

ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ : การทบทวนวรรณกรรม แบบกำหนดขอบเขต

กุสาวดี เมลืองนนท์* ชะอรสิน สุขศรีวงศ์* ศนิตา หิรัญรัมย์* ดวงรัตน์ โพธิ์*

บทคัดย่อ

บทนำ : การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพและการจัดระบบดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาช่องว่างความรู้สำหรับใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องของผู้สูงอายุประเทศไทย

วิธีการวิจัย : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสหราชอาณาจักร เยอรมนี สหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย ขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม 3 ด้าน คือ 1) รูปแบบการให้บริการ 2) กระบวนการเข้าถึง และ 3) ค่าใช้จ่ายของระบบ

ผลการวิจัย : การทบทวนงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ 24 เรื่องและรายงานวิจัย 12 เรื่อง พบว่า 1) รูปแบบการให้บริการแบบเป็นทางการโดยรัฐและเอกชนผ่านสถานบริการ แบบไม่เป็นทางการโดยครอบครัวและชุมชน มีการให้สิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบเงินสดและรูปแบบอื่น เช่น การดูแลบ้าน 2) กระบวนการเข้าถึง มีระบบคัดกรองเพื่อจัดระดับความต้องการการดูแลตามเกณฑ์การดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และ 3) ค่าใช้จ่ายของระบบผ่านระบบภาษี ระบบประกันสังคม และการจ่ายเอง

สรุปผล : แนวทางการพัฒนาเพื่อปิดช่องว่างความรู้ด้านรูปแบบการให้บริการ ด้านกระบวนการเข้าถึงระบบบริการ และด้านค่าใช้จ่ายของระบบบริการ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาผู้ให้การดูแลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 2) การพัฒนากลไกการช่วยเหลือทางการเงิน 3) การจัดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม 4) การจัดกิจกรรมการเพิ่มคุณภาพชีวิต 5) การปรับบทบาทของสถานพยาบาล 6) การเพิ่มจำนวนสถานบริการ 7) การปรับกระบวนการคัดกรองให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการเงิน และ 8) การพัฒนาระบบและกลไกทางการเงินการคลังให้สามารถรองรับภาระค่าใช้จ่ายในอนาคต

คำสำคัญ : ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : กุสาวดี เมลืองนนท์, E-mail: kusawade@tu.ac.th

A continuity long-term care system for elderly: Scoping reviews

Kusawadee Maluangnon* Cha-oncin Sooksriwong* Sanita Hirunrassamee* Tuangrat Phodha*

Abstract

Background: The increasing number of Thai elderlies have direct effects on the social welfare system and healthcare services.

Objectives: To study knowledge gaps for determining guidelines for the development of a continuity long-term care system for the elderly in Thailand.

Methods: The documents about long-term care policy in the United Kingdom, Germany, the United States, Canada, Japan, Singapore, and Thailand were reviewed. The scope of the review included 1) The service models 2) The service accessibility process and 3) The service expenditure.

Result: Twenty-four articles and twelve gray literature were identified. It was found that 1) The service models of the long-term care system consisted of 2 models, the formal model provide by both the state and the private sectors and the informal model provided by the family and community. The benefits of the two models were available in both cash and other forms, such as home care 2) The service accessibility process of the long-term care system provided by a screening system classifying the level of care needs according to the criteria for daily activities of the elderly and 3) The service expenditure of the long-term care system was paid by the government through the tax system, the social security system, and the self-payment.

Conclusions: Development guidelines to address the knowledge gaps in the service model, service assessing process, and service expenditure included 1) The development of caregivers in both quantity and quality 2) The development of financial support mechanisms 3) The provision of appropriate benefits packages 4) Organizing activities to enhance the quality of life 5) Adjustment of hospitals' roles 6) Increase the number of service centers 7) Modification of screening criteria to account for medical conditions, daily living, and finances and 8) The development of financial and fiscal systems and mechanisms to support future expenses.

Keywords: Continuity long-term care system, elderly, scoping review

*Faculty of Pharmacy, Thammasat University

Corresponding author: Kusawadee Maluangnon, E-mail: kusawade@tu.ac.th

บทนำ

ระบบการดูแลระยะยาว (long-term care; LTC) คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน)¹

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2574 จะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดเช่นเดียวกับญี่ปุ่น กล่าวคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 28.00² ผลการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80.00 มีเงินไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพในวัยหลังเกษียณ³ และส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด³ อีกทั้งมีแนวโน้มพิการมากขึ้นจากร้อยละ 5.80 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 15.30 ในปี พ.ศ. 2550⁴ ปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงและยากที่จะรักษาให้หายขาด ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงินไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม เนื่องด้วยข้อจำกัดทางด้านการเงินและการดำรงชีพ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งผู้สูงอายุเองและบุคคลในครอบครัว การทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นงานที่ท้าทายและใช้งบประมาณที่สูง อีกทั้งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของรัฐที่จะวาง

นโยบาย แนวทางและมาตรการในการรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ปัจจุบันประเทศแถบตะวันตกส่วนใหญ่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เช่น สหราชอาณาจักร เยอรมนี เช่นเดียวกับประเทศในเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ซึ่งประเทศเหล่านี้ได้มีการเตรียมรับมือสถานการณ์ดังกล่าวมาล่วงหน้าเป็นระยะเวลาหนึ่ง จึงควรที่จะมีการศึกษาวิเคราะห์แนวทางการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุของประเทศดังกล่าว เพื่อนำแนวความคิดการจัดระบบบริการและการจัดการทางการเงินของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศอื่นมาประกอบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

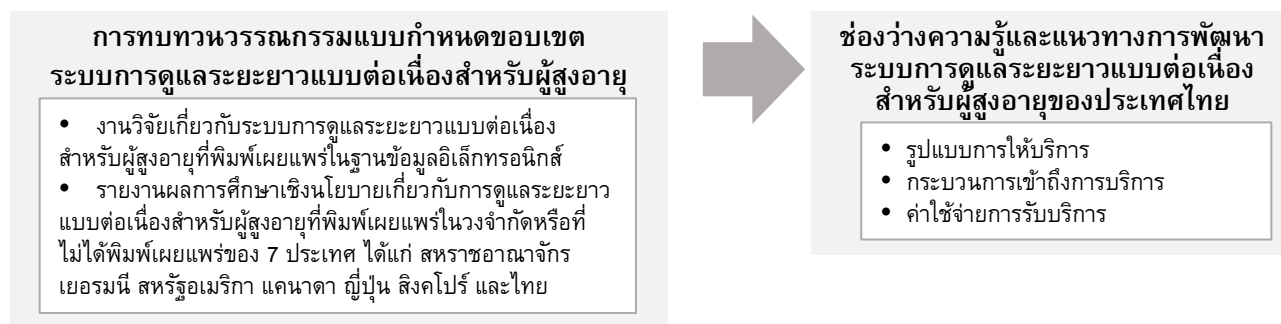
เพื่อศึกษาช่องว่างความรู้สำหรับใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องของผู้สูงอายุประเทศไทย โดยมีขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม 3 ประเด็น ได้แก่ 1) รูปแบบการให้บริการของระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่อง 2) กระบวนการเข้าถึงการบริการของระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่อง และ 3) ค่าใช้จ่ายการรับบริการของระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่พิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และวรรณกรรมรายงานผลการศึกษาเชิงนโยบายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่พิมพ์เผยแพร่ในวงจำกัดหรือที่ไม่ได้พิมพ์เผยแพร่ของ 7 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร เยอรมนี สหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น

สิงคโปร์ และไทย สังเคราะห์ได้เป็นช่องว่างความรู้และแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

3 ด้านประกอบด้วย รูปแบบการให้บริการ กระบวนการเข้าถึงการบริการ และค่าใช้จ่ายการรับบริการ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (scoping review) ที่เกี่ยวข้องกับระบบระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการยกเว้น (exemption) จากการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 การสืบค้นวรรณกรรม วรรณกรรมที่ทบทวนจำแนกออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการเผยแพร่ ได้แก่ วรรณกรรมปฐมภูมิที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed/Medline, Cochrane, และ Web of Science และวรรณกรรมที่จัดทำโดยหน่วยงานเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของ 7 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร

เยอรมนี สหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย ซึ่งพิมพ์เผยแพร่ในวงจำกัดหรือไม่ได้พิมพ์เผยแพร่ เป็นวรรณกรรมที่เรียกว่า gray literature โดยสืบค้นจากเว็บไซต์ของหน่วยงานภาครัฐของในแต่ละประเทศ คำค้นที่ใช้ ประกอบด้วย affordability, long-term care, elderly, health policy, affordability health insurance, nursing home, residential care, assisted living, ageing, policy United Kingdom, United State, Canada, Japan, German, Singapore และ Thailand

1.2 การคัดเลือกวรรณกรรม ดำเนินการ

เก็บข้อมูลระหว่าง มีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 2 ทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อบทความ แหล่งที่มา ผู้วิจัย/ผู้เขียนบทความ ปี ค.ศ/พ.ศ. หมวดหมู่เนื้อหา บันทึกเนื้อหาที่สกัดจากบทความ ตามประเด็นหลัก 3 ประเด็น วิเคราะห์ตามแนวทางการวิเคราะห์และเปรียบเทียบ และสรุปผลการจัดหมวดหมู่เนื้อหาและข้อค้นพบ การทบทวน

วรรณกรรมเพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูล ผู้วิจัยทั้ง 2 คน ดำเนินการอย่างอิสระ จากนั้นทำการเปรียบเทียบ ผลการทบทวนของทั้ง 2 คน โดยผู้วิจัยคนที่ 3 เป็นผู้ตัดสินในกรณีที่การจัดหมวดหมู่เนื้อหา มีความแตกต่างกัน

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกวรรณกรรมปฐมภูมิ

1) เป็นวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2563

2) ใช้ภาษาภาษาอังกฤษในการเรียบเรียงบทความ

1.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกวรรณกรรมที่พิมพ์เผยแพร่ในวงจำกัดหรือที่ไม่ได้พิมพ์เผยแพร่ที่จัดทำโดยหน่วยงานเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

1) ภาษาที่ใช้ในการเรียบเรียงวรรณกรรม ได้แก่ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

2) เทคนิคในการสืบค้น ใช้วิธีการเชื่อมต่อจุด (connecting the dot) ร่วมกับการเขียนแผนที่ความคิด (mind map) ผ่านคำค้นชุดเดียวกันกับที่ใช้ในการค้นวรรณกรรมปฐมภูมิ

1.2.3 เกณฑ์การคัดวรรณกรรมออก

1) สารสำคัญในวรรณกรรมไม่สามารถระบุช่วงอายุของผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง หรือการครอบคลุมอายุของประชากรภายใต้นโยบายสาธารณะไม่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป

2) เป็นการศึกษาวิจัยหรือการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีการระบุโรคเป็นการเฉพาะ (specific disease)

3) วรรณกรรมวิจัยที่ระบุวิธีการวิจัยที่เข้าข่ายการศึกษาด้านการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

4) วรรณกรรมไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแสดงผลเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล หรือ ค่าใช้จ่ายและความสามารถในการจ่ายของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

5) วรรณกรรมปฐมภูมิที่ไม่ผ่านการประเมินคุณภาพด้วย STROBE criteria

2. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (data extraction form) ที่ผู้วิจัยสร้าง และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วย STROBE criteria

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เทคนิคการสังเคราะห์แบบบรรยาย (narrative synthesis) กับการสังเคราะห์ช่องว่างความรู้เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องของผู้สูงอายุของประเทศไทย และใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สำหรับการวิเคราะห์นโยบายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุของสหราชอาณาจักร เยอรมนี สหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย

ผลการวิจัย

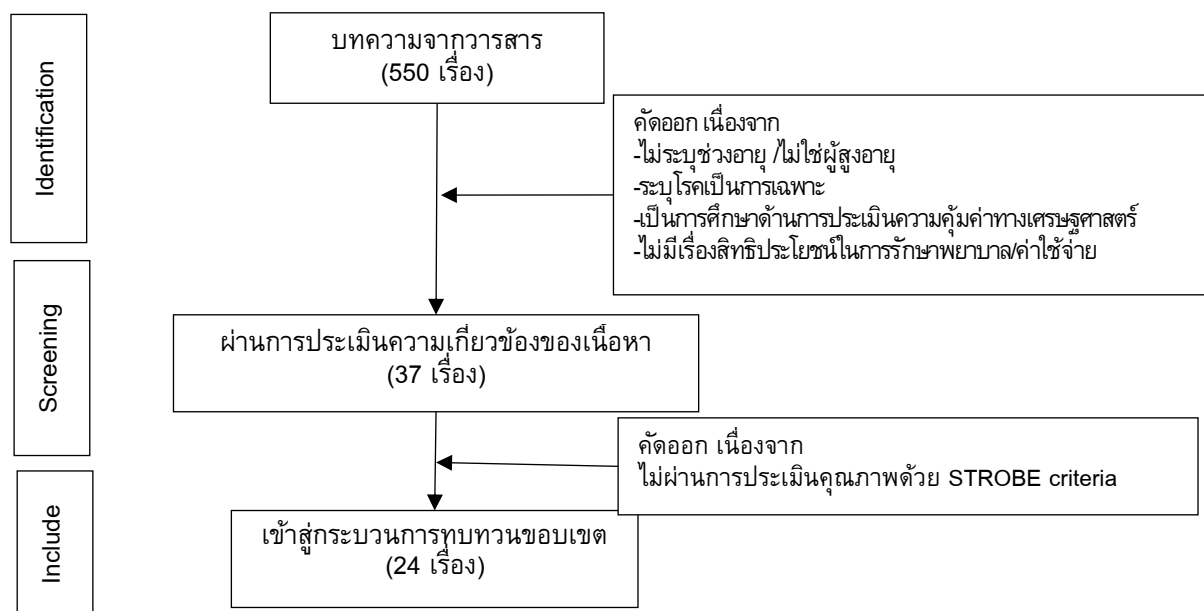
จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต ผลการสืบค้นวรรณกรรม 2 ประเภท คือ

1) วรรณกรรมปฐมภูมิที่มีการเผยแพร่ในรูปแบบงานวิจัยที่ฐานข้อมูลทุติยภูมิ ทำการคัดวรรณกรรมออกตามเกณฑ์ คงเหลือวรรณกรรมที่ผ่านการทบทวน 37 เรื่อง โดยท้ายสุดมีวรรณกรรมที่ผ่านการประเมินคุณภาพด้วย STROBE criteria จำนวน 24 ฉบับ และ

2) วรรณกรรมที่พิมพ์เผยแพร่ในวงจำกัดหรือที่ไม่ได้พิมพ์เผยแพร่หรือจัดทำโดยหน่วยงาน

เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่คัดเข้าตามเกณฑ์ได้จำนวน 12 ฉบับ

ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกวรรณกรรม

1. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุต่างประเทศและประเทศไทย 3 ด้าน ได้แก่ รูปแบบการให้บริการ การเข้าถึงระบบการบริการ และค่าใช้จ่ายการรับบริการ

1.1 รูปแบบการให้บริการ

1.1.1 รูปแบบการให้บริการของต่างประเทศ พบว่าเป็นการจัดการโดยภาครัฐเป็นหลัก แต่มีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร และแคนาดา มีภาคเอกชนดำเนินการเสริมทั้งในรูปแบบของ

อาสาสมัครไม่แสวงหากำไรและรูปแบบบริษัท แสวงหากำไรซึ่งผู้สูงอายุต้องจ่ายเพิ่ม⁵⁻⁶ ส่วนในเยอรมนีจัดการภายใต้ระบบประกันสังคม (social long-term care insurance system; LTCI)⁷ และบริหารจัดการโดยรัฐบาลส่วนกลางและส่วนการปกครองแต่ละรัฐ โดยทำหน้าที่ให้บริการโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น ทั้งนี้กรอบของ ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับสิทธิประโยชน์ได้จากชุดสิทธิประโยชน์ 3 รูปแบบที่รัฐจัดให้ ได้แก่ 1) สิทธิประโยชน์ในรูปแบบเงินสด 2) สิทธิประโยชน์ในรูปแบบการรับบริการการดูแลจากบริษัทภายใต้สัญญาของระบบประกัน และ 3) สิทธิประโยชน์ในรูปแบบเลือกเงินสดรวมกับการรับบริการการดูแลจากบริษัทภายใต้สัญญาของระบบประกัน การ

ดูแลผู้สูงอายุนี้จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายพื้นฐานเท่านั้น ไม่รวมค่าที่พักและค่าอาหาร ซึ่งผู้ให้บริการต้องจ่ายเพิ่ม⁷ ประเทศสหรัฐอเมริกา การจัดระบบการดูแลระยะยาวโดยภาครัฐ มี 2 ระบบหลัก ได้แก่ 1) โครงการประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว ได้แก่ Home-and Community-Based Services หรือ HCBS สถานะบริหารและสถานบริการที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตในบางรัฐ และ 2) แผนประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ภายใต้ระบบเมดิแคร์ (Medicare) ประกอบด้วย 4 โปรแกรมซึ่งแตกต่างกันในรายละเอียด เช่น ครอบคลุมการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยแบบพิเศษหรือการดูแลผู้ป่วยตามบ้าน หรือครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการแบบผู้ป่วยนอก รวมถึงค่าบริการแพทย์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ บางโปรแกรมครอบคลุมยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ รวมทั้งมีโปรแกรมที่เป็น การดำเนินการร่วมกันของภาครัฐและบริษัทเอกชน (Managed Medicare/Medicare Advantage) โดยจัดทำในรูปชุดสิทธิประโยชน์เสริมโดยการจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม⁸ มีการจัดระบบบริการแบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine)⁹ ประเทศญี่ปุ่น รัฐบาลให้การดูแลประชาชนทุกคนที่มีอายุมากกว่า 65 ปี การให้บริการที่สถานบริการจะมีการจัดการบริการใน 3 รูปแบบ คือ 1) LTC welfare facilities สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการพักอาศัยไปตลอดชีวิต 2) LTC rehabilitation facilities สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการพักชั่วคราวหลังจากออกจากโรงพยาบาล 3) LTC medical facilities สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังแบบรุนแรง กรณีของการจัดบริการที่

โรงพยาบาลเป็นการดำเนินการในรูปแบบไม่แสวงหากำไร การดูแลที่บ้านดำเนินการโดยบริษัทที่แสวงหากำไรที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน มีรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดอัตราค่าบริการ¹⁰ ครอบคลุมการดูแลบ้าน การช่วยเหลือในกิจวัตรส่วนตัว การเดินทาง การไปเยี่ยมบ้านทั้งกลางวันและกลางคืนโดยพยาบาลเพื่อให้ยาและการรักษา รวมถึงการช่วยเหลือในการเข้าถึงคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ที่มีอาการความจำเสื่อม ประเทศสิงคโปร์มีแนวคิดพื้นฐานสำคัญคือการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว ทำให้นโยบายการดูแลระยะยาวมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากลูกหลานที่บ้านนานที่สุดและรับการดูแลจากสถานบริการเป็นอันดับสุดท้าย¹¹ โดยมีชุมชนคอยให้การสนับสนุน หากครอบครัวไม่สามารถดูแลได้จะมีหน่วยงานอาสาสมัครสวัสดิการเข้ามาช่วยเหลือ (Voluntary Welfare Organization; VWO) ซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ แต่รัฐจะไม่ใช่ผู้จัดบริการโดยตรง กระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์ได้ตั้งคณะกรรมการตามกฎหมายที่เรียกว่า Agency for Integrated Care (AIC) ทำหน้าที่จัดการการส่งต่อสู่สถานบริการเพื่อการดูแลระยะยาวและประสานงานเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ในบริการที่เหมาะสม

1.1.2 รูปแบบการให้บริการของประเทศ ไทย พบว่ารัฐสนับสนุนให้ชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุซึ่งค่าใช้จ่ายของระบบดังกล่าวจะต่ำกว่าการใช้บริการที่บ้านพักคนชราซึ่งมีจำนวนไม่เพียงพอ จัดผู้ดูแล (caregiver) ในชุมชน ในส่วนของการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการ เมื่อมีการเจ็บป่วยมีระบบการดูแลและมีการส่งต่อผู้สูงอายุประสานกันในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบคือ

ระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹² ในด้านสิทธิประโยชน์ รัฐโดยกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ (สคส.) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย กำหนดว่าผู้สูงอายุที่อายุ 60 - 69 ปี รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 600 บาท/เดือน รับเงินช่วยเหลือพิเศษเพิ่ม 100 บาท/เดือน อายุ 70 - 79 ปี รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 700 บาท/เดือน รับเงินช่วยเหลือพิเศษเพิ่ม 150 บาท/เดือน ซึ่งผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้จ่ายในการยังชีพและการดูแลระยะยาวของตนเองได้¹³ ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในยามสุขภาพดีและยามเจ็บป่วยแบบระยะยาว เพื่อรองรับกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่าย ในขณะที่สถานพักพิงสำหรับผู้สูงอายุของภาครัฐมีจำนวนไม่เพียงพอ¹⁴ แม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพในรูปของเงินสดเป็นรายเดือนแต่เป็นจำนวนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการภาคเอกชนได้

1.2 การเข้าถึงระบบการบริการ

1.2.1 การเข้าถึงระบบการบริการของต่างประเทศ พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการการดูแลระยะยาวแสดงความจำนง และผ่านการตรวจคัดกรองเพื่อจัดระดับความต้องการทั้งในประเด็นความต้องการการช่วยเหลือและค่าใช้จ่าย เช่น ในสหราชอาณาจักร และเยอรมนี¹⁵⁻¹⁶ ประเทศญี่ปุ่นมีการประเมินโดยคณะกรรมการทั้งด้านสุขภาพกายและใจ และประเมินระดับความต้องการการดูแล¹⁰ และประเทศแคนาดามีขั้นตอนการประเมินเพื่อคัดเลือกและจัดลำดับโดยฝ่ายสาธารณสุขของแต่ละมลรัฐ¹⁷ ประเทศสหรัฐอเมริกา มุ่งเน้นกลุ่มคนที่มีรายได้น้อยและไม่มีความช่วยเหลืออื่น โดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่บริการ

ดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐ ส่วนสิงคโปร์หากครอบครัวไม่สามารถดูแลได้จะมีหน่วยงานอาสาสมัครเข้ามาช่วยเหลือ มีระบบการลงทะเบียนอัตโนมัติล่วงหน้าเพื่อรับแผนการประกันดูแลระยะยาวแบบสมัครใจ โดยมีค่าเบี้ยประกัน¹¹

1.2.2 การเข้าถึงระบบการบริการของประเทศไทย พบว่าเป็นการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผ่านทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำการคัดกรองตามเกณฑ์การดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ มีการลงทะเบียนและการให้บริการครอบคลุมเข้าถึงคนในชุมชนได้ทั่วถึงผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

1.3 ค่าใช้จ่ายการรับบริการ

1.3.1 ค่าใช้จ่ายการรับบริการของต่างประเทศ พบว่างบประมาณภาครัฐได้จากระบบภาษีและประกันสังคม บางประเทศมีระบบการร่วมจ่าย เช่น ในสหราชอาณาจักร⁵ หากผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการซื้อบริการระยะยาวทางภาครัฐจะดำเนินการประเมินมูลค่าทรัพย์สินเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับค่าที่พักอาศัยโดยเป็นการจ่ายล่วงหน้า^{5,18-21} ส่วนของประเทศญี่ปุ่น การดูแลไม่ครอบคลุมในส่วน of ค่าที่พักและค่าอาหาร โดยกำหนดอัตราเพดานการช่วยเหลือค่าใช้จ่าย สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกินกว่าอัตราเพดานผู้สูงอายุเองหรือครอบครัวต้องรับผิดชอบเอง¹⁰ ในสหรัฐอเมริกา และสิงคโปร์มีระบบการซื้อประกันเพิ่มเติมโดยสิงคโปร์มีระบบประกันสำหรับการดูแลระยะยาวโดยสมัครใจ และรวมถึงจัดให้มีแผนเสนอความคุ้มครองทางการเงินบางส่วน และกำหนดผลประโยชน์เป็นต้นทุน²²

1.3.2 ค่าใช้จ่ายการรับบริการของประเทศ ไทย พบว่าเป็นการใช้งบประมาณที่สนับสนุนจาก ภาครัฐ โดยการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลใช้กลไกระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ หรือสวัสดิการข้าราชการ สำหรับ ผู้สูงอายุที่เดิมอยู่ในสิทธิประกันสังคมจะถูกส่ง ต่อมายังระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ อปท. เป็นผู้ดำเนินการรับผิดชอบกิจกรรม ด้วยการ สนับสนุนงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการ ทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 6,000 บาทต่อคน ต่อปี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการพัฒนาผู้ดูแล และ สร้างกิจกรรมที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการ

มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อ ระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ²³⁻²⁴ ส่วนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ ผู้สูงอายุได้รับเบี้ย ยังชีพเป็นประจำทุกเดือน

2. ผลการวิเคราะห์ช่องว่างความรู้และ สังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบการดูแล ระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุของ ประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์ช่องว่างความรู้เกี่ยวกับ ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ สูงอายุของประเทศไทยโดยการเปรียบเทียบกับ ต่างประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ ของต่างประเทศกับประเทศไทย

ประเด็นการ วิเคราะห์	ระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ	
	ต่างประเทศ	ไทย
รูปแบบการ ให้บริการ	- การจัดการโดยภาครัฐเป็นหลักโดยมีภาคเอกชนดำเนินการ เสริม - ภาครัฐกำหนดอัตราค่าบริการและให้การรับรองมาตรฐาน - สิทธิประโยชน์เป็นบริการ หรือเงินสด - หากต้องการบริการเสริมต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม - เป็นการจัดการดูแลทั้งเมื่อเจ็บป่วย และการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	- การจัดการโดยภาครัฐเป็นหลักโดยมีภาคเอกชนดำเนินการ เสริม - สถานบริบาลและบ้านพักคนชราของภาครัฐมีไม่เพียงพอ - การจัดการระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ สูงอายุโดย อปท. - สิทธิประโยชน์ผ่านระบบประกันสุขภาพ และเบี้ยยังชีพซึ่งเป็น จำนวนเงินที่จำกัด
กระบวนการ เข้าถึงระบบ การบริการ	- ผู้สูงอายุแสดงความจำนงและผ่านการตรวจคัดกรอง ประเมิน ระดับความต้องการและจัดลำดับความต้องการการดูแล	- ผู้สูงอายุลงทะเบียนเพื่อการคัดกรองตามเกณฑ์ผ่านระบบการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผ่าน อปท.
ค่าใช้จ่ายการ รับบริการ	- งบประมาณจากภาครัฐได้จากระบบภาษีและประกันสังคม - มีระบบการร่วมจ่ายผ่านระบบการซื้อประกันเพิ่มเติม	- งบประมาณจากภาครัฐผ่านการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ กลไกระบบประกันสุขภาพ - มีระบบผู้ดูแลโดย อปท. - การสร้างกิจกรรมที่เชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ - มีเบี้ยยังชีพเป็นค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ

สรุปช่องว่างความรู้และแนวทางการ พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยได้ดังนี้

2.1 รูปแบบการให้บริการ การดูแล ผู้สูงอายุแบบเป็นทางการโดยสถานบริบาลหรือ โรงพยาบาลผ่านกลไกของระบบประกันสุขภาพ

แห่งชาติ 3 ระบบคือ ระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม และ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนรูปแบบไม่เป็นทางการเป็นการดูแลที่บ้านโดยครอบครัวและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชน ระบบการดูแลที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ยังไม่ครอบคลุม รัฐควรจัดผู้ให้การดูแลที่มีจำนวนเพียงพอ พัฒนาทักษะของผู้ให้การดูแล เพื่อให้มีคุณภาพมาตรฐาน สร้างกลไกการสนับสนุนคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว มีกลไกการช่วยเหลือทางการเงินกรณีผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่าย จัดสิทธิประโยชน์และระบบสนับสนุนอื่นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาศัยการสนับสนุนของชุมชน เช่น การจัดบริการรับส่งผู้สูงอายุจากที่พักไปโรงพยาบาล เพื่อลดการสูญเสียจากข้อจำกัดในการเดินทาง อำนวยความสะดวกด้านการส่งเวชภัณฑ์จำเป็นจากโรงพยาบาลมายังที่พัก การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมสันทนาการ การจัดโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมไปถึงศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าไปเยี่ยมกลับ^{5-7,10} บทบาทของสถานบริการและโรงพยาบาลมีส่วนสนับสนุนการทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะยาวโดยชุมชน เช่นเป็นผู้จัดหาเวชภัณฑ์จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา เป็นผู้สั่งใช้และให้คำแนะนำในการใช้เวชภัณฑ์ เพื่อให้ระบบการดูแลทางการแพทย์ได้มาตรฐาน รวมถึงกำกับดูแลและให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการฟื้นฟูนอกสถานพยาบาล⁸⁻⁹ นอกจากนี้ประเด็นข้อจำกัดด้านจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึง รัฐควรสนับสนุนให้มีการดำเนินการ

ของภาคเอกชนทั้งที่แสวงหาผลกำไรและไม่แสวงหาผลกำไรโดยรัฐทำหน้าที่กำหนดและควบคุมกำกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ^{5-6,10}

2.2 กระบวนการเข้าถึงระบบการบริการ
ระบบของประเทศไทยดำเนินการผ่านอปท. โดยมีการคัดกรองตามเกณฑ์การดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อให้กระบวนการเข้าถึงระบบการบริการครอบคลุมอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรจัดให้มีการคัดกรองและการประเมินเพื่อจัดระดับความต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งการสนับสนุนอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนด้านการเงิน^{10-11,15-17}

2.3 ค่าใช้จ่ายของระบบบริการ ประเทศไทยใช้งบประมาณภาครัฐจากระบบภาษีเป็นหลัก ซึ่งในอนาคตอันใกล้ภาระค่าใช้จ่ายของระบบจะสูงมากขึ้น มีระบบและกลไกทางการเงินการคลังที่หลากหลายที่รัฐควรพิจารณาเป็นนโยบายเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนให้ระบบการดูแลระยะยาวมีความยั่งยืน เช่นระบบภาษีจากรายได้เพื่อกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระบบการมีส่วนร่วมจ่าย และระบบประกันที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ^{5-6,8,10,18,21-22}

อภิปรายผล

ผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวทางในการจัดบริการการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย พบช่องว่างความรู้ที่ต้องเติมเต็มเพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสังเคราะห์ได้เป็นแนวทางพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องของผู้สูงอายุประเทศไทย

ได้เป็น 3 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) แนวทางพัฒนารูปแบบการให้บริการ 2) แนวทางพัฒนากระบวนการเข้าถึงระบบบริการ และ 3) แนวทางพัฒนาค่าใช้จ่ายของระบบบริการ ดังนี้

1) แนวทางพัฒนารูปแบบการให้บริการ เป็นการทำให้มีระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมบริการที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุและเป็นบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การจัดการบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพโดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมตามบริบทของสังคมไทย ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการจัดให้มีผู้ให้การดูแลที่มีจำนวนเพียงพอ มีมาตรฐานความสามารถและทักษะ มีระบบและกลไกการสนับสนุนให้มีการดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณภาพให้มีจำนวนมากขึ้นเพื่อรองรับความต้องการในอนาคต รวมถึงการกำหนดมาตรฐานการบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ^{5-7,10} ระบบการดูแลผู้สูงอายุควรครอบคลุมถึงการดูแลการดำเนินชีวิตประจำวัน การจัดทำมีนโยบายเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกและการป้องกันโรค การสร้างความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบระดับปัจเจกบุคคล การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบการดูแลผู้สูงอายุ และระบบสนับสนุนอื่นๆ การมีกลไกการช่วยเหลือทางการเงินกรณีผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่าย^{5-7,10-11,15-17} การพัฒนาระบบและกลไกการมีส่วนร่วมและปรับบทบาทของสถานบริการและโรงพยาบาลให้มีส่วนสนับสนุนการทำงานของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุ

เป็นไปอย่างต่อเนื่องและประสานกันทั้งโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว รูปแบบระบบบริการที่ครอบคลุมและเหมาะสมนี้จะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและชะลอระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านจากผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตัวเองได้ไปสู่ภาวะที่ต้องพึ่งพิง เป็นกลไกสำคัญในการรับมือความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในอนาคต²⁻⁴

2) แนวทางพัฒนากระบวนการเข้าถึงระบบบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือเข้าถึงระบบบริการ การดำเนินการผ่านอปท.เป็นแนวทางที่มีความเหมาะสม การพัฒนากระบวนการเข้าถึงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คือจัดให้มีการคัดกรองและการประเมินเพื่อจัดระดับความต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งการสนับสนุนอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนด้านการเงิน^{10-11,15-17} นอกจากนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอต่อประเด็นการคัดกรอง คือควรจัดให้มีระบบคัดกรองทั้งผู้ที่อยู่ในวัยก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการดูแลป้องกันโรคและเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกในเบื้องต้น^{10-11,15-17} อันจะเป็นการชะลอการเข้าสู่ภาวะการเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง

3) แนวทางพัฒนาค่าใช้จ่ายของระบบบริการ จากการที่ค่าใช้จ่ายของระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้²⁻⁴ แนวทางพัฒนาค่าใช้จ่ายของระบบบริการต้องคำนึงถึงระบบและกลไกการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพนอกเหนือจากการใช้งบประมาณภาครัฐ^{5-6,8,10,18,21-22} ซึ่งจะเป็นการ

พัฒนาระบบให้มีความยั่งยืน เช่น การมีระบบการร่วมจ่าย ระบบการซื้อประกันเพิ่มเติม ระบบประกันสำหรับการดูแลระยะยาวโดยสมัครใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

แนวทางการพัฒนาเพื่อปิดช่องว่างความรู้ด้านรูปแบบการให้บริการ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาผู้ให้การดูแลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 2) การพัฒนากลไกการช่วยเหลือทางการเงิน 3) การจัดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม 4) การจัดกิจกรรมการเพิ่มคุณภาพชีวิต 5) การปรับบทบาทของสถานพยาบาล และ 6) การเพิ่มจำนวนสถานบริการ

แนวทางการพัฒนาเพื่อปิดช่องว่างความรู้ด้านกระบวนการเข้าถึงระบบการบริการผ่านทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง โดยการปรับกระบวนการคัดกรองตามเกณฑ์การดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการแพทย์ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการเงิน

แนวทางการพัฒนาเพื่อปิดช่องว่างความรู้ด้านค่าใช้จ่ายของระบบบริการ โดยการพัฒนาแบบและกลไกทางการเงินการคลังให้สามารถรองรับภาระค่าใช้จ่ายของระบบที่สูงมากในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบคือการนำแนวทางพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องของผู้สูงอายุประเทศไทยไปใช้โดยทำการวิจัยแนวทางพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบต่อเนื่องของผู้สูงอายุประเทศไทยที่เป็นข้อค้นพบโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ

(systematic review) เพื่อกำหนดเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยประเภททุนวิจัยเฉพาะทางหน่วยวิจัยเภสัชกรรมปฏิบัติและการจัดการ

References

1. Nori T, Pakaiya N. Long term care: Long-term care in Thai society. Nonthaburi: Parbpim press; 2021. (in Thai).
2. Thai Health Promotion Foundation. Confronting the aging society: the challenge of rising cost burdens. [Internet]. 2021. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://shorturl.asia/XNktS>. (in Thai).
3. Kitchapan P. Aging society in Thailand. Thai Food and Drug Journal. 2018;25(3):4-8. (in Thai).
4. Cheewakriangkrai A. Impact of an aging society in Thailand. [internet]. 2017. [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/columnist/116354>. (in Thai).
5. Dale MC, John SS, Hanna J. Financing of long-term care and long-term care insurance for the aged: A literature-based comparison of seven OECD countries. Retirement Policy and Research Centre, Business School, The university of Auckland; 2013.

6. Grignon M., Bernier NF. Financing long-term care in Canada. IRPP study no.33. Montreal: Institute for Research on Public Policy; 2012.
7. Nadash P, Doty P, Schwanenflügel MV. The German long-term care insurance program: evolution and recent developments. *Gerontologist*. 2018;58(3):588-97. doi: 10.1093/geront/gnx018.
8. Kaye HS, Harrington C, LaPlante MP. Long-term care: who gets it, who provides it, who pays, and how much?. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(1):11-21. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0535.
9. Grabowski DC, O'Malley AJ. Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare. *Health Aff (Millwood)* 2014;33(2):244-50. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0922.
10. Scheil-Adlung X. Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries. ESS paper series-ESS 50, Geneva: International Labour Office; 2015.
11. Chin CW, Phua KH. Long-term care policy: Singapore's experience. *J Aging Soc Policy*. 2016;28(2):113-29. doi: 10.1080/08959420.2016.1145534.
12. Chanprasert, P. Long-term care policy and implementation in Thailand. In: Komazawa O. and Saito Y, editors. *Coping with rapid population ageing in Asia*. Jakarta: ERIA; 2021. p.36-44.
13. Department of Older Person. The registration of elderly allowance. Bangkok: Department of Older Person. [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/13/328>. (in Thai).
14. Japan Fund for Poverty Reduction. Country diagnostic study on long-term care in Thailand [Internet]. Metro Manila: Asian Development Bank; 2020 [cited 2021 Oct 20]; Available from: <http://hdl.handle.net/11540/12871>.
15. Mayhew L, Karlsson M, Rickayzen B. The role of private finance in paying for long-term care. *Econ J (London)*. 2010;120(548):F478-504. doi: 10.1111/j.1468-0297.2010.02388.x.
16. Mot E, Faber R, Geerts J, Willemé P. Performance of long-term care systems in Europe. Southampton: European Network of Economic Policy Research Institutes; 2012. ENEPRI Research Report No. 117
17. Benard M. Policy brief: November 2018. Ensuring quality care for all seniors. Ontario: Canadian Health Coalition. [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 20]; Available from: <https://www.healthcoalition.ca/wp-content/uploads/2018/11/Seniors-care-policy-paper-.pdf>
18. Nagl A, Witte J, Hodek JM, Greiner W. Relationship between multimorbidity and direct healthcare costs in an advanced elderly population: results of the PRISCUS trial. *Z Gerontol Geriatr*. 2012;45(2):146-54. doi: 10.1007/s00391-011-0266-2.

19. Davis K, Willink A, Schoen C. Integrated care organizations: medicare financing for care at home. *Am J Manag Care*. 2016;22(11):764-8.
20. Klinger CA, Howell D, Marshall D, Zakus D, Brazil K, Deber RB. Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: the Niagara West end-of-life Shared-care project. *Palliat Med*. 2013;27(2):115-22. doi: 10.1177/0269216311433475.
21. Saito M, Aida J, Kondo N, Saito J, Kato H, Ota Y, Amemiya A, et al. Reduced long-term care cost by social participation among older Japanese adults: a prospective follow-up study in JAGES. *BMJ Open*. 2019;9(3):e024439. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024439.
22. Graham WCK, Bilger M. Financing long-term services and supports: ideas from Singapore. *Milbank Q*. 2017;95(2):358-407. doi: 10.1111/1468-0009.12264.
23. Steering Committee on the Development of the National Health Development Plan. The twelfth national health development plan(2017-2022) in Ministry of Public Health [internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2017.[cited 2021 Oct 20]; Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/strategymoph61_v10.pdf. (in Thai).
24. Bumroongsakulsawat O, Banphuan W, Jaroengate W, Kanya Sai S, Wasurat A, Chaisitthiphon, S. et.al. Manual to support the management of the long-term health care system for elderly people with dependent conditions in the national health insurance system [internet]. Bangkok: National Health Security Office (NHSO); 2016. [cited 2021 Oct 20]. Available from: <http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021/12-10169-20211202135504/e5e20ad8fa1a725fb1f1cb9792b45126.pdf>. (in Thai).