

ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย : ศึกษากรณีหน่วยบริการหรือศูนย์ใน  
การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ทัศนวรรณ สุมาลัย

ดุชนีพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

นิติศาสตรดุชนีบัณฑิต

คณะนิติศาสตร์

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

2565

ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย : ศึกษากรณีหน่วยบริการหรือศูนย์ใน  
การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ทัศนัวรรณ สุมาลัย  
คณะนิติศาสตร์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต

..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์แสง บุญเฉลิมวิภาส)

..... กรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ)

..... กรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิรมัย พิศแข มั่นจิตร)

..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.ฉานิทธิ์ สันตะพันธุ์)

## บทคัดย่อ

ชื่อคุณิพนธ์	ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย : ศึกษากรณี หน่วยบริการหรือศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมาย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ชื่อผู้เขียน	นางสาวทัศนวรรณ สุมาลัย
ชื่อปริญญา	นิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2565

---

วิทยานิพนธ์ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย ศึกษากรณีหน่วยบริการหรือศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมาย แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์ถึงปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับหน่วยงานภาครัฐส่วนอื่น รวมไปถึงการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพื่อนำมาปรับประยุกต์ใช้กับสังคมไทย จากการศึกษาได้ค้นพบปัญหาทั้งระดับนโยบาย ข้อจำกัดของกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้องหลายประการที่กระทบถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อันนำมาสู่ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระดับนโยบาย และแก้ไข เพิ่มเติมกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้เหมาะสมกับเหตุการณ์และสภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในระยะเวลาอันใกล้

## ABSTRACT

<b>Title of Dissertation</b>	Thai Legal Problem of Elderly Care : A Case Study of Service Care Units or Health Care Center for the Elderly under the National Health Security Law
<b>Author</b>	Miss Tuchswan Sumalai
<b>Degree</b>	Doctor of Laws
<b>Year</b>	2022

---

This dissertation aims to study definitions, concepts, and theories on healthcare and welfare arrangements for elderly people in Thailand. Through a comparative legal study of Thailand's geriatric healthcare laws with countries that are well-known for their health and welfare system, this research's objectives are to analyze Thai local governments and other relevant organizations' challenges and shortcomings in elderly care provisions, to evaluate relationships and connections among local agencies and other relevant state agencies, and to study various long-term care models for elders in dependency stage in order to apply such models within the contexts of Thai society. This study's findings reveal several issues and limitations in relevant Thai policies, laws, and government regulations that ultimately undermine Thai aged population's fundamental rights. This study's findings lead to policy-level recommendations and amendments of related law to provide elderly care and protection that are appropriate to shifting social conditions so that Thailand can be prepared to become a fully-aged society in the future.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ดีเพราะเป็นความกรุณาอย่างสูงจากศาสตราจารย์ ดร. บรรเจิด สิงคะเนติ และคณาจารย์ที่เป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ต้นจนสำเร็จสมบูรณ์ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาขอขอบคุณคณบดีศาสตราจารย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ อันเป็นสถานศึกษาที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้การสั่งสอนรายวิชาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรคณะนิติศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ขอขอบคุณประสบการณ์ดี ๆ ที่ได้รับจากเพื่อนนักศึกษาร่วมรุ่นนิติศาสตร์ดุสิตบัณฑิต รุ่นที่ 6 (นค.6)ทุกท่านที่ได้คำแนะนำช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการศึกษา รวมถึงขอบคุณมิตรภาพอันแสนประเสริฐที่มีให้กันตลอดมาและตลอดไป

ขอรำลึกถึงครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ข้าพเจ้าตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน สุดท้ายผลอันจะเป็นประโยชน์ ความดีความงามทั้งปวงที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่คุณยายที่รักยิ่งผู้เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษาหัวข้อนี้ คุณแม่และคุณพ่อที่เคารพยิ่ง พี่สาวและน้องชายที่ได้ส่งเสริมสนับสนุนและให้กำลังใจเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ที่เป็นเจ้าของแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ วิทยานิพนธ์ งานวิจัย วารสารและบทความที่ข้าพเจ้านำมาอ้างอิงในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย หากมีข้อบกพร่องด้วยประการใดข้าพเจ้าขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

ทัศนวรรณ สุมาลัย

มีนาคม 2566

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	ค
ABSTRACT.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	8
1.3 ขอบเขตการศึกษา.....	8
1.4 สมมติฐานของการศึกษา.....	9
1.5 วิธีการศึกษา.....	9
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 แนวคิดที่ว่าด้วยการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	11
2.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ.....	11
2.1.1 สิทธิมนุษยชนกับผู้สูงอายุ.....	12
2.1.2 หลักเกณฑ์และองค์ประกอบในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ.....	13
2.1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	14
2.1.4 พัฒนาการแนวคิดของรัฐในการคุ้มครองดูแลพลเมือง.....	17
2.1.4.1 พัฒนาการของรัฐในการคุ้มครองดูแลพลเมืองในยุคโบราณ.....	18
2.1.4.2 พัฒนาการของรัฐในการคุ้มครองดูแลพลเมืองในยุคกลาง.....	19
2.1.4.3 พัฒนาการของรัฐในการคุ้มครองดูแลพลเมืองในยุคสมัยใหม่.....	19

2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับภารกิจของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการและการคุ้มครองดูแลบุคคลในรัฐ.....	21
2.1.5.1 ภารกิจของรัฐกับการบริการสาธารณะ .....	21
2.1.5.2 บริการสาธารณะกับการจัดสวัสดิการและการคุ้มครองบุคคล .....	22
2.1.5.3 แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ .....	23
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง Long Term Care (LTC) และองค์กรที่เกี่ยวข้อง.....	25
2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง .....	25
2.2.2 การดูแลระยะยาว .....	26
2.2.2.1 ความหมายระบบการดูแลระยะยาว.....	26
2.2.2.2 รูปแบบการดูแลระยะยาว .....	27
2.2.3 องค์กรในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง.....	29
2.2.3.1 ภาคเอกชน .....	29
2.2.3.2 ภาครัฐ.....	33
บทที่ 3 การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุตามพันธกรณีระหว่างประเทศและ ตามกฎหมายต่างประเทศ.....	38
3.1 พันธกรณีระหว่างประเทศเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ .....	38
3.1.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights).....	39
3.1.2 หลักการผู้สูงอายุของสหประชาชาติ (United Nations Principles for Older Persons Adopted by General Assembly Resolution 46/91 of 16 December 1991).....	39
3.2 กฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ.....	41
3.2.1 การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์ .....	42
3.2.1.1 สิทธิและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ .....	42
3.2.1.2 หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ.....	43

3.2.1.3	กลไกในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ .....	49
3.2.2	การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น .....	50
3.2.2.1	สิทธิและกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ .....	50
3.2.2.2	หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ.....	51
3.2.2.3	กลไกในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ .....	56
3.2.3	การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศอังกฤษ .....	57
3.2.3.1	สิทธิและกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ .....	58
3.2.3.2	หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ.....	58
3.2.3.3	กลไกในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ .....	60
3.2.4	การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย .....	64
บทที่ 4	การคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระบบกฎหมายไทย.....	74
4.1	แนวนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย .....	74
4.1.1	การคุ้มครองผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 .....	74
4.1.2	การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552.....	77
4.1.3	การแสดงเจตจำนงต่อความสำคัญของผู้สูงอายุตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542.....	78
4.2	หลักการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย .....	80
4.3	หน่วยงานภาครัฐกับการคุ้มครองและบริหารจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย.....	83
4.3.1	กระทรวงการพัฒนาสังคมกับความมั่นคงของมนุษย์ .....	84
4.3.2	กระทรวงสาธารณสุข.....	87
4.3.3	กระทรวงมหาดไทย .....	89
4.3.4	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	91
4.3.5	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .....	94

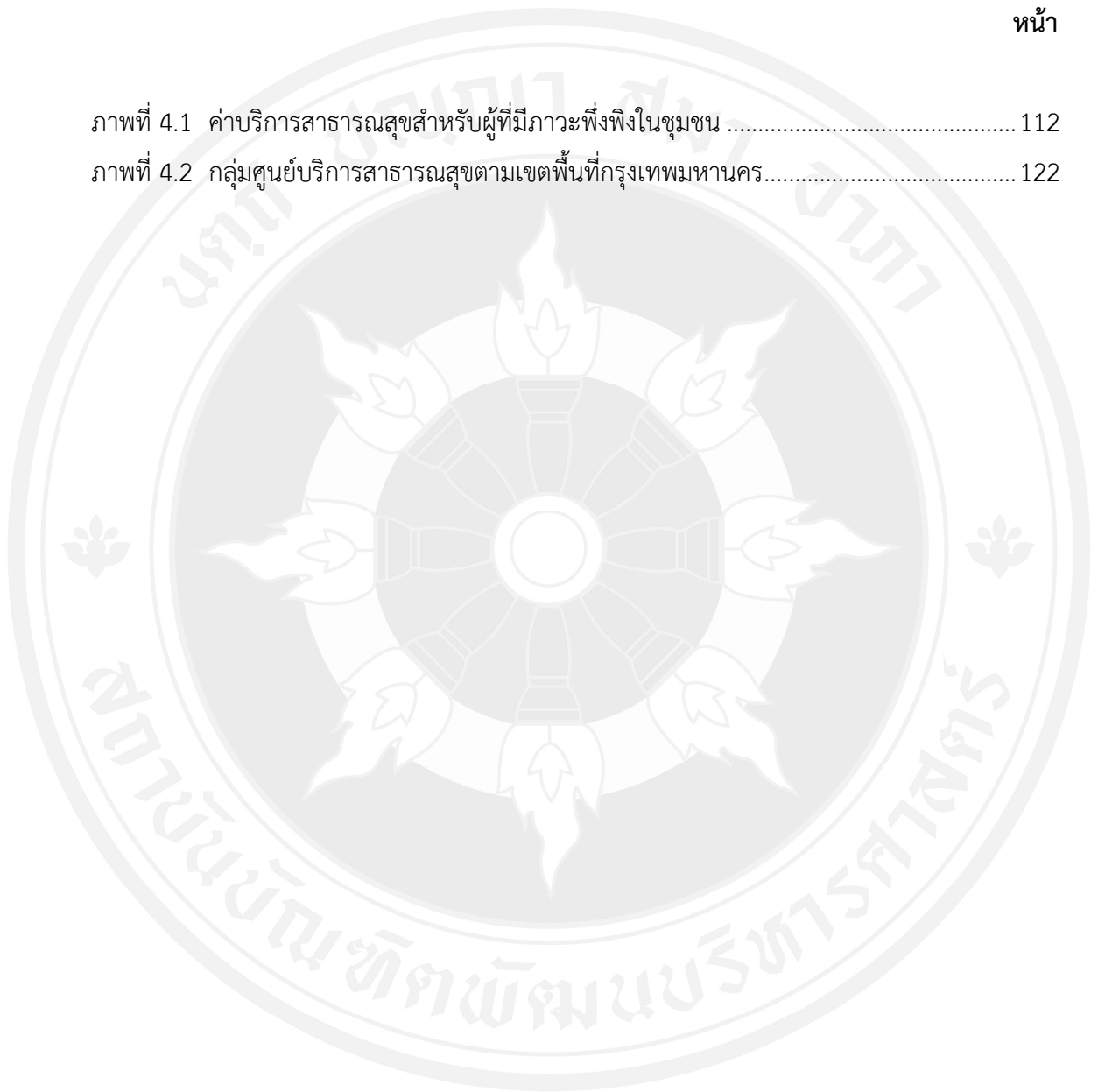
4.4 การคุ้มครองดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง.....	96
4.4.1 ความหมายและสิทธิของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง.....	97
4.4.2 กลไกการคุ้มครองและการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง .....	100
4.4.2.1 บทบาทของหน่วยงานและการกระจายอำนาจในการคุ้มครอง ส่งเสริมและ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	101
4.4.2.2 อาสาสมัครบริบาลกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง .....	102
4.5 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง .....	104
4.5.1 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่กับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง.....	108
4.5.2 การบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ .....	109
4.5.3 ศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	114
4.6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง .....	118
4.6.1 การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบทั่วไป .....	119
4.6.2 กรุงเทพมหานครกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง .....	121
บทที่ 5 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย .....	125
5.1 ปัญหาบทบาทของกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ.....	126
5.2 ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	131
5.3 ปัญหาการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น .....	137
5.3.1 ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดให้มีศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ...	138
5.3.2 ปัญหาการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง .....	141
5.4 ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ.....	146
5.5 ปัญหากรุงเทพมหานครกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ .....	150
บทที่ 6 บทสรุปและข้อเสนอแนะ .....	155
6.1 บทสรุป.....	156

6.1.1 ปัญหาบทบาทการจัดการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง .....	156
6.1.2 ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .....	158
6.1.3 ปัญหาการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น .....	158
6.1.3.1 ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดให้มีศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	159
6.1.3.2 ปัญหาการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง .....	159
6.1.4 ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ .....	160
6.1.5 ปัญหากรุงเทพมหานครกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ .....	160
6.2 ข้อเสนอแนะ .....	161
6.2.1 ปัญหาบทบาทการจัดการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง .....	161
6.2.2 ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .....	161
6.2.3 ปัญหาการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น .....	162
6.2.3.1 ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดให้มีศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	162
6.2.3.2 ปัญหาการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง .....	162
6.2.4 ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ .....	163
6.2.5 ปัญหากรุงเทพมหานครกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ .....	164
บรรณานุกรม.....	166
ประวัติผู้เขียน .....	175

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 4.1 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน .....	112
ภาพที่ 4.2 กลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขตามเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร.....	122



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เทคโนโลยีเริ่มเข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินชีวิต วิวัฒนาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าประชากรเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นทำให้ปัญหาด้านความเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพลดน้อยลงจึงส่งผลให้ประชากรมีอัตราการตายลดน้อยลง ประกอบกับในปัจจุบันทรศนะคติในการใช้ชีวิตของคนในสังคมเริ่มเปลี่ยนแปลงไป คนหนุ่มสาวนิยมอยู่ครองโสดมากกว่ามีครอบครัว ผู้ที่มีครอบครัวมีทรศนะคติเรื่องการมีบุตรเมื่อมีความพร้อมและมีบุตรเมื่อมีอายุมากขึ้นจึงทำให้อัตราการเกิดของประชากรลดน้อยลง ปัจจุบันมีอัตราของประชากรวัยเด็กลดลง ในขณะที่อัตราประชากรวัยทำงานมีจำนวนที่คงที่ ตรงกันข้ามกับอัตราประชากรวัยสูงอายุกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากปัจจัยหลายประการในการดำเนินชีวิตของคนไทยในปัจจุบัน จึงส่งผลให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้นและในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าสังคมไทยก็จะก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ<sup>1</sup>

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2534 ได้บัญญัติถึงหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ ซึ่งหลักการดังกล่าวบัญญัติไว้ในหมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายแห่งรัฐ แต่หลักการดังกล่าวก็เป็นเพียงแนวทางสำหรับการตรากฎหมายและกำหนดนโยบายของรัฐเท่านั้น ไม่ผูกพันรัฐที่จะต้องให้ความสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างจริงจังแต่อย่างใด ต่อมารัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 54 โดยกำหนดให้ผู้ที่มีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติกำหนดสิทธิในการรับความช่วยเหลือจากรัฐดังกล่าวจึงถือเป็นหลักการพื้นฐานที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ และนอกจากนั้นมาตรา 80 ยังกำหนดให้รัฐมีหน้าที่ในการสงเคราะห์

---

<sup>1</sup> กรมสุขภาพจิต, 93 วันสู่สังคม "คนชรา" 5 จังหวัด? คนแก่เยอะสุด-น้อยสุด, ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2565 จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>

คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือผู้ทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ โดยหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 นั้น ถือเป็นความพยายามในการออกกฎหมายเพื่อตอบสนองหลักการของสหประชาชาติที่ต้องการให้รัฐภาคีได้กำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และนำเอาหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไปกำหนดไว้ในแผนแห่งชาติด้วย เมื่อพิจารณากฎหมายภายในอันสืบเนื่องมาจากการบัญญัติหลักการของผู้สูงอายุไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ ต่อมาจึงมีการออกกฎหมายลำดับรองมารองรับกฎหมายหลักในรูปแบบของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งพระราชบัญญัติดังกล่าวถูกตราขึ้นมาเพื่อรองรับหลักการในมาตรา 54 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 อันกำหนดสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับอันเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในขณะนั้น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นับเป็นกฎหมายฉบับเดียวที่บัญญัติหลักการเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการ การคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะเรื่อง โดยบัญญัติหลักการในการจัดสวัสดิการ การคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 11 หลังจากรัฐธรรมนูญสองฉบับดังกล่าวสิ้นการบังคับใช้ไป เมื่อรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ก็ยังคงบรรจุหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในส่วนที่ 4 สิทธิในกระบวนการยุติธรรม โดยมาตรา 40 (6) บัญญัติให้ผู้สูงอายุมีสิทธิดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังรับรองสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ ตามส่วนที่ 9 โดยมาตรา 53 กำหนดให้ผู้ที่มิอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และในบทบัญญัติส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ยังกำหนดให้รัฐส่งเสริมและจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ โดยกำหนดหลักการไว้ในมาตรา 80 (1) ในส่วนของนโยบายด้านเศรษฐกิจ ส่วนที่ 7 ก็ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 84 (4) ให้รัฐจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึงถือเป็นการปูพื้นฐานและย้ำหลักการในการจัดสวัสดิการ การคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุไว้ในรัฐธรรมนูญ และในปัจจุบันรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2560 ก็ได้บัญญัติหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 27 โดยเน้นย้ำถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุควรได้รับการคุ้มครองโดยไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมแตกต่างจากบุคคลอื่น และมาตรา 71 ก็กำหนดให้รัฐให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและคุ้มครองป้องกันการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมด้วย

รัฐมีความพยายามในการบัญญัติกฎหมายออกมาให้สอดคล้องกับหลักการของรัฐธรรมนูญ และแนวนโยบายแห่งรัฐแต่ปรากฏว่าเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุกลับเป็นเรื่องที่รัฐพยายามให้ความสำคัญแต่ยังคงน้อยกว่านโยบายหรือปัญหาอื่น ๆ โดยจะเห็นว่ายังไม่ได้รับการแก้ไขหรือเอาใจใส่อย่างจริงจัง เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่ายังขัดกับสภาพการณ์ของสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุถือเป็นช่วงวัยที่ต้องการการพึ่งพาจากบุคคลอื่นสูงโดยเฉพาะการพึ่งพาด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อกล่าวถึงเรื่องของนโยบายด้านสุขภาพนั้น ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเป็นที่มาของการก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นองค์กรมหาชนภายใต้การกำกับดูแลจากรัฐซึ่งมีกองทุนในการบริหารจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติให้คนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพนั้น คงหลีกเลี่ยงไม่พ้นการให้บริการในระดับท้องถิ่นหรือชุมชน โดยกองทุนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับท้องถิ่น คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งเป็นไปตามมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ให้ท้องถิ่นได้รับค่าใช้จ่ายสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในพื้นที่ซึ่งหมายความรวมถึงผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

สำหรับเรื่องผู้สูงอายุ รัฐเริ่มต้นตัวในการให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุซึ่งแต่เดิมการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุมักเป็นไปในลักษณะของการตั้งรับและอยู่ในรูปแบบของการสงเคราะห์ชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง กระทั่งปี พ.ศ. 2552 ผลจากการประชุมในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ได้มีการผลักดันบรรจุวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและนำไปสู่การขับเคลื่อนและปฏิบัติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต่อไป จากนั้นปี พ.ศ. 2559 รัฐให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้นโดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อบริหารจัดการผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่สมควรได้รับการดูแลแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มปกติหรือเรียกอีกอย่างว่าการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) นั้น เริ่มจากการคัดกรองผู้สูงอายุจากการใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธอร์เอ็ดิแอลเพื่อคัดกรองแยกประเภทของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามความเหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นจะมีการกำหนดแผนการดูแล (Care Plan) โดยนักวิชาชีพเฉพาะซึ่งเรียกว่าผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลนั้นจะให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เป็นผู้ติดตามให้ความช่วยเหลือภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยการดำเนินการตามระบบการดูแลระยะยาว (LTC) นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดำเนินการ

ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จากข้อเท็จจริงของสภาพสังคมนั้นไม่อาจปฏิเสธได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในชุมชนและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บริการต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุถือเป็นภารกิจที่จะต้องดำเนินการโดยชุมชนเป็นหลัก

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาต้องได้ดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุอยู่เป็นระยะไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการจัดกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุตรหลานอย่างมีคุณค่าในชุมชนตนเองแต่หลายต่อหลายครั้งก็ยังคงพบปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการในเรื่องของการดำเนินงานทั้งรูปแบบการจัดกิจกรรมและงบประมาณ

การใช้จ่ายที่ยังเป็นปัญหาส่งผลให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุชะงักไม่ต่อเนื่องยังคงขาดการบูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วนเนื่องจากผู้ปฏิบัติเกรงผลกระทบที่จะติดตามมาหลังจากดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณที่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับอำนาจทางการเงิน ในส่วนของกองทุนที่อุดหนุนเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุยังคงเกิดประเด็นที่จะต้องพิจารณาถึงอำนาจทางกฎหมายของการนำเงินกองทุนมาใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเจตนารมณ์ที่แท้จริงของกองทุนหรือไม่ จากปัญหาดังกล่าวจะพบว่ามีข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม ในที่นี้ขอแยกพิจารณาเป็นประเด็นปัญหา ดังนี้

ข้อ 1 ปัญหาบทบาทการจัดการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จากข้อเท็จจริงจะพบว่าแนวโน้มของสังคมไทยนั้นกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ แม้ว่ากระแสสังคมได้กระตุ้นให้หน่วยงานภาครัฐกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นประเด็นหลักในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ยังพบปัญหาในการบริหารจัดการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ยังขัดกับสภาพความเป็นจริง กล่าวคือ ตามโครงสร้างทางกฎหมายของระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน หน่วยงานที่มีกลไกหลักในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โดยกรมกิจการผู้สูงอายุซึ่งจะเน้นการกำหนดนโยบาย การวิจัยและให้ความช่วยเหลือแบบเก็บตกเกี่ยวกับการส่งเสริมชีวิตความเป็นอยู่ สำหรับเรื่องสุขอนามัยและการดูแลสุขภาพแม้ว่าจะเป็นกลไกหลักของกระทรวงสาธารณสุขแต่การดูแลในระดับพื้นที่ (ชุมชน) กระทรวงสาธารณสุขกลับมีบทบาทจำกัด โดยการให้บริการที่ยังไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุมกับความต้องการและจำนวนประชากรซึ่งส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่ในชุมชนปทุมภูมิซึ่งเป็นพื้นที่ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ 2 ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพโดยเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่บริหารงบประมาณเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชากร

แต่อย่างไรก็ตามทราบว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์กรมหาชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายอยู่ภายใต้การกำกับดูแลจากรัฐซึ่งมีการดำเนินงานในรูปแบบของกองทุนในการบริหารจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนและเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนเงินในกองทุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชน สำหรับกองทุนที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับท้องถิ่น คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ก่อตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 เมื่อพิจารณาถึงบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วจะพบว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปรียบเสมือนหน่วยงานกลางที่เป็นผู้บริหารจัดการ จัดสรรงบประมาณ รวมทั้งออกประกาศกำหนดวิธีการดำเนินงานให้กับหน่วยงานอื่นปฏิบัติซึ่งในที่นี้คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประกาศหรือระเบียบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมานั้น ย่อมมีเจตนาที่ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน แต่เนื่องจากการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นผู้ได้รับสนับสนุนเงินกองทุนนั้นถือเป็นหน่วยงานปฏิบัติที่ไม่ได้กำหนดระเบียบด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำให้มีรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นแนวทางปฏิบัติเดิมของหน่วยงานแตกต่างจากที่ระเบียบกำหนดหรือมีข้อจำกัดต่าง ๆ ในทางปฏิบัติซึ่งทำให้การดำเนินงานยังไม่ตรงตามแนวทางในระเบียบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการนำเงินกองทุนไปใช้จ่ายจึงเป็นลักษณะของการออกกฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติงาน เนื่องจากเป็นการออกแนวทางในการปฏิบัติตามระเบียบหรือประกาศให้กับหน่วยงานอื่นเป็นผู้ดำเนินการจึงส่งผลให้กลไกในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาถึงสถานะของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่กับการบริหารจัดการของศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นนั้น พบว่าการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขึ้น โดยการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกองทุนดังกล่าวจัดตั้งขึ้นตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 แม้ปัจจุบันจะถูกยกเลิกโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 แต่ประกาศดังกล่าวก็ยังคงกำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีอยู่ แต่เมื่อพิจารณาถึงสถานะของกองทุนในบางประการแล้วมีข้อสังเกตถึงลักษณะของการบริหารจัดการกองทุนซึ่งไม่ได้ระบุให้อำนาจหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจนในการบริหารจัดการกองทุน

ข้อ 3 ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ประเทศไทยมีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นซึ่งการดำเนินงานจะมีสองรูปแบบ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา หลังจากมีการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลางมายังท้องถิ่นตามหลักการกระจายอำนาจซึ่งเป็นไปตามรัฐธรรมนูญ ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 นั้น บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลและองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่างก็มีอำนาจหน้าที่ตามภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนมาโดยเรื่องของผู้สูงอายุนั้น พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้บัญญัติให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำบริการสาธารณะให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนั้นในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 รวมทั้งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ก็ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่ที่ได้รับตามกฎหมาย แต่อย่างไรก็ตามยังคงเกิดปัญหาความชัดเจนของข้อกำหนดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นที่ได้รับมาตามกฎหมายว่ามีกรอบอำนาจในการดำเนินการตามภารกิจบริการสาธารณะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุครอบคลุมระดับไหน มากน้อยเพียงใด เมื่อพิจารณาถึงภารกิจบริการสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในท้องถิ่นซึ่งจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 ที่ได้อุดหนุนเงินให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อมีส่วนร่วมสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนในพื้นที่โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมจะมีการจัดตั้ง “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” ขึ้น ซึ่งการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ จะได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดบริการสาธารณะสำหรับดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ แต่การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่สามารถดำเนินการได้ทุกแห่งเนื่องจากเงื่อนไขของกองทุนฯ ระบุให้ท้องถิ่นต้องทำการสมัครเข้าร่วมกองทุนเสียก่อนจึงจะได้รับการสนับสนุนเงินจากกองทุน ในขณะที่หน่วยบริการอื่นที่ไม่ได้จัดตั้งเป็นศูนย์ฯ ก็สามารถรับการสนับสนุนจากกองทุนฯ เพื่อให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้โดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขเดียวกันกับการจัดตั้งศูนย์ฯ คือ ต้องสมัครเข้าร่วมกองทุนเสียก่อน โดยการสมัครเข้าร่วมกองทุนนั้นขึ้นอยู่กับความสมัครใจและการบริหารจัดการของผู้นำในท้องถิ่นนั้น ๆ จากประเด็นปัญหาดังกล่าวถือเป็นปัญหาที่สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณะของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

ในขณะที่เดียวกันการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงก็ยังคงพบปัญหาในทางปฏิบัติซึ่งหากพิจารณาตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 ที่ได้กำหนดหลักเกณฑ์สนับสนุนให้ท้องถิ่นดำเนินการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแต่ปรากฏว่าท้องถิ่นยังคงขาดแคลนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยบุคลากรที่มีอยู่และเป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนมิได้เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญและขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านซึ่งเป็นปัญหาในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในท้องถิ่น รวมทั้งในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ที่ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดไว้จึงอาจเกิดปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนหากท้องถิ่นไม่สามารถจัดหาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ข้อ 4 ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนปทุมมิตติงที่กล่าวไปแล้วข้างต้น แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีภารกิจในการจัดทำบริการสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่การดำเนินการให้บรรลุผลอย่างยั่งยืนนั้นมีความจำเป็นที่ต้องรับการสนับสนุนร่วมมือจากทุกภาคส่วนซึ่งปัจจุบันยังพบว่าการดำเนินการยังคงขาดการบูรณาการอย่างต่อเนื่องอันจะส่งผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในอนาคต โดยจะเห็นได้จากหน่วยงานที่เป็นผู้บริหารจัดการงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งไม่มีบทบาทในภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพ ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพและบริหารจัดการดูแลบริการด้านสุขภาพกลับมีงบประมาณและบุคลากรที่จำกัด เนื่องจากบุคลากรผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญนั้นจะสังกัดอยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ประเด็นปัญหาที่ถูกนำมาพิจารณานั้นล้วนแล้วแต่ต้องการการบูรณาการในการแก้ไขปัญหาร่วมกันของหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการตามแนวนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุรวมทั้งการประสานความร่วมมือในการบริหารจัดการเรื่องผู้สูงอายุทุกมิติให้บรรลุเป้าประสงค์อย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อ 5 ปัญหากรุงเทพมหานครกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากที่กล่าวไปแล้วว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชุมชนปทุมมิตติงซึ่งอยู่ในเขตอำนาจการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในขณะที่เดียวกันสำหรับผู้สูงอายุในเมืองหลวงนั้น กรอบอำนาจการดูแลย่อมอยู่ที่ท้องถิ่นรูปแบบพิเศษคือ กรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาถึงบทบาทการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ นั้น กรุงเทพมหานครมีการแบ่งส่วนราชการและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยให้สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบหลักในเรื่องสุขภาพและผู้สูงอายุ ปัจจุบันนี้ประเทศไทยใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพซึ่งสิทธิในระบบหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติครอบคลุมการรักษาให้กับประชาชนคนไทยทุกคนที่มีสถานะทางทะเบียน เมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่กรุงเทพมหานครปรากฏว่าสิทธิการรับบริการจาก กองทุนฯ ที่กรุงเทพมหานครได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. เพื่อดูแลด้านสุขภาพและ ผู้สูงอายุรวมไปถึงบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นมีการเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจาก สปสช. มาใช้ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้มีสิทธิรับบริการแต่อย่างใด (เบิกจ่ายน้อย) ในขณะที่ปรากฏข้อมูลทาง สถิติว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกว่าหลักหมื่นกระจายอยู่ทั่วไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรณีจึงสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการตามสิทธิที่ควรได้รับของกลุ่ม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร

จากปัญหาดังกล่าวจึงอาจพิจารณาได้ว่าการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในกฎหมาย ไทยนั้นยังมีข้อด้อยอยู่หลายประการซึ่งถือเป็นข้อจำกัดทางสังคมที่สำคัญและอาจกลายเป็นปัญหาใน อนาคตหากประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาความหมาย แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การคุ้มครองดูแลสุขภาพและการ จัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการ สำหรับผู้สูงอายุทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ
- 3) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงปัญหาเรื่องการคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการ สำหรับผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายไทย
- 4) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความสอดคล้องกับสภาวะปัจจุบัน

## 1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เรียบเรียงขึ้นโดยการศึกษาถึงแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุตามกฎหมายไทยและกฎหมาย ต่างประเทศ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศอังกฤษ และประเทศออสเตรเลีย โดยศึกษาจากเอกสารทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐธรรมนูญ ประมวล กฎหมาย พระราชบัญญัติ หนังสือ บทความ รายงานการวิจัยทั้งไทยและต่างประเทศ เพื่อให้เกิด

ความเหมาะสมชัดเจนในการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการและการคุ้มครองด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น

#### 1.4 สมมติฐานของการศึกษา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ใช้ชีวิตบั้นปลายอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเองเป็นหลัก แต่ปรากฏข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติว่าการดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุนั้นยังไม่ได้รับการพัฒนาหรือให้ความสำคัญเท่าที่ควร โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เมื่อพิจารณาถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุก็พบว่ากฎหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกลับยังไม่ได้ได้รับความสนใจในการพัฒนาเพื่อคุ้มครองหรือรองรับสภาวะปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต แม้กระทั่งกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันก็ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้ตามเจตนารมณ์หรือวัตถุประสงค์ของกฎหมายอย่างแท้จริง ดังนั้น จึงควรมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ตามยุคสมัยและสภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

#### 1.5 วิธีการศึกษา

ศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ด้วยการค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลด้านเอกสารที่เกี่ยวข้องจากหนังสือ บทความทางวิชาการ วารสารทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ เอกสารเผยแพร่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รายงานการสัมมนา ตำบัทกฎหมาย และเอกสารในรูปแบบอื่น ๆ ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ และนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้ามาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อตอบคำถามของการศึกษาวิจัย (Research Question) โดยใช้การวิเคราะห์ให้สอดคล้องกับประเด็นที่ได้ตั้งสมมติฐานไว้ภายใต้หลักการ ทฤษฎี และหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

#### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ทราบถึงความหมาย แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
- 2) ได้แนวทางกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในกฎหมายของประเทศต่าง ๆ และสามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายไทยได้

3) สามารถวิเคราะห์ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการเสนอปรับปรุง แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความเหมาะสมกับภาวะการณ์ในปัจจุบัน



## บทที่ 2

### แนวคิดที่ว่าด้วยการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เพื่อให้มีวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ที่มีมั่นคงและมีหลักประกันทางสังคมที่แน่นอนรวมทั้งได้รับการคุ้มครองสิทธิต่าง ๆ ในฐานะของผู้สร้างความมั่งคั่งให้กับประเทศในอดีตมาจนถึงปัจจุบัน ในปัจจุบันปัญหาผู้สูงอายุแม้จะไม่ได้ถูกละเลยหรือถูกทอดทิ้งไปแต่ก็ยังถือว่าไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร แนวความคิดและหลักการต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามสาขาวิชาต่าง ๆ ซึ่งล้วนนำมาประยุกต์ใช้ให้มีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหา โดยมีจุดมุ่งหมายอันเดียวกันคือเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ

#### 2.1 แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการก่อตัวเป็นรัฐทุกรัฐนั้นได้แก่ประชากรหรือพลเมืองในรัฐ ซึ่งผู้สูงอายุนั้นถือเป็นประชากรหลักของรัฐที่ในอดีตเคยสร้างความมั่งคั่งมั่งคั่งให้กับประเทศในขณะที่คนกลุ่มนี้อยู่ในวัยแรงงาน แต่เมื่อเวลาผ่านไปคนวัยแรงงานซึ่งเป็นฐานกำลังหลักในการพัฒนาประเทศได้เปลี่ยนแปลงกลายเป็นประชากรสูงอายุที่มีสภาพร่างกายและสภาวะอื่น ๆ ถดถอยลงและเป็นประชากรที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการคุ้มครองดูแลจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากรัฐ อาจถือได้ว่าการคุ้มครองดูแลพลเมืองสูงอายุดังกล่าวนี้ถือเป็นการตอบแทนความเหน็ดเหนื่อยที่คนสูงอายุเคยสร้างความเจริญให้เกิดขึ้นกับรัฐในขณะที่ตนเองอยู่ในช่วงวัยแรงงาน

ในการคุ้มครองผู้สูงอายุนั้นมีพื้นฐานเดียวกันกับการคุ้มครองบุคคลทั่วไปแต่อาจมีลักษณะพิเศษเพิ่มเติมเนื่องจากความจำเป็นทางกายภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากกลุ่มบุคคลอื่น สำหรับแนวคิดในการคุ้มครองผู้สูงอายุมีพัฒนาการมาจากการคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) หมายถึง การจัดระบบหรือมาตรการในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนไม่ว่าจะเป็นบริการสังคม การประกันสังคม การช่วยเหลือทางสังคม การคุ้มครองอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งครอบคลุมถึงการจัดโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Nets)

สำหรับผู้ด้อยโอกาสและคนยากจน และการจัดการกับความเสี่ยงทางสังคม (Social Risk Management) ที่เกิดขึ้นจากวิกฤตทางเศรษฐกิจ สังคม และภัยพิบัติต่าง ๆ<sup>2</sup> โดยแนวคิดในการคุ้มครองผู้สูงอายุนั้นมีพื้นฐานมาจากการคุ้มครองสิทธิในตัวบุคคลซึ่งเป็นจุดแรกเริ่มของการคุ้มครองบุคคล สำหรับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุนั้นมีหลักเกณฑ์และองค์ประกอบรวมไปถึงแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

### 2.1.1 สิทธิมนุษยชนกับผู้สูงอายุ

เมื่อได้ทราบถึงองค์ประกอบทางกายภาพที่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนั้น สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ต้องกล่าวถึง คือ สิทธิมนุษยชน (Human Rights) อันถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคล โดยแต่ละรัฐต่างกำหนดให้กฎหมายสูงสุดของรัฐนั้นให้การรับรองถึงสิทธิขั้นพื้นฐานนี้ กฎหมายสูงสุดอันได้แก่รัฐธรรมนูญจะให้ความคุ้มครองแก่ทุก ๆ คน โดยมีได้แบ่งแยกบุคคลนั้นจะเป็นสัญชาติใด เชื้อชาติใด หรือศาสนาใด หากบุคคลนั้นเข้ามาอยู่ในขอบเขตอำนาจรัฐที่ใช้รัฐธรรมนูญของประเทศนั้น ย่อมได้รับความคุ้มครองภายใต้รัฐธรรมนูญนั้น ๆ ด้วย<sup>3</sup> ซึ่งหากพิจารณาถึงสิทธิของผู้สูงอายุแล้วก็จะพบว่าเป็นสิทธิหนึ่งที่ได้รับการรับรองในฐานะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสิทธิประเภทอื่น

การเรียกร้องให้มีการคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลมีมานานกว่า 2000 ปี โดยสิทธิส่วนบุคคลถือเป็นสิทธิตามธรรมชาติมิใช่สิทธิตามกฎหมายจึงสามารถใช้อ้างได้ทุกที่ทุกเวลาทั้งยังสามารถยกเป็นข้อต่อสู้เพื่อเรียกร้องให้ปกป้องสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลจากการกระทำที่เป็นการละเมิดสิทธิเสรีภาพ โดยการใช้อำนาจรัฐหรือจากเอกชนด้วยกัน ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลนั้นรัฐจะออกกฎหมายมาขัดหรือแย้งไม่ได้ สิทธิส่วนบุคคลตามแนวคิดนี้ถือเป็นแนวคิดแบบปัจเจกชนนิยมจากนักปราชญ์กลุ่มสโตอิกที่เชื่อว่ามนุษย์สามารถกำหนดวิถีชีวิตของตนเองได้โดยอิสระ รู้จักดำรงชีวิตอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการใช้เหตุผล ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ทำให้มนุษย์มีความแตกต่างจากสัตว์โลกชนิดอื่น ๆ มีเกียรติยศ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ในฐานะปัจเจกชน เป็นหลักการ

<sup>2</sup> สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, **ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย 5 ปีหลังวิกฤตเศรษฐกิจ: เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2545 วันศุกร์ที่ 21 มิถุนายน 2545 ณ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี** (นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545), หน้า 1.

<sup>3</sup> บรรเจิด สิงคะเนติ, **หลักพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์**, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2552), หน้า 53.

สูงสุดทั้งในทางจริยธรรมและทางกฎหมาย<sup>4</sup> สำหรับผู้สูงอายุนั้นก็พึงได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกันของมนุษย์ทุกคนโดยไม่ถูกจำกัดหรือเลือกปฏิบัติด้านอายุ รวมไปถึงสิทธิทางสังคมในการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่รัฐพึงจัดสรรให้อย่างเสมอภาค เหมาะสมและเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุแม้ว่าจะจะเป็นประชากรที่อยู่ในช่วงปลายของธรรมชาติชีวิตแต่ยังคงเป็นบุคคลที่มีสิทธิต่าง ๆ ที่พึงได้รับการเอาใจใส่คุ้มครองดูแลไม่ต่างไปจากกลุ่มบุคคลในช่วงวัยอื่น แต่ในทางกลับกันผู้สูงอายุถือเป็นช่วงอายุที่สมควรได้รับการคุ้มครองซึ่งสิทธิต่าง ๆ มากขึ้นกว่าบุคคลในช่วงวัยอื่นเนื่องจากสภาพทางชีววิทยาของร่างกาย สภาพทางสังคมวิทยาและรวมถึงความคล่องแคล่วในการดำเนินชีวิตที่ถดถอยลงนั่นเอง

### 2.1.2 หลักเกณฑ์และองค์ประกอบในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อกล่าวถึงการคุ้มครองในหลักการทางกฎหมายสากลมักให้คำนิยามไปถึงการคุ้มครองด้านมนุษยธรรม ซึ่งพอที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับการคุ้มครองผู้สูงอายุจากการศึกษานี้ได้เนื่องจากหลักการทางมนุษยธรรมถือเป็นหลักการพื้นฐานในการให้ความคุ้มครองกับพลเมืองทุกชนชั้นและทุกช่วงวัย

กฎบัตรมนุษยธรรม ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของหลักการคุ้มครองว่าจะต้องประกอบไปด้วยหลักการ 4 อย่าง คือ

- 1) หลีกเลี่ยงเหตุที่ก่อให้เกิดอันตราย คือ หลักการที่ให้ความสำคัญกับการตอบสนองด้านมนุษยธรรมที่จะต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมโดยหลีกเลี่ยงการก่อให้เกิดความรุนแรงตามมา
- 2) สร้างความมั่นใจว่าสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้อย่างเป็นธรรม คือ หลักการคุ้มครองนั้นต้องมีการแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นในการเข้าถึงความช่วยเหลือต่าง ๆ อย่างทั่วถึงและเกิดความเป็นธรรม
- 3) ปกป้องประชาชนจากความรุนแรง คือ หลักการที่ให้ความเชื่อมั่นว่าประชาชนจะได้รับการคุ้มครองและบรรเทาความรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 4) ช่วยเหลือด้วยการเรียกร้องสิทธิการเข้าถึง การเยียวยาและการฟื้นฟู จากการละเมิด คือ หลักการที่หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมจะต้องถือปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือ เยียวยาฟื้นฟูความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการละเมิด<sup>5</sup>

หลักการคุ้มครองทั้งสี่ประการข้างต้นนั้นมีที่มาจากบทสรุปเรื่องสิทธิที่ได้กำหนดไว้ในกฎบัตรมนุษยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับสิทธิที่จะมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือด้าน

<sup>4</sup> พันธ์ ทศนียานนท์, “สิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลของชนชาวไทย,” วารสารนิติศาสตร์ 11, 3 (2523): 431-432.

<sup>5</sup> (สภาอากาศไทย, 2558)

มนุษยธรรม และสิทธิในการเข้าถึงการคุ้มครองและความปลอดภัยแม้ว่าใจความสำคัญของหลักการคุ้มครองที่กล่าวมานั้นจะมุ่งเน้นไปที่การคุ้มครองด้านมนุษยธรรมในสภาวะการณ์ที่ไม่ปกติก็ตาม แต่หลักการดังกล่าวก็สะท้อนให้เห็นถึงเจตนารมณ์ขั้นพื้นฐานที่มุ่งให้ความคุ้มครองกับบุคคลในรัฐ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในสภาวะอ่อนแอ เช่น เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ (คนชรา) เป็นต้น โดยหลักการคุ้มครองก็อยู่ภายใต้หลักการด้านมนุษยธรรมนั่นเอง

### 2.1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

นอกจากการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุจากช่วงอายุแล้วจะพบว่ามีปัจจัยทางกายภาพที่เป็นตัวบ่งชี้ความแตกต่างของมนุษย์แต่ละช่วงวัยอันจะนำไปสู่การประเมินถึงความต้องการขั้นพื้นฐานที่บุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ พึ่งได้รับอีกด้วย สำหรับทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุนั้นมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทั้งทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งจะแยกพิจารณา ดังนี้

#### 1) ทฤษฎีทางชีววิทยา

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก คือ เซลล์ โดยทฤษฎีทางชีววิทยาได้ชี้ให้เห็นถึงลักษณะและความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างไปจากคนช่วงวัยอื่น ซึ่งเป็นความเสื่อมถอยของเซลล์กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีกลุ่มนี้อธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายกับกระบวนการของความแก่ชรา และจากทฤษฎีดังกล่าวได้วิวัฒนาการไปสู่ความเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์ที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของสังคมผู้สูงอายุ<sup>6</sup>

#### 2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญทางด้านจิตวิทยา โดยผู้สูงอายุมีการสั่งสมประสบการณ์อันเกิดจากการเรียนรู้ในอดีต ถ้าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ได้รับการยอมรับอย่างดีในอดีต มีสภาพอารมณ์ที่มั่นคง ก็จะส่งผลต่อวัยที่สูงขึ้น ทำให้มีความสุขรอบคอบเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน แนวคิดทางจิตวิทยา ได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยา และสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยโดยเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม

<sup>6</sup> พรนิภา อ่อนเกิด, การจัดการบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม (กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555).

ของผู้สูงอายุ นั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อาศัยอยู่<sup>7</sup>

### 3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้ม บทบาทของบุคคล สัมพันธภาพ และการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิตเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะทำให้ สถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น ทฤษฎีทางสังคมวิทยาล้วนแต่มองความสูงอายุ จากสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง แต่ผู้สูงอายุยังคงต้องการบทบาทเดิมจึงเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดการถอนตัวออกจากสังคม แต่การจะใช้ชีวิตในช่วงสูงอายุให้มีความสุขนั้นต้อง คงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้แต่ควรอยู่ในระดับที่เหมาะสม<sup>8</sup> อาจกล่าวได้ว่าพัฒนาการของ บุคคลตามช่วงวัยก่อนก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุนั้น มีพื้นฐานมาจากความเสื่อมถอยของร่างกายตาม ทฤษฎีชีววิทยา ประกอบกับการสังสมประสบการณ์และการปรับเปลี่ยนทางสังคม ตามทฤษฎีทาง จิตวิทยาและสังคมวิทยาซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงความเปราะบางของผู้สูงอายุที่ควรได้รับการคุ้มครองดูแล จากรัฐนั่นเอง

นอกจากทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่แสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่พึง ได้รับการคุ้มครองตามธรรมชาติของช่วงวัยแล้วนั้น เมื่อพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุนั้นก็มีทฤษฎีที่ เกี่ยวข้อง คือ ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน Watson Theory เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการดูแลซึ่งสนับสนุนถึง คักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแล ภายใต้ ความรู้สึกถึงความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญทั้งทางร่างกายและทาง จิตใจโดยไม่แบ่งแยกออกจากกันกระทั่งผู้ดูแลได้ตระหนักถึงความเข้าใจในการดูแลและส่งผลให้เกิด ความรักความเข้าใจผู้อื่นซึ่งวัตสันเรียกว่า “Caring Occasion” การดูแลดังกล่าวยังนำไปสู่การเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างคนสองคนภายใต้สนามปรากฏการณ์ (Phenomenal Field) ของแต่ละบุคคลที่หลอมรวมกัน กระทั่งเข้าถึงจิตใจระหว่างคนสองคน (Transpersonal) โดยทำให้

<sup>7</sup> จันทร์ทิตรา เจียรณีย์, การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยระบบ เตือนผู้ป่วยอัตโนมัติทางโทรศัพท์ (นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2557), หน้า 11-14.

<sup>8</sup> บุชยมาส สินธุประมา, สังคมวิทยาความสูงอายุ (เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์, 2539), หน้า 21-30.

คนทั้งสองคนค้นพบสาระสำคัญตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตาย เพื่อให้เกิดการยอมรับในตนเอง และยอมรับผู้อื่น เกิดสัมพันธภาพที่นำไปสู่การฟื้นฟู (Healing Relationship) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังทางบวกในการรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะความพร้อมและสอดคล้องกันบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม ในทฤษฎีการดูแล วัตสันได้อธิบายว่า ความรักอันยิ่งใหญ่ (Cosmic Love) ระหว่างเพื่อนมนุษย์เป็นที่ตั้งของการดูแล ผู้ที่ให้การพยาบาลต้องให้การพยาบาลด้วยความรัก (Caritas Nursing) ทฤษฎีนี้จึงเป็นการมุ่งเน้นว่าความรักคือพลังที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟูต่อผู้ได้รับการดูแลและผู้ให้การดูแล<sup>9</sup>

ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน สามารถใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Ten Carative Factors) อันประกอบไปด้วย

- 1) ค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
- 2) สร้างความศรัทธาและความหวังและมีชีวิตอยู่กับความจริง
- 3) ปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ปลุกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้ก้าวพ้นอัตตาแห่งตน
- 4) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ซึ่งประกอบไปด้วย การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย (Congruence) ความเห็นอกเห็นใจ เป็นการรับสัมผัส (Sense) ความรู้สึกอบอุ่นใจ
- 5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ
- 6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ
- 7) ส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันของพยาบาลและผู้ป่วย ให้ความสนใจกับความเป็นหนึ่งเดียวของชีวิตและความหมายแบบอัตวิสัย ให้ความใส่ใจและอยู่กับกรอบอ้างอิงของผู้อื่น
- 8) ปรึกษาปรึกษา สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ สร้างสรรค์สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด
- 9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่นโดยการช่วยเหลือที่มุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล

---

<sup>9</sup>Jean Watson, **Nursing: Human Science and Human Care** (Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1985); Jean Watson, **Caring Science as Sacred Science** (Philadelphia: F.A. Davis, 2005); Jean Watson, **Nursing: The Philosophy and Science of Caring** (Boulder, Colorado: University Press of Colorado, 2008).

10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น-พลังที่มีอยู่ เปิดรับพลังทางจิตวิญญาณ สิ่งลึกลับและยังไม่มีคำอธิบายอันเกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย<sup>10</sup>

ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ซึ่งให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ ที่เกิดจากการหลอมรวมกันระหว่างจิตใจ Mind ร่างกาย Body และจิตวิญญาณ Spirit เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับจิตวิญญาณซึ่งถือเป็นลักษณะเฉพาะของทฤษฎีนี้ที่มีผลต่อการบำบัดและเยียวยา (Therapeutic Intervention) ความทุกข์ ความทรมาณ<sup>11</sup> ปัจจัยสิบประการได้นำมาใช้เป็นกรอบในการดูแลผู้สูงอายุ เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุมาประกอบรวมกับการใช้ทฤษฎี จุดประสงค์หลักของทฤษฎีนี้คือ “การดูแล” ที่มีแนวคิดหลัก คือ ปัจจัยการดูแลสิบประการ ซึ่งทุกปัจจัยล้วนได้รับการยอมรับว่าสามารถนำไปสู่การดูแลได้ ทฤษฎีได้อธิบายถึงความเป็นมโนธรรมและอุดมคติ เป็นการอธิบายรายละเอียดของแต่ละปัจจัยโดยใช้นามธรรม เช่น ความรัก ความศรัทธา ความหวัง ซึ่งส่งผลให้การนำไปปฏิบัติไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ผู้ที่จะนำทฤษฎีการดูแลของวัตสันไปใช้ต้องมีความเชื่อเรื่องความเป็นหนึ่งเดียว (Unitary) ของมนุษย์ที่หลอมรวมมาจากร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ

ทฤษฎีการดูแลของวัตสันมีเป้าหมาย คือ การดูแลเพื่อให้เกิดการฟื้นฟู การนำรูปแบบการดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน (Transpersonal Caring) มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการฟื้นฟู (Healing) นั้นไม่ได้หมายความว่าความเฉพาะการหายจากโรคที่เป็นอยู่เท่านั้นยังรวมไปถึงการมีสภาพจิตใจที่แข็งแรงด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่าทฤษฎีการดูแลของวัตสันถือเป็นหลักการพื้นฐานในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายและต้องการพึ่งพิงจากบุคคลอื่นในการช่วยเหลือระดับประคองการใช้ชีวิตโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการรับการดูแลระยะยาวนั่นเอง

#### 2.1.4 พัฒนาการแนวคิดของรัฐในการคุ้มครองดูแลพลเมือง

ผู้สูงอายุแม้จะเป็นวัยที่มากต่อประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในการใช้ชีวิตมากกว่าบุคคลกลุ่มอื่นตามสภาวะจิตไทยที่ว่า “อาบน้ำร้อนมาก่อน” ก็ตาม แต่เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายที่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากบุคคล

<sup>10</sup> จุฬาวินยานุกรม, ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน, คำนวนที่ 17 พฤศจิกายน 2564 จาก <http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php?title=ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน>

<sup>11</sup> Jean Watson, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*; Jean Watson, *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science* (New York: Springer, 2009).

อื่นไม่ต่างจากวัยเด็กทั้งทางด้านกายภาพและทางจิตใจ สืบเนื่องจากปัจจัยดังกล่าวทำให้รัฐซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลความเป็นอยู่ของพลเมืองในรัฐต้องให้ความสำคัญกับการดูแลประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น แม้ว่าความเป็นมาในอดีตนั้นรัฐไม่ได้คำนึงถึงการดูแลความเป็นอยู่และทุกข์สุขของพลเมืองในรัฐมากเท่าการรักษาไว้ซึ่งอำนาจอธิปไตยของรัฐและการขยายอาณาจักร แต่ด้วยสภาวะของโลกที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ในปัจจุบันรัฐทุกรัฐหันมาให้ความสำคัญกับการดูแลพลเมืองอันเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนและดำรงไว้ซึ่งอธิปไตยและความเข้มแข็งของรัฐ

#### 2.1.4.1 พัฒนาการของรัฐในการคุ้มครองดูแลพลเมืองในยุคโบราณ

ก่อนศตวรรษที่ 16 นิติสัมพันธ์ของรัฐที่มีต่อพลเมืองนั้นเปรียบเสมือนศูนย์รวมทางการผลิต การค้า ประเพณีวัฒนธรรม ในยุคนั้นรัฐที่มีความสำคัญได้แก่รัฐยุคนครรัฐและจักรวรรดินครรัฐเป็นระบบการจัดระเบียบสังคมระบบเดียวที่ดำรงอยู่ในรัฐและสังคมขณะนั้น มีฐานะเป็นหน่วยการปกครองที่มีอาณาเขตเล็กและมีขอบเขตอำนาจที่แน่นอน อำนาจรัฐครอบคลุมกิจกรรมส่วนรวมทั้งหมด ตั้งแต่การเมือง เศรษฐกิจ ศาสนา หรือสังคม นครรัฐมีบทบาทและอิทธิพลเหนือประชาชนเกือบทุกด้าน ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคมจึงไม่ได้แยกออกจากกัน นครรัฐ เป็นทั้งเมือง (City) รัฐ (State) และสังคม (Society) สมาชิกในนครรัฐไม่สามารถพัฒนาตัวเองให้เป็นอารยะชนได้หากอยู่นอกรัฐ เนื่องจากประชาชนจะพัฒนาตนเองและแสดงบทบาทได้เฉพาะภายในกรอบที่นครรัฐวางไว้ และการแสดงบทบาทนั้นยังถูกจำกัดในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของรัฐ

หลังยุคกรีกเสื่อมอำนาจเป็นยุคที่จักรวรรดิโรมันเรืองอำนาจ รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคมเริ่มเปลี่ยนแปลง บทบาทการเมืองของนครรัฐในการควบคุมและครอบงำสังคมลดลงซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการขยายตัวของอาณาจักรโรมัน ส่งผลให้รัฐเริ่มให้ความสำคัญต่อการสร้างความยิ่งใหญ่และขยายอำนาจผ่านการทำสงครามขยายอาณาเขตมากขึ้นเรื่อย ๆ รัฐใช้อำนาจเหนือสังคมได้เฉพาะด้านการทหาร การระหว่างประเทศ และการคลังเท่านั้น รัฐมีความผูกพันกับพลเมืองและสังคมของตนเองน้อยลง กฎหมายเข้ามามีส่วนในการจัดระเบียบสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างคนในสังคมเป็นไปอย่างเสรี โดยที่ปัจเจกชนสามารถแสวงหาผลประโยชน์เพื่อตัวเองภายใต้กรอบกฎหมาย จะเห็นว่าในยุคโบราณนั้นรัฐไม่ได้คำนึงหรือให้ความสำคัญกับสภาพความเป็นอยู่หรือการให้บริการหรือสวัสดิการใด ๆ กับพลเมืองในรัฐอย่างเด่นชัดเมื่อเปรียบเทียบกับ การขยายอาณาจักรและการสร้างอำนาจของรัฐ โดยในยุคโบราณนั้นพลเมืองเปรียบเสมือนไม้ประดับและไม่ได้มีความสำคัญเทียบเท่ากับการขยายอาณาเขตหรืออำนาจของรัฐแต่อย่างใด<sup>12</sup>

<sup>12</sup> บุฆอริ ยีหมะ, *ความรู้เบื้องต้นทางรัฐศาสตร์*, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554), หน้า 45-48.

#### 2.1.4.2 พัฒนาการของรัฐในการคุ้มครองดูแลพลเมืองในยุคกลาง

เมื่อพัฒนาการของรัฐได้ก้าวเข้าสู่ยุคกลางซึ่งในยุคนี้มีข้าวนางทางสังคมที่ชัดเจนอยู่ 2 ข้าวนาง คือ

1) อำนาจในทางโลกได้กำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับผู้อยู่ใต้ปกครองตามลำดับชั้นเรียกอีกอย่างว่าอำนาจในระบบพีวตัลหรือระบบศักดินา ความสัมพันธ์นี้เป็นไปในลักษณะพันธะสัญญาในการให้ความช่วยเหลือและแสดงความเคารพต่อกัน สิ่งที่แสดงอำนาจคือ ที่ดินในครอบครองและผู้คนที่อยู่ในเฉพาะอาณาเขตของตน

2) อำนาจในทางศาสนจักรมีความต้องการที่จะมีอำนาจเหนือจิตใจพลเมืองในสังคมและมีอำนาจปกครองพลเมืองโดยตรงด้วยโดยที่อำนาจศาสนจักรครอบคลุมอำนาจที่เกี่ยวข้องกับศีลธรรม ศาสนา การศึกษา วัฒนธรรม ซึ่งในขณะนั้นศาสนจักรถือเป็นอำนาจที่มีภาระมากกว่าและหนักกว่าอำนาจอื่นจึงควรมีอำนาจเหนืออำนาจทางโลก ในยุคกลางนี้รัฐมีบทบาทในฐานะที่พึ่งของพลเมืองในรัฐและเริ่มมีพัฒนาการการแบ่งแยกทางแนวคิดอย่างชัดเจนซึ่งจะแตกต่างกับความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับพลเมืองในยุคโบราณที่เน้นอำนาจภายนอกเป็นหลัก ในยุคกลางนี้รัฐมีบทบาททางสังคมในมิติที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของพลเมืองมากขึ้นกว่ายุคโบราณแต่ก็ยังไม่ปรากฏถึงการที่รัฐให้ความสำคัญกับการให้บริการ สวัสดิการหรือการคุ้มครองพลเมืองในการใช้ชีวิตอย่างชัดเจนแต่อย่างใด<sup>13</sup>

#### 2.1.4.3 พัฒนาการของรัฐในการคุ้มครองดูแลพลเมืองในยุคสมัยใหม่

เมื่อรัฐได้พัฒนาเข้าสู่ยุคของรัฐสมัยใหม่หรือรัฐชาติ (Nation-state) สำหรับพัฒนาการการก่อตัวของรัฐสมัยใหม่นั้น เกิดขึ้นในช่วงปลายศตวรรษที่ 15 ถึงกลางศตวรรษที่ 19 เจื่อนไขสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการรัฐและสังคมสมัยใหม่ ได้แก่ การฟื้นฟูศิลปวิทยาการ (The Renaissance) การปฏิวัติด้านการค้า (The Commercial Revolution) และการปฏิรูปศาสนา (The Reformation) เจื่อนไขสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการรัฐและสังคมสมัยใหม่ คือ

1) การฟื้นฟูศิลปวิทยาการ (The Renaissance) ซึ่งเริ่มในช่วงต้นศตวรรษที่ 14 เป็นช่วงที่ปัญญาชนในยุคนั้นหันกลับมาให้ความสนใจผลงานด้านต่าง ๆ ของยุคกรีกและโรมันโบราณอย่างจริงจัง เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อและความคิดของประชาชนสิ่งที่เป็นผลตามมา คือ การเติบโตของรัฐสมัยใหม่และระบบการผลิตแบบทุนนิยมสมบูรณ์ตามสัญญาสิทธิราชย์ และระบบทุนนิยมพาณิชย์

2) การปฏิวัติด้านการค้า (The Commercial Revolution) เริ่มเกิดขึ้นในต้นศตวรรษที่ 16 จากการขยายตัวที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของการซื้อขายแลกเปลี่ยนสินค้าทั้งภายใน

<sup>13</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 48-51.

และภายนอกประเทศ กระทั่งเกิดเป็นการขยายตัวของการผลิตเชิงอุตสาหกรรม เกิดการเติบโตของระบบเงินตราและการสะสมทุน ผลที่เกิดจากการขยายตัวของระบบการค้าและทุนนิยม คือ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวเร่งทำให้โครงสร้างอำนาจเดิมเสื่อมลง กษัตริย์สามารถรวมศูนย์อำนาจ เกิดระบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่กษัตริย์มีอำนาจเด็ดขาดเหนือสังคม

3) การปฏิรูปศาสนา (The Reformation) เริ่มในช่วงต้นศตวรรษที่ 16 เกิดจากปัญหาอิทธิพลและอำนาจของศาสนจักรที่มีเหนือสังคม การแสวงหาผลประโยชน์ในการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ และการตีความหลักศาสนาในทางที่ผิด การขยายตัวของอำนาจรัฐและระบบการค้าการผลิตแบบทุนนิยมยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ดำรงอยู่ในสังคมด้วยรัฐอ้างสิทธิในการควบคุมสังคม ผูกขาดการใช้อำนาจปกครอง ประชาชนเป็นกลุ่มที่อยู่ใต้การปกครองของรัฐ เป็นเครื่องมือแสดงและเสริมอำนาจให้รัฐ ในระยะนี้เองที่เกิดการแยกรัฐในฐานะองค์กรที่ทำหน้าที่ปกครองออกจากสังคมและประชาชน<sup>14</sup>

ความสัมพันธ์ทางอำนาจของรัฐและสังคมสมัยใหม่จะแสดงออกในรูปของอำนาจด้านนโยบาย กล่าวคือ รัฐจะอ้างอำนาจผูกขาดในการใช้กฎหมายกำกับควบคุมสังคมมีอำนาจในการผูกขาดนโยบายและอำนาจในการบังคับใช้นโยบายที่มีผลกระทบต่อสังคม ในส่วนสังคมที่ประกอบด้วยประชาชนและกลุ่มสังคมพยายามอาศัยอำนาจจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เครือข่ายความสัมพันธ์ที่มีอยู่ระหว่างกัน และสิทธิทางการเมืองของตนเป็นพลังอำนาจในการผลักดันหรือต่อรองกับรัฐ แม้ว่าอำนาจในการควบคุมชุมชนทางการเมืองจะเปลี่ยนแปลงแต่สิ่งที่ยังคงอยู่ในสังคมตั้งแต่ยุคกรีกจนถึงยุคกลาง คือ รัฐกับสังคมยังไม่ได้แยกส่วนออกจากกันเด็ดขาด แม้สังคมจะมีลักษณะปัจเจกนิยมมากขึ้น แต่สังคมยังอยู่ภายใต้การครอบงำของอำนาจผู้ปกครอง รัฐภายใต้กฎหมายทุกรัฐต่างมีบทบาทและหน้าที่อย่างน้อย 5 ประการ คือ

- 1) กิจการเกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยของชาติ รัฐมีหน้าที่รักษาเอกราชและอธิปไตยของประเทศ
- 2) การรักษาความสงบภายใน
- 3) การจัดตั้งหน่วยงานของชาติเพื่อคอยปรับปรุงแก้ไข ลงโทษบุคคลที่ละเมิดกฎเกณฑ์กฎหมายของประเทศ และเพื่อป้องกันสิทธิของปัจเจก และรวมถึงมีหน้าที่แก้ไขปัญหาค้าชดแย้ง
- 4) ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ รัฐมีบทบาทสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับประเทศต่าง ๆ

<sup>14</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 51-54.

5) การพัฒนาเศรษฐกิจและความเจริญของประเทศ รัฐต้องมีรายได้จัดเก็บภาษี เพื่อนำเงินไปพัฒนาสร้างความเจริญและประโยชน์ต่อประชาชน<sup>15</sup>

เมื่อพิจารณาถึงพัฒนาการของรัฐในอดีตมาจนถึงยุคสมัยใหม่นั้น รัฐจึงเปรียบเสมือนรั้วที่คอยปกป้องคุ้มครองพลเมืองในรัฐจากการรุกรานเอาเปรียบโดยเน้นการคุ้มครองอธิปไตยเป็นหลักโดยไม่ได้กล่าวถึงหน้าที่ที่มีต่อพลเมืองภายในรัฐแต่อย่างใด ต่อมาเมื่อสิทธิของพลเมืองในรัฐเริ่มมีบทบาทในสังคมมากขึ้นรัฐจึงเริ่มให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิพลเมืองและถือเอาสิทธิพลเมืองเป็นสิ่งสำคัญที่รัฐมีหน้าที่ต้องปกป้องดูแลไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าอำนาจอธิปไตย

### 2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับภารกิจของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการและการคุ้มครองดูแลบุคคลในรัฐ

จากพัฒนาการของรัฐในยุคโบราณมาจนถึงยุคสมัยใหม่ได้แสดงให้เห็นแล้วว่ารัฐได้ให้ความสำคัญกับการปกป้องคุ้มครองดูแลสิทธิของพลเมืองในรัฐโดยถือว่าเป็นภารกิจหลักอย่างหนึ่งที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการปกป้องอำนาจอธิปไตยและการรักษาความมั่นคงของรัฐ พัฒนาการแนวคิดของรัฐในการดูแลพลเมืองดังกล่าวถือเป็นแนวทางที่นำมาสู่แนวคิดและภารกิจของรัฐในการจัดบริการสาธารณะที่รัฐต้องจัดให้มีขึ้นสำหรับพลเมืองในรัฐ

#### 2.1.5.1 ภารกิจของรัฐกับการบริการสาธารณะ

ภารกิจของรัฐ Function of State<sup>16</sup> มีการให้คำนิยามถึงเรื่องภารกิจของรัฐว่ามี 2 ลักษณะ คือ ภารกิจหลักและภารกิจรอง ซึ่งภารกิจหลัก (Basic Function) เป็นภารกิจที่รัฐมีความจำเป็นจะต้องกระทำเองเนื่องจากเป็นภารกิจที่มีความเกี่ยวข้องกับอำนาจอธิปไตยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งมี 4 ประการได้แก่ 1) อำนาจในการใช้กำลังบังคับหรือหน้าที่ในการรักษาความสงบเรียบร้อย 2) อำนาจในการอำนวยความยุติธรรม หรือ หน้าที่ในการพิจารณาคดี 3) อำนาจด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ หรือหน้าที่ทางการทูต และ 4) อำนาจด้านเงินตราและการคลัง หรือ หน้าที่ทางงบประมาณ

โดยวัตถุประสงค์ทั้ง 4 ประการนั้นล้วนเป็นการใช้อำนาจผูกขาดของรัฐในการบริหารจัดการให้ภารกิจของรัฐสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี<sup>17</sup>

<sup>15</sup> จรูญ สุภาพ, **หลักรัฐศาสตร์** (กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2518), หน้า 227.

<sup>16</sup> ชาญชัย แสงวงศ์, **กฎหมายมหาชน ความเป็นมา ทฤษฎีและหลักการที่สำคัญ**, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2556), หน้า 212-215.

<sup>17</sup> สมยศ เชื้อไทย, **หลักกฎหมายมหาชนเบื้องต้น**, พิมพ์ครั้งที่ 6 (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2553), หน้า 136

สำหรับภารกิจรอง (Secondary Function) นั่นก็เป็นภารกิจที่รัฐสามารถให้เอกชนเข้ามาดำเนินการแทนได้ซึ่งกิจกรรมในการกิจการรอนั้นมักเป็นกิจกรรมที่พัฒนาสภาพความเป็นอยู่ของประชากรในรัฐ เช่น เรื่องของการศึกษา การสงเคราะห์ การขนส่งมวลชน การสื่อสาร ซึ่งภารกิจนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นการจัดทำบริการสาธารณะของรัฐอย่างหนึ่ง ในการจัดทำภารกิจลำดับรองนั้นหากรัฐใดให้ความสำคัญกับการปฏิบัติภารกิจรองเป็นพิเศษรัฐนั้นก็จะมีลักษณะเป็นรัฐสวัสดิการ (Welfare State)

ในศตวรรษที่ 19-20 มีแนวคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตยในทางเศรษฐกิจและสังคมเกิดขึ้น แนวคิดนี้ถูกคิดขึ้นมาเพื่อให้ประชากรมีความเสมอภาคกันทางเศรษฐกิจและสังคม แนวคิดดังกล่าวได้กดดันให้รัฐเข้ามาแทรกแซงดูแลทางเศรษฐกิจสังคมเพิ่มขึ้นซึ่งเดิกรัฐจะให้ความสำคัญแต่เฉพาะเรื่องอภิปไตยและการเมืองเท่านั้น โดยการแทรกแซงของรัฐก็ได้พัฒนาไปสู่แนวความคิดของรัฐสวัสดิการ<sup>18</sup> ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

#### 2.1.5.2 บริการสาธารณะกับการจัดสวัสดิการและการคุ้มครองบุคคล

ในส่วนของการบริการสาธารณะ (Service Public) ก็หมายถึง การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้การอำนาจหรือการควบคุมของฝ่ายปกครองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชน ซึ่งกิจการเหล่านั้นจะสามารถบรรลุผลสำเร็จได้ต่อเมื่อมีการแทรกแซงของอำนาจที่มีอยู่ตามกฎหมาย คือ อำนาจรัฐ ซึ่งการแทรกแซงดังกล่าวหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ดำเนินการโดยมีลักษณะที่สำคัญของการบริการสาธารณะดังนี้ คือ

1) การบริการสาธารณะเป็นกิจกรรมที่อยู่ภายใต้การอำนาจหรือในการควบคุมของฝ่ายปกครอง บริการสาธารณะจะอยู่ภายใต้การอำนาจหรือการควบคุมของฝ่ายปกครองที่มีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติให้อำนาจไว้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ฝ่ายปกครองดูแลและปกป้องผลประโยชน์ของประชากรส่วนใหญ่เป็นสำคัญ

2) การบริการสาธารณะต้องมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ เป้าหมายของการบริการสาธารณะ คือ การกระทำตามบัญญัติของกฎหมายที่ได้ให้อำนาจหน้าที่ไว้ โดยต้องสอดคล้องและตรงตามเจตนารมณ์ของประชาชน

3) การบริการสาธารณะสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้โดยกฎหมาย ทั้งนี้การแก้ไขนั้นต้องเพื่อประโยชน์โดยส่วนรวมของประชาชน

4) การบริการสาธารณะจะต้องเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุผลตรงตามความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวมและตรงตาม บทบัญญัติของกฎหมายที่ให้อำนาจและหน้าที่ ไว้เพื่อกิจการในการบริการสาธารณะ

<sup>18</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 137.

5) การบริการสาธารณะจะต้องกระทำด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน และสอดคล้องกับหลักการปกครองในระบอบประชาธิปไตย<sup>19</sup>

โดยหลักการบริการสาธารณะจะมีหลักกฎหมายพิเศษที่คุ้มครองการจัดทำบริการสาธารณะ 3 ประการ คือ

1) หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ การจัดทำบริการสาธารณะจะต้องมีการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง การบริการสาธารณะอย่างต่อเนื่องนั้นย่อมส่งผลในสามระดับ คือ ระดับปกครองซึ่งฝ่ายปกครองมีหน้าที่ในการจัดให้มีบริการสาธารณะเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนผู้รับบริการให้ได้รับบริการอย่างต่อเนื่องเหมาะสม ระดับพนักงานฝ่ายปกครองคือ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่บริการสาธารณะอย่างต่อเนื่องไม่ให้เกิดผลกระทบเสียหายต่อส่วนรวมและระดับคู่สัญญาทางปกครองซึ่งเป็นการปฏิบัติตามสัญญาทางปกครองที่คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายมีหน้าที่ต่อกันในการจัดทำบริการสาธารณะเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน

2) หลักความเปลี่ยนแปลงของบริการสาธารณะสำหรับการจัดทำบริการสาธารณะหลักสำคัญคือ ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในสังคมและความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ โดยการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งสี่ระดับอันได้แก่ฝ่ายปกครอง พนักงานฝ่ายปกครอง คู่สัญญาทางปกครองและประชาชนผู้รับบริการ

3) หลักความเสมอภาคที่มีต่อบริการสาธารณะ บริการสาธารณะถือเป็นกิจการที่รัฐได้จัดสรรขึ้นเพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนรวมประชาชนทุกคนจึงมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณะอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันรัฐถือเป็นคนกลางในการให้บริการ โดยมีประชาชนเป็นผู้รับบริการซึ่งรัฐต้องปฏิบัติต่อประชาชนผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมเสมอภาคกัน

บริการสาธารณะถือเป็นภารกิจสำคัญของรัฐที่จัดให้มีขึ้นสำหรับประชาชนเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในรัฐ ในปัจจุบันรัฐแต่ละรัฐต่างให้ความสำคัญกับการบริการสาธารณะมากยิ่งขึ้นจึงถือเป็นมิติของการบริการสาธารณะในยุคปัจจุบันที่ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์จากการจัดทำบริการสาธารณะของรัฐเพิ่มขึ้นจากในอดีต<sup>20</sup>

#### 2.1.5.3 แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดสวัสดิการสังคมนั้นได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของนักคิดที่ได้ให้คำนิยามในเรื่องของการจัดสวัสดิการในรูปแบบต่าง ๆ รวมไปถึงแนวคิดการลดการพึ่งพาบริการของรัฐและแนวคิด

<sup>19</sup> กิจบตี ก้องเบญจภูษ, **หลักกฎหมายมหาชน** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2558), หน้า 74-78.

<sup>20</sup> ภูริชญา วัฒนรุ่ง, **หลักกฎหมายมหาชน** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2558), หน้า 401-402.

การจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชน ซึ่งเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงภารกิจในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบของการจัดสวัสดิการที่รัฐได้จัดสรรให้กับประชาชน ดังนี้

แนวคิดการลดการพึ่งพาบริการของรัฐ (Deinstitution Approaches) เมื่อแนวโน้มประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นรวมทั้งอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมตามแนวคิดรัฐสวัสดิการ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด บริการที่รัฐจัดสรรให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการและเกิดความไม่เป็นธรรมกับผู้สูงอายุรวมทั้งไม่สามารถกระจายบริการได้อย่างทั่วถึง

รัฐเริ่มนำแนวคิดการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ (Deinstitutional Approaches) มาใช้ด้วยการจัดบริการที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน โดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ลักษณะของบริการที่รัฐนำมาใช้ได้แก่ สวัสดิการในเรื่องของเบี้ยยังชีพ เป็นต้น

แนวคิดการจัดบริการของสถานสงเคราะห์และเบี้ยยังชีพ รัฐได้นำแนวคิดสวัสดิการสังคมตะวันตกมาใช้ โดยเน้นการให้บริการรายบุคคล (เชิงปัจเจกบุคคล Individual) แบบให้เปล่า (Public Assistance) มาโดยตลอด แต่ปรากฏว่าในความเป็นจริงผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่กับครอบครัว เครือญาติ และชุมชนได้แม้ว่าจะไม่รับบริการจากรัฐ แนวคิดดังกล่าวจึงอาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยในปัจจุบันที่ยังคงมีแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณค่าของครอบครัวและสังคม”

นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดทางสังคมมาใช้เพื่อลดการพึ่งพาบริการจากรัฐในรูปแบบของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยแนวคิดดังกล่าวคือแนวคิดเรื่องครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and Community-based)<sup>21</sup> นั่นเอง

แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชน (Collective Welfare) แนวคิดดังกล่าวมีจุดเริ่มต้นจากความสนใจและความต้องการที่จะสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุเอง ซึ่งถือเป็นอุดมการณ์ของกลุ่มเฟเบียน (Fabian) ที่จะมีความเชื่อในระบบคอมมูน (Commune) ระบบดังกล่าวมีแนวทางให้ทุกคนจะต้องนำผลผลิตมารวมไว้ที่ส่วนกลาง และจะมีการจัดสรรทรัพยากรให้กับทุกคนในสังคมอย่างเท่าเทียมกันทุกด้าน เช่น การก่อตั้งกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้านซึ่งเป็นกองทุนสวัสดิการรวมของหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ การรวมกลุ่มดังกล่าวเป็นการรวมกลุ่มของคนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย ที่ต้องการช่วยเหลือคนในหมู่บ้านเมื่อถึงแก่ความตาย โดยจะมีการเก็บเงินเป็นรายเดือนและมอบให้ญาติผู้ตายทันทีเมื่อผู้ที่เข้าร่วมในกองทุนนั้นถึงแก่ความตาย โดยกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้านนั้นก่อตั้งโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็น

<sup>21</sup> พรนิภา อ่อนเกิด, *เรื่องเดิม*, หน้า 18.

หลักประกันความมั่นคงทางสังคมให้กับผู้สูงอายุเมื่อถึงแก่ความตายเท่านั้น จึงถือว่าเป็นแนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชนขึ้นมา เพื่อสร้างความมั่นคงในจิตใจให้กับผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง<sup>22</sup>

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง Long Term Care (LTC) และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

หลังจากได้ทราบถึงแนวคิดทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุแล้วนั้น เมื่อกล่าวถึงผู้สูงอายุคนทั่วไปมักคำนึงถึงเรื่องของการดูแลสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคม จากสภาพสังคมในปัจจุบันที่วิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แม้กระทั่งผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพที่อ่อนแอเจ็บป่วยเรื้อรังวิวัฒนาการทางการแพทย์ก็สามารถยืดอายุผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้สามารถอยู่กับครอบครัวในบ้านปลายชีวิตได้ยาวนานขึ้น ผู้สูงอายุแต่ละคนต่างต้องการการดูแลที่แตกต่างกันตามสภาวะสุขภาพและสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาวะร่างกายที่เจ็บป่วยเรื้อรังย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นแบบแผนและมีระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานมากกว่าคนปกติ

### 2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

มีการให้คำนิยามและความหมายของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไว้อย่างหลากหลายแต่ทุกความหมายล้วนมุ่งเน้นการให้คำจำกัดความที่บ่งชี้ถึงสภาวะทางด้านร่างกายเป็นหลัก ซึ่งความหมายของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ คือ หมายถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ โดยใช้วิธีการคัดกรองจากการใช้ชีวิตประจำวันโดยจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL ทำให้สามารถจำแนกผู้สูงอายุทั่วไปได้เป็นสามกลุ่มตามค่าคะแนน คือ

1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้มี มีคะแนนรวมความสามารถทาง ร่างกายตาม ADL Score เท่ากับหรือมากกว่า

---

<sup>22</sup> ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ (นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์, 2553), หน้า 31.

12 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

2) ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายตาม ADL Score อยู่ในช่วง 5-11 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และมีคะแนน รวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5 จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายตาม ADL Score อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจ น้อยกว่า 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน<sup>23</sup>

การประเมินเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุนั้นจะใช้หลักเกณฑ์การประเมินจากสภาวะสุขภาพตามแบบที่ได้กำหนดขึ้นจากการศึกษาวิจัยที่เป็นที่ยอมรับเป็นสากล ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ที่อยู่ในกลุ่มที่ 3 เท่านั้น

## 2.2.2 การดูแลระยะยาว

ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น สิ่งที่มีกพบเจอบ่อยคือความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันอันเกิดจากปัญหาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องการการพึ่งพิงจากบุคคลอื่นนั้น เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยย่อมมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือซึ่งการดูแลนั้นไม่สามารถจำกัดระยะเวลาได้เนื่องจากข้อจำกัดทางกายภาพของกลุ่มคนดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลในระยะยาว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยการดูแลระยะยาว Long Term Care มีความหมายและรูปแบบดังจะกล่าวต่อไป

### 2.2.2.1 ความหมายระบบการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term Care) หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่

---

<sup>23</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559** (กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559), หน้า 6-7.

สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยการดูแลระยะยาวนั้นมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน) ซึ่งรูปแบบในการบริการดังกล่าวเป็นบริการสังคมที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์<sup>24</sup> การดูแลระยะยาวถือเป็นบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมที่จัดให้มีขึ้นสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>25</sup> เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่คนกลุ่มนี้มีความต้องการบริการด้านสังคมมากกว่า ซึ่งความต้องการดังกล่าวมีทั้งเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่<sup>26</sup>

#### 2.2.2.2 รูปแบบการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่เน้นบริการด้านสาธารณสุขควบคู่ไปกับการบริการทางสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง องค์การอนามัยโลกได้แบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวออกตามมิติของหน่วยงานหลักในการบริการและสถานที่โดยแบ่งการดูแลระยะยาวเป็น 4 รูปแบบ คือ

- 1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) คือ การเตรียมการดูแลบุคคลตั้งแต่สามคนขึ้นไปในสถานที่เดียวกัน
- 2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) คือ การเตรียมการดูแลในบ้านโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวไปทำงานหรือชุมชนแออัด
- 3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการดูแลโดยหน่วยงานหรือองค์กรที่มีนักวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ

<sup>24</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, **โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย** (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552), หน้า 22-23.

<sup>25</sup> ภาวะพึ่งพิง หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

<sup>26</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559**, หน้า 1.

4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) คือ การดูแลโดยครอบครัว เพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร<sup>27</sup>

นอกจากนั้นการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุถ้าพิจารณาจากเกณฑ์การให้บริการนั้น เรอร์ดอร์ เอช.คอฟ (Theodore H. Koff) ได้แบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 รูปแบบ เช่นกัน คือ

1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ (Integrated Home-Service Center Model) เป็นการรวมรูปแบบการให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการทางสังคมที่สนับสนุนการให้บริการผู้สูงอายุ เป็นการจัดบริการในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุเข้าใช้บริการโดยมีค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่ในการจัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ โดยมีรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ-ส่ง การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัย บริการด้านกฎหมายและรวมไปถึงการจ้างงานด้วย

2) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวมบริการพื้นฐานหลายชนิดเข้าด้วยกันโดยมีสถาบันในการดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ สำหรับสถานที่ในการจัดบริการ คือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น ด้านสุขภาพ อาหาร นันทนาการ บริการแม่บ้าน การรวมบริการนี้จะมี ความแตกต่างกับการบูรณาการศูนย์บริการเนื่องจากมีสถาบันมาให้บริการและบริการส่วนใหญ่เป็น บริการพื้นฐานภายในบ้าน

3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน เป็นการลดและหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุให้ไปอยู่ในความดูแลของสถาบัน สถานที่ในการจัดบริการ คือ บ้าน รูปแบบในการให้บริการคือบริการพื้นฐานภายในบ้านรวมถึงบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานด้วย

4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) การดูแลในสถาบันมักส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุนี้อาจมีระดับของการพึ่งพาช่วยเหลือตนเองลดน้อยลง บริการในสถาบันมีความจำเป็นต้องรับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก สถานที่ในการจัดบริการ คือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการ ห้องพัก การทำความสะอาด

<sup>27</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, รายงานฉบับสมบูรณ์ บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย (กรุงเทพฯ: เจพรีน, 2552), หน้า 13-14.

การให้บริการจากแพทย์และบริการสังคมด้านอื่น ๆ ดังนั้นการดูแลในรูปแบบนี้จึงจัดเป็นทางเลือกลำดับหลังสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรับการดูแล<sup>28</sup>

จากแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวไว้ข้างต้นล้วนบ่งชี้ให้เห็นถึงลักษณะความเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่ก้าวจากวัยผู้ใหญ่เปลี่ยนผ่านไปสู่วัยสูงอายุ ความแตกต่างของผู้สูงอายุกับกลุ่มบุคคลอื่น แนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาการของการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานรวมทั้งสวัสดิการสังคมที่ประชากรสูงอายุพึงได้รับ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงความต้องการและเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นแนวทางในการศึกษา จำแนกและดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลคุ้มค่ากับการจัดทำบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุตามกฎหมายต่อไป

### 2.2.3 องค์กรในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เมื่อก้าวถึงการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุถือเป็นภารกิจในการบริการสาธารณะอย่างหนึ่งตามกฎหมาย โดยการบริการสาธารณะดังกล่าวสามารถดำเนินการได้โดยหน่วยงานของรัฐหรือการดำเนินการในลักษณะของธุรกิจโดยภาคเอกชน ทั้งสองภาคส่วนล้วนมีแนวทางการดำเนินการเพื่อการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันเพียงแต่เป้าหมายหลักในการดำเนินการนั้นมีความแตกต่างกันในเรื่องการลงทุนด้านทรัพยากรและการแสวงหาผลตอบแทนที่จะได้รับ เมื่อก้าวถึงลักษณะขององค์กรในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงอาจแบ่งแยกได้เป็นสองภาคส่วน คือ ภาคเอกชนและภาครัฐซึ่งมีลักษณะของการดำเนินการที่แตกต่างกันบางประการ อันจะกล่าวต่อไป

#### 2.2.3.1 ภาคเอกชน

ในการจัดทำบริการสาธารณะเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถือเป็นภารกิจหลักของรัฐ แต่เนื่องจากข้อจำกัดบางประการที่อาจทำให้รัฐไม่อาจดำเนินการได้ด้วยตนเอง เช่น ข้อจำกัดในเรื่องเทคโนโลยี บุคลากร การบริหารจัดการหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นต้น ภาคเอกชนจึงเข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจการบริการสาธารณะแทนรัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การให้สัมปทานหรือการร่วมลงทุนในการจัดทำบริการสาธารณะร่วมกับรัฐ โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการในการเข้าไปจัดทำบริการสาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งการดำเนินการของภาคเอกชนยังสามารถแบ่งแยกออกตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินการ ดังนี้

<sup>28</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, **การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน** (กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12, 2558), หน้า 38-39.

ภาคธุรกิจ “ธุรกิจ” หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การจัดจำหน่าย และการบริการ โดยภายในหน่วยงานหรือธุรกิจนั้น ๆ มีการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาผสมผสานกันอย่าง มีระบบ ระเบียบตามกฎหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนหรือผู้บริโภค ในขณะที่เดียวกันก็ก่อให้เกิดผลประโยชน์หรือบรรลุตามเป้าหมายของธุรกิจ และไม่ก่อให้เกิดมลภาวะที่ไม่ดีต่อสิ่งแวดล้อม<sup>29</sup> รูปแบบของธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุอาจแบ่งได้เป็น 7 ประเภท ดังนี้

1) สถานดูแลผู้สูงอายุประจำวัน (Home Care) โดยทั่วไปจะครอบคลุม การให้บริการที่พักค้างคืน บริการอาหาร การดูแลความสะอาดเสื้อผ้าและที่พัก ตลอดจนความสะอาด ของร่างกาย พร้อมทั้งติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างใกล้ชิดแต่ไม่ได้ให้การรักษาพยาบาล

2) สถานบริบาล (Nursing Home) เป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป พร้อมมีการให้บริการทางการแพทย์ มีแพทย์และพยาบาล ดูแลอย่างใกล้ชิด

3) ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (Residential Home) เป็นบริการที่ให้ ผู้สูงอายุหรือผู้เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เข้าซื้อบ้านในระยะยาว โดยมากเป็น ระยะเวลา 30 ปี โดยอยู่อาศัยได้จนสิ้นอายุขัยแต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นได้เมื่อเสียชีวิตก่อน ครบกำหนดเช่าซื้อ

4) บริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุไปที่บ้าน (Health at Home) เป็น บริการหนึ่งที่ทางบริษัทในเครือของโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุเปิดขึ้นเพื่อจัดส่งผู้เรียนที่ผ่าน การอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ธุรกิจประเภทนี้พบว่ามีเป็นจำนวนมาก เพราะเป็น ธุรกิจที่มีการลงทุนน้อยและมีการบริหารจัดการที่ไม่ซับซ้อน

5) สถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บริการตรวจสุขภาพและคำแนะนำ ในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ เช่น การดูแลสุขภาพ อาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

6) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term Care Hospital) ดูแลทางด้านทางการแพทย์และพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุหลังภาวะวิกฤต ระยะพักฟื้น หรืออาการดีขึ้นแต่ ยังไม่สามารถกลับบ้านได้

<sup>29</sup> ชำนาญ ฉายวิจิต, ความหมายและความสำคัญของธุรกิจ, คำนวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <https://sites.google.com/site/chamnam2554/home/naew-kar-sxn1>

7) สถานดูแลระยะสุดท้าย (Hospice Care) ดูแลด้านการแพทย์และพยาบาล ภาวะจิตใจ แก่ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง<sup>30</sup> Hospice Care อาจแปลเป็นไทยได้เป็น การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย หรือ การให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตโดยทีมสหวิชาชีพในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่จัดไว้อย่างเหมาะสม ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมช่วงระยะท้ายของชีวิต (Terminal Phase) รวมถึงในช่วงเวลาระยะแรกภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement Phase)<sup>31</sup>

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุมีหลากหลายประเภท และมีลักษณะการให้บริการที่แตกต่างกันไปเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

ธุรกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise: SE) หรือกิจการเพื่อสังคม คือ กิจการที่มีจุดมุ่งหมายหลักในการแก้ไขปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยใช้กลไกการบริหารจัดการของภาคธุรกิจ ผสานกับความรู้และนวัตกรรมสังคม มีรายได้จากสินค้าหรือบริการโดยไม่พึ่งพาเงินบริจาคโดยนำผลกำไรที่ได้รับจากสินค้าหรือบริการไปลงทุนและมีการดำเนินงานที่โปร่งใสตามหลักธรรมาภิบาล<sup>32</sup>

องค์กรไม่แสวงหากำไร (Non-profit Organizations) มีการกำหนดกรอบแนวคิด และนิยามองค์กรไม่แสวงหากำไรไว้ 2 ส่วน โดยพิจารณาจากคำนิยามจากวัตถุประสงค์ขององค์กร ลักษณะทางการตลาด ผู้ที่กำกับควบคุมองค์กร และรายได้ที่เข้ามาสนับสนุนภารกิจขององค์กรโดยสามารถนิยามความหมายได้ ดังนี้

1) ตามระบบบัญชีประชาชาติ ค.ศ. 1993 ได้กำหนดความหมายขององค์กรไม่แสวงหากำไร คือ องค์กรที่ตั้งขึ้นโดยถูกต้องตามกฎหมายหรือเป็นองค์กรทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตสินค้าและบริการแต่ไม่สามารถเป็นแหล่งรายได้ กำไร หรือแหล่งเงินทุนอื่น ๆ ให้กับผู้ก่อตั้ง

<sup>30</sup> กุติศรา บุบผา, ธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เป็นธุรกิจควบคุมสัญญา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค, ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 จาก [https://www.ocpb.go.th/download/article/article\\_20210113134731.pdf](https://www.ocpb.go.th/download/article/article_20210113134731.pdf)

<sup>31</sup> จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อการพัฒนาาระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Care) ในประเทศไทย การศึกษาส่วนที่ 1 สถานการณ์ Hospice Care ในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561), หน้า 1.

<sup>32</sup> สมาคมธุรกิจเพื่อสังคม, ธุรกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise: SE) คืออะไร, ค้นวันที่ 4 มิถุนายน 2565 จาก <https://www.sethailand.org/resource/what-is-social-enterprise-se/>

ควบคุม หรือให้การสนับสนุนด้านการเงิน ในทางปฏิบัติกิจกรรมการผลิตขององค์กรเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดทั้งกำไรและขาดทุนแต่ผลกำไรนั้นไม่สามารถแบ่งปันไปให้หน่วยสถาบันอื่น

2) ตามคู่มือการจัดทำบัญชีองค์กรไม่แสวงหากำไรของ John Hopkins University ได้กำหนดนิยามขององค์กรไม่แสวงหากำไร ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

(1) เป็นองค์กร (Organizations) หมายถึง มีการจัดตั้งอย่างเป็นระบบหรือมีระบบโครงสร้างการดำเนินงานภายใน มีเป้าหมายหรือขอบเขตการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมถึงองค์กรที่ไม่เป็นทางการด้วย

(2) ไม่แสวงหากำไรและไม่แบ่งปันผลกำไร (Not-for-profit and Non-profit-distribution) คือ เป็นองค์กรที่ไม่มีเป้าหมายอย่างชัดเจนในการหาผลกำไร ทั้งทางตรงและทางอ้อม หรือไม่มีเป้าหมายในเชิงพาณิชย์ ซึ่งองค์กรลักษณะนี้สามารถมีส่วนเกินจากการประกอบการ (Surplus) ได้ แต่จะต้องไม่มีการแบ่งปันผลกำไร

(3) เป็นลักษณะสถาบันที่แยกออกต่างหากจากหน่วยงานรัฐบาล (Institutionally Separate from Government) คือ ไม่เป็นส่วนหนึ่งของรัฐบาลและรัฐบาลไม่มีสิทธิในการเป็นเจ้าขององค์กรแต่องค์กรเหล่านี้สามารถรับการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาลได้ รวมทั้งมีบุคลากรของภาครัฐร่วมในคณะกรรมการขององค์กรได้

(4) ดูแล บริหารโดยตนเอง (Self-governing) คือ เป็นองค์กรที่สามารถควบคุมดูแลการดำเนินงานของตนเองได้หรือไม่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลโดยองค์กรอื่น

(5) ไม่มีการบังคับ (Non-compulsory) คือ การเป็นสมาชิกและการสนับสนุนด้านเวลาและการเงินจะต้องไปโดยอิสระหรือไม่มีการบังคับทั้งทางกฎหมายหรือเงื่อนไขอื่นใด

จากคำนิยามข้างต้น องค์กรไม่แสวงหากำไร ได้แก่ ผู้ให้บริการที่ไม่แสวงหากำไร (Non-profit Service Providers) องค์กรที่ไม่ใช่รัฐบาล (Nongovernmental Organizations: NGOs) องค์กรด้านศิลปะและวัฒนธรรม (Arts and Culture Organizations) สมาคมกีฬา (Sports Clubs) กลุ่ม Advocacy (Advocacy Groups) มูลนิธิ (Foundations) องค์กรชุมชน (Community Based or Grass Roots Associations) พรรคการเมือง (Political Parties) สมาคม/สโมสรด้านสังคม (Social Clubs) สหภาพแรงงาน สมาคมธุรกิจ และสมาคมนายจ้าง (Unions, Business and Professional Associations) และองค์กรด้านศาสนา (Religious Congregation) กล่าวอีกนัยหนึ่งการดำเนินงานขององค์กรไม่แสวงหากำไรเหล่านี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ

1) องค์กรไม่แสวงหากำไรที่ผลิตสินค้าและบริการที่มีใช้ระบบตลาดหรือเรียกว่า Non-market NPIs หรือตามระบบบัญชีประชาชาติ ค.ศ. 1993 (SNA 1993) เรียกว่าสถาบันไม่แสวงหากำไรให้บริการครัวเรือน (Non Profit Institution Serving Household: NPISHs)

หมายถึง องค์กรที่ดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไร โดยผลิตสินค้าและบริการให้กับประชาชนหรือสังคม โดยไม่คิดราคาหรือแบบให้เปล่า หรือจำหน่ายในราคาที่ไม่คุ้มทุน หรือในราคาที่ไม่มียุทธศาสตร์ทางเศรษฐกิจ เช่น องค์กรประเภทมูลนิธิ สมาคม องค์กรทางศาสนา และพรรคการเมือง เป็นต้น

2) องค์กรไม่แสวงหากำไรที่ผลิตสินค้าและบริการในระบบตลาดหรือเรียกว่า Market NPIs หมายถึง องค์กรที่ดำเนินงานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลกำไร โดยการผลิตสินค้าและบริการในราคาตลาดหรือราคาที่มีนัยสำคัญทางเศรษฐกิจ เช่น โรงเรียนเอกชนบางแห่ง มหาวิทยาลัยเอกชน โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น<sup>33</sup>

### 2.2.3.2 ภาครัฐ

ภาครัฐถือเป็นนิติบุคคลที่อยู่ในกำกับดูแลของฝ่ายบริหารทำหน้าที่ดำเนินการบริหารขับเคลื่อนนโยบาย ผลักดันกิจการของประเทศและให้บริการสาธารณะกับประชาชนภายใต้หลักกฎหมายของประเทศรูปแบบของหน่วยงานภาครัฐสามารถแยกพิจารณาได้ 4 ประเภท<sup>34</sup> ดังนี้

1) ส่วนราชการ คือ หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐ ทำหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการสาธารณะทางปกครองซึ่งเป็นภารกิจหลักของรัฐ เช่น การรักษาความสงบเรียบร้อย การป้องกันประเทศ การออกกฎระเบียบ อนุมัติ อนุญาตตามกฎหมาย รวมทั้ง งานนโยบายต่าง ๆ เช่น การกำหนดยุทธศาสตร์ และนโยบายการพัฒนาประเทศ

2) รัฐวิสาหกิจ คือ หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐ มีหน้าที่รับผิดชอบบริการสาธารณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมซึ่งผลิตและจำหน่ายสินค้าหรือบริการที่มีลักษณะเป็นการให้บริการสาธารณะและงานสาธารณูปโภคขนาดใหญ่ หรืองานของรัฐบางด้านที่มีความสำคัญต่อความมั่นคงและการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ หรือการดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนที่รัฐยังจำเป็นต้องควบคุมและดำเนินการแต่ผู้เดียว หรือเป็นงานที่ภาคเอกชนยังไม่พร้อมที่จะลงทุนดำเนินการ หรือเป็นกิจการที่รัฐจำเป็นต้องแทรกแซงตลาดเพื่อให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรม หรือให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ทั้งนี้ เพื่อให้งานให้บริการได้มาตรฐาน ทั้งในเรื่องคุณภาพ ปริมาณ ค่าใช้จ่าย และอื่น ๆ รัฐมีอำนาจกำกับดูแลตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งกิจการจะเป็น

<sup>33</sup> บัญชีองค์กรไม่แสวงหากำไรของประเทศไทย พ.ศ. 2549-2551 จัดทำโดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้คณะกรรมการให้คำปรึกษาการจัดทำบัญชีองค์กรไม่แสวงหากำไรภายใต้กรอบข้อตกลงระหว่างสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และ The John Hopkins University center for Civil Society Studies (JHU/CCSS)

<sup>34</sup> สำนักงาน ก.พ., การจำแนกประเภทหน่วยงานของรัฐในกำกับของฝ่ายบริหาร, ค้นวันที่ 4 มิถุนายน 2565 จาก [https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/article/02\\_aenwthaangkaarphicchaarnaahnwyngaankhngatthaam\\_phrb\\_mcchr\\_2562.pdf](https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/article/02_aenwthaangkaarphicchaarnaahnwyngaankhngatthaam_phrb_mcchr_2562.pdf)

ลักษณะมีการแสวงหารายได้เชิงพาณิชย์และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐเป็นครั้งคราวโดยมีการลงทุนในกิจการเกินครึ่งหนึ่งโดยรัฐและไม่ได้มีวัตถุประสงค์มุ่งกำไรสูงสุดเช่นเอกชนทั่วไป นอกจากนี้ยังมีการนิยามความหมายอีกรูปแบบหนึ่งของรัฐวิสาหกิจว่า วิสาหกิจมหาชน (Public Enterprise) ถือเป็นแนวคิดของการแบ่งแยกประเภทของบริการสาธารณะเพื่อใช้แบ่งแยกความรับผิดชอบของหน่วยงานในการจัดทำบริการสาธารณะ วิสาหกิจมหาชนจึงถือเป็นบริการสาธารณะอย่างหนึ่งที่มีการดำเนินการโดยรัฐซึ่งมีรูปแบบการบริหารจัดการที่แตกต่างจากการบริการสาธารณะที่จัดทำโดยรัฐเพียงอย่างเดียว

3) องค์การมหาชน คือ หน่วยงานที่จัดตั้งโดยรัฐไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหากำไร ทำหน้าที่รับผิดชอบบริการสาธารณะทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การศึกษา การวิจัย การฝึกอบรม การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม การพัฒนาและส่งเสริมการกีฬา การพัฒนาและถ่ายทอดวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ การบริการทางสาธารณสุขและการแพทย์ การสังคม สงเคราะห์ นันทนาการ สวัสดิการ การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน หรือการดำเนินการอันเป็นสาธารณประโยชน์อื่นใด ซึ่งไม่เหมาะที่จะใช้วิธีการของราชการในการบริหาร โดยบริการสาธารณะขององค์การมหาชนต้องไม่เป็นกิจการที่มีลักษณะเป็นการแข่งขันกับภาคเอกชน

4) หน่วยงานของรัฐรูปแบบใหม่ ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 3 ประเภทคือ

(1) หน่วยธุรกิจขององค์การของรัฐที่เป็นอิสระ คือ หน่วยงานรูปแบบใหม่ที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐ เพื่อทำหน้าที่ในการควบคุม กำกับดูแลกิจกรรมของรัฐหรือดำเนินกิจการบริการสาธารณะ ตามนโยบายสำคัญที่ต้องการความเป็นกลางอย่างเคร่งครัด ปราศจากแทรกแซงจากอำนาจทางการเมือง ซึ่งจะมีคณะกรรมการ เป็นองค์กรที่มีอำนาจ และมีหน่วยธุรกิจเพื่อทำหน้าที่อำนวยความสะดวก

(2) กองทุนที่เป็นนิติบุคคล คือ กลไกทางเศรษฐกิจของรัฐเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นกลไกทางเศรษฐกิจของรัฐในการดำเนินบริการสาธารณะแก่ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ หรือเพื่อการแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจเฉพาะด้าน การดำเนินงานของกองทุนจะได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลและเงินสมทบจากกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ ซึ่งกองทุนลักษณะนี้จะจัดตั้งขึ้นโดยการตราเป็นพระราชบัญญัติ เนื่องจากต้องการอำนาจรัฐในการบังคับฝ่ายเดียวต่อภาคเอกชนหรือ ประชาชนในการสมทบเงินเข้ากองทุน

(3) หน่วยบริการรูปแบบพิเศษ คือ หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นจากการแปลงสภาพหน่วยงานบางหน่วย โดยไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคลไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร เป็นหน่วยงานให้บริการภายใน และหากมีกำลังการผลิตส่วนเกินจะให้บริการหน่วยงานอื่นและประชาชนได้

เมื่อกล่าวถึงหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง หมายถึง ราชการบริหารส่วนกลางซึ่งใช้หลักการรวมอำนาจในการปกครองไว้ที่ส่วนกลางโดยแบ่งส่วนราชการซึ่งส่วนราชการดังกล่าวมีฐานะเป็นนิติบุคคล บทบาทภารกิจของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง คือ การจัดกิจกรรมในการให้บริการประชาชนเกี่ยวกับบริการสาธารณะที่ถือเป็นประโยชน์ของส่วนรวมซึ่งเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของรัฐ ดังนั้น องค์กรภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการบริหารกิจกรรมสาธารณะเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่รัฐได้กำหนดไว้ซึ่งกิจกรรมสาธารณะของรัฐที่สำคัญ คือ การให้บริการสาธารณะ (Public Service Delivery) โดยที่หน่วยงานของรัฐต้องมีหน้าที่ในการดำเนินงานในกิจกรรมการให้บริการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของประชาชนจำนวนมากและมีความต้องการที่หลากหลาย สำหรับภารกิจการให้บริการสาธารณะเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นั้น ถือเป็นภารกิจหลักของหน่วยงานภาครัฐที่จะต้องจัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานดังกล่าว แต่เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของการจัดบริการสาธารณะโดยหน่วยงานภาครัฐแล้วควรเป็นบริการสาธารณะที่มีลักษณะเกี่ยวข้องกับความมั่นคงและความเป็นเอกภาพของรัฐ ภารกิจที่ประชาชนทั่วประเทศมีส่วนได้เสีย ภารกิจที่รัฐจัดทำแล้วมีประสิทธิภาพมากกว่าหรือเป็นกิจการที่ต้องใช้งบประมาณ และเทคโนโลยีขั้นสูงนั่นเอง<sup>35</sup>

สำหรับรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุโดยรัฐหากพิจารณาจากการจัดบริการสาธารณะ การสนับสนุนงบประมาณและการผลักดันขับเคลื่อนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะพบว่า การให้บริการหลักจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รัฐจัดตั้งขึ้นโดยมีการสนับสนุนงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการรับบริการจากรัฐ และนอกจากนี้ยังมีการให้บริการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การบริการตรวจเยี่ยม ติดตาม ประเมินผลในระดับชุมชนหรือพื้นที่ ซึ่งรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุโดยรัฐนั้นยังคงมีรูปแบบที่จำกัดไม่หลากหลายเท่าการดำเนินการของภาคเอกชน แม้ว่าปัจจุบันแนวคิดการกระจายอำนาจเริ่มมีอิทธิพลกับการให้บริการด้านสาธารณสุขมากขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาเชิงนโยบายและทางปฏิบัติอยู่หลายประการ

เมื่อกล่าวถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีความใกล้ชิดเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นอย่างมาก หัวใจสำคัญในการปกครองท้องถิ่น คือ การกระจายอำนาจซึ่ง

---

<sup>35</sup> สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, การปฏิรูปโครงสร้างองค์กรภาครัฐ การจัดการความสัมพันธ์ระหว่างราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น: การทบทวนการจัดตั้งหน่วยงานส่วนกลางที่ไปปฏิบัติงานอยู่ในภูมิภาค, ค้นวันที่ 4 มิถุนายน 2565 จาก [https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament\\_parcy/download/usergroup\\_disaster/2-3.pdf](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/usergroup_disaster/2-3.pdf)

ประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการปกครองตนเอง<sup>36</sup> การกระจายอำนาจเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีการปกครองตนเองอย่างอิสระโดยไม่ถูกแทรกแซงจากรัฐซึ่งทำให้การใช้อำนาจในท้องถิ่นสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีความหลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>37</sup>

ในการกระจายอำนาจทางปกครองลงสู่ท้องถิ่นนั้นมีหลักการที่สำคัญ คือ การกระจายอำนาจทางพื้นที่ การกระจายอำนาจทางภารกิจของรัฐ และการกระจายอำนาจทางการคลัง ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้ คือ

1) การกระจายอำนาจทางพื้นที่ เป็นการจัดการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นโดยรัฐมอบอำนาจให้กับท้องถิ่นในการจัดทำบริการสาธารณะภายในเขตพื้นที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้อำนาจไว้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนองความต้องการของประชาชน การกระจายอำนาจในส่วนนี้มีความสัมพันธ์กับภารกิจในการดูแลพลเมืองของท้องถิ่นเนื่องจากรัฐได้มอบอำนาจในการจัดทำบริการสาธารณะตามกฎหมายให้กับท้องถิ่นดำเนินการจึงถือได้ว่าท้องถิ่นมีภาระหน้าที่โดยตรงในการดูแลประชาชนในพื้นที่<sup>38</sup>

2) การกระจายอำนาจทางภารกิจของรัฐหรือเรียกว่าการกระจายอำนาจทางบริการโดยรัฐมอบอำนาจในการจัดทำบริการสาธารณะบางอย่างให้กับองค์กรที่ไม่ใช่ส่วนกลางเป็นผู้ดำเนินงานด้วยงบประมาณและบุคลากรขององค์กรนั้นเองในการกระจายอำนาจส่วนนี้ จะไม่เกี่ยวกับอำนาจทางการปกครอง การกระจายอำนาจทางบริการจะไม่คำนึงถึงอาณาเขตในการดำเนินงาน ในการนี้รัฐจะเป็นผู้ออกกฎหมายมาควบคุมดูแลโดยองค์กรนั้นจะกำหนดเองไม่ได้<sup>39</sup>

3) การกระจายอำนาจทางการคลัง คือ การที่หน่วยงานส่วนกลางพยายามลดระดับในการควบคุมการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานระดับพื้นที่เพื่อความสะดวกคล่องตัวใน

<sup>36</sup> วุฒิสสาร ตันไชย และธีรพรรณ ใจมั่น, “พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542,” ใน สารานุกรมการปกครองท้องถิ่นไทย สถาบันพระปกเกล้า (นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า, 2547), หน้า 4.

<sup>37</sup> วีระศักดิ์ เครือเทพ, นวัตกรรมสร้างสรรค์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: หนังสือสำหรับเสริมพลังความคิดและหลักวิชาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2548), หน้า 13.

<sup>38</sup> สมคิด เลิศไพฑูรย์, *เรื่องเดิม*, หน้า 18.

<sup>39</sup> ประยูร กาญจนดุล, *การปกครองท้องถิ่นประเทศไทย* (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544), หน้า 17-19.

การบริหารงบประมาณของหน่วยงานในพื้นที่ โดยหน่วยงานกลางเป็นเพียงผู้กำกับนโยบายเท่านั้น<sup>40</sup> ในการบริหารงานส่วนท้องถิ่นนั้นอิสระในการบริหารงานถือเป็นส่วนสำคัญ การจัดสรรงบประมาณให้กับส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินการบริหารงานและจัดทำบริการสาธารณะจึงถือเป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการกระจายอำนาจทางการบริหาร

การกระจายอำนาจจากอดีตมาจนถึงปัจจุบันนั้นต่างมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจจากส่วนกลางลงสู่ส่วนภูมิภาคโดยในปัจจุบันได้เพิ่มเติมความสำคัญในหลักการของการมีส่วนร่วมและการตรวจสอบจากภาคประชาชนซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการกระจายอำนาจถือเป็นหัวใจขั้นพื้นฐานที่ให้อำนาจท้องถิ่นในการจัดทำบริการสาธารณะในภารกิจต่าง ๆ ที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนให้บรรลุผลสำเร็จในขณะเดียวกันภารกิจในการจัดทำบริการสาธารณะให้กับประชาชนถือเป็นภารกิจที่มีความสำคัญในการบริหารงานส่วนท้องถิ่น เนื่องจากประชาชนต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ การดูแลและอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนในพื้นที่นั้นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนดำเนินการเกี่ยวกับบริการสาธารณะให้บรรลุผลสำเร็จ คือ ท้องถิ่น ดังนั้นท้องถิ่นจึงมีบทบาทหลักในการดำเนินงานซึ่งอาศัยอำนาจจากหลักการกระจายอำนาจที่ได้รับตามกฎหมายในการจัดทำบริการสาธารณะให้กับประชาชนด้วยนั่นเอง

---

<sup>40</sup> นครินทร์ เมฆไตรรัตน์ และคณะ, **ทิศทางการปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยและต่างประเทศเปรียบเทียบ** (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2546), หน้า 20.

## บทที่ 3

### การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุตามพันธกรณีระหว่างประเทศและ ตามกฎหมายต่างประเทศ

ประชากรวัยสูงอายุถือเป็นประชากรที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการคุ้มครองดูแล การเอาใจใส่ทั้งด้านสุขภาพกาย ชีวิตความเป็นอยู่ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัย 4 และยังต้องการการดูแลทางด้านจิตใจจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะการดูแลด้านสุขภาพที่เสื่อมถอยลงตามช่วงวัย ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต่างให้ความสำคัญกับเรื่องของผู้สูงอายุมากขึ้นตามสถานการณ์ความจำเป็นภายในประเทศ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังถือเป็นบุคคลกลุ่มเปราะบางที่รัฐต้องให้การคุ้มครองและรับรองสิทธิต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับหลักการพื้นฐานสากลซึ่งแต่ละประเทศต่างก็มีการบริหารจัดการในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน สำหรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุจากประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น อังกฤษ และออสเตรเลีย ซึ่งแต่ละประเทศต่างก็มีจุดเด่นในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกันตามบริบทของประเทศและความต้องการของประชากร

#### 3.1 พันธกรณีระหว่างประเทศเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อวิวัฒนาการทางกฎหมายและสภาพสังคมเริ่มเปลี่ยนแปลงไปนานาชาติล้วนให้ความสำคัญและตระหนักถึงการเคารพซึ่งสิทธิมนุษยชนมากขึ้น ประกอบกับพลวัตทางสังคมจากเดิมประชากรหลักของสังคม คือ ประชากรวัยแรงงานที่มีความพร้อมในการขับเคลื่อนประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่พบปัญหาในการดำรงชีวิต เช่น ปัญหาสุขภาพที่น้อยกว่าประชากรวัยอื่น ด้วยเหตุนี้ทำให้กฎหมายที่เปรียบเสมือนเบ้าหลอมทางสังคมต้องพัฒนาตามรูปแบบทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อกล่าวถึงผู้สูงอายุพบว่านานาประเทศทั่วโลกล้วนมีความตระหนักตื่นตัวถึงสถานะทางสังคมที่กำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ องค์กรสหประชาชาติซึ่งมีภาคีสมาชิกเป็นประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ได้ให้ความสำคัญกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 โดยกำหนดหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้นโดยการรับรองของที่ประชุมสมัชชาทั่วไปซึ่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและหลักการผู้สูงอายุของสหประชาชาติ มีรายละเอียดดังนี้

### 3.1.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights)

เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 (ค.ศ. 1948) ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยที่ 3 มีมติรองรับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ซึ่งถือเป็นเอกสารประวัติศาสตร์ในการวางรากฐานด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศฉบับแรกของโลก และเป็นพื้นฐานของกฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนถือเป็นมาตรฐานที่ประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้ร่วมกันจัดทำเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชนทั่วโลก<sup>41</sup> ซึ่งในมาตรา 25 (1)<sup>42</sup> ของกฎบัตรได้กล่าวถึงสิทธิของผู้สูงอายุไว้ ดังนี้ “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนเองและของครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและการดูแลรักษาทางการแพทย์และบริการสังคมที่จำเป็นและมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกการ ภัยพิบัติ หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน” แม้ว่าข้อความที่ปรากฏในกฎบัตรดังกล่าวจะไม่ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะเจาะจง แต่ก็ถือเป็นมาตรฐานในการกำหนดหลักเกณฑ์คุ้มครองพลเมืองทุกเพศทุกวัยซึ่งหมายความรวมถึงผู้สูงอายุด้วยนั่นเอง

### 3.1.2 หลักการผู้สูงอายุของสหประชาชาติ (United Nations Principles for Older Persons Adopted by General Assembly Resolution 46/91 of 16 December 1991)

หลังจากที่องค์การสหประชาชาติได้มีมติรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) จากปัญหาของจำนวนประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้หลายประเทศเริ่มตื่นตัวในการร่วมวางแผนรับมือกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและอีก

<sup>41</sup> กระทรวงการต่างประเทศ กรมองค์การระหว่างประเทศ, **Universal Declaration of Human Rights**, ค้นวันที่ 23 พฤศจิกายน 2559 จาก <http://humanrights.mfa.go.th/upload/pdf/udhrt-th.pdf>

<sup>42</sup> Article 25

(1) Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

43 ปี ต่อมาองค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมระดับนานาชาติขึ้นเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไขพันธกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในครั้งนั้นได้มีการออกหลักการผู้สูงอายุของสหประชาชาติ (United Nations Principles for Older Persons Adopted by General Assembly Resolution 46/91 of 16 December 1991)<sup>43</sup> ที่มีการรับรองโดยที่ประชุมสมัชชาทั่วไปเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม ค.ศ. 1991 ซึ่งในการประชุมได้กำหนดหลักการ 5 ข้อเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ

1) การมีเสรีภาพ (Independence) ผู้สูงอายุพึงมีเสรีภาพในสิทธิได้รับปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ ทั้งจากการจัดสรรรายได้ การสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการช่วยเหลือตนเอง พึ่งมีสิทธิและโอกาสได้ทำงานหรือมีโอกาสที่จะสร้างรายได้ทางอื่นให้กับตนเองและส่วนรวมในการกำหนดการเกษียณอายุการทำงาน พึ่งมีสิทธิเข้าถึงโครงการฝึกอบรมและโครงการด้านการศึกษาที่เหมาะสม พึ่งมีสิทธิที่จะอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและสามารถที่จะปรับให้เข้ากับสภาพจิตใจส่วนบุคคลและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป และพึงมีสิทธิที่จะพักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2) การมีส่วนร่วม (Participation) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิอยู่ในสังคมและมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการกำหนดและดำเนินนโยบายที่มีผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่อย่างดีของผู้สูงอายุรวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะกับคนรุ่นใหม่ พึ่งมีสิทธิที่จะแสวงหาและพัฒนาโอกาสในการให้บริการแก่ชุมชนและทำงานอาสาสมัคร ในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความสนใจและพึงมีสิทธิที่จะก่อตั้งสมาคมเพื่อผู้สูงอายุ

3) การได้รับการอุปการะเลี้ยงดู (Care) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับการอุปการะเลี้ยงดู และปกป้องคุ้มครองจากครอบครัวและชุมชนตามคุณค่าวัฒนธรรมของแต่ละระบบสังคม พึ่งมีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อช่วยให้สามารถและคงไว้หรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ที่สุด และช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วย พึ่งมีสิทธิได้รับบริการทางสังคมและกฎหมายเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพในการดำเนินชีวิต การปกป้องคุ้มครองและการอุปการะเลี้ยงดู พึ่งมีสิทธิได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ซึ่งจะให้บริการด้านการปกป้องคุ้มครอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการกระตุ้นทางด้านจิตใจและสังคมในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและบรรยากาศที่เป็นมิตรตามความเหมาะสมกับสถานภาพและความต้องการ และพึงมีสิทธิมนุษยชนทั้งปวง และเสรีภาพขั้นพื้นฐานในขณะที่อยู่ในสถานที่ใด ๆ หรือในสถานที่ให้บริการดูแลรักษา รวมตลอดถึงพึงได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรี ความเชื่อ

<sup>43</sup> United Nations, **United Nations Principles for Older Persons Adopted by General Assembly Resolution 46/91 of 16 December 1991**, Retrieved November 11, 2021 from <http://www.2.ohchr.org/english/Law/oldpersons.htm>

ความต้องการและความเป็นส่วนตัว ตลอดจนสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการอุปการะเลี้ยงดูและคุณภาพชีวิตของตนเอง

4) การบรรลุความต้องการ (Self-fulfilment) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะแสวงหาโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่และพึงมีสิทธิเข้าถึงแหล่งการศึกษาวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนาและนันทนาการในสังคม

5) การมีศักดิ์ศรี (Dignity) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและมีความมั่นคงปลอดภัย ปราศจากการถูกแสวงหาผลประโยชน์ ตลอดจนการปฏิบัติอย่างทารุณทั้งทางร่างกายและจิตใจและพึงได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัย เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ภูมิหลังศาสนา ความพิการฐานะทางเศรษฐกิจหรือสถานภาพอื่นใด<sup>44</sup>

จากหลักเกณฑ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 5 ประการของสหประชาชาติอันประกอบไปด้วยหลักเกณฑ์ การมีเสรีภาพ การมีส่วนร่วม การได้รับการอุปการะเลี้ยงดู การบรรลุความต้องการและการมีศักดิ์ศรี นั้น เมื่อนำมาพิจารณาพร้อมกันกับกฎหมายภายในแล้วก็จะพบว่า กฎหมายภายในอันได้แก่รัฐธรรมนูญ และพระราชบัญญัติต่าง ๆ ย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดหลักเกณฑ์ในกฎหมายให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสหประชาชาติดังกล่าว ซึ่งหลักเกณฑ์ทั้ง 5 ประการนั้นล้วนแล้วแต่เป็นมาตรการการดำเนินการของรัฐที่จะต้องจัดให้มีบริการสนับสนุนประชากรผู้สูงอายุในรัฐของตน ซึ่งประเทศภาคีสมาชิกล้วนนำมากำหนดเป็นหลักเกณฑ์ทางกฎหมายในการดูแลผู้สูงอายุภายในประเทศของตน จากการออกหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุนี้ทำให้หลายประเทศทั่วโลกตื่นตัวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุ และเริ่มตระหนักถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้นรวมถึงในประเทศไทยด้วยเช่นกัน แม้ว่าประเทศไทยจะมีได้มีรูปแบบเป็นรัฐสวัสดิการ แต่อย่างไรก็ดีหน้าที่และพันธกิจหลักของรัฐก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับสวัสดิการของพลเมืองในรัฐทุกเพศทุกวัยซึ่งถือเป็นบริการสาธารณะอย่างหนึ่งนั่นเอง

### 3.2 กฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

สำหรับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศนั้นพบว่าแต่ละประเทศล้วนมีแนวนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการจัดสรรสวัสดิการในทางการแพทย์อนามัยสาธารณสุข และสาธารณสุขภายในรัฐให้อ่อนแอวยต่อผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้ศึกษา

<sup>44</sup> วิจิตรา (ฟูงัดดา) วิเชียรชม, การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ, ค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2564 จาก <http://research.law.tu.ac.th/research/upload/portfolio/2014-06-13-1402639932-73267.pdf>

เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศ 4 ประเทศ ตามบริบทต่าง ๆ ดังนี้ ประเทศสิงคโปร์ เป็นประเทศที่มีวัฒนธรรมความเป็นอยู่ใกล้เคียงกับประเทศไทยและจำนวนประชากรวัยสูงอายุอยู่ในลำดับต้นของภูมิภาค มีรูปแบบการบริหารจัดการเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่น่าสนใจโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชากรและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีชื่อเสียงในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยมีรูปแบบเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เน้นการบริหารจัดการในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยการสนับสนุนจากรัฐบาล มีการบูรณาการ ประสานความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นและส่วนกลางอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ประเทศอังกฤษเป็นประเทศภาคพื้นยุโรปที่มีรูปแบบการดำเนินการในการให้บริการสาธารณะกับประชากรในรูปแบบรัฐของสวัสดิการ มีบริการการดูแลทางสังคมและสุขภาพจากรัฐและประเทศออสเตรเลีย เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยครอบครัวซึ่งรัฐจะให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในรูปแบบถ้วนหน้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามแต่ละประเทศล้วนมีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกันตามบริบททางสังคมของตนเองดังต่อไปนี้

### 3.2.1 การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์ถือเป็นประเทศที่ปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตย โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุข มีระบบกฎหมายแบบจารีตประเพณี (Common Law) สำหรับนิยามความหมายของประชากรผู้สูงอายุนั้นประเทศสิงคโปร์ได้ให้นิยามไว้ว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ในปี ค.ศ. 2017 จากข้อมูลสถิติประชากรสูงอายุของ United Nation พบว่าสิงคโปร์มีร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี ค.ศ. 2050 มีแนวโน้มที่อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40.1

#### 3.2.1.1 สิทธิและกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

บทบาทในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ รัฐบาลประเทศสิงคโปร์ได้กำหนดแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ โครงการสนับสนุนเงินช่วยเหลือในการครองชีพ (Silver Support Scheme) การช่วยเหลือระยะยาว ComCare Long Term Assistance โครงการการออมเพื่อการรักษาพยาบาลแห่งชาติ (Medisave) เพื่อนำไว้ใช้จ่ายยามเจ็บป่วย<sup>45</sup> นอกจากนี้รัฐบาลได้สนับสนุนสวัสดิการด้านการแพทย์ สำหรับการให้บริการทางการแพทย์และยาที่ได้รับการอุดหนุนจากคลินิกโพลีคลินิกและคลินิกผู้ป่วยนอกพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐ ในปี ค.ศ. 2015 รัฐบาลประเทศสิงคโปร์ให้

<sup>45</sup> Ronice Li, **7 Ways the Government is Helping Seniors**, Retrieved April 20, 2021 from <https://www.gov.sg/news/content/7-ways-the-government-is-helping-seniors>; วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม, *เรื่องเดิม*.

ความสำคัญกับเรื่องผู้สูงอายุเป็นอย่างมากโดยได้จัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารัฐบาลให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้สูงอายุ<sup>46</sup> ในสังคมของชาวสิงคโปร์บุตรมีหน้าที่ต้องดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุจึงได้รับความอบอุ่นและเกิดความมั่นคงแก่สถาบันครอบครัว ในส่วนของการดูแลผู้ปกครองนั้นในกฎหมาย Maintenance of Parents Act (Cap. 167B) ยังบัญญัติให้ผู้ที่พำนักอยู่ในประเทศสิงคโปร์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเพียงพอมีสิทธิเรียกร้องค่าบำรุงรักษา<sup>47</sup> จากบุตรหลานของตนไม่ว่าจะเป็นเงินก้อนหรือในรูปของค่าเบี้ยเลี้ยงรายเดือนโดยที่ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถยื่นคำร้องขอดำเนินการในนามของผู้ปกครองแต่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองนั้นเสียก่อน

### 3.2.1.2 หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

หลักการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1982-1984 รัฐบาลสิงคโปร์ได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรผู้สูงอายุจึงได้จัดตั้ง Committee on the Problem of the Aged ขึ้นโดยมีนโยบายส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีร่างกายและจิตใจที่ดี พร้อมทั้งการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ คณะกรรมการดังกล่าวมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน<sup>48</sup>

ในด้านการดูแลสุขภาพสิงคโปร์พัฒนารูปแบบการบริการและดูแลทางสุขภาพให้กับประชาชนโดยรัฐบาลได้จัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติขึ้นในปี ค.ศ. 1983 โดยใช้ชื่อว่า สมุดปกขาว หรือ Affordable Health Care หลังจากมีการระดมความคิดเห็นในการจัดทำแผนสุขภาพจากทุกภาคส่วนแล้วจึงได้มีการตราออกเป็นกฎหมายซึ่งถือเป็นการปฏิรูปด้านการเงินการคลัง รวมทั้งการรักษาพยาบาลครั้งใหญ่ของสิงคโปร์ ในการรักษาพยาบาล Health Care ในปี ค.ศ. 1984 รัฐบาลได้จัดทำบัญชี Medisave เพื่อให้สมาชิกในกองทุนสามารถสะสมเงินเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

<sup>46</sup> Singapore Budget 2015: Legal Protection for Vulnerable Adults and Elderly to be Strengthened, Retrieved April 20, 2021 from <http://www.straitstimes.com/singapore/singapore-budet-2015-legal-protection-for-vulnerable-adults-and-elderly-to-be>

<sup>47</sup> Puay Ling Lim, **Maintenance of Parents Act**, Retrieved April 20, 2021 from [https://eresources.nlb.gov.sg/infopedia/articles/SIP\\_1614\\_2009-11-30.html](https://eresources.nlb.gov.sg/infopedia/articles/SIP_1614_2009-11-30.html)

<sup>48</sup> Government of Singapore, **Report of the Committee on Ageing Issues is Released 8 Feb 2006**, Retrieved January 2, 2021 from <https://eresources.nlb.gov.sg/history/events/c308d399-0ea7-435e-ab66-d289955921fe>

ในปี ค.ศ. 1990 มีการจัดตั้งคณะกรรมการ Inter-Ministerial Committee on the Ageing Population (IMC) เพื่อทำการศึกษาปัญหาผู้สูงอายุและเสนอนโยบายต่อรัฐบาล โดยมีแนวนโยบายดังนี้

- 1) ส่งเสริมการจ้างงานและความมั่นคงทางการเงิน
- 2) ให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยเน้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและราคาประหยัดเหมาะสมกับบุคคล
- 3) ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม
- 4) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง

โดยการบริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในสิงคโปร์ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะกลาง คือ การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าไปเย็นกลับ

การดูแลระยะยาว คือ บ้านพักคนชรา บริการด้านการแพทย์และการฟื้นฟูที่บ้าน สถานที่ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Hospice)

นโยบายที่คณะกรรมการ IMC นำเสนอต่อรัฐบาลอยู่บนฐานการศึกษา 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านการจ้างงาน ด้านที่อยู่อาศัยและด้านการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยไม่มีความขัดแย้ง ภายใต้คำขวัญ Successful Ageing for Singapore<sup>49</sup>

นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุของสิงคโปร์อยู่ภายใต้แนวคิด Many Helping Hands โดยเน้นการให้ความสำคัญในระดับครอบครัวที่ให้ครอบครัวเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิด Ageing-in-place โดยในปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลได้มีนโยบายส่งเสริมให้มีอารยสถาปัตยกรรมเพื่อความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งเริ่มจัดให้มีการประกันค่ารักษาพยาบาล MediShield เพื่อเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคที่ต้องใช้เวลารักษานานและร้ายแรง ในปี ค.ศ. 1990 ได้มีการจัดตั้งกองทุน Medifund เพื่อการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 2010 รัฐบาลสิงคโปร์ได้จัดตั้งหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ Committee on Ageing Issues (CAI) นโยบายของรัฐบาลสิงคโปร์

<sup>49</sup> Mah Bow Tan, **Report of the Inter-ministerial Committee on the Ageing Population**, Retrieved January 2, 2021 from [http://eservice.nlb.gov.sg/data2/BookSG/publish/6/64a126a3-8f72-4e65-aafe-b97626e3fb4d/web/html5/index.html?opf=tablet/BOOKSG.xml&launchlogo=tablet/BOOKSG\\_BrandingLogo\\_.png&pn=11](http://eservice.nlb.gov.sg/data2/BookSG/publish/6/64a126a3-8f72-4e65-aafe-b97626e3fb4d/web/html5/index.html?opf=tablet/BOOKSG.xml&launchlogo=tablet/BOOKSG_BrandingLogo_.png&pn=11)

เป็นนโยบายที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ระบบสวัสดิการสังคมในสิงคโปร์ถูกขับเคลื่อนด้วยแนวคิดการพึ่งพาตนเอง (Self-reliance) กล่าวคือ พลเมืองและผู้มีถิ่นถาวรในสิงคโปร์ต้องทำงานและออมเงินทุกเดือนในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพที่เรียกว่า Central Provident Fund (CPF) โดยสัดส่วนของเงินที่ต้องนำเข้ากองทุนนี้มีการปรับอยู่เสมอ นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นไป อัตราการจกเก็บ CPF จะเพิ่มขึ้นร้อยละหนึ่ง สำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 50 ปี การจ่ายเงินเข้ากองทุนอยู่ที่อัตรา ร้อยละ 37 ของเงินเดือน กล่าวคือ นายจ้างสมทบ ร้อยละ 17 และหักจากลูกจ้าง ร้อยละ 20 จากนั้นอัตราการจกเก็บจะลดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งผู้ประกันตนมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ผู้ประกันตนจะถูกเก็บเงินเข้า CPF ที่ร้อยละ 12.5 ของเงินเดือน กล่าวคือ เก็บจากนายจ้าง ร้อยละ 7.5 และลูกจ้าง ร้อยละ 5

กองทุน CPF แบ่งออกเป็น 3 บัญชี คือ

- 1) Ordinary Account หรือ OA เป็นบัญชีสำหรับ ประกันชีวิต การลงทุน และการศึกษา
- 2) Special Account หรือ SA สำหรับการลงทุนในวัยชรา และ
- 3) Medisave Account หรือ MA สำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและรักษาพยาบาล ผู้มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป จะมี Retirement Account (RA) เพิ่มขึ้นมา โดยเป็นการแบ่งเงินจากบัญชี OA และ SA เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปในวัยชรา โดยในช่วงแรกสัดส่วนของเงินในกองทุนจะถูกจัดสรรไว้ที่ OA มากที่สุด จนกระทั่งผู้ประกันตนอายุ 60 ปี ขึ้นไป เงินกองทุนจึงจะถูกเปลี่ยนนำไปไว้ที่ MA มากที่สุด อนึ่ง แม้หลักการของ CPF จะอยู่บนพื้นฐานการพึ่งพาตนเอง แต่รัฐบาลสิงคโปร์ก็มีส่วนช่วยโดยการรับประกันดอกเบี้ยขั้นต่ำของกองทุน CPF ที่ร้อยละ 2.5<sup>50</sup>

ระบบบริการสาธารณสุขของสิงคโปร์มีการแบ่งความรับผิดชอบที่ค่อนข้างชัดเจน ภาครัฐจะให้บริการร้อยละ 80 ของบริการสุขภาพที่รุนแรง อุกเฉิน (Acute Care) บริการภาคประชาสังคม เช่น บ้านพักคนชรา และการส่งเสริมสุขภาพชุมชน แม้ภาครัฐจะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพของประเทศรายใหญ่ที่สุดแต่ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลสิงคโปร์กลับคิดเป็นสัดส่วนแค่ ร้อยละ

---

<sup>50</sup> Central Provident Fund Board, **CPF Contribution and Allocation Rates from 1 January 2015**, Retrieved November 10, 2021 from [https://www.cpf.gov.sg/content/dam/web/employer/employer-obligations/documents/Contribution\\_Allocation\\_Rates\\_from\\_1\\_Jan\\_2015.pdf](https://www.cpf.gov.sg/content/dam/web/employer/employer-obligations/documents/Contribution_Allocation_Rates_from_1_Jan_2015.pdf)

4 ของ GDP ซึ่งถือว่าน้อยมากสำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว<sup>51</sup> ส่วนหนึ่งของงบประมาณที่รัฐบาลให้แก่สถานพยาบาลของรัฐจะใช้เพื่ออุดหนุนการดำเนินการร้อยละ 80 ของค่ารักษาพยาบาลในระดับ Acute Care ส่วนค่าใช้จ่ายที่เหลือและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อย่างบริการปฐมภูมิประชาชนต้องรับผิดชอบเองโดยสามารถหักออกจาก บัญชี MA ในกองทุน CPF ได้ นอกจากนี้ยังมีประกันสุขภาพและประกันชีวิตของเอกชนที่รัฐบาลให้การรับรองซึ่งประชาชนสามารถเลือกซื้อได้ เช่น Medishield และ Eldersshield ของบริษัทประกันชั้นนำของโลกอย่างเช่น AIA และ Prudential เป็นต้น รัฐบาลสิงคโปร์รับมือกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยการใช้นโยบายที่เปิดกว้างต่อแรงงาน และผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ การเป็นศูนย์กลางการค้าและอาณานิคมของมหาอำนาจทำให้สิงคโปร์มีแรงงานอพยพเข้ามาทำงานในประเทศมาแต่อดีต กระทรวงสาธารณสุขของสิงคโปร์ หรือ Ministry of Health (MOH) จึงมีเป้าหมายให้ประชาชนสิงคโปร์มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง เพื่อที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

สิงคโปร์กำลังเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งเป็นความท้าทายทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การดูแลผู้สูงอายุได้มีกฎหมาย Medical and Elderly Care Endowment Schemes Act โดยในปี พ.ศ. 2543 ได้จัดตั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุ (Eldercare Fund) ซึ่งเป็นแหล่งเงินในการอุดหนุนการดำเนินการของบ้านพักคนชรา Medical and Elderly Care Endowment Schemes Act (Chapter 173A) มีบทบัญญัติ เกี่ยวกับการบริหารจัดการของ 2 กองทุน คือ กองทุนรักษาพยาบาล (Medifund) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้เงินอุดหนุนในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ที่มีรายได้น้อย และกองทุนดูแลผู้สูงอายุ (Eldercare Fund)

1) กองทุนรักษาพยาบาล (Medifund) มีแหล่งเงินทุนจาก

(1) งบประมาณที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังจัดสรรให้เป็นครั้งคราวโดยการอนุมัติของรัฐสภา

(2) เงินบริจาค และ

(3) รายได้ ที่มาจากการนำเงินกองทุนไปลงทุน

อย่างไรก็ดีเงินงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้และเงินบริจาคที่ให้แก่กองทุนดังกล่าวจะต้องนำไปใช้ในการลงทุนเพื่อสร้างรายได้เท่านั้น ไม่สามารถนำมาใช้จ่ายได้ เฉพาะรายได้จากการลงทุนเท่านั้นที่สามารถนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการให้ความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ที่มีรายได้น้อยโดยการเบิกจ่ายให้แก่ “คณะกรรมการกองทุน รักษาพยาบาล (Medifund

---

<sup>51</sup> Ministry of Health Singapore, **Costs and Financing**, Retrieved November 11, 2021 from [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html)

Committee)” เพื่อใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าธรรมเนียม และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการกองทุนรักษาพยาบาลว่าเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสนับสนุน และได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง (Approved Institutions) ทั้งนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังอาจรับรอง หรือยกเลิกการรับรองโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ ได้ โดยการประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา คณะกรรมการกองทุนรักษาพยาบาลทุกคณะต้องเปิด “บัญชีกองทุนรักษาพยาบาล (Medifund Account)” เพื่อที่จะนำเงินที่ได้รับจากการจัดสรรรวมถึงรายได้ที่ได้จากการลงทุนไปฝากไว้ในบัญชีดังกล่าว

2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุ (Elder Care Fund) การจัดตั้งและการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุ (Elder Care Fund) มีลักษณะเหมือนกับกรณีของกองทุนรักษาพยาบาลตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น จะต่างกันที่วัตถุประสงค์ของกองทุนซึ่งกองทุนดูแลผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์ในการช่วยรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ กฎหมายใช้ คำว่า “Step-down Care” หมายถึง สิงคโปร์มีการจัดตั้งระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเมื่อปี พ.ศ. 2498 เพื่อให้ประชาชนมีเงินออมไว้ใช้หลังเกษียณโดยการบังคับใช้ระบบอย่างเป็นทางการรวมทั้งมีการจัดตั้งหน่วยงานชื่อ Central Provident Fund (CPF) ซึ่งอยู่ภายใต้ Ministry of Manpower เพื่อทำหน้าที่บริหารและดูแลการออมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีเงินออมเพียงพอเพื่อใช้จ่ายหลังเกษียณโดยกฎหมาย Pensions Act (Chapter 225) มีข้อยกเว้นความคุ้มครองผู้มั่งงานทำซึ่งมีรายได้ เกิน 50 ดอลลาร์สิงคโปร์ ต่อเดือน รวมทั้งผู้ประกอบการอาชีพอิสระบางประเภทแต่ไม่รวมสมาชิกโครงการออมเงินของเอกชนที่มีการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนในอัตราเท่ากันและลูกจ้างของรัฐบาลที่ได้รับบำนาญ

มีการจัดทำ Home Care Development รองรับสังคมผู้สูงอายุสนับสนุนงบประมาณในการประเมินสิ่งแวดล้อมสิ่งอำนวยความสะดวก พัฒนาคุณภาพด้านการเพิ่มศักยภาพรองรับผู้สูงอายุตามบ้าน มีการเน้นการทำงานร่วมทุก Cluster เน้น Primary Care จัดตั้ง Family Medicine Clinics ที่รัฐเป็นเจ้าของแต่ผู้ปฏิบัติมาจากเอกชนได้ มีการจัดตั้ง Community Health Centers เพื่อสนับสนุน GP

การเงินด้านสุขภาพ (Health Financing) รัฐบาลสิงคโปร์ได้ผสมผสานแนวความคิดการดูแลรักษาสุขภาพถือเป็นหน้าที่ส่วนบุคคลและรัฐบาลจะกำกับดูแลผ่านระบบการคลัง โดยปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คิดเป็น 4% ของ GDP รัฐบาลจะจ่ายเงินอุดหนุนให้แก่การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงการให้บริการและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลรวมทั้งบังคับให้ประชาชนมีบัญชีเงินออมสำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยรัฐบาลสิงคโปร์ได้จัดตั้ง Central Provident Fund Board (CPF) มากำกับดูแลการออมเพื่อเลี้ยงชีพภาคบังคับ ทั้งนี้ผู้มีรายได้จะต้องจ่ายเงินรายได้ 20% เข้ากองทุน Central Provident Fund และนายจ้างร่วมจ่ายเพิ่มอีก 16%

### CPF แบ่งบัญชีออกเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย

- 1) บัญชีเงินออม (Ordinary Account) เป็นบัญชีเงินออมสำหรับการซื้อที่อยู่อาศัย ซื้อประกัน เงินออมเพื่อการลงทุนทั่วไปและการศึกษาของบุตรรวมถึงเงินออมร่วมจ่ายในบัญชีเกษียณอายุของบุพการี
- 2) บัญชีเงินออมเพื่อการเลี้ยงชีพ (Special Account) เป็นบัญชีเงินออมเพื่อการเลี้ยงชีพวัยเกษียณใช้สำหรับเหตุฉุกเฉินและการลงทุนวัยเกษียณ
- 3) บัญชีเงินออมสำหรับค่ารักษาพยาบาล (Medisave Account) เป็นบัญชีเงินออมสำหรับค่ารักษาพยาบาลของตนเองและบุตรซึ่งใช้เบิกจ่ายสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งเป็นโปรแกรมการออมเพื่อสุขภาพหรือการประกันสุขภาพภาคบังคับที่ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือประชากรในประเทศในการชำระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐและสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการเมดิเซฟมีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกับบัญชีเงินออมเพื่อสุขภาพของทุกคน ซึ่งหากมีเงินออมในบัญชีมากก็มีความสามารถที่จะชำระค่ารักษาพยาบาลได้มาก การจะถอนเงินจากบัญชีเงินออมเมดิเซฟสำหรับการรักษาพยาบาลแต่ละรายการมีกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดและจะต้องดำเนินการถอนเงิน ผ่าน CPF Board ซึ่งเป็นผู้ดูแลบัญชีมีแบบประกันสุขภาพ MediShield ที่เป็นแบบประกันสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับกรณีที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นเวลานาน (Long Term Care) เฉพาะในส่วนของระดับการรักษาใน Class B2/C ในโรงพยาบาล และสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ และ Medifund สำหรับผู้ยากไร้

### ระบบการบริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์ ประกอบด้วย

- 1) ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ประกอบด้วย Polyclinic และ General Practitioner Clinic เป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศสิงคโปร์ ประชาชนส่วนใหญ่จะมารับบริการที่นี่ก่อน มีเครือข่ายกระจายทั่วประเทศ ให้บริการตรวจรักษาผู้รับบริการในทุกช่วงวัย ตรวจรักษาทั้งภาวะฉุกเฉิน จัดการโรค เรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- 2) ระบบบริการขั้น Secondary and Tertiary Care มีโรงพยาบาลประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป 6 แห่ง รพ.ด้านผู้หญิงและเด็ก 1 แห่ง รพ.จิตเวช 1 แห่ง และศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 1 แห่ง
- 3) สถานบริการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน (Long Term Care) ประกอบด้วย รพ.ชุมชน รพ.ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สถานพยาบาล (Nursing Home) และสถานดูแลแบบไปกลับ (Day Care)

#### 4) สถานบริการด้านทันตกรรม (Dental Clinics)<sup>52</sup>

##### 3.2.1.3 กลไกในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

หน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ในสิงคโปร์ ได้แก่ Ministry of Health และหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับดูแล 2 หน่วยงาน คือ Health Promotion Board และ Health Sciences Authority Ministry of Health (MOH) Ministry of Health (MOH) หรือกระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์ ได้รับการจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2502 หรือก่อนที่สิงคโปร์จะกลายมาเป็นสาธารณรัฐอิสระ ในฐานะกระทรวงที่รับผิดชอบเรื่องการสาธารณสุขของสิงคโปร์ เช่น การส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันโรคติดต่อ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การให้บริการด้านสุขภาพ เป็นต้น เนื่องจากสิงคโปร์มีข้อจำกัด ด้านทรัพยากร และทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของประเทศก็คือ ทรัพยากรมนุษย์ทำให้กระทรวงที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพของทรัพยากรมนุษย์อย่าง MOH ได้รับความสำคัญและมีบทบาทอย่างมาก เนื่องจากสิงคโปร์เป็นประเทศขนาดเล็กและเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีรัฐบาลเป็นผู้ขับเคลื่อนร่วมกับภาคประชาชนภายใต้การดำเนินงานของหน่วยงานส่วนกลาง

จากลักษณะทางกายภาพของสิงคโปร์ที่เป็นประเทศขนาดเล็กส่งผลให้การบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีลักษณะที่คล่องตัวประกอบกับพื้นฐานความมีวินัยของประชากรและสภาพการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด ซึ่งการบริหารจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นรัฐบาลทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพของประชากรและสามารถบริหารจัดการดูแลได้อย่างเป็นระบบและครบวงจรโดยมีการบูรณาการร่วมกันกับภาคเอกชนและภาครัฐรวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการร่วมดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและพลเมืองของประเทศปฏิบัติตนให้มีสุขภาพะที่แข็งแรงและใส่ใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพตั้งแต่วัยทำงานซึ่งจะเห็นได้จากระบบการออมเงินเข้ากองทุนของรัฐและในขณะเดียวกันรัฐบาลก็ให้การสนับสนุนโดยใช้วิธีการสมทบเงินทุนในรูปแบบต่าง ๆ ด้วยนั่นเอง

<sup>52</sup> Ministry of Health Singapore, **Singapore's Healthcare System**, Retrieved November 10, 2021 from <https://www.moh.gov.sg/home/our-healthcare-system>; “การบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศสิงคโปร์,” **วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ** 1, 3 (กันยายน-ธันวาคม 2561): 72.

### 3.2.2 การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ญี่ปุ่นได้ให้คำนิยามของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ในปี 2017 United Nation ได้จัดทำสถิติประชากรพบว่า อัตราประชากรสูงอายุของญี่ปุ่นคิดเป็นร้อยละ 33.4 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ และในปี ค.ศ. 2050 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 42.4 จากความสำเร็จในการพัฒนาประเทศหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ส่งผลให้ญี่ปุ่นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันสถานการณ์ประชากรสูงอายุของญี่ปุ่นมีอัตราเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากประสิทธิภาพทางเทคโนโลยีที่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง ประชากรมีอายุเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับปัญหาการเพิ่มจำนวนของประชากรวัยเด็กที่มีแนวโน้มลดลงและจำนวนประชากรวัยทำงานมีอัตราที่ลดลงเช่นกัน

#### 3.2.2.1 สิทธิและกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

รัฐธรรมนูญญี่ปุ่น ค.ศ. 1946 ได้กำหนดรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยให้ความคุ้มครองหลักประกันสิทธิในการได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ ตามมาตรา 25<sup>53</sup> โดยรัฐต้องจัดให้มีระบบสวัสดิการสังคมความมั่นคงและสุขภาพที่ดีของประชาชนให้ครอบคลุมทุกด้านต่อการดำรงชีวิต นอกจากนี้ญี่ปุ่นยังได้ออกกฎหมาย The Basic Law on Measures for Aging Society ฉบับที่ 29 ค.ศ. 1995<sup>54</sup> โดยในมาตรา 9 ได้บัญญัติถึงการส่งเสริมการมีงานทำและการมีรายได้ของพลเมืองในรัฐ ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการส่งเสริมการมีสวัสดิการรายได้ที่ดีในอนาคตและนอกจากนั้นระบบการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของญี่ปุ่น ก็ยังมีการดำเนินการเป็น 2 ระบบ<sup>55</sup> ใหญ่ ๆ คือ 1) ระบบบำนาญสาธารณะ 2) ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ญี่ปุ่นยังมีการจัดระบบสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance) อีกด้วย

ญี่ปุ่นเริ่มต้นจากการใช้ระบบประกันสังคมโดยการประกันสุขภาพ รัฐบาลญี่ปุ่นให้ความสนใจกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาทางสังคมต่าง ๆ ต่อมาจึงพัฒนา

<sup>53</sup> สุนีย์ มัลลิกะมาลย์, “รัฐธรรมนูญญี่ปุ่น: จากอดีตสู่ปัจจุบัน,” วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 52, 3 (2555): 319-320.

<sup>54</sup> Government of Japan, Cabinet Office, **The Basic Law on Measures for the Aging Society**, Retrieved April 24, 2021 from <https://www8.cao.go.jp/kourei/english/measure/kihon-e.html>

<sup>55</sup> วิจิตรา (พุงลัดดา) วิเชียรชม, *เรื่องเดิม*.

เป็นนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โครงการบำนาญ การปรับปรุงสถานพยาบาลและสุขภาพอนามัยกระทรวง  
พัฒนาเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ<sup>56</sup>

### 3.2.2.2 หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

หลักการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยมีพัฒนาการเรื่องการ  
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเริ่มต้นจากการตราพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ ค.ศ. 1922 ซึ่งมีผลบังคับ  
ใช้ดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในปี ค.ศ. 1927 โดยพระราชบัญญัติดังกล่าวมุ่งเน้นการดูแลรักษา  
สุขภาพอันเกิดจากการทำงาน กระทั่งปี ค.ศ. 1943 ระบบประกันสุขภาพได้ขยายผลครอบคลุมเกือบ  
ทั้งประเทศ ด้วยความพยายามของรัฐบาลที่จะสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบประกันสุขภาพจึงได้มี  
การตราพระราชบัญญัติประกันสุขภาพฉบับใหม่ขึ้นในปี ค.ศ. 1958 (The National Health  
Insurance Law of 1958) ต่อมาได้พัฒนาเป็นพระราชบัญญัติระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ  
(National Health Care System Act of 1958) โดยหลักการของกฎหมายฉบับนี้ คือ การให้  
ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุนั้นเนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มคนที่ขาดสิทธิประโยชน์  
จากกฎหมายหลายฉบับ ด้วยเหตุดังกล่าวรัฐบาลญี่ปุ่นจึงได้ดำเนินการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุด้วย  
การตราพระราชบัญญัติสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุขึ้นในปี ค.ศ. 1963 (The Social Welfare Service  
Law for the Elderly 1963) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนโดย  
ปัจจุบันกฎหมายฉบับนี้ยังมีผลใช้บังคับอยู่ เงินทุนในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุนั้นมาจากเงิน  
ภาษีซึ่งเทศบาลจะเป็นผู้ดำเนินการจัดสวัสดิการ โดยการจัดสวัสดิการรูปแบบนี้พบว่าผู้ขอรับ  
สวัสดิการจะไม่สามารถเลือกรูปแบบของสวัสดิการที่ตนเองต้องการได้ รวมทั้งเกิดปัญหาความไม่เสมอ  
ภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการรับบริการที่กำหนดให้ผู้ขอรับบริการต้องทำหน้าที่จ่าย  
ค่าบริการร่วมกับรัฐ (Co-payment) ตามอัตรารายได้ที่ตนเองได้รับ ดังนั้น ภาระค่าใช้จ่ายจึงตกไปอยู่  
กับผู้ที่มีรายได้ระดับปานกลางถึงผู้ที่มีรายได้สูง

จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของอัตราประชากรสูงอายุทำให้รัฐบาลและหน่วยงานที่  
เกี่ยวข้อง ได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร ได้กำหนดแนวทางในการ  
แก้ไขปัญหาดังกล่าวในเชิงนโยบายโดยที่รัฐบาลกลางได้ประกาศ Five Year Urgent Plan for  
Building Social Welfare Facilities แผนเร่งด่วน 5 ปี เพื่อเตรียมมาตรการทั้งระยะสั้นและระยะ  
ยาวในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

<sup>56</sup> สุทิน สายสงวน, “นโยบายเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ บทเรียนจากประเทศญี่ปุ่นและเกาหลี,”  
วารสารญี่ปุ่นศึกษา 26, 2 (ตุลาคม 2552-มีนาคม 2553): 75.

ปี ค.ศ. 1982 มีการตราพระราชบัญญัติบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ Health and Medical Service Law for the Elderly 1982 โดยมีการประกาศใช้ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุขึ้นเพื่อแยกภาระต้นทุนของการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีออกจากระบบประกันสุขภาพอื่นรวมทั้งให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วย ซึ่งสภาไคแอทมีมติเห็นชอบกับกฎหมายบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะประกอบไปด้วยสมาชิก 2 กลุ่ม คือ สมาชิกที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปกลุ่มหนึ่ง และสมาชิกที่มีอายุ 65-69 ปี ในกรณีที่เป็นผู้พิการอีกกลุ่มหนึ่ง โดยสมาชิกมีหน้าที่ในการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วน ด้วยระบบที่ถูกจัดสรรมาเพื่อเกื้อหนุนให้สมาชิกได้รับบริการในอัตราที่ประหยัดจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้านนิยมมาพักอาศัยที่โรงพยาบาลเกินความจำเป็นจนเกิดปัญหาสถานพยาบาลไม่เพียงพอเพื่อรองรับผู้ป่วย

ต่อมา ปี ค.ศ. 1983 มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Elderly Health Care System) รัฐบาลได้กำหนดระบบการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้สูงอายุขึ้นในชื่อว่า The New Year on Welfare โดยระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในบริการของระบบหลักประกันสุขภาพ

เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นส่งผลให้รัฐต้องรับภาระในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงได้พัฒนาระบบบำนาญสำหรับผู้สูงอายุ (Old Age Pension) ซึ่งอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ของกฎหมายสองฉบับดังกล่าว (The Social Welfare Service Law for the Elderly 1963 และ Health and Medical Service Law for the Elderly 1982) โดยผู้สูงอายุจะได้รับเงินเป็นรายเดือนจากโครงการบำนาญซึ่งระบบบำนาญผู้สูงอายุเป็นการดำเนินการเชื่อมต่อกับระบบ Employees' Pension

ด้วยปัญหาของการให้บริการและปัญหาต้นทุนค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 1987 ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงได้รับการแก้ไขโดยมีการเพิ่มอัตราค่าใช้จ่ายที่คนไข้ต้องรับภาระจ่ายเพิ่ม โดยระบบนี้ยังคงใช้บังคับมาจนถึงปี ค.ศ. 2000 จึงนำรูปแบบของการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance) มาใช้

ปี ค.ศ. 1989 รัฐบาลต้องการสร้างโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุขึ้น จึงได้จัดทำแผนสำหรับส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี หรือ Gold Plan ขึ้นเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี ดังกล่าวให้ความสำคัญกับการบริการผู้สูงอายุที่บ้านและการกระจายหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุให้กับ

ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบ<sup>57</sup> โดยให้ท้องถิ่นจัดทำ Local Health and Welfare for the Elderly เป็นบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุ เช่น ผู้ช่วยเหลือที่บ้าน บริการที่พักระยะสั้น การเยี่ยมโดยพยาบาลที่บ้าน บริการ Day Services ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำหน้าที่สำรวจจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อกำหนดการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยแผนดังกล่าวประกอบด้วยกลยุทธ์ 4 ประการ คือ

- 1) ขยายบริการโดยการเพิ่มจำนวนผู้ช่วยเหลือที่บ้าน (Home Helper) และเพิ่มจำนวนเตียงใน Nursing Home
- 2) พัฒนารูปแบบการบริการที่มีความหลากหลาย
- 3) เพิ่มบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการ
- 4) สนับสนุนการทำวิจัยเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง<sup>58</sup>

ค.ศ. 1994-1995 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ดำเนินการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยใช้ชื่อว่า New Gold Plan โดยมีแนวคิดในการสร้างระบบการรักษาพยาบาลระบบใหม่ด้วยการเพิ่มจำนวนผู้ช่วยเหลือที่บ้าน การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับที่พักระยะสั้น บริการ Day Services ที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน รวมถึงการบริการที่บ้าน เช่น การเยี่ยมโดยแพทย์ พยาบาล เพื่อแนะนำการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย

ในญี่ปุ่นมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเริ่มใช้เมื่อ ปี ค.ศ. 1997 (Long-Term Care Insurance System) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการดูแลระยะยาว ได้แก่

- 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น
- 2) ค่านิยมของครอบครัวคนญี่ปุ่นเปลี่ยนไปโดยผู้หญิงซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในอดีตนิยมทำงานนอกบ้านมากขึ้น
- 3) ประชากรสูงอายุมีความต้องการรับการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น
- 4) การรับสิทธิของผู้สูงอายุตามกฎหมายอื่นมีข้อจำกัด
- 5) รัฐบาลต้องการสร้างความเชื่อมั่นให้กับกองทุนประกันสุขภาพ<sup>59</sup>

<sup>57</sup> สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, การปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น, ค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2564 จาก <https://tdri.or.th/2015/7/aging-society-in-japan/>

<sup>58</sup> ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์, การนำนโยบายการประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในญี่ปุ่น, ค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2564 จาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/polscimujournal/article/view/76992/61830>

<sup>59</sup> เรื่องเดียวกัน.

การดูแลระยะยาวดังกล่าวอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ 3 ประการ คือ

1) สนับสนุนความเป็นอิสระ (Support for Independence)  
 2) ระบบที่ผู้ใช้เป็นผู้กำหนด (User-Oriented System) ผู้ใช้จะได้รับบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่จัดโดยหน่วยงานที่ผู้ใช้เป็นผู้เลือก

3) การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นระบบที่มีวัตถุประสงค์เพื่อกระจายภาระของรัฐบาลอันเนื่องมาจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเริ่มบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2000 การดำเนินงานของระบบประกันสังคมนั้น รัฐบาลจะสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มมากขึ้น โดยในระบบการดูแลระยะยาวนี้มีการดำเนินการเช่น การเยี่ยมบ้าน บริการที่พักอาศัยระยะสั้น การออกมาตรการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เป็นต้น

ต่อมาปี ค.ศ. 1999 ได้มีการตราพระราชบัญญัติประกันการดูแลระยะยาว โดยพระราชบัญญัติมีผลใช้บังคับในเดือนเมษายน ค.ศ. 2000 ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าวได้เพิ่มสิทธิประโยชน์ที่มีความครอบคลุมผู้สูงอายุจากระบบประกันรูปแบบเดิมด้วย

ในปี ค.ศ. 2000 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ออกนโยบาย Gold Plan 21 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 2) ส่งเสริมให้มีมาตรการฟื้นฟูผู้สูงอายุ
- 3) พัฒนาระบบการสนับสนุนโดยชุมชน
- 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเพื่อป้องกันและสร้างความเชื่อมั่นให้

ผู้ใช้บริการ

- 5) สนับสนุนสุขภาพและสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ<sup>60</sup>

ระบบการประกันดูแลระยะยาวได้รับการพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างรูปแบบของการจ่ายค่าใช้จ่ายซึ่งให้ผู้รับบริการมีส่วนรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายสมทบเพิ่มเติมจากเงินที่รัฐสนับสนุน ซึ่งเงินที่รัฐสนับสนุนนั้นมาจากเงินภาษีและค่าประกัน (Insurance Premiums) โดยแยกกองทุนให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างบูรณาการซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับบริการโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องของรายได้ นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีอิสระในการเลือกรับบริการโดยไม่ถูกจำกัดเหมือนรูปแบบประกันสุขภาพแบบเดิม รวมทั้งเป็นการลดจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้โรงพยาบาลเป็นที่พักระยะยาวอีกด้วย ในระบบการดูแลระยะยาวนี้เป็นการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน รวมทั้งภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในระบบประกันการดูแลระยะยาวหน่วยงานในท้องถิ่น คือ เทศบาลจะเป็นผู้รับประกัน โดยลักษณะการ

<sup>60</sup> เรื่องเดียวกัน.

บริการจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของชุมชนซึ่งแต่ละชุมชนจะเป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการซึ่งผู้เอาประกันในระบบนี้จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ที่มีอายุ 40-64 ปี

สำหรับขั้นตอนในการรับบริการนั้นผู้เอาประกันที่มีความประสงค์จะรับการดูแลจะต้องรับการประเมินจากหน่วยงานท้องถิ่น คือ เทศบาลในพื้นที่ที่ผู้เอาประกันอาศัยอยู่ซึ่งหน่วยงานผู้รับประกันจะใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่รัฐบาลกลางพัฒนาขึ้นและใช้เหมือนกันทุกพื้นที่เป็นเครื่องมือประเมินผู้เอาประกันที่ขอรับบริการโดยมีการประมวลผลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งค่าคะแนนจะถูกแบ่งออกเป็น 7 ระดับ แบ่งเป็นสิทธิในการรับการสนับสนุน 2 ระดับ และสิทธิในการรับการดูแล 5 ระดับ หรือหากผลการประเมินค่าคะแนนไม่เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ผู้รับประกันคือ เทศบาล ก็มีสิทธิปฏิเสธคำขอรับการประกันได้ ในการขอรับการดูแลในระบบประกันการดูแลระยะยาวผู้เอาประกันจะต้องยื่นคำร้องเพื่อรับการประเมินก่อนที่จะใช้สิทธิในการรับการดูแลตามระบบประกัน หลังจากรับการประเมินด้วยแบบทดสอบแล้ว คณะกรรมการรับรองการได้รับสิทธิประโยชน์ (Long-term Care Certification Board) ที่ท้องถิ่นตั้งขึ้นประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข แพทย์ และด้านการจัดสวัสดิการจะดำเนินการทบทวนผลการประเมินประกอบกับข้อมูลที่กำหนดอันได้แก่ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน จากนั้นภายใน 30 วัน จะทำการประกาศผลในการรับบริการให้ผู้ยื่นขอเอาประกันทราบซึ่งเทศบาลจะเป็นผู้รับการพิจารณาระดับของสิทธิประโยชน์ที่ผู้เอาประกันจะได้รับ (7 ระดับ) สำหรับผู้ที่คำร้องไม่ได้รับการพิจารณาให้รับสิทธิ 7 ระดับข้างต้น ผู้นั้นจะได้รับบริการให้คำแนะนำในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต<sup>61</sup>

สำหรับผู้ที่ผ่านการประเมินให้ได้รับสิทธิ เทศบาลจะดำเนินการตั้งผู้จัดการดูแล (Care Manager) เพื่อจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) ในการรับสิทธิประโยชน์ในการดูแล (Care Benefit Service) แผนการดูแลนั้นจะมีความแตกต่างไปตามความเหมาะสม ความจำเป็นของแต่ละบุคคลและแนวทางในการบริการของท้องถิ่นนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม Care Manager หรือผู้จัดการแผนจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแผนการดูแล ซึ่งคุณสมบัติของผู้จัดทำแผนนั้นจะต้องเป็นผู้ผ่านการอบรมและผ่านการทดสอบเพื่อรับใบอนุญาตในการทำหน้าที่ Care Manager

ระดับในการดูแลถูกแบ่งออกเป็น 7 ระดับ สำหรับผู้ได้รับการประเมินในระดับ “ดูแล” 1-5 สามารถให้ Care Manager ดำเนินการจัดทำแผนการดูแล ส่วนผู้ที่ได้รับการประเมินในระดับ “สนับสนุน” ระดับที่ 1-2 สามารถใช้บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ผู้ใช้บริการจะออกเงินสมทบร้อยละ 10 โดยสามารถเบิกค่าดูแลจากกองทุนได้ ร้อยละ 90

<sup>61</sup> เรื่องเดียวกัน.

โดยการจ่ายเงินสมทบจะทำการจ่ายเมื่อมีการลงนามในสัญญาจ้างผู้ให้บริการดูแล (Service Provider) ซึ่งจำนวนเงินค่าประกันจะถูกแบ่งออกเป็น 2 ระดับขึ้นอยู่กับรายได้ผู้เอาประกันโดย

ระดับที่ 1 คือ ผู้ที่มีอายุ 40-64 ปี กลุ่มนี้จะจ่ายเงินสมทบให้กับส่วนกลาง

ระดับที่ 2 คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะจ่ายเงินประกันโดยตรงให้กับเทศบาลที่ตนอาศัยอยู่<sup>62</sup>

ปี ค.ศ. 2001 มีการจัดทำ Care Prevention Program เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีอย่างยาวนาน โดยมุ่งการดูแลไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังและไม่ต้องรับการบริการดูแลโดยระบบนี้เจ้าหน้าที่จะไปแนะนำเรื่องอาหารและให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพโดยค่าใช้จ่ายในการรับบริการจะเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างท้องถิ่นและรัฐบาลกลาง และในขณะเดียวกันรัฐบาลญี่ปุ่นได้ออก Health Japan 21 ในปี ค.ศ. 2000-2012 เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ต่อมากระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health, Labour and Welfare) ได้ดำเนินการปฏิรูประบบดังกล่าวและประกาศ 2<sup>nd</sup> Health Japan 21 ค.ศ. 2013-2022 โดยเน้นการให้ความสำคัญกับอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น และในปี ค.ศ. 2006 ญี่ปุ่นได้ตรากฎหมายคุ้มครองการทำร้ายผู้สูงอายุ (The Elder Abuse Prevention and Caregiver Support Law) และดำเนินการปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการจัดตั้งศูนย์ดูแลชุมชนแบบครบวงจร Comprehensive Community Care Centers ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลโรคสมองเสื่อมและการทำร้ายผู้สูงอายุ

### 3.2.2.3 กลไกในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของอัตราประชากรสูงอายุในญี่ปุ่นทำให้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร ได้ดำเนินแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในเชิงนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health, Labour and Welfare) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐในส่วนกลาง ถือเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นการดำเนินการในเชิงนโยบายและการพัฒนาปฏิรูประบบการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นยังมีลักษณะของการดำเนินการโดยหน่วยงานส่วนท้องถิ่น

เทศบาลถือเป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่มีความสำคัญและมีบทบาทอย่างยิ่งต่อการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเทศบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับวิธีการบริหารกองทุนนั้นเทศบาลจะเก็บเงินประกันจากผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่และจะจัดสรรเงินจากภาษีที่จัดเก็บได้ ร้อยละ 12.5 เพื่อสมทบกองทุนรวมแห่งชาติ (National

<sup>62</sup> เรื่องเดียวกัน.

Pooling Fund) ในขณะเดียวกันก็จะจัดสรรเงิน ร้อยละ 90 ของค่าบริการที่ได้รับมาจากกองทุนสุขภาพแห่งชาติ (National Health Fund) ให้แก่ผู้ให้บริการ (Service Provider) แต่ละรายที่ผู้เอาประกันแต่ละคนรับบริการอยู่ พร้อมกันนี้เทศบาลก็ต้องทำหน้าที่คัดกรองผู้รับบริการหรือผู้เอาประกันในการรับสิทธิประโยชน์รวมทั้งต้องทำหน้าที่ในการปกป้องสิทธิของผู้เอาประกันที่ได้รับสิทธิไม่ให้ถูกเอาเปรียบหรือละเมิดสิทธิในการรับบริการการดูแลระยะยาวจากผู้ให้บริการ (Service Provider) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของญี่ปุ่นนั้นจะดำเนินการโดยท้องถิ่นซึ่งวิธีการให้บริการนั้นท้องถิ่นจะเป็นผู้จ้างพนักงานที่ผ่านการรับรอง (Certified Social Workers) เพื่อมาทำงานร่วมกับอาสาสมัครในพื้นที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครในพื้นที่ก็จะเป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นในการดำเนินการต่าง ๆ เช่น จัดให้มี Care House ในราคาไม่แพง รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีการประสานและร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ญี่ปุ่นจึงถือเป็นต้นแบบในการบูรณาการจัดการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบอีกประเทศหนึ่ง<sup>63</sup>

อย่างไรก็ดีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในญี่ปุ่นถือเป็นต้นแบบของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จด้วยการร่วมมือร่วมใจกันในทุกภาคส่วนทั้งภาคประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรภาครัฐ ทั้งส่วนกลางและองค์กรส่วนท้องถิ่นที่ร่วมบูรณาการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเข้มข้นและเป็นระบบโดยมีรัฐบาลกลางเป็นกลไกหลักในการวางแผนการขับเคลื่อนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งระบบรวมทั้งยังมีการสร้างความตระหนักรู้และความร่วมมือจากภาคประชาชนในการร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเองโดยมีภาครัฐให้การสนับสนุนทางการเงินอีกทางหนึ่ง

### 3.2.3 การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษให้นิยามความหมายของประชากรผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ประเทศอังกฤษมีระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ (Modern Health Care) ซึ่งเริ่มต้นให้บริการในศตวรรษที่ 18 แต่ขณะนั้นยังไม่มีแพทย์ที่ให้บริการภายในโรงพยาบาลเนื่องจากแพทย์ได้รับค่าตอบแทนน้อยเมื่อเทียบกับการรักษาผู้มีฐานะ ต่อมา มีการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อการกุศล (Voluntary Hospitals) ซึ่งมีทุนมาจากผู้มีฐานะที่ได้สนับสนุนให้มีการรักษาโดยไม่คิดค่าตอบแทน ส่งผลให้แพทย์เข้ามาในระบบการรักษา การตั้งโรงพยาบาลเพื่อการกุศลดังกล่าวยังถือเป็นจุดเริ่มต้นของโรงเรียนแพทย์ในประเทศอังกฤษอีกด้วย

<sup>63</sup> เรื่องเดียวกัน.

### 3.2.3.1 สิทธิและกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

ช่วงต้นศตวรรษที่ 19 การแพทย์เริ่มเปลี่ยนแปลงจากระบบเอกชนเป็นระบบรัฐ ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 การแพทย์มีการพัฒนาให้เจริญและเป็นหลักการทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น ในปี ค.ศ. 1946 ประเทศอังกฤษสามารถผลักดันกฎหมาย National Health Service (NHS) ได้สำเร็จ ในประเทศอังกฤษมีการออกนโยบายเกี่ยวกับเงินบำนาญที่ภาครัฐเข้ามามีส่วนในการบริหารจัดการไว้เป็น 2 ส่วนให้เป็นระบบที่สัมพันธ์กัน คือ บำนาญพื้นฐานภาครัฐ (Basic State Pension) โดยรัฐจัดให้มีการสมทบเงินกองทุนพื้นฐานเป็น National Insurance หรือเงินกองทุนสมทบประกันสังคมโดยรัฐ นอกจากนั้นยังมีเงินสมทบอีกส่วนหนึ่งที่เรียกว่าเงินสมทบส่วนเพิ่ม (Other Pension) ซึ่งเป็นเงินสมทบที่แรงงานภาคเอกชนจะสมทบไว้เพื่อให้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตหลังเกษียณ และบริษัทจะสมทบส่วนเพิ่มตามลักษณะอาชีพ ซึ่งถือเป็นนโยบายหลักของอังกฤษ พลเมืองของประเทศอังกฤษรวมทั้งนักเรียนต่างประเทศที่ไปศึกษาต่อในหลักสูตรที่มีระยะเวลาการพำนักในประเทศอังกฤษมากกว่า 6 เดือน ต้องขึ้นทะเบียนเพื่อขอสิทธิในการรักษาที่ศูนย์สาธารณสุขใกล้ที่พักอาศัยของตน หลังจากลงทะเบียนแล้วจะได้รับบัตรประจำตัวซึ่งระบุชื่อแพทย์ประจำตัวหรือแพทย์ประจำบ้านผู้ที่จะทำการรักษา ในกรณีที่เจ็บป่วยผู้ป่วยจะต้องทำการรักษาผ่านแพทย์ประจำตัวหรือแพทย์ประจำบ้านเป็นลำดับแรกและแพทย์ประจำตัวหรือแพทย์ประจำบ้านจะเป็นผู้พิจารณาว่าต้องส่งการรักษาต่อให้แพทย์เฉพาะทางหรือไม่ การตรวจด้วยแพทย์ประจำตัวหรือแพทย์ประจำบ้านนั้น เมื่อตรวจเสร็จแพทย์จะเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยนำไปซื้อยาที่ร้านขายยาด้วยตนเองโดยมีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาให้ ถ้าเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ เช่น นักเรียน คนว่างงาน ผู้สูงอายุ เป็นต้น จะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยา กรณีที่ผู้ป่วยต้องนอนพักที่โรงพยาบาล ทุกคนจะได้รับบริการที่เท่าเทียมกันและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ การให้บริการห้องพักในโรงพยาบาลจะมีเฉพาะห้องพักรวมเท่านั้น เมื่อแพทย์เห็นว่าอาการดีขึ้นจะส่งตัวกลับบ้านถ้าหากเป็นโรคเรื้อรังก็จะมีแพทย์ชุมชนคอยติดตามดูแลต่อไป<sup>64</sup>

### 3.2.3.2 หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

ระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ หรือ NHS (National Health Service) เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1948 ช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะทำให้ระบบบริการของโรงพยาบาล

<sup>64</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, โครงการศึกษาการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน กรณีศึกษาในเขตพื้นที่สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 พ.ศ. 2558 (กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558), หน้า 87.

ดีขึ้น<sup>65</sup> หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพที่ไม่คิดค่าใช้จ่าย ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ พลเมืองทุกคนจะได้รับสวัสดิการที่เสมอภาคเท่าเทียมกันหมดโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ภายใต้การดูแลของ Department of Health และกฎหมาย National Health Service Act 2006 โดยโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณที่มาจากภาษีของประชาชนในอัตราที่เท่ากันทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลขนาดเล็ก การเกิดขึ้นของ NHS ยังสามารถจัดการเรื่องผลประโยชน์ได้อย่างเป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่ายโดยมีองค์ประกอบ 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่อยู่ในการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป General Practitioner (GPs) หรือแพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

2) แพทย์ในโรงพยาบาล

3) เทศบาลท้องถิ่น ซึ่งในขณะนั้นดูแลการบริการสุขภาพในชุมชน เช่น Health Visitors, Antenatal Care, การฉีดวัคซีน และอื่น ๆ

ทั้ง 3 ส่วนเป็นอิสระต่อกันและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ระบบบริการของ NHS จะปรับปรุงตามระบบเศรษฐกิจเพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและถือเป็นการดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก<sup>66</sup>

ระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษจะประกอบไปด้วย

1) Community Health Care คือ แพทย์และพยาบาลออกไปรักษาผู้ป่วยตามที่พักอาศัยของผู้ป่วยโดยตรง

2) Primary Health Care คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขตามเขตพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ มีแพทย์ทั่วไป พยาบาล ประจำอยู่

3) Tertiary Care คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเตียงหลายพันเตียงสามารถรองรับผู้ป่วยได้จำนวนมาก มีแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลและทันตแพทย์<sup>67</sup>

ระบบบริการสุขภาพในประเทศอังกฤษมี 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีกรอบการบริการแห่งชาติเพื่อผู้สูงอายุ (National Health Service Frame Work for Older People) ที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมรวมทั้งลดความแตกต่างในการให้บริการ จัดการกีดกันผู้สูงอายุ จัดให้มีการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเสริมสร้างสุขภาพ ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จัดบริการให้ครอบคลุมความต้องการและเน้นการดูแลเรื่อง

<sup>65</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 87.

<sup>66</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 88.

<sup>67</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 87.

อุบัติเหตุ (การหกล้ม) โรคหลอดเลือดและสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยบริการในโรงพยาบาล Intermediate Care ที่เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและการดูแลในชุมชนเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้แทนการไปอยู่ในสถานบริการซึ่งมีรูปแบบเป็น Home Care Service คือ การเยี่ยมบ้านแบบ Home Help Service ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลเวลากลางวัน การจัดบริการด้านสังคมซึ่งเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่นที่จะทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุรวมทั้งวางแผนการดูแลเสนอและจัดซื้อชุดบริการ (Care Package) และติดตามประเมินผลเพื่อประกันว่าได้รับการบริการที่เหมาะสม งานด้านบริการสังคมรวมถึงช่วยเหลืองานบ้าน และการดูแลส่วนบุคคลด้วย นอกจากนี้ยังมีการจัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว (Respite Care) และจัดให้ผู้สูงอายุไปพักอาศัยอยู่กับครอบครัวที่เป็นอาสาสมัครในการดูแลระยะเวลาหนึ่ง (Family Placement Schemes)<sup>68</sup>

การดูแลระยะยาวในประเทศอังกฤษเน้นการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตัวเองได้ โดยดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหารการทำธุระส่วนตัว การอาบน้ำ การแต่งกาย และการดูแลด้านพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น แนวคิดในการจัดระบบการจัดสวัสดิการของประเทศอังกฤษจึงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตามความสามารถ ให้โอกาสแก่ผู้ที่ทุพพลภาพ และสร้างมาตรการในการให้ผลประโยชน์สำหรับผู้ที่อยู่ในระบบการจ้างงานเพื่อจูงใจให้คนทำงาน แนวโน้มในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของอังกฤษในอนาคตนั้นจะมีการเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการและข้อมูลข่าวสารเพื่อคนไข้ รวมทั้งมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสูงอายุด้วย<sup>69</sup>

### 3.2.3.3 กลไกในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

การจัดองค์กรการดูแลด้านสุขภาพในประเทศอังกฤษ รัฐบาลกลางจะทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพและบริการทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลในระยะ

<sup>68</sup> สุพัตรา ศรีวณิชชากร, จิราพร ชมพิกุล, จุฑาธิป ศีลบุตร, กวินรัตน์ สุทธิสุขคนธ์, เกริญศักดิ์ ธรรมอภิพล, และสมชาย วิริภิมย์กุล, การวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษานโยบายมาตรการในการจัดระบบสวัสดิการสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก กรณีศึกษา: ครอบครัวผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพังและครอบครัวผู้สูงอายุตามลำพัง (กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ่ง, 2556).

<sup>69</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, โครงการศึกษาการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน กรณีศึกษาในเขตพื้นที่สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 พ.ศ. 2558, หน้า 85.

ยาวและการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุละยังมีหน้าที่ในการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการบริการจากเงินภาษีที่ได้รับโดยแบ่งความรับผิดชอบตามลักษณะของการบริการ เช่น บริการทางสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) และบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Authorities) เช่น การจัดเตรียมบริการที่พักอาศัย (Housing Services) ประกอบด้วย ‘Sheltered’ Housing คือ แพลตขนาดเล็ก บริการบ้านพักพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้คอยดูแลรวมทั้งโครงการชุมชนต่าง ๆ และบริการการดูแลระยะยาวอีกหลากหลาย<sup>70</sup>

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Authorities) มีบทบาทในการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบรวมทั้งจัดบริการการดูแลและให้เงินสนับสนุนแก่ผู้ที่มีสิทธิที่ควรจะได้รับบริการสุขภาพตามเกณฑ์การประเมิน 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับวิกฤต ซึ่งเงินที่ได้รับนั้นมาจากการสนับสนุนของรัฐบาลกลางนอกจากนั้นท้องถิ่นยังมีรายได้จากการเก็บภาษีระดับท้องถิ่นอีกทางหนึ่งจึงทำให้สามารถจัดซื้อและใช้จ่ายงบประมาณได้โดยอิสระ และสามารถตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณไปสู่การบริการอื่น ๆ เช่น เพื่อการศึกษา สังคม และการวางแผนงานต่าง ๆ รวมทั้งการบริการในการดูแลผู้ใหญ่ (Adult Social Care) เช่น บริการที่อยู่สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง การทำกายภาพบำบัด การจัดตารางเวลาในการประเมินสุขภาพ การจัดชุดสิทธิประโยชน์การดูแล (Care Package) และการสนับสนุนผู้ดูแล ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือกับองค์กรอื่นทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและผู้อาสาเพื่อร่วมในการประเมินการดูแลประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของตนเอง โดยเจรจาตกลงกันเรื่องค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังมีการเก็บค่าธรรมเนียมในการบริการสำหรับผู้รับบริการที่ไม่ได้อาศัยในพื้นที่ของตนเองตามเกณฑ์ที่รัฐบาลกลางกำหนด<sup>71</sup>

การสนับสนุนการบริการที่มีอยู่ทั้งบริการที่เป็นทางการและบริการที่ไม่เป็นทางการ การดูแลอย่างเป็นทางการ คือ บริการทางสุขภาพที่ถูกจัดเตรียมโดยระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ซึ่งเป็นการให้บริการฟรี (ผู้สูงอายุจะได้รับการยกเว้นการชำระค่ายา การดูแลสุขภาพตา สุขภาพช่องปาก) บริการของระบบสุขภาพ ได้แก่ การดูแลแบบแพทย์ประจำครอบครัว (Family

<sup>70</sup> K. Grumbach and P. Grundy, **The Outcomes of Implementing Patient-Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence from Prospective Evaluation Studies in The United States** (Washington, DC: Patient-Centered Primary Care Collaborative, 2010).

<sup>71</sup> Adelina Comas-Herrera Linda, Pickard, Raphael Wittenberg, Juliette Malley, and Derek King, **The Long-term Care System for the Elderly in England** (Belgium: European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010).

Doctors) การให้บริการในระยะฉุกเฉิน (Acute Care) การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อเตรียมความพร้อมในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลก่อนการกลับไปอยู่บ้าน บริการทางสาธารณสุขและการป้องกัน เช่น การบริการตรวจคัดกรองและการดูแลระยะยาว การดูแลที่ไม่เป็นทางการ คือ การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหรือภาวะไร้ความสามารถและได้รับการดูแลในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการจากบุคคลในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือคู่สมรส<sup>72</sup>

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการทำงานร่วมกันของหลายองค์กรที่สำคัญ ได้แก่ Department of Health และ Department of Social Service ซึ่งจะแบ่งความรับผิดชอบตามลักษณะของการบริการ เช่น งานบริการสุขภาพในชุมชนจะอยู่ในความรับผิดชอบของ National Health Service (NHS) โดยส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดให้โดยพยาบาล ส่วนงานบริการสังคมทั้งที่บ้านและในสถานบริการจะอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น สำหรับการบริการสังคมของผู้สูงอายุนั้น Social Services Department จะทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการดูแลระยะยาวโดยใช้การประเมินในลักษณะ One Stop Assessment ซึ่งจะมีการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการดูแล กิจกรรมส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือและการเงินเพื่อวางแผนการดูแล เสนอและจัดซื้อชุดบริการให้กับผู้สูงอายุรวมทั้งติดตามประเมินเพื่อให้ได้รับบริการที่เหมาะสม ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนั้นจะหักจากเงินภาษีทั่วไปที่ประชาชนสนับสนุนโดยมี NHS เป็นองค์กรรับผิดชอบในการให้บริการรักษาพยาบาลโดยประชาชนสามารถรับบริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ<sup>73</sup>

บริการทางสังคมสงเคราะห์จะดำเนินการโดยใช้ภาษีท้องถิ่น องค์กรการปกครองระดับท้องถิ่นจะทำหน้าที่ในการประเมินความต้องการการบริการตามกรอบของสิทธิที่ควรได้รับและประสานงานกับผู้จัดการในการดูแล (Care Manager) และการจัดชุดบริการการดูแล (Care Package) ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล เกณฑ์การประเมินตามกรอบของสิทธิ (Fair Access to Care Eligibility Bands) จะแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรง ได้แก่

- 1) ระดับต่ำ (Low) ได้แก่ผู้ที่มีลักษณะ ดังนี้
  - (1) มีแนวโน้มหรือไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ในระดับเล็กน้อย
  - (2) มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนได้ในระดับเล็กน้อย

<sup>72</sup> Ibid.

<sup>73</sup> กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, “ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย,” *รามธิบดีพยาบาลสาร* 14 (2551): 385-399.

(3) ระบบสนับสนุนทางสังคมและระบบที่เกี่ยวข้องหนึ่งหรือสองระบบที่ไม่สามารถให้การดูแลได้

(4) ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ยังสามารถให้ความช่วยเหลือได้

2) ระดับปานกลาง (Moderate) ได้แก่ผู้ที่มีลักษณะ ดังนี้

(1) มีภาวะหรือมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในตนเองได้บางส่วน

(2) มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนได้หรือมีได้เพียงครั้งคราว

(3) ระบบสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและเกี่ยวข้องหลายระบบไม่สามารถให้การดูแลได้

(4) ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบหลายหน่วยที่ไม่สามารถให้การดูแลได้

3) ระดับรุนแรง (Substantial) ได้แก่ผู้ที่มีลักษณะ ดังนี้

(1) สามารถดูแลสิ่งแวดล้อมได้เพียงบางส่วน

(2) ถูกทารุณกรรมหรือถูกละทิ้งหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น

(3) ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในสิ่งที่สำคัญ ๆ ของตนเองได้

(4) มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนได้หรือมีได้น้อยมาก

(5) ระบบสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและเกี่ยวข้องส่วนใหญ่ที่สามารถให้การดูแลได้น้อยมาก

(6) ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การดูแลได้

4) ระดับวิกฤต (Critical) ได้แก่ผู้ที่มีลักษณะ ดังนี้

(1) ชีวิตถูกคุกคาม หรือมีแนวโน้มที่จะถูกคุกคาม

(2) มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงหรือมีแนวโน้มที่โรคจะมีความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้น

(3) ไม่มีความสามารถหรือมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถดูแลสิ่งแวดล้อมได้เลย

(4) มีแนวโน้มหรือถูกทารุณกรรม หรือละทิ้งอย่างรุนแรง

- (5) ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- (6) ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน ศึกษาเรียนรู้ได้เลย
- (7) ไม่มีระบบสนับสนุนทางสังคมได้เลย
- (8) ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบทั้งหมดไม่สามารถให้การดูแลได้<sup>74</sup>

การดูแลระยะยาวเน้นการจัดระบบการบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่ดำเนินการคือ National Health Service (NHS) โดยจัดให้มีระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ การบริการสุขภาพ มีทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และระหว่าง โรงพยาบาลกับชุมชน หรือ การบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่เตรียมความพร้อมก่อนที่จะกลับเข้าไปในชุมชน มีการทำงานร่วมกันหลายองค์กร แต่ส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดโดยพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ยังรวมถึงการดูแลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วย ส่วนบริการด้านสังคมนั้นจะผสมผสานอยู่ในบริการสุขภาพ

### 3.2.4 การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีรูปแบบการปกครอง แบบสหพันธรัฐ (Federal Government) ประกอบด้วย 6 มลรัฐ (State) และ 2 ดินแดน (Territories)<sup>75</sup> ซึ่งมีได้มีฐานะเป็นรัฐ ได้แก่ ดินแดนภาคเหนือ (Northern Territory) เมืองหลวง คือ ดาร์วิน และดินแดนเมืองหลวงของออสเตรเลีย (Australian Capital Territory) คือ กรุงแคนเบอร์รา

#### 3.2.4.1 สิทธิและกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติเงินบำนาญผู้สูงอายุ (The Act Pension ค.ศ. 1909) ได้ให้คำนิยามของผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 2023 รัฐบาลออสเตรเลียโดยกระทรวงบริการครอบครัว ชุมชน และกิจการสำหรับชนพื้นเมือง (Ministry for Families, Community Services and Indigenous Affairs-FaCSIA) จะทำการปรับเงื่อนไขในการให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีอายุ 67 ปี

<sup>74</sup> Adelina Comas-Herrera Linda, Pickard, Raphael Wittenberg, Juliette Malley, and Derek King, *op. cit.*

<sup>75</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, *โครงการศึกษาการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน กรณีศึกษาในเขตพื้นที่สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 พ.ศ. 2558*, หน้า 94.

ขึ้นไปในฐานะผู้สูงอายุ โดยจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2023<sup>76</sup> ประเทศออสเตรเลีย ได้จัดเงินบำนาญ (Age Pension) และเงินช่วยเหลือให้กับผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่มีอายุครบ 65 ปี และผู้สูงอายุบางประเภทไว้โดยเฉพาะ นอกจากนี้ประเทศออสเตรเลียยังได้จัดให้มีเงินสะสมซึ่งเป็นส่วนเพิ่มของเงินบำนาญโดยเก็บจากผู้ทำงานส่วนหนึ่งและนายจ้างจ่ายสมทบอีกส่วนหนึ่ง ประเทศออสเตรเลีย ได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย ให้กับผู้สูงอายุรวมทั้งประชาชนทั่วไปให้เข้ารับการรักษาในฐานะคนไข้ทั่วไปของโรงพยาบาลรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมีโครงการประกันสุขภาพ (Medicare) ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับการรักษาจากแพทย์สาขาต่าง ๆ หรือได้รับเงินสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล และรัฐบาลยังมีโครงการช่วยเหลือค่ายารักษาโรค (Pharmaceutical Benefits Scheme) เพื่อให้ประชาชนชาวออสเตรเลียได้รับการอุดหนุนทางการเงินและยารักษาโรคจากโครงการดังกล่าวด้วย ซึ่งสิทธิในสวัสดิการด้านนี้ครอบคลุมสำหรับพลเมืองชาวออสเตรเลียทุกคน รวมทั้งผู้สูงอายุ<sup>77</sup>

#### 3.2.4.2 หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุในเรื่องของงบประมาณและค่าใช้จ่าย รัฐบาลสหพันธรัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณและออกแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป หรือผู้ด้อยโอกาสที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี (ยกเว้นผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงาน) ซึ่งรัฐบาลสหพันธรัฐดำเนินการสนับสนุนงบประมาณภายใต้ข้อตกลงผู้ด้อยโอกาสแห่งชาติ (The National Disability Agreement) ซึ่งเป็นการจัดทำข้อตกลงระหว่างรัฐบาลออสเตรเลียกับรัฐบาลมลรัฐและรัฐบาลของ 2 ดินแดน ในการออกแบบการพัฒนาการให้บริการสำหรับผู้ด้อยโอกาส ครอบครัวและผู้ดูแล รัฐบาลได้จัดสรรเงินจากภาษีเพื่อสนับสนุนด้านงบประมาณและความคุ้มครองในการดูแลระยะยาว และค่าใช้จ่ายบางส่วนมีการร่วมจ่ายจากเงินของประชาชนชาวออสเตรเลีย โดยรัฐบาลจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายเรื่องการดูแลด้านที่อยู่อาศัย ประมาณร้อยละ 10 จากอัตราร้อยละ 30 ของการดูแลด้านที่อยู่อาศัยและเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน สำหรับการบริการการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน (Home and Community Care-HACC) เป็นรูปแบบการดูแลที่รัฐบาลสหพันธรัฐร่วมจ่ายประมาณร้อยละ 60 และรัฐต่าง ๆ รวมถึง ดินแดน Territories ในปกครองร่วมสมทบอีกร้อยละ 40<sup>78</sup>

<sup>76</sup> *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 95.

<sup>77</sup> Australian Government, **Pharmaceutical Benefits Scheme**, Retrieved April 24, 2020 from <https://www.servicesaustralia.gov.au/pharmaceutical-benefits-scheme>

<sup>78</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), **Highlights from Help Wanted? Providing and Paying for LongTerm Care**, OECD

การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุออสเตรเลีย ในปี ค.ศ. 2005 รัฐบาลกลางออสเตรเลีย มีรายจ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวอยู่ที่ร้อยละ 0.8 จากผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในปี ค.ศ. 2008 ประชากรผู้สูงอายุออสเตรเลียที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนประมาณร้อยละ 13.3 ในขณะที่ประชากรออสเตรเลียที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนประมาณร้อยละ 3.7 การให้บริการทางการแพทย์ ในปี ค.ศ. 2008 มีจำนวนเตียงที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุอยู่ที่ 59.6 เตียง ต่อผู้สูงอายุ 1,000 คน ในปี ค.ศ. 2009 มีอัตราประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปได้รับการดูแลระยะยาวทั้งในเชิงสถาบันหรือสถานที่บริการทางการแพทย์ อยู่ที่ร้อยละ 7.2 และได้รับการดูแลที่บ้านอยู่ที่ร้อยละ 8.6 ผู้สูงอายุ ออสเตรเลียจำนวนมากกว่า 265,000 คน เลือกใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญ และ จำนวน 200,000 คน ใช้บริการของการให้บริการโดยครอบครัวและชุมชน<sup>79</sup>

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ (แพ็คเกจ) แต่ละรูปแบบขึ้นอยู่กับสุขภาพและความจำเป็นในการเข้ารับบริการ ดังนี้

- 1) การดูแลผู้สูงอายุ Community Aged Care Packages (CACP) เป็นการให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือขั้นพื้นฐานในกิจกรรมประจำวัน
- 2) การดูแลแบบขยายช่วงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน Extended Aged Care at Home (EACH) เป็นการให้บริการขั้นที่สูงกว่า การให้บริการแบบ CACP
- 3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมที่อาศัยที่บ้าน Extended Aged Care at Home Dementia (EACHD) เป็นการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และการดูแลด้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุโดยการให้บริการการจัดที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีการปรับปรุงที่พักอาศัยให้สอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย

นอกจากนี้ยังมีการดูแลด้านการพักผ่อนนันทนาการ Respite Care ซึ่งเป็นการดูแลที่พักแบบชั่วคราวและแบบไม่เป็นทางการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแล และการดูแลอย่างถาวร Permanent Care ที่เป็นการดูแลในระดับขั้นต้นและขั้นสูงในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุโดยขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคลเมื่อไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้

---

Publishing, 2011, Retrieved November 11, 2021 from <https://www.oecd.org/els/health-systems/47891458.pdf>

<sup>79</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, โครงการศึกษาการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน กรณีศึกษาในเขตพื้นที่สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 พ.ศ. 2558, หน้า 94.

การให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในออสเตรเลียนั้น การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีทีมสหวิชาชีพ Aged Care Assessment Teams-ACAT ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และผู้มีความชำนาญในการवाद (หมอนวด) จะเป็นผู้ประเมินผู้สูงอายุและให้การช่วยเหลือดูแล นับตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2013 ทีมสหวิชาชีพ (ACAT) มีทั้งสิ้น 99 ทีม และมีที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล หรือในชุมชน จำนวนของสหวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในทีม ACAT อาจเปลี่ยนแปลงไปตามพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน บทบาท และการจัดการ ถือได้ว่าทีมสหวิชาชีพ ACAT เป็นผู้ประเมินสุขภาพของบุคคล ดูแลด้านยา จิตใจ และความต้องการทางสังคมอื่น ๆ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวและ โปรแกรมที่มาสสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกจากนั้นทีมสหวิชาชีพ (ACAT) ยังสามารถส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อเข้ารักษาในโปรแกรมอื่น ๆ เช่น โปรแกรมการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน Home and Community Care Program และ โปรแกรม National Respite for Care Program ได้อีกด้วย<sup>80</sup>

แต่ละปีมีผู้สูงอายุออสเตรเลียได้รับบริการและการช่วยเหลือมากกว่า 1 ล้านคน รัฐบาลได้ดำเนินการจัดบริการไปถึงชุมชน รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านที่พักอาศัย และการให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลส่วนบุคคลและการดูแลด้านสุขภาพ ในปี 2011 รายงาน Caring for Older Australian ได้กล่าวถึงรูปแบบ (แพ็คเกจ) การดูแลผู้สูงอายุรวมถึงจำนวนผู้เข้ารับบริการ ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่า 610,000 คน ได้รับการดูแลในรูปแบบการบริการการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน (Home and Community Care-HACC)
- 2) ผู้สูงอายุ จำนวนประมาณ 70,000 คน ได้รับการดูแลแบบแพ็คเกจการดูแลที่บ้านโดยชุมชน (Community Care at Home)
- 3) ผู้สูงอายุ จำนวนประมาณ 215,000 คน ได้รับการดูแลด้านที่อยู่อาศัยแบบถาวรในกลุ่มนี้ จำนวนร้อยละ 70 เป็นผู้หญิง และร้อยละ 55 มีอายุ 85 ปี ขึ้นไป

ระบบการดูแลผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลียพัฒนาไปในลักษณะชั่วคราวเฉพาะกิจ (Ad Hoc Way)<sup>81</sup> เพื่อให้ตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุรวมทั้ง การจัดการความเสี่ยง และรายจ่ายสาธารณะเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน การให้บริการในการดูแลที่มีการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงศาสนา บริบทพื้นที่ชุมชน องค์กรธุรกิจ โดยให้บริการทั้งรัฐบาลท้องถิ่นและอีก 2 ดินแดน (Territories) ในส่วนของคุณค่าการในการดูแลผู้สูงอายุ

<sup>80</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, *เรื่องเดิม*, หน้า 103-104.

<sup>81</sup> *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 104.

ประกอบด้วยผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการที่ได้รับค่าจ้าง และอาสาสมัคร ซึ่งจะมีการให้บริการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเทศออสเตรเลียมีปรัชญาด้านการดูแลระยะยาวที่ให้ความสำคัญกับหน้าที่ของครอบครัวที่ควรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลระยะยาวโดยมีรัฐสนับสนุนการดูแลดังกล่าว ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศออสเตรเลียเป็นแบบถ่วงหน้า (Mixed Systems) แบบ Income related Universal Benefits ของ OECD<sup>82</sup> ซึ่งอยู่ภายใต้เงื่อนไขว่าผู้รับสิทธิประโยชน์จะต้องเป็นประชาชนของประเทศออสเตรเลีย หรือเทียบเท่าประชาชนของออสเตรเลียตามกฎหมายและพำนักอยู่ในประเทศออสเตรเลีย โดยเป็นผู้ต้องการบริการและคำแนะนำอย่างถาวร (อย่างน้อย 6 เดือน) เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกาย สุขภาพจิต มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือการทำงานทางสมอง

จากปรากฏการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ในปี ค.ศ. 2004-2005 มีจำนวนโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุเข้าใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 35 ของโรงพยาบาลทั้งหมด และประมาณครึ่งหนึ่งของการใช้บริการของผู้ป่วยต่อวันเป็นการใช้บริการของผู้ป่วยสูงอายุ อย่างไรก็ตามแม้ว่ารัฐบาลได้มีการกำหนดมาตรการลดวันนอนในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 75 ปี และส่งผลให้การใช้เตียงของโรงพยาบาลโดยภาพรวมมีจำนวนลดลงในระยะเวลา 15 ปี ที่ผ่านมาก็ตาม แต่ความต้องการในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุก็ยังคงมีความต้องการสูงอันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย

ประเทศออสเตรเลียมีการใช้เครื่องมือที่ช่วยคัดบุคคลที่มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์จากกองทุนผู้สูงอายุ ได้แก่ มาตรฐานวัด ADL, พฤติกรรม, และความต้องการการบริการทางสุขภาพที่ซับซ้อน และกำหนดระดับความช่วยเหลือที่รัฐบาลควรจะให้เงินสมทบแก่ผู้ดูแลโดยอ้างอิงจากความต้องการโดยรวมของผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ตามระดับความพึ่งพิงโดยวัดจากแบบประเมิน Resident Classification Scale ซึ่งแบ่งระดับความพึ่งพิงได้ 8 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับจะได้รับเงินสมทบที่ต่างกันโดยระดับความพึ่งพิงต่ำสุดจะไม่ได้รับเงินสมทบในส่วนนี้ เรื่องการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยเนื่องมาจากระดับความต้องการการดูแลของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน การเพิ่มปริมาณความต้องการการดูแล และข้อจำกัดเกี่ยวกับทีมการดูแล เช่น จำนวนพยาบาลที่มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแล ประสบการณ์การดูแล เวลาที่ใช้ในการดูแล การจัดการความเสี่ยงในการดูแล รวมถึงการเพิ่มบริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การให้ความรู้และบริการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ความแตกต่างพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ทำให้มีอิทธิพลต่อการจัดการดูแล รวมทั้งการดูแลเรื่องยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเกี่ยวข้องกับสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยสิทธิประโยชน์ตามระดับความพึ่งพิง เนื่องจากการดูแลระยะยาวในประเทศออสเตรเลียเน้นการดูแลระยะยาวแบบไม่

<sup>82</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *op cit.*

เป็นทางการ ภาครัฐจึงให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวที่ให้บริการการดูแลระยะยาวแก่บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเน้นสิทธิประโยชน์ด้านเงินชดเชย 2 ประเภท ได้แก่

1) การให้สิทธิประโยชน์ด้านเงินชดเชยแก่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) การลดหย่อนภาษีโดยไม่มีการทดสอบรายได้แก่ผู้ที่ให้การดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบ้านของตน พื้นฐานทางวัฒนธรรมของประเทศออสเตรเลียนั้นให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีความจำเพาะพิเศษ ดังนั้น ในการจัดตั้งชุดสิทธิประโยชน์ใด ๆ รวมทั้งการจัดระบบการดูแลระยะยาวก็มักจะมีการให้ความสำคัญกับกลุ่มคนเหล่านี้ อันได้แก่ กลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ทหารผ่านศึก หญิงหม้ายเป็นกลุ่มแรก

ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในประเทศออสเตรเลียจะมีการดูแลในสถาบัน (สถานบริบาล) และการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะแบ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลตามสถานที่พักอาศัย (Residences) ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น โดยการดูแลนั้นจะใช้จำนวนบุคลากรต่อผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับของการดูแล ในสถานบริบาลหรือสถานบริบาล มีบุคลากรที่ทำงานในการดูแลระยะยาว (LTC Workers) 45 คนต่อผู้สูงอายุ 1,000 คน ในขณะที่การดูแลที่บ้าน มีบุคลากรที่ทำงานในการดูแลระยะยาว 25 คน และคาดว่าความต้องการบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพิ่มขึ้นร้อยละ 140 ในปี ค.ศ. 2050 โดยผู้ดูแลจะได้รับการถ่ายทอดความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแล ระบบกฎหมาย รวมไปถึงการพัฒนาคุณภาพ สำหรับค่าใช้จ่ายจะใช้ประกันสังคมในการจ่ายเมื่อรับบริการ โดยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบไปด้วย การจัดการดูแลตามกรอบการดูแล 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) กรอบความต้องการการดูแล ประเมินโดยแพทย์และพยาบาล ใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) และใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันแบบต่อเนื่อง (Instrumental Activities of Daily Living) แบ่งความต้องการเป็น 7 ระดับ โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจะจ่ายตามระดับการดูแล

2) กรอบของบริการการดูแลระยะยาว

3) กรอบของความต้องการบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้อาจแบ่งกระบวนการการดูแล ได้แก่

1) การจัดระบบการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแล ทีมการประเมินสุขภาพ การจัดการรายกรณี

2) การจัดระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพสำหรับผู้ป่วย

3) การพัฒนาเทคโนโลยีเช่น การประเมินความเสี่ยงทางการเงิน การประเมินความเสี่ยงทาง สุขภาพ ความปลอดภัย

ตามพระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ ปี ค.ศ. 2007 ได้กำหนดระเบียบหลักการและการเงินของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและหลักการดูแลอย่างมีคุณภาพ ปี ค.ศ. 2014 โดยกำหนดความรับผิดชอบของผู้ให้การดูแลที่ได้รับการรับรองและการจัดบริการสำหรับการดูแลในสถานบริการและที่บ้าน โดยมีการระบุการดูแลและการบริการ มีการกำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับการบริการการดูแลผู้พักอาศัย กับผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งการรับรองคุณภาพการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัย จัดการป้องกันสุขภาพ ความปลอดภัยและความผาสุกของผู้พักอาศัย รวมทั้งส่งเสริมการปรับปรุงคุณภาพการดูแลวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้บริการและการรับรองคุณภาพก็เพื่อเป็นมาตรฐานในการให้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั่นเอง

#### 3.2.4.3 กลไกในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

ประเทศออสเตรเลีย แบ่งเขตการดูแล เป็น 9 ภาค ในแต่ละภาค มีการจัดอัตรากำลังของบุคลากรในสถานบริการผู้สูงอายุแตกต่างกันเล็กน้อย สำหรับระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย<sup>83</sup> ความพยายามในการดูแลผู้สูงอายุถูกจัดขึ้นโดยคำนึงถึงความต้องการและความจำเป็นที่หลากหลายของผู้สูงอายุในออสเตรเลีย ระบบการดูแลผู้สูงอายุอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงบริการครอบครัวชุมชน และกิจการสำหรับชนพื้นเมือง (Ministry for Families, Community Services and Indigenous Affairs-FaCSIA) ซึ่งเป็นกระทรวงที่ดูแลงานด้านสวัสดิการครอบครัวและชุมชนเป็นหน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ที่กรุงแคนเบอร์รา ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายทางสังคมและกำกับดูแลให้มีการดำเนินการตามนโยบายโดยผ่านหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน กระทรวงฯ มีเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวออสเตรเลียและมุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของรายบุคคล ครอบครัวและชุมชนใน การจัดการกับปัญหาทางสังคมที่เกิดขึ้น<sup>84</sup> รูปแบบที่เป็นทางการของ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ” ได้รับเงินสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลออสเตรเลีย ซึ่งรัฐทั้ง 6 รัฐ ประกอบไปด้วยรัฐนิวเซาท์เวลส์ รัฐควีนส์แลนด์ รัฐเซาท์ออสเตรเลีย รัฐแทสเมเนีย รัฐวิกตอเรีย และ รัฐเวสเทิร์นออสเตรเลีย รวมถึงดินแดนหลัก ๆ บนแผ่นดินใหญ่ 2 แห่ง ได้แก่ นอร์เทิร์นเทร์ริทอรี และออสเตรเลียแควินท์แลนด์ (เขตเมืองหลวง) ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และในชุมชน

<sup>83</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, *เรื่องเดิม*, หน้า 103.

<sup>84</sup> *เรื่องเดียวกัน*, หน้า 103.

ประเทศออสเตรเลีย มีการจัดการระบบสุขภาพและสังคม โดยใช้หลักการ คือ การดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคมที่ได้รับการดูแลโดยรัฐบาลกลาง ส่วนการเงิน และการบริหารจัดการได้รับการดูแลโดยองค์กรประกันสุขภาพที่ปกครองตนเองทั้งในระดับส่วนกลาง และระดับรัฐบาล ระดับภาคจะรับหน้าที่ดูแลในการวางแผน เป็นผู้จัดการและออกค่าใช้จ่ายร่วมกับ โรงพยาบาล ส่วนการจ่ายค่าชดเชยให้กับความพิการ การดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวจะอยู่ในความรับผิดชอบของกฎหมายและรัฐบาลทั้ง 9 ภาค ซึ่งค่าใช้จ่ายนั้นมาจากภาษีทั่วไปที่มีการกำหนดเกณฑ์การใช้จ่าย กล่าวคือ รัฐบาลกลาง มีหน้าที่หลักในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและการออกแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่วนรัฐ และเขตมีหน้าที่รับผิดชอบ การวางแผนและการจัดบริการตามสถานที่ต่าง ๆ ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศออสเตรเลีย อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ 1997 (The Aged Care Act 1997) และหลักการดูแลอย่างมีคุณภาพ 1997 (The Quality of Care Principles 1997) มีการกำหนดกรอบการรับรองคุณภาพการจัดบริการดูแลและผู้ให้การดูแลที่ได้รับการอนุมัติโดยรัฐบาลจะให้การสนับสนุนการบริการดูแลผ่านโปรแกรมต่าง ๆ

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการจัดการบริการและค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางกฎหมาย อย่างเป็นระบบและการเปลี่ยนแปลงนโยบายซึ่งเกิดขึ้นภายใต้กลยุทธ์การปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้เวลามากกว่า 10 ปีนับจากปี ค.ศ. 1986 ถึงปี ค.ศ. 1997 นำมาซึ่งการตรากฎหมายฉบับใหม่เรียกว่า พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ (The Aged Care Act 1997) ซึ่งเป็นกฎหมายที่มุ่งเน้นการเปลี่ยน การดูแลในสถาบันสู่การดูแลในชุมชน การปรับปรุงคุณภาพของการดูแล การเพิ่มช่องทางการเข้าถึง การบริการในระดับที่เหมาะสม และการส่งเสริมการจัดการเศรษฐกิจอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืน

พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ. 2007 ส่งผลทำให้การบริการผู้สูงอายุระยะยาว ทุกรูปแบบจำเป็นต้องได้รับการประเมินเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการกำกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล (Nursing Home) ที่จำเป็นต้องมีการบริการดูแลที่มีคุณภาพโดยกำหนดการประเมินบุคลากรที่ได้รับการรับรองเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการดูแลจากรัฐบาล องค์กรที่เกี่ยวข้องในการกำกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการกำกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุนั้นได้รับงบประมาณตามหลักเกณฑ์ทางกฎหมายจากรัฐบาลกลาง และองค์กรที่ไม่ใช่รัฐบาล โดยเงินที่ได้รับสนับสนุนร้อยละ 60 มาจากองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร เช่น องค์กรทางศาสนา และสาธารณกุศล ส่วนร้อยละ 35 มาจากองค์กรภาคเอกชน

รัฐบาลแต่ละรัฐและท้องถิ่นจะมีบทบาทในการให้บริการเพียงเล็กน้อย ดังนั้น รัฐบาลกลางจึงมีบทบาทที่สำคัญในการจัดการบริการและกำกับดูแลคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการจัดการบริการในชุมชนมีการกำหนดกรอบความต้องการพื้นฐานของสถานบริการรวมทั้งส่งเสริมให้การ

บริการมีคุณภาพและสนับสนุนให้มีการเข้าถึงบริการอย่างสม่ำเสมอซึ่งรัฐบาลกลางได้บัญญัติให้พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ 1997 มีวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้มีการดูแลที่มีคุณภาพระดับสูงมีการรับรองคุณภาพโดยกรอบของกฎหมาย มีการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการตรวจสอบการร้องเรียนของผู้มีสิทธิใช้บริการด้วย<sup>85</sup>

อย่างไรก็ตามสำหรับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุตามกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายต่างประเทศนั้นจะเห็นได้ว่า ประเทศสิงคโปร์ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศอังกฤษ และประเทศออสเตรเลียล้วนกำหนดหลักเกณฑ์ของกฎหมายภายในที่สอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและหลักการผู้สูงอายุของสหประชาชาติ โดยคำนึงถึงพื้นฐานที่ผู้สูงอายุควรได้รับเป็นหลัก

ในประเทศสิงคโปร์มีการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพโดยเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีการส่งเสริมการออมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ในขณะที่เดียวกันรัฐก็มุ่งเน้นการใช้ครอบครัวเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความอบอุ่นและรู้สึกมั่นคงในชีวิต ภายใต้แนวคิด Ageing-in-Place และนอกจากนี้รัฐยังมีการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในอนาคตด้วยการอุดหนุนค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพที่รุนแรงจำนวน 80 เปอร์เซ็นต์แต่สำหรับค่าใช้จ่ายในบริการระดับปฐมภูมิทั่วไปประชาชนผู้รับบริการจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง

สำหรับประเทศญี่ปุ่นก็มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดภาระของครอบครัว โดยท้องถิ่น (เทศบาล) จะเป็นผู้รับประกันสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและผู้รับบริการจะเป็นผู้สมทบค่าใช้จ่ายซึ่งการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพนี้จะมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน เข้าร่วมจัดสวัสดิการโดยให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์และการให้บริการด้วยตนเองซึ่งจะมีรูปแบบแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่โดยจะสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

ในประเทศอังกฤษการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจะเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทรุดโทรมเป็นหลัก โดยการให้บริการจะแบ่งเป็นการบริการด้านสุขภาพซึ่งจะอยู่ในความรับผิดชอบของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติและบริการด้านสังคม เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร การทำธุระส่วนตัว การใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น การให้บริการด้านสังคมจะอยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่นโดยร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน อาสาสมัครทำการประเมินการดูแลของผู้สูงอายุในพื้นที่โดยจะมีการเจรจาตกลงเรื่องค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับการให้บริการด้วย

<sup>85</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, วาสิณี วิเศษฤทธิ, อถรร สกกุลพานิชย์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2558).

ประเทศออสเตรเลียรัฐบาลจะเป็นผู้จัดบริการด้านสุขภาพไปให้กับชุมชน สำหรับการดูแลระยะยาวในออสเตรเลียนั้นจะมีลักษณะเป็นการดูแลแบบ “ถ่วงหน้า” โดยเน้นการดูแลโดยครอบครัว สำหรับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นจะได้รับการสนับสนุนเงินชดเชยจากรัฐ 2 ประเภท คือ การให้สิทธิประโยชน์เงินชดเชยกับผู้ดูแล และการลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแลโดยไม่มีขีดจำกัด นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของออสเตรเลียจะดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมประเมินและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุพร้อมทั้งส่งต่อเข้าสู่โปรแกรมการรักษารูปแบบต่าง ๆ ต่อไป

เมื่อพิจารณาแล้วกลไกการดูแลและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละประเทศล้วนมีหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ถือปฏิบัติและมีกลไกการขับเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการร่วมกันทั้งรัฐบาล องค์กรภาครัฐส่วนกลาง องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชน องค์กรที่ไม่แสวงหากำไรและความร่วมมือภาคประชาชน กระทั่งเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

## บทที่ 4

### การคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระบบกฎหมายไทย

เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2491 ประเทศไทยได้รับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติซึ่งปฏิญญาสากลนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของพัฒนาการในการคุ้มครองดูแลประชากรของรัฐทุกเพศทุกวัย ประกอบกับพลวัตทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยปริมาณประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ประเทศไทยต้องปรับนโยบาย รูปแบบวิธีการในการบริหารและพัฒนากฎหมายให้สอดคล้องกับสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุดังกล่าวจึงเกิดเป็นพัฒนาการทางกฎหมายภายในที่สอดคล้องกับกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ ในที่นี้จะขอกล่าวถึงรายละเอียดในการคุ้มครองดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระบบกฎหมายไทยโดยแยกพิจารณาเป็นสี่หัวข้อซึ่งรายละเอียดจะได้กล่าวต่อไป

#### 4.1 แนวนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ประเทศไทยต้องปรับตัวและรัฐต้องบริหารสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโดยการวางแผนและสนับสนุนส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขที่ตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับสัดส่วนของประชากร สำหรับผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งมักพบปัญหาสุขภาพมากกว่าปัญหาในการดำรงชีวิตด้านอื่น ๆ รวมทั้งปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่คนเดียวสูงขึ้น ด้วยปัจจัยดังกล่าวปัญหาการคุ้มครองดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ต้องสนับสนุนบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี รัฐจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานของประเทศให้สอดคล้องกับสภาพสังคมเพื่อให้การบริการสาธารณสุขกับประชาชนทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุบรรลุตามเจตนารมณ์ของการบริการสาธารณสุข

##### 4.1.1 การคุ้มครองผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12

ข้อมูลจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 แสดงให้เห็นถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2558 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.3

เป็นร้อยละ 13.8 ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศพัฒนาแล้วได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์และส่วนใหญ่ประเทศดังกล่าวจะมีระยะเวลาในการเตรียมตัวสำหรับการเป็นสังคมสูงวัยค่อนข้างนาน เช่น ประเทศฝรั่งเศสใช้ระยะเวลา 115 ปี สวีเดน 85 ปี สหรัฐอเมริกา 69 ปี เป็นต้น ส่วนประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่สั้นกว่ามาก เช่น จาไมกา 25 ปี ศรีลังกา 23 ปี เป็นต้น สำหรับประเทศไทยมีระยะเวลาเตรียมการก่อนการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ประมาณ 16 ปี จึงส่งผลกระทบต่อปัญหาของประเทศในระยะยาวทั้งด้านการออม การลงทุน และการคลังของประเทศ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุประกอบกับจำนวนประชากรวัยแรงงานที่ลดลง ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 คือ ในปี พ.ศ. 2564 ในการบริหารราชการแผ่นดินสิ่งสำคัญประการหนึ่งคือ การขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการให้บริการสาธารณะกับประชาชน หลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ พ.ศ. 2502 มีการก่อตั้งสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติขึ้นเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศและเริ่มประกาศใช้แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ระหว่างการบริหารราชการแผ่นดินตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)

เมื่อกล่าวถึงเรื่องผู้สูงอายุ ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) พบว่าประเด็นการพัฒนาที่สำคัญในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 มีทั้งสิ้น 20 ประเด็น โดยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับนี้ คือ

ประเด็นที่ 4 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำ โดยเน้นการจัดบริการของรัฐด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและสนับสนุนการเพิ่มผลิตภาพของผู้ด้อยโอกาส สตรีและผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมด้วยการจัดบริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกับคนทุกช่วงวัย และ

ประเด็นที่ 20 การปฏิรูปด้านการคลังและงบประมาณ การจัดหางบประมาณบูรณาการทั้งเชิงประเด็นพัฒนาและเชิงพื้นที่ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดเก็บภาษีและค่าธรรมเนียม และลดความซ้ำซ้อนของสิทธิประโยชน์ด้านสวัสดิการสังคม รวมทั้งสร้างความยั่งยืนทางการคลังของระบบการคุ้มครองทางสังคม ได้แก่ การปรับปรุงระบบการออมเพื่อการเกษียณอายุ และการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ เพื่อลดภาระการพึ่งพารายได้จากรัฐบาล การเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลกส่งผลต่อเศรษฐกิจและรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นกลุ่มสำคัญที่ทำให้มีการบริโภคสินค้าและบริการเพิ่มขึ้น แต่จากสถานการณ์ดังกล่าวอาจก่อให้เกิดการแย่งชิงประชากรวัยแรงงานโดยเฉพาะคนที่มีศักยภาพสูงที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

นอกจากนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 12 ยังกำหนดประเด็นของยุทธศาสตร์ไว้ทั้งสิ้น 10 ยุทธศาสตร์ โดยมี 6 ยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นไปตามตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และอีก 4 ยุทธศาสตร์ที่เป็นปัจจัยสนับสนุน สำหรับยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาฯ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นมีทั้งสิ้น 2 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เรื่องของการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ แนวทางการพัฒนาที่สำคัญในประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 คือ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย ปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายและภาษีในการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาครัฐและปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ อาทิ ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพ พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย เช่น ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งการดำเนินการในประเด็นดังกล่าวนี้ ปัจจุบันยังไม่มีกรอบบัญญัติกฎหมายไว้เป็นการเฉพาะจะมีเพียงการสนับสนุนให้มีกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care, LTC) ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบ และธรรมาภิบาลในสังคมไทย การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 แม้จะไม่ได้เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงแต่จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่ในชุมชนปทุมภูมิซึ่งในระบบการบริหารจัดการและการกระจายอำนาจทางปกครองนั้น ท้องถิ่นถือว่าเป็นองค์กรที่มีหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดทำบริการสาธารณะซึ่งบริการทางด้านสุขภาพถือเป็นบริการสาธารณะชนิดหนึ่งที่ท้องถิ่นมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้การดูแลผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุดตามเจตนารมณ์ของการบริการสาธารณะ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นกระบวนการที่สำคัญในการผลักดันให้การดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จเป็นวงกว้างนั่นเอง

หนึ่งในหลักการขับเคลื่อนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 สู่การปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ คือ กระจายการพัฒนาไปสู่พื้นที่ โดยยึดหลักการพัฒนาพื้นที่ภารกิจและการมีส่วนร่วมให้จังหวัดเป็นพื้นที่ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนา และเป็นจุดเชื่อมโยงการพัฒนาจากชุมชนสู่ประเทศและประเทศสู่ชุมชน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ถือเป็นแผนฯ ที่มีจุดเน้นประการหนึ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยสนับสนุนการกระจายอำนาจในการขับเคลื่อนการพัฒนาไปสู่พื้นที่ เน้นการบูรณาการให้ความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นด้วยการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนเพื่อผลักดันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมโดยการกำหนดแผนและยุทธศาสตร์นี้ก็มีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปีพุทธศักราช 2560 แต่ปรากฏว่าตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 มีผลใช้บังคับกระทั่งสิ้นผลในปี พ.ศ. 2564 ก็ยังไม่ปรากฏความเชื่อมโยงและความชัดเจนในการขับเคลื่อนพัฒนาการให้บริการสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมตามกรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่อย่างใด

#### 4.1.2 การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552

นอกจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแล้วประเทศไทยยังกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นวาระระดับชาติที่จะต้องดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีการกำหนดรูปแบบแนวทางในการดำเนินการด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุลงในแผนผู้สูงอายุฯ

แนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติก็เพื่อสร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุและถือเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงแก่สังคม อีกทั้งเป็นการทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วม มีศักดิ์ศรี ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ สมเหตุสมผล และสมวัยอันจะเป็นประโยชน์ต่อสังคม ไม่เป็นบุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม และแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็ถือเป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยเท่านั้น อย่างไรก็ตามระบบสวัสดิการและบริการของรัฐจะต้องรองรับการให้บริการผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยรัฐจะต้องสนับสนุนให้เอกชนมีส่วนร่วมในระบบบริการ ประกอบกับคนในสังคมต้องมีความตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะผู้มีประโยชน์ต่อสังคม ประชาชนทุกคนควรเตรียมความพร้อมกับการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยภาครัฐและเอกชนมีการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความประสานสอดคล้องกัน

สำหรับแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านเตรียมความพร้อมประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การประกันด้านรายได้ การให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต และการสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย ดูแลตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย

3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การคุ้มครองด้านรายได้ ด้านคุณภาพ ด้านครอบครัว และการคุ้มครองระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย การสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ การติดตามประเมินผลตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานต่อเนื่อง พัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัยต่อการเข้าถึงและสืบค้น

แผนยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ดังกล่าวนี้ถูกกำหนดมาเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐในการจัดทำบริการสาธารณะเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์รวมทั้งเพื่อใช้เป็นแนวทางให้ประชาชนได้เตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ด้วยซึ่งปัจจุบันจะเห็นว่าหน่วยงานภาครัฐที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับการดำเนินการเรื่องผู้สูงอายุต่างดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องและบรรลุตามแนวทางของแผนฯ ดังกล่าว

#### 4.1.3 การแสดงเจตจำนงต่อความสำคัญของผู้สูงอายุตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542

การกำหนดแผนและนโยบายการดำเนินการเกี่ยวกับการบริการสาธารณะด้านการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุถือเป็นการดำเนินการในระดับนโยบายให้มีความสอดคล้องรองรับกับสภาพสังคม ในขณะที่การให้ความสำคัญกับประเด็นผู้สูงอายุ นั้น ประเทศไทยได้จัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุเพื่อแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต ปฏิญญาผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากการนำเจตนารมณ์ในเรื่องของสิทธิผู้สูงอายุตามที่ปรากฏในหลักการของสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปฏิญญาสากล แผนงาน นโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้มารวบรวมจัดทำเป็นปฏิญญาผู้สูงอายุเพื่อเกิดการรับรู้และถือปฏิบัติร่วมกัน เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2542 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบกับปฏิญญาผู้สูงอายุนี้

สำหรับปฏิญญาผู้สูงอายุมีทั้งสิ้น 9 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในชีวิต

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ

ข้อ 6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในสังคม เป็นแหล่งภูมิปัญญาของคนรุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูตวกวทีและเอื้ออาทรต่อกัน

ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยถือเป็นพันธกรณีที่มุ่งประสงค์ให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิและสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขในชีวิตตามช่วงวัยซึ่งรัฐต้องดำเนินการบัญญัติกฎหมายให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของปฏิญญาฉบับนี้ หากพิจารณาถึงสาระสำคัญจะพบว่าปฏิญญานี้มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยปัจจัยพื้นฐาน ภายใต้การคุ้มครองดูแลจากชุมชนปฐมภูมิอันได้แก่ครอบครัว ได้รับโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับยุคสมัยรวมไปถึงมีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยอย่างเท่าเทียมโดยรัฐทำหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุโดยต้องกำหนด

นโยบาย กฎหมายมารองรับ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรณรงค์ ส่งเสริมให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วยเช่นเดียวกัน

จากหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย แนวนโยบายและแผนรวมทั้งปฏิญญาผู้สูงอายุที่กล่าวไปข้างต้น ถือเป็นสิ่งบ่งชี้ที่สำคัญว่าประเทศไทยมีการพัฒนาบริบทและกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับสถานะทางสังคมที่กำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเน้นบทบาทรองรับกับการสนับสนุน ค้ำครองและส่งเสริมสวัสดิภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ นอกจากนี้รัฐธรรมนูญและแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องแล้วยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องอีกหลายฉบับที่กล่าวถึงสิทธิต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

## 4.2 หลักการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

นับแต่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตยเมื่อปี พ.ศ. 2475 ประเทศไทยได้บัญญัติให้รัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2475 กระทั่งถึงปี พ.ศ. 2534 ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญแล้วทั้งสิ้น 15 ฉบับ สำหรับเรื่องผู้สูงอายุนั้น ประเทศไทยให้ความสำคัญกับหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ในอดีตแต่ยังไม่มีการบัญญัติหลักการดังกล่าวไว้ในรูปแบบของกฎหมาย ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2534 ถือเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่บัญญัติหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในกฎหมายสูงสุด โดยหมวดที่ 5 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 81 บัญญัติให้มีการช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้สูงอายุ แม้ว่าบทบัญญัติดังกล่าวมิได้เป็นบทบังคับหรือผูกพันให้รัฐต้องดำเนินการช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้สูงอายุแต่ก็ถือเป็นการวางแนวทางให้รัฐพึงดำเนินการตามสมควร และขณะเดียวกันก็ถือเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ถือปฏิบัติโดยต้องตรากฎหมายและกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตามแม้จะไม่ได้เป็นมาตรการเชิงการบังคับให้ต้องปฏิบัติตาม แต่การนำหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเข้ามาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญก็ถือเป็นสัญญาณอันดีที่แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุนับแต่นั้นเป็นต้นมา

ต่อมาเมื่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ประกาศใช้ก็ได้บัญญัติหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 54 โดยบัญญัติให้บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐและนอกจากนั้นตามมาตรา 80 ยังกำหนดให้รัฐต้องสงเคราะห์คนชราให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้เช่นกัน หลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 นั้น ถือเป็นความพยายามในการออกกฎหมายภายในให้สอดคล้องกับมติของการประชุมสหประชาชาติที่ต้องการให้รัฐภาคีกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุและนำเอาหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไปกำหนดในแผนแห่งชาติด้วยซึ่งในมาตรา 284 ได้บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจเพื่อพัฒนาการ

กระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นโดยให้อิสระกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดนโยบายบริหารจัดการการคลังของตนอย่างอิสระโดยรัฐจะเข้าไปควบคุมเท่าที่จำเป็น แนวคิดดังกล่าวถือเป็นจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจทางบริหารให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมและชัดเจนภายใต้บทบัญญัติของกฎหมาย

เมื่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 สิ้นผล ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีผลบังคับใช้ก็ยังคงบรรจุหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 40 โดยได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในกระบวนการยุติธรรม รวมทั้งกำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม นอกจากนี้มาตรา 53 ยังบัญญัติให้บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ โดยที่มาตรา 80 บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม สาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ซึ่งตาม (1) รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้ มาตรา 84 (4) ในแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ รัฐต้องจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพยามชราให้แก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่รัฐอย่างทั่วถึง กล่าวโดยสรุปรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้รับรองสิทธิของบุคคลในการรับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ การได้รับข้อมูลข่าวสารโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต รับรองสิทธิชุมชนในการคุ้มครองอันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม กำหนดแนวนโยบายด้านการสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยทิศทางของระบบสาธารณสุขมุ่งเน้นไปในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการสาธารณะในท้องถิ่นรวมถึงภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>86</sup> ซึ่งสิทธิในบริการดังกล่าวนี้ครอบคลุมไปถึงผู้สูงอายุด้วย

ปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2560 ได้รับรองสิทธิของบุคคลให้ได้รับบริการ สาธารณสุขของภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง โดยกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิ และ เสริมสร้างให้ประชาชนมี

<sup>86</sup> ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ โดสงวน และหทัยชนก สุมาลี, รายงานฉบับสมบูรณ์ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2563), หน้า 9.

ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการช่วยเหลือประชาชน ตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่ก่อนคลอดจนกระทั่งถึงเสียชีวิตให้เหมาะสมกับความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัยและสภาพของบุคคล ให้สิทธิประชาชนในการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และคุ้มครองประชาชนไม่ให้ได้รับอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิต อันเนื่องจากโครงการ หรือกิจกรรมใด ๆ นอกจากนี้ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแล และจัดทำบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหา มลพิษสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน มีการรับรองสิทธิ ด้านสาธารณสุขไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยได้บัญญัติหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 27 ซึ่งให้ความคุ้มครองหลักการปฏิบัติ หรือมาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมสิทธิ ผู้สูงอายุว่าไม่ถือเป็นการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม นอกจากนี้มาตรา 47 ยังกำหนดสิทธิในการรับบริการ สาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ รวมไปถึงมีสิทธิได้รับการป้องกันและ ขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในขณะที่ มาตรา 48 วรรค 2 ก็ได้กำหนดให้บุคคล ที่มีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และมาตรา 71 ยังกำหนดให้รัฐให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งบัญญัติถึงเรื่องการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิไว้ในมาตรา 258 ข (5) โดยให้มีระบบการแพทย์ ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมโดยรัฐธรรมนูญฉบับนี้ถือเป็นรัฐธรรมนูญที่ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุทุกคน ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้วยการ ใช้ชุมชนเป็นฐานในการร่วมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังได้บัญญัติให้คณะรัฐมนตรีแจ้ง ความคืบหน้าตามแผนปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ รวมถึงความคืบหน้าด้านสาธารณสุขให้รัฐสภาทราบ ทุกสามเดือนตามมาตรา 270 วรรคหนึ่ง อีกด้วย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีพัฒนาการในการตราบทบัญญัติให้สอดคล้องกับสภาพ สังคมมาเป็นลำดับมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 กระทั่งปัจจุบัน รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ก็เป็นที่ยอมรับว่า เป็นรัฐธรรมนูญที่มีความสอดคล้องกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการตราบทบัญญัติที่ เกี่ยวข้องกับแนวนโยบายและการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพให้ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น โดยการกระจายอำนาจและเพิ่มบทบาทให้หน่วยงานระดับ ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการดูแลสุขภาพส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุโดยการให้ชุมชนเป็น ฐานนั่นเอง

### 4.3 หน่วยงานภาครัฐกับการคุ้มครองและบริหารจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

การบริหารจัดการสุขภาพผู้สูงอายุถือเป็นภารกิจด้านการบริการสาธารณสุขอย่างหนึ่งที่รัฐพึงจัดให้มีสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการสากลและมาตรฐานตามกฎหมาย เมื่อก้าวถึงการจัดบริการสุขภาพนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงคงหนีไม่พ้นหน่วยงานภาครัฐในการบริหารจัดการกลไกการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการประชาชน สำหรับบทบาทของหน่วยงานภาครัฐกับการบริหารจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น เมื่อพิจารณาตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ซึ่งได้บัญญัติให้การจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินของไทยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ด้วยกัน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาคและราชการบริหารส่วนท้องถิ่น โดยแต่ละภาคส่วนนั้นมีบทบาทและกรอบอำนาจการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ดังนี้

ราชการบริหารส่วนกลางจะใช้หลักในการบริหารเป็นลักษณะการรวมอำนาจในการตัดสินใจไว้ที่ส่วนกลาง มีการแบ่งส่วนราชการออกเป็นกระทรวง กรม

ราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะใช้หลักในการบริหารเป็นลักษณะการแบ่งอำนาจโดยมีราชการส่วนกลางเป็นเจ้าของอำนาจและแบ่งอำนาจในการบังคับบัญชา การวินิจฉัยสั่งการให้ส่วนภูมิภาคนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ขนบธรรมเนียมของแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน ราชการบริหารส่วนภูมิภาคมี 2 ระดับ คือ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นจะใช้หลักในการบริหารเป็นลักษณะการกระจายอำนาจที่ส่วนกลางมอบให้ประชาชนในท้องถิ่นนำไปบริหารจัดการอย่างอิสระ โดยอำนาจการบริหารจัดการนั้นต้องไม่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน รูปแบบการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และราชการบริหารส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่ กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา

สำหรับภารกิจในการบริการสาธารณสุขด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้น หน่วยงานภาครัฐซึ่งเป็นราชการในส่วนกลางที่บริหารจัดการเกี่ยวกับภารกิจบริการสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุมีหลายหน่วยงานด้วยกันที่มีหน้าที่รับผิดชอบกำกับดูแลการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยแต่ละหน่วยงานต่างก็มีกฎหมายและแนวนโยบายเฉพาะ เมื่อพิจารณาถึงหน่วยงานส่วนภูมิภาคก็มีหลายหน่วยงานเช่นกันที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุหรือแม้กระทั่งหน่วยงานส่วนท้องถิ่นซึ่งหนึ่งในภารกิจที่

รับผิดชอบในการบริการสาธารณะก็ยังคงมีประเด็นเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ โดยต่อไปจะกล่าวถึงบทบาทหน้าที่รวมถึงวิธีการแนวทางในการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ดังนี้

#### 4.3.1 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 หมวด 6 มาตรา 16 ถือเป็นกระทรวงภาคสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม การสร้างความเป็นธรรม การสร้างความเสมอภาคในสังคม การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพรวมทั้งความมั่นคงในชีวิต สถาบันครอบครัวและชุมชนโดยรวม เมื่อมีการปฏิรูปการบริหารงานภาครัฐ ภารกิจเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมจึงถ่ายโอนไปอยู่ในความควบคุมดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เดิมที่ส่วนราชการที่ดำเนินงานด้านนโยบายและเป็นหน่วยปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่เป็นกลไกของภาครัฐดำเนินการจัดทำภารกิจด้านสังคมจะประกอบด้วย กรมประชาสงเคราะห์ซึ่งขณะนั้นสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ซึ่งขณะนั้นสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กองพัฒนาสตรี เด็ก และเยาวชน กรมการพัฒนาชุมชน การเคหะแห่งชาติ (กคช.) ขณะนั้นสังกัดกระทรวงมหาดไทย และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ขณะนั้นสังกัดกระทรวงการคลัง หลังจากมีการปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม หน่วยงานข้างต้นถูกถ่ายโอนมาเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นองค์กรและกลไกด้านสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบายของรัฐบาลที่ให้ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเด็ก เยาวชน สตรี ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ให้มีการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิตามกรอบรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่บังคับใช้ในขณะนั้น โดยมีการบูรณาการแนวคิด ทิศทาง และการบริหารให้เป็นระบบจากภาคีทุกภาคส่วนและทุกระดับ<sup>87</sup>

ปัจจุบันหน่วยงานที่สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกอบไปด้วย กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมกิจการสตรีและครอบครัว กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การเคหะแห่งชาติ สำนักงานธรรมาภิบาล และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

<sup>87</sup> กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, **ประวัติกระทรวง**, ค้นวันที่ 15 มีนาคม 2563 จาก [https://www.m-society.go.th/news\\_view.php?nid=4](https://www.m-society.go.th/news_view.php?nid=4)

สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุเป็นหลัก คือ กรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 จากการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 ได้มีการจัดตั้งกรมกิจการผู้สูงอายุให้เป็นส่วนราชการที่มีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ โดยบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) จะมีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ การเสนอนโยบาย การพัฒนางานวิชาการด้านมาตรการ กลไก องค์ความรู้ และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน การส่งเสริมและสนับสนุนในเชิงวิชาการและการปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมายภายใต้การบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุ เป็นแกนหลักในการดำเนินงานในรูปแบบ “หุ้นส่วนในงานพัฒนาด้านผู้สูงอายุ” ตลอดจนการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่ง และศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ 1 แห่ง ซึ่งอยู่ในกำกับทำหน้าที่เป็นศูนย์การเรียนรู้และพัฒนาแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร (ศูนย์ต้นแบบ) เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเสริมสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ<sup>88</sup> โดยการดำเนินการในส่วนภูมิภาคนั้น กรมกิจการผู้สูงอายุมีการติดตามผลการดำเนินงานโดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่ง ประกอบไปด้วย

- 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
- 2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
- 3) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
- 4) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านพักฉิม จังหวัดยะลา
- 5) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 6) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต
- 7) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น
- 8) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์
- 9) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม
- 10) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง
- 11) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
- 12) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี

<sup>88</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ, **ประวัติความเป็นมา**, ค้นวันที่ 15 มีนาคม 2563 จาก <http://www.dop.go.th/th/aboutus/1>

มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด ส่งเสริมและสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบการดูแลและคุ้มครองทางสังคม การจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริม สนับสนุน และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสิทธิและบริการสวัสดิการตามที่กฎหมายกำหนด สงเคราะห์และคุ้มครองสวัสดิภาพของผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นศูนย์กลางในการประสานการจัดบริการสวัสดิการสังคมและสิทธิของผู้สูงอายุ ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานจะเน้นการใช้ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง 12 แห่ง และศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ 1 แห่ง คือ ศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีอำนาจหน้าที่เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ องค์กร และเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม พัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานขององค์กรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน และส่งเสริมการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ บริหารจัดการกองทุนผู้สูงอายุและจัดสวัสดิการผู้สูงอายุตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลการดำเนินงานของศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ

จากบทบาทหน้าที่และภารกิจดังกล่าวนี้กล่าวได้ว่า กรมกิจการผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทหลักในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในเชิงนโยบายเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากภารกิจที่เน้นไปทำงานด้านนโยบายและการพัฒนาทางด้านวิชาการเกี่ยวกับสวัสดิการความเป็นอยู่และปัญหาของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่ากรมกิจการผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานส่วนกลาง มีบทบาทหลักในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มซึ่งการสงเคราะห์ดังกล่าวเป็นการให้การสงเคราะห์ในรูปแบบเก็บตก มีการดูแลช่วยเหลือที่ยังไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุมกับประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วผู้สูงอายุทุกคนถือเป็นบุคคลที่ควรได้รับการคุ้มครอง ดูแลเอาใจใส่อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในชุมชนปทุมภูมิและอยู่ในภาวะที่จะต้องอาศัยการพึ่งพิงจากบุคคลอื่นมากขึ้น ชุมชนจึงถือเป็นแหล่งสำคัญในการให้การคุ้มครองดูแลพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตแต่ปรากฏว่ากลไกของหน่วยงานส่วนกลางอันได้แก่กรมกิจการผู้สูงอายุที่มีภารกิจโดยตรงในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุกลับไม่มีบทบาทให้การสนับสนุนครอบคลุมไปถึงระดับชุมชนอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมแต่อย่างใด บทบาทการดำเนินงานดังกล่าวจึงถือเป็นข้อจำกัดของกรมกิจการผู้สูงอายุในฐานะเป็นราชการบริหารส่วนกลางที่เป็นหน่วยงานหลักในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุตามกฎหมาย

#### 4.3.2 กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย พิ้นฟูสมรรถภาพของประชาชน ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 หมวด 19 มาตรา 42 กระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชากรทุกเพศทุกวัย เมื่อสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักในการดำเนินการด้านสุขภาพได้จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพรองรับสังคมผู้สูงอายุและแผนบูรณาการขับเคลื่อนระบบสุขภาพรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2563-2564 ซึ่งแผนดังกล่าวดำเนินการตามแนวทางในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยมีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายของผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม และมีการกำหนดรูปแบบการให้บริการ เป้าหมายของการบริการที่ประชาชนจะได้รับ และมาตรการในการดำเนินการ ดังนี้

1) กลุ่มสุขภาพดี หมายถึง ประชาชนที่มีอายุก่อน 60 ปี (Pre-aging) และอายุ 60 ปีขึ้นไป (Aging) ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ

รูปแบบบริการ: การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน/การคัดกรองสุขภาพ และส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

เป้าหมาย: ประชาชนกลุ่มสุขภาพดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

มาตรการ: ส่งเสริมให้กลุ่ม Pre-aging มีความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และ ส่งเสริมให้กลุ่ม Pre-aging/Aging ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2) กลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลัน พิ้นฟูได้

รูปแบบบริการ: การดูแลระยะวิกฤติ/เฉียบพลัน/ระยะกลาง (IMC) และส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

เป้าหมาย: เข้าถึงระบบการรักษาและฟื้นฟูที่มีมาตรฐานและครอบคลุม

มาตรการ: พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ และการรักษาที่ได้มาตรฐานครอบคลุมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

3) กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิง

รูปแบบบริการ: การดูแลระยะยาว (LTC) และส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

เป้าหมาย: รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

มาตรการ: ยกระดับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพภายใต้ความร่วมมือภาคีเครือข่าย ชุมชน และครอบครัว

#### 4) กลุ่มป่วยระยะสุดท้าย

รูปแบบบริการ: การดูแลระยะสุดท้าย และส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

เป้าหมาย: บรรเทาความทรมานและเสียชีวิตอย่างสงบ

มาตรการ: คงคุณภาพชีวิตจากโรคที่คุกคาม ป้องกัน/บรรเทาความทรมาน/หลีกเลี่ยงการรักษาชีวิตที่ไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในแผนฯ และแนวทางฯ มีการกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) บรรจุอยู่ในแผนการดำเนินการด้วย

สำหรับโครงสร้างการบริหารงานนั้นกระทรวงสาธารณสุขแบ่งการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสองส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลางและการบริหารราชการส่วนภูมิภาค

การบริหารราชการส่วนกลางประกอบด้วย 1) สำนักงานรัฐมนตรี 2) สำนักงานปลัดกระทรวง 3) กลุ่มภารกิจซึ่งประกอบด้วย 8 กรม คือ 1) กรมการแพทย์ 2) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3) กรมสุขภาพจิต 4) กรมควบคุมโรค 5) กรมอนามัย 6) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ 8) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การบริหารราชการส่วนภูมิภาค หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 มีการปรับเปลี่ยนบทบาทอำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดให้เป็นผู้บริหารสูงสุดของจังหวัด และใช้การบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการ เพื่อมุ่งพัฒนาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัดจึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อผู้ว่าราชการจังหวัด มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนั้น ๆ และทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชาดูแลรับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยได้รับการนิเทศงาน กำกับ ดูแลและสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมวิชาการต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลระดับจังหวัด คือ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอ คือ โรงพยาบาลชุมชน ทั้งหมดขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อนายอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่ทางด้านบริหาร ส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

ของสถานีนอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการนิเทศงานและประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งจะเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการและบริหาร

สถานีนอนามัย เป็นหน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน มีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในชนบท ในพื้นที่รับผิดชอบโดยครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 ถึง 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นับแต่รัฐบาลมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีการปรับให้โรงพยาบาลทุกแห่งและสถานีนอนามัยจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้น มีภารกิจในการจัดบริการสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสานเพื่อให้บริการชุมชนและประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับชุมชนจะเป็นผู้รับสัญญาณระดับต้น และสถานีนอนามัยต่าง ๆ จะได้รับทรัพยากรสนับสนุนจากโรงพยาบาลแต่ยังอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ

การแบ่งโครงสร้างการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขข้างต้นเมื่อพิจารณาแล้วมีความสอดคล้องกับหลักกระจายอำนาจ แต่จากข้อเท็จจริงก็พบว่าทำให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุยังคงมีความทับซ้อนกันระหว่างหน่วยงานของภาครัฐส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังขาดความชัดเจนในการดำเนินการและขาดกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือการบูรณาการความร่วมมือกัน ส่งผลให้การรับบริการสาธารณสุขของประชาชนยังขาดความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

#### 4.3.3 กระทรวงมหาดไทย

กระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักด้านการปกครอง บำบัดทุกข์บำรุงสุขให้กับประชาชนซึ่งตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 หมวด 13 มาตรา 30 ได้กำหนดให้กระทรวงมหาดไทย มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข การรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน การอำนวยความสะดวกความเป็นธรรมของสังคม การส่งเสริมและพัฒนาการเมือง การปกครอง การพัฒนาการบริหารราชการส่วนภูมิภาค การปกครองท้องถิ่น การส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและการพัฒนาชุมชน การทะเบียนราษฎร ความมั่นคงภายใน กิจการสาธารณสุข และ การพัฒนาเมือง และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย หรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย<sup>89</sup> โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเป็นส่วนราชการที่จัดตั้งขึ้นใหม่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยมีบทบาทภารกิจสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการพัฒนาและให้คำปรึกษา แนะนำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

<sup>89</sup> มาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545

ในด้านการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น การบริหารงานบุคคล การเงินการคลัง และการบริหารจัดการ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการให้บริการสาธารณะ ทั้งนี้ อำนาจหน้าที่และโครงสร้างส่วนราชการ ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เป็นไปตาม กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดไว้ดังนี้

- 1) ดำเนินการพัฒนาระบบ รูปแบบ และโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) ส่งเสริมและสนับสนุนในการจัดทำ ประสานและบูรณาการแผนพัฒนาท้องถิ่น และวางระบบในการติดตามและประเมิน ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาท้องถิ่น
- 3) ดำเนินการจัดทำ แก้ไข ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งให้คำปรึกษา แนะนำ และกำกับดูแลการปฏิบัติงานตามอำนาจ หน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 4) กำหนดแนวทางและจัดทำมาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามกฎหมายว่าด้วยการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น
- 5) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานการดำเนินงานด้านการเงิน การคลัง การงบประมาณ การพัสดุการจัดเก็บรายได้ และการประกอบกิจการพาณิชย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งวางระบบตรวจสอบระบบการเงิน การบัญชี และการพัสดุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 6) ส่งเสริมสนับสนุนและประสานการจัดการบริการสาธารณะและการศึกษาใน อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 7) กำหนดแนวทาง วางระบบ และสร้างตัวชี้วัดเพื่อเป็นมาตรฐานการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- 8) ส่งเสริมภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการบริหารงานและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 9) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 10) พัฒนาบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและของกรม
- 11) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมหรือตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย<sup>90</sup>

<sup>90</sup> กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, ประวัติความเป็นมา กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, ค้นวันที่ 30 กรกฎาคม 2565 จาก <http://www.dla.go.th/servlet/DLAServlet?visit=history>

ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการประกาศใช้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2551 โดยกำหนดให้มีราชการบริหารส่วนภูมิภาค และจัดตั้งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดขึ้นในกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อทำหน้าที่ประสานงานและปฏิบัติหน้าที่ในฐานะตัวแทนของกรม ในราชการส่วนภูมิภาค เพื่อให้การดำเนินการกำกับ ดูแล และสนับสนุนการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปอย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามกระทรวงมหาดไทยถือเป็นหน่วยงานหลักที่มีความใกล้ชิดกับการให้บริการสาธารณะกับประชาชนและถือเป็นหน่วยงานสนับสนุนให้กับส่วนราชการอื่นในการให้บริการสาธารณะรวมถึงการการดูแลความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งตามกรอบอำนาจหน้าที่แล้วจะพบว่ากระทรวงมหาดไทยโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางที่ทำหน้าที่หลักในการกำกับ ดูแลการดำเนินการด้านต่าง ๆ ให้คำปรึกษา แนะนำ และกำกับดูแลการปฏิบัติงานตามอำนาจ หน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

#### 4.3.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือกำเนิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2540 โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 บัญญัติให้มีความสำคัญกับการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น เกิดการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนกลางจำนวน 245 ภารกิจ แบ่งเป็น 6 ด้าน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวได้มีการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุและภารกิจเกี่ยวกับสุขภาพและสาธารณสุขไปยังท้องถิ่นด้วยเช่นกัน การกระจายอำนาจจากส่วนกลางส่งผลให้ท้องถิ่นมีบทบาทในเชิงนโยบายมากยิ่งขึ้น โดยรัฐธรรมนูญบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการปฏิบัติภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนมาจากส่วนกลางและมีการออกกฎหมายมารองรับในรูปแบบของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งเนื้อหาในพระราชบัญญัตินี้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการสงเคราะห์และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรวมทั้งสุขภาพของคนในชุมชนด้วย

จากการกระจายอำนาจนั้นส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดทำบริการสาธารณะให้กับประชาชนและมีอำนาจในการบริหารงานในท้องที่เพิ่มมากขึ้น สำหรับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุนั้นนอกจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีก 2 ฉบับ คือพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีเจตนารมณ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบาย บริหารจัดการ

ด้านการคลังโดยรัฐจะเข้าไปควบคุมเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แนวคิดดังกล่าวเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 284 ที่บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พระราชบัญญัติฯ นี้ มีสาระสำคัญตามมาตรา 16 ที่กำหนดอำนาจหน้าที่ให้เทศบาลเมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบลจัดการระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองจำนวน 31 รายการ รวมถึง การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล นอกจากนี้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดและกรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ตามมาตรา 17 ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นจำนวน 29 รายการ โดยมี 3 ภารกิจที่นอกเหนือจากภารกิจขององค์การบริหารส่วนตำบล คือ การประสาน การจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด ตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และจัดทำกิจการใดอันเป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเขต และกิจการนั้นเป็นการสมควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร่วมกันดำเนินการหรือให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำ และให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามมาตรา 16 และมาตรา 17 โดยคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องจัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และรายงานต่อรัฐสภา, กำหนดการจัดระบบการบริการสาธารณะตามอำนาจและหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง และกำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งกรณีนี้เป็นไปตามมาตรา 18 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัตินี้ได้แยกบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัดออกจากระดับพื้นที่ คือ เทศบาล เมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบลโดยกำหนดอำนาจองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด, การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ, บริการสาธารณะที่มีผลกระทบต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นเพิ่มขึ้นมานอกจากหน้าที่การจัดทำแผนและระบบบริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับพื้นที่มีอำนาจหน้าที่ในเขตตนเอง ในแผนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2543 ระบุว่า การดำเนินภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางด้านต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะ และความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ เช่น การศึกษา การสาธารณสุข การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จึงจำเป็นต้องจัดให้มีกรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด รับผิดชอบกำหนดนโยบายและมาตรฐานการจัดบริการสาธารณะเรื่องนั้น ๆ ในเขต

จังหวัด สำหรับภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนมีทั้งสิ้น 31 รายการ โดยรวมถึงภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

สำหรับพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ได้บัญญัติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมพื้นฐานให้องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้ดำเนินการแต่ยังไม่ครอบคลุมบทบาทการดำเนินงานด้านสุขภาพ แม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2542 และแผนการถ่ายโอนฯ พ.ศ. 2545 ที่เร่งการกระจายอำนาจภารกิจของรัฐไปสู่ท้องถิ่น โดยแผนการถ่ายโอนฯ มีแนวทางในการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่ระบุให้ถ่ายโอนให้แก่คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่อมาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านการถ่ายโอนภารกิจ ปี 2551 ได้เชื่อมโยงงานบริการด้านสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยในระยะสุดท้ายของแผนปฏิบัติการฯ ระบุให้ถ่ายโอนสถานอนามัยซึ่งบางส่วนได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพร้อมกับบุคลากร ไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยกระทรวงสาธารณสุขจะทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนทางวิชาการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3,265 แห่ง ใน 49 จังหวัด<sup>91</sup> แสดงความประสงค์ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ประเทศไทยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา สำหรับกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองขนาดใหญ่และมีประชากรอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก นั้น ดังได้กล่าวไปข้างต้นว่าพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 และมาตรา 17 ได้บัญญัติให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นซึ่งหมายความรวมถึงการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพด้วย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบสุขภาพตั้งแต่อดีตจนกระทั่งมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มหนุนการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการตัดสินใจทำแผนจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ประกอบกับความเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมได้มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมไปพร้อม ๆ กับการ

<sup>91</sup> The Coverage, “วิษณุ” เผย อบจ. 49จว. พร้อมรับ “ถ่ายโอน รพ.สต.” ย้ำ ต้องไปทำงาน-เงิน-คน-ของ, ค้นวันที่ 6 สิงหาคม 2565 จาก <https://www.thecoverage.info/news/content/3595>

พัฒนาชุมชน ในรูปแบบที่หลากหลายและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น<sup>92</sup> ปัจจุบันการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นจะอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งทำหน้าที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และกำกับดูแลการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่

#### 4.3.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เป็นองค์การมหาชนที่มีบทบาทหลักในการบริหารจัดการด้านหลักประกันสุขภาพของบุคคลทุกเพศทุกวัย การดำเนินการของ สปสช. เป็นการดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยพระราชบัญญัตินี้ถือเป็นกฎหมายที่ตราขึ้นเพื่อประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ โดยตราขึ้นจากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่บัญญัติให้ชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้ และมาตรา 82 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้จึงมีการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตขึ้นโดยให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน ประกอบกับในขณะนั้นระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลมีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกัน และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้ตราพระราชบัญญัตินี้<sup>93</sup>

<sup>92</sup> ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ โดสงวน และหทัยชนก สุมาลี, *เรื่องเดิม*, หน้า 19.

<sup>93</sup> พัชรินทร์ คำเจริญ, *สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545*, ค้นวันที่ 25 ธันวาคม 2564 จาก [http://web.krisdika.go.th/data/lawabout/lawdetail/lawdetail\\_085.htm](http://web.krisdika.go.th/data/lawabout/lawdetail/lawdetail_085.htm)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการรับรองสิทธิที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ มีการดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการ ที่มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1) กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

2) มีการกำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งกำหนดให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ และมีหน้าที่รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามที่คณะกรรมการกำหนด และกำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด

3) กำหนดให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

4) กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามที่กฎหมายกำหนด และมีอำนาจสั่งให้หน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ชำระค่าปรับทางปกครอง

นอกจากนี้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13 (3) ยังกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง ซึ่งมาตรา 18 (8) กำหนดอำนาจหน้าที่ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47 โดยมาตรา 47 และมาตรา 48 (4) ยังกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้ชุมชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรในการดำเนินงานบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ โดยให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

จากบทบัญญัติดังกล่าวส่งผลให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ที่ให้องค์การบริหารส่วนตำบลที่สมัครใจร่วมจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลรวมทั้งให้จัดตั้งศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นด้วย

การให้บริการภายใต้หลักเกณฑ์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเน้นความสมัครใจในการเข้ารับบริการในระบบหลักประกันฯ เพื่อรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยการให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเริ่มต้นจาก “หน่วยบริการ” ซึ่งหมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2558 เมื่อหน่วยบริการใดสมัครและได้รับการพิจารณาให้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว หน่วยบริการนั้นจะได้รับค่าใช้จ่ายสนับสนุนจาก สปสช. ในการจัดบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด ซึ่งหน่วยบริการที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกอบไปด้วยโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน สถานีนอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข รวมไปถึงศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหรือศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ยังมีการกำหนดค่านิยามของหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการร่วมให้บริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ซึ่งนิยามความหมายนี้ปรากฏอยู่ในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2548

#### 4.4 การคุ้มครองดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เมื่อก้าวถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงย่อมทำให้นึกถึงสภาวะทางร่างกายของบุคคลที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแลจากบุคคลอื่น ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งการดูแลนั้นอาจเป็นแบบทางการโดยหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนหรือแม้กระทั่งการดูแลแบบไม่เป็นทางการโดยครอบครัว ซึ่งหน่วยงานที่ดูแลจะมีวิธีการดูแลที่มีมาตรฐานที่ชัดเจนและเหมาะสมสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ เมื่อพิจารณาจากบทกฎหมายที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่านับแต่มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญ 2540 แล้วนั้น บทบาทภารกิจหนึ่งที่สำคัญที่กฎหมายพยายามสนับสนุนและผลักดันให้ท้องถิ่นดำเนินการ คือ ภารกิจบริการสาธารณสุขในการสงเคราะห์และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรวมทั้งสุขภาพของคนในชุมชนด้วย เนื่องจากสภาพสังคมที่ใกล้เข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุทำให้หน่วยงานภาครัฐตื่นตัวต่อการวางแผนใน

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง จึงเกิดแนวคิดในการดูแลระยะยาวขึ้น สำหรับประเทศไทย นั้นเริ่มมีการกล่าวถึงแนวคิดของการดูแลระยะยาวจากการประชุมในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2552 โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงเป็นมติในการประชุมที่ได้รับการผลักดันขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ซึ่งกำหนดให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก<sup>94</sup> หากพิจารณาถึงอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยจะพบว่า เพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยที่ 74.39 ปี เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยที่ 80.6 ปี<sup>95</sup> สำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาวะพึ่งพิงนั้นก็ย่อมมีระยะเวลาการดูแลที่ไม่ยาวนานเมื่อเทียบกับการดูแลบุคคลในช่วงวัยอื่นก่อนที่บุคคลนั้นจะเข้าสู่ระยะท้ายหรือวาระสุดท้ายของชีวิต<sup>96</sup>

#### 4.4.1 ความหมายและสิทธิของผู้สูงอายุในสภาวะพึ่งพิง

ประเทศไทยได้ให้คำนิยามผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย การจำแนกผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยจะใช้เกณฑ์ความสามารถและการตอบสนองต่อกิจกรรมทางสังคมซึ่งการจำแนกผู้สูงอายุจะเป็นไปตามการคัดกรองโดยแบบประเมินความสามารถใน

<sup>94</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559), หน้า 1.

<sup>95</sup> สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน, ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร, ค้นวันที่ 19 พฤศจิกายน 2565 จาก <https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic&language=th>

<sup>96</sup> กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือพฤติกรรมยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ออกตามความในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ข้อ 2 วาระสุดท้ายของชีวิต หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

การดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธอร์เอดีแอล (Barthel ADL Index)<sup>97</sup> ที่เป็นแบบประเมินสำหรับการจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวจะแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยจะคัดกรองผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

ในการจำแนกผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวก็เพื่อความเหมาะสมในการวางแผนการดูแลโดยนักวิชาชีพเฉพาะเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยผู้สูงอายุทุกคนล้วนมีสิทธิได้รับการคุ้มครองดูแล การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งจะมีสิทธิต่าง ๆ ในการเข้าถึงบริการสาธารณะดังจะได้อธิบายต่อไป

นอกจากนั้น กฎหมายยังได้กำหนดรับรองสิทธิที่ผู้สูงอายุจะได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับตามช่วงวัย สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพและอยู่ในเกณฑ์สภาวะพึ่งพิง คือ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน เมื่อเข้าสู่ระบบของการดูแลตามขั้นตอนแล้วก็จะได้รับสิทธิเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพที่จะมีความเหมาะสมกับสภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุนั้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลด้านสุขภาพและความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่เหมาะสม ซึ่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้บัญญัติสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับในการรับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ไว้ในมาตรา 11 โดยผู้สูงอายุมีสิทธิตามกฎหมายที่จะได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ บนพื้นฐานของความจำเป็นที่ควรได้รับ โดยมีสิทธิเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นกรณีพิเศษ มีสิทธิได้รับการศึกษาพัฒนาตนเองรวมไปถึงการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับช่วงวัย ได้รับการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในการเดินทางหรือไปยังสถานที่ต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ การสงเคราะห์

<sup>97</sup> เรืองเดียวกัน.

ช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย รวมไปถึงการได้รับคำแนะนำ ปรึกษาด้านคดี ในขณะที่เดียวกันเมื่อถึงช่วงท้ายของชีวิตก็มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีด้วยเช่นกัน สำหรับสวัสดิการที่รัฐได้จัดสรรไว้สำหรับผู้สูงอายุนั้นมีหลายด้าน ได้แก่ สวัสดิการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สวัสดิการด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ การอำนวยความสะดวกและนันทนาการ สวัสดิการด้านค่าใช้จ่าย เช่น การลดหย่อนค่าโดยสาร ค่าเข้าชมสถานที่ที่กำหนด เงินเบี้ยยังชีพ เงินกู้ยืมสำหรับประกอบอาชีพ รวมไปถึงเงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต<sup>98</sup> เป็นต้น เมื่อพิจารณาจากสิทธิของผู้สูงอายุข้างต้นแล้วจะเห็นว่ากฎหมายได้กำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุพึงได้รับในชีวิตประจำวันแต่อย่างไรก็ตามสิทธิพื้นฐานดังกล่าวถือเป็นสิทธิสำหรับประชากรผู้สูงอายุที่มีระดับของการใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ซึ่งสิทธิดังกล่าวอาจยังไม่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ควรได้รับการดูแลจากรัฐในระดับที่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป

สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนหลัก แนวทางปฏิบัติ ประสานงานติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ พิจารณาให้การสนับสนุนและช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับการสงเคราะห์และพัฒนาผู้สูงอายุ กำหนดระเบียบต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริหารงานกองทุนผู้สูงอายุ เสนอความเห็นและรายงานเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุต่อคณะรัฐมนตรี ประกอบกับมาตรา 11 (13) ได้กำหนดให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมีอำนาจในการกำหนดสิทธิของผู้สูงอายุที่ควรได้รับการคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากสิทธิที่ทั้งสองประการตาม มาตรา 11 จากกรอบอำนาจของกฎหมายจึงมีการออกประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 11 (13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 ขึ้นโดยเพิ่มเติมสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลระยะยาว สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง นั้น ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองดูแลจากบุคคลอื่นซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพในระยะยาว

เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2561 มีการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติครั้งที่ 3/2561 ที่ประชุมมีมติกำหนดสิทธิการได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และได้ออกประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 11 (13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 11 กันยายน 2561 ขึ้นการกำหนดสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถือว่าสอดคล้องกับสภาวะทางสังคมในปัจจุบันที่กำลัง

<sup>98</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, **สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ**, ค้นวันที่ 4 มิถุนายน 2565 จาก [http://www.thungkhnan.go.th/news/doc\\_download/สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ\\_020721\\_104714.pdf](http://www.thungkhnan.go.th/news/doc_download/สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ_020721_104714.pdf)

ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และจากการกำหนดสิทธิดังกล่าวถือเป็นจุดเริ่มต้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการออกประกาศ ระเบียบ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการให้สอดคล้องกับสิทธิการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั่นเอง

#### 4.4.2 กลไกการคุ้มครองและการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยเป็นการให้บริการในลักษณะผสมผสานตามหลักเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกได้แบ่งแยกไว้ทั้ง 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ (Integrated Home-Service Center Model) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) และรูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) หากใช้เกณฑ์ของหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการเป็นตัวกำหนดจะสามารถแบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1) การให้บริการโดยหน่วยงานของรัฐ ซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบการให้บริการออกเป็น การให้บริการโดยหน่วยบริการของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลแห่งรัฐทุกระดับ สถานสงเคราะห์ บ้านพักคนชรา โดยมีบุคลากรของรัฐเป็นผู้ดูแลมีลักษณะการให้บริการแบบการพยาบาล (Nursing Care) ซึ่งระดับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการจะมีตั้งแต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ในระยะพึ่งพิงและสภาวะสุขภาพอยู่ในระยะสุดท้าย (Hospice Care , Palliative Care) และการให้บริการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เน้นการดูแลที่บ้าน (Home Care) โดยมีหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนการให้บริการร่วมกับการดูแลของครอบครัว สำหรับการให้บริการของระบบ LTC จะเริ่มจากการคัดกรองผู้สูงอายุด้วยการใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธอร์เอดิแอลเพื่อคัดกรองแยกประเภทของผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามความเหมาะสมกับการดูแล จากนั้นจะมีการกำหนดแผนการดูแล (Care Plan) โดยนักวิชาชีพเฉพาะซึ่งเรียกว่าผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลนั้นจะให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เป็นผู้ติดตามให้ความช่วยเหลือภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

2) การให้บริการโดยองค์กรเอกชน ได้แก่ สถานบริการของเอกชน โรงพยาบาลเอกชนหรือสถานดูแลของเอกชนซึ่งรูปแบบนี้จะมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการค่อนข้างสูง ลักษณะการให้บริการจะเป็นรูปแบบการดูแลแบบพักอาศัยประจำ (Nursing Home) มีบริการดูแลตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงการดูแลในระยะสุดท้าย รวมไปถึงการดำเนินการโดยกลุ่มบุคคลหรือองค์กรในภาคเอกชน วิสาหกิจเพื่อสังคมต่าง ๆ เป็นต้น

การบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะบรรลุตามวัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ของการบริการสาธารณะได้นั้น สิ่งสำคัญ คือ กลไกในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในภาวะ

ฟังฟังที่มีการประสานสอดคล้องและต่อเนื่องกันอย่างเป็นระบบทั้งกลไกของหน่วยงานและอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ รวมไปถึงการดำเนินงานด้านบุคลากรที่มีการกำหนดรูปแบบความรับผิดชอบที่ชัดเจน โดยกลไกทั้งหมดจะเป็นส่วนผลักดันขับเคลื่อนการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟังฟังได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ต่อไป

#### 4.4.2.1 บทบาทของหน่วยงานและการกระจายอำนาจในการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง

สำหรับการกระจายอำนาจในการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง นั้น หลังจากที่รัฐมุ่งเน้นบทบาทและเริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟังฟัง โดยมีการกำหนดให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟังฟังได้รับสิทธิตามกฎหมาย กระทั่งเมื่อปี พ.ศ. 2561 มีการประกาศกำหนดหน่วยงานที่เป็นส่วนราชการเกี่ยวกับการคุ้มครองและการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฟังฟัง ซึ่งเป็นไปตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561 การออกประกาศฉบับนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ออกประกาศกำหนดสิทธิการได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2561 และตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 มาตรา 11 วรรคสอง ประกอบ มาตรา 24 ที่กำหนดให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติเสนอความเห็นต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาและประกาศกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการโดยคำนึงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ความสัมพันธ์กับภารกิจหลักและปริมาณงานในความรับผิดชอบรวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนประกอบด้วย

จากบทบัญญัติดังกล่าวจึงได้มีการออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการรับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 20 กันยายน 2561 โดยกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังจำนวน 7 หน่วยงาน คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่ในการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษโดยถือเป็นการบริการสาธารณะด้านสุขภาพอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลซึ่งการกำหนด

หน่วยงานเพิ่มเติม นั้น เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐอย่างเหมาะสมนั่นเอง

การที่สำนักนายกรัฐมนตรีได้ออกประกาศกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริม และการรับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อ พ.ศ. 2561 นั้น ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมาตรา 11 (13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และต่อมาคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงออกประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

- 1) จัดให้มีบุคลากรและค่าใช้จ่ายสำหรับบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยให้เป็นอำนาจหน้าที่ของเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เมืองพัทยาและกรุงเทพมหานคร
- 2) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่ในการสนับสนุนการฝึกอบรมการพัฒนาบุคลากรและอุดหนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล
- 3) การสนับสนุนงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นค่าตอบแทนและอบรมบุคลากรเพื่อการดังกล่าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเสนอตั้งงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยการออกประกาศดังกล่าวเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น

การออกประกาศของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ถือเป็นการผลักดันและส่งเสริมให้เกิดการกระจายอำนาจในการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้นซึ่งจะส่งผลให้การบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

#### 4.4.2.2 อาสาสมัครบริบาลกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

เมื่อพิจารณาถึงการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครบริบาล นั้น พบว่าประเทศไทยเริ่มต้นแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้าง

เสริมสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 แต่ในอดีตกิจกรรมด้านสาธารณสุขจะเน้นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการลงมือทำมากกว่าการมีส่วนร่วมด้านความคิด กล่าวคือ หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติโดยให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามาร่วมปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางที่ภาครัฐวางไว้ พัฒนาการด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนเริ่มต้นจากนายแพทย์อมร นนทสูต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันแนวคิดของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยโดยดัดแปลงจากกลยุทธ์และองค์ประกอบการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก “Health For All” ในลักษณะที่เพิ่มบริการในระดับตำบลและหมู่บ้านโดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน มีการจัดตั้งและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เช่น การให้สุขศึกษา การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาด การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการจัดหาที่จำเป็น<sup>99</sup>

สืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2552 ที่ประชุมมีมติร่วมกันให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน โดยมีกลไกของรัฐเข้าไปช่วยสนับสนุน ซึ่งหน่วยงานภาครัฐได้กำหนดแนวทางร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนขึ้น เมื่อมีการกำหนดกลไกให้ครอบครัวมีบทบาทหลักและชุมชนมาช่วยเสริมกลไกให้มีความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนช่วยเหลือด้านงบประมาณและบุคลากรจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้มีความชัดเจนและครอบคลุม การดำเนินการในพื้นที่ กระทรวงมหาดไทยจึงออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 19 เมษายน 2562 โดยกำหนดให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขึ้นซึ่งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น คือ บุคคลที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยลักษณะการดูแลของอาสาสมัครตามระเบียบนี้นั้น จะเป็นการดูแลที่บ้านและชุมชนด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพและกายภาพบำบัดตามประเภทกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อาสาสมัครจะมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนจากการดำเนินการดังกล่าวตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด โดยการเบิกจ่ายค่าตอบแทนนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้ดำเนินการโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของงบประมาณและตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ทั้งนี้ บุคคลที่จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด

<sup>99</sup> ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จีรบุรณ โดสงวน และหทัยชนก สุมาลี, *เรื่องเดิม*, หน้า 19-20.

ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่กับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น หลังจากผู้สูงอายุได้รับการประเมินให้อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว หน่วยงานด้านสาธารณสุขจะร่วมสนับสนุนการดำเนินการโดยจัดให้มีผู้จัดการระบบฯ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด รวมถึงการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) เพื่อให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล มีการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบริหารจัดการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกของอาสาสมัครจะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการร่วมพัฒนาระบบให้มีความยั่งยืน

จากกลไกการมีส่วนร่วมดังกล่าวจะเห็นถึงพัฒนาการความร่วมมือของภาคประชาชนกับการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำบริการสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของประชากรในชุมชน หากหน่วยงานภาครัฐเล็งเห็นความสำคัญโดยส่งเสริม สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง กลไกเช่นนี้ย่อมส่งผลดีที่ตีให้กับสังคมในระยะยาวเนื่องจากเป็นกลไกที่เกิดจากการให้ความร่วมมือที่มีที่มาจากความต้องการอย่างแท้จริงของคนในชุมชนนั้น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นคงในการดำเนินงานในระยะยาวนั่นเอง

#### 4.5 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะดำเนินการภายใต้กองทุนหลัก คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีกองทุนย่อยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คือ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) และ 2) กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ Long Term Care (LTC) โดยทั้งสองกองทุนมีรายละเอียด ดังนี้

1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยรับการจัดสรรเงินสนับสนุนจากกองทุนหลัก คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินงานของกองทุนนี้ในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จะมีการอุดหนุนเงินให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยระบุหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินให้กับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการ

ตามชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวถือเป็นภารกิจในการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพให้กับประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่น ต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 18 (4) (8) (9) ประกอบมาตรา 47 ที่กำหนดให้คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน รวมทั้งสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและ บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ เดิมประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพที่ออกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นประกาศที่กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ “กองทุน” หลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ แต่ในปัจจุบันประกาศดังกล่าวถูกยกเลิกและยกระดับจากเดิมที่เป็นการ บริหารจัดการ “กองทุน” เป็นการบริหารจัดการ “ระบบ” แต่อย่างไรก็ตามกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ก็ยังถือเป็นกองทุนหลักที่ท้องถิ่นจะสามารถนำไปบริหารจัดการ เกี่ยวกับระบบสุขภาพของผู้สูงอายุและบุคคลทุกเพศทุกวัย

2) กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care, LTC)<sup>100</sup> ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรอง สุขภาพผู้สูงอายุและพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่จำเป็นต้องสนับสนุน บริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21 ต่อมาปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะ พึ่งพิง โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดบริการร่วมกัน โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียงจะได้รับ การดูแลจากทีมสหวิชาชีพสาขาต่าง ๆ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบล

ที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมจะเน้นการบริการแบบตั้งรับจึงทำ กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการที่จำกัดและลักษณะของการบริการส่วนใหญ่จะเป็นการสงเคราะห์

<sup>100</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบ บริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, หน้า 1-3.

ชั่วคราวคราวไม่ต่อเนื่อง จากการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565 จึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นมารองรับ ประกอบกับแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปีพ.ศ. 2552 ที่ประชุมมีมติร่วมกันให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักและมีกลไกของระบบเข้าไปสนับสนุน ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้ การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งเกิดจาก ความร่วมมือระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆ ในชุมชน มีการจำแนกการดูแลเป็นกลุ่ม ติดเตียงซึ่งมีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันและลด ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มติดบ้านซึ่ง เคลื่อนไหวได้บ้างจะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลด ภาระการดูแลในระยะยาว ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก็จะได้รับการดูแล ดังนี้

1) บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการ กิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด

2) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่น ๆ

หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทและแนวทางในการบริหารจัดการ ระบบจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยจะดำเนินการ ประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธอเดิล และจัดทำฐานข้อมูลรวมทั้งข้อมูลผู้สูงอายุและบุคคลอื่น ๆ ที่ มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความ ต้องการบริการด้านสาธารณสุข และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อประกอบการพิจารณา สนับสนุนงบประมาณจากค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากกองทุนหลักประกัน สุขภาพฯ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป จากนั้นจะจัดให้มีผู้จัดการระบบฯ ผู้ช่วยเหลือ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือ คณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด รวมถึงการจัดให้มีบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) เพื่อให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล มีการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบริหารจัดการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อการจัดบริการเชิงรุกที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล ติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการระบบฯ ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และรายงานผลต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

- 1) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่
- 2) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จัดสรรให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

สำหรับการบริหารจัดการค่าบริการสำหรับการดูแลระยะยาวของกองทุน LTC นั้น สปสช.จะสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายเป็นรายบุคคลให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครที่สมัครเข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 6,000 บาท ต่อคนต่อปี เพื่อเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กองทุนฯ ซึ่งดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะบริหารจัดการซื้อบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ สถานบริการ รวมไปถึงศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากนั้นหน่วยบริการจะให้บริการเชิงรุกที่บ้านกับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care Plan โดยมีหน่วยงานภาครัฐอื่นนอกเหนือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การดูแลตามบทบาทหน้าที่ ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุถูกจำกัดจากสถานะทางเศรษฐกิจ เมื่อพิจารณาถึงระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมามีอยู่ในลักษณะตั้งรับโดยเน้นการให้บริการกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น การบริการสาธารณสุขกลับมีรูปแบบที่จำกัดและมักเป็นลักษณะของการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง จึงควรมีการผลักดันให้มีบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่เหมาะสมกับสภาพการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้การบริหารจัดการจากภาครัฐอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น ถือเป็นหัวใจสำคัญอีกประการหนึ่งที่รัฐพึงคำนึงถึงด้วยเช่นกัน

#### 4.5.1 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่กับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คือ การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของท้องถิ่นตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชุมชน นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ยังก่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนที่เป็นผลผลิตจากการบริหารจัดการของท้องถิ่นเอง

เมื่อปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ขึ้น และมีกรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศฯ ดังกล่าว รวม 3 ฉบับ ต่อมาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยประกาศฉบับนี้มีผลยกเลิกประกาศหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับเดิมจำนวน 3 ฉบับ

ประกาศฯ ฉบับปี พ.ศ. 2561 มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการบริหารจัดการ “ระบบ” หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขึ้น ซึ่งแต่เดิมจะเป็นประกาศฯ กำหนดหลักเกณฑ์ในการบริหาร “กองทุน” เท่านั้น จะเห็นได้ว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เล็งเห็นความสำคัญในบทบาทของท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยปรับปรุงประกาศฯ ให้มีความสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินงานเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพให้ครอบคลุมในรูปแบบของ “ระบบ” การดูแลสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

นอกจากนี้ประกาศฯ ยังกำหนดค่านิยามของ “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” โดยหมายความถึงศูนย์ซึ่งดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน และมีภาระบุถึงสิทธิการได้รับจัดสรรเงินเพิ่มในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งท้องถิ่นจะได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยที่

ท้องถิ่นไม่ต้องทำการสมทบเงินส่วนนี้สำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน แต่การที่ท้องถิ่นจะได้รับเงินเพิ่มเติมต้องเป็นหน่วยงานที่ได้แสดงความจำนงเข้าร่วมและได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วซึ่งเงินดังกล่าวกำหนดให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ และกิจกรรมอื่น ๆ ตามแผนงาน โครงการ กิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ นอกจากนี้ยังกำหนดให้คณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาอนุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคลและค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนด้วย ต่อมาประกาศฯ ฉบับปี พ.ศ. 2562 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเป็นฉบับที่ 2 และกำหนดค่านิยาม “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง” ขึ้น พร้อมกับกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับค่าบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมบุคคลอื่นที่ไม่ได้อยู่ในช่วงวัยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย อย่างไรก็ตามการดูแลระยะยาวในปัจจุบันมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นประชาชนไทยทุกคนและทุกสิทธิประกันสุขภาพได้รับบริการดูแลระยะยาวตามชุดสิทธิประโยชน์ที่บ้านหรือในชุมชนโดยหน่วยบริการ สถานบริการ หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ<sup>101</sup>

จากการออกประกาศ ฯ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพโดยเน้นย้ำภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นส่งผลให้ท้องถิ่นมีกรอบในการดำเนินงานเพื่อบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่มีความชัดเจนและครอบคลุมการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงพบปัญหาในการดำเนินการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่บางประการที่อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและทั่วถึงอยู่ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

#### 4.5.2 การบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

เมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้วจะพบว่าพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีเจตนารมณ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบายบริหารจัดการด้านการคลังโดยรัฐจะเข้าไปควบคุมเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

<sup>101</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2564 (กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2563), หน้า 108.

พุทธศักราช 2540 มาตรา 284 ที่บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากที่กล่าวไปแล้วข้างต้นว่าการ ให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ชุมชน ท้องถิ่นจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเป็นไป ตามหลักเกณฑ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งท้องถิ่นต้องสมทบเงิน งบประมาณบางส่วนสำหรับร่วมขับเคลื่อนและบริหารจัดการกองทุนด้วย

ต่อมากระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการตั้งงบประมาณของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2561 โดยกำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ “ประสงค์เข้าร่วม” บริหารจัดการหรือดำเนินการร่วมกับกองทุน ทำ การตั้งงบประมาณรายจ่ายในงบกลางประเภทรายจ่ายตามข้อผูกพัน รายการเงินสมทบกองทุนพร้อม ทั้งระบุชื่อกองทุนที่จะตั้งงบประมาณสมทบซึ่งการเบิกจ่ายเงินสมทบดังกล่าวให้ปฏิบัติตามระเบียบ ของกระทรวงมหาดไทย แต่ปรากฏว่าหลังจากมีการออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ ในปี พ.ศ. 2561 แล้วนั้นยังคงเกิดปัญหาเกี่ยวกับการตั้งงบประมาณรายจ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ เพื่อความชัดเจนในการดำเนินการ กระทรวงมหาดไทยจึงออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการ ตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2563 โดยเปลี่ยนคำนิยาม “กองทุน” ตาม ข้อ 3 (1) ว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งสอดคล้องกับ การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนจัดสรรเงินเพื่อการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยถือเป็นการแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการด้านงบประมาณของท้องถิ่นสำหรับการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนในส่วน ของค่าใช้จ่ายและการดำเนินการรวมไปถึงการตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณซึ่งอาจส่งผลต่อ ประสิทธิภาพของการให้บริการผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้

การให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น ในทางปฏิบัติแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพโดยการจัดซื้อบริการ สุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์จากหน่วยบริการต่าง ๆ โดยตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่าย หน่วยบริการ พ.ศ. 2558 ได้กำหนดความหมายของหน่วยบริการไว้ ดังนี้

1) หน่วยบริการประจำ หมายความว่า สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการที่ได้ขึ้น ทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค

การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเองและมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการสาธารณสุขในกรณีที่เกิดขีดความสามารถ ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำของตน ทั้งนี้หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

2) หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นชื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าวสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้ ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิมิสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด

3) สถานบริการ หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชนและของสภากาชาดไทยหรือหน่วยบริการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม<sup>102</sup>

4) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หมายความว่า ศูนย์ซึ่งดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน ทั้งนี้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561

<sup>102</sup> ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558



จากรายงานข้อมูลสถิติของ สปสช. พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีกองทุนตำบลทุกประเภทรวมทั้งสิ้นจำนวน 7,853 แห่ง<sup>104</sup> ซึ่งอยู่ในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรุงเทพมหานครโดยอยู่ในความดูแลของ สปสช. เขต 1-13 เมื่อก้าวถึงการรับการสนับสนุนงบประมาณในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care, LTC) LTC ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีหน่วยจัดบริการที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณ LTC รวม 3,937 แห่ง เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) จำนวน 3,619 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 91.92 เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ จำนวน 318 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.08 มีจำนวนผู้รับบริการในหน่วยบริการที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณ LTC ทั้งสิ้น 186,284 คน แบ่งเป็นการรับบริการจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 105,657 คน คิดเป็นร้อยละ 56.72 รับบริการจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ จำนวน 11,266 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และผู้รับบริการที่ไม่ได้ระบุหน่วยจัดบริการเนื่องจากอยู่ระหว่างการจัดทำ Care Plan ของหน่วยบริการเพื่อเสนอคณะกรรมการ LTC พิจารณานุมัติ Care Plan จำนวน 69,361 คน คิดเป็นร้อยละ 37.23<sup>105</sup> ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. และมีการขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนซึ่งกองทุนนี้สนับสนุนให้มีการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพให้กับประชาชนพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยกรุงเทพมหานครซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่กำกับดูแลของ สปสช.เขต 13 มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. โดยในช่วงปี 2560-2562 กรุงเทพมหานครได้รับจัดสรรงบประมาณสนับสนุน จำนวน 48 ล้านบาทเศษ ในระยะแรกของการดำเนินงานกลับไม่มีหน่วยงานที่เบิกจ่ายงบประมาณสนับสนุนดังกล่าว แต่ในรายงานการใช้จ่ายงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจาก สปสช.สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในปี 2560 ถึง 30 เมษายน 2565 กลับพบว่ามีการใช้จ่ายงบประมาณไปเพียง 8 ล้านบาทเศษ ซึ่งในปีงบประมาณ 2563-2565 สปสช. ไม่ได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้โดยให้

<sup>104</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), รายงานหน่วยจัดบริการ และอปท.ที่เข้าร่วมดำเนินงาน LTC, คำนวณวันที่ 30 กรกฎาคม 2565 จาก <https://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public/ltc-report-pb>

<sup>105</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), รายงานสถิติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่).

กรุงเทพมหานครใช้จ่ายจากงบประมาณคงเหลือที่เคยได้รับจัดสรร เมื่อพิจารณาจากรายงานข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการในระบบ LTC ของกรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนเพียง 708 คน คิดเป็นร้อยละ 0.62 จากจำนวนประชากรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลรายงานกิจกรรมสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564 ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่ามีการรายงานข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาติดบ้าน ติดเตียง หรือกลุ่ม LTC ถึง 70,826 ราย ในขณะที่ข้อมูลการรายงานเกี่ยวกับหน่วยจัดบริการที่เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ ซึ่งสมัครเข้าร่วมกองทุนฯ และได้รับสนับสนุนงบประมาณ LTC ปรากฏว่าในพื้นที่ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร กลับไม่มีหน่วยจัดบริการที่เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ สมัครเข้าร่วมกองทุนเพื่อสนับสนุนงบประมาณ LTC แต่อย่างใด จากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

#### 4.5.3 ศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากที่กล่าวไปแล้วข้างต้นเกี่ยวกับการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สปสช. จะดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพโดยหน่วยบริการที่สมัครเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและหน่วยบริการนั้นจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณรายบุคคล (รายหัว) ในการให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานพยาบาลเอกชน รวมไปถึง “ศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุน ประสานงานและกำหนดหลักเกณฑ์ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามมาตรา 18 (8), (9) อันเป็นที่มาของการออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งประกาศฉบับนี้ได้ยกเลิกประกาศฯ เดิมจำนวน 3 ฉบับ โดยการออกประกาศเป็นไปตามมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2561 เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2561

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนฯ พ.ศ. 2561 นี้ได้ให้คำนิยามของ “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน” ว่า ศูนย์ซึ่ง

ดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน แต่เดิมนิยามความหมายของศูนย์ฯ จะหมายถึงความรวมถึงศูนย์ที่มีชื่ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนจะได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมในการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งศูนย์ฯ จะดำเนินการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยได้รับเงินสนับสนุนจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสำหรับจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการภายใต้แผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งศูนย์ฯ ที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณจะต้องจัดตั้งตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ เป็นศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีพื้นที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างแท้จริง

สำหรับหลักเกณฑ์ของศูนย์ฯ จะเป็นไปตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ พ.ศ. 2560 ซึ่งประกาศเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2560 โดยประกาศฉบับนี้กำหนดคุณลักษณะและหลักเกณฑ์ของศูนย์ฯ ดังนี้

- 1) จัดตั้งและกำกับ หรือดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐ
- 2) บริหารจัดการโดยคณะกรรมการ ซึ่งอาจบริหารเป็นอิสระจากหน่วยงานที่จัดตั้งหรือดำเนินการก็ได้ ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการมีองค์ประกอบจากภาคส่วนต่าง ๆ ในท้องถิ่นหรือพื้นที่ เช่น บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้น
- 3) มีที่ทำการหรือสถานที่ติดต่อ เพื่ออำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน
- 4) กรณีมีการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณลักษณะเพิ่มเติมโดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลมาช่วยปฏิบัติงานเป็นผู้จัดการระบบตามความเหมาะสม และให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการให้บริการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลโดยได้รับความเห็นชอบจากอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เว้นแต่เป็นศูนย์ที่จัดตั้งโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) กรณีศูนย์ที่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายต้องดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมหรือแผนการดูแลรายบุคคลที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ พร้อมทั้งจัดทำบัญชีและจัดเก็บหลักฐานการรับเงิน การจ่ายเงินเพื่อรับการตรวจสอบด้วย

การดำเนินงานของศูนย์ฯ ตามประกาศฯ จะประกอบไปด้วย สถานที่ บุคลากร งบประมาณ (ค่าใช้จ่าย) เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของศูนย์ฯ จะเริ่มต้นจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care Giver) จะประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว (ADL) และจำแนกผู้สูงอายุออกตามระดับการพึ่งพิงโดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และกลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ จากนั้นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Long Term Care Manager) จะเป็นผู้ทำการประเมินและจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จัดหาชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมกับบุคคลในการรับบริการด้านสุขภาพโดยกำหนดแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) รวมถึงการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ<sup>106</sup>

สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์ฯ จะประกอบไปด้วย

1) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC Manager) มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมโดยจะทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานและมอบหมายภารกิจให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ จากนั้นจะทำหน้าที่กำกับจัดการบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและสรุปประเมินผลการดำเนินงาน ผู้ที่จะทำหน้าที่นี้ควรมีองค์ความรู้และประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุข เช่น พยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือบุคลากรสาธารณสุขของท้องถิ่น โดยสัดส่วนผู้จัดการระบบ 1 คน ต่อผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver) 5-10 คน ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC Manager) จะทำการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุและศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อประเมินหาความต้องการด้านบริการสาธารณสุข จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) โดยอาจจัดทำเป็นแผนงานรายสัปดาห์ (Weekly Plan) หรือรายเดือน (Monthly Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด จากนั้นผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC Manager)

<sup>106</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559**, หน้า 4-8.

นำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยจัดการประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) ร่วมกับภาคีหลักเพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมเป็นไปได้และกำหนดตารางการดูแล ผู้รับผิดชอบการดูแลบริการด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักการแพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน รวมทั้งการมอบหมายภารกิจแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลภาคทางการ (Care Giver) ก่อนที่จะมีการดำเนินการตามแผนการดูแล ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC Manager) ต้องมีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัว ผู้สูงอายุเข้าใจให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและยอมรับในแผนการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด<sup>107</sup>

2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Trained Care Giver) หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยเป็นผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้อาจพัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมารับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สายสวนต่าง ๆ การให้อาหารทางสาย การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ) การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมตามมาตรฐานตามที่กรมแรงงานกำหนด คือ 420 ชั่วโมง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 ราย คณะระดับของการมีภาวะพึ่งพิง<sup>108</sup>

ปัจจุบันมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนจำนวนทั้งสิ้น 1,464 แห่ง กระจายอยู่ในพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 1-13 (สปสช. เขต) แต่ปรากฏว่ามีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ ที่สมัครขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณ LTC ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนเพียง 318 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.72 โดยในพื้นที่ของ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร กลับไม่มีศูนย์ฯ สมัครขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณ LTC และนอกจากนี้เมื่อพิจารณาในบริบทของการรับบริการในรูปแบบของหน่วยบริการอื่นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากรายงานพบว่าหน่วย

<sup>107</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 8-11.

<sup>108</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559**, หน้า 9.

บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 50 เขต ซึ่งแบ่งลักษณะของหน่วยบริการเป็นโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 31 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 70 แห่ง โดยในเขตพื้นที่วังทองหลางกลับไม่พบรายงานว่ามีหน่วยบริการที่สมัครเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>109</sup> แต่อย่างไรก็ตาม ซึ่งถือเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพิจารณาและแก้ไขเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าการจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือศูนย์ดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ท้องถิ่นจะได้รับการสนับสนุนเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ต่อเมื่อได้แสดงความประสงค์เข้าร่วมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นถึงการมีส่วนร่วมและความพร้อมของท้องถิ่นนั้น ๆ ประเด็นนี้จึงอาจมีข้อจำกัดบางประการในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีคุณสมบัติไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับการอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นเอง

#### 4.6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

จากที่กล่าวไปแล้วว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้รัฐกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นในการดำเนินการด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดทำบริการสาธารณสุขรวมถึงบริการด้านสุขภาพ และต่อมาในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กำหนดให้มีการถ่ายโอนงานบริการสาธารณสุขที่เป็นการดำเนินการซ้ำซ้อนระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้มีการจัดทำแผนแม่บทการกระจายอำนาจขึ้นในปี พ.ศ. 2543 โดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2545 และฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2551 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง ได้แก่ แผนภารกิจด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล รวมทั้งแผนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น แผนภารกิจด้านสาธารณสุขโรคและสาธารณสุขการ

<sup>109</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), เอกสารรายงานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่กรุงเทพมหานคร, ค้นวันที่ 6 สิงหาคม 2565 จาก [https://www.nhso.go.th/storage/files/841/001/nhso\\_BKK-03.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/files/841/001/nhso_BKK-03.pdf)

แผนภารกิจด้านสวัสดิการสังคม แผนภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น<sup>110</sup> จากความเป็นมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพที่ท้องถิ่นต้องรับมาเพื่อบริหารจัดการให้เป็นไปตามกรอบของกฎหมายและเป็นไปเพื่อประโยชน์ของประชาชน ซึ่งต่อไปจะได้กล่าวถึงโครงสร้างการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบทั่วไปและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะกรณีกรุงเทพมหานคร

#### 4.6.1 การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบทั่วไป

การบริหารราชการส่วนท้องถิ่นแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1 รูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (กทม.) และเมืองพัทยา และ 2 รูปแบบทั่วไป ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เมื่อกล่าวถึงการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการกำหนดโครงสร้างภายในสำหรับการดำเนินการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ไว้ตามประกาศคณะกรรมการกลางพนักงานส่วนตำบล เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการ วิธีการบริหารและการปฏิบัติงานของพนักงานส่วนตำบล และกิจการอันเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลในองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563 ประกาศเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2563 และ ประกาศคณะกรรมการกลางพนักงานเทศบาล เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการ วิธีการบริหารและการปฏิบัติงานของพนักงานเทศบาล และกิจการอันเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลในเทศบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 ประกาศเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2563 โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแบ่งโครงสร้างภายในตามหลักเกณฑ์ที่ได้ประกาศกำหนด และได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานภายในไว้ด้วยเช่นกัน สำหรับการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพนั้น ในประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น เรื่อง กำหนดกอง สำนัก หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2563 ประกาศเมื่อ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 และในประกาศคณะกรรมการกลางพนักงานเทศบาล เรื่อง กำหนดกอง สำนัก หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นของเทศบาล พ.ศ. 2563 ประกาศเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2563 ได้กำหนดให้สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม หรือกองสาธารณสุขและ

<sup>110</sup> กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, **แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.)** (กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562), หน้า 1, 7-8.

สิ่งแวดล้อม มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับ งานการศึกษา ค้นคว้า วิจัย วิเคราะห์และจัดทำ แผนงานด้านสาธารณสุข งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกัน ฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อและโรค ไม่ติดต่อ งานสุขภาพในสถานประกอบการ งานสุขภาพชุมชน งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานคุ้มครองผู้บริโภค งานให้บริการด้านสาธารณสุข งานเภสัชกรรม งานพยาธิวิทยา งานรังสีวิทยา งานวิชาการทางการแพทย์ งานวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ งานการแพทย์ งานการแพทย์ฉุกเฉิน งานรักษาพยาบาล งานศูนย์บริการสาธารณสุข งานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล งานบริหาร สาธารณสุข งานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค งานเวชปฏิบัติครอบครัว งานหลักประกันสุขภาพ งานมาตรฐานและคุณภาพหน่วยบริการ งานยุทธศาสตร์สาธารณสุข งานกฎหมายสาธารณสุข งานแพทย์แผนไทย งานส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์แผนไทย งานกายภาพและอาชีวบำบัด งานฟื้นฟู สมรรถภาพและจิตใจผู้ป่วย งานทันตสาธารณสุข งานบริการรักษาความสะอาด งานบริการและ พัฒนาระบบจัดการมูลฝอย งานบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล งานส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส งานอาสาสมัครสาธารณสุข รวมไปถึงงานด้าน สิ่งแวดล้อมด้วย อย่างไรก็ตามในการให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้น องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นยังสามารถกำหนดโครงสร้างภายในให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความ จำเป็นและความต้องการของประชาชนเพื่อให้การบริการสาธารณะมีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์ สูงสุด ทั้งนี้ การแบ่งโครงสร้างภายในดังกล่าวก็ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการระดับ จังหวัดด้วย

สำหรับการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ ดังนี้

- 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ โดยเป็นเจ้าของเงิน (เช่น เงิน รายได้ของท้องถิ่นเอง หรืองบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีการโอนให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น) และเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกพื้นที่
- 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับส่วนกลางหรือภูมิภาค เช่น ลงทุน ในการ ดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือร่วมกับสถานีนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล โรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพ
- 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน เช่น รับผิดชอบดำเนินการ ในด้านการ พัฒนาสภาพแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
- 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองทั้งหมด โดยเป็นเจ้าของสถานบริการ สุขภาพ และเป็นผู้ดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด <sup>111</sup>

<sup>111</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 11.

เมื่อพิจารณาจากรูปแบบการดำเนินการข้างต้นจะเห็นว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีการผลักดันและขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องแต่จากข้อเท็จจริงจะพบว่า การกระจายอำนาจเป็นไปเพียงเชิงโครงสร้างของหน่วยงานแต่สำหรับโครงสร้างด้านบุคลากรยังพบข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพนั้น มีความจำเป็นที่ต้องมีบุคลากรที่มีองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับศาสตร์ด้านสุขภาพซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงขาดแคลนบุคลากรและมีข้อจำกัดในประเด็นดังกล่าวอยู่

#### 4.6.2 กรุงเทพมหานครกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สำหรับการดำเนินการด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครจะอยู่ภายใต้ความดูแลรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน การจัดการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและควบคุมโรค การแพทย์ระดับปฐมภูมิ การป้องกันบำบัดการติดยาเสพติด การดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การนิเทศ กำกับ ตรวจสอบ และติดตามผลการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติ โดยสำนักอนามัยทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักของกรุงเทพมหานครในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการสำรวจดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนและสุขภาพิบาลที่ดี ส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองโดยมีการบูรณาการแผนงาน การปฏิบัติราชการระหว่างหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกให้มีการเสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนและสุขภาพิบาลเมืองที่ดีในลักษณะองค์รวม (Holistic)<sup>112</sup>

<sup>112</sup> สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, **ประวัติของสำนัก**, ค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2565 จาก <https://webportal.bangkok.go.th/health/page/sub/3523/ประวัติของสำนัก>

กลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขตามเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร



ภาพที่ 4.2 กลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขตามเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร<sup>113</sup>

การให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานคร จะดำเนินการโดยศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งมีหน่วยงานกระจายทั่วเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อรองรับการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพจำนวน 69 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา จำนวน 73 แห่ง โดยศูนย์บริการสาธารณสุขมีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งภายในและภายนอกศูนย์ บริการสาธารณสุขครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ และการพัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุข<sup>114</sup> แต่จากข้อเท็จจริงแล้วจะพบว่า การดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุขยังคงเน้นบทบาทการให้บริการในเชิงรับ โดยเน้นการให้บริการประชาชนในพื้นที่ตั้งเป็นหลัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพความหลากหลายทางสังคมและความหลากหลายของประชากรทำให้รูปแบบการ

<sup>113</sup> สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, **โครงสร้างหน่วยงาน**, ค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2565 จาก <https://webportal.bangkok.go.th/health/page/sub/3525/โครงสร้างหน่วยงาน>

<sup>114</sup> **มติคณะกรรมการข้าราชการกรุงเทพมหานครและบุคลากรกรุงเทพมหานคร (ก.ก.) ครั้งที่ 3/2552 วันที่ 19 มีนาคม 2552 ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องที่ 3**, ค้นวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 จาก <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000101/Download/File/PDF/561217-1.pdf>

ให้บริการยังไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในเขตพื้นที่เมืองอย่างแท้จริง สำหรับการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพนั้น จากที่กล่าวไปแล้วว่าประเทศไทยใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อจัดทำบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนชาวไทยทุกเพศทุกวัย โดยหลักแล้วทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียม ซึ่งการให้บริการสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น สปสช. จะสนับสนุนงบประมาณไปยังท้องถิ่นและกรุงเทพมหานครเพื่อให้หน่วยงานบริหารจัดการเกี่ยวกับบริการสุขภาพ แต่จากข้อเท็จจริงที่กล่าวไปข้างต้นปรากฏว่า กรุงเทพมหานคร ยังคงเบิกจ่ายเงินสนับสนุนจาก สปสช. ในปริมาณน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรและงบประมาณที่ได้รับสนับสนุน ประกอบกับการให้บริการด้านสุขภาพในรูปแบบอื่นที่นอกเหนือจากการดำเนินการโดยศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการบริการด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานคร นั้น กลับยังไม่ได้ได้รับความนิยมโดยจะเห็นได้จากข้อมูลการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่พบรายงานการสมัครเพื่อขอรับเงินสนับสนุนจาก สปสช. หรือแม้กระทั่งการดำเนินการโดยหน่วยบริการอื่นที่ได้ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. ก็พบว่าบางพื้นที่ที่ไม่ได้สมัครเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยากรู้ก็ตามแม้ว่าสิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพจะเป็นสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนคนไทยได้รับตามรัฐธรรมนูญและสามารถเข้ารับบริการได้ทั่วไปก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาถึงบริบทสนับสนุนการรับบริการกลับพบว่าในพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองขนาดใหญ่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นกลับมีข้อจำกัดในการรับบริการของผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพฯ โดยจะเห็นได้จากการมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งสวนทางกับความเป็นจริงที่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นย่อมอยู่กระจายไปยังพื้นที่ปริมณฑล ระดับชุมชน ทั้งสิ้น จึงถือเป็นข้อจำกัดและสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งข้อเท็จจริงดังกล่าวถือเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพิจารณาและแก้ไข เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการอย่างเท่าเทียมกันทั่วทุกพื้นที่ต่อไป

การคุ้มครองดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระบบกฎหมายไทยนั้น มีรูปแบบและพัฒนาการมาเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงก็ไม่ได้จำกัดเฉพาะการให้บริการโดยหน่วยงานของรัฐตามรูปแบบการให้บริการหลัก เช่น โรงพยาบาล หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) หรือศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเท่านั้น เมื่อคำนึงถึงเนื้อหาของการให้บริการด้านสุขภาพก็ไม่ได้จำกัดเพียงแค่การดำเนินงานของหน่วยงานรัฐเพียงผู้เดียว หากพิจารณาถึงเจตนารมณ์ในการให้บริการสาธารณสุขกับประชาชนแล้วจะพบว่ารัฐและเอกชนสามารถบูรณาการความร่วมมือด้านสาธารณสุขได้โดยที่ภาคเอกชนสามารถดำเนินการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพโดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของภาครัฐ ในการควบคุมมาตรฐานของการดำเนินงานเพื่อให้การบริการประชาชนบรรลุวัตถุประสงค์สูงสุด คือ ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ในขณะที่การ

ดำเนินการด้านสาธารณสุขนั้นก็ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการทั้งปัจจัยด้าน งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ การบริหารจัดการ โดยการให้บริการด้านสาธารณสุขนั้นก็ต้องคำนึงถึงหลักการบนพื้นฐานของความจำเป็นและเหมาะสมประกอบด้วย สำหรับการดูแลระยะยาวในอนาคตอาจมีข้อจำกัดในปัจจัยด้านงบประมาณ ดังนั้น รัฐจึงควรบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ตามช่วงวัยให้ได้มากที่สุดเพื่อลดความเสี่ยงและจำนวนของผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่การดูแลระยะยาวอันอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรในอนาคตนั่นเอง



## บทที่ 5

### วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย

ผู้สูงอายุถือเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางทางสังคมที่ควรได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขทุกด้านอย่างทั่วถึง เป็นธรรมและเสมอภาคตามหลักบริการสาธารณสุขโดยควรได้รับการที่สอดคล้องกับสภาวะทางกายของแต่ละบุคคล ปัจจุบันผู้สูงอายุถือเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนปทุมภูมิและกระจายอยู่ทุกชุมชนทั่วประเทศ เมื่อพิจารณาจากสภาพร่างกาย และศักยภาพในการใช้ชีวิตก็เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุนั้นเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะยาวซึ่งเป็นการคุ้มครองให้สามารถใช้ชีวิตในบ้านปลายได้อย่างมีความสุข สำหรับเรื่องผู้สูงอายุแต่เดิมการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุมักเป็นไปในลักษณะของการตั้งรับและอยู่ในรูปแบบของการสงเคราะห์ชั่วคราวไม่ต่อเนื่อง กระทั่งปี พ.ศ. 2552 ผลจากการประชุมในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ได้มีการผลักดันบรรจวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและนำไปสู่การขับเคลื่อนและปฏิบัติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต่อไป จากนั้นปี พ.ศ. 2559 รัฐให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้นโดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อบริหารจัดการผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่สมควรได้รับการดูแลแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มปกติหรือเรียกอีกอย่างว่าการดูแลระยะยาว

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2564 สัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 18 จากประชากรรวมของทั้งประเทศ โดยนิยามของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นจะคำนวณจากฐานประชากรสูงอายุต่อประชากรรวมทั้งประเทศซึ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นองค์การสหประชาชาติ แบ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือระดับสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) คือ มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) คือ มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged Society) คือ มีจำนวนประชากรอายุ 65 ปี

ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ในภูมิภาคอาเซียนปัจจุบันมีทั้งสิ้น 4 ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (สัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20) ไทย (สัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 18) เวียดนาม (สัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 12) และมาเลเซีย (สัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 10) ข้อเท็จจริงที่ปรากฏจากตัวเลขเชิงสถิติของอัตราประชากรจะพบว่าสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นที่เรียบร้อยแล้วซึ่งการเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จะมีหลายระดับขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุต่อประชากรรวมทั้งประเทศ

เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2515-2538 ประเทศไทยประสบความสำเร็จกับการวางแผนครอบครัว และสามารถควบคุมอัตราการเกิดของประชากรวัยเด็กให้อยู่ในระดับเป็นที่น่าพอใจ แต่บทสะท้อนจากสภาพการณ์ในอดีตกว่ายี่สิบปีที่ประเทศไทยอยู่ในยุคการวางแผนครอบครัวเพื่อคุมกำเนิดประชากรกำลังส่งผลกระทบต่อสังคมผู้สูงอายุก้าวเข้ามาโดยพบว่าประชากรวัยสูงอายุ ณขณะนี้ คือ ประชากรที่เกิดก่อนยุคความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว เมื่อคำนวณอายุปัจจุบันจะพบว่ากลุ่มประชากรจำนวนหลักล้านคนดังกล่าว คือ ประชากรที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุและบางส่วนกำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาตามโครงสร้างการเกิดของประชากรหลังจากที่ไทยสามารถวางแผนครอบครัวและควบคุมอัตราการเกิดของประชากรได้สำเร็จจะพบว่ากลุ่มประชากรที่เกิดหลังจากยุควางแผนครอบครัวประสบความสำเร็จนั้นมีจำนวนลดลง โดยกลุ่มประชากรดังกล่าว คือ ประชากรวัยทำงานและวัยเด็กในปัจจุบัน หากเทียบอัตราส่วนในการดูแลผู้สูงอายุจะพบว่าอัตราส่วนของประชากรวัยเด็กต่อประชากรวัยสูงอายุนั้นยังขาดความสมดุล แม้ว่าประเทศไทยจะกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในไม่ช้านี้ แต่เมื่อพิจารณาถึงการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันนั้น ยังคงมีข้อจำกัดของกลไกต่าง ๆ ทั้งในด้านนโยบายงบประมาณ การบริหารจัดการบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อจำกัดในแง่มุมมองทางกฎหมาย วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษาถึงบทบาทและอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เห็นถึงกลไกและสภาพปัญหาที่แท้จริงในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นซึ่งทุกภารกิจล้วนมีความเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในแต่ละมิติ ซึ่งต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทยตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นข้อค้นพบจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

## 5.1 ปัญหาบทบาทของกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ

อำนาจหน้าที่และกลไกของรัฐนั้นมีพัฒนาการเป็นลำดับมาตั้งแต่ยุคโบราณ ในอดีตรัฐทำหน้าที่เปรียบเสมือนรั้วที่คอยปกป้องคุ้มครองพลเมืองในรัฐจากการรุกรานเอาเปรียบโดยมุ่งเน้นการคุ้มครองอธิปไตยเป็นหลัก ต่อมารัฐได้ให้ความสำคัญกับการปกป้องคุ้มครองดูแลสิทธิของพลเมืองใน

รัฐโดยถือว่าเป็นภารกิจหลักอย่างหนึ่งที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการปกป้องอำนาจอธิปไตยและการรักษาความมั่นคงของรัฐ พัฒนาการแนวคิดของรัฐในการดูแลพลเมืองนำมาสู่แนวคิดและภารกิจของรัฐในการจัดบริการสาธารณะที่รัฐต้องจัดให้มีขึ้นสำหรับพลเมือง อย่างที่ได้กล่าวไปแล้วว่าภารกิจของรัฐสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ภารกิจหลักและภารกิจรอง โดยภารกิจหลัก (Basic Function) เป็นภารกิจที่มีความเกี่ยวข้องกับอำนาจอธิปไตย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ส่วนรวมซึ่งรัฐมีความจำเป็นจะต้องกระทำเอง สำหรับภารกิจรอง (Secondary Function) เป็นภารกิจที่รัฐสามารถให้เอกชนเข้ามาดำเนินการแทนได้ ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุถือเป็นภารกิจรองที่รัฐต้องจัดให้มีขึ้นภายใต้การบริการสาธารณะ สำหรับการจัดทำบริการสาธารณะนั้น ต้องดำเนินการภายใต้หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะโดยการให้บริการต้องสามารถปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมและอยู่ภายใต้หลักความเปลี่ยนแปลง ในขณะเดียวกันประชาชนทุกคนก็ต้องมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณะอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันตามหลักความเสมอภาคที่มีต่อบริการสาธารณะด้วย

ปัจจุบันประเทศไทยมีการบริหารราชการทั้งในรูปแบบของการรวมอำนาจการปกครองและในลักษณะของการกระจายอำนาจการปกครอง โดยมีการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุถือเป็นบริการสาธารณะอย่างหนึ่งที่เป็นหน้าที่ที่รัฐพึงจัดให้มีและอาจถือได้ว่าเป็นภารกิจเร่งด่วน ที่รัฐต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้ทันต่อสภาวะการณ์ทางสังคมที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การคุ้มครองดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันพบว่าหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องนั้นมีหลายหน่วยงานทั้งที่อยู่ในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น เมื่อปี พ.ศ. 2534 ได้มีการตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 โดยพระราชบัญญัตินี้ได้บัญญัติให้การจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินของไทยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาคและราชการบริหารส่วนท้องถิ่น โดยมีกรอบอำนาจและบทบาทการบริหารราชการที่แตกต่างกัน สำหรับราชการบริหารส่วนภูมิกาคนั้น จะใช้หลักการแบ่งอำนาจการปกครองโดยมีราชการส่วนกลางเป็นเจ้าของอำนาจและแบ่งอำนาจการบังคับบัญชา การวินิจฉัยสั่งการให้กับราชการส่วนภูมิภาคเพื่อนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ขนบธรรมเนียมของแต่ละพื้นที่

ประเทศไทยมีการบริหารจัดการบริการสาธารณะด้านต่าง ๆ โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนและให้บริการตามกรอบอำนาจและหน้าที่ที่ได้รับมาตามกฎหมายสำหรับบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดกรอบอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในการจัดทำบริการสาธารณะด้านต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน แต่สำหรับประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพและการคุ้มครองผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น การดำเนินงานของราชการส่วนภูมิภาคที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะประกอบไปด้วย 3 หน่วยงาน ดังนี้

1) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ)

สำหรับบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) จะมีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ การเสนอนโยบาย การพัฒนางานวิชาการด้านมาตรการ กลไก องค์ความรู้ และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน การส่งเสริมและสนับสนุนในเชิงวิชาการและการปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย โดยมี “หุ้นส่วนในงานพัฒนาผู้สูงอายุ” เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน แต่เมื่อพิจารณาถึงบทบาทและในทางปฏิบัติแล้วจะเห็นได้ว่ากรมกิจการผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทหลักเพียงการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในเชิงนโยบายเท่านั้น การจัดสวัสดิการดังกล่าวก็ยังไม่ถือเป็นลักษณะรัฐสวัสดิการ (Welfare State) เป็นเพียงการนำแนวคิดมาใช้เพื่อการจัดสวัสดิการให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสรวมทั้งผู้สูงอายุ โดยรัฐจะเข้ามาจัดการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เท่านั้น รูปแบบสวัสดิการที่ปรากฏต่อบริการผู้สูงอายุจึงเป็นแบบเก็บตก (Residual Model) บริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุเป็นการจัดบริการให้ตามความจำเป็น (Needs) พื้นฐาน เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น รูปแบบบริการแบบเก็บตก (Residual Model) มีอิทธิพลต่อการจัดบริการสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยเริ่มจากปี พ.ศ. 2486 ที่รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม ได้จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นเป็นครั้งแรกที่บางแค กรุงเทพฯ ภายใต้นโยบายการสร้างชาติของรัฐ บริการที่รัฐจัดให้จึงเป็นแบบประชาสงเคราะห์ (Public Assistance) โดยใช้แนวคิดการจัดบริการสังคมลักษณะสถาบันของรัฐ (Institutional Model) ที่ให้กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ทำหน้าที่ดูแลจัดบริการสวัสดิการสงเคราะห์ผู้สูงอายุโดยมีบริการที่สะท้อนแนวคิดชัดเจน เช่น บริการสังคมในชุมชน สถานสงเคราะห์ เปี้ยยังชีพ<sup>115</sup>

สำหรับภารกิจของกรมกิจการผู้สูงอายุจะมุ่งเน้นไปที่งานด้านนโยบายและการพัฒนาทางด้านวิชาการเกี่ยวกับสวัสดิการความเป็นอยู่และปัญหาของผู้สูงอายุโดยจำกัดการให้ความช่วยเหลือ คุ้มครองดูแลกับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มที่ยากไร้ที่ต้องการการช่วยเหลือในรูปแบบเก็บตก มีการดูแลช่วยเหลือที่ยังไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุมกับประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศ จึงอาจกล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะนี้เป็นการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มโดยหน่วยงานส่วนกลาง แต่ข้อเท็จจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนถือเป็นบุคคลที่ควรได้รับการคุ้มครอง ดูแลเอาใจใส่ อย่างทั่วถึงโดยเฉพาะด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต และข้อสำคัญประการหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักพักอาศัยอยู่ในชุมชนปทุมภูมิและอยู่ในภาวะที่ต้องอาศัยการพึ่งพิงจากบุคคลอื่นมากขึ้น ชุมชนจึงถือเป็นแหล่งสำคัญในการให้การคุ้มครองดูแลพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตแต่ปรากฏ

<sup>115</sup> พรนิภา อ่อนเกิด, *เรื่องเดิม*, หน้า 17.

ว่ากลไกของหน่วยงานส่วนกลางอันได้แก่กรมกิจการผู้สูงอายุที่มีภาระกิจโดยตรงในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุกลับไม่มีบทบาทในระดับชุมชนอย่างชัดเจนมีเพียงศูนย์ทดลองเรียนรู้ต้นแบบซึ่งไม่ได้ดำเนินการสงเคราะห์ ช่วยเหลือกลุ่มประชากรผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมตามที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุย่อมเป็นการสะท้อนถึงปัญหาการบริหารจัดการภายใต้นโยบายและอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่ยังไม่ตอบสนองรองรับกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

## 2) กระทรวงสาธารณสุข (สาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการในพื้นที่)

การดูแลสุขภาพของประชาชนถือเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพ แต่จากข้อเท็จจริงในการบริหารงานตามโครงสร้างทางกฎหมายกลับปรากฏว่ากระทรวงสาธารณสุขแยกการบริหารราชการของหน่วยงานในสังกัดเป็นสองส่วน คือการบริหารราชการส่วนกลาง ได้แก่ สำนัก กรม กอง ต่าง ๆ ทำหน้าที่ด้านวิชาการในการศึกษาข้อมูลประกอบการบริหารด้านสาธารณสุขของประเทศ และอีกส่วนหนึ่ง คือ การบริหารราชการส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ซึ่งหน่วยงานที่สังกัดราชการส่วนภูมิกาศนี้ในเชิงการบริหารจะขึ้นตรงกับจังหวัดที่หน่วยงานตั้งอยู่โดยมีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อผู้ว่าราชการจังหวัด ส่วนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานเหล่านี้เป็นเพียงการสนับสนุนด้านวิชาการ นิเทศงาน กำกับดูแลและสนับสนุนทรัพยากรเท่านั้น แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีหน้าที่หลักในภารกิจด้านสุขภาพ แต่จากข้อเท็จจริงแล้วการดูแลในระดับพื้นที่กระทรวงสาธารณสุขกลับมีบทบาทที่จำกัด โดยเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการเท่านั้น แม้การกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอยู่ในความดูแลของราชการส่วนภูมิภาคจะสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นหรือพื้นที่ แต่กลับพบว่าบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมไปถึงโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยก็ยังคงมีข้อจำกัดในการให้บริการประชาชน โดยการบริการด้านสุขภาพนั้นประชาชนผู้รับบริการจะต้องเข้ารับบริการตามโรงพยาบาลที่ตนมีสิทธิแม้ว่าการกำหนดรูปแบบการให้บริการลักษณะนี้จะมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณและความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่และกระจายการให้บริการลงสู่ระดับท้องที่ แต่ในความเป็นจริงแล้วก็ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือหน่วยบริการในระดับท้องถิ่นนั้นยังขาดประสิทธิภาพในการให้บริการทั้งในด้านบุคลากร รวมไปถึงเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ด้วย การจำกัดสิทธิในการให้บริการดังกล่าวก็ถือเป็น การจำกัดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณะของประชาชนอย่างหนึ่งจึงเป็นปัญหาในการเข้าถึงบริการสาธารณะของผู้สูงอายุอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมและยังเป็นลักษณะของการบริหารจัดการที่ขัดต่อหลักการบริการสาธารณะที่ประชาชนทุกคนต้องมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณะอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันโดยบริการสาธารณะนั้นต้องสามารถปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมภายใต้หลักความเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน

### 3) กระทรวงมหาดไทย

กระทรวงมหาดไทย ถือเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักด้านการปกครอง บำบัดทุกข์ บำรุงสุขให้กับประชาชน การบริหารงานของกระทรวงมหาดไทยในราชการส่วนภูมิภาคจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทภารกิจสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาและให้คำปรึกษา แนะนำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น การบริหารงานบุคคล การเงินการคลัง และการบริหารจัดการ เพื่อเสริมความเข้มแข็งและศักยภาพในการให้บริการสาธารณะให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด จะทำหน้าที่ประสานงาน เพื่อกำกับ ดูแล และสนับสนุนการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ แม้การดำเนินงานจะสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจแต่เมื่อพิจารณาถึงบทบาทภารกิจและกรอบอำนาจหน้าที่แล้ว จะเห็นได้ว่ากระทรวงมหาดไทยโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จะมีหน้าที่เพียงการสนับสนุนในเชิงวิชาการ ให้คำปรึกษา แนะนำ และกำกับดูแลการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการดำเนินการทั้งหมดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้ดำเนินการบริหารงานด้วยตนเองซึ่งการกำกับดูแลในเชิงวิชาการจะมุ่งเน้นงานด้านการปกครอง การบริหารจัดการทรัพยากรเท่านั้น โดยไม่มีบทบาทร่วมดำเนินการด้านอื่นๆ

แม้ว่าปัจจุบันจะมีการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจในการบริการสาธารณะด้านสุขภาพ ไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่จากข้อเท็จจริงก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับโครงสร้างของบุคลากรในการปฏิบัติงานที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสำหรับจัดบริการด้านสุขภาพในการให้บริการ รวมไปถึงงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพก็ยังคงไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชากรในพื้นที่ด้วย ในทางปฏิบัติแม้กฎหมายจะกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่นในการจัดบริการด้านสุขภาพ แต่ข้อเท็จจริงแล้วท้องถิ่นก็ไม่สามารถดำเนินการได้เองตามลำพังเนื่องจากไม่มีความเชี่ยวชาญรวมถึงข้อจำกัดของทรัพยากรอื่น ๆ ประกอบกับภารกิจในการดูแลด้านสุขภาพมีหลายหน่วยงานที่มีอำนาจและหน้าที่ในการบริการสาธารณะด้านสุขภาพ เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลรัฐ เป็นต้น จึงเกิดปัญหาเรื่องบทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นที่ได้รับมาตามกฎหมายว่ามีขอบเขตหรือข้อจำกัดในการดำเนินการมากนักเพียงใด อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาความทับซ้อนของอำนาจหน้าที่ระหว่างหน่วยงานอาจไม่สามารถแยกดำเนินการเพียงเฉพาะหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ซึ่งรัฐควรพิจารณาทบทวนขอบเขต กรอบหน้าที่ และอำนาจของภาคส่วนต่าง ๆ ให้มีความประสานสอดคล้องเชื่อมโยงในลักษณะเกื้อกูลไม่ทับซ้อนในการดำเนินงานและกรอบอำนาจของกฎหมายเพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตหากประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ดังนั้น ท้องถิ่นจึงมีส่วนสำคัญที่จะผลักดันให้การดูแลผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุดตามเจตนารมณ์ของการบริการสาธารณะซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพการ

บริหารจัดการที่ดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นกระบวนการที่สำคัญในการผลักดันให้การดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จเป็นวงกว้างต่อไป

สำหรับการดำเนินงานของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้นั้น พบว่ากลไกของหน่วยงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์มีกลไกการดำเนินงานโดยให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะของ Ageing in Place เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความอบอุ่นและความมั่นคงในชีวิตซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับประเทศออสเตรเลีย อันถือเป็นจุดเด่นในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนของประเทศญี่ปุ่นจะเน้นกลไกการดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานระดับท้องถิ่น มีการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรไม่แสวงหากำไรซึ่งถือเป็นการบริหารจัดการและบูรณาการร่วมแก้ไขปัญหาที่ีประการหนึ่ง ในขณะที่ประเทศอังกฤษซึ่งมีลักษณะเป็นรัฐสวัสดิการจากสภาวะทางสังคมผู้สูงอายุทำให้ปัจจุบันประเทศอังกฤษเกิดปัญหาในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นและมีความต้องการรับบริการจากรัฐเพิ่มขึ้นเช่นกัน อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบสุขภาพของไทยตั้งแต่อดีตจนกระทั่งมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ได้หนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการตัดสินใจทำแผนจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพพระดับชุมชนเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นได้ว่าภาครัฐต้องเร่งวางแผนนโยบายและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้นี้ไม่เช่นนั้นอาจเกิดปัญหาในการบริหารจัดการอย่างเช่นในประเทศอังกฤษได้

## 5.2 ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากที่ได้กล่าวไปแล้วว่าประเทศไทยมีการบริหารจัดการการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพโดยใช้กลไกของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ที่เป็นองค์การมหาชนมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการด้านหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกเพศทุกวัย โดยมุ่งเน้นให้มีการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีองค์กรกำกับดูแลโดยมีเป้าหมายให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการระบบการรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน รวมไปถึงแก้ไขปัญหาการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกันสำหรับการบริการสุขภาพของประชาชนในอดีตทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์ในการก่อตั้งและภารกิจของ สปสช. นั้นมีลักษณะที่ชัดเจนโดยมุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาคและเท่า

เทียมกันของประชากร แต่จะเห็นได้ว่าหมุดหมายของ สปสช. คือ การสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในชื่อของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิการรักษาที่ประชาชนคนไทยทุกคนรู้จักคุ้นเคยกันในนามสิทธิบัตรทอง โดยสิทธิรับการรักษาดังกล่าวครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคนที่มีชื่อทางทะเบียน (มีเลขประจำตัวประชาชน) ซึ่งไม่มีสิทธิรับการรักษาพยาบาลประเภทอื่น สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลในประเทศไทยจะมีทั้งสิ้น 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บริหารจัดการโดย สปสช.) ระบบประกันสังคม (บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (บริหารโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง)

การให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีสิทธิรับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ในทางปฏิบัติ สปสช. จะเป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับบุคคลแต่ละประเภทและดำเนินการจัดสรรงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่มีสิทธิได้รับบริการให้กับหน่วยบริการ เพื่อให้หน่วยบริการดำเนินการจัดทำบริการสุขภาพโดยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์เหมาะสมจ่ายรายหัว เป็นงบประมาณสำหรับการบริการตามประเภทและขอบเขตบริการ (สิทธิประโยชน์) ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคลและครอบครัว การบริการกรณีเฉพาะ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ บริการการแพทย์แผนไทย ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข สำหรับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาะสมจ่ายรายหัวสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมาสิทธิการรับบริการในกองทุน LTC ครอบคลุมสำหรับประชาชนไทยทุกคน ทุกกลุ่มวัย และทุกสิทธิการรักษา โดยการจัดสรรค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ซึ่งในปีงบประมาณ 2564 สปสช. จัดสรรวงเงินงบประมาณในการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นประชาชนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ จำนวน 838.0260 ล้านบาท<sup>116</sup> วิทยานิพนธ์นี้มุ่งศึกษาถึงการคุ้มครองดูแล

<sup>116</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2564, หน้า 10, 13, 108.

สุขภาพผู้สูงอายุ ในที่นี้จึงขอยกตัวอย่างการจัดกลุ่มการรับบริการสำหรับกรณีของผู้สูงอายุ โดยจะมีการจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุด้วยวิธีการคัดกรองจากการใช้ชีวิตประจำวันตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living: ADL เพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่งมีค่าคะแนนเต็ม 20 คะแนน และจำแนกผู้สูงอายุเป็นสามกลุ่ม ตามค่าคะแนน คือ

- 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ มีคะแนน ADL Score เท่ากับหรือมากกว่า 12
- 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีคะแนน ADL Score อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน
- 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักพิการหรือทุพพลภาพ มีคะแนน ADL Score อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

โดยผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะได้รับการประเมินเพื่อรับบริการที่เหมาะสมกับความต้องการและสภาพร่างกายของตนเอง เมื่อดำเนินการจัดกลุ่มผู้รับบริการแล้ว ลำดับต่อไปจะเป็นการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพโดยการกำหนดแผนการดูแล (Care Plan) โดยนักวิชาชีพเฉพาะ (Care Manager) ให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้รับบริการ โดยหน่วยบริการจะเป็นผู้ดำเนินการจัดทำบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการซึ่งหน่วยบริการจะได้รับเงินสนับสนุนในการจัดทำบริการสุขภาพจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดย สปสช. เป็นเจ้าของเงินที่ทำหน้าที่จัดสรรเงินงบประมาณสนับสนุนให้กับหน่วยบริการต่าง ๆ ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้เพื่อให้บริการกับประชาชนตามสิทธิของผู้รับบริการ โดยหน่วยบริการที่จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. ต้องเป็นหน่วยบริการที่ได้ลงทะเบียนตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพและการให้บริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพนี้ สปสช. จะเป็นผู้ออกระเบียบ ข้อบังคับ หรือหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายเงินมาให้กับหน่วยบริการปฏิบัติ

ประเทศไทยมีการบริหารจัดการด้านงบประมาณในการสนับสนุนเรื่องบริการสุขภาพของประชากรทั้งประเทศ โดยการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นองค์กรมหาชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายภายใต้การกำกับดูแลจากรัฐ จะบริหารงานในรูปแบบของกองทุนและเป็นหน่วยงานหลักที่ให้การสนับสนุนเงินในกองทุนต่าง ๆ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ถือเป็นกฎหมายที่ตราขึ้นเพื่อประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานหลักที่เป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาถึงบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วจะพบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปรียบเสมือนหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงานของหน่วยบริการโดยการออกประกาศกำหนดวิธีการดำเนินงานให้กับหน่วยงานอื่นปฏิบัติในที่นี้ คือ องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น ซึ่งพบว่าระเบียบ ข้อบังคับ หรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดขึ้นมาเพื่อให้ท้องถิ่นใช้เป็นแนวทางในการนำเงินกองทุนไปใช้จ่ายเป็นการกำหนดกรอบในการปฏิบัติ ตามระเบียบไว้ให้หน่วยงานอื่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ต้องปฏิบัติตาม โดยที่ สปสช. ไม่ได้เป็นหน่วยงานที่ลงมือจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพด้วยตนเอง ทำให้การออกระเบียบหรือแนวทาง ไม่สอดคล้องตรงกับลักษณะของการปฏิบัติงานจริงในท้องถิ่นและแนวทางการปฏิบัติของ กระทรวงมหาดไทยซึ่งเป็นเจ้าสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งไม่สอดคล้องกับบริบทของ การปฏิบัติงาน ข้อกฎหมายหรือระเบียบของต้นสังกัด และข้อจำกัดของแต่ละท้องถิ่น ส่งผลให้การ บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพไม่สามารถดำเนินการได้เต็มประสิทธิภาพเนื่องจากหน่วยงานท้องถิ่น เกรงถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขที่อาจขัดกับแนวทางที่ สปสช. กำหนด และอาจ ส่งผลให้ท้องถิ่นที่เป็นหน่วยบริการต้องชำระค่าปรับทางปกครอง หากไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐาน การให้บริการสาธารณสุขที่กำหนดได้ โดยเงื่อนไขการชำระค่าปรับทางปกครองมีขึ้นเพื่อเป็นมาตรการ ในการควบคุมมาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้มีการรับรองสิทธิที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและ มีประสิทธิภาพ โดยมีการดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุขซึ่งคณะกรรมการนี้มีอำนาจหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและ เครือข่ายหน่วยบริการ ตามที่กฎหมายกำหนด และมีอำนาจสั่งให้หน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตาม มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ชำระค่าปรับทางปกครองได้ด้วย

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC) ขึ้น โดยได้รับการ สนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกองทุนดังกล่าวจัดตั้งขึ้นตาม ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ปัจจุบันถูกยกเลิกโดยประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 แต่สถานะของกองทุนยังคงอยู่ สำหรับ ปัญหาของกองทุนและการจัดให้มีศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ได้แก่ ปัญหา ที่เกิดจากสถานะของกองทุนและบทบาทของหน่วยงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ สปสช. ในการบริหารจัดการกองทุนที่ไม่มีความชัดเจน โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC) ได้กำหนด หลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้งบประมาณจากกองทุน ฯ การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพใน

ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นั้น ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 มีการกล่าวถึงการดำเนินงานตามกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่เมื่อพิจารณาถึงสถานะของกองทุนแล้วพบว่าการบริหารจัดการกองทุน โดยการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนนั้น มีการกำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน รวมทั้งคณะกรรมการกองทุนสามารถแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

การดำเนินการของคณะกรรมการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับนี้ก็ได้กำหนดให้ สปสช.เขต ทำหน้าที่กำกับติดตาม ดูแล และรายงานผลการดำเนินงานให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพทราบด้วย เมื่อพิจารณาถึงหลักเกณฑ์การดำเนินการของประกาศดังกล่าวแล้วจะพบว่า ท้องถิ่นมีหน้าที่ในการบริหารจัดการเงินซึ่งเจ้าของเงิน คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งท้องถิ่นยังมีหน้าที่ในการดำเนินการเบิกจ่ายและรายงานผลการดำเนินการให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพตามงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนโดยลักษณะของการจัดทำบริการอาจไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ แนวทาง วิธีการที่ สปสช.กำหนด เนื่องจากบริบทในพื้นที่ ความต้องการของประชาชนหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากร ในขณะที่ สปสช. ซึ่งเป็นเจ้าของเงินก็ทำหน้าที่ออกหลักเกณฑ์ แนวทาง วิธีการปฏิบัติเพื่อให้ท้องถิ่นดำเนินการโดยที่หลักเกณฑ์นั้นอาจไม่สอดคล้องกับการดำเนินการของพื้นที่เช่นกัน และในขณะเดียวกันท้องถิ่นก็ไม่สามารถบริหารจัดการกองทุนได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่เพราะข้อจำกัดของหลักเกณฑ์ แนวทาง หรือวิธีการที่ สปสช.กำหนดไว้ซึ่งหากท้องถิ่นไม่ปฏิบัติตามอาจถูกตรวจสอบและต้องดำเนินการชำระค่าปรับทางปกครองได้ กรณีจึงเห็นได้ว่ากองทุนฯ ก็ไม่ได้ระบุให้อำนาจหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งอย่างชัดเจนระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการกองทุนอันส่งผลต่ออำนาจในการตัดสินใจขับเคลื่อนและบริหารกองทุนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการจัดทำบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุภายใต้เงินงบประมาณที่ได้รับจากกองทุนได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากความกังวลในทางปฏิบัติที่กิจกรรมบางประเภทอาจขัดต่อวัตถุประสงค์ของกองทุน จึงทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการจัดทำบริการสาธารณสุขอาจไม่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน รวมไปถึงการกำหนดรูปแบบสำหรับการบริหารจัดการกองทุนในลักษณะดังกล่าวนี้ อาจถือเป็นการสร้างภาระให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพโดยการบริหารจัดการ

กองทุนในรูปแบบนี้ก็ไม่ได้สอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจและเจตนารมณ์ของการใช้ชุมชนเป็นฐานในการบริหารจัดการด้านสุขภาพตามแนวนโยบายของรัฐ

ในขณะที่แนวนโยบายของรัฐที่กำหนดมาในรูปแบบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันดำเนินการมาถึงฉบับที่ 12 ในแผนฯ ได้กำหนดประเด็นของยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย เช่น ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งการดำเนินการในประเด็นดังกล่าวนี้ ปัจจุบันยังไม่มีการบัญญัติกฎหมายไว้เป็นการเฉพาะจะมีเพียงการสนับสนุนและผลักดันให้เกิดการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยการจัดตั้งกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care, LTC) ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดำเนินการและมีเพียงระเบียบ แนวทางที่เกี่ยวข้องกับกองทุนซึ่งออกโดย สปสช. เท่านั้น กรณีนี้อาจเกิดปัญหาในอนาคตหากประเทศไทยไม่สามารถจำกัดจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้มีปริมาณที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการและยังไม่มีกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวมารองรับเมื่อก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคต

สำหรับแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) มีการคุ้มครอง ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย ดูแลตนเองเบื้องต้น รวมไปถึงส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุด้วย ประกอบกับปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ยังกำหนดให้ผู้สูงอายุต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกันรวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบซึ่งแนวนโยบายข้างต้นถือเป็นหลักประกันในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยซึ่งปัจจุบันได้มีการผลักดันการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการจากกองทุน LTC ซึ่งเน้นการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันทุกสิทธิการรักษา นอกจากนี้เมื่อพิจารณาบริบทของกฎหมายที่บัญญัติถึงกรอบอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง สปสช. กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็จะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13 (3) ยังกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง ซึ่งมาตรา 18 (8) กำหนดอำนาจหน้าที่ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงาน

และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ ทั้งนี้ ก็เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47 และเป็นารรองรับการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นอีกประการหนึ่งแต่จะเห็นได้ว่าการกำหนดรูปแบบการบริหารงานของกองทุนยังมีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐ รวมไปถึงเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หลักการของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และหลักการกระจายอำนาจทางปกครองในงานบริการสาธารณะด้านสุขภาพด้วย

### 5.3 ปัญหาการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติเรื่องการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิไว้ในมาตรา 258 ซ (5) กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รัฐธรรมนูญฉบับนี้มีการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุทุกคน รวมไปถึงการให้ความสำคัญกับการดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 12 ยังกำหนดประเด็นของยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยแนวทางการพัฒนาที่สำคัญในประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 คือ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาครัฐและปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เช่น ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพ นอกจากนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 12 ยังมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

จากที่กล่าวไปแล้วว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 90 ของประชากรวัยสูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนปฐมภูมิซึ่งอยู่นอกเขตเมือง อย่างไรก็ตามองค์กรส่วนปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีบทบาทอย่างมากในการจัดทำบริการสาธารณะให้กับประชาชน ซึ่งบทบาทดังกล่าวนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 284 ได้บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นโดยให้อิสระกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดนโยบาย บริหารจัดการการคลังของตนอย่างอิสระโดยรัฐจะเข้าไปควบคุมเท่าที่จำเป็น แนวคิดดังกล่าวถือเป็นจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจทางบริหารให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจนภายใต้บทบัญญัติของกฎหมาย สำหรับเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น หลังจากมีการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลางมายังท้องถิ่นตามหลักการกระจายอำนาจซึ่งเป็นไปตาม

รัฐธรรมนูญประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ก็มีอำนาจหน้าที่ตามภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนมา โดยเรื่องของผู้สูงอายุ นั้น พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้บัญญัติให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำบริการสาธารณะให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 รวมทั้งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ก็ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่ที่ได้รับตามกฎหมายตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นด้วย

### 5.3.1 ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดให้มีศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อก้าวถึงจุดกำเนิดของการให้มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน อาจกล่าวได้ว่าที่มาของการจัดให้มีศูนย์ฯ เกิดขึ้นจากแนวคิดการลดการพึ่งพาบริการของรัฐ (Deinstitution Approaches) ซึ่งพัฒนามาจากการที่แนวคิดการลดสวัสดิการสังคมตามแนวคิดรัฐสวัสดิการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด เนื่องจากแนวโน้มประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นรวมทั้งอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้บริการที่รัฐจัดสรรให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการและเกิดความไม่เป็นธรรมกับผู้สูงอายุรวมทั้งไม่สามารถกระจายบริการได้อย่างทั่วถึง รัฐเริ่มนำแนวคิดการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ (Deinstitutional Approaches) มาใช้สำหรับการจัดบริการที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and Community-based) มาใช้เพื่อลดการพึ่งพาบริการจากรัฐในรูปของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สำหรับรูปแบบการดำเนินงานในลักษณะของศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น จากการศึกษาจะพบได้ในประเทศญี่ปุ่นโดยหน่วยงานท้องถิ่นจะจัดทำศูนย์อเนกประสงค์ Local Health and Welfare for the Elderly สำหรับให้บริการผู้สูงอายุซึ่งท้องถิ่นจะทำการจ้างพนักงานที่ผ่านการรับรอง Certified Social Workers มาทำงานร่วมกับอาสาสมัครซึ่งอาสาสมัครก็จะมีหน้าที่ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ

จากที่ได้กล่าวไปแล้วว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตราขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงซึ่งสาระสำคัญในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากจะกำหนดวิธีการบริหารจัดการประเด็นเรื่องสุขภาพตามพระราชบัญญัติโดยการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการและมีกองทุนแล้วยังพบว่าพระราชบัญญัตินี้ยังกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนและกำหนด

หลักเกณฑ์ให้ชุมชนรวมทั้งภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรดำเนินงานบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม โดยให้คณะกรรมการทำหน้าที่สนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้หน่วยงานดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์แล้วพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการส่งเสริมและสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมทั้งมีหน้าที่ในการสมทบเงินเข้ากองทุน ซึ่งหลักการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือว่าสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น

เนื่องจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และให้หน่วยงานในท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการกองทุนภายใต้การกำกับดูแลของ สปสช.เขต ซึ่งเป็นไปตามมาตรา 47 และ มาตรา 48 (4) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากบทบัญญัติดังกล่าวส่งผลให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ที่ให้องค์การบริหารส่วนตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมกองทุนสุขภาพระดับตำบลดำเนินการจัดตั้งศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำการสนับสนุนงบประมาณให้ดำเนินการในศูนย์ฯ สำหรับกรณีของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ท้องถิ่นไม่ต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบการดำเนินงาน เว้นแต่มีความจำเป็นด้านครุภัณฑ์ก็สามารถดำเนินการจัดสรรได้ตามความจำเป็น ในส่วนของอำนาจการใช้จ่ายเงินของกองทุนที่ได้รับสมทบมานั้น ในประกาศระบุให้ท้องถิ่นดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับนี้และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้กำหนด เมื่อพิจารณาแล้วบริบทของประกาศนี้แม้ว่าหลักเกณฑ์ในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ จะกำหนดให้ท้องถิ่นสามารถสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรได้อันเป็นการเน้นย้ำถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนกับหน่วยงานของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพแต่ในการดำเนินการของท้องถิ่นที่จะขอรับงบประมาณสนับสนุนตามประกาศฉบับนี้ได้ นั้น “ต้องแสดงความประสงค์สมัครเข้าร่วม” ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ก่อนจึงจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุน จากหลักการของพระราชบัญญัติส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องออกระเบียบประกาศและข้อบังคับมาสนับสนุนการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ ในส่วนของค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณในการดำเนินการนั้น เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2561 กระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุนขึ้น โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมและ

ประสงค์ร่วมดำเนินการบริหารจัดการกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตาม กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำการตั้งงบประมาณรายจ่ายเพื่อดำเนินการสมทบ กองทุนได้อันเป็นการอกระเบียบภายในของหน่วยงานให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของกองทุน

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าท้องถิ่นจะสามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของ กองทุน ก็ต่อเมื่อได้ “สมัครเข้าร่วมกองทุน” ดังกล่าวเพื่อขอรับการสนับสนุนเงินจากกองทุน ใน ประเด็นนี้ปรากฏข้อเท็จจริงว่าการรับการสนับสนุนจากกองทุนสำหรับการดำเนินการจัดทำบริการ สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่สามารถดำเนินการได้ ทุกแห่งเนื่องจากเงื่อนไขของกองทุนฯ ระบุให้ท้องถิ่นต้องแสดงความประสงค์โดยการสมัครเข้าร่วม กองทุนเสียก่อนจึงจะได้รับการสนับสนุนเงินจากกองทุน หากท้องถิ่นใดที่ไม่มีความพร้อมในการ ดำเนินการหรือผู้บริหารไม่มีความเข้าใจในสาระสำคัญหรือประโยชน์ของการดำเนินการตามกองทุนก็ จะเสียโอกาสในการรับเงินสนับสนุนจากกองทุนเพื่อการจัดทำบริการสาธารณะ แม้เงื่อนไขของการ กำหนดหลักเกณฑ์ที่ให้ท้องถิ่นต้องสมัครเข้าร่วมนั้น จะเป็นการแสดงถึงความพร้อมของท้องถิ่นนั้นใน การจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพก็ตาม แต่ในขณะเดียวกันการกำหนดหลักเกณฑ์ลักษณะ ดังกล่าวก็ถือเป็นการจำกัดหรือตัดสิทธิของผู้รับบริการที่ควรเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกันโดยไม่ใช้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้นำเท่านั้น

สำหรับศูนย์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ นั้น มีบทบาทหน้าที่ในการจัดให้มีผู้จัดการดูแลประจำศูนย์ (Care Manager) ที่อาจเป็น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care Giver) ที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐานที่กำหนด รวมไปถึงการจัดทำข้อมูล และแผนดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เป็นรายคน ขึ้นทะเบียนและจัดให้มีการ ฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (In Service Training) และบริหารจัดการผู้ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care Giver) ให้บริการเชิงรุกที่ บ้าน รวมทั้ง ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่ศูนย์ (Day Care) แต่จากรายงานสถิติ ของ สปสช. ที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีหน่วยจัดบริการที่เป็นศูนย์ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ ซึ่งสมัครเข้าร่วมกองทุนฯ และได้รับสนับสนุนงบประมาณ LTC จำนวน เพียง 318 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.08 มีจำนวนผู้รับบริการจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ จำนวน 11,266 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และผู้รับบริการที่ไม่ได้ระบุหน่วยจัดบริการ จำนวน 69,361 คน คิดเป็นร้อยละ 37.23 เนื่องจากอยู่ระหว่างการจัดทำ Care Plan ของหน่วยบริการเพื่อเสนอ คณะกรรมการ LTC พิจารณาอนุมัติ Care Plan (การนับข้อมูลผู้รับบริการกลุ่ม LTC จะเริ่มนับเมื่อมี การพิจารณาอนุมัติ Care Plan แล้ว) โดยข้อมูลการรายงานเป็นข้อมูลของ สปสช. เขตทั้ง 13 เขต ทั่วประเทศ แต่ปรากฏว่าในพื้นที่ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร กลับไม่มีหน่วยจัดบริการที่เป็น

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ สมัครเข้าร่วมกองทุนเพื่อสนับสนุนงบประมาณ LTC แต่อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถิติข้างต้นจะพบว่าการขับเคลื่อนดำเนินการยังไม่เกิดผลเท่าที่ควร ซึ่งกรณีนี้เป็นปัญหาสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณะของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ที่อาจถือได้ว่า บริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าวไม่ได้เป็นสิทธิตามกฎหมายที่พึงได้รับ แต่ถือเป็นเพียงบริการเสริม เพิ่มเติมจากบริการสาธารณะหลักอื่น ๆ ที่กองทุนสามารถดำเนินการได้ ภายใต้งบประมาณของกองทุนเท่านั้น

### 5.3.2 ปัญหาการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

การดูแลระยะยาว (Long-term Care) เป็นการดูแลที่เน้นบริการด้านสาธารณสุขควบคู่ไปกับการบริการทางสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือองค์การอนามัยโลกได้แบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวออกตามมิติของหน่วยงานหลักในการบริการและสถานที่โดยแบ่งการดูแลระยะยาวเป็นการดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) คือ การเตรียมการดูแลบุคคลตั้งแต่สามคนขึ้นไปในสถานที่เดียวกัน การดูแลที่บ้าน (Home Care) คือ การเตรียมการดูแลในบ้านโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวไปทำงานหรือชุมชนแออัด การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) คือ การดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และการดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) คือ การดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัครเพื่อนบ้าน โดยปัจจุบันในประเทศไทยมีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพดูแลผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ 3 ประเภท ได้แก่

1) ประเภทสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care) จำนวน 3 แห่ง อยู่ในพื้นที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ 4 (จังหวัดนนทบุรี) ที่ 6 (จังหวัดชลบุรี) และ ที่ 12 (จังหวัดสงขลา)

2) ประเภทที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (Residential Home) จำนวน 11 แห่ง อยู่ในพื้นที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1 (จังหวัดเชียงใหม่) ที่ 3 (จังหวัดนครสวรรค์) ที่ 4 (จังหวัดนนทบุรี) ที่ 6 (จังหวัดชลบุรี) และกรุงเทพมหานคร

3) ประเภทสถานบริบาล (Nursing Home) จำนวน 446 แห่ง อยู่ในพื้นที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร (ข้อมูล ณ วันที่ 25 มีนาคม 2565)<sup>117</sup>

<sup>117</sup> กระทู้ถามที่ 004 ร., **ราชกิจจานุเบกษา** 139 ตอนพิเศษ 154 ง (30 มิถุนายน 2565): 22-26, ค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2565 จาก [https://www.senate.go.th/document/Theme/Ext5/5623\\_0001.PDF](https://www.senate.go.th/document/Theme/Ext5/5623_0001.PDF)

เมื่อพิจารณาจากลักษณะทางกายภาพแล้วจะพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคมโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) จากสภาพสังคมในปัจจุบันที่วิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและมีอายุที่ยืนยาวแม้กระทั่งผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพที่อ่อนแอเจ็บป่วยเรื้อรัง วิวัฒนาการทางการแพทย์ก็สามารถยืดอายุผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้สามารถอยู่กับครอบครัวในบั้นปลายชีวิตได้ยาวนานขึ้น ผู้สูงอายุแต่ละคนต่างมีความต้องการในการดูแลที่แตกต่างกันตามสภาวะสุขภาพและสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาวะร่างกายที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การประเมินกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะใช้วิธีการคัดกรองจากการใช้ชีวิตประจำวันโดยจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นแบบแผนในระยะยาวโดยการดูแลนั้นไม่สามารถจำกัดระยะเวลาได้ การดูแลระยะยาวเมื่อพิจารณาเทียบเคียงกับอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยอย่างที่กล่าวไปแล้วว่าเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยที่ 74.39 ปี เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยที่ 80.6 ปี นั้นเมื่อคำนวณเทียบกับอายุ 60 ปี จากคำนิยามของผู้สูงอายุ จะพบว่าหากบุคคลนั้นเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพศชายจะมีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ยที่ 14.39 ปี และสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ยที่ 20.6 ปี ซึ่งการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นก็ย่อมมีระยะเวลาการดูแลที่ไม่ยาวนานนักเมื่อเทียบกับการดูแลบุคคลในช่วงวัยอื่นก่อนที่บุคคลนั้นจะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

รูปแบบการดูแลระยะยาวในลักษณะกองทุนของประเทศไทยนั้นเมื่อพิจารณาจากเกณฑ์การให้บริการของ เธอร์เตอร์ เอช.คอฟ (Theodore H. Koff) จะเห็นว่าประเทศไทยมีความต้องการจะให้เกิดบริการในรูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ (Integrated Home-Service Center Model) ซึ่งเป็นการรวมรูปแบบการให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการทางสังคมที่สนับสนุนการให้บริการผู้สูงอายุ เป็นการจัดบริการในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุเข้าใช้บริการโดยมีค่าใช้จ่ายบางส่วน ซึ่งสถานที่ในการจัดบริการ คือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ โดยมีรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ-ส่ง การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัย บริการด้านกฎหมายและรวมไปถึงการจ้างงานด้วย อย่างไรก็ตามการจัดทำบริการสาธารณะต้องอยู่ภายใต้หลักความต่อเนื่องโดยต้องสามารถปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมภายใต้หลักความเปลี่ยนแปลงและขณะเดียวกันบริการสาธารณะก็ต้องคำนึงถึงหลักความเสมอภาคที่มีต่อบริการสาธารณะโดยประชาชนทุกคนต้องมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณะอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน การให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ถือเป็นการจัดทำบริการสาธารณะ

ของรัฐประการหนึ่ง ซึ่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุไว้ตามมาตรา 11 แต่เนื่องจากการกำหนดสิทธิดังกล่าวนี้ไม่ได้ระบุชัดเจนถึงสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ต่อมาจึงมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 2) ในปี พ.ศ. 2561 โดยกำหนดสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไว้ในมาตรา 11 (13) จากการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายดังกล่าว จึงมีการออกประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 11 (13) โดยเพิ่มเติมสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับภารกิจบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น การจัดทำบริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 ซึ่งอุดหนุนเงินให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนในพื้นที่โดยมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนที่กำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรเงินสนับสนุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดทำบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ต้องสมทบเงินตามข้อ 7 วรรคสองของระเบียบดังกล่าว แม้ว่าประเทศไทยจะพยายามผลักดันและส่งเสริมให้มีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ท้องถิ่นหรือพื้นที่มีอำนาจบริหารจัดการของพื้นที่ตามรูปแบบที่กฎหมายกำหนด ซึ่งการให้บริการสาธารณสุขนั้นเป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะบริหารจัดการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานให้กับประชาชน แต่การดำเนินงานของท้องถิ่นนั้นพบว่ายังมีปัญหาในการบริหารจัดการและจัดทำบริการสาธารณสุขเนื่องจากท้องถิ่นยังคงขาดแคลนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสำหรับจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่วนใหญ่บุคลากรที่เข้าไปดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนมิได้เป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญหรือชำนาญเฉพาะซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งมีความจำเป็นต้องรับการดูแลที่แตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มปกติ

เนื่องจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งเป็นไปตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2549 ที่ให้องค์การบริหารส่วนตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมกองทุนสุขภาพระดับตำบล ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากกองทุนซึ่งการดำเนินงานของศูนย์ฯ สำหรับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นมีความจำเป็นอย่าง

ยั้งที่ท้องถิ่นต้องจัดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ที่ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ แต่จากข้อเท็จจริงยังพบปัญหาที่ท้องถิ่นไม่สามารถจัดหาบริการดังกล่าวให้สอดคล้องกับความต้องการอันเนื่องมาจากข้อจำกัดของพื้นที่ที่ขาดบุคลากรและงบประมาณที่รับจัดสรรมาไม่เพียงพอต่อการจัดทำบริการสาธารณะสำหรับการดูแลระยะยาว ด้วยเหตุดังกล่าวจึงส่งผลให้กลไกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวนั้นยังไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร แม้ว่ารัฐจะได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่ายพ.ศ. 2562 ขึ้น เพื่อการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว พร้อมทั้งกำหนดให้มีอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น โดยอาสาสมัครดังกล่าวจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนจากการดูแลดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าระเบียบฉบับนี้ออกมาเพื่ออุดช่องว่างของการเบิกค่าใช้จ่ายของอาสาสมัครและรองรับการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าในความเป็นจริงแล้วอัตราค่าตอบแทนที่อาสาสมัครจะได้รับนั้น ยังไม่เหมาะสมกับลักษณะงานและสภาพเศรษฐกิจสังคมแรงจูงใจในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครและส่งผลให้จำนวนอาสาสมัครอาจไม่เพียงพอับความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีแนวโน้มจะเพิ่มปริมาณขึ้นในอนาคต และเนื่องจากการจัดบริการดังกล่าวถือเป็นบริการสาธารณะอย่างหนึ่งที่ได้กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงมหาดไทยซึ่งการกำหนดให้มีอาสาสมัครถือเป็นบริการทางสังคมที่รัฐต้องดำเนินการหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดที่สมัครเข้าร่วมกองทุนแต่ไม่สามารถดำเนินการจัดให้มีอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขึ้นได้อาจเกิดปัญหาขึ้นในอนาคตซึ่งปัจจุบันยังไม่ปรากฏกลไกที่จะสนับสนุนหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

สำหรับการจัดทำบริการสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศนั้นจะเน้นบทบาทการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยท้องถิ่น ซึ่งจะเห็นได้จากในประเทศญี่ปุ่นจะจัดให้มีระบบประกันการดูแลระยะยาวโดยให้เทศบาลเป็นผู้รับประกันซึ่งผู้รับบริการจะมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายสมทบเพิ่มเติมเพื่อเป็นการลดภาระของครอบครัว ในการให้บริการนั้นจะมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและเอกชนเข้าร่วมจัดสวัสดิการซึ่งชุมชนจะทำหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุและการให้บริการก็จะแตกต่างกันไปตามความต้องการของแต่ละชุมชน สำหรับประเทศอังกฤษท้องถิ่นจะรับผิดชอบดูแลการให้บริการทางสังคม โดยร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน และอาสาสมัครเพื่อประเมินการดูแลประชาชนในพื้นที่สำหรับการบริการทางสุขภาพจะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางที่จัดทำบริการในรูปแบบของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการดูแลระยะยาวในประเทศอังกฤษจะเน้นเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีร่างกายทรุดโทรมและเป็นการดูแลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน

จากข้อจำกัดทางกายภาพของกลุ่มคนดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะต้องได้รับการดูแลในระยะยาว (Long-term Care) เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐานด้วยการดำเนินงานของกองทุนฯ เมื่อเปรียบเทียบงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในหน่วยบริการจะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 146,000 บาท/คน/ปี<sup>118</sup> เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่กองทุน LTC สามารถ

ดำเนินการได้อยู่ที่ 6,000 บาท/คน/ปี ซึ่งมีจำนวนที่แตกต่างกันมากแต่อย่างไรก็ตามการดูแลระยะยาวก็ควรมีขอบเขตของการดูแลที่สอดคล้องกับทรัพยากรและงบประมาณอันจำกัดของรัฐโดยคำนึงถึงความยั่งยืนและความเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคตด้วยซึ่ง นอกจากนี้ก็ควรสร้างการรับรู้เพื่อเตรียมการณในช่วงท้ายของชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและครอบครัว โดยควรได้รับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การดูแลระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)<sup>119</sup> ซึ่งการดูแลระยะนี้จะมีเวลาการดูแลไม่เกิน 1 ปี ก่อนที่บุคคลนั้นจะเสียชีวิต<sup>120</sup> หรืออาจมีระยะเวลาเป็นหลักชั่วโมงใกล้เคียงกับเวลาที่บุคคลนั้นจะเสียชีวิต ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีกำหนดระยะเวลาที่แน่ชัดสำหรับการดูแลระยะท้าย การดูแลระยะนี้ผู้ดูแลก็ต้องทราบถึงอาการบ่งชี้ของความเจ็บป่วยก่อนเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและขณะเดียวกันก็ควรมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)<sup>121</sup> หรือสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วยถึงการรักษาในช่วงเวลาระยะ

<sup>118</sup> สรุปรบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสนับสนุนงบประมาณปี 2559, คำนวณวันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก [https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund\\_ltc03.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc03.pdf)

<sup>119</sup> แนวคิดและหลักการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางในการดูแลที่ให้ความสำคัญเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวด ที่เกิดขึ้น ครอบคลุมทั้งการดูแลจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญหน้า กับเสี้ยววินาทีสุดท้ายของชีวิตอย่างปราศจากความกลัวและกังวลอย่างมีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ที่สำคัญ เป็นการคืนสิทธิการเลือกตายโดยผู้ป่วยเอง

<sup>120</sup> สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) (นนทบุรี: พิมพ์ดี, 2556), หน้า 8.

<sup>121</sup> Advance Care Planning (ACP) คือ กระบวนการวางแผนสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยออกแบบให้มีกระบวนการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับอาการและการวางแผนการดูแลในแต่ละระยะ และเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการแสดงเจตนาว่า

ท้ายของชีวิตว่าประสงคืให้มีการแทรกแซงธรรมชาติด้วยวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ด้วย การดูแลระยะท้ายอาจเป็นเรื่องแปลกใหม่สำหรับความรู้สึกของสังคมไทยแต่เมื่อนำมาพิจารณาพร้อมกับทฤษฎีทางชีววิทยาและความเสื่อมของร่างกายแล้วนั้น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long-term Care ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่บุคคลนั้นจะเข้าสู่ระยะท้ายของการดูแล อย่างไรก็ตามการรับรู้ถึงรูปแบบดังกล่าวก็เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสำหรับครอบครัวและเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและการวางแผนงบประมาณให้กับภาครัฐด้วยเช่นกัน

การดูแลระยะยาว แม้ว่าปัจจุบันผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีสิทธิได้รับการดูแลระยะยาวจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาและขยายไปทุกช่วงอายุแล้วก็ตาม แต่ปัจจุบันการรับรองสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่รับบริการตามสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง) และกลุ่มสิทธิประกันสังคมนั้น จะต้องเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อมีมติรับรองในการจัดสรรงบประมาณเป็นรายปีงบประมาณซึ่งยังถือเป็นข้อจำกัดและความไม่ยั่งยืนของการรับบริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในสองกลุ่มสิทธิดังกล่าวอยู่นั่นเอง

#### 5.4 ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมจะพบว่าพัฒนาการของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพในไทย เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมนั้นจะเน้นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการลงมือทำโดยมีการจัดตั้งและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้บริการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อ.ส.ม. เป็นประชาชนในพื้นที่ที่เข้ามาร่วมทำงานบริการสาธารณสุขกับภาครัฐเพื่อสนับสนุนด้านอัตรากำลังในการให้บริการประชาชนด้านสุขภาพในระดับชุมชน พัฒนาการของ อ.ส.ม. ถือเป็นบ่อเกิดของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกิจกรรมบริการสาธารณสุขของรัฐ จากที่ได้กล่าวไปแล้วว่าภารกิจในการการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุถือเป็นภารกิจรอง (Secondary Function) ที่สามารถดำเนินการได้โดยหน่วยงานของรัฐหรือให้เอกชนเข้ามาดำเนินการแทนได้ เมื่อพิจารณาจากการกำหนดนโยบาย นั้น หนึ่งในหลักการขับเคลื่อนแผนพัฒนาฉบับที่ 12 สู่การปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ คือ กระจายการพัฒนาไปสู่พื้นที่ โดยยึดหลักการพัฒนาพื้นที่ภารกิจและการมีส่วนร่วมให้จังหวัดเป็นพื้นที่ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาและเป็นจุดเชื่อมโยงการพัฒนาจากชุมชนสู่ประเทศ และประเทศสู่ชุมชน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ

---

จะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาใดเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองได้ตลอดจนการเลือกบุคคลใกล้ชิดผู้ทำหน้าที่แสดงเจตนาแทน

สังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 นี้ถือเป็นแผนฯ ที่มีจุดเน้นประการหนึ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยสนับสนุนการกระจายอำนาจลงสู่พื้นที่เน้นการบูรณาการให้ความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นด้วยการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนเพื่อผลักดันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมโดยการกำหนดแผนและยุทธศาสตร์นี้ก็มีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปีพุทธศักราช 2560 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญที่ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุทุกคน โดยรัฐธรรมนูญได้กำหนดสิทธิให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ รวมทั้งบัญญัติถึงเรื่องการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิโดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้วยการใช้ชุมชนเป็นฐานในการร่วมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแล และจัดทำบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิ และ เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการช่วยเหลือประชาชนตลอดช่วงชีวิต ส่งเสริมสิทธิ ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ปรากฏว่าตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 มีผลใช้บังคับกระทั่งสิ้นผลในปี พ.ศ. 2564 ก็ยังไม่ปรากฏความเชื่อมโยงและความชัดเจนในการขับเคลื่อนพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมตามกรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในขณะที่แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ได้กำหนดให้ระบบสวัสดิการและบริการของรัฐจะต้องรองรับการให้บริการผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยรัฐจะต้องสนับสนุนให้เอกชนมีส่วนร่วมในระบบบริการ ประกอบกับคนในสังคมต้องมีความตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะผู้มีประโยชน์ต่อสังคม ประชาชนทุกคนควรเตรียมความพร้อมกับการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยภาครัฐและเอกชนมีการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความประสานสอดคล้องกันแต่ ณ ปัจจุบันสังคมไทยก็ยังไม่ตื่นตัวเตรียมพร้อมรองรับกับสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุเท่าที่ควร เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนปฐมภูมิเป็นหลักแม้ว่าพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จะกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดทำบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่จากข้อจำกัดด้านต่าง ๆ ที่ได้กล่าวไปข้างต้นทั้งเรื่องงบประมาณ บุคลากรและองค์ความรู้ด้านสาธารณสุข รวมไปถึงนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่น ย่อมสะท้อนให้เห็นว่าการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับประชาชนนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน นับแต่ภาครัฐ ภาคประชาชน รวมไปถึงภาคเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลอย่างยั่งยืนซึ่งการดำเนินการในบริการสาธารณสุขทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุนั้นมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งแต่ละหน่วยงานล้วนมีภารกิจในการดำเนินงานที่

แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาถึงตัวบุคคลผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุ นั้น ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน การให้บริการของหน่วยงานภาครัฐอื่นนอกเหนือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจไม่สามารถดำเนินการให้บริการสาธารณะกับผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงประกอบกับข้อจำกัดด้านสุขภาพและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่มีร่างกายเสื่อมถอยตามวัยก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้ารับบริการสาธารณะได้เต็มตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดไว้

การจัดทำบริการสาธารณะเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถือเป็นภารกิจของรัฐ แต่เนื่องจากข้อจำกัดบางประการที่ทำให้รัฐไม่อาจดำเนินการได้เอง เช่น เรื่อง เทคโนโลยี บุคลากร การบริหารจัดการหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นต้น ภาคเอกชนจึงเข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจการบริการสาธารณะแทนรัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การให้สัมปทานหรือการลงทุนในการจัดทำบริการสาธารณะร่วมกับรัฐ โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการในการเข้าไปจัดทำบริการสาธารณะตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งการดำเนินการของภาคเอกชนยังสามารถแบ่งแยกออกตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินการมีทั้งในรูปแบบของสถานดูแลผู้สูงอายุประจำวัน (Home Care) สถานบริบาล (Nursing Home) ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (Residential Home) บริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุไปที่บ้าน (Health at Home) สถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term Care Hospital) สถานดูแลระยะสุดท้าย (Hospice Care) หรืออาจมีการดำเนินการในรูปแบบของธุรกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise: SE) หรือกิจการเพื่อสังคม หรือแม้กระทั่งรูปแบบขององค์กรไม่แสวงหากำไร (Non-profit Institutions) สำหรับบริการดำเนินการของภาคเอกชนในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันมีการกำกับดูแลโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยปัจจุบันมีสถานประกอบการที่เปิดให้บริการ 3 ประเภท ที่ได้กล่าวไปแล้ว คือ สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care) ที่อยู่อาศัยเฉพาะบุคคล (Residential Home) และสถานบริบาล (Nursing Home) รวมทั้งสิ้น 460 แห่ง<sup>122</sup> ในขณะเดียวกันก็มีภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร รวมไปถึงวิสาหกิจเพื่อสังคมที่ทำงานในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยเช่นกัน การให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สปสช. ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการซื้อบริการสุขภาพจากหน่วยบริการว่า หน่วยบริการที่จะได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพนั้น ต้องเป็นหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 โดยเงื่อนไขตามระเบียบดังกล่าวก็ถือเป็นการกำกับ ควบคุมดูแลการดำเนินงานในการบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอีกทางหนึ่ง

<sup>122</sup> กระทั่งถามที่ 004 ร., เรื่องเดิม.

สำหรับการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการจัดทำภารกิจบริการสาธารณะเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุนั้นของต่างประเทศทั้งในประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น อังกฤษ และออสเตรเลีย ต่างก็กำหนดบทบาทให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำบริการบางส่วนหรือร่วมดำเนินการทั้งระบบ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่พบเห็นได้จากการศึกษาข้อมูล คือ การมีรูปแบบการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนซึ่งถือเป็นแบบอย่างที่ดีของการจัดทำบริการสาธารณะ โดยการดำเนินการของทั้งสี่ประเทศต่างมุ่งเน้นการกระจายอำนาจ บทบาทหน้าที่ให้กับหน่วยงานอื่นโดยไม่ได้จำกัดการบริหารจัดการโดยหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางเพียงลำพัง และในขณะเดียวกันภาคเอกชนต่างก็มีบทบาทอย่างมากในการร่วมดำเนินการจัดทำบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในการดำเนินการ ปัจจุบันการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในประเทศไทยนั้นมีความหลากหลายและมีรูปแบบชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากการร่วมลงมือปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางของรัฐแล้ว ประชาชนยังมีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิด ความต้องการ และเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารกิจกรรมบางอย่างของชุมชนด้วย เมื่อพิจารณาถึงบทบาทของภาคประชาชนกับการมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 มีการกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชนอันได้แก่ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน หรือบุคคลที่มีการรวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไปซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่เป็นการแสวงหากำไร เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานซึ่งการดำเนินการดังกล่าวอาจจัดทำในรูปแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคม หรือกลุ่มกิจการเพื่อสังคม

วิสาหกิจเพื่อสังคม คือ บริษัท ห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล หรือนิติบุคคลอื่น ที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่ายสินค้าหรือการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังคม คือ ส่งเสริมการจ้างงานแก่บุคคลผู้สมควรได้รับการส่งเสริมเป็นพิเศษ แก้ไขปัญหา พัฒนาชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม เป็นเป้าหมายหลักของกิจการ ในขณะที่รูปแบบของกลุ่มกิจการเพื่อสังคม คือ บุคคลธรรมดา กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือนิติบุคคลที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายไทย ซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่ายสินค้าหรือการบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังคม คือ ส่งเสริมการจ้างงานแก่บุคคลผู้สมควรได้รับการส่งเสริมเป็นพิเศษ แก้ไขปัญหา พัฒนาชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม และได้รับการ

จัดแจ้งเป็นกลุ่มกิจการเพื่อสังคม ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. 2562<sup>123</sup> ปัจจุบันเริ่มมีภาคเอกชนที่ดำเนินกิจการในรูปแบบดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากพิจารณาแล้วก็จะเห็นถึงโอกาสในการประสานและบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนเพื่อการจัดทำบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืนต่อไป กรณีดังกล่าวยังคงเป็นเรื่องใหม่แต่ถือเป็นนิมิตรหมายอันดีที่รัฐส่งเสริมให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาต่อยอดต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ภาครัฐควรเล็งเห็นความสำคัญและเร่งขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดการบูรณาการอย่างเป็นระบบทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อการขับเคลื่อนบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างอย่างเต็มประสิทธิภาพสูงสุด อย่างไรก็ตามการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประสานงานร่วมมือและร่วมบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียม เต็มประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดอันเป็นการลดข้อจำกัดตามช่วงวัยของผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง

## 5.5 ปัญหากรุงเทพมหานครกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กรุงเทพมหานครถือเป็นเมืองขนาดใหญ่ที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น มีกลุ่มประชากรแฝงจากต่างจังหวัดเข้ามาพักอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ในการบริการด้านสุขภาพนั้นจากข้อมูลพบว่าประชากรที่ลงทะเบียนรับบริการในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) ในพื้นที่กรุงเทพมหานครทุกกลุ่มอายุ มีจำนวน กว่า 7.8 ล้านคน ซึ่งจากข้อเท็จจริงกรุงเทพมหานครสามารถให้บริการได้เพียงร้อยละ 20 เท่านั้น<sup>124</sup> สำหรับจำนวนผู้สูงอายุเมื่อพิจารณาจากข้อมูลประชากรที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครปรากฏว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 21.68 หรือ

<sup>123</sup> สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม (สวส.), **รวมสิ่งที่ต้องรู้เกี่ยวกับการจดทะเบียนเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมและการจัดแจ้งเป็นกลุ่มกิจการเพื่อสังคม**, ค้นวันที่ 8 ธันวาคม 2565 จาก <https://www.sethailand.org/resource/e-regist-osep/>

<sup>124</sup> สุขสันต์ กิตติศุภกร, **ลุย สร้างความเชื่อมั่นให้ระบบสุขภาพคนกรุง สร้างเครือข่าย-เพิ่มหน่วยบริการ-พัฒนาระบบส่งต่อ**, ค้นวันที่ 4 ธันวาคม 2565 จาก <https://www.nhso.go.th/news/3819>

1.19 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 5.50 ล้านคน ที่มีสถานะทางทะเบียนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะเห็นได้ว่าจากข้อมูลสถิติปัจจุบันกรุงเทพมหานครได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว<sup>125</sup>

ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2562 กรุงเทพมหานครได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. จำนวน 48 ล้านบาทเศษเพื่อใช้ดำเนินการในกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ถึง 30 เมษายน 2565 กลับพบว่า มีการใช้จ่ายงบประมาณไปเพียง 8 ล้านบาทเศษและจากข้อมูลการรายงานเกี่ยวกับหน่วยจัดบริการที่เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งสมัครเข้าร่วมกองทุนฯ และได้รับสนับสนุนงบประมาณ LTC ปรากฏว่าในพื้นที่ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร กลับไม่มีหน่วยจัดบริการที่เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สมัครเข้าร่วมกองทุนเพื่อสนับสนุนงบประมาณ LTC แต่อย่างใด โดยข้อจำกัดนี้อาจเกิดจากปัญหาข้อเท็จจริงของการดำเนินงานในพื้นที่ ดังนี้

1) ผู้ป่วยไม่มี Caregiver (CG) ดูแล เนื่องจากบริบทของผู้พักอาศัยใน กรุงเทพมหานครเป็นลักษณะต่างคนต่างอยู่ CG ที่จะมาดูแล ผู้ป่วยไม่ได้มีความสนิทจู้จักกัน ญาติ ผู้ป่วยจึงไม่ต้องการ CG ในการดูแล

2) กรณีผู้ป่วยหนักที่มี ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 พยาบาลหรือ Care Manager (CM) จะเป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลทั้งหมดจึงไม่นำผู้ป่วยกลุ่มนี้มาเข้ารับบริการในกองทุน LTC เนื่องจากมีพยาบาลลงเยี่ยมจึงไม่สามารถเบิกค่าตอบแทนได้

3) กรณีผู้ป่วยที่รับบริการรูปแบบ Home Health Care จะไม่สามารถรับบริการ ในกองทุน LTC ได้อีกเนื่องจากเป็นการเบิกจ่ายงบประมาณที่ซ้ำซ้อน

4) รูปแบบการดำเนินงานที่กรุงเทพมหานครกำหนดสำหรับการรายงานข้อมูลไม่ ตรงกับรูปแบบที่ สปสช. กำหนดทำให้เกิดปัญหาในการเบิกจ่าย<sup>126</sup>

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการรายงานสถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพในกองทุนยังคงมีปริมาณน้อย เมื่อเทียบกับกับจำนวน

<sup>125</sup> “กทม. เปิดแผนรับสูงวัยล้านคน “ซ้ชชาติ” ชูเมืองคุณภาพ เชื่อมระบบสาธารณสุข,” กรุงเทพมหานคร (23 สิงหาคม 2565), ค้นวันที่ 4 ธันวาคม 2565 จาก <https://www.bangkokbiznews.com/social/1022378>

<sup>126</sup> การขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนากระบวนการส่งเสริมดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร, ค้นวันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก [https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/38x012f0575ae60054c957e56c3d727e971/202112/m\\_news/8975/207613/file\\_download/9f3f76717c01f40cec12b828c848189b.pdf](https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/38x012f0575ae60054c957e56c3d727e971/202112/m_news/8975/207613/file_download/9f3f76717c01f40cec12b828c848189b.pdf)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของกรุงเทพมหานคร ซึ่งการรับบริการสาธารณสุขโดยใช้สิทธิจากกองทุนถือเป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามกฎหมายสำหรับการช่วยเหลือดูแลสุขภาพ

กรุงเทพมหานครถือเป็นเมืองศูนย์กลางของบริการสาธารณสุขทุกประเภท การเข้าถึงบริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ เป็นไปอย่างสะดวกและครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่จากข้อเท็จจริงแล้วจะเห็นว่าการจัดทำบริการด้านสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครยังคงขาดประสิทธิภาพซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากกระบวนการบริหารจัดการภายในของหน่วยงานรวมถึงปัญหา ข้อจำกัดของลักษณะพื้นที่ซึ่งเป็นชุมชนเมือง จากที่กล่าวไปแล้วว่าหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้น กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 69 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา จำนวน 73 แห่ง กระจายทั่วทั้งเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่จากข้อมูลจะพบว่าความสามารถในการบริหารจัดการงบประมาณที่กรุงเทพมหานครได้รับสนับสนุนมาจาก สปสช สำหรับจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นกลับพบปัญหาโดยหน่วยบริการบางแห่งไม่มีผลการเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนดังกล่าวซึ่งถือเป็นจุดบ่งชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อันส่งผลให้การจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพนั้นมีความแตกต่างกันไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยบางหน่วยบริการสามารถบริหารจัดการเงินที่ได้รับสนับสนุนเพื่อจัดทำบริการสุขภาพได้ แต่ในขณะที่บางหน่วยบริการกลับไม่สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้ด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ ทั้งปัจจัยเชิงพื้นที่ ลักษณะประชากรและการบริหารจัดการภายใน จึงทำให้การจัดทำบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นยังไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการซึ่งกระทบต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการรับบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากหลักการจัดทำบริการสาธารณสุขแล้วจะพบว่าการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนี้ก็ไม่มีข้อจำกัดว่าหน่วยงานที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจะต้องดำเนินการจัดทำบริการด้านสุขภาพด้วยตนเองแต่อย่างใด การให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพนั้น สามารถให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการหรือร่วมลงทุนกับภาครัฐ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งมีความหลากหลายของหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ รวมไปถึงทรัพยากรและความร่วมมือซึ่งจะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่เมืองบรรลุวัตถุประสงค์ เกิดประโยชน์สูงสุดและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายด้วย ทั้งนี้ การดำเนินการจะขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการงบประมาณว่าหน่วยที่ได้รับเงินสนับสนุนนั้นประสงค์ดำเนินการรูปแบบใด การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบริหารจัดการกองทุนกรณีศูนย์บริการสาธารณสุขไม่พร้อมในการจัดทำบริการสุขภาพก็ควรดำเนินการ ดังนี้

1) จัดซื้อบริการจากหน่วยบริการอื่นที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับ สปสช. ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) เพื่อทำหน้าที่จัดทำบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแทนการดำเนินการเอง ซึ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 50 เขต รวมทั้งสิ้น 110 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 31 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 แห่ง และ ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 70 แห่ง กระจายอยู่ทุกเขตครอบคลุมพื้นที่ทั่วกรุงเทพมหานคร โดยหน่วยบริการดังกล่าวเป็นหน่วยบริการที่สามารถจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด ซึ่งการรับบริการจากหน่วยบริการในระบบจะเป็นความคุ้นเคยของประชาชนผู้รับบริการและอาจเป็นการแก้ปัญหาของการเข้าให้บริการที่บ้านขอ Caregiver (CG) และในขณะเดียวกันก็จะช่วยผลักดันให้เกิดการใช้งบประมาณได้อีกทางหนึ่งเนื่องจากหน่วยบริการจำนวน 110 แห่งนั้น กระจายอยู่ทั่วพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งการดำเนินการรูปแบบนี้อาจเหมาะสมกับบริบททางสังคมของกรุงเทพมหานครมากกว่าการจัดทำบริการสุขภาพด้วยตนเอง หรือ

2) รับบริการจากวิสาหกิจเพื่อสังคม หรือกลุ่มกิจการเพื่อสังคม ที่ดำเนินการเกี่ยวกับการจัดทำบริการสาธารณสุขอยู่และมีการจัดทำบริการสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยกรุงเทพมหานครก็สามารถซื้อบริการจากวิสาหกิจเพื่อสังคมหรือกลุ่มกิจการเพื่อสังคมนั้นได้หากการดำเนินการของวิสาหกิจเพื่อสังคมหรือกลุ่มกิจการเพื่อสังคมเข้าตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

ทั้งนี้ หากพื้นที่ใดมีความพร้อมก็สามารถดำเนินการจัดทำบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้เอง จากข้อเท็จจริงดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เมืองหลวง รวมไปถึงปัญหาของกลไกในการบริหารจัดการกองทุนในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ขาดประสิทธิภาพส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครต้องเสียสิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพที่พึงได้รับ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 18.49 ในขณะที่อัตราการเกิดของประชากรลดลงอยู่ที่ประมาณ 500,000 คน ในปี พ.ศ. 2564 จากการศึกษาจะพบว่าปัญหาของการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทยมีตั้งแต่ปัญหาระดับโครงสร้างการบริหารราชการของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง กรอบอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ข้อจำกัดของกฎหมายที่ยังไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคมในปัจจุบัน ตลอดจนการบริหารจัดการปัญหา การกระจายอำนาจในการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ กรุงเทพมหานคร และการบูรณาการการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนปัญหาในการสร้างองค์ความรู้และการตระหนักสนใจกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการ

จัดการดูแลผู้สูงอายุ ประเด็นปัญหาที่ถูกนำมาพิจารณานั้นล้วนต้องการการบูรณาการในการแก้ไขปัญหาร่วมกันของหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการตามแนวนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุรวมทั้งการประสานความร่วมมือในการบริหารจัดการเรื่องผู้สูงอายุทุกมิติให้บรรลุเป้าประสงค์อย่างยั่งยืน การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทยถือเป็นปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญอย่างยิ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบหากภาครัฐไม่มีการเตรียมการรองรับสำหรับการเปลี่ยนแปลงและไม่มีการกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการปัญหาที่เหมาะสม ข้อเสนอเชิงจริงทางสังคมดังกล่าวอาจนำมาซึ่งปัญหาในการบริหารประเทศในระยะต่อไป



## บทที่ 6

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาล้วนได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในการคุ้มครองดูแลอันเรียกได้ว่าเป็นสิทธิที่ดีตัวมาแต่กำเนิดซึ่งรัฐย่อมมีหน้าที่ในการดูแลความเป็นอยู่ของพลเมืองภายในรัฐรวมไปถึงการจัดทำบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สำหรับประชากรผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายจึงทำให้ความต้องการที่จะได้รับการคุ้มครองดูแลด้านสุขภาพถือเป็นความต้องการลำดับต้นในการดำรงชีวิต วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้มุ่งศึกษาถึงการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพจากรัฐที่สอดคล้องกับบริบทการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวโดยการให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมนั้นควรเกิดขึ้นในชุมชนปฐมภูมิสำหรับการดูแลระยะยาวเป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ การดูแลระยะยาวนั้นมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุนั้นมีรูปแบบ แนวทางที่น่าสนใจและสามารถนำมาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทยได้หลายประการ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุนั้นอยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยการกำหนดแผนการดำเนินการไว้ในระดับนโยบายรวมไปถึงการออกกฎหมายมารองรับ แต่จากการศึกษาพบว่าการดำเนินการยังคงมีข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร สำหรับการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นส่วนสำคัญในการจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแต่ก็ยังพบข้อจำกัดของการดำเนินการทั้งข้อกฎหมายและข้อเท็จจริงซึ่งการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องอาศัยการบูรณาการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน เริ่มตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน สังคม ภาครัฐ ภาคเอกชน รวมไปถึงหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ในการร่วมกันผลักดันขับเคลื่อนเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมาประเทศไทยมีจำนวนประชากรอยู่ที่ 66.17 ล้านคน<sup>127</sup> มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปกว่า 12.24 ล้านคน<sup>128</sup> คิดเป็นร้อยละ 18.49 ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่มากกว่าจำนวนประชากรเด็กและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ทางสังคมในปัจจุบันเป็นที่แน่ชัดแล้วว่าสังคมไทยกำลังอยู่ในช่วงของสังคมผู้สูงอายุซึ่งหน่วยงานภาครัฐมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการคุ้มครองสิทธิต่าง ๆ ของผู้สูงอายุทั้งสิทธิขั้นพื้นฐานและสิทธิที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย พัฒนาการเกี่ยวกับเรื่องของผู้สูงอายุในกฎหมายไทยมีแนวโน้มมีพัฒนาการไปในทางที่ดีแต่เมื่อพิจารณาถึงแนวทางปฏิบัติของรัฐหรือวิธีการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ยังคงมีประเด็นที่จะต้องปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับการดำเนินการของรัฐในการบริหารจัดการสังคมผู้สูงอายุต่อไป

## 6.1 บทสรุป

จากการศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและการดูแลระยะยาวภายใต้หลักสิทธิมนุษยชนอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมไปถึงพันธกรณีและกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศอังกฤษ และประเทศออสเตรเลีย และนำหลักการแนวคิดทฤษฎีข้างต้นมาพิจารณาร่วมกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทยและปัญหาที่เกิดจากการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเด็นปัญหาต่าง ๆ ทั้งในแง่มุมมองกฎหมาย นโยบายและปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทสรุปตามประเด็นปัญหาหาประเด็น ดังนี้

### 6.1.1 ปัญหาบทบาทการจัดการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองดูแลสิทธิของผู้สูงอายุหลายหน่วยงานซึ่งแต่ละหน่วยงานล้วนมีกฎหมายและระเบียบภายในที่ต้องดำเนินการซึ่งมีรายละเอียดเนื้อหาและแนวทางแตกต่างกันไป การบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุจึงอยู่ในลักษณะแยกดำเนินการไม่ได้ประสานร่วมดำเนินการเป็นหนึ่งเดียวในภาพรวมของการให้บริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาถึงตัวผู้รับบริการถือว่าการให้บริการสาธารณะในปัจจุบันนี้ก่อให้เกิด

<sup>127</sup> สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน, *เรื่องเดิม*.

<sup>128</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ, *สถิติผู้สูงอายุ*, ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>

ความยากลำบากกับผู้สูงอายุเป็นอย่างมากส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุมตามสิทธิที่พึงได้รับซึ่งปัญหานี้ถือเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างระดับนโยบายที่ควรได้รับการแก้ไข

การดำเนินงานของราชการส่วนภูมิภาคกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุนั้น อย่างที่กล่าวไปแล้วว่าบทบาทการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุนั้นมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานด้วยกันซึ่งแต่ละหน่วยงานล้วนมีอำนาจหน้าที่และการให้บริการสาธารณะกับประชาชน โดยลักษณะของการให้บริการด้านสุขภาพอาจมีความทับซ้อนในการดำเนินงานและกลุ่มเป้าหมาย (ประชาชน) ที่รับบริการ รวมทั้งกรอบอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่ไม่ครอบคลุมตามลักษณะของการให้บริการโดยเฉพาะปัญหาการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีลักษณะของบริการด้านสุขภาพลักษณะคล้ายกันและให้บริการกับประชาชนกลุ่มเดียวกันจึงควรมีการทบทวนบทบาทและข้อกฎหมายต่อไป

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานปฐมภูมิในการให้บริการสาธารณะกับประชาชนทุกเพศทุกวัยรวมถึงการให้บริการสาธารณะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย ผลจากการกระจายอำนาจตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 นั้น ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดทำบริการสาธารณะให้กับประชาชนและมีอำนาจในการบริหารงานในท้องที่เพิ่มมากขึ้น พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีเจตนารมณ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบายรวมทั้งบริหารจัดการด้านการคลังโดยรัฐจะเข้าไปควบคุมเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แต่จากการศึกษาพบว่า ในความเป็นจริงแล้วข้อจำกัดของการดำเนินงานคือ โครงสร้างของบุคลากรในการปฏิบัติงานที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสำหรับจัดบริการด้านสุขภาพและกรอบอำนาจหน้าที่ยังคงทับซ้อนกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังขาดความชัดเจนในรูปแบบความรับผิดชอบในการดำเนินการและขาดกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือการบูรณาการความร่วมมือกัน รวมไปถึงงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพก็ยังคงไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชากรในพื้นที่ด้วย ซึ่งหากการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐมีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจอย่างแท้จริงแล้ว การบริการสาธารณะให้กับประชาชนจะตรงตามเป้าหมายของการใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพและส่งผลให้การบริการสาธารณะตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง เนื่องจากเป็นการกำหนดรูปแบบของการให้บริการโดยผู้รับบริการ ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องตามเจตนารมณ์ของกฎหมายต่อไป

### 6.1.2 ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เป็นองค์กรมหาชนที่มีบทบาทหลักในการบริหารจัดการด้านการประกันสุขภาพของบุคคลทุกเพศทุกวัย ที่ใช้สิทธิรับบริการจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพมีลักษณะเป็นการดำเนินงานในรูปแบบของกองทุนและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนหน่วยบริการในการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งในที่นี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ถือเป็นหน่วยบริการที่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นงบประมาณในการดำเนินการด้วย แม้การดำเนินการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะถือเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับหลักการของการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นและมีรูปแบบของการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ แต่อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานควรต้องมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมโดยเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้นและบทบาทนั้นต้องสอดคล้องกับลักษณะและความต้องการรับบริการของประชาชนในพื้นที่ด้วย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่กำกับ ติดตามความคืบหน้าและให้คำแนะนำในการดำเนินงานในกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าทั้งในประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น อังกฤษ และออสเตรเลีย ต่างก็เน้นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการให้บริการผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งสิ้น

### 6.1.3 ปัญหาการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงอันเนื่องมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมามีลักษณะตั้งรับสามารถให้บริการหลักได้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับบริการที่จำกัดและมักเป็นในรูปแบบการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีการตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขึ้นโดยได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เต็มจำนวนในการให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่การดำเนินการดังกล่าวก็ยังมีข้อจำกัดและความยุ่งยาก ซับซ้อนของการดำเนินการ อย่างไรก็ตามการให้บริการด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้เป็นหน้าที่หลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการให้บริการอย่างครบวงจรต่อไป

### 6.1.3.1 ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดให้มีศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ในการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ก็ต่อเมื่อต้องแสดงความประสงค์เข้าร่วมดำเนินการในกองทุนดังกล่าวเพื่อขอรับการสนับสนุนเงินจากกองทุนซึ่งลักษณะดังกล่าวถือเป็นการให้บริการโดยอาศัยความสมัครใจจึงไม่สอดคล้องและไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ในการจัดทำบริการสาธารณสุขที่ต้องอยู่ภายใต้หลักความต่อเนื่องโดยบริการสาธารณสุขจะต้องสามารถปรับปรุง พัฒนาให้เหมาะสมภายใต้หลักความเปลี่ยนแปลง และขณะเดียวกันบริการสาธารณสุขก็ต้องคำนึงถึงหลักความเสมอภาคที่มีต่อบริการสาธารณสุขโดยประชาชนทุกคนต้องมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน กรณีดังกล่าวถือเป็นปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการประชาชนในแต่ละพื้นที่ซึ่งหากพื้นที่ใดที่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นไม่ได้ให้ความสำคัญกับบริการสาธารณสุขด้านนี้ก็จะส่งผลให้ประชาชนผู้ที่ควรมีสิทธิรับบริการเสียโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพได้

### 6.1.3.2 ปัญหาการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

การดำเนินงานของท้องถิ่นนั้นยังคงขาดแคลนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยพบว่าการจัดการดูแลผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบุคลากรยังขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านซึ่งส่วนใหญ่บุคลากรที่เข้าไปดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนมิได้เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะซึ่งเป็นปัญหาในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในท้องถิ่น รวมทั้งในการจัดทำบริการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ท้องถิ่นต้องจัดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หรืออาสาสมัครบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วย แต่เมื่อพิจารณาถึงแรงจูงใจและค่าตอบแทนที่จะได้รับยังไม่เหมาะสมกับลักษณะงานและสภาพเศรษฐกิจจึงทำให้ขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครและส่งผลให้จำนวนอาสาสมัครอาจไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีแนวโน้มจะเพิ่มปริมาณขึ้นในอนาคต ประกอบกับระยะเวลาการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ในการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือทีมหมอครอบครัวถือว่ามียุทธศาสตร์ในการให้บริการที่น้อยเกินไปจึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจได้รับการดูแลได้ไม่เหมาะสมกับสภาพความจำเป็น สำหรับการจัดให้มีอาสาสมัครบริบาลดังกล่าวถือเป็นบริการสาธารณสุขอย่างหนึ่งที่ได้กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงมหาดไทยซึ่งการกำหนดให้มีอาสาสมัครถือเป็นบริการทางสังคมที่รัฐต้องดำเนินการ หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดที่สมัครเข้าร่วมกองทุนแต่ไม่สามารถดำเนินการจัดให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขึ้นได้อาจเกิดปัญหาขึ้นในอนาคตซึ่งปัจจุบันยังไม่ปรากฏกลไกที่จะสนับสนุนหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

#### 6.1.4 ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ

การบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐของไทยถือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาอย่างยาวนาน เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐแต่ละหน่วยล้วนมีอำนาจหน้าที่และภารกิจในการบริการสาธารณะของตน การประสานงานร่วมมือกันโดยที่ไม่มีระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้นั้นจึงไม่ใช่ธรรมเนียมที่ระบบราชการไทยถือปฏิบัตินัก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อบริบททางสังคมปรับเปลี่ยนไป การดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องต้องมีการปรับเปลี่ยนให้มีการร่วมดำเนินการบูรณาการประสานความร่วมมือทั้งต่างหน่วยงานในภาคส่วนเดียวกันและต่างภาคส่วนเพื่อเป้าหมายในการให้บริการประชาชนที่เต็มประสิทธิภาพ

สำหรับประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุนั้น ปัจจุบันนับว่ามีการดำเนินการที่เห็นชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้นโดยมีการกำหนดให้ภาคประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุได้ โดยหลักการดังกล่าวได้บรรจุไว้ในกฎหมายระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานลักษณะนี้ควรมีการพัฒนาและส่งเสริมอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนคงอยู่ต่อไป

#### 6.1.5 ปัญหากรุงเทพมหานครกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับประชากรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครถือเป็นประเด็นความท้าทายประการหนึ่งในการบริหารจัดการอันเนื่องมาจากสภาพของชุมชนเมือง ความแตกต่างด้านประชากรและลักษณะของชุมชน แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นเมืองศูนย์กลางของบริการสาธารณะด้านต่าง ๆ แต่สำหรับการดำเนินการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับคนในชุมชนเมืองแล้วยังคงเกิดปัญหาในทางปฏิบัติและการบริหารจัดการที่ยังคงขาดความเสมอภาคไม่ตอบสนองต่อการรับบริการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการทั้งในเรื่องของสถานที่และงบประมาณ (ได้รับเงินสนับสนุนแต่ไม่ได้ใช้งบประมาณ) สำหรับการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพ นั้น คงไม่ได้จำกัดเฉพาะรูปแบบการรับบริการจากภาครัฐเพียงรูปแบบเดียว ภาคเอกชน และประชาสังคมก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการได้ แม้ว่าข้อเท็จจริงในปัจจุบันจะพบว่าระดับนโยบายได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมืองและมีการผลักดันให้เกิดรูปแบบการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการและยุคสมัยก็ตาม แต่หากผู้สนองนโยบายหรือผู้มีหน้าที่รับผิดชอบยังไม่ตระหนักหรือให้ความสำคัญในการร่วมผลักดันแก้ไขปัญหา การให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมืองก็คงไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาย่างจริงจังต่อไป

## 6.2 ข้อเสนอแนะ

จากประเด็นปัญหาที่กล่าวไปแล้วทั้งหมดจึงมีข้อเสนอแนะในการดำเนินการทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะทางกฎหมายตามประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น ดังนี้

### 6.2.1 ปัญหาบทบาทการจัดการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

เห็นควรกำหนดให้มีการทบทวนระบบกฎหมายและโครงสร้างของหน่วยงานรวมทั้งกรอบอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งระบบ โดยเน้นการยึดผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับให้สอดคล้องกับโครงสร้างที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้สูงอายุอย่างครบวงจร นอกจากนี้ควรมีการออกระเบียบหรือกฎหมายให้หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาคอันได้แก่ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เข้ามามีหน้าที่ตามกฎหมายในการช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานด้านทรัพยากรให้กับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการบริการสาธารณะด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกันก็ควรกำหนดให้หน่วยงานภาคเอกชนหรือองค์กรไม่แสวงหากำไรเข้ามามีบทบาทในการให้บริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพื่อลดภาระของรัฐในการบริหารจัดการด้านทรัพยากร โดยการดำเนินการของหน่วยงานภาคเอกชนหรือองค์กรไม่แสวงหากำไรดังกล่าวจะต้องได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐและได้รับสิทธิเกี่ยวกับมาตรการทางภาษีเพื่อเป็นแรงจูงใจในการดำเนินการด้วย

### 6.2.2 ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เห็นควรการแก้ไขระเบียบ ข้อกฎหมายสนับสนุนให้ท้องถิ่นได้ดำเนินการจัดทำบริการสาธารณะตามบริบทของพื้นที่ของตนโดย ระเบียบ ข้อกฎหมายที่ สปสช. ปรับปรุงแก้ไขนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการรับบริการของประชาชนในพื้นที่ด้วย และในการดำเนินงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำหน้าที่กำกับ ติดตามความคืบหน้าและให้คำแนะนำในการดำเนินงานในกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### 6.2.3 ปัญหาการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้นมีเจตนารมณ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการบริหารจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลทุกเพศทุกวัยที่อยู่ในชุมชนเพื่อลดการพึ่งพาบริการจากรัฐในรูปแบบของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยกองทุนดังกล่าวเป็นการอุดหนุนช่วยเหลือด้านงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่เมื่อพิจารณาตามข้อกำหนดแล้วมีประเด็นข้อเสนอแนะดังนี้

#### 6.2.3.1 ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดให้มีศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เห็นควรออกกฎหมายกำหนดให้การบริหารจัดการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นหน้าที่และเป็นอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งที่ต้องดำเนินการ ซึ่งจะได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยไม่ต้องแสดงความประสงค์เพื่อเข้าร่วมกองทุนก่อนและถือเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกคนต้องได้รับจากรัฐ

สำหรับการให้บริการในการดูแลระยะยาวจากท้องถิ่นนั้น ควรจะมีระเบียบหรือข้อกำหนดรองรับและเปิดโอกาสให้แต่ละท้องถิ่นพิจารณากำหนดแนวทางการดำเนินการให้เหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่นนั้น โดยอาจมีแนวทางในการดำเนินการ ดังนี้

- 1) ควบรวมการดำเนินงานในการให้บริการการดูแลระยะยาวระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่นหรือพื้นที่ใกล้เคียง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อันเป็นการบริหารทรัพยากรและใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อลดภาระด้านงบประมาณและปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร
- 2) หากท้องถิ่นใดมีหน่วยบริการอื่นที่มีความพร้อมรองรับการบริการอยู่แล้วก็สามารถพิจารณาซื้อบริการจากหน่วยบริการอื่นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ในพื้นที่ได้
- 3) สำหรับพื้นที่ใดที่มีความพร้อมก็สามารถดำเนินการจัดตั้งศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความเหมาะสมของบริบทในพื้นที่ในการดำเนินการ

#### 6.2.3.2 ปัญหาการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ควรมีการปรับแก้ไขบทบัญญัติมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ครอบคลุมสิทธิการรับบริการดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มบุคคลที่อยู่นอกเหนือสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยให้ถือเป็นสิทธิพื้นฐานที่ได้รับตามกฎหมายโดยไม่ต้องให้รัฐมนตรีประกาศ

กำหนดให้ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ทั้งนี้ เพื่อความยั่งยืน ความเสมอภาค และความเท่าเทียมกันในการรับบริการของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องรับการดูแลระยะยาวทุกคน ในขณะเดียวกันก็ควรมีการพิจารณา ทบทวนโครงสร้างของบุคลากรให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนได้รับ ประโยชน์สูงสุดในการรับบริการสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่รัฐที่มีความรู้ความสามารถและ ความเชี่ยวชาญเฉพาะและเหมาะสมกับการบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ และยังเป็นการเพิ่มโอกาส การจ้างงานให้กับบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเข้ามามีบทบาทในการร่วมพัฒนาการให้บริการ สาธารณะในชุมชนของตนเอง นอกจากนี้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหรือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง ประกาศฯ ของกองทุนมีการกำหนดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรืออาสาสมัคร บริบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แต่เมื่อพิจารณาแล้วการดำเนินการดังกล่าวเป็นเพียง การดำเนินการในฐานะอาสาสมัครซึ่งอาจไม่มีความมั่นคงในอนาคต ในประเด็นนี้เห็นควรให้มีการ สนับสนุนส่งเสริมให้มีอาสาสมัครบริบาลที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกแห่งพร้อมทั้งมีการปรับอัตราค่าตอบแทนให้สูงขึ้นในลักษณะเป็นการจ้างงานแทนการ จ่ายค่าตอบแทนในอัตราอาสาสมัครโดยการตราเป็นกฎหมายสนับสนุนกำหนดให้ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ให้ได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนภายใต้การบริหารของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือเป็นการสร้างงานสร้างอาชีพพร้อมทั้งเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน รองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการพิจารณาทบทวนรูปแบบและ ระยะเวลาการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและสอดคล้องกับ ความต้องการในการดูแลและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วย

สำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงก่อนที่จะเข้าสู่ระยะท้ายของ ชีวิตควรมีการสร้างการรับรู้ถึงรูปแบบการดูแลระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสำหรับครอบครัว อย่างไรก็ตามการดูแลระยะยาวก็ควรมีความสอดคล้องกับทรัพยากรและงบประมาณของรัฐด้วย เช่นกัน

#### 6.2.4 ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ

เห็นควรผลักดันให้มีการปรับปรุงกฎหมายภายในของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุโดยให้ระบุถึงรูปแบบของการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอย่างชัดเจน กำหนดอำนาจ หน้าที่ของแต่ละหน่วยงานโดยคำนึงถึงความยั่งยืนและงบประมาณในอนาคต และ นอกจากนี้ก็ควรมีการบูรณาการในระดับพื้นที่ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชน โดยพิจารณาให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัวได้รับเงินชดเชยหรือ มาตรการลดหย่อนภาษีเพื่อจูงใจให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุและลดภาระค่าใช้จ่ายของ

รัฐอีกทางหนึ่ง ในขณะที่เดียวกันรัฐควรบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมโดยการวางแผนเชิงนโยบายควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพื้นฐานสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ตามช่วงวัยให้ได้มากที่สุด เพื่อลดภาระที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพในอนาคต และลดความเสี่ยงและจำนวนของผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่การดูแลระยะยาวอันอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรในอนาคต

สำหรับการจัดทำบริการสาธารณะเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ควรมีการผลักดันให้ภาคประชาชน หน่วยงานเอกชน วิสาหกิจชุมชน รวมไปถึงองค์กรไม่แสวงหากำไรต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลด้านบริการสาธารณะเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการสนับสนุนและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอีกทางหนึ่ง

อย่างไรก็ดีรัฐควรเล็งเห็นความสำคัญและเร่งขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดการบูรณาการอย่างเป็นระบบทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อการขับเคลื่อนบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างอย่างเต็มประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้ ประชาชนทุกคนก็ควรตระหนักและเตรียมความพร้อมกับการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพด้วยเช่นกัน

### 6.2.5 ปัญหากรุงเทพมหานครกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ถือเป็นปัญหาภาคปฏิบัติที่เกิดจากการบริหารจัดการในพื้นที่อันส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับประโยชน์ในการรับบริการสาธารณะด้านสุขภาพที่พึงได้รับตามสิทธิ จากข้อเท็จจริงจะเห็นว่ากรุงเทพมหานครมีการแบ่งโครงสร้างการบริหารงานอย่างเป็นระบบและกำหนดกรอบอำนาจหน้าที่ผู้รับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน แต่การบริหารจัดการยังขาดประสิทธิภาพ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของพื้นที่และประชากรดังจะเห็นได้จากข้อมูลสถิติการรายงานด้านงบประมาณและจำนวนผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของเขตกรุงเทพมหานครเมื่อเทียบกับจำนวนแท้จริงจากการสำรวจประชากรกลุ่มต่าง ๆ จะพบว่าการใช้จ่ายงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจาก สปสช. ยังมีปริมาณน้อยเมื่อเทียบกับสิทธิของผู้รับบริการ สำหรับประเด็นดังกล่าวเป็นที่แน่ชัดแล้วว่าผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครไม่สามารถผลักดันให้เกิดการจัดตั้งศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม สปสช. ก็ไม่ได้จำกัดสิทธิหรือมีข้อห้ามตามกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้องในการรับบริการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงว่าต้องดำเนินการผ่านศูนย์ ๆ เท่านั้น กรณีนี้กรุงเทพมหานครสามารถปรับเปลี่ยนนโยบายและรูปแบบการดำเนินการเป็นการซื้อบริการจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ในพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อให้ดำเนินการจัดทำบริการ

สุขภาพแทน หรืออาจรับบริการจากวิสาหกิจชุมชน หรือภาคเอกชนที่มีการจัดทำบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแทนการดำเนินงานเอง โดยจากข้อเสนอนี้กรุงเทพมหานครจะทำหน้าที่เพียงบริหารจัดการงบประมาณให้ตรงตามสิทธิที่ผู้รับบริการพึงได้รับโดยไม่ต้องกังวลถึงข้อจำกัดด้านบุคลากรหรือสถานที่ ทั้งนี้ การดำเนินการในลักษณะดังกล่าวย่อมเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชากรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่จะมีโอกาสได้รับบริการด้านสุขภาพตามสิทธิที่พึงได้รับอย่างเสมอภาค

ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทยที่เกิดขึ้นจากประเด็นปัญหาที่ได้ศึกษามาข้างต้นนั้น ถือเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐ การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และองค์กรต่าง ๆ รวมถึงการตระหนักรู้ของภาคประชาชนถึงการเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้ บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ศึกษามานี้ล้วนเป็นข้อเท็จจริงที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ประเทศไทยสามารถบริหารจัดการทางสังคมและมีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคตต่อไป

## บรรณานุกรม

- กทม. เปิดแผนรับสูงวัยล้านคน “ซ้ชชาติ” ชูเมืองคุณภาพ เชื่อมระบบสาธารณสุข. **กรุงเทพธุรกิจ**. (23 สิงหาคม 2565), ค้นวันที่ 4 ธันวาคม 2565 จาก <https://www.bangkokbiznews.com/social/1022378>
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. **รามาริบัติพยาบาลสาร**. 14 (2551): 385-399.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. **ประวัติความเป็นมา กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น**. ค้นวันที่ 30 กรกฎาคม 2565 จาก <http://www.dla.go.th/servlet/DLAServlet?visit=history>
- กรมสุขภาพจิต. **93 วันสู่สังคม "คนชรา" 5 จังหวัด? คนแก่เยอะสุด-น้อยสุด**. ค้นวันที่ 20 มีนาคม 2565 จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>
- กระทรวงการต่างประเทศ. กรมองค์การระหว่างประเทศ. **Universal Declaration of Human Rights**. ค้นวันที่ 23 พฤศจิกายน 2559 จาก <http://humanrights.mfa.go.th/upload/pdf/udhrt-th.pdf>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ**. ค้นวันที่ 4 มิถุนายน 2565 จาก [http://www.thungkhanan.go.th/news/doc\\_download/สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ\\_020721\\_104714.pdf](http://www.thungkhanan.go.th/news/doc_download/สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ_020721_104714.pdf)
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรมกิจการผู้สูงอายุ. **ประวัติความเป็นมา**. ค้นวันที่ 15 มีนาคม 2563 จาก <http://www.dop.go.th/th/aboutus/1>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรมกิจการผู้สูงอายุ. **สถิติผู้สูงอายุ**. ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **ประวัติกระทรวง**. ค้นวันที่ 15 มีนาคม 2563 จาก [https://www.m-society.go.th/news\\_view.php?nid=4](https://www.m-society.go.th/news_view.php?nid=4)
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12, 2558.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **โครงการศึกษาการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการ**

ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน กรณีศึกษาในเขตพื้นที่สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558.

กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.).** กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562.

กระทู้ถามที่ 004 ร. **ราชกิจจานุเบกษา.** 139 ตอนพิเศษ 154 ง (30 มิถุนายน 2565): 22-26.

ค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2565 จาก [https://www.senate.go.th/document/Theme/Ext5/5623\\_0001.PDF](https://www.senate.go.th/document/Theme/Ext5/5623_0001.PDF)

การบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศสิงคโปร์. **วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** 1, 3 (กันยายน-ธันวาคม 2561): 70-75.

กิจบัติ ก้องเบญจกุล. **หลักกฎหมายมหาชน.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2558.

กุลิศรา บุษพา. **ธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เป็นธุรกิจควบคุมสัญญา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค.** ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 จาก [https://www.ocpb.go.th/download/article/article\\_20210113134731.pdf](https://www.ocpb.go.th/download/article/article_20210113134731.pdf)

ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์. **รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ.** นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์, 2553.

จรรยา สุภาพ. **หลักรัฐศาสตร์.** กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2518.

จันทร์ทิรา เจียรณย์. **การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยระบบเตือนผู้ป่วยอัตโนมัติทางโทรศัพท์.** นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2557.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. **โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อการพัฒนากระบวนการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย(Hospice Care) ในประเทศไทย การศึกษาส่วนที่ 1 สถานการณ์ Hospice Care ในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561.

ชาญชัย แสวงศักดิ์. **กฎหมายมหาชน ความเป็นมา ทฤษฎีและหลักการที่สำคัญ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2556.

ชำนาญ ฉายวิจิต. **ความหมายและความสำคัญของธุรกิจ.** ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 จาก <https://sites.google.com/site/chamnam2554/home/naew-kar-sxn1>

**ทฤษฎี แนวคิด ปรัชญา และอุดมการณ์ทางการเมือง.** ค้นวันที่ 5 กรกฎาคม 2560 จาก <http://hengwelcome5000.files.wordpress.com/2014/07/263>

- ฉัญยวัฒน์ รัตนศักดิ์. การนำนโยบายการประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในญี่ปุ่น. ค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2564 จาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/polscicmujournal/article/view/76992/61830>
- นครินทร์ เมฆไตรรัตน์ และคณะ. ทิศทางการปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยและต่างประเทศเปรียบเทียบ. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2546.
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. การปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2547.
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. การปกครองท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. 2540). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2549.
- บรรเจิด สิงคะเนติ. หลักพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2552.
- บุษยมาส สินธุประมา. สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์, 2539.
- บุษอริ ยีหมะ. ความรู้เบื้องต้นทางรัฐศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
- ปกรณ์ อังคุสิงห์. หลักการและนโยบายการสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพฯ: เสรีไทยการพิมพ์, ม.ป.ป.
- ประยูร กาญจนดุล. การปกครองท้องถิ่นประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- พนัส ทศเนียนนท์. สิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลของชนชาวไทย. วารสารนิติศาสตร์. 11, 3. (2523): 431-432.
- พรนิภา อ่อนเกิด. การจัดการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555.
- พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา. 119, 99 ก (2 ตุลาคม 2545).
- พัชรินทร์ คำเจริญ. สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ค้นวันที่ 25 ธันวาคม 2564 จาก [http://web.krisdika.go.th/data/lawabout/lawdetail/lawdetail\\_085.htm](http://web.krisdika.go.th/data/lawabout/lawdetail/lawdetail_085.htm)
- ไพโรจน์ ลิตปรีชา. คำบรรยายวิชา Social Welfare Program, Policy and Services. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2519.
- ภูมิ โชคเหมาะ และคณะ. กฎหมายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2552.

ภูริชญา วัฒนรุ่ง. **หลักกฎหมายมหาชน**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2558.

**มติคณะกรรมการข้าราชการกรุงเทพมหานครและบุคลากรกรุงเทพมหานคร (ก.ก.) ครั้งที่ 3/2552 วันที่ 19 มีนาคม 2552 ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องที่ 3.** คำนวณวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 จาก <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000101/Download/File/PDF/561217-1.pdf>

วิจิตรา (ฟุ้งลัดดา) วิเชียรชม. **การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ**. คำนวณวันที่ 10 พฤษภาคม 2564 จาก <http://research.law.tu.ac.th/research/upload/portfolio/2014-06-13-1402639932-73267.pdf>

วีระศักดิ์ เครือเทพ. **นวัตกรรมสร้างสรรค์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: หนังสือสำหรับเสริมพลังความคิดและหลักวิชาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2548.

วุฒิสาร ตันไชย และธีรพรรณ ใจมั่น. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ใน **สารานุกรมการปกครองท้องถิ่นไทย สถาบันพระปกเกล้า**. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า, 2547.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **รายงานฉบับสมบูรณ์ บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: เจพรีเอ็น, 2552.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. **โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552. อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีดำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. **รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ที คิว พี, 2553.

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, วาสิณี วิเศษฤทธิ์, ถาวร สกฤตพานิชย์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. **การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2558.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ โตสงวน และหทัยชนก สุมาลี. **รายงานฉบับสมบูรณ์ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2563.

ศุภสวัสดิ์ ชัชวาล. **การเมืองในกระบวนการกระจายอำนาจ: ศึกษาผ่านบทบาทนักวิชาการข้าราชการ นักการเมืองและประชาชน**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.

สภาอากาศไทย. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์. **กฎบัตรมนุษยธรรมและมาตรฐาน**

ขั้นต่ำในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักงานบรรเทาทุกข์ และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย, 2558.

สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. การปฏิรูปโครงสร้างองค์กรภาครัฐ การจัดการความสัมพันธ์ระหว่าง ราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น: การทบทวนการจัดตั้งหน่วยงาน ส่วนกลางที่ไปปฏิบัติงานอยู่ในภูมิภาค. ค้นวันที่ 4 มิถุนายน 2565 จาก [https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament\\_parcy/download/ usergroup\\_disaster/2-3.pdf](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/usergroup_disaster/2-3.pdf)

สมคิด เลิศไพฑูรย์. การปกครองท้องถิ่นประเทศฝรั่งเศส. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร, 2543.

สมยศ เชื้อไทย. หลักกฎหมายมหาชนเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2553.

สมาคมธุรกิจเพื่อสังคม. ธุรกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise: SE) คืออะไร. ค้นวันที่ 4 มิถุนายน 2565 จาก <https://www.sethailand.org/resource/what-is-social-enterprise-se/>

สยาม รัตน์วิจิตร. รัฐสวัสดิการ. การประชาสงเคราะห์. (2517): 30.

สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์. การปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น. ค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2564 จาก <https://tdri.or.th/2015/7/aging-society-in-japan/>

สรุประบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติและการสนับสนุนงบประมาณปี 2559. ค้นวันที่ 7 ธันวาคม 2565 จาก [https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund\\_ltc03.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc03.pdf)

สำนักงาน ก.พ. การจำแนกประเภทหน่วยงานของรัฐในกำกับของฝ่ายบริหาร, ค้นวันที่ 4 มิถุนายน 2565 จาก [https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/article/ 02\\_aenwthaangkaarphicchaarnaahnwyngaankhngnathtaam\\_phrb\\_mcchr\\_2562 .pdf](https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/article/02_aenwthaangkaarphicchaarnaahnwyngaankhngnathtaam_phrb_mcchr_2562.pdf)

สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย 5 ปีหลังวิกฤตเศรษฐกิจ: เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2545 วันศุกร์ที่ 21 มิถุนายน 2545 ณ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545.

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร. ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 จาก [https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic& language=th](https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic&language=th)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**แบบประคับประคอง (Palliative Care).** นนทบุรี: พิมพ์ดี, 2556.

สำนักงานประกันสังคม. กองแผนงานและสารสนเทศ. **ประเทศไทยกับการไปสู่รัฐสวัสดิการ.**

กรุงเทพฯ: ไชเบอร์ ร็อก เอเยนซี กรีป, 2550.

สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม (สวส.). **รวมสิ่งที่ต้องรู้เกี่ยวกับการจดทะเบียนเป็นวิสาหกิจเพื่อ**

**สังคมและการจดทะเบียนกลุ่มกิจการเพื่อสังคม.** ค้นวันที่ 8 ธันวาคม 2565 จาก

<https://www.sethailand.org/resource/e-regist-osep/>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

**ปีงบประมาณ 2564.** กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2563.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้**

**ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพ**

**แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.** กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(สปสช.), 2559.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการการ**

**ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกัน**

**สุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **รายงานสถิติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.**

(เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่).

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **รายงานหน่วยจัดบริการ และอปท.ที่เข้าร่วม**

**ดำเนินงาน LTC.** ค้นวันที่ 30 กรกฎาคม 2565 จาก

<https://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public/ltc-report-pb>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **เอกสารรายงานหน่วยบริการในระบบหลักประกัน**

**สุขภาพแห่งชาติ พื้นที่กรุงเทพมหานคร.** ค้นวันที่ 6 สิงหาคม 2565 จาก

[https://www.nhso.go.th/storage/files/841/001/nhso\\_BKK-03.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/files/841/001/nhso_BKK-03.pdf)

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. **โครงสร้างหน่วยงาน.** ค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2565 จาก

<https://webportal.bangkok.go.th/health/page/sub/3525/โครงสร้างหน่วยงาน>

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. **ประวัติของสำนัก.** ค้นวันที่ 7 สิงหาคม 2565 จาก

<https://webportal.bangkok.go.th/health/page/sub/3523/ประวัติของสำนัก>

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. **รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพฯ:

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2564.

สุขสันต์ กิตติศุภกร. **ลุยสร้างความเชื่อมั่นให้ระบบสุขภาพคนกรุง สร้างเครือข่าย-เพิ่มหน่วยบริการ-**

**พัฒนาระบบส่งต่อ.** ค้นวันที่ 4 ธันวาคม 2565 จาก

<https://www.nhso.go.th/news/3819>

สุดารัตน์ สุตสมบูรณ์. สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. **วารสารเทคโนโลยีภาคใต้**. 7, 1 (มกราคม-มิถุนายน 2557): 75.

สุทิน สายสงวน. นโยบายเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ บทเรียนจากประเทศญี่ปุ่นและเกาหลี. **วารสารญี่ปุ่นศึกษา**. 26, 2 (ตุลาคม 2552-มีนาคม 2553): 75.

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์. รัฐธรรมนูญญี่ปุ่น: จากอดีตสู่ปัจจุบัน. **วารสารพัฒนบริหารศาสตร์**. 52, 3 (2555): 319-320.

สุพัตรา ศรีวิชชากร, จิราพร ชมพิกุล, จุฑาธิป ศีลบุตร, กวินารัตน์ สุทธิสุขนธ์, เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, และสมชาย วิริภิมย์กุล. การวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษานโยบายมาตรการในการจัดระบบสวัสดิการสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก  
**กรณีศึกษา: ครอบครัวผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพังและครอบครัวผู้สูงอายุตามลำพัง**. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ้ง, 2556.

สุวรรณ รื่นยศ. การประชาสัมพันธ์. พระนคร: โรงพิมพ์สหกรณ์ขายส่งแห่งประเทศไทย จำกัด สิ้นใช้, 2512.

อนันต์ พยัคฆ์บุตร. รัฐสวัสดิการตัวอย่างในอังกฤษ. กรุงเทพฯ: โอเดียน บุ๊คส์, 2518.

Australian Government. **Pharmaceutical Benefits Scheme**. Retrieved April 24, 2020 from <https://www.servicesaustralia.gov.au/pharmaceutical-benefits-scheme>

Central Provident Fund Board. **CPF Contribution and Allocation Rates from 1 January 2015**. Retrieved November 10, 2021 from [https://www.cpf.gov.sg/content/dam/web/employer/employer-obligations/documents/Contribution\\_Allocation\\_Rates\\_from\\_1\\_Jan\\_2015.pdf](https://www.cpf.gov.sg/content/dam/web/employer/employer-obligations/documents/Contribution_Allocation_Rates_from_1_Jan_2015.pdf)

Comas-Herrera, Adelina, Pickard, Linda, Wittenberg, Raphael, Malley, Juliette and King, Derek. **The Long-term Care System for the Elderly in England**. Belgium: European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010.

Crampton, Helen M. and Keiser, Kenneth K. **Social Welfare: Institution and Process**. New York: House, 1970.

Government of Japan. Cabinet Office. **The Basic Law on Measures for the Aging Society**. Retrieved April 24, 2021 from <https://www8.cao.go.jp/kourei/english/measure/kihon-e.html>

Government of Singapore. **Report of the Committee on Ageing Issues is Released 8 Feb 2006**. Retrieved January 2, 2021 from

<https://eresources.nlb.gov.sg/history/events/c308d399-0ea7-435e-ab66-d289955921fe>

Grumbach, K. and Grundy, P. **The Outcomes of Implementing Patient-Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence from Prospective Evaluation Studies in The United States.** Washington, DC: Patient-Centered Primary Care Collaborative, 2010.

Li, Ronice. **7 Ways the Government is Helping Seniors.** Retrieved April 20, 2021 from <https://www.gov.sg/news/content/7-ways-the-government-is-helping-seniors>

Lim, Puay Ling. **Maintenance of Parents Act.** Retrieved April 20, 2021 from [https://eresources.nlb.gov.sg/infopedia/articles/SIP\\_1614\\_2009-11-30.html](https://eresources.nlb.gov.sg/infopedia/articles/SIP_1614_2009-11-30.html)

Ministry of Health Singapore. **Costs and Financing.** Retrieved November 11, 2021 from [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html)

Ministry of Health Singapore. **Singapore's Healthcare System.** Retrieved November 10, 2021 from <https://www.moh.gov.sg/home/our-healthcare-system>

Mutchins, Robert M. and others. **Encyclopedia Britannica.** Chicago: Encyclopedia Britannica, 1968.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). **Highlights from Help Wanted? Providing and Paying for LongTerm Care, OECD Publishing, 2011.** Retrieved November 11, 2021 from <https://www.oecd.org/els/health-systems/47891458.pdf>

**Singapore Budget 2015: Legal Protection for Vulnerable Adults and Elderly to be Strengthened.** Retrieved April 20, 2021 from <http://www.straitstimes.com/singapore/singapore-budet-2015-legal-protection-for-vulnerable-adults-and-elderly-to-be>

Tan, Mah Bow. **Report of the Inter-ministerial Committee on the Ageing Population.** Retrieved January 2, 2021 from [http://eservice.nlb.gov.sg/data2/BookSG/publish/6/64a126a3-8f72-4e65-aafe-b97626e3fb4d/web/html5/index.html?opf=tablet/BOOKSG.xml&launchlogo=tablet/BOOKSG\\_BrandingLogo\\_.png&pn=11](http://eservice.nlb.gov.sg/data2/BookSG/publish/6/64a126a3-8f72-4e65-aafe-b97626e3fb4d/web/html5/index.html?opf=tablet/BOOKSG.xml&launchlogo=tablet/BOOKSG_BrandingLogo_.png&pn=11)

The Coverage. “**วิษณุ**” เผย อบจ. 49จว. พร้อมรับ “ถ่ายโอน รพ.สต.” ย้ำ ต้องไปทำงาน-เงิน-

คน-ของ. ค้นวันที่ 6 สิงหาคม 2565 จาก <https://www.thecoverage.info/news/content/3595>

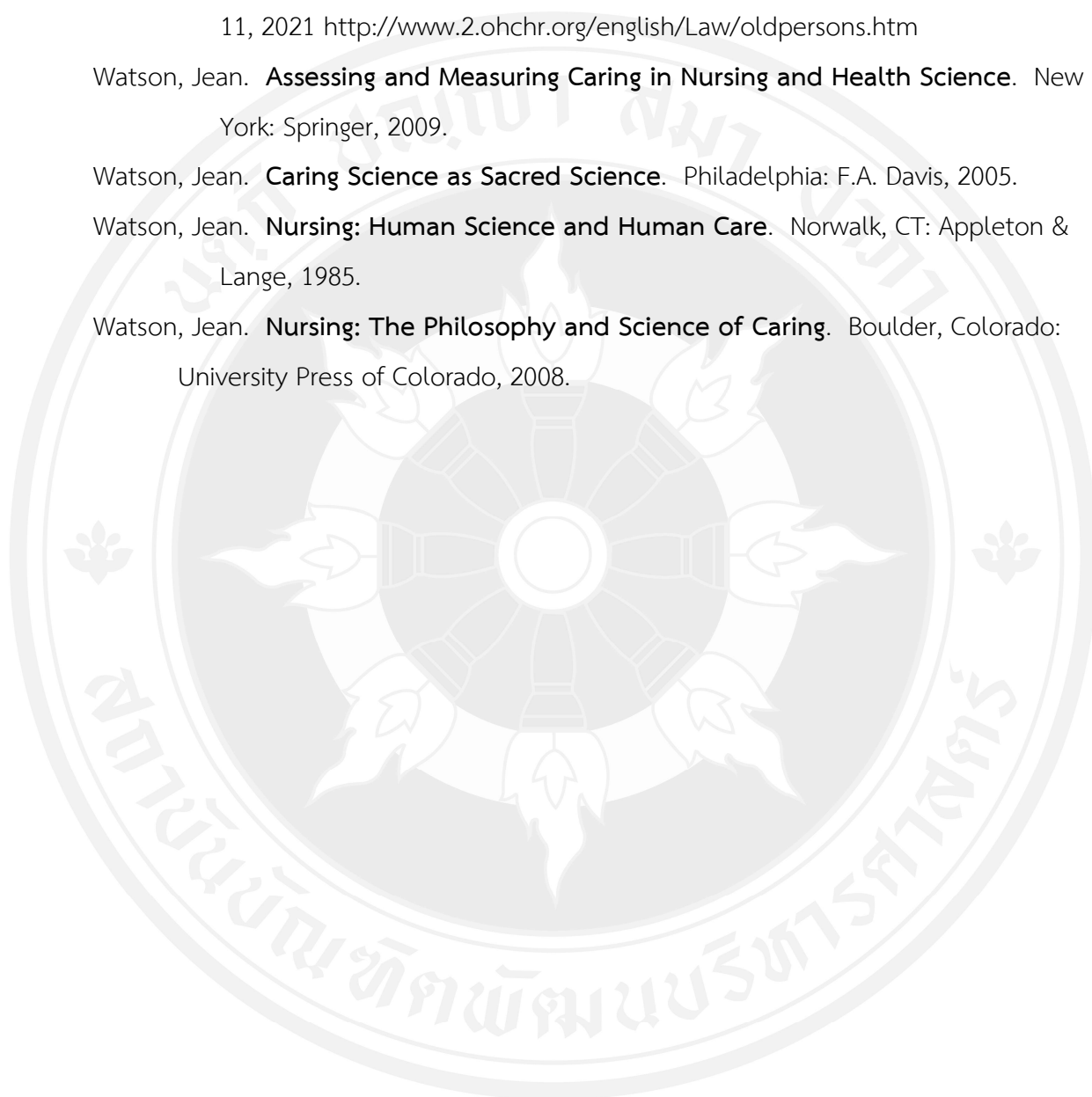
United Nations. **United Nations Principles for Older Persons Adopted by General Assembly Resolution 46/91 of 16 December 1991.** Retrieved November 11, 2021 <http://www.2.ohchr.org/english/Law/oldpersons.htm>

Watson, Jean. **Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science.** New York: Springer, 2009.

Watson, Jean. **Caring Science as Sacred Science.** Philadelphia: F.A. Davis, 2005.

Watson, Jean. **Nursing: Human Science and Human Care.** Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1985.

Watson, Jean. **Nursing: The Philosophy and Science of Caring.** Boulder, Colorado: University Press of Colorado, 2008.



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวทัศนวรรณ สุมาลัย
ประวัติการศึกษา	นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2550 นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายเพื่อวิชาชีพกฎหมาย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2558
ประสบการณ์การทำงาน	พนักงานคุมประพฤติชำนาญการพิเศษ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม

