


การสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัด
สมุทรปราการ

Creating Cost-Sharing models in Health Services for Elders
in Samutprakarn Province



ผศ.ดร.ดรุณวรรณ สมใจ
ดวงหทัย แสงสว่าง
วิภาวรรณ เพ็งพานิช

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปีการศึกษา 2563



ชื่อเรื่อง การสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ
ผู้วิจัย ดร.ณวรรณ สมใจ ดวงหทัย แสงสว่าง วิภาวรรณ เพ็งพานิช
สถาบัน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์ 2566
สถานที่พิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย 115 หน้า
คำสำคัญ ต้นทุนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ การร่วมจ่าย
ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนในการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นต้นทุนระยะสั้นและระยะยาว และเก็บข้อมูลทั้งต้นทุนทางตรงและทางอ้อมเพื่อให้ได้ความครอบคลุมของต้นทุนที่ผู้สูงอายุต้องจ่าย รวมถึงวิเคราะห์ความเต็มใจจ่ายเพื่อนำข้อมูลมาเสนอแนะรูปแบบการร่วมจ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 460 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์

จากการศึกษาพบว่าบริการรักษาพยาบาลยังคงเป็นสินค้าจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ค่าความยืดหยุ่นต่อรายได้ของต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกมีค่าเท่ากับ 0.11 ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.60 การไปรับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งจะมีต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม กรณีต้นทุนระยะสั้น ได้แก่การไปรับบริการแบบผู้ป่วยนอกจะมีต้นทุน 696 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยใน 3,692 บาทต่อครั้ง และไปรับบริการรักษาโรคเรื้อรัง 497 บาทต่อครั้ง ต้นทุนระยะยาวกรณีผู้สูงอายุที่จ้างผู้ช่วยเหลือมาดูแลที่บ้านจะมีต้นทุน 3118 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจะมีต้นทุน 3,750 บาทต่อเดือน และผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีต้นทุนในการซื้ออุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ 2,312 บาทต่อเดือน และลักษณะการเพิ่มขึ้นของต้นทุน พบว่าต้นทุนในการรักษาโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวจะมีลักษณะของการเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน และสูงขึ้นอย่างมากเมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป

จากการศึกษาความเต็มใจจ่ายพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 22 มีความเต็มใจจ่าย และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมีผลทำให้ผู้สูงอายุความเต็มใจจ่ายสูงขึ้น และนำผลการวิเคราะห์มาสร้างเป็นรูปแบบร่วมจ่าย ได้ผลว่าผู้สูงอายุกรณีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติควรจะมีการร่วมจ่ายเมื่อไปรับบริการครั้งละ 110 -160 บาท ซึ่งเป็นในลักษณะ progressive rate ตามอายุ แต่จากผลการวิจัยพบว่ารายได้ของผู้สูงอายุมีความ

แตกต่างกันค่อนข้างมาก ในการร่วมจ่ายจึงควรยกเว้นการร่วมจ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย มุ่งเน้นการร่วมจ่ายในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายเพื่อให้สถานบริการสุขภาพมีเงินเพียงพอเพื่อมาช่วยปรับปรุงระบบบริการให้ดีขึ้น หรืออาจมีการจัดตั้งเป็นกองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการเก็บเงินสมทบกองทุนจากผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้กองทุนมีรายได้อ และสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน



Research Title	Creating Cost-Sharing models in Health Services for Elders in Samutprakarn Province
Researcher	Darunwan Somjai, Duanghathai Sangsawang, Wipawan Pengpanich
Institution	Huachiew Chalermprakiet University
Year of Publication	2023
Publisher	Huachiew Chalermprakiet University
Sources	Huachiew Chalermprakiet University
No. of Pages	115 pages
Keywords	Healthcare Cost, Aging, Cost-Sharing
Copyright	Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

This research aims to study the cost of receiving medical care for senior citizens, classified into acute care costs and long-term care costs. *Both* direct costs and indirect costs are analyzed in order to cover all the costs which the elderly have to pay. Willingness to pay on medical care is also included to find suggestions on methods for elderly medical care co-payment. The data is collected from 460 senior citizens in Samut Prakan province through interviews.

The study shows that medical care is still a necessary good for elders. Flexibility per income of the medical cost for outpatients is 0.11 and inpatients is 0.60. There are both direct and indirect costs each time medical care is received. The cost for outpatients is 696 baht, inpatients is 3,693 baht and chronic disease patients is 497 baht, respectively, for acute care costs each treatment session. The long-term care cost to hire domestic assistance is 3118 baht per month. For senior citizens that receive care from a nursing home, the cost is 3,750 baht per month. Bedridden senior citizens from the two groups have a monthly health care equipment cost of 2,312 baht. For cost increase patterns, the cost for chronic disease patients tends to increase in correlation to the increase of age, whereas the cost for inpatient and outpatient care do not increase as the patient gets older. However, long-term care costs significantly increases in correlation with the increasing age of the patient and increases at a higher rate when the patient is over 90 year-old

The study of the willingness to pay shows that 22 percent of elder citizens is willing to spend money on medical care. When the factors which impact their willingness to pay are analyzed, it was found that increased age and weight result in increased willingness to pay of the elderly citizens. The analysis results were created into a co-payment model; the study reveals that elders with average weight should co-pay for medical care at 110-160 baht per treatment session in a progressive rate according to age. Nonetheless, results from the study shows that there is a significant income difference among the senior citizens. Therefore, elders with low income should be exempted for co-payment. The system should focus on groups with the ability to pay so that healthcare institutions have enough money to spend on improving their services. Alternatively, establishing an elderly healthcare fund and raising financial contributions from the elderly for the sake of their own healthcare will allow the fund to have income and be able to sustainably provide health care for senior citizens.



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง การสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ (Creating Cost-Sharing models in Health Services for Elders in Samutprakarn Province) สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ และ เจ้าหน้าที่ในชุมชนที่ได้ให้ความกรุณาในการช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง รวมทั้งขอขอบคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2565



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ	6
2.2 แนวคิดการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ	10
2.3 แนวคิดการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุ	17
2.4 แนวคิดการร่วมจ่ายบริการสุขภาพ	23
2.5 แนวคิดการประเมินต้นทุนการดูแลสุขภาพ	24
2.6 แนวคิดสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	26
2.7 แนวคิดคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	26
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	32
2.9 สมมติฐานการวิจัย	33
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
3.2 หน่วยในการวิเคราะห์	36
3.3 นิยามปฏิบัติการของตัวแปร	36
3.4 เครื่องมือเก็บข้อมูลและการเก็บข้อมูล	38
3.5 จริยธรรมการวิจัยในคน	42

สารบัญ(ต่อ)

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	42
3.7 แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษา	43
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลสุขภาพ ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ	45
4.2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	60
4.3 วิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	67
4.4 ประเมินความคุ้มค่าทางสุขภาพและเปรียบเทียบหาแนวทางการดูแลสุขภาพที่คุ้มค่าที่สุดของแต่ละทางเลือกในการรับบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	69
4.5 ความเต็มใจจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	71
บทที่ 5 บทสรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
5.1 ภาพรวมของงานวิจัย	76
5.2 สรุปข้อค้นพบและตอบคำถามวิจัย	76
5.3 อภิปรายผลการวิจัย	83
5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	88
5.5 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต	89
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	95
ประวัติย่อผู้วิจัย	96
แบบสอบถาม	97

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุจำแนกตามตำบลในจังหวัดสมุทรปราการ	35
4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป เศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ และสุขภาพของผู้สูงอายุ	46
4.2 แสดงค่าเฉลี่ยของตัวแปรต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว จำแนกตามต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม	52
4.3 แสดงค่าเฉลี่ยของต้นทุนระยะสั้น และต้นทุนระยะยาวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ	53
4.4 แสดงค่าเฉลี่ยของต้นทุนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ต้นทุนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และต้นทุนในการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่รักษาพยาบาล	55
4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม	56
4.6 แสดงค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุรายด้านและค่าเฉลี่ยของคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุ	57
4.7 แสดงคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ	57
4.8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ ที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ จำแนกเป็น ต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวม	60
4.9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ ที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวม	62
4.10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวม	63
4.11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร ที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการดูแลสุขภาพระยะยาว	65

สารบัญตาราง(ต่อ)

4.12	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	66
4.13	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการ รับบริการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุ	68
4.14	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการ ดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยในกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	68
4.15	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนดูแลสุขภาพ โรคเรื้อรังกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	68
4.16	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการดูแล สุขภาพระยะยาวกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	69
4.17	แสดงค่าต้นทุนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นการดูแลสุขภาพระยะสั้นและระยะยาว	69
4.18	แสดงค่าต้นทุนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพจำแนกตาม ช่วงอายุ	70
4.19	แสดงต้นทุนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ที่ไปรับบริการ รักษาพยาบาล	71
4.20	แสดงจำนวนและร้อยละของความไม่พอใจในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	72
4.21	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเต็มใจจ่ายเพื่อปรับปรุง บริการสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ	72
4.22	แสดงค่าเฉลี่ยของราคาที่คุณสูงอายุเต็มใจจ่ายเพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ	73
4.23	แสดงค่าเฉลี่ยของราคาที่คุณสูงอายุเต็มใจจ่ายเพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ ตัดสังคม ตัดบ้าน ตัดเตียง	73
4.24	การวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อ ความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ	74

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพ 5 ด้านของผู้สูงอายุ	2
2.1 สมมติฐานการบริโภคบริการรักษาพยาบาล	13
2.2 แนวคิดรายจ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	17
2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนรายจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	17
2.4 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพ 5 ด้านของผู้สูงอายุ	19
2.5 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพ 3 ด้านของผู้สูงอายุ	20
4.1 แสดงค่าเฉลี่ยของต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะสั้นและระยะยาวของผู้สูงอายุ	55
4.2 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ	58
4.3 แสดงค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ	58
4.4 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ	59
4.5 แสดงค่าเฉลี่ยแรกรถประโยชน์ของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ	59
4.6 แสดงค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในสมการถดถอยเชิงพหุ	60

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

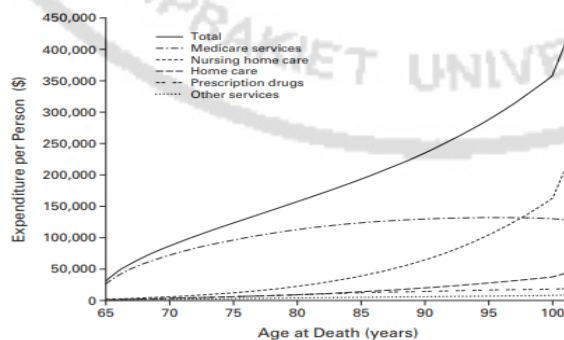
ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี 2565 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2565) ในจำนวนนี้อยู่ในภาวะต้องพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียงที่ต้องมีผู้ดูแล 341,000 คน และมีภาวะติดบ้านที่ในอนาคตจะพัฒนาเป็นติดเตียงประมาณ 370,000 ราย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563: ออนไลน์) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งปัจจุบันมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย เช่น โรงพยาบาลบางแห่งเปิดแผนกบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเป็นการเฉพาะ สถานะรับเลี้ยงผู้สูงอายุรวมกับผู้ป่วยติดเตียงอื่น (Nursing Home) บริการส่งพนักงานดูแลประจำตามบ้าน เป็นต้น แต่เป็นบริการที่มียังมีราคาแพง สถานดูแลผู้สูงอายุเอกชนในปัจจุบัน มีค่าดูแลประมาณ 15,000 ต่อเดือนขึ้นไป ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่สูง จึงมีบางครัวเรือนเท่านั้นที่สามารถใช้บริการได้ ดังนั้นครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงและไม่สามารถรับภาระรายจ่ายข้างต้นได้ จึงไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ปัญหาที่พบคือผู้สูงอายุจะอาบน้ำไม่ไหว รับประทานอาหารเองไม่ได้ และนอกจากนั้นบุตรหลานต้องทำงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับคุณภาพชีวิตที่ควรจะเป็น สิ่งที่ต้องแก้ปัญหอย่างเร่งด่วนคือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง การดูแลของภาครัฐมีโครงการสร้างนักรับบาลเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และในปัจจุบันมีการจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยท้องถิ่นโดยการจ้างนักรับบาลมาดูแลผู้สูงอายุ โดยมีทั้งระบบดูแลเฉพาะกลางวันแบบไปกลับ และแบบอยู่ถาวรที่ศูนย์ แต่ประสบปัญหาการไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจ้างนักรับบาลเพื่อเข้ามาดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม บางแห่งจึงเป็นแบบระบบการจ่ายให้อาสาสมัคร ซึ่งไม่เกิดความยั่งยืนและไม่เกิดแรงจูงใจในการทำงาน (เจาะลึกระบบสุขภาพ. 2562) ก่อให้เกิดปัญหาในภาพรวมของระบบคือมีจำนวนผู้ดูแล (Care giver) ไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข. 2563)

จากปัญหาข้างต้นสิ่งที่พบคือค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น ในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยเฉพาะท้องถิ่นที่มีผู้สูงอายุต้องพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียงเป็นจำนวนมาก ยิ่งต้องจ้างนักรับบาลเพื่อดูแลมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเป็นรายจ่ายที่สูงขึ้นมากในอนาคต ซึ่งมีการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 370,000 ราย จะเพิ่มเป็น 1.2 ล้านรายในปีพ.ศ.2590 หรือจะเพิ่มขึ้น 3 เท่าจากที่มีอยู่ในปัจจุบัน (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. 2560: 44)

การวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบสถานการณ์รายจ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่ครัวเรือนรับภาระอยู่จึงเป็นสิ่งจำเป็น รายจ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่สังเกตเห็นง่าย เช่น ค่ารักษาพยาบาลในการพบแพทย์ตามนัดในแต่ละครั้ง ค่าจ้างผู้ดูแล ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์อื่น ๆ ที่ต้องใช้ประจำ ล้วนเป็นรายจ่ายที่สังเกตเห็นง่าย แต่ในความเป็นจริงแล้วครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเหล่านี้ ยังมีรายจ่ายที่แฝงอยู่ เช่น ค่าเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล ค่าเสียโอกาสในการขาดรายได้ของบุตรหลานที่ต้องหยุดงานในวันที่ต้องพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายที่สามารถประเมินได้ง่าย ซึ่งรายจ่ายเหล่านี้ครัวเรือนเป็นผู้รับภาระเอง จากสถานการณ์ข้างต้น ถึงแม้ภาครัฐจะเข้ามาช่วยดูแล แต่การที่จะทำให้เกิดความยั่งยืนต้องมียงบประมาณพอเพียงที่จะดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ซึ่งรายจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยก็มีความแตกต่างกัน จากการศึกษา รายจ่ายสุขภาพในหลายงานวิจัยพบว่า มีรูปแบบแตกต่างกันขึ้นอยู่กับช่วงอายุของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุในช่วงวัย 60-70 รายจ่ายส่วนใหญ่จะเป็นค่ารักษาพยาบาล แต่หลังจาก 70 ปีขึ้นไปรายจ่ายส่วนใหญ่จะเป็นรายจ่ายที่จ่ายด้าน nursing home ซึ่งคิดเป็นรายจ่าย 2 ใน 3 ของรายจ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมดในช่วงวัยนี้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีภาวะโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น รายจ่ายด้าน nursing home จะสูงขึ้นอย่างมาก (De Nardi, French, และ Jones. 2010; McCorkle, et al., 2000; Mor, et al., 2004 Samuel Marshall, Kathleen M. McGarry และ Jonathan S. Skinner, 2010) และ Mariacristina De Nardi et al. (2016) พบว่า ภาระรายจ่ายในการดูแลสุขภาพ (Out of Pocket) ของผู้สูงอายุ สูงที่สุด 3 อันดับแรกคือ รายจ่ายด้าน Nursing home รายจ่ายด้านยา และรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามลำดับ โดยเฉพาะเพศหญิงจะมีรายจ่ายสูงกว่าเพศชาย

ภาพ 1.1 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพ 5 ด้านของผู้สูงอายุ



ที่มา : Brenda C. Spillman และ James Lubitz (2013: 1411

จากภาพแสดงให้เห็นว่ารายจ่ายในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นสิ่งที่ต้องเผชิญกับรายจ่ายที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างประเทศญี่ปุ่นภาครัฐเคยมีสวัสดิการให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปรักษาพยาบาลฟรี แต่ประสบปัญหาจำนวนผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงได้มีการปรับรูปแบบเป็นการให้บริการดูแลตามบ้าน แต่ก็ยังประสบปัญหาเนื่องจากผู้สูงอายุที่ติดเตียงจะมีระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 3 ปีขึ้นไป ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนในที่สุดได้มีการปรับรูปแบบให้มีการร่วมจ่าย ผ่าน 2 รูปแบบ รูปแบบแรกมีการเก็บเบี้ยประกันในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยหน่วยงานท้องถิ่น(เทศบาล)จะเป็นผู้เก็บโดยจะหักจากเบี้ยบ้านอายุของผู้สูงอายุ และถ้าผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านติดเตียงต้องการการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุต้องมีการร่วมจ่ายในการดูแลร้อยละ 10 ของรายจ่ายที่เกิดขึ้น (สรารุช ไพฑูรย์ พงษ์. 2558) ส่วนประเทศอื่นเช่น เกาหลีใต้ จะมีทั้งการบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและการดูแลในสถาบันต่าง ๆ การจัดการทางการเงินจะเป็นแบบผสมผสานมีทั้งจ่ายโดยภาครัฐ แบบร่วมจ่าย และรูปแบบประกัน สำหรับในประเทศไทยภาระการดูแลผู้สูงอายุจะตกอยู่ที่ครัวเรือนของผู้สูงอายุเอง ผู้ที่ดูแลจะเป็นญาติในครัวเรือน เช่น ลูก หลาน ญาติ บางส่วนที่มีความสามารถในการจ่ายจะใช้บริการการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชน แต่ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ภาครัฐจะมีหน้าที่เข้ามาดูแล แต่ด้วยงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดจึงทำให้การดูแลไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึง การที่จะสามารถจัดการดูแลได้อย่างทั่วถึงและยั่งยืนจำเป็นต้องมีงบประมาณมาสนับสนุน รูปแบบการร่วมจ่ายจึงเป็นแนวทางสำคัญสำหรับประเทศไทยที่จะก้าวเป็นสังคมสูงอายุสมบูรณ์ในปี 2565 จึงควรจะมีการวิจัยถึงตัวเลขในการร่วมจ่ายที่เหมาะสมควรจะเป็นจำนวนเงินเท่าใด ที่ผู้สูงอายุและครอบครัวเต็มใจจ่ายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุในครัวเรือนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่เดียวกันก็ไม่สร้างภาระหรือรบกวนในการทำงานของบุตรหลาน และบุตรหลานสามารถไว้วางใจให้หน่วยงานของรัฐ หรือท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนของตนรูปแบบการร่วมจ่ายจึงน่าจะเป็นแนวทางที่เข้ามาช่วยให้ระบบเกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพที่จะสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงได้อย่างยั่งยืน

จากการสำรวจรายจ่ายครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำแนกรายภาคพบว่า กรุงเทพมหานครและปริมณฑล (นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ) ครัวเรือนมีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ โดยรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเฉลี่ยของทั้งประเทศเท่ากับ 309 บาทต่อเดือน แต่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเท่ากับ 589 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2565) ซึ่งสูงเป็น 3 เท่าของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนในภาคเหนือ ซึ่งเป็นภาคที่มีรายจ่ายสุขภาพต่ำที่สุด จังหวัดสมุทรปราการจึงเป็นจังหวัดหนึ่งที่ครัวเรือนมีรายจ่ายสุขภาพสูง รวมทั้งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงเป็นลำดับที่ 17 ของทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2563) มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 222,833 คน คิดเป็นร้อยละ 16.47 โดยอำเภอที่มี

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุดคือ อำเภอเมืองสมุทรปราการคือร้อยละ 42.49 แบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.67 กลุ่มติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 2.33 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. 2563) ซึ่งมีการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยมีการจัดการการดูแลผู้สูงอายุผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) แต่ประสบปัญหาการขาดงบประมาณและกำลังคน ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. 2563)

ดังนั้นแนวทางการร่วมจ่ายจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจมาพิจารณา งานวิจัยนี้จึงต้องการวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง และหาความเต็มใจจ่าย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการร่วมจ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงอย่างยั่งยืนโดยทำการศึกษากับผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทางตรง ทางอ้อม และค่าเสียโอกาส ทั้งที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตนเองได้และที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลและนำมาสร้างเป็นรูปแบบการร่วมจ่ายเพื่อให้สามารถนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ได้จริง เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางสุขภาพและเปรียบเทียบหาแนวทางการดูแลสุขภาพที่คุ้มค่าที่สุดของแต่ละทางเลือกในการรับบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. เพื่อวิเคราะห์หาความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay) ของผู้สูงอายุในราคาที่เต็มใจที่จะจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพมีผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ต้องการศึกษาต้นทุนในการดูแลสุขภาพที่ต้องรับภาระเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม รวมทั้งหาค่าต้นทุนอรรถประโยชน์ เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการลงทุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย ศึกษาในผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยและมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ

ขอบเขตด้านเนื้อหา ในประเด็นการศึกษาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบด้วย ลักษณะด้านประชากร ลักษณะด้านเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะด้านสุขภาพ รายจ่ายในการดูแลสุขภาพเฉพาะของผู้สูงอายุซึ่งเป็นรายจ่ายที่ผู้สูงอายุและครัวเรือนรับภาระเอง ความเต็มใจจ่าย และการประเมินคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถใช้ผลการวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มาช่วยประมาณรายจ่ายสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัด เนื่องจากทราบว่าผู้สูงอายุและครัวเรือนเต็มใจจ่ายอยู่ที่เท่าใด ทำให้สามารถกำหนดราคาสำหรับการจัดบริการการดูแลสุขภาพในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม หรือในกรณีที่ภาครัฐเป็นผู้จัดบริการสุขภาพสามารถประเมินต้นทุนในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และถ้าในกรณีที่ต้องมีการร่วมจ่าย(Co-Payment) ผู้สูงอายุควรจะร่วมจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพตนเองในสถานบริบาลสุขภาพอยู่ที่เท่าใด จึงจะเหมาะสม

2. เป็นตัวช่วยในการประเมินนโยบายการกำหนดเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในแต่ละช่วงวัยว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ถ้าต้องเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ควรเพิ่มขึ้นเป็นเท่าใดในแต่ละช่วงวัย จึงจะเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และเนื่องจากในสภาวะปัจจุบัน เบี้ยยังชีพที่ให้แก่ผู้สูงอายุ มีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ไม่ได้คำนึงถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องการการพึ่งพาต่างกัน ดังนั้นผลจากต้นทุนรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องการการพึ่งพาต่างกัน ทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มเหล่านี้ควรได้รับเบี้ยยังชีพแตกต่างกัน

3. เพื่อเป็นแนวทางการจัดทำบริการบริบาลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการช่วยเหลือและป้องกันครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุไม่ให้ประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี (World Health Organization, 2021) ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย
3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อย อวัยวะเสื่อมสภาพ

และอาจมีภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

นอกจากนั้นยังมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565)

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (Social Bound) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (Home Bound) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือทางจิตใจ จนส่งผลต่อการรู้จักคิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (Bed Bound) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ เป็นกลุ่มที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ

โดยปัจจุบันประเทศไทยจากข้อมูลในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเรียกว่าสังคมสูงอายุ (Aged society) และจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) ในปีพ.ศ.2565 ในจำนวนผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ

ตอนต้น 7.6 ล้านคน ผู้สูงอายุตอนกลาง 3.5 ล้านคน ผู้สูงอายุตอนปลาย 1.4 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ติดเตียงจำนวน 46,779 คน

โดยผู้สูงอายุจะได้รับสวัสดิการด้านการเงินจากภาครัฐ ได้แก่ เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ มีจำนวน 10,488,013 คน แบ่งการจ่ายตามระดับอายุของผู้สูงอายุแบบขั้นบันได คือ 60-69 ปี 600 บาท 70-79 ปี 700 บาท 80-89 ปี 800 บาท และ 90 ปีขึ้นไป 1,000 บาท บำเหน็จบำนาญข้าราชการ มีจำนวน 792,581 คนและกลุ่มที่ได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพจากกองทุนประกันสังคมมีจำนวน 1,744,511คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2565)

การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

ในประเทศไทยหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวประกอบด้วยหลายหน่วยงาน ได้แก่ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงภาคเอกชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในชื่อกองทุนตำบล ส่วนโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีความเข้มแข็งในการให้บริการการดูแลสุขภาพระยะยาวและทำหน้าที่ประสานงานร่วมกับท้องถิ่น ชุมชน และครัวเรือน โดยผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ประสบปัญหาการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามการประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน หรือ Activities of Daily Living (ADL) ที่จัดทำขึ้นโดยกรมอนามัย เพื่อจัดระดับภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่ได้คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 จะเป็นกลุ่มติดบ้านที่ต้องการช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง ส่วนผู้ที่ได้คะแนน ADL น้อยกว่า 5 จะเป็นกลุ่มติดเตียงที่ต้องการการดูแล (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์และยศ วัชรคุปต์. 2560: 30-35) โดยจะได้รับการดูแลจาก

1. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่าครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแล ซึ่งพบว่าครัวเรือนที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงอันเป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การทำงานในเมือง รวมถึงผู้หญิงต้องออกมาทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยเหลือครอบครัวด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของประชากรก็มีแนวโน้มลดลงด้วย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2565) โดยประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อจำเป็น แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านก็เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดทางหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ให้ผู้สูงอายุอาศัยในที่เดิม (Aging in Place) เพราะจากงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ย้ายการดูแลจากบ้านไปยังสถานบริการดูแลระยะยาวมีอาการแยลง และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน (Marek, K. D., & Rantz, M. J. 2000) ดังนั้นการช่วยให้

ผู้สูงอายุสามารถอาศัยในที่เดิมได้ต้องมีผู้ที่ดูแลที่บ้าน เพื่อช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อจำเป็น

2 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้จำเป็นต้องไปพึ่งพาสถานบริบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรับบริการดูแลในสถานบริบาลโดยเฉลี่ยค่อนข้างสูงประมาณ 15,000-52,500 บาทต่อเดือน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) แต่ก็มีสถานบริบาลระยะยาวที่หน่วยงานภาครัฐดำเนินการ เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสถานบริบาลจะมีทั้งของภาครัฐ และภาคเอกชน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริบาลเอกชน ผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานบริบาลเอกชน จะเสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเข้ารับบริการและสามารถจำแนกรูปแบบการให้บริการได้ดังนี้ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553:121-122)

- โรงพยาบาลผู้สูงอายุ บริการแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) หรือไปอยู่ประจำที่โรงพยาบาล (Long stay) หรือมีการจัดส่งผู้ดูแลไปยังบ้านของผู้สูงอายุ

- โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Profit enterprise) เป็นโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปที่ดำเนินกิจการรับดูแลผู้สูงอายุ โดยคิดอัตราค่าบริการในราคาที่มีผลกำไร มีการให้บริการที่พัก อาหาร เสื้อผ้า และบุคลากรดูแล ซึ่งมีทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากเจ็บป่วยจะส่งไปรักษาแผนกอื่นและรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไป

- โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Non-profit enterprise) เป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินงานอยู่ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของมูลนิธิต่าง ๆ ซึ่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในลักษณะการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน และคิดค่าบริการรับดูแลในราคาต่ำแก่ผู้สูงอายุทั่วไป เป็นการให้บริการที่พัก อาหาร เสื้อผ้า และบุคลากรดูแล ซึ่งมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ดูแล แต่ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยมากจะต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่มีเครื่องมือและการบริการครบทุกด้าน

- สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ/มูลนิธิ ให้การสงเคราะห์ฟรีในด้านที่พักอาศัย อาหารแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีญาติดูแล รับเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเองในเรื่องเสื้อผ้า ความสะอาดของที่พัก ล้างถ้วยล้างจานเอง หากเจ็บป่วยจะติดต่อญาติหรือส่งต่อสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่เป็นของรัฐหรือเอกชนที่เป็นเครือข่ายกัน ดำเนินงานโดยมูลนิธิหรือสมาคมเงินต่าง ๆ มูลนิธิหรือสมาคมคาทอลิก

- ศูนย์/สถานบริบาลสุขภาพ เป็นศูนย์ให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพ การรักษาพยาบาลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ โดยจัดสถานที่พัก ที่ออกกำลังกายพร้อมอุปกรณ์ สระว่ายน้ำ ห้องอบไอน้ำ ฯลฯ แต่ผู้สูงอายุเป็นเพียงกลุ่มเป้าหมายหนึ่งเท่านั้น โดยคิดค่าบริการในหลายรูปแบบทั้งที่เป็นรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน หรือเป็นหลักสูตร

- ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (Housing) เป็นรูปแบบบ้านพักอาศัยที่จัดเป็นชุมชนให้ผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เข้าซื้อสิทธิ์ในการพักอาศัยระยะเวลา 30 ปี หรืออยู่จนกว่าจะเสียชีวิตโดยมีสาธารณูปโภคและลักษณะบ้านที่เหมาะสมแก่สุขภาพของผู้สูงอายุ

- สถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) เป็นสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ มีทั้งแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) และอยู่ไปจนกว่าจะเสียชีวิต (Long stay)

- ศูนย์บริการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริการจัดส่งผู้ดูแลไปยังบ้านของผู้สูงอายุหรือสถานที่ที่ผู้ว่าจ้างกำหนดเพื่อทำหน้าที่ในการดูแล โดยมีการให้บริการ 2 แบบ คือ ผู้ดูแลให้บริการแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) และผู้ดูแลอยู่ประจำที่บ้านของผู้สูงอายุเป็นรายเดือน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐ ในการบริการในสถานบริบาลของรัฐนั้น ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการที่ค่อนข้างเข้าถึงคนมีฐานะต่ำถึงปานกลาง โดยสามารถแบ่งรูปแบบการให้บริการได้ดังนี้ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. 2553: 121-122)

- ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Multi-purpose senior citizen Center) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นสถานที่หรือศูนย์กลางสำหรับจัดกิจกรรมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุกับบุคคลทุกวัยภายในชุมชน โดยกิจกรรมภายในศูนย์จะมุ่งเน้นการเสริมสร้างและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความรู้และทักษะในการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา

- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้านการจัดสวัสดิการสังคม ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นศูนย์ประสานเครือข่ายในการให้บริการสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุ และเป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน

- สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) เป็นสถานที่สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดอาการเจ็บป่วย เปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ ให้มากที่สุด

- โรงพยาบาลรัฐ เป็นสถานที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ อาจมีทั้งคลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

- สถานสงเคราะห์คนชรา เป็นสถานที่ที่ให้การอุปการะผู้สูงอายุชายและหญิง อายุ 60ปีขึ้นไป ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ไม่มีที่พักอาศัย
- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care for the elderly) เป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
- สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม และเพื่อสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุ
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home health care) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อบูรณาการและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- วัดส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion temple) เพื่อให้วัดเป็นสถานที่สำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนควบคู่ไปกับการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมกับวัฒนธรรม
- ชมรมผู้สูงอายุ (The elderly club) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสถานที่ในการพบปะ สังสรรค์ ทำกิจกรรมร่วมกัน

2.2 แนวคิดการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ

การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่เผชิญในหลายๆ ประเทศ จึงได้มีการนำวิชาการมากมายมาการศึกษาสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม หรือการวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาคตัดขวางและข้อมูลอนุกรมเวลา เพื่อพยายามอธิบายแบบแผนของรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย โดยในการศึกษามีการมุ่งเน้นไปที่ทั้งรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุที่รัฐบาลเป็นผู้รับภาระ และในการศึกษารายจ่ายสุขภาพที่ผู้สูงอายุและครัวเรือนเป็นผู้รับภาระเอง โดยเฉพาะรายจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับภาระเอง เป็นรายจ่ายที่สำคัญ เนื่องจากเป็นรายจ่ายที่สูงขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุและยังส่งผลให้เกิดภาวะล้มละลายจากรายจ่ายในส่วนนี้อีกด้วย ดังนั้นการเข้าใจแบบแผนรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครัวเรือนหรือผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบเอง ส่งผลให้สามารถวางนโยบายการจัดการจัดบริการสุขภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน และสามารถป้องกันภาวะล้มละลายของครัวเรือนได้อีกด้วย

รายจ่ายสุขภาพจะเกิดจากปัจจัยหลักๆ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านอุปสงค์ (Demand Side) และด้านอุปทาน (Supply Side)

ด้านอุปสงค์ (Demand Side)

การเกิดอุปสงค์ในการรักษาพยาบาล มีลักษณะแตกต่างจากอุปสงค์ในสินค้าและบริการอื่น ๆ เนื่องจากเกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอและไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เป็นที่ทราบกันดีว่าการเจ็บป่วยสำหรับแต่ละคนเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถรู้ได้ล่วงหน้า ดังนั้นอุปสงค์ต่อบริการรักษาพยาบาลจะมีขึ้นเมื่อใดเวลาไหน ยากที่จะกำหนดได้แน่นอนไปได้แต่ขึ้นอยู่กับค่าความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์เจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ในแต่ละโรคสำหรับแต่ละคนไม่จำเป็นต้องเกิดแล้วจะเกิดเป็นแบบเดียวกัน หมายถึง มีอาการหนัก สาหัส เท่ากันทุกครั้ง หรือจะมีอาการแบบเดียวกันนี้ในทุกคน บางคนอาจป่วยด้วยโรคนี้เพียงเล็กน้อย บางคนจะเป็นมากเนื่องจากปัจจัยอายุ เพศ หรือความแข็งแรงของร่างกาย ณ เวลานั้น

จะเห็นว่าการที่จะเกิดอุปสงค์ต่อบริการรักษาพยาบาลได้นั้น ต้องประกอบไปด้วยความต้องการในบริการ พร้อมกับมีอำนาจซื้อ คือมีรายได้พอเพียง และยังเป็นอุปสงค์ที่เกิดไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ดังนั้นครัวเรือนจึงไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าจะเกิดรายจ่ายนี้เมื่อใด การประมาณการหรือพยากรณ์แบบแผนรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ประมาณรายจ่ายด้านนี้ เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดความต้องการได้ทันที โดยปัจจัยที่จะทำให้รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนเพิ่มขึ้นนั้น ประกอบด้วยหลายปัจจัย สามารถอธิบายได้จากแนวความคิดว่าด้วยการบริโภคบริการรักษาพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย แนวคิดอุปสงค์ต่อสุขภาพ (demand for health) อุปสงค์ต่อบริการรักษาพยาบาล (demand for health services) และความจำเป็นในการรับบริการ (need for health service)

1. อุปสงค์ต่อสุขภาพ (Demand for Health)

Michael Grossman (1972) เป็นผู้เสนอแนวความคิดว่าด้วยอุปสงค์ต่อสุขภาพ (Demand for Health) โดยมองว่าอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพเกิดจากการที่บุคคลมีอุปสงค์ต่อสุขภาพ คือต้องการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากสุขภาพที่ดีได้ก่ออรรถประโยชน์ต่อบุคคล ถ้าหากบุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงดีแล้ว อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพก็จะไม่เกิดขึ้น ในทัศนะของ Michael Grossman บุคคลจะเปรียบเทียบระหว่างผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการที่จะมีสุขภาพดี และค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสียไป เพื่อให้มีสุขภาพดีดังกล่าว โดยผู้บริโภครู้ถึงสถานะสุขภาพของตน อัตราของความเสื่อมของสุขภาพ (Rate of Depreciation) และรูปแบบของการผลิต (Production Function) ในการยกระดับสถานะสุขภาพของตน

2. อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ (Demand for Health Services)

อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ หมายถึง ปริมาณบริการรักษาพยาบาลที่ผู้บริโภคต้องการซื้อ ณ ระดับราคาต่างๆ กัน หรือ ณ ระดับราคาต่างๆ กันของสินค้าที่เกี่ยวข้อง เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างราคาและปริมาณของการซื้อบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของผู้บริโภค ก็คือ การแสวงหาความพอใจสูงสุด (Utility Maximization) จากการบริโภคสินค้าและบริการ เนื่องจากสินค้าและบริการมีเป็นจำนวนมาก การที่ผู้บริโภคจะเลือกบริโภคสินค้าและบริการชนิดใดขึ้นอยู่กับว่าผู้บริโภคมี “อุปสงค์” ในสินค้าและบริการนั้น ๆ หรือไม่ ภายใต้กรอบระบบเศรษฐกิจแบบเสรี ในทางเศรษฐศาสตร์ได้ให้คำนิยามของอุปสงค์ว่า หมายถึง ปริมาณสินค้าที่ผู้บริโภคต้องการซื้อ ณ ระดับราคาหนึ่งๆ หรือ ณ ระดับรายได้หนึ่งๆ หรือ ณ ระดับราคาสินค้าที่เกี่ยวข้องหนึ่งๆ โดยกำหนดให้ปัจจัยที่กำหนดอุปสงค์อื่นๆ เช่น รสนิยม ฤดูกาล ฯลฯ คงที่

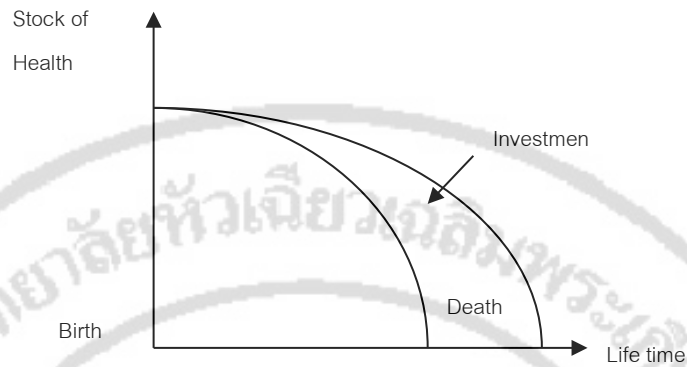
อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพถือว่าเป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (Derived Demand) ของอุปสงค์ต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะว่าสุขภาพดีให้ผลตอบแทนแก่บุคคล ซึ่งต้องการบริการสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพดีและสร้างอรรถประโยชน์ได้ หากมีสุขภาพที่แข็งแรงดีแล้วก็ไม่จำเป็นต้องการบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายโดยอาศัยทฤษฎีของ Michael Grossman

Grossman's model

เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของการบริโภคบริการสุขภาพได้ เนื่องจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ไม่สามารถตอบคำถามที่ว่า ทำไมคนถึงจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสุขภาพ และทำไมคนถึงต้องการมีสุขภาพที่ดี Michael Grossman ได้ตอบคำถามเหล่านี้ซึ่งอธิบายผ่านทฤษฎีของทุนมนุษย์ โดยเห็นว่ามนุษย์มีการลงทุนด้วยตนเอง ผ่านการเรียน การฝึกอบรม เพื่อเพิ่มทุนด้านความรู้ ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพได้ในอนาคต เช่นเดียวกับการรักษาสุขภาพ มนุษย์มีการบริโภคและการลงทุนในสุขภาพของตน เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยและมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์ การบริโภค (Consumption) มีความหมายแตกต่างจากการลงทุน (Investment) เนื่องจากการบริโภค เป็นการใช้ทรัพยากรเพื่อมุ่งแสวงหาความพอใจในปัจจุบัน ส่วนการลงทุนเป็นการใช้ทรัพยากรเพื่อมุ่งแสวงหาความพอใจในอนาคต โดยปกติสินค้าและบริการโดยทั่วไปมักมีลักษณะของการบริโภคและการลงทุนร่วมกันอยู่เสมอ บริการรักษาพยาบาลก็มีลักษณะของการบริโภคและการลงทุนประกอบกันอยู่ เช่น การที่ผู้บริโภคเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลก็เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย สามารถประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ต่อไปในอนาคตคือการลงทุนแต่ในขณะเดียวกัน การอยู่ห้องพิเศษ ก็เพื่อความสะดวกสบายในปัจจุบันคือการบริโภค ซึ่งหากการบริการรักษาพยาบาลมีลักษณะของการบริโภคมากกว่าการลงทุนแล้ว ก็อาจกลายเป็นการฟุ่มเฟือย ดังนั้น

การบริโภคบริการรักษาพยาบาลสามารถอธิบายได้โดยผ่านสมมติฐานการบริโภคบริการรักษาพยาบาล ดังภาพ

ภาพ 2.1 แสดงสมมติฐานการบริโภคบริการรักษาพยาบาล



ที่มา : Michael Grossman, 1972

จากรูปความมั่นคงทางสุขภาพของมนุษย์จะลดลงเรื่อยๆจนกระทั่งถึงอายุขัยของชีวิต แต่มนุษย์สามารถยืดระยะเวลาการสิ้นอายุขัยของชีวิตออกไปได้ ด้วยการลงทุนทางด้านสุขภาพ ซึ่งสุขภาพที่ดีไม่สามารถหาซื้อได้ เช่น ผ่านการออกกำลังกาย หรือการไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น เพื่อต้องการยืดระยะเวลาที่มีสุขภาพดีให้ยืนยาวออกไปซึ่งการลงทุนนี้จะเพิ่มขึ้นตามปัจจัยบางประการ เช่น รายได้ เป็นต้น แต่จะมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการมีสุขภาพที่ดี เขาสามารถก่อประโยชน์ให้กับตนเองได้มากน้อยเพียงใด ถ้าสามารถก่อประโยชน์ได้มาก ก็เกิดความคุ้มค่าที่จะต้องลงทุนเพื่อยืดระยะเวลาออกไป เช่น ถ้ามีอายุยืนยาวขึ้นหรือหายจากอาการเจ็บป่วย ก็อาจทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวได้มากขึ้น เป็นต้น Michael Grossman ได้อธิบายปัจจัยที่ทำให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการรักษาพยาบาล ได้แก่

1) อายุ อัตราการเสื่อมของความมั่นคงในสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ก็จะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้คงมีสุขภาพที่ดี

2) รายได้ การเพิ่มขึ้นของรายได้จะเป็นการเพิ่มผลประโยชน์ส่วนเพิ่มของการลงทุนในสุขภาพ ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของรายได้ จะเป็นการเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพด้วย เนื่องจากบุคคลมีความต้องการที่ไม่มีที่สิ้นสุด แต่ทรัพยากรมีจำนวนจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการบุคคลจึงต้องมาเปรียบเทียบทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่ (Trade Off) โดยจะต้องเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์ที่จะได้รับและทำการตัดสินใจเลือก ว่าจะต้องการลงทุนผ่านการซื้อบริการสุขภาพหรือไม่ ซึ่งรายได้ที่ได้รับจะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ถ้าบุคคลมีอายุยืนยาวขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย โดยการไปพบแพทย์แล้วอาจนำเวลาที่เหลือไปทำประโยชน์โดยได้รายได้เพิ่มมากขึ้น บุคคล

ก็จะเต็มใจที่จะลงทุน เพราะฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงมักจะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า เนื่องจากมีผลตอบแทนจากการลงทุนในสุขภาพสูงกว่านั่นเอง

3) การศึกษา Grossman มองว่าการศึกษาเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตหรือการทำงานให้กับบุคคล เปรียบเสมือนเทคโนโลยีขั้นสูงสามารถเพิ่มผลิตภาพให้กับโรงงานได้ ดังนั้นการเพิ่มขึ้นในด้านของการศึกษาจึงสามารถยกระดับของอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพให้สูงขึ้น เพราะเมื่อคนมีการศึกษาเพิ่มขึ้นอาจทำประโยชน์ได้มากกว่านั่นเอง

3. ความจำเป็นต่อบริการสุขภาพ (Need for Health Services)

ความจำเป็น โดยหลักของอุปสงค์นั้น สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ Normative Need, Felt Need, Expressed Need และ Comparative Need ความจำเป็นต่อบริการรักษาพยาบาลที่มีกล่าวถึงกันโดยทั่วไป ได้แก่ Normative Need

1. Normative Need หมายถึง ความจำเป็นที่ควรมี ที่ควรจะเกิดขึ้น เป็นความจำเป็นที่ผู้บริโภคต้องได้รับบริการรักษาพยาบาลเมื่อระดับสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐาน (norm) ซึ่งถือว่าไม่ปกติ ความจำเป็นประเภทนี้ถูกกำหนดจาก ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งก็ได้แก่ แพทย์เป็นผู้ประเมิน โดยกำหนดมาตรฐานที่ควรจะเป็น ขึ้นก่อน แล้วเปรียบเทียบกับที่ปรากฏอยู่จริง หากพบปรากฏจริง ว่าสังคมต่ำกว่ามาตรฐาน ก็จะถูกประเมินว่าบุคคลหรือสังคมนั้นๆ มีความจำเป็น

2. Felt Need หมายถึง ความต้องการที่ผู้บริโภครู้สึกหรือตระหนัก (perceive) ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ปกติ และมีความจำเป็นที่จะต้องรับบริการรักษาพยาบาล ซึ่งก็อาจเป็นความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์หรือ อาจกล่าวได้ว่า ความจำเป็น (need) กลายเป็นความต้องการ (want)

3. Expressed Need การที่ผู้บริโภคมีความรู้สึกว่าสุขภาพไม่ปกติ และมีความจำเป็นต้องได้รับบริการรักษาพยาบาล โดยแสดงออกด้วยการไปพบแพทย์ นั่นก็คืออุปสงค์ของบุคคลหรือสังคมนั้นๆ โดยอาจจะกล่าวว่า เมื่อตระหนัก ถึงความจำเป็น และมีกำลังซื้อ จึงเกิดเป็นอุปสงค์ ที่มีการแสดงออกมาด้วย

4. Comparative Need การที่ผู้บริโภคคิดว่าตนมีสุขภาพไม่ปกติ มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ในประเภทหรือปริมาณที่ตนคิดว่าจำเป็นโดยเปรียบเทียบกับผู้บริโภครายอื่น ความจำเป็นทางด้านสุขภาพมิได้หมายความว่าความจำเป็นในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงความจำเป็นต้องได้รับ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ ทางสังคม หากมีแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกประเมินว่าบุคคลควรมีปัจจัย ที่ส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่มี นั่นคือสังคมนั้นมี Normative Need หากบุคคลที่ขาดปัจจัยที่จะส่งเสริมการมีสุขภาพสมบูรณ์

นั้นและตระหนักถึงความขาดนั้น ๆ ถือว่าบุคคลนั้น ๆ มี Felt Need และ เมื่อบุคคลแสดงออกของการจัดให้มีปัจจัยดังกล่าว จึงถือว่าเกิด Expressed Need

จาก 3 แนวคิดจะเห็นว่า จุดมุ่งหมายของบุคคลคือต้องการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงต้องมีการบริโภคบริการรักษาพยาบาล เพื่อให้บรรลุสุขภาพที่ดี โดยครัวเรือนจะบริโภคบริการสุขภาพมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความตระหนักถึงสุขภาพของตน หรือการกำหนดของแพทย์ รวมทั้งปัจจัยอีกหลายปัจจัย เช่น รายได้ อายุ การศึกษา เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาช่วยในการอธิบายการแบบแผนของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนได้ สามารถสรุปอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพในรูปของฟังก์ชันได้ ดังนี้

Quantity Demanded = (out – of – pocket price, real income, travel and time for health services costs, price of substitutes and complements, tastes and preference, rate of health depreciation, stock of health, and quality of care)

1) ราคาของบริการสุขภาพ อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างราคาของบริการสุขภาพและปริมาณการซื้อบริการสุขภาพ นั่นคือ เมื่อราคาของบริการสุขภาพต่ำลง ปริมาณการซื้อบริการสุขภาพจะสูงขึ้น

2) รายได้ ผู้ที่มีรายได้สูงขึ้น จะมีการซื้อบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การมีอรรถประโยชน์เพิ่มสูงขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงของรายได้จะมีผลกระทบต่อปริมาณการซื้อเล็กน้อย แค่นั้น ก็ขึ้นลักษณะของบริการสุขภาพ ถ้าเป็นบริการสุขภาพปกติ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อบุคคลมีรายได้เพิ่มขึ้น ย่อมสนใจในสุขภาพและไปใช้บริการตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่รายได้จะมีผลกระทบน้อยในกรณีที่เป็นการบริการสุขภาพแบบฉุกเฉินซึ่งพบว่าอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพของครัวเรือนของประเทศไทย แปรผันตามรายได้ โดยเมื่อมีรายได้สูงขึ้นสัดส่วนการไปใช้บริการภาคเอกชนจะเพิ่มสูงขึ้น

3) ต้นทุนของเวลา เช่น ค่าเดินทาง และต้นทุนค่าเสียโอกาส

4) ราคาของสินค้าที่เกี่ยวข้อง เช่น ราคาของอุปกรณ์การออกกำลังกายถูกลง หรือค่าสมาชิกสถานออกกำลังกายถูกลง บุคคลจึงเลือกที่จะบริโภคสิ่งเหล่านี้เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย ทำให้การบริโภคบริการรักษาพยาบาลลดลง

5) การเสื่อมถอยของสุขภาพ เช่น อายุ อัตราการเสื่อมของความมั่นคงในสุขภาพจะเพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่มากขึ้น เพื่อให้ยังมีสุขภาพดี ส่วนการศึกษา Grossman มองว่าการศึกษาเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตหรือการทำงานให้กับบุคคล เปรียบเสมือนเทคโนโลยีอันทันสมัยสามารถเพิ่มผลิตภาพให้กับโรงงานได้ ดังนั้น การเพิ่มขึ้นในด้านของการศึกษาจึงสามารถยกระดับของอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพให้

สูงขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีความรู้มักจะใส่ใจในสุขภาพของตนมากกว่า โดยเฉพาะในด้านการตรวจสุขภาพ เพราะเมื่อคนมีการศึกษาเพิ่มขึ้นสามารถมีรายได้มากกว่านั่นเอง

6) ความมั่นคงของสุขภาพ ผู้ที่มีความมั่นคงทางสุขภาพต่ำกว่าจะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีความมั่นคงทางสุขภาพสูงกว่า โดยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีโรคเรื้อรัง ปัญหาทางสุขภาพต่างๆ รวมทั้งมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่น เป็นต้น

7) รสนิยม เป็นตัวสะท้อนถึงค่านิยมของบุคคลที่มีต่ออรรถประโยชน์ที่ได้รับจากสุขภาพ นำไปสู่อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ

8) คุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่วัดได้ยาก เนื่องจากแต่ละบุคคลอาจพิจารณาได้แตกต่างกันออกไป เช่น จากชื่อเสียงของสถานบริการสุขภาพ หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย เป็นต้น

ด้านอุปทาน (Supply Side)

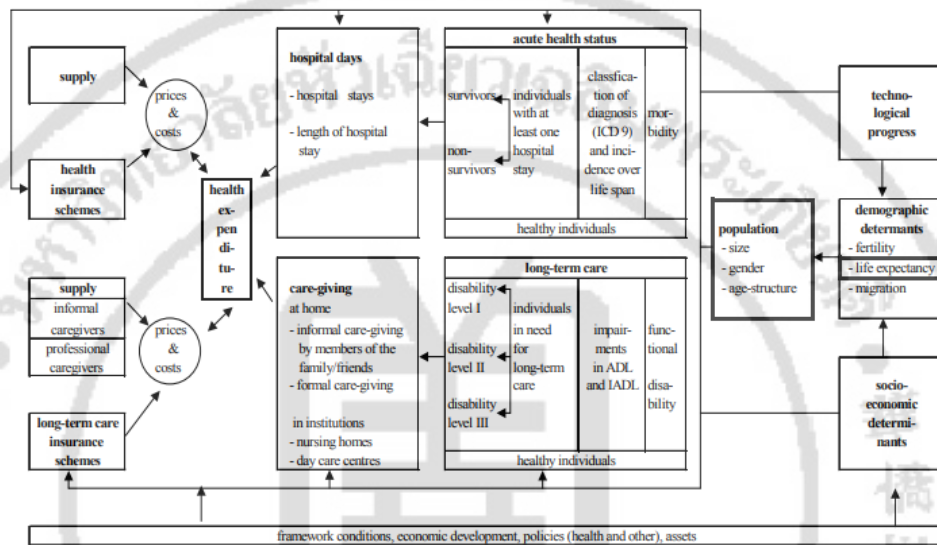
ทฤษฎีอุปทาน

อุปทาน (Supply) หมายถึงปริมาณสินค้าที่มีการเสนอขายแก่ผู้บริโภคที่เวลาหนึ่ง ปัจจัยหลักที่กำหนดปริมาณอุปทานคือราคาตลาดและต้นทุนการผลิต กฎอุปทานกล่าวว่า โดยทั่วไปปริมาณอุปทานจะมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับระดับราคา กล่าวคือ เมื่อระดับราคาสินค้าเพิ่มขึ้นผู้ขายจะยินดีเสนอขายสินค้าในปริมาณที่เพิ่มขึ้น กรณีของอุปทานของบริการรักษาพยาบาล เช่น จำนวนแพทย์ จำนวนโรงพยาบาล จำนวนเตียง สามารถส่งผลต่อราคาของบริการสุขภาพได้ผ่านทฤษฎีsupplier-induced demand (SID) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากการที่ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมเป็นตัวแทนที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect agent) ของผู้ป่วย ใช้ความรู้และข้อมูลที่มีมากกว่าผู้ป่วย โน้มน้าวให้เกิดความต้องการการรักษาพยาบาล โดยคำนึงถึงประโยชน์ของตนเอง (self-interest) เป็นสำคัญ ปัญหา information gap นอกจากจะเกิดในผู้ป่วยดังกรณีของ SID แล้ว ยังอาจเกิดขึ้นในตัวของผู้ให้บริการสุขภาพเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความไม่แน่นอนของผลลัพธ์จากการรักษาพยาบาล (นั่นคือ ผู้ให้บริการสุขภาพ ได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์เกี่ยวกับ marginal productivity ของการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อระดับสุขภาพ) ทำให้เกิดความหลากหลายของ practice style ของผู้ให้บริการ ทำให้อัตราการใช้บริการต่อประชากร (per-capita utilization rate) สำหรับการรักษาพยาบาลและการผ่าตัดบางประเภท มีความแตกต่างกันเป็นอย่างมากระหว่างพื้นที่ (inter-area variation)

2.3 แนวคิดการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุ

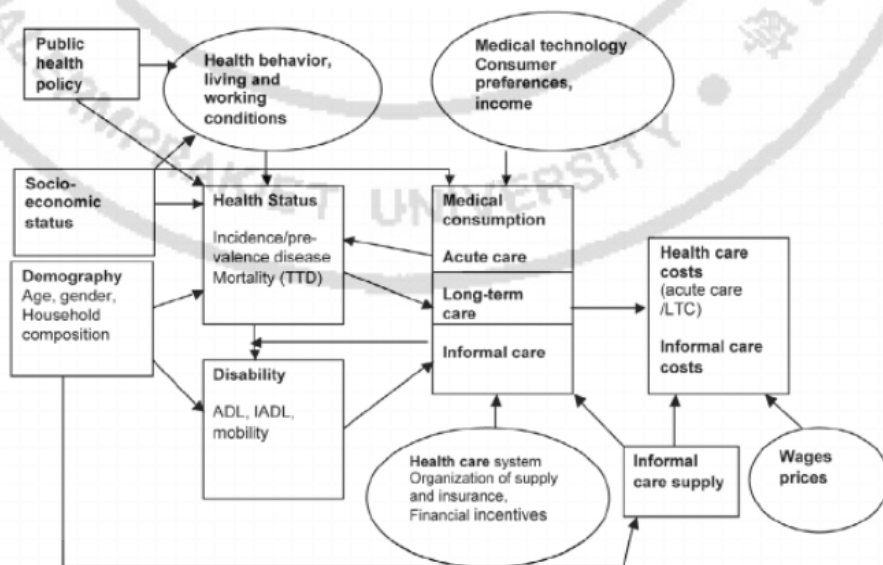
สำหรับผู้สูงอายุ ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดรายจ่ายคือด้านอุปสงค์เป็นหลัก โดยเฉพาะอุปสงค์ในการดูแลสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว เริ่มตั้งแต่อายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่องบประมาณของภาครัฐ และ ต่อผู้สูงอายุเองและครัวเรือน

ภาพ 2.2 แนวคิดรายจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ



ที่มา: Erika Schulz. 2005

ภาพ 2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนรายจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ



ที่มา: Marc Koopmanschap. et.al. 2010

จากภาพการจำแนกรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆคือ รายจ่ายระยะสั้น (Acute Care) และรายจ่ายระยะยาว (Long Term Care) โดยรายจ่ายระยะสั้น (Acute Care) มีเป้าหมายเพื่อการรักษาและป้องกันการเจ็บป่วย เป็นการรักษาและป้องกันโรค ค่าใช้จ่ายจะเป็นค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้กับโรงพยาบาลหรือคลินิก เป็นโรคที่เกิดขึ้นแบบฉับพลัน เป็นการดูแลในระยะสั้นๆ เป็นรายจ่ายในการรักษาพยาบาล เช่น ค่าแพทย์ ค่ายา ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เป็นต้น ส่วนรายจ่ายระยะยาว (Long Term Care) เน้นการดูแลในระยะยาว เป็นการจัดบริการระยะยาว ดูแลผู้สูงอายุจนเสียชีวิต จะเป็นรายจ่าย ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อช่วยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตร การเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) ค่าใช้จ่ายสำหรับศูนย์รับเลี้ยงผู้สูงอายุ (Nursing Home) เป็นต้น ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อรายจ่ายสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยเช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านประชากร และพฤติกรรมสุขภาพ โรคเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลต่อไปถึงรายจ่ายในการดูแลสุขภาพ ทั้งรายจ่ายระยะสั้น (Acute Care) และระยะยาว (Long Term Care)

จากงานวิจัยที่ผ่านมาในด้านรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการจ่ายเพื่อดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสัมพันธ์กับรายได้และความมั่งคั่งของครัวเรือน De Nardi, French, และ Jones (2010) และจะเพิ่มสูงขึ้นมากในครัวเรือนที่มีความมั่งคั่งมาก และส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายที่จ่ายเพื่อบริการของ nursing home รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และรายจ่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายที่บ้าน โดยเฉพาะรายจ่ายของ nursing home จะเป็น 2 ใน 3 ของรายจ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมด และรายจ่ายที่ครัวเรือนจ่ายนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างชัดเจน (McCorkle, et al., 2000; Mor, et al., 2004)

นอกจากความมั่งคั่งยังพบว่ารายจ่ายสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุของประชากร นั่นคือเมื่ออายุมากขึ้นรายจ่ายสุขภาพจะสูงขึ้นตามไปด้วย แต่จริง ๆ แล้ว รายจ่ายในการดูแลสุขภาพไม่ได้สัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่สูงขึ้น แต่ขึ้นอยู่กับอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นในแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุ นั่นจึงส่งผลให้รายจ่ายในการดูแลสุขภาพจึงสูงขึ้นตามอายุ เนื่องจากอายุมากขึ้นอัตราการตายก็สูงขึ้นตามไปด้วย ตามแนวคิด Time to Death ซึ่งเป็นแนวคิดของ Roos et al. (1987) ได้ศึกษาโดยใช้ข้อมูลระดับบุคคล ศึกษาในระยะเวลาก่อนที่จะเสียชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อต้องการทราบผลกระทบของการตายต่อรายจ่ายด้านสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ถึงระยะเวลาในการตายกับรายจ่ายสุขภาพ และต่อมาได้มีนักวิจัยทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง (Zweifel et al. 1999; Seshamani and Gray 2004a; 2004b) สรุปได้เป็นโมเดล TTD นั่นคือรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ได้เพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ขึ้นอยู่กับเวลาก่อนเสียชีวิต การมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นไม่ได้ส่งผลให้รายจ่ายสุขภาพสูงขึ้น แต่เป็น TTD และยัง

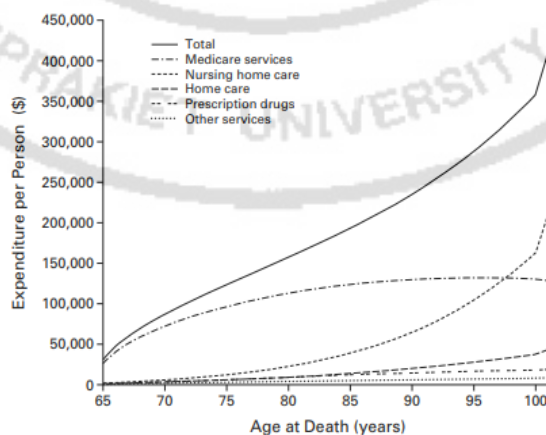
พบว่า มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และพบว่า 3 ปีก่อนเสียชีวิตจะมีค่ารักษาพยาบาลสูงมากเมื่อเทียบกับ 5 ปีก่อนเสียชีวิต

นอกจากนั้น Meena Seshamani และ Alastair M. Gray (2002) ได้ทำการศึกษาระยะยาวเป็นเวลาถึง 29 ปี เพื่อวิเคราะห์อายุกับต้นทุนของการรักษาพยาบาลก่อนเสียชีวิต พบว่า ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นในระยะ 15 ปีสุดท้ายของชีวิต ซึ่งค่ารักษาพยาบาลจะสูงขึ้นอย่างชัดเจน และจะเพิ่มขึ้น อีก 10 เท่าใน 5 ปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิต โดยในช่วงอายุ 65-85 ปี พบว่าต้นทุนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30

งานวิจัยของ Susan T. Stewart .2004 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับต้นทุนภาระรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุ (Out-of-Pocket Costs) พบว่าจริงๆแล้ว เวลาทำวิจัยด้านรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้ารวมภาระรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดโดยไม่ได้แยกรายละเอียด จะพบว่ารายจ่ายสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องรับภาระ จะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ถ้ามีการแยกรายละเอียดของรายจ่ายสุขภาพแบ่งเป็นประเภทจะพบว่าค่าใช้จ่ายบางประเภทไม่ได้เพิ่มขึ้นตามอายุในทุกๆรายจ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่มีเพียงรายจ่ายเดียวที่เพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน คือรายจ่ายด้าน Nursing Home แต่ไม่เป็นเช่นนั้นเสมอไป รายงานการวิจัยของ Yang et al. 2003 พบว่าผู้สูงอายุอายุ 85 ปีขึ้นไปพบว่ามีรายจ่ายในการดูแลสุขภาพน้อยผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 65-75 ปี แต่งานวิจัยของ McGrail et.al.(2000) พบว่ารายจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุ Polder et.al. (2006) พบว่าในห้วงปีสุดท้ายของชีวิตรายจ่ายในการดูแลสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเป็น 13.5 เท่า

ซึ่งจากงานวิจัยที่ค้นพบ พบว่ารายจ่ายของผู้สูงอายุไม่ได้เพิ่มขึ้นตามอายุในทุกๆรายจ่าย แต่ละรายจ่ายจะเพิ่มขึ้นอย่างมีรูปแบบ

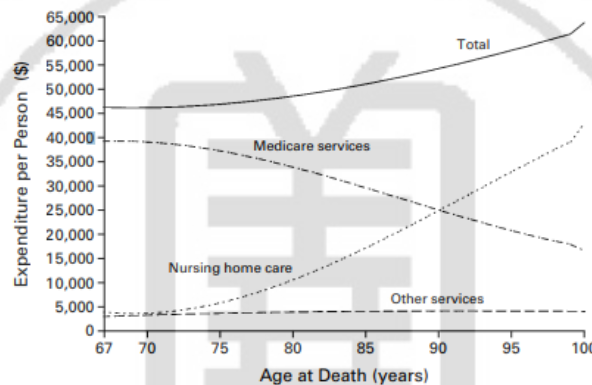
ภาพ 2.4 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพ 5 ด้านของผู้สูงอายุ



ที่มา : Brenda C. Spillman และ James Lubitz (2013: 1411)

จากภาพจะเห็นว่าในแต่ละหมวดของรายจ่ายซึ่งประกอบด้วยค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในสถานบริการผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ค่ายา และอื่น ๆ พบว่าค่าใช้จ่ายในแต่ละประเภทจะเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากกว่า 90 ปี แต่ขณะเดียวกันในช่วงวัยนี้จากการที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เคลื่อนไหวลำบาก จึงมีรายจ่ายในสถานบริการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมาก นั่นหมายความว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อเดือน จะเป็นค่ารักษาพยาบาลน้อยลง แต่จะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพระยะยาวสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดเมื่ออายุมากขึ้น (Yang et.al.: 2003, Spillman and Lubitz: 2000, Marc Koopmanschap et.al.: 2010: 33)

ภาพ 2.5 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพ 3 ด้านของผู้สูงอายุ



ที่มา : Brenda C. Spillman และ James Lubitz (2013: 1412)

จากภาพ 5 พบว่ารายจ่ายสุขภาพผู้สูงอายุจากอายุ 65 เมื่อเสียชีวิตตอน 90 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้น ประมาณ 7 เท่า โดยค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุดคือค่า Nursing Home โดยยิ่งสูงขึ้นไปมาก ตอน 2 ปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ขณะที่ 2 ปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะลดลง ผู้หญิงจะมีรายจ่ายด้านการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย และรายจ่ายแบบ Acute Care รูปแบบจะต่างจาก Long Term Care นั่นคือ Acute Care จะเป็นรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะมีอัตราที่เพิ่มขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น แต่จะเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงเมื่อใกล้เสียชีวิต ในขณะที่รายจ่าย Long Term Care จะมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเสียชีวิต จากกราฟจะเห็นว่า รายจ่ายในการดูแลสุขภาพโดยรวมทั้งหมด(Total) สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อายุ 65ปี โดยมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจาก ตอนอายุ 65 มีรายจ่ายต่อหัวอยู่ที่ 31,181 ดอลลาร์สหรัฐ เพิ่มขึ้นเป็น 235,369 ดอลลาร์สหรัฐ หรือเพิ่มขึ้น ประมาณ 7.5 เท่า และหลังจากอายุ 90 ปีรายจ่ายจะเพิ่มสูงขึ้น อย่างก้าวกระโดด ถึง 13 เท่าของเมื่ออายุ 65 ปี โดยประเภทของรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นเป็นสิ่งที่น่าสนใจ นั่นคือเมื่ออายุมากขึ้น รายจ่ายสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น แต่ไม่ได้สูงขึ้นในทุกประเภทของรายจ่าย รายจ่ายที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน

คือรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล และรายจ่ายด้านNursing home โดยรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุ มากกว่า 90 ปี ส่วนรายจ่ายด้าน nursing home กลับสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดเมื่ออายุมากกว่า90 ปี ส่วนรายจ่ายด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ค่ายา และอื่น ๆ เช่น ค่าทันตกรรม เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เพิ่มเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับรายจ่าย 2 ประเภทข้างต้น ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่าเมื่ออายุสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีภาระค่าใช้จ่าย2 ประเภทหลักๆที่ต้องรับภาระ คือค่ารักษาพยาบาลและ nursing home จากภาพรายจ่าย 2 ปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมากคือ ค่าใช้จ่ายในศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ ซึ่งรายจ่ายนี้จะเพิ่มสูงมากในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย Mariacristina De Nardi et al. 2016 ก็พบเช่นเดียวกันว่า ภาระรายจ่ายในการดูแลสุขภาพ (Out-of -Pocket) ของผู้สูงอายุ สูงที่สุด 3 อันดับแรกคือ รายจ่ายด้าน Nursing care รายจ่ายด้านยา และรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามลำดับ และเพศหญิงจะมีรายจ่ายสูงกว่าเพศชาย

ซึ่งรายจ่ายด้าน nursing home เป็นรายจ่ายที่ภาครัฐไม่ได้เข้ามาดูแล จึงเป็นภาระของผู้สูงอายุโดยตรง ส่วนค่ารักษาพยาบาล ภาครัฐมีสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุและประชาชนทุกคนในประเทศ แต่รายจ่ายที่ต้องรับภาระเองจะเป็นรายจ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาสในการหารายได้ เป็นต้น การที่ครัวเรือนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเองอาจทำให้เกิดการล้มละลายได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น

สรุปข้อค้นพบด้านรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปี	ผู้วิจัย	การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	ข้อค้นพบ
2010	Samuel Marshall, Kathleen M. McGarry และ Jonathan S. Skinner	เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทำรายปี ระยะเวลา 8 ปี	ตัวแปรที่ส่งผลให้รายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ได้แก่ ช่วงอายุ ซึ่งจะสูงขึ้นมากหลังอายุ 70 ปีขึ้นไป ส่วนค่าใช้จ่ายในส่วนของ Nursing home และรายจ่ายในโรงพยาบาลจะสูงขึ้นมากหลังจากช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป
2010	Marc Koopmanschap, Claudine de Meijer, Bram Wouterse and Johan Polder	ทำการวิจัย 2 แบบ เป็นแบบมหภาคใช้ข้อมูล cross-sectional และจุลภาค เป็นการวิเคราะห์รายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุรายบุคคล	ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นรายจ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพระยะสั้นและระยะยาว โดยมีปัจจัยประชากรศาสตร์ สุขภาพ ความพิการ เทคโนโลยีสุขภาพ รายได้

ปี	ผู้วิจัย	การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	ข้อค้นพบ
2014	Jens-Oliver Bock et al.	เก็บข้อมูลแบบ cross-sectional โดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุอายุระหว่าง 57-84 ปี	ศึกษาความเหลื่อมล้ำของรายจ่ายสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Out-of-Pocket Payment of Healthcare Services) ของผู้สูงอายุ โดยรายจ่ายแบ่งเป็นด้าน การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทางอ้อม ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ค่าทันตกรรม และค่าบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยถามรายจ่าย 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่ารายจ่ายที่ต้องรับภาระเองของผู้สูงอายุคือ รายจ่ายด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สูงที่สุด รองลงมาคือ ค่าทันตกรรม ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อรายจ่ายพบว่า รายได้และความพิการของผู้สูงอายุส่งผลให้รายจ่ายสูงขึ้น โดยเฉพาะค่ายา และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก แต่เมื่อพิจารณาความเป็นธรรมของภาระรายจ่ายพบว่ายังมีความไม่เป็นธรรม
2016	Amy S. Kelley, Kathleen McGarry, Rebecca Gorges	เก็บข้อมูลแบบ Retrospective cohort	วิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วง 5 ปีสุดท้ายของชีวิต พบว่า ภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่าโรคอื่นๆ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบเอง (Out-of-Pocket) สูงกว่าโรคอื่นๆ ถึง 2 เท่า และยังพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่อยู่คนเดียวมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส และยังมีการศึกษาสูงรายจ่ายด้านนี้ก็จะสูงตามไปด้วย
2016	Yolanda WH Penders et al.	ใช้ข้อมูล secondary data ปีค.ศ. 2005-2012	วิเคราะห์ความแตกต่างของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องรับภาระเอง (Out-of-Pocket) ของผู้สูงอายุในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต ใน 13 ประเทศในยุโรป พบว่า มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากสำหรับรายจ่ายของผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระเองในแต่ละประเทศ แต่ที่พบเหมือนกันเป็นส่วนใหญ่คือ ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care) เป็นรายจ่ายที่มากที่สุด สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งหมด 11 ประเทศ จาก 13 ประเทศ
2016	Mukesh Shukla et al.	เก็บข้อมูลแบบ cross-sectional โดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ	วิเคราะห์ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องรับภาระเอง (Out-of-Pocket) ของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.5 ที่ต้องประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพ โดยมีตัวแปรที่ส่งผล ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจ โรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ 1 เดือนก่อนหน้า เป็นทางตรงและทางอ้อม

ปี	ผู้วิจัย	การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	ข้อค้นพบ
2017	Satar Rezaeian et al.	เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยวัดจากแบบสอบถาม EQ-5D 5 มิติ	วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า อายุ เพศ รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน ระดับการศึกษา การมีประกันสุขภาพ การออกกำลังกาย และการมีโรคเรื้อรังมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.4 แนวคิดการร่วมจ่ายบริการสุขภาพ

การร่วมจ่ายสามารถรวมจ่ายได้หลายแบบ เช่น Co payment เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ให้กับผู้ให้บริการโดยตรง Deductible เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต่ำระดับหนึ่งหรือจ่ายเป็นค่า Premium เบี้ยประกัน ซึ่งเป็นการจ่ายร่วมเข้ากองทุน

มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ

1. เพื่อลดการใช้บริการลง โดยเฉพาะบริการที่ไม่จำเป็น ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยเฉพาะ Copayment และ Deductible และ

2. เพื่อเป็นแหล่งรายได้ของกองทุนประกันสุขภาพ โดยเฉพาะ Premium

การกำหนดอัตรา Cost Sharing มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยการทดลองใช้อัตราขั้นต่ำก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น โดยประเภทของบริการสุขภาพที่ต้องการเก็บ เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เป็นต้น โดยอัตราการเก็บสามารถมีได้หลายแบบ เช่น

- Fixed Rate เช่น 30 บาทต่อครั้ง

- Income-related / Wage-related เช่น ผู้ที่มีรายได้/เงินเดือนน้อยจ่ายน้อยกว่า

สำหรับประเทศไทย ในช่วงแรกของการมีประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดให้มีการจ่ายร่วมในการรักษาพยาบาลเป็นเงิน 30 บาทต่อครั้ง ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วย เพื่อเป็นแหล่งรายได้ของสถานพยาบาล และเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการใช้บริการที่เกินจำเป็นของผู้ป่วย (moral hazard) นอกจากนั้นยังมีการร่วมจ่ายเนื่องจากการใช้บริการเกินสิทธิที่ตนมี เช่น การจ่ายค่าห้องพิเศษเกินกว่าที่จะเบิกได้สำหรับผู้ที่มิสวัสดิการข้าราชการ การจ่ายค่าบริการในคลินิกพิเศษใน รพ.รัฐ และการร่วมจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักหรือยาที่ไม่อยู่ในมาตรฐานการรักษาพยาบาล เป็นต้น ผลของระบบการร่วมจ่ายทุกประเภท ได้ช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย ภาครัฐระดับหนึ่ง และช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่สถานพยาบาลภาครัฐระดับหนึ่ง (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. 2514)

ประเทศต่างๆมีระบบการร่วมจ่ายเช่นเดียวกัน เช่นในประเทศญี่ปุ่น มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับการร่วมจ่าย เนื่องจากเป็นประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ Fukushima et al. (2015) พบว่าการร่วมจ่ายในจำนวนเงินที่ต่ำส่งผลให้เกิด moral hazard ซึ่งจะเพิ่มรายจ่ายค่า

รักษาพยาบาลของภาครัฐ ซึ่งที่ผ่านมาในประเทศญี่ปุ่นยอมรับกันว่าถ้ามีการร่วมจ่ายจะสามารถช่วยลดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลงได้ จึงได้มีการศึกษาการร่วมจ่ายที่เหมาะสม บางงานวิจัยพบว่า การเพิ่มขึ้นของการร่วมจ่ายให้สูงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และทำให้สถานะสุขภาพแย่ลง อย่างไรก็ตามผลกระทบนี้ ก็ยังมีการศึกษาต่อมาเรื่อยๆ เนื่องจากยังคงมีแนวคิดว่าการรักษาพยาบาลไม่ควรฟรี เนื่องจากจะทำให้เกิดการให้บริการเกินความจำเป็น ดังนั้นจึงมีการศึกษาเพื่อหาอัตราการร่วมจ่ายที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ลด moral hazard ลงได้ แต่ไม่ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพแย่ลง เป้าหมายจึงมุ่งไปที่ผู้ที่มีความสามารถในการจ่าย คนกลุ่มนี้ควรมีการร่วมจ่ายในอัตราที่เหมาะสม จากงานวิจัยของ Fukushima et.al. (2015) พบว่าการร่วมจ่ายโดยเฉพาะค่ายารักษาโรค ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 70 ปีขึ้นไปจะสามารถช่วยลดการใช้ยาที่มีชื่อทางการค้าลงได้

2.5 แนวคิดการประเมินต้นทุนการดูแลสุขภาพ

การประเมินต้นทุน ประกอบด้วยต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ (Direct medical costs) และต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (direct non-medical costs) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) และต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ (Intangible Cost)

1. ต้นทุนทางตรง (Direct Costs) เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดจากการบริการนั้นๆ ต้นทุนทางตรง แบ่งย่อยออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ต้นทุนทางตรงจากการให้บริการทางการแพทย์ (Direct Medical Costs) ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากการรักษาผู้ป่วย หรือต้นทุนที่จ่ายให้กับโรงพยาบาลโดยตรง เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล เช่น ค่าตรวจวินิจฉัย ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ากายภาพบำบัด ค่าผ่าตัด เป็นต้น

1.2 ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ (Direct Non-Medical Costs) ต้นทุนชนิดนี้ไม่ได้เกิดจากการรักษาผู้ป่วยโดยตรงหรือไม่ได้จ่ายให้กับโรงพยาบาลโดยตรง เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ต้องเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล ดังนั้นค่าใช้จ่ายประเภทนี้มักเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทางในการมาโรงพยาบาล ค่าที่พักของญาติที่มาพร้อมกับผู้ป่วย เป็นต้น

2. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) เป็นต้นทุนที่มีได้เกิดจากการให้หรือรับบริการนั้นๆ โดยตรง แต่เป็นทรัพยากรที่ต้องสูญเสียไปจากการเจ็บป่วยนั้นๆ เป็นค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ได้แก่

2.1 ความเจ็บป่วย (Morbidity) ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน คือเสียโอกาสที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือผลจากการเจ็บป่วยทำให้เกิดความพิการ ทำให้สมรรถภาพในการ

ทำงานลดลง สามารถประเมินได้จากแนวทางต้นทุนมนุษย์(human capital approach) เพื่อประเมินมูลค่าผลิตภาพที่สูญเสียไปจากการหยุดงาน โดยใช้ค่าแรงขั้นต่ำ (minimum wage rate) ซึ่งมาจากประกาศของคณะกรรมการค่าจ้าง ซึ่งกรุงเทพและปริมณฑล อยู่ที่ 331 บาท ซึ่งเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสในการทำงานของทั้งผู้ป่วยรวมถึงกรณีที่มีญาติพาไปรับบริการรักษาพยาบาล จะคิดรวมค่าเสียโอกาสของญาติที่พาไปด้วย

2.2 ความตาย (Mortality) ถ้าผลจากการให้ หรือไม่ให้บริการทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรหมายความว่าผู้ป่วยไม่สามารถก่อให้เกิดผลผลิตแก่สังคมได้เท่ากับระยะเวลาที่เขาควรจะมีชีวิตอยู่ ต้นทุนในหมวดนี้จึงมักเป็นต้นทุน ในที่ศนะของสังคมโดยส่วนรวม

3. การวัดต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ (Intangible Cost) เป็นต้นทุนที่ไม่เป็นมูลค่าชัดเจน ประเมินค่าได้ยาก เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล เป็นต้นเพื่อใช้ในการประเมินอาจใช้เป็นการวัดโดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตหรือการวัดความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to pay) ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถวัดต้นทุนที่มองไม่เห็น/จับต้องไม่ได้ในหลายประเทศ เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะได้มาซึ่งมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์และสามารถนำไปใช้ในการพิจารณากำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงเป็นวิธีหนึ่งในการประเมินผลได้ทางสุขภาพ และยังสามารถใช้ประเมินต้นทุนที่มองไม่เห็นได้ โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงผลได้ที่จะทำให้ลดความกังวลหรือลดความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ และสอบถามผู้ป่วยถึงความสามารถสูงสุดในการจ่ายเงินเพื่อให้ได้ผลได้นั้น การสอบถามความเต็มใจจ่ายทำได้หลายรูปแบบได้แก่ (สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย. 2560 : 20-22)

1. Open-ended format เป็นรูปแบบที่มีแต่คำถามให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยระบุค่าเงินด้วยตนเองเป็นมูลค่าเงินสูงสุดที่ยอมจ่ายเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ

2. Payment cards format เป็นรูปแบบที่มีเครื่องมือในการช่วยถามคือ การ์ดที่มี list ระบุมูลค่าเงินไว้หลายค่า แล้วให้ผู้ป่วยเลือกตอบค่าเงินจาก list ว่าค่าใดที่ยอมจ่ายและค่าใดที่ไม่ยอมจ่าย

3. Dichotomous choice format เป็นรูปแบบที่มีการถามผู้ป่วยว่ายอมจ่ายเงินในมูลค่าที่กำหนดไว้หรือไม่ ทั้งนี้ผู้ป่วย 1 คนอาจถาม 1 มูลค่าหรืออาจถามต่อด้วยมูลค่าเงินอื่นอีกก็ได้

4. Bidding game หรือ iterative bidding format เป็นรูปแบบที่นิยมโดยหลังจากผู้ถามอธิบายเหตุการณ์สมมติเสร็จแล้วจะเสนอมูลค่าเงินให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะยอมจ่ายหรือไม่ คำตอบของผู้ป่วยจะถูกถามต่อด้วยค่าที่มากขึ้น หรือลดลง จนได้ค่าที่ผู้ป่วยยอมจ่ายได้สูงสุด แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือใช้การต่อรองครั้งเดียวและใช้การต่อรองหลายครั้ง โดยครั้งสุดท้ายจะมีการใช้คำถามปลายเปิดถึงจำนวนเงินที่มากที่สุดที่ยอมจ่าย

ซึ่งในงานวิจัยนี้จะใช้วิธีการสอบถามความเต็มใจจ่ายโดยวิธี Bidding game โดยการเสนอมูลค่าเงินให้ผู้ป่วยแบบสอบถามตัดสินใจว่าจะยอมจ่ายที่สูงสุดเท่าใด

2.6 แนวคิดสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น การวัดพฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยมักจะใช้ตัวชี้วัด ได้แก่ การบริโภคแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ และค่า BMI (Schulz, 2004) ส่วนสภาวะสุขภาพสามารถวัดได้จากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งเป็นแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ โดยจะมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และคะแนนรวมสามารถแบ่งผลการประเมินออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

2.7 แนวคิดคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของบุคคลเมื่อมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Dalkey NC, Rourke DL., 1973: 209-21)

World Health Organization Quality of Life (1994: 41-57) ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

1. ด้านสุขภาพกาย การรู้ถึงสภาพร่างกายของตน ซึ่งมีผลกับชีวิตประจำวัน เช่น การรู้ถึงถึงความไม่สุขสบายกาย สภาพความสมบูรณ์ร่างกาย และสามารถจัดการกับความเจ็บปวดทางกายได้ การนอนหลับพักผ่อน และรู้ถึงความสามารถในการประกอบอาชีพ
2. ด้านจิตใจ การรู้ถึงสถานะจิตใจของตนเอง เช่น การรู้ถึงความคิดและความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรู้ถึงความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ การตัดสินใจ ความคิดความจำในการเรียนรู้ของตน รู้ถึงการจัดการกับความเครียด กังวลและเหตุที่เศร้าหมองได้

3. ด้านระดับความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการประกอบอาชีพ

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

5. ด้านสิ่งแวดล้อม การรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เช่น ความปลอดภัย ความเป็นอิสระ ความมั่นคงในชีวิต การคมนาคมที่สะดวก มีสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ถึงกิจกรรมในเวลาว่างและการมีกิจกรรมนันทนาการ

6. ด้านความเชื่อของบุคคล การรู้ถึงความเชื่อมั่น การรับรู้ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีส่วนผลักดันให้เอาชนะอุปสรรคได้

และ WHO (The WHO Group, 1995: 1403-9) ยังได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 มิติ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเป็นไปและความผิดปกติของร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเคลื่อนไหวออกแรง การพักผ่อนนอนหลับ ความสามารถในการดำรงชีวิต การทำกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถในการประกอบอาชีพ

2. ด้านจิตใจ เป็นการรู้ถึงความคิดและความรู้สึกทางบวกที่บุคคลที่มีต่อตนเอง การรู้ถึงความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ การตัดสินใจ ความคิด ความจำในการเรียนรู้ การจัดการความเครียด กังวล และหดหูเศร้าหมองได้

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้ว่าตนเองสามารถหยิบบี๋นการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามความเหมาะสม

4. ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เช่น ปลอดภัย ความเป็นอิสระ ความมั่นคงในชีวิต มีการคมนาคมที่สะดวก มีสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ถึงกิจกรรมในเวลาว่างและมีกิจกรรมนันทนาการ

การวัดคุณภาพชีวิต สามารถประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก เป็นการวัดการรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของตนผ่านประเมินแบบภาวะวิสัย(Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-Report Subjective) ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2540) ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือการรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง

พละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่ต้องพึ่งพาอาศัยกันหรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากแนวคิดของคุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่าสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดย WHO (1948) ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพว่าเป็นภาวะสมบูรณ์ทางกาย ทางจิต และทางสังคม โดยไม่ได้มีความหมายเพียงแค่ว่าการไม่มีโรคหรือความไม่พิการเท่านั้น จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ และเป็นที่มาของคำว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ซึ่งหมายถึง ระดับความเป็นอยู่และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลที่เป็นผลมาจากโรคและการรักษาพยาบาล (WHO, 1948) ดังนั้นระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคคล จึงเป็นสิ่งที่สามารถใช้ในการประเมินประสิทธิผล

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สามารถวัดได้หลายวิธี เช่น Visual Analogue Scale (VAS) เป็นวิธีการวัดอรรถประโยชน์แบบให้คะแนน (Rating Scale) ซึ่งจะให้ผู้ตอบให้คะแนนสภาวะสุขภาพของตนเอง จะเป็นสเกลในแนวตั้งหรือแนวนอนก็ได้โดยจะมีคะแนนสูงสุดและต่ำสุดเช่น 0-

100 คะแนนเต็มหมายถึงภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (Perfect Health) และคะแนนต่ำสุด หมายถึงความตาย (Death) โดยสามารถวัดค่าออกมาเป็นค่าอรรถประโยชน์ได้ Standard Gamble (SG) เป็นการวัดโดยผู้ตอบจะมี 2 ทางเลือกที่ต้องตัดสินใจและต้องเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งระหว่างไม่รับการรักษากับการรับรักษาที่มีความเสี่ยงของการตาย เป็นต้น

งานวิจัยนี้จะใช้แบบวัดEQ-5D-5L ซึ่งเป็นแบบสอบถามประเมินตนเองที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก มีความแม่นยำไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี และสามารถวัดออกมาในรูปแบบของอรรถประโยชน์ (Utility) ได้ ซึ่งมี Euro QoL Group เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ สามารถใช้ติดตามคุณภาพชีวิตของประชากรหรือผู้ป่วยได้ ซึ่งแบบสอบถาม EQ-5D ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับ เริ่มจากแบบสอบถาม EQ-5D เป็นฉบับแรกประกอบด้วย 5 คำถาม แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ เรียกว่าแบบสอบถาม EQ-5D-3L ต่อมาได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยเพิ่มคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เรียกว่า EQ-5D-5L (Pattanaphesaj J. 2014) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. 2558 : 1-3) โดยที่ EQ-5D ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่

1. การเคลื่อนไหว (Mobility)
2. การดูแลตนเอง (Self-Care)
3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (Usual Activities)
4. ความเจ็บปวด ไม่สบายตัว (Pain/Discomfort)
5. ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (Anxiety/Depression)

EQ-5D-5L ในแต่ละมิติจะมีให้เลือกประเมินได้ 5 ระดับ ได้แก่

- 1 = ไม่มีปัญหา
- 2 = มีปัญหาเล็กน้อย
- 3 = มีปัญหาปานกลาง
- 4 = มีปัญหาอย่างมาก
- 5 = มีปัญหารุนแรงที่สุด

หลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว นำคะแนนสถานะสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถามมาแปลงเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดย 0 หมายถึงเสียชีวิต 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด โดยหลักการจะเป็นการนำสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (ซึ่งมีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 1) หักลบด้วยค่า

สัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ซึ่งตัวเลขที่ได้จะสามารถวิเคราะห์ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างดีเยี่ยม โดยใช้สมการ (ศิรินาถ ตงศิริ)

$$\text{คะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ} = 1 - \text{ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติสุขภาพ}$$

ซึ่งมีคะแนนอรรถประโยชน์ตั้งแต่ 0 – 1 สามารถนำมาคิดเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ได้ (Pattanaphesaj J. 2014)

มิติทางสุขภาพ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	มีปัญหาปานกลาง	มีปัญหาหนัก	มีปัญหาหนักที่สุด
	1	2	3	4	5
การเคลื่อนไหว	0	0.056	0.114	0.231	0.307
การดูแลตนเอง	0	0.033	0.108	0.225	0.254
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	0	0.043	0.075	0.165	0.207
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	0	0.040	0.068	0.233	0.266
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0	0.032	0.097	0.202	0.249

ตัวอย่างการคำนวณ สมมติผู้ตอบให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นดังนี้

ข้อที่ 1 ตอบ 2

ข้อที่ 2 ตอบ 1

ข้อที่ 3 ตอบ 2

ข้อที่ 4 ตอบ 3

ข้อที่ 5 ตอบ 5

ดังนั้นสามารถแปลงเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ 21235 ได้จากสูตร

1 – ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพ โดยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพจะสามารถแทนที่ได้จากตารางข้างต้น ดังนั้นจะสามารถคิดคะแนนอรรถประโยชน์ได้ดังนี้

$$= 1 - 0.056 - 0 - 0.043 - 0.068 - 0.249$$

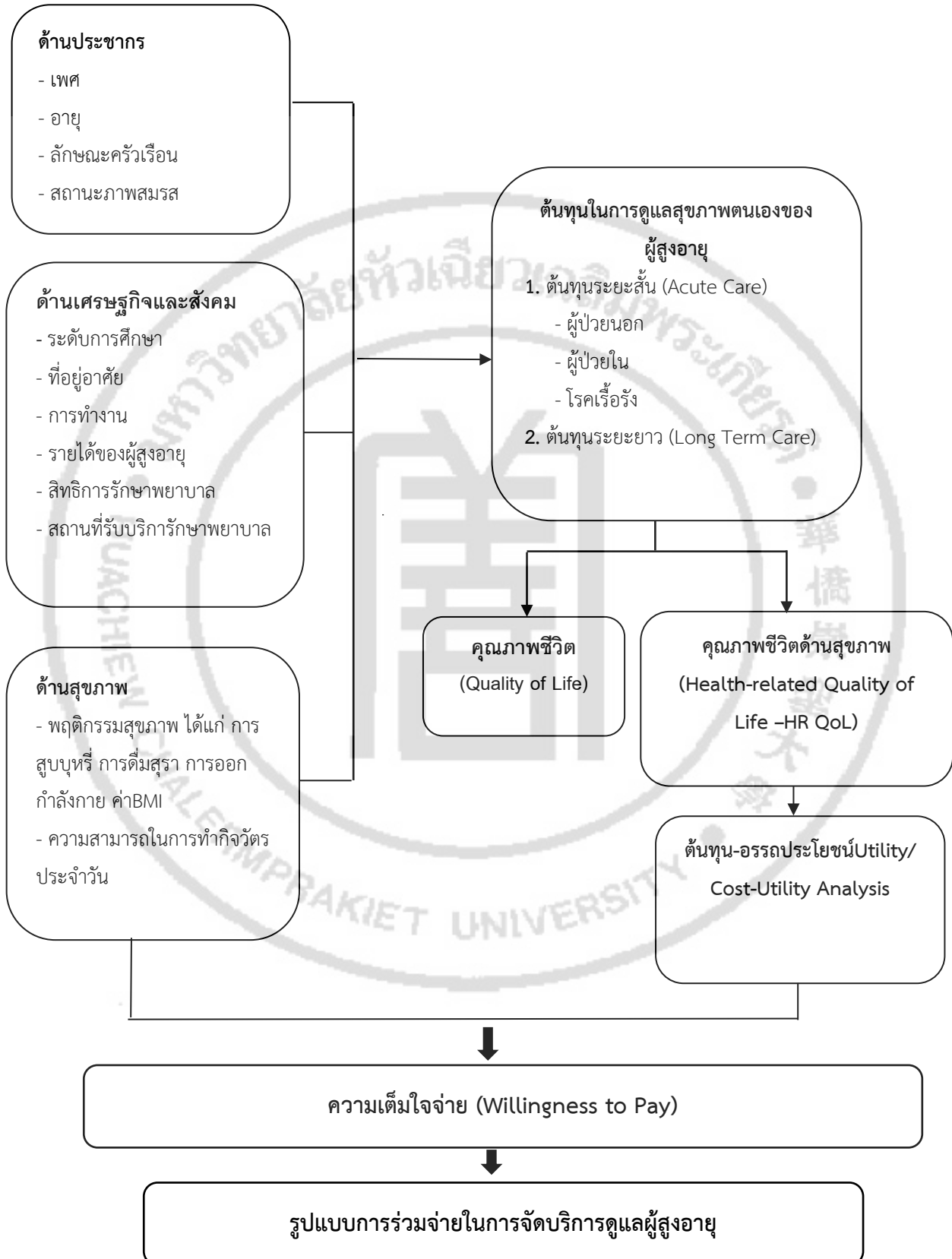
$$= 0.584$$

โดยจากค่าอรรถประโยชน์ข้างต้นสามารถนำมาวิเคราะห์เป็นค่าต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis หรือ CUA) ได้ เนื่องจากรายจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุถือเป็น

ต้นทุน ที่ผู้สูงอายุและครัวเรือนลงทุนเพื่อให้มีอายุยืนยาวขึ้น ตามแนวคิดของ Grossman's model ที่มนุษย์มีการบริโภคและการลงทุนในสุขภาพของตน เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยและมีอายุยืนยาวขึ้น การที่ผู้สูงอายุจ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพจึงเป็นการลงทุน เพื่อให้หายจากโรค สุขสบาย และมีอายุยืนยาวขึ้น เราจึงสามารถวิเคราะห์ได้ว่าต้นทุนที่ผู้สูงอายุลงทุนไปเองเพื่อให้ตนเองสุขสบายและมีอายุยืนยาวขึ้นนั้นมีความคุ้มค่าหรือไม่ ผ่านการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์(Cost-Utility Analysis หรือ CUA)



2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นรูปแบบ Cross-sectional studies โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนระเบียบวิธีการวิจัยคือ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) หน่วยในการวิเคราะห์ 3) ตัวแปร นิยามปฏิบัติการและตัวชี้วัด 4) การวิเคราะห์ข้อมูล และ 5) แบบจำลองคณิตศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสมุทรปราการ โดยการใช้แบบสอบถาม

1. กำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำโดยใช้ สูตร ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2535)

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

โดย n คือ จำนวนตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากร

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ต้องการสุ่ม

Z คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด

e คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น

ซึ่งในการวิจัยนี้มีค่าเท่ากับ 1.96 และ e คือค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ซึ่งกำหนดที่ระดับ 0.05 จำนวนประชากรเท่ากับ 222,833 ดังนั้นเมื่อแทนค่าในสมการจะได้

$$\begin{aligned} n &= \frac{0.5(1-0.5)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.5(1-0.5)}{222833}} \\ &= 384.02 \end{aligned}$$

และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (incomplete data) ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูลและป้องกันข้อมูลที่เป็น outlier อีก 20% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดเท่ากับ 460 คน

2. การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบ Multi-stage Stratified Random Sampling โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากเพื่อเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนของจังหวัด โดยทำสุ่มเลือกได้ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรปราการ อำเภอบางพลี และอำเภอบางเสาธง

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อเลือกตำบลที่เป็นตัวแทนของแต่ละอำเภอที่สุ่มได้ในขั้นที่ 1 โดยการสุ่มอำเภอละ 3 ตำบล จะทำให้ได้ตำบลที่เป็นตัวแทน จำนวน 9 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางเมือง ตำบลบางปู ตำบลแพรกษา ตำบลบางเสาธง ตำบลศิริษะจรเข้ชั้นน้อย ตำบลศิริษะจรเข้ใหญ่ ตำบลบางปลา ตำบลบางโฉลง ตำบลบางแก้ว

ขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) เมื่อได้ตำบลตัวอย่างจากขั้นตอนที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณตามสัดส่วนประชากร (Probability Proportional to Size : PPS) โดยเลือกประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไปของตำบลนั้นๆ ตามขนาดที่คำนวณไว้ 460 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนในการวิจัยครั้งนี้

ตารางที่ 3.1 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุจำแนกตามตำบลในจังหวัดสมุทรปราการ

อำเภอ	ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	สัดส่วนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
เมืองสมุทรปราการ	บางเมือง	5,101	52	26	26
	เทพารักษ์	4,643	47	24	23
	แพรกษา	3,980	40	20	20
บางพลี	บางปลา	5,045	51	26	25
	บางโฉลง	5,103	52	26	26
	บางแก้ว	10,387	106	53	53
บางเสาธง	บางเสาธง	7,616	77	39	38
	ศิริษะจรเข้ชั้นน้อย	1,949	20	10	10
	ศิริษะจรเข้ใหญ่	1,444	15	8	7
รวม		45,268	460	232	228

(สำนักบริหารการทะเบียน. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2565)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

- ผู้สูงอายุที่อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เป็นคนไทยและสัญชาติไทย
- ยินดีให้ความร่วมมือ

เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

- เป็นผู้สูงอายุที่เข้ามาอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการได้ไม่ถึง 1 ปี
- เป็นผู้ที่มีภาวะที่ป่วยทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือไม่มีญาติผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูล

ได้ครบถ้วน

3.2 หน่วยในการวิเคราะห์

หน่วยในการวิเคราะห์ (unit of analysis) ของงานศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ

3.3 นิยามปฏิบัติการของตัวแปร

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ตัวแปรอิสระ

ด้านประชากร ประกอบด้วยตัวแปรได้แก่

เพศ หมายถึงผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

อายุ หมายถึงอายุเต็มของผู้สูงอายุ

ลักษณะครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครัวเรือน

สถานภาพสมรส หมายถึง โสด สมรส ม่าย หย่า แยกกันอยู่

ด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยตัวแปรได้แก่

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ

ที่อยู่อาศัย หมายถึง หมายถึง รูปแบบของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ เป็นเจ้าของบ้าน บ้านเช่า หรืออื่นๆ

การทำงาน หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของผู้สูงอายุ

รายได้ของผู้สูงอายุ หมายถึง รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนของผู้สูงอายุ

สิทธิการรักษาพยาบาล หมายถึง หลักประกันทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับเพื่อการบริการทางสุขภาพเมื่อเกิดความต้องการจากภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิการรักษาพยาบาลโครงการประกันสังคม และสิทธิการรักษาพยาบาลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานที่รับบริการรักษาพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุไปรับบริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแปร ได้แก่

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมในการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย และ ค่าBMI

การสูบบุหรี่ แบ่งเป็น ไม่เคยสูบ/เคยสูบแต่เลิกแล้ว สูบบุหรี่ประจำ

การดื่มสุรา แบ่งเป็น ไม่ดื่มสุรา ดื่มบางครั้ง ดื่มสุรา

การออกกำลังกาย แบ่งเป็น น้อย ปานกลาง มาก (อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง
อาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง อาทิตย์ละ 5-6 ครั้ง

BMI วัดจากน้ำหนักและส่วนสูง kg/m^2 แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ <18.4
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ, 18.5-24.9 น้ำหนักปกติ, 25.0-29.9 น้ำหนักเกินเกณฑ์, >30.0 อ้วน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตร
ต่างๆของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม

ต้นทุนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะสั้น
(Acute Care) ได้แก่ ต้นทุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอก ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ
ของผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยใน ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และต้นทุนในการดูแล
สุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ (Long Term Care)

ต้นทุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอก หมายถึง ต้นทุนทั้งทางตรง
และทางอ้อมในการไปรับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาล

ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยใน หมายถึง ต้นทุนทั้งทางตรง
และทางอ้อมในการไปรับบริการแบบผู้ป่วยในที่สถานพยาบาล

ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หมายถึง ต้นทุนทั้งทางตรงและ
ทางอ้อมในการไปรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังตามแพทย์นัด

ต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ หมายถึง ต้นทุนในการจ้างผู้ดูแล/
ผู้ช่วยเหลือเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่บ้านบ้าน (Home Care) หรือต้นทุนค่าใช้จ่ายในศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ
(Nursing Home) รวมถึงต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือ
ตนเองได้

ต้นทุนทางตรง หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เช่น
ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ากายภาพบำบัด ค่าเดินทางมารักษาพยาบาล เป็นต้น

ต้นทุนทางอ้อม หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์
ต้นทุนที่มีได้เกิดจากการให้หรือรับบริการนั้น ๆ โดยตรง แต่เป็นผลเสียที่ประเมินขึ้นเนื่องจากการมี
หรือไม่มีบริการสาธารณสุขนั้น ๆ เช่น ค่าจ้างที่เสียไปเนื่องจากต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นต้น

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็น
แรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต มักได้แก่โรคไม่ติดเชื้อ (Non-infectious disease) เป็นส่วนใหญ่
ได้แก่ เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง

คุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นการวัดการรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของตนผ่านประเมินแบบภาวะวิสัย(Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-Report Subjective)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง เป็นการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยใช้แบบวัดEQ-5D-5L ซึ่งเป็นแบบสอบถามประเมินตนเองที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยวัด 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่จำเป็นประจำ ความเจ็บปวด ไม่สบายตัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า

คะแนนอรรถประโยชน์ หมายถึง ค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ 0-1 โดย 0 หมายถึงเสียชีวิต 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด คะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ = $1 - \text{ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติสุขภาพ}$

ต้นทุน-อรรถประโยชน์ หมายถึง เป็นต้นทุนที่ผู้สูงอายุลงทุนไปเพื่อให้ตนเองสุขสบายและมีชีวิตยืนยาวขึ้น หาได้โดยการเปรียบเทียบต้นทุนที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเทียบกับคะแนนอรรถประโยชน์ของตนเอง จากสูตร ต้นทุนในการดูแลสุขภาพทั้งหมดของผู้สูงอายุ/อรรถประโยชน์

ความเต็มใจจ่าย หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุเต็มใจจ่าย เพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพให้ดีขึ้น เป็นรายปี

3.4 เครื่องมือเก็บข้อมูลและการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลในพื้นที่ใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaires) ร่วมกับพนักงานสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุ ซึ่งตามขั้นตอนการสุ่มข้างต้น

แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 7 ส่วนด้วยกัน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ และลักษณะครัวเรือนของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และแหล่งที่มาของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลที่ใช้บริการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย ค่าBMI และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ส่วนที่ 5 และส่วนที่ 6 ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยใน และต้นทุนในการดูแลสุขภาพในกรณีเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งแต่ละต้นทุนจะแบ่งเป็นต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม

ต้นทุนทางตรง ประกอบด้วย

1. ค่ารักษาพยาบาล เป็นรายจ่ายที่จ่ายจริงในสถานพยาบาล

2. ค่าอาหาร เป็นรายจ่ายค่าอาหารในวันที่ไปรับบริการรักษาพยาบาล

3. ค่าเดินทาง จะคิดจากค่ายานพาหนะที่จ่ายจริงในการไปรับบริการรักษาพยาบาล ส่วนการเดินทางด้วยพาหนะส่วนตัวจะคิดเป็นต้นทุนเท่ากับ 5บาท ต่อระยะทาง 1 กิโลเมตร

ต้นทุนทางอ้อม จะเป็นค่าเสียโอกาสในการทำงาน โดยคิดเป็นมูลค่าจากระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการรักษาพยาบาล อาศัยข้อมูลจากรายได้ต่อเดือน โดยรายได้ที่สูญเสียไปในช่วงเวลาดังกล่าว จะคิดทั้งผู้สูงอายุ(กรณีที่ผู้สูงอายุยังทำงานและมีรายได้จากการทำงาน) และผู้ที่พาไปรับบริการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 7 ต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาว

ส่วนที่ 8 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โดยใช้แบบวัดWHOQOL – 26 ฉบับภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต.2565) โดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนดังนี้

ตอบมากที่สุดให้	5 คะแนน
ตอบมาก	4 คะแนน
ตอบปานกลางให้	3 คะแนน
ตอบเล็กน้อยให้	2 คะแนน
ตอบไม่เลยให้	1 คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบให้คะแนนดังนี้

ตอบไม่เลยให้	5 คะแนน
ตอบเล็กน้อยให้	4 คะแนน
ตอบปานกลางให้	3 คะแนน
ตอบมากให้	2 คะแนน
ตอบมากที่สุดให้	1 คะแนน

การแปลผล

สามารถแบ่งระดับคะแนนเพื่อแปลผลเป็นคุณภาพชีวิตในภาพรวมและสามารถแยกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ส่วนที่ 9 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้แบบวัด EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ที่ได้รับการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม จาก Euro Qol Research Foundation เรียบร้อยแล้ว และนำมาแปลงเป็นค่าคะแนนอรรถประโยชน์ ดังสมการ

คะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ = $1 - \text{ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติสุขภาพ}$

ส่วนที่ 10 ความเต็มใจจ่าย ข้อมูลความเต็มใจที่จะจ่าย โดยการสอบถามจำนวนเงินที่เต็มใจจ่ายใช้วิธี bidding game ผู้ถามจะถามตามคู่มือจะให้จำนวนเงินเริ่มต้นที่แตกต่างกัน เพื่อลอคคิตในการใช้ค่าเริ่มต้น จนได้จำนวนเงินสูงสุดที่ผู้ตอบแบบสอบถามเต็มใจจ่าย ตัวเลขที่นำมาbid จะมากจากการทดลองเก็บข้อมูลกับประชากรในจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน โดยข้อมูลความเต็มใจจ่ายใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด ผลของการทดสอบจากคำถามปลายเปิดข้างต้นมาหามาหนดเป็นค่าเริ่มต้นในแบบสอบถามฉบับจริงที่ใช้เก็บข้อมูล และปรับปรุงข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน เพื่อใช้เก็บตัวอย่างจริง ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่าค่าเริ่มต้นที่นำมาใช้ในแบบสอบถามคือ 100 บาท

ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ จะมีทีมงานประกอบด้วยหัวหน้าทีม 1 คน และพนักงานผู้สัมภาษณ์ 2 คน ที่มีประสบการณ์ และมีความเข้าใจในเนื้อหาของข้อคำถามในแบบสอบถามเป็นอย่างดี โดยผู้สัมภาษณ์จะได้รับการอบรมความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล และการทำความเข้าใจในโครงสร้างของแบบสอบถามทุกข้อโดยละเอียด เพื่อให้ได้ความถูกต้องมากที่สุด และมีการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยก่อนที่จะทำการบันทึกข้อมูล

การทดสอบเครื่องมือ

ในการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การหาความเที่ยง (Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องตามความมุ่งหมายของการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) ซึ่งมีรายชื่อนามผู้เชี่ยวชาญดังนี้

1. ผศ.ดร.วรพงศ์ ตระการศิรินนท์ อาจารย์ประจำสำนักวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

3. ดร.สุภาณี นวกุล อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

และให้คะแนนในแบบสอบถามเป็นรายข้อตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นใช้ได้

ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจข้อคำถามนั้น

ระดับคะแนน -1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นใช้ไม่ได้

เมื่อได้ผลคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญครบทุกท่านแล้ว นำคะแนนที่ได้มาทำการคำนวณตามสูตรหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังนี้

$$\text{สูตรหาค่า } IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดย **IOC** หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

R หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนผู้ตรวจสอบหรือผู้เชี่ยวชาญ

ผลที่ได้จากการคำนวณ ควรมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นสามารถนำไปใช้งานได้ สำหรับค่าคะแนน IOC ที่ต่ำกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะนำไปปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ซึ่งพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกข้อคำถามมากกว่า 0.5 และรวมทุกข้อคำถาม มีค่าเท่ากับ 0.95 ซึ่งมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.50-1.00 ดังนั้นสรุปว่าแบบสอบถามใช้ได้ ผู้วิจัยจึงจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability Coefficient) ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach, 1990: 202-204) โดยแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.89 และจัดทำตารางเพื่อใช้ในการทำ bidding game โดยได้ค่าความเต็มใจจ่ายเริ่มต้นที่ 100 บาท/ปี

3.5 จริยธรรมการวิจัยในคน

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการยื่นเอกสารรายละเอียดโครงการวิจัย เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet) ที่ได้ชี้แจงถึงการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะทำในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informs Consent Form) และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัย และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่อ.1071

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ Multiple Regression Analysis ซึ่งมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ที่สำคัญ คือ 1) ตัวแปรจะต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative Variables) ที่มีระดับการวัดแบบช่วง (Interval Scale) หรืออัตราส่วน (Ratio Scale) 2) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship) 3) ตัวแปรอิสระจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง ที่เรียกว่า “ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ” (Multicollinearity) ซึ่งหมายถึง การที่ตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อกันในระดับสูง ซึ่งจะทำให้ผลการทดสอบค่า F และค่า t ไม่สอดคล้องกัน และอาจทำให้เครื่องหมายสัมประสิทธิ์ถดถอยตรงกันข้ามกับที่ควรจะเป็น 4) ค่าความคลาดเคลื่อนจะต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) 5) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนจะต้องมีค่าคงที่ในทุกค่าของตัวแปรอิสระ (Constant Variance หรือ Heteroscedascity) ใช้ robust regression model เพื่อช่วยลดปัญหา outliers

ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวิเคราะห์ทางสถิติหลักด้วยโปรแกรม STATA เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนของการรับบริการรักษาพยาบาล โดยแยกวิเคราะห์ 3 แบบคือ ต้นทุนการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก ต้นทุนการรับบริการแบบผู้ป่วยใน และการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง และวิเคราะห์คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อนำมาหาค่าต้นทุนอรรถประโยชน์และความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุในการไปรับบริการรักษาพยาบาล โดยก่อนนำตัวแปรเข้าสมการได้มี

การแปลงตัวแปรที่อยู่ในระดับ nominal เช่น ตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส เป็นต้น ให้เป็น dummy variable และได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในทุกข้อ พบปัญหาการแจกแจงไม่ปกติในบางตัวแปร จึงได้มีการ take log ในตัวแปรที่เป็นระดับ interval/ratio ในทุกตัวก่อนเข้าสมการทดสอบ

3.7 แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษา

แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษา เป็นฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความเต็มใจจ่ายกับตัวแปรภายใต้ปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสุขภาพ เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่างๆ ภายใต้ปัจจัยข้างต้น ที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิต และความเต็มใจจ่าย ของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ โดยมีรูปแบบความสัมพันธ์ตามแบบจำลองของฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์ที่ใช้สัญลักษณ์แทนตัวแปรที่กำหนดดังนี้

$$\text{COPD} = f(\text{SEX, AGE, NoF, MS, EDU, HOME, OCC, INCOME, HI, ToH, TOBC, ALC, EXE, BMI, ADL})$$

$$\text{CIPD} = f(\text{SEX, AGE, NoF, MS, EDU, HOME, OCC, INCOME, HI, ToH, TOBC, ALC, EXE, BMI, ADL})$$

$$\text{CCHRO} = f(\text{SEX, AGE, NoF, MS, EDU, HOME, OCC, INCOME, HI, ToH, TOBC, ALC, EXE, BMI, ADL})$$

$$\text{QoL} = f(\text{SEX, AGE, NoF, MS, EDU, HOME, OCC, INCOME, HI, ToH, TOBC, ALC, EXE, BMI, ADL})$$

$$\text{HRQoL} = f(\text{SEX, AGE, NoF, MS, EDU, HOME, OCC, INCOME, HI, ToH, TOBC, ALC, EXE, BMI, ADL})$$

$$\text{WtP} = f(\text{SEX, AGE, NoF, MS, EDU, HOME, OCC, INCOME, HI, ToH, TOBC, ALC, EXE, BMI, ADL})$$

จากรูปแบบสมการฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์ดังกล่าวข้างต้น สามารถเขียนในรูปของสมการถดถอยพหุคูณได้ดังนี้

$$\text{COPD} = a + b_1\text{SEX} + b_2\text{AGE} + b_3\text{NoF} + b_4\text{MS} + b_5\text{EDU} + b_6\text{HOME} + b_7\text{OCC} + b_8\text{INCOME} + b_9\text{HI} + b_{10}\text{ToH} + b_{11}\text{TOBC} + b_{12}\text{ALC} + b_{13}\text{EXE} + b_{14}\text{BMI} + b_{15}\text{ADL} + e$$

$$\text{CIPD} = a + b_1\text{SEX} + b_2\text{AGE} + b_3\text{NoF} + b_4\text{MS} + b_5\text{EDU} + b_6\text{HOME} + b_7\text{OCC} + b_8\text{INCOME} + b_9\text{HI} + b_{10}\text{ToH} + b_{11}\text{TOBC} + b_{12}\text{ALC} + b_{13}\text{EXE} + b_{14}\text{BMI} + b_{15}\text{ADL} + e$$

$$\text{CCHRO} = a + b_1\text{SEX} + b_2\text{AGE} + b_3\text{NoF} + b_4\text{MS} + b_5\text{EDU} + b_6\text{HOME} + b_7\text{OCC} + b_8\text{INCOME} + b_9\text{HI}$$

$$\begin{aligned}
 & b_{10}ToH, b_{11}TOBC, b_{12}ALC, b_{13}EXE, b_{14}BMI, b_{15}ADL+e \\
 QoL & = a + b_1SEX, b_2AGE, b_3NoF, b_4MS, b_5EDU, b_6HOME, b_7OCC, b_8INCOME, b_9HI, \\
 & b_{10}ToH, b_{11}TOBC, b_{12}ALC, b_{13}EXE, b_{14}BMI, b_{15}ADL+e \\
 HRQoL & = a + b_1SEX, b_2AGE, b_3NoF, b_4MS, b_5EDU, b_6HOME, b_7OCC, b_8INCOME, b_9HI, \\
 & b_{10}ToH, b_{11}TOBC, b_{12}ALC, b_{13}EXE, b_{14}BMI, b_{15}ADL+e \\
 WtP & = a + b_1SEX, b_2AGE, b_3NoF, b_4MS, b_5EDU, b_6HOME, b_7OCC, b_8INCOME, b_9HI, \\
 & b_{10}ToH, b_{11}TOBC, b_{12}ALC, b_{13}EXE, b_{14}BMI, b_{15}ADL+e
 \end{aligned}$$

โดยเมื่อ

a	= ค่าคงที่ (constant) ของสมการถดถอย
b ₁ ... b ₁₅	= ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (regression coefficient) ของตัวแปรอิสระ
COPD	= ต้นทุนการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก
CIPD	= ต้นทุนการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
CCHRO	= ต้นทุนการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง
QoL	= คุณภาพชีวิต
HRQoL	= คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
WtP	= ความเต็มใจจ่าย
AGE	= อายุ
NoF	= จำนวนสมาชิกในครัวเรือน
MS	= สถานภาพสมรส
EDU	= การศึกษา
HOME	= ที่อยู่อาศัย
OCC	= อาชีพ
INCOME	= รายได้
HI	= สิทธิการรักษาพยาบาล
ToH	= สถานพยาบาลที่ใช้บริการ
TOBC	= การสูบบุหรี่
ALC	= การดื่มสุรา
EXE	= การออกกำลังกาย
BMI	= ค่าดัชนีมวลกาย
ADL	= ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงผลจากการศึกษาปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจสังคม ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงความเต็มใจจ่าย เพื่อนำมาสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ เนื้อหาจะแบ่งออกเป็น 5 ส่วนหลัก คือ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลสุขภาพ ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ ในเชิง descriptive เพื่อให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจน
2. วิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ประเมินความคุ้มค่าทางสุขภาพและเปรียบเทียบแนวทางการดูแลสุขภาพที่คุ้มค่าที่สุดของแต่ละทางเลือกในการรับบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. วิเคราะห์หาความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay) ของผู้สูงอายุ

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลสุขภาพ ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสมุทรปราการทั้งหมด 460 คน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เศรษฐกิจและสังคม สุขภาพของผู้สูงอายุ ดังตาราง

ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ และสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=460)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	25.7
หญิง	342	74.3
อายุ		
60-69 ปี	260	56.5
70-79 ปี	154	33.5
80-89 ปี	40	8.7
90 ปีขึ้นไป	6	1.3
$\bar{X} = 69.6, \text{min} = 60, \text{max} = 104$		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
อยู่คนเดียว	11	2.4
2 คน	58	12.6
3 คน	152	33.0
4 คน	124	27.0
5 คนขึ้นไป	115	25.0
$\bar{X} = 3.8, \text{S.D.} = 1.5 \text{ min} = 1, \text{max} = 14$		
สถานภาพสมรส		
โสด	23	5.0
สมรส	299	65.0
หม้าย/หย่า/แยก	138	30.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	27	5.9
ประถมศึกษา	184	40.0
มัธยมศึกษา	186	40.4
สูงกว่ามัธยมศึกษา	63	13.7
ที่อยู่อาศัย		
เป็นเจ้าของบ้าน	382	83.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=460)	ร้อยละ
บ้านเช่า	16	3.5
อาศัยอยู่กับลูกหลาน	62	13.5
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	351	76.3
ข้าราชการบำนาญ	17	3.7
พนักงาน/ลูกจ้างภาคเอกชน	10	2.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	65	14.1
รับจ้างทั่วไปไม่ประจำ	17	3.7
รายได้เพียงพอต่อการยังชีพ		
เพียงพอและเหลือเก็บ	48	10.4
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	336	73.0
ไม่เพียงพอ	76	16.5
เวลาว่าง		
ช่วยธุรกิจครอบครัว	11	2.4
งานบ้าน/ปลูกต้นไม้/เลี้ยงสัตว์/ดูแลหลาน	414	90.0
อยู่เฉยๆ	35	7.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า1,000	205	44.6
1,000-5,000	149	32.4
5,001-10,000	48	10.3
10,001-20,000	32	7.0
20,000 ขึ้นไป	26	5.7
$\bar{X} = 4611.1$, S.D. = 7723.1, min = 600.0, max = 93400.0		
รายได้จากการทำงานประกอบอาชีพ		
มี	86	18.7
ไม่มี	374	81.3
$\bar{X} = 10408.1$, S.D. = 9167.3, min = 1000.0, max = 50000.0		
รายได้จากบำเหน็จบำนาญ		
มี	13	2.8

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=460)	ร้อยละ
ไม่มี	447	97.2
$\bar{X} = 16680.0$, S.D. = 8050.6, min = 3640.0, max = 35000.0		
รายได้จากเบี้ยยังชีพ		
มี	447	97.2
ไม่มี	13	2.8
$\bar{X} = 653.4$, S.D. = 76.5, min = 600.0, max = 1000.0		
รายได้จากคู่สมรส/บุตร		
มี	186	40.4
ไม่มี	274	59.6
$\bar{X} = 3826.3$, S.D. = 4536.1, min = 400.0, max = 42400.0		
รายได้จากสวัสดิการอื่นในชุมชน		
มี	11	2.4
ไม่มี	449	97.6
$\bar{X} = 490.9$, S.D. = 344.8, min = 100.0, max = 1000.0		
จำนวนแหล่งที่มาของรายได้		
1 แหล่ง	218	47.4
2 แหล่ง	209	45.4
3 แหล่ง	29	6.3
4 แหล่ง	4	0.9
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	426	92.6
สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานของรัฐ	12	2.6
สิทธิประกันสังคม	22	4.8
สถานพยาบาลที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย		
ร้านขายยา	10	2.2
คลินิกเอกชน	4	0.9
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	312	67.8
โรงพยาบาลของรัฐ	100	21.7
โรงพยาบาลเอกชน	34	7.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=460)	ร้อยละ
โรคเรื้อรัง		
เบาหวาน	94	20.4
หัวใจ/หลอดเลือด	14	3.0
ความดันโลหิตสูง	98	21.3
มะเร็ง	1	0.2
ปอดอักเสบเรื้อรัง	1	0.2
อัมพฤกษ์/อัมพาต	3	0.7
ไต	3	0.7
ไม่มี	246	53.5
การสูบบุหรี่		
ไม่เคย/เคยแต่เลิกแล้ว	445	96.7
นานๆครั้ง	11	2.4
ประจำ	4	0.9
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	394	85.7
ดื่มบางครั้ง	65	14.1
ติดสุรา	1	0.2
การออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	196	42.7
น้อย (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์)	168	36.5
ปานกลาง (3-4 ครั้งต่อสัปดาห์)	82	17.8
มาก (5-6 ครั้งต่อสัปดาห์)	14	3.0
BMI		
ค่า BMI < 18.5 (ผอม)	27	5.9
ค่า BMI 18.5 – 22.9 (ปกติ)	232	50.4
ค่า BMI 23.0 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)	76	16.5
ค่า BMI 25.0 – 29.9 (โรคอ้วนระดับที่ 1)	103	22.4
ค่า BMI >30 (โรคอ้วนระดับที่ 2)	22	4.8
$\bar{x} = 23.1, S.D. = 3.7, \min = 12.4, \max = 40.8$		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=460)	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
0 – 4 คะแนน (ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์)	5	1.0
5 – 8 คะแนน (ภาวะพึ่งพารุนแรง)	3	0.7
9 – 11 คะแนน (ภาวะพึ่งพาปานกลาง)	3	0.7
12 – 20 คะแนน (ไม่เป็นการพึ่งพา)	449	97.6
$\bar{X} = 19.4$, S.D. = 2.5, min = 0.0, max = 20.0		
ค่าใช้จ่ายรายเดือน		
ต่ำกว่า 1,000	167	36.3
1,001-2,000	121	26.3
2,001-3,000	61	13.3
3,001-4,000	16	3.5
4,001-5,000	47	10.2
5,000 ขึ้นไป	48	10.4
$\bar{X} = 2843.9$, S.D. = 3110.0, min = 500.0, max = 22600.0		
ค่าใช้จ่ายในการซื้อวิตามิน/อาหารเสริม		
มี	75	16.3
$\bar{X} = 965.3$, S.D. = 798.0, min = 200.0, max = 4500.0		
ไม่มี	385	83.7
ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลป้องกันตนเองจากโรค COVID-19		
มี	116	25.2
$\bar{X} = 292.6$, S.D. = 271.1, min = 50.0, max = 1200.0		
ไม่มี	344	74.8

จากตารางกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน สมรส ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมถึงมัธยมศึกษา เป็นเจ้าของบ้านเอง ไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ในการทำงานบ้าน/ปลูกต้นไม้/เลี้ยงสัตว์/ดูแลลูกหลาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,611 บาท ซึ่งอยู่ในระดับที่เพียงพอต่อการดำรงชีพแต่ไม่เหลือเก็บ โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคู่สมรสและบุตรให้ไว้ใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยจะใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปรับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประมาณร้อยละ 50 ของ

ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังส่วนใหญ่ที่เป็นคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ได้ออกกำลังกายถึงออกประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ BMI อยู่ในระดับปกติ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายรายเดือนส่วนใหญ่ประมาณ 1,000 ต่อเดือน ร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุมีการซื้อวิตามิน/อาหารเสริมเดือนละประมาณ 965 บาท และร้อยละ 25 มีค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคCOVID-19 เดือนละประมาณ 292 บาท

4.1.2 ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะประกอบด้วยต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม โดยจะมีการจำแนกต้นทุนออกเป็นต้นทุนระยะสั้น (Acute Care Cost) คือต้นทุนที่ใช้ในการดูแลสุขภาพในการไปรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และต้นทุนระยะยาว (Long Term Cost) คือค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุตามบ้าน (Home Care) ค่าใช้จ่ายศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จากการตอบแบบสอบถาม มีรายละเอียดของต้นทุนดังนี้

1. มีผู้สูงอายุที่เข้ารับการักษาแผนกผู้ป่วยนอก(OPD)ในระยะเวลา3เดือนที่ผ่านมาจำนวน 76 คน ซึ่งทั้ง 76คน ใน 3 เดือนที่ผ่านมาได้เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ครั้ง ดังนั้นต้นทุนที่นำมาวิเคราะห์ในตารางจึงเป็นต้นทุนรายครั้งที่ผู้สูงอายุไปรับบริการผู้ป่วยนอก
2. มีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล(IPD)จำนวน 26 คน ซึ่งทั้ง 26 คน มีจำนวนนอนในรพ. จำนวน 1 ครั้ง ดังนั้นต้นทุนที่นำมาวิเคราะห์ในตารางจึงเป็นต้นทุนรายครั้งในการไปรับบริการผู้ป่วยใน
3. มีผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาลตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องจำนวน 134 คน ต้นทุนที่นำมาวิเคราะห์ในตารางจะเป็นต้นทุนรายครั้งในการไปรับบริการรักษาโรคเรื้อรัง
4. มีผู้สูงอายุที่มีต้นทุนระยะยาวที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ จำนวน 15 คน และสามารถนำมาจำแนกเป็นต้นทุนทั้ง 4 ประเภท ได้ดังตาราง

ตาราง 4.2 แสดงค่าเฉลี่ยของตัวแปรต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว จำแนกตามต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม

ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ	Mean	S.D.	Min.	Max.
ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกต่อครั้ง (n=76)	696.6	711.8	10.0	3531.0
ต้นทุนทางตรง	574.8	671.9	10.0	3200.0
- ค่ารักษาพยาบาล	259.2	457.2	0.0	2000.0
- ค่าอาหาร	155.3	183.5	0.0	1200.0
- ค่าเดินทาง	160.2	182.1	10.0	1000.0
ต้นทุนทางอ้อม	121.8	121.9	0.0	331.0
ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยในต่อครั้ง (n=26)	3692.0	2540.1	40.0	9393.0
ต้นทุนทางตรง	2392.0	2560.2	0.0	8731.0
- ค่ารักษาพยาบาล	923.0	2326.7	0.0	10000.0
- ต้นทุนค่าอาหาร	230.7	234.0	0.0	800.0
- ต้นทุนค่าเดินทาง	236.1	210.6	15.0	600.0
ต้นทุนทางอ้อม	1260.3	1263.0	0.0	3972.0
ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่อครั้ง (n=134)	496.9	919.7	57.5	9005.0
ต้นทุนทางตรง	411.8	884.4	57.5	8840.0
- ค่ารักษาพยาบาล	140.5	756.3	0.0	8000.0
- ค่าอาหาร	142.7	186.4	50.0	2000.0
- ค่าเดินทาง	128.5	135.1	7.5	600.0
ต้นทุนทางอ้อม	85.0	112.4	0.0	331.0
ต้นทุนระยะยาวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อเดือน)				
- ค่าจ้างผู้ช่วยเหลือมาดูแลที่บ้าน (n=11)	3118.1	2212.1	800.0	6500.0
- ค่าใช้จ่ายในการไปศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (n=4)	3750.0	1060.6	3000.0	4500.0
- ค่าอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ (n=15)	2312.5	2448.5	500.0	8000.0

จากตาราง 4.2 พบว่าผู้สูงอายุมีต้นทุนในการไปรับการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ครั้งละประมาณ 697 บาท มีค่าเฉลี่ยต้นทุนทางตรงประมาณ 575 บาท และต้นทุนทางอ้อม 122 บาท ซึ่งต้นทุนที่สูงที่สุดคือค่ารักษาพยาบาล รองลงมาคือต้นทุนค่าเดินทางที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายในการ

เดินทางไปรับการรักษาพยาบาล ต้นทุนในการไปรับการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ครั้งละประมาณ 3692 บาท มีค่าเฉลี่ยต้นทุนทางตรงประมาณ 2392 บาท และต้นทุนทางอ้อมประมาณ 1260 บาท ซึ่งต้นทุนที่สูงที่สุดคือค่ารักษาพยาบาล รองลงมาคือต้นทุนค่าเดินทางที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล ต้นทุนในการไปรับการรักษาโรคเรื้อรัง ครั้งละประมาณ 497 บาท มีค่าเฉลี่ยต้นทุนทางตรงประมาณ 411 บาท และต้นทุนทางอ้อมประมาณ 85 บาท ซึ่งต้นทุนที่สูงที่สุดคือค่าอาหาร รองลงมาคือต้นทุนค่าเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายในการรับการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง ส่วนต้นทุนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ช่วยเหลือมาดูแลที่บ้าน ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างมีผู้สูงอายุจำนวน 11 คนที่ครัวเรือนต้องจ้างผู้ช่วยเหลือมาดูแลที่บ้าน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 3,118 บาทต่อเดือน และมีผู้สูงอายุจำนวน 4 คนที่ครัวเรือนส่งไปศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 3,750 บาทต่อเดือน และผู้สูงอายุทั้ง 15 คนข้างต้นมีค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุประมาณ 2,312 บาทต่อเดือน

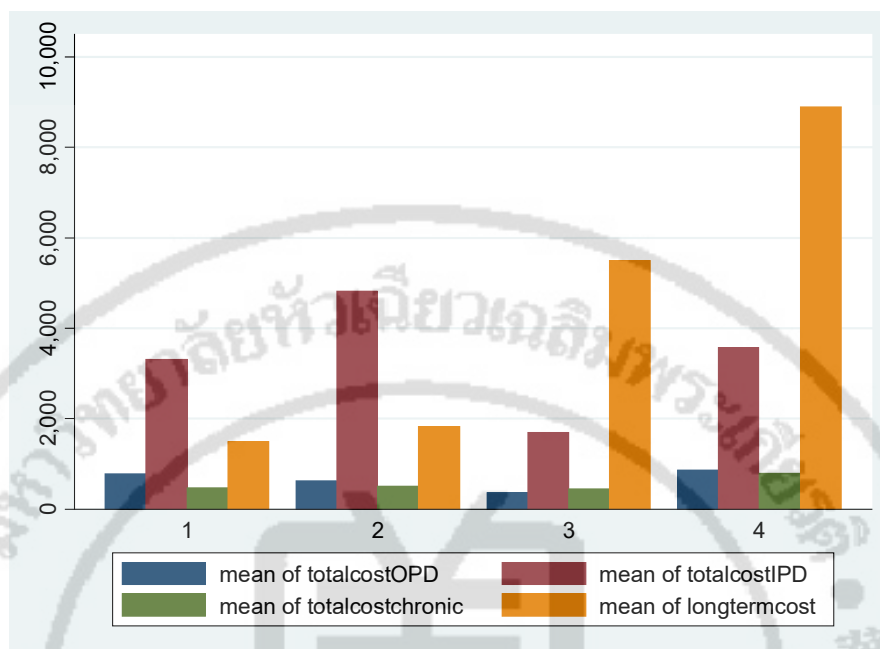
ตาราง 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยของต้นทุนระยะสั้น และต้นทุนระยะยาวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ	Mean	S.D.	Min.	Max.
60-69	- ระยะสั้น (Acute Care Cost)				
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก	779.2	812.2	20.0	3225.0
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยใน	3313.6	2860.3	40.0	6947.0
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	473.4	1197.4	57.5	9005.0
	- ระยะยาว (Long Term Care Cost)	1500.0	0.0	1500.0	1500.0
70-79	- ระยะสั้น (Acute Care Cost)				
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก	631.2	658.9	10.0	3531.0
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยใน	4822.0	2320.0	1993.0	9393.0
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	511.3	581.7	70.0	3131.0
	- ระยะยาว (Long Term Care Cost)	1825.0	1090.4	800.0	3000.0
80-89	- ระยะสั้น (Acute Care Cost)				
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก	366.0	296.8	140.0	845.0
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยใน	1690.0	702.8	1193.0	2187.0

อายุ (ปี)	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ	Mean	S.D.	Min.	Max.
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	443.0	173.8	150.0	677.0
	- ระยะยาว (Long Term Care Cost)	5500.0	0.0	5500.0	5500.0
90 ขึ้นไป	- ระยะสั้น (Acute Care Cost)				
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก	866.5	632.4	200.0	1931.0
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยใน	3568.0	2091.8	2393.0	6693.0
	ต้นทุนในการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	791.5	162.4	665.0	1005.0
	- ระยะยาว (Long Term Care Cost)	8900.0	2880.9	7000.0	14000.0

จากตาราง 4.3 ต้นทุนในการดูแลสุขภาพทั้งหมดของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุจะเห็นว่าในส่วนของต้นทุนระยะสั้น เริ่มจากต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกจะสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป แต่ไม่ได้มีลักษณะของการเพิ่มขึ้นตามอายุ ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยในสูงที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และไม่ได้มีลักษณะของการเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นเดียวกัน ส่วนต้นทุนการดูแลสุขภาพของโรคเรื้อรัง จะสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป และมีลักษณะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปีมีต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวต่ำที่สุด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวสูงที่สุด ซึ่งสูงเป็น 6 เท่าของต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวของกลุ่มอายุ 60-69 ปี โดยสามารถแยกรายละเอียดได้ดังกราฟ

ภาพ 4.1 แสดงค่าเฉลี่ยของต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะสั้น (Acute Care Cost) และระยะยาว (Long Term Care Cost) ของผู้สูงอายุ



จากกราฟจะเห็นว่าต้นทุนระยะสั้นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีเพียงต้นทุนในการรักษาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่มีลักษณะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีลักษณะที่เพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน โดยในช่วงแรกต้นทุนจะสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยแต่เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไปต้นทุนในการรับบริการสุขภาพจะสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดและสูงมากในช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปคิดเป็น 6 เท่าของอายุตอน 60-69 ปี

ตาราง 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยของต้นทุนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ต้นทุนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และต้นทุนในการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่รักษาพยาบาล

สถานที่รักษาพยาบาล	Mean	S.D.	Min.	Max.
รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล				
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	471.7	394.1	10.0	1515.0
- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	354.3	415.0	57.5	2265.0
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน				
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	1046.8	887.2	40.0	3531.0
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	4020.1	2601.5	331.0	9393.0

สถานที่รักษาพยาบาล	Mean	S.D.	Min.	Max.
- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	660.1	1267.6	60.0	9005.0
คลินิกเอกชน/รพ.เอกชน				
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	698.0	862.0	20.0	3225.0
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	4054.0	3587.3	40.0	6947.0
- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	595.8	1140.7	60.0	4190.0

เมื่อจำแนกต้นทุนตามสถานที่ที่รับบริการรักษาพยาบาล พบว่า การรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่รพ.สต.มีต้นทุนต่ำที่สุดเท่ากับ 471 บาทต่อครั้ง การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนมีต้นทุนต่ำที่สุดเท่ากับ 4020 บาทต่อครั้ง และการรักษาพยาบาลแบบโรคเรื้อรังที่รพ.สต.มีต้นทุนต่ำที่สุดเท่ากับ 354 บาทต่อครั้ง

4.1.3 คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการแบบสอบถามพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดังตาราง

ตาราง 4.5 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตาม ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (n=460)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	คุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตกลางๆ จำนวน(ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตดี จำนวน(ร้อยละ)
1. ด้านสุขภาพกาย	3(0.7)	320(69.6)	137(29.8)
Mean 24.2 S.D.3.1 Min.15.0 Max. 31.0			
2. ด้านจิตใจ	5(1.1)	226(49.1)	229(49.8)
Mean 22.1 S.D.3.4 Min.11.0 Max.48.0			
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12(2.6)	268(58.3)	180(39.1)
Mean 10.6 S.D. 2.4 Min. 4.0 Max. 40.0			
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	7(1.5)	324(70.4)	129(28.0)
Mean 27.4 S.D. 3.8 Min. 14.0 Max. 56.0			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	4 (0.9)	248 (53.9)	208 (45.2)
Mean 91.5 S.D. 11.0 Min. 49.0 Max. 126.0			

จากตารางพบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมเท่ากับ 91.5 ซึ่งแปลว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 69.6 ประเมินว่าอยู่ในระดับกลาง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 49.8 ประเมินว่าอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ

ละ 58.3 ประเมินว่าอยู่ในระดับกลาง และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 70.4 ประเมินว่าอยู่ในระดับกลาง

ตาราง 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุรายด้านและค่าเฉลี่ยของคะแนน อรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุ (n=460)

5 มิติของแบบประเมิน EQ-5D-5L	Mean	S.D.	Min.	Max.
1. ด้านการเคลื่อนไหว	1.2	0.7	1.0	5.0
2. ด้านการดูแลตนเอง	1.1	0.6	1.0	5.0
3. ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	1.2	0.7	1.0	5.0
4. ด้านความเจ็บปวด/ไม่สบายตัว	1.4	0.7	1.0	5.0
5. ด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า	1.2	0.6	1.0	5.0
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	6.3	2.9	5.0	25.0
คะแนนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุ	0.88	0.25	-0.28	1.00

ในการแปลผลของแบบประเมิน EQ-5D-5L ค่าที่สูงแสดงถึงมีปัญหาในด้านนั้น ๆ สูง ดังนั้น จากตารางพบว่าด้านความเจ็บปวด/ไม่สบายตัวมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 1.4 นั่นคือปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือมีความเจ็บปวดไม่สบายตัว และมีปัญหาด้านการดูแลตนเองน้อยที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.1 และเมื่อนำคะแนนจากแบบประเมิน EQ-5D-5L ของผู้สูงอายุในแต่ละคนมาแปลงเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ และหาค่าเฉลี่ยพบว่าคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุมีค่าเท่ากับ 0.88 และสามารถจำแนกเป็นกลุ่มอายุของผู้สูงอายุได้ดังตาราง

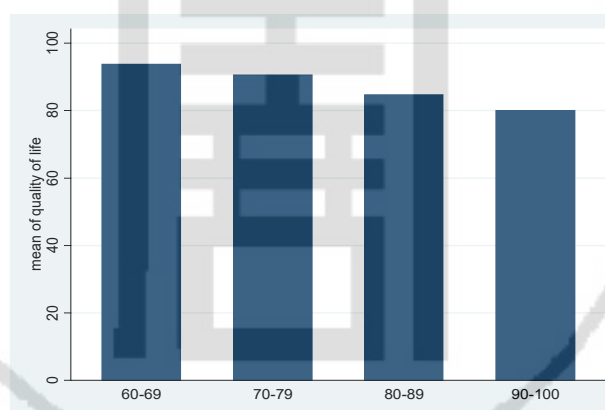
ตาราง 4.7 แสดงคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	ตัวแปร	Mean	S.D.	Min.	Max.
60-69	คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	93.74	10.29	60.00	126.00
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ (EQ-5D-5L)	5.77	2.01	5.00	20.00
	คะแนนอรรถประโยชน์	0.92	0.18	-0.06	1.00
70-79	คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	90.60	10.10	66.00	118.00
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ (EQ-5D-5L)	6.31	2.42	5.00	20.00
	คะแนนอรรถประโยชน์	0.86	0.24	0.06	1.00
80-89	คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	84.71	13.43	49.00	106.00
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ (EQ-5D-5L)	7.54	3.56	5.00	19.00
	คะแนนอรรถประโยชน์	0.75	0.31	0.12	1.00
90 ขึ้นไป	คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	80.00	13.08	58.00	108.00

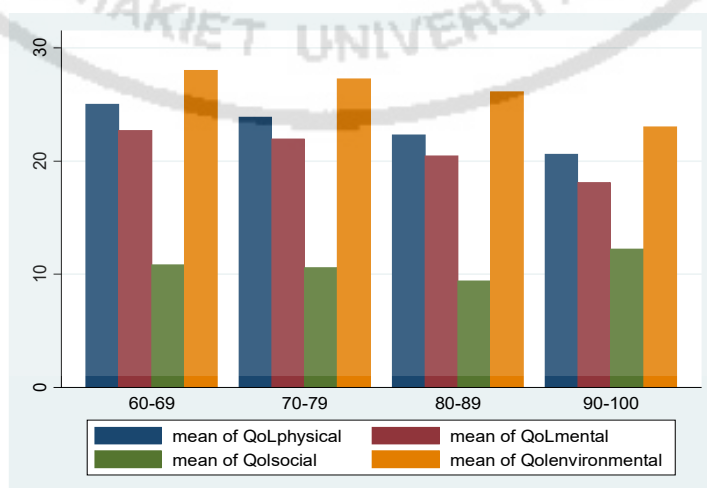
อายุ (ปี)	ตัวแปร	Mean	S.D.	Min.	Max.
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ (EQ-5D-5L)	14.60	8.83	5.00	25.00
	คะแนนอรรถประโยชน์	0.31	0.54	-0.28	1.00

จากตาราง พบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นคะแนนคุณภาพชีวิตจะน้อยลง ซึ่งผู้สูงอายุที่อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 93.74 และลดลงเหลือ 80.00 เมื่ออายุ 90 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุสูงขึ้นคุณภาพชีวิตจะแย่ลง แต่จะไม่ได้มีความแตกต่างกันมาก ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีคะแนนที่สูงขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุที่อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ 5.77 และเพิ่มขึ้นเป็น 14.60 เมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความแตกต่างกันถึง 2.5 เท่า แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไปคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะแย่ลงจากเมื่อตอนอายุ 60 ถึง 2.5 เท่า สามารถแสดงให้เห็นได้ชัดเจนจากกราฟ

ภาพ 4.2 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ

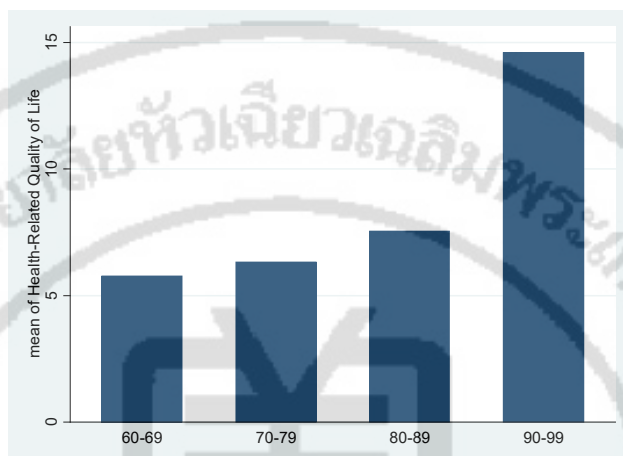


ภาพ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยรายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ

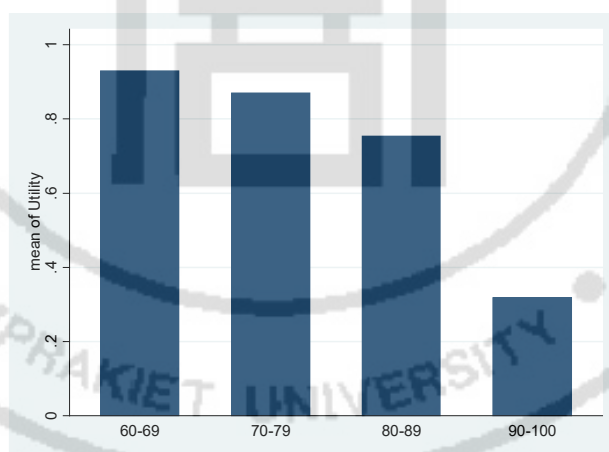


จากกราฟพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น คุณภาพชีวิตจะต่ำลง เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตพบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นคุณภาพชีวิตจะลดลงใน 3 ด้าน ได้แก่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ภาพ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ



ภาพ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ยอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ



จากภาพ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงขึ้น ในอัตราที่ไม่สูงมากนัก แต่เมื่ออายุ 90 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยิ่งสูงยิ่งแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี จากกราฟจึงแสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุสูงขึ้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะแยลง และแยลงอย่างมากเมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับค่าอรรถประโยชน์ที่จะลดต่ำลงเมื่ออายุมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นอรรถประโยชน์จะลดลงและลดลงอย่างมากเมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป

4.2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในงานวิจัยนี้ใช้สถิติ Multiple Regression Analysis โดยก่อนนำตัวแปรเข้าสมการได้มีการแปลงตัวแปรที่อยู่ในระดับ nominal เช่น ตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส เป็นต้น ให้เป็น dummy variable และได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในทุกข้อ พบปัญหาการแจกแจงไม่ปกติในบางตัวแปรจึงได้มีการ take log ในตัวแปรที่เป็นระดับ interval/ratio ในทุกตัวก่อนเข้าสมการ

ตาราง 4.8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวม (n=76)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์		
	ต้นทุนผู้ป่วยนอก	ต้นทุนผู้ป่วยนอก	ต้นทุนผู้ป่วยนอกรวม
	ทางตรง	ทางอ้อม	
เพศ	0.02 (0.18)	0.04 (0.21)	121.82 (0.75)
อายุ	0.92 (1.30)	0.01** (1.98)	7.13 (0.79)
สมาชิกในครัวเรือน	-0.13 (-0.98)	-0.01 (-0.37)	-47.77 (-1.43)
สถานภาพสมรส	-0.11 (-1.17)	-0.11 (-0.97)	-29.88 (-0.25)
ระดับการศึกษา	-0.18 (-1.10)	-0.18 (-1.14)	-65.60 (-0.51)
ที่อยู่อาศัย	-0.16 (-1.17)	-0.19 (-1.31)	-20.71 (-0.14)
การประกอบอาชีพ	0.17 (0.98)	0.17 (0.05)	-94.68 (-0.41)
รายได้ของผู้สูงอายุ	0.11* (1.89)	0.00002** (2.04)	0.01 (1.01)
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.05 (0.39)	0.14 (0.83)	-30.24 (-0.10)
สิทธิการรักษาพยาบาล	0.25	0.04	1943.36***
ข้าราชการและพนักงานของรัฐ	(1.17)	(0.17)	(3.64)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์		
	ต้นทุนผู้ป่วยนอก		ต้นทุนผู้ป่วยนอกรวม
	ทางตรง	ทางอ้อม	
สถานพยาบาลเอกชน	-0.25 (-1.38)	-0.22 (-0.96)	-167.33 (-0.61)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	-0.30** (-2.17)	-0.34*** (-2.83)	-331.73** (-2.14)
การสูบบุหรี่	0.78** (2.33)	1.02*** (3.04)	-388.41 (-0.66)
การดื่มสุรา	0.32** (2.04)	0.41* (1.85)	87.43 (0.44)
การออกกำลังกาย	0.20 (1.20)	0.30 (1.55)	-6.50 (-0.03)
ค่า BMI	0.16 (0.53)	0.0006 (0.06)	-6.73 (-0.33)
ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน	-0.21*** (-4.03)	0.01 (1.31)	-29.51** (-1.94)
F	3.28	6.05	4.20
Prob>F	0.0000	0.0000	0.0000
R-squared	0.50	0.46	0.49

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

จากตารางตัวแปรที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีผลทำให้ต้นทุนสูงขึ้น ส่วนการไปรับบริการที่รพ.สต. และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลทำให้ต้นทุนลดลง เมื่อจำแนกเป็นต้นทุนทางตรงพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อต้นทุนทางตรงในการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้ของผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราส่งผลให้ต้นทุนสูงขึ้น ส่วนการไปรับบริการที่รพ.สต. และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดี ส่งผลให้ต้นทุนลดลง ส่วนต้นทุนทางอ้อมพบว่า อายุ รายได้ของผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ส่งผลให้ต้นทุนสูงขึ้น ส่วนการไปรับบริการที่รพ.สต. ส่งผลให้ต้นทุนลดลง

ตาราง 4.9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวม (n=26)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์		
	ต้นทุนผู้ป่วยใน ทางตรง	ต้นทุนผู้ป่วยใน ทางอ้อม	ต้นทุนผู้ป่วยในรวม
เพศ	-1464.78 (-1.20)	-2.38** (-3.15)	-3755.87* (-2.04)
อายุ	30.19 (0.68)	-0.001 (-0.04)	63.63 (0.53)
สมาชิกในครัวเรือน	1054.97*** (4.51)	-0.20 (-1.61)	839.23* (2.11)
สถานภาพสมรส	2069.40*** (3.11)	-1.03 (-1.71)	2211.70 (1.70)
ระดับการศึกษา	2776.95*** (3.32)	0.43 (0.55)	3922.40*** (3.96)
ที่อยู่อาศัย	2392.31 (1.40)	1.36 (1.41)	4043.69* (2.05)
การประกอบอาชีพ	-12771.16*** (-3.39)	-3.18* (-2.03)	-15452.89*** (-4.38)
รายได้ของผู้สูงอายุ	0.38 (1.59)	0.0002* (2.31)	0.60* (2.61)
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-386.02 (-0.21)	0.73 (0.66)	-1713.97 (-0.73)
สิทธิการรักษาพยาบาล	-9154.32 (-1.30)	-6.99* (-2.15)	-17030.79*** (-2.56)
ข้าราชการและพนักงานของรัฐ	2845.77 (1.20)	0.55 (0.48)	2474.32 (0.86)
สถานพยาบาลเอกชน	842.66 (0.97)	0.61 (0.99)	494.05 (0.28)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	8279.99 (1.63)	-3.45 (1.59)	13076.30* (1.93)
การสูบบุหรี่	6334.92 (1.51)	2.93 (1.89)	8723.31* (2.10)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์		
	ต้นทุนผู้ป่วยใน	ต้นทุนผู้ป่วยใน	ต้นทุนผู้ป่วยในรวม
	ทางตรง	ทางอ้อม	
การออกกำลังกาย	-4306.82** (-2.50)	-0.10 (-0.12)	-6671.80** (-3.05)
ค่า BMI	206.39 (1.67)	0.16** (2.92)	392.89* (2.14)
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	-83.72 (-0.97)	-0.11 (-2.00)	-160.66 (-1.28)
F	23.05	3.46	98.76
Prob>F	0.0001	0.03	0.0000
R-squared	0.89	0.84	0.84

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

จากตารางตัวแปรที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของบ้าน รายได้ของผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ค่าBMI ส่งผลให้ต้นทุนการรับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุสูงขึ้น และ เพศชาย การมีอาชีพการงาน สิทธิการรักษาพยาบาลของภาครัฐ การออกกำลังกาย ส่งผลให้ต้นทุนการรับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุลดลง เมื่อจำแนกเป็นต้นทุนทางตรง พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การเป็นโสด ระดับการศึกษา ส่งผลให้ต้นทุนสูงขึ้น ส่วนการประกอบอาชีพ และการออกกำลังกาย ส่งผลให้ต้นทุนลดลง ส่วนต้นทุนทางอ้อม พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุ และค่าBMI ส่งผลให้ต้นทุนสูงขึ้น ส่วนเพศชาย การมีอาชีพ การมีสิทธิรักษาพยาบาลของรัฐ ส่งผลให้ต้นทุนลดลง

ตาราง 4.10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวม (n=134)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์		
	ต้นทุนโรคเรื้อรัง	ต้นทุนโรคเรื้อรัง	ต้นทุนโรคเรื้อรังรวม
	ทางตรง	ทางอ้อม	
เพศ	-0.13 (-0.71)	1.34 (0.05)	-0.18 (-0.96)
อายุ	2.83*** (2.94)	5.27*** (3.42)	0.05*** (3.47)
สมาชิกในครัวเรือน	-0.12 (-0.83)	4.72 (0.68)	-0.03** (-0.92)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์		
	ต้นทุนโรคเรื้อรัง	ต้นทุนโรคเรื้อรัง	ต้นทุนโรคเรื้อรังรวม
	ทางตรง	ทางอ้อม	
สถานภาพสมรส	0.10 (0.51)	15.46 (0.67)	0.05 (0.30)
ระดับการศึกษา	-0.06 (-0.33)	21.36 (0.92)	0.07 (0.41)
ที่อยู่อาศัย	-0.43** (-1.95)	20.90 (1.87)	-0.27 (-1.18)
การประกอบอาชีพ	-0.51* (-1.86)	-7.00 (-0.26)	-0.25 (-0.99)
รายได้ของผู้สูงอายุ	-0.14 (-1.50)	0.0003 (0.25)	-1.34 (-0.13)
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.63 (1.18)	53.42 (1.08)	0.63 (1.27)
สิทธิการรักษาพยาบาล ข้าราชการและพนักงานของรัฐ	0.88 (1.29)	61.50 (0.91)	0.89 (1.35)
สถานพยาบาลเอกชน	0.61 (1.10)	-4.39 (-0.11)	0.47 (0.90)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล	-0.27 (-1.61)	-45.96* (-1.75)	-0.33** (-1.92)
การสูบบุหรี่	-0.64 (-1.38)	28.71 (0.77)	-0.50 (-0.90)
การดื่มสุรา	0.19 (0.93)	27.51 (0.87)	0.18 (0.84)
การออกกำลังกาย	0.22 (1.17)	4.89 (0.20)	0.20 (0.93)
ค่า BMI	-0.18 (-0.36)	0.17 (0.08)	0.005 (0.33)
ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน	-0.23 (-1.10)	0.91 (0.35)	0.003 (0.16)
F	2.41	3.63	3.47
Prob>F	0.003	0.0000	0.0000
R-squared	0.84	0.30	0.22

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

จากตารางตัวแปรที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุมีผลทำให้ต้นทุนการรับบริการโรคเรื้อรังสูงขึ้น ส่วนจำนวนสมาชิกในครัวเรือน การใช้บริการที่รพ.ส่งผลให้ต้นทุนการรับบริการโรคเรื้อรังลดลง เมื่อจำแนกเป็นต้นทุนทางตรง พบว่าอายุมีผลให้ต้นทุนสูงขึ้น ส่วนการเป็นเจ้าของบ้าน การมีอาชีพ ส่งผลให้ต้นทุนลดลง ส่วนต้นทุนทางอ้อม พบว่า อายุ มีผลให้ต้นทุนสูงขึ้น ส่วนการใช้บริการที่รพ.ส่งผลให้ต้นทุนลดลง

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) นั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการในการดูแลสุขภาพในระยะยาวมีจำนวนน้อยคือ มีผู้สูงอายุที่มีต้นทุนแบบ Long Term Care จำนวน 15 คน ดังนั้นในเบื้องต้นผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่ละด้าน ได้แก่ด้านประชากร ได้แก่ ตัวแปร เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพสมรส ด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ตัวแปรระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย การทำงาน รายได้ของผู้สูงอายุ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลที่ไปรับบริการ และด้านสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ค่าBMI ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน แต่เนื่องจากด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสุขภาพ มีตัวแปรที่มีปัญหา collinearity จึงสามารถวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรได้เพียงด้านเดียว ดังผลในตาราง

ตาราง 4.11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร ที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการดูแลสุขภาพระยะยาว (n=15)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์ ต้นทุนการดูแลสุขภาพระยะยาว
เพศ	-1228.79 (-0.72)
อายุ	232.17*** (3.22)
สมาชิกในครัวเรือน	946.48 (1.81)
สถานภาพสมรส	-1531.34 (-1.03)
F	8.81
Prob>F	0.007
R-squared	0.73

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

จากตารางตัวแปรที่มีผลต่อต้นทุนในการรับบริการสุขภาพแบบระยะยาว (Long Term Care) ของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ นั่นคือ เมื่อมีอายุมากขึ้นส่งผลให้ต้นทุนในการรับบริการดูแลสุขภาพระยะยาวสูงขึ้น

ตาราง 4.12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=460)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์	
	คุณภาพชีวิต(QoL)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(HR QoL)
เพศ	-0.01 (-0.86)	-0.06 (-0.24)
อายุ	-0.24*** (-4.34)	0.04** (2.37)
ลักษณะครัวเรือน	0.005 (0.33)	0.01 (0.31)
สถานภาพสมรส	-0.007 (-0.68)	0.10 (0.53)
ระดับการศึกษา	-0.04*** (-3.70)	-0.10 (-0.62)
ที่อยู่อาศัย	0.04*** (2.99)	-0.11 (-1.39)
การประกอบอาชีพ	-0.04*** (-3.07)	-0.37 (-0.37)
รายได้ของผู้สูงอายุ	0.001 (0.36)	-0.12 (-0.26)
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.0001 (0.00)	-4.51 (-0.60)
สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานของรัฐ	-0.03 (-0.75)	1.03 (0.91)
สถานพยาบาลเอกชน	-0.02 (-1.14)	0.09 (0.27)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.04*** (3.55)	-0.25 (-1.09)
การสูบบุหรี่	-0.003 (-0.16)	1.33* (1.78)
การดื่มสุรา	-0.02* (-0.16)	0.46** (1.78)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์	
	คุณภาพชีวิต(QoL)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(HR QoL)
	(-1.65)	(2.25)
การออกกำลังกาย	0.0003	-0.56***
	(0.03)	(-2.76)
ค่า BMI	-0.10***	0.94***
	(-2.94)	(2.53)
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	0.16**	-0.82***
	(2.30)	(-5.51)
F	11.99	31.25
Prob>F	0.0000	0.0000
R-squared	0.30	0.63

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

ตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การไปรับบริการรักษาพยาบาล ที่รพ.สต. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตัวแปร ส่วนตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การดื่มสุรา ค่าBMI ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ส่วนตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกาย และ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น ส่วน อายุ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ค่าBMI ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลง

4.3 วิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ว่าต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ลงทุนไปได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ ในการวิเคราะห์เนื่องจากจำนวน n ในต้นทุนแต่ละหมวดมีจำนวนไม่เท่ากัน จึงแยกวิเคราะห์ที่ละสมการในแต่ละหมวดของต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ต้นทุนการรับบริการแบบผู้ป่วยใน ต้นทุนการรับบริการโรคเรื้อรัง และต้นทุนการรับบริการดูแลสุขภาพระยะยาว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ได้ดังตาราง

ตาราง 4.13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการรับบริการดูแล
สุขภาพแบบผู้ป่วยนอกกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=76)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์	
	คุณภาพชีวิต (QoL)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HR QoL)
ต้นทุนในการรับบริการดูแล	0.004**	-0.002***
สุขภาพแบบผู้ป่วยนอก	(2.36)	(-3.74)
F	5.55	14.01
Prob>F	0.02	0.00
R-squared	0.05	0.15

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

ตาราง 4.14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการดูแลสุขภาพ
แบบผู้ป่วยในกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=26)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์	
	คุณภาพชีวิต (QoL)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HR QoL)
ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบ	-0.0008	0.0003
ผู้ป่วยใน	(-0.91)	(0.67)
F	1.82	1.45
Prob>F	0.03	0.05
R-squared	0.007	0.02

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

ตาราง 4.15 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง
กับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=134)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์	
	คุณภาพชีวิต (QoL)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HR QoL)
ต้นทุนดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	-0.0009	-0.001***
	(-1.02)	(-2.78)
F	1.03	7.71
Prob>F	0.03	0.006
R-squared	0.007	0.05

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

ตาราง 4.16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการดูแลคุณภาพระยะยาวกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=15)

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์	
	คุณภาพชีวิต (QoL)	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HR QoL)
ต้นทุนในการดูแลคุณภาพระยะยาว	0.00006 (0.01)	-0.0003* (-1.89)
F	0.00	3.57
Prob>F	0.99	0.05
R-squared	0.00	0.26

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น ต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในไม่มีผลกับทั้งคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้นทุนการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง และต้นทุนการดูแลคุณภาพระยะยาวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

4.4 ประเมินความคุ้มค่าทางสุขภาพและเปรียบเทียบหาแนวทางการดูแลสุขภาพที่คุ้มค่าที่สุดของแต่ละทางเลือกในการรับบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การประเมินความคุ้มค่าทางสุขภาพจะคำนวณจากการนำต้นทุนในแต่ละหมวดด้วยคะแนนอรรถประโยชน์ เพื่อนำมาเปรียบเทียบความคุ้มค่าในการรับบริการรักษาพยาบาล

ตาราง 4.17 แสดงค่าต้นทุนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นการดูแลสุขภาพระยะสั้นและระยะยาว

ประเภทต้นทุน	ต้นทุน/อรรถประโยชน์ (Cost/Utility)
ระยะสั้น (Acute Care)	
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (n=76)	602.76
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (n=26)	1599.83
- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง (n=134)	382.24
การดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care)	
การดูแลสุขภาพระยะยาว (n=12)	9656.76

จากตาราง พบว่าต้นทุนอรรถประโยชน์ของการดูแลสุขภาพกรณีโรคเรื้อรังมีต้นทุนอรรถประโยชน์ต่ำที่สุด ส่วนการดูแลสุขภาพระยะยาวมีต้นทุนอรรถประโยชน์สูงสุด ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการลงทุนในการดูแลสุขภาพแบบโรคเรื้อรังมีความคุ้มค่าสูง

ตาราง 4.18 แสดงค่าต้นทุนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพจำแนกตามช่วงอายุ

อายุ (ปี)	ประเภทต้นทุน	ต้นทุน/อรรถประโยชน์ (Cost/Utility)
60-69	ระยะสั้น (Acute Care)	
	- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	469.59
	- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	1320.18
	- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	1439.59
	ระยะยาว (Long Term Care)	
	- การดูแลสุขภาพระยะยาว	1500.00
70-79	ระยะสั้น (Acute Care)	
	- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	1502.79
	- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	14536.49
	- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	774.42
	ระยะยาว (Long Term Care)	
	- การดูแลสุขภาพระยะยาว	2457.37
80-89	ระยะสั้น (Acute Care)	
	- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	403.09
	- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	2137.44
	- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	1214.22
	ระยะยาว (Long Term Care)	
	- การดูแลสุขภาพระยะยาว	5500.00
90 ขึ้นไป	ระยะสั้น (Acute Care)	
	- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	3298.50
	- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	15782.23
	- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	2322.30
	ระยะยาว (Long Term Care)	
	- การดูแลสุขภาพระยะยาว	19510.34

จากตาราง พบว่าต้นทุนอรรถประโยชน์ของช่วงวัย 60-69 ปี การดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก มีความคุ้มค่าสูงสุด ช่วงวัย 70-79 ปี การดูแลสุขภาพแบบโรคเรื้อรังมีความคุ้มค่าสูงสุด ช่วงวัย 80-89 ปี การดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกมีความคุ้มค่าสูงสุด ช่วงวัย 90 ปีขึ้นไปการดูแลสุขภาพแบบโรคเรื้อรังมีความคุ้มค่าสูงสุด แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าต้นทุนอรรถประโยชน์ของการดูแลสุขภาพในช่วงวัย 90 ปีขึ้นไปมีค่าสูงมากกว่าช่วงวัยอื่น ในทุกด้านของการดูแลสุขภาพ

ตาราง 4.19 แสดงต้นทุนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ที่ไปรับบริการรักษาพยาบาล

สถานที่รักษาพยาบาล	ต้นทุน/อรรถประโยชน์ (Cost/Utility)
รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล	
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	741.53
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	-
- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	530.82
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน	
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	164.85
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	514.09
- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	1933.71
รพ.เอกชน	
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	1064.09
- การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	7330.32
- การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง	1219.94

จากตารางพบว่าเมื่อจำแนกต้นทุนอรรถประโยชน์ของผู้สูงอายุตามสถานพยาบาลที่ไปรับบริการ พบว่า ในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐมีความคุ้มค่ามากที่สุด ส่วนในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง รพ.สต.มีความคุ้มค่าที่สุด

4.5 ความเต็มใจจ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลความเต็มใจจ่าย ในงานวิจัยจะทำการวิเคราะห์ 2 แบบ แบบแรกคือการนำเสนอตัวเลขความเต็มใจจ่ายที่ได้มาจากการสอบถามผู้สูงอายุโดยใช้วิธี bidding game และแบบที่สองคือการวิเคราะห์ตัวแปรด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสุขภาพที่มีผลกับความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ multiple regression analysis เพื่อให้ได้สมการทำนายตัวเลขความเต็มใจจ่ายจากสมการ และนำตัวเลขที่ได้นำมาจัดทำเป็นแนวทางการร่วมจ่ายในการไปรับบริการสุขภาพต่อไป

4.5.1 ราคาค่าความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุเพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพให้ดีขึ้นจากการ สอบถามโดยใช้วิธีแบบ bidding game

อันดับแรกผู้วิจัยทำการสำรวจความไม่พอใจในบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ 460 คน ได้ข้อมูล
ดังตาราง

ตาราง 4.20 แสดงจำนวนและร้อยละของความไม่พอใจในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความไม่พอใจในการรับบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. การบริการช้า เสียเวลารอคอยนาน	402	87.39
2. แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย /มีเวลาในการ อธิบายโรคที่ต้องการทราบน้อย	31	6.74
3. เจ้าหน้าที่/บุคลากร ไม่ดูแลเอาใจใส่/พูดจาไม่ดี	16	3.48
4. ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพยาที่ได้รับ	11	2.39

จากตารางพบว่าหัวข้อที่ผู้สูงอายุมีความไม่พอใจในการรับบริการสุขภาพสูงที่สุดคือการ
บริการช้า เสียเวลารอคอยนาน ร้อยละ 87.39 รองลงมาคือ รู้สึกว่าแพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย มี
เวลาในการอธิบายโรคน้อย ร้อยละ 6.74 เจ้าหน้าที่/บุคลากรไม่ดูแลเอาใจใส่/พูดจาไม่ดี ร้อยละ
3.48 ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพยาที่ได้รับร้อยละ 2.39

จากผู้สูงอายุทั้งหมด 460คน เมื่อถามถึงราคาที่จะเต็มใจจ่ายเพื่อแก้ไขในสิ่งที่ไม่พอใจข้างต้น
มีผู้ที่เต็มใจจ่ายจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 22.17 ส่วนผู้ที่ไม่เต็มใจจ่ายจำนวน 358 คน คิดเป็น
ร้อยละ 77.83 ให้เห็นผลว่าไม่มีรายได้เพียงพอที่จะจ่าย ร้อยละ 70.20 และอีกร้อยละ 29.80 เหตุผล
ในการไม่เต็มใจจ่ายคือ บริการสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดบริการให้ฟรี

ตาราง 4.21 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเต็มใจจ่ายเพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพของ
ผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงอายุ

อายุ(ปี)	จำนวนผู้สูงอายุ (n=460)	จำนวนผู้สูงอายุที่ เต็มใจจ่าย (n=102)	คิดเป็นร้อยละ
60-69	260	56	21.5
70-79	154	32	20.7
80-89	40	10	25.0
90ปีขึ้นไป	6	4	66.7

จากตารางพบว่าผู้สูงอายุช่วงวัย 90 ปีขึ้นไปเต็มใจจ่ายร้อยละ 66.7 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุในช่วง
วัยอื่นๆ

ตาราง4.22 แสดงค่าเฉลี่ยของราคาของผู้สูงอายุเต็มใจจ่ายเพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพจำแนกตามช่วงอายุ

อายุ(ปี)	Mean	S.D.	Min.	Max.
60-69	779.31	633.22	100.00	3000.00
70-79	1043.75	954.42	100.00	5000.00
80-89	670.00	298.32	200.00	1000.00
90ปีขึ้นไป	1500.00	1414.21	500.00	2500.00
รวม	865.7	748.1	100.0	5000.0

จากตาราง จากจำนวนผู้สูงอายุที่เต็มใจจ่ายจำนวน 102 คน พบว่าผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-69 ปี มีราคาความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 779 บาทต่อปี ช่วงอายุ 70-79 ปีมีราคาความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 1043 บาทต่อปี ช่วงอายุ 80-89 ปีมีราคาความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 670 บาทต่อปี และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีราคาความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 1500 บาทต่อปี จะเห็นว่าช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปผู้สูงอายุเต็มใจจ่ายเป็นจำนวนเงินที่สูงที่สุด

ตาราง4.23 แสดงค่าเฉลี่ยของราคาของผู้สูงอายุเต็มใจจ่ายเพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ ตัดสังคม ตัดบ้าน ตัดเตียง

กลุ่มผู้สูงอายุ	จำนวน คน	Mean	S.D.	Min.	Max.
ตัดสังคม	100	846.00	736.55	100.00	5000.00
ตัดบ้าน	1	1200.00	-	1200.00	1200.00
ตัดเตียง	1	2500.00	-	2500.00	2500.00

เมื่อจำแนกรายละเอียดของผู้สูงอายุโดยแยกเป็นผู้สูงอายุที่ตัดสังคม ตัดบ้าน ตัดเตียง พบว่าผู้สูงอายุที่ตัดสังคมมีราคาความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 846 บาทต่อปี ผู้สูงอายุที่ตัดบ้านมีราคาความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 1200 บาทต่อปี และผู้สูงอายุที่ตัดเตียงมีราคาความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 2500 บาทต่อปี ซึ่งจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจะมีความเต็มใจจ่ายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี

4.5.2 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุได้ผลดังตาราง

ตาราง 4.24 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์ Willingness to Pay
เพศ	0.04 (0.21)
อายุ	1.61** (2.10)
ลักษณะครัวเรือน	-0.08 (-0.54)
สถานภาพสมรส	0.32 (1.01)
ระดับการศึกษา	-0.22 (-1.40)
ที่อยู่อาศัย	0.07 (0.36)
การประกอบอาชีพ	-0.16 (-1.81)
รายได้ของผู้สูงอายุ	-0.08 (-1.16)
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.40 (0.81)
สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานของรัฐ	1.06 (1.43)
สถานพยาบาลเอกชน	0.83 (1.44)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0.39 (1.54)
การสูบบุหรี่	-0.37

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์ Willingness to Pay
	(-1.09)
การดื่มสุรา	-0.08
	(-0.28)
การออกกำลังกาย	-0.06
	(-0.38)
ค่า BMI	0.93**
	(1.98)
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	0.11
	(0.55)
F	1.72
Prob>F	0.05
R-squared	0.19

***, ** and * represent the one, five and ten percent significance levels. T-statistics are specified below the coefficients.

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม และสุขภาพที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีผลให้ผู้สูงอายุมีความเต็มใจจ่าย ได้แก่ การที่มีอายุมากขึ้น และมีค่า BMI สูง ซึ่งแสดงได้ด้วยสมการ $\text{ความเต็มใจจ่าย} = -3.13 + 1.61\text{อายุ} + 0.93\text{BMI}$

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 ภาพรวมของงานวิจัย

ในบทนี้จะเป็นการสรุปภาพรวมการศึกษาวิจัย ผลการศึกษาและสรุปข้อค้นพบ บทสรุปของงานวิจัย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

การศึกษาวิจัยนี้เป็นรูปแบบ Cross-sectional studies เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจสังคม ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงความเต็มใจจ่าย โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 460 คน ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaires) ร่วมกับพนักงานสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูล และได้ผ่านการทดสอบเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ multiple Regression Analysis โดยก่อนนำตัวแปรเข้าสมการผู้วิจัยได้มีการแปลงตัวแปรที่อยู่ในระดับ nominal ให้เป็น dummy variable และมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในทุกข้อ พบปัญหาการแจกแจงไม่ปกติในบางตัวแปร จึงได้มีการ take log ในตัวแปรที่เป็นระดับ interval/ratio ในตัวแปรทุกตัวก่อนเข้าสมการทดสอบ

5.2 สรุปข้อค้นพบจากงานวิจัย

5.2.1 วิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ

5.2.1.1 ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 4,611 บาทต่อเดือน โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคู่สมรส/บุตรให้ไว้ใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยจะให้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่ไปรับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค่าใช้จ่ายรายเดือนประมาณ 2,843 ต่อเดือน

ข้อมูลต้นทุนเมื่อเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากจำนวน 460 คน มีผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 76 คน รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในจำนวน 26 คน และมีโรคเรื้อรังต้องไปรับบริการรักษาพยาบาลตลอดตามแพทย์นัดจำนวน 134 คน และมีผู้สูงอายุที่มีต้นทุนระยะยาวที่ต้องจ่ายสำหรับการดูแลแบบจ้างผู้ดูแลที่บ้านต่อศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีต้นทุนในการไปรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกประมาณ 696 บาทต่อครั้ง ต้นทุนในการไปรับบริการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยในประมาณ 3,692 บาทต่อครั้ง

และมีต้นทุนในการไปรับการรักษาโรคเรื้อรังประมาณ 497 บาทต่อครั้ง และผู้สูงอายุที่มีต้นทุนในการจ้างผู้ช่วยเหลือมาดูแลที่บ้านประมาณ 3,118 บาทต่อเดือน ต้นทุนในการไปรับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 3,750 บาทต่อเดือน และต้นทุนในการซื้ออุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพเท่ากับ 2,312 บาทต่อเดือน

เมื่อจำแนกต้นทุนตามกลุ่มอายุจะเห็นว่าในส่วนของต้นทุนระยะสั้น เริ่มจากต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกจะสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป แต่ไม่ได้มีลักษณะของการเพิ่มขึ้นตามอายุ ต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยในสูงที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และไม่ได้มีลักษณะของการเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นเดียวกัน ส่วนต้นทุนการดูแลสุขภาพของโรคเรื้อรัง จะสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป และมีลักษณะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปีมีต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวต่ำที่สุด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวสูงที่สุด จะเห็นว่าต้นทุนระยะสั้นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีเพียงต้นทุนในการรักษาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่มีลักษณะเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีลักษณะที่เพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน โดยในช่วงแรกต้นทุนจะสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยแต่เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป ต้นทุนในการรับบริการสุขภาพจะสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดและสูงมากในช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปคิดเป็น 6 เท่าของอายุตอน 60-69 ปี เมื่อจำแนกต้นทุนตามสถานที่ที่รับบริการรักษาพยาบาล พบว่า การรับการรักษาพยาบาลที่รพ.สต.มีต้นทุนต่ำที่สุดทั้งการรักษาพยาบาลโรคทั่วไปแบบผู้ป่วยนอกและการรับบริการรักษาพยาบาลแบบโรคเรื้อรัง

5.2.1.2 คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตกลางๆถึงดี มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 91.5 โดยคุณภาพชีวิตด้านที่คะแนนสูงที่สุดคือด้านจิตใจ รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด และเมื่ออายุสูงขึ้นคะแนนคุณภาพชีวิตจะน้อยลง ซึ่งผู้สูงอายุที่อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 93.74 และลดลงเหลือ 80.00 เมื่ออายุ 90 ขึ้นไปแสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุสูงขึ้นคุณภาพชีวิตจะแย่ลง แต่จะไม่ได้มีความแตกต่างกันมาก เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตพบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นคุณภาพชีวิตจะลดลงใน 3 ด้าน ได้แก่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ 6.3 และคะแนนอรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L เท่ากับ 0.88 ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือมีความเจ็บปวดไม่สบายตัว มีความวิตกกังวล และมีปัญหาในการเดินเล็กน้อย เมื่อพิจารณาเป็นช่วงอายุพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีคะแนนที่สูงขึ้นตามช่วงอายุ ผู้สูงอายุที่อายุอยู่

ในช่วง 60-69 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ 5.77 และเพิ่มขึ้นเป็น 14.60 เมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความแตกต่างกันถึง 2.5 เท่า แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไปคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะแย่งจากเมื่อตอนอายุ 60 ถึง 2.5 เท่า ซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยิ่งสูงยิ่งแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุสูงขึ้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะแย่ง และแย่งอย่างมากเมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับค่าอัตราประโยชน์ที่จะลดต่ำลงเมื่ออายุมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นอัตราประโยชน์จะลดลงและลดลงอย่างมากเมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป

5.2.1.3 ความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ พบว่าหัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความไม่พอใจในการรับบริการสุขภาพสูงที่สุดคือการบริการช้า เสียเวลารอคอยนาน ร้อยละ 87.39 รองลงมาคือ รู้สึกว่าแพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย มีเวลาในการอธิบายโรคน้อย ร้อยละ 6.74 เจ้าหน้าที่/บุคลากรไม่ดูแลเอาใจใส่/พูดจาไม่ดี ร้อยละ 3.48 ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพยาที่ได้รับ ร้อยละ 2.39 เมื่อถามถึงความเต็มใจจ่ายเพื่อแก้ไขในสิ่งที่ไม่พอใจข้างต้น มีผู้ที่เต็มใจจ่ายจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 22.17 ส่วนผู้ที่ไม่เต็มใจจ่ายจำนวน 358 คน คิดเป็นร้อยละ 77.83 ให้เหตุผลว่าไม่มีรายได้เพียงพอที่จะจ่าย ร้อยละ 70.20 และอีกร้อยละ 29.80 เหตุผลในการไม่เต็มใจจ่ายคือ บริการสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดบริการให้ฟรี

ส่วนผู้สูงอายุที่เต็มใจจ่าย มีความเต็มใจจ่ายอยู่ที่ 865 บาทต่อปี คิดเป็น 72 บาทต่อเดือน โดยผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไปมีความเต็มใจจ่ายสูงที่สุดเท่ากับ 1500 บาทต่อปี คิดเป็น 125 บาทต่อเดือน เมื่อจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุติดเตียงเต็มใจจ่ายสูงที่สุดเท่ากับ 2500 บาทต่อปี รองลงมาคือผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดสังคม และเมื่อจำแนกเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุไปรับบริการพบว่าผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่รพ.เอกชนเต็มใจจ่ายสูงที่สุดเท่ากับ 1171 บาทต่อปี ส่วนรพ.สต.และรพ.ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนผู้สูงอายุเต็มใจจ่ายใกล้เคียงกันคือประมาณ 840 บาทต่อปีหรืออยู่ที่ 70 บาทต่อเดือน

5.2.2 ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถแยกวิเคราะห์เป็นประเภทของต้นทุนได้ดังนี้

1.1 ต้นทุนในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ พบว่ามีตัวแปรที่มีผลคือ

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนทางอ้อมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.01)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ของผู้สูงอายุมีผลเชิงบวกกับต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 และ .05 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.11 และ 0.00002 ตามลำดับ) สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานของรัฐมีผลเชิงบวกกับต้นทุนโดยรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 1943.36) การไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .05 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.30 -0.34 และ -331.73 ตามลำดับ)

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนโดยตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.78 และ 1.02 ตามลำดับ) การดื่มสุรามีผลเชิงบวกกับต้นทุนโดยตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .10 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.32 และ 0.41 ตามลำดับ) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนทางตรงและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.21 และ -29.51)

1.2 ต้นทุนในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ พบว่ามีตัวแปรที่มีผลคือ

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศชาย เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .10 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -2.38 และ -3755.87 ตามลำดับ) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนทางตรงและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .10 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 1054.97 และ 839.23 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนทางตรงในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 2069.40)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนทางตรงและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 2776.95 และ 3922.40 ตามลำดับ) ที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .10 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 4043.69) การประกอบอาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .10 และ .01 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -12771.16 -3.18 และ -15452.89 ตามลำดับ) รายได้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.0002 และ 0.60 ตามลำดับ) สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลของแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 และ .05 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -6.99 และ -17030.79 ตามลำดับ)

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 13076.30) การดื่มสุราเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 8723.31) การออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนทางตรงและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -4306.82 และ -6671.80 ตามลำดับ) และค่าBMIเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .10 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.16 และ 392.89 ตามลำดับ)

1.3 ต้นทุนในการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่ามีตัวแปรที่มีผลคือ

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อมและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 2.83, 5.27 และ 0.05ตามลำดับ) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.03)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การเป็นเจ้าของบ้าน เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนทางตรง ในการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.43) การประกอบอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุนทางตรงในการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.51) การไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงลบกับต้นทุน

ทางอ้อมและต้นทุนรวมในการรับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 และ .05 ตามลำดับ (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -45.96 และ -0.33)

1.4 ต้นทุนในการรับบริการดูแลสุขภาพพระยะยาวของผู้สูงอายุ พบว่ามีตัวแปรที่มีผลคือ อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกกับต้นทุนในการรับบริการดูแลสุขภาพพระยะยาวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 232.17)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรที่มีผลคือ

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุเป็นปัจจัยที่มีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.24)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษามีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.04) ที่อยู่อาศัยมีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.04) การประกอบอาชีพมีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.04) การเข้ารับบริการรักษาพยาบาลที่รพ.สต.มีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.04)

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การดื่มสุรามีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.02) ค่า BMI มีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.10) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.16)

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรที่มีผลคือ

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.04)

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่มีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 1.33) การดื่มสุรามีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 2.25) การออกกำลังกายมีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.56) ค่า BMI มีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.94) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.82)

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรที่มีผลคือ

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกกับความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 1.61) สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกกับความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.32)

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าBMIเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกกับความเต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.93)

5.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.93)

ด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่าต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.002) ต้นทุนการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.001) และต้นทุนการดูแลสุขภาพระยะยาวส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.0003)

5.2.4. เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางสุขภาพและเปรียบเทียบหาแนวทางการดูแลสุขภาพที่คุ้มค่าที่สุดของแต่ละทางเลือกในการรับบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากตารางพบว่าต้นทุนในการจ่ายเงินเองของผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับอัตราประโยชน์พบว่าในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังมีต้นทุน/อัตราประโยชน์ต่ำที่สุด คือมีความคุ้มค่าที่สุดเมื่อเทียบต้นทุนกับประโยชน์ที่ได้รับ ส่วนการดูแลสุขภาพระยะยาวมีต้นทุน/อัตราประโยชน์สูงที่สุด นั่นคือต้นทุนเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับมีความค่าน้อยที่สุด และเมื่อจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอายุ พบว่าในการดูแลสุขภาพระยะสั้น ได้แก่การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในและการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 และ 80-89 จะมีความคุ้มค่าสูงที่สุด ส่วนการรับบริการการดูแลสุขภาพระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 จะมีความคุ้มค่าสูงที่สุด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ 90ปีขึ้นไป ต้นทุน/อัตราประโยชน์จะสูงที่สุดทั้งการดูแลสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว นั่นคือจะมีความค่าน้อยที่สุดในการใช้จ่ายเงินเพื่อการดูแลสุขภาพ และเมื่อจำแนกผู้สูงอายุเป็นสถานพยาบาลที่ไปรับบริการ พบว่า ในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐมีต้นทุน/อัตราประโยชน์ต่ำที่สุด แต่ต้นทุน/อัตราประโยชน์จะสูงในการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง ส่วนในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง รพ.สต.มีต้นทุน/อัตราประโยชน์ต่ำที่สุด ส่วนการรับบริการที่รพ.เอกชนจะมีต้นทุน/อัตราประโยชน์สูงที่สุดในการรับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

5.2.5 เพื่อวิเคราะห์หาความเต็มใจจ่าย (Willingness to Pay) ของผู้สูงอายุในราคาที่เต็มใจที่จะจ่ายเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน

เมื่อวิเคราะห์จากสมการพบว่า ความเต็มใจจ่าย = $-3.13 + 1.61\text{อายุ} + 0.93\text{BMI}$ ซึ่งจากสมการข้างต้นสามารถนำมาปรับใช้เป็นแนวทางการร่วมจ่ายได้ดังตาราง

อายุ (ปี)	กรณีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (บาท/ครั้ง)	กรณีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ปกติ(บาท/ครั้ง)
60-69	110.6-125.1	116.7-131.2
70-79	126.7-141.2	132.8-147.5
80-89	142.8-157.3	148.9-163.4
90-100	158.9-175.0	165.0-181.1

5.3 อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้สามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 5 ข้อได้โดยสามารถยืนยันข้อค้นพบจากการทดสอบทางสถิติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าถึงแม้ว่าผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วน แต่ยังมีรายจ่ายที่ต้องจ่ายเอง ซึ่งถือเป็นต้นทุนในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งในงานวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ต้นทุนในการรับบริการของผู้สูงอายุได้ครบถ้วน และพบว่าบริการรักษาพยาบาลยังคงเป็นสินค้าจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ค่าความยืดหยุ่นต่อรายได้ของต้นทุนในการดูแลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกมีค่าเท่ากับ 0.11 ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.60 ซึ่งจากการศึกษาของ Khan & Mahumud (2015) พบว่าความยืดหยุ่นของค่ารักษาพยาบาลต่อรายได้ในระดับรวมของประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีค่าประมาณ 0.45 แสดงให้เห็นว่าการรับบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสินค้าจำเป็น ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องบริโภคหรือใช้บริการ

ต้นทุนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมิแบบแผนการเพิ่มแตกต่างกันระหว่างต้นทุนระยะสั้นและระยะยาว ต้นทุนระยะสั้นไม่ได้เพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน ในช่วงอายุ 60-69 ปีถึงช่วงอายุ 70-79 ปี ต้นทุนระยะสั้นจะสูงขึ้นแต่จะลดลงตอนช่วงอายุ 80-89 ปี และจะเพิ่มอีกครั้งตอนช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป ซึ่งมีวิจัยได้ค้นพบรูปแบบของการเพิ่มขึ้นของต้นทุนการดูแลสุขภาพแบบนี้เช่นเดียวกัน งานวิจัยของ Yang et al. (2003) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุอายุ 85 ปีขึ้นไปมีรายจ่ายในการดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 65-75 ปี ส่วนต้นทุนระยะยาวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จะสูงขึ้นตามระดับอายุของผู้สูงอายุซึ่งงานวิจัยหลายชิ้นพบเช่นเดียวกันว่าต้นทุนระยะสั้น (Acute Care Cost)

จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้นแต่จะเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงเมื่อใกล้เสียชีวิต ในขณะที่ต้นทุนระยะยาว (Long Term Care Cost) จะมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเสียชีวิต โดยเฉพาะช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป เนื่องจากในช่วงวัยนี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เคลื่อนไหวลำบากจึงต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด จึงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพระยะยาวสูงขึ้น (Natalie C. Ernecoff and Sally C. Stearns. 2018, Spillman และ Lubitz: 2013, Marc Koopmanschap et.al.: 2010, Polder et.al. 2006, Susan T. Stewart. 2004, Yang et.al.: 2003, Meena Seshamani และ Alastair M. Gray. 2002, McGrail et.al. 2000) จากงานวิจัยนี้พบเช่นเดียวกันว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป มีต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะยาวสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดถึง 6 เท่าของช่วงวัย 60-69 Mariacristina De Nardi et al. (2016) ก็พบเช่นเดียวกันว่า ภาระรายจ่ายในการดูแลสุขภาพ (Out-of-Pocket) ของผู้สูงอายุ สูงที่สุด 3 อันดับแรกคือ รายจ่ายด้าน Nursing home รายจ่ายด้านยา และรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกตามลำดับ

แต่เนื่องจากสินค้าบริการรักษาพยาบาลเป็นสินค้าจำเป็น และมีผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีต้นทุนแฝงที่ต้องรับภาระเอง แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็มีความจำเป็นต้องบริโภค จากทฤษฎี Michael Grossman (1972) มนุษย์มีการลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยและมีอายุยืนยาวขึ้น เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งจากงานวิจัยพบเช่นเดียวกันว่าต้นทุนที่ผู้สูงอายุลงทุนไปในการรับบริการสุขภาพของตนเอง ทั้งต้นทุนการรับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก ต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ต้นทุนการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง และต้นทุนการดูแลสุขภาพระยะยาว เป็นการลงทุนที่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ดีขึ้นได้จริง ๆ เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะลดลงตามวัย นั่นคือเมื่อมีอายุสูงขึ้นคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะแยลง และจะแยลงมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา รวมทั้งมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ อันเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ทั้งคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแยลงอย่างชัดเจน การลงทุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงสูงขึ้นตามไปด้วย อันจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และภาวะอ้วนมีต้นทุนที่ต้องจ่ายเองในการไปรับบริการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสูงที่สุดตอนช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป ซึ่งสูงเป็น 6 เท่าของช่วงตอนอายุ 60 ปี ดังนั้นผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น อาจต้องมีการเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับตอนช่วงปลายของอายุที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต้องลงทุนเองเพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน 6 เท่า และยิ่งถ้ามีภาวะสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และภาวะน้ำหนักเกินค่าใช้จ่ายก็จะยิ่งเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่สามารถช่วยลดต้นทุนข้างต้นคือ

1. การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สามารถช่วยลดต้นทุนในการดูแลสุขภาพยามเมื่ออายุเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ต้องลงทุน

2. การอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ การมีคนอยู่ด้วยในครัวเรือนไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว ทำให้ต้นทุนในการดูแลสุขภาพลดน้อยลง อาจเนื่องมาจากการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่อาจทำให้ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล โดยที่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการดูแลกันเอง จึงทำให้ต้นทุนในการไปรับบริการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลลดลง

3. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการประกอบอาชีพเสริมยามว่างเล็กน้อย ในชุมชนก็สามารถช่วยลดต้นทุนข้างต้นลงได้ เนื่องจากจากงานวิจัยจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพจะมีต้นทุนในการดูแลสุขภาพลดลง ซึ่งอาจเกิดจากในการมีอาชีพของผู้สูงอายุช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตของตนและรู้สึกว่าการเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม ส่งผลให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีและมีทักษะด้านต่างๆ ในการดูแลตนเองได้ดี ดังนั้นจึงสามารถลดต้นทุนที่ไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้ โดยเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาส ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ยังมีทักษะในการทำงานอยู่ นำทักษะมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น มีการสร้างงานใหม่สำหรับผู้สูงอายุ การจ้างงานต่อเนื่อง การอบรมเพิ่มทักษะให้กับผู้สูงอายุที่ยังมีทักษะน้อยหรือยังมีทักษะที่ไม่ตรงกับที่ตลาดแรงงานต้องการ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ เป็นการเพิ่มสัดส่วนรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุให้สูงขึ้นและต้นทุนในการดูแลสุขภาพลดลง

4. พัฒนาคูณภาพบริการของรพ.สต. เนื่องจากเมื่อพิจารณาความคุ้มค่าในการลงทุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ลงทุนไป พบว่าการลงทุนในการรับบริการรักษาพยาบาลตอนช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้นจะมีความคุ้มค่ามากกว่าเมื่อเทียบกับการลงทุนตอนอายุมากขึ้น เนื่องจากจากทฤษฎี Michael Grossman (1972) การลงทุนตอนวัยผู้สูงอายุตอนต้น สามารถยืดคุณภาพชีวิตให้สามารถสร้างประโยชน์หรือสร้างรายได้ได้อีกหลายปี ดังนั้นจึงมีความคุ้มค่ามากกว่าตอนช่วงวัยที่มากขึ้น เมื่อพิจารณาความคุ้มค่าในการรับบริการในแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพพบว่ากรณีเป็นโรคเรื้อรังการไปรับบริการที่รพ.สต.จะมีความคุ้มค่าที่สุด ส่วนกรณีเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยที่ไม่หนักสามารถไปรับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้การไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐเช่นรพ.ชุมชนจะมีความคุ้มค่าที่สุด ส่วนการไปรับบริการที่รพ.เอกชนจะมีต้นทุนอัตราประโยชน์สูง เนื่องมาจากผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเองในกรณีที่ไม่ได้ประกันสุขภาพ ทำให้มีต้นทุนอัตราประโยชน์สูงกว่าช่องทางอื่นๆ แต่ยังมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 8.3 ที่ใช้บริการพ./คลินิกเอกชน อาจเนื่องมาจากการสอบถามพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 87.3 มีความไม่พอใจในบริการของสถานบริการภาครัฐเรื่องการบริการล่าช้า เสียเวลารอคอยนาน และการมีคุณภาพบริการที่ไม่ดีในมุมมองผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนต้องไปรับบริการไกลบ้านยิ่งขึ้น ส่งผลให้มีต้นทุนสูงขึ้นจากรายจ่ายส่วนเพิ่มเช่น ค่าคลินิกนอกเวลา

ค่าอาหาร ค่าเดินทาง เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนเกิดค่าเสียโอกาสจึงหันไปเลือกใช้บริการของภาคเอกชนทดแทนส่งผลให้ต้นทุนการรับบริการสุขภาพสูงขึ้น

ดังนั้นการพัฒนาบริการของรพ.สต.และรพ.ภาคีรัฐจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเป็นการช่วยลดต้นทุนของผู้สูงอายุเมื่อต้องการรับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการลดต้นทุนที่ไม่จำเป็น เช่น ค่าเดินทางหรือค่าเสียโอกาส โดยเฉพาะรพ.สต. เนื่องจากงานวิจัยพบว่าต้นทุนในการไปรับบริการในแต่ละสถานพยาบาลมีความแตกต่างกัน การไปรับบริการดูแลสุขภาพที่รพ.ชุมชน/ทั่วไป/ศูนย์จะมีต้นทุนสูงกว่าประมาณ 2 เท่าเมื่อเทียบกับการไปรับบริการสุขภาพที่รพ.สต. การเน้นการรับบริการรักษาพยาบาลที่รพ.สต.เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากเป็นการรับบริการใกล้บ้านส่งผลให้ผู้สูงอายุมีต้นทุนที่ต้องจ่ายเองต่ำกว่าการไปรับบริการในรพ.รัฐอื่นๆหรือรพ.เอกชน รวมทั้งยังพบว่าผู้ที่รับบริการรักษาพยาบาลที่รพ.สต.ยังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ดังนั้นการเน้นการพัฒนา รพ.สต.เพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุ การใช้เทคโนโลยีเข้าช่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพูดคุย ติดตามอาการได้จากที่บ้านจะเป็นการประหยัดต้นทุนค่าเดินทางและต้นทุนทางอ้อมให้กับผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน โดยถ้าเป็นการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก ผู้สูงอายุจะมีค่าเดินทางเฉลี่ยครั้งละ 160 บาทและค่าเสียโอกาสในการขาดรายได้ของทั้งผู้สูงอายุเองและผู้ที่ต้องพาไปรพ.เฉลี่ยครั้งละ 121 บาท ดังนั้นการไปรับบริการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกครั้งหนึ่ง ถ้าไม่ต้องเดินทางไปที่รพ.สามารถประหยัดต้นทุนได้ครั้งละ 281 บาท โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ที่ต้องไปรับบริการประมาณ 4 เดือนครั้ง ปีละ 3 ครั้งจะสามารถประหยัดต้นทุนได้ปีละ 843 บาท ส่วนผู้สูงอายุที่ไปรับบริการที่รพ.สต.จะมีต้นทุนค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสที่ต่ำกว่าเนื่องจากใกล้บ้านกว่าและระยะเวลาการรับบริการสั้นกว่าและสถานพยาบาลยังอยู่ใกล้บ้านกว่า ซึ่งจะมีต้นทุนค่าเดินทางเฉลี่ยครั้งละ 128 บาทและต้นทุนค่าเสียโอกาสเฉลี่ยครั้งละ 85 บาทดังนั้นการไปรับบริการที่รพ.สต.ครั้งหนึ่งจะมีค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสรวมเฉลี่ย 213 บาท ถ้าในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องไปรับบริการปีละ 3 ครั้ง จะสามารถประหยัดต้นทุนได้ปีละ 639 บาท

ซึ่งเมื่อเกิดการใช้บริการสุขภาพถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่จากงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุยังต้องมีรายจ่ายส่วนเกินจากระบบสวัสดิการที่ได้รับ การไปรับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งจะมีต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม กรณีไปรับบริการแบบผู้ป่วยนอกจะมีต้นทุนประมาณ 700 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยในประมาณ 4000 บาทต่อครั้ง และไปรับบริการรักษาโรคเรื้อรังประมาณ 500 บาทต่อครั้ง ถ้าเป็นกรณีช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีต้นทุนประมาณ 2000 – 4000 บาทต่อเดือน และจะมีอัตราที่เพิ่มขึ้นตามอายุอีกด้วย จะเห็นว่าถึงแม้ว่าจะมีสวัสดิการดูแล แต่ในทุกครั้งที่ไปรับบริการรักษาพยาบาลยังมีต้นทุนแฝงอยู่ด้วย ซึ่งถือเป็นรายจ่ายที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบเอง และจากงานวิจัยยังพบว่ารายได้ของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากเบี้ยยังชีพแล้วรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากบุตรหลานในครอบครัวที่ไว้ไว้ใช้

จ่ายและมาจากการทำงานประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่จะเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บและเป็นที่น่าสนใจว่า รายได้ของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ดังนั้นจากต้นทุนที่เกิดขึ้นจึงเป็นภาระรับผิดชอบของผู้สูงอายุและครัวเรือนที่จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมจากสวัสดิการในระบบที่ผู้สูงอายุ สังกัดอยู่ อาจส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บและกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อ การยังชีพเกิดความไม่มั่นคงในสถานะทางการเงินของครัวเรือน และอาจส่งผลให้การเข้าถึงบริการ สุขภาพลดน้อยลงได้

ดังนั้นเพื่อแบ่งเบาภาระของผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้สูงอายุ จะสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ทุกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และเป็นการช่วยพัฒนาบริการ สุขภาพของภาครัฐให้ดีขึ้นจึงควรมีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และเพื่อให้ เกิดความยั่งยืนควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ร่วมจ่าย จึงนำไปสู่การสร้างรูปแบบการร่วม จ่ายเพื่อพัฒนาบริการในสถานบริการของภาครัฐ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าได้มีการศึกษาหลาย งาน เช่น รัชนิบูล น้ำใจดี (2557) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55.5 มีความเห็นว่าควรมี ส่วนร่วมจ่ายซึ่งมีความสามารถจ่ายได้เฉลี่ย 95.33 บาทต่อครั้ง สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวยและคณะ (2560) สำนวจความเต็มใจจ่ายเพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพโดยเก็บตัวอย่างเฉพาะในคนที่มิสิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเต็มใจจ่ายเท่ากับ 1,501 บาท/ คน/ปีเพื่อพัฒนาปรับปรุงบริการสุขภาพที่ได้รับให้ดีขึ้น โสมสกา เพชรานนท์ (2562) ศึกษาความ เต็มใจจ่ายของผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลในกรุงเทพมหานครพบว่าผู้สูงอายุมีความเต็มใจจ่ายเท่ากับ 2,028 บาท/คน/ปี

จากงานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 22 มีความเต็มใจร่วมจ่าย ซึ่งค่าเฉลี่ยเท่ากับ 865 บาท/ คน/ปี และผู้วิจัยได้ทำการคิดประมาณค่าการร่วมจ่ายโดยการคำนวณจากสมการ โดยคิดจากค่าต่ำ ที่สุดเป็นตัวเลขเต็มๆได้ดังตาราง

อายุ (ปี)	กรณีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (บาท/ครั้ง)	กรณีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ (บาท/ครั้ง)
60-69	110	120
70-79	130	140
80-89	140	150
90-100	160	170

ซึ่งจากตารางการร่วมจ่ายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และมีความแตกต่างกันตามค่า BMI ของ ผู้สูงอายุ ในกรณีผู้สูงอายุที่อายุเท่ากัน ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์จะมีส่วนร่วมจ่ายสูงกว่า

ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบันผู้รับบริการที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะให้สมัครใจร่วมจ่ายเมื่อไปรับบริการครั้งละ 30 บาท ซึ่งเป็นลักษณะ flat rate แต่ถ้าจากตาราง ผู้สูงอายุจะมีการร่วมจ่ายเมื่อไปรับบริการครั้งละ 110 -160 บาท ซึ่งเป็นในลักษณะ progressive rate ตามอายุ ซึ่งอ้างอิงข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564) ใน 1 ปี ประชากร จะมีค่าเฉลี่ยของการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก 3.5 ครั้งต่อปี และผู้ป่วยใน 0.1 ครั้งต่อปี ดังนั้นถ้า ผู้สูงอายุมีการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกประมาณ 4 ครั้งต่อปี จะมีการร่วมจ่ายเท่ากับ 440 – 640 บาท ต่อปี ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยกว่าที่ผู้สูงอายุเต็มใจจ่ายจากการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงเป็นตัวเลขที่น่าจะเป็นไปได้ แต่เนื่องจากจะเห็นได้ว่ารายได้ของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก มีผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ และกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพแต่ไม่เหลือเก็บ และกลุ่มสุดท้ายจะเป็นกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ดังนั้นหลักการร่วมจ่ายควรจะร่วมจ่าย เฉพาะกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่าย ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอและไม่มีเหลือเก็บจึงไม่ควรจะ ร่วมจ่าย เนื่องจากจะไปทำให้ 2 กลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้น้อยลง ดังนั้นในการ ร่วมจ่ายจึงควรยกเว้นการร่วมจ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย มุ่งเน้นการร่วมจ่ายนอกเหนือจาก สิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายเพื่อให้รพ.มีเงินเพียงพอเพื่อมาช่วยปรับปรุงระบบ บริการให้ดีขึ้น หรือมีการร่วมจ่ายเพิ่มเติมในกรณีใช้บริการพิเศษ เช่น คลินิกนอกเวลา เป็นต้น

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ประการแรก รัฐควรมีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และเพื่อให้เกิด ความยั่งยืนของหลักประกันสุขภาพจึงควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ร่วมจ่ายเพื่อสมทบ สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับตนเอง โดยอาจอยู่ในรูปการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เงินสมทบเข้ากองทุนจะมากจากผู้สูงอายุร่วมด้วย การร่วมจ่ายอาจจ่ายเป็นรายครั้งใน การเข้ารับบริการหรือการร่วมจ่ายในรูปแบบของรายปี โดยจ่ายให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพของ ผู้สูงอายุและในกรณีที่บุตรหลานในครัวเรือนออกค่าใช้จ่ายเป็นรายปี ควรมีการให้สามารถนำไป ลดหย่อนภาษีได้ เพื่อเป็นการจูงใจให้มีการจ่ายสมทบเข้ากองทุนมากขึ้น โดยการมีส่วนร่วมจ่าย ควร เน้นเฉพาะผู้สูงอายุและครัวเรือนที่มีความสามารถในการจ่ายร่วมจ่ายในการไปรับบริการสุขภาพ โดย เป็นอัตราก้าวหน้าเพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย ควรได้รับการยกเว้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการที่ลดน้อยลง และการร่วมจ่ายยังเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุ เกิดความตระหนักในการออมเงินเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเมื่ออายุมากขึ้น และทำให้เกิดความตระหนัก ในการร่วมดูแลสุขภาพตนเองเช่น ดูแลน้ำหนักของตนเองไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ซึ่งจะทำให้ ต้องร่วมจ่ายในอัตราที่มากขึ้นกว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ และการร่วมจ่ายยังสามารถมีเงินไหลเข้า กองทุนได้มากขึ้นในกรณีที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น อันจะทำให้กองทุนมีความยั่งยืนได้

ประการที่สอง ควรให้ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เนื่องจากสามารถช่วยลดต้นทุนในการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้จริง แต่ควรจะมีการกำหนดบทบาทของท้องถิ่นให้ชัดเจนโดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าถึงบ้าน เพื่อลดต้นทุนทั้งการเดินทางและค่าเสียโอกาสในการทำงานของบุตรหลาน รวมทั้งการร่วมจ่ายจากผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายจะเป็นการลดภาระของท้องถิ่นด้วย

ประการที่สาม การส่งเสริมอาชีพให้ผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นนอกจากจะเป็นการช่วยเพิ่มรายได้ให้ผู้สูงอายุที่จะสามารถมีรายได้มาร่วมจ่ายได้มากขึ้นแล้วยังเป็นการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดต้นทุนในการรับบริการสุขภาพให้ต่ำลง การหาโอกาสด้านการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ท้องถิ่น/ภาครัฐควรมีโครงการอย่างชัดเจน เน้นการสร้างผลิตภัณฑ์สินค้าที่เป็นแบรนด์ของผู้สูงอายุผ่านการสนับสนุนจากรัฐวิสาหกิจชุมชน และวิสาหกิจเพื่อสังคม รวมทั้งอาจมีการเชื่อมโยงกับกองทุนการออมแห่งชาติของภาครัฐเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมออมเงินจากการทำงาน เพื่อให้สามารถนำเงินมาดูแลตนเองยามเจ็บป่วยได้อีกทางหนึ่ง

ประการที่สี่ การสร้างครัวเรือนให้มีความเข้มแข็ง เน้นนโยบายการทำงานแบบ Work form home เพื่อให้บุตรหลานมีโอกาสดูแลพ่อแม่เมื่อเจ็บป่วยการใช้เครือข่าย social capital เพื่อเป็นการช่วยเหลือกันในชุมชน

ประการที่ห้า การพัฒนาการให้บริการแบบ telemedicine การให้บริการที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การมี care giver ในชุมชน เพื่อลดการเดินทางและลดภาระของลูกหลานในการที่ต้องขาดรายได้เพื่อพาผู้สูงอายุไปรพ.จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ต้นทุนการรับบริการรักษาพยาบาลลดลงได้

5.5 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บจากผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย และผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริบาลมีปริมาณน้อย ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนหลากหลายในการศึกษาครั้งต่อไป อาจมีการศึกษาโดยเน้นผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม เช่นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในอนาคต

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. 2563. **สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ**

2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2562. **สถิติผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2565. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.** กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.

กรมสุขภาพจิต. 2565. **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย.**

กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มนโยบายและวิชาการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรปราการ.

2564. รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดสมุทรปราการ ประจำปีพ.ศ.2564.

สมุทรปราการ. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรปราการ.

กัลยา วาณิชย์บัญชา. 2549. **สถิติสำหรับงานวิจัย.** โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญชม ศรีสะอาด. 2535. **การวิจัยเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

เจาะลึกระบบสุขภาพ. 2562. **รัฐผู้ดูแลโครงการผู้สูงอายุติดเตียงต้องมีคนดูแล ลุยแก้กม.เปิดช่องอุปท.**

จ้านักบริหารชุมชน. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2564.

<https://www.hfocus.org/content/2018/07/16012>

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). 2565. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564.**

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชนิบูล น้ำใจดี. 2557. **การเลือกใช้สิทธิการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยวารสาร**

วิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2557

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชระคุปต์. 2560. **ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่**

เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วิราภรณ์ โพธิศิริและคณะ. 2559. **โครงการศึกษาด้านแบบของการบูรณาการระบบการดูแล**

ผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. 2553. **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยระบบการดูแล**

ระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สรารัฐ ไพฑูรย์พงษ์. 2558. **การปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น.** กรุงเทพฯ:

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์ และคณะ. 2550. **รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดย**

บรรณานุกรม(ต่อ)

- ชุมชน.** นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2565. สถิติด้านประชากร. กรุงเทพฯ:
 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. 2562. **แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด
 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562.** สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. 2564. **รายงานประจำปี 2563.** สมุทรปราการ:
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2565. **การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน.** กรุงเทพฯ:
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2564. **รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 งบประมาณ 2564.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริหารการทะเบียน. 2565. **ระบบสถิติทางการทะเบียน.** กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง
 กระทรวงมหาดไทย.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2514. การร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพทางเลือกสำหรับระบบ
 หลักประกันสุขภาพไทย. เจาะลึกระบบสุขภาพ.
<https://www.hfocus.org/content/2014/07/7731>
- สุรสิทธิ์ ล้อจิตร์อำนวยและคณะ. 2560. การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์
 ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โสมสกา เพชรานนท์. 2562. ความเต็มใจจ่ายของผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุน
 โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. **การประชุมทางวิชาการของ
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 57.** วันที่ 29 มกราคม – 1 กุมภาพันธ์ 2562.
- Amy S. Kelley, Kathleen McGarry, Rebecca Gorges. 2016. The Burden of Health Care
 Costs in the Last 5 Years of Life. **PubMed.** 163(10) 729-736.
- Brenda C. Spillman, James Lubitz. 2013. The Effect of Longevity on Spending for
 Acute and Long-Term Care. *The New England Journal of Medicine.* 342(19).
 1409-1415.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York : Harper
 Collins Publishers.(pp.202-204)
- De Nardi, Mariacristina, Eric French, and John B. Jones. 2010. Why Do the Elderly Save?
 The Role of Medical Expenses. *Journal of Political Economy* 116(1) : 39-75.

บรรณานุกรม(ต่อ)

- Erika Schulz. 2005. **The Influence of Supply and Demand Factors on Aggregate Health Care Expenditure with a Specific Focus on Age Composition.**
 ENEPRI Research Reports No. 16
- Fukushima, K.et.al. 2015. Commentary: Patient Cost Sharing and Medical Expenditures for the Elderly. **J.Health Econ.** 45, 115–130.
- Jens-Oliver Bock et al. 2014. Willingness to Pay for Health Insurance among the Elderly Population in Germany e in The European. *Journal of Health Economics.* 17(2)
- Mukesh Shukla et al. 2016. Out of Pocket Expenditure on Health among Elderly in a Rural Population of Katihar District, Bihar. *National Journal of Research in Community Medicine.* 5(4). 2277-3517.
- McGrail K., et.al. 2000. Age, costs of acute and long-termcare and proximity to death: evidence for 1987–88 and 1994–95 in British Columbia. *Age and Ageing* 2000; 29: 249–253.
- Meena Seshamani และ Alastair M. Gray. 2002. A Longitudinal Study of the Effects of Age and Time to Death on Hospital Costs. *Journal of Health Economics.* 23. 217-235.
- Marc Koopmanschap. et.al. 2010. Determinants of Health care Expenditure in an Aging Society. *Netspar Panel Papers.* Tiburg University.
- McCorkle, R., Strumpf, N., Nuamah, I., Adler, D., Cooley, M., Jepson, C., Lusk, E. & Torosian,M., 2000. A randomized clinical trial of a specialized home care intervention on survival among elderly post-surgical cancer patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 48, 1707-1713.
- Michael Grossman. (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. “**The Journal of Political Economy**”, 80(2), pp. 223-255.
- Mor, Vincent, Jacqueline Zinn, Joseph Angelelli, Joan M. Teno, and Susan C. Miller, 2004. Driven to Tiers: Socioeconomic and Racial Disparities in the Quality of Nursing Home Care *Milbank Memorial Fund Quarterly* 82(2): 227-56.
- Marek, K. D., & Rantz, M. J. (2000). Aging in place: A new model for long-term care. *Nursing administration quarterly*, 24(3)

บรรณานุกรม(ต่อ)

- Mariacristina De Nardi et al. 2016. Medical Spending of the U.S. Elderly. *Fiscal Studies*. 37(3-4). 717-747.
- Natalie C. Ernecoff and Sally C. Stearns. 2018. Costs at the End of Life: Perspectives for North Carolina. *N C Med J*. Jan-Feb;79(1):43-45.
- Pattanaphesaj J. Health-related quality of lifemeasure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University; 2014.
- Polder, J.J., Barendregt, J.J., van Oers, H. 2006. Health care costs in the last year of life--the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 63(7):1720-31.
- Raggi A. et. Al. 2018. Determinants of Quality of Life in Aging Populations: Results from a Cross- Sectional Study in Finland, Poland and Spain. *Maturitas*. Volume 115, September 2018, Pages 84-91
- Roos, N.P., Montgomery, P., Roos, L.L. 1987. Health care utilization in the years prior to death. *Milbank Quarterly* 65(2):231-254.
- Samuel Marshall, Kathleen M. McGarry and Jonathan S. Skinner. 2010. The Risk of Out-of-Pocket Health care Expenditure at End of Life. Working Paper16170. National Bureau of Economic Research.
- Satar Rezaei, et.al. 2017. Determinants of health-related qualityof life in Iranian adults:evidence from a cross-sectional study. *Epidemiology andHealth* 39: 1-8.
- Seshamani, M., Gray, A. 2004a. Aging and health-care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Economics* 13:303-314.
- Seshamani, M., Gray, A.M. 2004b. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Journal of Health Economics*. 23:217-235.
- Spillman, B.C., Lubitz, J. 2000. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *New England Journal of Medicine* 342(19):1409-1415.
- Susan T. Stewart. 2004. Do Out-of-Pocket Health Expenditures Rise With Age Among Older Americans. *The Gerontologist*. 44(1). 48-57.
- World Health Organization. (2021). The constitution of the World Health Organisation. Washington, DC: WHO.
- Yang, Z., Norton, E.C., Stearns, S.C. 2003. Longevity and health care expenditures: The

บรรณานุกรม(ต่อ)

real reasons older people spend more. Journal of Gerontology: Social Sciences 58B(1):S2-S10.

Yolanda WH Penders, et.al. 2017. Differences in Out-of-Pocket Costs of Healthcare in the Last Year of Life of Older People in 13 European Countries. Palliative Medicine. 31(1). 42-52.

Zweifel, P., Felder, S., Meiers, M. 1999. Ageing of population and health care expenditure: A red herring? Health Econ. 8(6):485-96.





ภาคผนวก

ประวัติย่อผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

- 1.ชื่อ-นามสกุล** ผศ.ดร.ดรอุณวรรณ สมใจ
- ประวัติการศึกษา** พย.บ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล
ม. มหิดล
รป.ด. (การจัดการภาครัฐและภาคเอกชน) NIDA
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02312-6300 ต่อ 1174
- ผู้ร่วมวิจัย**
- 2.ชื่อ-นามสกุล** อ.ดวงหทัย แสงสว่าง
- ประวัติการศึกษา** วท.บ. (การบริหารโรงพยาบาล)เกียรตินิยมอันดับ1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียว
เฉลิมพระเกียรติ
บธ.ม. มหาวิทยาลัยบูรพา
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02312-6300 ต่อ 1174
- 3.ชื่อ-นามสกุล** อ.วิภาวรรณ เพ็งพานิช
- ประวัติการศึกษา** วท.บ. (การบริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
วท.ม. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สถานที่ติดต่อ** คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02312-6300 ต่อ 1174

แบบสอบถาม

การสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ
(Creating Cost-Sharing models in Health Services for Elders in
Samutprakarn Province)

ผู้ให้ข้อมูล.....

ผู้สูงอายุเอง

ญาติ

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

พนักงานสัมภาษณ์..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....



คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า ผศ.ดร.ดรณวรรณ สมใจ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังวิจัยเรื่อง การสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในกาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อศึกษาให้รู้ถึงต้นทุนและรูปแบบของรายจ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และรายงานผลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับและเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยแล้วเสร็จ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้องการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าจะท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใดๆ กับท่าน หากท่านสงสัยในข้อความถามใดๆ ท่านสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากแม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูล ย่อมสามารถกระทำได้โดยทันทีโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ จะประสบผลสำเร็จลงไม่ได้ ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงใคร่ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผศ.ดร.ดรณวรรณ สมใจ

อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ชื่อผู้วิจัย ผศ.ดร.ดรณวรรณ สมใจ

สถานที่ทำงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โทรศัพท์ : 02 3126300 ต่อ 1174

โทรศัพท์มือถือ : 085 0550185 e-mail : darunwans@yahoo.com

แบบสอบถาม

การสร้างรูปแบบการร่วมจ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ

(Creating Cost-Sharing models in Health Services for Elders in Samutprakarn Province)

(เฉพาะผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1. เพศ

- (1) ชาย (2) หญิง

2. อายุ (นับถึงวันเกิดครั้งสุดท้าย).....ปี

3. ลักษณะครัวเรือน มีสมาชิกในครัวเรือน.....คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม

4. สถานภาพสมรส

- (1) โสด (2) สมรส (3) ม่าย (4) หย่า (5) แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

- (1) ไม่ได้ศึกษา
 (2) ต่ำกว่าประถมศึกษา
 (3) ประถมศึกษา
 (4) มัธยมศึกษาตอนต้น
 (5) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 (6) อนุปริญญา/ปวส.
 (7) ปริญญาตรี
 (8) สูงกว่าปริญญาตรี

6. ที่อยู่อาศัย

- (1) เป็นเจ้าของบ้าน (2) บ้านเช่า (3) อื่นๆ ระบุ

7. การประกอบอาชีพ

- (1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 (2) ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 (3) พนักงาน/ลูกจ้างภาคเอกชน
 (4) เกษตรกรรม
 (5) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 (6) รับจ้างทั่วไป/ไม่ประจำ
 (7) อื่น ๆ ระบุ.....

8. ท่านมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายเพื่อการยังชีพหรือไม่

- (1) เพียงพอ เหลือเก็บ..... บาท
- (2) เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ
- (3) ไม่เพียงพอ

9. หากท่านไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้ ท่านใช้เวลาส่วนใหญ่ทำอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) ช่วยธุรกิจ การค้า การเกษตรของครอบครัวโดยไม่ได้ค่าจ้าง
- (2) ทำความสะอาด/ดูแลบ้าน
- (3) ดูแลลูกหลาน
- (4) ปลูกต้นไม้/เลี้ยงสัตว์เลี้ยง
- (5) ทำงานอาสาสมัคร(ไม่มีรายได้)
- (6) อ่านหนังสือ/เขียนหนังสือ
- (7) อยู่เฉยๆ
- (8) อื่น ๆ ระบุ.....

10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีรายได้เฉลี่ยที่ได้รับทั้งหมดต่อเดือนเท่ากับ..... บาท แบ่งเป็น

- จากการทำงานประกอบอาชีพทั้งหมดเท่ากับ.....บาท
- จากบำเหน็จ บำนาญ เท่ากับ.....บาท
- จากเบี้ยยังชีพ เท่ากับ.....บาท
- จากคู่สมรส บุตร ญาติพี่น้องเท่ากับ.....บาท
- จากสวัสดิการอื่น โดยชุมชนบาท (เช่น เงินกองทุนหมู่บ้าน)

11. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาคร่าวเรือนของท่านมีรายได้ทั้งหมดเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ.....บาท

12. ปัจจุบันท่านมีสิทธิการรักษาพยาบาล

- (1) บัตรทอง (2) สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานของรัฐ
- (3) สิทธิประกันสังคม (4) ประกันสุขภาพเอกชน (5) จ่ายเอง
- (6) อื่นๆ ระบุ.....

13. สถานพยาบาลที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยที่สุด

- (1) ร้านขายยา
- (2) คลินิกเอกชน
- (3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
- (4) โรงพยาบาลของรัฐ
- (5) โรงพยาบาลเอกชน
- (6) อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ

1. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรังเหล่านี้หรือไม่

- (1) เบาหวาน (2) หัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ (3) ความดันโลหิตสูง
 (4) มะเร็ง (5) ปอดอักเสบเรื้อรัง (6) อัมพฤกษ์/อัมพาต
 (7) ไม่มี (8) อื่น ๆ ระบุ.....

2. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่

- ไม่เคย/สูบแต่เลิกแล้ว สูบบุหรี่นานๆครั้ง สูบบุหรี่ประจำ

3. ปัจจุบันท่านดื่มสุรา

- ไม่ดื่ม ดื่มบางครั้ง ดื่มสุรา

4. ท่านออกกำลังกายเฉลี่ย

- (1) ไม่ได้ออกกำลังกาย
 (2) น้อย(1-2 ครั้งต่อสัปดาห์)
 (3) ปานกลาง (3-4 ครั้งต่อสัปดาห์)
 (4) มาก(5-6 ครั้งต่อสัปดาห์)

5. ท่านมีส่วนสูง.....น้ำหนัก.....

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0. ต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. ทำได้เอง

4. การใช้ห้องน้ำ

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสม)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั้นได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั้นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 5 รายจ่ายในการดูแลสุขภาพตนเอง

รายจ่ายระยะสั้น ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

1. ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของท่านเองทั้งหมดเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ.....บาท
2. ท่านมีค่าใช้จ่ายในการซื้อวิตามิน หรืออาหารเสริมเพื่อบำรุงสุขภาพหรือไม่
 - มี เท่ากับบาท/เดือน
 - ไม่มี
3. ท่านมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลป้องกันCOVID-19 เช่น ค่าหน้ากากอนามัย ค่าแอลกอฮอล์ เป็นต้น เป็นจำนวนบาท/เดือน
4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บป่วย หรือรู้สึกไม่สบาย แต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่
 - ไม่มี
 - มีครั้ง

โรค/อาการที่ทำให้ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาล ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 - โรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง หัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์/อัมพาต
 - โรคเกี่ยวกับการย่อยอาหาร รวมถึงโรคในช่องปาก เช่น โรคกระเพาะ กรดไหลย้อน ท้องเสีย ลำไส้แปรปรวน เป็นต้น
 - โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ เช่น หวัด ไข้หวัดใหญ่ คออักเสบ ปอดอักเสบ เป็นต้น
 - โรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า ข้อเสื่อม เป็นต้น
 - การบาดเจ็บ อาการเป็นพิษ เช่น หกล้ม สัตว์มีพิษกัด เป็นต้น
 - โรคผิวหนัง เช่น ลมพิษ ผื่นแพ้ คัน เป็นต้น
 - โรคเกี่ยวกับตา หู เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ประสาทหูเสื่อม เป็นต้น
 - โรคCOVID-19
 - โรคอื่นๆ ได้แก่

จากโรคข้างต้น ท่านมีค่าใช้จ่ายที่ท่านต้องจ่ายใน 1 เดือน (ค่าใช้จ่ายคิดรวมทุกครั้งที่ 1 เดือน) มีดังนี้

ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล	
4.1 ท่านเสียค่ายาและค่ารักษาพยาบาลเท่ากับ (การกรอกข้อมูลรายจ่ายให้คิดรวมทุกครั้งที่ 1 เดือน เช่น เจ็บป่วย 2 ครั้ง ครั้งแรก เสียค่ารักษาพยาบาล 500 บาท ครั้งที่ 2 เสียค่ารักษาพยาบาล 400 บาท คิดรวมเป็น 900 บาท เป็นต้น)	..... บาทต่อเดือน
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	
4.2 ระยะทางจากบ้านของท่านถึงสถานที่ที่ท่านไปรับบริการรักษาพยาบาล ประมาณกี่กิโลเมตร	.....กิโลเมตร

4.3 พาหนะเดินทาง	<input type="checkbox"/> เดินเท้าไปเอง / รถจักรยานส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถจักรยานยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถโดยสารสาธารณะ <input type="checkbox"/> รถรับจ้าง/แท็กซี่
4.4 ถ้าเป็นรถรับจ้างท่านเสียค่าโดยสารทั้งขาไปและขากลับเท่ากับ ใน1เดือนท่านไปรับบริการรักษาพยาบาล.....ครั้ง เสียค่ารถรับจ้างครั้งละ.....บาท	.....บาทต่อเดือน
ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร	
4.5 ค่าอาหารของท่านและญาติที่จ่ายในการไปรับบริการรักษาพยาบาล ใน1เดือนท่านไปรับบริการรักษาพยาบาล.....ครั้ง เสียค่าอาหารของ ทั้งตัวท่านเองและญาติที่พาไป(ถ้ามี) ประมาณครั้งละ.....บาท	.....บาทต่อเดือน
ต้นทุนการขาดรายได้ของผู้ป่วยและญาติ	
4.6 ท่านใช้เวลาตั้งแต่ออกจากบ้านมาทำการรักษาจนเสร็จสิ้นและเดินทางกลับ บ้าน	<input type="checkbox"/> ครึ่งวัน <input type="checkbox"/> หนึ่งวันเต็ม
4.7 ท่านมารับบริการรักษาพยาบาลกับญาติหรือผู้ดูแลหรือไม่	<input type="checkbox"/> มาคนเดียว <input type="checkbox"/> มากับญาติ.....คน
4.8 อายุของญาติหรือผู้ดูแลที่ท่านมารับบริการรักษาพยาบาล	คนที่ 1 อายุ.....ปี คนที่ 2 อายุ.....ปี
4.9 รายได้ของท่าน (ผู้ป่วย)	<input type="checkbox"/> มีรายได้ .....บาทต่อเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้
4.10 รายได้ของญาติหรือผู้ดูแลที่ท่านมารับบริการรักษาพยาบาล	คนที่ 1 มีรายได้ .....บาท/เดือน คนที่ 2 มีรายได้ .....บาท/เดือน
4.11 การหยุดงานเพื่อมารับบริการรักษาพยาบาลของท่าน(ผู้ป่วยเอง)เสียรายได้ หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน <input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้
4.12 การหยุดงานของญาติหรือผู้ดูแลคนที่ 1 เสียรายได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน

	<input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้ใด
4.13 การหยุดงานของญาติหรือผู้ดูแลคนที่ 2 เสียรายได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน <input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้

5. ในการเจ็บป่วยข้างต้น ท่านไปรับบริการที่ใด

- ร้านขายยา
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
- โรงพยาบาลชุมชน
- โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด
- คลินิกเอกชน
- โรงพยาบาลเอกชน
- อื่น ๆ ระบุ.....

รายงานระยะยาว ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

7. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีค่าใช้จ่ายในการซื้อวิตามิน หรืออาหารเสริมเพื่อบำรุงสุขภาพหรือไม่

- มี เฉลี่ยเดือนละ.....บาท/เดือน
- ไม่มี

8. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีอาการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล หรือไม่

- ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรพ. (ถ้าไม่มี ให้ข้ามไปข้อ 9)
- มีครั้ง

โรค/อาการที่ทำให้ท่านต้องไปนอนโรงพยาบาล ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง หัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์/อัมพาต
- โรคเกี่ยวกับการย่อยอาหาร รวมถึงโรคในช่องปาก เช่น โรคกระเพาะ กรดไหลย้อน ท้องเสีย ลำไส้แปรปรวน เป็นต้น
- โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ เช่น หวัด ไข้หวัดใหญ่ คออักเสบ ปอดอักเสบ เป็นต้น
- โรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า ข้อเสื่อม เป็นต้น
- การบาดเจ็บ อาการเป็นพิษ เช่น หกล้ม สัตว์มีพิษกัด เป็นต้น
- โรคผิวหนัง เช่น ลมพิษ ผื่นคันอักเสบ เป็นต้น
- โรคเกี่ยวกับตา หู เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ประสาทหูเสื่อม เป็นต้น
- โรค COVID-19
- โรคอื่นๆ ได้แก่

จากการนอนโรงพยาบาลข้างต้น ท่านมีค่าใช้จ่ายดังนี้

ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล	
8.1 ท่านเสียค่ายาและค่ารักษาพยาบาลในการนอนในโรงพยาบาลเท่ากับ	..... บาท
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	
8.2 ระยะทางจากบ้านของท่านถึงสถานที่ที่ท่านไปรับบริการรักษาพยาบาล ประมาณกี่กิโลเมตร	.....กิโลเมตร
8.3 พาหนะเดินทาง	<input type="checkbox"/> เดินเท้าไปเอง / รถจักรยาน ส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถจักรยานยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถโดยสารสาธารณะ <input type="checkbox"/> รถรับจ้าง/แท็กซี่
8.4 ถ้าเป็นรถรับจ้างท่านเสียค่าโดยสารทั้งขาไปและขากลับเท่ากับ	.....บาท
ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร	
8.5 ค่าอาหารของท่านและญาติที่จ่ายในการไปรับบริการรักษาพยาบาล (ตลอดการนอนในโรงพยาบาล)	.....บาท
ต้นทุนการขาดรายได้ของผู้ป่วยและญาติ	
8.6 ท่านใช้เวลานอนในโรงพยาบาลนานเท่าใด	.....วัน
8.7 ท่านมีญาติมาเฝ้าขณะอยู่ในรพ.หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี.....คน <input type="checkbox"/> ไม่มี
8.8 อายุของญาติหรือผู้ดูแลที่พามาบริการรักษาพยาบาล	คนที่ 1 อายุ.....ปี คนที่ 2 อายุ.....ปี
8.9 รายได้ของท่าน (ผู้ป่วย)	<input type="checkbox"/> มีรายได้ .....บาทต่อเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้
8.10 รายได้ของญาติหรือผู้ดูแลที่พาท่านมารับการรักษาพยาบาล	คนที่ 1 มีรายได้ .....บาท/ เดือน คนที่ 2 มีรายได้ .....บาท/ เดือน

8.11 การหยุดงานเพื่อมารับการรักษาพยาบาลของท่าน(ผู้ป่วยเอง)เสียรายได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน <input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้
8.12 การหยุดงานของญาติหรือผู้ดูแลคนที่ 1 เสียรายได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน <input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้
8.13 การหยุดงานของญาติหรือผู้ดูแลคนที่ 2 เสียรายได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน <input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้

9. ท่านไปรับบริการที่ใด

- โรงพยาบาลชุมชน
- โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด
- คลินิกเอกชน
- โรงพยาบาลเอกชน
- อื่น ๆ ระบุ.....

10. ในการเดินทางไปสถานพยาบาลข้างต้นมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด

- สะดวกมาก
- สะดวก
- สะดวกปานกลาง
- ไม่สะดวก
- ไม่สะดวกมาก ๆ

11. ท่านมีอุปสรรค/ปัญหาในการไปรับบริการมากน้อยเพียงใด

- สูงมาก สูง ปานกลาง ต่ำ ต่ำมาก

12. อุปสรรค/ปัญหาในการไปรับบริการเป็นด้านใด

- การเดินทางไปรับบริการ
- การรอรับบริการที่สถานพยาบาล
- ความสะดวกในการรับบริการที่สถานพยาบาล
- ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ
- คุณภาพบริการ
- ความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือของสถานบริการ
- อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 6 ค่าใช้จ่ายโรคเรื้อรัง

สำหรับถาม กรณีที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง หัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์/อัมพาต

*ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีโรคเรื้อรัง ไม่ต้องตอบแบบสอบถามในส่วนนี้ (ให้ข้ามไปตอบในส่วนที่ 7)

1. โรคเรื้อรังที่เป็น

- ความดันโลหิตสูง
- เบาหวาน
- หัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ
- อัมพฤกษ์/อัมพาต
- มะเร็ง
- อื่น ๆ ระบุ.....

2. โรคเรื้อรังที่ท่านเป็นอยู่ส่งผลกระทบต่อในด้านใดบ้าง

- การทำกิจวัตรประจำวัน
- การทำงาน การประกอบอาชีพของท่าน
- การทำงาน การประกอบอาชีพของสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ
- การเงินของท่านหรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัว
- สภาพจิตใจของท่าน
- ผลกระทบอื่น ๆ ระบุ.....

3. ท่านต้องไปรับการรักษายาบาลโรคเรื้อรังบ่อยแค่ไหน

- เดือนละ 1 ครั้ง
- เดือนละ 2 ครั้ง
- อื่นๆ

4. ท่านได้ไปสถานพยาบาลตามนัดทุกครั้งหรือไม่

- ไปทุกครั้ง
- ไปเป็นบางครั้ง
- ไม่ได้ไปเลย

5. สถานพยาบาลที่ไปรับบริการเป็นประจำ

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
- โรงพยาบาลชุมชน
- โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด

- คลินิกเอกชน
 โรงพยาบาลเอกชน
 อื่น ๆ ระบุ.....

6. สวัสดิการที่ท่านใช้ในการเข้ารับบริการรักษาโรคเรื้อรัง

- บัตรทอง
 สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานของรัฐ
 สิทธิประกันสังคม
 ประกันสุขภาพเอกชน
 จ่ายเงินเอง
 อื่น ๆ ระบุ.....

7. โดยปกติ มีคนเดินทางไปเป็นเพื่อนกับท่านเพื่อรับบริการหรือไม่

- มี คือ.....

(1. บุตร/ธิดา 2. หลาน/เหลน 3. พ่อ/แม่ 4. พี่/น้อง 5.ญาติ 6. เพื่อนบ้าน 7. ผู้ที่รับจ้างพาไป 8. อื่น ๆ ระบุ)

- ไม่มี

8. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการเพื่อรักษาโรคเรื้อรังในแต่ละครั้ง

ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล	
8.1 ท่านเสียค่ายาและค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานบริการที่ท่านไปรับบริการเท่ากับ	..... บาทต่อครั้ง
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	
8.2 ระยะทางจากบ้านของท่านถึงสถานที่ที่ท่านไปรับบริการรักษาพยาบาลประมาณกี่กิโลเมตร	.....กิโลเมตร
8.3 พาหนะเดินทาง	<input type="checkbox"/> เดินเท้าไปเอง / รถจักรยานส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถจักรยานยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> รถโดยสารสาธารณะ <input type="checkbox"/> รถรับจ้าง/แท็กซี่
8.4 ถ้าเป็นรถรับจ้างท่านเสียค่าโดยสารทั้งขาไปและขากลับเท่ากับ	.....บาทต่อครั้ง
ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร	
8.5 ค่าอาหารของท่านและญาติที่จ่ายในการไปรับบริการรักษาพยาบาล	.....บาทต่อครั้ง

ต้นทุนการขาดรายได้ของผู้ป่วยและญาติ	
8.6 ท่านใช้เวลาตั้งแต่ออกจากบ้านมาทำการรักษาจนเสร็จสิ้นและเดินทางกลับบ้าน	<input type="checkbox"/> ครั้งวัน <input type="checkbox"/> หนึ่งวันเต็ม
8.7 ท่านมารับการรักษาพยาบาลกับญาติหรือผู้ดูแลหรือไม่	<input type="checkbox"/> มาคนเดียว <input type="checkbox"/> มากับญาติ.....คน
8.8 อายุของญาติหรือผู้ดูแลที่ท่านมารับการรักษาพยาบาล	คนที่ 1 อายุ.....ปี คนที่ 2 อายุ.....ปี
8.9 รายได้ของท่าน (ผู้ป่วย)	<input type="checkbox"/> มีรายได้ .....บาทต่อเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้
8.10 รายได้ของญาติหรือผู้ดูแลที่ท่านมารับการรักษาพยาบาล	คนที่ 1 มีรายได้ .....บาท/เดือน คนที่ 2 มีรายได้ .....บาท/เดือน
8.11 การหยุดงานเพื่อมารับการรักษาพยาบาลของท่าน(ผู้ป่วยเอง)เสียรายได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน <input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้
8.12 การหยุดงานของญาติหรือผู้ดูแลคนที่ 1 เสียรายได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน <input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้
8.13 การหยุดงานของญาติหรือผู้ดูแลคนที่ 2 เสียรายได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> เสียรายได้หรือต้องมีการจ้างคนอื่นมาทำงานแทน <input type="checkbox"/> ไม่เสียรายได้

9. อุปสรรค/ปัญหาในการไปรับบริการเป็นด้านใด

- การเดินทางไปรับบริการ
- การรอรับบริการที่สถานพยาบาล
- ความสะดวกในการรับบริการที่สถานพยาบาล
- ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ
- คุณภาพบริการ
- ความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือของสถานบริการ
- อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 7 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพระยะยาว

1. ท่านมีค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ช่วยเหลือมาดูแลที่บ้านหรือไม่

มี คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายเดือนเท่ากับ.....บาท

ไม่มี

2. ท่านมีค่าใช้จ่ายในการไปศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ/สถานบริบาลผู้สูงอายุหรือไม่

มี คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายเดือนเท่ากับ.....บาท

ไม่มี

3. ท่านมีค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า เครื่องวัดความดัน ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เตียงผู้ป่วย ออกซิเจน เป็นต้น เพื่อช่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือไม่

มี คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายเดือนเท่ากับ.....บาท

ไม่มี

4. ท่านมีความพิการหรือไม่

มี ระบุ

ไม่มี

ส่วนที่ 8 คุณภาพชีวิต

ให้อ่านข้อคำถามและตอบตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ

คำถาม	ระดับความรู้สึก				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้มากนักน้อยเพียงใด					
3. ท่านมีกำลัง/เรี่ยวแรงเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด (หลับดีและเต็มอิ่ม)					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7. ท่านพอใจ/ภาคภูมิใจในตนเองเพียงใด					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองเพียงใด					

คำถาม	ระดับความรู้สึก				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยเพียงใด					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยเพียงใดที่สามารถทำกิจวัตรผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ หรือบุคคลอื่นเพียงใด					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเพียงใด					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายเพียงใด					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน(ชีวิตทางเพศหมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้)					

คำถาม	ระดับความรู้สึก				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
26. ท่านคิดว่าชีวิตความเป็นอยู่ของท่าน อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 9 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ให้ผู้สูงอายุเลือกตอบในข้อที่ตรงกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน)

1. ด้านการเคลื่อนไหว

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก
- ข้าพเจ้าเดินไม่ได้

2. ด้านการดูแลตนเอง

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก
- ข้าพเจ้าอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้

3. ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก
- ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้

4. ด้านความเจ็บปวด/ไม่สบายตัว

- ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด

5. ด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

ส่วนที่ 10 ข้อมูลความเต็มใจจ่าย

1. ปัจจุบันท่านมีประกันสุขภาพของบริษัทเอกชนหรือไม่

- มี ท่านจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพปีละ.....บาท
- ไม่มี

2. ท่านเคยไปรับบริการโรงพยาบาลภาครัฐหรือไม่

- เคย

ถ้าเคย ท่านมีความพอใจในข้อใด

- ไม่เสียค่าใช้จ่าย
- ได้รับบริการตามความคาดหวัง
- เจ้าหน้าที่/บุคลากร
- แพทย์
- อื่นๆ ระบุ.....
- ไม่มี/ระบุไม่ได้

ท่านมีความไม่พอใจในข้อใด

- การบริการ ช้า เสียเวลารอคอย เป็นต้น
- ยา ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพยาที่ได้รับ
- เจ้าหน้าที่/บุคลากร ไม่ดูแลเอาใจใส่ / พุดจาไม่ดี
- แพทย์ ใช้เวลาในการตรวจน้อย / มีเวลาในการอธิบายโรคที่ท่านต้องการทราบน้อย
- อื่นๆ ระบุ

3. หากสิ่งที่ท่านไม่พอใจในข้อ 2 ได้รับการแก้ไข หรือหากต้องการปรับปรุงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลในข้อ 2 ให้ดีขึ้น แต่มีค่าใช้จ่ายที่ท่านต้องจ่ายเพิ่มเติมปีละ 1 ครั้ง ท่านเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการนี้หรือไม่

- เต็มใจ

ถ้าท่านเต็มใจจ่ายเพื่อต้องการปรับปรุงบริการสุขภาพให้ดีขึ้น ท่านเต็มใจจ่ายค่าบริการ

เป็นจำนวนเท่ากับ.....บาท/ปี

- ไม่เต็มใจ เพราะ.....

ขอขอบพระคุณในความกรุณาตอบแบบสอบถามอย่างสูง
