

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาด้านสุขภาพและการสูงอายุโดยการใช้ตัวอย่างซ้ำนั้นได้มีการดำเนินการอยู่ในหลายประเทศทั้งในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และเอเชีย และข้อมูลที่มีการสำรวจนั้นได้รับการนำไปศึกษาเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุของสังคมและการกำหนดนโยบายสาธารณะมากมาย ในบทนี้จึงเป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการสำรวจด้านสุขภาพและการสูงอายุโดยการใช้ตัวอย่างซ้ำข้ามเวลาในประเทศต่างๆ และวรรณกรรมที่ผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายและความสำคัญของสังคมสูงอายุ

สังคมสูงอายุ หมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และ/หรือประชากรมีอายุมัชฌิมฐานมากกว่า 30 ปี (Shryock, Henry S., 2004 อ้างใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550: 2) ในขณะที่ยุทธศาสตร์สหประชาชาติ (United Nations – UN) ได้ให้ความหมายของสังคมสูงอายุ ว่า ประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีหรือสูงกว่าขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 7 เป็นประเทศที่สังคมกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุ หากพิจารณาตามความหมายแรก ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เนื่องจาก ร้อยละ 11 ของประชากรในประเทศไทยมีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าขึ้นไปและอายุมัชฌิมฐานของประชากรไทย เท่ากับ 33 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2550) สังคมสูงอายุ เป็นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา เพราะนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประชากรโลกอายุสูงกว่า 65 ปีจะมีจำนวน มากกว่าประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี (The U.S. Department of State, 2007)

การสูงอายุของประชากร จะนำไปสู่ปัญหาต่างๆใน 6 ด้านด้วยกันที่รัฐจะต้องเตรียมการหรือจัดการ คือ (1) การมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น จะทำให้กลุ่มประชากรที่มีอายุ 85 ปีหรือมากกว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเร็วที่สุด ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ชราภาพมากที่สุด (The oldest old) และจะกลายเป็นภาระสูงที่สุดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการช่วยตนเองไม่ได้ (2) การเพิ่มขึ้นของภาระจากโรคเรื้อรัง ซึ่งในปัจจุบันภาระจากโรคที่ไม่มีการติดต่อจะเท่ากับ ร้อยละ 85 ของภาระจากการเจ็บป่วยในประเทศที่มีรายได้สูง และร้อยละ 44 ในประเทศที่มีรายต่ำถึงปานกลาง แต่ในปี ค.ศ. 2030 สัดส่วนของภาระดังกล่าวในประเทศที่มีรายต่ำถึงปานกลางจะเพิ่มเป็นร้อยละ 54 ในขณะที่สัดส่วนของภาระจากโรคติดต่อจะลดลงเป็น ร้อยละ 32 แสดงให้เห็นถึงภาระของสังคมในการรักษาโรคที่ไม่ติดต่อแต่เรื้อรังได้จะสูงขึ้น (3) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว ในขณะที่ประชากรจะมีอายุยาวขึ้นและจำนวนบุตรน้อยลง โครงสร้างครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไป โดยความสามารถในการลงทุนให้กับผู้เฒ่าจะสูงขึ้น แต่มีความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุจะมีทางเลือกในการ

สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ได้รับการดูแลน้อยลงไป สิ่งนี้สะท้อนถึงการกำหนดนโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุแทนครอบครัวจะต้องเกิดขึ้น (4) การเกิดความท้าทายทางด้านเศรษฐกิจ การสูงอายุจะมีผลกระทบอย่างมากต่อโครงการสวัสดิการสังคม อุปทานด้านแรงงาน การค้า และการออม ทั่วโลก สักส่วนของผู้ทำงานต่อผู้รับบำนาญที่ลดต่ำลง และประชากรที่การใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในการเป็นผู้เกษียณจะเป็นปัญหามากขึ้นต่อระบบสาธารณสุขและบำนาญ ประเด็นนี้จะทำให้ต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านการเงินและการคลังของประเทศในการปรับปรุงระบบดังกล่าวเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ (5) การเปลี่ยนแปลงการทหารของประเทศ เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปโดยมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ย่อมจะมีผลกระทบต่อกำลังของกองทัพในการหาประชากรหนุ่มสาวมาประจำการแทนทหารที่สูงอายุและเกษียณไป และ (6) การหดหายไปของประชากรบางกลุ่มอายุในทศวรรษหน้า ในขณะที่ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว จำนวนประชากรทั้งหมดในบางประเทศอาจจะลดลงในขณะเดียวกัน ทำให้ผลกระทบของการสูงอายุของประชากรกลายเป็นปัญหาทางนโยบายมากขึ้น (Bureau of Oceans and International Environmental and Scientific Affairs, 2007)

โดยสรุปคำถามสำหรับปัญหาของการสูงอายุของประชากรของสังคม คือ จะทำอย่างไรจึงจะทำให้ประชากรที่มีอายุสูงขึ้นไปตามกาลเวลามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันประกอบไปด้วยศักยภาพทางเศรษฐกิจ คือ ความมั่นคงในรายได้และความมั่งคั่ง (Income security and wealth) และทางสังคม คือ การมีเครดิต เครือข่ายทางสังคม และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในหมู่เครือญาติ และสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจที่ทำให้อยู่ดีมีสุข มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีความพิการสำหรับแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้น ในประเทศที่พัฒนาแล้วและได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้มีการจัดเก็บข้อมูลที่มีลักษณะเป็นการตัวอย่างซ้ำข้ามเวลา (Longitudinal panel data) และเป็นสหสาขาวิชา (Interdisciplinary data) (Borsch-Supan, Jurges and Lipps, 2003)

2.2 ความหมายและความสำคัญของข้อมูลแบบตัวอย่างซ้ำและข้ามเวลา (Longitudinal Panel Data)

ข้อมูลแบบ Longitudinal panel นั้น หมายถึงข้อมูลที่รวบรวมต่อเนื่องตามเวลา (Time series) ที่มีการสำรวจจากตัวอย่างซ้ำกัน หรือหน่วยสังเกต (Observations) เดียวกัน การรวบรวมข้อมูลแบบนี้สามารถทำได้ใน 2 ระดับ คือ ในระดับมหภาค ได้แก่ ระดับประเทศ (Countries) หรือระดับอุตสาหกรรม และในระดับจุลภาค ได้แก่ ระดับสถานประกอบการ (Firms) ระดับครัวเรือน (Households) และระดับบุคคล (Individuals) ดังนั้น ในทางสถิติ หน่วยสังเกต (Observations) ในข้อมูลแบบ Panel จึงมีลักษณะ 2 มิติ คือ มิติที่เป็นแบบ Cross-section (โดยใช้สัญลักษณ์ตัวห้อย i) และมิติที่เป็นเวลา (โดยใช้สัญลักษณ์ตัวห้อย t) นอกจากนั้น ลักษณะของข้อมูลแบบนี้ ยังสามารถ

เพิ่มมิติให้ซับซ้อนมากขึ้นได้อีก เช่น ตัวแปร y จากหน่วยสังเกตอาจจะเป็นการวัดระดับภาวะความอ้วน (BMI) ในชุมชน l ในเมือง j ของบุคคล i ณ เวลา t ดังนั้น ข้อมูลแบบ Panel ซึ่งหน่วยสังเกต (Observations) เป็นข้อมูลระดับจุลภาค สามารถแสดงถึงความแตกต่างระหว่างครัวเรือนหรือบุคคล (Inter-individual differences) และการเปลี่ยนแปลงภายในครัวเรือนหรือส่วนบุคคล (Intra-individual dynamics) ในทางพฤติกรรมได้ (Hsiao, 2006:1)

Baltagi (1995: 3-6) อธิบายถึงความสำคัญของข้อมูลแบบ Panel ในการศึกษาวิเคราะห์ว่า ข้อมูลแบบนี้ให้ประโยชน์ดีกว่าข้อมูลแบบ Cross-sectional ในประเด็นต่อไปนี้

- (1) ข้อมูลแบบ Panel ทำให้ควบคุมความแตกต่างของบุคคลได้ (Controlling for individual heterogeneity) เนื่องจากข้อมูลแบบ Panel สามารถแสดงถึงความแตกต่างของบุคคล สถานประกอบการ ภูมิภาค หรือ ประเทศได้ การศึกษาแบบ Cross-section และ Time series ที่ไม่ควบคุมความแตกต่างดังกล่าวจะส่งผลให้ผลการศึกษามีความลำเอียง (Biased results) ได้ ซึ่งเป็นความลำเอียงใน 2 ประเภท คือ ความลำเอียงในการคัดเลือกตัวอย่างจากความแตกต่างในปัจจัยที่สังเกต (Observable factors) ได้ (เช่น ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา รายได้ ขนาดของครอบครัว การเกิดโรคภัยไข้เจ็บ เป็นต้น) และความลำเอียงในการคัดเลือกที่เกิดจากปัจจัยภายใน (Endogeneity) ของกลุ่มตัวอย่าง (เช่น ประวัติการอบรมเลี้ยงดู ประสบการณ์ในการทำงาน ความเชื่อในศาสนา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น)
- (2) ข้อมูลแบบ Panel ให้เนื้อหาข้อมูลมากกว่า มีความหลากหลายกว่า ความสัมพันธ์ในหมู่ตัวแปร (Collinearity among variables) น้อยกว่า ให้ระดับความเป็นอิสระ (Degree of freedom) มากกว่า และมีประสิทธิภาพมากกว่า ทำให้การกำหนดพารามิเตอร์ของตัวแบบทำได้เที่ยงตรงขึ้น ซึ่งดีกว่าข้อมูลแบบ Cross-sectional ซึ่งมีเพียงข้อมูลเพียงปีเดียว ($T = 1$) หรือหากเป็นการเก็บข้อมูลตามเวลา (Time series) ก็จะเป็นข้อมูลที่เก็บจากหน่วยสังเกต (Observations) ในแต่ละปีคนละหน่วยกัน ($N = 1$) ดังนั้นข้อมูลแบบ Panel จะทำให้ประสิทธิภาพของตัวประมาณการทางเศรษฐมิติดีขึ้น
- (3) ข้อมูลแบบ Panel จะช่วยให้การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของการปรับพฤติกรรมได้ดีกว่า ทำให้วิเคราะห์ถึงรอบระยะเวลาของการว่างงาน การเข้าออกงาน การเปลี่ยนแปลงในที่อยู่ และรายได้ ได้ดีกว่า เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการว่างงาน ข้อมูลแบบ Cross-sectional จะแสดงถึงสัดส่วนของประชากรที่ว่างงาน ณ ช่วงเวลาหนึ่ง การเก็บข้อมูลแบบ Cross-section ในรอบต่อไป ก็จะแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนการว่างงานที่เปลี่ยนไปเท่านั้น แต่ข้อมูลแบบ Panel สามารถแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของผู้ที่ว่างงานในช่วงเวลาหนึ่ง ยังคงว่างงานในอีกช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งสามารถชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการว่างงานเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะสั้น หรือ เป็นปัญหาเรื้อรังได้

- (4) ข้อมูลแบบ Panel สามารถกำหนดและวัดผลกระทบที่ไม่สามารถทำได้จากข้อมูลที่เป็นเฉพาะ Cross-sectional หรือเฉพาะ Time series เช่น การศึกษาการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของผู้หญิง มีการศึกษาด้วยข้อมูลแบบ Cross-section จากตัวอย่างของผู้หญิง พบว่าอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานต่อปีโดยเฉลี่ยของผู้หญิง เท่ากับร้อยละ 50 ผลการค้นพบนี้อาจเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีลักษณะเหมือนกัน (A homogeneous population) หรือจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกัน (Heterogeneous populations) ซึ่งร้อยละ 50 ของประชากรกลุ่มนี้มาจากประชากรที่ทำงานตลอดเวลา และอีกร้อยละ 50 ไม่เคยทำงาน ถ้าตัวอย่างมาจากประชากรในกลุ่มแรก (A homogeneous populations) ผลลัพธ์นี้แสดงถึงความเป็นไปได้ว่าผู้หญิงแต่ละคนจะใช้ชีวิตครึ่งหนึ่งอยู่ในกำลังแรงงาน คือทำงาน และอีกครึ่งหนึ่งอยู่นอกกำลังแรงงาน คือ ไม่ทำงาน และมีความเป็นไปได้ว่า อัตราการเข้าออกงาน (The job turnover rate) จะมีสูง แต่ถ้าตัวอย่างมาจากกลุ่มประชากรหลัง (Heterogeneous populations) ผลลัพธ์ก็จะแสดงถึงความเป็นไปได้ว่าไม่มีการเข้าออกงานเกิดขึ้น แต่ข้อมูลแบบ Panel สามารถแยกแยะความเป็นไปได้ที่เกิดขึ้นนี้ได้ นอกจากนี้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับสถานภาพการทำงานของผู้หญิงที่เป็นข้อมูลแบบ Panel จะเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุด เพราะหน่วยสังเกตที่สำรวจต่อเนื่อง (The sequential observations) จากตัวอย่างผู้หญิง มีข้อมูลละเอียดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานในช่วงเวลาต่างๆของวงจรชีวิต
- (5) ข้อมูลแบบ Panel ทำให้สร้างและทดสอบตัวแบบพฤติกรรมที่ซับซ้อนมากขึ้นได้ดีกว่าข้อมูลแบบเฉพาะ Cross-sectional หรือเฉพาะ Time series เช่น การสร้างและทดสอบสมมติฐานทางพฤติกรรมที่ซับซ้อนมากขึ้นเพื่อใช้พยากรณ์สถานภาพอนาคต (Future prediction) ดังกรณีตัวอย่างในการศึกษาสถานภาพการทำงานของผู้หญิงข้างต้น หรือการวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายต่อพฤติกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมในลักษณะของการเปรียบเทียบก่อนและหลังนโยบาย (The before- and after-effects)
- (6) ข้อมูลแบบ Panel จะเป็นข้อมูลในระดับจุลภาค คือ ระดับบุคคล สถานประกอบการ และครัวเรือน ทำให้การกำหนดและวัดตัวแปรทำได้ถูกต้องมากขึ้นและลดหรือกำจัดความลำเอียงที่เป็นผลจากการพิจารณาสถานประกอบการหรือบุคคลในภาพรวม (Aggregation over firms or individuals)

สำหรับข้อจำกัดของข้อมูลแบบ Panel นั้น มักจะเกิดขึ้นในประเด็นของการออกแบบและรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความครอบคลุมในการกำหนดประชากรที่จะศึกษา การไม่ตอบคำถามจากการไม่ให้ความร่วมมือของผู้ให้สัมภาษณ์ การลืมหรือการจำไม่ได้ของผู้ให้สัมภาษณ์ ความยาวนานในการสัมภาษณ์ เป็นต้น ข้อจำกัดเหล่านี้สามารถแก้ไขได้จากการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหมู่คณะผู้วิจัยจากสถาบันการศึกษาและวิจัยในประเทศต่างๆ ที่มี

เครือข่ายและการรวมศูนย์อยู่ที่ Institute of Social Research (ISR), University of Michigan และ RAND Corporation

2.3 โครงการสำรวจเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับสังคมสูงอายุ

การเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น จำต้องมียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ และการกำหนดนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพ ในทั้งสองประเด็นนั้น จะต้องมีข้อมูลที่เป็นสหสาขาวิชา (Interdisciplinarity) เพราะการสูงอายุเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการทั้งที่เป็นเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ รวมไปถึงเป็นข้อมูลที่สามารถชี้ให้เห็นว่าปัญหาการสูงอายุนั้นมีความแตกต่างที่เกิดมาจากรุ่นคนที่มีอายุต่างกัน (Cohort effects) และเป็นปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา (Longitudinality) การสำรวจที่ถือได้ว่าเป็นแม่แบบในการเก็บรวบรวมข้อมูลการสูงอายุที่มีคุณลักษณะทั้งสามดังกล่าว ได้แก่ Health and Retirement Study (HRS) ในสหรัฐอเมริกาดำเนินการ ซึ่งดำเนินการโดย Institute for Social Research, University of Michigan นอกจากนี้ก็มีการดำเนินการอยู่ในอังกฤษ ได้แก่ English Longitudinal Survey on Aging (ELSA) โดย Institute for Fiscal Studies, University College London และในสหภาพยุโรป คือ Panel Survey on Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) ซึ่งดำเนินการโดย Institute for Economics and Statistics, University of Mannheim สำหรับในเอเชียได้มีความพยายามที่จะดำเนินการศึกษาและได้ดำเนินการไปแล้ว คือ โครงการ Korea Longitudinal Study of Aging (KLoSA) ในเกาหลี ซึ่งดำเนินการโดย Korea Institute of Labor และ Ohio State University และในปัจจุบัน ยังมีโครงการที่กำลังเริ่มดำเนินการในลักษณะของโครงการนำร่อง (Pilot projects) ในจีน และอินเดีย ได้แก่ โครงการ Chinese Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) ดำเนินการโดย The China Center for Economic Research (CCER), Peking University และ โครงการ Longitudinal Aging Survey in India (LASI) ดำเนินการโดย Program on the Global Demography of Aging (PGDA), Harvard University การสำรวจด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนหรือข้อมูลจากทางด้านอุปทาน (Demand side) ในสังคมผู้สูงอายุ และข้อมูลที่รวบรวมได้ก็มีการจัดเก็บเป็น User Files ไว้ในห้องข้อมูล (Data Archive) และใส่ไว้ใน Homepage ของหน่วยงานที่ดำเนินการ เพื่อให้ให้นักวิจัยและนักศึกษาสามารถนำข้อมูลไปศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้ามสังคมได้ (International data) ทำให้เกิดความเข้าใจในการสูงอายุและการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการเพิ่มทางเลือกทางนโยบายและมาตรการจากที่มีใช้อยู่ในประเทศต่างๆ เพื่อนำมาปรับใช้กับประเทศที่กำลังประสบความท้าทายในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้จะเป็นการพิจารณาในรายละเอียดของโครงการ Health and Retirement Study ซึ่งเป็นโครงการต้นแบบของโครงการที่ดำเนินการอยู่ในประเทศอื่นๆ

2.3.1 โครงการ Health and Retirement Study (HRS)

โครงการ HRS เป็นโครงการที่ดำเนินการโดย Institute for Social Research (ISR), University of Michigan ในสหรัฐอเมริกา เป็นโครงการที่สืบต่อจากโครงการศึกษาประวัติในการเกษียณ (the Retirement History Study - RHS) ของสำนักงานวิจัยและสถิติ (Office of Research and Statistics - ORS) ในหน่วยงานของรัฐบาลกลางด้านการบริหารประกันสังคม (the Social Security Administration – SSA) ของสหรัฐอเมริกา โครงการ RHS ได้เริ่มดำเนินการในปี ค.ศ. 1969 ในการสำรวจกลุ่มคนที่ใกล้เกษียณอายุโดยการใช้ตัวอย่างซ้ำ โดยมีการดำเนินการสำรวจทุก 2 ปี และกลายเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในกระบวนการเกษียณและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและสถานภาพทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านจากการทำงานเข้าสู่การเกษียณตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไป เหตุการณ์ในประเทศเปลี่ยนแปลงไป จึงเกิดความจำเป็นที่จะต้องมีการข้อมูลที่เหมาะสมกับเหตุการณ์มากขึ้น ดังนั้น สถาบันการสูงอายุแห่งชาติ (National Institute on Aging – NIA) ได้ทำข้อตกลงร่วมกับหน่วยงานของรัฐบาลกลางอีก 3 หน่วยงาน ได้แก่ SSA สำนักงานปลัดกระทรวงด้านการวางแผนและการประเมินผล ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและการบริการมนุษย์ (the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation – ASPE in the U.S. Department of Health and Human Services) และสำนักงานการบริหารบำนาญบำนาญและผลประโยชน์สวัสดิการในกระทรวงแรงงาน (the Office of Pension and Welfare Benefits Administration at the Department of Labor) ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ Health and Retirement Study (HRS) แก่มหาวิทยาลัยมิชิแกน (the University of Michigan) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 เป็นต้นมา¹

(1) การออกแบบกลุ่มอายุในการศึกษา

โครงการ HRS ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยสังคม (ISR) University of Michigan ในตอนเริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ. 1992 เป็นการติดตามข้อมูลจากบุคคล (กลุ่มอายุ 51 – 61 ปี) และคู่สมรส (ตามอายุที่เป็นอยู่) ในช่วงเวลาที่บุคคลเหล่านี้ได้เปลี่ยนผ่านจากการเป็นพนักงานเข้าสู่การเป็นผู้เกษียณ ต่อมาในปีค.ศ. 1993 ได้มีการดำเนินโครงการเสริมที่เรียกว่า โครงการทรัพย์สินและพลวัตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่สู่วัยที่สุด (Assets and Health Dynamics of the Oldest Old – AHEAD) ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป เพื่อสำรวจปฏิสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างสุขภาพครอบครัว และปัจจัยทางเศรษฐกิจในช่วงหลังจากเกษียณที่เป็นส่วนบั่นปลายของชีวิต โครงการ HRS ได้สำรวจรวบรวมข้อมูลไป 3 รอบ คือ รอบปี ค.ศ. 1992 1994 และ 1996 ในขณะที่โครงการ

¹ ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ HRS ในส่วนนี้ได้รวบรวมจากเว็บไซต์ของ Social Security Administration และของ ISR ที่ได้จากเว็บเมื่อวันที่ 10/8/2548 จาก www.findarticles.com/p/articles/mi_m6524/is_n1_59/ai_18473137/print และเมื่อ 17/8/2548 จาก http://hrsonline.isr.umich.edu/intro/sho_uinfo.php?hfile=history&xtyp=2 ตามลำดับ

AHEAD ได้สำรวจข้อมูล 2 รอบ คือ รอบปี 1993 และ 1995 การออกแบบตัวอย่างของทั้ง 2 โครงการ ทำให้เกิดการสัมภาษณ์ที่เรียกว่า “การสัมภาษณ์ออก” (‘Exit interview’) ที่ใช้สัมภาษณ์ผู้สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ ลูกหรือผู้ที่รู้ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ได้เสียชีวิตไปแล้ว เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับผู้เสียชีวิตในระหว่างบั้นปลายของชีวิต การสัมภาษณ์ออกยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งมอบทรัพย์สิน (Assets) หลังจากการตายของผู้สูงอายุ

ในปี ค.ศ. 1998 ได้มีการปรับเพิ่มกลุ่มอายุเข้าไปในการสำรวจ โดยการรวบรวมโครงการทั้งสองเข้าเป็นโครงการเดียว ซึ่งเป็นการรวบรวมผู้ให้สัมภาษณ์ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปจากโครงการ AHEAD เข้าไปในโครงการ HRS ในขณะที่เดียวกันก็ได้มีการเพิ่มกลุ่มอายุใหม่เข้ามาในโครงการ HRS คือ กลุ่มลูกๆของคนในยุคเศรษฐกิจตกต่ำ (the Children of the Depression Era – CODA) ที่เกิดในระหว่างปี ค.ศ. 1924 ถึง 1930 และกลุ่มทารกสงคราม (War Babies – WB) ที่เกิดในระหว่างปี ค.ศ. 1942 ถึง 1947 การรวบรวมและเพิ่มกลุ่มอายุผู้ให้สัมภาษณ์ดังกล่าว ทำให้โครงการ HRS ได้ข้อมูลครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้ครบถ้วนตั้งแต่ผู้ที่เกิดในปี ค.ศ. 1890 -1923 (AHEAD) กลุ่มที่เกิดปี ค.ศ. 1924 – 30 (CODA) กลุ่มที่เกิดปี ค.ศ. 1931 – 41 (HRS) และกลุ่มที่เกิดปี 1942 – 47 (War Babies) ในปัจจุบัน ในปี ค.ศ. 2004 โครงการ HRS ได้เพิ่มกลุ่มผู้ที่เกิดตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 – 53 (Early Boomers) และในปี ค.ศ. 2010 จะเพิ่มกลุ่มผู้ที่เกิดระหว่างปี ค.ศ. 1954 -59 (Baby Boomers) เข้าไปในการสำรวจ รวมเป็นขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น ประมาณ 22,500 ตัวอย่าง (ไม่นับรวมกลุ่มตัวอย่างในปี 2010)

(2) การออกแบบเพื่อรวบรวมข้อมูล

โครงการ HRS เป็นการดำเนินการโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งจากหน่วยงาน Social Security Administration (SSA) ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของโครงการจะมีความหมายสำคัญด้านนโยบายประกันสังคมของสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเกษียณ สถานภาพทางสุขภาพและความพิการ และสถานภาพทางเศรษฐกิจในอนาคตของผู้สูงอายุ ซึ่งในส่วนของ การตัดสินใจเกษียณของประชากรนั้น มีผลต่อสถานภาพทางการเงินของระบบประกันสังคมและความอยู่ดีมีสุขทางเศรษฐกิจ (The economic well-being) ของผู้สูงอายุ ดังเช่น การแก้ไขกฎหมายประกันสังคมในปี ค.ศ. 1983 ที่มุ่งไปที่การโน้มน้าวให้คนทำงานเลื่อนเวลาในการขอรับผลประโยชน์ในการเกษียณจากการประกันสังคม ในขณะที่คงทางเลือกในการเกษียณโดยการลดผลประโยชน์ไว้ที่อายุ 62 ข้อมูลจาก HRS สามารถนำไปใช้ในการสร้างตัวแบบเพื่อแสดงให้เห็นว่าคนทำงานจะมีการตอบสนองต่อการจูงใจในทางประกันสังคมอย่างไร หรือในประเด็นของความอยู่ดีมีสุขทางเศรษฐกิจนั้น จะเกี่ยวข้องกับคนที่ทำงานที่มีอายุสูงขึ้นจะสามารถ “ออมได้พอเพียง” สำหรับการเกษียณได้หรือไม่ ข้อมูลด้านรายได้และทรัพย์สินของโครงการ HRS สามารถนำไปประเมินประเภทและปริมาณของผลประโยชน์ในอนาคตของการประกันสังคมได้อย่าง

ถูกต้องมากขึ้น หรือนำไปวิเคราะห์หาคำตอบที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของการประกันสังคม สำหรับผู้หญิงว่าจะเพียงพอและเป็นธรรมหรือไม่

โครงการ HRS จึงได้รับการออกแบบสำรวจเพื่อรวบรวมข้อมูลในมิติต่างๆ ได้แก่ ประชากร สถานภาพทางสุขภาพ การรับรู้ (Cognition) โครงสร้างครอบครัว การดูแลสุขภาพ (Health care) บ้านอยู่อาศัย กิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมที่เป็นเครื่องมือไปทำกิจกรรมอื่น (Activities of daily living – ADLs/ Instrumental Activities of Daily Living -IADLs) การมีงานทำ ประวัติการทำงานและการทำงานในปัจจุบัน แผนการเกษียณ ความพิการ ความคาดหวังในชีวิต ทรัพย์สิน รายได้ การประกันสุขภาพ นอกจากนี้โครงการ HRS ยังมีความเชื่อมโยงทางข้อมูลกับฐานข้อมูลทางด้านนายจ้างและทางด้านรัฐ เช่นจากข้อมูลการได้รับผลประโยชน์และรายได้จากการประกันสังคม ข้อมูลตัวชี้วัดการตายแห่งชาติ (National Death Index data) ข้อมูลการขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลการรับบำนาญจากนายจ้าง

ในภาพรวม คณะทำงานในโครงการ HRS ได้พิจารณาประเด็นสำคัญในการออกแบบสำรวจจากมิติทางสหสาขาวิชา ใน 4 เรื่อง โดยอาศัยข้อคำถามจากการสำรวจที่เกี่ยวข้องและมีการดำเนินการอยู่แล้ว ดังต่อไปนี้

1. **การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานและบำนาญ:** การออกแบบการสำรวจ ได้อาศัยข้อคำถามจากโครงการสำรวจอื่นที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว คือ การสำรวจแรงงานแห่งชาติ (National Labor Survey – NLS) การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางรายได้โดยการใช้ตัวอย่างซ้ำ (Panel Survey on Income Dynamic – PSID) และการศึกษาประวัติการเกษียณ (Retirement History Study – RHS) ที่มีการพัฒนาการวัดลักษณะของการทำงานและงานที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกษียณ โครงการ HRS ได้นำมาปรับใช้เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและลักษณะของงาน รวมไปถึงความต้องการงานส่วนที่เป็นการรับรู้ (Cognitive job demands) เช่น การทำงานต้องใช้สายตา หรือสมาธิ หรือไม่ ลักษณะของแผนการจ่ายบำนาญของนายจ้าง การประเมินความยืดหยุ่นของเวลา และการวางพื้นฐานในการเก็บข้อมูลประวัติการทำงานเมื่อเวลาผ่านไปที่เชื่อถือได้
2. **สถานการณ์ด้านสุขภาพและสถานภาพทางสุขภาพ:** โครงการ HRS มีการสำรวจเกี่ยวกับการทำงาน สุขภาพ และความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุและผล (Causality) ระหว่างทั้งสองเรื่อง โดยการตั้งคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ (Health conditions) และสถานภาพในการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ (Functioning status) ก่อนคำถามที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Work) และงาน (Jobs) เพื่อสามารถแยกผู้ให้สัมภาษณ์ที่เลิกทำงานแต่ยังมีสุขภาพคืออยู่จากผู้ที่ยังทำงานเนื่องจากสาเหตุทางสถานการณ์สุขภาพหรือสถานภาพการเคลื่อนไหวทำกิจกรรม นอกจากนี้ในการกำหนดวันเวลาของการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพพร้อมไปกับ

วันเวลาของการเปลี่ยนแปลงการทำงานจะเพิ่มโอกาสในการกำหนดความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลได้ชัดเจนขึ้น

สำหรับการสำรวจสุขภาพเกี่ยวกับสถานภาพการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ (Functioning status) และสภาพการณ์ด้านโรคร้าย (Disease conditions) โครงการได้สำรวจทั้งสองเรื่อง โดยการถามคำถามด้านการเคลื่อนไหวทำกิจกรรม (Function) ซึ่งเป็นการสำรวจความสามารถทางกายภาพในการทำงานต่างๆ ในขณะที่คำถามด้านโรคร้าย (Epidemiology) เป็นการสำรวจเกี่ยวกับลักษณะของสภาพการณ์ทางการแพทย์พยาบาลต่างๆที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจกรรมทั้งก่อนและหลังการรักษา โครงการได้มีการวัดสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจกรรมทั้งในส่วนของกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีพประจำวัน (Basic activities of daily living – ADLs) และส่วนของกิจกรรมในระดับที่สูงขึ้น เช่น การวิ่ง การขึ้นกระได รวมไปถึงส่วนของกิจกรรมที่เป็นเครื่องมือไปสู่กิจกรรมอื่น (Instrumental ADLs) เช่น การจัดการเงิน (Managing money) การใช้โทรศัพท์ โครงการยังมีการเก็บข้อมูลโรคร้ายต่างๆ ในแง่ของความรุนแรงของโรค ประเภทต่างๆของพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่ม เป็นต้น

โครงการ HRS ได้สร้างนวัตกรรมใหม่ในการวัดด้านการรับรู้ (Cognitive measures) เนื่องจากเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่า มีความไม่ตรงกัน (Mismatches) ระหว่างศักยภาพในการรับรู้ (Cognitive capacity) และความต้องการทางการรับรู้ของงาน (the cognitive demands of jobs) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการออกจากงาน เนื่องจากความไม่ตรงกันระหว่างความต้องการทางกายภาพของงาน (the physical demands of jobs) และการเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจกรรมทางกายภาพ (Physical functioning) โครงการ HRS ได้ใช้เครื่องมือหลายอย่างในการวัดการรับรู้ เช่น เครื่องมือในการวัดความจำ (a meta-memory measures) และการทดสอบความจำจากอดีต (A recall test of memory) และระดับความซึมเศร้า (A depression scale) เป็นต้น

3. **โครงสร้างครอบครัวและการเจ็บป่วย:** โครงการ HRS ได้ให้ความสำคัญกับโครงสร้างครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวขยาย (Extended family structure) เพราะครอบครัวขยายจะทำให้เกิดความเป็นไปได้ว่าผู้ให้สัมภาษณ์จะมีความเสี่ยงที่จะประสบกับเหตุการณ์หนึ่งในสองอย่างที่จะเกิดขึ้น คือ การต้องให้การดูแลเป็นส่วนตัวแก่พ่อแม่ที่สุขภาพเสื่อมโทรมลง ซึ่งจะเป็นการผลักดันให้คนต้องออกจากกำลังแรงงาน หรือการต้องให้เงินสนับสนุนแก่ลูกหรือพ่อแม่ หรือทั้งสอง ซึ่งจะเป็นการบังคับให้คนต้องอยู่ในกำลังแรงงาน การสำรวจโครงสร้างครอบครัวของโครงการจึงเป็นการให้ข้อมูลสำคัญต่อความเข้าใจในภาระของผู้ให้สัมภาษณ์และพฤติกรรมในการทำงานของผู้หญิงที่สูงอายุ

โครงการได้สำรวจข้อมูลด้านเศรษฐกิจและประชากรที่เกี่ยวกับลูกของผู้ให้สัมภาษณ์และการอยู่ใกล้ไกลกันทางภูมิศาสตร์ เกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพและเศรษฐกิจของคู่สมรส ของพ่อแม่ที่ยังมีชีวิตอยู่ และสถานภาพทางเศรษฐกิจ โครงสร้างครอบครัว และการอยู่ใกล้ไกลกันทางภูมิศาสตร์ของพี่น้องของผู้ให้สัมภาษณ์ รวมไปถึงข้อมูลการให้การเกื้อกูลกันทั้งที่เป็นในรูปแบบของเงินและเวลาในหมู่ญาติพี่น้อง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญทำให้เกิดความเข้าใจว่าครอบครัวในวัยกลางคน (Middle-age families) มีการจัดสรรทรัพยากรให้แก่คนในรุ่นต่างกันในรอบครัวอย่างไร เมื่อเวลาผ่านไป และในประเด็นสุดท้ายข้อมูลเหล่านี้ สามารถนำไปสร้างตัวแบบของการแบ่งงานกันทำ (Division of Labor) ในหมู่ลูกๆที่เป็นผู้ใหญ่แล้วในการให้ความช่วยเหลือแก่พ่อแม่ที่แก่เฒ่า

4. **สถานภาพทางเศรษฐกิจ:** โครงการ HRS ได้สำรวจรายได้และทรัพย์สิน รวมไปถึงการใช้จ่าย และการบริโภคของผู้ให้สัมภาษณ์ ในส่วนของค่าใช้จ่ายได้อาศัยวิธีสำรวจของ PSID ในการรวบรวมข้อมูล โดยการรวบรวมจากค่าใช้จ่ายด้านอาหาร ทั้งที่เป็นอาหารกินในบ้านและนอกบ้าน และค่าสาธารณูปโภคที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย รวมกับข้อมูลค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบ้านที่เกี่ยวข้องกับค่าผ่อนบ้าน หรือค่าเช่าบ้าน

ในส่วนของการสำรวจการบริโภค เป็นการสำรวจที่สามารถนำไปสู่ตัวแบบของการตัดสินใจในการใช้จ่ายและการสะสมทรัพย์สิน การวัดรายได้สุทธิ (Net worth) ที่แยกเป็นส่วนที่ได้จากกำไรจากการลงทุน (the capital gains component) และส่วนที่ได้จากการออม (the saving component) ดังนั้น จากการเก็บข้อมูลดังกล่าวในทุก 2 ปี เราจะเห็นการเปลี่ยนแปลงรายได้สุทธิ (Net worth) ที่แบ่งออกเป็นกำไรจากการลงทุน และการออมพร้อมกับรายได้ ข้อมูลเหล่านี้นำไปสู่การพัฒนาการประมาณตัวเลขทางออมของค่าใช้จ่าย และการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่าย โดยใช้ตัวแบบที่เรียกว่า ตัวแบบวงจรชีวิตของพฤติกรรมในการออม (Life-cycle models of saving behavior) ได้

(3) การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เป็นผลงานทางวิชาการ

ตั้งแต่การเริ่มดำเนินการ ในปีค.ศ. 1992 เป็นต้นมา โครงการ HRS แสดงให้เห็นถึงการลงทุนที่คุ้มค่าในการรวบรวมข้อมูลแก่ชุมชนนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเกษียณ และการสูงอายุ เพื่อรองรับปัญหาที่สังคมสูงอายุต้องเผชิญในศตวรรษที่ 21 จากการเข้ามามีส่วนร่วมของนักวิทยาศาสตร์มากมายหลากหลายสาขา ดังนั้น โครงการนี้จึงให้ข้อมูลทางด้านสังคมศาสตร์ในหลายมิติเปรียบเทียบกับข้อมูลหลากหลายมิติที่มีอยู่ในด้านวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ นอกจากนี้โครงการยังให้ข้อมูลที่นักวิจัยในประเทศต่างๆทั่วโลกนำไปใช้ศึกษาได้ ดังปรากฏจำนวนสะสมของผลงานในระหว่างปีค.ศ. 1993 – 2003 ที่เป็นบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่มีการคัดเลือกโดยกรรมการผู้อ่าน หนังสือ หรือวิทยานิพนธ์ มากกว่า 800 เรื่อง (Willis, 2004)

ตัวอย่างของผลงานวิจัยที่ใช้ข้อมูลจากโครงการ HRS² ได้แก่ บทความวิจัยของ สูดานโน และเบเกอร์ (Sudano and Baker, 2003) ในการศึกษาถึงผลกระทบของการประกันสุขภาพที่ไม่ได้ครอบคลุมการใช้บริการด้านการป้องกันการเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลข้ามเวลาจาก HRS จากปีค.ศ. 1992 – 1996 เพื่อศึกษากลุ่มตัวแทนในระดับชาติที่เกิดในปี ค.ศ. 1931 – 1941 ว่าการสูญเสียหรือ การเข้าถึงการประกันสุขภาพส่งผลต่อการใช้บริการด้านการป้องกันอย่างไร และถ้ามีประวัติหลาย ครั้งที่การประกันไม่ครอบคลุมการใช้บริการด้านการป้องกัน จะเพิ่มความเสี่ยงในการใช้บริการ น้อยลงไปหรือไม่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น สูดานโนและเบเกอร์ได้ควบคุมตัวแปรด้านสถานภาพ ทางเศรษฐกิจสังคม และการศึกษา และใช้ตัวแปรด้านการรับรู้ โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทางด้าน ไม่ดี (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และตัวชี้วัดน้ำหนักตัว) พบว่าคนที่มีความผิดปกติสุขภาพที่ไม่ ดี มักจะไม่ให้ความสนใจในบริการด้านการป้องกัน (ซึ่งได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การตรวจไขมันในเลือด การตรวจแมมโมแกรม และการตรวจต่อมลูกหมาก) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มอายุที่ศึกษาในปี ค.ศ. 1992 มีจำนวนมากกว่า ร้อยละ 15 ตอบว่า ไม่มีการประกันสุขภาพ ตัวเลข ดังกล่าวได้นำไปใช้เป็นตัวเลขตั้งต้นของการวิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงในเวลาต่อมา ที่พบว่า ใน ระหว่างปีค.ศ. 1994 และ 1996 การเปลี่ยนแปลงในการครอบคลุมของการประกันสุขภาพ เป็นสิ่ง ปกติ ในปี ค.ศ. 1992 ผู้ให้สัมภาษณ์มากกว่าร้อยละ 15 ตอบว่าไม่มีการประกันสุขภาพ ในขณะที่ ร้อยละ 21.1 ของผู้ให้สัมภาษณ์ในระหว่างปี ค.ศ. 1994 – 1996 ตอบว่า อย่างน้อยมี 1 ช่วงเวลาที่ไม่มี การประกัน ซึ่งมากกว่า ประมาณร้อยละ 40 จากข้อมูลในปีฐาน 1992 ผลการศึกษายังพบความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ที่ไม่มีประวัติการไม่มีประกันและผู้ที่มีประวัติไม่มีการประกัน กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีคะแนนการรับรู้สูง การศึกษาดี และมีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมสูงมี แนวโน้มที่จะมีการประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กลุ่มที่มีประวัติไม่มีการประกันมีแนวโน้มที่เป็น กลุ่มอเมริกันอัฟริกัน ฮิสแปนิก ผู้หญิง หรือ ผู้ที่ไม่ได้แต่งงาน การศึกษายังได้ศึกษาถึงการให้บริการ ด้านป้องกันว่าเกิดจากการสูญเสียการประกันสุขภาพหรือไม่ พบว่า บริการด้านการป้องกันที่ ตรวจสอบได้ด้วยตนเอง เช่นการตรวจเต้านม ที่ไม่ต้องใช้จ่ายเงิน ไม่ได้ลดลงจากการสูญเสียการ ประกันสุขภาพเหมือนการบริการด้านการป้องกันที่ต้องเสียเงิน และที่สำคัญ คือ เมื่อมีการกลับไป ทำการประกันสุขภาพ ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้บริการด้านการป้องกันที่ต้องเสียเงิน เช่น ผลการศึกษา เกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจระดับไขมันในเลือดระหว่างปี ค.ศ. 1994 – 1996 พบว่าสัดส่วนของผู้ให้ สัมภาษณ์ที่ได้ทำการประกันสุขภาพภายในปี 1996 หลังจากช่วงเวลาหนึ่งที่ไม่มีการประกันสุขภาพ และได้กลับไปตรวจระดับไขมัน มีเพียงครั้งหนึ่งระหว่างผู้ที่มีประกันและผู้ที่ไม่มีการประกัน

ดันลอป และคณะ (Dunlop et. al., 2003) ได้ศึกษาถึงต้นทุนของการรักษาโรคข้ออักเสบ (Arthritis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ รวมไปถึงการประมาณจำนวนผู้ที่มีความเป็นไปได้

² รายละเอียดผลงานวิจัยจากการใช้ข้อมูล HRS มีการรวบรวมไว้และค้นคว้าได้ใน Website ของ ISR <http://hrsonline.isr.umich.edu>

สูงที่จะเกิดโรคข้ออักเสบในช่วงเวลา 2 ปี ทั้งนี้เพื่อควบคุมต้นทุนหรืองบประมาณทางสาธารณสุขของประเทศ การศึกษาพบว่า “นโยบายสาธารณสุข การศึกษาด้านสุขภาพ และความพยายามในการป้องกัน เพื่อรักษาความสามารถในการเคลื่อนไหวทำกิจกรรม (Functional abilities) ของคนที่เป็นโรคข้ออักเสบ ควรจะตั้งเป้าไปที่กลุ่มคนฮิสแปนิก..... การป้องกันควรจะรวมไปถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการบำบัดรักษาทางการแพทย์เมื่อจำเป็น สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรจะมีการควบคุมน้ำหนักตัว”

การศึกษาด้วยตัวแบบความสัมพันธ์ในเหตุและผลที่เป็นการริเริ่มที่สำคัญ (A groundbreaking causal model) โดย อัดัมส์ และคณะ (Adams et. al., 2003) เป็นการใช้ข้อมูลจาก HRS มาทดสอบความไม่สัมพันธ์ในเหตุและผลเกรนเจอร์ (Granger non-causality) ของสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่อสุขภาพ และของสุขภาพต่อสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งวิธีการและผลการทดสอบของการศึกษาได้ทำให้เกิดความสนใจและข้อถกเถียงทางวิชาการในเวลาต่อมา ดังปรากฏเป็นข้อคิดเห็นที่มีการตีพิมพ์ออกมา 8 เรื่องจากนักเศรษฐมิติ นักสถิติ และนักระบาดวิทยา ที่มีชื่อเสียง คณะวิจัยได้ทำการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจรอบที่ 1 – 3 (1993 – 1998) จากโครงการทรัพย์สินและพลวัตทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด (the Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old – AHEAD) และได้แยกสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม และสถานภาพทางสุขภาพออกเป็นเหตุการณ์ใหม่และเหตุการณ์ในอดีต และในการศึกษาทดสอบได้ใช้ตัวแปรเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม 8 ตัวแปร เช่น รายได้ ความมั่งคั่ง การศึกษา และสภาพที่อยู่อาศัย ในการศึกษาผลกระทบที่มีต่อความเจ็บป่วยและความตาย

การศึกษาผลกระทบของสุขภาพต่อการหมดสิ้นไปของความมั่งคั่ง (Wealth depletion) ของผู้สูงอายุโดย ลีและคิม (Lee and Kim, 2003) เป็นการใช้ตัวแบบวงจรชีวิต (A life-cycle model) มากำหนดเป็นสมการที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของความมั่งคั่งว่าขึ้นอยู่กับรายได้ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การเกื้อกูล (transfer) และการเปลี่ยนแปลงความมั่งคั่งในอดีต โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจในรอบปี 1993 และ 1995 ในโครงการ AHEAD ผู้ศึกษาได้ให้คำจำกัดความของการหมดสิ้นไปของความมั่งคั่งว่าหมายถึง การสูญเสียความมั่งคั่งที่เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ในระหว่างปี 1993 และ 1995 การวิเคราะห์ได้ใช้ ตัวแปรอิสระ 7 ตัว คือ การเปลี่ยนแปลงรายได้ สถานการณ์สุขภาพที่เป็นอยู่ เหตุการณ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ การประกันสุขภาพ ประชากร การเกื้อกูล และการเปลี่ยนแปลงความมั่งคั่งในอดีตที่ผ่านมา นอกจากการศึกษาความแตกต่างของผลกระทบของสุขภาพต่อความมั่งคั่งแล้ว คณะวิจัยยังได้แยกวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นในครัวเรือนที่สมาชิกเป็นคน โสดและครัวเรือนที่สมาชิกแต่งงานแล้ว

2.3.2 โครงการที่มีการดำเนินการในประเทศอื่น

โครงการ HRS ยังเป็นต้นแบบการสำรวจสุขภาพและการสูงอายุโดยการใช้ตัวอย่างซ้ำและข้ามเวลา ในลักษณะของการให้ต้นแบบเครื่องมือในการสำรวจที่เป็นแนวข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์วิธีการสำรวจ และระบบจัดเก็บข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านเทคนิคจาก RAND Corporation ที่ Santa Monica, U.S.A. โครงการที่มีการดำเนินการในประเทศต่างๆ ในลักษณะของโครงการพี่น้อง (Sister projects) กับโครงการ HRS ได้แก่

- (1) ELSA (English Longitudinal Study of Aging) เป็นโครงการที่ดำเนินการโดย Institute for Fiscal Studies, University College London โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป การสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นได้ดำเนินการไปแล้ว 4 รอบ คือ รอบปีค.ศ. 2002 2004 2006 และ 2009
- (2) SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) ดำเนินการโดย Institute for Economics and Statistics, University of Mannheim ในการสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งประกอบไปด้วยการสำรวจใน 13 ประเทศ ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ อิตาลี เนเธอร์แลนด์ สเปน สวีเดน สวิสเซอร์แลนด์ ไอร์แลนด์ โปแลนด์ และ สาธารณรัฐเชค การสำรวจรอบที่ 1 ได้เริ่มดำเนินการเสร็จสิ้นในปี 2004 และได้รับการสนับสนุนเงินทุนสำรวจต่อในรอบที่ 2 ในปี 2006 จาก EU
- (3) KLoSA (Korea Longitudinal Survey on Aging) ดำเนินการโดย Korea Institute of Labor และ Ohio State University สัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป มีการสำรวจรอบแรกในปี 2006 ในการริเริ่มโครงการนำร่องในปี ค.ศ. 2004 นั้น ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก National Institute on Aging (NIA)
- (4) CHARLS (Chinese Health and Retirement Longitudinal Study) ดำเนินการโดย The China Center for Economic Research (CCER), Peking University ในลักษณะของโครงการนำร่องเพื่อเตรียมความพร้อมในการสำรวจระดับประเทศ โครงการนำร่องนี้ในปี ค.ศ. 2008 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก NIA เช่นกัน และ
- (5) LASI (Longitudinal Aging Survey in India) ดำเนินการในลักษณะของโครงการนำร่อง โดย Program on the Global Demography of Aging (PGDA), Harvard University ในปี ค.ศ. 2008 โดย NIA ให้งบประมาณสนับสนุน

2.4 การศึกษาเศรษฐศาสตร์การสูงอายุและการใช้ข้อมูลแบบการใช้ตัวอย่างซ้ำและข้ามเวลา

การศึกษาวิเคราะห์การสูงอายุในทางวิชาการนั้น ได้เริ่มจากการสูงอายุของประชากรที่มีชีวิตยืนยาวขึ้นจากการพัฒนาประเทศ และการศึกษาในทางสหสาขาวิชานั้นได้เริ่มขึ้นจากนักเศรษฐศาสตร์ที่สนใจการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุโดยปัจจัยทางสถาบัน นักเศรษฐศาสตร์

ที่มีชื่อเสียงและเป็นผู้นำในด้านนี้ ได้แก่ โรเบิร์ต โฟเกิล (Robert Fogel)³ ที่ได้เน้นการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวของการสูงอายุในสหรัฐอเมริกา เขาได้เสนอว่าการเพิ่มขึ้นของอายุขัยและการดีขึ้นของสุขภาพในปัจจุบันยังเร็วเกินไปที่จะสรุปได้ว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางยีน (Genetic changes) หรือเป็นวิวัฒนาการ (Evolution) ที่การเปลี่ยนแปลงมาจากสิ่งแวดล้อม และจำเป็นต้องเน้นการศึกษาไปทางด้านการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Fogel, 2004) ชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรที่ดีขึ้นนั้น กล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การลงทุนในทางสาธารณสุข และการเพิ่มพูนองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงในสิ่งเหล่านี้ บางสิ่งก็มีผลกระทบทันทีต่อการตายและการเจ็บป่วยของผู้ที่มีอายุสูงขึ้น แต่บางสิ่งก็ต้องใช้เวลาในการเกิดผลกระทบ เพราะสุขภาพของผู้ที่อายุสูงขึ้นจะขึ้นอยู่กับทั้งสุขภาพในวัยเด็กและสุขภาพของมารดา โฟเกิล เป็นหนึ่งในนักเศรษฐศาสตร์ที่ได้ให้ความสนใจต่อสุขภาพและการยืนยาวของอายุขัย และได้สร้างศาสตร์สาขาใหม่ที่เรียกว่า เศรษฐศาสตร์การสูงอายุ (The economics of aging) เขาได้สร้างกลุ่มสัมมนาวิชาการเฉพาะที่ประกอบไปด้วยนักวิจัยทางด้านสาขาเศรษฐศาสตร์แรงงาน การคลังสาธารณะ และประวัติศาสตร์เศรษฐกิจ เศรษฐศาสตร์สาขาใหม่นี้ได้รับความสนใจอย่างมากจากผู้กำหนดนโยบายสาธารณะและได้รับงบประมาณสนับสนุนในการวิจัย ซึ่งรวมไปถึงการเกิดโครงการ HRS ในสหรัฐอเมริกา โฟเกิลยังเน้นถึงวิธีการศึกษาวิเคราะห์ในการสร้างทฤษฎีเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมของคนในกระบวนการสูงอายุ ที่จะต้องเป็นการวิจัยเชิงประจักษ์ (A sound empirical research) ที่ต้องมีข้อมูลมาทดสอบสมมติฐานต่างๆตามที่กำหนดไว้ในตัวแบบ ความสำเร็จในการสร้างทฤษฎีที่สอดคล้องกับความเป็นจริงจึงขึ้นอยู่กับศักยภาพของนักวิจัยในการใช้ข้อมูลในการศึกษา ศักยภาพดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นเมื่อมีการลงทุนขนาดใหญ่จากภาครัฐในการสร้างฐานข้อมูล ซึ่งบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่องที่ตีพิมพ์เผยแพร่อยู่ใน Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States (PNAS) ปีที่ 104 ฉบับที่ 33 วันที่ 14 สิงหาคม 2007 โดยใช้ข้อมูลระดับชาติที่มีการรวบรวมแบบใช้ตัวอย่างซ้ำและข้ามเวลา ผลงานวิจัยที่สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสูงอายุที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีข้อมูลดังกล่าว

บทความทั้ง 6 เรื่องดังกล่าว เป็นผลการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความสำคัญของปัจจัยในช่วงต้นของชีวิตที่มีต่อการสูงอายุอย่างมีสุขภาพที่ดี ผลกระทบของสถานภาพเศรษฐกิจสังคมต่อสุขภาพ และประชากรสูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นจะมีการจัดการด้านการเงินเพื่อการเกษียณอย่างไร โดยไม่เป็นภาระต่อประชากรที่อ่อนวัยกว่า ประเด็น

³ โรเบิร์ต โฟเกิล เป็นศาสตราจารย์ดีเด่น The Charles R. Walgreen Distinguished Service Professor of American Institutions และผู้อำนวยการ ศูนย์เศรษฐศาสตร์ประชากร แห่งมหาวิทยาลัยชิคาโก (The Center for Population Economics in the University of Chicago Graduate School of Business) เป็นนักเศรษฐศาสตร์ที่ได้รับรางวัล โนเบลสาขาเศรษฐศาสตร์ในปี ค.ศ. 1993 จากการประยุกต์ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์และวิธีการเชิงปริมาณในการอธิบายเศรษฐศาสตร์และการเปลี่ยนแปลงทางสถาบันเข้าด้วยกัน

ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ได้เอียงกันไม่เพียงแต่ในหมู่นักเศรษฐศาสตร์ แต่ยังเป็นที่น่าสนใจในหมู่นักวิจัยทางการแพทย์ นักชีววิทยา นักระบาดวิทยา และนักประชากรศาสตร์ เจมส์ สมิธ (James Smith, 2007) ได้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติ (The National Health and Nutrition Examination Surveys) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพเศรษฐศาสตร์สังคมและสุขภาพในกรณีเฉพาะโรคเบาหวาน และพบว่าคนที่มีการศึกษาน้อยจะมีความเสี่ยงมากกว่าในการเป็นโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงสูงกว่าที่โรคเบาหวานที่เขาเป็นจะไม่ได้รับการวินิจฉัย และมีความลำบากมากกว่าในการจัดการการรักษาพยาบาลที่จำเป็นในการควบคุมโรค ในขณะที่การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ความสำคัญของสถานภาพเศรษฐกิจสังคมในการจัดการโรคเบาหวานได้สำเร็จก็จะมากขึ้น ดังนั้น สมิธได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการศึกษาต่อสุขภาพในกรณีของการเป็นโรคเบาหวาน

สำหรับเจมส์ เฮคแมน (James Heckman, 2007) ได้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจเยาวชนแบบข้ามเวลาแห่งชาติ (The National Longitudinal Survey of Youth) เพื่อศึกษาถึงความสำคัญของการรับรู้โดยเน้นว่าความสามารถในทางที่ไม่ใช่การรับรู้ (Noncognitive abilities) เช่น ความอดทน การตั้งใจ การควบคุมตนเอง การไม่ยอมรับความเสี่ยง และความยินดีที่จะชลอการทำตามความต้องการ เป็นการกำหนดผลลัพธ์ทางการศึกษาในเวลาต่อมา เพราะความสามารถเหล่านี้ทำให้การลงทุนในการศึกษาง่ายขึ้น ความสามารถที่ไม่ใช่การรับรู้จะก่อเกิดขึ้นในตัวบุคคลในช่วงชีวิตที่อายุน้อยๆ และยากที่จะเปลี่ยนหลังจากเติบโตเป็นผู้ใหญ่

การศึกษาถึงผลกระทบของรายได้ต่อสุขภาพของประชากรก็ได้รับความสนใจเช่น ถึงแม้ว่ารายได้โดยตัวของปัจเจกนี้เองจะมีบทบาทในการอธิบายถึงความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจสังคม แองกัน ดีตัน (Deaton, 2007) ได้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรและสุขภาพ (The Demographic and Health Surveys) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสูง อัตราการตายในวัยเด็ก และรายได้ในประเทศกำลังพัฒนา 43 ประเทศ และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ที่แน่ชัดระหว่างความสูงและรายได้ในประเทศเหล่านี้ ผู้หญิงอัฟริกันยังคงมีความสูงมากไม่ว่ารายได้ในประเทศอัฟริกาจะยังคงอยู่ในระดับต่ำ และไม่ว่าจะมีอัตราการตายในวัยเด็กสูงมากก็ตาม สำหรับเดวิด คัทเลอร์และคณะ (David, Miller, and Norton, 2007) จากการใช้อ้างอิงข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพและการเกษียณ (The Health and Retirement Survey) ได้วิเคราะห์ว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะการจ้างงานทางเศรษฐกิจจากการลดลงของรายได้ทั้งประเทศของสหรัฐอเมริกาในช่วงเศรษฐกิจโลกตกต่ำ (The Great Depression) จะมีผลกระทบต่อสุขภาพในตอนสูงอายุหรือไม่ คณะวิจัยพบว่าไม่มีผลกระทบ ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านักวิจัยที่กำลังหาคำอธิบายเกี่ยวกับความพิการ หรือ การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน จะต้องพิจารณาจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากปัจจัยทางรายได้

การปรับปรุงแก้ไขระบบสาธารณสุข ซึ่งเกิดขึ้นในยุคเศรษฐกิจโลกตกต่ำ (The Great Depression) อาจอธิบายถึงอัตราพิการที่ลดลงในหมู่ผู้สูงอายุในปัจจุบัน โครรา คอสตา ลอเรนส์

เฮล์มเชน และสเวน วิลสัน (Dora Costa, Lorens Helmchen, and Sven Wilson, 2007) ได้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจการสูงอายุของทหารผ่านศึก (The Aging of Union Army Veterans) ซึ่งเป็นการสำรวจที่ริเริ่มโดยโฟเกิล พบว่าคนเพศชายผิวดำที่สูงอายุมากขึ้นในประมาณปี ค.ศ. 1910 มีอัตราในการเป็นโรคข้ออักเสบสูงกว่าชายผิวขาว และได้ตรวจสอบย้อนกลับไปในอดีตพบว่าสถานภาพทางสุขภาพที่เลวลงของเมื่ออายุ 60 – 74 ปี เกิดจากเหตุการณ์ของการเป็นโรคที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตอันยาวนานที่ผ่านมา ผลประโยชน์ทางสาธารณสุขที่ประชากรผิวดำได้รับนั้นเกิดขึ้นภายหลังจากการที่ประชากรผิวขาวได้รับ ซึ่งเป็นการอธิบายถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพระหว่างคนผิวดำและผิวขาวเมื่ออายุสูงขึ้นที่ยังคงดำรงอยู่

เจมส์ พอเทอร์บา สตีเวน เวนติ และเดวิด ไวส์ (James Poterba, Steven Venti, and David Wise, 2007) ได้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจรายได้และการมีส่วนร่วมในโครงการ (The Survey of Income and Program Participation) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในประเภทของแผนการเกษียณและโครงสร้างทางประชากรจะมีผลกระทบต่อความมั่งคั่งของผู้ที่จะเกษียณในอนาคตอย่างไร คณะผู้วิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงแผนบำเหน็จบำนาญที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากแผนที่เป็นการกำหนดผลประโยชน์แบบดั้งเดิม (Traditional defined benefit plans) ไปเป็นแผน 401(k) จะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างมากในความมั่งคั่งจากการเกษียณถึงแม้ว่าอัตราผลตอบแทนจากทรัพย์สินทางการเงินจะต่ำกว่าแบบที่เคยเป็นมาในอดีต

2.5 การศึกษาการสูงอายุในประเทศไทยที่ใช้ข้อมูลแบบการใช้ตัวอย่างซ้ำและข้ามเวลา

การศึกษาค่าการสูงอายุในประเทศไทยที่ใช้ข้อมูลแบบการใช้ตัวอย่างซ้ำและข้ามเวลายังไม่มีการศึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การสูงอายุในประเทศไทยยังไม่เป็นปัญหาสำคัญของสังคม ในทางคำนิยามของสังคมสูงอายุ ที่ให้คำจำกัดความว่า สังคมสูงอายุ หมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และ/หรือประชากรมีอายุมัธยฐานมากกว่า 30 ปี ประเทศไทยเพิ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา เพราะ ประเทศไทยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนร้อยละ 11 และอายุมัธยฐานของประชากรไทย เท่ากับ 33 ปี นอกจากนั้น

จากสถานภาพและแนวโน้มประชากรไทยจากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและเกื้อ วงศ์บุญสิน (2543) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2543) และของ United Nations Population Division (2005) ได้ให้ผลที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ จากจำนวนประชากร 61.4–62.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 70.2–72.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 ส่วนโครงสร้างอายุของประชากรก็มีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นแบบแผนเดียวกัน โดยสัดส่วนของเด็กลดลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานลดลงเล็กน้อย ส่วนสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

อย่างมาก ซึ่งในปี พ.ศ. 2568 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2.2 เท่าของปี พ.ศ. 2543 คือ จากจำนวน 5.1–5.9 ล้านคน เป็น 13.2–14.7 ล้านคนโดยประมาณ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประชากรไทยกำลังจะมีอายุมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของอายุมีฐานของประชากรไทยเป็นอีกตัวชี้วัดที่จะยืนยันถึงค่ากล่าวนี้ โดยในปี พ.ศ. 2503 อายุมีฐานของประชากรไทยเท่ากับ 18.0 ปี และหลังจากนั้นก็เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึง 37.4–38.4 ปี ในปี พ.ศ. 2568

สำหรับอัตราส่วนพึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุ (Old age dependency ratio) (ซึ่งเป็นสัดส่วนของจำนวนประชากรในวัยทำงานต่อประชากรสูงอายุ) แสดงให้เห็นถึงการพึ่งพาที่เพิ่มขึ้น โดยจากการที่ผู้สูงอายุ 1 คนต้องพึ่งพาการเลี้ยงดูจากคนในวัยทำงาน 8.5 คน ในปี พ.ศ. 2543 จะมีเพียงคนในวัยทำงาน 2.3 คนเท่านั้นที่ผู้สูงอายุ 1 คนจะพึ่งพาได้ในปี พ.ศ. 2593 (United Nations Population Division, 2005)

ด้วยเหตุนี้ ในการเตรียมรับสังคมสูงอายุในปีพ.ศ. 2546 รัฐบาลไทยได้ออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยมีการประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2546 พระราชบัญญัติฉบับนี้มีขึ้นมากำหนดนโยบายและวางแนวทางการดำเนินการคุ้มครองส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังให้มีการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย

อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการรวบรวมข้อมูลครัวเรือนในลักษณะของการใช้ตัวอย่างซ้ำและข้ามเวลาในระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2550 อันเป็นผลมาจากการศึกษาความเป็นไปได้ในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมครัวเรือน (Socioeconomic Survey – SES) โดยการใช้ตัวอย่างซ้ำในปี พ.ศ. 2546⁴ โครงการ SES โดยการใช้ตัวอย่างซ้ำได้รับงบประมาณให้ดำเนินการสำรวจ 3 รอบ แต่ข้อมูลที่รวบรวมได้ใน 3 รอบการสำรวจ ยังไม่สามารถให้นักวิจัยนำมาใช้ศึกษาได้ สำหรับการสำรวจผู้สูงอายุไทยนั้น มีการดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติทุก 2 ปีโดยเป็นข้อมูลภาคตัดขวาง

2.6 ผู้สูงอายุในประเทศไทย

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาวิเคราะห์ในทางประชากรมากกว่าจะเป็นด้านเศรษฐศาสตร์การสูงอายุดังที่มีการศึกษาอยู่ในประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว

ในช่วง 4–5 ปีที่ผ่านมาทุก ๆ วัน “ผู้สูงอายุไทย” คือ วันที่ 13 เมษายนของปี สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสรุปข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย ล่าสุดปี พ.ศ. 2547 ได้เน้นในประเด็นที่

⁴ โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากธนาคารโลกภายใต้ โครงการ Country Development Partnership for Poverty Analysis and Monitoring: CDP-PAM ปี พ.ศ. 2546

เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อันได้แก่ การเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการใช้สวัสดิการคำรักษาพยาบาล โดยใช้อ้อมูลที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 โดยรวมพบว่าร้อยละ 39.8 ของผู้สูงอายุรู้สึกป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย โรคที่ป่วยสามลำดับแรก คือ โรกระบบกล้ามเนื้อ-เส้นเอ็น-กระดูกและข้อ โรกระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจหลอดเลือด ผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ในขณะที่พบว่าผู้สูงอายุชายออกกำลังกายในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง อย่างไรก็ตามโดยรวมผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 21.0 เท่านั้น และร้อยละ 96.7 ของผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการคำรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสวัสดิการประเภทบัตรประกันสุขภาพเสียเป็นส่วนใหญ่

สำหรับการสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ, 2540) ซึ่งเป็นการสำรวจภาคตัดขวางเช่นเดียวกับการสำรวจข้างต้น ผลการสำรวจพบว่า ผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไปมีอัตราการเจ็บป่วยเล็กน้อยในระยะ 1 เดือนก่อนการสำรวจ เท่ากับร้อยละ 40.3 ใกล้เคียงกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังที่สูงที่สุดคือ ร้อยละ 16 ด้วยโรคปวดเมื่อยหลัง/บั้นเอว ส่วนพฤติกรรมแสวงหาบริการทางการแพทย์ทั่วไปนั้น พบว่า ร้อยละ 49.4 ซึ่ยอมรับประทานเอง ไปสถานอนามัย ร้อยละ 22.0 และไปโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 9.5 มีอัตราการเจ็บป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 29.1 มีผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพน้อย ที่สูงสุดคือ ตรวจความดันโลหิต ซึ่งมีเพียงร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ ตรวจเลือด ร้อยละ 16.1 ประมาณร้อยละ 44 ของกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ต่ำกว่าร้อยละ 10 ที่รู้สึกหงอยเหงา ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากในหมู่บ้านที่อยู่อาศัยไม่มีชมรมผู้สูงอายุ สำหรับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมีกิจกรรมเป็นลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ ปฏิบัติทางศาสนา (ร้อยละ 66.4) ออกกำลังกาย (ร้อยละ 48.0) เตรียมการอยู่อาศัย (ร้อยละ 41.5) เก็บออมเงิน (ร้อยละ 38.8) และใช้เวลาว่างเมื่อเกษียณอายุ (ร้อยละ 36)

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพแล้ว ปัญหาที่สำคัญอีกประการของผู้สูงอายุไทยคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ อันได้แก่ ความยากจน รายได้น้อย หรือไม่มีรายได้ ทั้งนี้เนื่องจากความมีอายุจะเป็นข้อจำกัดของการประกอบอาชีพ อันจะส่งผลทำให้เกิดปัญหาในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ และท้ายสุดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามจากการสำรวจสภาวะการทำงานของประชากร พบว่า ประมาณร้อยละ 36 ของผู้สูงอายุไทยเป็นผู้มีงานทำ โดยผู้สูงอายุชายมีงานทำสูงกว่าหญิงเกือบ 2 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) จึงน่าจะสันนิษฐานได้ว่าเป็นการทำงานด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจมากกว่าเหตุผลอื่น

จากการศึกษาความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท ซึ่งเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศ พบว่า บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้มากที่สุด

ในชุมชนคือ บริการด้านสาธารณสุข (โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานีนอนมัย) รองลงมาคือ บริการฌาปนกิจสงเคราะห์ ส่วนบริการที่เข้าถึงได้น้อย ได้แก่ เบี้ยยังชีพ สวัสดิภาพ/ ลานออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ และศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ความต้องการขั้น พื้นฐานของผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านจิตใจและกายภาพ ที่ผู้สูงอายุต้องการมาก ได้แก่ ต้องการคนดูแลยามเจ็บป่วย ต้องการการยอมรับจากครอบครัว และการได้รับอาหารที่เหมาะสม
2. ด้านเศรษฐกิจ ที่ต้องการมาก ได้แก่ การมีงานทำ และการมีรายได้เป็นของตนเอง
3. ด้านสังคม ที่ต้องการมาก ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีเพื่อน และการทำ ประโยชน์ต่อชุมชน

สำหรับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมในชุมชนที่ผู้สูงอายุชนบทต้องการมากที่สุดคือ บริการเบี้ยยังชีพ หน่วยดูแลสุขภาพเคลื่อนที่ การบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กองทุนสวัสดิการ ผู้สูงอายุ และบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนบริการที่ต้อกรน้อยคือ การออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ การศึกษาเรียนรู้ บ้านพักคนชรา และที่พักชั่วคราว (ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, 2547)

ประการสุดท้ายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของสถาบันครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุนั้น พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิก 2-3 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) และพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพียงร้อยละ 6.6 แต่คาดว่าในอนาคตน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สำหรับสถานภาพของผู้สูงอายุในครัวเรือนนั้น โดยรวมนับว่าสูง เนื่องจากเป็นหัวหน้า ครัวเรือน และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุช่วยออกค่าใช้จ่ายในบ้าน รวมทั้งยังถือฤครอบครัว ในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆในบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง นภาพร ชโยวรรณ และแซกซารี ชิม เมอร์ (2543) และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการอยู่หรือไม่อยู่ร่วมบ้านกับ บุตรหลานของผู้สูงอายุ พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพล และที่สำคัญมากคือ ภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรสูง โอกาสที่จะอยู่ร่วมบ้านกับบุตรก็สูงด้วย