

ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการดำเนินนโยบายผู้สูงอายุปัจจุบัน  
(ปัญหาและสภาพเกี่ยวกับการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล และการรับมือ)

---

ประกอบการนำเสนอ

วันที่ 11 กรกฎาคม 2560

ฝ่ายสนับสนุนการดูแลพยาบาล กองดูแลพยาบาลผู้สูงอายุ แผนกสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

จังหวัดโอซาก้า

ระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล และสภาพการณ์สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนประชากรลดลง

|  | ญี่ปุ่น   | หมายเหตุ   |
|--|---|--|
| ชื่อระบบ (ระยะเวลาดำเนินการ) และชื่อผู้รับประกัน   | การประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล (เริ่มเดือนเมษายน 2543)ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ  |  |
| อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเมื่อครั้งนำระบบเข้ามาใช้  | 17.3%   |  |
| อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในปัจจุบันปี 2558  | 26.7% (สังคมผู้สูงอายุสูงอย่างยิ่งยวด)<br>7% → เกินกว่า 14% (ระหว่างปี 2513-2537) 24 ปี<br>14% → เกินกว่า 21% (ระหว่างปี 2537-2550) 13 ปี | สาธารณรัฐเกาหลี<br>(ระหว่างปี 2543-2560?) 17 ปี<br>(ระหว่างปี 2560-2569?) 9 ปี |
| ผู้เอาประกัน   | ประเภทที่ 1 (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ประเภทที่ 2 (อายุระหว่าง 40- 65 ปี)  |  |
| ระดับการให้การดูแลพยาบาล   | 7 ระดับ   |  |
| จำนวนผู้ที่ได้รับการรับรองว่าจำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาล  | 450,3000 ราย ( ณ เดือนสิงหาคม 2558) คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรผู้สูงอายุ  |  |
| อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลง (คาดการณ์) สัดส่วนการดำเนินการอยู่ตามช่วงเวลาให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุ 1 คน | อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ  | สัดส่วน (ผู้สูงอายุที่รับการช่วยเหลือ)   |
| ปี 2553  | 22.8%   | 2.8 คนต่อ 1 คน   |
| ปี 2568  | 30.3%   | 1.9 คน ต่อ 1 คน  |
| ปี 2583  | 36.1%   | 1.5 คน ต่อ 1 คน  |
| ปี 2603  | 39.9%   | 1.3 คน ต่อ 1 คน  |
| การเปลี่ยนแปลงในอัตราการเกิดรวม (คาดการณ์)   |   |  |
| ปี 2543  | 1.36  |  |
| ปี 2557  | 1.42  |  |
| ปี 2558  | 1.45  |  |
| ปี 2608  | 1.44  |  |

## การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากร จังหวัดโอซาก้า

(กราฟแสดงข้อมูล)

สภาพการณ์สัดส่วนผู้สูงอายุตอนปลาย (ประชากรผู้มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป) ในอนาคต  
-ในอนาคตจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในเขตเมือง-

ตัดย่อ

ลำดับที่ 5 จังหวัดโอซาก้า ปี 2558 จำนวน 1.07 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 12.1

ปี 2568 จำนวน 1.528 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 18.2 (เพิ่มขึ้น 1.43 เท่า)

การเปลี่ยนแปลงโครงการประชากรของจังหวัดโอซาก้า

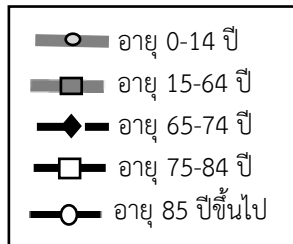
|  | ปี 2553   |                    | ปี 2568   |                    | ปี 2583   |                    |
|--|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|
|  | จำนวนคน   | สัดส่วนโครงสร้าง % | จำนวนคน   | สัดส่วนโครงสร้าง % | จำนวนคน   | สัดส่วนโครงสร้าง % |
| จำนวนทั้งหมด                                   | 8,865,245 | 100.0              | 8,410,039 | 100.0              | 7,453,526 | 100.0              |
| อายุ 0 – 14 ปี                                 | 1,172,291 | 13.2               | 904,530   | 10.8               | 720,524   | 9.7                |
| อายุ 15 – 64 ปี                                | 5,708,100 | 64.4               | 5,048,274 | 60.0               | 4,048,265 | 54.3               |
| อายุ 65 – 74 ปี                                | 1,141,956 | 12.9               | 929,434   | 11.1               | 1,212,894 | 16.3               |
| อายุ 75 – 84 ปี                                | 638,147   | 7.2                | 1,036,472 | 12.3               | 779,952   | 10.5               |
| อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป                        | 204,751   | 2.3                | 491,329   | 5.8                | 691,891   | 9.3                |
| ผู้สูงอายุตอนปลาย<br>(อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป) | 842,898   | 9.5                | 1,527,801 | 18.2               | 1,471,843 | 19.7               |

จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้จำนวนผู้รับบริการดูแลพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นในขณะที่ประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่สามารถให้กำเนิดบุตรมีจำนวนลดลง

การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเพิ่มของประชากรตามช่วงชั้นอายุของจังหวัดโอซาก้า (โดยให้ปี 2553 เป็น 100)

จังหวัดโอซาก้า (กราฟซ้ายมือ)      ทั้งประเทศ (กราฟขวามือ)

สัญลักษณ์



## การคาดการณ์อนาคตของผู้มีอาการสมองเสื่อม

กรณีที่ใช้อัตราผู้มีอาการโรคสมองเสื่อมตามเพศ/อายุ เพื่อคาดการณ์จำนวนผู้มีอาการป่วยสมองเสื่อมภายในจังหวัดโอซาก้า พบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะมีผู้มีอาการดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 4.77 แสนคน (คาดการณ์ในปี 2568) ระยะเวลาภายหลัง 10 ปี จากเดิมจำนวน 3.32 แสนคน (คาดการณ์ในปี 2558)

อ้างอิงจากรายงาน “การวิจัยเกี่ยวกับการคาดการณ์อนาคตของผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคสมองเสื่อมในญี่ปุ่น” โดยศาสตราจารย์นิโนะมิยะ ประจำมหาวิทยาลัยคิวชู ภายใต้งานวิจัยพิเศษด้วยการสนับสนุนเงินวิจัยจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ประจำปี 2557

ร้อยละของผู้มีอาการสมองเสื่อมแบ่งตามช่วงชั้นอายุ ปี 2555

โดยคำนวณจากแบบจำลองทางคณิตศาสตร์

| ช่วงชั้นอายุ | เพศชาย                 | เพศหญิง                |
|--------------|------------------------|------------------------|
| 65-69 ปี     | 1.94% (1.44%-2.61%)    | 2.42% (1.81%-3.25%)    |
| 70-74 ปี     | 4.30% (3.31%-5.59%)    | 5.38% (4.18%-6.93%)    |
| 75-79 ปี     | 9.55% (7.53%-12.12%)   | 11.95% (9.57%-14.91%)  |
| 80-84 ปี     | 21.21% (16.86%-26.68%) | 26.52% (21.57%-32.61%) |
| 85 ปีขึ้นไป  | 47.09% (37.09%-59.77%) | 58.88% (47.69%-72.69%) |

กราฟแท่งแสดงการคาดการณ์จำนวน  
ผู้มีอาการสมองเสื่อมในจังหวัดโอซาก้า

การคาดการณ์อนาคตของผู้มีอาการสมองเสื่อม (ทั่วประเทศ )

|                               | ปี 2558    | ปี 2563    | ปี 2568    | ปี 2573    | ปี 2583    |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| ร้อยละของผู้มีอาการสมองเสื่อม | 15.7%      | 17.2%      | 19.0%      | 20.8%      | 21.4%      |
| จำนวนของผู้มีอาการสมองเสื่อม  | 5.17 แสนคน | 6.02 แสนคน | 6.75 แสนคน | 7.44 แสนคน | 8.02 แสนคน |

※การคาดการณ์ของจังหวัดโอซาก้า จะคำนวณโดยคาดการณ์อนาคตของประชากรแบ่งตามอายุและเพศในจังหวัดโอซาก้าอาศัยข้อมูลประชากรแบ่งตามภูมิภาคของญี่ปุ่นที่คาดการณ์ไว้ในอนาคต ซึ่งคาดการณ์เมื่อเดือนมีนาคม 2556 โดยสถาบันวิจัยปัญหาประชากรที่ได้รับการประกันสังคมแห่งชาติ

※อนึ่ง จากการงานวิจัยข้างต้น ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับอายุ (เพิ่มขึ้นทุกอายุ 1 ปี) เพศหญิง (ต่อเพศชาย) ความถี่ของความดันโลหิตสูง (เพิ่มขึ้นทุกร้อยละ 5) ความถี่ของโรคเบาหวาน (เพิ่มขึ้นทุกร้อยละ 5) ความถี่ของความอ้วน (เพิ่มขึ้นทุกร้อยละ 5) ความถี่ของผู้สูบบุหรี่ทั้งปัจจุบันอดีต (เพิ่มขึ้นทุกร้อยละ 5) ซึ่งเป็นสาเหตุอันตรายที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น

## ผู้สูงอายุกับการประกันดูแลพยาบาล

เมื่อดูอัตราการวินิจฉัยรับรองเพื่อรับการดูแลพยาบาลตามช่วงอายุ จะพบว่าอัตราดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

จำนวนประชากรผู้สูงอายุกับอัตราการวินิจฉัยรับรองว่าต้องรับการดูแลพยาบาล

### ข้อมูลกราฟ

(10,000 คน)

อายุ 65-69 ปี

อายุ 70-74 ปี

อายุ 75-79 ปี

อายุ 80-84 ปี

อายุ 85-89 ปี

อายุ 90 ปี ขึ้นไป

สัญลักษณ์



ประชากร



จำนวนผู้รับการวินิจฉัยฯ



อัตราการวินิจฉัยฯ (แกนขวา)

※จำนวนผู้รับการวินิจฉัยฯ อ้างอิงจากรายงานสภาพการดำเนินงานด้านการประกันดูแลพยาบาล (ฉบับชั่วคราว) (ข้อมูลปัจจุบัน ราวปลายเดือนกรกฎาคม 2557)

※ประชากรแบ่งตามอายุ อ้างอิงจากรายงานสำมะโนประชากร (คำรายงานสภาพการดำเนินงานด้านการประกันดูแลพยาบาล (ฉบับชั่วคราว) (ข้อมูลปัจจุบัน ราวปลายเดือนกรกฎาคม 2557)

※อัตราการวินิจฉัยฯ คำนวณจากจำนวนผู้รับการวินิจฉัยฯ ต่อ จำนวนประชากรแบ่งตามอายุ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ใช้บริการและกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่เมื่อจัดตั้งระบบประกันดูแลพยาบาลจนถึงปัจจุบัน

① การเพิ่มขึ้นของผู้เอาประกันตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

|                               |            | ราวสิ้นเดือนเมษายน 2543 |   | ราวสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ 2559 |           |
|-------------------------------|------------|-------------------------|---|-----------------------------|-----------|
| จำนวนผู้เอาประกัน ประเภทที่ 1 | ทั่วประเทศ | 21.65 ล้านคน            | ⇒ | 33.75 ล้านคน                | 1.56 เท่า |
|                               | จ.โอซาก้า  | 1.289 ล้านคน            | ⇒ | 2.289 ล้านคน                | 1.78 เท่า |

② การเพิ่มขึ้นของผู้รับการวินิจฉัยต้องรับการดูแลพยาบาล (จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือ)

|                        |            | ราวสิ้นเดือนเมษายน 2543 |   | ราวสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ 2559 |           |
|------------------------|------------|-------------------------|---|-----------------------------|-----------|
| จำนวนผู้รับการวินิจฉัย | ทั่วประเทศ | 2.18 ล้านคน             | ⇒ | 6.18 ล้านคน                 | 2.84 เท่า |
|                        | จ.โอซาก้า  | 1.21 แสนคน              | ⇒ | 4.79 แสนคน                  | 3.96 เท่า |

③ การเพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการ

|                                    |            | ราวสิ้นเดือนเมษายน 2543 |   | ราวสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ 2559 |           |
|------------------------------------|------------|-------------------------|---|-----------------------------|-----------|
| จำนวนผู้ใช้บริการอยู่ที่บ้าน       | ทั่วประเทศ | 9.7 แสนคน               | ⇒ | 3.94 ล้านคน                 | 4.06 เท่า |
|                                    | จ.โอซาก้า  | 4.6 หมื่นคน             | ⇒ | 3.21 แสนคน                  | 6.96 เท่า |
| จำนวนผู้ใช้บริการของศูนย์          | ทั่วประเทศ | 5.2 แสนคน               | ⇒ | 9.2 แสนคน                   | 1.76 เท่า |
|                                    | จ.โอซาก้า  | 2.3 หมื่นคน             | ⇒ | 5 หมื่นคน                   | 2.18 เท่า |
| จำนวนผู้ใช้บริการแบบใกล้ชิดในชุมชน | ทั่วประเทศ | -                       | ⇒ | 4.2 แสนคน                   | -         |
|                                    | จ.โอซาก้า  | -                       | ⇒ | 2 หมื่นคน                   | -         |
| รวม                                | ทั่วประเทศ | 1.49 ล้านคน             | ⇒ | 5.27 ล้านคน                 | 3.54 เท่า |
|                                    | จ.โอซาก้า  | 6.9 หมื่นคน             | ⇒ | 3.91 แสนคน                  | 5.66 เท่า |



การเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้สูงอายุกับจำนวนผู้รับการวินิจฉัยตามระดับความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล

จำนวนผู้รับการวินิจฉัยที่จำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาล/ต้องการความช่วยเหลือ ปัจจุบันมีอยู่ 5.64 ล้านคน ณ เดือนเมษายน 2558 ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณ 2.6 เท่า ภายในระยะเวลา 13 ปี ส่วนผู้รับการวินิจฉัยว่าความช่วยเหลืออยู่ในระดับน้อยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้ง ในช่วงปีที่ผ่านมา เพดานตัวเลขจำนวนผู้รับการวินิจฉัยขยายตัวใหญ่ขึ้น

- ※ ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือระดับ 1 หลักพื้นฐานคือผู้สูงอายุที่สามารถอยู่คนเดียวได้ โดยมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตส่วนหนึ่ง เพื่อปกป้องไม่ให้เป็นผู้ต้องได้รับการดูแลพยาบาลในภายหลัง
- ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือระดับ 2 ผู้ที่รับการวินิจฉัยว่าสมรรถภาพทางร่างกายลดลงส่วนหนึ่งมากกว่าบุคคลในระดับ 1 และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือการใช้ชีวิตเพื่อให้รักษาและปรับปรุงการใช้ชีวิตประจำวัน

(หน่วยนับ: 10,000 คน)

กราฟแสดงข้อมูล

ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 5

ผู้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ระดับ 2  
ระดับน้อย

ผู้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ระดับ 1

4/ปี 2543 4/ปี 2544 4/ปี 2545 4/ปี 2546 4/ปี 2547 4/ปี 2548 4/ปี 2549 4/ปี 2550 4/ปี 2551 4/ปี 2552 4/ปี 2553 4/ปี 2554 4/ปี 2555 4/ปี 2556

ว่าเป็นช่วยเหลือ  จำเป็นช่วยเหลือ ระดับ 1  จำเป็นช่วยเหลือ ระดับ 2  รับเบี้ยคนพิการระดับรุนแรง  จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 1

จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 2  จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 3  จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 4  จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 5

การแบ่งสภาพผู้ที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือและการดูแลพยาบาล

| การแบ่งระดับสภาพ                            | สภาพ   |
|---|--|
| ผู้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ระดับ 1     | เป็นผู้ที่อยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือส่วนหนึ่งโดยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล หากได้รับการบริการด้านการดูแลพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยคาดหวังว่าจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายได้ดีขึ้น ซึ่งจัดเป็น “การช่วยเหลือทางสังคมระดับน้อย” |
| ผู้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ระดับ 2     | เป็นผู้ที่มีสภาพเช่นเดียวกับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 1 แต่ได้รับการวินิจฉัยว่า หากได้รับการดูแลพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายได้ดีขึ้น ซึ่งจัดเป็น “การให้ความช่วยเหลือทางสังคม”                                    |
| ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 1 | เป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายที่ยืนหรือเดินไม่สะดวก โดยอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือบางส่วนในการใช้ท่อสวนปัสสาวะหรืออาบน้ำ ซึ่งจัดเป็น “การดูแลพยาบาลบางส่วน”  |
| ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 2 | เป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายที่ยืนหรือเดินด้วยตนเองลำบาก โดยอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือบางส่วนหรือทั้งหมดในการใช้ท่อสวนปัสสาวะหรืออาบน้ำ ซึ่งจัดเป็น “การดูแลพยาบาลระดับไม่รุนแรง”  |
| ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 3 | เป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายที่ยืนหรือเดินไม่ได้ด้วยตนเอง โดยอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือทั้งหมดในการใช้ท่อสวนปัสสาวะ อาบน้ำ หรือผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งจัดเป็น “การดูแลพยาบาลระดับกลาง”  |
| ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 4 | เป็นผู้ที่มีรับการวินิจฉัยว่า มีความสามารถทางการดำรงชีวิตลดลง โดยอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือทั้งหมดในการใช้ท่อสวนปัสสาวะ อาบน้ำ หรือผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งจัดเป็น “การดูแลพยาบาลระดับรุนแรง”   |
| ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 5 | เป็นผู้ที่มีรับการวินิจฉัยว่า จำเป็นต้องได้รับความดูแลช่วยเหลือทางการดำรงชีวิตทั้งหมด โดยรวมถึงการอยู่ในสภาพที่สื่อสารความต้องการได้อย่างลำบากด้วย ซึ่งจัดเป็น “การดูแลพยาบาลระดับสูงมาก”  |

- ※ ผู้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ระดับ 1 ถึง ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลระดับ 5 การดูแลพยาบาลจะดำเนินไปตามสภาพความจำเป็นที่มีมากขึ้น
- ※ ผู้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ระดับ 2 และ ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลระดับ 1 จะแยกประเภทการวินิจฉัย ประเมินสภาพออกเป็น “สมรรถภาพทางการรับรู้ลดลง” กับ “ความคงที่ของสภาพร่างกาย”

### แผนภูมิวงกลม (ตัดย่อ)

#### ประชาชนแบกรับการจ่ายเบี้ยประกัน 50%

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 รัฐดำเนินการจ่ายเงินให้กับผู้เอาประกันเพื่อเป็นการลดภาระให้กับผู้มีรายได้น้อยในการจ่ายเบี้ยประกัน โดยเงินส่วนนี้จะมาจากหน่วยงานของรัฐ (ระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน) แบ่งเป็น

เบี้ยประกัน ประเภทที่ 1 (อายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป) 22% (วงเงิน 2.1 ล้านล้านบาท)

สัดส่วนของเบี้ยประกันประเภทที่ 1 และ 2 จะกำหนดตามประชากรตามระยะเวลาของแผนงานการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล (ทุก ๓ ปี)

เบี้ยประกัน ประเภทที่ 2 (อายุ 40-64 ปี) 28% (วงเงิน 2.7 ล้านล้านบาท)

\* การแบกรับภาระของรัฐในการจ่ายเบี้ยประกัน (0.6 ล้านล้านบาท)

- องค์การการประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในธุรกิจขนาดกลางและย่อย (รัฐ: 0.2 ล้านล้านบาท สัดส่วน 16.4%)

- การประกันสุขภาพแห่งชาติ (รัฐ: 0.3 ล้านล้านบาท และระดับจังหวัด: 0.1 ล้านล้านบาท)

#### เบี้ยประกันจากรัฐ 50%

เงินค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันจากท้องพระคลัง ใช้วิธีที่เรียกว่า “การจ่ายเงินแบบปรับตามสัดส่วนประชากรและรายได้” 5% (0.5 ล้านล้านบาท)

\* รัฐจะจ่ายเงินโดยปรับตามสัดส่วนช่วงชั้นรายได้ของประชาชน และสัดส่วนของผู้สูงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปที่อยู่ผู้เอาประกัน ประเภทที่ 1

เงินค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันจากท้องพระคลัง ใช้วิธีที่เรียกว่า “การจ่ายเงินแบบกำหนดสัดส่วนคงที่” 20% (1.8 ล้านล้านบาท)

\* สัดส่วนของรัฐที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของศูนย์สุขภาพ

เงินค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันจากท้องพระคลัง (การจ่ายเงินแบบกำหนดสัดส่วนคงที่) 15%

เงินที่รับภาระโดยจังหวัด 17.5%

เงินที่รับภาระโดยจังหวัด 12.5% (1.4 ล้านล้านบาท)

เงินที่รับภาระโดยอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน 12.5% (1.2 ล้านล้านบาท)

※ค่าตัวเลขมีการปรับเศษทศนิยม อาจทำให้ผลรวมไม่ตรงกัน

หน้าที่ของรัฐ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (ผู้รับประกัน) ในระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล

| ระดับ                  | หน้าที่หลัก  |
|------------------------|--|
| รัฐ                    | <p>วางกรอบของระบบการประกันดูแลพยาบาล และกำหนดทิศทางในการให้การดูแลพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ กำหนดเกณฑ์จำเป็นในการดำเนินระบบที่เกี่ยวกับชองกับดูแลพยาบาล</li> <li>▪ รับภาระทางแหล่งเงิน อาทิ รับภาระที่มีสัดส่วนคงที่ที่เกี่ยวข้องกับแหล่งเงินของผู้รับประกัน จ่ายเงินประกันแบบปรับตามสัดส่วน จัดหาเงินบริจาคเข้าสู่กองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงิน</li> <li>▪ ดูแลรักษางานบริการการดูแลพยาบาลทั้งหมด</li> <li>▪ ให้คำแนะนำ ดูแล และชี้แนะให้แก่จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อให้ดำเนินงานด้านการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลประชาชนได้อย่างราบรื่น</li> </ul>  |
| จังหวัด                | <p>ให้การสนับสนุนช่วยเหลือระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (ในฐานะผู้รับประกัน) และปฏิบัติหน้าที่ปรับปรุงที่จำเป็นเกินกว่าระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านจะทำได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ รับภาระตามอัตราที่กำหนดเกี่ยวกับแหล่งเงินของผู้รับประกัน และสนับสนุนช่วยเหลือทางการเงิน อาทิ การบริหารกองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงิน</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ประกอบการและศูนย์บริการการดูแลพยาบาล</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการประกาศ/เปิดเผยข้อมูลด้านบริการการดูแลพยาบาล</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับบุคลากรเฉพาะทางที่ให้ความช่วยเหลืองานดูแลพยาบาล</li> <li>▪ ปรับปรุงงานงานบริการการดูแลพยาบาลทั้งหมด</li> <li>▪ อื่นๆ</li> </ul>  |
| อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน | <p>บริหารจริงในเกี่ยวกับงานประกันดูแลพยาบาลในฐานะผู้รับประกันตามระบบประกันดูแลพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้เอาประกัน</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือการวินิจฉัยรับรองผู้มีความจำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาลและผู้มีความจำเป็นต้องรับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิต</li> <li>▪ ดำเนินงานด้านการจ่ายประกัน</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ประกอบการบริการ</li> <li>▪ ดำเนินงานสนับสนุนช่วยเหลือระดับท้องถิ่น (อาทิ การจัดตั้งและบริหารงานศูนย์ช่วยเหลือแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น)</li> <li>▪ กำหนดแผนงานประกันดูแลพยาบาลระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (ทุก 3 ปี)</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับเบี้ยประกัน</li> <li>▪ บริหารการเงินเพื่อการประกันดูแลพยาบาล</li> </ul> |

หน้าที่ของรัฐ ในระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล

| ระดับ | หน้าที่หลัก  |
|-------|--|
| รัฐ   | <p>วางกรอบของระบบการประกันดูแลพยาบาล และกำหนดทิศทางในการให้การดูแลพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ กำหนดเกณฑ์จำเป็นในการดำเนินระบบที่เกี่ยวกับชองกับดูแลพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>● อนุมัติความช่วยเหลือที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลพยาบาล กำหนดมาตรฐานการจ่ายตอบแทนจากการดูแลพยาบาล</li> <li>● กำหนดจำนวนเงินมาตรฐานการแบ่งจ่าย</li> <li>● กำหนดมาตรฐานซึ่งพิจารณาข้อดีมาเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติตามหรือใช้เป็นมาตรฐานเมื่อองค์กรส่วนท้องถิ่นกำหนดมาตรฐาน การบำรุงรักษา บุคลากร ของศูนย์ดูแลพยาบาล และผู้ประกอบการบริการดูแลพยาบาล</li> <li>● กำหนดสัดส่วนการรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกัน ประเภทที่ 2</li> </ul> </li> <li>■ รับภาระทางแหล่งเงิน อาทิ รับภาระที่มีสัดส่วนคงที่ที่เกี่ยวข้องกับแหล่งเงินของผู้รับประกัน จ่ายเงินประกันแบบปรับตามสัดส่วน จัดหาเงินบริจาคเข้าสู่กองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงิน</li> <li>■ ดูแลรักษางานบริการการดูแลพยาบาลทั้งหมด <ul style="list-style-type: none"> <li>● กำหนดทิศทางพื้นฐานในการให้บริการ</li> <li>● ให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่จังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน อาทิ จัดหาข้อมูล หรือ คำแนะนำ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลพยาบาล</li> </ul> </li> <li>■ ให้คำแนะนำ ดูแล และชี้แนะให้แก่จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อให้ดำเนินงานด้านการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลประชาชนได้อย่างราบรื่น</li> </ul> |

หน้าที่จังหวัด ในระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล

| ระดับ   | หน้าที่หลัก   |
|---------|---|
| จังหวัด | <p>ให้การสนับสนุนช่วยเหลือระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (ในฐานะผู้รับประกัน) และปฏิบัติหน้าที่ที่ปรับปรุงที่จำเป็นเกินกว่าระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านจะทำได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ รับภาระตามอัตราที่กำหนดเกี่ยวกับแหล่งเงินของผู้รับประกัน และสนับสนุนช่วยเหลือทางการเงิน อาทิ การบริหารกองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงิน</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ประกอบการและศูนย์บริการการดูแลพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>● กำหนดหรืออนุญาตจัดตั้งศูนย์ให้บริการการดูแลพยาบาล และผู้ประกอบการบริการดูแลพยาบาล</li> <li>● เปลี่ยนแปลง ยกเลิก การกำหนดศูนย์ให้บริการการดูแลพยาบาล และผู้ประกอบการบริการดูแลพยาบาล</li> <li>● ดูแลควบคุม หรือชี้แนะศูนย์ให้บริการการดูแลพยาบาล และผู้ประกอบการบริการดูแลพยาบาล</li> <li>● กำหนดมาตรฐาน อาทิ การบริหาร การบำรุงรักษา บุคลากรของศูนย์ให้บริการการดูแลพยาบาล และผู้ประกอบการบริการดูแลพยาบาล</li> </ul> </li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการประกาศ/เปิดเผยข้อมูลด้านบริการการดูแลพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีอำนาจในการตรวจสอบข้อเท็จจริงที่ได้รับ โดยกำหนดหน้าที่ให้ศูนย์ให้บริการการดูแลพยาบาล และผู้ประกอบการบริการดูแลพยาบาลรายงานตามที่กำหนดไปยังจังหวัด</li> <li>● เปิดเผยข้อมูลด้านบริการการดูแลพยาบาลตามข้อเท็จจริงที่ได้หรือเนื้อหาการรายงานของศูนย์ให้บริการการดูแลพยาบาล และผู้ประกอบการบริการดูแลพยาบาล</li> </ul> </li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับบุคลากรเฉพาะทางที่ให้ความช่วยเหลืองานดูแลพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>● จัดการลงทะเบียนหรือเปลี่ยนแปลงการลงทะเบียนบุคลากรเฉพาะทางด้านการช่วยเหลือดูแลพยาบาล</li> <li>● ออกเอกสารรับรองบุคลากรเฉพาะทางด้านการช่วยเหลือดูแลพยาบาล</li> <li>● ดำเนินการฝึกอบรมหรือจัดสอบบุคลากรเฉพาะทางด้านการช่วยเหลือดูแลพยาบาล</li> </ul> </li> <li>▪ ปรับปรุงงานงานบริการการดูแลพยาบาลทั้งหมด <ul style="list-style-type: none"> <li>● กำหนดแผนงานสนับสนุนช่วยเหลือการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลระดับจังหวัด</li> <li>● ให้คำแนะนำแก่อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน เป็นต้น</li> </ul> </li> <li>▪ อื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> <li>● อาทิ การบริหารการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล</li> </ul> </li> </ul> |

หน้าที่ของอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านในระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล

| ระดับ                  | หน้าที่หลัก   |
|------------------------|---|
| อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน | <p>บริหารจริงในเกี่ยวกับงานประกันดูแลพยาบาลในฐานะผู้รับประกันตามระบบประกันดูแลพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้เอาประกัน</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือการวินิจฉัยรับรองผู้มีความจำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาลและผู้มีความจำเป็นต้องรับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิต <ul style="list-style-type: none"> <li>● งานด้านการวินิจฉัยรับรองผู้มีความจำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาลและผู้มีความจำเป็นต้องรับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิต</li> <li>● จัดตั้งคณะตรวจสอบวินิจฉัยรับรองผู้มีความจำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาล</li> </ul> </li> <li>▪ ดำเนินงานด้านการจ่ายประกัน <ul style="list-style-type: none"> <li>● จ่ายและตรวจสอบการจ่ายค่าตอบแทนจากการดูแลพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (มอบหมายให้สมาพันธ์องค์กรประกันสุขภาพประชาชน)</li> <li>● การจ่ายประกันคืน</li> <li>● ดำเนินจ่ายประกันพิเศษของอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน</li> </ul> </li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ประกอบการบริการการดูแลพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>● เข้าตรวจสอบพื้นที่ ออกคำสั่งรายงาน กำกับดูแล และกำหนดผู้ประกอบการบริการ</li> <li>● กำหนดมาตรฐานที่ผู้ประกอบการบริการควรถือปฏิบัติ</li> </ul> </li> <li>▪ ดำเนินงานสนับสนุนช่วยเหลือระดับท้องถิ่น (อาทิ การจัดตั้งและบริหารงานศูนย์ช่วยเหลือแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น)</li> <li>▪ กำหนดแผนงานประกันดูแลพยาบาลระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (ทุก 3 ปี)</li> <li>▪ ดำเนินงานเกี่ยวกับเบี้ยประกัน <ul style="list-style-type: none"> <li>● กำหนดอัตราเบี้ยประกันสำหรับผู้เอาประกัน ประเภทที่ 1</li> <li>● จัดเก็บเบี้ยประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลแบบธรรมดา</li> </ul> </li> <li>▪ บริหารการเงินเพื่อการประกันดูแลพยาบาล</li> </ul> |

ประเภทการบริการดูแลพยาบาล (อาทิ การให้บริการที่บ้าน)

| รูปแบบการให้บริการ                   | ประเภทของการบริการ (ชื่อเรียก)   | จำเป็นต้องรับการดูแล ดู ※2 | จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือ ดู ※2 |
|--------------------------------------|--|----------------------------|---------------------------------|
| ไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน                 | การดูแลพยาบาลแบบไปที่บ้าน (โฮมเฮลท์)   | ○                          | งานร△                           |
|                                      | การดูแลพยาบาลแบบไปที่บ้านและอาบน้ำให้  | ○                          | ○                               |
|                                      | การเฝ้าพยาบาลแบบไปที่บ้าน  | ○                          | ○                               |
|                                      | การฟื้นฟูแบบไปที่บ้าน  | ○                          | ○                               |
|                                      | การชี้แนะการดูแลพักฟื้น/รักษาทางการแพทย์แบบอยู่ที่บ้าน   | ○                          | ○                               |
| เดินทางไปกลับบ้าน                    | การดูแลพยาบาลแบบไปกลับ (เดย์ เซอร์วิส)   | ○                          | △ งานรวม                        |
|                                      | การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแบบไปกลับ (เดย์แคร์)   | ○                          | ○                               |
| เข้าพักที่ศูนย์ดูแลพยาบาลแบบระยะสั้น | การดูแลพยาบาลเพื่อการใช้ชีวิตแบบเข้าพักระยะสั้น  | ○                          | ○                               |
|                                      | การดูแลพยาบาลเพื่อพักฟื้น/รักษาทางการแพทย์แบบเข้าพักระยะสั้น (การพักระยะสั้นแบบมีการรักษาพยาบาล) | ○                          | ○                               |
| การให้บริการโดยให้ใช้ชีวิตใกล้ๆ บ้าน | การดูแลพยาบาลการใช้ชีวิตของผู้เข้าพักในศูนย์ดูแลพยาบาลที่กำหนดไว้ ※1                             | ○                          | ○                               |
|                                      | ขายอุปกรณ์จำเป็นในการสังคมนาฬิกาตามที่กำหนด  | ○                          | ○                               |
| การรักษาสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย       | จ่ายค่าแก้ไขปรับปรุงที่พักอาศัยเพื่อผู้ป่วยที่ต้องดูแลพยาบาล                                     | ○                          | ○                               |

※1 เป็นสิ่งได้รับการกำหนดให้ดูแลพยาบาลความเป็นอยู่ของผู้เข้าพักตามที่กำหนด อาทิ บ้านพักคนชราแบบจ่ายค่าบริการ บ้านพักคนชราแบบประหยัด บ้านพักคนชราแบบเลี้ยงดูรักษาพยาบาล เป็นต้น

※2 ในการให้บริการดูแลพยาบาล (ผู้จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 1-5) กับ การให้บริการดูแลพยาบาลเชิงป้องกัน (ผู้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ระดับ 1 และ 2) ลักษณะการบริการ (อาทิ ระบบการให้บริการ ค่าตอบแทนการดูแลพยาบาลต่อหน่วย จำนวนเงินที่ผู้เอาประกันต้องรับภาระเอง) มีความแตกต่างกัน



ประเภทการบริการดูแลพยาบาล (การให้บริการที่ศูนย์ดูแลพยาบาล และการให้บริการแบบเข้าถึงชุมชนอย่างใกล้ชิด)

| รูปแบบการให้บริการ                            | ประเภทของการบริการ (ชื่อเรียก)   | จำเป็นต้องรับการดูแล     | จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือ |
|---|--|--------------------------|---------------------------|
| เข้าพักที่ศูนย์ฯ                              | ศูนย์สังคมนาเคราะห์คนชราที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล<br>(บ้านพักคนชราที่ต้องได้รับการพยาบาลเลี้ยงดูเป็นพิเศษหรือเรียกว่า ศูนย์เลี้ยงดูพิเศษ) | <input type="radio"/> ※2 | X                         |
|   | ศูนย์ประกันสุขภาพคนชราที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล<br>(ศูนย์ประกันสุขภาพคนชรา หรือเรียกว่า ศูนย์สุขภาพคนชรา)                                 | <input type="radio"/>    | X                         |
|   | ศูนย์รักษาทางการแพทย์แบบดูแลพยาบาลและพักฟื้นเลี้ยงดู (สำหรับผู้ป่วยติดเตียง)※1   | <input type="radio"/>    | X                         |
| รูปแบบการให้บริการ                            | ประเภทของการบริการ (ชื่อเรียก)   | จำเป็นต้องรับการดูแล     | จำเป็นต้องรับการช่วยเหลือ |
| ให้บริการแบบเข้าถึง<br>พื้นที่ชุมชนที่คุ้นเคย | การดูแลพยาบาลอยู่ที่บ้านแบบครบวงจรขนาดเล็ก   | <input type="radio"/>    | X                         |
|   | การดูแลพยาบาลแบบไปกลับเพื่อรองรับผู้มีอาการสมองเสื่อม  | <input type="radio"/>    | X                         |
|   | การดูแลพยาบาลชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกันเพื่อรองรับผู้มีอาการสมองเสื่อม (บ้านพักอาศัย<br>ร่วมกัน)   | <input type="radio"/>    | X                         |
|   | การดูแลพยาบาลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เข้าพักในศูนย์ที่กำหนดขึ้นเฉพาะแบบเข้าถึงพื้นที่<br>ชุมชนอย่างใกล้ชิด  | <input type="radio"/>    | X                         |
|   | การดูแลพยาบาลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เข้าพักในศูนย์สังคมนาเคราะห์คนชราที่จำเป็นต้องได้รับการ<br>ดูแลพยาบาลแบบเข้าถึงพื้นที่ชุมชนอย่างใกล้ชิด      | ※2 <input type="radio"/> | X                         |
|   | การดูแลพยาบาลที่บ้านแบบครบวงจรขนาดเล็กเพื่อเฝ้าไข้ดูแลผู้ป่วย (การบริการแบบครบ<br>วงจรหลากหลายรูปแบบ)  | <input type="radio"/>    | X                         |
|   | การดูแลพยาบาลแบบไปกลับโดยเข้าถึงพื้นที่ชุมชนอย่างใกล้ชิด   | <input type="radio"/>    | X                         |
|   | การเฝ้าไข้ดูแลพยาบาลแบบเยี่ยมเยียนถึงบ้านโดยจัดเยี่ยมเป็นช่วงเวลาหรือตามเวลาที่<br>สะดวก   | <input type="radio"/>    | X                         |
|   | การดูแลพยาบาลแบบเยี่ยมเยียนถึงบ้านในช่วงเวลากลางคืน  | <input type="radio"/>    | X                         |

※1 ตามหลักการ จะยกเลิกการดำเนินการสิ้นปีงบประมาณ 2560

※2,3 ผู้เข้าพักในศูนย์ฯ รายใหม่ โดยหลักการจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ส่วนผู้เข้าพักในศูนย์พิเศษ จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล ระดับ 1 และ 2

ประเภทงานสนับสนุนช่วยเหลือท้องถิ่น ชุมชน

| ชื่องาน  | ประเภทงาน   | รายละเอียด  |
|--|---|---|
| งานบูรณาการสนับสนุนชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันและการป้องกันเพื่อไม่ให้อยู่ในภาวะต้องรับการดูแลพยาบาล | งานบริการสนับสนุนช่วยเหลือชีวิตความเป็นอยู่และการป้องกันเพื่อไม่ให้อยู่ในภาวะต้องรับการดูแลพยาบาล | ดำเนินการบริการหลากหลายรูปแบบ (ได้แก่ รูปแบบการเยี่ยมเยียนถึงบ้าน รูปแบบการเดินทางไปกลับ และการสนับสนุนช่วยเหลือชีวิตความเป็นอยู่อื่นๆ) โดยรวมการช่วยเหลือหน่วยงาน/องค์กรของชุมชน นอกจากเหนือการบริการดูแลพยาบาลแบบเยี่ยมเยียนถึงบ้าน เพื่อรองรับความต้องการช่วยเหลือทางชีวิตความเป็นอยู่ที่หลากหลายของผู้ที่ได้รับการรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ     |
|  | งานป้องกันเพื่อไม่ให้อยู่ในภาวะต้องรับการดูแลพยาบาลแบบทั่วไป                                      | ดำเนินการจัดการบรรยายเพื่อป้องกันเพื่อไม่ให้อยู่ในภาวะต้องรับการดูแลพยาบาล การนัดหมายการห้องเรียนกายบริหารให้กับผู้เอาประกัน ประเภทที่ 1  |
| งานสนับสนุนช่วยเหลือแบบบูรณาการ  | การบริหารศูนย์สนับสนุนแบบบูรณาการในท้องถิ่น   | * งานสนับสนุนช่วยเหลือให้คำปรึกษาแบบองค์รวม * การรักษาสีทธิ * การจัดการการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ อยู่ในภาวะต้องรับการดูแลพยาบาล (การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการดูแลพยาบาลเชิงป้องกัน) * งานสนับสนุนช่วยเหลือการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่องและอย่างบูรณาการ (การผลักดันการสร้างเครือข่าย หรือการช่วยเหลือผู้จัดการการดูแลในท้องถิ่น                                 |
|  | งานผลักดันความร่วมมือด้านการรักษาทางการแพทย์ที่บ้านและการดูแลพยาบาล                               | ผลักดันความร่วมมือกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการแบบหนึ่งเดียวกันในการรักษาทางการแพทย์ที่บ้านและการดูแลพยาบาล   |
|  | งานผลักดันนโยบายรับมือโรคสมองเสื่อม   | ผลักดันการดำเนินนโยบายรับมือโรคสมองเสื่อมตาม “แผนสี่สัปดาห์ใหม่” (เดือนมกราคมปีงบประมาณ 2558)   |
|  | งานผลักดันการบำรุงรักษาระบบการสนับสนุนช่วยเหลือชีวิตความเป็นอยู่                                  | ดำเนินงานต่างๆ อาทิ การจัดผู้ประสานงานสนับสนุนช่วยเหลือการใช้ชีวิต การจัดตั้งองค์กรความร่วมมือ  |
|  | งานผลักดันการประชุมด้านการดูแลระดับท้องถิ่น   | ผลักดันการประชุมด้านดูแลระดับท้องถิ่น อาทิ เพื่อการพิจารณากรณีตัวอย่างแต่ละอย่างที่เกิดจากการทำงานร่วมกันจากหลากหลายอาชีพ   |
| งานอื่นตามความจำเป็น   | งานปรับใช้ค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านการดูแลพยาบาลให้เหมาะสม                                     | ดำเนินงานตาม “แผนปรับการให้บริการการดูแลพยาบาลอย่างเหมาะสม” ซึ่งระดับจังหวัดเป็นจัดทำ อาทิ การตรวจสอบสภาพการพิจารณาให้การรับรองผู้ที่เหมาะสมในการรับการดูแลพยาบาล การตรวจสอบแผนการดูแลสุขภาพ งานตรวจสอบต่างๆ เช่น การปรับปรุงสภาพอยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลพยาบาล เป็นต้น การตรวจสอบเปรียบเทียบข้อมูลและการตรวจสอบข้อมูลทางการแพทย์ย้อนหลัง |
|  | งานสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลพยาบาลภายในครอบครัว  | ดำเนินงานที่มีวัตถุประสงค์ในการยกระดับการให้การดูแลพยาบาลภายในบ้านที่ดีขึ้นและต่อเนื่อง รวมทั้งลดภาระให้กับครอบครัวที่ต้องดูแลพยาบาลผู้ป่วย อาทิ จัดห้องเรียนการดูแลพยาบาล หรือการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ดูแลพยาบาลผู้ป่วย   |
|  | อื่นๆ   | เช่น งานช่วยเหลือการใช้ระบบผู้ดูแลหรือผู้พิทักษ์บุคคลไร้ความสามารถ งานอบรมผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม งานสนับสนุนการปรับปรุงที่พักอาศัยเพื่อผู้ป่วยที่ต้องดูแลพยาบาล งานช่วยค่าที่พักในศูนย์ปฏิบัติการดูแลการใช้ชีวิตร่วมกันเพื่อรับมือกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม   |

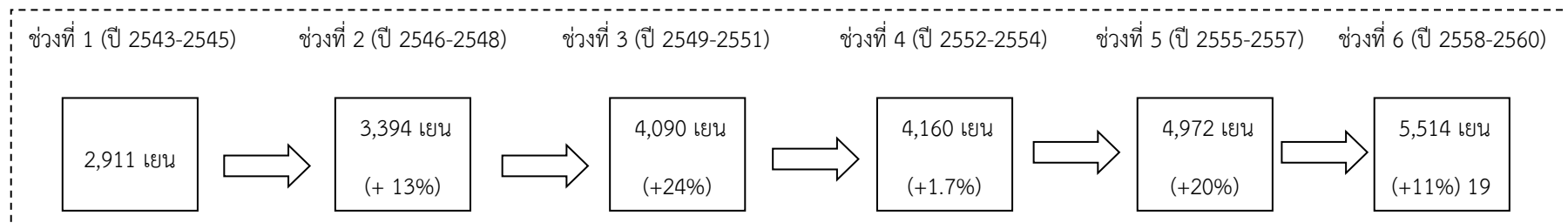
## การเปลี่ยนแปลงของเบี้ยประกันกับค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ (ทั่วประเทศ )

- มีการคาดการณ์จำนวนเป็นเงินจำนวน 10.4 ล้านล้านบาท ในปี 2559 21 ล้านล้านบาท ในปี 2568 สูงขึ้นจากเดิม 3.6 ล้านล้านบาท เมื่อปี 2543 ซึ่งเป็นเวลาที่ก่อตั้งระบบ

(กราฟแท่ง)

(注) หมายเหตุ ช่วงปีงบประมาณ 2543 – 2556 มาจากผลการดำเนินงานจริง และ ปีงบประมาณ 2557 – 2559 มาจากเงินประมาณช่วงแรก  
ทั้งนี้ ไม่รวมค่าแรงหรือค่าดำเนินการในการประกันสุขภาพและดูแลสุขภาพ (ใช้เงินจากหมวด ภาษีจัดเก็บเพื่อสนับสนุนท้องถิ่น)

- เบี้ยประกันที่ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปพึงจ่าย (เฉลี่ยทั่วประเทศ (เบี้ยรายเดือนและค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก))

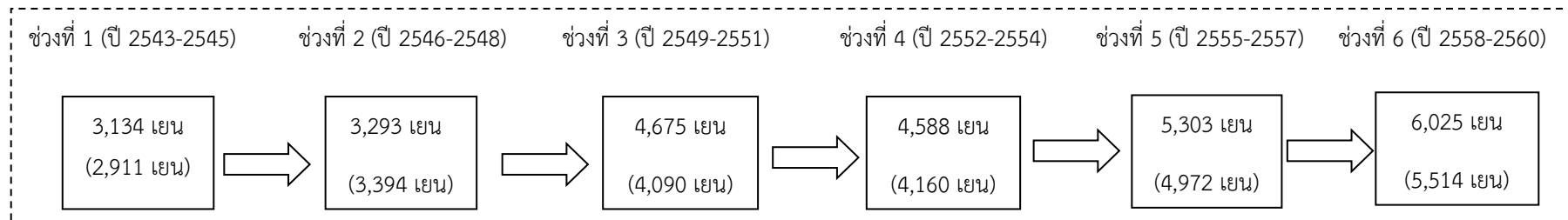


## การเปลี่ยนแปลงของเบี้ยประกันกับค่าใช้จ่ายด้านการดูแลพยาบาล (จังหวัดโอซาก้า)

- การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการดูแลพยาบาลของจังหวัดโอซาก้า จากเดิมตั้งแต่ก่อตั้งระบบ 2.058 แสนล้านบาท สูงขึ้นเป็น 6.461 แสนล้านบาท ในปี 2559

(กราฟแท่ง)

- (เบี้ยประกันที่ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปพึงจ่าย (เฉลี่ยในจังหวัด (เบี้ยรายเดือนและค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก) (วงเล็บล่างคือเฉลี่ยทั้งประเทศ) )



ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการวินิจฉัยรับรองสภาพการรับการดูแลพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อผู้รับการดูแลพยาบาล ประเภทที่ 1 1 คน (แยกตามจังหวัด)  
(หลังจากปรับแก้ไขอายุ) ประจำปี 2557

ค่าใช้จ่ายต่อผู้ที่รับการดูแลพยาบาล (หลังจากปรับแก้ไขอายุ)

(ตารางแสดงข้อมูล ตัดย่อ)

อัตราการวินิจฉัยรับรองสภาพการรับการดูแลพยาบาล (หลังจากปรับแก้ไขอายุ)

(ตารางแสดงข้อมูล ตัดย่อ)

## ค่าใช้จ่ายต่อผู้รับการดูแลพยาบาล 1 คน ในจังหวัดโอซาก้าสูงที่สุดในประเทศเนื่องจาก...

● ค่าใช้จ่ายต่อผู้รับการดูแลพยาบาลสูงมีความเป็นไปได้จาก 3 สาเหตุ ดังนี้

1. อาจเกิดจากค่าใช้จ่าย (หน่วยราคา) ต่อผู้ให้บริการการดูแลพยาบาล 1 คน มีราคาสูง
2. อาจเกิดจากสัดส่วนของผู้ที่ใช้บริการการดูแลพยาบาล ในกลุ่มของผู้ที่รับการวินิจฉัยรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลสูง
3. อาจเกิดจากการที่มีผู้ที่รับการวินิจฉัยรับรองว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลจำนวนมาก (อัตราการวินิจฉัยรับรองสูง) ซึ่งข้อนี้ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลพยาบาลมีจำนวนสูงนั่นเอง

1. ค่าใช้บริการต่อผู้ให้บริการการดูแลพยาบาล 1 คน  $\Rightarrow$  ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ  
(ข้อมูล ตัดย่อ)
2. สัดส่วนของผู้ที่ใช้บริการการดูแลพยาบาล (ผู้รับบริการ/ผู้รับการวินิจฉัยรับรองฯ)  $\Rightarrow$  ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ  
(ตารางข้อมูล ตัดย่อ)
3. อัตราการวินิจฉัยรับรองฯ สูงที่สุดทั้งประเทศแบ่งตามอายุชายหญิง  
(กราฟแสดงข้อมูล ตัดย่อ)

### คราวนี้ มลเหตุที่ทำให้การดูแลพยาบาลมีความจำเป็น คืออะไร

- สาเหตุหลักของผู้ที่ต้องรับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน ระดับ 1 และ 2 มากที่สุดในจังหวัดโอซาก้า คือ ความชราอ่อนแอตามอายุ โรคข้อเสื่อม กระดูกหัก ล้ม ซึ่งการดำเนินการป้องกันไม่ให้อยู่ในภาวะต้องรับการช่วยเหลือจะช่วยให้ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง
- สาเหตุของผู้ที่ต้องรับการดูแลพยาบาลระดับรุนแรง (ระดับ 4 และ 5) เกิดจากโรคเส้นเลือดในสมอง (สมองขาดเลือด) มากที่สุด รองลงมาคือ โรคสมองเสื่อม การวางมาตรการรับมือกับโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตตั้งแต่วัยหนุ่มสาวมีความจำเป็นอย่างยิ่งในแง่ของการป้องกันการรับการดูแลพยาบาล

(ตารางข้อมูล)

※ อัตราการวินิจฉัยรับรองว่าต้องรับการช่วยเหลือฯ ระดับ 1,2 สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ 2.6% และครองสัดส่วนราว 60% จากภาพรวมทั้งหมด

“เหตุผลที่ทำให้เข้าสู่สภาวะผู้ที่จำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาล”

(กราฟแสดงข้อมูล ตัดย่อ)

เส้นทางนโยบายด้านการประกันและสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

| ช่วงปี   | อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรคนชรา | นโยบายหลัก   |
|--|----------------------------------|--|
| ช่วงปี 2503<br>เริ่มนโยบายด้านสังคมสงเคราะห์   | 5.7%<br>(ปี 2503)                | บังคับใช้กฎหมายการสังคมสงเคราะห์คนชรา ในปี 2506 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ จัดตั้งบ้านพักคนชราเพื่อพยาบาลเลี้ยงพิเศษ</li> <li>▪ จัดทำกฎหมายว่าด้วยผู้ช่วยในบ้านที่มีคนชรา</li> </ul>   |
| ช่วงปี 2513<br>ค่ารักษาทางการแพทย์ของคนชรา   | 7.1%<br>(ปี 2513)                | นำระบบการรักษาพยาบาลคนชราแบบไม่มีค่าใช้จ่ายมาใช้ ในปี 2516   |
| ช่วงปี 2523<br>เกิดปัญหาทางสังคมของคนชราซึ่ง<br>เข้าพักพื้นที่สถานพยาบาลและ<br>นอนติดเตียงโดยไม่จำเป็น | 9.1%<br>(ปี 2523)                | ปี 2525 บังคับใช้กฎหมายว่าการประกันสุขภาพคนชรา <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ อาทิ การนำระบบบริษัติดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนชราตามจำนวนที่กำหนด</li> </ul> <p>ปี 2532 กำหนดแผนยุทธศาสตร์และแผนหลักกันการประกันและการสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ผลักดันการสังคมสงเคราะห์แบบอยู่ที่บ้านกับการซ่อมบำรุงศูนย์ให้บริการสุขภาพอย่างเร่งด่วน</li> </ul> |
| ช่วงปี 2533  | 12.0%<br>(ปี 2533)               | ปี 2537 กำหนดยุทธศาสตร์และแผนหลักกันการประกันและการสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (ฉบับใหม่) หรือโกลเด้นท์แพลน (ฉบับใหม่) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ การให้บริการดูแลพยาบาลแบบอยู่ที่บ้าน</li> </ul>   |
| เตรียมนำระบบประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล  | 14.5%<br>(ปี 2538)               | ปี 2539 เห็นชอบนโยบายจากพรรคร่วมรัฐบาลทั้ง 3 พรรค<br>หมวดความเห็นชอบของพรรคฝ่ายรัฐบาลว่าด้วย การจัดตั้งระบบประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล<br>ปี 2540 ผ่านร่างกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล  |
| ช่วงปี 2543<br>ดำเนินระบบประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล   | 17.3%<br>(ปี 2543)               | ปี 2543 จัดตั้งระบบประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล   |



## การแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล

| ช่วง (ระยะเวลาดำเนินงาน) | หัวข้อ   |
|--------------------------|--|
| ช่วงที่ 1 (ปี 2543-2545) | บังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล (การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมการดูแลพยาบาล) เมื่อเดือนเมษายน 2543   |
| ช่วงที่ 2 (ปี 2545-2547) | ※1 แก้ไขปี 2548 (ครั้งที่ 1)   |
| ช่วงที่ 3 (ปี 2549-2551) | ※2 แก้ไขปี 2551 (ครั้งที่ 2)   |
| ช่วงที่ 4 (ปี 2552-2554) | ※3 แก้ไขปี 2554 (ครั้งที่ 3)   |
| ช่วงที่ 5 (ปี 2555-2557) | ※4 แก้ไขปี 2557 (ครั้งที่ 4) บังคับใช้กฎหมายผลักดันการรักษาสถานภาพการให้บริการการดูแลพยาบาลและการรักษาทางการแพทย์ระดับท้องถิ่น เมื่อเดือนมิถุนายน 2557                               |
| ช่วงที่ 6 (ปี 2558-2560) | ※5 แก้ไขปี 2560 (ครั้งที่ 5) สำเร็จเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2560<br>การผลักดันและการทำระบบดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่นเชิงลึกมากขึ้น การรักษาสภาพการใช้ระบบให้อยู่อย่างต่อเนื่อง |
| ช่วงที่ 7 (ปี 2561-2563) | -  |

### รายละเอียดการแก้ไขหลัก

※1 การแก้ไขปี 2548 (ครั้งที่ 1) บังคับใช้เมื่อเดือนเมษายน 2549

- อาทิ การให้ความสำคัญกับการป้องกันไม่ให้เกิดสถานะต้องรับการดูแลพยาบาล การทบทวนการจ่ายเงินสนับสนุนศูนย์ดูแลพยาบาล การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น การจัดตั้งการบริการแบบเข้าถึงพื้นที่/ชุมชน

※2 การแก้ไขปี 2551 (ครั้งที่ 2) บังคับใช้เมื่อเดือนพฤษภาคม 2552

- อาทิ การบำรุงรักษาระบบการควบคุมดูแลการประกอบอาชีพของผู้ให้บริการด้านการดูแลพยาบาล

※3 การแก้ไขปี 2554 (ครั้งที่ 3) บังคับใช้เมื่อเดือนพฤษภาคม 2555

- อาทิ การผลักดันการดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น การดูแลโดยเจ้าหน้าที่/บุคลากรด้านการดูแลพยาบาล

※4 การแก้ไขปี 2557 (ครั้งที่ 4) บังคับใช้เมื่อเดือนพฤษภาคม 2558

- อาทิ การสร้างระบบการดูแลพยาบาลแบบบูรณาระดับท้องถิ่น การสร้างความยุติธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายจากการบริการสุขภาพ

**การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในการจ่ายค่าตอบแทนจากการดูแลพยาบาล**

| ระยะเวลา   | รายละเอียดสำคัญ   | อัตราการเปลี่ยนแปลงแก้ไข (กรอบใหญ่) |
|------------|---|-------------------------------------|
| เม.ย. 2546 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การเพิ่มความเข้มงวดในการจัดการด้านดูแลพยาบาล</li> <li>● การประเมินการให้บริการแบบอยู่ที่บ้านเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้</li> <li>● การสร้างความเหมาะสมในการการบริการของศูนย์ดูแลพยาบาล</li> </ul>  | - 2.3%                              |
| ต.ค. 2548  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การทบทวนเกี่ยวกับค่าเข้าพักในศูนย์และการนำระบบการรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการเอง</li> </ul>  |                                     |
| เม.ย. 2549 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การเสริมศักยภาพการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระดับกลางกับผู้ป่วยหนัก</li> <li>● การให้ความสำคัญด้านการฟื้นฟูกับการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะจำเป็นต้องรับการดูแลพยาบาล</li> <li>● การปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ดีขึ้น</li> <li>● ความร่วมมือและการแบ่งหน้าที่ตามขีดความสามารถทางการดูแลพยาบาลและการรักษาทางการแพทย์</li> </ul>              | - 0.5%                              |
| เม.ย. 2552 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การปรับปรุงด้านการสวัสดิการและการรักษาจำนวนบุคลากรทางการดูแลพยาบาล</li> <li>● การให้การบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างเพียงพอหรือความร่วมมือกับการรักษาทางการแพทย์</li> <li>● การตรวจสอบผลการให้บริการใหม่หรือการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ</li> </ul>   | + 3.0%                              |
| เม.ย. 2555 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การให้ความสำคัญของศูนย์ฯ กับการให้บริการที่บ้านอย่างเพียงพอ</li> <li>● การให้ความสำคัญของเสริมสร้างศักยภาพการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้</li> <li>● แบ่งหน้าที่ตามขีดความสามารถและความร่วมมือด้านการแพทย์กับการดูแลพยาบาล</li> <li>● การปรับปรุงคุณภาพการบริการและการรักษาจำนวนบุคลากรทางการดูแลพยาบาล</li> </ul> | + 1.2%                              |
| เม.ย. 2557 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ปรับกรอบจำนวนเงินพื้นฐานในการจ่ายแต่ละส่วนให้สูงขึ้นกับการจัดการภาษีอุปโภคบริโภค</li> </ul>  | + 0.63%                             |
| เม.ย. 2558 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● เสริมศักยภาพการรองรับผู้ป่วยระดับกลางกับผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคสมองเสื่อม</li> <li>● การผลักดันมาตรการเพื่อรักษาจำนวนบุคลากรทางการดูแลพยาบาล</li> <li>● การสร้างความถูกต้องเหมาะสมในการประเมินกับการสร้างระบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>  | - 2.27% ※1                          |
| เม.ย. 2560 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การปรับปรุงสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ด้านการดูแลพยาบาล</li> </ul>   | + 1.14%                             |

※1 มีอัตราการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพิ่มขึ้น (+0.56%) อาทิ ในการบริการผู้ป่วยระดับกลางและผู้ป่วยหนัก หรือการรองรับผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคสมองเสื่อม การฟื้นฟู การปรับโภชนาการและช่องปาก รวมทั้งมีอัตราเพิ่มขึ้นในการปรับปรุงสวัสดิการเจ้าหน้าที่ฯ (+ 1.65%) ในขณะที่ การจ่ายตอบแทนพื้นฐานในบริการที่มีผลประโยชน์มาก (อาทิ การรับการ

ดูแลพยาบาลแบบไปกลับ การดูแลพยาบาลความเป็นอยู่ของผู้เข้าพักในศูนย์ที่จัดขึ้น ศูนย์สวัสดิการและสังคมสงเคราะห์คนชราที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาล) มีอัตราการเปลี่ยนแปลงแก้ไขส่วนใหญ่อยู่ในทางลบ (- 4.48%)

สาระพอสั่งเชิงของกฎหมายว่าด้วยการแก้ไขกฎหมายด้านการประกันดูแลพยาบาลบางส่วนเพื่อเสริมศักยภาพของระบบดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น/ชุมชน

**การผลักดันและการมุ่งเน้นระบบการดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น/ชุมชนเชิงลึก**

**1. การเสริมขีดความสามารถของผู้รับประกันสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือตนเองการป้องกันและการเจ็บป่วยรุนแรง**

- การระบบสร้างจิตใจทางการเงินมาใช้
  - \* เพิ่มการจัดทำแผนเน้นการช่วยเหลือตนเอง ลงในแผนการดำเนินงานด้านการประกันฯ และเพิ่มเป้าหมายกับการจัดการ เช่น เป้าหมายการลดค่าใช้จ่ายดูแลพยาบาล สภาพการการจัดประชุมด้านการดูแลสุขภาพระดับท้องถิ่น
  - \* รัฐให้แรงจูงใจทางการเงิน (เงินสนับสนุน) แก่ระดับท้องถิ่น จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านตามระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย
- การทบทวนสภาพการจัดการด้านการดูแลพยาบาล
  - \* การมอบอำนาจในการกำหนดความช่วยเหลือการดูแลพยาบาลแบบอยู่ที่บ้านให้กับระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ตั้งแต่เดือนเม.ย. 2561 เป็นต้นไป
  - ขยายกรอบการปฏิเสธการรับผู้ใช้บริการของศูนย์โดยระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน
  - \* ระดับอำเภอฯ กำหนดให้มีการร่วมประชุมกับระดับจังหวัดเพื่อให้การบริการเข้าถึงพื้นที่อย่างทั่วถึง และเพิ่มการดูแลพยาบาลชีวิตความเป็นอยู่สำหรับการเข้าพักระยะสั้น
  - \* การนำกรอบการทำงานที่ระดับอำเภอฯ สามารถปฏิเสธการรับผู้ใช้บริการรายใหม่ได้

**2. ผลักดันความร่วมมือด้านการแพทย์และการดูแลพยาบาล**

- จัดตั้ง “สถานดูแลพยาบาลและการรักษาทางการแพทย์” ในปี 2561 เป็นต้นไป
- \* ยกเลิกศูนย์การรักษาทางการแพทย์แบบพยาบาลเลี้ยงดู ปลายปีงบประมาณ 2560

**3. ผลักดันการจัดการ “สังคมแบบอยู่ร่วมกันระดับท้องถิ่น”**

- จัดตั้งการบริการแบบอยู่ร่วมกัน
  - \* สร้างระบบการช่วยเหลือแบบบูรณาการโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นกับประชาชน กำหนดหน้าที่ในการกำหนดแผนสังคมสงเคราะห์ระดับท้องถิ่นที่ระบุต้องทำร่วมกัน
  - \* เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องรับการดูแล รวมทั้งเด็กพิการรับบริการได้ง่ายขึ้น จะต้องกำหนด “การให้บริการแบบอยู่ร่วมกัน” เข้าไปในระบบสังคมสงเคราะห์ผู้ป่วยต้องการดูแลพยาบาลกับผู้พิการ
  - การเสริมสร้างศักยภาพในการดำเนินนโยบายคุ้มครองผู้เข้าพักในบ้านคนชราแบบมีค่าใช้จ่าย
  - \* จัดตั้ง “คำสั่งหยุดการประกอบการ” กับบ้านพักคนชราแบบมีค่าใช้จ่ายที่ไม่มีคุณภาพ หรือสามารถดำเนินการลงโทษทางปกครองกับหน่วยงานภายในที่จัดตั้งขึ้นพร้อมกันด้วย
  - \* การเพิ่มมาตรการประกันการจ่ายเงินล่วงหน้า

**สร้างความมั่นใจในการดำเนินระบบประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลต่อเนืองอย่างยั่งยืน**

**4. ทบทวนการแบกภาระของผู้ใช้บริการ**

- กำหนดสัดส่วนการรับภาระทางการดูแลพยาบาลด้วยตนเองของผู้มีรายได้สูงขึ้นไปร้อยละ 30 จากเดิมร้อยละ 20 ในเดือน ส.ค. 2561
- ขยายเพดานสูงสุดสำหรับค่าบริการการดูแลพยาบาลที่มีราคาสูง
  - \* ตั้งแต่ส.ค. 2560 มีการปรับขยายเพดานขั้นสูงรายเดือนสำหรับค่าใช้จ่ายบริการการดูแลพยาบาลที่มีราคาสูงประเภททั่วไปขึ้นไปเป็น 44,400 เยน

**5. ทบทวนการแบกภาระค่าใช้จ่าย**

- กำหนดเงินจ่ายสำหรับค่าดูแลพยาบาลแบบขั้นบันได
  - \* การจ่ายค่าตอบแทนจากการดูแลพยาบาลที่ผู้รับประกันของผู้เอาประกันจะต้องแบกรับภาระนั้น จะดำเนินการจ่ายแบบขั้นบันไดตามรายได้โดยดูจากสัดส่วนของจำนวนผู้อยู่ในประกัน

**6. การปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและการอุปถัมภ์ทางการสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็น**

- การรักษารูปแบบและการปรับแก้ไขความต่างของราคา
  - \* กำหนดเพดานขั้นสูงเพื่อให้สามารถประกันราคาในการจัดหาให้ยืมอุปถัมภ์ทางการดูแลพยาบาลให้กับผู้ที่ต้องการได้อย่างเหมาะสม โดยมีการแสดงราคาให้ยืมอุปถัมภ์โดยเฉลี่ยทั้งประเทศ
  - \* แสดงรูปแบบเอกสารประเมินราคาในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วย

**อื่นๆ**

**7. การทำให้ผู้ประกอบการประกันทำงานง่ายขึ้น**

- กำหนดเพดานใบอนุญาตขั้นสูงจำนวน 36 เดือนต่อการต่ออายุ 1 ครั้ง จากเดิม 24 เดือน และสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ มีการทำให้ขั้นตอนพิจารณาประเมินสภาพผู้ป่วยหลังรอบแรกของคณะดำเนินการพิจารณาสถานะผู้ป่วยง่ายขึ้น

ตารางกำหนดการเกี่ยวกับกฎหมายเสริมศักยภาพระบบการดูแลพยาบาลแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น

| ระยะเวลา          | รายละเอียดหลัก  |
|-------------------|---|
| เม.ย. 2560        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● แก้ไขการจ่ายค่าตอบแทนจากการดูแลพยาบาล ปีงบประมาณ 2560 (การขยายการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อปรับปรุงระบบสวัสดิการเจ้าหน้าที่</li> <li>● เริ่ม “การทำงานแบบองค์รวมแนวใหม่” ในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านทั้งหมด</li> </ul>   |
| พ.ค.              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ร่างแก้ไขเกี่ยวกับการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาลผ่านความเห็นชอบสภา</li> </ul>  |
| ส.ค.              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ปรับขยายเพดานขั้นสูงรายเดือนสำหรับค่าใช้จ่ายบริการการดูแลพยาบาลที่มีราคาสูงประเภททั่วไปขึ้นเป็น 44,400 เยน</li> <li>● เริ่มใช้ระบบ “สัดส่วนค่าตอบแทนทั้งหมด” แบบขั้นบันได จากเงินการดูแลพยาบาลของผู้ให้การประกัน ประเภทที่ 2</li> </ul>  |
| ฤดูใบไม้ร่วง      | การจัดประชุมพิจารณาเกี่ยวกับการประกันสังคม และอภิปรายเกี่ยวกับค่าตอบแทนและเกณฑ์การกำหนดการให้บริการในหมวดของค่าบริการทางการดูแลพยาบาล   |
| ธ.ค.              | กำหนดอัตราการปรับแก้ไขทั้งระบบเพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าตอบแทนจากการดูแลพยาบาล ประจำปี 2561  |
| ม.ค.-ก.พ.<br>2561 | สอบถามและตอบคำถามเกี่ยวกับการปรับปรุงการจ่ายค่าตอบแทนจากการดูแลพยาบาล ประจำปี 2561  |
| เม.ย.             | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ปรับปรุงค่าตอบแทนจากการดูแลพยาบาลและการปรับปรุงระบบการประกันสุขภาพและดูแลพยาบาล ประจำปี 2561</li> <li>● เริ่มจัดตั้ง “สถานดูแลพยาบาลและการรักษาทางการแพทย์” ซึ่งพร้อมด้วยขีดความสามารถในการเป็นสถานที่อยู่อาศัยกับดูแลพยาบาล และการดูแลทางการแพทย์ในชีวิตประจำวัน</li> <li>● มอบอำนาจในการกำหนดความช่วยเหลือทางการดูแลพยาบาลแบบอยู่ที่บ้านให้กับระดับท้องถิ่น อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน</li> <li>● เริ่มภารกิจผลักดันความร่วมมือทางการดูแลพยาบาลและการรักษาทางการแพทย์ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกแบบใกล้ชิด ในระดับท้องถิ่นอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน</li> </ul> |
| ส.ค.              | กำหนดสัดส่วนการรับภาระทางการดูแลพยาบาลด้วยตนเองของผู้มีรายได้สูงขึ้นเป็นร้อยละ 30   |
| ต.ค.              | กำหนดเพดานขั้นสูงเพื่อให้สามารถประกันราคาในการจัดหาให้ยืมอุปกรณ์ทางการดูแลพยาบาลให้กับผู้ที่ต้องการได้อย่างเหมาะสม โดยมีการแสดงราคาให้ยืมอุปกรณ์โดยเฉลี่ยทั่วประเทศ   |
| เม.ย. 2562        | เปลี่ยนมาใช้ระบบ “สัดส่วนค่าตอบแทนทั้งหมด” แบบขั้นบันได จากเงินการดูแลพยาบาลของผู้ให้การประกัน ประเภทที่ 2 อย่างสมบูรณ์   |

### การคาดการณ์อนาคตความต้องการดูแลสุขภาพในจังหวัดไอซาก้า

เมื่อลองคาดการณ์โดยใช้อัตราการรับรองผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการดูแลสุขภาพตามช่วงชั้นอายุ และเพศในปัจจุบัน พบว่า

1. อัตราผู้ป่วยที่รับรองว่าต้องได้รับการดูแลสุขภาพของจังหวัดไอซาก้าสูงขึ้นถึง 29.4% ในปี 2578 เดิม 20.5% ในปี 2558
2. จำนวนผู้รับบริการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 6.25 แสนคน (+2.56 แสนคน) ในปี 2578 เดิม 3.69 แสนคน ในปี 2558 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้รับบริการดูแลสุขภาพตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้น สูงขึ้นถึง 2.55 แสนคน (+ 1.15 แสนคน)

(กราฟแสดงข้อมูล ตัดย่อ)

## โครงสร้างระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น/ชุมชน

- ระหว่างเส้นทางที่ประชากรยุคเบบี้บูมจะมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปในปี 2568 จำเป็นที่จะต้องวางโครงสร้างการบริการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการระดับท้องถิ่นให้เกิดขึ้น ซึ่งให้บริการแบบเบ็ดเสร็จหนึ่งเดียว ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนชีวิตความเป็นอยู่ ที่อยู่อาศัย การป้องกัน การดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตจวบจนวาระสุดท้ายในท้องถิ่นหรือชุมชนที่ตนเองคุ้นเคย ถึงแม้จะเจ็บป่วยรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษก็ตาม
- นับจากนี้ มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคสมองเสื่อมจะสูงขึ้น ดังนั้น การวางโครงสร้างการบริการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการระดับท้องถิ่นถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุเหล่านั้นในการใช้ชีวิตอยู่ได้ในท้องถิ่นหรือชุมชน
- เกิดความแตกต่างกันด้านประชากรระหว่างเขตเมืองที่ประชากรขยายตัวและมีประชากรอายุ 75 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นกับเขตตำบล หมู่บ้านที่มีจำนวนประชากรลดลงหรือจำนวนประชากรอายุ 75 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นอย่างช้าๆ
- ระบบบริการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการระดับท้องถิ่น ท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านจำเป็นต้องสร้างขึ้นตามลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่นโดยอาศัยความเป็นผู้นำท้องถิ่นหรือองค์กรร่วมด้วย

(ภาพประกอบ infographic ตัดย่อ)

แปลโดย

นายตรรกวิทย์ มิ่งขวัญ

นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ

กลุ่มงานภาษาญี่ปุ่นและเกาหลี

สำนักภาษาต่างประเทศ

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ขอบคุณ