

รายงานด้านสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต ภายใต้แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว

พิมพินิภา ทวีธนวิริยา* และ ปรียดา สุขเจริญสิน**

รับวันที่ 12 มิถุนายน 2566
แก้ไขวันที่ 18 กรกฎาคม 2566
ตอบรับตีพิมพ์ 18 กรกฎาคม 2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพอนามัยในอนาคตของประเทศไทย โดยประมาณการแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าใช้จ่ายในการดูแลในระยะยาว และวิเคราะห์แนวโน้มรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ทำให้ พ.ศ. 2583 ค่าใช้จ่ายการดูแลในระยะยาวรวมทั้งสองกลุ่มสูงถึง 5 แสนล้านบาท ซึ่งจากผลการประมาณการรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพเพื่อวิเคราะห์พื้นที่การคลัง โดยนำมารวมกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวตามสถานการณ์ที่กำหนดแสดงให้เห็นว่าไม่เพียงพอในการสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว โดยกระทรวงสาธารณสุขได้วางกรอบรายจ่ายรวมด้านสุขภาพใน พ.ศ. 2565 อยู่ระหว่างร้อยละ 4.6 ถึง 5.0 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ซึ่งในสถานการณ์จำลองทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในอนาคตแสดงให้เห็นว่า รายงานด้านสุขภาพที่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวด้วยนั้นในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเกินกรอบรายจ่าย แม้แต่ในสถานการณ์ที่เศรษฐกิจของประเทศมีอัตราการขยายตัวสูงที่สุด ยังใช้เวลาเกิน 10 ปีจึงจะเข้าสู่กรอบรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพได้

คำสำคัญ: ค่าใช้จ่ายการดูแลในระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, รายงานด้านสุขภาพ

* นักวิชาการแรงงานปฏิบัติการ - กองเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน กระทรวงแรงงาน ถนนมิตรไมตรี แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 - Email: pimnipa.tvee@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ - คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) 148 ถนนเสรีไทย แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร 10240 - Email: pariyada.s@nida.ac.th

Future Health Expenditures in Thailand under the Increasing Trend of Dependent Elderly and Long-term Care Costs

Pimnipa Taveetanaviriya* and Pariyada Sukcharoensin **

Received June 12, 2023

Revised July 18, 2023

Accepted July 18, 2023

Abstract

This study aims to analyze the impact of ageing society on the future health and social welfare of Thailand. We estimate trends of dependent elderly and long-term care costs then analyze the government health expenditures under various future economic scenarios. The results reveal the increasing trends of dependent elderly in Thailand. In 2040, the long-term care costs for dependent elderly will be as high as 500 billion baht. In the analysis of fiscal space under future scenarios, we combine health expenditures with long-term care costs. The results show that government health expenditures are insufficient to support long-term care for dependent elderly. The Ministry of Public Health has set a framework for total health expenditure between 4.6 and 5 percent of GDP in 2022. From the scenario analysis of the next 20 years, health expenditures, including long-term care costs, will exceed the expenditure framework every year. Even in scenario where the economy is experiencing the highest growth rate, it still takes more than 10 years to follow the government health expenditure framework.

Keywords: Dependent Elderly, Health Expenditure, Long-term Care Cost

* Labour Specialist, Practitioner Level – Labour Economics Division, Office of Permanent Secretary for Ministry of Labour, Ministry of Labour Mit-mitree Road, Din-daeng, Din-daeng, Bangkok 10400 - Email: pimnipa.tvee@gmail.com

** Associate Professor, Graduate School of Development Economics, National Institute of Development Administration, 148 Seri Thai Road, Klong-Chan, Bangkok, Bangkok 10240, Thailand - Email: pariyada.s@nida.ac.th

1. บทนำ (Introduction)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้ประชาคมโลกและประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ด้วยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรภายในประเทศ โดยใน พ.ศ. 2564 ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 4 และ ร้อยละ 7 ต่อปี ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) อันเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี แต่ในทางตรงกันข้ามอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของไทยมีแนวโน้มหดตัวอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) รวมทั้งประเทศไทยยังไม่สามารถหลุดพ้นกับดักประเทศรายได้ปานกลาง (middle-income trap) หรือเป็นประเทศกำลังพัฒนา รัฐบาลจึงจำเป็นต้องตรวจสอบระดับงบประมาณที่เหมาะสมอยู่สม่ำเสมอเพื่อความยั่งยืนทางการคลัง

Barr (1998) มีกรอบแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ (welfare economics) แยกเรื่องความยั่งยืนเป็น 2 ประเด็น โดยในประเด็นแรกกล่าวถึง ระดับการคลังที่เหมาะสม ซึ่งเป็นประเด็นทางเศรษฐศาสตร์มหภาค ที่รัฐต้องตัดสินใจต่อระดับของงบประมาณที่ใช้เพื่อกระจายรายได้และความมั่นคงทางสังคม คือ สุขภาพ การศึกษา และความมั่นคงด้านรายได้ (income security) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความยั่งยืนของงบประมาณและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ และอีกประเด็นหนึ่งคือ การคลังสำหรับระบบบริการสุขภาพภายในประเทศที่เหมาะสม เป็นประเด็นทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค ซึ่งเป็นการจัดการกับกลไกตลาดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (market failures) จากการดำเนินการในภาครัฐและภาคเอกชน อันจะนำไปสู่ปัญหาความยั่งยืนทางการคลัง ดังนั้น การที่มีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานของภาครัฐบรรลุเป้าหมายจึงจะนำไปสู่การคลังที่ยั่งยืน โดยจะต้องพิจารณาการคาดการณ์อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจและแนวโน้มประชากรมาเป็นปัจจัยหลักในการบริหารการคลังให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว โดยองค์การอนามัยโลกเสนอว่าระบบบริการสุขภาพมีเป้าประสงค์ 3 ประการ คือ เพิ่มระดับสุขภาพของประชาชน ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน และคุ้มครองประชาชนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

จากข้อมูลของ World Bank ใน พ.ศ. 2563 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐ ซึ่งคำนวณเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 3.07 ในขณะที่อัตราเฉลี่ยของทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 6.91 จึงเป็นที่น่าสังเกตว่า กรอบแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขในกำหนดนโยบายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ใน พ.ศ. 2565 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) แม้จะปรับขึ้นมาเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.6 แต่ยังคงกำหนดกรอบนโยบายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไว้ไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) นั้นเพียงพอหรือไม่ การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายของภาครัฐ ความเป็นไปได้สำหรับ

การส่งเสริมการบริหารผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว และศึกษาผลกระทบรายจ่ายสวัสดิการทางสังคมต่อความยั่งยืนทางการคลัง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางและมาตรการในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (long-term care)

2. ทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

การวัดความยั่งยืนทางการคลังของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสามารถทำได้โดยการเปรียบเทียบร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ เพื่อแสดงว่าประเทศจะสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพได้หรือไม่ โดยดูได้จากแนวโน้มสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในลักษณะอนุกรมเวลา ซึ่งสามารถสร้างแบบจำลองการคลังสุขภาพ โดยการนำการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมมาพิจารณาร่วมกับการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามอายุและเพศ ซึ่งงานวิจัยของ Bolnick (2004) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประชากรสูงวัยกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศกลุ่ม OECD จากผลการศึกษาโดยใช้แบบจำลองที่มีการแยกกลุ่มประชากรในแต่ละอายุเป็นกลุ่มผู้รอดชีวิตและผู้เสียชีวิต เพื่อดูผลของค่าใช้จ่ายสุขภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต พบว่า การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายจะลดลงประมาณร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ต่อปี เมื่อเทียบกับแบบจำลองทั่วไปไม่มีการจำแนกกลุ่มผู้รอดชีวิตและผู้เสียชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุกับค่าใช้จ่ายสุขภาพในประเทศกลุ่ม OECD ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อวิเคราะห์ลึกลงไปพบว่า ปัจจัยผลักดันต้นทุนที่สำคัญกลับเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงของรายได้ (Jacobzone, 2002) ทำให้ในแต่ละกลุ่มอายุค่าใช้จ่ายสุขภาพของกลุ่มที่เสียชีวิตต่างจากกลุ่มที่ยังมีชีวิตรอดหลายเท่า

สำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศไทยนั้น สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปีงบประมาณ 2553 เปรียบเทียบกับสถานการณ์ในอดีต โดยใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิจากกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุช่วง 60-70 ปี จะมีอัตราการใช้บริการสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกช่วงอายุ แต่จะลดลงหลังจากอายุ 75 ปี โดยมีความแตกต่างระหว่างประเภทสิทธิหลักประกันสุขภาพและพื้นที่ ผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการมีแนวโน้มดีขึ้น โดยดูจากอัตราการลดลงของการที่ผู้สูงอายุใช้บริการผู้ป่วยในด้วยโรคที่สามารถดูแลรักษาแบบบริการขั้นต้นได้ ผู้สูงอายุมีสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลนานไม่น้อยกว่า 2 เดือนเกือบร้อยละ 40 โดยสูงถึงร้อยละ 72 เป็นผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่แล้วร้อยละ 2 จึงเป็นการบ่งชี้โดยอ้อมว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลระยะยาวมากขึ้น

ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ในปีงบประมาณ 2553 คิดเป็นร้อยละ 0.64 ของ GDP และจากการใช้แบบจำลองการคลังสุขภาพ โดยพิจารณาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสถานการณ์ทางเศรษฐศาสตร์มหภาคในอนาคต ร่วมด้วย พบว่า การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ. 2554–พ.ศ. 2565 ในสถานการณ์ที่ไม่เปลี่ยนแปลง ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ในปีงบประมาณ 2565 จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.1 ของ GDP โดยอาจสูงได้ถึง ร้อยละ 1.5 ของ GDP ถ้าอัตราการใช้บริการและค่าใช้จ่ายต่อหน่วยสูงขึ้น และค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุอาจลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1 ของ GDP หากมีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มี ประสิทธิภาพ โดยการเปลี่ยนแปลงสถานสุขภาพของผู้สูงอายุไปในทางที่ดีขึ้นจะทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง เช่นกัน (ถาวร สกฤตพาณิชย์, 2554) ซึ่งเมื่อประเมินสัดส่วนของอัตรารายได้กับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จะพบว่า หากมีรายได้เพิ่มขึ้น 1 เท่า อัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้น 1 เท่าเช่นกัน และคาดว่า ใน พ.ศ. 2575 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยจะอยู่ที่ 1.83 ล้านล้านบาท หากภาครัฐไม่ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น การส่งเสริมและป้องกันโรค ส่งเสริมการวิจัย และพัฒนานวัตกรรมเพื่อการ รักษาโรคเพื่อลดต้นทุนการรักษา เป็นต้น แต่หากรัฐควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมีค่าใช้จ่าย อยู่ที่ราว 1.319 ล้านล้านบาท (ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, อลงกรณ์ ฉลาดสุข, พิมพ์ชนก เกียรติ, ภัทร อภิวัฒน์กุล, และขวัญกมล ถนัดคำ, 2560)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 6,394,022 คน พบว่า เป็นผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) ประมาณ 1.3 ล้านคน จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการ ด้านสุขภาพและสังคม ด้วยสถานการณ์ข้างต้นนี้ ขณะที่ศักยภาพครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอย ทั้งจากขนาดครัวเรือนที่เล็กลงและการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมืองมากขึ้น ส่งผลต่อ การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบกับค่าใช้จ่ายสุขภาพในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาทใน พ.ศ. 2553 เป็น 220,000 ล้านบาทใน พ.ศ. 2565 หรือร้อยละ 2.80 ของ GDP ซึ่งจำเป็นต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างทั่วถึง

3. ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ภาพการคลังบริการสุขภาพในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้าเป็นเรื่องที่ไม่แน่นอน การประมาณการภาระ ทางการคลังที่ดำเนินการนี้มีใช้เป็นการทำนายอนาคต แต่เป็นการสร้างสถานการณ์อนาคตขึ้นมาจำนวน หนึ่ง โดยอาศัยโครงเรื่องที่มาจากแนวโน้มที่เห็นอยู่ในปัจจุบันและความไม่แน่นอน (uncertainties) ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต สถานการณ์อนาคตจึงมีได้หลายภาพ ขึ้นอยู่กับชุดแนวโน้มและความไม่แน่นอนที่เลือกมาประกอบกันเป็นโครงเรื่อง โดยมุ่งเน้นให้ครอบคลุมอนาคตที่เป็นไปได้ให้มากที่สุด เพื่อช่วยในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จะแบ่งส่วนการคาดการณ์ออกเป็น 2 ส่วน ในส่วนแรกจะประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อประเมินความต้องการในการอภิบาล

ดูแลระยะยาวและวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์พื้นที่การคลังสุขภาพในอนาคต โดยพิจารณาจากการคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นไปได้ในอนาคต 20 ปีข้างหน้า

3.1 การประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้นทุนในการดูแล

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ การศึกษานี้ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งเป็นดัชนีมาตรฐานในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ 10 กิจกรรม สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน แล้วนำมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ที่สอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้นำคำถามและคำตอบของข้อมูลทั้งสองชุดมาเปรียบเทียบกัน เพื่อคำนวณสัดส่วนผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิง ($Prop_{ADLx}^{ag}$) ในระดับประเทศ และเนื่องจากผู้สูงอายุติดสังคมเป็นกลุ่มที่ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การศึกษานี้จึงไม่นำมาเป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลระยะยาว

การประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวของไทยใน พ.ศ. 2563-พ.ศ. 2583 มีข้อสมมติว่าอัตราการพึ่งพิงในแต่ละช่วงอายุและเพศที่ เท่ากับอัตราการพึ่งพิงใน พ.ศ. 2560 โดยจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต ($Elderly_{ADLx,t}$) เท่ากับสัดส่วนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงที่คำนวณได้ใน พ.ศ. 2560 คูณกับจำนวนผู้สูงอายุในอนาคต (Australian Institute of Health and Welfare, 2001 และ WHO, 2002)

$$Elderly_{ADLx,t} = \sum_{a=1}^3 \sum_{g=1}^2 Prop_{ADLx}^{ag} \times Elderly_t^{ag} \quad (1)$$

โดยที่ ($Elderly_{ADLx,t}$) คือ จำนวนผู้สูงอายุตามระดับ ADL กลุ่มอายุและเพศ ใน พ.ศ. 2563 - 2583 ในขณะที่ ($Prop_{ADLx}^{ag}$) คือ สัดส่วนของผู้สูงอายุตามระดับ ADL กลุ่มอายุและเพศ ใน พ.ศ. 2560 และ $Elderly_t^{ag}$ คือ จำนวนผู้สูงอายุ ตามกลุ่มอายุและเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2583 โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการคาดประมาณประชากรของไทย พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ส่วน ADL_x คือ จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับ ADL โดย ADL₁ คือ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และ ADL_2 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน นอกจากนี้ t คือ จำนวนปี เริ่มจาก พ.ศ. 2563-2583 สำหรับ a คือ จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และ g คือ จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ โดยการศึกษาที่ไม่ได้ประมาณการสัดส่วนและความน่าจะเป็นที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอาจจะเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดเตียง เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่อาจกระทบจำนวนผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม จึงประมาณการผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม แยกจากกัน

เมื่อประมาณการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว ภาระในการดูแลผู้สูงอายุประกอบไปด้วยทั้งการดูแลด้านสุขภาพ (Health Care) การดูแลระยะยาว (Long-term Care) และการดูแลทางสังคม (Social Care) แต่การศึกษานี้จะจำกัดที่การประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลระยะยาว โดยอยู่ภายใต้ข้อสมมติที่ภาครัฐควรจะเข้ามามีส่วนช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ค่าบุคลากร และค่าเดินทาง ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่คำนวณนี้ เป็นรายการและการให้บริการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) ควรได้รับ สำหรับรายการและการให้บริการที่ขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยจำเพาะหรือสถานะของผู้สูงอายุที่มีรายละเอียดแตกต่างกันไป ไม่นำมาพิจารณา การคำนวณจะเริ่มคำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวต่อรายการต่อเดือนของแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปรับให้เป็นค่าใช้จ่ายรวมต่อปี แล้วจึงประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในอนาคต พ.ศ. 2563-2583

$$\text{TotalCost}_{ADLx,t} = [\text{TotalCost}_{ADLx} (1+\pi)^t] \times \text{Elderly}_{ADLx,t} \quad (2)$$

$$\text{TotalCost}_t = \sum_{x=1}^2 \text{TotalCost}_{ADLx,t} \quad (3)$$

โดยที่ $\text{TotalCost}_{ADLx,t}$ คือ ค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง (บาท/ปี) และ TotalCost_t คือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการดูแลระยะยาว (บาท/ปี) ส่วน π คือ อัตราเงินเฟ้อ กำหนดให้เท่ากับร้อยละ 2 ต่อปี (คิดตามกรอบแนวคิดการขยายตัวทางเศรษฐกิจตามศักยภาพ)

3.2 การประมาณการแนวโน้มพื้นที่การคลังสุขภาพของรัฐบาล ภายใต้สถานการณ์เศรษฐกิจมหภาคในอีก 20 ปีข้างหน้า

การประมาณการแนวโน้มของภาคการคลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถทราบถึงความเพียงพอของทรัพยากรทางการเงินที่สามารถนำมาใช้ในการให้บริการสุขภาพกับผู้สูงอายุในระยะยาว ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นไปได้ในอนาคต ซึ่งสามารถทำได้โดยการประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพ โดยสร้างแบบจำลองการพยากรณ์รายจ่ายด้านบริการสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งจะใช้วิธีการวิเคราะห์อนุกรมเวลา

การประมาณการแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวแปรสำคัญต่อการเพิ่มหรือลดลงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น โครงสร้างประชากร นโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล เทคโนโลยีการรักษา เป็นต้น (ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร และคณะ, 2560) สำหรับการประมาณการด้วยวิธีการวิเคราะห์อนุกรมเวลาในการศึกษานี้ จะใช้ตัวแปรจำนวนประชากรเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยแยกตามกลุ่มอายุเป็นวัยเด็กอายุ 0-14 ปี วัยทำงานอายุ 15-59 ปี และวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และแยกตามเพศชายและหญิง เป็นตัวกำหนดแนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ (GGHE)

$$GGHE = \beta_0 + \beta_1 M_{chi} + \beta_2 F_{chi} + \beta_3 M_{adu} + \beta_4 F_{adu} + \beta_5 M_{old} + \beta_6 F_{old} + \varepsilon \quad (4)$$

โดยที่ M_{chi} , M_{adu} , M_{old} คือ จำนวนประชากรเพศชาย (พันคน) วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ตามลำดับ ส่วน F_{chi} , F_{adu} , F_{old} คือ จำนวนประชากรเพศหญิง (พันคน) วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ตามลำดับ

เนื่องจากการคาดการณ์ในอนาคตที่มีความไม่แน่นอนสูง การศึกษานี้จึงจะนำเสนอชุดความเป็นไปได้ในการฉายภาพอนาคต (Future Scenario) ต่าง ๆ โดยภาพรวมเศรษฐกิจไทยในอนาคตจะจำกัดในสองตัวแปรหลัก คือ อัตราการขยายตัวของเศรษฐกิจไทยและอัตราเงินเฟ้อ เนื่องจากประเทศไทยมีการใช้นโยบายการเงินแบบกำหนดเป้าหมายเงินเฟ้อ โดยธนาคารแห่งประเทศไทยเป็นผู้รักษาเสถียรภาพของราคา ซึ่งดูจากระดับเงินเฟ้อเป็นหลัก แต่เนื่องจากการบริหารจัดการเงินเฟ้อของธนาคารแห่งประเทศไทยเป็นการบริหารด้านอุปสงค์ (Demand Management) ดังนั้น ถึงแม้ว่าระดับเงินเฟ้อจะเป็นเป้าหมาย แต่ก็กระทบต่อการขยายตัวของเศรษฐกิจ โดยจะใช้กรอบแนวคิดการศึกษาการขยายตัวทางเศรษฐกิจตามศักยภาพ (Potential Economic Growth) ซึ่งเป็นการประมาณการการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่สอดคล้องกับทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรในระยะยาว โดยใช้ข้อมูลในอดีตเป็นตัวกำหนดระดับการขยายตัวตามศักยภาพ (ถาวร สกุลพาณิชย์, สมชัย จิตสุชน, และอรรพรรณ ประสิทธิ์ศิริผล, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้สรุปสถานการณ์ที่จะสามารถเกิดขึ้นได้ในอนาคต ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งศักยภาพการขยายตัวทางเศรษฐกิจ สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย ไม่ว่าจะเป็นนโยบายด้านการศึกษา สาธารณสุข การวิจัยและพัฒนา การกำกับดูแลการแข่งขันในระบบตลาด เป็นต้น

ตารางที่ 1: สถานการณ์ทางเศรษฐกิจมหภาคในอีก 20 ปีข้างหน้า

กรณีศึกษา	สถานการณ์เศรษฐกิจ	อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจแท้จริง (ร้อยละต่อปี)	อัตราเงินเฟ้อ (ร้อยละต่อปี)
SC-1	ขยายตัวทางเศรษฐกิจเป็นไปตามศักยภาพ (Potential Economic Growth)	5.00	2.50
SC-2	ติดกับดักประเทศรายได้ปานกลางต่อเนื่อง (Prolonged Middle Income Trap)	3.30	2.00
SC-3	หลุดพ้นกับดักประเทศรายได้ปานกลาง (Overcoming Middle Income Trap)	6.60	3.00

แหล่งที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2555)

เมื่อกำหนดสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตแล้ว จะทำการวิเคราะห์แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐของอัตราขยายตัวทางเศรษฐกิจแต่ละกรณีในช่วง พ.ศ. 2563-2583 เนื่องจากต้องการวิเคราะห์พื้นที่การคลัง และนำมารวมกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ตามสมการที่ 3) ที่ได้ประมาณการไว้ในส่วนก่อนหน้านี้นี้แล้วนั้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีกรอบแนวทางไว้ว่า ค่าใช้จ่ายทางการคลังสุขภาพต่อปี จะต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ซึ่งการวิเคราะห์ความพอเพียงของพื้นที่ว่างทางการคลังสุขภาพของภาครัฐนี้ เพื่อที่จะทราบถึงความสามารถในการเพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของระบบสวัสดิการสังคมการดูแลในระยะยาว (Long-Term Care) ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

4. ผลการศึกษา (Results)

การศึกษานี้ได้ใช้ผลการคาดประมาณประชากรไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) ของสำนักสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดให้อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรไทยใน พ.ศ. 2553 ของประชากรชาย เท่ากับ 70.5 ปี และของประชากรหญิง เท่ากับ 77.8 ปี โดยในอีก 30 ปีข้างหน้า หรือ พ.ศ. 2583 จะเพิ่มขึ้นเป็น 76.8 ปี และ 83.2 ปี ตามลำดับ สำหรับอัตราภาวะเจริญพันธุ์รวมนั้นถูกกำหนดไว้ให้เท่ากับ 1.62 ใน พ.ศ. 2553 และเท่ากับ 1.30 ใน พ.ศ. 2583 ตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ในตารางที่ 2 ต่อไปนี้

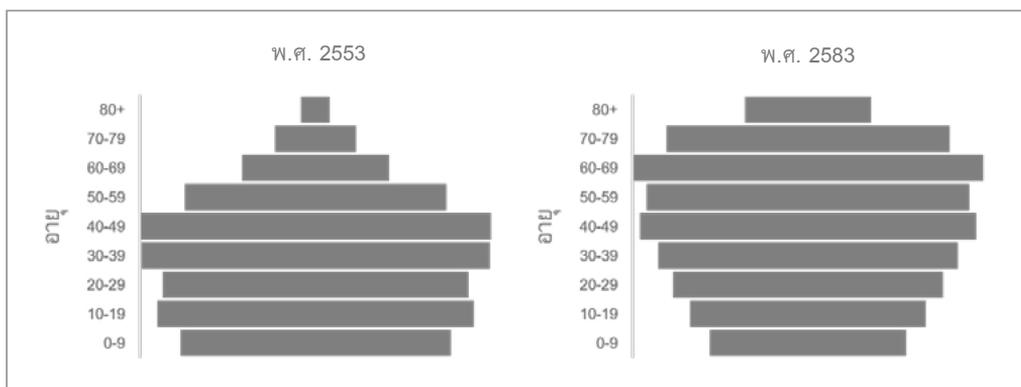
ตารางที่ 2: สมมติฐานที่สำคัญของสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2553-2583

	2553	2563	2573	2583
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth)				
ชาย (Male)	70.52	73.23	75.27	76.75
หญิง (Female)	77.84	80.35	82.04	83.15
อัตราภาวะเจริญพันธุ์รวม ระดับปานกลาง				
ทั้งหมด	1.62	1.53	1.41	1.30

แหล่งที่มา: สำนักสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562)

อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดที่เพิ่มขึ้นและอัตราภาวะเจริญพันธุ์รวมที่ลดลง ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โครงสร้างประชากรเกิดการเปลี่ยนแปลง ประชากรวัยทำงานลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรสูงวัยก็เพิ่มขึ้นสูงอย่างรวดเร็ว โดยรูปภาพที่ 1 แสดงการคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุของไทย เพศชาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.15 ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 27.25 ใน พ.ศ. 2583 และเพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.16 เป็นร้อยละ 35.14 ในช่วงเวลาเดียวกัน เนื่องจากประชากรสูงอายุมักมีสุขภาพและสมรรถภาพที่เสื่อมถอยลงโดยธรรมชาติ การเข้าสู่สังคมสูงวัยทำให้เกิดความต้องการการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยผลการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งเป็นการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว

ภาพที่ 1: โครงสร้างประชากรตามช่วงอายุ เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2583



แหล่งที่มา: สำนักสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562)

4.1 ผลการประมาณการจำนวนประชากรสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้นทุนในการดูแล

ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2560 พบว่ามีประชากรสูงอายุประมาณ 11 ล้านคน สัดส่วนผู้สูงวัยเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 57 เพศชายอยู่ที่ร้อยละ 43 โดยผู้สูงอายุ 6.4 ล้านคน หรือเกินกว่าร้อยละ 59.7 เป็นผู้สูงอายุในช่วงต้น (60-69 ปี) และอีกประมาณ 3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 28 เป็นผู้สูงอายุในช่วงกลาง (70-79 ปี) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3: จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

ลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ
ทั้งประเทศ	10,745	100.0
เพศ		
ชาย	4,585	43.0
หญิง	6,160	57.0
กลุ่มอายุ		
60 – 69 ปี	6,418	59.7
70 – 79 ปี	3,031	28.2
80 ปีขึ้นไป	1,296	12.1

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561)

การพิจารณาว่าผู้สูงอายุคนใดมีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน การศึกษานี้พิจารณาได้จากการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำพื้นฐาน (ADL) ตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นดัชนีมาตรฐานในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ แล้วนำมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ที่สอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะแปรผกผันกับอายุ ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 4 กล่าวคือ ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านที่ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง และกลุ่มติดเตียงที่แทบจะไม่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเลยมีสัดส่วนสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านการเคลื่อนไหว การขึ้นลงบันได การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ และการอาบน้ำ ซึ่งระดับของความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานจะน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4: จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุติดเตียงและติดบ้าน จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

ลักษณะของผู้สูงอายุ		ติดเตียง		ติดบ้าน	
เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละของประชากร	
ชาย	95,284	2.08	182,611	3.98	
หญิง	201,138	3.27	391,705	6.36	
กลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละของกลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละของกลุ่มอายุ	
60 – 69 ปี	82,574	1.29	170,917	2.66	
70 – 79 ปี	91,093	3.01	214,688	7.08	
80 ปีขึ้นไป	122,756	9.47	188,689	14.56	
รวม	296,422	2.76	574,294	5.34	

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561)

การประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐานหรือความต้องการการดูแลในระยะยาวของไทย ในช่วง พ.ศ. 2563-2583 มีข้อสมมติว่า อัตราส่วนพึ่งพิงในแต่ละช่วงอายุและเพศคงที่เท่ากับอัตราการพึ่งพิงใน พ.ศ. 2560 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพศชายกลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดบ้าน เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรสูงวัยเพศชายทั้งหมด อยู่ที่ร้อยละ 2.20 และร้อยละ 4.18 ของ ตามลำดับ และในสัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงกลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดบ้าน อยู่ที่ร้อยละ 3.32 และร้อยละ 6.44 ตามลำดับ โดยเมื่ออายุมากขึ้น สัดส่วนการมีภาวะพึ่งพิงยิ่งเพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงมีสัดส่วนการมีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าเพศชายในทุกกลุ่มช่วงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 5

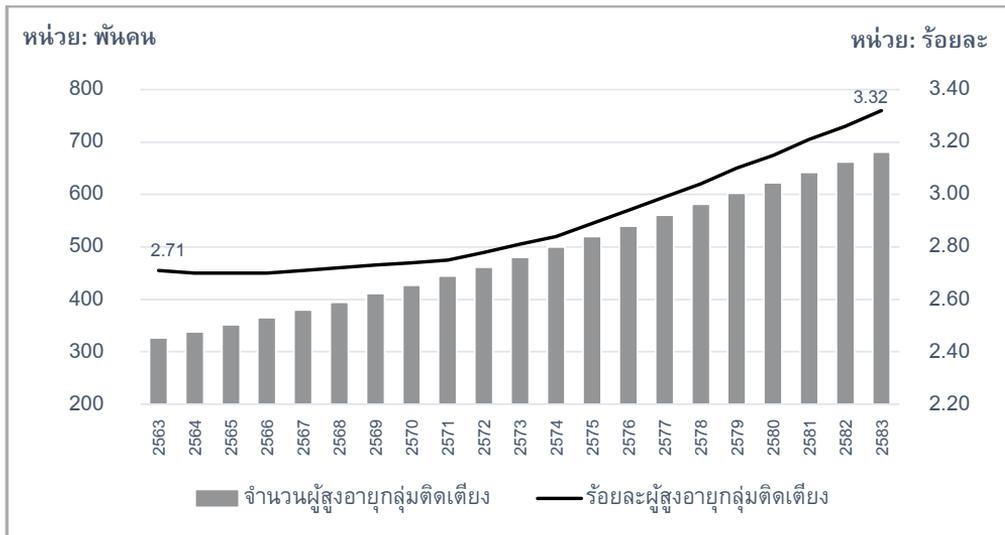
ตารางที่ 5: สัดส่วนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงต่อประชากรสูงวัยทั่วประเทศ

กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง	
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดเตียง	ติดบ้าน
60 - 69	1.14	2.18	1.41	3.06
70 – 79	2.25	5.53	3.39	8.16
80 ปีขึ้นไป	7.20	11.50	10.65	16.14
รวม	2.20	4.18	3.32	6.44

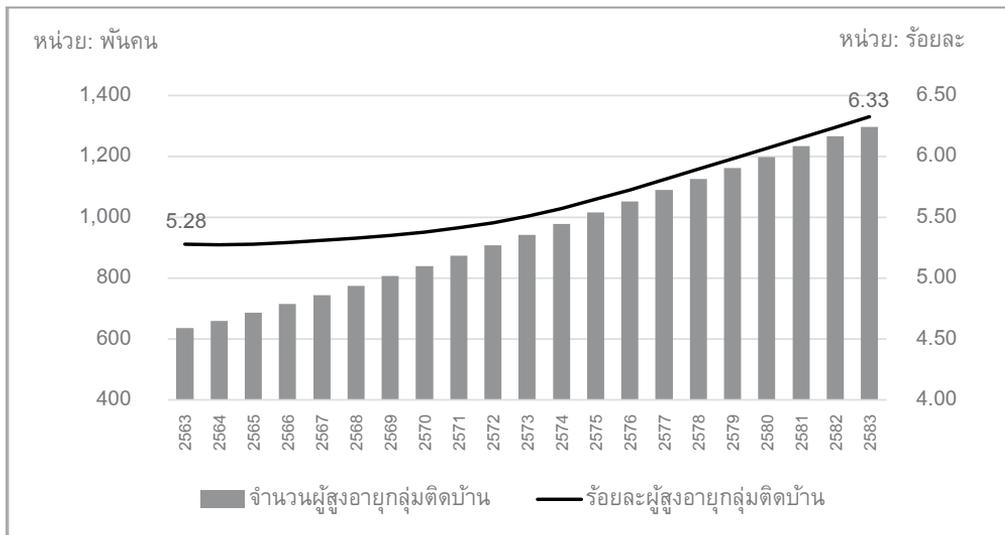
โดยผลการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ พ.ศ.2563-2583 ภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในกลุ่มติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 315,340 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.71 ใน พ.ศ. 2563 เป็น 680,350 คน หรือร้อยละ 3.32 ใน พ.ศ. 2583 และจากภาพที่ 3

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ใน พ.ศ. 2563 จาก 635,580 คน หรือร้อยละ 5.28 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1,297,230 คน หรือร้อยละ 6.33 ใน พ.ศ. 2583 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านจะมีจำนวนมากกว่ากลุ่มติดเตียงตลอดช่วงการประมาณการ

ภาพที่ 2: จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ใน พ.ศ. 2563-2583



ภาพที่ 3: จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ใน พ.ศ. 2563-2583



ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ได้อาศัยในสถานบริบาลซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนที่เป็นรายการและการให้บริการขั้นพื้นฐาน สำหรับรายการและการให้บริการที่ขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยจำเพาะหรือสถานะของผู้สูงอายุที่มีรายละเอียดแตกต่างกันไป จะไม่นำมาพิจารณาาร่วมด้วย โดยค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลจะประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้ชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางของผู้ดูแลสำหรับการมาให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

สำหรับค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์ และวัสดุสิ้นเปลือง ตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการบริบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านมีค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 3,829 บาท แบ่งเป็นค่าอุปกรณ์ 587 บาท และค่าวัสดุสิ้นเปลือง 3,242 บาท สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านมีค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,767 บาท แบ่งเป็นค่าอุปกรณ์ 191 บาท และค่าวัสดุสิ้นเปลือง 2,576 บาท นอกจากนี้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้สูงวัยกลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งต้องมีการให้บริการโดยผู้ดูแลที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้น ค่าตอบแทนขั้นต่ำที่ผู้ดูแลควรได้รับ จึงเท่ากับฐานเงินเดือนเริ่มต้นสำหรับผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คือประมาณเดือนละ 15,000 บาท ส่วนกรณีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงวัยจะคิดในลักษณะค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากการขาดรายได้ เพราะไม่ได้ทำงานหรือออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ

ในการคำนวณค่าตอบแทนของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีทักษะพื้นฐาน จะพิจารณาจากระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม ซึ่งรวบรวม ชาญด้วยวิทย์, และยศ วิษระคุปต์ (2560) ได้ศึกษาระยะเวลาที่ผู้ดูแลใช้ในการแต่ละกิจกรรม สำหรับการบริการผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน พบว่า ภายในระยะเวลา 1 เดือน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต้องการบริการจากผู้ดูแลทั้งหมด 100 ชั่วโมง หรือเฉลี่ยวันละประมาณ 3 ชั่วโมง 20 นาที ดังนั้น การศึกษาคั้งนี้ จึงประมาณการค่าตอบแทนคิดเป็นรายชั่วโมง จากอัตราค่าจ้างขั้นต่ำเฉลี่ย 321.09 บาทต่อคนต่อวัน (อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ ฉบับที่ 10 กระทรวงแรงงาน) และหารด้วยชั่วโมงการทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่อหัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจึงเท่ากับ 40.14 บาทต่อคนต่อชั่วโมง หรือเท่ากับ 4,014 บาทต่อคนต่อเดือน

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางของผู้ดูแลจะรวมอยู่ในค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรแล้ว ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้ดูแลเดินทางไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกวัน (30 วัน) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2561 ได้กำหนดอัตราค่าเดินทางของผู้ดูแลที่เดินทางไปบริการผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผลปรากฏว่า ผู้ดูแลจะได้รับค่าเดินทางเหมาจ่าย 100 บาทต่อครั้งของการเดินทางไปดูแล

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ดังนั้นค่าใช้จ่ายเดินทางสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จึงเท่ากับ 3,000 บาท ต่อคนต่อเดือน

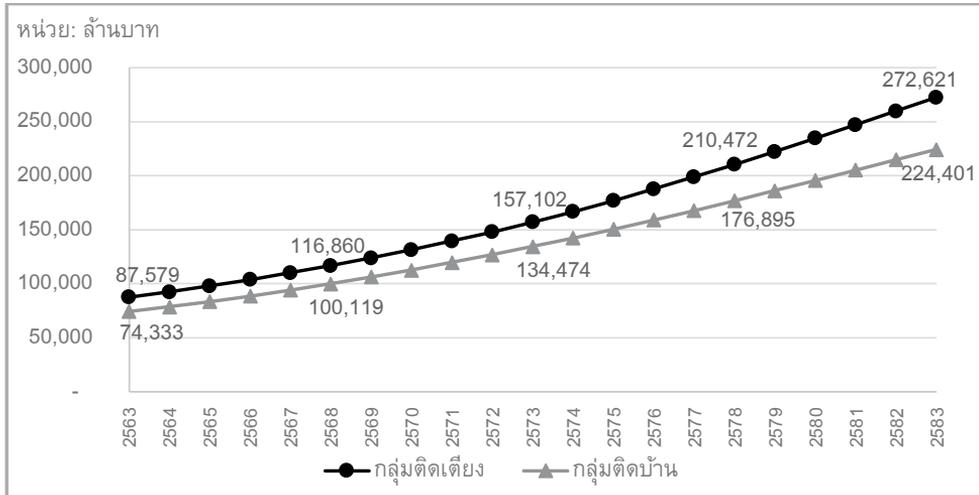
โดยสรุปแล้วค่าใช้จ่ายรวมการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อเดือน เท่ากับ 18,829 บาท แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง 3,829 บาท ด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล 15,000 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เท่ากับ 9,781 บาทต่อคนต่อเดือน แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง 2,767 บาท ด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล 4,014 บาท ด้านการเดินทางของผู้ดูแล 3,000 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายหลักของการดูแลระยะยาวของทั้งสองกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือค่าตอบแทนผู้ดูแล

ตารางที่ 6: สรุปค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง และติดบ้าน

รายการ	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อคนต่อเดือน)	
	ติดเตียง	ติดบ้าน
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	15,000	4,014
ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง	3,829	2,767
- ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์	587	191
- ค่าใช้จ่ายวัสดุสิ้นเปลือง	3,242	2,576
ค่าใช้จ่ายการเดินทาง	-	3,000
รวม	18,829	9,781

การประมาณต้นทุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พ.ศ. 2563-2583 คำนวณโดยนำผลการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง คูณกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวต่อเดือนของค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ค่าบุคลากร และค่าเดินทาง และคูณ 12 เดือนให้เป็นค่าใช้จ่ายต่อปี โดยสมมติให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวมีการปรับตามค่าคาดการณ์เงินเฟ้อร้อยละ 2 ทุกปี

ภาพที่ 4: ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยใน พ.ศ. 2563-2583



ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวของทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ดังภาพที่ 4 ซึ่งค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2563 อยู่ที่ประมาณ 1.6 แสนล้านบาท แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง 87,579 ล้านบาท และกลุ่มติดบ้านอีก 74,333 ล้านบาท โดยใน พ.ศ. 2583 ค่าใช้จ่ายกลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดบ้าน เพิ่มขึ้นเป็น 272,621 และ 224,401 ล้านบาท ตามลำดับ หรือเพิ่มขึ้นสูงถึงเกือบ 3.5 เท่า ในระยะเวลาเพียง 20 ปี อย่างไรก็ตาม แม้จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจะมีมากกว่ากลุ่มติดเตียง แต่ค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลระยะยาวของกลุ่มติดเตียงนั้นสูงกว่ากลุ่มติดบ้าน ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลระยะยาวของกลุ่มติดเตียงสูงกว่ากลุ่มติดบ้านตลอดช่วง พ.ศ. 2563-2583

4.2 ผลการประมาณการแนวโน้มพื้นที่การคลังสุขภาพของรัฐบาล ภายใต้สถานการณ์เศรษฐกิจมหภาคในอีก 20 ปีข้างหน้า

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณเพื่อวิเคราะห์พื้นที่การคลัง ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) จากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ มาจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account: NHA) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทยมาจากกรมการปกครอง โดยประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐด้วยวิธีการวิเคราะห์อนุกรมเวลา (Time Series) ใช้ตัวแปรจำนวนประชากรเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการคาดการณ์แนวโน้ม (Trend Projection) มาพยากรณ์แนวโน้มในระยะกลางถึงระยะยาว เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ผลการทดสอบปัญหาทางสถิติของแบบจำลองค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (GGHE) ตามสมการที่ (4) พบว่า ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวกับตัวแปรตามมีค่าสูง แต่ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระด้วยกันเองมีค่าสูงมากเกินกว่าเกณฑ์ที่รับได้ เนื่องจากตัวแปรอิสระมาจากการจัดกลุ่มประชากรจากจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ จึงทำการปรับปรุงสมการหลังการทดสอบได้ดังนี้

$$GGHE = \beta_0 + \beta_1 M_{adu} + \beta_2 F_{adu} + \beta_3 M_{old} + \beta_4 F_{old} + \varepsilon \quad (5)$$

ตารางที่ 7: ผลการประมาณค่าจากแบบจำลองอนุกรมเวลา

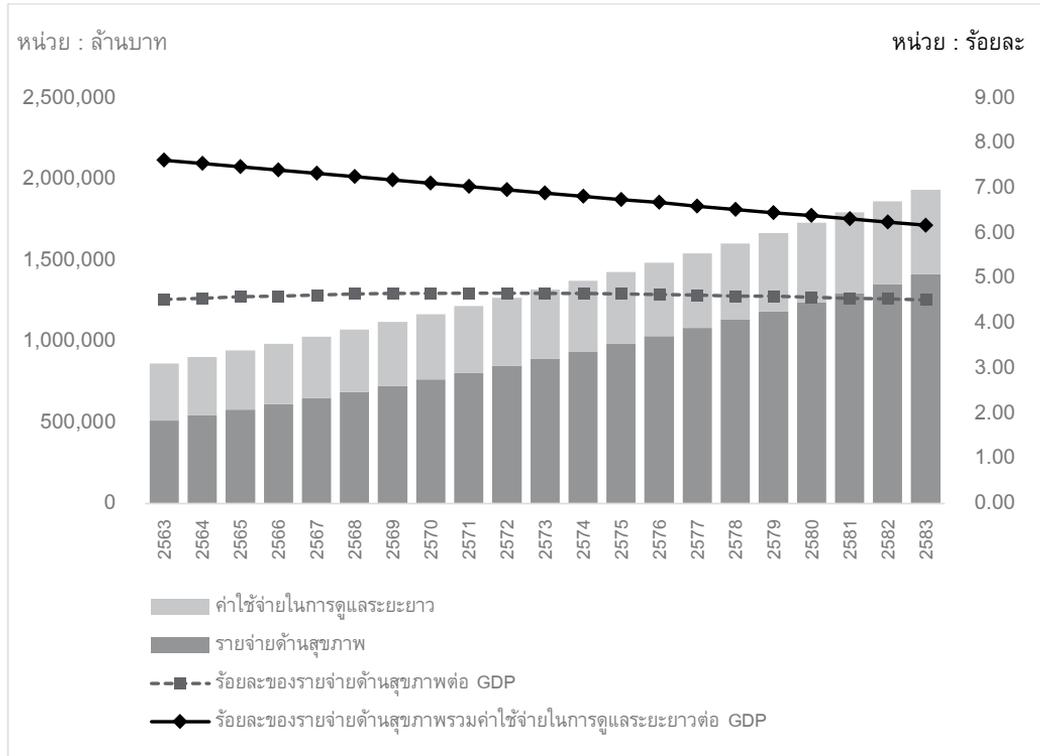
ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์
M_{adu}	55.0406 *** (14.67976)
F_{adu}	-35.4999 ** (11.41130)
M_{old}	13.2489 *** (3.57853)
F_{old}	-2.1327 ** (1.83426)
Constant	-4088522 *** (726346)

หมายเหตุ: ***, **, * หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, 0.05, และ 0.10 ตามลำดับ และค่า standard errors อยู่ภายในวงเล็บ

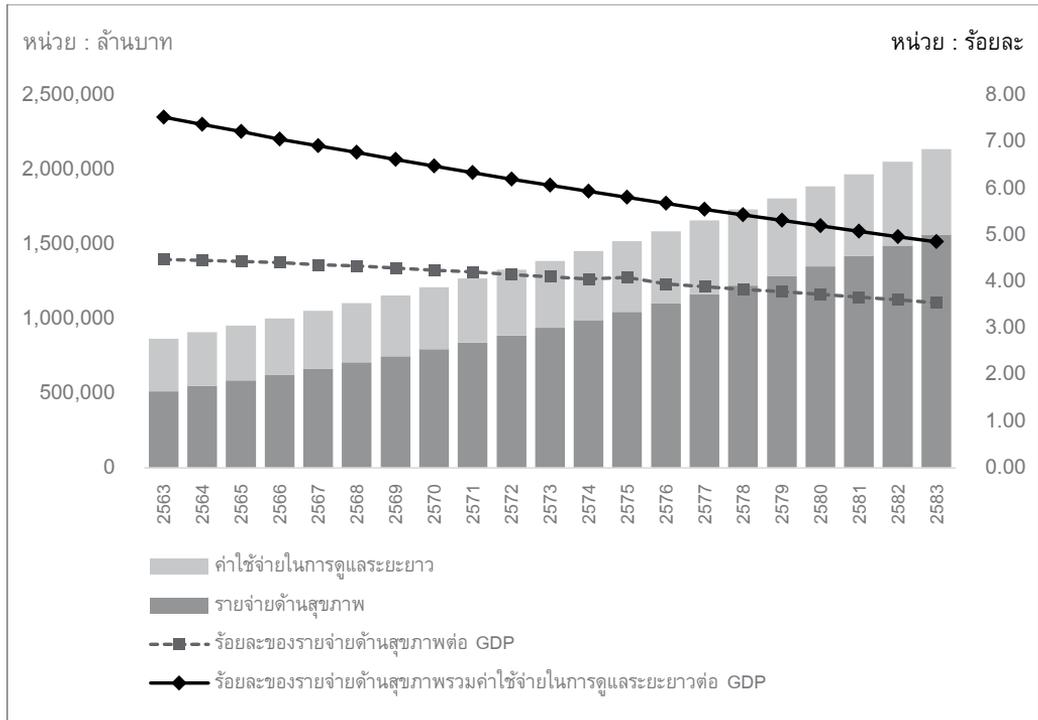
ผลการประมาณค่าจากแบบจำลองตามตารางที่ 7 แสดงค่า Adjusted-R² เท่ากับ 0.9172 และในการทดสอบไม่พบปัญหา Heteroscedasticity และ Autocorrelation ตัวแปรอิสระด้านประชากรกลุ่มวัยทำงานเพศชายและกลุ่มวัยสูงอายุเพศชายมีนัยสำคัญทางสถิติและส่งผลด้านบวกต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ส่วนเพศหญิงทั้งกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มวัยสูงอายุส่งผลด้านลบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

ในการวิเคราะห์ลำดับถัดไปว่าจะมีพื้นที่การคลัง (Fiscal Space) สำหรับรายจ่ายด้านบริการสุขภาพในการดูแลระยะยาว รวมถึงว่าจะสามารถสนับสนุนเพิ่มขึ้นได้มากน้อยเพียงใดภายใต้แต่ละสถานการณ์ โดยกระทรวงสาธารณสุขวางกรอบรายจ่ายสุขภาพไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 5 ของ GDP ต่อปี ผลการประมาณรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพจากการกำหนดสถานการณ์ที่ 1-3 (ตามตารางที่ 1) สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 5-7 ตามลำดับ

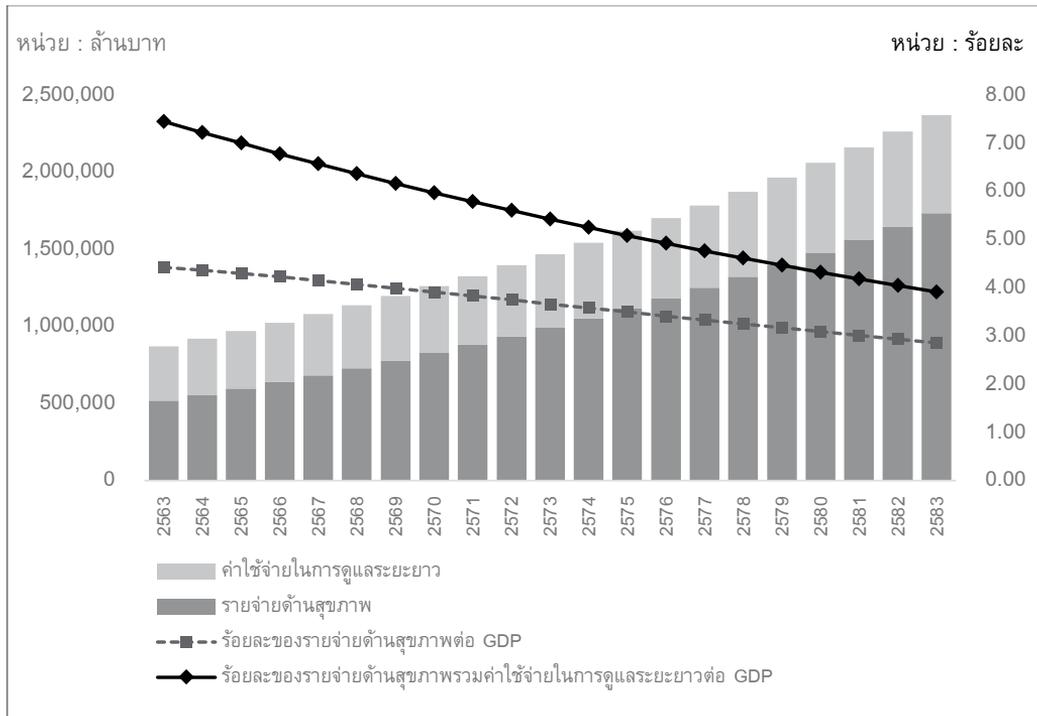
ภาพที่ 5: ผลการประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรวมกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ภายใต้สถานการณ์ที่ 1



ภาพที่ 6: ผลการประเมินรายจ่ายด้านสุขภาพรวมกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ภายใต้สถานการณ์ที่ 2



ภาพที่ 7: ผลการประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรวมกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ภายใต้สถานการณ์ที่ 3



ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 3 สถานการณ์ รายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ในอีก 20 ปีข้างหน้า หรือตั้งแต่ พ.ศ. 2563–2583 ยังคงไม่เกินกรอบที่วางไว้ โดยสถานการณ์ที่ 1 (ภาพที่ 5) ประเทศไทยเติบโตเป็นไปตามศักยภาพ อัตราการขยายตัวอยู่ที่ร้อยละ 5.00 ต่อปี และเงินเฟ้ออยู่ที่ร้อยละ 2.50 ต่อปี ใน พ.ศ. 2563 รายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP อยู่ที่ประมาณร้อยละ 4.48 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จนเป็นร้อยละ 3.55 ใน พ.ศ. 2583 เนื่องจากเศรษฐกิจมีอัตราการขยายตัวเต็มที่ตามศักยภาพ ทำให้ยังคงสามารถรองรับรายจ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในอนาคตได้ แต่เมื่อนำค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลในระยะยาวมารวมด้วยแล้ว พบว่า ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพรวมกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในอนาคตนั้นสูงเกินกว่ากรอบที่ทางกระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ จนถึง พ.ศ. 2582 ค่าใช้จ่ายสุขภาพจึงเป็นร้อยละ 4.97 ของ GDP กลับมาอยู่ในกรอบรายจ่ายอีกครั้ง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ที่ 3 คือกรณีที่ประเทศไทยหลุดพ้นกับดักรายได้ปานกลาง ซึ่งเป็นกรณีที่สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศมีอัตราการขยายตัวสูงที่สุด เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 6.60 ต่อปี และอัตราเงินเฟ้ออยู่ที่ร้อยละ 3.00 ต่อปี แต่เมื่อพิจารณารายจ่ายด้านสุขภาพรวมกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวแล้ว (ภาพที่ 7) ก็ยังคงสูงเกินกว่าร้อยละ 5.00 ของ GDP ตั้งแต่ พ.ศ. 2563–2575

ส่วนในสถานการณ์ที่ 2 (ภาพที่ 6) คือสถานการณ์ที่ประเทศไทยติดกับดักประเทศรายได้ปานกลาง ต่อเนื่อง กล่าวคือ อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 3.30 และอัตราเงินเฟ้ออยู่ที่ร้อยละ 2.00 ต่อปี เมื่อประมาณการแนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพ พบว่า ใน พ.ศ. 2563 รายจ่ายด้านสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 4.53 ของ GDP และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงร้อยละ 4.67 ใน พ.ศ. 2572 และเมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเข้าไป รายจ่ายด้านสุขภาพรวมค่าใช้จ่ายนี้สูงถึงประมาณร้อยละ 7.62 ของ GDP และถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ก็เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งในอีก 20 ปีข้างหน้าก็ยังคงสูงเกินกว่ากรอบรายจ่ายด้านสุขภาพที่วางไว้ นั่นเท่ากับว่า หากประเทศไทยยังไม่มีการรับมือกับการเข้าสู่สังคมสูงวัยในภาพภาคหน้าภาครัฐจะต้องแบกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าภาครัฐจำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อที่จะสามารถสนับสนุนการดูแลระยะยาว และควมมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Recommendations)

รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในอดีตจนถึงปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งการประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพในอนาคตของประเทศไทยจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการกำหนดนโยบายของภาครัฐในการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศ เช่น การส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยสูงวัย เป็นต้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพในอนาคตของประเทศไทยว่าเพียงพอต่อการสนับสนุนการดูแลในระยะยาวหรือไม่ โดยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วนหลัก โดยส่วนที่ 1 เป็นการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์และประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพตามสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต เพื่อพิจารณาพื้นที่การคลัง

การก้าวสู่สังคมสูงวัยส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลสูงขึ้น โดยใน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 635,581 คน หรือร้อยละ 5.28 ของประชากรสูงวัยทั้งหมด และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 2.71 หรือ 326,456 คน โดยจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงจะเพิ่มขึ้นเป็น 0.5 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเฉลี่ย 18,829 บาทต่อคนต่อเดือน และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 9,781 บาทต่อคนต่อเดือน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากประมาณ 161,913 ล้านบาทใน พ.ศ. 2563 เป็น 497,022 ล้านบาทใน พ.ศ. 2583 ถ้าประเทศไทยยังไม่มีระบบที่จะจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายเหล่านี้ตกอยู่กับผู้สูงอายุและครอบครัว และถ้าผู้สูงอายุและครอบครัวไม่มีการเตรียมล่วงหน้าอาจจะทำให้คนจำนวนมากตกอยู่ในภาวะยากลำบากได้ การประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของไทยตามสถานการณ์ต่าง ๆ ในอีก 20 ปีข้างหน้า หรือ พ.ศ. 2563-2583 ทั้ง 3 สถานการณ์ รายจ่ายด้านสุขภาพยังคงอยู่ในกรอบรายจ่าย คือไม่เกินร้อยละ 5 ของ GDP

แต่เมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวแล้ว ในสถานการณ์ที่ 2 หรือสถานการณ์ที่ประเทศไทยติดกับดักประเทศรายได้ปานกลางอย่างต่อเนื่อง หรือแม้กระทั่งกรณีที่เศรษฐกิจประเทศไทยขยายตัวเติมศักยภาพในสถานการณ์ที่ 1 ก็ยังคงไม่สามารถที่จะส่งเสริมการดูแลระยะยาวได้อย่างเพียงพอ ส่วนสถานการณ์ที่ 3 หรือสถานการณ์ที่ประเทศไทยหลุดพ้นกับดักรายได้ปานกลาง รายจ่ายด้านสุขภาพรวมยังคงเกินกว่ากรอบร้อยละ 5 ต่อปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2575 จึงนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการทบทวนกรอบนโยบายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพดังกล่าวของไทยซึ่งยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั่วโลกเพื่อให้เพียงพอต่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ไม่ตกเป็นภาระที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องแบกรับไว้ ซึ่งอาจเกิดเหตุที่ไม่สามารถแบกรับภาระไว้ได้

รายจ่ายด้านสุขภาพ นอกจากมีความสำคัญในการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อกำกับทิศทางของนโยบายสาธารณสุขของประเทศแล้ว ยังสามารถใช้ในการวางแผนรายจ่ายหรืองบประมาณด้านสุขภาพในระยะยาว ให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงบริบทด้านสุขภาพของประชากร ซึ่งผลการศึกษานี้ทำให้เห็นว่า แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่เพียงพอต่อการดูแลในระยะยาว ดังนั้นภาครัฐควรรหาแนวทางการบริหารรายจ่ายด้านสุขภาพในการบริหารจัดการระบบด้านสาธารณสุขระยะยาว อย่างเช่นที่ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC Center) โดยอาศัยผู้จัดการดูแลประจำศูนย์ (Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term Care) รวมถึงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการออกกำลังกายเพื่อให้ประชาชนสุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดโอกาสในการเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะนำไปสู่การมีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะสามารถช่วยลดจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและรายจ่ายสำหรับการดูแลในอนาคตได้

บรรณานุกรม (References)

- ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, อลงกรณ์ ฉลาดสุข, พิมพ์ชนก เกียรติอด, ภัทร อภิวัฒน์กุล, และขวัญกมล ถนัดคำ. (2560). *ประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- ถาวร สกุกพาณิชย์. (2554). *โครงการผลสัมฤทธิ์การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2564* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- ถาวร สกุกพาณิชย์, สมชัย จิตสุชน, และอรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล. (2556). *การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- อรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, และยศ วิชระคุปต์. (2560). *ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2555). *การอภิบาลระบบและการคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์: การประมาณการเศรษฐกิจมหภาค การคลังภาครัฐ และการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). *การคาดประมาณประชากรไทย ในช่วงปี 2553 - 2583 โดยใช้สามะโนประชากร และการเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2553* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *แผนปฏิบัติการราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ.2561 – 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ.2565)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *รายงานการคาดประมาณการประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2001). *Australia's Welfare 2001*. Canberra: AIHW.
- Barr, N. (1998). *The Economics of the Welfare State*. Oxford, Oxford: Oxford University Press.

Bolnick, H. (2004). A Framework for Long-Term Actuarial Projections of Health Care Cost: The Importance of Population Aging and Other Factors. *North American Actuarial Journal*, 8(4), 1-29.

Jacobzone, S. (2002). Healthy Ageing and the Challenges of New Technologies: Can OECD Social and Healthcare Systems Provide for the Future? *OECD and Ministry of Health, Healthy Ageing and Biotechnology: Policy Implication of New Research*. 28(4), 254-274.

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