แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ของประเทศไทย

โดย

นายแพทย์ สมศักดิ์ อรรฆศิลป์
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ด้านบริหาร)
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 59
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2559 - 2560

บทคัดย่อ

เรื่อง แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย
ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา .
ผู้วิจัย นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 59

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัย ประเทศไทยมีผู้สูงอายุสูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ โดยในปี 2583 จะมีผู้สูงอายุร้อยละ 32.1 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ที่คาดการณ์ไว้ทั้งในด้านการดูแลรักษา การบริบาลผู้สูงอายุทั้งในด้านสังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมโดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุตามหลักการบริหารจัดการระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเพื่อระบุประเด็นปัญหาในการให้บริการที่ควรได้รับการพัฒนา และเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบการบริการทางด้านสุขภาพให้สอดรับกับความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากร และศักยภาพการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในสถานบริการภาครัฐในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงรายและนนทบุรี ภายใต้ระบบสารสนเทศทางสุขภาพที่มีในปัจจุบันร่วมกับการรวบรวมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจากหน่วยงานต่างๆ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องภายใต้กรอบความคิดระบบบริการสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลกและวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า การจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยพบการจัดบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน แต่ยังคงขาดการจัดบริการสาธารณสุขระยะกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งสามารถกำหนดแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้ดังนี้ 1. การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุควรเริ่มในทุกระดับตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน จนถึงสถานบริการสุขภาพและมีระบบส่งต่อและให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์กับผู้จัดการดูแล 2. การเตรียมสถานบริการและพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยกำหนดคุณสมบัติและหลักสูตรสำหรับผู้ทำหน้าที่ในระบบการดูแลผู้สูงอายุ 3. บูรณาการระบบข้อมูลระหว่างกระทรวง ได้แก่ ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ฐานข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูล 4. ควรสนับสนุนให้เกิดการผลิต คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆสำหรับดูแลผู้สูงอายุ 5. การบูรณาการงบประมาณเพื่อบริการด้านสวัสดิการสังคมตลอดจนการออมเงินเข้าสู่กองทุนเพื่อชราภาพ 6. พัฒนารูปแบบและแนวทางการปฏิบัติและการบริหารจัดการด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ โดยให้คณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพอำเภอ บริหารจัดการ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน อีกทั้งมีอำนาจในการบริหารจัดการกองทุนสำหรับผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2564 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ที่คาดการณ์ไว้ทั้งในด้านการดูแลรักษา การบริบาลผู้สูงอายุทั้งในด้านสังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมโดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มคือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ ล้วนนำไปสู่ความต้องการการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนไปจากเดิม ความต้องการบริการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงเป็นระบบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ผลการวิจัยในรายงานนี้มาจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปดำเนินการในพื้นที่ต่อไปได้

(นายสมศักดิ์ อรรฆศิลป์)
นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 59
ผู้วิจัย

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		**ก**
คำนำ		**ข**
สารบัญ		**ค**
สารบัญตาราง		**จ**
สารบัญภาพ		**ฉ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
	ขอบเขตของการวิจัย	3
	วิธีดำเนินการวิจัย	4
	ข้อจำกัดของการวิจัย	4
	ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4
	คำจำกัดความ	5
บทที่ 2	**วรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง**	**6**
	แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	6
	แนวคิดและทฤษฎีการจัดสวัสดิการสังคมและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	9
	แนวคิดและทฤษฎีระบบบริการสาธารณสุข	12
	สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	15
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	18
	กรอบความคิดของการวิจัย	19
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	**21**
	รูปแบบของการวิจัย	21
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
	วิธีดำเนินการศึกษา	23
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	24
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
	การวิเคราะห์ข้อมูล	25

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 4	**ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร**	**27**
	สถานการณ์ประชากรสูงอายุ การดูแลและการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	27
	ระบบการการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ	29
	การจัดการด้านการเงินการคลัง	29
	ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของไทย	34
	ปัญหาของระบบสนับสนุนและข้อคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	36
	ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	37
	พฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ	38
	แนวทางการจัดระบบอื่น ๆ สนับสนุนผู้สูงอายุ	39
	สรุป	42
บทที่ 5	**ความมั่นคงและยั่งยืนของการจัดสวัสดิการและบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ**	**43**
	ระบบบริการสาธารณสุขในการจัดบริการสำหรับสังคมผู้สูงอายุ	43
	สรุปและข้อเสนอแนะ	55
	การจัดกองทุนสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	59
	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	61
บรรณานุกรม		**64**
ประวัติย่อผู้วิจัย		**69**

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

5-1 จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภัยคุกคาม 48
5-2 ช่องว่างการจัดบริการตามกรอบ WHO 50

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่

2-1 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 13

2-2 กรอบความคิดของการวิจัย 20

4-1 พีระมิดประชากรไทย ปี 2558 28

5-1 เป้าหมายการให้บริการสุขภาพและการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด มุมมองเชิงสังคมและสุขภาพถ้วนหน้า และผลลัพธ์ 49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัย โดยกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรป อเมริกาเหนือรวมถึงบางประเทศในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่าง สมบูรณ์แล้ว (Population Reference Bureau, 2012) ในขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านด้านประชากร ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว สำหรับสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนนั้น ประเทศไทยจัดเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ โดยในระยะเวลาอีกไม่ถึง 10 ปี จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นถึง 25% ของประชากรทั้งหมด

สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานผลการสำรวจพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2537 และปี 2557-2558 แล้วพบว่า ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 เป็น 15.5 ของประชากรทั้งประเทศ โดยร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดยังอยู่ในวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) นอกจากนี้ยังพบว่า ดัชนีการสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 22.6 เป็น 82.6 อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.6 เป็น 23.3 และอัตราส่วนเกื้อหนุนของคนวัยทำงานต่อผู้สูงอายุลดลงจากร้อยละ 9.3 เหลือ 4.5[1,2] จากข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ซึ่งสถานการณ์นี้เป็นผลมาจากการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว และการลดลงอย่างต่อเนื่องของระดับการตายของประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน(Labor participation rate) ของประเทศลดลง องค์ประกอบของการบริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากการบริโภคอุปโภคเพื่อการสังคมลดลงในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแล้วพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีโรคซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด[3] ซึ่งทำให้การบริโภคและใช้จ่ายภายในครัวเรือนด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากการให้บริการทางสุขภาพเป็นปัจจัย

สำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2545 แต่จากการศึกษาการลดช่องว่างด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ: การส่งเสริมความเท่าเทียมด้านสาธารณสุขและการให้โอกาสทางสังคมในประเทศไทยของธนาคารโลก พบว่า ระบบขนส่งสาธารณะที่มีไม่เพียงพอและการ

---

[1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.

[2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559). การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2558-2559, บทสรุปผู้บริหาร.

[3] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2558). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556.

ขาดการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

เกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา องค์การระหว่างประเทศที่สำคัญซึ่งได้แก่ สหประชาชาติ และหน่วยงาน/ โครงการในกำกับ เช่น โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nation Development Programme, UNDP) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) โดยประเทศสมาชิกต่าง ๆ ตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศสมาชิก และให้ความสำคัญกับการเตรียมการและปรับปรุงระบบเพื่อรองรับผู้สูงอายุในทุกมิติตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข (well-being) มีสุขภาพดี (healthy ageing) และยังกระตือรือร้นแข็งขัน (active ageing) ซึ่งมิติดังกล่าวประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การทำงานและการยังชีพ การช่วยเหลือด้านกายภาพและจิตใจ ความมั่นคงด้านการเงิน สังคม วัฒนธรรม และด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยที่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นเกี่ยวข้องอยู่กับ 15 ใน 17 เป้าหมายของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goal)

เมื่อกล่าวถึงด้านสุขภาพนั้น ล่าสุด สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 69 ประเทศสมาชิกได้เห็นชอบต่อยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ เรื่อง ความสูงวัยและสุขภาพ (ageing and health) โดยมุ่งเน้นการทำงานและความร่วมมือกับหลากหลายภาคส่วน (multisectoral approach) และดำเนินการตลอดอายุ (life course approach) หรือจากครรภ์มารดาสู่เชิงตะกอน โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการ 10 ปี (ปี 2020-2030) ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกจะนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ประเมินและรายงานผลการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ ในสมัชชาอนามัยโลกครั้งต่อไปตามที่กำหนด โดยประเด็นสุขภาพนั้นมีความเชื่อมโยงกับมติสมัชชาที่สำคัญคือ ยุทธศาตร์การป้องกันโรคเอ็นซีดี (Non-communicable Diseases, NCD) และการดูแลแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต (palliative care)[4]

สำหรับประเทศไทยนั้น รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับเรื่องผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ในนโยบายต่าง ๆ รวมถึงร่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ซึ่งกล่าวถึงในยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ (ด้านทักษะการดำรงชีวิต ส่งเสริมคนไทยมีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิต) โดยมีแผนที่สำคัญคือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย (พ.ศ.2554-2563) และจะเห็นได้ว่า มีหน่วยงานรัฐระดับกระทรวงที่เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานผู้สูงอายุ คือ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข[5]

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการบริการผู้สูงอายุตลอดมา ดังจะเห็นได้จากนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเน้นเรื่องการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงและคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ และการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร

---

[4] WHA 69.3 (2016). The global strategy and action plan on ageing and health 2020-2030: towards a world in which everyone can live a long and healthy life.

[5] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559). เอกสารประกอบเล่ม 3 powerpoint presentation แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12.

จัดการของหน่วยงานทุกระดับทั้งการบริหารการเงินการคลัง การบริหารกำลังคน และการบริหารข้อมูลสุขภาพเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปสาธารณสุขและปฏิรูปประเทศ เพื่อให้พลเมืองไทยมีสุขภาพแข็งแรง[6]

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ และสังคมสูงอายุเป็นสภาวะที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ โดยมีปัจจัยในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง และในทุกระดับทั้งระดับนานาชาติ และระดับประเทศให้ความสำคัญกับสังคมสูงอายุนี้ โดยกำหนดเป็นนโยบายบูรณาการในทุกมิติ และมีแผนปฏิบัติการอย่างชัดเจน ในด้านสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า ประชาชนไทยสูงอายุในขณะนี้ มีกลุ่มโรคเอ็นซีดีซึ่งต้องการบริการทางการแพทย์ และบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินสถานการณ์บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้นสอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของประชาชนโดยรวมดังกล่าวแล้ว โดยที่การประเมินครั้งนี้ จะใช้กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (the WHO Health Systems Framwork)[7] ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ รวมถึงแผนและนโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ

ทั้งด้านทรัพยากรสุขภาพ ได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล คุณภาพการให้บริการ ได้แก่ความเป็นธรรม การตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงินและประสิทธิภาพการบริการตลอดจนรูปแบบ โครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดระบบบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล การเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อระบุประเด็นปัญหาที่ควรได้รับการพัฒนา

2. เพื่อจัดระบบการบริการทางด้านสุขภาพให้สอดรับกับความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ทั้งด้านทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนรูปแบบ โครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดระบบบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล การเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากร และศักยภาพการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในสถานบริการภาครัฐ ภายใต้ระบบสารสนเทศทางสุขภาพที่มีในปัจจุบันร่วมกับการรวบรวมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้เชียวชาญและผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นๆ ทุกภาคส่วน

[6] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2558). นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาธร.

[7] World Health Organization (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategy.

ที่เกียวข้อง แล้วนำมาพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขภายใต้กรอบความคิดระบบบริการสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกประเทศ โดยให้ความสำคัญกับเอกสารรายงาน การวิจัยในระยะย้อนหลัง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี 2559- 2550)
2. สำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

1.

เพื่อกำหนดกรอบแนวทางการจัดระบบบริการ

3. ประชุมระดมความคิดเห็นกับผู้เชียวชาญการดูแลผู้สูงอายุทั่งในและต่างประเทศ
4. กำหนดแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กรอบการจัด

ระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health Systems Framework)

5. จัดประชุมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกียวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ
6. เขียนรายงานผลการศึกษาและเผยแพร่ต่อสาธารณชน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลการให้บริการสามารถสะท้อนปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ได้เพียงการจัดบริการในภาครัฐเท่านั่น ยังขาดในส่วนของปัญหาการให้บริการที่จัดโดยภาคเอกชน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์การให้บริการและการกระจายทรัพยากรสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุ ศักยภาพโรงพยาบาล คุณภาพมาตรฐานและความครอบคลุมในการให้บริการ เพื่อใช้ในการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม
2. มีข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียง ตลอดจนแนวทางการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ

คำจำกัดความ

สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อ ประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้น ไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นทีเดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อย

ละ 7 ขึ้นไป

กรอบความคิดระบบบริการสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ ความปลอดภัยและผลสัมฤทธิ์ที่มีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ปกป้องความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน พร้อมทั้งสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ 1. การให้บริการ 2. บุคลากรด้านสุขภาพ 3. สารสนเทศ 4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี 5. การเงิน 6. ภาวะการนำและการอภิบาล

ดัชนีการสูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ต่อเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) จำนวน 100 คน

อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุระหว่าง 15-59 ปี) 100 คน

อัตราส่วนเกื้อหนุน หมายถึง อัตราส่วนคนวัยทำงานอายุ 15-59 ปีต่อผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงถึงศักยภาพของการเกื้อหนุนของจำนวนคนวัยทำงานที่จะเกื้อหนุนต่อผู้สูงอายุ

บทที่ 2

วรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลต่างๆ โดยอาศัยพื้นฐานแนวความคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และงานค้นคว้าอิสระต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการจัดสวัสดิการสังคมและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 แนวคิดและทฤษฎีระบบบริการสาธารณสุข

2.4 สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 กรอบความคิดของการวิจัย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ และระหว่างปี 2553–2583 พบว่าประเทศไทยจะมีจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่จำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยทำงานลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสุขภาพที่เกิดขึ้นซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพในอนาคต ดังนั้นจึงควรมีการทบทวน ศึกษา ถึงความเหมาะสมของระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อหาแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยต่อไป

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารการวิจัย พบว่า มีหลายหน่วยงานได้ให้คำนิยามของคำว่าผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไป และยังมีความพยายามในการทบทวนคำกำจัดความหรือคำนิยามของผู้สูงอายุขึ้นมาใหม่เพื่อให้สอดรับกับสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนี้

องค์การสหประชาชาติ(United Nations: UN) ให้นิยาม ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย สำหรับในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี[1]

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า องค์การสหประชาชาติไม่ได้มีการกำหนดคำจำกัดความหรือข้อตกลงเกี่ยวกับคำว่า “ผู้สูงอายุ” ที่เกณฑ์อายุเริ่มต้นที่เป็นมาตรฐาน เพียงแต่มีการยอมรับโดย

[1] (World Health Organization, 2010)

ทั่วไปว่าผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทินตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ใช้การกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้น แต่ในทางปฏิบัติการกำหนดนิยามผู้สูงอายุอยู่ภายใต้แนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบาง สมควรได้รับสวัสดิการและการดูแลหลังจากการทำงาน จึงมักเป็นอายุเดียวกันกับอายุเกษียณ ซึ่งส่งผลให้แต่ละประเทศมีการกำหนดคำจำกัดความหรือนิยามของผู้สูงอายุแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว มักตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ถึงแม้ว่าประเทศเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดเอาไว้อย่างเป็นทางการหรือมีการระบุชัดเจนทางกฎหมาย ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนากำหนดหรือตกลงไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สำหรับประเทศไทยใช้นิยามผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมาเป็นเวลานาน และเป็นอายุเริ่มต้นที่ทางราชการได้จัดสรรสวัสดิการและผลประโยชน์ต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุและนอกจากการกำหนดด้วยอายุแล้ว ความหมายของการเป็นผู้สูงอายุยังสามารถอธิบายโดยทฤษฎีมาประกอบ ซึ่งทำให้มีการกำหนดผู้สูงอายุออกเป็นช่วงแตกต่างกัน เช่น

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ในมาตรา 3 ได้ให้คำจำกัดความ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย[2] ทั้งนี้ผู้สูงอายุมิได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่มคือ

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้

2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มขึ้นสู่วันเสื่อมกล่าวคือ เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เข้าสู่วัยเสื่อม เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 53 ให้คำนิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี อีกทั้งได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

2.1.2 ประเภทผู้สูงอายุ

นอกจากการที่มีอายุเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วนั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆระบบของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอของบุคคลที่อยู่ในภาวะสูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากความชราเกิดขึ้นได้ทั้งกายวิภาคหรือการทำงาน แต่ไม่จำเป็นจะต้องเกิดกับทุกอวัยวะหรือระบบการทำงาน โดยการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกๆของวัยชราจะตรวจวัดได้ยากและมีความแตกต่างระหว่างบุคคลสูง ซึ่งเมื่อผ่านไประยะหนึ่งลักษณะบางอย่างจะปรากฏให้เห็นชัดเจนขึ้น เช่น ความสูงลดลง ผมขาว ผิวหนังย่น สายตาเปลี่ยน การเคลื่อนไหวด้อยลง เป็นต้น ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงหรือด้อยลงของประสิทธิภาพการทำงานอวัยวะต่างๆจะดำเนินไปภายหลังจากระยะสมบูรณ์สูงสุดในวัยเจริญพันธุ์

---

[2] กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, เอกสารความมั่นคงของมนุษย์ประเทศไทย ปี 2553. : แหล่งเข้าถึง https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=3677

เช่น มวลกระดูกลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ซึ่งทำให้มีการแบ่งผู้สูงอายุดังกล่าวออกเป็น 3 ช่วง ตามเกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
2. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

นักชราวิทยาได้แบ่งประเภทของผู้สูงอายุ[3] ออกเป็นช่วงสูงอายุ 4 ช่วง คือ

1. ช่วงไม่ค่อยแก่ (The young-old) อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่ต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิทคู่ครอง โดยทั่วไปยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง รู้จักปรับตัวเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคม ทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The middle-aged old) อายุประมาณ 70-79 ปี เป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง

3. ช่วงแก่จริง (The old-old) อายุประมาณ 80-90 ปี ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้นต้องการมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

4. ช่วงแก่จริงๆ (The very old-old) อายุประมาณ 90-99ปี เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ทำกิจกรรมอะไรที่ตนเองมีความสนใจและต้องการทำ

สำหรับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพในบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ จิตวิทยาสังคม การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน[4] ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และอยู่ตามลำพังได้ การจัด บริการมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจรรโลงภาวะสุขภาพดี ให้คงอยู่ได้ตามอายุ โดยอิสระ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องการผู้ช่วยเหลือ หรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน และต้องมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

---

[3] ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 9, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). 2549.

[4] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. สืบค้นวันที่ 25 มกราคม 2560 แหล่งที่มา : http://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=Test_Index_2014

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ เวชปฏิบัติ ฟื้นฟู รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคม มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิง สัญชาติไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยจำแนกตามศักยภาพผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

2.2 แนวคิดและทฤษฎีการจัดสวัสดิการสังคมและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุโดยทั่วๆ ไป คือ การหยุดงานประจำซึ่งทำให้ผู้สูงอายุถูกลดบทบาทและลดความเกี่ยวข้องทางสังคมลง มีกิจกรรมทางสังคมน้อยลง จะมีเฉพาะกิจกรรมที่ตัวเองเป็นศูนย์กลาง เช่น การเจ็บป่วย เป็นต้น กิจกรรมต่างๆ น้อยและช้าลงไปตามจังหวะของชีวิตตัวเอง กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการกระทำโดยลำพังตนเองมากกว่าจะทำเป็นกลุ่มก้อน เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นให้เห็นชัดเจน ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา[5] ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและโครงสร้างของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง จากจำนวนกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเปราะบาง กระดูกข้ออักเสบ ฯลฯ

2. การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เคยใช้งานได้ดี เช่น สายตา หู ลิ้น ฯลฯ หย่อนสมรรถภาพลง จำนวนเซลล์สมองลดลงทำให้ความจำเสื่อมลงไป ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ ทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการผิดปกติตามมา เช่น อาหารไม่ย่อย เป็นไข้หวัดได้ง่าย อั้นปัสสาวะไม่ได้ ฯลฯ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายอาจรู้สึกหดหู่ นอนไม่ค่อยหลับ เครียด ไม่เอาใจใส่ชีวิตพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดีตามมา ดังนั้นการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพที่เหมาะสมจึงจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องอาศัยการพึ่งพิงมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หน่วยงานต่างๆจึงมีการจัดบริการและสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็นบริการในสถานบริการและในชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข[6] เพื่อกำหนดให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

---

[5] สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539) น.21

1.1 จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

1.2 กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจนและให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

จากประกาศกระทรวงดังกล่าวจึงเกิดมีการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ กล่าวคือ สถานบริการสุขภาพได้จัดให้มีบริการคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกวัยทองและหอผู้ป่วยสูงอายุ(เฉียบพลันและเรื้อรัง) ในโรงพยาบาลและองค์กรเอกชนคงมีรูปแบบสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จหรือรูปแบบบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนและโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ[7]

2. การบริการด้านสังคมของภาครัฐและภาคประชาชนเป็นบริการที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยมุ่งเน้นให้มีการดำเนินงานในชุมชน การสร้างองค์กรและเครือข่ายชุมชน[8] เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ (การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)[9] การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

สำหรับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการของผู้สูงอายุ พบว่าได้มีการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 แนวทางปฏิบัติปรากฏในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่เป็นกฎหมายคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยมุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้และดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานงานอื่นๆ สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งครอบคลุมสิทธิด้านต่างๆ ดังนี้[10]

1. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการใช้บริการ

---

[6] ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบูรการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548.

[7] วรรณภา ศรีธัญรัตน์และผ่องพรรณ อรุญแสง. การสงเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังนานา, 2545). น.63-69.

[8] เล็ก สมบัติ. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย,สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร(บรรณาธิการ) (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545). หน้า6-17.

[9] ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552.

[10] กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นของมนุษย์, กฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, สืบค้นวันที่ 25 มกราคม 2560 แหล่งที่มา https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=3266.

2. การศึกษา เช่น การบริการการศึกษาต่อเนื่อง ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน มีหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงอุดมศึกษา

3. การประกอบอาชีพและการฝึกอาชีพ เป็นบริการจัดหางาน ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับตลาดแรงงาน จัดอบรมหรือฝึกอาชีพ

4. การจัดหาตลาดรองรับสินค้า ให้ความรู้เรื่องการตลาด

5. การลดหย่อนค่าโดยสารและการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง เช่น รถโดยสารประจำทาง รถไฟ และรถไฟฟ้าใต้ดิน ลดค่าโดยสารครึ่งราคา ส่วนรถไฟฟ้า BTS จัดลิฟต์บริการตามสถานีหลักๆ

6. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้ง โดยช่วยเหลือ ตามสภาพปัญหา และเบื้องต้นช่วยเหลือ 500 บาท

7. เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุทุกคนที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์และขึ้นทะเบียนตามกำหนด

8. การช่วยเหลือเงินสงเคราะห์จัดการศพรายละ 2,000 บาท

9. การลดหย่อนภาษีเงินได้ สำหรับผู้ที่ดูแลบิดามารดา หักลดหย่อนได้ 30,000 บาทต่อผู้สูงอายุ 1 คน

นอกจากนี้ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานได้ออกประกาศกระทรวงแรงงาน เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2547 โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิ ดังนี้

1. ขอรับคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารตลาดแรงงานและบริการจัดหางานที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุจากสำนักงานจัดหางานทุกแห่ง

2. ขอรับบริการอบรมทักษะอาชีพและฝึกอาชีพตามอัธยาศัย

3. ใช้บริการจากศูนย์กลางข้อมูลทางการอาชีพ และตำแหน่งงานสำหรับผู้สูงอายุ ณ สำนักงานจัดหางานทุกแห่ง

4. ขอรับบริการจัดหาอาชีพที่เหมาะสมตามควรแก่อัตภาพ

จากการทบทวนเอกสารวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุนอกจากจะมีลักษณะภายนอกและบุคลิกท่าทางที่ดูแก่ชรา เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก แล้วยังคงมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ประกอบด้วยความเสื่อมถอยทางร่างกาย เช่น สายตา ความจำ และสุขภาพ การเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัว มีสมรรถภาพในการทำงานที่ลดลงและมีข้อจำกัด การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น น้อยใจง่าย ขี้เหงา ต้องการคนเอาใจ ต้องการการดูแลและพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น การมีกิจกรรมและส่วนร่วม ทางสังคมลดลงและในขณะเดียวกันยังคงมีผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีสุขภาพที่ดี และมีศักยภาพในการทำงาน การจัดบริการสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจะช่วยลดอัตราภาระพึ่งพิงของผู้สูงอายุ นำมาซึ่งเศรษฐกิจที่ดีขึ้น เกิดการจับจ่ายใช้สอยที่มากขึ้น ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีพลังที่จะออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น

2.3 แนวคิดและทฤษฎีระบบบริการสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายของระบบบริการสุขภาพ (Health System) คือ กิจกรรมทุกอย่างที่มีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อส่งเสริม ฟื้นฟู และ/หรือรักษาสุขภาพ การบริหารจัดการคน สถาบัน และทรัพยากรร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อพัฒนาสุขภาพ[11]

โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ระบบต่างๆ 6 ด้าน คือ

1. ระบบบริการ ได้แก่ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ

1.1 การบริการปฐมภูมิ คือ การบริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพ ที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สถานีอนามัยเดิม) ที่กระจายอยู่ทุกตำบล (9,000 กว่าแห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชนที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (700 กว่าแห่งทั่วประเทศ)

1.2 การบริการทุติยภูมิ คือ การบริการที่หน่วยบริการมีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาล โดยภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common problem) ตั้งแต่โรคที่ไม่ซับซ้อนจนถึงโรคที่ซับซ้อน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

1.3 การบริการตติยภูมิ คือ หน่วยบริการที่มีความสามารถในการรักษาพยาบาลโรคที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (Sub-specialty) และยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ หน่วยบริการระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง

---

[11] World Health Organization. Home-Based Long – Term Care, Report of a WHO Study group : Home – Based Long –Term Care. Geneva , 2000.

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อ้างในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resource for Health) หมายถึงทรัพยากรที่มีความสำคัญ ในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ อีกทั้งเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นในหมู่ประชาชน[12]

3. ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System)

หมายถึง ข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่แสดงถึงปัญหา และสภาวะทางด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล ชุมชน ตลอดจนศักยภาพในการบริหาร บริการ และการดำเนินงานทางด้านสุขภาพอนามัยขององค์การที่เกี่ยวข้องของรัฐและเอกชน ครอบคลุมงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาลและงานฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดเป็นเครื่องมือในการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพของคนไทยทั้งในส่วนที่เป็นสถานะสุขภาพ ได้แก่ ระบบข้อมูลด้านการตาย และระบบข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ พฤติกรรมอนามัย ข้อมูลประชากรและสิ่งแวดล้อม โดยข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ได้มาจาก ระบบเฝ้าระวังโรค(Disease Surveillance System) ระบบรายงานสถิติชีพ (Vital Registration) โรงพยาบาลต่างๆ และหน่วยให้บริการรักษาพยาบาล การรายงานพิเศษเฉพาะโรคและการสำรวจเป็นครั้งคราว ซึ่งข้อมูลสุขภาพที่ดี ถูกต้องและทันเวลาจะทำให้การกำหนดนโยบายแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศถูกทิศทางไปด้วย[13]

---

[12] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2559.

[13] สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, http://www.hiso.or.th/hiso/welcomeHISO/welcomHiso_1.php?from=1

4. เทคโนโลยีด้านการแพทย์ ได้แก่ ยา และเวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษา

5. งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[14]

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบ

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก[15]ได้แบ่ง รูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การดูแลในสถาบัน (Institute Long-term Care) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปในสถานที่เดียวกัน

2. การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้านหรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น

3. การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดบริการโดยองค์การของภาครัฐ องค์กรเอกชน (ท้องถิ่น และระหว่างชาติ) และภาคเอกชน

4. การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแลโดยครอบครัว เพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร

ส่วน เธอร์ดอร์ เอช.คอฟ[16] ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. Intergrated Home – Service Center Model เป็นศูนย์บริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากครอบครัวซึ่งเป็น การจัดบริการภายในศูนย์ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมอีกทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก ได้แก่ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ โดยมีรูปแบบในการให้บริการ เช่น การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) เป็นต้น

2. Congregate Service Model เป็นการรวบรวมหลายๆบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐาน โดยครอบครัวเข้ามามีบทบาทน้อย เพราะมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา โดยดูแลด้านอาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดุแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการนี้มีความแตกต่างจาก intergrated home – service center model เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3. Home Care Service เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบ

---

[14] http://www.nso.go.th/aging/elderly 4.2

[15] World Health Organization. Home-Based Long – Term Care,Report of a WHO Study group : Home – Based Long –Term Care. Geneva , 2000.

[16] Theodore H.Koff. Long – Term Care An Approach to Serving the Frail Elderly. Canada : Little, Brown $ Company, 1982. p.59-63

สนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยรูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ บริการทางโทรศัพท์ อาหาร บริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง เพื่อไปรักษาพยาบาล

4. Institution Care Model คือ บริการในสถาบันที่ควรจะเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัดฟื้นฟู และการพักฟื้นภายหลังเจ็บป่วย การดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง การบริการรูปแบบนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐมาก หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาว ได้แก่ โรงพยาบาล โดยมีบริการคือ การให้การพยาบาล (nursing care) การดูแลด้านการแพทย์ (Medical care) นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการดูแลระยะยาว เป็นบริการที่ได้จัดขึ้นทั้งที่อยู่อาศัย (บ้าน) สถานบริการและชุมชน เป็นการบริการที่เกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคลหรือดูแลเฉพาะตัวเพื่อเสริมสิ่งที่ขาดไปจากครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม สร้างความมั่นคงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

ในอดีตที่ผ่านมา สังคมมักไม่ค่อยให้ความสำคัญและคำนึงถึงความจำเป็นในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากนัก จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและมีความยืนยาวของชีวิตสั้นลง แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ทัศนคติและแนวคิดของสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป สังคมมีการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมากขึ้น โดยมุ่งเน้นครอบครัวเป็นสถาบันแรกในการดูแลผู้สูงอายุ

2.4 สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

มีบทบัญญัติที่บรรจุหลักการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

- มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม ดังต่อไปนี้

(6) เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการหรือทุพพลภาพ ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

- มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

- มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดู และให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

- มาตรา 84 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

(4) จัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง

2.4.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

เป็นกฎหมายที่ให้การรับรองและความคุ้มครองแก่บุคคลสัญชาติไทยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งในกฎหมายใช้คำว่า สิทธิผู้สูงอายุ ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. การศึกษา ศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต
3. การประกอบอาชีพที่เหมาะสม
4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมและการรวมกลุ่ม
5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ
6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะ ตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุจากการทารุณหรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำปรึกษาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี
10. การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นทั่วถึงและเป็นธรรม
11. สิทธิได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การสงเคราะห์การจัดงานศพตามประเพณี
13. สิทธิประการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ซึ่งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานหลักในการคุ้มครองพระราชบัญญัติดังกล่าว

2.4.3 ประกาศกระทรวงต่างๆ

หน่วยงานต่างๆ ได้มีการดำเนินการออกประกาศกระทรวง และระเบียบ เพื่อรองรับสิทธิของผู้สูงอายุ ตามมาตรา 11 ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข

มาตรา 11(1) : การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่จัดไว้ให้โดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ โดยจัดให้มีช่องทางพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐ มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจัดทำเว็บไซด์ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. กระทรวงศึกษาธิการ

มาตรา 11(2) : การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในการศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

3. กระทรวงแรงงาน

มาตรา 11(3) : การสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

4. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ออกประกาศกระทรวงทั้งสิ้น 4 เรื่อง ได้แก่

มาตรา 11(4) : การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมของในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

มาตรา 11(5) : การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในบริการสาธารณะอื่นตาม

มาตรา 11(8) (9) : การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำปรึกษาดำเนินการในการแก้ไขปัญหาครอบครัว

มาตรา 11(10) : การสนับสนุนจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม

มาตรา 11(12) : การสงเคราะห์การจัดการศพตามประเพณี

5. กระทรวงคมนาคม

มาตรา 11(5) (6) : การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุในในอาคารสถานที่หรือยานพาหนะ และการช่วยเหลือค่าโดยสารตามความเหมาะสม

6. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

มาตรา 11(7) : การกำหนดให้หน่วยงานของรัฐยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

7. กระทรวงยุติธรรม

มาตรา 11(9) : การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีสำหรับผู้สูงอายุ

8. กระทรวงมหาดไทย

มาตรา 11(5) : กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา

นอกจากนี้กระทรวงมหาดไทยยังออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยเพื่อรองรับการดำเนินการตามมาตรา 11(11) : ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่ยากจน และด้อยโอกาสทั่วประเทศผ่านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

9. กระทรวงวัฒนธรรม

มาตรา 11(13) : การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ์โบราณสถาน หอจดหมายเหตุฯ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปวัฒนธรรม

10. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

มาตรา 11(13) : การส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุในการจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกสถานที่ท่องเที่ยวและการจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ

2.4.4 พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลรัษฎากร (ฉบับที่ 36) พ.ศ. 2548

ตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้กำหนดให้ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับการหักลดหย่อนภาษีตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในประมวลรัษฎากร

กระทรวงการคลัง จึงได้ออกประกาศกระทรวงกำหนดให้กองทุนผู้สูงอายุเป็นองค์กรตามพระราชกฤษฎีกาออกตามความในประมวลรัษฎากร ว่าด้วยการยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่ม รวมทั้งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลรัษฎากร พ.ศ. 2548 ซึ่งมีสาระในการกำหนดให้ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับการหักลดหย่อนภาษี คนละ 30,000 บาท สำหรับบิดามารดาที่มีอายุหกสิบปีขึ้นไป

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ไพจิตรา ล้อสกุลทองและดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ (2555) ได้วิจัยเรื่องการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลระยะยาวและระบบบริการที่มีอยู่โดยสามภาคี ได้แก่ 1) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว มีบริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่สามารถขยายเป็นการดูแลระยะยาวได้ 2) เทศบาลตำบลปัว มีบริการสวัสดิการสังคม การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ 3) องค์กรภาคประชาชน มีแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข็มแข็ง มีจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน (อผส) ยังไม่มีการบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม และเป็นบริการเชิงรับที่ต้องการพัฒนาเป็นบริการเชิงรุกต่อไป

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2552) ได้วิจัยเรื่องภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย พบว่า พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน แม้จะมีนโยบายที่ชัดเจน

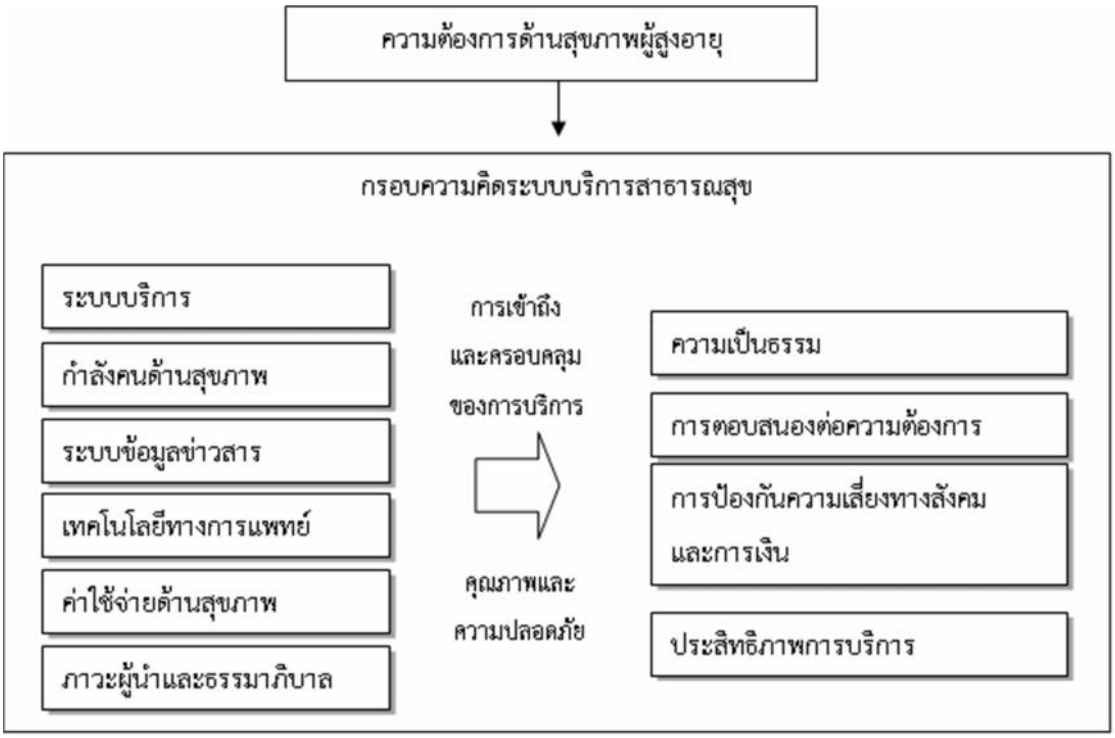
ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ (2552) พบว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังขาดมาตรฐานในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยขาดการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูและระบบข้อมูลการติดตามประเมิน อีกทั้งยังมีลักษณะบริการแบบแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องของระบบบริการ ซึ่งต้องการการพัฒนาคุณภาพของบริการเพิ่มขึ้น

ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล (2557) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ คือ จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่อง ในรูปของชมรมผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือกิจวัตรบางอย่างเหมาะสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มทีดูแลตนเองได้บ้าง ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มทีช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรจัดให้มีผู้ดูแลซึ่งมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาการถอดบทเรียนและสังเคราะห์ ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสะโตร็คและภาวะสมองเสื่อม และพบว่า ประเทศไทยยังขาดความชัดเจนในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (Home health care, HHC) หรือในชื่อของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care center, COC) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) และระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ซึ่งล้วนมีลักษณะเฉพาะของแต่ละระบบ ตั้งแต่กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ของบริการและองค์กรที่รับผิดชอบตลอดจนนโยบายในการดำเนินงาน ซึ่งมองว่าทั้งสามรูปแบบไม่สามารถให้บริการการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มเป้ าหมายและทุกระยะของความเจ็บป่วย สำหรับ ระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของต่างประเทศที่ศึกษา พบความเชื่อมโยงการดูแลกับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย ทุกสภาวะของการเจ็บป่วย ทุกบริบททั้งในสถานบริการและในชุมชนอย่างเป็นระบบภายใต้ระบบหลักของประเทศนั้นๆ

2.6 กรอบความคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Health Systems Framework, HSF) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีองค์ประกอบของระบบที่สำคัญ 6 ประการ (system building blocks) คือ 1) การให้บริการสุขภาพ (service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system) 4) การเข้าถึงยาที่จำเป็น (access to essential medicine) 5) การเงินการคลัง (financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership & governance) โดยมีกลไกขับเคลื่อน คือการเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ (access, coverage) คุณภาพและความปลอดภัย (quality and safety) เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย/ผลลัพธ์ภาพรวม (overall goals/ outcomes) ของระบบ คือการเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเสมอภาค (improved health outcomes and equity) การตอบสนองด้านสุขภาพ (responsiveness) การปกป้องความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคม (social and financial risk protection) และการเพิ่มประสิทธิภาพ (efficiency) เป็นแนวทางในการศึกษา (ดังแผนภาพ) โดยนิยามระบบบริการสุขภาพเป็นระบบการดูแลที่ครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) การดูแลระยะกลางเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (intermediate care) และการดูแลระยะยาว (long term care)


ความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
กรอบความคิดระบบบริการสาธารณสุข
ระบบบริการ
กำลังคนด้านสุขภาพ
ระบบข้อมูลข่าวสาร
เทคโนโลยีทางการแพทย์
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
การเข้าถึง
และครอบคลุม
ของการบริการ
คุณภาพและ
ความปลอดภัย
ความเป็นธรรม
การตอบสนองต่อความต้องการ
การป้องกันความเสี่ยงทางสังคม
และการเงิน
ประสิทธิภาพการบริการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative research) มีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อระบุประเด็นปัญหาในการให้บริการที่ควรได้รับการพัฒนาและเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบการบริการทางด้านสุขภาพให้สอดรับกับความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งด้านทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนรูปแบบโครงสร้างองค์กรและกระบวนการ จัดระบบบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล การเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหรือการวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) และกระบวนการประชุม อภิปรายกลุ่ม (Focus group) ทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงราย และนนทบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษารายละเอียดเนื้อหาสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. รูปแบบของการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการวิจัย
4. วิธีการเข้าถึงข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
6. การจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์ผล

1. รูปแบบของการวิจัย

การกำหนดระเบียบวิธีการวิจัยหรือกระบวนการวิจัย (methodology) ตามโครงการนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยเป็นการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหรือการวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) และกระบวนการประชุม อภิปรายกลุ่ม (Focus group) โดยมีสาระสำคัญโดยสรุป ดังต่อไปนี้

1.1 การวิจัยเชิงเอกสาร)documentary research)

ผู้วิจัยได้ดำเนินกระบวนการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยหรือกระบวนวิธีการวิจัย

(methodology) โดยการศึกษาและวิเคราะห ข อมูลจากเอกสารหรือการวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) เพื่อทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกียวข องกับการจัดระบบบริการสุขภาพรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยโดยเริมต นจากการศึกษาข อความคิดเบื องต นเกียวกับนัยยะของแนวความคิดในทางปรัชญาความหมายและกระบวนการเกียวกับการจัดระบบบริการสุขภาพ ดังต อไปนี

1. แนวความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุ แนวโน้มและสภาพปัญหาของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2. แนวความคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมและการจัดระบบบริการสุขภาพตลอดจนกระบวนการในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในสังคมผู้สูงอายุ

3. แนวความคิดเกี่ยวกับการนำข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

4. แนวความคิดเกี่ยวกับสรุปประมวลผลทางกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวกับข้อพิจารณาตามนัยของแนวความคิดในทางปรัชญาความหมาย และกระบวนการเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น

5. ทฤษฎีการจัดระบบบริการสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก และแนวความคิดการจัดระบบบริการสุขภาพ

1. ประชุมระดมความคิดเห็นกับผู้เชียวชาญการดูแลผู้สูงอายุทั งในและต่างประเทศ
2. กำหนดแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กรอบการจัดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health Systems Framework)
3. จัดประชุมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชียวชาญและหน่วยงานทีเกียวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานผลการศึกษาและเผยแพร่ต่อสาธารณชน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ ตลอดจนบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงนัยยะของแนวความคิดในทางปรัชญา ความคิดเห็นและทรรศนะทางด้านการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กระบวนการหรือกลไกเกี่ยวกับกระบวนการจัดสวัสดิการสังคมของหน่วยงานต่างๆ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive random) ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากกระบวนวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ดังกล่าว มาดำเนินการประมวลผลข้อมูลอันจะนำไปสู่ข้อค้นพบต่อไป โดยผู้วิจัยได้กำหนดหลักเกณฑ์ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้

ในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยวิธีการอภิปราย สัมมนา (Focus group) ประกอบด้วย

1. สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพศ.รพท. รพช. และ รพ.สต .ซึ่งครอบคลุมสถานบริการในภาพประเทศ

2. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ และนักวิชาการ ในพื้นที่ **5** จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงรายและนนทบุรีซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของบุคคลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

2.1 เป็นบุคคลที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหรือเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ตลอดจนมีประสบการณ์ในการจัดระบบบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 เป็นบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุและ/หรือมีประสบการณ์ในการจัดระบบบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

2.3 เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

3.

3. วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนงานวิจัยและข้อมูลด้านสถานการณ์สังคมสูงอายุ และการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในปัจจุบันจากหน่วยงานในประเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติ สปสช.และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาจากเอกสารทางวิชาการผลงานวิจัยและบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ทั้งเอกสารทางวิชาการประเภทต่างๆ ภายในประเทศและเอกสารทางวิชาการประเภทต่างๆ จากต่างประเทศ รวมทั้งข้อมูลทางวิชาการที่ได้จากการสืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือทางเว็บไซต์ต่างๆ อันประกอบไปด้วยข้อมูลทางวิชาการซึ่งมีสาระสำคัญ โดยสรุปดังต่อไปนี้

1.1 สถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุ สภาพปัญหาของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ความต้องการและแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สภาพปัญหาทางสังคมของผู้สูงอายุ การจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2550

1.2 สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมและการจัดระบบบริการสุขภาพตลอดจนกระบวนการในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย)

1.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสรุปประมวลผลทางกฎหมายในส่วนที่เกี่ยวกับข้อพิจารณาตามนัยของแนวความคิดในทางปรัชญาความหมาย และกระบวนการเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น

1.4 ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ รูปแบบการจัดสวัสดิการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ตลอดจนการจัดระบบบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงรายและนนทบุรี

1.5 การจัดบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ระยะยาวในต่างประเทศ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การทำกระบวนการประชุม อภิปราย สัมมนา (Focus group) ในประเด็นความพร้อมจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง) และกลุ่ม 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) ได้แก่ ความพร้อมด้านทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพ ปัญหา อุปสรรคและโอกาสจัดระบบบริการสุขภาพระยะยาวของสถานบริการ ในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ดังนี้

2.1.1 ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการและทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และความเข้าใจและเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับกระบวนการจัดบริการสุขภาพตลอดจนวางแผนการดูแล(Care Manager) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงรายและนนทบุรี จังหวัดละ 5 คน

2.2.2 ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุและ/หรือมีประสบการณ์ในการจัดระบบบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงรายและนนทบุรี จังหวัดละ 2 คน

2.2.3 ครอบครัวผู้สูงอายุและบุคคลต่างๆ ที่เคยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) กลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงรายและนนทบุรี โดยการสุ่มอย่างง่ายตามอำเภอที่มีสถานบริการสุขภาพนั้นๆ ตั้งอยู่

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้สำหรับระเบียบวิธีการวิจัย (methodology) ด้วยกระบวนวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ในครั้งนี้ประกอบด้วย

1. การวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแนวทางหนึ่ง โดยการศึกษาและค้นคว้าจากเอกสารทางวิชาการตำรา ตลอดจนผลงานวิจัยประเภทต่างๆ รวมทั้ง ข้อมูลจากการค้นคว้าทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือข้อมูลที่ได้มาจากเว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ต

เพื่อนำมาใช้ในกระบวนการสร้างพื้นฐานขององค์ความรู้อย่างบูรณาการในทางวิชาการโดยเบื้องต้นก่อนอันเป็นแนวทางประการสำคัญในการนำไปสู่การสร้างเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิชาการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. แบบรายงานการประชุม อภิปรายและสัมมนา โดยผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดรายละเอียดเพื่อใช้ในการอภิปราย ประเด็น ศักยภาพและโอกาสของสถานบริการสาธารณสุขในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ความต้องการในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ปัญหาและอปสรรคการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับกระบวนการหรือแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกระบวนการหรือแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 ลักษณะ อันได้แก่ กระบวนการหรือแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและข้อมูลจากสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศและกระบวนการหรือแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุม อภิปราย สัมมนา (Focus group) โดยกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว มีสาระสำคัญโดยสรุปดังต่อไปนี้

4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและข้อมูลจากสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ

สำหรับกระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและข้อมูลจากสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินกระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทางสถาบันอุดมศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งแหล่งข้อมูลจากส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแหล่งข้อมูลทางเว็บไซต์ที่ปรากฏบนอินเตอร์เน็ต เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับทุติยภูมิ (secondary data) ประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ รายงานการศึกษาวิจัยและผลงานวิจัยประเภทต่างๆ เป็นต้น เพื่อนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในกระบวนการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลในการวิจัยในส่วนต่อไปนี้

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุม อภิปราย สัมมนา(Focus group)

สำหรับแนวทางประการสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทางผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางประการสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดประชุม อภิปราย สัมมนา(Focus group) สำหรับกลุ่มตัวอย่าง โดยในกระบวนการประชุม อภิปราย สัมมนานั้น ทางผู้วิจัยได้ดำเนินกระบวนการบันทึกข้อมูล โดยวิธีการจดบันทึกข้อมูลและการบันทึกเสียงของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนทำการบันทึกเสียง เพื่อนำมาใช้ในกระบวนการตรวจสอบและตรวจทานความถูกต้องย้อนกลับในภายหลังได้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประชุม อภิปราย สัมมนา(Focus group) นั้น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยดำเนินการร่วมกับกระบวนการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร (documentary research) โดยกระบวนการและวิธีการวิเคราะห์อันจะได้ดำเนินกระบวนการตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ อันได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยพิจารณาประเด็นหลัก (major themes) หรือแบบแผนหลัก (major pattern) ที่พบในข้อมูลที่ได้รับจากการทำ Focus group ทั้งหมด จากนั้นจึงนำประเด็นหลัก (major themes) มาพิจารณาแบ่งแยกออกเป็นประเด็นย่อย (sub-themes) และหัวข้อย่อย(categories) ตามลำดับ

นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินกระบวนการทำ Focus group นั้น ทางผู้วิจัยได้ดำเนินกระบวนการสะท้อน (reflecting) ในแต่ละช่วงหรือในแต่ละขั้นตอนควบคู่ไปกับการดำเนินกระบวนการวิจัย เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มีความแกร่งและแม่นตรง (rigor) เข้มข้น (intensive process) มากยิ่งขึ้น รวมทั้งคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทำ Focus group โดยการพรรณนาข้อมูลตามปรากฏการณ์ร่วมด้วยเพื่อแสวงหาหรือให้ได้มาซึ่งข้อค้นพบสำคัญที่สามารถนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยระยะยาวต่อไป

บทที่ 4

ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ในบทนี้ จะกล่าวถึง โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป โดยที่ไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น พร้อมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นเหตุให้ ผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะทางร่างกายที่ลดลงอยู่แล้วตามธรรมชาติ ร่วมกับการป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังต่าง ๆ ต้องมีค่าใช้จ่ายทั้งสำหรับการดูแล และการรักษากรณีเจ็บป่วย (โดยมักจะแบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และกลุ่มพึ่งพา) และงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเหล่านี้ รวมถึงประสบการณ์จากประเทศซึ่งเข้าสู่สังคมสูงวัยมาก่อนประเทศไทยในด้านการบริหารจัดการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และสำหรับประเทศไทยนั้น บทนี้จะกล่าวถึงนโยบายและระบบที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งรวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และความคิดเห็นต่อการดำเนินการ

สถานการณ์ประชากรสูงอายุ การดูแลและการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จมากในการวางแผนครอบครัว ในช่วง พ.ศ. 2515 – 2538 อัตราการเติบโตของประชากรลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 3.3 มาเป็นร้อยละ 1.2 ประกอบกับระบบการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยที่อายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) ของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 59 ปีเมื่อ 50 ปีก่อน เป็น 75 ปีในปี 2558[1] ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนมาจากนโยบายที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยให้ดีขึ้น

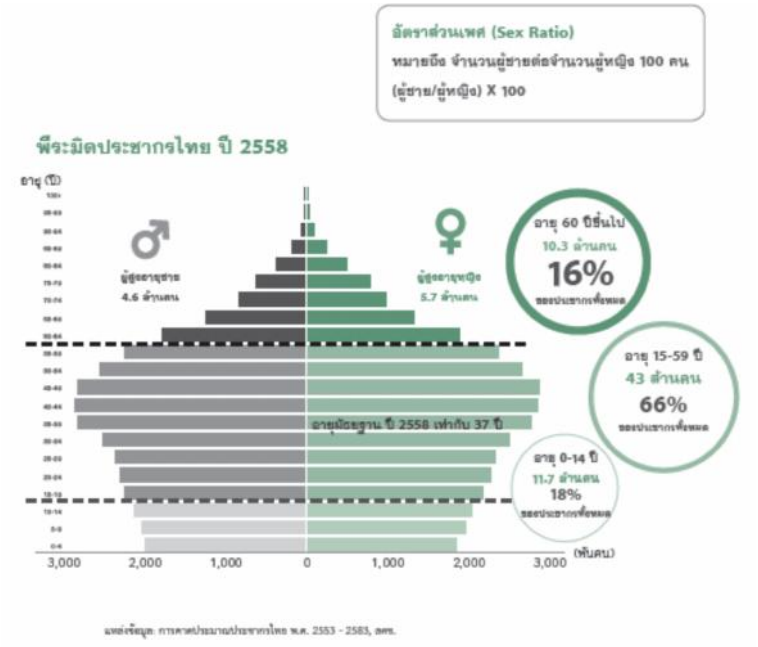
จากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ระบุว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 16.51 หรือ 10.78 ล้านคน โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society)ในปี พ.ศ. 2574 เนื่องจากมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 และถึงแม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยของไทยเพิ่มขึ้นแต่ประชาชนไทยก็เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน

---

[1] คณะทำงานจัดทำรายงาน (2559). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. บรรณาธิการ: ศ.เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

หลอดเลือดสมอง กลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้เป็นผู้สูงวัยที่มีโรคเรื้อรังอีกทั้งยังมีภาวะทุพลภาพเพิ่มขึ้นจากการพลัดตกหกล้มตามวัยที่มากขึ้นด้วย และปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกายจัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาทางร่างกายต่างๆนอกจากนี้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะ

การสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุในปี 2556 แสดงให้เห็นว่าว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ติดเตียง) ร้อยละ 1.5 ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้างแต่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ (ติดบ้าน) ร้อยละ 19 และอีกร้อยละ 79.5 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสามารถออกนอกบ้านไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (ติดสังคม) ในด้านการใช้บริการสุขภาพ พบว่า มีผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 15 และข้อมูลจากสำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้วิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสามกองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549–2552 มีผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70–79 ปี มีอัตราการใช้บริการสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มอายุที่เกิน 80 ปี สำหรับด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลนั้น จะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าวัยอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้งบประมาณที่ใช้ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2565 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2558) ซึ่งค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมีปัจจัยมาจากอัตราค่าบริการและค่ายาที่เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ค่าใช้จ่ายก่อนการเสียชีวิตตลอดจนอัตราการเพิ่มการใช้บริการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น



ระบบการการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

การจัดการด้านการเงินการคลัง (การออมและรายได้) และบริการด้านสุขภาพ

ในที่นี้ จะยกตัวอย่างระบบดูแลผู้สูงอายุในด้านรายได้ การช่วยเหลือ และบริการสุขภาพในประเทศพัฒนาแล้วและเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ได้แก่ ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น โดยสรุปสาระสำคัญ ดังนี้

ประเทศแคนาดา

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา ได้แก่ รัฐบาลกลาง และรัฐบาลในแต่ละมณฑล โดยที่กระทรวงสาธารณสุข (Health Canada) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้รัฐบาลกลางของแคนาดา ถือเป็นองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ดูแลและติดตามตรวจสอบเกี่ยวกับสุขภาพและสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศ ทั้งนี้ การจัดสวัสดิการและบริการดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา มี 7 ประเภท

สำหรับบริการด้านสุขภาพนั้น แคนาดาจัดให้มีการเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุจากทีมแพทย์และพยาบาล โดยอาจเป็นบริการชั่วคราวหลังจากการฟื้นไข้จากโรงพยาบาล หรือการเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องหากมีความจำเป็น ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายโดยรวมสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ที่ประมาณ 53.2 พันล้านดอลล่าร์ในปี 2008 และ 60.8 พันล้านดอลล่าร์ในปี 2010 คิดเป็นตัวเลขประมาณร้อยละ 44 ของงบประมาณรัฐบาลสำหรับการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งหมด

ด้านสวัสดิการที่เป็นตัวเงินสำหรับผู้สูงอายุ แคนาดาจัดไว้ในรูปแบบของเงินบำนาญและเงินช่วยเหลือ โดยรายได้เมื่อเกษียณอายุสามารถแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 หลักประกันยามชราภาพ (Old Age Security, OAS) เป็นกองทุนบำนาญที่ใหญ่ที่สุดของรัฐบาล รัฐนำรายได้จากภาษีอากรมาจ่ายหลักประกันยามชราเป็นรายเดือนให้กับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในแคนาดาหลังอายุ 18 ปี เป็นเวลาอย่างน้อยที่สุด 10 ปี สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือมีคุณสมบัติตามที่กำหนดอื่น ๆ อาจจะได้รับเงินช่วยเหลืออื่น ๆ จากรัฐบาลด้วย เช่น Guaranteed Income Supplement (GIS), Allowance, Allowance for the Survivor เป็นต้น[2]

ประเภทที่ 2 แผนบำนาญแห่งชาติ (The Canada Pension Plan, CPP) เป็นการจ่ายสิทธิประโยชน์รายเดือน (หรือทั้งก้อนตามอายุที่กำหนด) ให้ผู้ประกันตนซึ่งได้จ่ายเงินให้กับ CPP และสมาชิกครอบครัว เป็นจำนวนบางส่วนของรายได้ในกรณีเกษียณอายุ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต โดยที่ทุกคนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่มีรายได้มากกว่ารายได้ขั้นต่ำ (3,500 ดอลล่าร์ต่อปี) จะต้องจ่ายเงินเข้าแผนบำนาญ

---

[2] https://www.canada.ca/en/services/benefits/publicpensions/cpp/old-age-security.html

แห่งชาติ โดยมีหน่วยงาน The Canada Revenue Agency (CRA) เป็นผู้รับผิดชอบ สำหรับเงินที่เข้ากองทุนนี้จะมาจากผู้ประกันตนและนายจ้างสมทบให้ฝ่ายละเท่าๆ กัน แต่ในกรณีที่อาชีพอิสระผู้ประกันตนจะจ่ายทั้งหมด โดยหักจากรายได้ต่อเดือน (ถ้าปีใดลูกจ้างมีรายได้สุทธิต่ำกว่า 3,500 ดอลล่าร์ปีนั้นจะได้รับยกเว้นการจัดสรรเงินเข้าแผนบำนาญแห่งชาติ)[3]

ประเภทที่ 3 การออมภาคเอกชน (Private Pension Plan) สามารถเลือกได้หลายทาง เช่น ผู้ออมสามารถเลือกรูปแบบการออมให้เหมาะสมกับตัวเองได้ว่าจะออมในแบบ defined benefit plan (การกำหนดเงินที่จะได้รับหลังเกษียณขึ้นอยู่กับรายได้ และระยะเวลาการทำงาน) หรือ defined contribution plan (การกำหนดจำนวนเงินที่จะต้องสบทบเข้ากองทุน ส่วนจำนวนเงินที่จะได้รับหลังเกษียณขึ้นอยู่กับจำนวนเงินกับระยะเวลาที่สบทบ) สามารถเลือกเบิกเงินออกมาก่อนหรือหลังอายุครบ 65 ปี ก็ได้ (จำนวนเงินที่ได้รับขึ้นกับระยะเวลาการออม) และผู้ออมสามารถเลือกลงทุนกับสถาบันการเงินต่างๆ ได้ตามที่ต้องการ

ประเทศออสเตรเลีย

สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย มี Department of Human Services ของรัฐบาลกลางเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ ประกอบด้วย

(1) เงินรายได้ ได้แก่

ประเภทที่ 1 เงินบำนาญผู้สูงอายุ (Age Pension) ซึ่งรัฐบาลนำเงินมาจ่ายให้ผู้เกษียณตามเกณฑ์อายุ (ผู้ชายอายุ 65 ปี ขึ้นไป และผู้หญิงอายุ 60-65 ปีขึ้นไป)[4] และการพำนักในออสเตรเลีย ซึ่งในวันที่ขอรับเงินจะต้องเป็นผู้พักอาศัยอยู่ในออสเตรเลียไม่น้อยกว่า 10 ปี และยังอยู่ในออสเตรเลีย โดยจำนวนเงินที่ได้รับจะขึ้นกับรายได้ ทรัพย์สิน และสภาวะอื่น ๆ ตามที่กำหนด ในอัตราคงที่ โดยจะปรับปีละ 2 ครั้งเพื่อให้สอดคล้องกับค่าครองชีพจัดเป็นรายได้หลักของผู้เกษียณอายุชาวออสเตรเลีย

ประเภทที่ 2 เงินออมภาคบังคับ Superannuation [5] เป็นโครงการเพื่อช่วยให้ผู้ที่ทำงานมีเงินออมสะสมนับตั้งแต่เริ่มทำงาน โดยนายจ้างต้องจัดสรรเงินร้อยละ 9 ของค่าจ้างเข้าระบบ superannuation guarantee ตามบัญชีรายบุคคลของลูกจ้าง โดยลูกจ้างสมทบเงินหรือไม่ก็ได้ ผู้เกษียณอายุสามารถเลือกรับเงินรายปี หรือเงินก้อนก็ได้ แรงงานร้อยละ 90 ในออสเตรเลียอยู่ในระบบนี้

---

[3] https://www.canada.ca/en/services/benefits/publicpensions/cpp.html

[4] https://www.humanservices.gov.au/customer/services/centrelink/age-pension

[5] https://www.ato.gov.au/individuals/seniors-and-retirees/super/

(2) สวัสดิการที่ไม่ใช่เงินรายได้ เช่น กองทุนเงินกู้บำนาญ (Pension Loans Scheme), การจ่ายค่าผู้ดูแล (Carer Payment หรือ Carer Allowance) และ บัตรสุขภาพผู้สูงอายุในเครือจักรภพ (Commonwealth Seniors Health Card) เป็นต้น[6]

ด้านสุขภาพรัฐจะดูแลและจ่ายค่ารักษาพยาบาลเหล่านี้ทั้งหมด ส่วนค่ายารัฐจะช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพียงบางส่วน โดยรัฐบาลจะมีจดหมายเรียกดูแลสุขภาพตามวาระ เช่น ให้ไปฉีดวัคซีน ตรวจมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้การเจ็บป่วยธรรมดา การเจ็บป่วยกรณีที่เกี่ยวกับ 'โรคชราภาพ' คือ เกิดขึ้นกับคนแก่ส่วนใหญ่ (เช่นนัยน์ตาแห้ง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น) การขอรับการตรวจ (เช่น เจาะเลือดตรวจร่างกายประจำปีX-Ray กระดูก สแกนสมอง) อุบัติเหตุ/อาการเจ็บป่วยสาหัส การผ่าตัดที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน (เช่นการผ่าตัดเปลี่ยนเข่า การผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก)

ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labour and Welfare, MHLW) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบเรื่องการเงินการคลังและการบริหารจัดการ โดยที่มี Japan Pension Service เป็นหน่วยงานดำเนินการ มีสวัสดิการด้านหลักประกันรายได้ผ่านระบบบำนาญแบบสมัครใจ โดยเป็นการออมในลักษณะของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ดำเนินการโดยกองทุนบำนาญสำหรับลูกจ้าง (บริษัทเอกชน) และกองทุนบำนาญแห่งชาติ (ภาครัฐบาล) ระบบบำนาญประกอบด้วย

1. ระบบบำนาญระดับชาติ (National Pension System) ซึ่งจะให้บำนาญพื้นฐาน (basic pension) บังคับสำหรับทุกคน (อาชีพอิสระ ลูกจ้างเงินเดือนรัฐหรือเอกชนและคู่สมรส) ที่อายุระหว่าง 20-59 ปีที่อยู่ในญี่ปุ่น และยังมีรูปแบบสมัครใจสำหรับผู้ที่พำนักในญี่ปุ่นอายุ 60-64 ปี, พลเมืองญี่ปุ่นอายุ 20-64 ปีที่อยู่ในต่างประเทศ เป็นต้น บำนาญนี้จะกำหนดประโยชน์ทดแทนแน่นอน การเก็บเงินสมทบและจ่ายประโยชน์ทดแทนในอัตราเดียวโดยไม่อิงกับรายได้ (สำหรับปีงบประมาณ 2017 กำหนดที่เดือนละ 16,490 เยน)[7]

2. บำนาญภาคบังคับที่เกี่ยวกับรายได้ (Income-related pension or premiums) เป็นระบบ defined benefit ที่เรียกเก็บเงินจากเงินเดือนของลูกจ้างหรือพนักงานในบริษัทที่มีจำนวนลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ลูกจ้างภาครัฐบาล ครู และพนักงานโรงเรียนเอกชน ได้แก่ Employees' Health Insurance System และ Employees' Pension Insurance System[8] ภายใต้การกำกับดูแลของ The

---

[6] https://www.humanservices.gov.au/customer/services/centrelink/commonwealth- seniors-health-card

[7] http://www.nenkin.go.jp/international/english/nationalpension/nationalpension.html

[8] http://www.nenkin.go.jp/international/english/healthinsurance/employee.html

National Government Employees' Mutual Aid Association, Local Government Employees' Mutual Aid Association และ Private School Teachers and Employees' Mutual Aid Association ต่อมาได้กระจายอำนาจให้กลุ่มแม่บ้านและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการเก็บเงินสมทบ โดยอนุญาตให้หักเงินบางส่วนเป็นค่าบริหารจัดการ ทำให้อัตราเก็บเงินสมทบค่อนข้างดีมาก ต่อมาเปลี่ยนระบบจัดเก็บโดยรวมการบริหารไว้ที่ส่วนกลางทั้งประเทศทำให้ข้อมูลการส่งเงินสมทบและการให้เงินบำนาญไม่สะท้อนสถานะปัจจุบัน (ปกปิดความผิดพลาดจากการทำงาน)ประกอบกับการบริหารจัดการที่ด้อยประสิทธิภาพ การลงทุนที่ให้ผลตอบแทนที่ต่ำ ประชาชนไม่เชื่อมั่นในระบบบำนาญและคาดว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรมในอนาคต จึงเลือกที่จะไม่จ่ายเงินสมทบ

กล่าวโดยสรุป ทั้งสามประเทศจะมีระบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุใน 2 รูปแบบหลัก คือ รูปแบบที่เป็นตัวเงิน คือ (1) การให้เงินรายได้โดยถ้วนหน้าซึ่งได้เป็นเงินงบประมาณจากรัฐโดยมีแหล่งมาจากภาษี (ประเทศแคนาดา และออสเตรเลีย) และการจ่ายสมทบจากทุกคน (ประเทศญี่ปุ่น) (2) เงินรายได้จากการสะสมการออมซึ่งบังคับสำหรับลูกจ้างทั้งรัฐและเอกชน (3) เงินสำหรับรายได้และ/หรือค่าใช้จ่ายพิเศษ เช่น รายได้ในการทำงานดูแลผู้ทุพพลภาพ ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ดูแล และเงินกู้ที่อยู่อาศัย เป็นต้น และ (4) ระบบเงินสะสมในลักษณะประกันเอกชนตามความสมัครใจ และรูปแบบที่เป็นสวัสดิการด้านอื่น ๆ เช่น ค่าลดหย่อนพิเศษด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั่วไปในโรคที่กำหนด หรือไม่มีค่าใช้จ่ายาหรับการตรวจป้องกันและรักษากับสำหรับโรคจากความเสื่อมชราที่พบในผู้สูงอายุทั่วไป เป็นต้น

ประเทศไทย

ด้านนโยบายและกฎระเบียบ

ประเทศไทยพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553[9] โดยตามมาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ ได้แก่

1. การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ: โดยมีช่องทางพิเศษเฉพาะให้แก่ผู้สูงอายุ
2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต: โดยมีการจัดบริการข้อมูลข่าวสาร จัดการศึกษาต่อเนื่อง ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน สื่อความรู้สำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งคลังปัญญาที่ส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาได้ถ่ายทอดความรู้แก่ชุมชนและสังคม
3. การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม: โดยมีบริการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อมูลด้านอาชีพ บริการจัดหางานที่เหมาะสมกับอัตภาพ การฝึกอบรมทักษะอาชีพตามอัธยาศัย
4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน: โดยส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

---

[9] http://www.dop.go.th/main/regulation_list.php?id=10

5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น: โดยการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องเช่น การสร้างอาคารหลังปี พ.ศ 2548 ให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ

6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม: โดยการลดค่าโดยสารต่างๆ เช่นรถเมล์ รถไฟ เรือ รถไฟฟ้ าใต้ดิน เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ: โดยยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐที่ปกติมีการเก็บเงินค่าเข้าชมเช่น อุทยานแห่งชาติ พิพิธภัณฑ์

8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง: โดยช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของเพื่อให้สามารถอยู่ในชุมชน/สังคมต่อไปได้ รวมทั้งมีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งปัญหาความทุกข์ยากต่างๆ ของผู้สูงอายุ

9. การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว:โดยเป็นการให้ความช่วยเหลือทั้งในด้านความรู้และค่าใช้จ่ายทางกฎหมาย รวมทั้งการใช้ชีวิตในสังคม

10. การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง: โดยช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของเพื่อให้สามารถอยู่ในชุมชน/สังคมต่อไปได้ รวมทั้งให้การอุปการะแก่ผู้สูงอายุที่ไร้ญาติและ/หรือไม่มีที่พักอาศัย

11. การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม: โดยเป็นการช่วยเหลือในด้านรายได้หลังเกษียณแก่ผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ

12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี: โดยจ่ายเงินค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยรายละ 2,000 บาท

13. การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนดสวัสดิการผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ในปี พ.ศ. 2552

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุ พิจารณาปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันซึ่งมองว่าผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถเป็นพลังพัฒนาสังคม ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคมและรัฐให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ให้นานที่สุด สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากจะต้องได้รับการเกื้อกูลอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมโดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ (1) ประชากรช่วยตนเอง (2) ครอบครัวดูแล (3) ชุมชนช่วยเกื้อกูล (4) สังคม รัฐสนับสนุนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ควรมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของไทย

ระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ[10]ที่มีในปัจจุบัน ประกอบด้วย

1. การให้บริการสังคม (social service) หมายถึง การที่รัฐนำเงินภาษีมาจัดสรรเป็นงบประมาณให้บริการขั้นพื้นฐานกับประชาชนทุกคน ซึ่งเป็นการให้สวัสดิการแบบถ้วนหน้า ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีทุกคนเพื่อเป็นการสร้างหลักประกันด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ โดยดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ตามมาตรา 11 ที่ระบุไว้ว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ซึ่งเป็นหนึ่งในโครงการรักษาและเพิ่มรายได้ของประชาชนภายใต้การรับผิดชอบของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ(กผส.) ว่าด้วยเกณฑ์การจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ พ.ศ.2552 โดยมีนายกฯเป็นประธาน จะพบว่าในปีพ.ศ. 2536 ได้มีการจ่ายเงินให้แก่ผู้สูงอายุ (ตามเกณฑ์) 200 บาท/คน/เดือน และเพิ่มเป็น 300 บาท/คน/เดือนต่อมาในปี พ.ศ. 2552 รัฐได้ขยายสิทธิให้ผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่มีสวัสดิการอื่นสามารถขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพคนละ 500 บาท/เดือน และในปี พ.ศ.2559 รัฐบาลได้ปรับเพิ่มเป็น 600 บาท/เดือน?

2.ระบบประกันสังคม (social security หรือ safety net) หมายถึง ระบบที่ช่วยสร้างหลักประกันในการดำรงชีวิตแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบเงินรายได้ ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ได้แก่

2.1 กลุ่มข้าราชการ ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ

(1) ระบบบำเหน็จบำนาญสำหรับผู้ที่รับราชการมากกว่า 10 ปีบริบูรณ์ ซึ่งจำนวนเงินที่ได้รับขึ้นอยู่กับฐานเงินเดือนเดือนสุดท้ายและระยะเวลารับราชการ และ

(2) ระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2539 สำหรับข้าราชการที่รับราชการก่อนพ.ศ. 2540 ให้สามารถเป็นสมาชิก กบข. หรือไม่ก็ได้

2.2 กลุ่มพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยได้รับหลักประกันด้านรายได้เมื่อสูงอายุในรูปของเงินก้อนจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งรัฐวิสาหกิจสมทบเงินเข้ากองทุนในบัญชีของพนักงานในจำนวนที่ค่อนข้างสูง ทำให้พนักงานรัฐวิสาหกิจส่วนใหญ่พอใจกับหลักประกันด้านรายได้เมื่อสูงอายุ

2.3 กลุ่มลูกจ้างเอกชนเป็นกองทุนสำรองเลี้ยงชีพแบบสมัครใจ การได้รับบำเหน็จบำนาญนั้นจะให้เฉพาะลูกจ้างเอกชนที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนและมีการสมทบเงินเป็นระยะเวลาอย่างต่ำ 180 เดือน (ล่าสุดมีโครงการเงินออมระดับชาติ?)

---

[10] คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.(๒๕๔๕) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี

2.4 กลุ่มครูโรงเรียนเอกชน สำหรับกลุ่มนี้จะมีกองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชนที่ก่อตั้งขึ้นในเดือนตุลาคม 2518 โดยมีเงินทุนมาจากสามฝ่ายคือ ครูและผู้รับใบอนุญาตสมทบร้อยละ 3 ของเงินเดือนครู และรัฐบาลสมทบร้อยละ 6 ของเงินเดือนครู เพื่อเป็นสวัสดิการและเงินชดเชยต่างๆ ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าการศึกษาบุตร ค่าช่วยเหลือบุตร และเงินทดแทนหลักประกันรายได้เมื่อครูลาออก

3. ระบบการช่วยเหลือทางสังคม (social assistance) หมายถึง ระบบที่มุ่งดูแลและช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคม ซึ่งเป็นสวัสดิการแบบเจาะจงหรือกำหนดกลุ่มเป้าหมาย (targeting) ที่จะให้ก็ต่อเมื่อมีเงื่อนไขบางประการเป็นจริง เช่น การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุส่วนเพิ่มสำหรับคนจน

4. ระบบการส่งเสริมสนับสนุนหุ้นส่วนทางสังคม เป็นการบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้ระบบสวัสดิการสังคมทำงานได้ดียิ่งขึ้น เพราะการจัดสวัสดิการไม่ควรเป็นหน้าที่ของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว โดยควรเป็นความร่วมมือกันจากภาคส่วนต่างๆ คือรัฐบาลท้องถิ่น ชุมชน องค์กรอิสระ และภาคธุรกิจเอกชน เช่น การส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) เป็นต้น

5. สวัสดิการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ในรูปของตัวเงินตาม พรบ.ผู้สูงอายุ และนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ เช่น การจัดที่พักอาศัย ส่วนลดหย่อนพิเศษหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยการขนส่งสาธารณะ (ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ?) การจัดกิจกรรมด้านสังคมให้กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีระบบการออมเพื่อการเกษียณอายุหรือระบบบำนาญที่ธนาคารโลกนำมาเป็นแนวคิดและเสนอเป็นการทั่วไป เรียกว่า “ทฤษฎีเสาหลัก 3 ต้น (Three Pillars)”[11] มีรายละเอียด ดังนี้

เสาหลักต้นที่ 1: Public mandated, Publicly managed, Defined benefit system ได้แก่ กองทุนชราภาพของระบบประกันสังคม ซึ่งเป็นระบบแบบบังคับ โดยประชาชนจ่ายส่วนหนึ่งและรัฐจ่ายเงินอุดหนุนส่วนหนึ่ง บริหารโดยหน่วยงานของรัฐกำหนดผลประโยชน์เป็นอัตราขั้นต่ำที่สมาชิกจะได้รับ

เสาหลักต้นที่ 2: Public mandated, Privately managed, Defined contribution system ได้แก่ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นระบบแบบบังคับ โดยรัฐบังคับให้ประชาชนออมเพื่อเพิ่มหลักประกันในยามชราโดยอาศัยผลการทำงานของตนเอง รูปแบบการออมเป็นบัญชีรายบุคคล เอกชนเป็นผู้บริหาร ซึ่งน่าจะจัดได้ว่าเป็นเสาหลักต้นที่ 2 แต่จำกัดขอบเขตบังคับใช้กับข้าราชการเท่านั้น นอกจากนี้ กระทรวงการคลังอยู่ระหว่างการเสนอหลักการเพื่อออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนภาคบังคับสำหรับแรงงานภาคเอกชนเพื่อให้มีหลักประกันในการดำรงชีพเช่นเดียวกับข้าราชการ

เสาหลักต้นที่ 3: Privately managed, voluntary savings, Defined contribution system ได้แก่ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพและกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ จัดเป็นระบบการออมแบบสมัคร

---

[11] กองทุนสำรองเลี้ยงชีพไทย. http://www.thaipvd.com/content_th.php?content_id=00037 (เข้าถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2560)

ใจ รูปแบบการออมเป็นบัญชีรายบุคคล เอกชนเป็นผู้บริหาร รัฐให้การสนับสนุนด้วยการให้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

เมื่อศึกษาทฤษฎีเสาหลัก 3 ต้นนี้ พบว่า การออมเงินผ่านเฉพาะเสาหลักต้นที่ 1 อาจมีเงินออมน้อยไม่เพียงพอกับค่าครองชีพที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และในขณะที่อนาคตภาระของรัฐบาลมีมากขึ้น สวัสดิการจากเงินกองทุนประกันสังคมอาจลดลงหรือมีจำกัดไม่เพียงพอ จึงควรต้องมีเสาหลักต้นที่ 3 ที่ใช้หลักการพึ่งตนเองเพื่อเพิ่มเติมจากเงินที่จะได้รับจากเสาหลักต้นที่ 1

ปัญหาของระบบสนับสนุนและข้อคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันมีแหล่งที่มาจาก รายจ่ายงบประมาณจากภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ เงินบำนาญประเภทต่าง ๆ (นอกเหนือจากกลุ่มลูกจ้างเอกชน) ค่าใช้จ่ายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ) สถานสงเคราะห์คนชรา (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินสงเคราะห์จัดการศพ กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและการส่งเสริมการใช้ศักยภาพทางสังคม และกองทุนผู้สูงอายุ (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ) ซึ่งล้วนจัดเป็นหลักประกันที่มีกฎหมายรองรับและมีการจัดการอย่างเป็นระบบ

แต่ปัญหาของหลักประกันลักษณะนี้ คือ ความไม่เท่าเทียมกันของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และความไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนได้อย่างแท้จริง ถึงแม้ว่าจะมีระบบการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุก็ตาม เนื่องจากหลักประกันรายได้ผู้สูงอายุในปัจจุบันยังคงเป็นส่วนที่ทางรัฐเป็นผู้จัดสรร บางรูปแบบขึ้นกับรายได้และงบประมาณรายปีของรัฐบาล ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหรือการวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) ร่วมกับการประชุม อภิปรายกลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มประชากรตัวอย่าง ได้แก่ 1. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง) 2. ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้นำชุมชน และ 3. ครอบครัวผู้สูงอายุและบุคคลต่างๆ ที่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) กลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย)[12] โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ขอนแก่น เชียงราย สุราษฎร์ธานี และ นนทบุรี เพื่อวิเคราะห์และประเมินระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุและชี้ให้ เห็นถึงระบบเศรษฐกิจเมื่อประเทศก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ผู้สูงอายุในชนบทเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้น้อยกว่าผู้สูงอายุในเมือง ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ค่อยมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และสำหรับด้านการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

---

[12] กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ดูรายละเอียดในบทที่ 2)

(1) กลุ่มที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ จะต้องการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้ผู้สูงอายุคงสุขภาพที่ดีไว้ให้นานที่สุด

(2) กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดีและต้องการความช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล จะเน้นในด้านการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านก่อน

สำหรับด้านการดูแลนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลที่บ้านกับครอบครัว ในขณะที่ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 56.7 ในปี 2554 ซึ่งลดลงจากปี 2529 ที่มีถึงร้อยละ 76.9) และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น หรืออยู่ตามลำพังคนเดียวก็เพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 16 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 19 ในปี 2557 และร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 9 ในช่วงปีเดียวกัน[13]) และสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไร้ที่พึ่งก็จำเป็นต้องอาศัยสวัสดิการของภาครัฐในรูปแบบของศูนย์สงเคราะห์คนชรา ฯลฯ แต่ปัญหาในขณะนี้คือ ชุมชนยังไม่มีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เนื่องจากวัฒนธรรมไทยการดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นภารกิจหลักของครอบครัว อีกทั้งสถานบริบาลระยะยาวและระยะกลางในประเทศไทยยังไม่ได้มีการพัฒนาให้รองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เหมาะสม ทั้งจำนวนสถานบริบาลและประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลยังคงเป็นการมุ่งให้การบริการหลักที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงและเป็นการดูแลเฉพาะหน้าไม่ใช่การพัฒนาระบบระยะยาว

ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยที่ระบบประกันสุขภาพของไทยประกอบด้วย 3 กองทุนหลักคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและลูกจ้างภาครัฐ และกองทุนประกันสังคม ซึ่งการประกันและสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะต่อเนื่องมาจากสิทธิในวัยทำงาน ยกเว้นลูกจ้างในระบบกองทุนประกันสังคม ดังนั้น ผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดจะเป็นผู้ที่อยู่ความดูแลของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษาพยาบาลฯ ซึ่งทั้งหมดมาจากงบประมาณของรัฐ และดังที่กล่าวแล้ว ผู้สูงอายุชาวไทยจะมีโรคประจำตัวไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณของรัฐค่อนข้างมาก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ ดังกล่าวแล้วในหัวข้อสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุฯ

---

[13] อ้างอิงเดียวกันกับ 1

จากข้อมูลการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว[14] ผู้วิจัยพบว่า ต้นทุนโดยเฉลี่ยที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครอบครัวในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันไปตามกิจกรรม โดยในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีต้นทุนเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครอบครัว 3,103 บาท และ 10,839 บาทต่อเดือน ตามลำดับ โดยมีค่าเสียโอกาสสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครอบครัว (เกิดจากการได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน) ประมาณ 174,000 บาท และ 392,973 บาทต่อปี ตามลำดับ ซึ่งต้นทุนค่าเสียโอกาสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงเพิ่มขึ้น 1 ปีจะมีต้นทุนค่าเสียโอกาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.6 ดังนั้นในอนาคตค่าต้นทุนค่าเสียโอกาสในอนาคตของประเทศไทยก็มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการสนับสนุนการศึกษาภาคบังคับของไทยที่มีระดับสูงขึ้นนั่นเอง

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริบาล มีรายงานว่า ค่าใช้จ่ายจะประมาณ 15,000 – 52,500 บาท/เดือน[13]

พฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

อภิชญา จิ๋วพัฒนกุล (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ[15] พบว่า พฤติกรรมการออมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรูปแบบการออมในรูปสินทรัพย์ถาวรเป็นที่ดิน และมีรูปแบบการออมในรูปสินทรัพย์ทางการเงินในระบบและนอกระบบเป็นเงินฝากกับสถาบันการเงินต่างๆ โดยผลรวมมูลค่าการออมในรูปสินทรัพย์ทางการเงินในระบบและนอกระบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51,422.54 บาทต่อเดือน โดยมีเหตุผลหลักในการออม คือ เพื่อไว้ใช้จ่ายในการเลี้ยงชีพ และวางแผนการออมในอนาคตว่ามีแนวโน้มจะออมเพิ่มขึ้น

พฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีวิตเป็นค่าใช้จ่ายด้านอาหารและเครื่องดื่ม โดยมีค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีวิตโดยเฉลี่ย 9,212.93 บาทต่อเดือน และค่าใช้จ่ายเพื่อความบันเทิง/พักผ่อนส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับกิจกรรมด้านสังคม โดยมีค่าใช้จ่ายเพื่อความบันเทิงพักผ่อนโดยเฉลี่ย 2,162.06 บาทต่อเดือน เวลาไปซื้อสินค้าและบริการมักไปกับบุตรหลาน

นางสาวเกษมศรี ปูชนีย์วงศ์ (2558) ศึกษาถึงความตระหนักรู้และพฤติกรรมการออมเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มบุคคลช่วงอายุระหว่าง 25 – 35 ปี พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดวางแผนมากกว่าไม่วางแผนเกษียณ และกำหนดอายุที่ต้องการเกษียณจากทำงานเฉลี่ย 56.68 ปี

---

[14] รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงรวมทั้งกลุ่มอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน กระทรวงสาธารณสุข, 29 ก.ย. 2559

โดยเพศหญิงที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปและมีอาชีพข้าราชการระดับรายได้ 40,000 - 50,000 บาท มีแผนการออมมากที่สุด ส่วนความเพียงพอของสัดส่วนการออมเงินนั้น การสมรสมีสัดส่วนการออมมากที่สุด และมีความเห็นว่าสัดส่วนที่ออมมีความเพียงพอสำหรับการเกษียณ

แนวทางการจัดระบบอื่น ๆ สนับสนุนผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาเพื่อหาระบบเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยโดยเฉพาะในภูมิภาคต่าง ๆ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. สวัสดิการเกี่ยวกับการออม แบ่งเป็น 2 ระดับคือ

กองทุนสวัสดิการบำนาญชุมชน

นอกเหนือจากสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุโดยตรงจากภาครัฐแล้ว วรเวศน์ สุวรรณระดา และวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2553) ได้กล่าวถึงกองทุนสวัสดิการบำนาญชุมชนในงานวิจัยเรื่อง “สวัสดิการยามชราบำนาญแห่งชาติ” โดยการทำสัจจะวันละ 1 บาท ใน 2 จังหวัดได้แก่ (1) จังหวัดสงขลาเงินบำนาญสมาชิกจะได้รับก็ต่อเมื่อจ่ายเงินสัจจะติดต่อกัน 15 ปี โดยกำหนดเงินบำนาญไว้ที่ 300 – 1,200 บาท (โดยจะได้รับเงินบำนาญเพิ่มขึ้นครั้งละ 100 บาทเมื่อเป็นสมาชิกเพิ่มขึ้นทุก 5 ปี) (2) จังหวัดลำปางมี 2 กลุ่มที่แตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มบ้านเหล่าและบ้านดอนไชยกำหนดอายุรับบำนาญเมื่ออายุครบ 85 ปีบริบูรณ์ ในขณะที่กลุ่มตำบลแม่พริก ตำบลพระบาทวังตวง กำหนดอายุครบ 75 ปีบริบูรณ์จึงได้รับเงินบำนาญ

กองทุนการออมระดับชาติ

วรเวศน์ สุวรรณระดา และวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2553) และดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (2550) สนับสนุนให้รัฐควรเพิ่มพลังความสามารถให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่ยากจนและด้อยโอกาส เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและความมั่นคงยามชรา การพัฒนาคุณภาพชีวิต ชุมชนพึ่งพาตนเอง โดยที่วรเวศน์ สุวรรณระดา และวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ (2553) ยังได้อธิบายถึงกองทุนบำนาญแห่งชาติซึ่งเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2555 ว่า สมาชิกของกองทุนบำนาญแห่งชาติ (กองทุนฯ) ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ ประเภทแรก คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ไม่ต้องออมเงินทุนร่วม) และประเภทที่สอง คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี การออมเงินของสมาชิก (จ่ายออมเงินทุนร่วม) โดยออมเงินขั้นต่ำ 100 บาทและสามารถออมได้สูงสุด 1,000 บาท และรัฐบาลสมทบร่วม 50 บาท สมาชิกสามารถเพิ่ม/ลดการออมได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจ โดยเพิ่มขึ้นขั้นละ 100 บาท ด้านสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกกองทุนบำนาญแห่งชาติจะได้รับนั้น สมาชิกประเภทที่ 1: ได้รับบำนาญพื้นฐาน (500 บาท/คน/เดือน) เมื่ออายุ 60 ปีบริบูรณ์ และสมาชิกประเภทที่ 2: ได้รับบำนาญชราภาพ เมื่ออายุ 60 ปีบริบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วยบำนาญพื้นฐาน และเงิน

บำนาญส่วนเพิ่ม (จากการออมร่วมกับรัฐบาล)นอกจากนี้กองทุนฯ จัดให้มีสิทธิประโยชน์อื่นๆ แก่สมาชิก ได้แก่ เงินบำนาญทุพพลภาพ เงินบำเหน็จตกทอด และเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นต้น

สวัสดิการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ (2553) ได้กล่าวถึงสวัสดิการผู้สูงอายุในรูปแบบของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไว้ในรายงานเรื่อง “การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550” โดยมีสำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้รับผิดชอบจัดฝึกอบรมความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยทางกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเดือนละ 300 บาท และให้เงินอุดหนุนดังกล่าวเป็นเวลา 2 ปี จากนั้นได้ส่งมอบหรือโอนภารกิจดังกล่าวให้องค์การบริหารส่วนตำบลรับดำเนินการต่อไป

การศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานภาครัฐควรมีการกำหนดคุณสมบัติอาสาสมัครเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งในการดำเนินงานและการแสวงหาประโยชน์ รวมทั้งกำหนดกรอบและภาระหน้าที่ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และควรจัดสรรงบประมาณหรือสวัสดิการเพื่อสนับสนุนผู้ที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครเพื่อผู้สูงอายุ แต่จะขัดต่อระเบียบของสำนักตรวจเงินแผ่นดิน(สตง.) ที่ว่าไม่สามารถจัดจ้างผู้ที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครได้ ดังนั้นจึงควรเปลี่ยนชื่อจาก “อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ” เป็นชื่อที่ไม่ขัดกับระเบียบในการเบิกจ่าย นอกจากนี้ วิพรรณและคณะยังได้ให้ความสำคัญของสวัสดิการผ่านชุมชนในรูปกองทุนสุขภาพท้องถิ่นว่าเป็นกองทุนที่ให้การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนซึ่งก่อตั้งขึ้นภายใต้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 กองทุนสุขภาพท้องถิ่นตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2549 ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและโดยมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นตัวกำหนด

ทั้งนี้งบประมาณในการดำเนินงานก่อนนั้น สปสช. สนับสนุนงบประมาณเป็นรายหัวประชากรในอัตรา 37.50 บาท/คน/ปี โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ผ่านองค์การบริหารส่วนตำบลหรือ อบต.) จ่ายเงินสมทบ ภายใต้เงื่อนไขว่าเงินสมทบของ อบต. ขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสปสช. และ อบต. ขนาดกลางไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 สำหรับ อบต. ขนาดเล็กไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ทั้งนี้พบว่ากองทุนสุขภาพท้องถิ่นมีปัญหาและอุปสรรคหลักๆ คือ ความล่าช้าของการจัดตั้งกองทุนในบางพื้นที่ ระเบียบการเบิกเงินยังไม่คล่องตัว และคนในชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารน้อย[16,17]

---

[16] สรุประบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ในปี 2559 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของไทย ดังนี้ ให้มีการพัฒนาตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 1,000 ตำบลในปี 2559 และได้จัดสรรงบประมาณลงสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 500 ล้านบาท และหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 100 ล้านบาท เพื่อใช้ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พร้อมทั้งให้มีการพัฒนาหลักสูตรในการอบรมดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุไว้คือ “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งมีเป้าประสงค์หลักเพื่อให้อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนไทยต้องไม่น้อยกว่า 80 ปี อีกทั้งมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี ภายใต้การดำเนินงาน 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) สนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการคัดกรอง geriatric syndrome (2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน (3) พัฒนาการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ตั้งงบประมาณ 600 ล้านบาท เป็นปีแรก เพื่อพัฒนารูปแบบและแนวทางในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยโดยร่วมบูรณาการการดำเนินงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดย 100 ล้านบาทแรกผ่านโรงพยาบาลชุมชนเพื่ออบรม Care Manager และ Care Giver และอีกส่วนจัดสรรงบประมาณผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้ดำเนินการพัฒนา ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในพื้นที่จังหวัดนำร่อง

ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ มีข้อจำกัดเรื่อง จำนวนบุคคลากรด้านการสาธารณสุขของประเทศไทยที่มียังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยที่ควรมี ดังนี้ แพทย์มีจำนวน 15,403 คน (ควรมี 22,087 คน) ทันตแพทย์มีจำนวน 4,599 คน (ควรมี 6,752 คน) เภสัชกรมีจำนวน 7,424 คน (ควรมี

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสนับสนุนงบประมาณปี 2559, http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2016/01%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%8759.pdf.

[17] คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่(Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559, http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20LTC%20.pdf

9,486 คน) พยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 95,775 คน (ควรมี 126,989 คน) และนักกายภาพบำบัดมีจำนวน 2,091 คน (ควรมี 5,105 คน) ซึ่งจัดว่าประเทศไทยยังคงขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ดังกล่าวในปริมาณมากและรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในหน่วยบริการยังคงมีเพียงภาคเอกชน สำหรับภาครัฐคงเป็นลักษณะการบริการบ้านพักอาศัย (residential home) เช่น บ้านบางแคสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังคงปล่อยให้ดำเนินไปตามศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ ยังไม่เห็นระบบที่ชัดเจน ประกอบกับประเทศไทยยังคงขาดระบบการดูแลกึ่งเฉียบพลันหรือการดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ (intermediate care) อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริบาลยังคงมีราคาสูงอยู่ประมาณ 15,000 – 52,500 บาท/เดือน ในขณะที่รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 187,000 บาท/ปี หรือ 15,583.33 บาท/เดือน

สรุป

สำหรับด้านหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุแบบถ้วนหน้า วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ (2551) ได้สร้างแบบจำลองทางเลือกของระบบบำนาญแบบถ้วนหน้าไว้ 3 ทางเลือก ดังนี้ ทางเลือกที่ 1 กำหนดบำนาญให้กับผู้สูงอายุเป็นเดือนละ 600 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายด้านอาหารตามการคำนวณเส้นความยากจน โดยให้ประชากรวัย 20-59 ปีทุกคนออมเดือนละ 90 บาท ซึ่งจะมีภาระงบประมาณแก่รัฐไม่เกิน 22,000 ล้านบาท สำหรับทางเลือกที่ 2 นั้นได้เพิ่มบำนาญสำหรับผู้สูงอายุเป็นเดือนละ 900 บาท เพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับสินค้าที่ไม่ใช่อาหารด้วย เช่น ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค โดยให้ออมเพิ่มขึ้นเป็นเดือนละ 150 บาท ซึ่งทางเลือกนี้ภาระด้านเงินงบประมาณจะอยู่ในช่วง 23,000–32,000 ล้านบาท ส่วนทางเลือกที่ 3 เป็นกรณีการชะลอการออมให้ช้าลง โดยให้เริ่มออมตั้งแต่อายุ 25 ปี เป็นต้นไป และให้สิทธิการได้รับบำนาญเหมือนทางเลือกที่ 1 ทั้งนี้ภาระด้านเงินงบประมาณจะเหมือนทางเลือกที่ 1 แต่ได้เงินสะสมในกองทุนที่น้อยกว่า ดังนั้น การชะลอการออมจึงไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ประชากรมีอัตราเกิดลดลงและมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความมั่นคงทางการเงินจากทางเลือกทั้ง 3 แล้ว คณะผู้วิจัยเห็นว่าทางเลือกที่ 2 คือ รัฐจ่ายบำนาญสำหรับผู้สูงอายุเดือนละ 900 บาท เพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับสินค้าที่ไม่ใช่อาหารด้วย เช่น ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค โดยให้ออมเพิ่มขึ้นเป็นเดือนละ 150 บาท ซึ่งทางเลือกนี้ภาระด้านเงินงบประมาณจะอยู่ในช่วง 23,000–32,000 ล้านบาทซึ่งเป็นภาระงบประมาณเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.1 และสำหรับผู้ที่มีเงินเดือนจากงานประจำรัฐควรให้ความสำคัญกับการบังคับทำกองทุนสำรองเลี้ยงชีพภาคบังคับให้เกิดเป็นรูปธรรม เนื่องจากจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลผู้สูงอายุเป็นการสนับสนุนให้วัยแรงงานมีเงินออมไว้ใช้หลังเกษียณเกิดเป็นความมั่นคงด้านการเงินค่อนข้างสูง โดยลูกจ้างและนายจ้างจ่ายสมทบเดือนละ 3% ซึ่งน่าจะสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ประกันตนได้ว่ากองทุนจะยังอยู่รอดเมื่อถึงเวลาที่ตนจะได้รับประโยชน์จากระบบบำนาญ ในขณะที่ทางเลือกที่ 3 นั้นกองทุนจะขาดเสถียรภาพทางการเงินในอนาคต โดยมีสาเหตุหลักจากโครงสร้างประชากร นั่นเอง

บทที่ 5
ความมั่นคงและยั่งยืนของการจัดสวัสดิการ และบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระบบบริการสาธารณสุขในการจัดบริการสำหรับสังคมผู้สูงอายุ

จากปัญหาโครงสร้างประชากรไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2564 และจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 28 ในปี 2574 ซึ่งเรียกว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ Super Aged Society และผลจากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยพบว่าร้อยละ 85.3 เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม สามารถทำกิจวัตรประจำวันและเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้ ร้อยละ 0.9 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ส่งผลให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและมีความต้องการบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 อัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงานของประเทศไทย เป็น 24.6 เพิ่มขึ้นจากปี 2553 ที่มีอัตราพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงานเพียง 17.6 เกิดเป็นภาระงบประมาณในการให้บริการสุขภาพอีกทั้งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นเนื่องจากระบบการบริบาลระยะยาว (Long Term Care) ยังไม่เป็นระบบ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน สุขภาพไทย ได้รายงานว่า งบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงระยะยาวประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2558 – 2565[1]

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในบริการ ซึ่งจัดเป็นบริการที่ควรจะได้รับการพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดการบริหารจัดการระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก(WHO) พบว่า

1. ระบบการให้บริการ (Service Delivery)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีระบบการจัดการดูแล (Care Manager System) โดยให้ผู้จัดการ (Care Manager) ได้จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย ภายหลังการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) อย่างเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย พร้อมทั้งทำแบบบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

---

[1] สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2557

เพื่อความชัดเจนในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

การจัดบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันประจำตำบล ซึ่งผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการและบริหารจัดการระบบ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี จากการศึกษาพบว่ายังคงขาดการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ งบประมาณค่าอาหารกลางวันสำหรับผู้สูงอายุคงไม่ได้รับการจัดสรรซึ่งเป็นหนึ่งในสวัสดิการสังคม

การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดอันตรายที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุแต่ยังคงขาดงบประมาณในการบริหารจัดการ ในพื้นที่ โดยปัจจุบันการจัดการสิ่งแวดล้อมนี้เกิดจากการประสานความร่วมมือกับองค์กรภาคเอกชน

การบูรณาการรูปแบบและเครื่องมือในการดูแลเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดยังคงเป็นข้อจำกัด ซึ่งปัจจุบันมีกระจัดกระจายอยู่ในพื้นที่ทั้งแบบองค์กรและแบบบุคคลทั้งภายในและภายนอกพื้นที่อำเภอ ซึ่งรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพยังคงมีความต้องการสนับสนุนเรื่องการจัดการเชิงโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ภาระงานที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการประสานและพัฒนางานได้ดีมากขึ้น

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทหน้าที่ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. ผู้จัดการการดูแล(Care Manager)2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Worker) โดยบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มนี้ต้องผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า 70 ชั่วโมง และ 3. อาสาสมัครผู้ดูแล ซึ่งอาจไม่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุหรือได้รับการอบรมมาน้อยกว่า 70 ชั่วโมง โดยกรมอนามัยเป็นผู้ออกแบบหลักสูตรและจัดเปิดการฝึกอบรมให้กับบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) ซึ่งได้มีการปรับแบบฟอร์มแผนการดูแลมาหลายครั้งภาย หลังจากการนำไปใช้ ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขพยายามปรับปรุงให้เหมาะสม เกิดเป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system)

ขาดการบูรณาการระบบฐานข้อมูลและขาดผู้ที่ทำหน้าที่กับติดตามหรือประเมินผลจากการใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการนำข้อมูลไปใช้ยังเป็นการเน้นเชิงกระบวนการ มากกว่าการที่จะประเมินให้เห็นความก้าวหน้าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงที่สามารถเชื่อมโยงกระบวนการพัฒนาที่ผ่านมากับผลที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างชัดเจน ข้อเสนอแนะสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ การบูรณาการระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุและควบคุมมาตรฐานการนำข้อมูลไปใช้ภายใต้หลักการสิทธิมนุษยชน

4. เทคโนโลยีและอุปกรณ์ (Technology)

หน่วยงานต่างมีการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแต่ยังไม่มีการบูรณาการแนวทางเพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้องค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกระจัดกระจาย อีกทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุยังเข้าถึงองค์ความรู้เหล่านี้ได้ยาก

5. การเงินการคลัง (financing)

แหล่งงบประมาณมาจากหลายภาคส่วนภายใต้กลไกการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งยังไม่มีการประเมิน ควบคุมกำกับติดตามประสิทธิภาพการใช้งบประมาณเหล่านี้ อีกทั้งความไม่ชัดเจนในโครงการใช้งบประมาณส่งผลให้หน่วยงานไม่เบิกจ่ายงบประมาณ สะท้อนถุงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัคร ซึ่งจะส่งผลให้ไม่เกิดความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้ต่อไปในอนาคต

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership & governance)

การกำหนดนโยบายและสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุเกิดจากภาครัฐ ภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุซึ่งไม่สะท้อนความต้องการระบบสวัสดิการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าด้วยโครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมเมืองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพังเพิ่มขึ้นจากบุตรหลานทำงานนอกบ้าน อีกทั้งโรคประจำตัวและภาวะสุขภาพที่มีจากความเสื่อมของร่างกายล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น จำเป็นที่ต้องพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อให้ประเทศไทยเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในปี 2564

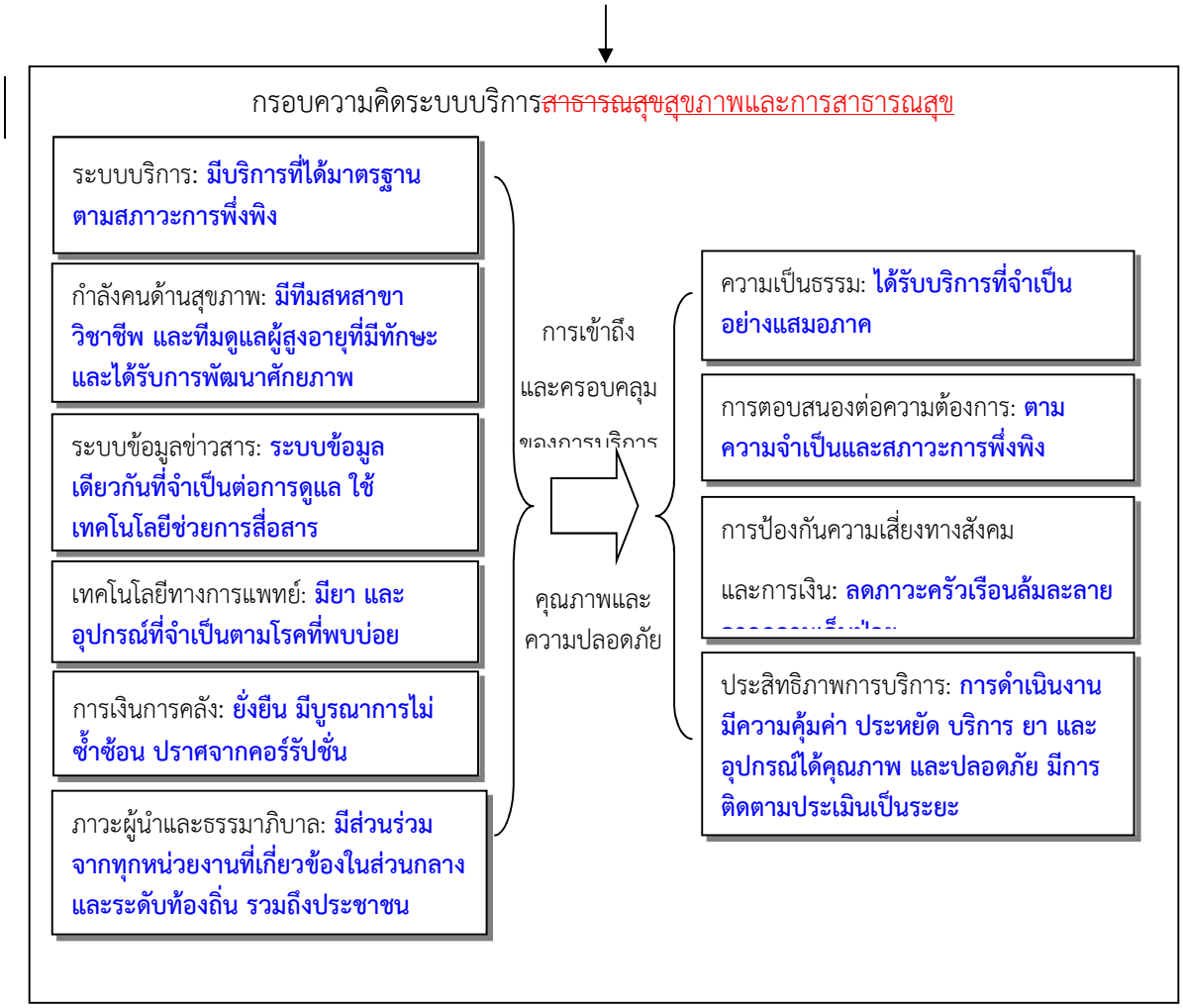
ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้วย SWOT Analysis วิเคราะห์สถานการณ์ระบบกลไกและโครงสร้างสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ ผลดังนี้

Strengths	1. สังคมไทยมีลักษณะเป็นสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันสูง 2. ชุมชนและครอบครัวยังมีความเข้มแข็งมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกภายในครอบครัวและชุมชนเอง 3.ประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครครอบครัวและอาสาสมัครอื่นจำนวนมากและกระจายอยู่ในพื้นที่ทั่วประเทศ 4. การดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจหลักของครอบครัว
Weaknesses	1. ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้น จากค่ายาและการบริการที่เพิ่มขึ้นซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้น

	2. แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 8.6 ในปี 2554[2]
	3. การช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นสวัสดิการทางสังคมเพียงชั่วคราว ไม่ใช่การจัดสวัสดิการอย่างต่อเนื่อง
	4. การจัดตั้งสถานบริบาลผู้สูงอายุของรัฐ รับเฉพาะผู้สูงอายุที่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ยังขาดระบบบริการกึ่งเฉียบพลันหรือการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)
	5. ระเบียบการใช้งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุไม่ชัดเจน ทำให้หน่วยงานไม่กล้าเบิกจ่ายงบประมาณในการจัดบริการ
Opportunities	1. มีสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
	2. มีนโยบายและกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการจัดระบบบริการสาธารรสุขสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว
	3. มียุทธศาสตร์การบิหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
	4. มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
Threats	1. จากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 โดยกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95 หรือ 9.2 ล้านคนป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10 โรคเข่าเสื่อมร้อยละ 9 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 1 และผู้พิการร้อยละ 6 ในจำนวนนี้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เพียงร้อยละ 57[3]

ผู้วิจัยได้นำหลักบริหารจัดการระบบสุขภาพตามกรอบขององค์การอนามัยโรค (WHO) ซึ่งประกอบด้วยการจัดการด้า ความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศระบบการเงินและงบประมาณ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการได้สะดวก ครอบคลุม มีคุณภาพและความปลอดภัย ตลอดจนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง ด้วยประสิทธิภาพของการบริการและความมั่นคง ต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนของระบบบริการ มาเป็นหลักคิดในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

[3](กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556)



ภาพที่ 1

กรอบ WHO	บริการที่ควรจัดให้มี	บริการที่มีอยู่	ช่องว่าง การจัดบริการ
1. ระบบการให้บริการ (Service	1. ระบบการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น	1. ชมรมผู้สูงอายุ 2. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3. การเยี่ยมบ้านโดย	1. การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ยังปฏิบัติได้

กรอบ WHO	บริการที่ควรจัดให้มี	บริการที่มีอยู่	ช่องว่าง การจัดบริการ
Delivery)	ชมรมผู้สูงอายุ 2. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยจัดกิจกรรมการดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการแพทย์ เช่น การตรวจประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ 2. ด้านสังคม เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3. สถานบริบาลผู้สูงอายุ (Day Care)ในชุมชน 4. การปรับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 3. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุขและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ หรือซื้อบริการจากหน่วยบริการของรัฐหรือเอกชน เพื่อให้บริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	อาสาสมัคร 4. การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ 2.
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce)	1. กำหนดบทบาทหน้าที่ อัตรากำลัง ทักษะที่จำเป็น และคุณสมบัติของบุคคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจน ดังนี้ - ผู้จัดการการดูแล (Case Manager) - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) - อาสาสมัคร (Volunteer) - ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) - นักสังคมสงเคราะห์ / นักพัฒนา	1. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพอย่างชัดเจน 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุกำหนดและจัดฝึกอบรมโดยกระทรวงสาธารณสุข 3. มีทีมหมอครอบครัวในการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	1. ขาดการบูรณาการงานระหว่างกระทรวง ส่งผลให้บทบาทการทำงานของบุคลากรเป็นแบบแยกส่วน 2. ขาดการมีส่วนร่วมขององค์กรในพื้นที่ในการร่วมฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ดูแล 3. การกำหนดการเยี่ยมบ้านมักนำด้วยภาวะสุขภาพเป็นเป้าหมาย

กรอบ WHO	บริการที่ควรจัดให้มี	บริการที่มีอยู่	ช่องว่าง การจัดบริการ
	ชุมชน - สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ 2. จัดระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับรองหลักสูตร 3. สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพชมรมจิตอาสาต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สภาเด็กและเยาวชน ให้มีบทบาทในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		มากกว่าสูงอายุ 4. การดำเนินงานของชมรมมักเป็นกิจกรรมสันทนาการมากกว่าการเข้าร่วมพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system)	1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน โดยบูรณาการฐานข้อมูลระหว่าง ทะเบียนราษฎร์ข้อมูลสุขภาพและอื่นๆที่จำเป็นสำหรับการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสาธารณสุขและด้านสังคม พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของระบบข้อมูลภายใต้สิทธิส่วนบุคคล เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. มีแผนที่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโดยระบุแหล่งที่พักอาศัย โรคประจำตัว เพื่อประกอบการจัดบริการด้านสาธารณสุขเพื่อการช่วยเหลือยามฉุกเฉิน	1. มีระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขแต่ยังไม่ครอบคลุม ถูกต้องและทันสมัยต่อการจัดบริการ	1.ยังไม่มีการบูรณาการข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ได้ ไม่ชัดเจน ใช้ประโยชน์ได้น้อย 2. การจัดทำแผนที่ชุมชนมักใช้โรคเป็นเป้าหมาย ยังไม่ให้ความสำคัญกับการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุ
4. เทคโนโลยีและอุปกรณ์ (Technology)	1. จัดให้มีแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุประเภทต่างๆ ในชุมชน (Community Care) สำหรับบุคลากร	1. มีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละหน่วยงาน 2. สังคมครอบครัวคงเป็น	1. ขาดการบูรณาการคู่มือให้เป็นแนวทางปฏิบัติดียวกัน

กรอบ WHO	บริการที่ควรจัดให้มี	บริการที่มีอยู่	ช่องว่าง การจัดบริการ
	ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการปรับปรุงคู่มือให้เป็นฉบับเดียวกัน 2. สนับสนุนให้มียานพาหนะรับ - ส่งที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3. สนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการสื่อสารเพื่อพัฒนาองค์ความรู้สำหรับผู้ดูแลและการช่วยเหลือฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ผ่าน Mobile phone เช่น application	จุดแข็งของการดูแลผู้สูงอายุ	2. ขาดการสนับสนุนการดูแลและบริการจากชุมชน
5. การเงินการคลัง (financing)	1. จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุโดยบูรณาการงบประมาณระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพ(สป.สช.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้มีการบริหารจัดการงบประมาณด้วยคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health system)พร้อมทั้งจัดทำทะเบียนรายการการใช้เงินให้ชัดเจนถูกต้องมีระเบียบรองรับ	1. มีงบประมาณจากหลายหน่วยงานจัดสรรลงพื้นที่เพื่อดูแลและจัดระบบบริการแก่ผู้สูงอายุ 2. มีอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะจิตอาสา	1. มีงบประมาณจัดสรรลงพื้นที่แต่ไม่ชัดเจนในระเบียบการใช้งบประมาณ 2. ขาดการบูรณาการงบประมาณ 3. การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นจิตอาสา ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายเป็นของผู้ดูแลทำให้ไม่ยั่งยืนในระบบ
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership & governance)	1. กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบวงจร โดยบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อเป็นการกระตุ้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน	1. แต่ละหน่วยงานมีการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ 2. การกำหนดนโยบายการดูแล สิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุมาจากส่วนกลาง	1. ขาดการบูรณาการการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในงานและสับสนในบทบาทหน้าที่ 2. การกำหนดนโยบายและสิทธิประโยชน์จาก

กรอบ WHO	บริการที่ควรจัดให้มี	บริการที่มีอยู่	ช่องว่าง การจัดบริการ
	2. มีคณะกรรมการผู้สูงอายุระดับชาติและจังหวัด ตามลำดับ เพื่อทำหน้าที่เสนอนโยบายสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ(standardbenefit package) ให้สอดรับกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการผู้สูงอายุระดับชาติ ดำเนินการออกกฎหมายหรือปรับระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการการบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารงบประมาณ การบริหารกองทุนและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ 4. สร้างความเข้มแข็งให้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประจำตำบล ซึ่งบูรณาการ ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกับชุมชน ชมรมต่างๆ ในด้านการส่งเสริม ป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ		ส่วนกลางทำให้ไม่ตอบสนองต่อปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่ การใช้งบประมาณไม่คุ้มค่า

สรุปและข้อเสนอแนะ

การออกแบบแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว โดยยึดกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นแนวทางในการกำหนดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ และทำการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การให้บริการทั้งด้านทรัพยากรสุขภาพ ได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล คุณภาพการให้บริการ ได้แก่ความเป็นธรรม การตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงินและประสิทธิภาพการบริการ ตลอดจนรูปแบบ โครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดระบบบริการในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด พบว่า การจัดระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยการจัดบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ยังคงขาดการจัดบริการสาธารณสุขระยะกลาง (Intermediate Care) ซึ่งผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญและโอกาสในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ในระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยนำเอาหลักการบริหารจัดการระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาเป็นองค์ประกอบหลักในการพัฒนาระบบงาน ได้ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ(Service Delivery)

1. จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยดังนี้

1.1 จัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับครอบครัว โดยการสนับสนุนสมาชิกครอบครัว(Family Members)ให้สามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง(Family Care Giver)ได้อย่างมีคุณภาพ มุ่งให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุให้กับสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

1.2 จัดระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับชุมชน (Community care) ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลโดย

- สำรวจและประเมินผู้สูงอายุ ประเภท สถานะ คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น สามารถกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาวในพื้นที่รับผิดชอบได้

-มีระบบการจัดการดูแล(Care management system) ประกอบด้วยผู้จัดการดูแล (Care Manager) ผู้ให้การดแลผู้สูงอายุ (Caregiver)ทีมสหวิชาชีพหรือทีมหมอครอบครัว(Family Care Team) โดยใช้แผนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย (Care Plan) เป็นเครื่องมือในการดูแล

1.3 จัดระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน(Home Health care)ตามแผนการดูแล (Care plan) ที่กำหนดโดยผู้จัดการดูแล (Care Manager)

1.4 จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบล (Day Care Center) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานและการบริหารจัดการศูนย์ฯ

2. จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ยืมอุปกณ์ที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ

3. มีการจัดระบบส่งต่อและให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ในสถานบริการบริการกับผู้จัดการดูแล และผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยการทำขั้นตอนการประสานงานและส่งต่อให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

1. กำหนดบทบาทหน้าที่ อัตรากำลัง ทักษะที่จำเป็นและคุณสมบัติของบุคคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจน ดังนี้

1.1 ผู้จัดการการดูแล (Care Manager)

- เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ประเมินสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและจัดทำแผนการดูแล(Care Plan) ให้ “คณะกรรมการ...”ประจำตำบล พิจารณาอนุมัติ
- มอบหมายให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) ปฏิบัติตามแผนการดูแลและให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ติดตามและประเมินผลการให้บริการการดูแลระยะยาว ตลอดจนทบทวนและปรับแผนการดูแล (Care Plan) รายบุคคล ให้เหมาะสม
- อัตรากำลังที่เหมาะสมของ ผู้จัดการการดูแล (Care Manager)

ในกรณีที่เป็นผู้จัดการการดูแลแบบไม่เต็มเวลา:

ผู้จัดการการการดูแล : ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง= 1 : 10-15 คน

ในกรณีที่เป็นผู้จัดการการดูแลแบบเต็มเวลา:

ผู้จัดการการการดูแล : ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง= 1 : 30-50 คน

- ทักษะที่จำเป็นของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) คือ มีพื้นความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารและการประสานงาน ความรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาผู้จัดการการดูแล(Care manager) ที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขมีความเข้าใจในชุมชนที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอย่างดีสามารถประสานความร่วมมือภาคส่วนต่างๆสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและร่วมมือกันในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ทั้งนี้ ระยะแรกควรเป็นข้าราชการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่าตอบแทนเป็นไปตามงบประมาณรายจ่ายด้านบุคคลากรที่รัฐกำหนด ความเพียงพอของอัตรากำลังขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละพื้นที่*(Full-time equivalent (FTE))*

1.2 *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)มีหน้าที่ :*

- *ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบล โดยปฏิบัติตามแผนการดูแล (Care Plan) ตามที่ผู้จัดการการดูแล(Care manager)มอบหมาย*
- *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)*1 *คน รับผิดชอบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง* 5 – 10 *คน*

(จากการเก็บข้อมูลทั้ง 5 พื้นที่*ต้นแบบ*พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อผู้รับบริการหนึ่งคนในระยะเวลาหนึ่งเดือนใช้เวลา 16.8 ชั่วโมง *)*

- ทักษะที่จำเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) : มีทักษะและความรู้พื้นฐานในการตรวจและดูแลสุขภาพ การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การนวดแผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)ที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข

*โดยให้*อาสาสมัคร*สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน* พัฒนา*ทักษะเป็น*ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver*)* โดยให้เป็นค่าตอบแทนหรือค่าเสียโอกาสตามภาระงาน และมอบหมายให้ดูแลเฉพาะในพื้นที่ของตนเองเท่านั้น

1.3 อาสาสมัคร(Volunteer) มีหน้าที่

- ให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เพื่อคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้คำแนะนำด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

- อัตรากำลังที่เหมาะสมของอาสาสมัคร(Volunteer)=1คน :10 - 15ครัวเรือน

1.4 ทีมหมอครอบครัว(Family Care Team) มีหน้าที่

- ให้บริการดูแลแบบูรณาการ ในบทบาททีมสหสาขาวิชาชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่บ้านตามที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล (Care Plan)ให้คำแนะนำในการจัดทำ/ปรับปรุง แผนการดูแล (Care Plan) แก่ Care manager อย่างเหมาะสม ติดตามประเมินอาการของผู้สูงอายุในชุมชนและส่งรับการรักษาต่อในกรณีที่จำเป็น

- อัตรากำลังที่เหมาะสมของทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) :

แพทย์ : *ประชากร* = 3:30,000 คน (ตามหลักการของ Primary Care Cluster)

1.5 นักสังคมสงเคราะห์และหรือนักพัฒนาชุมชน มีหน้าที่

- ช่วยเหลือด้านสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมสภาวะ ผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ *แก่*ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- อัตรากำลังที่เหมาะสมของนักสังคมสงเคราะห์และหรือนักพัฒนาชุมชน คือ 1-2 คนต่อตำบล

1.6 สมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ (Family Caregiver)

- เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ในการทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมอื่นๆ ตามที่กำหนดใน Care plan

2. การพัฒนาและการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนดหลักสูตรที่ควรได้รับการพัฒนาตามบริบทของพื้นที่และตรงกับสภาพปัญหาของประชาชน

2.1 การพัฒนาผู้จัดการการดูแล(Care manager) โดยมอบหมายให้เป็นบทบาทหน้าที่ของวิทยาลัยการสาธารณสุข/วิทยาลัยการพยาบาล /สถาบันการศึกษา ที่รับรองหลักสูตร โดยกระทรวงสาธารณสุข

2.2 การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) โดยมอบหมายให้เป็นบทบาทหน้าที่ของสถานฝึกอบรม /สถาบันการศึกษา ที่รับรองหลักสูตร โดยกระทรวงสาธารณสุข

3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information Technology)

1. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูล*ผู้สูงอายุ*ให้เป็นระบบข้อมูลเดียวกัน *โดยการบูรณาการระบบข้อมูลระหว่างกระทรวง ได้แก่ ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ฐานข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูลภายใต้สิทธิมนุษยชน*

2. *จัดทำแผนที่ชุมชนระบุตำแหน่งผู้สูงอายุ พร้อมโรคประจำตัว ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือและเตรียมระบบให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน*

4. *ระบบเทคโนโลยีและอุปกรณ์*(Technology)

1. *จัดให้มีแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*

2. *สนับสนุนให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร ผ่าน Mobile phone เช่น application*

5. การเงินการคลัง (Financing)

1. มีระบบการบูรณาการงบประมาณในการจัดบริการระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพ(สป.สช.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้มีการบริหารจัดการงบประมาณด้วยคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health system) พร้อมทั้งจัดทำทะเบียนรายการการใช้เงินให้ชัดเจนถูกต้อง มีระเบียบรองรับมีการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแต่ละประเภทบริการอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership & Governance)

1. กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการจัด ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบวงจร โดยบูรณาการการดำเนิน งานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อเป็นการกระตุ้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. มีคณะกรรมการผู้สูงอายุระดับชาติ*และจังหวัด ตามลำดับ เพื่อ*ทำหน้าที่เสนอนโยบายสิทธิประโยชน์*สำหรับ* ผู้สูงอายุ(standardbenefit package)ให้*สอดรับ*กับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการผู้สูงอายุระดับชาติ ดำเนินการออกกฎหมายหรือปรับระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการ การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารงบประมาณ การบริหารกองทุนและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

4. สร้างความเข้มแข็งให้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประจำตำบล ซึ่งบูรณาการ ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกับชุมชน ชมรมต่างๆ ในด้านการส่งเสริม ป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

การจัดกองทุนสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ มาตรา ๖๗(๖) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ[4] ต่อมา พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖มาตรา ๑๓ กำหนดให้มีการจัดตั้ง"กองทุนผู้สูงอายุ" ขึ้น ในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุน ผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง โดยกองทุนผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุ โดย กองทุนผู้สูงอายุ จัด เป็นกลไกสนับสนุนการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและมีพันธกิจที่สำคัญ คือ 1. ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ ความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรด้านผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรมคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุ 2. เสริมสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี และ3. พัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล[5]

จากการศึกษาในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด พบว่า บริการสวัสดิการที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นไปตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ในมาตรา 11 และบริการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ในชุมชนได้มากได้แก่ บริการด้านสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) ส่วนบริการที่เข้าถึงได้น้อยคือ บริการด้านข้อมูลข่าวสารสิทธิประโยชน์ ส่วนความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ คือการได้รับเบี้ยยังชีพที่ต้องการให้เพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นหลักประกันรายได้ที่มั่นคงที่สุดของผู้สูงอายุซึ่งสอดรับกับการศึกษาของพรพรม ไขชัยภูมิและภรณี ศิริโชติ ที่ศึกษาความต้องการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลโนนไทยต้องการได้รับสวัสดิการการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น จาก 500 บาทเป็นเดือนละ 1000 บาท6

ปัจจุบัน แหล่งงบประมาณที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุมาจากงบประมาณองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล หรือตำบล) กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) กระทรวงสาธารณสุข (ค่าใช้จ่ายของบุคลากรสาธารณสุข) กระทรวงพัฒนา

---

[4]พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลพ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมถึง ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2552, http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER13/DRAWER029/GENERAL/DATA0000/00000002.PDF

[5]กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, https://www.m.society.go.th/ewt_news.php?nid=11355 (เข้าถึงวันที่ 5 พฤษภาคม 2560)

[6]พรพรม ไขชัยภูมิและภรณี ศิริโชติ.ความต้องการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 28(1) ม.ค. – เม.ย. 54.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.

สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ค่าเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซม ปรับปรุงที่พักอาศัย) การใช้จ่ายงบประมาณผ่านกลไก การบริหารจัดการของรัฐที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนกลไกการดำเนินงานของรัฐตั้งแต่การประเมินผู้สูงอายุ จนกระทั่งการรับผู้สูงอายุเข้าสถานสงเคราะห์ที่ยังขาดมาตรฐานและความเป็นธรรมสำหรับผู้สูงอายุ7ทำให้ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่แท้จริง อีกทั้งรัฐยังขาดการประเมิน ควบคุมกำกับติดตามแผนงาน โครงการการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพซึ่งสะท้อนไปที่ผลการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพและเงินกองทุนหมู่บ้าน ดังนั้นการประสานและบูรณาการงบประมาณจะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะผู้รับผิดชอบการจัดบริการสวัสดิการสังคมตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ สามารถบริหารจัดการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมากที่สุดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผ่านคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหรือคณะกรรมบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพประจำอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการตลอดจนประเมินควบคุม กำกับการใช้งบประมาณที่มีคุณภาพเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละกระทรวงอย่างชัดเจน ทำให้มีการจัดการดูแลอย่างเป็นระบบบนพื้นฐานความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลสรุปจากการวิจัยชิ้นนี้ส่งผลให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ จำนวนบุคลากรและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสิ่งที่จำเป็น และในขณะเดียวกันควรมีการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพชมรมจิตอาสาต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สภาเด็กและเยาวชน ให้มีบทบาทในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อความยั่งยืน

2. ปัจจัยด้านผลลัพธ์การจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการสร้างความร่วมมือกับนานาชาติ ในการพัฒนา /ค้นหาโปรแกรม รูปแบบ ในการป้องกันภาวะ Geriatric Syndromes ในชุมชนการปรับปรุงแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุฯ ให้ดำเนินการเชิงรุกนอกสถานพยาบาลมากขึ้น โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

3. การเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้เกิดความเชี่ยวชาญในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้กับหน่วย งานผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นหน่วยงานในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูง อายุ และส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนร่วมมือกันดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้กลไกการบังคับใช้พระราชบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

---

[7] ระพีพรรณ คำหอมและคณะ. การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก. 2558.

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพไทย. (Online). Available: http://www.thaipvd.com/content_th.php?content_id=00037.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.(Online). Available: http://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=Test_Index_2014.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นของมนุษย์, กฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, (Online). Available: https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=3266.

_____, เอกสารความมั่นคงของมนุษย์ประเทศไทย ปี 2553. : แหล่งเข้าถึง https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=3677.

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และ สถิตพงศ์ธน วิริยะกุล (บก.), ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). 2552.

กันติกา ธนะขว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์ และ จามจุรีย์ ทนุรัตน์. การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (2554). หน้า 381-91.

นางสาวเกษมศรี ปูชนีย์วงศ์. การตระหนักรู้และพฤติกรรมการออมเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มบุคคลช่วงอายุระหว่าง 25-35 ปี. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2558.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545.

คณะทำงานจัดทำรายงาน. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. ใน ศ.เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล(บรรณาธิการ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2559.

คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. (Online). Available:http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20LTC%20.pdf

เงินบำนาญผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย. (Online). Available: https://www.humanservices.gov.au/customer/services/centrelink/age-pension.

เงินออมภาคบังคับประเทศออสเตรเลีย. (Online). Available: https://www.ato.gov.au /individuals /seniors-and-retirees/super.

ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552.

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. การคลังท้องถิ่น : รวมบทความวิจัยเพื่อเพิ่มพลังให้ท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พี.เอ. ลีฟวิ่ง, 2550.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบูรการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548.

แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (2552). ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันพัฒนาและวิจัยผู้สูงอายุ.

พรพรม ไขชัยภูมิและภรณี ศิริโชติ.ความต้องการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 28(1) ม.ค. – เม.ย. 54.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553. (Online). Available: http://www.dop.go.th/main/regulation_list.php?id=10

พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลพ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมถึง ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2552, (Online). Available: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER13/DRAWER029/GENERAL/DATA0000/00000002.PDF.

ไพจิตรา ล้อสกุลทองและดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์. การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.

ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23(2). 2557. น. 226-238.

ระบบบำนาญในประเทศญี่ปุ่น. (Online). Available: http://www.nenkin.go.jp/international/english/nationalpension/nationalpension.html.

ระบบบำนาญภาคบังคับในประเทศญี่ปุ่น. (Online). Available: http://www.nenkin.go.jp/international/english/healthinsurance/employee.html

ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552.

ระพีพรรณ คำหอมและคณะ. การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงรวมทั้งกลุ่มอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน กระทรวงสาธารณสุข, 29 ก.ย. 2559.

เล็ก สมบัติ. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัยในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร(บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545. หน้า6-17.

วรเวศน์ สุวรรณระดา และวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. สวัสดิการยามชราบำนาญแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์และผ่องพรรณ อรุญแสง. การสงเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังนานา, 2545. น.63-69.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. การถอดบทเรียนและสังเคราะห์ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสะโตร์คและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังนานา, 2558.

วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 9, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2549.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539. น.21.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก. 2557.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก. 2558.

สรุประบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสนับสนุนงบประมาณปี 2559. (Online). Available : http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2016/01%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%8759.pdf.

สวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย. (Online). Available : https://www.humanservices.gov.au/customer/services/centrelink/commonwealth- seniors-health-card

สวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา. (Online). Available : https://www.canada.ca/en/services /benefits/publicpensions/cpp/old-age-security.html และ https://www.canada.ca/en/services/benefits /publicpensions/cpp.html

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). 2553.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุและสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (2555). การประมาณการงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุและแหล่งที่มาของเงิน.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2559.

สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, (Online). Available: http://www.hiso.or.th/hiso/welcomeHISO/welcomHiso_1.php?from=1.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. (Online). Available: http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Key%20Statistics%20at%20National.aspx.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559). การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2558-2559, บทสรุปผู้บริหาร. (Online). Available: http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Key%20 Statistics%20at%20National.Aspx.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556. นนทบุรี : เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด. 2558

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เอกสารประกอบเล่ม 3 powerpoint presentation แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12. เอกสารประกอบการบรรยาย ณ กระทรวงสาธารณสุข. 17 ธันวาคม 2559.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาธร. เอกสารประกอบการบรรยาย ณ กระทรวงสาธารณสุข. 2558.

โสภณ เมฆธน, ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บรรยายเรื่อง “นโยบาย และแนวทางการดำเนินงานแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559”. ณ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 1 ตุลาคม 2558.

อภิชญา จิ๋วพัฒนกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ.วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา(สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). ปีที่ 3, ฉบับที่ 6(2011). น.178-194.

อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ถาวร สกุลพาณิชย์, สันติ ลาภเบญจกุล และ ดิชพงศ์ พงศ์ภัทรชัย (2557). ต้นทุนต่อวันสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 หน้า 344-54.

ภาษาอังกฤษ

Theodore H.Koff. Long – Term Care An Approach to Serving the Frail Elderly. Canada : Little, Brown $ Company, 1982. p.59-63

WHA 69.3. The global strategy and action plan on ageing and health 2020- 2030: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. 2016.

World Health Organization. Home-Based Long – Term Care, Report of a WHO Study group : Home – Based Long –Term Care. Geneva , 2000.

World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategy. 2010.

World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020): a framework for coordinated global action by the World Health Organization, Member States, and Partner across the Sustainable Development Goal. 2016.

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์

วัน เดือน ปีเกิด

การศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2529
- MASTER OF SCIENCE สาขา PUBLIC HEALTH IN DEVELOPING COUNTRIES LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE ประเทศอังกฤษ พ.ศ. 2538
- หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา แพทยสภา พ.ศ.2550
- หลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 18 สถาบันพระบรมราช-ชนก พ.ศ. 2545
- หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 59 สำนักงาน ก.พ. พ.ศ. 2551
- หลักสูตร Strategic Leadership of GMS Cooperation สถาบัน Asia pacific Development and Finance Center Shanghai, People's Republic of China
- หลักสูตรนักบริหารการเงินการคลังภาครัฐระดับสูง รุ่นที่ 1 กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง พ.ศ. 2557
- หลักสูตรการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยสำหรับนักบริหารระดับสูง รุ่นที่ 18 สถาบันพระปกเกล้า พ.ศ. 2558

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2538 : นายแพทย์ 8 วช ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 7 อุบลราชธานี
พ.ศ. 2545 : ผู้อำนวยการสำนักงาน(นายแพทย์9บส) สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 7 อุบลราชธานี
พ.ศ. 2551 – 2557 : รองอธิบดี (นักบริหาร) ระดับต้น กรมควบคุมโรค
11 พ.ย.2557 – 25 ต.ค.2558 : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
26 ต.ค.2558 – ปัจจุบัน : รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

ผู้วิจัย นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 59

ตำแหน่ง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัย โดยกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรป อเมริกาเหนือรวมถึงบางประเทศในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว (Population Reference Bureau, 2012) ในขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านด้านประชากร ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว สำหรับสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนนั้น ประเทศไทยจัดเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ โดยในระยะเวลาอีกไม่ถึง 10 ปี จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมดและในขณะเดียวกันประเทศกำลังพัฒนาก็เผชิญกับการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยเช่นกัน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจะทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ด้วยทั้งนี้เนื่องจากการสูญเสียทางด้านความสามารถของร่างกาย (ภาวะทุพลภาพ) ทั้งจากโรคและเงื่อนไขสุขภาพ[1]

---

[1] National Institute on Ageing, National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services, and WHO (2011). Global health and ageing

แผนภาพที่ 1-1 : ความเร็วของการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14

สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานผลการสำรวจพบว่า ในระยะ 20 ปี ระหว่างปี 2537 และปี 2558 จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 เป็น 15.5 ของประชากรทั้งประเทศ โดยร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดยังอยู่ในวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ดังแสดงในภาพที่ 2 นอกจากนี้ยังพบว่า ดัชนีการสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 22.6 เป็น 82.6 อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.6 เป็น 23.3 และอัตราส่วนเกื้อหนุนของคนวัยทำงานต่อผู้สูงอายุลดลงจากร้อยละ 9.3 เหลือ 4.5[i,ii] จากข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ซึ่งสถานการณ์นี้เป็นผลมาจากการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว และการลดลงอย่างต่อเนื่องของระดับการตายของประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน(Labor participation rate) ของประเทศลดลง และจะส่งผลต่อองค์ประกอบของการบริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากการบริโภคอุปโภคเพื่อการสังคมลดลงในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1-1: จำนวนและอัตราของผู้สูงอายุ

ปีที่สำรวจ	จำนวนผู้สูงอายุ	อัตราผู้สูงอายุ
2537	4,011,854	6.8
2545	5,969,030	9.4
2550	7,020,959	10.7
2554	8,266,304	12.2
2557	10,014,7055	14.9

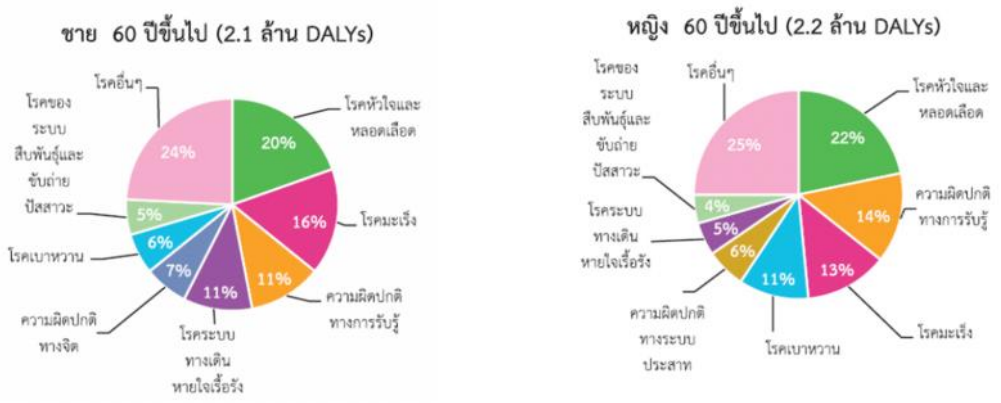
ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ภาพที่ 1-2 : ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มช่วงวัย พ.ศ.2557

ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557, สำนักงานสถิตแห่งชาติ.

เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแล้วพบว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสาเหตุหลักที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มความผิดปกติทางการรับรู้ ในขณะที่เพศหญิง ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคความผิดปกติทางการรับรู้ และกลุ่มโรคมะเร็ง ตามลำดับ (ภาพที่ 3) เมื่อพิจาณาโรคสำคัญ 3 อันดับแรก โดยรวมแล้ว ผู้สูงอายุไทยมีโรคซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด[iii] ซึ่งทำให้การบริโภคและใช้จ่ายภายในครัวเรือนด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากการให้บริการทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญยิ่ง สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2545 แต่จากการศึกษาการลดช่องว่างด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ: การส่งเสริมความเท่าเทียมด้านสาธารณสุขและการให้โอกาสทางสังคมในประเทศไทยของธนาคารโลก พบว่า ระบบขนส่งสาธารณะที่มีไม่เพียงพอและการขาดการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1-3: การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2556 จำแนกตามเพศและกลุ่มโรค



ที่มา : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556, สำนักงานพัฒนานโยบาย

สุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

เกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา องค์การระหว่างประเทศที่สำคัญซึ่งได้แก่ สหประชาชาติและหน่วยงาน/ โครงการในกำกับ เช่น โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nation Development Program, UNDP) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) โดยประเทศสมาชิกต่าง ๆ ตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศสมาชิก และให้ความสำคัญกับการเตรียมการและปรับปรุงระบบเพื่อรองรับผู้สูงอายุในทุกมิติตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข (well-being) มีสุขภาพดี (healthy ageing) และยังกระตือรือร้นแข็งขัน (active ageing) ซึ่งมิติดังกล่าวประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การทำงานและการยังชีพ การช่วยเหลือด้านกายภาพและจิตใจ ความมั่นคงด้านการเงิน สังคม วัฒนธรรม และด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยที่ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นเกี่ยวข้องอยู่กับ 15 ใน 17 เป้าหมายของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goal) เมื่อกล่าวถึงด้านสุขภาพนั้น ล่าสุดสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 69 ประเทศสมาชิกได้เห็นชอบต่อยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ เรื่อง ความสูงวัยและสุขภาพ (ageing and health) โดยมุ่งเน้นการทำงานและความร่วมมือกับหลากหลายภาคส่วน (multisectoral approach) และดำเนินการตลอดอายุ (life course approach) หรือจากครรภ์มารดาสู่เชิงตะกอน โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการ 10 ปี (ปี 2020-2030) ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกจะนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ประเมินและรายงานผลการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ ในสมัชชาอนามัยโลกครั้งต่อไปตามที่กำหนด โดยประเด็นสุขภาพนั้นมีความเชื่อมโยงกับมติสมัชชาที่สำคัญคือ ยุทธศาสตร์การป้องกันโรคเอ็นซีดี (Non-communicable Diseases, NCD) และการดูแลแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต (palliative care)[iv]

สำหรับประเทศไทยนั้น รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับเรื่องผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ในนโยบายต่าง ๆ รวมถึงร่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ซึ่งกล่าวถึงในยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ (ด้านทักษะการดำรงชีวิตส่งเสริมคนไทยมีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิต) โดยมีแผนที่สำคัญคือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย (พ.ศ.2554-2563) และจะเห็นได้ว่า มีหน่วยงานรัฐระดับกระทรวงที่เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานผู้สูงอายุ คือ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข[v]

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการบริการผู้สูงอายุตลอดมา ดังจะเห็นได้จาก นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเน้นเรื่องการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงและคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ และการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานทุกระดับทั้งการบริหารการเงินการคลัง การบริหารกำลังคน และการบริหารข้อมูลสุขภาพเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปสาธารณสุขและปฏิรูปประเทศเพื่อให้พลเมืองไทยมีสุขภาพแข็งแรง[vi]

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ และสังคมสูงอายุเป็นสภาวะที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ โดยมีปัจจัยในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสุขภาพเข้า

มาเกี่ยวข้อง และในทุกระดับทั้งระดับนานาชาติ และระดับประเทศให้ความสำคัญกับสังคมสูงอายุนี้ โดยกำหนดเป็นนโยบายบูรณาการในทุกมิติ และมีแผนปฏิบัติการอย่างชัดเจน ในด้านสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า ประชาชนไทยสูงอายุในขณะนี้ มีกลุ่มโรคเอ็นซีดีซึ่งต้องการบริการทางการแพทย์ และบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินสถานการณ์บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้นและสอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของประชาชนโดยรวมดังกล่าวแล้ว แม้ว่าจะมีหลาย ๆ หน่วยงานให้ความสนใจและดำเนินการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีความเปลี่ยนแปลงในทุกด้านยอย่างรวดเร็วทั้งในระดับนโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขเอง ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นประเมินระบบโดยจะใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (the WHO Health Systems Framework)[vii] ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ รวมถึงแผนและนโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ SWOT ทั้งนี้ เพื่อปรับปรุงระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่ดีขึ้นและรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรไทยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้านทรัพยากรสุขภาพ ได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล คุณภาพการให้บริการ ได้แก่ความเป็นธรรม การตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงินและประสิทธิภาพการบริการ ตลอดจนรูปแบบ โครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดระบบบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล การเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐและเอกชน เพื่อระบุประเด็นปัญหาในการให้บริการที่ควรได้รับการพัฒนา

2. เพื่อเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบการบริการทางด้านสุขภาพให้สอดรับกับความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ทั้งด้านทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนรูปแบบ โครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดระบบบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล การเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากร และศักยภาพการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในสถานบริการภาครัฐ ภายใต้ระบบสารสนเทศทางสุขภาพที่มีในปัจจุบันร่วมกับการรวบรวมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจากหน่วยงานต่างๆ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กรอบความคิดระบบบริการสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก เพื่อเป็นข้อมูลและความรู้สำหรับการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกประเทศ โดยให้ความสำคัญกับเอกสารรายงาน การวิจัยในระยะย้อนหลัง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี 2559- 2560)
2. วิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเพื่อกำหนดกรอบแนวทางการจัดระบบบริการ
3. ประชุมระดมความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุด้วย SWOT analysis
4. ร่างแนวทางการปรับปรุงการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กรอบการจัดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health Systems Framework)
5. จัดประชุมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานทuj เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ
6. เขียนรายงานผลการศึกษาและเผยแพร่ต่อสาธารณชน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลการให้บริการสามารถสะท้อนปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ได้เพียงการจัดบริการในภาครัฐเท่านั้นยังขาดในส่วนของปัญหาการให้บริการที่จัดโดยภาคเอกชน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์การให้บริการและการกระจายทรัพยากรสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุ ศักยภาพโรงพยาบาล คุณภาพมาตรฐานและความครอบคลุมในการให้บริการ เพื่อใช้ในการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม
2. มีข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียง ตลอดจนแนวทางการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ

คำจำกัดความ

สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง **สังคมที่มีประชากรอายุ** 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้น ไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นทีเดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป

กรอบความคิดระบบบริการสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก (six building blocks)	หมายถึง	ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึงความครอบคลุม คุณภาพ ความปลอดภัยและผลสัมฤทธิ์ที่มีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ปกป้องความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน พร้อมทั้งสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ 1. การให้บริการสุขภาพ 2. บุคลากรด้านสุขภาพ 3. สารสนเทศ 4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี 5. การเงิน และ 6. ภาวการณ์นำและการอภิบาล
การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ	**หมายถึง**	**การแบ่งช่วงอายุของวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่** 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)
ดัชนีการสูงอายุ	**หมายถึง**	อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ต่อเด็ก (อายุต่ำกว่า15 ปี) จำนวน 100 คน
อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ	**หมายถึง**	อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุระหว่าง 15-59 ปี) 100 คน
อัตราส่วนเกื้อหนุน	**หมายถึง**	อัตราส่วนคนวัยทำงานอายุ 15-59 ปีต่อผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงถึงศักยภาพของการเกื้อหนุนของจำนวนคนวัยทำงานที่จะเกื้อหนุนต่อผู้สูงอายุ

---

[i] สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.

[ii] สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559). การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2558-2559, บทสรุปผู้บริหาร.

[iii] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2558). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556.

[iv] WHA 69.3 (2016). The global strategy and action plan on ageing and health 2020-2030: towards a world in which everyone can live a long and healthy life.

[v] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559). เอกสารประกอบเล่ม 3 powerpoint presentation แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12.

[vi] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2558). นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาธร.

[vii] World Health Organization (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategy.