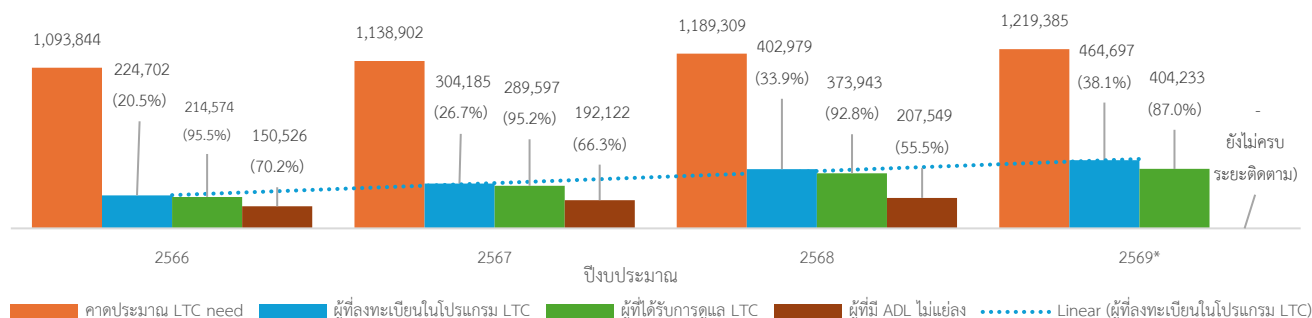


บริการ Long Term Care (LTC) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดการนอนโรงพยาบาล โดยประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living: ADL) การจัดทำ Care Plan การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และการดูแลโดย Care Manager และ Caregiver ภายใต้ระบบดูแลสุขภาพและสังคมแบบบูรณาการระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัว ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณแบบเหมาจ่ายต่อคนต่อปี ตามจำนวนผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล

1. ความครอบคลุมของบริการ Long Term Care ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ Estimated LTC Need เป็นค่าประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่คาดว่าจะจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยคำนวณจากร้อยละ 8 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามกรอบอ้างอิงจากรายงานของ Asian Development Bank (ADB) พบว่า Estimated LTC need เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จาก 1,093,844 ราย ในปีงบประมาณ 2566 เป็น 1,219,385 ราย ในปีงบประมาณ 2569 ตามการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ

เมื่อเทียบกับ Estimated LTC need ตามนิยามของ ADB พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนในโปรแกรม LTC เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.5 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 38.1 ในปี 2569 สะท้อนแนวโน้มความครอบคลุมที่เพิ่มขึ้น



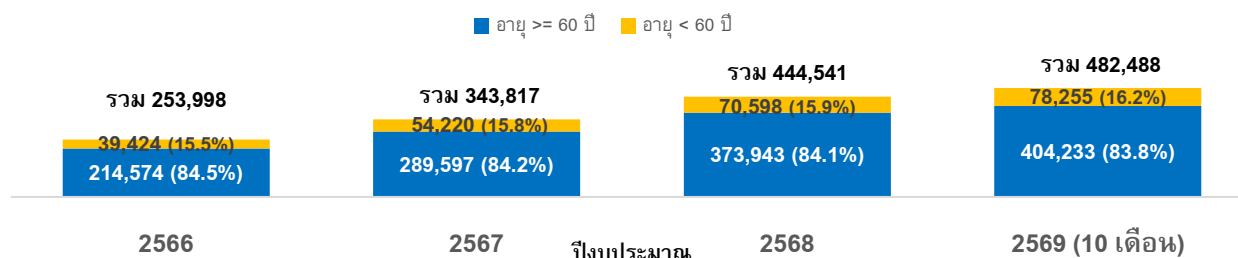
หมายเหตุ: * ปีงบประมาณ 2569 เป็นข้อมูลเพียง 10 เดือน (1 ต.ค.68-31 ก.ค.69)

** แสดงผลแบบ Cascade โดยร้อยละในวงเล็บคำนวณเทียบกับจำนวนในขั้นก่อนหน้า

รูปที่ 1 ประมาณการความต้องการและการเข้าถึงบริการ LTC ของผู้สูงอายุ รายปีงบประมาณ

2. จำนวนผู้รับบริการ Long Term Care ทุกกลุ่มอายุ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มอายุ ไม่จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปียังมีสัดส่วนค่อนข้างน้อย อยู่ที่ร้อยละ 15.5-16.2 ตามรูปที่ 2



รูปที่ 2 จำนวนผู้รับบริการ LTC ที่ยังมีชีวิตอยู่ จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2566-2569*

*ปี 2569 เป็นข้อมูลถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2569

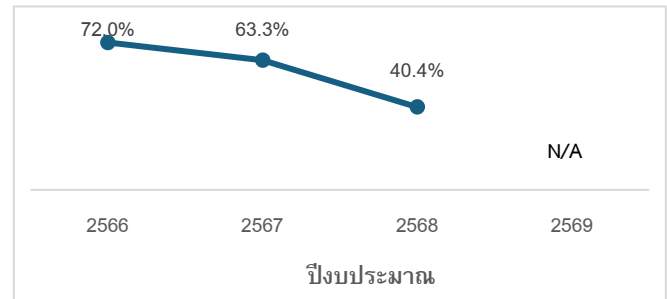
ในช่วงปีงบประมาณ 2566–2569 จำนวนผู้รับบริการ LTC ที่ยังมีชีวิตอยู่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนได้ว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) นอกจากมีบทบาทค้นหาและลงทะเบียนผู้รับบริการรายใหม่แล้ว ยังต้องรองรับการจัดบริการแก่ผู้รับบริการที่อยู่ในระบบจากปีก่อนควบคู่ไปด้วย

ทั้งนี้ **ความครบถ้วนของการบันทึกผล ADL หลังได้รับ Care Plan** มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 72.0 ในปี 2566 เหลือร้อยละ 40.4 ในปี 2568 สะท้อนว่า การติดตามและบันทึกผล ยังไม่ครบถ้วน และควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ส่วนข้อมูลปี 2569 ยังไม่ครบระยะติดตามประมาณ 9 เดือน จึงยังไม่นำข้อมูลมาเปรียบเทียบได้ ตามรูปที่ 3

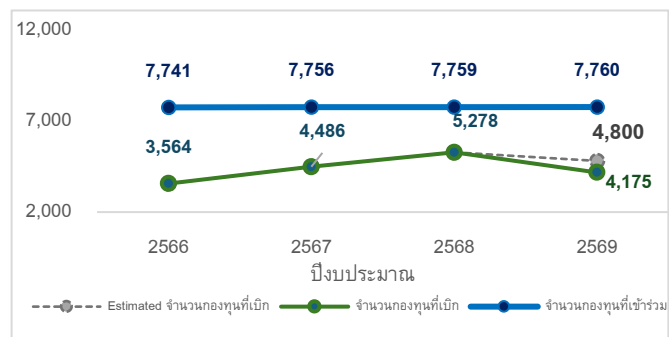
3. ระบบการจัดบริการ

ปัจจุบันมี กปท.เข้าร่วมสนับสนุนการจัดบริการ LTC จำนวน 7,523 แห่ง จากทั้งหมด 7,760 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.0 สะท้อนความครอบคลุมของกลไกกองทุนในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2569 มีกองทุนที่เบิกจ่าย ค่าบริการผ่าน สปสช. สะสมถึงเดือนกรกฎาคม จำนวน 4,175 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.8 จากกปท.ที่เข้าร่วม และเมื่อประมาณการ โดยอิงสัดส่วนจำนวนกองทุนที่เบิกจ่ายในช่วงเดียวกันเทียบกับยอดสิ้นปีของปีงบประมาณที่ผ่านมา คาดว่าสิ้นปีงบประมาณ 2569 จะมี กองทุนเบิกจ่ายประมาณ 4,800 แห่ง ลดลงจากปีงบประมาณ 2568 ซึ่งมี 5,278 แห่ง ประมาณ 478 แห่ง หรือร้อยละ 9.1 ตามรูปที่ 4 จึงควรติดตามการดำเนินงานและการจัดบริการจริงของกองทุนที่เข้าร่วมในระบบ

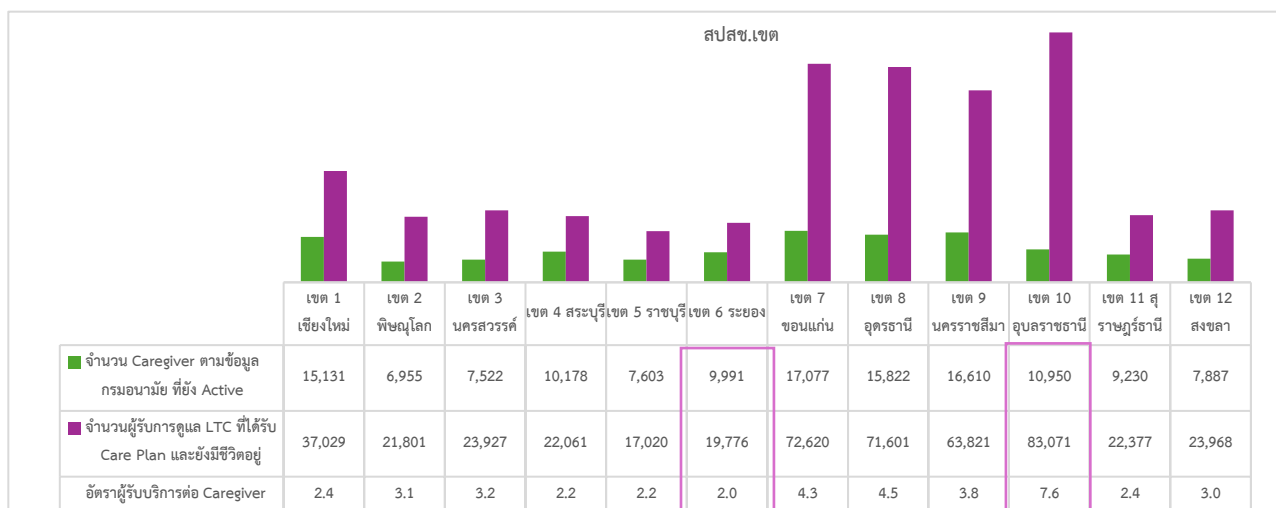


รูปที่ 3 ความครบถ้วนของข้อมูล ADL หลังได้รับ Care Plan รายปีงบประมาณ



รูปที่ 4 จำนวนกองทุนตำบลที่มีการเบิกจ่ายค่าบริการ LTC ผ่าน สปสช. ปีงบประมาณ 2566–2569

ปัจจุบันกรมอนามัยมีผู้ดูแลระยะยาว (Caregiver) ปฏิบัติงานจริง 134,960 คน โดยร้อยละ 8.6 (11,638 คน) มาจากนโยบาย กระตุ้นเศรษฐกิจ โดยภาพรวมทั้งประเทศมีอัตราส่วนผู้ดูแล 1 คนต่อผู้รับบริการประมาณ 4 คน แต่ในระดับพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำสูง โดย เขต 10 มีภาระงานหนักที่สุดที่ 1 : 7.6 (ผู้ดูแล 1 คนดูแลผู้ป่วยเกือบ 8 คน) ขณะที่เขต 6 มีภาระงานน้อยที่สุดที่ 1 : 2.0 (ไม่รวม กทม. ที่ระบบข้อมูลยังไม่สมบูรณ์)



รูปที่ 5 จำนวน Caregiver ผู้รับบริการ LTC และอัตราส่วนผู้รับบริการต่อ Caregiver จำแนกตามเขต สปสช.

4. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากลงทะเบียน

สำหรับการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อน เมื่อแบ่งระยะติดตามเป็นช่วง 0–30 วัน 31–60 วัน และ 61–90 วัน พบว่า อัตราการเข้ารับรักษาส่วนใหญ่สูงที่สุดในช่วง 30 วันแรกและลดลงในช่วงถัดมา โดยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะพบมากที่สุดในทุกปีและทุกช่วงเวลา แต่เมื่อทดสอบทางสถิติแล้วพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปี ขณะที่แผลกดทับมีอัตราเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทั้งสามช่วงเวลา ส่วนปอดอักเสบจากการสำลักพบในอัตราต่ำกว่าและยังไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สม่ำเสมอ ตามตารางที่ 1 ทั้งนี้ การเข้ารับรักษาในช่วง 30 วันแรกอาจเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนลงทะเบียน ทั้งนี้ ข้อมูลการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการดูแลโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 อัตราการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 90 วันหลังลงทะเบียน LTC ปีงบประมาณ 2566–2569

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ที่ลงทะเบียนใหม่ในโปรแกรม LTC	แผลกดทับ (Pressure sore) ต่อผู้ลงทะเบียนแสนคน			ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) ต่อผู้ลงทะเบียนแสนคน			การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ต่อผู้ลงทะเบียนแสนคน		
		0-30	31-90	61-90	0-30	31-90	61-90	0-30	31-90	61-90
		วัน	วัน	วัน	วัน	วัน	วัน	วัน	วัน	วัน
2566	97,746	123.8	95.1	60.4	50.1	35.8	41.9	442.0	405.1	387.7
2567	129,927	160.1	134.7	124.7	58.5	57.7	50.0	487.2	417.9	396.4
2568	164,312	241.0	218.5	178.9	54.2	52.9	54.2	493.0	452.8	370.0
2569*	104,062	272.0	201.8	158.6	70.2	64.4	60.5	508.4	472.8	386.3

หมายเหตุ : เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างปีด้วย Pearson's Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ข้อมูลปีงบประมาณ 2569 ครอบคลุมผู้ลงทะเบียนถึงวันที่ 30 เมษายน 2569 และติดตามครบ 90 วัน

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Modified Poisson regression ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในตามเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มอายุ 61–70 ปีไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ขณะที่กลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไปมีอัตราการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในต่ำกว่า ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 90 วันหลังลงทะเบียน LTC

ปัจจัย	ADJUSTED RR	95% CI	P-VALUE
เพศ			
เพศหญิง เทียบกับ เพศชาย	0.989	0.951–1.028	0.577
กลุ่มอายุ			
61–70 ปี เทียบกับ 0–60 ปี	0.984	0.931–1.041	0.577
71–80 ปี เทียบกับ 0–60 ปี	0.896	0.849–0.945	<0.001
81–90 ปี เทียบกับ 0–60 ปี	0.818	0.771–0.867	<0.001
91 ปีขึ้นไป เทียบกับ 0–60 ปี	0.821	0.742–0.910	<0.001
ระดับการพึ่งพิงตาม ADL			
ติดบ้าน เทียบกับติดเตียง	0.765	0.736–0.796	<0.001

หมายเหตุ : วิเคราะห์ด้วย Modified Poisson regression โดยปรับปีที่ลงทะเบียน เพศ อายุ และระดับการพึ่งพิงร่วมกัน

กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ เพศชาย อายุ 0–60 ปี และกลุ่มติดเตียง

ผลดังกล่าวสะท้อนว่า อายุเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับจำแนกความเสี่ยง จึงควรพิจารณาร่วมกับระดับการพึ่งพิงและข้อมูลทางคลินิก โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง ซึ่งมีอัตราการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในสูงกว่ากลุ่มติดบ้านอย่างชัดเจน และให้ความสำคัญกับการติดตามเชิงรุกและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่มีภาวะติดเตียงเป็นลำดับแรก

5. สรุปข้อค้นพบสำคัญ

1. การเข้าสู่ระบบ LTC เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในโปรแกรม LTC เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ Estimated LTC need สะท้อนแนวโน้มความครอบคลุมในระดับประชากรที่เพิ่มขึ้น และทำให้พื้นที่ต้องรองรับทั้งผู้รับบริการรายใหม่และผู้ที่อยู่ในระบบจากปีก่อนควบคู่กัน
2. กองทุนเข้าร่วมระบบในสัดส่วนสูง โดยมีกพท.เข้าร่วมร้อยละ 97.0 แต่สัดส่วนกองทุนที่มีการเบิกจ่ายจริงกลับมีเพียงร้อยละ 53.8 อีกทั้งยังมีแนวโน้มลดลง จึงควรติดตามการจัดบริการจริงที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่
3. ผู้ดูแลระยะยาว (Caregiver) และภาระการดูแลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ อัตราส่วนผู้รับบริการต่อ Caregiver แตกต่างกันมากระหว่างเขต สะท้อนภาระการดูแลที่ไม่เท่ากันในแต่ละพื้นที่
4. การติดตามผลลัพธ์ ADL ยังมีข้อจำกัด จำนวนผู้รับบริการที่ยังคงมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ที่อยู่ในระบบ แต่การบันทึกผลประเมิน ADL ในแต่ละปียังไม่ครบถ้วน จึงอาจส่งผลกระทบต่อประเมินผลลัพธ์หลังได้รับบริการ
5. ผู้รับบริการที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่พบมากในช่วง 30 วันแรกหลังลงทะเบียน โดยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะพบมากที่สุด แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปี ส่วนผลกดทับแตกต่างกันระหว่างปีอย่างมีนัยสำคัญในทั้งสามช่วง ขณะที่ปอดอักเสบจากการสำลักยังไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ กลุ่มติดเตียงมีอัตราการเข้ารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มติดบ้าน
6. อายุเพียงอย่างเดียวอาจไม่สะท้อนความเสี่ยง ผู้รับบริการอายุ 71 ปีขึ้นไปมีอัตราการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 90 วันหลังลงทะเบียน LTC ต่ำกว่ากลุ่มอายุไม่เกิน 60 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ติดตามช่องว่างความครอบคลุมรายพื้นที่ โดยพิจารณาพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้รายชื่อหรือได้รับการดูแลต่ำ เพื่อทบทวนสาเหตุและสนับสนุนการเข้าสู่บริการให้ครอบคลุมขึ้น
2. ติดตามการดำเนินงานจริงของกองทุน ตั้งแต่การจัดทำ Care Plan การให้บริการ จนถึงการเบิกจ่าย เพื่อให้เห็นการดำเนินงานจริงมากกว่าการสมัครเข้าร่วมระบบเพียงอย่างเดียว
3. สนับสนุนทรัพยากรตามภาระงาน โดยพิจารณาจำนวนผู้รับบริการ ระดับการพึ่งพิง และจำนวน Caregiver ของแต่ละพื้นที่
4. จัดระดับความเข้มข้นของการดูแลตามความเสี่ยง โดยเร่งประเมินภาวะสุขภาพและจัดทำ Care Plan ตั้งแต่เริ่มลงทะเบียน พร้อมเพิ่มการติดตามในช่วง 30 วันแรก โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง และให้ความสำคัญกับการป้องกันผลกดทับซึ่งมีอัตราแตกต่างกันระหว่างปีอย่างชัดเจน
5. พัฒนาระบบติดตาม ADL และภาวะแทรกซ้อน ติดตามการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและทันเวลา เพื่อให้สามารถติดตามความต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์ของบริการ LTC ได้อย่างเป็นระบบ

ที่มาของข้อมูล

1. ADB. (2020). Country diagnostic study on long-term care in Thailand.
2. ข้อมูลผู้รับบริการและบริการ LTC จากโปรแกรม LTC และ ข้อมูลการเบิกจ่ายจาก Seamless ของ สปสช. ประมวลผล ณ วันที่ 5 ส.ค.69
3. ข้อมูล Caregiver จากกรมอนามัย <https://ltc.anamai.moph.go.th/ltc> ประมวลผล ณ วันที่ 5 ส.ค.69
4. ข้อมูล Caregiver ตามโครงการกระตุ้นเศรษฐกิจ จาก Seamless ของ สปสช. ประมวลผล ณ วันที่ 5 ส.ค.69
5. ข้อมูลการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน จากโปรแกรม E-claim ประมวลผล ณ วันที่ 5 ส.ค.69