



การวิเคราะห์แนวทางการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเชิงเศรษฐศาสตร์
ECONOMIC ANALYSIS OF LONG-TERM CARE INSURANCE FOR THE ELDERLY



อัมภินี ลาภสมบุญรัตน์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2562

การวิเคราะห์แนวทางการประกันดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเชิงเศรษฐศาสตร์



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์

สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ECONOMIC ANALYSIS OF LONG-TERM CARE INSURANCE FOR THE ELDERLY



AMPINEE LAPSOMBOONDEE

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Philosophy(Economics))

School of Economics and Public Policy, Srinakharinwirot University

2019

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
การวิเคราะห์แนวทางการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเชิงเศรษฐศาสตร์
ของ
อัมภิณี ลามสมบุญรัตน์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก	 ประธาน
(ดร.ศิวลาภ สุขไพบูลย์วัฒน์)	(รองศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วนเศรษฐ)
..... ที่ปรึกษาร่วม	 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรถิพย์ ราษฎร์นิยม)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดุลย์ ศุภนันท์)

ชื่อเรื่อง	การวิเคราะห์แนวทางการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเชิงเศรษฐศาสตร์
ผู้วิจัย	อัมภิณี ลากสมบุญดี
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2562
อาจารย์ที่ปรึกษา	ดร. ศิวลาภ สุขไพญลย์วัฒน์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. อ้อทิพย์ ราชภรณ์นิยม

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.) การศึกษาและวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กรณีศึกษาประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และประเทศไทยโดยการวิจัยเอกสาร 2.) การวิเคราะห์มูลค่าความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการบริการดูแลระยะยาวเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลการตัดสินใจโดยใช้แนวคิดแบบจำลองทางเลือกและวิเคราะห์ตามแบบจำลองโลจิตแบบผสมโดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิจากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 400 คนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์มีการร่วมจ่ายภาคบังคับซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวและการออกแบบให้บริการทั้งในสถานบริการ ในที่พักอาศัยและภายในชุมชน โดยมีการมุ่งใจในการใช้บริการนอกสถานบริการผ่านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอัตราสูง การสนับสนุนทางการเงินรองรับความต้องการของผู้สูงอายุและส่งเสริมศักยภาพครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุผ่านการสร้างหลักประกันการว่างงาน ขณะที่หลักประกันการดูแลระยะยาวในประเทศไทยยังไม่มีครอบคลุม การขาดระบบการจัดหาแหล่งเงินทุนอย่างมีเสถียรภาพ การได้รับบริการขึ้นกับสิทธิสวัสดิการสุขภาพและความพร้อมในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความจำกัดทั้งด้านงบประมาณและผู้ให้บริการ ผลการวิเคราะห์มูลค่าความยินดีที่จะจ่ายพบว่าค่าบริการในสถานบริการทั้งแบบเต็มเวลาและแบบชั่วคราวเป็นบริการที่บุคคลมีความยินดีที่จะจ่ายมากที่สุดเท่ากับ 629.90 บาท/เดือน และ 332.50 บาท/เดือน โดยความตระหนักในความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลการตัดสินใจเลือกบริการโดยมีการร่วมจ่าย ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ เริ่มต้นจากการเร่งพัฒนาสถานบริการทั้งแบบเต็มเวลาและแบบชั่วคราวประกอบกับการสร้างความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพและทางการเงินในวัยสูงอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลการตัดสินใจร่วมจ่ายเพื่อเป็นแหล่งเงินทุนอันจะส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

คำสำคัญ : ระบบการดูแลระยะยาว, บริการดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุ

Title	ECONOMIC ANALYSIS OF LONG-TERM CARE INSURANCE FOR THE ELDERLY
Author	AMPINEE LAPSOMBOONDEE
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2019
Thesis Advisor	Dr. Sivalap Sukpaiboonwat
Co Advisor	Associate Professor Dr. Aotip Ratniyom

This research aimed to achieve the following: (1) to study and analyze long-term care insurance system for elderly people in Germany, Japan, Singapore and Thailand, using the documentary research method; and (2) to analyze the willingness to pay for long-term care services to study the factors affecting decision-making, using the choice modelling method and analyzed using the mixed logit model. The primary data were collected using a questionnaire with four hundred people in the Bangkok metropolitan area. The results revealed that in Germany, Japan and Singapore, there were compulsory co-payments to reduce the cost of long-term care, including residential services, home-base services and community-based care. The use of non-residential services was motivated through support for high expenses and cash benefits in order to serve the needs of the elderly as well as promoting family-based care for the elderly through the creation of unemployment insurance. Whereas the long-term care insurance for the elderly in Thailand did not cover their needs. There was also a lack of stable funding systems. The access to services depended on health benefits and the readiness of each area which were limited in terms of budget and service providers. The analysis of willingness to pay showed that individuals were willing to pay for both full-time and temporary residential services, at the most 629.90 Baht/month and 332.50 Baht/month. The risk awareness was the factor affecting decision-making using services, including co-payment. Therefore, the development of the long-term care insurance system should begin with the development of full-time and temporary health care settings and raising awareness of health and financial risks for elderly people. These actions would become key factors affecting decision-making for co-payment to be a source of funding, which would affect the long-term care insurance system in Thailand.

Keyword : Long term care system, Long term care services, Elderly

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ศิวลาภ สุขไพบูลย์วัฒน์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อ้อทิพย์ ราชภรณ์นิยมที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ และให้คำปรึกษาทางด้านวิชาการและแนวทางในการทำปริญญานิพนธ์ ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจแก้ไขบทความตีพิมพ์และรูปเล่มปริญญานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณประธานและกรรมการสอบปากเปล่า รองศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วนเศรษฐ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดุลย์ ศุภนันท์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปริญญานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สันติ แสงเลิศไสว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีระ ตั้งธรรมรักษ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทความรู้ต่างๆ ให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนให้ความช่วยเหลือและกำลังใจในการทำปริญญานิพนธ์ ขอขอบคุณทุนการศึกษาปริญญานิพนธ์ เอกจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก และเพื่อนร่วมงานสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ วิทยาเขตจักรพงษ์ภูวนารถ ขอขอบคุณ พี่ๆ เพื่อนๆ หลักสูตรปริญญานิพนธ์เอกสำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจตลอดระยะเวลาในการศึกษา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัว สำหรับกำลังใจ การสนับสนุนตลอดระยะเวลาในการศึกษา ความสำเร็จของผู้วิจัยในครั้งนี้ขอมอบเป็นความภาคภูมิใจแก่ครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง

อัมภิณี ลาภสมบูรณ์ดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	12
ความสำคัญของการวิจัย	12
ขอบเขตของการวิจัย	14
กรอบแนวคิดในการศึกษา	17
นิยามศัพท์	18
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
1. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา.....	20
1.1 แนวคิดการลงทุนในทุนมนุษย์ด้านสุขภาพ	20
1.2 แนวคิดการประกันสุขภาพและปัญหาพื้นฐานการประกัน.....	24
1.3 แนวคิดระบบการดูแลระยะยาว (Long term care).....	27
1.4 ทฤษฎีแบบจำลองทางเลือก (Choice Modelling)	33
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
2.1 รูปแบบการใช้บริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ	40

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพและความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพ.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	62
ประชากร	62
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	62
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	63
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	67
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	74
วิธีการวิเคราะห์ทางเศรษฐมิติ	74
แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา.....	77
บทที่ 4 ผลการดำเนินงานวิจัย.....	85
การศึกษาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์และประเทศไทย	85
ประเทศเยอรมนี.....	85
ภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว	86
ระบบการดูแลระยะยาว.....	87
สิทธิประโยชน์ระบบประกันการดูแลระยะยาว	89
เงื่อนไขการรับบริการ	91
ประเทศญี่ปุ่น.....	92
ภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว	93
ระบบการดูแลระยะยาว	94

สิทธิประโยชน์ระบบประกันการดูแลระยะยาว	96
เงื่อนไขการรับบริการ	97
ประเทศสิงคโปร์	99
ภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว	99
ระบบการดูแลระยะยาว	100
สิทธิประโยชน์ระบบประกันการดูแลระยะยาว	101
ประเทศไทย	103
ภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว	104
ระบบการดูแลระยะยาว	109
สิทธิประโยชน์ระบบประกันการดูแลระยะยาว	110
เงื่อนไขในการรับบริการ	111
สถานการณ์การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ	112
การเปรียบเทียบนโยบายการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และไทย	115
4.2 การศึกษาความยินดีที่จะจ่ายและปัจจัยที่ส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	121
4.1 ข้อมูลทั่วไป	122
ผลการศึกษา	125
การคำนวณค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่ม (Marginal willingness to pay: MWTP)	128
การศึกษาผลของคุณลักษณะทางประชากรต่อการตัดสินใจเลือกคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาว	130
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	137
5.1 สรุปผลการวิจัย	137
การศึกษาและวิเคราะห์บทเรียนของนโยบายจากการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์	137

5.1.2 การวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	146
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	147
5.2.1 การวิเคราะห์บทเรียนของนโยบายจากการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์.....	147
5.2.2 การวิเคราะห์คุณลักษณะของการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ.....	151
5.3 ข้อเสนอแนะ	154
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	154
ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป.....	157
ข้อจำกัดของการวิจัย	158
บรรณานุกรม	159
ภาคผนวก.....	170
ประวัติผู้เขียน.....	181

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน (หน่วย: ร้อยละ)	6
ตาราง 2 ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	44
ตาราง 3 ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	45
ตาราง 4 สรุปงานวิจัยรูปแบบการให้บริการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ	57
ตาราง 5 สรุปงานวิจัยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันสุขภาพ	59
ตาราง 6 จำนวนและสัดส่วนประชากรอายุ 40-59 ปี ตามรายละเอียดพื้นที่ตัวอย่าง	65
ตาราง 7 จำนวนและสัดส่วนแรงงานตามรายพื้นที่	65
ตาราง 8 คุณลักษณะและระดับบริการดูแลระยะยาว	69
ตาราง 9 คุณลักษณะและระดับบริการดูแลระยะยาวด้วยวิธี Orthogonal Design	71
ตาราง 10 ระดับของคุณลักษณะบริการที่ใช้ในการศึกษา	81
ตาราง 11 ระดับของคุณลักษณะบริการที่ใช้ในการศึกษาในแต่ละทางเลือก	82
ตาราง 12 ตัวแปรคุณลักษณะประชากร	84
ตาราง 13 งบประมาณและจำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงบริการ	107
ตาราง 14 การมีผู้ดูแลการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พ.ศ. 2560	113
ตาราง 15 การเปรียบเทียบรายได้และโครงสร้างภาษีประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และไทย .	116
ตาราง 16 การเปรียบเทียบระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านสังคมสูงอายุ	118
ตาราง 17 การเปรียบเทียบบริการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และไทย	121
ตาราง 18 สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรเชิงคุณภาพ	123
ตาราง 19 สถิติพรรณนาของตัวแปรเชิงปริมาณ	124
ตาราง 20 สาเหตุการไม่เลือกทางเลือกใดๆ	124
ตาราง 21 ผลการประมาณการฟังก์ชันอรรถประโยชน์	126

ตาราง 22 สรุปทิศทางของตัวแปรที่มีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจ	127
ตาราง 23 ค่าความยินดีที่จะจ่ายต่อลักษณะบริการดูแลระยะยาว (บาท/เดือน)	129
ตาราง 24 ผลวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	133
ตาราง 25 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการ	135
ตาราง 26 การเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และประเทศไทย	144



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 โครงสร้างประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2533 - 2583	2
ภาพประกอบ 2 อัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2583	3
ภาพประกอบ 3 ร้อยละของกลุ่มประชากรสูงอายุไทยใน พ.ศ. 2533 - 2583	4
ภาพประกอบ 4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยคนเดียว	6
ภาพประกอบ 5 แหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุ (หน่วย: ร้อยละ)	7
ภาพประกอบ 6 ประเภทการดูแลผู้สูงอายุ พ.ศ.2560.....	8
ภาพประกอบ 7 เส้นอรรถประโยชน์ของรายได้.....	23
ภาพประกอบ 8 ระบบการดูแลระยะยาว	30
ภาพประกอบ 9 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของสังคมไทย	31
ภาพประกอบ 10 ระบบการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนี.....	88
ภาพประกอบ 11 ระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น.....	95
ภาพประกอบ 12 ระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศสิงคโปร์.....	101
ภาพประกอบ 13 สิทธิสวัสดิการสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	105
ภาพประกอบ 14 ผู้สูงอายุที่เข้าถึงการบริการดูแลระยะยาว.....	108
ภาพประกอบ 15 ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	110
ภาพประกอบ 16 จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ช่วยการดำเนินกิจวัตรประจำวันรายภาค.....	113
ภาพประกอบ 17 ช่วงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	114
ภาพประกอบ 18 การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ.....	115
ภาพประกอบ 19 การนำเสนอระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย	157

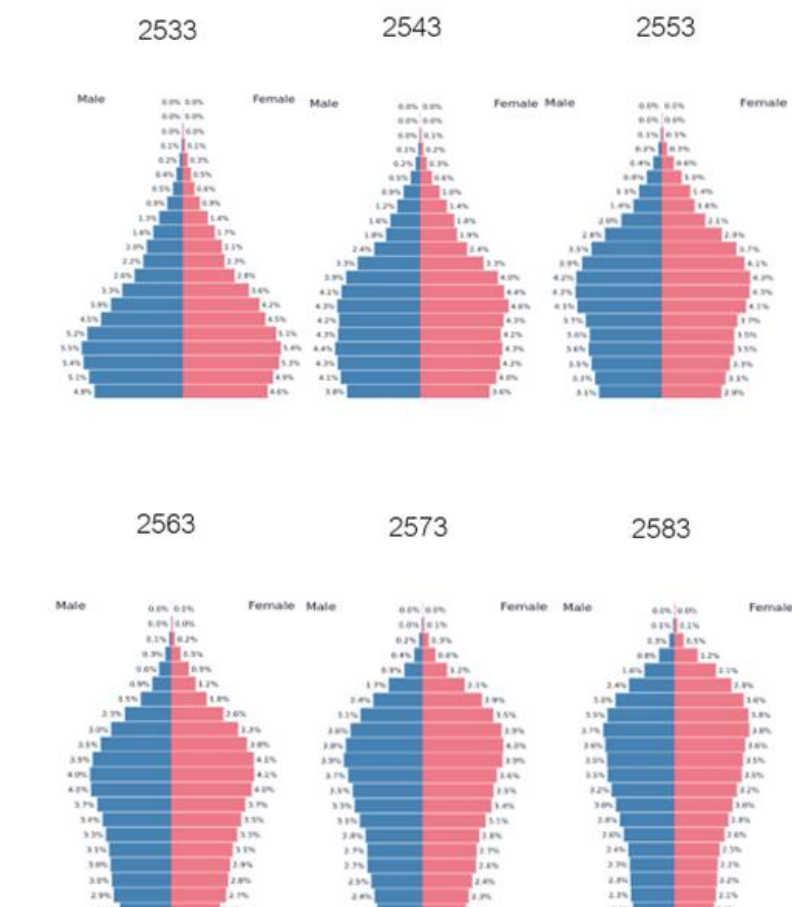
บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางประชากรซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างอายุของประชากรจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อัตราการเกิดลดลงส่งผลต่อการลดลงของกำลังแรงงานในอนาคต ประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลายประเทศทั่วโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในขณะที่อัตราการเกิดลดลง ประชากรวัยแรงงานต้องเกื้อหนุนกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและเด็กทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะสูงวัยของประชากรนำมาสู่รูปแบบความต้องการของประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ภาครัฐจำเป็นต้องมีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในรูปแบบของการวางแผนและพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมและสวัสดิการ โดยเฉพาะการบริการทางสุขภาพเพื่อรองรับกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นนโยบายสำคัญที่มีความจำเป็นต่อการรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุทั้งในปัจจุบันและระดับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุที่รุนแรงขึ้นในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรไทยโดย United Nations (2017) แสดงถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยแต่ละช่วงอายุในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2533 – 2583 พบว่าสัดส่วนประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในขณะที่กลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยมีลักษณะพิกramid ประชากรแบบหดตัว ตามลำดับแสดงดังภาพประกอบ 1 โดยใน พ.ศ. 2533 มีประชากรสูงอายุจำนวน 2.56 ล้านคน คิดสัดส่วนเป็นร้อยละ 4.52 ของประชากรทั้งหมดและมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่องจนใน พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้สูงอายุ 8.91 ล้านคนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 8.91 และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2583 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.60 ล้านคนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 25.76 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงประชากรในลักษณะดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่โครงสร้างสังคมผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 4.57 ล้านคนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมดและคาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) ใน พ.ศ. 2564 และจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดใน พ.ศ. 2575



ภาพประกอบ 1 โครงสร้างประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2533 - 2583

ที่มา: United Nations (2017)

การศึกษาโครงสร้างประชากรสูงวัยในอาเซียนของ วาสนา อิมเอม (2557) พบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงวัยมากที่สุดในอาเซียนและอัตราการเติบโตของประชากรสูงวัยของประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนผ่านทางประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุแต่ละชั้นในระยะเวลาอันรวดเร็ว เมื่อพิจารณาอัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (Elderly Support Ratio)¹ แสดงถึงจำนวนคนในวัยแรงงานซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การเกื้อหนุนทางรายได้และการดูแลการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่าอัตราส่วนการเกื้อหนุน

¹ อัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุคำนวณจากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยทำงานอายุ 15-59 ปีหารด้วยจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

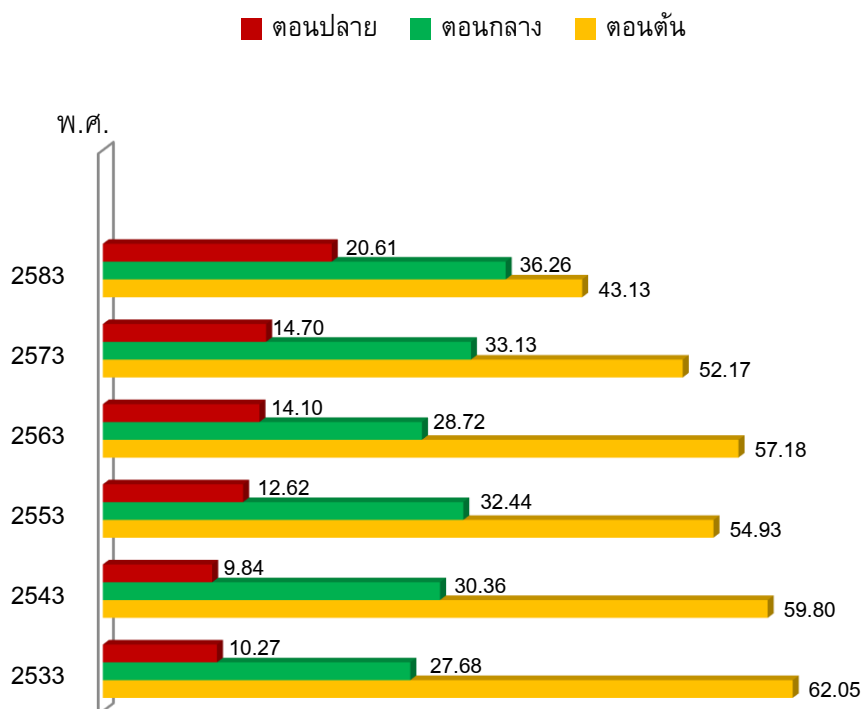
ผู้สูงอายุระหว่าง พ.ศ. 2533 – 2583 มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่องแสดงดังภาพประกอบ 2 แสดงถึงแนวโน้มการรับภาระการดูแลผู้สูงอายุของวัยแรงงานเพิ่มขึ้นในอนาคต โดยใน พ.ศ. 2533 มีประชากรวัยแรงงานจำนวน 14.45 คนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุหนึ่งคนและใน พ.ศ. 2583 จะมีจำนวนวัยแรงงานเพียง 2.36 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุหนึ่งคน

พ.ศ.	จำนวนคนในวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน
2533	 :               14.45
2543	 :            10.63
2553	 :           8.07
2563	 :       5.50
2573	 :     3.44
2583	 :    2.36

ภาพประกอบ 2 อัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2583

ที่มา: United Nations (2017)

ค่าอัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุของประเทศไทยที่มีแนวโน้มลดลงในขณะที่ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุ ความไม่สอดคล้องกันดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและอาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครัวเรือนซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน ไม่เพียงแต่จำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่านั้น เมื่อพิจารณาในโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของไทยจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรโดย United Nations (2017) ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2533 – 2583 พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุในตอนกลาง และตอนปลายของประเทศไทยมีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องแสดงถึงโครงสร้างผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะสูงวัยมากขึ้นแสดงดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ร้อยละของกลุ่มประชากรสูงอายุไทยใน พ.ศ. 2533 - 2583

ที่มา: United Nations (2017)

ปัญหาสำคัญจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นคือความต้องการบริการทางการแพทย์ เนื่องจากเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเสื่อมถอยทางร่างกายส่งผลให้ความต้องการด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีรูปแบบการบริการทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดูแลรักษาโรคทั่วไปเฉียบพลัน (Acute care) กลายเป็นการดูแลรักษาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (Long term care) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย (Siciliani, 2014)

แนวโน้มอายุเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุไทยที่ยืนยาวขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) ในขณะที่ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการใน พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 46.86 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โดยภาวะโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุในตอนกลางและตอนปลายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแสดงถึงจำนวนผู้สูงอายุที่จะมีปัญหาภาวะโรคเรื้อรัง

เพิ่มขึ้นเช่นกัน การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living: ADLs) และกลายเป็นผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรในระยะยาว หรือตลอดช่วงชีวิตซึ่งเรียกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, วาสนี วิเศษฤทธิ์, ถาวร สกุลพาณิชย์, และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558) จากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 79 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และร้อยละ 21 อยู่ใน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลในการ ดำเนินกิจกรรมประจำวันและเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2557) และจากแนวโน้มโครงสร้างผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายมากขึ้นในอนาคตแสดงถึงแนวโน้มความต้องการ ผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมากขึ้นเช่นกัน

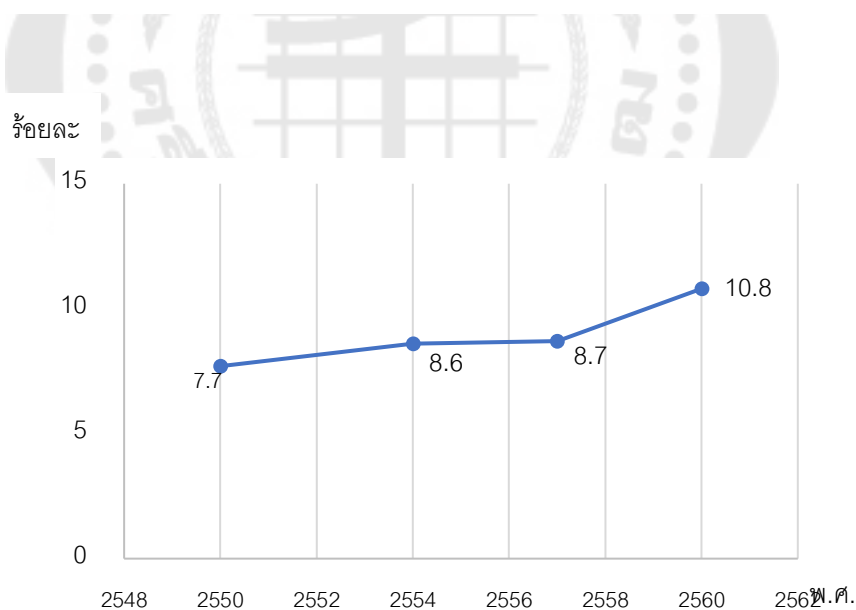
ในขณะที่การสำรวจข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันจากรายงานการ สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) พบว่าผู้สูงอายุโดยส่วน ใหญ่ไม่มีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใน พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 86.24 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่ามีส่วนเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย แตกต่างกันในแต่ละรายภาคโดยเมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลังใน พ.ศ. 2550 สัดส่วนผู้สูงอายุใน ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ไม่มีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลจากการย้ายถิ่นฐานของแรงงานเพื่อแสวงหารายได้ ซึ่งเป็นรูปแบบการอยู่อาศัยใน ปัจจุบันของแรงงานไทยรุ่นใหม่ แสดงดังตาราง 1

ดังนั้น ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครัวเรือนจึงมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้ง ในแง่ของขนาดครอบครัวและลักษณะการอยู่อาศัยจากเดิมซึ่งมีครอบครัวขนาดใหญ่เริ่มมีการ ลดลงของจำนวนสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังใน ครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงดังภาพประกอบ 4

ตาราง 1 ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุในการทำวัตรประจำวัน (หน่วย: ร้อยละ)

ผู้สูงอายุรายภาค	2550		2560	
	ไม่มีผู้ดูแล	มีผู้ดูแล	ไม่มีผู้ดูแล	มีผู้ดูแล
รวม	89.09	10.91	86.24	13.76
กทม	87.99	12.01	80.61	19.39
ภาคกลาง	88.94	11.06	85.21	14.79
ภาคเหนือ	89.08	10.92	90.38	9.62
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	87.65	12.35	86.65	13.35
ภาคใต้	87.58	12.42	84.48	15.52

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560)



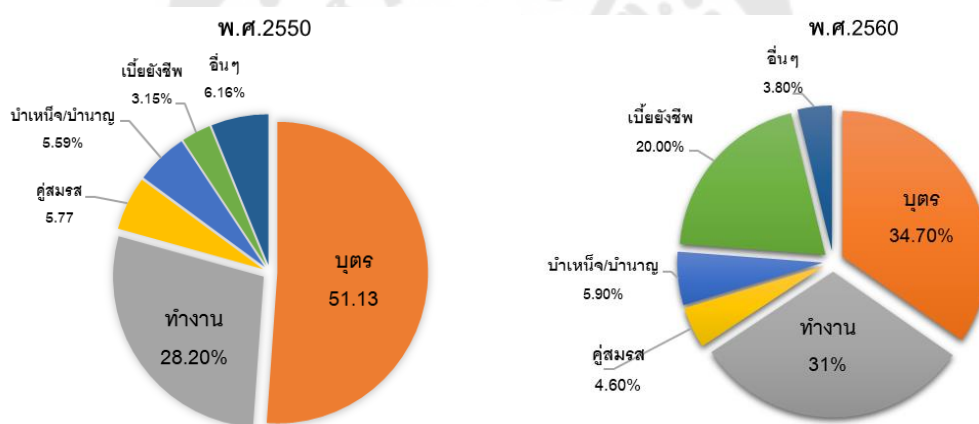
ภาพประกอบ 4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยคนเดียว

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560)

โดย พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 7.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.6 ร้อยละ 8.7 ใน พ.ศ.2554 พ.ศ.2557 ตามลำดับ โดยใน พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว

เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 10.8 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยเพียงลำพังในครัวเรือนแสดงถึงความเสี่ยงในการขาดผู้ดูแลการดำเนินกิจวัตรประจำวันเมื่อต้องการได้รับการดูแล

นอกจากนั้น ยังพบการพึ่งพิงในเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีการพึ่งพิงรายได้จากบุตร การทำงาน คู่สมรส บำเหน็จบำนาญ เบี้ยยังชีพ และจากแหล่งรายได้อื่นๆ ประกอบไปด้วย ดอกเบี้ยจากทรัพย์สิน ญาติพี่น้อง จากข้อมูลพบว่าแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุมาจากบุตรและการทำงาน แสดงดังภาพประกอบ 5 ใน พ.ศ.2550 ผู้สูงอายุพึ่งพิงแหล่งรายได้จากบุตรคิดเป็นร้อยละ 51.13 ซึ่งถือเป็นแหล่งรายได้หลักที่สำคัญของผู้สูงอายุ และรายได้จากการทำงานของตนเองและคู่สมรสตามลำดับ ในขณะที่ พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุมีการพึ่งพิงรายได้หลักจากบุตรคิดเป็นร้อยละ 34.70 และพึ่งพิงรายได้จากการทำงานของตนเองและเบี้ยยังชีพตามลำดับ



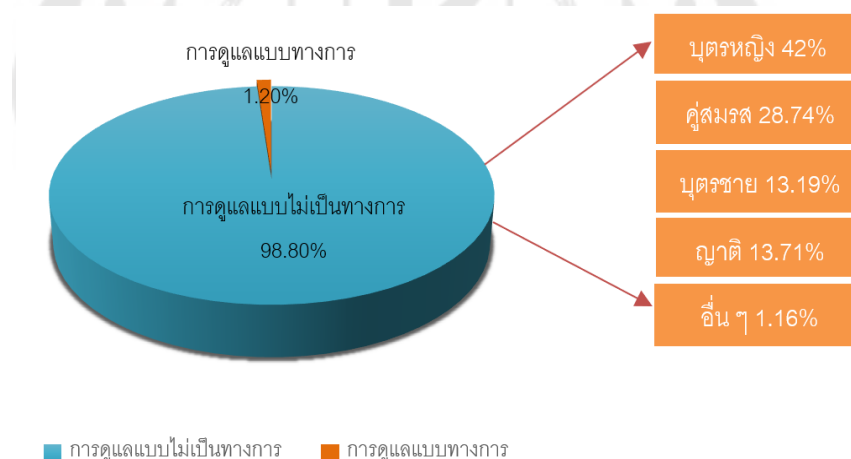
ภาพประกอบ 5 แหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุ (หน่วย: ร้อยละ)

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560)

เมื่อเปรียบเทียบแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุย้อนหลังแสดงถึงความสามารถในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากบุตรในทางการเงินมีแนวโน้มลดลงและต้องพึ่งพิงแหล่งรายได้ของตัวเอง ผู้สูงอายุ เช่นรายได้จากการทำงานและการพึ่งพิงจากรัฐในรูปแบบเบี้ยยังชีพในสัดส่วนมากขึ้น การพึ่งพิงแหล่งรายได้จากบุตรมีแนวโน้มลดลงในขณะที่แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายจากการรับบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แสดงถึงความเสี่ยงของผู้สูงอายุและครัวเรือนที่เพิ่มสูงขึ้นจากความสามารถที่ลดลงของครัวเรือน

เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุประกอบไปด้วย การดูแลแบบทางการ (Formal care) และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care) โดยการดูแลแบบทางการได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานบริการพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ผู้ช่วยดูแลจากศูนย์บริการ และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care) เช่น การดูแลโดยครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน คู่สมรส การดูแลภายในชุมชน (World Health Organization, 2002; ศิริพันธุ์ ศาสต์ย et al., 2558)

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยใน พ.ศ.2560 เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 98.80 ได้รับการดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยมีบุตรหญิงเป็นผู้ดูแลหลักคิดเป็นร้อยละ 42.0 รองลงมาได้แก่คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 28.74 และได้รับการดูแลแบบเป็นทางการจากพยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการร้อยละ 1.20 แสดงดังภาพประกอบ 6 ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงบทบาทของสมาชิกในครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย



ภาพประกอบ 6 ประเภทการดูแลผู้สูงอายุ พ.ศ.2560

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560)

การดูแลจากบุคคลในครอบครัว เช่น บุตร คู่สมรสคือผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลการดำเนินกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะบุตรหญิงคือผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลและจากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจทำงานและชั่วโมงการทำงานของผู้หญิงโดย ปวีณา ลิ้มตระกูล (2559) พบว่าบุตรหญิงซึ่งอยู่ในช่วงวัยแรงงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Prime-

age) ต้องออกจากงานก่อนเวลาอันสมควรเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนมักจะมีบทบาทเชิงซ้อนในครอบครัวมีหน้าที่และรับภาระภายในครอบครัว เช่น ทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ ประคบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และ คณิศร เต็งรัง, 2557) ดังนั้น ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นและยาวนานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาการดูแลในรูปแบบทางการ (Formal Care) ของประเทศไทยพบว่ามี การดูแลโดยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ ในสัดส่วนน้อยคิดเป็นร้อยละ 1.20 ของการดูแลทั้งหมด โดยการให้บริการดังกล่าวเป็นการใช้ บริการจากสถานบริการเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงและผู้รับบริการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมด ผู้ที่เข้าถึงบริการการดูแลระยะยาวในรูปแบบทางการสามารถเข้าถึงได้เฉพาะในกลุ่มผู้มี รายได้สูงและรายได้ปานกลาง (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2553) ดังนั้น ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและ สังคมที่ดีจึงมีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

กล่าวได้ว่า การดูแลจากสมาชิกในครัวเรือนถือเป็นแหล่งพึ่งพิงหลักของผู้สูงอายุไทย แต่ จากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขนาด ครัวเรือนซึ่งกระทบต่อศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่ อาศัยของผู้สูงอายุ และการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวแสดงถึงการเพิ่มขึ้นของ ความเสี่ยงของผู้สูงอายุในการขาดที่พึ่งและโอกาสในการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น บทบาทของการดูแลในรูปแบบทางการจึงมีบทบาทเสริมที่สำคัญในการ ดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าวที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ระบบการดูแลระยะยาวจึงถือเป็นส่วนสำคัญของระบบสวัสดิการสังคม โดยมีเป้าหมาย ในการให้บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยระบบประกัน สุขภาพของประเทศไทยพบว่ามีหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นระบบประกันสุขภาพที่ ครอบคลุมประชากรทุกคน (Universal coverage) โดยผู้สูงอายุที่เคยอยู่ในระบบประกันสังคมเมื่อ เกษียณงานจะเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบราชการจะมี หลักประกันสุขภาพจากสวัสดิการข้าราชการ จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย โดย (สุรจิต สุนทรรวม และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) พบว่าระบบ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทยมีรูปแบบการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการณ เจ็บป่วยเฉียบพลันในสถานบริการทางการแพทย์เป็นหลัก ไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่าง

ต่อเนื่องในระยะยาวในรูปแบบการสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างเป็นรูปธรรม การบริการมีเพียงการดูแล การเยี่ยมเยียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัยในบางพื้นที่ที่มีความพร้อมของบุคลากรและงบประมาณในการดำเนินการ จนใน พ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการจัดตั้งกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

กล่าวได้ว่า ในปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในขั้นตอนของการเริ่มต้นในการใช้นโยบายการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนซึ่งผู้เข้าถึงบริการยังเป็นสัดส่วนน้อยและไม่เพียงพอต่อความจำเป็นของผู้สูงอายุ จากการศึกษาระบบการบริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยโดย วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2560) พบว่าบริการการดูแลระยะยาวยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์และยังไม่มีกำหนดรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวที่ชัดเจน และขาดความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบของผู้เกี่ยวข้อง การบริการขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ในพื้นที่ที่มีความพร้อม การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุก็จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นบริการที่เป็นรูปธรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคมยังมีความจำกัดมากจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนา (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคนอื่นๆ, 2009)

การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสร้างหลักประกันสำหรับการดูแลระยะยาวมีการดำเนินการในหลายประเทศทั่วโลก โดยประเทศเยอรมนีถือเป็นต้นแบบของการจัดหลักประกันสุขภาพภาคบังคับมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับประชากรทุกคนและทุกวัยภายใต้ความตระหนักถึงความสำคัญในการจัดหาแหล่งเงินทุนและการควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพจนเกิดระบบประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับใน พ.ศ. 2538 ซึ่งกำหนดให้มีการร่วมจ่ายในรูปแบบการประกันสังคมโดยมีวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนการดูแลระยะยาวตามศักยภาพของครัวเรือน ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกมีการเตรียมการเพื่อรองรับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุโดยการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุจากจนถึงตั้งแต่ พ.ศ. 2417 และมีการพัฒนาหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุใน พ.ศ. 2514 และประสบปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจึงพัฒนาเป็นระบบประกันสุขภาพโดยกำหนดให้ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการและพัฒนาจนเป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long term care insurance) ซึ่งกำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจ่ายสมทบในกองทุนการประกันการดูแลระยะยาว ขณะที่ประเทศสิงคโปร์ซึ่งในปัจจุบันมีโครงสร้าง

ประชากรสูงอายุโดยสมบูรณ์ ถือเป็นประเทศที่มีการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างประชากรสูงอายุใกล้เคียงกับประเทศไทยมีการตระหนักถึงการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยมีการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ.2525 และปฏิรูปจนเป็นหลักประกันในรูปแบบของการประกันรายได้และบริการภายใต้ระบบการออมภาคบังคับ ประกอบกับการพัฒนาระบบการดูแลภายในชุมชนเพื่อรองรับความต้องการการบริการดูแลระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

พัฒนาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์กล่าวได้ว่าประเทศดังกล่าวมีการวางแผนทางสวัสดิการเพื่อรองรับผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนที่ประเทศจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยรูปแบบของปัญหาในประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมีรูปแบบที่ใกล้เคียงกันคือการเพิ่มขึ้นของความต้องการในการบริการดูแลระยะยาวและเกิดความเสี่ยงในความมั่นคงทางการเงินของระบบประกันสุขภาพเนื่องจากค่าใช้จ่ายจากการจัดบริการการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงขึ้น จึงมีแนวคิดในการร่วมจ่ายในการใช้บริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ โดยในแต่ละประเทศมีรูปแบบหลักประกันการดูแลระยะยาวในลักษณะที่แตกต่างกัน กล่าวได้ว่า ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการคลังในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางมักประสบปัญหาการให้บริการดูแลระยะยาวและการจัดหาเงินทุนที่ไม่เพียงพอเนื่องจากลักษณะโครงสร้างประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วงเริ่มต้นของการจัดบริการดูแลระยะยาวจะเผชิญกับข้อจำกัดของทรัพยากรและมีความจำกัดของรูปแบบในการให้บริการการดูแลระยะยาวซึ่งถือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศที่ขาดโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการการดูแลระยะยาวและต้องใช้เวลาในการปรับปรุงพัฒนาระบบเป็นเวลานานเพื่อขยายความคุ้มครองให้เหมาะสมกับประชากร (Rhee, Done, & Anderson, 2015) ดังนั้น การกำหนดรูปแบบการให้บริการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ รูปแบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชากรประกอบกับการมีแหล่งเงินทุนที่มีเสถียรภาพจะส่งผลให้ระบบการดูแลระยะยาวสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถสร้างการพัฒนาระบบการบริการได้อย่างรวดเร็ว

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุนำมาสู่ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการสังคมของประเทศดังปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและตัวอย่างบทเรียนที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ โดยหลักประกันที่สำคัญของผู้สูงอายุคือการได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยมุ่งหวังการดูแลจากครอบครัว แต่จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อ

ศักยภาพในการดูแลจากครอบครัวอาจไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครัวเรือน ภาครัฐจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนเพื่อรองรับปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการดูแลระยะยาวและการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุและครัวเรือนซึ่งมีความแตกต่างกันตามภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลของบุคคลในครัวเรือน ระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านทางโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วจึงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ประเทศไทยต้องเผชิญประกอบกับการคำนึงถึงความมั่นคงในระบบสวัสดิการสังคมอันเนื่องมาจากภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต ส่งผลให้ปัญหาสังคมสูงอายุไม่ใช่เพียงปัญหาของผู้สูงอายุเท่านั้นแต่เป็นปัญหาของประชากรทุกวัยที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อความมั่นคงในอนาคตทั้งของตนเองและครอบครัว

จากที่กล่าวมาทั้งหมด นำมาสู่ความจำเป็นในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาและวิเคราะห์บทเรียนของนโยบายจากการดูแลระยะยาวในต่างประเทศเพื่อเรียนรู้ถึงลักษณะปัญหาและการแก้ไขจากการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินการระบบประกันการดูแลระยะยาว และการวิเคราะห์คุณลักษณะของบริการดูแลระยะยาวเพื่อนำมากำหนดรูปแบบประกันการดูแลระยะยาวซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคตของประเทศไทย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. ศึกษาและวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยและในต่างประเทศ กรณีศึกษาประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์
2. วิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวที่บุคคลให้ความสำคัญเพื่อการรับบริการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุในประเทศไทย
3. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ความสำคัญของการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้เพื่อศึกษาพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงในการรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุในแต่ละระดับซึ่งมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้นโยบายการดูแลระยะยาวเพื่อศึกษาถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาและสรุปเป็นบทเรียนจากการใช้นโยบายและการ

จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์และศึกษาสถานการณ์การดูแลระยะยาวในประเทศไทยเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

2. ทราบถึงมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่บุคคลให้ความสำคัญโดยเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์ลักษณะบริการการดูแลระยะยาวที่มีความสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบการประกันการดูแลระยะยาวเพื่อนำมากำหนดมาตรการสนับสนุนในการสร้างระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ทั้งในระดับบุคคล ระดับสถาบัน และระดับประเทศ ดังนี้

ระดับบุคคล การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์การดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในปัจจุบัน แสดงถึงความเสี่ยงของผู้สูงอายุและครัวเรือนในประเทศไทยและการวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายแสดงถึงคุณลักษณะของบริการดูแลระยะยาวที่บุคคลมีความต้องการนำไปสู่การกำหนดรูปแบบบริการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและครัวเรือนไทย

ระดับสถาบัน การศึกษาในครั้งนี้แสดงถึงลักษณะความต้องการในการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับความต้องการของประชากรในอนาคต

ระดับประเทศ การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป็นกองทุนให้กับรัฐในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคนรวมไปถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัดสินใจเลือกคุณลักษณะบริการนำไปสู่การสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวตลอดจนมีการศึกษาแนวทางการดูแลระยะยาว และการจัดการประกันการดูแลระยะยาวในต่างประเทศและสรุปเป็นบทเรียนจากการดำเนินนโยบายเพื่อนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดแนวทางการประกันการดูแลระยะยาวเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้กำหนดขอบเขตของการวิจัยตามความมุ่งหมายของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ

การศึกษาและวิเคราะห์นโยบายและการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ สถานการณ์การดูแลระยะยาวของประเทศไทยในรูปแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการ โดยวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 – 2560 ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550 – 2558 และการศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว แนวทางการทำประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ และเพื่อศึกษาถึงแนวทางและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยเหตุผลในการเลือกประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ แสดงดังนี้

ประเทศเยอรมนี เนื่องจากเป็นประเทศแรกที่มีการจัดหลักประกันสุขภาพในรูปแบบการประกันสุขภาพภาคบังคับและถือเป็นต้นแบบการจัดหลักประกันสุขภาพให้กับหลายประเทศในปัจจุบันรวมถึงการมีระบบการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับประชากรในทุกช่วงวัย

ประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากเป็นประเทศแรกที่เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยในปัจจุบันเป็นประเทศที่มีสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และมีการพัฒนาระบบสวัสดิการและการจัดการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลานาน

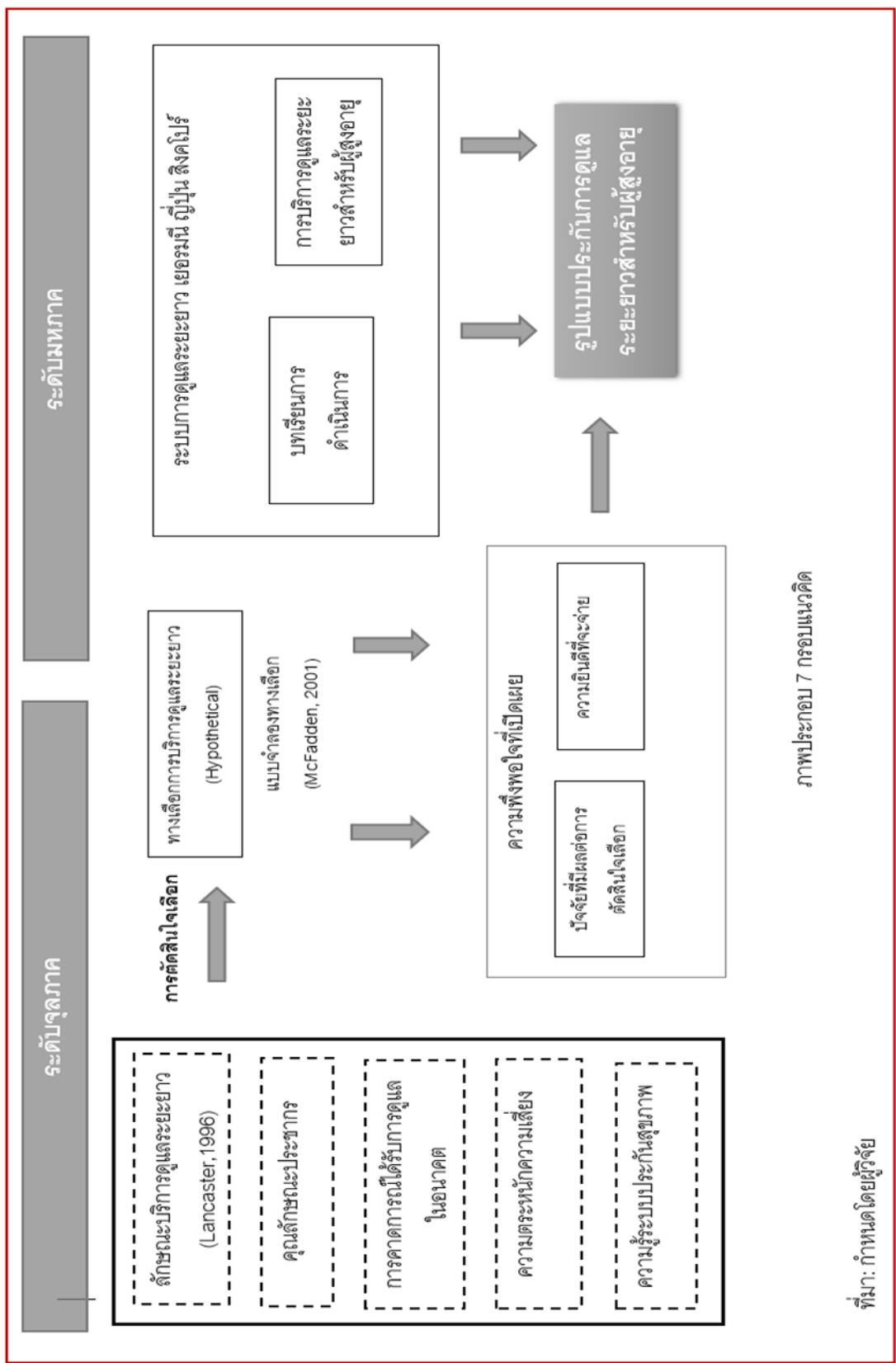
ประเทศสิงคโปร์ เนื่องจากเป็นประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกับประเทศไทยและมีการดำเนินนโยบายการประกันการดูแลระยะยาวรวมถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายและเป็นประเทศที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในสัดส่วนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับหลายประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2. การวิเคราะห์คุณลักษณะของบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่บุคคลให้ความสำคัญจากการประเมินมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันการดูแลระยะยาว

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาประกอบไปด้วยข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจากบททบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวเพื่อนำข้อมูลมากำหนดคุณลักษณะการดูแลระยะยาวและออกแบบทางเลือกการประกันการดูแลระยะยาวเพื่อนำไปสำรวจข้อมูลโดยใช้

แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ในกลุ่มวัยแรงงานอายุ 40-59 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุซึ่งแสดงถึงรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวที่มีความสำคัญ และศึกษาปัจจัยที่มีผลการตัดสินใจเลือกคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาว





กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาเพื่อหาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบการทำประกันการดูแลระยะยาวอยู่บนแนวคิดความไม่แน่นอนในตลาดบริการสุขภาพ โดยตลาดบริการสุขภาพเป็นตลาดสินค้าซึ่งเผชิญกับความไม่แน่นอนทั้งในแง่ของความต้องการบริการและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสุขภาพ ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพและทางการเงินของผู้สูงอายุและครัวเรือน โดยแนวคิดการประกันเป็นแนวคิดในการจัดการความเสี่ยงภายใต้ปัญหาความไม่แน่นอนของตลาดบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการการดูแลระยะยาวได้ตามความจำเป็น โดยการทำประกันถือเป็นจัดการปัญหาความเสี่ยงทางการเงินและความไม่แน่นอนโดยการกระจายความเสี่ยงทางการเงินให้แก่บุคคลอื่น

การศึกษาประกอบไปด้วยการศึกษาระดับจุลภาคซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรม การตัดสินใจเลือกของผู้บริโภคเป็นไปตามแนวคิดอรรถประโยชน์อย่างสุ่ม McFadden (2001) ซึ่งกล่าวว่าการตัดสินใจเลือกขึ้นกับคุณลักษณะในสินค้าและบริการซึ่งก่อให้เกิดความพอใจโดยการประกันการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วยลักษณะของบริการดูแลระยะยาว ได้แก่ การให้บริการแบบเป็นทางการในสถานบริการ(แบบชั่วคราว/ถาวร) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบไม่เป็นทางการ (แบบชั่วคราว/ถาวร) และผู้ให้ดำเนินการ เช่น ดำเนินการโดยรัฐ หรือดำเนินการโดยภาคเอกชน การสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การจ่ายเงินสมทบและขึ้นกับคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ภาวะสุขภาพ อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือนและการคาดการณ์การได้รับการดูแลในอนาคต ความตระหนักในความเสี่ยง ความรู้ระบบประกันสุขภาพ โดยพฤติกรรมในการเลือกของผู้บริโภคจากแนวคิดแบบจำลองทางเลือก (Lancaster, 1966) แสดงถึงความพึงพอใจที่เปิดเผยของของผู้บริโภคในแต่ละทางเลือก การบริการดูแลระยะยาวที่กำหนดขึ้นแสดงถึงลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่ผู้บริโภคให้ความสำคัญโดยเปรียบเทียบเพื่อนำไปวิเคราะห์ค่าความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay) ในคุณลักษณะของการบริการดูแลระยะยาว และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกลักษณะการบริการดูแลระยะยาว ประกอบกับการศึกษานโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและการดำเนินการประกันการดูแลระยะยาวจากประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์เพื่อเป็นตัวอย่างบทเรียนในการหาแนวทางสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จากการศึกษาทั้ง 2 ส่วน นำมาสู่การกำหนดแนวทางในการพัฒนาเพื่อสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคนในประเทศไทย

นิยามศัพท์

1. **สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)** หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ

2. **สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society)** หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

3. **ผู้สูงอายุตอนต้น (Young old)** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

4. **ผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle old)** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

5. **ผู้สูงอายุตอนปลาย (Very old)** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

6. **การดูแลรักษาโรคแบบเฉียบพลัน (Acute care)** หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยระดับเบื้องต้นโดยได้รับการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยในระยะสั้น

7. **การดูแลระยะยาว (Long term care)** หมายถึง การบริการทางสุขภาพและสังคมในกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง บุคคลที่ป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ ทุพพลภาพ เช่น การบริการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลในที่พักอาศัย การบริการฟื้นฟูร่างกายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

8. **ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL)** หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การถ่ายอุจจาระ 10) การปัสสาวะ ประเมินจากดัชนีบาร์ธอลเดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปคือผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ

9. **ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง บุคคลที่มีภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) ได้แก่ การกิน การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหวย้ายที่ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ในบ้าน

10. **การดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal care)** คือ การดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลในรูปแบบของวิชาชีพ หรือได้รับการฝึกอบรมในการให้บริการทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ผู้ช่วยดูแลจากศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการทั้งในสถานบริการและที่พักอาศัย

11. **การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal care)** คือ การดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นวิชาชีพหรือได้รับการฝึกอบรมมาก่อน เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน ซึ่งเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุจากวัฒนธรรมในสังคมที่บุตรหลานมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หรือจากความสัมพันธ์ส่วนตัว

12. **สถานบริการดูแลระยะยาว (Long term care Institution)** คือ สถานที่ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ โดยเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของ สภาการขาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

13. **การประกันการดูแลระยะยาว (Long term care insurance)** คือ การประกันที่ให้ความคุ้มครองกรณีไม่สามารถทำภารกิจในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 กิจกรรมซึ่งต้องเป็นต่อเนื่องติดต่อกันไม่น้อยกว่า 180 วันหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจน

14. **ความตระหนักรู้ความเสี่ยงทางสุขภาพ (Awareness)** คือ การคาดการณ์โอกาสในการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันในอนาคต และการคาดการณ์ความเสี่ยงทางการเงินจากความเจ็บป่วยหรือการรับการดูแลในอนาคต

15. **เบี้ยประกัน (Premium)** คือ จำนวนเงินที่ผู้เอาประกันต้องจ่ายให้กับบริษัทประกันภัยทุกปีเพื่อซื้อความคุ้มครองที่จะได้รับจากการประกัน

16. **ทางเลือกฐาน (Baseline alternative)** คือ ทางเลือกที่แสดงถึงคุณลักษณะของสินค้าและบริการที่มีในปัจจุบัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

- 1.1 แนวคิดการลงทุนในทุนมนุษย์ด้านสุขภาพ
- 1.2 แนวคิดการประกันและปัญหาพื้นฐานการประกัน
- 1.3 แนวคิดระบบการดูแลระยะยาว
- 1.4 ทฤษฎีแบบจำลองทางเลือก

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 รูปแบบการใช้บริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ
- 2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพและความยินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันสุขภาพ

1. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาเพื่อหาแนวทางการสนับสนุนการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย แนวคิดการลงทุนในทุนมนุษย์ด้านสุขภาพประกอบไปด้วยทฤษฎีทุนมนุษย์ แนวคิดมูลค่าชีวิตเชิงสถิติ (The Value of a statistical life) ความไม่แน่นอนภายใต้ตลาดบริการสุขภาพ ซึ่งนำมาสู่แนวคิดการประกัน และแนวคิดระบบการดูแลระยะยาว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 แนวคิดการลงทุนในทุนมนุษย์ด้านสุขภาพ

มนุษย์ถือเป็นทรัพยากรสำคัญที่มีผลต่อเศรษฐกิจและสังคม ตามทฤษฎีทุนมนุษย์ของ Becker (1962) เปรียบมนุษย์เสมือนทุนชนิดหนึ่งในรูป “ทุนมนุษย์” (Human capital) ซึ่งประกอบไปด้วยคุณลักษณะต่างๆ ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดหรือจากการสะสมเรียนรู้ ดังนั้น ทุนมนุษย์จึงเปรียบเสมือนสต็อกทุนที่มีอยู่ในตัวบุคคลซึ่งสามารถเพิ่มคุณค่าได้ด้วยการลงทุนที่เหมาะสม โดยการลงทุนในทุนมนุษย์ประกอบไปด้วย การศึกษา การฝึกอบรม การดูแลสุขภาพ และการย้ายถิ่น (Schultz, 1961) ปัจจัยทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อศักยภาพมนุษย์ โดย Grossman (2008) กล่าวว่า การลงทุนทางสุขภาพเป็นรูปแบบการลงทุนในทุนมนุษย์ซึ่งก่อให้เกิดความพอใจแก่บุคคลในแง่ของการมีสุขภาพที่ดีและเพิ่มความยืนยาวของ

ชีวิต ผู้บริโภคจึงมีอุปสงค์ต่อการบริการสุขภาพเนื่องจากการได้รับบริการทางสุขภาพก่อให้เกิดอรรถประโยชน์ซึ่งก็คือความพึงพอใจในรูปแบบของการมีสุขภาพที่ดี

บุคคลเมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยทางร่างกายอันเนื่องมาจากภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพจึงเปรียบเสมือนการลงทุนเพื่อรักษาระดับทุนทางสุขภาพ (Health capital) ซึ่งก่อให้เกิดผลประโยชน์ในระยะยาวด้วยการมีสุขภาพที่ดีโดย Becker (2007) เสนอแนวคิดมูลค่าชีวิตเชิงสถิติ (The Value of a statistical life) ซึ่งกล่าวถึงมูลค่าชีวิตของบุคคลในแต่ละช่วงอายุ โดยมูลค่าชีวิตจะมีค่าสูงสุดในกลุ่มคนทำงานวัยหนุ่มสาวและจะมีมูลค่าลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและมีอัตราการลดลงอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้สูงอายุสาเหตุจากความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งพฤติกรรมของผู้บริโภคในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและมีการคาดหวังจะมีการตัดสินใจเลือกในทางที่ดีที่สุดในภายใต้ข้อจำกัดและทางเลือกต่างๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคตภายใต้ความไม่แน่นอนในความยืนยาวของชีวิต โดยค่าอรรถประโยชน์จะมีความแตกต่างกันในช่วงอายุต่างๆ และมีค่าเท่ากับศูนย์เมื่อเสียชีวิตส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในวัยสูงอายุมีจำนวนสูงเพื่อพยายามรักษาระดับอรรถประโยชน์ของชีวิต ดังนั้น การมีประกันสุขภาพที่ครอบคลุมสามารถแก้ไขปัญหาความเสี่ยงทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจากความไม่แน่นอนด้านสุขภาพในอนาคต

ความไม่แน่นอนของชีวิตที่บุคคลต้องเผชิญนั้นส่งผลต่อความไม่แน่นอนในการบริการสุขภาพ โดย Arrow (2001) กล่าวว่า เนื่องจากบุคคลไม่สามารถคาดการณ์ความเจ็บป่วยของตนและความจำเป็นในการรับบริการทางสุขภาพในอนาคตส่งผลให้ตลาดบริการสุขภาพเป็นตลาดที่อยู่ภายใต้ความไม่แน่นอน (Under uncertainty) ทั้งในแง่ของอุปสงค์ทางการแพทย์ซึ่งก็คือความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ เช่น การเกิดภาวะสมองเสื่อมซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าและมีความไม่แน่นอนในค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการทางสุขภาพซึ่งรูปแบบการเจ็บป่วยมีลักษณะการเกิดความต้องการบริการดูแลรักษาในทันทีทันใดและส่งผลต่อความไม่แน่นอนในด้านอุปทาน (ผู้ให้บริการ) เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ความต้องการของผู้บริโภคได้รวมถึงผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการสุขภาพมีลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลแม้จะได้รับบริการในรูปแบบเดียวกันประกอบกับความไม่สมมาตรของข้อมูลในตลาดบริการสุขภาพ (Asymmetric information) เนื่องจากข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการเช่นแพทย์ และผู้รับบริการคือคนไข้ไม่เท่าเทียมกัน เช่น ข้อมูลของโรคหรือวิธีการรักษาส่งผลให้ตลาดบริการสุขภาพเกิดความล้มเหลว ดังนั้น ในตลาดบริการสุขภาพจึงไม่สามารถวิเคราะห์เหมือนในกรณีตลาดสินค้าและบริการโดยทั่วไปและจำเป็นต้องได้รับการแทรกแซงจากรัฐทั้งในด้านราคาและบริการสุขภาพ

การแบกรับภาระความเสี่ยงจากความไม่แน่นอนดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทั้งบุคคลและตลาดบริการทางการแพทย์ต้องเผชิญ กล่าวได้ว่า ความไม่แน่นอนในการเกิดความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงที่บุคคลต้องเผชิญซึ่งอยู่ในรูปแบบความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลและความเสี่ยงที่เกิดจากความต้องการการดูแลช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน หรือการดูแลทางการแพทย์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2552) โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมในการรับความเสี่ยงที่แตกต่างกันแต่คนส่วนใหญ่เลือกที่จะเลี่ยงความเสี่ยง (Risk averse) ซึ่งสามารถอธิบายโดยแนวคิดอรรถประโยชน์ของรายได้ (Marginal utility of income) เพื่ออธิบายลักษณะพฤติกรรมบุคคลที่ส่งผลให้มีลักษณะการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Bhattacharya, 2014)

แนวคิดอรรถประโยชน์ของรายได้ (Utility of income) แสดงถึงความพอใจของบุคคลซึ่งขึ้นกับรายได้ขึ้นเนื่องจากบุคคลคำนึงถึงรายได้ของตนที่ได้รับมา แสดงดังสมการ 2.1

$$U(I) \quad (2.1)$$

กำหนดให้ U คือ ฟังก์ชันอรรถประโยชน์ (Utility function)

I คือ รายได้

โดยที่อรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มของรายได้ (Marginal utility of income) แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงความพอใจเมื่อรายได้เพิ่มขึ้น โดยค่าอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่ม จากการทำ First derivative มีค่าเป็นบวก ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของรายได้ทำให้มีอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้น

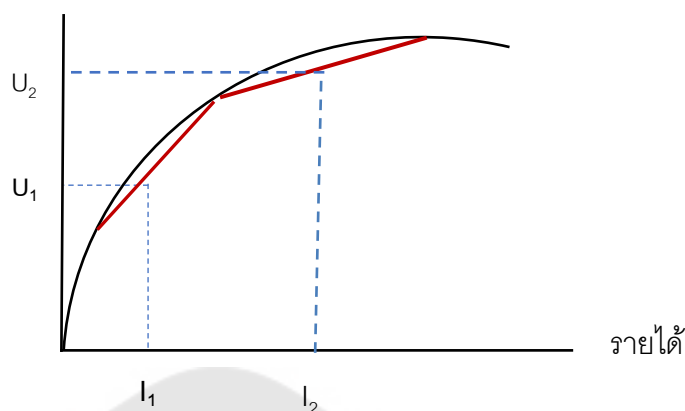
$$\frac{\partial U}{\partial I} = U'(I) > 0 \quad (2.2)$$

แต่การเปลี่ยนแปลงค่าอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราลดลงเมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น ค่า Second derivative จึงมีค่าลบ

$$\frac{\partial^2 U}{\partial I^2} = U''(I) < 0 \quad (2.3)$$

จากคุณสมบัติดังกล่าว ส่งผลให้เส้นอรรถประโยชน์ของรายได้มีลักษณะโค้ง concave แสดงดังภาพประกอบ 7

อรรถประโยชน์



ภาพประกอบ 7 เส้นอรรถประโยชน์ของรายได้

ที่มา: Bhattacharya (2014)

จากภาพประกอบ 7 ณ. รายได้ที่ระดับ I_1 ให้ค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ U_1 รายได้ระดับ I_2 ให้ค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ U_2 ณ. ระดับรายได้ที่ I_1 จะมีค่าอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มมากกว่าระดับ I_2 เส้นอรรถประโยชน์ของรายได้มีลักษณะโค้ง concave ซึ่งมีความชันลดลงเมื่อรายได้เพิ่มขึ้น โดยค่าความชันแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงค่าความพอใจส่วนเพิ่ม ดังนั้นถ้าบุคคลเกิดการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้รายได้ลดลงแสดงถึงการสูญเสียอรรถประโยชน์ในระดับที่สูง เช่น บุคคลมีรายได้ I_2 เกิดการเจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้รายได้ลดลงเหลือ I_1 พบว่ามีการสูญเสียอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มในอัตราที่สูงส่งผลให้บุคคลส่วนใหญ่จึงมีพฤติกรรมในการเลี่ยงความเสี่ยง ดังนั้น การประกันจึงเป็นเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการลดความเสี่ยงโดยการได้รับการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเพื่อลดการสูญเสียรายได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของบุคคล (Glied, 2001; Phelps., 2003)

การประกันเป็นวิธีการจัดการปัญหาความเสี่ยงทางการเงินและความไม่แน่นอนโดยการกระจายความเสี่ยงทางการเงินให้แก่บุคคลอื่น เนื่องจากบุคคลไม่สามารถประเมินความน่าจะเป็นในการเกิดการเจ็บป่วยของตนเองได้ แต่เมื่อบุคคลเข้าสู่ตลาดซึ่งเป็นการรวมจำนวนคนเป็นกลุ่มใหญ่จะสามารถประมาณการความน่าจะเป็นของการป่วยโดยประเมินจากข้อมูลการเจ็บป่วยของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นในอดีตและส่งผลให้การประมาณการความน่าจะเป็นของการป่วยมีความแม่นยำขึ้น ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงเป็นการลดความผันผวนของรายได้โดยการกระจายความเสี่ยงในคนกลุ่มใหญ่ (Risk pooling) และมีการเก็บค่าธรรมเนียมจากทุกคน ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของบุคคลจะถูกเฉลี่ยไปในคนกลุ่มใหญ่ที่ร่วมการประกันซึ่งเป็นรูปแบบการ

กระจายความเสี่ยงทางสุขภาพและทางการเงินออกจากผู้สูงอายุและครัวเรือน Folland (2013); (Getzen, 2004)

1.2 แนวคิดการประกันสุขภาพและปัญหาพื้นฐานการประกัน

การประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากความไม่แน่นอนในอนาคต โดยหลักการประกันสุขภาพคือการกระจายความเสี่ยงเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพื่อให้สมาชิกได้รับความคุ้มครองและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล โดยการประกันสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (Henderson, 2005)

1.2.1. การประกันแบบให้ค่าชดเชย (Indemnity approach) โดยให้การชดเชยต่อค่าใช้จ่ายหรือสิ่งที่สูญเสีย เช่น การประกันอัคคีภัย การประกันรายได้ การประกันสุขภาพ โดยมีการเก็บค่าธรรมเนียมจากความเสียหายที่อาจเกิดความสูญเสียขึ้น

1.2.2. การประกันแบบรัฐสวัสดิการ (Social insurance) เป็นการประกันที่อยู่ในรูปแบบการช่วยเหลือจากรัฐ เช่น การช่วยเหลือทางการเงิน การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยค่าธรรมเนียมจะคำนวณจากความสามารถที่จะจ่ายของบุคคลหรือครัวเรือน

ระบบการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมักดำเนินการในรูปแบบการประกันแบบรัฐสวัสดิการ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเจ็บป่วยและมีความจำเป็นในการได้รับบริการทางสุขภาพ ดังนั้น การทำประกันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในช่วงวัยสูงอายุอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงทางการเงินแก่ผู้รับประกันส่งผลให้ผู้ประกันตนต้องเสียค่าเบี้ยประกันในอัตราที่สูงหรือไม่ได้รับการประกัน ดังนั้น การทำประกันตั้งแต่วัยแรงงานซึ่งมีความน่าจะเป็นของการเกิดโรคน้อยและมีรายได้จากการทำงานจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของตลาดการประกัน โดยระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมักดำเนินการในรูปแบบการประกันการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันในการรองรับความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อให้บุคคลได้รับการดูแลทางการแพทย์หรือการช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมประจำวันอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็นในแต่ละบุคคลรวมไปถึงการรองรับความเสี่ยงทางการเงินจากค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลและการดูแลที่เกิดขึ้นในอนาคต (Siciliani, 2014)

การประกันการดูแลระยะยาว (Long term care insurance: LTCI) คือการประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองกรณีที่ผู้ทำประกันภัยไม่สามารถดำเนินภารกิจในชีวิตประจำวันได้ โดยสมาคมประกันวินาศภัยไทยได้ให้คำนิยามการประกันการดูแลระยะยาว ดังนี้

“การประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองกรณีที่ผู้ทำประกันภัยไม่สามารถทำภารกิจในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 อย่างประกอบด้วยการเปลี่ยนจากนอนไปนั่ง การเดิน การแต่ง

กาย การอาบน้ำชำระล้างร่างกาย การรับประทานอาหารซึ่งต้องเป็นต่อเนื่องติดต่อกันไม่น้อยกว่า 180 วันหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจน”

ในตลาดการประกันสุขภาพจะประสบปัญหาตลาดไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากความไม่สมมาตรของข้อมูลข่าวสาร (Asymmetric information) ซึ่งก็คือการที่ฝ่ายผู้รับประกันและผู้ประกันตนมีข้อมูลที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในการประกันสุขภาพ ผู้ที่ซื้อประกันมักจะมีข้อมูลมากกว่าผู้รับประกัน เช่นภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนส่งผลให้ในตลาดการประกันสุขภาพเผชิญกับปัญหาการเลือกที่ไม่พึงประสงค์ (adverse selection) และปัญหาภาวะเสี่ยงภัยทางศีลธรรม (Moral hazard) ซึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานในระบบประกันสุขภาพ

ปัญหาการเลือกที่ไม่พึงประสงค์มักเกิดจากการที่ผู้ซื้อประกันมีข้อมูลด้านสุขภาพของตนมากกว่าผู้รับประกัน เช่น โรคประจำตัวหรือความเสี่ยงในการเกิดโรค และอาจเกิดการบิดเบ่งข้อมูลต่อผู้รับประกันส่งผลให้ในตลาดการประกันมีแต่ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินในระบบการประกัน ผู้รับประกันจึงแก้ไขปัญหาโดยการตรวจสอบกลุ่มผู้ประกัน เช่น การตรวจสุขภาพก่อนการรับประกันเพื่อประเมินภาวะความเสี่ยงของการเกิดโรคและเก็บค่าธรรมเนียมตามความเสี่ยงหรือการปฏิเสธการรับประกันผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงอาจไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้เนื่องจากอุปสรรคทางการเงินหรือภาวะสุขภาพซึ่งก่อให้เกิดการปฏิเสธจากผู้รับประกัน ดังนั้น การประกันที่เปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าสู่ระบบประกันได้ เช่น ระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory health insurance) จึงเป็นระบบการประกันที่สามารถจัดการกับปัญหาการเลือกที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากกำหนดให้ทุกคนต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพซึ่งถือเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงแต่ละบุคคลในกลุ่มคนจำนวนมากซึ่งมีความเสี่ยงในระดับที่แตกต่างกัน (Bhattacharya, 2014; Henderson, 2005)

จากปัญหาในระบบตลาดประกันสุขภาพที่กล่าวมา Getzen (2004) เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาการเลือกที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในตลาดการประกันสำหรับผู้สูงอายุโดยการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพตั้งแต่ในวัยแรงงานเพื่อนำมาเป็นหลักประกันสุขภาพในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ได้น้อยซึ่งอาจไม่มีความสามารถในการจ่ายค่าเบี้ยประกันหรือไม่สามารถเข้าสู่การประกันได้เนื่องจากเงื่อนไขทางภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Costa-Font and Rovira-Forns (2008); (Lamiraud, Oxoby, & Donaldson, 2016) ซึ่งศึกษาความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันการดูแลระยะยาว พบว่าในกลุ่มแรงงานวัยกลางคน (Middle-age) มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจซื้อประกันการดูแลระยะยาวมากที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่เริ่มคำนึงถึงความเสี่ยงทาง

สุขภาพในอนาคตและรับรู้ถึงการขาดศักยภาพในการดูแลแบบไม่เป็นทางการในอนาคตจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้ในกลุ่มวัยกลางคนมีค่าความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันการดูแลระยะยาวมากที่สุด

ในขณะที่วิธีการแก้ไขปัญหามักจะเสี่ยงภัยทางศีลธรรมจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ประกันตนภายหลังจากได้รับการประกันภัย เช่น การไม่ดูแลสุขภาพหรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น เนื่องจากไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การแก้ไขปัญหามักอยู่ในรูปแบบการกำหนดเงื่อนไขในการรับบริการโดยต้องรับการประเมินความจำเป็นในการรับบริการ หรือการกำหนดการร่วมจ่ายค่าบริการ (Copayment) ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากการใช้บริการในแต่ละครั้งโดยกำหนดเพดานจำนวนเงินสูงสุดเพื่อควบคุมการให้บริการทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมและจำเป็น ดังเช่นในประเทศญี่ปุ่นมีการเก็บเงินจากผู้รับบริการในการใช้บริการแต่ละครั้งโดยคิดในอัตราร้อยละ 10 หรือ 20 ของต้นทุนการบริการเพื่อเป็นการลดการให้บริการมากเกินไปเกินความจำเป็น โดยมีการกำหนดจำนวนเงินสูงสุดที่ต้องจ่ายเพื่อเป็นการลดภาระทางการเงินของผู้ประกันตน (Campbell & Naoki, 2000)

ระบบประกันสุขภาพซึ่งกำหนดให้ทุกคนสามารถเข้าถึงระบบการประกันได้ ในระบบประกันจึงประกอบไปด้วยบุคคลจำนวนมากซึ่งมีลักษณะบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลให้รูปแบบความต้องการของแต่ละบุคคลก็มีความหลากหลายเช่นกัน ดังนั้น ทางเลือกของการประกันจึงควรมีรูปแบบของบริการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลประกอบกับในแต่ละทางเลือกควรมีการกำหนดเงื่อนไขในการขอรับบริการโดยต้องรับการประเมินความจำเป็นในการขอรับบริการหรือการกำหนดการร่วมจ่ายค่าบริการซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถแก้ไขปัญหาคือพื้นฐานในการประกันและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของตลาดการประกันสุขภาพ โดยในประเทศไทยระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นซึ่งเป็นการจัดบริการและสนับสนุนงบประมาณโดยรัฐบาล การวิเคราะห์พฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกของผู้บริโภคเพื่อแสดงความพึงพอใจต่อคุณลักษณะการบริการการดูแลระยะยาวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาแนวทางการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมในประเทศไทยและสอดคล้องกับการดำเนินการของตลาดการประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

1.3 แนวคิดระบบการดูแลระยะยาว (Long term care)

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมถอยของร่างกายแสดงถึงปัญหาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาวะโรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลรักษาอาจไม่สามารถทำให้กลับมามีสุขภาพแข็งแรงตามภาวะปกติได้แสดงถึงความจำเป็นในการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวหรืออาจจะตลอดช่วงชีวิต ดังนั้น ระบบบริการดูแลระยะยาวจึงถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลระยะยาวโดย World Health Organization (2002); และคนอื่นๆ. (2555) วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2559) พบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวควรประกอบไปด้วย การดูแลแบบเป็นทางการ (Formal care) และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care) และการแบ่งประเภทผู้ดูแลแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการจะพิจารณาจากค่าตอบแทนและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แสดงรายละเอียดดังนี้

1.3.1 การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care) คือรูปแบบการดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นวิชาชีพ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน อาสาสมัครภายในชุมชนซึ่งได้รับการฝึกอบรมการดูแลและการช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุ

1.3.2. การดูแลแบบทางการ (Formal care) คือรูปแบบการดูแลโดยผู้ดูแลในรูปแบบของวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งให้บริการแบบเต็มเวลาหรือในบางเวลาจากผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครัวเรือนไม่พร้อมในการดูแลได้ ประกอบไปด้วยการให้บริการดูแลทั้งในสถานบริการ เช่น ศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ และบริการดูแลในที่พักอาศัย

รูปแบบการดูแลระยะยาวขึ้นกับศักยภาพในการดูแลของครัวเรือนแก่ผู้สูงอายุและความจำเป็นของผู้สูงอายุ โดยรูปแบบการดูแลในสถานบริการมีความจำเป็นสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หรือผู้ที่ครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลซึ่งเป็นบริการที่ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง หรือต้องได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญควรได้รับค่าตอบแทนการดูแลขั้นต่ำเดือนละ 15,000 บาท เทียบเท่ากับผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (วรรณวน ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์, 2560)

นอกจากนั้น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมักจะอยู่ในรูปแบบการดูแลระยะยาวอันเนื่องมาจากภาวะโรคเรื้อรังโดย Wagner, Austin, Davis, and Hindmarsh (2001) ได้เสนอ

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model Needs) เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวในด้านการดูแลทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ โดยรูปแบบการดูแลอยู่ภายใต้แนวคิดการร่วมมือ การติดต่อกันระหว่างฝ่ายต่างๆ ทั้งผู้ดูแล ผู้ป่วย และหน่วยงานทางการแพทย์ในการดูแล ควบคุม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ระบบการดูแลระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ แสดงรายละเอียดดังนี้

1. องค์การบริการสุขภาพ (Health care organization) แสดงถึงระบบการดูแลสุขภาพซึ่งดำเนินการโดยองค์กรที่ดูแลด้านการบริการสุขภาพซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหลักที่นำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการบริการสุขภาพทั้งในการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจเพื่อการพัฒนาการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

2. ทรัพยากรชุมชน (Community resources) เป็นปัจจัยสำคัญเพื่อสร้างการพัฒนาคุณภาพในการเข้าถึงการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการจัดการบริการผ่านชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดการบริการได้อย่างต่อเนื่อง

3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง และการประเมินตนเองผ่านการให้คำปรึกษา การฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การออกแบบระบบ (Delivery system design) เพื่อวางแผนในการประสานระหว่างฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) จากการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการให้คำแนะนำเพื่อการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

6. ระบบข้อมูลทางการแพทย์ (Clinical information system) การบันทึกข้อมูลเพื่อสร้างฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคและการดูแลรักษาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันปัญหาการไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

กล่าวได้ว่าการดูแลโรคเรื้อรังเป็นบริการทางสุขภาพซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพหลักของประเทศจำเป็นต้องมีการดำเนินการผ่านชุมชน (Community-based care) และประกอบไปด้วยระบบการสนับสนุนในด้านต่างๆ ทั้งด้านทรัพยากรและการกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ จากแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบการดูแลที่ต้องมีการประสานงานกันระหว่างฝ่ายต่างๆ ทั้งจากฝ่ายผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการจัดบริการผ่านชุมชนโดย

ชุมชนถือเป็นส่วนสำคัญในการจัดการบริการให้แก่ผู้ป่วยและสนับสนุนผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแสดงดังภาพประกอบ 8 แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างระหว่างระบบสวัสดิการสังคม ระบบการบริการสุขภาพและการดูแลแบบไม่เป็นทางการ แสดงรายละเอียดดังนี้

1. ระบบสวัสดิการสังคม (Social care system) ประกอบไปด้วยบริการการดูแลในสถานบริการ เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันหรือแบบเต็มเวลา การดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญและกรอบทางกฎหมายในการจัดการสวัสดิการสังคม

2. ระบบการบริการสุขภาพ (Health care system) ซึ่งประกอบไปด้วย การบริการในโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ กรอบทางกฎหมายของระบบการดูแลสุขภาพ

3. การดูแลแบบไม่เป็นทางการ เช่น การให้บริการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อน อาสาสมัครภายในชุมชน

ระบบสวัสดิการสังคมและระบบการบริการสุขภาพจะต้องมีความเชื่อมโยงกับการดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยระบบการดูแลระยะยาวที่มีความเชื่อมโยงกันในลักษณะดังกล่าวจะเป็นระบบที่เหมาะสมและสามารถรองรับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแลในแต่ละบุคคลซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพประกอบ 8 ระบบการดูแลระยะยาว

ที่มา Lis, Lorna, Roelf van Der, and Kai (2011)

อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของสังคม จากการศึกษาผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยของ ศิริภาณี ศรีหาภาค et al. (2557) พบว่าในประเทศไทยมีวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับความกตัญญูต่อบิดามารดาและผู้สูงอายุซึ่งมีความต้องการและคาดหวังที่จะอยู่กับครอบครัว ดังนั้น ในสังคมไทย ครอบครัวโดยเฉพาะบุตรหลานจึงมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ส่วนในครัวเรือนที่จำเป็นต้องหาผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุประสบปัญหาในการแสวงหาบริการผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย เนื่องจากบริการผู้ช่วยดูแลในที่พักอาศัยมีการดำเนินการโดยภาคเอกชน ครัวเรือนซึ่งเป็นผู้แสวงหาผู้ช่วยดูแลมักประสบปัญหาคุณภาพการดูแลที่ไม่มีคุณภาพซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่มีความมั่นใจในระบบการจัดหาผู้ดูแลเพื่อให้บริการในที่พักอาศัย

ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีประกอบไปด้วยปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กันทั้งการดูแลแบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการ แสดงดังภาพประกอบ 9 ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ การดูแลแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบริการในชุมชน เช่น อาสาสมัครในชุมชน การดูแลที่มีคุณภาพภายในครัวเรือนจำเป็นต้องพึ่งพาบริการในชุมชน โดยชุมชนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายการบริการแก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านการบริหารทรัพยากรผ่านการจัดหางบประมาณ

ถูกต้องแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของภาวะโรคที่รุนแรงมากขึ้น กล่าวได้ว่า การดูแลที่มีประสิทธิภาพนอกจากจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ยังขึ้นกับปัจจัยด้านความรู้และประสบการณ์ในการดูแลของผู้ให้การดูแล รวมไปถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ ทั้งบุคคลในครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Lis et al. (2011) เสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในอนาคต โดยมุ่งเน้นไปที่การตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยต้องมีระบบที่มีความเชื่อมโยงระหว่างระบบการบริการสุขภาพและระบบบริการทางสังคมสำหรับการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ

จากแนวคิดระบบการดูแลระยะยาวทั้ง 3 แนวคิดซึ่งประกอบไปด้วย แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุภายใต้วัฒนธรรมไทย แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model Needs Framework) และแนวคิดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Framework for Long-term Care for older people) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างการบริการในรูปแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการผ่านการจัดบริการโดยชุมชนจากเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเพื่อเน้นการให้บริการการดูแลการดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามความต้องการและจำเป็นของผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะการสนับสนุนผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนเพื่อให้เกิดการดูแลแบบไม่เป็นทางการตามศักยภาพของครัวเรือนซึ่งเป็นไปตามคาดหวังของผู้สูงอายุไทยภายใต้วัฒนธรรมของสังคมไทย การดูแลทั้งแบบการประคับประคอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจำเป็นต้องให้การสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลโดยสมาชิกในครัวเรือน เช่น การเยี่ยมที่บ้านเพื่อให้คำแนะนำ บริการช่วยดูแล 24 ชั่วโมงสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นในการได้รับบริการ หรือบริการช่วยเหลือและระหว่างวันสำหรับกรณีที่ครัวเรือนสามารถดูแลได้ในบางช่วงเวลา บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ วัสดุและอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ การปรับที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การสร้างความเชื่อมโยงและความสมดุลระหว่างรูปแบบการดูแลทั้งแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการประกอบกับการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพและด้านสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความมั่นใจให้บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองในการได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามหลักการทางการแพทย์

1.4 ทฤษฎีแบบจำลองทางเลือก (Choice Modelling)

แบบจำลองทางเลือกเป็นการวิเคราะห์ภายใต้แนวคิดของเศรษฐศาสตร์จุลภาคซึ่งใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภคเมื่อเผชิญทางเลือกต่างๆ เพื่อประเมินมูลค่าคุณลักษณะของสินค้าและบริการผ่านการคำนวณหาความยินดีที่จะจ่าย ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาที่ได้รับความนิยมและมีการนำมาใช้ในการศึกษาในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพอย่างแพร่หลายในแง่ของการศึกษาคุณลักษณะของสินค้าและบริการทางสุขภาพซึ่งเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายเมื่อต้องการปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน (Clark, Determann, Petrou, Moro, & de Bekker-Grob, 2014; Ryan, Netten, Skåtun, & Smith, 2006) แบบจำลองทางเลือกมีพื้นฐานแนวคิดจากทฤษฎีความพึงพอใจแบบสุ่ม (Random Utility Theory) แสดงรายละเอียด ดังนี้

1.4.1 ทฤษฎีความพึงพอใจแบบสุ่ม (Random Utility Theory)

การตัดสินใจของผู้บริโภคจะตัดสินใจเลือกทางเลือกที่คาดว่าจะให้ความพอใจ (Utility) ที่ได้รับจากสินค้าและบริการสูงสุดภายใต้ความจำกัดของงบประมาณ พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภคแสดงดังสมการ 2.4

$$\begin{aligned} & \text{Maximize } u(\mathbf{X}) \\ & \text{s.t. } \mathbf{p}\mathbf{x} = m \end{aligned} \quad (2.4)$$

โดยที่ $\mathbf{X}$ คือ เวกเตอร์ของสินค้า

$\mathbf{p}$ คือ เวกเตอร์ของราคาสินค้า $\mathbf{X}$

m คือ รายได้

จากสมการ 2.1 สามารถเขียนเป็นฟังก์ชันอุปสงค์ปกติ (Marshallian demand) ซึ่งแสดงพฤติกรรมการบริโภคสินค้าที่ขึ้นกับราคาสินค้า $\mathbf{p} = (p_1, \dots, p_k)$ (p) และรายได้ (m) (Varian, 1992) แสดงดังสมการ 2.5

$$\mathbf{x}(\mathbf{p}, m) \quad (2.5)$$

เมื่อแทนค่า $\mathbf{x}$ ที่ได้รับอรรถประโยชน์สูงสุดลงในฟังก์ชันอรรถประโยชน์จะได้ อรรถประโยชน์ทางอ้อม (Indirect utility function) แสดงถึงการบรรลุอรรถประโยชน์สูงสุด ณ ระดับราคาสินค้าและงบประมาณที่มีจำกัด แสดงดังสมการ 2.6

$$\begin{aligned} & v(\mathbf{p}, m) = \text{Max } u(\mathbf{X}) \\ & \text{s.t. } \mathbf{p}\mathbf{x} = m \end{aligned} \quad (2.6)$$

Lancaster (1966) กล่าวว่าพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภคจะพิจารณาจากคุณลักษณะของสินค้าและบริการ (Characteristics) ที่คาดว่าจะทำให้ได้รับความพอใจสูงสุด

ภายใต้ข้อจำกัดทางทรัพยากรและข้อมูลของตน เนื่องจากคุณลักษณะของสินค้าและบริการเป็นสิ่ง ที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจกับผู้บริโภค ดังนั้น สินค้าที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกันจะให้ความพอใจ ที่แตกต่างกัน การตัดสินใจเลือกของผู้บริโภคจึงขึ้นกับลักษณะของสินค้าและบริการซึ่งผู้บริโภคแต่ละคนมีความพึงพอใจที่ต่างกัน โดยพฤติกรรมการตัดสินใจอาจขึ้นกับคุณลักษณะของ ผู้บริโภคในแต่ละบุคคล เช่น รายได้ รสนิยม สภาพแวดล้อม และข้อมูลที่มีเกี่ยวกับทางเลือก

ดังนั้น อรรถประโยชน์ของผู้บริโภคจึงอยู่ในรูปแบบอรรถประโยชน์ทางอ้อม (Indirect utility) การตัดสินใจเลือกขึ้นกับลักษณะของสินค้าและบริการและปัจจัยต่างๆ ของ ผู้บริโภค โดยผู้บริโภคจะตัดสินใจเลือกทางเลือกที่คาดว่าจะให้ความพอใจสูงสุดภายใต้ความ จำกัดของงบประมาณและเนื่องจากผู้บริโภคมีข้อจำกัดในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือก บริโภคโดยไม่สามารถรับรู้หรือประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกได้ทั้งหมดส่งผลให้ การตัดสินใจของผู้บริโภคมีความคลาดเคลื่อน ดังนั้นจึงมีส่วนที่ไม่สามารถสังเกตได้หรือเรียกว่า ความคลาดเคลื่อน (Random elements) ปรากฏในฟังก์ชันอรรถประโยชน์ของผู้บริโภคซึ่งส่งผลให้ ผู้บริโภคมีฟังก์ชันอรรถประโยชน์แบบสุ่ม (Random utility function) (McFadden, 2001; Train, 2003)

ฟังก์ชันอรรถประโยชน์จึงประกอบไปด้วยค่าอรรถประโยชน์ซึ่งขึ้นกับลักษณะ ต่างๆ ของสินค้าและบริการที่สามารถสังเกตได้ (Deterministic component) และส่วนที่ไม่ สามารถสังเกตได้ (Random component) แสดงดังสมการ 2.7

$$U_{im} = \beta V'_{im} + \varepsilon_{im} \quad (2.7)$$

U_{im} คือ อรรถประโยชน์จากการเลือกทางเลือก i ของผู้บริโภค m

V'_{im} คือ ฟังก์ชันอรรถประโยชน์จากส่วนที่สังเกตได้จากทางเลือก i ของผู้บริโภค m

ε_{im} คือ ค่าความคลาดเคลื่อน

โดยที่ V'_{im} คือ ฟังก์ชันอรรถประโยชน์ทางอ้อมของผู้บริโภคซึ่งขึ้นกับลักษณะของ สินค้าและบริการของทางเลือก (attributes: X_i) แสดงดังสมการ 2.8

$$V'_{im} = V_{im}(X_i) \quad (2.8)$$

X_i คือ คุณลักษณะของสินค้าและบริการในทางเลือกที่ i

ดังนั้น ทางเลือกที่ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกแสดงถึงความพึงพอใจที่เปิดเผยของผู้บริโภค (Stated preferences) (Rigby, Burton, & Pluske, 2016) และพฤติกรรมการตัดสินใจ ดังกล่าวสามารถนำไปคำนวณค่าความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay: WTP) เพื่อให้ได้รับ อรรถประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงลักษณะสินค้าและบริการ (Chang, Savage, & Waldman,

2017) ซึ่งเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการตามแนวคิดของฮิกซ์ (Hicksian welfare) ในรูปแบบ Compensated variation (CV) เพื่อแสดงถึงความยินดีที่จะจ่ายเพื่อได้รับสวัสดิการที่ดีขึ้น (Welfare gain) จากการปรับปรุงลักษณะของสินค้าและบริการผ่านการวัดขนาดการลดลงของรายได้ ณ.ระดับราคาใหม่เพื่อรักษาระดับอรรถประโยชน์ของผู้บริโภคให้อยู่ในระดับเดิม (Brau & Lippi Bruni, 2008; Kjær, 2005)

เมื่อมีการปรับปรุงคุณลักษณะสินค้าและบริการให้ดีขึ้นจาก x^0 เป็น x^1 จะมีระดับอรรถประโยชน์ที่เปลี่ยนแปลงไปแสดงดังสมการ 2.9 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอรรถประโยชน์ดังกล่าวแสดงถึงจำนวนเงินที่ยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay: WTP) เพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีคุณลักษณะที่ดีขึ้นแสดงดังสมการ 2.10

$$V^1(x^1, p, m) \geq V^0(x^0, p, m) \quad (2.9)$$

$$V^1(x^1, p, m - WTP) = V^0(x^0, p, m) \quad (2.10)$$

1.4.2 แนวคิดความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay)

พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภคเมื่อเผชิญทางเลือกต่างๆ ซึ่งมีคุณลักษณะสินค้าและบริการที่แตกต่างกัน บุคคลจะมีการตัดสินใจภายใต้ทางเลือกที่เผชิญอยู่เพื่อให้ได้รับความพอใจสูงสุด ดังนั้น ทางเลือกที่ได้รับการเลือกจะแสดงถึงความพึงพอใจที่เปิดเผยของผู้บริโภค (Respondents' stated preferences) (Rigby et al., 2016) ความพอใจจึงเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์การตัดสินใจเลือกของผู้บริโภค แต่เนื่องจากการประเมินความพอใจของผู้บริโภคนั้นไม่สามารถวัดได้โดยตรงเนื่องจากไม่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินความพอใจ ดังนั้น ในทางเศรษฐศาสตร์สวัสดิการจึงมีการประเมินความพอใจทางอ้อมจากการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการของบุคคลให้ออกมาในรูปจำนวนเงิน ซึ่งจำนวนเงินดังกล่าวสะท้อนถึงค่าความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay) เพื่อให้ได้มาซึ่งสินค้าและบริการ (Just, 2005) แสดงดังสมการ 2.6, 2.7 นอกจากนั้นสามารถนำไปวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกของผู้บริโภคโดยหลีกเลี่ยงการสอบถามความยินดีที่จะจ่ายโดยตรงซึ่งเป็นการลดความสำคัญด้านราคาต่อพฤติกรรมการตัดสินใจซึ่งสะท้อนถึงความต้องการของผู้บริโภคที่แท้จริง (Kjær, 2005; Train, 2003)

การวัดความยินดีที่จะจ่ายอยู่ภายใต้แนวคิดฟังก์ชันอุปสงค์ชดเชยอยู่ในรูปแบบ Compensated variation (CV) และ Equivalent variation (EV) การวัดการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการตามแนวคิด EV เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงรายได้ โดยยึดหลักระดับความพอใจในระดับเดิมหลังเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยจำนวนเงินจะแสดงถึงจำนวนเงินที่ผู้บริโภคยินดีจ่ายหรือเต็มใจรับเพื่อ

ไม่ให้ความพอใจลดลงหลังจากมีการเปลี่ยนแปลง ขณะที่การวัดการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการตามแนวคิด CV แสดงถึงการวัดการเปลี่ยนแปลงรายได้ โดยรักษาระดับความพอใจเดิมก่อนมีการเปลี่ยนแปลง ในการศึกษาครั้งนี้จำนวนเงินดังกล่าวแสดงถึงจำนวนเงินที่ผู้บริโภคนิยมนำจ่ายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชดเชยให้อยู่ในระดับความพอใจเดิมก่อนมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการตามแนวคิด CV แสดงได้ดังสมการ 2.11

$$V^1(x^1, p, m - CV) = V^0(x^0, p, m)$$

การตัดสินใจเลือกเมื่อเผชิญกับทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไป (Multinomial choice) โดยลักษณะของทางเลือกแบ่งได้เป็นทางเลือกที่สามารถจัดลำดับได้ (Ordered choices) และทางเลือกที่ไม่สามารถจัดลำดับได้ (Unordered choices) (Greene, 2012) การตัดสินใจของผู้บริโภคจะตัดสินใจเลือกทางเลือกที่คาดว่าจะให้ความพอใจสูงสุด (Maximized expected utility) ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรและข้อมูลของตน ถ้าสมมติให้ผู้บริโภคมีทางเลือกทั้งหมด J ทางเลือก โดยทางเลือก i เป็นทางเลือกที่ทำให้ได้รับค่าอรรถประโยชน์สูงสุด ค่าอรรถประโยชน์จากทางเลือก i จะมีค่ามากกว่าทางเลือกอื่นทั้งหมด ดังนั้นค่าความน่าจะเป็นของการเลือกทางเลือก แสดงดังสมการ 2.12

$$P(U_{im} > U_{jm}) \text{ for other } j \neq i \quad (2.12)$$

ฟังก์ชันความน่าจะเป็นในการที่ผู้บริโภค m จะเลือกทางเลือก i จากทางเลือกที่กำหนดให้ทั้งหมด J ทางเลือก แสดงดังสมการ 2.13

$$\begin{aligned} P(U_{im} > U_{jm}); \forall j \in J, j \neq i \\ &= P(V_{im} + \varepsilon_{im} > V_{jm} + \varepsilon_{jm}) \\ &= P(V_{im} - V_{jm} > -\varepsilon_{im} + \varepsilon_{jm}) \end{aligned} \quad (2.13)$$

โดยที่ $\varepsilon_{im} - \varepsilon_{jm}$ คือค่าความแตกต่างของค่าความคลาดเคลื่อน ซึ่งสมมติให้ตัวแปรคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงในรูปแบบเดียวกันและมีความเป็นอิสระต่อกันในรูปแบบกัมเบลแบบที่ 1 (independent and identically distributed with an extreme value type 1 Gumbel distribution) โดยฟังก์ชันการแจกแจงสะสม (Cumulative distribution function) ของตัวแปรคลาดเคลื่อนแสดงดังสมการ 2.14

$$F(\varepsilon_{jm}) = \exp(-\exp(-\varepsilon_{jm})) \quad (2.14)$$

ฟังก์ชันความหนาแน่น (Density function) แสดงดังสมการ 2.15

$$f(\varepsilon_{jm}) = \exp(-\varepsilon_{jm}) \exp[-\exp(\varepsilon_{jm})] \quad (2.15)$$

ดังนั้น ค่าความน่าจะเป็นที่บุคคล m จะเลือกทางเลือก i จากทางเลือกทั้งหมด J ทางเลือกแสดงดังสมการ 2.16

$$P_{im} = \int \prod_{j \neq i} e^{[-\exp(-(V_{im} - V_{jm}))]} e^{-\varepsilon_{im}} e^{-\exp(-\varepsilon_{im})} d\varepsilon_{im} \quad (2.16)$$

สามารถแสดงได้ในรูปการแจกแจงแบบ Logistic ดังสมการ 2.17

$$P_m(i|J) = \frac{\exp(\beta V_{im})}{\sum_{j=1}^J \exp(V_{jm})} \quad (2.17)$$

การวิเคราะห์พฤติกรรมการตัดสินใจเลือกซึ่งขึ้นกับลักษณะของทางเลือก (Attributes) และลักษณะทางประชากร (Charateristics) เป็นการศึกษาภายใต้แบบจำลองโลจิตแบบมีเงื่อนไข (Conditional Logit model) (Greene, 2012) ซึ่งมีข้อกำหนดให้ผู้บริโภคมีความพึงพอใจต่อคุณลักษณะสินค้าและบริการเหมือนกันส่งผลให้ทางเลือกต่างๆ ที่ผู้บริโภคเผชิญมีความเป็นอิสระต่อกัน เมื่อจำนวนทางเลือกเพิ่มขึ้นหรือลดลงจะไม่ส่งผลต่อความน่าจะเป็นในการตัดสินใจเลือก (Independence from Irrelevant Alternatives: IIA) ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมจริงของผู้บริโภค (Train, 2003) จึงมีการพัฒนาแบบจำลองโลจิตแบบผสม (Mixed logit) ซึ่งคำนึงถึงความแตกต่างของพฤติกรรมผู้บริโภคของบุคคล (Heterogeneity) โดยมีข้อสมมติให้ค่าสัมประสิทธิ์ β_i เป็นแบบสุ่ม (Hess & Train, 2017) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้วิธีการประมาณการแบบจำลองโลจิตแบบผสมซึ่งเหมาะสมกับการศึกษาที่คำนึงถึงพฤติกรรมผู้บริโภคของแต่ละบุคคลที่มีลักษณะแตกต่างกัน

แบบจำลองโลจิตแบบผสมมีฟังก์ชันในรูปแบบความน่าจะเป็นของการเลือกซึ่งเป็นการพิจารณาความน่าจะเป็นของทางเลือกทั้งหมดที่เป็นไปได้ โดยฟังก์ชันความหนาแน่นของสัมประสิทธิ์แสดงดังสมการ 2.18

$$P_{in} = \int L_{im}(\beta) f(\beta) d\beta \quad (2.18)$$

โดยที่

$$L_{im}(\beta) = \frac{\exp(V_{im}(\beta))}{\sum_{j=1}^J \exp(V_{im}(\beta))} \quad (2.19)$$

$L_{im}(\beta)$ คือ ความน่าจะเป็นแบบโลจิต (Logit probability)

β คือ สัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะสินค้าหรือบริการ

โดยที่ สัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะสินค้าหรือบริการ (β) มีการแจกแจงความน่าจะเป็น θ ซึ่งมีฟังก์ชันการแจกแจงความน่าจะเป็น $f(\beta|\theta)$ โดยที่ตัวแปรคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงในรูปแบบเดียวกันและมีความเป็นอิสระต่อกันในรูปแบบกัมเบลแบบที่ 1 (independent and identically distributed with an extreme value type 1 (Gumbel) distribution) ดังนั้น ค่าความน่าจะเป็นของการเลือกในแต่ละทางเลือกจึงมาจากการถ่วงน้ำหนักของค่าความน่าจะเป็นจากค่าสัมประสิทธิ์ที่ประมาณการจากการถ่วงน้ำหนักซึ่งกำหนดจากฟังก์ชันความหนาแน่น

การประมาณการค่าสัมประสิทธิ์แบบจำลองโลจิตแบบผสมใช้วิธีการ Simulated maximum likelihood ซึ่งเป็นการสุ่มค่าสัมประสิทธิ์หลายครั้งในการประมาณการซึ่งเป็นการเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของความน่าจะเป็นจากการประมาณค่าสัมประสิทธิ์โดยค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จากการประมาณการแสดงถึงค่าความน่าจะเป็นในการเลือกแต่ละทางเลือกที่ประกอบไปด้วยคุณลักษณะสินค้าและบริการในระดับที่แตกต่างกันและสามารถนำมาคำนวณหามูลค่าความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to Pay) เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณลักษณะของทางเลือกที่ต้องการโดยการนำค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จากการประมาณการนำมาวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายสำหรับคุณลักษณะบริการในระดับต่างๆ (Train, 2003)

การศึกษาในครั้งนี้ ทางเลือกที่ได้รับการเลือกแสดงถึงความพึงพอใจที่เปิดเผยของผู้บริโภคและสามารถนำไปคำนวณค่าความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับอรรถประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงลักษณะสินค้าและบริการ (Chang et al., 2017) ซึ่งเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการตามแนวคิดของฮิกซ์ (Hicksian welfare) ในรูปแบบ Compensated variation เพื่อวัดความยินดีที่จะจ่ายเพื่อได้รับสวัสดิการที่ดีขึ้น (Welfare gain) จากการปรับปรุงลักษณะของสินค้าและบริการผ่านการวัดขนาดการลดลงของรายได้ ณ ระดับราคาใหม่เพื่อรักษาระดับอรรถประโยชน์ของผู้บริโภคให้อยู่ในระดับเดิม (Brau & Lippi Bruni, 2008; Kjær, 2005)

การวัดการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการจากทางเลือกที่กำหนดให้เป็นการประเมินมูลค่าการเปลี่ยนแปลงของอรรถประโยชน์จากการปรับปรุงคุณลักษณะของสินค้าและบริการแสดงดังสมการ (2.6) และ (2.7) การศึกษาโดยทั่วไปจะกำหนดให้ฟังก์ชันอรรถประโยชน์อยู่ในรูปแบบของสมการเส้นตรงเพื่อความสะดวกในการคำนวณ โดยค่าที่ได้แสดงถึงอัตราการทดแทนกันหน่วยสุดท้าย (Marginal rate of substitution: MRS) แสดงถึงค่าการลดลงของสินค้าชนิดหนึ่งเพื่อให้บริโภคสินค้าอีกชนิดหนึ่งเพิ่มขึ้นเพื่อรักษาระดับความพอใจให้เท่าเดิม (Hensher, 1981) ดังนั้นความยินดีที่จะจ่ายจึงแสดงถึงจำนวนเงินที่ผู้บริโภคยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับคุณลักษณะของสินค้าและบริการที่ดีขึ้น โดยการคาดหวังเพื่อให้ได้รับอรรถประโยชน์สูงขึ้นแสดงดังสมการ 2.20

$$CV = \frac{1}{\delta} \left[\sum_{i \in C} \ln e^{v_{i1}} - \sum \ln e^{v_{i0}} \right] \quad (2.20)$$

โดยที่

δ คือ อรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มของรายได้

v_{i0} คือ อรรถประโยชน์ทางอ้อมก่อนการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ

v_{i1} คือ อรรถประโยชน์ทางอ้อมหลังการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ

C คือ ชุดทางเลือก

จากสมการ 2.20 สามารถเขียนในรูปแบบสมการลดรูป (Reduces form) ดัง
สมการ 2.21

$$CV = \frac{1}{\delta} [V_{i1} - V_{i0}] \quad (2.21)$$

ค่าความยินดีที่จะจ่ายของการศึกษาคั้งนี้จึงแสดงถึงความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่ม (Marginal willingness to pay: MWTP) ซึ่งถือเป็นแนวคิดสำคัญในการวัดการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการของบุคคลแสดงถึงการแลกอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากเงินกับอรรถประโยชน์จากคุณลักษณะที่เปลี่ยนแปลงออกมาในรูปตัวเงิน (Burge, Netten, & Gallo, 2010; Silva, 2004)

ดังนั้น ค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จากการประมาณการฟังก์ชันอรรถประโยชน์จากแบบจำลอง Mixed Logit จะนำมาคำนวณมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่ม (MWTP) เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณลักษณะของทางเลือกที่ต้องการโดยการนำค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จากการประมาณการแบบจำลองนำมาวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายสำหรับคุณลักษณะระดับต่างๆ โดยวิธีการคำนวณมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มใช้หลักอัตราทดแทนกันหน่วยสุดท้าย (MRS) ระหว่างคุณลักษณะของทางเลือกที่ต้องการศึกษากับคุณลักษณะด้านราคา ซึ่งเกิดจากการหาอนุพันธ์ของสมการอรรถประโยชน์ทางอ้อมแสดงดังสมการ 2.22

$$MWTP = - \frac{\partial p_j}{\partial X_{ij}} = \frac{\partial V_j / \partial X_1}{\partial V_j / \partial p_j} = \frac{\beta_1}{-\beta_p} \quad (2.22)$$

โดยที่ β_1 คือ ค่าสัมประสิทธิ์คุณลักษณะสินค้าและบริการ

β_p คือ ค่าสัมประสิทธิ์ของเงิน

การวัดการเปลี่ยนแปลงสวัสดิการจากทางเลือกต่างๆ ที่กำหนดให้โดยใช้ค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างค่าสัมประสิทธิ์สองค่าในฟังก์ชันอรรถประโยชน์ โดยมีปัจจัยด้านต้นทุนเป็นปัจจัยสำคัญในการวิเคราะห์เพื่อหาค่าความยินดีที่จะจ่ายเป็นการประมาณการผลประโยชน์ในรูปจำนวนเงินตามหลักทางเศรษฐศาสตร์สวัสดิการแสดงถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้รับคุณลักษณะที่ดีขึ้น นอกจากนั้น ค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จาก

ประมาณการยังแสดงถึงราคาแฝง (Implicit price) ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของคุณลักษณะทางเลือก โดยในเชิงทฤษฎีสวัสดิการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงความพอใจอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในระดับของคุณลักษณะซึ่งก่อให้เกิดความแตกต่างระหว่างทางเลือกโดยเปรียบเทียบ (Bennett, Economics, & Management, 1999)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ต้องการศึกษาความยินดีที่จะจ่ายในแต่ละระดับของคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวเพื่อประโยชน์ในการรับบริการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุ ดังนั้นจำนวนเงินจากการประมาณการจึงแสดงถึงค่าความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แนวคิดความยินดีที่จะจ่ายจึงมักถูกใช้ในการประมาณประโยชน์ของระบบการดูแลสุขภาพของรัฐซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความพึงพอใจของผู้บริโภคประกอบกับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการวางแผนการผลิตและการกำหนดราคาสินค้าและบริการ โดยเฉพาะในตลาดการประกันภัยพบว่าการกำหนดรูปแบบและราคาจากการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น (Braun, Schmeiser, & Schreiber, 2016) ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภคอย่างแท้จริง เนื่องจากเผชิญกับความล้มเหลวของตลาด การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภคจึงมีความสำคัญ และถ้าสามารถระบุคุณลักษณะของสินค้าและบริการที่สำคัญที่สุดจากมุมมองของผู้บริโภคเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการเร่งพัฒนารูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวและการจัดบริการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุจะส่งผลให้สามารถพัฒนาระบบหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบไปด้วย 2 หัวข้อ ได้แก่ รูปแบบการให้บริการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพและความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 รูปแบบการให้บริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ

การศึกษารูปแบบการให้บริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุประกอบไปด้วยการดูแลแบบเป็นทางการ (Formal care) และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care) หรือมีการให้บริการแบบผสมทั้ง 2 รูปแบบรวมถึงการสนับสนุนการดูแลระยะยาว โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากรซึ่งส่งผลกระทบต่อศักยภาพการดูแลอย่างไม่เป็นทางการจากการที่บุตรหลานมีแนวโน้มลดลงในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความ

ต้องการบริการการดูแลระยะยาวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต (Cardoso, Oliveira, Barbosa-Povoa, & Nickel, 2012) จากการศึกษาการคลังสุขภาพของ ถาวร สกุลพาณิชย์, สมชัย จิตสุชน, และ อรรถพรณ ประสิทธิ์ศิริผล (2556) คาดการณ์ว่าประชากรไทยจะมีการใช้บริการการดูแลระยะยาวสูงขึ้นจากปัญหาโรคเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุและจะเป็นแรงกดดันต่อภาระทางการคลังของรัฐบาลส่งผลต่อความยั่งยืนทางของระบบบริการสุขภาพซึ่งควรมีการวางแผนเพื่อรองรับปัญหาภาระทางการเงินที่จะรุนแรงขึ้นในอนาคต (Ed, 2006)

ผลจากการที่ผู้ดูแลโดยสมาชิกในครัวเรือนซึ่งเป็นการดูแลในรูปแบบไม่เป็นทางการมีแนวโน้มลดลง จากการศึกษาโดย Lin, Yin, and Loubere (2014) พบว่าการดูแลผู้สูงอายุในประเทศจีนประสบปัญหาจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการจากสมาชิกในครัวเรือนไม่มีประสิทธิภาพและไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนั้น รูปแบบการดูแลระยะยาวจึงมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการใช้บริการในศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น การบริการดูแลแบบเป็นทางการจึงเป็นรูปแบบการบริการที่สำคัญเพื่อทดแทนการลดลงของการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือนและรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นในการได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญหรือพึ่งพิงอุปกรณ์ทางการแพทย์ กล่าวได้ว่า ระดับความต้องการรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวขึ้นกับศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยในครัวเรือนที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้จะมีความต้องการการบริการทั้งในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการประกอบกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือครัวเรือนไม่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเกิดภาวะพึ่งพิงจะต้องพึ่งพิงบริการการดูแลในรูปแบบทางการเท่านั้น (Van Houtven & Norton, 2004)

เมื่อพิจารณาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่ารูปแบบไม่เป็นทางการจากสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉพาะบุตรหญิงเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแล (ปวีณา ลีตระกูล, 2559) ในขณะที่การดูแลแบบเป็นทางการ จากการศึกษารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในสถานบริการโดย อรรถพรณ คูหา (2556) โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและการทำ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการการดูแลระยะยาวในสถานบริการเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนถึงระดับปานกลาง ครอบครัวจะเป็นผู้ให้บริการการดูแลเป็นหลัก เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลระยะยาวในสถานบริการผู้ให้บริการจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมด นอกจากนั้น ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการในสถานบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปอันเนื่องจากสาเหตุ เช่น ไม่มีผู้พามา ไม่มีค่าใช้จ่ายการเดินทาง เสีย

รายได้จากการประกอบอาชีพและอาจเกิดปัญหาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการบริการการดูแลที่ไม่มีคุณภาพและเพียงพออาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรังในอัตราที่สูงขึ้นก่อให้เกิดภาระทางการเงินจากจำนวนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่มากขึ้นในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobs-Lawson, Webb, Schumacher, and Gayer (2010) ซึ่งศึกษาลักษณะของบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 55 – 71 ปี จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะสามารถเข้าถึงการบริการในรูปแบบทางการได้น้อยกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Paraponaris, Davin, and Verger (2012) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุและครัวเรือน

จากงานศึกษาของ Byrne, Goeree, Hiedemann, and Stern (2009); (Paraponaris et al., 2012); Van Houtven and Norton (2004) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่าจะสามารถเข้าถึงบริการดูแลแบบทางการมากกว่า เนื่องจากเมื่อสมาชิกในครัวเรือนเผชิญกับการตัดสินใจในการดูแลแบบไม่เป็นทางการเมื่อผู้สูงอายุต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การตัดสินใจจะขึ้นกับปัจจัยสำคัญคือค่าจ้างที่ได้รับจากการทำงานของบุตรซึ่งถือเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสที่เกิดขึ้นจากการสละเวลาทำงานหรือออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ดังนั้น ครัวเรือนที่บุตรหลานมีรายได้สูง การศึกษาสูง ผู้สูงอายุมักจะมีโอกาสในการได้รับการดูแลแบบทางการมากกว่า ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงถึงความสำคัญของการดูแลในสถานบริการในแง่ของการที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการจ่ายค่าบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุในครัวเรือนเข้าถึงบริการดูแลอย่างเป็นทางการ โดยที่สมาชิกในครัวเรือนยังสามารถทำงานได้

นอกจากนั้น การสนับสนุนการดูแลระยะยาวยังมีความสำคัญต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุโดย วรเวศม์ สุวรรณระดา (2553) กล่าวว่าระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงแก่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องสร้างระบบการดูแลทั้งในด้านสุขภาพ การสนับสนุนเพื่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และการจัดการทรัพยากรเพื่อรองรับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนของ คำนิยม นันดา and ศรีรัษฎรัตน์ วรรณภา (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและบริการสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ช่วยเหลือและสิ่งจำเป็นต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลและมีความต้องการบริการ

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ การจัดส่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุแทนผู้ดูแลประจำ การสนับสนุนด้านการปรับปรุงที่พักอาศัยเพื่อการฟื้นฟูร่างกายและการช่วยเหลือตนเองและบริการสนับสนุนด้านการเดินทางเพื่อการตรวจรักษาต่อเนื่อง และในบางครอบครัวที่ไม่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ควรมีบริการที่เป็นทางเลือกเพื่อการดูแลระยะยาวภายในที่พักอาศัยและภายในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครัวเรือน

การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่มีความจำเป็นในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุซึ่งประสบปัญหาการเสื่อมถอยของร่างกายและมักประสบความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาระบบการดูแลระยะยาวโดย วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2560); สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, and บวรศม ลิระพันธ์ (2561) พบว่าอุปกรณ์ช่วยเหลือที่มีความจำเป็นประกอบไปด้วย อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ไม่เท่า แก้วน้ำนั่งถ่าย เตียงนอน และวัสดุสิ้นเปลืองและอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ ที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ โดยวัสดุสิ้นเปลืองประกอบไปด้วยสายยางให้อาหารเหลว ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แผ่นรองขับ สำลี สำลีพันไม้

ความต้องการการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวันและวัสดุสิ้นเปลืองมีความแตกต่างกันตามระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามความต้องการด้านบริการสาธารณสุข ได้แก่

1. กลุ่มติดบ้านสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้เองบ้างและอาจมีปัญหาในการกินหรือการขับถ่ายแต่แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมองและกลุ่มที่มีภาวะสับสนทางสมอง

2. กลุ่มติดเตียงซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและกลุ่มที่อาจมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

อุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่มีความจำเป็น 5 อันดับแรกในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง และผู้สูงอายุติดบ้านแสดงดังตาราง 2 และตาราง 3 โดยราคาอุปกรณ์อ้างอิงจากราคาเฉลี่ยในตลาด พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุในในกลุ่มติดเตียงจะมีค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองในการดูแลประมาณ 4,566.22 บาท/เดือน กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านจะมีค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองในการดูแลประมาณ 2,558.57 บาท/เดือน แสดงถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการบริการดูแลระยะยาว

ตาราง 2 ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

อุปกรณ์	ราคาเฉลี่ย	อายุการใช้งาน	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน
รถเข็น	3,500 บาท	5 ปี	58.33
เตียงผู้ป่วย	14,500 บาท	6 ปี	201.39
ที่นอนลม	5,500 บาท	2 ปี	229.17
เครื่องดูดเสมหะ	3,000 บาท	3 ปี	83.33
เครื่องช่วยหายใจ	13,500 บาท	3 ปี	375
รวม			947.22
วัสดุสิ้นเปลือง	ราคาเฉลี่ย	จำนวนที่ใช้เฉลี่ยต่อเดือน	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน
ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	15.57	80	1,245
แผ่นรองขับ	8.50	100	850
สำลี	0.15	6,000	900
สำลีพันไม้	0.80 บาท	480	384
รวม			3,659
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด			4,566.22

ที่มา: รวบรวมจากข้อมูลด้วยวิธีวิจัย และ ยศ วัชรคุปต์ (2560)

ตาราง 3 ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

อุปกรณ์	ราคาเฉลี่ย	อายุการใช้งาน	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน
ไม้เท้า	3,500 บาท	3 ปี	97.22
อุปกรณ์ช่วยเดิน	550 บาท	5 ปี	9.17
รถเข็น	3,500 บาท	5 ปี	58.33
เก้าอี้นั่งถ่าย	2,050 บาท	5 ปี	34.17
เตียงนอน	1,500 บาท	7 ปี	17.85
รวม			216.74
วัสดุสิ้นเปลือง	ราคาเฉลี่ย	อายุการใช้งาน	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน
ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	15.57 บาท	77.6	1208.23
แผ่นรองขับ	8.50 บาท	41.6	353.6
สำลี	0.15 บาท	3,600	540
สำลีพันไม้	0.80 บาท	300	240
รวม			2,341.83
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด			2,558.57

ที่มา: ปรับปรุงจาก วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์ (2560)

นอกจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลหรือครัวเรือนที่ส่งผลต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการการดูแลแบบทางการ จากงานศึกษาของ Bakx, de Meijer, Schut, and van Doorslaer (2015) ซึ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการดูแลระยะยาวแบบทางการและไม่เป็นทางการโดยศึกษาเปรียบเทียบในประเทศเยอรมนีและประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษาพบว่าลักษณะของระบบการดูแลระยะยาว เช่น รูปแบบความคุ้มครอง อัตราการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายบริการแต่ละครั้งมีผลต่อการใช้บริการดูแลระยะยาว โดยการกำหนดอัตราร่วมจ่ายในสัดส่วนมากส่งผลให้ในประเทศเยอรมนีมีการใช้บริการดูแลแบบเป็นทางการน้อยกว่าประเทศเนเธอร์แลนด์ ดังนั้น กลุ่มคนยากจนในประเทศเยอรมนีจึงสามารถเข้าถึงการบริการการดูแลระยะยาวแบบทางการได้น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบ งานศึกษาดังกล่าวแสดงถึงเงื่อนไขในการใช้บริการระบบการดูแลระยะยาวซึ่งอาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการดูแลแบบทางการ

การจัดบริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบการดูแลแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการขึ้นอยู่กับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่มีความแตกต่างกัน โดยการดูแลในรูปแบบไม่เป็นทางการโดยสมาชิกในครัวเรือนเป็นรูปแบบที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากกว่าการดูแลแบบเป็นทางการและสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่าการให้บริการแบบเป็นทางการเพียงรูปแบบเดียว จากการศึกษาผลของการดูแลแบบไม่เป็นทางการต่อการให้บริการการดูแลแบบเป็นทางการของ Van Houtven and Norton (2004) ผลการศึกษาพบว่าบริการดูแลแบบไม่เป็นทางการอาจสามารถใช้ทดแทนหรือใช้ประกอบกับบริการการดูแลอย่างเป็นทางการ โดยถ้าพ่อแม่ซึ่งมีภาวะการณเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญ การดูแลแบบไม่เป็นทางการจะเป็นบริการที่ต้องใช้ประกอบกับการดูแลแบบเป็นทางการ ในขณะที่หากภาวะสุขภาพของพ่อแม่ไม่จำเป็นต้องใช้บริการทางการแพทย์อย่างเข้มข้น เช่น มีความต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันเท่านั้น การดูแลแบบไม่เป็นทางการจะสามารถใช้ทดแทนการดูแลแบบเป็นทางการสอดคล้องกับการศึกษาของ Bakx et al. (2015) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเภทของการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในประเทศฝรั่งเศส โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจ Handicaps-Incapacities-Dependence survey และใช้วิธี multinomial probit model ในการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาในการดำเนินกิจกรรมประจำวันจะได้รับบริการผสมระหว่างแบบไม่เป็นทางการและแบบเป็นทางการ และพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน เช่น ระดับการศึกษาของครัวเรือน รายได้ที่ใช้จ่ายได้ของครัวเรือน โดยครัวเรือนที่มีรายได้สูง ระดับการศึกษาสูง ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลแบบทางการมากกว่า เนื่องจากครัวเรือนคำนึงถึงต้นทุนค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษารูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าการบริการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วยการดูแลแบบเป็นทางการและการสนับสนุนการดูแลแบบไม่เป็นทางการ ในประเทศญี่ปุ่นซึ่งประสบปัญหาผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากส่งผลกระทบต่อทำให้บริการในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก (Campbell & Naoki, 2000) รัฐบาลประเทศญี่ปุ่นจึงมีการสนับสนุนการดูแลแบบไม่เป็นทางการสำหรับในครัวเรือนที่มีศักยภาพที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Teo, Chan, and Straughan (2003) พบว่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์อยู่บนพื้นฐานการพึ่งพาตนเอง ทั้งการร่วมรับผิดชอบใน

ค่าใช้จ่ายการบริการสุขภาพ ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยรัฐสนับสนุนกิจกรรมที่ให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดูแลสถานบริการซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ การสนับสนุนรูปแบบการบริการทางสุขภาพดังกล่าวส่งผลให้ประเทศสิงคโปร์มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัย

นอกจากนั้น World Health Organization (2010) กล่าวว่าบริการสุขภาพเป็นรูปแบบการบริการเพื่อป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของบุคคล ระบบบริการสุขภาพจึงเป็นระบบที่มีการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยมีภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และมีการจัดการบริการผ่านองค์กรต่างๆ แก่ประชาชนที่มีความจำเป็นในการใช้บริการ ซึ่งจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมา พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อโอกาสและความสามารถในการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ ดังนั้น แนวคิดเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุโดยมีการแทรกแซงจากภาครัฐจึงเป็นสิ่งสำคัญประกอบกับภาครัฐถือเป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความเชื่อถือในระบบประกันซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินการเนื่องจากการประกันมีรูปแบบที่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อคาดหวังการได้รับการชดเชยในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Brau, Lippi Bruni, and Pinna (2010) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการบริการการดูแลระยะยาวและประเมินความยินดีที่จะจ่ายค่าบริการ จากการสำรวจข้อมูลโดยใช้เทคนิค Discrete choice experiments (DCEs) ในการเปิดเผยความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ รายได้ การศึกษา ส่งผลต่อจำนวนเงินที่ยินดีจะจ่ายสำหรับการประกันการดูแลระยะยาวในทิศทางเดียวกัน โดยบุคคลมีความพอใจที่จะเลือกทางเลือกที่รัฐบาลเป็นผู้ให้บริการ

การประกันซึ่งเป็นรูปแบบที่มีรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการจัดการให้บริการการดูแลระยะยาวเป็นรูปแบบที่ทำให้บุคคลมีความมั่นใจและมีความยินดีที่จะจ่ายสมทบเพื่อการประกันการดูแลระยะยาว (Allaire, Brown, & Wiener, 2016) ทั้งในส่วนของการสนับสนุนการประกันโดยตรงในรูปแบบการประกันที่ดำเนินการโดยรัฐบาลหรือการสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจซื้อ เช่น การให้เงินสนับสนุนค่าเบี้ยประกันบางส่วน สามารถกระตุ้นให้มีการตัดสินใจซื้อประกันเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่ไม่ชอบความเสี่ยง (Risk averse) ซึ่งเป็นพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่ (Greenhalgh-Stanley, 2014) กล่าวได้ว่า ความมั่นใจในระบบการประกันเป็นสิ่งจำเป็นในตลาดการประกัน เนื่องจากการประกันเป็นการจ่ายเงินในปัจจุบันเพื่อใช้จ่ายในอนาคต งานวิจัยที่

เกี่ยวข้องจึงพบว่าบุคคลจะมีความพึงพอใจในรูปแบบที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการจัดการประกันโดยมีทั้งรูปแบบการจัดการโดยภาครัฐทั้งหมดและรูปแบบที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการโดยให้เอกชนร่วมให้บริการ

จากแนวคิดระบบการดูแลระยะยาวและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในรูปแบบการจ้ดบริการการดูแลระยะยาวแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบระบบการบริการสุขภาพเพื่อรองรับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ยกยภาพการดูแลจากครอบครัวลดลงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อลดอุปสรรคจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุและครัวเรือนที่ส่งผลต่อโอกาสในการได้รับการบริการการดูแลระยะยาว และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของรูปแบบการจ้ดบริการการดูแลระยะยาวซึ่งต้องประกอบไปด้วยการบริการในรูปแบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการประกอบกัน โดยเฉพาะการสนับสนุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เช่นการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการบริการการดูแลระยะยาวภายใต้การดำเนินงานของรัฐบาลจะเป็นทางเลือกที่ส่งผลต่อความมั่นใจในการใช้บริการการดูแลระยะยาว โดยรูปแบบทางเลือกการบริการการดูแลระยะยาวที่มีความหลากหลายและเหมาะสมต่อความต้องการและความจำเป็นในการรับบริการทั้งของผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันซึ่งเป็นข้อสรุปที่นำมาสู่การกำหนดรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวในการศึกษาคั้งนี้

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพและความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพ

การประกันการดูแลระยะยาว (Long term care insurance) เป็นรูปแบบการประกันทางสุขภาพที่มีแนวคิดในการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุในอนาคต โดยเป็นการกระจายความเสี่ยงออกจากตัวบุคคลและครัวเรือน Getzen (2004) กล่าวว่า การประกันทางสุขภาพคือบริการในรูปแบบหนึ่ง ดังนั้น การตัดสินใจซื้อและความยินดีที่จะจ่ายจึงมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการในการซื้อและมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายในการประกันทางสุขภาพ โดยเป็นไปตามทฤษฎีความพึงพอใจแบบสุ่ม (Random Utility Theory) ซึ่งกล่าวว่าการตัดสินใจของผู้บริโภคจะตัดสินใจเลือกจากลักษณะของสินค้าและบริการ (characteristics) และขึ้นกับคุณลักษณะของผู้บริโภคแต่ละราย โดยจากการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพและความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพ รายละเอียดแสดงดังนี้

(1.) ปัจจัยคุณลักษณะประชากร (Demographic Characteristics) ซึ่งถือเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพและความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ภาวะสุขภาพ อาชีพ จำนวน

ผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน โดยแสดงรายละเอียดในแต่ละปัจจัยดังนี้

(1.1) อายุ ประกอบไปด้วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

Jacobs-Lawson et al. (2010) ศึกษาลักษณะของบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีอายุระหว่าง 55 – 71 ปีจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามโดยให้ระบุจำนวนเงินที่ยินดีจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ (Medicare B, Medigap, Long-Term Care และ Private Insurance) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อการซื้อประกันสุขภาพน้อยกว่าและพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะสามารถเข้าถึงการบริการในรูปแบบทางการได้น้อยแสดงถึงอุปสรรคในการรับบริการการดูแลสุขภาพจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุและครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Costa-Font and Rovira-Forns (2008) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการคุ้มครองการดูแลระยะยาว พบว่ากลุ่มวัยกลางคน (อายุระหว่าง 40-60 ปี) มีแนวโน้มที่จะซื้อประกันการดูแลระยะยาวและมีมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันการดูแลระยะยาวมากที่สุดเนื่องจากอยู่ในวัยแรงงานซึ่งมีรายได้ที่สามารถจ่ายได้ ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำจะมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันการดูแลระยะยาวน้อยที่สุดแม้ว่าจะเป็นกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากบริการดูแลระยะยาวมากที่สุดเมื่อคิดเป็นมูลค่าเปรียบเทียบกับค่าเบี้ยประกันที่ต้องจ่ายซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Brau and Lippi Bruni (2008)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่าวัยแรงงานโดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคนจะมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันมากกว่า ในขณะที่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในวัยเกษียณงาน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพและประสบปัญหาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการในรูปแบบทางการ และในกลุ่มผู้สูงอายุมีความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพน้อยกว่าในกลุ่มวัยแรงงานในขณะที่มีค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสูงกว่า กล่าวได้ว่าหากการประกันการดูแลระยะยาวเริ่มจ่ายตั้งแต่ในวัยแรงงานจะส่งผลต่อความยั่งยืนของกองทุนการดูแลระยะยาวมากกว่าเริ่มจ่ายในวัยสูงอายุ

(1.2.) เพศ ประกอบไปด้วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

การศึกษาของ Bock et al. (2016) ศึกษาความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศเยอรมนี พบว่าเพศชายมีความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพมากกว่า เนื่องจากเพศชายมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงในรูปแบบการรักษาโรคมากกว่า ในขณะที่การศึกษาของ Hussem, van Ewijk, ter Rele, and Wong (2016) ซึ่งศึกษาความสามารถที่จะ

จ่ายค่าบริการการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งกำหนดให้ประชาชนร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันและค่าบริการในแต่ละครั้ง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะมีการใช้บริการการดูแลระยะยาวมากกว่าเพศชายเนื่องจากมีอายุเฉลี่ยยืนยาวมากกว่าส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายการบริการการดูแลระยะยาวสูงตามไปด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Papar (2013) วิเคราะห์การประกันสุขภาพภายหลังเกษียณงานโดยสมัครใจ ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีการใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าเพศชายซึ่งอาจเป็นสาเหตุจากการรับรู้สภาวะสุขภาพของตน (health perceptions) เช่น มีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่ายของการตรวจสุขภาพส่งผลให้เพศหญิงมีความน่าจะเป็นในการซื้อประกันสุขภาพส่วนบุคคลและมีความยินดีที่จะจ่ายมากกว่าโดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงที่มีสุขภาพดีและมีรายได้สูงเนื่องจากมีความใส่ใจในสุขภาพของตน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่า เพศหญิงมีการใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย โดยรูปแบบการให้บริการที่มากกว่านั้นมาจากการให้บริการในการตรวจสุขภาพและการดูแลร่างกายอื่นเนื่องมาจากการที่เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยยืนยาวกว่าเพศชายและการคำนึงถึงสุขภาพของตนหรือการรับรู้ถึงความเสี่ยงทางสุขภาพในอนาคตมากกว่าเพศชาย ดังนั้น ในเพศหญิงจึงมีความน่าจะเป็นในการซื้อประกันทางสุขภาพและมีความยินดีที่จะจ่ายประกันทางสุขภาพมากกว่าในเพศชาย

(1.3.) รายได้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

Bock et al. (2016) ศึกษาความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศเยอรมันเพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคคลต่อการประกันสุขภาพโดยการประเมินมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายเพื่อเป็นตัวชี้วัดความพึงพอใจต่อระบบประกันสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างอายุ 50-84 ปี ผลการศึกษาพบว่ามูลค่าความยินดีที่จะจ่ายมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม โดยปัจจัยสำคัญคือรายได้ บุคคลที่มีรายได้สูงกว่าจะมีความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพมากกว่า และบุคคลมีความยินดีที่จะจ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Swamy (2002) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า รายได้และค่ารักษาพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพ โดยผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีการใช้จ่ายในการซื้อประกันสุขภาพมากกว่า

สอดคล้องกับการศึกษาการประกันสุขภาพแบบสมัครใจหลังการเกษียณงานในประเทศไทยของ Papar (2557) โดยศึกษาในกลุ่มแรงงานอายุระหว่าง 40-69 ปีซึ่งอยู่หรือเคยอยู่ในระบบประกันสังคม โดยใช้วิธี Discrete Choice Experiment (DCE) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่กำหนดมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายการประกันสุขภาพหลังการเกษียณงาน ผลการศึกษาพบว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความน่าจะเป็นในการมีประกันสุขภาพส่วนบุคคล โดยบุคคลที่มีรายได้มากกว่าจะมีความน่าจะเป็นในการยินดีจ่ายเพื่อการมีประกันสุขภาพ เนื่องจากมีความสามารถที่จะจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hussem et al. (2016) ศึกษาความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งมีการจัดการโดยภาครัฐในรูปแบบที่ให้ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้มากกว่าจะมีความสามารถในการร่วมจ่ายค่าบริการได้มากกว่า

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่ารายได้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อโอกาสการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะการบริการดูแลในรูปแบบทางการ โดยผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีการตัดสินใจในการซื้อประกันสุขภาพและมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพมากกว่าและมีความยินดีที่จะจ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้รับบริการการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการบริการ

(1.4.) สถานภาพสมรส ประกอบไปด้วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

การศึกษาความพึงพอใจบริการการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์โดย Nieboer, Koolman, and Stolk (2010) จากการวัดความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับบริการการดูแลระยะยาวโดยวิธี Discrete choice experiments ในกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 50 – 65 ปี และแบ่งกลุ่มตัวอย่างให้ประกอบไปด้วยเพศ ระดับการศึกษาในกลุ่มต่างๆ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตัดสินใจเลือกรูปแบบบริการภายใต้การจำลองสถานการณ์การให้บริการที่เสนอให้คนอื่นเช่น พ่อแม่ คู่สมรส เพื่อแสดงถึงการเปิดเผยความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่สถานภาพโสดมีความต้องการบริการการดูแลระยะยาวมากกว่าคนที่คู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของ Bock et al. (2016) ซึ่งศึกษาความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศเยอรมนี ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดมีความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพมากกว่าสถานะอื่น และมีความยินดีที่จะจ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการการดูแลของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown, Goda, and McGarry (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออุปสงค์ในการประกันการดูแลระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกา สัมภาษณ์ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่าโครงสร้างครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจใน

การเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ครัวเรือนที่มีบุตรหลานจะส่งผลให้บุคคลมีความน่าจะเป็นในการตัดสินใจไม่ซื้อประกันสุขภาพส่วนบุคคลโดยสมัครใจ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรส แสดงถึงความเสี่ยงในการได้รับการดูแลในอนาคตจากสมาชิกในครัวเรือน โดยบุคคลที่มีสถานภาพโสดจะมีความต้องการซื้อประกันทางสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการไม่มีผู้ดูแลในวัยสูงอายุ และมีความยินดีจะจ่ายมากกว่าสำหรับการประกันสุขภาพ

(1.5.) การศึกษา โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

Dey (2015) วิเคราะห์ความต้องการในการดูแลระยะยาว โดยเน้นบทบาทของการศึกษาและสุขภาพต่อความต้องการในการดูแลระยะยาวและการประกันการดูแลระยะยาว ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีการศึกษาดีมีแนวโน้มที่จะมีชีวิตยืนยาวและมีโอกาสสูงที่จะต้องใช้บริการดูแลระยะยาว โดยในกลุ่มผู้ที่มีประกันการดูแลระยะยาวจะมีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกันการดูแลระยะยาว เนื่องจากคนที่มีการศึกษาจะมีความตระหนักถึงความเสี่ยงทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นจากความต้องการในการได้รับบริการการดูแลระยะยาวในอนาคตของสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Brau and Lippi Bruni (2008) ซึ่งพบว่าการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้คนมีความตระหนักถึงภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากบริการการดูแลระยะยาวทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการและมีความต้องการการคุ้มครองทางสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bock et al. (2016) ศึกษาความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศเยอรมนี ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะมีความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากคนที่มีการศึกษาจะสามารถเข้าถึงข้อมูลและเรียนรู้ระบบการประกันสุขภาพ ต้นทุนที่เกิดขึ้นและภาระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการดูแลระยะยาว

Asgary, Willis, Taghvaei, and Rafeian (2004) ศึกษาความยินดีจะจ่ายประกันสุขภาพของครัวเรือน ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพ โดยการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีความยินดีที่จะจ่ายสูงขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากการศึกษาทำให้เห็นถึงคุณค่าของการมีประกัน โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในอนาคตหากจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์และการดูแลระยะยาว โดยถ้าหัวหน้าครัวเรือนมีระดับการศึกษาสูงจะส่งผลให้ครัวเรือนมีการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพตามไปด้วย

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับรายได้ของบุคคล เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาจะมีความสามารถในการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ และคาดการณ์ถึงค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตและประโยชน์ที่ได้รับ

จากการมีประกันสุขภาพคุ้มครองในอนาคต โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพมากกว่า

(1.6.) ภาวะสุขภาพ โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของ Dey (2015) ศึกษาอุปสงค์การบริการดูแลระยะยาวและการประกันการดูแลระยะยาว พบว่าผู้ที่มีสุขภาพดีมีโอกาสซื้อประกันสุขภาพทางสุขภาพได้มากกว่า เนื่องจากผู้ที่มีสุขภาพที่ดีอาจมีความเป็นไปได้น้อยในการเกิดโรคเรื้อรังแต่จากความเสื่อมถอยของร่างกายก็อาจเกิดโอกาสในความจำเป็นในการรับบริการดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันในอนาคตมากกว่า ประกอบกับผู้ที่มีสุขภาพดีมักจ่ายค่าเบี้ยประกันต่ำกว่าเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำ ดังนั้น ผู้ที่มีสุขภาพดีจึงมีอุปสงค์ต่อการบริการดูแลระยะยาวสอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการไม่มีประกันสุขภาพและความยินดีที่จะจ่ายประกันการดูแลระยะยาว (Jacobs-Lawson et al., 2010) พบว่าในกลุ่มวัยแรงงานที่มีสุขภาพดีจะมีความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่สุขภาพไม่ดี เนื่องจากกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีมีความตระหนักในสุขภาพมากกว่า โดยถ้าพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มบุคคลอายุระหว่าง 55-63 ปี ที่มีสุขภาพดีจะมีความยินดีที่จะจ่ายประกันการดูแลระยะยาวมากกว่าในกลุ่มที่สุขภาพไม่ดี ในทางกลับกัน ช่วงอายุระหว่าง 64-71 ปีที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความยินดีจ่ายในการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่ากลุ่มที่สุขภาพดี

ในขณะที่การศึกษาของ Kananurak (2014) ศึกษาการใช้บริการทางสุขภาพและประกันสุขภาพแบบสมัครใจหลังการเกษียณงานในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีมีการใช้บริการสุขภาพรูปแบบของการตรวจสุขภาพ เนื่องจากมีความใส่ใจในสุขภาพของตน ในขณะที่คุณลักษณะของบุคคลมีภาวะสุขภาพไม่ดี มีปัญหาโรคประจำตัวเรื้อรังจะมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพเนื่องจากมีความต้องการในการได้รับบริการทางการแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจนต่อความต้องการซื้อและความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้บริโภคต่อการได้รับประโยชน์จากการซื้อประกันสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดสมมติฐานว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานวัยกลางคนจะมีความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

(1.7.) อาชีพ โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของ Papar (2013) วิเคราะห์การประกันสุขภาพภายหลังเกษียณงานโดยสมัครใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาชีพซึ่งมีรายได้ประจำ เช่น ข้าราชการ พนักงานเอกชนรายเดือนมีแนวโน้มในการตัดสินใจซื้อและมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับประกันสุขภาพและภายหลังการเกษียณงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Allaire et al. (2016) พบว่าผู้ที่ทำงานประจำและมีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มที่จะซื้อประกันการดูแลระยะยาวมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานประจำหรือผู้ที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากมีรายได้แน่นอนสามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันในระบบการประกันได้อย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กล่าวได้ว่า ปัจจัยด้านอาชีพ โดยผู้ที่มีอาชีพซึ่งมีรายได้ประจำมีแนวโน้มในการซื้อประกันการดูแลระยะยาวและมีความยินดีที่จะจ่ายประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

(1.8.) จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของ Paraponaris et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกระหว่างการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มมีความต้องการการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในรูปแบบการดูแลแบบเป็นทางการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Houtven, Coe, and Konetzka (2015) ซึ่งพบว่าครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นผู้สูงอายุน่าจะเป็นในการซื้อประกันการดูแลระยะยาว เนื่องจากการมีประสบการณ์ในความต้องการและความจำเป็นต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กล่าวได้ว่าการที่มีผู้สูงอายุในครัวเรือนส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันการดูแลระยะยาวและส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุ

(1.9.) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือนแสดงถึงประสบการณ์ที่สมาชิกครัวเรือนมีความต้องการดูแลระยะยาว โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของ Paraponaris et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกระหว่างการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีสมาชิกในครัวเรือนมีความพิการหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตร

ประจำวันได้มีความต้องการการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะในรูปแบบการดูแลแบบเป็นทางการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mehta and Leng (2017) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลทั้งแบบ การดูแลทางการและไม่เป็นทางการในประเทศสิงคโปร์ ผลการศึกษาพบว่าครัวเรือนที่มีสมาชิกซึ่ง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองจะมีความน่าจะเป็นในการตัดสินใจซื้อและมีความยินดีที่จะจ่าย สำหรับการประกันเพื่อการดูแลระยะยาวมากกว่า

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่า หากสมาชิกในครัวเรือนมีความต้องการ การช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมประจำวันจะเป็นประสบการณ์ซึ่งทำให้เห็นถึงความสำคัญของการ ดูแลระยะยาว ดังนั้น ผู้ที่มีประสบการณ์ที่สมาชิกในครัวเรือนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ตามปกติจะมีแนวโน้มในการตัดสินใจซื้อหรือมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันการดูแล ระยะยาวมากกว่า

(2.) การคาดการณ์การได้รับการดูแลในอนาคต โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของ ศิริภาณี ศรีหาภาค et al. (2557) ศึกษาผลกระทบและภาระ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่าการดูแลโดยสมาชิกภายในครัวเรือนหรือ ภายในชุมชนถือเป็นความคาดหวังของผู้สูงอายุด้วยค่านิยมในเรื่องความกตัญญูทดแทน การดูแล จากสมาชิกในครัวเรือนจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุคาดการณ์ว่าจะต้องได้รับในอนาคต สอดคล้องกับ การศึกษาของ Siciliani (2014) ซึ่งมีการคาดการณ์ให้สมาชิกในครัวเรือนเป็นผู้ดูแล โดยเฉพาะใน ประเทศที่มีวัฒนธรรมของการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนส่งผลให้มีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการ ประกันสำหรับการดูแลในวัยสูงอายุน้อยกว่า

Brown et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออุปสงค์ในการประกัน การดูแลระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโครงสร้างครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจในการ เข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ถ้าสมาชิกในครัวเรือนมีศักยภาพที่สามารถสนับสนุน ทางการเงิน หรือสามารถให้การดูแล เช่น ครอบครัวมีศักยภาพทางการเงินหรือความสามารถใน การดูแลจะมีความต้องการซื้อประกันการดูแลระยะยาวในสัดส่วนน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กล่าวได้ว่า การคาดการณ์การได้รับการดูแลใน อนาคตมีผลต่อการตัดสินใจซื้อและความยินดีที่จะจ่ายประกันการดูแลระยะยาว โดยหากมีการ คาดการณ์ว่าในวัยสูงอายุนั้นจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือนจะส่งผลให้มีแนวโน้มในการไม่ ตัดสินใจซื้อหรือมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันการดูแลระยะยาวน้อยกว่าเนื่องจาก คาดหวังการพึ่งพิงจากสมาชิกในครัวเรือน

(3.) ความตระหนักในความเสี่ยงของสุขภาพ (Health risk awareness)

บุคคลที่ตระหนักถึงความเสี่ยงทางสุขภาพในอนาคตจะมีการคาดการณ์ว่ามีโอกาสในการเจ็บป่วยในอนาคตหรือไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เอง และคาดการณ์ถึงความเสี่ยงทางการเงินจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยมีการวางแผนทางการเงินเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่นการออม การซื้อประกันสุขภาพ (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2552) โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

Baji, Pavlova, Gulacsi, Farkas, and Groot (2014) ศึกษาความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพในระบบการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care) และความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบไม่เป็นทางการกับความยินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการดูแลสุขภาพแบบไม่เป็นทางการจะมีความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพมากกว่า และมีความยินดีที่จะจ่ายเพิ่มขึ้นในบริการจากผู้เชี่ยวชาญ และถ้าผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลอย่างไม่เป็นทางการใน 12 เดือนที่ผ่านมาจะมีความยินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นสำหรับการรองรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงในความต้องการบริการการดูแลและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

สอดคล้องการศึกษาของ Swamy (2002) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพ ผลการศึกษพบว่า การตระหนักความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการดูแลระยะยาวในอนาคตเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพ โดยบุคคลที่มีประสบการณ์ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากการดูแลระยะยาวเป็นจำนวนมากจะส่งผลให้เกิดการตระหนักในความเสี่ยงทางการเงินและเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันทางสุขภาพ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กล่าวได้ว่า ผู้ที่มีความตระหนักถึงความเสี่ยงทางสุขภาพในอนาคต เช่น ผู้ที่คาดการณ์ว่าในอนาคตอาจมีความต้องการผู้ดูแลเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ผู้ที่ตระหนักความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจะมีความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพมากกว่า

(4.) ความรู้ระบบประกันสุขภาพ (Knowledge of health insurance)

แสดงถึงความรู้ความเข้าใจในระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงรายละเอียดดังนี้

Papar (2557) ศึกษาความเต็มใจที่จะจ่ายต่อระบบประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมหลังเกษียณอายุในประเทศไทย โดยใช้วิธีการทดลองทางเลือก (Choice Experiment) ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่อยู่หรือเคยอยู่ในระบบประกันสังคมและมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ผลการศึกษาพบว่าโดยส่วนใหญ่มีความเต็มใจจ่ายเบี้ยประกันในระบบประกันสุขภาพ โดยในกลุ่มผู้ที่เต็มใจจ่ายเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพมากกว่าซึ่งส่งผลให้มีความยินดีที่จะจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพมากกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Bock et al. (2016) พบว่าบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานในระบบประกันสุขภาพ และมีความรู้ความเข้าใจในราคาที่ต้องจ่ายจะทำให้ความยินดีที่จะจ่ายสูงขึ้น จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพและต้นทุนที่เกิดขึ้นในอนาคตจะส่งผลให้บุคคลมีความยินดีที่จะจ่ายมากขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Brau and Lippi Bruni (2008) ซึ่งพบว่าการที่คนมีความตระหนักถึงภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากบริการการดูแลระยะยาวทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการจะมีความต้องการการคุ้มครองทางสุขภาพมากขึ้น

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กล่าวได้ว่า ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบการประกันทางสุขภาพมากกว่าจะมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพมากกว่า

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร (Demographic characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ภาวะสุขภาพ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน และความตระหนักในความเสี่ยงของสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจในระบบการประกันสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อและความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการประกันการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมและก่อให้เกิดความพึงพอใจเพื่อให้รัฐสามารถกำหนดแนวทางเพื่อการจัดบริการการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนได้อย่างมีความมั่นคงภายใต้สถานการณ์การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคต

ตาราง 4 สรุปงานวิจัยรูปแบบการใช้บริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ

ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการศึกษา
Cardoso, Teresa; et al., 2012)	พยากรณ์ความต้องการการดูแลระยะยาว	- Markov cycle tree structure - conditional probabilities	ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังส่งผลให้มีความต้องการการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะการบริการในรูปแบบทางการ
Lin, K., Yin, P., & Loubere, N. 2014	ศึกษาสถานการณ์การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในชนบท	การวิเคราะห์เชิงบรรยาย	การดูแลอย่างไม่เป็นทางการไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุส่งผลให้มีการใช้บริการการดูแลระยะยาวแบบทางการ ในรูปแบบศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น
Van Houtven, C. H., & Norton, E. C. (2004).	ผลของการดูแลอย่างไม่เป็นทางการต่อความต้องการ	Two-part utilization models. Instrumental variables estimation	การดูแลแบบไม่เป็นทางการสามารถชี้วัดแทนหรือใช้ประกอบกับการดูแลอย่างเป็นทางการขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการได้รับการดูแล เช่นภาวะสุขภาพ
Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012).)	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเภทของการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ	Multinomial probit	ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนส่งผลต่อรูปแบบการบริการ ครัวเรือนที่บุตรหลานมีการศึกษาสูง ผู้สูงอายุจะมีโอกาสได้รับการดูแลแบบทางการ เนื่องจากต้นทุนค่าเสียโอกาส
Bakx, Pieter; et al.	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ	multinomial probit	เงื่อนไขความคุ้มครอง อัตราการร่วมจ่าย มีผลต่อการใช้บริการการดูแลระยะยาว ในประเทศเยอรมนีมีอัตราการร่วมจ่ายมากกว่า กลุ่มคนยากจนจึงสามารถเข้าถึงการบริการการดูแลระยะยาวแบบทางการได้น้อยกว่า

ตาราง 4 (ต่อ)

ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการศึกษา
Jacobs-Lawson, J. M., Webb, A. K., Schumacher, M., & Gayer, C. C. (2010).	ลักษณะบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพ	Post hoc pair-wise comparisons	- ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ภาวะสุขภาพไม่ดีจะเข้าถึงการบริการในรูปแบบทางการได้น้อยกว่า
Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012).	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบในการใช้บริการการดูแลสุขภาพ	Multinomial probit	บุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่าจะมีโอกาสการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพในรูปแบบทางการน้อยกว่า
อรรถวรรณ์ ดุหา, (2556)	การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของ ผู้สูงอายุไทยในสถานบริการ	การวิจัยเชิงพรรณนา	ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพและระยะยาวในสถานบริการเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี
คำนิยม, นัสดา, & ศรี รัญรัตน์, วรรณภา. (2016)	ความต้องการบริการการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยในชุมชนเขตเทศบาลเมือง	การวิจัยเชิงคุณภาพ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจที่จำเป็นหรือภายในชุมชน บริการจัดส่งผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ การปรับปรุงที่พักอาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
Bakx, Pieter; et al.	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ	Multinomial probit	เงื่อนไขความคุ้มครอง อัตราการร่วมจ่าย มีผลต่อการใช้บริการดูแลสุขภาพระยะยาว ในประเทศเยอรมนีมีอัตราการร่วมจ่ายมากกว่า กลุ่มคนยากจนจึงสามารถเข้าถึงการบริการการดูแลสุขภาพแบบทางการได้น้อยกว่า

ที่มา: รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย

ตาราง 5 สรุปงานวิจัยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อยินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันสุขภาพ

ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการศึกษา
Costa-Font, Joan; & Rovira-Foms, Joan. (2008)	ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการคุ้มครองการดูแลระยะยาว	Contingent valuation techniques	กลุ่มวัยแรงงานอายุ 40-60 ปี มีแนวโน้มที่พร้อมการดูแลระยะยาวมากที่สุดและมีความยินดีที่จะจ่ายมากที่สุดเนื่องจากอยู่ในวัยมีรายได้ที่สามารถจ่ายได้
Hussem, Arien; et al. (2016)	ความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์	Nearest resampling approach	เพศหญิงและผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการเพื่อการดูแลระยะยาวมากกว่า
Papar, Kananurak. (2557)	ความเต็มใจจ่ายต่อระบบประกันสุขภาพหลังเกษียณอายุในประเทศไทย	Discrete Choice Experiment	เพศหญิง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี ผู้ที่มีรายได้มากกว่าและผู้ที่มีความรู้ระบบประกันสุขภาพ ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีความยินดีที่จะจ่ายมากกว่า
Bock, Jens-Oliver; et al. (2016)	ความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ	Contingent valuation method	ความยินดีที่จะจ่ายเพิ่มตามรายได้ การศึกษาเพศชาย และ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของแต่ละบุคคล
Swamy, Namratha. (2002)	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพ	multinomial probit	รายได้และค่ารักษาพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพ โดยผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีการซื้อประกันสุขภาพมากกว่า
Nieboer, Anna P.; Koolman, Xander; & Stolk, Ely A. (2010)	ความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับบริการการดูแลระยะยาว	Discrete choice experiments	ผู้สูงอายุคนเดียวมีความเต็มใจจ่ายในบริการการดูแลระยะยาวมากกว่า โดยรูปแบบบริการดูแลระยะยาวจะแตกต่างกันตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล
Brown, J. R., Goda, G. S., & McGarry, K. (2012).	ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออุปสงค์ในการประกันการดูแลระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกา	Covariate regression-adjusted	ปัจจัยด้านรสนิยมทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสที่จะได้รับการดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการประกันการดูแลระยะยาว

ตาราง 5 (ต่อ) :

ผู้แต่ง	วัตถุประสงค์	การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการศึกษา
Asgary, Ali; et al. (2004)	ความยินดีจะจ่ายประสิทธิภาพของครัวเรือน	Contingent valuation method	ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะมีความยินดีที่จะจ่ายสูงขึ้น โดยถ้าหัวหน้าครัวเรือนมีระดับการศึกษาสูงจะส่งผลให้มีการตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพในครัวเรือน
Hurd, Michael D.; & McGarry, Kathleen. (1997)	การประกันสุขภาพที่มีผลต่อการใช้บริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไร	Probit	ผู้ที่สุขภาพไม่ดีจะมีความยินดีจ่ายในการประกันการดูแลสุขภาพมากกว่า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ
Baji, P., Pavlova, M., Gulacsi, L., Farkas, M., & Groot, W. (2014)	ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบไม่เป็นการกับความยินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันสุขภาพ	contingent valuation method	ประสบการณ์การดูแลแบบไม่เป็นการส่งผลให้มีความยินดีที่จะจ่ายประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราตระหนักถึงความเสี่ยงทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
Brau, Rinaldo; & Lippi Bruni, Matteo. (2008)	อุปสงค์บริการการดูแลสุขภาพระยะยาว	Discrete Choice Experiment (DCE)	คนมีความตระหนักภาวะค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากบริการการดูแลสุขภาพระยะยาวจะมีความต้องการคุ้มครองทางสุขภาพมากขึ้น
Nieboer, Anna P.; Koolman, Xander; & Stolk, Elly A. (2010)	ความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับบริการการดูแลสุขภาพระยะยาว	Discrete choice experiments	ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวมีความเต็มใจจ่ายในบริการการดูแลสุขภาพระยะยาวมากกว่า โดยรูปแบบบริการดูแลระยะยาวจะแตกต่างกันตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล
Brown, J. R., Goda, G. S., & McGarry, K. (2012).	ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการอุปสงค์การประกันการดูแลสุขภาพระยะยาวในประเทศไทยสหรัฐอเมริกา	Covariate regression-adjusted	ปัจจัยด้านรสนิยม ทักษะที่เกี่ยวข้องกับโอกาสที่จะได้รับการดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการประกันการดูแลสุขภาพระยะยาว

ที่มา: รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long term care insurance) เป็นการศึกษาแบบผสม (Mixed Methodology) ประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดประชากรเป็นบุคคลอายุระหว่าง 40 – 59 ปี พักอาศัยหรือมีทะเบียนบ้านอยู่ในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรที่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปีและมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งที่ได้จากฐานข้อมูลจากการสำรวจและใช้กลุ่มตัวอย่างจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย สามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างได้ตามจุดมุ่งหมายในการวิจัย 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาว ความต้องการในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2550 - 2560 และข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2550 – 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลพร้อมกันทั่วประเทศทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล และการศึกษาแนวทางการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในต่างประเทศโดยการรวบรวมข้อมูลนโยบายของภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุและการทำประกันการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย โดยประเทศที่เลือกใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์ ประเทศเยอรมนี

การศึกษาคุณลักษณะบริการการดูแลระยะยาวที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกเพื่อนำมาวิเคราะห์มูลค่าความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความยินดีที่จะจ่ายเพื่อการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุทั้งในแง่ของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเพื่อนำมากำหนดทางเลือกของการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบของแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และนำมาวิเคราะห์การตัดสินใจเลือกและประเมินมูลค่าความเต็มใจที่จะจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแสดงดังนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 คือ กลุ่มวัยแรงงานอายุระหว่าง 40 – 59 ปี การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Cochran (1953) เนื่องจากกลุ่มประชากรมีขนาดใหญ่ สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังนี้

$$n = \frac{Z^2}{4e^2}$$

โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

Z = ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่า Z เท่ากับ 1.96

กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 แสดงดังนี้

$$n = \frac{1.96^2}{4(0.05)^2}$$

จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 384.16 คน โดยเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล การศึกษาในครั้งนี้จะเพิ่มกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งจำนวน 400 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน (Two – stage Cluster Sampling) ในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นกรอบตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยเหตุผลในการเลือกกรุงเทพมหานครเนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในชั้นที่หนึ่ง (Primary Sampling Units) แบ่งพื้นที่ในจังหวัด กรุงเทพมหานคร โดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย แบ่งออกเป็น 50 เขต การเลือกพื้นที่ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic sampling) แต่ละหน่วยพื้นที่ที่มีความน่าจะเป็นเท่ากันที่จะถูกเลือกมาเป็นตัวอย่าง ขนาดของหน่วยวัดคือจำนวนเขตในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและเวลา กำหนดพื้นที่ตัวอย่าง 10 เขต ซึ่งมีอันตรภาคชั้นของการสุ่มตัวอย่าง (Sampling interval: k)

$$k = \frac{N}{n}$$

โดยที่ N คือ ขนาดประชากร
 n คือ ขนาดประชากรตัวอย่าง
 k คือ อันตรภาคชั้น

ดังนั้น

$$k = \frac{50}{10} = 5$$

หน่วยตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่พื้นที่เขตบางเขน เขตมีนบุรี เขตธนบุรี เขตบางกอกน้อย เขตบางพลัด เขตจตุจักร เขตจอมทอง เขตบางแค เขตวังทองหลาง เขตบางบอน

กลุ่มตัวอย่างในชั้นที่สอง (Secondary Sampling Units) คือ แรงงานอายุระหว่าง 40 – 59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณโดยใช้หลักความน่าจะเป็นจากสัดส่วนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 40-59 ปี ในเขตพื้นที่ตัวอย่างแสดงดังตาราง 6 นำมาคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละพื้นที่แสดงดังตาราง 7

ตาราง 6 จำนวนและสัดส่วนประชากรอายุ 40-59 ปี ตามรายเขตพื้นที่ตัวอย่าง

พื้นที่	จำนวน	ร้อยละ
บางเขน	132,829	14.52
มีนบุรี	97,173	10.62
ธนบุรี	71,774	7.85
บางกอกน้อย	70,094	7.66
บางพลัด	59,979	6.56
จตุจักร	103,761	11.34
จอมทอง	99,994	10.93
บางแค	131,277	14.35
วันทองกลาง	75,031	8.20
บางบอน	72,968	7.98
รวม	914,880	100

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2560

ตาราง 7 จำนวนและสัดส่วนแรงงานตามรายพื้นที่

พื้นที่	จำนวน
บางเขน	58
มีนบุรี	42
ธนบุรี	31
บางกอกน้อย	31
บางพลัด	26
จตุจักร	45
จอมทอง	44
บางแค	57
วันทองกลาง	33
บางบอน	32
รวม	400

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย

1. ข้อมูลแบบปฐมภูมิ (Primary data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามถึงการตัดสินใจเลือกทางเลือกการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุซึ่งประกอบไปด้วยคุณลักษณะต่าง ๆ ของการบริการดูแลระยะยาวที่มีความแตกต่างกันในแต่ละทางเลือกในกลุ่มตัวอย่างแรงงานอายุ 40 – 59 ปี เพื่อแสดงถึงลักษณะของการบริการดูแลระยะยาวที่เป็นที่พึงพอใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาว เพื่อใช้ในการตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 2. ของการศึกษาในครั้งนี้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ติดต่อประสานงานผ่านศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อสอบถามปัญหาและความต้องการในการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการ

1.2 ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลผ่านศูนย์บริการสาธารณสุขและในชุมชน โดยในส่วนพื้นที่ที่ไม่ได้เก็บข้อมูลเองต้องทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ประสานงานในพื้นที่และทำความเข้าใจในคำถาม คำตอบในแต่ละส่วนของแบบสอบถามแก่ผู้ประสานงานรวมทั้งประสานงานในการรวบรวมแบบสอบถาม และส่งคืนทางไปรษณีย์กลับมาให้ผู้วิจัย

1.3 ในระหว่างการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ที่ไม่ได้ลงเก็บข้อมูลเอง ดำเนินการติดต่อสอบถามความคืบหน้าและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูลของผู้ประสานงานเพื่ออธิบายหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ข้อมูลในแบบสอบถามถูกต้องและครบถ้วนตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลเพื่อการส่งคืนเป็นไปตามกำหนด

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 1.

2.1 ฐานข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ.2550 - 2560 และข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550 - 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.2 ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมบทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลทางสถิติ จากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่จัดการประกันการดูแลระยะยาวและรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ เยอรมนี และในประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย ประกอบไปด้วย

การวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1.

การรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพในการจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย การบริการการดูแลระยะยาวและแนวทางการทำประกันการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ โดยรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบในการบริการการดูแลระยะยาว การจัดการประกันการดูแลระยะยาวในแต่ละประเทศ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการดูแลระยะยาว

การวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2. และ ข้อที่ 3.

ใช้แบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลการตัดสินใจเลือกทางเลือกซึ่งแสดงถึงคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่บุคคลให้ความสำคัญเพื่อนำไปประเมินมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวเพื่อการรับบริการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุ และนำมาศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นในการให้บริการการดูแลระยะยาว

โดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบกับการศึกษาแนวทางการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งมีการให้บริการการดูแลระยะยาวให้กับผู้สูงอายุและผู้รับบริการได้แก่ผู้สูงอายุและครัวเรือนของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและครัวเรือน และนำมากำหนดรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณา และสรุปเป็นรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวเพื่อนำไปใช้เป็นส่วนประกอบของแบบสอบถามในส่วนของชุดทางเลือกรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาว โดยมีการนำเสนอข้อมูลด้านต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการการดูแลระยะยาวเพื่อนำเสนอก่อนการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ตอบเห็นถึงความสำคัญของการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

จากการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวพร้อมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้คุณลักษณะของทางเลือก

เบื้องต้นที่สอดคล้องกับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว พบว่า รูปแบบการให้บริการที่เป็นที่ต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย

1. การบริการดูแลในสถานบริการ เช่น ศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้นหรือระยะยาว ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะทาง สำหรับการบริการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและผู้ที่ไม่มีความสามารถในครอบครัวที่สามารถดูแลได้

2. การบริการดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย เช่น การบริการผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุตลอดวัน หรือบางช่วงเวลา การให้บริการในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งเป็นบริการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลในครัวเรือน โดยมีบุคคลที่ให้การดูแลเช่น ผู้ช่วยพยาบาล หรืออาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

3. การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อกำหนดกิจวัตรประจำวัน โดยอุปกรณ์ช่วยเหลือที่มีความจำเป็นประกอบไปด้วย อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ไม้เท้า เก้าอี้นั่งถ่าย เตียงนอน และวัสดุสิ้นเปลืองประกอบไปด้วย สายยางให้อาหารเหลว ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แผ่นรองขับ สำลี สำลีพันไม้ โดยกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านจะมีค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเท่ากับ 2,558.57 บาท/เดือน กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงจะมีค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเท่ากับ 4,566.22 บาท/เดือน

การกำหนดเงินสมทบที่จะกำหนดในการจ่ายสำหรับทางเลือกในการประกันการดูแลระยะยาวใช้หลักคณิตศาสตร์ประกันภัย โดยจากแนวคิดอัตราเบี้ยประกันแบบระบบกลุ่ม (Class or manual rate-making system) เป็นการกำหนดจากอัตราเฉลี่ยที่ใช้กับสมาชิกทุกคนที่มีลักษณะการเสี่ยงภัยคล้ายกัน (Marian-Lucian, 2012) สูตรคำนวณเบี้ยประกัน แสดงดังนี้

$$\text{เบี้ยประกัน} = \frac{\text{ความเสียหายทั้งหมดที่คาดการณ์} / \text{ผู้เอาประกัน}}$$

โดยความเสียหายทั้งหมดที่คาดการณ์คือค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลผู้สูงอายุ จากการประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุพบว่าใน พ.ศ.2560 มีจำนวนผู้สูงอายุ 11,692,000 คน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุต่อปีเท่ากับ 59,843,000,000 บาท (จรรยาพร ชาญด้วยวิทย์, 2560)

$$\begin{aligned} \text{เบี้ยประกันต่อปี} &= \text{ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ} / \text{จำนวนผู้สูงอายุ} \\ &= 59,843,000,000 / 11,692,000 \end{aligned}$$

$$\text{เบี้ยประกัน} = 5,118.29 \text{ ต่อปี}$$

$$\text{เบี้ยประกัน} = 426.58 \text{ ต่อเดือน}$$

จากการประมาณการค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวกรณีผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 16,129 บาท/เดือน เมื่อนำมาเทียบอัตราส่วนเบี้ยประกันต่อค่าใช้จ่ายการดูแล

ระยะยาวต่อคนคิดเป็นประมาณ 0.03 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ และนำสัดส่วนดังกล่าว ซึ่งแสดงถึงผลประโยชน์สูงสุดที่ได้รับต่อเดือนไปใช้ในการกำหนดอัตราเบี้ยประกันในแต่ละทางเลือกที่กำหนดให้ในแบบสอบถาม

จากรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวที่ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนนำมากำหนดเป็นทางเลือกในการบริการการดูแลระยะยาว โดยในรูปแบบทางเลือกจะประกอบด้วยทางเลือก “ไม่เลือกทางเลือกใดๆ” (Opt-out) ซึ่งเป็นทางเลือกที่แสดงถึงความพึงพอใจในสถานการณ์ปัจจุบันและนำมาสรุปเป็นรูปแบบทางเลือกการบริการการดูแลระยะยาวเบื้องต้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แสดงความคิดเห็นและเลือกรูปแบบเพื่อนำมากำหนดเป็นทางเลือกที่จะใช้ในการศึกษา โดยระดับของแต่ละคุณลักษณะแสดงดังตาราง 8

ตาราง 8 คุณลักษณะและระดับบริการดูแลระยะยาว

คุณลักษณะ	ระดับของคุณลักษณะ
ผู้ดำเนินการ	1. รัฐบาล 2. เอกชน
การดูแลในสถานบริการ	1. ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท/เดือน 2. ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือวงเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน 3. สถานสงเคราะห์คนชรา (สถานการณ์ปัจจุบัน)
การดูแลในที่พักอาศัย	1. ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท 2. ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือวงเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน 3. ไม่มีบริการ (สถานการณ์ปัจจุบัน)
วัสดุสิ้นเปลือง	1. 3,242 บาท/เดือน 2. 2,576 บาท/เดือน 3. ตามความเหมาะสม (สถานการณ์ปัจจุบัน)
อุปกรณ์ช่วยเหลือการ	1. 191 บาท/เดือน
ดำเนินชีวิตประจำวัน	2. 587 บาท/เดือน 3. ตามความเหมาะสม (สถานการณ์ปัจจุบัน)

ที่มา: กำหนดโดยผู้วิจัย

จากคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวดังกล่าว สามารถนำไปออกแบบทางเลือกการดูแลระยะยาวเพื่อศึกษาผลของระดับคุณลักษณะต่างๆ ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภค โดยทางเลือกทั้งหมดที่เป็นไปได้จากคุณลักษณะดังกล่าว สามารถนำมาออกแบบทางเลือกได้ทั้งหมดซึ่งเรียกว่าการออกแบบแฟคทอเรียล (Full Factorial design) (Kjær, 2005) ทั้งหมด 162 ทางเลือก (คำนวณจากระดับของลักษณะบริการการดูแลระยะยาว $2 \times 3 \times 3 \times 3 \times 3$) ซึ่งในทางปฏิบัติไม่สามารถใช้ทางเลือกทั้งหมดเพื่อใช้ในการสอบถามการตัดสินใจเลือกได้เนื่องจากจะก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์และความขัดแย้งของระดับของคุณลักษณะในแต่ละชุดทางเลือกอันเนื่องจากความสับสนในการตัดสินใจเลือกของผู้บริโภคและไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้สำเร็จ จึงใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อลดทางเลือกให้มีขนาดที่เหมาะสม โดยใช้วิธีการออกแบบแฟคทอเรียลบางส่วน (Fractional factorial design) (Tang, Luo, Cheng, Yang, & Ran, 2014) ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมใช้ในการออกแบบทางเลือก โดยใช้เทคนิค Orthogonal Design ซึ่งมีแนวคิดในการออกแบบทางเลือกที่ไม่มีระดับของคุณลักษณะเดียวกันและมีคุณลักษณะที่หลากหลายและสามารถประมาณการได้อย่างอิสระและไม่มีความเกี่ยวข้องกัน เพื่อให้ได้จำนวนทางเลือกขั้นต่ำในการวิจัยซึ่งจะทำให้ได้คุณลักษณะที่เป็นไปได้ซึ่งมีความแตกต่างกันและคุณลักษณะของทางเลือกที่มีความเป็นอิสระต่อกัน (Zero correlation)

การกำหนดทางเลือกจะประกอบไปด้วยทางเลือกที่มีในปัจจุบันซึ่งกำหนดให้เป็นทางเลือกฐาน (Baseline alternative) ที่ใช้ในการเปรียบเทียบ โดยการสร้างทางเลือกฐานสามารถสร้างได้ 2 รูปแบบคือ

1. กำหนดเป็นทางเลือกในชุดทางเลือกซึ่งเรียกว่า Status quo
2. การไม่เลือกทางเลือกใดๆ ในชุดทางเลือก (Opt-out alternative) แสดงถึงการเลือกทางเลือกเดิมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Lancsar & Louviere, 2008; สันติ แสงเลิศไสว, 2560)

จากการออกแบบทางเลือกด้วยวิธี Orthogonal Design โดยโปรแกรม Spss ได้คุณลักษณะและระดับการบริการดูแลระยะยาวเพื่อจำไปออกแบบทางเลือกขั้นต่ำที่เป็นไปได้จำนวน 8 ทางเลือก แสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 คุณลักษณะและระดับบริการดูแลระยะยาวด้วยวิธี Orthogonal Design

ทางเลือก	ผู้ดำเนินการ	การดูแลในสถานบริการ	การดูแลในที่พักอาศัย	ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินชีวิตประจำวัน
1	รัฐบาล	24 ชม./วัน	24 ชม./วัน	3,242 บาท/เดือน	-
2	เอกชน	8 ชม./วัน	8 ชม./วัน	-	191 บาท/เดือน
3	เอกชน	8 ชม./วัน	24 ชม./วัน	3,242 บาท/เดือน	-
4	รัฐบาล	8 ชม./วัน	8 ชม./วัน	2,576 บาท/เดือน	-
5	รัฐบาล	8 ชม./วัน	24 ชม./วัน	-	587 บาท/เดือน
6	เอกชน	24 ชม./วัน	8 ชม./วัน	-	191 บาท/เดือน
7	รัฐบาล	24 ชม./วัน	8 ชม./วัน	2,576 บาท/เดือน	-
8	เอกชน	24 ชม./วัน	24 ชม./วัน	-	191 บาท/เดือน

ที่มา กำหนดโดยผู้วิจัย

จากคุณลักษณะและระดับบริการดูแลระยะยาวที่ได้จากวิธี Orthogonal Design นำมาออกแบบชุดทางเลือกเพื่อสอบถามการตัดสินใจเลือก โดยผู้ตอบตัดสินใจเลือกทางเลือกจากชุดทางเลือกที่กำหนดไว้ หรือไม่เลือกทางเลือกใดๆ ซึ่งแสดงถึงการเลือกทางเลือกที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อนำไปวิเคราะห์ค่าความยินดีที่จะจ่ายในคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคลประกอบไปด้วย อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ภาวะสุขภาพ อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน การคาดการณ์ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน ความตระหนักในความเสี่ยงด้านสุขภาพในอนาคต ความรู้ในระบบประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกคุณลักษณะการ

บริการดูแลระยะยาวและส่งผลต่อความยินดีจะจ่ายเพื่อการรับบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยรูปแบบทางเลือกการบริการการดูแลระยะยาวที่มีความหลากหลายและเหมาะสมต่อความต้องการใช้บริการของแต่ละบุคคลและรูปแบบการดำเนินการโดยรัฐจะส่งผลต่อความมั่นใจในการใช้บริการการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการความยินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาว

ดังนั้นแบบสอบถามจึงกำหนดให้มีรายละเอียดทั้ง 4 ส่วนประกอบไปด้วยปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร การคาดการณ์การได้รับการดูแลในอนาคต ความตระหนักในความเสี่ยงด้านสุขภาพในอนาคต ความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพ และรูปแบบทางเลือกการดูแลระยะยาวซึ่งประกอบไปด้วยคุณลักษณะบริการที่แตกต่างกันเป็นส่วนประกอบของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมีลักษณะปลายปิด (Close end) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีคำถามให้ผู้ตอบเลือกตอบจากทางเลือกที่กำหนดไว้ให้ (ตัวอย่างแบบสอบถามแสดงไว้ในภาคผนวก) โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบไปด้วยข้อมูลคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ภาวะสุขภาพ อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน และการคาดการณ์การได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน โดยมีลักษณะคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 2 ความตระหนักในความเสี่ยงของสุขภาพในอนาคตมีลักษณะคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ

1. ความตระหนักในภาวะสุขภาพในอนาคต ประกอบไปด้วย

1.1) ความตระหนักในความต้องการการดูแลการดำเนินกิจวัตรประจำวันในวัยสูงอายุ แสดงถึงความตระหนักในความเสี่ยงด้านสุขภาพในอนาคต มีเกณฑ์การให้คะแนน โดยแบ่งเป็นค่าระดับความคิดเห็น 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ กังวลมากที่สุด 4 คะแนน กังวลมาก 3 คะแนน กังวลปานกลาง 2 คะแนน กังวลน้อย 1 คะแนน ไม่กังวล 0 คะแนน

1.2) ความตระหนักในความเสี่ยงทางการเงินจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในอนาคต โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือให้ 1 คะแนนต่อแหล่งที่มาของรายได้ในการจ่ายค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาพยาบาลและ 0 คะแนนสำหรับคำตอบ ยังไม่ได้วางแผน

ส่วนที่ 3 ความรู้ในระบบประกันสุขภาพ ประกอบไปด้วยความหมายของการดูแลระยะยาว และหลักการของการประกัน มีลักษณะคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบได้เพียงคำตอบ

เดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือข้อที่ตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนนและข้อที่ตอบไม่ถูกต้องจะได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 การตัดสินใจเลือกรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาว โดยกำหนดทางเลือกรูปแบบบริการการดูแลระยะยาวซึ่งในแต่ละชุดทางเลือกประกอบไปด้วย การบริการดูแลในสถานบริการ การบริการดูแลในที่พักอาศัย การสนับสนุนค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การสนับสนุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมประจำวันในลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งมีการร่วมจ่ายในรูปแบบค่าเบี้ยประกันการดูแลระยะยาวที่แตกต่างกันในแต่ละทางเลือก ซึ่งคำนวณโดยอ้างอิงจากผลประโยชน์สูงสุด โดยในแบบสอบถามต้องมีการอธิบายรูปแบบการดูแลระยะยาวและสถานการณ์การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน และต้นทุนที่เกิดขึ้นหากมีความจำเป็นในการรับบริการดูแลระยะยาวเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ตอบแบบสอบถามก่อนทำแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วยคำถามปลายเปิดแบบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ขั้นตอนที่ 3 นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านบริการการดูแลระยะยาวและอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้แบบสอบถาม เพื่อนำมาปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเหมาะสม เข้าใจง่าย และเสนอแก่อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 5 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัย เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จึงนำแบบสอบถามดังกล่าวเพื่อการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามถึงการตัดสินใจเลือกทางเลือกการดูแลระยะยาวซึ่งประกอบไปด้วยคุณลักษณะต่าง ๆ ของการบริการการดูแลระยะยาวที่มีความแตกต่างกันในแต่ละทางเลือกเพื่อใช้ในการตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อที่ 2. ของการศึกษาในครั้งนี้โดยการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ได้กำหนดไว้ ในส่วนพื้นที่ที่ไม่ได้เก็บข้อมูลเองต้องทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ประสานงานในพื้นที่และทำความเข้าใจในคำถาม คำตอบในแต่ละส่วนของแบบสอบถามแก่ผู้ประสานงาน รวมทั้งประสานงานในการรวบรวมแบบสอบถาม และส่งคืนทางไปรษณีย์กลับมาให้ผู้วิจัยและในระหว่างการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ที่ไม่ได้ลงเก็บข้อมูลเอง ดำเนินการติดต่อสอบถามความคืบหน้าและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูลของผู้ประสานงานเพื่ออธิบายหรือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นเพื่อให้ข้อมูลในแบบสอบถามถูกต้องและครบถ้วนตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลเพื่อการส่งคืนเป็นไปตามกำหนด

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. **การวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1.** โดยการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย และการให้บริการการดูแลระยะยาวและแนวทางการทำประกันการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ โดยรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบในการบริการการดูแลระยะยาวในแต่ละประเทศเพื่อวิเคราะห์รูปแบบและพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงบริการการดูแลระยะยาว พร้อมทั้งศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

2. **การวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2.** เพื่อศึกษาคุณลักษณะบริการการดูแลระยะยาวที่มีความสำคัญในกลุ่มวัยแรงงานซึ่งแสดงถึงมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันการดูแลระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการบริการการดูแลระยะยาวจากทางเลือกที่กำหนดให้ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภค (Lancaster, 1966; McFadden, 2001) ภายใต้แนวคิดแบบจำลองทางเลือก (Choice Modeling) เพื่อแสดงถึงความพึงพอใจที่เปิดเผยของผู้บริโภคและค่าความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay) ที่ได้รับผลกระทบจากระดับของคุณลักษณะต่างๆ ของทางเลือกและคุณลักษณะประชากรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกของผู้บริโภคซึ่งสามารถนำมาคำนวณโดยวิธีการทางเศรษฐมิติ (Clark et al., 2014; Lancaster, 1966) ดังนี้

วิธีการวิเคราะห์ทางเศรษฐมิติ

การศึกษารูปแบบความพึงพอใจอยู่ภายใต้แนวคิดแบบจำลองทางเลือก (Choice Modeling) ซึ่งเป็นวิธีการในการประเมินมูลค่าความพึงพอใจภายใต้เทคนิคการเปิดเผยความพึงพอใจ (Stated Preferences) เพื่อคำนวณหาค่าความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to pay) โดยการสมมติทางเลือก (Hypothetical situation) ซึ่งประกอบไปด้วยทางเลือกอย่างน้อย 2 ทางเลือกขึ้นไป โดยในแต่ละทางเลือกประกอบไปด้วยคุณลักษณะของสินค้าและบริการที่แตกต่างกัน ผู้ตอบจะตัดสินใจเลือกในทางเลือกที่คาดว่าจะได้รับอรรถประโยชน์สูงสุดซึ่งอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีอรรถประโยชน์แบบสุ่ม ซึ่งเป็นการศึกษาแบบจำลองทางเลือกในรูปแบบ Discrete choice Modelling โดยการคำนวณหาค่าความน่าจะเป็นในการที่ผู้บริโภคจะเลือกในแต่ละทางเลือกจากการวิเคราะห์พฤติกรรมทางเลือกของบุคคลเมื่อเผชิญทางเลือกต่างๆ ซึ่งอยู่ในรูปแบบตัวแปรเชิงคุณภาพ 2 ทางเลือกขึ้นไป โดยอรรถประโยชน์ขึ้นกับคุณลักษณะของทางเลือกและคุณลักษณะของบุคคลประกอบไปด้วย อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ อาชีพ

จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน การคาดการณ์ที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน ความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการการดูแลระยะยาวและส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาว โดยการตัดสินใจเลือกในแต่ละทางเลือกจะไม่ขึ้นกับทางเลือกอื่นๆ

สมมติฐานในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 แสดงรายละเอียดสมมติฐาน ดังนี้

H₁: ผู้ที่อายุมากกว่ามีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

H₂: เพศหญิงมีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่าเพศชาย

H₃: ผู้ที่มีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

H₄: ผู้ที่มีสถานภาพโสด มีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส

H₅: ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

H₆: ผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีมีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว

H₇: ผู้ที่มีอาชีพที่มีรายได้ประจำมีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

H₈: จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือนส่งผลให้มีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาว

H₉: ผู้ที่มีสมาชิกในครัวเรือนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

H₁₀: ผู้ที่คาดการณ์ว่าจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือนมีความยินดีจะจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

H₁₁: ผู้ที่มีความตระหนักถึงความเสี่ยงทางสุขภาพในอนาคตมีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวและจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว

H_{12} : ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพมีความยินดีจะจ่ายสมทบการประกันการดูแลระยะยาวมากกว่า

การศึกษาในครั้งนี้ต้องการวิเคราะห์คุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่บุคคลให้ความสำคัญและคุณลักษณะของบุคคลต่อการตัดสินใจเลือกในแต่ละรูปแบบทางเลือกซึ่งมีคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ทางเศรษฐมิติที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์ในลักษณะดังกล่าวคือการวิเคราะห์โดยใช้แบบจำลองโลจิตแบบผสม (Mixed logit) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สำหรับการพิจารณาว่าการที่บุคคลเลือกทางเลือกใดๆ ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของบุคคลและคุณลักษณะของทางเลือกอย่างไร (Greene, 2012; Train, 2003) โดยการประมาณการจะไม่มีค่าคงที่ในสมการเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาตัวแปรในแบบจำลองมีความสัมพันธ์กับตัวคลาดเคลื่อน (Endogeneity) (Anselin, 1988)

ดังนั้น ฟังก์ชันอรรถประโยชน์อย่างสุ่มสำหรับผู้บริโภค m ซึ่งเผชิญทางเลือก i แสดงดังสมการ 3.1

$$U_{im} = \beta V'_{im} + \varepsilon_{im} \quad (3.1)$$

โดยที่

U_{im} คือ อรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการเลือกทางเลือก i ของผู้บริโภค m

V_{im} คือ ฟังก์ชันอรรถประโยชน์จากส่วนที่กำหนดได้จากทางเลือก i ของผู้บริโภค m

ε_{im} คือ ค่าความคลาดเคลื่อน

โดยที่ $V'_{im} = [X_{im}, Z_i]$ ซึ่งก็คือ ฟังก์ชันอรรถประโยชน์ทางอ้อม (Indirect utility) ของผู้บริโภคซึ่งความพอใจของผู้บริโภคขึ้นกับคุณลักษณะของสินค้าและบริการในแต่ละทางเลือก (attributes) (X_{im}) ประกอบไปด้วยผู้ดำเนินการ รูปแบบการบริการดูแลระยะยาวซึ่งประกอบไปด้วยการบริการในสถานบริการ บริการในที่พักอาศัย การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองในการดูแลผู้สูงอายุ ค่าเบี้ยประกันในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นสามารถวิเคราะห์คุณลักษณะของบุคคล (characteristics) (Z_i) ประกอบไปด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ความตระหนักในความเสี่ยง ความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจ โดยที่ β คือ ค่าสัมประสิทธิ์จากค่าอรรถประโยชน์ (Part-worth utility) จากตัวแปรคุณลักษณะของทางเลือกการประกันการดูแลระยะยาวและคุณลักษณะประชากร แสดงดังสมการ 3.2

$$U_{im} = V_{im}(X_i) + \varepsilon_{im} \quad (3.2)$$

กำหนดให้

U_{im} คือ อรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการเลือกทางเลือก i ของผู้บริโภค m

V_{im} คือ ฟังก์ชันอรรถประโยชน์จากส่วนที่กำหนดได้จากทางเลือก i ของผู้บริโภค m

X_i คือ ลักษณะของทางเลือก i

รูปแบบฟังก์ชันอรรถประโยชน์ (V_{im}) อยู่ในรูปฟังก์ชันอรรถประโยชน์ทางอ้อม (Indirect Utility) ขึ้นอยู่กับลักษณะของทางเลือก ในรูปแบบสมการเส้นตรง แสดงดังสมการ 3.3

$$V_{im} = \sum_{k=1}^K \beta_k x_{ik} + \delta P_i \quad (3.3)$$

โดยที่

x_{ik} คือ คุณลักษณะที่ k ของทางเลือก i โดยที่ $i = 1, 2, \dots, K$

β_k คือ สัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะที่ k

P_i คือ ราคาของทางเลือก i

δ คือ สัมประสิทธิ์ของปัจจัยด้านราคา

แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบจำลองโลจิตแบบผสม (Mixed logit) เพื่อวิเคราะห์การตัดสินใจเลือกซึ่งแสดงถึงคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่บุคคลให้ความสำคัญและวิเคราะห์คุณลักษณะของบุคคลต่อการตัดสินใจเลือกในแต่ละรูปแบบทางเลือกซึ่งมีคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวที่แตกต่างกัน ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบจำลองทางเลือกประกอบไปด้วยลักษณะบริการดูแลระยะยาวและคุณลักษณะประชากรซึ่งอยู่ในรูปตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) และตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical variable) โดยแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา แสดงดังสมการ

3.4

$$U_{im} = \beta_1 Insurer_{im} + \beta_2 Insti24_{im} + \beta_3 Insti8_{im} + \beta_4 Res24_{im} + \beta_5 Res8_{im} + \beta_6 Sup1_{im} + \beta_7 Sup2_{im} + \beta_8 Equip1_{im} + \beta_9 Equip2_{im} + \delta Price_{im} + \varepsilon_{im} \quad (3.4)$$

โดยที่

U_{im} คือ การตัดสินใจเลือกทางเลือก i ของผู้บริโภค m กำหนดให้

= 1 ถ้าผู้ตอบเลือกทางเลือกดังกล่าว

= 0 ถ้าผู้ตอบไม่เลือกทางเลือกดังกล่าว

$Insurer_{im}$ คือ เอกชนเป็นผู้ดำเนินการระบบการดูแลระยะยาว กำหนดให้

- = 1 เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ
- = -1 รัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการ (กรณีฐาน)

$Insti24_{im}$ คือ ให้บริการในสถานบริการตลอด 24 ชั่วโมง/วัน กำหนดให้

- = 1 ให้บริการในสถานบริการตลอด 24 ชั่วโมง/วัน
- = -1 ให้บริการในสถานสงเคราะห์ของรัฐตลอด 24 ชม./วัน (กรณีฐาน)
- = 0 ให้บริการในสถานบริการไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน

$Insti8_{im}$ คือ ให้บริการในสถานบริการตลอด 8 ชั่วโมง/วัน กำหนดให้

- = 1 ให้บริการในสถานบริการตลอด 8 ชั่วโมง/วัน
- = -1 ให้บริการในสถานสงเคราะห์ของรัฐตลอด 24 ชม./วัน (กรณีฐาน)
- = 0 ให้บริการในสถานบริการไม่เกิน 24 ชั่วโมง/วัน

$Res24_{im}$ คือ ให้บริการในที่พักอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง กำหนดให้

- = 1 ให้บริการในที่พักอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง/วัน
- = -1 ไม่มีบริการ (กรณีฐาน)
- = 0 ให้บริการในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน

$Res8_{im}$ คือ ให้บริการในที่พักอาศัยตลอด 8 ชั่วโมง/วัน กำหนดให้

- = 1 ให้บริการในที่พักอาศัยตลอด 8 ชั่วโมง/วัน
- = -1 ไม่มีบริการ (กรณีฐาน)
- = 0 ให้บริการผู้ในที่พักอาศัยไม่เกิน 24 ชั่วโมง/วัน

$Sup1_{im}$ คือ ค่าวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (วงเงิน 2,576บาท/เดือน)

- = 1 วงเงิน 2,576บาท/เดือน
- = -1 ตามความจำเป็น (กรณีฐาน)
- = 0 วงเงิน 3,242 บาท/เดือน

$Sup2_{im}$ คือ ค่าวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (วงเงิน 3,242 บาท/เดือน)

- = 1 วงเงิน 3,242 บาท/เดือน
- = -1 ตามความจำเป็น (กรณีฐาน)
- = 0 วงเงิน 2,576บาท/เดือน

$Equip1_{im}$ คือ ค่าอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (วงเงิน 191 บาท)

= 1 วงเงิน 191 บาท/เดือน

= -1 ตามความจำเป็น (กรณีฐาน)

= 0 วงเงิน 587 บาท/เดือน

$Equip2_{im}$ คือ ค่าอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (วงเงิน 587 บาท)

= 1 วงเงิน 587 บาท/เดือน

= -1 ตามความจำเป็น (กรณีฐาน)

= 0 วงเงิน 191 บาท/เดือน

β_i คือ ค่าสัมประสิทธิ์ของลักษณะบริการดูแลระยะยาว

$Price_{im}$ คือ ราคาของทางเลือก i (กำหนดให้เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ)

δ คือ ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรราคาของทางเลือก

ε_{im} คือ ค่าความคลาดเคลื่อน

ค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จากการประมาณการแบบจำลองโลจิตแบบผสมโดยวิธีการ Simulated maximum likelihood ซึ่งเป็นการสุ่มค่าสัมประสิทธิ์หลายครั้งในการประมาณการ ฟังก์ชันอรรถประโยชน์แสดงถึงค่าอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่ม (Marginal Willingness to Pay) จากการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะที่พิจารณา (A. Daly, Dekker, & Hess, 2016) สามารถนำมา คำนวณมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับคุณลักษณะการบริการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่มี อยู่ในปัจจุบัน มูลค่าดังกล่าวสะท้อนถึงความพึงพอใจของผู้บริโภคต่อคุณลักษณะบริการดูแล ระยะยาวโดยเปรียบเทียบซึ่งจะเป็นแนวทางในการเร่งพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวได้ อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการต่อไป

การคำนวณมูลค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มใช้หลักอัตราทดแทนกันหน่วยสุดท้าย (Marginal rate of substitution:MRS) ระหว่างคุณลักษณะของทางเลือกที่ต้องการศึกษากับ คุณลักษณะด้านราคาซึ่งเกิดจากการหาอนุพันธ์ของสมการอรรถประโยชน์ทางอ้อม แสดงดัง สมการ 3.5

$$\text{อัตราทดแทนกันหน่วยสุดท้าย} = - \frac{\frac{\partial V_{im}}{\partial x_{ti}}}{\frac{\partial V_{im}}{\partial P_{im}}} \quad (3.5)$$

อัตราทดแทนกันหน่วยสุดท้ายแสดงถึงมูลค่าในรูปตัวเงินของคุณลักษณะที่กำลัง พิจารณา แสดงถึงการให้ความสำคัญหรือคุณค่าของทรัพยากรในระดับคุณลักษณะนั้นๆ ซึ่งแสดง

ถึงราคาแฝง (Implicit price) ต่อคุณลักษณะของสินค้าและบริการที่ต้องการศึกษา แสดงดังสมการ 3.6

$$\text{ดังนั้น ความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มคุณลักษณะทางเลือก} = \frac{\beta_{tk}}{\delta} \quad (3.6)$$

กำหนดให้

β_{tk} คือ ค่าสัมประสิทธิ์ระดับที่ t ของคุณลักษณะที่ k

δ คือ ค่าสัมประสิทธิ์ปัจจัยด้านราคาของทางเลือก

ค่าสัมประสิทธิ์ β_{tk} แสดงถึงค่าสัมประสิทธิ์ระดับที่ t ของคุณลักษณะที่กำลังพิจารณา ส่วน δ คือค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรราคา โดยถ้าวัดค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้มีค่าเป็นบวกแสดงถึงระดับคุณลักษณะที่ส่งผลให้ผู้บริโภคมีความพอใจเพิ่มขึ้น และส่งผลให้มีโอกาสที่ผู้บริโภคจะเลือกทางเลือกซึ่งมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่ในทางเลือกนั้น

ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบจำลองทางเลือกซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะบริการดูแลระยะยาวและคุณลักษณะประชากรซึ่งอยู่ในรูปตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) และตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical variable) โดยการประมาณการตัวแปรเชิงกลุ่มใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแสดงถึงผลของการเปลี่ยนแปลงอรรถประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณลักษณะที่พิจารณา โดยใช้วิธีการกำหนดตัวแปรหุ่น (Dummy) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ต้องการศึกษา การกำหนดค่าตัวแปรหุ่นใช้การกำหนดรหัสตัวแปรในรูปแบบ Effect coding ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถลดค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างคุณลักษณะของทางเลือกอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาทดสอบ และทำให้ผลกระทบของระดับคุณลักษณะทุกระดับได้รับความสำคัญเท่าเทียมกัน รวมถึงคุณลักษณะในทางเลือกฐานซึ่งทำให้การประมาณการผลของตัวแปรมีความแม่นยำมากขึ้น (Lancsar & Louviere, 2008) การกำหนดค่าตัวแปรหุ่นแบบ Effect coding ในแต่ละระดับของคุณลักษณะ ใช้กำหนดค่ารหัส 0, 1, -1 โดยกำหนดให้ทางเลือกฐาน (Base alternative) ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าคุณลักษณะในกลุ่มอ้างอิงให้เป็นค่า -1 ซึ่งก็คือการลงรหัสในทางเลือกฐานที่มีในปัจจุบันให้คุณลักษณะที่อยู่ในทางเลือกดังกล่าวมีค่าเท่ากับ -1 และคุณลักษณะที่กำลังพิจารณามีค่าเท่ากับ 1 และคุณลักษณะอื่นๆ มีค่าเท่ากับ 0 โดยถ้าตัวแปรที่มีคุณลักษณะเพียง 1 ระดับให้กำหนดค่าเท่ากับ 1 คุณลักษณะที่อยู่ในทางเลือกฐานมีค่าเท่ากับ -1 (Bech & Gyrd-Hansen, 2005) โดยระดับของคุณลักษณะที่ใช้ในการศึกษาแสดงดังตาราง 10 และตาราง 11

ตาราง 10 ระดับของคุณลักษณะบริการที่ใช้ในการศึกษา

คุณลักษณะ	รายละเอียดคุณลักษณะ	ระดับของคุณลักษณะ
ผู้ดำเนินการ	ผู้ดำเนินการจัดบริการ	ระดับที่ 1 รัฐบาล (ฐาน) ระดับที่ 2 เอกชน
การดูแลในสถาน บริการ	ผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตร ประจำวัน (บริการหรือวงเงิน)	ระดับที่ 1 ทางเลือกฐาน ระดับที่ 2 8 ชม./วัน ระดับที่ 3 24 ชม./วัน
การดูแลในที่พักอาศัย	ผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตร ประจำวัน (บริการหรือวงเงิน)	ระดับที่ 1 ทางเลือกฐาน ระดับที่ 2 8 ชม./วัน ระดับที่ 3 24 ชม./วัน
ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	ค่าวัสดุสิ้นเปลืองสนับสนุนการ ดูแล	ระดับที่ 1 ทางเลือกฐาน ระดับที่ 2 2,576 บาท/เดือน ระดับที่ 3 3,242 บาท/เดือน
ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือ การดำเนิน ชีวิตประจำวัน	ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือการ ดำเนินกิจวัตรประจำวัน	ระดับที่ 1 ทางเลือกฐาน ตาม ศักยภาพ ระดับที่ 2 191 บาท/เดือน ระดับที่ 3 587 บาท/เดือน

ที่มา กำหนดโดยผู้วิจัย

ตาราง 11 ระดับของคุณลักษณะบริการที่ใช้ในการศึกษาในแต่ละทางเลือก

	ผู้ดำเนินการ	สถานบริการ	ที่พักอาศัย	ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	ค่าอุปกรณ์	เบี้ยประกัน
1	รัฐบาล	24 ชม./วัน	24 ชม./วัน	3,242 บาท/เดือน	1,000 บาท	1,000 บาท/เดือน
	ระดับ 1:	ระดับ 3:	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 2	
2	เอกชน	8 ชม./วัน	8 ชม./วัน	-	191 บาท	250 บาท/เดือน
	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	
3	รัฐบาล	24 ชม./วัน	8 ชม./วัน	-	191 บาท	600 บาท/เดือน
	ระดับ 1	ระดับ 3:	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	
4	เอกชน	8 ชม./วัน	24 ชม./วัน	3,242 บาท/เดือน	-	750 บาท/เดือน
	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 2	
5	รัฐบาล	8 ชม./วัน	24 ชม./วัน	-	191 บาท	900 บาท/เดือน
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	
6	เอกชน	24 ชม./วัน	8 ชม./วัน	2,576 บาท/เดือน	-	330 บาท/เดือน
	ระดับ 2	ระดับ 3:	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	
7	รัฐบาล	24 ชม./วัน	8 ชม./วัน	2,576 บาท/เดือน	-	700 บาท/เดือน
	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 2	
8	เอกชน	24 ชม./วัน	24 ชม./วัน	-	587 บาท	650 บาท/เดือน
	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 4	
ฐาน	รัฐบาล	สถาน	-	ความจำเป็น	ความจำเป็น	-
	ระดับ 1	สงเคราะห์	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1	
		ระดับ 1				

ที่มา กำหนดโดยผู้วิจัย

นอกจากนั้น มีการศึกษาผลของคุณลักษณะทางประชากรต่อการตัดสินใจเลือกในแต่ละรูปแบบทางเลือกซึ่งมีลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน การศึกษาผลดังกล่าวจะใช้ตัวแปรในรูปผลคูณ (Interaction term) วิเคราะห์จากค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในรูปผลคูณระหว่างคุณลักษณะประชากรและลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่กำลังพิจารณาและคุณลักษณะทางประชากรประกอบไปด้วย อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิก

ในครัวเรือน การคาดการณ์ได้รับการดูแลจากสมาชิกครัวเรือน ความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพ ความรู้ในระบบประกันสุขภาพซึ่งเป็นการแสดงถึงผลจากการเปลี่ยนระดับของคุณลักษณะที่ขึ้นกับคุณลักษณะอื่นๆ (Interaction effect) โดยตัวแปรในรูปแบบผลคูณที่มีนัยสำคัญแสดงถึงคุณลักษณะทางประชากรดังกล่าวมีความพอใจต่อระดับของลักษณะบริการดูแลระยะยาวในแต่ละลักษณะซึ่งส่งผลให้ประชากรที่มีคุณลักษณะดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีลักษณะบริการดูแลระยะยาวอยู่ในทางเลือกนั้นๆ

ปัจจัยทางคุณลักษณะประชากรซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกซึ่งส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายบริการดูแลระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย คุณลักษณะประชากร ประกอบไปด้วย อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน การคาดการณ์ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน ความตระหนักในความเสี่ยงของสุขภาพในอนาคต ความรู้ระบบประกันสุขภาพ โดยกำหนดตัวแปรคุณลักษณะทางประชากรแสดงดังตาราง 12

ตาราง 12 ตัวแปรคุณลักษณะประชากร

ตัวแปร	คุณลักษณะ
1. คุณลักษณะประชากร	จำนวนปี (ตัวแปร continuous)
อายุ (Age)	
เพศ (Sex)	เพศชาย =1 เพศหญิง = 0
รายได้ (Income)	จำนวนเงิน (ตัวแปร continuous)
สถานภาพสมรส (Status)	โสด = 1 สมรส= 0
การศึกษา (Edu)	จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา (ตัวแปร continuous)
	ไม่ได้รับการศึกษา = 0
	ประถมศึกษา = 6
	ม.ต้น = 9
	ม.ปลาย =12
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ = 12
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง =14
	ป.ตรี = 16
	ป.โท = 18
ภาวะสุขภาพ	มีโรคประจำตัว = 1
	ไม่มีโรคประจำตัว =0
อาชีพ	อาชีพรายได้ประจำ = 0
	อาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ (=1)
จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน	จำนวนผู้สูงอายุ (ตัวแปร continuous)
2. การคาดการณ์ได้รับการดูแลในอนาคต	ได้รับการดูแล = 1
	ไม่ได้รับการดูแล =0
3. ความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพ	ค่าคะแนน (ตัวแปร continuous)
4.ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน	ช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ = 1
	อื่น = 0
5. ความรู้ระบบประกันสุขภาพ	ค่าคะแนน (ตัวแปร continuous)

ที่มา: กำหนดโดยผู้วิจัย

บทที่ 4

ผลการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาตามขอบเขตและขั้นตอนต่างๆ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ได้กำหนดไว้ โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษานโยบายการดูแลระยะยาวและแนวทางการทำประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ โดยนำเสนอภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว การดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวและการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยเพื่อนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดแนวทางการประกันการดูแลระยะยาวเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์มูลค่าความยินดีที่จะจ่ายสำหรับบริการดูแลระยะยาวเพื่อศึกษาคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีความสำคัญและศึกษาคุณลักษณะทางประชากรที่ส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายต่อการบริการการดูแลระยะยาว

การศึกษาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์และประเทศไทย

การนำเสนอข้อมูลในส่วนนี้แสดงถึงระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ประกอบไปด้วยภาพรวมโครงสร้างประชากร พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ลักษณะหลักประกันการดูแลระยะยาวและผู้ดำเนินการระบบการดูแลระยะยาว ที่มาของแหล่งเงินทุนที่ใช้ในการดำเนินการระบบการดูแลระยะยาว สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขของการบริการที่ผู้สูงอายุและครัวเรือนได้รับ และแสดงถึงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทย แสดงรายละเอียดในแต่ละประเทศ ดังนี้

ประเทศเยอรมนี

ประเทศเยอรมนีจัดกลุ่มอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ในพ.ศ. 2561 มีรายได้เฉลี่ยต่อหัว (GDP per capita) เท่ากับ 47,662 ดอลลาร์สหรัฐ รัฐบาลมีแหล่งรายได้สำคัญจากเงินสมทบในรูปแบบการประกันสังคม (Social security contributions) คิดเป็นร้อยละ 38 ของรายได้ทั้งหมดของรัฐโดยอัตราสมทบประกันสังคมขึ้นกับระดับรายได้ของแรงงาน ในปัจจุบันแรงงานต้องจ่ายเงินสมทบในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 40 ของรายได้ (OECD, 2019) โดยเงินสมทบการประกันสังคม

ใช้สำหรับการดำเนินการระบบประกันสังคมของเยอรมนีประกอบด้วยประกันสุขภาพ ประกันการดูแลระยะยาว ประกันอุบัติเหตุ ประกันเงินบำนาญ และประกันการว่างงาน

ภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

ประเทศเยอรมนีประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจากอัตราการเกิดของประชากรลดลงอย่างรวดเร็วในขณะที่อายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นส่งผลให้มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจนเข้าสู่สังคมสูงอายุใน พ.ศ.2475 และเปลี่ยนผ่านกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ.2515 จนกระทั่งใน พ.ศ.2553 ได้ก้าวเข้าสู่เข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) (Jackson, 2003) ในปัจจุบันประเทศเยอรมนีเป็นประเทศที่มีโครงสร้างประชากรสูงอายุระดับสุดยอดและคาดการณ์ว่าใน พ.ศ.2593 จะมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 41 ของประชากรทั้งประเทศ (United Nations, 2015) จากโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้เกิดความต้องการบริการทางสุขภาพและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ในปัจจุบันเยอรมนีมีประชากรประมาณ 2.8 ล้านคนที่ต้องการการดูแลรักษาพยาบาล โดยประมาณ 0.8 ล้านคนอาศัยอยู่ในศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนที่เหลืออีก 2 ล้านคนได้รับการดูแลจากที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครและผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญที่สมควรได้รับการตอบแทน (Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2019)

ระบบประกันสุขภาพในประเทศเยอรมนีมีวิวัฒนาการมาเป็นระยะเวลานานโดยถือเป็นประเทศแรกที่มีการจัดหลักประกันสุขภาพในรูปแบบการประกันสุขภาพภาคบังคับและถือเป็นต้นแบบการจัดหลักประกันสุขภาพให้กับหลายประเทศในช่วงเวลาต่อมา จุดเริ่มต้นของการจัดหลักประกันทางสุขภาพเริ่มต้นจากการออกกฎหมาย Bismarck's Health Insurance Act ใน พ.ศ.2426 ให้แก่กลุ่มแรงงานและมีการขยายความคุ้มครองเพื่อให้ครอบคลุมประชากรทุกคนโดยพัฒนาเป็นกฎหมายชราภาพเพื่อสร้างความคุ้มครองให้แก่ผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2427 และพัฒนาจนกลายเป็นการประกันชราภาพและความพิการ (Old Age and Disability Insurance) โดยจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจึงเกิดการตระหนักถึงความต้องการในการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุจากครัวเรือนที่มีแนวโน้มลดลงจึงมีการพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับ

ระบบประกันการดูแลระยะยาวเริ่มดำเนินการใน พ.ศ.2538 ภายใต้กฎหมายการดูแลระยะยาวภาคบังคับ (Statutory Long Term Care Insurance) ซึ่งเป็นรูปแบบสวัสดิการสังคมเพื่อรองรับความต้องการการดูแลระยะยาวซึ่งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น

และผู้ที่มีความบกพร่องทั้งทางร่างกายและจิตใจและเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายการบริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องและมีการเพิ่มอัตราเงินสมทบเพื่อรักษามาตรฐานในการให้บริการ (Arntz, Sacchetto, Spermann, Steffes, & Widmaier, 2007) โดยภาครัฐมีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบายการบริการทางสุขภาพและมีการจัดสรรให้หน่วยงานในท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการจัดการบริการให้แก่ประชาชนเนื่องจากประเทศเยอรมนีมีการปกครองโดยประกอบไปด้วยมลรัฐต่างๆ

ระบบการดูแลระยะยาว

ระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนีโดยการรวบรวมข้อมูลจาก Federal Ministry of Labour and Social Affairs (2019) กล่าวถึงการจัดบริการทางสุขภาพของระบบประกันสุขภาพว่าอยู่บนหลักการของการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อเป็นแหล่งเงินงบประมาณสำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพมาจากการร่วมจ่ายจากประชาชน และนายจ้างสมทบเป็นกองทุนและนำไปจัดสรรการจัดบริการทางสุขภาพให้แก่ผู้ให้บริการ เช่น โรงพยาบาล แพทย์ สมาคมแพทย์ การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง รัฐบาลมีหน้าที่ในการลงทุนในการจัดบริการทางการแพทย์ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมโรค โดยกองทุนที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพหลายรูปแบบตามวัตถุประสงค์ของการบริการซึ่งจะมีอัตราการจ่ายเข้ากองทุนที่มีความแตกต่างกัน

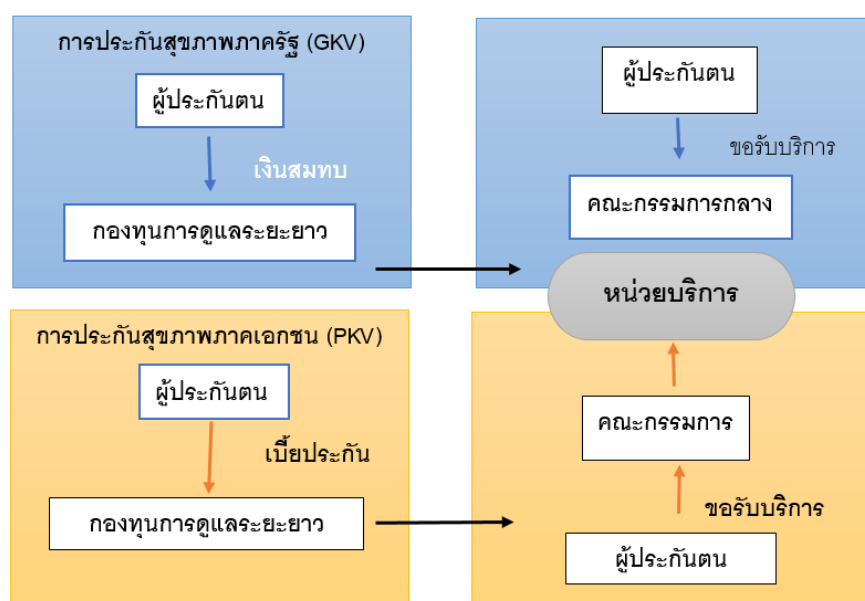
ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศเยอรมนีอยู่ในรูปแบบการประกันภาคบังคับซึ่งบุคคลจะได้รับประกันดูแลโดยอัตโนมัติในรูปแบบของการประกันการดูแลระยะยาวตามกฎหมาย โครงสร้างระบบการประกันสุขภาพเป็นระบบคู่ขนานซึ่งขึ้นอยู่กับความเป็นผู้ประกันตน ประกอบไปด้วย

1. การประกันสุขภาพภาครัฐ (Government health insurance: GKV) เป็นระบบประกันสุขภาพพื้นฐานโดยอัตโนมัติสำหรับประชากรทุกคน โดยผู้ที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐจะถือเป็นผู้ประกันตนภาคบังคับ

2. การประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private health insurance: PKV) เป็นระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจสำหรับผู้ที่มีรายได้สูงกว่า 5,062.50 ยูโรต่อเดือน โดยผู้ประกันตนภาคสมัครใจสามารถเลือกทำประกันการดูแลระยะยาวกับภาคเอกชนได้แต่ต้องมีระดับการคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกับประกันสุขภาพภาครัฐตามกฎหมาย โดยต้องมีการยื่นใบคำขอต่อกองทุนประกันการดูแลระยะยาวพร้อมกับการแสดงหลักฐานสิทธิประโยชน์และการคุ้มครองการ

ดูแลระยะยาวจากภาคเอกชน และหากสมัครใจทำประกันสุขภาพภาคเอกชนแล้วจะไม่สามารถเปลี่ยนกลับมาใช้การประกันสุขภาพภาครัฐ

แหล่งเงินทุนในการดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวของภาครัฐมาจาก 2 ส่วน ได้แก่ กองทุนประกันการดูแลระยะยาว (The statutory Long term care funds) ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ และการสมทบเงินของนายจ้างและแรงงานตามระดับรายได้ในรูปแบบของการประกันสังคม โดยจำกัดเงินสมทบสูงสุดร้อยละ 2.55 ของรายได้จากค่าจ้างสำหรับผู้ที่มีบุตร และร้อยละ 2.80 สำหรับผู้ที่ไม่ มีบุตร ซึ่งในปัจจุบันมีแนวคิดในการเพิ่มอัตราการสมทบเพื่อพัฒนาการบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และมีนโยบายในการขยายสิทธิประโยชน์เพื่อสนับสนุนศักยภาพการดูแลโดยครัวเรือนและการดูแลภายในชุมชน (Nadash, Doty, & von Schwanenflügel, 2018) ในขณะที่แหล่งเงินทุนของการประกันการดูแลระยะยาวภาคเอกชนมาจากเบี้ยประกันซึ่งเก็บจากผู้ประกันตนซึ่งอัตราเบี้ยประกันกำหนดตามช่วงอายุของผู้ประกันตน โครงสร้างระบบการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนีแสดงดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 ระบบการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนี

ที่มา รวบรวมโดยผู้วิจัย

สิทธิประโยชน์ระบบประกันการดูแลระยะยาว

ระบบประกันการดูแลระยะยาวให้ความสำคัญกับการป้องกัน การฟื้นฟูเพื่อแก้ไข และป้องกันมิให้ความต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นและให้ความสำคัญกับการบริการดูแล ในที่พักอาศัยมากกว่าการดูแล ณ สถานบริการ โดยสิทธิประโยชน์อยู่ในรูปแบบการกำหนดวงเงิน สำหรับการใช้บริการซึ่งขึ้นกับระดับความจำเป็นในการดูแลตามที่ได้รับการประเมิน (Care grade) และความต้องการของผู้ประกันตน หากมีการใช้บริการเกินวงเงินที่กำหนด ผู้ใช้บริการจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยสิทธิประโยชน์ของการประกันการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วย

1. การบริการในสถานบริการ (Institutional care) มีเป้าหมายเพื่อสร้างหลักประกันในการได้รับการบริการดูแลที่มีคุณภาพและเพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในใกล้เคียงกับการอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง โดยระบบการดูแลระยะยาวจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายการ บริการตามวงเงินที่ได้รับตามระดับความจำเป็น บริการประกอบไปด้วย

1.1 การบริการในสถานบริการแบบเต็มเวลา (Full-time institutional care) เป็นการให้บริการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงในสถานบริการ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยระบบการดูแลระยะยาวจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์และการใช้บริการการดูแล (ยกเว้นค่าห้อง ค่าใช้จ่ายส่วนตัว เช่น ค่าอาหาร) ในอัตราที่แตกต่างกันตามระดับความจำเป็น โดยผู้ที่ได้รับการประเมินระดับการช่วยเหลือระดับที่ 1 จะได้รับวงเงินเพื่อการให้บริการ 125 ยูโรต่อ เดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 2 วงเงิน 770 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 3 วงเงิน 1,262 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 4 วงเงิน 1,774 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือ ระดับที่ 5 วงเงิน 2,005 ยูโรต่อเดือน

1.2 การบริการในสถานบริการแบบชั่วคราว (Part-time institutional care) ซึ่งให้บริการดูแลชั่วคราวในระหว่างวันหรือเวลากลางคืน ระบบการดูแลระยะยาวจะจ่ายค่าใช้จ่าย บริการทางการแพทย์และการใช้บริการการดูแล (ยกเว้นค่าห้อง และค่าใช้จ่ายส่วนตัว) ผู้ที่ได้รับการ ประเมินระดับการช่วยเหลือระดับที่ 1 จะไม่ได้รับวงเงินเพื่อการให้บริการ (สามารถนำ เบี้ย เลี้ยง 125 ยูโรต่อเดือนสำหรับการใช้บริการ) ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 2 วงเงิน 689 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 3 วงเงิน 1,298 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 4 วงเงิน 1,612 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 5 วงเงิน 1,995 ยูโรต่อเดือน สำหรับผู้ที่พักอาศัยอยู่ใน สถานบริการแบบรวมสามารถขอเงินช่วยเหลือเพิ่มเติมสำหรับค่าที่พักแบบรวม 214 ยูโรต่อเดือน

2. การบริการในที่พักอาศัย (Home care) มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการดูแล ภายในที่พักอาศัยให้ผู้รับบริการได้รับการบริการภายในที่พักอาศัยเพื่อเป็นการลดภาระของผู้ดูแลที่

เป็นสมาชิกครัวเรือน โดยสิทธิประโยชน์อยู่ในรูปแบบการกำหนดวงเงินในการรับบริการซึ่งสามารถเลือกรับบริการผู้ช่วยดูแล (Benefit in kind) หรือการสนับสนุนทางการเงิน (Cash benefit)

สำหรับผู้เลือกบริการผู้ช่วยดูแลถ้าได้รับการประเมินระดับการช่วยเหลือระดับที่ 2 วงเงิน 689 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 3 วงเงิน 1,298 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 4 วงเงิน 1,612 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 5 วงเงิน 1,995 ยูโรต่อเดือน แต่ถ้าเลือกการสนับสนุนทางการเงินถ้าได้รับการประเมินระดับการช่วยเหลือระดับที่ 2 วงเงิน 316 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 3 วงเงิน 545 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 4 วงเงิน 728 ยูโรต่อเดือน ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 5 วงเงิน 901 ยูโรต่อเดือน

นอกจากนั้น ผู้ที่ได้รับการประเมินความจำเป็นในการดูแล (ระดับที่ 1 – 5) ที่รับบริการภายในที่พักอาศัยจะได้รับเงินเบี้ยเลี้ยงจำนวน 125 ยูโรต่อเดือนเพื่อเป็นการสนับสนุนผู้ให้ดูแลในที่พักอาศัยเช่นสมาชิกในครัวเรือน ผู้ดูแลที่มีความชำนาญ เช่น พยาบาล ผู้ที่รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ใช้บริการเลือกรับสิทธิประโยชน์การสนับสนุนทางการเงินเพื่อการดูแลในที่พักอาศัย (Riedel, 2017) นอกจากนี้ยังมีสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมสำหรับการขอรับบริการผู้ช่วยดูแลชั่วคราว (Short-term care) ในกรณีที่ครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุสูงสุดไม่เกิน 6 สัปดาห์ต่อปี หรือคิดเป็นวงเงิน 1,612 ยูโรต่อปี

3. สิทธิประโยชน์อื่นๆ ประกอบไปด้วย

- 3.1 การชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ช่วยพยาบาลสูงสุด 40 ยูโรต่อเดือน
- 3.2 กองทุนกู้ยืมสำหรับการซื้ออุปกรณ์ในการดูแลระยะยาว เช่น เตียงผู้ป่วย
- 3.3 การสนับสนุนเงินเพื่อการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมสูงสุด 4,000 ยูโร และหากอยู่อาศัยเป็นกลุ่มสามารถขอรับเงินสนับสนุนสูงสุด 16,000 ยูโร สำหรับบุคคลที่มีความจำเป็นในการรับบริการที่จัดตั้งกลุ่มเพื่อรับบริการในที่พักแบบรวมสามารถขอรับเงินเพิ่มเติมได้สูงสุดถึง 2,500 ยูโรต่อคน

3.4 การให้คำแนะนำการดูแลสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครัวเรือนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่ต้องผ่านการประเมินระดับความจำเป็นในการดูแล

3.5 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยสำหรับสมาชิกในครัวเรือนและอาสาสมัครโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่ต้องผ่านการประเมินระดับความจำเป็นในการดูแล

นอกจากนั้น ประเทศเยอรมนียังมีการสนับสนุนการดูแลระยะยาวโดยมีกฎหมายว่าด้วยการลางานเพื่อการดูแลครอบครัว (Family care Leave) เพื่อสนับสนุนการช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวันโดยสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งกฎหมายมีแนวคิดในการให้ความคุ้มครอง

แรงงานจากการถูกเลิกจ้างในระหว่างการให้การดูแลและภายหลังการดูแลสมาชิกในครัวเรือน โดยแรงงานสามารถลาหยุดเต็มเวลาได้สูงสุด 6 เดือนหรือลดเวลาการทำงานครั้งหนึ่งได้นานถึง 24 เดือน โดยได้รับค่าจ้างเป็นจำนวนครั้งหนึ่ง (Rhee et al., 2015) หรือในกรณีที่ผู้ให้การดูแลไม่ได้ทำงาน ถ้าให้การดูแลอย่างน้อย 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะได้รับการคุ้มครองประกันบำนาญและประกันการว่างงานเพื่อชดเชยรายได้ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวมีแนวคิดในการลดต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการที่ผู้ดูแลต้องออกจากตลาดแรงงาน (Geyer & Korfhage, 2015) และเป็นการส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นการขยายศักยภาพเพื่อรองรับความต้องการบริการดูแลระยะยาวที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคตผ่านการบริการภายในชุมชน ผลจากการสนับสนุนผ่านกฎหมายดังกล่าวก่อให้เกิดการขยายตัวของผู้ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ามีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น 400 แห่ง (Campbell, Ikegami, & Gibson, 2010) ซึ่งจากการศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการภายในชุมชนโดย Lehnert, Gunther, Hajek, Riedel-Heller, and Konig (2018) พบว่าคุณภาพของการบริการเป็นคุณลักษณะสำคัญของการบริการในที่พักอาศัยและภายในชุมชนมากกว่าการจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวที่หลากหลาย

เงื่อนไขการรับบริการ

การขอรับบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ประกันตนภาครัฐ ผู้ที่ต้องการรับบริการดูแลระยะยาวจะต้องยื่นคำขอต่อกองทุนการดูแลระยะยาวซึ่งจะมีคณะกรรมการตรวจสอบทางการแพทย์ (The medical review board) เพื่อรับการประเมินความเจ็บป่วยและความต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันโดยแพทย์และพยาบาลเพื่อนำไปจัดการบริการดูแลที่เหมาะสมกับ ซึ่งแบ่งระดับการประเมินออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 1 (Care grade 1) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องเล็กน้อย ได้แก่บุคคลที่ได้รับคะแนนจากการประเมิน 12.5 คะแนนถึงต่ำกว่า 27 คะแนน ผู้ที่ได้รับการประเมินระดับการช่วยเหลือระดับที่ 1 จะได้รับวงเงิน 125 ยูโรต่อเดือนสำหรับการบริการดูแลแบบชั่วคราว (Short-stay) ซึ่งมีบริการดูแลทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน เงินสนับสนุนสำหรับการดูแลภายในชุมชนวงเงิน 214 ยูโรต่อเดือน เงินสนับสนุนสำหรับการปรับปรุงที่พักอาศัยให้มีความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลระยะยาววงเงิน 4,000 ยูโรต่อเดือนแต่ไม่เกิน 16,000 ยูโรสำหรับต่อชุมชนที่ที่พักอาศัยแบบแฟลต และบริการดูแลเพิ่มเติมสำหรับการบริการดูแลที่บ้านและการสนับสนุนทางการเงิน 125 ยูโรต่อเดือนถ้าอาศัยอยู่ในที่พักอาศัย

2. ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 2 (Care grade 2) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่อง ซึ่งมีอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันระดับปานกลาง ได้แก่บุคคลที่ได้รับคะแนนจากการประเมินความต้องการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนรวมต่ำกว่า 47.5 คะแนนรวม

3. ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 3 (Care grade 3) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องมาก ได้แก่บุคคลที่ได้รับคะแนนจากการประเมินความต้องการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน 47.5 ถึงต่ำกว่า 70 คะแนน

4. ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 4 (Care grade 4) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องระดับรุนแรง ได้แก่บุคคลที่ได้รับคะแนนจากการประเมินความต้องการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน 70 ถึงต่ำกว่า 90 คะแนน

5. ระดับการช่วยเหลือระดับที่ 5 (Care grade 5) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความบกพร่องระดับรุนแรงมากหรือเป็นกลุ่มคนที่มีความต้องการพิเศษเช่นผู้ป่วยอัลไซเมอร์ และผู้ที่มีความต้องการการดูแลและช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับสูง ได้แก่บุคคลที่ได้แก่บุคคลที่ได้รับคะแนนจากการประเมินความต้องการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน 90 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ประกันตนภาคเอกชนจะต้องยื่นคำขอต่อกองทุนประกันเอกชนเพื่อรับการประเมินความเจ็บป่วยและความต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเช่นเดียวกัน

กล่าวได้ว่า รูปแบบการบริการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนีมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้การสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันโดยสมาชิกในครัวเรือน (Informal caregiver) เนื่องจากสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากบริการดูแลระยะยาวและเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยในปัจจุบัน เยอรมนีมีนโยบายการเพิ่มอัตราการสมทบเพื่อรองรับภาระการเงินในอนาคตและสร้างระบบสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการขยายสิทธิประโยชน์เพื่อสนับสนุนครัวเรือนและอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุภายในที่พักอาศัยและภายในชุมชน เพื่อรองรับการลดลงของศักยภาพในการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน (Nadash et al., 2018)

ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นจัดกลุ่มอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว โดย พ.ศ. 2561 มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวเท่ากับ 38,428 ดอลลาร์สหรัฐ แหล่งรายได้สำคัญของรัฐมาจากการเก็บภาษีซึ่งประกอบไปด้วยภาษีระดับประเทศจัดเก็บโดยรัฐบาลกลางคิดเป็นร้อยละ 61.1 ของรายรับรวมทั้งหมด ประกอบไปด้วยภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ภาษีเงินได้นิติบุคคล ภาษีมูลค่าเพิ่ม ขณะที่ภาษีส่วน

ท้องถิ่นซึ่งจัดเก็บโดยรัฐบาลท้องถิ่นมีสัดส่วนรายรับคิดเป็นร้อยละ 38.9 ถือเป็นแหล่งรายได้หลักเพื่อใช้ในการจัดสวัสดิการต่างๆ เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตประชากรภายในท้องถิ่น และได้รับการจัดสรรภาษีอุดหนุนเพิ่มเติมจากรัฐบาลกลาง แหล่งรายได้สำคัญของรัฐมาจากเงินสมทบจากแรงงานและนายจ้างในรูปแบบประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 40 ของรายได้จากภาษีทั้งหมด โดยอัตราเงินสมทบประกันสังคมเฉลี่ยร้อยละ 14.45 ของรายได้ใช้สำหรับการดำเนินการระบบประกันสังคมประกอบด้วยประกันสุขภาพ ประกันการดูแลระยะยาว ประกันอุบัติเหตุ ประกันเงินบำนาญ และประกันการว่างงาน (OECD, 2019)

ภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

ประเทศญี่ปุ่นประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุเนื่องจากอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้นและอัตราการเกิดต่ำลง การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าวส่งผลให้ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจนก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุใน พ.ศ.2513 และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ.2537 และก้าวเข้าสู่สังคมระดับสุดยอดใน พ.ศ. 2548 ซึ่งจากข้อมูลประชากรของ United Nations, (2017) พบว่าใน พ.ศ.2560 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ 33% ของประชากรทั้งประเทศ กล่าวได้ว่าเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ.2593 จะมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 42.5% ของประชากรทั้งประเทศ

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่ก่อนที่โครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ รัฐบาลได้เริ่มมีการจัดสวัสดิการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนตั้งแต่ใน พ.ศ.2503 และมีการพัฒนาจนออกเป็นพระราชบัญญัติสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (The act on social welfare services for the elderly) ใน พ.ศ.2506 เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุทุกคนที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งพัฒนาในด้านสถานบริการและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อความต้องการ จนกระทั่งใน พ.ศ.2513 ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ รัฐบาลได้มีการพัฒนาบริการโดยจัดบริการทางสุขภาพฟรีสำหรับผู้สูงอายุทุกคน (Ministry of Health Labour and Welfare, 2016)

จากแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบปัญหาผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นสิบเท่าและ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานกว่าหนึ่งปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้บริการในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจำนวนมากโดยร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมาจากการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ (Mitchell, Piggott,

& Shimizutani, 2008) รัฐบาลจึงมีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อสร้างความยั่งยืนทางการคลังโดยตรากฎหมายการบริการสุขภาพและการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุใน พ.ศ.2525 และกลายเป็นระบบประกันสุขภาพโดยกำหนดให้ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการและมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพโดยจัดแผนทองคำ (Gold Plan) ใน พ.ศ.2532 เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุโดยส่งเสริมสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการดูแลภายในที่พักอาศัยเพื่อปรับรูปแบบการให้บริการจากการดูแลในโรงพยาบาลเป็นการดูแลในสถานบริการ การดูแลภายในชุมชน และการดูแลโดยครัวเรือน ใน พ.ศ.2537 ประเทศญี่ปุ่นมีการเปลี่ยนผ่านทางประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ สัดส่วนผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายเพิ่มขึ้นเกิดภาระค่าใช้จ่ายในภาครัฐจำนวนมากส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินของระบบประกันสุขภาพ จึงมีการพัฒนาการระบบสวัสดิการในรูปแบบใหม่คือ ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance: LTCI) ประกาศกฎหมายการประกันการดูแลระยะยาว (The Long Term Care Act) ใน พ.ศ. 2540 และบังคับใช้ใน พ.ศ.2543 (Campbell & Naoki, 2000)

ระบบการดูแลระยะยาว

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี และสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Advanced Elderly Medical Service System) โดยรัฐบาลได้จัดสวัสดิการในรูปแบบการประกันการดูแลระยะยาวในรูปแบบระบบประกันตนภาคบังคับ (Compulsory system) เพื่อเป็นหลักประกันในการได้รับการบริการทางการแพทย์และการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว โดยกฎหมายการประกันการดูแลระยะยาวกำหนดให้บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีมีหน้าที่ในการจ่ายเงินสมทบในกองทุนการประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) โดยมีหน่วยงานเทศบาลเป็นผู้บริหารจัดการระบบในฐานะผู้รับประกัน มีหน้าที่ในการกำหนดผลประโยชน์ทดแทน การคำนวณค่าเบี้ยประกันและการเก็บเบี้ยประกัน รวมถึงประเมินความจำเป็นในการได้รับการบริการและการจัดบริการที่เหมาะสมตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันตามจำนวนผู้สูงอายุและเงินกองทุนในแต่ละพื้นที่ (Ministry of Health Labour and Welfare, 2016) โดยโครงสร้างระบบการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่นแสดงดังภาพประกอบ 11

โครงสร้างระบบการประกันการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วยผู้ประกันตน 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ประกันตนกลุ่มที่ 1 (Primary insured persons) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการบริการการดูแลระยะยาวหรือการป้องกันความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย ซึ่งนำไปสู่ความต้องการบริการดูแลระยะยาว

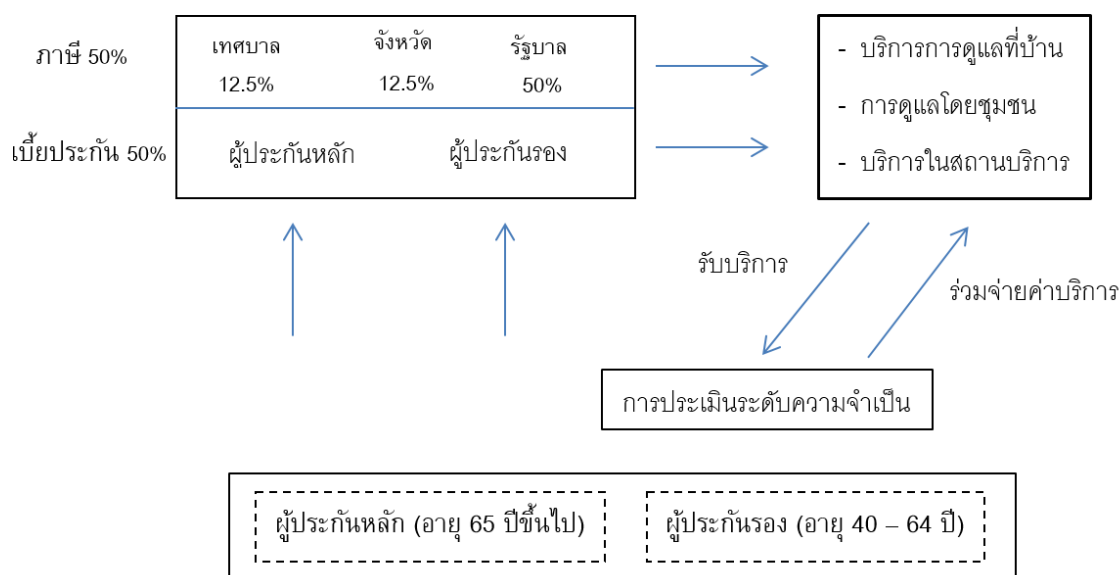
2. ผู้ประกันตนกลุ่มที่ 2 (Secondary insured persons) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-64 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยและมีโอกาสในการเกิดความต้องการดูแลระยะยาว

แหล่งเงินทุนของระบบการประกันการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วย 2 ส่วนได้แก่

1. การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลซึ่งมาจากเงินรายได้จากภาษีอากร ร้อยละ 50 ซึ่งมาจากรัฐบาลร้อยละ 50 และจังหวัดร้อยละ 12.5 ส่วนเทศบาลร้อยละ 12.5

2. การร่วมจ่ายสมทบจากผู้ประกันตนในรูปแบบค่าเบี้ยประกัน ร้อยละ 50 โดยอัตราเบี้ยประกันซึ่งขึ้นกับความเป็นผู้ประกันตน และความสามารถในการจ่ายของแต่ละบุคคล

โครงสร้างระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีลักษณะแสดงดังภาพ



ภาพประกอบ 11 ระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

ที่มา: Ministry of health (2016)

การกำหนดค่าเบี้ยประกันดำเนินการโดยหน่วยงานเทศบาลในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันตามกลุ่มผู้ประกันตน การคำนวณค่าเบี้ยประกันในกลุ่มผู้ประกันตนกลุ่มที่ 1 จะแบ่งผู้ประกันตนออกเป็น 9 ระดับขึ้นกับขนาดครัวเรือน รายได้และการเสียภาษีเทศบาลเพื่อใช้ในการกำหนดจำนวนเงินค่ามาตรฐาน (Standard amount) เพื่อนำไปคูณกับอัตราปรับซึ่งมีอัตราอยู่ในระหว่าง 0.5 – 1.7 โดยการคำนวณค่าเบี้ยประกันแสดงดังนี้

$$\text{ค่าเบี้ยประกัน} = \text{จำนวนเงินค่ามาตรฐาน} \times \text{อัตราปรับ}$$

ในขณะที่การคำนวณค่าเบี้ยประกันของกลุ่มผู้ประกันตนกลุ่มที่ 2 กำหนดให้ผู้ประกันตนที่มีอายุระหว่าง 40-64 ปี เริ่มจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันการดูแลระยะยาวพร้อมกับการจ่ายเงินสมทบในระบบประกันสุขภาพ โดยใช้วิธีการคำนวณตามอัตราที่กำหนดในการประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งกำหนดจากรายได้ของผู้ประกันตน ส่วนผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ สามารถขอรับบริการในรูปแบบการสังคมสงเคราะห์ได้แต่จะได้รับการบริการในลักษณะที่จำกัดกว่าสิทธิประโยชน์ในระบบประกันการดูแลระยะยาว (Takahashi & Ogihara, 2015)

สิทธิประโยชน์ระบบประกันการดูแลระยะยาว

ระบบประกันการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับการบริการในสถานบริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based integrated care system) โดยสิทธิประโยชน์ของระบบประกันการดูแลระยะยาวมีการจัดบริการแก่ผู้ประกันตนตามระดับความจำเป็น ประกอบไปด้วย

1. การบริการดูแลในที่พักอาศัย (In-home services) ซึ่งประกอบไปด้วยการบริการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน เช่น การบริการอาบน้ำ รับประทานอาหารที่บ้าน การบริการเยี่ยมบ้านโดยนางพยาบาลในระหว่างวัน หรือในเวลากลางคืน การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การบริการให้คำแนะนำทางการแพทย์ที่บ้าน และการบริการดูแลทางการแพทย์ระยะสั้น

2. การบริการสถานบริการ (Facility services) เช่น สถานบริการทางการแพทย์ ศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบทั่วไปหรือกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะเพื่อให้ได้รับการที่เหมาะสม เช่นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยให้บริการแบบเต็มเวลาหรือแบบชั่วคราว โดยเน้นให้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการดังกล่าว

3. การสนับสนุนเงินอุดหนุนสำหรับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย (Housing Renovation Expense) และอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น ไมโครเวฟ รถเข็นเพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมและผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยความปลอดภัย

4. การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ (Preventive Care Benefits) เช่น การสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยงอันนำมาสู่การดูแลระยะยาว การจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การให้ความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

เงื่อนไขการรับบริการ

การขอรับบริการการดูแลระยะยาวต้องยื่นเรื่องผ่านเทศบาลเพื่อรับการประเมินระดับความจำเป็นในการรับบริการดูแลระยะยาว โดยสิทธิการรับประโยชน์ทดแทนแบ่งตามกลุ่มผู้ประกันตน ดังนี้

1. ผู้ประกันตนกลุ่มที่ 1 (อายุ 65 ปีขึ้นไป) สามารถยื่นขอรับการประเมินระดับความจำเป็นเพื่อรับบริการการดูแลระยะยาวได้ในทุกกรณี

2. ผู้ประกันตนกลุ่มที่ 2 (อายุระหว่าง 40 – 64 ปีขึ้นไป) สามารถขอรับบริการการดูแลระยะยาวจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 16 โรค เช่น โรคมะเร็ง สมองเสื่อม โรคกระดูกและข้ออักเสบซึ่งอาจนำไปสู่การต้องการการบริการดูแลระยะยาว

ขั้นตอนการประเมินเริ่มต้นจากคำถามคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเบื้องต้นประกอบกับการประเมินโดยหมอประจำครอบครัว เพื่อให้คณะกรรมการจากสหวิชาชีพ (The Municipality's Certification Committee for Long-Term Care Need) จัดกลุ่มตามความจำเป็นเพื่อวางแผนการดูแล ให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยการประเมินจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ต้องได้รับการบริการการดูแลระยะยาว ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Care Level 1-5) ตามระดับการเจ็บป่วยและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งในแต่ละระดับจะได้รับวงเงินในการใช้บริการที่แตกต่างกัน โดยบริการที่ในกลุ่มนี้ได้รับจะประกอบไปด้วยการบริการดูแลในสถานบริการ และบริการดูแลในที่พักอาศัย

2. กลุ่มที่สามารถพึ่งพาตัวเอง เป็นกลุ่มที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ดังนั้นจะไม่ได้รับบริการการดูแลระยะยาว โดยในกลุ่มนี้อาจได้รับบริการในรูปแบบการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ เช่น บริการเยี่ยมที่บ้าน การส่งเสริมเพื่อป้องกันโรคและความพิการในอนาคต

3. กลุ่มที่ต้องได้รับการป้องกันการดูแลระยะยาว เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อป้องกันการเกิดโรคในอนาคตในรูปแบบการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ (Preventive Care Benefits) เช่น บริการเยี่ยมที่บ้าน การส่งเสริมเพื่อป้องกันโรคและความพิการ และการบริการโดยชุมชน

นอกจากนั้น การใช้บริการการดูแลระยะยาวจะมีการเก็บเงินค่าบริการส่วนหนึ่ง จากผู้ประกันตนในการรับบริการแต่ละครั้ง (Co-payment) ซึ่งอัตราการร่วมจ่ายขึ้นกับรายได้และการเสียภาษีเทศบาลของครัวเรือนซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามกลุ่มผู้ประกันตน สำหรับผู้ประกันตนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 1.6 ล้านบาท/ปี จะต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายการบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่าจะร่วมจ่ายในอัตราร้อยละ 10 สำหรับผู้ที่ได้รับการยกเว้นการเก็บภาษีเทศบาลหรือผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือสาธารณะ จะเก็บค่าบริการร้อยละ 10 โดยไม่คำนึงถึงรายได้ ในส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับแผนการดูแลป้องกัน ผู้ใช้บริการจะไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการโดยมีการกำหนดจำนวนเงินสูงสุดที่ต้องจ่าย โดยกำหนดไม่เกิน 440,000 เยนต่อเดือนเพื่อเป็นการลดภาระทางการเงินของผู้ประกันตน

ในปัจจุบัน จากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศญี่ปุ่นประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ โดยพบว่าร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมาจากการจัดบริการสุขภาพโดยเฉพาะการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Mitchell et al., 2008) จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้รัฐบาลมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดความต้องการการดูแลระยะยาว โดยมีการจัดกิจกรรมผ่านชุมชน เช่นการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายซึ่งบริการในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสามารถใช้ได้ฟรีโดยไม่ต้องร่วมจ่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและลดภาระการพึ่งพิงในระบบการบริการการดูแลระยะยาว (Fukutomi, Eriko; et al. , 2013) นอกจากนั้นมีการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครัวเรือนผ่านกฎหมาย Child care and family care leave act ในรูปแบบการประกันการจ้างงานและการปรับโครงสร้างเวลาการทำงานเพื่อสนับสนุนให้แรงงานสามารถให้การดูแลสมาชิกในครัวเรือนได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พบว่าอัตราการลางานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำมากเนื่องจากข้อกำหนดสำหรับรูปแบบการทำงาน เช่น การจำกัดจำนวนชั่วโมงการทำงาน การทำงานล่วงเวลา ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอสำหรับการที่จะสนับสนุนให้แรงงานสามารถลางานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน (Inamori, 2017) นอกจากนั้นยังมีการส่งเสริมบทบาทของภาคเอกชน องค์กรอิสระที่ไม่แสวงหากำไรเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการเพื่อเป็นแนวทางในการขยายศักยภาพการบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนซึ่งจากการศึกษาของ Kanaya, Takahashi, and Shen (2015) พบว่า การจัดบริการโดยองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรเป็นรูปแบบที่บุคคลมีความพึงพอใจ โดยรัฐควรมีการสนับสนุนโดยตรงเพื่อเร่งการขยายศักยภาพความสามารถ

ในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครัวเรือนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ใน พ.ศ. 2561 มีรายได้เฉลี่ยต่อหัว เท่ากับ 64,579 ดอลลาร์สหรัฐ รัฐบาลมีแหล่งรายได้สำคัญจากการเก็บภาษี โดยแหล่งรายได้สำคัญมาจากการเก็บภาษีนิติบุคคลในอัตราร้อยละ 17 ของรายได้สุทธิคิดเป็นร้อยละ 30 ของรายได้ทั้งหมด (OECD, 2019) โดยอัตราภาษีในประเทศสิงคโปร์มีอัตราต่ำเนื่องจากมีแนวคิดให้ประชาชนมีการพึ่งพาตนเองจากระบบการออมภาคบังคับภายใต้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central provident fund) จากการสมทบของแรงงานและนายจ้างเพื่อเป็นบัญชีของแต่ละบุคคลในการนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทุพพลภาพ บำเหน็จและบำนาญชราภาพ เสียชีวิตหรือสำหรับที่อยู่อาศัยของตนและครอบครัว โดยอัตราเงินสมทบขึ้นอยู่กับระดับรายได้และอายุเฉลี่ยร้อยละ 37

ภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

ประเทศสิงคโปร์ประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับหลายประเทศทั่วโลกและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2543 และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2560 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 900,000 คนใน พ.ศ. 2573 ซึ่งถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรมากที่สุดและมีอัตราเร่งในการเข้าสู่สังคมสูงอายุเร็วที่สุดในอาเซียน จากคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติกล่าวว่าใน พ.ศ. 2573 สิงคโปร์จะมีจำนวนผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งถือเป็นประเทศแรกของอาเซียนที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุดระดับสุดยอด (สุชาติา ทวีสิทธิ์, มาลี สันภูวรรณ, และ ศุทธิดา ขวนวัน, 2556)

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ส่งผลให้มีการตระหนักถึงความสำคัญจากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพเช่นเดียวกับหลายประเทศและกำหนดเป็นวาระแห่งชาติใน พ.ศ. 2525 มีการตั้งคณะกรรมการแห่งชาติเพื่อแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ นำโดยกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health: MOH) โดยมีแนวคิดในการให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลรักษาร่างกายให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติและสร้างการมีส่วนร่วมทางสังคมในการทำงานของผู้สูงอายุประกอบกับการปฏิรูประบบการเงินและการคลังใน พ.ศ. 2527 โดยกำหนดเป็นแผนสุขภาพแห่งชาติ “Blue Paper” และพัฒนาระบบการออมภาคบังคับซึ่งเรียกว่าระบบ Medisave สำหรับการใช้จ่ายในค่ารักษาพยาบาลของตนเองและครอบครัว แต่จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและพบปัญหาอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นสิบเท่า โดย 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเข้ารับการดูแลใน

โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องได้รับการบริการดูแลในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อทรัพยากรในโรงพยาบาล (Singh, 1999) ปัญหาดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นในการปฏิรูประบบการดูแลระยะยาว โดยพัฒนาระบบการดูแลภายในชุมชนเพื่อลดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลและรองรับความต้องการการบริการดูแลระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จนใน พ.ศ.2545 ตั้งระบบประกันสุขภาพสำหรับการดูแลระยะยาว (Eldersshield) เพื่อเป็นหลักประกันสำหรับการดูแลระยะยาวให้เป็นหลักประกันพื้นฐานสำหรับบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง

ระบบการดูแลระยะยาว

สิงคโปร์มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดหน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชนร่วมกับรัฐบาล (Self-reliance) โดยมีแนวคิดว่าคุณคนมีหน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและการมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่าใช้จ่ายการบริการสุขภาพ ในขณะที่รัฐบาลมีหน้าที่ในการสนับสนุนผ่านระบบการคลังโดยการจ่ายเงินอุดหนุนให้แก่การบริการสุขภาพและสร้างทางเลือกให้กับประชาชนผ่านการกำหนดรูปแบบทางเลือกในการร่วมจ่ายและสร้างระบบการออมภาคบังคับเพื่อให้ประชาชนมีบัญชีเงินออมสำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาลตนเองและครอบครัว และรองรับเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณอายุ

ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์มีชื่อเรียกว่าระบบประกันสุขภาพ 3Ms ดำเนินการผ่านกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central provident fund board: CFP) ภายใต้การดูแลของกระทรวงแรงงาน (Ministry of manpower) ซึ่งกำหนดให้บุคคลต้องส่งเงินสมทบตามระดับอายุผ่านการหักจากเงินเดือนของตนเองและการสมทบจากนายจ้าง ประกอบไปด้วย

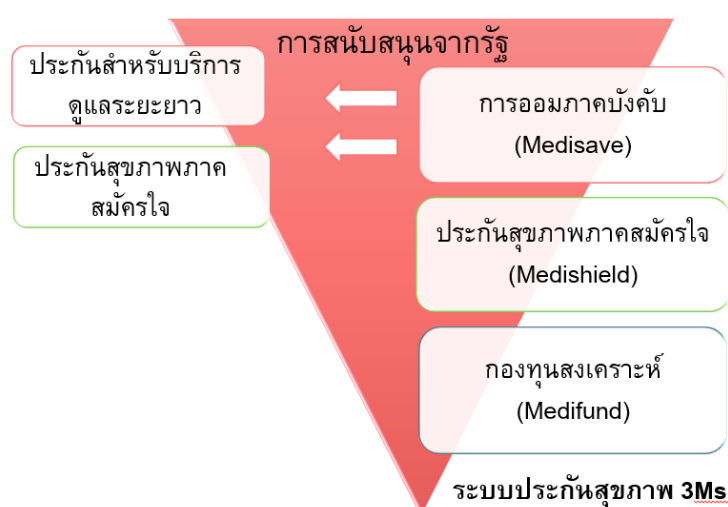
1. Medisave เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับเพื่อรองรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ ละสามารถนำไปซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมเช่นประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (Medishield) หรือประกันสุขภาพสำหรับการดูแลระยะยาว (Eldersshield)

2. Medishield เป็นระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจกรณีเจ็บป่วยร้ายแรงเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายจำนวนมากอันเกิดจากการรักษาอาการเจ็บป่วยร้ายแรง ซึ่งให้การคุ้มครองจนถึงอายุ 90 ปี โดยมีการกำหนดมูลค่าสูงสุดที่สามารถใช้ได้และไม่มีการจำกัดอายุสุดท้ายในการเข้าร่วมการประกัน

3. Medifund เป็นกองทุนสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยและไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลได้ เพื่อเป็นหลักประกันสำหรับ

การเข้าถึงการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน โดยรัฐบาลเป็นผู้จัดตั้งและให้เงินอุดหนุนกองทุน และต่อมามีการแบ่งเป็นกองทุนสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Medifund Silver)

ดังนั้นแหล่งเงินทุนสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวมาจากการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐและบัญชีการออมภาคบังคับ (Medisave) ของแต่ละบุคคล โดยรัฐจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งตามวงเงินที่ได้รับผ่านการดูแลของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และผู้รับบริการรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือโดยหักจากบัญชีเงินออม แสดงดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 ระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศสิงคโปร์

ที่มา: กำหนดโดยผู้วิจัย

สิทธิประโยชน์ระบบประกันการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์ดำเนินการเพื่อสนับสนุนผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เป็นระยะเวลานานเนื่องจากสภาวะสุขภาพที่มีปัญหาจากโรคเรื้อรังโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อรองรับสำหรับความต้องการบริการการดูแลระยะยาวในอนาคต โดยระบบการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วย 2 ส่วนได้แก่

1. การประกันสุขภาพสำหรับการดูแลระยะยาว (Eldershied) ซึ่งมีลักษณะเป็นการประกันรายได้เพื่อรองรับความเสี่ยงทางการเงิน โดยเป็นการประกันภาคบังคับเมื่อบุคคลอายุครบ 40 ปี จะเข้าสู่ระบบประกันโดยอัตโนมัติและมีการหักเงินจากบัญชีเงินออม Medisave และจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนในอัตราคงที่จนอายุครบ 65 ปี โดยสิทธิประโยชน์อยู่ในรูปแบบเงิน

ช่วยเหลือรายเดือนซึ่งขึ้นกับช่วงเวลาในการเข้าร่วมโครงการ ดดยระบบประกันในปัจจุบันมี 2 รูปแบบคือ

1. Eldershield 400 สำหรับผู้ที่เข้าร่วมการประกันหลังจากเดือนกันยายน พ.ศ. 2550 ซึ่งจะได้รับเงินช่วยเหลือเป็นรายเดือน 400 เหรียญสิงคโปร์ เป็นเวลา 60 -72 เดือน

2. Eldershield 300 สำหรับผู้ที่เข้าร่วมการประกันระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2545 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2550 โดยจะได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 300 ดอลลาร์สิงคโปร์ เป็นเวลา 60 -72 เดือน

เมื่อเข้าสู่ระบบการประกันแล้วสามารถขอใช้สิทธิรับเงินสนับสนุนในช่วงอายุใดก็ได้ โดยไม่ต้องได้รับการประเมินความจำเป็นในการรับบริการ นอกจากนี้ยังสามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมซึ่งสามารถชำระค่าธรรมเนียมผ่านบัญชี Medisave โดยเสียค่าธรรมเนียมตามระดับความคุ้มครองที่เลือก

2. ระบบการจัดบริการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว (Intermediate and Long-Term Care (ILTC) services) ดำเนินการโดยองค์การอิสระภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการเพื่อสนับสนุนผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เป็นระยะเวลานานเนื่องจากสภาวะสุขภาพที่มีปัญหาจากโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลหรือให้ความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน รูปแบบการบริการดูแลประกอบไปด้วย 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การให้บริการภายในที่พักอาศัย (Home-based services) เป็นการบริการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองและไม่มีผู้ดูแลที่บ้านพักของตนเอง ประกอบไปด้วย การบริการตรวจโดยแพทย์และพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาและการดูแลที่เหมาะสม การดูแลที่บ้านโดยพยาบาล บริการการฟื้นฟูร่างกาย บริการรับส่งแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะได้ บริการการดูแลส่วนบุคคล เช่น การบริหารจัดการอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ทำความสะอาดร่างกายและการทานยา

2. การบริการภายในชุมชน (Centre-based care) เป็นรูปแบบการให้บริการและการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมเพื่อการรักษาสุขภาพและนันทนาการต่างๆ การดูแลสำหรับกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระหว่างวันที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุภายในชุมชนขณะที่ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครัวเรือนอยู่ในที่ทำงานและรับผู้สูงอายุในกลับในตอนเย็นเพื่อให้ผู้ที่รับบริการได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย

3. การบริการในสถานบริการ (Residential ILTC Services) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะได้รับบริการทางการแพทย์และการดูแลโดย

พยาบาลหรือผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์ดูแลผู้ป่วยหนัก บ้านพักคนชรา (Nursing homes) ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง

4. บริการอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การสนับสนุนของรัฐบาลอยู่ในรูปแบบการให้เงินอุดหนุนส่วนหนึ่งแก่ผู้สูงอายุในการใช้บริการการดูแลในรูปแบบต่างๆ โดยจำนวนเงินอุดหนุนที่ให้จะขึ้นกับความสามารถที่จะจ่ายของครัวเรือนพิจารณาจากระดับรายได้ของครัวเรือน (Household Means-Testing) และรูปแบบของการบริการที่เลือกใช้ซึ่งมีการแบ่งระดับของบริการเพื่อสร้างทางเลือกให้แก่ผู้รับบริการ โดยทางเลือกที่มีระดับความสะดวกสบายมากกว่าจะมีการให้เงินอุดหนุนในจำนวนที่น้อยกว่าหรือไม่มี การให้เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายการรับบริการ

ในปัจจุบัน สิงคโปร์ให้ความสำคัญกับรูปแบบการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal care) ซึ่งเป็นการบริการนอกสถานบริการ เช่น การบริการในที่พักอาศัยและการบริการโดยชุมชน เป็นฐานซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมของประเทศในการที่สมาชิกในครัวเรือนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นรัฐจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายการใช้บริการในที่พักอาศัยหรือภายในชุมชนสูงสุดถึงร้อยละ 80 ขณะที่สนับสนุนการให้บริการในสถานบริการสูงสุดไม่เกินร้อยละ 75 (สำหรับผู้ที่มียาได้สูงกว่า \$3,101) และส่วนที่เหลือจะหักจากกองทุน Medisave และขึ้นกับระดับบริการที่เลือกใช้

นอกจากนั้น ยังมีนโยบายเพื่อให้สิทธิแก่แรงงานในการลางานชั่วคราวเพื่อดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน (Eldercare leave) (Chin & Phua, 2016) และการสนับสนุนการดูแลนอกสถานบริการโดยเร่งการขยายศักยภาพการบริการภายในชุมชนมีเป้าหมายในการเพิ่มจำนวนศูนย์บริการภายในชุมชนเป็น 6,200 แห่ง และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 10,000 แห่งเพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนกิจกรรมที่ให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และบริการตรวจสุขภาพประจำปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งรูปแบบการบริการทางสุขภาพดังกล่าวส่งผลให้ประเทศสิงคโปร์มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัย (Teo Peggy; Chan Angelique; และ Straughan Paulin. (2003).

ประเทศไทย

ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ในพ.ศ. 2561 มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวเท่ากับ 7,448 ดอลลาร์สหรัฐ รัฐบาลมีแหล่งรายได้สำคัญจากการเก็บภาษี โดยแหล่งรายได้หลักมาจากภาษีมูลค่าเพิ่มในอัตราร้อยละ 7 จากมูลค่าการซื้อขายสินค้าและบริการ ขณะที่เงินสมทบ

ในรูปแบบการประกันสังคม (Social security contributions: SSC) คิดเป็นร้อยละ 6 ของรายได้ทั้งหมดของรัฐ โดยอัตราสมทบประกันสังคมขึ้นกับระดับรายได้ของแรงงาน ซึ่งในปัจจุบันอัตราเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 10 ของรายได้ โดยเงินสมทบใช้สำหรับการดำเนินการระบบประกันสังคม ประกอบไปด้วยประกันสุขภาพ ทุพพลภาพ อุบัติเหตุ ชราภาพ การว่างงาน และการสงเคราะห์บุตร

ภาพรวมโครงสร้างประชากรและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการที่อายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดลดลงส่งผลให้ประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง การเปลี่ยนแปลงประชากรในลักษณะดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่โครงสร้างสังคมผู้สูงอายุใน พ.ศ.2548 และจากการคาดการณ์ประชากรโดย United Nations (2015) คาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) ใน พ.ศ.2564 และจะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดใน พ.ศ.2575 ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนผ่านทางประชากรในระยะเวลาอันรวดเร็ว

ระบบการบริการสุขภาพของประเทศไทยเริ่มต้นใน พ.ศ.2515 โดยมีการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนเพื่อเป็นหลักประกันให้แก่แรงงานกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายจากการทำงาน และเริ่มก่อตั้งระบบประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการจากเงินงบประมาณรายจ่ายของรัฐเพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่ข้าราชการ ผู้ที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณของรัฐ โดยครอบคลุมถึงพ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะจำนวนไม่เกิน 3 คน ดำเนินการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ต่อมาใน พ.ศ.2524 รัฐบาลได้จัดตั้งโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย (สปร.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและพัฒนาหลักประกันแก่แรงงานเกิดเป็นความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ดำเนินการโดยกระทรวงแรงงานเพื่อให้หลักประกันแก่แรงงานกรณีเจ็บป่วยทุพพลภาพ หรือการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการทำงาน ต่อมาใน พ.ศ.2545 เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage) ขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์ในการให้หลักประกันทางสุขภาพแก่บุคคลที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการข้าราชการหรือประกันสังคมโดยใช้เงินงบประมาณจากรัฐบาล

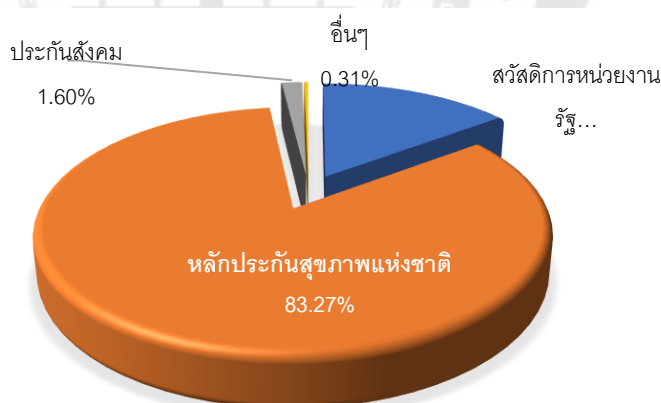
ในปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นระบบที่อิงกับการจ้างงาน (Employment based) ประกอบไปด้วย 3 ระบบ ได้แก่

1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลหน่วยงานของรัฐ รองรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและพนักงานในหน่วยงานของรัฐ

2. ระบบประกันสังคมรองรับลูกจ้างที่ทำงานประจำและกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานประจำ แต่เลือกเข้าสู่ระบบโดยสมัครใจ

3. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับบุคคลที่ไม่มีสิทธิรักษายาบาลอื่นๆ เมื่อเกษียณงานผู้ที่อยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลหน่วยงานของรัฐจะสามารถใช้สิทธิรักษายาบาลเดิมของตน ในขณะที่ลูกจ้างที่เคยอยู่ในระบบประกันสังคมสามารถเลือกที่จะอยู่ในระบบประกันสังคมและใช้สิทธิรักษายาบาลในระบบประกันสังคมต่อไปได้แต่จะไม่ได้รับเงินบำนาญหรือเลือกที่จะลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเพื่อรับเงินบำนาญโดยใช้สิทธิรักษายาบาลจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560 พบว่า สิทธิรักษายาบาลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.27 อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รองลงมาคือระบบสวัสดิการรักษายาบาลหน่วยงานของรัฐ และอื่นๆ ได้แก่ การประกันภาคเอกชน หรือสวัสดิการจากนายจ้าง แสดงดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 13 สิทธิสวัสดิการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ที่มา จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง 3 ระบบเป็นบริการสุขภาพในรูปแบบการรักษาโรคเฉียบพลันในสถานบริการทางการแพทย์ โดยเป็นระบบที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (วรรณลักษณ์ เมียน

เกิด, 2559) โดยมีการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นสำหรับการคุ้มครองผู้สูงอายุซึ่งเป็นของภาครัฐแสดงรายละเอียด ดังนี้

1. สถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 13 แห่ง เป็นหน่วยงานเพื่อให้การคุ้มครองสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนดำเนินการโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

2 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) จำนวน 12 แห่ง เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการเพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านที่อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ประเภทได้แก่

2.1 ประเภทสามัญ ผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

2.2 ประเภทหอพัก ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นรายเดือน

2.3 ประเภทพิเศษ ผู้สูงอายุต้องสามารถปลูกบ้านอยู่เองตามแบบแปลนที่กำหนดให้

3. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยกองสวัสดิการสังคม องค์การปกครอง จำนวน 879 แห่ง เป็นศูนย์บริการผู้สูงอายุดำเนินการเพื่อจัดบริการที่ให้กับผู้สูงอายุทั่วไปที่มีความต้องการรับบริการจากรัฐ โดยไม่เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ โดยมีการให้บริการด้านต่างๆ เช่นบริการด้านการแพทย์ สุขภาพอนามัย การให้คำปรึกษา นันทนาการโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

โดยสถานบริการของภาครัฐจัดอยู่ในรูปแบบของการสังคมสงเคราะห์สามารถรองรับจำนวนผู้สูงอายุได้ประมาณ 1,600 คน (นพพร วิริยานุพงศ์, ศิริพร สุขุมศิริมงคล, สุทธิรัตน์ จิรัชกุล, ณัฐ คงรัตนชาติ, และ ธรรมวงศ์, 2559) ซึ่งไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจนใน พ.ศ. 2556 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและดำเนินการใน 11 พื้นที่เพื่อเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวจนใน พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณจำนวน 600 ล้านบาทให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งเป็นกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยให้ความคุ้มครองสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเริ่มต้นในพื้นที่ 1,000 แห่งมีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ประมาณ 1,000 คน ต่อมาใน พ.ศ. 2560 มีการจัดสรรงบประมาณจำนวน 900 ล้านบาทโดยมีเป้าหมายเพื่อขยายการให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) ซึ่งได้รับการประเมิน

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน

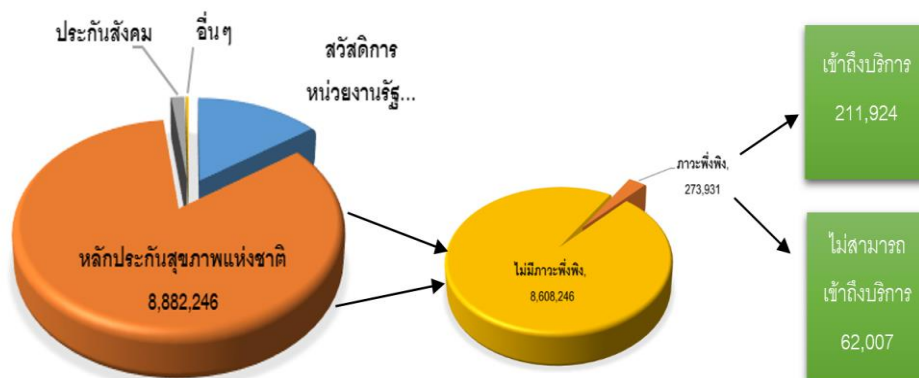
เมื่อพิจารณาข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการดูแลระยะยาว ณ.เดือนกันยายน พ.ศ.2561 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 10,666,803 คน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 273,931 คน และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการได้จำนวน 211,924 คนคิดเป็นร้อยละ 77.36 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพื้นที่ซึ่งมีการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวมีจำนวน 5,641 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.55 ของพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด (วีระชัย ก้อนมณี, 2561) ใน พ.ศ. 2561 สามารถขยายการให้บริการการดูแลระยะยาว โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่สามารถเข้าถึงบริการ 94,552 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ.2560 ร้อยละ 20.48 รวมจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงบริการดูแลระยะยาวจำนวน 211,294 คน แสดงรายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 งบประมาณและจำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงบริการ

พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)		
	รายเก่า	รายใหม่	รวม
2559	-	80,826	80,826
2560	5,463	94,552	175,378
2561	96,258	35,916	211,294

ที่มา วีระชัย ก้อนมณี (2561)

จากข้อมูลดังตาราง 13 แสดงให้เห็นถึงเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวซึ่งขึ้นอยู่กับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพเป็นผู้ที่ไม่มีหลักประกันการดูแลระยะยาว นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันการดูแลระยะยาวตามสิทธิของตนได้ ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงความไม่ครอบคลุมของหลักประกันการดูแลระยะยาวทั้งในแง่ของความเป็นประชากรสูงอายุและสิทธิที่ตนมีแสดงดังภาพประกอบ 14



ภาพประกอบ 14 ผู้สูงอายุที่เข้าถึงการบริการดูแลระยะยาว

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

โดยใน พ.ศ.2562 ระบบการดูแลระยะยาวมีนโยบายเพื่อขยายหลักประกันความคุ้มครองการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุทุกสิทธิโดยเริ่มมีการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อใช้ในการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อให้ผู้สูงอายุซึ่งใช้สิทธิสวัสดิการราชการมีสิทธิในการรับบริการดูแลระยะยาว เมื่อพิจารณาหลักประกันในรูปแบบอื่นสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่ามีหลักประกันทางรายได้ในรูปแบบเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสวัสดิการหรือผลประโยชน์ตอบแทนอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ใน พ.ศ.2562 รัฐบาลใช้งบประมาณในการจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 71,912 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 28 ของงบประมาณสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละปี โดยกำหนดจำนวนเงินเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุต่อคนต่อเดือนตามช่วงอายุของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ผู้ที่อายุระหว่าง 60 – 69 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 600 บาท
2. ผู้ที่อายุระหว่าง 70 – 79 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 700 บาท
3. ผู้ที่อายุระหว่าง 80 – 89 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 800 บาท
4. ผู้ที่อายุระหว่าง 90 ปีขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 1,000 บาท

เบี้ยยังชีพถือเป็นหลักประกันทางรายได้ซึ่งเป็นพื้นฐานของการคุ้มครองทางสังคม (Social Protection Floor) ซึ่งจำนวนเงินดังกล่าวไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายขั้นต่ำในการดำรงชีพ (ชูเกียรติ รักบำเหน็จ, 2562) ดังนั้น หากผู้สูงอายุพึ่งพาหลักประกันดังกล่าวเพียงแหล่งเดียวจะ

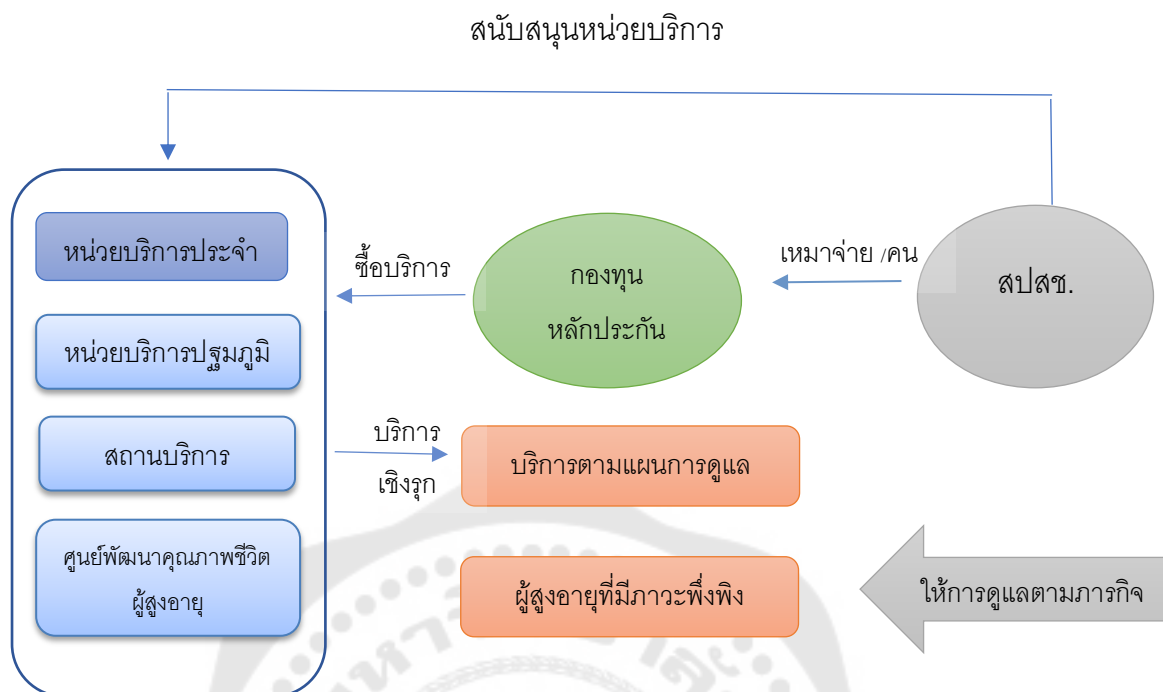
ประสบปัญหาในการดำรงชีพ นอกจากนั้น ยังมีการจัดระบบการออมเพื่อการชราภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างระบบการออมสำหรับรองรับการใช้จ่ายในวัยสูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย

1.) ระบบการออมภาคบังคับ รองรับแรงงานในระบบตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างเอกชน เจ้าหน้าที่และลูกจ้างชั่วคราวของรัฐ กำหนดให้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม โดยได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปบำเหน็จหรือบำนาญชราภาพซึ่งจำนวนเงินขึ้นกับเงินเดือนและระยะเวลาทำงานของผู้ประกันตน และการออมภาคบังคับสำหรับข้าราชการซึ่งกำหนดให้จ่ายเงินสมทบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ

2.) ระบบการออมภาคสมัครใจ รองรับแรงงานนอกระบบตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมซึ่งจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม โดยได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปบำเหน็จชราภาพซึ่งจำนวนเงินขึ้นกับเงินเดือนและระยะเวลาทำงานของผู้ประกันตน และกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) รองรับสำหรับแรงงานนอกระบบที่ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนและได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปบำนาญชราภาพซึ่งจำนวนเงินขึ้นกับจำนวนเงินสมทบและผลตอบแทนจากการลงทุนของกองทุนการออมแห่งชาติ กล่าวได้ว่า หลักประกันสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ยากจนและมีภาวะพึ่งพิงประสบปัญหาในการดำรงชีวิต รวมไปถึงระบบการออมภาคบังคับที่ไม่ครอบคลุมถึงแรงงานนอกระบบจะส่งผลให้แรงงานในกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงทางการเงินและทางสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ระบบการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยอยู่ในรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวในลักษณะบริการสาธารณะในลักษณะสังคมสงเคราะห์ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในฐานะผู้ดำเนินการจัดบริการและการจัดสรรงบประมาณในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีรูปแบบการทำงานที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมระดับสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อเน้นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแสดงดังภาพประกอบ 15



ภาพประกอบ 15 ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560

แหล่งเงินทุนในการดำเนินการสนับสนุนโดยงบประมาณจากภาครัฐจัดสรรให้กับชุมชนเพื่อการดำเนินการจัดบริการการดูแลระยะยาว การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลอยู่ในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดสรรให้กับหน่วยบริการในพื้นที่เฉลี่ยได้เงินจำนวน 100,000 บาทต่อหน่วยบริการและเหมาจ่ายในอัตรา 5,000 บาท/คน/ปีให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ขณะที่ผู้สูงอายุซึ่งใช้สิทธิสวัสดิการราชการหากต้องการขอรับบริการดูแลระยะยาว หน่วยบริการจะต้องเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนท้องถิ่นเพื่อพิจารณาการสนับสนุนงบประมาณ ตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งขึ้นกับความจำเป็นในการรับบริการและเงินกองทุนที่มีของท้องถิ่น

สิทธิประโยชน์ระบบประกันการดูแลระยะยาว

บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยมีผู้ให้บริการคือบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่สามารถอาศัยอยู่ที่พักอาศัยได้อย่างมีคุณภาพโดยบริการดูแลระยะยาว ประกอบไปด้วย 3 ส่วนได้แก่

1. การบริการในสถานบริการ เช่น ศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นศูนย์ในลักษณะการสังคมสงเคราะห์

2. การบริการภายในชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การบริการเยี่ยมบ้าน ภาวะสุขภาพบำบัด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชน

3. การบริการอื่นๆ เช่น การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค

ระบบการดูแลระยะยาวจัดให้มีผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care Giver) เพื่อให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในที่พักอาศัยซึ่งต้องเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย เมื่อผ่านหลักสูตรดังกล่าวแล้วสามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุได้โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในรูปแบบการจ้างเหมา ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1-4 คนได้รับค่าจ้างเดือนละไม่เกิน 600 บาท

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 5-10 คนได้รับค่าจ้างเดือนละไม่เกิน 1,500 บาท

โดยจัดให้มีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยมีบทบาทในการวางแผนและการกำกับดูแลการบริการสำหรับแต่ละบุคคล ซึ่งกำหนดสัดส่วนผู้จัดการระบบ 1 คนต่อผู้ช่วยเหลือดูแล 5-10 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

เงื่อนไขในการรับบริการ

การขอรับบริการดูแลระยะยาวต้องยื่นเรื่องผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรับการประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพื่อจัดทำแผนการดูแล (Care plan) ที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละราย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลระยะยาว (Care manager) เพื่อจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในพื้นที่ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการบริการขึ้นกับความพร้อมของบุคลากรและงบประมาณในแต่ละพื้นที่

จากการดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวพบว่า ระบบการบริการดูแลระยะยาวยังไม่มีกำหนดรูปแบบการบริการที่ชัดเจน เช่น ระเบียบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ดูแลส่งผลต่อการใช้งบประมาณในการจัดบริการ โดยพบว่ามีงบประมาณที่ต่ำกว่าเป้าหมาย

เนื่องจากกระเปียบในการเบิกจ่ายไม่ชัดเจน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ et al., 2561) ในปัจจุบันมีนโยบายในการปรับปรุงระเบียบโดยเฉพาะการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อความมั่นใจในการดำเนินงานของส่วนท้องถิ่น โดยรักษาจำนวนสมาชิกในระดับเท่าเดิม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาระบบการบริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยของ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศวัชรคุปต์ (2560) กล่าวว่าระบบการบริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยยังไม่มี การกำหนดรูปแบบการบริการที่ชัดเจน การบริการขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ โดยพื้นที่ที่มีความพร้อม การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุก็จะเป็นไปอย่างเหมาะสม ประกอบกับการบริการการดูแลระยะยาวยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์ ขาดความเชื่อมโยงเป็นระบบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นบริการที่เป็นรูปธรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคมยังมีความจำกัดมากจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนา ขณะที่การสนับสนุนบทบาทของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุมีเพียงมาตรการลดหย่อนภาษีรายได้ให้แก่บุตรซึ่งเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุซึ่งไม่มีประโยชน์สำหรับบุคคลที่มีรายได้ต่ำ

สถานการณ์การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,011,854 คน (คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ) และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 11,312,447 คน (คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ) เมื่อพิจารณาในโครงสร้างประชากรสูงอายุพบว่าเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 57.4 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 29.0 และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และจากการประมาณประชากรไทยโดยองค์การสหประชาชาติ (2015) พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุในตอนกลาง และตอนปลายของประเทศไทยมีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องแสดงถึงโครงสร้างผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะสูงวัยมากขึ้น

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการดูแลซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะการดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันในการกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน และการใช้ห้องน้ำ โดยสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันมีจำนวน 1,557,150 คน โดยจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 9,755,307 คน (เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานครเท่ากับ 878,639 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อแบ่งตามโครงสร้างผู้สูงอายุซึ่งประกอบไปด้วย ผู้สูงอายุวัยต้น(อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง

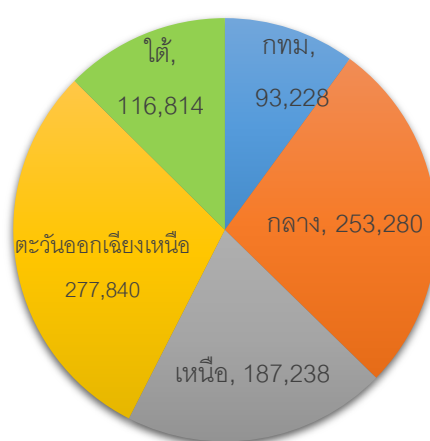
(อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) แสดงรายละเอียดดังตาราง 15 พบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (ร้อยละ 91.9) ไม่มีผู้ดูแลหรือดูแลตนเองสูงกว่าวัยกลาง (ร้อยละ 85.3) และวัยปลาย (ร้อยละ 64.3)

ตาราง 14 การมีผู้ดูแลการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พ.ศ. 2560

ช่วงวัย	รวม	ไม่มีผู้ดูแล	มีผู้ดูแล
วัยต้น (อายุ 60-69 ปี)	6,941,458	5,968,040	523,418
วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)	3,280,231	2,796,519	483,712
วัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	1,540,738	990,748	550,020
รวม	11,762,427	9,755,307	1,557,150

ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

นอกจากนั้น พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ช่วยดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันจำนวน 928,400 คน เมื่อพิจารณารายภาคพบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมากที่สุด ภาคกลาง และภาคเหนือตามลำดับ โดยในกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ช่วยดูแลจำนวน 93,228 คน แสดงดังภาพประกอบ 16

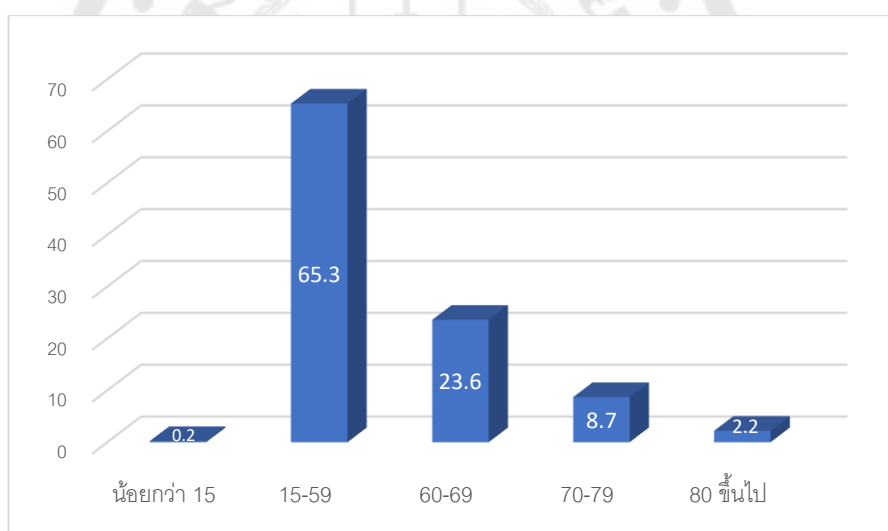


ภาพประกอบ 16 จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ช่วยการดำเนินกิจวัตรประจำวันรายภาค

ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันมีจำนวน 1,557,149 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน โดย 5 อันดับแรกได้แก่คู่สมรสร้อยละ 32.2 รองลงมาคือบุตรหญิงสมรสร้อยละ 30.0 บุตรหญิงโสดร้อยละ 10.6 บุตรชายสมรสร้อยละ 7.0 และบุตรชายโสดร้อยละ 5.7 โดยเป็นผู้ดูแลในรูปแบบทางการ เช่น การดูแลจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ อาสาสมัครเพียงร้อยละ 0.01 ของผู้ดูแลทั้งหมดแสดงถึงการพึ่งพิงการดูแลในรูปแบบไม่เป็นทางการจากสมาชิกในครอบครัว เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นและผู้สูงอายุวัยกลางมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 57.6 และร้อยละ 30.7 ตามลำดับ) และผู้สูงอายุวัยปลายมีบุตรหญิงสมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 43.4)

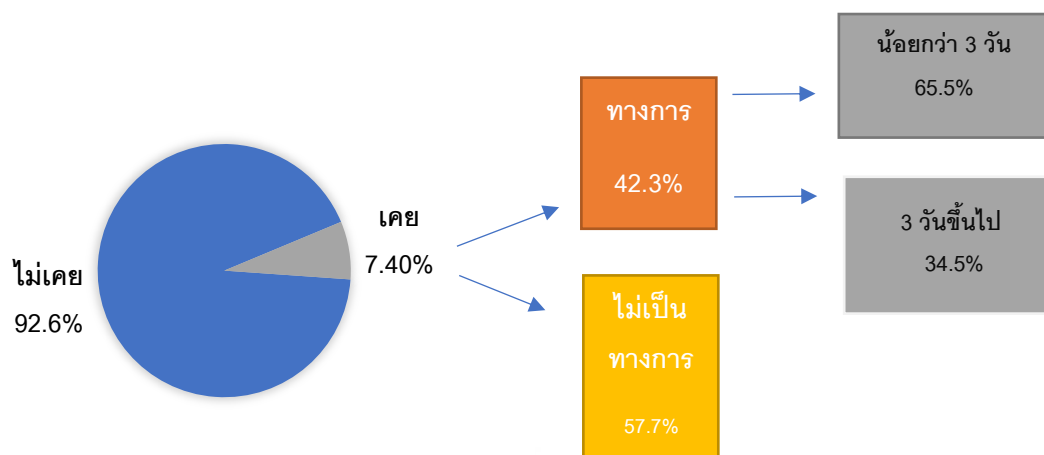
เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้อยู่ในวัยแรงงาน (อายุระหว่าง 15-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 8.7 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยต้น และผู้สูงอายุวัยปลาย และผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ตามลำดับ แสดงดังภาพประกอบ 17



ภาพประกอบ 17 ช่วงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ที่มา จากการคำนวณ

นอกจากนั้น ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่อทักษะและความเชี่ยวชาญเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพ จากข้อมูลการอบรมการดูแลผู้สูงอายุแสดงดังภาพประกอบ 18



ภาพประกอบ 18 การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

พบว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1,210,510 คน คิดเป็นร้อยละ 92.6 และมีผู้ดูแลที่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 96,659 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3 โดยในจำนวนผู้ดูแลที่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ การศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองเช่นจากการอ่านหนังสือหรือผู้ที่ประสบการณ์จำนวน 55,736 คนคิดเป็นร้อยละ 57.7 และเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการจากบุคลากรที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญจำนวน 40,896 คิดเป็นร้อยละ 42.3 ซึ่งเป็นการอบรมน้อยกว่า 3 วันและอบรมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน

การเปรียบเทียบนโยบายการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และไทย

ระบบประกันสุขภาพเป็นการสร้างความคุ้มครองเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ โดยแหล่งเงินทุนหลักในการดำเนินการมักจะมาจากการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐซึ่งมีโครงสร้างที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วพบว่ามีสัดส่วนรายได้จากภาษีต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเบื้องต้น (GDP) ในอัตราสูง แหล่งรายได้หลักมาจากการสมทบเงินประกันสังคมจากฝ่ายแรงงานและนายจ้าง ส่วนประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีโครงสร้างภาษีต่ำเนื่องจากพึ่งพิงระบบการออมภาคบังคับส่งผลให้มีสัดส่วนรายได้จากภาษีต่อ GDP ในอัตราต่ำ ขณะที่

ประเทศไทยมีแหล่งรายได้หลักจากภาษีมูลค่าเพิ่มซึ่งเป็นอัตราคงที่เท่ากับร้อยละ 7 แสดงรายละเอียดการเปรียบเทียบดังตาราง 15

ตาราง 15 การเปรียบเทียบรายได้และโครงสร้างภาษีประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และไทย

	เยอรมนี	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์	ไทย
รายได้เฉลี่ยต่อหัว (ดอลลาร์สหรัฐ)	47,662	38,428	64,579	7,448
รายได้ภาษีต่อ GDP	38.2	31.4	14.1	17.6
รายได้หลักของรัฐ (อัตราเฉลี่ย)	ประกันสังคม (39.06%)	ประกันสังคม (29.02%)	ประกันสังคม (37%)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม (7%)

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

กล่าวได้ว่าโครงสร้างแหล่งรายได้หลักของภาครัฐในประเทศไทยไม่สามารถจัดเก็บได้ในอัตราสูง ประกอบกับรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรอาจส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจเนื่องจากประชาชนไม่มีความสามารถในการร่วมจ่ายเพื่อการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุ ดังนั้นภาระค่าใช้จ่ายระบบสวัสดิการสังคมจึงเป็นภาระสำคัญของรัฐ

เมื่อพิจารณาระบบสวัสดิการสังคมในการบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการตามความจำเป็นและความต้องการเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะนโยบายในการบริการการดูแลระยะยาวซึ่งมีการพัฒนาเป็นหลักประกันในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยได้รับการพัฒนามาเป็นระยะเวลานานในหลายประเทศโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศที่มีการพัฒนาหลักประกันการดูแลระยะยาวที่รองรับความต้องการของผู้สูงอายุควรนำมาเป็นกรณีศึกษา แสดงรายละเอียดดังนี้

ประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์มีการพัฒนาหลักประกันเพื่อการดูแลระยะยาวรองรับความต้องการของผู้สูงอายุโดยมีการวางแผนเพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาวตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุแสดงถึงการเตรียมความพร้อมของภาครัฐในการสร้างหลักประกันให้คุ้มครองแก่ผู้สูงอายุทุกคน วิวัฒนาการของการจัดหลักประกันสุขภาพ

สำหรับผู้สูงอายุเริ่มต้นจากความพยายามในการจัดหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมประชากรสูงอายุทุกคนซึ่งใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ประเทศเยอรมันใช้เวลาเกือบร้อยปีในการขยายหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมประชากรทุกคน ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์ใช้ระยะเวลาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ โดยเปรียบเทียบ

ในช่วงเริ่มต้นของการจัดบริการการดูแลระยะยาวพบปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายจากการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นโดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นในสัดส่วนของผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย ก่อให้เกิดการใช้บริการในสถานบริการทางการแพทย์ เช่น การเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลในอัตราสูงซึ่งส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็วในขณะที่มีข้อจำกัดของแหล่งเงินทุนสำหรับการจัดบริการการดูแลระยะยาวจนเกิดการตระหนักถึงเสถียรภาพทางการเงินในระบบหลักประกันประกอบกับปัญหาความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการต่อความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีลักษณะความต้องการที่แตกต่างกันขึ้นกับรายได้และความสามารถในการดูแลของสมาชิกในครัวเรือน ดังนั้น ในแต่ละประเทศจึงมีการปรับปรุงระบบการบริการสุขภาพโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการลดค่าใช้จ่ายและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพให้แก่การจัดบริการการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุและสนับสนุนการดูแลในรูปแบบไม่เป็นทางการโดยครัวเรือนซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครัวเรือน จนนำไปสู่การพัฒนาระบบการการดูแลระยะยาวในรูปแบบหลักประกันภาคบังคับในรูปแบบต่างๆ ซึ่งกำหนดให้มีการร่วมจ่ายจากผู้ใช้บริการเพื่อให้เกิดการใช้บริการเท่าที่มีความจำเป็นและสามารถลดภาระทางการเงินให้แก่ภาครัฐซึ่งเป็นการสร้างความยั่งยืนให้กับระบบประกันสุขภาพในระยะยาว

สำหรับระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย พบว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุใน พ.ศ.2548 และก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมสูงอายุนับตั้งแต่ปี 2564 จากการที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 ขึ้นไปของประชากรทั้งประเทศ ใน พ.ศ.2575 ซึ่งใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านทางประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เป็นระยะเวลาน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับหลายประเทศ โดยระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านแสดงถึงโอกาสในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่ก้าวเข้าสู่สังคมระดับสุดยอดและเป็นประเทศเดียวในปัจจุบันที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในขณะที่ประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านการเข้าสู่สังคมสูงอายุในระดับที่สูงขึ้นในระยะเวลานับว่ารวดเร็ว โดยใช้ระยะเวลาเพียง 15 ปีในการเข้าสู่สังคมระดับสุดยอด แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบดังตาราง 16

ตาราง 16 การเปรียบเทียบระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านสังคมสูงอายุ

ประเทศ	พ.ศ.ที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ			ระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่าน	
	สังคมสูงอายุ	สังคมสูงอายุ	สังคมสูงอายุ	สังคมสูงอายุ	สังคมสูงอายุ
	โดยสมบูรณ์	โดยสมบูรณ์	ระดับสุดยอด	โดยสมบูรณ์	ระดับสุดยอด
เยอรมนี	2475	2515	2553	40	38
ญี่ปุ่น	2513	2537	2548	24	12
สิงคโปร์	2543	2560	2573	17	13
ไทย	2548	2560	2575	17	15

ที่มา: รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย

ระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วแสดงถึงระยะเวลาอันสั้นของประเทศในการวางแผนและปรับตัวในการรองรับโครงสร้างประชากรสูงอายุที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถึงแม้จะมีระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านอันรวดเร็วใกล้เคียงกัน แต่ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีการพัฒนาระบบการออมเพื่อสร้างสวัสดิการในรองรับผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลานาน ขณะที่ประเทศไทยมีการสร้างระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภายหลังการเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นระยะเวลาดัง 11 ปี

การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยเริ่มต้นในพื้นที่ซึ่งมีความพร้อมและให้ความสำคัญคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ความไม่ครอบคลุมของบริการดังกล่าวแสดงถึงขาดการเตรียมความพร้อมของภาครัฐซึ่งนำมาสู่ปัญหาทั้งในแง่ของความต้องการการดูแลที่ไม่เพียงพอประกอบกับการให้บริการอยู่ในรูปแบบการจัดบริการฟรีซึ่งเป็นรูปแบบเดียวกับที่ประเทศญี่ปุ่นเคยใช้ในช่วงเริ่มต้นซึ่งก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็วซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการขาดการวางแผนในระยะยาวเพื่อจัดหาแหล่งเงินทุนสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพรวมของหลักประกันในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์พบว่ามีการใช้ระบบประกันภาคบังคับในรูปแบบการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลระยะยาวในลักษณะต่างๆ โดยในประเทศสิงคโปร์มีการดำเนินการ 2 รูปแบบคู่ขนานทั้งการประกันรายได้ (Eldersshield) เพื่อรองรับความเสี่ยงทางการเงินอันเนื่องมาจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ลดลงและการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริการ โดยภาครัฐมีบทบาทหลักในการกำหนดรูปแบบบริการ อัตราการ

สนับสนุนการบริการและเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการดูแลระยะยาวเช่น ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ หรือสถานบริการภาคเอกชนตามแผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้เพื่อขยายความคุ้มครองให้เพียงพอกับความต้องการของประชากรและเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ในขณะที่ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยเป็นบริการในลักษณะสังคมสงเคราะห์ที่จัดบริการโดยภาครัฐรองรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้นและมีผู้ให้บริการคือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งมีความจำกัดในด้านบุคลากรและงบประมาณ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าหลักประกันที่สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุได้ถ้วนหน้าอยู่ในระบบหลักประกันในภาคบังคับ

เมื่อพิจารณาถึงแหล่งเงินทุนสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ใช้ระบบการร่วมจ่ายเพื่อเป็นแหล่งเงินทุนในการให้บริการประกอบกับการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยรูปแบบการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการมีลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศซึ่งมีข้อพิพาทที่ต่างกัน การร่วมจ่ายรูปแบบประกันสังคมในประเทศเยอรมนีและการเก็บเบี้ยประกันในประเทศญี่ปุ่นจะได้รับผลกระทบจากจำนวนประชากรวัยแรงงานที่ลดลงส่งผลต่อเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนที่ใช้ในการจัดบริการ ขณะที่การใช้ระบบการออมภาคบังคับในประเทศสิงคโปร์เป็นระบบการพึ่งพิงตนเองและไม่ได้เป็นหลักประกันความเพียงพอของเงินที่ใช้ในการให้บริการ

นอกจากนั้น ภาระของผู้ใช้บริการยังประกอบไปด้วยการร่วมจ่ายค่าบริการในแต่ละครั้ง ซึ่งอัตราการร่วมจ่ายมีความแตกต่างกันขึ้นกับระดับรายได้ รูปแบบบริการและระดับความจำเป็นในการได้รับบริการ โดยในสิงคโปร์ผู้ให้บริการสามารถเลือกระดับการได้รับบริการ โดยระดับการบริการที่สะดวกสบายจะมีอัตราการร่วมจ่ายในอัตราสูงเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ให้บริการ ขณะที่ในประเทศไทยมีแหล่งเงินทุนจากงบประมาณของภาครัฐเพียงแหล่งเดียวในการดำเนินการและยังขาดระบบการจัดหาแหล่งเงินสำหรับนำมาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความจำกัดของการให้บริการ การเร่งขยายที่มาของแหล่งเงินทุนเพื่อขยายการบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนจึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน การหารายได้เพื่อเป็นกองทุนในการดำเนินการ เช่น การร่วมจ่ายเงินสมทบจากผู้ให้บริการ การจ่ายเงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาลดังตัวอย่างในประเทศที่ทำการศึกษาหรือการเก็บภาษีเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อจัดสรรเป็นงบประมาณให้กับกองทุนการดูแลระยะยาว เช่น การเก็บภาษีการบริโภคสินค้าที่นำมาสู่โรคเรื้อรังจึงเป็นแนวทางที่ควรนำมาปรับใช้ในประเทศไทย

สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขในการรับบริการพบว่าในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ประกอบไปด้วยบริการดูแลทั้งในสถานบริการ บริการดูแลในที่พักอาศัยซึ่งในรูปแบบการสนับสนุน

โดยกำหนดวงเงินสำหรับการให้บริการ ส่วนที่เกินเป็นหน้าที่ของผู้ใช้บริการที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย และบริการสนับสนุนอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยบริการที่ได้รับขึ้นกับระดับความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุจากการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจากแพทย์เพื่อนำมาจัดแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลผ่านระบบการจ้างผู้ดูแล โดยมีการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวเพื่อจูงใจให้มีการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุนอกสถานบริการผ่านการกำหนดจำนวนเงินที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการในที่พักอาศัยและในชุมชนในสัดส่วนที่มากกว่าการให้บริการในสถานบริการ

นอกจากนั้น ในประเทศไทยยังมีทางเลือกเพิ่มเติมในรูปแบบการสนับสนุนเป็นจำนวนเงินสำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกภายในครัวเรือนซึ่งถือเป็นการจ้างผู้ดูแลในรูปแบบหนึ่งจากภาครัฐ ถือเป็นการส่งเสริมบทบาทการดูแลของสมาชิกในครัวเรือนที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่ญี่ปุ่นพยายามลดภาระการดูแลของสมาชิกในครัวเรือนโดยการเร่งพัฒนาศูนย์บริการในชุมชน ความแตกต่างดังกล่าวขึ้นกับวัฒนธรรมของแต่ละประเทศต่อการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ทั้งสามประเทศมีการสนับสนุนการจ้างมาดูแลสมาชิกในครัวเรือนเพื่อส่งเสริมแรงงานให้ยังคงอยู่ในตลาดแรงงาน และมีนโยบายในการให้ความรู้ในการฟื้นฟูและป้องกันการเกิดโรคอันนำมาสู่ความจำเป็นในการดูแลระยะยาวในอนาคต เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยพบว่ามีกำหนดรูปแบบบริการเช่นเดียวกันกับทั้งสามประเทศประกอบไปด้วย การบริการในที่พักอาศัย และการบริการในสถานบริการ และบริการสนับสนุนอื่นๆ เช่นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน แต่การให้บริการยังมีความจำกัด เนื่องจากเป็นบริการที่ขึ้นกับความพร้อมของแต่ละพื้นที่

ตาราง 17 การเปรียบเทียบบริการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และไทย

	เยอรมนี	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์	ไทย
การบริการในสถานบริการ				
- การบริการแบบเต็มเวลา	✓	✓	✓	-
- การบริการแบบระหว่างวัน	✓	✓	✓	-
การบริการนอกสถานบริการ				
- การบริการในที่พักอาศัยระหว่างวัน	✓	✓	✓	✓*
- การบริการภายในชุมชน	-	✓	✓	✓*
การสนับสนุนอุปกรณ์การดูแล	✓	✓	-	-
การสนับสนุนการปรับปรุงที่อยู่อาศัย	✓	✓	-	-
การสนับสนุนครัวเรือน				
- การทำงานชั่วคราว	✓	✓	✓	-
- หลักประกันการว่างงาน	✓	✓	-	-
- ผู้ช่วยดูแลชั่วคราว	✓	-	-	-
การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ	✓	✓	✓	✓*
การสนับสนุนทางการเงินสำหรับ	✓	-	-	-
สมาชิกในครัวเรือน				

หมายเหตุ: * การบริการขึ้นกับความพร้อมของแต่ละพื้นที่

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

4.2 การศึกษาความยินดีที่จะจ่ายและปัจจัยที่ส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษาในส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาความพึงพอใจต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อนำมาวิเคราะห์ลักษณะการบริการการดูแลระยะยาวที่มีความสำคัญ การศึกษาในส่วนนี้เริ่มต้นจากการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาความยินดีที่จะ

จ่ายสำหรับบริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุเพื่อนำไปวิเคราะห์ปัจจัยทางคุณลักษณะประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการ

4.1 ข้อมูลทั่วไป

การวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะบริการต่างๆ ใช้ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลโดยผู้วิจัยในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประกอบไปด้วยพื้นที่เขตบางเขน เขตมีนบุรี เขตธนบุรี เขตบางกอกน้อย เขตบางพลัด เขตจตุจักร เขตจอมทอง เขตบางแค เขตวังทองหลาง เขตบางบอน โดยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน

ลักษณะทางประชากรด้านเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ภาวะสุขภาพ อาชีพ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน การสำรวจข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.75 และเพศชายจำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 49.25 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 49.49 ปี โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 45-59 ปี มีสถานภาพสมรสจำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 61.25 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ย 12.81 ปี อาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 23.50 รองลงมาคือค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 28,787.19 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 34.50 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 208 คนไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 52.00 สมาชิกในครัวเรือนสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติร้อยละ 59.00 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คนมีสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้คิดเป็นร้อยละ 1.75 โดยรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตาราง 18 และตาราง 19

ตาราง 18 สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรเชิงคุณภาพ

ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	197	49.25
หญิง	203	50.75
สถานภาพสมรส		
โสด	93	23.25
สมรส	245	61.25
อื่นๆ	62	15.50
ภาวะสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	208	52.00
มีโรคประจำตัว	152	38.0
ไม่ทราบ	40	10.00
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	94	23.50
พนักงานเอกชนรายเดือน	86	21.50
พนักงานเอกชนรายวัน	21	5.25
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	86	21.50
รับจ้างทั่วไป	52	13.00
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	27	6.75
อื่นๆ	34	8.50
การคาดการณ์การได้รับการดูแลในอนาคต		
ได้รับการดูแล	368	92.00
ไม่ได้รับการดูแล	32	8.00
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน		
ช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ	236	59.00
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	157	39.25
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง	7	1.75

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย

ตาราง 19 สถิติพรรณนาของตัวแปรเชิงปริมาณ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	49.49	0.086
รายได้ (บาทต่อเดือน)	28,787.19	647.2246
การศึกษา (จำนวนปี)	12.81	0.059
จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน (คน)	0.89	0.013
ความตระหนักในความเสี่ยงของสุขภาพ (ค่าคะแนน)	4.12	0.022
ความรู้ระบบประกันสุขภาพ (ค่าคะแนน)	2.95	0.009

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย

นอกจากนั้น จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีจำนวน 358 คน คิดเป็นร้อยละ 89.50 มีการตัดสินใจเลือกทางเลือกบริการดูแลระยะยาวที่กำหนดให้ แต่มีจำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 10.50 ที่ตัดสินใจไม่เลือกทางเลือกใดๆ โดยเหตุผลสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจไม่เลือกทางเลือกใดๆ มาจากการที่รายได้ในปัจจุบันไม่เพียงพอต่อการจ่ายค่าเบี้ยประกันสำหรับการใช้บริการดูแลระยะยาว รองลงมาคือการคาดหวังการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน และการพึ่งพิงสวัสดิการจากรัฐ แสดงรายละเอียดดังตาราง 20

ตาราง 20 สาเหตุการไม่เลือกทางเลือกใดๆ

สาเหตุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ไม่เพียงพอ	29	61.90
สมาชิกในครอบครัวดูแล	9	21.43
พึ่งพิงสวัสดิการจากรัฐ	4	16.67
รวม	42	100

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย

แหล่งที่มาสำหรับค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาพยาบาลในวัยสูงอายุซึ่งแสดงถึงการวางแผนทางการเงินเพื่อรองรับความเสี่ยงจากค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในอนาคต พบว่ามีจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 13.75 ยังไม่ได้วางแผนเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาพยาบาลในวัยสูงอายุ โดยในกลุ่มของผู้ที่มีการวางแผนพบว่า แหล่งที่มาที่สำคัญของค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในวัยสูงอายุมาจากสมาชิกในครอบครัว และการพึ่งพิงรัฐบาล เช่นสวัสดิการข้าราชการและบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการศึกษา

การศึกษาความพึงพอใจต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะบริการการดูแลระยะยาวเป็นการศึกษาการตัดสินใจเลือกรูปแบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจากทางเลือกที่กำหนด โดยวิธีแบบจำลองทางเลือกโดยใช้แบบจำลองโลจิตแบบผสม (Mixed logit) และประมาณค่าพารามิเตอร์โดยวิธี Simulated Maximum Likelihood เพื่อหาฟังก์ชันอรรถประโยชน์ทางอ้อม (V_i) ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาคุณลักษณะทางเลือกบริการดูแลระยะยาวที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกจากทางเลือกที่กำหนดให้ ซึ่งประกอบไปด้วยระดับและคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่แตกต่างกันและนำมาประเมินค่าความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับการบริการดูแลระยะยาว

โดยตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติแสดงถึงคุณลักษณะบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการซึ่งพิจารณาจากระดับนัยสำคัญ ($P > |Z|$) ณ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 และร้อยละ 95 ค่าสัมประสิทธิ์ได้จากการประมาณการจะแสดงถึงความพอใจในการเลือกใช้บริการ โดยค่าความสัมพันธ์ที่เป็นบวกแสดงถึงความสัมพันธ์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการตัดสินใจเลือกบริการ แสดงถึงการที่คุณลักษณะบริการนั้น ส่งผลให้ความพอใจเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีคุณลักษณะดังกล่าว หากค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้มีค่าความสัมพันธ์เป็นลบแสดงถึงความสัมพันธ์ที่เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับการตัดสินใจเลือกบริการแสดงถึงคุณลักษณะของบริการนั้นๆ ส่งผลให้ความพอใจลดลง โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างต่อลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แสดงได้ดังตาราง 21

ตาราง 21 ผลการประมาณการฟังก์ชันอรรถประโยชน์

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์	S.E	z	P-Value
Insurer	-0.4843705***	0.0943557	-5.13	0.000
Insti24	3.951899***	1.196343	3.30	0.001
Insti8	2.086097***	0.8702261	2.40	0.017
Res24	0.3258195	0.4984438	0.65	0.490
Res8	-2.187184***	0.8531618	-2.56	0.010
Sup1	-0.2401782	0.1503203	-1.60	0.110
Sup2	0.1101218	0.1787431	0.62	0.538
Equip1	-0.2446818	0.1511212	-1.62	0.105
Equip2	-0.294606	0.2890744	-1.02	0.308
Price	-0.0062738***	0.0020602	-3.05	0.002
Number of respondents	400			
Number of Obs	4800			
Log likelihood	-1519.5307			
Chi-squared	202.49			
Prob (Chi-squared >value)	0.0000			

หมายเหตุ ** ณ. ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95

*** ณ. ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 99

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย

ค่า Log likelihood เท่ากับ -1559.5526 แสดงถึงคุณภาพของแบบจำลองโดยค่าน้อยจะแสดงถึงคุณภาพของแบบจำลอง ค่า Chi-squared เท่ากับ 202.49 แสดงว่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรทั้งหมดในแบบจำลองมีค่าไม่เท่ากับศูนย์แสดงถึงการที่ตัวแปรอิสระสามารถอธิบายตัวแปรตามในแบบจำลอง และแบบจำลองมีความเหมาะสม ณ.ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

จากผลการประมาณการฟังก์ชันอรรถประโยชน์แสดงดังตาราง 21 แสดงถึงผลของคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวต่อการตัดสินใจเลือกบริการ โดยพบว่าคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่มีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้งหมด 5 คุณลักษณะได้แก่ผู้ดำเนินการบริการโดยเอกชน

(Insurer) การบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชม./วัน (Insti24) การบริการดูแลในสถานบริการไม่เกิน 8 ชม./วัน (Insti8) การบริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชม./วัน (Res8) ราคา (Price) สรุปทิศทางของตัวแปรที่มีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจแสดงดังตาราง 22

ตาราง 22 สรุปทิศทางของตัวแปรที่มีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจ

ตัวแปร	ทิศทาง
ผู้ดำเนินการบริการโดยเอกชน (Insurer)	ลบ
การบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชม./วัน (Insti24)	บวก
การบริการดูแลในสถานบริการไม่เกิน 8 ชม./วัน (Insti8)	บวก
การบริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชม./วัน (Res8)	ลบ
เบี้ยประกันการดูแลระยะยาว (Price)	ลบ

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

คุณลักษณะที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่มีค่าสัมประสิทธิ์เป็นบวก ได้แก่ การบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชม./วัน (Insti24) การบริการดูแลในสถานบริการไม่เกิน 8 ชม./วัน (Insti8) แสดงถึงคุณลักษณะการบริการดังกล่าวก่อให้เกิดความพอใจเพิ่มขึ้นและส่งผลให้มีแนวโน้มในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีองค์ประกอบของคุณลักษณะดังกล่าว โดยการบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชม./วันเป็นคุณลักษณะบริการที่ก่อให้เกิดความพอใจมากที่สุด รองลงมาคือการบริการดูแลในสถานบริการไม่เกิน 8 ชม./วัน เนื่องจากในปัจจุบันสถานบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐอยู่ในลักษณะสังคมสงเคราะห์และมีความจำกัดไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุและครัวเรือน ขณะที่สถานบริการของภาคเอกชนมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการค่อนข้างสูงและผู้รับบริการเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดส่งผลให้สถานบริการเป็นรูปแบบบริการที่บุคคลมีความต้องการมากที่สุด

ในขณะที่คุณลักษณะที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่มีค่าสัมประสิทธิ์เป็นลบ ได้แก่ ผู้ดำเนินการบริการโดยภาคเอกชน (Insurer) การบริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชม./วัน (Res8) และราคา (Price) แสดงถึงคุณลักษณะการบริการดังกล่าวไม่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้นถ้าต้องมีการร่วมจ่ายและส่งผลให้มีแนวโน้มในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีองค์ประกอบของคุณลักษณะดังกล่าวน้อยลง เนื่องจากภาคเอกชนเป็นองค์กรที่แสวงหากำไรส่งผลให้บุคคลไม่มีความเชื่อมั่นใน

การเป็นผู้ดำเนินการ และการบริการดูแลในที่พักอาศัยเป็นรูปแบบบริการที่อาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของครัวเรือนไทยเนื่องจากสมาชิกในครัวเรือนจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง ประกอบกับความไม่มั่นใจในผู้ดูแลที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มาจากสถานบริการ ภาคเอกชน ขณะที่ตัวแปรราคา (Price) มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับการตัดสินใจเลือก แสดงถึงการที่ราคาเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความพอใจลดลง กล่าวคือ การที่ราคา ซึ่งก็คือเบี้ยประกันการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นต้นทุนของการใช้บริการจะส่งผลให้ผู้ใช้บริการเลือกทางเลือกดังกล่าว น้อยลง

ในขณะที่ตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การบริการดูแลในที่พักอาศัย 24 ชม./วัน การสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลืองและอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตในระดับต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะของบริการดังกล่าวไม่เป็นคุณลักษณะที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ตอบไม่มีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับบริการดังกล่าว

จากการวิเคราะห์ฟังก์ชันอรรถประโยชน์ที่ได้รับจากคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกล่าวได้ว่า การบริการในสถานบริการทั้งการบริการแบบเต็มเวลาและแบบชั่วคราว เป็นลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุดและมีความยินดีที่จะจ่าย เพื่อให้ได้รับบริการดังกล่าวในวัยสูงอายุ

การคำนวณค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่ม (Marginal willingness to pay: MWTP)

การศึกษาโดยวิธีแบบจำลองทางเลือก นอกจากค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในฟังก์ชันอรรถประโยชน์จะแสดงถึงความพอใจของคุณลักษณะสินค้าและบริการนั้นๆ ต่อการตัดสินใจเลือกค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติยังสามารถแปลงให้อยู่ในรูปตัวเงินในรูปของการประเมินค่าความยินดีที่จะจ่ายในแต่ละระดับของคุณลักษณะบริการ ซึ่งมีแนวคิดจากการทดแทนกันระหว่าง 2 คุณลักษณะระหว่างคุณลักษณะที่พิจารณาและคุณลักษณะทางต้นทุนซึ่งแสดงถึงราคาที่จ่ายเพื่อให้ได้รับคุณลักษณะดังกล่าว ดังนั้น ค่าความยินดีที่จะจ่ายจึงคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างสัมประสิทธิ์ของคุณลักษณะนั้นๆ (β_j) กับค่าสัมประสิทธิ์ของอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มของเงิน โดยค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มที่มีค่าบวกแสดงถึงจำนวนเงินที่ยินดีจ่ายเพื่อให้ได้รับบริการนั้นเพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ในปัจจุบัน ในขณะที่ค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มที่มีค่าลบแสดงถึงจำนวนเงินที่ต้องได้รับการชดเชยเพื่อให้ได้รับความพอใจเท่าเดิม หรือการไม่มีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ในปัจจุบัน

การคำนวณค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มจะคำนวณจากคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่มีนัยสำคัญได้แก่ การบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ 24 ชม./วัน และการบริการดูแล

ระยะยาวในสถานบริการไม่เกิน 8 ชม./วัน การบริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชม./วัน ผู้ดำเนินการโดยภาคเอกชน แสดงถึงจำนวนเงินที่ยินดีจ่ายเพื่อให้ได้รับการบริการ ณ.ระดับที่พิจารณา โดยคุณลักษณะที่มีความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มในระดับสูงแสดงถึงความสำคัญของคุณลักษณะดังกล่าวต่อทางเลือกต่างๆ ถือเป็นระดับของคุณลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มจะใช้เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกและยินดีที่จะร่วมจ่าย โดยสามารถคำนวณค่าความยินดีที่จะจ่ายต่อลักษณะบริการดูแลระยะยาว (บาท/เดือน) แสดงดังตาราง 23

ตาราง 23 ค่าความยินดีที่จะจ่ายต่อลักษณะบริการดูแลระยะยาว (บาท/เดือน)

บริการ	การคำนวณ	ค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่ม
ผู้ดำเนินการโดยภาคเอกชน	$-\left(\frac{-0.4843705}{-0.0062738}\right)$	-77.20 บาท/เดือน
การบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ 24 ชม./วัน	$-\frac{3.951899}{-0.0062738}$	629.90 บาท/เดือน
การบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ ไม่เกิน 8 ชม./วัน	$-\left(\frac{2.086097}{-0.0062738}\right)$	332.50 บาท/เดือน
การบริการในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชม./วัน	$-\left(\frac{-2.160868}{-0.0062672}\right)$	-344.62 บาท/เดือน

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ผลการคำนวณดังตาราง 24 พบว่าค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มสำหรับการบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ 24 ชั่วโมง/วันมีค่าเท่ากับ 629.90 บาท/เดือน ค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มของการบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วันมีค่าเท่ากับ 332.50 บาท/เดือน ค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มสำหรับการบริการในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วันมีค่าเท่ากับ -344.62 บาท/เดือน ค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวโดยภาคเอกชนมีค่าเท่ากับ -77.20 บาท/เดือน

โดยค่าความยินดีที่จะจ่ายส่วนเพิ่มแสดงความสำคัญของคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่า บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ 24 ชั่วโมง/วันเป็นบริการที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ 8

ชั่วโมง/วัน แสดงถึงราคาแฝงของคุณลักษณะดังกล่าว โดยคุณลักษณะที่มีราคาแฝงในระดับสูง แสดงถึงการเป็นคุณลักษณะที่เป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจเลือก ในขณะที่การดำเนินการ จัดบริการดูแลระยะยาวโดยภาคเอกชน และการบริการในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วันเป็น คุณลักษณะที่บุคคลไม่มีความยินดีที่จะร่วมจ่ายเพื่อการรับบริการ

การศึกษาผลของคุณลักษณะทางประชากรต่อการตัดสินใจเลือกคุณลักษณะบริการดูแล ระยะยาว

ผลการประมาณการฟังก์ชันอรรถประโยชน์เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรที่มีต่อการตัดสินใจเลือกคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากตัวแปร ลักษณะบริการดูแลระยะยาวที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชม./วัน (Insti24) และการบริการดูแลในสถานบริการไม่เกิน 8 ชม./วัน (Insti8) การบริการดูแลในที่พักอาศัย ไม่เกิน 8 ชม./วัน (Res8) ผู้ดำเนินการโดยภาคเอกชน (Insurer) นำมาศึกษาผลของตัวแปร คุณลักษณะทางประชากรที่มีต่อการตัดสินใจเลือกบริการดูแลระยะยาว โดยการทดสอบตัวแปรใน รูปผลคูณ (Interaction term) ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรและลักษณะบริการที่กำลัง พิจารณา ซึ่งแสดงถึงผลของตัวแปรคุณลักษณะทางประชากรที่มีต่อการตัดสินใจเลือกคุณลักษณะ บริการดูแลระยะยาวที่กำลังพิจารณา โดยตัวแปรในรูปแบบผลคูณที่มีนัยสำคัญแสดงถึง คุณลักษณะทางประชากรดังกล่าวมีความพอใจต่อลักษณะบริการดูแลระยะยาวซึ่งส่งผลให้ ประชากรที่มีคุณลักษณะดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีลักษณะบริการดูแล ระยะยาวอยู่ในทางเลือกนั้น โดยคุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน แสดงถึงความพอใจในบริการส่งผลให้มีแนวโน้มในการเลือกทางเลือกที่มีบริการดังกล่าว ขณะที่ คุณลักษณะทางประชากรที่มีความความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามแสดงถึงคุณลักษณะประชากร ดังกล่าวมีแนวโน้มในการไม่เลือกทางเลือกที่มีบริการดังกล่าว และคุณลักษณะทางประชากรที่ไม่มี นัยสำคัญแสดงถึงการไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกบริการดังกล่าว โดยผลการวิเคราะห์แสดง ดังตาราง 25 สามารถอธิบายรายละเอียดในแต่ละตัวแปร ดังนี้

1. บริการดูแลในสถานบริการ 24 ชั่วโมง/วัน (In24)

คุณลักษณะทางประชากรที่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือก บริการดูแลในสถานบริการ 24 ชั่วโมง/วัน ได้แก่ อายุ (Age) การคาดการณ์ได้รับการดูแลจาก สมาชิกในครัวเรือน (f_help) ความตระหนักในความเสี่ยง (Aware) แสดงถึงคุณลักษณะประชากร ดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการ โดยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ และความ ตระหนักในความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการเลือกบริการ กล่าวได้ว่า ผู้ที่มีอายุ

มากกว่า และมีความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าจะมีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับบริการดูแลระยะยาวที่มีบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชั่วโมง/วันมากกว่าซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เนื่องจากผู้ที่อายุมากกว่าจะพบกับความเสี่ยงมถอยของร่างกายซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงเมื่ออายุมากขึ้นจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลในสถานบริการ ส่วนผู้ที่มีความตระหนักในความเสี่ยงมากกว่าจะตระหนักถึงความเสี่ยงทางสุขภาพและการเงินที่อาจเกิดขึ้นในวัยสูงอายุจึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการสร้างหลักประกันเพื่อรับบริการดูแลในสถานบริการส่งผลให้มีความพอใจในบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชั่วโมงมากกว่า ในขณะที่คุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ได้แก่ การคาดการณ์ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน โดยผู้ที่คาดการณ์ว่าจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือนมากกว่าจะไม่มี ความยินดีที่จะจ่ายสำหรับบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชั่วโมงเนื่องจากคาดการณ์การพึ่งพิงการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือนซึ่งเป็นหลักประกันในการได้รับการดูแลในวัยสูงอายุซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยคุณลักษณะทางประชากรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย อายุ ระดับการศึกษา จำนวนผู้สูงอายุ รายได้ สถานภาพสมรส ความรู้ความเข้าใจระบบประกันสุขภาพ อาชีพประจำ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน โรคประจำตัว

2. บริการดูแลในสถานบริการ 8 ชั่วโมง/วัน

คุณลักษณะทางประชากรที่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการดูแลในสถานบริการ 8 ชั่วโมง/วัน ได้แก่ สถานภาพสมรส (Status) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีสถานภาพโสดมีความพอใจที่ลดลงต่อบริการการดูแลในสถานบริการ 8 ชั่วโมง/วันถ้าต้องมีการร่วมจ่าย เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพโสดอาจต้องอยู่ลำพังในวัยสูงอายุ ดังนั้นหากเกิดภาวะพึ่งพิงจะมีความต้องการช่วยเหลือแบบเต็มเวลา จึงไม่มีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับการดูแลในบางช่วงเวลา

โดยคุณลักษณะทางประชากรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย อายุ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ความรู้ความเข้าใจระบบประกันสุขภาพ อาชีพประจำ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน โรคประจำตัว การคาดการณ์ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือนไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการดูแลในสถานบริการ 8 ชั่วโมง/วัน

3. บริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน (Res8)

คุณลักษณะทางประชากรที่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน ได้แก่ อายุ (Age) รายได้ (Income) ความตระหนักในความเสี่ยง (Aware) แสดงถึงคุณลักษณะประชากรดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจเลือกการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน

โดยคุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันแสดงถึงคุณลักษณะประชากรดังกล่าวมีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน ได้แก่ อายุ ความตระหนักในความเสี่ยง โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า ผู้ที่มีความตระหนักในความเสี่ยงมากกว่าจะมีความพอใจในบริการการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วันส่งผลให้มีความยินดีที่จะจ่ายบริการดูแลระยะยาวมากกว่า เนื่องจากการเห็นถึงความสำคัญของการบริการการดูแลภายในที่พักอาศัยซึ่งเป็นรูปแบบบริการที่ผู้สูงอายุต้องการ ส่วนผู้ที่มีความตระหนักในความเสี่ยงมากกว่าจะตระหนักถึงความเสี่ยงในความต้องการผู้ช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวันในวัยสูงอายุ

ส่วนคุณลักษณะที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม ได้แก่ รายได้ แสดงถึงคุณลักษณะประชากรดังกล่าวมีความพอใจที่ลดลงสำหรับบริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมงถ้าต้องมีการร่วมจ่าย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้มากกว่าอาจสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพและมีหลักประกันทางสุขภาพมากกว่า หรือมีความต้องการบริการที่มีคุณภาพดีกว่าจึงมีการใช้บริการจากภาคเอกชน ดังนั้นจึงไม่มีความยินดีที่จะจ่ายสำหรับบริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วันซึ่งเป็นระบบหลักประกันบริการดูแลระยะยาวของภาครัฐ

โดยคุณลักษณะทางประชากรที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย สถานภาพโสด ระดับการศึกษา อาชีพประจำ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน โรคประจำตัว การคาดการณ์ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน ความรู้ข้อมูลข่าวสารระบบประกันสุขภาพ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือนไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือก

4. ผู้ดำเนินการประกันโดยภาคเอกชน (Insurer)

คุณลักษณะทางประชากรที่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการดูแลระยะยาวที่เอกชนเป็นผู้ดำเนินการจัดบริการ ได้แก่ ความตระหนักในความเสี่ยง (Aware) โดยคุณลักษณะทางประชากรด้านความตระหนักในความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการเลือกบริการ กล่าวได้ว่าผู้ที่มีความตระหนักในความเสี่ยงมากกว่าจะไม่มี ความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการบริการดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน เนื่องจากภาคเอกชนเป็นหน่วยงานที่แสวงหากำไร ผู้ที่ต้องร่วมจ่ายเพื่อการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวใน

อนาคตอาจไม่มีความมั่นใจในการให้บริการของภาคเอกชนซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในตลาดการประกัน เนื่องจากการประกันเป็นการจ่ายเงินในปัจจุบันเพื่ออนาคต

โดยคุณลักษณะทางประชากรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนผู้สูงอายุ ความรู้ความเข้าใจระบบประกัน สุขภาพ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของสมาชิกในครัวเรือน โรคประจำตัว การได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือนไม่มีผลต่อการตัดสินใจ

ตาราง 24 ผลวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรต่อการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์	S.E	z	P-Value
Sex_insti24	0.1982876	0.1365998	1.45	0.147
Age_insti24	0.5135025**	0.2609144	1.97	0.049
Status_insit24	-0.1842395	0.1487682	-1.24	0.216
Edu_insit24	-0.014453	0.2443548	-0.06	0.953
Occ_insit24	-0.2729658	0.1492646	-1.83	0.067
income_insit24	-0.1443182	0.1022469	-1.41	0.158
disease_insit24	0.2301017	0.1384991	1.66	0.097
FADL_insit24	-0.07907	0.138815	-0.57	0.569
Aware_insit24	0.1004259**	0.0488858	2.05	0.040
Infor_insit24	0.3258024	0.2170093	1.50	0.133
NO_E_insti24	0.129522	0.1706702	0.76	0.448
F_help_insti24	-0.257861**	0.1195475	-2.16	0.031
Sex_insti8	0.0222098	0.0991149	0.22	0.823
Age_insti8	0.2427789	0.1720069	1.41	0.158
Status_insit8	-0.2370083**	0.1085976	-2.18	0.029
Edu_insit8	0.1463625	0.1631547	0.90	0.370
Occ_insit8	-0.0782683	0.1064688	-0.74	0.462
income_insit8	-0.1059708	0.0705495	-1.50	0.133
disease_insit8	0.0885521	0.1078818	0.82	0.4712
FADL_insit8	-0.0904394	0.1040126	-0.87	0.385
Aware_insit8	0.0244504	0.1300021	0.19	0.851

ตาราง 24 (ต่อ)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์	S.E	z	P-Value
Infor_insi8	0.2507619	0.1753587	1.43	0.153
NO_E_insti8	0.0331136	0.1236587	0.27	0.789
F_help_insti8	-0.0644536	0.0760032	-0.85	0.396
Sex_Res8	0.0992105	0.1205438	0.82	0.410
Age_Res8	0.4865475**	0.2257181	2.16	0.031
Status_Res8	-0.2090877	0.1317548	-1.59	0.113
Edu_Res8	0.1628598	0.21242119	0.76	0.447
Occ_Res8	0.0546396	0.1348969	-0.41	0.685
income_Res8	-0.2076127**	0.0926005	-2.24	0.025
disease_Res8	0.1502719	0.1257097	1.20	0.232
FADL_Res8	-0.0900231	0.1231434	-0.73	0.465
Aware_Res8	0.0970732**	0.0473234	2.05	0.040
Infor_Res8	0.3036978	0.1865947	1.63	0.465
NO_E_Res8	0.2039744	0.1836485	1.11	0.267
F_help_Res8	-0.1974281	0.1105824	-1.79	0.074
Sex_In	-0.0222409	0.0961803	-0.23	0.817
Age_In	-0.0046801	0.1585574	0.03	0.976
Status_In	-0.1333807	0.0958085	-1.39	0.164
Edu_In	0.0029528	0.1478347	0.02	0.984
Occ_In	-0.1853185	0.094997	-1.95	0.051
income_In	0.0353928	0.0632756	0.56	0.576
disease_In	-0.044045	0.1050808	-0.42	0.675
FADL_In	-0.0734886	0.1065194	-0.69	0.490
Aware_In	-0.0914009***	0.0323581	-2.82	0.005
Infor_In	0.2629539	0.1537808	1.71	0.087
NO_E_In	0.1939879	0.1328063	-1.46	0.144
F_help_In	-0.0414465	0.0714668	-0.58	0.562

ตาราง 24 (ต่อ)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์	S.E	z	P-Value
Log likelihood	-840.66261			
Chi-squared	160.73			
Prob (Chi-squared >value)	0.000			

หมายเหตุ ** ณ. ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95 *** ณ. ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 99

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

จากผลการศึกษาคูณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าในแต่ละบริการมีคุณลักษณะทางประชากรที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่แตกต่างกันสรุปดังตาราง 25

ตาราง 25 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการ

บริการ	ตัวแปร	ความสัมพันธ์
บริการดูแลในสถานบริการ 24 ชั่วโมง/วัน	อายุ	ทิศทางเดียวกัน (+)
	ความตระหนักในความเสี่ยง	ทิศทางเดียวกัน (+)
	การคาดการณ์ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน	ทิศทางตรงข้าม (-)
บริการดูแลในสถานบริการ 8 ชั่วโมง/วัน	สถานภาพโสด	ทิศทางตรงข้าม (-)
บริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน	อายุ	ทิศทางเดียวกัน (+)
	รายได้	ทิศทางตรงข้าม (-)
	ความตระหนักในความเสี่ยง	ทิศทางเดียวกัน (+)
ผู้ดำเนินการประกันโดยภาคเอกชน	ความตระหนักในความเสี่ยง	ทิศทางตรงข้าม (-)

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

จากผลการศึกษาความพึงพอใจต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะบริการการดูแลระยะยาว การศึกษาพบว่าทั้งการดูแลในสถานบริการแบบเต็มเวลาและแบบชั่วคราวเป็นลักษณะการบริการที่บุคคลมีความต้องการและมีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อการใช้บริการในวัยสูงอายุ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงถึงความต้องการของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยแรงงานในปัจจุบันเพื่อรองรับความต้องการการดูแลในอนาคตในรูปแบบการบริการในสถานบริการ ดังนั้น การพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการจึงเป็นรูปแบบการบริการที่มีความสำคัญที่ต้องมีการเร่งพัฒนา ระบบการบริการดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนเป็นรูปแบบที่บุคคลไม่มีความพึงพอใจเนื่องจากภาคเอกชนเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการเพื่อแสวงหากำไรส่งผลต่อความไม่มั่นใจในการรับบริการดูแลระยะยาว ขณะที่การดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุโดยภาครัฐจะเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการเพื่อเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรประกอบกับภาครัฐเป็นหน่วยงานที่มีความมั่นคงส่งผลต่อความเชื่อถือซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในระบบการประกันสุขภาพ

นอกจากนั้น คุณลักษณะทางประชากรด้านความตระหนักในความเสี่ยงเป็นคุณลักษณะสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกในบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชั่วโมง/วัน บริการดูแลในที่พักอาศัยไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน และผู้ดำเนินการประกันโดยภาคเอกชนซึ่งส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายเบี้ยประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้น การสนับสนุนการให้ข้อมูลข่าวสารหรือการสร้างการรับรู้เพื่อให้ประชากรมีความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพจะช่วยสร้างให้ประชากรเห็นถึงความสำคัญของการวางแผนทางสุขภาพและการเงินเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุและการเข้าสู่ระบบการร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพมากขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุที่มีความรุนแรงขึ้นในประเทศไทย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์แนวทางการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเชิงเศรษฐศาสตร์ ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์บทเรียนของนโยบายจากการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ และการวิเคราะห์คุณลักษณะของการบริการดูแลระยะยาวเพื่อนำมากำหนดแนวทางประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ หลังจากได้ผลการวิจัยแล้ว สามารถสรุปผลการวิจัย โดยแบ่งหัวข้อในการสรุปผลได้ดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาและวิเคราะห์บทเรียนของนโยบายจากการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์

ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย และพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงในการรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุในแต่ละระดับ การศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวและแนวทางการทำประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้นโยบายการดูแลระยะยาวในต่างประเทศประกอบไปด้วย ประเทศเยอรมนี ประเทศญี่ปุ่น และประเทศสิงคโปร์โดยใช้การรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพ จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในประเทศไทยและศึกษาแนวทางการบริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ เยอรมนี โดยรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการดูแลระยะยาวในแต่ละประเทศ สรุปผลการศึกษารายละเอียดดังนี้

5.1.1 พัฒนาการหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุนำมาสู่การพัฒนาหลักประกันเพื่อรองรับความต้องการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยในประเทศเยอรมนีประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุใน พ.ศ. 2475 และใช้เวลาอีก 41 ปีในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุนี้อัตราสูงที่สุดยอด ในปัจจุบันประเทศเยอรมนีมีโครงสร้างประชากรสูงอายุนี้อัตราสูงที่สุดยอด โดยมีการจัดหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุ

เริ่มต้นจากการกำหนดกฎหมายชราภาพใน พ.ศ. 2427 และพัฒนาจนเกิดระบบประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับใน พ.ศ.2538 จากการตระหนักถึงความต้องการในการดูแลระยะยาวและความสำคัญในการจัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อรองรับภาระการเงินในอนาคตและสร้างระบบเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษ

ส่วนในประเทศญี่ปุ่นซึ่งในปัจจุบันมีโครงสร้างสังคมสูงอายุนับว่าสูงที่สุดและมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมิ่วิวัฒนาการตั้งแต่ก่อนที่โครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุพบว่าเริ่มมีการจัดสวัสดิการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2503 โดยให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนและมีการพัฒนาสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุทุกคนที่ต้องการการดูแลระยะยาวใน พ.ศ.2506 โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาสถานบริการและผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอกับความต้องการ ในภายหลังการพัฒนาสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าว โครงสร้างประชากรสูงอายุจึงได้เริ่มต้นใน พ.ศ. 2513 จากนั้นมีการจัดให้มีบริการทางสุขภาพฟรีสำหรับผู้สูงอายุทุกคนใน พ.ศ.2516 ส่งผลให้มีผู้สูงอายุมีการใช้บริการในโรงพยาบาลจำนวนมากส่งผลให้มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจำนวนมากจึงเกิดการพัฒนาสวัสดิการเพื่อสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกและการสร้างความยั่งยืนทางการคลังได้พัฒนาระบบการประกันการดูแลระยะยาวใน พ.ศ.2543 จากนั้นจึงเปลี่ยนผ่านทางประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุนับว่าสูงที่สุด ซึ่งเป็นระบบการประกันภาคบังคับเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุทุกคนที่ต้องการการดูแลในระยะยาว

ในส่วนของประเทศสิงคโปร์ซึ่งมีการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างประชากรสูงอายุใกล้เคียงกับประเทศไทย โดยสิงคโปร์เข้าสู่สังคมสูงอายุนับว่าสูงที่สุดใน พ.ศ. 2543 และคาดการณ์เข้าสู่สังคมสูงอายุนับว่าสูงที่สุดใน พ.ศ. 2573 ประเทศสิงคโปร์มีการตระหนักถึงปัญหาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพโดยกำหนดเป็นวาระแห่งชาติใน พ.ศ. 2525 และกำหนดเป็นแผนสุขภาพแห่งชาติเพื่อการปฏิรูประบบการเงินและการคลังจนเกิดระบบระบบการออมภาคบังคับเพื่อใช้สำหรับการรักษาพยาบาลทั้งของตนเองและครอบครัวและมีการปฏิรูประบบการดูแลระยะยาวเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายโดยการพัฒนาระบบการดูแลในชุมชนเพื่อลดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก

จากการศึกษาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ เมื่อพิจารณาถึงระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าใน พ.ศ.2556 เริ่มมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จนมีการจัดตั้ง

กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พ.ศ. 2559 โดยให้ความคุ้มครองสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้นในพื้นที่นำร่อง 11 พื้นที่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 72.55 ซึ่งพบว่าระบบการดูแลระยะยาวเกิดขึ้นภายหลังที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ซึ่งประเทศไทยมีการก้าวเข้าสู่โครงสร้างสังคมผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564

5.1.2 รูปแบบหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบของหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละประเทศมีลักษณะของหลักประกันที่แตกต่างกัน โดยในประเทศเยอรมนีหลักประกันอยู่ในรูปแบบการประกันภาคบังคับรองรับประชากรทุกวัยซึ่งบุคคลจะได้รับการดูแลโดยอัตโนมัติในรูปแบบของการประกันการดูแลระยะยาวของภาครัฐซึ่งคุ้มครองการบริการดูแลระยะยาวตามระดับความจำเป็น ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กำหนดสามารถเลือกทำประกันการดูแลระยะยาวกับภาคเอกชนได้แต่ต้องมีระดับความคุ้มครองในระดับเดียวกัน โดยภาครัฐมีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบาย การลงทุนและการจัดบริการทางการแพทย์รวมถึงการป้องกันและควบคุมโรค โดยหน่วยงานในท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการจัดบริการเนื่องจากเยอรมนีอยู่ในระบบสหพันธรัฐ ดังนั้น การกระจายอำนาจจะส่งผลให้มีการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการจัดการโดยส่วนกลาง โดยให้ภาคเอกชน องค์กรอิสระที่ไม่แสวงหากำไรเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการดูแลระยะยาวเพื่อขยายศักยภาพการบริการ

ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นมีหลักประกันการดูแลระยะยาวเป็นระบบการประกันภาคบังคับกำหนดให้ประชาชนอายุ 40 ปีเข้าสู่ระบบโดยอัตโนมัติและมีหน้าที่ในการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนการประกันการดูแลระยะยาว โดยระบบการดูแลระยะยาวให้การรองรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิงและรองรับสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป โดยให้ความคุ้มครองการบริการดูแลระยะยาวตามระดับความจำเป็นดำเนินการโดยองค์กรอิสระที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ซึ่งมีหน่วยงานเทศบาลเป็นผู้ดำเนินการในการบริหารงบประมาณและการจัดบริการดูแลระยะยาวซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันตามสัดส่วนผู้สูงอายุและเงินกองทุนในแต่ละพื้นที่ และส่งเสริมบทบาทของผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรอิสระที่ไม่แสวงหากำไรเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการดูแลระยะยาวเพื่อขยายศักยภาพการบริการ

ในขณะที่หลักประกันการดูแลระยะยาวของสิงคโปร์ดำเนินการโดยองค์กรอิสระที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ประกอบไปด้วย การประกันสุขภาพสำหรับ

การดูแลระยะยาวซึ่งเป็นการประกันรายได้ภาคบังคับเพื่อรองรับความเสี่ยงทางการเงินสำหรับการดูแลระยะยาว และระบบการคุ้มครองบริการดูแลระยะกลางและระยะยาวซึ่งมีรูปแบบบริการให้เลือกหลายระดับเพื่อสร้างทางเลือกให้กับประชาชน ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยอยู่ในรูปแบบบริการสาธารณะในลักษณะสังคมสงเคราะห์ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในฐานะผู้ดำเนินการจัดบริการและการจัดสรรงบประมาณในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในพื้นที่เป็นผู้ให้บริการ

5.1.3 แหล่งเงินทุนในการดำเนินการดูแลระยะยาว

แหล่งที่มาของเงินทุนที่ใช้ในการจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนีอยู่บนหลักการของการมีส่วนร่วมจากการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ การร่วมจ่ายสมทบจากนายจ้าง และจากประชาชนตามระดับรายได้เข้าสู่กองทุนประกันการดูแลระยะยาวเพื่อนำไปจัดสรรการจัดบริการทางสุขภาพให้แก่ผู้ให้บริการดูแลระยะยาว ขณะที่ในประเทศญี่ปุ่นงบประมาณในการดำเนินการมาจาก 2 ส่วนคือ การจัดสรรงบประมาณจากภาษีอากรและการร่วมจ่ายสมทบจากผู้ประกันตนในรูปแบบเบี้ยประกันเพื่อเป็นเงินสมทบเข้าสู่กองทุนการดูแลระยะยาว นอกจากนั้น ยังมีการร่วมจ่ายจากการใช้บริการในแต่ละครั้งขึ้นกับรายได้ของผู้ประกันตนและระดับความจำเป็นในการดูแล โดยหน่วยงานเทศบาลในแต่ละพื้นที่มีหน้าที่ในการกำหนดค่าเบี้ยประกัน ส่วนผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้สามารถขอรับบริการในรูปแบบการสังคมสงเคราะห์

ส่วนแหล่งเงินทุนในการดำเนินการบริการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์อยู่ภายใต้แนวคิดหน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชนร่วมกับรัฐบาลในการดูแลรักษาสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายระบบการดูแลระยะยาว แหล่งเงินทุนหลักมาจากระบบการออมภาคบังคับและใช้สำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาลตนเองและครอบครัว โดยรัฐบาลมีการสนับสนุนโดยการจ่ายเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรับบริการและสร้างทางเลือกให้กับประชาชนผ่านการกำหนดรูปแบบทางเลือกในการร่วมจ่าย ขณะที่ในประเทศไทยแหล่งเงินทุนในการดำเนินการมาจากการจัดสรรงบประมาณจากรัฐผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งเป็นกองทุนระบบการดูแลระยะยาวโดยจัดสรรในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดสรรให้กับหน่วยบริการในพื้นที่และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ขณะที่ผู้สูงอายุซึ่งใช้สิทธิสวัสดิการราชการหากมีภาวะพึ่งพิงและต้องการรับบริการดูแลระยะยาวต้องเสนอต่อ

คณะกรรมการกองทุนท้องถิ่นเพื่อพิจารณาการสนับสนุนงบประมาณซึ่งขึ้นกับความจำเป็นในการให้บริการและเงินกองทุนที่มีของท้องถิ่น

5.1.4 สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการบริการดูแลระยะยาว

ในประเทศเยอรมนี สิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวอยู่ในรูปแบบของการกำหนดวงเงินในการใช้บริการตามระดับความจำเป็นในการดูแล หากมีการใช้บริการเกินวงเงินที่กำหนด ผู้ใช้บริการจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยการบริการประกอบไปด้วยการให้บริการดูแลในสถานบริการ เช่น บ้านพักคนชราทั้งการดูแลแบบชั่วคราวและแบบเต็มเวลาและบริการดูแลในที่พักอาศัย เช่น ผู้ช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนอื่นๆ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและครัวเรือนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม โดยมีการสนับสนุนสำหรับบริการดูแลในที่พักอาศัยมากกว่าการดูแลในสถานบริการและในกรณีที่เลือกบริการดูแลในที่พักอาศัยสามารถเลือกรับสิทธิประโยชน์ในรูปแบบการรับบริการผู้ช่วยดูแลภายในวงเงินที่กำหนดหรือการรับเงินสนับสนุนเพื่อเป็นการสนับสนุนการดูแลในที่พักอาศัยโดยสมาชิกครัวเรือนโดยสามารถขอรับบริการผู้ช่วยดูแลชั่วคราวในกรณีที่ครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้น ยังมีการให้ความคุ้มครองแรงงานจากการถูกเลิกจ้างหรือในกรณีที่ผู้ให้การดูแลไม่ได้ทำงานจะได้รับการคุ้มครองจากการประกันบำนาญและประกันการว่างงานเพื่อชดเชยรายได้ซึ่งเป็นการส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุโดยซึ่งกฎหมายดังกล่าวเป็นแนวทางในการส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ขยายตัวเพิ่มขึ้นซึ่งถือเป็นการขยายศักยภาพเพื่อรองรับความต้องการที่สูงขึ้นในอนาคต

สำหรับรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่นอยู่ภายใต้แนวคิดการสนับสนุนความจำเป็นและการป้องกันการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อรักษาความมีเสถียรภาพของระบบประกันการดูแลระยะยาว โดยสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวอยู่ในรูปแบบของการกำหนดวงเงินในการใช้บริการตามระดับความจำเป็นในการดูแล โดยรูปแบบการให้บริการประกอบไปด้วย การบริการในสถานบริการซึ่งให้บริการในระหว่างวันและบริการที่พักในระยะสั้น การบริการช่วยเหลือในที่พักอาศัยและการบริการเพื่อสนับสนุนการดูแล เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างความตระหนักของการป้องกันการดูแลระยะยาว ส่วนบริการในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสามารถรับบริการฟรีโดยไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ การขอรับบริการการดูแลระยะยาวต้องยื่นเรื่องผ่านเทศบาลเพื่อรับการประเมินว่าเป็นผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบริการการดูแลระยะยาวซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการดูแลและวงเงินสูงสุดสำหรับการใช้บริการ ในขณะที่ผู้ที่อายุ 40 - 64 ปีสามารถขอรับบริการได้ในกรณีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามที่

กำหนดซึ่งอาจนำไปสู่ความต้องการการดูแลระยะยาวในอนาคต นอกจากนั้น ยังมีการส่งเสริมระบบการดูแลระยะยาวโดยครัวเรือน โดยมีการประกันรายได้จากระบบประกันการจ้างงานและปรับโครงสร้างเวลาการทำงานเพื่อสนับสนุนให้แรงงานสามารถให้การดูแลแก่สมาชิกครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้ภาคเอกชนสามารถเข้ามาเสนอบริการเพื่อขยายการบริการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุและเพื่อเป็นการสร้างการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพและราคาของการบริการและเป็นการเพิ่มทางเลือกการบริการซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยตรง

ส่วนในประเทศสิงคโปร์ รูปแบบการบริการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วย 2 ระบบได้แก่ ระบบประกันรายได้ซึ่งกำหนดให้บุคคลเมื่ออายุครบ 40 ปีเริ่มจ่ายเงินสมทบโดยหักจากบัญชีเงินออมภาคบังคับ ผลประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในรูปแบบเงินช่วยเหลือโดยการจ่ายเงินให้เป็นรายเดือน เมื่อเข้าสู่ระบบการประกันแล้วสามารถขอใช้สิทธิรับเงินสนับสนุนในช่วงอายุใดก็ได้โดยไม่ต้องรับการประเมินสุขภาพ และระบบบริการการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วยการบริการในสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย และการบริการนอกสถานบริการประกอบไปด้วยการบริการในที่พักอาศัย การบริการโดยชุมชนเป็นฐานซึ่งดำเนินการโดยภาคเอกชน โดยรัฐจะให้เงินอุดหนุนสำหรับการใช้บริการและค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือจะหักจากบัญชีเงินออมของผู้รับบริการ ซึ่งอัตราการอุดหนุนจะขึ้นกับระดับรายได้ของครัวเรือนและรูปแบบของการบริการที่เลือกใช้ซึ่งมีการแบ่งระดับของการบริการเพื่อสร้างทางเลือกให้แก่ผู้ใช้บริการ โดยรัฐให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดูแลนอกสถานบริการ โดยรัฐจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการในที่พักอาศัยหรือภายในชุมชนในสัดส่วนที่มากกว่าสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีหลักประกันในการได้รับบริการพื้นฐานทางสุขภาพที่จำเป็นโดยรัฐบาลเป็นผู้ให้เงินอุดหนุนภายใต้กองทุนพิเศษ (Medifund) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันรายได้จะได้รับการคุ้มครองพิเศษจากโครงการ IDAPE นอกจากนั้น ยังมีการพัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และบริการตรวจสุขภาพประจำปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมไปถึงการวางแผนโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ระบบขนส่ง การออกแบบสถานที่สาธารณะเพื่ออำนวยความสะดวกและปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ

ขณะที่รูปแบบการบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยประกอบไปด้วยบริการด้านการแพทย์ เช่น บริการเยี่ยมบ้าน บริการกายภาพบำบัด บริการด้านสังคม เช่น บริการ

ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน บริการช่วยเหลืองานบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัคร โดยมีการประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพื่อจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

5.1.5 การปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวในปัจจุบัน

ในปัจจุบันเยอรมนีมีนโยบายการเพิ่มอัตราการสมทบเพื่อรองรับภาระการเงินในอนาคตและสร้างระบบสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลพิเศษ เช่นผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและการขยายสิทธิประโยชน์เพื่อสนับสนุนครัวเรือนและอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ ภายในที่พักอาศัยและภายในชุมชน ส่วนในญี่ปุ่นมีนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายการบริการดูแลระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีนโยบายในการผลักดันระบบบริการภายในชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะพึ่งพิงในระบบการบริการการดูแลระยะยาว และการส่งเสริมระบบการดูแลระยะยาวโดยครัวเรือนปรับโครงสร้างเวลาการทำงานเพื่อสนับสนุนให้แรงงานสามารถให้การดูแลแก่สมาชิกครอบครัวได้อย่างต่อเนื่องและมีการส่งเสริมบทบาทของผู้ให้บริการโดยภาคเอกชนเพื่อขยายการบริการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุและเพื่อเป็นการสร้างการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพและราคาของการบริการ สำหรับประเทศสิงคโปร์ ในปัจจุบันมีนโยบายในการขยายความสามารถในการให้บริการเพื่อสนับสนุนการดูแลในชุมชนโดยเร่งการเพิ่มจำนวนศูนย์บริการผู้สูงอายุภายในชุมชนเพื่อรองรับความต้องการผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ประกอบกับมีนโยบายในการสนับสนุนแรงงานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนโดยให้สิทธิแรงงานในการลางานชั่วคราว

ขณะที่ในประเทศไทย การดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวมีนโยบายในการขยายความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุทุกคนโดยไม่อิงกับสิทธิหลักประกันสุขภาพเพื่อให้สามารถรับบริการดูแลระยะยาวได้อย่างเท่าเทียม ประกอบกับการปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณในการบริการให้มีความชัดเจน โดยเฉพาะการเบิกจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ดูแลเพื่อความมั่นใจในการดำเนินงานของส่วนท้องถิ่น

จากการศึกษาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ พบว่ามีการปรับปรุงระบบการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายคือการลดค่าใช้จ่ายและการเพิ่มศักยภาพในการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุและการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครัวเรือนซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครัวเรือน จนมีการพัฒนาระบบการการดูแลระยะยาวในรูปแบบการประกันการดูแลระยะยาว โดยมีการร่วมจ่ายจาก

ผู้ให้บริการเพื่อให้มีการให้บริการเท่าที่มีความจำเป็นและสามารถลดภาระทางการเงินให้แก่ภาครัฐ
ซึ่งเป็นการสร้างความยั่งยืนให้กับระบบประกันสุขภาพในระยะยาว



ตาราง 26 การเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และประเทศไทย

รูปแบบ	เยอรมนี		ญี่ปุ่น		สิงคโปร์		ไทย	
	การบริการดูแลระยะยาว	การบริการดูแลระยะยาว	การบริการดูแลระยะยาว	การบริการดูแลระยะยาว	การบริการดูแลระยะยาว	การบริการดูแลระยะยาวลักษณะ	การบริการดูแลระยะยาวลักษณะ	การบริการดูแลระยะยาวลักษณะ
ผู้ดำเนินการ	หน่วยงานส่วนท้องถิ่น บริษัทประกันเอกชน	หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	ประกันรายได้ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	ประกันรายได้ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	สังคมสงเคราะห์ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	สังคมสงเคราะห์ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	สังคมสงเคราะห์ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น
ความครอบคลุม	ทุกช่วงอายุ	อายุ 40 ปีขึ้นไป (กลุ่มโรคเรื้อรัง) อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 40 ปีขึ้นไป (กลุ่มโรคเรื้อรัง) อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 65 ปีขึ้นไป	อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีการพึ่งพิง (สิทธิหลักประกันสุขภาพ) ในพื้นที่ที่มีความพร้อม	อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีการพึ่งพิง (สิทธิหลักประกันสุขภาพ) ในพื้นที่ที่มีความพร้อม	อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีการพึ่งพิง (สิทธิหลักประกันสุขภาพ) ในพื้นที่ที่มีความพร้อม
แหล่งเงินทุน	เงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาล	เงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาล	เงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาล	เงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาล	เงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาล	เงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาล	เงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาล	เงินสมทบจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาล
สิทธิประโยชน์	การสนับสนุนค่าใช้จ่าย - บริการในสถานบริการ - บริการในที่พักอาศัย - การส่งเสริมสุขภาพ	การสนับสนุนค่าใช้จ่าย - บริการในสถานบริการ - บริการในที่พักอาศัย - การส่งเสริมสุขภาพ	การสนับสนุนค่าใช้จ่าย - บริการในสถานบริการ - บริการในที่พักอาศัย - การส่งเสริมสุขภาพ	การสนับสนุนค่าใช้จ่าย - บริการในสถานบริการ - บริการในที่พักอาศัย - การส่งเสริมสุขภาพ	การสนับสนุนค่าใช้จ่าย - บริการในสถานบริการ - บริการในที่พักอาศัย - การส่งเสริมสุขภาพ	การสนับสนุนค่าใช้จ่าย - บริการในสถานบริการ - บริการในที่พักอาศัย - การส่งเสริมสุขภาพ	การสนับสนุนค่าใช้จ่าย - บริการในสถานบริการ - บริการในที่พักอาศัย - การส่งเสริมสุขภาพ	การสนับสนุนค่าใช้จ่าย - บริการในสถานบริการ - บริการในที่พักอาศัย - การส่งเสริมสุขภาพ
การร่วมจ่าย	ไม่มีการร่วมจ่าย	ไม่มีการร่วมจ่าย	ไม่มีการร่วมจ่าย	ไม่มีการร่วมจ่าย	ไม่มีการร่วมจ่าย	ไม่มีการร่วมจ่าย	ไม่มีการร่วมจ่าย	ไม่มีการร่วมจ่าย
ค่าบริการ								

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

5.1.2 การวิเคราะห์ความยินดีที่จะจ่ายต่อคุณลักษณะการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์มูลค่าความยินดีที่จะจ่ายสำหรับบริการดูแลระยะยาวเพื่อแสดงถึงลักษณะการบริการการดูแลระยะยาวที่มีความสำคัญและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความยินดีที่จะจ่ายต่อการบริการการดูแลระยะยาวโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวัยแรงงานในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ในเขตพื้นที่เขตบางเขน เขตมีนบุรี เขตธนบุรี เขตบางกอกน้อย เขตบางพลัด เขตจตุจักร เขตจอมทอง เขตบางแค เขตวังทองหลาง เขตบางบอน และวิเคราะห์การตัดสินใจภายใต้แนวคิดแบบจำลองทางเลือกโดยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบจำลอง Mixed logit ผลการศึกษาเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นบริการทางสุขภาพที่บุคคลมีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับการบริการดูแลในวัยสูงอายุ โดยรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวที่บุคคลมีความพึงพอใจ ดังนี้

คุณลักษณะบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่บุคคลมีความพึงพอใจส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจเลือกและมีความยินดีที่จะจ่ายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวในทิศทางเดียวกัน ประกอบไปด้วยการบริการดูแลในสถานบริการทั้งการบริการแบบเต็มเวลา (24 ชม./วัน) และการบริการแบบชั่วคราว (ไม่เกิน 8 ชม./วัน) โดยมีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับการบริการดูแลในสถาน บริการแบบเต็มเวลาเท่ากับ 629.90 บาท/เดือน และค่าความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับการบริการดูแล แบบชั่วคราวเท่ากับ 332.50 บาท/เดือน กล่าวได้ว่าการดูแลในสถานบริการแบบเต็มเวลาเป็น บริการที่บุคคลมีความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมาคือการดูแลในสถานบริการแบบชั่วคราว (ไม่ เกิน 8 ชม./วัน) ในขณะที่การบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ให้ภาคเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ และการบริการดูแลในที่พักอาศัยแบบชั่วคราว (ไม่เกิน 8 ชม./วัน) เป็นคุณลักษณะของการบริการ ที่มีผลตรงข้ามต่อการตัดสินใจเลือกและความยินดีที่จะจ่ายและปัจจัยด้านราคาซึ่งก็คือเบี่ยงเบน การดูแลระยะยาวที่ต้องร่วมจ่ายเพื่อการรับบริการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุมีผลต่อการตัดสินใจ เลือกในทิศทางตรงข้าม

คุณลักษณะทางประชากรต่อการตัดสินใจเลือกคุณลักษณะบริการดูแลระยะยาว จากการประมาณการฟังก์ชันอรรถประโยชน์โดยใช้ตัวแปรในรูปผลคูณระหว่างคุณลักษณะทาง ประชากรและบริการดูแลระยะยาว ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อการ ตัดสินใจเลือกบริการดูแลในสถานบริการแบบเต็มเวลา ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า ผู้ที่มีความ ตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการดูแลในสถานบริการแบบ เต็ม เวลาในทิศทางเดียวกัน แต่มีผลตรงข้ามต่อการตัดสินใจถ้าบุคคลมีการคาดการณ์ในการได้รับการ ดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน ในขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพโสดเป็นคุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อ

การตัดสินใจเลือกบริการดูแลในสถานบริการแบบชั่วคราวในทางตรงข้าม คุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการดูแลในที่พักอาศัยแบบชั่วคราว(ไม่เกิน 8 ชม./วัน) ในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า ผู้ที่มีความตระหนักในความเสี่ยงมากกว่า แต่มีผลตรงข้ามต่อการตัดสินใจเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้มากกว่า

จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ในครั้งนี้นำไปสู่ผลสรุปได้ว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยการเร่งรัดพัฒนาสถานบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุซึ่งให้บริการทั้งแบบการบริการดูแลเต็มเวลาและการบริการดูแลชั่วคราวเป็นรูปแบบการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลและการสร้างความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพทั้งด้านความต้องการการดูแลและความเสี่ยงทางการเงินในอนาคตจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลเห็นถึงความสำคัญต่อการร่วมสร้างระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 การวิเคราะห์บทเรียนของนโยบายจากการดูแลระยะยาวในประเทศ

เยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์

(1.) พัฒนาการหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

แนวโน้มอัตราการเกิดที่ลดลงประกอบกับอายุเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้นส่งผลให้โครงสร้างสังคมสูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อรองรับความต้องการในรูปแบบใหม่ของโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะการบริการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นบริการทางสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุมีการเตรียมการและการจัดระบบการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์มีการวางแผนและพัฒนาระบบสวัสดิการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุจากการให้ความสำคัญต่อโครงสร้างสังคมสูงอายุและความตระหนักถึงปัญหาความต้องการบริการดูแลในระยะยาวอย่างแท้จริง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยที่ในปัจจุบันกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในระยะเวลาอันใกล้ แต่พบว่ายังไม่มีหลักประกันสำหรับคุ้มครองความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคนอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจึงเป็นหน้าที่หลักของสมาชิกในครอบครัวซึ่งขึ้นกับศักยภาพทั้งด้านเวลาและงบประมาณที่มีความแตกต่างกันในแต่ละครัวเรือน กล่าวได้ว่า บริการที่ผู้สูงอายุได้รับไม่ได้ขึ้นกับความจำเป็นในการได้รับบริการซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการศึกษาพัฒนาการของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าในช่วงเริ่มต้นของการจัดบริการทั้งในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ประสบปัญหาการใช้บริการในสถานบริการโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมากส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อระบบการเงินที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพของประเทศ ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดการตระหนักถึงความยั่งยืนทางการคลังของระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต จนเกิดการปฏิรูประบบการดูแลระยะยาวซึ่งให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุภายในครัวเรือนและภายในชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกในการรับบริการให้เหมาะสมต่อศักยภาพของครัวเรือนประกอบกับการกำหนดให้ประชาชนมีหน้าที่ในการร่วมจ่ายในรูปแบบต่างๆ โดยมีการจ่ายสมทบในรูปแบบประกันสังคมจากแรงงาน นายจ้างและรัฐบาลในประเทศเยอรมนีและการจ่ายสมทบในรูปแบบค่าเบี้ยประกันในประเทศญี่ปุ่น การจ่ายสมทบเข้าสู่ระบบการออมภาคบังคับในประเทศสิงคโปร์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ

ขณะที่ในประเทศไทยมีการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเริ่มต้นในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพเท่านั้นซึ่งพบปัญหาจากการที่ไม่มีระเบียบสำหรับการเบิกจ่ายบริการดูแลระยะยาวที่ชัดเจนส่งผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณ ในปัจจุบันจึงมีการเร่งปรับปรุงระเบียบในการเบิกจ่ายเพื่อสร้างความมั่นใจต่อผู้จัดบริการ กล่าวได้ว่าพัฒนาการของระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยยังคงอยู่ในการปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวให้มีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

(2.) รูปแบบหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบหลักประกันการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์มีการใช้ระบบประกันภาคบังคับโดยมีความครอบคลุมสำหรับผู้สูงอายุทุกคน ในขณะที่ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยหลักประกันครอบคลุมเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้นในลักษณะการสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าหลักประกันที่สามารถครอบคลุมประชากรได้ถ้วนหน้าอยู่ในระบบหลักประกันในภาคบังคับสอดคล้องกับแนวคิดของ Bhattacharya (2014); Henderson (2005) ซึ่งกล่าวว่าระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับเป็นระบบที่สามารถลดอุปสรรคทางการเงินและภาวะสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้และถือเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงแต่ละบุคคลในกลุ่มคนจำนวนมาก

การบริการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ประกอบไปด้วยการดูแลในสถานบริการทั้งแบบเต็มเวลาและแบบชั่วคราว การบริการดูแลนอกสถานบริการเช่นบริการในที่พักอาศัย การดูแลภายในชุมชนและการสนับสนุนการดูแลเพื่อการดำเนินกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการขยายศักยภาพการบริการในรูปแบบสถานบริการเป็นรูปแบบบริการที่มีการเร่งพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงแรกของการดำเนินการระบการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากนั้นจึงเริ่มมีการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวนอกสถานบริการในรูปแบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครัวเรือน และการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบริการดูแลระยะยาว ซึ่งการสนับสนุนบริการดังกล่าวในประเทศญี่ปุ่นและเยอรมนีอยู่ในรูปแบบการกำหนดวงเงินเพื่อการใช้บริการตามระดับความจำเป็น ขณะที่ในประเทศสิงคโปร์การสนับสนุนบริการอยู่ในรูปแบบการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการใช้บริการขึ้นกับลักษณะของบริการที่เลือกใช้ โดยในประเทศเยอรมนีมีรูปแบบการสนับสนุนทั้งการให้บริการและจำนวนเงินเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริการดูแลระยะยาวที่มีสมาชิกครัวเรือนเป็นผู้ให้การดูแล ซึ่งรูปแบบการสนับสนุนดังกล่าวเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการให้การดูแลโดยสมาชิกในครัวเรือน

ขณะที่ในประเทศไทยมีการบริการในสถานบริการในรูปแบบสถานสงเคราะห์ซึ่งมีความจำกัด โดยวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ไม่ใช่เพื่อรองรับความต้องการบริการดูแลในสถานบริการ ขณะที่สถานบริการภาคเอกชนไม่สามารถตอบสนองความต้องการบริการดูแลระยะยาวในผู้ที่มีรายได้ต่ำ ประกอบกับการบริการที่เป็นภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งผลกระทบต่อภาระงานที่มากขึ้นประกอบกับความจำกัดของบุคลากรส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุและครัวเรือน เมื่อพิจารณาถึงการสนับสนุนการดูแลโดยสมาชิกในครัวเรือนพบว่าผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อในสัดส่วนเพียงร้อยละ 7.40 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการดูแลแบบไม่เป็นทางการที่เหมาะสมตามแนวคิดของ World Health Organization (2002); วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2559) ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากภาครัฐ พบว่ามีเพียงมาตรการลดหย่อนทางภาษีให้แก่บุตรที่อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุซึ่งผู้ที่มีรายได้ต่ำไม่ได้รับประโยชน์จากมาตรการดังกล่าว กล่าวได้ว่ารูปแบบการบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยยังไม่สามารถทำให้เป็นรูปธรรมและครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนรวมไปถึงการสนับสนุนบริการที่มีไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำได้

นอกจากนั้น ในแง่ของความพอเพียงของผู้ให้บริการดูแลระยะยาว พบว่า ในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ มีการเปิดโอกาสและส่งเสริมให้ผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรอิสระที่ไม่แสวงหากำไร องค์กรศาสนา อาสาสมัครสามารถเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

ส่งผลให้สามารถเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการรองรับต่อความต้องการของผู้สูงอายุ โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในฐานะของการเป็นผู้จัดการในการดูแลและรับผิดชอบในส่วนการส่งเสริมและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นการลดภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและเป็นการขยายศักยภาพในการให้บริการดูแลระยะยาวรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่ในประเทศไทยมีการขยายศักยภาพการให้บริการผ่านอาสาสมัครในชุมชนโดยได้รับค่าตอบแทนผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นแบบจ้างเหมาเดือนละไม่เกิน 600 บาทซึ่งค่าจ้างระดับดังกล่าวไม่สอดคล้องกับค่าจ้างขั้นต่ำและไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2560) ที่กล่าวว่าค่าจ้างผู้ดูแลควรได้รับค่าตอบแทนการดูแลขั้นต่ำเดือนละ 15,000 บาทเทียบเท่ากับผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีส่งผลให้ไม่สามารถขยายการให้บริการในชุมชนโดยอาสาสมัครได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การเร่งขยายการบริการควรมีกำหนดค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครที่เหมาะสมโดยเปรียบเสมือนเป็นการประกอบอาชีพที่ควรได้รับค่าตอบแทนตามอัตราค่าจ้างขั้นต่ำซึ่งจะเป็นแนวทางที่สามารถขยายการให้บริการรวมถึงเป็นการส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นการขยายศักยภาพการบริการภายในชุมชนในระยะยาว

(3.) แหล่งเงินทุนในการดำเนินการดูแลระยะยาว

แหล่งเงินทุนในการจัดบริการดูแลระยะยาวถือเป็นประเด็นสำคัญของระบบการดูแลระยะยาวในทุกประเทศ เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการดูแลระยะยาวมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐไม่เพียงพอและนำมาสู่แรงกดดันทางการเงินของระบบประกันสุขภาพดังเช่นประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ซึ่งงบประมาณในการดำเนินการถือเป็นส่วนสำคัญในการจัดบริการดูแลระยะยาว ดังนั้น จึงมีการพัฒนาเป็นระบบการจ่ายสมทบในรูปแบบประกันสังคมในเยอรมนี ระบบประกันการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น และประกันรายได้และการบริการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบการออมภาคบังคับในประเทศสิงคโปร์ นอกจากนี้ ยังมีระบบการร่วมจ่ายในการใช้บริการในแต่ละครั้งในประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์โดยเฉพาะการบริการในสถานบริการซึ่งกล่าวได้ว่าภาระค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวตกอยู่ที่ทั้งภาครัฐและประชากรของประเทศ

ขณะที่ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยกล่าวได้ว่าภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวตกอยู่กับผู้สูงอายุและครัวเรือนเป็นหลักซึ่งถือเป็นปัญหาเศรษฐกิจภายในครัวเรือน ดังนั้น หากไม่มีการเร่งสร้างแหล่งเงินทุนที่จะรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและแนวโน้มจำนวนแรงงานที่ลดลงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรสูงอายุและครัวเรือน ดังนั้น จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาระบบการเงินโดยระบบการร่วมจ่ายจากผู้ใช้บริการและการจัดหารายได้ของรัฐในรูปแบบ

ต่างๆ เพื่อนำมาสนับสนุนเป็นงบประมาณสำหรับการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความรับผิดชอบของประชากรในประเทศและการสร้างความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวยังต้องคำนึงถึงลักษณะสังคมของแต่ละประเทศ โดยในประเทศไทยมีวัฒนธรรมของการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การบริการควรเน้นบทบาทของการดูแลโดยสมาชิกในครัวเรือน และการส่งเสริมบทบาทของชุมชนเพื่อเป็นฐานในการให้บริการดูแลระยะยาว เช่น การสร้างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน อาสาสมัครภายในชุมชน นอกจากนั้น การส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครัวเรือน เช่น การสนับสนุนทางการเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ การออกกฎหมายเพื่อสนับสนุนแรงงานให้สามารถลางานชั่วคราวเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นการสร้างหลักประกันให้แรงงานยังคงอยู่ในตลาดแรงงานและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุโดยไม่สูญเสียโอกาสความมั่นคงทางรายได้ในอนาคตส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในครอบครัว โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพและบริการต่างๆ ในชุมชนถือเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุและครัวเรือน

จากที่กล่าวมาทั้งหมด พบว่าโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปนำไปสู่รูปแบบความต้องการสินค้าและบริการในรูปแบบใหม่ประกอบกับแนวโน้มการพึ่งพิงตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากจำนวนประชากรวัยเด็กที่ลดลง ระบบหลักประกันการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุจึงต้องสามารถทดแทนศักยภาพในการดูแลของสมาชิกในครัวเรือน ดังนั้น การปรับตัวร่วมกันของประชากรทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคประกอบกับบทบาทของภาครัฐในแง่ของการบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การสร้างระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมและยั่งยืนสอดคล้องกับความต้องการของประชากรซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและครัวเรือน นโยบายการดูแลระยะยาวที่เป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนส่งผลต่อการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมของแหล่งเงินทุนเพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาว และการเร่งขยายศักยภาพการให้บริการและสร้างทางเลือกของการบริการจะส่งผลให้สามารถขยายความครอบคลุมของบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้อย่างเท่าเทียม

5.2.2 การวิเคราะห์คุณลักษณะของการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยการดูแลแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ ขึ้นอยู่กับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครัวเรือนที่มีความแตกต่างกัน โดยผลการศึกษาพบว่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นบริการทางสุขภาพที่บุคคลมีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับการ

บริการดูแลในวัยสูงอายุซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความไม่แน่นอนในการบริการสุขภาพของ Arrow (2001)ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมในการรับความเสี่ยงที่แตกต่างกันโดยบุคคลส่วนใหญ่เลือกที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงเช่น การทำประกันสุขภาพเพื่อได้รับการคุ้มครองการสูญเสียรายได้จากค่ารักษาพยาบาลซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจของบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Bhattacharya (2014); Phelps. (2003) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่บุคคลมีความพึงพอใจมีรายละเอียด ดังนี้

การบริการดูแลระยะยาวที่ให้ภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการเป็นรูปแบบบริการที่บุคคลมีความพึงพอใจส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่กำหนดให้และมีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับบริการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการจัดบริการโดยภาครัฐส่งผลให้บุคคลมีความมั่นใจในการรับบริการเนื่องจากภาครัฐเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการในการใช้ทรัพยากรเพื่อการจัดบริการสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรทุกคนและทุกวัยโดยไม่หวังผลกำไร ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Brau et al. (2010); Greenhalgh-Stanley (2014) ซึ่งพบว่าการบริการดูแลระยะยาวที่มีรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการส่งผลให้บุคคลมีความมั่นใจในการรับบริการและส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายสมทบเพื่อการประกันการดูแลระยะยาว เนื่องจากการประกันเป็นเครื่องมือในการลดความเสี่ยงซึ่งมีรูปแบบที่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อคาดหวังการได้รับการชดเชยในอนาคต

รูปแบบการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่บุคคลมีความต้องการคือการบริการดูแลในสถานบริการทั้งการบริการแบบเต็มเวลาและการบริการแบบชั่วคราวเป็นรูปแบบบริการที่ส่งผลให้บุคคลมีความพึงพอใจมากขึ้น เห็นได้จากการที่บุคคลมีความยินดีที่จะจ่ายเพื่อให้ได้รับบริการ โดยบุคคลมีความยินดีที่จะจ่ายเบี้ยประกันเพื่อให้ได้รับบริการดูแลในสถานบริการ 24 ชม./วันในจำนวนที่มากที่สุดแสดงถึงระดับความสำคัญที่บุคคลให้แก่บริการดังกล่าว รองลงมาได้แก่การบริการดูแลในสถานบริการชั่วคราว (ไม่เกิน 8 ชม./วัน) ทั้งนี้เป็นเพราะการดูแลในสถานบริการเป็นรูปแบบบริการที่รองรับการดูแลที่เกินศักยภาพการดูแลจากสมาชิกในครัวเรือน เช่นการดูแลทางการแพทย์ หรือการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งถือเป็นการบริการที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Cardoso et al. (2012); Lin et al. (2014); ถาวร สกุลพานิชย์ et al. (2556); รวบรวม ชาญด้วยวิทย์ (2560) กล่าวว่าการบริการในรูปแบบทางการเป็นรูปแบบการบริการที่มีความสำคัญเพื่อทดแทนการลดลงของความสามารถในการดูแลแบบไม่เป็นทางการและเป็นการลดค่าเสียโอกาสจากการที่ผู้ดูแล

ต้องออกจากตลาดแรงงาน (Geyer & Korfhage, 2015) และเพื่อตอบสนองความต้องการบริการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต

ในขณะที่การบริการดูแลในที่พักอาศัยแบบชั่วคราว หากต้องมีการจ่ายเงินเพื่อให้ได้รับบริการจะเป็นรูปแบบบริการที่บุคคลไม่มีความพึงพอใจ ซึ่งก็คือการจัดให้มีบริการดูแลในที่พักอาศัยแบบชั่วคราวไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้คุ้มค่ากับเบี้ยประกันที่ต้องจ่ายสมทบเพื่อให้ได้รับบริการ เนื่องจากหากผู้สูงอายุสามารถอาศัยในครัวเรือนได้ สมาชิกในครัวเรือนและครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแลด้วยตนเองตามวัฒนธรรมสังคมไทยที่การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครัวเรือนที่ต้องรับผิดชอบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริภาณี ศรีหาภาค et al. (2557) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยการว่าจ้างผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลในที่พักอาศัยเป็นรูปแบบบริการที่ครัวเรือนประสบปัญหาการแสวงหาผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลที่ไม่มีคุณภาพซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่มีความมั่นใจในระบบการจัดหาผู้ดูแลในที่พักอาศัย ดังนั้นหากต้องมีการจ่ายเงินเพื่อให้ได้รับบริการถือเป็นรูปแบบบริการที่ไม่ส่งผลให้บุคคลมีความพึงพอใจมากขึ้น

โดยในการศึกษารั้วนี้ได้กำหนดให้มีการร่วมจ่ายในรูปแบบเบี้ยประกันการดูแลระยะยาวซึ่งความแตกต่างกันในแต่ละทางเลือกซึ่งผลการศึกษาพบว่า เบี้ยประกันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกบริการดูแลระยะยาว เนื่องจากเบี้ยประกันถือเป็นต้นทุนของการใช้บริการซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ที่กล่าวว่าเมื่อราคาสินค้าเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับความพอใจของผู้บริโภคลดลงซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ M. Daly (2018); Papar (2013) ที่กล่าวว่าค่าเบี้ยประกันยังมีจำนวนมากจะส่งผลให้บุคคลมีความพึงพอใจลดลง พฤติกรรมของบุคคลโดยทั่วไปหากต้องมีการร่วมจ่ายเพื่อการใช้บริการในอนาคต โดยการให้ออกาสในการเลือกตัดสินใจจะมีผู้ใช้บริการที่ไม่เข้าร่วมในระบบดังกล่าว นอกจากนั้น ผู้ที่มีรายได้น้อยจะไม่สามารถร่วมจ่ายในระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับวัยสูงอายุได้ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่รัฐต้องวางแผนทางการเงินเพื่อการใช้บริการในลักษณะสังคมสงเคราะห์เพื่อการเข้าถึงการใช้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคน

การตัดสินใจของบุคคลนอกจากจะขึ้นกับลักษณะของสินค้าและบริการแล้วยังขึ้นกับคุณลักษณะทางประชากรในแต่ละบุคคลส่งผลให้มีแนวโน้มในการเลือกบริการดูแลระยะยาวซึ่งส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายสำหรับการใช้บริการ การวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรที่ส่งผลต่อความยินดีที่จะจ่ายต่อการบริการการดูแลระยะยาว ผลการศึกษาพบว่าความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเลือกใช้บริการดูแลระยะยาวและมีความยินดีที่จะ

ร่วมจ่ายเพื่อการได้รับบริการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความตระหนักในความเสี่ยงในการมีความต้องการดูแลระยะยาวในอนาคต และการตระหนักถึงความเสี่ยงทางการเงินจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลระยะยาวในอนาคตโดยมีการวางแผนทางการเงินเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะมีความยินดีที่จะจ่ายประกันดูแลระยะยาวเพื่อเป็นหลักประกันในการได้รับบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Baji et al. (2014); Swamy (2002) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีความตระหนักถึงความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น ผู้ที่คาดการณ์ว่าในอนาคตอาจมีความต้องการผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ผู้ที่ตระหนักความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจะมีความยินดีที่จะจ่ายในระบบประกันสุขภาพมากกว่า กล่าวได้ว่า ปัจจัยในการตระหนักความเสี่ยงทางสุขภาพในวัยสูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การวางแผนเพื่อรองรับความเสี่ยงจากค่าใช้จ่ายที่เกิดการเจ็บป่วยรวมไปถึงความตระหนักดังกล่าวจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

ดังนั้น การสนับสนุนเพื่อสร้างการรับรู้เพื่อให้ประชากรมีความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพทั้งในแง่ของร่างกายและทางการเงินอันอาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ภาวะสูงวัย เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องของความเสี่ยงต่อโอกาสในการเกิดโรคและความเสื่อมของร่างกาย และภาระทางการเงินที่จะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการวางแผนเพื่อสร้างระบบการดูแลระยะยาวรองรับความต้องการบริการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

5.3 ข้อเสนอแนะ

การนำเสนอในส่วนนี้เพื่อให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการกำหนดรูปแบบการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุซึ่งแบ่งเป็น ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป และข้อจำกัดงานวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรเป็นหน่วยงานหลักในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ที่รับบริการโดยเฉพาะผู้ที่ต้องร่วมจ่ายสมทบเพื่อการใช้บริการในอนาคต นอกจากนี้ ปัญหาในเรื่องจำนวนผู้ให้บริการดูแลเป็นสิ่งสำคัญต่อการขยายความครอบคลุมของระบบการดูแลระยะยาวและคุณภาพการให้บริการโดยเฉพาะสถานบริการทั้งการบริการแบบเต็มเวลาและการบริการแบบชั่วคราวซึ่งเป็นรูปแบบบริการที่ต้องมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว รวมไปถึงผู้ให้การดูแลซึ่งในประเทศไทยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบการ

ให้บริการแสดงถึงความจำกัดของบุคลากรอื่นจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการให้บริการ ดังนั้น การเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการภาคเอกชน เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน หรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ เข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการดูแลภายใต้การกำกับดูแลของภาครัฐ หรือ การใช้เทคโนโลยีในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ เช่น ระบบติดตามผู้สูงอายุเพื่อติดตามการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การติดต่อสถานพยาบาลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือการเก็บข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นการสร้างจำนวนผู้ให้บริการให้เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ระบบการดูแลระยะยาวจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับความต้องการบริการดูแลของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามบริการที่รัฐจัดให้ไม่สามารถรองรับความต้องการของผู้สูงอายุและครัวเรือนได้ทั้งหมด ดังนั้น ควรต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลในรูปแบบอื่น เช่น การส่งเสริมบทบาทของชุมชนเพื่อเป็นฐานในการให้บริการดูแลระยะยาว เช่น การสร้างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน ผู้ช่วยดูแลซึ่งเป็นอาสาสมัครภายในชุมชนและการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครัวเรือน เช่นการสนับสนุนทางการเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแล การออกกฎหมายเพื่อสนับสนุนแรงงานให้สามารถทำงานชั่วคราวเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุหรือหรือในกรณีที่สมาชิกในครัวเรือนออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้เสียสิทธิต่างๆ ที่ได้รับจากการทำงานควรมีหลักประกันเพื่อชดเชยการว่างงานในรูปแบบของการประกันการว่างงานซึ่งถือเป็นการสร้างหลักประกันเพื่อรองรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลสมาชิกในครัวเรือนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของไทยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน

3. ประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องคำนึงถึงคือแหล่งเงินทุนในการจัดบริการ เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้งกองทุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุซึ่งกำหนดให้วัยแรงงานร่วมจ่ายสมทบ หรือ การหารายได้จากภาษีสินค้าเฉพาะเพื่อสมทบในกองทุนสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาว และควรพัฒนาระบบการออมในกลุ่มวัยแรงงานเพื่อให้บุคคลเหล่านี้เมื่อกลายเป็นผู้สูงอายุจะได้มีเงินออมเพื่อการดูแลตนเองได้ เช่น การปรับโครงสร้างระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเพื่อสร้างระบบการออมสำหรับการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุ

4. นอกจากการบริการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นบริการดูแลภายหลังการเกิดภาวะพึ่งพิง ควรมีการบริการเพื่อในส่วนการส่งเสริมและการป้องกันโรค เช่นการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือเป็นการลดความเสี่ยงอันนำมาซึ่งความต้องการดูแลระยะยาวในอนาคต และการ

สนับสนุนสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อควบคุมราคาและจูงใจในการผลิตสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และมาตรการอื่นๆ เช่น การส่งเสริมการลงทุน การลดหย่อนภาษี ควรเป็นมาตรการที่ประกอบกันเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสินค้าและบริการในการบริการผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในระยะยาว

นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาคบังคับในประเทศไทยซึ่งกำหนดให้มีการร่วมจ่ายสมทบเพื่อเป็นแหล่งเงินทุนในการดำเนินการเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาว โดยเน้นการบริการในสถานบริการเพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุและครัวเรือนแสดงดังภาพประกอบ 18 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้มีสิทธิรับบริการ: ผู้สูงอายุทุกคนที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง

แหล่งที่มาของเงินทุน: การจ่ายเงินสมทบจากแรงงานอายุระหว่าง 40 -59 ปี และการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เข้าสู่กองทุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อจัดสรรเป็นกองทุนในการดำเนินการบริการดูแลระยะยาวแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่ง

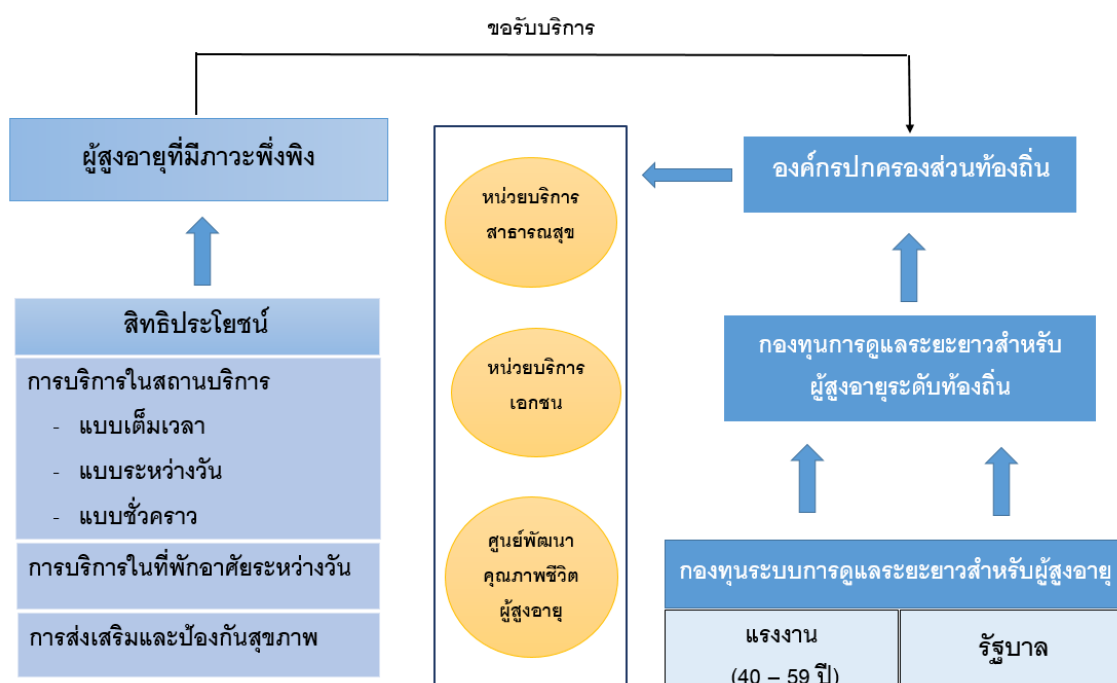
ผู้ให้บริการ: ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้แก่ เครือข่ายโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการภาคเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์การขอรับบริการ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงจากการประเมินภาวะพึ่งพิงตามระบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและปัญหาสุขภาพของกรมอนามัย สำหรับผู้มีรายได้รายได้น้อยที่ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐซึ่งไม่สามารถจ่ายเงินสมทบได้สามารถขอรับบริการในลักษณะสังคมสงเคราะห์

สิทธิประโยชน์:

ผู้จ่ายสมทบ: การบริการประกอบไปด้วยการให้บริการในสถานบริการแบบเต็มเวลาและระหว่างวัน การให้บริการดูแลผู้สูงอายุภายในที่พักอาศัยระหว่างวัน การให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบชั่วคราวในสถานบริการกรณีและผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ และบริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ เช่น การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุสำหรับญาติและอาสาสมัคร บริการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเป็นไปตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละรายตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายสมทบ: การบริการอยู่ในลักษณะสังคมสงเคราะห์ประกอบไปด้วยการให้บริการในสถานบริการในระหว่างวันและภายในที่พักอาศัยผ่านหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งเป็นการให้บริการภายในชุมชนและบริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเป็นไปตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละรายตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ภาพประกอบ 19 การนำเสนอระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

ที่มา: กำหนดโดยผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากงานวิจัยที่ศึกษาในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มแรงงานอายุระหว่าง 40-59 ปีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร การศึกษาในครั้งต่อไปควรเพิ่มพื้นที่ในการศึกษา เช่น พื้นที่ในภาคต่างๆ ซึ่งอาจมีความพึงพอใจและความยินดีที่จะจ่ายต่อรูปแบบบริการที่แตกต่างกัน เพื่อให้ผลการศึกษาที่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ และวิเคราะห์โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านเพศ เนื่องจากเพศชาย เพศหญิงอาจมีความพึงพอใจที่แตกต่างกันประกอบกับอายุคาดเฉลี่ยที่แตกต่างกันในแต่ละเพศอาจนำไปสู่ผลการศึกษาที่แตกต่างกันและเพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและสมาชิกในครัวเรือน

เพื่อระดมความคิดเห็นถึงปัญหาจากการบริการดูแลระยะยาวและรูปแบบความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับการวางแผนการผลิตและการกำหนดราคาสินค้าและบริการเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริงเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมและมีความยั่งยืนต่อไป

ประเด็นการวิจัยที่ควรศึกษาต่อไป คือ การศึกษารูปแบบการร่วมจ่ายในระบบการดูแลระยะยาว เช่น ลักษณะการร่วมจ่ายที่เหมาะสม เช่น การจ่ายสมทบในรูปแบบประกันสังคม หรือ เบี้ยประกันและศึกษาผลกระทบจากการการร่วมจ่ายจากประชากรในแต่ละช่วงวัย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีส่วนของการศึกษาจากการสำรวจข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีข้อจำกัดด้วยเวลาและงบประมาณ ในบางพื้นที่จึงไม่สามารถลงพื้นที่ด้วยตนเองจึงไม่ได้มีการสอบถามถึงเหตุผลถึงการไม่เลือกทางเลือกได้อย่างครบถ้วนซึ่งเป็นข้อคำถามที่อาจนำไปสู่ข้อเสนอนะในเชิงนโยบายที่หลากหลายมากขึ้นและพบว่าข้อมูลที่ได้จากการทำแบบสอบถามมีความผิดปกติ เช่น จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน ซึ่งผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องตัดข้อมูลนั้นออกไป แต่ข้อจำกัดดังกล่าวไม่ส่งผลต่อความผิดพลาดในการการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- Allaire, B. T., Brown, D. S., & Wiener, J. M. (2016). Who Wants Long-Term Care Insurance? A Stated Preference Survey of Attitudes, Beliefs, and Characteristics. *Inquiry*, 53(1), 1-8.
- Anselin, L. (1988). *Spatial Econometrics: Methods and Models*. Boston: Springer, Dordrech.
- Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S., & Widmaier, S. (2007). *The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform options*.
- Arrow, K. (2001). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 851-883.
- Asgary, A., Willis, K., Taghvaei, A. A., & Rafeian, M. (2004). Estimating Rural Households' Willingness to Pay for Health Insurance. *European Journal of Health Economics*, 5(3), 209-215.
- Baji, P., Pavlova, M., Gulacsi, L., Farkas, M., & Groot, W. (2014). The Link between Past Informal Payments and Willingness of the Hungarian Population to Pay Formal Fees for Health Care Services: Results from a Contingent Valuation Study. *European Journal of Health Economics*, 15(8), 853-867.
- Bakx, P., de Meijer, C., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2015). Going Formal or Informal, Who Cares? The Influence of Public Long-Term Care Insurance. *Health Economics*, 24(6), 631-643.
- Bech, M., & Gyrd-Hansen, D. (2005). Effects coding in discrete choice experiments, 1079.
- Becker, G. S. (1962). Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis. *Journal of Political Economy*, 70(5, Part 2), 9-49.
- Becker, G. S. (2007). Health as Human Capital: Synthesis and Extensions. *Oxford Economic Papers*, 59, 379-410.
- Bennett, J., Economics, U. o. N. S. W. S. o., & Management. (1999). *Some Fundamentals of Environmental Choice Modelling*: School of Economics and Management, University of New South Wales.

- Bhattacharya, J. (2014). *Health economics*. New York, NY: New York, NY : Palgrave Macmillan.
- Bock, J.-O., Heider, D., Matschinger, H., Brenner, H., Saum, K.-U., & Haefeli, W. E. (2016). Willingness to Pay for Health Insurance among the Elderly Population in Germany. *European Journal of Health Economics*, 17(2), 149-158.
- Brau, R., & Lippi Bruni, M. (2008). Eliciting the Demand for Long-Term Care Coverage: A Discrete Choice Modelling Analysis. *Health Economics*, 17(3), 411-433.
- Brau, R., Lippi Bruni, M., & Pinna, A. M. (2010). Public versus Private Demand for Covering Long-Term Care Expenditures. *Applied Economics*, 42(28-30), 3651-3668.
- Braun, A., Schmeiser, H., & Schreiber, F. (2016). On consumer preferences and the willingness to pay for term life insurance. *European Journal of Operational Research*, 253(3), 761-776.
- Brown, J. R., Goda, G. S., & McGarry, K. (2012). Long-Term Care Insurance Demand Limited By Beliefs About Needs, Concerns About Insurers, And Care Available From Family. *Health Affairs*, 31(6), 1294-1302.
- Burge, P., Netten, A., & Gallo, F. (2010). Estimating the value of social care. *Journal of Health Economics*, 29(6), 883-894.
- Byrne, D., Goeree, M. S., Hiedemann, B., & Stern, S. (2009). Formal Home Health Care, Informal Care, and Family Decision Making. *International Economic Review*, 50(4), 1205-1242.
- Campbell, J. C., Ikegami, N., & Gibson, M. J. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health affairs (Project Hope)*, 29(1), 87.
- Campbell, J. C., & Naoki, I. (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs*, 19(3), 26-39.
- Cardoso, T., Oliveira, M. D., Barbosa-Povoa, A., & Nickel, S. (2012). Modeling the Demand for Long-Term Care Services under Uncertain Information. *Health Care Management Science*, 15(4), 385-412.

- Chang, J., Savage, S., & Waldman, D. (2017). Estimating Willingness to Pay for Online Health Services with Discrete-Choice Experiments. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(4), 491-500.
- Chin, C. W. W., & Phua, K. H. (2016). Long-Term Care Policy: Singapore's Experience. *Journal of Aging and Social Policy*, 28(2), 113-129.
- Clark, M. D., Determann, D., Petrou, S., Moro, D., & de Bekker-Grob, E. W. (2014). Discrete Choice Experiments in Health Economics: A Review of the Literature. *PharmacoEconomics*, 32(9), 883-902.
- Costa-Font, J., & Rovira-Forns, J. (2008). Who is willing to pay for long-term care insurance in Catalonia? *Health policy*, 86(1), 72-84.
- Daly, A., Dekker, T., & Hess, S. (2016). Dummy coding vs effects coding for categorical variables: Clarifications and extensions. *Journal of Choice Modelling*, 21, 36-41.
- Daly, M. (2018). Rethinking the Approach to Long-Term Care. *Wirtschaftspolitische Blätter*, 65(1), 77-83.
- Dey, S. (2015). Demand for Long-Term Care and Long-Term Care Insurance – A Human Capital Perspective. In I. Ehrlich, G. Monteiro, & Y. Yin (Eds.), *ProQuest Dissertations and Theses*: ProQuest Dissertations Publishing.
- Ed, W. M. T. W. (2006). Does Ageing Call for a Reform of the Health Care Sector? *CESifo Economic Studies*, 52(1), 1-31.
- Federal Ministry of Labour and Social Affairs. (2019). *social security at a glance 2019*: Federal Ministry of Labour and Social Affairs.
- Folland, S. (2013). *The economics of health and health care* (7th ed.). Boston: Boston : Pearson.
- Getzen, T. E. (2004). *Health economics : fundamentals and flow of funds* (2nd ed.). New York: New York : John Wiley & Sons.
- Geyer, J., & Korfhage, T. (2015). Long-Term Care Insurance and Carers' Labor Supply--A Structural Model. *Health Economics*, 24(9), 1178-1191.
- Glied, S. A. (2001). Health Insurance and Market Failure since Arrow. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 957-965.

- Greene, W. H. (2012). *Econometric analysis* (6th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Upper Saddle River, N.J. : Pearson/Prentice Hall.
- Greenhalgh-Stanley, N. (2014). Can the Government Incentivize the Purchase of Private Long-Term Care Insurance? Evidence from the Partnership for Long-Term Care. *Applied Economics Letters*, 21(7-9), 541-544.
- Grossman, M. (2008). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Economics of Health Behaviours. Volume 1.*, 28-60.
- Henderson, J. W. (2005). *Health economics and policy*. Australia : South-Western: Thomson Learning.
- Hensher, D. A. a. J., Lester W. (1981). *Applied Discrete Choice Modelling*. New York: Wiley.
- Hess, S., & Train, K. (2017). Correlation and scale in mixed logit models. *Journal of Choice Modelling*, 23, 1-8.
- Hussem, A., van Ewijk, C., ter Rele, H., & Wong, A. (2016). The Ability to Pay for Long-Term Care in the Netherlands: A Life-Cycle Perspective. *De Economist*, 164(2), 209-234.
- Inamori, K. (2017). Current Situation and Problems of Legislation on Long-Term Care in Japan's Super-Aging Society. *Japan Labor Review*, 14(1), 8-24.
- Jackson, R. (2003). *Germany and the Challenge of Global Aging*: Center of Strategic and International Studies.
- Jacobs-Lawson, J. M., Webb, A. K., Schumacher, M., & Gayer, C. C. (2010). Age, Income, Health, and Willingness to Pay for Health Insurance in Late-Life. *Financial Services Review*, 19(3), 265-274.
- Just, R. E. (2005). *The welfare economics of public policy : a practical approach to project and policy evaluation*: Cheltenham, UK Northampton, MA : E. Elgar.
- Kananurak, P. (2014). Healthcare Use and Voluntary Health Insurance after Retirement in Thailand. *Applied Health Economics and Health Policy*, 12(3), 299-313.

- Kanaya, N., Takahashi, H., & Shen, J. (2015). The Market Share of Nonprofit and For-Profit Organizations in the Quasi-market: Japan's Long-Term Care Services Market. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 86(2), 245-266.
- Kjær, T. (2005). *A review of the discrete choice experiment-with emphasis on its application in health care*.
- Lamiraud, K., Oxoby, R., & Donaldson, C. (2016). Incremental Willingness to Pay: A Theoretical and Empirical Exposition. *Theory and Decision*, 80(1), 101-123.
- Lancaster, K. J. (1966). A new approach to consumer theory. *Journal of Political Economy*, 74, 132-157.
- Lancsar, E., & Louviere, J. (2008). Conducting Discrete Choice Experiments to Inform Healthcare Decision Making. *PharmacoEconomics*, 26(8), 661-677.
- Lehnert, T., Gunther, O. H., Hajek, A., Riedel-Heller, S. G., & König, H. H. (2018). Preferences for Home- and Community-Based Long-Term Care Services in Germany: A Discrete Choice Experiment. *European Journal of Health Economics*, 19(9), 1213-1223.
- Lin, K., Yin, P., & Loubere, N. (2014). Social Support and the 'Left Behind' Elderly in Rural China: A Case Study from Jiangxi Province. *Journal of Community Health*, 39(4), 674-681.
- Lis, W., Lorna, C., Roelf van Der, V., & Kai, L. (2011). Health systems and long-term care for older people in Europe. Modelling the interfaces between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care—an action research project. *International Journal of Integrated Care*. <http://interlinks.euro.centre.org/>
- Marian-Lucian, A. (2012). MATHEMATICAL METHODS USED FOR CALCULATE INSURANCE PREMIUM TO THE PROPERTY INSURANCE. *Annals of the University of Petrosani: Economics*, XII(2), 14-20.
- McFadden, D. (2001). Economic Choices. *American Economic Review*, 91(3), 351-378.
- Mehta, K. K., & Leng, T. L. (2017). Experiences of Formal and Informal Caregivers of Older Persons in Singapore.(Report). *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 32(3), 373.

- Ministry of Health Labour and Welfare. (2016). Long-Term Care Insurance System of Japan. <http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/index.html>
- Mitchell, O. S., Piggott, J., & Shimizutani, S. (2008). An Empirical Analysis of Patterns in the Japanese Long-Term Care Insurance System. *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 33(4), 694-709.
- Nadash, P., Doty, P., & von Schwanenflügel, M. (2018). The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments. *The Gerontologist*, 58(3), 588-597.
- Nieboer, A. P., Koolman, X., & Stolk, E. A. (2010). Preferences for long-term care services: Willingness to pay estimates derived from a discrete choice experiment. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1317-1325.
- OECD. (2019). *Revenue Statistics 2019*.
- Papar, K. (2013). *An economic analysis of voluntary health insurance after retirement*. Thesis (Ph.D.(Economics))--National Institute of Development Administration.
- Papar, K. (2557). Willingness to Pay for Voluntary Health Insurance after Retirement in Thailand.
- Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health Economics*, 13(3), 327-336.
- Phelps., C. E. (2003). *Health Economics* (3rd ed.). Boston, Mass.: Addison Wesley.
- Rhee, J. C., Done, N., & Anderson, G. F. (2015). Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health policy*, 119(10), 1319-1329.
- Rigby, D., Burton, M., & Pluske, J. (2016). Preference Stability and Choice Consistency in Discrete Choice Experiments. *Environmental and Resource Economics*, 65(2), 441-461.

- Ryan, M., Netten, A., Skåtun, D., & Smith, P. (2006). Using discrete choice experiments to estimate a preference-based measure of outcome—An application to social care for older people. *Journal of Health Economics*, 25(5), 927-944.
- Schultz, T. W. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review*, 51(1), 1-17.
- Siciliani, L. (2014). The Economics of Long-Term Care. *B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, 14(2), 343-375.
- Silva, J. M. C. S. (2004). Deriving Welfare Measures in Discrete Choice Experiments: A Comment to Lancsar and Savage (2). *Health Economics*, 13(9), 913-918.
- Singh, M. (1999). Health and Health Policy in Singapore. *ASEAN Economic Bulletin*, 16(3), 330-343.
- Swamy, N. (2002). *Factors affecting the decision to purchase long -term care insurance: A Maryland study*. (3038716). University of Maryland, Baltimore County, Ann Arbor. (Ph.D.). <https://search.proquest.com/docview/250993403?accountid=48250>
ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Takahashi, K., & Ogiwara, A. (2015). A Study on the Living and Health Status of the Elderly who Fail to Pay Premiums of the Long-Term Care Insurance in Japan. *International Journal Of Epidemiology*, 44, 177-177.
- Tang, L., Luo, X., Cheng, Y., Yang, F., & Ran, B. (2014). Constructing an Optimal Orthogonal Choice Design with Alternative-Specific Attributes for Stated Choice Experiments. *Transportation Research Record: Journal of the Transportation Research Board*, 2451(2451), 50-59.
- Teo, P., Chan, A., & Straughan, P. (2003). Providing health care for older persons in Singapore. *Health policy*, 64(3), 399-413.
- Train, K. E. (2003). *Discrete Choice Methods with Simulation*. Cambridge: Cambridge : Cambridge University Press.
- United Nations. (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. Retrieved from <https://www.populationpyramid.net/sources>

- United Nations. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. (Working Paper No. ESA/P/WP/248.).
- Van Houtven, C. H., Coe, N. B., & Konetzka, R. T. (2015). Family Structure and Long-Term Care Insurance Purchase. 24, 58-73.
- Van Houtven, C. H., & Norton, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 23(6), 1159-1180.
- Varian, H. R. (1992). *Microeconomic analysis* (3rd ed.): New York : W.W. Norton & Company.
- Wagner, E., Austin, B., Davis, C., & Hindmarsh, M. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
- World Health Organization. (2002). *A LONG-TERM CARE FUTURES TOOL-KIT*. Switzerland:
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems : a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: Geneva : World Health Organization.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ : ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คำนิยม นัสดา, และ ศิริวัชรรัตน์ วรรณภา. (2016). ความต้องการชุดบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน Needs of Long Term Care Service Packages for Frail Older Persons in Community.
- ชูเกียรติ รักบำเหน็จ. (2562). แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณรายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ.
- ถาวร สกุลพานิชย์, สมชัย จิตสุชน, และ อรพรรณ ประสิทธิ์ศิริผล. (2556). การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นพพร วิทยานพวงศ์, ศิริพร สุขุมศิริมงคล, สุทธิรัตน์ จิรฐสกุล, ณัฐ คงรัตนชาติ, และ ลัดดาวัลย์ ธรรมวงศ์. (2559). มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: กองทุนสวัสดิการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง.

ปวีณา ลีตระกูล. (2559). การวิเคราะห์แนวทางสนับสนุนการทำงานของผู้น้องในสังคมสูงวัย.

ปริญญาานิพนธ์ (ปร.ด. (เศรษฐศาสตร์)) -- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2559. สืบค้นจาก

http://thesis.swu.ac.th/swudis/Econ/Paweena_L.pdf

วรวะสน์ สุวรรณระดา. (2553). โครงการวิจัย ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อ
วัยสูงอายุ : รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 1.): คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ; สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและ
ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2559). ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2560). ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย
(พิมพ์ครั้งที่ 1): กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วชิระคุปต์. (2560). ระบบประกันการดูแลระยะยาว : ระบบที่
เหมาะสมกับประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ
ไทย.

วาสนา อิมเอม. (2557). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร : ไทยกับประเทศอาเซียน เอกสาร
ประกอบการสัมมนาเรื่อง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรกับอนาคตการพัฒนา
ประเทศ.

วีระชัย ก้อนมณี. (2561). การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care)
ปี 2562.

http://eh.anamai.moph.go.th/download/article/article_20181115181300.pdf

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวนิชย์, และ ธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). ตัวแบบ
การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศิริภาณี ศรีหามาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และ คณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและการดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, วาสนี วิเศษฤทธิ, ถาวร สกุลพานิชย์, และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). การ
พัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว.

- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2557). รายงานการวิจัยการศึกษา
ความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของ
โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2552). เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2 (2552).). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันติ แสงเลิศไสว. (2560). ทศนคติและความเต็มใจจ่ายของผู้บริโภคต่อสินค้าข้าวบรรจุถุง ที่ได้รับ
การรับรองการค้าที่เป็นธรรมในรูปแบบเฉพาะของประเทศไทย: สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การวิจัย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และ บวรศม ดี
ระพันธ์. (2561). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคนอื่นๆ. (2009). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดย
ชุมชน.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด
(e0) (Life Expectancy at Birth) ปี พ.ศ. 2553 - 2583. สืบค้นจาก
http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=88&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=4
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางปฏิบัติ เรื่องการรับเงิน การเก็บรักษาเงินและ
การจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2560 การบริหารงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวและบริการ
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯ :
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุชาติ ทวีสิทธิ์, มาลี สันภูวรรณ, และ ศุทธิดา ชวนวัน. (2556). ประชากรและสังคม 2556 :
ประชากรและสังคมในอาเซียน : ความท้าทายและโอกาส (พิมพ์ครั้งที่ 1..). นครปฐม:
นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรจิต สุนทรธรรม, และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). ระบบหลักประกันสุขภาพ

ไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1..). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

อรรวรรณ์ คุหา. (2556). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง : รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ

กรุงเทพฯ : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.





ภาคผนวก

แบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจลักษณะบริการดูแลระยะยาวเพื่อนำผลการศึกษาในการกำหนดแนวทางการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบจะใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นและจะเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของงานเท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ. โอกาสนี้

แบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 ความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพ
- ส่วนที่ 4 ทางเลือกการประกันการดูแลระยะยาว

กลุ่มตัวอย่าง 1. อายุระหว่าง 40 – 59 ปี

2. มีทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กรุณาดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่าง ☐ ที่กำหนดให้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1) เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

1.2) อายุ.....ปี

1.3) สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส ☐ แยกกันอยู่

☐ หม้าย ☐ หย่า

1.4) ระดับการศึกษา

☐ ไม่เคยเรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช. ☐ ปวส./ ปวท./ อนุปริญญา

☐ปริญญาตรี ☐ปริญญาโทหรือสูงกว่า

1.5) อาชีพ

☐ ข้าราชการ / พนักงาน / ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ พนักงาน/ลูกจ้างเอกชนรายวัน ☐ พนักงาน/ลูกจ้างเอกชนรายเดือน

☐ ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ☐ รับจ้างทั่วไป

☐ แม่บ้าน/พ่อบ้าน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

1.6) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้ตอบแบบสอบถาม)

	จำนวน (คน)
1. เด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี)	
2. วัยทำงาน (อายุ 15 – 60 ปี)	
3. ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี)	

1.7) สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้หรือไม่

☐ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

☐ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง

☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

1.8) รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน (เฉลี่ยในรอบ 12 เดือน).....บาท/เดือน

1.9) รายได้ครอบครัวต่อเดือน (เฉลี่ยในรอบ 12 เดือน).....บาท/เดือน

1.10) โดยปกติท่านได้ออมเงินหรือไม่

☐ ออมเงิน เฉลี่ยเดือนละ..... บาท

☐ ไม่ออมเงิน

1.11) ประเภทที่อยู่อาศัย

☐ บ้านของตนเอง

☐ บ้านเช่า

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

1.12) ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย

☐ บ้านเดี่ยว

☐ ทาวน์เฮาส์

☐ ตึกแถว

☐ คอนโดมิเนียม

☐ อพาร์ทเมนต์/แฟลต/หอพัก

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

1.13) ในปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

☐ มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เบาหวาน

☐ ความดันโลหิตสูง

☐ โรคหัวใจ

☐ โรคหลอดเลือดสมอง

☐ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง

☐ มะเร็ง

☐ ต้อกระจก/ต้อหิน

☐ ลมชัก/ลมบ้าหมู

☐ หอบหืด ฤๅลมโป่งพอง

☐ โรคกระเพาะ

☐ ภูมิแพ้

☐ ตับแข็ง

☐ ไตวาย/ไตพิการ

☐ เก๊าท์

☐ ปวดเข่าเรื้อรัง/ข้อเข่าเสื่อม

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 2 ความตระหนักในความเสี่ยงทางสุขภาพ

2.1) ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองเป็นอย่างไร

☐ ดีมาก

☐ ดี

☐ ปานกลาง

☐ ไม่ดี

☐ ไม่ดีมากๆ

2.2) ท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละกี่ครั้ง

☐ 2 ครั้ง

☐ 1 ครั้ง

☐ ไม่เคยตรวจ

2.3) ในวัยชรา ท่านจะใช้รายได้จากส่วนใดในการจ่ายค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาพยาบาล
(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ยังไม่ได้วางแผน
- ☐ เงินออม ☐ สมาชิกในครอบครัว
- ☐ ประกันสุขภาพเอกชน ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ☐สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ☐ รายได้จากการลงทุนในทรัพย์สินอื่นๆ
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

2.4) ท่านมีความกังวลว่าเมื่อท่านอายุ 60 ปีขึ้นไปจะต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่

- ☐ กังวลมากที่สุด ☐ กังวลมาก ☐ กังวลปานกลาง
- ☐ กังวลน้อย ☐ ไม่กังวล

2.5) ท่านคิดว่าเมื่อท่านอายุ 60 ปีขึ้นไป ท่านจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวหรือไม่

- ☐ ได้รับ ☐ ได้รับในบางเวลา ☐ ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจในระบบประกันสุขภาพ

กรุณาดตอบคำถามโดยกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่กำหนดให้

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. การประกันเป็นการจ่ายเงินในปัจจุบันเพื่อคุ้มครองความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อให้ได้รับการดูแลทางการแพทย์หรือการช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามความจำเป็นในแต่ละบุคคล		
2. การประกันสุขภาพคือการกระจายความเสี่ยงในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพื่อให้ได้รับความคุ้มครองและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
3. การประกันการดูแลระยะยาวเหมาะสมกับบุคคลทุกวัย เนื่องจากบุคคลมีความเสี่ยงสูงในการเจ็บป่วยและมีความจำเป็นในการได้รับบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการกิจในชีวิตประจำวันได้		
4. การประกันภัยการดูแลระยะยาวคือ การประกันภัยที่บริษัทประกันภัยตกลงที่จะชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยหรือการอุบัติเหตุโดยคุ้มครองในระยะยาว		
5. การประกันสุขภาพเป็นการลดความผันผวนของรายได้โดยการกระจายความเสี่ยงในคนกลุ่มใหญ่ และมีการเก็บค่าธรรมเนียมจากทุกคน ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของบุคคลจะถูกเฉลี่ยไปในคนกลุ่มใหญ่ที่ร่วมการประกัน		

ส่วนที่ 4

คำชี้แจง เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเสื่อมถอยทางร่างกายและภาวะโรคเรื้อรังต่าง ๆ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว จากการประมาณการค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวพบว่าผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงจะมีค่าใช้จ่ายซึ่งประกอบไปด้วยค่าตอบแทนผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองในการดูแลขั้นต่ำ 18,829 บาท/เดือน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้บ้างมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการดูแลระยะยาวขั้นต่ำ 6,517 บาท/เดือน

ในปัจจุบันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่ที่มีความพร้อมซึ่งครอบคลุมบริการการดูแลช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมประจำวันทั้งในสถานบริการและที่พักอาศัยและวัสดุอุปกรณ์ในการช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุตามที่ได้รับการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นโดยกรมอนามัยแสดงดังตาราง จากนั้นจะจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละรายตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่

คะแนนรวม ADL 20 (เต็ม) คะแนน	ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
0– 4 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 511 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
12 คะแนนขึ้นไป	ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่นและสังคมได้

หากท่านต้องเลือกบริการดูแลระยะยาวในแต่ละชุดทางเลือกที่ 1 ให้ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ ของทางเลือกที่ต้องการเพียงทางเลือกเดียวในแต่ละชุด

ทางเลือก

ชุดทางเลือกที่ 1

รายละเอียดบริการที่ได้รับการคุ้มครอง	☐ ทางเลือกที่ 1	☐ ทางเลือกที่ 2
1. ผู้ดำเนินการ	รัฐบาล	เอกชน
1. การบริการดูแลในสถานบริการ	ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท/เดือน *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 5 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)	ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือวงเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ไม่เกิน 11 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)
2. การบริการบุคลากรดูแลในที่พักอาศัย	ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท	ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือวงเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ไม่เกิน 11 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)
4. ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	3,242 บาท/เดือน (แผ่นรองขับ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กระดาษชำระ ล้างส้วม)	-
5. ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมประจำวัน	-	191 บาท/เดือน (ไม้เท้าสามขา/ขาเดียว โครงจับเพิ่มความมั่นคงเวลาเดิน รถเข็น เก้าอี้นั่งถ่าย เตียงนอน เบาะนอน)
6. ผลประโยชน์สูงสุดต่อเดือน	ไม่เกิน 33,242 บาท/เดือน	ไม่เกิน 7,691 บาท/เดือน
7. เงื่อนไขการดูแลระยะยาว (ระยะเวลาชำระเบี้ยประกัน 20 ปี)	1,000 บาท/เดือน	250 บาท/เดือน

หมายเหตุ: อัตราเบี้ยประกันนี้เฉพาะผู้เข้าร่วมการประกันในช่วงอายุ 40 ปี (เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นรับตามอัตราเงินเพิ่ม)

☐ ไม่เลือกทางเลือกใด ๆ กรุณาระบุเหตุผล.....

หากท่านเลือกทางเลือกที่กำหนดให้ ท่านยินดีที่จะจ่ายค่าเบี้ยประกัน

☐ ยินดีจ่ายทันที ☐ ยินดีจ่ายในช่วงอายุ.....ปี

ชุดทางเลือกที่ 2

รายละเอียดบริการที่ได้รับบริการคุ้มครอง	☐ ทางเลือกที่ 3	☐ ทางเลือกที่ 4
1. ผู้ดำเนินการดูแลระยะยาว	รัฐบาล	เอกชน
2. การบริการดูแลในสถานบริการ	ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือเงินไม่เกิน 15,000 บาท *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 5 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)	ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ไม่เกิน 11 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)
3. การบริการบุคลากรดูแลในที่พักอาศัย	ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ไม่เกิน 11 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)	ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือเงินไม่เกิน 15,000 บาท *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 5 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)
4. ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	-	3,242 บาท/เดือน (แผ่นรองส้น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กระดาษชำระ ส้วม สำลืพันไม้)
5. ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	ไม่เกิน 191 บาท/เดือน (ไม่หักสมาชิก/ขาดเดียว ใครจับเพิ่มควมมั่นคงเวลาเดิน รถเข็น เก้าอี้นั่งถ่าย เตียงนอน เบาะนอน)	-
6. ผลประโยชน์สูงสุดต่อเดือน	ไม่เกิน 18,941 บาท/เดือน	ไม่เกิน 21,992 บาท/เดือน
7. เบี้ยประกันการดูแลระยะยาว/เดือน (ระยะเวลาชำระเบี้ยประกัน 20 ปี)	600 บาท/เดือน	750 บาท/เดือน

หมายเหตุ: อัตราเบี้ยประกันนี้เฉพาะผู้เข้าร่วมการประกันในช่วงอายุ 40 ปี (เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นปรับตามอัตราเงินเฟ้อ)

☐ ไม่เลือกทางเลือกใด ๆ กรุณาระบุเหตุผล.....

หากท่านเลือกทางเลือกที่กำหนดให้ ท่านยินดีที่จะจ่ายค่าเบี้ยประกัน

☐ ยินดีจ่ายทันที ยินดีจ่ายในช่วงอายุ.....ปี

ชุดทางเลือกที่ 3

รายละเอียดบริการที่ได้รับการคุ้มครอง	☐ ทางเลือกที่ 5 เอกชน	☐ ทางเลือกที่ 6 รัฐบาล
1. ผู้ดำเนินการดูแลระยะยาว	ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท	ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือวงเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน
2. การบริการดูแลในสถานบริการ	*ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 5 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)	*ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ไม่เกิน 11 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)
3. การบริการบุคลากรดูแลในที่พักอาศัย	ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท	ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือวงเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน
4. ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	-	*ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ไม่เกิน 11 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)
5. ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	ไม่เกิน 191 บาท/เดือน (ไม่ให้นำมาใช้ส่วนตัว โครงสร้างเพิ่มความมั่นคงเวลาเดิน รถเข็น เก้าอี้นั่งถ่าย เตียงนอน เบาะนอน)	ไม่เกิน 2,576 บาท/เดือน (รองรับ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กระดาษชำระ ล้างส้วม)
6. ผลประโยชน์สูงสุดต่อเดือน	ไม่เกิน 30,191 บาท/เดือน	ไม่เกิน 10,076 บาท/เดือน
7. เบี้ยประกันการดูแลระยะยาว (ระยะเวลาชำระเบี้ยประกัน 20 ปี)	900 บาท/เดือน	330 บาท/เดือน

หมายเหตุ: อัตราเบี้ยประกันนี้เฉพาะผู้เข้าร่วมการประกันในช่วงอายุ 40 ปี (เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นรับตามอัตราเงินเฟ้อ)

☐ ไม่เลือกทางเลือกใด ๆ

กรุณาระบุเหตุผล.....

หากท่านเลือกทางเลือกที่กำหนดให้ ท่านยินดีที่จะจ่ายค่าเบี้ยประกัน

☐ ยินดีจ่ายทันที ☐ ยินดีจ่ายในช่วงอายุ.....ปี

ชุดทางเลือกที่ 4

รายละเอียดบริการที่ได้รับบริการคุ้มครอง	☐ ทางเลือกที่ 7 รัฐบาล	☐ ทางเลือกที่ 8 เอกชน
1. ผู้ดำเนินการการดูแลระยะยาว		
2. การบริการดูแลในสถานบริการ	ผู้ดูแลตลอด 24 ชม หรือวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 5 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)	ผู้ดูแลตลอด 8 ชม หรือวงเงินไม่เกิน 3,750 บาท *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ไม่เกิน 11 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)
3. การบริการบุคลกรดูแลในที่พักอาศัย	ผู้ดูแลไม่เกิน 8 ชม./วัน หรือวงเงินไม่เกิน 3,750 บาท/เดือน *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 5 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)	ผู้ดูแลไม่เกิน 24 ชม./วัน หรือวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท/เดือน *ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 5 คะแนน (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)
4. ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	ไม่เกิน 2,576 บาท/เดือน (แผนรองขับ ผักอ้อมผู้ใหญ่ กระดาษชำระ สลัลิ สลัลิพ่นไม้)	-
5. ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	-	ไม่เกิน 587 บาท/เดือน (ไม่หักสมาชิก/ขาดเดียว ใครรับเพิ่มควมมั่นคงเวลาเดิน รถเข็น เก้าอี้ นั่งถ่าย เตียงนอน เบาะนอน)
6. ผลประโยชน์สูงสุดต่อเดือน	ไม่เกิน 21,326 บาท/เดือน	ไม่เกิน 19,377 บาท/เดือน
7. เบี้ยประกันการดูแลระยะยาว (ระยะเวลาชำระเบี้ยประกัน 20 ปี)	700 บาท/เดือน	650 บาท/เดือน

หมายเหตุ: อัตราเบี้ยประกันนี้เฉพาะผู้เข้าร่วมการประกันในช่วงอายุ 40 ปี (เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นปรับตามอัตราเงินเฟ้อ)

☐ ไม่เลือกทางเลือกใด ๆ กรุณาระบุเหตุผล.....

หากท่านเลือกทางเลือกที่กำหนดให้ ท่านยินดีที่จะจ่ายค่าเบี้ยประกัน

☐ ยินดีจ่ายทันที ☐ ยินดีจ่ายในช่วงอายุ.....ปี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาวอัมภิณี ลาภสมบุญดี

วัน เดือน ปี เกิด

23 กันยายน 2525

สถานที่เกิด

กรุงเทพ

ที่อยู่ปัจจุบัน

119/293 ซ.26 ต.ไทรม้า อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

