



ภาคินิพนธ์

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข
กรณีเปรียบเทียบประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์

โดย

นางสาวณัฐนาท เกรือวัลย์

รหัสนักศึกษา 05540621

เสนอ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิเศก ปั่นสุวรรณ

ภาคินิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารายวิชา 450109 การศึกษาเอกเทศ

สาขาวิชาเอเชียศึกษา คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภาคการศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2557



ภาคนิพนธ์

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข
กรณีเปรียบเทียบประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์

โดย

นางสาวณัฐนาท เกรือวัลย์

รหัสนักศึกษา 05540621

เสนอ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิเศก ปั่นสุวรรณ

ภาคนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารายวิชา 450109 การศึกษาเอกเทศ

สาขาวิชาเอเชียศึกษา คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภาคการศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2557

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข เปรียบเทียบประเทศ ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร . อภิเศก ปั่นสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่คอยดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา ตลอดจนตรวจสอบ แก้ไขและให้คำแนะนำแก่ผู้ศึกษาดังแต่เริ่มดำเนินการศึกษาจนสำเร็จการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบ ขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณทุกคนในครอบครัวที่ทำให้กำลังใจ และให้คำชี้แนะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ศึกษาจนสามารถดำเนินการสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอบคุณพี่ๆ สำหรับการแบ่งปันข้อมูลงานวิจัย ความช่วยเหลือ และคำแนะนำต่างๆ
ขอบคุณเพื่อนๆ สำหรับกำลังใจที่ทำให้ผู้ศึกษาผ่านพ้นอุปสรรคมาได้ด้วยดีจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

ณัฐนาท เครือวัลย์

30 เมษายน 2558

หัวข้อวิจัย นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข กรณีเปรียบเทียบประเทศญี่ปุ่น
และสิงคโปร์

ผู้จัดทำ นางสาวณัฐนาท เครือวัลย์

รหัสนักศึกษา 05540621

ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิเสก ปั่นสุวรรณ

ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

ประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์เป็นประเทศที่ประสบผลสำเร็จในด้านการจัดการสาธารณสุขซึ่ง
เป็นพื้นฐานที่จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอายุ ขัยที่ยาวนานขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ได้
ทำการศึกษานโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข กรณีเปรียบเทียบประเทศญี่ปุ่นและ
สิงคโปร์ โดยพิจารณาจากนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข และผลสัมฤทธิ์จากการ
ดำเนินนโยบาย การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข ของทั้งสองประเทศ ในการศึกษาครั้งนี้ได้
วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจาก นโยบายการบริการสุขภาพ การประกันสุขภาพ และสวัสดิการผู้สูงอายุ
จากกระทรวงสาธารณสุขและแรงงาน ของประเทศญี่ปุ่น และระบบประกันสุขภาพของประเทศ
สิงคโปร์ จากเอกอัครราชทูตไทย ประจำประเทศสิงคโปร์

ผลการศึกษสามารถสรุปได้ว่า การดำเนินงานนโยบาย ด้านสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่น
ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การบริการสุขภาพ การประกันสุขภาพ และสวัสดิการผู้สูงอายุ ส่งผลให้
คุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นสูงขึ้น ลักษณะโดดเด่นของการดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขของ
ประเทศญี่ปุ่นคือการดูแลผู้สูงอายุ และจากการดำเนินนโยบายดังกล่าวทำให้ประเทศญี่ปุ่นประสบ
ความสำเร็จในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถ พิจารณาได้จากตัวชี้วัดในด้านอายุ ขัยเฉลี่ย
ของประเทศญี่ปุ่นที่สูงที่สุดในโลก

ในส่วนการดำเนินนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประเทศสิงคโปร์ได้
มีการจัดตั้งกระทรวงและออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ดังนั้น การที่จะ
ประสบความสำเร็จในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตไม่เพียงแต่การที่รัฐบาลเข้ามามีบทบาทเท่านั้น

แต่ยังต้องอาศัยความร่วมมือกันในระดับชุมชนซึ่งจะเป็นแรงขับเคลื่อนให้นโยบายของรัฐนั้นเป็นจริงได้ และการกำหนดนโยบายจะต้องมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมของสังคมนั้นๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพได้ต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต, นโยบายสาธารณสุข, ประเทศญี่ปุ่น, ประเทศสิงคโปร์

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทคัดย่อ.....	ค
สารบัญ.....	จ
สารบัญภาพ.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	2
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	3
ขอบเขตการศึกษา.....	3
2. ทบทวนวรรณกรรม.....	4
ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	4
นิยามของคุณภาพชีวิต.....	4
พัฒนาการของการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต.....	5
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	7
ตอนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต.....	8
แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง.....	8
ทฤษฎีของ Maslow.....	10
ดัชนีการพัฒนามนุษย์.....	10
โลกาภิวัตน์และสาธารณสุข.....	11
ตอนที่ 3 นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้าน	
สาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์.....	12
นโยบายของประเทศญี่ปุ่น.....	12
สำนักบริการสุขภาพ.....	12
สำนักประกันสุขภาพ.....	14
สำนักงานสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ.....	15

	นโยบายของประเทศสิงคโปร์.....	18
	การดูแลผู้สูงอายุ.....	22
ตอนที่ 4	ข้อมูลพื้นฐาน.....	24
	ข้อมูลพื้นฐานของประเทศญี่ปุ่น.....	24
	ข้อมูลทางภูมิศาสตร์.....	24
	ข้อมูลทางกายภาพ.....	26
	ข้อมูลพื้นฐานประเทศสิงคโปร์.....	30
	ข้อมูลด้านภูมิศาสตร์.....	30
	ข้อมูลด้านกายภาพ.....	31
ตอนที่ 5	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
3.	วิธีศึกษาและดำเนินงาน.....	39
	แหล่งที่มาของข้อมูล.....	39
	วิธีการดำเนินงาน.....	39
	วิธีการศึกษา.....	40
	เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้.....	40
4.	ผลการศึกษา.....	41
	นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์.....	41
	ระบบประกันสุขภาพ.....	41
	ระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น.....	41
	ระบบประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์.....	42
	นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ.....	44
	นโยบายผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น.....	44
	นโยบายดูแลผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์.....	45
	ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินนโยบายการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์.....	59
	ดัชนีสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2013.....	60
	อายุขัยเฉลี่ย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2013.....	61
	อัตราการตั้งครภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในจำนวน 1,000 คน ตั้งแต่ปี	

ค.ศ. 1985 – 2010.....	62
อัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอดในจำนวนการเกิด 1000,000 คน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 – 2010.....	63
อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจำนวนการเกิด 1,000 คน ตั้งแต่ปี 1980 -2013.....	64
ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (คิดเป็นร้อยละของGDP) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 – 2011.....	65
5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	66
สรุปผลการศึกษา.....	66
อภิปรายผล.....	67
ข้อเสนอแนะ.....	69
บรรณานุกรม.....	70
แบบโอบอลิขสิทธิ์ภาคินพนธ์.....	73
ประวัติผู้ศึกษา.....	74

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. Political Map of Japan.....	24
2. Population Pyramid of Japan.....	27
3. แผนที่ประเทศสิงคโปร์.....	30
4. Population Pyramid of Singapore.....	32
5. การดูแลผู้ป่วยภายในบ้าน.....	42
6. การดูแลรักษาความปลอดภัยให้ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง.....	44
7. บ้านพักคนชราในประเทศสิงคโปร์.....	47
8. การบริการเยี่ยมบ้านตลอด24ชั่วโมง และการบริการเยี่ยมตามความจำเป็น.....	56

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. แสดงดัชนีการพัฒนามนุษย์ (HDI) ของประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์ และค่าเฉลี่ยโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2013.....	59
2. แสดงดัชนีสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 20.....	60
3. แสดงอายุขัยเฉลี่ยของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2013.....	61
4. แสดงอัตราการตั้งครรรค์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในจำนวน 1,000 คน ของประเทศญี่ปุ่น และประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 - 2010.....	62
5. แสดงอัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอดในจำนวนการเกิด 100,000 คน ของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 – 2010.....	63
6. แสดงอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจำนวนการเกิด 1,000 คน ของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2013.....	64
7. แสดงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (คิดเป็นร้อยละของGDP) ของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 – 2011.....	65

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในโลกยุคปัจจุบัน มนุษย์ดิ้นรนเพื่อแสวงหาความสุข การมีคุณภาพชีวิตดีและมีความสุข นั้นเป็นเสมือนเป้าหมายสูงสุดในชีวิต แต่เมื่อมนุษย์มีความพึงพอใจต่อวัตถุ ทำให้เกิดความต้องการ ในวัตถุสูงขึ้น เงินจึงเป็นเครื่องมือแลกเปลี่ยนที่สำคัญที่สุดเพื่อจะได้วัตถุนั้นๆมา และมนุษย์ส่วนใหญ่ทำงานเพื่อจะรับค่าตอบแทนซึ่งเป็นปัจจัยแลกเปลี่ยนกับวัตถุนั้น แต่ความพึงพอใจดังกล่าวนี้ ไม่ใช่ความสุขทั้งหมด ดังที่ Edward Diener นักจิตวิทยาจาก The University of Illinois สัมภาษณ์ สมาชิกของ Forbes 400 ซึ่งเป็นกลุ่มชาวอเมริกันที่ร่ำรวยที่สุด พบว่าคนกลุ่มนี้มีความสุขมากกว่า คนทั่วไปเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Gregg Easterbrook, 2010) สอดคล้องกับคำกล่าวของผู้บุกเบิก Facebook อย่าง Mark Zuckerberg ที่ว่า “Simply put, we don’t build services to make money; we make money to build better services.” (Kevin Smith, 2014) ซึ่งทำให้เห็นว่า เงินไม่ใช่ทุกสิ่งทุกอย่างของชีวิต เงินเป็นแค่เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นในการก่อให้เกิดความสุขและการมีคุณภาพชีวิตดี ดังคำกล่าวของ Dylan Evans จาก The University of the West of England in Bristol ที่กล่าวไว้ว่า “ยังมีอะไรอีกหลายอย่างมากกว่าความมั่นคงทางการเงินที่จะทำให้คนเรามีความสุข ” (Gregg Easterbrook, 2010)

ปัจจุบันได้มีการจัดอันดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยวัดจากค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index : HDI) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme : UNDP) ทั้งหมด 187 ประเทศทั่วโลก และวัดค่าจากตัวบ่งชี้ทั้งหมด 53 ด้าน การวัดค่า HDI ของโลก ในปีค.ศ.2013 มีอัตราการเจริญเติบโตคิดเป็น ร้อยละ 0.702 ประเทศอันดับ 1 ของโลกคือประเทศนอร์เวย์ มีค่า HDI ที่ 0.944 ส่วนประเทศในภูมิภาคเอเชีย 5 อันดับแรก

ได้แก่ สิงคโปร์ ฮองกง เกาหลี ญี่ปุ่น และบรูไน ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นนั้นสามารถประสบความสำเร็จและขึ้นสู่อันดับต้นๆของภูมิภาคเอเชียได้

ในขณะเดียวกันประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศหนึ่งที่มีรายได้ของประชากรอยู่ในระดับสูง จาก ข้อมูลของ The world bank ได้ระบุว่าประเทศญี่ปุ่นมีค่า GDP per capita ในปี ค.ศ.2013 เท่ากับ 38,492 ดอลลาร์สหรัฐ ส่วนประเทศสิงคโปร์มีค่าเท่ากับ 55,182 ดอลลาร์สหรัฐ ในขณะที่ค่าเฉลี่ย GDP per capita ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกอยู่ที่ 9,107.8 ดอลลาร์สหรัฐ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประชาชนสูงซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อีกทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตยังทำให้ ประชาชนเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและมีประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นแรงงานที่มี ศักยภาพในระบบเศรษฐกิจ จึงทำให้เศรษฐกิจของประเทศญี่ปุ่นเกิดการขยายตัวและก้าวหน้าพัฒนา ต่อไปอีกได้ ดังนั้นการศึกษานโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นจะทำให้ทราบถึงแนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ส่งผลต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจ และสามารถ นำความรู้มาปรับใช้กับประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข ของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์
2. เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศญี่ปุ่นและ สิงคโปร์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึง นโยบายและมาตรการการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข ของ ประเทศญี่ปุ่นเปรียบเทียบกับประเทศสิงคโปร์
2. ทำให้ทราบถึง ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทั้ง สองประเทศ

3. ทำให้ทราบถึงพัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุข ความพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ ได้แก่ อาหาร สุขอนามัย โภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม รายได้ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากร (UNESCO, 1978)

ขอบเขตของการศึกษา

จะศึกษาข้อมูลการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 ถึงปี ค.ศ. 2013

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

1.1. นิยามของคุณภาพชีวิต

เมื่อพิจารณาความหมายตาม พจนานุกรมฉบับของราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 คำว่า “พัฒนา” หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่เจริญขึ้น “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคล หรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น “การพัฒนาคุณภาพชีวิต” จะหมายถึง การที่บุคคล มีการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ในทางที่เจริญ ขึ้น ซึ่งหากพิจารณาตามความหมายของคุณภาพชีวิต แล้วสามารถให้ความหมายหรือคำจำกัดความของการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อีกหลากหลาย ดังนี้

“การพัฒนาคุณภาพชีวิต” หมายถึง การทำให้บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ดำเนินชีวิตในทางชอบธรรมมีความพอใจในความเป็นอยู่ของตนเองและสามารถ ปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป. อ้างถึงใน สุภาภรณ์ จันทวานิช และวรรณิ ไทยานันท์, 2556)

“การพัฒนาคุณภาพชีวิต” หมายถึง การพัฒนาคนในทุกๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ อนามัย การศึกษา จิตใจคุณ ธรรม ความพร้อมในการดำรงชีวิตในสังคม ความสามารถในการ ประกอบอาชีพ รวมถึงการพัฒนาในทุกขั้นตอนของชีวิตนับตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ เพื่อ ประโยชน์ในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นทั้งส่วนบุคคล สังคม และประเทศชาติ (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป. อ้างถึงใน กรมการพัฒนาชุมชน, 2555)

และหากพิจารณาคุณภาพชีวิตในมุมมองด้านสวัสดิ ติการแรงงานแล้ว “การพัฒนาคุณภาพ ชีวิต” จะหมายถึง การดำเนินการใดๆ เพื่อให้พนักงานสามารถมีระดับความเป็นอยู่ที่ดีพอสมควร มี ความผาสุกทั้งกาย และใจ มีสุขภาพอนามัยที่ดี มีความปลอดภัยในการทำงานมีความเจริญก้าวหน้า และมีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป. อ้างถึงใน พีรศักดิ์ ปานเสน่ห์, 2554)

1.2. พัฒนาการของการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นศัพท์ที่มีการบัญญัติขึ้นมาใช้กันอย่างกว้างขวางมากในช่วง ค.ศ. 1949 แต่หากกล่าวถึงเรื่องสวัสดิการของมนุษย์ ความสุข และคุณภาพชีวิตนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่แต่อย่างใด ความสุขของชีวิตได้มีการกล่าวกันมาตั้งแต่ยุคอริสโตเติล แต่เป็นความหมายในเชิงจริยธรรม ซึ่งเป็นความหมายที่ได้รับอิทธิพลแนวความคิดของทางตะวันตก ในการให้ความหมายในเชิงของความสุข อริสโตเติล ได้ชี้ให้เห็นถึงแนวทางที่นำไปสู่ความสุขหรือที่เรียกว่า “Eduaemonia” ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนให้เป็นคำศัพท์สมัยใหม่ คือ “Happiness” และได้นำมาหลอมรวมเข้ากับความคิดของนักปรัชญาตะวันตกด้วย

ในช่วง ค.ศ.1940 - 1949 (ทศวรรษ 1940) รัฐบาลของประเทศตะวันตกได้พัฒนานโยบายการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น ในปี ค.ศ. 1935 เอส.ปาร์คส คัดแมน รัฐมนตรีผู้รับผิดชอบนิวยอร์กคริสเตียนแองโกลอเมริกันผู้มีชื่อเสียงได้ศึกษาความท้าทายของความสุขและการค้นหาความสุขในมิติต่าง ๆ ของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นมิติทางด้านสุขภาพ การเมือง การทำงานและค่าจ้าง ความรัก ชีวิตประจำวัน มิตรภาพจินตนาการ คนตรี วรรณกรรม สวัสดิการสังคม ตลอดจนศาสนา

พัฒนาการทางด้านแนวคิดของคุณภาพชีวิตมีความเป็นมาอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษ 1950 มาสโลว์ได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory, 1954) สรุปได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีรากฐานมาจากความต้องการ ซึ่งในเบื้องต้นลำดับไว้เป็น 5 อันดับคือ ระดับ 1 ความต้องการทางกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นต่ำสุด ระดับ 2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety & Security Needs) ระดับ 3 ความต้องการมีส่วนร่วมหรือความต้องการทางสังคม (Social Needs) ระดับ 4 ความต้องการเกียรติยศ ชื่อเสียง (Esteem needs) และระดับ 5 ความต้องการเข้าถึงตนเองอย่างถ่องแท้ (Self Actualization) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงสุด และเมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นต้นแล้ว ก็จะมีความปรารถนาในขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ แต่ถ้าความต้องการนั้นยังไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความเครียด นำไปสู่แรงกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อนไหววิธีการหรือแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเพื่อลดความตึงเครียดหรือตอบสนองความพึงพอใจนั้น (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป.)

แมคคอลล ได้ขยายประเด็นลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ออกไปในเรื่องของ ประสบการณ์ชีวิต แมคคอลลเสนอเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตเป็นมิติต่างๆ ตามประสบการณ์ชีวิตของ คนทั้งในแง่ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ รวมถึงความชอบและความเจ็บปวด ความสุขและความ ทุกข์ นอกจากนี้ ดัลเคย์หรือรู้จักได้ให้นิยามอื่นๆ อีกในเรื่องของความผาสุก ความพึงพอใจ และไม่ พึงพอใจในชีวิต หรือความสุขและความทุกข์ (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป. อ้างใน McCall, 1975) แมคคอลลยังได้ชี้ให้เห็นว่ารากฐานของคุณภาพชีวิตคือความผาสุกที่เกี่ยวกับสุขภาพและมีความสุข เซอร์เกี (1976) ได้ศึกษาทฤษฎีคุณภาพชีวิตที่พัฒนาต่อจากมาสโลว์ โดยให้ความสำคัญในมิติ วัฒนธรรมและชี้ให้เห็นว่าลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์นั้นได้ให้จุดเริ่มต้นของการ วิเคราะห์ เพื่อค้นหาประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป.)

แคมป์เบลและคณะ ได้กล่าวว่านอกจากความสุขและสุขภาพแล้ว ก็ยังมีมิติอื่นๆ อีก ชีวิตที่ ดีสามารถวัดได้จากสิ่งของอุปโภคบริโภค และสัน นิษฐานว่าเป้าหมายระดับชาติได้เพิ่มความสนใจ ที่คุณภาพชีวิตมากกว่าทรัพย์สินสมบัติมากมาย แม้ว่าคุณภาพชีวิตมักจะวัดจากสิ่งของอุปโภคบริโภค แต่ในระดับชาติต้องมีการเปลี่ยนมุมมองจากในทางเศรษฐศาสตร์ไปเป็นมุมมองในเชิงจิตวิทยาที่เน้น ด้านความ ผาสุกเป็นสำคัญ แคมป์เบลและคณะยังได้วิเคราะห์และทดลองว่าความต้องการขั้น พื้นฐานคือ การมีอาหารเพียงพอ การมีที่อยู่อาศัย มีสิ่งของจำเป็นอื่นๆ และสิ่งที่เป็นนามธรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังรวมถึงความพึงพอใจในความงามของธรรมชาติและศิลปะด้วย (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป. อ้างใน Campbell et al., 1976)

คัมมินส์ ได้พยายามที่จะเสนอนิยามของคำว่าคุณภาพชีวิตโดยอธิบายคุณภาพชีวิตจากสิ่ง หลากหลายมิติที่แยกกันอยู่มาเป็นมิติในเชิงอัตวิสัย เช่น ความรู้สึก ความพึงพอใจหรือความสุข เป็น ต้น นอกจากนี้ยังอธิบายว่าบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมมีผลต่อค วามผาสุก และบุคคลต่างๆ ย่อม ประเมินชีวิตของตนเองแตกต่างกันออกไป (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป. อ้างใน Cummins, 1998)

European Foundation for Improvement of Living and Working Condition ได้ทำการ สํารวจคุณภาพชีวิตใน 28 ประเทศในทวีปยุโรป ในระหว่าง ค.ศ. 2004 โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตว่าเป็นเรื่องของทัศนคติและการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลและเป็นเรื่องที่แต่ละ คนต้องประเมินด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม มิติแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตไม่ได้แสดงบทบาทแยก

จากกันแต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมกันก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ทั้งนี้มีมิติคุณภาพชีวิตตามที่ European Foundation for Improvement of Living and Working Condition กำหนดไว้มี 6 มิติ คือ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านครอบครัว มิติด้านการทำงาน มิติด้านสังคมและการมีส่วนร่วม มิติด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และมิติด้านการพัฒนาตนเอง

สำหรับประเทศไทยแนวคิดการพัฒนาคูณภาพชีวิตเกิดขึ้นในช่วงปลาย ค .ศ. 1960 โดยแนวคิดที่นำมาใช้ในระยะแรกคือ แนวคิดว่าด้วยความจำเป็นพื้นฐานหรือที่เรียกว่า “จปฐ.” และได้เริ่มถูกกล่าวถึงตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (ค.ศ. 1972 – 1976) ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มของการปรับกระบวนการทัศน์และทิศทางการพัฒนาประเทศโดยรวมต่อมา และใน ค.ศ. 1985 คณะรัฐมนตรีให้เป็นปริมรงค์คุณภาพชีวิตประชาชนในชาติ โดยใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทย (นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป.)

1.3. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

อาร์ ซี ชาร์มา (Sharma) ผู้เชี่ยวชาญของยูเนสโก (UNESCO) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 5 ประการ คือ

1) มาตรฐานการครองชีพ (standard of living) หมายถึง มาตรฐานความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของประชากร เกี่ยวข้องกับราย ชาติต่อบุคคล สุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และการสังคมสงเคราะห์ สิ่งต่างๆ นี้เป็นส่วนสำคัญทำให้มาตรฐานการครองชีพของมนุษย์เปลี่ยนแปลงได้

2) การเปลี่ยนแปลงของประชากร (population dynamics) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงประชากรอันเป็นผลมาจากการเกิด การตาย และการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย มีผลให้ประชากรเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เพิ่มจำนวนหรือลดลง การเปลี่ยนแปลงประชากรมีผลกระทบต่อสถานการณ์หลายด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการจัดบริการสาธารณสุข ทั่วโลก ปัจจัยต่างๆ ล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิต

3) ระบบสังคมและวัฒนธรรม (socio-cultural factors) มนุษย์เมื่อรวมกันมากจำเป็นต้องมีระบบ มีกฎเกณฑ์ที่เรียกว่า รูปแบบการปกครอง กฎหมาย และมีแนวปฏิบัติอันเกิดจากความเชื่อ

และศรัทธาในลักษณะเดียวกันเพื่อให้การดำรงชีวิตร่วมกันมีความสุขซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4) กระบวนการพัฒนา (process of development) การพัฒนาเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องกันและสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคม สภาพแวดล้อมและทรัพยากร ด้านคุณภาพชีวิตทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศนั้น ประชากรแต่ละกลุ่มจะต้องมีการพัฒนาอยู่เสมอเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5) ทรัพยากร (Resources) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ประเทศที่มีทรัพยากรธรรมชาติสมบูรณ์จะมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ จะมีผลทำให้มาตรฐานการดำรงชีวิตอยู่ในระดับสูง ประเทศใดมีสภาพตรงกันข้ามก็จะมีมาตรฐานในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นทรัพยากรจึงเป็นเครื่องกำหนดลักษณะประเทศที่ร่ำรวยและประเทศที่ยากจนได้ (ศิริ ฮามสุโพธิ์, 2536 : 34)

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

2.1. แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ได้มองเศรษฐกิจแตกต่างจากแนวคิดของสังคมตะวันตกที่เน้นในเรื่องของวัตถุที่เป็นรูปธรรม เช่น กำไร ทรัพย์สิน เป็นต้น แต่การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy) คือ การพัฒนาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลางและความไม่ประมาท โดยคำนึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงต้องมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ทั้งนี้ต้องใช้ความรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการมาวางแผนและดำเนินการทุกขั้นตอน ขณะเดียวกันต้องเสริมพื้นฐานทางจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจทุกระดับให้มีสำนึกทางคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร และมีสติปัญญาและความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอก

การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นการเสนอแนวทางและการกระทำที่เหมาะสมบนพื้นฐานของการเสริมสร้างทางจิตใจที่กระทำเพื่อให้เกิดวิถีปฏิบัติที่พอเพียง ทั้งนี้คำสำคัญที่พบในเศรษฐกิจพอเพียงมีความหมายเกี่ยวข้อง ดังนี้

“พอเพียง” คือ การบริโภคและ การผลิตบนพื้นฐานความพอเพียง พอประมาณและมีเหตุผล ไม่ขาดสน แต่ไม่ฟุ่มเฟือย

“สมดุล” คือ การพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม มีความสมดุลระหว่างโลกาภิวัตน์ (Globalization) และอภีวัตน์ท้องถิ่น (localization) มีความสมดุลระหว่างภาคเศรษฐกิจกับการเงิน และภาคคนกับสังคม มีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ โครงสร้างการผลิตที่สมดุล มีการผลิตหลากหลาย ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

“ยั่งยืน” คือ พอเพียงอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมีภูมิคุ้มกันที่ดี ระบบเศรษฐกิจและสังคมมีความยืดหยุ่น สามารถก้าวทันและพร้อมรับต่อกระแสโลกาภิวัตน์ตลอดจนปรับตัวให้สามารถแข่งขันได้ในตลาดโลก การบริหารจัดการที่ดีขึ้นสามารถป้องกันและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้

“คุณภาพคน” คือ คนต้องมีคุณภาพในด้านพื้นฐานทางจิตใจ มีความสำนึกในคุณธรรม ซื่อสัตย์สุจริต มีไมตรี มีเมตตาหวังดีให้กันและกัน หลักการดำเนินชีวิตคือมีความอดทน มีความเพียรใช้สติปัญญาคิดอย่างรอบคอบก่อน ทำให้มีวินัย มีภูมิคุ้มกันในการดำรงชีวิต มีสุขภาพดี และมีศักยภาพ ทักษะและความรอบรู้อย่างเหมาะสมในการประกอบอาชีพและหารายได้อย่างมั่นคง และพัฒนาตนเองให้ก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจพอเพียงคือความสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา และเมื่อคนมีความสุขแล้วก็จะทำให้ความสุขยิ่งขึ้น ด้วยการมีความสุขจากการทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นหรือประโยชน์สุข ซึ่งถ้าหากคนส่วนใหญ่สร้างแต่ประโยชน์สุข สังคมก็จะมีแต่ ความมั่นคง ดังนั้น ความมั่นคงอันเกิดจากประโยชน์สุข จึงเป็นเป้าหมายสุดท้ายของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งอาจกล่าวสรุปได้ว่า เป้าหมายของเศรษฐกิจพอเพียงก็คือความยั่งยืนที่ประกอบด้วยความสุข และประโยชน์สุขนั่นเอง

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP) ได้จัดทำรายงานการพัฒนา คน เมื่อ ค.ศ. 2004 เพื่อเสนอแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 6 ประการ ดังนี้

2.1.1. เศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการขจัดความยากจนและการลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจของคนจน

2.1.2. ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นพื้นฐานของการสร้างพลังอำนาจของชุมชน และการพัฒนาศักยภาพชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อเป็นฐานรากของการพัฒนาประเทศ

2.1.3. เศรษฐกิจพอเพียงช่วยยกระดับความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท ด้วยการสร้างข้อปฏิบัติในการทำธุรกิจที่เน้นผลกำไรระยะยาวในบริบทที่มีการแข่งขัน

2.1.4. หลักเศรษฐกิจพอเพียงมีความสำคัญยิ่งต่อการปรับปรุงมาตรฐานของธรรมาภิบาลในการบริหารงานภาครัฐ

2.1.5. ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายของชาติ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบโดยกะทันหันเพื่อปรับปรุงนโยบายต่างๆ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการเติบโตที่เสมอภาคและยั่งยืน

2.1.6. ในการปลูกฝังจิตสำนึกพอเพียง จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนค่านิยมและแนวคิดของคนเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาคน (นางเยาว์ อรุณศิริวงศ์, ม.ป.ป.)

2.2. ทฤษฎีของ Maslow (1962) การพัฒนาเพื่อนำไปสู่ความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีบนแนวคิดของความต้องการของมนุษย์ ลักษณะการมีชีวิตที่ดีด้วยกา รเติมเต็มความต้องการนั้น ได้ถูกจัดเป็นไปตามขั้นตอน 5 ขั้น ได้แก่ 1) ความต้องการทางกายภาพ 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย 3) ความรักและความเป็นเจ้าของ 4) ความเคารพนับถือ 5) ความสมบูรณ์ของชีวิต (S. Dolnicar, K. Lazarevski & V. Yanamandram, 2012 : 4)

2.3. ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) เป็นดัชนีการวัดและเปรียบเทียบ ความยากจน การรู้หนังสือ การศึกษา อายุขัย การคลอดบุตร และปัจจัยอื่นๆ ของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เป็นวิธีการวัดความอยู่ดีกินดีตามมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและเยาวชน หลายคนใช้ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของสหประชาชาตินี้ ในการระบุว่าประเทศใดประเทศหนึ่งจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศที่กำลังพัฒนา หรือประเทศพัฒนาน้อยที่สุด ดัชนี

ดังกล่าวได้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ. 1990 โดยนักเศรษฐศาสตร์ชาวปากีสถานชื่อ มาฮุมบับ อุล ฮาค และองค์การสหประชาชาติได้ในดัชนีดังกล่าวมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 เป็นต้นมา

ดัชนีการพัฒนามนุษย์วัดความสำเร็จโดยเฉลี่ยของแต่ละประเทศในการพัฒนามนุษย์สามด้านหลักๆ ได้แก่

- 1) การมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดี ซึ่งวัดได้จากอายุขัย
- 2) ความรู้ ซึ่งวัดได้จากการรู้หนังสือ (มีน้ำหนักเป็นสองในสามส่วน) และอัตราส่วนการเข้าเรียนสุทธิที่รวมกันทั้งระดับประถม มัธยม และอุดมศึกษา (มีน้ำหนักเป็นหนึ่งส่วนในสามส่วน)
- 3) มาตรฐานคุณภาพชีวิต ซึ่งวัดได้จากผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP) ต่อหัวและความเท่าเทียมกันของอำนาจซื้อ (purchasing power parity - PPP) (ระบบบริการห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ สผ., ม.ป.ป.)

2.4. โลกาภิวัตน์และสาธารณสุข

โลกาภิวัตน์ได้ถูกรวมเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุข ในด้านหนึ่งนั้นมีการเร่งให้เกิดการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ปรับปรุงด้านสุขภาพและอายุขัยในประชากรจำนวนมาก อย่างน้อยที่สุดก็ในระยั้งถึงระยะกลาง ความก้าวหน้าของสิ่งเหล่านี้ก็จะรวมอยู่ในการเป็นสมัยใหม่ของสังคมและการดูแลสุขภาพที่หลากหลายและโปรแกรมสาธารณสุขที่จะเป็นผลประโยชน์กับสุขภาพของประชากร ส่วนอีกด้านหนึ่งลักษณะของโลกาภิวัตน์มีผลซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชากรเนื่องจากความเสื่อมโทรมของสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม การแบ่งแยกของแรงงานทั่วโลก ช่องว่างของรายได้ระหว่างคนรวยและ คนจนที่เพิ่มมากขึ้นภายในประเทศต่างๆ และการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วของการคุ้มครองผู้บริโภค

(Robert Beaglehole, Ruth Bonita, 2008: 11)

3. นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข ของประเทศญี่ปุ่น และสิงคโปร์

3.1. นโยบายของประเทศญี่ปุ่น

3.1.1. สำนักงานบริการสุขภาพ

ถึงแม้ว่าประเทศญี่ปุ่นจะเป็นประเทศอันดับต้นๆที่ประชากรมีอายุ ขยายเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นไม่ถึง ร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ หรือ ประมาณ 30 ล้านล้านเยน ดังนั้นจึงเกิดการปรับปรุงการดำเนินชีวิตและพัฒนา สภาพแวดล้อมขึ้น นอกจากนี้ยังมีโรคติดต่ออื่นๆที่คุกคามชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน เช่น โรคหัด โรคไขหวัดใหญ่2009 หรือโรครักษายาก เช่น โรคตับอักเสบ เป็นต้น ระบบการจัดการ และการปรับปรุงน้ำสะอาด อีกทั้งยังรวมถึงธุรกิจบริการที่เป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน เช่น ร้านตัดผม ร้านเสริมสวย ร้านซักรีด

การคาดหวังที่จะได้รับความร่วมมือในมาตรการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนา สภาพแวดล้อมจากหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรทางการแพทย์ องค์กรของรัฐ หรือองค์กรบริหาร โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้เกิดสังคมที่ดีและมีความสุข

การส่งเสริมสุขภาพและมาตรการควบคุมโรคมะเร็ง

โรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต เช่น โรคหัวใจ เส้นเลือดอุดตัน และเบาหวาน ทำให้เกิด มาตรการการป้องกันสุขภาพขึ้น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อมของสังคม สำนักงานบริการสุขภาพได้รับการสนับสนุนเป็นนโยบายสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่ สำหรับอายุขัยเฉลี่ยประชากรที่ยาวนานขึ้น “Health Japan 21 (2nd edition)” ถูกจัดขึ้นโดยมีจุดมุ่งจุดหมาย 53 ประการ ที่พิจารณาพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การเลิกบุหรี่ เป็นต้น

ครึ่งหนึ่งของประชากรต้องทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และ ร้อยละ 30 นั้นเสียชีวิต และด้วยสังคมที่ถูกสร้างขึ้นให้ประชาชนมีความรู้สึกปลอดภัยแม้พวกเขาจะป่วยเป็น โรคมะเร็ง สำนักงานบริการสุขภาพจึงดำเนินงานมุ่งเน้นถึงวิธีการที่อยู่บนพื้นฐานของการส่งเสริม การควบคุมโรคมะเร็งที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดยคณะรัฐมนตรีในเดือนมิถุนายน ปี ค.ศ. 2012 เพื่อปรับปรุง การดูแลทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น รังสีบำบัด เคมีบำบัด พัฒนายารักษา และจะเป็น

การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลในการรักษากับการใช้ชีวิตประจำวันในการทำงาน อีกทั้งยังมี
มาตรการการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมของเด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง

มาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อ รวมถึงการฉีดวัคซีน

มาตรการการต่อต้านโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย การติดตามสถานการณ์การติดเชื้อ การ
ตรวจสอบกักกันโรคติดเชื้อ

ปัญหาของ “Vaccine Gap” (ความแตกต่างของการได้รับวัคซีน) ซึ่งให้เห็นถึงระบบการฉีด
วัคซีนป้องกันโรคของประเทศญี่ปุ่นนั้นเป็นก รได้รับวัคซีนน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เพื่อเป็น
การแก้ไขปัญหา “Vaccine Gap” จึงเกิดมาตรการการฉีดวัคซีนอย่างครอบคลุม ประกอบด้วย การ
ฉีดวัคซีน 3 ชนิด คือ โรคติดต่อจากเชื้อแบคทีเรีย จาก Hemophilus influenza type B (Hib) โรคปอด
อักเสบ และมะเร็งปากมดลูก เริ่มต้นตั้งแต่ปีงบประมาณ ค.ศ. 2013 นอกจากนั้นยังมีการติดเชื้อใน
คนที่มีโรคไขหวัดนก (H7N9) ดังนั้นรัฐบาลจึงเข้าไปมีส่วนร่วมกับการบริหารจัดการวิกฤตตาม
“มาตรการพิเศษเกี่ยวกับการต่อต้านโรคไขหวัดใหญ่ที่เกิดขึ้นใหม่ ” รวมทั้งกำหนดแผนปฏิบัติ
แห่งชาติ การสำรองยาต้านไวรัสและการพัฒนาระบบการผลิตวัคซีนในความคาดการณของการเกิด
โรคไขหวัดใหญ่ที่ระบาดและทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของไวรัส

โรคไวรัสอหิวาต์เป็นหนึ่งในโรคติดเชื้อของประเทศญี่ปุ่น สำนักงานบริการสุขภาพจึงมีการ
ส่งเสริมมาตรการต่างๆ ประกอบด้วย วิจัยรักษาโรค มีระบบการตรวจสอบและค่า ใช้จ่ายทางการ
แพทย์ และยังส่งเสริมมาตรการนี้กับโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ และมะเร็งเม็ดเลือดขาว
human T-cell leukemia virus type 1 (HTLV-1)

มาตรการป้องกันโรครักษายาก สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบน้ำประปา ฯลฯ

ออกมาตรการครอบคลุม เช่น ส่งเสริมการวิจัยเกี่ วยกับการรักษาโรค ให้เงินทุนอุดหนุน
ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ จัดตั้งหน่วยงานให้ความรู้เผยแพร่และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้
ชีวิตประจำวัน สนับสนุนให้มีสวัสดิการจำเป็น รับผิดชอบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและ
จ่ายเบี้ยเลี้ยงให้กับผู้เคราะห์ร้ายจากระเบิดปรมาณูในฮิโรชิมาและนางาซากิ

ส่งเสริมและปรับปรุงสุขภาพอนามัยในธุรกิจที่เกี่ยวกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นตัวช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เช่น ร้านตัดผม ร้านเสริมสวย ร้านซักรีด โรงอาบน้ำและโรงแรม อีกทั้งระบบการประปายังจัดตั้งวิสัยทัศน์ใหม่ และช่วยส่งเสริมการพักผ่อนระบบมากขึ้นเพื่อทนต่อแผ่นดินไหว

3.1.2. สำนักประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพเริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 1992 เริ่มแรกจัดตั้งขึ้นเพื่อพนักงานบริษัท แต่หลังจากจบสงครามในปี ค.ศ. 1961 จึงได้กลายเป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน ซึ่งประชาชนจะสามารถเลือกสถาบันทางการแพทย์เพื่อรับการดูแลทางการแพทย์ที่ต้องการได้ และมีค่าใช้จ่ายที่เป็นธรรมผ่านบัตรประกัน

ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาทางการเงินของระบบประกันสุขภาพ ปัญหาของระบบประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น เช่น อัตราการเกิดที่ลดลง และจำนวนของประชากรผู้สูงอายุ จำเป็นที่ได้รับการพิจารณาแก้ไขผ่านการอภิปรายในระดับชาติ

โครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น

ในประเทศญี่ปุ่นประชาชนทุกคนจะได้รับการบริการประกันสุขภาพ และมีพนักงานจากผู้ประกอบการทั้งขนาดกลางและขนาดเล็กเข้าร่วมเป็นสมาชิก นอกจากนี้การประกันสุขภาพแห่งชาติมีการดำเนินนโยบายโดยเทศบาล

จากข้างต้นประชาชนทุกคนจะได้รับการดูแลจากระบบประกันสาธารณะ ประชาชนบางส่วนจะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นในราคาต่ำ โดยการจ่ายเบี้ยเลี้ยงและร่วมชำระเงิน (ร้อยละ 10 – 30)

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และมาตรการควบคุม

ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประเทศมีจำนวนสูงขึ้นและส่วนใหญ่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุพบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุเมื่อเทียบ

กับค่าใช้จ่ายของวัยหนุ่มสาวแล้วมีมากกว่าถึง 5 เท่า และคาดว่าสถานการณ์นี้จะรุนแรงมากขึ้นตามที่ประเทศญี่ปุ่นจะมีผู้สูงวัยมากขึ้นในอนาคต

ดังที่มาตรการควบคุมกับประเด็นด้านปัญหาการเงินของระบบประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสุขภาพพยายามรักษาระดับรายได้เบี้ยประกัน โดยการขยายเขตการทำงานของเงินประกันสุขภาพระดับชาติ จากระดับเขตเทศบาลเป็นระดับเมืองอำเภอ และการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการให้บริการทางการแพทย์ที่จะเปลี่ยนจากเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เกินไปให้กลายเป็นการดูแลแค่เพียงภายในบ้านเท่านั้น

มาตรการควบคุมภาวะโรคอ้วนลงพุง ผ่านการตรวจสุขภาพเฉพาะทาง/การแนะนำดูแลสุขภาพ

การตรวจสุขภาพ เฉพาะทาง และการแนะนำการดูแลสุขภาพ (การตรวจภาวะอ้วนลงพุง) โดยมุ่งเน้นที่การสะสมไขมันในอวัยวะภายใน (ภาวะอ้วนลงพุง) เริ่มขึ้นในปีงบประมาณ ค.ศ. 2008

การตรวจสุขภาพเฉพาะทางมีให้กับผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 40 – 74 ปี มีการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะให้กับผู้ที่มีผลการตรวจที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและไขมัน เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุงสูงกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ พบว่า กลุ่มหลังมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม 90,000 เยนต่อปี โดยเฉลี่ยนอกจากนี้ร้อยละ 30 ของผู้ที่ได้รับการแนะนำการดูแลสุขภาพอย่างเฉพาะทางไม่ได้อยู่ในความเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุงในปีถัดไป

จากข้างต้น การส่งเสริมมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรได้นั้นสามารถบอกถึงการจริงจังกับภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

3.1.3. สำนักงานสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ

ญี่ปุ่นจะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อนในโลก ในปี ค.ศ. 2025 และ Baby Boomer Generation จะมีอายุ 75 ปี คาดการณ์ว่า

- ทุกๆ 1 ใน 3 จะเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า (ในปัจจุบัน ทุกๆ 1 ใน 5) และเป็น 1 ใน 5 คนที่จะมีอายุ 75 หรือมากกว่า (ในปัจจุบัน ทุกๆ 1 ใน 10 คน)
- ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นจาก 2,800,000 ในปัจจุบัน เป็น 4,700,000 คน
- ประมาณ ร้อยละ 30 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมดจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้แต่งงาน หรือคู่สามีภรรยาสูงอายุ
- ในเขตเมืองประชากรยังคงมีเสถียรภาพ แต่ประชากรที่มีอายุ 75 ปีหรือมากกว่านั้น จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่พื้นที่ชนบท ประชากรที่มีอายุ 75 หรือมากกว่า จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย แต่ประชากรทั้งหมดนั้นจะมีจำนวนลดลง

การดูแลระยะยาวของระบบประกันสุขภาพสิ่งจำเป็นสำหรับการสนับสนุนใน การใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนที่ต้องการการดูแลระยะยาว

ในฐานะที่เป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จระดับต้นๆของโลกในเรื่องของผู้สูงอายุ สำนักงานเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับการสร้างสังคมซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถมีชีวิตกับความรู้สึกปลอดภัยด้วยระบบประกันการดูแลระยะยาวที่ยังมีอยู่อย่างยั่งยืน

การจัดตั้งระบบประกันการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืน

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจะมีผลต่อเบี้ยประกันของทั้งผู้สูงอายุและคนวัยทำงาน การปฏิรูปที่ครอบคลุมของระบบประกันสังคมและภาษีที่จะสร้างระบบการดูแลชุมชนแบบบูรณาการและสร้างความมั่นใจอย่างยั่งยืนในระบบประกันดูแลระยะยาวที่จะเป็นประเด็นหลักในอนาคต

ระบบการดูแลชุมชนแบบบูรณาการ

- “ระบบการดูแลชุมชนแบบบูรณาการ ” เป็นระบบที่จัดหา 1) บ้าน 2) การดูแลทางการแพทย์ 3) การดูแลระยะยาว 4) การให้บริการการคุ้มครอง 5) ความเป็นอยู่ ที่สนับสนุนในลักษณะบูรณาการในชุมชน
- ระบบการดูแลชุมชนแบบบูรณาการมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในบ้านของพวกเขาและใช้ชีวิตด้วยความรู้สึกที่ปลอดภัยจากระบบการดูแลระยะยาว

- ระบบการดูแลชุมชนแบบบูรณาการจัดตั้งขึ้นโดยเทศบาลที่เป็นพื้นฐานของการพึ่งพาตนเอง และเป็นความคิดค้นแบบที่เป็นไปตามลักษณะเฉพาะ

หน่วยงานนี้เป็นการทำงานเพื่อปรับปรุงการให้บริการดูแลระยะยาวรวมถึงการบริการเยี่ยมบ้านตลอด 24 ชั่วโมง และการบริการที่หลากหลายสำหรับกลุ่มเล็กๆ สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้านและการบริการพักค้างคืนในลักษณะบูรณาการเพื่อพัฒนาที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และส่งเสริมความร่วมมือด้านการแพทย์และการดูแลระยะยาวในขณะเดียวกัน การบริการระยะยาวที่มีมากขึ้นและมีประสิทธิภาพ มากขึ้น และการตรวจสอบระบบจากความยุติธรรมระหว่างรุ่นและภายในรุ่น ภายในขอบเขตของภาระ (สิ่งที่เบียดเบียนประกันและการชำระเงินร่วมของผู้มีรายได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น) นอกจากนี้ก็ยังมีประเด็นอื่นๆที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ในสังคมที่มีประชาชนอาศัยด้วยความรู้สึกถึงความปลอดภัยแม้จะมีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมสามารถสร้างความเจ็บปวดให้กับประชาชนได้ทุกคนและจะกลายเป็นความกังวลสำหรับประชาชนและครอบครัวของพวกเขาเมื่อเข้าสู่วัยชรา นอกจากนี้อาการอาจจะทรุดลงจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ถึงแม้จะสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงได้ แต่อาการก็จะเติบโตอย่างรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมเมืองกับความรู้สึกถึงความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคสมองเสื่อม

กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการแรงงานได้ออกมาตรการ “แผนการส่งเสริมมาตรการต่อต้านภาวะโรคสมองเสื่อมระยะ 5 ปี” ในเดือน กันยายน ค.ศ. 2012 ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการรับมือภาวะโรคสมองเสื่อม โดยที่ประชาชนจะได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการภาวะโรคสมองเสื่อมอย่างรวดเร็วที่สุดจากหน่วยงานนี้ และจะทำให้เกิดความมั่นใจต่อว่าพวกเขาจะได้รับ การวินิจฉัยที่เหมาะสม และทำให้เกิดความเป็นไปได้ของ “การอยู่อย่างมีเกียรติ” ในชีวิตของพวกเขา

สถานที่ในการดูแลระยะยาวที่ประชาชนจะสามารถทำงานได้อย่างเป็นเวลานานด้วยความภาคภูมิใจ

ในขณะที่แก่ชราลง การสนับสนุนความปลอดภัยของบุคลากร สำหรับสถานที่ในการดูแลระยะยาว เป็นสิ่งที่สำคัญและได้รับการพิจารณาว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับจำนวนบุคลากรที่เข้ารับ การดูแลระยะยาวซึ่งจะเพิ่มขึ้น 1 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025

ค่าจ้างของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวนี้ หากเปรียบเทียบกับอุตสาหกรรมอื่นๆ ถือว่ามีแนวโน้มที่ค่อนข้างต่ำและอัตราการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างสูง การเปิดใช้งานของสถานที่เพื่อทำงานในการดูแลระยะยาวด้วยความภาคภูมิใจนั้นเป็นสิ่งสำคัญ หน่วยงานจะเพิ่มค่าจ้างของผู้ที่มีส่วนร่วมในระยะยาวและสร้างเส้นทางอาชีพที่เหมาะสมให้กับพวกเขา (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2013)

3.2. นโยบายของประเทศสิงคโปร์

สิงคโปร์มีความพยายามที่จะพัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน และสามารถเข้าถึงได้ง่าย รัฐบาลสิงคโปร์ยังคิดค้นระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมและเพียงพอที่จะดูแลให้ความช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรในสิงคโปร์ได้อย่างทั่วถึง โดยที่ไม่ต้องจัดสรรภาษีของประเทศมากเกินไปสำหรับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข จึงเป็นที่มาของระบบประกันสุขภาพแบบเฉพาะของสิงคโปร์ที่รู้จักกันในนามของ “ระบบประกันสุขภาพ 3Ms (Medisave, MediShield, and Medifund)

ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์ถือเป็นการประกันสุขภาพแบบระบบคู่ (Dual System) กล่าวคือ ภาระการชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิการประกันต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่เหลือ (Public-Private Partnership) ทั้งนี้ เนื่องจากรัฐบาลสิงคโปร์เห็นว่า ประชากรสิงคโปร์ควรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตน และให้ถือเป็นหน้าที่ส่วน บุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเพื่อจะได้ไม่หวังพึ่งรัฐสวัสดิการและประกันสุขภาพเกินความจำเป็น รวมถึงไม่ก่อให้เกิดภาระแก่รัฐบาลในอนาคต

กลไกปกป้องทางสังคม (Social Safety Net) ที่รัฐบาลสิงคโปร์นำมาใช้ ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่

- 1) Central Provident Fund (CPF) ซึ่งเป็นกองทุนสำรองเลี้ยงชีพวัยเกษียณสำหรับชาวสิงคโปร์
- 2) ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย (Public Housing)

- 3) การช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (3Ms – Medisave, MediShield, Medifund)
- 4)สวัสดิการการทำงาน สำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีรายได้น้อย (Workfare Income Supplement Scheme และ Workfare Training Support Scheme)

การเข้ารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลในสิงคโปร์ ผู้ป่วยสามารถเลือกระดับห้องพักสำหรับการรักษาพยาบาลได้ 5 ระดับ ซึ่งแบ่งตามจำนวนเตียง เครื่องอำนวยความสะดวก และการให้บริการ ดังนี้

- Class A1 – เป็นแบบห้องส่วนตัว (ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายเองเต็มจำนวน)
- Class A2 – ห้องแบบ 2 เตียง (ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายเองเต็มจำนวน)
- Class B1 – ห้องแบบ 4 เตียง
- Class B2 – ห้องแบบ 6 เตียง
- Class C – เป็นแบบห้องรวม

การชำระค่ารักษาพยาบาลจะเป็นลักษณะของการประสานประโยชน์ร่วมกันระหว่างรัฐและประชาชน โดยรัฐบาลจะร่วมจ่ายหรือให้เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง (Government Subsidy) และผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือ (เฉพาะชาวสิงคโปร์และผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้พำนักในสิงคโปร์แบบถาวร หรือ Singapore Permanent Residents - SPRs) โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วยชาวสิงคโปร์มีความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในระดับ Class C ได้ การใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาลในระดับนี้จึงได้รับเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลสูงสุดถึง ร้อยละ 80

รัฐบาลสิงคโปร์ให้การส่งเสริมสนับสนุนในเรื่องการออมของประชากรอย่างมาก โดยมีการจัดตั้ง Central Provident Fund Board (CPF) เป็นผู้กำกับดูแลการออมเพื่อเลี้ยงชีพภาคบังคับ เพื่อให้สมาชิกมีเงินออมมากเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในวัยเกษียณ โดยสมาชิกจะต้องมีการส่งเงินซึ่งหักจากเงินเดือนของตนเองบางส่วนและเงินที่นายจ้างจ่ายสมทบทุกเดือนเข้ากองทุนฯ ทั้งนี้จะมีการแบ่งประเภทบัญชีออกเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย

- 1) Ordinary Account เป็นบัญชีเงินออมสำหรับการซื้อที่อยู่อาศัย ซื้อประกัน เงินออมเพื่อการลงทุนทั่วไปและการศึกษาของบุตร รวมถึงเงินออมร่วมจ่ายในบัญชีเกษียณอายุของบุคลากร
- 2) Special Account เป็นบัญชีเงิน ออมเพื่อการเลี้ยงชีพวัยเกษียณ ใช้สำหรับเหตุ

ฉุกเฉินและการลงทุนวัยเกษียณ

3) Medisave Account เป็นบัญชีเงินออมสำหรับค่ารักษาพยาบาลของตนเองและบุตร ซึ่งใช้เบิกจ่ายสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก จ่ายค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอกบางรายการ และใช้สำหรับจ่ายค่าธรรมเนียมเพื่อซื้อโปรแกรม MediShield เพื่อตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลและความสามารถในการชำ 20ระค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน รัฐบาลได้มีการเพิ่มเติมในส่วนของโปรแกรมสำหรับการบริหารจัดการด้านสุขภาพส่วนบุคคลอื่น ๆ อีก ได้แก่ MediShield, ElderShield และ Medifund

Medisave

เป็นโปรแกรมการออมเพื่อสุขภาพหรือการประกันสุขภาพภาคบังคับที่ประกาศใช้ในสิงคโปร์ ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือประชากรในประเทศในการชำระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐและสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการเฉพาะระดับการรักษาใน Class B2/C โดยสามารถใช้สำหรับการรักษากรณีผู้ป่วยนอกบางประเภทได้ เช่น การทำเคมีบำบัด การรักษาทางรังสีวิทยา และการล้างไต นอกจากนี้ยังสามารถเลือกใช้สิทธิสำหรับตนเองหรือบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัวได้ (เฉพาะคู่สมรส บุตร พ่อ แม่ และปู่ตายายที่เป็นชาวสิงคโปร์หรือ ถิ่นใบอนุญาตพำนักในสิงคโปร์แบบถาวร) ตามที่กฎหมายกำหนด ชาวสิงคโปร์และผู้ที่ได้รับอนุญาตให้พำนักในสิงคโปร์แบบถาวร (PRs) ที่ทำงานในสิงคโปร์ จะต้องแบ่งเงินเดือนหรือค่าจ้างรายเดือนส่วนหนึ่งเพื่อส่งเข้าบัญชี Medisave ของตน ทั้งนี้ สัดส่วนเปอร์เซ็นต์ที่เรียกเก็บจะแตกต่างกันตามระดับอายุ โดยมีการกำหนดจำนวนเงินสูงสุดที่สมาชิกแต่ละรายสามารถมีได้ในบัญชี Medisave (Medisave Contribution Ceiling – MCC) ไม่เกิน 41,000 ดอลลาร์สิงคโปร์ (บังคับใช้เมื่อ 1 กรกฎาคม 2554)

Medisave for Chronic Disease Management Programme (CDMP) and Vaccinations

โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมสำหรับการบริหารจัดการโรคเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุของความยากลำบากและสร้างความหตุในการใช้ชีวิตสำหรับครอบครัวของชาวสิงคโปร์จำนวนมาก รัฐบาลได้ประกาศใช้เพิ่มเติมเมื่อเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2549 โดยเริ่มแรกครอบคลุมเฉพาะโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

และโรคหลอดเลือดในสมองแตก หรือตีบตัน (Stroke) และต่อมาในเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 ได้มีประกาศเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมโรคหอบหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD) รวมด้วย จากนั้นในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ประกาศเพิ่มเติมให้กับโรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคซึมเศร้า (Depression) กระทั่งล่าสุดในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ได้ประกาศครอบคลุมถึงโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) และโรคสมองเสื่อม (Dementia) ดังนั้น ในปัจจุบันโรคเรื้อรังที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้โปรแกรมนี้มีทั้งสิ้น 10 โรคด้วยกัน โดยกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ได้ให้การสนับสนุนคลินิกกว่า 700 แห่งทั่วสิงคโปร์ เพื่อให้สามารถจัดทำโปรแกรมบริหารจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างเป็นระบบ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโรคอย่างทั่วถึง สำหรับการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ใช้สิทธิสามารถใช้สิทธิผ่านบัญชี Medisave ของคนในครอบครัวหรือบัญชี Medisave ของตนเอง (กำหนดไม่เกิน 10 บัญชี) และจำกัดวงเงินไม่เกิน 400 ดอลลาร์สิงคโปร์ ต่อบัญชีต่อปี ทั้งนี้ สิทธิการเบิกจ่ายจะใช้ได้ภายใต้เงื่อนไขของการเสียเงินแรกจ่าย (Deductible) 30 ดอลลาร์สิงคโปร์ และเสียเงินส่วนร่วมจ่าย (Copayment) อีก ร้อยละ 15

นอกจากนี้ นับแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา Medisave ยังสามารถใช้สำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดบวมหรือไอพีดี (Pneumococcal) ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ได้ด้วย และเพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการยอดเงินในบัญชี Medisave

(1) MediShield

แบบประกันสุขภาพ MediShield คือ แบบประกันสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับภ ณีเจ็บป่วยร้ายแรง ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือประชากรของสิงคโปร์ในการชำระค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่เกิดจากการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง หรือกรณีที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เฉพาะในส่วนของการรักษาใน Class B2หรือC ในโรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ แบบประกันสุขภาพ MediShield ยังขยายสิทธิครอบคลุมถึงผู้ที่ถือใบอนุญาตพำนักในสิงคโปร์แบบถาวร หรือ Singapore Permanent Residents (SPRs) เฉพาะผู้ที่สามารถเสียค่าใช้จ่ายเพื่อเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและสถาน

บริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ

(2) ElderShield

โปรแกรมประกันสุขภาพที่ราคาไม่แพงสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาทางการเงินในกรณีที่จะต้องได้รับการดูแลในระยะยาว โดยจะเป็นลักษณะของการให้เงินช่วยเหลือรายเดือน กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ของสิงคโปร์ได้มอบหมายให้บริษัทประกันเอกชน 3 รายเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ Aviva, Great Eastern และ NTUC Income ทั้งนี้ ชาวสิงคโปร์และผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้พำนักในสิงคโปร์แบบถาวร (PRs) ซึ่งมีบัญชี Medisave อยู่แล้ว จะได้รับการคุ้มครองภายใต้โปรแกรมนี้โดยอัตโนมัติ เมื่อมีอายุครบ 40 ปี

(3) Medifund

กองทุนสงเคราะห์เพื่อสุขภาพ (Endowment Fund) ซึ่งจัดตั้งโดยรัฐบาล นับแต่ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวสิงคโปร์มีรายได้น้อยและไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลได้ แม้ว่าจะได้พยายามชำระผ่านบัญชี Medisave และ โปรแกรม MediShield แล้วก็ตาม ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่า ชาวสิงคโปร์ทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้ เงินส่วนนี้จะได้รับการจัดสรรให้กับโรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์ที่ได้รับการอนุมัติในลักษณะของเงินช่วยเหลือ Medifund หรือ Medifund Silver

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2550 รัฐบาลได้ประกาศเพิ่มอีก 1 กองทุน ภายใต้กองทุน Medifund โดยให้ชื่อว่า Medifund Silver ทั้งนี้ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า ได้อย่างตรงจุดมากขึ้น โดยแบ่งเงินทุนจากกองทุน Medifund จำนวน 500 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์ มาเป็นเงินทุนเริ่มต้นสำหรับกองทุนนี้

การดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่สิงคโปร์ให้ความสำคัญ เนื่องจากสิงคโปร์มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี คาดกันว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากร 1 ใน 5 จะมีอายุมากกว่า 65 ปี สิงคโปร์มีการจัดตั้ง Ministry of Community Development, Youth and Sports (MCYS) ซึ่งทำงาน

ร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ รวมทั้งมีการจัดตั้ง Ministerial Committee on Ageing เมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2550 โดยมีนาย Lim Boon Heng รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมและหาแนวทางช่วยเหลือให้กับประชาชนใน สังคมผู้สูงอายุ ภายใต้คำขวัญ “Successful Ageing for Singapore” มีแนวนโยบายดังนี้

- ส่งเสริมการจ้างงานและความมั่นคงทางการเงิน (Enhance employability and financial security)
- ให้การดูแลสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในราคาที่เหมาะสม (provide holistic and affordable healthcare and eldercare) โดยเน้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ราคาประหยัด และตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล
- ช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคม (Enable ageing-in-place) ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่สาธารณะ และในระบบขนส่งมวลชน และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม
- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืน (Promote active ageing) โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงเพื่อให้อยู่ใน สังคมได้อย่างมีความสุข การบริการผู้สูงอายุในสิงคโปร์แบ่งเป็น (1) การดูแลระยะกลาง ได้แก่ การรักษาตามอาการ ที่โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าไปเย็นกลับ (2) การดูแลระยะยาว ได้แก่ บ้านพักคนชรา การบริหารด้านการแพทย์ พยาบาล และการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่บ้าน และสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ (hospice) เป็นต้น

รัฐบาลได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม ผ่านการดูแลของหน่วยงาน ได้แก่ MCYS และคณะกรรมการกองทุน Central Provident Fund (CPF) Board เพื่อสร้างระบบให้บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูพ่อแม่ในยามชรา และหากไม่เลี้ยงดู พ่อแม่สามารถฟ้องร้องเรียกค่าเลี้ยงดูจากบุตรของตนได้ รวมทั้งให้ความสำคัญกับองค์กรชุมชนท้องถิ่น เพื่อเป็นกลไกในการดูแลประชาชนที่ประสบความลำบาก เพื่อลดภาระให้กับรัฐบาล (ภัทร พิระพันธุ์ หินเมืองเก่า, ม.ป.ป.)

4. ข้อมูลพื้นฐาน

4.1. ข้อมูลพื้นฐานของประเทศญี่ปุ่น

4.1.1. ข้อมูลทางภูมิศาสตร์

ญี่ปุ่นตั้งอยู่ด้านฝั่งตะวันออกของทวีปเอเชีย หรือทางตอนเหนือของมหาสมุทรแปซิฟิก ทางด้านตะวันตกติดกับคาบสมุทรเกาหลีและสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยมีทะเลญี่ปุ่นกั้น ส่วนทิศเหนือ ติดกับประเทศรัสเซีย มีทะเลโอฮอตสค์เป็นเส้นแบ่งแดน หมู่เกาะญี่ปุ่นทอดตัวเป็นรูปโค้งเหมือนพระจันทร์เสี้ยว จากทางตอนเหนือที่ละติจูด 45 องศา 33 ลิปดาเหนือ มาทางใต้ที่ละติจูด 20 องศา 25 ลิปดาเหนือ โดยมีความยาวทั้งสิ้น 3,800 กิโลเมตร



ภาพที่ 1 Political Map of Japan

ที่มา : <http://www.nationsonline.org>

พื้นที่ ประมาณ 377,835 ตารางกิโลเมตร เป็นประเทศที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 60 ของโลก (ขนาด 0.76 เท่าของประเทศ) ประกอบด้วยพื้นดิน 374,744 ตารางกิโลเมตร และผืนน้ำ 3,091 ตารางกิโลเมตร ส่วนพื้นที่ชายฝั่งทะเลยาวประมาณ 29,751 กิโลเมตร

ภูมิประเทศ เป็นประเทศหมู่เกาะประกอบด้วยเกาะใหญ่น้อยประมาณ 3,900 เกาะ โดยมีเกาะใหญ่ที่สำคัญ 4 เกาะ คือ ฮอกไกโด มีพื้นที่ 83,517 ตารางกิโลเมตร ฮอนชู มีพื้นที่ 231,012 ตารางกิโลเมตร ชิโกกุ มีพื้นที่ 18,800 ตารางกิโลเมตร และ คิวชู มีพื้นที่ 44,379 ตารางกิโลเมตร โดยร้อยละ 71 ของพื้นที่ทั้งหมดของญี่ปุ่นเป็นภูเขาซึ่งไม่สามารถอาศัยหรือทำการเพาะปลูกได้ ในขณะที่มีพื้นที่ราบเพียงร้อยละ 25 ซึ่งใช้เป็นพื้นที่ทางการเกษตรได้เพียงร้อยละ 11 เท่านั้น ญี่ปุ่นมีภูเขาไฟมากประมาณ 1 ใน 10 ของทั้งโลก โดยมีภูเขาฟูจิเป็นภูเขาที่สูงที่สุดในประเทศ (3,776 เมตร) และเป็นภูเขาไฟที่สงบอยู่แต่ยังไม่ดับ และจากการที่ญี่ปุ่นอยู่ในเขตที่มีภูเขาไฟมาก และตั้งอยู่บนวงแหวนแห่งไฟแปซิฟิกซึ่งมีรอยเลื่อนต่างๆ มากมายทำให้มีแผ่นดินไหวเกิดขึ้นเสมอ

ภูมิอากาศ มี 4 ฤดูหลัก ดังนี้

ฤดูใบไม้ผลิ (มีนาคม – พฤษภาคม)	อากาศอบอุ่น
ฤดูร้อน (มิถุนายน – สิงหาคม)	อากาศร้อนชื้น โดยมีช่วงฤดูฝนสั้นๆ ประมาณ 1 เดือน ในช่วงต้นฤดู และร้อนจัดในช่วงสิงหาคม – กันยายน
ฤดูใบไม้ร่วง (ตุลาคม – พฤศจิกายน)	อากาศอบอุ่น โดยมีพายุไต้ฝุ่นมากในช่วงเดือน กันยายน
ฤดูหนาว (ธันวาคม – กุมภาพันธ์)	อากาศหนาว มีหิมะตกโดยเฉพาะทางภาคเหนือของประเทศและฝั่งทะเลญี่ปุ่นส่วนทางใต้และฝั่งมหาสมุทรแปซิฟิก อากาศจะอบอุ่น

เขตของภูมิอากาศมี 6 เขต คือ

ฮอกไกโด เหนือสุดของประเทศ มีสภาพอากาศที่หนาวเย็นตลอดทั้งปี

ทะเลญี่ปุ่น ตั้งอยู่ชายฝั่งทะเลทางฟากตะวันตกของญี่ปุ่น ในช่วงฤดูหนาวมีหิมะตกมาก และในช่วงฤดูร้อนอากาศจะเย็นกว่าฝั่งมหาสมุทรแปซิฟิก

ที่สูงตอนกลาง อุณหภูมิระหว่างฤดูและกลางวันกลางคืนมีความแตกต่างกันมาก

ทะเลเซะโตะ มีอากาศชื้นตลอดทั้งปี

ชายฝั่งมหาสมุทรแปซิฟิก ตั้งอยู่ชายฝั่งมหาสมุทรทางตะวันออกของประเทศ ในฤดูหนาวมีอากาศที่หนาวเย็นแต่ไม่ค่อยมีหิมะตก ในฤดูร้อนมีอากาศร้อนและชื้น

หมู่เกาะตะวันตกเฉียงใต้ หมู่เกาะริวกิวมีอุณหภูมิถึงเขตร้อน คืออุ่นในฤดูหนาวและร้อนในฤดูร้อน มีฝนตกมากและมีไต้ฝุ่นผ่านมาในช่วงเปลี่ยนฤดู

ฤดูร้อน มีฝนตกมากและมีไต้ฝุ่นผ่านมาในช่วงเปลี่ยนฤดู

ฤดูฝนหลักเริ่มต้นขึ้นในต้นเดือนพฤษภาคมที่โอะกินะวะ และจึงค่อยๆ ไล่ขึ้นไปจนถึงฮอกไกโดในปลายเดือนกรกฎาคม บนเกาะฮอนชูฤดูฝนจะเริ่มในกลางเดือนของเดือนมิถุนายน มีระยะเวลาประมาณเดือนครึ่ง ส่วนอีกช่วงที่มีฝนตกคือช่วงเปลี่ยนฤดูใบไม้ผลิเป็นฤดูร้อน และฤดูร้อนเป็นฤดูใบไม้ร่วง (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2554)

4.1.2. ข้อมูลทางกายภาพ

เมืองหลวง กรุงโตเกียว (Tokyo) ซึ่งเป็นเมืองที่มีประชากรพำนักมากที่สุดในประเทศ ประมาณ 12.58 ล้านคน

เมืองสำคัญ โตเกียว โยโกฮาม่า โอซากา นาโกย่า โกเบ ฟูกูโอกะ คาวาซากิ ฮิโรชิม่า

ท้องถิ่น GMT+7 (เร็วกว่าประเทศไทย 2 ชั่วโมง)

ทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญของประเทศ ได้แก่ แร่ธาตุ (เช่น ทองคำ เงิน ตะกั่ว ทองแดง ซีเมนต์) ก๊าซธรรมชาติ ถ่านหิน และพลังงานจากน้ำ (Hydropower) เป็นต้น

ประชาชน จำนวนประชากรประมาณ 126.5 ล้านคน

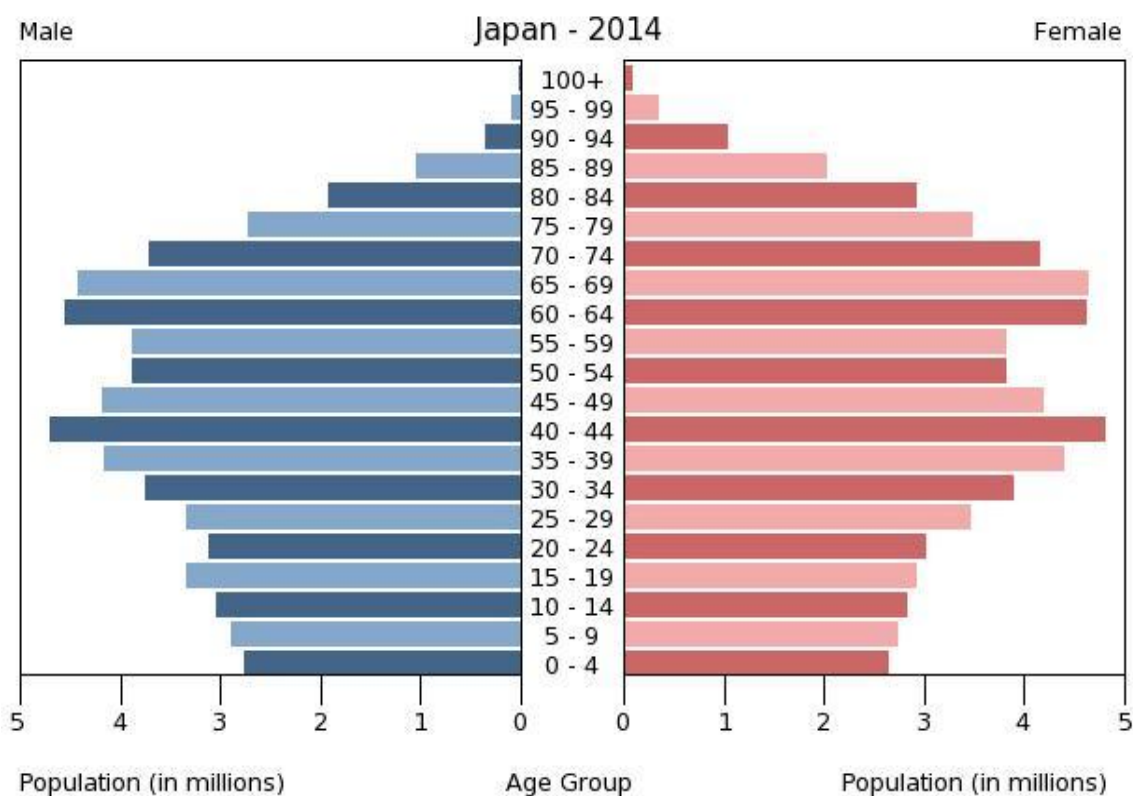
อัตราการขยายตัวของประชากรร้อยละ -0.278

เชื้อชาติ ญี่ปุ่นร้อยละ 99 อื่นๆ ร้อยละ 1 ในทางประวัติศาสตร์เชื่อกันว่าโดยทั่วไปบรรพบุรุษของชาวญี่ปุ่น ได้แก่ กลุ่มเผ่าพันธุ์หนึ่งที่เรียกในปัจจุบันว่า เผ่าพันธุ์ชูมาโตะ ผสมกับคน

ที่อพยพมาจากแผ่นดินใหญ่ ได้แก่ จีนและเกาหลี ปัจจุบันคนต่างชาติกลุ่มใหญ่ที่อยู่ในญี่ปุ่น ได้แก่ ชาวเกาหลี และชาวจีน รวมทั้งเผ่าไอนุ ทั้งนี้ ญี่ปุ่นไม่ถือว่าประเทศของตนมีชนกลุ่มน้อย

ศาสนา ศาสนาใหญ่ๆ มี 2 ศาสนา คือ ศาสนาพุทธและชินโต (ร้อยละ 84) นอกจากนี้ยังมีศาสนาอื่นๆ อีก ได้แก่ ศาสนาคริสต์และลัทธิขงจื้อ

ภาษา ภาษาญี่ปุ่นเป็นภาษาราชการ



ภาพที่ 2 Population Pyramid of Japan

ที่มา : The World Fact book

โครงสร้างอายุ ญี่ปุ่นเป็นสังคมคนสูงอายุ (Aging Society) เป็นประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) จำนวน 26.82 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด

0 - 14 ปี ร้อยละ 13.1 (ชาย 8,521,571/หญิง 8,076,172)

15 - 64 ปี ร้อยละ 64 (ชาย 40,815,840/หญิง 40,128,235)

65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.9 (ชาย 12,275,829/หญิง 12,658,016) (ประมาณการปี 2554)

<u>สัดส่วนประชากร</u>	แรกเกิด	1.056 ชาย/หญิง
	น้อยกว่า 15 ปี	1.06 ชาย/หญิง
	15 – 64 ปี	1.02 ชาย/หญิง
	ประชากรทั้งหมด	0.95 ชาย/หญิง (ประมาณปี ค.ศ. 2011)

การศึกษา ภาคบังคับ 9 ปี (ประถมศึกษา 6 ปี และมัธยมศึกษาตอนต้น 3 ปี)

การรู้หนังสือ ร้อยละ 99.9

ประเภทของรัฐบาล ระบบเสรีประชาธิปไตย โดยมีรัฐสภาเป็นสภาสูงสุดของรัฐ และมีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้ารัฐบาล (นายกรัฐมนตรีได้รับเลือกจากสมาชิกรัฐสภา) นอกจากนี้รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้มีการบัญญัติไว้ว่าสมเด็จพระจักรพรรดิทรงเป็นสัญลักษณ์ของประเทศมิใช่องค์ประมุขและไม่มีอำนาจในการบริหารประเทศ

การแบ่งสัดส่วนบริหาร ญี่ปุ่นแบ่งเขตการปกครองท้องถิ่นออกเป็น 47 จังหวัด (Prefecture) ซึ่งรวมกรุงโตเกียว (Tokyo Metropolis) ด้วยการปกครองส่วนท้องถิ่นภายในจังหวัดแยกออกเป็น นครเมือง และหมู่บ้านยกเว้นกรุงโตเกียวที่มีเขตการปกครอง เฉพาะในส่วนใจกลาง 23 เขต นอกเหนือไปจากเขตชานกรุง ซึ่งประกอบด้วย 27 นคร 5 เมือง และ 8 หมู่บ้าน รัฐบาลญี่ปุ่นได้พยายามกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น โดยผู้ว่าราชการจังหวัดนายกเทศมนตรีของนครขนาดใหญ่ของเมืองและของหมู่บ้านตลอดจนสมาชิกสภาส่วนท้องถิ่นทุกระดับมาจากการเลือกตั้ง

ระบบการเมือง ระบบการเมืองของญี่ปุ่น ยึดหลักการแยกอำนาจนิติบัญญัติ อำนาจบริหาร และอำนาจตุลาการออกจากกัน

ประมุข สมเด็จพระจักรพรรดิอากิฮิโตะ (His Majesty Emperor AKIHITO) เสด็จขึ้นครองราชย์ในปี ค.ศ. 1992 เป็นจักรพรรดิองค์ที่ 125 ในราชวงศ์ ใช้ชื่อรัชสมัยว่าเฮเซ (Heisei) จักรพรรดิของญี่ปุ่นสืบเชื้อสายมาจากจักรพรรดิจิมมุ เมื่อ 60 ปีก่อนคริสกาล (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2554)

นายกรัฐมนตรี นายชินโซ อาเบะ ได้รับแต่งตั้งเป็นนายกรัฐมนตรีญี่ปุ่นคนที่ 90 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม ค.ศ. 2012 (BotKung, 2557)

เศรษฐกิจ หลังสงครามโลกครั้งที่สอง ญี่ปุ่นได้รับความบอบช้ำจากสงครามเป็นอย่างมาก แต่ก็สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วเพราะปัจจัยหลายอย่างเช่นการแทรกแซงของ รัฐบาลแรงงานที่ถูกและมีคุณภาพ อัตราการออมและการลงทุนที่สูง ในช่วงระหว่าง ค.ศ. 1957 - 1977 เป็นช่วงที่เศรษฐกิจญี่ปุ่นเติบโตอย่างมาก อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจที่แท้จริง ในช่วงปี ค.ศ. 1957, 1967 และ 1977 เฉลี่ยร้อยละ 10, 5 และ 4 ตามลำดับ ตั้งแต่ช่วง ต้นปี ค.ศ. 1967 ญี่ปุ่นประสบปัญหาค่าเงินเยนแข็งตัวจนทำให้บริษัทจำนวนมากย้ายฐานการผลิตออกไปนอกประเทศ หลังจากเกิดฟองสบู่แตกต้น พุทธทศวรรษที่ 2530 เศรษฐกิจก็เริ่มชะลอตัว และส่งผลกระทบต่อเนื่องตลอดพุทธทศวรรษที่ 2530 รัฐบาลพยายามกระตุ้นเศรษฐกิจด้วยวิธีต่าง ๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ และยังคงซ้ำเติมจากผลกระทบของเศรษฐกิจชะลอตัวใน ปี ค.ศ. 2000 สภาพเศรษฐกิจหลังจากปี ค.ศ. 2005 ดูเหมือนจะฟื้นตัวขึ้นจากตัวเลขการขยายตัวของจีดีพีที่สูงขึ้น แต่ญี่ปุ่นก็กลับประสบปัญหาอีกครั้งเมื่อเกิดวิกฤติทางการเงินที่ส่งผลกระทบ ไปทั่วโลก แม้ว่าธุรกิจภาคการเงินของญี่ปุ่นได้รับผลกระทบน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศ อื่น ๆ เพราะทศวรรษแห่งภาวะเศรษฐกิจซบเซาที่ทำให้ญี่ปุ่นระมัดระวังในการลงทุนมาก ขึ้น แต่การที่ญี่ปุ่นพึ่งพาการส่งออกรถยนต์และสินค้า อิเล็กทรอนิกส์ มากเกินไปก็ส่งผลกระทบรุนแรงต่อเศรษฐกิจ และทำให้เกิดปัญหาการว่างงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ญี่ปุ่นมีเศรษฐกิจใหญ่เป็นอันดับที่ 2 ของโลก รองจากสหรัฐอเมริกา เมื่อวัดด้วยจีดีพีก่อนปรับอัตราเงินเฟ้อ (ประมาณ 4.5 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ) และอันดับที่ 3 รองจากสหรัฐอเมริกาและจีน เมื่อวัดด้วยอำนาจการซื้อ ญี่ปุ่นมีกำลังการผลิตที่สูงและเป็นประเทศต้นกำเนิดของผู้ผลิตชั้นนำที่ก้าว หน้าทางเทคโนโลยีในอุตสาหกรรมต่าง ๆ เช่น รถยนต์ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เครื่องจักร เหล็กกล้า โลหะนอกกลุ่มเหล็ก เรือ สารเคมี

จากข้อมูลใน ค.ศ. 2005 แรงงานของประเทศญี่ปุ่นมีจำนวน 66.7 ล้านคน ญี่ปุ่นมีอัตราว่างงานที่ต่ำคือประมาณร้อยละ 4 ค่าจีดีพีต่อชั่วโมงการทำงานอยู่ในอันดับที่ 20 ของโลกใน ค.ศ. 2005 และเป็นอันดับ 1 ของเอเชีย บริษัทใหญ่ของญี่ปุ่นหลายแห่งมีชื่อเสียงไปทั่วโลก เช่น โตโยต้า โซนี่ เอ็นทีที โดโคโม แคนนอน ฮอนด้า ทาเคดา นินเท็น โค นิปปอน สตีล และ เซเว่น อีเลฟเว่น ญี่ปุ่นเป็นต้นกำเนิดของธนาคารที่ใหญ่ที่สุดหลายแห่ง ตลาดหลักทรัพย์โตเกียวซึ่งมักจะเป็นที่รู้จัก เพราะดัชนีนิเคอิมีขนาดใหญ่ เป็นอันดับ 2 ของโลกเมื่อวัดด้วยมูลค่าตลาด

ญี่ปุ่นมีลักษณะเฉพาะในการทำธุรกิจหลายอย่าง เช่น เคะระสึหรือระบบเครือข่ายบริษัทจะมีอิทธิพลในเชิงธุรกิจ การจ้างงานตลอดชีวิตและการเลื่อนขั้นตามความอาวุโสจะพบเห็นได้ทั่วไป บริษัทที่มีความสัมพันธ์ทางธุรกิจจะถือหุ้นของกันและกัน และกัน ผู้ถือหุ้นมักจะไม่มีบทบาทกับการบริหารของบริษัท แต่ในปัจจุบันญี่ปุ่นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงออกจากระบบเก่า ๆ เหล่านี้

ใน ค.ศ. 2005 พื้นที่ที่ใช้ในการเกษตรกรรมมีเพียงร้อยละ 12.6 และมีประชากรที่ประกอบ การเกษตรเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น ผลผลิตทางการเกษตรที่ผลิตได้มากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ได้แก่ ไข่ไก่ กะหล่ำปลี ข้าว มัน และชา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ญี่ปุ่นต้องพึ่งพาการนำเข้าอาหารถึง ร้อยละ 60 จึงเป็นประเทศที่มีอัตราการเลี้ยงตนเองค่อนข้างต่ำ ในระยะหลังกระแสความกังวลเรื่อง ความปลอดภัยของอาหารทำให้ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตใน ประเทศเป็นที่ ต้องการมากขึ้น (สำนักงาน แร่งงาน ประเทศญี่ปุ่น, ม.ป.ป.)

4.2. ข้อมูลพื้นฐานของประเทศสิงคโปร์

4.2.1. ข้อมูลด้านภูมิศาสตร์



ภาพที่ 3 แผนที่ประเทศสิงคโปร์

ที่มา : The World Fact Book

ที่ตั้ง สิงคโปร์เป็นนคร รัฐที่ตั้งอยู่บนเกาะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตำแหน่งทางภูมิศาสตร์ของสิงคโปร์ คือ 136.8 กม. เหนือเส้นศูนย์สูตร โดยตั้งอยู่ระหว่าง เส้นแวงที่ 103 องศา 38 ลิปดาตะวันออก กับเส้นแวงที่ 104 องศา 06 ลิปดาตะวันออก ด้านทิศเหนือจรดช่องแคบยะโฮร์ เหนือขึ้นไปคือมาเลเซียทิศตะวันออกจรดทะเลจีนใต้ ทิศตะวันตกและใต้จรดช่องแคบมะละกาไกลออกไปคืออินโดนีเซีย สิงคโปร์ประกอบด้วยเกาะใหญ่เกาะน้อยบริเวณรายรอบรวม 63 เกาะ เกาะที่ใหญ่ที่สุดคือ เกาะ Singapore มีระยะทางจากทิศตะวันตกถึงตะวันออกประมาณ 42 กิโลเมตร และทิศเหนือถึงทิศใต้ ประมาณ 23 กิโลเมตร รองลงมา ได้แก่ เกาะ Jurong เกาะ Pulau-tekong เกาะ Pulau-ubin และเกาะ Sentosa ทั้งนี้ สิงคโปร์อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ประมาณ 1,380 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางโดยเครื่องบินราว 2 ชั่วโมง (กรมการค้าต่างประเทศ สำนักความร่วมมือการค้าและการลงทุน กลุ่มจีนและสิงคโปร์, 2555)

พื้นที่ 699.4 ตารางกิโลเมตร

ภูมิประเทศ ภาคกลางและภาคตะวันตกเป็นเนินเขา ซึ่งเนินเขาทางภาคกลางเป็นเนินเขาที่สูงที่สุดของประเทศ (166 เมตร) เป็นต้นกำเนิดของแม่น้ำสายสำคัญของสิงคโปร์ และภาคตะวันออกเป็นที่ราบต่ำ ชายฝั่งทะเลมักจะต่ำกว่าระดับน้ำทะเล ต้องมีการถมทะเล

ภูมิอากาศ อากาศร้อนชื้น และฝนตกตลอดทั้งปี

4.2.2. ข้อมูลทางกายภาพ

เมืองหลวง เมืองสิงคโปร์

เวลาท้องถิ่น GMT+8 (เร็วกว่าประเทศไทย 1 ชั่วโมง)

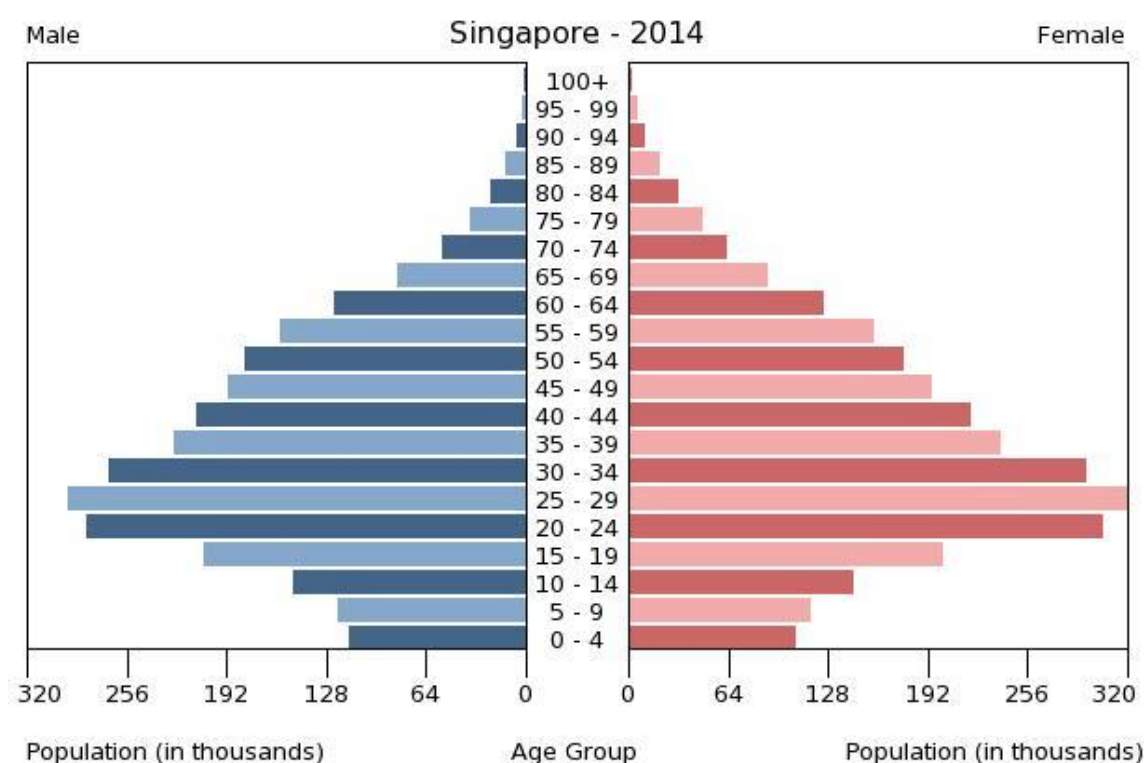
ประชากร จำนวน 4.8 ล้านคน

อัตราการเพิ่มของประชากร ร้อยละ 0.99

เชื้อชาติ ประกอบด้วยชาวจีน ร้อยละ 76.8, ชาวมุสลิม ร้อยละ 13.9 ชาวอินเดีย ร้อยละ 7.9 และอื่นๆ ร้อยละ 2. 8

ศาสนา พุทธ ร้อยละ 42.5, อิสลาม ร้อยละ 14.9, คริสต์ ร้อยละ 14.6, ฮินดู ร้อยละ 4, ไม่นับถือศาสนา ร้อยละ 25

ภาษา ภาษาประจำชาติคือ ภาษามลายู ภาษา ราชการมี ภาษา 4 คือ ภาษาอังกฤษ ภาษาจีนกลาง ภาษาทมิฬ และภาษามลายู สำหรับภาษาราชการและการบริหารคือ ภาษาอังกฤษ และมีการพูดเข้าใจกันอย่างแพร่หลาย ชาวสิงคโปร์ส่วนใหญ่พูดได้สองภาษา คือ ภาษาแม่ของตนและภาษาอังกฤษ(กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สำนักอาเซียน, 2553)



ภาพที่ 4 Population Pyramid of Singapore

ที่มา : The world Fact Book

โครงสร้างอายุ

0-14 ปี	ร้อยละ 13.8	(ชาย 338,419/หญิง 314,704)
15-64 ปี	ร้อยละ 77	(ชาย 1,774,444/หญิง 1,874,985)

65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.2 (ชาย 196,101/หญิง 242,084)

สัดส่วนประชากร

แรกเกิด	1.1 ชาย/หญิง
น้อยกว่า 15 ปี	1.1 ชาย/หญิง
15-64 ปี	0.9 ชาย/หญิง
65 ปีขึ้นไป	0.8 ชาย/หญิง
ประชากรทั้งหมด	0.9 ชาย/หญิง

การรู้หนังสือ ร้อยละ 95.9 (โครงการพัฒนาความร่วมมือเพื่อส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, ม.ป.ป.)

การศึกษา ระบบการศึกษาของสิงคโปร์แบ่งออกเป็นระดับประถม 6 ปี ระดับมัธยมศึกษา 4 ปี ซึ่งรวมแล้วเป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 10 ปี แต่ผู้ที่เข้าศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยจะต้องศึกษาขั้นเตรียมมหาวิทยาลัย อีก 2 ปี

การศึกษภาคบังคับของสิงคโปร์จะต้องเรียนรู้ 2 ภาษาควบคู่กันไป ได้แก่ ภาษาอังกฤษ เป็นภาษาหลัก และเลือกเรียน ภาษาแม่ (Mother Tongue) อีก 1 ภาษา คือ จีน มาเลย์ (แมนดาริน) (อินเดีย) หรือทมิฬ (สำนักความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ , ม.ป.ป.)

ประเภทรัฐบาล สิงคโปร์มีรูปแบบการปกครองเป็นแบบสาธารณรัฐ (ประชาธิปไตยแบบรัฐสภา มีสภาเดียว) (Parliamentary Republic) โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุข และนายกรัฐมนตรี เป็นหัวหน้าฝ่ายบริหาร (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สำนักอาเซียน, 2553)

ระบบการเมือง รูปแบบการปกครองเป็นแบบ ประชาธิปไตยแบบรัฐสภา โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุข มีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้าของรัฐบาล และมีรัฐธรรมนูญ เป็นกฎหมายสูงสุด

การปกครองระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐบาลของสิงคโปร์นั้น แบ่งอำนาจการปกครอง ออกเป็น 3 ฝ่าย ดังนี้

(1) สภการบริหาร ฝ่ายบริหารประกอบด้วยประธานาธิบดี (วาระการดำรงตำแหน่ง 6 ปี) นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรี (วาระการดำรงตำแหน่ง 5 ปี) ทั้งสองตำแหน่งนี้มาจากการเลือกตั้ง

(2) ฝ่ายรัฐสภา สภาผู้แทนราษฎรของสิงคโปร์มีสมาชิกสภาทั้งสิ้น 99 คน แบ่งออกเป็นผู้มาจากการเลือกตั้ง 87 คน ผู้ที่ไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง 3 คน และผู้ที่มาจากการแต่งตั้งอีก 9 คน

(3) สภาตุลาการ ฝ่ายตุลาการของประเทศสิงคโปร์แบ่งออกเป็นศาลชั้นต้นและศาลฎีกาซึ่งได้รับยกย่องให้เป็นประเทศที่มีระบบตุลาการดีที่สุดในเอเชีย (ASEAN, ม.ป.ป.)

เขตการปกครองส่วนท้องถิ่น สิงคโปร์ปกครองโดยระบบประชาธิปไตยแบบรัฐสภามีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุด (The Constitution) โดยแบ่งอำนาจการปกครองออกเป็น 3 ส่วน คือ สภการบริหาร (The Executive) รัฐสภา (Parliament) และสภาตุลาการ (The Judiciary)

แบ่งเขตการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น 5 ภาค คือ

1) ภาคกลาง (Central Region) มีพื้นที่ 130.5 ตารางกิโลเมตร เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจและการเงินของสิงคโปร์ เขตสามัญ ได้แก่ Downtown Core เป็นศูนย์กลางทางธุรกิจสำคัญ Singapore River เป็นที่ตั้งสำนักงานห้างร้านขนาดใหญ่ และ Orchard เป็นแหล่งการค้าและศูนย์กลางของธุรกิจโรงแรม

2) ภาคตะวันตก (West Region) มีพื้นที่ 201 ตารางกิโลเมตร เป็นภาคที่ใหญ่ที่สุดใน 5 ภาค เขตสำคัญ ได้แก่ Western Water Catchment ซึ่งเป็นพื้นที่กักเก็บน้ำขนาดใหญ่ ครอบคลุมพื้นที่กว่า 1 ใน 3 ของภาค

3) ภาคเหนือ (North Region) มีพื้นที่ 97 ตารางกิโลเมตร เป็นพื้นที่กักเก็บน้ำสำหรับการอุปโภคบริโภคในตอนกลางของเกาะสิงคโปร์

4) ภาคตะวันออก (East Region) เป็นที่ตั้งของสนามบินนานาชาติแห่งสิงคโปร์ (Changi International Airport)

5) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (North-East Region) เป็นที่ตั้งทางการทหารของสิงคโปร์และมีเกาะ Pulau-ubin เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่สำคัญ (กรมการค้าต่างประเทศ สำนักความร่วมมือการค้าและการลงทุน กลุ่มจีนและสิงคโปร์, 2555)

ประมุข ประเทศสิงคโปร์ปกครองในระบอบสาธารณรัฐประชาธิปไตย มีประธานาธิบดีเป็นประมุข ประธานาธิบดีคนปัจจุบัน คือ นายโทนี ดัน เค็ง ยัม ปัจจุบันอายุ 72 ปี เพิ่งดำรงตำแหน่งประธานาธิบดี เมื่อวันที่ 1 กันยายน ค.ศ. 2011 หลังจากทำคะแนนเหนือคู่แข่งในการเลือกตั้งประธานาธิบดีสิงคโปร์ ไปเพียง ร้อยละ 0.34 จึงได้ดำรงตำแหน่งประธานาธิบดีสิงคโปร์ คนที่ 7 นับแต่นั้นมา

นายกรัฐมนตรี นายลี เซียน ลุง ปัจจุบันอายุ 60 ปี เข้าดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีของประเทศสิงคโปร์ ต่อจากนายโก๊ะ จ๊ก ตง ตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม ค.ศ. 2004 ถือเป็นนายกรัฐมนตรีคนที่ 3 ของประเทศ ทั้งนี้ นายลี เซียน ลุง เป็นบุตรชายคนโตของ นายลี กวนยู อดีตนายกรัฐมนตรี

บุคคลสำคัญ ลี กวนยู นายกรัฐมนตรีคนแรกของสิงคโปร์ ผู้นำพรรค People's Action Party (PAP) ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีนานถึง 31 ปี ลี กวนยูเป็นผู้เปิดประเทศ ทำให้ประเทศสิงคโปร์มีความทัดเทียมกับนานาชาติด้วย เหตุนี้ ลี กวนยู จึงเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลที่สุดของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อีกด้วย

โทมัส สแตมฟอร์ด แรฟเฟิลส์ (Thomas Stamford Bingley Raffles) ผู้บริหารอาณานิคม เป็นผู้ก่อตั้งเมืองสิงคโปร์ และเป็นคนแรกที่วางรัฐธรรมนูญฉบับแรกของสิงคโปร์เมื่อ ค.ศ. 1823 เพื่อสร้างความเป็นระเบียบเรียบร้อย สร้างศีลธรรม ห้ามการพนันและการค้าทาสในประเทศสิงคโปร์ นอกจากนี้เขายังนำบริษัทบริติชอินเดียนเข้ามาตั้งด่านสินค้า ทำให้ประเทศสิงคโปร์กลายเป็นศูนย์กลางทางการค้าที่สำคัญ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน สำนักประชาสัมพันธ์เขต 6, ม.ป.ป.)

เศรษฐกิจ รัฐบาล สิงคโปร์พยายามที่จะลดความเสี่ยงต่อวงจรธุรกิจ โดยทำให้สิงคโปร์เป็นศูนย์กลางทางการเงินและเทคโนโลยีขั้นสูงของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การกระตุ้นเศรษฐกิจด้วยนโยบายการคลัง ลดอัตราดอกเบี้ย เพิ่มอัตราการส่งออก และปรับโครงสร้างเศรษฐกิจทำให้ประเทศเจริญเติบโตอย่างเข้มแข็ง (โครงการพัฒนาความร่วมมือเพื่อส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, ม.ป.ป.)

ตัวบ่งชี้ทางเศรษฐกิจ

อัตราการเจริญเติบโตของ GDP ที่แท้จริง ร้อยละ 14.6

GDP (แยกตามภาค)	ภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 0 ภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ 27.2 ภาคบริการ ร้อยละ 72.8
GDP (เหรียญสหรัฐ)	222,698,916,766
GDP ต่อหัว (เหรียญสหรัฐ)	43,324
อัตราหนี้รัฐบาล(% ของ GDP)	ร้อยละ 113.3
อัตราการออม (% ของ GDP)	ร้อยละ 46.0
การส่งออก	358.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ
การส่งออก – ตลาดสินค้า	เครื่องจักรและอุปกรณ์ (อิเล็กทรอนิกส์) สินค้าอุปโภคบริโภค ยาและสารเคมีอื่นๆและแร่เชื้อเพลิงต่างๆ
การส่งออก – คู่ค้าที่สำคัญ	ฮ่องกง ร้อยละ 11.6, มาเลเซีย ร้อยละ 11.5, สหรัฐอเมริกา ร้อยละ 11.2, อินโดนีเซีย ร้อยละ 9.7, จีน ร้อยละ 9.7, ญี่ปุ่น ร้อยละ 4.6
การนำเข้า	310.4 พันล้านเหรียญสหรัฐ
การนำเข้า – ตลาดสินค้า	เครื่องจักรและอุปกรณ์ แร่เชื้อเพลิง สารเคมีต่างๆ ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร สินค้าอุปโภคบริโภค
การนำเข้า – คู่ค้าที่สำคัญ	สหรัฐอเมริกา ร้อยละ 11.9, มาเลเซีย ร้อยละ 11.6, จีน ร้อยละ 10.6, เกาหลีใต้ ร้อยละ 5.7 (2009)
แรงงาน	3.075 ล้านคน

แรงงาน – แยกตามสายอาชีพ	เกษตรกรรม ร้อยละ 0.1 อุตสาหกรรม ร้อยละ 30.2 บริการ ร้อยละ 69.7
อัตราการว่างงาน	ร้อยละ 2.3
อัตราเงินเฟ้อ – ดัชนีราคาผู้บริโภค	ร้อยละ 2.8
ดอกเบี้ยเงินกู้	ร้อยละ 5.4
เกษตรกรรม – ผลิตภัณฑ์	กล้วยไม้ พัก สัตว์ปีก ไข่ ปลาสดงาม อุตสาหกรรม อิเล็กทรอนิกส์ สารเคมี การ บริการทางการเงิน อุปกรณ์ชุดเจาะน้ำมัน โรง กลั่นน้ำมันปิโตรเลียม ผลิตภัณฑ์ยาง อาหาร แปรรูปและเครื่องดื่ม การซ่อมเรือ วิทยาศาสตร์ แห่งชีวิต (Life Science)
อัตราการเติบโตของการผลิตภาคอุตสาหกรรม	ร้อยละ 25
อัตราการแลกเปลี่ยน – ต่อเหรียญสหรัฐฯ	เหรียญสิงคโปร์ (SGD) ต่อ เหรียญ สหรัฐฯ - 1.3702 (2010) 1.4545 (2009) 1.415 (2008)

(โครงการพัฒนาความร่วมมือเพื่อส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, ม.ป.ป.)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Willcox และ Suzuki ได้ทำการศึกษาค้นร้อยปีบนเกาะโอกินาวา อันเป็นแหล่งที่มีคนอายุ 100 ปีมากที่สุดในโลก พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ชาวโอกินาวาอายุยืนก็คือ 1) ปัจจัยทางพันธุกรรมและการใช้ชีวิต โดยการออกกำลังกาย ด้านสังคม การถือกุศลทางจิตใจ 2) ทานอาหารจำพวกพืชผักผลไม้ และยังมีอีกหลักที่เรียกว่า “ฮาระ ฮาจิ บู” คือ กินแค่อิ่มก็พอ 3) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง

โรคอัมพฤกษ์อัมพาต ในอัตราที่ต่ำ 4) รูปร่างผอมบาง เนื่องจากรับประทาน อาหารพลังงานต่ำ จำนวนน้อย และทำงานในอาชีพตลอดชีวิต ไม่ค่อยอยู่บ้านเฉยๆ 5) ทำสวนผักและผลไม้ไว้ รับประทานเอง 6) สตรีมีอายุในวัยทองคำ 7) ด้านจิตใจ ซึ่งมีชีวิตเรียบง่าย ไม่รีบร้อน ทำงานที่บ้าน คนโศกนาเวศเรียกว่า “เทเก” และยังมีแนวคิดดั้งเดิม ที่เรียกว่า “ยูมารู” คือ การแบ่งปันและช่วยเหลือผู้อื่น มีการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายบำบัด ให้ความช่วยเหลือในด้านสังคม ด้านการเงิน ความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้กำลังใจเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน (Willcox and Suzuki, อ้างถึงใน แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, 2557)

องค์การสหประชาชาติได้เสนอแนวทางในการลดอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกโดยการดูแล สุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน ทั้งการให้บริการมารดา ก่อนคลอดและการเข้ารับบริการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงการวางแผนครอบครัว การรับข้อมูลและบริการสำหรับอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะประชากรที่มีความเสี่ยง ความพยายามที่จะดูแลสุขภาพนั้นจะต้อง กีดความเข้มแข็งเพื่อที่จะสร้างความมั่นใจในการรับการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (United Nations New York, 2014: 29)

บทที่ 3

วิธีศึกษาและดำเนินงาน

กรณีศึกษานโยบายคุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นเปรียบเทียบกับประเทศสิงคโปร์ จะแบ่งวิธีการดำเนินงานออกเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. แหล่งที่มาของข้อมูล
2. วิธีการดำเนินงาน
3. วิธีการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล
4. เครื่องมือหรือเทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. แหล่งที่มาของข้อมูล

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้แก่ ข้อมูลนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข ประชากรของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ ข้อมูลดัชนีชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากร เช่น กระทรวงสาธารณสุขและแรงงานของประเทศญี่ปุ่น และ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme : UNDP) รวมถึงบทความวิจัย สารานิพนธ์ วิทยานิพนธ์และสื่อออนไลน์

2. วิธีการดำเนินงาน

ผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูล ได้แก่ นิยามของคุณภาพชีวิต พัฒนาการของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ตลอดจนนโยบายและมาตรการที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากร ในด้านสาธารณสุขของรัฐบาลญี่ปุ่นและรัฐบาล

สิงคโปร์โดยเก็บรวบรวมจากแหล่งข้อมูล คือ ทศวิทยุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เว็บไซต์อื่นๆ ของ ประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์รวมถึงบทความวิจัย สารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์และสื่อออนไลน์ หลังจาก การรวบรวมข้อมูลแล้วจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การใช้วิเคราะห์การเปรียบเทียบแบบตาราง และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางการบรรยายประกอบแผนภูมิและตาราง

3. วิธีการศึกษา

3.1. ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข ของประเทศ ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ โดยการนำนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข ของทั้งสอง ประเทศ มาพิจารณาเปรียบเทียบถึงผลสำเร็จที่เกิดขึ้นในแต่ละนโยบาย โดยการจัดทำตาราง เปรียบเทียบแบบ Case Study Comparison

3.2. ศึกษาวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ โดยการรวบรวมข้อมูลจากตัวชี้วัดตั้ง ตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 ถึงปี ค.ศ. 2013 และนำเสนอในรูปแบบของ แผนภูมิแบบเส้น

4. เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้

4.1. เครื่องมือที่ใช้ในการทำการวิจัย

4.1.1. แผนที่ประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

4.1.2. อินเทอร์เน็ต

4.2. เทคนิคที่ใช้ในการทำวิจัย

4.2.1. ตารางเปรียบเทียบแบบ Case Study Comparison

4.2.2. แผนภูมิแบบเส้น

4.2.3. การวิเคราะห์เชิงบรรยาย

4.3. การนำเสนอ

4.3.1. ตาราง

4.3.2. แผนภูมิ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในการศึกษา “การพัฒนาคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

1.1. ระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น

ประชาชนญี่ปุ่นทุกคนจะสามารถเลือกสถาบันทางการแพทย์เพื่อรับการดูแลทางการแพทย์ ที่ต้องการได้ผ่านบัตรประกันและมีค่าใช้จ่ายที่เป็นธรรม โดยมีเทศบาลเป็นผู้ดำเนินนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนบางส่วนจะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นในราคาต่ำโดยการจ่ายเบี้ยประกันและร่วมชำระเงิน (ร้อยละ10-30)

จากปัญหาค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประเทศมีจำนวนที่สูงขึ้น โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ ทำให้สำนักงานประกันสุขภาพจำเป็นต้องรักษาระดับรายได้เบี้ยประกัน โดยขยายเขตการทำงานของเงินประกันสุขภาพของชาติ จากระดับเขตเทศบาลเป็น ระดับเมือง อำเภอ อีกทั้งการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการให้บริการทางการแพทย์ที่ จะเปลี่ยนจากเตียงผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เกินไป ให้กลายเป็นการดูแลเพียงภายในบ้านเท่านั้น



ภาพที่ 5 การดูแลผู้ป่วยภายในบ้าน

ที่มา : http://aromacare-school.com/wp-content/uploads/2014/08/aroma_for_photo2.jpg

จากปัญหาภาวะโรคอ้วนจึงทำให้เกิดมาตรการควบคุมภาวะโรคอ้วนโดยการตรวจสุขภาพเฉพาะทางหรือการแนะนำดูแลสุขภาพ ซึ่งจะมีให้กับผู้ที่มีอายุ 40-74 ปี มีการแนะนำการดูแลสุขภาพให้กับผู้ที่มีผลการตรวจไม่เป็นไปตามมาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมัน ซึ่งเป็นผลทำให้ร้อยละ 30 ของผู้ได้รับคำแนะนำไม่เข้าข่ายในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะโรคอ้วนในปีถัดไป

ระบบประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์มีระบบกลไกปกป้องทางสังคม (Social Safety Net) ประกอบด้วย กองทุนเลี้ยงชีพวัยเกษียณ (Central Provident Fund (CPF) ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย (Public Housing) การช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (3Ms - Medisave, MediShield, Medifund) และสวัสดิการการทำงานสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (Workfare Income Supplement Scheme และ Workfare Training Support Scheme)

ประเทศสิงคโปร์มีนโยบายส่งเสริมการออมโดยการจัดตั้ง Central Provident Fund Board (CPF) เพื่อดูแลการออมให้กับสมาชิกสำหรับการใช้จ่ายในวัยเกษียณ และมีการหักเงินจากบัญชีเงินเดือนบางส่วนของสมาชิกและเงินที่นายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนฯทุกเดือน ทั้งนี้มีการแบ่งประเภทบัญชีเป็น 3 ประเภท ได้แก่ Ordinary Account สำหรับที่อยู่อาศัย ซึ่งประกัน การลงทุน การศึกษาของบุตร รวมถึงเงินออมร่วมจ่ายในบัญชีเกษียณอายุของบุพการี Special Account สำหรับการเลี้ยงชีพวัยเกษียณ Medisave Account สำหรับค่ารักษาพยาบาลของตนเองและบุตรและสำหรับจ่ายค่าธรรมเนียมเพื่อซื้อโปรแกรม MediShield

ระบบประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์มีลักษณะเป็น ระบบคู่ (Dual System) โดยที่รัฐบาลจะชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง และผู้ใช้สิทธิการประกันต้องชำระค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือ (Public- Private Partnership) ระบบประกันสุขภาพดังกล่าวนี้ ประกอบด้วย

Medisave เป็นโปรแกรมการออมเพื่อสุขภาพหรือการประกันสุขภาพภาคบังคับ เพื่อช่วยเหลือในการชำระค่ารักษาพยาบาลจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐและสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ อีกทั้งยังสามารถเลือกใช้สิทธิ์สำหรับตนเองหรือบุคคลที่ใกล้ชิดภายในครอบครัวได้ โดยการแบ่งเงินเดือน ส่วนหนึ่งส่งเข้าบัญชี Medisave ของตน แต่หากสัดส่วนที่เรียกเก็บจะแตกต่างกันตามระดับอายุ นอกจากนี้ยังมีการจัด Medisave for Chronic Disease Management Programme (CDMP) and Vaccination ซึ่งเป็น โปรแกรมสำหรับการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง 10 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โร ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดในสมองแตก /ตีบตัน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคจิตเภท โรคซิงเกรั้า โรคอารมณ์สองขั้วและโรคสมองเสื่อม นอกจากนี้ ยังสามารถใช้สำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดบวมหรือไอพีดี (Pneumococcal) ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B)

MediShield เป็นโปรแกรมประกันสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับกรณีเจ็บป่วยร้ายแรงหรือต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

ElderShield เป็นโปรแกรมประกันสุขภาพที่ราคาไม่แพงสำหรับผู้ป่วยที่อาการเจ็บป่วยรุนแรงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อเป็นการปกป้องทางการเงินกรณีที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาว ในลักษณะของการให้เงินเป็นรายเดือน โดยที่กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ของสิงคโปร์ได้ให้บริษัทประกันเอกชน Aviva, Great Eastern และ NTUC Income เป็นผู้ให้บริการ

Medifund เป็นกองทุนสงเคราะห์เพื่อสุขภาพ (Endowment Fund) เพื่อช่วยเหลือประชาชนที่มีรายได้น้อยและไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากรักษาพยาบาลได้แม้ว่าจะได้พยายามชำระผ่านบัญชี Medisave และโปรแกรม MediShield แล้วก็ตาม เงินส่วนดังกล่าวจะถูกจัดสรรให้กับโรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์ที่ได้รับการอนุมัติในลักษณะของเงินช่วยเหลือ Medifund หรือ Medifund Silver ที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปี

หรือมากกว่า โดยแบ่งเงินจากกองทุน Medifund จำนวน 500 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์มาเป็นทุนเริ่มต้นสำหรับกองทุนนี้

1.2. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ

นโยบายดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

ในประเทศญี่ปุ่นค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยสูงอายุนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นและจะส่งผลกระทบต่อเบี้ยประกันของทั้งผู้สูงอายุและคนวัยทำงาน จึงเกิดระบบการดูแลชุมชนแบบบูรณาการ เป็นระบบที่จัดหาบ้าน การดูแลทางการแพทย์ การดูแลระยะยาว การให้บริการการคุ้มครองและความเป็นอยู่ที่ดี มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในบ้านและใช้ชีวิตด้วยความรู้สึกถึงความปลอดภัยจากระบบการดูแลระยะยาว โดยมีเทศบาลเป็นผู้จัดตั้งและมีหน้าที่ให้บริการในการดูแลระยะยาว รวมถึงการบริการเยี่ยมบ้านตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งลักษณะการเยี่ยมบ้านและบริการการพักค้างคืนเป็นการบูรณาการเพื่อพัฒนาที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และส่งเสริมความร่วมมือด้านการแพทย์และการดูแลระยะยาว



ภาพที่ 6 การดูแลรักษาความปลอดภัยให้ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง

ที่มา : http://www.tateyama.jp/product/images/report_1.jpg

การสร้างสภาพแวดล้อมที่สามารถอาศัยอยู่ในสังคมเมืองด้วยความรู้สึกปลอดภัยมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยที่มีภาวะโรคสมองเสื่อม มาตรการ “แผนการส่งเสริมมาตรการต่อต้าน

ภาวะโรคสมองเสื่อมระยะ 5 ปี” โดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการแรงงาน ซึ่งจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ประชาชนเกี่ยวกับภาวะโรคสมองเสื่อมอย่างรวดเร็วและทำให้เกิดความมั่นใจในการวินิจฉัย และทำให้เกิดความเป็นไปได้ของ “การอยู่อย่างมีเกียรติ” ในชีวิตของผู้ป่วย

นโยบายดูแลผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์

มีการจัดตั้ง Ministry of Community Development, Youth and Sports (MCYS) และ Ministerial Committee on Ageing มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมและหาแนวทางช่วยเหลือให้กับประชาชนในสังคมผู้สูงอายุภายใต้ “Successful Ageing for Singapore” มีแนวนโยบาย คือ ส่งเสริมการจ้างงานและความมั่นคงทางการเงิน ให้การดูแลสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในราคาที่เหมาะสม ช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคม โดยให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่สาธารณะ และในระบบขนส่งมวลชน และสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืน โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง ซึ่งการบริการผู้สูงอายุแบ่งเป็น การดูแลระยะกลาง ได้แก่ การรักษาตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าไปเย็นกลับ การดูแลระยะยาว ได้แก่ บ้านพักคนชรา การบริหารด้านการแพทย์ พยาบาล และการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่บ้าน และสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ



ภาพที่ 7 บ้านพักคนชราในประเทศสิงคโปร์

ที่มา : http://farm9.staticflickr.com/8284/7636467846_2a4c3369c3.jpg

อีกทั้งรัฐบาลยังออกกฎหมายเพื่อสร้างระบบให้บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูพ่อแม่ในยามชรา และหากไม่เลี้ยงดู พ่อแม่สามารถฟ้องเรียกค่าเลี้ยงดูจากบุตรของตนได้ รวมทั้งให้ความสำคัญกับองค์กรชุมชนท้องถิ่น เพื่อเป็นกลไกในการดูแลประชาชนที่ประสบความลำบาก เพื่อลดภาระให้กับรัฐบาล ปรากฏดังตารางที่ 1 นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

นโยบาย ประเทศญี่ปุ่น	นโยบาย ประเทศสิงคโปร์
<p>1. สำนักงานบริการสุขภาพ</p> <p>ถึงแม้ว่าประเทศญี่ปุ่นจะเป็นประเทศอันดับต้นๆที่ประชากรมีอายุ ขยายเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นมีถึง ร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ หรือประมาณ 30 ล้านล้านเยน ดังนั้นจึงเกิดการปรับปรุงการดำเนินชีวิตและพัฒนาสภาพแวดล้อมขึ้น</p> <p>นอกจากนี้ยังมีโรคติดต่ออื่นๆที่คุกคามชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน เช่น โรคหัด โรคไขหวัดใหญ่ 2009 หรือโรคริคยาเยก เช่น โรคตับอักเสบ</p> <p>ระบบการจัดการ /การปรับปรุงน้ำสะอาด อีกทั้งยังรวมถึงธุรกิจบริการที่เป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน เช่น ร้านตัดผม ร้านเสริมสวย ร้านซักรีด</p> <p>การคาดหวังที่จะได้รับความร่วมมือในมาตรการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาสภาพแวดล้อมจากหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรทางการแพทย์ องค์กรของรัฐ หรือองค์กร บริหารโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้เกิดสังคมที่ดี มีความสุข</p>	<p>สิงคโปร์มีความพยายามที่จะพัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพมาตรฐานและสามารถเข้าถึงได้ง่าย รัฐบาลสิงคโปร์ยังคิดค้นระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมและเพียงพอ ที่จะดูแลให้ความช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรในสิงคโปร์ได้อย่างทั่วถึง โดยที่ไม่ต้องจัดสรรภาษีของประเทศมากเกินไปจนจำเป็นสำหรับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข จึงเป็นที่มาของระบบประกันสุขภาพแบบเฉพาะของสิงคโปร์ที่รู้จักกันในนามของ “ระบบประกันสุขภาพ 3Ms (Medisave, MediShield, and Medifund)</p> <p>ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์ถือเป็นการประกันสุขภาพแบบระบบคู่ (Dual System) กล่าวคือ ภาระการชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิการประกันต้องรับ ภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่เหลือ (Public-Private Partnership) ทั้งนี้ เนื่องจาก รัฐบาลสิงคโปร์เห็นว่า ประชากรสิงคโปร์ควรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตน และ</p>

<p>การส่งเสริมสุขภาพและมาตรการควบคุมโรคเมะเร็ง</p> <p>โรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต เช่น โรคหัวใจ เส้นเลือดอุดตัน และเบาหวาน ทำให้เกิดมาตรการการป้องกันสุขภาพขึ้น</p> <p>การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อมของสังคม สำนักงานบริการสุขภาพได้รับการสนับสนุนเป็นนโยบายสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่สำหรับอายุ ขัยเฉลี่ยประชากรที่ยาวนานขึ้น “Health Japan 21 (2nd edition)” ถูกจัดขึ้นโดยมีจุดมุ่งจุดหมาย 53 ประการ ที่พิจารณาพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การเลิกบุหรี่ เป็นต้น</p> <p>ครึ่งหนึ่งของประชากรต้องทุกข์ทรมานจากโรคเมะเร็งในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และ ละเอียดละ 30 นั้นเสียชีวิต และด้วยสังคมที่ถูกสร้างขึ้นให้ประชาชนมีความรู้สึกปลอดภัยแม้พวกเขาจะป่วยเป็นโรคเมะเร็ง สำนักงานบริการสุขภาพจึงดำเนินงานมุ่งเน้นถึงวิธีการที่อยู่บนพื้นฐานของการส่งเสริมการควบคุมโรคเมะเร็งที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดยคณะรัฐมนตรีในเดือนมิถุนายน ปีค.ศ. 2012 เพื่อปรับปรุงการดูแลทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเมะเร็ง เช่น รังสีบำบัด เคมีบำบัด พัฒนาการรักษา และจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลในการรักษากับการใช้ชีวิตประจำวันในการทำงาน อีกทั้งยังมีมาตรการการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมของเด็กที่ป่วยเป็นโรคเมะเร็ง</p> <p>มาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อ รวมถึงการฉีดวัคซีน</p> <p>มาตรการการต่อต้านโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย</p>	<p>ให้ถือเป็นหน้าที่ส่วนบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเพื่อจะได้ไม่หวังพึ่งรัฐสวัสดิการและประกันสุขภาพเกินความจำเป็น รวมถึงไม่ก่อให้เกิดภาระแก่รัฐบาลในอนาคต</p> <p>กลไกปกป้องทางสังคม (Social Safety Net) ที่รัฐบาลสิงคโปร์นำมาใช้ ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Central Provident Fund (CPF) ซึ่งเป็นกองทุนสำรองเลี้ยงชีพวัยเกษียณสำหรับชาวสิงคโปร์ 6) ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย (Public Housing) 7) การช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (3Ms – Medisave, MediShield, Medifund) 8) สวัสดิการการทำงาน สำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีรายได้น้อย (Workfare Income Supplement Scheme และ Workfare Training Support Scheme) <p>การเข้ารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลในสิงคโปร์ ผู้ป่วยสามารถเลือกระดับห้องพักสำหรับการรักษาพยาบาลได้ 5 ระดับ ซึ่งแบ่งตามจำนวนเตียง เครื่องอำนวยความสะดวก และการให้บริการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> Class A1 – เป็นแบบห้องส่วนตัว (ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายเองเต็มจำนวน) Class A2 – ห้องแบบ 2 เตียง (ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายเองเต็มจำนวน) Class B1 – ห้องแบบ 4 เตียง Class B2 – ห้องแบบ 6 เตียง Class C – เป็นแบบห้องรวม
---	--

<p>การติดตามสถานการณ์การติดเชื้อ การตรวจสอบ กักกันโรคติดเชื้อ</p> <p>ปัญหาของ “Vaccine Gap” (ความแตกต่าง ของการได้รับวัคซีน) ซึ่งให้เห็นถึงระบบการฉีด วัคซีนป้องกันโรคของประเทศญี่ปุ่นนั้นเป็นการ ได้รับวัคซีนน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว</p> <p>เพื่อที่จะแก้ไขปัญหา “Vaccine Gap” จึงเกิด มาตรการการฉีดวัคซีนอย่างครอบคลุม ประกอบด้วย การฉีดวัคซีน 3 ชนิด คือ โรคติดต่อ จากเชื้อแบคทีเรียจาก Hemophilus influenza type B (Hib) โรคปอดอักเสบ และมะเร็งปากมดลูก เริ่มต้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2013 นอกจากนั้นยังมี การติดเชื้อในคนที่มีโรคไขหวัดนก (H7N9)</p> <p>ดังนั้นรัฐบาลจึงเข้าไปมีส่วนร่วมกับการ บริหารจัดการวิกฤตตาม “มาตรการพิเศษเกี่ยวกับ การต่อต้านโรคไขหวัดใหญ่ที่เกิดขึ้นใหม่” รวมทั้ง กำหนดแผนปฏิบัติแห่งชาติ การสำรวจยาต้าน ไวรัสและการพัฒนาระบบการผลิตวัคซีนในความ คาดการณ์ของการเกิดโรคไขหวัดใหญ่ที่ระบาด และทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของไวรัส</p> <p>โรคไวรัสอหิวาต์เป็นหนึ่งในโรคติดเชื้อของ ประเทศญี่ปุ่น สำนักงานบริการสุขภาพจึงมี การ ส่งเสริมมาตรการต่างๆ ประกอบด้วย วิจัยรักษา โรค มีระบบการตรวจสอบและค่าใช้จ่ายทางการ แพทย์ และยังส่งเสริมมาตรการนี้กับโรคติดเชื้อ อื่นๆ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ และมะเร็งเม็ดเลือด ขาว human T-cell leukemia virus type 1 (HTLV- 1)</p>	<p>การชำระค่ารักษาพยาบาลจะเป็นลักษณะ ของการผสมประโยชน์ร่วมกันระหว่างรัฐ และประชาชน โดยรัฐบาลจะร่วมจ่ายหรือให้ เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง (Government Subsidy) และผู้ป่วยชำระ ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือ (เฉพาะชาวสิงคโปร์และ ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้พำนักในสิงคโปร์แบบ ถาวร หรือ Singapore Permanent Residents - SPRs) โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วยชาวสิงคโปร์มี ความสามารถในการชำระค่า ใช้จ่ายเพื่อเข้ารับ การรักษาพยาบาลในระดับ Class C ได้ การใช้ สิทธิการรักษาพยาบาลในระดับนี้จึงได้รับเงิน ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลสูงสุดถึง ร้อยละ 80</p> <p>รัฐบาลสิงคโปร์ให้การส่งเสริมสนับสนุน ในเรื่องการออมของประชากรอย่างมาก โดยมี การจัดตั้ง Central Provident Fund Board (CPF) เป็นผู้กำกับดูแล การออมเพื่อเลี้ยงชีพภาคบังคับ เพื่อให้สมาชิก มีเงินออมมากเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในวัย เกษียณ โดยสมาชิกจะต้องมีการส่งเงินซึ่งหัก จากเงินเดือนของตนเองบางส่วนและเงินที่ นายจ้างจ่ายสมทบทุกเดือนเข้ากองทุนฯ ทั้งนี้ จะมีการแบ่งประเภทบัญชีออกเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย</p> <p>1) Ordinary Account เป็นบัญชีเงินออม สำหรับการซื้อที่อยู่อาศัย ซื้อประกัน เงินออม เพื่อการลงทุนทั่วไปและการศึกษาของบุตร รวมถึงเงินออมร่วมจ่ายในบัญชีเกษียณอายุ ของบุคลากร</p>
---	--

<p>มาตรการป้องกันโรครักษายาก สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบน้ำประปา ฯลฯ</p> <p>ออกมาตรการครอบคลุม เช่น ส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับการรักษาโรค ให้เงินทุนอุดหนุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ จัดตั้งหน่วยงานให้ความรู้เผยแพร่และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน สนับสนุนให้มีสวัสดิการจําเป็นรับผิดชอบสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและจ่ายเบี้ยเลี้ยงให้กับผู้เคราะห์ร้ายจากระเบิดปรมาณูในอิโรชิมาและนางาซากิ</p> <p>ส่งเสริมและปรับปรุงสุขอนามัยในธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นตัวช่วยในการส่งเสริมสุขอนามัยของประชาชน เช่น ร้านตัดผม ร้านเสริมสวย ร้านซักรีด โรงอาบ น้ำและโรงแรม</p> <p>ระบบการประปายังจัดตั้งวิสัยทัศน์ใหม่ และช่วยส่งเสริมการพัฒนาระบบมากขึ้นเพื่อทนต่อแผ่นดินไหว</p>	<p>2) Special Account เป็นบัญชีเงินออมเพื่อการ เลี้ยงชีพวัยเกษียณ ใช้สำหรับเหตุฉุกเฉินและการลงทุนวัยเกษียณ และ</p> <p>3) Medisave Account เป็นบัญชีเงินออมสำหรับค่ารักษาพยาบาลของตนเองและบุตร ซึ่งใช้เบิกจ่ายสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก จ่ายค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอกบางรายการ และใช้สำหรับจ่ายค่าธรรมเนียมเพื่อซื้อ โปรแกรม MediShield</p> <p>เพื่อตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลและความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน</p> <p>รัฐบาลได้มีการเพิ่มเติมในส่วนของโปรแกรมสำหรับการบริหารจัดการด้านสุขภาพส่วนบุคคลอื่นๆอีก ได้แก่</p> <p>MediShield, ElderShield และ Medifund</p>
<p>2. ถิ่นที่ประกันสุขภาพ</p> <p>ระบบประกันสุขภาพเริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 1992 เริ่มแรกจัดตั้งขึ้นเพื่อพนักงานบริษัท แต่หลังจากจบสงครามในปีค.ศ. 1961 จึงได้กลายเป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน</p> <p>ประชาชนสามารถเลือกสถาบันทางการแพทย์เพื่อรับการดูแลทางการแพทย์ที่ตัวเองต้องการได้ และมีค่าใช้จ่ายที่เป็นธรรมผ่านบัตรประกัน</p> <p>ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาทางการเงินของระบบประกันสุขภาพ</p>	<p>Medisave</p> <p>เป็นโปรแกรมการออมเพื่อสุขภาพหรือการประกันสุขภาพภาคบังคับที่ประกาศใช้ในสิงคโปร์ ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือประชากรในประเทศในการชำระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐและสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ เฉพาะระดับการรักษาใน Class B2/C โดยสามารถใช้สำหรับการรักษากรณีผู้ป่วยนอก</p>

<p>ปัญหาของระบบประกันสุขภาพในประเทศ ญี่ปุ่น เช่น อัตราการเกิดที่ลดลง และจำนวนของ ประชากรผู้สูงอายุ จำเป็นที่ได้รับการพิจารณา แก้ไขผ่านการอภิปรายในระดับชาติ</p> <p>โครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศ ญี่ปุ่น</p> <p>ในประเทศญี่ปุ่นประชาชนทุกคนจะได้รับการบริการประกันสุขภาพ และมีพนักงานจาก ผู้ประกอบการทั้งขนาดกลางและขนาดเล็กเข้าร่วม เป็นสมาชิก นอกจากนี้การประกันสุขภาพ แห่งชาติมีการดำเนินนโยบายโดยเทศบาล</p> <p>จากข้างต้นประชาชนทุกคนจะได้รับการดูแล จากระบบประกันสาธารณะ ประชาชนบางส่วน จะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นในราคา ต่ำ โดยการจ่ายเบี้ยเลี้ยงและร่วมชำระเงิน (ร้อยละ 10 -30)</p> <p>การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และ มาตรการควบคุม</p> <p>ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประเทศมีจำนวน สูงขึ้นและส่วนใหญ่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ</p> <p>ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์พิจารณาจากกลุ่มอายุ พบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ของวัยหนุ่มสาวแล้วมีมากกว่าถึง 5 เท่า และคาดว่าสถานการณ์นี้จะรุนแรงมากขึ้นตามที่ประเทศ ญี่ปุ่นจะมีผู้สูงวัยมากขึ้นในอนาคต</p> <p>ดังที่มาตรการควบคุมกับประเด็นด้านปัญหา การเงินของระบบประกันสุขภาพ สำนักงาน ประกันสุขภาพพยายามรักษาระดับรายได้เบี้ย ประกัน โดยการขยายเขตการทำงานของเงิน</p>	<p>บางประเภทได้ เช่น การทำเคมีบำบัด การ รักษาทางรังสีวิทยา และการ ล้างไต นอกจากนี้ยังสามารถเลือกใช้สิทธิ์ สำหรับตนเองหรือบุคคลที่ใกล้ชิดใน ครอบครัวได้ (เฉพาะคู่สมรส บุตร พ่อ แม่ และปู่ย่าตายายที่เป็นชาวสิงคโปร์หรือถือ ใบอนุญาตพำนักในสิงคโปร์แบบถาวร) ตามที่ กฎหมายกำหนด ชาว สิงคโปร์และผู้ที่ได้รับอนุญาตให้พำนักใน สิงคโปร์แบบถาวร (PRs) ที่ทำงานในสิงคโปร์ จะต้องแบ่งเงินเดือนหรือ ค่าจ้างรายเดือนส่วนหนึ่งเพื่อส่งเข้าบัญชี Medisave ของตน ทั้งนี้ สัดส่วนเปอร์เซ็นต์ที่ เรียกเก็บจะแตกต่างกันตาม ระดับอายุ โดยมีการกำหนดจำนวนเงินสูงสุดที่สมาชิกแต่ละ รายสามารถมีได้ในบัญชี Medisave (Medisave Contribution Ceiling – MCC) ไม่เกิน 41,000 ดอลลาร์สิงคโปร์ (บังคับใช้เมื่อ 1 กรกฎาคมปี พ.ศ. 2554)</p> <p>Medisave for Chronic Disease Management Programme (CDMP) and Vaccinations</p> <p>โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมสำหรับการ บริหารจัดการโรคเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุของ ความยากลำบากและสร้างความหตุในการใช้ ชีวิตสำหรับครอบครัวของชาวสิงคโปร์ จำนวนมาก รัฐบาลได้ประกาศใช้เพิ่มเติมเมื่อ เดือนตุลาคม ในปีพ .ศ.2549 โดยเริ่มแรก ครอบคลุมเฉพาะโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคความดันโลหิตสูง</p>
---	---

<p>ประกันสุขภาพระดับชาติ จากระดับเขตเทศบาล เป็นระดับเมืองอำเภอ</p> <p>การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการให้บริการทางการแพทย์ที่จะเปลี่ยนจากเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เกินไป ให้กลายเป็นการดูแลแค่เพียงภายในบ้านเท่านั้น</p> <p>มาตรการควบคุมภาวะโรคอ้วนลงพุง ผ่านการตรวจสุขภาพเฉพาะทาง/การแนะนำดูแลสุขภาพ</p> <p>การตรวจสุขภาพเฉพาะทาง และการแนะนำการดูแลสุขภาพ (การตรวจภาวะอ้วนลงพุง) โดยมุ่งเน้นที่การสะสมไขมันในอวัยวะภายใน (ภาวะอ้วนลงพุง) เริ่มขึ้นในปีงบประมาณค.ศ.2008</p> <p>การตรวจสุขภาพเฉพาะทางมีให้กับผู้ที่มียุ 40-74ปี มีการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะให้กับผู้ที่มีผลการตรวจที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง อกกับกับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและไขมัน เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ของกลุ่มที่มีความเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุงสูงกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ พบว่า กลุ่มหลังมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม 90,000 เยนต่อปีโดยเฉลี่ย</p> <p>นอกจากนี้ ร้อยละ 30 ของผู้ที่ได้รับการแนะนำการดูแลสุขภาพอย่างเฉพาะทางไม่ได้อยู่ในความเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุงในปีถัดไป</p> <p>จากข้างต้น การส่งเสริมมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรได้นั้นสามารถออกถึงการจริงจังกับภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์</p>	<p>(Hypertension) โรคไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และโรคหลอดเลือดในสมองแตก/ตีบตัน (Stroke) และต่อมาในเดือนเมษายน ปีพ.ศ.2551 ได้มีประกาศเพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมโรคหอบหืด (Asthma) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD) ร่วมด้วย จากนั้นในเดือนตุลาคม ปีพ.ศ.2552 ประกาศเพิ่มเติมให้กับโรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคซึมเศร้า (Depression) กระทั่งล่าสุดในเดือนพฤศจิกายน ปีพ.ศ.2554 ได้ประกาศครอบคลุมถึงโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) และโรคสมองเสื่อม (Dementia) ดังนั้น ในปัจจุบันโรคเรื้อรังที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้โปรแกรมนี้มีทั้งสิ้น 10 โรคด้วยกัน โดยกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ได้ให้การสนับสนุนคลินิกกว่า 700 แห่งทั่วสิงคโปร์ เพื่อให้สามารถจัดทำโปรแกรมบริหารจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างเป็นระบบ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโรคอย่างทั่วถึง สำหรับการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ใช้สิทธิ์สามารถใช้สิทธิ์ผ่านบัญชี Medisave ของคนในครอบครัวหรือบัญชี Medisave ของตนเอง (กำหนดไม่เกิน 10 บัญชี) และจำกัดวงเงินไม่เกิน 400 ดอลลาร์สิงคโปร์ ต่อบัญชีต่อปี ทั้งนี้ สิทธิการเบิกจ่ายจะใช้ได้ภายใต้เงื่อนไขของการเสียเงินแรกจ่าย (Deductible) 30 ดอลลาร์สิงคโปร์ และเสียเงินส่วนร่วมจ่าย (Copayment) อีก ร้อยละ 15</p> <p>นอกจากนี้ นับแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน ปี</p>
---	--

	<p>พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา Medisave ยังสามารถใช้สำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม หรือไอพีดี (Pneumococcal) ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) ได้ด้วย และเพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการยอดเงินในบัญชี Medisave</p> <p style="text-align: center;">MediShield</p> <p>แบบประกันสุขภาพ MediShield คือแบบประกันสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับกรณีเจ็บป่วยร้ายแรง ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือประชากรของสิงคโปร์ในการชำระค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่เกิดจากการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง หรือกรณีที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เฉพาะในส่วนของระดับการรักษาใน Class B2/C ในโรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ แบบประกันสุขภาพ MediShield ยังขยายสิทธิครอบคลุมถึงผู้ที่ถือใบอนุญาตพำนักในสิงคโปร์แบบถาวร หรือ Singapore Permanent Residents (SPRs) เฉพาะผู้ที่สามารถเสียค่าใช้จ่ายเพื่อเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและสถาน บริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ</p> <p style="text-align: center;">ElderShield</p> <p>โปรแกรมประกันสุขภาพที่ราคาไม่แพงสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงและไม่</p>
--	---

	<p>สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาทางการเงินในกรณีที่จะต้องได้รับการดูแลในระยะยาว โดยจะเป็นลักษณะของการ ให้เงินช่วยเหลือรายเดือน กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ของสิงคโปร์ได้มอบหมายให้บริษัทประกันเอกชน 3 รายเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ Aviva, Great Eastern และ NTUC Income ทั้งนี้ ชาวสิงคโปร์และผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้พำนักในสิงคโปร์แบบถาวร (PRs) ซึ่งมีบัญชี Medisave อยู่แล้ว จะได้รับการคุ้มครองภายใต้โปรแกรมนี้โดยอัตโนมัติ เมื่อมีอายุครบ 40 ปี</p> <p style="text-align: center;">Medifund</p> <p>กองทุนสงเคราะห์เพื่อสุขภาพ (Endowment Fund) ซึ่งจัดตั้งโดยรัฐบาล นับแต่ปีพ.ศ.2536 เป็นต้นมา ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวสิงคโปร์ที่มีรายได้น้อยและไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลได้ แม้ว่าจะได้พยายามชำระผ่านบัญชี Medisave และโปรแกรม MediShield แล้วก็ตาม ทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักประกันว่า ชาวสิงคโปร์ทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้</p> <p>เงินส่วนนี้จะ ได้รับการจัดสรรให้กับโรงพยาบาลและสถานบริการทางการแพทย์ที่ได้รับการอนุมัติในลักษณะของเงินช่วยเหลือ Medifund หรือ Medifund Silver</p> <p>ในเดือนพฤศจิกายนปีพ.ศ.2550 รัฐบาลได้</p>
--	--

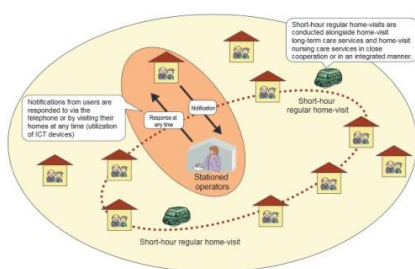
	<p>ประกาศเพิ่มอีก 1 กองทุน ภายใต้กองทุน Medifund โดยให้ชื่อว่า Medifund Silver ทั้งนี้ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า ได้อย่างตรงจุดมากขึ้น โดยแบ่งเงินทุนจากกองทุน Medifund จำนวน 500 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์ มาเป็นเงินทุนเริ่มต้นสำหรับกองทุนนี้</p>
<p>3. สำนักงานสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ ญี่ปุ่นจะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนในโลก ในปี ค.ศ. 2025 และ baby boomer generation จะมีอายุ 75 ปี คาดการณ์ว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทุกๆ 1 ใน 3 จะเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า (ในปัจจุบัน ทุกๆ 1 ใน 5) และเป็น 1 ใน 5 คน ที่มีอายุ 75 หรือมากกว่า (ในปัจจุบัน ทุกๆ 1 ใน 10 คน) ● ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นจาก 2,800,000 ในปัจจุบัน เป็น 4,700,000 คน ● ประมาณร้อยละ 30 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมดจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้แต่งงาน หรือคู่สามีภรรยาสูงอายุ ● ในเขตเมืองประชากรยังคงมีเสถียรภาพ แต่ประชากรที่มีอายุ 75 ปีหรือมากกว่านั้นจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่พื้นที่ชนบทประชากรที่มีอายุ 75 หรือมากกว่า จะค่อยๆเพิ่มขึ้นทีละน้อย แต่ประชากรทั้งหมดนั้นจะมีจำนวนลดลง <p>การดูแลระยะยาวของระบบประกันสุขภาพ</p>	<p>การดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่สิงคโปร์ให้ความสำคัญ เนื่องจากสิงคโปร์มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี คาดกันว่า ภายในปีพ.ศ. 2573 ประชากร 1 ใน 5 จะมีอายุมากกว่า 65 ปี สิงคโปร์มีการจัดตั้ง Ministry of Community Development, Youth and Sports (MCYS) ซึ่งทำงานร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ รวมทั้งมีการจัดตั้ง Ministerial Committee on Ageing เมื่อเดือน มีนาคมปีพ.ศ.2550 โดยมี นาย Lim Boon Heng รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมและหาแนวทางช่วยเหลือให้กับประชาชนใน สังคมผู้สูงอายุ ภายใต้คำขวัญ “Successful Ageing for Singapore” มีแนวนโยบายดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมการจ้างงานและความมั่นคงทางการเงิน (Enhance employability and financial security)

<p>สิ่งจำเป็นสำหรับการสนับสนุนในการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนที่ต้องการการดูแลระยะยาว</p> <p>ในฐานะที่เป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จระดับต้นๆของโลกในเรื่องของผู้สูงอายุ สำนักงานเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับการสร้างสังคมซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถมีชีวิตกับความรู้สึกลดลงด้วยระบบประกันการดูแลระยะยาวที่ยังมีอยู่อย่างยั่งยืน</p> <p>การจัดตั้งระบบประกันการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืน</p> <p>การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจะมีผลต่อเบี้ยประกันของทั้งผู้สูงอายุและคนวัยทำงาน</p> <p>การปฏิรูปที่ครอบคลุมของระบบประกันสังคมและภาษีที่จะสร้างระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการและสร้างความมั่นใจอย่างยั่งยืนในระบบประกันดูแลระยะยาวที่จะเป็นประเด็นหลักในอนาคต</p> <p>ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> “ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ” เป็นระบบที่จัดหา 1) บ้าน 2) การดูแลทางการแพทย์ 3) การดูแลระยะยาว 4) การให้บริการการคุ้มครอง 5) ความเป็นอยู่ ที่สนับสนุนในลักษณะบูรณาการในชุมชน ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในบ้านของพวกเขาและใช้ชีวิตด้วยความรู้สึกที่ปลอดภัยจากระบบการดูแลระยะยาว ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการจัดตั้งขึ้นโดยเทศบาลที่เป็นพื้นฐานของการพึ่งพาตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> ให้การดูแลสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในราคาที่เหมาะสม (provide holistic and affordable healthcare and eldercare) โดยเน้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ราคาประหยัด และตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคม (Enable ageing-in-place) ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่สาธารณะ และในระบบขนส่งมวลชน และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมในกิจกรรม ต่าง ๆ ในสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืน (Promote active ageing) โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงเพื่อให้อยู่ใน สังคมได้อย่างมีความสุข การบริการผู้สูงอายุในสิงคโปร์แบ่งเป็น (1) การดูแลระยะกลาง ได้แก่ การรักษาตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าไปเย็นกลับ (2) การดูแลระยะยาว ได้แก่ บ้านพักคนชรา การบริหารด้านการแพทย์ พยาบาล และการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่บ้าน และสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ (hospice) เป็นต้น <p>รัฐบาลได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม ผ่านการดูแลของหน่วยงาน ได้แก่ MCYS และคณะกรรมการกองทุน Central Provident Fund (CPF) Board เพื่อสร้างระบบให้บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูพ่อแม่ในยามชรา และหากไม่เลี้ยงดู พ่อแม่</p>
--	---

และเป็นความคิดต้นแบบที่เป็นไปตาม
ลักษณะเฉพาะ

หน่วยงานนี้เป็นการทำงานเพื่อปรับปรุงการ
ให้บริการดูแลระยะยาวรวมถึงการบริการเยี่ยม
บ้านตลอด 24 ชั่วโมง และการบริการที่หลากหลาย
สำหรับกลุ่มเล็กๆ สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก
การเยี่ยมบ้านและการบริการพักค้างคืนใน
ลักษณะบูรณาการเพื่อพัฒนาที่อยู่อาศัยของ
ผู้สูงอายุและส่งเสริมความร่วมมือด้านการแพทย์
และการดูแลระยะยาว

ในขณะเดียวกัน การบริการระยะยาวที่มีมาก
ขึ้นและมีประสิทธิภาพ และการตรวจสอบระบบ
จากความยุติธรรมระหว่างรุ่นและภายในรุ่น
ภายในขอบเขตของภาระ (สิ่งที่เบียดเบียนประกัน
และการชำระเงินร่วมของผู้มีรายได้ต่ำกว่าที่ควร
จะเป็น) นอกจากนี้ก็ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่หลีกเลี่ยง
ไม่ได้



ภาพที่ 8 การบริการเยี่ยมบ้านตลอด 24 ชั่วโมง
และการบริการเยี่ยมตามความจำเป็น
ที่มา : <http://www.mhlw.go.jp>

ในสังคมที่มีประชาชนอาศัยด้วยความรู้สึกถึง

ความปลอดภัยแม้จะมีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมสามารถสร้างความเจ็บปวด
ให้กับประชาชนได้ทุกคนและจะกลายเป็นความ

สามารถฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากบุตรของคุณ
ได้ รวมทั้งให้ความสำคัญกับองค์กรชุมชน
ท้องถิ่น เพื่อเป็นกลไกในการดูแลประชาชนที่
ประสบความลำบาก เพื่อลดภาระให้กับ
รัฐบาล

<p>กังวลสำหรับประชาชนและครอบครัวของพวกเขา เมื่อเข้าสู่วัยชรา นอกจากนี้อาการอาจจะทรุดลงจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ถึงแม้จะสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่ยากลำบากได้ แต่อาการก็จะเติบโตอย่างรุนแรงมากขึ้น</p> <p>การสร้างสภาพแวดล้อมที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมเมืองกับความรู้ถึงความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคสมองเสื่อม</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการแรงงานได้ออกมาตรการ “แผนการส่งเสริมมาตรการต่อต้านภาวะโรคสมองเสื่อมระยะ 5ปี” ในเดือนกันยายน ปีค.ศ. 2012 ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการรับมือภาวะโรคสมองเสื่อม</p> <p>ประชาชนจะได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการภาวะโรคสมองเสื่อมอย่างรวดเร็วที่สุดจากหน่วยงานนี้ และจะทำให้เกิดความมั่นใจต่อว่าพวกเขาจะได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสม และทำให้เกิดความเป็นไปได้ของ “การอยู่อย่างมีเกียรติ” ในชีวิตของพวกเขา</p> <p>สถานที่ใน การดูแลระยะยาวที่ประชาชนจะสามารถทำงานได้อย่างเป็นเวลานานด้วยความภาคภูมิใจ</p> <p>ในขณะที่แก่ชราลง การสนับสนุนความปลอดภัยของบุคลากร สำหรับ สถานที่ในการดูแลระยะยาว เป็นสิ่งที่สำคัญและได้รับการพิจารณาว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับจำนวนบุคลากรที่ เข้ารับการดูแลระยะยาว ซึ่งจะเพิ่มขึ้น 1 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025</p> <p>ค่าจ้างของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวนี้</p>	
--	--

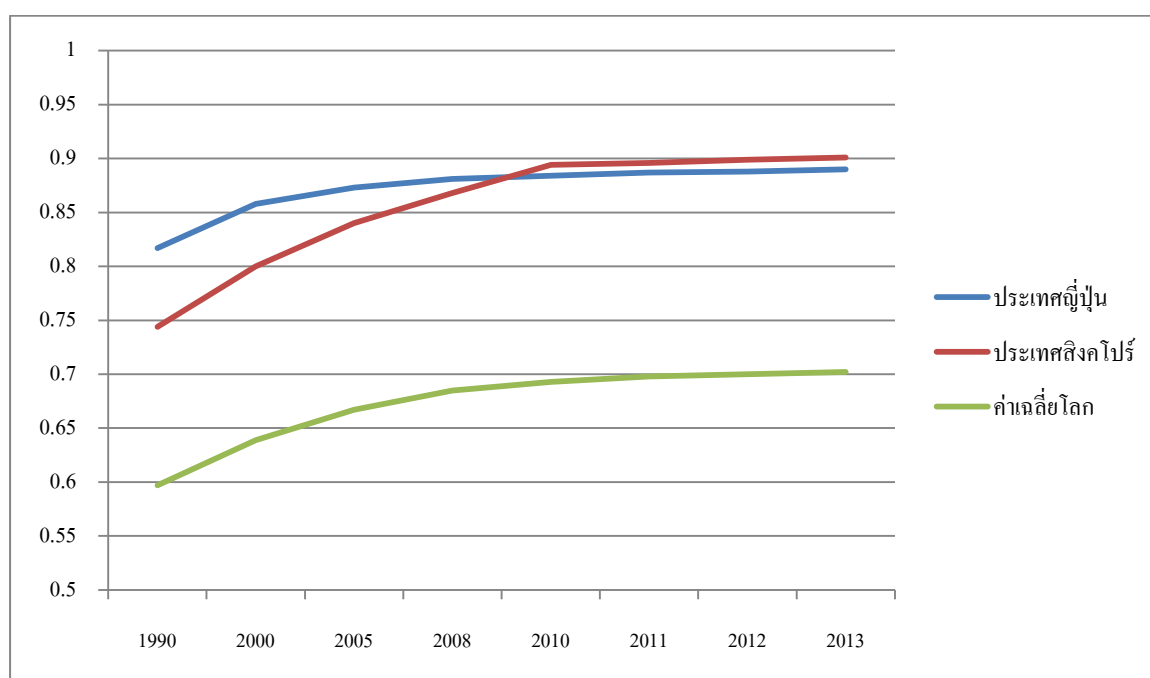
<p>หากเปรียบเทียบกับอุตสาหกรรมอื่นๆ ถือว่า มี แนวโน้มที่ค่อนข้างต่ำและอัตราการเปลี่ยนแปลง ค่อนข้างสูง การเปิดใช้งานของ สถานที่เพื่อทำงาน ในการดูแลระยะยาวด้วยความภาคภูมิใจนั้นเป็น สิ่งสำคัญ หน่วยงานจะเพิ่มค่าจ้างของผู้ที่มีส่วน ร่วมในระยะยาวและสร้างเส้นทางอาชีพที่ เหมาะสมให้กับพวกเขา</p>	
---	--

ตารางที่ 1 นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

ที่มา : www.mhlw.go.jp (2013)

2. ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

ค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index : HDI) ของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ในปี ค.ศ. 1980-2013 จากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme : UNDP) เป็นไปตามแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงดัชนีการพัฒนามนุษย์ (HDI) ของประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์ และค่าเฉลี่ยโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2013

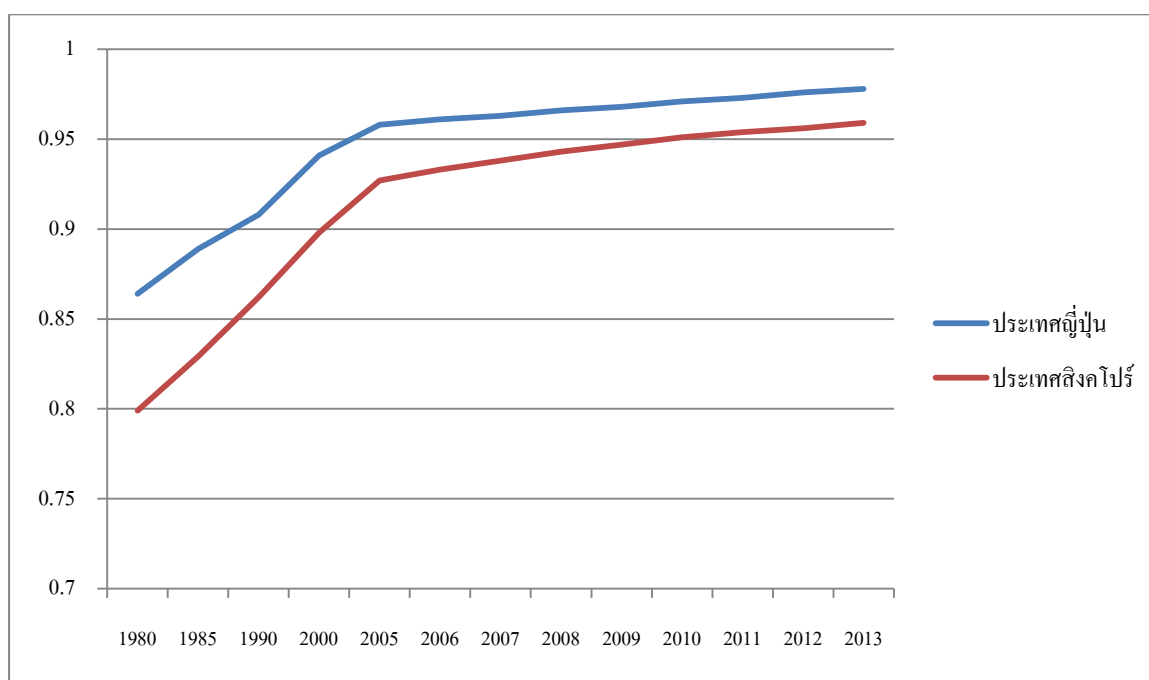
ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย (2558) คัดแปลงข้อมูลจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)

จากแผนภูมิที่ 1 ในปี ค.ศ. 1990 ค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศญี่ปุ่นมีค่าเท่ากับ 0.8 และสิงคโปร์มีค่าเท่ากับ 0.7 ซึ่งมีความมากกว่าค่าเฉลี่ยโลกที่มีค่าเท่ากับ 0.6 ในปี ค.ศ. 2008 ค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศสิงคโปร์มีการพัฒนาขึ้นจนเทียบเท่ากับค่า ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศญี่ปุ่น คือเท่ากับค่า 0.88 หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 2010 ประเทศสิงคโปร์มีค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ที่พัฒนานำหน้าประเทศญี่ปุ่น ซึ่งอยู่ที่ค่า 0.89 ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นมีค่าอยู่ที่ 0.88 และหลังจากนั้นทั้งสองประเทศมีค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์อยู่ในระดับคงที่มาเรื่อยๆ ในปี ค.ศ. 2013 จาก

การจัดอันดับ 187 ประเทศทั่วโลก ค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศสิงคโปร์มีค่าเท่ากับ 0.901 คะแนน อยู่อันดับที่ 9 ของโลก ญี่ปุ่นมีค่าเท่ากับ 0.89 คะแนน อยู่อันดับที่ 17 ของโลก

ทั้งนี้ตัวชี้วัดด้าน สาธารณสุข ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ดัชนีสุขภาพ อายุขัยเฉลี่ย อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในจำนวน 1,000 คน อัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอดในจำนวนการเกิด 100,000 คน อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจำนวน 1,000 คน และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

1. ดัชนีสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 - 2013



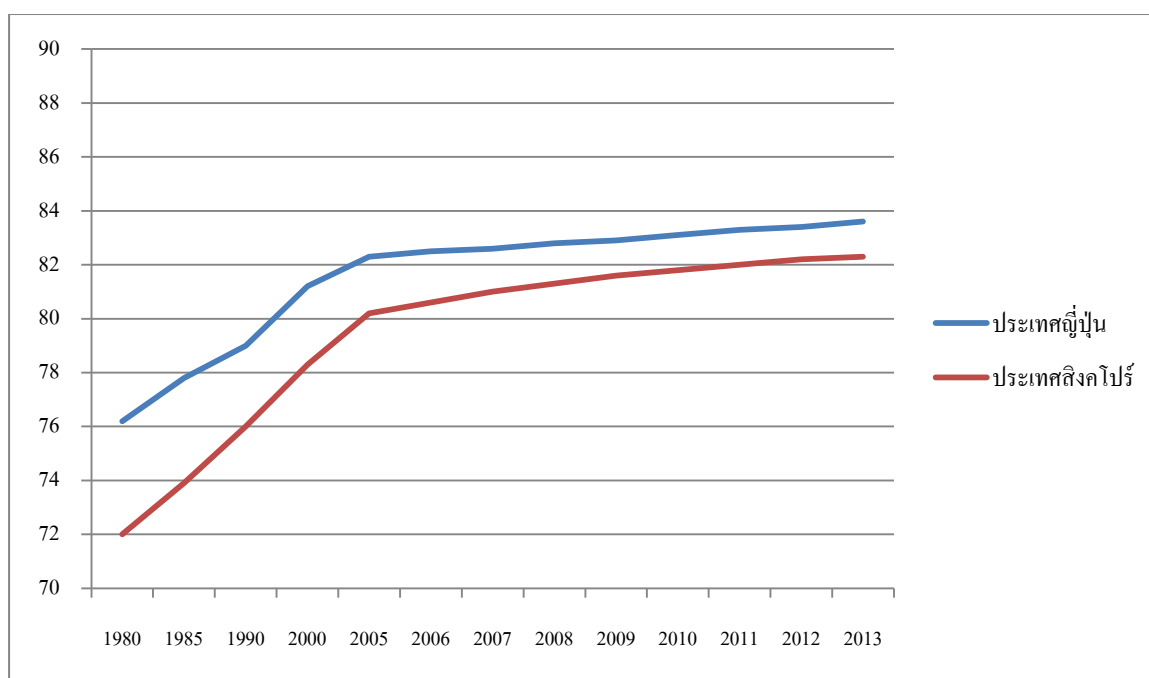
แผนภูมิที่ 2 แสดงดัชนีสุขภาพของประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2013

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย (2558) คัดแปลงข้อมูลจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)

จากแผนภูมิที่ 2 ในปี ค.ศ. 1980 ค่าคะแนน ดัชนีสุขภาพของประเทศไทยมีค่าเท่ากับ 0.86 ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์มีค่าเท่ากับ 0.79 และทั้งสองประเทศมีการพัฒนาขึ้นเร็ว อยๆ ในปี ค.ศ. 2006 ค่าคะแนน ดัชนีสุขภาพของประเทศไทยมีค่าเท่ากับ 0.96 และประเทศสิงคโปร์มีค่าเท่ากับ

0.93 หลังจากนั้นทั้งสองประเทศมีค่าคะแนน ดัชนีสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สังเกตได้ว่า ประเทศสิงคโปร์มีการพัฒนาที่เข้าใกล้กับประเทศญี่ปุ่นมากขึ้นเรื่อยๆ

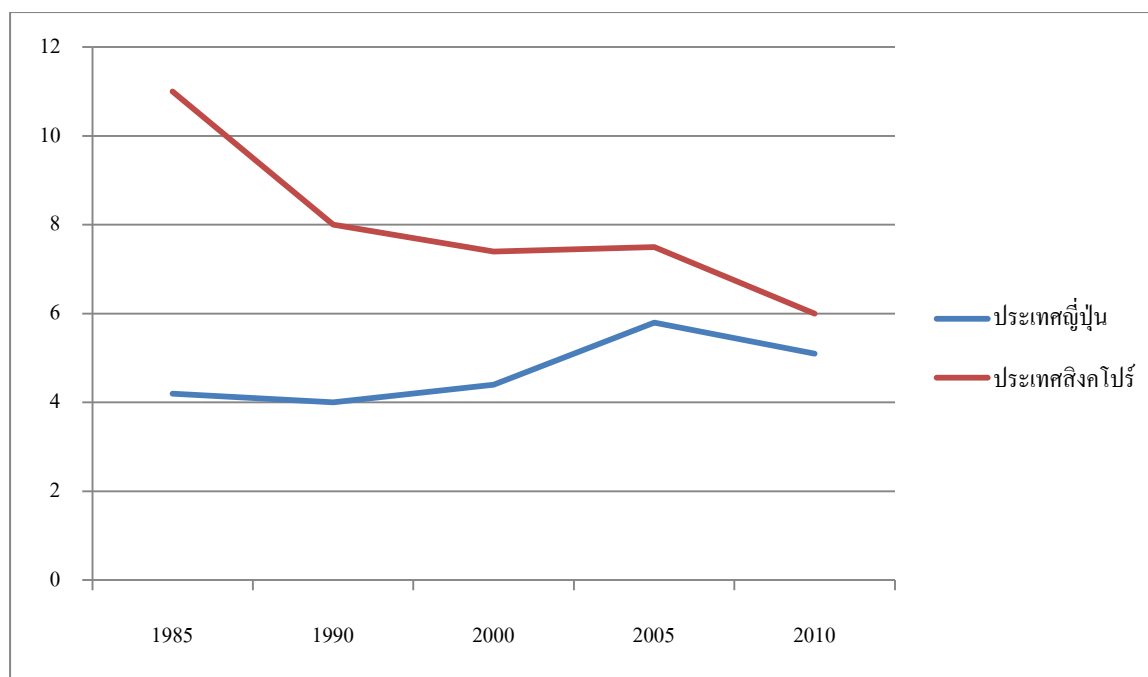
2. อายุขัยเฉลี่ย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 - 2013



แผนภูมิที่ 3 แสดงอายุขัยเฉลี่ยของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ ในปี ค.ศ. 1980 – 2013
ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย (2558) คัดแปลงข้อมูลจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)

จากแผนภูมิที่ 3 ในปี ค.ศ. 1980 อายุขัยเฉลี่ยของประเทศญี่ปุ่นเท่ากับ 76 ปี ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์เท่ากับ 72 ปี และทั้งสองประเทศมีอายุขัยเฉลี่ยมากเรื่อยๆ ในปี ค.ศ. 2005 อายุขัยเฉลี่ยของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์มีเพิ่มมากขึ้น คือ 82 ปี และ 80 ปี ตามลำดับ และเพิ่มมากขึ้นในปีถัดไป ในปี ค.ศ. 2013 อายุขัยเฉลี่ยของประเทศญี่ปุ่นเท่ากับ 83 ปี ส่วนประเทศสิงคโปร์เท่ากับ 82 ปี สังเกตได้ว่า ประเทศสิงคโปร์มีการพัฒนาที่เข้าใกล้กับประเทศญี่ปุ่นมากขึ้นเรื่อยๆ

3. อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในจำนวน 1,000 คน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 - 2010

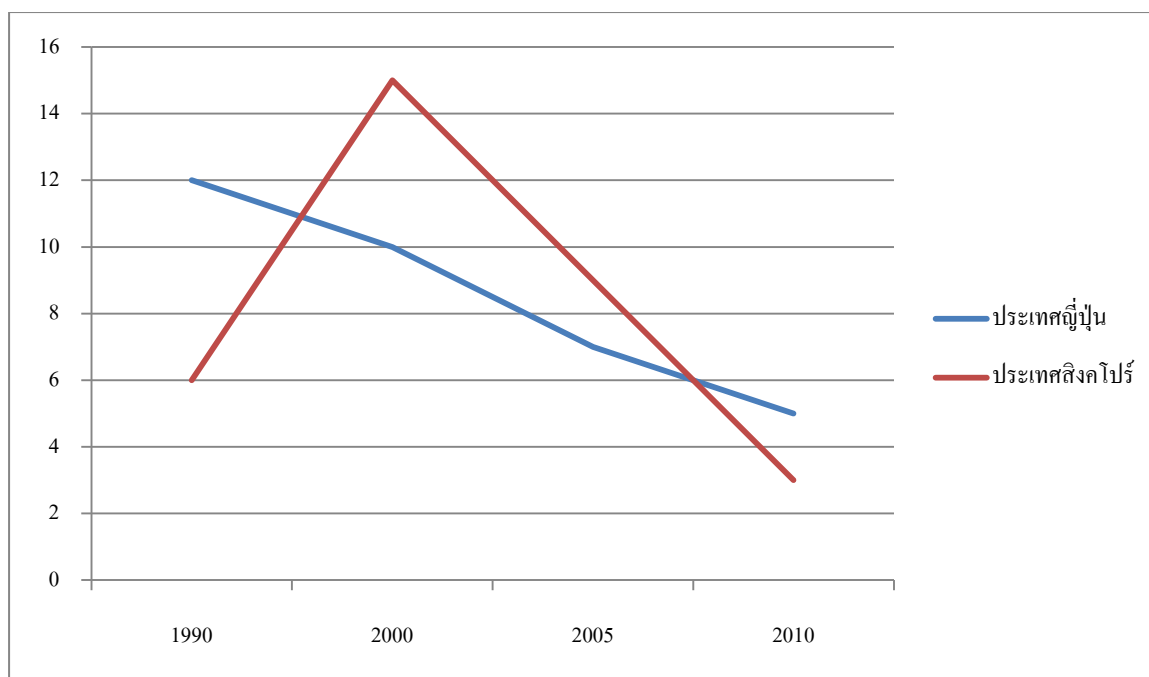


แผนภูมิที่ 4 แสดงอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในจำนวน 1,000 คน ของประเทศไทย และประเทศสิงคโปร์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 – 2010

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย (2558) คัดแปลงข้อมูลจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)

จากแผนภูมิที่ 4 ในปี ค.ศ. 1985 ประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 4.2 คน ในขณะที่อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ของประเทศสิงคโปร์สูงถึง 11 คน แต่ในปี ค.ศ. 2010 ประเทศสิงคโปร์มีการจัดการได้ดี และลดจำนวนลงมาอยู่ในจำนวน 6 คน ในขณะที่ประเทศไทยมีอัตราคงที่อยู่ที่จำนวน 5.1 คน

4. อัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอดในจำนวนการเกิด 100,000 คน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 – 2010

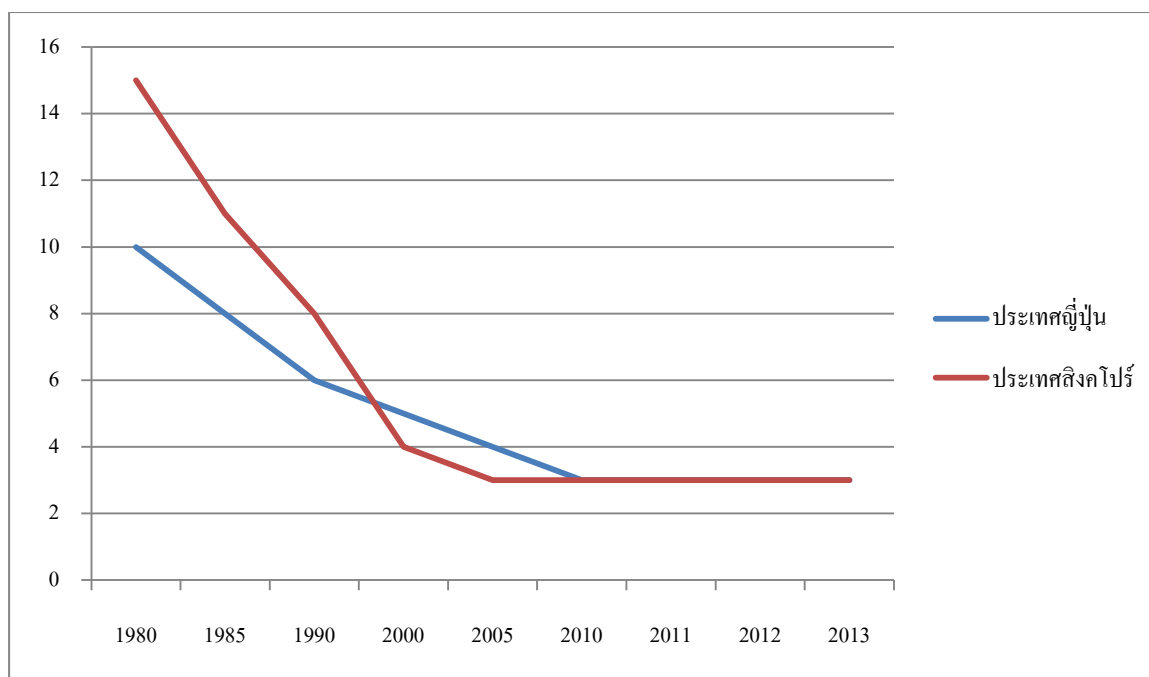


แผนภูมิที่ 5 แสดงอัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอดในจำนวนการเกิด 100,000 คน ของ ประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 – 2010

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย (2558) ดัดแปลงข้อมูลจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)

จากแผนภูมิที่ 5 ในปี ค.ศ. 1990 ประเทศสิงคโปร์มีอัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอด อยู่ที่ 6 คน ซึ่งต่ำกว่าประเทศไทยที่มีจำนวนสูงถึง 12 คน แต่ในปี ค.ศ. 2000 ประเทศสิงคโปร์มีอัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอดที่เพิ่มสูงขึ้นมากถึง 15 คน ในขณะที่ประเทศไทยลดลง เหลือ 10 คน แต่หลังจากปี ค.ศ. 2005 ประเทศสิงคโปร์มีการจัดการที่ดีขึ้นและมีแนวโน้มที่อัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอด จะต่ำกว่าประเทศไทยที่มีการลดลงอย่างคงที่ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงระบบการดูแลฝากครรภ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจำนวนการเกิด 1,000 คน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 - 2013

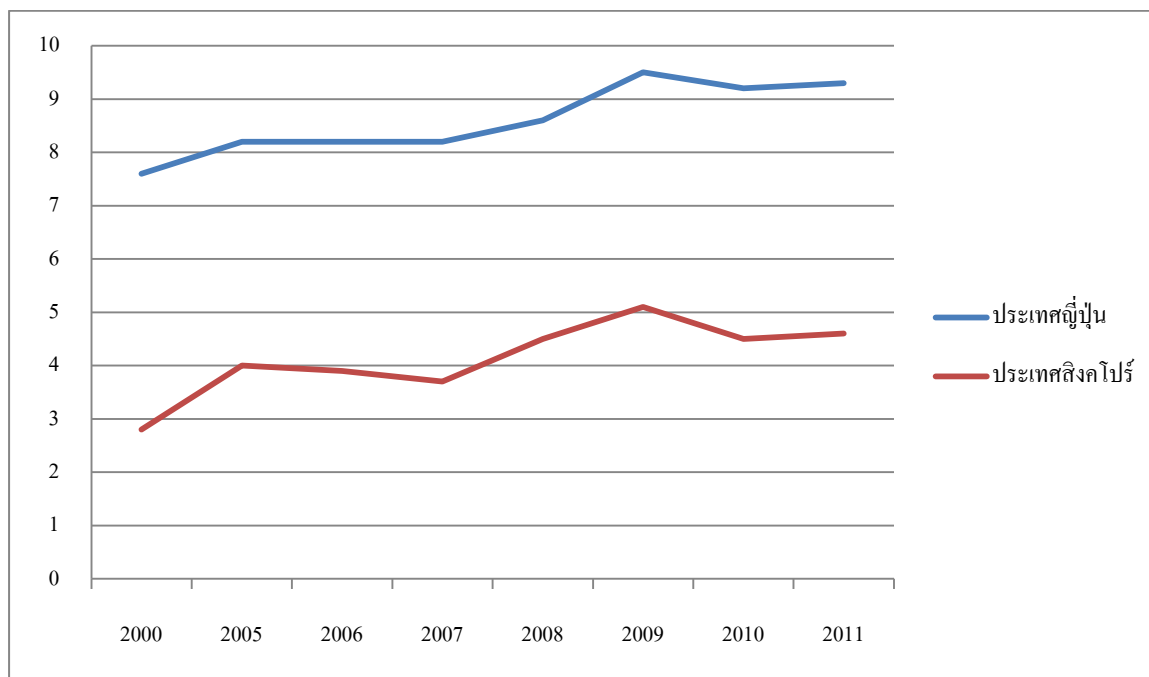


แผนภูมิที่ 6 แสดงอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจำนวนการเกิด 1,000 คน ของ ประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 2013

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย (2558) ดัดแปลงข้อมูลจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)

จากแผนภูมิที่ 6 ในปี ค.ศ. 1980 ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 10 คน ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์มีอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี สูงกว่าเป็น 15 คน ต่อมาในปี ค.ศ. 2010 อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของทั้งสองประเทศต่ำลงอยู่ใน ระดับที่เท่ากันคือ 3 คน แสดงให้เห็นว่าทั้งสองประเทศมีประสิทธิภาพในการจัดการเรื่องการดูแล แม่และเด็ก

6. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (คิดเป็นร้อยละของGDP) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 - 2011



แผนภูมิที่ 7 แสดงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (คิดเป็นร้อยละของGDP) ของประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 – 2011

ที่มา : จัดทำโดยผู้วิจัย (2558) คัดแปลงข้อมูลจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)

จากแผนภูมิที่ 7 ในปี ค.ศ. 2000 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประเทศไทยมีค่าเท่ากับร้อยละ 7.6 ของ GDP และประเทศสิงคโปร์มีค่าเท่ากับร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี ค.ศ. 2009 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.5 และร้อยละ 5.1 ตามลำดับ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2011 ประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดลงมาเท่ากับร้อยละ 9.3 และ ร้อยละ 4.6 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ประเทศสิงคโปร์มีการใช้งบประมาณในการจัดการด้านสุขภาพที่น้อยกว่า และประเทศไทยใช้งบประมาณในการจัดการด้านสุขภาพที่มากกว่า แต่ทั้งสองประเทศได้ค่าสัมฤทธิ์ผลที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้น ประเทศสิงคโปร์จึงมีการจัดสรรงบประมาณในการดูแลด้านสุขภาพดีกว่าประเทศไทย

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษา “การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข เปรียบเทียบประเทศญี่ปุ่น และสิงคโปร์” มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ได้ข้อสรุปและอภิปรายผล ดังนี้

1. นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

การดำเนินนโยบาย การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข ของประเทศญี่ปุ่น มีระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนจะสามารถเลือกสถาบันทางการแพทย์เพื่อรับการดูแลได้ อีกทั้งรัฐบาลยังเข้ามาช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยการจ่ายเบี้ยเลี้ยงและร่วมชำระ และเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล จึงปรับเปลี่ยนการให้บริการเป็นการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและให้การดูแลภายในบ้านแทนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ประเทศญี่ปุ่นมีระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบชุมชนบูรณาการ ซึ่งจะมีแบบเฉพาะของแต่ละชุมชน มีการให้การดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง การเยี่ยมบ้านและการพักค้างคืน ซึ่งจะทำให้ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกปลอดภัย ในส่วนของประเทศสิงคโปร์ ได้มีการวางนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการส่งเสริมการออมเป็นอย่างมาก ซึ่งแบ่งเป็นบัญชีออม 3 ประเภท คือ บัญชีออมทั่วไป บัญชีออมเพื่อการเลี้ยงชีพวัยเกษียณ และบัญชีออมสำหรับค่ารักษาพยาบาล ระบบประกันสุขภาพสิงคโปร์มีลักษณะเป็นระบบคู่โดยการชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล และผู้ใช้สิทธิ์ประกันต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือ การดูแลผู้สูงอายุในสิงคโปร์ได้มีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นเพื่อดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ อีกทั้งยังออกกฎหมายเพื่อสร้างระบบให้บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลพ่อแม่ในวัยชรา

จากนโยบายการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข ของประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์จะเห็น ได้ว่า ระบบประกันสุขภาพของทั้งสองประเทศมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ รัฐบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล แต่ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์มีการจัดตั้งหน่วยงานและออกกฎหมายเพื่อดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นมีนโยบายดูแลผู้สูงอายุแบบชุมชนบูรณาการ โดยการให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิดและยังทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกปลอดภัย

2. ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์

จากการดำเนินการนโยบาย พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นและ สิงคโปร์สามารถพิจารณาผลสัมฤทธิ์ได้จากค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ จาก โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme : UNDP) ดัชนีสุขภาพ อายุขัยเฉลี่ย อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น อัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอด อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศญี่ปุ่นมีประสิทธิภาพในการจัดการและดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุขัยเฉลี่ยของประเทศญี่ปุ่นที่ค่อนข้างสูง ส่วนประเทศสิงคโปร์มีอัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอดที่ ค่อนข้างต่ำและมีแนวโน้มที่จะลดลงเรื่อยๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศสิงคโปร์มีการให้บริการฝากครรภ์และการดูแลมารดาก่อนคลอดตลอดจนถึงการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นนั้นมีลักษณะเด่นในเรื่องของการดูแลและการจัดการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบชุมชนบูรณาการ โดยการให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแล ตลอด 24 ชั่วโมง การเยี่ยมบ้าน และการพักค้างคืน ซึ่งจะทำให้ผู้ สูงอายุเกิดความ รู้สึกปลอดภัย และจากการดำเนินงานนโยบายดังกล่าวทำให้ประเทศญี่ปุ่นประสบความสำเร็จ ด้านอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเป็นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสิงคโปร์ที่มีนโยบายในการจัดตั้งหน่วยงานและออกกฎหมายเพื่อดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ แล้วจะมีลักษณะเป็นการดำเนินนโยบายในเชิงกว้าง แต่หากพิจารณาในเชิงลึกแล้วประเทศญี่ปุ่น สามารถจัดการและดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่า

นโยบายการดูแลและการจัดการสังคมผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น โดย ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบชุมชนบูรณาการและทำให้เกิดความรู้สึกถึงความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Maslow (1962) ที่ว่าการพัฒนาเพื่อนำไปสู่ความสุขและความเป็ นอยู่ที่ติดบนแนวคิดของความต้องการของมนุษย์ ลักษณะการมีชีวิตที่ดีด้วยกา รเติมเต็มความต้องการนั้น ได้ถูกจัดเป็นไปตามขั้นตอน 5 ขั้น ได้แก่ ความต้องการทางกายภาพ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความรักและความเป็นเจ้าของ ความเคารพนับถือ และความสมบูรณ์ของชีวิต (S. Dolnicar, K. Lazarevski & V. Yanamandram, 2012 : 4)

นอกจากนั้นประเทศญี่ปุ่น ยังมีการบริการสุขภาพ โดยจัดนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีโลกาภิวัตน์และสาธารณสุข ที่ว่า โลกาภิวัตน์ ได้ถูกรวมเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุข ในด้านหนึ่งนั้นมีการเร่งให้เกิดการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ปรับปรุงด้านสุขภาพและอายุขัย ในประชากรจำนวนมาก อย่างน้อยที่สุดในระยะสั้นถึงระยะกลาง ความก้าวหน้าของสิ่งเหล่านี้ก็จะรวมอยู่ในการเป็นสมัยใหม่ของสังคมและการดูแลสุขภาพที่หลากหลายและโปรแกรมสาธารณสุขที่จะเป็นผลประโยชน์กับสุขภาพของประชากร ส่วนอีกด้านหนึ่งลักษณะของโลกาภิวัตน์มีผลซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชากรเนื่องจากความเสื่อมโทรมของสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม การแบ่งแยกของแ รงงานทั่วโลก ช่องว่างของรายได้ระหว่างคนรวยและคนจนที่เพิ่มมากขึ้นภายในประเทศต่างๆ และการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วของการคุ้มครองผู้บริโภค (Robert Beaglehole, Ruth Bonita, 2008: 11)

นโยบายการบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น มีการส่งเสริมสุขภาพและออกมาตรการควบคุมโรคมะเร็ง โดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อมของสังคม เพื่ออายุขัย ของประชากรที่ยาวนานมากขึ้น โดยนโยบาย “Health Japan 21 (2nd edition)” เพื่อพิจารณาพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การเลิกบุหรี่ เป็นต้น และมาตรการ ควบคุมภาวะ โรคอ้วนลงพุง ผ่านการตรวจสุขภาพเฉพาะทางหรือการแนะนำดูแลสุขภาพ ซึ่งจะให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมัน ซึ่งจะเป็นการลดกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคและเป็นการลดค่าใช้จ่ายของลดรัฐบาลในอนาคต ส่วนของนโยบายดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดระบบประกันการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืน โดยระบบการดูแลชุมชนแบบบูรณาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่รู้สึก

ถึงความปลอดภัยจากระบบการดูแลระยะยาวนี้ และยังมีลักษณะที่เป็นแบบเฉพาะของแต่ละชุมชน อีกทั้งยังมีการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึกปลอดภัยในการใช้ชีวิตในสังคมเมือง โดยการออกมาตรการ “แผนการส่งเสริมมาตรการต่อต้านภาวะโรคสมองเสื่อมระยะ5ปี” เพื่อรับมือภาวะโรคสมองเสื่อม การดำเนินนโยบายดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษา โอกินาวาโปรแกรม ซึ่งทำการศึกษาคณร้อยปีบนเกาะ โอกินาวา อันเป็นแหล่งที่มีคนอายุ 100 ปีมากที่สุดในโลก โดย Willcox และ Suzuki ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ชาวโอกินาวามีอายุยืนก็คือ 1) ปัจจัยทางพันธุกรรมและการใช้ชีวิต โดยการออกกำลังกาย ด้านสังคม การถือศีลทางจิตใจ 2) ทานอาหารจำพวกพืชผักผลไม้ และยังมีอีกที่เรียกว่า “ฮาระ ฮาจิ บุ” คือ กินแค่อิ่มก็พอ 3) มีโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์อัมพาต ในอัตราที่ต่ำ 4) รูปร่างผอมบาง เนื่องจากรับประทานอาหารพลังงานต่ำจำนวนน้อย และทำงานในอาชีพตลอดชีวิต ไม่ค่อยอยู่บ้านเฉยๆ 5) ทำสวนผักและผลไม้ไว้รับประทานเอง 6) สตรีมีอายุการในวัยทองคำ 7) ด้านจิตใจ ซึ่งมีชีวิตเรียบง่าย ไม่รีบร้อน ทำงานที่บ้าน คนโอกินาวาเรียกว่า “เทเก” และยังมีแนวคิดดั้งเดิม ที่เรียกว่า “ยูมารุ” คือ การแบ่งปันและช่วยเหลือผู้อื่น มีการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายบำบัด ให้ความช่วยเหลือในด้านสังคม ด้านการเงิน ความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้กำลังใจเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน (แพทย์พงษ์วรพงศ์พิเชษฐ, 2557 อ้างถึงใน Willcox and Suzuki, 2002)

ส่วนในประเทศสิงคโปร์มีการจัดการในเรื่องอัตราการเสียชีวิตของคุณแม่หลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การสหประชาชาติ ที่แสดงถึงแนวทางการลดอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกโดยการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน ทั้งการให้บริการมารดาก่อนคลอดและการเข้ารับบริการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงการวางแผนครอบครัว การรับข้อมูลและบริการสำหรับอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะประชากรที่มีความเสี่ยง ความพยายามที่จะดูแลสุขภาพนั้นจะต้องเกิดความเข้มแข็งเพื่อที่จะสร้างความมั่นใจในการรับการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (United Nations New York, 2014: 29)

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

การศึกษาในเชิงลึกของการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศสิงคโปร์ โดยเฉพาะระบบประกันสังคม และการดูแลระหว่างตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตร อีกทั้งการศึกษาเชิงลึกในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการสังคมผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

บรรณานุกรม

กรมการค้าต่างประเทศ สำนักความร่วมมือการค้าและการลงทุน กลุ่มจีนและสิงคโปร์. (2555).

สาธารณรัฐสิงคโปร์. เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก

http://www.dft.go.th/Portals/0/ContentManagement/Document_Mod666/สิงคโปร์_ข้อมูลทั่วไป_22@25550221-1522113511.pdf

กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. (2554). **ญี่ปุ่น.** เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2557. เข้าถึงได้จาก

http://www.thaifita.com/thaiFTA/Portals/0/ctr_jp070911.pdf

กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ สำนักอาเซียน. (2553). **ข้อมูลพื้นฐาน สาธารณรัฐสิงคโปร์.** เข้าถึง

เมื่อ 10 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaifita.com/trade/aec/singapore.pdf>

โครงการพัฒนาความร่วมมือเพื่อส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. **ประเทศสิงคโปร์.**

เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก

http://www.smeasean.com/country_info.php?id=1&group=1

นางเยาว์ อรุณศิริวงศ์. เอกสารชุดการสอน หน่วยที่ 11 **การพัฒนาคุณภาพชีวิต.** เข้าถึงเมื่อ 24

กันยายน 2557. เข้าถึงได้จาก <http://www.stou.ac.th/website/subbj/fileUpload/32304-11-1.pdf>

แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ.(2557). **ทำไมโศกนาฏกรรมจึงเป็นแหล่งรวมคนอายุ 100 ปีมากที่สุดในโลก.**

เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2558. เข้าถึงได้จาก

<http://www.manager.co.th/Dhamma/ViewNews.aspx?NewsID=9570000024254>

ภัทร พีระพันธุ์ หินเมืองเก่า. ระบบประกันสุขภาพสิงคโปร์. เข้าถึงเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึง

ได้จาก http://www.psedthai.com/index.php/news/psed-magazines/international/item/download/24_bef2b89ec6ec6ae755bf1cc178c7b8da

ระบบบริการห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ สผ.. ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI). เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2557. เข้าถึงได้จาก

http://www.onep.go.th/library/index.php?option=com_content&view=article&id=103:-human-development-index-hdi&catid=22:2012-03-12-02-54-55&Itemid=31

ศิริ ฮามสุโพธิ์. (2536). เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตในท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน สำนักประชาสัมพันธ์เขต 6. Singapore (สิงคโปร์). เข้าถึงเมื่อ 17

พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก

http://region6.prd.go.th/main.php?filename=asean_member_singapore

สำนักงานแรงงาน ประเทศญี่ปุ่น. สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ. เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึง

ได้จาก <http://japan.mol.go.th/node/254>

ASEAN. การเมืองการปกครองประเทศสิงคโปร์. เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2557. เข้าถึงได้จาก

<http://61.47.41.107/w/content/92/การเมืองการปกครองประเทศสิงคโปร์>

Beaglehole, Robert and Bonita, Ruth. (2009). **Global Public Health: A New Era**. Oxford :

Oxford.

BotKung. (2557). **ชินโซ อะเบะ**. เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2557. เข้าถึงได้จาก

http://th.wikipedia.org/wiki/ชินโซ_อะเบะ

Gregg Easterbrook. (2010). **ความจริงที่เกี่ยวกับเรื่องเงินและความสุข**. เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2557.

เข้าถึงได้จาก <http://thaipsychiatry.wordpress.com/2010/04/22/ความจริงที่เกี่ยวกับ-เร/>

Kevin Smith. (2014). **30 Life Lessons To Take From Mark Zuckerberg On His 30th**

Birthday. เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2557. เข้าถึงได้จาก <http://elitedaily.com/money/30-life-lessons-to-take-from-mark-zuckerberg-on-his-30th-birthday/595873/>

—————. (2013). **Health and Welfare Bureau for the Elderly.** เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2558. เข้าถึงได้จาก http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/health_and_welfare_bureau.pdf

—————. (2013). Health Insurance Bureau. เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2558. เข้าถึงได้จาก http://www.mhlw.go.jp/english/policy/health-medical/health-insurance/dl/health_insurance_bureau.pdf

Ministry of Health, Labour and Welfare. (2013). **Health Service Bureau.** เข้าถึงเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2558. เข้าถึงได้จาก http://www.mhlw.go.jp/english/policy/health-medical/health/dl/health_service_bureau.pdf

S. Dolnicar, K. Lazarevski and V. Yanamandram. (2012). **Quality-of-life and travel motivations: integrating the two concepts in the Grevillea Model.** เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2557. เข้าถึงได้จาก <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2089&context=commpapers>

United Nation. (2014). “Reduce child Mortality.” **The Millennium Development Goals Report 2014** : 29.

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวณัฐนาท เครือวัลย์
ที่อยู่	99/6 ม.2 ต.ท่ามะกา อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี 71120
หมายเลขโทรศัพท์	081-943-0142
วันเกิด	2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2535
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมปลายจาก โรงเรียนนารีวุฒิ จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาอักษรศาสตรบัณฑิต วิชาเอกเอเชียศึกษา สาขาภาษาญี่ปุ่น มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ จังหวัดนครปฐม

แบบโอนลิขสิทธิ์ภาคินิพนธ์

เอเชียศึกษา คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ข้าพเจ้า นางสาวฉัฐนาท เครือวัลย์
 นักศึกษาชั้นปีที่ 4 วิชาเอกเอเชียศึกษา ภาษาญี่ปุ่น
 ชื่อภาคินิพนธ์ การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสาธารณสุข กรณีเปรียบเทียบประเทศญี่ปุ่น
 และประเทศสิงคโปร์
 ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิเชศ ปันสุวรรณ
 ที่อยู่ติดต่อได้หลังสำเร็จการศึกษา 99/6 ม.2 ต.ท่ามะกา อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี 71120
 หมายเลขโทรศัพท์ 081-943-0142

ลิขสิทธิ์ของภาคินิพนธ์อันเป็นผลมาจาก การศึกษาเล่าเรียน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตร ระดับปริญญาบัณฑิต ข้าพเจ้ายินดีโอนลิขสิทธิ์ตามมาตรา 17 วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537 เป็นของคณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยมีกำหนดตลอดอายุการคุ้มครอง ลิขสิทธิ์

ลงนามผู้โอน.....
 (.....)

ลงนามผู้รับโอน.....
 (.....)

วันที่ 7 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558