อการดูแลระยะยาวใช้หลักการ Pay-as-you-go ในการคำนวณเบี้ยประกัน ซึ่งจะมีการปรับทุกๆ 5 ปี โดยการปรับเบี้ยประกันมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1) เงินกองทุนฯ สุทธิในแต่ละปีจะเกินดุลหรือรายรับจากเบี้ยประกันมากกว่ารายจ่ายค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง และค่าเดินทางของผู้จัดการการดูแล

2) ในช่วงปีแรกๆ ของการก่อตั้งกองทุนฯ รายรับอาจจะน้อยกว่ารายจ่าย จึงอนุญาตให้เงินกองทุนฯ ณ สิ้นปีที่ 5 ของแต่ละช่วงขาดดุลได้ไม่เกิน 2,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่ก่อให้เกิดภาระทางการคลังแก่ภาครัฐมากเกินไป

3) ในกรณีที่เงินสะสมกองทุนฯ เกินดุลมากกว่า 50,000 ล้านบาท อนุญาตให้การปรับเบี้ยประกันสามารถทำให้เงินกองทุนฯ ขาดดุลได้ในปีถัดไป ทั้งนี้ เงินสะสมกองทุนฯ ต่อรายจ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือ fund ratio ต้องเป็นบวก

ทั้งนี้ รายได้จากการเก็บเบี้ยประกันในแต่ละปีเท่ากับ

$$Premium_{t,5} \;*\; (pop40-65)_t$$

โดยที่

$Premium_{t,5}$	คือ เบี้ยประกันต่อปี (เริ่มจาก 500 บาทต่อคน และปรับทุกๆ 5 ปี)
$(pop40-65)_t$	คือ จำนวนประชากรวัย 40-65 ปี
t	คือ ปีที่คำนวณ ซึ่งเท่ากับ 1 ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเท่ากับ 31 ในปี พ.ศ. 2590

ตารางที่ 12-2: รายรับและรายจ่ายกองทุนประกันการดูแลระยะยาว

ปี	ประชากร วัย 40-65 ปี (พันคน)	ค่าใช้จ่าย ของกองทุนฯ (ล้านบาท)	เบี้ยประกัน (บาทต่อคน ต่อปี)	รายรับ ของกองทุนฯ (ล้านบาท)	เงินสะสม ของกองทุนฯ (ล้านบาท)
2560	25,288	15,309	500	12,644	(2,665)
2561	25,548	16,342	500	12,774	(6,233)
2562	25,757	17,374	500	12,879	(10,728)
2563	25,915	18,394	500	12,958	(16,165)
2564	26,023	19,689	500	13,011	(22,842)
2565	26,074	20,996	1,000	26,074	(17,764)
2566	26,080	22,307	1,000	26,080	(13,991)
2567	26,056	23,626	1,000	26,056	(11,561)
2568	26,013	24,960	1,000	26,013	(10,507)
2569	25,935	26,679	1,000	25,935	(11,251)
2570	25,838	28,445	1,500	38,758	(938)
2571	25,724	30,240	1,500	38,585	7,407
2572	25,590	32,035	1,500	38,384	13,756
2573	25,439	33,813	1,500	38,158	18,102
2574	25,267	36,023	1,500	37,901	19,980
2575	25,085	38,296	2,000	50,169	31,853
2576	24,890	40,606	2,000	49,779	41,026
2577	24,682	42,951	2,000	49,364	47,439
2578	24,462	45,346	2,000	48,925	51,018
2579	24,233	48,305	2,000	48,467	51,180
2580	23,997	51,293	2,500	59,992	59,878
2581	23,751	54,312	2,500	59,376	64,942
2582	23,494	57,380	2,500	58,735	66,297
2583	23,229	60,489	2,500	58,071	63,880
2584	22,960	64,178	2,500	57,400	57,102
2585	22,685	67,854	3,000	68,054	57,302
2586	22,407	71,485	3,000	67,221	53,038
2587	22,136	75,053	3,000	66,408	44,393
2588	21,879	78,532	3,000	65,636	31,497
2589	21,637	82,698	3,000	64,911	13,710
2590	21,407	86,818			

13

การคำนวณจำนวนผู้ดูแล และหัวหน้าผู้ดูแล

การประมาณการอุปทานผู้ดูแลผู้สูงอายุและหัวหน้าผู้ดูแลในบทที่ 6 ใช้สัดส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุและหัวหน้าผู้ดูแลต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญหรือพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยสูตรการคำนวณมีดังต่อไปนี้

1. การประมาณการจำนวนผู้ดูแล

$$CG_t = \sum_{ADLx=1}^{2} (Elderly_{ADLx,t} * \; Rate_{ADLx})$$

โดยที่

CG_t คือ จำนวนผู้ดูแล

$Elderly_{ADLx,t}$ คือ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

$Rate_{ADLx}$ คือ สัดส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียงเท่ากับ 1 ต่อ 1 และสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดบ้านเท่ากับ 1 ต่อ 2

$ADLx$ คือ ระดับ ADL โดยค่า x เท่ากับ 1 สำหรับผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL รวม ≤4 (กลุ่มติดเตียง) และค่า x เท่ากับ 2 สำหรับผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ระหว่าง 5-11 (กลุ่มติดบ้าน)

t คือ ปีที่คำนวณ ซึ่งเท่ากับ 1 ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเท่ากับ 31 ในปี พ.ศ. 2590

2. การประมาณการจำนวนหัวหน้าผู้ดูแล

$$CM_t = \frac{CG_t}{7}$$

โดยที่

CM_t คือ จำนวนหัวหน้าผู้ดูแล

CG_t คือ จำนวนผู้ดูแล

t คือ ปีที่คำนวณ ซึ่งเท่ากับ 1 ในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเท่ากับ 31 ในปี พ.ศ. 2590

$1/7$ คือ สัดส่วนหัวหน้าผู้ดูแลต่อผู้ดูแลเท่ากับ 1 ต่อ 7

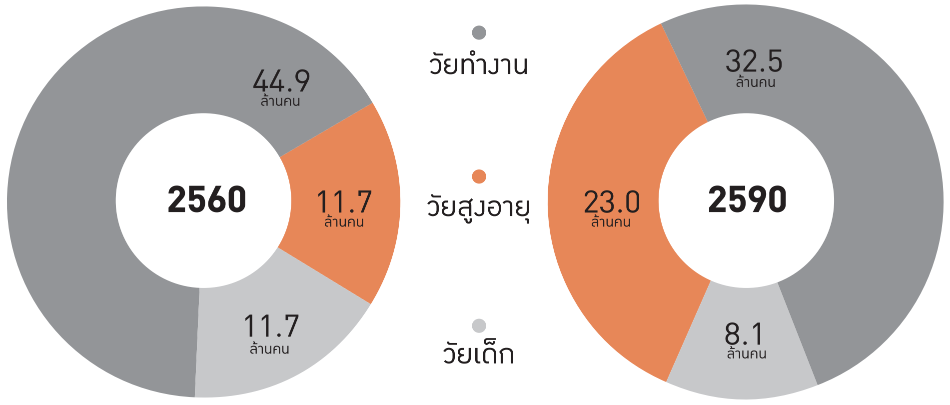
ส่วนที่ 3

คำถามที่พบบ่อย

1. ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมากเท่าไร?

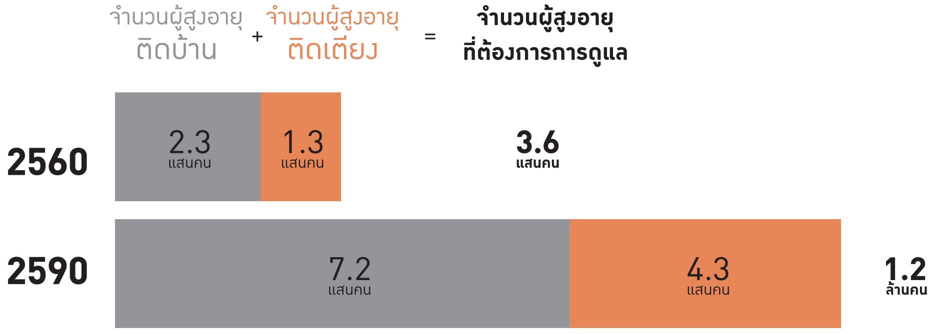
แนวโน้มผู้สูงอายุของไทยกำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปีพ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุอยู่ที่ 11.7 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นอีกเกือบ 2 เท่าตัวเป็น 23.0 ล้านคน ในอีก 30 ปีข้างหน้า

สัดส่วนประชากรไทย ปีพ.ศ. 2560 และ ปีพ.ศ. 2590



2. ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมีมากเท่าไร?

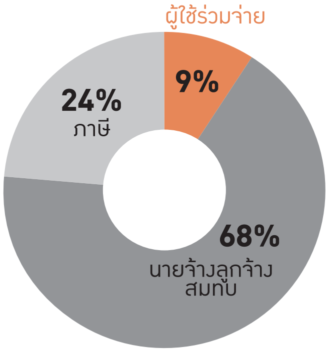
แนวโน้มผู้สูงอายุไทยที่กำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าในอีก 30 ปีข้างหน้า หรือ ประมาณ 1.2 ล้านคน โดยในปัจจุบัน (พ.ศ. 2560) ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมีจำนวน 3.6 แสนคน



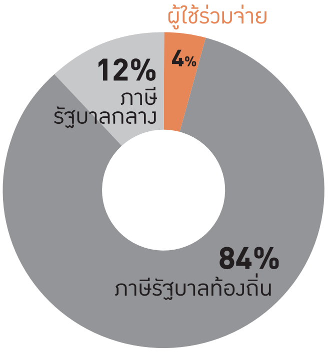
3. ประเทศอื่นมีระบบประกันการดูแลระยะยาวที่ใช้แหล่งเงินจากไหนบ้าง?

ประเทศสังคมสูงวัยหลายประเทศมีระบบประกันการดูแลระยะยาวแบบถ้วนหน้า โดยแหล่งเงินที่ใช้สำหรับการประกันการดูแลระยะยาวมาจากหลายส่วน รวมตั้งแต่ภาษีทั้งจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น การสมทบเงินของนายจ้างและลูกจ้าง การจ่ายเบี้ยประกันของประชาชนวัยทำงาน และการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ ภาคส่วนเหล่านี้ร่วมกันรับภาระทางการเงินแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ

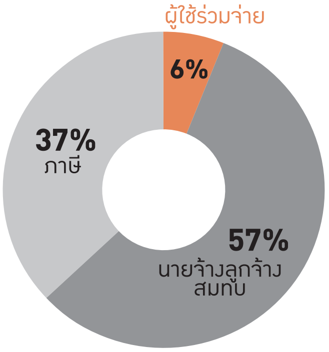
ระบบถ้วนหน้าเนเธอร์แลนด์



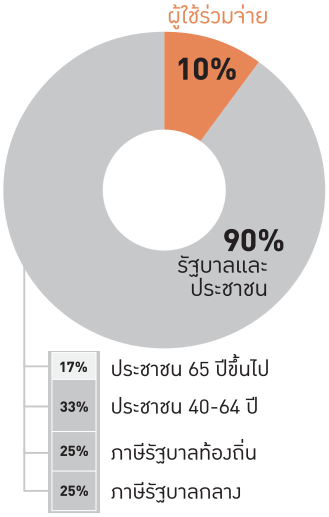
ระบบถ้วนหน้าสวีเดน
เริ่มปี พ.ศ. 2523



ระบบถ้วนหน้าเบลเยียม
เริ่มปี พ.ศ. 2540



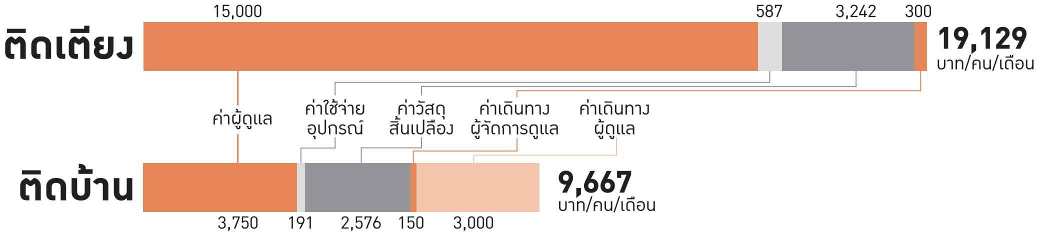
ระบบถ้วนหน้าญี่ปุ่น
เริ่มปี พ.ศ. 2543



4. ค่าใช้จ่ายต่อหัวเพื่อการดูแลระยะยาวแพงหรือไม่?

ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวต่อหัวต่อเดือนของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้สูงอายุติดบ้านอยู่ที่ 19,129 บาท และ 9,667 บาท ตามลำดับ โดยแบ่งเป็น ค่าผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าใช่จ่ายการเดินทาง

ค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง
(เฉลี่ย ณ ราคาปี 2559: บาท/คน/เดือน)

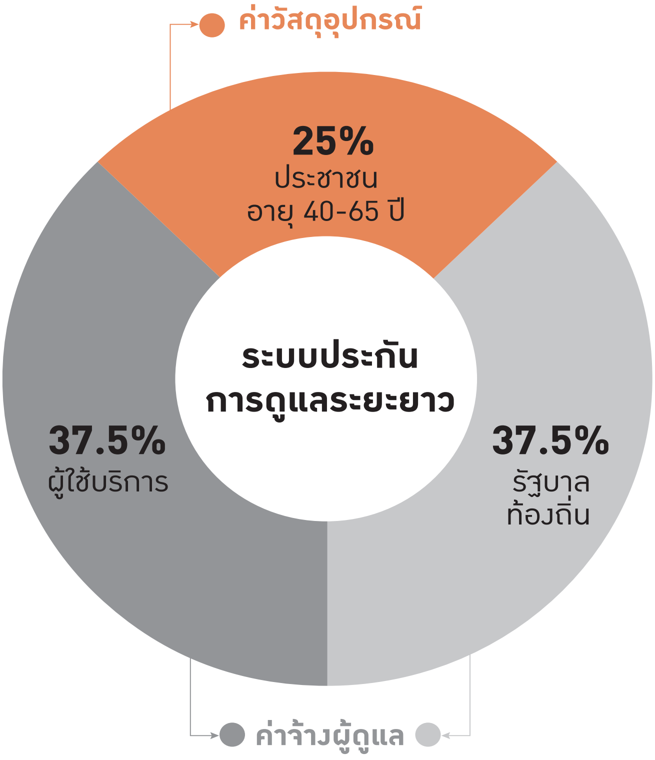


5. ค่าใช้จ่ายเพื่อระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคตมากเพียงใด?

แนวโน้มผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยในอีก 30 ปีข้างหน้า ค่าผู้ดูแลและค่าวัสดุอุปกรณ์จะเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 6 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560

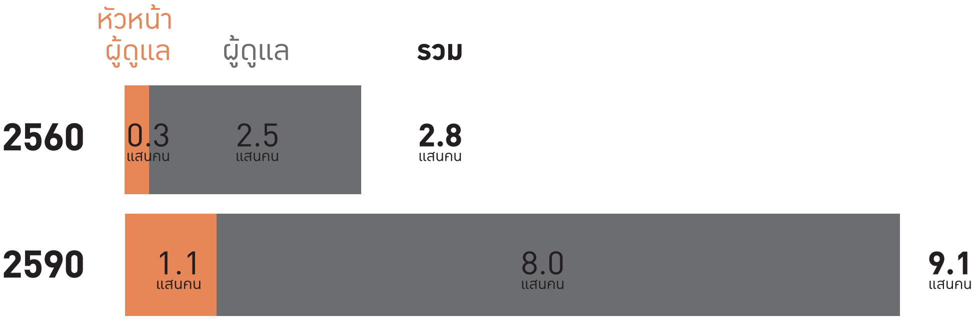
6. เราจะเอาเงินมาจากไหนเพื่อจ่ายระบบประกันการดูแลระยะยาว?

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เพิ่มขึ้นมาก จึงต้องมีระบบประกันการดูแลระยะยาว โดยค่าวัสดุอุปกรณ์จะมาจากประชาชนอายุ 40-65 ปี และค่าจ้างสำหรับผู้ดูแลมาจากผู้ใช้บริการกับรัฐบาลท้องถิ่นในอัตราที่เท่ากัน



7. เราต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขนาดไหน?

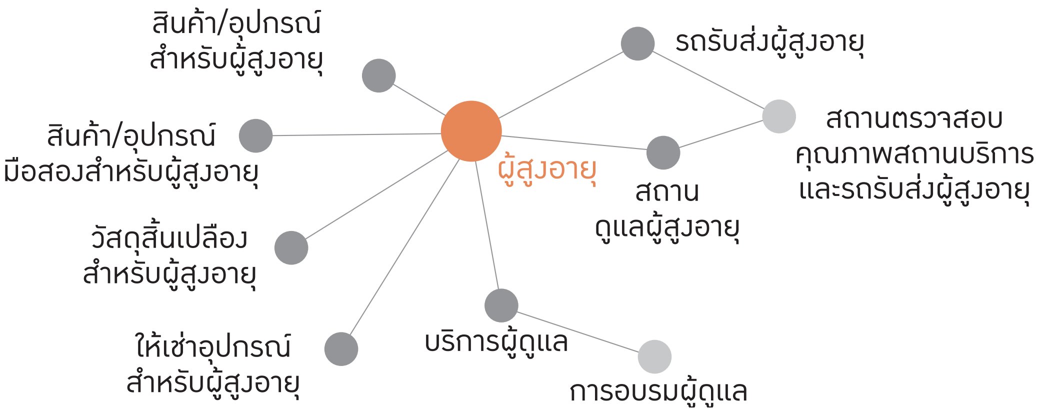
ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากในอีก 30 ปีข้างหน้าตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ในปี พ.ศ. 2590 ความต้องการหัวหน้าผู้ดูแลและผู้ดูแลเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า



8. ภาคเอกชนจะมีส่วนร่วมในระบบประกันการดูแลระยะยาวได้อย่างไร

ภาคเอกชนสามารถมีบทบาทได้หลายทาง ตั้งแต่การร่วมบริจาคเงินเข้ากองทุนประกันการดูแลระยะยาว การบริจาคอุปกรณ์ และวัสดุสิ้นเปลืองให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการทำธุรกิจเพื่อสังคมที่ให้บริการผู้สูงอายุ

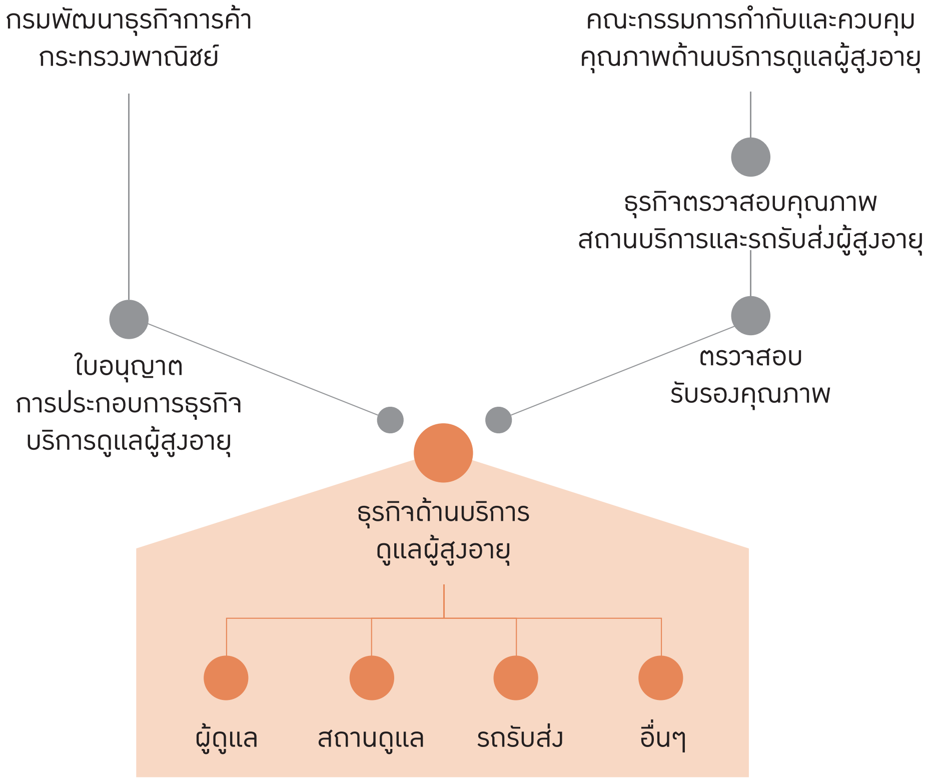
ลักษณะธุรกิจที่ภาคเอกชนสามารถดำเนินการ
เพื่อแสวงหากำไรและเป็นธุรกิจเพื่อสังคม



9. เราจะมั่นใจได้อย่างไรว่าภาคเอกชนจะมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

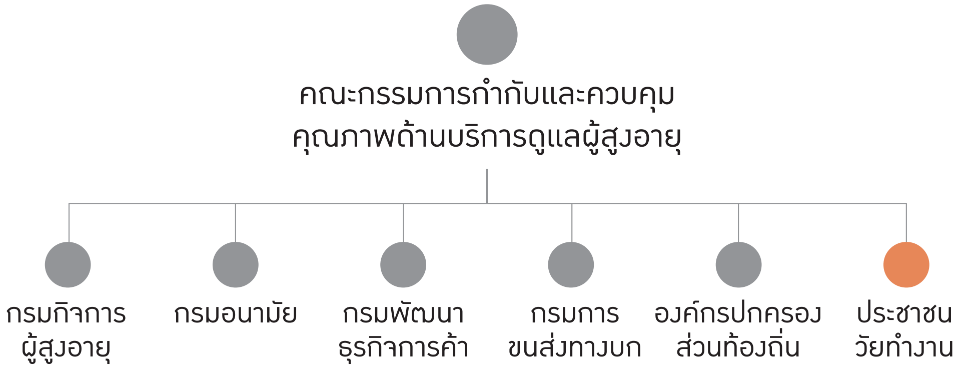
ให้มี "คณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ" ทำหน้าที่***กำกับดูแล***กิจการตรวจสอบสถานบริการและรถรับส่งผู้สูงอายุ และ***กำหนดกฎระเบียบ***ต่างๆ ในเรื่องคุณภาพการให้บริการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้ทำธุรกิจด้านสถานดูแลหรือรถรับส่งผู้สูงอายุจะต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อน จึงไปขอใบอนุญาตประกอบกิจการกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า

กลไกการกำกับดูแลและควบคุมคุณภาพ



10. ประชาชนจะมีส่วนในการกำกับดูแลระบบประกันการดูแลระยะยาวได้อย่างไร

ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลระบบประกันการดูแลระยะยาว ผ่านคณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ



บรรณานุกรม

Anell, Anders, Anna H. Glenngård, and Sherry Merkur. 2012. "Sweden: Health system review." *Health Systems in Transition* 14 (5): 1-159.

Arnaert, Antonia, Bernadette Van Den Heuvel, and Tarsi Windey. 2005. "Health and social care policy for the elderly in Belgium." *Geriatric Nurse*: 366-371.

Arntz, Malanie, Ralf Sacchetto, Alexander Spermann, Susanne Steffes, and Sarah Widmaier. 2007. "The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options." Discussion paper no. 2625, The Institute for Study of Labor (IZA).

Australian Institute of Health and Welfare. 2001. *Australia's Welfare 2001.* Canberra.

Blumel, Mirium, and Reinhard Busse. 2015. "The German Health Care System, 2014." In *2014 International Profiles Of Health Care Systems*, by M. Wenzl, R. Osborn, and C. Anderson Mossialos, 63-71. Washington: Commonwealth Fund.

Brown, Jeffrey R., and Amy Finkelstein. 2011. "Insuring long-term care in the United States." *Journal of Economic Perspectives* 25 (4): 119-142. doi:10.1257/jep.25.4.119

Busse, Reinhard, and Miriam Blumel. 2014. "Germany: Health system review." *Health Systems in Transition* 16 (2): 1-296.

Chandeovwit, Worawan. 2013. "Social and economic aspects of the elderly in Thailand." *Malaysian Journal of Economic Studies* 50 (2): 193-206.

Chevreul, Karine, Isabelle Durand-Zaleski, Stephane Bahrami, Cristina Hernandez-Quevedo, and Philipa Mladovsky. 2010. "France: Health system review." *Health Systems in Transition* 12 (6): 1-291.

Chon, Yongho. 2012. "Long-term care reform in Korea: lessons from the introduction of Asia's second long-term care insurance system." *Asia Pacific Journal of Social Work and Development* 4 (22): 219-227.

Chun, Chang Bae, Soon Yang Kim, Jun Young Lee, and Sang Yi Lee. 2009. "Republic of Korea: Health system." *Health Systems in Transition* 7 (11): 1-184.

Colombo, Francesca et al. 2011. "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care." *OECD Health Public Studies* (OECD Publishing).

Costa-Font, Joan, and Christophe Courbage. 2012. *Financing Long-Term Care in Europe Institutioms, Markets and Models* . London: Library of Congress Cataloging in Publication data.

Costa-Font, Joan, and Christophe Courbage. 2015. "Crowding out of long-term care insurance: evidence from European expectations data." *Health Economics* 24 Suppl 1: 74-88. doi:10.1002/hec.3148

Courbage, Christophe, and Nolwenn Roudaut. 2008. "Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France." The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice 33 (4): 645-658. doi:10.1057/gpp.2008.30

Durand-Zaleski, Isabelle. 2015. "The French Health Care System, 2014." In *2014 International Profiles of Health Care Systems*, by Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn and Chloe Anderson, 53-62. Washington: Commonweath Fund.

Federal Ministry of Labour and Social Affairs. 2016. *Social Security at a Glance*. Bonn: Federal Ministry of Labour and Social Affairs.

Gleckman, Howard. 2010. “Long-term care financing reform: Lessons from the U.S. and abroad.”

Global Legal Information Network. 2017. “Long-term Care Services Law.” *Amendment of Long-term Care Services Law Revises Articles* 15, 22, 62 and 66. Accessed January 26, 2017. http://glin.ly.gov.tw/web/nationalLegal.do?isChinese=false&method=-legalSummary&id=5791&fromWhere=legalHistory

Hirakawa, Yoshihisa. 2012. “Palliative Care for Elderly: A Japanese Perspective.” In *Contemporary and Innovative Practice in Palliative Care*, by E. Chang and A. Johnson. Intech.

Hospis Malaysia. 2016. *Palliative Care Need Assessment*. Kuala Lumpur: Hospis Malaysia.

Hyun, Kyung-Rae, Sungwook Kang, and Sunmi Lee. 2014. “Does long-term care insurance affect the length of stay in hospitals for the elderly in Korea?: a difference-in-difference method.” *BMC Health Services Research* 1 (14): 1-7.

Igarashi, Ayumi, Tomoaki Ishibashi, Tomohiro Shinozaki, and Noriko Yamamoto-Mitani. 2014. “Combinations of long-term care insurance services and associated factors in Japan: a classification tree model.” *BMC Health Services Research* 1 (14): 382.

Kang, Im-Oak, Chong Yon Park, and Yunhwan Lee. 2012. “Role of Healthcare in Korean Long-Term Care Insurance.” *Journal of Korean Medical Science* 27: S41.

Kim, Hyuncheol Bryant, and Lim Wilfredo. 2014. “Long-Term Care Insurance, Informal Care, and Medical Expenditures.” *Journal of Public Economics*, Forthcoming.

Kwon, Soonman, Tae-jin Lee, and Chang-yup Kim. 2015. “Republic of Korea Health System Review.” *Health Systems in Transition* 5 (4): 1-102.

Matsuda, Ryozo. 2015. “The Japanese Health Care System, 2014.” In *2014 International Profiles of Health Care Systems*, by Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn and Chloe Anderson, 83-91. Washington: Commonweath Fund.

Merlis, Mark. 2004. “Long-term care financing: Models and issues.”

Pamela Nadash, B.Phil., Pamela Doty, Kevin J Mahoney, and Matthias von Schwanenflugel.. 2012. “European long-term care programs: Lessons for community living assistance services and supports?” *Health Services Research*: 309-328.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2011. “Public Long-term Care Financing Arrangements in OECD Countries.” *In Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*: 213-245. OECD Publishing, Paris. doi:10.1787/9789264097759-12-en

___________. 2015. *OECD Health Statistics*. Accessed July 4, 2017. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en.

Olivares-Tirada, Pedro, and Nakano Tamiya. 2014. *Trends and Factors in Japan’s Long-Term Care Insurance System, Japan’s 10-year Experience.* New York: Springer.

Pastrana, Tania et al. 2010. “Outcome indicators in palliative care–how to assess quality and success. Focus group and nominal group technique in Germany.” *Supportive Care in Cancer* 8 (18): 859–868.

Pauly, Mark V. 1990. “The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance.” *Journal of Political Economy* 98 (1): 153-168. doi:10.1086/261673

Rhee, Jong C., Nicolae Done, and Gerard F. Anderson. 2015. "Considering long-term care insurance for middle-income countries: Comparing South Korea with Japan and Germany." *Health Policy* 10 (119): 1319-1329.

Robertson, Ruth, Sarah Gregory, and Joni Jabbal. 2014. "The social care and health systems of nine countries."

Shimizu Utako, Yuji Mitadera, Hagiko Aoki and Kouhei Akazawa. 2015 "Dialysis Patients' Utilization of Health Care Services Covered by Long-Term Care Insurance in Japan." *Tohoku Journal of Experimental Medicine* 231(6): 9-19. doi: 10.1620/tjem.236.9

Shimizutani, Satoshi. 2014. "The future of long-term care in Japan." *Asia-Pacific Review* 21: 88-119. doi:http://dx.doi.org/10.1080/13439006.2014.925199

Shinagawa, Shunichiro, Shiori Nakamura, Makoto Iwamoto, Norifumi Tsuno, Masahiro Shigeta, and Kazuhiko Nakayama. 2013. "Longitudinal Changes in the Government-Certified Index Stage and Requisite Costs for Long-Term Care Insurance System among the Community-Dwelling Demented Elderly in Japan." *International Journal of Alzheimer's Disease*.

Tatara Kozo, and Etsuji Okamoto. "Japan: Health system review." *Health Systems in Transition* 11 (5): 1-164.

Tsuneto, Satoru. 2013. "Past, present, and future of palliative care in Japan." *Japanese Journal of Clinical Oncology* 1 (43): 17-21.

United Nations. 2015. *World Population Prospects: The 2015 Revision*, DVD Edition. Retrieved from https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/

Vuorenkoski, Lauri, Philipa Mladovsky, and Elias Mossialos. 2008. "Finland: Health system review." *Health Systems in Transition* 10 (4): 1-168.

Willemé, Peter. 2010. “The Long-term Care System for the Elderly in Belgium.” *Assessing Needs of Care in European Nations.* Accessed May 24, 2017. http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%2070%20ANCIEN%20Belgian.pdf.

World Health Organization. 2014. *Global atlas of palliative care at the end of life* . Accessed July 28, 2016. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.

World Health Organization (WHO). 2002. *Current and Future Long-term care needs.* Geneva.

Zeldin, Wendy. 2017. *Taiwan: Amendment of Long-Term Care Act.* March 23, 2017. Accessed July 6, 2017. http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/taiwan-amendment-of-long-term-care-act/.

กรมการแพทย์. 2557. *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557.* กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. 2560ก. “พาณิชย์ เร่งแก้ปัญหาการขาดแคลนและมาตรฐานบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ.” สืบค้นเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2560. http://www.dbd.go.th/ewt_news.php?nid=469404775&filename=Template_Design_Temp_Sub

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. 2560ข. *เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2560. http://www.dbd.go.th/ewt_dl_link.php?nid=469402395

กรมอนามัย. 2557. *สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

พนิตตา ศรีหาคลัง และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2559. “ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.” *วารสารพยาบาลตำรวจ* 8 (1): 1-10.

วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. 2552. *การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ.

___________. 2553. *ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ*. กรุงเทพ.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2554. *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ: สานักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2558. *ผลลัพท์ทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ*. กรุงเทพ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2558. *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558*. นนทบุรี: ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาตร์ แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ.

อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ และคณะ. 2559. *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

อภิธานศัพท์

การดูแลระยะท้าย หรือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) : การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเน้นไปที่การรักษาอาการเจ็บปวดตามความเหมาะสม โดยไม่เร่งการตายและไม่ยื้อการตายของผู้ป่วย

การดูแลระยะยาว หรือ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term care) : การให้บริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วย การประสบอุบัติเหตุ หรือความพิการต่างๆ ซึ่งมักรวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน ในหนังสือเล่มนี้ เน้นเฉพาะกรณีผู้สูงอายุ

การประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance: LTCI) : การประกันที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันในด้านความเสี่ยงจากความพิการอันเนื่องมาจากการเข้าสู่วัยสูงอายุหรือในบางกรณีสามารถขยายความคุ้มครองไปครอบคลุมความพิการด้วยเหตุอื่นๆ รวมอยู่ด้วย ผู้ให้ประกันสามารถเป็นได้ทั้งภาครัฐและเอกชน

การประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL) : การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุจำนวน 10 กิจกรรม ประกอบด้วย 1. การรับประทานอาหาร 2. การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด 3. การขึ้น/ลงเตียงหรือลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ 4. การใช้ห้องน้ำ 5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6. การสวมใส่เสื้อผ้า 7. การขึ้นลงบันได 8. การอาบน้ำ 9. การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10. การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การเลือกที่เป็นปฏิปักษ์ หรือ การเลือกไม่พึงประสงค์ (Adverse Selection) : การคัดเลือกที่ทำให้ได้สิ่งไม่พึงประสงค์ แทนที่จะได้สิ่งที่ดีอย่างที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ทั้งนี้ สาเหตุมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับสิ่งที่เลือก

ความไม่สมมาตรของข้อมูลข่าวสาร (Asymmetric Information) : การที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีข้อมูลในการตัดสินใจที่ไม่เท่ากัน

คุณธรรมภายในครัวเรือนวิบัติ (Intra-family moral hazard) : ผู้ซื้อประกันกลัวว่าเมื่อซื้อประกันการดูแลระยะยาวแล้วจะทำให้ลูกหลานไม่มาดูแล และเงินที่ไปซื้อประกันก็ทำให้ผู้สูงอายุมีเงินเหลือสำหรับยกให้แก่บุตรหลานลดลง

คุณธรรมวิบัติ หรือ ภัยทางศีลธรรม (Moral Hazard) : การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ได้รับการคุ้มครองให้มีความเสี่ยงยิ่งขึ้นหรือขาดความระมัดระวังเมื่อได้รับหลักประกันว่าความเสียหายที่เกิดจากพฤติกรรมนั้นจะได้รับการดูแลจากผู้อื่น พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนี้เป็นข้อมูลข่าวสารที่ผู้ให้ความคุ้มครองไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน

ความคุ้มครองแบบถ้วนหน้า (universal coverage) : การให้ความคุ้มครอง (สวัสดิการ/บริการ) ที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน

ประกันสุขภาพ : การประกันภัยที่จัดให้โดยรัฐหรือเอกชน โดยให้ความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งการเจ็บป่วยอาจจะเป็นมาจากโรคติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ หรือมาจากเหตุอื่น เช่น อุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการถูกทำร้าย

ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product: GDP) : มูลค่าตลาดของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตในประเทศในช่วงเวลาหนึ่งๆ

ผู้จัดการการดูแล หรือ หัวหน้าผู้ดูแล (care manager) : ผู้ที่เป็นหัวหน้าผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษา บริหารจัดการการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยส่วนมากจะเป็นพยาบาล

ผู้ดูแล (caregiver) : ผู้ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบ่งเป็นผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver) และผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver)

ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver) : ผู้ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นการประกอบวิชาชีพ โดยได้รับค่าตอบแทน

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) : ผู้ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่การประกอบวิชาชีพ โดยอาจเป็นญาติหรือคนใกล้ชิด มักจะไม่ได้รับค่าตอบแทนในรูปของเงิน

ผู้ป่วยระยะท้าย : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิต โดยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า

ผู้สูงอายุติดเตียง : ผู้สูงอายุที่ทำกิจวัตรประจำวันเองแทบไม่ได้เลย ต้องมีคนช่วยเหลือตลอดเวลาในเกือบทุกกิจกรรม

ผู้สูงอายุติดบ้าน : ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบ้าง เช่น การเข้าห้องน้ำ การออกนอกบ้าน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียง

รัฐสวัสดิการ : ประเทศที่มีรัฐเป็นแกนหลักในการจัดสวัสดิการสังคม โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึงรัฐสวัสดิการ มักหมายถึง บทบาทของรัฐเช่นในลักษณะของประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย

แรงงานเข้มข้น (Labor intensive) : กระบวนการผลิตสินค้าและบริการที่ใช้แรงงานในสัดส่วนที่สูงกว่าปัจจัยการผลิตอื่นๆ

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) : สถานพยาบาลระดับอำเภอสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) : สถานพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (daycare) : สถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในระหว่างวัน ไม่มีบริการการดูแลในเวลากลางคืน

สถานดูแลผู้สูงอายุ : สถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการผู้สูงอายุที่พักในสถานดูแลแบบประจำ

สังคมสูงวัย หรือ สังคมผู้สูงอายุ : สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือสังคมที่มัธยฐานของอายุประชากรสูงขึ้นเรื่อยๆ

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) : อาสาสมัครในชุมชนที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) : บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

Crowd out effect : การลดแรงจูงใจในการลงทุนของภาคเอกชนอันเนื่องมาจากการลงทุนของภาครัฐ

Holistic evaluation : การประเมินแบบองค์รวมจากหลากหลายสาขา

Means-tested : การตรวจสอบผู้ที่ต้องการรับความช่วยเหลือว่าผ่านเงื่อนไขหรือไม่ โดยทั่วไปมักใช้รายได้และสินทรัพย์เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบ

Medicaid : การประกันสุขภาพของภาครัฐให้แก่ผู้มีรายได้น้อยในประเทศสหรัฐอเมริกา

ดัชนี

ก-ฮ

กรมการแพทย์ 78
กรมกิจการผู้สูงอายุ 81, 138
กรมพัฒนาธุรกิจการค้า 80, 81, 82, 91, 92, 138
กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน 76, 78
กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ 79, 80
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 79
กรมสนับสนุนและบริการสุขภาพ 81
กรมอนามัย vi, 41, 77, 91, 138
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ vi, 76, 78, 79, 81
กระทรวงพาณิชย์ 80, 81
กระทรวงมหาดไทย 79
กระทรวงแรงงาน 76, 78
กระทรวงศึกษาธิการ 76, 77
กระทรวงสาธารณสุข vi, 26, 35, 36, 41, 76, 77, 78, 81, 82, 88, 102
กลไกการกำกับดูแล 86
กลไกการทำงาน 85, 86, 93
กลไกการให้บริการ 86, 93
กองการประกอบโรคศิลปะ 81, 82
กองทุนประกันการดูแลระยะยาว 63, 64, 69, 70, 86, 88, 89, 97, 125, 128
กองทุนตำบล 31, 35
กองบังคับการสืบสวนสอบสวนคดีเศรษฐกิจ 81, 82
การขาดแคลนผู้ดูแล 74, 78, 83
การดูแลที่บ้าน 6, 11, 12, 14, 18, 19, 20, 21, 27, 29, 34, 53, 54, 55, 59, 86, 97
การดูแลระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง 51
การบูรณาการ 54
การร่วมสมทบ 63
การเลือกที่เป็นปฏิปักษ์ 2, 139
การเลือกไม่พึงประสงค์ 2, 139
การสร้างเสริมสุขภาพ 66, 68, 69, 70
การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 40, 101, 102, 103
กำกับดูแล 79, 81, 86, 90, 93, 97, 137
กิจการสถานดูแลผู้สูงอายุ 80, 88
คณะกรรมการกำกับและควบคุมคุณภาพ 90, 91, 92, 93
ความต้องการผู้ดูแล 6, 55, 73, 74, 75, 83
ความเท่าเทียมกัน iii, 34, 85, 96
ความไม่สมมาตรของข้อมูลข่าวสาร 2, 139
ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง 45, 47, 48, 56, 116, 117, 120, 122
ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร 45, 46, 47, 48, 117, 120, 122
ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง 45, 48, 57, 115, 117, 120, 122
ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะท้ายที่บ้าน 54
ค่าใช้จ่ายรวมของการดูแลระยะยาว 48
คุณธรรมภายในครัวเรือนวิบัติ 3, 140
คุณธรรมวิบัติ 2, 140
คุณภาพชีวิต iii, 13, 14, 34, 54, 60, 79, 83
เงื่อนไขการเกิดสิทธิ 88, 89
ชุดสิทธิประโยชน์ 24, 35, 36, 88, 89
ฐานะยากจน 79
ตลาดการประกันการดูแลระยะยาว 2
ตาข่ายคุ้มครองความเสี่ยง 96
ทักษะการดูแล 75, 76
ธนาคารความดี 34
นักศึกษาจบใหม่ 75

เบี้ยประกัน 24, 25, 63, 64, 65, 69, 70, 71, 86, 88, 89, 97, 125, 127
ใบรับรองคุณภาพ 91, 92, 93
ประกันการดูแลระยะยาว 1, 2, 3, 4, 10, 12, 13, 14, 15, 23, 25, 54, 64, 97
ประเทศเกาหลีใต้ 11, 23, 26, 27, 62, 63
ประเทศจีน 27, 29
ประเทศญี่ปุ่น 4, 11, 22, 23, 25, 31, 36, 53, 62, 63
ประเทศเนเธอร์แลนด์ 10, 12, 13, 36, 62, 63
ประเทศเบลเยียม 12, 18 , 19, 20
ประเทศฝรั่งเศส 12, 20
ประเทศฟินแลนด์ 62, 63
ประเทศมาเลเซีย vi, 53, 59, 60
ประเทศเยอรมนี 12, 15, 25, 53, 62, 63
ประเทศสวีเดน 12, 14, 15, 63
ประเทศสหรัฐอเมริกา 3, 142
ประเทศสิงคโปร์ vi, 59, 60
ปัจจัยด้านประชากร 5
ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 55
ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ 3, 42, 73
ผู้ตรวจสอบคุณภาพด้านบริการ 90, 91, 92, 93
ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 52
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 60
ผู้สูงอายุ 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 57, 60, 61, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 95, 96, 116, 117, 125, 127, 129, 130
ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล 6, 39, 40, 41, 43, 44, 50, 62, 67, 70
ผู้เสียชีวิต 51, 52, 53, 57, 123
ผู้หญิง 40, 42, 57, 73, 74
แผ่นรองซับ 55
ภัยทางศีลธรรม 2, 140
ภาคเอกชน 2, 3, 4, 15, 16, 21, 27, 33, 34, 59, 60, 62, 80, 88, 97, 136, 137, 141
รถรับส่งผู้สูงอายุ 88, 91, 92, 93
ระบบการร่วมจ่าย 15
ระบบประกันการดูแลระยะยาว 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 36, 54, 60, 62, 76, 85, 86, 88, 89, 90, 93, 96, 97, 133, 134, 135, 136, 138
โรคมะเร็งและเนื้องอก 52
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 30, 31, 32, 89, 141
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) 30, 31, 32, 141
วัยทำงาน 5, 63, 64, 69, 70, 71, 74, 85, 86, 91, 96, 97
วัยสูงอายุ 1, 2, 39, 64, 95, 96, 97
ศูนย์ดูแลผู้พึ่งพิง 31
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 79, 80
สแกนดิเนเวีย 10, 36, 141
สถานสงเคราะห์คนชรา 79
สังคมสูงวัย iii, 5, 23, 39, 141
สังคมสูงอายุ 39, 50, 90
สังฆทานต่อบุญ 34
สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค 81, 82
สำนักงานสถิติแห่งชาติ 40, 41, 75, 101
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) vi, 32, 35, 36, 57, 61, 88, 122, 123
เสียชีวิตที่บ้าน 53, 54, 60
เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล 52
เสียชีวิตในโรงพยาบาล 52, 57
หลักสูตรฝึกอบรม 76
องค์กรการกุศล 59
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) v, 31, 86, 87, 88, 89, 96, 97, 138, 141
องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา 4, 10
อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ 74, 75, 77
อาสาสมัคร 77, 78, 141
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 32, 78, 141
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 32, 77, 141
อุปทานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 75, 78
อุปสงค์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 74

A-Z

Activities of daily living (ADL) 41, 66, 67, 68, 69, 102, 106, 139
adverse selection 2, 3
ageing risk 1
altruism effect 3
asymmetric information 2
Collective housing facilities 21
crowding out effect 3
daycare 18, 80
daycare center 31
HCA Hospice Care (HCA) 59
home hospice 59, 60
Hospis Malaysia 54, 59
informal caregiver 3, 4, 6, 42, 73, 140
Intra-family moral hazard 3
Japan International Cooperation Agency (JICA) 32, 34
long stay 80
Long-Term Care Insurance (LTCI) 1, 12, 26
Long-term care units 21
means-tested insurance 30
Medicaid 3, 142
moral hazard 2, 3, 140
National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI) 18
Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 4, 10
Palliative care 51, 139
Retirement homes 21
Statutory long term care insurance 15
syringe แก้ว 55
universal coverage 4, 140