

จริงหรือไม่?

ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยอาจล้มละลาย จากปัญหาผู้สูงอายุในอนาคต

บทวิเคราะห์และทางเลือกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์

ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้อำนวยการ Thai-European Health Care Reform Project

มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนว่า มนุษย์ในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้น (Longevity) จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา ภาวะโภชนาการ ความแข็งแรงของร่างกาย สภาพเศรษฐกิจและสังคม เมื่อศตวรรษก่อนมีประชากรในยุโรปเพียงร้อยละ 25 ที่มีอายุถึง 65 ปี แต่ในปัจจุบันเกือบร้อยละ 90 ของประชากรมีโอกาสมีอายุยืนเกิน 65 ปี และมีสุขภาพดีกว่าประชากรในวัยเดียวกันนี้เมื่อหนึ่งร้อยปีก่อน

รายงานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง คือ อายุ เพศ เทคโนโลยี และ ภาวะสุขภาพ (Health status) และมีข้อมูลชัดเจนว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามอายุเป็นลักษณะตัวอักษร “J” ในภาษาอังกฤษ (J Curve) กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายสุขภาพจะสูงในช่วงวัยแรกเกิดจากนั้นจะลดต่ำที่สุดในช่วงหนุ่มสาว จากนั้นจะกลับสูงขึ้นในวัยกลางคนและสูงที่สุดในวัยชรา และถ้าการมีอายุยืนยาวเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการลดลงของอัตราเกิด จะทำให้เกิดภาวะที่นักประชากรศาสตร์เรียกกันว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” ซึ่งทำให้มีผู้อยู่ในวัยแรงงานลดลง ในขณะที่ผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยเฉพาะผู้ชราที่มีจำนวนสูงขึ้น อาจทำให้เกิดสถานะทางการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไม่มั่นคงได้

แต่เมื่อศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติมพบว่า ในแต่ละกลุ่มอายุนั้นค่าใช้จ่ายสุขภาพของ กลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้เกิดแนวคิดว่าการที่การที่ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้ชราสูงกว่ากลุ่มอื่นนั้น เกิดจากประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตในช่วงอายุนั้นสูงกว่า ไม่ใช่เป็นเพราะอายุมากกว่า นอกจากนั้นจากการวิเคราะห์ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ มาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่าภาวะชราภาพอย่างชัดเจน



1. สถานการณ์ในประเทศ

สำหรับประเทศไทยนั้นประชากรไทยก็มีอายุยืนขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา และเมื่อดูจากเกณฑ์ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติซึ่งกำหนดว่าประเทศที่อยู่ในภาวะประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมาก 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ขณะนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วด้วยปัจจัยทั้งการมีอายุยืนยาวขึ้น อัตราตายลดลง และอัตราเกิดของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง

ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร มีผู้สูงอายุจำนวนประมาณร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ. 2548 โดยเป็นผู้หญิงร้อยละ 55.2 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุอยู่นอกเขตเทศบาลมีมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลประมาณ 2.5 เท่า แต่โครงสร้างอายุคล้ายคลึงกันมากกล่าวคือเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ประมาณร้อยละ 62.7 ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-74 ปี) ประมาณร้อยละ 18.4 สำหรับผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีมีประมาณร้อยละ 18.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรและญาติ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2545 มีเพียงร้อยละ 6.3 ที่อาศัยอยู่คนเดียว แต่พบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.4

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด¹ (Life expectancy at birth) ของคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทั้งชายและหญิง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2543-2548 ชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 68.15 ปี และหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 72.39 ปี

1.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ในภาพรวมคนไทยป่วยน้อยลง และแบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อ แต่เมื่อนำเอาอายุคาดเฉลี่ยมาปรับด้วยตัวแปรภาวะสุขภาพซึ่งเรียกว่าอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Life expectancy at good health: LEGH) พบว่าอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของคนไทยจะเป็นเพียง 55.7 ปีสำหรับผู้ชาย และผู้หญิงลดเหลือ 62.4 ปี² กลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากเป็น 5 อันดับแรกได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูก โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ

ตารางที่ 1 สิบอันดับแรกของ DALY ในผู้สูงอายุ 60+ ปี

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	โรค	DALY ('000)	%	%	DALY ('000)	โรค
1	เส้นเลือดสมองอุดตัน	171	12.5	13.0	206	เส้นเลือดสมองอุดตัน
2	ถุงลมโป่งพอง	124	9.1	8.9	141	เบาหวาน
3	มะเร็งตับและถุงน้ำดี	114	8.4	6.1	97	ข้อเสื่อม
4	หัวใจขาดเลือด	94	6.9	6.1	97	หัวใจขาดเลือด
5	เบาหวาน	67	4.9	5.3	85	ต่อกระจก
6	มะเร็งปอด	62	4.6	4.9	78	สมองเสื่อม
7	หุหนวก	49	3.6	4.2	67	มะเร็งตับและถุงน้ำดี
8	ต่อกระจก	46	3.4	3.9	61	หุหนวก
9	สมองเสื่อม	38	2.8	3.8	60	ถุงลมโป่งพอง
10	ตับแข็ง	36	2.6	2.8	44	ไตอักเสบ

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาดัชนีชี้วัดภาวะโรค สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) คือจำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ นับตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นค่าทางสถิติที่นักประชากรศาสตร์นิยมใช้ในการเปรียบเทียบความยืนยาวของประชากรของประเทศต่างๆ

2 จากการคำนวณในรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลกปี 2546

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาล (หน่วยเป็นพันคน)

อายุ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	สวัสดิการข้าราชการ/บำนาญ/วิสาหกิจ	ประกันสุขภาพเอกชน	สวัสดิการโดยนายจ้าง	อื่นๆ
60-64	1727.5	41.1	403.1	36.7	5.9	6.9
65-69	1430.1	14.8	327.0	32.0	3.4	15.2
70-74	1051.5	3.1	238.4	15.3	4.3	10.1
75+	1087.9	3.0	330.5	3.8	0.9	9.7
รวม	5297.0	62.0	1299.0	87.8	14.5	41.9

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549

อัตราการสูญบุหรืเป็นประจำ และอัตราการตี๋มสุราของผู้สูงอายุลดลงจากการสำรวจครั้งก่อน อย่างไรก็ตาม สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมาตลอดช่วงชีวิต

เมื่อพิจารณาการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) พบว่าผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะถึงร้อยละ 85 จากโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ ร้อยละ 11 ที่เหลือเป็นอุบัติเหตุ (ตารางที่ 1) ทั้งนี้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้ป่วยชายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุหญิงจะสูงขึ้นจนถึงอายุ 74 ปี นอกจากนั้นภาวะสมองเสื่อมก็พบมากขึ้นในคนที่มียอายุมากขึ้น ในส่วนโรคเอดส์ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง

ในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 97.7 ของผู้สูงอายุไทยใช้สวัสดิการรักษายาบาลทั้งของรัฐและเอกชนในการรักษายาบาล (ตารางที่ 2) และผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 12.7 ใช้บริการผู้ป่วยในซึ่งสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ และ ค่าใช้จ่ายในการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น ไม่ว่าจะดูจากจำนวนค่ารักษาที่โรงพยาบาลแจ้ง (Billing) หรือ ค่านำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ตารางที่ 3) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการเปรียบเทียบผลการรักษา 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่กลับบ้านได้ และผู้ป่วยที่เสียชีวิต ก็พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉพาะครั้งที่ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉพาะครั้งสำหรับการรักษาที่ผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างชัดเจน แม้ว่าข้อมูลยังไม่เพียงพอจะคำนวณ Mortality cost ในแต่ละช่วงอายุ แต่พออนุมานได้ว่า รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลผู้ป่วยในประเทศไทยก็ยังคงคล้ายคลึงกับ

รายงานอื่นในประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปหรือสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูงขึ้นตามอายุในลักษณะ “J Curve” และค่าใช้จ่ายสุขภาพของกลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอด

1.2 สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ระดับความสามารถของผู้สูงอายุเริ่มจากกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง การทำงานบ้านด้วยตนเอง และกิจกรรมทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความสามารถที่นิยมใช้กันในประเทศต่างๆ คือ การวัด Activity Daily Life (ADL) ในหลายประเทศประยุกต์ใช้ ADL ในการประเมินเพื่อจัดความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ระบบการดูแลอาจจำแนกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการดูแลด้วยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care givers) ได้แก่ ครอบครัว ญาติมิตร และเครือข่ายกลุ่มที่สองเป็นการดูแลด้วยผู้ดูแลที่ทำงานเป็นอาชีพ (Formal care givers) ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนก็ได้ ทั้งนี้อาจเป็นการดูแลที่บ้าน (Home care) หรือ ดูแลในสถานที่เฉพาะ (Institution) ก็ได้

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามีจำนวนมากขึ้น และสัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น (ตารางที่ 4) ในอดีตผู้สูงอายุไทยที่ต้องพึ่งพาจะได้รับการดูแลโดยครอบครัวหรือญาติพี่น้อง แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว

มีการอพยพจากเขตชนบทสู่เขตเมือง โดยเฉพาะวัยแรงงาน ผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น ดังนั้นศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจึงลดลง ทำให้มีความต้องการการดูแลระยะยาวในสถานบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง

ในส่วนภาครัฐนั้นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ร่วมกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลด้วยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการในท้องถิ่น โดยมีเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสบ.) รวมถึงโครงการนำร่องอีกหลายโครงการ เช่น การจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

แต่ในส่วนของระบบการดูแลแบบเป็นทางการนั้น ภาครัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจนในการจัดตั้งสถาบันสำหรับ

ดูแลผู้ชราที่ต้องพึ่งพา มีแต่สถานพยาบาลรักษาโรค เช่น โรงพยาบาลซึ่งหน่วยงานทั้งสองประเภทไม่ได้ออกแบบมารองรับบริการดูแลระยะยาว หรือสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งออกแบบมารับผู้สูงอายุที่ยังช่วยตัวเองได้ ดังนั้นจึงพบปัญหาเป็นประจำว่า โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้านเนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันได้รับการบำบัดแล้ว แต่ผู้ป่วยหรือญาติยังไม่พร้อมจะรับกลับเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีระดับภาวะการณืพึ่งพาสูงกว่าที่ญาติสามารถให้การดูแลต่อในทำนองกลับกันผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บางรายก็มีภาวะพึ่งพาสูงเกินขีดความสามารถของสถานสงเคราะห์

สำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวโดยภาคเอกชนนั้น ส่วนใหญ่จัดทะเบียนในรูปสถานพยาบาลเอกชน หรือเลี้ยงไปจดทะเบียนกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงพาณิชย์ หรือกระทรวงแรงงาน นอกจากนั้นกล่าวได้ว่า ยังไม่มี

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2549 เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่กลับบ้านได้เสียชีวิต และผู้ป่วยที่เสียชีวิต

อายุ	สวัสดิการข้าราชการ				ประกันสังคม				หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
	ผู้ชาย		ผู้หญิง		ผู้ชาย		ผู้หญิง		ผู้ชาย		ผู้หญิง	
	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย	รอด	ตาย
ราคาที่เกี่ยวข้องกับเฉลี่ยต่อครั้ง การนอนโรงพยาบาล (Admission) x 1,000 บาท												
20-39	16.2	83.5	11.4	90.5	16.9	63.4	10.6	74.6	10.6	32.6	6.4	34.6
40-49	20.2	66.6	16.7	87.7	18.9	66.6	15.5	64.0	11.3	33.2	9.4	37.0
50-59	25.6	73.8	21.3	87.0	22.0	78.4	17.5	80.1	12.2	39.0	10.2	39.6
60-69	27.6	85.9	23.6	89.4	25.5	100.2	20.1	71.3	12.3	46.6	10.6	47.8
70-79	26.3	101.3	22.9	94.8	26.1	153.7	29.8	131.3	11.6	50.4	10.1	47.9
80-89	25.7	103.2	24.1	106.2					10.7	48.9	10.2	49.0
90+	25.1	125.5	28.7	114.6					11.6	39.2	10.6	48.1
Adjust RW เฉลี่ยต่อครั้ง การนอนโรงพยาบาล (Admission)												
20-39	1.10	4.37	0.88	2.78	0.98	2.48	0.67	2.48	1.13	2.42	0.71	2.32
40-49	1.29	3.16	1.16	3.55	1.12	2.51	1.01	2.27	1.22	2.63	1.07	2.62
50-59	1.64	3.67	1.33	4.14	1.29	2.87	1.07	3.26	1.32	2.99	1.13	2.96
60-69	1.72	4.34	1.42	4.30	1.43	3.60	1.11	2.68	1.33	3.43	1.13	3.28
70-79	1.64	4.89	1.42	4.69	1.41	4.98	1.36	4.08	1.25	3.67	1.08	3.41
80-89	1.58	5.42	1.44	5.53					1.18	3.64	1.08	3.67
90+	1.60	5.58	1.67	5.86					1.19	3.44	1.10	3.57

ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของกรมบัญชีกลาง สนง.ประกันสังคม และ สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 4 ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ

อายุ	ชาย			หญิง		
	กิจวัตรพื้นฐาน	การขับถ่าย	งานบ้าน	กิจวัตรพื้นฐาน	การขับถ่าย	งานบ้าน
60-69	1.8	3.7	5.4	2.2	5.6	7.0
70-79	3.8	5.8	12.5	5.1	7.3	19.9
80+	11.7	8.2	36.3	13.2	11.6	46.4
รวม	3.8	4.9	10.2	4.9	7.1	17.5

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การสำรวจสุขภาพพลานามัยของคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2548

การกำหนดประเภทสถานบริการสำหรับการดูแลระยะยาว การควบคุมกำกับมาตรฐานการเรียนการสอน มาตรฐาน บริการ อัตราค่าบริการเริ่มตั้งแต่ประมาณ 8,000 บาท ต่อเดือน จนถึงประมาณ 20,000 บาทต่อเดือนในกรณี นอนพักในสถานบริการ

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบในการ ประมาณความต้องการการพึ่งพาของผู้สูงอายุว่า มีจำนวน เท่าใด ต้องการผู้ดูแลทั้งที่เป็นแบบไม่เป็นทางการและที่เป็น ทางการเท่าใด ระบบจัดบริการในภาพรวมควรเป็นอย่างไร ต้องจัดระบบการเงินการคลังอย่างไร มีเพียงการประมาณ การคร่าวๆ ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) ว่าในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและ ต้องการคนดูแล 22,348 คน คิดเป็นค่าใช้จ่าย 805 ล้านบาท หากจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสผ.) โดยได้ค่าตอบแทน 3,000 บาท ต่อเดือน โดย อสผ. 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน

แนวโน้มในระยะ 10 ปี และเหตุผลประกอบ

แนวโน้มในระยะ 10 ปีต่อไปนี้ประชากรไทยยังคงจะมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ในขณะที่เด็กรักษาการ เจริญพันธุ์ก็ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากสภาพสังคมที่ผู้หญิง ทำงานมากขึ้น แต่งงานช้าลง และตั้งใจมีบุตรน้อยลงซึ่งเป็นผลจากการเลี้ยงดูบุตรในสภาพสังคมปัจจุบันเป็นภาระ ต่อพ่อแม่มาก อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังอยู่ในช่วงที่ นักประชากรศาสตร์เรียกว่า ระยะเวลาที่อัตราการ (Population dividend) กล่าวคือ เป็นช่วงเวลาที่อัตราการ พึ่งพิง (Dependency ratio) ลดลง ซึ่งเกิดจากจำนวนเด็ก เกิดใหม่ลดลงมากกว่าจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น

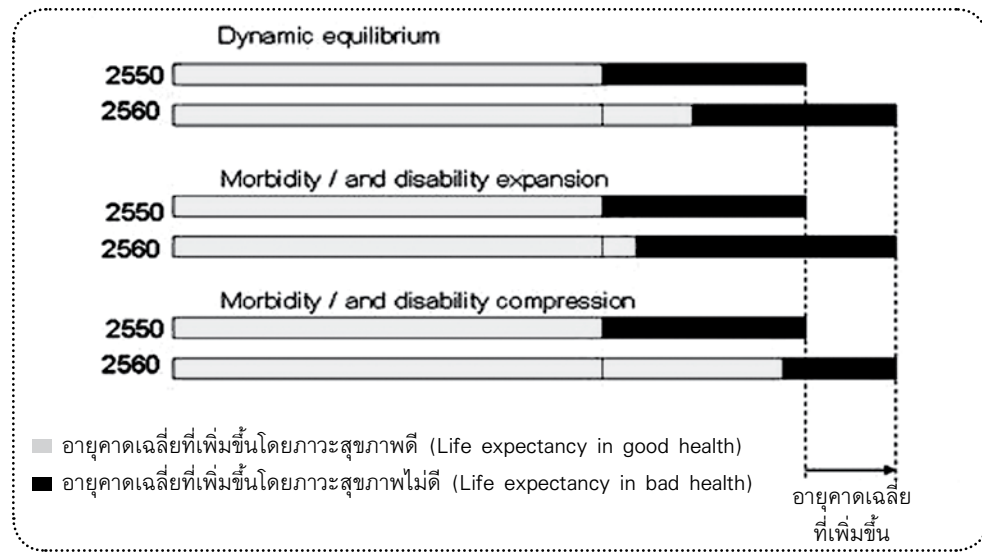
และยังมีประชากรในวัยแรงงานมาก และเป็นประชากรที่ใ้ รับการศึกษาดีขึ้นกว่าในอดีตทำให้สามารถสร้างผลผลิตทาง เศรษฐกิจได้มาก ซึ่งนำไปสู่การขยายตัวทางเศรษฐกิจและ สะสมความมั่งคั่งของประเทศ

คาดว่าในช่วง 10 ปีนี้ ประชากรไทยจะมีอายุคาด เฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Life expectancy at good health: LEGH) เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงขึ้น ในลักษณะที่ เรียกว่าเป็น Morbidity/disability compression (รูปที่ 1) ทั้งนี้เนื่องจากผลของการเติบโตทางเศรษฐกิจ และการที่ ประชากรมีการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงขึ้น ทำให้มีรายได้มากขึ้น ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกัน สังคมมีแผนงานที่ชัดเจนในการสร้างเสริมสุขภาพและ รณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ประกอบกับ กระแสสังคมเริ่มตอบรับกับการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ

ผลของการที่มีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแบบ Morbidity/ disability compression จะทำให้อัตราการเจ็บป่วยลดลง อัตราตายในแต่ละกลุ่มอายุลดลง ค่ารักษาพยาบาลต่อคน ต่อปีในแต่ละกลุ่มอายุมีแนวโน้มจะลดลง แต่ค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลรวมอาจเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากร มากขึ้น อาจมีจำนวนการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น

ในการทำงานกลับกันถ้าการรณรงค์ที่หน่วยงานต่างๆ ทำไม่ได้ผล ประชาชนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มากอยู่ ทั้งด้านเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะ น้ำหนักเกิน รวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง อายุ คาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจะเป็นอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ ไม่ดี (Life expectancy at bad health: LEBH) มากขึ้น เป็นลักษณะ Morbidity/disability expansion pattern ซึ่ง ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงอย่างรวดเร็วได้

รูปที่ 1 แสดงรูปแบบที่เป็นไปได้ของ Health life expectancy ของอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น ทั้ง 3 แบบ



ที่มา: ดัดแปลงจาก Economic Policy Committee (EPC) (2006)

จากการที่เริ่มมีการตื่นตัวในประเทศไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อรองรับสภาพสังคมผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์วิจัยและทดลองดำเนินการดูแลระยะยาวและกลไกการคลังของเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงเชื่อได้ว่าระบบหลักประกันสำหรับการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นภายใน 10 ปีนี้ ซึ่งระบบที่จะเกิดขึ้นจะใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีสถานบริบาลภาครัฐและภาคเอกชนเสริมในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้

ลักษณะผลกระทบและอิทธิพลต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

สถานพยาบาลต้องมีการปรับปรุงทั้งในด้านกายภาพและคุณภาพบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยสูงอายุที่จะมีมากขึ้นเรื่อยๆ โรคของผู้สูงอายุและวิธีการรักษาก็จะมีความแตกต่างจากโรคในวัยอื่นๆ อยู่บ้าง รวมทั้งสถานพยาบาลจะต้องเตรียมการรองรับปัญหาอื่นของผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ความพิการและปัญหาทางระบบประสาทและจิตเวช จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้รองรับการที่ประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วย

ในส่วนของระบบการดูแลระยะยาวนั้น ต้องมีการพัฒนามาตรฐานและระบบคุณภาพสำหรับสถานบริบาลที่

รับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และกลไกในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็น Informal care giver

การมีอายุยืนขึ้นไม่น่าจะเป็นประเด็นหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากอายุเป็นเพียงปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในด้านอุปทาน โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายทางสุขภาพขึ้นกับปัจจัยหลากหลายทั้งด้านอุปทานและอุปสงค์จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการและค่ารักษาพยาบาลของทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ พบว่า การกระจายของอายุสมาชิกของแต่ละกองทุน ความรุนแรงของโรค (คะแนนรวมของน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม) อัตราการใช้บริการ ภาวะเงินเฟ้อ อัตราค่าแรงที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแปลง “เทคโนโลยี” (ยาใหม่ การตรวจวินิจฉัยแบบใหม่ การรักษาแบบใหม่) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยในต่างประเทศ

แต่ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการออกแบบวิธีการจัดการและกลไกการคลังที่ดีเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งความเท่าเทียมทั้ง Intergenerational equity และ Intragenerational equity และประสิทธิภาพของระบบ จากการวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยากจน โดยเฉพาะผู้มีอายุเกิน 60 ปีทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และครอบครัวที่ ‘แห้ว’ กลาง หมายถึง



ครอบครัวที่มีเพียงเด็กและคนแก่ แต่ไม่มีรุ่นกลางอยู่เลยนั้น ในเขตเมืองมีโอกาสสูงมาก (2.8 เท่า) ที่จะเป็ครอบครัวยากจน ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถ้ามีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถหาผู้ดูแลในครอบครัวได้จะไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลระยะยาว เนื่องจากไม่มีกำลังเงินที่จะซื้อบริการจากสถานบริการภาคเอกชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่รัฐต้องเข้ามาจัดระบบการดูแลระยะยาวในลักษณะการจัดระบบประกันเพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข และกำกับราคาค่าบริการให้สมเหตุสมผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มี รายงานการวิจัย 2 ฉบับที่ประมาณการความต้องการบริการดูแลระยะยาว คือ รายงานของสุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐและคณะ (2540) ประมาณว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ทั้งสิ้น 213,035 คน โดยดูแลกันเองภายในครอบครัว 111,843 คน และอยู่ในสถานบริบาล 101,192 คน รายงานฉบับที่สองเป็นของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2549) ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่ควรดูแลจำนวน 448,466 คนในปี พ.ศ. 2558 โดยถ้าใช้ค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลเอกชนแบบค้างคืนที่กล่าวไว้ในช่วงต้นของบทความ งบประมาณที่ใช้น่าสำหรับตัวเลขประมาณการในบทความของสุวิทย์จะอยู่ในราวสองหมื่นล้านถึงสามหมื่นล้านบาทเป็นอย่างต่ำ ในขณะที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยประมาณการจำนวนและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยคิดเฉพาะค่าตอบแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสม.) โดยได้ค่าตอบแทน 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นใช้ค่าตอบแทน 2,209 ล้านบาท ซึ่งน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากจะมีผู้สูงอายุจำนวน

ไม่น้อยที่ต้องเข้าสถานบริบาลเนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลปานกลางหรือดูแลมาก ซึ่งเกินกว่าขีดความสามารถของ อสม.

สรุป

ประชากรไทยมีแนวโน้มที่มีอายุยืนขึ้น แต่ในช่วง 10 ปีนี้ประเทศไทยยังอยู่ในช่วงปันผลประชากร ซึ่งจะมีกำลังแรงงานในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุ จึงเป็นช่วงเหมาะที่จะเตรียมตัวรองรับปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่จะตามมา จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปัจจุบันพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามอายุ แต่ก็ไม่มากนัก ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลอยู่ที่ค่าใช้จ่ายก่อนมรณกรรมมากกว่า และปัจจัยหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้นเป็นปัจจัยการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ดังนั้นการมีอายุยืนขึ้นไม่น่าจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเปลี่ยนไปมากนัก แต่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเป็นคนจนสูงและจะยิ่งลำบากมากขึ้นถ้าพึ่งพาตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีการออกแบบวิธีการระบบประกันสำหรับการดูแลระยะยาวที่มีการจัดการและกลไกการคลังที่ดี เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งความเท่าเทียมทั้ง Intergenerational equity และ Intragenerational equity และประสิทธิภาพของระบบ ซึ่งระบบที่จะเกิดขึ้นควรใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีสถานบริบาลภาครัฐและภาคเอกชนเสริมในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ ■

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2550), สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย กรุงเทพฯ
- สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (2548), การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี
- สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2550), การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550 เรื่อง การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย, โรงแรมแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อัมมาร สยามวาลา, สมชัย จิตสุชน (2550), แนวทางการแก้ปัญหาความยากจน: เสรีนิยม ประชานิยม หรือรัฐสวัสดิการ ในการสัมมนาวิชาการประจำปี 2550 เรื่อง จะแก้ปัญหาความยากจนกันอย่างไร: แข่งขัน แจกจ่าย หรือสวัสดิการ, มูลนิธิชัยพัฒนาและมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, กรุงเทพฯ
- Ahn, N., R. Genova, J. Herce and J. Pereira (2003), WP1: Ageing, Health and Retirement in Europe, Bio-Demographic Aspects of Population Ageing, Final report of WP1 of the AGIR project, FEDEA, Madrid, December.
- Economic Policy Committee (EPC) (2006), The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050), Special Report n° 1/2006, Brussels.
- Pellikaan, F. and E. Westerhout (2005), Alternative Scenarios for Health, Life Expectancy and Social Expenditure (paper prepared as part of the AGIR WP4 project), CPB Document No. 85, CPB, The Hague
- Westerhout, E. and F. Pellikaan (2005), Can We Afford to Live Longer in Better Health? (paper prepared as part of the AGIR WP10 project), CPB, The Hague