

การสังเคราะห์องค์ความรู้

เพื่อจัดทำข้อเสนอ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

และ

การสร้างหลักประกันสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุไทย

บรรณาธิการ

วรรณภา ศรีรัญรัตน์
ผ่องพรรณ อรุณแสง

พ
160
๒๕๕๓
๒๕๕๕
ค ๒



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การสังเคราะห์องค์ความรู้

เพื่อจัดทำข้อเสนอ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและ
การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

บรรณาธิการ

วรรณภา ศรีธัญรัตน์

ผ่องพรรณ อรุณแสง



การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

ISBN 974-329-043-5

บรรณาธิการ วรรณภา ศรีธัญรัตน์
ผ่องพรรณ อรุณแสง

พิมพ์ครั้งที่ 1 2545

จำนวน 500 เล่ม

ราคา 180 บาท

พิมพ์ที่ หจก.โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา
232/199 หมู่ 6 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. 0-4332-8589-91 โทรสาร 0-4332-8592

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

ข้อมูลการลงรายการบรรณานุกรมสิ่งพิมพ์

วรรณภา ศรีธัญรัตน์

การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลัก
ประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย / วรรณภา ศรีธัญรัตน์ หัวหน้าโครงการวิจัย, ผ่องพรรณ
อรุณแสง ... [และคนอื่น ๆ] ผู้ร่วมวิจัย : บรรณาธิการ วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ
อรุณแสง. - พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา, 2545

136 หน้า

1. ผู้สูงอายุ - - สุขภาพและอนามัย - - วิจัย 2. สุขภาพ - - วิจัย 3. การปฏิรูประบบบริการ
สาธารณสุข - - ไทย. (1) ผ่องพรรณ อรุณแสง, บรรณาธิการ

RA 777.6 ว255

ISBN 974-329-043-5

คำนำ

เอกสารนี้นำเสนอผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย ในกระบวนการสังเคราะห์นี้ได้มีการศึกษาวิเคราะห์การดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ 5 ประเทศ ที่คัดสรรคือ ประเทศ อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ และใช้ข้อมูลตรงจากประสบการณ์และแนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุมาทำให้การวิเคราะห์คมชัดยิ่งขึ้น การสังเคราะห์องค์ความรู้ครั้งนี้ ต้องการเสนอ บทเรียนรู้ของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพที่ได้จากประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทย เป็นฐานคิดที่นำไปสู่ ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

สำหรับข้อเสนอที่ได้มีความพยายามเสนอให้เป็นไปตามองค์ประกอบหลักของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นระบบและเห็นแนวทางในการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ อย่างไรก็ตามในการนำเสนอ บางประเด็นไม่อาจฟันธงชี้ชัดได้ ซึ่งเป็นความปกติของการนำเสนอในขณะที่มีการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์อยู่อย่างต่อเนื่อง แต่คณะผู้จัดทำเชื่อว่าข้อเสนอในเอกสารนี้ เป็นประโยชน์ เป็นทิศทางที่ควรเป็น และมีความเป็นไปได้ เพียงแต่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต้องสานต่อ ทำให้ชัดเจน และรวมพลังขับเคลื่อนให้เกิดขึ้น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่มีและจะมีส่วนร่วมให้งานสังเคราะห์นี้สำเร็จและนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยตามที่พึงประสงค์ ที่สำคัญคือขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้โอกาสคณะผู้ศึกษาได้พัฒนา ได้เรียนรู้ และได้มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ต่อวงการผู้สูงอายุไทย

คณะผู้ศึกษา

กันยายน 2545

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ค
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ช
Executive summary	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมา	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. ขอบเขตการศึกษา	2
4. วิธีการศึกษา	3
5. สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการใช้ผลการสังเคราะห์	3
บทที่ 2 บทเรียนรู้: ระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ	7
1. ภาพสถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ	9
1.1 วิกฤตการณ์ประชากรสูงอายุ	9
1.2 ภาพผู้สูงอายุ : จุดร่วมและจุดต่าง	11
1.2.1 คุณภาพชีวิตและสุขภาพ : แนวคิดหลัก	11
1.2.2 ผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ	13
2. กลไกขับเคลื่อน	21
2.1 กลไกการเมือง	21
2.2 กลไกความรู้	31
2.3 กลไกสังคม	34
2.3.1 องค์การภาครัฐ : รูปแบบแยกส่วนสู่การบูรณาการ	34
2.3.2 องค์การภาคเอกชนและประชาชน : การมีส่วนร่วมและกระจายอำนาจ	36
2.3.3 การรวมพลังขับเคลื่อน	37
3. ระบบบริการสุขภาพ	39
3.1 แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	39
3.2 ระบบบริการสุขภาพหลัก	40
3.3 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศต่าง ๆ	42
3.3.1 Aged Care System	42
3.3.2 Long Term Care System	44
3.3.3 Long Term Care Services	46

3.3.4 National Service Framework for Older People	51
3.4 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย	54
3.4.1 การบริการสุขภาพ	55
3.4.2 การบริการสังคม	60
3.4.3 องค์การผู้สูงอายุ	65
3.4.4 ผู้ดูแล	69
4. หลักประกันสุขภาพ	72
4.1 แนวคิดหลัก :สวัสดิการสังคมและความมั่นคงทางสังคม	72
4.2 หลักประกันสุขภาพและหลักประกันความมั่นคงทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุประเทศต่าง ๆ	73
4.2.1 หลักประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ : การประกันการดูแลระยะยาว	74
4.2.2 หลักประกันด้านรายได้ : การออมโดยบังคับ - สมัครใจ และการสนับสนุนจากรัฐ	77
4.2.3 หลักประกันด้านการทำงาน : การจ้างงานผู้สูงอายุและยืดอายุการเกษียณ	79
4.2.4 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม : aging friendly society	80
4.2.5 หลักประกันด้านความปลอดภัยและพิทักษ์สิทธิ : ต้องการองค์กรเฉพาะ	82
4.2.6 หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร : บริการหลากหลาย สื่ออินเทอร์เน็ตมากขึ้น	84
4.2.7 หลักประกันด้านการพัฒนาผู้สูงอายุ : ปรับทัศนคติและสร้างวัฒนธรรม วิถีสุขภาพ	85
4.2.8 หลักประกันด้านผู้ดูแล : ความจำเป็นในอนาคต	86
4.3 หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย	88
4.3.1 หลักประกันด้านสุขภาพ: ยังไม่มีหลักประกันเฉพาะผู้สูงอายุ	88
4.3.2 หลักประกันด้านรายได้ : ไม่ครอบคลุม และขาดการเตรียมการ	89
4.3.3 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม : ยังไม่สนองตอบความต้องการที่แท้จริง	91
4.3.4 หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน : ต้องเร่งสร้าง	91
4.3.5 หลักประกันด้านผู้ดูแล: จำเป็นและต้องมีมาตรฐาน	92
4.3.6 หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร : ไม่ทันการณ์และเข้าไม่ถึง	92
บทที่ 3 สรุปบทเรียนรู้และข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย	95
สรุปบทเรียนรู้	96
1. ภาพสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย: แนวโน้มวิกฤตและทุกข์ภาวะเพิ่มขึ้น	96
2. กลไกขับเคลื่อนไทยยังขาดประสิทธิภาพ	97
3. ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ	98
4. หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	100
ข้อเสนอ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์	100
1. แนวคิดหลักของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	101
2. ระบบบริการ(เฉพาะทาง)สำหรับผู้สูงอายุ และระบบบริการการดูแลระยะยาว	101

3. รูปแบบของระบบบริการสุขภาพ(เฉพาะทาง)สำหรับผู้สูงอายุ	102
4. แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	102
5. กรอบมาตรฐานการบริการสุขภาพและการสร้างความมั่นคง ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	106
6. ชุดบริการและประกันสุขภาพหลักสำหรับผู้สูงอายุ	106
7. การควบคุมคุณภาพสถานบริการและการบริการผู้สูงอายุ	107
8. กำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	107
9. การเงินการคลังด้านสุขภาพ	108
10. องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	109
ทิศทางสู่ความสำเร็จ	110
เอกสารอ้างอิง	113
ภาคผนวก	129
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	129
ข้อเสนอระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุไทย	130
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ	131
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา	132
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลีย	133
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น	134
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์	135
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย	136

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย และต่างประเทศที่คัดสรร คือ ประเทศ อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ร่วมกับนานาชาติคณะจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการและผู้แทนภาคประชาชน สรุปเป็นบทเรียนรู้เพื่อนำมาสู่ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในเอกสารนี้

ผลการสังเคราะห์ชี้ว่า ภาพสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มวิกฤตและทุกขภาวะเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ แม้จะเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุภายหลังประเทศอื่น ๆ แต่ด้วยอัตราเร็วทำให้มีสถานการณ์ใกล้เคียงกับประเทศอื่น ๆ ภายในเวลาอันสั้น ในอีก 20-30 ปีข้างหน้า จะมีภาวะวิกฤตในทุกประเทศที่ศึกษารวมทั้งประเทศไทยด้วย ดังนั้นจึงต้องเร่งดำเนินการพัฒนาระบบบริการและสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับและเตรียมพร้อมต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้ ภาพผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศนั้น มีจุดร่วมที่แนวคิดด้านสุขภาพจะมีความเป็นองค์รวมมากขึ้น แต่มีจุดต่างด้านดัชนีชี้บ่งภาวะสุขภาพที่ใช้วัดทำให้ได้ภาพสะท้อนของผู้สูงอายุที่เหมือนและแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศ

กลไกขับเคลื่อน ปรากฏชัดเจนว่ายุทธศาสตร์สามเหลี่ยมของไทยยังไม่สามารถเชื่อมบูรณาการของงานด้านผู้สูงอายุไทยได้ ด้วยยังมีจุดอ่อนด้านกลไกขับเคลื่อน โดยเฉพาะกลไกกลาง และกลไกการเมืองยังขาดประสิทธิภาพ แม้กลไกวิชาการจะมีความเข้มแข็ง และกลไกสังคมเริ่มมีพลังขับเคลื่อน แต่ยังไม่เพียงพอที่จะประสานให้เกิดการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพได้ การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงต่าง ๆ ในขณะนี้ กลับมีแนวโน้มแยกส่วนงานด้านผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะทำงานด้านผู้สูงอายุยังเป็นงานฝากหรือแฝงต่อไปอีก และอาจเกิดความชะงักงันของงานด้านผู้สูงอายุอย่างมากอีก และเมื่อเหลียวมองนานาชาติที่ศึกษา จะเห็นว่ามีกลไกหลักที่เข้มแข็งแตกต่างกัน คือ ประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ทุกกลไกต่างมีความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนสามเหลี่ยมทุกด้าน โดยมีกลไกการเมืองเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ประเทศญี่ปุ่นมีกลไกสังคมของหน่วยงานภาครัฐเป็นกลไกหลักที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนที่รวดเร็วทันการณ์ ประเทศสิงคโปร์ มีการแยกกระทรวงที่รับผิดชอบหลากหลาย จึงต้องอาศัยกลไกกลาง คือ Inter-Ministerial Committee (IMC) on the aging population เป็นกลไกหลักที่สำคัญ ร่วมกับกลไกอื่นที่เข้มแข็งทำงานด้านผู้สูงอายุขับเคลื่อนได้เร็ว สำหรับประเทศไทย ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันว่าต้องการกลไกกลางที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้นโยบายและแผนงานที่มีอยู่ นำสู่การปฏิบัติได้จริง

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย ได้รับอิทธิพลจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเช่นเดียวกับประเทศต่างๆ จากแนวคิดเดิมแบบรัฐอุปถัมภ์สู่แนวคิดการพึ่งพาตนเองและครอบครัวเป็นหลัก โดยมีชุมชนและรัฐเกื้อหนุน เพื่อแก้จุดอ่อนด้านการเงินการคลังของประเทศ มีการปรับแนวคิดด้านสุขภาพให้เป็นองค์รวม เน้นการสร้างนำซ่อมสุขภาพตามแนวทางของการปฏิรูประบบสุขภาพ มีทิศทางการขยายบริการสู่บ้านและในชุมชนมากขึ้น พร้อมกับมีการปฏิรูประบบบริการในสถาบัน เมื่อประเมิน

บริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ จะเห็นว่ายังไม่พร้อมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ ด้วยยังเน้นการดูแลในสถาบันและเป็นแบบเฉียบพลัน ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องการบริการทั้งสร้างและซ่อมสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวที่ยังมีน้อยและขาดการควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม ในต่างประเทศที่ศึกษา มีเพียงประเทศออสเตรเลียและญี่ปุ่นที่ได้พัฒนาระบบบริการและประกันการดูแลระยะยาวที่ก้าวหน้ามาก ในขณะที่ประเทศอื่นๆ มีระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุรวมในระบบสุขภาพหลัก (ทั่วไป) สำหรับคนทุกวัย แต่ก็มีความชัดเจนในบริการสำหรับผู้สูงอายุ และมีความก้าวหน้ากว่าประเทศไทยมาก ในประเด็นการแยกระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุนั้น ผู้ทรงคุณวุฒิมีทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

การสร้างหลักประกันสุขภาพของทุกประเทศที่ศึกษา มีการปรับแนวคิดจาก “ระบบสงเคราะห์” สู่ “ระบบความมั่นคงทางสังคม” ให้อยู่ภายใต้การคลัง การเงินการคลัง แบบกองทุนรวมหรือกองทุนหลักประกันด้านต่าง ๆ มีสัดส่วนในการร่วมจ่ายเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพและสังคม โดยเน้นการสร้างหลักประกันด้านรายได้ หลักประกันด้านการทำงาน หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร หลักประกันด้านผู้ดูแลและการสนับสนุนครอบครัว สำหรับประเทศไทยเพิ่งเริ่มต้นสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมแต่ไม่จำเพาะต่อผู้สูงอายุ สำหรับหลักประกันด้านรายได้ต้องถือว่าอยู่ในสถานะต้องเร่งพัฒนา ในขณะที่พัฒนาหลักประกันด้านอื่นควบคู่กันไปด้วย

ผู้ศึกษาได้สรุปบทเรียนรู้ข้อเสนอบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ โดยมีองค์ประกอบในด้าน แนวคิดหลักของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เสนอรูปแบบ ระบบบริการ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ และระบบบริการการดูแลระยะยาวที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสองแนวทาง คือ รูปแบบที่เป็นบริการรวมในระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป) สำหรับคนทุกวัย และรูปแบบที่เป็นบริการแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ รวมบริการการดูแลระยะยาว ซึ่งมีแนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีหน่วยบริการผู้สูงอายุ (Aged care unit) เป็นจุดเชื่อมต่อ ระบบบริการสุขภาพหลัก และระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (การดูแลระยะยาว) ควรเพิ่มการจัดทำกรอบมาตรฐานการบริการสุขภาพและการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนขึ้น และเสนอแนวทางการจัดชุดบริการและประกันสุขภาพหลักสำหรับผู้สูงอายุ ที่จำเป็นและควรมี คือ ชุดบริการตรวจสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพ ชุดบริการและประกันการดูแลระยะยาว โดยรัฐต้องพัฒนากฎหมายเพื่อการควบคุมคุณภาพของสถานบริการและการบริการผู้สูงอายุ พัฒนากำลังคนด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ และด้านองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตามการดำเนินการต้องอาศัยเข็มทิศที่จะนำทางสู่ความสำเร็จ จึงจะสามารถนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมได้ โดยอาศัยโอกาสของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงของไทยนี้ ขับเคลื่อนการปฏิรูปงานด้านผู้สูงอายุให้เกิดมีระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ และสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยที่พึงประสงค์

Executive summary

A synthesis of knowledge about health service systems and health insurance for the elderly in Thailand, England, America, Australia, Japan, and Singapore has been made. Expert opinions from Thai policy makers to practitioners working for the elderly have been integrated as lessons learned, leading to recommendations for health service system and health insurance reform for the elderly in Thailand.

Results from the synthesis indicate a crisis situation for the aging population in Thailand. Even though the country has been slower in achieving an aged population, it has the fastest rate of growth compared to other countries studied. Within the next 20 to 30 years, all countries studied, including Thailand, are expected to experience a major crisis. It is thus necessary for Thailand to be prepared for a super-aging population in the near future. The scenario of elderly in Thailand and other countries indicates a move towards holistic health. The differences in health indicators used reflect the contexts of the countries.

There are mechanisms that drive policy implementation: the strategy of the triangle that moves a mountain does not work well in driving policy implementation for the Thai elderly due to the weaknesses of the components of the triangle, especially the political component. Although the knowledge-building component is strong and the social movement component is about to move, they are not powerful enough to work collaboratively and effectively to move policies for the elderly in Thailand. The structural reform of ministries has tended to separate work about the elderly into different clusters and ministries. This may cause obstacles to the continuation of this work. Lesson learned from other countries, such as Australia, UK, and the US suggest that all three components must be strong, while the political component leads the movement of the triangle. In Japan, the social movement component, especially in the government sector, is the most powerful in leading the movement of work for the elderly. Singapore has separate ministries that are responsible for the work for the elderly. Singapore needed a central mechanism, the Inter-Ministerial Committee (IMC), on the aging population to promote the work. Experts on the elderly agree that Thailand needs an effective central mechanism in order to promote work about the elderly.

The health service system for the elderly in Thailand as well as other foreign countries is influenced by national health care reform policy. Concepts of a welfare state have changed to self-reliance with family and government support to help solve the burden of national expenditure. Health care has moved towards holistic health, health promotion and home and community care. Institutional care reform (or residential care reform for the elderly) for all care homes and residential homes has been recommended.

Evaluation of health and social services for the Thai elderly suggests that Thailand is not ready to face the situation of an aging population. Health services are oriented to institution and

acute care based services. In fact, the elderly need both health promotion and medical care services. Long-term care is also limited and does not meet the standards of quality care or have appropriate controls. In Australia and Japan, long-term care services for the elderly are well developed and more advanced than in other countries studied. Whereas some elderly care services are integrated into the general health care system for all ages, there are some specific and special elderly care systems in some countries. Experts both agree and disagree with the concepts of having separate services or combining specific health services for the elderly.

The concepts used in the development of health insurance in all countries studied have moved from a welfare mentality to a social security ideology. Financial resource strategies for health and social insurance involve a central provident fund, health insurance fund and/or co-payment contributions. Social security policies in all the countries studied focus on employment, housing and environmental support, safety and human rights, information accessibility, and caregiver and family support policies. Universal health care insurance in Thailand has just started, but this is not specifically for elderly people. Income security must be implemented urgently while other social securities are also needed.

Lessons learned from this paper suggest desirable characteristics of a health service and health insurance system for the elderly in Thailand. Central conceptual components of a health service and health insurance system model for the elderly, and specialized long-term care needs for older people have been suggested. Two models have been proposed: 1) combining health care for the elderly and the general health care system; and 2) separate health care for the elderly or long-term care. An aged care unit was proposed to be a unit integrating health and social services for the elderly, including long-term care services. It should link the general health service system and the aged care or long-term care system. A standard framework for the health services and health security for the elderly in Thailand should be added and clearly stated. Guidelines for funding and implementing programs needed for health care service and health insurance have been recommended, such as a health screening package, a health promotion package, and a long-term care service for the elderly. The standards of care and quality control policies of health institutions should be developed.

A key for success is needed to give direction for health policy formulation and implementation. Using the opportunity of health care reform and structural re-organization of the ministries in Thailand, health service reform for the elderly can be adjusted powerfully and effectively. Reform of care for the aged and health insurance for the elderly in Thailand will become an ultimate and realistic goal.

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นก้าวอย่างใหม่ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องเกิดขึ้นในฐานะเป็นธรรมนูญแห่งสิทธิหน้าที่ในสุขภาพทั้งของบุคคล ชุมชน องค์กรป้องกัน เอกชน และของรัฐ การจะได้มาซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สังคมไทยต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพใหม่ โดยระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสุขภาพในเรื่ององค์รวม ด้วยความหมายนี้ ระบบสุขภาพจึงรวมไปถึงระบบจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบอาหาร ระบบยา ระบบเศรษฐกิจการค้า ระบบวิถีชุมชน ระบบการเมือง ระบบสังคม ระบบการศึกษา ระบบวัฒนธรรมฯ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพด้วย

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน กล่าวได้ว่าเป็นระบบบริการแบบแยกส่วน มองข้ามคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างมาก เป็นภาพของ “รักษาแต่ไข้ ไม่รักษาคน” ทำให้จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเร่งด่วน โดยเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ประเทศไทยได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 และมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนำร่องในหลายจังหวัด ซึ่งสามารถสรุปเป็นบทเรียน เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบต่อไป

ในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมีหลักฐานชัดเจนว่า จำนวนผู้สูงอายุไทยมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องอยู่ในภาวะจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวและสังคม อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังคงไม่มีสิทธิและโอกาสที่เท่าเทียมกันในการที่จะได้รับการคุ้มครองและไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพเพียงพอ ดังนั้นการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยและประเทศต่างๆ จึงเป็นหัวข้อหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ซึ่งนอกจากจะทำให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจน เพื่อทำความเข้าใจถึง สภาพบริบท ปัญหาและความต้องการ ตลอดจนจุดแข็งจุดอ่อนของสถานการณ์ที่เป็นอยู่ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศแล้ว ยังจะนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเพื่อการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคตด้วย นอกเหนือจากนี้ กระบวนการปฏิบัติงาน ในการสังเคราะห์องค์ความรู้นี้ยังเป็นโอกาสในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีปฏิรูประบบสุขภาพของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายด้วย

2. วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เพื่อให้ภาพสถานการณ์ และแนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ วิเคราะห์กลไกการขับเคลื่อนและสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเน้นความเป็นไปได้ของรูปแบบในการจัดบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย และสรุปข้อเสนอในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ด้านการจัดบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย

3. ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศที่คัดสรร ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศอังกฤษ และประเทศสหรัฐอเมริกา การเลือกศึกษาประเทศดังกล่าวนี้ เนื่องจากเป็นประเทศตัวแทนทางวัฒนธรรมและของทวีปในภูมิภาคต่างๆ ของโลก ซึ่งมีการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุในช่วงเวลาที่รวดเร็วและช้าแตกต่างกัน อีกทั้งเป็นประเทศที่มีการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุและมีข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษที่ประเทศไทยสามารถเรียนรู้ได้

โดยประเด็นการสังเคราะห์ในครั้งนี้ครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุและแนวโน้มนโยบายและกฎหมายสำคัญเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กร หน่วยงานต่างๆ ของประเทศไทย และต่างประเทศที่เลือกทำการศึกษา

4. วิธีการศึกษา

4.1 การประมวลผลข้อมูล จาก ตำรา วารสารวิชาการและวิจัย หนังสือพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จากแหล่งข้อมูลดังนี้คือ Library catalogue ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ **สิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ** งานวิจัยในประเทศไทย เช่น จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ จาก **อินเทอร์เน็ต**โดยผ่านทางเว็บไซต์ด้านผู้สูงอายุต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ

4.2 การสัมภาษณ์ กำหนดการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสิ้น 10 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) โดยพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิจากความ **เป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้มีประสบการณ์ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ** ทั้งในระดับนโยบายและแผนงาน ระดับปฏิบัติ ทั้งด้านการส่งเสริม การรักษาสุขภาพ ด้านสวัสดิการสังคม ครอบคลุมในส่วนภาครัฐ ภาคเอกชน องค์การเอกชน และภาคประชาชน และ/หรือ **เป็นนักวิชาการที่ทำการศึกษาวิจัยและบริการวิชาการด้านผู้สูงอายุ** การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒินั้น ทีมผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง โดยการนัดหมายล่วงหน้า ลักษณะคำถามการสัมภาษณ์มีประเด็นตาม ลักษณะความเชี่ยวชาญ และเป็นแบบเปิดกว้างให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการประมวลและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยใช้ตารางเปรียบเทียบข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ และใช้กรอบแนวคิดการสังเคราะห์ (ตามแผนภูมิ)

5. สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการใช้ผลการสังเคราะห์

ในกระบวนการศึกษาของทุกการศึกษา มีบางสิ่งที่มีอาจมีผลต่อความสมบูรณ์ของการสังเคราะห์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ตระหนักและดำเนินการสิ่งเหล่านั้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผลการสังเคราะห์สมบูรณ์ และยังประโยชน์มากที่สุด สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการใช้ผลการสังเคราะห์ในการศึกษานี้ คือ

5.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ การทบทวนใช้ข้อมูลทั้งจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากเอกสารการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศไทยมีเป็นจำนวนมากและมีการวิเคราะห์สังเคราะห์มาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยหลายสถาบันและกลุ่มคณะฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 เป็นต้นมา ด้วยมีการขานรับนโยบายขององค์การสหประชาชาติ และร่วมในการฉลองปีผู้สูงอายุสากล ค.ศ. 1999 ข้อมูลจากแหล่ง ทุติยภูมิเหล่านั้นได้ผ่านการสังเคราะห์ และครอบคลุมเอกสารที่เป็นแหล่งปฐมภูมิอยู่แล้ว

5.2 ด้านการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลในเวบไซต์ต่าง ๆ มีข้อจำกัดเรื่องความทันสมัยของข้อมูลที่ได้จากเว็บไซต์ ทั้งของประเทศไทยและของต่างประเทศ เนื่องจากข้อมูลของแต่ละประเทศมีการเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวตลอดเวลา เช่น ข้อมูลประเทศญี่ปุ่นเมื่อผู้ศึกษาหยุดทำการค้นคว้าเพื่อเริ่มเขียนรายงาน ปรากฏว่าสองหรือสามเดือนต่อมา มีการตีพิมพ์เอกสารล่าสุดออกมาเพิ่มเติม พบการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระทรวงที่สำคัญคือ มีการยุบรวมกระทรวงที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุสองกระทรวงเข้าด้วยกัน เป็นต้น ดังนั้นผู้อ่านควรทำความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตลอดเวลานี้ด้วยว่า ขณะที่ท่านอ่านเอกสารนี้ ข้อมูลบางส่วนอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้าง

5.3 ด้านการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามประสบการณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิและตามภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วมากเช่นกัน ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่ง ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุไว้และหลังจากท่านได้เข้าร่วมประชุมนานาชาติด้านผู้สูงอายุใน

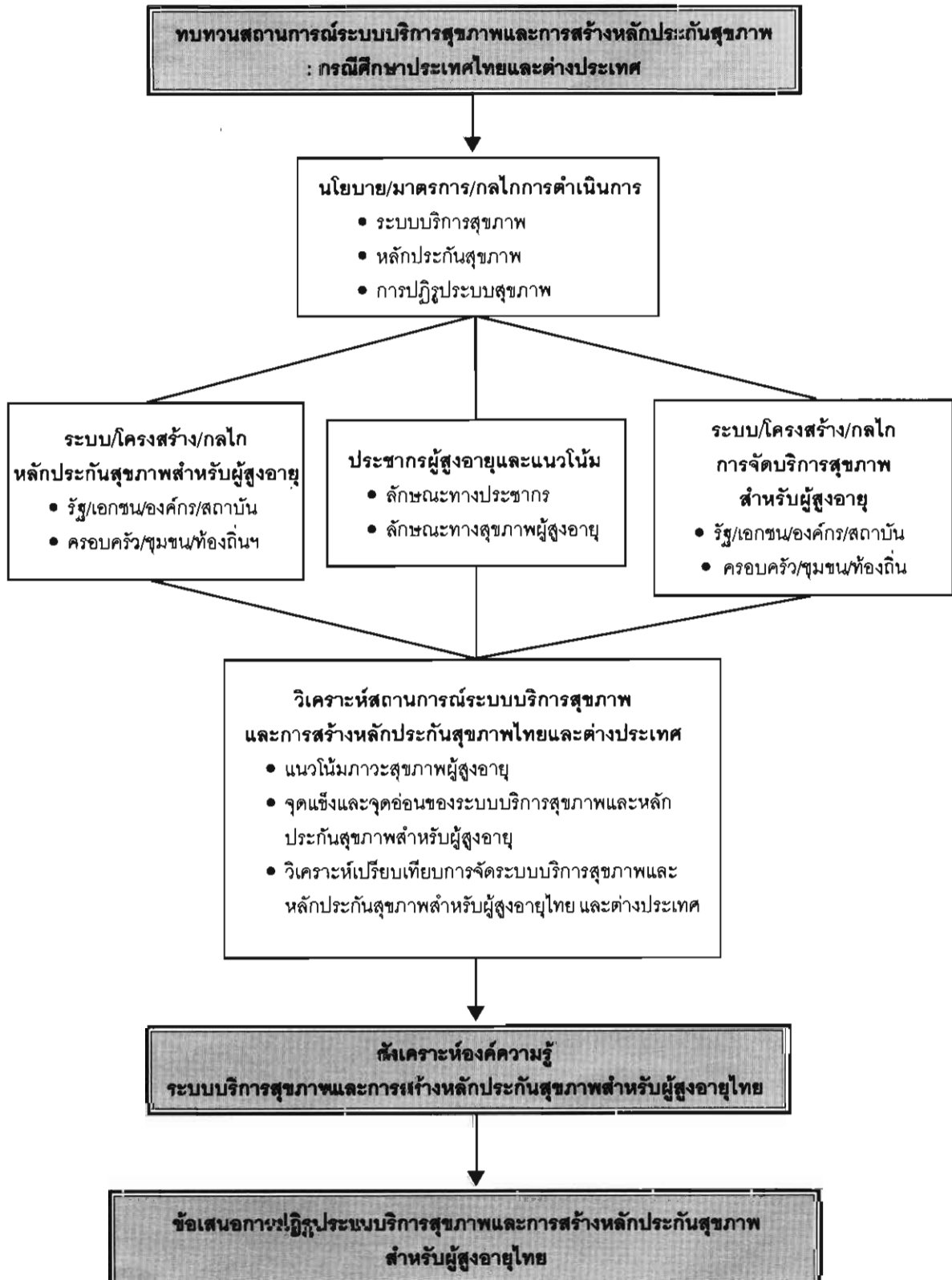
ต่างประเทศแล้ว ท่านได้แจ้งว่าแนวคิดบางส่วนได้เปลี่ยนไปจากเดิมจากประสบการณ์เข้าร่วมประชุมดังกล่าว นอกจากนี้ ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิของกรมประชาสัมพันธ์ ในช่วงที่กำลังพิจารณาอนาคต ว่าจะมีแนวโน้มในการสังกัดกระทรวงใด ภายหลังการปฏิรูประบบราชการของประเทศไทย อาจจะแตกต่างไปจากเดิม เมื่อมีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงกระทรวงที่สังกัดใหม่ได้ กว่าจะมีการพิมพ์เผยแพร่รายงานฉบับนี้

5.4 คำศัพท์ที่ใช้ของแต่ละประเทศ อาจไม่สามารถเทียบเคียงกันได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากความแตกต่างของการใช้คำในความหมายที่อาจแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศ เช่น การใช้คำ nursing home ของประเทศต่างๆ อาจมีลักษณะแตกต่างกัน ซึ่งปรากฏการณ์แบบ “apple and orange mixed” นี้ เป็นสิ่งที่พบได้ในการสังเคราะห์องค์ความรู้

5.5 การมีอคติด้านข้อมูล (publication bias) ด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลและเอกสาร อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากเอกสารที่ใช้มีความโน้มเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งมากเกินไป ข้อมูลของต่างประเทศที่นำมาสังเคราะห์เป็นข้อมูลจากเอกสารทางราชการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้มองว่าเป็นหลักการดำเนินงานที่ดี แต่ในทางปฏิบัติจริงแล้วอาจไม่ปรากฏผลดังที่วางแผนไว้ก็ได้ นอกจากนี้ **ความครอบคลุมของข้อมูลที่ได้จากต่างประเทศ** ผู้ศึกษาพยายามค้นคว้าให้ได้ครอบคลุมทุกด้านตามแหล่งสำคัญที่มีอยู่ในประเด็นที่ศึกษา แต่พบว่าในบางประเด็น ข้อมูลของบางประเทศไม่เด่นมากนัก อาจเนื่องจากการดำเนินงานของประเทศนั้นๆ ไม่มีการดำเนินงานส่วนนั้น หรือไม่มีการเผยแพร่ และแตกต่างจากประเทศอื่นๆ หรืออาจเนื่องจากไม่ได้ข้อมูลก็อาจเป็นได้

5.6 ข้อมูลการเปรียบเทียบ ข้อมูลของผู้สูงอายุประเทศต่าง ๆ เป็นข้อมูลของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี แต่ประเทศไทยข้อมูลของผู้สูงอายุใช้ 60 ปีขึ้นไป ดังนั้นในการเปรียบเทียบระหว่างประเทศในบางส่วนที่ต้องใช้ข้อมูลที่มีอยู่ จึงเป็นการเปรียบเทียบผู้สูงอายุตามข้อมูลของประเทศนั้น นอกจากนี้ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างประเทศต่าง ๆ ได้ ผู้ศึกษาจึงเลือกที่จะใช้ ปี ค.ศ. แทนการใช้ปี พ.ศ.

**กรอบแนวคิดการสังเคราะห์องค์ความรู้ :
การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ**



บทที่ 2

บทเรียนรู้ : ระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ

ภาพสถานการณ์ผู้สูงอายุ กลไกที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศที่คัดสรร คือ ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ รวมถึงนันททัศนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการศึกษานี้ จะประมวลประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาเพื่อการดำเนินการให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิต การเรียนรู้ประสบการณ์การรับมือของประเทศต่างๆ จะเป็นต้นทุนที่ดีในการดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

1. ภาพสถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1 วิกฤตการณ์ประชากรสูงอายุ

1.2 ภาพผู้สูงอายุ: จุดร่วมและจุดต่าง

1.2.1 คุณภาพชีวิตและสุขภาพ: แนวคิดหลัก

1.2.2 ผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ

2. กลไกขับเคลื่อน

2.1 กลไกการเมือง

2.2 กลไกความรู้

2.3 กลไกสังคม

2.3.1 องค์การภาครัฐ: รูปแบบแยกส่วนสู่การบูรณาการ

2.3.2 องค์การภาคเอกชนและประชาชน: การมีส่วนร่วมและกระจายอำนาจ

2.3.3 การรวมพลังขับเคลื่อน

3. ระบบบริการสุขภาพ

3.1 แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

3.2 ระบบบริการสุขภาพหลัก

3.3 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศต่างๆ

3.3.1 Aged Care System

3.3.2 Long Term Care System

3.3.3 Long Term Care Services

3.3.4 National Service Framework for Older People

3.4 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

3.4.1 การบริการสุขภาพ

3.4.2 การบริการสังคม

3.4.3 องค์การผู้สูงอายุ

3.4.4 ผู้ดูแล

4. หลักประกันสุขภาพ

4.1 แนวคิดหลัก:สวัสดิการสังคมและความมั่นคงทางสังคม

4.2 หลักประกันด้านสุขภาพและหลักประกันความมั่นคงทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุประเทศต่าง ๆ

4.2.1 หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ: การประกันการดูแลระยะยาว

4.2.2 หลักประกันด้านรายได้: การออมโดยบังคับ-สมัครใจ และการสนับสนุนจากรัฐ

4.2.3 หลักประกันด้านการทำงาน: การจ้างงานผู้สูงอายุและยืดอายุการทำงาน

4.2.4 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม: aging friendly society

4.2.5 หลักประกันด้านความปลอดภัยและพิทักษ์สิทธิ: ต้องการองค์กรเฉพาะ

4.2.6 หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร: บริการหลากหลายสื่ออินเทอร์เน็ตมากขึ้น

4.2.7 หลักประกันด้านการพัฒนาผู้สูงอายุ: ปรับทัศนคติ และสร้างวัฒนธรรม วิถีสุขภาพ

4.2.8 หลักประกันด้านผู้ดูแล: ความจำเป็นในอนาคต

4.3 หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

4.3.1 หลักประกันด้านสุขภาพ: ยังไม่มีหลักประกันเฉพาะผู้สูงอายุ

4.3.2 หลักประกันด้านรายได้: ไม่ครอบคลุม และขาดการเตรียมการ

4.3.3 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม: ยังไม่สนองตอบความต้องการที่แท้จริง

4.3.4 หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน: ต้องเร่งสร้าง

4.3.5 หลักประกันด้านผู้ดูแล: จำเป็นและต้องมีมาตรฐาน

4.3.6 หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร: ไม่ทันการณ์และเข้าไม่ถึง

1. ภาพสถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1 วิฤตการณ์ประชากรสูงอายุ

ในศตวรรษที่ 21 นานาประเทศรวมทั้งประเทศไทยต่างพาเหรดเข้าสู่วิฤตการณ์ประชากรสูงอายุ ดัชนีชี้บ่งภาวะวิฤตนี้ คือ ภาวะประชากรสูงอายุ หรือ การมีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ และความเร็วหรือเวลาที่ใช้ในการเพิ่มประชากรสูงอายุเป็นสองเท่าตัว (จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14) ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ในปัจจุบันต่างอยู่ใน สภาวะประชากรสูงอายุ⁽²⁾ คาดว่าประเทศสิงคโปร์และประเทศไทย จะเข้าสู่ภาวะวิฤตนี้ในปี ค.ศ. 2020⁽³⁾ (ตารางที่ 1)

ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มจากร้อยละ 7 (ในปี ค.ศ. 1987) เป็นร้อยละ 14 ราวปี ค.ศ. 2017⁽⁴⁾ หรือใช้เวลา 32 ปีในการเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบระยะเวลาในการเพิ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทยกับประเทศอังกฤษที่ใช้ฐานข้อมูลประชากร 60 ปีขึ้นไป วิฤตสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยจะหนักขึ้นอีก เมื่อได้ภาพว่าการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุเป็นสองเท่าอย่างประเทศไทยเผชิญอยู่นี้ ประเทศอังกฤษใช้เวลานานถึงกว่า 100 ปี (ค.ศ. 1835-1942 หรือ 107 ปี)⁽⁴⁾ หรือนานกว่าประเทศไทยถึง 3 เท่า ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยไม่เพียงแต่จะเข้าภาวะวิฤตในไม่ช้านี้ แต่ยังมีเวลาที่สั้นมากในการเตรียมการรับมือกับการขยายตัวอย่างมากของภาวะวิฤตการณ์ผู้สูงอายุด้วย.

สถานการณ์เช่นนี้คล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่น ที่มีระยะเวลาการเพิ่มประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ค่อนข้างสั้นหรือเร็ว คือ 26 ปี⁽⁵⁾ ประเทศสิงคโปร์คาดว่าจะเร็วกว่าอีก คือ ประมาณ 17 ปี^(6,7) ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียใช้เวลานานประมาณ 72 และ 60 ปีเศษตามลำดับ^(8,9) ซึ่งให้ภาพว่าประเทศในแถบเอเชีย อัตราการเพิ่มประชากรสูงอายุจะเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก

ในปี ค.ศ. 2000-01 เมื่อคิดผู้สูงอายุที่ 65 ปีขึ้นไป ประเทศญี่ปุ่นอยู่ขั้นวิฤตสูงสุด คือมีประชากรสูงอายุร้อยละ 17.2 ของประชากรทั้งหมด รองลงไปคือ อังกฤษ (ร้อยละ 16) สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 13) ออสเตรเลีย (ร้อยละ 12) สิงคโปร์ (ร้อยละ 7) และประเทศไทย (ร้อยละ 6)⁽²⁾ แม้ประเทศทางแถบเอเชียจะเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุภายหลังประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย แต่มีอัตราการเพิ่มเป็นเท่าตัวอย่างรวดเร็วภายในช่วงเวลาสั้นกว่ามาก ดังนั้นสัดส่วนผู้สูงอายุจึงใกล้เคียงกันในระยะเวลาต่อมา

ในอีก 20-30 ปีข้างหน้าหรือเมื่อถึงปี ค.ศ. 2030 จะเป็นปีวิฤตสูงสุดของทุกประเทศ โดยญี่ปุ่น จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) สูงสุด และใกล้เคียงกับประเทศอังกฤษ แม้เข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุหลังประเทศอังกฤษถึงร้อยละ 1 คือมีผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับ 1 ต่อ 3 คน รองลงไปคือ สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา (1 ต่อ 5 คน) โดยที่สิงคโปร์เข้าหลังอเมริกาถึงประมาณ 50 ปี และประเทศไทย (ประมาณ 1 ต่อ 8-10 คน)

ในบรรดาประเทศที่ศึกษา ประเทศญี่ปุ่นจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเร็วที่สุด คือจากสังคมที่มีผู้สูงอายุ 1 ต่อ 5 คน ของประชากรทั้งหมด เป็น 1 ต่อ 4 ในปี ค.ศ. 2020 และเป็น 1 ต่อ 3 ในปี ค.ศ. 2030 หรือจากภาวะ aging society (population) เป็น super aging society ในเวลาไม่ถึง 20 ปี ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกในประเทศเป็นอย่างมาก และอาจเป็นเหตุของการเกิด “care worn” ในครอบครัว⁽¹⁰⁾ แต่ก็ยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ประเทศมีการปฏิรูประบบบริการและประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างมากเช่นกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประชากรและแนวโน้มประชากรสูงอายุประเทศไทยและต่างประเทศ

ข้อมูล	อังกฤษ	อเมริกา (65 ⁺)	ออสเตรเลีย (65 ⁺)	ญี่ปุ่น (65 ⁺)	สิงคโปร์ (65 ⁺)	ไทย (65 ⁺)
ภาวะประชากรสูงอายุ (ความเร็วการเพิ่มประชากร สูงอายุ)	7%-14%(1930)* ปี 1835-1942(107ปี) ⁽⁴⁾	7%-14% ปี 1941-2023(72 ปี) ⁽⁷⁾	(4%-12%) (ปี 1901-1999) ⁽⁹⁾	7%-14% ปี 1969-1994 ⁽⁷⁾ (26 ปี)	7%-14% ปี 2000-2017 ⁽⁷⁾ (17 ปี) ⁽⁷⁾	7%-14% ⁽²⁾ ปี 2007-2029(22ปี) ⁽⁷⁾ ปี 1987-2017(32ปี)* ⁽⁴⁾
ประชากรรวมปี 2000/2001	60 ล้านคน ⁽²⁾	284.5 ล้านคน ⁽²⁾	19.4 ล้านคน ⁽²⁾	127.1 ล้านคน ⁽²⁾	4.1 ล้านคน ⁽²⁾	62.4 ล้านคน ⁽²⁾
ประชากรอายุ(65 ⁺ ปี)(60 ⁺ ปี) ปี 2000-01 จำนวน (ชายต่อหญิง)	16% ⁽²⁾ 10 ล้านคน ⁽²⁾ (0.71:1) ⁽¹²⁾	13% ⁽²⁾ 36.9 ล้านคน ^(2,8) (1:1.4)	12% ⁽²⁾ 2.3 ล้านคน ⁽²⁾ (0.78:1) ⁽¹³⁾	17% ⁽²⁾ 21.6 ล้านคน ⁽²⁾	(6%) ⁽²⁾ 246,000 คน ⁽²⁾	6% ⁽²⁾ /9.04%* ⁽¹⁴⁾ 3.7 ล้านคน ⁽²⁾ /5.6 ล้านคน* ⁽¹⁴⁾
ปี 2010/2011 (10 ปีต่อไป)	NA	13.2% ⁽⁸⁾ (39.7 ล้านคน) ⁽⁸⁾	16% (ปี 2016)	22% (1 ใน 5)	NA	11% ⁽¹⁵⁾
ปี 2020-21 (20-21 ปีต่อไป)	(12 ล้านคน)	16.5% ⁽⁸⁾ (53.7 ล้านคน) ⁽⁸⁾	18-19%	25% (1 ใน 4)	13.1% 529,000 คน	15% ⁽¹⁵⁾ (11 ล้านคน) ⁽¹⁴⁾
ปี 2030 (30 ปีต่อไป)	NA (1:3)	20% ⁽⁸⁾ (70.3 ล้านคน) ⁽⁸⁾ (1:5)	20% (1:5)	28% (32.7 ล้านคน) (1:3)	20% 796,000 ⁽⁷⁾ (1:5)	NA (1:8-10)
อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด (ปี 2000-01)						
รวม	77 ⁽²⁾	77 ⁽²⁾	79 ^(2,3)	81 ⁽²⁾	78 ⁽²⁾	72 ⁽²⁾
ชาย	75 ⁽²⁾	74 ⁽²⁾	76 ^(2,3)	77 ⁽²⁾	76 ⁽²⁾	70 ⁽²⁾
หญิง	80 ⁽²⁾	80 ⁽²⁾	82 ^(2,3)	84 ⁽²⁾	80 ⁽²⁾	75 ⁽²⁾

*ข้อมูลคิดที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

✱ การที่สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มเร็วและต่อเนื่อง หมายถึงจำนวนผู้สูงอายุมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ และรวดเร็ว เมื่อดูตัวเลขของสัดส่วนอาจทำให้ปัญหาดูไม่รุนแรง แต่เมื่อคิดเป็นจำนวนคน อีก 10, 20 และ 50 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 7, 11 และ 22 ล้านคนตามลำดับ⁽¹⁾ ประเทศจะรับมือกับผู้สูงอายุเรือนล้านเหล่านี้ได้อย่างไร

การจะเผชิญช่วงปีแห่งวิกฤต ค.ศ. 2020-30 (ตารางที่ 1) ได้อย่างดีนั้น ทุกประเทศจะต้องเตรียมการเผชิญกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น แม้ว่าประเทศไทยจะเผชิญกับภาวะประชากรสูงอายุนี้อย่างช้าที่สุด แต่ก็เกินไปในอัตราที่รวดเร็วมาก และมีแนวโน้มจะเกิดการเกิดวิกฤตมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จึงควรใช้วิกฤตนี้ปรับเข้าสู่โอกาสทองของประเทศไทย ที่จะดำเนินการปฏิรูปต่อไป โดยอาศัยบทเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และจากประสบการณ์ต่างประเทศ

1.2 ภาพผู้สูงอายุ: จดรวมและจุดต่าง

1.2.1 คุณภาพชีวิตและสุขภาพ : แนวคิดหลัก

จุดร่วมของแนวความคิดการมองผู้สูงอายุของทุกประเทศที่ศึกษา คือ มิติของคุณภาพชีวิต (quality of life) ความผาสุก (well-being) สถานะสุขภาพหรือสุขภาพ (health)^(6,16-30) ทำให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนแนวคิดเดิม จากความเจ็บป่วย (Illness Model) ไปสู่แนวคิดสุขภาพโดยรวม (Health Model) แม้มิติที่ทุกประเทศมองผู้สูงอายุจะเหมือนกัน แต่องค์ประกอบและดัชนีชี้วัดของแต่ละประเทศยังหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ แต่มีจุดร่วมหลักในสองด้าน คือ 1) ด้านประชากรผู้สูงอายุ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม วิถีชีวิตผู้สูงอายุ และการเกื้อหนุนของครอบครัวและชุมชน รวมถึงการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และ active and productive aging และ 2) ด้านภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการใช้บริการสุขภาพ (ตารางที่ 2)

ประเทศอังกฤษ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในมิติด้านสังคมและด้านสุขภาพ ในประเด็นการได้รับการยอมรับ การเข้าถึงบริการ และปัญหาเฉพาะโรคค่อนข้างมาก⁽¹⁶⁾ มีโครงการสำรวจภาวะสุขภาพ (health survey) เกี่ยวกับ สุขภาพทั่วไป การใช้บริการสุขภาพ ภาวะทุพพลภาพ จิตสังคมของผู้สูงอายุ ลักษณะของ care home, residential, social capital and health ในทุกปี และระยะยาว 10 ปี⁽¹⁷⁾

สหรัฐอเมริกา เน้นภาวะคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยใช้ key indicators - 31 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ลักษณะประชากรสูงอายุ มี 5 ตัวชี้วัด คือ จำนวน เชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ สถานภาพสมรส การศึกษา และการอยู่อาศัย 2) ภาวะเศรษฐกิจ มี 6 ตัวชี้วัด คือ ความยากจน การกระจายรายได้ แหล่งรายได้ ทรัพย์สิน การมีส่วนร่วมในภาคแรงงาน (การทำงาน) การใช้จ่ายค่าบ้าน (ที่อยู่อาศัย) 3) สถานะสุขภาพ มี 7 ตัวชี้วัด คือ อายุคาดเฉลี่ย อัตราการตาย การดูแลสุขภาพภาวะเรื้อรัง ภาวะความจำเสื่อม การซึมเศร้า การรายงานสถานสุขภาพด้วยตนเอง ภาวะทุพพลภาพ 4) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มี 6 ตัวชี้วัด คือ กิจกรรมสังคม การใช้ชีวิตยามว่าง การฉีดวัคซีน การตรวจเต้านม การควบคุมอาหารและเหยื่ออาชญากรรม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ 5) การดูแลสุขภาพ มี 7 ตัวชี้วัด คือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ องค์ประกอบค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการ การใช้บริการสุขภาพ การใช้บริการ nursing home และการดูแลที่บ้าน⁽¹⁸⁾

ประเทศออสเตรเลีย ขยายแนวคิดเกี่ยวกับ well-being และ productive aging ดัชนีที่ศึกษา คือ 1) ลักษณะประชากร ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ ที่พักอาศัย และการเกษียณอายุ 2) ความผาสุกและการยังประโยชน์ ได้แก่ การเป็นอาสาสมัคร การมีส่วนร่วมในกลุ่มหรือองค์กรต่างๆ 3) ภาวะสุขภาพ รวมถึง อายุคาดเฉลี่ย ความ

ตารางที่ 2 แนวคิดหลักในการมองสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ

อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา	ออสเตรเลีย	สิงคโปร์	ญี่ปุ่น	ไทย
National Health Service Framework (NSF) for Older People Health Survey for England	Profile of Older Americans: Quality of Life & Well-being	Older Australians: Health & Well-being	การสำรวจประชากรผู้สูงอายุ (Health & Aging) กลุ่ม 55 ปีขึ้นไป	Population, Health & Welfare และ Active aging กลุ่ม 40 ปีขึ้นไป	- สภาวะผู้สูงอายุ - ปัญหาผู้สูงอายุ - สถานะสุขภาพ - คุณภาพชีวิต - สุขภาวะกลุ่ม 50 ปีขึ้นไป
NSF 8 standard: ลดการแบ่งอายุ, บุคคลเป็นศูนย์ กลาง, การดูแลระยะก่อนการพักฟื้น, การดูแลทั่วไปในโรงพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง, การหกล้ม, สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพ และ active life Health survey: - general health & health care utilization - disability - psychosocial well-being - care home & residential - social capital & health	Key indicators: 31 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 5 กลุ่ม - ประชากร - สถานะสุขภาพ - พฤติกรรมสุขภาพ/ พฤติกรรมเสี่ยง - ภาวะเศรษฐกิจ - การดูแลสุขภาพ	มิติต่างๆ - ประชากร - Health & Well-being - Productive aging - Retirement/ income/housing - Use of health / aged care services	มิติต่างๆ - ภาวะสุขภาพ (การป่วย การตาย ทุพพลภาพ) - การดูแลสุขภาพตนเอง - การทำงาน	มิติต่างๆ - ประชากร - การเปลี่ยนของวัฒนธรรม ครอบครัว - ภาวะสุขภาพ (ภาวะพึ่งพา) - การดูแลตนเอง - ความต้องการของผู้สูงอายุที่ยัง active)	มิติต่างๆ - ประชากร - เศรษฐกิจ สังคม - การเกื้อหนุนโดยครอบครัวและสังคม - ภาวะสุขภาพ - ภาวะทุพพลภาพ/ภาวะพึ่งพา - พฤติกรรมสุขภาพ - การเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ

เจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การรับรู้สุขภาพและภาวะพึ่งพา 4) ครอบครัวและการดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลแบบทางการและไม่เป็นทางการ และ 5) การใช้บริการสุขภาพ⁽¹⁹⁾

ประเทศสิงคโปร์ มีกรอบการศึกษา ที่เน้นภาวะสุขภาพด้านความเจ็บป่วย บริการและทรัพยากรด้านสุขภาพ เป็นสำคัญ^(6,20) **ประเทศญี่ปุ่น** วัด population, health & welfare และความต้องการของผู้สูงอายุ ในมิติต่างๆ คือ ลักษณะประชากร การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมครอบครัว ภาวะสุขภาพ (ภาวะพึ่งพา) การดูแลตนเอง ความต้องการของผู้สูงอายุที่ยัง active และยังมีประโยชน์ (productive aging)^(21,22)

ประเทศไทย การสำรวจในระยะแรก โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งจะมีการสำรวจข้อมูลประชากร โดยภาพรวมทุกปีด้วย ดังนั้นข้อมูลด้านประชากรจะมีทุกกลุ่มอายุ และแยกวิเคราะห์ผู้สูงอายุ เช่น สถานภาพผู้สูงอายุไทย (ค.ศ.1997)⁽²³⁾ ผู้สูงอายุไทย (ค.ศ.2000)⁽²⁴⁾ ต่อมามีการสำรวจที่เฉพาะผู้สูงอายุ เช่น SECAPT (ค.ศ.1987)⁽²⁵⁾ SWET (ค.ศ.1995)^(26,27) NHES 2 (ค.ศ. 1997-98)⁽²⁸⁾ และได้ขยายแนวคิดครอบคลุมด้านสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ทั้งด้านภาวะสุขภาพและสังคม โดยทั่วไป สรุปมิติที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) ลักษณะประชากร 2) การเกื้อหนุนโดยครอบครัวและสังคม 3) ภาวะสุขภาพ โรค ผลกระทบจากโรค (ภาวะทุพพลภาพ) รวมถึงภาวะยืนยาวทางสุขภาพ และ 4) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น^(29,30)

แนวคิดการศึกษาเพื่อฉายภาพผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ มีการขยายขอบเขตครอบคลุมมิติด้าน active และ productive aging และมิติด้านเศรษฐกิจสังคม ควบคู่กับการเน้นการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ

ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ มีจุดเด่นคล้ายคลึงกันในทุกประเทศ คือ ศึกษาความเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นมิติด้านร่างกายที่ต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ข้อมูลที่ยังน้อยอยู่ เช่น สุขภาพในมุมมองของความจำเป็นของเพศชายและหญิง (gender) ความต้องการของผู้สูงอายุ สุขภาพจิตผู้สูงอายุและครอบครัว สวัสดิภาพและความมั่นคงของผู้สูงอายุ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การตายผิดธรรมชาติ การถูกทารุณกรรม การเป็นเหยื่ออาชญากรรมและความรุนแรงต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังไม่ครอบคลุมมิติด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของอายุขัย เช่น ความเชื่อและสิทธิเกี่ยวกับชีวิตและการตาย การเตรียมพร้อมในระยะท้ายของชีวิตยังไม่มีการศึกษาชัดเจนว่าเป็นอย่างไร

1.2.2 ผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ

ภาพของผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ ฉายตามแนวคิดของแต่ละประเทศ สะท้อนบริบทและการวิวัฒนาการวิถีชีวิตผู้สูงอายุของประเทศนั้น การสังเคราะห์ วิเคราะห์ เปรียบเทียบประเด็น สภาพปัญหาผู้สูงอายุ ระบบครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุไทย และต่างประเทศที่คัดสรร รวมถึงนันททัศนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการศึกษานี้ ได้ภาพผู้สูงอายุของไทยที่เหมือนและแตกต่างกับต่างประเทศในหลายประเด็น ที่น่าสนใจคือ

• อายุยืนยาวขึ้นและเพศหญิงเด่น

อายุคาดหวังเฉลี่ยของประชากรทุกประเทศเพิ่มขึ้น ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ประชาชนอายุยืนที่สุด คือ ประมาณ 81 ปี ประเทศไทยอายุยืนน้อยที่สุด แต่ก็ยืนยาวถึง 72 ปี ประเทศอื่นๆ อยู่ประมาณ 77-79 ปี⁽³¹⁾ (ตารางที่ 1) ความจริงนี้ให้ภาพว่ากลุ่มผู้สูงอายุมากจะเพิ่มขึ้นด้วย ทุกประเทศผู้สูงอายุหญิงอายุยืนยาวมากกว่าชาย ดังนั้นสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงจึงมากกว่าชาย และชัดเจนเด่นชัดในกลุ่มที่อายุสูงขึ้น ถือได้ว่าสังคมผู้สูงอายุเพศหญิงเด่นกว่าชายในทุกประเทศ ประเทศออสเตรเลียใช้ความต่างของอายุและเพศนี้ให้เกิดประโยชน์ในการเตรียม

การบริการ²¹ โดยสรุปว่า ประเทศมีผู้สูงอายุหญิงเพิ่มมากขึ้น และมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โสดและหม้าย จะเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุหญิงต้องการความช่วยเหลือ residential care หรือ nursing home มากกว่าชาย ดังนั้น จึงต้องมีการปฏิรูประบบให้รองรับปัญหาได้ ซึ่งประเทศไทยยังไม่ปรากฏการตระหนักในประเด็นความต่าง ระหว่างเพศชัดเจน

การมีอายุยืนยาวทำให้ความหลากหลายของผู้สูงอายุมากขึ้น คนกลุ่มสูงอายุน้อยย่อมมีปัญหา และความต้องการต่างจากคนสูงอายุมาก ดังนั้นประเทศต่าง ๆ จึงพยายามจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามแนวคิดหลัก ของตนเอง เช่น ประเทศอังกฤษ ผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม³² ตามแนวคิดที่เน้นการบริการควบคู่กับปัญหาตาม อายุ คือ กลุ่มเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (50-70 ปี) กลุ่มระยะเปลี่ยนผ่าน (70-80 ปี) และกลุ่มที่อ่อนแอ(มากกว่า 80 ปี) ซึ่ง เป็นที่แน่นอนว่าเป้าหมายของการบริการแต่ละกลุ่มย่อมต่างกัน ประเทศออสเตรเลียจัดแบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มสูงอายุ (65-85 ปี) และกลุ่มสูงอายุที่สุด (85 ปี ขึ้นไป) การแบ่งดูไม่มีความหมาย แต่เมื่อพิจารณา ประกอบแนวคิดการบริการผู้สูงอายุของประเทศ ที่เน้นให้บริการตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุแล้ว ประเมินได้ว่ากลุ่มแรกมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย และกลุ่มสองคือกลุ่มที่ต้องพึ่งพามาก³³ ประเทศไทยแบ่งประชากรสูงอายุเป็น 3 กลุ่ม โดยจัดให้กลุ่มอายุ 60-69 ปีเป็นผู้สูงอายุน้อย (young old) กลุ่มอายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุปานกลาง (medium old) และกลุ่มอายุ 80 ปีหรือมากกว่าเป็นผู้สูงอายุมาก (old old, หรือ oldest old)³⁴ และมีความพยายามแบ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้แต่ช่วยผู้อื่นไม่ได้ และผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองได้และช่วยผู้อื่นได้³⁵ และอีกกลุ่มร่วมด้วยคือ ผู้ที่อยู่วัยก่อนสูงอายุ เพื่อเป็นฐานจัดระบบบริการ สุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพในทศวรรษนี้

• เขตเมืองหรือเขตชนบท

ลักษณะประเทศที่ศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ประเทศที่มีลักษณะเมืองเต็มขั้น คือ ประเทศสิงคโปร์ และอังกฤษ (เขตเมืองร้อยละ 100 และ 90) ประเทศที่มีลักษณะเมืองสูง คือ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และ ญี่ปุ่น (เขตเมืองร้อยละ 85, 78 และ 78) มีเพียงประเทศไทยประเทศเดียวที่ประเทศมีลักษณะเป็นเขตชนบท มากกว่าเมือง (เขตชนบทร้อยละ 70)³ การกระจายของประชากรตามเขตทำให้ประมวลได้ว่า ประเทศนั้นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในชนบทหรือในเมือง และที่ติดตามมากก็คือ ความต้องการของผู้สูงอายุของสองเขตย่อมแตกต่างกัน ประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา มีลักษณะเขตเมืองสูง ผู้สูงอายุนอกจากมีวัฒนธรรม การอยู่อาศัยที่เน้นความเป็นอิสระสูงแบบตะวันตกแล้ว เศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าในเขตเมือง ทำให้ความต้องการการบริการมากและซับซ้อนขึ้น

ประเทศในเอเชียสองประเทศ คือ ญี่ปุ่นและ สิงคโปร์ มีความเป็นสังคมเขตเมืองสูง ได้รับ อิทธิพลของกระแสสากล เศรษฐกิจและเทคโนโลยี ทำให้ความเป็นวัฒนธรรมเอเชียเริ่มแปรปรวน และผู้สูง อายุเองก็เปลี่ยนแปลงทัศนคติไปมาก เช่น ประเทศญี่ปุ่น ผู้สูงอายุรุ่นหลังสงครามโลกได้รับอิทธิพลตะวันตก ทำให้ ความเชื่อแตกต่างจากผู้สูงอายุรุ่นเก่าที่สร้างชาติชัดเจน จนสามารถแบ่งเป็นผู้สูงอายุรุ่นใหม่และเก่าก่อน สงครามโลก โดยผู้สูงอายุรุ่นใหม่จะมีความรู้ดี เป็นตัวของตัวเอง มีรสนิยมตามตะวันตก ต้องการทำงาน ทำ ประโยชน์ให้สังคม นิยมเป็นอาสาสมัคร ชอบความเป็นอิสระและการท่องเที่ยว^{22,36}

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทประมาณร้อยละ 70-80³⁷ และอยู่นอกเขตเทศบาล³⁴ อิทธิพลจากเศรษฐกิจและเทคโนโลยีอาจยังไม่มาก แต่ในโลกยุคโลกาภิวัตน์นี้ความเป็นเขตเมืองจะเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเตรียมรับการขยายปัญหาของผู้สูงอายุในเมือง พร้อมกับปัญหาเดิมในเขตชนบท

• ที่อยู่ของผู้สูงอายุ

แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้ลักษณะบริการที่ควรจัดให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุประเทศไทยเกือบทั้งหมดอยู่ในชุมชนและอยู่ในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่อยู่ในสถาบัน เช่น วัดและสถานสงเคราะห์⁽⁴⁰⁾ และมีไม่ถึงร้อยละ 0.5 ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์⁽⁴¹⁾ ซึ่งประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา มีผู้สูงอายุอยู่ในสถานสงเคราะห์ในจำนวนที่สูงมากกว่าประเทศไทยหลายเท่า⁽⁴²⁻⁴⁴⁾

ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ครัวเรือนทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ส่วนน้อยเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่อยู่ตามลำพัง⁽⁴⁰⁾ ตัวเลขนี้ถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง ถึงร้อยละ 30 ตามลำดับ⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ แม้แต่ประเทศเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่นประมาณว่าผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 20⁽⁴⁶⁾

• ความยากจน

ความมีอิสระและความมั่นคงทางการเงินเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งของการมีคุณภาพชีวิต ความยากจนของแต่ละประเทศเปรียบเทียบกันได้ยาก เพราะมีองค์ประกอบหลายอย่าง แต่ดัชนีชี้วัดที่นิยมคือ รายได้ ประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ผู้สูงอายุมีรายได้ความเป็นอยู่ถือว่าดีตามมาตรฐานชาติ และจัดว่าเป็นประเทศที่ประชาชนมีสถานะทางเศรษฐกิจดี ประเทศออสเตรเลีย อังกฤษและสหรัฐอเมริกา ที่ฐานะเศรษฐกิจของประเทศอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ก็ยังมีข้อมูลที่สะท้อนความยากจนและความไม่พอของรายได้อยู่ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้สูงอายุประมาณ 3.4 ล้านคน มีภาวะยากจนต่ำกว่าระดับรายได้ที่กำหนด และอีก 2.2 ล้านคนอยู่ในระดับเกือบยากจน⁽⁴⁷⁾ ประเทศอังกฤษมีเสียงเรียกร้องจากประชาชนให้เพิ่มเบี้ยบำนาญ เนื่องจากมีผู้ได้รับบำนาญอย่างน้อย 1 ใน 4 มีรายได้ต่ำกว่ามาตรฐานที่ยอมรับได้⁽⁴⁷⁾

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลของประเทศสรุปได้ว่า ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุไทยยากจนถึง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และ 1 ใน 3 มีรายได้ต่ำ ไม่มากพอที่จะจุนเจือตนเองและครอบครัว ผู้สูงอายุในชนบทมีรายได้ไม่เพียงพอมากกว่าในเมือง ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งไม่มีเงินออม ในชนบทไม่มีเงินออมมากกว่าในเมือง^(48,49) ความจนนี้คงต่อเนื่องไปอีกในอนาคต และอาจรุนแรงมากขึ้นจากภาวะเศรษฐกิจที่ยังไม่ฟื้นนี้

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนด้านการเงินหรือวัตถุจากบุตร (ร้อยละ 87)⁽⁵⁰⁾ และ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงทำงาน ผู้สูงอายุในเขตชนบททั้งเพศชายและหญิง มีสัดส่วนการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง งานส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรมและเป็นงานของตนเอง ผู้สูงอายุในชนบทจำเป็นต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ^(47,49) เนื่องจากลูกหลานนิยมย้ายออกไปทำงานต่างถิ่นหรือทำงานในเมืองใหญ่ และเมื่อมีบุตรมักจะนำมาฝากให้ปู่ย่าตายายดูแล การเลี้ยงดูเด็กจึงตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูตนเองแล้วยังต้องหาเลี้ยงบุตรหลานอีกด้วย

ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้คนตกงาน คนหนุ่มสาวหันกลับไปพึ่งพ่อแม่ ปู่ย่าตายายซึ่งกระทบต่อรายได้หรือเงินออมของผู้สูงอายุ และต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายของลูกหลาน ผู้ทรงคุณวุฒิยืนยันว่าผู้สูงอายุในชนบทยากจน ไม่มีเงินสะสม ทำให้ต้องทำงานไปเป็นวันวัน ภาวะค่าครองชีพที่สูงขึ้นในขณะที่รายได้ของผู้สูงอายุลดลงหรือคงที่ ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้จ่ายต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยจะขาดแคลนเงินในการดูแลความเจ็บป่วย แม้จะได้รับสวัสดิการฟรีแต่ค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าค่ารักษา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งให้ความเห็นว่าข้าราชการที่เกษียณราชการแล้วมีรายได้คงที่ ควรจะพิจารณาในเรื่องภาษีรายได้ของผู้สูงอายุด้วย และเห็นด้วยกับการมีเงินเบี้ยยังชีพ แม้เป็นเงินลงทุนที่มากและเสมือนสูญเปล่า แต่ก็ยังจำเป็นสำหรับคนยากจน⁽⁵¹⁾

ประเทศญี่ปุ่นมีนโยบายให้ผู้สูงอายุคงอยู่ในอาชีพเดิมที่มีความถนัดทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันด้านรายได้ที่ต่อเนื่อง และยังคงเป็นประโยชน์กับสังคม^(52,53) ประเทศออสเตรเลีย และประเทศอังกฤษมีแนวทางการจ้างงานผู้สูงอายุตามความต้องการทำงาน^(54,55) และทั้งสามประเทศขยายอายุที่ต้องเกษียณขึ้นไปอีก การเกษียณราชการก่อนกำหนดของประเทศไทย โดยไม่มีการเตรียมการระยะยาวที่มั่นคง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น น่าจะสวนทางกับการต้องการให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงิน และก่อให้เกิดช่วงเวลาที่ไม่ได้สร้างผลผลิตให้กับสังคม และจะเป็นภาระของชาติในอนาคต การพัฒนานโยบายการทำงานสำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงสามารถทำงานได้ และตามความต้องการทำงานอย่างเหมาะสม หรือหารูปแบบให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างไม่ขัดสน พอกอยู่พอกินอย่างเช่นโครงการในพระราชดำริ เกษตรกรรมแบบพอเพียง อาจจะเป็นทางออกหนึ่งในการลดภาระทุกข์ของประชากรผู้สูงอายุไทยที่ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม

• การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเอง

ประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพดี ผู้สูงอายุไทยประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมากประมาณร้อยละ 35 เพศชายมีสัดส่วนของการประเมินตนเองว่าสุขภาพดีสูงกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุในเขตเมืองประเมินว่าตนเองแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในชนบท^(56,57) ผู้สูงอายุอเมริกันส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางสังคมที่เชื่อว่าทำให้มีสุขภาพดี ทั้งผู้สูงอายุชายและหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ลดลง มีการดูแลตนเองโดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามดัชนีชี้วัดคุณภาพเพิ่มขึ้น และสตรีมีการตรวจ mammogram เพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยพฤติกรรมเสี่ยงแม้จะลดลงแต่อัตรายังสูง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุยังมีการดื่มสุราและ 1 ใน 4 ยังคงสูบบุหรี่ การดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การพักผ่อนยังไม่ดีนัก มีการตรวจสุขภาพในส่วนที่จำเพาะต่อผู้สูงอายุน้อยมากและเกือบครึ่งหนึ่งซื้อยารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย^(58,59)

• เจ็บป่วยเรื้อรังและสาเหตุการตาย

โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทยมีลักษณะไม่แตกต่างไปจากประเทศที่ศึกษา คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (ข้อเสื่อม) โรคเบาหวาน มะเร็ง หกล้ม และอุบัติเหตุ^(60,61) แต่ประเทศไทยความชุกของโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (คิดที่อายุ 60 ปี) สูงกว่าประเทศอื่น คือ มีโรคเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50^(57,61) ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศสิงคโปร์มีไม่เกิน ร้อยละ 50 (30-50)^(62,63) ประเทศญี่ปุ่นประมาณ ร้อยละ 10⁽⁶⁾ ความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทยมากขึ้นในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับประเทศอื่น แต่ผู้สูงอายุไทยมีอายุมากกว่า 90 ปี มีหลายโรครวมกันในคนเดียว ถึงร้อยละ 70⁽⁶¹⁾ โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่ประเทศอังกฤษให้ความสำคัญมาก คือ สโตรค โรคจิต และการหกล้ม ซึ่งถือว่าคุกคามคุณภาพชีวิต ทั้งที่เป็นโรคที่สามารถชะลอ ป้องกัน และเมื่อเกิดแล้วลดภาวะแทรกซ้อนได้ และปรากฏเป็นมาตรฐานการดูแลหนึ่งในกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (National Service Framework for Older People)⁽⁶⁴⁾ สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา ปัญหา 3 อย่าง ที่พบบ่อยๆ ในผู้สูงอายุ จนถึงกับเรียกว่าเป็น “geriatric triad” คือ การหกล้ม/ตกเตียง (falls) ความจำเปลี่ยน (changes in cognitive) และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence)⁽⁶⁵⁾

กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาที่พบในทุกประเทศที่ศึกษา และเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพา สำหรับประเทศไทยมีความชุก ร้อยละ 3⁽⁶⁶⁾ ในทุกประเทศภาพกลุ่มอาการสมองเสื่อมจะพบบ่อยตามอายุที่มากขึ้น และผู้สูงอายุหญิงมีความชุกมากกว่าผู้สูงอายุชาย

ประเทศไทยให้ความสนใจปัญหาสุขภาพของการของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุ แต่ยังคงต้องการการศึกษาให้ชัดเจนขึ้น และขณะที่ศึกษาประเทศต่างๆ ไม่มีรายงานภาวะสุขภาพในการในผู้สูงอายุชัดเจน มีเพียงประเทศสหรัฐอเมริกาที่รายงานว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการกินอยู่ในระดับดีร้อยละ 21⁽⁶⁾

ผู้สูงอายุไทย 1 ใน 3 ถูกคุกคามด้วยโรคเฉียบพลัน ความชุกของอุบัติเหตุ และการหกล้มที่เพิ่มขึ้นเป็นสัญญาณที่ไม่ดีนัก⁽⁶⁷⁾ การหกล้มพบมากในผู้สูงอายุหญิงและเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และจะมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาประเทศและตัวเมือง ซึ่งหากไม่มีการเฝ้าระวังและจัดทำมาตรการป้องกันที่ดีแล้ว การหกล้มในผู้สูงอายุจะพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติเช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของผู้สูงอายุ⁽⁶⁸⁾ จนประเทศต้องกำหนดให้เป็นมาตรฐานการดูแล 1 ใน 8 มาตรฐาน ของกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ

สาเหตุการเสียชีวิตร่วมในผู้สูงอายุของประเทศที่ศึกษา คือ โรคระบบไหลเวียน โรคเมเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ที่น่าสังเกต คือ ประเทศญี่ปุ่น และสหรัฐอเมริกา โรคเมเร็งย้ายมาอยู่อันดับต้นๆ ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ^(4,8,69)

• ภาวะทุพพลภาพ

ประเทศต่างๆ ที่ศึกษาต่างให้ความสนใจภาวะทุพพลภาพ แต่ในนิยามและน้ำหนักที่ต่างกัน ประเทศอังกฤษให้ความสำคัญภาวะทุพพลภาพน้อยกว่าโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิด ประเทศออสเตรเลียใช้ความจำกัดในการทำกิจกรรม (core activity restriction) และแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ รุนแรงมาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่มี และผู้สูงอายุออสเตรเลียมีภาวะนี้ถึงร้อยละ 45⁽⁷⁰⁾ ประเทศสิงคโปร์และญี่ปุ่นใช้คำว่าผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long term care) และมีประมาณร้อยละ 30 และ 10 ตามลำดับ^(5,63)

อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพในประเทศไทยพบถึง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ และ 1 ใน 5 เป็นทุพพลภาพระยะยาวที่ต้องการดูแล สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพคือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทยต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แม้ว่าสัดส่วนภาวะพึ่งพาจะไม่สูงเท่าประเทศอังกฤษ และออสเตรเลีย (เกือบร้อยละ 40 และร้อยละ 25 ตามลำดับ)^(62,70) แต่เมื่อเป็นจำนวนของผู้สูงอายุแล้วน่าเป็นห่วง ด้วยมีการพยากรณ์ว่า ปี ค.ศ. 2010, 2020 และ 2030 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาจำนวนถึง 499,837, 741,766 และ 1,100,754 คนตามลำดับ⁽⁷¹⁾ จำนวนนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกหากการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่ทันการณ์ และที่สำคัญคือ ตัวเลขเหล่านี้บอกว่าอนาคตข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจ “ผู้ดูแล” และ “การดูแลระยะยาว” เพื่อรองรับสถานการณ์นี้ และที่น่าสนใจอีกอย่างคือ ในปี ค.ศ. 2030 ทุกประเทศที่ศึกษาจะมีอัตราสัดส่วนประชากรพึ่งพา (dependency ratio) สูงถึงระดับวิกฤตซึ่งหมายถึงภาระหนักของรัฐบาลทุกประเทศที่ต้องเผชิญ

• ทุกข์ทางใจ

การสำรวจผู้สูงอายุไทยพบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี เมื่อเทียบกับประเทศอังกฤษและญี่ปุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูง ประเทศอังกฤษกำหนด “สุขภาพจิต” เป็นมาตรฐานหนึ่งในการดูแล⁽⁶⁴⁾ ความเหงา และซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุไทยและประเทศที่ศึกษา และพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น พบในผู้สูงอายุที่พึ่งพิงสถาบันการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน สำหรับประเทศไทยสัดส่วนปัญหานี้จะเพิ่มขึ้นในอนาคตเช่นประเทศอื่นๆ ที่ศึกษา ที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุญี่ปุ่น มีภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสูง เหตุ

เพราะความทุกข์จากความเจ็บป่วย⁽⁷²⁾ ทั้งที่ประเทศญี่ปุ่นจัดว่าเป็นประเทศที่มีการเตรียมการระบบบริการสุขภาพรองรับภาวะ “ประชากรชรา” ได้ดีประเทศหนึ่ง คำถามคือ ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับปัญหานี้หรือไม่

ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุไทยมานาน ให้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุไทยทุกชี้อ เพราะลูกหลานทอดทิ้ง ไม่มีลูกหลานดูแล สังคมทอดทิ้งไม่เห็นคุณค่า ผู้ที่อยู่ในชนบททุกชี้อที่ต้องทุกข์กายจากโรค จากความยากจน จากการต้องดูแลหลานที่ลูกพามาให้เลี้ยง ขาดผู้ดูแล และขาดเครื่องอุปโภคบริโภคที่ควรมี⁽⁵¹⁾

• ครอบครัวเกือหนุน

ประเทศที่มีวัฒนธรรมครอบครัวคล้ายประเทศไทย เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ต่างเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะในเรื่องของสถาบันครอบครัว ประเทศไทยและญี่ปุ่นในอดีตมีสังคมแบบเกษตรกรรม ซึ่งอาศัยแรงงานเป็นสำคัญ ลักษณะครอบครัวจึงเป็นครอบครัวขยาย ที่พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง ปู่ย่าตายาย จะอยู่ร่วมกัน การอยู่ร่วมกันนี้เองทำให้สมาชิกในครอบครัวผูกพัน และพึ่งพากันมีปัญญาที่สั่งสมมาตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่นำลูกหลานให้สามารถดำเนินกิจกรรมภาคเกษตรกรรมนั้นสำเร็จ ในประเทศญี่ปุ่นไม่เพียงแต่มีความผูกพันเท่านั้น แต่เป็นการให้ความสำคัญ เคารพ และเชื่อฟังอย่างไม่มีข้อโต้แย้ง ในฐานะต้นตระกูลที่ก่อร่างสร้างครอบครัวหรือสร้างชาติมาก่อน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังและได้รับการเกื้อหนุนในภาพของความกตัญญูต่อบรรพบุรุษที่สมาชิกทุกคนต้องให้มี⁽⁷³⁾

เมื่อสังคมเปลี่ยนไปเป็นภาคอุตสาหกรรม ร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น การชะลอการแต่งงานและการมีบุตรน้อย ทำให้ครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนมากขึ้น ความผูกพันเริ่มแปรเปลี่ยน ประกอบกับมีการย้ายถิ่นของบุตรหลานตามลักษณะงานรูปแบบใหม่ ครอบครัวจึงเหลือแต่ผู้สูงอายุ ความห่างไกลทำให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวเริ่มเจือจาง การเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุลดลง แม้แต่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุซึ่งครั้งหนึ่งเคยจำเป็นสำหรับการทำมาหากิน แต่ในภาคอุตสาหกรรมหรือในยุคเทคโนโลยีนี้ อาจถูกมองว่าล้าหลังและไม่มีประโยชน์ ปรากฏหลักฐานเช่นนี้ทั้งในประเทศญี่ปุ่นและไทย การเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยธรรมชาติจากบุตรหลานในครอบครัวจึงลดลง สำหรับประเทศไทยมีปรากฏการณ์คนหนุ่มสาวเข้ามาทำงานในเมืองในยุคเศรษฐกิจฟองสบู่ ทั้งลูกให้ปู่ย่าตายายเลี้ยง ทำให้เกิดภาพ “การอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่น” ในชนบทมาแล้ว และในภาวะฟองสบู่แตกโรงงานทำ หนุ่มสาวกลับถิ่นมากขึ้น ภาวะนี้เป็นที่น่าสนใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการเกื้อหนุนมากขึ้นหรือต้องเกื้อหนุนบุตรหลานที่ตกงานมากขึ้น

ประเทศที่มีวัฒนธรรมแบบตะวันตก เช่น ออสเตรเลีย พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งใหญ่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์ การดูแล และการเงิน และยังได้รับจากเพื่อนและเพื่อนบ้านอย่างสมัครใจ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างไม่เป็นทางการโดยผู้ดูแล (informal carer) ตามธรรมชาติ รัฐบาลออสเตรเลีย และญี่ปุ่นเห็นคุณค่าของการเกื้อกูลที่ได้รับจากคนกลุ่มนี้ และถือว่า “ผู้ดูแล” เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนการดูแลในสถาบันให้ไปอยู่ในชุมชนหรือบ้าน และมีการวางแผนพัฒนาคอนกลุ่มนี้ให้เป็นตัวจักรสำคัญในการบริการผู้สูงอายุ^(10,74)

ผู้สูงอายุประเทศไทย ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ บุตรจะเป็นหลักในการดูแลหรือเกื้อหนุน วัฒนธรรมดั้งเดิมเป็นหน้าที่ของบุตรชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรชายคนแรก แต่ในปัจจุบันบุตรสาวรับหน้าที่หลักนี้เป็นส่วนใหญ่ และในสังคมญี่ปุ่นนอกจากบุตรชายแล้วสตรีที่เป็นลูกสะใภ้ก็เป็นผู้มีบทบาทสำคัญ เมื่อฉายภาพว่าบุตรและครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในประเทศที่ศึกษาส่วนใหญ่ ดังนั้นสิ่งที่จะละเลยไม่ได้คือ ประเด็นที่ผู้สูงอายุในอนาคตมีจำนวนบุตรลดลง เป็นโศกมากขึ้น เป็นหม้ายมากขึ้นผู้สูงอายุชายอายุยืน

น้อยกว่าผู้หญิง) เพราะเมื่อประมวลสิ่งเหล่านี้กับภาพอื่น จะมีคำถามว่า ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีผู้ดูแลหรือไม่ ถ้ามีจะเป็นใคร และอย่างไร

• อคติของสังคม

อคติของสังคมเป็นปรากฏการณ์ร่วมในหลายประเทศ ประเทศในเอเชียเช่นญี่ปุ่น การระลึกถึงบุญคุณผู้สูงอายุและเห็นเป็นความดีที่ต้องตอบแทนเริ่มอ่อนด้อย จนต้องมีกลยุทธ์จรรโลงให้คงอยู่ โดยมีวันแสดงความเคารพผู้สูงอายุและให้เป็นวันหยุดประจำชาติเพื่อจะได้ทำกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ⁽⁷⁵⁾ แม้แต่ประเทศออสเตรเลีย คนหนุ่มสาวก็ไม่ยอมรับ “คุณค่า” ของผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงต้องมีนโยบายรณรงค์ระดับชาติ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนต่อผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนอยู่ร่วมกันได้อย่างสร้างสรรค์⁽⁷⁶⁾ ความรุนแรงของปรากฏการณ์ต่อเนื่องถึงระบบบริการในประเทศอังกฤษที่มีการกีดกันเรื่องอายุ ทั้งในการจ้างงานและการบริการ ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบนี้รุนแรงจนเป็นปัญหาชาติ และเป็นที่มาของการกำหนดมาตรฐานการบริการว่าด้วย “รัฐต้องให้การบริการโดยไม่แบ่งแยกอายุ” ในกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ และดำเนินการในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง⁽⁷⁷⁾ ประเทศญี่ปุ่น ออสเตรเลีย และอังกฤษเข้าภาวะประชากรสูงอายุมาช้านาน ในปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 17, 12 และ 16 ตามลำดับ⁽²⁾ และได้ชื่อว่าการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ แต่ทำไมผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับอคติของสังคม ที่ไม่คำนึงถึงสิทธิและคุณค่าของผู้สูงอายุเช่นนี้

การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุของไทยได้เสียงเดียวกันว่า⁽⁵¹⁾ สังคมไทยมีอคติต่อผู้สูงอายุทั้งในลักษณะแอบแฝงและโจ่งแจ้ง ที่แอบแฝง เช่น นโยบายและบริการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุได้รับความสนใจและดูแลน้อยทั้งภาครัฐและเอกชน ไม่มองว่าเป็นเรื่องเร่งด่วน และมีความสำคัญเป็นอันดับรองเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น หรือที่แอบแฝงในเรื่องการถูกเอาเปรียบ หรือการที่ “ผู้ให้การดูแล” มีอคติคิดว่าผู้สูงอายุตกอยู่ในสภาวะพึ่งพา การได้รับการดูแลที่ให้นับว่าดีแล้ว สิ่งที่พบเห็นบ่อยครั้ง คือ การขานเรียกผู้สูงอายุ คำล้อเลียน “คนแก่” ต่างๆ ที่ให้ความรู้สึกไร้คุณค่า ประเด็นนี้ดูยิ่งเบากว่าการที่ถูกตราว่า มีศักยภาพเสื่อมถอย ไม่มีประโยชน์และเป็นภาระต่อครอบครัวสังคม และถูกแยกออกจากสังคม ที่รุนแรงและเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกข์ คือ การทารุณกรรมผู้สูงอายุ

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบการทารุณกรรมผู้สูงอายุอยู่เนือง ๆ แม้จะมีสถิติ ที่ลดลงแต่ก็ไม่ใช่ว่าปัญหาเล็กน้อย โดยพบการทารุณกรรมร่างกายที่รุนแรง ร้อยละ 0.3 และทารุณกรรมด้านทรัพย์สินถึงร้อยละ 8.8⁽⁸⁾ ประเทศไทยเชื่อว่าจะไม่ปรากฏ สามารถพบเห็นเป็นประจำในข่าวหนังสือพิมพ์ แต่ขาดการตระหนักในปัญหาจากทุกฝ่าย มีการพูดถึงประเด็นนี้น้อยมาก อาจเพราะอคติที่คิดว่าเป็นเรื่องของคนแก่จึงไม่สำคัญ หรือเพราะไม่เชื่อว่าจะมีการเกิดขึ้นจริง หรือเกิดจากการนิยาม “การทารุณกรรม” ได้ไม่ชัดเจนว่าคืออะไร การกระทำอะไรที่เข้าข่ายบ้าง หรือใครเป็นผู้กระทำ มีหลักฐานการวิจัยว่าผู้สูงอายุได้รับการทำร้ายทางด้านจิตใจค่อนข้างสูง มีการทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง การทารุณกรรมด้านร่างกาย และเอาประโยชน์ผู้สูงอายุด้านทรัพย์สิน⁽⁷⁸⁾ แต่ความรุนแรงของการทารุณกรรมไม่ปรากฏให้สังคมเห็น ส่วนหนึ่งเกิดจากความกลัวของ ผู้สูงอายุที่จะบอกกล่าวให้สังคมรับรู้ซึ่งจะส่งผลต่อตนเองภายหลัง หรือไม่สะท้อนว่าเกิดกับผู้สูงอายุเพราะเป็นข่าวรวมกับข่าวอาชญากรรมอื่นๆ ซึ่งแท้จริงการฉกชิงทรัพย์สิน เกิดจากความจำกัของความสามารถสูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และคงเป็นทุกข์ของผู้สูงอายุต่อไปหากไม่มีมาตรการแก้ไขที่เหมาะสม

ค่านิยมที่เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีค่าในสังคม ลูกหลานต้องกตัญญูรู้คุณ ทำให้คนในบางครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ในลักษณะการทะนุถนอม ดูแลอย่างดี หรือมีความคิดว่าผู้สูงอายุควรอยู่เฉยๆ ไม่ต้องทำอะไร เพราะเป็นวัยพักผ่อนหลังจากทำงานมาเกือบตลอดชีวิต จนสร้างเป็นความรู้สึกของสังคมที่คิดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่จำเป็นต้องทำงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือคิดว่าอยู่ในวัยแห่งการพักผ่อน และเรียนรู้ที่จะเป็นผู้รับ รอคอยการช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งหากได้รับตามที่คาดหวังก็มีความสุข แต่หากไม่ได้รับดังใจ จะก่อทุกข์ทั้งผู้สูงอายุเองและครอบครัวที่ดูแล แม้ค่านิยมการให้คุณค่าผู้สูงอายุจะจำเป็น แต่ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีความสมดุล และนำผู้สูงอายุไปสู่การเป็น “ผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่า และชราอย่างมีศักดิ์ศรี”

• Active aging

แม้ว่าจะยังไม่มีคำในภาษาไทยที่ใช้เรียก active aging แต่โดยการแปลจะหมายถึง สูงวัยอย่างมีพลัง ซึ่ง ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล เสนอใช้คำว่า วัฒนพลังเพราะตรงกับในทัศนคติของคำมากที่สุด และให้ความหมายว่า วัฒนพลัง เป็นกระบวนการที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่สุขภาพ การมีส่วนร่วม และหลักประกันในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย ที่สำคัญต้องเข้าใจว่า วัฒนพลังไม่ใช่เรื่องของหรือเพื่อผู้สูงอายุ แต่เป็นเรื่องของทุกคนในสังคมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของทุกคนเมื่อสูงวัย⁽⁷⁹⁾

แม้คุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุจะมองได้หลายมิติ แต่คงวนเวียนอยู่ที่ การมีสุขภาพดี มีความมั่นคงทางรายได้ ดูแลและพึ่งตนเองได้ ได้ทำสิ่งที่ปรารถนา ได้ทำประโยชน์ มีความรู้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง มีความพึงพอใจในชีวิตวัยสูงอายุ ดำรงชีวิตในครอบครัวชุมชนได้อย่างสมเหตุสมผล ไม่เป็นทุกข์ภาระต่อตัวเอง ครอบครัวหรือสังคมที่มากเกินไปหรือน้อยที่สุด และเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

ประเทศไทยมีข้อมูลว่าผู้สูงอายุไทยมีการยังประโยชน์ให้กับครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ผู้สูงอายุไทยเกือบครึ่งหนึ่ง หรืออย่างน้อย 1 ใน 3 ยังทำงานเพื่อเลี้ยงตัวเองและครอบครัว เพราะบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวเป็นของเพศชาย ผู้สูงอายุชายจึงยังคงทำงานมากกว่าผู้สูงอายุหญิง การทำงานของผู้สูงอายุสะท้อนหลักประกันด้านรายได้ที่สังคมไทยมีน้อย เมื่อเทียบกับประเทศที่ศึกษาโดยเฉพาะประเทศที่มีวัฒนธรรมแบบตะวันตก ซึ่งมีการทำงานเป็นทางการ มีระบบประกันรายได้จากการเก็บภาษี มีกำหนดการเกษียณตามอายุ และหากต้องการจะทำงานต่ออายุหลังเกษียณกลับต้องเสียภาษีรายได้ และถูกลดบำนาญลง ทำให้การอยู่โดยไม่ทำงานกลับจะดีกว่า ซึ่งในยุคที่สังคมโลกเห็นความสำคัญของพลังผู้สูงอายุ และด้วยต้องการจะให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสใช้ประสบการณ์ที่มีอยู่เอื้อประโยชน์ให้กับสังคม ทุกประเทศที่ศึกษามีการขยายอายุการเกษียณ มีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุทำงานต่อ ประเทศญี่ปุ่นถึงกับออกนโยบายขอให้องค์กรเอกชนว่าจ้างผู้สูงอายุทำงานต่อได้อีก ประเทศออสเตรเลียมีการวางแผนจ้างผู้สูงอายุตามความสามารถและปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุด้วย^(52-55,80) สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการจ้างผู้เกษียณเข้ามาช่วยในงานที่ขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะสาขาขาดแคลน เช่น อาจารย์ในมหาวิทยาลัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และมีการจัดตั้งโครงการที่รู้จักกันในนามของสมาคมคลังปัญญาอาวุโส และต่อมาในปี ค.ศ.2000 ได้มีการจัดตั้งธนาคารสมองที่รวบรวมรายชื่อภูมิอาสา ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุที่อาสาช่วยงานตามประสบการณ์ของตนเอง⁽⁸¹⁾

การเตรียมการเพื่อการจัดจ้างหรือสร้างงานที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการเสริมรายได้ให้ตนเองและชาติ ยังเป็นการลดภาระที่ประชากรวัยทำงานต้องแบกเพื่อเลี้ยงดูบุคคลต้องพึ่งพาของประเทศ เสมือนการสร้างสุขให้กับคนทั้งชาติ และโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีภาพว่า ประชากรวัยแรงงานจะลดลงและต้องการแรงงานเสริมจากผู้สูงอายุเพื่อสร้างผลผลิตให้ประเทศชาติคงอยู่ได้

จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยอย่างน้อยสองครั้งยืนยันว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ต้องการทำงาน⁽⁸²⁾ ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในกระบวนการพัฒนาพลัง เพียงแต่รัฐหยิบยื่นโอกาสและสร้างบรรยากาศให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมและได้สร้างประโยชน์ให้กับสังคม นอกเหนือจากการเป็นพนักงานแล้วผู้สูงอายุอาจมีส่วนยังประโยชน์กับครอบครัวทางอ้อม เช่น การช่วยงานบ้าน การเลี้ยงดูลูกหลานเพื่อให้บุตรได้ไปทำงานนอกบ้านได้ และยังเป็นเจ้าของบ้านให้ที่อยู่อาศัยแก่ลูกหลานด้วย ลักษณะเช่นนี้จะปรากฏในสังคมตะวันตกที่มีพื้นฐานสำคัญอยู่ที่ครอบครัว เช่น ไทย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ที่ลักษณะครอบครัวยังเป็นครอบครัวขยายมากพอสมควร

ประเทศออสเตรเลียวัดภาวะ well-being และ productive aging ของผู้สูงอายุ ด้วยการเป็นอาสาสมัคร การมีส่วนร่วมในองค์กรต่าง ๆ และภาวะสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่ง มีการช่วยเหลือสังคมทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมค่อนข้างมาก^(83,84) ภาพของการเป็นอาสาสมัครหรือการรวมกลุ่มกันในการทำประโยชน์ของผู้สูงอายุไทยไม่เด่น ด้วยเหตุผลลักษณะทางสังคมที่แตกต่าง และการสำรวจอาจจะไม่ถึงการช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการที่ผู้สูงอายุทำอยู่

การจะดำเนินการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมสร้างสรรค์สังคมนั้น ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ชักจูงให้เห็นคุณค่าของการมีวิถีสุขภาพที่ดี รวมทั้งจัดหาปัจจัยที่เอื้อให้มีสุขภาพดี รวมไปถึงการขจัดความเชื่อหรือทัศนคติที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาที่ผิด ๆ ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความชรา เช่นที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่คิดว่าตนเองทำงานมานานมากแล้ว ตอนนี้อยู่ถึงเวลาต้องพักผ่อน ไม่อยากทำงานอีกแล้ว และผู้สูงอายุในชนบทยังไม่ขับเคลื่อนตนเอง รอให้มีผู้อื่นมาทำให้ สิ่งเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการสร้างวัฒนธรรมของสังคมไทย⁽⁸⁵⁾

2. กลไกขับเคลื่อน

การดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องการกลไกขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ จากแนวคิดของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี เกี่ยวกับการพัฒนาประเทศที่เป็นงานมหภาค ประมวลความได้ว่า การจะพัฒนาหรือปฏิรูป ต้องมีกลไกขับเคลื่อน 3 ด้าน คือ ด้านการเมือง ด้านวิชาการ ด้านสังคมหรือสาธารณ กลไกเหล่านี้ต้องขับเคลื่อนอย่างมีหลักวิชาการ มีทิศทางที่สอดคล้องผสมผสาน ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่าย และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติ การพัฒนาในทางที่ดี ที่ควรเป็นจึงจะเกิดขึ้น การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพของประเทศไทย และประเทศต่างๆ ที่ศึกษา โดยใช้แนวคิดในเรื่องกลไกดังกล่าว ช่วยให้ภาพการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุของประเทศไทยกระจ่างขึ้น

2.1 กลไกการเมือง

ประเทศต่าง ๆ มีนโยบายและกฎหมาย เป็นเครื่องมือทางการเมือง เพื่อชี้นำยุทธศาสตร์และมาตรการการปฏิบัติ ประเทศอังกฤษ และสหรัฐอเมริกาเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุก่อนประเทศอื่น ๆ แต่พัฒนาการด้านนโยบายและกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุอย่างจำเพาะเจาะจง นับว่าเรื่องช้ากว่าประเทศออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ซึ่งมีพัฒนาการด้านนโยบายและกฎหมาย ที่ปรับเปลี่ยนทันการณ์และเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยพัฒนาการด้านนโยบายและกฎหมายเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุมีจุดเริ่มในเวลาใกล้เคียงกับญี่ปุ่น และสิงคโปร์ คือประมาณ 25 ปีเศษ แต่การขับเคลื่อนกระบวนการทางกฎหมายมีความเชื่องช้ากว่ามาก ตัวอย่าง เช่น ร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุฯ ซึ่งร่างมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 จนผ่านมาถึง 8 ปีแล้ว รัฐสภายังไม่ได้มีการพิจารณาดังนั้นจึงยังไม่มีกฎหมายรวบรวมการปฏิบัติและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตทุกด้านใน

ฉบับเดียวกัน⁽⁸⁵⁾ อีกทั้งแนวคิดในการกำหนดนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยยังเป็น แบบรวบอำนาจ (centralization) เน้นการสร้างคามนิยมจากประชาชนและความมั่นคงของรัฐเป็นหลักทำให้นโยบายเป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้า แบบสงเคราะห์หรือให้ทานการกุศล ตัวอย่างเช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ค.ศ. 1991 (พ.ศ. 2534) ที่บัญญัติว่า “รัฐพึงช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีสุขภาพ กำลังใจ และความหวังในชีวิตเพื่อให้สามารถดำรงตนอยู่ได้ตามสมควร”

นอกจากนี้การบริหารจัดการงานผู้สูงอายุยังเป็นระบบสั่งการจากบนลงล่าง (top-down) ที่สำคัญคือเป็นแนวคิดแบบราชการที่ขาดประสิทธิภาพ และยังขาดการมีส่วนร่วมจากสังคมประชาชน⁽⁸⁶⁾ แนวคิดดังกล่าวมีความเหมาะสมกับยุคสมัยหนึ่ง แต่ในยุคแห่งการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุนี้ แนวคิดเหล่านี้ต้องปรับเปลี่ยนใหม่ เพื่อให้กลไกการเมืองสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเทศที่ศึกษามีกลไกการเมืองที่ขับเคลื่อนตามบริบทของแต่ละประเทศ มีทั้งที่แตกต่างและคล้ายคลึง มีทั้งจุดเด่นและจุดด้อยที่ควรศึกษา

ประเทศออสเตรเลีย มี National Health Act (1953) ที่เป็นกฎหมายเพื่อสวัสดิการค่าใช้จ่ายแก่ผู้อาศัยใน nursing home มาประมาณกว่า 40 ปี ซึ่งอนุมานได้ว่าแนวคิดเริ่มต้นระบบบริการผู้สูงอายุ เริ่มจากผู้สูงอายุเป็นปัจเจกชน และเน้นที่สถาบันบริการ ต่อมาเริ่มเห็นว่าความมั่นคงทางด้านรายได้เป็นเรื่องสำคัญในระบบความมั่นคงของผู้สูงอายุ จึงหันมาพัฒนาการประกันความยากจน ด้วยการออกกฎหมายจัดการสวัสดิการการเงินหลังเกษียณ หวังจัดความยากจนเมื่อถึงวัยสูงอายุ (aged pension 1990)

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อมูลปรากฏอีกครั้ง ปี ค.ศ. 1977 มี Aged Care Act เกิดขึ้น ซึ่งเน้นบริการต่าง ๆ ที่จัดให้กับผู้สูงอายุ แต่ยังเป็นบริการในสถาบัน และในรูปแบบสวัสดิการ การสวัสดิการนี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงินอย่างมากมาย และไม่สามารถตอบสนองประชาชนสูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศได้^(87,88-90) จึงมีความพยายามปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จัดให้กับผู้สูงอายุ กระบวนการปฏิรูปขับเคลื่อนรวดเร็วและเข้มข้นมากในช่วง ปี ค.ศ. 1997-99 ซึ่งต้องถือว่าส่วนหนึ่งเกิดจากเหตุการณ์สำคัญของโลก คือ การที่ประเทศได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุม World Gerontology Congress ในปี ค.ศ.1997 และ กระแสการตื่นตัวของประชาคมโลกต่อปัญหาของผู้สูงอายุ จนองค์การสหประชาชาติกำหนดให้ปี ค.ศ.1999 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (IYOP) และให้นโยบายสากล เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ เตรียมการรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ ประเทศออสเตรเลียได้โอกาสศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศ และปฏิรูประบบบริการสำหรับผู้สูงอายุครั้งใหญ่ มีการกำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติ ปรับระบบ Australian residential care system ของ nursing home และ hostel ให้เป็นระบบเดียวกัน เพื่อความเหมาะสมในการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานบริการ มีการพัฒนาเครื่องมือประเมิน (จากรายได้และทรัพย์สิน) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนให้กับสถานบริการ และมีระบบการร่วมจ่ายครอบคลุมบริการด้านที่พักอาศัย การดูแลขยายจากการดูแลแบบสถาบันสู่การดูแลในครอบครัวและในชุมชนมากขึ้น จากรัฐบริการเป็นเอกชนมีส่วนร่วมมากขึ้น รูปแบบการบริการผู้สูงอายุในชุมชนผลุดขึ้นมากมาย หลากหลายรูปแบบจวบจนปัจจุบัน^(91,42,76,91-94)

ประเด็นที่ไม่ควรละเลยของประเทศไทยคือ การที่รัฐบาลตระหนักว่า การให้บริการและเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยธรรมชาติมีอยู่แล้ว โดยเกิดจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน การสนับสนุนระบบเกื้อหนุนโดยธรรมชาติในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งด้านความรู้และสวัสดิการจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านอยู่กับชุมชนได้ อันเป็นการส่งเสริมนโยบาย aging in place ของรัฐบาลนั่นเอง และจุดเด่นของประเทศไทยคือ นับตั้งแต่มี Aged Care Act แล้ว ประเทศไทยมีการ

พัฒนาด้านนโยบายและกฎหมายอย่างต่อเนื่อง มีนโยบายการปฏิรูประบบบริการการดูแลผู้สูงอายุ (aged care reform policy) ที่มีการบูรณาการการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ครอบคลุมระบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในสถาบันบริการระยะยาว (residential care) ถึงบ้านและชุมชน รวมทั้งการมีนโยบายการสนับสนุนครอบครัวที่ชัดเจนด้วย

พัฒนาการของกฎหมายและนโยบายผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่นมีความชัดเจนคล้ายคลึงกับประเทศออสเตรเลีย และเริ่มในระยะเวลาใกล้เคียงกัน แต่ต่างที่ประเทศญี่ปุ่นเริ่มต้น เน้นที่การพัฒนาทางด้านความมั่นคงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุมีหลักประกันว่าจะมีชีวิตอยู่ได้สุขภาพดีตามมาตรฐานขั้นต่ำ มาตรการความมั่นคงที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุ เริ่มปรากฏในปี ค.ศ.1971 คือการมีมาตรการจ้างงานสำหรับวัยกลางคนและวัยสูงอายุ แม้จะมี pension และ health insurance system ที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน ในปี ค.ศ. 1961 แต่ยังไม่เอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุมากนัก ประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัย ในปี ค.ศ. 1969-70 และผู้สูงอายุได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี ในปี ค.ศ.1973 อันเป็นปีแรกแห่งยุคสวัสดิการสงเคราะห์ของประเทศ แต่ด้วยการตระหนักภาระที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ในขณะที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับประเด็นค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการที่สูงขึ้น จึงมีการพัฒนากฎหมายว่าด้วยการดูแลระยะยาว และกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพและการรักษาสำหรับผู้สูงอายุ (Health and Medical Service Law for the Elderly) และกำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อลดภาระรัฐบาล ระหว่างปี ค.ศ. 1977-82 ผลที่ตามมาคือการมีสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น short stay, day care service เพื่อรองรับการย้ายการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ปี ค.ศ.1985 รัฐบาลทบทวนนโยบายเกี่ยวกับระบบความมั่นคงของผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งระบบความมั่นคงทางสังคม ระบบบำนาญ ออกกฎหมายขยายอายุการประกันบำนาญ (65 ปี) และอายุเกษียณ (60 ปี) พร้อมก่อตั้ง Organization of Silver Human Resource Center เพื่อเป็นองค์กรทำหน้าที่เฉพาะของผู้สูงอายุ และปี ค.ศ. 1988 ออกกฎหมาย “Welfare Vision” เพื่อให้การดำเนินการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่างจริงจัง มีการระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัดในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ แผนนี้เน้นที่การจัดให้มีสถานบริการหรือสถานพยาบาลจำนวนเพียงพอ ผู้ดูแลตามบ้านให้เพียงพอ และจัดให้มีศูนย์บริการกลางวันเพิ่มขึ้น

นโยบายแผนทอง (Gold Plan) เป็นแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี (1989-99) สำหรับส่งเสริมการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1989 นโยบายนี้เน้นประกันการดูแลที่บ้านและการดูแลระยะยาว แต่เมื่อดำเนินไปได้ระยะหนึ่ง พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะได้รับการสูงกว่ที่ด้งไว้ ด้วยขณะนั้นจำนวนประชากรสูงอายุขยายเพิ่มเป็นสองเท่าจากปี ค.ศ. 1970 แล้ว จึงจำเป็นต้องขยายการให้บริการมากขึ้น ในปี ค.ศ.1994 จึงจัดทำแผนทองใหม่ (New Gold Plan) ขึ้น ที่เน้นทั้งปริมาณและประสิทธิภาพของการดูแลระยะยาว ควบคู่ไปกับการออกกฎหมายประกันสุขภาพและคุณภาพการบริการเพื่อรองรับการปฏิบัติตามนโยบาย

ปี ค.ศ. 1995 มีนโยบายการฟื้นฟูสภาพ และการมีชีวิตอย่างปกติสุขในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ จึงเกิดบริการบ้านกลุ่มและบริการรักษาสวัสดิภาพความปลอดภัยที่บ้านขึ้น ปลายแผนทอง คือ ปี ค.ศ. 1999 มีนโยบายแผนทอง 21 (Gold Plan 21) เตรียมรับการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 โดยตั้งเป้าหมายขยายการให้บริการมากกว่าแผนทองใหม่ และ จัดบริการ group home for senior with dementia ขึ้นเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีปัญหานี้โดยเฉพาะ และ ปี ค.ศ. 2000 มีกฎหมาย Public Long Term Care Insurance Law ขยายประกันครอบคลุมไปยังประชาชนอายุ 40 ปี ให้เสียภาษีเพิ่มเพื่อเข้าสู่ระบบประกันระยะยาว โดยจะได้รับ

สวัสดิการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตั้งแต่อายุ 40 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารัฐต้องการเตรียมสุขภาพที่ดีให้กับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุแต่เนิ่นๆ⁽⁹⁵⁻⁹⁸⁾

กลไกการเมืองของประเทศญี่ปุ่นมีจุดเด่นที่มีความซับซ้อน และพร้อมจะปรับเปลี่ยนตามบริบทที่คุกคามการออกนโยบายและมาตรการต่าง ๆ คำนึงถึงระบบการคลังที่จะรองรับ ดังจะเห็นว่าเมื่อรัฐตระหนักว่าการให้สวัสดิการรักษายาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดปัญหากระทบความมั่นคงของชาติ จึงปรับเปลี่ยนให้เป็นแบบร่วมจ่ายตามความสามารถและความต้องการ โดยมีกฎหมายกำหนด การดำเนินงานมีทั้งนโยบายและออกกฎหมายกำกับให้เกิดการปฏิบัติ ที่น่าสนใจคือ การมีแนวคิดว่าจะระบบบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมเป็นเรื่องเดียวกันและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจ้างงาน การจัดหลักประกันเพื่อให้มีความมั่นคงในแต่ละระบบยากที่จะสามารถจัดแยกได้เบ็ดเสร็จ ด้วยมีความคาบเกี่ยวและโยงใยซึ่งกันและกัน และทั้งหมดถือเป็นระบบหนึ่งในระบบความมั่นคงของประเทศ แนวคิดนี้ทำให้มีการปฏิรูปหน่วยงานโดยยุบกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมเข้ากับกระทรวงแรงงาน เข้าเป็นกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการสังคมในปี ค.ศ. 2001 เพื่อให้การบริหารจัดการและการให้บริการต่าง ๆ คล่องตัวขึ้น⁽⁹⁹⁾ และจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรง คือ Health and Welfare Bureau for the Elderly มีหน้าที่ดำเนินการด้านต่างๆ ให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่มีความสุข มีสันติสุขและอย่างมีความภาคภูมิใจ⁽¹⁰⁰⁾

สหรัฐอเมริกา มีแนวคิดด้านประกันความมั่นคงให้กับประชาชน จึงมี Social Security Amendment ในปี ค.ศ. 1935 ให้สวัสดิการแก่ผู้เกษียณอายุ และให้บริการสุขภาพระยะยาว ในปี ค.ศ. 1965 เกิด Older Americans Act ที่เป็นกฎหมายเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุและเป็นผลพวงจาก White House Conference On Aging ที่ได้สポンเซอร์จาก The American Association of Retired Persons (AARP) กฎหมายนี้มีแนวคิดให้การช่วยเหลือและสงเคราะห์โดยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านบริการชุมชน การจ้างงาน การวิจัย และด้านโภชนาการ และมีการออกประกาศสิทธิของผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ใช่การพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ

การประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา มีกองทุน Medicare และ Medicaid ในปี ค.ศ. 1966 ซึ่งบริหารจัดการโดย The Health Care Financing Administration (HCFA) ของ Department of Health and Human Service, ในปี ค.ศ. 1966 Medicare เป็นการประกันสุขภาพสำหรับการรักษาในโรงพยาบาล nursing home, skill facilities, และ nursing home หรือ home health care ซึ่งได้เงินสนับสนุนจาก social security ส่วน Medicaid จะได้รับการสนับสนุนจากมลรัฐ

ปี ค.ศ. 1978 มีการจัดตั้ง senior centers และ Administration on Aging (AOA) รับผิดชอบเฉพาะด้านผู้สูงอายุในทุกมลรัฐ และในปีเดียวกันนี้ มีการผ่านกฎหมาย สนับสนุน Long-term Care Advocacy Program ประเทศสหรัฐอเมริกามีความพยายามจะปฏิรูปสุขภาพตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพสูงมาก ประชาชนส่วนใหญ่ไม่พอใจระบบสุขภาพและต้องการการเปลี่ยนแปลง ปี ค.ศ. 1992 คลินตันเสนอนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายเพื่อหาเสียงเลือกตั้งประธานาธิบดี หลังได้รับเลือกตั้งได้พยายามเสนอนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพเข้ารัฐสภา (1993-94) แต่กระบวนการในความพยายามปฏิรูปนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงธุรกิจบริการสุขภาพและประกันสุขภาพพัฒนาในทางที่ดีขึ้น มีการเพิ่มบุคลากรด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ มากขึ้น⁽¹⁰⁰⁾

ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพยังมีความไม่สมดุล ดังนั้นในปี ค.ศ. 1997 มี The Balance Budget Act ควบคุมการใช้จ่ายสุขภาพ รวมทั้งผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้สำเร็จภายในปี ค.ศ. 2002

ปี ค.ศ. 1998 มี The Minimum Data Set (MDS) ซึ่งเป็น comprehensive resident assessment tool ใช้ประเมินผู้สูงอายุแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลและเมื่อมีการเจ็บป่วย เป็นการประเมินความสามารถผู้สูงอายุ ก่อนเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะเสื่อม เพื่อการจัดบริการให้ผู้สูงอายุ

ปัจจุบันประเทศสหรัฐอเมริกา มีนโยบาย จะทำให้ประเทศเป็นสังคมของคนทุกวัยและกำหนดให้เดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. 2002 เป็นเดือนของผู้สูงอายุ⁽¹⁰¹⁾ ความที่สหรัฐอเมริกา มีองค์กรทางด้านเอกชนที่เข้มแข็ง การดำเนินงานที่สำคัญจึงเกิดจากการผลักดันของภาคเอกชน และการที่ต่างรัฐต่างจัดการบริหารของตนเอง นโยบายหลักที่ได้รับจากรัฐบาลกลางจึงถูกประยุกต์ตามกฎหมายของแต่ละรัฐ ดังนั้นจึงมีความหลากหลายในกลไกขับเคลื่อน การที่ประเทศมีการพัฒนาระบบประกันสังคมมาก่อน ทำให้ระบบนี้เข้มแข็ง และมีครอบคลุมการประกันในทุกด้าน ประกอบกับมีแนวคิดที่ถือเป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่จะต้องประกันความมั่นคงของตนเอง ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุจึงผูกพันกับระบบประกันซึ่งประชาชนเข้าถึงง่าย

ประเทศอังกฤษ ประเทศนี้เข้าภาวะประชากรสูงอายุมาตั้งแต่ ศตวรรษที่ 19 นโยบายและกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุมาจากแนวคิดความมั่นคงด้านการเงิน จึงเริ่มด้วยระบบประกันรายได้ โดยมี Old Age Pension Act ในปี ค.ศ.1908⁽¹⁰²⁾ ทำให้มีระบบบำนาญของรัฐเกิดขึ้นแต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1911 มี National Insurance Act เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้เวลาต่อมาอีก 35 ปีในการพัฒนาให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดซึ่งรวมผู้สูงอายุด้วย โดยมี National Health Service เป็นองค์กรหลักของรัฐรับผิดชอบให้บริการทางสุขภาพและสังคม โดยการร่วมรับผิดชอบของ Department of Health (DOH) และ Department of Social Service (DSS)

ช่วงปี ค.ศ. 1989-93 มีนโยบายขยายบริการไปยังชุมชน^(103,104) และเพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติมี Community Care Act ออกมาควบคุม มีผลให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการปรับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติให้เอกชนมีส่วนร่วมมากขึ้น แยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการ ปี ค.ศ. 1999-2000 การปฏิรูประบบสุขภาพและสังคมดำเนินอย่างกว้างขวาง โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มีการใช้ข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนการกำหนดแผนต่าง ๆ ที่สำคัญคือมี Principle of NHS Plan เป็นหลักการสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (National Service Framework for Older People) ในปี ค.ศ. 2001 นับว่าเป็นนโยบายเฉพาะผู้สูงอายุที่ชัดเจนแม้จะภายหลังประเทศอื่นมาก⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁷⁾

กรอบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ มีมาตรฐานการดูแล 8 มาตรฐาน แต่ละมาตรฐานได้มาจากการศึกษา การให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะของบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง มาตรฐานจึงมีจุดเด่นในเรื่องการตอบสนองความต้องการหรือปัญหาที่แท้จริง และครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ จุดเด่นของมาตรฐานอีกประการหนึ่งคือ ในแต่ละมาตรฐานจะมีการกำหนดรูปแบบบริการที่จะจัดให้ มีแนวทางการนำไปปฏิบัติ มีการกำหนดงบประมาณที่จะใช้ และเกณฑ์ในการประเมินผลอย่างชัดเจน กำหนดระยะเวลาการดำเนินตามแผนไว้อย่างชัดเจน

จุดที่น่าสนใจของกลไกการเมืองของประเทศนี้คือ การกำหนดนโยบายหรือมาตรฐานเพื่อใช้เป็นเข็มทิศนี้ มีการฟังเสียงประชาชน มีการใช้หลักวิชาการ และมีการให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำมาตรฐานเพื่อให้เป็นมาตรฐานที่สมบูรณ์และเกิดผลดีกับทุกฝ่าย นอกจากนี้ มาตรฐานยังเป็นการผสมผสานงานบริการสุขภาพและบริการสังคมเข้าด้วยกัน โดยมีหัวใจใหญ่ คือ NHS รับผิดชอบ ซึ่งเท่ากับว่ารัฐมีแนวคิดว่าระบบบริการทั้งสองนี้ต้องควบคู่ประสานกันจึงเกิดประสิทธิผล และกลไกอย่างหนึ่งที่น่าเรียนรู้คือ รัฐสนับสนุน

การศึกษานำร่องในบางโครงการเพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนก่อนขยายการดำเนินการไปครอบคลุมทั้งหมด^(77, 108-110)

ประเทศสิงคโปร์ ก่อนปี ค.ศ. 1970 รัฐมีแนวคิดให้สวัสดิการโดยยังไม่มีการพัฒนาผู้สูงอายุ แนวคิดการพัฒนาเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 โดยผนวกแนวคิดการทำให้สังคมเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ รวมไปถึงให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง ปี ค.ศ. 1980 ประเทศสิงคโปร์เริ่มตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้น แม้ในขณะนั้นประเทศยังไม่เข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ มีการสำรวจปัญหาของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในทุกด้าน ผลพวงที่ตามมาคือมี Inter-Ministerial Committee (IMC) on the Aging Population มีการจัดทำนโยบาย แผนงาน มาตรการ และโปรแกรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมเรื่อง การขยายอายุเกษียณ (จาก 55 ปี เป็น 60 ปี) การจ้างงาน และค่าจ้างผู้สูงอายุ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ การจัดเตรียมที่พักและสิ่งแวดล้อม ศึกษาการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ และการลดภาษีให้แก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเห็นว่ามีความคิดในเรื่องการประกันรายได้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพมีรายได้และมีคุณค่า รวมถึงเริ่มคิดถึงการดูแลระยะยาวตลอดจนการเตรียมผู้ให้การดูแลด้วย การดำเนินงานเหล่านี้อยู่ในความรับผิดชอบของ National Council on Family and Aged (NACFA) ภายใต้ Ministry of Community Development and Sport (MCDS) และมีองค์กรเอกชนที่สำคัญ คือ Voluntary Welfare Organization หรือ VWOs ร่วมมือ⁽¹¹¹⁾

ประชาชนในประเทศมีความกังวลในปัญหาสุขภาพและสังคมของประชากรสูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นจึงมีการเคลื่อนไหวให้มีกฎหมาย Maintenance of Parent Act เพื่อป้องกันการทอดทิ้งบิดามารดา และให้สิทธิดำเนินการลงโทษบุตรที่ทำทารุณกรรมบิดามารดาตนเอง ในปี ค.ศ. 1996 และมี Advanced Medical Direct Act ที่ย้ำสิทธิมนุษยชนของผู้สูงอายุ โดยให้สามารถแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษาได้ (ระยะสุดท้าย)

สำหรับแผนการดำเนินงานผู้สูงอายุในปัจจุบัน (ค.ศ. 2000-05) ซึ่งจัดทำโดย IMC on the Aging Population เป็นการดำเนินงานที่เน้นให้สังคมมีส่วนร่วม โดยเฉพาะครอบครัว และเน้นการยังประโยชน์ของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการพัฒนางานมีแนวคิดหลัก คือ *Heart ware* เน้นการปรับบทบาทผู้สูงอายุในสังคม โดยทำให้สังคมและผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุในทางที่ดีและก่อประโยชน์ *Soft Ware* เป็นการปรับโครงสร้างภายในที่เอื้อต่อการบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่นมี multi-service center มีกิจกรรมการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ *Hard ware* เป็นการปรับโครงสร้างวัตถุด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยชนชั้นกลางชนชั้นล่างต่าง ๆ ให้ความสะดวกและเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้⁽¹¹²⁾

จะเห็นได้ว่านอกจากแนวคิดเรื่องการประกันรายได้แล้ว ประเทศสิงคโปร์เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตัวเองได้เป็นหลัก เสริมด้วยการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน โดยรัฐจะอำนวยความสะดวกและให้การดูแลโดยผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนเกิดประสิทธิผลมากที่สุด กลไกการเมืองของประเทศพัฒนานโยบายจากการตระหนักในปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรอาสาสมัคร เช่น VWOs และการมีหน่วยงานรัฐที่เข้มแข็งดำเนินการโดยเฉพาะเช่น NACFA ภายใต้ MCDS ที่นำแผนงานสู่ปฏิบัติ⁽¹¹³⁾

ประเทศไทย มีนโยบายให้บริการและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุมานานกว่า 40 ปี โดยมีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา ครั้งแรกใน ปี ค.ศ. 1953 แนวคิดของนโยบายของผู้สูงอายุไทยระยะแรก เป็นการสร้างความนิยมให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลผู้พึงสงเคราะห์ แต่ต่อมาการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาประเทศจะถูกจัดทำโดยสภาเศรษฐกิจแห่งชาติ หรือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติในปัจจุบัน สาระในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 ถึง 4 (ค.ศ.1961-81) นอกจากไม่มีแผนการให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุชัดเจนแล้ว ผู้สูงอายุก็ยังเป็นบุคคลด้อยโอกาสที่รัฐต้องให้การสงเคราะห์คุ้มครอง หรือไม่ก็เป็น กลุ่มผู้มีปัญหาทางสังคมและกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4) ซึ่งหมายถึงรัฐต้องให้การสงเคราะห์ตามปัญหา แต่รัฐเองไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุม จึงเริ่มมีนโยบายให้เอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการ

ในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ประเทศไทยได้อานิสงส์จากกระแสโลก ที่ให้ความสนใจผู้สูงอายุ และการได้เข้าร่วมประชุมใน World Assembly on Aging (ค.ศ.1982) โดยเริ่มที่ปี ค.ศ. 1989 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเรื่องผู้สูงอายุขึ้น เพื่อมารับข้อเรียกร้องขององค์การสหประชาชาติ ปีค.ศ. 1990 มีคณะทำงานและคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น โดยมีหน้าที่ดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสนับสนุน หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และในปี ค.ศ. 1992 ได้จัดตั้ง คณะอนุกรรมการประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบประสานโครงการในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน มีการดำเนินงานที่สำคัญคือ มีการวางแผนสำรวจและกำหนดเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล-สถานพยาบาลทั่วประเทศ มีการจัดทำแผนงานโครงการโรคไม่ติดต่อในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และทำให้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น (ค.ศ. 1982-2001) แผนนี้ล่วงมาจนสิ้นแผน ยังไม่สามารถทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้ แต่ผลพลอยได้คือ ในการจัดทำแผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ฉบับที่ 5 ผู้สูงอายุได้รับความสนใจ และมีคุณค่ามากขึ้น แต่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5-6 (ค.ศ. 1982-91) ก็ยังไม่ปรากฏนโยบายและแผนงานสำหรับผู้สูงอายุชัดเจน ผู้สูงอายุถูกจัดเป็นส่วนในครอบครัว ถ้าหากครอบครัวมีคุณภาพดีผู้สูงอายุจะได้ผลพวงตามไปด้วย⁽⁴¹⁾

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 มีนโยบายให้ครอบครัวช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้และความเข้าใจผู้สูงอายุและผู้ที่จะเข้าวัยสูงอายุ ในการจัดทำแผนของกระทรวงสาธารณสุขที่บรรจุไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (ค.ศ. 1992-96) ได้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในแผนงานที่สำคัญ 4 แผนงาน คือแผนงานการบริการสาธารณสุข แผนงานส่งเสริมสุขภาพ แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และแผนงานสวัสดิการสาธารณสุข และประกันสุขภาพ และแผนงานนี้ปรากฏต่อเนื่องมาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้วย แต่มีข้อจำกัดหลายประการทำให้ไม่บรรลุตามแผน⁽⁴²⁾

รัฐเห็นว่าแผนผู้สูงอายุระยะยาวนั้นไม่เกิดผล จึงขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุด้วยการจัดทำนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (ปี ค.ศ. 1992-2011) ผู้สูงอายุจึงได้สวัสดิการรักษายาฟรี ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายา ค.ศ. 1992 (พ.ศ. 2535) และผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีญาติ มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ภายใต้ระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539) และผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างและผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) ค.ศ. 1994 (พ.ศ. 2537) ได้ผลประโยชน์จากการประกันสุขภาพ⁽⁴³⁾ จากแผนพัฒนาฯ 1 ถึง 7 หรือ 35 ปี ประเทศไทยกำหนดนโยบายและแผนตามปัญหาและสถานการณ์ และเน้นที่การสงเคราะห์มาโดยตลอด ภาพผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีความสามารถและมีความสำเร็จในชีวิตมีน้อย แผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นเพียงนโยบายและแผนที่เขียนไว้ ขาดกลไกขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ แม้จะแก้ไขด้วยการออกนโยบายและแผนงานสำหรับผู้สูงอายุมาช่วยงานของผู้สูงอายุก็ยังขับเคลื่อนได้ช้า

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 การบริการและสวัสดิการของผู้สูงอายุยังคงเดิม แต่มีการเพิ่มเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุที่ยากจนให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้ ซึ่งก็ถือว่ายังมีแนวคิดการสงเคราะห์อยู่ด้วย ระหว่างแผน คือ ปี ค.ศ. 1999 อิทธิพลจากปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ มีกลไกขับเคลื่อนจากนักวิชาการและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีการระดมสมอง และร่วมประกาศวิสัยทัศน์ผู้สูงอายุไทย ในการประชุมเวทีปฏิรูปว่าด้วยภาพลักษณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งนับเป็นการนำเสนอวิสัยทัศน์ผู้สูงอายุไทยและวิสัยทัศน์ระบบบริการสุขภาพ บริการสังคมและสวัสดิการที่พึงประสงค์ในอนาคต และในป็นี่เอง ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนพรรคการเมือง ได้ร่วมกันจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เพื่อถวายในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนม์มายุครบ 72 พรรษา โดยมุ่งให้เกิดการปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสิทธิของผู้สูงอายุ ตามธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ตามหลักการขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ และตามปฏิญญามาเก๊า ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและสังคมภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย มีสาระสำคัญกำหนดไว้ทั้งหมด 9 ข้อ ที่ระบุทั้งสิทธิที่พึงมี บริการสุขภาพและสังคมที่พึงได้รับ ตลอดจนความรับผิดชอบที่ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและบังคับใช้ ปฏิญญานี้ถือเป็นข้อผูกพันที่ต้องมุ่งมั่นปฏิบัติของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง⁽⁴¹⁾

ในช่วงกลางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เป็นช่วงที่มีการเตรียมแผนผู้สูงอายุระยะยาว ฉบับที่ 2 แทนแผนฉบับที่ 1 ซึ่งจะสิ้นสุดในปี ค.ศ. 2001 การเตรียมแผนนี้ มีการระดมแนวคิดจากทุกภาคส่วน มีการใช้วิชาการเป็นฐาน มีแผนยุทธศาสตร์ มีการกำหนดแนวคิดพื้นฐานทั้งปรัชญา วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ มาตรการ ผู้รับผิดชอบ ดัชนีชี้วัด และเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งยังมีมาตรการในการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีกำหนดการประเมินและปรับปรุงแผนทุก 5 ปี⁽⁴²⁾ จัดเป็นนโยบายและแผนที่เสนอแนวคิดที่ชี้นำการดำเนินงานที่ทันการณ์กับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลง และถือว่าเป็นแผนที่สมบูรณ์มากพร้อมจะประกาศใช้ต่อจากแผน 1 แทบจะกล่าวได้ว่างานด้านผู้สูงอายุเริ่มเดินหน้าจริงจัง ตั้งแต่ปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุหรือ 4-5 ปีหลังนี้ โดยมีกลไกทางด้านวิชาการที่เข้มแข็ง เป็นตัวกระตุ้นให้กลไกสังคม และกลไกการเมืองร่วมขับเคลื่อน

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ แม้จะถูกระบุไว้ให้จัดทำในปฏิญญาผู้สูงอายุไทย กฎหมายที่มีอยู่เช่น ประมวลกฎหมายอาญา หมวดที่ว่าด้วยความผิดฐานทอดทิ้งคนชรา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หมวดที่ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของบิดามารดาและบุตร พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พระราชบัญญัติประกันสังคมที่มีกรณีประกันชราภาพ เป็นเพียงแทรกอยู่ตามกฎหมายอื่นเท่านั้น จึงไม่เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเท่าที่ควร

การเห็นความสำคัญของการมีกฎหมายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของรัฐสะท้อนได้จากการมีบทบัญญัติส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในรัฐธรรมนูญมาตราที่ 54 ที่ให้ความหมายว่า รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องดำเนินการบัญญัติกฎหมายและกำหนดมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับมาตรา 54 ในรัฐธรรมนูญ โดยไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการดำเนินงาน และดูเหมือนการไม่กำหนดระยะเวลานี้เองที่ทำให้ เวลาล่วงมาถึง 4 ปี ยังไม่มีกฎหมายผู้สูงอายุตามที่รัฐธรรมนูญระบุไว้ แต่มีความพยายามของกรมการแพทย์ที่จะให้มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ เพื่อรวบรวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้ครบถ้วนไว้ในฉบับเดียว⁽⁴⁴⁾ พระราชบัญญัตินี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 เวลาล่วงมานานถึง 8 ปียังไม่คลอด⁽⁴⁵⁾ ติดขัดที่ขาดความชัดเจน การใช้ถ้อยคำไม่สอดคล้อง ด้วยกลไกการเมืองไม่แข็งขัน รัฐบาลไม่ต่อเนื่อง การแก้ไข ปรับปรุงและการนำเสนอจึงล่าช้า

เมื่อพิจารณาจะเห็นว่ารัฐมีเจตจำนงจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ แต่ด้วยแนวคิดที่เห็นผู้สูงอายุเป็นบุคคลด้อยโอกาส นโยบายและแผนงานในช่วงต้นจึงออกมาในเชิงให้การสงเคราะห์เพื่อการกุศล ขาดแนวคิดการพัฒนาและความเป็นธรรมในสังคม ระบบบริการและหลักประกันด้านสุขภาพจะดำเนินการไปได้ดี ด้วยแฝงรวมไปกับระบบบริการสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มโดยกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่บริการด้านสังคมยังจำกัดขาดการมององค์รวมในการพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพที่ถือว่าค่อนข้างดีมีปรากฏ ก็ยังไม่มีความเข้มแข็งและจำเพาะต่อผู้สูงอายุ ถึงจะอ้างว่ามีคลินิกผู้สูงอายุ ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 แต่บริการสุขภาพของผู้สูงอายุก็ตีตลาดน้อยมาอย่างเชื่องช้า ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุถูกขับเคลื่อนอีกครั้งในช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 หรือในปี ค.ศ. 1991 โดยมีการจัดสรรงบประมาณ สำหรับบริการทางการแพทย์และผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ มีนโยบายจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุในทุกโรงพยาบาล แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ครบถ้วนในทุกโรงพยาบาล และในปี ค.ศ. 1992 มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้นในกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานและประสานงานการดำเนินงานในกระทรวงสาธารณสุข ผลของการเคลื่อนไหวของสถาบันทำให้รัฐบาลประกาศนโยบาย ให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ได้รับบัตรสงเคราะห์ในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง⁽⁴¹⁾

ลักษณะการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยยังเน้นในสถาบันหรือโรงพยาบาลมากกว่าในชุมชน การบริการกระจุกไม่กระจายไม่ครอบคลุมประชาชน บริการเข้าไม่ถึงประชาชนและประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็นว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีบัตรผู้สูงอายุให้ได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลฟรี ไข่ว่าผู้สูงอายุจะได้ใช้สิทธิทั้งหมด บางส่วนเข้าไม่ถึงด้วยความจำกัดด้านข่าวสาร บางส่วนไม่สามารถเข้าถึงเพราะระยะทาง ความไม่สะดวกในการเดินทางและไม่มีเงิน ทำให้รัฐจึงไม่จัดบริการให้ถึงบ้าน⁽⁵¹⁾ หรือแม้แต่มิติของการให้บริการที่มี 4 ด้าน คือ ด้านการรักษา การส่งเสริม การป้องกันและฟื้นฟู ระบบบริการสุขภาพที่จัดให้อยู่ในปัจจุบัน ยังมีความเข้มแข็งที่การส่งเสริมและการรักษา และอ่อนด้อยมากในเรื่องการฟื้นฟูและป้องกัน⁽¹⁵⁾ การดำเนินงานไม่บรรลุตามนโยบาย ประมวลได้ว่าเพราะขาดกลไกการบริหารจัดการที่แปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความไม่ต่อเนื่องของผู้รับผิดชอบบริหาร กลไกการเงินการคลังไม่เพียงพอ และที่สำคัญกลไกการบริหารเลือกวิธี “สั่งการ” จากบนสู่ล่าง หรือที่เรียกว่านโยบาย top down ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจแนวคิดหลักในการดำเนินงาน⁽⁵⁵⁾

การขยายมโนทัศน์ด้านสุขภาพ ทำให้ต้องมองสุขภาพควบคู่กับสังคม การบริการและสวัสดิการด้านสังคม ซึ่งกรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีกระทรวงศึกษาธิการรับผิดชอบด้านการศึกษาของผู้สูงอายุ จะเป็นปัญหานักเพราะชอบขยับงานกว้างขวาง ด้วยเป็นระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี บริการทางสังคมแม้จะอ้างว่ามีมาแล้วกว่า 40 ปี และแม้กรมประชาสงเคราะห์จะได้จัดบริการในระดับชุมชน ในปี ค.ศ. 1978⁽⁴¹⁾ ที่เรียกว่าศูนย์บริการผู้สูงอายุ อันเป็นบริการทางสังคมในระดับชุมชนประเภทแรก แต่ก็เป็นแนวคิดสงเคราะห์ และนำหนักส่วนใหญ่เน้นบริการในสถาบัน และเนื่องจากระบบการเงินการคลังไม่อำนวย แหล่งที่ตั้งศูนย์ไม่อำนวย การดำเนินงานประสบปัญหาทั้งทางด้านงบประมาณ บุคลากรการบริหารจัดการ และความซับซ้อนรุนแรงของปัญหาสังคม การบริการสังคมระดับชุมชนรูปแบบแรกดูจึงไม่เข้าเป้าเท่าที่ควร ยังไม่สามารถตอบสนองได้ทั้งหมด อีกทั้งในช่วงหลังการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ยังถูกเบี่ยงเบนตามแนวคิดสร้างค่านิยมให้ตนเองของนักการเมือง ทำให้ปริมาณและแหล่งที่ตั้งสถานสงเคราะห์ไม่สอดคล้อง

กับบริบทและจุดมุ่งหมายที่ต้องการ การจัดบริการทางสังคมขยายจากสถาบันเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น ในช่วง 10 ปี
หลังนี้ คือ เริ่มมีเชิงรุกเข้าสู่ชุมชนจริงจัง นอกจากศูนย์บริการผู้สูงอายุเดิมแล้ว มีการตั้งศูนย์บริการทางสังคมใน
รูปแบบการให้บริการอิสระที่แยกจากสถานสงเคราะห์ ให้บริการดูแลกลางวัน และที่พักชั่วคราว รวมทั้งขยาย
บริการเคลื่อนที่ของสถานสงเคราะห์ออกไปในชุมชนต่าง ๆ มากขึ้น⁽⁴¹⁾

รัฐบาลโดยความร่วมมือของสมาคมสภาผู้สูงอายุมีความพยายามใช้ชมรมผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางกิจกรรม
ส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ แต่การปฏิบัติไม่เกิดผลตามเป้า เพราะความไม่เข้าใจแนวคิดของผู้จัดตั้งและของ
ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุไม่รู้สึกรับเป็นเจ้าของชมรมอย่างแท้จริง จึงขาดความร่วมมือกัน ซึ่งสืบเนื่องจากกลไก
การบริหารแบบสั่งการ และขาดการสร้างทัศนคติที่ดีให้ผู้สูงอายุนั่นเอง ผู้ทรงคุณวุฒิถึงกับกล่าวว่า ชมรม
ผู้สูงอายุล้มเหลวเพราะ ผู้สูงอายุยังมีทัศนคติต่อความชราในทางที่ไม่เกิดประโยชน์ ยังขาดความคิดริเริ่ม รอรับ
การชี้แนะ หรือรอการช่วยเหลือหรือพึ่งพาหน่วยงานที่ก่อตั้ง⁽⁵¹⁾

รัฐมนตรีนโยบายดำเนินระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี ค.ศ. 2001 ซึ่งก็คล้ายกับรัฐบาลของประเทศ
ที่ใช้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการสุขภาพและลด
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีราคาแพงโดยไม่จำเป็น หลักของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ คือ
1) ขยายความหมายของ “สุขภาพ” ให้มีขอบเขตที่กว้างขึ้นให้ครอบคลุมมิติต่างๆ ด้านสุขภาพ 2) ปรับแนวคิดเป็น
การสร้างนำซ่อมสุขภาพ 3) เน้นการดูแลในครอบครัวและชุมชนมากกว่าในสถาบันบริการ 4) ให้ผู้ใช้
บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกและนโยบายสุขภาพมากขึ้น 5) กระจายอำนาจจาก
ส่วนกลางสู่องค์กรท้องถิ่นมากขึ้น 6) วางแผนพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน 7) ส่งเสริมให้มีระบบ
และองค์กรบริหารจัดการ 8) เพิ่มงบประมาณการวิจัยระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในการใช้บริการ
เทคโนโลยีการประเมินโครงการและแผนงาน และระบบสารสนเทศ⁽¹¹⁶⁾

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยคาดว่าจะทำให้มีการกระจายการบริการ รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุให้ถึง
ชุมชนและใกล้บ้านมากขึ้น ผ่านระบบการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปและการดูแลที่จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริม
ระบบการดูแลแบบปฐมภูมิ และเน้นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน มีระบบส่งต่อในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
แต่การปฏิรูปต้องพิจารณาผลกระทบอย่างอื่นด้วย เช่นที่ Chappell⁽¹¹⁶⁾ วิเคราะห์การปฏิรูปของสหรัฐอเมริกาว่า
การปฏิรูปนั้นเป็นเพียงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการ แต่ไม่ได้สะท้อนว่าจะเป็นบริการที่เหมาะสมและ
ผู้สูงอายุจะสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เพราะนอกจากจะไม่มีมีการกระจายกองทุนด้านสุขภาพและ social
care ไปยังชุมชน (community care) แล้ว กลับมีผลทำให้เกิดการขยายตัวของ medical care ในระดับปฐมภูมิ
และเกิดระบบการรักษาในสถาบันแบบใหม่เพิ่มขึ้นคือ post-acute care ซึ่งได้งบประมาณส่วนนี้ไป เกิดภาพการ
จำหน่ายผู้ป่วยที่เร็วแต่อาการหนัก (quicker but sicker) มากกว่าจะเป็นการกระจายบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ
คือ บริการสุขภาพและบริการสังคม และกระจายงบประมาณสู่การดูแลที่บ้านและที่ชุมชนเพิ่มขึ้น

ในการปฏิรูประบบสุขภาพจำเป็นต้องมีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น รัฐบาลจึงดำเนินการ
การจัดทำพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้
หน่วยงานในส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การสงเคราะห์และพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดปัญหาเรื่องความ
ชัดเจนของการบริหารงาน โดยเฉพาะงานสวัสดิการว่าหน่วยงานใดจะรับผิดชอบ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิที่มี
ประสบการณ์ด้านการสวัสดิการมานาน แสดงความวิตกกังวลทั้งปัญหาความไม่ชัดเจนในความรับผิดชอบ
และประสิทธิภาพของกลไกการเมืองระดับท้องถิ่นในการจะสนองนโยบายด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ และเสนอว่า

ต้องมีระบบที่เสี่ยงในการดำเนินงานระยะแรก⁽⁵¹⁾ นอกจากนี้ในอนาคตตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว การนี้จะสร้างความกังวลและอาจมีนโยบายลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ และลดค่าใช้จ่ายการรักษาในสถาบันลง คำถามคือการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุหรือไม่ ด้านความสะดวกในการใช้บริการ คุณภาพและประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการ โดยไม่ขึ้นกับข้อจำกัดของความสูงอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

การดำเนินการของกลไกการเมืองตลอดเวลาที่ผ่านมา สรุปได้ว่าหลักประกันของผู้สูงอายุที่มั่นคงคือหลักประกันด้านสุขภาพที่ได้รับ การรักษาพยาบาลฟรี และภายใต้การปฏิรูปสุขภาพก็ไม่มีผลกระทบ กลับมีการกำหนดสิทธิไว้ชัดเจนกว่าเดิม แต่การรวมกองทุนข้าราชการเข้ากับกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจทำให้สิทธิของผู้สูงอายุที่ได้สิทธิข้าราชการถูกลดให้ได้สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเท่านั้น สำหรับหลักประกันมั่นคงด้านอื่นเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ จะเห็นว่าอ่อนด้อยมากในเรื่องหลักประกันด้านการเงิน รัฐมีสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุที่ยากจนเพียงแค่ประทังชีวิตและยังไม่ถึงผู้ยากจนที่แท้จริง และแม้จะมีการเริ่มดำเนินการในเรื่องประกันสุขภาพแต่ใช้เวลานานกว่าจะออกผล และยังไม่ประกันความพอเพียงของรายได้หลังเกษียณหรือเมื่อสูงอายุ อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมประชากรสูงอายุทั้งหมด เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรมที่ปีกของระบบประกันยังขยายไปไม่ถึง หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน ด้านผู้ดูแล และด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ปรากฏเป็นนโยบายและแผน และรอกกลไกการจัดการให้เกิดผลทางปฏิบัติ

2.2 กลไกความรู้

นักวิชาการสาขาวิชาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้เข้ามามีส่วนร่วมที่สำคัญในการศึกษาสถานการณ์ปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งศึกษาทางเลือกที่ฟังจะเป็นไปได้ โดยร่วมกับกลไกทางการเมืองและกลไกสังคม การขับเคลื่อนกลไกนี้จะช่วยประสานความเข้าใจผู้สูงอายุและประสานความร่วมมือให้กับทุกฝ่าย ทุกประเทศที่ศึกษาให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัย และสารสนเทศ ด้านผู้สูงอายุ ว่ามีความจำเป็นต่อการกำหนดนโยบาย วิธีการดำเนินงาน การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย ซึ่งมีการดำเนินการวางแผนอย่างเป็นระบบและมีความเป็นเอกภาพแตกต่างกันตามลักษณะโครงสร้างของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ยังช่วยให้การสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งภายในประเทศและกับนานาชาติมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยให้การปรับเปลี่ยนแผนทำได้รวดเร็วและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ในที่นี้จะนำเสนอในบางประเด็น

ประเทศญี่ปุ่น มีการวางแผนการศึกษาวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีความชัดเจนและเป็นระบบ มีเอกภาพและรวดเร็ว พร้อมมีการกำหนดกลไกทั้งด้านงบประมาณ ระยะเวลา ดำเนินการ และผู้รับผิดชอบ เป้าหมาย ความถี่ของการศึกษา วันที่จะเผยแพร่ผลงานวิจัย ที่ชัดเจนมาก⁽¹⁷⁾ ตลอดมีการสนองตอบต่อผลการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในเชิงนโยบาย เป้าหมาย และแผนการดำเนินงาน⁽¹⁸⁾ ถือว่ากลไกด้านความรู้เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูง ส่วนใน**ประเทศอังกฤษ** ก็มีโครงการสำรวจภาวะสุขภาพระยะยาว 10 ปี โดยสำรวจทุกปี และแต่ละปีจะมีการเน้นกลุ่มโรคและกลุ่มภาวะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง⁽¹⁹⁾ มีการทำเอกสารร่างเพื่อเสนอและรับฟังความคิดเห็น และพัฒนาเป็นนโยบายของประเทศต่อไป และประเทศใช้วิชาการเป็นฐาน

การพัฒนากรอบการบริการสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุด้วย⁽¹²⁰⁾ และได้ให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมกำหนดแนวคิดและการจัดการระบบบริการ จึงถือว่ากลไกด้านความรู้ขับเคลื่อนงานได้มาก

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศหนึ่งที่มีความเจริญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสูง มีระบบสารสนเทศและองค์กรที่สนับสนุนทำวิจัยด้านผู้สูงอายุอยู่มาก และมีงานวิจัยหลากหลายในทุกสาขาวิชา จึงมีลักษณะแยกส่วนไปตามเป้าหมายของแต่ละองค์กร จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และเป็นเวทีกลางในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังปรากฏในฐานข้อมูลของหน่วยงานรัฐบาลกลางที่สำคัญ ได้แก่ Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics โดยมีหน่วยงานต่างๆ ของรัฐร่วมเป็นสมาชิก เช่น Administration on Aging (AOA), US Census Bureau, และ National Institute on Aging (NIA) เป็นต้น เป็นประโยชน์ต่อการสืบค้นข้อมูล เชื่อมโยงทั้งส่วนกลาง มลรัฐ และหน่วยงาน องค์กร และกลุ่มผู้สนใจต่างๆ⁽¹⁸⁾

ประเทศไทย การขับเคลื่อนกลไกความรู้ด้านผู้สูงอายุในระยะแรก เป็นรูปแบบศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรค รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป โดยหลังจากการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ สมาชิกมีการประชุมครั้งแรกเรื่องสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ และดำเนินต่อเนื่องในลักษณะให้ความรู้ด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป และมีการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการทำงานกับผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง⁽¹¹⁾ กลไกความรู้ด้านผู้สูงอายุเริ่มอีกครั้งอย่างเข้มข้น ใน ปี ค.ศ. 1981⁽¹¹⁵⁾ จากการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นการประชุมวิชาการที่ได้รวบรวมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การจัดการบริการและปัญหาอุปสรรคต่างๆ จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ และเป็นแผนแม่บทในการทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในปีเดียวกันนี้มีการจัดสัมมนาวิชาการเรื่อง บทบาทขององค์กรต่างๆ ในการวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งถือว่าการขับเคลื่อนกลไกความรู้ ได้รับอิทธิพลเสริมจากกระแสโลก คือ การประชุม World Assembly on Aging ครั้งที่ 1 ที่กรุงเวียนนา ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคตและให้แผนปฏิบัตินานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ประเทศต่างๆ นำไปสานต่อในประเทศของตน นักวิชาการของประเทศไทยหลายคนเข้าร่วมประชุม ได้แนวคิดหลักการจากการประชุมมาเป็นผู้ดำเนินการดำเนินการขับเคลื่อนงานด้านวิชาการและบริการ ผลพวงที่ได้คือ มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (ค.ศ. 1982) ที่จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับแรก (พ.ศ. 1982-2001)⁽¹²¹⁾ แต่ผลงานส่วนใหญ่ออกมาเป็นนโยบาย และไม่สามารถผลักดันให้เกิดเป็นรูปธรรม ความที่กลไกด้านความรู้ของประเทศยังขาดพลังข้อมูลด้านประชากรผู้สูงอายุ และองค์ความรู้ในการจัดทำแผนฯ การประสานพลังอื่นจึงไม่สมบูรณ์ แต่ก็เริ่มให้มีการศึกษาด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

การจัดประชุมวิชาการเป็นการขยายความรู้และระดมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องและสนใจ หลังการสัมมนาวิชาการระดับชาติครั้งที่ 1 และว่างเว้นถึง 9 ปี ในปี ค.ศ. 1990 มีการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่อง การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อติดตามผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ผลจากการประชุมทำให้มีงานด้านผู้สูงอายุหลายอย่างเกิดขึ้น อาทิ การรณรงค์สัปดาห์ผู้สูงอายุปีละครั้ง มีการพัฒนาบุคลากรด้านการสาธารณสุขให้มีความสามารถในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ โดยมีมติให้บรรจุหลักสูตรการดูแลรักษาผู้สูงอายุไว้ในหลักสูตรทุกระดับ มีการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุให้ครบทุกสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน มีการจัดตั้งสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นสถาบันอิสระและมีคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุในระดับกระทรวง เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานให้เกิดการปฏิบัติทั้งใน

ระดับนโยบาย แผน และระดับปฏิบัติทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีจัดตั้งองค์กรผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมือง และในชนบท และให้ผสมผสานกิจกรรมผู้สูงอายุเข้ากับกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายอื่นของชุมชน⁽⁴¹⁾

หลังการจัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ให้เป็นสถาบันประสานงานด้านวิชาการ และการจัดบริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศแล้ว มีการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการประสาน แผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1993 ผลตามมาก็คือ มีมติและข้อเสนอการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเป็นแบบเดียวทั่วประเทศ การกำหนดอัตราส่วนเตียงของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่แน่ชัด มีการพัฒนา ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเตรียมพร้อมเข้าวัยสูงอายุ และกำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปี เป็นวัน ผู้สูงอายุแห่งชาติ⁽⁴¹⁾

พัฒนาการกลไกด้านความรู้ ด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดำเนินการทั้งโดยสถาบันในประเทศ เช่น สถาบันประชากรศาสตร์ และโดยการร่วมกันกับองค์กรต่างประเทศ โครงการวิจัยระดับชาติระยะแรกที่ ศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น โครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร ผู้สูงอายุในประเทศไทย (SECAPT ค.ศ. 1984)⁽²⁵⁾ ผลงานที่ได้จากโครงการนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางทั้งด้านนโยบาย และวิชาการ การที่องค์การสหประชาชาติกำหนดให้ ปี ค.ศ. 1999 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ ทำให้มีแรง ผลักดันวิชาการให้ขับเคลื่อนอย่างแข็งขัน การสำรวจที่สำคัญ เช่น โครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย ของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (SWET ค.ศ. 1994)⁽²⁶⁾ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (1997-98) ของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ⁽²⁸⁾ การศึกษาด้านผู้สูงอายุต่างทยอยตาม กันออกมา ที่น่าสนใจคือ การก่อตั้งสมาคมพหุวิทยาและเวชศาสตร์เพื่อให้เป็นศูนย์รวมของนักวิชาการและ ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทุกสาขา ได้แลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิดด้านวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ นับว่าเป็นการรวมพลสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญ

การจัดประชุมวิชาการเป็นการสร้างฐานความรู้ความเข้าใจเพื่อความร่วมมือในงานผู้สูงอายุเฉพาะปี ค.ศ. 1999 มีการประชุมวิชาการระดับชาติที่สำคัญอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ โดยกรมประชาสงเคราะห์ร่วมกับ สมาคม พหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในชื่อเรื่อง สู้วัยสูงอายุด้วย คุณภาพ และโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนและผู้สูงอายุไทย ในสถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต การ ประชุมดังกล่าวสร้างกระแสดูแลความสนใจในผู้สูงอายุได้อย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 เป็นต้นมา สมาคม พหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยนับว่ามีบทบาทสำคัญในการจัดประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ และยังได้ ออกวารสารพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เพื่อเป็นแหล่งรวมงานวิชาการด้านผู้สูงอายุไทยและเป็น แหล่งสื่อสารการเคลื่อนไหวของงานผู้สูงอายุ

กลไกด้านความรู้พัฒนาเรื่อยมา โดยมีองค์กรต่างๆ สนับสนุนการศึกษาลาด้าน อาทิ ด้านนโยบาย วิชาการ การวิจัย การบริการสุขภาพและบริการสังคม ด้านประชากรศาสตร์ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และ ด้านสังคมศาสตร์ องค์กรที่สำคัญเช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัย สาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัย สังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กองส่งเสริมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, คณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, สมาคมพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยและวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สถาบันประชากรศาสตร์)^(1, 22) การสนับสนุนการศึกษาวิจัยทำให้เกิดองค์ความรู้ อย่าง มาก โดยเฉพาะระบบสวัสดิการและบริการเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล สรุปจาก

งานวิชาการที่สำคัญและน่าเชื่อถือ 33 รายการ ได้ 3 กลุ่ม คือ 1) รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการสวัสดิการ 2) รายงานความคิดเห็นด้านระบบของบุคคลและคณะบุคคล 3) รายงานการวิจัยรูปแบบบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย⁽¹²³⁾

รายงานการศึกษาวิจัยต่าง ๆ นำมาใช้ในการจัดทำแผนระยะยาวฉบับที่ 2 (ค.ศ. 2002-21) ซึ่งกำหนดให้การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุชาติ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์ ของแผนฉบับที่สองด้วย⁽¹⁾ แม้แผนนี้จะมีการกำหนดหน่วยงานและผู้รับผิดชอบและระยะเวลาการประเมินการบรรลุตามเป้าหมายทุก 5 ปี แต่ก็ไม่พบว่ามีกลไกที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ด้านงบประมาณ การบริหารจัดการให้เกิดการวิจัยครบวงจร การจัดทำแผนการวิจัยทั้งระบบและเป็นภาพรวมทั้งประเทศที่มีเอกภาพ นอกจากนี้ยังไม่มีองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นเวทีกลางทั้งในระดับรวมของประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ในการประมวลข้อมูล ประเด็นสำคัญ เพื่อการเผยแพร่และการนำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุจึงควรเร่งรัดให้มีองค์กรเฉพาะหรือองค์กรที่เป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงงานด้านวิจัยผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ที่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลและสารสนเทศอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนมีองค์กรที่เป็นเวทีกลาง ในการเผยแพร่และขยายผลการศึกษาวิจัยสู่ภาคประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มากขึ้น

2.3 กลไกสังคม

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น ต้องรวมพลังให้มีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนในการริเริ่มผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อน การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและหลักประกัน ต้องมีส่วนร่วมในกลไกการเมืองทั้งระดับท้องถิ่น และระดับชาติ กลไกการเมืองจะรวมกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สนใจ กลุ่มผลประโยชน์ องค์กรวิชาชีพของทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ลักษณะกลไกทางสังคมของประเทศที่ศึกษามีดังนี้

2.3.1 องค์กรภาครัฐ: รูปแบบแยกส่วนสู่การบูรณาการ

โครงสร้างหน่วยงานหลักของรัฐ ที่จัดบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ มีโครงสร้างหน่วยงานแตกต่างกัน เป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะการแยกส่วนหรือการบูรณาการ โครงสร้างหน่วยงานหลักด้านบริการสุขภาพ และด้านสวัสดิการและบริการสังคม เพื่อความเป็นเอกภาพและประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุ คือ 1) กลุ่มที่มีการแยกส่วน ของหน่วยงานหลักได้แก่ ประเทศไทย อังกฤษ และสิงคโปร์ 2) กลุ่มที่มีการบูรณาการปานกลาง เป็นกลุ่มที่รวมงานทั้งสองด้านเข้าด้วยกัน ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา 3) กลุ่มที่มีการบูรณาการมากที่สุด เป็นกลุ่มที่รวมงานทั้งสองด้านเข้าด้วยกัน ร่วมกับหน่วยงานด้านแรงงานและประกันสังคม ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศไทย งานผู้สูงอายุในภาครัฐ ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบเบ็ดเสร็จ แต่ถือได้ว่างานทางการแพทย์มีสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ ส่วนงานด้านสวัสดิการสังคม มีกองสวัสดิการ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นหน่วยงานหลัก ซึ่งกระทรวงนี้ มีงานแรงงานอยู่ด้วย จากนโยบายการปฏิรูประบบราชการใหม่ มีแนวโน้มจะแยกงานทั้งสามด้านไปอยู่ เป็น 3 กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข (คงเดิม) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม(ปัจจุบัน) มีแนวโน้มจะปรับเป็นกระทรวงแรงงานและพัฒนาอาชีพ (แนวโน้มใหม่) และแยกงานด้านสวัสดิการและบริการสังคม ไปสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ประกาศจะใช้โครงสร้างใหม่นี้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 เป็นต้นไป⁽²⁴⁾ ซึ่งเป็นการดำเนินการสวนทางกับประเทศญี่ปุ่นที่มีนโยบาย

บูรณาการงานสามด้านนี้อยู่ในกระทรวงเดียวกัน^(52,99) การจะสร้างหลักประกันความมั่นคงให้กับผู้สูงอายุ หรือแม้ประชาชนทั่วไป ย่อมต้องมีการดำเนินงานที่สัมพันธ์กันของงานด้านสุขภาพ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การทำงานแต่ละด้านแยกส่วนรับผิดชอบในแต่ละกระทรวง อาจทำให้การประสานการทำงานติดขัด นำไปสู่การขาดเอกภาพในการทำงาน อันเป็นปรากฏการณ์ที่เด่นชัดและนำไปสู่ความล้มเหลวในงานด้านผู้สูงอายุในยุคสมัยที่ผ่านมา และหากมีการรวบรัดและไม่รอบคอบในการจัดแบ่งงานความรับผิดชอบในกระทรวงใหม่อีก ย่อมก่อให้เกิดปัญหาในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสังคมให้เป็นระบบงานที่ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตตามนิยามของคำว่าสุขภาพอย่างแท้จริง

ประเทศสิงคโปร์ มีการแยกหน่วยงานหลัก คือ Ministry of Health (MOH) กับ Ministry of Community Development and Sport (MCDS) โดย MOH รับผิดชอบในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ จัดทำนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติที่ครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และควบคุมมาตรฐานการดูแล ร่วมกับ MCDS ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านการพัฒนาผู้สูงอายุที่สำคัญและมีบทบาทมาก ส่วนงานด้านประกันสังคมจะสังกัด Ministry of Labor มีการประกันการรักษาพยาบาลสำหรับคนวัยทำงาน และมีการประกันยามชราภาพ Ministry of Manpower (MOM) รับผิดชอบเกี่ยวกับอาชีวอนามัยของผู้ใช้แรงงาน และ Ministry of Communication & IT ดูแลในเรื่องสวัสดิการสังคม ด้านการโทรคมนาคมต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ และ Ministry of Housing and Land ร่วมดูแลในด้านที่พักอาศัย (housing)⁽⁶³⁾ แม้จะมีการแยกหน่วยงานรัฐ แต่มี Inter-Ministerial Committee on Health Care for the Elderly เป็นคณะกรรมการระดับชาติในการวางนโยบายด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่สำคัญ และมี Voluntary Welfare Organization (VOWs) เป็นองค์กรที่เข้มแข็งในการจัดบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุ⁽¹¹¹⁻¹¹³⁾

ประเทศอังกฤษ แยก Department of Health (DOH) และ Department of Social Service (DSS) ออกจากกัน จึงมีการแยกงานทั้งสองด้านคือบริการสุขภาพ และบริการสังคม แม้จะสังกัดภายใต้หน่วยงานเดียวกันคือ National Health Service (NHS)^(16,125) **ประเทศออสเตรเลีย** รวมงานด้านบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคมอยู่ในหน่วยงานเดียวกัน คือ Australia Institute of Health and Welfare (AIHW) โดยมี The Office for Older Australians in the Commonwealth, Department of Health and Aged Care เป็นผู้ดูแล งานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญของประเทศ และนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จัดชุดบริการผู้สูงอายุที่บูรณาการบริการสุขภาพและบริการสังคมรวมอยู่ด้วยกัน⁽¹⁹⁾ **สหรัฐอเมริกา** มี Department of Health and Human Service (HHS) เป็นหน่วยงานประกันสุขภาพของชาวอเมริกัน และมีหน่วย Administration on Aging (AOA) เป็นหน่วยปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุที่สำคัญ นำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการสนับสนุนงบประมาณแก่ภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการที่หลากหลายทั้งบริการสุขภาพและสังคมในทุกด้านเพื่อผู้สูงอายุ⁽⁴⁴⁾

ประเทศญี่ปุ่น ปี ค.ศ.2001 มีการยุบรวม 2 กระทรวงที่รับผิดชอบงานสามด้านเข้าด้วยกัน เหลือเพียงกระทรวงเดียว คือ กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการสังคม (Ministry of Health, Labor and Welfare) นับว่าเป็นประเทศที่มีการบูรณาการมากที่สุด ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีเอกภาพของงานทั้งสามด้านที่เกี่ยวข้องกัน และเป็นการลดขนาดโครงสร้างองค์กรให้เล็กและมีความคล่องตัวมากขึ้น^(52,99)

ประเด็นการแยกส่วนหรือบูรณาการหน่วยงานหลักภาครัฐ มีจุดร่วมของความเชื่อเดียวกันคือ เพื่อความคล่องตัว เพื่อประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ และเพื่อความเป็นเอกภาพในการวางนโยบายและสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานแบบบูรณาการ ช่วยลดความซ้ำซ้อนของงานและทำให้สามารถวางแผนการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า แม้การแยกงานอาจมีข้อเด่นด้านให้ความสำคัญในการจัดสรรงบ

ประมาณเฉพาะ แต่ไม่น่าจะเป็นผลดีต่องบประมาณรัฐบาลและต่อผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดบริการเดียวเนื่องจากข้อจำกัดของความชรา

ประสบการณ์ที่ผ่านมาของประเทศไทย ชี้ว่ามีกลไกขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุที่พิการและขาดเอกภาพ⁽⁵⁵⁾ การโยกย้ายกรมประชาสงเคราะห์ที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ไปสังกัดกระทรวงต่าง ๆ ถึง 4 ครั้ง ได้แก่ สังกัดกระทรวงมหาดไทย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นบทเรียนว่า ทำให้งานด้านผู้สูงอายุกลายเป็นงานฝากหรืองานแฝงหรือเป็นงานเด่นได้ จึงควรแก้ไขจุดอ่อนโครงสร้างแบบแยกส่วนนี้ โดยจัดให้มีองค์กรเฉพาะที่ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับนโยบาย และในระดับการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และแม้ปัจจุบันจะมีคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ) เป็นระดับนโยบาย แต่ยังคงขาดการบริหารจัดการที่คล่องตัวและขาดหน่วยปฏิบัติการเฉพาะด้านผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพในการนำนโยบายสู่ปฏิบัติ

2.3.2 องค์กรภาคเอกชนและประชาชน : การมีส่วนร่วมและกระจายอำนาจ

การจัดระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ ที่ศึกษายังเป็นบทบาทสำคัญของภาครัฐ แต่มีแนวโน้มการกระจายอำนาจสู่ภาคเอกชนและภาคประชาชนมากขึ้น เพื่อให้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการจัดบริการ โดยภาครัฐจะเป็นผู้กำหนดนโยบาย กำกับติดตามการดำเนินงาน และให้การสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรท้องถิ่นและภาคเอกชน

องค์กรภาคเอกชน มีทั้งแบบที่เป็นองค์กรการกุศลและเชิงธุรกิจ สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่มีความก้าวหน้ามากที่สุดนโยบายนี้ Administration on Aging (AOA) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่ประสานกับองค์กรภาคเอกชนและธุรกิจเอกชนและภาคประชาชนที่มีบทบาทสูงในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ⁽¹²⁶⁾ ซึ่งมีมากมายหลากหลายในแต่ละมลรัฐ สิงคโปร์ มีองค์กรที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานผู้สูงอายุเกือบทุกด้าน คือ WWOs ในการให้บริการ หรือสวัสดิการทางสังคม โดยมี National Council of Social Service เป็นตัวแทนในการประสานงาน ของ WWOs⁽¹²⁷⁾ ประเทศออสเตรเลีย มีองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น Council on the Ageing (COTA) ทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีองค์กรอื่น ๆ ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ เช่น The National Senior Association, The Association of Independent Retirees, Australian Pensioners' and Superannuants' Federation (AP&SF's) และ Australian Coliation'99⁽⁸⁴⁾ ประเทศอังกฤษ มี Age Concern และ Carers National Association เป็นองค์กรทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะ และเป็นตัวแทนเรียกร้องสิทธิ เป็นปากเป็นเสียง เป็นเวทีสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล⁽⁴⁷⁾ ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ ส่วนใหญ่หน่วยงานภาครัฐยังมีบทบาทสำคัญ ภาคเอกชนจะมีบทบาทมากในการบริการบางอย่าง และมีแนวโน้มในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของภาคธุรกิจและภาคประชาชนมากขึ้นจากนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ

ประเทศไทย องค์กรภาคเอกชนของไทยเริ่มด้วยคนจีนที่มีบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยชุมชนชาวจีนใหญ่ทุกแห่งดำเนินการกุศลโดยใช้ศาลเจ้าและโรงเจ และพัฒนามาเป็นองค์กรและมูลนิธิเอกชน จนปัจจุบันมีมูลนิธิมากมาย อาทิ มูลนิธิธรรมาเคราะห์บ้านพักคนชราบางเขน สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดสมุทรปราการ⁽¹²¹⁾ จากการดำเนินการแบบการกุศล ต่อมาธุรกิจเอกชนที่แสวงหากำไร การเกิดองค์กรเอกชน นอกจากจะเป็นการช่วยเหลือตามศาสนาแล้ว ยังช่วยลดความไม่เพียงพอของการบริการในภาครัฐ และช่วยเสริมโอกาสการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุอีกด้วย องค์กรธุรกิจเอกชนมีแนวโน้มในการจัดบริการดูแลระยะยาวในสถาบันบริการ การบริการผู้ดูแลตามบ้าน และธุรกิจพักอาศัยระยะยาว (long stay) มากขึ้น ซึ่งยังเป็นการขยายตัวที่ยังขาดการสนับสนุนและขาดการรับรองด้านคุณภาพและมาตรฐาน^(41, 128)

ในภาคประชาชน การที่ผู้สูงอายุสนใจด้านศาสนา การพบปะเป็นประจำที่วัด ทำให้เกิดการรวมกลุ่มตามธรรมชาติ และเป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน ต่อมาภาครัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุขและกรมประชาสงเคราะห์ ได้ส่งเสริมการจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในวัดและในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้สูงอายุ มีการสัมมนาชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งสมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ มารวมกันเพื่อให้มีกิจกรรมเพื่อสังคม เพิ่มพูนความรู้ ถ่ายทอดจริยธรรมความรู้ และประสบการณ์ต่าง ๆ แก่เยาวชนโดยประสานงานกับสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ และองค์กรด้านผู้สูงอายุทั้งของไทยและต่างประเทศ เช่น มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ (FOPDEV) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก HelpAge International แต่การดำเนินงานยังติดขัดไม่บรรลุเป้าหมายที่จะทำให้องค์กรประชาชนเข้มแข็ง⁽¹²⁹⁻¹³²⁾ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับองค์กรภาคเอกชนเห็นว่าการขาดทัศนคติที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาของผู้สูงอายุ เช่น แก่แล้วต้องการพักผ่อน แก่แล้วทำอะไรไม่มีประโยชน์ และขาดอคติของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดี ไม่มีคุณค่า ลงทุนไม่คุ้มต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะให้มีการขับเคลื่อนกลไกด้านสังคมนี้ ขณะเดียวกันผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า การสร้างงานให้ผู้สูงอายุและสังคมไทย ต้องมีการร่วมมือจากองค์กรศาสนา เพราะวัดเป็นศูนย์กลาง และแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของชุมชน ประกอบกับพระโดยเฉพาะเจ้าอาวาส เป็นผู้ที่ชุมชนเคารพนับถือการเหนี่ยวนำต่าง ๆ จึงเกิดได้ง่าย⁽⁵¹⁾

การจัดประชุมวิชาการและการรับฟังความคิดเห็น เปรียบเสมือนเวทีของวงวิชาการและเวทีชาวบ้านที่เป็นกลไกเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมและความตระหนักของนักวิชาการ นักปฏิบัติการ ตลอดจนประชาชนในประเทศ แม้ในประเทศไทยจะมีการจัดประชุมวิชาการที่สำคัญมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1981 แต่ระยะแรกเป็นการดำเนินการโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงยังมีความจำกัดอยู่ในวงวิชาการและในส่วนกลาง การดำเนินการในระยะต่อมามีการร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ มากขึ้น และล่าสุดการประชุมมีสมาคมพฤฒาวิทยาฯ จัดอย่างต่อเนื่องประจำปีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 แต่ก็ยังมีความจำกัดเฉพาะนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และยังไม่เวทีวิชาการระดับภูมิภาค ที่สำคัญคือในปัจจุบันยังไม่มีเวทีสำหรับประชาชนและผู้สูงอายุที่เป็นที่ยอมรับและเข้าถึง ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเสนาระดมสมองและแสดงความคิดเห็นในประเด็นนโยบายต่าง ๆ และสะท้อนปัญหาและความต้องการของตนต่อรัฐบาลและต่อสังคมอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น ใน ออสเตรเลีย อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา^(16,18,19) สำหรับประเทศสิงคโปร์ และญี่ปุ่น แม้จะไม่ปรากฏหลักฐานการมีเวทีชาวบ้าน แต่ในการจัดทำนโยบายของรัฐบาลมีการดำเนินการที่สะท้อนให้เห็นว่าได้มีการรับฟังความคิดเห็นประชาชนและผู้สูงอายุและมีการสนองตอบประเด็นที่เป็นความกังวลของประชาชนที่ชัดเจนเช่นกัน การจัดประชุมวิชาการ การฝึกอบรมบุคลากร และการเสนาระดมสมองด้านผู้สูงอายุ จึงนับเป็นกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญต่อไป

2.3.3 การรวมพลังขับเคลื่อน การจะทำให้กลไกสังคมขับเคลื่อน ต้องเริ่มที่การสร้างทัศนคติที่ดีของทั้งผู้สูงอายุและสังคม ทุกประเทศมียุทธศาสตร์สร้างการตระหนักในคุณค่าและยกย่องผู้สูงอายุ การกำหนดวันสำคัญด้านผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการปรับอดีตและสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุด้วย ในระดับโลกองค์การสหประชาชาติกำหนดให้ วันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุสากล และให้ใช้ต้นไม้ (Evergreen Tree) เป็นสัญลักษณ์งานผู้สูงอายุสากล ส่วนสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุของไทย คือ ดอกลั่นทม ซึ่งมีความหมายถึงการมีคุณความดีเป็นประโยชน์ต่อสังคม^(121,133)

ในระดับประเทศ พบว่าประเทศในแถบเอเชียยังมีวัฒนธรรมการเคารพผู้อาวุโสและผู้สูงอายุอยู่มาก ดังจะเห็นจากการที่ประเทศไทยกำหนดให้ วันที่ 13 เมษายน และวันที่ 14 เมษายนของทุกปี ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุ และวันครอบครัว ตามลำดับ^(133,134) และตรงกับช่วงวันสงกรานต์หรือปีใหม่ของไทย ถือเป็นวาระที่ให้สมาชิกมีโอกาสกลับสู่บ้านเกิดและอยู่ร่วมกันกับครอบครัว แสดงออกถึงวัฒนธรรมการเคารพและเอื้ออาทรผู้สูงอายุในครอบครัว ประเทศไทยปีน กำหนดให้วันที่ 15 เดือน กันยายน ของทุกปีเป็นวัน Respect for the Aged Day และเป็นวันหยุดประจำชาติด้วย⁽⁷⁵⁾ ในประเทศสิงคโปร์ แม้จะไม่ปรากฏว่ามีวันเฉพาะ แต่ก็มีกฎหมายที่ต้องดูแลบิดามารดา และบิดามารดาสามารถฟ้องบุตรที่ทำทารุณกรรมได้⁽¹¹⁾ นับว่าประเทศในแถบเอเชียยังมีค่านิยมในการให้บุตรปฏิบัติต่อบิดามารดาด้วยความกตัญญูและเคารพ

ประเทศออสเตรเลีย มี world class care และ The National Australia Day Council's Family Award ดำเนินการให้รางวัล ยกย่องผู้สูงอายุที่ทำประโยชน์ต่อสังคม^(76,135,136) มีการสร้างความตระหนักในคุณค่าผู้สูงอายุนับเป็นตัวอย่างประเทศที่ให้ความสำคัญการยังประโยชน์ของผู้สูงอายุ ในขณะที่ สหรัฐอเมริกา มีการเฉลิมฉลองด้านผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 2002 โดยกำหนดให้เดือนพฤษภาคม เป็นเดือนสำหรับผู้สูงอายุอเมริกัน (Older American month) และให้ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นสังคมสำหรับคนทุกวัย (America: A community for all ages)⁽¹⁰¹⁾ ประเทศไทยและประเทศต่างๆ ได้มีการรณรงค์ตามนโยบายขององค์การสหประชาชาติ ที่กำหนดให้ปี ค.ศ. 1999 นี้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ “มุ่งสู่สังคมเพื่อคนทุกวัย (Towards a society for all ages)” ซึ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอิสระ มีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความพึงพอใจในตนเอง และมีศักดิ์ศรี

วันสำคัญและการเฉลิมฉลองเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ เป็นกลไกสร้างการตระหนัก และใช้เป็นโอกาสในการเคลื่อนไหวของกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นเวทีเรียกร้อง เสนอแนะแก่รัฐบาลและสังคมให้หันมาให้ความสนใจในประเด็นปัญหาสำคัญด้านผู้สูงอายุของประเทศนั้นๆ ดังปรากฏในหนังสือพิมพ์ไทยว่า จะมีข่าวในช่วงวันสำคัญนี้เป็นพิเศษกว่าช่วงอื่นๆ⁽¹³⁷⁾ ซึ่งถ้ากระทำเพียงเป็นแฟชั่นก็จะไม่บังเกิดผลเท่าที่ควร จึงควรพิจารณาใช้เป็นมาตรการสำคัญในการดำเนินการรณรงค์ และขยายงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งควรมีการกำหนดประเด็นสำคัญแต่ละปี เพื่อการเฉลิมฉลองให้บังเกิดผลตามวิสัยทัศน์ที่พึงประสงค์ อย่างเป็นรูปธรรมตลอดปี และต้องตระหนักว่าการกำหนดวันสำคัญเป็นเพียงกลวิธีหนึ่งในหลาย ๆ วิธี เท่านั้น ต้องหากวิธีอื่นมาช่วยให้กลไกสังคมขับเคลื่อนด้วย

การขับเคลื่อนของ ทั้ง 3 กลไก คือ กลไกการเมือง กลไกความรู้ และกลไกสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพและประกันสุขภาพของประเทศไทย กลไกการเมืองมีความสำคัญด้านการกำหนดนโยบายและแผนของผู้สูงอายุ ตลอดจนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นผู้กำหนดระบบการเงินการคลังในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุด้วย แต่การกำหนดนโยบายจำเป็นต้องอาศัยกลไกความรู้ เพื่อการป้อนข้อมูลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ กลไกความรู้หรือด้านวิชาการเองต้องสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากทุกฝ่ายทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อร่วมศึกษาวิจัย ค้นหาภาพผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน ครบองค์รวม และเป็นกลไกสำคัญที่จะศึกษา ค้นหา ทดลองหาวิธีการเพื่อให้การบริการผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของประเทศมากที่สุด แต่ทั้งสองกลไกยังไม่สามารถขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุได้ หากยังไม่ีกลไกทางด้านสังคม ที่เป็นการร่วมประสานของภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยเฉพาะตัวผู้สูงอายุเอง

ในปัจจุบันกลไกความรู้ในประเทศไทยมีความเข้มแข็งและพร้อมมูลทางด้านวิชาการ เป็นกลไกที่ออกแรงขับเคลื่อนระบบงานผู้สูงอายุ สามารถให้ข้อมูลกับกลไกด้านการเมืองอย่างดี และชักนำให้กลไกการเมืองขับเคลื่อนตาม แต่ด้วยความไม่ต่อเนื่องของรัฐบาล ประกอบกับการปฏิรูประบบราชการที่กำลังเกิดขึ้น

อาจทำให้กลไกเกิดการชะงักงันและล่าช้าไป กลไกสังคมที่เป็นการร่วมประสานของภาครัฐ เอกชน และประชาชน เพื่อเปลี่ยนนโยบายและแผนที่สรรสร้างอย่างมีหลักวิชาการไปสู่การปฏิบัติของประเทศไทยนั้น ยังไม่เข้มแข็ง และไม่สอดคล้องประสานทุกฝ่าย ซึ่งกลไกความรู้จะต้องเป็นหัวเรือใหญ่โดยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ผลักดัน เชื่อมประสาน และหาวิธีการให้เกิดการขับเคลื่อนในทิศทางที่ไปสู่ระบบของผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ โดยการให้ข้อมูล การรณรงค์ การให้โอกาส เพื่อการมีส่วนร่วมและรับรู้ตรงกันว่า การจัดระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงของประเทศ เป็นหน้าที่ของทุกคนในสังคม เพราะเมื่อถึงวันหนึ่งไม่มีใครที่จะหนีวัฏจักรความจริงนี้ได้ และหากทุกฝ่ายได้ร่วมกันขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแล้ว เชื่อว่าคงไม่นานเกินรอที่จะมีระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์เกิดขึ้น

3. ระบบบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ไม่เพียงแต่ได้รับอิทธิพลจากภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุ ทุกภาวะของผู้สูงอายุ กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของแต่ละประเทศเท่านั้น ยังได้รับอิทธิพลจากวิถีคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพด้วย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศย่อมเป็นไปตามบริบทของประเทศนั้น ๆ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ที่ปรากฏล้วนเป็นผลพวงของกลไกขับเคลื่อน ทั้งด้านกลไกการเมือง กลไกความรู้ และกลไกสังคม ที่มีความจำเพาะในแต่ละประเทศ

แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จะให้ความเข้าใจภาพระบบบริการที่ประเทศต่าง ๆ จัดให้กับผู้สูงอายุซึ่งย่อมต้องสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ และความที่บริบทของแต่ละประเทศแตกต่าง ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ จึงมีการบริการที่เด่นและเน้นต่างกันไป ซึ่งประมวลได้ดังนี้

3.1 แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีอิทธิพลมาจากวิถีคิดเกี่ยวกับ “ผู้สูงอายุ” และ “สุขภาพ” ของแต่ละประเทศ ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนไปในแต่ละยุคสมัย และเป็นผลให้มีการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามปรากฏในแต่ละประเทศ แนวคิดการจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่สะท้อนในกฎหมายหรือนโยบายของทุกประเทศค่อนข้างคล้ายคลึงกัน มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก สตรี ผู้พิการและผู้ยากไร้ไว้ด้วยกัน ทำให้ “ผู้สูงอายุ” ถูกมองว่าเป็นผู้ไร้ความสามารถ ด้อยโอกาส และไม่สามารถพึ่งตนเองได้ พึ่งให้ความช่วยเหลือและเป็นหน้าที่ของรัฐในการจัดสวัสดิการและให้การสงเคราะห์ การจัดบริการสุขภาพจึงเป็นการให้บริการและสวัสดิการต่างๆ เน้นบริการซ่อมสุขภาพในสถาบันเป็นหลัก ผู้สูงอายุจึงอยู่ในฐานะผู้คอยรับการสงเคราะห์ ถูกละเลยศักยภาพที่มีอยู่และขาดการเตรียมพร้อมและการสร้างสุขภาพตั้งแต่วัยต้น

มุมมองเกี่ยวกับ “สุขภาพ” แบบเดิมจะแคบ มองสุขภาพเน้นในมิติเฉพาะร่างกาย ประกอบกับมีแนวคิดการบริการแบบซ่อมสุขภาพ และเป็นเรื่องที่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพสาขาต่าง ๆ ให้บริการตามความเฉพาะของตน ดังนั้นการจัดบริการที่มีอยู่จึงเป็นแบบแยกส่วน และไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างแท้จริง ทำให้มีการขยายมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพแบบใหม่ ที่มีมุมมองกว้างและเป็นองค์รวมมากขึ้น และ “สุขภาพคือสุขภาวะ” ซึ่งจะครอบคลุมมิติต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นของประชาชนทุกคน รวมถึงผู้สูงอายุเอง และกลายเป็นวิถีชีวิตด้วย ทุกคนจึงมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลและสร้างสุขภาพตนเองเป็นหลัก

ดังนั้นแนวคิดการจัดบริการจึงเริ่มปรับเปลี่ยนตาม โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และ “ผู้สูงอายุ” ถูกมองว่าเป็นวัฒนธรรม เป็นผู้มีศักยภาพและสามารถยังประโยชน์แก่สังคม การสร้างสุขภาพจึงมุ่งการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี

อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับว่าในวงจรชีวิตของความสูงอายุ จะมีช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพา การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม สถาบันครอบครัวและชุมชนจึงเป็นสถาบันหลักในการดูแล ร่วมกับการสนับสนุนโดยรัฐ แนวโน้มการจัดบริการจึงมุ่งขยายไปสู่การบริการที่บ้านและในชุมชนมากขึ้นในทุกประเทศ และมีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจนในประเทศที่มีจำนวนประชากรสูงอายุมาก โดยเชื่อมต่อหรือเป็นระบบเฉพาะแยกจากระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ มีการสร้างหลักประกันสุขภาพและประกันการเข้าถึงหลักประกัน และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในทุกประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหากระบวนการที่ขาดคุณภาพและประสิทธิภาพ ความไม่เท่าเทียม และเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ทำให้มีการพัฒนาระบบประกันคุณภาพและมาตรฐานบริการสำหรับผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งประเทศอังกฤษเป็นประเทศ ที่มีการกำหนดกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ ที่สะท้อนปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในประเทศที่ชัดเจน และเพื่อการประกันคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมด้านต่างๆ ส่วนในประเทศอื่นๆ แม้จะไม่มีกรอบมาตรฐานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่สะท้อนปัญหาของประเทศที่ชัดเจน แต่ก็มีมีการพัฒนาระบบการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ เพื่อประกันว่าผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ อย่างน้อยตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนด ประเทศไทยเป็นประเทศล่าสุดที่เพิ่งจะเริ่มพัฒนาการรับรองคุณภาพระบบบริการหลักของประเทศ ดังนั้นจึงยังไม่มีระบบและการรับรองคุณภาพ บริการสำหรับผู้สูงอายุ

3.2 ระบบบริการสุขภาพหลัก

ระบบบริการสุขภาพหลักของทุกประเทศใช้แนวคิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบหลักในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ที่ไม่ได้ประกันสังคมหรือประกันเสริมอื่นๆ (ตารางที่ 3) และระบบบริการสุขภาพหลัก สามารถแบ่งตามระดับบริการ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ แบ่งตามลักษณะของบริการ ได้แก่ ระบบบริการเพื่อการสร้างเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ หรือจำแนกตามระยะของการดูแล ได้แก่ การดูแลระยะวิกฤต-ฉุกเฉิน-เจ็บป่วย-ฟื้นฟูสุขภาพ-เรื้อรัง-ระยะยาว-ระยะสุดท้าย บริการเหล่านี้รวมอยู่ในระบบบริการสุขภาพหลักของทุกประเทศ และครอบคลุมประชาชนทุกคนรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย

ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ หรือบริการสุขภาพหลักของประเทศต่างๆ แม้จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน แต่ก็มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันคือ การให้บริการในระดับปฐมภูมิมิมีแพทย์เวชปฏิบัติ (GP) หรือในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกามีพยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) เป็นด่านแรกในการรักษาพยาบาลประชาชน หรืออาจมี district nurse ร่วมให้บริการด้วย เช่น ประเทศอังกฤษ บริการที่ให้มีการป้องกัน การตรวจรักษา การส่งต่อการรักษาในโรงพยาบาล หรือหน่วยพิเศษอื่น รวมถึงการดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาลด้วย ส่วนใหญ่แพทย์เวชปฏิบัติที่ดูแลในชุมชนของประเทศต่างๆจะเป็นเอกชน ภายใต้การควบคุมของรัฐบาล แพทย์เฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งบริการโรงพยาบาลมีทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกันให้

ตารางที่ 3 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ

ประเด็น	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์	อเมริกา	อังกฤษ	ไทย
ระบบบริการสุขภาพหลัก	Primary care	Primary care	Primary care group	Primary care group (PCG)	Primary care	Primary care
ระบบบริการสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุ	Aged Care System เป็นการดูแลระยะยาว	การประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care System)	มีระบบการดูแลที่เชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพหลักที่เป็น long term care service	มีระบบการดูแลที่เชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพหลักที่เป็น long term care service	ไม่มีระบบเฉพาะแต่มีกรอบบริการเฉพาะผู้สูงอายุ (NSF) ที่มี 8 มาตรฐาน	ไม่มีระบบเฉพาะ
การแบ่งชุดบริการ	แบ่งตามประเภทและแหล่งให้บริการ	แบ่งตามกลุ่มอายุและแหล่งให้บริการ	แบ่งตามแหล่งให้บริการ	แบ่งตามประกันสุขภาพและตามกลุ่มอายุและเพศ	แบ่งตามแหล่งให้บริการและตามปัญหาทางคลินิก	แบ่งตามประเภทของบริการ
ชุดบริการหลักสำหรับผู้สูงอายุ	1. ชุดการดูแลในสถาบัน 2. ชุดการดูแลในชุมชนและที่บ้าน 3. ชุดบริการสนับสนุนครอบครัว	1. ชุดบริการสำหรับกลุ่ม 40-64 ปี และ 2. ชุดบริการสำหรับกลุ่ม 65 ปี มีการดูแลระยะยาวในสถาบัน และที่บ้าน และบริการสนับสนุนครอบครัว	1. การดูแลในสถาบันทั่วไปและเฉพาะทาง 2. บริการนอกสถาบัน (ที่บ้านและในชุมชน) 3. บริการสนับสนุนการดูแลในชุมชน	บริการเฉพาะผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพที่ใช้และตามกลุ่มอายุและเพศ	1. การดูแลในชุมชนและที่บ้าน และ 2. การดูแลในสถาบัน	1. บริการสุขภาพและ 2. บริการสวัสดิการสังคม

บริการในทุกประเทศ สิทธิของประชาชนในการเลือกใช้บริการมีความแตกต่างกัน บางประเทศขึ้นอยู่กับการประกันสุขภาพที่มีอยู่ เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ บางประเทศ เช่น ไทยมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการแบ่งเขตพื้นที่ให้บริการ และขึ้นกับเครือข่ายหน่วยบริการนั้นๆ⁽¹³⁸⁾

ระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศไทยอยู่ในระหว่างการพัฒนา ตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐบาล ซึ่งเริ่มดำเนินการทั้งประเทศมาตั้งแต่ตุลาคม ปี ค.ศ. 2001 จัดบริการเป็นระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิในรูปของเครือข่าย มีการปฏิรูปหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) ให้เป็นบริการด่านแรก มีทั้งในสถานบริการและในชุมชน ให้บริการโดยใช้แนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ มุ่งให้เป็นบริการที่ประชาชนทุกวัยเข้าถึงได้โดยสะดวก บริการที่ให้ผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล

ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ และส่งต่อหรือประสานเชื่อมกับบริการระดับอื่นๆที่อยู่ในสถานบริการเครือข่ายรวมถึงภาคเอกชน ส่วนใหญ่บริการที่จัดให้เป็นการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่หน่วยบริการ มีการรักษาและให้คำปรึกษาที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การบริการพยาบาลที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เป็นต้น รัฐให้ค่าใช้จ่ายตามจำนวนประชากรที่สถานบริการปฐมภูมินั้นรับผิดชอบ และประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง (ยกเว้นผู้สูงอายุ)^(139,140)

3.3 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศต่างๆ

ประเทศออสเตรเลียและญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีวิวัฒนาการของระบบบริการที่จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจนเข้มแข็ง ภายใต้ชื่อ Aged Care System ของประเทศออสเตรเลีย และ Long Term Care System ของประเทศญี่ปุ่น ส่วนประเทศสิงคโปร์ สหรัฐอเมริกาและอังกฤษไม่มีระบบบริการสุขภาพแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่มีการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เชื่อมต่อกับบริการสุขภาพหลักของประเทศ ประเทศอังกฤษย้ำเน้นความสำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยการมีกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยไม่ปรากฏระบบบริการที่จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม แม้จะมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ แบ่งเป็นบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคมที่มีเฉพาะและที่รวมไปกับประชาชนกลุ่มอื่น

3.3.1 Aged Care System

Aged Care System เป็นระบบบริการสุขภาพที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจนและก้าวหน้ามากของประเทศออสเตรเลีย บริการในระบบนี้ ประกอบด้วยการดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน (residential aged care) ชุดการดูแลที่บ้านและในชุมชน (Home & Community Care Program HACC) และชุดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Aged Care package)^(42,91-94)

3.3.1.1 การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน (residential aged care) ภายหลังการปฏิรูปในปี ค.ศ 1997 บริการ Nursing home และ hostel ถูกจัดรวมเป็นระบบเดียว โดยกำหนดเป้าหมายการให้บริการในแต่ละสถาบันที่ชัดเจน คือ nursing home ให้บริการในระดับ high care เป็นบริการรักษาพยาบาล (medical care) เช่น การบำบัดการพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้กับผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ผู้ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการจากสังคม และผู้สูงอายุที่ต้องการการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง การบริการใน nursing home รวมถึงงานบ้าน (domestic service) เช่น ซักล้างและทำความสะอาด การช่วยเหลือกิจวัตรในการเคลื่อนที่ แต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย และรับประทานอาหาร ส่วน hostel ให้บริการผู้สูงอายุลักษณะ เช่นเดียวกับ nursing home แต่ต่างกันที่ต้องเป็นผู้ที่ต้องการการพยาบาลเพียงระดับเล็กน้อย หรือเพียงบางอย่างและไม่ใช่อันตรายตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นระดับ low care เท่านั้น^(42,92)

Nursing home ในออสเตรเลียดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน มีประมาณ 75,000 แห่ง ร้อยละ 48 เป็นของเอกชนและคิดค่าบริการ ร้อยละ 38 เป็นขององค์กรการกุศล และร้อยละ 4 เป็นของรัฐ ส่วน hostel มี 65,000 แห่ง ร้อยละ 3 ดำเนินการโดย เอกชน และคิดค่าบริการ ร้อยละ 91 โดยองค์กรการกุศล และร้อยละ 6 โดยรัฐ ออสเตรเลียมีนโยบายจะให้มี residential care place 90 ที่ ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยจะให้เป็นระดับ nursing home level care (high care) 40 ที่ และระดับ hostel level care (low care) 50 ที่ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 70 ปีขึ้นไป^(42,94,141)

3.3.1.2 การดูแลที่บ้านและในชุมชน (Home and Community Care Program, HACC)

ดำเนินการโดยรัฐบาลกลางและมลรัฐจัดบริการสนับสนุนการดูแลในชุมชน สำหรับผู้ที่พอจะดูแลตนเองในสังคมได้ และปรารถนาจะอยู่บ้าน มีบริการ เช่น การให้การพยาบาลที่บ้าน การดูแลส่วนบุคคล home-and centre-based respite care การช่วยทำงานบ้าน การจัดหาอาหาร การช่วยซื้อของ การจัดหายาให้ และการขนส่ง นอกจากนี้ยังเป็น broker จัดการดูแลบางอย่างตามความต้องการของชุมชนอีกด้วย community aged care package เป็นตัวอย่างหนึ่งในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมนี้ มีองค์กรถึง 4,000 องค์กร ที่ร่วมให้ community care service แก่ประชากร 240,000 คน⁽⁹²⁾

3.3.1.3 ชุดบริการผู้สูงอายุในชุมชน (Community Aged Care Package) เป็นบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุที่ต้องการอยู่บ้าน แต่ต้องการการดูแลที่เทียบเท่ากับบริการใน hostel หรือต้องการความช่วยเหลือในเรื่อง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การขึ้นเตียงลงเตียง การอาบน้ำ การใช้โทรศัพท์ การขนส่ง การซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน และการดูแลบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การรับประทานยา การจัดการเรื่องการเงิน และการให้บริการเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคล ที่มี care provider ร่วมให้การดูแล บริการประเภทนี้มีแนวโน้มจะขยายตัวมากขึ้น จากในปี ค. ศ. 1998 มี 10 community package ต่อ 1,000 คน ของผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปีขึ้นไป⁽⁹³⁾

3.3.1.4 ชุดบริการที่สนับสนุนครอบครัว เช่น บริการ ศูนย์บำบัดกลางวัน (day therapy center) ให้บริการ physiotherapy, occupational therapy มี multipurpose services ที่เป็น flexible care services ให้กับผู้สูงอายุที่มีความต้องการแต่เข้าไม่ถึงบริการ เช่น จัดในชุมชนชนบทที่เล็ก ๆ และบริการ home nursing care package เป็นบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง และให้บริการดูแลส่วนบุคคล แก่ผู้ที่ต้องพึ่งพาสูงที่ยังอยู่ในบ้านของตนเอง⁽⁹⁴⁾

3.3.1.5 ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลปฐมภูมิ (informal carer or primary carer) เป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยประเทศมีนโยบายให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน และในสถานการณ์จริงผู้สูงอายุร้อยละ 83 ได้รับการดูแลจากคนกลุ่มนี้อยู่ โดยให้การดูแลกิจกรรมส่วนบุคคล เช่น การดูแลตนเอง การเคลื่อนย้าย การสื่อสาร งานเอกสาร และการขนส่ง^(74,142) รัฐบาลให้การสนับสนุนคนกลุ่มนี้ จึงจัดตั้งศูนย์เครือข่ายผู้ดูแล (National Net Work of Carer Resource Centers) เพื่อให้ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และร่วมกับเครือข่ายบริการดูแลชั่วคราว (National Net Work of Carer Respite Services) ช่วยผู้ดูแล ให้ใช้ respite services ได้สะดวก⁽¹⁴²⁾ ตลอดจนสนับสนุนการเงิน โดยให้เงินบำนาญแก่ผู้ดูแลเต็มเวลา และจ่ายค่าดูแล (carer allowance) ให้กับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู๋บ้าน ที่คุณภาพการดูแลเทียบเท่ากับระดับการดูแลใน nursing home แต่การจ่ายนี้จะต้องผ่านการตรวจสอบก่อน

3.3.1.6 การประเมินเพื่อรับบริการ การรับบริการใน Aged Care System ไม่ว่าจะเป็นการเข้าอยู่ใน residential care หรือเพื่อรับบริการที่จัดให้ ต้องผ่านการประเมินโดย ทีมการดูแล Aged Care Assessment Team (ACAT) ซึ่งเป็นทีมที่ประกอบด้วย บุคลากรด้านสุขภาพหลายอาชีพ แต่ต้องมีแพทย์และพยาบาลอยู่ในทีม ทำหน้าที่ประเมินความต้องการด้านการรักษา ด้านร่างกาย (มีดัชนีภาวะพึ่งพา 3 เรื่อง คือ mobility, continence และ orientation) ด้านจิตใจ และด้านสังคม และพิจารณาการรับบริการใน residential aged care facilities และ/หรือ การจัด community care package ทีมนี้ยังเป็นแหล่งให้คำแนะนำ และประสานงาน home and community service ด้วย^(90,143) การเข้ารับบริการใน hostel หรือ nursing home จะถูกประเมินโดย ACAT ซึ่งจะคัดกรองเฉพาะผู้ที่จำเป็นและจัดให้ตรงระดับความต้องการดูแล การประเมินใช้ Residential Classification Scale

(RCS) ซึ่งมี dependency level ที่เป็นมาตรฐาน จัดแบ่ง RCS เป็น 8 ระดับ ระดับที่ 8 เป็นระดับที่ต้องการการดูแลต่ำสุด และ ระดับ 1 เป็นระดับต้องการการดูแลสูงสุด ระดับความต้องการดูแลจะสัมพันธ์กับการเงินที่สนับสนุน โดยจะจ่ายให้กับผู้ดำเนินการเพื่อใช้ในการดูแลผู้ที่อยู่อาศัย^(31,91,143) ค่าใช้จ่ายใน residential aged care มาจากงบประมาณสนับสนุนของรัฐบาลกลาง standard fee และ income tested fee⁽⁸⁶⁾

3.3.1.7 การควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ภายใต้ Quality Assurance System องค์การควบคุมคุณภาพระบบบริการผู้สูงอายุ (accredit agency) จะเป็นผู้ประเมินคุณภาพของ residential aged care ตาม Aged Care Standard ซึ่งเฉพาะ residential aged care ที่ผ่านการประเมินเท่านั้นที่จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล นอกจากกลไกการประกันความเท่าเทียมกันในการเข้าอยู่อาศัยและการใช้ aged care facilities โดย ACAT แล้ว ประเทศยังมีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค ที่คุ้มครองผู้ที่อยู่อาศัยใน residential aged care ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการ ไม่ใช่ขึ้นกับความสามารถจ่าย และดูแลการจัดบริการสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยด้วย^(86,91)

3.3.2 Long Term Care System

ประเทศญี่ปุ่นเผชิญภาระในการดูแลผู้สูงอายุมาช้านาน ด้วยเป็นประเทศที่ประชากรมีอายุยืนยาวสัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศจึงอยู่ในระดับสูง และประเทศเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุมานานกว่า 30 ปี รัฐบาลตระหนักในการะการดูแล ที่มีแนวโน้มจะรุนแรงขึ้นด้วยผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว จึงมีการจัดตั้งระบบการประกันการดูแลระยะยาวหรือ Long Term Care Insurance ขึ้น เพื่อเตรียมการตอบสนองปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในอนาคต ระบบประกันการดูแลระยะยาวนี้มีกฎหมายรองรับ มีชุดบริการครอบคลุมประชากร 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุ และ 2) ผู้สูงอายุ บริการหลักที่จัดให้ คือ บริการสร้างเสริมสุขภาพ การบริการที่บ้าน และการบริการในสถาบัน^(10,144)

3.3.2.1 ชุดบริการสำหรับกลุ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 40-64 ปี) เป็นบริการที่มีเป้าหมายให้ประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และสามารถสร้างสรรคิให้กับสังคมได้ (active aging) บริการที่จัดให้มี บริการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เน้นการส่งเสริมป้องกันและรักษาเริ่มแรกในผู้ที่ยังช่วยตนเองได้ และการดูแลที่บ้านที่มีการฟื้นฟูสภาพ และดูแลผู้เจ็บป่วยต่อที่บ้าน ให้มีการฟื้นฟูสภาพจนสามารถอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถอยู่ในบ้านต่อได้ ในชุดบริการจะประกอบด้วย⁽¹⁴⁴⁾

- **คู่มือประกันสุขภาพ** จะมีคู่มือการตรวจร่างกาย เป็นการรับรองว่าผู้ป่วยที่มีสิทธินั้นได้รับการรักษาพยาบาล และใช้เพื่อการบันทึกการรักษาพยาบาล และการบริการทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- **การให้สุขภาพศึกษา** เกี่ยวกับความรู้ทั่วไป ความรู้โรคเด่น ๆ ที่พบบ่อยในวัยนี้ เป็นบริการที่จัดให้กับผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแล
- **การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ** สำหรับผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป และสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแล โดยจัดช่องบริการที่เข้าถึงง่าย ให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ เน้นเรื่องความจำเป็นที่ต้องวัดความดันโลหิตและตรวจปัสสาวะ หรือ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน อาหารด้านโรคตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลปากและฟัน และ สุขภาพของผู้สูงอายุ
- **การตรวจสุขภาพ** มีบริการ 3 แบบ คือ การตรวจสุขภาพพื้นฐาน มีบริการตรวจร่างกาย หรือเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจร่างกายในผู้ที่ลูกจากเตียงไม่ได้ มีบริการสัมภาษณ์ ชั่งน้ำหนัก ประเมินร่างกาย วัดความดันโลหิต และตรวจปัสสาวะ และมีการตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด ตรวจ

เคมีในเลือด ตรวจภาวะโลหิตจาง ระดับน้ำตาลในเลือด และตรวจระดับฮีโมโกลบิน A_{1c} การตรวจชิ้นขับขี้ฉี่ สำหรับผู้มีอายุ 40-50 ปี มีการตรวจสุขภาพพื้นฐานร่วมกับการตรวจสุขภาพปากและฟัน การตรวจหาภาวะกระดูกพรุน และค่าเคมีของเลือด การให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นบริการสำหรับผู้ที่ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และได้รับคู่มือแนะนำตามปัญหาของแต่ละคน

- **การฝึกสมรรถภาพ (functional training)** มีบริการ 2 รูปแบบ คือ แบบพื้นฐาน สำหรับผู้ที่ต้องการการฝึกหัดอย่างต่อเนื่องหลังการรักษา มีการฝึกฝนกิจกรรมพื้นฐาน กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และฝึกกิจกรรมนันทนาการ โดยจัดไว้ในสถานบริการ เช่นที่ ศูนย์บริการสุขภาพของเทศบาล แบบชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนแอ หรือ ผู้ที่ต้องมีกิจกรรม จัดในสถานที่ใกล้บ้าน ในชุมชน หรือกลางแจ้ง กิจกรรมเน้นการกีฬา การวาดรูป การติดต่อสื่อสาร มิตรสัมพันธ์ การประชุมกลุ่มและกิจกรรมชุมชนต่าง ๆ
- **การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำ** จัดให้กับผู้ที่ลูกจากเตียงไม่ได้ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือผู้ที่ต้องการการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดการด้านสุขภาพ การพยาบาล การฝึกสมรรถภาพ การป้องกันโรค การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การดูแลช่องปากและฟัน และการให้ความรู้ที่ถูกต้อง

3.3.2.2 ขุดบริการสำหรับกลุ่มสูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป) มีบริการสุขภาพ 2 อย่าง คือ การให้บริการที่บ้าน และการให้บริการในสถาบันหรือศูนย์ รวมทั้งในโรงพยาบาล บริการที่จัดให้จะเป็นไปตามความต้องการในการบำบัด บริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53-90) ของบริการจะดำเนินการโดยภาคเอกชน⁽¹⁴⁴⁾

- **การให้บริการที่บ้าน (in-home services)** เป็นบริการที่ให้กับผู้สูงอายุเจ็บป่วยและผู้ที่มีแพทย์ลงความเห็นให้พักรักษาตัวที่บ้านหรือในสถานบำบัดที่มีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกอบด้วย บริการเยี่ยมบ้านจาก nursing care station บริการดูแลกลางวัน (day service) และบริการพักระยะสั้น (short stay) และอื่นๆ การได้รับบริการได้นั้นขึ้นกับการประเมิน และออกไปรับรองความต้องการการดูแลระยะยาว โดย Certification Committee for Long-Term Care Need ร่วมกับแพทย์ประจำครอบครัว เช่น กรณีต้องการการบำบัดเล็กน้อยหรือชั่วคราวจะมีบริการดูแลกลางวัน และและบริการพักระยะสั้น กรณีที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั่วไป เพื่อให้สามารถอยู่บ้านได้ มีบริการจัดผู้ดูแลและให้คำแนะนำที่บ้าน และมีบริการเสริม เช่น การจัดอุปกรณ์เครื่องช่วย บริการอาหาร และการช่วยอาบน้ำที่บ้าน
- **การให้บริการในสถาบันหรือศูนย์** ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือสมองเสื่อมที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิด สามารถรับการรักษาได้ทั้งในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยสูงอายุ หออภิบาลผู้ป่วยเรื้อรัง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม และเมื่ออาการดีขึ้นแต่ยังไม่สามารถออกจากเตียงได้ จะมีสถานบริการรับดูแลต่อ และหากมีความต้องการการดูแลเฉพาะเรื่อง และมีความยากลำบากที่จะอยู่ที่บ้าน จะได้รับบริการจาก special nursing home และหากต้องการอยู่บ้านที่จัดให้ โดยได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อยลงหรือเพียงต้องการการปรึกษาให้คำแนะนำเยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราว สามารถรับบริการ home for the elderly และสุดท้ายคือบริการ

care houses ซึ่งเป็นบริการบ้านประเภทใหม่ ที่มีค่าธรรมเนียมปานกลาง บริการผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ตามลำพังได้ โดยใช้ล้อเข็น ผู้ดูแลที่บ้านหรืออื่น ๆ เท่านั้น

3.3.2.3 การประเมินผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการ การใช้บริการระบบการประกันการดูแลระยะยาวนี้ ผู้เอาประกันหรือผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี และผู้ที่มีอายุ 40-64 ปี จะต้องถูกรับรองว่ามีสภาพร่างกายที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น ต้องนอนอยู่คนเดียว มีภาวะสมองเสื่อม หรือต้องการการดูแลระยะยาว โดยผู้เอาประกันหรือครอบครัวหรือผู้ดูแล ต้องส่งใบแจ้งความจำนงค์ความต้องการดูแลระยะยาวไปยังเทศบาล เทศบาลจะแจ้งต่อไปยังแพทย์ประจำครอบครัวเพื่อประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้เอาประกันและนำผลเสนอต่อ Certification Committee for Long-Term Care Need ของเทศบาลพิจารณาความเห็นของแพทย์ประจำครอบครัว และเทศบาลจะตัดสินใจว่าผู้เอาประกันควรได้รับการดูแลระยะยาวและการช่วยเหลือสนับสนุนหรือไม่ และส่งผลไปยังผู้รับประกันพร้อมให้ข้อมูลต่าง ๆ เช่น สำนักงานของเทศบาล ศูนย์การสนับสนุนการดูแลที่บ้านและข้อมูลอื่น ๆ⁽¹⁰⁾

เมื่อผู้เอาประกันได้รับการตัดสินใจได้รับการดูแลระยะยาว จะเลือกผู้ให้บริการในบริการดูแลระยะยาว ซึ่งอาจเป็นบริการ in-home service หรือ long-term care facilities ตามการรับรองที่ได้ และในขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ของเทศบาล ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการสนับสนุนการดูแลระยะยาว จะไปเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการดูแลที่ผู้รับประกันได้รับ และรายงานผลกลับไปยัง Certification Committee for Long-Term Care Need และเทศบาลเพื่อพิจารณาต่อไป⁽¹⁰⁾

3.3.2.4 บุคลากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประเทศญี่ปุ่นเน้นบทบาทของบุคลากรที่ต้องการในการดูแลระยะยาว การกำหนดประเภทและจำนวนบุคลากรปรากฏใน แผนทองใหม่ (New Gold Plan) ดังนี้ matron และผู้ให้การดูแลระยะยาว 200,000 คน บุคลากรพยาบาล 100,000 คน และ นักอาชีวบำบัด และนักกายภาพบำบัด 15,000 คน นอกจากนี้ยังมีแผนการพัฒนาศูนย์ผู้ดูแลตามบ้านและศูนย์บริการพยาบาลเยี่ยมบ้านเกิดขึ้น รวมทั้งยังมีการพัฒนาผู้ดูแลที่บ้านให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่เพียงพอด้วยวิธีการต่างๆ ด้วย^(10,144)

3.3.3 Long Term Care Services

แม้ประเทศสิงคโปร์และสหรัฐอเมริกาจะไม่มีระบบบริการสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุ แต่มีความชัดเจนในการให้บริการการดูแลระยะยาว (long term care service) สำหรับผู้สูงอายุ ที่เชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ

3.3.3.1 Long term care service ประเทศสิงคโปร์

บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์ ส่วนใหญ่ดำเนินการโดย WOs โดยรัฐบาลให้การสนับสนุนด้านการเงิน สิงคโปร์มีโรงพยาบาลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ 2 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชน (community-based hospital) 4 แห่ง มีโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic sick hospital) 3 แห่ง มี nursing home 50 แห่ง มี ศูนย์ฟื้นฟูกลางวัน (day rehabilitation center) 28 แห่ง และมี บริการ home help, home medical และ nursing service โดย WOs อีกหลายบริการ^(20,145,146) ระบบการดูแลมีทั้งการดูแลในและนอกสถาบัน ทั้งบริการที่บ้านและในชุมชน ลักษณะบริการเป็น step down care และ one stop service มีบริการครบวงจร⁽¹⁴⁷⁾

3.3.3.1.1 การบริการนอกสถาบันหรือการบริการในชุมชน (non-residential care) เพื่อผู้สูงอายุทั้งที่มีสุขภาพดีและที่เจ็บป่วยไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ สถานบริการกลางวัน (ปี ค.ศ. 2001 มี 31 แห่ง) ให้บริการเสริมการดูแลในสถานบริการผู้สูงอายุ เนื่องจากมีจำนวนสถานพักฟื้นไม่เพียงพอ และในรายที่อยู่ห่างไกลไม่สามารถไปใช้สถานบริการได้ การที่รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนเดิม ทำให้มีสถานบริการกลางวันมากขึ้น เพื่อช่วยให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุได้ ในยามที่ต้องทำงานหรือไปโรงเรียนในกลางวัน สถานบริการ กลางวันส่วนใหญ่ดำเนินงานโดย WVOs^(148,149)

3.3.3.1.2 สถานบริการสนับสนุนการดูแลในชุมชน (community-based support services) ให้บริการสนับสนุนแบบต่างๆ เช่น

- Social day center (SDC) เป็นศูนย์สำหรับผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกิจกรรมในช่วงที่บุตรหลานไปทำงานช่วงกลางวัน ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสังสรรค์กับบุคคลอื่นในสังคม และได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนบางอย่างด้วย
- Senior activity centers (SAC) เป็นศูนย์ที่ดำเนินการในแฟลตที่ Housing Development Board สร้างขึ้นในโครงการ Joint MCDS-HDB Housing Project เพื่อให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้พักอาศัยสูงอายุ และให้บริการเมื่อผู้รับบริการแสดงความจำนงตามเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังใช้เป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุพบปะสังสรรค์กัน
- Day rehabilitation centers เป็นสถานฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุ จะให้บริการการพยาบาลขั้นพื้นฐาน การฝึกอาชีพ การให้สุศึกษา และกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ต้องติดตามเพื่อดูแลฟื้นฟูสภาพ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- Sheltered homes เป็นงานที่อยู่ภายใต้โครงการ Homes for the Aged Act ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1988 WVOs เป็นผู้ดำเนินการพัฒนางานส่วนนี้เป็นหลัก มีประมาณ 22 แห่ง

นอกจากนี้ยังมีสถานบริการอื่น ๆ อีก ได้แก่ day care centers for dementia และบริการในชุมชน เช่น การดูแลที่บ้าน (home care) การให้ยาที่บ้าน (medical home care) การพยาบาลที่บ้าน (home nursing care) และการช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะอื่น ๆ ที่บ้าน (home help) ซึ่งงานเรื่องการดูแลที่บ้านนี้อยู่ในความรับผิดชอบของ Ministry of Health ไม่ใช่ MCDS และ WVOs⁽¹⁴⁶⁾

3.3.3.1.3 การบริการในชุมชน อยู่ในความรับผิดชอบของ MCDS ร่วมกับ WVOs ให้บริการผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและต้องการการบริการในชุมชน เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้ในบางเรื่อง บริการที่ให้ เช่น^(63,146,150)

- Befriend service มีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินงานโครงการ “มาเป็นเพื่อนกันเถอะ” หรืออาสาสมัครพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุสม่ำเสมอ ให้รู้สึกอบอุ่นเป็นมิตร โดยเฉพาะผู้ที่ต้องอยู่บ้านอย่างโดดเดี่ยว โครงการนี้ดำเนินการโดย The Lions Befrienders ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล และจาก The National Council of Social Service
- Meal service เป็นบริการอาหารและส่งอาหารกล่องฟรี หรือขายในราคาถูกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ได้น้อย บางศูนย์ให้บริการถึงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ คาดว่าบริการนี้จะขยายมากขึ้นในอนาคต

- Senior citizen's clubs เป็นหน่วยงานของ People's Association อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในเรื่องนันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจ มีโปรแกรมออกกำลังกาย บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ โปรแกรมการศึกษาต่อเนื่อง และบริการชุมชน คลับนี้ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual Help Groups, MHG) สมาชิกกลุ่มมักจะอาศัยอยู่ใกล้กัน มีความสนิทสนมกัน และสามารถให้การช่วยเหลือกันและกัน

3.3.3.1.4 บริการตามบ้าน ให้บริการการทำความสะอาดเสื้อผ้า (laundry service) การปรับปรุงบ้านให้เหมาะกับภาวะผู้สูงอายุ เช่น การทำราวเกาะเดินในบ้านและการปรับพื้นบ้าน สายด่วนฉุกเฉิน (telephone hotline service) การจัดอาสาสมัครร่วมเดินทางไปโรงพยาบาล การจัดอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการทำพิธีศพ อาสาสมัครช่วยเหลือเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ และเมื่อมีสัญญาณเตือนภัย (alarm response service) เป็นต้น

3.3.3.1.5 การควบคุมคุณภาพ National Council of Social Service เป็นสภาที่ควบคุมคุณภาพการดูแล และเป็นผู้กำหนดโปรแกรมอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการกลางวัน ตลอดจนสร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการประเมินภาวะสุขภาพตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล สถานพักฟื้น สถานบริการกลางวัน และบ้านพักฉุกเฉิน ให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อรักษาคุณภาพและมาตรฐานการดูแล^(148,149)

3.3.3.1.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รัฐบาลเห็นความสำคัญและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านหรือในชุมชน ดังนั้นจึงให้การสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ในปี ค.ศ. 2001-05 จัดงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีการสนับสนุนโปรแกรมการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน เช่น การฝึกอบรมผู้ดูแล respite care การจัดหาข้อมูลการดูแลให้ผู้ดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดย carer centers และจะขยายศูนย์เพิ่มอีก 2 ศูนย์⁽¹⁵⁰⁾

3.3.3.1.7 การออกใบรับรองการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (certification of terminal illness) ประเทศสิงคโปร์มีกฎหมายการแสดงเจตจำนงการรักษาล่วงหน้าได้ (advance medical directive) โดยมีกระบวนการออกใบรับรองการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องอาศัยความเห็นของแพทย์จำนวนสามคนที่เป็นเอกฉันท์ ซึ่งแพทย์จำนวน 2 ใน 3 นั้นจะต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านนั้นๆ ถ้าแพทย์คนใดคนหนึ่งมีความเห็นแตกต่างสามารถที่จะขอความเห็นจากกลุ่มแพทย์ชุดใหม่ได้โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ แต่การขอความเห็นนี้จะกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และถ้าคณะแพทย์ชุดที่สองยังไม่มีความเห็นเป็นเอกฉันท์ จะต้องให้การดูแลตามปกติ⁽¹⁵¹⁾

3.3.3.2 Long term care service ของประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกา มีระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพหลัก บริการประกอบด้วย บริการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเฉียบพลัน ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะยาว ทั้งในสถานบริการหรือในชุมชนและที่บ้าน บริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรควัยก่อนสูงอายุ และวัยสูงอายุ^(65,152-155)

3.2.3.2.1 การดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care) ผู้สูงอายุอเมริกันมีการเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การเจ็บป่วยที่เฉียบพลันมักเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอยู่เดิมกำเริบหรือมีอาการรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาหรือกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้บุคลากรวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะด้านผู้สูงอายุ โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาแบ่งเป็นสองประเภท คือ โรงพยาบาลที่พักรักษาระยะสั้น (short stay) คือน้อยกว่า 30 วัน และโรงพยาบาลที่พักรักษาระยะยาว (long stay) คือมากกว่า 30 วันขึ้นไป⁽¹⁵³⁾ ซึ่งจะสัมพันธ์กับภาวะการเจ็บป่วย

แบบเจ็บป่วยหรือเรื้อรังด้วย

3.3.3.2 การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) การปฏิรูประบบสุขภาพผลักดันให้โรงพยาบาล ต้องลดขนาดและจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น และเกิดการดูแลแบบ step-down care ใน sub-acute facilities หรือ post-acute facilities หรือ rehabilitation services ซึ่งผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจะมีตั้งแต่อาการหนักจาก ICU ต้องการการดูแลระยะวิกฤตและซับซ้อน จนถึงผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว ใน nursing home แต่มีอาการรุนแรงกว่า⁽¹⁵³⁾

บริการต่าง ๆ มีหลากหลายตามแผนประกันสุขภาพที่ผู้ซื้อประกันเลือกใช้ ปัจจุบันนิยมใช้แบบ managed care ในการประสานระบบบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย การมีนโยบายให้ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ (frail elders) อยู่รักษาในโรงพยาบาลสั้นลง ก่อให้เกิดความกังวลว่าจะมีการกลับมารักษาซ้ำมากขึ้น แต่การอยู่โรงพยาบาลนานเกินไปในผู้สูงอายุก็ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีสภาพร่างกายอ่อนแอลงได้มากเช่นกัน⁽¹⁵⁴⁾

3.3.3.2.3 การดูแลระยะยาว (long term care) การดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องมีบริการทั้งในสถานบริการหรือศูนย์การดูแล และในชุมชนและที่บ้าน การดูแลในสถานบริการที่สำคัญ คือ nursing home (nursing facility, nursing center หรือเรียกชื่ออื่น) รวมถึงสถานบำบัดพิเศษต่าง ๆ เช่น assisted living program และ hospice care เป็นต้น จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการดูแลระยะยาวนี้ต้องการพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะ (skilled nurse) ในการดูแล ผู้สูงอายุอาจจะอาศัยที่บ้านตนเอง หรือบ้านชั่วคราว (เช่น group home, retirement home, hospice) หรือ ศูนย์ดูแลในชุมชน เช่น senior center, adult day care เป็นต้น ซึ่งจะมีบริการสุขภาพและสังคมควบคู่กัน^(155, 152)

ผู้สูงอายุที่อยู่ใน nursing home ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุ 75 ปีหรือมากกว่า เป็นคนผิวขาว เป็นหม้าย ต้องการการช่วยเหลือ ADLs และ IADLs และมีปัญหาควบคุมการขับถ่าย ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ได้จาก Medicaid, การประกันเอกชน ร่วมกับรายได้ส่วนตัวและจากครอบครัว รองลงมาคือจาก Medicare และจากการช่วยเหลือขององค์กรกุศลอื่น ๆ⁽¹⁵⁶⁾

3.3.3.2.4 การดูแลที่บ้านและในชุมชน (home-based and community-based care) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบ่งบริการเป็น 2 ชนิดคือ^(65, 152, 155) formal services ได้แก่ home health care ซึ่งเป็นบริการระยะสั้นเพื่อ assessment, observation, teaching, technical skills บางอย่าง และ personal care นอกจากนั้นยังมี homemaker services ที่ต้องมีการจ่ายค่าบริการหรือรวมในชุดประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งจัดให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความต้องการโดยเฉพาะ และ informal services บริการที่จัดให้ ได้แก่ senior citizen centers, adult day care services, nutrition services, transportation services, และ telephone monitoring services เป็นต้น

ลักษณะบริการแบบ formal และ informal เป็นบริการที่แยกส่วนตามประเภทของบริการสุขภาพหรือสังคม แต่ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการที่ผสมผสานแตกต่างกัน ดังนั้น Area Agencies จึงเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการประสานกับหน่วยงานที่ให้บริการต่าง ๆ โดยมี case managers ซึ่งอาจเป็นผู้ทำงานในองค์กรที่เป็นทางการ เช่น home health care agencies หรือ managed care agencies ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการต่างๆ เพื่อการจัดชุดบริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวให้เข้าถึงบริการเหล่านั้นได้

องค์กรให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ Area Agencies on Aging (AAAs) ซึ่งตั้งขึ้นตาม The Older American Act (OAA) ซึ่ง OAA นี้มีนโยบายให้ AAAs กำหนดศูนย์รวมของชุมชนที่จะเป็นสถานที่ที่ทุก

คนในชุมชนมารับบริการได้ ตัวอย่างศูนย์นี้ ได้แก่ multipurpose senior citizen centers โบสถ์ โรงพยาบาล และ town halls เป็นต้น

บริการที่ OAA และ AAAs จัดให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ information and referral for medical and legal advice, psychologic counseling, pre-retirement and post-retirement planning, program to prevent abuse, neglect, and exploitation, programs to enrich life through educational and social activities, health screening and wellness promotion และ nutrition services เป็นต้น

ประเภทของบริการในชุมชน สำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้ ^(65,125,152,157)

- **Multipurpose senior centers** บริการ ได้แก่ health screening, health promotion and wellness programs, social, educational, and recreational activities, congregate meals, และ information and referral services เป็นต้น
- **Adult day care services** เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ที่มี physically frail และ/หรือ cognitively impaired ผู้ที่ต้องการคำแนะนำ การดูแลหรือช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน บริการหลักๆ คือ transportation to and from the facility, personal care, nursing and therapeutic services, meals, และ recreational activities การบริการต้องได้รับการรับรอง (licensed หรือ certified) โดยมลรัฐนั้นๆ จึงจะได้รับการสนับสนุนจาก Medicaid และ OAA
- **Respite care** ให้ short-term relief หรือ time off ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยหรือทุพพลภาพหรือ frail ที่บ้านหรือใน nursing facility ผู้ให้บริการอาจเป็นบุคลากรทางสุขภาพ อาสาสมัคร และผู้ดูแล personal care ได้งบประมาณจากองค์กรเอกชนและมลรัฐ ที่ให้บริการแก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อย
- **Homemaker services** บริการทำความสะอาดที่พักอาศัยและเสื้อผ้า การซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร และ running errands ที่ไม่อยู่ในขอบข่ายของ Medicare หรือ Medicaid ดำเนินงานโดย Home Health Agencies, AAAs, HHS และองค์กรเอกชน
- **Nutrition services** จัดส่งอาหารถึงที่บ้าน เช่น home-delivery programs (meals-on-wheels) บริการ 1-2 ครั้งต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ สามารถสั่งอาหารพิเศษได้ มีบริการอาหารเสริมในราคาถูกสำหรับผู้เดินทางไปนอกบ้านไม่ได้ บริการอีกลักษณะหนึ่งคือ congregate meal sites จัดอาหารแก่กลุ่มผู้สูงอายุในหน่วยงานต่างๆ เช่น senior centers หรือ senior housing ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น และช่วยให้อาสาสมัครทราบถึงความเป็นไปของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายก็รายงานไปยัง supervisor ได้
- **Transportation services** บริการขนส่งโดยประสานกับองค์กรของรัฐและเอกชน ได้แก่ อาสาสมัครขับรถ บริการรถประจำทาง รถไฟ หรือรถตู้สาธารณะ ซึ่งมีอุปกรณ์ติดตั้งในรถสำหรับผู้โดยสารที่ใช้ wheelchair
- **Telephone monitoring และ friendly visitors** บริการโทรศัพท์ติดต่ออย่างสม่ำเสมอ กับผู้ที่อยู่บ้านคนเดียว ช่วยให้ได้ติดต่อกับสังคม และตรวจสอบความเป็นไปด้านสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ผู้เยี่ยมจะเป็นเพื่อน คอยช่วยเหลือ และประเมินความต้องการผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครในชุมชนหรือท้องถิ่น และองค์กรสวัสดิการสังคม เช่น โบสถ์ และ senior centers

- *Personal emergency response systems (PERS)* เป็น home monitoring systems ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น จะมีอุปกรณ์ติดไว้กับตัวผู้สูงอายุ เมื่อกดปุ่มสัญญาณจะส่งสัญญาณไปที่ central monitoring station ซึ่งจะติดต่อกับตำรวจหรือส่งคนมาช่วยเหลือ อุปกรณ์นี้หาซื้อได้หรือเช่าเป็นรายเดือน

3.3.3.2.5 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกามีนโยบาย Healthy People 2000 และต่อมาเป็น Healthy People 2010 ในนโยบายสุขภาพแห่งชาติ บริหารจัดการโดย Office of Disease Prevention and Health Promotion ใน U.S. Department of Health and Human Services (HHS) ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในด้านการป้องกันโรคที่ครอบคลุมในประกัน Medicare ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ปากมดลูก มะเร็งลำไส้ และต่อมลูกหมาก การตรวจหาความหนาแน่นของกระดูก โรคเบาหวาน⁽¹⁵⁸⁾ ซึ่งให้บริการตามปัญหาทางคลินิกเฉพาะของชายและหญิง เช่น ชายสูงอายุ 50 ปีขึ้นไปสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไปสามารถรับการตรวจมะเร็งเต้านม ปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ และหญิงเมื่อมีอายุ 35-40 ปีขึ้นไปสามารถตรวจ baseline mammogram 1 ครั้ง เป็นต้น

3.3.3.2.6 การควบคุมคุณภาพสถานบริการ The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) เป็นองค์กรรับรองคุณภาพของสถานบริการ มีการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการให้บริการตามมาตรฐานต่างๆ โดย OBRA และมี Minimum Data Set (MDS) เป็นเครื่องมือประเมินเพื่อการจ่ายค่าบริการ (reimbursement)⁽¹⁵⁸⁾

3.3.4 National Service Framework for Older People

ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยแยกเป็นระบบบริการสุขภาพ และระบบบริการสวัสดิการและสังคม (social welfare service) ที่แยกหน่วยงานรับผิดชอบ แต่จะเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพหลัก โดยมีกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (NSF) เป็นแนวทางในการให้บริการผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾ มีการผสมผสานบริการทางสุขภาพและสังคมในการบริการผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น ซึ่งถือเป็นจุดเด่นของระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

3.3.4.1 กรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (National Service Framework for Older People) มี 8 มาตรฐาน ดังนี้^(27,28,77,159)

มาตรฐานข้อที่ 1 **ลดการแบ่งแยกทางอายุ:** บริการที่ NHS ให้จะต้องอยู่บนความต้องการทางด้านคลินิกเท่านั้น จะไม่คำนึงถึงอายุ การให้บริการทางด้านสังคมจะไม่ใช่อายุเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาหรือเป็นนโยบายที่จะจำกัดการเข้าถึงการบริการ

มาตรฐานข้อที่ 2 **บุคคลเป็นศูนย์กลางของการดูแล:** การบริการของ NHS และของงานบริการสังคมต้องให้การยอมรับนับถือผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นบุคคล ให้อิสระในการเลือกวิธีการดูแลของตนเอง วิธีนี้จะทำได้โดยให้ผ่านกระบวนการประเมินปัญหาภายในครั้งเดียว โดยผสมผสานการจัดการ การเลือกการบริการ รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือที่จะต้องใช้ในชุมชน

มาตรฐานข้อที่ 3 **การดูแลระยะก่อนการพักฟื้น (Intermediate care):** NHS และสภาต่างๆ (councils) จะเพิ่มการบริการในด้านการดูแลก่อนการพักฟื้นเพื่อมุ่งส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งป้องกันการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และการให้บริการฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล

มาตรฐานข้อที่ 4 การดูแลทั่วไปในโรงพยาบาล: การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจะทำโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะความชำนาญที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

มาตรฐานข้อที่ 5 โรคหลอดเลือดสมอง: NHS โดยร่วมกับสภาต่างๆจะร่วมกันปฏิบัติการเพื่อป้องกันสโตรค อัมพาตในคนที่คาดว่าจะมีปัญหานี้ จะต้องสามารถเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัยรักษาอย่างเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพ

มาตรฐานข้อที่ 6 การหกล้ม: NHS กับสภาต่างๆ จัดปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม เพื่อลดการเกิดกระดูกหักและบาดเจ็บของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่หกล้มจะได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งผู้ให้การดูแลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันจากหน่วยบริการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการหกล้ม

มาตรฐานข้อที่ 7 สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจะสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตที่ผสมผสาน ที่จัดโดย NHS กับสภาต่างๆ เพื่อรับประกันว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะได้รับ การวินิจฉัย รักษาและสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานข้อที่ 8 การส่งเสริมสุขภาพและ active life ในผู้สูงอายุ: NHS และสภาใช้โปรแกรมร่วมประสาน ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ

3.3.4.2 ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ มีทั้งการบริการสุขภาพและสังคมควบคู่กัน

3.3.4.2.1 การบริการในสถาบัน

- **โรงพยาบาล** เป็นแหล่งให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁰⁾ และมีบริการ intermediate care จัดให้กับผู้ป่วยที่จะจำหน่ายกลับบ้าน และมีปัญหาสุขภาพที่ต้องฟื้นฟู หรือต้องเตรียมความพร้อมก่อนที่จะกลับไปชุมชน ส่วนใหญ่เป็นบริการการฟื้นฟูสภาพ การแนะนำ/สอน เพื่อให้สามารถปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพได้และ intermediate care เป็นมาตรฐานหนึ่งของ NSF⁽⁷⁷⁾
- **Residential และ nursing home** จัดบริการโดยภาครัฐและเอกชน โดยเป็นของ NHS ประมาณ 189,000 เตียง เอกชนมี nursing home และ residential home ประมาณ 193,000 และ 345,600 เตียงตามลำดับ⁽¹⁶¹⁾ residential home ของรัฐเป็นบริการทางสังคม จัดการโดย local authority ส่วนของเอกชนจะต้องขึ้นทะเบียนกับ local social service department ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบและติดตามตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประกันการบริการให้ได้มาตรฐาน สำหรับ nursing home เป็นบริการสุขภาพ การตรวจสอบอยู่ในความรับผิดชอบของ health authority นักสังคมสงเคราะห์จะมีรายชื่อของ private residential และ nursing homes ที่อยู่ในเขตของตนทั้งหมด เมื่อประเมินผู้สูงอายุได้ว่าจะต้องใช้บริการใน nursing หรือ residential homes แล้ว งานบริการสังคมจะประเมินด้านการเงินว่าจะจัดการช่วยเหลืออย่างไร ภายหลังการมี Care Standard Act 2000 จะมีการรวม nursing home และ residential home เรียกเป็น care home ในปี ค.ศ. 2002 โดยมี Commission for Health Improvement ดูแลงานบริการของ NHS และ National Care Standards Commission ดูแล nursing home อิสระ และ residential homes⁽¹⁶¹⁾ นั่นคือ มีการรวมสถานบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าในระบบเดียวกัน

3.3.4.2.2 การดูแลในชุมชน ผู้สูงอายุอังกฤษส่วนใหญ่หรือประมาณ 8.5 ล้านคน อาศัยอยู่ในบ้านตนเองหรืออยู่ในสังคม ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพอยู่ด้วย การดูแลในชุมชนจึงเกิดขึ้น มีการปฏิรูปการบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุที่อ่อนแอและทุพพลภาพสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้แทนการไปอยู่ในสถาบันการดูแล การดูแลในชุมชนเป็นการทำงานร่วมกันของหลายองค์กรที่สำคัญคือ Department of Health และ Department of Social Service แบ่งความรับผิดชอบตามลักษณะของการบริการ คือ บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home care services) ได้แก่ health care guidance, home visit จะให้บริการโดยพยาบาล ซึ่ง NHS จะเป็นผู้จัดบริการให้ ส่วนบริการสังคม (social service) ที่ให้การช่วยเหลือตามบ้าน (home help service) ได้แก่ meal service และ day service รัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดให้บริการ⁽¹⁰³⁾

- **บริการสุขภาพในชุมชน** ที่บุคลากรวิชาชีพจัดให้กับผู้สูงอายุมีหลากหลาย และที่โดดเด่นมาก คือ งานบริการสุขภาพโดยพยาบาล โดยประสานกับ GP งานบริการสุขภาพในชุมชนและผู้รับผิดชอบที่สำคัญได้แก่ district nurse, liaison nurse และ specialist nurse บริการที่จัดให้ เช่น **บริการพยาบาล หรือ Nursing services** หลังการรักษาในโรงพยาบาล และเพื่อการฟื้นฟู และการพักฟื้นต่อเนื่องถึงบ้าน ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้ให้การดูแล (caregiver) ในชุมชน ที่บ้านของผู้ป่วย ศูนย์สุขภาพ และ residential homes **Palliative care service** เป็นบริการที่ให้กับผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย และผู้ที่ต้องการมีคุณภาพชีวิตอยู่กับครอบครัว **Hospice at home scheme** ผู้ป่วยจะอยู่บ้าน มีการจัดบริการ เช่น practical nurse, night sitting โดย multi professional team **Macmillan nurse** เป็นบริการโดยพยาบาลที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แนะนำวิธีการควบคุมอาการและความเจ็บ **Marie Curie service** เป็นบริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยพยาบาล **Continence services** เป็นบริการส่งเสริมให้ควบคุมการขับถ่ายได้ และมีการจัดการภาวะ incontinence ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยให้สังคมเข้าใจภาวะ incontinence และช่วยให้การดูแลได้ **Mental health service** ให้บริการที่ผสมผสานแก่ผู้สูงอายุ ที่มี functional และ organic mental illness **Community psychiatric nurse** ให้การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิต และติดตามภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ **Home respite schemes** เป็นบริการช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และช่วยลดความกดดันของผู้ดูแล **Hospital at home** เป็นบริการที่กำลังพัฒนา ส่วนใหญ่จะมี district nurse เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยและประสานกับแหล่งให้บริการเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ นอกจากพยาบาลแล้วยังมีบริการสุขภาพในชุมชนโดยบุคลากรวิชาชีพอื่นอีก เช่น physiotherapy, occupational therapy, equipment service, optical services, dental service, chiropody, nutrition and dietary service และ community pharmacist⁽¹⁰⁴⁾
- **บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน** เดิม Social Services Department จะเป็นผู้จัดบริการให้เองทั้งหมด แต่หลังการปฏิรูปการดูแลในชุมชน หน่วยงานนี้จะรับผิดชอบ ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (assessing need) วางแผนการดูแล (design care plan) เสนอแนะและจัดซื้อชุดบริการ (care package) และจะติดตามประเมิน เพื่อประกันว่าผู้สูงอายุจะได้รับบริการที่เหมาะสม นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้รับการส่งต่อมาจากหลายแหล่ง และมีข้อมูลเกี่ยวกับการบริการทั้งหมดที่อยู่ในชุมชน และทำหน้าที่เสมือนตัวกลางระหว่างเอเจนต์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เมื่อผู้สูงอายุที่รับส่งต่อมาต้องการบริการช่วยเหลือที่

บ้านเป็นพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์จะมีกระบวนการประเมิน โดย initial assessment จะประเมินเรื่อง mobility, personal care abilities, current environment และ support network ที่ควรจะได้รับจากหลายๆ วิชาชีพ รวมทั้งการประเมินด้านการเงินด้วย

ทีมงานบริการสังคม มีหลายอาชีพ เพื่อตอบสนองตามความต้องการ เช่น disability service team ประกอบด้วย community occupational therapist นักสังคมสงเคราะห์ที่เชี่ยวชาญด้านความพิการทางกาย และ rehabilitation officers สำหรับ visual impaired people บริการที่จัดให้ เช่น home care คือจัดหา home care worker (home help) ให้ ซึ่งเดิมทำแ่งงานบ้าน งานซื้อของ แต่ปัจจุบันให้การดูแลส่วนบุคคลผู้สูงอายุด้วย รวมงานบ้าน งานซักผ้า งานซื้อของ งานจัดทำและรวบรวมเอกสาร บริการ home care ดำเนินการโดย home care manager ที่จะติดต่อผ่าน local service office ซึ่งเป็นผู้กำหนดว่า home care worker จะทำงานให้ผู้สูงอายุอย่างไร ในประเทศอังกฤษมีความคาบเกี่ยวกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ในเรื่องการดูแลส่วนบุคคล (personal care) จนเกิดปัญหาและมีบทความทบทวนเกี่ยวกับความหมายของการอาบน้ำว่าแตกต่างกันอย่างไร มีผลให้เกิดนโยบายแยก health care และ social care ออกจากกัน ทำให้การดูแลส่วนบุคคลที่ทำโดยพยาบาล ถูกแยกระดับเป็น medical bath และโดยผู้ดูแลเป็น social bath ซึ่งมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายค่าตอบแทน⁽¹⁰³⁾

นอกจากนี้บริการทางสังคมยังมี respite care ที่บ้าน เป็นการจัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว ซึ่งช่วยลดความกดดันของผู้ดูแลที่อยู่ประจำ บริการบางอย่างฟรี เช่น *Sitting service* ที่จัดหาอาสาสมัครให้มาอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุที่บ้าน โดยจะจัดให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือขณะที่ผู้ดูแลหยุดพัก *Day centres* ศูนย์บริการที่รับผู้สูงอายุไว้ดูแล 1 หรือ 2 วันต่อสัปดาห์เพื่อให้ผู้ดูแลได้พัก หรือให้บริการผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ต้องอยู่ลำพัง *Family placement schemes* คือ การจัดให้ผู้สูงอายุไปอยู่กับครอบครัวอาสาดูแลเป็นระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งต้องพิจารณาจัดให้เหมาะสม บริการนี้คิดค่าใช้จ่ายบ้าง เล็กน้อย ในบางแห่ง social service department โดยร่วมกับ local authority homes ในต่างถิ่นจัด respite care ให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อน (เช่น ที่ชายทะเล) เรียกบริการนี้ว่า Holidays⁽¹⁰³⁾

การจัดบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย เน้นการดูแลในชุมชนและที่บ้านควบคู่กับการดูแลในสถาบัน งานบริการสังคมยังรวมถึงการรับผิดชอบปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัย ปรับและจัดอุปกรณ์ต่างๆ ในบ้าน โทรศัพท์ ระบบสัญญาณเตือนภัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดหาอาหารให้ด้วย

3.4 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

บริการหลักสำหรับผู้สูงอายุไทย มีบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคม มีการแยกหน่วยงานรับผิดชอบคล้ายกับประเทศอังกฤษ คือ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบด้านบริการสุขภาพ และกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการและบริการสังคมแก่ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุ แต่การจัดบริการไม่ได้มีเพียงสองกระทรวงหลักนี้ มีแผ่ตามกระทรวงอื่น เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย และอื่นๆ การดำเนินงานจึงขึ้นอยู่กับนโยบายและแผนงานของหน่วยงานนั้นเป็นหลัก บริการจึงยังเป็นแบบแยกส่วนตามงานที่สังกัด ความครอบคลุม มรรคผลที่ได้จึงไม่เต็มที่

บริการสุขภาพและบริการสังคม มีการดำเนินการทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในสถาบันและในชุมชน⁽⁸⁵⁾ การจัดตั้งบริการสุขภาพและบริการสังคม องค์การอิสระหลายองค์กรมีส่วนร่วม

บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมิพัฒนาการมาก่อนบริการสุขภาพ คือ ตั้งแต่มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกขึ้น โดยกรมประชาสงเคราะห์ เมื่อปี ค.ศ.1953 (พ.ศ. 2496) มีพัฒนาการขยายเป็น ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน และมีบริการสังคมที่เกี่ยวข้องอีก เช่น ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และบริการฌาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน และที่พักอาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (housing)^(162,163)

บริการทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปมีมาช้านาน แต่สำหรับผู้สูงอายุ ปรากฏครั้งแรกในโรงพยาบาลปี ค.ศ. 1962 (พ.ศ. 2505) โดยมีโครงการสุขภาพผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุแห่งแรกขึ้น ตามด้วยคลินิกผู้สูงอายุแห่งแรกในปีถัดมา⁽¹⁶⁴⁾ ปัจจุบันการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอยู่ในโรงพยาบาล มีบริการคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกวิทยทอง และหอผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล (เฉียบพลันและเรื้อรัง) และมีรูปแบบอื่น อาทิ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ หรือ รูปแบบบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ^(128,165,166)

3.4.1 การบริการสุขภาพ

การบริการทางสุขภาพของภาครัฐในสถาบัน อยู่ในรูปของโรงพยาบาล/คลินิกผู้สูงอายุ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ สำหรับบริการในชุมชน เช่น ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ ส่วนภาคเอกชนบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในสถาบัน คือ ในรูปของโรงพยาบาลเอกชน สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ และโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ^(128,165,166)

3.4.1.1 การบริการสุขภาพในสถาบัน

3.4.1.1.1 โรงพยาบาล โรงพยาบาลให้บริการทั่วไป คือมีบริการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน⁽¹⁶⁵⁾ เน้นการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่มีความจำเพาะกับผู้สูงอายุ ความที่ผู้สูงอายุมาก มีปัจจัยทางด้านสุขภาพที่อ่อนแอ จึงมีสัดส่วนการครองเตียงและอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า⁽¹⁶⁷⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายิ่งอายุมากความต้องการการดูแลและพึ่งพามากขึ้นตามลำดับ และในอนาคตที่ผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวนมากมายและอายุยืนมากขึ้น ความต้องการย่อมมากขึ้นกว่านี้และปัญหาการอุดหนุนเตียงจะเกิดขึ้น ดังนั้นการให้บริการสุขภาพอาจต้องพิจารณากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่หมายถึงการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาให้มีคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁶⁸⁾

คลินิกผู้สูงอายุ เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลรัฐ เริ่มในปี ค.ศ. 1963 (พ.ศ. 2506) พัฒนามาจนถึงปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 44 แห่ง แต่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน⁽¹⁶⁴⁾ ปัจจุบันมีการขยายบริการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกวิทยทอง ที่ให้การดูแลปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุชายหรือหญิงตั้งแต่วัยก่อนสูงอายุ และมีแนวโน้มขยายบริการมากขึ้นทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันและรักษา และบริการข้อมูลข่าวสาร แต่ส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในเขตเมือง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนา หอผู้ป่วยเฉพาะผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ให้บริการทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการแยกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีหน่วยงานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม⁽¹⁶⁵⁾ แต่บริการที่จัดไว้ในโรงพยาบาลก็ถือว่าเป็นบริการแบบเฉียบพลันมากกว่าเรื้อรัง และ

โรงพยาบาลภาครัฐมีการขยายบริการไปชุมชน ในลักษณะต่าง ๆ อาทิ extended OPD หน่วยบริการเคลื่อนที่ การดูแลที่บ้าน และโครงการต่าง ๆ ในชุมชน แต่ยังไม่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอนุมานได้ว่างานบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยโรงพยาบาลอยู่ในสถาบันมากกว่าชุมชน อาจกล่าวได้ว่าบริการในสถาบันเป็นบริการแบบเฉียบพลัน

โรงพยาบาลเอกชน มีทั้งส่วนที่ดำเนินการเชิงธุรกิจ (profit) และที่ไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจ (non-profit) บริการที่ให้มีบริการคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกวัยทอง ในบางแห่งมีบริการพยาบาล (nursing care) สำหรับผู้สูงอายุด้วย ซึ่งบางแห่งไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะส่งไปรักษายังแผนกอื่นของโรงพยาบาล หรือรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไป โรงพยาบาลเอกชนให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งแบบ long term care คืออยู่ประจำที่โรงพยาบาล และแบบ day care คือ รับ-ส่งไป-กลับ หรือ บางแห่งให้บริการแบบ home care คือจัดส่งแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลไปดูแลที่บ้าน^(128,166) ซึ่งถือว่ามีบริการแบบเรื้อรังปรากฏในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่ารัฐ แต่ก็ยังเป็นบริการในสถาบันมากกว่าชุมชน และมีความจำกัดการบริการอยู่ในเมืองใหญ่เพียงไม่กี่แห่ง

โดยภาพรวมการบริการในสถานบริการหรือในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นแบบเฉียบพลัน สำหรับหอผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพยังมีน้อยแม้จะมีในภาคเอกชนบ้าง และกลวิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมของบุคลากรที่มีสุขภาพยังมีความจำกัด ทั้งด้านการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาเฉียบพลัน⁽¹⁶⁴⁾ จากการศึกษาของสุภาภรณ์ ดวงแพง⁽¹⁶⁸⁾ พบว่าในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเจ็บป่วยเรื้อรังมานาน เมื่อมีอาการรุนแรงเฉียบพลันจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แล้ว จำเป็นต้องมีช่องทางด่วน (ผ่าไฟแดง) จากบ้านสู่การดูแลฉุกเฉินและเฉียบพลันในสถานบริการระดับทุติยภูมิที่มีบุคลากรเฉพาะทางเท่านั้น เพราะบุคลากรโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิหรือแม้แต่บุคลากรระดับทุติยภูมิ ที่ไม่มีความสามารถเฉพาะด้าน ส่วนใหญ่ยังไม่มีความสามารถในการจัดการปัญหาผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จึงควรศึกษาระบบการส่งต่อและการจัดบริการเฉพาะทางที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนนี้

การบริการสุขภาพในสถาบันในลักษณะของโรงพยาบาล แม้เป็นบริการดูแลเฉียบพลันที่ตอบสนองผู้สูงอายุได้เป็นส่วนใหญ่จะเป็นจุดแข็ง แต่จุดอ่อน คือ การดูแลแบบกึ่งเฉียบพลัน และเรื้อรังยังมีน้อย ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการฟื้นฟูสูง การไม่มีคลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะในโรงพยาบาล เป็นจุดด้อยของการบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุด้วยผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการพิเศษ จึงต้องการบุคลากรเฉพาะทางที่ไวต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ การให้บริการแบบไม่แยกเฉพาะหรือรวมกับผู้ป่วยวัยอื่น โดยขาดแนวทางการดูแลที่เอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุ ไม่มีช่องทางด่วนหรือที่นั่งรอเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความจำกัดในการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดของพหุวิสัยและความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถใช้ช่องทางปกติ เช่น ปัญหาการกลืนอาหารและปัสสาวะ อย่างไรก็ตามการมีคลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุ มีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและแตกต่าง จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ บางท่านให้ข้อคิดเห็นว่า การมีคลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยเฉพาะยังไม่จำเป็น แต่ควรจะมีช่องทางที่อำนวยความสะดวก โดยไม่ต้องรอคิวเวลานานมากกว่า และผู้สูงอายุควรได้อยู่ในหอผู้ป่วยรวมกับผู้ป่วยวัยอื่นๆ ในขณะที่ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านเห็นว่า ควรมีคลินิกและหอผู้ป่วยที่แยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลที่ว่า การดูแลผู้สูงอายุมีความเฉพาะต้องใช้เทคนิคพิเศษ

“โรคผู้สูงอายุมีวิธีการรักษาแตกต่างกันไป ควรมีคลินิกโดยเฉพาะ... คลินิกบริการสุขภาพควรอยู่ในโรงพยาบาล ถ้าตั้งนอกโรงพยาบาลจะไม่ work” และ “การรักษาผู้สูงอายุต้องใช้เทคนิคพิเศษ การผ่าตัด และการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ ต้องใช้เทคนิคพิเศษอย่างมาก”⁽⁵¹⁾

“ผู้บริหารบางสถาบัน ไม่เห็นความสำคัญด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุเฉพาะ ไม่มีการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ” และเสริมว่า “ผู้สูงอายุถ้าหากมีที่สะดวก จะไปรับบริการ ไม่ว่าจะส่งเสริม บัณฑิต หรือ เมื่อเจ็บป่วย... ถ้ายังรอคิวคงเป็นไปไม่ได้ อันนี้เราไม่คิดถึงเขาเลย... เราน่าจะมีช่องทางต่างหากที่สะดวกสบาย... แต่คลินิกผู้สูงอายุคิดว่ายังไม่จำเป็น”⁽⁵¹⁾

การที่คลินิกและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีเฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่ง จึงเป็นจุดอ่อนทำให้ผู้สูงอายุในชนบทไม่สามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการไปรับบริการที่สถานบริการ ไม่สามารถไปเองได้ ต้องอาศัยบุคคลอื่น เช่น บุตรหลานซึ่งมีภาระการทำงาน ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เกิดความไม่เท่าเทียมในด้านการรับบริการ และไม่ได้รับความเป็นธรรมทางสุขภาพ นักวิชาการเสนอว่าควรขยายให้มีบริการในแหล่งที่เข้าถึงได้สะดวก⁽¹³⁰⁾ ถ้าเป็นไปได้ควรจัดบริการขยายถึงชุมชน จนถึงประตูบ้าน ควรให้มีหน่วยเคลื่อนที่เชิงรุกให้บริการถึงที่บ้าน ควรเป็นบริการที่บูรณาการบริการสุขภาพและสังคม ณ จุดบริการเดียว มีบริการนอกเวลาและวันหยุดที่ผู้ดูแลสะดวกในการพาไปรับบริการ

ส่วนในโรงพยาบาลที่ไม่มีคลินิกหรือหอผู้ป่วยเฉพาะผู้สูงอายุ ควรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (aging friendly protocol) เช่น มีช่องทางด่วน มีสิทธิพิเศษที่จะได้รับการบริการก่อนไม่ต้องรอนาน และมีการปฏิบัติที่คำนึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุ และอำนวยความสะดวกในเรื่องการเคลื่อนย้าย สิ่งแวดล้อม สถานที่ตั้ง ที่นั่งรอที่เอื้ออำนวย และกำหนดวันบริการผู้สูงอายุเฉพาะ โดยมีแพทย์พยาบาลเฉพาะทาง มีการจัดทำบัตรพิเศษกว่าผู้ป่วยแผนกอื่น จัดเวรระเบียนแยก การบริการอาจจัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนั่นเอง สัปดาห์ละ 1-2 วันหรือทุกวันหยุดราชการ

3.4.1.1.2 สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) รับผิดชอบเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะเป็นการพยาบาล (nursing care) หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ดำเนินงานโดยแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานของภาคเอกชน คิดค่าบริการที่หวังผลกำไร มีอยู่ในกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่⁽¹⁶⁶⁾ แต่โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่ไม่ใช่เชิงธุรกิจมีบริการเช่นนี้ด้วย ความต้องการบริการประเภทนี้มีมากขึ้น เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและไม่สามารถดูแลตนเองได้ โรงพยาบาลเชิงธุรกิจบางแห่งจึงรับหอผู้ป่วยเฉียบพลันให้เป็นหน่วยให้บริการการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน และบริการดูแลระยะยาว เรืองสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น และในภาครัฐการให้บริการแบบนี้มีแทรกอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา^(115,164)

ในการทบทวนเอกสารพบว่าคำว่า “nursing home” มีการใช้เป็นภาษาไทยอยู่หลายคำ เช่น หมายถึง สถานที่รับผิดชอบเฉพาะผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชรา และสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ในที่นี้จะใช้กับสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถาบันที่ให้บริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพยาบาลเฉพาะทางต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะมี ความเจ็บป่วยเรื้อรัง และไม่ได้หมายถึงสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ใช้ชื่อในภาษาอังกฤษว่า nursing home ด้วย เนื่องจากมีเป้าหมายของการให้บริการที่แตกต่าง สถานสงเคราะห์เน้นที่การบริการทางสังคม บริการจึงเน้นที่การให้ที่อยู่อาศัยในปัจจัยสี่มากกว่า

จุดแข็งของการมีสถานพยาบาลผู้สูงอายุเชิงธุรกิจโดยภาคเอกชน คือมีการตอบสนองปรับตัวได้เร็ว เป็นไปตามกลไกตลาด แต่การที่มีการแข่งขันสูง ทำให้ต้องปรับกลยุทธ์เป็นการเพิ่มทางเลือกเพื่อจูงใจให้ใช้บริการ มีการจัดบริการครบวงจรและปรับค่าบริการให้เหมาะสมตามการแข่งขัน จุดดีคือผู้รับบริการได้ประโยชน์มากขึ้น แต่จุดด้อยคือ ธุรกิจอาจอยู่ไม่ได้เพราะค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทำให้คิดค่าบริการแพง การใช้บริการจึงน้อย ทำให้บางแห่งไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้⁽¹⁶⁶⁾ สำหรับสถานพยาบาลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจช่วงเศรษฐกิจถดถอย เช่นนี้ อาจทำให้งบประมาณที่ได้จากการบริจาคไม่เพียงพอ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ส่วนจุดอ่อนของภาครัฐคือ การไม่มีสถาบันที่ให้บริการแบบกึ่งเฉียบพลัน และการบริการดูแลเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง ทำให้ขาดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนที่มีแอบแฝงในสถานสงเคราะห์ คุณภาพการดูแลด้านสุขภาพค่อนข้างอ่อนด้อย ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแล ด้วยเป็นสถาบันที่เน้นการบริการทางสังคมมากกว่า และที่เป็นจุดอ่อนที่สำคัญ คือ ไม่มีการจัดแบ่งประเภทสถานพยาบาลผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชราตามบริการหลักที่จัดให้ ทำให้เกิดความสับสนในการใช้คำ และยังไม่มีการจัดแบ่งระดับของความต้องการบริการ เช่น แบ่งเป็น การบริการที่ต้องการการพยาบาลเล็กน้อยหรือ low care และการบริการที่ต้องการการพยาบาลมากหรือ high care ดังนั้นจึงควรมี การนิยามประเภทสถานบริการ จัดแบ่งระดับการบริการ และกำหนดมาตรฐานการดูแลในแต่ละระดับให้ชัดเจน ซึ่งหมายถึงการจัดสรรทรัพยากรและการจัดหลักประกันในขนาดด้วย จุดอ่อนที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ยังไม่มีการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ตลอดจนการควบคุมมาตรฐานที่ชัดเจน ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ

3.4.1.1.3 ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ

มีทั้งเป็นเอกเทศหรือเป็นกิจกรรมหนึ่งของโรงพยาบาลเอกชน เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ไม่เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ให้บริการที่พักรวมสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย คิดค่าบริการ⁽¹⁶⁶⁾ โรงพยาบาลรัฐบางแห่งมีการขยายงานบริการสุขภาพในลักษณะศูนย์/สถานบริการนี้มากขึ้น เช่น บริการสุขภาพพหุลักษณะของโรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ อุบลราชธานี บริการประเภทนี้ไม่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งควรพัฒนาให้ชัดเจนต่อไป นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมธุรกิจสุขภาพแบบพำนักระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (long stay) ตามรีสอร์ท และโรงแรมต่างๆ เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน^(170,171)

จุดแข็งของการบริการนี้คือ มีทางเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพ ที่หลากหลาย แต่การดำเนินงานให้คุ้มทุนมีค่าใช้จ่ายสูง ผู้รับบริการไม่นิยม กอปรกับยังขาดการตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ จึงกลายเป็นจุดอ่อนทำให้ธุรกิจไม่สามารถอยู่รอด ส่วนที่มีการสนับสนุนขององค์กรศาสนา มูลนิธิ จะยังพอดำเนินการได้ ส่วนบริการเชิงธุรกิจต้องใช้จุดอื่นมาจูงใจ เช่น การท่องเที่ยวและพักผ่อน ที่ต้องอาศัยนักท่องเที่ยวต่างประเทศจึงจะอยู่รอด^(51,128)

3.4.1.1.4 โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เป็นสถานศึกษาโดยการอนุญาตจากกรมการศึกษานอกโรงเรียน ที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เปิดทำการสอนให้แก่ผู้ที่สนใจจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กเล็กและ/หรือผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรระยะสั้นใช้เวลาเรียนไม่เกิน 3-6 เดือน และมีสถาบันที่เปิดหลักสูตรพนักงานประจำโรงพยาบาล ใช้เวลาเรียน 1 ปี โดยร่วมมือกับการศึกษานอกโรงเรียนในการจัดทำหลักสูตรในระดับ ปวช. โดยสอนวิชาชีพการดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ และเพิ่มวิชาพื้นฐานทางด้านคอมพิวเตอร์ การพยาบาลพื้นฐาน และงานทุกงานในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ที่จบหลักสูตรแล้วจะได้วุฒิ ปวช. และสามารถทำงานในโรงพยาบาลได้ และหากเป็นการดำเนินงานของ

ภาคเอกชน มักจะเปิดบริษัทจัดหางานควบคู่ไปด้วย เพื่อทำงานด้านการตลาด หางานรองรับให้แก่นักเรียน และเป็นตัวกลางในการดูแลผลประโยชน์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁶⁾ โดยผู้ดูแลที่จัดส่งไปตามบ้าน มักให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีภาวะทุพพลภาพ และภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁽¹⁶⁴⁾ ซึ่งยังไม่มีระบบการควบคุมคุณภาพแต่อย่างใด

จุดแข็ง ของโรงเรียนสอนผู้ดูแล คือ ตอบสนองการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งกำลังเป็นที่นิยม⁽¹⁶⁶⁾ และสร้างงาน แต่**จุดอ่อน** คือ ขาดมาตรการควบคุมมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานการสอน เพียงแต่ส่วนใหญ่สอนโดยแพทย์และพยาบาล เท่านั้น นอกจากนี้หลักสูตรยังมีหลายระดับ หลายหลักสูตร ไม่มีการควบคุมมาตรฐาน ขาดการตรวจสอบจากองค์กรวิชาชีพ และหลักสูตรที่ทำโดยเอกชน อาจเป็นช่องทางการค้ากำไร หามลประโยชน์จากผู้เรียนและไม่รับผิดชอบผลผลิต

3.4.1.2 การบริการสุขภาพในชุมชน

3.4.1.2.1 ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (day care center)

เป็นสถานบริการที่ให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันให้การพยาบาลต่างๆหรือจัดบริการอื่นๆ เช่น จัดกิจกรรมสันทนาการ จัดอาหารกลางวัน ผู้สูงอายุจะมาใช้บริการเฉพาะในช่วงกลางวันเท่านั้น การให้บริการชนิดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวที่บ้านในช่วงที่ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้านแหล่งที่ตั้งมักอยู่ในชุมชนแต่ก็มีเฉพาะเมืองใหญ่ สถานบริการประเภทนี้บางแห่งอาจจัดสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือผู้สูงอายุที่พิการ ปัจจุบันเริ่มมีการขยายบริการลักษณะเช่นนี้ในสถาบัน เช่น โรงพยาบาลกลางวันของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง⁽¹⁶⁵⁾

จุดแข็ง ของศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน คือ แบ่งเบาภาระของครอบครัว ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ในเวลากลางวัน⁽¹⁶⁵⁾ ด้านผู้สูงอายุเองก็ได้มีการเปลี่ยนสถานที่และบรรยากาศ แต่**จุดอ่อน**คือ ภาระค่าใช้จ่ายสูง (ค่าบริการ-ค่าเดินทาง-อาหาร-การดูแล) การที่แหล่งบริการไม่กระจายทำให้มีปัญหาเป็นภาระและไม่สะดวกในการเดินทางรับส่งไปกลับ⁽⁵¹⁾ ข้อเสนอน่าสนใจคือ หน่วยงานควรพิจารณาจัดสวัสดิการสถานดูแลกลางวันในหรือใกล้ที่ทำงาน คล้ายกับสถานดูแลเด็กในหน่วยงาน เพื่อให้คนวัยทำงานผู้ดูแล ครอบครัวยังคงสามารถรับภาระดูแลผู้สูงอายุได้

3.4.1.2.2 ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ หรือ รูปแบบบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและภาครัฐ เป็นบริการที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยใช้แนวคิดยึดบ้านและผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ให้บริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในรูปแบบของบริการปฐมภูมิ (primary care) มีพยาบาลเป็นบุคลากรหลักของการดูแล บริการโดยไม่คิดมูลค่า ให้ชุมชนมีส่วนในการพึ่งพาตนเองในด้านค่ายา และอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่น ๆ ประเภทของบริการ ประกอบด้วย การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์บริการและที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การรักษา การพยาบาล และให้คำปรึกษาที่บ้าน การบริการทางสังคมที่บ้าน การประสานงานเพื่อจัดการปัญหาด้านสังคม ชุมชนผู้สูงอายุ บริการดูแลกลางวัน การประสานงานเครือข่ายการดูแลที่ไม่เป็นทางการในชุมชนและองค์กรต่างๆ การจัดทำแฟ้มข้อมูลประจำตัวผู้สูงอายุและติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานสรุปว่ารูปแบบที่เป็นไปได้ คือ ควรเป็นบริการสำหรับคนทุกวัย เพราะในทางปฏิบัติไม่สามารถแยกให้บริการเฉพาะกลุ่มสูงอายุได้ และสัดส่วนครัวเรือนควรเป็น 150-200 ครัวเรือนต่อเจ้าหน้าที่ในชุมชน 4-5 คน

ต่อ พยาบาล 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน และต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน⁽¹⁷²⁾ อย่างไรก็ตาม รูปแบบนี้ไม่นำเสนอ การคำนวณค่าใช้จ่ายของบริการ และยังเป็น การดูแลแผนปัจจุบัน ไม่มีการผสมผสานการดูแลแผนไทยหรือพหุ ลักษณะร่วมด้วย

จุดเด่นของการบริการนี้คือ เป็นบริการที่ตอบสนองความเป็นองค์รวม และครอบคลุมแนวคิดการ บริการทุกด้าน ให้บริการใกล้ชิดและอยู่ในชุมชนจริง แต่จุดอ่อนคือยังไม่มีการศึกษาค่าใช้จ่ายจริง และอาจมี ปัญหาการคัดสรรบุคลากรที่ปฏิบัติงานในท้องที่ ที่ต้องเป็นผู้ที่ทั้งมีความสามารถ รับผิดชอบและมีจริยธรรม

3.4.1.2.3 การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care)

เป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายหลังภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และได้ออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว ซึ่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลทั่วไปและชุมชน โดยตั้งอยู่บนความเชื่อที่ว่า จะลด ระยะเวลาในการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง บริการที่ให้จะเป็นบริการทั้งการแพทย์ การพยาบาล โภชนาการ การฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในลักษณะสหวิทยาการจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด⁽¹⁶⁶⁾ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้ขยายให้ บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมากขึ้น โดยจัดส่งพยาบาลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งผู้สูงอายุนั้นต้องเป็นผู้ป่วย ของโรงพยาบาลนั้นมาก่อน เรียกบริการว่า home care⁽¹⁶²⁾

มีการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอีกรูปแบบหนึ่งที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเทียบได้กับ home care ของ ต่างประเทศ เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยภาคเอกชน มักจะสัมพันธ์กับการมีโรงเรียนสอนผู้ดูแล ส่วน ใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีภาวะทุพพลภาพ และภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁽¹⁶⁴⁾ บริการ ชนิดนี้กำลังเป็นที่นิยม เพราะไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้อยู่บ้านและอยู่สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ครอบครัวดูแลพบการได้ใกล้ชิด และรู้สึกว่าได้ทอดทิ้งผู้สูงอายุ เพียงแต่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลเท่านั้น ซึ่ง สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย การทบทวนหนังสือพิมพ์รายวันไทย สองฉบับในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2539-44) แม้จะ ไม่ปรากฏข่าวการฟ้องร้องเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน แต่มีข่าวการฟ้องร้องเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กตามบ้าน ของบริการเหล่านี้ และโรงเรียนที่ทำการฝึกอบรมบางแห่งยังไม่มีมาตรฐาน จากการบอกเล่าของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เป็นผู้เลี้ยงของสถานสงเคราะห์ ถึงการมีนักเรียนจากโรงเรียนสอนผู้ดูแลมาฝึกปฏิบัติงาน เห็นได้ว่านักเรียน จากโรงเรียนบางแห่งไม่สนใจการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง⁽⁶¹⁾

จุดแข็งของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ ตอบสนองความต้องการของครอบครัว และลดภาระ ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ความรู้สึกที่ดีกับครอบครัว ที่ไม่ละเลยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุยังอยู่ที่บ้านของ ตนเองเป็นผลดีต่อสภาพจิตใจ แต่จุดอ่อน คือ หากเป็นการบริการจากบุคลากรวิชาชีพ ค่าใช้จ่ายจะแพง แต่ มีการประกันคุณภาพเพราะการดำเนินการมีการควบคุม⁽¹⁶⁴⁾ ส่วนการดูแลโดยผู้ดูแลที่อบรมจากโรงเรียน (ที่มีหลากหลายระดับ) ค่าใช้จ่ายจะลดลง และเป็นบริการดูแลส่วนบุคคล และหากตัวผู้ดูแลไม่มีคุณภาพ ไม่มี จริยธรรม อาจเกิดปัญหาต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว และจะเกิดปัญหามากขึ้น โดยเฉพาะใน กรณีการจัดหางานไม่ถูกต้องขาดการควบคุม ข้อเสนอคือ บริการนี้ควรได้รับการสนับสนุนเป็นธุรกิจแบบครบ วงจร มีกฎหมายคุ้มครอง มีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน องค์วิชาชีพที่เกี่ยวข้องควรเข้ามามีบทบาท มากขึ้น

3.4.2 การบริการสังคม

การบริการสังคมในสถาบัน ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาครัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา สถาน

สงเคราะห์เอกชน ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ส่วนการบริการสังคมในชุมชน เช่น ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด โดยชุมชน กองทุนเบี้ยยังชีพ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และบริการฌาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน และที่พักอาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ^(162,163)

3.4.2.1 การบริการสังคมในสถาบัน

3.4.2.1.1 สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา)

สถานสงเคราะห์คนชราเป็นบริการสังคมประเภทแรกของรัฐที่ให้กับผู้สูงอายุ ให้บริการในลักษณะบ้านพักแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ซึ่งกรมประชาสงเคราะห์ จัดตั้งบ้านพักคนชรา บ้านบางแค ขึ้นเป็นแห่งแรกในปี ค.ศ.1953 (พ.ศ.2496) จวบจนปัจจุบันมี 20 แห่งและกำลังจะให้บริการเพิ่มอีก 2 แห่ง⁽¹⁷³⁾ รับผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ยากเดือดร้อน ไร้ที่พึ่งและไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ การสงเคราะห์มี 3 ประเภทคือ สามัญ(ฟรี) เสียค่าบริการ และพิเศษ(ปลูกบ้านเอง) สถานสงเคราะห์แต่ละแห่งจะมีข้าราชการประจำแห่งละ 12-16 คน และมีพี่เลี้ยง 1 ต่อผู้สูงอายุ 25 คน แต่ปัจจุบันมี 1 ต่อ 30-40 คน⁽¹⁷³⁾

สำหรับสถานสงเคราะห์ของเอกชน มี 2 รูปแบบ คือให้บริการฟรีและให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจนฟรี และเก็บเงินบางส่วนจากผู้สูงอายุที่มีฐานะพอจ่ายได้ ประเภทแรกส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยสมาคมจีน เดิมให้การสงเคราะห์เฉพาะคนจีน แต่ต่อมาได้ขยายบริการให้กับคนทั่วไป โดยไม่จำกัดเชื้อชาติ ให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีญาติ ในเรื่องที่พัก อาหาร รับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเองในเรื่องความสะอาดที่พัก เสื้อผ้า ล้างจานเอง หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะติดต่อญาติให้รับไปรักษา หรือส่งต่อไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นทั้งของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นเครือข่าย ผู้สูงอายุจะอยู่แบบ long stay คือ อยู่ไปจนกว่าจะเสียชีวิต ประเภทหลัง เป็นรูปแบบผสมระหว่างการให้บริการสังคม โดยสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน และเป็นลักษณะให้การพยาบาล (nursing care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความสามารถซื้อบริการได้ ซึ่งดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนของคริสตศาสนาคริสต์ ให้บริการเช่นเดียวกับประเภทแรก แต่สำหรับผู้สูงอายุทั่วไปที่สามารถเสียค่าบริการได้จะเก็บเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบ้าง^(166,174)

สถานสงเคราะห์ของภาครัฐเน้นเรื่องการให้ที่อยู่อาศัยหรือบริการทางสังคม โดยมีบริการสุขภาพแบบให้การพยาบาลแอมบ่งอยู่ ในขณะที่สถานสงเคราะห์ของเอกชนจะมีบริการพยาบาลอยู่ด้วยค่อนข้างมาก ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมีการจัดบริการผู้สูงอายุเร่งรัด และมีคลินิกผู้สูงอายุขึ้น และมักมีบริการสังคมอื่นสัมพันธ์กับบริการสุขภาพของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) ด้วย เช่น ให้ที่พัก และให้บริการรถรับส่ง เป็นต้น การดำเนินงานของสถานสงเคราะห์รัฐ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้รับเงินงบประมาณประจำปี และการสนับสนุนจากภาคเอกชน รวมทั้งดอกผลจากมูลนิธิสถานสงเคราะห์

สถานสงเคราะห์ที่ดำเนินการโดยมูลนิธิของสมาคมจีน จุดอ่อนคือบุคลากรที่ดูแลไม่เพียงพอ และไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ทำให้คุณภาพการให้บริการไม่ดีเท่าที่ควร ส่วนที่ดำเนินการโดยคริสตศาสนาคริสต์ มีการดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์และพยาบาล ทำให้คุณภาพการดูแลดีกว่า⁽¹²⁸⁾ การดำเนินการให้การสงเคราะห์ดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชน จุดแข็ง คือ บทบาทสำคัญในการแบ่งเบาภาระรับผิดชอบของรัฐ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั้งด้านการเงินและที่พักอาศัยได้เป็นอย่างมาก ดังนั้นภาครัฐควรมีกลไกในการสนับสนุนภาคเอกชนให้สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

สถานสงเคราะห์ทั้งภาครัฐและเอกชนมีจุดแข็ง ที่สามารถตอบสนองปัจจัยสี่และความต้องการด้านร่างกาย ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มได้ดี และมีความจำเป็นสำหรับผู้มีรายได้น้อย⁽⁵¹⁾ ภาครัฐมี จุดอ่อนด้านการบริหาร ด้านการคัดเลือกผู้สูงอายุ และด้านบุคลากร ด้านการบริหาร มีความเป็นอาณัติสูงและเป็นระบบปิด มีการบริหารแบบรวมศูนย์อยู่ที่ผู้ปกครอง นโยบายบริหารยังไม่มีเอกภาพ ให้ทรัพยากรสูงมากและรับได้ไม่เต็ม ที่งบประมาณจากรัฐไม่เพียงพอ และจากการบริจาคไม่แน่นอน และเกิดกระบวนการผลประโยชน์⁽⁷⁸⁾ สถานที่ยกตั้งไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ และขาดการตรวจสอบจากส่วนกลางและจากสาธารณชน

ด้านการคัดเลือกผู้สูงอายุ ไม่สามารถคัดกรองคนที่จำเป็นจริงได้ ผู้เข้ามาอยู่มีปัญหาหลากหลาย มีทั้งผู้ที่ไม่มีความรู้และมีปัญหาสุขภาพ ที่ช่วยตนเองได้จนถึงช่วยตนเองไม่ได้ในระยะต่อมา ผู้ที่อยู่กับครอบครัวไม่ได้และผู้อยู่ลำพังอื่น ๆ ในขณะที่มีความจำกัด คือยังไม่มีบริการหลากหลายพอที่จะรับมือกับปัญหาที่มากมายนี้ได้ มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเกินกำลังบุคลากรด้านบริการสังคมจะจัดการได้ อาทิ มีผู้ป่วยเรื้อรัง สมอเสื่อม ทุพพลภาพ มะเร็งระยะสุดท้าย ฉุกเฉินไปห้องที่มีปัญหาซับซ้อน ทำให้ต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นจากแหล่งบริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่ไม่ใช่เครือข่าย และทำให้ไม่ได้รับการบริการตามสิทธิอย่างมีศักดิ์ศรี แต่เป็นการสงเคราะห์ทดแทนบุคลากรทางสุขภาพที่ขาดไป^(51,175)

สถานสงเคราะห์บางแห่งมีกฎระเบียบ และผู้สูงอายุอาจรู้สึกขาดความเป็นบุคคล (dehumanized) ลดอัตลักษณ์ คุณค่าการเป็นมนุษย์ ไม่สามารถตอบสนองทางจิตวิญญาณได้ดี⁽¹⁷⁵⁾ สิ่งแวดล้อมมีทั้งคนดีและป่วยอยู่ด้วยกันเกิดความไม่สงบ⁽¹⁷⁶⁾ ด้านบุคลากร บุคลากรไม่เหมาะสมกับงาน โดยใช้เกินกำลังความสามารถ ทำให้ขาดคุณภาพ และในบางแห่งยังขาดจิตสำนึกในฐานะผู้ให้บริการ จนเกิด elderly abuse⁽¹⁷⁵⁾

นอกจากนี้ยังมีจุดอ่อนในเรื่อง ความไม่ชัดเจนของประเภทและระดับบริการ ระหว่างสถานพยาบาล ผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชรา การจัดทำนิยามและการแบ่งประเภทการดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับนิยามของสถานบริการแต่ละประเภท ที่ต้องชัดเจนว่าสถานบริการใดจะเด่นในเรื่องบริการอะไร มีศักยภาพการดูแลในระดับใด พร้อมกำหนดมาตรฐานการบริการ เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุเรื้อรังในอนาคต

การบริการในสถานบริการเรื้อรังที่เหมาะสม ต้องการบุคลากรมืออาชีพพร้อมทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งควรปรับรูปแบบจากสถานสงเคราะห์ที่มีผู้ปกครองแบบหอพักเด็กนักเรียนประจำ เป็นรูปแบบของครอบครัว เป็นแบบ humanized เป็นบ้านกลุ่มวัยสูงอายุต่างๆกันหรือบ้านต่างวัย 2-3 วัย สร้างให้เป็นสังคมหรือเป็นครอบครัวเกื้อกูลกัน เน้นแนวความคิดการพัฒนาผู้สูงอายุให้สร้างรายได้บ้าง หรือให้มีพอเพียงใช้จ่ายในการทำบุญ และเน้นการพึ่งตนเอง ตลอดจนรวมกลุ่มทำประโยชน์หรือเป็นอาสาสมัครช่วยสังคมตามความสามารถ (active & productive aging)

3.4.2.1.2 ศูนย์บริการผู้สูงอายุ / ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ

ศูนย์บริการผู้สูงอายุและศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ เป็นบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุภายนอกสถานสงเคราะห์ ที่จัดไว้สำหรับผู้สูงอายุทั่วไป โดยไม่เข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ เริ่มดำเนินการในปี ค.ศ. 1979 (พ.ศ. 2522) ใช้ชื่อเมื่อเริ่มจัดตั้งว่า ศูนย์บริการคนชรา มีทั้งอยู่ในบริเวณของสถานสงเคราะห์และนอกสถานสงเคราะห์ การให้บริการภายในศูนย์ เป็นบริการด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมตามความสนใจของสมาชิก ให้คำปรึกษาแนะแนวแก่ผู้สูงอายุ การทัศนศึกษา และการให้ความรู้ด้านอื่นๆ ให้บริการหน่วยเคลื่อนที่ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน นำบริการข่าวสาร

ข้อมูลไปเผยแพร่ รับฟังและช่วยแก้ปัญหาตลอดจนให้คำปรึกษาต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ให้บริการอย่างต่ำเดือนละ 1 ครั้ง ให้บริการบ้านพักฉุกเฉิน เพื่อช่วยผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเดือดร้อนทางด้านจิตใจกับครอบครัว ที่ต้องการแยกตัวออกมาชั่วคราว หรือผู้สูงอายุต่างจังหวัดที่เข้ามาขอรับการรักษาในโรงพยาบาล ในกรุงเทพมหานคร และไม่มีที่พักอาศัยในระหว่างรอรับการรักษา หรือเข้ามาทำกิจกรรมในกรุงเทพมหานคร โดยให้พักอาศัยชั่วคราวได้ไม่เกิน 15 วัน ให้บริการปัจจัย 4 และบริการทางด้านสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการทางสังคม ปัจจุบันมี 18 แห่ง และ 1 หน่วย^(163,177)

ศูนย์บริการนี้มีข้อดี คือ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เดินไปไหนมาไหนได้ และสามารถเดินทางไปใช้บริการต่าง ๆ ของศูนย์ได้ กิจกรรมสามารถปรับตามความต้องการของสมาชิก และค่อนข้างมีบริการด้านสุขภาพเพียงพอ แต่จุดอ่อนคือ บริการและกิจกรรมขึ้นกับสมาชิก และศูนย์ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำทุกวัน จึงไม่เป็นที่นิยม ส่วนการให้บริการเคลื่อนที่ข้อดีคือ ให้บริการถึงชุมชนและช่วยแก้ปัญหาครอบครัวเบื้องต้นช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในชุมชนได้ แต่ปัญหาคือ ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานนอกหน่วยเคลื่อนที่ ผู้สูงอายุไม่มารับบริการเพราะไม่สามารถเดินทางมาได้ และเป็นการบริการทุกกลุ่มอายุไม่เฉพาะกับผู้สูงอายุ^(51,178)

3.4.2.2 การบริการสังคมในชุมชน

การบริการสังคมในชุมชน มีงานหลัก ๆ ได้แก่ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนและโดยชุมชน ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน หรือการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน บริการฉาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน

3.4.2.2.1 ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) และโดยชุมชน ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) เป็นรูปแบบกึ่งทางการ ที่ริเริ่มขึ้นโดยกรมประชาสงเคราะห์ ร่วมกับสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ในขณะนั้น) จากการสนับสนุนของกองทุนประชากรแห่งชาติ (UNFPA) มีเป้าหมายให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวและมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร ด้านมนุษย์ และอื่น ๆ ที่มีในชุมชนมาใช้ประโยชน์ในการดูแล และให้บริการด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ ทำการทดลองนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัด คือกรุงเทพฯ สุพรรณบุรี ชอนแก่น และเชียงใหม่ การดำเนินโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ระดับหนึ่ง คนและการจัดการเป็นปัจจัยที่ทำให้สำเร็จและล้มเหลว ความสำเร็จของศูนย์ คือ การมีผู้นำที่เข้มแข็ง มีความร่วมมือจากชาวบ้านและผู้สูงอายุ มีการรณรงค์หาทุนเพื่อการดำเนินงาน และการเน้นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ และรัฐต้องมีบทบาทในการเกื้อหนุนและกระตุ้นหรือเป็นพี่เลี้ยงให้ในระยะแรก แต่บทบาทหลักต้องอยู่ที่คนในชุมชน สถานที่จัดตั้งควรเป็นศูนย์กลางสำหรับทุกคน จึงนำมาสู่การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน ของกรมประชาสงเคราะห์ โดยความร่วมมือของหลายองค์กร อาทิ มหาเถรสมาคม และกรมศาสนา ในปัจจุบันมีศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดที่มีความพร้อม 187 วัดใน 72 จังหวัด^(179,180)

จุดแข็ง คือ เป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบชุมชนช่วยชุมชน และผู้สูงอายุเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ⁽¹⁸¹⁾ ซึ่งจะสามารถสนองตอบปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นได้ และจัดตั้งที่วัด เป็นการใช้ศูนย์กลางของชุมชนตามธรรมชาติอยู่แล้ว แต่จุดอ่อนคือ มีค่าใช้จ่าย และยังมีแนวคิดที่ต้องมีอุปกรณ์ อาคารสถานที่ ผู้ทำหน้าที่ประจำ และต้องมีงบประมาณแน่นอน ตลอดจนขาดการตระหนักในการมีส่วนร่วม ขาดผู้นำที่เข้มแข็ง ทำให้อุดหนุนความคิดการพัฒนาศูนย์ที่เป็นของชุมชนโดยชุมชน^(179,51) ซึ่งการจะให้เกิดและดำรงอยู่ได้ต้องอาศัยวัดช่วยบ้าน โดยเฉพาะเจ้าอาวาสเพราะเป็นผู้ที่ทุกคนเชื่อ

ถือชักชวนรวมกลุ่ม อาจจัดเวรรับผิดชอบประจำทุกวัน และต้องควบคู่ไปกับกิจกรรมกลุ่มในการหารายได้ และต้องมีบุคคลหลายวัยร่วมกัน

3.4.2.2 ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (housing)

เป็นบ้านพักอาศัยที่จัดสร้างตามหลักวิชาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเน้นการออกแบบบ้านพักให้เป็นบ้านชั้นเดียว จัดเป็นชุมชนที่มีสาธารณูปโภคที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เปิดให้ผู้เตรียมเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุเช่าซื้อสิทธิ์อยู่อาศัยได้ในระยะเวลา 30 ปี หรืออยู่ได้จนตลอดอายุขัย ขณะนี้มีเพียงแห่งเดียวคือ บ้านสิริบริการ เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้น เมื่อเสียชีวิตก่อนครบกำหนดเช่าซื้อ สามารถให้ญาติมาอยู่ได้จนครบกำหนดแล้วต้องส่งคืนบ้านต่อเจ้าของโครงการ วัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อให้เป็นชุมชนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แนวความคิดของโครงการดังกล่าวได้รับการยอมรับ และนำไปเป็นแนวความคิดในการสร้างบ้านวัยทองของกรมประชาสงเคราะห์ ที่ให้ผู้ประสงค์จะสร้างบ้านเพื่ออยู่อาศัยในวัยสูงอายุ สามารถสร้างบ้านได้ตามแบบที่กำหนดในเนื้อที่ที่กำหนดให้ และสามารถอยู่อาศัยได้ตลอดอายุขัย และหากเสียชีวิตทรัพย์สินจะตกเป็นของทางราชการต่อไป (128,162)

ข้อดีของที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่อาศัยได้รับการที่ดีทั้งบริการสุขภาพและสังคม และค่อนข้างเหมาะสมสำหรับคนโสดที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอนาคต แต่จุดอ่อนของโครงการนี้ คือ มีผู้สูงอายุเช่าอยู่อาศัยน้อย เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการซื้อกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยเลย การอยู่ในลักษณะเช่าซื้อสิทธิ์ เป็นเงื่อนไขที่ไม่สอดคล้องกับค่านิยมของคนไทย จุดอ่อนอีกอย่างคือ บริการที่ค่อนข้างแพง ผู้ใช้บริการจึงมีเฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะง่าย และการต้องอยู่ห่างจากครอบครัว จึงอาจรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว (51,166)

3.4.2.2.3 กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน หรือการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เป็นสวัสดิการสงเคราะห์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยตนเอง และไม่ต้องเข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ โดยได้รับการดูแลจากชุมชนของตน มุ่งเน้นความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก กองทุนนี้เริ่มดำเนินการในปี ค.ศ. 1993 (พ.ศ. 2536) เป็นบริการที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะ มีฐานะครอบครัวยากจน ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยให้การช่วยเหลือเป็นเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนๆ ละ 300 บาท ตลอดชีวิต ซึ่งการคัดเลือกผู้สูงอายุดำเนินการโดยคณะกรรมการสงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

การประเมินโครงการเบี้ยยังชีพ ให้ภาพว่าการบริการมีจุดอ่อน คือ ไม่ตรงกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมาย และไม่ทั่วถึง จากกระบวนการคัดเลือกที่ยังไม่มีมาตรฐาน ขาดหลักการ ไม่พิจารณาบริบทแวดล้อมทางสังคมอื่น ๆ ประกอบ และผู้นำส่วนใหญ่ยึดติดระบบอุปถัมภ์ ทำให้มีการเลือกให้ตามระบบเครือญาติ ความสนิทสนมรายบุคคล เป็นการสร้างและขยายฐานอำนาจทางการเมือง เป็นการใช้อุดหนุนส่วนตัวอย่างไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังขาดการตรวจสอบ ติดตามผล และการสร้างจิตสำนึกสวัสดิการในหมู่กรรมการที่เป็นผู้คัดเลือก ผลที่เกิดขึ้นคือการจัดสรรทรัพยากรอย่างไม่เป็นธรรม นำไปสู่ความขัดแย้ง ความไม่พอใจของผู้ที่สมควรได้แต่ไม่ได้ มีแนวโน้มจะนำไปสู่ความแตกแยกในชุมชนมากกว่าการสร้างสามัคคีในชุมชน⁽¹⁶²⁾ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเบี้ยยังชีพเป็นจุดดี และจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดทุน แต่จุดอ่อนคือ ใช้งบประมาณค่อนข้างมาก ในแง่เศรษฐศาสตร์เสมือนการลงทุนที่สูงเกินไป และระบบการคัดเลือกพิจารณาไม่เข้าถึงผู้สูงอายุที่ยากไร้จริง ผู้ได้รับประโยชน์มักจะเป็นผู้เข้าถึงผู้ที่มีส่วนในการคัดเลือกหรือเป็นญาติผู้ใกล้ชิด (51,174)

3.4.2.2.4 ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

ปี ค.ศ. 1987 (พ.ศ. 2530) กรมประชาสงเคราะห์เสนอให้จัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านขึ้นทุกจังหวัด วัตถุประสงค์หลักในการจัดตั้งศูนย์ฯ คือ 1) เพื่อส่งเสริมให้ราษฎรมีการตั้งองค์กรระดับหมู่บ้านขึ้นเป็นศูนย์กลางดำเนินงานช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยให้ราษฎรเข้ามีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหาของตนเองในท้องถิ่นนั้น เป็นหลักประกันด้านสังคมสงเคราะห์เบื้องต้นที่ผู้ทุกข์ยากเดือดร้อนจะได้รับการช่วยเหลือโดยรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ 2) เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานจากหน่วยงานของรัฐ และองค์กรสังคมสงเคราะห์เอกชนที่จะลงไปดำเนินการในหมู่บ้าน ตำบล ได้ถูกต้องและรวดเร็ว 3) เพื่อกระจายบริการสังคมสงเคราะห์ไปสู่ผู้ประสบปัญหาและผู้ด้อยโอกาสในชนบทอย่างทั่วถึง⁽¹⁶³⁾ ส่วนใหญ่จะมีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานศูนย์ และมีคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านการดำเนินงาน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุคือ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สมประกอบ ให้เป็นผู้รับเบี้ยยังชีพรายเดือน และให้การสงเคราะห์สมาชิกในหมู่บ้าน (รวมทั้งผู้สูงอายุ) ที่ประสบปัญหาจากภัยพิบัติต่างๆ⁽¹⁶²⁾

จุดแข็งของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน คือ เป็นการสงเคราะห์เฉพาะหน้าซึ่งช่วยได้เร็วทันต่อปัญหา จุดอ่อนสรุปได้ว่า การจัดตั้งเป็นการสั่งการ ที่สวนทางกับแนวทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินการ การดำเนินงานของศูนย์ฯ ไม่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องการ งานบางอย่างซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นและไม่มีการประสานข้อมูล และความไม่เข้าใจแนวทางการสงเคราะห์จึงมีจุดประสงค์ของการบริการ ขาดการต่อเนื่องเมื่อเปลี่ยนผู้นำชุมชน และขาดการดูแลจากส่วนกลาง⁽¹⁶³⁾

3.4.2.2.5 บริการฌาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน

เป็นบริการที่พัฒนามาจากประเพณีวัฒนธรรม ที่มีการดูแลช่วยเหลือกันและกัน ในเรื่องการตาย องค์กรนี้ได้รับการดูแลจากภาครัฐอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 1972 (พ.ศ. 2515) และเปลี่ยนเป็นการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการฌาปนกิจสงเคราะห์มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973 ในชุมชนชาวบ้านส่วนใหญ่จะมีการรวมตัวเพื่อจัดตั้งและดำเนินการบริการฌาปนกิจสงเคราะห์ และดำเนินการมานานแล้ว ช่วยเหลือสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพ และสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิกฯ เรื่องการตายและจัดงานศพ โดยไม่ได้แสวงหากำไร บริการนี้มีผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกมากที่สุด ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุขณะมีชีวิตอยู่ แต่เป็นการเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้รับการประกอบพิธีกรรมอย่าง มีศักดิ์ศรีพอสมควร และสมาชิกในครอบครัวไม่เดือดร้อนเรื่องเงิน รูปแบบบริการมี 2 แบบ คือแบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการหรือแบบธรรมชาติ^(163, 174, 184)

ประสิทธิภาพของบริการเป็นไปตามความมุ่งหมาย แต่ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการอาจมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เป็นบริการที่ผู้สูงอายุค่อนข้างพึงพอใจ เชื่อว่าตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ มีกระจายอยู่ในทุกชุมชน เป็นสวัสดิการที่เกิดโดยชุมชน เป็นไปตามความต้องการของชุมชน มีความยืดหยุ่นในทางปฏิบัติ ให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุ โดยภาครัฐไม่ได้เข้ามามีส่วนดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนใดๆ⁽¹⁸⁵⁾

3.4.3 องค์กรผู้สูงอายุ

บทบาทผู้สูงอายุไทยต่อชุมชน แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง ปรากฏให้พบเห็นในสังคมไทย การที่ผู้สูงอายุดำรงการเป็นเจ้าของที่ดินและบ้าน การมีบทบาทเชิงเศรษฐกิจโดยยังคงทำงานอยู่ เป็นตัวอย่างบทบาททางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ บทบาททางด้านสังคมในชุมชนเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทและแสดงศักยภาพทางด้านศาสนามากที่สุด และยังมี

บทบาทการบำรุงรักษาถ่ายทอดความรู้ที่มีคุณค่าแก่คนรุ่นหลัง โดยเฉพาะในปัจจุบันที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถจนถูกเรียกขานว่า เป็น “ปราชญ์ชาวบ้าน” หรือ “นักวิชาการอาวุโส” ของประเทศ จัดได้ว่าปัจจุบันประเทศที่มีผู้สูงอายุที่มีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้แก่สังคมจำนวนมาก นอกจากนี้สังคมไทยมีผู้รู้ทางวัฒนธรรมที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุ ซึ่งจริงใจและถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณีต่างๆ ตั้งแต่วัฒนธรรมที่เกี่ยวกับขั้นตอนของชีวิต อาทิ การแต่งงาน การทำขวัญ การโกนผมไฟ การบวชผู้สูงอายุ เป็นต้น จนถึงประเพณีที่สำคัญของชาติ เช่น ประเพณีสงกรานต์ บทบาททางการเมืองจะมีผู้สูงอายุอยู่ด้วยไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 10 แม้แต่นายกรัฐมนตรีของประเทศไทยก็เป็นผู้สูงอายุหลายท่าน⁽¹⁸⁶⁾ แสดงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีหลายด้าน แต่ศักยภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคมอย่างจริงจัง ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงบริบทด้านภาวะเศรษฐกิจและสังคมของสังคมไทย การที่สังคมมีทัศนคติด้านลบต่อผู้สูงอายุ หรือตัวผู้สูงอายุเองมีทัศนคติที่ขัดขวางการพัฒนาหรือการใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ตลอดจนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง

การรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาตนเองหรือสังคม และไม่ว่าในรูปของชมรม ศูนย์บริการทางสังคม สมาคม องค์การ และสภาต่าง ๆ ล้วนเป็นกิจกรรมของผู้สูงอายุในทิศทางของการสร้างสรรค์ให้สังคมทั้งสิ้น แต่การดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ไม่อาจลุล่วงหรือได้มรรคผลอย่างที่ต้องการ หากทุกคนสังคมไม่ให้ความร่วมมือหรือละเลยคิดว่าเป็นเรื่องของผู้สูงอายุ และไม่ตระหนักว่าเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในสังคม การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุไทยโดยความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่สำคัญ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมผู้สูงอายุ สมาคมคลังปัญญาอาวุโส สภาผู้สูงอายุ และ ศูนย์ต่าง ๆ ซึ่งอยู่ในส่วนของบริการทางสังคมในชุมชนด้วย เช่น ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ, ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ตลอดจนการรวมกลุ่มในองค์กรเอกชนต่าง ๆ เช่น องค์กร HelpAge มูลนิธิสิริวัฒนาเชสเชียร์ เป็นต้น

3.4.3.1 ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชน โดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุตั้งขึ้นครั้งแรก ที่โรงพยาบาลพญาไท ปี ค.ศ.1962 (พ.ศ.2505) โดยการสนับสนุนจากมูลนิธิวิจัยประสาท ใช้ชื่อว่า มูลนิธิวิจัยประสาท⁽¹⁸²⁾ ให้บริการตรวจและรักษาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และการบริการด้านการชุมนุมผู้สูงอายุ การดำเนินงานผลเป็นที่น่าพอใจ สมาชิกส่วนใหญ่พอใจ เพราะนอกจากจะได้ความรู้ต่างๆ ในการดำเนินชีวิต การปรับตัวให้เข้ากับลูกหลาน ดูแลสุขภาพด้วยตนเองแล้ว ยังทำให้ได้พบปะกับคนในวัยเดียวกัน ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้หายเครียดและมีความสุขขึ้น⁽¹⁸⁷⁾

หลายองค์กรที่ให้การสนับสนุนการตั้งชมรมผู้สูงอายุ ปี ค.ศ. 1984 (พ.ศ. 2527) กรมประชาสัมพันธ์สนับสนุนการตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น โดยขอให้แต่ละจังหวัดจัดตั้งชมรมอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชมรม เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ ต่อมาหลังจากมีการตั้งสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย งานสนับสนุนการจัดตั้งจึงดำเนินการโดยสภาฯ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลจังหวัดและอำเภอจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในส่วนกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการชมรมผู้สูงอายุในหลายส่วน เช่น ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดตั้งโดยหวังให้เป็นกลยุทธิ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กรมอนามัยตั้งชมรมผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต มีเป้าหมายให้สมาชิกของชมรมได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนได้รับการตรวจสุขภาพที่จำเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จัดตั้ง

ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ นันทนาการพบปะสังสรรค์ ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และส่งเสริมสุขภาพจิต นอกจากนี้สำนักงานกรุงเทพมหานคร ยังจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่สังกัดและศูนย์บริการสาธารณสุขอีกด้วย^(182, 187) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการขยายตัวของการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนที่กรมประชาสงเคราะห์ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้การสนับสนุน

การแบ่งประเภทชมรมผู้สูงอายุโดยใช้ความสามารถและลักษณะกายภาพเป็นเกณฑ์แบ่งได้ 4 ประเภท คือ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ (ต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ) และชมรมผู้สูงอายุเฉพาะอาชีพ เช่น ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการบำนาญ ชมรมผู้สูงอายุกระทรวงมหาดไทย ชมรมข้าราชการบำนาญกระทรวงสาธารณสุข และชมรมผู้สูงอายุการไฟฟ้าฝ่ายผลิต⁽¹⁸⁷⁾

ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ 3,487 ชมรม (ปี ค.ศ. 2001) แต่ยังไม่ได้รวมตัวกันเป็นเอกภาพหรืออยู่ในเครือข่ายเดียวกันโดยเป็นเอกเทศ ร้อยละ 16.7 สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ร้อยละ 19.6 และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 57.5⁽¹³¹⁾ และโดยหน่วยงานอื่นๆ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จะเน้นไปในเรื่องการให้การศึกษา การส่งเสริมป้องกันและดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การนันทนาการ การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และกิจการกุศล เป็นต้น ชมรมลักษณะนี้มักจะอยู่ในระดับอำเภอระดับตำบลและหมู่บ้านยังมีน้อย^(130, 132, 164, 184)

จุดแข็งของชมรมผู้สูงอายุ คือ เป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้พบปะพูดคุยกับคนวัยเดียวกันเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต และได้แลกเปลี่ยนข่าวสารและความรู้ จุดอ่อน คือ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลต่างๆ และระดับตำบลและหมู่บ้านยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทั้งในการวางแผนงานและทำกิจกรรมของชมรมน้อย การสนับสนุนทางการเงินและสิ่งของจากกลุ่มไม่พอเพียง อาจเนื่องจากฐานะเศรษฐกิจไม่ดี การจัดกิจกรรมของชมรมพบว่าส่วนมากเป็นเรื่องทางศาสนา ฌาปนกิจศพ กิจกรรมทางสุขภาพและการออกกำลังกาย⁽¹³¹⁾ กิจกรรมเชิงพัฒนาองค์กรให้เข้มแข็งมีน้อย และยังมีลักษณะการพึ่งพาโดยเฉพาะจากหน่วยงานที่ร่วมก่อตั้ง และสมาชิกไม่เข้าใจจุดประสงค์ของการมีชมรม

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็นว่า “ชมรมผู้สูงอายุต้องพึ่งตนเองให้ได้ ปัจจุบันไม่อยู่อย่างอิสระแท้จริง และคงอยู่ยากหากมีความต่างในด้านฐานะและเศรษฐกิจ” และ “ชมรมผู้สูงอายุมี 2 อย่าง 1) ช่วยเหลือตนเองได้ และ 2) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ประเภทแรก...ต้องพยายามช่วยตนเองให้มากที่สุดยาวที่สุด จนช่วยตนเองไม่ได้ สอง..ประเภทนี้ต้องสงเคราะห์ให้พัฒนาให้ช่วยตนเองให้ได้ ไม่ใช่ขอคนอื่น กรรมการต้องเป็นหลัก ต่อไปเป็นชุมชน รัฐบาลผู้ปกครอง”

ในเรื่องการดำเนินงานเห็นว่า “ต้องยั่วให้ตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นของตนเอง เนื่องจากข้าราชการไทย มักจะคิดว่าของที่ดีเป็นของเขา... กระทรวงมหาดไทย ตั้งมาแล้วไม่รู้ว่าจะทำอะไร แต่เป็นชมรมสังกัดกระทรวง สังกัดโรงพยาบาล... คิดเช่นนี้ผิดหลักการ การพึ่งตนเอง การตั้งขึ้นมาแล้วเป็นของตนเอง... วิธีการนี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่เป็นตัวของตัวเอง” “งานชมรมไม่สำเร็จง่ายๆ เพราะแนวคิดพื้นฐานคนไทยต้องพึ่งพารัฐ... เวลาตั้งชมรมต้องให้เป็นของเขา เรา support เรื่องเทคนิควิธีการ” “ผู้สูงอายุในชมรมสถานภาพต่างกัน คนบ้านเราไม่รู้หนังสือ 50 เปอร์เซ็นต์ ชมรมผู้สูงอายุตั้งแล้ว.... คนร่อยหรอลง คนเร่ร่อนต่างกัน มาอยู่ด้วยกัน อยู่ยาก ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ สุขภาพต่างกัน... ชมรมจะอยู่ตามสถานภาพของมัน ความแตกต่างจะไม่มาก ต้องพยายามไม่ประกวดชมรม”⁽⁵¹⁾

ชมรมผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ คือเป็นชมรมที่ช่วยตนเองได้และช่วยผู้อื่นได้⁽¹⁸²⁾ ต้องมีพลังวัฒน์และมีประโยชน์ มีข้อเสนอการพัฒนารูปแบบของชมรมผู้สูงอายุว่า รูปแบบของชมรมผู้สูงอายุควรปล่อยให้พัฒนาไปตามสภาพพื้นที่ และความต้องการของสมาชิกชมรม โดยมีเงื่อนไขที่เป็นหลักการสำคัญ ที่ชมรมควรใช้เป็นแนวทาง 3 ประการคือ กระบวนการเรียนรู้ในชมรมควรเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในทุกกิจกรรม ความยืดหยุ่นและความพร้อมจะปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานของชมรม และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง นอกจากนี้ ในการพัฒนารูปแบบชมรม เจ้าหน้าที่ต้องเป็นเพียงที่ปรึกษาชมรม ชมรมควรยึดถือเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นแนวทางสำคัญที่สุด เป้าหมายต้องมาจากพื้นฐานความเป็นจริงของปัญหา และความต้องการของสมาชิกที่ปฏิบัติได้ ระเบียบข้อบังคับของชมรมควรให้สมาชิกร่วมกำหนดขึ้นมาเองให้สอดคล้องกับความต้องการและมีความยืดหยุ่นพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนได้ง่าย⁽¹³²⁾ และเพื่อให้ชมรมมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพและประสิทธิภาพ ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกเพศ ทุกวัย ทั้งผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาวและเด็กให้เข้ามามีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ โดยอาจให้เป็นสมาชิกสมทบ (วิสามัญ) เพราะผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวจะช่วยในการบริหารจัดการชมรมดีขึ้น⁽¹⁸²⁾ และสัดส่วนของสมาชิกแต่ละชมรม ควรมีสัดส่วนช่วงอายุโดยประมาณดังนี้ อายุ 50-59 ปี (หรือสมาชิกสมทบ/วิสามัญ) ร้อยละ 15 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 65 อายุ 70-80 ปี ร้อยละ 15 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5⁽¹⁸⁷⁾

3.4.3.2 สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ปี ค.ศ. 1987 (พ.ศ. 2530) กรมประชาสงเคราะห์ จัดการประชุมสัมมนาชมรมผู้สูงอายุขึ้น และได้มีความเห็นร่วมกันที่จะจัดตั้งองค์กรผู้สูงอายุระดับชาติขึ้นเรียกว่า สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้จดทะเบียนเป็นสมาคม เมื่อวันที่ 27 เมษายน ค.ศ. 1989 (พ.ศ. 2532) โดยได้รับพระกรุณาธิคุณจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีรับเป็นองค์อุปถัมภ์ งานของสมาคมสภาฯ จะเน้นงานในด้านนโยบายและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเป็นผู้สนับสนุนประสานการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และเป็นองค์กรตัวแทนของชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ ปัจจุบัน สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย มีสาขาอยู่เกือบทุกจังหวัดในประเทศไทย^(163,187)

3.4.3.3 สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย

ก่อตั้งเมื่อ ค.ศ. 1987 (พ.ศ. 2530) โดยการสนับสนุนของกรมประชาสงเคราะห์ มีวัตถุประสงค์ที่จะเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ มาร่วมกันจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ถ่ายทอดจรรยาบรรณความรู้และประสบการณ์ด้านต่างๆ แก่เยาวชน โดยจะมีการประสานงาน ร่วมงานกับองค์กรของรัฐบาล เอกชน ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ^(41,163)

นอกจากนี้ในวันที่ 15 สิงหาคม ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) คณะรัฐมนตรี ได้ดำเนินการจัดตั้งธนาคารสมอง เพื่อสนองพระราชเสาวนีย์ในสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ โดยมอบให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำหน้าที่เป็นหน่วยทะเบียนกลางในการรวบรวมและจัดทำรายชื่อของวุฒิอาสา ซึ่งมีผู้อาสาจำนวน 1,305 คน และประชาสัมพันธ์ข้อมูลประสบการณ์และความสนใจของวุฒิอาสา เพื่อให้ผู้ที่ต้องการเสนอขอรับความช่วยเหลือได้⁽⁸¹⁾

3.4.3.4 มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ (Foundation for Older People Development, FOPDEV)

ก่อตั้งขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นหลัก ยึดการทำงานร่วมกับท้องถิ่น มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกฐานะการดำรงชีพของผู้สูงอายุผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในประเทศไทย ให้เกิดการพัฒนาคูณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุ จุดเน้นในการดำเนินงาน คือ 1) การส่งเสริมรายได้ผู้สูงอายุ ด้วยโครงการ MAAG และศูนย์ REED (รวมศูนย์ CEED) 2) การฝึกอบรมผู้ทำงานกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเอง 3) สร้างเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ ในรูปแบบของ Age Net 4) เป็นปากเป็นเสียงให้ผู้สูงอายุโดยการทำงานร่วมกับหน่วยงานรัฐและองค์กรต่าง ๆ^(188,189)

3.4.3.5 องค์กรช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (HelpAge International)

เป็นองค์การการกุศลดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศที่กำลังพัฒนาองค์กรนี้มีสาขาอยู่มากกว่า 40 ประเทศทั่วโลก มีหน่วยงานหลักตั้งอยู่ที่ กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ สำหรับประเทศไทย HelpAge ได้ให้การสนับสนุนเงินทุนดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 (พ.ศ. 2522) และได้เข้ามาตั้งสำนักงานสาขาประเทศไทย ในปี ค.ศ. 1988 ที่กรุงเทพมหานคร และต่อมาในปี ค.ศ. 1992 ได้ย้ายมาอยู่ที่ จังหวัดเชียงใหม่ มีสำนักงานอยู่ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การดำเนินงานในประเทศไทยของ HelpAge จะเน้นที่การส่งเสริมงานด้านผู้สูงอายุ มีกิจกรรมหลัก 3 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมการพัฒนาโครงการเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุ 2) จัดฝึกอบรมเพื่อยกระดับความเข้าใจ และพัฒนาทักษะการทำงานของผู้ที่สนใจหรือผู้ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ 3) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุ โดยการจัดทำวารสาร จดหมายข่าว รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อมวลชน⁽¹⁸⁹⁾

3.4.4 ผู้ดูแล

ผู้ดูแลพิจารณาได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (formal & informal carers) ในบางประเทศ เรียก ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ที่ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ ว่าผู้ดูแลปฐมภูมิ (primary carer)⁽⁷⁴⁾ กิจกรรมการดูแลมีลักษณะการดูแลจัดการ (care management) และการดูแลช่วยเหลือ (care providing)⁽¹⁹⁰⁾ ผู้ดูแลที่เป็นทางการให้การดูแลทั้งในสถาบัน ในชุมชน รวมถึงที่บ้าน ส่วนผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการมักให้การดูแลในชุมชนและที่บ้าน

บุตรหลาน คู่สมรส หรือสมาชิกครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านและชุมชน เป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุไทย เนื่องจากปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ ดังนั้นความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการให้จึงอยู่ในรูปแบบ การพักอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งหมายถึงการดูแลทุกด้าน การดูแลทางเศรษฐกิจสังคมและการดูแลทางสุขภาพ⁽¹⁹⁰⁾

ประเด็นการพักอาศัยอยู่ด้วยกัน ผู้สูงอายุไทยมากกว่าร้อยละ 90 อยู่กับครอบครัว มีสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ 4 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นบุตรอย่างน้อย 3.1 ล้านคน ส่วนการดูแลด้านเศรษฐกิจบุตรเป็นผู้ถือดูแลด้านการเงินถึง ร้อยละ 87 เมื่อประมวลทั้งด้านการเงินและอื่นๆ ที่เทียบเคียงเป็นการถือดูแลด้านเศรษฐกิจแล้ว บุตรให้การดูแลด้านเศรษฐกิจประมาณ 4.6-4.7 ล้านคน ส่วนการดูแลด้านกวดรักษาพยาบาลผู้สูงอายุได้รับการดูแลเรื่องค่ารักษาพยาบาลจากบุตรไม่มาก คือ ประมาณ ร้อยละ 50 และบุตรรับภาระค่ารักษา ร้อยละ 40 ประมาณว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องค่ารักษาพยาบาลอยู่ประมาณ 2.2-2.6 ล้านคน สำหรับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุตร จึงอนุมานได้ว่าน่าจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุยามเจ็บป่วยประมาณ 4.2 ล้านคน⁽¹⁹⁰⁾

แม้จะมีการประมาณจำนวนผู้ดูแลที่ 4.2 ล้านคน ในปัจจุบัน แต่ถ้าหากพิจารณาผู้ดูแลในบริบทของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ที่ให้ความหมายว่าผู้ดูแล คือ ผู้ที่ปฏิบัติกิจทดแทนเนื่องจากผู้สูงอายุทำเองไม่ได้ เป็นการช่วยเหลือกิจบางส่วน หรือเป็นการเฝ้าระวังที่มีความจำเป็น ร่วมกันกับการพิจารณา

ความจำกัดของการศึกษาที่มีอยู่ ในเรื่องของนิยามผู้ดูแล ความเจ็บป่วย ตลอดจนคุณภาพของการดูแลแล้ว จำนวนผู้ดูแลที่ประมาณไว้นี้ จะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แท้จริงหรือไม่ และเพียงพอหรือไม่

การศึกษาพบว่า สถานะสุขภาพที่เสื่อมลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะทุพพลภาพและพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญของการจัดการทางสังคมระหว่างบุตรและบิดามารดาสูงอายุ⁽⁹¹⁾ แต่ไม่ได้หมายถึงหลักประกันว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะได้รับการดูแลจากบุตรหรือครอบครัว ด้วยมีประเด็นที่ต้องพิจารณาอีกหลายอย่าง เช่น การศึกษาไม่ได้ศึกษาผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่อยู่ในสถาบันทางสังคม เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ผู้สูงอายุที่เป็นโสด ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรและผู้สูงอายุที่อยู่วัด⁽⁹²⁾ และแม้ว่าครอบครัวจะยังคงเป็นกลไกหลัก ในการให้ประกันการดำรงชีพของผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและในอนาคต แต่ประเด็นที่ต้องพิจารณาประกอบในการเตรียมการผู้ดูแลในอนาคต คือ มีการขยายตัวของประชากรสูงอายุอย่างมากและรวดเร็ว ดังนั้น ความต้องการการเกื้อกูลจะเพิ่มสูงมากขึ้นตามไปด้วย

ในปี ค.ศ. 2015 นักวิชาการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวไว้ถึง 1,644,685 คน ออกจากบ้านหรือที่พักอาศัยโดยอิสระไม่ได้ 412,910 คน ต้องนอนบนเตียงไม่สามารถเคลื่อนย้ายลูกนั่ง 78,622 คน และ 602,316 คน ต้องพึ่งพาดูแลสุขภาพของตนเอง⁽⁹³⁾ ประชากรกลุ่มนี้จะเป็นผู้พึ่งพาในขณะที่การเกื้อกูลสนับสนุนในครัวเรือนหรือครอบครัวมีแนวโน้มจะอ่อนแอลง เพราะการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครัวเรือน จำนวนบุตรและจำนวนผู้ที่อาศัยในครัวเรือนลดลง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการประกอบอาชีพที่เน้นอุตสาหกรรม และความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการเหล่านี้ รวมทั้งผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยเศรษฐกิจของครอบครัว โอกาสละทิ้งผู้สูงอายุมีง่ายขึ้นหรืออย่างน้อยก็เกิดการขาดแรงงานในครอบครัว นอกจากนี้ประเด็นการขยายตัวของเขตเมืองและการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระยากขึ้น ทำให้ต้องพึ่งพาอย่างน้อยด้านการเดินทาง นั่นหมายถึงความต้องการผู้ดูแล และประเด็นที่จะต้องให้ความสนใจในเรื่องของผู้ดูแลอีกประการหนึ่ง คือ วัฒนธรรม ทศนคติ และรูปแบบการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้จะทำให้บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุของบุตรและครอบครัวในอนาคตเปลี่ยนไปหรือไม่ และในอนาคตใครจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

✧ ความทุกข์ยากของผู้ดูแลเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาประกอบการวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุในอนาคต ผู้ดูแลหรือครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุมีความทุกข์ และมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจ การศึกษาพบว่าผู้ดูแลในเขตชนบทที่มีสภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่าเขตในเมือง ประสบปัญหาต่าง ๆ มากกว่าผู้ดูแลในเขตเมือง ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีปัญหาและภาระมาก ผู้ดูแลวัยกลางคน ผู้ที่ประกอบอาชีพ และผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและการเงิน เพราะเป็นวัยทำงานและกำลังในการหาเลี้ยงครอบครัว ผู้ดูแลวัยหนุ่มสาวมีปัญหาเรื่องเวลาและชีวิตขาดความเป็นอิสระ ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์สูง คือผู้ดูแลเพศหญิงวัยกลางคน เพราะอยู่ในสถานะที่เรียกว่า sandwich generation ที่ต้องรับภาระดูแลทั้งบิดามารดาและบุตรพร้อม ๆ กัน และผู้ดูแลใหม่ คือในระยะ 5 ปีแรก มีปัญหาการปรับตัวปรับใจมากกว่าผู้ดูแลมานานแล้ว การดูแลตลอดวันและต่อเนื่องทุกวัน การดูแลลำพังคนเดียวและขาดการช่วยเหลือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำกัดทางกาย เช่น ภาวะทุพพลภาพและภาวะสมองเสื่อม สร้างความทุกข์ยากแก่ผู้ดูแลมากที่สุด และทุกข์ภาระจากการดูแลนี้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล และบางครั้งอาจเกิดการทารุณกรรมผู้สูงอายุได้⁽⁹⁴⁾

นักวิชาการคาดการณ์จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ประมาณ 41,257 ถึง 64,798 คน โดยเป็นผู้ดูแลที่บ้าน (ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ) 21,303 ถึง 42,607 คน และเป็นผู้ดูแลในสถาบัน (ผู้ดูแลที่เป็นทางการ)

ประมาณ 19,972 ถึง 22,191 คน⁽¹⁹⁰⁾

ในส่วนของผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal carer) ยังขาดการศึกษาถึงความต้องการและปริมาณการผลิตบุคลากรผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ความต้องการผู้ดูแลที่เป็นนักวิชาชีพได้ชัดเจน แต่ในการให้บริการทั่วไป พบว่ามีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทุกระดับ ข้อมูล ปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540) มีสัดส่วนบุคลากรวิชาชีพต่อประชากร ดังนี้ ทันตแพทย์ (1: 17,711) เภสัชกร (1: 10,178) แพทย์ (1: 3,640) พยาบาลเทคนิค (1: 1,992) และ พยาบาลวิชาชีพ (1: 1,073)⁽¹⁹⁰⁾ ยังไม่มีการสำรวจข้อมูลผู้ได้รับการฝึกอบรมหรือได้รับการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุว่ามีจำนวนเท่าใดและปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร จึงควรทำการศึกษาเพื่อวางแผนด้าน การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ต้องการในอนาคต

ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่าน เห็นว่า ผู้ให้บริการควรจะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจผู้สูงอายุและเป็นบุคลากรที่ผ่านหลักสูตรเฉพาะผู้สูงอายุ โดยพยาบาลจะเป็นบุคลากรหลักที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะมีความเข้าใจปัญหาผู้สูงอายุและแนวคิดความเรื้อรัง และพยาบาลมีความอดทน เข้ากับผู้สูงอายุได้ดี บางท่านเสนอว่าบริการที่ให้ผู้สูงอายุนั้นยังไม่มีคุณภาพเพียงพอ “ถ้ามองผิวเผินจะเข้าใจว่า บุคลากรผู้ดูแลทั่วไป รวมทั้งพยาบาล จะมีความเข้าใจผู้สูงอายุ แต่ยังไม่เป็นการเพียงพอ”⁽⁵¹⁾

ที่น่าสนใจ คือ ความเครียดต่อภาระดูแลบุพการีสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและความจำกัดด้านร่างกายไม่ได้เกิดเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือสมาชิกครอบครัวเท่านั้น แต่พบในพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการให้การดูแลทั่วไป แต่ไม่มีความชำนาญในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุด้วย⁽¹⁹³⁾ ซึ่งย้ำถึงทุกภาระที่ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนจะต้องเผชิญ

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่พบความเครียดของผู้ที่เป็นพี่เลี้ยงของสถานสงเคราะห์ ที่เป็นการดูแลในสถาบันผ่านการอบรมมาบ้าง โดยพบว่า พี่เลี้ยงที่อาวุโสหน่อย แม้จะทำงานมานานและสามารถทำงานได้ดีแต่ก็มีความเครียดสูงจากงานที่ทำ จนมีผลกระทบต่อการครอบครัวและการเลี้ยงดูบุตร เช่น มีการทำร้ายบุตร เป็นเหตุให้ต้องย้ายระดับประสาท ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์นานหรือมีอาวุโสมากก็ยอมรับว่ามีความเครียด แต่จะสามารถปรับตัวต่อปัญหาได้มากขึ้น⁽⁵¹⁾

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งเห็นว่า การที่ผู้ดูแลได้ถูกเลี้ยงดูและใกล้ชิดกับผู้อาวุโสมาตั้งแต่เด็ก เมื่อเปรียบเทียบกับพี่น้องสายโลหิตเดียวกันที่ไม่ได้มีโอกาสเลี้ยงดูโดยผู้อาวุโส พบว่าจะมีความเข้าใจผู้สูงอายุได้ดีแตกต่างกัน⁽⁵¹⁾ ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติควรได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้สูงอายุตั้งแต่วัยเด็ก และเน้นย้ำว่าบุคลากรวิชาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจะได้รับการศึกษาอบรมและได้รับการเตรียมการเฉพาะด้านผู้สูงอายุอย่างดีเช่นกัน

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข โดยสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยได้ประสานงานกับสถาบันการศึกษาหลายแห่งเพื่อร่วมมือให้การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่เข้าอบรมระยะแรกเป็นผู้ที่สนใจทั่วไป แต่ระยะต่อมาผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นการพัฒนาผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการอีกรูปแบบหนึ่งด้วย⁽¹⁹⁴⁾

4. หลักประกันสุขภาพ

4.1 แนวคิดหลัก: สวัสดิการสังคมและความมั่นคงทางสังคม

แนวคิดระยะแรกเริ่มของการประกันสุขภาพและประกันความมั่นคงทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยและต่างประเทศที่ศึกษา คือ ให้สวัสดิการหรือให้การสงเคราะห์ ต่อมางบประมาณเพื่อการสวัสดิการ เริ่มเป็นภาระที่หนักของชาติ เพราะจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันปัญหาการเงินของชาติ และเพื่อเตรียมการสร้างคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่จะทวีคูณในอนาคต จึงมีการปรับเปลี่ยนจากระบบสวัสดิการสังคม (social welfare system) มาสู่ระบบความมั่นคงทางสังคม (social security system) หรือระบบประกันสังคม (social insurance system)

ระบบความมั่นคงทางสังคมมีฐานคิดว่าประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จึงต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบสังคม มีฐานะเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ เป็นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขของประชาชน เพื่อดำรงความมั่นคงของประชาชาติ และใช้มาตรการด้านการเงินการคลังเป็นยุทธศาสตร์หลักในการสร้างหลักประกัน มีการจัดตั้งกองทุน ทั้งในลักษณะกองทุนแห่งชาติหรือกองทุนด้านต่างๆ แหล่งที่มาของงบประมาณกองทุน มาจากเงินภาษี มาจากการออมของประชาชนเอง และ/หรือนายจ้างร่วมจ่ายสมทบ แสดงถึงพัฒนาการของการมีส่วนร่วมรับผิดชอบแบบไตรภาคีของประเทศต่างๆ สัดส่วนของการจ่ายไม่ว่าจะเป็นเงินภาษี เงินออมและการมีส่วนร่วมของนายจ้างแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

ทุกประเทศให้ความสำคัญกับความมั่นคงด้านสุขภาพและด้านรายได้ของผู้สูงอายุ จึงมี ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้กองทุนสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประกันว่าเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องพึ่งพาในวัยสูงอายุแล้ว จะได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรี และมีระบบ aged pension ที่เตรียมการไว้ตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อให้ความมั่นคงด้านการเงินเมื่อถึงวัยสูงอายุ

การประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศที่ศึกษา มีเพียงสิงคโปร์ประเทศเดียวที่มีกองทุนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแยกเฉพาะ ส่วนประเทศอื่นจะมีกองทุนสุขภาพรวมของชาติ สำหรับจัดหลักประกันด้านสุขภาพให้ประชาชนทั่วไป ซึ่งครอบคลุมผู้สูงอายุด้วย บางประเทศมีการพัฒนาประกันด้านการดูแลระยะยาวที่จำเป็นเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มเสริมการประกันด้านสุขภาพปกติของประเทศ บางประเทศให้สวัสดิการรักษายาบาลผู้สูงอายุฟรี ส่วนใหญ่การใช้บริการในระบบประกันสุขภาพ จะเป็นระบบร่วมจ่าย (co-payment) แต่สัดส่วนการร่วมจ่ายจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่น ในปี ค.ศ.1997 องค์การอนามัยโลก รายงานว่า สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพที่ภาคประชาชนต้องรับภาระเอง ของประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และสิงคโปร์ เป็นร้อยละ 3.1, 28.0, 55.9 และ 64.2 ตามลำดับ⁽¹⁹⁵⁾ แสดงถึงว่าประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่ประชาชนร่วมจ่ายมากที่สุด

นอกจากหลักประกันด้านรายได้และด้านสุขภาพดังกล่าวแล้ว ประเทศต่างๆ ได้พัฒนาหลักประกันด้านอื่นๆ เพื่อเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ อาทิ การจัดสวัสดิการที่พำนักอาศัย การขยายอายุเกษียณหรืออายุการจ้างงาน เพื่อให้ยังคงอยู่ในภาคแรงงานและมีรายได้ต่อเนื่อง และจากการมีนโยบายให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุ จึงพัฒนาหลักประกันที่ขยายครอบคลุมถึงครอบครัวและชุมชน เช่น ให้การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้ดูแล การให้ผู้ดูแลได้หยุดพักงาน การจัดบริการดูแลชั่วคราว การสนับสนุนผู้ดูแลตามบ้าน การบริการข้อมูลข่าวสาร การปรับโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของบ้านและแหล่งสาธารณชนต่าง ๆ

ให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประมวลหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุด้านหลัก ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และด้านผู้ดูแล⁽¹⁹⁶⁾

ในระยะเริ่มแรกของการสร้างหลักประกัน ภาครัฐจะเป็นหลัก ต่อมาจึงขยายให้ทุกคนมีส่วนร่วม และมีความพยายามปรับเปลี่ยนจากความรับผิดชอบของรัฐ เป็นความรับผิดชอบของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ตามด้วยครอบครัว และชุมชน โดยภาครัฐและองค์กรเอกชนต่าง ๆ จะให้การสนับสนุน

โดยสรุป การพัฒนาระบบการประกันความมั่นคงทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุของทุกประเทศในปัจจุบัน มีทิศทางสู่แนวคิด 3 ประการ คือ 1) เน้นการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในวัยทำงาน มีเตรียมการก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพในวัยสูงอายุให้ดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า และ 2) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ผ่านเข้าสู่ระยะพึ่งพาสามารถดำรงชีพอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพ และ 3) เกื้อหนุนส่งเสริมโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน

4.2 หลักประกันสุขภาพและหลักประกันความมั่นคงทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุประเทศต่าง ๆ

ระบบกองทุนเป็นยุทธศาสตร์ที่ประเทศส่วนใหญ่ใช้ในการดำเนินการ ให้มีการประกันความมั่นคงทางสังคมด้านต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ระบบการเงินในการดำเนินการประกันให้ผู้สูงอายุ จะรวมอยู่ในกองทุนระบบความมั่นคงทางสังคมทั่วไป บางประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น พัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาว (long term care insurance) ให้เป็นประกันเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ บางประเทศพัฒนากองทุนเฉพาะผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้เจาะจงและชัดเจน เช่น ประเทศสิงคโปร์ ที่มีกองทุน Eldershield

กองทุน Eldershield ของประเทศสิงคโปร์ เป็นส่วนหนึ่งของ Central Provident Fund ซึ่งเป็นระบบเงินออมหลักของประเทศ สมาชิกมีทั้งที่เป็นลูกจ้างและผู้ประกอบการอิสระ สมาชิกโดยร่วมกับนายจ้างจะออมเงิน ร้อยละ 40 ของรายได้เข้ากองทุน จัดเป็นอัตราการออมที่สูงที่สุดในโลก แต่สัดส่วนเงินออมจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยที่อายุ 55-60 ปี 60-65 ปี และ อายุ 65 ปีขึ้นไป อัตราการออมลดเหลือ ร้อยละ 20, 15 และ 10 ตามลำดับ⁽¹¹³⁾

Central Provident Fund ให้ประกัน 3 ด้าน คือ 1) Ordinary account หรือ เงินออมปกติ สัดส่วนเป็นร้อยละ 30 ของเงินออมทั้งหมด เป็นการออมที่มีการประกันที่เน้นเพื่อ การสร้างบ้าน การลงทุนประกันเฉพาะด้าน เงินยืมเพื่อการศึกษาของบุตร และเงินสมทบกับเงินออมเมื่อเกษียณของบิดามารดา 2) Medisave หรือ เงินออมเพื่อประกันการรักษาเมื่อเข้าโรงพยาบาล สัดส่วน ร้อยละ 6 และร้อยละ 8 ในผู้ที่อายุ 45 ปีขึ้นไป 3) Eldershield หรือ เงินออมเพื่อประกันเมื่อถึงวัยสูงอายุ สัดส่วนร้อยละ 4^(149,197,198) ระบบเงินออมหลักของประเทศสิงคโปร์ครอบคลุมทั้งด้านการเงิน สุขภาพ และสังคม มีประกันเฉพาะผู้สูงอายุ และให้ประชาชนรับผิดชอบตนเองเป็นหลัก

ประเทศญี่ปุ่น แม้จะไม่มีกองทุนเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่มีระบบความมั่นคงทางสังคม (social security system) ที่เข้มแข็งและครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งด้าน health insurance, public pensions, public assistance และ long term care ที่มีการพัฒนา Long Term Care Insurance รองรับ ซึ่งถือว่าเป็นประเทศที่มีระบบประกันการดูแลระยะยาวเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ^(46,97,98,199)

ประเทศออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ ไม่มีกองทุนเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ การบริหารการเงินการคลัง รวมอยู่ในกองทุนเงินรวมในระบบประกันความมั่นคงทางสังคมของประเทศ แหล่งการเงินของกองทุนรวมนี้มาจากภาษี และการร่วมจ่ายของประชาชน ระบบประกันความมั่นคงทางสังคมของประเทศออสเตรเลีย ครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1. ด้านรายได้ (income security system) ได้แก่ aged pension สำหรับประกันการเงินเมื่อสูงอายุ family allowance ที่เป็นประกันการเงินสำหรับครอบครัว และ public assistance ซึ่งเป็นประกันการดำรงชีพสำหรับผู้ที่ยากจน 2. ด้านสุขภาพ (medical security system) โดยมีกองทุน Medicare เพื่อการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน ซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย 3. ด้านสวัสดิการสังคม (social welfare system) ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ และให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ⁽²⁰¹⁾

โครงสร้างระบบความมั่นคงทางสังคม ของประเทศสหรัฐอเมริกามีความหลากหลายตามรูปแบบของระบบประกัน ภาคเอกชนมีบทบาทมากในการดำเนินการนี้ รัฐบาลกลางจะรับผิดชอบด้านนโยบาย และการจัดโปรแกรมความมั่นคงทางสังคมหลักๆ เท่านั้น⁽²⁰²⁾ ระบบความมั่นคงทางสังคมของประเทศมี Social Security Act มายาวนานกว่า 60 ปี (ค.ศ. 1935) การประกันทางสังคมกองทุนมาจากเงินภาษี และมีการประกันรายได้ 2 ระบบ คือ 1) ระบบรัฐบาลกลาง (Federal system) ให้ประกันแก่ผู้เกษียณอายุทำงานที่จ่ายภาษีรายได้ และ 2) ระบบสนับสนุนมลรัฐ (Federal grants-in-aid to the States) ให้การช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ด้อยงาน การจ่ายจะประเมินตามระดับของรายได้⁽¹⁵⁸⁾ สหรัฐอเมริกา มี Medicare เป็นกองทุนด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศ และคุ้มครองประชาชนทุกคน รวมทั้งผู้สูงอายุ และมีกองทุน Medicaid สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ กองทุน Medicare มาจากการหักเงินรายได้ของคณวัยทำงาน ส่วนกองทุน Medicaid มาจากเงินภาษี⁽¹⁵⁹⁾

ประเทศอังกฤษ การออกกฎหมาย National Insurance Act ในปี ค.ศ. 1991⁽²⁰²⁾ ทำให้มีการพัฒนาความมั่นคงด้านการเงินหลังเกษียณมากขึ้น และมีกองทุนบำนาญสำหรับผู้ทำงานให้มีการออมเงินเพื่อมีรายได้ที่เพียงพอหลังเกษียณ⁽²⁰³⁾ ระบบประกันความมั่นคงโดยเฉพาะด้านสุขภาพไม่มีกองทุนเฉพาะ และมีความเป็นระบบสวัสดิการค่อนข้างสูง ประชาชนมีสัดส่วนร่วมจ่ายในด้านสุขภาพน้อยกว่าประเทศอื่นๆ

หลักประกันความมั่นคงทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการในประเทศต่างๆ ที่ศึกษามีหลายด้านเช่น หลักประกันด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านการทำงาน ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยและพิทักษ์สิทธิ์ ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านพัฒนาผู้สูงอายุ และด้านประกันผู้ดูแล แม้จะมีแนวคิดในเรื่องระบบหลักประกันความมั่นคงทางสังคมคล้ายกัน แต่มีความแตกต่างในการดำเนินการให้ศึกษา

4.2.1 หลักประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ: การประกันการดูแลระยะยาว

ผู้สูงอายุเมื่อถึงระยะหนึ่ง ต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพา จำเป็นต้องได้รับการดูแล การประกันการดูแลในระยะยาวจึงมีความจำเป็น และจากแนวคิดที่ว่า ผู้สูงอายุต้องเป็นหลักในการรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง โดยครอบครัว ชุมชน และภาครัฐเป็นเพียงส่วนสนับสนุน ทำให้เกิดมาตรการการออมเงิน หรือการเก็บภาษีให้เพียงพอเพื่อการประกันสุขภาพในวัยสูงอายุ และการประกันการดูแลในระยะยาว

ผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์ มีกองทุน Medisave ให้ความคุ้มครอง เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กองทุนนี้เป็นภาคบังคับและเป็นส่วนหนึ่งของ Central Provident Fund การคุ้มครองไม่ครอบคลุมการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่าธรรมเนียมการตรวจของแพทย์ ภาระส่วนนี้ประชาชนต้องจ่ายเอง หรือหากต้องการความคุ้มครองในส่วนนี้ ต้องซื้อประกันเสริม ที่เรียก Medishield ผู้สูงอายุที่ยากไร้ จะมีกองทุน

Medifund เพื่อช่วยกรณีที่มีความจำเป็นเพื่อรื้อถอนคำรักษาพยาบาล เงินกองทุนนี้ได้จากการบริจาคงบประมาณและเงินภาษี ส่วนการดูแลระยะยาวในสถาบันสำหรับผู้สูงอายุ ดำเนินการด้วยเงินในกองทุน Eldersshield ที่เป็นภาคบังคับส่วนหนึ่งของ Central Provident Fund เช่นกัน^(63,146,149,197,198)

กองทุน Eldersshield เริ่มในปี ค.ศ. 2000 เป็นนวัตกรรมของการสร้างหลักประกันการจัดบริการสุขภาพ และสังคมให้กับผู้สูงอายุ องค์กร VWOs เป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการ จัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการของ nursing home กำหนดอัตราค่าช่วยเหลือต่อครอบครัว แต่ผู้เข้าอาศัยยังคงมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการบางส่วนด้วย การเงินของกองทุนนี้มีงบประมาณเฉพาะและต่อเนื่องจากการออมของประชาชน โดยไม่ขึ้นกับงบประมาณรัฐ แต่อยู่ระหว่างเริ่มดำเนินการ จึงควรติดตามผลลัพธ์ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว ความสามารถคงอยู่ได้ของบริการ รวมถึงคุณภาพของบริการด้วย

ประเทศญี่ปุ่น เริ่มการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเวลาใกล้เคียงกับประเทศสิงคโปร์ โดยมี Long Term Care Insurance ในปี ค.ศ. 2000 ผู้รับผิดชอบจ่ายในการประกันระบบนี้คือ ผู้สูงอายุ หรือผู้เอาประกัน โดยรัฐบาลกลาง รัฐบาลเขต/จังหวัด เทศบาล จะสนับสนุนงบประมาณที่มาจากภาษีสมทบด้วย ประกันนี้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทุกคน ในการใช้บริการต้องร่วมจ่ายค่าบริการอีกร้อยละ 10 และผู้สูงอายุสามารถใช้บริการการดูแลและบริการรักษาพยาบาลได้ทั้งของรัฐและเอกชน และเลือกได้เองโดยอิสระ Long Term Care Insurance ของประเทศญี่ปุ่น ครอบคลุมบุคคล 2 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่มีอายุ 40-64 ปี กลุ่มแรกได้รับสิทธิเมื่อมีความต้องการ แต่กลุ่มหลังจะได้สิทธิรับการบริการการดูแลระยะยาวก่อนอายุ 65 ปีได้ ต่อเมื่อมีความเจ็บป่วยเนื่องจาก pre-senior dementia หรือเจ็บป่วยด้วยโรคชรา เช่น cerebrovascular disease สำหรับผู้สูงอายุด้วยโอกาสของประเทศญี่ปุ่น จะมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล ในส่วน public assistance คุ่มครอง^(46,97,98,199)

ประเทศออสเตรเลีย มีกองทุน Medicare (national health funding system) ที่ให้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนทุกคนรวมทั้งผู้สูงอายุ Medicare ให้การคุ้มครองสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุใน Medical Benefit Scheme (MBS) และ Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS) บริหารจัดการโดย Health Insurance Commission แต่ประชาชนที่ใช้บริการต้องร่วมจ่ายร้อยละ 15 ของ schedule fee สำหรับบริการที่คลินิก และ ร้อยละ 25 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล การรับบริการผู้ป่วยใน ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ภาระค่ายาเป็นแบบจ่ายร่วม และมีการรองรับด้วย safety net^(89,204,205) นอกจากนี้รัฐบาลยังสนับสนุนงบประมาณของประเทศเพื่อจัดระบบบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ (aged care system) เพื่อให้การประกันบริการที่จำเพาะต่อผู้สูงอายุ

รัฐบาลกลางออสเตรเลียเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้ทุน aged care system ซึ่งมีการบริการสุขภาพ residential aged care และ HACC program โดยจัดทำเป็นข้อตกลงในการจัดบริการ ระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครอง⁽⁶⁶⁾ รัฐบาลมลรัฐและเขตปกครอง ร่วมให้ทุน HACC program ที่จัดโดย local government ให้ทุนบางส่วนกับ residential care service และให้ทุนสำหรับดำเนินงานในเรื่อง assessment service องค์กรการกุศลให้การสนับสนุนในส่วนที่ไม่ใช่เงิน โดยจัดหาอาสาสมัครช่วยในการบริการ⁽⁶⁶⁾ แหล่งที่มาของงบประมาณมาจาก ภาษีทั่วไป และรัฐบาลจัดสรรให้กับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองเป็น financial assistant grant⁽²⁰⁴⁾

การเงินของโรงพยาบาลรัฐ บริหารโดยรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองด้วยงบประมาณร่วม ส่วนโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมี ร้อยละ 31 ไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน ประชาชนและบริษัทประกันจะรับผิดชอบ

ค่าใช้จ่าย⁽⁸⁹⁾ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่อยู่ใน residential aged care service ได้รับจากรัฐบาล และมาจาก standard fee และ income tested fee รัฐบาลจ่ายให้ผู้ดูแลตามระดับการพึ่งพาที่พิจารณาโดยใช้ Residential Classification Scale⁽⁸⁶⁾ มี standard fee เช่น accommodation payment มี accommodation charge สำหรับผู้ที่อยู่ใน nursing home และ accommodation bond สำหรับผู้ที่อยู่ใน hostel เป็นต้น⁽⁸⁶⁾

รัฐบาลกลางประกาศใช้ national fee policy เพื่อรับรองการดูแลในชุมชนทั่วทั้งออสเตรเลีย และเพื่อปกป้องผู้ที่มีรายได้น้อย รวมถึงผู้ที่ต้องการบริการหลายอย่าง โดย community aged care package จะได้รับทุนในอัตราที่คงที่ ตามจำนวนของผู้ป่วยต่อวัน สำหรับแต่ละ package ผู้รับบริการจะต้องจ่ายตามรายได้ แต่มีการกำหนดเพดานการจ่ายไว้ มีการจัด package สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งมีประมาณร้อยละ 10 ของผู้รับบริการทั้งหมด นอกจากนี้รัฐยังจ่าย domiciliary nursing care benefit ให้กับผู้ดูแลที่ได้รับอนุญาตโดยรัฐ และสนับสนุนการให้บริการ respite for carers⁽⁸⁶⁾ นับว่าประเทศออสเตรเลีย มีหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และหลักประกันการดูแลระยะยาวทั้งในสถาบัน ที่บ้านและในชุมชน ที่เป็นหลักประกันความมั่นคงสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว แม้จะมีข้อวิจารณ์ถึงภาระด้านการเงินของรัฐ แต่ก็ได้มีแผนการติดตามประเมินความสามารถคงอยู่ได้ของบริการควบคู่ไปกับการประเมินคุณภาพบริการด้วย

ผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา มีหลักประกันด้านสุขภาพ ภายใต้กองทุน Medicare ที่คุ้มครองการรักษาในโรงพยาบาล, nursing home, skilled and unskilled nursing home, หรือ home health care ซึ่งได้เงินสนับสนุนจากกองทุน social security และบริหารจัดการโดย The Health Care Financing Administration (HCFA) ส่วนผู้สูงอายุที่ยากไร้ได้รับความช่วยเหลือจากกองทุน Medicaid ที่รับเงินสนับสนุนจากมลรัฐ ระบบกองทุน Medicare และ Medicaid สามารถดำเนินการโดยภาคเอกชนได้ โดยการทำสัญญาร่วมกับภาครัฐ

Medicare ให้หลักประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุชาวอเมริกัน ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผู้ทุพพลภาพที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี และผู้ป่วยโรคไตวายระยะท้าย ซึ่งต้องการล้างไต (dialysis) หรือผ่าตัดเปลี่ยนไต Medicare มี 2 ส่วน คือ Part A หรือ Hospital Insurance เป็นประกันสุขภาพที่จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือในสถานบริการขนาดเล็กใน rural areas ที่ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแก่ประชาชน หรือเมื่อเข้ารับการรักษาในสถานบริการพยาบาลเฉพาะทาง และเมื่อรับบริการ hospice care ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือคู่สมรสที่จ่าย Medicare taxes ไว้ตั้งแต่ช่วงทำงานและการจ่ายสมทบ จะได้รับประกันสุขภาพ Part A ของ Medicare โดยไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม แต่หากไม่ได้จ่าย Medicare taxes ไว้ก่อน สามารถซื้อประกันสุขภาพ Part A นี้ได้เมื่ออายุครบ 65 ปี⁽¹⁵⁸⁾

ส่วน Part B หรือ Medical Insurance ประกันการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในส่วนที่เป็นค่าบริการของแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ ที่ Part A ไม่คุ้มครอง เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด และการให้บริการบางอย่างที่บ้าน ผู้สูงอายุจะต้องจ่ายเงินซื้อประกัน Part B นี้เอง ซึ่งราคาประกันจะสูงขึ้นประมาณร้อยละ 10 ทุกปี⁽¹⁵⁸⁾

หลักประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ ครอบคลุมโดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ให้บริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป และ ไม่มีการประกันการดูแลระยะยาว นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ทำให้รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการ NHS รับผิดชอบจัดบริการรักษาพยาบาล โดยใช้เงินภาษีอากร และบางส่วนได้จาก national insurance ประชาชนสนับสนุนการเงินโดยผ่านการจ่ายภาษีทั่วไป ผู้ที่ทำงานอิสระจะถูกเก็บค่าเบี้ยประกันตามอัตราสัดส่วนของเงินรายได้ และบางส่วนของเบี้ยประกันนี้จะถูกหักเป็น national insurance

การบริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลของประเทศอังกฤษ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและใน ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ผู้สูงอายุไม่ต้องร่วมจ่ายค่ายา บริการสังคมสงเคราะห์ดำเนินการโดยภาษีท้องถิ่น การบริการภาคเอกชนมาจากประกันเอกชน general practitioner (GP) มีรายได้จากการจ่ายต่อหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับ GP นั้นๆ แพทย์ในโรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนในรูปเงินเดือน โรงพยาบาลได้รับงบประมาณตามข้อตกลงกับ District Health Authority ในด้านบริการและจำนวนผู้รับบริการ (โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ)⁽²⁰²⁾

4.2.2 หลักประกันด้านรายได้: การออมโดยบังคับ - สมัครงใจ และการสนับสนุนจากรัฐ

หลักประกันรายได้หลังเกษียณ เป็นหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ ที่ประเทศต่างๆ ได้ดำเนินการมาช้านาน แต่มักจะครอบคลุมเฉพาะกลุ่ม การที่รัฐต้องประกันด้านการเงินให้แก่ผู้ประกันตน ผู้สูงอายุที่ยากไร้ และมีภาวะทุพพลภาพ กลายเป็นภาระที่หนักของทุกประเทศ โดยเฉพาะเมื่อระยะเวลาหลังเกษียณยาวนานขึ้น ทุกประเทศมีความพยายามดำเนินการให้ประชาชนมีการออม และหรือนำเงินไปลงทุนในระบบการเงินที่มั่นคงเพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดเมื่อยามเข้าสู่วัยชรา

ประเทศอังกฤษ มีหลักประกันความมั่นคงด้านรายได้ 3 แบบ คือ 1. contributory benefits ที่จ่ายเป็น retirement pension 2. non contributory benefits เช่น disability allowance 3. income related support benefits ที่จ่ายให้กับผู้มีรายได้น้อย งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการ มีเพียงรูปแบบแรกเท่านั้น ที่เป็นกองทุนบำนาญ เกิดจากการออมของผู้ทำงานเป็นหลัก ส่วนอื่นมีแหล่งเงินมาจากภาษีอากร ดังนั้นการระดมคลังส่วนใหญ่ยังเป็นของรัฐ⁽²⁰²⁾

กองทุนบำนาญประเทศอังกฤษมี 2 ระบบ คือ 1) state pension เริ่มภายใต้ Old Age Pension Act (ค.ศ.1908) ใช้เวลาพัฒนามากว่า 70 ปี จนเป็น retirement basic pension ที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ เป็นการจ่ายให้กับผู้ทำงานทุกคน และเป็น first tier ของ state provision⁽¹⁵⁹⁾ เงินบำนาญนี้เป็นอัตราพื้นฐาน (flat rate) คงที่ โดยจ่ายให้กับผู้ชายที่มีอายุ 65 ปี ผู้หญิง 60 ปีไม่ว่าจะเกษียณหรือไม่ ผู้ที่ทำงานของประเทศอังกฤษทุกคนต้องเข้าร่วมใน retirement basic pension และ เลือกเข้า second - tier portion ที่ได้มาตรฐาน เช่น โปรแกรม SERPS (state earning-related pension), occupational pension และ personal pension⁽²⁰¹⁾ และ 2) second-tier pension เป็นแผนการออมภาคบังคับ สำหรับผู้ที่มีรายได้เกินกว่าที่กำหนด ที่เชื้อให้คนมีการออม เพื่อเป็นบำนาญที่เพิ่มขึ้นสำหรับตัวเอง มีการพัฒนาหลากหลายแบบ มีทั้งภาครัฐและเอกชนจัดดำเนินการ เพื่อให้มีเงินบำนาญมากกว่า และให้สิทธิประโยชน์มากขึ้น (บางครั้งเรียก private pension เป็น third tier pension) ซึ่งรัฐบาลพิทักษ์สิทธิของประชาชน โดยออกพระราชบัญญัติคุ้มครองเรื่องของประกัน⁽¹⁵⁹⁾

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุชาวอังกฤษ ยังต้องการเพิ่ม basic pension และสิทธิประโยชน์ เนื่องจากยังมีผู้รับบำนาญเดียวน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง และผู้ได้รับบำนาญคู่ประมาณร้อยละ 25 มีรายได้น้อยกว่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ ตามที่ Age Concern England กำหนดไว้⁽⁴⁷⁾

รายได้หลังเกษียณของคนออสเตรเลียประกอบด้วย public aged pension เป็นเงินบำนาญสำหรับผู้สูงอายุ compulsory superannuation guarantee contribution หรือเงินบำนาญอื่นที่เทียบเท่า และ voluntary saving เป็นเงินออมโดยสมัครใจ ซึ่งอาจจะเป็นเงินออมพิเศษ ออมเพื่อสร้างบ้าน หรือลงทุนในระบบการเงินต่างๆ⁽²⁰⁵⁾

รัฐบาลจ่าย aged pension ให้กับผู้สูงอายุชายที่อายุ 65 ปีและหญิง ที่อายุ 60 ปี (จะปรับเป็นอายุ 65 ปี ในปี ค.ศ. 2013) เงินบำนาญนี้จ่ายในอัตราพื้นฐาน และให้เปล่าโดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับการทำงานก่อนหน้านี้ จัดเป็น first tier of retirement income model^(54,206) การจ่ายต้องมี income และ asset test และพิจารณาตาม Consumer Price Index (CPI) ด้วย รัฐบาลออกกฎหมายให้จ่ายเงินบำนาญในอัตราเดียว และให้อย่างน้อยร้อยละ 25 ของรายได้เฉลี่ยของแรงงานชายต่อสัปดาห์ การใช้กฎหมายนี้ร่วมกับ การใช้ดัชนีของ CPI ทำให้แน่ใจว่าผู้ได้รับจะสามารถดำรงชีวิตได้ในภาวะที่ค่าครองชีพเพิ่มขึ้น และมาตรการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเนื่องหลังอายุเกษียณ คือการยืดเวลาการทำงาน^(207,208) รัฐบาลจึงมีการจัด pension bonus plan ให้คนทำงานต่อหลังอายุเกษียณ และ วิธีการนี้ทำให้คนจำนวนมากถูกเลือกทำงานต่อตามทักษะและประสบการณ์

นอกจากนี้รัฐบาลยังเสริมความมั่นคงด้านรายได้ที่นอกจากเงินบำนาญ โดยให้สวัสดิการผู้สูงอายุในรูปแบบอื่นอีก เช่น การช่วยเหลือค่าเช่า ค่า pharmaceutical allowance การให้บัตรผู้สูงอายุ (senior card) ซึ่งเป็นบัตรการใช้บริการสุขภาพ บัตรลดหย่อนผู้รับบำนาญ (pensioners concession card) ซึ่งผู้ถือบัตรสามารถใช้สิทธิในการลดค่าใช้จ่ายบางส่วน ในการใช้บริการที่ดำเนินการโดยรัฐได้ และให้ Commonwealth Seniors Card ซึ่งใช้ลดค่ายาได้⁽⁵⁴⁾

รัฐบาลออสเตรเลียต้องการสร้างความมั่นคงด้านรายได้เสริมจากเงินบำนาญที่ให้ จึงมี compulsory superannuation system ให้มีการออมเพื่อเพิ่มโอกาสที่ดีกว่าหลังการเกษียณ และบังคับให้มี compulsory superannuation guarantee และมี The Superannuation Guarantee Charge Act 1992 กำกับ การออมนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้จ้างที่ให้กับลูกจ้าง กฎหมายกำหนดให้ผู้จ้างออกเงินขั้นต่ำในการประกันให้ลูกจ้าง และคาดว่าจะในอนาคต การจัดการ Superannuation จะทำให้คนทำงานได้รับเงินหลังเกษียณมากกว่าที่ได้จากบำนาญสำหรับผู้สูงอายุอย่างเดียว⁽²⁰⁹⁾

หลักประกันด้านการเงินของประเทศสหรัฐอเมริกา มีความหลากหลาย ด้วยประชาชนมีอิสระในการเลือกซื้อประกัน ภาครัฐประกันความมั่นคงด้านรายได้ โดยใช้เงินภาษีดำเนินการด้าน pension และด้าน supplemental security income ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งใน social security ของประเทศ^(209,210) การเพิ่มประชากรสูงอายุ การมีอายุคาดเฉลี่ยยาวนานขึ้น ร่วมกับการมีสัดส่วนการเพิ่มประชากรสูงอายุมากกว่าประชาชนผู้ต้องเสียภาษี ทำให้ภาครัฐจะต้องเผชิญกับภาระหนักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งปัจจุบันการเงินที่ใช้ใน social security และ Medicare เป็นร้อยละ 7.4 ของ GDP และคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2030 จะต้องจ่ายเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 13 ดังนั้นคนรุ่นหลังจะต้องรับภาระในการจ่ายภาษีเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน^(209,210)

ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเอกชนของสหรัฐอเมริกา ประสบปัญหาการเกษียณก่อนกำหนดมากขึ้น มีการเลิกจ้างงานผู้สูงอายุเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านประกันสุขภาพ เพราะความไม่คุ้มในเงินเดือนกับงานที่ทำ⁽²⁰⁹⁾ ทำให้รัฐต้องจ่าย pension และค่าดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น เพราะระยะเวลาการได้รับผลประโยชน์หลังออกจากงานเพิ่มขึ้น และพบว่าอายุเฉลี่ยของการเกษียณ มีแนวโน้มลดลง คือลดลงจาก 68.7 ปี ในปี ค.ศ.1950 เป็น 63.6 ปี ในปี ค.ศ.1994⁽²⁰⁹⁾ ซึ่งเป็นปัญหาคัล้ายกันในทุกประเทศ ที่แม้จะมีนโยบายการยืดอายุการทำงานให้นานขึ้น แต่ก็มิเหตุทำให้ยังมีการกีดกันการจ้างงานผู้สูงอายุอยู่

ประเทศญี่ปุ่น มีการประกันรายได้ โดยมีระบบ public pension ที่เป็น multi-tiers มีทั้ง public และ private scheme โดย first tier คือ basic pension (public) เป็นบำนาญที่จ่ายในอัตราพื้นฐานคงที่และครอบคลุมถ้วนหน้า บำนาญนี้ไม่เกี่ยวกับรายได้ มีเป้าหมายเพื่อกระจายรายได้และเป็นภาคบังคับที่ประชาชนทุกคนมี

ส่วนร่วม ส่วน second tier (public) ครอบคลุมผู้ที่ทำงานส่วนใหญ่ บำนาญนี้เป็นแบบร่วมจ่ายตามรายได้ (income related payment) เป็นภาคบังคับสำหรับนายจ้างทุกคน โดยนายจ้างกับลูกจ้างจะร่วมกันจ่ายเบี้ยประกัน third tier เป็นการเพิ่มบำนาญตนเองตามแผนที่เลือก มีทั้งของภาครัฐและเอกชน และเป็นทั้งแบบที่นายจ้างเอกชนจ่ายให้กับลูกจ้าง หรือแบบการสะสมเข้า national pension funds ของผู้ทำงานอิสระที่รัฐบาลเป็นผู้รับประกันการดำเนินการ second tier มี social security administration association ร่วมกับนายจ้างหรือกลุ่มนายจ้างเป็นผู้จัดการ แต่เนื่องจากองค์กรนี้ยังต้องดำเนินการ first tier และ second tier ให้กับผู้ที่ทำงานด้วย จึงเรียกรวมว่า Employees' Pension Insurance ประกันนี้ครอบคลุมผู้ทำงานและคู่สมรสด้วย

สำหรับ first tier ของผู้ทำงานอิสระ เช่น เกษตรกร หรือผู้ไม่ใช่ลูกจ้างอื่นๆ ดำเนินการโดย เทศบาล และเรียกว่า National pension ดังนั้นประชากรผู้ใหญ่ญี่ปุ่นทุกคน โดยพื้นฐานแล้วจะมีประกันโดย Employees' Pension Insurance หรือ โดย National pension^(46,97,98,199)

ประเทศสิงคโปร์ เน้นการออมเพื่อความมั่นคงทางสังคมในทุก ๆ ด้าน ด้านรายได้มีการประกันว่าจะต้องมีเงินไว้ใช้ในยามสูงอายุ และรัฐจะไม่ให้เปล่า ผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบตนเอง รายได้หลังเกษียณของผู้สูงอายุสิงคโปร์มาจากเงินในส่วนของ Ordinary account ใน Central Provident Fund โดยเมื่อสมาชิกอายุ 55 ปี สามารถถอนเงินบางส่วนนำไปลงทุนให้เกิดรายได้มากขึ้น แต่ต้องมีเงินคงเหลือในบัญชีอย่างน้อย 40,000 ดอลลาร์สิงคโปร์ หรือเหลือเป็นเงินสดอย่างน้อย 4,000 ดอลลาร์สิงคโปร์ ร่วมกับมือสังหาริมทรัพย์ในราคาที่เทียบเท่าก็ได้ สำหรับเงินสดที่คงเหลือไว้ ผู้สูงอายุสามารถแบ่งมาใช้ในหลายลักษณะ เช่น 1) รับเป็นเงินรายปีในอัตราคงที่จากกองทุน ซึ่งจะเริ่มรับได้เมื่ออายุ 60 ปี ต่อเนื่องจนปิดบัญชี 2) รับเป็นเงินรายปีในอัตราคงที่จากบริษัทประกันเอกชน จนกระทั่งเสียชีวิต 3) นำเงิน ไปฝากธนาคาร และถอนมาใช้ภายใต้การแนะนำของคณะกรรมการกองทุน

นอกจากนี้สมาชิกของ Central Provident Fund สามารถถอนเงินในส่วนของ Ordinary account มาลงทุนซื้อหุ้น ซึ่งอาจเป็นหุ้นในประเทศหรือต่างประเทศก็ได้ แต่ต้องเป็นตลาดหุ้นหรือพันธบัตรที่รัฐรับรอง เพื่อป้องกันความเสี่ยง การจัดระบบเงินประเภทนี้ยังมีประโยชน์อื่น เช่น สมาชิกจะได้ดอกเบี้ยจากเงินสะสม เงินออมนำไปลดภาษีได้ และรัฐเองยังสามารถนำเงินไปพัฒนาประเทศได้อีกด้วย^(113,141,197)

4.2.3 หลักประกันด้านการทำงาน: การจ้างงานผู้สูงอายุและยืดอายุการเกษียณ

การจ้างงานผู้สูงอายุและยืดอายุการเกษียณ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ความสามารถได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มรายได้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า แต่ต้องมีการประกันว่า ผู้สูงอายุจะได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัย ถูกเตรียมความพร้อมเพื่อการทำงาน และได้ค่าตอบแทนที่จูงใจให้อยู่ในงานต่อ

ประเทศสิงคโปร์ รัฐมีนโยบายการจ้างงานผู้สูงอายุ จึงขยายอายุการทำงานจากเดิม 60 ปี เป็น 65 หรือ 67 ปี⁽²¹¹⁾ ให้มีระบบทำงานแบบ part time และ flexi time มี Skill Development Fund จัดอบรมฝีมือแรงงานให้ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาผลิตผลของคนที่สูงวัย มีการฝึกอบรมอาชีพต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการจูงใจในระยะยาว มีการปรับระบบการจ่ายเงินเดือนตามอาวุโส มาเป็นให้เงินเดือนตามคุณค่าของงาน มีการจ่ายเงินเดือนช่วงสั้นๆ มีการให้รางวัลเป็นโบนัสมากกว่าการขึ้นเงินเดือน และสามารถถอนเงินพิเศษนอกเหนือจากค่าจ้างได้⁽⁶³⁾ การสร้างงานในลักษณะนี้ยังไม่เป็นที่นิยม แม้จะพบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานต่อเนื่องหลังเกษียณจะมีสุขภาพจิตและสังคมดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน⁽²¹²⁾ จึงมีความพยายามให้ VWOs จัดหาโปรแกรมการฝึกอาชีพ ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่ทำงานในชุมชนที่อาศัยเพิ่มขึ้น

ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศหนึ่งที่มีนโยบายการจ้างงานผู้สูงอายุ และสร้างสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ครบเท่าที่อยากทำและสามารถทำ โดยไม่มีความจำกัดเรื่องอายุ ความที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ. 2010 คนทำงาน 1 คนใน 5 คนจะมีอายุถึง 60 ปี Employment Measures for the Elderly and Persons with Disabilities Department จึงขยายอายุเกษียณจาก 60 ปี เป็น 65 ปี ริเริ่มระบบการจ้างงานต่อ และสร้างงานที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ⁽⁵²⁾ มีนโยบายเตรียมผู้สูงอายุให้สามารถใช้เทคโนโลยี เพื่อประโยชน์ในการทำงานและการดำเนินชีวิต นโยบายนี้ทำให้บริษัทในญี่ปุ่นมีการจ้างงานผู้สูงอายุมากขึ้น แม้จะไม่ได้เป็นสัญญาที่ชัดเจน แต่ก็เป็นแนวปฏิบัติของทุกบริษัท และบางบริษัทมีการจ้างงานตลอดชีวิตด้วย⁽⁵³⁾

รัฐบาลประเทศอังกฤษ ส่งเสริมความมั่นคงของผู้สูงอายุ โดยให้สามารถทำงานได้ตามความสามารถ ให้โอกาสแก่ผู้ที่ทุพพลภาพ และสร้างมาตรการให้ผลประโยชน์จากการอยู่ในระบบจ้างงานมากขึ้นเพื่อจูงใจให้คนทำงาน⁽¹⁵⁹⁾ สำหรับ**ประเทศสหรัฐอเมริกา** พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 12.8 ยังคงทำงานต่อเนื่อง โดยเป็นชายมากกว่าหญิง ทำให้ผู้สูงอายุชายมีรายได้ต่อปีโดยเฉลี่ยสูงกว่าหญิง และแหล่งที่มาหลักของรายได้ส่วนหนึ่งมาจากการทำงาน ที่เหลือมาจาก social security ทรัพย์สินที่มีอยู่ และจากเงินชดเชยจากภาครัฐและเอกชน^(6,16)

โดยสรุปแล้ว ทุกประเทศต่างพัฒนานโยบายการจ้างงานผู้สูงอายุ และยืดอายุการเกษียณขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเอง ให้คงทำงานต่อไปอีก ให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตและมีการเงินที่มั่นคง

4.2.4 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม: aging friendly society

ประเทศที่ศึกษามีนโยบาย aging in place จึงมีความพยายาม สร้างหลักประกันด้านที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นให้มีการจัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (aging friendly) กับผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งมีตั้งแต่การบริการจัดที่อยู่อาศัย บริการปรับปรุงที่พักเดิมให้เหมาะสม การบริการสนับสนุนการดูแลที่บ้านและในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตที่บ้านและสังคมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการประกันด้านที่อยู่อาศัยนี้ ต้องเตรียมการให้พร้อมก่อนถึงวัยสูงอายุด้วย และการประกันด้านนี้ยังครอบคลุมถึงที่พักอาศัยรูปแบบสถาบัน เช่น nursing home ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลระยะยาว ซึ่งทุกประเทศที่ศึกษามีการเตรียมการที่อยู่อาศัยลักษณะนี้ และมีแนวทางการให้บริการตามบริบทของตนเอง

ประเทศสิงคโปร์ มีนโยบาย Hard ware ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนเดิม ที่มีเพื่อนบ้านที่ดี ที่คุ้นเคย หรืออยู่กับครอบครัวของตนเอง โดยดำเนินการด้าน ที่อยู่อาศัย การคมนาคม สถานบริการต่างๆ ที่ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุด้วย^(63,112) รัฐบาลเห็นว่าการมีบ้านหรือที่พักอาศัยของตนเองเป็นสิ่งจำเป็น และต้องเตรียมการก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงตั้งหน่วยงาน Approved Housing Scheme (AHS) เพื่อประสานกับสมาชิก Central Provident Fund ในการซื้อบ้านของรัฐ โดยมี Housing and Development Board (HDB) เป็นคณะที่ดำเนินการ สมาชิกของกองทุนแห่งชาติสามารถถอนเงินจากบัญชี เพื่อการซื้อบ้านได้โดยไม่ต้องรอให้อายุถึง 55 ปี นอกจากนี้ยังให้การประกันเพื่อการอยู่อาศัยในลักษณะอื่นๆ ด้วย เช่น Home Protection Insurance Scheme (HPIS)

ผู้สูงอายุสิงคโปร์มีความต้องการบ้านที่เหมาะสม ซึ่งรัฐสนองตอบในหลายรูปแบบ เช่น การสร้างที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ เหมาะกับคนโสดที่อยู่ลำพังมากขึ้น การสร้างที่พักอาศัยได้ให้ความสำคัญกับ สถานที่สิ่งแวดล้อม ความใกล้ชิดกับครอบครัวหรือเพื่อนเก่า และสถานบริการต่างๆ บริการที่อยู่อาศัยที่รัฐดำเนินการมีทั้ง ประเภท Studio, Apartments และ Cluster Living Flat ตลอดจนมีโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของ

ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยด้วย

ประเทศสิงคโปร์เน้นที่อยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย จึงมีบริการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ จัดให้มีที่พักผ่อนสันทนาการ มีการจัดระบบการเตือนภัยในทุกๆ แพลต มีอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายทุกชั้นของแพลตฟอร์ม และจัดให้มีที่นั่งในห้องน้ำ นอกจากนี้ ยังตั้งคณะกรรมการตรวจสอบโครงสร้างที่พักอาศัย เพื่อประเมินความปลอดภัยและให้คำแนะนำในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เช่นกำหนดให้แพลตฟอร์มที่สร้างขึ้น มีทางสำหรับการใช้รถเข็น มีที่จอดรถทุกชั้น ในแพลตฟอร์มจะต้องมีบริการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุใช้ได้ง่าย VWOs เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการเรื่องที่พักอาศัย โดยรัฐให้เงินสนับสนุน จัดหาที่ดินในราคาและสถานที่ที่เหมาะสม^(149,150,213) นโยบายที่พักอาศัยของสิงคโปร์สะท้อนถึงลักษณะแบบสังคมเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป และการสร้างหลักประกันด้านที่อยู่อาศัยในอนาคต

ประเทศญี่ปุ่น มีนโยบายจัดบ้านกลุ่มและจัดสวัสดิการด้านความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 และ เพิ่มบริการบ้านกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน Gold Plan 21 (ค.ศ. 1999)^(10,144) แม้ประเทศญี่ปุ่นมีนโยบายให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านและในชุมชนเช่นประเทศอื่น แต่การที่ขนาดครัวเรือนของคนญี่ปุ่นเล็กลงคือเฉลี่ยเพียง 2.8 คนต่อครัวเรือน⁽⁷³⁾ โดยครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วยมี ร้อยละ 32 ของทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นครัวเรือน 3 รุ่น ร้อยละ 30 เป็นครัวเรือนที่มีแต่สามี-ภรรยา (สูงอายุ) ร้อยละ 26 และผู้สูงอายุอยู่คนเดียวถึงร้อยละ 18⁽¹⁵⁹⁾ และประมาณว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุจะอยู่ลำพัง และสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่กับลูกจะลดลง⁽⁴⁶⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเลือกที่จะอยู่กับคู่ของตนเมื่อบุตรออกเรือน และบางคนเลือกที่จะอยู่คนเดียวแม้ว่าคู่ของตนจะเสียชีวิต ดังนั้นการจัดที่อยู่อาศัยของรัฐจึงต้องเป็นไปตามบริบทของผู้สูงอายุ ทำให้มีลักษณะเป็นบ้านกลุ่มมากขึ้น

การมีบ้านหรือที่อยู่อาศัยถือเป็นหลักประกันที่สำคัญด้านหนึ่งของชาวออสเตรเลีย⁽²¹⁴⁾ ผู้สูงอายุออสเตรเลียส่วนใหญ่ (3 ใน 4) มีบ้านของตนเอง ประมาณร้อยละ 12 ของผู้สูงอายุ อยู่บ้านเช่าของรัฐหรือเอกชน และเป็นคนโสดมากกว่ามีคู่ การเลือกที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุจะต้องประสานกับงานบริการสุขภาพและสังคมในการช่วยเหลือเพื่อให้เข้าอยู่บ้านและรับบริการที่เหมาะสม

ประเทศออสเตรเลีย มีนโยบายจัดที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยการจัดให้มีบ้านในรูปแบบที่ยืดหยุ่น มีการสนับสนุนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูล และส่งเสริมการได้รับการดูแลที่เหมาะสม การปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผลให้มีการปรับระบบการร่วมจ่าย (mean test) ให้ครอบคลุมบริการที่พักอาศัยทุกอย่าง และการจัดให้มี income และ asset tested fees ในการใช้บริการ residential care ทำให้การเข้าอยู่อาศัยในสถาบันรัดกุมขึ้น และการมี Age Care Standard และ accreditation agency ดำเนินการตรวจสอบและรับรองสถานบริการที่พัก ทำให้มีการประกันด้านที่อยู่อาศัยดีขึ้น⁽³¹⁾ นอกจากนี้การที่รัฐบาลได้ขยายการดูแลให้ถึงบ้านจึงทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่กับบ้านได้เพิ่มขึ้น สอดรับกับนโยบายที่ต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านและชุมชนของตนเอง

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีโครงสร้างพื้นฐานที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐานดี ในด้านที่อยู่อาศัย ชาวอเมริกันส่วนใหญ่ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวจะมีบ้านของตนเอง มีบางส่วนคือ ร้อยละ 20 ยังเช่าที่พักอาศัยอยู่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อาศัยที่บ้าน ร้อยละ 55 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ในจำนวนนี้เป็นชายมากกว่าหญิง มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่โดยลำพัง ร้อยละ 30 เป็นหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 40/17) มีผู้ที่อาศัยอยู่ใน nursing homes เพียงร้อยละ 4.5 และมีส่วนน้อยที่อยู่กับครอบครัวและลูกหลาน^(8,18) การมีแนวคิด

การอยู่อย่างอิสระของผู้สูงอายุอเมริกัน ทำให้มีความต้องการอยู่ที่บ้านของตนเอง และเลือกใช้บริการแบบไม่เป็นทางการ มากกว่าการใช้บริการแบบทางการในสถาบัน⁽²¹⁵⁾ รัฐให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุที่ยากจน หรือทุพพลภาพในการจัดหาหรือปรับปรุงที่อยู่อาศัย และประเทศมีบริการที่อยู่อาศัยหลากหลายรูปแบบ

ประเทศอังกฤษ มีนโยบายให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านเช่นประเทศอื่น และผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 32 อาศัยอยู่คนเดียว และร้อยละ 18 มีคนอื่นอยู่ด้วย ผู้สูงอายุที่มีความจำกัดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีร้อยละ 39.3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด โดยอาศัยอยู่กับคนอื่นร้อยละ 22.0 อยู่คนเดียวถึงร้อยละ 13.2 และอยู่อาศัยใน residential หรือ care home ร้อยละ 4.1⁽⁴³⁾ ผู้สูงอายุอังกฤษต้องการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับอายุ และมีความมั่นคงปลอดภัย^(47,216) เนื่องจากปัญหาการหกล้มในบ้านเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุอังกฤษมาตรฐานการดูแลการหกล้มจึงถูกบรรจุเป็นหนึ่งมาตรฐานในกรอบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านของตนเอง รัฐจึงจัดบริการสังคมด้านการปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัย โดยทีมงานเฉพาะรับผิดชอบปรับปรุงบ้านเพื่อความปลอดภัย และจัดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ในบ้านติดตั้งโทรศัพท์สายด่วน ระบบสัญญาณเตือนเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุด้วย

โดยสรุป หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยนี้ต้องเตรียมการให้พร้อมก่อนวัยสูงอายุ ประเทศต่างๆ มีนโยบาย aging in place จึงเน้นบริการจัดที่พักที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (aging friendly) ซึ่งต้องให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ส่วนหนึ่งต้องการอยู่บ้านของตนเอง ส่วนหนึ่งต้องการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยที่มีขนาดเล็ก มีความสะดวกสบายปลอดภัย ในขณะที่ส่วนหนึ่งยังต้องการพักพิงในสถาบัน ประเด็นที่ควรนำกลับมาทบทวนคือการจัดที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับค่านิยมของครอบครัวแบบชาวเอเชีย ที่อยู่แบบครอบครัวขยายและหลายวัย (intergeneration) ควรจะเป็นอย่างไร หรือเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดในภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ และการสร้างสังคมสำหรับคนทุกวัย (society for all age) เพื่อการอยู่อย่างเกื้อกูลเอื้ออาทรเป็นไปได้หรือไม่ และควรจะทำอย่างไร

4.2.5 หลักประกันด้านความปลอดภัยและพิทักษ์สิทธิ: ต้องการองค์กรเฉพาะ

ด้านประกันความปลอดภัย รวมถึงความปลอดภัยจากภาวะอุบัติเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพและอุบัติเหตุต่าง ๆ การเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม จากสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ความไม่ปลอดภัยจากอาชญากรรมความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (violent crime) จากการโจรกรรมทรัพย์สิน (property crime) การทารุณกรรม และการหลอกลวงผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการองค์กรเฉพาะที่ทำหน้าที่ประเมินความต้องการ ตรวจสอบการดำเนินการ และจัดบริการเพื่อการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อมีความเสี่ยงหรือมีความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้น

หลักประกันด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและการจัดบริการด้านที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมทุกประเทศที่ศึกษา ต่างคำนึงถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และมีการจัดสิ่งแวดล้อม สาธารณูปโภคที่เอื้อต่อผู้สูงอายุและผู้พิการ ผู้สูงอายุ**ประเทศอังกฤษ** สะท้อนความต้องการสวัสดิการที่ดี มีความมั่นคงและปลอดภัย ต้องการมาตรการป้องกันอาชญากรรม มีบริการขนส่งที่ดีสำหรับผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ในราคาที่ถูกลง และโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม และต้องการความปลอดภัยในการใช้ถนนและการขนส่งต่างๆ⁽²¹⁶⁾ ซึ่งความปลอดภัยจากการหกล้มเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุอังกฤษ เป็นที่ตระหนักของทุกภาคส่วน จึงมีการรณรงค์ป้องกันการหกล้ม รวมทั้งกำหนดมาตรฐานการป้องกันการหกล้มไว้เป็นแผนแห่งชาติเพื่อการดูแลผู้สูง

อายุด้วย นอกจากนี้ประเทศอังกฤษยังมีบริการสังคมเฉพาะ ที่ให้คำแนะนำและให้บริการป้องกันการหกล้ม ซึ่งมีการปรับปรุงสภาพบ้าน การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และอุปกรณ์ความปลอดภัยต่างๆ สำหรับผู้ที่พิการจะมี disability service team จัดการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม เช่น ปรับปรุงราวบันได หรือลิฟท์ ปรับปรุงห้องน้ำและอื่นๆ ให้สะดวกแก่การใช้รถเข็น เป็นต้น นอกจากนี้มีการจัดหาและให้เข้าโทรศัพท์พิเศษสำหรับผู้พิการประเภทต่าง ๆ ด้วย⁽¹⁰³⁾

ประเทศสหรัฐอเมริกา มี OAA และ AAAs รับผิดชอบจัดบริการที่อำนวยความสะดวกและประกันความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ จัดบริการขนส่งสาธารณะที่มีอุปกรณ์สำหรับผู้โดยสารที่ใช้ wheelchair มีบริการติดตามดูแลทางโทรศัพท์ และจัดบริการ friendly visitors ที่ติดต่อผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมี ระบบ personal emergency response systems (PERS) เป็น home monitoring systems ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อมีภาวะวิกฤติเกิดขึ้น โดยมีอุปกรณ์ติดกับตัวผู้สูงอายุ เมื่อกดปุ่มสัญญาณจะส่งสัญญาณไปที่ central monitoring station ซึ่งจะส่งคนมาช่วยเหลือ อุปกรณ์นี้หาซื้อหรือเช่าเป็นรายเดือนได้⁽¹⁰⁴⁾

ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นประเทศเดียวที่มีรายงาน การเกิด violent crime และ property crime ในผู้สูงอายุ แม้ว่าอัตราการเกิดจะลดลง แต่ก็สร้างความกลัวและวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁵⁾ ซึ่ง OAA และ AAAs ได้จัดบริการให้คำปรึกษาแนะนำ ช่วยเหลือ มีโปรแกรมป้องกันการทารุณกรรม การทอดทิ้งผู้สูงอายุ หรือชักจูงลวงล่อในทางที่ผิด ประเด็นด้านความมั่นคงปลอดภัยทั้งร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญและเตรียมการป้องกันการเกิดในทุกประเทศ

ด้านการพิทักษ์สิทธิ ผู้สูงอายุมีความจำกัด ที่อาจทำให้ไม่สามารถปกป้องตนเองจากอันตราย จากการเอารัดเอาเปรียบ ไม่อาจเข้าถึงหรือไม่ได้รับการอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี หรือตามสิทธิที่พึงมี ทุกประเทศจึงมีองค์กรด้านการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ เพื่อเป็นผู้แทนดูแลและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งในด้านกฎหมายและดำเนินการแทนเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น บางประเทศเป็นองค์กรของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุ ประเทศออสเตรเลีย มีองค์กรสำหรับผู้สูงอายุเกือบจะทุกชุมชน ทั้งที่เป็นชุมชนริเริ่มเองหรือโดยรัฐบาล และมีองค์กรระดับชาติ เช่น COTA ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิและปกป้องผู้สูงอายุ มี The National Association of Independent Retire, The Australian Pensioners' and Superannuats' Federal (AP&SP), Australian Coalition' 99 แม้แต่ละองค์กรจะมีบทบาทแตกต่างกัน แต่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และต่างดำเนินการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต พิทักษ์สิทธิ และเป็นตัวแทนในการสะท้อนความต้องการของผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁴⁾

ประเทศอังกฤษ มี Age Concern เป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญ ในการเสนอมาตรฐานการบริการ ควบคุมการบริการ พิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ และผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁷⁾ **ประเทศสหรัฐอเมริกา** มีองค์กรด้านผู้สูงอายุหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละรัฐ ที่สำคัญคือ AOA ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐบาลกลางให้การสนับสนุน ให้ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ให้คำแนะนำด้านกฎหมาย ให้คำปรึกษาและป้องกันและปราบปรามการทุจริตของเจ้าหน้าที่รัฐ โดยประสานงานกับมลรัฐ องค์กรและหน่วยงานระดับท้องถิ่น⁽¹⁰⁷⁾

ประเทศสิงคโปร์ มีองค์กร VOWs ทำหน้าที่เป็นพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุคล้ายคลึงกับประเทศอื่นๆ ส่วน **ประเทศญี่ปุ่น** รัฐมีนโยบายดูแลครอบครัวและเด็ก แต่มีเพียงมาตรการการป้องกันทารุณกรรมในเด็ก⁽¹⁰⁸⁾ โดยไม่มีมาตรการด้านทารุณกรรมในผู้สูงอายุในแผนงานด้านผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นมีปัญหาด้านนั้นน้อย หรือรัฐบาลยังไม่ให้ความสำคัญ จึงไม่ปรากฏเป็นมาตรการหรือแผนงานเฉพาะด้านประกันความปลอดภัยและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

4.2.6 หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร: บริการหลากหลาย สื่ออินเทอร์เน็ตมากขึ้น

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีความก้าวหน้าด้านการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ และจัดให้มีการเข้าถึงข้อมูลได้ โดยมี AOA และ AAAs เป็นหน่วยงานหลัก ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการและประกันสุขภาพ มีนโยบายจัดตั้งศูนย์รวมในชุมชน ที่จะเป็สถานที่ ที่ทุกคนในชุมชนมารับบริการได้ ตัวอย่างศูนย์นี้ ได้แก่ multipurpose senior citizen centers โบสถ์ โรงพยาบาล และ town halls^(65,126,152,157) ในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพัฒนาทักษะและความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ซึ่งการมีคอมพิวเตอร์และการใช้อินเทอร์เน็ต เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของชาวอเมริกันตัวหนึ่ง และจากการสำรวจพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้ ร้อยละ 24.3 ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด มีมากกว่าประมาณ 2 เท่า ส่วนการใช้อินเทอร์เน็ต ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ ใช้ร้อยละ 17.7 เทียบกับครึ่งหนึ่งของประชากรทั่วไปที่ใช้ ร้อยละ 42.6 เมื่อคิดเป็นรายบุคคล พบว่าผู้สูงอายุใช้คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล ร้อยละ 28.4 ขณะที่ประชากรทั่วไปใช้ ร้อยละ 34⁽²¹⁹⁾ และเห็นว่าเป็นสัดส่วนที่ยังไม่พอใจและต้องการให้เพิ่มในอนาคต

การให้ข้อมูลด้านวิชาการของประเทศสหรัฐอเมริกา จะมี Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) ที่ให้ข้อมูล ทางสุขภาพ คุณภาพของบริการ ค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงบริการ เพื่อการตัดสินใจของประชาชน และเพื่อการปรับปรุงคุณภาพของบริการนั้น⁽²²⁰⁾ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถจะสืบค้นได้ องค์กรที่สำคัญอีกองค์กรหนึ่ง คือ National Institute of Health (NIH) เป็นศูนย์กลาง และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพ ทั้งในประเทศและนานาชาติ เผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชนและนักวิชาชีพต่างๆ⁽²²¹⁾

ประเทศอังกฤษ รัฐบาลได้ทำโครงการนำร่องบริการ Care Direct ซึ่งเป็นบริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การบริการสังคม ที่พักอาศัย และผลประโยชน์ที่ควรจะได้จากประกันสังคมอย่างเบ็ดเสร็จครบถ้วน ณ จุดบริการเดียว (one stop shop) เพื่อให้มีการประสานงานของทุกฝ่ายในการให้บริการ โครงการนี้เป็นบริการเสริม NHS direct ซึ่งเป็นบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง⁽¹⁰⁷⁾

แต่ละประเทศที่ศึกษา ต่างมีองค์กรให้บริการข้อมูล และมีรูปแบบการบริการข้อมูลแก่ผู้สูงอายุที่หลากหลาย ทั้งข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ หรือให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว มีองค์กรที่สำคัญในแต่ละประเทศ เช่น COTA ของประเทศออสเตรเลีย องค์กร Age Concern ใน ประเทศอังกฤษ และองค์กร VOWs ของประเทศสิงคโปร์ เป็นต้น ส่วนประเทศญี่ปุ่น แม้จะไม่ปรากฏหลักฐานด้านองค์กรที่ทำหน้าที่ประกันการเข้าถึงข้อมูล แต่ก็เป็ประเทศหนึ่งที่มีระบบข้อมูลข่าวสารหน่วยงานรัฐ ที่มีความพร้อมและเผยแพร่ รวดเร็ว

หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ต้องมีสถานที่ให้บริการ ณ จุดบริการเดียว อยู่ในชุมชนใกล้บ้าน หรือมีบริการเข้าถึงบ้าน และควรมีรูปแบบบริการที่หลากหลาย สอดคล้องกับความต้องการและวัฒนธรรมการสื่อสารข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ และต้องสอดคล้องกับบริบทของประเทศนั้นๆ การสื่อสารข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ตเป็นรูปแบบหนึ่งที่คาดว่าจะเป็นที่นิยมสำหรับสังคมเมืองในอนาคต จึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

หลักประกันด้านข้อมูลข่าวสารยังรวมความถึง ข้อมูลข่าวสารทางวิชาการ เช่น การศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการรวบรวม เผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารที่ได้ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นเอง ประเทศสหรัฐอเมริกา มีศักยภาพด้าน

เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารและการทำวิจัยในระดับแนวหน้า องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนมีระบบสารสนเทศที่ดีในแต่ละส่วน และข้อมูลหลากหลาย หน่วยงานสำคัญ ด้านข้อมูลผู้สูงอายุ คือ US Census Bureau มีแผนการเก็บข้อมูลต่อเนื่องรายปีและตามกำหนด⁽²²²⁾ มี Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics เป็นศูนย์กลางการจัดทำฐานข้อมูลและสถิติด้านผู้สูงอายุจากหลายแหล่ง เพื่อประโยชน์ด้านนโยบายและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ⁽²²³⁾

4.2.7 หลักประกันด้านการพัฒนาผู้สูงอายุ: ปรับทัศนคติ และสร้างวัฒนธรรม วิถีสุขภาพ

หลักประกันด้านการพัฒนาผู้สูงอายุเป็นการประกันว่าผู้สูงอายุจะได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และโดยไม่มีขีดจำกัดด้วยวัยสูงอายุ ซึ่งทุกประเทศต่างมียุทธศาสตร์ ในการพัฒนาผู้สูงอายุ ทั้งด้านวัฒนพลัง (active & productive aging) และวิถีสุขภาพ (healthy lifestyle) หรือ การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (healthy aging) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะหรือวิถีสุขภาพที่ดี ย่อมมีวัฒนพลัง คือสามารถพึ่งพาตนเอง และทำประโยชน์ได้ ขณะเดียวกันการได้ทำประโยชน์ให้สังคมก็เป็นผลให้มีสุขภาวะได้เช่นกัน กลยุทธ์ที่สำคัญของการพัฒนาผู้สูงอายุนี้ คือ การปรับทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุและความชรา ทั้งทัศนคติของผู้สูงอายุเอง และของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ เพื่อสร้างสังคมคนทุกวัย ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีสุขภาวะ

ประเทศสิงคโปร์ เชื่อว่าการสร้างความมั่นคงทางสังคมนั้น ต้องสร้างค่านิยมทางสังคมต่อผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักในคุณค่าผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในยามที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยุทธศาสตร์การสร้างสังคมเพื่อผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับประชากรทุกวัย ที่จะให้ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันโดยไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในสังคม ดังนั้นประเทศสิงคโปร์ จึง 1) ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ระหว่างผู้สูงวัยและผู้เยาว์วัย ทั้งปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูกหลาน 2) ส่งเสริมวัฒนธรรมการให้ความเคารพให้เกียรติผู้สูงอายุที่ทำคุณประโยชน์หรือเป็นผู้นำเพื่อให้เป็นแบบอย่างแก่คนรุ่นหลัง 3) จัดสรรเงินทุนเพื่อการเรียนรู้และการพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อสร้างงาน และ 4) ส่งเสริมให้มีการดำเนินชีวิตเพื่อวิถีสุขภาพที่ดี^(63,113,224,225)

ผู้สูงอายุรุ่นใหม่ประเทศญี่ปุ่น มีความต้องการทำประโยชน์และช่วยเหลือสังคม โดยทำงานอาสาสมัคร เช่น เลี้ยงเด็ก สอนนักเรียน และดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน และยังต้องการศึกษาเพิ่มเติม เช่น วาดรูป จัดดอกไม้ ต้องการที่จะรู้เหตุการณ์บ้านเมืองจากการอ่านและฟังข่าว ต้องการเรียนรู้การติดต่อสื่อสารโดยใช้คอมพิวเตอร์ และต้องการการเรียนรู้ในเรื่องต่างแดน และท่องเที่ยวไปกับครอบครัวหรือเพื่อน ๆ และรัฐบาลมีนโยบาย ให้มีการพัฒนาผู้สูงอายุด้วย^(22,36)

รัฐบาลประเทศออสเตรเลีย ส่งเสริมให้ประชาชนยอมรับคุณค่าของผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างสรรค์สังคม โดยมียุทธศาสตร์ชาติ ดังนี้ คือ 1) ให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ โดยมีการเงินที่มั่นคง ให้ยึดการจ้างงานต่อไปอีก และให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต 2) ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ด้วยบริการรูปแบบใหม่ มีส่วนร่วมและมีชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพา 3) ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุและความชรา 4) สนับสนุน healthy ageing^(135,136) ธรรมชาติของผู้สูงอายุออสเตรเลียอย่างหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอาสาสมัคร โดยร่วมกับองค์กรและกลุ่มต่างๆ รวมถึงความช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการแก่ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และเพื่อนบ้านด้วย ซึ่งจากการสำรวจพบว่าร้อยละ 61 ของผู้เกษียณผู้หญิง และร้อยละ 44 ของผู้เกษียณผู้ชายวางแผนจะทำงานอาสาสมัครหลังเกษียณ ประมาณครึ่งหนึ่งให้เหตุผลว่างานอาสาสมัคร จะทำให้เวลาถูกใช้ไปอย่างมีค่าและต้องการจะมีชีวิตที่มีประสิทธิภาพและอยู่อย่างมีคุณค่าหลังเกษียณ⁽⁶³⁾

รัฐบาลออสเตรเลียให้ความสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy aging) การให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม รัฐบาลมลรัฐจึงร่วมมือกับ Office on Ageing and Health Promotion Foundation และองค์กรที่เกี่ยวข้อง รมรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศักยภาพ และความชอบของผู้สูงอายุ และเชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังจะสามารถลดลงได้ จากการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และจากการมีวิถีสุขภาพ และต้องเริ่มตั้งแต่วัยต้น กลยุทธ์ที่สำคัญยิ่งคือ การบริหารจัดการความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับความชรา ชักจูงให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการมีวิถีสุขภาพที่ดี หาปัจจัยที่เอื้อให้มีสุขภาพดี และช่วยให้เกิดการปฏิบัติจริงได้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการออกแบบชุมชนและบ้านที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพ⁽⁸³⁾

ประเทศสหรัฐอเมริกา มี Department of Health and Human Service (HHS) เป็นหน่วยงานรัฐบาลกลางประกันสุขภาพชาวอเมริกัน ให้ทุนองค์กรต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพเพื่อความผาสุกของชาวอเมริกัน ให้เป็นผู้นำโลกด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ แผนกลยุทธ์ปี 2001-06 กำหนดวิสัยทัศน์ Healthy and Productive America ทั้งของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ยึดหลักการเน้นผลลัพธ์ ความรับผิดชอบ การป้องกัน การประสานงาน การค้นหาความรู้วิทยาศาสตร์ และการสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงาน⁽¹⁰⁾ **ประเทศอังกฤษ** มีกรอบการบริหารแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นการประกันการส่งเสริมสุขภาพและ active life ในผู้สูงอายุ โดย NHS และ สภา (council) ใช้โปรแกรมร่วมประสานในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ⁽⁷⁷⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุชาวอังกฤษ ยังสะท้อนถึงความต้องการโอกาสเข้าถึงการศึกษา ฝึกฝนทักษะใหม่ในการทำงาน และต้องการการส่งเสริมให้สามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต⁽²¹⁶⁾ ดังนั้นการสร้างเสริมวิถีสุขภาพ และการใช้ชีวิตที่ยังประโยชน์ จึงเป็นหลักประกันความมั่นคง ด้านความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4.2.8 หลักประกันด้านผู้ดูแล: ความจำเป็นในอนาคต

การดูแลผู้สูงอายุ มีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (formal and informal care) ดังนั้นบุคลากรที่ให้การดูแลจึงมีทั้ง บุคลากรวิชาชีพ และบุคลากรที่ดูแลโดยธรรมชาติ ซึ่ง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน บุคลากรกลุ่มหลังในนี้จะเรียกว่า **ผู้ดูแล**

4.2.8.1 ผู้ดูแล การให้ความสำคัญผู้ดูแล การจ่ายเงินสนับสนุน หรือการลดหย่อนภาษีแก่ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการมีศูนย์เครือข่ายข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และมาตรการอื่นๆ ที่ให้การช่วยเหลือหรือเอื้อต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาและมีอบรมผู้ดูแล นับเป็นการสร้างหลักประกันที่สำคัญแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในระยะที่ต้องการการพึ่งพา

การมีผู้ดูแลถือเป็นหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุที่สำคัญ ผู้สูงอายุชาวอังกฤษ สะท้อนคุณสมบัติของผู้ดูแล ว่าต้องการผู้ดูแลและผู้ให้บริการสุขภาพที่ไวต่อผู้สูงอายุ^(47,216) ผู้ดูแลประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุญี่ปุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง⁽²⁶⁾ ในประเทศออสเตรเลีย ผู้สูงอายุร้อยละ 83 ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลปฐมภูมิ ซึ่งได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ผู้ดูแลปฐมภูมิของออสเตรเลียให้การดูแลผู้สูงอายุจำนวนถึง 450,000 คน และส่วนใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป 2 ใน 3 เป็นผู้หญิง มีทั้งประเภทที่อยู่ด้วยกัน (co-resident primary carers) และไม่ได้อยู่ด้วยกัน (non-resident primary carers) ลักษณะการดูแลที่ให้คือ การดูแลส่วนบุคคล การเคลื่อนย้าย การสื่อสาร การจัดการเรื่องเอกสาร และการขนส่ง การดูแลสุขภาพ การดูแลทรัพย์สิน และงานบ้าน^(74,142)

ผู้ดูแลปฐมภูมิในประเทศออสเตรเลียมีบทบาทสำคัญยิ่ง ในระบบประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในนโยบายที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน รัฐบาลจึงให้การยอมรับ ให้การสนับสนุนด้านการเงิน ให้ข้อมูลข่าวสารการดูแล ตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนให้สามารถดูแลต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(31,141,142) **ประเทศอังกฤษ** The Carer Group ที่ก่อตั้งโดย External Reference Group เห็นความสำคัญของผู้ดูแล ได้เสนอให้บรรจุ ความต้องการของผู้ดูแล ไว้ในทุกมาตรฐาน และทุกรูปแบบของบริการสำหรับผู้สูงอายุด้วย⁽⁷⁷⁾

ประเทศญี่ปุ่น มีแนวคิดสนับสนุนด้านการเงินแก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นบริการเสริมให้กับ ผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่ง แต่เนื่องจากยังมีความเห็นที่แตกต่างในเรื่องของหลักการและประโยชน์ที่จะได้รับ รัฐบาล จึงอยู่ระหว่างพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม⁽⁹⁷⁾ **ประเทศสิงคโปร์** มีการลดหย่อนภาษีแก่ครอบครัวที่ให้การดูแลบิดา มารดา โดยการดำเนินงานของ NACFA ภายใต้การดูแลของ MCDS⁽⁸³⁾

การจัดตั้งศูนย์เครือข่ายข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น National Net Work of Carer Resource Center ของ **ประเทศออสเตรเลีย** เพื่อให้ข้อมูล คำแนะนำผู้ดูแล⁽¹⁴²⁾ การจัดโปรแกรมฝึกอบรมผู้ดูแลโดย Carer Centers ของ **ประเทศสิงคโปร์**⁽¹⁵⁰⁾ นับว่ามีความสำคัญที่จะทำให้ระบบผู้ดูแลมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การอนุญาตให้ ผู้ดูแลสามารถลาพัก คล้ายคลึงกับการลาเลี้ยงบุตรหลังคลอด หรือการมีสถานดูแลกลางวันรับดูแลผู้สูงอายุ ในสถานที่ทำงานผู้ดูแล หรือการจัดผู้ดูแลทดแทนบางเวลา ตลอดจนการจัดให้มีบริการต่างๆ สำหรับผู้ดูแล จัดได้ว่าเป็นการเสริมประสิทธิภาพของผู้ดูแล และที่สุดเสริมนโยบาย aging in place นั้นเอง

4.2.8.2 บุคลากรที่มิสุขภาพ การมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญ มีทักษะความชำนาญที่สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้สูงอายุ และมีจำนวนเพียงพอเหมาะสม เป็นการประกันว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลระยะยาว บุคลากรวิชาชีพที่ให้การดูแลระยะยาว ของ **ประเทศอเมริกา** คือ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอาชีว บำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และ home help aids การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน บางแห่งจะมี gerontological nurse practitioners (GNPs) ด้วย พยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและที่บ้าน ซึ่งมีทั้ง general nurse, home health care nurse, visiting nurse และบุคลากรที่มารองลงมา คือ home help aide ที่ต้องผ่านการฝึกใน หลักสูตร และอยู่ภายใต้การกำกับของพยาบาล นอกจากนี้ home health agencies (HHAs) อาจจ้าง ผู้ดูแล personal care attendants (PCAs) ซึ่งไม่ได้รับการฝึกหัดอย่างเป็นทางการร่วมดูแลด้วย⁽¹⁵²⁾

ประเทศอังกฤษ มีพยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี liaison nurse เป็นผู้ช่วยประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาล มีพยาบาลเฉพาะทางให้การดูแลกรณีผู้สูงอายุ และครอบครัวต้องการการดูแลเฉพาะทาง นอกจากนี้ยังมี นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด เภสัชชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ และอื่นๆ ซึ่งรวมถึง home care worker ที่ให้การดูแลส่วนบุคคล (personal care)^(103,104)

ประเทศออสเตรเลีย นอกจากบุคลากรวิชาชีพแล้ว ยังมีบุคลากรอื่นร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุ ด้วย เช่น Enrolled Nurse (บุคลากรระดับ paraprofessional) และ Direct Care Worker (บุคลากรระดับ vocational) ซึ่งเป็นบุคลากรในสายงานของพยาบาล และทั้งสองกลุ่มสามารถพัฒนาขึ้นสู่ระดับวิชาชีพได้⁽²²⁷⁾ **ประเทศญี่ปุ่น** ในแผนทองใหม่กำหนดบุคลากรในการดูแลระยะยาวว่าต้องมี matron ผู้ให้การดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ พยาบาล นัก อาชีวบำบัด และนักกายภาพบำบัด⁽²²⁸⁾

ประเทศอังกฤษ มีการกำหนดมาตรฐานและคุณวุฒิขั้นต่ำของบุคลากรใน care home (residential and nursing home) และมีการพัฒนาบุคลากรที่ทำงานให้มีทักษะเพียงพอ เพื่อเป็นหลักประกันว่า การดูแล ผู้สูงอายุใน care home เป็นบริการจากผู้เชี่ยวชาญและมีทักษะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ⁽²²⁹⁾

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดบุคลากรในการดูแล long term care และ care home หลากหลายรูปแบบ โดยทั่วไปแล้วการดูแลในสถาบัน มักจะมี certified nursing assistants (CNAs) เป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับ licensed practice nurses (LPNs) และ พยาบาลวิชาชีพ (RN) สำหรับรูปแบบการดูแลเป็นแบบ functional, team, case management และ primary nursing⁽²³⁰⁾

ทุกประเทศให้ความสำคัญกับการประกันด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีการสนับสนุนให้ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการให้สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพในหลายรูปแบบ และมีแนวคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ บุคลากรวิชาชีพที่ให้การดูแลต้องมีทักษะและความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และการศึกษาวิจัยในประเทศออสเตรเลียและอเมริกาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญของคุณภาพบริการผู้สูงอายุใน nursing home คือ การมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และในจำนวนที่เพียงพอ⁽¹⁶¹⁾

4.3 หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

ประเทศไทยกำลังอยู่ระหว่างพัฒนาระบบประกันสุขภาพและประกันทางสังคมสำหรับประชาชนทั่วไป และยังไม่มีกรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกันสวัสดิการผู้สูงอายุเฉพาะ สวัสดิการที่มีอยู่แทรกในกฎหมายบางฉบับที่ไม่ได้เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียม ปัจจุบันมีการจัดทำพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และกำลังพิจารณาในสภา และ(ร่าง)แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งมีแผนยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน ที่บูรณาการงานด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงทางรายได้และการพึ่งพิง ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไว้ และในยุทธศาสตร์แต่ละด้านจะมีดัชนีและเป้าหมาย ตลอดจนข้อจำกัด เงื่อนไข และการดำเนินการตามแผน ซึ่งเมื่อแผนนี้ผ่านการพิจารณาและมีกลไกดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพแล้ว ผู้สูงอายุไทยจะมีหลักประกันด้านสุขภาพและความมั่นคงทางสังคม

หลักประกันผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนระบบประกันสังคม โดยประเทศไทยเพิ่งเริ่มต้นมีกฎหมายประกันสังคมในปี ค.ศ. 1990 ซึ่งค่อนข้างล่าช้ากว่าประเทศอื่น ๆ

ระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนามาจากแนวคิดสวัสดิการแบบสงเคราะห์ตามหลักมนุษยธรรม ปรับปรุงแนวคิดการพัฒนาและพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ เพิ่มการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันด้วยตนเองมากขึ้น หลักประกันและสวัสดิการทางสุขภาพและสังคมสามารถวิเคราะห์จัดแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ได้ ดังนี้ คือ หลักประกันด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้านการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล ด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และหลักประกันอื่นๆ^(198,231)

4.3.1 หลักประกันด้านสุขภาพ: ยังไม่มีหลักประกันเฉพาะผู้สูงอายุ

ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลด้านหลักประกันและการเข้าถึงสวัสดิการสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุที่ชัดเจนว่ามีอยู่อย่างไร แต่จากสถิติประเทศไทยมีผู้ไร้หลักประกันสุขภาพอยู่ระหว่างร้อยละ 20-31⁽²³²⁾ ระบบประกันความมั่นคงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีหลายระบบ ได้แก่ 1) สวัสดิการด้านรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ซึ่งผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าจากระบบนี้ 2) สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 3) ประกันสังคม ซึ่งการประกันสังคมกรณีชราภาพอยู่ในส่วนนี้และ 4) ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ที่มีบัตรประกันสุขภาพ และประกันสุขภาพภาคเอกชน

เป็นประกันเสริมเพื่อมีสิทธิประโยชน์มากขึ้น และ 5) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนไทยทุกคน รวมทั้งผู้สูงอายุ (30 บาท รักษาทุกโรค) ที่มีการพัฒนาขึ้นเพื่อให้สิทธิขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคนและผู้สูงอายุ และเพื่อให้เป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในอนาคต ปัจจุบันกำลังดำเนินการและอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านที่จะรวมระบบประกันต่างๆ ให้มีเพียงกองทุนเดียว⁽²³³⁾

รัฐบาลให้บริการสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1992 (พ.ศ. 2535) ถือเป็นสวัสดิการที่ค่อนข้างดี แต่มีข้อด้อยคือใช้ได้เฉพาะสถานบริการที่สังกัด กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานครเท่านั้น เป็นการจำกัดสิทธิและทางเลือกของผู้สูงอายุ และสกัดกั้นการเข้าร่วมให้บริการของภาคเอกชน และความจำกัดด้านงบประมาณทำให้มีปัญหาในการเบิกจ่าย^(174,234) ส่วนสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ เป็นการค้ำประกันวัยสูงอายุที่ดีเยี่ยม แต่เกือบประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น⁽²³¹⁾ และคาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มนี้ในอนาคตด้วย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวโน้มจะให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้สูงอายุมากกว่าที่ได้รับในปัจจุบัน ทั้งในด้านงบประมาณที่อุดหนุนผู้สูงอายุต่อหัวเพิ่มขึ้นมากกว่าที่เคยได้รับ และความครอบคลุมของบริการ ที่สำคัญคือ ระบบการบริการผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและสถานบริการจะปรากฏชัดเจนขึ้น⁽²³⁵⁾ แต่การปฏิรูประบบสุขภาพและการออกกฎหมายลูก เพื่อให้สอดคล้องกับสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับกำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ ซึ่งผลพวงคือโฉมใหม่ของสวัสดิการด้านนี้

สวัสดิการและการบริการเหล่านี้สะท้อนการดำเนินงานของหลักประกันด้านสุขภาพ และเมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดหลักของการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ จะเห็นความอ่อนด้อยในด้านการได้รับประกันด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาฟื้นฟู ในวัยต้นก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และเมื่อพิจารณาความครอบคลุมแล้วจะเห็นว่า เป็นบริการที่เน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ และเน้นการดูแลในสถาบันมากกว่าในชุมชน (รับมากกว่ารุก) ยังขาดหลักประกันการดูแลระยะยาวที่มีความเฉพาะ และจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเมื่อต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ให้สามารถได้รับการดูแลทั้งในสถาบันหรือสถานบริการ ที่บ้าน และในชุมชนตามความจำเป็น

4.3.2 หลักประกันด้านรายได้: ไม่ครอบคลุม และขาดการเตรียมการ

หลักประกันรายได้ของประเทศไทย ที่สำคัญคือ ระบบบำนาญบำนาญข้าราชการ จัดเป็นระบบประกันสังคม แต่ครอบคลุมผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 และการคงที่ของเงินบำนาญ ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงค่าครองชีพร่วมกับการหักภาษีรายได้ อาจทำให้สวัสดิการนี้ไม่เพียงพอที่จะให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ สำหรับรัฐวิสาหกิจบางแห่งมีทั้งระบบบำนาญและบำนาญ เช่น การรถไฟ และการท่าเรือแต่บางแห่งมีเฉพาะบำนาญ ส่วนองค์กรเอกชนขนาดใหญ่มีการดำเนินการระบบประกันสังคมมากขึ้น ในรูปแบบ provident fund อย่างไรก็ตามก็เป็นเพียงประกันที่มีความครอบคลุมประชากรสูงอายุส่วนน้อยเท่านั้น

โครงการเบี้ยยังชีพ โดยกรมประชาสงเคราะห์ เป็นสวัสดิการรายได้ที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ ไม่มีผู้ดูแลและประกอบอาชีพไม่ได้ ปัจจุบันให้กับผู้สูงอายุราว 400,000 คนละ 300 บาท ต่อเดือน วิธีการได้มาซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาจริง วิธีการจ่าย บดบังประโยชน์ที่จะตกแก่ผู้สูงอายุที่ยากจน^(174,181) ผู้ทรงคุณวุฒิ เห็นว่า เบี้ยยังชีพยังจำเป็นสำหรับคนจน แต่มีปัญหาค่าดำเนินการ เบี้ยยังชีพจึงไม่ทั่วถึง ได้ทั้งผู้ยากจนและอียากจน⁽⁵¹⁾

การให้เบี้ยยังชีพเป็นรูปแบบการให้เปล่าแบบสงเคราะห์ ปัจจุบันจึงได้มีความพยายามพัฒนารูปแบบการใช้เงินให้เกิดมรรคผลมากที่สุด โดยความร่วมมือขององค์กรอิสระ ภายใต้ชื่อ โครงการเบี้ยยังชีพประยุกต์ (Modified Adopt A Granny) ซึ่งทดลองนำเงินสงเคราะห์มารวมกัน แล้วให้ผู้สูงอายุนำไปลงทุนในโครงการส่งเสริมอาชีพที่อาจทำเอง หรือทำร่วมกับวัยอื่น แล้วใช้เงินกำไรมาจัดสรรซื้อปัจจัยที่จำเป็น และมอบให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้เป็นรายเดือน โดยที่เงินกองทุนประเดิมยังอยู่⁽²³⁶⁾

ระบบประกันสุขภาพ ที่เป็นพระราชบัญญัติ เริ่มใช้ ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2541) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่า เป็นสิ่งที่เสริมความมั่นคงของสังคมมากที่สุด เพราะตอนแรกมีหลักประกันแล้วคนจะไม่กลัว⁽⁵¹⁾ หลักการคือ ให้นุคคลที่มีงานทำประกันตั้งแต่อายุยังน้อย (อายุมากที่สุดที่เข้าร่วมได้คือ 45 ปี) โดยให้ลูกจ้างและนายจ้างร่วมกันส่งเงินตามสัดส่วนของค่าจ้างเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพ โดยลูกจ้างจะมีสิทธิได้รับบำเหน็จบำนาญเมื่อเข้าร่วมเป็นระยะเวลา 15 ปี (คือ 60 ปี เมื่อเข้าร่วมเมื่ออายุ 45 ปี) ซึ่งประกันนี้จะเกิดผลในปี ค.ศ. 2014 (พ.ศ. 2557) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกการจ้างงาน โดยมีเฉพาะองค์กรที่ใหญ่เท่านั้น ทำให้ประกันสังคมนี้ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิ ยังเสนอว่าน่าจะมี กองทุนเพื่อผู้สูงอายุ แยกเฉพาะผู้สูงอายุ เก็บเล็กผสมน้อยจากภาษีหรืออื่นๆ คนรวยเสียมากคนจนเสียน้อยหรือไม่เสีย เก็บเอาไว้และรัฐ top up ให้เป็นกองทุนสวัสดิการสังคม โดยเริ่มเมื่อทำงานและเก็บทุกชนิด นอกจากนี้ยังเสนอเรื่องภาษีผู้สูงอายุว่า ควรเก็บในอัตราต่ำ หรืออายุเกิน 70 ปี ไม่เสียภาษี ซึ่งเรื่องนี้รัฐบาลรับไว้พิจารณาอยู่⁽⁵¹⁾

ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน(วัด) โดยชุมชน จะเป็นประโยชน์ในเรื่องรายได้บ้างแต่ยังต้องพัฒนารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสังคมไทยต่อไป

การประกันรายได้เป็นอย่างดีอื่นเป็นการดำเนินการโดยเอกชน ที่จะเสนอขายประกันเพื่อตอบแทนเมื่อถึงวัยสูงอายุ แม้เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันและมีกำลังซื้อ หรือดีต่อผู้ที่มีหลักประกันแล้วแต่ต้องการเสริมความเข้มแข็งสวัสดิการยามชราของตนเอง แต่รัฐต้องมีระบบการควบคุมตรวจสอบ เพื่อไม่ให้ผู้ซื้อประกันเสียผลประโยชน์

นอกจากนี้ต้องพิจารณาด้วยว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม รายได้ไม่เพียงพอที่จะซื้อประกันเอง อีกทั้งยังอยู่ในสภาพค่อนข้างยากจน ดังนั้นหลักประกันด้านรายได้ยังเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณารูปแบบอื่นให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ประเทศไทยมีนโยบายให้ผู้สูงอายุทำงานต่อ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) โดยให้จ้างอาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีความรู้ความสามารถ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในสาขาขาดแคลน ให้ทำงานต่อหลังเกษียณ มีการปรับปรุงค่าตอบแทน และรูปแบบการทำงานให้เหมาะสมเพื่อชักจูงให้ทำงานต่อ แต่การดำเนินงานก็คลอบคลุมผู้สูงอายุบางกลุ่มเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการชักจูงให้ทำงานในรูปแบบอื่นอีก อาทิ โครงการคลังปัญญาอาวุโส และธนาคารสมอง

การดำเนินงานด้านนี้สะท้อนหลักประกันด้านการเงิน ซึ่งเมื่อพิจารณาว่าทุกคนต้องการ หลักประกันด้านการเงินที่เพียงพอเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วจะเห็นว่าย่างขาดการดำเนินการที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเตรียมความพร้อมด้านการเงินตั้งแต่วัยต้นและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และขาดแนวทางในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุให้มีโอกาสทำงาน หรือพัฒนาศักยภาพให้สามารถประกอบอาชีพให้มีรายได้อย่างยาวนานที่สุด แม้จะมีแนวโน้มการกระจายเงินกองทุนระดับหมู่บ้าน ให้ดูแลสุขภาพชุมชนของตนเอง แต่ก็ขึ้นกับการให้ความสำคัญต่อด้าน

สุขภาพขององค์กรชุมชน และถ้าหากการเตรียมการประกันด้านนี้ไม่ดีพอในระยะเวลาไม่ถึง 10 ปี ข้างหน้าสวัสดิการด้านการเงินจะเป็นภาระหนักของรัฐบาล

4.3.3 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม: ยังไม่สนองตอบความต้องการที่แท้จริง สถานสงเคราะห์คนชราทั่วประเทศ 20 แห่งเป็นบริการเบ็ดเสร็จครบวงจรของกรมประชาสงเคราะห์ ที่ให้กับผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งและไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ ในสังคมไทยแม้ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ต้องการอยู่กับครอบครัวและชุมชน แต่อัตราการเข้าใช้สถานสงเคราะห์ยังสูง ซึ่งอาจเกิดจากการขาดประสิทธิภาพในการคัดสรรผู้สมควรเข้าใช้บริการ การขาดแคลนระบบบริการชุมชนและจำนวนที่ไม่เพียงพอ⁽¹⁰⁸⁾ นอกจากนี้การที่สถานสงเคราะห์มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและบางส่วนต้องพึ่งพา มีบุคลากรไม่เพียงพอ มีการกระจาย^(174,237) ทำให้สวัสดิการที่อยู่อาศัยรูปแบบการสงเคราะห์นี้ ต้องปรับการบริหารและระดับการดูแล เพื่อให้สนองตอบคุณภาพชีวิตที่พึงมีของผู้สูงอายุด้วย

ภาคเอกชนและองค์กรอิสระมีสวัสดิการที่อยู่อาศัยอยู่บ้าง แต่เป็นรูปแบบแฝงในสถานบริการสุขภาพ และมักเป็นรูปแบบเสียเงิน กรมประชาสงเคราะห์และภาคเอกชนร่วมกันจัดบริการที่อยู่อาศัยในลักษณะของบ้านหรืออาคารชุดแก่ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้และพอมีกำลังจ่าย แต่ปัญหาคือ มีจำนวนน้อย ผู้ซื้อไว้ไม่ได้ไปอยู่และอยู่ในสถานที่ห่างไกลจากครอบครัว ทำให้การพัฒนาธุรกิจด้านนี้ช้า แต่จากสถานการณ์ผู้สูงอายุเห็นว่าบริการรูปแบบนี้จะมีความจำเป็นมากขึ้นในอนาคต^(166,238)

สวัสดิการที่อยู่ของผู้สูงอายุในประเทศไทยถือว่ายังมีน้อย เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั้งหมด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวมากกว่า แต่มีข้อสังเกตคือ รัฐไม่ได้จัดให้มีสวัสดิการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัยหรือสนับสนุนบุตรหลานที่ดูแลหรืออยู่ร่วมกับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ หากพิจารณาสวัสดิการด้านนี้ในมิติหลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมแล้ว การดำเนินการยังไม่เพียงพอที่จะเป็นหลักประกันว่าจะมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมยามสูงอายุ และที่แทบจะไม่มีภาพเลยคือ การส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทั้งในและนอกบ้าน ให้เหมาะสมและเกื้อกูลให้สามารถดำเนินชีวิตในบ้านและสังคมอย่างมีคุณภาพ

4.3.4 หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน: ต้องเร่งสร้าง

ความชัดเจนในการดำเนินงานด้านนี้น้อย พอจะอนุมานได้จาก การมีปัญญาผู้สูงอายุ การมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ การมีสมาคมสภาผู้สูงอายุ มีสมาคมคลังปัญญาอาวุโส ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน สวัสดิการฌาปนกิจสงเคราะห์ รวมถึงความพยายามสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ด้วยการกำหนดวันสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การประชาสัมพันธ์ตลอดจนการรณรงค์ถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งดูเหมือนจะเข้าข่ายสิทธิมนุษยชนบ้าง ในแง่ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่มีศักดิ์ศรี ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ แต่การดำเนินงานจนเกิดมรรคผลตามที่พึงจะมี ต้องถือว่าอยู่ในกระบวนการพัฒนา และค่อนข้างจะล่าช้า โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการเดินทาง ซึ่งแทบจะไม่มีดำเนินการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ และนักวิชาการเห็นว่า การออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิเป็นกลไกสำคัญในการสร้างหลักประกันนี้⁽¹⁹⁶⁾ อย่างไรก็ตามการรณรงค์ให้ทุกภาคส่วน ตระหนักถึงความสำคัญและมีการดำเนินการนี้ น่าจะเป็นกลไกหนึ่งที่มีความสำคัญเช่นกัน

4.3.5 หลักประกันด้านผู้ดูแล: จำเป็นและต้องมีมาตรฐาน

หลักประกันด้านผู้ดูแลเป็นการประกันว่า จะมีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในบ้านปลายชีวิตหรือในยามที่ต้องพึ่งพาหรือต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลที่จัดให้โดยรัฐ ในภาพผู้ดูแลในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (สำหรับผู้มีกำลังทรัพย์และเลือกได้) สถานสงเคราะห์คนชรา (กรณีไร้ที่พึ่งพิง) หรือที่บ้านโดยบุตรหลานครอบครัวของผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุเองก็ต้องมีการเตรียมการในด้านนี้ และจะต้องเริ่มตั้งแต่วัยต้น การเตรียมการเช่นการหาความรู้ถึงสิ่งที่ต้องเผชิญในวัยสูงอายุตั้งแต่วัยต้น ซึ่งจะช่วยในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยชราโดยมีภาวะพึ่งพาน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเมื่อถึงวันหนึ่งจำเป็นจะต้องมีผู้ดูแล ดังนั้นต้องมีหลักประกันสำหรับการดูแลระยะยาว ที่ครอบคลุมถึงการจัดหาผู้ดูแลด้วย ในสังคมไทยผู้ดูแลผู้สูงอายุมักจะเป็นบุตรสาว บุตร หลานและคนในครอบครัว แต่ในภาวะการณ์ที่ทุกคนต่างต้องทำงานเพื่อการยังชีพ และการเปลี่ยนแปลงสภาพครอบครัวที่เป็นผลพวงจากการพัฒนาเศรษฐกิจนี้ ทำให้ความต้องการผู้อื่นมาทำหน้าที่ผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

การพัฒนาบริการสุขภาพที่มีทิศทางมุ่งสู่ชุมชน ทำให้บทบาทของชุมชนและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการเพิ่มขึ้น คนเหล่านี้ต้องการการสนับสนุน รัฐต้องสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการที่เป็นทางการ เพื่อสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลอย่างไม่เป็นทางการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐมีบทบาทเตรียมครอบครัวให้ตระหนักถึงหน้าที่นี้ ในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการณ์จริงในเรื่องคุณค่าของผู้สูงอายุ เรื่องความกตัญญู ในขณะที่เดียวกันต้องเตรียมระบบการช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ได้ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ในการดูแล การเตรียมผู้ดูแลให้เป็นทางเลือก การจัดระบบใกล้ตัวหรือในชุมชนที่จะเกื้อหนุนศักยภาพของการดูแลโดยครอบครัว เช่น การจัดการส่งเสริมให้มีระบบอาสาสมัครในชุมชนเพื่อให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุ⁽²³⁹⁾

การดำเนินการสร้างหลักประกันด้านนี้ค่อนข้างขาดแคลน โดยเฉพาะการจัดระบบเกื้อกูลให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ การจัดเตรียมผู้ดูแลเพื่อช่วยลดภาระครอบครัวส่วนใหญ่ยังดำเนินการโดยภาคเอกชน ยังไม่เป็นระบบ การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการผลิตยังอ่อนด้อย และจะเป็นปัญหาในอนาคตหากไม่มีการเตรียมการในด้านผู้รับผิดชอบและกฎหมายแต่ต้น นอกจากนี้ยังต้องมีการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการด้านนี้ด้วย

ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนวคิดไว้ว่า วิธีการหนึ่งในการส่งเสริมครอบครัวให้ดูแลผู้สูงอายุ คือ การลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแล แต่บางท่านไม่เห็นด้วย เพราะคิดว่ามีเบี้ยยังชีพที่ต้องให้อยู่แล้ว และเห็นว่ากระบวนการพิจารณาผู้ดูแลจะยุ่งยาก โดยเฉพาะผู้ที่มีบุตรหลายคน และจะก่อให้เกิดปัญหาความไม่ยุติธรรมในครอบครัว⁽⁵¹⁾

4.3.6 หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร: ไม่ทันการณ์และเข้าไม่ถึง

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจะเป็นสิ่งจำเป็นในโลกยุคปัจจุบัน เพราะเป็นการประกันความเป็นธรรมและโอกาสในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ประเทศไทยข้อมูลที่มีความเฉพาะต่อผู้สูงอายุในระดับประชาชนและที่ประชาชนเข้าถึงง่ายยังมีการดำเนินการค่อนข้างน้อย มีเฉพาะข้อมูลทางวิชาการที่สื่อสารกันของนักวิชาการเท่านั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนา และสิ่งที่ควรจะมีอย่างยิ่ง คือเวทีสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะสื่อสารได้อย่างสะดวก ในอนาคตจะเกิดช่องว่างในการสื่อสารจากการรุดหน้าอย่างมากของเทคโนโลยีการสื่อสาร รัฐต้องพิจารณาความจำกัดการเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุ และควรส่งเสริมให้องค์กรให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับการบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคมที่หลากหลาย และเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแบบครอบคลุมทั้งหมดในจุดเดียว

ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอการสร้างหลักประกันว่า หลักประกันสำหรับผู้สูงอายุต้องมีมาตรการหลายอย่างประกอบกัน นอกจากการประกันสุขภาพแล้วต้องมี ประกันสุขภาพ กองทุนสวัสดิการต่างๆ การลดหย่อนภาษี และอื่นๆ

“หลักประกันไม่ใช่เพียงประกันสุขภาพ (30 บาท) เท่านั้น แม้ส่วนนี้จะเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นแต่ยังมีส่วนอื่น ๆ อีกด้วย เช่น ประกันสุขภาพ... การประกันสุขภาพ เป็นสิ่งที่จะเสริมความมั่นคงของสังคมได้มากที่สุด เพราะตอนแรกมีหลักประกันแล้ว คนก็จะไม่กลัว... ต่างประเทศเขาจะเก็บจากภาษี... เช่น คนประเทศญี่ปุ่นจะถูกเก็บภาษีใน อัตราที่เท่ากัน แต่ละคนจะจ่ายไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับอาชีพและรายได้ แต่... ทุกคนจะได้สิทธิรับบริการที่เท่าเทียมกัน สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ option พิเศษ ก็ต้องแสวงหาเอง วิธีการนี้ถือว่าเป็นความยุติธรรมของสังคมและเห็นดีด้วยเป็นอย่างมาก”⁽⁵¹⁾

หลักประกันวิธีอื่น “วิธีการจัดหลักประกันสุขภาพ ควรมีลักษณะเป็นกองทุนแยกเฉพาะผู้สูงอายุ... และรัฐออกเงินสมทบเพิ่มให้เป็นกองทุนสวัสดิการสังคม กองทุนนี้อยู่ที่ third party มีผู้จัดการมืออาชีพดูแลแยกเฉพาะผู้สูงอายุ หรืออาจจัดให้มีกองทุนพิเศษ เช่น provident fund เก็บสะสมเพิ่มสำหรับผู้ที่มีเงินขณะนี้ และอยากได้รับบริการพิเศษตอนสูงอายุ”⁽⁵¹⁾

สำหรับการลดหย่อนภาษีให้ผู้สูงอายุ “การเสียภาษีผู้สูงอายุ ควรเก็บอัตราขั้นต่ำ” และ “ภาษีนี้เราก็ขอให้บำนาญบำนาญไม่เสีย... ขอให้เกิน 70 ปีแล้วกัน”⁽⁵¹⁾

ให้สวัสดิการหรือบริการอาหารต่อผู้สูงอายุอื่นๆ ด้วย “การให้สิ่งประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การลดค่าโดยสาร... ยังน้อย... เรื่องอื่นก็ไม่ได้ประโยชน์เหมือนกับประเทศอื่น ๆ ที่เขาพัฒนาแล้ว เช่น การดูมรดก ค่าผ่านประตู ก็ไม่ได้รับการลด”⁽⁵¹⁾ และอาจต้องมีมาตรการด้านการศึกษาเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุ “มหาวิทยาลัยสามารถเอาใจใส่ตรงนี้มีระเบียบ มีประกาศที่จะลดค่า tuition fee ค่าเล่าเรียนให้ผู้สูงอายุได้”⁽⁵¹⁾

การสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ทุกประเทศปรารถนา แต่การสร้างหลักประกันต้องดึงทรัพยากรบางส่วนมาเพื่อการนี้ เมื่อสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ภาวะดังกล่าวจะสูงตาม การวางระบบที่ดีจะสามารถรองรับภาวะดังกล่าว การสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งเดียวกับการสร้างหลักประกันความมั่นคงทางสังคมของผู้สูงอายุ ต้องถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นหน้าที่ของบุคคลโดยการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชนและรัฐ

การสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเงินของประเทศในปัจจุบัน จำเป็นที่บุคคลและครอบครัวต้องช่วยตัวเองก่อน ต้องมีการวางแผนเรื่องการออม หรือเข้าร่วมโครงการประกันต่าง ๆ เพื่อชีวิตในอนาคต รู้จักพัฒนาสุขภาพของตนเอง เพื่อยืดเวลาการทำงานและดำรงชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพา และภาครัฐเองจะต้องคำนึงถึงสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงจะได้รับจากรัฐ การจัดระบบการคลังด้านสุขภาพและระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุยังจำเป็นต้องพัฒนาต่อไป เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน การดำเนินงานที่ผ่านมาตอบสนองหลักประกันได้บางส่วน แต่ยังไม่ครอบคลุมแนวคิดหลักทั้งหมด ที่แทบจะไม่ปรากฏและต้องเร่งสร้าง คือ การสร้างหลักประกันที่จะสนองตอบต่อแนวคิด เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุที่มีคุณภาพตั้งแต่วัยต้นของชีวิต เนื่องจากการดำเนินงานปัจจุบันมีเฉพาะที่จัดให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุเท่านั้น แต่ยังไม่มีการดำเนินการสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยเริ่มต้น

หลักประกันที่ดีกว่าดีและมีปรากฏ เช่น หลักประกันด้านสุขภาพ ก็ยังมีความอ่อนด้อยในเรื่องความครอบคลุมในมิติการบริการ เช่น การขาดประกันด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาฟื้นฟู ในวัยต้นและก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และการกระจายของการบริการยังไม่ครอบคลุม กระจุกในสถาบันมากกว่าในชุมชน หลักประกันด้านการเงินในสภาพของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีการขอมต่ำ ผนวกกับวิกฤตการเงินของประเทศที่เป็นอยู่ จำเป็นต้องรีบพัฒนาหลักประกันด้านนี้อย่างเร่งด่วนเพื่อลดผลกระทบในอนาคตอันใกล้ การดำเนินการหลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ยังไม่เพียงพอที่จะเป็นหลักประกันว่าจะมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมยามสูงอายุ และที่แทบจะไม่มีภาพเลยคือ การส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทั้งในและนอกบ้านให้เหมาะสมและเกื้อกูลให้สามารถดำเนินชีวิตในบ้านและสังคมอย่างมีคุณภาพ สำหรับหลักประกันด้านอื่นๆ เช่น หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน หลักประกันด้านผู้ดูแล หลักประกันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แม้จะเป็นมิติหลักประกันใหม่ที่ยังไม่คุ้นเคยหรืออาจมีการดำเนินงานอยู่อย่างประปราย ก็ยังมีความจำเป็นต้องสร้างหรือพัฒนาขึ้น หรือดำเนินการให้เป็นรูปธรรมเพื่อให้เป็นหลักประกันที่ประกันได้ว่าผู้สูงอายุไทยในอนาคตจะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิต

บทที่ 3

สรุปบทเรียนรู้และข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

สรุปบทเรียนรู้

1. ภาพสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย: แนวโน้มวิกฤตและทุกขภาวะเพิ่มขึ้น
2. กลไกขับเคลื่อนไทยยังขาดประสิทธิภาพ
3. ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ
4. หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์

1. แนวคิดหลักของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
2. ระบบบริการ(เฉพาะทาง)สำหรับผู้สูงอายุ และระบบบริการการดูแลระยะยาว
 - 2.1 ระบบบริการสุขภาพ(เฉพาะทาง)สำหรับผู้สูงอายุ
 - 2.2 ระบบบริการการดูแลระยะยาว
3. รูปแบบของระบบบริการสุขภาพ(เฉพาะทาง)สำหรับผู้สูงอายุ
 - 3.1 เป็นบริการรวมในระบบบริการสุขภาพหลัก(ทั่วไป) สำหรับคนทุกวัย
 - 3.2 เป็นบริการแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ รวมบริการการดูแลระยะยาว
4. แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.1 การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่รวมกับระบบบริการสุขภาพหลัก(ทั่วไป)
 - 4.2 หน่วยบริการผู้สูงอายุ (Aged care unit)
 - 4.3 แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และบริการการดูแลระยะยาว
5. กรอบมาตรฐานการบริการสุขภาพและการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
6. ชุมบริการและประกันสุขภาพหลักสำหรับผู้สูงอายุ
 - 6.1 ชุมบริการตรวจสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพ
 - 6.2 ชุมบริการสุขภาพและประกันการดูแลระยะยาว
 - 6.3 ชุมบริการอื่นตามมิติต่างๆ
7. การควบคุมคุณภาพสถานบริการและการบริการผู้สูงอายุ
8. กำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
9. การเงินการคลังด้านสุขภาพ
10. องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

✓ ทิศทางสู่ความสำเร็จ

สรุปบทเรียนรู้

ระบบบริการสุขภาพไทยที่มีอยู่พร้อมรับภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุแล้วหรือยัง และผู้สูงอายุไทยมีหลักประกันยามชราภาพเพียงพอที่จะอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีในโลกปัจจุบันและอนาคตหรือไม่ คนไทยและประเทศไทยจะต้องเริ่มทำอะไรและอย่างไรจึงจะทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่ทันตั้งตัวนี้ จะต้องปฏิรูประบบบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างไรเพื่อเตรียมพร้อมรับวิกฤตการณ์ผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ สรุปบทเรียนรู้ของคำถามเหล่านี้นำมาสู่ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

1. ภาพสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย: แนวโน้มวิกฤตและทุกข์ภาวะเพิ่มขึ้น

- **ภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุ** บทเรียนรู้จากประเทศไทยและต่างประเทศที่ศึกษา สอนให้รู้ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วในอีก 20-30 ปีข้างหน้าแน่นอน ซึ่งสถานการณ์จะคล้ายคลึงกับประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่นในปัจจุบันที่กำลังประสบกับภาวะนี้ และเมื่อถึงปี ค.ศ. 2030 ทุกประเทศจะมีวิกฤตประชากรสูงอายุมากขึ้น โดยที่ญี่ปุ่นและอังกฤษจะมีวิกฤตสูงสุด สำหรับประเทศไทยคาดว่าวิกฤตจะรุนแรงมากกว่าประเทศอื่น ๆ เพราะประเทศเพิ่งจะเริ่มดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพแห่งชาติ และเริ่มสร้างหลักประกันสังคมในวัยทำงาน ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุล่วงหน้าไปมากแล้ว ซึ่งหากพิจารณาโดยใช้บทเรียนเดิมที่งานผู้สูงอายุไทยมีพัฒนาการอย่างเชื่องช้า ใช้เวลานานกว่า 50 ปี ร่วมด้วยแล้ว ดูเหมือนวาระแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุไทยจะยังอยู่ไกลและคงต้องรอคอยอย่างยาวนาน ถ้าหากประเทศไม่ให้ความสำคัญและรีบเร่งดำเนินการตั้งแต่บัดนี้ไป

- **ภาพความสุขและความทุกข์ของผู้สูงอายุไทย** ที่ผ่านมามีพบว่า ผู้สูงอายุ ครอบครัวยุค และสังคมมีทุกข์จากอคติต่อความชรา (agism) ทั้งแบบแอบแฝงและโจ่งแจ้งซึ่งคล้ายคลึงกับทุกประเทศ ความมีอคติทำให้ไม่ตระหนักถึงศักยภาพหรือพลังภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่มีอยู่และไม่นำมาใช้ให้เป็นประโยชน์อย่างจริงจัง ปรากฏหลักฐานการให้ความสนใจพัฒนาพลัง (active aging) ผู้สูงอายุไทยเพียงไม่นานนี้ แต่ก็ล่าช้ากว่าประเทศอื่น

- **ผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ** มีอายุยืนยาวขึ้นและเพศหญิงเด่น ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ทั้งครอบครัวขนาดใหญ่และเล็ก แต่ในอนาคตการอยู่กับครอบครัวจะลดลง การอยู่ลำพังและในสถาบันจะเพิ่มขึ้นแต่ก็ยังน้อยกว่าต่างประเทศ และแม้ว่าผู้สูงอายุไทยจะได้รับการเกื้อหนุนด้านต่างๆ จากครอบครัว แต่ก็ยังมีฐานะยากจนมากและต้องทำงานเพื่อหารายได้ ส่วนประเทศอื่นๆ มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่ามากแม้จะมีผู้ยากจนอยู่บ้าง ภาพความแตกต่างของผู้สูงอายุเช่นนี้ พึงใช้พิจารณาในการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุไทย

- **ภาพสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต** ที่รวมความทุกข์กาย ทุกข์ใจ ทุกข์จากสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ขยายอย่างชัดเจนเมื่อภาวะประชากรสูงอายุของประเทศทวีจำนวนขึ้น ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพที่มีอยู่ เน้นแต่การศึกษาทุกข์กาย คือ ความเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา ภาวะสมองเสื่อม แต่อ่อนด้อยด้าน ความต้องการ สวัสดิภาพ ความปลอดภัยและความมั่นคงของผู้สูงอายุ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุและครอบครัว มิตติจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะระยะสุดท้ายของชีวิต และไม่ปรากฏการศึกษาสุขภาพในมุมมองความเป็นเพศชายและหญิง (gender)

- **ทุกข์กาย** ผู้สูงอายุไทยบอกว่าตนเองว่ามีสุขภาพดีดีมาก พฤติกรรมเสี่ยงลดลงบ้างแต่ยังมีสูง โดยเฉพาะชายยังสูบบุหรี่และดื่มสุรามาก ผู้สูงอายุไทยมีภาวะโรคเรื้อรังสูง ภัยสามประการที่เป็นเหตุการณ์เสียชีวิตคล้ายคลึงกับทุกประเทศ ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง และมีความเจ็บป่วยที่สำคัญ 4 อย่าง คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุ และ ไขมันในเลือดสูง และทุกข์ที่แท้จริงคือการมีภาวะทุพพลภาพ อันมีทั้งระยะสั้นและระยะยาวและคาดว่าจะมีการระบาดในอนาคต ซึ่งเป็นสัญญาณว่าความต้องการบริการการดูแลระยะยาวและบุคลากรผู้ดูแลจะเพิ่มมากขึ้นอย่างแน่นอน

- **ทุกข์ทางใจและทุกข์ทางสังคม** ผู้สูงอายุไทยมีทุกข์ คือเหงาและซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่า มีความยากไร้ ภาวะครอบครัว (ปัญหาการทารุณกรรมที่แฝงอยู่) และการขาดหลักประกันความมั่นคงทางสังคมด้านต่างๆ ในยามสูงอายุ แต่ยังมีชีวิตที่มีครอบครัวเกื้อหนุนโดยเฉพาะคู่สมรสและบุตรสาว บทเรียนรู้ให้ภาพผู้สูงอายุญี่ปุ่นที่ทุกชนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงชัดเจนเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุและความรวดเร็วของการผันแปรทางสังคมวัฒนธรรม ไม่เพียงเท่านั้นภาวะวิกฤตประชากรสูงอายวยังกระทบความผาสุกของสังคม ทำให้กลุ่มวัยแรงงานของญี่ปุ่นและสังคมยุโรปต่างวิตกกังวลและกลัว ต่อการต้องแบกรับภาระการจ่ายภาษีหรือการเลี้ยงดูบิดามารดาชราภาพ ด้วยวิถีชีวิตยังต้องต่อสู้เพื่อตนเองและครอบครัวใหม่ ไม่เอื้ออำนวยต่อภาระที่ต้องแบกรับ และทุกข์นี้เป็นเหตุให้เกิดความริ้วรานในครอบครัวในประเทศดังกล่าวขึ้นแล้ว คำถามสำหรับผู้สูงอายุไทยคือ จะเกิดอะไรขึ้นถ้าเหตุการณ์ดังกล่าวปรากฏในสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นเสาหลักของสังคมไทย และจะอย่างไรจึงจะไม่เกิดประวัติศาสตร์ซ้ำรอยกับประเทศเพื่อนบ้านของเรา

2. กลไกขับเคลื่อนไทยยังขาดประสิทธิภาพ

- ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา หรือ กลไกการเมือง กลไกวิชาการ และกลไกสังคม ซึ่งเป็นกลไกขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย ยังขาดเอกภาพขาดพลังในการขับเคลื่อน และขาดการเชื่อมโยงงานที่มีประสิทธิภาพ กลไกวิชาการ ดูจะเป็นกลไกเดียวที่เป็นจุดแข็ง ที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในงานด้านผู้สูงอายุหลายๆ ด้าน เช่น การมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และการสร้างความรู้มากมาย แต่พลังไม่เข้มแข็งพอที่จะเขยื้อนภูเขาได้ กลไกการเมือง การขับเคลื่อนยังขาดการตระหนักความสำคัญของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง งานจึงฝากหรือแฝงในงานอื่น แม้มีความสำเร็จในการดึงนักการเมืองเข้ามาร่วมรับรองปฏิญญาผู้สูงอายุไทย แต่จากบทเรียนทำให้รู้ว่า ความสำเร็จในงานต้องใช้เวลาที่ยาวนาน เช่น การผ่านร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ผู้นำด้านผู้สูงอายุไทยพยายามผลักดันอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 8 ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537) แล้วยังไม่สำเร็จ ส่วนการขับเคลื่อนกฎหมายและนโยบายสำคัญด้านอื่นๆ แม้จะมีความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจโดยเฉพาะในช่วง 10-20 ปีหลังนี้ แต่ยังคงชะงักงันในการนำไปสู่ปฏิบัติ กลไกสังคม โดยองค์กรหลักของรัฐ ร่วมกับเอกชน และประชาชน หลักฐานที่มีชี้ว่า กลไกนี้ยังขับเคลื่อนได้อย่างเชื่องช้าและขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังทำงานแบบแยกส่วนและใช้แนวคิดสงเคราะห์เป็นหลัก ขาดแนวคิดพัฒนาผู้สูงอายุ ทำไปแล้วผู้สูงอายุกลับตกอยู่ในภาวะรอคอยการพึ่งพาจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ

กลไกหลักทั้งสาม ไม่สามารถเขยื้อนภูเขาได้ เพราะขับเคลื่อนไม่พร้อมเพรียงกัน ขาดการเชื่อมโยงประสานและรวมพลังทำให้ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่สามารถแก้ทุกข์และสร้างสุขให้กับผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ผู้สูงอายุยังคงไร้หลักประกันความมั่นคงในการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะทั้งในปัจจุบันและในอนาคต การฝ่าทางตันนี้คือ ต้องมีกลไกกลาง ที่มีพลังเร่งให้งานด้านผู้สูงอายุเกิดเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ซึ่งต้องฝากความหวังที่รัฐมนตรีที่

รับผิดชอบ คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสน.) ที่ต้องพิสูจน์ตนเองว่าจะเป็นศูนย์ประสานกลไกขับเคลื่อนทั้งสาม ให้เกิดพลังที่เข้มแข็งได้เพียงใด

- บทเรียนจากประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ชี้ให้เห็นว่าต้องมีการขับเคลื่อนสามเหลี่ยมทุกด้าน โดยมีกลไกการเมือง (รัฐบาล) เป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ประเทศญี่ปุ่นมีกลไกของหน่วยงานภาครัฐที่เข้มแข็งและมีระบบเชื่อมต่อครบวงจรเป็นกลไกหลักที่สำคัญทำให้เกิดการขับเคลื่อนได้รวดเร็วทันการณ์ ประเทศสิงคโปร์ดูเหมือนว่ากลไกกลางคือ Inter-Ministerial Committee (IMC) on the aging population จะเป็นกลไกหลักที่สำคัญ โดยร่วมกับกลไกอื่นที่เข้มแข็งทำงานด้านผู้สูงอายุขับเคลื่อนได้เร็ว สำหรับประเทศไทยผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันว่าต้องการกลไกกลางที่มีประสิทธิภาพ ที่จะทำให้อนโยบายและแผนงานที่มีอยู่นำสู่การปฏิบัติได้จริง

3. ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ

- แนวคิดหลัก การจัดระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของทุกประเทศที่ศึกษา ล้วนได้รับอิทธิพลจากกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ด้วยแนวคิดที่ว่า “สุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน” ประกอบกับกลุ่มผู้สูงอายุมักจะถูกจัดไว้ในกลุ่มด้อยโอกาส ทำให้รัฐมีนโยบายด้านบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ แบบรัฐอุปถัมภ์หรือแบบสวัสดิการสูง (Welfare state) ก่อให้เกิดจุดอ่อนด้านการเงินการคลัง รัฐมีภาระด้านค่าใช้จ่ายเพื่อการสวัสดิการสูงเคราะห์มาก และจะกลายเป็นภาระหนักแก่ชาติในอนาคต นอกจากนี้แนวคิดการสงเคราะห์ยังสร้างทัศนคติการพึ่งพา โดยทำให้ประชาชนเรียนรู้ที่จะพึ่งพารัฐมากกว่าพึ่งตนเอง การปฏิรูปแนวคิดด้านสุขภาพที่เน้นว่า สุขภาพนอกจากจะเป็นสิทธิแล้ว ประชาชนยังมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวยุคใหม่และสังคมด้วย โดยมีรัฐเป็นผู้เกื้อหนุน ทำให้มีการปรับนโยบายรัฐเป็นแบบ รัฐสวัสดิการปานกลาง (Welfare mixed) มีระบบการเงินการคลังแบบกองทุนที่มีหลักการร่วมจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีนโยบายปรับบทบาทรัฐบาล อำนาจนิยม-อุปถัมภ์มากขึ้น มีการกระจายอำนาจและบทบาทด้านสุขภาพสู่ภาคประชาชนมากขึ้น เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้

- ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุรวมอยู่กับระบบบริการสุขภาพทั่วไปที่กำลังอยู่ระหว่างการปฏิรูป ยังไม่มีระบบบริการหรือกรอบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยยังไม่ตระหนักถึงภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุมากเท่ากับประเทศอื่นๆ อย่างไรก็ตามในระหว่างการปฏิรูปควรจะต้องถือโอกาสนี้พัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุควบคู่กันไปด้วย ในประเทศที่ศึกษามีเพียงประเทศออสเตรเลียและญี่ปุ่น ที่มีระบบการดูแลเฉพาะทางแยกชัดเจนจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ส่วนประเทศอื่นๆ แม้จะรวมในระบบเดียวกัน แต่ก็มี การเชื่อมต่อกันของบริการทั่วไปและสำหรับผู้สูงอายุ

- ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและความจำเป็นของระบบบริการ ประเทศไทยยังไม่เผชิญภาวะวิกฤตผู้สูงอายุเช่นประเทศอื่นๆ จึงยังไม่มีตัวเร่งเพื่อการจัดระบบสุขภาพเฉพาะทาง ที่รองรับปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ แม้บริการเฉพาะทางสูงอายุนี้อาจมีความจำเป็นทั้งในปัจจุบันและในอนาคต แต่รัฐจำเป็นต้องเร่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับบุคคลทุกวัยก่อน ด้วยประชาชนไทยยังคงขาดหลักประกันด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน แม้ว่าการมีระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุจะยังไม่ใช้ความสำคัญในระดับต้นๆ ในขณะนี้ แต่ควรต้องเริ่มเตรียมการต่างๆ ตั้งแต่วันนี้

เพราะในอนาคตอันใกล้ 20-30 ปีจะมีความจำเป็นต้องการระบบบริการเฉพาะทางหรือบริการที่มีความจำเพาะสูงขึ้นอย่างแน่นอน

- **บริการสุขภาพ(เฉพาะทาง)สำหรับผู้สูงอายุของไทยที่มีอยู่** ประเมินว่ายังไม่เข้มข้น กระจุกไม่กระจาย แม้จะเป็นบริการแบบให้เปล่า ประชาชนก็ยังเข้าไม่ถึงด้วยมีข้อจำกัดด้านต่างๆ บริการยังแยกส่วนเป็นบริการสุขภาพและบริการสังคมตามหน่วยงานที่สังกัดคล้ายคลึงกับประเทศอังกฤษ ซึ่งในความเป็นจริงบริการทั้งสองไม่สามารถแยกจากกันได้ชัดเจน ประเทศอังกฤษแก้จุดนี้โดยการจัดทำกรอบมาตรฐานบริการสำหรับผู้สูงอายุ มีการผสมผสานบริการสุขภาพและสังคม ตามปัญหาด้านคลินิกและตามความต้องการของผู้สูงอายุ

- **บริการสุขภาพของรัฐในประเทศไทย** ยังเน้นการดูแลในสถาบันมากกว่าชุมชน เน้นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และบริการแบบเฉียบพลัน ยังขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรัง บริการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ **บริการสุขภาพของเอกชน** มีการขยายตัวด้านการดูแลระยะยาวในสถาบัน การผลิตและให้บริการผู้ดูแลที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่มที่มีเพิ่มขึ้น และมีการขยายธุรกิจบริการสุขภาพระยะยาว (long stay) แก่ผู้สูงอายุชาวต่างประเทศ

- **บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน** อาศัยพลังของการปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในสถาบันของรัฐและเอกชน ทำให้มีการขยายการดูแลที่บ้านและในชุมชนครอบคลุมประชากรกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัจจุบันกำลังมีการพัฒนาชุดบริการสุขภาพหลักทั้งในสถาบัน ที่บ้านและในชุมชน ของระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

- **บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์** แม้จะใช้งบประมาณสูง แต่ยังไม่เพียงพอและยังไม่ถึงผู้จำเป็นอย่างแท้จริง ด้วยขาดงบประมาณ ขาดระบบการประเมินและเครื่องมือการคัดกรองที่เหมาะสม ไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพระดับมากได้ ด้วยเกินขีดความสามารถบุคลากรทางสังคมทำให้คุณภาพการบริการอ่อนด้อยลง แม้ว่าบริการสังคมภาคเอกชนทั้งแบบสงเคราะห์และเชิงธุรกิจจะช่วยลดความไม่เพียงพอของภาครัฐ โดยขยายตัวมากขึ้น แต่ยังขาดการสนับสนุนและจัดระบบคุณภาพและมาตรฐานที่ควบคู่ไปด้วย ซึ่งเป็นปัญหาของทั้งภาครัฐและเอกชน

- **ด้านการพัฒนาผู้สูงอายุ** การรวมกลุ่มและจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ แม้จะมีกิจกรรมเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพ แต่กิจกรรมการพัฒนาองค์กรให้เข้มแข็งยังมีน้อยเพราะยังมีแนวคิดพึ่งพาสูง องค์กรด้านผู้สูงอายุ กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาให้เข้มแข็ง ซึ่งต้องปรับแนวคิดและพัฒนาทักษะให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อสังคมยิ่งขึ้น

- ✓ • **ด้านบุคลากรผู้ดูแล** สังคมไทยสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเครือญาติ ยังเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว แต่สังคมต้องการการพลิกฟื้นค่านิยมการให้ความเคารพผู้อาวุโส พร้อมๆ ไปกับสร้างจิตสำนึกให้ผู้อาวุโส ทำตัวให้มีประโยชน์ และดำรงความเป็นบุคคลที่พึ่งยกย่อง ต้องส่งเสริมการอยู่ร่วมกันระหว่างวัยและการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในครอบครัว และให้การสนับสนุนเพื่อการคงอยู่ของการดูแลโดยครอบครัว-เครือญาติ แต่ในภาวะที่ความต้องการผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รัฐต้องเตรียมการผู้ดูแล เช่น เตรียมบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมระยะสั้น และบุคลากรวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น เพื่อเสริมแรงหรือทดแทนครอบครัว สถานการณ์เช่นนี้ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวปรับเปลี่ยนจากความผูกพันในครอบครัวเป็น-การดูแลตามหน้าที่ใน

เชิงธุรกิจมากขึ้น และในปัจจุบันยังไม่มีกำหนดหลักสูตร ขอบเขตความรับผิดชอบ การควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานของบริการโดยบุคลากรระดับต่างๆ อย่างชัดเจน

- บทเรียนรับอ้อมว่ามีการปฏิรูประบบบริการผู้สูงอายุในประเทศที่มีวิกฤตของประชากรสูงอายุ โดยปรับเปลี่ยนระบบการดูแลจากสถาบันสู่บ้านและในชุมชนมากขึ้นมีการปฏิรูปการดูแลในสถาบันจากที่แยกส่วน และมีข้อครหาด้านคุณภาพและการเข้าถึงให้เป็นระบบเดียวกัน มีการเชื่อมต่อและจัดแบ่งระดับและขีดความสามารถในการบริการ พร้อมสร้างระบบประเมิน ระบบมาตรฐานและคุณภาพที่เหมาะสม ควบคู่กับนโยบายสร้างวัฒนพลงของผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยแนวคิดเช่นนี้บางส่วนปรากฏในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

- บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่แอบแฝงอยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น วัด เรือนจำ องค์กรการกุศล และอื่นๆ จึงควรศึกษาภาพความเป็นอยู่ของประชากรสูงอายุทุกแหล่ง เพื่อความครอบคลุมและทั่วถึง ของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

4. หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- แนวคิดของหลักประกันสุขภาพไทยพัฒนาสู่หลักประกันความมั่นคงทางสังคม คล้ายคลึงกับประเทศต่าง ๆ ที่ศึกษา คือ มีการปรับจาก ระบบสงเคราะห์ (ให้ฟรี-ได้เปล่า) สู่ ระบบความมั่นคงทางสังคม ประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ใช้นโยบายทางสายกลาง คือระบบกึ่งสวัสดิการ (โดยให้พึ่งตนเองและร่วมจ่าย) มี ยุทธศาสตร์การเงินการคลังแบบกองทุนรวมหรือกองทุนหลักประกันด้านต่าง ๆ มีสัดส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน เช่น วิธีการออมหรือจ่ายเงินเข้าบัญชีกองทุน และจากภาษีโดยรัฐสนับสนุน มีการประกันความมั่นคงโดยการให้ผลประโยชน์ตอบแทนเป็นบริการ (in kind) หรือเป็นรายได้ (in cash)

- หลักประกันด้านสุขภาพ แม้ผู้สูงอายุจะมีหลักประกันด้านสุขภาพดี แต่ยังขาดหลักประกันเฉพาะทางที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามที่สูงอายุมากและต้องพึ่งพาผู้อื่น หรืออีกนัยหนึ่งขาดหลักประกันด้านการดูแลระยะยาว หลักประกันด้านรายได้ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุและไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี และยังไม่มีการเตรียมพร้อมตั้งแต่วัยต้น หลักประกันด้านการทำงาน เพิ่งเริ่มมีการให้ความสนใจการสร้างอาชีพสำหรับผู้สูงอายุและการทำงานต่อเนื่องโดยการยืดอายุเกษียณหรือการขยายการจ้างงานออกไปในบางกลุ่มในขณะที่มีนโยบายเกษียณก่อนกำหนดด้วยแต่ก็เป็นสัดส่วนที่น้อยมาก หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ยังไม่เพียงพอเหมาะสมและไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน ผู้สูงอายุไทยยังขาดความปลอดภัยและสวัสดิภาพในการดำรงอยู่ในสังคมอยู่มาก หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุยังขาดข้อมูลและเข้าถึงไม่ถึงข้อมูลด้านบริการต่างๆ ที่จำเป็น ทำให้ขาดโอกาสในการได้รับบริการตามสิทธิหรือการพัฒนา หลักประกันด้านผู้ดูแลและการสนับสนุนครอบครัว แม้จะมีการขยายตัวด้านการผลิตบุคลากรผู้ดูแลตามความจำเป็นของครอบครัวและสังคม แต่ยังไม่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการอยู่ที่บ้านและในชุมชนของตน นอกจากนี้การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ทำให้บุคลากรที่ต้องรับภาระนี้เกิดภาวะเครียด

ข้อเสนอระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย จะต้องเร่งพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่รวมหรือสอดแทรกในระบบบริการสุขภาพหลัก(ทั่วไป)ของประเทศ

ควบคู่กับการสร้างระบบบริการสุขภาพ(เฉพาะทาง)สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ทันกับภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุไทยที่จะเพิ่มเป็นทวีคูณใน 20-30 ปีข้างหน้า โดยมีข้อเสนอด้านการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ดังที่นำเสนอต่อไป แต่สิ่งสำคัญของงานด้านผู้สูงอายุอยู่ที่ความเข้มแข็งแห่งความสำเร็จ ที่จะทำให้การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุไทยเข้มแข็งและบังเกิดผลจริง

ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ มีองค์ประกอบหลักดังนี้

1. แนวคิดหลักของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- บริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทุกคนควรจะได้รับ
- เน้นแนวคิดการพัฒนา มากกว่าการสงเคราะห์ มุ่งสร้างงาน สร้างรายได้
- เน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมและเกื้อหนุนของครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนโดยรัฐ
- เน้นการมีส่วนร่วมกิจกรรมของคนหลายวัย (intergeneration)
- มุ่งสร้างสุขภาพองค์รวมควบคู่กับการสร้างความมั่นคงทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- สร้างวัฒนธรรม และสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพ
- เน้นบริการสุขภาพเชิงรุกมากกว่ารับ
- ผสมผสานและบูรณาการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม
- ต้องครบวงจรชีวิตของความสูงอายุและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว
- มีความหลากหลาย ครอบคลุม-เข้าถึงได้ง่าย มีคุณภาพ-ประสิทธิภาพ เป็นธรรม
- การดูแลระยะยาวเน้นการดูแลที่บ้าน และชุมชนเป็นหลัก และขยายบริการในสถาบันตามจำเป็น
- ให้บริการโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการดูแล
- ต้องคงไว้ซึ่งสิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า และการให้ความเคารพผู้สูงอายุ
- มีการปกป้อง พิทักษ์สิทธิ แม้ในระยะต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต
- มีบริการเสริมเพื่อเป็นทางเลือกกับผู้ที่สามารถจ่าย

2. ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ และระบบบริการการดูแลระยะยาว

2.1 ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ

- เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ที่รวมบริการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง วัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้จนถึงในภาวะที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้
- มีกรอบมาตรฐานการบริการที่สะท้อนปัญหาทางคลินิก สุขภาวะทางสังคม และการพัฒนาผู้สูงอายุ (รายละเอียดข้อ 5)
- การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในระบบ อาจเป็นบริการที่รวมหรือแยกจากระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป) เป็นบริการที่เชื่อมต่อระหว่างสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน เป็นบริการดูแลทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังในสถาบัน บริการระยะปรับเปลี่ยน บริการฟื้นฟูสภาพ บริการดูแลระยะสุดท้าย บริการดูแลที่บ้าน และบริการสนับสนุนในชุมชนต่างๆ
- การบริการต้องกระทำโดยบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดีและมีความไวต่อผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 ระบบบริการการดูแลระยะยาว

- ระบบบริการการดูแลระยะยาว เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งในสถาบัน ที่บ้านและในชุมชน (บริการนี้อาจรวมกับระบบบริการสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลระยะยาว)
- บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน และมีการรับรองโดยองค์กรวิชาชีพ หรือองค์กรด้านผู้สูงอายุที่มีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน

3. รูปแบบของระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ

มีแนวทางที่เป็นไปได้ 2 แนวทาง คือ

3.1 เป็นบริการรวมในระบบบริการสุขภาพหลัก(ทั่วไป) สำหรับคนทุกวัย

- เป็นระบบที่มีบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสอดแทรกและ/หรือเชื่อมต่อเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป) ทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยมภูมิ และตติยมภูมิ ทั้งในและนอกสถาบัน
- มีหน่วยบริการผู้สูงอายุ (aged care unit) หรือศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ เป็นจุดเชื่อมต่อที่ให้บริการแบบเอนกประสงค์ด้านข้อมูลข่าวสารและการจัดชุดบริการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ที่ให้บริการ ณ จุดบริการเดียว (one stop service) อย่างครบวงจร โดยมีหน่วยบริการและบริการรวมหรือสอดแทรกเป็นส่วนหนึ่งในสถานบริการรัฐและเอกชนทุกระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ-ทติยมภูมิ-ตติยมภูมิ อย่างต่อเนื่องจากสถาบันถึงบ้าน

3.2 เป็นบริการแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ รวมบริการการดูแลระยะยาว

- บริการแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เป็นระบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ ที่แยกจากระบบบริการสุขภาพหลัก(ทั่วไป)ของคนทุกวัย เป็นบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (รวมบริการการดูแลระยะยาว)
- บริการการดูแลระยะยาว เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและมีความต้องการการดูแลระยะยาว เชื่อมต่อกันทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน

4. แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

4.1 การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่รวมกับระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป)

- มีมาตรฐานบริการที่เหมาะสมและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (aging friendly standard) (กรอบ) ในสถานบริการทั้งบริการสุขภาพและสังคมทุกแห่งและทุกระดับ
- การจัดบริการสุขภาพ ควรมีชุดบริการสุขภาพหลักหรือโปรแกรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยที่ชุดหรือโปรแกรมบริการ ต้องมีความหลากหลาย แต่ผสมผสานหรือบูรณาการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เช่น บูรณาการงานหน่วยงานสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ เทศบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในส่วนกลาง ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่นเข้าด้วยกัน อีกทั้งต้องเป็นชุดบริการที่เน้นทั้งการสร้าง/พลิกฟื้นสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา-ซ่อมและฟื้นฟูสุขภาพ และต้องผสมผสานการบำบัดแผนปัจจุบันและบำบัดแบบพหุลักษณะเข้าด้วยกันด้วย (ตัวอย่าง)

- บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นบริการครบตามวงจรชีวิตของสูงอายุ (วัยก่อนสูงอายุ-วัยสูงอายุ-วัยสูงอายุมาก) และเหมาะสมตามเพศ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว ในแต่ละท้องถิ่น ดังนั้นจึงต้องมีชุดบริการตรวจสุขภาพรายบุคคล ที่เหมาะสมตามเพศและวัย เช่น ชุดตรวจสุขภาพสำหรับกลุ่มอายุ 40-60 ปี และกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป สำหรับชาย/หญิง ที่มีการตรวจสุขภาพแบบพื้นฐาน การคัดกรอง-ซับซ้อน-และตามปัญหาสุขภาพเฉพาะ หรือชุดสุขภาพครอบครัวผู้สูงอายุ
- เน้นบริการเชิงรุกที่เข้าถึงตัวผู้สูงอายุ มากกว่าบริการเชิงรับในสถาบัน โดยขยายบริการไปถึงบ้านและชุมชน ตามลักษณะและรูปแบบการดูแลในครอบครัว โดยมีบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งในและนอกสถาบัน
- ต้องมีจุดเชื่อมต่อบริการสุขภาพทั่วไปและบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) ผู้สูงอายุในทุกระดับการดูแล คือ มีหน่วยบริการผู้สูงอายุทั้งในระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ (ซึ่งอาจขยายครอบคลุมรวมระบบบริการสำหรับผู้พิการและทุพพลภาพที่เป็นผู้สูงอายุด้วย)

Aging friendly standard

“มาตรฐานการบริการที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ” ที่สถานบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุทุกแห่ง จะต้อง มี อาทิ

- จัดให้มี “ช่องทางพิเศษ(สำหรับผู้อาวุโส)” ในการรับบริการ หรือมีบริการการนัดหมายล่วงหน้า มีเวรระเบียนสำหรับผู้สูงอายุ
- จัดบริการ ณ จุดบริการเดียว (one stop shop) เพื่อความสะดวกและเข้าถึงบริการ เช่น การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ และบริการอื่นๆ ในบริเวณเดียวกัน
- มีโครงสร้างหน่วยบริการที่เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุ เช่น สถานที่ตั้ง สิ่งอำนวยความสะดวก ด้านสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย รถเข็น และอื่นๆ
- บุคลากรที่มีสุขภาพจะต้องมีความไวต่อความสูงอายุนในการให้บริการ หรืออาจจัดให้มีบุคลากรเฉพาะทาง เช่น แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ตามความจำเป็น
- จัดให้มี “เวลาที่ยืดหยุ่นในการให้บริการผู้สูงอายุ” เพื่อเอื้อให้ครอบครัวพาผู้สูงอายุมารับบริการได้สะดวกโดยไม่รบกวนเวลาทำงาน เช่น นอกเวลาราชการ หรือวันหยุด เป็นต้น
- มีแนวทางหรือมาตรฐานการดูแลเฉพาะทางผู้สูงอายุในทุกแผนก เช่น หอผู้ป่วยทั่วไป และหอผู้ป่วยเฉพาะทางโรคต่างๆ สถานบริการเรื้อรัง เป็นต้น
- อื่นๆ

ตัวอย่าง

ชุดบริการสุขภาพและประกันสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ประกอบด้วยบริการดังนี้ คือ

- บริการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด
- บริการเยี่ยมบ้านหรือประสานการดูแลที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) หรือ อาสาสมัครอื่นๆ
- บริการฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั้งสุขภาพและสังคม
- บริการจัดส่งผู้ดูแลให้การดูแลที่บ้าน บริการรับฝากดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือ บริการ respite care
- บริการข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มสนับสนุนในชุมชน โทรศัพท์สายด่วน อินเทอร์เน็ต หรืออื่นๆ)
- บริการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- บริการให้ยืมอุปกรณ์ติดตั้งอุปกรณ์การดูแล-เครื่องช่วยต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- บริการปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัย เพื่อการดูแลที่บ้าน
- บริการตามบ้านอื่นๆ เช่น ส่งอาหารผู้ป่วยตามบ้าน ยานพาหนะหรือผู้ดูแลรับส่งเพื่อตรวจรักษา
- อื่น ๆ

4.2 หน่วยบริการผู้สูงอายุ (Aged care unit)

- เป็นหน่วยบริการ ที่ทำหน้าที่เป็น ศูนย์เอนกประสงค์ ศูนย์กลางด้านข้อมูลข่าวสารและประสานบริการสำหรับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ การประกันสุขภาพ บริการสุขภาพและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้คำปรึกษา แนะนำแหล่งบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เป็นตัวแทนพิทักษ์สิทธิ์ และอื่นๆ
- อาจทำหน้าที่เป็น ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการศึกษา วิจัย การจัดการบริการและการประสานเครือข่ายเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน
- บุคลากรในหน่วยบริการผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย บุคลากรด้านผู้สูงอายุระดับต่างๆตามความจำเป็นของหน่วยบริการแต่ละระดับ เช่น หน่วยบริการผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ บุคลากรที่ร่วมประสานกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยนี้ อาจจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน(อสม.) หรืออาสาสมัครผู้สูงอายุ (อสผ.) ที่ผ่านการฝึกอบรมโดยองค์กรต่างๆ ด้านผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานหลักสูตรที่กำหนด อาทิ เช่น สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ส่วนในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ อาจจะมีอาสาสมัครวิชาชีพด้านบริการสุขภาพและสังคม ร่วมกับอาสาสมัคร ซึ่งดำเนินการโดยองค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ

4.3 แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และบริการการดูแลระยะยาว

- ปฏิรูประบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน โดยการรวมสถานบริการดูแลระยะยาวทั้งสุขภาพและบริการสังคม เช่น หอผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล สถานพยาบาลผู้สูงอายุ

สถานสงเคราะห์ บ้านพักผู้สูงอายุ หรืออื่นๆ รวมเป็นระบบเดียวกัน และกำหนดขีดความสามารถของบริการตามประเภทระดับความมากน้อยของการดูแล เพื่อประโยชน์ในการจ่ายค่าตอบแทน การจัดสรรงบประมาณให้กับสถานบริการ การกำหนดประเภทจำนวน และคุณสมบัติบุคลากรที่ดูแล รวมถึงการจัดทำมาตรฐานการควบคุมคุณภาพของสถานบริการในแต่ละระดับที่เหมาะสมด้วย

- * • ต้องปฏิรูประบบการรับเข้าดูแลในสถาบันหรือสถานบริการดูแลระยะยาว โดยการพัฒนาระบบการประเมิน โดยสร้างเครื่องมือในการคัดกรองหรือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (geriatric health assessment) ที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคม กำหนดคุณสมบัติผู้ประเมิน ซึ่งควรเป็นสหสาขาวิชาชีพ มีการพัฒนาทีมประเมินเพื่อให้มีมาตรฐานการประเมิน ซึ่งจะทำให้การประเมินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ตรงกับความต้องการในการดูแล และคุ้มค่า
- * • บุคลากรในการดูแลระยะยาวในสถานบริการ อย่างน้อยต้องประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรม ในหลักสูตรที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน และมีจำนวนบุคลากรแต่ละประเภทในสัดส่วนที่เหมาะสม
- ✓ • บุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ต้องเป็นมืออาชีพหรือเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความเข้าใจผู้สูงอายุ หรือผ่านการฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล
- ✓ • ปรับรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน แบบผู้ปกครอง เป็นแบบองค์กรหรือครอบครัว เช่น สถานสงเคราะห์หรือบ้านพักผู้สูงอายุ ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการปกครองแบบผู้ปกครองและผู้พักอาศัยกินนอน ที่รอรับการบริจาค ให้เป็นสถานบริการที่มีการดูแลแบบองค์กรและเคารพในความเป็นบุคคล หรือในรูปแบบครอบครัว เช่น ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านกลุ่ม บ้านต่างวัย และเน้นให้มีการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้ยังประโยชน์ แก่สังคมด้วย และ/หรือมีการสร้างงานสร้างรายได้ร่วมด้วย
- ✓ • ระบบควบคุมคุณภาพการดูแลในสถาบัน ต้องมีการพัฒนามาตรฐานสถานบริการ และการบริการโดยองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานสงเคราะห์ บ้านพักคนชรา สถานพยาบาลผู้สูงอายุ การบริการผู้สูงอายุตามบ้านและในชุมชน เป็นต้น และมีองค์กรที่ตรวจสอบคุณภาพที่เป็นกลางด้วย
- ✓ • สร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยวิธีต่างๆ เช่น ส่งเสริมค่านิยมการอยู่ร่วมกันของครอบครัวหลากหลายวัยร่วมกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุ
- ✓ • สนับสนุนให้องค์กรชุมชน และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ โดยภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน
- ✓ • พัฒนาบุคลากรผู้ดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ให้มีมาตรฐานการดูแลที่เหมาะสม
- พัฒนารูปแบบอาสาสมัครและระบบสนับสนุนในชุมชนที่เหมาะสมกับท้องถิ่นให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการที่มีอยู่

- พัฒนาระบบเชื่อมต่อระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป) และระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการทางสุขภาพและสังคมทั้งของรัฐและเอกชน ตามระยะเจ็บป่วย ระยะฉุกเฉิน-เฉียบพลัน ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะพักฟื้น ระยะเรื้อรัง หรือระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยพัฒนาช่องทางด่วนที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่กำลังเจ็บเฉียบพลันเพื่อให้ได้รับการดูแลเฉพาะทางในระดับตติยภูมิ ซึ่งประเด็นนี้ควรมีการศึกษาอย่างลึกซึ้งถึงระบบที่เหมาะสมต่อไป

5. กรอบมาตรฐานการบริการสุขภาพและการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
กรอบมาตรฐานการบริการต้องครอบคลุมด้านการพัฒนาผู้สูงอายุ สะท้อนปัญหาทางคลินิก และสุขภาพทางสุขภาพและทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วย

- ลดอคติและการกีดกันต่อความสูงอายุ (age discrimination) ในการให้บริการ
- สร้างวัฒนธรรมผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมและสามารถยังประโยชน์นานที่สุด
- ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกวัย ตั้งแต่วัยต้น สูงอายุมาก จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต
- ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ สร้างสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ที่ผสมผสานบำบัดแผนปัจจุบันและแบบพหุลักษณะ จากภูมิปัญญาท้องถิ่น
- ครอบคลุมปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ครอบคลุมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ
- ครอบคลุมการบริการทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะเรื้อรัง
- สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะที่เน้นกลุ่มโรคหรือภาวะเฉพาะกลุ่มในแต่ละปี เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็ง และอื่นๆ เช่นภาวะสมองเสื่อม การหกล้มในและนอกบ้าน ที่มีปัญหาเฉพาะโรคและเพื่อแก้ไขทุกภาวะของผู้สูงอายุเป็นหลัก
- ครอบคลุมครอบครัวผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลไม่ใช่วางการ และเป็นทางการ
- พัฒนาระบบปกป้องทางสังคม และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

6. ชุดบริการและประกันสุขภาพหลักสำหรับผู้สูงอายุ

6.1 ชุดบริการตรวจสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพ

วัยก่อนวัยสูงอายุ (40-60 ปี) สำหรับชายและหญิง

วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สำหรับชายและหญิง

สำหรับครอบครัว (ที่มีผู้สูงอายุ)

6.2 ชุดบริการสุขภาพและประกันการดูแลระยะยาว

ชุดบริการสุขภาพและประกันสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน(หรือรวมครอบครัวผู้สูงอายุ)

ชุดบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัวและในชุมชน

ชุดบริการสุขภาพและประกันสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถาบันการดูแลระยะยาว (เช่น ในสถานสงเคราะห์-บ้านพักผู้สูงอายุ-สถานพยาบาลผู้สูงอายุ-สถานบริการฟื้นฟูสุขภาพ-หน่วยดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น)

ชุดบริการสุขภาพหรือโปรแกรมสุขภาพสำหรับผู้ดูแล และครอบครัว

6.3 ชุดบริการอื่นๆ ตามมิติเช่น ตามมิติสุขภาพ (สร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกัน-ฟื้นฟู-บำบัดรักษา)

ตามแหล่งที่ให้บริการ ที่บ้าน ในชุมชน และในสถาบัน (รวมสถาบันที่มีแอบแฝง เช่น มูลนิธิ วัด เรือนจำ สถานสงเคราะห์ต่างๆ) ตามระยะเจ็บป่วย (ฉุกเฉิน-เฉียบพลัน-เรื้อรัง) ภาวะทุพพลภาพและระยะท้ายของชีวิต ตามภาวะสุขภาพ กลุ่มที่ยัง active (กลุ่มเสี่ยง-กลุ่มโรค)-กลุ่มสุขภาพอ่อนแอ-กลุ่มติดเตียง หรือแบบบูรณาการอื่น ๆ เป็นต้น

7. การควบคุมคุณภาพสถานบริการและการบริการผู้สูงอายุ (มาตรา 77-80)

- รัฐต้องมีการออกกฎหมายควบคุมคุณภาพสถานบริการและการให้บริการสุขภาพและบริการสังคม ทั้งในสถาบันการดูแลเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน และเรื้อรัง ทั้งที่บ้าน และในชุมชน เช่น หอผู้ป่วยเฉียบพลัน พักฟื้นและเรื้อรังในโรงพยาบาล สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์หรือบ้านพักผู้สูงอายุ และบริการดูแลตามบ้าน รวมทั้งบริการตามชุดบริการหรืออื่นๆ เพื่อประกันว่าผู้สูงอายุจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มีจำนวนและใช้บุคลากรวิชาชีพระดับต่างๆที่เพียงพอและมีคุณสมบัติเหมาะสม
- องค์กรวิชาชีพต้องเร่งพัฒนามาตรฐานของการปฏิบัติวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ หรือแหล่งให้บริการระดับต่างๆที่เหมาะสม เพื่อแสดงออกถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติวิชาชีพอย่างมีความรู้ความสามารถและใช้ความรู้เป็นฐาน
- รัฐ หน่วยงานที่รับผิดชอบ องค์กรเอกชน และภาคประชาชน ต้องมีส่วนร่วมในระบบการควบคุมคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อปกป้องและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ

8. กำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

- รัฐโดยคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสน.) ควรจัดทำนโยบายและแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั้งผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal carer) และ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal carer) โดยความร่วมมือของภาคีด้านผู้สูงอายุทุกภาคส่วน ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานด้านผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน สมาคมสภาผู้สูงอายุฯ สมาคมหรือชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น
- กำหนดนโยบายการผลิตบุคลากรโดยครอบคลุมทั้ง ประเภทของบุคลากร จำนวน สัดส่วนต่อผู้สูงอายุ และมาตรฐานหลักสูตร ค่าตอบแทนขั้นต่ำ ระบบการรับรองและการควบคุมมาตรฐานหลักสูตรตามที่กำหนด
- ประเภทของบุคลากร ควรครอบคลุมบริการที่จำเป็นทั่วไป และบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคลากรทั่วไป และเฉพาะทางด้านพัฒนาสุขภาพและสังคม เช่น นักพัฒนาสังคม สังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครชุมชน อาสาสมัครผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร เป็นต้น
- รัฐควรมีการพัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุน ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคลากรหลักที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถทำการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น จัดให้มีศูนย์ให้คำปรึกษาและมีบริการสนับสนุนผู้ดูแล มีบริการรับฝากดูแลชั่วคราว (respite care) โดยอาสาสมัคร หรือมีบริการดูแลกลางวันในที่ทำงาน (day center) หรือให้มีโอกาสพัฒนาการศึกษาต่อในบางสายวิชาชีพได้

- องค์การวิชาชีพด้านสุขภาพและสังคม ควรจะพิจารณาบทบาทหลักสูตรการศึกษาต่างๆ ว่ามีการพัฒนาสมรรถนะผู้ศึกษา ที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ด้านผู้สูงอายุหรือไม่ เช่น ผู้ศึกษาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการพัฒนาทักษะในการสร้างวัฒนธรรม ร่วมกับการซ่อมสุขภาพหรือฟื้นฟูสุขภาพ และผู้ศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านการพัฒนาผู้สูงอายุร่วมกับการสงเคราะห์ เป็นต้น รวมทั้งพิจารณาทักษะอื่นๆ ที่จำเป็น
- การตรวจสอบ รับรอง และควบคุมสถาบันผลิต/ผู้ดำเนินธุรกิจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขององค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาคมสภาผู้สูงอายุฯ หน่วยงานกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานฯ และสภาการพยาบาลฯ ควรมีระบบการรับรองหลักสูตร ตรวจสอบ และควบคุมคุณภาพการบริการ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่ใช้บริการผู้ดูแล ที่ผลิตโดยสถาบัน โรงเรียนสอนผู้ดูแลและอื่นๆ และเพื่อคุณภาพในระบบของผู้ดูแล รวมทั้งสนับสนุนธุรกิจที่มีมาตรฐานให้ครบวงจรและดำเนินการได้
- การกำหนดนโยบายแห่งชาติในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จะต้องมีความปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งกิจกรรม งบประมาณ ระยะเวลา เป้าหมายเชิงปริมาณและคุณภาพ ผู้รับผิดชอบ และอื่นๆ ที่สำคัญ คือต้องมีเจ้าภาพของงานด้านต่างๆ ที่ชัดเจนด้วย (เท่าที่ผ่านมายังไม่มีการกำหนดทิศทางที่ชัดเจน)

9. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

- ใช้กลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมรับผิดชอบของทุกภาคส่วน ทุกระดับตามกำลังความสามารถ เช่น โดยเงินออม การประกันสุขภาพ กองทุนสุขภาพ กองทุนเพื่อผู้สูงอายุ หรือ การสนับสนุนโดยรัฐ หรืออื่นๆ
- ระดับบุคคลรัฐควรจัดให้มีเงินบำนาญที่เพียงพอต่อการยังชีพยามชราภาพ โดยมีมาตรการการออมภาคบังคับหรือระบบการสะสมเงินตั้งแต่ในวัยทำงาน
- ระดับบุคคลและครอบครัว ใช้หลักการออมเงินตั้งแต่วัยต้นและวัยทำงานเพื่อวัยสูงอายุ (ประกันชราภาพ) และกองทุนประกันสังคมจากการทำงาน (รัฐและเอกชน) เพื่อการประกันสุขภาพและการประกันการดูแลระยะยาวในวัยทำงานเพื่อการประกันชราภาพที่สามารถเกื้อกูลซึ่งกันและกันได้
- ระดับชุมชน ใช้กลไกด้านการร่วมจ่ายโดยองค์กรท้องถิ่นเป็นกลไกการบริหารจัดการ กองทุนด้านสุขภาพรวมทั้งกองทุนเพื่อผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพและสังคม
- ระดับรัฐ ใช้กลไกทางภาษีให้การสนับสนุนงบประมาณแก่ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ เท่าเทียม เข้าถึง และเป็นธรรมเพื่อผู้สูงอายุ และครอบครัว
- หลักการเงินการคลังด้านสุขภาพ ต้องเป็นไปตามกำลังความสามารถในการจ่าย ร่วมกับความสามารถคงอยู่ได้ของหน่วยให้บริการหรือสถานบริการทั้งทางสุขภาพและสังคม

10. องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

- รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดให้มีองค์กร (เช่น สำนักงานหรือหน่วยงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของสำนักงานวิจัยสุขภาพแห่งชาติ) ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการเพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทางและแผนงานการวิจัย พัฒนาชุดโครงการวิจัยด้านผู้สูงอายุของชาติ สนับสนุนงบประมาณการพัฒนาและใช้องค์ความรู้และงานวิจัยด้านผู้สูงอายุที่ครบวงจร และอย่างต่อเนื่อง
- สำนักงานหรือหน่วยงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ ควรจัดทำแผนงานหลักการวิจัยระยะยาว เพื่อติดตามสถานการณ์ ด้านแนวโน้มประชากรและวิถีชีวิตผู้สูงอายุ ภาพสุขภาพะทุกขภาวะผู้สูงอายุ การให้บริการและการใช้บริการ กำลังคนด้านสุขภาพ การสร้างและการมีหลักประกันทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย โดยมีแผนการเก็บข้อมูล กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบดำเนินการ งบประมาณ ระยะเวลาเก็บข้อมูล รายงานสถานการณ์ เป็นรายปี ราย 5 ปี และทุก 10 ปี ที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้วย
- สำนักงานหรือหน่วยงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ ควรมีศูนย์กลางบริการเครือข่ายข้อมูลสารสนเทศด้านผู้สูงอายุ ที่เชื่อมโยงในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับท้องถิ่น ระดับสถาบันหรือหน่วยงานอื่นๆ และที่สามารถเชื่อมโยงงานวิจัย และองค์ความรู้กับนานาชาติ เพื่อประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการศึกษาวิจัย การใช้และเผยแพร่ความรู้ด้านผู้สูงอายุของประเทศ
- รัฐหรือองค์กรภาคีด้านผู้สูงอายุระดับต่างๆ ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบงานวิจัยหรือระบบสารสนเทศ และข้อมูลข่าวสาร ในระดับองค์กร สถาบัน และท้องถิ่นต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- นโยบายการสนับสนุนการทำวิจัย ควรเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างสามประสาน คือ ภาควิชาการ ภาควิชาการเมือง และภาคประชาชน ทั้งในส่วนกลาง กระจายสู่ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน อันจะช่วยให้มีขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ
- นโยบายการสนับสนุนการทำวิจัย ควรมุ่งเน้นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และคนทุกวัยในสังคม เน้นการสร้างวัฒนธรรม การปกป้องทางสังคม และสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพโดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลระยะยาว รวมถึงการพัฒนารูปแบบการสร้างหลักประกันด้านรายได้และการทำงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- นโยบายการสนับสนุนการทำวิจัยที่เกี่ยวกับระบบการเกื้อหนุนของครอบครัวและผู้ดูแล ควรศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการเกื้อหนุน/การดูแล จำนวนและข้อมูลทั่วไปของผู้เกื้อหนุนผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการทั้งด้านสุขภาพและสังคม ความช่วยเหลือที่ต้องการ และรูปแบบการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม
- นโยบายการสนับสนุนการทำวิจัย ขององค์กรวิชาชีพ และสหสาขาวิชา ควรมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) ของวิชาชีพโดยใช้ความรู้เป็นฐานการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษา และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

ที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาผู้สูงอายุ และการวิจัยเพื่อพัฒนาเจตคติที่ดีของบุคลากรทุกระดับ และลดการกีดกันด้านอายุในการให้บริการ

- ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดหรือโปรแกรมบริการสุขภาพและประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินผลการให้บริการ การพัฒนาเครื่องมือประเมินด้านสุขภาพและสังคม ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว หรือเมื่อภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- ควรมีการศึกษาลักษณะและผลกระทบของนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อผู้สูงอายุในด้านการเข้าถึงบริการ ด้านคุณภาพ และประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และอื่นๆ

ทิศทางสู่ความสำเร็จ

จากประสบการณ์การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของไทย พบมีปัญหาการชะงักงันของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ แม้มักเกิดทางวิชาการจะมีพลังขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุจนเป็นผลให้มีสารสนเทศและองค์ความรู้มากมาย รวมทั้งทำให้เกิดการขับเคลื่อนกลไกสังคม คือ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุได้บ้าง แต่ก็ยังติดขัดที่กลไกการเมือง ที่ขาดการตระหนักจริงจังในปัญหาผู้สูงอายุ และมีกระบวนการที่ล่าช้าในการออกกฎหมาย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุฯ) และจากเงื่อนไขการมีกลไกกลาง (กสผ.) ที่ไม่เหมาะสม จึงขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การปฏิรูปตามโครงสร้างกระทรวงใหม่ของรัฐบาล อาจทำให้งานด้านผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาชะงักงันมากขึ้น และทำให้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติยังไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม คณะผู้ศึกษาจึงขอเสนอทิศทางการปฏิรูปสู่ความสำเร็จ ดังนี้ คือ

- การปฏิรูปตามโครงสร้างกระทรวงใหม่ของรัฐบาล ที่มีแนวโน้มการแยกกระทรวงต่างๆ คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นสามกระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะงานด้านผู้สูงอายุที่งานส่วนใหญ่สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ ที่มีประวัติการย้ายกระทรวงที่สังกัดบ่อยครั้ง ทำให้งานด้านนี้กลายเป็นงานฝากและงานแฝงอยู่ตลอดเวลา และการเปลี่ยนชื่อกระทรวงอาจทำให้งานเดิมที่กรมประชาสงเคราะห์รับผิดชอบ เช่น การดูแลบ้านพักผู้สูงอายุ ที่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังรวมอยู่ด้วย อาจไม่สอดคล้องกับภารกิจใหม่ งานด้านผู้สูงอายุไทยอาจประสบปัญหาชะงักงันมากขึ้น จึงควรพิจารณาปรับภารกิจงานด้านผู้สูงอายุ โดยปฏิรูประบบบริการดูแลระยะยาวทั้งทางสุขภาพและสังคมให้เป็นระบบเดียวกัน และสังกัดในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพ
- การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณาถ่ายโอนภารกิจงานด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุรวมเป็นหน่วยงานด้านพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีภารกิจหลักในการสนับสนุนงบประมาณ และประสานการจัดบริการของหน่วยงานทั้งบริการสุขภาพและสังคมด้านผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นเจ้าภาพในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในการนำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติสู่การปฏิบัติ เพื่อความเป็นเอกภาพของงาน และลดความซ้ำซ้อนในการจัดสรรงบประมาณ และอาจจัดรวมหน่วยงานด้านพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับภูมิภาค

และในท้องถิ่นในระบบเดียวกันด้วย

- รัฐบาลโดยคณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ ร่วมกับคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ควรร่วมกันเป็นกลไกกลางดำเนินการให้มีเวทีรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอเฉพาะของงานด้านผู้สูงอายุ (ต้องแยกจากกลุ่มอื่นเพื่อให้เกิดความชัดเจน) ทั้งในระดับรวมของประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทางการจัดทำนโยบาย ขยายผลการศึกษาวิจัย การจัดบริการ และใช้เป็นเวทีรายงานผลการดำเนินงานและเร่งรัดงานของรัฐบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาด้านผู้สูงอายุของประเทศและตามความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละปี
- คณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ควรทำหน้าที่ร่วมกันเป็นเจ้าภาพของงานด้านผู้สูงอายุ และประสานงานฝ่ายต่างๆ เพื่อการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นเจ้าภาพหลักในการเร่งรัดให้มีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และกฎหมายควบคุมคุณภาพของสถาบันบริการดูแลระยะยาว เพื่อคุณภาพการดูแล
- รัฐบาลโดย รัฐมนตรีและหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ ควรให้ความสนใจกระบวนการนำนโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติอย่างครบวงจร ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผนปฏิบัติการ การจัดสรรงบประมาณ การดำเนินงานติดตามและประเมินผล รายงานต่อผู้รับผิดชอบ และต่อสาธารณะ เพื่อแสดงถึงการตอบสนองตามนโยบาย และตามคำมั่นสัญญาของรัฐบาลที่ให้กับประชาชน โดยตอบคำถามต่อข้อเรียกร้องของกลุ่มผู้สูงอายุและสังคมว่า ได้จัดสรรงบประมาณอย่างไร ดำเนินโครงการอะไรในแต่ละปี หรือ ระยะ 2-5 ปีว่าได้ผลเป็นอย่างไรเพื่อการปรับปรุงแผนและการดำเนินงานต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 (2543). ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพมหานคร: คณะอนุกรรมการจัดทำร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2544: 3
2. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ประชากรโลก 2001.
3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินงานต่าง ๆ ของประเทศ. กรุงเทพมหานคร, สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพดุมหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 9.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินงานต่าง ๆ ของประเทศ. กรุงเทพมหานคร, สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพดุมหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 11.
5. Annual Report on Health and Welfare. 1999. II Outline of the System and Basic Statistics. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol2/p2c1.html> 11/1/45: 2/23.
6. Ministry of Singapore. (2000) Health Facts Singapore. <http://www.moh.gov.sg/hfacts /hfacts.html>. 10/9/2001.
7. นภาพร ชโยวรรณ. บทที่ 2: ประชากรสูงอายุไทย. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:2-18.
8. Administration on Aging, U.S. Department of Health and Human Service. A profile of older Americans: 2001:2.
9. Australian of Health and Welfare. 3. The Changing demographic profile: 1976-2016. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
10. Annual Report on Health and Welfare. 1999. Chapter 2 Preparing for Smooth Implementation of Long-term Care Insurance System:1/8 <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol1p2c2s1.html> 11/1/45
11. นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุปัจจุบัน ใน คณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542: 57.
12. CIA—The World Facts book 2000—United Kingdom. <http://www.odci.gov/cia/publications/facts.book/geos/uk.html>. 6/7/44.
13. CIA—The World Facts book 2000—Australia. <http://www.odci.gov/cia/publications/facts.book/geos/as.html>.6/7/44.
14. Mahidol Population Gazette (Population of 1st January 2001) (2/7/44).

15. นภาพร ขโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุปัจจุบัน ใน คณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542: 75
16. National Service Framework for Older People Contents. http://www.doh.gov.uk/nst/frameup/content_.html 24/1/45
17. The General Health of Older People and their use of Health Services. <http://www.offial-documents.co.uk/document/doh/servey00/ghop/ghop0.htm>
18. Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. Older Americans 2000: Key indicators of well-being. <http://www.agingstats.gov/chartbook2000/>. 11/2/45
19. Australian of Health and Welfare. Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
20. Tan, C.C. State of Health 2000.Singapore: Ministry of Health.
21. ญี่ปุ่นปัจจุบัน 1998. สำนักข่าวสารญี่ปุ่น สถานเอกอัครราชทูตญี่ปุ่น.
22. Fuji wara, M. and Carvell, K. and Carvell, K. (1987) Japanese seniors, pioneers in the era of aging populations, Hakuhodo institute of life and living. Japan
23. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. สถานภาพผู้สูงอายุไทย (The Status of Thai Elderly). กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541.
24. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. ผู้สูงอายุไทย (Thai Elderly). กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544.
25. นภาพร ขโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
26. นภาพร ขโยวรรณ และ จอห์น โนเดล. รายงานโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539.
27. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2540
28. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพ มหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2542.
29. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : โครงการสำนักพิมพ์วิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
30. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ขโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, มัทนา พนานิรามัย และ คณะ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ขโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544

31. Australia's Welfare 1999: Services and Assistance. Chapter 6. Aged care systems <http://www.aihw.gov.au/inet/publications/welfare/aw99/index.html> 12/5/44
32. National Service Framework for Older People <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/2.html> 24/1/45
33. Looking into the Future - Australian Population Projections (Mar, 2000) <http://www.abs.gov.au/ausstats/ABS@.nsf/94713ad445ff1425ca256820000192af2/76db3a96fe7a97e7ca2569de002139ba!OpenDocument> 4/5/2544
34. นภาพร ชโยวรรณ. บทที่ 2: ประชากรสูงอายุไทย. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:2-22.
35. ยุพา วงศ์ไชย. นโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย: แนวคิด ทฤษฎีการ กลไก และการบริการ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชน กับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต. วันที่ 23-24 ธันวาคม 2542. ณ. ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ; โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
36. Silver volunteer.http://jin.jcic.or.jp/insight/html/focus01/silver_volunteer.html 22/4/2545
37. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินงานต่าง ๆ ของประเทศ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพดุมหาวิทยาลัยภาคีวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 16.
38. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. สถานะภาพผู้สูงอายุไทย (The Status of Thai Elderly). กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541:38.
39. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. ผู้สูงอายุไทย (Thai Elderly). กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544:27.
40. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. บทที่ 3 ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:3-3
41. เล็ก สมบัติ. บทที่ 8 การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:8-10.
42. Australian of Health and Welfare. 29 Nursing Home. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
43. Joint Investment Plan for older people 1999/2002. Darlington Borough Council, County Durham Health Authority :6.11/5/44
44. Administration on Aging, U.S. Department of Health and Human Service. A profile of older Americans: 2001: 4.

45. Australian of Health and Welfare. 2 Older Australians: age, sex and living arrangements. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
46. Annual Report on Health and Welfare. 1999. Section 2. Prospecting the Directions of the Social Security System in the 21st century. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol1/p1c4s2.html> 11/1/45
47. Age Concern England. Ageing Issue <http://www.ace.org.uk/SiteArchitek/about...> 4HMMZF? Open Document&style=Ageing_Issue 5/6/44
48. นภาพร ชัยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุปัจจุบัน ใน คณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542: 69.
49. มัทนา พานิชามัย และนางนุช สุนทรชวณต์ บทที่ 5: เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อสูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชัยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:5-3.
50. ศิริวรรณ ศิริบุญ. ในบทที่ 6 ผู้ดูแล ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชัยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544: 6-4.
51. วรณภา ศรีธัญรัตน์ ผ่องพรรณ อรุณแสง กัลยา พัฒนศรี เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และ รัชมล คติการ.ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย: นานาทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ. 2545. (กำลังจัดพิมพ์)
52. Ministry of Health, Labour and Welfare. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p23.html>
53. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. นโยบายผู้สูงอายุในออสเตรเลีย ฮองกง ญี่ปุ่น และสิงคโปร์.
54. Australian of Health and Welfare. 19. The Australian aged pension. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
55. Department of Social Security. The Changing Welfare State: Pensioner Incomes, <http://www.doh.gov.uk/publications/dss/2000/pension-incomes> 9/6/44
56. นภาพร ชัยวรรณ และ จอห์น โนเดล. รายงานโครงการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539: 144-6
57. สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, ประคอง อินทรสมบัติ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. บทที่ 4 สุขภาพกับผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชัยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:4-5
58. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2540:76-90.
59. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์วิจัยระบบสาธารณสุข, 2543:185-8.

60. สิริบท จันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. บทที่ 4 สุขภาพกับผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชัยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:4-5-11.
61. จันทรทัต ชูประภาวรรณ สถานะสุขภาพคนไทย ชดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ ฯ : โครงการ สำนักพิมพ์วิจัยระบบสาธารณสุข, 2543:178.
62. Joint Investment Plan for older people 1999/2002. Darlington Borough Council, County Durham Health Authority :6.11/5/44
63. Mehta, K.K. Review of National Policies on Aging in Singapore. Singapore: National University of Singapore, 2001.
64. National Service Framework-for Older People Contents :1/2 <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/11.html> 24/1/45
65. Ebersole, P. & Hess, P. Geriatric Nursing & Healthy Aging. St. Louis: Mosby. 2001.
66. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาของผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพ มหานคร, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มุลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2542:61
67. จันทรทัต ชูประภาวรรณ สถานะสุขภาพคนไทย ชดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ ฯ : โครงการ สำนักพิมพ์วิจัยระบบสาธารณสุข, 2543:176
68. Health promotion England's programme for Older People. <http://www.hpe.org.uk/older.htm> 9/6/44
69. Annual Report on Health and Welfare. 1999. Chapter 3. The Level of Standard that Japan's Social Security System Has Achieved <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol1/p1c3s1.html> 11/1/45
70. Australian of Health and Welfare. 11 Dependency levels among older Australians . In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
71. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, (บรรณาธิการ). ปัญหาของผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพ มหานคร, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มุลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2542:91-2.
72. Elderly Welfare in Japan <http://userpages.umbc.edu/~cmasud1/sowk.html> 11/5/44.
73. Social life. <http://www.jinjan.org/today/society/society2.html> 5/5/44
74. Australian of Health and Welfare. 16 Carers. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
75. Annual Galendar . September. <http://jin.jcic.or.jp/kidsreb/calendar/september/kiro.html> 7/4/45
76. Australian of Health and Welfare. 37 1999 International Years of Older Persons. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
77. National Service Framework for Older People : Typology of Supporting Evidence <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/10.html> 24/1/45
78. อัจฉรา ลีหิรัญวงศ์, ศิริอร สันธุ, วิจารณ์ จินตนาวัฒน์. การทากรณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย. วารสารสมาคม พญควาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(3):3-12.

79. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. "Active ageing" เรื่องเล่าใหม่ในศตวรรษที่ 21. [บทบรรณาธิการ]. วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2(4):1-3.
80. DSS-Publications-The Changing Welfare-Social Security Spending. Summary <http://www.dss.gov.uk/publications/dss/2000/spending/pd-/s/chapter4.pdf>. 6/6/44:49-66
81. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.ธนาคารสมอง. <http://www.nesdb.go.th>
82. นภาพร ขโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุปัจจุบัน ใน คณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ "ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ". กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542: 66-7.
83. Australian of Health and Welfare. 13. Older Australian as volunteers . In Older Australia at a Glance .second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
84. Australian of Health and Welfare. 14.Older people's organizations in Australian. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
85. จีเสนอร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุให้สภาพิจารณา. หนังสือพิมพ์มติชนรายวันศุกร์ ที่ 8 กุมภาพันธ์ 2545. ปีที่ 25 ฉบับที่ 8736:22
86. Australian of Health and Welfare. 32 Financing the Australian aged care system. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
87. Australian of Health and Welfare. 33 Expenditure on aged care. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
88. Australian of Health and Welfare. 34 Health expenditure on older people in Australia. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
89. Australian of Health and Welfare. 35 Government expenditure on older people in Australia. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
90. Australian of Health and Welfare. 36 Expenditure trends and international comparison. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
91. Australian of Health and Welfare. 25 assessment . In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
92. Australian of Health and Welfare. 26 Home and Community Care(HACC). In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
93. Australian of Health and Welfare. 27 Care packages and community. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
94. Australian of Health and Welfare. 28 Hostel . In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
95. Shift to Stable Growth and Reexamination of The Social Security Systems:1975-1989. http://www1.mhlw.go.jp/english/ssp_in_j/services/5th.html 10/6/44
96. Annual Report on Health and Welfare. 1999. Chapter 1 Consideration of Social Security Objectives and Functions. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol1/p1c1s1.html> 11/1/45
97. Health and Welfare Bureau for the Elderly. Ministry of Health and Welfare <http://www.mhl.go.jp/english/org/policy/p32-33.html> 9/5/44

98. Social security in Japan. 2000. National Institute of Population and Social Security Research . http://www.mofa.go.jp/j_info/japan/socsec/maruo/index.html
99. Organizational of the Ministry of Health, Labour and Welfare <http://www.mhlw.go.jp/english/org/detail/index.html> 11/1/45
100. The Social Security Administration. Historical development. Social security online. <http://www.ssa.gov/history/> 14/1/45.
101. Healthy People. [http://www.health.gov/healthy people/](http://www.health.gov/healthy%20people/) 12/4/44.
102. DSS-Publications-The Changing Welfare State-pensioner. http://www.dss.gov.uk/publications/dss2000pensi.../chap1_1a.ht 9/6/44
103. Renwick, D. Caring for Older People: Community care and social services. BMJ, 1996; Vol 313(7061). October 5, 869-872.
104. Pushpangadan. Caring for Older People: Community services: health. BMJ, 1996. Vol 313(7060). September 28, 805-808.
105. National Service Framework for Older People: The NHS plan and Modernizing Social service <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/3.html> 24/1/45
106. National Service Framework for Older People: The NHS Plan: Principle <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/4.html> 24/1/45
107. National Service Framework for Older People <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/5.html> 24/1/45
108. National Service Framework for Older People: The NHS Plan: Principle <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/7.html> 24/1/45
109. National Service Framework for Older People: Term of Reference of the External Reference Group. <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/8.html> 24/1/45
110. National Service Framework for Older People: The Work of the External Reference Group. <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/9.html> 24/1/45
111. MCDS. Interministerial Committee on Aging Population. http://www.mcds.gov.sg/imc/html/abt_imc.html. 2000 25/5/2001
112. Vasoo, S Report of the IMC workgroup on social integration of the elderly. http://www.mcds.gov.sg/imc/html/sr_social.html. 2000 2/22/2002.
113. MCDS. MCDS Eldercare master plan (FY2001-2005) <http://www.mcds.gov.sg/html/orgn/orgn.html>. 2000 2/22/2002
114. บรรลุ ศิริพานิช. แผนนโยบายและการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542: 201-6.
115. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินงานต่าง ๆ ของประเทศ กรุงเทพมหานคร, สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุสาขาวิชา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 40-5.
116. Chappell, N.L. Health Care Reform: Implications for seniors. Journal of Aging Studies. 1997.

117. Annual Report on Health and Welfare. 1999. 5. List of Major Health and Welfare statistical Surveys <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol2/p3c5.html> 11/1/45
118. Annual Report on Health and Welfare. 1999. Chapter 4 Directions of the Social Security System in the Future <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-w/vol1/p1c4s1.html> 11/1/45
119. The General Health of older People and their use of Health Services. <http://www.official-documents.co.uk/document/doh/servey00/ghop/ghop02.htm>
120. The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform. <http://www.doh.gov.uk/nhsplan/preface.htm> 11/5/44
121. บรรลุ ศิริพานิช บทนำ ใน ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542: 19-35.
122. รัตนา เพ็ชรอุไร, พรทิพย์ อาณาประโยชน์ และดารารวรรณ เจียมเพิ่มพูน การวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย: นามานุกรมหน่วยงานส่งเสริมและฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ผู้สูงอายุ. เอกสารกองบริหารงานวิจัย: หมายเลข 038/44 มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม: ศูนย์วิชาการพิมพ์, 2542.
123. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 9. ระบบเพื่อผู้สูงอายุไทย. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544: 9-1-43
124. เปิดใจ 20 กระทรวงใหม่ หลังปฏิรูประบบราชการ. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจวันเสาร์ วันเสาร์ที่ 26 มกราคม 2545. ปีที่ 15 ฉบับที่ 4874 <http://www.nationgroup.com>
125. Department of Health. National Service Framework for Older People. <http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeopleshortsummary.htm> 27/4/44
126. The Administration on Aging. <http://www.aoa.dhhs.gov/may2002/aoa-fs.html>. 22/4/44
127. Ministry of Health Singapore. (2001) Overview of Singapore Health Care System. [<http://www.gov.sg/moh/mohinf/mohinfob.html>] 10/9/2001.
128. วาทีณี บุญชะลิกษ์. การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบในการอบรมและการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา ครั้งที่ 3 มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ (Towards Quality Care) วันที่ 2-6 ตุลาคม พ.ศ. 2543. ณ. ตะวันนารามาตา กรุงเทพฯ; โดยสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: 207-18.
129. เมืองทอง เขมมณี และ สว่าง แก้วกัณหา. มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ (Foundation for older persons' development, FOPDEV). วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2543; 1(3):35-8.
130. พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวิสุ, จอห์น ไบรอัน และ อารีย์ พรหมไม้. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2542.
131. บรรลุ ศิริพานิช, ฉลาด ธิรพัฒน์, มรกต สิงห์คเชนทร์, พนิษฐา พานิชชีวะกุล และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. และคณะ. ชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบ และการดำเนินงานที่เหมาะสม. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยญาณ, 2539.
132. ประสิทธิ์ สิริพันธ์ และเพ็ญประภา ศิริโรจน์. รายงานการวิจัย เรื่อง สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชน และ

ผู้สูงอายุไทย:สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต วันที่ 23-24 ธันวาคม 2542. ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ; โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการและผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.

133. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทยกับครอบครัวและสังคม ใน ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542: 141-153.
134. ประสพ รัตนากร. เอกสารปาฐกถาพิเศษ เรื่อง อยู่อย่างไรให้วัยวัฒนา การพัฒนางานสุขภาพผู้สูงอายุ. เอกสารอัดสำเนา. มปป.
135. Office for Older Australians - Pos...nd Healthy Ageing.positive images. http://www.health.gov.au/acc/fofa/.../positive_images/support_paper.html 21/8/44
136. Office for Older Australians - Positive and Healthy Aging http://www.health.gov.au/acc/fofa/positive_healthy_ageing/index.html 21/8/44
137. วรณภา ศรีธัญรัตน์. สถานการณ์ผู้สูงอายุ: เสี่ยงสะท้อนจากหนังสือพิมพ์รายวันไทย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2545; (กำลังจัดพิมพ์)
138. Ministry Of Health, Our Healthcare System. <http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/newmoh/asp/our/our01.asp>
139. สุพัตรา ศรีวนิชกร. แนวคิดการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. เอกสารประกอบการบรรยาย.มปป.
140. Health Insurance Office. <http://www.hinso.moph.go.th.hinso/histry.htm> 17/7/45
141. Australian of Health and Welfare. 31 Fitting the piece together. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
142. Australian of Health and Welfare. 17. Formal and informal carers. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
143. Australian Institute of Health and Welfare.1999. Residential aged care facilities in Australia 1998: A statistical overview. <http://www.aihw.gov.au>.
144. Annual Report on Health and Welfare. 1999. Health and Welfare Service for the Elderly. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol2/p2c7.html> 11/1/45
145. MOH-Our Healthcare System-Overview. <http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/newmoh/asp/our/our01.asp> 17/4/45
146. Mehta, KK. (2001). Review of Long Term Care (LTC) Needs, Provisions and Policies in Singapore. Singapore: National University of Singapore.
147. Forienge Commercial Service and U.S. Department of State. (2000) Rapidly Aging Population. <http://www.tradeport.org/ts/countries/Singapore /mr /mark0025.html>. 5/6/2001.
148. IMC. (2000) Summary Report of IMC Work Group, http://www.mcids.gov.sg/imc/ html/exec_sum.html. 10/9/2001.
149. Chan, A & Cheung, P. (1997). The Interrelationship Public and Private Support of the Elderly: What Can We Learn from the Singaporean Case? http://www.cpc.unc. edu/pubs/paa_papers/1997/chan.html. 1/6/2001
150. Raindran, R (2000) IMC Workgroup on Housing and Land Use Policies. http://www.mcids.gov.sg/imc/html/wg_housing.html. 2/22/2002.

151. Advance medical directive: Certification of terminal illness. <http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/new moh/asp/our/our030102.asp>. 17/4/45.
152. Luecknotte, A. G, Gerontological Nursing, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2001.
153. Tellis-Nayak, M. The post-acute continuum of care: Understanding your patient's options. AJN 1998;8, 44-8.
154. Experton, B. et.al. How does managed care manage the frail elderly? The case of hospital readmissions in Fee-for service versus HMO system. Am J Prev Med 1999; 16 (3):163-171.
155. Davis, C. et. al. Benefits to volunteers in a community-based health promotion and chronic illness self-management program for the elderly. Journal of Gerontological Nursing 1998; 24(10):16-23.
156. Gerontological Society of America. Transitions online. <http://www.iog.wayne.edu/transitions/articles/agenews/14/1/45>.
157. Medicare: the official U.S. Government site for Medicare information. http://www.medicare.gov/glossary/results_AllLetters.asp. 5/5/44.
158. Health Care Financing Administration. <http://www.hcfa.gov/>. 5/5/44.
159. Department of Health. Health Service Circular, Local Authority Circular. <http://www.doh.gov.uk/coinh.htm>
160. National Service Framework for Older People. Chapter one: Setting the scene <http://www.doh.gov.uk/nsf/frameup/1.html> 24/1/45
161. Kerrison, H. S. and Pollock, A. M. Regulating nursing homes: Caring for older people in the private sector in England. BMJ 2001; 323: 506-9.
162. เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์. นโยบายของรัฐ และแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต. เชียงใหม่, สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
163. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ประมวลประเด็นวิจัย เรื่องผู้สูงอายุด้านระบบบริการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ใน เอกสารการสัมมนา โครงการศึกษาวิจัยครบวงจร การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ:กองบริการการศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล 2538. น. 180-229.
164. สิริธร จันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. บทที่ 4 สุขภาพกับผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:4-28-9
165. ทศพร คำผลศิริ. การจัดการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร 2541; 25(3):1-8.
166. วาทีณี บุญชะลิกษ์ และยุพิน วรสิริอมร. รายงานการวิจัย เรื่อง ภารกิจในการให้บริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เอกสารประกอบ การประชุมระดับชาติ บทบาทรัฐ เอกชน องค์การชุมชน และผู้สูงอายุไทย:สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต วันที่ 23-24 ธันวาคม 2542. ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ; โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการและผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
167. ศิริวรรณ ศิริบุญ. บทที่ 6 ผู้ดูแล. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงาน

กองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:6-7

168. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การดูแลระยะยาว (Long-term care) สิ่งที่เกี่ยวข้องในด้านผู้สูงอายุควรทราบ. [บทบรรณาธิการ]. วารสารสมาคมพดุมหาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2(4):4.
169. Duangpaeng Supaporn, Becoming an expert in chronic dyspnea management of Thai adults with chronic obstructive pulmonary disease, Doctoral Dissertation, Graduate Studies, Mahidol University, 2002.
170. อัญชลี อิศวเมธา. Long stay and health care. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการเวชศาสตร์การเดินทางและท้องเกี่ยว. ณ โรงแรมมารวยการ์เด็น กรุงเทพฯ วันศุกร์ที่ 16 พฤศจิกายน 2544. เอกสารอัดสำเนา.
171. สมนึก พานทองศิริ, สุ่มิทธิใหม่ของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, 2543.
172. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสบการณ์และข้อเสนอแนะ. วารสารพดุมหาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543; 1(2): 67-9.
173. ศิริวรรณ ศิริบุญ. บทที่ 6 ผู้ดูแล. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544:6-5
174. บรรลุ ศิริพานิช. งานสวัสดิการสังคมและงานสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542: 157-68.
175. จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน. รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินบริการสถานสงเคราะห์คนชรา. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชน และผู้สูงอายุไทย:สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต วันที่ 23-24 ธันวาคม 2542. ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ; โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการและผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
176. ละเอียด รักอู่. อุปสรรคและปัญหา การบริการพยาบาลผู้สูงอายุ (ในสถานสงเคราะห์) วารสารพดุมหาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(4):42-3.
177. กรมประชาสงเคราะห์. ข้อมูลกรมประชาสงเคราะห์. เอกสารอัดสำเนา. มปป.
178. พัฒนภาพร กิตติวิบูลย์, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ ภูมิศักดิ์ ธรรมศาสตร์. การจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุลักษณะหน่วยเคลื่อนที่ในชุมชนตามทัศนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง. วารสารพดุมหาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544;2(2):16-20.
179. มานินี วงษ์สิทธิ. ชุมชนกับการบริการผู้สูงอายุ: บทเรียนจากประสบการณ์. ใน คณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุด้านวิชาการ. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
180. กรมประชาสงเคราะห์ สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ และสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานผลการดำเนินงานโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ให้บริการ และจัดกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. โดยการสนับสนุนของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.มปป.
181. อภิญา เวชชัย. รายงานการวิจัย เรื่อง เบี้ยยังชีพ. เอกสารประกอบ การประชุมระดับชาติ บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชน และผู้สูงอายุไทย:สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต วันที่ 23-24 ธันวาคม 2542. ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ; โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการและผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.

182. มาลินี วงษ์สิทธิ. บทที่ 7 ชุมชนและผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544: 7-11-4.
183. ธิฎญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินรูปแบบบริการศูนย์สงเคราะห์ ราษฎรประจำหมู่บ้าน . เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ บทบาทรัฐ เอกชน องค์การชุมชน และผู้สูงอายุไทย:สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต วันที่ 23-24 ธันวาคม 2542. ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ; โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการและผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
184. ศิริวรรณ ศิริบุญ .ในบทที่ 6 ผู้ดูแล ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544: 6-14-6
185. ปิยะฉัตร ชื่นตระกูล. รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินบริการฌาปนกิจสงเคราะห์. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ บทบาทรัฐ เอกชน องค์การชุมชน และผู้สูงอายุไทย:สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต วันที่ 23-24 ธันวาคม 2542. ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ; โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการและผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
186. มาลินี วงษ์สิทธิ. บทที่ 7 ชุมชนและผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544: 7-4-8.
187. บรรลุ ศิริพานิช การรวมกลุ่มผู้สูงอายุ. ใน ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542:174-196.
188. สว่าง แก้วกัณหา. การให้บริการระดับชุมชน:มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบในการ อบรมและการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา ครั้งที่ 3 มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ (Towards Quality Care) วันที่ 2-6 ตุลาคม พ.ศ. 2543. ณ. ตะวันนารามาตา กรุงเทพฯ; โดยสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย: 205-6
189. เมื่องทอง ขมมณี และ สว่าง แก้วกัณหา. มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ (Foundation for older persons' development, FOPDEV). วารสารสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2543;1(3):35-8.
190. ศิริวรรณ ศิริบุญ .ในบทที่ 6 ผู้ดูแล ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(บรรณาธิการ). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544: 6-2-14.
191. นภาพร ชโยวรรณ และแซกซารี ซิมเมอร์. สุขภาพกับการจัดการทางสังคมของบิดามารดาสูงอายุประเทศไทย. วารสารสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2543;1(2):24-42.
- ✓ 192. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต . [บทบรรณาธิการ]. วารสารสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2):3-4.

193. จรินทร์ มาลฮอลตา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ลัดดาวัลย์ รวมเมฆ และสุกานดา นิ่มทองคำ. การศึกษาผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมพยาบาลวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2):5-14.
194. สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ. เอกสารอัดสำเนา.มปป
195. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544:16.
196. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ระบบสวัสดิการและการดำเนินงานสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมพยาบาลวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544; 2(1):39-47.
197. CPF (2001). CPF Background. http://cpf.gov.sg/cpf_info/Cor_info/background.asp. 3/7/2002.
198. Ministry of Community Development and Sport, Singapore (2002) Policy. http://www.mcds.gov.sg/HTML/elderly/elderly_cont.html. 3/22/2002.
199. Annual Report on Health and Welfare. 1999. Social Security developed in The 20th Century. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol1/prologue.html> 11/1/45
200. Australian of Health and Welfare. 1999. 20. Superannuation in Australia. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
201. Annual Report on Health and Welfare.1999. Social Security System Throughout the World 2. Social Security Systems in Asian and Oceanian Countries <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol2/p1c2.html> 11/1/45
202. Annual Report on Health and Welfare 1999. I Social Security System Throughout the World .1.Social security systems in European Country. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/vol2/p1c1.html> 11/1/45
203. DSS-Publications-The Changing Welfare - Social Security Spending. http://www.dss.gov.uk/pubications/dss/2000/spending/main/chap1_hm 6/6/44
204. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544:32-40
205. Office for Older Australians - Work and later life planning, income retirement http://www.health.gov.au/acc/foa/..._retirement/independence..paper.html 21/8/44
206. Bold Steps: Australia and Other International Examples of Social Security reform Heritage. <http://www.heritage.org/library/lecture/hl616.html>
207. Office for Older Australians - Work and later life planning http://wwwhealth.gov.au/acc/foa/work_later_life_planning/index.ht 21/8/44
208. Australian of Health and Welfare. 1999. 22. Retirement in Australia. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia: Australian Institute of Health and Welfare 1999.
209. Urban Institute. Policy challenges posed by the aging of America. <http://www.urban.org/health/oldpol.html>. 1/5/44.
210. Annual report on Health and Welfare 1999. Progressive aging in structure. 11/1/45. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp-hw/vol2/p2c1.html>.

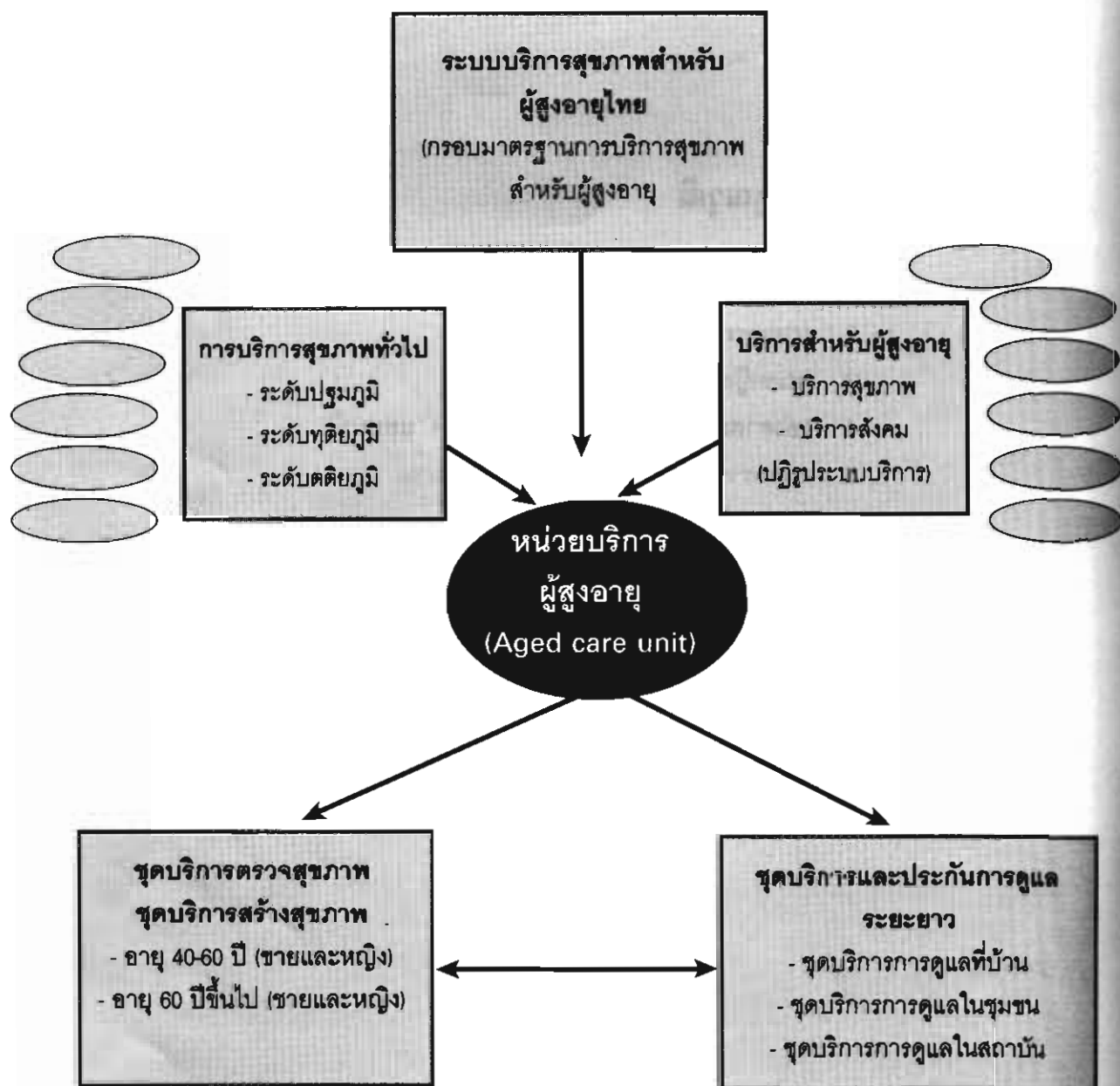
211. Ibrahim, Y. (2000) IMC Work Group on Employment and Employability http://www.mcdis.gov.sg/imc/html/wg_employ.html. 2/22/2002
212. Goh, S.E. (2001) Country Report Second ASEAN Gerontology Course YMCA Fort Canning Lodge Singapore. 10-21, September 2001.
213. ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญชัย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย: ทางเลือกและความเป็นไปได้. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543.
214. Australian of Health and Welfare. 1999. 21. Housing of older Australia. In Older Australia at a Glance. second edition. Australia. <http://www.aihw.gov.au>.
215. Jay Sokolovsky, Ed. Chapter 16. Social support systems of rural older women: A comparison of the United States and Denmark by Shank, D. & Christiansen, K. In The cultural context of aging: Worldwide perspectives, 2nd edition 1997. Greenwood Place.
216. A Better Society for older people
217. HHS Strategic Plan FY 2001-2006. HHS Department Organization. <http://aspe.hhs.gov/hhsplan/> 14/1/45
218. Ministry of Health, Labour and Welfare: <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p26-28.html>: 11/1/45
219. Gerontological Society of America. Transition online. <http://www.iog.wayne.edu/tranitions/articles/agenews/> 14/1/45
220. AHRQ, Department of Health and Human Service. Agency for Healthcare Research and Quality: Quality research for quality healthcare. <http://www.ahrq.gov/>. 5/5/44.
221. National Institutes of Health (NIH), U.S. Department of Health and Human Service. <http://www.nih.gov/>. 5/5/44.
222. U.S. Census Bureau. <http://www.census.gov/>. 14/1/45.
223. Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. <http://www.agingstats.gov>. 11/2/45 (HHS3)
224. Seng, HT. (2000) IMC Work Group on Cohesion and Conflict in an Aging Society . http://www.mcdis.gov.sg/imc/html/wg_cohesion.html. 2/22/2002
225. Care for the Elderly .(2001) Overview .[http://www.familytown.gov.sg/Care for the Elderly.html](http://www.familytown.gov.sg/Care%20for%20the%20Elderly.html). 10/9/2001.
226. Caring for the sick and elderly in the family. http://jin.jcic.or.jp/insight/html/focus04/caring_for_the_sick/caring_for_the_sick 27/4/2544
227. Working group on aged care worker Qualifications. A Review of the Current Role of Enrolled Nurses in the Aged Care Sector: Future Direction. Commonwealth of Australia, 2001
228. The New Gold Plan. http://Jin.jcic.or.jp/insidhto/html/focus01/the_new.html
229. Department of Health. Care Homes for Older People. <http://www.doh.gov.uk/ncsc>
230. Goldman, B.D. Nontraditional staffing Models in Long - Term Care. Journal of Gerontological Nursing, 1998, 24(9):29-34September
231. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินงานต่าง ๆ ของประเทศ. กรุงเทพมหานคร, สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุสาขาวิชา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 46-55.

232. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพและการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544:17.
233. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุข; <http://www.hinso.moph.go.th/30Baht/concept.html>
234. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. สถานะสุขภาพและทิศทางนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ตอนที่ 2: การจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1(2):44-52.
235. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 1 2 3 ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544; 2(1):59-64.
236. เมืองทอง แหมมณี. การบริการผู้สูงอายุ: จากประสบการณ์สู่การแก้ปัญหา. ใน สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2544 "Prevention and Remedies of Disability" วันที่ 28-30 พฤศจิกายน 2544. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
237. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. บทที่ 15 เรื่อง ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ใน หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Principles of Geriatric Medicine). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
238. ระพีพรรณ คำหอม, อภิญา เวชชัย, จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน, ธัญญา สนิทวงศ์ ณ.อยุธยา และ ปิยะฉัตร ชื่นตระกูล. รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. เอกสารประกอบ การประชุมระดับชาติ บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชน และผู้สูงอายุไทย:สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต วันที่ 23-24 ธันวาคม 2542. ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ; โดยสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการและผู้ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
239. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พานานิรามย์, มาลินี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาทกกิจ และคณะ. ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการในทศวรรษหน้า. รายงานการวิจัย โดยสถาบันวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์กรอนามัยโลก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

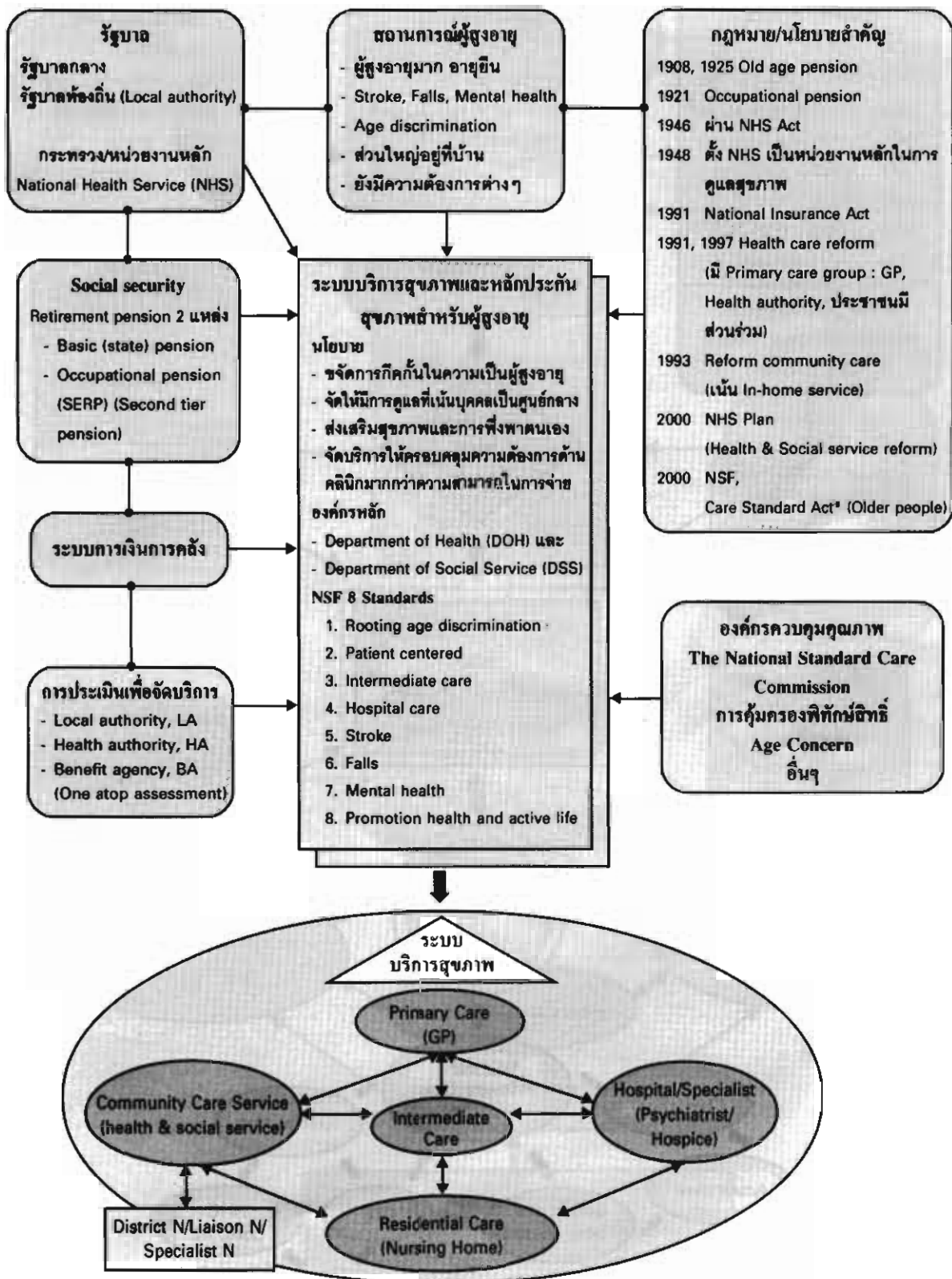
ภาคผนวก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

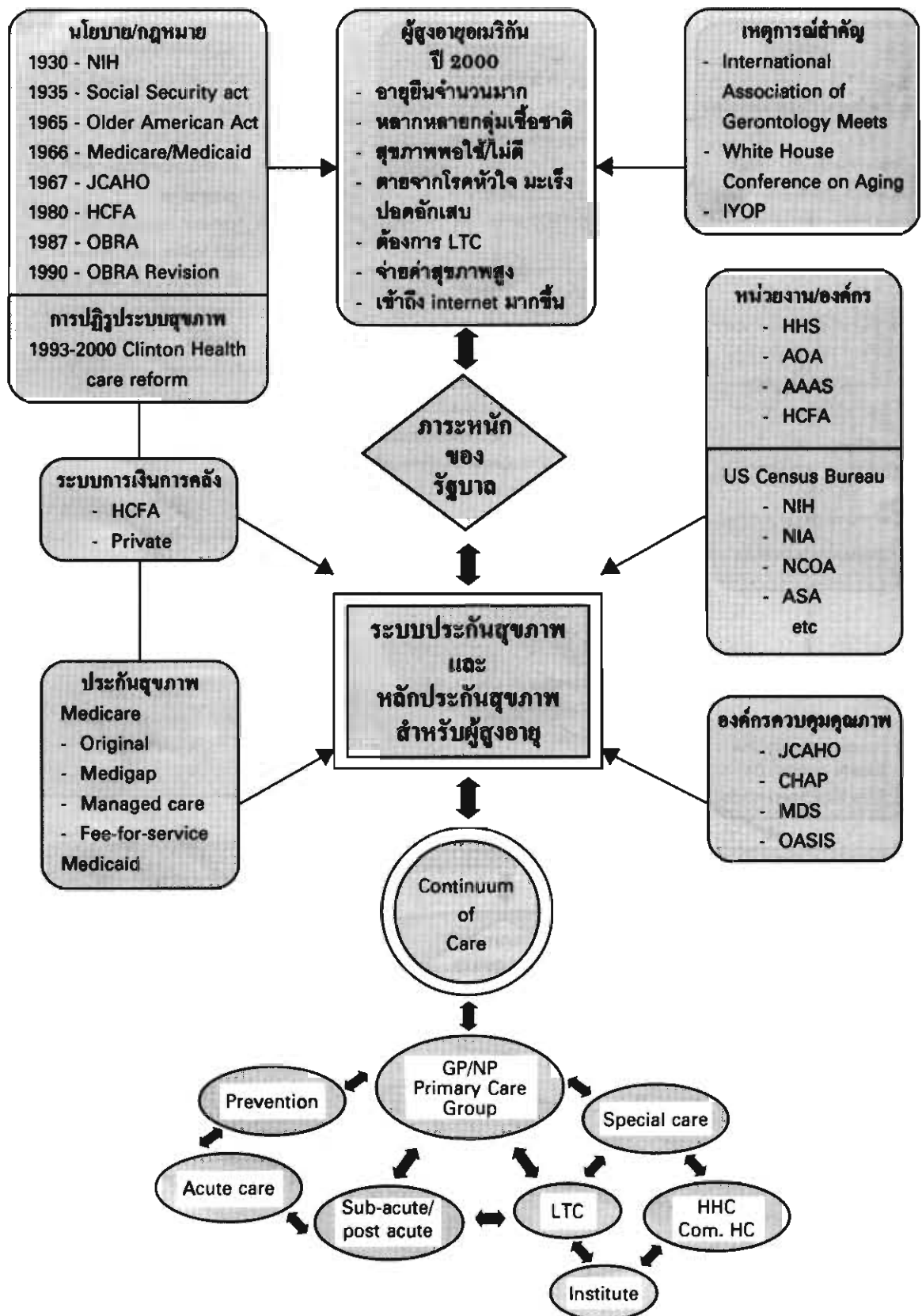
1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร
2. นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช
3. คุณหญิงสมศรี กันธมาลา
4. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เมืองทอง เขมมณี
5. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมพร โพธินาม
6. คุณบุญเรือง ถาวรสวัสดิ์
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อังคณา สรียาภรณ์
8. คุณมรกต สิงหะเชนทร์
9. ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชรabanบางแค และคณะ
10. ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชรabanมหาสารคาม และคณะ



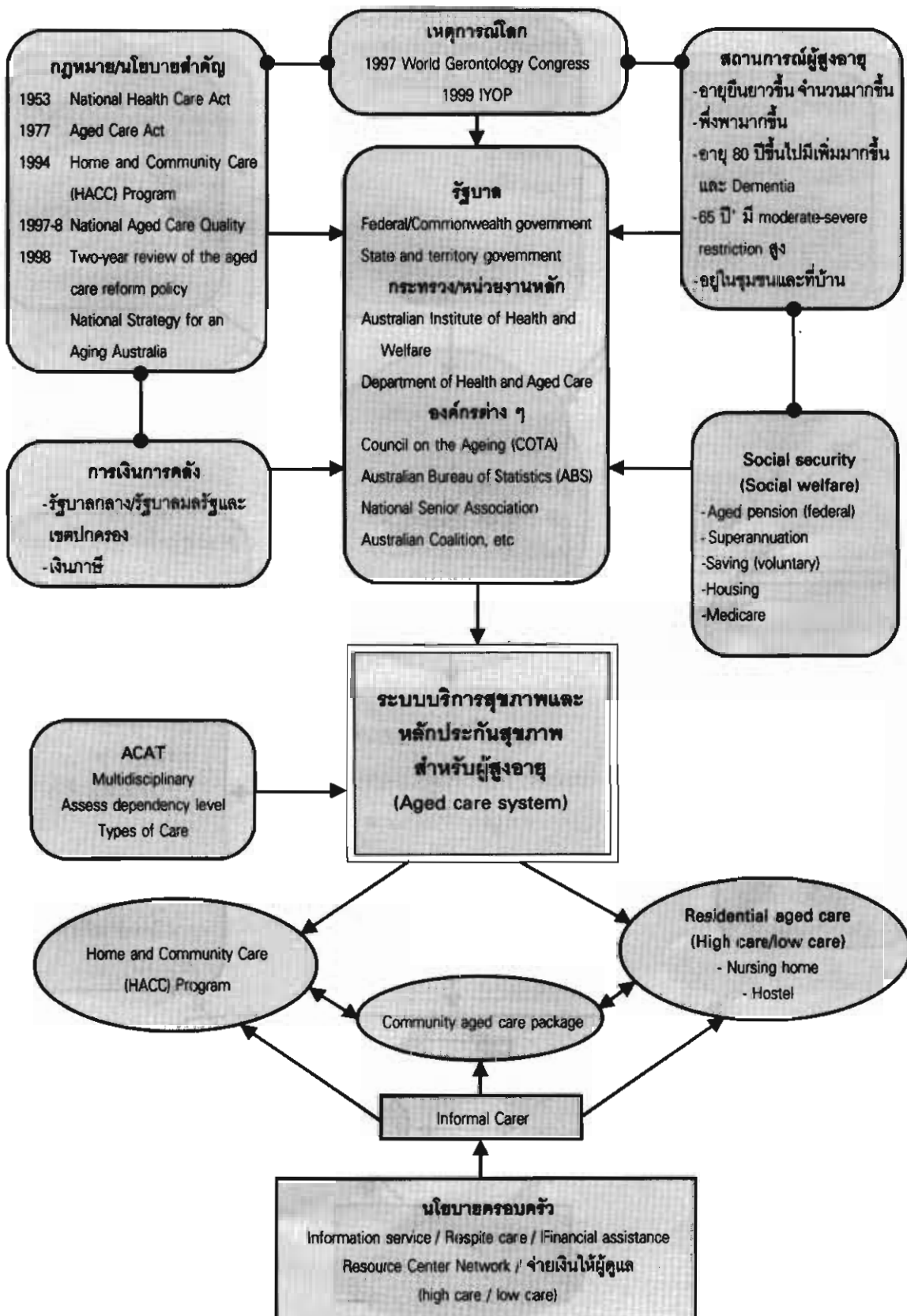
ข้อเสนอระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุไทย



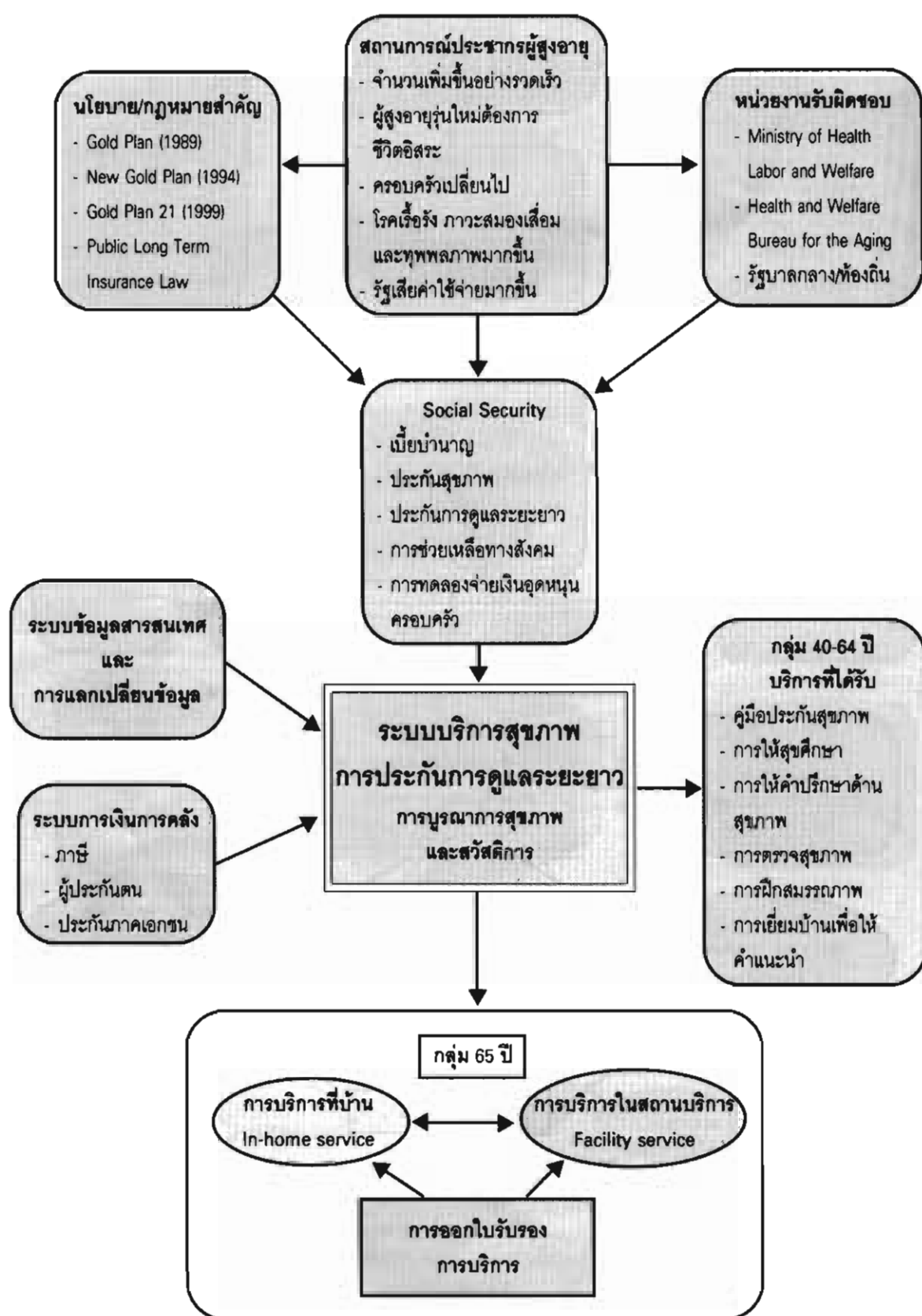
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ



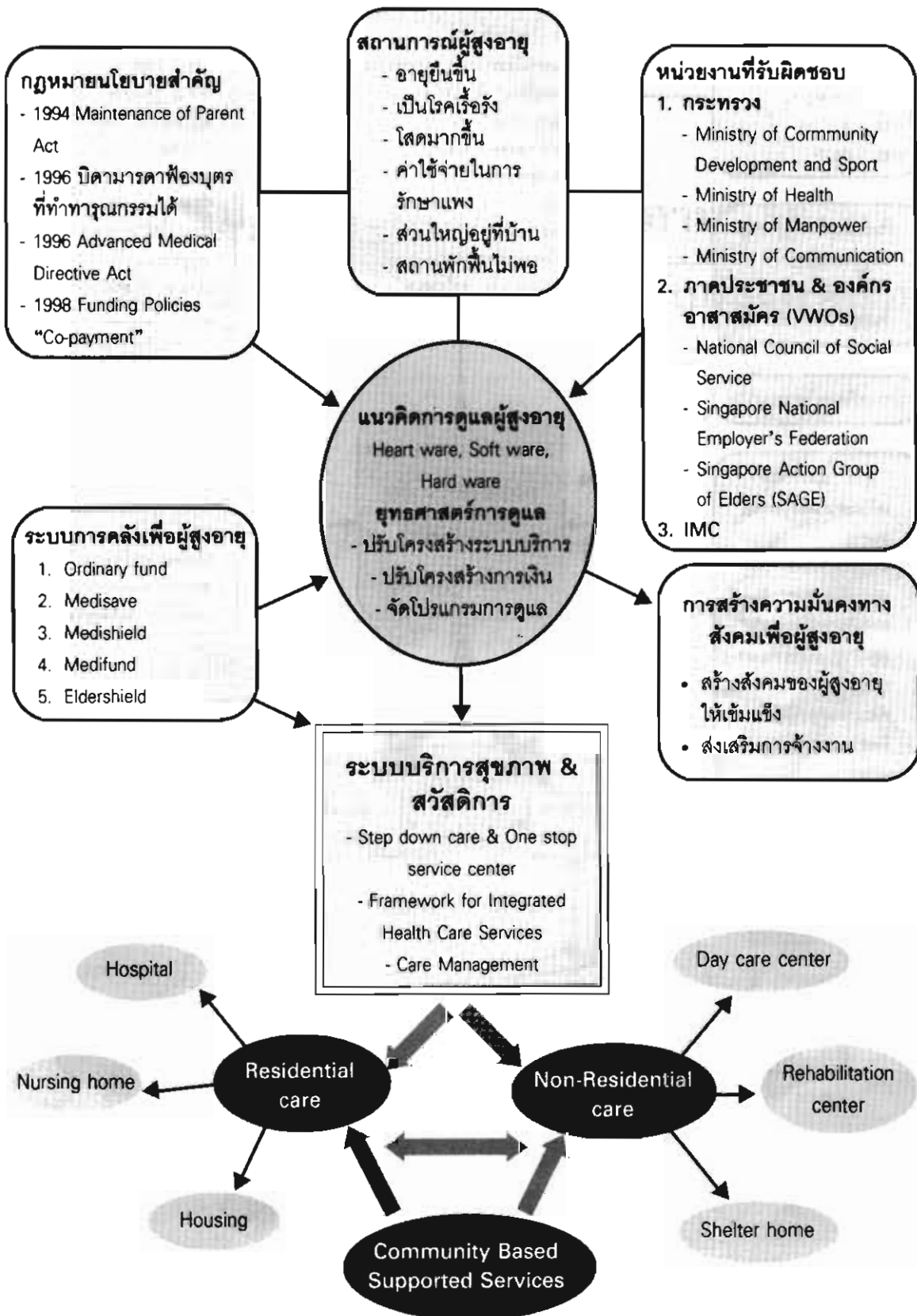
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา



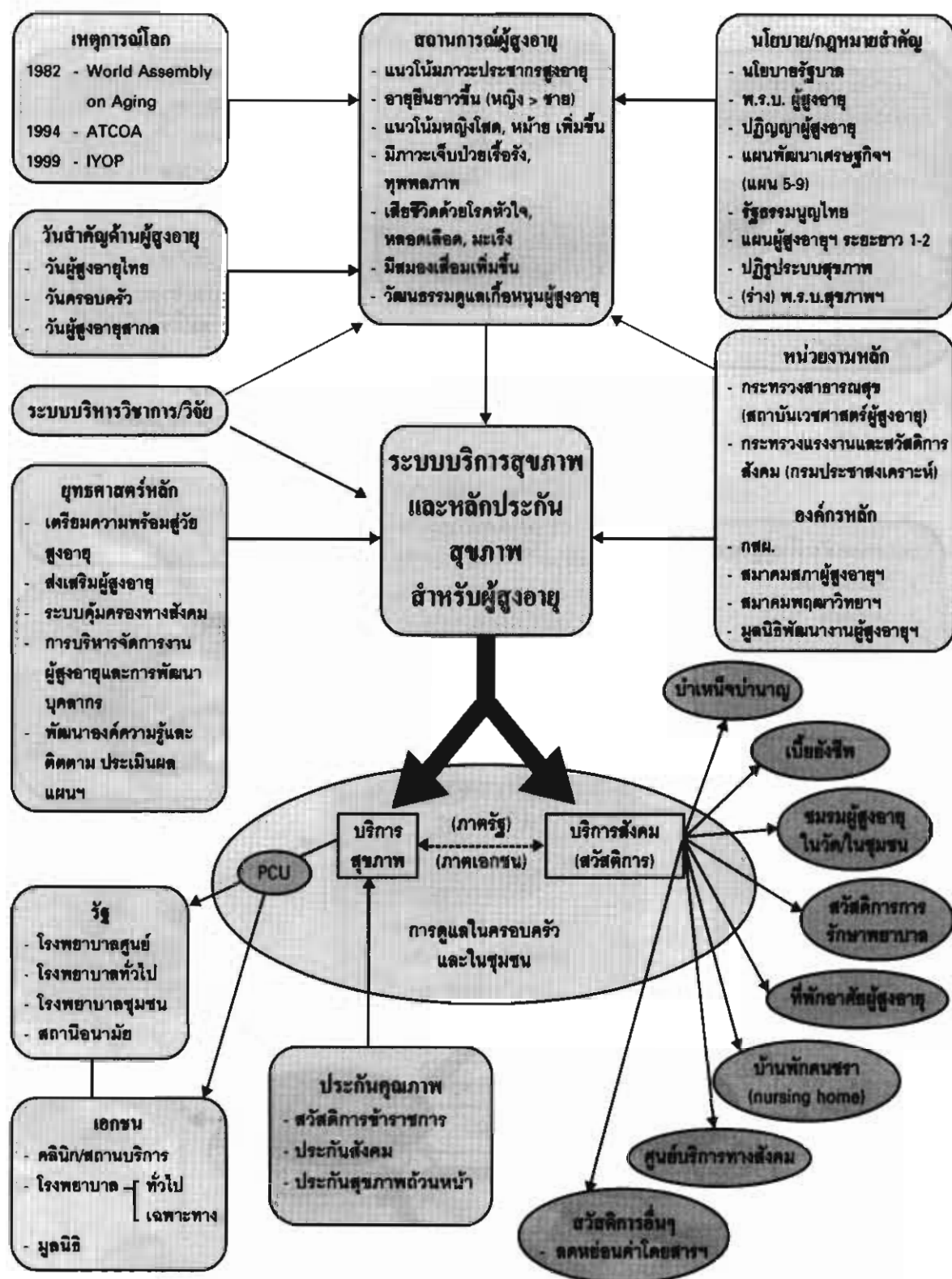
แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลีย



แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย



แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์



แผนภูมิ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

การสังเคราะห์องค์ความรู้

เพื่อจัดทำข้อเสนอ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและ
การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คณะผู้ศึกษา

วรรณภา ศรีธัญรัตน์
ผ่องพรรณ อรุณแสง
อัมพร เจริญชัย
สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ
กัลยา พัฒนศรี
เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์
สุชมาล ธนาเศรษฐอังกุล
พรรณงาม พรรณเชษฐ์
มาริสา ไกรฤกษ์

หัวหน้าโครงการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัย
ผู้ร่วมวิจัย
ผู้ร่วมวิจัย
ผู้ร่วมวิจัย
ผู้ร่วมวิจัย
ผู้ร่วมวิจัย
ผู้ร่วมวิจัย