



รายงานการพิจารณาศึกษา

ระบบการดูแล ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ของประเทศไทย

ของ คณะกรรมการการพัฒนาสังคม
และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ
คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา





รายงานการพิจารณาศึกษา
เรื่อง
ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย
ของ
คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

ที่ สว (กมธ ๓) ๐๐๑๙ / (ร๒๓)

วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย

กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้ลงมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๑๓) ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภาคณะหนึ่ง มีหน้าที่และอำนาจพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กึ่งการ พิจารณาขอหาข้อเท็จจริงหรือศึกษา เรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประสานกับองค์กรภายในประเทศ ต่างประเทศ ประชาคมภายในประเทศและนานาชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับแนวทางความร่วมมือเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมศักยภาพของชุมชนด้านการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ การคุ้มครองและดูแลผู้ยากไร้ การส่งเสริมความเสมอภาคและจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ต่อบุคคล การส่งเสริมและพัฒนาสวัสดิการสังคม การเสริมสร้างพลังทางสังคม การสร้างหลักประกัน ความมั่นคง และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวม พิจารณาศึกษาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัด การปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

๑. นายวัลลภ ตังคณานุก์
๒. พลตรี ไอลส ภาวิไล
๓. นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง
๔. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ
๕. นางทัศนียา ยุวานนท์
๖. พลเอก ไพชยนต์ คำตันเจริญ
๗. นางผาณิต นิติทัณฑ์ประภาศ
๘. นายเนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์
๙. หม่อมหลวงปนัดดา ดิศกุล
๑๐. นายพีระศักดิ์ พอจิต
๑๑. นางประยูร เหล่าสายเชื้อ
๑๒. นายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ
๑๓. นายมณฑิร บุญตัน

ประธานคณะกรรมการ
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม
เลขาธิการคณะกรรมการ
โฆษกคณะกรรมการ
ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
กรรมการ
กรรมการ
กรรมการ

- | | |
|--------------------------|---------|
| ๑๔. นายยุทธนา ทัพเจริญ | กรรมการ |
| ๑๕. พลเอก วลิต โรจนภักดี | กรรมการ |
| ๑๖. นายอำพล จินดาวัฒนะ | กรรมการ |

บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษารายงานดังกล่าวต่อวุฒิสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๘

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดทราบและนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมวุฒิสภาต่อไป

(ลงชื่อ) วัลลภ ตังคณานูรักษ์
(นายวัลลภ ตังคณานูรักษ์)

ประธานคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวภิรมย์ นิลทัพ)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ
การพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา



(นางธนยา สิงห์มณี)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ
การพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

กลุ่มงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ
สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๕ - ๖
โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๖

ธนยา พิมพ์
ธรรมรัตน์/ธนยา ทาน
ภิรมย์ ตรวจ

คณะกรรมการการพัฒนาศักยภาพ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา



นายวัลลภ ตังคณานุก์
ประธานคณะกรรมการ



พลตรี โอสถ ภาวิไล
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่หนึ่ง



นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สอง



นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สาม



พลเอก โฟขนต์ คำตันเจริญ
โฆษกคณะกรรมการ



นางทัศนีย์ ยูวานนท์
เลขานุการคณะกรรมการ



นางผาณิต นิตินธ์ประภาส
ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ



หม่อมหลวงปนัดดา ดิศกุล
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายเนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายพีระศักดิ์ พอจิต
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นางประยูร เหล่าสายเชื้อ
กรรมการ



นายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ
กรรมการ



นายมนเทียร บุญตัน
กรรมการ



นายยุทธนา ทัพเจริญ
กรรมการ



พลเอก วลิต โรจนภักดี
กรรมการ



นายอำพล จินตาวัฒนะ
กรรมการ

คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย



นางเพ็ญพิภตร์ ศรีทอง
อนุกรรมการและที่ปรึกษา



นายอำพล จินตาวัฒนะ
ประธานคณะอนุกรรมการ



นายยุทธนา ทัพเจริญ
รองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่หนึ่ง



นางจารันท์ อึ้งภากรณ์
รองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่สอง



นายณัฐเมศรี เรืองพิชัยพร
อนุกรรมการ



นายดาร์นัย อินสว่าง
อนุกรรมการ



ศ.ธรรมศักดิ์ พงศ์พิชญาматы
อนุกรรมการ



พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว
อนุกรรมการ



นายประกาศิต ภายสิทธิ์
อนุกรรมการ



นางสาววริญญา เตียวกุล
อนุกรรมการ



นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร
อนุกรรมการ
และเลขานุการ



นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์
อนุกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ



แพทย์หญิงพรณพิมล วิบุลากร
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายพลากร วงศ์กองแก้ว
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

**รายงานการพิจารณาศึกษา
เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย
ของคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ
คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา**

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๒ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมวุฒิสภาได้ลงมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๑๓) โดยมีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสืบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประสานกับองค์กรภายในประเทศ ต่างประเทศ ประชาคมภายในประเทศและนานาชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับแนวทางการร่วมมือเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมศักยภาพของชุมชนด้านการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ การคุ้มครองและดูแลผู้ยากไร้ การส่งเสริมความเสมอภาคและจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล การส่งเสริมและพัฒนาสวัสดิการสังคม การเสริมสร้างพลังทางสังคม การสร้างหลักประกัน ความมั่นคง และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวม พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวต่อวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙๘ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑.๑ คณะกรรมการได้มีมติมอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ซึ่งอนุกรรมการคณะนี้ประกอบด้วย

- | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| ๑) นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง | อนุกรรมการและที่ปรึกษา |
| ๒) นายอำพล จินดาวัฒนะ | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๓) นายยุทธนา ทัพเจริญ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๔) นางจารุพันธ์ อึ้งภากรณ์ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๕) นายณัฐเมศวร์ เรืองพิชัยพร | อนุกรรมการ |
| ๖) นายดารนัย อินสว่าง | อนุกรรมการ |
| ๗) ศาสตราจารย์ธรรมศักดิ์ พงศ์พิชญามาตย์ | อนุกรรมการ |
| ๘) พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว | อนุกรรมการ |
| ๙) นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์ | อนุกรรมการ |

(ข)

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| ๑๐) นางสาววิญญา เทียวกุล | อนุกรรมการ |
| ๑๑) นางกรรณิการ์ บรรเท็งจิตร | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| ๑๒) นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๑.๒ ที่ประชุมคณะกรรมการได้มีมติแต่งตั้ง นางสาวภิรมย์ นิลทัพ นิตกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภา และนางธนยา สิงห์มณี นิตกรชำนาญการ กลุ่มงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๗

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

๒.๑ คณะกรรมการมอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของประเทศไทย

๒.๒ คณะกรรมการได้ดำเนินการโดยเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลข้อเท็จจริง ดังนี้

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมกิจการผู้สูงอายุ

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ๑) นางสุจิตรา พิทยานรเศรษฐ์ | อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ |
| ๒) นางสาวอาภา รัตน์พิทักษ์ | ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสวัสดิการ และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ |
| ๓) นางสาวชนภัทร พ่วงเกตุรา | ผู้อำนวยการกลุ่มระบบการดูแล และเฝ้าระวังทางสังคมผู้สูงอายุ |
| ๔) นางสาวจรรุวรรณ ศรีภักดี | ผู้อำนวยการกลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| ๕) นางสาวพัฒน์นาดี ธรรมรัตน์พฤษ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| ๖) นางสาววิชนี ดอกบัว | นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ |
| ๗) นางสาวอภินิสิตางค์ ล้ำเลิศจรัสชัย | นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ |

กระทรวงสาธารณสุข

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- | | |
|---------------------|--------------------------------------------|
| ๑) นายพรเทพ ล้อมพรม | รองผู้อำนวยการกองสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ |
| ๒) นายชาติรี พินโย | นิตกรชำนาญการพิเศษ |

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
พันตำรวจโท นิธิ ตรีสุวรรณ รอง ผกก.๔ บก.ปคบ.

กรุงเทพมหานคร

สำนักงานเขตลาดกระบัง

นายแสวง จันทพันธ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการเขตลาดกระบัง

(ค)

สมาคมการค้าและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย

- ๑) นางสาวอรนันท์ อุดมภาพ กรรมการฯและอุปนายกสมาคม
ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง
- ๒) นางสาวชนชาพร เตชะสร้อยวิจิตร กรรมการฯ

๒.๓ การศึกษาข้อมูล เอกสารวิชาการ เอกสารสิ่งพิมพ์ และสื่อสารสนเทศต่าง ๆ
ข้อเท็จจริง กฎหมาย ระเบียบ เอกสารจากหน่วยงาน เอกสารวิชาการ บทความ รายงานวิจัยต่าง ๆ
และเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งผลการพิจารณาการศึกษาที่มีความถูกต้อง ชัดเจนและมีรายละเอียด
สมบูรณ์มากที่สุด

๒.๔ การจัดการเสวนา เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน”
เมื่อวันอังคารที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ (ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์)

๒.๕ การลงพื้นที่ศึกษาดูงานการดำเนินการดูแล ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ๑) ตำบลกลอนโต อำเภอตำบลงิ้วงาม จังหวัดกาญจนบุรี ๒) เทศบาลเมือง
ทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ๓) เทศบาลตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี
๔) บริษัท บั๊ดดีโฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด จังหวัดเชียงใหม่ ๕) โครงการนายนารสชิเดนซ์ แอท
ริเวอร์โรนวิลล์เจด จังหวัดนนทบุรี ๖) สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ และ ๗) องค์การบริหาร
ส่วนตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

๓. ผลการพิจารณาการศึกษา

คณะกรรมการพิจารณาขอรายงานผลการพิจารณาการศึกษา เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย โดยคณะกรรมการได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการติดตาม
การปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ดำเนินการพิจารณาการศึกษากรณีดังกล่าว
ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณารายงานของคณะอนุกรรมการด้วยความละเอียดรอบคอบแล้ว
และได้มีมติให้ความเห็นชอบกับรายงานดังกล่าว โดยถือเป็นรายงานการพิจารณาการศึกษาของ
คณะกรรมการ

จากการพิจารณาการศึกษาเรื่องดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการจึงขอเสนอรายงาน
การพิจารณาการศึกษาของคณะกรรมการ โดยมีรายละเอียดตามรายงานท้ายนี้ เพื่อให้วุฒิสภา
ได้พิจารณา หากวุฒิสภาให้ความเห็นชอบด้วยกับผลการพิจารณาการศึกษาของคณะกรรมการ
ขอได้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาและดำเนินการตามแต่จะเห็นสมควรต่อไป
ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบไป



(นายอำพล จินดาวัฒน์)

ประธานคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม
กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย
ในคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

บทสรุปผู้บริหาร

ในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) คือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งขณะนี้มีหลาย ๆ จังหวัดในประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) เนื่องจากมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ ๒๐ ของประชากรในพื้นที่ การจำแนกผู้สูงอายุจากการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบ่งผู้สูงอายุได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) และกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ และกลุ่มที่ ๓ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ จากโครงสร้างประชากรไทยในสัดส่วนที่อัตราการเกิดลดลงอย่างรวดเร็วและประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงลักษณะการอยู่อาศัยจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัดสรร หรือห้องชุด ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จัดบริการโดยรัฐและนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยงานต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวโดยให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้านตามลำพังและไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน มีผู้สูงอายุที่มีความต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน ๙๒๘,๔๐๐ คน และจากประมาณการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๒๑๘,๓๐๘ คน และ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๒๖,๘๐๙ คน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีความขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาคธุรกิจและอาสาสมัคร จากสถานการณ์ดังกล่าว หน่วยงานรัฐ เอกชนภาคธุรกิจ และองค์กรสาธารณประโยชน์ได้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหลายรูปแบบ รายงานการศึกษานี้ได้จำแนกรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามลักษณะของผู้ให้การดูแลได้เป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยการให้บริการกันเองในชุมชน จำแนกเป็น ๔ ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะมีจุดแข็งและจุดอ่อน และสภาพปัญหา ดังนี้

(๑) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ให้การดูแล (Care Giver : CG)

ในโครงการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) ซึ่ง CG ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงตาม ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย CG ในชุมชนยังมีไม่ครอบคลุมทุกตำบล มีตำบลที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖,๖๑๗ ตำบล จากทั้งหมด ๗,๒๕๕ ตำบล ทั่วประเทศมี CG จำนวน ๙๑,๘๖๔ คน โดยมี CG จำนวน ๕ - ๑๐ คน

ต่อตำบล ซึ่งจากข้อมูลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในสัดส่วนที่สูง หากคำนวณสัดส่วนของ CG ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ๑ : ๕ จะต้องการจำนวนผู้ดูแล CG จำนวน ๑๘๕,๖๘๐ คน ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มี CG จำนวน ๙๑,๘๖๔ คนเท่านั้น จำเป็นต้องเพิ่มจำนวน CG ให้ได้อีกหนึ่งเท่าตัว โดย CG ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างน้อย ๒ ครั้ง/เดือน สามารถช่วยแบ่งเบาภาระญาติในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้พักบ้าง แต่ CG ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้การจัดบริการ LTC ของประเทศขาดความเข้มแข็ง เพราะยังไม่มีหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และขึ้นกับการกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ซึ่งบางพื้นที่พบว่าการดำเนินการอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังไม่มีกระบวนการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน

(๒) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ในโครงการภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ขณะนี้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๑๓,๓๘๗ คน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๖,๘๓๐ แห่ง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ตำบลทั่วประเทศที่มีจำนวน ๗,๗๗๔ ตำบล โดยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๕๖,๐๔๔ คน จากเป้าหมายเดิม คือ ๖๒,๑๙๒ คน อาสาสมัครต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานวันละ ๘ ชั่วโมง เป็นจำนวน ๒๐ วันต่อเดือน ซึ่งค่าตอบแทนที่ได้รับไม่สอดคล้องกับระยะเวลาการปฏิบัติงาน และบางครั้งเรือ้นมอบหมายภารกิจหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม ทำให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องหยุดปฏิบัติหน้าที่ไปบางส่วน ส่งผลให้จำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

(๓) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครอื่น ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ซึ่ง อผส. ปฏิบัติหน้าที่โดยไม่มีค่าตอบแทน การดำเนินงานขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุและการช่วยเหลือกันของสมาชิก ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน คือ การขาดเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายปฏิบัติงาน สำหรับ อสม. ปัจจุบันมีจำนวน ๑.๐๔ ล้านคน ได้รับค่าตอบแทน ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยเฉลี่ย ๑ คน รับผิดชอบ ๑๐ - ๑๕ หลังคาเรือน ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ อสม. ทำงานในพื้นที่ที่ทั้งเชิงรับและเชิงรุกเป็นอย่างมาก มีบทบาทหน้าที่หลายประการ ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้ง อสม. ส่วนใหญ่ขาดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและไม่มีเวลาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ

(๔) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการให้บริการในรูปแบบอื่นที่เป็นนวัตกรรมบริการสุขภาพเพื่อให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เช่น นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล (รพสต.) ซึ่งเป็นการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และนวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร่วมกับท้องถิ่นและชุมชน เช่น นวัตกรรมของโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แบบผสมผสานร่วมกับธรรมชาติและนำเทคโนโลยีมาใช้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วย นอกจากนี้มีนวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุก “ท้องถิ่นเป็นหลักร่วมกับชุมชน” เช่น กรณีเทศบาลตำบลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน นำร่องโครงการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Service to Care (STC) ทั้งนี้ การดำเนินงานดังกล่าวยังคงขาดแคลนอัตรากำลังวิชาชีพ แต่การทำงานมีความร่วมมืออย่างเป็นระบบของหน่วยงานและอาสาสมัครในพื้นที่

ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัดสรรและห้องชุดซึ่งมีลักษณะเป็นพื้นที่ส่วนบุคคล ไม่สามารถได้รับการดูแลจากอาสาสมัครและนวัตกรรมดังกล่าว อาสาสมัครหรือ CG ส่วนใหญ่อายุมาก ทำให้กระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเป็นงานที่หนัก ค่าตอบแทนของอาสาสมัครแต่ละประเภทแตกต่างกันตามภารกิจหน้าที่ และบางกรณีไม่มีค่าตอบแทน เช่น กรณีของทีมโอบอุ้มเทศบาลเมืองทับกวาง จังหวัดสระบุรี

กลุ่มที่ ๒ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาครัฐ (Public Institutional Care) จำแนกเป็น ๕ ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะมีจุดแข็งและจุดอ่อน และสภาพปัญหา ดังนี้

(๑) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ภายใต้สังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้บริการแบบมีที่พักอาศัย โดยมีผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่มีที่ว่างเพียงพอ บุคลากรไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ ไม่มีแพทย์และพยาบาลประจำ โดยแต่ละแห่งมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่การดูแลของ ศพส. มีความใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ อีกทั้งหน้าที่หลักอย่างหนึ่งของ ศพส. คือ การพัฒนาวิชาการ มาตรฐานงานการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้เป็นอย่างดีมากนัก

(๒) สถานสงเคราะห์คนชราในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้บริการแบบมีที่พักอาศัย บางแห่งไม่รับผู้สูงอายุข้ามพื้นที่จังหวัด และมีผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการของสถานสงเคราะห์คนชรา บุคลากรขาดองค์ความรู้ทักษะและวิทยาการสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยแต่ละแห่งมีความพร้อมดูแลผู้สูงอายุ

แตกต่างกัน แต่มีการให้บริการดูแลที่มีความสะดวกและปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่าหน่วยงานสังกัดส่วนกลาง

(๓) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลราชพิพัฒน์) จัดให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีความโดดเด่นในด้านการดูแล สร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรในรูปแบบ One Stop Service ภายใต้ “คลินิกสุขใจ สูงวัยประทับใจ” มีหอผู้ป่วยชีวาภิบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการส่งเสริมการทำ พินัยกรรมชีวิต (Living Will) และใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์มินิเดินสอดดูแลผู้สูงอายุ ๒๔ ชั่วโมง และรายงาน ไปยังญาติ แพทย์ และพยาบาล ผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการมาก ทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอและ เป็นการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการดูแลที่บ้านและที่ชุมชน

(๔) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสภากาชาดไทย ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี มีหน่วยบริบาลผู้สูงอายุซึ่งรับดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยให้บริการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ แบบครบวงจร ให้บริการแบบรายวัน (ไป-กลับ) และพักค้างคืน ๒๔ ชั่วโมง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ สภากาชาดไทยมีโครงการสวางคินิเวศ โดยให้บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะ ระดับกลางและมีสุขภาพดี ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับบริการที่ดี มีห้องส่วนตัว มีบริการจัดกิจกรรม เพื่อสุขภาพโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ ให้บริการที่มีคุณภาพแต่มีค่าบริการที่สูง

(๕) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ภาครัฐ เช่น ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Complex) ภายใต้ ความร่วมมือระหว่างกรมธนารักษ์ กระทรวงการคลัง บริษัท ธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้นแบบโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มี สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ออกแบบภายใต้หลักสถาปัตยกรรม เพื่อทุกคน มีบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลอย่างถูกต้อง และบริการส่งต่อการรักษาตามสิทธิของผู้สูงอายุ โดยภายในแบ่งพื้นที่ออกเป็น ๓ โซน ได้แก่ ศูนย์เรียนรู้และพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบ วงจรและบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Zone) พื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพักฟื้นหรือ ฟื้นฟูสุขภาพ (Nursing Home Zone) และพื้นที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Housing Zone) โดยผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยต้องมีสุขภาพแข็งแรงและช่วยเหลือพึ่งพา ตนเองได้ดี ซึ่งเป็นรูปแบบสิทธิการเช่าถือครองระยะยาว และมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มี ฐานะทางการเงินสามารถจ่ายค่าบริการได้เท่านั้น การบริการแต่ละอย่างมีค่าใช้จ่าย และการบริการ รักษาพยาบาลเป็นไปตามสิทธิการรักษาของผู้เข้าพัก ซึ่งเป็นการจัดบริการของรัฐที่ใช้ทรัพยากรมาก แต่มีผู้เข้าถึงบริการได้เพียงเฉพาะบางกลุ่มเท่านั้น

กลุ่มที่ ๓ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาคเอกชน (Private Institutional Care) ให้บริการโดยภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณะประโยชน์ มูลนิธิ และวิสาหกิจเพื่อสังคม จำนวนเป็น ๓ ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะมีจุดแข็งและจุดอ่อน และสภาพปัญหา ดังนี้

(๑) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยวิสาหกิจเพื่อสังคม เช่น บริษัท บัณฑิตโฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด จังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการ ๑) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ยากไร้ ขาดทุนทรัพย์จ้างคนดูแลหรือลูกหลานทอดทิ้ง โดยไม่คิดค่าบริการ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยบริษัทได้นำผลกำไรมาจัดบริการตอบแทนสังคมร่วมกับโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุและกลไกเยี่ยมบ้านของชุมชนของรัฐ เช่น อสม. อพส. อาสาสมัครชุมชน และ Care Giver ๒) สนับสนุนเยาวชนที่มีจิตอาสาและขาดแคลนทุนทรัพย์ในการเรียนให้ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น และพัฒนาเป็น Care Giver ตามที่กฎหมายกำหนด ๓) สนับสนุนค่าใช้จ่าย เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน และ ๔) การให้บริการผู้สูงอายุแบบคิดค่าบริการกับลูกค้า ทั้งการให้บริการรายวัน รายเดือน แบบอยู่ประจำ และให้บริการรายเดือนแบบไปเช้า - เย็นกลับ มีการทำงานโดยทีมสหวิชาชีพและมีความยืดหยุ่นสามารถปรับ Care Plan การให้บริการผู้สูงอายุตามความเหมาะสมของบุคคลและมีความต่อเนื่อง โดยไม่ต้องรองบประมาณจากภาครัฐ ทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่าหน่วยงานรัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาที่รุนแรง แต่บริษัทไม่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากภาครัฐทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรการดำเนินงาน จึงส่งผลให้บริษัทต้องจัดหาทุนทรัพย์การดำเนินงานด้วยตัวเองและมีความเสี่ยงการบริหารธุรกิจ ทำให้ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ทั่วถึง อีกทั้ง ให้บริการผู้สูงอายุได้จำนวนจำกัด เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนไม่มาก

(๒) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเอกชนภาคธุรกิจ มีการดำเนินงานให้บริการหลากหลายแบบ โดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ได้แก่ ๑) ให้บริการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเวลากลางวัน หรือดูแล ๒๔ ชั่วโมง ๒) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบรายวัน Day Care Center ทั้งแบบรายวันหรือชั่วคราว โดยไม่มีการพักค้างคืน ๓) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบประจำหรือรายเดือนโดยมีการพักค้างคืน และ ๔) ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พักอาศัย เช่น โครงการนายาเรสซิเดนซ์ แอท ริเวอร์โรน วิลเลจ จังหวัดนนทบุรี เป็นต้น แต่ปัจจุบันสถานประกอบการและผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง ซึ่งไม่สามารถผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เพียงพอกับความต้องการของตลาด ทั้งนี้ สถานประกอบการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดเป็นที่สนใจกับครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีกำลังในการจ่ายเพื่อการดูแล แต่พบว่ายังมีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางแห่งดำเนินการ

ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดจำนวนหนึ่ง ซึ่งให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐานเป็นอันตรายต่อประชาชน

(๓) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยองค์กรภาคประชาสังคม (มูลนิธิ) เช่น สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ทั้งโรงพยาบาลผู้สูงอายุ บ้านพักผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และโรงเรียนบริหารผู้สูงอายุ ซึ่งสถาบันฯ มีทุนทางสังคมสูง ทั้งพื้นที่ สิ่งแวดล้อม สถานที่ อาคาร ความเชี่ยวชาญ และบุคลากร แต่สถาบันฯ ถูกจัดอยู่ในกลุ่มของโรงพยาบาลเอกชนจึงทำให้ขาดโอกาสการสนับสนุนจากรัฐในการพัฒนาองค์กร และผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลผู้สูงอายุไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการได้ และงบประมาณสำหรับการพัฒนาองค์กรมีจำกัด

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าวข้างต้นแต่ละรูปแบบมีการดำเนินงานและการบริหารจัดการที่แตกต่างกันภายใต้นโยบายขององค์กร กฎหมายและงบประมาณที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีจุดแข็งและจุดอ่อนของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสภาพปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานดังกล่าวแตกต่างกันออกไป

๒. ข้อเสนอแนะ

๒.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๒.๑.๑ การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รัฐบาลโดยกระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Based Care) เป็นหลัก

๒.๑.๒ การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยจุดพลังในตำบล ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ (๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๒) ท้องที่ (๓) องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม องค์กรสาธารณประโยชน์ ภาคเอกชน และ (๔) หน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ โดยการสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันสนับสนุนการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในลักษณะพหุภาคีให้มากขึ้น

๒.๑.๓ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและลดบทบาทของภาครัฐ รัฐบาลโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนานโยบายและมาตรการส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมและเอกชนได้ใช้วิสาหกิจเพื่อสังคมในการจัดบริการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นรูปธรรมและกว้างขวาง โดยสนับสนุนงบประมาณบางส่วน เพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เขตเมือง

๒.๑.๔ การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันการศึกษา ควรดำเนินการดังนี้

(๑) ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยที่มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและวิถีชีวิตของประชาชนในปัจจุบัน เช่น จัดทำชุดสิทธิประโยชน์และบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและตามสภาพปัญหาและความจำเป็นด้านบริการสาธารณสุขและสังคมของผู้สูงอายุ (Care Model) การให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ การออกแบบเวลาการทำงานเพื่อให้บุตรหลานได้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

(๒) พัฒนารูปแบบและแนวทางการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อชะลอการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒.๑.๕ การกำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาระบบการกำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีเอกภาพและสร้างความร่วมมือการกำกับดูแลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคีเครือข่าย โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพไม่ควรทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติเอง

๒.๑.๖ การควบคุมกำกับดูแลสถานพยาบาลผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมกำกับดูแลสถานพยาบาลผู้สูงอายุที่ให้บริการดูแล รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพและมาตรฐาน เป็นการคุ้มครองประชาชน และดำเนินการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเข้ามาร่วมรับผิดชอบ

๒.๒ ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ

๒.๒.๑ ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน

กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนและสำนักงานส่งเสริม การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบัน คุนวุฒีวิชาชีพ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ควรดำเนินการ ดังนี้

(๑) เพิ่มและพัฒนาศักยภาพ Care Giver และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทั้งปริมาณและคุณภาพให้ครบทุกตำบล

(๒) ทบทวนหลักเกณฑ์การคัดเลือก Care Giver และอาสาสมัครบริบาล ท้องถิ่น โดยพิจารณาบุคคลที่อยู่ในวัยแรงงาน มีจิตบริการ จิตสาธารณะ

(๓) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงาน และปรับทัศนคติของสังคมและบุคคลให้มีความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ควรมีหลักสูตรเทียบโอนให้นักเรียนที่ผ่านการอบรม หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เรียนต่อยอดเป็นบุคลากรสายวิชาชีพได้ เป็นต้น

(๔) จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้มีคุณภาพ โดยให้ Care Giver และ ครอบครัว ได้ร่วมดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่สูง

(๕) ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นหรือบุคคลที่ประกอบอาชีพ อิสระที่สนใจเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเป็นนักบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน โดยหน่วยงานรัฐสนับสนุน ค่าใช้จ่ายพื้นฐานตามความจำเป็น

(๖) เพิ่มนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มากขึ้นในสถานพยาบาล เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการดูแล พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

(๗) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถาบันของภาครัฐ ควรเพิ่มบุคลากร ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ แพทย์ประจำหน่วยบริการ นักกายภาพ พยาบาลวิชาชีพ และ นักจิตวิทยา

(๘) จัดการอบรมให้ความรู้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องและทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุได้มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานจริง เพื่อสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

(๙) ส่งเสริมการผลิตอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสร้างทักษะใหม่ที่จำเป็น ต่อการทำงาน (Reskill) และการพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะที่มีให้ดีกว่าเดิม (Upskill) ให้แก่แรงงาน ที่ว่างงานหรือเพิ่มทักษะให้แก่ผู้ประกอบการอาชีพอื่น โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ผู้สำเร็จการศึกษา

สาขาอื่นเข้ามาร่วมอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งเป็นที่ต้องการของสังคมด้วย เช่น บุคคลที่สนใจในการดูแลผู้สูงอายุ แรงงาน ที่ว่างงาน บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาใหม่ เป็นต้น อีกทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ประสบปัญหา การว่างงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ได้รับการ อบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุแนวใหม่ เช่น การอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมจิตวิทยา (CG พันธุ์ใหม่) โดยทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบ Personal Assistane เช่น การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในการขยับรถไปโรงพยาบาล หรือสถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น และเป็น การฟื้นฟูระบบเศรษฐกิจ อีกทั้งช่วยเติมเต็มการดูแลผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง

(๑๐) สนับสนุนการผลิตบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล ตนเอง และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น

๒.๒.๒ ด้านการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(๑) หน่วยงานของรัฐที่มีศักยภาพสูง ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และ มหาวิทยาลัย ควรปรับนโยบายให้ความสำคัญกับการพัฒนาวิชาการ มาตรฐานงานบริการ การพัฒนาบุคลากรวิชาชีพและกำลังคนระดับต่าง ๆ ตลอดจนการวิจัยและพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ โดยจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่าที่จำเป็น เพื่อประหยัด ทรัพยากรสาธารณะในการจัดบริการเอง และลดความเหลื่อมล้ำ

(๒) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรประสานงานเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุน การทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณะประโยชน์และวิสาหกิจเพื่อสังคม อย่างเป็นระบบและจริงจัง โดยควรสนับสนุนให้มีวิสาหกิจเพื่อสังคมที่ทำงานด้านนี้ให้มากขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณด้วย

(๓) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ กระทรวงศึกษาธิการ ควรติดตามตรวจสอบสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุและโรงเรียนบริบาล ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสาธารณะประโยชน์ อาสาสมัครในชุมชน และภาคเอกชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมการค้าและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย เป็นต้น เพื่อให้การประกอบกิจการเหล่านั้นเป็นไปอย่างได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

(๔) จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้มีคุณภาพ โดยให้ Care Giver และ ครอบครัวได้ร่วมดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

(๕) ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนงบประมาณดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลขั้นสูงในระยะยาว

(๖) ภารกิจการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หน่วยงานรัฐในชุมชนควรทำงานร่วมกับอาสาสมัคร องค์กรชุมชน องค์กรสาธารณะประโยชน์ และภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อลดภาระงานของหน่วยงานรัฐและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างครัวเรือน ชุมชน และโรงพยาบาลในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาวัตรกรรมการให้บริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

(๗) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับบทบาทการพัฒนาวิชาการ สนับสนุนการจัดฝึกอบรมและพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ท้องถิ่นจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้คนในชุมชนมีจิตอาสาและมีความเอื้ออาทรต่อกัน และช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชรา

(๘) กองทุนที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและสวัสดิการสังคมของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ควรร่วมมือกันพัฒนานโยบายและมาตรการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีแผนบูรณาการร่วมกันในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่มีเอกภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร
บทที่ ๑

ก - ญ

บทนำ

๑. ความเป็นมาของการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์
๒. นิยามศัพท์เฉพาะ
๓. วัตถุประสงค์ของการศึกษา
๔. ขอบเขตของการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์
๕. วิธีการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์
๖. ระยะเวลาศึกษา
๗. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑
๑
๒
๓
๓
๓
๔
๔

บทที่ ๒

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐
๒. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
๓. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒
๔. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
๕. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖
๖. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗
๗. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
๘. มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ๔ มิติ

๕
๕
๕
๖
๗
๘
๙
๑๐

บทที่ ๓

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. สถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไทย
๒. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
๓. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - ๓.๑ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยการให้บริการกันเองในชุมชน
 - ๓.๒ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาครัฐ
 - ๓.๓ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาคเอกชน
๔. สรุปผลการเสวนา เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน”
๕. การดูแลผู้สูงอายุของต่างประเทศ

๑๓
๑๓
๑๔
๑๗
๑๘
๓๕
๔๔
๕๓
๕๔

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

| | | |
|---------|---------------------|----|
| บทที่ ๔ | บทสรุปและข้อเสนอแนะ | ๕๗ |
| | ๑. บทสรุป | ๕๗ |
| | ๒. ข้อเสนอแนะ | ๖๓ |

บรรณานุกรม

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- สรุปผลการเสวนา เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน”

ภาคผนวก ข

- รายนามคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

- รายนามที่ปรึกษา ผู้อำนวยการ นักวิชาการ และเลขานุการประจำ คณะกรรมการ

- รายนามคณะอนุกรรมการ

บทที่ ๑

บทนำ

๑. ความเป็นมาของการพิชารณาศึกษา

ประเทศไทยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด มาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๘ เรียกได้ว่าเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ซึ่งปัจจุบันจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) หรือสังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรในพื้นที่ เช่น จังหวัดแพร่ อุตรดิตถ์ อุทัยธานี พิจิตร และลำปาง เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในสัดส่วนที่อัตราการเกิดลดลงอย่างรวดเร็ว และประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีจำนวนลดน้อยลง แต่ประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่างประชากรวัยต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป และการเปลี่ยนแปลงลักษณะการอยู่อาศัยจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัดสรร หรือห้องชุด (คอนโดมิเนียม) ส่งผลกระทบต่อการดูแลและค่าใช้จ่ายของ ครอบครัว วัยแรงงานต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวโดยให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้านตามลำพัง ประกอบกับจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร^๑ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ ๓.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๑๒ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔ และมีผู้สูงอายุร้อยละ ๘๘ ไม่ได้อยู่ลำพัง นอกจากนี้ มีผู้สูงอายุ ที่มีผู้ดูแล ร้อยละ ๑๐.๔ โดยเมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลนั้นเพิ่มขึ้นตาม กลุ่มวัยที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป) เป็นผู้ที่มีผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ ๓๕.๖) กลุ่มวัยกลาง (อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี) มีผู้ดูแล ร้อยละ ๑๑.๔ และกลุ่มวัยต้น (อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี) มีผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ ๔) จากประมาณการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงาน สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๒๑๘,๓๐๘ คน และ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๒๖,๘๐๙ คน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จำนวน ๒๐๒,๒๔๒ คน และ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๑๙๔,๘๑๒ คน แม้ว่าหน่วยงานรัฐทั้งราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเอกชนภาคธุรกิจ และองค์กรสาธารณประโยชน์ได้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่การดูแลผู้สูงอายุของ ประเทศไทยมีปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการผู้ดูแล

^๑ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔, สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔, จาก <http://www.nso.go.th>

ผู้สูงอายุที่จัดบริการโดยรัฐ ดังนั้น สถานการณ์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยยังคงเป็นข้อกังวลอย่างมากในสังคมสูงอายุ

คณะกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการพิจารณาศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยพร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

๒. นิยามศัพท์เฉพาะ

๒.๑ **ท้องถิ่น** หมายความว่า เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เมืองพัทยา กรุงเทพมหานคร และองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒.๒ **ผู้บริหารท้องถิ่น** หมายถึง นายกเทศมนตรี นายกององค์การบริหารส่วนตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒.๓ **ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ผ่านประเมินตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กำหนด และผู้สูงอายุมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอคทีแวล (Barthel Activity of Daily Living : ADL) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน ซึ่งแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม และมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

๒.๔ **การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง การบริการดูแลที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดจนแนะนำการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นการรักษาพยาบาล

๒.๕ **อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น** หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

๒.๖ ผู้จัดการดูแล (Care Manager : CM) หมายถึง พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยมีหน้าที่ประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล โดยมีสัดส่วนจำนวน Care Manager : Care Giver = ๑ : ๕ - ๑๐ คน

๒.๗ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) หมายถึง บุคคลที่ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีสัดส่วนจำนวน Care Giver ๑ คน ต่อ ผู้สูงอายุ จำนวน ๕ - ๑๐ คน

๒.๘ นวัตกรรมบริการสุขภาพ หมายถึง การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ แนวคิดใหม่ ๆ ที่เป็นแนวคิดเชิงสร้างสรรค์ที่เกิดจากการใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในการบริการสุขภาพให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

๒.๙ นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุก หมายถึง เป็นบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการทั้ง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เข้าถึงการบริการอย่างเท่าเทียมกัน โดยการพัฒนาคุณภาพเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการในชุมชน เปลี่ยนแปลงวิธีการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้บริการสุขภาพเชิงรุก

๓. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๓.๑ เพื่อศึกษาข้อมูล สถานการณ์ และการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๒ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสนอต่อวุฒิสภา รัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔. ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา

ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย

๕. วิธีการพิจารณาศึกษา

๕.๑ การศึกษาจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานการวิจัย บทความวิชาการ เอกสารสิ่งพิมพ์ และสื่อสารสนเทศต่าง ๆ ข้อเท็จจริง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๕.๒ การประชุมร่วมกับบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ประกอบการพิจารณาศึกษา อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบลคอรัม

จังหวัดอุดรดิตถ์ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร และสมาคมการค้าและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย เป็นต้น

๕.๓ การเสวนา เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน” จัดโดย คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา ดำเนินงานโดย คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย วันอังคารที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ (ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์)

๕.๔ การลงพื้นที่ศึกษาดูงานติดตามการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน ๖ ครั้ง ดังนี้

(๑) ตำบลกลอนโต อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

(๒) บริษัท บั๊ดดีโฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓

(๓) เทศบาลเมืองทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๔

(๔) เทศบาลตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๔

(๕) โครงการนายารเอสซีเด็นซ์ แอท ริเวอร์ไรน์ วิลเลจ จังหวัดนนทบุรี วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

(๖) สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

(๗) องค์การบริหารส่วนตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕

๖. ระยะเวลาศึกษา

ตั้งแต่ ๑ กันยายน ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

๗. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๗.๑ ได้รับทราบข้อมูล สถานการณ์ปัจจุบัน และปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย

๗.๒ ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทที่ ๒
กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

มาตรา ๔๘ วรรคสอง บัญญัติว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้ เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ”

มาตรา ๗๑ บัญญัติว่า “รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น

รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัดฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกระทำการดังกล่าว

ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม”

๒. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑

มาตรา ๑๔ บัญญัติว่า “สถานพยาบาลมี ๒ ประเภท ดังต่อไปนี้

(๑) สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(๒) สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ลักษณะของสถานพยาบาลแต่ละประเภทตามวรรคหนึ่งและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”

๓. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

มาตรา ๑๖ บัญญัติว่า “ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองดังนี้

.....
.....
(๑๐) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส
.....

.....
(๓๑) กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศ
กำหนด”

จากบทบัญญัติดังกล่าว คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ได้ออกประกาศ เรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจและ
หน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลงวันที่ ๒๓
พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีบุคลากรและค่าใช้จ่ายของ
บุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ สนับสนุน
การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่ดังกล่าว และการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็น
ค่าตอบแทนและอบรมบุคลากรดังกล่าว

๔. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

มาตรา ๑๘ บัญญัติว่า “คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้
.....

.....
(๘) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหาร
จัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม
และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๔๗

(๙) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มี
วัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม
เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๔๗
.....

.....
มาตรา ๔๗ บัญญัติว่า “เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่
โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของ
ประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

.....”

จากบทบัญญัติดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชนร่วมดำเนินกิจกรรมการจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และกระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓ และ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถตั้งงบประมาณรายจ่ายได้ครอบคลุมการจ่ายเงินที่จำเป็นต้องจ่ายในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องออกระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้การบริหารกองทุนมีประสิทธิภาพ

๕. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖

มาตรา ๑๑ บัญญัติว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- (๑) การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
- (๒) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
- (๓) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
- (๔) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
- (๕) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
- (๖) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
- (๗) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
- (๘) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหา

ประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

(๙) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว

(๑๐) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(๑๑) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(๑๒) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

(๑๓) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

.....”

๖. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

มาตรา ๓ บัญญัติว่า “ในพระราชบัญญัตินี้

“สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” หมายความว่า สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการดังต่อไปนี้

.....

.....

(๓) กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

.....

.....”

จากบทบัญญัติดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓ กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการและผู้ดำเนินการ เพื่อควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้มีการดำเนินงานที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีความปลอดภัยสำหรับผู้ใช้บริการ

๗. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการบริการสาธารณสุขและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างทั่วถึงมาอย่างต่อเนื่องและได้ดำเนินการให้มีอาสาสมัครเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุหลายประการ เช่น

(๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๐

(๒) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๖

(๓) โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดให้มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในชุมชนของตนเอง ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

(๔) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นโครงการภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ภายใต้กรอบวงเงิน ๑,๐๘๐ ล้านบาท ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โดยกำหนดให้มี ๒ กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ ๑ การจัดฝึกอบรมอาสาสมัครตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง วงเงิน ๑๔๗ ล้านบาท และกิจกรรมที่ ๒ การจ่ายค่าตอบแทนในอัตราคนละ ๕,๐๐๐ บาท วงเงิน ๙๓๒ ล้านบาท ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงมหาดไทย ภายใต้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒

๘. มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ๔ มิติ (เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม)

มติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๓ ได้เห็นชอบมาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ๔ มิติ (เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม) ตามที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เสนอ โดยให้ พม. เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการและติดตาม และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

มิติเศรษฐกิจ ได้กำหนดประเด็นเร่งด่วนสำคัญ เช่น การบูรณาการระบบบำนาญและระบบการออมเพื่อยามสูงอายุ การส่งเสริมและสนับสนุนประชากรวัยทำงานเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่การใช้ชีวิตยามสูงอายุ การสนับสนุนการเพิ่มพูนทักษะและอาชีพทางเลือกที่ ๒ ในวัยทำงาน และหลังเกษียณ เป็นต้น

มิติสุขภาพ ได้กำหนดประเด็นเร่งด่วนสำคัญ เช่น การยกระดับผู้บริบาลมืออาชีพ Formal (Paid) Care Giver ซึ่งในระดับนโยบายได้บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อส่งต่อระดับพื้นที่ต่อไป โดยมีคณะกรรมการบูรณาการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ศึกษาและจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ (๑) สถานดูแลผู้สูงอายุ (๒) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ (๓) หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ

ในประเด็นหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุมีประกาศกรมกิจการผู้สูงอายุ เรื่อง มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ ได้กำหนดมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๓ หลักสูตร ได้แก่

(๑) มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุขั้นเบื้องต้น จำนวน ๑๘ ชั่วโมง สำหรับสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครหรือผู้สนใจที่มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปี

(๒) มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง สำหรับประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่วิชาชีพ

(๓) มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นสูง จำนวน ๔๒๐ ชั่วโมง สำหรับประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ หน่วยงานที่ดำเนินการจัดฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องดำเนินการขออนุญาตใช้มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

(๑) มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุขั้นเบื้องต้น จำนวน ๑๘ ชั่วโมง ให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อกรมกิจการผู้สูงอายุ

(๒) มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง และมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นสูง จำนวน ๔๒๐ ชั่วโมง ให้ยื่นขออนุญาตใช้ ดังนี้

๑) หน่วยงานภาครัฐ สถานศึกษา องค์กรต่าง ๆ ที่จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อกรมอนามัย

๒) โรงเรียนบริหารให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน

๓) สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน

๔) หน่วยงาน สถานศึกษา องค์กรต่าง ๆ ที่จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่กิจการดูแลผู้สูงอายุให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สำหรับประเด็นสถานดูแลผู้สูงอายุและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยได้แบ่งลักษณะการให้บริการออกเป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่

(๑) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงระหว่างวันที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยไม่มีการพักค้างคืน

(๒) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย

(๓) การให้บริการดูแลและประทับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มีกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการพักค้างคืน

โดยให้ผู้ประกอบกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ปฏิบัติงานในกิจการดังกล่าวให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ และคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการใช้ปฏิบัติ กฎกระทรวงฉบับนี้ประกอบด้วยหมวดที่กำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ มาตรฐานด้านความปลอดภัย และมาตรฐานด้านการให้บริการ โดยมีข้อกำหนดทางด้านกายภาพเกี่ยวกับพื้นที่ให้บริการทั้งภายในและภายนอก และข้อกำหนดด้านความปลอดภัย

มิติสภาพแวดล้อมได้กำหนดประเด็นเร่งด่วนสำคัญหลายประการ เช่น (๑) การปรับปรุงกฎกระทรวงให้มีผลใช้บังคับให้สอดคล้อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพในการบังคับใช้มากขึ้น การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภารกิจในการปรับสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

มติสังคมได้กำหนดประเด็นเร่งด่วนสำคัญหลายประการ เช่น (๑) การเพิ่มบทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่น ให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบูรณาการและขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติ และพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของแต่ละท้องถิ่น (๒) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ (บ้าน วัด โรงเรียน วิสาหกิจ ชมรม โรงพยาบาล) ในการรองรับสังคมสูงวัยในชุมชน และ (๓) การส่งเสริมให้มีระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

บทที่ ๓
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. สถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไทย

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๘ ปัจจุบันหลาย ๆ จังหวัดในประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) เนื่องจากมีประชากรสูงอายุถึง ร้อยละ ๒๐ คาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) คือ มีประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมด^๒

ข้อมูลจากกรมการปกครอง ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ ยืนยันว่า มีจังหวัดที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ถึง ๑๖ จังหวัด โดยมีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี สูงเกินกว่าร้อยละ ๒๐ ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือ จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่มีร้อยละของผู้สูงอายุสูงที่สุดถึง ร้อยละ ๒๔.๔๐

**ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในประเทศไทยรายจังหวัด
ที่มากกว่าร้อยละ ๒๐**

| ลำดับ | จังหวัด | ชาย | หญิง | รวม | ร้อยละ |
|-------|-------------|--------|---------|---------|--------|
| ๑ | ลำปาง | ๘๒,๐๒๘ | ๙๕,๘๑๘ | ๑๗๗,๘๔๖ | ๒๔.๔๐ |
| ๒ | สิงห์บุรี | ๒๐,๖๙๗ | ๒๙,๒๑๓ | ๔๙,๙๑๐ | ๒๔.๒๔ |
| ๓ | ลำพูน | ๔๓,๔๖๘ | ๕๓,๓๑๕ | ๙๖,๗๘๓ | ๒๔.๐๗ |
| ๔ | แพร่ | ๔๕,๙๙๓ | ๕๘,๙๔๒ | ๑๐๔,๙๓๕ | ๒๓.๙๙ |
| ๕ | ชัยนาท | ๓๑,๘๓๖ | ๔๓,๐๔๔ | ๗๔,๘๘๐ | ๒๓.๒๒ |
| ๖ | สมุทรสงคราม | ๑๘,๔๐๐ | ๒๖,๑๕๒ | ๔๔,๕๕๒ | ๒๓.๒๐ |
| ๗ | อ่างทอง | ๒๕,๙๐๗ | ๓๖,๓๘๕ | ๖๒,๒๙๒ | ๒๒.๕๒ |
| ๘ | พะเยา | ๔๘,๓๕๗ | ๕๖,๑๓๙ | ๑๐๔,๔๙๖ | ๒๒.๓๖ |
| ๙ | อุตรดิตถ์ | ๔๔,๔๔๙ | ๕๔,๘๕๕ | ๙๙,๓๐๔ | ๒๒.๑๓ |
| ๑๐ | พิจิตร | ๔๙,๖๘๗ | ๖๓,๘๙๐ | ๑๑๓,๕๗๗ | ๒๑.๓๔ |
| ๑๑ | สุโขทัย | ๕๓,๙๐๕ | ๗๐,๓๗๑ | ๑๒๔,๒๗๖ | ๒๑.๑๔ |
| ๑๒ | นครสวรรค์ | ๙๕,๓๑๑ | ๑๒๒,๖๑๑ | ๒๑๗,๙๒๒ | ๒๐.๙๕ |
| ๑๓ | สุพรรณบุรี | ๗๔,๙๙๑ | ๑๐๐,๒๔๐ | ๑๗๕,๒๓๑ | ๒๐.๘๙ |
| ๑๔ | อุทัยธานี | ๒๙,๖๘๓ | ๓๗,๕๘๔ | ๖๗,๒๖๗ | ๒๐.๖๔ |

^๒ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ๒๕๕๙.

| | | | | | |
|---------------|---------|-----------|-----------|------------|-------|
| ๑๕ | น่าน | ๔๗,๑๐๙ | ๕๑,๒๕๔ | ๙๘,๓๖๓ | ๒๐.๖๓ |
| ๑๖ | นครนายก | ๒๒,๖๘๐ | ๒๙,๖๙๓ | ๕๒,๓๗๓ | ๒๐.๑๔ |
| รวมทั้งประเทศ | | ๕,๑๓๐,๓๖๓ | ๖,๔๙๖,๗๖๗ | ๑๑,๖๒๗,๑๓๐ | ๑๗.๕๗ |

ที่มา: ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓ จัดทำโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ

๒. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Living (ADL) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร รวมไปถึงการกลั้นปัสสาวะ อูจจาระบ่งบอกถึงความต้องการการดูแล และการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น^๓

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้นิยาม “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายถึง ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ มีภาวะพึ่งพิงซึ่งได้ผ่านประเมินตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด และ “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายถึง การบริการดูแลที่บ้านและชุมชนเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดจนแนะนำการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นการรักษาพยาบาล

การจำแนกผู้สูงอายุตามลักษณะทางสุขภาพและสังคม สามารถแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง) ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองประเมินแล้ว จำนวน ๕,๘๐๙,๖๑๘ คน จำแนกเป็น ติดสังคมจำนวน ๕,๕๘๙,๓๙๘ คน หรือ ร้อยละ ๙๖.๒ ติดบ้านจำนวน ๑๖๒,๒๑๓ คน หรือ ร้อยละ ๒.๗๙ และติดเตียงจำนวน ๑๐,๐๒๙ คน หรือ ร้อยละ ๐.๖๘ แต่ยังคงมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการประเมิน ADL และคัดกรองอีกจำนวน ๓,๔๓๓,๓๒๗ คน หรือ ร้อยละ ๓๗.๑๔

^๓ กรมอนามัย, สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ, ๒๕๕๗.

ตารางที่ ๒ สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามรายเขต และกลุ่มติดสังคม
กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง พ.ศ. ๒๕๖๓

| เขต สุขภาพ | จำนวน ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการ ประเมิน ADL และคัดกรอง ทั้งหมด | ติดสังคม (ADL๑๒-๒๐) | คิดเป็น ร้อยละ | ติดบ้าน (ADL ๕- ๑๑) | คิดเป็น ร้อยละ | ติดเตียง (ADL ๐-๔) | คิดเป็น ร้อยละ |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| ๑ | ๖๖๐,๓๒๙ | ๖๔๐,๑๕๗ | ๙๖.๙๕ | ๑๕,๙๓๓ | ๒.๔๑ | ๔,๒๓๙ | ๐.๖๔ |
| ๒ | ๓๖๔,๒๐๕ | ๓๕๔,๔๗๐ | ๙๗.๓๓ | ๗,๖๗๐ | ๒.๑๑ | ๒,๐๖๕ | ๐.๖๔ |
| ๓ | ๓๙๗,๕๑๒ | ๓๘๕,๑๗๑ | ๙๖.๙๐ | ๙,๔๓๒ | ๒.๓๗ | ๒,๙๐๙ | ๐.๖๔ |
| ๔ | ๔๔๓,๓๙๙ | ๔๒๖,๘๗๘ | ๙๖.๒๗ | ๑๒,๑๒๒ | ๒.๗๓ | ๔,๓๙๙ | ๐.๖๔ |
| ๕ | ๕๘๖,๓๒๓ | ๕๕๒,๐๙๓ | ๙๔.๑๖ | ๑๑,๙๙๓ | ๒.๐๕ | ๔,๒๓๗ | ๐.๖๔ |
| ๖ | ๔๘๗,๓๖๖ | ๔๗๔,๓๑๑ | ๙๗.๓๒ | ๙,๘๒๔ | ๒.๐๒ | ๓,๒๓๓ | ๐.๖๔ |
| ๗ | ๔๘๙,๘๐๙ | ๔๗๐,๓๕๒ | ๙๖.๐๓ | ๑๖,๗๒๑ | ๓.๔๑ | ๒,๗๓๖ | ๐.๖๔ |
| ๘ | ๔๙๘,๙๓๗ | ๔๘๐,๘๒๗ | ๙๖.๓๗ | ๑๕,๔๙๘ | ๓.๑๑ | ๒,๖๑๒ | ๐.๖๔ |
| ๙ | ๖๙๑,๙๒๕ | ๖๗๒,๒๙๐ | ๙๗.๑๖ | ๑๕,๖๖๘ | ๒.๒๖ | ๓,๙๖๗ | ๐.๖๔ |
| ๑๐ | ๓๕๔,๓๔๔ | ๓๓๓,๐๑๐ | ๙๓.๙๘ | ๑๙,๒๖๔ | ๕.๔๔ | ๒,๐๗๐ | ๐.๖๔ |
| ๑๑ | ๔๑๗,๕๑๒ | ๓๙๘,๒๕๑ | ๙๕.๓๙ | ๑๕,๑๘๑ | ๓.๖๔ | ๔,๐๘๐ | ๐.๖๔ |
| ๑๒ | ๔๑๗,๙๗๗ | ๔๐๑,๕๘๘ | ๙๖.๐๘ | ๑๒,๙๐๗ | ๓.๐๙ | ๓,๔๘๒ | ๐.๖๔ |
| รวม | ๕,๘๐๙,๖๑๘ | ๕,๕๘๙,๓๙๘ | ๙๖.๒ | ๑๖๒,๒๑๓ | ๒.๗๙ | ๔๐,๐๒๙ | ๐.๖๘ |

ที่มา: ข้อมูลจาก Long-term healthcare system for dependent elderly (LTC)

รายงานการประเมินผู้สูงอายุ ตาม ADL พ.ศ. ๒๕๖๓ มาวิเคราะห์สังเคราะห์

รายงานฉบับนี้ได้ใช้ข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ (ฉบับปรับปรุง) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มาทำการประมาณการผู้สูงอายุจำแนกตาม ADL ได้ให้ข้อสมมุติฐานว่าสามารถทำการคัดกรองได้ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุทั้งหมด เท่ากับ พ.ศ. ๒๕๖๓ และใช้สัดส่วนการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเท่ากับ พ.ศ. ๒๕๖๓ (Status quo) จากคำจำกัดความของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ ดังนั้น ใน พ.ศ. ๒๕๖๔ จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถึง ๒๑๘,๓๐๘ คน โดยเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเท่ากับ ๑๗๕,๐๙๙ คน และ ๔๓,๒๐๙ คน ตามลำดับ ในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า จะเพิ่มเป็น

๑.๖ เท่าของ พ.ศ. ๒๕๖๔ คือ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่ากับ ๓๕๗,๘๕๙ คน โดยเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียงเท่ากับ ๒๘๗,๐๒๙ คน และ ๗๐,๘๓๐ คน ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม รายงาน Long Term Care ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ พบว่า มีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙๔,๘๑๒ คน ซึ่งน้อยกว่าการประมาณการนี้

ตารางที่ ๓ ประมาณการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนก ADL กลุ่มติดสังคม

กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๘๓

| ปี พ.ศ. | ผู้สูงอายุ | ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL และคัดกรองร้อยละ ๕๐ | ติดสังคม (ADL๑๒-๒๐) | ติดบ้าน (ADL ๕-๑๑) | ติดเตียง (ADL ๐-๔) | พึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) |
|---------|------------|-------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|
| ๒๕๖๔ | ๑๒,๕๑๑,๙๔๒ | ๖,๒๕๑,๗๒๔ | ๖,๐๓๓,๔๑๖ | ๑๗๕,๐๙๙ | ๔๓,๒๐๙ | ๒๑๘,๓๐๘ |
| ๒๕๖๕ | ๑๒,๙๙๙,๑๘๗ | ๖,๔๙๕,๑๘๐ | ๖,๒๖๘,๓๗๑ | ๑๘๑,๙๑๘ | ๔๔,๘๙๒ | ๒๒๖,๘๐๙ |
| ๒๕๖๖ | ๑๓,๕๐๐,๑๒๗ | ๖,๗๔๕,๔๘๑ | ๖,๕๐๙,๙๓๑ | ๑๘๘,๙๒๘ | ๔๖,๖๒๑ | ๒๓๕,๕๕๐ |
| ๒๕๖๗ | ๑๔,๐๑๒,๘๕๔ | ๗,๐๐๑,๖๗๐ | ๖,๗๕๗,๑๗๔ | ๑๙๖,๑๐๔ | ๔๘,๓๙๒ | ๒๔๔,๔๙๖ |
| ๒๕๖๘ | ๑๔,๕๓๔,๖๕๗ | ๗,๒๖๒,๓๙๕ | ๗,๐๐๘,๗๙๔ | ๒๐๓,๔๐๖ | ๕๐,๑๙๔ | ๒๕๓,๖๐๐ |
| ๒๕๖๙ | ๑๕,๐๖๔,๓๔๙ | ๗,๕๒๗,๐๖๑ | ๗,๒๖๔,๒๑๘ | ๒๑๐,๘๑๙ | ๕๒,๐๒๓ | ๒๖๒,๘๔๒ |
| ๒๕๗๐ | ๑๕,๕๙๗,๖๙๓ | ๗,๗๙๓,๕๕๒ | ๗,๕๒๒,๔๐๔ | ๒๑๘,๒๘๓ | ๕๓,๘๖๕ | ๒๗๒,๑๔๘ |
| ๒๕๗๑ | ๑๖,๑๒๕,๒๒๐ | ๘,๐๕๗,๑๓๖ | ๗,๗๗๕,๗๘๔ | ๒๒๕,๖๖๕ | ๕๕,๖๘๗ | ๒๘๑,๓๕๒ |
| ๒๕๗๒ | ๑๖,๖๓๕,๑๗๔ | ๘,๓๑๑,๙๔๐ | ๘,๐๒๑,๖๙๐ | ๒๓๒,๘๐๒ | ๕๗,๔๘๘ | ๒๙๐,๒๙๐ |
| ๒๕๗๓ | ๑๗,๑๑๘,๖๙๗ | ๘,๕๕๓,๕๓๗ | ๘,๒๕๔,๘๕๑ | ๒๓๙,๕๖๙ | ๕๙,๑๑๘ | ๒๙๘,๖๘๖ |
| ๒๕๗๔ | ๑๗,๕๗๐,๐๙๐ | ๘,๗๗๙,๐๘๑ | ๘,๔๗๒,๕๑๘ | ๒๔๕,๘๘๖ | ๖๐,๖๗๗ | ๓๐๖,๕๖๒ |
| ๒๕๗๕ | ๑๗,๙๙๙,๓๔๖ | ๘,๙๘๘,๕๖๖ | ๘,๖๗๔,๖๘๙ | ๒๕๑,๗๕๓ | ๖๒,๑๒๕ | ๓๑๓,๘๗๘ |
| ๒๕๗๖ | ๑๘,๓๘๐,๓๔๔ | ๙,๑๘๓,๙๓๒ | ๘,๘๖๓,๒๓๓ | ๒๕๗,๒๒๕ | ๖๓,๔๗๕ | ๓๒๐,๗๐๐ |
| ๒๕๗๗ | ๑๘,๗๕๐,๐๓๐ | ๙,๓๖๘,๖๕๐ | ๙,๐๔๑,๕๐๐ | ๒๖๒,๓๙๘ | ๖๔,๗๕๒ | ๓๒๗,๑๕๐ |
| ๒๕๗๘ | ๑๙,๑๐๒,๗๖๘ | ๙,๕๕๔,๘๙๙ | ๙,๒๑๑,๕๙๕ | ๒๖๗,๓๓๕ | ๖๕,๙๗๐ | ๓๓๓,๓๐๔ |
| ๒๕๗๙ | ๑๙,๔๓๙,๗๑๘ | ๙,๗๑๓,๒๖๐ | ๙,๓๗๔,๐๗๖ | ๒๗๒,๐๕๐ | ๖๗,๑๓๓ | ๓๓๙,๑๘๔ |
| ๒๕๘๐ | ๑๙,๗๕๖,๗๑๙ | ๙,๘๗๑,๖๕๓ | ๙,๕๒๖,๙๓๘ | ๒๗๖,๔๘๗ | ๖๘,๒๒๘ | ๓๔๔,๗๑๕ |
| ๒๕๘๑ | ๒๐,๐๖๖,๖๔๗ | ๑๐,๐๑๖,๕๑๘ | ๙,๖๖๖,๗๔๕ | ๒๘๐,๕๔๔ | ๖๙,๒๒๙ | ๓๔๙,๗๗๓ |
| ๒๕๘๒ | ๒๐,๒๙๙,๙๑๗ | ๑๐,๑๔๓,๐๖๗ | ๙,๗๘๘,๘๗๕ | ๒๘๔,๐๘๘ | ๗๐,๑๐๔ | ๓๕๔,๑๙๒ |
| ๒๕๘๓ | ๒๐,๕๑๐,๐๔๕ | ๑๐,๒๔๘,๐๖๐ | ๙,๘๙๐,๒๐๑ | ๒๘๗,๐๒๙ | ๗๐,๘๓๐ | ๓๕๗,๘๕๙ |

ที่มา : ประมาณการจากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓ (ฉบับปรับปรุง)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความต้องการผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ ๙๒๘,๔๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๘.๒ ผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคใต้ มีความต้องการผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันสูงถึงร้อยละ ๘.๖ สำหรับผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลปรนนิบัติประจำวัน มีร้อยละ ๑๓.๘ โดยผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีผู้ดูแลสูงสุดถึง ร้อยละ ๑๙.๔

ตารางที่ ๔ จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน

| ความต้องการผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน | ภาค | | | | | รวม |
|---------------------------------------------------|---------------|-----------|-----------|------------------------|-----------|------------|
| | กรุงเทพมหานคร | กลาง | เหนือ | ตะวันออก เฉียงเหนือ | ใต้ | |
| ไม่ต้องการ | ๙๙๖,๒๙๐ | ๒,๖๕๒,๗๐๑ | ๒,๒๑๒,๓๔๘ | ๓,๒๘๘,๘๗๔ | ๑,๒๑๗,๐๒๙ | ๑๐,๓๖๗,๒๔๓ |
| ต้องการ | ๙๓,๒๒๘ | ๒๕๓,๒๘๐ | ๑๘๗,๒๓๘ | ๒๗๗,๘๔๐ | ๑๑๖,๘๑๔ | ๙๒๘,๔๐๐ |
| ร้อยละ | ๘.๖ | ๘.๗ | ๗.๘ | ๗.๘ | ๘.๗ | ๘.๒ |
| ไม่ทราบ | ๔๕๖ | ๗,๗๖๑ | ๓,๒๒๒ | ๔,๐๑๓ | ๑,๓๕๒ | ๑๖,๘๐๔ |
| ไม่มีผู้ดูแล/ ดูแลตนเอง | ๘๗๘,๖๓๙ | ๒,๔๘๒,๗๕๙ | ๒,๑๗๑,๗๒๗ | ๓,๐๙๔,๑๕๓ | ๑,๑๒๘,๐๒๐ | ๙,๗๕๕,๒๙๘ |
| มีผู้ดูแล | ๒๑๑,๓๓๕ | ๔๓๐,๙๘๓ | ๒๓๖,๐๘๒ | ๔๗๖,๕๗๔ | ๒๐๗,๑๗๕ | ๑,๕๕๗,๑๔๙ |
| ร้อยละ | ๑๙.๔ | ๑๔.๘ | ๙.๖ | ๑๓.๓ | ๑๕.๕ | ๑๓.๘ |
| ยอดรวม | ๑,๐๘๙,๕๑๘ | ๒,๙๑๓,๖๘๒ | ๒,๔๐๒,๘๖๙ | ๓,๗๖๐,๔๒๗ | ๑,๓๒๔,๒๐๔ | ๑๑,๓๑๒,๖๕๗ |

ที่มา: สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

๓. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากสถานการณ์ที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลมากขึ้น ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุไทยมีปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดแคลนผู้ดูแล สถานการณ์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยน่าเป็นห่วงอย่างมาก

“การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ หมายความว่า การบริการดูแลที่บ้านและชุมชนเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด ตลอดจนแนะนำการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นการรักษาพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของครอบครัว

เนื่องจากวัฒนธรรมการอยู่เป็นครอบครัวตามแนวทางตะวันออก ทำให้มีความพร้อมและความสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ นอกจากนั้นยังมีการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มุ่งให้ผู้สูงอายุได้มีทางเลือกและโอกาสที่จะอยู่ในที่อยู่อาศัยมากขึ้น โดยมีผู้ดูแลที่บ้านหรือบุคลากรทางการแพทย์แบบสหสาขา รวมถึงอาสาสมัครด้านต่าง ๆ มาให้การดูแลถึงที่บ้าน ทำให้สามารถดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งพาตนเองมากขึ้นและเพื่อช่วยลดอัตราการครองเตียง ลดปัญหาค่าใช้จ่ายของการดูแลในสถาบัน เช่น การดูแลในโรงพยาบาล สถานที่ดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างคืนทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจะมีการดำเนินงานทั้งด้านการบริการ การบริหารและการสนับสนุนต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

การดูแลบริการและการสนับสนุนที่จัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีหลากหลายรูปแบบตั้งแต่การดูแลที่บ้านโดยญาติหรือการจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่บ้าน เช่น เยี่ยมให้บริการการรักษาพยาบาลพื้นฟูถึงที่บ้าน และการดูแลโดยประสานการเชื่อมโยงจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีต่าง ๆ การดูแลผู้สูงอายุโดยสถาบันของภาครัฐและที่ไม่ใช่ภาครัฐ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยลักษณะของผู้ให้การดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๓.๑ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยการให้บริการกันเองในชุมชน

๓.๑.๑ บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ให้การดูแล (Care Giver: CG) เป็นการให้บริการภายใต้โครงการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) ซึ่ง CG มีหน้าที่ให้การดูแลด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การให้การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ แต่งตัว ป้อนข้าว ป้อนยา และให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น basic activities daily living จนถึงการดูแลที่ซับซ้อน เช่น คัดกรองประเมินปัญหาสุขภาพ และการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรมอนามัย มีนโยบาย “พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนด้วยนวัตกรรม ๓ C : Care Manager Care Giver และ Care Plan” การดูแลผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรม ๓ C เป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี CG เป็นลูกหลานของคนในชุมชน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศไทย มีตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ ๖,๖๑๗ ตำบล จากทั้งหมด ๗,๒๕๕ ตำบล โดยมี CG ทั่วประเทศจำนวน ๙๑,๘๖๔ คน ผ่านการอบรม ๗๐ ชั่วโมงของกรมอนามัย มี Care Plan

และ Care Manager เป็นพี่เลี้ยง จำนวน ๑๔,๔๓๕ คน หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลระบบ CG ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมี CG จำนวน ๕ - ๑๐ คน ต่อตำบล

หน้าที่และบทบาท ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) มีหน้าที่เยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงตาม Care Plan ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ โดยให้การดูแลผู้สูงอายุ ตามกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย เพื่อให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยและเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ ตลอดจนสังเกต พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพโดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดูแลการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุให้สะอาดและถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอน กำจัดสิ่งปฏิกูล มูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนติดเชื้อ และการแพร่กระจาย ของโรค ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่ออย่างถูกต้อง และรายงานต่อ ผู้จัดการดูแล (Care Manager : CM) ซึ่ง CG ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างน้อย ๒ ครั้ง/เดือน

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง การให้บริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะ พิ่งพิงค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการเอื้ออำนวยเป็นครั้งคราวไม่ใช่เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระยะยาว การดูแลจึงเป็นภาระหลักของสมาชิกในครัวเรือน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็น โครงการร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ในชุมชน เป้าประสงค์ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองจำแนกตามกลุ่ม เพื่อรับบริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทุกชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแล ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริการ เป้าประสงค์ มีระบบการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่และมีระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวในชุมชนและระบบ รองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิ่งพิงและไม่สามารถพักอาศัยในชุมชนได้

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์ เป้าประสงค์ มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานของ ผู้สูงอายุภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนากำลังคน เป้าประสงค์ กำลังคนในระบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ และผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างการจัดการความรู้และการติดตามประเมินผล เป้าประสงค์ มีองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนาและติดตามกำกับระบบบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการ เป้าประสงค์ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

แหล่งงบประมาณ Care Giver ตั้งอยู่บนฐานงานระบบจิตอาสา มีงบประมาณค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อย สำหรับ Care Manager ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรในภาครัฐ และมีงานประจำ จึงทำให้ต้องรับภาระงานเพิ่ม แหล่งงบประมาณมาจากกองทุนเพื่อการบริการสุขภาพระยะยาว (LTC) สปสช. มีค่าตอบแทนผ่านกองทุนสุขภาพตำบล สปสช. ซึ่งได้กำหนดค่าตอบแทนให้กับ CG โดยกำหนดกรอบกว้าง ๆ คือ CG ที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ๕ - ๑๐ คน ให้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุน LTC เดือนละ ๑,๕๐๐ บาท โดย CG ที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า ๕ คน ให้ได้รับการสนับสนุนเดือนละ ๖๐๐ บาท ซึ่งแต่ละพื้นที่จะมีวิธีการบริหารจัดการงบประมาณในส่วนนี้แตกต่างกันไป

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง Care Giver ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตร ที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ คณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ มีระยะเวลาการอบรมอย่างน้อย ๗๐ ชั่วโมง ที่จัดโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า แต่พบว่าคุณภาพการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความหลากหลาย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทและปรับเปลี่ยนตามสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละบุคคล การมีจิตบริการของ CG เนื่องจากการทำงานในลักษณะจิตอาสาที่ได้รับค่าตอบแทนเล็กน้อย ซึ่งการทำงานของ CG ตั้งอยู่บนฐานของลักษณะงานจิตอาสา โดยส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้การจัดบริการ LTC ของประเทศขาดความเข้มแข็ง เพราะยังไม่มีหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และขึ้นกับการกำกับดูแลของ Care Manager ซึ่งบางพื้นที่พบว่าการดำเนินการอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังไม่มีกระบวนการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน เช่น การอภิปรายกรณีศึกษาในพื้นที่ร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัว Care Manager และ Care Giver

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย CG ในชุมชน ยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล จากรายงานดัชนีสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า ตำบลที่มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์มีจำนวน ๖,๖๑๗ ตำบล จากทั้งหมด ๗,๒๕๕ ตำบล จึงทำให้จำนวนของ CG ไม่ครอบคลุมเช่นเดียวกัน

ข้อค้นพบ ในหลาย ๆ พื้นที่ พบว่า CG เป็นผู้มีจิตอาสา ที่ทำงานด้วยใจ และรอยยิ้ม เสียสละ อดทน มีความพยายามในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การมี CG เหมือนมาช่วยแบ่งเบาภาระญาติให้ได้พักบ้าง ภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง เกิดความเหนื่อยล้า หรือถึงกับเลิกทำหน้าที่ดังกล่าวไปเลยก็มี

๓.๑.๒ บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เป็นโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีวัตถุประสงค์ให้กับบริบาลท้องถิ่นเป็นผู้ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่และชุมชนให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขในทุกด้านอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน ตอรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ โดยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ให้นิยาม “อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น” หมายความว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ซึ่งจัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือร่วมจัดกับหน่วยงานอื่นเพื่ออบรมให้ความรู้แก่บุคคลในท้องถิ่นของตนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

หน้าที่และบทบาท อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีหน้าที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมบริการอนามัยพื้นฐานภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นและประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นและประสานในการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง บริการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยขอความร่วมมือจากบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลในพื้นที่หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ช่วยเหลือการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัด ทั้งนี้ อาสาสมัคร ๑ คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน และหากพื้นที่ใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึงพึงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่าที่มีอยู่จริงในพื้นที่ ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น สามารถจัดหาวัสดุและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ เช่น ถูงมีอย่าง ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก หรือเครื่องวัดความดัน เป็นต้น โดยการตั้งงบประมาณให้ถือปฏิบัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ร่วมกับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

แหล่งงบประมาณ คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ อนุมัติแผนงานหรือโครงการภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ภายใต้กรอบวงเงิน ๑,๐๘๐ ล้านบาท กิจกรรมที่ ๑ ได้แก่ การจัดฝึกอบรมอาสาสมัครตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง วงเงิน ๑๔๗ ล้านบาท และกิจกรรมที่ ๒ ได้แก่ การจ่ายค่าตอบแทนในอัตราคนละ ๕,๐๐๐ บาท วงเงิน ๙๓๒ ล้านบาท โดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงมหาดไทยได้ร่วมกันผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งต้องกำหนดกรอบอัตราจ้าง “อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น” อย่างน้อยท้องถิ่นละ ๒ คน และผ่านการอบรม ๗๐ ชั่วโมง ของกรมอนามัย จะได้รับค่าตอบแทนเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท หากนักบริบาลท้องถิ่นคนใดเข้ารับการอบรมอาสาสมัครบริบาลเพิ่มอีก ๕๐ ชั่วโมง จะได้รับค่าตอบแทน ๖,๐๐๐ บาท ทั้งนี้ จะต้องปฏิบัติงานวันละ ๘ ชั่วโมง เป็นจำนวน ๒๐ วันต่อเดือน สำหรับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล น้อยกว่า ๒๐ วัน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น ส่วนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน

หน่วยงานรับผิดชอบ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย โดยเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีเป้าหมายให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๗,๗๗๔ แห่ง มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ขณะนี้มีจำนวน ๖,๘๓๐ แห่ง ยังคงขาดอีก ๙๔๔ แห่ง ที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการนี้ และจำนวนเป้าหมายอาสาสมัครจาก ๑๕,๕๔๘ คน มีผู้สมัครและผ่านการฝึกอบรม จำนวน ๑๓,๓๘๗ คน และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามโครงการดังกล่าว จำนวน ๕๖,๐๔๔ คน จากเป้าหมายเดิม คือ ๖๒,๑๙๒ คน^๔

^๔ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, เอกสารอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น, ๒๕๖๔.

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ อัตราค่าตอบแทนค่อนข้างน้อย ทำให้จำนวนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นไม่เป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้พบว่า อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นมีการลาออกไปประกอบอาชีพอื่น เช่น สมัครเป็นสมาชิกสภาท้องถิ่น สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเป็นเสมือนพนักงานของท้องถิ่นที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลหรือพื้นที่ใกล้เคียง โดยจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลางจำนวน ๗๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทำให้อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นสามารถทำงานให้ท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อค้นพบ ๑) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นไม่สามารถจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลได้ด้วยตนเอง ต้องขอความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือบุคลากรด้านสุขภาพจากโรงพยาบาล ๒) ข้อกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขอัตราค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของท้องถิ่น มีผลต่อการดำเนินงานของอาสาสมัคร ๓) ค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับระยะเวลาการปฏิบัติงาน เนื่องจากอาสาสมัครต้องทำหน้าที่เป็นระยะเวลานาน และบางครั้งวีธีมอบหมายภารกิจหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม เช่น ซักผ้า ล้างจาน และกวาดบ้าน เป็นต้น ทำให้อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องหยุดปฏิบัติหน้าที่ไปบางส่วน

๓.๑.๓ บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครอื่น ได้แก่

(๑) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ปัจจุบัน คือ กรมกิจการผู้สูงอายุ และอยู่ภายใต้ชมรมผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะต้องมีความสมัครใจเป็น อผส. มีเวลาเพื่อทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง และวุฒิภาวะที่เหมาะสม พออ่านออกเขียนได้บ้าง ต้องให้การดูแลช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ กลุ่มสีแดง ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกข์ยาก ๗ ประเภท ได้แก่ ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทะเลาะเบาะแว้ง เคยได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง และยากจน และกลุ่มสีเขียว คือ ผู้สูงอายุอื่นทั่วไป มีสุขภาพแข็งแรง ออกสังคมได้

หน้าที่และบทบาท อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีหน้าที่ดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญญาความทรงจำ เศรษฐกิจสังคมที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม โดย อผส. ๑ คน ต้องดูแลผู้สูงอายุกลุ่มสีแดงไม่น้อยกว่า ๕ คน และสอดส่องดูแลผู้สูงอายุกลุ่มสีเขียว ๑๕ คน อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง หรือตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย นอกจากการดูแลผู้สูงอายุทุกคนแล้ว อผส.ต้องเฝ้าระวัง เตือนภัย และ

จัดบริการสวัสดิการต่าง ๆ โดยมีกิจกรรมเยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุข ดูแลอาหารการกิน การใช้จ่าย การออกกำลังกาย การพบแพทย์ หรือการพาแพทย์มาตรวจรักษาที่บ้าน พาไปร่วมงานในชุมชน พักผ่อนนอกบ้าน ร่วมกิจกรรมทางศาสนา ปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ให้ความรู้คำปรึกษาเกี่ยวกับสิทธิและการเข้าถึงสิทธิ ให้ข้อมูลบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ เฝ้าระวังปัญหา และจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

แหล่งงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมกิจการผู้สูงอายุ

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง การดำเนินงานของ อผส. ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุและการช่วยเหลือกันของสมาชิก ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นจุดแข็งของการปฏิบัติงานของ อผส. คือ ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ที่อาสาเป็น อผส. โดยเฉพาะผู้ที่มีจิตอาสา ไม่หวังผลตอบแทน มีจิตใจเมตตากรุณา มีความอดทน อุตสาหะ วิถีของชุมชนที่มีการเกื้อกูลกัน ความมีอัตลักษณ์และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในชุมชน รวมทั้งการทำงานที่มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคอื่น ๆ ในชุมชน โดยเฉพาะการทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน คือ การขาดเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายปฏิบัติงาน เช่น ค่าน้ำมันรถ ค่าของเยี่ยม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุหรือ/ญาติไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ค่าตอบแทนและสวัสดิการน้อยเกินไปและไม่มีความต่อเนื่อง

(๒) อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง บุคคลที่สมัครใจ เสียสละทำงานเพื่อสังคมโดยส่วนรวมในด้านการพัฒนาสุขภาพตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นรายเดือน ในรายงานฉบับนี้จะเน้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ โดยกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมี อสม. จำนวน ๑.๐๔ ล้านคนทั่วประเทศ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข ๑๕,๐๐๐ คน ในกรุงเทพฯ โดยแต่ละคนได้รับเงิน ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน กระจายอยู่ทั่วทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท เพื่อทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นเตือน และส่งเสริมชักชวนให้พี่น้องประชาชนดูแลสุขภาพและป้องกันโรค โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ ๑๐ ประการ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และอาสาสมัครกรุงเทพมหานครได้รับการคัดเลือกจากศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน จำนวน ๓๕,๐๐๐ คน และได้รับคัดเลือกปฏิบัติงาน จำนวน ๑๑,๐๐๐ คน ได้รับการอบรมและสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร

หน้าที่และบทบาท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน

สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน อสม.ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ๑ คน รับผิดชอบ ๑๐ - ๑๕ หลังคาเรือน ในปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อสม.จึงเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในครอบครัว และชุมชนอย่างอบอุ่น อสม. มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุดังนี้

- ๑) เสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- ๒) สืบหาผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาให้การดูแลที่ถูกต้อง
- ๓) เฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามสถานะหรือกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง ๓ กลุ่ม ได้แก่ ดิตบ้าน ดิตเตียง ดิตสังคม
- ๔) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้สูงอายุหรือให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่พบ
- ๕) บันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานและนำข้อมูลร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. ๒๕๕๒ และกฎระเบียบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

แหล่งงบประมาณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรม สบส.) กระทรวงสาธารณสุข และในภาวะวิกฤติโควิด ๑๙ นี้ รัฐบาลอนุมัติในโครงการค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัย สำหรับการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน ๓ เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๔ เดือนละ ๕๐๐ บาทต่อคน เพื่อให้ อสม. เป็นแกนนำสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยมีจำนวนมากกว่า ๑.๐๔ ล้านคน ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย ทำให้ทุกพื้นที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม อสม.ในพื้นที่จะมีการปฏิบัติงานแบบการสั่งการแบบทางเดียว หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะแจ้งข่าวสาร แนวทางการทำงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก และงานด้านนโยบายเป็นอย่างไร ๆ หรือเป็นงาน ๆ ไป อสม.ส่วนใหญ่ขาดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและไม่มีเวลาทำงาน เนื่องจากต้องทำงานหลายบทบาทหน้าที่ นอกจากนั้น บทบาทของ อสม.ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมผู้สูงอายุ

ตาม ๕ ข้อ ที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดและเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยการทำงานอย่างเข้าถึงที่แท้จริง จึงจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อค้นพบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีภารกิจและกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่มีมากทั้งเชิงรับและเชิงรุก ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความครอบคลุมและใกล้ชิดกับชุมชน ได้สร้างคุณประโยชน์อย่างมากมาต่อการพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนมายาวนานและต่อเนื่องทั้งด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อมของชุมชนและประชาสัมพันธ์ข่าวสารสาธารณสุขให้ชุมชน และพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่า ในการดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นผู้มีจิตอาสา เสียสละ อดทน มีใจรักการดูแลและบริการผู้สูงอายุ ดังนั้น คุณสมบัติข้อนี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการคัดเลือก อสม. ในการพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพด้านนี้

๓.๑.๔ บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการให้บริการในรูปแบบอื่น นวัตกรรมบริการสุขภาพ (health service innovation) หมายถึง การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ แนวคิดใหม่ ๆ ที่เป็นแนวคิดเชิงสร้างสรรค์ที่เกิดจากการใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในการบริการสุขภาพให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายก่อให้เกิดความคุ้มค่าสำหรับ การใช้บริการสุขภาพซึ่งนวัตกรรมบริการสุขภาพนี้จะสามารถพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางระบบสุขภาพได้ นวัตกรรมบริการสุขภาพ ได้แก่ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ ที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพ รูปแบบการบริการสุขภาพใหม่ ๆ ระบบงานบริการสุขภาพแบบใหม่ เช่น แบบประเมินภาวะสุขภาพ โปรแกรมการบริการสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้บริการ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล กิจกรรมการบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู นวัตกรรมเชิงรุกในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจะต้องประเมินคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง สัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแล และบุคคลที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาข้อมูลเชิงสังคมนวัตกรรมของชุมชนเพื่อเป็นแนวทางประกอบในการพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสม

นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุก เป็นบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เข้าถึงการบริการอย่างเท่าเทียมกัน โดยการพัฒนาคุณภาพเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการในชุมชน เปลี่ยนแปลงวิธีการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้บริการสุขภาพเชิงรุก

(๑) **นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)** ซึ่ง รพช.และรพสต.ถือเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวเข้าถึงบริการการวินิจฉัยบำบัด รักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องจนครบวงจร โรงพยาบาลทุกระดับจะมีหน่วยงานที่ติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุ

ออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจกรรมการดูแลร่วมสนับสนุนสุขภาพชนิดหนึ่งที่ใช้บ้านที่พักอาศัยเป็นฐานในการดูแล ประกอบด้วย การวางแผนก่อนการเยี่ยม การระบุข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมพร้อมกำหนดวัตถุประสงค์ การเยี่ยม และวางแผนงานเยี่ยมบ้าน^๕

หน้าที่และบทบาท การเยี่ยมบ้านให้การดูแลเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การช่วยแพทย์รักษาโรค การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และการรักษาโรคโดยใช้ที่อยู่อาศัย/บ้านของบุคคลและผู้ป่วยเป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำเพื่อประเมินและวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว หรือประสานกับหน่วยงานอื่น เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย มีการตรวจสุขภาพเชิงรุก เช่น วัดความดันโลหิต ให้คำปรึกษา แนะนำการดูแลสุขภาพ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมเยี่ยมบ้านสหสาขาของรพช. หรือ รพสต. ต้องให้ความสำคัญกับการเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุที่บ้านใน ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑) **กลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder)** การเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มนี้มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลโรคที่รักษาได้ตั้งแต่เริ่มต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ การเฝ้าระวังและค้นหาโรค หรือกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) และการป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ตั้งแต่เริ่มต้น (Early Detection) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมต้องเน้นการพูดคุยให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

๒) **กลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder)** เป้าหมายการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มุ่งดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ตามที่เป็นอย่างอยู่ เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้การบำบัดฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เน้นการควบคุมและจัดการอาการที่ไม่สุขสบายของผู้สูงอายุ (Syndrome Management) โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตทุกมิติของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

^๕ สายฝน กันธมาล และคณะ, “การเยี่ยมบ้านของพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Home Visiting of Nurses for Caring the Dependent Elderly People.”, วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๓ เดือน กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๑, หน้า ๑๐๗ – ๑๑๙.

หลังจากออกจากบ้านผู้ป่วยควรมีการสรุปปัญหาครอบครัวที่พบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และบันทึกข้อมูล ควรต้องมีสมุดหรือแฟ้มประจำครอบครัวเพื่อใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการดูแลครอบครัว^๖

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข เช่น

- ๑) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒
- ๒) พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๗
- ๓) พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘
- ๔) พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖
- ๕) พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. ๒๕๕๖

แหล่งงบประมาณ งบประมาณประจำกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ การออกเยี่ยมบ้านต้องใช้ทีมสหสาขา ทำให้ต้องมีแผนและตารางการเยี่ยมบ้านอย่างดี และจะต้องมีความร่วมมือของผู้สูงอายุและครอบครัว อีกทั้งผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ มีทีมที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและเป็นการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อค้นพบ รพช. และ รพสต. มีแผนการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

(๒) **นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)** ร่วมกับ **ท้องถิ่นและชุมชน** ในการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญทั้งระดับครอบครัวและระดับชุมชน การเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุจึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้ เพราะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ^๗ เช่น นวัตกรรมของโรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับ พระครูสิริศีลสังวร หรือครูบ้านน้อยเตชปัญโญ เจ้าอาวาสวัดศรีดอนมูล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ได้ให้การดูแล

^๖ ชาลัญชัย ลิ้มธงเจริญ, “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน”, ศรีนครินทร์ เวชสาร, ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๕ เดือนกันยายน - ตุลาคม ๒๕๖๐.

^๗ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมโดยการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เรื่อง “การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาสังคม” วันที่ ๒๑ - ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๓๙.

ต่อเนื่องแบบประคับประคองแก่กลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานร่วมกับธรรมบำบัด และการดูแลสุขภาพตามวิถีพุทธ

หน้าที่และบทบาท ทีมสุขภาพ เยี่ยมคนติดเตียง และเตรียมตัวตาย มีบริการแพทย์แผนไทยครบวงจร รวมทั้งปรับปรุงภูมิทัศน์ให้มีลักษณะรีสอร์ท มีสถานที่ดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ (ศาลาพระและศาลาอโรชยา) มีการบริจาคสนับสนุน อุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น เครื่องเอ็กซเรย์ดิจิตอล เครื่องเลเซอร์ เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาได้สร้าง Smart Home ซึ่งเป็นอาคารหรือบ้านเพื่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูหรือบำบัด โดยมีระบบการให้ความช่วยเหลือและขอความช่วยเหลือที่ทันสมัยแห่งเดียวในประเทศไทย สามารถให้ความช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยพิการและผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็วหากเกิดวิกฤตฉับพลัน อุปกรณ์ในบ้านครบครันติดตั้งไว้ทั่วบ้าน แม้แต่ในห้องน้ำ ห้องนอน ประตูหน้าต่าง โดยเฉพาะห้องน้ำ หากผู้สูงอายุเข้าไปนานและเกิดล้มลงไม่ได้สติ เพียง ๑๐ นาที สัญญาณขอความช่วยเหลือจะถูกส่งไปยังรถกู้ชีพและโรงพยาบาลทันที เพื่อส่งคนมาตรวจสอบและให้การช่วยเหลือ ถือได้ว่าเป็นบ้านพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ระหว่างกายภาพบำบัดหลังฟื้นฟูได้อย่างดีที่สุด โดยบ้านดังกล่าวทางโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาได้ใช้ชื่อว่า “อาคารศูนย์เทคโนโลยีชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังฟื้นฟูจากอาการเจ็บไข้ได้ป่วย” ภายในอาคารได้ใช้ระบบเทคโนโลยี โดยผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่าง เช่น ประกอบอาหาร เข้าห้องน้ำ นอน เป็นต้น หากมีปัญหาสามารถกดออก หรือแอปพลิเคชัน เพื่อเรียกญาติให้ช่วยเหลือได้ ซึ่งจะมีไฟปรากฏที่หน้าบ้าน และสัญญาณยังตั้งที่โรงพยาบาล ซึ่งจะส่งเจ้าหน้าที่มาช่วยเหลือ รวมทั้งการใช้ปลั๊กไฟอยู่ในระดับพอดี ห้องน้ำ ชักโครก อาบน้ำ หรือหน้าต่างได้ออกแบบให้พอดีกับระดับสายตา สามารถมองออกไปนอกอาคารได้เพื่อเป็นการผ่อนคลาย โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ออกแบบโดยอาจารย์ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเป็นบ้านต้นแบบสำหรับผู้สูงอายุหรือคนพิการหลังแรกของประเทศไทย

แหล่งงบประมาณ งบประมาณโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาและวัดศรีดอนมูล รวมทั้งเงินบริจาคจากประชาชน

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ ขาดแคลนอัตรากำลังทั้งแพทย์ เวชศาสตร์และครอบครัว/แพทย์/พยาบาล/พนักงานผู้ช่วย และการคมนาคมติดต่อกับหน่วยงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่สะดวก สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ เป็นโรงพยาบาลประชารัฐเต็มรูปแบบที่มีมูลนิธิครูบ้านน้อยอุปถัมภ์ต่อเนื่อง มีคณะกรรมการของชุมชนเข้าร่วมพัฒนาต่อเนื่อง รวมทั้งผู้รับบริการมี

จิตศรัทธาบริจาคงบประมาณต่อยอดจากครอบครัวน้อย เครือข่ายภาคประชาชนมีความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่ทุกคนพร้อมเรียนรู้และปฏิบัติงานได้หลายบทบาทหน้าที่ เต็มใจและเสียสละประโยชน์ส่วนตัว โดยมีค่านิยมร่วมกันว่าเป็นการร่วมบุญสร้างบารมีกับครอบครัว

ข้อค้นพบ เป็นนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายภาคประชาชนมีความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง วัดและชุมชนให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง มีผู้นำศาสนาที่เข้มแข็งอุปถัมภ์ ทำให้ผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคอย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการเพิ่มกรอบอัตรากำลัง โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำการ และขยายผลไปยังสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อพัฒนานวัตกรรมโดยความร่วมมือของโรงพยาบาลและท้องถิ่น ตลอดจนสนับสนุนให้เป็นแหล่งเรียนรู้เรื่องบ้านทันสมัย

(๓) นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุก “ท้องถิ่นเป็นหลักร่วมกับชุมชน” เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยมีท้องถิ่นเป็นหลัก เช่น กรณีเทศบาลตำบลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้ร่วมกับ ๘ หน่วยงานในอำเภอแม่สะเรียง บูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่สะเรียง เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และบูรณาการระบบการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสร้างกลไกที่เอื้อต่อผู้สูงอายุตามอำนาจหน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

หน้าที่และบทบาท เทศบาลตำบลแม่สะเรียง นำร่องโครงการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Service to Care (STC) มีบริการผู้สูงวัยด้วยใจ ให้ผู้สูงอายุในพื้นที่เลือกใช้บริการ ซึ่งมีบริการ ๔ กลุ่ม ได้แก่ ๑) บริการรับ-ส่ง ๒) บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ ๓) บริการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และ ๔) อสม.จิตอาสาชุมชน โดยการให้บริการนี้ประกอบด้วยชื่อ รูปภาพ และเบอร์โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และอีกหนึ่งสัญลักษณ์ที่สำคัญ คือ การติดธงสีส้มไว้หน้าบ้านผู้รับบริการ เพื่อเป็นจุดสังเกตให้เจ้าหน้าที่ทราบพิกัด รวมถึงเพื่อให้คนในพื้นที่มีการดูแลกันเองเบื้องต้น ก่อนที่หน่วยงานหรือองค์กรอื่นจะเข้ามาดูแล ซึ่งบ้านใดที่จะติดธงสีส้มต้องผ่านการคัดเลือกจากประชาคมที่ชุมชนมีส่วนร่วม

แหล่งงบประมาณ งบประมาณท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ ขาดแคลนอัตรากำลังสหสาขาอาชีพ สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ มีการร่วมมือทำงานเป็นระบบทีม

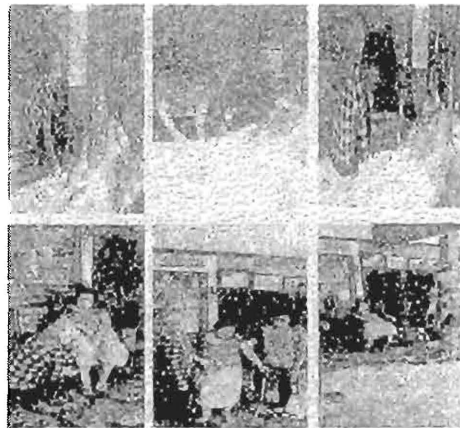
ข้อค้นพบ เป็นความร่วมมือช่วยกันดูแลในชุมชน การมีธงเป็นสัญลักษณ์ทำให้ชุมชนและผู้ดูแลสามารถทราบได้ว่าบ้านใดมีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล และสามารถเข้าถึงได้ง่าย

กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุตำบลกลอนโต อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ตำบลกลอนโตมีผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๑๐๐ คน ทั้งประเภทติดสังคมติดบ้าน และติดเตียง ดำเนินการดูแลโดยอาสาสมัครและบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สาธารณสุข พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรบริหารส่วนตำบล เป็นต้น อาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีมาจากหลายหน่วยงานและมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน เช่น Care Giver ภายใต้โครงการ LTC อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยกระทรวงสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น อาสาสมัครเหล่านี้ดำเนินงานภายใต้ระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานที่ตนเองสังกัด ส่งผลให้การดำเนินงานการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครและคำตอบแทนมีความแตกต่างกัน ซึ่งควรมีการทบทวนและจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ลงตัวมากยิ่งขึ้นต่อไป



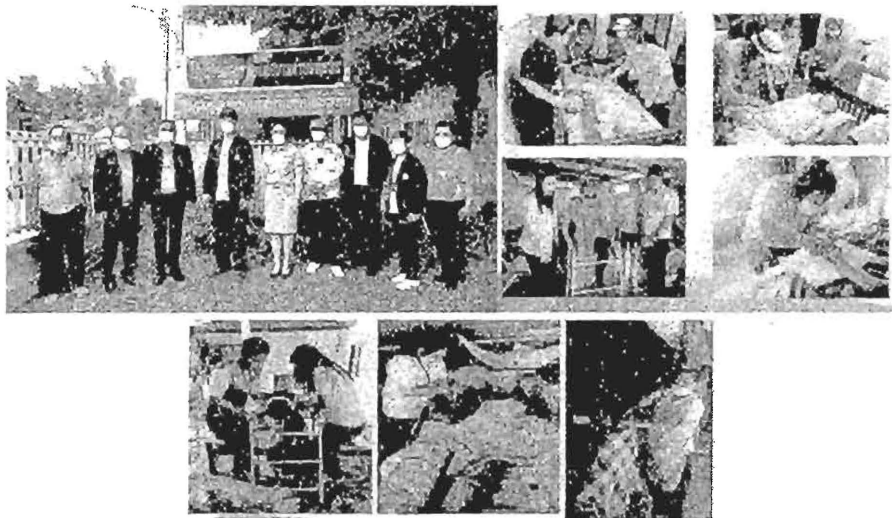
คณะกรรมการฯ ลงพื้นที่เมื่อวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
 เทศบาลเมืองทับกวางมีผู้สูงอายุ จำนวน ๒,๕๘๙ คน เทศบาลฯ ได้สนับสนุนกิจการ
 ผู้สูงวัยทั้งกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุตั้งชื่อตัวเองว่า “โรงเรียนฟ้าวันใหม่”
 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พัฒนาอาชีพ นันทนาการ ดูแลสุขภาพ พัฒนา
 สิ่งแวดล้อมของบ้าน สร้างบ้านให้ผู้สูงอายุยากไร้ และมี “ทีมโอบอุ้ม” ซึ่งเป็นทีม
 อาสาสมัครทำงานโดยไม่มีค่าตอบแทนได้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่ม
 ติดเตียงตามบ้าน นอกจากนี้ได้จ้างงานแพทย์ที่เกษียณอายุราชการ ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน
 ผู้ป่วย ติดเตียง (ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ) ร่วมกับพยาบาล
 วิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งเทศบาลฯ ได้สนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมต่าง ๆ
 โดยมีภาคเอกชนในพื้นที่บริจาคร่วมด้วยช่วยเหลือ อีกทั้งได้รับงบประมาณสนับสนุน
 จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเทศบาลจ่ายสมทบทุกปี จึงทำให้
 การดำเนินงานดูแล ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่มีความคล่องตัว
 เช่น การจัดฝึกอบรมอาชีพ บริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น การให้
 ความรู้ด้านโภชนาการ มอบสิ่งของจำเป็น การซ่อมแซมและสร้างที่อยู่อาศัย
 ที่ถูกสุขลักษณะให้แก่ผู้สูงอายุ



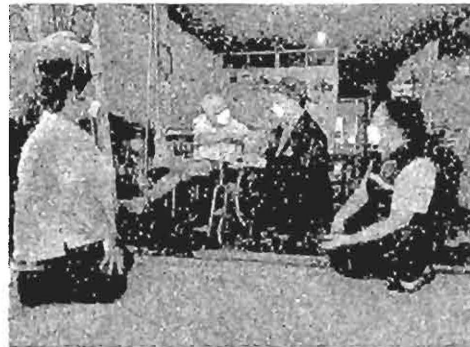
คณะกรรมการฯ ลงพื้นที่เมื่อวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๔

กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี เทศบาลตำบลทัพทันมีผู้สูงอายุ จำนวน ๘,๗๔๘ คน ดำเนินการดูแล ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่โดยใช้กลไกของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) เป็นหลักในการทำงานเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุ โดยมีเครือข่ายหน่วยงานในพื้นที่และนอกพื้นที่ให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ (ผลิตหน้ากากอนามัย ถู่มือผู้ป่วย) โครงการผู้สูงวัยใส่ใจลูกหลาน โครงการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย ศพอส. ได้ขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลทัพทันและกองทุนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ซึ่งทำให้การดำเนินงานในพื้นที่มีความรวดเร็ว คล่องตัว และทันสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเทศบาลฯ มี Care Giver ในโครงการ LTC จำนวน ๖ คน ทำงานภายใต้การควบคุมของ Care Manager เพื่อให้เป็นไปตาม Care plan ได้รับค่าตอบแทน ๖,๐๐๐ บาท/เดือน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) ทั้งด้านชีวิตประจำวัน สุขภาพและการกายภาพบำบัดโดย Care Giver จะต้องไม่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งนี้มีเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของ ศพอส. และจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นการสร้างสุขให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ



คณะกรรมการฯ ลงพื้นที่เมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๔

กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบางด้วน อำเภอบะเหลียน จังหวัดตรัง ตำบลบางด้วนได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๙.๐๔ ดำเนินงานกิจการผู้สูงอายุและการจัดระบบรองรับสังคมสูงวัยตามหลักการ “จุดพลัง” โดยมีท้องถิ่น (อบต., อบจ.) ท้องที่ (กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน) องค์กรชุมชน (สภาองค์กรชุมชนตำบลบางด้วน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน กองทุนสวัสดิการสังคม กองทุนต่าง ๆ) และหน่วยงานอื่น ๆ (รพ.สต. พมจ. สสส. สป.สว. ฯลฯ) ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ (๑) มิติสุขภาพ จัดให้มี CG จำนวน ๗ คน ดูแลผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน ๖๑ คน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการ LTC ของสปสช. และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครบริบาลโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลบางด้วน (อาสา ๑ คน : ผู้สูงอายุ ๕ คน) นอกจากนี้มีการดูแลสุขภาวะในชุมชน ทุกกลุ่มวัยโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บางด้วน และธรรมนูญสุขภาพ การส่งเสริมการออกกำลังกาย นวัตกรรมดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ เช่น ยางยืดแขนลดไหล่ติด เชือกออกกำลังกาย ชันแป้งแปลงร้าง (๒) มิติการออม/เศรษฐกิจ มี อสม. อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมเงินจากสมาชิกเพื่อนำฝากกับธนาคาร ธกส. ในโครงการการออมรองรับสังคมสูงวัย สสส. โดยส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยประถมศึกษา และสร้างกลุ่มอาชีพเน้นใช้ผลิตภัณฑ์ในชุมชน เช่น ไตปลาควักลิ้งจักสาน (๓) มิติสังคม ได้จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยกลไกคณะกรรมการและหลักสูตร โดยให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเตรียมรองรับสังคมสูงวัย และกลุ่มพี่เลี้ยง (๔) มิติสภาพแวดล้อม ได้ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่พิกาศัยให้กับผู้สูงอายุ คนพิการและกลุ่มเปราะบางร่วมกับหน่วยงานและองค์กรเครือข่ายในพื้นที่



คณะกรรมการฯ ลงพื้นที่เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕

๓.๒ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาครัฐ (Public Institutional Care)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาครัฐ (Public Institutional Care) เป็นอีกทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งในรูปแบบของการดูแลในสถานสงเคราะห์ ศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ และสถานพยาบาล โดยให้บริการด้านการดูแล การบำบัดรักษา ฟันฟูและพักฟื้นภายหลังการเจ็บป่วย สามารถจำแนกรูปแบบตามการจัดตั้งของหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ได้ ดังนี้

๓.๒.๑ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) เป็นสถาบันของรัฐ ภายใต้กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้บริการแบบมีที่พักอาศัย ผ่านศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั่วประเทศ มีทั้งหมด ๑๒ แห่ง ตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศไทยได้แก่

๑) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

๒) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี

๓) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

๔) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๕) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

๖) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

๗) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม

๘) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

๙) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง

๑๐) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่

๑๑) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา

๑๒) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการรวมทั้งสิ้น ๑,๒๘๕ คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุเข้ารับบริการประเภทสามัญ คือ ได้รับการสงเคราะห์ จำนวน ๑,๒๑๒ คน มีผู้สูงอายุ

ที่รอใช้บริการ จำนวน ๒๗๒ คน สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภทเสียค่าบริการ จำนวน ๗๓ คน และมีผู้สูงอายุที่รอใช้บริการ จำนวน ๓,๘๗๓ คน^๔

หน้าที่และบทบาท ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ให้บริการครอบคลุมความจำเป็นด้านปัจจัย ๔ รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ งานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม โดยให้การดูแลในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ และจัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงของกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผ่อนคลายและได้ทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ตามความสมัครใจ การทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุได้ติดต่อสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ลดความเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาทางสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการใช้ชีวิตอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายที่สำคัญ ได้แก่ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓ และ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐ แผนยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ ๒๐ ปี และระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘ การขับเคลื่อนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แผนยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) มีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบงานด้านสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อสภาพการณ์ทางสังคมโดยมีพันธกิจ ดังนี้

๑) ผลักดันนโยบาย มาตรการ กลไก การจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบนพื้นฐานการมีส่วนร่วม

๒) เตรียมความพร้อมคนทุกวัยเพื่อรับสังคมผู้สูงอายุ

๓) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานบนพื้นฐานการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ

๔) พัฒนาสภาพแวดล้อมและระบบเกื้อหนุนผู้สูงอายุเพื่อเข้าถึงบริการสาธารณะ

๕) ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

^๔ ระพีพรรณ คำหอม, “การจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ”, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. ๒๕๖๓.

แหล่งงบประมาณ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการประเภทเสียค่าบริการ ใช้งบประมาณภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และแหล่งงบประมาณจากการบริจาค

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ ผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่มีที่ว่างเพียงพอ บุคลากรมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้บริการของ ศพส. เนื่องจากไม่มีแพทย์และพยาบาลประจำ ศพส. สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ การดูแลมีความใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส หรือผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนจะได้รับการสงเคราะห์ในการเข้ารับบริการ

ข้อค้นพบ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแต่ละแห่งมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน มีผู้สูงอายุที่รอใช้บริการจำนวนมาก แต่ ศพส. ไม่สามารถรับผู้สูงอายุเข้ามาดูแลได้ทั้งหมด เนื่องจากมีบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ

ศพส. ไม่ได้เป็นสถาบันหลักของรัฐในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุอย่างกว้างขวาง หากแต่มีภารกิจในการพัฒนารูปแบบ วิธีการ มาตรการและวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่ง ศพส. ยังไม่สามารถดำเนินการบทบาทใหม่นี้ได้มากนัก

๓.๒.๒ สถานสงเคราะห์คนชราในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนมาจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (กรมประชาสงเคราะห์เดิม) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยมีการถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชราให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑๓ แห่ง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน ๒ แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น ๑๕ แห่ง ดังนี้

- ๑) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ๒ สังกัดกรุงเทพมหานคร
- ๒) สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่
- ๓) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์
- ๔) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
- ๕) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

๖) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (วัดม่วง) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

๗) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (โพธิ์กลาง) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

๘) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

๙) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอู่ถ้ำ) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

๑๐) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไย) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

๑๑) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี

๑๒) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุ้มทอง-พื้งตัก สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชุมพร

๑๓) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

๑๔) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง สังกัดกรุงเทพมหานคร

๑๕) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีสุคต สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก

หน้าที่และบทบาท จัดบริการด้านที่อยู่อาศัยด้านอาหารและโภชนาการ ให้การรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพป้องกันการป้องกันโรค อาชีวบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมวันสำคัญต่าง ๆ งานประเพณี รวมทั้งการจัดฅาปนกิจศพเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง เป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

แหล่งงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชราในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดบางแห่งไม่รับผู้สูงอายุข้ามพื้นที่จังหวัด และมีผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการของสถานสงเคราะห์คนชรา โดยมีสัดส่วนจำนวนผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุต่อจำนวนผู้สูงอายุในช่วงเวลากลางคืนต่ำกว่าตามเกณฑ์ที่กำหนด บุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชราขาดองค์ความรู้ทักษะและวิทยาการสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการ

ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ การให้บริการดูแลด้านปัจจัยสี่และการจัดกิจกรรมทางศาสนา และประเพณี การดูแลเรื่องสาธารณูปโภค สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย มีความสะดวก มั่นคงปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับ ชุมชนมากกว่าหน่วยงานสังกัดส่วนกลางและมีภารกิจดูแลการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรในพื้นที่ อยู่แล้ว

ข้อค้นพบ ขาดการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุข้ามพื้นที่ และผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการของสถานสงเคราะห์คนชรา

ข้อเสนอแนะ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงานสถานสงเคราะห์คนชราที่อยู่ในความรับผิดชอบและดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ในคู่มือการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

๓.๒.๓ การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกรุงเทพมหานคร
ได้แก่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีความหมายว่า “พระราชผู้ทรงทำความเจริญยิ่ง” เป็นโรงพยาบาล ภายใต้สำนักการแพทย์ เปิดบริการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๙ เมษายน ๒๕๔๒ ครอบคลุมบริการ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และโดดเด่นในด้านผู้สูงอายุ โดยได้รับรางวัลต่าง ๆ เช่น รางวัลชนะเลิศ การดูแลผู้สูงอายุ ในงานประชุมวิชาการสำนักการแพทย์ มีการจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่ครบวงจร ทั้งทางด้าน การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน รวมทั้งเน้นเรื่อง การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ การฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุ การเป็นสถาบันฝึกอบรมทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแล และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หน้าที่และบทบาท โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ได้ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ และการประคับประคองแบบครบวงจรในรูปแบบ “คลินิกสุขใจ สูงวัยประคับประคอง” หอผู้ป่วย ชีวภิบาล และมีแผนจะขยายบริการเป็นศูนย์แพทยศาสตร์เพื่อการเรียนรู้ผู้สูงอายุและการดูแล แบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มศักยภาพการเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิและรองรับจำนวนผู้รับบริการ ที่เพิ่มขึ้น มีหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เรียกว่า หอผู้ป่วยชีวาภิบาล มีจำนวน ๑๒ เตียง เป็นการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และที่สำคัญโรงพยาบาลจะให้ผู้ดูแลได้อยู่กับผู้สูงอายุด้วย ทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสอนวิธีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้

โครงการสุขใจ สูงวัยประคับประคอง โดยโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สังกัด สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นโครงการที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีเป้าหมาย คือ การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อผู้สูงวัยป่วยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็น

โรคที่รักษาไม่หายขาด เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจล้มเหลว ประกอบกับ ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังเดิม ๒ - ๓ โรคอยู่แล้ว จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายหรือกำลังจะเสียชีวิต จากโรค ซึ่งสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้น ๆ อีกทั้งยังได้ตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมถึงการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษา โดยเน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต ตลอดจนเน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใด ๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมาณของผู้ป่วย และในขณะเดียวกันไม่ยอมรับวิธีการรักษา ที่เป็นการเร่งหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ

หอผู้ป่วยชีวาภิบาล เป็นหอที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีผู้สูงอายุ กลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังอาจจะรักษาไม่หายหรือบางคนเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โดยกระบวนการ จะมีการประชุมกับทีมที่ดูแลรักษาเพื่อวางแผนในการรักษา หลาย ๆ คนที่คิดว่าเป็นผู้ป่วยระยะ สุดท้ายโรงพยาบาลจะมีการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) เป็นการตัดสินใจโดยผู้ป่วย โดยญาติ ผู้ป่วยทุกคนที่มาร่วมประชุมกันวางแผนให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี

มีการใช้หุ่นยนต์มินิไดโนเสาร์ที่มีกล้องสามารถจับภาพผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา และสามารถถ่ายทอดภาพไปยังญาติ แพทย์ และพยาบาล ซึ่งเชื่อมโยงกับโทรศัพท์มือถือได้ และมีปุ่ม Emergency Call ซึ่งผู้สูงอายุสามารถกดแล้วไปตั้งที่โทรศัพท์แพทย์ พยาบาลและญาติ พร้อมกันทันที อีกหนึ่งหน้าที่ของหุ่นยนต์มินิไดโนเสาร์ คือ สอนสุขศึกษาให้กับคนไข้หรือเป็นคน คนไข้ สอนการออกกำลังกาย หรือมีสัญญาณเตือนเมื่อถึงเวลากินยา โดยหุ่นยนต์มินิไดโนเสาร์ทำงาน ๒๔ ชั่วโมง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้สูงอายุกลับบ้าน มีช่องทางที่ติดต่อกันได้ โดยผู้สูงอายุและญาติสามารถโทรเข้ามาติดต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยผ่าน VDO Call Center

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ได้ดำเนินงาน ตามแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร โดยกำหนดยุทธศาสตร์การบริหารระบบการดูแลสุขภาพ ประชาชนที่ตอบสนองต่อการพัฒนาเมือง โดยมุ่งเน้นเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุตลอดจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ ผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการ มากทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอและเป็นการดูแลในโรงพยาบาลซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการดูแล ที่บ้านและที่ชุมชน สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่รับการรักษาส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว หลายโรค ซึ่งโรงพยาบาลราชพิพัฒน์มีการดูแลผู้สูงอายุ แบบ One Stop Service ภายใต้ คลินิก

สุขใจ สูงวัยประทับใจประทับใจ โดยรวมบุคลากรทางการแพทย์ที่จะดูแลผู้สูงอายุในหลายแผนก นอกจากนั้นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบสุขใจสูงวัยประทับใจประทับใจได้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ออบอ้อมดีมาก มีกิจกรรมมากมายและอาหารที่ดี ให้ญาติอยู่ร่วมกัน สอนการดูแลผู้สูงอายุ และวางแผนร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุและญาติที่เป็นคนเมืองในกรุงเทพมหานครมีความสุข ร่างกายแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือเป็นบริการบริการตัวอย่าง

ข้อค้นพบ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ มีบริการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร โดยผู้เชี่ยวชาญสหสาขา ให้บริการแบบมีส่วนร่วมกับญาติผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีบริการอย่างต่อเนื่อง แม้ผู้สูงอายุกลับไปอยู่บ้าน นอกจากนั้นยังมีนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ มีการตรวจเยี่ยม ประเมินผลเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๓.๒.๔ การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสภาภาษาไทย
สภาภาษาไทยมีนโยบายการพัฒนาต้นแบบการให้บริการด้านผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยได้จัดตั้ง “ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภาภาษาไทย” ขึ้นในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี โดยใช้ชื่อว่า อาคารเทพรัตนการุญ สร้างขึ้นเพื่อรองรับประชากรสูงอายุในจังหวัดชลบุรีและจังหวัดใกล้เคียง นอกจากนี้ สภาภาษาไทยได้จัดทำโครงการสวางคินเวศ เป็นโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของสภาภาษาไทยซึ่งได้รับการบริจาคจากมูลนิธิอื้อจือเหลียง มีทั้งหมด ๙ อาคาร จำนวน ๔๖๘ ห้อง บนพื้นที่ ๒๓ ไร่

หน้าที่และบทบาท อาคารเทพรัตนการุญให้บริการด้านสุขภาพ การรักษา การดูแล การส่งเสริม การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันโรคครบวงจร เพื่อสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ และเทคโนโลยีช่วยฟื้นฟูพัฒนาการของผู้ป่วย และเน้นการให้บริการทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน ศูนย์ฯ จึงเป็นจุดเชื่อมต่อให้กับผู้ป่วยสูงวัยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ก่อนกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน นอกจากนี้ มีหน่วยบริการผู้สูงอายุซึ่งรับดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งรับดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื่อ หรือภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ โดยให้บริการแบบรายวัน (ไป-กลับ) และพักค้างคืน ๒๔ ชั่วโมง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

นอกจากนี้ยังมีโครงการสวางคินเวศ เป็นโครงการต้นแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะระดับกลางและมีสุขภาพดี โดยให้ความรู้สึกเหมือนอยู่บ้าน ให้บริการสนับสนุนวิชาการ การวิจัย และบริการสังคมด้านผู้สูงอายุ บริเวณด้านหน้าโครงการมีศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูพร้อมแพทย์และอุปกรณ์ และสถานีกาชาดที่ ๕ ซึ่งโครงการมีแพทย์ประจำทุกวัน บริหารจัดการห้องพักแบบหมุนเวียน บริการจัดกิจกรรมสุขภาพและบริการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ มีสระว่ายน้ำระบบเกลือที่ไม่ลึกลงและออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ

โดยเฉพาะ สนามกีฬา ห้องฟิตเนส ห้องคาราโอเกะ ห้องพระ ห้องสมุด และบริการฟรี wifi บริเวณห้องโถง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับสังคม บริการตรวจสุขภาพประจำปีจากรถเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ บริการกายภาพบำบัดหรือการรักษาอื่น ๆ มีบริการผู้ดูแลตลอด ๒๔ ชั่วโมง หรือเฉพาะกิจ รถตู้บริการรับ - ส่งไปสถานที่ต่าง ๆ บริการห้องพยาบาล โดยมีพยาบาลประจำห้องตั้งแต่เวลา ๑๗.๐๐ - ๑๗.๐๐ นาฬิกา เนื่องจากในช่วงกลางวันมีบริการของสถานีกาชาดที่ ๕ ซึ่งกิจกรรมของโครงการมิให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการและมีค่าใช้จ่าย เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย เป็นต้น

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง โครงการดำเนินงานภายใต้ระเบียบของสภาวิชาชีพและกฎหมายเกี่ยวกับควบคุมอาคาร โดยโครงการได้จัดทำระบบข้อมูลผู้พักอาศัยแต่ละห้องไว้ชัดเจน อนึ่ง ขณะนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพอยู่ระหว่างยกร่างกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ เพื่อกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ เกี่ยวกับโรงพยาบาลผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมฟื้นฟูผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

แหล่งงบประมาณ โครงการสวางคนิเวศบริหารจัดการงานบริการโดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากผู้พักอาศัย ซึ่งราคาห้องพักมีราคาแตกต่างกัน และต้องชำระค่าห้องทั้งหมดในครั้งเดียว ราคาอยู่ที่ ๖๕๐,๐๐๐ - ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท นำเงินรายได้จากการหมุนเวียนห้องพักมาบำรุงรักษาอาคารและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งพัฒนางานบริการอย่างต่อเนื่อง

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ โครงการสวางคนิเวศเป็นการซื้อบริการระยะยาว ผู้สูงอายุที่ได้สิทธิเข้าพักอาศัยจะต้องชำระค่าห้องทั้งหมดในครั้งเดียวและห้องพักจะเป็นทรัพย์สินของสภาวิชาชีพ โดยไม่สามารถซื้อขายหรือโอนต่อบุคคลอื่นได้ สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับบริการดี มีห้องส่วนตัว มีบริการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ บริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในโครงการเป็นคณะกรรมการบริหารโครงการ และศูนย์ฯ เป็นจุดเชื่อมต่อให้กับผู้ป่วยสูงวัยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ก่อนกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยให้บริการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร โดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ และเทคโนโลยีช่วยฟื้นฟูพัฒนาการของผู้ป่วย

ข้อค้นพบ ผู้สูงอายุที่มีฐานะสามารถจ่ายค่าบริการดังกล่าวได้มีที่พักในวัยสูงอายุที่มีบริการครบวงจร ทั้งบริการทางด้านสุขภาพและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดภาระของญาติและผู้ดูแลในครอบครัว

๓.๒.๕ การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ภาครัฐ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาลรามาธิบดี

ได้จัดตั้ง ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Complex) บนที่ราชพัสดุ ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นโครงการภายใต้ความร่วมมือระหว่าง กรมธนารักษ์ กระทรวงการคลัง บริษัท ธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สำหรับเป็นศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจรแห่งแรกของรัฐบาล เพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัยและเป็นต้นแบบโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ออกแบบภายใต้หลักสถาปัตยกรรมเพื่อทุกคน และมีบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลอย่างถูกต้อง ภายในแบ่งพื้นที่ออกเป็น ๓ โซน ได้แก่ ศูนย์เรียนรู้และพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรและบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Zone) พื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพักฟื้นหรือฟื้นฟูสุขภาพ (Nursing Home Zone) และพื้นที่ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Housing Zone) โดยผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยต้องมีสุขภาพแข็งแรงและช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ดี

หน้าที่และบทบาท เป็นที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่มีบริการทางการแพทย์ที่ครบครัน สามารถเดินทางได้สะดวกรวดเร็ว จัดบริการช่วยเหลือเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยสถานพยาบาลแพทย์จักรินฤตินทร์หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ตามสิทธิของบุคคลนั้น ๆ หรือหากเจ็บป่วยในระดับปฐมภูมิสามารถใช้บริการห้องตรวจผู้ป่วยที่ศูนย์เรียนรู้และพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรและบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษา ทั้งนี้ การเข้าพักในโครงการดังกล่าว ผู้สูงอายุต้องผ่านการคัดกรองจากคณะกรรมการบริหารโครงการฯ โดยผ่านการประเมินสุขภาพและสุขภาพโดยรวมตามประกาศคณะกรรมการบริหารโครงการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๓

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการภายใต้ระเบียบการเข้าร่วมโครงการ ผ่านคณะกรรมการบริหารโครงการของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

แหล่งงบประมาณ จากผู้เข้ารับบริการที่มีความสามารถทางการเงินในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการพักอาศัย โดยมีงบประมาณค่าห้องและค่าส่วนกลางรวมกันอยู่ในช่วงประมาณ ๒.๕๔ - ๓.๗๒ ล้านบาท ต่อยูนิต ทั้งนี้ ผู้เข้าพักจะต้องมีรายได้หลังเกษียณอย่างน้อย ๓๐,๐๐๐ บาท/เดือน และมีสิทธิการเช่าถือครองระยะยาว ๓๐ ปี ผู้พักอาศัยจะไม่ได้กรรมสิทธิ์ในการเป็นเจ้าของที่จะนำไปขายต่อหรือดัดแปลงห้องพักได้ตามประกาศคณะกรรมการบริหารโครงการ (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. ๒๕๖๓

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ เป็นรูปแบบสิทธิการเช่าถือครองระยะยาว ๓๐ ปี เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะสามารถที่จะจ่ายได้เท่านั้น การบริการแต่ละอย่างมีค่าใช้จ่าย นอกจากการบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิการรักษาของผู้เข้าพัก นอกจากนี้มีข้อจำกัดที่ต่างจากบ้านพักผู้สูงอายุหรือสถานสงเคราะห์คนชรา คือ มีสุขภาพแข็งแรง

และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น ทำความสะอาดห้องเอง และหาอาหารทานเอง สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ บริหารงานโดยโรงพยาบาลจึงทำให้มีบริการทางด้านการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร มีการออกแบบที่เหมาะสมกับคนทุพพลภาพตามหลักสถาปัตยกรรมเพื่อทุกคน และสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบ การจัดบริการในลักษณะนี้มีจุดเด่นเรื่องคุณภาพและมาตรฐาน แต่ต้องใช้ทรัพยากรสูง ทั้งทรัพยากรของรัฐและของบุคคล จึงควรเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่จัดโดยรัฐเท่านั้น

๓.๓ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาคเอกชน (Private Institutional Care)

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาคเอกชน ได้แก่ การจัดบริการโดยภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณประโยชน์ มูลนิธิ และวิสาหกิจเพื่อสังคม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง รวมทั้งผู้พิการที่อยู่ในบ้านพร้อมครอบครัว มีลูกหลานอยู่ร่วมด้วย แต่ญาติและลูกหลานมีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือมีภารกิจที่ต้องดำเนินการ จึงไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา เนื่องจากต้องทำงานเลี้ยงชีพ ทำให้เกิดความต้องการการบริการในหลายรูปแบบ ได้แก่

๑) การจ้างผู้ดูแลจากภายนอกมาช่วยดูแลที่บ้านในเวลากลางวัน หรือดูแล ๒๔ ชั่วโมง

๒) การให้ผู้สูงอายุไปอยู่ในความดูแลของสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ แบบรายวัน (Day Care Center) หรือชั่วคราว

๓) การให้ผู้สูงอายุไปอยู่ในความดูแลของสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ แบบประจำหรือรายเดือน

ขณะนี้แนวโน้มการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบดังกล่าว มีความต้องการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความต้องการของผู้ใช้บริการและการตอบสนองของธุรกิจ ซึ่งการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุของภาคธุรกิจเอกชนอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยได้แบ่งลักษณะการให้บริการออกเป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่

๑) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงระหว่างวันที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยไม่มีการพักค้างคืน

๒) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย

๓) การให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการพักค้างคืน

โดยให้ผู้ประกอบกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ปฏิบัติงานในกิจการดังกล่าวให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ และคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่มีความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการใช้ปฏิบัติ กฎกระทรวงฉบับนี้ประกอบด้วยหมวดที่กำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ มาตรฐานด้านความปลอดภัย และมาตรฐานด้านการให้บริการ โดยมีข้อกำหนดทางด้านกายภาพเกี่ยวกับพื้นที่ที่ให้บริการทั้งภายในและภายนอก และข้อกำหนดด้านความปลอดภัย ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านอาคารสถานที่ ผู้ดูแล และหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ แต่พบว่าการกำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่เป็นเอกภาพ

อนึ่ง ขณะนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพอยู่ระหว่างยกร่างกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ เพื่อกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ เกี่ยวกับโรงพยาบาลผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมฟื้นฟูผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

จากข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ณ วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๕ พบว่า มีการ (๑) ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ ๗,๗๕๐ คน ผ่านการรับรองเป็นผู้ให้บริการ ๕,๔๖๗ คน ไม่ผ่านการรับรองเป็นผู้ให้บริการ จำนวน ๗๗๙ คน โดยอยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน ๑,๕๐๔ คน (๒) ออกใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ จำนวน ๑,๘๑๑ คน อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน ๖๔๔ คน ทั้งนี้ แบ่งประเภทการขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้ดังนี้ (๑) ประเภท Day Care ออกใบอนุญาต จำนวน ๓ ราย (๒) ประเภท Residential Care ออกใบอนุญาต จำนวน ๑๑ ราย และ (๓) ประเภท Nursing Home ออกใบอนุญาต จำนวน ๔๙๑ ราย

ทั้งนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้อนุญาตให้มีการยื่นขึ้นทะเบียนทั้งในรูปแบบการให้เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ตรวจสอบสถานประกอบกิจการและตรวจสอบผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งจะให้สถานประกอบการจัดส่งวิดีโอ ภาพนิ่ง หรือการพิจารณาสถานที่แบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Webex โดยกรมฯ จะได้พิจารณาคำขอภายใน ๖๐ วัน ทั้งนี้ เพื่อให้การขออนุญาตมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งขณะนี้กรมฯ ได้ลงพื้นที่ทุกจังหวัดเพื่อตรวจสอบสถานประกอบกิจการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่ขออนุญาตและไม่ได้ขออนุญาตดำเนินการ คาดว่ามีการเปิดดำเนินการกว่า ๑,๐๐๐ แห่ง ซึ่งมีมากในชุมชนเมือง และพบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสถานประกอบกิจการผู้สูงอายุน้อยที่สุด โดยมีจำนวน ๓ แห่ง เนื่องจากมีวัฒนธรรมที่ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุเองเป็นหลัก

การผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ผู้ให้บริการ) มีประกาศกรมกิจการผู้สูงอายุ เรื่อง มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ ได้กำหนดมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๓ หลักสูตร ได้แก่ (๑) มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุขั้นเบื้องต้น จำนวน ๑๘ ชั่วโมง สำหรับสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครหรือผู้สนใจที่มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปี (๒) มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน ๓๐ ชั่วโมง สำหรับประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่วิชาชีพ และ (๓) มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นสูง จำนวน ๔๒๐ ชั่วโมง สำหรับประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

โดยมีหน่วยงานที่จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานศึกษา โรงเรียนบริหาร สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน องค์กรต่าง ๆ และหน่วยงานภาครัฐ เช่น วิทยาลัยบรมราชชนนี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กศน.อำเภอ/เขต เป็นต้น โดยหน่วยงานดังกล่าวต้องขออนุญาตใช้มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อกรมกิจการผู้สูงอายุ กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แล้วแต่กรณีตามที่ประกาศกรมกิจการผู้สูงอายุฯ กำหนด

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาคเอกชน (Private Institutional Care) มีการดำเนินงานในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่

๓.๓.๑ บริษัท บัดดี้โฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้ลงพื้นที่ไปศึกษาข้อมูลเมื่อวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ โดยในระยะแรกเริ่มก่อนที่จะเป็นบริษัท บัดดี้โฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุได้จัดทำเป็นโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ ต่อมาจึงได้ตั้งเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม เพื่อให้การดำเนินงานในลักษณะธุรกิจสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุได้มากขึ้น กิจกรรมสามารถดำเนินการได้ระยะยาว พัฒนาต่อเนื่องได้ โดยไม่ต้องรอการสงเคราะห์สนับสนุนที่ไม่มีความแน่นอน

รูปแบบธุรกิจของบริษัทต้องการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีฐานะปานกลางแต่เข้าไม่ถึงบริการการดูแลจากรัฐ โดยบริษัทได้ดำเนินการ ดังนี้ (๑) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ยากไร้ ขาดทุนทรัพย์ในการจ้างคนดูแลหรือลูกหลานทอดทิ้งโดยไม่คิดค่าบริการ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยบริษัทได้นำผลกำไรมาจัดบริการตอบแทนสังคมร่วมกับโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุและกลไกเยี่ยมบ้านของชุมชนของรัฐ เช่น อสม. อพส. อาสาสมัครชุมชน และ Care Giver (๒) สนับสนุนเยาวชนที่มีจิตอาสาและขาดแคลนทุนทรัพย์ในการเรียนให้ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น และพัฒนาเป็น Care Giver ตามที่กฎหมายกำหนด (๓) สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน และ (๔) การให้บริการผู้สูงอายุแบบคิดค่าบริการกับลูกค้าทั้งการให้บริการรายวัน รายเดือนแบบอยู่ประจำ และให้บริการรายเดือนแบบไปเช้า - เย็นกลับ โดยการดูแลผู้สูงอายุเป็นการฟื้นฟูให้ผู้สูงอายุกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ และประคับประคองอาการ ไม่ให้ทรุดลง ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุได้ให้พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ และพนักงานเข้าไปประเมินภาพรวมของผู้สูงอายุแต่ละรายร่วมกัน มีความยืดหยุ่นในการทำงาน สามารถปรับ Care Plan การให้บริการผู้สูงอายุตามความเหมาะสมของบุคคล และมีความต่อเนื่อง โดยไม่ต้องรออนุมัติงบประมาณจากภาครัฐ ทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่าหน่วยงานรัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาที่รุนแรง

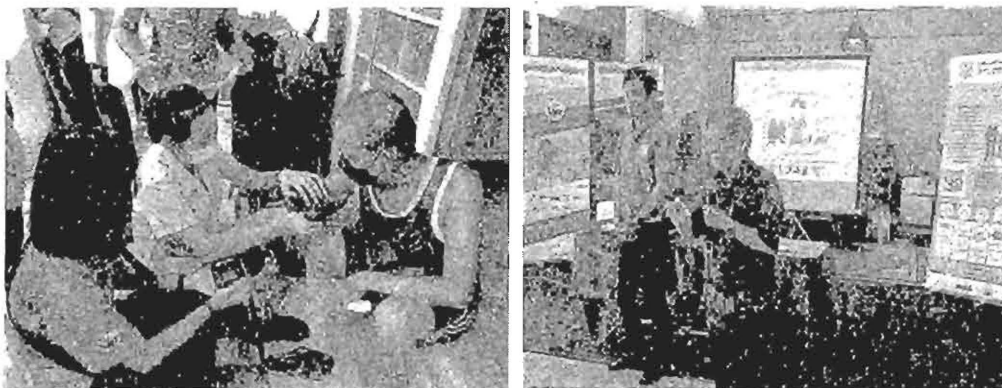
กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒

แหล่งงบประมาณ จากการดำเนินงานธุรกิจเพื่อสังคมของบริษัท บัณฑิตไฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด เงินบริจาคที่ผู้บริจาคสามารถนำหลักฐานไปลดหย่อนภาษีได้ และการเขียนโครงการระดมทุนจากหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ สัดส่วนระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่ยังไม่สมดุลกัน เนื่องจากการเพิ่มจำนวนพนักงานให้มากขึ้นไม่ใช่พันธกิจตั้งแต่แรกของบริษัท เพราะต้องการพัฒนาศักยภาพของเยาวชนอย่างเข้มข้นให้ได้ผลลัพธ์เป็นคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ วิสาหกิจเพื่อสังคมไม่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากรัฐ ทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรการดำเนินงาน จึงส่งผลให้วิสาหกิจเพื่อสังคมต้องจัดหาทุนทรัพย์การดำเนินงานด้วยตัวเองและมีความเสี่ยงการบริหารธุรกิจ ทำให้ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ทั่วถึง อีกทั้งให้บริการผู้สูงอายุได้จำนวนจำกัด เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนน้อย สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ ครอบคลุมของผู้สูงอายุมีเวลาทำงานหาเงินเลี้ยงชีพได้อย่างอิสระและมีความไว้วางใจในการให้บริการ เด็กและเยาวชนที่มีจิตอาสาและขาดโอกาสด้านการศึกษาได้มีโอกาสเรียนและมีอาชีพ Care Giver

เป็นอาชีพเริ่มต้นที่สร้างรายได้ให้กับตนเอง บริษัทสามารถให้ความรู้คนในชุมชนได้ดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวเองได้ดีขึ้น ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลทั่วถึงมากขึ้นด้วย Care Giver ของบริษัทร่วมกับอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งวิสาหกิจเพื่อสังคมดังกล่าวสามารถช่วยแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้จริงตามบริบทของสังคมที่ประสบปัญหาผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึงการบริการดูแลจากรัฐและการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบ วิสาหกิจเพื่อสังคมสามารถช่วยแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้จริงตามบริบทของสังคมแต่ละแห่งที่เกิดขึ้น ซึ่งภาครัฐควรส่งเสริมสนับสนุนให้จริงจังมากขึ้น



๓.๓.๒ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเอกชนภาคธุรกิจ
มีการดำเนินงานให้บริการหลากหลายแบบ โดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ๑) ให้บริการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเวลากลางวัน หรือดูแล ๒๔ ชั่วโมง ๒) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบรายวัน Day Care Center ทั้งแบบรายวันหรือชั่วคราว โดยไม่มีการพักค้างคืน ๓) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบประจำหรือรายเดือนโดยมีการพักค้างคืน และ ๔) ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พักอาศัย จากข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ณ วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๕ พบว่า ในกรุงเทพมหานครมีสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๗๑ แห่ง และต่างจังหวัดจำนวน ๓๓๔ แห่ง ซึ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด เช่น

โครงการนายาเรสซิเดนซ์ แอท ริเวอร์โรน วิลเลจ จังหวัดนนทบุรี
ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้ลงพื้นที่เมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ โครงการฯ จัดทำเป็นที่พักของผู้สูงอายุ (วัยอิสระ) ที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถดูแลตนเองได้ ออกแบบเพื่อให้ผู้สูงวัยได้ใช้ชีวิตอิสระ ในแบบ Active Ageing ได้ยาวนานที่สุด ด้วยบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพและไลฟ์สไตล์ โดย LivWell ออกแบบห้องพักและพัฒนาอุปกรณ์/เฟอร์นิเจอร์ ภายใต้แนวคิด Universal Design

ออกแบบ เพื่อการดูแลสุขภาพคนวัยอิสระให้มีความแข็งแรง ปลอดภัย และมีชีวิตที่อยู่ดีมีความสุข และติดตั้งระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉินผ่านอุปกรณ์เทคโนโลยี เช่น ตัวรับสัญญาณฉุกเฉิน ปุ่มกดฉุกเฉิน เซนเซอร์จับความเคลื่อนไหว เป็นต้น มีทีมผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนการฝังและให้ความช่วยเหลือ ๒๔ ชั่วโมง มีรูปแบบห้องพัก ๒ แบบ แบบที่ ๑ ห้องนอน ๗๖ ตร.ม. และแบบที่ ๒ ห้องนอน ๑๒๐ ตร.ม. มีจำนวน ๗๐ ห้อง โดยให้บริการในรูปแบบการพักอาศัยระยะสั้นและระยะยาว มีเครือข่ายการส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุกับบริษัท ศิริอรุณ เวลเนส จำกัด (สถานฟื้นฟูสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ) ซึ่งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในระยะพักฟื้นทุกช่วงวัย ให้บริการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ภาวะบาดเจ็บ กิจกรรมบำบัด และเป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลโดยนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการผู้เชี่ยวชาญทางด้านอาหารและผู้ดูแลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานฝีมือแรงงานพร้อมให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง บริการทั้งในรูปแบบการพักอาศัยในระยะสั้นและระยะยาว และมีโรงเรียนเดอะแคร์การบริการ เป็นเครือข่ายในการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ/พนักงานผู้ช่วยทางการพยาบาลให้แก่บริษัท ซึ่งสอนหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (๔๒๐ ชั่วโมง เรียน ๓ เดือน) และการดูแลเด็ก (๔๒๐ ชั่วโมง เรียน ๓ เดือน) ควบคู่กัน เพื่อให้นักเรียนสามารถทำงานโรงพยาบาลเอกชน คลินิกทันตกรรม ศูนย์ความงาม ร้านขายยา สถานดูแลเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล เมื่อสำเร็จการศึกษาได้รับประกาศนียบัตร “การดูแลผู้สูงอายุและเด็กเล็ก” และสอบผ่านมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ อีกทั้ง มีการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะผู้ช่วยส่วนตัว (PERSONAL ASSISTANT) ซึ่งเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันสถานประกอบการและผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง ซึ่งไม่สามารถผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เพียงพอกับความต้องการของตลาด



อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการเปิดสถานบริการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด เช่น กรณีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ “ดีทุกวันโฮมแคร์”^๔ จากการพิจารณาของคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ (ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์) วันพุธที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๕ ได้รับทราบข้อมูลว่า ดีทุกวันโฮมแคร์ได้ประกอบกิจการสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไม่ได้ขึ้นทะเบียนขออนุญาตดำเนินการกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งศูนย์ดังกล่าวมีสาขาอยู่ในเขตลาดกระบังและเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร และผู้ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์เป็นคนต่างด้าวทำงานโดยไม่ได้รับอนุญาต เจ้าหน้าที่ตำรวจจึงดำเนินการสืบสวนรวบรวมพยานหลักฐานต่าง ๆ พบว่า ผู้ประกอบกิจการดังกล่าวได้เคยดำเนินกิจการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ “แม่จำพ้อจำโฮมแคร์” ซึ่งถูกสั่งปิดกิจการเนื่องจากพบผู้ติดเชื้อโควิด - ๑๙ ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจได้นำหมายค้นเข้าตรวจสอบสถานที่ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และร่วมกับกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร และองค์กรเครือข่าย เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่มีการให้บริการที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายเกิดขึ้นด้วยเช่นกัน

กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

แหล่งงบประมาณ จากการค้าเงินธุรกิจ

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบางแห่งดำเนินการไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดจำนวนหนึ่ง จึงเกิดการให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐานเป็นอันตรายต่อประชาชนได้สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ สถานประกอบการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดเป็นที่สนใจกับครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีกำลังในการจ่ายเพื่อการดูแล

ข้อค้นพบ การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเอกชนภาคธุรกิจที่มีอัตราค่าบริการไม่สูงมากนัก สามารถสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากเศรษฐกิจสถานะของครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางมีมากพอสมควรแต่ไม่สามารถ

^๔ มติชนออนไลน์, “บุกค้น “โฮมแคร์เถื่อน” ปลอ่ยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามสภาพบางรายถูกกลามโซ่”, สืบค้นเมื่อ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕, https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_3139466

ดูแลบุพการีได้ด้วยตนเอง ยังคงมีความกตัญญูต่อบุพการี แต่ก็เกิดช่องว่างให้มีสถานประกอบการ บางแห่งไม่ได้ดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย

๓.๓.๓ การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยองค์กรภาคประชาสังคม (มูลนิธิ)

เช่น สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้ลงพื้นที่ศึกษา ข้อมูลเมื่อวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ สถาบันฯ มีภารกิจมาทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ และมีพัฒนาการมาตามลำดับจนถึงปัจจุบันมีพันธกิจหลัก ๖ ประการ ได้แก่ โรงพยาบาลผู้สูงอายุ คลินิกเวชกรรม บ้านดอกแก้ว (บ้านพักผู้สูงอายุ) พันธกิจเพื่อสังคม สถานสู่สุข-ฌาปนสถาน และโรงเรียนบริหารผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย โดยไม่แสวงหากำไร มีการดำเนินงานแต่ละด้าน ดังนี้

๑) โรงพยาบาลผู้สูงอายุแมคเคน เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลทั่วไปอื่น และมาจากครอบครัว มีมาตรฐานการดูแลรักษาที่ดี ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคมไม่สามารถเบิกได้ เนื่องจากถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ทั้งที่ การดำเนินการจริงเป็นการจัดบริการแบบไม่แสวงหากำไร (Non-profit , Social enterprise) โรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมดี สะอาด เงียบสงบ

๒) บ้านดอกแก้ว (บ้านพักผู้สูงอายุ) ให้บริการที่พักสำหรับผู้สูงอายุ ที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีห้องพักรส่วนตัว บริการอาหารและการช่วยเหลือพื้นฐานต่าง ๆ รวมไปถึง กิจกรรมทางการแพทย์ การฟื้นฟูสุขภาพ และอื่น ๆ รับผู้สูงอายุเข้าพักได้สูงสุด ๓๕ คน แบ่งเป็น ๒ โชน คือ โชนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้มาก (Low-care) และโชนผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลมาก (High-care) มีบุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือตลอด ๒๔ ชั่วโมง ร้อยละ ๗๕ เป็นผู้ป่วยชาวต่างประเทศ ผู้ป่วยและญาติต้องจ่ายค่าบริการเอง ห้องพัก สถานที่และสิ่งแวดล้อม มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยและเงียบสงบ

๓) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (กิจกรรมกายภาพบำบัด) ให้การบริการทั้งผู้ป่วย ในสถาบันแมคเคนและผู้ป่วยทั่วไปจากภายนอก

๔) โรงเรียนบริหารผู้สูงอายุ เปิดให้บริการตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยหลักสูตรฝึกอบรม ๔๒๐ ชั่วโมง สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษา ตามอัธยาศัย โดยรับผู้เข้าอบรมที่จบวุฒิการศึกษามัธยมศึกษาตอน อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเรื่องสัญชาติ สอนทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในสถาบันผู้สูงอายุแมคเคน ประมาณร้อยละ ๕๐ : ๕๐ ปัจจุบันกำลัง ปรับปรุงหลักสูตรให้เป็นไปตามที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่มีมาตรฐานเข้มข้นขึ้นยิ่งกว่าหลักสูตรเดิมของสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย



กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติ
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งงบประมาณ จากการดำเนินธุรกิจและเงินบริจาค

วิเคราะห์จุดอ่อน - จุดแข็ง จุดอ่อน ได้แก่ สถาบันฯ ถูกจัดอยู่ในกลุ่มของ
โรงพยาบาลเอกชนจึงทำให้ขาดโอกาสการสนับสนุนจากรัฐในการพัฒนาองค์กรและผู้ป่วยที่เข้า
รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลผู้สูงอายุไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการได้ และงบประมาณ
สำหรับการพัฒนาองค์กรมีจำกัด สำหรับจุดแข็ง ได้แก่ สถาบันฯ มีทุนทางสังคมสูงมาก ทั้งพื้นที่
สิ่งแวดล้อม สถานที่ อาคาร ความเชี่ยวชาญ และบุคลากร

ข้อค้นพบ สถาบันผู้สูงอายุแมคเคนให้การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มี
ทุนทางสังคม แต่ยังพัฒนางานได้ค่อนข้างยากลำบากด้วยข้อจำกัดหลายด้าน

๔. สรุปผลการเสวนา เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน”

คณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัยได้จัดการเสวนา เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน” วันอังคารที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ (ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์) สรุปสาระสำคัญได้ว่า (ร่าง) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๕ ได้ถ่ายโอนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยทำงานร่วมกับกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งการทำงานประเด็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในระดับนโยบายได้บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อส่งต่อระดับพื้นที่ต่อไป โดยมีคณะอนุกรรมการบูรณาการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ศึกษาและจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในด้านสถานดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ๓ หลักสูตร รวมทั้งได้พิจารณากำหนดแผนกำลังคน (ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกประเภท) ของประเทศให้เพียงพอ การประกอบกิจการสถานดูแลผู้สูงอายุ ถูกควบคุมการดำเนินงานโดยกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และประกาศที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหน่วยงานรัฐและภาคเอกชนได้ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น โครงการ ๓ หมอ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) โดยมีผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ : Care giver (CG) ตาม Care Plan ภายใต้การกำกับดูแลของ ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข : Care Manage (CM) และมีผลการประเมิน ADL ซึ่ง สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณให้แก่ท้องถิ่นต่าง ๆ โดยแต่ละท้องถิ่นจะสมทบเงินเข้าไปในกองทุนตามศักยภาพและขนาดของท้องถิ่น (Matching Fund) สมาคมการค้าและบริการผู้สูงอายุไทยร่วมกับธุรกิจสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุและกรุงเทพมหานครได้รับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครไปดูแลฟื้นฟูสุขภาพที่สถานบริการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และการดูแลผู้สูงอายุโดยวิสาหกิจเพื่อสังคม

แต่พบปัญหาการดำเนินงาน เช่น มีสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด CG มีไม่ครบทุกตำบล เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่ได้สมัครเข้าร่วมกับกองทุน สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่มีอาสาสมัครบริบาล เนื่องจากไม่มีความยั่งยืนเพราะเป็นงบประมาณจากโครงการเงินกู้เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อาสาสมัครหรือ CG ส่วนใหญ่อายุมาก ทำให้กระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง

ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเป็นงานหนัก และการลาออกของ CG และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มีสาเหตุมาจากมีอายุมาก มีภาระดูแลครอบครัวตัวเอง ค่าตอบแทนน้อยจึงไม่เพียงพอกับการดำรงชีพ อาสาสมัคร ๑ คน ปฏิบัติหน้าที่หลายตำแหน่ง จึงส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุไม่ทั่วถึง ขาดแคลน นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน และวิสาหกิจเพื่อสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุน โดยตรงจากภาครัฐ ทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรการดำเนินงาน จึงส่งผลให้วิสาหกิจเพื่อสังคม ต้องจัดหาทุนทรัพยากรการดำเนินงานด้วยตัวเองและมีความเสี่ยงการบริหารธุรกิจ เป็นต้น

๕. การดูแลผู้สูงอายุของต่างประเทศ^{๑๐}

๕.๑ การดูแลผู้สูงอายุของประเทศสวีเดน รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้ด้วยตัวเองให้นานที่สุดและให้ผู้สูงอายุเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากรัฐ หรือเอกชนที่ได้รับการสนับสนุนเงินส่วนหนึ่งจากรัฐบาล โดยท้องถิ่นได้กำหนดนโยบายให้บริการ สาธารณะและจัดเก็บภาษี และมีองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและเป็นตัวกลางประสานงานเฉพาะ และรัฐบาลจะจ่ายเงินให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ไปซื้อบริการตามความต้องการและความเหมาะสมกับบุคคล โดยใช้ภาษีท้องถิ่น รัฐบาล และเงินสมทบจากผู้สูงอายุ (ภาษี) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุสามารถเลือกที่พักอาศัยได้หลายรูปแบบโดยได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ ศูนย์พักฟื้น เป็นต้น ท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทางสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ต้องการ ความช่วยเหลือเป็นพิเศษ โดยหน่วยงานท้องถิ่นของประเทศสวีเดนมีศักยภาพมากเพียงพอ ให้บริการสาธารณสุขตามบ้าน โดยมีการจัดตัวแทนผู้ให้บริการที่ไม่เป็นทางการและผู้เชี่ยวชาญลงไป ในชุมชนที่ตนเองดูแล เพื่อลดจำนวนผู้สูงอายุเข้ารักษาที่โรงพยาบาล และประเทศสวีเดนมีเงินบำนาญ ให้แก่ผู้สูงอายุแบ่งเป็น ๑) ระบบบำนาญสาธารณะ ประกอบด้วย ๓ ประเภท ได้แก่ เงินบำนาญจากรายได้ เงินบำนาญพิเศษ (การนำเงินไปลงทุนในกองทุนต่าง ๆ) และเงินบำนาญขั้นพื้นฐาน (เงินที่จะสามารถ อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี) ๒) ระบบบำนาญที่อิงอาชีพ เป็นเงินบำนาญที่กฎหมายกำหนดให้ผู้ว่าจ้าง รับผิดชอบ โดยทั่วไปจะได้รับเงินบำนาญเมื่ออายุ ๖๕ ปี หรือตามที่ตกลงระหว่างบริษัทและพนักงาน และ ๓) ระบบบำนาญเอกชนที่ทำโดยนายจ้างภายใต้กฎหมายเป็นระบบบำนาญที่แรงงานจ่ายเงิน เข้ากองทุนแบบสมัครใจและได้รับสิทธิประโยชน์จากเงินดังกล่าว

๕.๒ การดูแลผู้สูงอายุของประเทศอิตาลี การบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบสวัสดิการ ผู้สูงอายุมีการกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับภูมิภาคและท้องถิ่นดำเนินการ โดยรัฐบาลกลาง ควบคุมกำกับดูแลและกำหนดหลักการและสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนในแต่ละท้องถิ่น

^{๑๐} สำนักส่งเสริมวิชาการรัฐสภา สถาบันพระปกเกล้า, ร่างรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาาระบบกิจการผู้สูงอายุรองรับสังคมสูงวัย.

ควรได้รับ หน่วยงานระดับภูมิภาคทำหน้าที่จัดการบริการด้านสาธารณสุข และหน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดทำบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานให้กับชุมชน ซึ่งใช้เครือข่ายหน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงประชาชนทุกคน ซึ่งรัฐบาลได้จ้างผู้จัดการประจำหน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่น และประจำโรงพยาบาลในรูปแบบสัญญาจ้างเพื่อบริหารจัดการงบประมาณที่รัฐบาลและท้องถิ่นมีให้ในการจัดการทางด้านสาธารณสุข ซึ่งการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานโดยรัฐมีรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย แต่คุณภาพมีความแตกต่างกันออกไปตามความพร้อมของท้องถิ่น สำหรับบริการสาธารณสุขที่ให้บริการโดยเอกชน มีผู้รับบริการหรือครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย และการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว และประเทศอิตาลีมีเงินบำนาญให้แก่ผู้สูงอายุแบ่งเป็น ๑) เงินบำนาญคนชรา ๒) เงินอุดหนุนการเกษียณก่อนกำหนด ๓) เงินบำนาญก่อนชราภาพ และ ๔) บำนาญขั้นพื้นฐาน

๕.๓ การดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น รัฐบาลกลางมีอำนาจสูงสุดบริหารจัดการบริการด้านสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานท้องถิ่นเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขตามกรอบนโยบายรัฐบาล เทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบการจัดทำบริการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพระยะยาว (LTC) โดยใช้งบประมาณจากกองทุน Long Term Care Insurance (LTCI) รัฐบาลกลาง จังหวัด เทศบาล และประชาชน นอกจากนี้ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน เช่น การเยี่ยมบ้าน การบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมระหว่างวัน เป็นต้น มากกว่าสถานที่พักผู้สูงอายุ และถ่ายโอนสถานที่พักผู้สูงอายุจากจังหวัดไปให้เทศบาลรับผิดชอบดูแลเพื่อให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม ส่งผลให้เทศบาลมีหน้าที่ควบคุมดูแลทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและสถานที่พักผู้สูงอายุ สำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุได้มีการกำหนดมาตรการ เช่น มาตรการพิเศษสำหรับการจ่ายเบี้ยประกันของผู้สูงอายุ โดยมีพระราชบัญญัติว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ และมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ระบบการประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และประเทศญี่ปุ่นมีเงินบำนาญให้แก่ผู้สูงอายุแบ่งเป็น ๑) ระบบประกันเพื่อบำนาญขั้นพื้นฐาน ๒) ระบบบำนาญเฉพาะกลุ่ม ๓) ระบบบำนาญตามความสมัครใจ

หน้าว่าง

บทที่ ๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๑. บทสรุป

จากการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการธิการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) คือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพิ่มสูงถึงร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งขณะนี้มีหลาย ๆ จังหวัดในประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) เนื่องจากมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ ๒๐ ของประชากรในพื้นที่ การจำแนกผู้สูงอายุจากการวัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL) แบ่งผู้สูงอายุได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจกรรมประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) และกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ และกลุ่มที่ ๓ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ จากโครงสร้างประชากรไทยในสัดส่วนที่อัตราการเกิดลดลงอย่างรวดเร็วและประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นและการเปลี่ยนแปลงลักษณะการอยู่อาศัยจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัดสรร หรือห้องชุด วัยแรงงานต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวโดยให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้านตามลำพัง ประกอบกับจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศ ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน มีผู้สูงอายุที่มีความต้องการผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน จำนวน ๙๒๘,๔๐๐ คน และจากประมาณการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๒๑๘,๓๐๘ คน และ พ.ศ. ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๒๖,๘๐๙ คน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน ๑,๒๑๒ คน และรอใช้บริการ จำนวน ๒๗๒ คน จากสถานการณ์ดังกล่าวหน่วยงานรัฐ เอกชน ภาคธุรกิจ และองค์กรสาธารณะประโยชน์ได้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหลายรูปแบบ การศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามลักษณะของผู้ให้การดูแลได้เป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยการให้บริการกันเองในชุมชน จำแนกเป็น ๔ ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะมีจุดแข็งและจุดอ่อน และสภาพปัญหา ดังนี้

(๑) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ให้การดูแล (Care Giver : CG) ในโครงการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) ซึ่ง CG ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๗๐ ชั่วโมง

จากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย CG ในชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล และมีตำบลที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖,๖๑๗ ตำบล จากทั้งหมด ๗,๒๕๕ ตำบล ทั่วประเทศมี CG จำนวน ๙๑,๘๖๔ คน โดยมี CG จำนวน ๕ - ๑๐ คนต่อตำบล ซึ่งจากข้อมูลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในสัดส่วนที่สูง หากคำนวณสัดส่วนของ CG ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ๑ : ๕ จะต้องการจำนวนผู้ดูแล CG จำนวน ๑๘๕,๖๘๐ คน ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มี CG เพียง ๙๑,๘๖๔ คนเท่านั้น จำเป็นต้องเพิ่มจำนวน CG ให้ได้อีกหนึ่งเท่าตัว CG ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างน้อย ๒ ครั้ง/เดือน สามารถช่วยแบ่งเบาภาระญาติในการดูแลผู้สูงอายุได้พักบ้าง แต่ CG ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้การจัดบริการ LTC ของประเทศขาดความเข้มแข็ง เพราะยังไม่มีหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และขึ้นกับการกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ซึ่งบางพื้นที่พบว่า การดำเนินการอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังไม่มีกระบวนการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน

(๒) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ในโครงการตามแผนงานใช้จ่ายเงินกู้ภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมของประเทศหลังโควิด - ๑๙ ขณะนี้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๑๓,๓๘๗ คน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๖,๘๓๐ แห่ง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ตำบลทั่วประเทศที่มีจำนวน ๗,๗๗๔ ตำบล โดยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๕๖,๐๔๔ คน จากเป้าหมายเดิม คือ ๖๒,๑๙๒ คน อาสาสมัครต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๗๐ ชั่วโมง จากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อาสาสมัครปฏิบัติงานวันละ ๘ ชั่วโมง เป็นจำนวน ๒๐ วันต่อเดือน ซึ่งค่าตอบแทนที่ได้รับไม่สอดคล้องกับระยะเวลาการปฏิบัติงาน และบางครัวเรือนมอบหมายภารกิจหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม เช่น ซักผ้า ล้างจาน และกวาดบ้าน เป็นต้น ทำให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องหยุดปฏิบัติหน้าที่ไปบางส่วน ส่งผลให้จำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

(๓) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครอื่น ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ซึ่ง อผส. ปฏิบัติหน้าที่โดยไม่มีค่าตอบแทน การดำเนินงานขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุและการช่วยเหลือกันของสมาชิก ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน คือ การขาดเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายปฏิบัติงาน เช่น ค่าน้ำมันรถ ค่าของเยี่ยม เป็นต้น สำหรับ อสม. ปัจจุบันมีจำนวน ๑.๐๔ ล้านคน ได้รับค่าตอบแทน ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน กระจายอยู่ทั่วทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยเฉลี่ย ๑ คน รับผิดชอบ ๑๐ - ๑๕ หลังคาเรือน ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้

และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ อสม. ทำงานในพื้นที่ที่ทั้งเชิงรับและเชิงรุกเป็นอย่างมาก มีบทบาทหน้าที่หลายประการ ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้ง อสม. ส่วนใหญ่ขาดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและไม่มีเวลาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ

(๔) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการให้บริการในรูปแบบอื่นที่เป็นนวัตกรรมบริการสุขภาพเพื่อให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เช่น นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ซึ่งเป็นการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และนวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร่วมกับท้องถิ่นและชุมชน เช่น นวัตกรรมของโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แบบผสมผสานร่วมกับธรรมบำบัด และได้สร้างอาคารศูนย์เทคโนโลยีชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังฟื้นฟูจากอาการเจ็บไข้ได้ป่วย โดยภายในอาคารได้ใช้ระบบเทคโนโลยีช่วยดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วย ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ออกแบบโดยอาจารย์ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเป็นบ้านต้นแบบสำหรับผู้สูงอายุหรือคนพิการหลังแรกของประเทศไทย นอกจากนี้มีนวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุก “ท้องถิ่นเป็นหลักร่วมกับชุมชน” เช่น กรณีเทศบาลตำบลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน นำร่องโครงการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Service to Care (STC) ทั้งนี้ การดำเนินงานดังกล่าวยังคงขาดแคลนอัตรากำลังสหวิชาชีพ แต่การทำงานมีความร่วมมืออย่างเป็นระบบของหน่วยงานและอาสาสมัครในพื้นที่

ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัดสรรและห้องชุดซึ่งมีลักษณะเป็นพื้นที่ส่วนบุคคล ไม่สามารถได้รับการดูแลจากอาสาสมัครและนวัตกรรมดังกล่าว อาสาสมัครหรือ CG ส่วนใหญ่อายุมาก ทำให้กระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเป็นงานที่หนัก ค่าตอบแทนของอาสาสมัครแต่ละประเภทแตกต่างกันตามภารกิจหน้าที่ และบางกรณีไม่มีค่าตอบแทน เช่น กรณีของทีมโอบอุ้มเทศบาลเมืองทับกวาง จังหวัดสระบุรี

กลุ่มที่ ๒ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาครัฐ (Public Institutional Care) จำแนกเป็น ๕ ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะมีจุดแข็งและจุดอ่อน และสภาพปัญหา ดังนี้

(๑) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ภายใต้งค์กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการ

ให้บริการแบบมีที่พักอาศัย โดยมีผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่มีที่ว่างเพียงพอ บุคลากรมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ ไม่มีแพทย์และพยาบาลประจำ โดยแต่ละแห่งมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่การดูแลของ ศพส. มีความใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ อีกทั้งหน้าที่หลักอย่างหนึ่งของ ศพส. คือ การพัฒนาวิชาการ มาตรฐานงานการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้เป็นอย่างดีนัก

(๒) สถานสงเคราะห์คนชราในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้บริการแบบมีที่พักอาศัย บางแห่งไม่รับผู้สูงอายุข้ามพื้นที่จังหวัด และมีผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการของสถานสงเคราะห์คนชรา บุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชราขาดองค์ความรู้ทักษะและวิทยาการสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยแต่ละแห่งมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่มีการให้บริการดูแลที่มีความสะดวก และปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่า หน่วยงานสังกัดส่วนกลาง

(๓) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลราชพิพัฒน์) เป็นโรงพยาบาลภายใต้สำนักงานการแพทย์ จัดให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีความโดดเด่นในด้านการดูแล สร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรในรูปแบบ One Stop Service ภายใต้ “คลินิกสุขใจ สูงวัยประทับใจ” มีหอผู้ป่วยชิวาภิบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) เป็นการตัดสินใจโดยผู้ป่วยโดยญาติ ผู้ป่วยทุกคนที่มาร่วมประชุมกันวางแผนให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี และใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์มินิดินสอดูแลผู้สูงอายุ ๒๔ ชั่วโมง และรายงานไปยังญาติ แพทย์ และพยาบาล ผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการจำนวนมาก ทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอและเป็นการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการดูแลที่บ้านและที่ชุมชน

(๔) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสภาอากาศไทย ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุสภาอากาศไทย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี มีหน่วยบริบาลผู้สูงอายุซึ่งรับดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยให้บริการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร รวมทั้งรับดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อ หรือภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ โดยให้บริการแบบรายวัน (ไป-กลับ) และพักค้างคืน ๒๔ ชั่วโมง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ สภาอากาศไทยมีโครงการสวางคนิเวศ โดยให้บริการที่พักรักษา สำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะระดับกลางและมีสุขภาพดี ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับบริการที่ดี มีห้องส่วนตัว มีบริการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ ให้บริการที่มีคุณภาพแต่มีค่าบริการที่สูง

(๕) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ภาครัฐ เช่น ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Complex) ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมธนารักษ์ กระทรวงการคลัง บริษัท ธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด และ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้นแบบโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ออกแบบภายใต้หลักสถาปัตยกรรม เพื่อทุกคน มีบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลอย่างถูกต้อง และบริการส่งต่อการรักษาตามสิทธิของผู้สูงอายุ โดยภายในแบ่งพื้นที่ออกเป็น ๓ โซน ได้แก่ ศูนย์เรียนรู้และพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรและบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Zone) พื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพักฟื้นหรือฟื้นฟูสุขภาพ (Nursing Home Zone) และพื้นที่ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Housing Zone) โดยผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยต้องมีสุขภาพแข็งแรงและช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ดี ซึ่งเป็นรูปแบบสิทธิการเช่าถือครองระยะยาว และมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินสามารถจ่ายค่าบริการได้เท่านั้น การบริการแต่ละอย่างมีค่าใช้จ่าย และการบริการรักษาพยาบาลเป็นไปตามสิทธิการรักษาของผู้เข้าพัก ซึ่งเป็นการจัดบริการของรัฐที่ใช้ทรัพยากรมาก แต่มีผู้เข้าถึงบริการได้เพียงเฉพาะบางกลุ่มเท่านั้น

กลุ่มที่ ๓ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาคเอกชน (Private Institutional Care) ให้บริการโดยภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณประโยชน์ มูลนิธิ และวิสาหกิจเพื่อสังคม จำแนกเป็น ๓ ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะมีจุดแข็งและจุดอ่อน และสภาพปัญหา ดังนี้

(๑) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยวิสาหกิจเพื่อสังคม เช่น บริษัท บัณฑิตโฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด จังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการ ๑) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ยากไร้ ขาดทุนทรัพย์จ้งคนดูแลหรือ ลูกหลานทอดทิ้ง โดยไม่คิดค่าบริการ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยบริษัทได้นำผลกำไรมาจัดบริการตอบแทนสังคมร่วมกับโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุและกลไกเยี่ยมบ้านของชุมชนของรัฐ เช่น อสม. อพส. อาสาสมัครชุมชน และ Care Giver ๒) สนับสนุนเยาวชนที่มีจิตอาสาและขาดแคลนทุนทรัพย์ในการเรียนให้ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น และพัฒนาเป็น Care Giver ตามที่กฎหมายกำหนด ๓) สนับสนุนค่าใช้จ่าย เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน และ ๔) การให้บริการผู้สูงอายุแบบคิดค่าบริการกับลูกค้า ทั้งการให้บริการรายวัน รายเดือน แบบอยู่ประจำ และให้บริการรายเดือนแบบไปเช้า - เย็นกลับ มีการทำงานโดยทีมสหวิชาชีพและมีความยืดหยุ่น สามารถปรับ Care Plan การให้บริการผู้สูงอายุตามความเหมาะสมของบุคคลและมีความต่อเนื่อง โดยไม่ต้องรองบประมาณจากภาครัฐ ทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่าหน่วยงานรัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาที่รุนแรง แต่บริษัทไม่ได้รับการ

สนับสนุนโดยตรงจากภาครัฐทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรการดำเนินงาน จึงส่งผลให้บริษัทต้องจัดหาทุนทรัพยากรดำเนินงานด้วยตัวเองและมีความเสี่ยงการบริหารธุรกิจ ทำให้ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ทั่วถึง อีกทั้งให้บริการผู้สูงอายุได้จำนวนจำกัด เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนไม่มาก

(๒) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเอกชนภาคธุรกิจ มีการดำเนินงานให้บริการหลากหลายแบบโดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ได้แก่ ๑) ให้บริการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเวลากลางวัน หรือดูแล ๒๔ ชั่วโมง ๒) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบรายวัน Day Care Center ทั้งแบบรายวันหรือชั่วคราว โดยไม่มีการพักค้างคืน ๓) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบประจำหรือรายเดือนโดยมีการพักค้างคืน และ ๔) ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย เช่น โครงการนยาเรสซิเดนซ์ แอท ริเวอร์โรน วิลเลจ จังหวัดนนทบุรี ให้บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว จัดห้องพักที่มีการออกแบบตามหลักสถาปัตยกรรมเพื่อทุกคน มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฝ้าระวังและให้ความช่วยเหลือ ๒๔ ชั่วโมง นำระบบเทคโนโลยีมาช่วยดูแลผู้สูงอายุ มีเครือข่ายการส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ/พนักงานผู้ช่วยทางการพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานฝีมือแรงงาน แต่ปัจจุบันสถานประกอบการและผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง ซึ่งไม่สามารถผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เพียงพอกับความต้องการของตลาด ทั้งนี้ สถานประกอบการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดเป็นที่สนใจกับครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีกำลังในการจ่ายเพื่อการดูแล แต่พบว่ายังมีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางแห่งดำเนินการไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดจำนวนหนึ่ง ซึ่งให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐานเป็นอันตรายต่อประชาชน

(๓) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยองค์กรภาคประชาสังคม (มูลนิธิ) เช่น สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรทั้งโรงพยาบาลผู้สูงอายุ บ้านพักผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และโรงเรียนบริหารผู้สูงอายุ ซึ่งสถาบันฯ มีทุนทางสังคมสูง ทั้งพื้นที่ สิ่งแวดล้อม สถานที่ อาคาร ความเชี่ยวชาญ และบุคลากร แต่สถาบันฯ ถูกจัดอยู่ในกลุ่มของโรงพยาบาลเอกชนจึงทำให้ขาดโอกาสการสนับสนุนจากภาครัฐในการพัฒนาองค์กรและผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลผู้สูงอายุไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการได้ และงบประมาณสำหรับการพัฒนาองค์กรมีจำกัด

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าวข้างต้นแต่ละรูปแบบมีการดำเนินงานและการบริหารจัดการที่แตกต่างกันภายใต้นโยบายขององค์กร กฎหมายและงบประมาณที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีจุดแข็งและจุดอ่อนของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสภาพปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานดังกล่าวแตกต่างกันออกไป

๒. ข้อเสนอแนะ

๒.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๒.๑.๑ การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รัฐบาลโดยกระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Based Care) เป็นหลัก เนื่องจากมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมไทยที่มีความเกื้อกูลระหว่างกัน สามารถช่วยเหลือดูแลกันได้ มีต้นทุนการดูแลที่ไม่สูงมาก และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข

๒.๑.๒ การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยจุดพลังในตำบล ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ (๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๒) ท้องที่ (๓) องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม องค์กรสาธารณะประโยชน์ ภาคเอกชน และ (๔) หน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ โดยการสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันสนับสนุนการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในลักษณะพหุภาคีให้มากขึ้น

๒.๑.๓ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและลดบทบาทของภาครัฐ รัฐบาลโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนานโยบายและมาตรการส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมและเอกชนได้ใช้วิสาหกิจเพื่อสังคมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นรูปธรรมและกว้างขวาง โดยสนับสนุนงบประมาณบางส่วนเพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เขตเมือง

๒.๑.๔ การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันการศึกษา ควรดำเนินการดังนี้

(๑) ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยที่มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและวิถีชีวิตของประชาชนในปัจจุบัน เช่น จัดทำชุดสิทธิประโยชน์และบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและตามสภาพปัญหาและความจำเป็นด้านบริการสาธารณสุขและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคน (Care Model) และการให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ เช่น การออกแบบเวลาการทำงานให้มีความชัดเจนเพื่อให้บุตรหลานได้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

(๒) พัฒนารูปแบบและแนวทางการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป เพื่อชะลอการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒.๑.๕ การกำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาระบบการกำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีเอกภาพและสร้างความร่วมมือการกำกับดูแลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคีเครือข่าย โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพไม่ควรทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติเอง

๒.๑.๖ การควบคุมกำกับดูแลสถานพยาบาลผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมกำกับดูแลสถานพยาบาลผู้สูงอายุที่ให้บริการดูแล รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพและมาตรฐาน เป็นการคุ้มครองประชาชน และดำเนินการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น เข้ามาร่วมรับผิดชอบ

๒.๒ ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ

๒.๒.๑ ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนและสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรดำเนินการ ดังนี้

(๑) เพิ่มและพัฒนาศักยภาพ Care Giver และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพให้ครบทุกตำบล เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความครอบคลุมทุกตำบล และมีคุณภาพได้มาตรฐาน

(๒) ทบทวนหลักเกณฑ์การคัดเลือก Care Giver และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยพิจารณาบุคคลที่อยู่ในวัยแรงงาน มีจิตบริการ จิตสาธารณะ เพื่อทดแทน Care Giver และอาสาสมัครที่สูงอายุ รวมทั้งการจัดสวัสดิการที่มีความเหมาะสม เพื่อเสริมกำลังใจให้กับคนทำงาน และสร้างความภาคภูมิใจในตำแหน่งงาน

(๓) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงาน และปรับทัศนคติของสังคมและบุคคลให้มีความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ควรมีหลักสูตรเทียบโอนให้นักเรียนที่ผ่านการอบรม หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เรียนต่อยอดเป็นบุคลากรสายวิชาชีพได้ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันยังคงขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก เนื่องจากคนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่องานการดูแลผู้สูงอายุ

(๔) จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้มีคุณภาพ โดยให้ Care Giver และครอบครัว ได้ร่วมดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่สูง

(๕) ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นหรือบุคคลที่ประกอบอาชีพอิสระที่สนใจเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเป็นนักบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน โดยหน่วยงานรัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายพื้นฐานตามความจำเป็น

(๖) เพิ่มนักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มากขึ้นในสถานพยาบาล เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

(๗) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถาบันของภาครัฐ ควรเพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ได้แก่ แพทย์ประจำหน่วยบริการ นักรักษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักจิตวิทยา

(๘) จัดการอบรมให้ความรู้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องและทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุได้มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานจริง เพื่อสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

(๙) ส่งเสริมการผลิตอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสร้างทักษะใหม่ที่จำเป็นต่อการทำงาน (Reskill) และการพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะที่มีให้ดีกว่าเดิม (Upskill) ให้แก่แรงงานที่ว่างงานหรือเพิ่มทักษะให้แก่ผู้ประกอบการอื่น โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ผู้สำเร็จการศึกษาสาขาอื่นเข้ามาร่วมอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งเป็นที่ต้องการของสังคมด้วย เช่น บุคคลที่สนใจในการดูแลผู้สูงอายุ แรงงานที่ว่างงาน บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาใหม่ เป็นต้น อีกทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ประสบปัญหาการว่างงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุแนวใหม่ เช่น การอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมจิตวิทยา (CG พันธุ์ใหม่) โดยทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบ Personal Assistane เช่น การช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุในการเข้ารับรถยนต์ไปโรงพยาบาล หรือสถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น และเป็นการฟื้นฟูระบบเศรษฐกิจ อีกทั้งช่วยเติมเต็มการดูแลผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง

(๑๐) สนับสนุนการผลิตบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ให้แก่สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น เนื่องจากหากให้ภาคเอกชนผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยตนเองทุกกระบวนการจะเป็นการเพิ่มต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมสนับสนุนการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

๒.๒.๒ ด้านการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(๑) หน่วยงานของรัฐที่มีศักยภาพสูง ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และ มหาวิทยาลัย ควรปรับนโยบายให้ความสำคัญกับการพัฒนาวิชาการ มาตรฐานงานบริการ การพัฒนาบุคลากรวิชาชีพและกำลังคนระดับต่าง ๆ ตลอดจนการวิจัยและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ โดยจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่าที่จำเป็น เพื่อประหยัดทรัพยากรสาธารณะในการจัดบริการเอง และลดความเหลื่อมล้ำ

(๒) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรประสานงานเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณะประโยชน์และวิสาหกิจเพื่อสังคม อย่างเป็นระบบและจริงจัง โดยควรสนับสนุนให้มีวิสาหกิจเพื่อสังคมที่ทำงานด้านนี้ให้มากขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณด้วย

(๓) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกระทรวงศึกษาธิการ ควรติดตามตรวจสอบสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุและโรงเรียนปรีชากร ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสาธารณะประโยชน์ อาสาสมัครในชุมชน และภาคเอกชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมการค้าและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย เป็นต้น เพื่อให้การประกอบกิจการเหล่านั้นเป็นไปอย่างได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

(๔) จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้มีคุณภาพ โดยให้ Care Giver และครอบครัวได้ร่วมดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

(๕) ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนงบประมาณดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลขั้นสูงในระยะยาว

(๖) การกิจการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หน่วยงานรัฐในชุมชนควรทำงานร่วมกับอาสาสมัคร องค์กรชุมชน องค์กรสาธารณะประโยชน์ และภาคเอกชน

ในพื้นที่ เพื่อลดภาระงานของหน่วยงานรัฐและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างครัวเรือน ชุมชน และโรงพยาบาลในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนานวัตกรรมบริการให้บริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

(๗) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับบทบาทการพัฒนาวิชาการ สนับสนุนการจัดฝึกอบรมและพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ท้องถิ่นจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้คนในชุมชนมีจิตอาสาและมีความเอื้ออาทรต่อกัน และช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา

(๘) กองทุนที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต และสวัสดิการสังคมของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ควรร่วมมือกันพัฒนานโยบายและมาตรการสนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีแผนบูรณาการร่วมกันในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่มีเอกภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

หน้าว่าง

บรรณานุกรม

หนังสือ

- กรมการแพทย์. “รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง) Intermediate Care Model for Elderly people of Thailand”. มกราคม ๒๕๖๒ บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กรมอนามัย. (๒๕๕๗). สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาญชัย ลิ้มจงเจริญ. “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน”. ศรีนครินทร์เวชสาร ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๕ เดือนกันยายน - ตุลาคม ๒๕๖๐.
- ระพีพรรณ คำหอม. (๒๕๖๓). “การจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ”. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ และระพีพรรณ คำหอม. (๒๕๓๙). แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคม โดยการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เรื่อง “การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาสังคม” ๒๑ - ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๓๙.
- สายฝน กันธมาล, ชัชวาล วงศ์สารี และนันทนา พันชนะ. “การเยี่ยมบ้านของพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Home Visiting of Nurses for Caring the Dependent Elderly People.” วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๓ เดือน กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๑
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสดี, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, อาทิตยา เทียมไพรวัด. (๒๕๕๙). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานวิจัยกำลังคนด้านสุขภาพ. “Caregiver ในระบบ Long Term Care เขาเป็นใครหนอ เขามาจากไหน”. ๒๕๖๒.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (๒๕๕๙). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑
- สำนักส่งเสริมวิชาการรัฐสภา สถาบันพระปกเกล้า. ร่างรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการผู้สูงอายุรองรับสังคมสูงวัย.
- ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๖๐). รายงานโครงการการศึกษา รูปแบบการให้บริการ การบริหารและการจัดการที่พักสำหรับผู้สูงอายุ.

กฎหมาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖

พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๗

พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. ๒๕๕๖

พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม พ.ศ. ๒๕๖๒

กฎกระทรวงกำหนดให้กิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓

กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๖๓

กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. ๒๕๕๒

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔

ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๘

ระเบียบว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓ และ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๕

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒

เอกสารอื่น

กองธุรกิจบริการ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า. “พาณิชย์ รับมือสังคมผู้สูงอายุ...เร่งพัฒนาผู้ประกอบการดูแลผู้สูงอายุ”. ข่าวกรมพัฒนาธุรกิจการค้า ฉบับที่ ๑๔๗/๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๒.

ประกาศคณะกรรมการบริหารโครงการ “ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุครบวงจร” เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการบนที่ราชพัสดุแปลงหมายเลขทะเบียน สป ๖๒๓ และสป ๖๔๖ ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๓.

ประกาศคณะกรรมการบริหารโครงการ “ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุครบวงจร” เรื่อง แนวทางการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนเข้าพักอาศัยในโครงการฯ บนที่ราชพัสดุแปลงหมายเลขทะเบียน สป๖๒๓ และสป ๖๔๖ ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๓.

สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

กระทรวงมหาดไทยที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๒๙๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔,

จาก http://www.dla.go.th/.../10/22547_1_1571629914536.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดที่ ๐๐๗: ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์. ๒๕๖๒. สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔,

จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1043>

เชียงใหม่นิวส์. “ครุพาน้อยช่วยคนพิการ เปิดบ้านใหญ่ดูแลผู้สูงอายุ พร้อมอุปกรณ์ครบ”.
วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐. สืบค้นเมื่อ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔,

จาก <https://www.chiangmainews.co.th/page/archives/585571/>

บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน Buddy homecare. สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔,

จาก <https://buddyhomecare.com/category/knowledge/>

มติชนออนไลน์. “บุกค้น “โฮมแคร์เถื่อน” ปลอ่ยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามสภาพบางรายถูกกลามโซ่”.
สืบค้นเมื่อ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕,

จาก https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_3139466

ดร.วีรพงษ์ รามางกูร. “ออส. และ อสม.” คอลัมน์ คนเดินตรอก. หนังสือพิมพ์ประชาชาติ.
วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓. สืบค้นเมื่อ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔,

จาก <https://www.prachachat.net/opinion-column/news-458827>

พญ.วิจนา ลีละพัฒนะ และผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์. “เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว” (Working with caregiver burnout). ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. สืบค้นเมื่อ
๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔, จาก <https://www.hfocus.org/content/20106/1/2274>

สวางคนิเวศ บ้านพักผู้สูงอายุภายใต้สภากาชาดไทย. สืบค้นเมื่อ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔,

จาก <https://goodlifeupdate.com/healthy-body/164604.html>

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. คู่มือการขอรับการส่งเสริมการลงทุน ๒๕๖๔.
สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔, จาก https://www.boi.go.th/upload/section1_th_wt_link.pdf

จาก https://www.boi.go.th/upload/section1_th_wt_link.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจประชากรสูงอายุ
ในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔. สืบค้นเมื่อ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔, จาก <http://www.nso.go.th>
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)
ในชุมชนด้วยนวัตกรรม ๓ C : Care manager, Caregiver & Care Plan. ๒๕๖๒.
สืบค้นเมื่อ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔, จาก <https://psdg.anamai.moph.go.th>

ภาคผนวก

หน้าว่าง

ภาคผนวก ก.
สรุปผลการเสวนา
เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน”

หน้าว่าง

สรุปผลการเสวนา

เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน”

จัดโดย คณะกรรมการการพัฒนาลี้ภัย และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี

ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

ดำเนินงานโดย คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย

วันอังคารที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ (ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์)

คณะกรรมการการพัฒนาลี้ภัย และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา โดยคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ได้จัดการเสวนา เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน” วันอังคารที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ (ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์) โดยมีนายอำพล จินดาวัฒนะ กรรมการและประธานคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย กล่าวรายงาน นายวัลลภ ตังคณานุก์ธน์ ประธานคณะกรรมการการพัฒนาลี้ภัย และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา กล่าวเปิดการเสวนา และนางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง กรรมการ และที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย กล่าวปิดการเสวนา ดำเนินการอภิปรายโดย นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร อนุกรรมการฯ สรุปสาระสำคัญจากการเสวนาดังนี้

ความเป็นมา :

สภาพสังคมไทยปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ และต้องได้รับการดูแลมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยลำพังหรืออาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว แต่บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง มีภาระหน้าที่การทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว จึงไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลภายนอกครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งในลักษณะการให้ผู้สูงอายุไปอยู่ในความดูแลของธุรกิจสถานประกอบการที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุของรัฐหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ การจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุมาดูแลที่บ้าน การได้รับความอนุเคราะห์ช่วยเหลือจากอาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น อาสาสมัครประจำครอบครัว อาสาสมัครของภาคประชาสังคม เป็นต้น จึงพิจารณาได้ว่าในชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่จัดโดยหน่วยงานรัฐ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม และองค์กรสาธารณประโยชน์ทั้งรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและรับไปอยู่ในความดูแลขององค์กรดังกล่าว ดังนั้น องค์กรที่ทำหน้าที่รับดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มของผู้ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุทั้งด้านอาคาร สถานที่ องค์กร ความรู้ ความสามารถ ความเอาใจใส่และมีจิตใจที่เมตตาต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านสังคม ภาย และจิตใจ

คณะกรรมการการพัฒนาศักยภาพ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา โดย คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย ได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพ มาตรฐาน และประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จึงเห็นควรจัดการเสวนา เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน” ขึ้นเพื่อศึกษารูปแบบและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และองค์กรสาธารณประโยชน์ รวมทั้งมาตรการควบคุมตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานการดูแลและการให้บริการผู้สูงอายุขององค์กรดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

การอภิปราย ประเด็น “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและมาตรการควบคุมการให้บริการ” วิทยากรได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวาง สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

๑. (ร่าง) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ได้ถ่ายโอนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยทำงานร่วมกับกรมกิจการผู้สูงอายุ

๒. ในระดับนโยบายได้บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อส่งต่อระดับพื้นที่ต่อไป โดยมีคณะกรรมการบูรณาการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ศึกษาและจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

๑) สถานดูแลผู้สูงอายุ

๒) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ

๓) หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ๓ หลักสูตร ได้แก่ ๑๘ ชม.(อาสาสมัคร/บุคคลในครอบครัว) ๗๐ ชม. (จิตอาสาที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ) ๔๒๐ ชม. (อาชีพผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ (CG))

นอกจากนี้ได้พิจารณา กำหนดแผนกำลังคน (ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกประเภท) ของประเทศให้เพียงพอ ในส่วนของการควบคุมมาตรฐานสถานประกอบการของรัฐ เห็นว่าควรอยู่ภายใต้กรอบของหน่วยงานรัฐที่ดูแลตามอำนาจหน้าที่

๓. มีกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓ ควบคุมการประกอบกิจการสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการส่งเสริมกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ได้มาตรฐานทั้งด้านสถานที่ การบริการ และความปลอดภัย โดยผู้ประกอบการรายใหม่ทุกราย ต้องขออนุญาตก่อนเปิดกิจการ ส่วนผู้ดำเนินการต้องผ่านการอบรม ผ่านการสอบ และมีใบอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการหรือพนักงานทุกรายที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรม จบจากหลักสูตรที่กรมฯ รับรอง และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการก่อนที่จะปฏิบัติงาน โดยในพื้นที่ต่างจังหวัดมี ศบส.เขตลงพื้นที่ตรวจและกรมฯ ทำหน้าที่ตรวจสอบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีการออกกฎกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และประกาศที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑) ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔

๒) ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาเทียบรายวิชาตามโครงสร้างหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๖๔

๓) ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง สถานที่ยื่นคำขอตามกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพิ่มเติมกรณีกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

๔) ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๖๓

๕) ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓

๖) ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓

๔. กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ Health Data Center (HDC) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช.

๕. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) ของ สปสช. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ LTC ดังกล่าวจะได้รับการดูแลโดยผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ : Care giver (CG) ตาม Care Plan ภายใต้การกำกับดูแลของ ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข : Care Manage (CM) และมีผลการประเมิน ADL ซึ่ง สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณให้แก่ท้องถิ่นต่าง ๆ โดยแต่ละท้องถิ่นจะสมทบเงินเข้าไปในกองทุนตามศักยภาพและขนาดของท้องถิ่น (Matching Fund) ดังนี้

๑) กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (ดำเนินการร่วมกับเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน ๗,๗๔๐ แห่ง ซึ่งมีท้องถิ่นจำนวน ๓๖ แห่ง ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ และมี ๗ แห่งที่ยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการ

๒) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด (องค์การบริหารส่วนจังหวัด) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ๕๒ แห่ง

๓) กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ซึ่งมีผู้มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๓๐๐,๐๐๐ คน ในองค์กรปกครองท้องถิ่นจำนวน ๖,๘๗๔ แห่ง

บริการของโครงการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC) มี ๕ เรื่อง ได้แก่

๑) การสำรวจภาวะพึ่งพิง โดยใช้คะแนนการประเมิน ADL เพื่อให้ได้สิทธิการรับบริการดูแล จำนวน ๖,๐๐๐ บาท/คน/ปี

๒) CM ต้องจัดให้มีทีมหมอครอบครัวดูแลผู้รับบริการตาม Care Plan

๓) มี CG ให้การดูแลผู้รับบริการ ภายใต้แนวคิด คือ ให้ท้องถิ่นชุมชนจัดการและเป็นบริการที่ต้องดูแลที่บ้าน และเป็นการเสริมการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับครอบครัว

๔) มีบริการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง

๕) มีบริการสรุปผลการดูแลตลอดทั้งปี โดยพิจารณาจากผลการประเมิน ADL เพื่อการจัดสรรงบประมาณการดูแลให้อย่างต่อเนื่องต่อไป

๖. CG มีไม่ครบทุกตำบล เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่ได้สมัครเข้าร่วมกับกองทุน สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่มีอาสาสมัครบริบาล เนื่องจากไม่มีความยั่งยืน เพราะเป็นงบจากโครงการเงินกู้โควิด

๗. สมาคมการค้าและบริการผู้สูงอายุไทยร่วมกับธุรกิจสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ ๑๔ แห่ง และกรุงเทพมหานครได้รับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครไปดูแลฟื้นฟูสุขภาพที่สถานบริการ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

๘. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดทำโครงการ ๓ หมอ ประกอบด้วย หมอคนที่ ๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาทิ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ และ หมอคนที่ ๓ หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนและผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งในปีที่ผ่านมาได้ให้ทีมไปดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงที่บ้าน โดยพบว่าผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน ๕ แสนคน และติดเตียง จำนวน ๑ แสนคน และในปีต่อไปได้ดำเนินการต่อและขยายขอบเขตออกไปให้ครอบคลุมผู้สูงอายุมากขึ้นและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวให้ดีขึ้น นอกจากนี้ได้จัดทำโครงการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กลไกทีม ๓ หมอ เข้าไปเสริม โดยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ๙ ด้าน เช่น การหกล้ม ช่องปาก โภชนาการ ป้องกันภาวะสมองเสื่อม และสถานการณ์โควิด และได้พัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนและคัดกรองผู้สูงอายุ โดยร่วมกับสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และบริษัท ทูร คอร์ปอเรชั่น เพื่อให้ผู้สูงอายุเป้าหมายในพื้นที่เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับทีมหมอครอบครัว นำร่อง ๗ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี สระบุรี เพชรบูรณ์ นครราชสีมา ราชบุรี ตรัง และสมุทรสงคราม และได้พัฒนาระบบสาธารณสุขทางไกล (Telehealth) ทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) เชื่อมโยงการดูแลจากบ้านสู่โรงพยาบาล

๙. การดำเนินงานในรูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคมของบริษัท บัณฑิตโฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด มีความยืดหยุ่นในการทำงาน สามารถปรับ Care Plan การให้บริการผู้สูงอายุได้ตามความเหมาะสมของบุคคลและมีความต่อเนื่อง โดยไม่ต้องรอกการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐรายปี ทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้บ่อยครั้งมากกว่าหน่วยงานรัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการป้องกันสุขภาพไม่ให้เกิดโรคที่รุนแรงได้ ซึ่งการดูแลของ CG ของวิสาหกิจเพื่อสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ สิ่งแวดล้อม และได้ดำเนินการร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ เช่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการปรับสภาพแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม ซึ่งการดำเนินงานของวิสาหกิจเพื่อสังคมมีความสอดคล้องกับการดำเนินงานของ สปสช. ที่มีเป้าหมายต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาดูแลตัวเองหรือช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ทั้งนี้ บริษัทสามารถให้การดูแลลูกค้าได้จำนวน ๑๑๐ คน/ปี และผู้สูงอายุยากไร้ในชุมชน ๑,๗๐๐ คน

๑๐. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นและส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยได้สั่งการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อพื้นที่ แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเลือกได้ว่าจะดำเนินการหรือไม่ ตามอัตรากำลังในพื้นที่ ทั้งนี้ กรมฯ พร้อมสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นและโครงการอาสาสมัครบริบาลต่อไป ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุ

ในชุมชนจะเป็นประโยชน์ต่อท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น อนึ่ง หากให้อาสาสมัครบริบาลขึ้นตรงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจให้มีหน้าที่รองรับภารกิจอื่นขององค์กรปกครองท้องถิ่นด้วยได้

ปัญหา

๑. ยังคงมีสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตามกฎหมายจำนวนหนึ่ง จึงอาจส่งผลให้เกิดสถานประกอบการที่ดำเนินการไม่ถูกต้องตามกฎหมายได้
๒. ผู้ให้บริการ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) ที่เป็นต่างดาว มีข้อจำกัดทางภาษาที่จะสื่อสารกับผู้สูงอายุ
๓. ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของสถานประกอบการฯ มาเป็นระยะเวลาานาน มีแนวโน้มที่ครอบครัวจะทอดทิ้ง โดยเฉพาะในสถานการณ์โควิดกระทบกับรายได้ค่าใช้จ่าย
๔. อาสาสมัคร ๑ คน รับผิดชอบหลายตำแหน่ง ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุไม่ทั่วถึง เช่น อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำหมู่บ้าน (อพม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ (CG) เป็นต้น
๕. อาสาสมัคร/CG ที่มีอายุมาก ทำให้กระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง
๖. วิสาหกิจเพื่อสังคมไม่ได้รับการสนับสนุนโดยตรงจากภาครัฐทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรการดำเนินงาน จึงส่งผลให้วิสาหกิจเพื่อสังคมต้องจัดหาทุนทรัพยากรดำเนินงานด้วยตัวเองและมีความเสี่ยงการบริหารธุรกิจ นอกจากนี้ทำให้ดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ทั่วถึง อีกทั้งให้บริการผู้สูงอายุได้จำนวนไม่มากนักเนื่องจากมีบุคลากรจำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมจ่ายการดูแลสุขภาพตนเอง (Copayment) ทั้งในรูปแบบประกันสุขภาพและกองทุนสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกรับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น
๒. ควรจัดทำชุดสิทธิประโยชน์และบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและตามความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคน (Care Model) โดยให้ชุมชนครอบครัว และสถานบริการร่วมจัด ซึ่งรัฐควรจัดสรรเงินให้แก่ครอบครัวส่วนหนึ่งและชุมชนส่วนหนึ่ง เพื่อให้ครอบครัวเลือกซื้อบริการได้
๓. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยควรผลักดันให้สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายให้แก่ประชาชน
๔. รัฐควรประสานการทำงานร่วมกับภาคธุรกิจ/วิสาหกิจเพื่อสังคมที่มีความพร้อมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมการทำงานของภาครัฐในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
๕. การดูแลผู้สูงอายุควรผ่านกลไกของสถาบันเพื่อให้มีความมั่นคงในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครในชุมชนเป็นระบบเสริม เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเข้มแข็งขึ้น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความพร้อมของพื้นที่
๖. ควรเพิ่มอัตรากำลังนักรักษาพยาบาลบำบัดให้มากขึ้นใน รพช. เนื่องจากมีบทบาทสำคัญฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

๗. ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนงบประมาณดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในระยะยาว
 ๘. รัฐควรจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้ดี โดยให้ CG และครอบครัว ได้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาระการดูแล
 ๙. ควรเพิ่มสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ CG เนื่องจากการเจ็บป่วยจากการดูแลผู้สูงอายุ และสวัสดิการค่าน้ำมันรถที่ต้องลงพื้นที่ดูแลผู้สูงอายุ
 ๑๐. ควรยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่มให้กับธุรกิจสถานประกอบการฯ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลและคลินิก เพื่อบรรเทาภาระภาษีให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งปัจจุบันผู้รับบริการเป็นฝ่ายรับภาระภาษีมูลค่าเพิ่ม (ร้อยละ ๗)
 ๑๑. ควรสนับสนุนให้มีวิสาหกิจเพื่อสังคมในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อดูแลผู้สูงอายุก่อนเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และเสริมการดูแลผู้สูงอายุให้แก่รัฐ
 ๑๒. รัฐควรจัดสรรงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันสุขภาพประชาชนบางส่วน เช่น สปสช. หรือกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อนำมาจัดตั้งเป็นศูนย์การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะที่ บริษัท บัณฑิตโฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด ได้ดำเนินการ จะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของหน่วยงานรัฐในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านงบประมาณและบุคลากร ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้น
-

ภาคผนวก ข.

- รายงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก
เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา
- รายงานที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการและเลขานุการ
ประจำคณะกรรมการ
- รายงานที่ปรึกษากิตติมศักดิ์คณะกรรมการ
- รายงานคณะอนุกรรมการ

หน้าว่าง

รายชื่อคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ
คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ๑. นายวัลลภ ตังคณานุรักษ์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. พลตรี ไอสถ ภาวิไล | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นางทัศนียา ยิวานนท์ | เลขาธิการคณะกรรมการ |
| ๖. พลเอก ไพชยนต์ คำทันเจริญ | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๗. นางผาณิต นิติทัณฑ์ประภาศ | ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๘. นายเนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์ | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๙. หม่อมหลวงปนัดดา ดิศกุล | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๐. นายพีระศักดิ์ พอจิต | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๑. นางประยูร เหล่าสายเชื้อ | กรรมการ |
| ๑๒. นายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ | กรรมการ |
| ๑๓. นายมณฑิธร บุญตัน | กรรมการ |
| ๑๔. นายยุทธนา ทัพเจริญ | กรรมการ |
| ๑๕. พลเอก วลิต โรจนภักดี | กรรมการ |
| ๑๖. นายอำพล จินดาวัฒนะ | กรรมการ |

รายชื่อที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการ
และเลขานุการประจำคณะกรรมการ

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------|
| ๑. นางจิราภรณ์ เล้าเจริญ | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๒. นางณัฐณภรณ์ เอกนราจินดาวัดน์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๓. นายวงศ์พันธ์ ฌันชัยพัทธ์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๔. นายศุภชัย สถียรศิลป์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๕. นางอุบล หลิมสกุล | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๖. นายเอกกมล แพทยานันท์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๗. นายสุวัช สิงห์พันธ์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๘. นายอัครเดช สุพรรณฝ้าย | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๙. นางงามจิต แต่สุวรรณ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๐. นางสาวบุญชिरา ภูชนะจิต | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๑. พลเอก ศุภเกษม องคะศิลป์ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๒. นายธัชชัย ศรีทอง | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๓. นายเอกพิทยา เอี่ยมคงเอก | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๔. พันโท หลิง เรื่องพรรษา ขึ้นเนียมธรรม | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๕. นางยุพา สุภอมรพันธ์ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๖. นายนิติ ถาวรวิชัย | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๗. นางอาทิตยา นรารวีชร | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๘. นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๙. นางพัฒนฉัตร ภัทรศาสตร์วงศ์ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๐. นางณัฐนันท์ สว่างวงศ์ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๑. นางสาวมาลัย สาแก้ว | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๒. พันเอก ธัญชัย พยัคตพงษ์ | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๓. นายวิโรจน์ พัชรวัฒนกุล | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๔. นางสาวสุภาพิชญ์ ไชยดิษฐ์ | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๕. นางสาวโชติกา รักเมือง | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๖. นายสถาวร จันทร์ผ่องศรี | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |

**รายชื่อคณะกรรมการ
คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน และผู้ด้อยโอกาส**

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ๑. นายวัลลภ ตังคณานุรักษ์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. พลเอก ไพชยนต์ คำตันเจริญ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นางจิราภรณ์ เล้าเจริญ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. นายศุภชัย สติรศิลป์ | อนุกรรมการ |
| ๕. นางงามจิต แต่สุวรรณ | อนุกรรมการ |
| ๖. นายสำราญ อรุณชาติ | อนุกรรมการ |
| ๗. นางวรภัทร แสงแก้ว | อนุกรรมการ |
| ๘. นายธนรัตน์ ธาราภรณ์ | อนุกรรมการ |
| ๙. นายอัครเดช สุพรรณฝ้าย | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นายศุภภากร ปทุมรัตน์ธาร | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นางณัฐนันท์ สว่างวงศ์ | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| ๑๒. นางเพชรรัตน์ มหาสิงห์ | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ที่ปรึกษาคณะกรรมการ คือ | |
| ๑. นางทัศนียา ยูวานนท์ | ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๒. นายปรีชา บัววิรัตน์เลิศ | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |

**รายชื่อคณะกรรมการ
คณะกรรมการกิจการสตรี และผู้มีความหลากหลายทางเพศ**

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------------|
| ๑. นายวัลลภ ตังคณานุรักษ์ | ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการ และอนุกรรมการ |
| ๒. นางประยูร เหล่าสายเชื้อ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๓. นางทัศนีย์ ยุวานนท์ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๔. นางจิราภรณ์ เล้าเจริญ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๕. นางณัฐณภรณ์ เอกนราจินดาวัดน์ | อนุกรรมการ |
| ๖. นางงามจิต แต่สุวรรณ | อนุกรรมการ |
| ๗. นางณัฐนันท์ สว่างวงศ์ | อนุกรรมการ |
| ๘. นางสาวอังคณา ใจกิจสุวรรณ | อนุกรรมการ |
| ๙. นางสาวอุไร เล็กน้อย | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นางสาวพัชรา พอจิต | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นายธีรวุฒิ กลิ่นกุสม | อนุกรรมการ |
| ๑๒. นางสาวฉัตรสุดา ศิริวงศ์ | อนุกรรมการและเลขานุการ |

ที่ปรึกษาคณะกรรมการ ประกอบด้วย

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| ๑. นางจิรพรรณ อนุศาสน์อมรกุล | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๒. นางสาวอรณิษา ภาคพิเศษ | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |

**รายชื่อคณะกรรมการ
คณะกรรมการกิจการคนพิการ**

| | |
|----------------------------------------|--------------------------------|
| ๑. นายมณเฑียร บุญตัน | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. ศาสตราจารย์วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. นางสาวเครือวัลย์ เทียงธรรม | อนุกรรมการ |
| ๕. นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล | อนุกรรมการ |
| ๖. นางสาววันทนีย์ พันธชาติ | อนุกรรมการ |
| ๗. นายวิฑูต บุนนาค | อนุกรรมการ |
| ๘. นายสว่าง ศรีสม | อนุกรรมการ |
| ๙. นายสุชาติ โอวาทวรรณสกุล | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นางอาทิตยา นรารวัชร | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นายรัตน์ กิจธรรม | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| ๑๒. นางสาวพิมพ์ปญา อติสิริวัชร | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ที่ปรึกษาคณะกรรมการ ประกอบด้วย

| | |
|------------------------------------|------------------------------|
| ๑. พลตรี ไอสถ ภาวิไล | ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๓. นายธีรยุทธ สุคนธวิท | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๔. นางนุชจารี คล้ายสุวรรณ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๕. นางพวงแก้ว กิจธรรม | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๖. นางวัชรา รวีไพบูลย์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๗. นายศุภชีพ ดิษเทศ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๘. นางสาวสรานัญภัทร อนุมติราชกิจ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๙. นายสุพล บริสุทธิ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๐. นายสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๑. นายเอกกมล แพทยานันท์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๒. รองศาสตราจารย์ณัฐนียา ไตรรักษา | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |

**รายชื่อคณะกรรมการ
คณะกรรมการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย**

- | | |
|---------------------------------------------------|------------------------|
| ๑. นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง | อนุกรรมการและที่ปรึกษา |
| ๒. นายอำพล จินดาวัฒนะ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๓. นายยุทธนา ทัพเจริญ | รองประธานคณะกรรมการ |
| | คนที่หนึ่ง |
| ๔. นางจารุพันธ์ อึ้งภากรณ์ | รองประธานคณะกรรมการ |
| | คนที่สอง |
| ๕. นายณัฐเมธี เรืองพิชัยพร | อนุกรรมการ |
| ๖. นายดารนัย อินสว่าง | อนุกรรมการ |
| ๗. ศาสตราจารย์เกียรติคุณธรรมศักดิ์ พงศ์พิชญามาตย์ | อนุกรรมการ |
| ๘. พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว | อนุกรรมการ |
| ๙. นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์ | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นางสาววรัญญา เตียวกุล | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร | อนุกรรมการ |
| ๑๒. นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ | อนุกรรมการ |
| ที่ปรึกษาคณะกรรมการ ประกอบด้วย | |
| ๑. แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒. นายพลากร วงศ์กองแก้ว | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |

รายชื่อฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
วุฒิสภา

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑. นางสาวภิรมย์ นิลทัพ | นิติกรชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ กำกับดูแลการปฏิบัติราชการ ของกลุ่มงานคณะกรรมการ การพัฒนาสังคมฯ |
| ๒. นางธนยา สิงห์มณี | นิติกรชำนาญการ |
| ๓. นางสาวพิมพ์ปญา อติสิริวัชร | นิติกรชำนาญการ |
| ๔. นางสาวธรรมรัตน์ ศรีทองกุล | นิติกรชำนาญการ |
| ๕. นางเพชรรัตน์ มหาสิงห์ | วิทยากรชำนาญการ |
| ๖. นางจิตตินันท์ ศิริอังกานนท์ | วิทยากรชำนาญการ |
| ๗. นางสาวฉัตรสุดา ศิริวงศ์ | นิติกรปฏิบัติการ |
| ๘. นางสาวจิตรลดา งามอาจ | เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน |
| ๙. นางสาวสุธาทิพย์ สมัครการ | เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน |
| ๑๐. นายรุ่งเพชร งามพร้อม | เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติการ |
| ๑๑. นายปิยะพงษ์ น้อยเจริญ | นักวิชาการสนับสนุนงานวิชาการ |
| ๑๒. นางสาวนธิดา ศรีอุตะ | พนักงานสนับสนุนการประชุม |
| ๑๓. นางสาวศกลวรรณ พึ่งฉ่ำ | พนักงานสนับสนุนการประชุม |

กลุ่มงานคณะกรรมการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก
เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๕ - ๖ โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๖



ออกแบบและพิมพ์ที่ สำนักการพิมพ์
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
○ ๒๘๓๑ ๙๔๑๕, ○ ๒๘๓๑ ๙๔๖๖,
○ ๒๘๓๑ ๙๔๗๒, ○ ๒๘๓๑ ๙๔๗๖