



การเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และประเทศไทย

A Comparative Study of Long Term Care for Elderly in Germany, Japan, Singapore and Thailand

อัมภินี ลาภสมบุญดี¹, ศิวลาภ สุขไพบูลย์วัฒน์² และ อ้อทิพย์ ราชวรณิคม³

^{1, 2, 3} คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Ampinee Lapsomboondee¹, Sivalap Sukpaiboonwat² and Aotip ratniyom³

^{1, 2, 3} Faculty of Economics, Srinakharinwirot University

(Received: June 20, 2019; Revised: September 06, 2019; Accepted: September 14, 2019)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเชิงเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยการวิจัยเอกสาร พบว่าในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์มีการพัฒนาระบบจากการสร้างความรับผิดชอบของประชาชนผ่านการร่วมจ่ายภาคบังคับ เช่น ค่าเบี้ยประกัน การสมทบในรูปแบบประกันสังคมสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการออกแบบระบบเพื่อให้มีบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการ ในที่พักอาศัย และภายในชุมชน โดยมีการมุ่งเน้นในการใช้บริการนอกสถานบริการจากการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอัตราสูงในรูปแบบการจัดบริการ และการสนับสนุนทางการเงินรองรับความต้องการของผู้สูงอายุ และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยครัวเรือนผ่านการสร้างหลักประกันการว่างงานแก่ผู้ดูแลสมาชิกในครัวเรือน ขณะที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แต่การบริการดูแลระยะยาวยังไม่มีครอบคลุมและเท่าเทียม การได้รับบริการขึ้นอยู่กับสิทธิสวัสดิการสุขภาพ และความพร้อมในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความจำกัดทั้งด้านงบประมาณและผู้ให้บริการ และยังขาดระบบการจัดหาแหล่งเงินสำหรับนำมาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: 1) ระบบการดูแลระยะยาว 2) บริการดูแลระยะยาว 3) แหล่งเงินทุน 4) ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this article aims to compare a long-term care system for the elderly based on documentary research. The results show in Germany, Japan, Singapore developed system regarding the social responsibility through a compulsory co-payment such as premium, social security contribution that could effectively lower the cost of long-term care. Long term care was designed to incentive for using non-residential services by supporting high rate expenses, that provide supported both of in kind and cash benefit and including unemployment benefit. At present, Thailand will become an aged society, but the system has not served coverage and equality for the elderly. Long term care service depends on the right of health welfare and the readiness of the different areas, which result in limited access to the service and lack of a financial system to provide financing for elderly services with stability.

Keywords: 1) Long Term Care System 2) Long Term Care Services 3) Financing 4) Elderly

¹ นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (Ph.D. Student, Doctor of Philosophy Program in Economics)

Email: ampinee.ec@gmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (Lecturer, Doctor of Philosophy Program in Economics)

³ รองศาสตราจารย์ประจำภาคหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (Associate Professor, Doctor of Philosophy Program in Economics)



บทนำ (Introduction)

การเปลี่ยนผ่านทางประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ ส่งผลต่อรูปแบบความต้องการของประชากร ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โครงสร้างอายุของประชากรที่สูงวัยก่อให้เกิดความต้องการบริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยทางร่างกายจากการดูแลรักษาแบบเฉียบพลัน (Acute Care) กลายเป็นการรักษาโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลรักษาในระยะยาว (Long Term Care) การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ขึ้นพื้นฐานและกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัด จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรในระยะยาวหรือตลอดช่วงชีวิต

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจากการคาดประมาณโดย United Nations (2015) พบว่าโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่

สังคมสูงอายุระดับสุดยอดใน พ.ศ. 2575 ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนผ่านทางประชากรในระยะเวลาอันรวดเร็ว ในขณะที่จำนวนประชากรในวัยแรงงานซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในการเกื้อหนุนทางรายได้ และการดำเนินกิจกรรมประจำวันมีแนวโน้มลดลง แสดงถึงอัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (Elderly Support Ratio) ระหว่าง พ.ศ. 2533-2583 ในภาพ 1 โดยใน พ.ศ. 2533 มีประชากรวัยแรงงานจำนวน 14.45 คนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุหนึ่งคน และใน พ.ศ. 2583 มีจำนวนแรงงานเพียง 2.36 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุหนึ่งคน แสดงถึงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของแรงงานที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง แนวโน้มการลดลงของประชากรวัยแรงงานซึ่งเป็นผู้เกื้อหนุนผู้สูงอายุทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว แสดงถึงความเสี่ยงของผู้สูงอายุในการขาดที่พึ่ง และโอกาสในการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

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

ภาพ 1 อัตราส่วนการเกื้อหนุนผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2583
ที่มา: United Nations (2015)

ดังนั้น บทบาทของการดูแลในรูปแบบทางการ (Formal Care) เช่น สถานบริการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ จึงมีบทบาทเสริมที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าวที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ความต้องการในการดูแลระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามโครงสร้างประชากรสูงวัยส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น

อย่างต่อเนื่อง จากการประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2560 มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุต่อปีเท่ากับ 59,843,000 บาท เฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 5,118.29 บาท โดยมีการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 แสนล้านบาทใน พ.ศ. 2590 (Chandoevrit, 2017, p. 49) ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองหาการวางแผนทางการเงิน



สำหรับวัยชรา (Chandoevewit, 2013, pp. 193-206) ดังนั้นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีจึงเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการเข้าถึงบริการการดูแลระยะยาว จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2560 พบว่ามีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1 ที่มีการใช้บริการในรูปแบบทางการจากสถานบริการเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง และผู้รับบริการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด ระบบบริการดูแลระยะยาวจากภาครัฐจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและครัวเรือนในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระบบการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วยการดูแลแบบเป็นทางการ (Formal Care) เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สถานบริการทางการแพทย์ และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Care) เช่น การสนับสนุนการดูแลในที่พักอาศัยโดยครัวเรือนหรือผู้เชี่ยวชาญ (World Health Organization, 2001, pp. 120-121) ซึ่งถือเป็นหลักประกันทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ และมีการดำเนินการในหลายประเทศทั่วโลก ประเทศเยอรมนีถือเป็นประเทศแรกທີ່ประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพภาคบังคับและถือเป็นต้นแบบของการจัดหลักประกันสุขภาพให้กับหลายประเทศทั่วโลก (Busse and Blumel, 2014, p. 1) โดยมีระบบการประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance: LTCI) เพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุ และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยครัวเรือน เช่นเดียวกับในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งในปัจจุบันมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และเป็นประเทศแรกที่เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยภายหลังจากการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุใน พ.ศ. 2514 ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐบาลจึงได้จัดสวัสดิการในรูปแบบใหม่คือระบบประกันการดูแลระยะยาว เพื่อรองรับความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และสร้างความมั่นคงทางการเงินในระบบประกันสุขภาพ

ปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินในหลายประเทศที่เผชิญกับโครงสร้างสังคมสูงอายุ โดยในประเทศเยอรมนีซึ่งเป็นประเทศแรกที่จัดหลักประกันสุขภาพในรูปแบบการประกันสุขภาพภาคบังคับ พบว่าใน พ.ศ. 2559 มีค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวคิดเป็นร้อยละ 1.3

ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกมีค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวร้อยละ 2 ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์มีค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวคิดเป็นร้อยละ 0.19 ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Lien Foundation, 2018, p. 5) ซึ่งถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวเป็นสัดส่วนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัย นอกจากนั้น สิงคโปร์ยังมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยซึ่งมีช่วงเวลาใกล้เคียงกันในการเปลี่ยนผ่านทางประชากรสูงอายุ แต่ในปัจจุบันระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์ และมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน การเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีความจำกัด

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย กล่าวได้ว่าการเปลี่ยนผ่านทางประชากรในระยะเวลาด้านสั้นของประเทศไทยถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดแรงกดดันต่อเศรษฐกิจและสังคม การดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ประเทศไทยต้องดำเนินการเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีลักษณะสูงวัยมากขึ้น ซึ่งนำมาสู่ความจำเป็นในการศึกษาระบบการดูแลระยะยาวในตัวอย่างประเทศที่มีโครงสร้างสังคมสูงอายุ และมีความก้าวหน้าในการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาว ได้แก่ ประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคน รองรับความต้องการของประชากรในสถานการณ์สังคมสูงอายุในปัจจุบัน และระดับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุที่รุนแรงขึ้นในอนาคต ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และประเทศไทย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์บทเรียนจากนโยบายและการจัดบริการดูแลระยะยาว และศึกษารูปแบบการดำเนินการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย ลักษณะหลักประกันการดูแล



ระยะยาว ผู้ดำเนินการระบบการดูแลระยะยาว ที่มาของแหล่งเงินทุนที่ใช้ในการจัดบริการดูแลระยะยาว สิทธิประโยชน์การบริการในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และประเทศไทย

วิธีดำเนินการ (Methods)

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ซึ่งเหมาะสมในการศึกษาสภาพความเป็นจริงของเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน และสามารถนำไปคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต โดยค้นคว้าเอกสารระหว่างปี พ.ศ. 2542-2562 จากหน่วยงานที่เป็นผู้ดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และประเทศไทย รวมทั้งข้อมูลทางวิชาการจากฐานข้อมูลซึ่งเป็นที่ยอมรับ ได้แก่ Science Direct, SCOPUS, JSTOR เป็นต้น โดยมีขอบเขตการศึกษา ประกอบด้วย พัฒนาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อศึกษาและวิเคราะห์บทเรียนจากนโยบายและการจัดบริการดูแลระยะยาวในต่างประเทศเพื่อเรียนรู้ถึงลักษณะปัญหา และการแก้ไขปัญหาอันเกิดจากการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และศึกษารูปแบบการดำเนินการดูแลระยะยาว ผู้ดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวที่มาของแหล่งเงินทุนที่ใช้ในการจัดบริการดูแลระยะยาว สิทธิประโยชน์การบริการสำหรับผู้สูงอายุและครัวเรือนได้รับจากระบบการดูแลระยะยาวเพื่อนำไปใช้เป็นองค์ความรู้ในการกำหนดแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคนในประเทศไทย

ผลการศึกษา (Results)

จากการรวบรวมข้อมูลระบบการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์และประเทศไทย สามารถสรุปแนวทางการดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวในแต่ละประเทศ ดังนี้

ประเทศเยอรมนี เยอรมนีประสบปัญหาการลดลงของอัตราการเกิดอย่างรวดเร็วในขณะที่อายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรมีสัดส่วน

ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่สังคมสูงอายุใน พ.ศ. 2475 และใช้เวลาอีก 41 ปีในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์และก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดใน พ.ศ. 2553 ในปัจจุบันประเทศเยอรมนีมีโครงสร้างประชากรสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2593 จะมีผู้สูงอายุร้อยละ 41 ของประชากรทั้งประเทศ เยอรมนีมีการสร้างสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุโดยออกกฎหมายชราภาพตั้งแต่ใน พ.ศ. 2427 และพัฒนาเป็นการประกันชราภาพและความพิการ (Old Age and Disability Insurance) ต่อมาได้มีการตระหนักถึงความสำคัญในการจัดหาแหล่งเงินทุน และการควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพจนเกิดระบบประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับใน พ.ศ. 2538 ภายหลังการใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาวพบว่า ค่าใช้จ่ายการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 20 ต่อปี จึงจำเป็นต้องเพิ่มเงินสมทบเพื่อให้สามารถจัดบริการตามมาตรฐานเดิมได้ (Arntz, et al., 2017, pp. 7-9)

ลักษณะหลักประกันของระบบการดูแลระยะยาวระบบการดูแลระยะยาวอยู่ในรูปแบบการประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับ (Statutory Long Term Care Insurance) ซึ่งขึ้นอยู่กับความเป็นผู้ประกันตน ถ้าเป็นผู้ประกันตนภาคบังคับ (ผู้มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,062.50 ยูโรต่อเดือน) จะได้รับการประกันการดูแลระยะยาวภาครัฐ แต่ถ้าเป็นผู้ประกันตนภาคสมัครใจ (ผู้มีรายได้สูงกว่า 5,062.50 ยูโรต่อเดือน) สามารถเลือกเข้าระบบประกันการดูแลระยะยาวภาครัฐหรือภาคเอกชนได้ หากเลือกทำประกันการดูแลระยะยาวกับภาคเอกชนจะต้องมีระดับการคุ้มครอง และสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกับในภาครัฐ

แหล่งเงินทุนในการดำเนินการดูแลระยะยาวภาครัฐมาจากกองทุนประกันการดูแลระยะยาวในรูปแบบของการประกันสังคมจากการสมทบเงินของแรงงานตามระดับรายได้โดยจำกัดเงินสมทบไว้ที่สูงสุดร้อยละ 2.55 ของรายได้และการสมทบเงินจากนายจ้างและการสนับสนุนจากรัฐบาล ในขณะที่การประกันการดูแลระยะยาวภาคเอกชนมีแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันซึ่งกำหนดตามช่วงอายุของผู้ประกันตน

สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการรับบริการอยู่ในรูปแบบการกำหนดวงเงินในการใช้บริการตามระดับ



ความจำเป็นในการดูแลและความต้องการของผู้ประกันตน กรณีที่มีการใช้บริการสูงกว่าวงเงินที่กำหนด ผู้ใช้บริการจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

การบริการประกอบไปด้วย 1) การให้บริการดูแลในสถานบริการ เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทั้งการดูแลชั่วคราว และแบบเต็มเวลา 2) การบริการดูแลในที่พักอาศัย เช่น ผู้ช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 3) การสนับสนุนการดูแลเพิ่มเติม เช่น เงินสนับสนุนเพื่อการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมต่อการดูแล การฝึกอบรมการดูแลสำหรับญาติและอาสาสมัครโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการให้เงินสนับสนุนเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่ต้องการบริการดูแลระยะยาวและครอบครัว โดยสามารถขอรับคำปรึกษาได้โดยไม่ต้องผ่านการประเมินระดับความต้องการการดูแล ในกรณีเลือกใช้บริการการดูแลในที่พักอาศัยสามารถเลือกรับสิทธิประโยชน์ในรูปแบบการรับบริการผู้ช่วยดูแล (Benefit in Kind) (วงเงิน 689-1,995 ยูโรต่อเดือน) หรือการสนับสนุนทางการเงิน (Cash Benefit) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแล (วงเงิน 316-901 ยูโรต่อเดือน) และสามารถขอรับบริการผู้ช่วยดูแลชั่วคราวในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้สูงสุดไม่เกิน 6 สัปดาห์ต่อปี (วงเงิน 1,612 ยูโรต่อปี) พบว่า ร้อยละ 80 เลือกสิทธิประโยชน์การสนับสนุนทางการเงิน (Riedel, 2017, p. 6) นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนสมาชิกในครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุผ่านกฎหมายว่าด้วยการลางานเพื่อการดูแลครอบครัว (Family Care Leave) เพื่อให้แรงงานได้รับการคุ้มครองการถูกเลิกจ้างทั้งในช่วงที่ทำการดูแลและภายหลังการดูแล (สามารถลาหยุดเต็มเวลาได้สูงสุด 6 เดือน หรือลดเวลาการทำงานลงครึ่งหนึ่งนานถึง 24 เดือน โดยได้รับค่าจ้างเป็นจำนวนครึ่งหนึ่ง) หรือในกรณีที่ให้การดูแลอย่างน้อย 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์โดยไม่ได้รับการจ้างงาน จะได้รับการคุ้มครองประกันบำนาญ และประกันการว่างงานเพื่อชดเชยรายได้ (Rhee, Done and Anderson, 2015, pp. 1323-1324) เป็นการลดต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการที่ผู้ดูแลต้องออกจากตลาดแรงงานซึ่งอาจกระทบต่อรายได้ในรูปภาษี และการจ่ายเงินสมทบประกันสังคม (Geyer and Korfhage, 2015, pp. 1178-1191) โดยกฎหมายดังกล่าวยังเป็น

การส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ขยายตัวเพิ่มขึ้น เกิดการขยายตัวในผู้ให้บริการส่งผลให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้นถึง 400 แห่ง ซึ่งเป็นการขยายศักยภาพเพื่อรองรับความต้องการที่สูงขึ้นในอนาคต (Campbell, Ikegami and Gibson, 2010, p. 87)

การขอรับบริการการดูแลระยะยาวจะต้องยื่นคำขอต่อกองทุนประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งจะมีคณะกรรมการทางการแพทย์ (The Medical Review Board) เป็นผู้ประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันซึ่งจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ เพื่อนำไปจัดการบริการที่เหมาะสม โดยกองทุนประกันการดูแลระยะยาวจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลตามระดับความจำเป็น และความต้องการของผู้ประกันตน สำหรับผู้ประกันตนภาคเอกชนจะต้องยื่นคำขอต่อกองทุนประกันเอกชนเพื่อรับการประเมินเช่นเดียวกัน

ในปัจจุบัน เยอรมนีมีนโยบายการเพิ่มอัตราการสมทบเพื่อรองรับภาระการเงินในอนาคต และสร้างระบบสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและมีนโยบายในการขยายสิทธิประโยชน์เพื่อสนับสนุนครัวเรือน และอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุภายในที่พักอาศัย และภายในชุมชน (Nadash, Doty and Schwanenflugel, 2018, pp. 588-597)

ประเทศญี่ปุ่น ในปัจจุบันประเทศญี่ปุ่นมีโครงสร้างสังคมสูงอายุระดับสุดยอด และมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 42.5 ของประชากรทั้งประเทศ (United Nations, 2017, p. 25) การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเริ่มต้นใน พ.ศ. 2503 เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ยากจน และมีการพัฒนาสวัสดิการจนออกเป็นพระราชบัญญัติสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (The Act on Social Welfare Services for the Elderly) ให้กับผู้สูงอายุทุกคนที่ต้องการการดูแลในระยะยาว โดยมุ่งพัฒนาสถานบริการและผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอกับความต้องการ

ภายหลังจากการเข้าสู่โครงสร้างประชากรสูงอายุ รัฐบาลมีการขยายการบริการโดยจัดให้มีบริการทางสุขภาพฟรีสำหรับผู้สูงอายุทุกคน ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



เพิ่มขึ้นเป็นสิบเท่า และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเข้ารับ การดูแลในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานกว่าหนึ่งปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการ บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อ การให้บริการในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จำนวนมาก ดังนั้น จึงมีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อสร้าง ความยั่งยืนทางการเงินโดยตรากฎหมายการบริการ สุขภาพและการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ และกำหนดให้ ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการ และมีการพัฒนา ระบบสวัสดิการเพื่อสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก การดูแลในที่พักอาศัย และในสถานบริการโดยกำหนด เป็น Gold Plan ใน พ.ศ. 2532 เพื่อปรับปรุงแบบ การให้บริการจากการดูแลในโรงพยาบาลเป็นการดูแล ในสถานบริการ การดูแลภายในชุมชน และการดูแล โดยครอบครัว แต่จากโครงสร้างประชากรซึ่งมีลักษณะ สูงวัยมากขึ้นก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในภาครัฐเพิ่มขึ้น ภายหลังจากการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2537 จึงได้พัฒนาระบบสวัสดิการ ในรูปแบบใหม่คือระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance) บังคับใช้ใน พ.ศ. 2543 (Campbell and Naoki, 2000, pp. 26-29)

ลักษณะหลักประกันของระบบการดูแลระยะยาว อยู่ในรูปแบบประกันการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นระบบ การประกันภาคบังคับกำหนดให้ประชาชนอายุ 40 ปี เข้าสู่ระบบโดยอัตโนมัติ โครงสร้างระบบแบ่ง ผู้ประกันตนออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการบริการดูแลระยะยาว หรือการป้องกันความเสี่ยงการเจ็บป่วย 2) ผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 40-64 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มมีความเสี่ยงจาก การเจ็บป่วย และต้องการการดูแลระยะยาวโดยมี หน่วยงานท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลเป็นผู้ดำเนินการ และการจัดบริการซึ่งอาจมีลักษณะแตกต่างกันใน แต่ละท้องถิ่นตามสัดส่วนของผู้สูงอายุและเงินกองทุน ในแต่ละพื้นที่

แหล่งเงินทุนในการดำเนินการมาจาก 2 ส่วน คือ การจัดสรรงบประมาณจากภาษีอากร (รัฐบาล ร้อยละ 25 จังหวัด ร้อยละ 12.5 ส่วนเทศบาล ร้อยละ 12.5) และการร่วมจ่ายสมทบจากผู้ประกันตน ในรูปแบบของค่าเบี้ยประกันเข้าสู่กองทุนการดูแล ระยะยาว โดยมีเทศบาลเป็นผู้ดำเนินการในการ จัดบริการและการบริหารงบประมาณ และการ

กำหนดค่าเบี้ยประกัน โดยผู้ประกันตนกลุ่มที่ 1 ค่าเบี้ยประกันขึ้นกับขนาดครัวเรือน รายได้และการ เสียภาษีเทศบาล ผู้ประกันตนกลุ่มที่ 2 ใช้วิธีการ คำนวณตามอัตราที่กำหนดในการประกันสุขภาพ แห่งชาติ ซึ่งกำหนดจากรายได้ของผู้ประกันตน ผู้ที่ ไม่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันสามารถขอรับความ ช่วยเหลือในลักษณะสังคมสงเคราะห์ได้จะ ได้รับ บริการในลักษณะที่จำกัดเพียงความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (Takahashi and Ogihara, 2015, p. 177)

สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการรับบริการอยู่ใน รูปแบบของการบริการประกอบไปด้วย 1) การบริการ ในที่พักอาศัยเพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้าน 2) การบริการ ในสถานบริการ เช่น สถานบริการทางการแพทย์ เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุซึ่งให้บริการในระหว่างวันและ บริการที่พักรักษาในระยะสั้น 3) การสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัย เพื่ออำนวยความสะดวก และความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ โดยเน้นการบริการ ดูแลแบบชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องได้รับ การดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การใช้บริการแต่ละประเภทจะได้รับวงเงิน สนับสนุนที่แตกต่างกัน โดยบริการดูแลในที่พักอาศัย จะได้รับวงเงินสนับสนุนมากกว่าเพื่อจูงใจให้รับบริการ ในที่พักอาศัย กรณีที่มีการใช้บริการสูงกว่าวงเงิน ที่กำหนดผู้ใช้บริการจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย นอกจากนั้น ผู้ประกันตนยังต้องร่วมจ่ายค่าบริการ สำหรับการให้บริการในแต่ละครั้งเฉลี่ยร้อยละ 10 ถึง ร้อยละ 30 ขึ้นกับรายได้ของผู้ประกันตน และระดับ ความจำเป็นในการดูแล โดยมีการกำหนดจำนวนเงิน รวมจ่ายสูงสุด (ไม่เกิน 440,000 เยนต่อเดือน) เพื่อ เป็นการลดภาระทางการเงินและมีการเปิดโอกาสแก่ ผู้ให้บริการภาคเอกชนสามารถเสนอบริการเพื่อขยาย การบริการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ได้มากขึ้น และเป็นการสร้างการแข่งขันระหว่าง ผู้ให้บริการส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพ และเพิ่ม ทางเลือกการบริการซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

การขอรับบริการต้องยื่นคำขอผ่านเทศบาล เพื่อรับการประเมินระดับความจำเป็น ผู้ที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป สามารถยื่นขอรับสิทธิเพื่อรับการประเมินระดับ ความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ในขณะที่ผู้ที่อายุ 40 - 64 ปี สามารถขอรับบริการจากการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง 16 โรค เช่น โรคมะเร็ง สมองเสื่อม การ

ประเมินเริ่มต้นจากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเบื้องต้น เพื่อจัดระดับความจำเป็นในการดูแลซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการดูแล (Care plan) และวงเงินสูงสุดสำหรับการใช้บริการ

ในปัจจุบันญี่ปุ่นประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายการบริการดูแลระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้น โดยร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมาจากการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Mitchell, Piggott and Shimizutani, 2008, p. 694) ระบบการประกันการดูแลระยะยาว จึงมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเพื่อลดความเสี่ยงในการดูแลระยะยาวในอนาคต โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านโภชนาการ และการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และลดภาวะการพึ่งพิงในระบบการบริการการดูแลระยะยาว (Fukutomi, et al., 2013, p. 116) ประกอบกับการส่งเสริมการดูแลระยะยาวโดยครัวเรือน โดยการประกาศใช้กฎหมาย Child Care and Family Care Leave Act เพื่อสนับสนุนการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแลระยะยาวในลักษณะการประกันรายได้จากระบบประกันการจ้างงาน และมีการปรับโครงสร้างเวลาการทำงานเพื่อสนับสนุนให้แรงงานสามารถให้การดูแลแก่สมาชิกครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง (Inamori, 2017, pp. 11-14)

ประเทศสิงคโปร์ สิงคโปร์มีอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับหลายประเทศทั่วโลก โดยเข้าสู่สังคมสูงอายุใน พ.ศ. 2543 และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2560 และคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 4 ของประชากรและเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดใน พ.ศ. 2573 (Ministry of Health, 2017) ถือได้ว่ามีระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านทางประชากรใกล้เคียงกับประเทศไทย

สิงคโปร์ตระหนักถึงปัญหาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพ โดยกำหนดเป็นวาระแห่งชาติใน พ.ศ. 2525 และกำหนดเป็นแผนสุขภาพแห่งชาติ “Blue Paper” เพื่อปฏิรูประบบการเงินและการคลังจนเกิดระบบการออมภาคบังคับเรียกว่าระบบ Medisave ใน พ.ศ. 2527 ใช้สำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งของตนเองและครอบครัว แต่จากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และ

พบปัญหาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นสิบเท่า และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานกว่าหนึ่งปีซึ่งส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องได้รับการบริการในโรงพยาบาลจึงเป็นจุดเริ่มต้นในการปฏิรูประบบการดูแลระยะยาวเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายโดยการพัฒนาระบบการดูแลในชุมชนเพื่อลดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาล (Singh, 1999, p. 338) และพัฒนาเป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับการดูแลระยะยาวเพื่อเป็นหลักประกันพื้นฐานสำหรับบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง

ลักษณะหลักประกันของระบบการดูแลระยะยาวระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์อยู่ภายใต้แนวทางของการพึ่งพาตนเอง มีชื่อเรียกว่าระบบประกันสุขภาพ 3Ms ประกอบด้วย Medisave Medishield และ Medifund โดยระบบการดูแลระยะยาวในสิงคโปร์ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบประกันรายได้สำหรับการดูแลระยะยาว (Eldershield) เพื่อรองรับความเสี่ยงทางการเงิน และ 2) การให้บริการดูแลระยะกลาง และระยะยาว

1) Eldershield เป็นระบบการประกันรายได้ภาคบังคับเพื่อรองรับความเสี่ยงทางการเงินโดยมีภาคเอกชนเป็นผู้รับประกัน กำหนดให้บุคคลเมื่ออายุครบ 40 ปี ซึ่งมีบัญชี Medisave เข้าสู่ระบบโดยอัตโนมัติและสามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมโดยรัฐบาลมีการจัดตั้งกองทุน Medifund Silver สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย แพล่งเงินทุนในการดำเนินการมาจากการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนจากบัญชีเงินออม Medisave ในอัตราคงที่จนอายุครบ 65 ปี

2) ระบบบริการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว (Intermediate and Long-Term Care: ILTC) Services) ดำเนินการโดยองค์กรอิสระ ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ โดยรัฐบาลสร้างทางเลือกให้กับประชาชนผ่านการกำหนดรูปแบบทางเลือกในการร่วมจ่าย รัฐจะให้เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการใช้บริการส่วนหนึ่งซึ่งจำนวนเงินอุดหนุนจะขึ้นกับระดับรายได้ของครัวเรือน (Household Means-Testing) และรูปแบบของการบริการที่ผู้ใช้บริการเลือกใช้ซึ่งรัฐจะมีการแบ่งระดับการบริการเพื่อสร้างทางเลือกแก่ผู้ใช้บริการ โดย



ทางเลือกที่มีระดับความสะดวกสบายมากกว่าจะมีการให้เงินอุดหนุนในจำนวนที่น้อยกว่า หรือไม่ให้การอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรับบริการ เช่น ห้องพัก ระดับ Class A โดยการชำระค่าบริการส่วนที่เหลือจะหักจากกองทุน Medisave ดังนั้น แหล่งเงินทุนในการดำเนินการมาจากงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล และเงินกองทุนที่สมทบจากระบบการออมภาคบังคับ

สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการรับบริการ

1) สิทธิประโยชน์ระบบ Eldersshield อยู่ในรูปแบบเงินช่วยเหลือเป็นรายเดือน (300-400 เหรียญสิงคโปร์) เป็นเวลา 60-72 เดือน เมื่อเข้าสู่ระบบการประกันแล้วสามารถขอใช้สิทธิรับเงินสนับสนุนในช่วงอายุใดก็ได้โดยไม่ต้องรับการประเมินความจำเป็น

2) ระบบบริการการดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะยาว (ILTC) สิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย (1) การบริการในสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (2) การบริการนอกสถานบริการซึ่งเป็นการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระหว่างวัน ทำให้ผู้ที่รับบริการได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ประกอบด้วย การบริการแบบที่พักอาศัยเป็นศูนย์กลาง และการบริการโดยชุมชนเป็นฐาน นโยบายการดูแลระยะยาวจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการดูแลนอกสถานบริการ (Informal Care) ซึ่งเป็นไปตามวัฒนธรรมของประเทศที่ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับครอบครัว รัฐบาลจะให้เงินอุดหนุนสำหรับบริการในที่พักอาศัยและภายในชุมชนสูงสุดถึงร้อยละ 80 ในขณะที่การให้บริการในสถานบริการสนับสนุนสูงสุด ร้อยละ 75 (ผู้ที่มีรายได้สูงกว่า \$3,101 จะไม่ได้รับการอุดหนุนค่าบริการในสถานบริการนอกชุมชนและศูนย์ดูแล) นอกจากนั้นยังมีบริการอื่น ๆ เช่น การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ

ในปัจจุบันมีนโยบายในการขยายความสามารถในการให้บริการเพื่อสนับสนุนการดูแลภายในชุมชน โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มจำนวนศูนย์บริการในชุมชนเป็น 6,200 แห่ง และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 10,000 แห่ง ภายใน พ.ศ. 2563 เพื่อรองรับความต้องการผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตและมีนโยบายเพื่อให้สิทธิแก่แรงงานในการลางานชั่วคราวเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

ในครัวเรือน (Eldercare Leave) (Chin and Phua, 2016, pp. 124-125)

ประเทศไทย ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประกอบไปด้วยระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคม ซึ่งทั้ง 3 ระบบเป็นบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันในสถานบริการทางการแพทย์เป็นหลัก ไม่มีระบบสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรูปแบบการสนับสนุนช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Miankerd, 2016, pp. 138-139) จนใน พ.ศ. 2556 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเริ่มดำเนินการใน 11 พื้นที่ซึ่งมีความพร้อมเพื่อเป็นการนำร่องในการพัฒนาระบบการบริการและรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ 600 ล้านบาทใน พ.ศ. 2559 ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีการจัดตั้งกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยให้ความคุ้มครองสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใน พ.ศ. 2561 สามารถขยายพื้นที่ในการให้บริการส่งผลให้ผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการได้ร้อยละ 77.36 (Konmanee, 2018) ในขณะที่ผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการราชการร้อยละ 14.67 ไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว

ลักษณะหลักประกันของระบบการดูแลระยะยาวหลักประกันอยู่ในรูปแบบการจัดบริการสาธารณะ โดยรัฐในลักษณะการส่งมอบเคราะหส์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการ และประสานงานหน่วยบริการในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แหล่งเงินทุนในการดำเนินการมาจากการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดสรรให้กับหน่วยบริการในพื้นที่เฉลี่ยได้เงินจำนวน 100,000 บาทต่อหน่วยบริการและเหมาจ่ายในอัตรา 5,000 บาท/คน/ปี ให้กับ

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในขณะที่ผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการราชการหากมีภาวะพึ่งพิง และมีความจำเป็นที่ต้องรับบริการ หน่วยบริการต้องเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนท้องถิ่น เพื่อพิจารณาการสนับสนุนจากกองทุนฯ ท้องถิ่นตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยต้องคำนึงถึงความจำเป็นในการรับบริการและเงินกองทุนฯ

สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการรับบริการ การบริการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วย 1) บริการในสถานบริการ เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 2) บริการภายในชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน บริการกายภาพบำบัด 3) บริการอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค โดยมีผู้ให้บริการคือบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านของตนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การขอรับบริการต้องยื่นเรื่องต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรับการประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพื่อจัดทำแผนการดูแล (Care plan) ที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละราย โดยจัดให้มีผู้จัดการดูแลระยะยาว (Care Manager) เพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการบริการที่จำเป็น เพื่อรับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร ซึ่งการบริการจะมีความแตกต่างกันตามความพร้อมของบุคลากรและงบประมาณในแต่ละพื้นที่

ในปัจจุบันมีนโยบายในการรักษาจำนวนสมาชิกในระดับเดิมเพื่อปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณให้ชัดเจน เนื่องจากระเบียบในการเบิกจ่ายที่ไม่ชัดเจนส่งผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณในการจัดบริการ โดยเฉพาะค่าตอบแทนอาสาสมัครผู้ช่วยดูแล เห็นได้จากการเบิกจ่ายงบประมาณที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (Srithamrongsawat, et al., 2018, pp. 88-91) ซึ่งส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการให้บริการที่ยังมีความจำกัดมากขึ้น นอกจากนี้มีการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลเพื่อใช้ในการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อขยายหลักประกันความคุ้มครองการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุทุกคนที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวอย่างเท่าเทียม

สรุปและอภิปราย (Conclusion and Discussion)

การพัฒนาหลักประกันเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ มีการวางแผนเพื่อจัดบริการการดูแลระยะยาวรองรับความต้องการของผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ แสดงถึงการเตรียมความพร้อมของภาครัฐเพื่อขยายความคุ้มครองให้ครอบคลุมประชากรสูงอายุทุกคน โดยในช่วงเริ่มต้นของการจัดบริการเผชิญกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการในสถานบริการทางการแพทย์ในอัตราสูงก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็ว จนเกิดการตระหนักถึงเสถียรภาพทางการเงิน และพบปัญหาข้อจำกัดของทรัพยากรในส่วนของแหล่งเงินทุนในการจัดบริการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเริ่มต้นจากการจัดบริการฟรีให้แก่ผู้สูงอายุก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังเผชิญกับปัญหาความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการต่อความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น รายได้ ความสามารถในการดูแลของสมาชิกในครัวเรือน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ การขยายความคุ้มครองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ และเพื่อแก้ไขปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวนำมาสู่การปฏิรูปเป็นระบบการดูแลระยะยาวในลักษณะการประกันการดูแลระยะยาวที่มีการร่วมจ่ายจากผู้ใช้บริการ สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมภายหลังจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นระยะเวลาถึง 11 ปี โดยเริ่มต้นในพื้นที่ซึ่งมีความพร้อมและให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุซึ่งใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ความไม่ครอบคลุมดังกล่าวแสดงถึงขาดการเตรียมความพร้อมของภาครัฐซึ่งนำมาสู่ปัญหาทั้งในแง่ของความต้องการการดูแลที่ไม่เพียงพอ ประกอบกับการให้บริการอยู่ในรูปแบบการจัดบริการฟรีซึ่งเป็นรูปแบบเดียวกับที่ประเทศญี่ปุ่นเคยใช้ในช่วงเริ่มต้นซึ่งก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการขาดการวางแผนในระยะยาวเพื่อจัดหาแหล่งเงินทุนสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพรวมของหลักประกันในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ พบว่า มีการใช้ระบบประกันภาคบังคับในรูปแบบการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการใช้บริการดูแลระยะยาวในลักษณะต่าง ๆ โดยในประเทศสิงคโปร์มีการดำเนินการ 2 รูปแบบ คู่ขนานทั้งการประกันรายได้ (Eldershield) เพื่อรองรับความเสี่ยงทางการเงินอันเนื่องมาจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับบริการ โดยภาครัฐมีบทบาทหลักในการกำหนดรูปแบบบริการ อัตราการสนับสนุนการบริการ และเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการดูแลระยะยาว เช่น ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ หรือสถานบริการภาคเอกชนตามแผนการดูแลที่ได้กำหนดไว้เพื่อขยายความคุ้มครองให้เพียงพอกับความต้องการของประชากร และเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ในขณะที่ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยเป็นบริการในลักษณะสังคมสงเคราะห์ที่จัดบริการโดยภาครัฐรองรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น และมีผู้ให้บริการคือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งมีความจำกัดในด้านบุคลากรและงบประมาณ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าหลักประกันที่สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุได้ถ้วนหน้าอยู่ในระบบหลักประกันในภาคบังคับ

เมื่อวิเคราะห์ถึงแหล่งเงินทุนสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ใช้ระบบการร่วมจ่ายเพื่อเป็นแหล่งเงินทุนในการให้บริการประกอบกับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ โดยรูปแบบการร่วมจ่ายมีลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยในแต่ละรูปแบบมีทั้งผลดีและผลเสียที่ต้องพึงระวังแตกต่างกัน การร่วมจ่ายสมทบรูปแบบประกันสังคมในประเทศเยอรมนี และการสมทบในรูปแบบการเก็บเบี้ยประกันในประเทศญี่ปุ่น มีผลดีในการลดภาระทางการคลังของภาครัฐในการสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ระบบดังกล่าวมีผลเสียที่ต้องพึงระวังคือ ผลกระทบจากการลดลงของจำนวนประชากรวัยแรงงานอาจส่งผลต่อจำนวนเงินสมทบที่ลดลงส่งผลต่อเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนที่ใช้ในการจัดบริการการดูแลระยะยาว ในขณะที่ความต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร

ผู้สูงอายุ โดยในประเทศสิงคโปร์มีการใช้ระบบการออมภาคบังคับซึ่งเป็นระบบการพึ่งพิงตนเอง โดยเป็นการใช้เงินออมของตนเองเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ระบบดังกล่าวมีข้อดีต่อภาระทางการคลังของรัฐ และส่งผลต่อเสถียรภาพทางการเงินของระบบการดูแลระยะยาว แต่แหล่งเงินทุนจากการออมของตนเองไม่ได้เป็นหลักประกันความเพียงพอของเงินที่ใช้ในการใช้บริการ และอาจเป็นการสร้างเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวที่มีความไม่เท่าเทียมกันให้กับประชากร นอกจากนั้น ภาระของผู้ใช้บริการในประเทศญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ยังประกอบไปด้วยการร่วมจ่ายค่าบริการในการรับบริการแต่ละครั้งโดยมีการกำหนดจำนวนเงินสูงสุดในการร่วมจ่ายค่าบริการ ซึ่งอัตราการร่วมจ่ายมีความแตกต่างกันขึ้นกับระดับรายได้ รูปแบบบริการ และระดับความจำเป็นในการได้รับบริการ โดยในสิงคโปร์ผู้ใช้บริการสามารถเลือกระดับการรับบริการ โดยระดับการบริการที่สะดวกสบายจะมีอัตราการร่วมจ่ายในอัตราสูงเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ใช้บริการ โดยระบบการร่วมจ่ายในการรับบริการเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพภายหลังจากได้รับการประกันภัย เช่น การไม่ดูแลสุขภาพหรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น เนื่องจากไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสามารถกำหนดอัตราการร่วมจ่ายเพื่อกระตุ้นให้มีการเลือกใช้รูปแบบบริการที่เหมาะสมซึ่งเห็นได้จากการกำหนดอัตราการร่วมจ่ายในอัตราต่ำสำหรับการรับบริการดูแลในที่พักอาศัยหรือภายในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการที่เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุและมีต้นทุนในการบริการที่ต่ำกว่าในสถานบริการ

ขณะที่ในประเทศไทยมีแหล่งเงินทุนจากงบประมาณของภาครัฐเพียงแหล่งเดียวในการดำเนินการและยังขาดระบบการจัดหาแหล่งเงินสำหรับนำมาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อความจำกัดของการให้บริการ การเร่งขยายที่มาของแหล่งเงินทุนเพื่อขยายการบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนจึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน การหารายได้เพื่อเป็นกองทุนในการดำเนินการ เช่น การร่วมจ่ายเงินสมทบจากผู้ใช้บริการ การจ่ายเงินสมทบจากแรงงาน นายจ้าง



และรัฐบาล ดังตัวอย่างในประเทศที่ทำการศึกษา หรือการเก็บภาษีเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อจัดสรร เป็นงบประมาณให้กับกองทุนการดูแลระยะยาว เช่น การเก็บภาษีการบริโภคสินค้าที่นำมาสู่โรคเรื้อรัง จึงเป็นแนวทางที่ควรนำมาปรับใช้ในประเทศไทย

สิทธิประโยชน์และเงื่อนไขในการรับบริการ พบว่า ในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ประกอบด้วย บริการดูแลทั้งในสถานบริการ บริการดูแลในที่พักอาศัยซึ่งในรูปแบบการสนับสนุนโดย กำหนดวงเงินสำหรับการใช้บริการ ส่วนที่เกินเป็น หน้าที่ของผู้ใช้บริการที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย และ บริการสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การฝึกอบรมการดูแล ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการที่ได้รับขึ้นกับระดับความจำเป็น และความต้องการของผู้สูงอายุจากการประเมินความสามารถ ในการช่วยเหลือตนเองจากแพทย์เพื่อนำมาจัด แผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล ผ่านระบบการจ้างผู้ดูแล โดยมีการออกแบบระบบ การดูแลระยะยาวเพื่อมุ่งให้มีการใช้บริการดูแล ผู้สูงอายุนอกสถานบริการผ่านการกำหนดจำนวนเงิน ที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการในที่พักอาศัย และในชุมชนในสัดส่วนที่มากกว่าการให้บริการ ในสถานบริการ นอกจากนี้ ในประเทศเยอรมนี มีทางเลือกเพิ่มเติมในรูปแบบการสนับสนุนเป็น จำนวนเงินสำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกภายในครัวเรือน ซึ่งถือเป็นการจ้างผู้ดูแลในรูปแบบหนึ่งจากภาครัฐ ถือเป็นการส่งเสริมบทบาทการดูแลของสมาชิก ในครัวเรือนที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่ ญี่ปุ่นพยายามลดภาระการดูแลของสมาชิกใน ครัวเรือนโดยการเร่งพัฒนาสถานบริการในชุมชน ความแตกต่างดังกล่าวขึ้นกับวัฒนธรรมของแต่ละ ประเทศต่อการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ทั้งสาม ประเทศมีการสนับสนุนการจ้างงานเพื่อมาดูแลสมาชิก ในครัวเรือนเพื่อส่งเสริมแรงงานให้ยังคงอยู่ใน ตลาดแรงงาน และมีนโยบายในการให้ความรู้ในการ พินฟู และป้องกันการเกิดโรคอันนำมาสู่ความจำเป็น ในการดูแลระยะยาวในอนาคต เมื่อเปรียบเทียบกับ ประเทศไทย พบว่า มีการกำหนดรูปแบบบริการ เช่นเดียวกันกับทั้งสามประเทศประกอบไปด้วย การบริการในที่พักอาศัย และการบริการในสถานบริการ และบริการสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ

และการป้องกัน แต่การให้บริการยังมีความจำกัด เนื่องจากเป็นบริการที่ขึ้นกับความพร้อมของแต่ละ พื้นที่

จากระบบการดูแลระยะยาวทั้งสามประเทศ กล่าวได้ว่า ระบบการดูแลระยะยาวจัดตั้งขึ้น เพื่อรองรับความต้องการบริการดูแลของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม บริการที่รัฐจัดให้ไม่สามารถรองรับ ความต้องการของผู้สูงอายุและครัวเรือนได้ทั้งหมด จำเป็นต้องมีการส่งเสริมการดูแลในรูปแบบอื่น เช่น การส่งเสริมบทบาทของชุมชนเพื่อเป็นฐานในการ ให้บริการดูแลระยะยาวเช่น การสร้างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ภายในชุมชน การสนับสนุนผู้ช่วยดูแลซึ่งเป็นอาสาสมัคร ภายในชุมชน และการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสมาชิกในครัวเรือนดังที่มีการดำเนินการ ในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ เช่น การ สนับสนุนทางการเงินเพื่อเป็นค่าจ้างสำหรับการดูแล ผู้สูงอายุ และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ การออก กฎหมายเพื่อสนับสนุนแรงงานให้สามารถทำงาน ชั่วโมง หรือลดชั่วโมงการทำงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ หรือในกรณีที่สมาชิกในครัวเรือนออกจากงานเพื่อมา ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับเงินสนับสนุนเปรียบเสมือน การได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุดังเช่นที่มีการ ดำเนินการในประเทศเยอรมนี และมีการประกัน การว่างงานหรือการประกันรองรับในวัยเกษียณ ซึ่งถือเป็นการสร้างหลักประกันเพื่อรองรับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลสมาชิกในครัวเรือนซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรม ของไทยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุใน ครัวเรือน

นอกจากนั้น ปัญหาในเรื่องจำนวนผู้ให้บริการ ดูแลเป็นสิ่งสำคัญต่อการขยายความครอบคลุมของ ระบบการดูแลระยะยาว และคุณภาพการให้บริการ การเปิดโอกาสแก่ผู้ให้บริการภาคเอกชนสามารถเป็น ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นการขยายศักยภาพ การให้บริการให้เพียงพอต่อความต้องการบริการ การดูแลที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังผลสำเร็จ ที่ปรากฏทั้งสามประเทศ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ใน ประเทศไทยต้องเร่งดำเนินการ เนื่องจากผู้รับผิดชอบ ในการให้บริการดูแลเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระงานที่ มากขึ้นประกอบกับความจำกัดของบุคลากรส่งผลให้ ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น



การเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการภาคเอกชน เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน หรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการให้เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุโดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในฐานะของการเป็นผู้จัดการระบบการดูแลและรับผิดชอบในส่วนการส่งเสริมและการป้องกันโรค เช่น การจัดกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรค อันนำมาซึ่งความต้องการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุทุกคนถือเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของตัวผู้สูงอายุและครัวเรือน โดยประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องคำนึงถึงคือแหล่งเงินทุนในการจัดบริการ

เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ระบบการร่วมจ่ายจากผู้ให้บริการจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการสร้างยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ และการสร้างความรับผิดชอบของประชากรในประเทศ ดังนั้น การสร้างระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของประชากรส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและครัวเรือน และก่อให้เกิดการยอมรับจากประชาชนในประเทศ ดังนั้น การศึกษารูปแบบความต้องการการดูแลระยะยาวจึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่ความยินดีในการร่วมจ่ายการให้บริการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นงานวิจัยที่ควรศึกษาต่อไปเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมและมีความยั่งยืนต่อไป

บรรณานุกรม (Bibliography)

- Arntz, M., Sacchetto, R., Steffes, S. and Widmaier, S. (2007) **The German social long-term care insurance: Structure and reform options**. Mannheim: The Institute for the Study of Labor.
- Busse, R. and Blumel, M. (2014). Germany: Health system review. **Health Systems in Transition**, 16(2), 1-296.
- Campbell, J. C., Ikegami, N. and 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. and Naoki, I. (2000) Long-term care insurance comes to Japan. **Health Affairs**, 19(3), 26-39.
- Chandoevrit, W. (2013). Social and economic aspects of the elderly in Thailand. **Malaysian Journal of Economic Studies**, 50(2), 193-206.
- Chandoevrit, W. (2017). **Long term care system: Suitable system for Thailand**. Bangkok: Thaniland Development Research Institute.
- Chin, C. W. W. and Phua, K. H. (2016). Long-term care policy: Singapore's experience. **Journal of Aging and Social Policy**, 28(2), 113-129.
- Fukutomi, E., Kimura, Y., Wada, T., Okumiya, K. and Matsubayashi, K. (2013). Long-term care prevention project in Japan. **Lancet (London, England)**, 381(9861), 116.
- Geyer, J. and Korfhage, T. (2015). Long-term care insurance and Carers' labor supply--A structural model. **Health Economics**, 24(9), 1178-1191.
- 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.
- Konmanee, W. (2018). **Long-term care system development project implementation in 2019**. Retrieved May 28, 2019, from, http://eh.anamai.moph.go.th/download/article/article_20181115181300.pdf



- Lien Foundation. (2018). **Long term care manpower study**. Retrieved June 10, 2018, from http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/Long%20Term%20Care%20Manpower%20Study%20FINAL_0.pdf
- Miankerd, W. (2016). **Social care system for elderly**. Bangkok: J. Print press.
- Ministry of Health. (2017). **Intermediate and long-term care (ILTC) Services**. Retrieved March 28, 2018, from https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services/Intermediate_And_Long-Term_Care_Services.html
- Mitchell, O. S., Piggott, J. and 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. and Schwanenflügel, V. M. (2018), The German long-term care insurance program: Evolution and recent developments. **The Gerontologist**, 58(3), 588-597.
- Rhee, J. C., Done, N. and 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.
- Riedel, M. (2017). **Germany's latest reforms of the long-term care system**. Retrieved June 07, 2018, from <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9008&furtherNews=yes>
- Singh, M. (1999). Health and health policy in Singapore. **ASEAN Economic Bulletin**, 16(3), 330-343.
- Srithamrongsawat, S., Suriyawongpaisal, P., Kasemsup, V., Aekplakorn, W. and Lerrapun, B. (2018) **Research project for the development of a long-term care system for elderly people with dependency under the national health insurance system**. Retrieved January 10, 2019, from <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/10138>
- Takahashi, K. and Ogihara, 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 (1), 177-177.
- United Nations. (2015). **World population prospects: The 2015 revision**. Retrieved April 09, 2018, from <https://www.populationpyramid.net/sources>
- United Nations. (2017). **World population prospects: The 2017 revision key findings and advance tables**. Retrieved May 05, 2018, from https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
- World Health Organization. (2001). **Health and ageing**. Retrieved June 06, 2018, from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66682>