

บทที่ 1

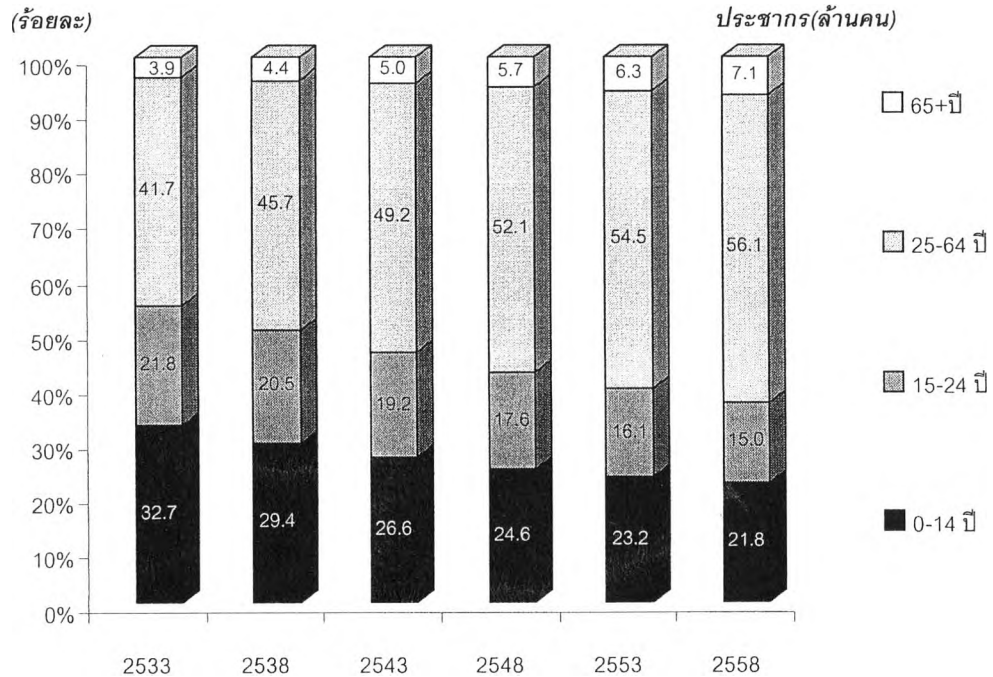
บทนำ



1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากผลการลดอัตราการเพิ่มของประชากรไทย ให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรทางด้านสุขภาพอนามัย รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และอนามัย จึงมีผลทำให้ทั้งอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลง ได้ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อโครงสร้างด้านอายุของประชากรไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณอายุไขเฉลี่ย เมื่อแรกเกิดดังนี้ พ.ศ. 2523 - 2528 ชายอายุเฉลี่ย 60.25 ปี หญิงอายุเฉลี่ย 66.25 ปี ในปี พ.ศ. 2533 - 2538 และ พ.ศ. 2543 - 2548 ชายจะมีอายุเฉลี่ย 63.50 และ 66.75 ปี หญิงมีอายุเฉลี่ย 68.75 และ 70.75 ปี ตามลำดับ ซึ่งมีผลทำให้โครงสร้างประชากรมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน 6.3 % เป็น 9.9 % ภายใน 20 ปีข้างหน้า (มนัส พุกฤษ์สุนันท์, 2539) มีผลทำให้สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุซึ่งหมายถึงประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้น จากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติพบว่า ในปีพ.ศ. 2563 ประชากรของโลกจะมีประมาณ 8,049,923,000คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณ 705,722,000 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 ของประชากรโลก (Weeks, 1996) และจากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ พบว่าจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของไทยได้เพิ่มจาก 1.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 2.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2523 และจะเพิ่มเป็น 5 ล้านคนและ 10.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2543 ตามลำดับ โดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 2.2 เป็นร้อยละ 3.9, ร้อยละ 7.7 และร้อยละ 13.1 ของปีเดียวกันตาม (วาทีณี บุญชะลิกษีและยุพิน วรสิริอมร, 2538) เมื่อพิจารณาทางประชากรศาสตร์ จะเห็นได้ว่าประชากรผู้สูงอายุในประเทศต่างๆทั่วโลกและในประเทศไทยเริ่มทวีมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งเห็นได้จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย ปี พ.ศ. 2537 พบว่าการกระจายตัวด้านอายุของประชากรในช่วงปี พ.ศ.2533 ถึงปี พ.ศ.2538 สัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะลดลงมากกว่าสัดส่วนการเพิ่มของประชากรวัยสูงอายุ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.1

แผนภูมิที่ 1.1 การกระจายตัวด้านอายุของประชากรของประเทศไทย



ที่มา: สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

จากการที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นและอัตราการเกิดของประชากรลดลงจึงมีผลทำให้ประชากรในวัยทำงานคืออายุระหว่าง 15- 64 ปี ซึ่งมีหน้าที่ที่จะต้องรับภาระในการดูแลเลี้ยงดูเพิ่มขึ้น สามารถแสดงให้เห็นถึงอัตราพึ่งพา (Dependency ratio) *

ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระหว่างอัตราพึ่งพาของผู้เยาว์ (Child dependency) และอัตราพึ่งพาของผู้สูงอายุ (Aged dependency) จากภาพแสดงให้เห็นถึงอัตราพึ่งพาของ

* Total dependency ratio = $\frac{(\text{Population aged 0-14}) + (\text{Population aged 65 and over})}{\text{Population aged 15-64}} \times 100$

Population aged 15-64

Aged dependency ratio = $\frac{\text{Population aged 65 and over}}{\text{Population aged 15 - 64}} \times 100$

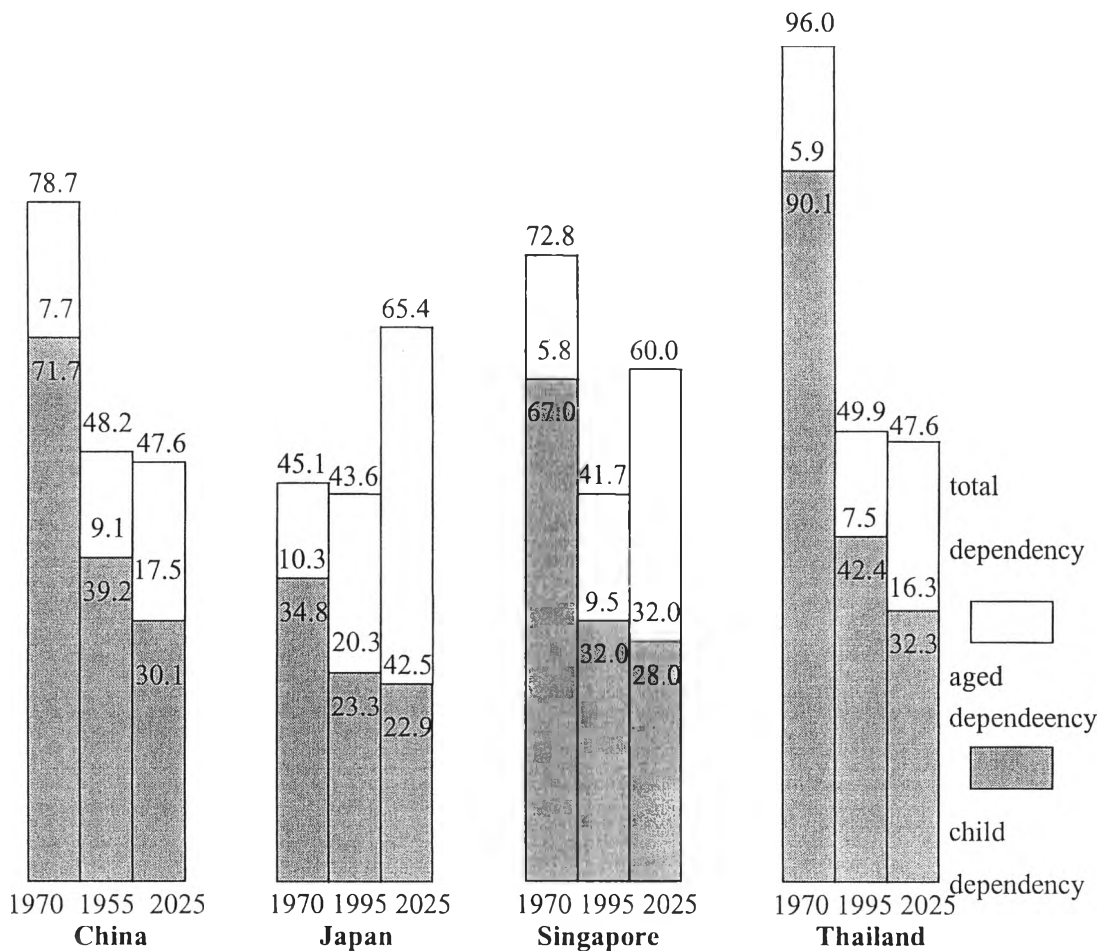
Population aged 15 - 64

Child dependency ratio = $\frac{\text{Population aged 0 - 14}}{\text{Population aged 15 - 64}} \times 100$

Population aged 15 - 64

ผู้สูงอายุต่อวัยทำงานที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และอัตราการพึ่งพาของผู้เยาว์ต่อวัยทำงานมีแนวโน้มที่จะลดลง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.2

แผนภูมิที่ 1.2 อัตราการพึ่งพา (Dependency ratio) ของผู้สูงอายุและผู้เยาว์ต่อวัยทำงาน



ที่มา: United nation

เมื่อมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จะเห็นได้ว่าเรื่องของสุขภาพอนามัยนั้นนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดปัญหาหนึ่ง ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบ ในวัยผู้สูงอายुर่างกายเสื่อมโทรมลง โอกาสของการมีสุขภาพไม่ดีก็เพิ่มขึ้นตามวัย เพราะผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่าง

เกิดขึ้น อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ด้านกว้างๆคือ สุขภาพทางกาย (Physical health) และสุขภาพทางใจ (Psychological health) มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อการเป็นโรค จึงการเกิดโรคได้ง่ายและเป็นระยะเวลานาน ในเรื่องความต้องการของผู้สูงอายุนั้น ความต้องการด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะ ผู้สูงอายุมักมีสภาพร่างกายอ่อนแอ และเสื่อมโทรมมากกว่าหนุ่มสาว เนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยสูงมีโรคเรื้อรัง Speake, Cowart and Pallet (1987) กล่าวว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจะต้องมีปัญหาทางสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่าง เมื่อเจ็บป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของโรคต่างจากวัยอื่นๆ และมีระยะเวลาในการครองเตียงสูง จากการศึกษาค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการพบว่า ในกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 13.4 วัน/ราย และกลุ่มข้าราชการบำนาญที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 18.99 วัน ซึ่งจะสูงกว่ากัน 1.4 เท่า (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2538) จากการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2538 ในกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุต่างๆ พบว่าส่วนใหญ่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 1-2 สัปดาห์ ในบางโรคที่ต้องพักรักษาตัวเกินกว่า 2 สัปดาห์ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ต้อกระจก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น (คณะทำงานโครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538, 2540) จึงนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญมากสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอนามัยแก่ผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน

เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมาอีก จึงมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เนื่องจากโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างถาวร จะไม่สามารถสังเกตเห็นได้ในระยะแรกๆ และเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ทำให้มีโอกาสที่จะลุกลามเป็นมากขึ้นจนถึงขั้นรุนแรงทำให้การรักษาโรคยากขึ้น และการดำเนินของโรคจะเพิ่มต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และจำนวนวันในการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะสูงเมื่อเทียบกับโรคที่ไม่เรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปประเทศไทยปี พ.ศ. 2538 โรคที่ทำให้กลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 5.4 ในเพศชาย และร้อยละ 5.9 ในเพศหญิง เป็นโรคเบาหวานในเพศชายร้อยละ 4.1 ในเพศหญิงร้อยละ 1.2 และกลุ่มโรคหัวใจในเพศชายร้อยละ 6.0 ในเพศหญิงร้อยละ 2.6 ดังแสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 แสดงร้อยละของอาการนำ/โรค 20 อันดับแรก ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล จำแนกตามเพศ และเขตที่อาศัย จากการสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538

อาการนำ / โรค	เมือง		ชนบท		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ท้องเสีย	6.7	11.9	8.4	16.5	10.0	13.2
กระเพาะอาหารอักเสบ	3.4	4.8	10.2	5.6	4.3	7.5
ความดันโลหิตสูง	5.4	5.9	4.4	6.9	5.7	5.9
ต้อกระจก	5.4	12.2	4.4	3.7	9.8	4.0
โรคหัวใจ	7.4	5.2	1.8	3.2	6.0	2.6
ปวด เสียต แน่นท้อง	2.0	1.5	3.4	3.7	1.7	3.6
เป็นลม	0.0	0.7	3.4	4.1	0.5	3.8
หืด	2.7	1.1	4.4	1.4	1.7	2.6
เบาหวาน	4.7	3.7	1.2	1.2	4.1	1.2
นิ่วในไต	2.0	0.7	2.0	2.2	1.2	2.1
วัณโรคปอด	0.7	1.5	2.4	1.7	1.2	2.0
อ่อนเพลีย	0.7	1.5	1.4	2.2	1.2	1.9
ไข้	0.0	0.4	1.2	2.9	0.2	2.2
รถชน	2.7	1.5	3.0	0.6	1.9	1.5
บาดเจ็บ	1.3	1.5	1.6	1.8	1.4	1.7
กระดูกหัก	1.3	3.3	2.2	0.6	2.6	1.2
ปวดศีรษะ	0.0	2.2	0.8	1.9	1.4	1.5
หกล้ม	2.0	2.2	0.6	1.5	2.1	1.1
ไส้ติ่งอักเสบ	0.7	0.7	1.6	1.4	0.7	1.5
ต่อมลูกหมากโต	6.0	—	2.4	—	6.0	2.4

ที่มา: คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538

เมื่อประชากรส่วนใหญ่มีอายุยืนยาวมากขึ้น ประชากรสูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สภาพปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนจากปัญหาโรคเฉียบพลัน มาเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง จากการศึกษา

ของโรส (Rose อ้างถึงในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) พบว่าอัตราการเกิดโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุ

จะเห็นได้ว่า ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เมื่อเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเช่น มีการติดเชื้อโดยเฉพาะที่ผิวหนัง หรือถ้ามีแผลเกิดขึ้นจะทำให้หายช้า เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดไม่ดี โดยเฉพาะอวัยวะส่วนปลายของร่างกาย นอกจากนี้จะทำให้เป็นโรคตา เช่น โรคต้อกระจก (Hasler and Schofield, 1984) นอกจากนี้ โรคเบาหวานจะต้องมีการควบคุมน้ำตาลในกระแสโลหิตตลอด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสโลหิตสูงหรือต่ำ อันจะทำให้เกิดผลร้ายที่จะทำให้อาการรุนแรง และต้องเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น หรือในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็น หรือเป็นแล้วไม่ได้ควบคุม อาจทำให้เกิดโรคหัวใจ เป็นอัมพาต ไตวาย ตามมาได้ การค้นพบและการดูแลรักษาเสียตั้งแต่ต้น เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอื่นถูกทำลายหรือในโรคหัวใจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉพาะค่ายาจะมีราคาแพงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ จากการศึกษาค่าใช้จ่ายของประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 ได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในโรคต่างๆ โดยคิดเฉลี่ย/คน/ครั้ง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น โรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7,098 บาท โรคเบาหวาน 10,810 บาท และโรคหัวใจ 21,548 บาท เป็นต้น (คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538, 2540)

นอกจากกลุ่มผู้สูงอายุจะมีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงแล้ว เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ จะชื้อยากินเองเป็นส่วนมาก และจะรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสัดส่วนที่ต่ำ ดังนั้นจึงอาจจะมีผลทำให้โรคมีความรุนแรงมาก และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ จึงมีผลทำให้ต้นทุนในการรักษาสูงขึ้นอีก และในกลุ่มผู้สูงอายุในต่างจังหวัดหรือที่ยากจน อาจจะไม่ได้รับการดูแลและให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลทั่วถึง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเนื่องจาก มีความรุนแรงของโรคสูง

การให้บริการอนามัยแก่ผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่องค์กรของรัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะตระหนักถึงปัญหานี้ องค์กรอนามัยโลกได้ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้ปี พ.ศ. 2525 เป็นปี "สุขภาพผู้สูงอายุ"

สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้มีเชิญชวนประเทศสมาชิกทั่วโลกให้ร่วมกันจัด กิจกรรม เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพอนามัยและสวัสดิการสังคม (บารุง ศรีเป็ล่ง, 2533)

ดังนั้นจึงได้มีการดำเนินการทางสาธารณสุขขั้นมูลฐานทุกด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ว่า "สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543" ซึ่งมีสถาบันต่างๆทั้งรัฐวิสาหกิจและเอกชน ได้จัดให้มีการตรวจ สุขภาพ ตลอดจนมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น รัฐจึงได้รวมเอา โครงการ ป้องกัน ส่งเสริม รักษา และการฟื้นฟูสุขภาพไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - 2524 ด้วยตระหนักว่าความต้องการในการบริการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ตามจำนวนผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมต่างๆในสังกัดผู้รับผิดชอบ ในการให้บริการ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันและการรักษา แก่ผู้สูงอายุ (วุฒิสาร ตันไชย และคณะ, 2533)

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับงบประมาณที่ตั้งไว้สำหรับให้บริการรักษา พยาบาลแบบไม่คิดมูลค่า แก่ผู้สูงอายุในแต่ละปีนั้น มีจำนวนน้อยกว่าที่จ่ายไปจริงๆมาก ถ้าเปรียบเทียบตัวเลขงบประมาณ ที่ตั้งไว้ในแต่ละปีของกระทรวงสาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 งบประมาณที่ตั้งไว้สำหรับให้บริการรักษาพยาบาลแบบไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ

พ.ศ.	คำขอ (ล้านบาท)	ได้รับจริง (ล้านบาท)	ใช้จ่ายจริง (ล้านบาท)	สัดส่วนของ งบประมาณ/ค่าใช้จ่าย
2534	437	48.5	768.7	6.3
2535	470	267.5	1,166.60	22.9
2536	600	367	1,283.50	28.5
2537	750	398	1,411.80	28.2
2538	-	-	2,174.28	-
2539	-	8,225	2,725.09	-

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2534 เป็นเงิน 48.5 ล้านบาท, ปี 2535 เป็นเงิน 267.5 ล้านบาท , ปี 2536 เป็นเงิน 367.0 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6.3, 22.9 และ 28.5 ของค่าใช้จ่ายตามลำดับ และในปี 2537 ได้ตั้งค่าของงบประมาณไว้ 750 ล้านบาท แต่ได้รับจัดสรร 398 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 28.2 ของค่าใช้จ่าย (กองกรรมธิการ เลขาธิการวุฒิสภา, 2537) สำหรับการเบิกจ่ายงบประมาณในที่ผ่านมา นั้น จะได้เฉพาะค่าอาหารและค่าเวชภัณฑ์เท่านั้น ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการดำเนินงานของหน่วยบริการต่างๆ เนื่องจากยังมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 สำนักงานประกันสุขภาพได้ขอเบิกจ่ายงบประมาณกับกระทรวงการคลังเพิ่มขึ้น คือ สามารถเบิกจ่ายเป็นค่าตอบแทนล่วงเวลา ได้ตามข้อบังคับการจ่ายค่าตอบแทนของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 และ พ.ศ. 2538 โดยเบิกได้ไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณของแต่ละสถานบริการได้รับ และสามารถขยายเบิกจ่ายได้รวมถึงค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายที่ใช้กับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและชันสูตรโรค ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า งบประมาณที่ได้รับในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุได้รับน้อยกว่าที่ต้องการใช้จ่ายจริงๆ หากรัฐต้องการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพยิ่งขึ้น รัฐจำเป็นต้องพิจารณาเพิ่มงบประมาณในส่วนนี้ขึ้นอีก อย่างน้อยเท่าตัวจากที่ให้อยู่ในปัจจุบัน สำหรับงบประมาณปีต่อไป เมื่อพิจารณาแหล่งเงินที่โรงพยาบาลรับเข้ามาคือ เงินงบประมาณกับเงินบำรุงโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์ มีเงินบำรุงเป็นสัดส่วนถึง 50 % ของรายจ่ายรวม ซึ่งเงินบำรุงจะได้รับจากเงินค่าบริการที่เรียกเก็บจากข้าราชการและบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิเบิกค่าสวัสดิการรักษายาบาลคุ้มครองอยู่ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและคณะ, 2537) และจากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันนี้ จะเห็นได้ว่ามีผลทำให้งบประมาณในการรักษาพยาบาลน้อยลงกว่าเดิมอีก ซึ่งรัฐบาลได้ดำเนินการโดยให้ผู้รับบริการหรือผู้ที่เจ็บป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในบางส่วนเอง เช่น ค่ายาที่ไม่ได้อยู่ในบัญชียา 1 ค่าห้องและอาหาร ในกรณีผู้ป่วยรับการรักษามากกว่า 13 วัน

เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายและต้นทุนในการรักษาพยาบาล จึงต้องมีการดูแลสุขภาพอนามัย นั่นคือ การตรวจสุขภาพโดยการพบแพทย์และปฏิบัติตามคำชี้แจงต่างๆ ซึ่งการตรวจสุขภาพทั่วไปโดยสม่ำเสมอ จะทำให้ได้รับการรักษาอย่างทันที่ หากพบอาการผิดปกติ และสามารถลดความรุนแรงของโรค จะเป็นการลดต้นทุนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

ในกรณีนี้ได้ศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล ดังนั้นเมื่อศึกษาถึงต้นทุนในการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ตามขั้นตอน คือ การให้แพทย์ซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียด, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด, การตรวจปัสสาวะ อุจจาระ, เอกซเรย์ปอด เพื่อดูสภาพปอดและหัวใจ, การตรวจคลื่นหัวใจ และมี การตรวจพิเศษอื่นๆ แล้วแต่กรณี และได้ศึกษาในส่วนการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ดังนั้นเพื่อที่จะประเมินงบประมาณที่ให้การรักษายาบาลผู้สูงอายุให้เพียงพอและเหมาะสม จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงต้นทุน ที่ใช้ในการตรวจสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อจะได้นำมาประเมินและพิจารณางบประมาณที่เหมาะสม และสามารถตั้งงบประมาณให้แก่การให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้เพียงพอต่อไปในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาต้นทุนของผู้ให้บริการในการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุต่อครั้ง โดยจำแนกตามประเภทของบริการพยาบาล
- 2) เพื่อศึกษาต้นทุนรวมของผู้ให้บริการในการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุต่อครั้ง
- 3) เพื่อศึกษาต้นทุนในการตรวจสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรังที่สำคัญ ในผู้สูงอายุ 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด
- 4) ศึกษาอัตราคืนทุน (Cost Recovery Ratio) ในการให้บริการตรวจสุขภาพในผู้สูงอายุ และพิจารณาความเพียงพอของงบประมาณ โดยประมาณการต้นทุนในการตรวจสุขภาพจากแนวโน้มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอนาคต

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาเป็นการศึกษาต้นทุนการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นการเก็บข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ในปีงบประมาณ 2539 และข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ได้ทำการศึกษาเพิ่มในปีงบประมาณ 2540 และศึกษาต้นทุนในการตรวจสุขภาพ สำหรับโรคเรื้อรังที่สำคัญ 3 โรคคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

- 1) ทำให้ทราบต้นทุนในการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุและการตรวจวินิจฉัยในโรคเรื้อรังที่สำคัญ 3 โรค เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย งบประมาณ และสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม
- 2) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ให้บริการ ในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการวางแผน ควบคุม และประเมินผล
- 3) เป็นแนวทางในการประเมินการให้บริการในด้านอื่นๆ ต่อไปในอนาคต