

## ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ\* Ph.D. (Social Policy)

ศิริพันธุ์ สาสัตย์\*\* R.N., Ph.D. (Nursing Studies-Gerontology)

บทคัดย่อ: การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบบริการการดูแลระยะยาวของประเทศต่าง ๆ จำนวน 10 ประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะต่อการพัฒนาและวางนโยบายการบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าพัฒนาการและแนวคิดในการจัดระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่าง ๆ นั้น ภาครัฐมีบทบาทในระดับต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมของแต่ละประเทศ การจัดการบริการมีความครอบคลุมทั้งความต้องการการดูแลส่วนบุคคลและความเป็นอยู่ทั้งในสถานบริการและในชุมชน สิทธิประโยชน์อาจอยู่ในรูปแบบของเงินสด รวมทั้งการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในด้านการเงิน แหล่งที่มาของการเงินการคลังของระบบประกอบด้วยภาษีทั่วไป การจ่ายเงินสมทบจากสามฝ่าย และจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ การควบคุมค่าใช้จ่ายที่พบบ่อย คือ การจ่ายร่วม ด้านการบริหารจัดการมีการกำหนดการได้รับสิทธิจากการประเมินภาวะพึ่งพิงร่วมกับระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ด้านการช่วยเหลือครอบครัวและเครือข่ายนอกระบบมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดการบริการสนับสนุน การให้เงินช่วยเหลือครอบครัว การลดหย่อนภาษีให้กับครอบครัวที่ให้การดูแลสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิง การให้สิทธิทดแทนการออกจากงานและสิทธิในการรับบำนาญขั้นพื้นฐาน ข้อเสนอแนะในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย คือ การพัฒนาระบบควรต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน ให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถดูแลได้

คำสำคัญ: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ การดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุ

---

\*นักวิจัยอาวุโส สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ความสำคัญของปัญหา

ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ดีส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น การเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การแพทย์ทำให้หลายคนรอดชีวิตแต่อาจต้องอยู่กับความพิการหรือทุพพลภาพ ส่งผลให้มีความจำเป็นและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนมีความเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย จากการคาดการณ์ประชากรไทย พบว่าสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2563 (มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2543) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอตามสภาพจากอายุที่มากขึ้น โดยพบมากในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ กลุ่มอื่นๆ มีทั้งผู้พิการและทุพพลภาพ ผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ส่งผลให้มีความจำเป็นต่อการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น ประกอบกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีบุตรจำนวนน้อยลง ครอบครัวขยายลดลง และการเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมแรงงานสตรี ส่งผลให้ความสามารถในการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ส่วนใหญ่เป็นสตรีมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นควรมีการศึกษาทบทวนระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยต่างๆ เปรียบเทียบกับประเทศไทยเพื่อเตรียมการรองรับความต้องการทางสุขภาพ ตลอดจนบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนางานวิจัยและวิชาการเพื่อการสร้างนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทบทวนแนวทางการให้การดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ จำนวน 10 ประเทศ คือ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น เยอรมัน เม็กซิโก สิงคโปร์ สวีเดน ไทย สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และยูเครน และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโยบาย
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวนโยบายการดูแลระยะยาว ในประเทศที่มีลักษณะเศรษฐกิจการเมืองและสังคมที่แตกต่างและใกล้เคียงกับไทย
3. เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะต่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ในการวางนโยบายการบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

### แนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวคิดและคำจำกัดความของการดูแลระยะยาวพบว่า “การดูแลระยะยาว” เป็นบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมีความต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากความพิการทางกายหรือทางจิต (The American Institute of Medicine, 1986) ส่วนนอร์ตัน (Norton, 2000) ให้นิยามว่า เป็นการดูแลสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือผู้พิการซึ่งไม่เหมาะต่อการให้การดูแลในโรงพยาบาล และมักจะเป็นการดูแลโดยไม่ได้รับค่าใช้จ่าย แทนที่จะเป็นการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้ World Health Organization (2000) ให้นิยามว่า เป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ดูแลนอกระบบ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) ทำให้กับผู้ที่ต้องการการดูแล รวมถึงผู้ดูแลในระบบที่หมายถึง ทั้งบุคลากรในสายวิชาชีพและผู้ช่วย

(บุคลากรทางด้านสุขภาพและสังคม) รวมถึงผู้ดูแลแบบดั้งเดิมและที่เป็นอาสาสมัคร อาจสรุปได้ว่า การดูแลระยะยาว เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรม รวมถึงบริการทั้งในสถานบริการหรือในชุมชนในหลายระดับ เช่น สถานดูแลกลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่พักชั่วคราว การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน บริการฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลที่ต้องอาศัยทักษะทางการแพทย์ การดูแลระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมักจะเป็นการดูแลที่แตกต่างหากจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน

#### วิธีการดำเนินการศึกษา

ศึกษาโดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ ที่มีมีการเผยแพร่ทั้งภาษาอังกฤษและไทยอย่างเป็นระบบ โดยเลือกศึกษาประเทศที่มีลักษณะเศรษฐกิจการเมืองที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มรัฐสวัสดิการ กลุ่มเศรษฐกิจตลาดเสรี กลุ่มหลังการปกครองแบบคอมมิวนิสต์ และพิจารณาให้มีความหลากหลายของเขตภูมิภาค สังคมวัฒนธรรม ตลอดจนโครงสร้างประชากร รวมทั้งหมดจำนวน 10 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย

#### ผลการศึกษา

การศึกษาวรรณกรรมเปรียบเทียบครั้งนี้ ได้กำหนดกรอบในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ ใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) พัฒนาการและแนวคิดของระบบดูแลระยะยาว 2) ความครอบคลุมของการจัดบริการ 3) ระบบการเงินการคลัง 4) การบริหารจัดการ และ 5) ความช่วยเหลือและผลกระทบต่อครอบครัวและเครือข่ายนอกระบบ

ลักษณะสำคัญของระบบการดูแลระยะยาวในประเทศต่างๆ

ประเทศออสเตรเลีย: มุ่งเน้นสนับสนุนการบริการขั้นพื้นฐานให้กับผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพทุกคน โดยให้ชุดสิทธิประโยชน์ในการดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการ และให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ระบบบริการเป็นแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน ภาครัฐมีโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและโปรแกรมการดูแลในชุมชน (Australia of Health and Welfare, 2005) มีระบบการประกันสุขภาพของภาครัฐ และการประกันสุขภาพของภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายแบ่งออกเป็น 2 ระบบตามระบบประกันสุขภาพที่เลือก มีการให้เงินอุดหนุนการดูแลในระยะยาวในทุกกลุ่มอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยไม่มีข้อจำกัดด้านรายได้หรือทรัพย์สิน

ประเทศญี่ปุ่น: ในระบบประกันการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุญี่ปุ่นได้รับการประกันว่าจะได้รับการดูแลและสนับสนุนจากสังคมโดยส่วนรวม (Campbell & Ikegami, 2000) มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและให้บริการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพ จัดระบบบริการที่ผู้รับบริการสามารถเลือกได้ ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการแพทย์ที่จำเป็นอย่างครอบคลุม ส่งเสริมหน่วยงานองค์กรเอกชนต่างๆ ร่วมให้บริการ ผู้รับบริการจะต้องจ่ายสมทบร้อยละ 10 สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและการบริการในสถานบริการ นอกจากนี้ รัฐบาลมีนโยบายลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ประเทศเยอรมัน: ระบบการดูแลระยะยาว มีกองทุนชื่อว่า "Care Funds" มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย

## ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ลดอัตราจ่ายสมทบจากนายจ้างและเพื่อประกันความมั่นคงของบริการการดูแลระยะยาว ลิทธิประโยชน์ขึ้นกับระดับของความพิการ แพทย์เป็นผู้ประเมินโดยใช้เกณฑ์ Activities of Daily Living ผู้มีสิทธิรับบริการจะต้องมีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน การบริการมีทั้งบริการที่บ้านและบริการในสถานบริการ ผู้สูงอายุในสถานบริการต้องจ่ายร่วมอย่างน้อยร้อยละ 25 มีการส่งเสริมภาคเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรให้เข้ามาพัฒนาบริการ ผู้ให้บริการต้องได้รับการตรวจคุณภาพโดยกองทุน (Alber, 1990; Schineida, 1999)

**ประเทศเม็กซิโก:** รัฐบาลสนับสนุนประชากรสูงวัยผ่านทางสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of the Elders) บริการที่จัดให้ผู้สูงอายุประกอบด้วย การส่งเสริมคุณค่า สุขภาพ และการจ้างงาน มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้พิการให้มีความเป็นอยู่ที่ดี และโอกาสที่เท่าเทียมกับประชาชนอื่นๆ พัฒนาระบบสวัสดิการหลักของรัฐบาลสำหรับครอบครัว เพื่อเพิ่มคุณภาพคุณค่าของครอบครัวและเป็นการชะลอการเข้าสู่สถานบริบาล รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย การให้สุศึกษาและการอบรมในการดูแลตนเองและแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ระบบการบริการการดูแลในระยะยาวของเม็กซิโก เป็นการจัดหาโดยครอบครัว ส่วนการให้บริการจากสถานบำบัดต่างๆ มีน้อย (Organization Panamericana de la Salud, 2001; WHO, 2003)

**ประเทศสิงคโปร์:** การบริการดูแลระยะยาวเริ่มตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2001 โดยมีรัฐบาลเป็นผู้ให้บริการหลักทั้งในด้านสุขภาพและสังคม เช่น บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืนและบริการสนับสนุนในชุมชน โดยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาล ชุมชนและครอบครัว มีการช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะเครียดในผู้ดูแลและมุ่งเน้นความร่วมมือ

จากหน่วยงาน องค์กรการกุศล และองค์กรทางศาสนา หรือองค์กรอาสาสมัคร รัฐบาลให้การอุดหนุนงบประมาณในการดำเนินการ การบริการเป็นระบบการจ่ายร่วม ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่าย คือ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและรัฐบาล และมีระบบให้การช่วยเหลือ (safety net) สำหรับผู้ที่ไม่มีความพร้อม (Mehta, 2002)

**ประเทศสวีเดน:** เป็นรัฐสวัสดิการเต็มรูปแบบ มีกฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดการดูแลสุขภาพให้กับสมาชิกทุกคนในสังคม และกำหนดหน้าที่ขององค์กรท้องถิ่นในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ ระบบบริการมี 3 ระดับ คือ ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น บริการดูแลระยะยาวที่จัดโดยองค์กรท้องถิ่นได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง ส่วนบริการทางการแพทย์จัดให้ในระดับจังหวัดและระดับภูมิภาคประกอบไปด้วย สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล ผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยรุนแรง ศูนย์พยาบาล โรงพยาบาลพักฟื้น และสถานบริการที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น บ้านพักคนชรา บริการช่วยเหลือที่บ้าน การพยาบาลที่บ้าน กิจกรรมช่วงกลางวันและบริการดูแลระยะสั้น (Olsen, 1999)

**ประเทศไทย:** ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรม การบริการผู้สูงอายุที่มีอยู่แบ่งออกเป็น การบริการทางการแพทย์ บริการที่ให้ในสถานบริการ เช่น มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งแบบ long-term care, day care, และ home care สถานบริบาลผู้สูงอายุให้บริการโดยภาคเอกชน ส่วนการบริการสุขภาพและสังคมส่วนใหญ่ให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การประกันสุขภาพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุที่มีบัตรทอง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2548)

ประเทศสหราชอาณาจักร: รัฐบาลเป็นกลไกสำคัญในการจัดระบบการดูแลในระยะยาวและบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย ประชาชนสนับสนุนการเงินผ่านทางภาษีโดยมี National Health Services (NHS) เป็นองค์กรรับผิดชอบการบริการรักษาพยาบาล ประชาชนสามารถรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ บริการดูแลระยะยาวเป็นความรับผิดชอบของท้องถิ่นและมีการประเมินเพื่อยกเว้นค่าใช้จ่าย ผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการต้องผ่านการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย มี National Care Standards Commission เป็นผู้ควบคุมมาตรฐานการบริการของรัฐ พิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุหรือเป็นตัวแทนในการสื่อสารขององค์กรเอกชนต่าง ๆ (Department of Health, 2001)

ประเทศสหรัฐอเมริกา: แผนการประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว คือ medicare สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพที่มีอายุน้อยกว่า และแผนการประกันสุขภาพ medicaid สำหรับผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนซึ่งเป็นกองทุนที่มาจากเงินภาษี ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลในระยะยาวใน nursing home (Ebersole & Hess, 2001) ผู้ให้บริการก็คือกลุ่มผู้ให้บริการประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับ medicare จะได้รับสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพแต่ละแผนแตกต่างกันตามเบี้ยประกันที่กำหนดไว้ และทุกแผนประกันจะต้องมีการจ่ายร่วมกัน (co-payment) ระหว่างผู้ประกันตนและผู้รับประกัน (Day, 2005; Luggen & Meiner, 2001)

ประเทศยูเครน: เป็นระบบการบริการครอบคลุมถ้วนหน้า รัฐบาลเป็นผู้มีบทบาทหลักในการวางแผนการเงินการคลังและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานและนโยบายสังคมรับผิดชอบ และหน่วยงานหรือองค์กรที่

ไม่หวังผลกำไร (Non-governmental organizations: NGOs) มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น การดูแลระยะยาวให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติและมีระดับการช่วยเหลือตัวเองน้อย โดยมีงบประมาณช่วยเหลือจากภาครัฐ การบริการที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุและหน่วยงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลทั่วไป สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การช่วยเหลือที่บ้านสำหรับผู้ทุพพลภาพ มีระบบของการคุ้มครองที่เป็นทางการและการดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยมี การประเมินความจำเป็นและกำกับคุณภาพของการบริการ (WHO, 2003)

#### วิเคราะห์เปรียบเทียบและอภิปรายผล

##### 1. พัฒนาการและแนวคิดของการจัดบริการดูแลระยะยาว

พัฒนาการในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวและสุขภาพสะท้อนถึงคุณค่าของสังคมและกรอบของสถาบันที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ และการจัดระบบการดูแลระยะยาวขึ้นอยู่กับการจัดวางบทบาทระหว่างภาครัฐและปัจเจก วิธีการจัดการคลังการดูแลระยะยาวและการร่วมเฉลี่ยความเสี่ยงสามารถจำแนกได้เป็น 5 รูปแบบ คือ 1) การออมส่วนบุคคล 2) การประกันเอกชน 3) การประกันเอกชนที่รัฐสนับสนุน 4) การสนับสนุนโดยภาษีจากรัฐ และ 5) การประกันสังคมโดยการร่วมจ่าย (Wittenberg, Knapp, & Sandhu, 2002)

ประเทศในกลุ่มยุโรปส่วนใหญ่ มีระบบบริการสุขภาพที่เป็นการผสมผสานภาครัฐและเอกชน โดยที่แหล่งงบประมาณส่วนใหญ่มาจากภาษี และการประกันสังคมและสุขภาพขณะที่การประกันเอกชนมีเพียงส่วนน้อย ภาษีและประกันสังคมและสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้า (progressive) และก่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้า

ถึงมากกว่าประกันเอกชนหรือการจ่ายจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ (Mossialos & Dixon, 2002) การจัดการบริการการดูแลระยะยาวก็ดูจะมีเหตุผลเดียวกัน โดยการจัดการการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวควรต้องคำนึงถึงการกระจายต้นทุนในช่วงชีวิตที่เหมาะสม และไปสู่ผู้ที่มีความจำเป็นมากที่สุดแต่มีทรัพยากรน้อย (Wittenberg et al., 2002) ขณะที่สหรัฐอเมริกาอาศัยการประกันจากภาคเอกชนมากกว่าประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ (Gibson, Gregory, & Pandya, 2003) สัดส่วนงบประมาณภาคเอกชนในปี 2000 (ร้อยละ 42) มากกว่าสองเท่าของผู้มีเงินค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่มาจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ เนื่องจากการประกันการดูแลระยะยาวภาคเอกชนมีจำนวนน้อยสำหรับเม็กซิโก เช่นเดียวกับไทย ยังไม่มีการจัดระบบการคลังที่ชัดเจนในการดูแลระยะยาว การให้การดูแลถือเป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเม็กซิโกชีวิตอาศัยอยู่กับครอบครัว ครอบครัวและผู้สูงอายุจึงเป็นผู้รับภาระในการจัดการดูแลตนเอง ลิงคโพรียัดหลักการออมส่วนบุคคลสำหรับผู้มีความสามารถในการสะสมทุนทรัพย์ เป็นการออมแบบบังคับแต่แยกบัญชีเป็นเฉพาะบุคคล รัฐจำกัดบทบาทในการจัดบริการให้ฟรีเฉพาะผู้ที่ยากไร้เท่านั้น

พัฒนาการบริการดูแลระยะยาว ริเริ่มมาจากกลุ่มองค์กรสาธารณประโยชน์รวมทั้งองค์กรทางศาสนา และเมื่อมีความต้องการเพิ่มมากขึ้นรัฐจึงได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ บริการการดูแลระยะยาวในสถานบริการมักมีรูปแบบมาจากโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยที่จัดให้เฉพาะผู้ป่วยที่สูงอายุ การบริการได้มีการพัฒนาคุณภาพมากขึ้นรวมทั้งได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายโดยผ่านเงินช่วยเหลือทางรายได้ ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่มีการขยายตัวลดลง ทำให้ประเทศที่มีการจัดการบริการโดยภาครัฐเมื่อประสบกับปัญหาเรื่อง

ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น และแต่ละประเทศได้มีความพยายามในการแก้ปัญหาด้วยการพัฒนามาตรการและรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายของประเทศ แนวทางการเปลี่ยนแปลงโดยภาพรวมแล้วทุกประเทศพยายามให้การสนับสนุนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถได้รับการดูแลอยู่ในครอบครัวและชุมชน ให้ผู้รับบริการมีทางเลือกในการจัดหาบริการของตนเอง สำหรับประเทศที่การดูแลเป็นบทบาทหลักของครอบครัวและรัฐยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนในการจัดการบริการดูแลระยะยาว มีแนวโน้มที่จะมีการขยายขอบเขตบริการรวมทั้งร่วมมือกับองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ให้เข้าถึงกลุ่มที่มีความจำเป็นและให้การสนับสนุนครอบครัวมากขึ้น

## 2. ความครอบคลุมของการจัดบริการ

ส่วนใหญ่ครอบคลุมผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (บางประเทศ 60 ปี) หรือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพที่มีอายุน้อยกว่า โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเพศ แต่อาจมีค่าใช้จ่ายร่วม เช่น ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ที่ขึ้นอยู่กับการประเมินความจำเป็น เป็นต้น แต่บางประเทศจะมุ่งให้ความช่วยเหลือผู้ที่ยากจนเป็นหลัก เช่น ลิงคโพรียัด และการบริการจะครอบคลุมทั้งการดูแลในสถานบริการและการดูแลในชุมชนหรือที่บ้าน

2.1 รูปแบบของการบริการระยะยาว การจัดการบริการระยะยาวที่เป็นทางการในแต่ละประเทศแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่คือ

1) บริการดูแลในสถานบริการ (institutional-based care) เป็นบริการดูแลผู้รับบริการในสถานที่พักอาศัยสำหรับดูแลระยะยาว เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน

2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) เป็นบริการที่ให้ในชุมชน หรือที่บ้านของผู้รับบริการ เช่น การดูแลระยะยาว แบบไม่ค้างคืน (day care) เป็นศูนย์ฟื้นฟูสภาพ หรือ ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน การดูแลช่วงสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัก (respite care) การจัดให้มีผู้ดูแล ที่บ้าน (home care/care assistance) บริการช่วยเหลือ งานบ้าน (home help) และบริการส่งอาหารถึงบ้าน บริการปรับปรุงบ้านเรือน (ติดตั้งราวยึดจับ พื้นผิวกันลื่น พื้นต่างระดับ) บริการสายด่วนสำหรับผู้ที่มีภาวะฉุกเฉิน และบริการให้คำปรึกษา และบริการทางการแพทย์ และพยาบาลที่จัดให้ที่บ้าน (medical home care) บริการเยี่ยมบ้าน (home visit) นอกจากนี้ ยังมีการจัด บริการที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กับความจำเป็นทาง สุขภาพของผู้ป่วย โดยมีการจัดบริการที่ครอบคลุม ระยะเปลี่ยนผ่าน (intermediate care) สำหรับช่วงพัก พ้นหรือส่งต่อจากระยะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะ สามารถหายหรือพัฒนาไปสู่การดูแลระยะยาวได้ เช่น ในสิงคโปร์ สหรัฐอเมริกา เป็นต้น

หลายประเทศมีการให้บริการในรูปแบบของ เงินสด (cash allowance) เช่น ออสเตรเลีย โดยมีทั้ง การให้เงินแก่ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับบริการเพื่อไปซื้อ บริการตามความต้องการของตนเอง หรือการให้เงินสด แก่ผู้ที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงใน ครอบครัว ซึ่งมีข้อสนับสนุน คือ เป็นการทำให้ผู้รับ บริการมีทางเลือกมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การสนับสนุน ให้ครอบครัวในการดูแลสูงอายุ เช่น ในประเทศไทย มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีมาตรการลดหย่อนภาษีรายได้ให้แก่บุตรซึ่งเป็น ผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ (คณะกรรมการส่งเสริมและ ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) หรือ ใน ประเทศสิงคโปร์ มีการออกกฎหมายที่บังคับลูกหลาน ให้คงการดูแลพ่อแม่ (Mehta, 2002) อาจเป็นการ

ผลักภาระให้กับผู้ดูแลในครอบครัว และอาจทำให้ ผู้ดูแลเสียประโยชน์ในเรื่องสิทธิต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การทำงาน ซึ่งในเยอรมันมีระบบที่รองรับในการพิทักษ์ สิทธิของผู้ดูแล ขณะที่ไม่เป็นที่ยอมรับสำหรับประเทศ ที่เป็นรัฐสวัสดิการแบบอนุรักษ์อย่างสวีเดนและกลุ่ม สิทธิสตรี

2.2 สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการ จำนวน ของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการในแต่ละประเทศยังไม่มี ข้อมูลที่ชัดเจน เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ ที่ได้รับสิทธิประโยชน์จาก medicare ซึ่งเป็นแผนการประกัน สุขภาพที่ครอบคลุมถึง nursing home, home health care, และ hospice care ถึง 40 ล้านคนทั่วประเทศ (Day, 2005) ในขณะที่ออสเตรเลียพบว่ามีสัดส่วน ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปอยู่ในสถานบริการระยะยาว ประมาณร้อยละ 5.7 และได้รับการดูแลที่บ้านถึงร้อยละ 21

2.3 แนวโน้มในการจัดรูปแบบบริการ ด้วย ตระหนักถึงความสำคัญในการที่จะให้ผู้สูงอายุและผู้มี ภาวะพึ่งพิงได้อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัว และชุมชน รวมทั้งความจำเป็นในเรื่องค่าใช้จ่ายที่รัฐ แบกภาระที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงที่ผ่านมา จึงมีแนวโน้ม การจัดรูปแบบบริการดังนี้

1) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) ด้วยการดูแลในสถาน บริการมีค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยที่ บ้าน ดังนั้นรัฐบาลในหลายประเทศมีแนวโน้มส่งเสริม การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและ ต้องการการดูแลในระยะยาวในชุมชน โดยภาครัฐและ เอกชนจัดบริการให้การสนับสนุนการดูแลในชุมชน เช่น ในประเทศสิงคโปร์ และออสเตรเลีย แต่ยังไม่ เห็นรูปแบบที่ชัดเจน ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ยังมีการส่งเสริมภาคเอกชนให้บริการการดูแลระยะ ยาวในสถานบริการ เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นต้น

2) ชุดดูแล (care package) เป็นชุดประสานงานการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในระดับต่างๆ ด้วยผู้ช่วยมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ชุดบริการการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้ที่มีความต้องการการดูแลจากสถานบริการในระดับสูง หรือชุดบริการดูแลในชุมชน สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลจากสถานบริการในระดับต่ำ เช่น ประเทศออสเตรเลีย

### 3. ระบบการเงินการคลัง

ระบบการเงินการคลังเป็นส่วนสำคัญในการจัดบริการ ในการศึกษานี้ได้วิเคราะห์เปรียบเทียบการจัดระบบการเงินการคลังในประเทศสำคัญ 2 ประเทศ ได้แก่ แห่งที่มาของงบประมาณ และรูปแบบกองทุนรวมหรือแยกจากกองทุนประกันสุขภาพ

3.1 แหล่งที่มาของงบประมาณ อาจจำแนกได้ 3 ประเภทใหญ่ๆ คือจากระบบการจัดเก็บภาษีทั่วไป จากการสมทบเข้าเป็นกองทุนจากลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ และจากการจ่ายจากกระเป๋าผู้รับบริการ นอกจากนี้แต่ละประเทศยังมีความแตกต่างระหว่างการจัดระบบการคลังเป็นกองทุนรวมหรือแยกออกจากกองทุนประกันสุขภาพ (Glendining, Davies, Pickard, & Comas-Herrera, 2004)

3.2 กองทุนรวมหรือแยกต่างหากจากประกันสุขภาพ บางประเทศจัดให้งบประมาณบริการการดูแลระยะยาวอยู่ร่วมกับบริการสุขภาพ เช่น สิงคโปร์ แต่บางประเทศแยกกองทุนสำหรับการดูแลระยะยาวออกมาต่างหาก เช่น ประกันการดูแลระยะยาวกับประกันสุขภาพในเยอรมัน ระบบการจ่ายค่าบริการล่วงหน้าของสหรัฐอเมริกา ระบบประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น การดูแลสุขภาพถ้วนหน้า (medicare) และระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (aged care) ในออสเตรเลีย เป็นต้น

การแยกกองทุนอาจทำให้เกิดความสับสนกับผู้รับบริการ ที่มักคาดหวังว่าจะได้รับการที่ครอบคลุมถ้วนหน้า ทำให้เกิดการจูงใจให้ผู้ให้บริการโยกภาระค่าใช้จ่ายระหว่างงบประมาณสำหรับการบริการสุขภาพกับการดูแลระยะยาว อาจทำให้เกิดความขัดแย้งในส่วนของบริการที่มีความคาบเกี่ยวกัน และอาจทำให้เกิดการใช้บริการทางการแพทย์ที่มากเกินไปจนจำเป็น แต่อย่างไรก็ตามการแยกกองทุนจะทำให้ง่ายต่อการควบคุม คือเป็นการป้องกันงบประมาณสุขภาพที่สูงขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ และเป็นความชอบธรรมที่จะจัดการคลังรวมหมู่สำหรับบริการที่ไม่ใช่สุขภาพ โดยไม่ให้ความสำคัญเฉพาะการดูแลเฉียบพลันเพียงอย่างเดียว

3.3 การจ่ายร่วม บริการทางการแพทย์ที่บ้านส่วนใหญ่แล้วจะให้บริการแบบถ้วนหน้า และไม่มีการจ่ายร่วม ในขณะที่การดูแลที่บ้านที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์และการให้บริการในสถานบริการเป็นการจัดให้เฉพาะผู้ที่ยากจนเท่านั้น เช่น อังกฤษ แต่ในบางประเทศ เช่น เยอรมันจะให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับการจ่ายร่วม ประเทศส่วนใหญ่ที่ให้บริการแบบถ้วนหน้ายังต้องมีการจ่ายร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการในสถานบริการ ที่ผู้ใช้บริการต้องจ่ายค่าบริการร่วมด้วยนอกเหนือจากการสนับสนุนค่าใช้จ่ายโดยรัฐ เกณฑ์ที่ใช้คำนวณค่าบริการที่เรียกเก็บ เช่น การประเมินทรัพย์สินบ้านพักอาศัย พบได้ในอังกฤษและออสเตรเลีย แต่อย่างไรก็ตาม การเสนอให้ใช้วิธีการขายบ้านเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าพักอาศัยในสถานบริการ พบว่าเป็นข้อจำกัดทางการเมืองที่ได้รับการต่อต้านอย่างมาก ดังที่พบในออสเตรเลียเมื่อปี ค.ศ. 1997

3.4 ความคุ้มค่าทางด้านต้นทุน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความคุ้มค่าด้านต้นทุนที่สำคัญ คือประสิทธิภาพของระบบ และการควบคุมต้นทุน



1) ประสิทธิภาพ (efficiency) การประเมินประสิทธิภาพของระบบอาจพิจารณาได้จากผลกระทบต่อการควบคุมค่าใช้จ่าย ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม หรือผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการกระจาย (allocation efficiency) และประสิทธิภาพทางเทคนิค (technical efficiency) คือ การที่ได้ผลผลิตตอบแทนมากที่สุดสำหรับค่าใช้จ่ายที่ลงทุน รูปแบบของการจัดการการดูแลมีการปรับปรุงการบูรณาการระหว่างการดูแลสุขภาพเฉียบพลันและระยะยาวกับการดูแลทางสังคมเข้าด้วยกัน สำหรับบุคคลที่มีความจำเป็นที่ซับซ้อนเป็นอีกวิธีการหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพ รูปแบบบริการเช่นนี้ส่วนใหญ่มีการรวมการสนับสนุนจากรัฐจากแหล่งทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน เช่น ในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย โดยมีระบบสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุมการจัดหาบริการ คุณภาพ การจัดสรรค่าใช้จ่าย และการควบคุมเป็นการช่วยสนับสนุนการจัดการการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ

2) การควบคุมต้นทุน (cost-containment) แต่ละประเทศมีมาตรการต่างๆ ที่ออกมาเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในรูปแบบที่หลากหลายด้วยกัน เช่น วิธีการแบบโดยตรง ได้แก่ การจำกัดคุณสมบัติในการรับบริการ (eligibility) การเปลี่ยนแปลงองค์กรและการส่งมอบบริการ เพื่อจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาช่วยเหลือนแทนการดูแลโดยคน ซึ่งสามารถทดแทนคนได้ในกรณีที่ระดับความพิการไม่มาก และการป้องกันหรือเลื่อนระยะความพิการออกไป นอกจากนี้ ความยั่งยืนของการคลังยังขึ้นอยู่กับระดับการเติบโตของภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอีกด้วย

#### 4. การบริหารจัดการ

4.1 สิทธิประโยชน์ ประเทศส่วนใหญ่พยายามที่จะจัดบริการให้ครอบคลุมถ้วนหน้า และจัดการประกันแต่ละบุคคลกับต้นทุนการบริการที่สูง โดยผสมผสาน

แหล่งงบประมาณระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน ส่วนในอังกฤษจัดให้การพยาบาลทั้งที่บ้านและในสถานบริการโดยถ้วนหน้ายกเว้นแต่การดูแลส่วนบุคคลที่ยังคงจัดให้เฉพาะผู้ยากจน ประเทศที่จัดบริการดูแลระยะยาวแบบครอบคลุมถ้วนหน้า ได้แก่ ญี่ปุ่น เยอรมัน

4.2 เกณฑ์ในการรับบริการและการจัดให้มีการประเมินความจำเป็น การตั้งเกณฑ์ในการรับบริการของประเทศส่วนใหญ่ขึ้นกับความจำเป็น (needs) ของแต่ละบุคคลซึ่งประเมินตามระดับของความพิการและระดับความต้องการการดูแล แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ 1) การกำหนดเกณฑ์ในระดับชาติ เช่น ในเยอรมันและญี่ปุ่น ขณะที่สหรัฐอเมริกาในโปรแกรม medicaid มีการกำหนดเกณฑ์ขึ้นต่อระดับชาติ และ 2) การประเมินที่เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ซึ่งให้อำนาจผู้ประเมินในการใช้ดุลยพินิจตามสถานการณ์ของแต่ละบุคคล โดยสามารถออกแบบชุดของบริการที่สอดคล้องความจำเป็นระดับบุคคล ส่วนญี่ปุ่น เยอรมัน มีเกณฑ์การได้รับสิทธิประโยชน์ระดับชาติ ที่แบ่งระดับตามความยากลำบากในการประกอบกิจวัตรประจำวันและจำนวนเวลาที่ต้องมีการดูแลในแต่ละวันหรือสัปดาห์ อังกฤษและสวีเดนมีที่มประเมินระดับชุมชน ที่ประเมินถึงความจำเป็นด้านอื่นร่วมด้วย เช่น ระดับรายได้ การอยู่อาศัย

4.3 การกำกับและควบคุมคุณภาพ โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ให้บริการการดูแลระยะยาวในประเทศต่างๆ ประกอบไปด้วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน บริการในรูปแบบสถานบริการส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ การบรรลุเป้าหมายของคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพาต่างๆ จึงขึ้นอยู่กับ การกำกับควบคุมคุณภาพ การบริการและการดูแลการพัฒนาคุณภาพ และการประสานความร่วมมือของบริการการดูแลระยะยาว ประเทศอังกฤษ ได้ดำเนินการกำหนดมาตรฐานคุณภาพ

ของบริการบ้านพักและสถานบริบาล และได้ตั้ง Commission for Social Care เพื่อตรวจสอบ ทบทวน และจัดทำ รายงานประจำปีเสนอต่อรัฐสภา และ Social Care Institute of Excellence ที่จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล บริการที่ดีในการดูแลทางสังคม (Robinson, 2003) ประเทศออสเตรเลียได้มีการปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุ ในเรื่องคุณภาพโดยเฉพาะในสถานบริบาล เกี่ยวกับเรื่องความเป็นส่วนตัวและอาณาบริเวณ เช่น กำหนด จำนวนของผู้พักอาศัยมากที่สุดต่อห้อง (Gray, 2001) และประเทศสิงคโปร์มีการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการ ประเมินความต้องการการรับบริการของผู้สูงอายุ และการประสานงานระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการการดูแลระยะยาวเพื่อลดขั้นตอนการบริหาร จัดการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและการติดตามคุณภาพ ของสถานบริการดูแลระยะยาว (Mehta, 2002)

4.4 การพัฒนาทางด้านการแพทย์เรื้อรังและการประสานกับบริการระยะยาว การให้บริการที่ดีจะมีความเกี่ยวข้องระหว่างการดูแลทางการแพทย์และการดูแลทางสังคม แต่มักเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศ พัฒนาแล้วจำนวนมาก เช่น ในสหรัฐอเมริกายังไม่มี ประกันสุขภาพของรัฐที่ครอบคลุมในทุกกลุ่มอายุและ ความพิการ ความพยายามในการแก้ปัญหา เช่น โปรแกรมการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประสงค์ที่จะป้องกันหรือชะลอการดำเนินเข้าสู่ภาวะที่มีข้อจำกัด ในการทำกิจกรรมต่างๆ โปรแกรมที่พบในอีกหลาย ประเทศ เช่น อังกฤษ เดนมาร์ก ออสเตรเลีย ประกอบด้วยกิจกรรมการป้องกันระยะปฐมภูมิ ระยะทุติยภูมิ และระยะตติยภูมิ ซึ่งพบว่าได้ผลดีในการ ป้องกันความพิการ การย้ายเข้าสู่สถานบริบาล และ เพิ่มการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Stuck, Egger, Hammer, Minder, & Beck, 2002) และการประสานงาน ระหว่างบริการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และบริการที่ไม่ เกี่ยวกับการแพทย์โดยกระทรวงสุขภาพของอังกฤษ ได้มีความพยายามให้องค์กรสุขภาพท้องถิ่นและหน่วย

บริการสังคมมีการใช้งบประมาณหรือจัดหาบริการร่วมกัน (Wiener et al, 2003)

4.5 ความพอเพียงของบุคลากร อาจขึ้น อยู่กับเป้าหมายในการดูแล จากการตระหนักถึงภาวะ ทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นใน ประชากรสูงอายุ ส่งผลให้มีความจำเป็นต่อการดูแล ระยะยาวเพิ่มขึ้น การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่ ประกอบด้วย การดูแลส่วนบุคคลและการดูแลความ เป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ที่ไม่ใช่การดูแลทางการแพทย์ หรือการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะทางวิชาชีพ สำหรับผู้ที่มี ภาวะพึ่งพาหรือความพิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยมีระยะเวลายาวนานมากกว่า 6 เดือน โดยปกติใน สังคมไทยถือเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวและ ญาติพี่น้องที่จะให้การดูแลดังกล่าว ผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอตามสภาพจาก อายุที่มากขึ้น โดยพบมากในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้กลุ่มอื่นๆ มีทั้งผู้พิการและทุพพลภาพ ผู้ป่วย ทางจิต ผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ความเพียงพออาจประเมิน ได้จากการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ในการให้บริการใน ประเทศที่ภาครัฐเป็นผู้ให้บริการหลัก เช่น ประเทศ สิงคโปร์ มุ่งเน้นความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กร การกุศล องค์กรทางศาสนาหรือองค์กรอาสาสมัครต่างๆ มีส่วนร่วมให้บริการมากขึ้น ประเทศยูเครนมีองค์กร ศาสนาและอาสาสมัครที่มีบทบาทในการดูแลผู้พิการ และทุพพลภาพ ประเทศออสเตรเลียมีระบบบริการแบบ ผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน และประเทศเยอรมัน ส่งเสริมให้ภาคเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรเข้ามาพัฒนา บริการเช่นกัน

5. ความช่วยเหลือและผลกระทบต่อครอบครัว และเครือข่ายนอกระบบ

ผลกระทบของการให้การดูแลระยะยาว ที่มีต่อ ครอบครัวและผู้ให้การดูแลนอกระบบ สะท้อนให้เห็น ถึงความต้องการการดูแล ความครอบคลุมของการ บริการและสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบ

เหล่านี้ยังอาจขึ้นอยู่กับนโยบายของภาครัฐที่มีต่อการดูแลระยะยาว เช่น

5.1 ระบบประกันการดูแลระยะยาว มีเพียงบางประเทศเท่านั้นที่เริ่มมีการประกันการดูแลระยะยาวที่ชัดเจน เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีระบบการจ่ายแบบคาดการณ์ล่วงหน้าสำหรับการดูแลที่บ้าน การดูแลระยะยาวในสถานบริการ ในประเทศญี่ปุ่นมีกฎหมายเกี่ยวกับการประกันการดูแลระยะยาว ครอบคลุมถึงการบริการดูแลในชุมชนหรือที่บ้านและในสถานบริการ และประเทศเยอรมันออกกฎหมาย Dependency Insurance Act เพื่อวางระบบการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามประเทศส่วนใหญ่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน บางประเทศยังรวมอยู่กับการบริการสุขภาพทั่วไป จึงทำให้ครอบครัวไม่ได้รับการช่วยเหลือตามที่ต้องการ

5.2 การประเมินความจำเป็น (mean-test) เป็นการประเมินรายได้และบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมาคิดเป็นมูลค่า เพื่อประกอบการพิจารณาการให้บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ (nursing home) เช่น ประเทศอังกฤษ หรือประกอบการพิจารณาการจ่ายร่วมสำหรับการบริการ เช่น ประเทศออสเตรเลีย ดังนั้นการพิจารณาให้การช่วยเหลือครอบครัวจะขึ้นอยู่กับระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศ และอาจมีทั้งได้รับการช่วยเหลือโดยอาจมีการจ่ายร่วมหรือไม่ต้องจ่ายร่วมขึ้นอยู่กับการประเมินความจำเป็นด้วย

5.3 กฎหมาย ประเทศญี่ปุ่นมีนโยบายลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัว ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์มีการออกกฎหมาย Maintain of Parent Act ที่บังคับลูกหลานให้ดำรงการดูแลพ่อแม่ และออกกฎหมายที่เปิดโอกาสให้พ่อแม่ที่สูงอายุสามารถเอาผิดกับลูกหลานหากตนเองได้รับการทารุณกรรมหรือการได้สิทธิพิเศษในการขอที่อยู่อาศัยหากมีผู้สูง

อายุอาศัยอยู่ด้วย อย่างไรก็ตาม ควรทบทวนการมาตรการการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน หรือลูกหลานทางกฎหมายโดยการลดภาษี เนื่องจากบางครอบครัวมีรายได้ต่ำอยู่แล้วก็จะไม่ได้ประโยชน์จากโปรแกรมลดหย่อนภาษีนี้ (Mehta, 2002)

5.4 ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว ในอเมริกา แม้ว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกือบทุกคนจะได้รับความคุ้มครองจาก medicare อย่างไรก็ตาม medicare มักจะไม่ให้การคุ้มครองไปถึงการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จึงมีแนวคิดที่ให้เงินสนับสนุนผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ต่อไป บรรเทาปัญหาการขาดรายได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งเป็นการลดการย้ายผู้สูงอายุไปอยู่ในสถานบริการ เช่น ประเทศออสเตรเลียมีนโยบายในการให้เงินอุดหนุนการดูแลในระยะยาวแก่ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและประเทศอังกฤษก็มีนโยบายให้เงินอุดหนุนสำหรับผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยที่บ้าน ส่วนในประเทศสิงคโปร์กำลังพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแล

### ช่องว่างในการจัดบริการของประเทศไทย

ในประเทศไทย การดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทยยังคงถือเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว การดูแลทางสุขภาพมีลักษณะครอบคลุมถ้วนหน้าแต่ยังไม่ได้ให้ความครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว ขณะที่การบริการทางสังคมจัดให้เฉพาะผู้ที่สามารถดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลเองได้ ดังนั้นการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพาจึงเป็นบทบาทของครอบครัว ขณะที่บริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก ได้ขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน อย่างไรก็ตามยังเป็นรูปแบบในอุดมคติ ที่โรงพยาบาล

ยังไม่สามารถทำให้เป็นรูปธรรมและครอบคลุมทั่วถึง เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากร ทั้งงบประมาณ และบุคลากร รวมทั้งนโยบายที่มีลักษณะเป็นครั้งคราว อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องและความจริงจังในการพัฒนารูปแบบในระยะยาว และในด้านบริการสังคมซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีการอบรมให้ความรู้อาสาสมัครในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในบ้าน ควรมีการพัฒนาแนวทางเพื่อการดำเนินการได้อย่างยั่งยืนต่อไป นอกจากนี้ บริการสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุได้ตั้งขึ้นมาเพื่อให้การดูแลส่วนบุคคลสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง และยังไม่ตอบสนองความต้องการของคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย เพื่อพิจารณาในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบต่อไป ดังต่อไปนี้

1.1. บทบาทระหว่างรัฐกับปัจเจก/ครอบครัว ควรต้องมีการทบทวนบทบาทของภาครัฐ ครอบครัว และปัจเจกในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว โดยรัฐควรเข้ามามีบทบาทในการร่วมเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ ในสังคม โดยใช้กลไกการกระจาย (redistribution) ทรัพยากรที่เหมาะสมซึ่งอาจอยู่ในรูปของภาษีทั่วไป หรือกองทุนประกันแบบบังคับ รัฐสามารถเลือกที่จะให้การดูแลแบบครอบคลุมถ้วนหน้าหรือเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยได้ ขึ้นกับมุมมองและความจำเป็นของแต่ละประเทศ นโยบายที่เหมาะสมกับสังคมไทยน่าจะเป็นแนวทางเดียวกันกับประเทศอื่นๆ ที่สนับสนุนการดูแลในครอบครัวเป็นหลัก โดยรัฐให้การสนับสนุนที่เหมาะสมสอดคล้องกับความ

จำเป็นของปัจเจกบุคคลและครอบครัว โดยมีนโยบายที่เอื้อให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้การดูแลได้โดยไม่สูญเสียโอกาสความมั่นคงทางรายได้ในอนาคต รวมทั้งมีสภาพการทำงานที่เอื้อต่อการทำหน้าที่ดูแลด้วย

#### 1.2. รูปแบบบริการและการเชื่อมโยงกับ

ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ การดูแลระยะยาวประกอบด้วยดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม ดังนั้นการจัดบริการระยะยาวจึงต้องมีการประสานงานและบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านสังคม ในประเทศไทยซึ่งจะมีการถ่ายโอนภารกิจบางประการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนตลอดจนกลไกการจัดการที่ดี ระหว่างส่วนราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคกับองค์กรส่วนท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการบูรณาการของบริการที่มีคุณภาพ โดยควรริเริ่มการบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีการพึ่งพาน้อยที่สุด และเมื่อเข้าสู่ภาวะที่ต้องการการพึ่งพิงก็สามารถได้รับการดูแลในครอบครัวเท่าที่จะเป็นไปได้ สำหรับกลุ่มที่ขาดสมาชิกในครอบครัวควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลเมื่อมีภาวะพึ่งพิงสนับสนุนส่งเสริมชุมชนให้เข้ามามีบทบาท และกลุ่มที่มีความจำเป็นจริงก็ควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐในการเข้ารับการดูแลในสถานบริการ ซึ่งการจัดบริการในลักษณะบูรณาการยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบและป้องกันการโอนภาระให้อีกหน่วยรับผิดชอบ

1.3. ผลกระทบในด้านความเป็นธรรมและความยั่งยืนในด้านการคลัง การจัดการระบบการคลังของการดูแลระยะยาวส่งผลต่อความเป็นธรรมของประชาชนในการได้รับบริการ ทั้งในส่วนของวิธีการได้มาของงบประมาณและวิธีการจัดสรรทรัพยากร ความเป็นธรรมเกิดขึ้นเมื่อการได้มาของงบประมาณมีลักษณะก้าวหน้า และการได้รับบริการไม่ถูกกำหนดด้วยความสามารถในการจ่าย ความยั่งยืนในด้านการ

คลังขึ้นกับปัจจัยหลายประการที่สำคัญ ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ แนวโน้มโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุ แนวโน้มการมีบุตรที่ลดลง การไม่แต่งงานรวมทั้งครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และอัตราการมีส่วนร่วมของแรงงานสตรี แนวทางหนึ่งรัฐบาลสามารถใช้ในการเสริมสร้างความยั่งยืนทางการเงิน ได้แก่ การจัดตั้งกองทุนเพื่อการดูแลระยะยาวขึ้นโดยแยกออกจากกองทุนประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการประกันความมั่นคงของงบประมาณว่าจะไม่ถูกนำไปใช้เพื่อบริการอื่น นอกจากนั้นยังเป็นการสร้างความชอบธรรมในการที่จะระดมทุนเพิ่มขึ้นในการจัดบริการ รวมทั้งควรมีมาตรการต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย เช่น การประเมินผู้มีสิทธิรับบริการ การประเมินความสามารถเพื่อรับการสนับสนุนจากรัฐ การส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และที่สำคัญสำหรับการได้มาของงบประมาณคือการร่วมจ่าย

สำหรับประเทศไทยซึ่งโครงสร้างภาษีในปัจจุบันยังไม่เอื้อต่อการกระจายทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภาษีอาจมีความเป็นไปได้ในทางเมื่อน้อย และขึ้นอยู่กับทิศทางนโยบายเศรษฐกิจของประเทศ การได้มาของงบประมาณจึงมี 2 แนวทาง ได้แก่

1) การจัดตั้งกองทุนระดับประเทศเพื่อการดูแลระยะยาว โดยการสมทบเงินจากภาคส่วนต่างๆ ที่ขึ้นกับระดับของฐานะทางเศรษฐกิจ และ 2) การระดมทรัพยากรภายในชุมชนและองค์กรการกุศลต่างๆ เพื่อให้การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจัดหาบริการสำหรับตนเองได้

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว จากบทเรียนในประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษาจึงสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยต่อไปมีดังต่อไปนี้

2.1 รัฐควรสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพาได้อย่างมีคุณภาพ โดยจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของสังคมไทย จัดให้มีบริการที่เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้มีภาวะพึ่งพาและครอบครัวโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งสองฝ่าย มีนโยบายสังคมที่คำนึงถึงทางเลือกของสตรี ในการจ้างงานและการเสียโอกาสจากการให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพาในครอบครัว มีนโยบายสาธารณะในการสนับสนุนครอบครัวเครือข่ายเพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชนในการให้การดูแลระยะยาว และสนับสนุนชุมชนและองค์กรการกุศล องค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ให้เข้ามามีบทบาทในการจัดความช่วยเหลือแก่ครอบครัวในการดูแล

2.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและศักยภาพของการให้การดูแลทั้งในและนอกระบบ เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลอย่างเป็นขั้นตอนและเหมาะสมกับความเร่งด่วนของปัญหา โดยมีการดำเนินการในเรื่อง การอบรมผู้ให้การดูแลในครอบครัว อาสาสมัคร และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตรฐานและควบคุมคุณภาพบริการของสถานบริบาลและบุคลากรที่ให้การดูแล ศึกษาริฉัยให้ทราบถึงขนาดและระดับของความจำเป็นและช่องว่างของการบริการ พัฒนารูปแบบการเงินการคลังในการดูแลระยะยาวที่มีความยั่งยืนและเป็นธรรม และจัดขอบเขตการให้บริการโดยคำนึงถึงการบูรณาการกับการดูแลที่ไม่ใช่การแพทย์

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2543). *ความรู้ทั่วไปด้านประชากรและผู้สูงอายุ*. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา, สาขาสังคมศาสตร์และประชากรศาสตร์, สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. ระหว่างวันที่ 2-3 ตุลาคม พ.ศ. 2543. โรงแรมตะวันนารามาตา, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2548). *หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ*. Retrieved August 2, 2005, from <http://oppo.opp.go.th/info/network.htm>
- Alber, J. (1990). Recent development in German welfare state: Basic continuity or paradigm shift? In N. Gilbert & R. A. Van Voorhis (Eds.), *Changing patterns of social protection* (pp. 9-74). London: Transaction Publishers.
- Australia of Health and Welfare. (2005). *National aged care programs*. Retrieved August 14, 2005, from <http://www.aihw.gov.au/agedcare/nationalprogs/index.cfm>
- Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2000). Long term care insurance comes to Japan: A major departure for Japan, this new program aims to be a comprehensive solution to the problem of caring for frail older people. *Health Affairs*, 19(3), 26-39.
- Day, T. (2005). *About caregiving*. Retrieved March 3, 2005, from [http://www.longtermcarelink.net/about\\_caregiving.html](http://www.longtermcarelink.net/about_caregiving.html)
- Department of Health. (2001). *National service framework for older people*. London: DoH.
- Ebersole, P., & Hess, P. (2001). *Geriatric nursing and healthy aging*. St. Louis: Mosby.
- Gibson, M. J., Gregory, S. R., & Pandya, S. M. (2003). *Long-term care in developed nations: A brief overview*. WA: AARP Public Policy Institute.
- Glendinning, C., Davies, B., Pickard, L., & Comas-Herrera, A. (2004). *Funding long-term care for older people: Lessons from other countries*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Gray, L. (2001). *Two year review of aged care reforms*. Canberra: Department of Health and Aged Care.
- Luggen, A. S., & Meiner, S. E. (2001). *NGNA: Core curriculum for gerontological nursing*. St. Louis: Mosby.
- Mehta, K. K. (2002) National policies on ageing and long-term care in Singapore: A case of cautious wisdom? In D. R. Phillips & A. C. M. Chan (Eds.). *Ageing and long-term care: National policies in the Asia-Pacific* (pp. 150-180), Singapore: Bestprint Printing.
- Mossialos, E. & Dixon, A. (2002). Funding health care in Europe: Weighing up the option. In E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. Kutzin (Eds). *Funding health care: Option for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Norton, E. C. (2000). Long-term care. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (pp. 955-994). Amsterdam: Elsevier.
- Olsen, G. M. (1999). Half empty of half full? The Swedish welfare state transition. *Canada Review of Sociology and Anthropology*, 36, 242-263.
- Organization Panamericana de la Salud. (2001). *Country health policy for Mexico presidencia de la republica con discapacidad*. Retrieved March 3, 2005, from <http://www.discapacidad.presidencia.gov.mx>
- Robinson, R. (2003). *The finance and provision of long term care for elderly people in the UK: Recent trends, current policy and future prospects*. London: London School of Economics and Political Science.
- Schneida, U. (1999). Germany's social long-term care insurance: Design, implementation, and evaluation. *International Social Security Review*, 52(2), 31-74.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *Journal of American Medical Association*, 287, 1022-1028.
- The American Institute of Medicine. (1986). *Improving the quality of nursing homes*. WA: National Academy Press.
- Wiener, M., Callahan, C., Tierney, W., Overhage, J., Mamlin, B., Dexter, P., et al. (2003). Using information technology to improve the health care of older adults. *American Collage of Physicians, Annals of Internal Medicine*, 139, 430-437.
- Wittenberg, R., Knapp, M., & Sandhu, B. (2002). Funding long-term care: The public and private options. In E. Mossialos, J. Figueras, A. Dixon, & J. Kutzin (Eds.), *Funding health care: Options for Europe* (pp. 226-249). Buckingham: Open University Press.
- World Health Organization. (2000). *Home-based long-term care, Report of a WHO study groups*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2003). *Long-term care in developing countries: Ten case studies*. Geneva: WHO.

## Long-Term Care: Comparative Analysis for Policy Recommendation

Kanitta Bundhamcharoen\* D.D.S., M.A., Ph.D. (Social Policy)

Siriphan Sasat\*\* R.N., Ph.D. (Nursing Studies-Gerontology)

**Abstract:** A comparative analysis study of long-term care system from 10 countries was carried out for policy development and policy planning recommendation for appropriate long-term care services in the Thai context. The result of this study found that the government had difference levels of roles in conceptualizing and developing long-term care provision system depending on social background of each countries. The services included personal care needs and institutional and community care. In addition, there were cash benefits and financial support for family caregivers. The financial systems came from general taxation, third party payers, and out-of-pocket payment and the cost control such as co-payment was often found. For the issue of management, the care receiver was assessed for their dependency level and duration of caring needs. Various financial support models for the family and informal network in each country were found, for example, services provisioning, cash benefit for family, tax relief for co-residential children, benefit of working leave, and basic pension benefit. The recommendation for developing long-term care in Thailand was that the system development must be appropriate for cultural and value of Thai context. The services should be emphasized on family's role in caring, while the government provides support, education, supervision, and monitoring on quality control. In addition, there should be a safety net available for the family that is unable to provide this kind of care.

**Keywords:** Comparative analysis study, Long-term care, Older persons

---

\*Senior Researcher, International Health Policy Program, Thailand

\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University