

**หมวดที่ 5 ยุทธศาสตร์การประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผล
การดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ**

1. มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
2. มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม
3. มาตรการ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 นี้ มีดัชนีชี้วัดทั้งหมด 52 ตัว ซึ่งสามารถใช้วัดได้ในช่วง 5 ปี 10 ปี 15 ปี และ 20 ปีตามลำดับ นอกจากนี้ แผนนี้ยังให้ความสำคัญต่อสถานภาพของผู้สูงอายุ และยังมีมิติอื่นๆ อีก เช่น การเตรียมตัวประชาชนเข้าสู่วัยสูงอายุ การสร้างความยั่งยืนของความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นวัยในสังคมไทย และการที่ผู้สูงอายุทำประโยชน์ให้แก่สังคม

ส่วนที่ ๓

การดูแลระยะยาว

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

(Long-term Care)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาว (Long-term Care : LTC) หมายถึง การดูแลที่จัดให้มีขึ้นแก่บุคคลผู้ซึ่งต้องพึ่งพาคนอื่น เพื่อที่จะให้ความช่วยเหลือในเรื่องของการทำงานพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตลอดช่วงระยะเวลาที่คงอยู่ การดูแลระยะยาวเป็นบริการที่จัดเตรียมให้สำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยหรือรังทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ และรวมทั้งผู้ที่มีภาวะความพิการ โดยเป้าหมายก็คือเพื่อให้ผู้ที่รับการช่วยเหลือนั้นทำหน้าที่ได้ด้วยตนเอง ได้มากที่สุดเท่าที่เป็นได้

การดูแลระยะยาวมีความแตกต่างจากการดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute care) ก่อตัวคือ ถ้าบุคคลได้รับการดูแลจากสถาบันหรือหน่วยงานเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน (ประมาณ 3 เดือนหรือมากกว่าขึ้นไป) โดยที่การดูแลนั้นมุ่งอธิบายในลักษณะของภาวะเรื้อรังหรือระยะเวลาที่ยาวนาน จะอยู่ในขอบเขตของการดูแลระยะยาว ตามนัยยะนี้ การดูแลระยะยาวจะใช้ในความหมายที่หมายถึง การดูแลในสถานดูแล (Institutional care) เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) และบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) แต่ในความหมายที่กว้างออกไปนั้นการดูแลระยะยาวจะครอบคลุมทั้งในเรื่องของการดูแลในสถานดูแล (Institutional care) และการดูแลในชุมชน (Community care) ที่เน้นในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพและการบำรุงรักษา (Rehabilitation and maintenance) แต่ไม่นៅนี่เรื่องการรักษา โดยสรุปในที่นี้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะหมายถึง การให้การดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and informal care) ที่ครอบคลุมถึงขอบเขตที่ครบถ้วนหมดในเรื่องของสุขภาพ การดูแลส่วนบุคคล และบริการทางสังคม ที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อที่จะบำรุงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่เหมาะสม

จากปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุและความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะความพิการที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นเหตุจำเป็นที่ทำให้ต้องมีการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่ผ่านมาหนึ่นราษฎร์ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่ให้การดูแลและให้การสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ และการเงิน รวมทั้งการให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุด้วย แต่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ทำให้มีการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ผู้หญิงซึ่งแต่ก่อนเป็นผู้ให้การดูแลหลักแก่ผู้สูงอายุ เข้าสู่แรงงานเพิ่มขึ้น ครอบครัวมีขนาดเล็กลงเล็กลง สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อข้อจำกัดของครอบครัวในการให้การดูแล

ระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ และเป็นตัวผลักดันให้เกิดการสนับสนุนการดูแลแก่ผู้สูงอายุโดยสถาบันมากเพิ่มขึ้น ซึ่งในประเด็นนี้การตอบสนองเชิงนโยบายและการดำเนินกิจกรรมโครงการของประเทศ เป็นสิ่งที่สำคัญในการการรองรับและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและคาดว่าจะมีมากเพิ่มขึ้นในอนาคต ในเนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปนี้จะเป็นการนำเสนอเกี่ยวกับนโยบาย มาตรการและกิจกรรม โครงการด้านการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุของประเทศไทยเชีย เก้าหลี สิงค์ໂປ່ງ และอ่องกง ซึ่งเป็นประเทศเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์เช่นเดียวกันกับของประเทศไทยฯ โดยได้ทบทวนถึงสถานการณ์และความจำเป็นด้านการดูแลระยะยาว ในนโยบาย มาตรการและกิจกรรม โครงการด้านการดูแลระยะยาวในของแต่ละประเทศ รวมทั้งของประเทศไทย รวมทั้งข้อคิดเห็นต่อนโยบาย มาตรการและกิจกรรม โครงการด้านการดูแลระยะยาวของประเทศไทยทั้งหมดที่กล่าวและการเรียนรู้สำหรับประเทศไทยด้วย

นโยบายการคุ้มครองอายุของประเทศไทย

ความจำเป็นของการคุ้มครองอายุของประเทศไทย

นอกจากสถานการณ์ด้านปัญหาสุขภาพและความพิการในผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ได้นำเสนอในเบื้องต้นแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการให้การคุ้มครองผู้สูงอายุจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความพิการของประเทศไทยพบว่า ครอบครัวเป็นผู้ให้การคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแออยู่โดยความสมควรใจ แต่ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและการเติบโตของประเทศได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวซึ่งถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การคุ้มครองสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเงิน รวมทั้งการคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุด้วย จากประสบการณ์ของประเทศไทย เห็นได้ว่าจำนวนสมาชิกของครอบครัวลดลงอย่างล้มเหลวแนวโน้มของการเป็นครอบครัวเดี่ยวแทนการเป็นครอบครัวขยายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้ของประเทศไทยคือ การย้ายถิ่นออกไปทำงานในเขตเมืองของประชากรหนุ่มสาวและการมีส่วนร่วมในแรงงานของผู้หญิงที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลต่อครอบครัวในฐานะที่ครอบครัวเป็นผู้ให้การคุ้มครองผู้สูงอายุ จากข้อมูลที่ศึกษาจะเห็นได้ว่าขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยของประเทศไทยลดลงนั้นลดลงจากครอบครัวละ 5.2 คน โดยเฉลี่ย ในปี ค.ศ. 1980 เป็น 4.8 คน ในปี ค.ศ. 1991 แม้ว่าจำนวนของสมาชิกของครอบครัวเดี่ยวจะไม่เปลี่ยนแปลง แต่จะเห็นได้ว่าจำนวนคนในครอบครัวขยายนั้นลดลงจาก 7.1 คน เป็น 6.5 คน จากปี ค.ศ. 1980 ถึง 1991 รวมทั้งการมีสัดส่วนของครอบครัวเดี่ยวที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ครอบครัวขยายมีสัดส่วนลดลง (ตาราง 23)

นอกจากนี้แล้วยังเห็นได้ว่าผู้สูงอายุของประเทศไทยมีสถานภาพที่ปั่นหมุนเวียนมากขึ้น กث่าวคือ เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับสถานภาพสมรสและเพศของผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี ค.ศ. 1991 จะพบว่า มีผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 87 ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวและแต่งงานแล้ว (ตาราง 24) สำหรับผู้ชายพบว่าเกือบทั้งหมดแต่งงานแล้ว (ยังอยู่กับภรรยา) ในขณะที่ผู้หญิง 1 ใน 4 นั้นเป็นหม้าย สำหรับในครอบครัวขยายพบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 58.8 ที่แต่งงานและยังอยู่กับบุตรที่แต่งงานแล้ว จากข้อมูลที่พิจารณาแยกตามเพศของผู้สูงอายุพบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 54 ที่มีสถานภาพเป็นหม้ายและยังอยู่กับบุตรที่แต่งงานแล้ว แต่ในผู้สูงอายุชายนั้นมีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่เป็นหม้าย

ในการศึกษาของ Tan และคณะ (1999) พบว่า มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ที่อาศัยอยู่กับคู่ของตน และบุตรและ/หรือบุตรคลอื่น ซึ่งข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงประเภทของการอยู่อาศัยที่เป็นลักษณะของครอบครัวขยายที่มีอยู่ สำหรับในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของครอบครัวขยายที่ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 อยู่กับคู่ของตนเองสูงกว่าประเทศจีนและอินเดียเมื่อเปรียบเทียบกัน การศึกษาเกี่ยวกับแบบแผน

ตาราง 23 ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยและอัตราส่วนร้อยละของประเภทครัวเรือน

จำแนกตามเขตเมืองเขตชนบทของประเทศไทยมาเลเซีย ปี ค.ศ. 1980 และ 1991

ประเภทของครอบครัว	ปี	
	1980	1991
ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ย	5.2	4.8
ครอบครัวเดียว	4.9	4.8
ครอบครัวขยาย	7.1	6.5
อัตราส่วนร้อยละของประเภทครัวเรือน		
ครอบครัวเดียว	55.2	59.9
เขตเมือง	50.4	58.7
เขตชนบท	57.7	61.1
ครอบครัวขยาย	27.8	26.4
เขตเมือง	29.3	27.2
เขตชนบท	27.0	25.7

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistic, 1998 (Ong Fon Sim, 2001b).

ตาราง 24 ร้อยละของประชากรสูงอายุ/อาวุโส (Senior Citizens) ในครอบครัวเดียวและครอบครัวขยาย

จำแนกตามสถานภาพสมรสและเพศของประเทศไทยมาเลเซีย ปี ค.ศ. 1991

สถานภาพสมรส	ประเภทของครอบครัว					
	ครอบครัวเดียว			ครอบครัวขยาย		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
โสด	0.6	1.2	0.8	1.4	1.0	1.2
คู่	95.2	72.3	86.8	82.3	41.8	58.8
ม้าย	3.8	24.7	11.7	15.0	53.8	37.5
หย่า	0.4	1.8	0.9	1.3	3.4	2.5

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistic, 1998 (Ong Fon Sim, 2001b).

การอยู่อาศัย (Living arrangement) ของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) โดย Da Vanzo and Chan (1994) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้แต่งงาน/ไม่ได้อยู่ในสถานภาพคู่ (Unmarried) ในกลุ่มที่จำแนกเป็น หม้าย หย่า และแยกนั้น ยังอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้มีการอยู่อาศัยร่วมกับบุตรที่

สำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น คือ ราคารองบ้านที่มีราคาค่อนข้างสูง การอยู่อาศัยในเขตเมือง และการมีสุขภาพไม่ดีของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจึงนับว่าเป็นปัจจัยทางของประเทศไทยนั้นย่อมมีผลกระทบต่อการพัฒนาและความเป็นเมืองที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการเข้าร่วมแรงงานของผู้หญิงนั้นย่อมมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการอยู่อาศัยร่วมกัน (Co-residence) ขนาดของครอบครัวที่เล็กลงจะมีผลต่อความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ การอยู่ในสถานะที่เป็นหน้า yat เพิ่มมากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งหลักดันต่อความต้องการเพิ่มมากขึ้นในเรื่องของการดูแลในสถานดูแล (Institutional care) แก่ผู้สูงอายุของประเทศไทยเดียวกัน

แนวคิดนโยบายและโครงการดูแลระยะยาวในภาครัฐของประเทศไทยเดียวกัน

นโยบายเกี่ยวกับการให้การดูแลระยะยาวของประเทศไทยเดียวกัน ไม่มีปรากฏเป็นนโยบายที่ชัดเจน แม้ว่าจะได้มีการเริ่มพูดกันถึงในประเด็นนี้กันแล้วก็ตาม ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (ก.ศ. 2001-2005) ของประเทศไทยได้เริ่มมีแผนกลยุทธ์ของการพัฒนาและการจัดให้มีแบบแผนด้านการเงินเพื่อการรักษาพยาบาล (Healthcare Financing) ซึ่งกลไกด้านการเงิน (Financing mechanism) ที่มีเป้าหมายในการสร้างความมั่นใจในเรื่องของ Cost sharing ที่เหมาะสมนี้ คาดว่าจะมีผลต่อการให้การดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุได้ แต่ในจุดนี้ยังไม่มีรายละเอียดที่แน่นะว่าแบบแผนนี้จะเป็นที่มั่นใจได้ว่ามีความครอบคลุมและสามารถเข้าถึง (Accessibility) ได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคที่ไม่เป็นทางการ (Informal sector) เช่น ชานนา ชาวประมง คนที่ร่ำ弯曲 ของ พากทำงานที่บ้าน เป็นต้น รวมทั้งคนยากจนที่ไม่สามารถได้รับการตอบสนองจากแนวทางนี้ได้

ความพยายามที่ปรากฏอย่างชัดเจนที่สุดของรัฐบาลมาเดียวกันในเรื่องของการให้การดูแลในระยะยาว คือ การจัดตั้งบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุเรื้อรัง (Home for Chronically ill) ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่ 2 ศูนย์ ศูนย์หนึ่งอยู่ที่ Kuala Kabu Baru, Selangor และอีกศูนย์หนึ่งที่ Dungum, Terengganu โดยศูนย์ทั้งสองแห่งสามารถรองรับได้ประมาณ 150 คน บ้านพักเหล่านี้จัดให้บริการดูแล รักษา และการคุ้มครอง (Protection) แก่ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมในการให้บริการและอื่นๆ จำนวนมากในเรื่องของการให้การดูแล การคุ้มครองป้องกัน การรักษาทางการแพทย์ การให้คำแนะนำปรึกษา การทำกายภาพบำบัด การแนะนำสารคดinet (Devotion guide) กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมในการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งโดยปกติผู้ที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านนี้จะอยู่ไปจนกระทั่งเสียชีวิต

ในด้านบริการทางการแพทย์ (Medical service) สำหรับการให้การดูแลในระยะยาวของมาเลเซียนนั้น ผู้ที่แสดงบทบาทหลัก คือ โรงพยาบาลของรัฐ (Public hospital) ตัวอย่างเช่นที่ Seremban General Hospital ซึ่งได้มีการจัดให้บริการดังนี้ คือ

- การให้การพยาบาลที่บ้าน (Home nursing)
- การเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ บนพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นรายๆ
- การดูแลผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ
- การประเมิน และอบรมล่ามใช้ในบ้าน ให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)
- การเยี่ยมบ้านชาวบ้านเพื่อประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังมีการวางแผนพัฒนาบริการที่มีอยู่เพื่อเสริมการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ ในช่วงแผนฯ 7 ของมาเลเซียมีโรงพยาบาล 33 แห่ง ที่เห็นด้วยและเข้าร่วมในการดำเนินการ โดยโรงพยาบาล 16 แห่ง ได้จัดให้มีการบริการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากบริการเดิมที่ดำเนินการอยู่ ในขณะที่โรงพยาบาลหนึ่งของรัฐ Selangor มุ่งให้บริการเฉพาะการฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น (เป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเท่านั้นในช่วงแผนฯ 8) รัฐบาลมาเลเซียมีเป้าหมายว่าจะขยายการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatric care) เข้าใน District hospital ทั้งหมดภายในปี ก.ศ. 2020 สิ่งที่คาดว่าต้องมีการดำเนินการคือ 1) การอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Geriatric training) แก่เจ้าหน้าที่เพื่อเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นลำดับแรก ในภาคการให้การดูแลด้านสุขภาพ 2) การอบรมแก่ผู้ให้การดูแล (Training for care giver) เนื่องจากทั้งสองกลุ่มนี้เป็นแหล่งที่มีคุณค่าในการให้การสนับสนุนและการให้การดูแล

รูปแบบและการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยมาเลเซีย

นอกจากรูปแบบของการดูแลระยะยาวโดยครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่ยังมีความสำคัญอยู่มากในสังคมของประเทศไทยแล้ว การจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุของประเทศไทย มาเลเซียยังมีการจัดบริการการดูแลในชุมชน (Community care) การดูแลในสถาบัน (Institutional care) และการบริการรูปแบบอื่นๆ ที่จัดโดยองค์กรหรือองค์กรอาสาสมัคร และกลุ่มสมาคมต่างๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การจัดบริการการดูแลในชุมชน (Community care service)

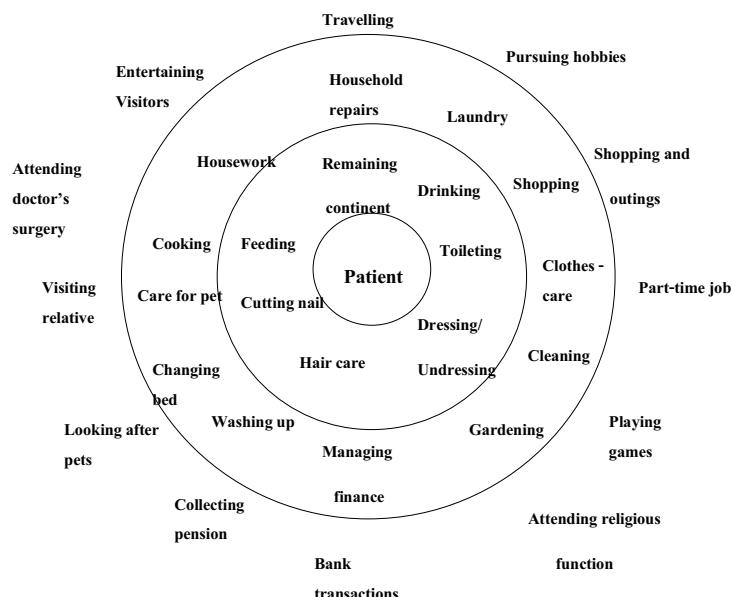
เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลโดยชุมชน (Community Care) ของประเทศไทยมาเลเซีย ในที่นี้ได้ใช้แบบจำลอง Williams' Ring เป็นแนวทางในการระบุประเภทของบริการที่เป็นไปได้ สำหรับผู้สูงอายุและประเภทของบริการที่มีอยู่ (แผนภาพที่ 1 และ 2) สำหรับประเทศไทยมาเลเซียดังได้กล่าว

แล้วว่า ครอบครัวยังเป็นผู้ให้การดูแลที่สำคัญ แต่การดูแลในชุมชน (Community care) จะสามารถช่วยในการแบ่งเบาภาระและความกดดันจากการดูแลระยะยาวของครอบครัวได้ กิจกรรมที่เน้นชุมชน เป็นฐาน (Community-based activity) นับว่ามีความสำคัญในการสนับสนุนต่อครอบครัวที่นับได้ว่า เป็นสถาบันหลักของการดูแลระยะยาวได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ระดับของการดูแลในชุมชน เมื่อพิจารณาจาก Model of Social Performance Levels in Older People (แผนภาพที่ 1) ซึ่งแสดงถึงการกระทำ/ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุใน 3 ระดับ คือ (1) ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม (วงนอกสุด) เช่น การเข้าร่วมในกิจกรรมศาสนา การเดินทาง การทำงานนอกเวลา การเยี่ยมญาติ การดูแลสัตว์เลี้ยง เป็นต้น (2) ความสามารถในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับงานในบ้าน (วงกลาง) เช่น ทำอาหาร ซักผ้า ซ้อมบ้าน จับจ่ายสินค้า ทำสวน ทำความสะอาดบ้าน ทำงานบ้าน เป็นต้น และ (3) ความสามารถในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (วงในสุด) เช่น การอาบน้ำ เข้าห้องน้ำ หวีผม แต่งตัว ตัดเล็บ เป็นต้น จากแบบจำลองนี้ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุจะลดลงจากวงนอกสุดมาในสุด ก้าวคือ จากการทำกิจกรรมทางสังคม → กิจกรรมในบ้าน → และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคล ในแต่ละระยะ ของการลดลงนี้จะมีความต้องการการดูแลที่ต่างกัน จาก Model of Service Available to Older Population (แผนภาพที่ 2) เป็นแบบจำลองที่แสดงถึงบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อสนองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยบริการที่มีอยู่ใน มาเลเซีย (ในรูปของแบบจำลองแสดงไว้ด้วยอักษรตัวอังกฤษ) มีดังนี้ ในระดับบุคคล ได้แก่ พยาบาลประจำตำบล(District nurse) สวัสดิการที่อยู่อาศัย (Welfare home) การรับไว้ในโรงพยาบาล (Hospital admission) ระดับครอบครัว ได้แก่ การช่วยเหลือที่บ้าน (Home help) ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care center) บ้านพักอาศัย (Sheltered housing) ผู้เยี่ยมดูแลสุขภาพ (Health visitor) บริการส่งอาหาร (Meal-on wheel) บริการพยาบาล (Nursing service) ระดับชุมชน ได้แก่ องค์กรอาสาสมัคร (Voluntary organization) การดูแลโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพตามโอกาส การดูแลโดยสมาชิกครอบครัว และเพื่อน (Respite care)

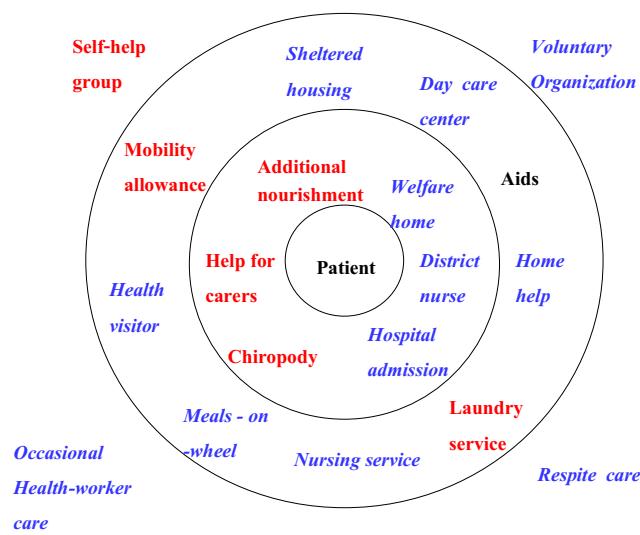
จากแบบจำลองที่นำเสนอจะเห็นได้ว่าบริการส่วนใหญ่มีอยู่แล้วในมาเลเซีย แต่ประเด็นหลักที่ประเทศมาเลเซียเผชิญอยู่นั้น อยู่ที่ระดับและขอบเขตของบริการมากกว่าตัวบริการเอง ตัวอย่างเช่น มาเลเซียเองไม่สามารถที่จะบรรลุถึงขั้นที่มีรูปแบบของการดูแลโดยสมาชิกครอบครัวและเพื่อน (Respite care) ที่ดำเนินการโดยกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นของผู้ให้ความช่วยเหลือ (Organized group of helpers) ได้รูปแบบที่มีอยู่นั้นเป็นในลักษณะที่ไม่เป็นทางการที่ดำเนินโดยผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องหรือรู้จักกับครอบครัว สำหรับการดูแลในชุมชนของประเทศมาเลเซีย เป็นที่ทราบในรูปของการดูแลที่จัดให้ในภูมิลำเนา (Domiciliary care) ซึ่งมีในรายละเอียดต่อไปนี้

แผนภาพที่ 1 A Model of Social Performance Levels in Older People



ที่มา: ดัดแปลงจาก Williams, 1986 at First Symposium on Gerontology 1996 (Ong Fon Sim, 2001b).

แผนภาพที่ 2 Model of Service Available to Older People



หมายเหตุ : บริการที่แสดงด้วยตัวอักษรเอียง เป็นบริการที่มีอยู่ในมาเลเซีย

Respite care หมายถึง non-organized form ของการดูแล เช่น การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน

ที่มา: ดัดแปลงจาก Williams, 1986 at First Symposium on Gerontology 1996 (Ong Fon Sim, 2001b).

Domiciliary Care หรือการดูแลที่จัดให้ในภูมิลำเนา เป็นลักษณะของบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based) ที่พบเป็นส่วนใหญ่ลักษณะของบริการเป็นการให้การดูแลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน (Daily living) การเคลื่อนไหว (Mobility) การดูแลตนเอง (Self care) ของผู้สูงอายุ ในรูปแบบของการให้การพยาบาลที่บ้าน (Home nursing) และการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ซึ่งในประเทศไทยอังกฤษถือว่าการบริการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน (Home help service) เป็นลักษณะของการให้การสนับสนุนที่ภูมิลำเนา (Domiciliary support) ที่สำคัญแก่ผู้สูงอายุ แต่สำหรับในประเทศไทยมาเลเซียนั้นยังพบว่าอยู่ในขอบเขตที่จำกัด เนื่องจากว่าการบริการให้การพยาบาลที่บ้าน (Home nursing service) ที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์อาสาสมัครต่าง ๆ นั้นไม่ได้เฉพาะเจาะจงที่ผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ที่รับเลือกเข้ามาและมีความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการได้ ยกเว้นในกรณีของการบริการที่ให้โดยการอุปถัมภ์จากรัฐบาล เช่น การคลอดบุตรและการดูแลเด็กในชนบท ตัวอย่างของหน่วยงานที่ให้บริการและลักษณะของโครงการที่ดำเนินการ มีดังนี้ คือ

- The Central Welfare Council Malaysia (MPKSM) ได้จัดดำเนินโครงการ การบริการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน (Home help service) แก่ผู้สูงอายุ (โครงการนี้มีลักษณะเดียวกันกับ Help Age Korea ของประเทศไทยซึ่งเป็นบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยสมัครใจ) ลักษณะของบริการได้แก่ การเยี่ยมบ้าน (Home visit) การเยี่ยมที่โรงพยาบาล (Hospital visit) อาชีวะบำบัด (Occupational therapy) การทดสอบทางการแพทย์อย่างง่าย (Simple medical test) และการให้คำปรึกษา (Counseling) โครงการนี้เป็นโครงการเข้าถึงประชาชนที่ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ โครงการนี้มีผู้ให้การดูแลทั้งหมดจำนวน 66 คน ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 491 คน (ชาย 231 คน และหญิง 260 คน) โดยผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปีขึ้นไปจะได้รับประโยชน์จากโครงการนี้มากที่สุด (ตาราง 25) สำหรับมาเลเซีย ทางตะวันออกนั้นโครงการนี้เพิ่งมีการขยายเข้าไปในปี ค.ศ. 2000 โดยจากรายงานจากการดำเนินงานในรัฐ Sabah พบร่วมกับผู้สูงอายุที่จดทะเบียนจำนวน 159 รายและมีการเยี่ยมบ้าน 275 ราย

- The Goldenage Foundation (Usiamas) เป็นองค์กรไม่牟利 ที่ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1991 ให้บริการหลักในเรื่องของการให้การพยาบาล (Nursing care) และการเยี่ยมบ้าน (Home visit) แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เพิ่งจำนำ่ายออกจากโรงพยาบาล มีการดำเนินการในรัฐ Melaka ซึ่งเป็นรัฐทางตอนใต้ใน Peninsular Malaysia โดยให้บริการพยาบาลที่บ้าน (Home nursing service) ตามความจำเป็นที่ประเมินในแต่ละรายแก่ผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาล Melaka General Hospital นอกเหนือนี้แล้ว Usiamas ยังมีการจัด Day Center service การฝึกอบรมผู้ดูแล และศูนย์รวมทรัพยากรสำหรับผู้สูงอายุ (Resource center for ageing) ในแต่ละปีมีผู้สูงอายุประมาณ 300 คนที่ได้ประโยชน์

ตาราง 25 ผู้รับบริการ Home Help Service ที่จัดขึ้นโดย MPKSM ใน Peninsular Malaysia ในปี ค.ศ. 2000 จำแนกตามอายุ และเชื้อชาติ

กลุ่มอายุ	ชาย				หญิง				รวม
	มาเลย์	จีน	อินเดีย	อื่นๆ	มาเลย์	จีน	อินเดีย	อื่นๆ	
60-65	6	28	1	-	30	18	1	-	84
66-70	15	16	7	2	41	2	1	-	84
70+	28	82	7	3	83	50	2	4	259
ไม่ทราบ	14	11	7	4	18	8	-	2	64
รวม	63	137	22	9	172	78	4	6	491

ที่มา : MPKSM , Program Report, 2000 (Ong Fon Sim, 2001b).

จากการให้การบริการการพยาบาลที่บ้าน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากจำนวน 319 รายในปี ค.ศ. 1999 เพิ่มขึ้นเป็น 417 รายในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการในเรื่องของบริการพยาบาล (Nursing service) สำหรับการเยี่ยมบ้าน ก็พบว่ามีความต้องการเพิ่มขึ้น เช่นกัน โดยมีผู้สูงอายุรายใหม่ที่เพิ่มทะเบียนไว้ 1,120 ราย ในปี ค.ศ. 1979 เพิ่มขึ้นเป็น 1,137 รายในปี ค.ศ. 2000

2. การจัดบริการการดูแลในสถานดูแล (Institutional care service)

การจัดบริการการให้การดูแลในสถานดูแลแก่ผู้สูงอายุของประเทศไทยมาแล้วเช่นจำนวนประเภท และลักษณะของบริการและองค์กรที่จัดการ แบ่งออกได้ดังต่อไปนี้คือ

2.1 สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) เป็นรูปแบบที่จัดขึ้นโดยภาคเอกชน (Private sector involvement) สถานพยาบาลผู้สูงอายุนี้ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมือง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจ่ายได้ของกลุ่มเป้าหมาย ประเภทของบริการจะแตกต่างกัน Home to Home แต่โดยพื้นฐานส่วนใหญ่แล้วจะเหมือนกัน แม้ว่าสถานพยาบาลผู้สูงอายุจะจัดขึ้นโดยเอกชน แต่ก็มีการควบคุมโดย Ministry of Health หรือ Social Welfare Department บริการของสถานพยาบาลประเภทนี้พบว่ายังจำกัดวงอยู่ในกลุ่มผู้ที่สามารถจ่ายได้เท่านั้น แต่ความเป็นจริงยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากในเขตเมืองของ Petaling Jaya, Kuala Lumpur ที่ต้องการบริการนี้ ตรงนี้ชี้ให้เห็นได้ว่ามีความต้องการหรืออุปสงค์ของสถานพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

สถานพยาบาลผู้สูงอายุเอกชน (Private Nursing Home) มีการตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1983 ขนาดรองรับผู้สูงอายุได้ประมาณ 40 เตียงหรือมากกว่า และมีจำนวนมากที่มีขนาดเล็ก

(น้อยกว่า 10 เดียว) ที่ตั้งอยู่ในสถานที่ตากอากาศและที่พักอาศัยส่วนตัว สถานพยาบาลเอกชนนี้มีอยู่หนาแน่นในเขต Klang Valley และ Penang ลักษณะของกิจกรรมในการให้บริการมีทั้งลักษณะที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง บริการดูแลคนพะวงกลางวัน (Day care center) การให้การช่วยเหลือที่บ้าน (Home help) การบริการอาหาร (Catering service) และบริการอื่นๆ ซึ่งการบริการของสถานพยาบาลเหล่านี้สามารถเอื้อต่อการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้

สำหรับปัญหาที่พบของสถานพยาบาลลักษณะนี้ในมาเลเซีย ก็คือ ยังไม่มีกฎหมายบังคับและการให้คำแนะนำโดยผู้มีอำนาจ ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพของบริการไม่คงที่ /ไม่มีมาตรฐาน ในจำนวนนับเป็นร้อย ๆ แห่งมีเพียง 188 แห่งเท่านั้นที่ได้รับใบอนุญาตโดย Social Welfare Department ว่าเป็นศูนย์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนในการดูแล

2.2 บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Shelter service) ในส่วนของการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุในด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Shelter care) ที่จัดให้บริการโดยภาครัฐและภาคเอกชนแล้ว ยังมีบริการที่พักอาศัยอีกรูปแบบหนึ่งที่เรียกว่า **Rumah Sejahtera** รูปแบบนี้จัดขึ้นภายใต้การบริหารขององค์กรไม่营利ที่ชื่อว่า Central Welfare Council Peninsular Malaysia (MPKSM) เป็นที่พักอาศัยที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ บ้านเหล่านี้จะอยู่ภายใต้การดูแลแนะนำจาก Social Welfare Department ซึ่งได้จ่ายเงินช่วยเหลือให้ในการดำเนินการ บริการที่จัดขึ้นภายใต้การดำเนินการของ MPKSM จะคล้ายคลึงกับบริการที่พักอาศัยแบบชาวบ้านดั้งเดิมหรือแบบญาติ (Old folk home) ที่ดำเนินการโดย Social Welfare Department ของ Ministry of National Unity and Social Development นอกจากนี้ยังมีการสร้างกระท่อมในหมู่บ้าน และบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่ยังลังเลใจในการหาที่อยู่ใหม่ ในขณะนี้ทั้งบ้านพักอาศัย (Residential home) และกระท่อม (Hut) อยู่ประมาณ 115 แห่ง ใน Peninsular Malaysia มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ประมาณ 917 ราย ผู้ที่อยู่อาศัยในที่นี่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีความพิการมาก ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นานและมีความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จะเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในชุมชนเพื่อให้บริการที่จำเป็นในการปฏิบัติภาระประจำวันและการดูแลในด้านที่ไม่ใช่การบำบัดด้วยยาจาก District Health Center เป็นหลัก แม้ในกรณีดูเหมือนจะไม่ต้องการการดูแลระยะยาว แต่ก็จะถือว่าเป็นเสมือนการเอื้อต่อการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ

2.3 ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันในที่นี้มีความแตกต่างจาก Day Center ที่ดำเนินโดย MPKSM โดย Day Center เป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุให้มีการพบปะสังสรรค์ทางสังคมและรื่นเริงร่วมกัน แต่ศูนย์ดูแลกลางวัน(Day Care Center)จะเป็นสถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (Daily living activity) โดยผู้สูงอายุมีความจำเป็น

ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันในหนึ่งสัปดาห์ อัตราส่วนของผู้ให้การดูแลต่อผู้สูงอายุโดยทั่วไปกำหนดในอัตราส่วน 1:18 และ 1:4 ในกรณีที่มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือไม่สามารถลุกเดินหรือช่วยเหลือตัวเองได้ ศูนย์ดูแลกลางวันถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานที่ลูกต้องตามพระราชบัญญัติว่าด้วยศูนย์ดูแลและ (Care Center Act, 1993) และระบุเบี้ยนข้อบังคับว่าด้วยเรื่องศูนย์ดูแล (Care Center Regulation)

ขณะนี้ MPKSM ได้ดำเนินการอยู่ในขั้นแรกของแผนงานและการสร้างศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center) สำหรับผู้สูงอายุ โดยมีแผนที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จจำนวน 19 ศูนย์ภายในช่วงปี ค.ศ. 2000-2002 ศูนย์แรกตั้งอยู่ที่ Kuala Lumpur ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการก่อสร้าง ศูนย์เหล่านี้คาดว่าจะสามารถตอบสนองช่องว่างของความต้องการของผู้สูงอายุได้ และถ้าเสร็จสมบูรณ์หมวดคาดว่าจะเอื้อต่อการให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

3. รูปแบบอื่น ๆ ของการจัดบริการ

3.1 บริการที่จัดให้โดยองค์กรอาสาสมัคร

รัฐบาลมาเลเซียมีนโยบายในการที่จะให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นสมาคมอาสาสมัครในการจัดการให้การดูแลและการจัดที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุ โดยให้การช่วยเหลือในรูปของเงินช่วยเหลือในการจัดบริการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ The National Council of Senior Citizens Organization Malaysia (NASCOM) เป็นสมาคมที่ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผน 5 ปีที่ดำเนินตามกรอบนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติที่ได้ความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญจาก United Nations Economic and Social Commission for Asia Pacific (ESCAP) แผนปฏิบัตินี้มีความจำเป็นสำหรับการริเริ่มและการดำเนินงานที่จำเป็นหลายด้าน เช่น ความมั่นคงทางรายได้ (Income security) กิจการด้านกฎหมายและที่อยู่อาศัย (Housing and legal affairs) การศึกษาและการฝึกอบรม การบริการทางการแพทย์และสุขภาพ การกีฬาและสันทนาการ บริการทางสังคมและสวัสดิการ ข้อมูลที่สำคัญ สารและการเผยแพร่ และการเพิ่มงบกองทุน (Fund raising) โดยแผนปฏิบัติที่กำลังดำเนินการอยู่ในด้านการศึกษาและการฝึกอบรม ได้มุ่งที่การจัดหลักสูตรหรือโปรแกรมเพื่อเพิ่มทักษะหรือรับอาชีวะใหม่ๆ ในการที่จะช่วยให้มีการจ้างงานอย่างที่ต้องการ ได้ สำหรับด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพ NASCOM กำลังพยายามที่จะกระตุ้นให้ผู้มีอำนาจมีการวางแผน และการจัดการดูแลสุขภาพแบบเบ็ดเตล็ดและบริการสำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้มีพยาบาลเฉพาะทางและผู้ทำงานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แผนปฏิบัตินี้ยังมุ่งที่การริเริ่มและการสนับสนุนเกี่ยวกับการพยาบาลที่บ้าน (Home nursing) ศูนย์ดูแลกลางวันเพื่อการพักฟื้น (Convalescing day care centers) สำหรับให้ผู้สูงอายุที่ป่วยพักอยู่ในบ้านของตนร่วมกับครอบครัวนานเท่าที่เป็นไปได้

3.2 กิจกรรม/โครงการที่จัดโดยสมาคม /องค์กรภาคเอกชน

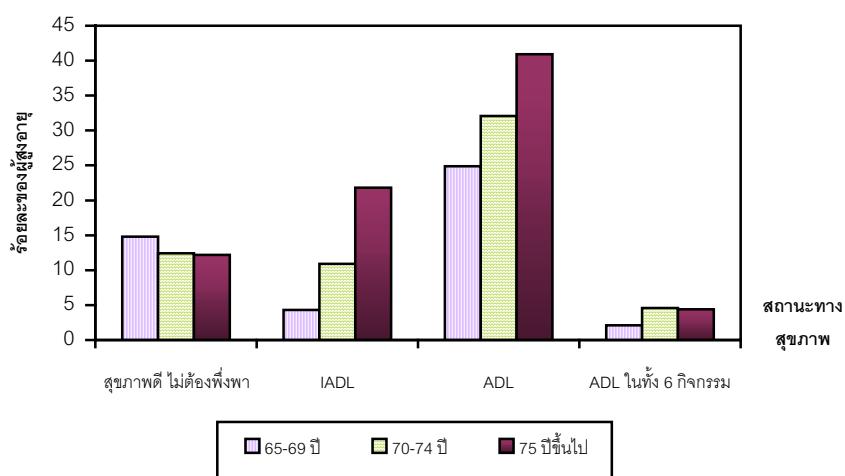
บทบาทของความร่วมมือจากภาคเอกชนในการให้การสนับสนุนต่อการดูแลผู้สูงอายุนั้น หลายสมาคม/องค์กรได้มีการดำเนินภาระหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือต่อประชาชนหลายกลุ่มซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย โดยการให้ความช่วยเหลือและการดูแลต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะจัดขึ้นในช่วงวันนักขัตฤกษ์ ในรูปแบบของการบริจาคเป็นเงินและความเมตตา (Kind) แต่มีแนวคิดที่ว่ากลุ่มสมาคม (พลเมืองที่มาร่วมตัวกัน / corporate citizens) สามารถแสดงบทบาทในการริเริ่มกิจกรรมโครงการที่มากกว่าที่เป็นอยู่ได้อีก ดังเช่นตัวอย่างของการริเริ่มโครงการโดยสมาคม ได้แก่ การบุกเบิกแนวคิดเกี่ยวกับ *Community Caring Village* ขององค์กรเอกชน ซึ่งเป็นแนวคิดที่น่าสนใจในการพัฒนาการใช้ทรัพยากร ภายใต้แนวคิดนี้ คนที่มีอายุน้อยและคนที่มีอายุมาก / ผู้สูงอายุจะอยู่ / ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด (side by side) แนวคิดนี้เป็นผลดีแก่ผู้สูงอายุและเด็ก กล่าวคือทั้งสองฝ่ายสามารถให้ความช่วยเหลือและความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่จะเข้ามาอยู่ที่บ้านพักนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีฐานะยากจน และมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้จะถูกคัดเลือกเข้าอยู่โดย Welfare Department ตามลักษณะของโครงการแล้ว แม้ว่าในขณะนี้จะยังไม่มีองค์ประกอบของการดูแลระยะยาวก็ตาม แต่ในอนาคตโครงการนี้ถูกมองว่าสามารถนำองค์ประกอบเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวมาใช้ได้ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำงานต่างๆ สามารถจะถูกกระตุ้นให้ดูแลแก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งนับว่าเป็นการส่งเสริมแนวคิดของการก่อประโยชน์ / การผลิตในวัยสูงอายุ (Productive aging)

นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย

ก. บทนำ

ด้วยเหตุที่ปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนมากขึ้น สัดส่วนประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และในอนาคตมีการคาดกันว่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มดังกล่าว นี้จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้น นอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นแล้ว สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลก็เพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุคนไทยในปี ค.ศ. 1998 (รูปที่ 5) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพาในการทำกิจวัตรส่วนตัว (Level of activities of daily living; ADL) และกิจกรรมอื่นๆ (Level of instrument activities of daily living; IADL) มีสัดส่วนสูงขึ้นมากในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ สูง ๆ สัดส่วนการพึ่งพาจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้น เป็นผลให้สังคมเกาหลีเริ่มหันมาให้ความสำคัญกับเรื่องของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ

รูปที่ 5 ร้อยละของสถานะทางสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ ในปี ค.ศ. 1998



ในปัจจุบัน เมว่าคนเกาหลีจะยังคงยืดลือค่านิยมดั้งเดิมที่กำหนดให้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรธิดา ต้องมีความกตัญญูต่อบิดามารดา การดูแลและการสนับสนุนทางการเงินแก่ผู้สูงอายุเป็นหน้าที่หลักหน้าที่หนึ่งที่ลูกควรปฏิบัติyanพ่อแม่แก่ต่ำ แต่หลังจากมีการพัฒนาเกิดขึ้นในประเทศไทย ส่งผลให้สังคมเกาหลีเปลี่ยนแปลงไปจาก familism เป็น individualism หรือเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุโดยบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (long-term care) จึง

เป็นเรื่องที่กระทำได้ยากในทางปฏิบัติ การที่ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเกินสูงขึ้น ในขณะที่บุคคลในครอบครัวที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้จริงๆ กลับลดจำนวนลง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยไม่ได้รับการดูแลและมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเพิ่มมากขึ้น การเข้ามาช่วยเหลือของรัฐในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นเร่งด่วน ประเด็นหนึ่งที่กำลังได้รับความสนใจภายใต้นโยบายที่ชื่อ Long-Term Care Policy

บ. วิัฒนาการของนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย (Long-Term Care Policy) จัดทำขึ้น ครั้งแรกประมาณปี ค.ศ. 1982 ภายใต้กฎหมายชื่อ Elderly Welfare Law ด้วยมุ่งหวังที่จะให้บริการด้านที่พักอาศัยและการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งกฎหมายนี้เองได้จัดตั้งบ้านพักคนชรา (homes for the aged) และสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุขึ้น (Nursing home) แต่จำกัดการให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ระดับปานกลางและระดับสูงไม่ได้รับบริการจากสถานบริการเหล่านี้ เพื่อให้การบริการครอบคลุมผู้สูงอายุทุกระดับชั้นและเพิ่มทางเลือกให้กับผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ในปี ค.ศ. 1989-1993 และครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 1997 จึงได้มีการแก้ไขกฎหมาย Elderly Welfare Law โดยการขยายประเภทของที่พักอาศัย (Elderly housing welfare facilities) และสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly health care facilities) ดังนี้

การบริการด้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

- 1) ที่พักร่วมที่ไม่ต้องจ่ายเงิน (free homes for the aged)
- 2) ที่พักร่วมที่ต้องจ่ายค่าบริการน้อย (low-fee-charging homes for the aged)
- 3) ที่พักร่วมที่ต้องจ่ายค่าบริการเต็ม (full-fee-charging homes for the aged)
- 4) การจัดทำบ้านที่จ่ายค่าบริการน้อย (low-fee-charging elderly welfare housing)
- 5) การจัดทำบ้านที่จ่ายค่าบริการเต็ม (full-fee-charging elderly welfare housing)

ส่วนสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

- 1) สถานพยาบาลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (free nursing homes)
- 2) สถานพยาบาลที่จ่ายค่าบริการน้อย (low-fee-charging nursing homes)
- 3) สถานพยาบาลที่จ่ายค่าบริการเต็ม (full-fee-charging nursing homes)
- 4) สถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและไม่ต้องจ่ายค่าบริการ (free skilled nursing homes)
- 5) สถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและต้องจ่ายค่าบริการเต็ม (full-fee-charging skilled nursing homes)

นอกจากการให้บริการด้านที่พักอาศัยและสถานพยาบาลแก่ผู้สูงอายุแล้ว ในปี ค.ศ. 1994 ได้มีการแก้ไขกฎหมายชื่อ Elderly Welfare Law โดยให้บรรจุ Nursing hospitals รวมเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระบะยะยาวเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมากกว่า 30 วัน และในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการตั้ง Geriatric hospitals ขึ้น โดยกฎหมาย Medical Service Law เพื่อเน้นเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย

ตามที่กล่าวไปแล้วว่าบริการที่รัฐจัดให้ในนโยบายด้านการดูแลระยะยาวนี้มีการจัดประเภทของสถานบริการออกตามเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้ที่ใช้บริการที่ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้สูงอายุที่สามารถใช้บริการจากสถานบริการประเภทที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (free institutions) จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่ยากจนหรือมีรายได้ต่ำ ส่วนผู้สูงอายุที่สามารถรับบริการจากสถานบริการประเภทค่าบริการน้อย (low-fee-charging institutions) ต้องมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อหัวของครอบครัวในเขตเมือง และสถานบริการประเภทค่าบริการเต็ม (full-fee-charging institutions) สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่าบริการได้เต็มที่

ในนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) นอกจากจะพุ่งเป้าไปที่การให้การดูแลในบ้านพักคนชราและในสถานพยาบาลแล้ว การให้การดูแลในชุมชน (Community care service) ก็ถือว่าเป็นอีกโครงการหนึ่งที่ถูกบรรจุให้อยู่ในนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แม้ว่าในระยะแรกการให้การดูแลในชุมชนไม่ค่อยได้รับความสนใจ การดำเนินการที่ทำกันเองในกลุ่มอาสาสมัคร (volunteer home helpers) ไม่มีการสนับสนุนจากภาครัฐ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1987-1993 รัฐเข้ามาสนับสนุนเรื่องเงินทุนและกำหนดประเภทของการให้บริการในชุมชน (community care) เป็น 4 ประเภทซึ่งใช้กันมาจนทุกวันนี้ คือ

- 1) โครงการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน (home help care program)
- 2) โครงการดูแลผู้สูงอายุในตอนกลางวัน (adult day care program)
- 3) โครงการการดูแลและให้ที่พักระยะสั้น (short-stay care program)
- 4) โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (Visiting Nurse)

ค. โครงการต่างๆ ในนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC Policy Programs)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันโครงการต่าง ๆ ในนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะกำหนดให้ผู้สูงอายุคือเป้าหมายหลักของการให้บริการและสวัสดิการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม แต่ก็ไม่ได้มองข้ามบุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ (caregiver support) รวมถึงระบบการประกันทางการเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (financial systems for the cost of LTC) จึงถูกรวมเป็นอีกเป้าหมายหนึ่งของแผน

1. โครงการด้านการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ

1.1 โครงการให้บริการด้านที่พักสำหรับผู้สูงอายุ (Institutional Care)

โครงการนี้ให้การดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา (homes for the aged) และสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (nursing homes) ทั้ง 2 แห่งตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ไม่สามารถ自理อยู่ร่วมกับครอบครัวได้ หรือยากจน แต่ทั้งบ้านพักคนชราและสถานพยาบาลนี้มีความแตกต่างกันตรงที่ในกฎหมายกำหนดไว้ว่าบ้านพักคนชราจะรองรับเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพราะฉะนั้นถ้าผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา (homes for the aged) เล็บปีวัยหรือต้องการการดูแลในระยะยาวก็จะมีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (nursing homes) แต่ด้วยขั้นตอนการส่งต่อที่ค่อนข้างยุ่งยาก ในบางกรณีผู้สูงอายุที่ป่วยขึ้นคงต้องอยู่ที่บ้านพักคนชราและไม่สามารถได้รับการดูแล (LTC) ที่เหมาะสม

ตามที่กล่าวไปแล้วในตอนต้นว่า นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยมีความพยายามที่จะจัดบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มฐานะ โดยจำแนกสถานบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุออกตามเกณฑ์รายได้ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเสนอทางเลือกในการรับบริการตามความต้องการและตามความสามารถที่จะจ่ายได้ แต่อย่างไรก็ตาม การบริการของสถานบริการต่างๆ เหล่านั้นก็ยังไม่สามารถดึงดูดความสนใจจากผู้สูงอายุได้ มีผู้สูงอายุจำนวนมากบริการจากสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุน้อยมาก สาเหตุสำคัญๆ คือ

- ค่าเทศาหลีโดยทั่วไปคิดว่าการมารับบริการจากสถานบริการเหล่านี้เป็นเรื่องที่น่าอับอายเนื่องจากค่านิยมดั้งเดิมเกี่ยวกับความกตัญญูต่อพ่อแม่ ทำให้หันตัวผู้สูงอายุเองและบุตรหลานต้องรักษาหน้าตัวเองเอาไว้ ด้วยการไม่ไปใช้บริการจากสถานบริการเหล่านี้
- ผู้สูงอายุหลายคนมีทักษะคิดในการลงบุญต่อสถานบริการเหล่านี้ เนื่องจากปัญหาคุณภาพของบริการที่ยังด้อยพัฒนาและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในสถานบริการแบบที่ไม่ต้องจ่ายเงินหรือจ่ายเงินน้อย และแม้ว่าจะมีสถานบริการคุณภาพดีแต่ก็เป็นสถานบริการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นชนชั้นต่ำและกลางไม่สามารถเข้าถึงบริการคุณภาพนั้นได้
- บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถเบิกได้จากระบบการประกันสุขภาพ (Public health insurance)

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care Policy) ของประเทศไทย

การดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Care)

การดูแลในสถานบริการ (Institutional Care)

1. การบริการด้านพักอาศัยของผู้สูงอายุ (Elderly housing welfare facilities)

- ที่พักรวมทั่วไปที่ไม่ต้องจ่ายเงิน (free homes for the aged)
- ที่พักรวมทั่วไปที่มีค่าบริการน้อย (low-fee-charging homes for the aged)
- ที่พักรวมทั่วไปที่จ่ายค่าบริการเต็ม (full-fee-charging homes for the aged)
- การจัดทำบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (low-fee-charging elderly welfare housing)
- การจัดทำบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (full-fee-charging elderly welfare housing)

2. สถานพยาบาลสำราญผู้สูงอายุ (Elderly health care facilities)

- สถาบันพยาบาลที่ไม่ได้จ่ายค่าบริการ (free nursing homes)
- สถาบันพยาบาลที่จ่ายค่าบริการน้อย (low-fee-charging nursing homes)
- สถาบันพยาบาลที่จ่ายค่าบริการเต็ม (full-fee-charging nursing homes)
- สถาบันพยาบาลพิเศษความเสี่ยงภัยพะยอม (free skilled nursing homes)
- สถาบันพยาบาลพิเศษความเสี่ยงภัยพะยอม (paid skilled nursing homes)
- Nursing hospitals
- Geriatric hospitals

การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Care)

ผ่าน การดูแลของส่วนตัวในครอบครัว ญาติ พี่น้องชาน ปู่ย่าตายาย

การดูแลในชุมชน (Community Care)

1. โครงการให้ความช่วยเหลือทั่วไป (home help care program)
2. โครงการเด็กผู้สูงอายุในตอนกลางวัน (adult day care program)
3. โครงการดูแลเด็กให้พำนักระยะสั้น (short-stay care program)
4. การเข้ามามีงานผู้สูงอายุ (Visiting Nurse)

1.1 โครงการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Care)

1.2.1 โครงการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน (Home Help Care Program)

โครงการนี้ตั้งขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 โดยอาสาสมัครที่เป็นเครือข่ายขององค์กรบริการสังคมของสหราชอาณาจักรที่ชื่อ Help Age International ในปัจจุบันโครงการนี้ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องการใช้ชีวิตในบ้าน (homemaker services) เช่น การทำอาหาร การไปรษูลอง การทำความสะอาดบ้าน หรือการช่วยเหลือในเรื่องส่วนตัวต่างๆ (personal care services) เช่น การดูแลสุขภาพร่างกาย การอาบน้ำ เป็นพื้อนไปรษูลองนอกบ้าน รวมถึงการไปเยี่ยมเยียน (friendly visiting services) ให้คำปรึกษา พูดคุย ช่วยโทรศัพท์หรือเขียนจดหมายให้

แม้ว่ากฎหมาย Elderly Welfare Law จะอนุญาตให้จัดตั้งโครงการลักษณะเดียวกันนี้ทั้งแบบหากำไรและไม่หากำไรเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถรับบริการนี้ได้ โดยในส่วนที่รัฐเข้ามาช่วยเหลือจะเป็นแบบที่ไม่หากำไร ซึ่งมีอาสาสมัครเป็นผู้ทำงาน ผู้สูงอายุจึงไม่ต้องเสียค่าบริการ แต่จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำหรือเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์ทดแทนจากโครงการ NBLS (National Basic Livelihood Security Program) ส่วนโครงการที่ต้องเสียค่าบริการแม้จะมีให้เลือกถึง 2 ประเภท คือ เสียค่าบริการต่ำ (low-fee-charging service) และเสียค่าบริการเต็ม (full-fee-charging service) แต่ก็ยังมีข้อจำกัดว่าผู้สูงอายุที่สามารถรับบริการแบบเสียค่าบริการต่ำ ได้นั้นจะต้องมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวของครอบครัวในเขตเมืองเท่านั้น ผู้สูงอายุที่เหลือต้องไปรับบริการแบบจ่ายค่าบริการเต็ม ประกอบกับในปัจจุบันพบว่าสัดส่วนของโครงการเกือบทั้งหมดที่มีอยู่ เป็นการบริการแบบไม่คิดค่าบริการซึ่งเป็นของรัฐ ทำให้ผู้สูงอายุในชนชั้นกลางและชนชั้นสูงเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้ยาก

นอกจากนี้ การที่โครงการนี้ใช้อาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากอาสาสมัครสามารถเข้าไปดูแลผู้สูงอายุได้เพียงอาทิตย์ละ 1 ครั้งเท่านั้น และจากการสำรวจการใช้บริการ โครงการนี้พบว่ายังอยู่ในระดับที่ต่ำมากในปัจจุบัน สาเหตุหลักมาจากการ

- ข้อจำกัดของโครงการที่ให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
- การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ
- ทัศนคติและค่านิยมทางวัฒนธรรมที่ลูกหลานต้องดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ไม่ค่อยนิยมไปใช้บริการเพื่อรักษาหน้าของตนเอาไว้

1.2.2 โครงการดูแลผู้สูงอายุในตอนกลางวัน (*Adult Day Care Program*)

กฎหมาย Elderly Welfare Law ได้กำหนดให้โครงการนี้ถูกบรรจุอยู่ในกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ (ADL) การบริการเรื่องอาหาร การอาบน้ำ การทำกิจกรรมสันทนาการ การให้คำปรึกษาหรือให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

การใช้บริการประเภทนี้แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มากนัก แต่ก็ถือว่าระดับการใช้งานกว่า community care services ประเภทอื่นๆ และเมื่อจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นความต้องการบริการประเภทนี้ก็เพิ่มตาม แต่เนื่องจากบริการประเภทนี้จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำเป็นหลักโดยจะเก็บค่าบริการเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ผู้สูงอายุชนชั้นกลางและชนชั้นสูงต้องไปใช้บริการแบบเดียวกับการเต็ม ทำให้ผู้สูงอายุชนชั้นกลางและชนชั้นสูงไม่สามารถเข้าถึงบริการนี้ได้ แม้แต่การบริการเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยลงก็ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากความต้องการมีเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันมีอยู่น้อย

1.2.3 โครงการดูแลและให้ที่พักระยะสั้น (*Short-stay Care Program*)

โครงการนี้จัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1993 โดยกฎหมาย Elderly Welfare Law สำหรับการจัดหาที่พักเพื่อผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลหรือต้องการการดูแลในระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 45 วันและในปีหนึ่งๆ สามารถใช้บริการได้โดยรวมไม่เกิน 3 เดือน โครงการนี้ไม่ค่อยเป็นที่รู้จักของคนเก่าหลี แต่ความต้องการบริการนี้ก็มีเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุและครอบครัวเริ่มเห็นความสำคัญของโครงการนี้มากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม (senile dementia)

เช่นเดียวกับโครงการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน (Home Help Care Program) โครงการนี้ส่วนหนึ่งได้รับความช่วยเหลือจากการรัฐบาลจึงจำกัดการให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุในชนชั้นกลางหรือชนชั้นสูงต้องไปใช้บริการแบบที่จ่ายค่าบริการเต็ม

1.2.4 โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (*Visiting Nurse*)

กฎหมาย Community Health Law และ Medical Service Law ได้กำหนดให้โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (Visiting Nurse) เป็นบริการหลักสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีหน่วยงานที่ให้การบริการคือศูนย์สาธารณสุขชุมชน (community health center-based เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1991) ศูนย์สวัสดิการสังคมของชุมชน (community welfare centers เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1992) สมาคม

พยาบาลแห่งชาติเกาหลี (the Korean nurses Association เริ่มในปี ค.ศ. 1993) และโรงพยาบาลต่าง ๆ (เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1994) หน่วยงานเหล่านี้จะส่งพยาบาลไปเยี่ยมคุณที่บ้านเพื่อให้ nursing care บริการขันข่ายผู้ป่วย การให้การรักษา การฉีดยา รวมถึงการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

สำหรับผู้ที่มีสิทธิในการรับบริการนั้นยังคงขาดความชัดเจนเนื่องจากกฎหมายไม่ได้กำหนดแน่ชัดว่าใครมีสิทธิ ดังนั้น ทุกคนจึงมีสิทธิในการรับบริการประเภทนี้ โดยค่าบริการต่างๆ สามารถเบิกได้จาก การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่เข้ารับบริการมีจำนวนน้อยมากและส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.1 โครงการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Support)

เป็นที่ทราบกันดีว่า สมาชิกในครอบครัวคือบุคคลที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระยะยาว แต่บุคคลเหล่านี้กลับไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ จากรัฐบาล ปัจจุบันมีเพียงกองทุนสวัสดิการสังคมของเอกชน (private social welfare foundation) ที่เข้าไปช่วยเหลือบางอย่างเท่านั้น การเข้าไปสนับสนุนหรือช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้จะช่วยให้รัฐสามารถแก้ปัญหาเรื่องผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลได้ แต่รัฐกลับไม่ค่อยใส่ใจประเด็นนี้เท่าไนก กลับไปเร่งสร้างสถานที่พักสำหรับผู้สูงอายุ (Institutional Care) ซึ่งก็ไม่ค่อยประสบความสำเร็จนেื่องจากคุณภาพในการบริการยังคงต่ำ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่นิยมมาใช้บริการ เพราะต้องการรักษาหน้าของตนและครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังคงอยู่กับครอบครัวแม่ว่าจะไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแลไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

2.2 ระบบการประกันทางการเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Financial systems for the cost of LTC)

ค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุนับว่าเป็นอีกปัญหาที่สำคัญเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง แม้ว่าจะไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการด้านสังคม แต่จากประสบการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้วแสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายต่อหัวเฉพาะทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุประมาณ 70 ปีสูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของทั้งประเทศถึง 2 เท่า และสูงกว่าถึง 4 เท่าสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีระบบการประกันทางการเงิน (financial system) ที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม มีการช่วยเหลือเพียงบางส่วนเท่านั้น คือระบบการประกันทางการเงินของรัฐและเอกชน

3.1 ระบบการประกันทางการเงินของรัฐ (Public Financing System)

3.1.1 โครงการประกันสุขภาพ (Health Insurance Program)

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีระบบการประกันสุขภาพเพียงชนิดเดียว คือ National Health Insurance (NHI) ซึ่งเกิดจากการรวมโครงการ Medical Insurance (MI) ที่ประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างผู้ประกอบอาชีพอิสระ ผู้ประกันที่อาศัยอยู่ในหมู่ชนเมือง และผู้ประกันที่อาศัยอยู่ในชนบทกับโครงการ Government Employees and Private School Teachers' Medical Insurance (GEPSTMI) สำหรับผู้ประกันที่เป็นข้าราชการ ครู และลูกจ้างของโรงเรียนเอกชน ผู้ที่มีสิทธิในโครงการ NHI นอกจากจะเป็นผู้รับประกันดังกล่าวแล้ว สมาชิกในครอบครัวของผู้รับประกันที่ต้องพึ่งพาผู้รับประกันก็มีสิทธิในการรับประกันเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าการประกันสุขภาพของรัฐชนิดนี้ค่อนข้างครอบคลุมชาว Caleb ทุกคน ยกเว้นเพียงผู้ที่รับประโยชน์จากโครงการ Medical Assistance Program (MA) แล้วท่านนั้น

โครงการประกันสุขภาพนี้จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับการวินิจฉัยโรค ค่ารักษาผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ค่าผ่าตัด ค่าดูแล (nursing) ค่ายา รวมไปถึงค่าเดินทางเพื่อรับการรักษา สำหรับผู้สูงอายุ การประกันสุขภาพจะครอบคลุมทุกอย่าง ยกเว้นค่าแวนตามา ค่าเครื่องช่วยฟัง และค่าฟันปลอม และค่ากายอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งระดับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะแตกต่างกันไปตามประเภทของการรักษา โดย NHI จะออกค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยนอก 50-70 เบอร์เซ็นต์ และ 80 เบอร์เซ็นต์ สำหรับผู้ป่วยใน แต่จะไม่ออกค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุ (Institutional Care) และไม่ออกค่าใช้จ่ายใดๆ สำหรับการดูแลระยะยาว (LTC) แต่ถ้าผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาหนาๆ NHI จึงจะออกค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ 80 เบอร์เซ็นต์

3.1.2 โครงการช่วยเหลือด้านการแพทย์ (Medical Assistance Program)

โครงการ MA นี้ ครอบคลุมผู้ที่รับผลประโยชน์จากโครงการ National Basic Livelihood Security (NBLS) โครงการนี้ให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไปที่ฐานะต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจนและไม่มีผู้สนับสนุนทางการเงิน ทหารผ่านศึก บุคคลที่ทำงานเพื่อนรุกษ์มรดกทางวัฒนธรรม รวมไปถึงผู้ที่ได้รับภัยพิบัติต่างๆ สำหรับความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โครงการนี้จะช่วยเหลือเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่จะไม่จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ LTC จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมในปี ค.ศ. 2000 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 15 เบอร์เซ็นต์เท่านั้นที่ได้รับการคุ้มครองจากโครงการนี้

3.1.3 กองทุนบริการสังคม (Social Service Funds)

กองทุนนี้เข้ามาให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายบางอย่างในส่วนที่นักศึกษาต้องจ่าย โดยนำงบประมาณจากภาษีมาช่วยเหลือเรื่องการดูแลระยะยาว (LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าชั้นชั้นกลาง อย่างไรก็ตามกองทุนนี้ก็ยังคงไม่สามารถครอบคลุมไปถึงผู้สูงอายุชนชั้นกลางและชนชั้นสูง

3.2 ระบบการประกันทางการเงินของเอกชน

ระบบการประกันทางการเงินนิดนึงประกอบด้วย ระบบการประกันทางการเงินของตัวผู้สูงอายุเอง ของครอบครัว รวมถึงของบริษัทประกัน โดยปกติการประกันของบริษัทเอกชนในประเทศไทยจะไม่ครอบคลุมทั้งการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุ แต่จะครอบคลุมเพียงค่าใช้จ่ายสำหรับการศัลยกรรม การรับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะบางโรค เช่น โรคลมปั๊กจุบัน (stroke) โรคเกี่ยวกับสมองเติ่อม (dementia) โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และจำกัดการจ่ายค่ารักษาภัยในระยะเวลา 3 เดือนเท่านั้น ดังนั้น ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นผู้ที่ออกเอง

ง. ปัญหาและอุปสรรคของนโยบายผู้สูงอายุระยะยาว

ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นถึงลักษณะและการดำเนินงานของโครงการต่างๆ ในนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุระยะยาว ในส่วนนี้จะสรุปภาพรวมของปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นของโครงการเหล่านี้

1. ค่านิยมเรื่องความกตัญญูของบุตรและความรับผิดชอบของครอบครัว

เนื่องจากคนแก่ส่วนใหญ่ ยังคงยึดค่าค่านิยมดังเดิมที่บุตรหลานต้องตอบแทนความรักและการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา โดยการสนับสนุนด้านการใช้จ่ายและให้การดูแลบิดามารดาอย่างสูงวัย ค่านิยมเรื่องความกตัญญูของบุตรและความรับผิดชอบของครอบครัวนี้ถือเป็นค่านิยมพื้นฐานที่สำคัญสำหรับคนแก่สูง ทำให้การดูแลผู้สูงอายุกลายเป็นหน้าที่บุตรต้องกระทำ การที่สังคมไทยเน้นเข้าว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่หรือเป็นความรับผิดชอบของครอบครัว ครอบครัวได้ตามปล่อยให้ผู้สูงอายุไปอยู่อาศัยที่บ้านพักคนชราหรือมีคนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ถือว่า “เป็นการเสียหน้า” ซึ่งการเน้นว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นความรับผิดชอบของบุตรหลานหรือครอบครัวนี้ เป็นผลให้ความรับผิดชอบของรัฐที่พึงมีต่อผู้สูงอายุลดน้อยลง รัฐจึงไม่ค่อยสนใจหรือให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเท่าใดนัก การจัดบริการหรือสวัสดิการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุจึงไม่พอเพียงและต้องมีความหลากหลาย นอกจากจะไปทำให้คุณภาพการบริการของรัฐดีแล้ว ค่านิยมดังกล่าวยังไปทำให้บริการและสวัสดิการบางอย่างที่รัฐจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุไม่สามารถเป็นประโยชน์ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากมีผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการน้อย

2. ข้อจำกัดสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถเข้ารับบริการในโครงการต่างๆ

โครงการต่างๆ ที่ให้บริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปัจจุบันเกือบทั้งหมดเน้นให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนชั้นกลางและชนชั้นสูงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมได้ยาก ทั้งๆ ที่ความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุเหล่านี้ก็มีความต้องการการดูแลระยะยาว (LTC) เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ยากจนหรือมีรายได้ต่ำ ดังนั้น รัฐจึงควรหันมาให้ความสนใจและพัฒนาระบบการบริการต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการ (formal care services) และไม่เป็นทางการ (Informal care services) ให้ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในชนชั้นกลางและชนชั้นสูงด้วย

3. ระดับคุณภาพของการบริการต่างๆ

จากความไม่เพียงพอของความช่วยเหลือจากรัฐที่ให้ต่อสถานบริการด้าน LTC โดยเฉพาะการสนับสนุนเรื่องงบประมาณ ทำให้สถานบริการเหล่านี้ในประเทศขาดส่วนใหญ่มีคุณภาพต่ำ ทั้งในเรื่องของการบริการและความทันสมัยของอุปกรณ์ต่างๆ ด้วยคุณภาพที่ต่ำนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างการบริการที่ได้รับจากสถานบริการของรัฐกับสถานบริการแบบจ่ายค่าบริการเต็ม ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม

4. การเน้นเฉพาะการให้บริการบ้านพักคนชรา

ในช่วงปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่างบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลงไปที่การให้บริการในบ้านพักคนชรา ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้รับงบประมาณไม่ถึง 1 ใน 10 ของงบประมาณที่จัดสรรให้บ้านพักคนชรา แทนที่รัฐจะเน้นไปที่การสนับสนุนความเข้มแข็งของครอบครัวในการรับผิดชอบเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ แต่รัฐกลับเน้นการให้บริการบ้านพักคนชรา ซึ่งเท่ากับไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาผู้สูงอายุแต่เป็นการไปเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราให้มากขึ้น ผลที่ตามมาก็คือรัฐไม่สามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพและพอเพียงแก่ผู้สูงอายุเหล่านั้นได้

5. ขาดบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

โครงการใดๆ ก็ตามจะประสบความสำเร็จหรือไม่ สิ่งสำคัญอยู่ที่กำลังพล หากกำลังพลไม่เพียงพอหรือไม่มีประสิทธิภาพ โครงการนั้นก็ยากที่จะประสบความสำเร็จ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก็เช่นเดียวกัน ปัจจุบันเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านการดูแลผู้สูงอายุทั้งของรัฐและกลุ่มอาสาสมัครมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ ทำให้บุคลากรเหล่านี้ต้องทำงานหนักประสิทธิภาพการทำงานจึงค่อนข้างต่ำ ประกอบกับขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสวัสดิการสังคมและอาชญาศาสตร์ คุณภาพของการบริการจึงต่ำไปด้วย

6. ขาดการสนับสนุนด้านบริการและสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันประเทศไทยไม่มีบริการหรือสวัสดิการที่เป็นทางการใดๆ เลยสำหรับครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ มีเพียงกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเองที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนกันและกัน

7. ระบบการประกันสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่มีชนิดใดเลยที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือครอบครัวเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว (LTC) ไม่ว่าจะเป็นโครงการประกันสุขภาพ (NHI) หรือโครงการช่วยเหลือด้านการแพทย์ (MI) ต่างก็ช่วยเหลือเฉพาะค่ารักษาโรครายแรง ส่วนกองทุนบริการสังคม (Social Service Funds) ก็ไม่มีการระบุถึงการอุดหนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนระบบการประกันสุขภาพของเอกชนก็ออกค่าใช้จ่ายให้กรณีโรคเท่านั้น และนอกจากจะไม่คุ้มครองทุกโรคแล้วยังกำหนดระยะเวลาที่รับการรักษาว่าต้องไม่เกิน 3 เดือนอีกด้วย แม้ว่าในอนาคตอันใกล้นี้รัฐบาลมีแผนที่จะงานนโยบายเกี่ยวกับระบบการประกันสุขภาพ แต่ก็ยังคงไม่เป็นรูปเป็นร่างเท่าไนก็

8. ระบบการส่งมอบบริการ (Delivery System)

ในปัจจุบันนโยบายสวัสดิการสังคมและนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่างขึ้นมาโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยมีหน่วยงานของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้นำไปสู่ขั้นของการปฏิบัติ ระบบการส่งต่อด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงถูกรวมไว้ในระบบการบริหารงานทั่วไป ซึ่งระบบการส่งต่อของรัฐในลักษณะนี้ทำให้ยากต่อการวางแผนนโยบายและการส่งมอบการบริการแบบมืออาชีพ นอกจากนี้ยังยกต่อการจัดบริการและสวัสดิการสังคมที่เป็นประโยชน์ให้แก่ประชาชน

แผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย

สิงคโปร์ยังไม่มีแผนงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในระดับประเทศ แต่อยู่ในระดับจัดเตรียมการ จากข้อเสนอแนะของคณะกรรมการทำงานเกี่ยวกับความต้องการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งเสนอต่อรัฐบาลในการวางแผนนโยบายทั้งการดูแลในสถาบัน (institutional) และชุมชน (community) โดยคณะกรรมการอภิปรายทั้งข้อดีข้อเสีย ในบริบทของสังคมการเมือง (sociopolitical) และเศรษฐกิจของประเทศไทยปัจจุบัน รายละเอียดของแผนงานที่นำเสนอ มีดังต่อไปนี้

ความต้องการที่เพิ่มขึ้นของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (The growing need for Long Term Care)

จากการสำรวจผู้สูงอายุแห่งชาติในปี ค.ศ. 1995 พบว่าชาวสิงคโปร์อาศัยอยู่กับลูกกรือยละ 86.25 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 จากปี ค.ศ. 1983 ร้อยละ 3.1 อาศัยอยู่คนเดียว ขณะที่ร้อยละ 5.2 อาศัยกับคู่สมรส การสำรวจครั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่าง 4,750 คน ในขณะที่การสำมะโนปี ค.ศ. 2000 พบว่า ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.8 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นร้อยละ 2.8 ในปี ค.ศ. 1999 แสดงถึงแนวโน้มของสังคมที่มีครอบครัวขยายหรือครอบครัวที่มีหลายรุ่นอายุอาศัยด้วยกัน ได้ลดลงจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 6.5 และจากแหล่งข้อมูลเดียวกันครัวเรือนที่มีผู้อาศัยเพียงคนเดียว (One-person household) เพิ่มจากร้อยละ 5.2 เป็นร้อยละ 8.2 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 26

ตาราง 26 แสดงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวระหว่างปี ค.ศ. 1980-2000

โครงสร้างของครอบครัว	1980	1990	2000
% of One-person Household ร้อยละของครัวเรือนที่อาศัยเพียงคนเดียว	5.7	5.2	8.2
% of One Family Nuclear Household ร้อยละของครัวเรือนที่อาศัยเพียงรุ่นเดียว	81.0	84.6	82.1
% of Multi Family Nuclear Household ร้อยละของครัวเรือนที่อาศัยมากกว่า 1 รุ่น	10.8	6.7	5.6

ที่มา : Key Indicators of the Population and Households, Singapore Department Of Statistics, 2001
(Mehta, 2001b).

การเพิ่มขึ้นของครัวเรือนคนเดียวถึงร้อยละ 3 จากปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000 แสดงถึงสังคมแบบต่างคนต่างอยู่ มีความเครียดและการจ่าตัวตายสูง ผู้ที่สุขภาพดีอาจจะไม่ประสบความลำบากและไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ดังนั้นผู้ที่สุขภาพอ่อนแอ (Frail) และพิการ (Handicapped) นั้น รัฐและชุมชนควรจะให้ความช่วยเหลือทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ (formal and informal assistance)

ผู้สูงอายุเหล่านี้มีแนวโน้มที่เหมือนaltya ประเทศ คือมีอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุที่ old-old (75 ปีขึ้นไป) มากกว่ากลุ่ม young-old (60-75 ปี) นอกจากนั้น จากข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของปี ค.ศ. 1995 พบว่าประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด มีอัตราตอนโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 17 และเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 19 ข้อมูลนี้ได้นำมาเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ

นอกจากนั้นสิงคโปร์มีได้คลาเรียร์่องความเท่าเทียมทางเพศของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าเพศหญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่มากกว่า แต่ข้อมูลก็แสดงว่าเพศหญิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า ในขณะที่เพศชายมักจะเป็นโรคเฉียบพลันและโรคที่ร้ายแรงกว่า เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด จากประสบการณ์ในหลายประเทศพบว่าเพศหญิงต้องการการช่วยเหลือทางกายภาพที่เกิดจากข้ออักเสบ รูมาติกส์ หอบหืด และโรคเรื้อรังอื่นๆ เพศหญิงจำนวนมากกว่าชายต้องการรักษาพยาบาลที่บ้าน ด้วยอายุที่ยืนยาวกว่า และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในการดูแลระยะยาว ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาของ Shantakumar (1994) ศึกษาข้อมูลจากการสำมะโนปี ค.ศ. 1990 พบว่าหญิงสูงอายุสถานภาพหมายที่มีสุขภาพไม่ดีจะเป็นปัญหาที่สำคัญในอนาคต โดยเฉพาะปัญหาการเงิน การแพทย์และการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นยังพบว่าสัดส่วนของหญิงวัยกลางคนถึงสูงอายุที่ต้องรับผิดชอบดูแลญาติที่อายุมากกว่า เช่น คู่สมรส พ่อแม่ และลูกค่าด้วยจากสังคมและครอบครัวให้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและเด็ก ทั้งที่หญิงเหล่านี้ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงิน สุขภาพ จิตใจ สุขภาพจิต โอกาส สิงคโปร์ เช่นเดียวกับประเทศไทยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ภาระจะต้องมีบทบาทของผู้หญิง แต่หากมองโลกในแง่ดีว่าต่อไปผู้หญิงจะมีการศึกษาและมีงานทำที่ดีในอนาคต ปัญหาดังกล่าวอาจจะไม่รุนแรงอย่างที่คิดก็เป็นได้

กรณีผู้ที่อาศัยคนเดียว ต้องอาศัยเครื่องเขย่าทางสังคมในช่วงเวลาของชีวิตที่เหลือ จากแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของคนโสดทั้ง 2 เพศ โดยเพศชายกลุ่มอายุ 40-44 ปี มีคนโสดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.4 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นร้อยละ 15.5 ในปี ค.ศ. 2000 ในขณะที่เพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 เป็น 14.1 อาจจะเป็นไปได้ที่จะมีการแต่งงานหลังอายุ 45 ปี แต่ก็มีสัดส่วนที่น้อยมาก ผู้ที่อยู่เป็นโสดเหล่านี้จะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว หากไม่มีการเตรียมตัวที่ดี เช่นหาเพื่อน และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างลูกหลานและญาติพี่น้อง

นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในอดีต

IMC ได้เสนอแนวทางการดำเนินการ 3 แนวทาง เรียกว่า Heartware, Software และ Hardware แนวทางที่ 1 **Heartware** หมายถึง ค่านิยมต่อบุคคลและสังคม (individual's and society's values) ทัศนคติ การให้การศึกษาสำหรับประชาชนทั่วไป 2. **Software** หมายถึงการพัฒนานโยบาย แผนงาน และบริการ (โครงสร้างพื้นฐานของสถาบันและชุมชน โดยเน้นที่สวัสดิการผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ให้มี การประสานระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร (Volunteerism) ศูนย์ทรัพยากรมนุษย์ (manpower centres) ใน การฝึกอบรมและให้คำปรึกษาเรื่องอาชีพแก่ผู้สูงอายุและเรียนรู้การใช้ชีวิตในระยะยาว 3. **Hardware** หมายถึงสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งปลูกสร้าง เช่น โครงสร้างพื้นฐาน บ้าน และระบบการคมนาคมทั้งหมด

การจัดการและพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

(Current Provision and Developments in Long Term Care)

"การดูแลระยะยาว" (Long term care-LTC) มีความหมายรวมการดูแลสุขภาพ การดูแลส่วนตัว และการให้บริการทางสังคมอื่นๆ ทั้งที่บ้านและชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน ทุพพลภาพหรือสูญเสีย ความสามารถในการดูแลตนเองและไม่ต้องการที่จะเป็นภาระ อย่างไรก็ตามขณะนี้พบว่าการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในเอเชียนั้นยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร และไม่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลเหมือน กับประเทศในทวีปอื่นๆ ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงประสบความล้มเหลวในมีชีวิตที่เหลืออยู่ (Failure in life)

ในขณะที่โลกกำลังเผชิญกับวิกฤติเศรษฐกิจ การดำเนินนโยบายสวัสดิการล้มเหลวและทำให้ เกิดวิกฤติในครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากขาดทั้งผู้ที่จะดูแลและไม่มีเงินและทำให้ครอบครัว มีขนาดเล็กลง การดูแลผู้สูงอายุนั้นบางครั้งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเพณีและธรรมเนียมปฏิบัติว่า การดูแลระยะยาวควรจะเป็นหน้าที่ของลูกสาวหรือลูกสะใภ้ การดูแลระยะยาวของประเทศไทย โปร์ จะให้ความสำคัญเรื่องค่าใช้จ่ายในการแพทย์ โดยพิจารณาประเด็นว่าควรจะเป็นความรับผิดชอบของครัว

ปัจจุบันการดูแลระยะยาวในสิงคโปร์มี 3 ลักษณะ

A. Residential Long Term Care กรณีที่ต้องพักรักษาตัวหรืออาศัยอยู่ในสถานที่สำหรับการดูแลระยะยาว ได้แก่

1. Hospitals for the Chronically Sick: for long stay patient โรงพยาบาลสำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานจำนวน 2 แห่ง
2. Community Hospitals: for rehabilitation after an acute illness โรงพยาบาลชุมชนสำหรับการ พื้นฟูหลังจากเจ็บป่วยเฉียบพลัน 4 แห่ง

3. Nursing Home สถานอภิบาล 47 แห่ง
4. Hospices 3 แห่ง
5. Homes: for Dementia patients สถานพักพื้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลงลืม 2 แห่ง
6. Cluster Living (or studio apartments) การจัดพื้นที่ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ 6 บล็อก
7. Jonit HDB-MCDS Housing Projects โครงการร่วมระหว่าง HDB และ MCD สำหรับที่พักของผู้สูงอายุ 25 บล็อก

B. Non-Residential Long Term Care สถานที่ดูแลระยะยาวที่ไม่ต้องพักอาศัยอยู่ 'ได้แก'

1. Day Rehabilitation Centres ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ 23 แห่ง
2. Social Day Care Centres ศูนย์ดูแลทางสังคม 11 แห่ง
3. Day care Centres for Dementia patients ศูนย์ดูแลผู้ป่วยหลงลืม 3 แห่ง
4. Home Care: such as home medical care, home nursing care, home help ศูนย์ดูแลที่บ้าน

C. Community-based Support Services สถานบริการเพื่อดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

1. Meal Delivery Service บริการจัดส่งอาหารให้ที่บ้าน
2. Laundry Service บริการซักรีดเสื้อผ้า
3. Home Modification Service e.g. grab bars, non-slip tiles and leveled floors บริการปรับแต่งบ้านให้เหมาะสม เช่น การติดตั้งราวสำหรับพยุงตัว การติดตั้งพื้นกันลื่นและปรับระดับของพื้น
4. Telephone hotline services: for crisis and counseling บริการสายด่วนกรณีวิกฤติหรือให้คำปรึกษาอื่นๆ
5. Befriender service: volunteers matched with lonely elderly for home visits บริการเยี่ยมบ้านเป็นเพื่อนสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว
6. Mutual Help Groups: Neighborhood based small groups of about 10-30 elderly to foster mutual care and concern บริการจัดกลุ่มเพื่อนบ้านกลุ่มเล็กๆ ประมาณ 10-30 คนเพื่อดูแลช่วยเหลือกันและกัน
7. Escort Services: for volunteers to accompany elderly to clinics or hospital บริการจัดส่งผู้สูงอายุไปคลินิกหรือโรงพยาบาล ดำเนินการโดยบริษัทที่อาสาสมัครเข้ามาช่วยเหลือ
8. Bereavement and funeral service: volunteers offer help to bereaved families for funeral arrangements, and for destitute elderly funeral is arranged บริการจัดงานพิธีศพต่างๆ ตลอดจนการฝังศพ
9. Alarm Response Service: staff at a voluntary organization in the vicinity บริการระบบเตือนภัยและการแจ้งเหตุฉุกเฉิน

Residential Long Term Care

จากรายงานของ IMC พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลที่บ้านมากกว่าในสถานบริการ นโยบายจึงควรช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนานที่สุดเท่าที่จะทำได้แทนการอยู่ในสถานบริการ นอกจากนั้นหากมีความจำเป็นรัฐต้องจัดสถานบริการให้เพียงพอกับความต้องการแต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีความแตกต่างระหว่างความต้องการและสถานบริการในชุมชนที่จะให้การดูแลระยะยาวระหว่างปี ค.ศ. 1997-2030 และพบว่ายังมีปัญหาขาดแคลน 1) จำนวนเตียงของผู้ป่วยเรื้อรัง 2) จำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน 3) Nursing home 4) Home medical 5) Home help services นับว่าเป็นความจำเป็นที่เร่งด่วนในการดูแลระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณให้ร้อยละ 90 ต่อห้า เพื่อสร้าง Nursing home และร้อยละ 50 เพื่อตกแต่งภายใน โดยคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการ

นอกจากนั้ยังมีบริษัทเอกชนที่เสนอการบริการ 17 ประเภทใน Nursing home แต่เนื่องจากที่ดินมีราคาแพงมาก บริษัทเหล่านี้จึงตั้งเป้าหมายเพื่อผู้สูงอายุระดับกลางและสูงเท่านั้น

การจัดตั้งกองทุนสำหรับดูแลผู้สูงอายุ (Elder Care Fund) ที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 มีการนำเงินมาจัดสถานบริการ เช่น Nursing home, Community Hospitals, Hospices, Day Rehabilitation, home medical and home nursing services ใช้งบประมาณ 200 ล้านเหรียญและจะเพิ่มเป็น 2.5 พันล้าน ในปี ค.ศ. 2010 งบประมาณที่เพิ่มมากนี้ในที่สุดจะเป็นรายจ่ายงบประมาณประจำสำหรับประเทศไทยสำหรับชนชั้นต่ำและชั้นกลาง

ในปัจุบันผู้สูงอายุที่มีฐานะดีนั้น ได้รับบริการทุกด้านดีอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตามความต้องการอาจจะเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา อาจจะต้องการความสะดวกมากขึ้น เช่นบริการจาก Day care center ต้องการการดูแลสุขภาพกรณีพลัดตก หลบลี้น เป็นบริการแบบบุคุกิจ (Community based) การจัดบริการควรจะแบ่งเป็น 3 พื้นที่ตามเขตภูมิศาสตร์ (ตะวันตก กลาง และตะวันออก) และหากบริเวณพื้นที่ดังกล่าวอยู่ใกล้กันจะเป็นการดีสำหรับผู้ป่วยด้วย

The National Council of Social Service ได้ดำเนินโครงการนำร่องตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 1998 โดยไม่คิดค่าบริการ โดยมีกลุ่มปฏิบัติการเพื่อผู้สูงอายุ (Singapore Action Group of Elderly: SAGE) จะให้บริการในส่วนพื้นที่ภาคกลาง (Central geographical region) และ Tsao Foundation รับผิดชอบบริเวณภาคตะวันตก (Western region)

แต่ปัญหานี้จะต้องใช้จำนวนเงินมาก และจะต้องเริ่มที่ผู้ที่มีความต้องการและประสบปัญหามากที่สุด ดำเนินการเหล่านี้จะต้องใช้จำนวนเงินมาก และจะต้องเริ่มที่ผู้ที่มีความต้องการและประสบปัญหามากที่สุด

เป็นอันดับแรก เช่น ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ไม่มีครอบครัว หรือสุขภาพไม่ดี มีเกณฑ์ขั้นต้นคือผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดี มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ว่าเพศหรือเชื้อชาติใดที่ต้องการบริการในชุมชนควรได้รับสวัสดิการนี้เป็นอันดับแรก โดยมีเกณฑ์ว่ารายได้ของครัวเรือนไม่เกิน 2,000 เหรียญ/เดือน หากการสัมภาษณ์ผู้ทำงานในโครงการ SAGE สรุปความต้องการบริการที่แตกต่างกัน 15 ประเภท โดยต้องครอบคลุมทุกคนทุกครอบครัวทั้งด้านการแพทย์ การเงินและจิตสังคม พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากจะนิยมไปโรงพยาบาลกลางของรัฐ เจ้าหน้าที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่บริหารอย่างน้อย 2 คน บริการโดยผ่านชุมชนในเดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 2000 มีผู้ใช้บริการโดยไม่คิดมูลค่าทั้งสิ้น 76 ราย แต่ยังพบว่ามีปัญหาขาดแคลนบุคลากรและผู้อาสาเข้าร่วมฝึกอบรม ข้อจำกัดเรื่องเวลาในการบริการหลังจากออกจากโรงพยาบาล การควบคุมคุณภาพ ประสิทธิภาพ และที่ยุ่งยากที่สุดคือความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติ วัฒนธรรม และภาษา การไม่ได้รับข้อมูลของสถานบริการที่มีผลต่อคุณภาพการดูแล นอกจากนั้นต้องใช้เวลาอย่างมากในการสร้างความปrongดองในครอบครัว ดังนั้นต้องมีการจัดการภายในครอบครัวด้วย (family-oriented approach)

บุคลากรของโครงการ SAGE ประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) ส่วน Tsao Foundation จะมีนักจิตวิทยาและพยาบาลที่เกี่ยวกับอายุแล้ว โดยจะประสานงานกับแพทย์ประจำบ้าน (home medical team) ของ Hua Mei Clinic ที่จะดูแลรักษา ให้คำแนะนำปรึกษาตามความจำเป็น โครงการ SAGE จะมีแพทย์และพยาบาลจาก Home Nursing Foundation เป็นเจ้าหน้าที่ประจำ

อย่างไรก็ตาม พบว่า เงินช่วยเหลือต่างๆ เข้าถึงชั้นกลางได้น้อยกว่าชั้นสูงที่ได้รับความช่วยเหลือจากภาคเอกชนมากกว่า ชั้นชั้นกลางเหล่านี้มักจะยึดติดกับจริยธรรมในการดูแลญาติพี่น้อง แต่กลับไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภาคเอกชน (Private service) และยังขาดคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับเงินช่วยเหลือ ในขณะที่บริการของ day care และ voluntary welfare home นั้นพิจารณาจากรายได้ของครัวเรือน ทำให้ไม่ครอบคลุมทุกครอบครัว รวมทั้งยังมีความล่าช้า

Studio Apartments and Cluster Living Flats

เป็นโครงการนวัตกรรมจากความร่วมมือระหว่าง HDB - MCD Housing project เพื่อผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการจัดแพลตฟอร์มการเคหะและแฟลตให้เช่าสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

โครงการนี้มีเป้าหมายที่ผู้มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่ต้องการที่อยู่อาศัยหลังเกษียณอายุในชุมชนที่สะดวกสบาย มีครอบครัวอยู่ดูแลช่วยเหลือ (Family self-help) มีเพื่อนบ้านดีภักดีที่อยู่ใกล้ชิด มีระบบเตือนภัย ลิฟท์ และการตกแต่งภายในที่เหมาะสมกับวัย เช่น pulls cord, handrail and lever taps ทำให้มีอิสระในการเคลื่อนที่ไปไหนมาไหนภายในบ้านได้เอง

รูปที่ 6 แสดงให้เห็นสภาพภายในแฟลตของโครงการHDBสำหรับผู้สูงอายุ



ที่มา: <http://www.mcds.gov.sg>

นอกจากนั้นผู้สูงอายุสามารถทำกายแฟลตเดิมที่มีขนาดใหญ่และเปลี่ยนมาอยู่แฟลตขนาดเล็กลงเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่าย โดยจะมีชุมชนคูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันในบริเวณพื้นที่เดียวกัน โครงการ HDB Housing ซึ่งเริ่มในปี ค.ศ. 1993 เป้าหมายคือผู้สูงอายุรายได้ต่ำที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ชาวสิงคโปร์ รุ่นแรกที่ย้ายถิ่นเข้ามานั้นส่วนใหญ่จะทำงานหนักและเป็นโสด รายได้ส่วนใหญ่จะส่งกลับให้ครอบครัวในประเทศไทยเดียว จีน และอินโดนีเซีย จึงมักจะไม่มีเงินเก็บ รัฐบาลจึงจัดให้มาร่วมกันในแฟลตของรัฐ มีระบบเตือนภัยที่เชื่อมต่อกันศูนย์ได้ตลอด 24 ชม. อาจจะติดตั้งเครื่องส่งวิทยุ (Transmitter) กับข้อมือหรือคอ เพื่อแจ้งภัยหรือกรณีเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหล่น เป็นต้น

Non-Residential Long Term care

หากมองบริการบนพื้นฐานชุมชนยกเว้น Nursing home พนักงานไม่เพียงพอ กับความต้องการ นอกจากนั้นยังไม่ครอบคลุมและสามารถใช้ในครอบครัวต้องเดินทางไปรับบริการที่ไกลบ้าน หากรัฐบาลต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่กับบ้านหรือชุมชน (ageing in place) ควรเพิ่ม day care centres ในทุกชุมชน หรือจัดสถานที่ให้ผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมและที่ลูกหลานไปทำงานหรือไปโรงเรียน เป็น drop in service ดังนั้นจึงควรอบรมบุคลากรในday care center ให้มากขึ้น หากไม่ได้รับความสนใจจากอาสาสมัครควรจุงใจด้วยการให้ผลประโยชน์ต่างๆ เช่น มอบประกาศนียบัตรสำหรับผู้ที่ผ่านการอบรม เป็นต้น

ส่วนมากสถานบริการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นกับความรับผิดชอบของ MCDS ขณะที่ Nursing home , Community and chronic illness Hospitals เป็นกับกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นพบว่า IMC ประสบความยุ่งยากในการประสานงานระหว่างกระทรวง นอกจากนั้นปัญหาของผู้สูงอายุยังมี

ลักษณะเป็นสาขาวิชาการ (multi-disciplinary) และต้องมองในหลายมิติ (multi-dimension) ซึ่ง ประเทศไทยออกโดยสหกรณ์แห่งประเทศไทยผู้สูงอายุ (Ministry for the Aged) ขณะที่ประเทศไทยอื่น ยังรวมอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงที่เกี่ยวกับสวัสดิการ เช่น ญี่ปุ่น ดังนั้นทั้ง 2 กระทรวง หลักของสังคีปรัชญาจะประสานงานอย่างใกล้ชิด นอกจากนั้น ยังประสบปัญหาขาดแคลนเจ้าหน้าที่ งบประมาณ และอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโครงการ มีข้อเสนอว่าผู้ที่เกียร์และแม่บ้านนับว่าเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีศักยภาพ และจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) การศึกษาใน ออสเตรเลียแสดงว่าวัยกลางคนและวัยชราเข้าเป็นอาสาสมัครมากที่สุด ในขณะที่สิงคโปร์มีจำนวนต่ำ กว่าร้อยละ 10 เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีบทบาทเป็นบุญทายาทในครอบครัว และมีการศึกษาต่อ ทำให้มี ส่วนร่วมในชุมชนน้อย ผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี ร้อยละ 89.2 จะการศึกษาระดับต้นหรือต่ำกว่า และไม่มีความ รู้ด้านภาษาอังกฤษพอ จึงขาดความมั่นใจในการมีส่วนร่วมในการอาสาช่วยเหลือผู้อื่น นอกจากนี้มี โครงการ The Retired and Senior Volunteers Programme (RSVP) ซึ่งคาดว่าจะเป็นแหล่งของอาสาสมัคร และจะเป็นเสมือนอุตสาหกรรมอาสาบริการ (Voluntary service industry)

นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต้องอาศัยวิถีทัศน์ที่จะบูรณาการสังคมของทุกรุ่นทุกวัย นอกจากนี้ ยังต้องปรับปรุงมาตรฐานการดูแลรักษาทางด้านอายุรเวช (Geriatric) ทั้งในโรงพยาบาล Nursing homes, day care centres and community sheltered โดยสรุประยงานของ IMC จะมิใช่เป็นเพียงชื่อนุสุด ในการจัดทำแผนแม่บทดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ แต่จะต้องนำไปประกอบการฉายภาพ ซึ่งจะเป็นแนวทาง ในการฝึกอบรมให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ จัดทำมาตรฐาน และครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนจากความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานต่างๆ การเพิ่มประสิทธิภาพและการติดตามประเมินเพื่อคุณภาพบริการที่ดี

Nursing home และ home for dementia patient ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขนั้น คาดจะช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลงลืมและผู้ดูแลได้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ศาสนา ซึ่ง อาจทำให้มีความแตกต่างของอาหาร ภาษา การติดต่อสื่อสาร การแต่งกาย ศนติ การสวดมนต์ และ ความรับรู้เรื่องความตายที่แตกต่างกันด้วย สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลในเรื่องการดูแลระยะยาวและการให้คำ ปรึกษาการดูแลระยะยาว และที่สำคัญการดูแลที่ดีต้องไม่ให้ผู้สูงอายุหล่นอยู่ในภาวะที่ต้องเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลตลอดชีวิตที่เหลือของพวากษา (entries and exits)

จากที่กล่าวมาแล้วนั้นว่า IMC ได้มีการแบ่งกลุ่มทำงานเป็น 6 กลุ่มเพื่อหาแนวทางให้รัฐบาล กำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด แนวคิด และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการดูแลระยะยาว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การบูรณาการผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในสังคม



รูปที่ 7 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลจากครอบครัวและได้รับบริการสุขภาพที่ดี

กลุ่มทำงานนี้จะหาแนวทางเพื่อให้ผู้สูงอายุมีงานทำ มีชีวิตที่มีความหมาย และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและไม่เป็นภาระพึ่งพิง สามารถประกอบกิจกรรมการทำงานและดำเนินชีวิตตามความปรารถนาของตน สิ่งที่สำคัญที่ต้องพัฒนาควบคู่กันคือต้องมีการคุณภาพที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุกูมองว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแ่อ ต้องพึงพิจารณา ทุพพลภาพ มนุษย์แบบเดิมนี้นับว่าเป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงต้องเริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และให้เกิดความยั่งยืน นอกเหนือนี้แผนงานการดูแลทางสังคม (Social care programme) จะช่วยเหลือผู้สูงอายุในระดับชุมชน กลุ่มทำงานนี้จะประสานงานอย่างใกล้ชิดกับกลุ่ม Healthcare เพื่อแน่ใจว่าจะบูรณาการบริการแบบองค์รวมให้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุให้ประกอบกิจกรรมและมีชีวิตที่สุขภาพดีในชุมชนนานที่สุดเท่าที่จะนานได้

การสร้างเครือข่ายด้านบริการที่เข้มแข็ง (Strong network of services) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน ด้วยการพัฒนา Heartware, Software และ Hardware เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

Heartware หมายถึงความรู้สึก ความนึกคิด ทัศนคติ เนื่องจากบทบาทของผู้สูงอายุจะถูกกำหนดด้วยสังคม เช่น ทัศนคติต่อตนและสังคม การรับรู้เรื่องผู้สูงอายุ การพัฒนาในส่วนนี้อยู่บนหลักธรรมชาติของผู้สูงอายุ (age-neutrality) ความคิดของผู้สูงอายุต่อตนเองว่าอายุไม่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมใดๆ จนทำให้รู้สึกสิ้นหวังและสูญเสียโอกาส จึงต้องส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งและเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับวัย และความผูกพันระหว่างแต่ละรุ่น

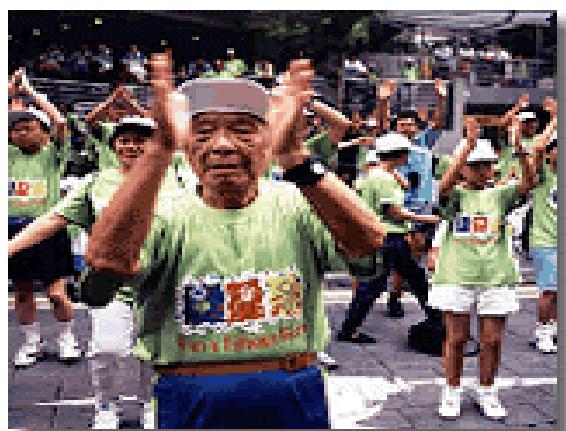
Software หมายถึง โครงการสร้างพื้นฐานทางสังคมที่จะต้องมีแผนงาน โครงการและบริการทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและไม่ดี โดยตั้งเกณฑ์ว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 93 จะมีสุขภาพดี มีการศึกษาดี และมีรายได้ จึงต้องการโครงการสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมกับศักยภาพ แผนงานต่างๆ ควรจะส่งเสริมให้เกิดโอกาสและการมีส่วนร่วมในสังคม เปลี่ยนความรู้สึกต่อผู้สูงอายุเดิมจากการเป็นผู้รับกลับเป็นผู้ให้

ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัว บริการสุขภาพที่ดีช่วยให้อยู่กับครอบครัวและสังคม ได้นานเท่านาน ดังนี้ต้องมีการพัฒนาร่วมกันระหว่างนโยบายการดูแลผู้สูงอายุกับการวางแผนด้านบริการโดยต้องมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน ในที่นี่การให้บริการบนพื้นฐานของชุมชน (community-based service) จึงจะถือว่าเป็นบริการที่มีมาตรฐาน

ระบบบริการในชุมชน จัดคุณย์บริการแบบหลากหลาย (Multi-service) สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว และมีการประสานงานระหว่างพื้นที่เพื่อใช้ทรัพยากร่วมกัน นอกจากนี้ก็ควรจะให้บริการแก่วยื่นๆ ได้ด้วย เป็นบริการแบบ one-stop service นอกจากนี้ต้องสร้างแรงจูงใจให้กับครอบครัว ด้วย ด้วยการจัดให้มีการฝึกอบรม บริการข้อมูลข่าวสาร และเครือข่ายที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้น้อย

Hardware เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยโครงการที่อยู่อาศัยและระบบการขนส่ง มีบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่สุขภาพอ่อนแอทำกางลงสิ่งแวดล้อมที่ดี มีสถานบริการสุขภาพที่ไม่ไกลและจัดให้มีครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังนี้จึงเกี่ยวข้องกับการวางแผนเมืองเพื่อให้มีการคมนาคมไปยังสถานบริการที่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุและไม่ดีสามารถใช้บริการได้ตลอดเวลาและราคาไม่แพง มีการปรับปรุงบริการรถโดยสารประจำทางแทนแบบเดิม มีรถโดยสารที่ให้ผู้ที่นั่งรถเข็น (Wheelchair Friendly Taxi) ทั้งหมดนี้ต้องรวมทั้ง Heartware, Software และ Hardware เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มทำงานนี้ (http://www.mcds.gov.sg/imc/html/wg_social.html) [available on December 15,2001])

2. การดูแลด้านสุขภาพ



รูปที่ 8 แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สำหรับการประกันผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นั้น (Community-based care) โดยเฉพาะผู้ที่ทุพพลภาพรุนแรง (severe disability) เพื่อลดค่าใช้จ่าย และเป็นเสมือนการคุ้มครองผู้สูงอายุ (ELDERSHIELD) รายละเอียดอื่นๆ จะประกาศใช้ในปลายปี ค.ศ. 2001

ในด้านการเงินสำหรับการดูแลระยะยาวนี้เป็นเรื่องที่ซับซ้อนมาก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด ดังนั้นจำเป็นต้องมีการนิยามแยกแยะระหว่างการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องกับการดูแลระยะยาวให้ชัดเจน สิงคโปร์ถึงแม้จะเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าในวิทยาการสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยอย่างไรก็ตาม แต่จากรายงานที่ได้ในปี ค.ศ. 1991 ทำให้รู้ต้องทบทวนนโยบายด้านสุขภาพเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและบทบาทของรัฐบาลทั้งการดูแลระดับทุติยภูมิและตertiary (Secondary และ Tertiary cares) โดยรัฐบาลต้องเป็นผู้นำในด้านบริการผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย จัดเตียงรับผู้ป่วยให้เพียงพอ รวมทั้งการดูแลที่บ้านและการดูแลกลางวัน รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวกต่างๆ โดยสนับสนุนให้ออกชน องค์อาสาสมัครต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการด้วย กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในการจัดหาโครงสร้างพื้นฐานด้านดูแลสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล สถานบริการที่เป็นสถาบัน (institutional) และสถานบริการดูแลสุขภาพในชุมชน (Community-based care facilities) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่เพียงพอและสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลระยะยาว (long-term care)

เมื่อผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ความต้องการบริการทั้งขั้นต้น (Primary care) และในโรงพยาบาล (Hospital care) มากขึ้น รวมทั้งสถานบริการในชุมชน (Step-down) ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (community hospitals), nursing homes, ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care) และศูนย์พัฟฟ์ฟูสุขภาพ (day rehabilitation centres) และ home medical และ nursing care จากการศึกษาผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 ไม่ต้องการเป็นภาระและต้องการที่จะประกอบกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้เอง ประมาณร้อยละ 80 มีความต้องการการดูแลระดับชุมชน มีเพียงร้อยละ 2.7 ที่ยังต้องการการดูแลในสถาบันที่อยู่ในชุมชน (institutional step-down care) ร้อยละ 5.3 ต้องการการดูแลในระดับชุมชน (community-based step-down care) สำหรับโครงการคัดกรองโรคสำหรับผู้สูงอายุ (Screening Programme for high-risk adults) นั้น สามารถช่วยให้วินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มต้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้

จากความต้องการหลักด้านสุขภาพและสังคม ต้องอาศัยการประสานงานจากหลายๆ กระทรวง และหลายๆ องค์กร เช่น ด้านที่พัสดุอาชัย การคมนาคม การใช้ที่ดิน (Land use) การวางแผนเมือง การข้างงานและการเงิน ซึ่งเป็นผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่สำคัญ ดังนั้นจึงต้องการเครือข่ายที่เพียงพอไม่มีอุปสรรคจากการบริหารที่จะทำให้ล้าช้าและขาดประสิทธิภาพ IMC จึงมีบทบาทในการประสานงานระหว่าง Elderly Development Division ของ MCDS เพื่อการวางแผนนโยบาย การปฏิบัติ

(Implementation) การติดตาม (monitor) แผนงานสำหรับผู้สูงอายุ และแนวทางการดำเนินงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งนี้ดังนี้

- a. การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคและการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น เพื่อลดระยะเวลาเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพ
- b. พัฒนาการบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรเอกชน
- c. รักยามาตรฐานการบริการสุขภาพและการฝึกหัดเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ
- d. ช่วยด้านการเงินในการจ่ายค่าดูแลสุขภาพ เช่น การประกันสุขภาพป้องกันภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง

รูปที่ 9 แสดงการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการของรัฐโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง



ที่มา: <http://www.mcds.gov.sg>

3. นโยบายด้านที่พักอาศัยและการใช้ที่ดิน



รูปที่ 10 แสดงการจัดที่อยู่อาศัยและโครงสร้างพื้นฐานที่ suitable สำหรับผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยกับครอบครัวหรือในบริเวณใกล้กัน ลึ้งแม้ว่าผู้สูงอายุของสิงคโปร์ ร้อยละ 80 จะยังคงอาศัยกับลูกๆแต่ก็มีแนวโน้มที่ลดลง และคงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวที่ลดลงและเป็นผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต กลุ่มทำงานนี้ร่วมกำหนดนโยบายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Housing and Land Use Policies) เนื่องจากที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุย่อมมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ จึงต้องมีหน่วยงานทำหน้าที่ตรวจสอบความเหมาะสม โดยที่ไม่ต้องแยกผู้สูงอายุออกจากชุมชนและมีบ้านเป็นของตนเอง

นโยบายดังกล่าวต้องอาศัยประชาชนในพื้นที่และอาสาสมัครร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ ตามนโยบายที่อยู่อาศัย (Housing policies) นี้เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในชุมชนและสังคม มีกิจกรรมร่วมกันและเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าของชุมชนต่อไป โดยมีกลุ่มที่หลัก คือ จัดที่อยู่อาศัยและโครงสร้างพื้นฐานที่适合居民的居住 "Aging in Place" โดยมีข้อเสนอดังนี้

1. จัดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ensuring elderly-friendly homes and environment)

มีการพิจารณาการวางแผนเมืองและสถาปัตยกรรมใหม่ การวางแผนสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานควบคุมการก่อสร้างอาคาร (Building Control Authority) ที่จะกำหนดและควบคุม มาตรฐาน ดังนี้ ที่อยู่อาศัยรูปแบบใหม่จะต้องเหมาะสมกับทุกวัย รวมทั้งถนนและระบบการขนส่งที่จะไม่เป็นอุปสรรคสำหรับผู้สูงอายุ จัดให้มีหลายฯ ทางเลือก เช่น จัดหมู่บ้านสำหรับผู้เกณฑ์อายุ (Retirement village) สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่ต้องการอยู่กับบุตรหรือครอบครัวยินยอมให้ผู้สูงอายุอาศัยในหมู่บ้านนี้ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับในชุมชน กรณีที่ผู้สูงอายุต้องการได้บ้านใหม่ที่มีขนาดเล็กกว่า ในขณะที่มีบริการอื่นๆ ยังคงถ้วนเช่นเดิม

2. ปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (making public housing more elderly-friendly)

จัดให้มีลิฟท์ทุกชั้นและใช้เทคโนโลยีให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นได้ ปรับปรุงแฟลตของการเดิน จัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคมสงเคราะห์ มีการจัดที่อยู่อาศัยแบบ White Block คือ เป็นห้องโถง ๆ ไม่มีการแบ่งหรือที่กั้นห้อง ให้ผู้ที่ซื้อห้องสามารถจัดภายนอกตามความต้องการ และเหมาะสมตามวัย

3. มีการวางแผนในระดับชุมชนร่วมกัน (ensure integrated community planning)

ในแบบเดิมนี้การบริการทางสังคม (social service) ยังไม่มีการวางแผนร่วมกัน ดังนี้ระบบเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ที่สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในเรื่องการใช้ที่ดิน (land use) รวมทั้งการจัดศูนย์บริการแบบหลากหลาย (Multi-service Centers) ที่ต้องครอบคลุมทั่วถึง และที่สำคัญคือการพัฒนาแผนงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้มีการใช้ทรัพยากร่วมกันได้และเกิดประโยชน์สูงสุด

4. ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว (supporting family togetherness)

มีการทบทวนการบริหารจัดการ ระบบเงินช่วยเหลือเพื่อที่พักอาศัยจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ จะช่วยให้ลูกได้อาศัยใกล้พ่อแม่ มีการลดหย่อนภาษีและเงินช่วยเหลือสำหรับผู้ต้องรับภาระในการดูแล พ่อแม่ ซึ่งควรจะปรับปรุงเพิ่มจำนวนเงินและขยายขอบเขตไปจนถึงการดูแลญาติผู้ใหญ่อื่นๆ เช่น ป้า ลุง หรือญาติที่เป็นโสด

5. ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้และร่วมเป็นอาสาสมัครต่างๆเพิ่มขึ้น (addressing the aspiration of the more educated or vulnerable elderly)

6. จัดหาทางเลือกด้านการเงิน (providing for alternative financing arrangements)

โครงการ Reverse mortgage (RM) ช่วยเหลือให้กู้ยืมเงินเพื่อซื้อที่อยู่อาศัย และให้สามารถจ่ายเงินค่าบ้านที่ผ่อนชำระไม่หมดหลังเกษียณ โดยไม่ต้องพึ่งทรัพย์ที่ยังมีโอกาสที่จะมีบ้านของตนเอง ดังนั้นจึงควรมีการประกัน Reverse mortgage และอนุญาตให้มี 3-room HDB flats และมั่นใจว่าไม่ต้องขายที่อยู่ที่มีอยู่ (Reverse mortgage) เพื่อซื้อแฟลตขนาดใหญ่กว่าเดิม (http://www.mcds.gov.sg/imc/html/sr_housing.html) [available on December 15,2001]

- โครงการที่สำคัญด้านที่พักอาศัย Studio Apartment Scheme ที่เริ่มดำเนินการในเดือน พฤษภาคม ปี ค.ศ. 1997 นั้นเพื่อช่วยเหลือที่พักอาศัย ด้วยโครงการนำร่องจำนวน 650 ยูนิต ในพื้นที่ Bedok , Jurong East, Tampines และ Yishun และโครงการที่ 2 จำนวน 286 ยูนิต ในพื้นที่ Bukit Merah และ Toa Payoh มีห้อง 2 ขนาด คือ 35 และ 45 ตารางเมตร สำหรับผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป

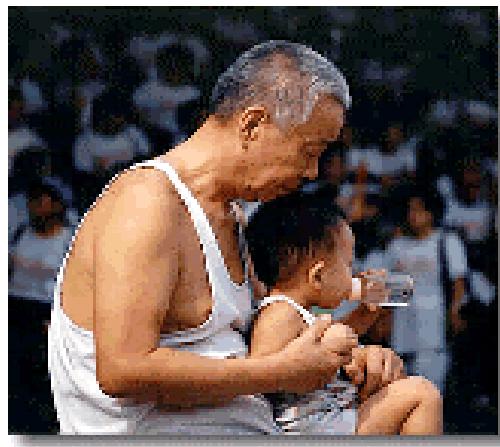
- โครงการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (Project to improve the Living Conditions of the Elderly) เริ่มดำเนินการเดือนสิงหาคม ปี ค.ศ. 1993 ปรับปรุงห้องเช่าขนาด 1 ห้อง (one-room rental) จำนวนทั้งสิ้น 34 block ประมาณ 10,210 ยูนิต

- โครงการเช่าซื้อแฟลตขนาด 2-3 ห้อง (Sale of Flats to Sitting Tenants) โครงการนี้เริ่มตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1994 มีทั้งสิ้น 2,661 ยูนิต เมื่อจ่ายเงินค่าเช่าครบตามกำหนดเวลาแล้ว ผู้อยู่อาศัยสามารถเป็นเจ้าของได้

- โครงการปรับปรุงแฟลตให้เช่าเดิมของการเคหะ (Ad Hoc Upgrading Programme for HDB Rental Flats) เริ่มดำเนินการในเดือนมีนาคม ค.ศ. 1998 มีการปรับปรุงโครงการเดิมจำนวน 14 block หลังจากนั้นจะนำเข้าโครงการเช่าซื้อแฟลตขนาด 2-3 ห้องต่อไป

- มาตรการช่วยผู้ที่จำนำที่อยู่อาศัย (Measures to Help HDB Mortgagors) เป็นมาตรการช่วยผู้ที่จำนำบ้าน กรณีต้องออกจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ลูกตัดเงินเดือน ลูกออกจากรางงานถึงธุรกิจล้มเหลว เริ่มโครงการในเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 1998 เพื่อช่วยเหลือด้านการเงินร่วมกับโครงการของ การเคหะ (<http://www.mcds.gov.sg> [available on December 6,2001])

4. นโยบายด้านรายได้และการจ้างงาน



รูปที่ 11 ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสำคัญในการทำงานต่อไปเพื่อที่สามารถจะทำได้

จากแนวความคิดที่ว่าผู้สูงอายุจะยังคงมีบทบาทสำคัญในการทำงานต่อไปนานเท่าที่สามารถจะทำได้ โดยนายจ้างต้องเห็นคุณค่าและช่วยเหลือสนับสนุนด้วยความเต็มใจ กลุ่มทำงานนี้ไม่ต้องการให้มีการแบ่งแยกประเภทของงานสำหรับผู้สูงอายุให้แตกต่างจากวัยอื่น หน่วยงานที่จะรับผิดชอบที่สำคัญได้แก่ Silver Manpower Centres (SMC)

Silver Manpower Centres (SMC)

ศูนย์นี้จะมีอยู่ในชุมชน เพื่อช่วยเหลือการจ้างงานในชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยในการฝึกอบรม ให้คำปรึกษา จัดงานภายใต้ชุมชนหรือบริเวณใกล้เคียง ตลอดจนการเตรียมผู้สูงอายุเพื่อการทำงานหลังการเกษียณ ศูนย์นี้ได้รับความสนับสนุนและใช้ทรัพยากร่วมกับศูนย์ฝึกอาชีพองค์กรทรวงแรงงาน ซึ่งมีหน้าที่สำคัญคือ

การอบรมความรู้ด้านวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุ

พิจารณางานที่เหมาะสม และเพื่อโอกาสการทำงานที่ดีกว่าเดิม ในอีก 10 ถึง 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุเหล่านี้จะยังคงเป็นผู้ที่มีการศึกษาต่อ พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ พูดได้เฉพาะภาษาของตนเอง ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่จะแบ่งขันในตลาดแรงงาน ดังนั้นคุณะทำงานจึงมีข้อเสนอดังนี้

1. เพื่อลดข้อจำกัดเหล่านี้ ควรจัดการฝึกอบรมวิชาชีพโดยพิจารณาจากประสบการณ์การทำงาน
2. พัฒนาและปรับปรุงแนวทางการอบรมตามความต้องการของผู้สูงอายุ
3. เน้นการฝึกวิชาชีพ งานทางด้านบริการ เช่น การขายหรือการเตรียมอาหาร
4. เพิ่มขีดความสามารถในการอ่านและการเขียนรวมทั้งทักษะอื่นๆ

การเพิ่มโอกาสในการเข้าสู่งานโดย

1. ลดจำนวนโควต้าการเข้าสู่งานต่างชาติด้วยผู้มีผลงานเรื่อยๆ แต่ต้องพิจารณาว่าสามารถผลิตแรงงานสูงอายุพอเพียงที่จะทดแทนและมีทักษะที่เหมาะสมกับความต้องการของนายจ้าง
2. พัฒนา ปรับปรุง ทักษะใหม่ให้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดทำงานที่มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับวัย
3. ทบทวนการออกใบอนุญาตสำหรับการประกอบธุรกิจเพื่อให้นายจ้างสามารถจ้างงานผู้สูงอายุได้
4. ทบทวนการจดทะเบียนและให้มีงานประเภท part-time และงานที่มีลักษณะเวลาการทำงานที่ยืดหยุ่น
5. ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการเกณฑ์คนอายุว่า "มนุษย์สามารถทำงานได้นานที่สุดเท่าที่ยังสามารถทำได้"
6. เสนอให้มีการประกันสุขภาพทางการแพทย์เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายสำหรับแรงงานสูงอายุ

(http://www.mcds.gov.sg/imc/html/wg_employ.html) [available on December 15,2001]

5. นโยบายความปลอดภัย มั่นคงด้านการเงิน

นโยบายนี้ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน แต่เดิมนั้นกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (CPF) ได้ออกข้อบังคับให้ผู้ทำงานเก็บเงินบางส่วน ผู้ที่อายุ 55 ปีเก็บร้อยละ 20 ผู้เข้าสู่งานร้อยละ 16 (รายละเอียดในตารางที่ 20) นอกจากนั้นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอีก 3 โครงการ ได้แก่ Medisave, MediShield และ Dependents' protection scheme เพื่อช่วยเหลือกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ เป็นส่วนหนึ่งความปลอดภัยสำหรับผู้ที่ไม่มีครอบครัว การช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุโดยการลดหย่อนภาษี (Aged Parent Relief) 5,000 เหรียญต่อปีสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ และ 3,000 เหรียญกรณีไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ส่วนลดนี้จะรวมทั้งผู้ที่ต้องดูแลคู่สมรสที่ทุพพลภาพหรือพิการด้วย

มีการทบทวนบทบาทหน้าที่ของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ(CPF)ใหม่เกี่ยวกับการเงินของผู้สูงอายุ เนื่องจากค่าครองชีพที่สูงขึ้นและประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นนั้น พบว่าผู้สูงอายุมีเงินออมที่น้อยไม่เพียงพอในการดำรงชีวิต ค่าใช้จ่ายนี้ไม่เพียงรับผิดชอบในการวางแผนแต่จะต้องรับผิดชอบในการสร้างความตระหนักรถยาน รัฐ และวางแผนการเงินให้ผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้คือ

ปรับปรุงระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

ในขณะที่ประชาชนของสิงคโปร์มีคุณลักษณะที่ดี แต่ไม่มีเงินนัก "Asset rich, cash poor" กองทุนนี้ควรจะช่วยผู้สูงอายุ ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ค่ารักษาพยาบาล การได้มีบ้านเป็นของตนเอง ในระดับที่พอเหมาะสมกับความต้องการขั้นพื้นฐาน ระบบของ CPF มีหลัก 3 ประการคือ 1) ต้อง

พึงตนเอง 2) ต้องมีรายได้ และ 3) ต้องรับผิดชอบตนเอง มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของโครงการและผลักดันให้มีการเลื่อนเกณฑ์อายุออกໄປ

ยกเลิกระบบการจ่ายเงินอัตราสมทบตามอายุ

ในระบบเดิมนั้นต้องจ่ายอัตราเงินสมทบเพิ่มขึ้น (contribution rate) ตามอายุ ทำให้ประชาชนเมื่อถึงวัยสูงอายุจึงไม่มีเงินออม และไม่มีบ้านเป็นของตน ดังนั้นควรบริหารจัดการให้อย่างน้อยที่สุด ชาวสิงคโปร์ทุกคนสามารถมีบ้านเป็นของตนเอง

ปรับปรุงระบบการจ่ายเงินทดแทน

ควรจะมีอัตราการเงินจ่ายคืนเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาให้เหมาะสมและยุติธรรม โดยเริ่มมีการเก็บเงินเข้ากองทุนก่อนอายุ 55 ปี และกำหนดอายุการจ่ายเงินทดแทนตามการเกษียณอายุที่เลื่อนออกไป เช่น 62 ปี หรืออาจจะถึง 67 ปี ให้ครอบคลุมผู้ประกอบอาชีพอิสระ ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน โดยให้สามารถในการจ่ายเข้ากองทุนด้วย

สร้างเสริมบทบาทของสถาบันการเงินทดแทน

จัดบริการด้านเงินออมให้มากขึ้น เช่น กองทุนบำเหน็จบำนาญของเอกชน (Private pension fund) และ เงินสะสมแบบมีบ้านผลต่างๆ (deferred annuity) ที่สามารถสมัครได้จนกว่าจะเกษียณอายุ

การให้ความรู้เรื่องการวางแผนด้านการเงิน

ให้เป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ในการบริหารจัดการเงินของตนเอง โดยให้มีการเก็บออมและเริ่มตั้งแต่เนิ่นๆ (Takes charge and start early) และต้องร่วมมือทั้ง 3 ฝ่าย (pronged approach) ระหว่าง ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการเงิน (Monetary Authority of Singapore-MAS) ช่วยเหลือให้ความรู้และอำนวยความสะดวกให้ตลอดจนการวางแผนต่างๆ

(http://www.mcds.gov.sg/imc/html/sr_finance.html [available on December 15,2001])

นอกจากนี้ กระทรวงการคลังได้จัดโครงการเสริมหลังการเกษียณอายุ (Supplementary Retirement Scheme-SRS) เพื่อสนับสนุนกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (CPF) ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยสามารถเก็บเงินได้ตามที่ตนเองต้องการ โดยความสมัครใจ มีการนำเงินไปลงทุนเพื่อให้ได้เงินปันผล คาดว่าโครงการนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีเงินออมมากขึ้น โครงการนี้เริ่มดำเนินการวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2001 ดำเนินการโดยองค์กรเอกชน สิ่งจูงใจที่จะทำให้ประชาชนสนใจเข้าร่วมโครงการ คือ ได้รับการลดหย่อนภาษี มีเงินปันผลที่ไม่ต้องนำไปคิดเสียภาษี และเงินที่ได้รับหลังเกษียณนำไปคิดภาษีเพียงครึ่งเดียว ผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการต้องอายุ 21 ปีขึ้นไป (http://www.mcds.gov.sg/imc/html/srs_finance.html [available on December 17,2001])

6. นโยบายสร้างความสามัคคีและขัดความขัดแย้งในสังคมผู้สูงอายุ



รูปที่ 12 ส่งเสริมความผูกพันภายในครอบครัว

การที่ผู้สูงอายุไม่ต้องการที่จะแยกตัวจากครอบครัวนั้น กลุ่มทำงานนี้คิดว่าอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ ในขณะที่ทุกวัยต้องรับผิดชอบในการจ่ายเงินต่างๆ เข้ากองทุนเพื่อช่วยเหลือตนเองและประชากรวัยเดียวกัน กลุ่มทำงานนี้มองว่าหากในอนาคตผู้สูงอายุมีการเรียกร้องสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากประเทศ ชุมชนและครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา ที่อยู่อาศัย สุขภาพ และบริการทางสังคม จะทำอย่างไรไม่ให้เกิดความขัดแย้งและให้เกิดความสามัคคีระหว่างประชากรทุกวัยทุกเชื้อชาติ คาดกันว่าในปี ค.ศ. 2030 นี้ผู้สูงอายุจะเข้ามายึดหน้าที่ทางการเมืองมากขึ้น จากผลการศึกษาของต่างประเทศที่กล่าวเป็นประเด็นทางการเมือง เช่น การจ่ายเงินบำนาญ มีการพิจารณาว่าความต้องการดังกล่าวหนึ่นไม่สมเหตุสมผล มีการรวมผลการศึกษาเหล่านี้มาร่วมในการวางแผนการดูแลระยะยาว เพื่อให้บทเรียนที่เกิดในประเทศไทยแล้วอื่นๆ เป็นแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเดียวกันในประเทศไทยไปร์ กลุ่มทำงานนี้ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดปัญหาเหล่านี้โดย

1. ส่งเสริมความผูกพันภายในครอบครัว ให้มีลักษณะครอบครัวแบบขยาย ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกๆ หลายคน
2. ส่งเสริมวัฒนธรรมการเคารพนับถือ ให้เกียรติ กตัญญูกตเวที และผู้ที่อ่อนวัยกว่าต้องดูแลผู้สูงอายุ
3. ในระยะยาวผู้สูงอายุจะมีบ้านของตนเองและอาศัยอยู่พร้อมลูกหลานด้วยสุขภาพและเศรษฐกิจที่ดี จึงควรจัดให้ทุนสำหรับการเรียนรู้และพัฒนา (Grant for Learning And Development (GLAD)) เพื่อให้ผู้สูงอายุร่วมในกิจกรรมนันทนาการและส่งเสริมสุขภาพ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย การสัมมนาเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนการเรียนรู้ตลอดชีวิต เช่น การเรียนรู้เทคโนโลยีและฝึกทักษะอาชีพใหม่ๆ (http://www.mcds.gov.sg/imc/html/wg_cohesion.html) [available on December 15,2001])

การวางแผนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต (Future challenges in long term care planning)

แผนแม่บท ๕ ปีที่จะได้จากข้อเสนอของ IMC นี้แสดงถึงทิศทางการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบใหม่ ที่ต้องมีการพัฒนาจากความร่วมมือของทุกหน่วยงานและในทุกระดับ โดยยึดหลักการเพื่อปกป้องคุ้มครอง ผู้สูงอายุ (ELDERSHIELD) ไม่ให้มีความพิการ ส่งเสริมให้หน่วยงานเอกชนเข้ามีส่วนร่วมดำเนินการ เช่น Living Investment for Everyone (L.I.F.E) ซึ่งมีข้อจำกัดถึงอายุ ๖๕ ปี เมื่ออายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก็น่า จะพิจารณาเพิ่มอายุให้สัมพันธ์กันด้วย เช่น เพิ่มเป็น ๗๕ ปี รวมทั้งการประกันชีวิตเอกชน ในอนาคต วัยกลางคนจะให้ความสนใจประกันชีวิตของเอกชนเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยค่าใช้จ่ายกรณีอนพักรักษาตัว และการดูแลในชุมชน (community-based and residential care)

ต้องให้ความสำคัญด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (Sheltered Homes) เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวที่ต้องเข้ามาดูแล น้ำหนักสุขภาพแย่ลง จากการศึกษาพบว่าวัยกลางคนต้องการที่จะอยู่กับลูกๆ เมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนค่านิยม ค่าครองชีพ และความกดดันเรื่องรายได้ จึง เป็นการดีที่พ่อแม่อาศัยกับลูกๆ ประชากรสิงคโปร์มีลักษณะมีคุณสมบัติที่ดีแต่ขาดเงิน "Asset rich but cash poor" นอกจากนี้แนวคิดเรื่องการจำนำกลับ "reverse mortgage" ไม่ดีเท่าที่ควร พบว่าคน ส่วนใหญ่จึงยังไม่มีที่พักอาศัยของตนเองและส่วนใหญ่อาศัยในแฟลต แต่ที่จะเป็นปัญหามากที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและลูกๆ ไม่สามารถช่วยเหลือได้ ซึ่งแหล่งเงินของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะได้จากลูก เช่นเดียวกับการศึกษาญี่ปุ่น/ชาญที่มีสถานภาพม้ายในปี ค.ศ.1997 ที่ได้ผลเช่นเดียวกัน ในระยะเวลาแล้วจะเกิดอะไรขึ้นถ้าลูกๆ ไม่สามารถช่วยเหลือได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ ต้องการที่จะขายบ้านเนื่องจากต้องการให้เป็นมรดก แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่ามีความจำเป็นต้อง ขายเพื่อนำเงินมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน หรืออาจจะมีบ้านแต่ต้องอาศัยเงินจากลูกๆ ทำให้ผู้สูงอายุ เหล่านี้ประสบปัญหาด้านอารมณ์และปัญหาอื่นๆ ตามมา

การดูแลระยะยาวในสิงคโปร์ยังมีปัญหาขาดแคลนบุคลากร การอบรม ประเด็นความแตกต่าง ของเชื้อชาติที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญกับโครงสร้าง ทางกายภาพ และการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ มีอุปกรณ์ที่ดีพร้อม (well-equipped) มี แหล่งเงินทุนช่วยในการฝึกอบรม สร้างแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่

ด้วยแนวคิด "ความร่วมมือที่ดีจะต้องมาจากการช่วยเหลือตนเอง (self-help) และการช่วยเหลือซึ่ง กันและกัน (mutual aid)" สำหรับชั้นกลางนั้น ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น เรื่อยๆ ทั้งจากภาคเอกชนและภาครัฐ ประเทศส่วนใหญ่ที่กำลังแข่งขันปัญหาการดูแลระยะยาวและ พยายามให้มีบริการในชุมชน จำเป็นต้องมีการจัดการด้านการเงินที่ยุติธรรมเพื่อช่วยผู้ที่ยากจนให้ได้รับ บริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกันทุกเพศทุกวัยเชื้อชาติ

นโยบายและแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย

จากการที่ประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลจึงต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม นโยบายสำหรับการดูแลจึงต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ นั่นคือนเน้นที่การส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการบริการทางสังคม โดยเฉพาะการบริการในชุมชนและการดูแลที่บ้าน (Home Care)

ความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลระยะยาว (The Need for Long Term Care)

ความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุนั้น นอกราจากจะมีผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องอีก ซึ่งได้แก่ความสูงอายุและความเสื่อมของร่างกาย

สัดส่วนของประชากรสูงอายุในส่องกงจะเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (oldest old) จะเพิ่มมากขึ้นและอายุขัยเฉลี่ยก็เพิ่มสูงขึ้น โดยที่ผู้สูงอายุหญิงจะเพิ่มมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ตาราง 27 และ ตาราง 28 และคงให้เห็นถึงสัดส่วนของผู้สูงอายุแบ่งตามช่วงอายุต่างๆ)

ตาราง 27 การกระจายของผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุในประเทศไทย

ปี	60-64 (%)	65-69 (%)	70-74 (%)	75-79 (%)	80-84 (%)	85+ (%)
1996	29.1	25.7	19.5	13.1	7.8	4.8
2001	25.1	24.7	20.8	14.7	8.7	6.0
2011	32.9	18.7	16.2	14.3	10	7.9

ที่มา : Web-site of Law Chi-Kwong, 2000 (Chan, 2001b).

ตาราง 28 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของอ่องกงแยกตามเพศ

ปี	ชาย	หญิง
1991	75.2	80.7
2001	76.9	82.3
2016	78.1	83.4

ที่มา : Social Welfare Department, 2000 (Chan, 2001b).

นอกจგความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลระบายานเนื่องจากการเป็นผู้สูงอายุแล้ว ที่สำคัญคือ ภาวะสุขภาพ พนวฯ ในผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งจะมีภาวะพิการหรือทุพพลภาพทางกาย และป่วยทางจิตประมาณร้อยละ 24 และป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น

ตาราง 29 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในอ่องกง

ปัญหาสุขภาพ	ร้อยละ
ป่วยทางจิต	24
ด้านร่างกาย	53
การมองเห็น	64
การได้ยิน	25

ที่มา : Social Welfare Department, 2000 (Chan, 2001b).

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคจิต ภาวะซึมเศร้า และการคิดฆ่าตัวตาย

จากการที่ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นและมีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้โรคเกี่ยวข้องกับความชรา ในอ่องกงเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่พบได้ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ ในอ่องกง และการคิดฆ่าตัวตายซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สภาพร่างกายและสภาพจิตคลื่นลุ่มน้ำ ผลทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรม บุคลิกภาพ และการพบปะผู้คน

การลดลงของการช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน

จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดน้อยลง การมีครอบครัวเดียว และการที่ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวจะมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 30, 31, 32 และ 33 ผู้หญิงซึ่งปกติจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเองมากขึ้น ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีปัญหารือเรื่องการเงิน รวมทั้งต้องช่วยเหลือตัวเองจะเป็นภาระที่หนักมาก ในการดูแลผู้สูงอายุครอบครัวจะต้องมีสถานที่เพื่อดูแลผู้สูงอายุตลอดจนผู้ดูแลที่บ้าน หรือศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนจากภาครัฐ (หน่วยงาน SWD)

ตาราง 30 ประเภทของการอยู่กับครอบครัวของผู้สูงอายุในช่วงก่อนที่อายุมี 60 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 1991

ประเภท	ร้อยละ
อยู่คนเดียว	10.9
อยู่กับคู่สมรส	12.2
อยู่กับลูกเท่านั้น	9.3
อยู่กับคู่สมรสและลูก	25.4
อยู่กับคู่สมรส/ลูก/คนอื่น	34.4
อยู่กับคนอื่น	7.8

ที่มา : Hong Kong Government, 1994 (Chan, 2001b).

ตาราง 31 ร้อยละของครอบครัวเดี่ยวในประเทศไทยช่วงปี 1996-1999

ปี	ร้อยละ
1996	59.2
1999	63.6

ที่มา : Social Welfare Department, 2000 (Chan, 2001b).

ตาราง 32 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุประเทศไทยช่วงกง

	ชาย	หญิง	รวม
โสด	16,665 (5.0%)	17,021 (4.4%)	33,686 (4.7%)
สมรส	271,308 (81.7%)	191,806 (49.9%)	463,114 (64.6%)
หม้าย	39,382 (11.9%)	170,243 (44.2%)	209,625 (29.2%)
หย่า / แยก	4,786 (1.4%)	56,990 (1.5%)	10,476 (1.5%)
รวม	332,141 (100%)	384,760 (100%)	716,901 (100%)

ที่มา : Hong Kong Government, 1994 (Chan, 2001b).

ตาราง 33 แสดงลักษณะครอบครัวเดี่ยวแยกตามอายุ/ความยากจน

อายุ	ยากจนมาก	ยากจน	รวม
0-19	- (0%)	1,000 (0.9%)	1,000 (0.8%)
20-39	1,000 (6.3%)	46,000 (40%)	47,000 (35.9%)
40-59	1,000 (6.3%)	33,000 (28.7%)	34,000 (26.0%)
60+	14,000 (87.5%)	35,000 (30.4%)	48,000 (30.4%)
รวม	16,000 (100%)	115,000 (100%)	131,000 (100%)

ที่มา : Research on Expenditure Pattern of Low Expenditure Households in Hong Kong , Hong Kong Council of Social Services, 1996 (Chan, 2001b).

ระบบการดูแลในปัจจุบัน (The Current System)

ในประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุระดับยาวมี 2 ประเภท ได้แก่

- การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ (Residential care)
- การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน (Community-based care)

รัฐบาลมีความต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ พร้อมทั้ง การช่วยเหลือจากชุมชน แต่ในปัจจุบันการดำเนินงานของรัฐบาลไม่สอดคล้องกับความต้องการของ ผู้สูงอายุและครอบครัว จึงต้องมีการปรับการดูแลทั้งการดูแลในสถานบริการและการดูแลที่บ้าน และ ในชุมชนให้สอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น

1. การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ (Residential care)

สถานบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในอ่องกงแบ่งได้เป็น 5 ประเภทตามระดับการให้บริการจาก ระดับต่ำไประดับสูง

- Elderly hostel เป็นการจัดสถานบริการที่มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้
- Aged home เป็นการจัดการดูแลในเรื่องอาหารและกิจวัตรประจำวันบางอย่างสำหรับผู้สูงอายุ ที่ต้องการการพยาบาลเล็กน้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในบางกิจกรรม
- Care and Attention home เป็นการจัดการดูแลเช่นเดียวกับ Aged home ในผู้สูงอายุที่ป่วย และพิการ
- Nursing home เป็นการจัดสถานบริการให้พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาลและพื้นฟู สำหรับ ผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- Infirmary เป็นการให้การรักษาพยาบาลทั้งร่างกายและจิตใจในโรงพยาบาล

การจัดสถานบริการเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอาจมีความสับสน เนื่องจากการแบ่งประเภทของ สถานบริการ ซึ่งจะต้องมีความรู้ในเรื่องความต้องของร่างกาย และเน้นการดูแลในสถานบริการแต่ละ ประเภทให้เหมาะสมบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ

ในปี ค.ศ. 2000 จำนวน Aged home ที่ดำเนินการ โดยเอกชนมีอยู่ประมาณ 500 แห่ง หรือมาก กว่าครึ่งหนึ่งของ Residential care ที่มีทั้งหมดในห้อง จะเห็นว่าเอกชนได้เข้ามามีบทบาทมากในการให้บริการประเภทนี้ แต่ในบริการแบบ Nursing home นั้นอาจต้องเพิ่มขึ้นให้ถึง 200 แห่งในอีก ห้าปีข้างหน้า ดังนั้นรัฐบาลจะต้องร่วงในการจัดหาสถานบริการที่คำนึงถึงคุณภาพ เพื่อลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการ ดังแสดงในตาราง 34

ตาราง 34 สถานบริการดูแลผู้สูงอายุประเภทต่างๆ ของห้อง

ประเภทสถานบริการ	ภาครัฐ		สถานบริการที่ไม่ได้เงินสนับสนุนจากรัฐ		เอกชน	
	แห่ง	จำนวนคน	แห่ง	จำนวนคน	แห่ง	จำนวนคน
Elderly hostel	21	896		42		
Aged home	33	7,098	42	1,393	500	25,000
Care&Attention home	72	8,992		1,594		
Nursing home	6	1,400				
Infirmary	19	1,433				
รวม		19,819		3,029		

ที่มา : Social Welfare Department, 2000 และ Hospital Authority, 1997/98 Statistical Report (Chan, 2001b).

ความต้องการใช้บริการและการให้บริการ

ความไม่เพียงพอระหว่างความต้องการใช้บริการและการให้บริการ ซึ่งพบว่ามีความต้องการ สูงในการเข้ารับการบริการจากสถานบริการ (Residential care) แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการรอ ดังตาราง ที่ 35 และมีความแตกต่างกันในตัวชี้วัดในการเข้ารับบริการในภาครัฐและ NGO

ตาราง 35 ระยะเวลาและจำนวนของผู้ที่รอเข้ารับการดูแลในสถานบริการในช่องง ปี 2000

ประเภทสถานบริการ	เวลา (เดือน)	จำนวนที่รอ (ปี 2000)	
		จำนวน	ร้อยละ
Elderly hostel	10	99	0.3
Aged home	21	6,922	24.3
Care & Attention home	34	17,825	62.5
Private Aged home			
-Bought place scheme	11		
-Enhanced Bought Place Scheme	28		
Nursing home	12	3,693	12.9
Total	-	28,538	100

ที่มา : Social Welfare Department web-site, 2000 (Chan, 2001b).

เกณฑ์ในการเข้ารับบริการ

- สภาพร่างกายและการรับรู้
 - การดูแลที่สามารถให้ได้กับผู้สูงอายุ
- รัฐบาลจึงต้องมีแผนพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป

2. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน (Home and Community-based care)

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการให้บริการในรูปแบบนี้ แต่ยังขาดกลยุทธ์ และความต่อเนื่องของการบริการดังกล่าว

Innovative long term care

เป็นการเพิ่มปริมาณและคุณภาพของการให้บริการ รวมทั้งการหามาตรฐานในการประเมินผู้สูงอายุที่จะเข้ารับบริการจากสถานบริการ การให้การดูแลในลักษณะนี้ประกอบด้วย

ตาราง 36 การบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนขององค์กร

ประเภทของบริการ	จำนวนผู้ให้บริการ	การบริการที่ให้
Community geriatric assessment team	9	ประเมินเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาล
Community Nursing Service	14 ศูนย์ (พยาบาล 250)	ให้การรักษาพยาบาลที่บ้าน
Day Care Center	33	ให้การพยาบาลในชุมชนในผู้สูงอายุที่เข้มป่วยเล็กน้อย
Home help Team	138	
Home Care Team	25	ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการพยาบาลพื้นฐาน
Meal Service Team	25	
Carers' Support Centre	2	ฝึกฝน ให้ความรู้และสนับสนุนอุปกรณ์ในการฟื้นฟูร่างกาย
Day Care Centre for demented Elderly	4 ศูนย์ และ 20 คน	ให้การดูแลและฝึกหัดผู้สูงอายุที่มีปัญหา dementia และสนับสนุนการดูแลเพื่อลดภาระผู้ดูแล
Day respite service	12 ศูนย์	ให้บริการเป็นช่วงเวลาในผู้สูงอายุที่ได้รับการฟื้นฟูจากภาวะ dementia

ที่มา : Social Welfare Department , 2000 (Chan, 2001b).

1. Enhanced Home Care Program เริ่มในปี ก.ศ. 1999 โดยให้เอกชนและ NGO เข้าร่วมในการดำเนินงาน Home Care และ Meal Service เพื่อให้การบริการผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนมีคุณภาพ เช่น การช่วยเหลือในบ้าน การให้ดูแลทางร่างกาย ตลอดจนการให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด

2. Standardized Care Need Assessment Mechanism for Elderly Service การวัดความจำเป็นของผู้สูงอายุเพื่อให้บริการและการดูแลได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ มีมาตรฐานในการประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการ

3. Pilot Project on Continuum of Care วัตถุประสงค์ของโครงการนี้คือ การให้การดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เช่น การมีทีมดูแลที่เหมาะสม การซื้อบริการและการรักษา การจัดโปรแกรมการสอนผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

กองทุน (Mode of Funding)

การดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นเสมือนกับการจัดการด้านการเงิน ซึ่งก่อนหน้านี้ประเทศไทยไม่มีการวางแผนการดูแลระยะยาว ประมาณปีที่ผ่านมาเนื่องเพิ่งจะมีโครงการกองทุนสมทบ (Mandatory Provident Fund) ซึ่งคาดว่าจะสมบูรณ์แบบได้ในอีก 30-40 ปีข้างหน้า เนื่องจากรัฐเก็บภาษีได้น้อยทำให้ไม่สามารถเพิ่มงบประมาณในการดูแลนี้ได้ ดังนั้น รัฐบาลจึงเห็นว่า ควรให้ประชาชนออมเงิน โดยการสมทบเงินเพื่อใช้ในเรื่องสุขภาพและการประกันเพื่อการดูแลในระยะยาว โดยให้สมทบประมาณร้อยละ 1-2 ของรายได้ โดยเริ่มในปี ค.ศ. 2001

ดังนั้นงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการบริการจะต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เพื่อเพิ่มปริมาณ และคุณภาพที่ให้ โดยต้องมีแหล่งกองทุนและวิธีบริหารกองทุน

แหล่งกองทุน (Source of Funding)

งบประมาณที่นำมาใช้ในการให้การดูแลระยะยาวนี้มาจากการเก็บเงินภาษีของรัฐบาล และให้ผู้ใช้บริการจ่ายค่าดูแลเป็นเงินสมทบอีกส่วนหนึ่ง โรงพยาบาลได้เริ่มมองถึงความเป็นไปได้ของระบบประกันสังคมและการสมทบเงินจากประชาชน สำหรับผู้สูงอายุแล้วระบบนี้จะสำคัญมากต่อแผนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งก่อนปี ค.ศ. 1999 รัฐบาลจะเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งหมด เมื่อพนักงานปัญหาภาวะเศรษฐกิจงบประมาณที่ใช้ในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุจึงลดลง รัฐจึงแก้ปัญหาดังกล่าว ด้วยการเก็บเงินกับผู้ที่สามารถจ่ายได้เป็นจำนวนเงินที่สูง พร้อมทั้งให้ใช้บริการของภาคเอกชนมากขึ้น

วิธีการจัดการกองทุน (Method of Funding)

ขั้นแรกเมื่อปี ค.ศ. 1999 รัฐบาลได้หารือร่วมดำเนินงานกับ Nursing Home ที่มีจำนวน 6 แห่ง โดยใช้วิธีเป็นคู่สัญญา เพราะสถานบริการแบบ Nursing Home มีการแข่งขันกันสูงมาก โดยรัฐบาลเป็นผู้จ่าย (Purchaser) และมีมาตรการและกฎหมายควบคุมเรื่องคุณภาพบริการ เพื่อให้ได้ผลที่คุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายตามขั้นตอนการประกันคุณภาพ (Quality Assurance Process) ของหน่วยงาน SWD ซึ่งต้องมีการตกลงในเรื่อง ราคา ทุน กำไร อายุ ปี คาดหมาย กับสถานบริการเอกชนที่ร่วมโครงการ

จากการที่ผู้สูงอายุต้องลงจำนวนมากเลือกใช้บริการกับสถานบริการเอกชน จึงต้องมีตัวชี้วัดคุณภาพของบริการ รัฐได้ใช้ให้เห็นความสำคัญของกองทุนนี้ ด้วยการเน้นว่า “Funding goes with elderly” ซึ่งหมายถึงการที่เมื่อจ่ายเงินสมทบเข้ากับกองทุนของรัฐแล้ว จะทำให้มีเงินไว้ดูแลหรือเลือกที่จะใช้บริการที่ดูแลเมื่อเวลาเป็นผู้สูงอายุได้ ไม่เป็นภาระทางการเงินให้กับครอบครัวต่อไป

การจัดการเงินของรัฐจะทำให้มีการกระตุ้นการบริหารจัดการกองทุน เพื่อใช้สำหรับเป็นสถานที่พักพิงของผู้สูงอายุที่เหมาะสมได้

สรุป

จากการที่ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนมาก และมีภาวะทางร่างกายและจิตใจที่ไม่ดีนัก มีสภาพเศรษฐกิจที่ยากจน มีเงินบ้าน眷ที่ไม่เหมาะสม และที่สำคัญไม่มีลูกหลานเลี้ยงดู เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีงบประมาณในการดูแลระยะยาว

รัฐบาลมีนโยบายที่จะให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และมีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือตามสถานบริการที่ให้การดูแลที่ได้มาตรฐานไว้ ซึ่งก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินความจำเป็นของผู้สูงอายุที่จะเข้ารับบริการในสถานบริการ แต่ก็จะต้องมีการพัฒนาระบบการประเมินเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและการบริการที่ให้กับผู้สูงอายุ

ในด้านกองทุน รัฐจะต้องคำนึงถึงหลักการที่จะทำให้มีงบประมาณบริหารกองทุนที่เพียงพอ โดยการหาแหล่งของกองทุนและการบริหารจัดการกองทุนสำหรับการดูแลระยะยาว การบริหารจัดการแนวโน้ม ให้รวมการบริการที่ได้จากการรัฐและเอกชนร่วมกับผู้สมัคร ใจและกลุ่มผู้ใช้บริการ การจัดการกองทุนเพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพจะขึ้นอยู่กับบันวนการประกันคุณภาพของภาครัฐ (QA) การเลือกใช้ประเภทของการบริการและราคาที่สมเหตุผล

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

ความต้องการของการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

ความต้องการในเรื่องของการดูแลระยะยาวของประเทศไทยนั้น นับว่ามีความต้องการเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุ และการลดลงของสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีระดับความพิการที่แตกต่าง กันตามการทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility function) และจะต้องได้รับความช่วยเหลือ ในเรื่องการดูแลส่วนบุคคล (Personal care) ปัญหาของโรคและปัญหาสุขภาพที่จัดอยู่ในลำดับต้นๆ ของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ การเป็นลมปั๊กบัน (Stroke) ข้อเข่าเสื่อม ตาบอด (ที่เกิดจากการเป็นต้อ กระจก) อุบัติเหตุ กระดูกสันหลังโคง (Kyphoscoliosis) ที่เกิดจากกระดูกพรุน

ตาราง 37 ความรุนแรงของ Long-term disability ของไทย จำแนกตาม อายุและเพศ

ระดับความรุนแรงของ Long-term disability	ชาย				หญิง			
	รวม	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+
Not home bound	13.7	12.3	15.4	16.1	14.6	12.5	17.4	17.8
Home bound	2.5	1.7	2.7	6.9	3.5	1.3	4	12.5
Chair/bed bound	0.6	0.4	0.5	2.3	0.8	0.6	0.9	1.3
Totally dependent	0.6	0.2	0.7	2.3	1.2	0.5	1.1	4.4
รวม	17.4	14.6	19.4	27.6	20.2	14.9	23.4	36

ที่มา : Jitapatkul, Kunaanusont, Phoolcharoen, and Suriyawongpaisal, 1999. Health Problem of Thai Elderly: A National Survey. Bangkok: National Health Foundation and Ministry of Public Health, (Jitapatkul and Kespichayawattana, 2001).

จากการสำรวจผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุมีภาวะหลงลืม (Dementia) ความซุกของภาวะหลงลืมในผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุที่อายุ 60-69 ปี พบเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปพบถึงร้อยละ 3 และผู้สูงอายุที่มีภาวะ หลงลืมนี้ประมาณร้อยละ 50 มีสาเหตุจากโรคความจำเสื่อม (Alzheimer's disease) ซึ่งภาวะหลงลืม ในผู้สูงอายุนี้นับว่าเป็นภาระสำหรับผู้ที่ให้การดูแลเป็นอย่างมาก ผลกระทบคาดประมาณผู้สูงอายุที่มี ความพิการ และภาวะหลงลืม ซึ่งให้เห็นว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุมาก

กว่า 700,000 คน ที่ต้องการรูปแบบของการดูแลระยะยาว (ตาราง 38) นอกจากนี้จากสถานการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความพิการยังพบว่ามีการป่วยและความพิการเพิ่มมากขึ้นในคนไทย และจะยังคงมีต่อไปอย่างน้อย 50 ปี เว้นเสียแต่ว่าจะมีการดำเนินการที่เหมาะสม ซึ่งก็หมายถึงว่าจำนวนของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องดูแลเฉพาะเป็นพิเศษจะมีมากกว่าที่คาดประมาณไว้ การกลยุทธ์ที่สำคัญคือการลดความต้องการในเรื่องการดูแลระยะยาว การพัฒนาในการจัดเตรียมสำหรับการดูแลระยะยาวแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive LTC Provision) เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย ซึ่งต้องการการช่วยเหลือในเรื่องพื้นฐานที่จำเป็นของการทำหน้าที่ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ตาราง 38 การคาดประมาณจำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุที่อยู่ในภาวะ Home bound,

Bed bound, Dependent in personal care, and Dementia ในปี พ.ศ. 2543-2573

	2543	2553	2563	2573
Home bound	234,309 (4.39 %)	341,311 (4.74 %)	508,209 (4.72 %)	758,227 (4.79 %)
Bed bound	44,705 (0.84 %)	65,107 (0.95 %)	98,021 (0.91 %)	144,451 (0.915 %)
Personal care dependent	350,641 (6.57 %)	499,837 (6.94 %)	741,766 (6.89 %)	1,100,754 (6.95 %)
Dementia	162,563 (3.04 %)	241,378 (3.35 %)	358,265 (3.33 %)	532,560 (3.36 %)

ที่มา : Jitapatkul, Kunaanusont, Phoolcharoen, and Suriyawongpaisal, 1999. Health Problem of Thai Elderly: A National Survey. Bangkok: National Health Foundation and Ministry of Public Health, (Jitapatkul and Kespichayawattana, 2001).

รูปแบบหลักของการดูแลระยะยาวในประเทศไทย คือ การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal care) ที่ให้โดยครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นผู้ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของ Basic task ส่วนใหญ่ มักอาศัยอยู่กับครอบครัว ครอบครัวไทยยังถูกคาดหมายต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งอาจเนื่องจากบริบทฐานะและวัฒนธรรมที่บังคับมีอยู่สำหรับผู้สูงอายุในการอยู่ร่วมกับบุตรที่โตขึ้น แม้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวจะบังคับมีอยู่ และไม่ปรากฏว่าลดลงตลอดช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ก็ตาม แต่การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ก็ไม่แน่นอนว่าระดับของการสนับสนุนของครอบครัวหรือคุณภาพของการให้การดูแลจะยังคงเหมือนเดิม

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งการลดลงของสมาชิกในครอบครัว การเพิ่มขึ้นของผู้หญิงที่ทำงาน รวมทั้งการซ้ายถินของบุตร เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นหญิงไม่มีมั่นคงต่อการได้รับการดูแลอย่างไม่เป็นทางการจากครอบครัว เพราะจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าความชอกของ การเป็นหน้ามือ หมาย และแยกกันอยู่สูงขึ้น ในผู้สูงอายุที่เป็นหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย มีผู้สูงอายุหญิงถึงร้อยละ 3 ที่เป็นโสด ในขณะที่ผู้สูงอายุชายมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น (ตาราง 39) และพบมากในผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุหญิงที่ยังอาศัยอยู่กับคุณนักคำกว่าร้อยละของผู้สูงอายุชายที่ยังอาศัยอยู่กับคุณ และความแตกต่างนี้เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (ตาราง 40) จากการศึกษา yang พบรอ กว่า อัตราการอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุหญิง จะสูงกว่าผู้สูงอายุชายและต่างกันเพิ่มมากขึ้นตามอายุผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยูามากจัดว่าเป็นก่อภัยเสี่ยงที่ต้องมีการพิจารณาถึง ปัญหาหลักที่สำคัญที่พบในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวได้แก่ การอยู่คนเดียวและไม่มีคนดูแลขณะเจ็บป่วย (มีร้อยละ 31.6) เหงาและเปล่าเปลี่ยว (ร้อยละ 20.9) ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานและความจำเป็นต้องทำงาน (ร้อยละ 16.4) มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 17.8) บุคคลเหล่านี้มีโอกาสอยู่ในการที่จะได้รับการดูแลอย่างไม่เป็นทางการเมื่อมีความต้องการการพึ่งพาและการช่วยเหลือ และยังไปกว่านั้นผู้สูงอายุที่อายุ 75 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้หญิง พบว่า มีอัตราการอยู่ร่วมกับผู้ที่ไม่ใช่ญาติสูง ซึ่งเป็นผลให้มีโอกาสที่จะขาดการดูแลที่เหมาะสมได้

ตาราง 39 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ และเขตเมืองชนบท

สถานภาพสมรส	ชาย (ร้อยละ)			หญิง(ร้อยละ)		
	รวม	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท
โสด	1.1	1.3	1.1	3	5.2	2.4
คู่	83.3	85.6	82.7	48.9	42.8	50.4
หม้าย/ หย่า/ แยก	15.5	12.8	16.2	48	52	47.1
ไม่ทราบ	0.1	0.3	-	0.1	-	0.1

ที่มา : Report of 1994 Survey of Elderly in Thailand. Bangkok: National Statistic, Office of the Prime Minister (Jitapatkul and Kespichayawattana, 2001).

ตาราง 40 การกระจายร้อยละการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ เพศ และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

เพศและอายุ	การอยู่อาศัย				
	อยู่คนเดียว	อยู่กับคู่ +/- อื่นๆ	อยู่กับบุตร +/- อื่นๆ	อยู่กับญาติ	อยู่กับผู้ที่ไม่ ใช่ญาติ
ชาย : 60.64	2.1	55.4	41.7	0.5	1
	65-69	2.2	47.8	47.8	1.8
	70-74	2.3	47.7	46.5	3.2
	75+	2	36	58.4	2.2
	รวม	2.2	48.7	47	0.7
หญิง : 60.64	4.4	41.9	51.7	1.1	1.5
	65-69	4	41.3	51.9	1.3
	70-74	5.1	34.8	55.2	1.7
	75+	6.5	27.2	57.4	3.3
	รวม	4.8	37.6	53.5	1.7
					2.7

ที่มา : Report of 1994 Survey of Elderly in Thailand. Bangkok: National Statistic, Office of the Prime Minister (Jitapatkul and Kespichayawattana, 2001b).

พัฒนาการของนโยบายและการจัดเตรียมในการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

ตามความหมายของการดูแลระยะยาวโดยทั่วไปรับรู้กันว่า การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลในสถาบันระยะยาว (Long-term institutional care) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) ยังไม่ได้หมายถึง Shelter service หรือการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน (Home/community care) และยังเป็นที่ยอมรับและตระหนักรู้ว่า การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ โดยครอบครัว เป็นกลวิธีหลักของนโยบายประเทศไทยในเรื่องการดูแลระยะยาวในช่วง 15 ปี ของแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 1 (2529-2544) ในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 1 ของประเทศไทย จะเน้นที่การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ โดยครอบครัว ด้วยเหตุนี้รัฐจึงยังไม่ได้ให้ความสนใจมากนักในการพัฒนาบริการการดูแลที่บ้านและในชุมชน การจัดให้มีการบริการโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based service) เพื่อการสนับสนุนความสามารถในการดูแลของครอบครัวจึงยังมีความจำกัดอยู่มาก รวมทั้งยังไม่มีแผนที่เป็นรูปธรรมหรือมาตรการที่ชัดเจนในเรื่องนี้

กรมสวัสดิการสังคมฯ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม นับเป็นหน่วยงานหลักของรัฐที่รับผิดชอบในเรื่องของบริการการดูแลระยะยาวด้านสังคม ในเงื่อนไขของการดูแลระยะยาวอย่าง

เป็นทางการที่จัดขึ้นโดยองค์กรของรัฐ (State Organization) โดยนับเป็นบริการด้านสังคมที่มีความก้าวหน้าไปมากกว่าเมื่อเทียบกับบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล การดูแลระยะยาวอย่างเป็นทางการได้เริ่มขึ้นจากการบริการดูแลในสถานดูแล (Institutional service) เช่นเดียวกับในหลายประเทศ การบริการในสถานดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้ตั้งขึ้นครั้งแรกใน พ.ศ. 2499 เรียกว่า "Home for Older Person" (สถานสงเคราะห์คนชรา) จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ยากจน มีรายได้ต่ำ ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ หรือไม่มีญาติที่จะพักอาศัยอยู่ด้วย ผู้สูงอายุที่มีลิทธิเข้ารับการเลือกเข้าอยู่อาศัยที่บ้านพักนี้ต้องเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ หรือต้องดูแลตนเองในเรื่องส่วนบุคคลได้ และไม่จำเป็นต้องรับการพยาบาลเป็นพิเศษ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุมากขึ้น ก็จะมีความอ่อนแอกล้ามตามไปด้วย จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลและรับการดูแล แต่โฉมไม่ได้ที่ประเทศไทยยังไม่มีการจัดบริการในรูปแบบของสถานพยาบาลผู้สูงอายุที่จัดขึ้นโดยรัฐ (Public nursing home) ดังนั้นการอยู่/ดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุผู้ซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษในบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ของบ้านพักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นการจัดบริการของสถานสงเคราะห์คนชราของกรมสวัสดิการสังเคราะห์ที่เป็นอยู่ในขณะนี้ จึงครอบคลุมทั้งในเรื่องที่พักอาศัย (Shelter) บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) และสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) แต่ก็มีปัญหาในเรื่องของการขาดแคลนทรัพยากรในการให้การพยาบาล

องค์กรภาคเอกชนทั้งที่ถือกำไรและไม่ถือกำไร นับว่าเป็นผู้มีส่วนช่วยเหลือที่สำคัญเกี่ยวกับบริการสถานพยาบาลผู้สูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยผู้มีส่วนช่วยเหลือเหล่านี้ได้แก่โรงพยาบาลเอกชนและองค์กรที่ไม่ใช่รัฐที่เกี่ยวกับศาสนา ในประเด็นของจำนวนสถานพยาบาลผู้สูงอายุที่มีอยู่นั้น ไม่สามารถทราบได้แน่ชัด เนื่องจากไม่มีกฎกระทรวงเฉพาะเกี่ยวกับสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) สถานพยาบาลผู้สูงอายุจึงสามารถจดทะเบียนได้ภายใต้กฎหมายให้กับโรงพยาบาลที่ให้บริการแบบระยะเฉียบพลัน (Acute hospital) และโรงพยาบาลเอกชนที่ให้การรักษาการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันนั้นสามารถเปลี่ยนเตียงผู้ป่วยบางส่วนเพื่อใช้สำหรับให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่พักอยู่นานได้ (Long -stay care service) ดังนั้นจำนวนทั้งหมดของสถานพยาบาลผู้สูงอายุและจำนวนความจุผู้รับบริการจึงไม่สามารถได้จากการจดทะเบียน

สำหรับประเทศไทยนับเป็นเวลาเกือบหนึ่งทศวรรษที่แนวคิดของการดูแลที่บ้านและในชุมชน (Home/community care) ในเงื่อนไขของ การดูแลระยะยาวได้มีการพัฒนาขึ้น มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของการบริการในชุมชนในการดูแลด้านสุขภาพและสังคมหลายรูปแบบ แม้ว่ากรมสวัสดิการสังเคราะห์จะไม่มีแนวคิดที่เป็นรูปธรรมหรือนโยบายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวในชุมชน แต่ก็ได้มีการพัฒนาศูนย์บริการทางสังคม (Social Service Center) สำหรับผู้สูงอายุขึ้นมาตั้งแต่ พ.ศ. 2522 ในเงื่อนไขของ

การดูแลระยะยาวศูนย์บริการทางสังคม เหล่านี้มีการจัดบริการในรูปของศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) และบริการพื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุ

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ซึ่งแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (2545-2264) ของประเทศไทยจะกำลังเริ่มขึ้นนั้น ในแผนได้จัดทำกลยุทธ์ในเรื่องของการดูแลระยะยาวไว้ ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมและการสนับสนุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว การจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมทั้งที่บ้านและชุมชนและในสถานดูแล การพัฒนาบริการเกี่ยวกับที่พักอาศัย/การจัดอาหารและที่อยู่ รวมทั้งการปรับตัวด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับกิจกรรมของผู้สูงอายุภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage scheme in health care) ที่ปัจจุบันมีการดำเนินอยู่นั้น Primary care center ต้องมีการจัดในเรื่องบริการอนามัยชุมชน (Community health service) ซึ่งในส่วนนี้จะทำให้การดูแลอย่างเป็นทางการแก่ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งมากขึ้นในอนาคต

รูปแบบและการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

รูปแบบต่างๆ ของการดูแลระยะยาวของประเทศไทยที่จัดบริการขึ้นในปัจจุบันจำแนกออกเป็นประเภทและลักษณะของบริการต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. การดูแลอย่างไม่เป็นทางการโดยครอบครัว (Informal care by family)

จากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 พบร่วมกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรของตน (ร้อยละ 71) หรืออาศัยอยู่ใกล้ติดกับที่พักของบุตร (ร้อยละ 9.4) หรืออาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกับบุตรของตน(ร้อยละ 7.4) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับบุตรของตนนั้น ร้อยละ 69 -87.8 ยังมีบุตรมาเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ (อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง) ผู้สูงอายุร้อยละ 93 ที่ต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแลเมื่อຍามที่แก่ตัวลงและต้องการการช่วยเหลือ การสำรวจพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนร้อยละ 64 ได้รับการดูแลจากบุตร และร้อยละ 2.7 จากคู่ของตน และจากการสำรวจนี้ยังพบว่าเกือบร้อยละ 20 ของผู้ดูแลเป็นผู้ที่สูงอายุเช่นกัน

สำหรับข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) และบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) แสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุน้อยกว่า 4,000 คน ที่อยู่ในสถานที่ดังขึ้นเพื่อการดูแลระยะยาว จากข้อมูลพบว่าเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุผู้ซึ่งจำเป็นต้องดูแลระยะยาวยังคงได้รับการดูแลอย่างไม่เป็นทางการจากครอบครัวและญาติ

2. การจัดบริการที่บ้านและชุมชน (Home and Community service)

2.1 ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care center)

ปัจจุบันมีศูนย์บริการทางสังคม (Social Service Center) สำหรับผู้สูงอายุอยู่ 18 แห่ง ที่จัดบริการเกี่ยวกับการดูแลกลางวัน (Day care) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) สำหรับการดูแลระยะยาวซึ่งจัดขึ้นโดยกองสวัสดิการสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ส่วนใหญ่ของศูนย์เหล่านี้เน้นที่การให้ความสำคัญต่อบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) สามารถให้บริการที่จำกัดอยู่เฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในระยะเวลา 5-10 กิโลเมตรเท่านั้น นอกจากนี้แล้วศูนย์เหล่านี้ยังให้บริการในการตรวจคัดกรองและรักษาโรค รวมทั้งการให้คำปรึกษา สันทานากาраж และคลินิกเคลื่อนที่ด้วย

2.2 ศูนย์ผู้ให้การดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver Center)

ศูนย์ให้การดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver Center) เป็นบริการประเภทองค์กรโดยศูนย์นี้จะบริการจัดผู้ดูแลเพื่อไปให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุหรือเด็กที่บ้าน สำหรับจำนวนที่แน่นอนของศูนย์นี้ไม่ทราบตัวเลขที่แน่นัด แต่ทั่วประเทศประมาณว่ามีมากกว่า 500 แห่ง สถาบันบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลเอกชน สถานพยาบาล (Nursing home) Informal education training center และสถาบันการศึกษา ได้มีการจัดอบรมให้แก่พนักงาน และหลังจากการอบรมผู้ดูแลอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้ที่ผ่านการอบรมนี้สามารถเข้าทำงานในสถานบริการ เช่น โรงพยาบาล สถานพยาบาล (Nursing home) แต่โดยส่วนใหญ่แล้วจะเข้าไปรับจ้างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ศูนย์นี้ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการหาผู้ที่ต้องการคนดูแลและจัดหาผู้ดูแลเพื่อไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับเรื่องเกี่ยวกับมาตรฐานนั้นขณะนี้ยังไม่มีกฎหมายบังคับหรือความมั่นใจในเรื่องของมาตรฐานในการอบรม การอบรมนั้นยังมีระยะเวลาต่างๆ กัน ตั้งแต่หนึ่งสัปดาห์จนถึงหนึ่งปี

2.3 บริการที่เข้าถึงสุขภาพ (Health outreach service)

จากความตระหนักรถึงความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนที่เพิ่มมากขึ้นบริการหลักการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลของรัฐนั้น ได้มีการขยายขอบเขตของการดูแลที่กว้างออกไป จึงมีรูปแบบใหม่ของบริการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ตรงกับความต้องการหรือความจำเป็นที่เฉพาะ ตัวอย่างเช่น การเยี่ยมบ้าน (Home visiting) โดยพยาบาลจากหน่วยป้องโรคและส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล รามาธิบดี พยาบาลและอาสาสมัครของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันประสาน แต่บริการลักษณะนี้ยังถูกมองว่าเป็นบริการในระดับที่แคนมาก การเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ที่จัดแก่ผู้สูงอายุจำกัดอยู่พียงชั่วระยะเวลาหนึ่งซึ่งไม่ถูกมองว่าเป็นการดูแลระยะยาว

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินโครงการ "Home Health Care" แนวคิดคือ โรงพยาบาลควรมีทีมที่เข้าถึง (Outreach team) ได้แก่แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพ เพื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน และเจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัยตำบลก็ถือว่าต้องเป็นผู้ให้การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วย แต่ข้อมูลจากการสำรวจเพื่อประเมินบริการสุขภาพของรัฐบาลเห็นได้ว่า น้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.4 รูปแบบ/โครงการนำร่องเพื่อการคุ้มครองในชุมชน

2.4.1 รูปแบบของการบริการสุขภาพแบบเบ็ดเตล็ด (Comprehensive health service) ที่จัดดำเนินการทดลองขึ้นในเขตสลัมในกรุงเทพมหานคร ในช่วง พ.ศ. 2535-2539 โดยการสนับสนุนเงินทุนจาก The HelpAge International โครงการนี้มีการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในเรื่องการเยี่ยมบ้าน การให้การพยาบาลที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การให้การศึกษา การให้คำปรึกษา และการประเมินเกี่ยวกับความชรา (Geriatric assessment) โครงการนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์ชุมชนขนาดเล็ก (Small community center) ขึ้นมาเพื่อให้การคุ้มครองพยาบาล การรักษาขั้นต้น การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ

2.4.2 รูปแบบการบริการในชุมชน (Community service model) ในพื้นที่คัดเลือก 4 แห่ง ใน พ.ศ. 2538 ผู้ดำเนินการหลักคือกรมสวัสดิการสังเคราะห์ โดยได้รับเงินสนับสนุนจาก United Nation Population Fund (UNFPA) โครงการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดระเบียบและการจัดการในเรื่องการให้การคุ้มครองที่บ้านและในชุมชน (Home and Community care) แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน จากการประเมินพบว่าโครงการนี้ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน และได้ขยายออกไปใช้ในศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในวัด 200 แห่ง ในปี พ.ศ. 2542 แต่ผลการดำเนินงานยังไม่เป็นที่พอใจ อัตราความสำเร็จต่ำกวาร้อยละ 10 สาเหตุสำคัญคือการขาดการร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากชุมชน และเป็นรูปแบบบริการที่ไม่ยึดหยุ่นไม่เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน รวมทั้งข้อจำกัดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3. การคุ้มครองในสถานดูแล (Institutional care)

3.1 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home)

บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) /บ้านพักคนชรา เป็นบริการสามัญและคงเดิมที่จัดขึ้นโดยองค์กรของรัฐบาลและองค์กรอื่นๆ ที่ไม่ใช่ของรัฐ อันเนื่องมาจากการมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีครอบครัวเป็นผู้ให้การคุ้มครอง การจัดทำที่อยู่สำหรับผู้สูงอายุเป็นส่วนดั่งเดิมของรัฐบาลไทยในการที่จะจัดทำที่อยู่และคุ้มครองสำหรับผู้ที่ไร้ที่อยู่อาศัย และขาดแคลนตามที่ได้กำหนดในพระราชบัญญัติ

กองสวัสดิการสังเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นหน่วยงานหลักของรัฐ ที่รับผิดชอบในการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ บ้านพักคนชราแห่งแรกที่ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2499 คือบ้านบางแคเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไร้ที่อยู่ ขณะนี้ทั่วประเทศมีอยู่ทั้งหมด 20 แห่งดำเนินการภายใต้การดูแลแนะนำของ กองสวัสดิการสังคม ในกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง ภาคกลาง 5 แห่ง ภาคเหนือ 3 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 แห่ง ภาคตะวันออก 2 แห่ง และภาคใต้ 4 แห่ง มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,277 คน เป็นชาย 744 คนและหญิง 1,533 คน สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกเข้าพักอาศัยคือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ขัดสน ไร้ที่อยู่อาศัย 2) ไม่มีญาติที่จะอยู่อาศัยด้วย หรือไม่สามารถอยู่ด้วยได้อย่างลงสุข 3) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อ และ 4) ยากจนและมีความยากลำบากในการอยู่กับครอบครัว กิจกรรมหรือบริการที่จัดให้ได้แก่ บ้านพักและอาหาร เสื้อผ้า และอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับบริโภค กิจกรรมทางศาสนา การออกกำลังกาย และกิจกรรมบำบัดสำหรับการฟื้นฟูร่างกาย กิจกรรมด้วยอาชีพ กิจกรรมสันทานการ กิจกรรมที่เกี่ยวกับประเพณีต่างๆ บริการทางการแพทย์ (รักษาพยาบาล) บริการสังคมสังเคราะห์ และการจัดการศพตามประเพณี สำหรับในผู้สูงอายุที่สุขภาพเสื่อมลง เช่น สมองเสื่อม อ่อนแอด จะมีการจัดให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วย (เช่น การอาบน้ำ การให้อาหาร การเข้าห้องน้ำ) รวมทั้งการให้การพยาบาลพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุหล่านี้ด้วย

นอกจากการจัดขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐแล้ว บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) ยังมีการจัดโดยองค์ที่ไม่ใช่ของรัฐซึ่งส่วนใหญ่เป็นองค์กรไม่牟利 ไม่ได้ทำกำไรและองค์กรทางศาสนาขึ้นใน 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี สมุทรปราการ ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี และอ่างทอง โดยมีจุดมุ่งหมายของการดูแลยังคงเป็นในเรื่องของการจัดหาอาหาร ที่พักอาศัย สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน ไร้ที่อยู่อาศัย

การจัดบริการในรูปแบบที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่อีกถัดไปนั่น คือ โครงการที่พักอาศัยของสถาบันชาดไทยที่ดำเนินการใน พ.ศ. 2538 และในพ.ศ. 2540 โดยได้จัดทำพาทเม้นต์จำนวน 168 ห้องไว้สำหรับผู้สูงอายุที่พึงตนเองได้ให้เข้าพักอาศัย แต่พบว่าปัจจุบันพาทเม้นต์ดังกล่าวมีถูกเช่าเพียงร้อยละ 58 และมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีผู้ที่อาศัยอยู่ โดยรูปแบบนี้ในปัจจุบันนับว่ายังไม่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุที่พึงตนเองได้ส่วนใหญ่ยังคงต้องการที่จะอยู่กับบุตรหรือคู่ของตน

3.2 สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) เป็นที่ต้องการสำหรับผู้สูงอายุที่กำลังอยู่ในระยะพักฟื้นหรือมีความอ่อนแอกว่าเป็นโรคเรื้อรัง และรัฐเองยังไม่มีการดำเนินการในส่วนนี้ ขณะที่โรงพยาบาลต่างๆ (โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ) มีนโยบายที่จะจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังให้กลับไปดูแลที่บ้าน เพื่อลดความคับคั่งของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยคาดหวัง

ให้ครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ (รวมถึงผู้สูงอายุด้วย) การของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจึงนำไปสู่บริการรูปแบบใหม่ที่จัดขึ้นโดยเอกชนเพื่อการพื้นฟูสภาพและการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่อ่อนแอและเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และในเขตเมืองสำหรับจำนวนที่มีอยู่ของสถานพยาบาล (Nursing home) สำหรับผู้สูงอายุนั้นขึ้นไปกว่าห้าร้อยแห่งซึ่งเนื่องจากที่ไม่มีการจัดทำเบียนหรือการบันทึกเกี่ยวกับสถานพยาบาล (Nursing home) ของรัฐ จากข้อมูลที่มีอยู่ของกองสวัสดิการสังเคราะห์นั้นพบว่ามีอยู่ 10 แห่ง ทั้งหมดประมาณ 500 เตียง ที่ให้การดูแลและพื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุที่อ่อนแอและครอบครัวสามารถจ่ายได้ ค่าใช้จ่ายที่ไม่รวมการรักษาทางยาและการรักษาพิเศษจะอยู่ระหว่าง 18,000 - 33,900 บาทต่อเดือน และสถานพยาบาล (Nursing home) ส่วนใหญ่ยังบริการรับผู้สูงอายุเข้ารับการพื้นฟูสภาพในช่วงสั้นๆ ถึงช่วงปานกลาง (Short-to medium-term admission) และบางแห่งมีการจัดอบรมดูแลผู้สูงอายุด้วย สถานพยาบาลเหล่านี้ส่วนใหญ่จัดขึ้นโดยภาคเอกชนและมุ่งเน้นในการให้บริการแก่ครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางถึงสูง

แนวโน้มของการดูแลที่จัดให้ผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในช่วงสองปีที่ผ่านมาคือหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในรูปแบบอื่นๆ ได้แก่ รูปแบบของการดูแลโดยเน้นโรงพยาบาลเป็นฐาน (Hospital-based care) ผลจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทำให้โรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 400 แห่งต้องดึงคนอย่างมาก เพื่อการอยู่รอดโดยปรับเปลี่ยนบทบาทตัวเองจากการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในระยะเฉียบพลันไปเป็นการให้การดูแลที่อยู่ในระยะยาว (Long stay care) (ซึ่งลักษณะนี้อาจจัดได้ว่าเป็น Nursing home) รูปแบบนี้มีการเสนอค่าบริการให้ในอัตราแบบคงที่ (Flat rate charge) ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ร่วมกับการตรวจทางการแพทย์ (Medical round) มีบุคลากรพยาบาลที่ผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดี และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ดี ซึ่งข้อเสนอเหล่านี้ตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวที่เป็นชนชั้นกลางและชั้นสูงที่คาดหวังคุณภาพของการดูแลที่สูง ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 50 แห่ง ที่มีการจัดการดูแลโดยเน้นโรงพยาบาลเป็นหลัก (Hospital-based care) แก่ผู้สูงอายุ เต่นบริการในลักษณะนี้ยังจำกัดอยู่ในผู้สูงอายุและครอบครัวที่สามารถจ่ายเงินเองได้เท่านั้น

3.3 รูปแบบ/โครงการนำร่องเพื่อการดูแลในสถานดูแล

ในพ.ศ. 2544 ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (Social Service Center for Older Persons) ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ ได้เริ่มทดลองในรูปแบบของ respite service แก่ผู้สูงอายุ โครงการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่มีรายได้ปานกลาง (Middle-income family) ที่กำลังให้การดูแลผู้สูงอายุโดยมีการเรียกค่าบริการ 5,000 บาทต่อเดือน ถ้าโครงการนี้เป็นที่ยอมรับและเป็นไปได้ก็จะมีการนำเข้าไปใช้ในศูนย์อื่นและสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) และบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home) ที่เป็นของเอกชนด้วย

วิเคราะห์นโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยและประเทศไทย

I. นโยบายและมาตรการ/โครงการที่สำคัญ

ประเทศไทยได้มีการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ และมีการดำเนินงานมาตรการ/โครงการที่สำคัญ ดังแสดงไว้ในตาราง 41

ตาราง 41 นโยบาย มาตรการ/โครงการที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศไทย

ประเทศไทยและประเทศไทย	ประเทศไทย
<p>นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี 1996 (พ.ศ.2539) ประกอบด้วยมาตรการ/กิจกรรมทั้งที่ดำเนินการแล้วและเตรียมการ ในอนาคต ครอบคลุมสาขาด้านต่างๆ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) ด้านสังคมและสันทนาการ (2) ด้านสุขภาพ (3) ด้านการศึกษา ศาสนา และการฝึกอบรม (4) ด้านที่อยู่อาศัย (5) ด้านการศึกษาวิจัย (6) การส่งเสริมสร้างความตระหนักร <p>โครงการต่างๆ ที่มีการดำเนินการ</p> <p>(1) ด้านความมั่นคงทางสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> (1.1) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Employee provident fund) (1.2) แผนเงินบำนาญของข้าราชการ (Government pension scheme) <p>(2) ด้านสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> (2.1) โครงการคุ้มครองสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - แผนสุขภาพจิตชุมชนระดับชาติ - โครงการพัฒนาวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี - คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขยายไปในเขตชนบท - โครงการฟื้นฟูสุขภาพ - ศูนย์สุขภาพในชุมชน - หน่วยบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (2.2) โครงการจัดตั้งและพัฒนาระบบการเงินเพื่อสุขภาพ 	<p>แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2529-2544) โครงการต่างๆ ที่มีการดำเนินการ ไปแล้ว ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) ด้านรายได้และการจ้างงาน (1.1) โครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (1.2) ส่งเสริมความรู้และทักษะด้านอาชีพ เปิดโอกาสในการทำงานตามความถนัด (2) ด้านสุขภาพ (2.1) คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ขึ้นไปทุกแห่ง (2.2) ระบบประกันสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (2.3) ผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับคุณและรักษา และให้บริการผู้สูงอายุ (2.4) บริการความรู้ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ (2.5) โครงการฝึกอบรมอาสาสมัคร เพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุในบางพื้นที่ (3) ด้านการศึกษา (3.1) ให้การศึกษา ฝึกอบรม ให้คำปรึกษา (3.2) โครงการการศึกษานอกโรงเรียน สำหรับผู้สูงอายุ (3.3) จัดกิจกรรมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ไปสู่กันหนุ่มสาว

ตาราง 41 (ต่อ)

ประเทศไทย	ประเทศไทย
<p>(3) ด้านบริการสังคมและการดูแลชุมชน</p> <p>(3.1) บริการสวัสดิการสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการภายนอก (External services) ให้เงินและสิ่งของ - บริการในองค์กร (Institutional services) ให้ที่พักพิงและการพยาบาล <p>(3.2) การอุดหนุนหมาย ข้อบังคับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Care Center Act 1993 ควบคุมศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Elder care center) - The Private Hospital Act 1971 ควบคุมการบริหารจัดการโรงพยาบาล เนพะทางสำหรับผู้สูงอายุ - การจัดตั้งศูนย์ร้องทุกข์ของผู้สูงอายุ <p>(3.3) โครงการที่อยู่อาศัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - บ้านพักคนชรา - Huts หรือ Pondok ในชุมชน ในเขตชนบท <p>(3.4) การดูแลชุมชน (Community care)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน 	<p>(3.4) มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน ส่งเสริมการศึกษา วิจัยด้านประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ</p> <p>(4) ด้านสังคมและวัฒนธรรม</p> <p>(4.1) สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ / ศูนย์บริการผู้สูงอายุ</p> <p>(4.2) จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม จัดตั้งชุมชนผู้สูงอายุ</p> <p>(4.3) ส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนและสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ</p> <p>(4.4) สนับสนุนองค์กรทางศาสนา ในการเผยแพร่คำสอน เพื่อเป็นที่พึ่งทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้บุคคลมีจิตวิญญาณในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ</p> <p>(4.5) โครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>(4.6) สนับสนุนบทบาทของชุมชนและภาคเอกชน ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ</p> <p>แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) แบ่งตามป้าหมายทางยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ</p> <p>(1) ด้านการเตรียมความพร้อมของประเทศ เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ</p> <p>(2) ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ</p> <p>(3) ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>(4) ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ</p> <p>(5) ด้านการประมาณและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ</p>

มาเลเซีย ได้มีการดำเนินการโครงการต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งในระยะก่อนหน้าที่จะมีนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติและหลังจากมีนโยบายแล้ว ตามนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติไปบ้างแล้ว โดยมีการดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดไว้ แต่หลายโครงการที่ดำเนินการไม่มีความจำเพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือบางโครงการมีความจำเพาะกับผู้สูงอายุแต่ไม่ครอบคลุม เช่น แผนเงินบำนาญข้าราชการ

นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติของมาเลเซียได้จัดทำขึ้น ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญๆ ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีการกำหนดโครงการ/ กิจกรรมรองรับและวัตถุประสงค์ ของแต่ละโครงการ ไว้ด้วย แต่ไม่ได้ระบุถึงการควบคุมกำกับดูแลตามประเมินผลที่ชัดเจน ซึ่งเรื่องนี้ อาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย

และเป็นที่น่าสังเกตว่าแผนพัฒนาประเทศ ฉบับที่ 8 ของมาเลเซีย ระหว่าง ปี ค.ศ. 2001-2005 ไม่ได้มีการกล่าวถึงผู้สูงอายุเลย ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นประเด็นด้านผู้สูงอายุยังไม่ได้รับความสำคัญใน ขณะนี้ หรือผู้บริหารอาจมีความเห็นว่ายังมีเวลามากพอในการดำเนินการเตรียมการเรื่องนี้ในภายหลัง

สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 ขึ้น ซึ่งเกิดจากการรับหลักการ ขององค์การสหประชาชาติปฏิบัติ โดยไม่ได้มีการคำนึงถึงฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอยู่ ลักษณะของแผน แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ เช่นเดียวกับนโยบายของมาเลเซีย แต่ยังไม่ครอบคลุม และไม่ได้มีการกล่าวถึง การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุเลย ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และจุดอ่อนอีกประการหนึ่งคือ การขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ของไทย พ.ศ. 2545-2564 มีการจัดทำขึ้นอย่างรอบคอบ โดย อาศัยแหล่งข้อมูลที่มีอยู่หลายแห่ง การยกร่าง ทำโดยคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีประสบการณ์จาก หลายสาขา หลายหน่วยงาน รวมทั้งตัวแทนภาคประชาชน แผนนี้ได้มีการทำหนดแนวคิดพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยปรัชญา วิสัยทัศน์ และวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจน และมีมุ่งมองที่แตกต่างจากแผน ฉบับแรกที่มองว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่ได้ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมและสมควรได้รับการตอบแทน” แต่แผนฉบับที่ 2 มองว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ ให้นานที่สุด แต่หากตกลงอยู่ในสถานะที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเก็บกู้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชน ได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล ให้นานที่สุด โดย มีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริมเพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม”

แผนฉบับที่ 2 นี้มีลักษณะเป็นแผนยุทธศาสตร์ ที่มีลักษณะบูรณาการ มิได้จัดแบ่งเป็นด้านๆ เช่น ในนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติของมาเลเซีย แต่แบ่งออกเป็นหมวดตามเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ โดยมีการทำหนดมาตรฐานการรองรับไว้ในแต่ละยุทธศาสตร์ และจุดเด่นของแผนฉบับนี้คือมีการทำหนด “ด้านนี้และเป้าหมาย” ของมาตรการต่างๆ รวมทั้งระยะเวลาที่เป้าหมายนั้นควรสัมฤทธิผลไว้อย่างชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่มาเลเซียไม่มีการทำหนดมาตรการ ด้านการติดตามประเมินผลไว้อย่างชัดเจนเช่นนี้ แต่อย่างไรก็ตามด้านนี้ที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุของไทย ได้มาจากข้อมูลข้างเคียงและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ ไม่เคยมีการศึกษาวิจัยมาก่อน จึงอาจไม่ เหมาะสมเสมอไป

แผนฉบับที่ 2 ยังคงมีข้อจำกัดในการดำเนินการหลายประการ อาทิเช่น หน่วยงานกลาง คือ สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสพ.) ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานสามฝ่าย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี (กสส.) กองสวัสดิการสังเคราะห์ และสถาบันเวชศาสตร์สูงอายุ นอกจากจะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการแล้วยังทำหน้าที่ในการติดตามประเมินผล และสนับสนุนส่งเสริมให้มีการสร้าง การรวบรวมข้อมูลการทำงานหลายด้าน เช่นนี้ อาจเกิดปัญหาด้วยความเป็นเอกภาพในการทำงาน และอาจเกิดอคติในการติดตามประเมินผล

สาระของแผนฉบับที่ 2 มีความครอบคลุมในประเด็นสำคัญๆ มาตรการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้หลายๆ มาตรการคล้ายกับมาตรการ/โครงการที่รองรับนโยบายผู้สูงอายุของมาเลเซีย โดยเน้นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นหลักเหมือนกัน

II. การตอบสนองนโยบาย / ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

การตอบสนองนโยบายและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของห้องสองประเทศมีหัวข้อที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันดังนี้

1. ด้านความมั่นคงทางสังคมของผู้สูงอายุ

- โครงการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ได้มีการดำเนินการในประเทศไทยโดยมาเลเซีย เพื่อให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกและครอบครัวของสมาชิก ซึ่งครอบคลุมผู้ที่ทำงานในภาคทางการ (formal sector) แต่ผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้ไม่แน่นอน จะไม่ได้รับความคุ้มครอง แม้จะเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าร่วมกองทุนได้โดยสมัครใจ แต่อัตราการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจยังน้อยมาก ที่ขาดความจำเป็นทางด้านการเงิน ทางเลือกอื่นในการใช้เงิน หรือจากความไม่แน่ใจในผลประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น พฤษภาคมภาวะเงินเพื่อที่จะส่งผลให้ค่าของเงินออมลดลง นอกจากนี้เมื่อได้รับเงินก้อนตอบแทนจากการออกจากงาน อาจจะมีปัญหาการบริหารการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการเตรียมไว้ใช้ในวัยชรา แม้จะมีการแก้ปัญหาโดยการจัดระบบใหม่ในการจ่ายเงินเป็นรายงวดให้แก่สมาชิกแทนเงินก้อน แต่ยังอยู่ในระยะเริ่มดำเนินการและยังไม่ได้รับความนิยม ดังนั้น โครงการนี้ของมาเลเซียเมื่อมีการตอบสนองต่อนโยบาย แต่เป็นโครงการที่ไม่มีความจำเพาะกับผู้สูงอายุ และมีอัตราความครอบคลุมต่ำ

- แผนเงินบำนาญของข้าราชการ ของมาเลเซีย เป็นระบบที่สร้างข่ายความปลอดภัยในสังคมให้ความมั่นคงแก่ผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่ตอบสนองนโยบายและมีความจำเพาะกับผู้สูงอายุโดยตรง แต่

ยังมีข้อจำกัดคือมีความครอบคลุมเฉพาะกลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งไม่ถึงร้อยละ 1 ของประชากรของประเทศไทย และในอนาคตการจ่ายเงินบำนาญอาจเป็นภาระหนักของรัฐบาล

สำหรับในประเทศไทย กองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือแผนบำนาญสำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สามารถสร้างหลักประกันด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุในวัยเกษียณได้ แต่ความครอบคลุมต่ำ เช่นกัน โดยไม่เกินร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดเท่านั้นที่มีโอกาสได้รับสวัสดิการดังกล่าว

- การช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของ ในมาเลเซียส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือโดยบุปธรรมของทางรัฐบาล ซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังคงไม่เพียงพอ สำหรับประเทศไทยมีการดำเนินงานโครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน โดยกรมประชาสงเคราะห์มอบเงินยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านการเงิน เป็นโครงการที่มีความสำคัญแต่จากบุปธรรมอันจำกัดทำให้ความช่วยเหลือดังกล่าวไม่เพียงพอแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ เป็นปัญหาเช่นเดียวกับบุปธรรมเงินช่วยเหลือของมาเลเซีย

- การส่งเสริมการฝึกอบรม ทักษะด้านอาชีพ โอกาสในการทำงาน ของผู้สูงอายุ ทั้งไทยและมาเลเซีย มีการดำเนินการน้อยไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นประเด็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนต่อไป เมื่อไม่นานมานี้รัฐบาลมาเลเซียยังมีการกำหนดอายุเมื่อเกษียณใหม่จากเดิม 55 ปี เป็น 56 ปี เพื่อให้สามารถทำงานต่อได้อีก 1 ปี แต่เมื่อเทียบกับไทยแล้วยังต่ำกว่า โดยอายุเมื่อเกษียณของไทยเท่ากับ 60 ปี

2. ด้านสุขภาพ

- มาเลเซียมีการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ก.ศ. 1995 (พ.ศ. 2538) โดยกำหนดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีการบริการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โครงการนี้มีการตอบสนองและดำเนินการที่เป็นไปอย่างช้าๆ การบริการที่ให้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพทั่วไปทุกกลุ่มอายุไม่ได้มีลักษณะเฉพาะทางเพื่อผู้สูงอายุ และไม่มีโครงสร้างการปฏิบัติที่ชัดเจน ระบบการดูแลยังคงผสมผสานในระบบกว้างผ่านการบริการขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การขาดแคลนผู้ช่วยชาญในสาขาผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โรงพยาบาลที่ให้การรักษาโรคผู้สูงอายุโดยแพทย์ของรัฐบาลมีเพียงแห่งเดียวเท่านั้น โรงพยาบาลทั่วๆ ไปไม่มีตึกผู้สูงอายุ แต่มีเพียงคลินิกพิเศษสำหรับให้บริการเท่านั้น และบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่เฉพาะในเขตเมือง ส่วนในเขตชนบทจะประสบกับปัญหาการขาดแคลนทั้งผู้ช่วยชาญ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยจะต้องรับบริการที่ศูนย์สุขภาพ และจะได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล

ก็ต่อเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงแล้วเท่านั้น ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทจึงได้รับการปฏิบัติที่ไม่เสมอภาคกัน

- สำหรับประเทศไทย มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง เป็นบริการผู้ป่วยนอก เป็นอีกโครงการหนึ่งที่มีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง แต่การดำเนินการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และตรวจรักษาเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมการพื้นฟูสภาพและบริการต่อเนื่องสู่ชุมชน โครงการนี้ยังไม่ครอบคลุมสู่เขตชนบท ซึ่งยังไม่มีโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ผู้สูงอายุในเขตชนบทจะได้รับการรักษาจากสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งไม่มีการจัดคลินิกผู้สูงอายุไม่มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับบริการผู้ป่วยใน และไม่มีการจัดบริการเฉพาะเป็นหอผู้ป่วยสูงอายุ

ในทำนองเดียวกันกับประเทศไทยมาแล้วเช่น การบริการสุขภาพโดยภาคเอกชนของไทย มีเฉพาะในเขตเมืองที่ประชาชนมีความสามารถในการจ่ายมากกว่าเขตชนบท การเดินทางของสถานบริการเรื่อรังของเอกชนของไทยมีการขยายตัวรวดเร็ว และจะมีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการในอนาคต แต่ไทยยังไม่มีการกำกับดูแลควบคุมคุณภาพและคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการ ในขณะที่มาแล้วเชี่ยมีการบังคับใช้กฎหมายแล้ว ปัญหาการขาดผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ความเหลื่อมล้ำของจำนวนและคุณภาพของบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุในเขตชนบทและเขตเมืองยังคงเป็นปัญหาเช่นเดียวกัน

- นอกจากนี้ยังพบว่าเรื่องงบประมาณการเงินเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ แม้ว่ามาแล้วเชี่ยจะมีการจัดทำโครงการพัฒนาและจัดตั้งระบบการเงินเพื่อสุขภาพ แต่ยังขาดรายละเอียดของมาตรการในการดำเนินการ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณด้านนี้ให้เพิ่มขึ้น แต่ยังคงไม่เพียงพอเนื่องจากความต้องการและต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น แหล่งเงินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่ของประเทศไทยมาจากตัวประชาชนที่เจ็บป่วยเอง ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง และไม่มีแหล่งเงินที่ได้จากระบบการประกันสุขภาพของผู้สูงอายุเลย เนื่องจากการประกันสุขภาพเพียงจะได้รับการพัฒนาในมาแล้วเชี่ยเมื่อไม่นานมานี้และจำกัดอยู่ในเขตเมืองเท่านั้น

- ผู้สูงอายุไทยจะได้รับสวัสดิการด้านการส่งเสริมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และสถานบริการของรัฐที่ให้บริการผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า เป็นการขัดขวางการดำเนินการศรษฐกิจที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เป็นโครงการที่จัดได้ไว้เมื่อความต้องการเด่นกว่ามาแล้วเชี่ยซึ่งผู้สูงอายุยังต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตัวเอง แต่ย่างไรก็ดี โครงการนี้อาจมีข้อจำกัดในเรื่องคุณภาพของบริการ ซึ่งอาจไม่เท่าเทียมกันในแต่ละพื้นที่ ผู้ที่อยู่ในชนบทห่างไกล หากมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจะต้องผ่านขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งอาจมีความล่าช้า และเกิดผลเสียได้

- การให้บริการความรู้ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การผลิตและฝึกอบรมบุคลากรที่จะให้บริการผู้สูงอายุ ในประเทศไทยมีการดำเนินการที่ก้าวหน้าพอสมควร

3. ที่อยู่อาศัย

- มาเลเซียมีบริการบ้านพักคนชราของกระทรวงสวัสดิการสังคม ซึ่งมีจำนวนผู้อยู่อาศัยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 21.2 ในระยะเวลา 4 ปี (ค.ศ. 1995-1999) แสดงถึงความไม่สมดุลย์ กันระหว่างจำนวนบ้านพักที่มีอยู่กับจำนวนผู้ที่มีความจำเป็นต้องพักอาศัย ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่ไม่มีญาติและที่พักพิงจริงๆ เท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีช่องว่างที่ทำให้ไม่สามารถแยกแยะระหว่างผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางการเงินกับผู้ที่สามารถซื้อบริการได้อย่างแน่ชัด

การช่วยเหลือที่อยู่อาศัยในเขตชนบท ที่เรียกว่า Hut หรือ Pondok เป็นโครงการที่มีผลดีที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมและชุมชนได้ แต่ยังมีจำนวนน้อย

รัฐบาลได้ร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดโครงการที่พักอาศัยราคากลางห้ามผู้สูงอายุ และยัง มีการส่งเสริมเจ้าของโครงการภาคเอกชนให้มีการสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุและบุตรหลานให้อยู่ใน บริเวณเดียวกันอีกด้วย และให้มีการคัดเลือกผู้เช่า/ซื้อ ตามลำดับความสำคัญของอายุและสภาพร่างกาย ของผู้สูงอายุ

ในเรื่องที่อยู่อาศัยนี้ รัฐบาลมาเลเซียมีการดำเนินถึงรายละเอียดในเรื่องของโครงสร้างบ้านและ สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในอนาคต โดยมีการออกแบบเบื้องต้น บังคับใช้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องซึ่งไทยยังไม่มีการดำเนินถึงรายละเอียดเช่นนี้

- สำหรับประเทศไทย ได้มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐบาล ให้บริการที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นจริงๆ เท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ใน สภาพที่เรื้อรังแฝงเพิ่มมากขึ้น ปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุจะสำคัญมากขึ้นในอนาคต เช่นเดียวกับ มาเลเซีย แนวคิดการสร้างที่อยู่ให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนและทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้ เช่น Hut ของมาเลเซีย น่าจะเหมาะสมกับไทยชั่นกัน

4. กฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ

มาเลเซียมีพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุหลายฉบับ ได้แก่ The Care Center Act Private 1993, Hospital Act 1971 และ The Private Health Care Facilities and Services Act 1998 เพื่อคุ้มครองสวัสดิการของผู้สูงอายุ และควบคุมคุณภาพของบริการ แต่ยังคงมี

ปัญหานั้นในเรื่องอำนาจการควบคุมในระดับท้องถิ่น การต่อใบอนุญาตที่ให้เป็นปีต่อปี ซึ่งส่งผลกระทบให้ไม่มีการปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการเนื่องจากหากไม่ได้รับการต่อใบอนุญาตจะไม่คุ้มทุน

มาเลเซียมีการจัดตั้งศูนย์ร้องทุกข์ของผู้สูงอายุ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ ซึ่งไทยยังไม่มีการดำเนินการโดยเฉพาะเพื่อผู้สูงอายุชั่นนี้ การร้องทุกข์ในเรื่องต่างๆ จะขึ้นต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งเป็นการปฏิบัติโดยปกติทั่วไปไม่เฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับการปฏิบัติช่วยเหลือเป็นพิเศษ

นอกจากนี้ มาเลเซียยังมีกฎหมายระเบียบข้อบังคับ ในเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอีกด้วย จะเห็นได้ว่ามาตรการด้านการออกกฎหมายเพื่อผู้สูงอายุของมาเลเซียมีกฎหมายทั้งในด้านการควบคุมด้านบริการสุขภาพและด้านที่อยู่อาศัยซึ่งได้มีการดำเนินการไปแล้ว และบางอย่างที่กำหนดไว้ดำเนินการเพิ่มเติมในอนาคต ในขณะที่การดำเนินการด้านกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุของไทยมีความล่าช้าอยู่มากกฎหมายเพื่อการนี้มีอยู่น้อยมาก และส่วนใหญ่แท้จรรยาไม่กับกฎหมายสำหรับกลุ่มด้อยโอกาส หรือกลุ่มประชากรพิเศษอื่นๆ เช่น เด็ก สถาบัน และผู้พิการ ได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันให้มีการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ แต่ยังอยู่ในขั้นตอนของการพิจารณาปรับปรุงร่าง

5. ด้านการศึกษา

การศึกษาเป็นบทบาทหน้าที่ของหลายหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีการดำเนินการไปข้างแล้ว การจัดโครงการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งในและนอกระบบสำหรับผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่มีความสำคัญ ทั้งมาเลเซียและไทยมีการดำเนินการในเรื่องนี้ โดยมาเลเซียมีโครงการเรียนรู้ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุและไทยก็มีโครงการการศึกษานอกโรงเรียน

การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้สูงอายุ การฝึกอบรมอาสาสมัครผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุของไทยมีความก้าวหน้าพอสมควร แต่การฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสภาพ ภาษาภาพ บำบัดดังคงขาดแคลน สำหรับการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน และการศึกษาวิจัยของไทยมีการดำเนินงานเด่นชัดและนำมาใช้ประโยชน์มากขึ้น

6. ด้านสังคมและวัฒนธรรม

- มาเลเซียและไทยมีการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมให้สาธารณะชนตระหนักรถึงความสำคัญและบทบาทของผู้สูงอายุ และไทยมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นโครงการหนึ่งที่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่างๆ

- ทั้งมาเลเซียและไทยมีการกำหนดมาตรการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น มาเลเซียมีการแต่งตั้งครุฑ์เกียร์ยอดอายุให้เป็นที่ปรึกษาของชุมชน การดำเนินการในเรื่องนี้มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละชุมชน

- บทบาทของสถาบันทางศาสนา ยังเป็นที่พึ่งพิงทางจิตใจของผู้สูงอายุในปัจจุบัน และเป็นสถาบันที่ช่วยสนับสนุนความเชื่อในเรื่องการกตัญญู การตอบแทนบุญคุณบิดามารดาได้ แต่ในอนาคต ในยุคของคนรุ่นใหม่ที่ให้ความศรัทธากับศาสนาน้อยลง บทบาทของสถาบันทางศาสนาอาจจะลดน้อยลงไป สำหรับมาเลเซียซึ่งประกอบด้วยประชากรที่นับถือศาสนาต่างกัน ก็มีมาตรการทางด้านศาสนา มีการสอนวิชาศีลธรรมในโรงเรียนโดยเน้นตามมุนมองของทุกศาสนา เช่นกัน

- สร้างสังคมในเรื่องการลดหย่อนค่าเดินทางของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ผู้สูงอายุได้รับสิทธิประโยชน์น้อยมากทั้งในไทยและมาเลเซีย

นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติของมาเลเซีย ปี ค.ศ. 1996 พร้อมทั้งมาตรการ โครงการรองรับบางส่วน การดำเนินการไปแล้ว ซึ่งมีความก้าวหน้าในบางด้าน แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระหว่างดำเนินการต่อเนื่อง ไปในอนาคต ส่วนนโยบายและมาตรการหลักของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ของไทยและนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในสมัยรัฐบาลต่าง ๆ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย การดำเนินการต่าง ๆ เป็นไปอย่างล่าช้า งบประมาณและกระบวนการจัดการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการตอบสนองนโยบายในการขยายบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย สังคม และสาธารณูปโภค เป็นส่วนใหญ่ ส่วนแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ยังคงจะต้องศึกษาและดำเนินการต่อไปในอนาคต

III. การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุ

- รัฐบาลมาเลเซียได้จัดตั้งสภาสุขภาพระดับชาติเพื่อผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 1997 หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้แก่ Ministry of Health , Ministry of National Unity and Social Development / Department of Social Welfare / Department of National Unity และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ Ministry of Education มีขอบเขตการทำงานอย่างกว้างขวาง แยกตามพื้นที่ภูมิศาสตร์

- สำหรับประเทศไทย แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ที่จะเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2545 นี้ มีหน่วยงานหลักของหลักของรัฐบาลในการดำเนินการ คือ กองสวัสดิการสังเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องอีกหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงมหาดไทย สำนักนายกรัฐมนตรี รวมทั้งองค์กร

ประกอบส่วนห้องถิน องค์กรเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และภาคประชาชนหรือชุมชนก็ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในแผนดังกล่าวด้วย

- ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ ตามวัฒนธรรมของชาวເອເຊີຍທີ່เน้นความสำคัญในการดูแลพ่อแม่ ผลจากการสำรวจทัศนคติกันไทยวัยหนุ่มสาวพบว่าคนไทยยังคงมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และมีความเห็นว่าควรให้การดูแลบุพาริในวัยชราและเมื่อจำเป็น นอกจากครอบครัวแล้ว ชุมชนจะมีส่วนสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ ทั้งนี้นโยบายผู้สูงอายุของมาเลเซียและไทยมีเป้าหมายที่เน้นให้ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ มาตรการต่างๆ จะมุ่งไปสู่การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ ให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ เช่น รัฐบาลของทั้งสองประเทศมีการกำหนดมาตรการลดหย่อนภาษีแก่ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

แต่จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสังคม ขนาดของครอบครัวเล็กลง ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น ในขณะที่ครอบครัวขยายลดจำนวนลง สมาชิกผู้หลงในครอบครัวมีส่วนร่วมในการลังแรงงานมากขึ้น จากการพัฒนา ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะเพิ่มแรงกดดันในครอบครัวต่อบุคคลที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นเสมือนตัวเร่งที่ทำให้มีการพัฒนาสถาบัน/องค์กรที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ และทำให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยมีการดำเนินการในรูปแบบต่างๆ เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อเท่านั้น บริการดังกล่าวจำกัดอยู่เฉพาะในเขตเมืองเท่านั้น ไม่ครอบคลุมในเขตชนบท ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ไม่มีกำลังซื้อ สถานการณ์นี้พบทั้งในมาเลเซียและไทย สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้จริงๆ รัฐจะช่วยเหลือโดยจัดระบบสวัสดิการและบริการรองรับ

องค์กรเอกชนของมาเลเซียเข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือในเรื่องที่อยู่อาศัยมากขึ้น สมาคม องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร อาสาสมัครต่างๆ มีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น ให้คำปรึกษา ให้การพยาบาล เมื่อยม้าน เช่นเดียวกันในประเทศไทย ภาคธุรกิจเอกชนได้เข้ามีส่วนร่วมในระบบบริการมากขึ้น นอกจากนี้มูลนิธิ องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร อาสาสมัครต่างๆ ได้เข้ามาให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษา การบริจาคลิ้งของ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะนโยบายผู้สูงอายุของไทยที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทยและไทย

ประเทศไทยและประเทศไทย กำลังมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไปสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ทั้งสองประเทศได้มีการกำหนดนโยบายระดับชาติขึ้นเพื่อเตรียมรับกับสถานการณ์นี้ ซึ่งจะมีความเชื่อมโยงไปสู่มิติอื่นๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม นโยบายผู้สูงอายุของมาเลเซียและไทย มีความครอบคลุมในด้านต่างๆ ที่สำคัญถูกถ่ายทอด แต่การให้ความสำคัญการดำเนินการในบางประเด็นที่ต่างกัน เช่น ไทยมีการให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ ในขณะที่มาเลเซียผู้สูงอายุยังต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง แต่มาเลเซียจะมีการพัฒนาด้านกฏหมายระเบียบข้อบังคับเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุที่กว้างกว่าไทย เช่น การคุ้มครองสิทธิในเรื่องมาตรฐานที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยเอกชน มีการจัดตั้งศูนย์ร่องเรียนสำหรับผู้สูงอายุ ในขณะที่การดำเนินการนี้ของไทยยังคงล่าช้า

จากการวิเคราะห์นโยบายผู้สูงอายุของทั้งสองประเทศ ซึ่งมีทั้งจุดเด่นจุดด้อยที่แตกต่างกัน ทำให้ได้ข้อเสนอแนะต่อนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้

1. ด้านการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการเพื่อความเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ

1.1 การแบ่งกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการแยกตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ เขตการปกครอง ซึ่งจะมีลักษณะของปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น เขตชนบท เขตเมือง เป็นสิ่งที่จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเท่าเทียมมีประสิทธิภาพ

1.2 การแบ่งกลุ่มเป้าหมายและจัดลำดับความสำคัญตามกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุหญิง กลุ่มผู้สูงอายุที่สูด ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ

2. ด้านกฏหมาย ระเบียบข้อบังคับต่างๆ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ

2.1 การเร่งดำเนินการออกกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ให้ทันต่อสถานการณ์ รวมถึงมีการบังคับใช้อย่างจริงจังด้วย กฏหมายที่สำคัญคือกฏหมายที่ควบคุมดูแลสถานบริการสุขภาพของเอกชน ซึ่งกำลังมีการขยายตัวอย่างมากในปัจจุบัน และกฏหมายควบคุมดูแลบริการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยภาคธุรกิจเอกชน ซึ่งจะท่วความสำคัญขึ้นในอนาคต เพื่อเป็นการประกันคุณภาพมาตรฐานบริการที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ

2.2 การจัดตั้งศูนย์ร้องทุกข์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่มีการดำเนินการแล้วในมาเลเซีย ซึ่งไทยควรมีการจัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น การคุ้มครองด้านการอุปโภคบริโภค ซึ่งคาดว่าตลาดเครื่องอุปโภคบริโภคเพื่อผู้สูงอายุจะมีการขยายตัวและแข่งขันกันอย่างมากในอนาคต

3. ด้านที่อยู่อาศัยเพื่อผู้สูงอายุ

3.1 การสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ให้สามารถอยู่ร่วมในชุมชนได้ โดยส่งเสริมภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมด้านการ จัดหาที่อยู่อาศัยที่มีราคาอยู่ในระดับเดียวกัน โดยมีการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุในการเช่า/ซื้อ

3.2 มีการกำหนดมาตรฐานบ้านที่สร้างเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีการคำนึงถึงรายละเอียดต่าง ๆ ที่จะเอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้วย เช่น โครงสร้างบ้าน สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน

4. ด้านบริการและสวัสดิการสังคม

4.1 การวางแผนเมืองใหม่ต้องคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมในชุมชนได้ โดยคำนึงระบบโครงสร้างพื้นฐานในเรื่องการคมนาคม การเดินทางของผู้สูงอายุให้เข้ากับผังเมืองด้วย

4.2 การจัดหน่วยบริการโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยงานราชการ และสถานที่ต่างๆ เช่น ศูนย์การค้า

4.3 การจัดสวัสดิการในเรื่องค่าเดินทางของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

5. ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

5.1 การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้มีความเสมอภาค และมีประสิทธิภาพ ลดความแตกต่างของคุณภาพบริการที่ผู้สูงอายุในชนบทและในเมือง ผู้สูงอายุที่มีฐานะร่ำรวยและยากจนได้รับ

5.2 สนับสนุนให้มีการจัดหน่วยบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะในทุกพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ห่างไกล อาจมีการจัดหน่วยเคลื่อนที่ไปให้บริการ

5.3 พัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาที่เหมาะสมทันท่วงที

6. ด้านการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ และการสร้างความตระหนักของประชาชนในเรื่องผู้สูงอายุ

6.1 การเสริมสร้างความตระหนักของประชาชน ค่านิยม ในเรื่องผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่มีความจำเป็น ในสถานการณ์ที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป

6.2 การพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตตั้งแต่วัยเยาว์ ในทุกๆ ด้าน จะเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อ เข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

6.3 พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตัวเองได้ และอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นน้อยที่สุด

7. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดำเนินงาน

7.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรหลักที่ดำเนินการ การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และ ความมีเอกภาพในการดำเนินงาน ลดการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน

7.2 การเสริมสร้างทัศนคติแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับล่าง ให้มีแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุ แบบองค์รวม คือคำนึงถึงทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ใช่เฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

7.3 มีการศึกษาวิจัยด้านที่ใช้ในการกำหนดเป้าหมายและประเมินผล และการติดตามประเมินผล อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของแผนงาน และนำข้อมูลใหม่ที่ได้มาปรับ ปรุงแผนระยะยาวเป็นระยะๆ ไม่เกินทุก 5 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป

8. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

8.1 ส่งเสริมโครงการบริการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน ให้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เช่น มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน โดยการดำเนินการของคนในชุมชนเอง

8.2 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการจัดทำบริการด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้สูงอายุ ที่สามารถซื้อบริการได้ โดยรัฐต้องมีระบบการประกันคุณภาพบริการที่ผู้สูงอายุพึงจะได้รับ

วิเคราะห์นโยบายและรูปแบบการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยและประเทศชาติ

จากแนวโน้มนโยบายและรูปแบบของกิจกรรมโครงการด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยและประเทศชาติที่กล่าวมาข้างต้น หากวิเคราะห์เปรียบเทียบในรายละเอียดของรูปแบบกิจกรรมโครงการ และแนวโน้มนโยบายด้านการดูแลระยะยาวแล้ว มีประเด็นและข้อที่น่าพิจารณาที่แสดงถึงจุดเด่น จุดด้อย และประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อการดำเนินการสำหรับประเทศไทย ดังนี้คือ

1. มาตรการในการตอบสนองเพื่อรับปัญหาความต้องการการดูแลระยะยาว

ในเรื่องนี้แม้ตามเอกสารที่ทบทวนได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า นโยบายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวของประเทศไทยเองนั้น ไม่มีประกาศเป็นนโยบายที่ชัดเจน แต่มีรูปธรรมหลายอย่างที่แสดงให้เห็นได้ว่าประเทศไทยและเชี่ยวมีมาตรการในการจัดการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (ในที่นี้เป็นมาตรการเพื่อรับการดูแลระยะยาวตามความหมายที่กล่าวในข้างต้น) ตัวอย่างเช่น

1.1 มาตรการทางกฎหมายเพื่อรับเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว ประเทศไทยได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับสถานดูแล เช่น พระราชบัญญัติศูนย์ดูแลกลางวัน ค.ศ. 1993 (Day Care Act, 1993) และข้อกำหนด/ระเบียบว่าด้วยศูนย์ให้การดูแล ค.ศ. 1994 (Care Center Regulation, 1994) ตามกฎหมายนี้สามารถนำไปสู่การจัดมาตรฐานการบริการที่จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้ และนอกจากนี้แล้ว ยังมีการออกกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพเอกชน ค.ศ. 1998 (The Private Health Care Facility and Services Act, 1998) ซึ่งบรรจุแนวทางและข้อบังคับเกี่ยวกับสถานพยาบาล แต่สำหรับประเทศไทย ขณะนี้ยังไม่ประกาศในเอกสาร ว่ามีกฎหมายใดที่ร่วงเข้ามาเพื่อรองรับในเรื่องเหล่านี้

1.2 มาตรการในการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จากการทบทวนจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยมีรูปแบบของกิจกรรมโครงการเพื่อการให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ (ดังสรุปไว้ในตาราง 42) ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลในชุมชน (Community care) และการดูแลในสถานดูแล (Institutional care) โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการดำเนินการในแต่ละช่องความครอบคลุมของบริการในเงื่อนไขของ การดูแลระยะยาว การมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ระดับความเข้มแข็งในการดำเนินงาน การกระจายและการเข้าถึงของผู้สูงอายุ และข้อจำกัด ปรากฏได้ในรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 การจัดบริการการดูแลในชุมชน (Community care service) ในด้านของการจัดบริการดูแลในชุมชนนั้นจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยและเชี่ยว เองนั้นได้มีความพยายามในการดำเนินกิจกรรมโครงการ

ที่ให้บริการในชุมชนสำหรับการดูแลและระยะยาวที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ อาทิ โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากรองพยาบาลโดยโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งหรือโครงการที่จัดโดยองค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ เช่น โครงการให้ความช่วยเหลือที่บ้านแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจัดโดย The Central Welfare Council Malaysia (MPKSM) และโครงการให้การพยาบาลและเยี่ยมบ้านแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เพียงจำหน่ายออกจากรองพยาบาล หากพิจารณาในประเด็นของความจำเป็นของลักษณะบริการที่เน้นเพื่อการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแล้ว (เน้นการฟื้นฟูสภาพและการรักษาสภาพ การแบ่งเบาข้อจำกัดของครอบครัวในการให้การดูแล) รูปแบบที่จัดขึ้นนี้นับว่าเป็นรูปแบบที่มีความจำเป็นที่สามารถสนับสนุนในเรื่องนี้ได้ แต่หากพิจารณาในแง่ของการกระจายและความสามารถในการเข้าถึงของผู้สูงอายุต่อ บริการเหล่านี้แล้วยังพบว่ามีข้อจำกัดอยู่ เนื่องจากเป็นการบริการให้เฉพาะผู้ที่ญาติคัดเลือกและมีความสามารถที่จะจ่ายได้เท่านั้น ผู้ที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถเข้าถึงได้ รวมทั้ง ในด้านของผู้ให้บริการเองก็สามารถให้บริการได้ในขอบเขตที่จำกัดหรือภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด (โดยเฉพาะบุคลากรซึ่งพบว่ามีจำนวนไม่มาก) **สำหรับประเทศไทย** การจัดรูปแบบกิจกรรมโครงการเพื่อการดูแลและระยะยาวในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 1 การดำเนินการจากภาครัฐยังไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม และการดำเนินการที่มีอยู่นั้นก็พบว่ายังมีข้อจำกัดในการจัดบริการในทำนองเดียวกับของประเทศไทยมาเลเซีย โดยรูปแบบที่จัดเป็นรูปแบบที่มีความจำเป็นต่อการให้การดูแลและระยะยาวได้ แต่การให้บริการยังไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการสำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลและระยะยาวได้รอบคุณหมอนั่น **สำหรับศูนย์ผู้ให้การดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver Center)** เป็นรูปแบบที่จัดเป็นธุรกิจเอกชนซึ่งการให้บริการนั้น แน่นอนว่าต้องเฉพาะผู้ที่สามารถจ่ายได้เท่านั้น และจากการทบทวนยังให้ข้อคิดเห็นว่าการให้บริการในรูปแบบนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐานของผู้ให้การดูแลเนื่องจากผ่านกระบวนการอบรมจากที่ต่างๆแตกต่างกัน ซึ่งในประเด็นนี้ประเทศไทยยังไม่มีการออกระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับมาตรฐานของการอบรมผู้ดูแล ส่วนในด้านของบริการที่เป็นความพยายามในภาครัฐ เช่น การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยหลังเจ็บไข้ดองจากโรงพยาบาล อย่างเช่น ของโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แม้เป็นรูปแบบที่สนองต่อความต้องการการดูแลและระยะยาวได้ แต่ก็สามารถให้บริการได้ในระดับแคบและให้ได้ในช่วงระยะเวลาเท่านั้น ไม่ต่อเนื่อง ส่วนบริการสุขภาพที่บ้าน(Home Health Care) ของโรงพยาบาลกระทรวงสารารัตน์สุขนั้น แม้เป็น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านแต่ก็ยังมีจุดเด่นที่การให้การรักษาดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน ยังไม่ เน้นที่การฟื้นฟูสภาพและการรักษาสภาพ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านนั้นนับว่าเป็นกิจกรรมหลักที่ต้องดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สารารัตน์สุขในชุมชน แต่ข้อมูลจากการประเมินพบว่ามีผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ใน 3 เท่านั้น ที่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สารารัตน์สุข ซึ่งซึ่งให้เห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ สามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม ส่วนโครงการนำร่องเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น

โครงการทดลองรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จในพื้นที่ชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร ที่สนับสนุนโดย The HelpAge International โครงการพัฒนารูปแบบบริการชุมชนที่พัฒนาโดยกรมสวัสดิการสังเคราะห์นับเป็นรูปแบบการดำเนินการที่จะสามารถลดข้อจำกัดการเข้าถึงการดูแลจากภาคเอกชนได้ หากดำเนินการได้สำเร็จในพื้นที่ที่ขยายผลไป

1.2.2 การดูแลในสถานดูแล (Institutional care) สำหรับแนวทางในการจัดดำเนินกิจกรรมโครงการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบของบริการการดูแลในสถานดูแลทั้งของประเทศไทยและเชิงและของประเทศไทยแต่ละรูปแบบมีประเด็นพิจารณาดังนี้

การจัดบริการในรูปแบบของสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) เป็นรูปแบบที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนในลักษณะของธุรกิจเพื่อค้ากำไรที่มีการจัดตั้งขึ้นมาเป็นเวลากว่าสิบปี และจัดตั้งขึ้นเพื่อตอบสนองกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่อยู่ในเขตเมือง การกระจายและความสามารถในการเข้าถึงบริการในรูปแบบนี้นับว่าซึ่งมีข้อจำกัดอยู่ในเรื่องของการสามารถในการจ่าย ซึ่งมีผู้สูงอายุเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ หากครอบครัวไม่สามารถสนับสนุนได้ในเรื่องของค่าใช้จ่าย จุดที่ยังเป็นปัญหาอยู่ก็คือประการหนึ่งของการดำเนินการในรูปแบบนี้ของประเทศไทยมาเลเซียก็คือ ปัญหาในเรื่องของคุณภาพและมาตรฐานในการบริการซึ่งแม้ว่าสถานพยาบาลเหล่านี้จะถูกควบคุมโดย Ministry of Health และ Social Welfare Department แต่ยังขาดกฎข้อบังคับและการให้คำแนะนำซึ่งทำให้คุณภาพของบริการไม่คงที่ เช่นเดียวกับประเทศไทย การดำเนินงานในรูปแบบนี้ยังเป็นรูปแบบที่ไม่ได้ดำเนินการโดยรัฐ เช่นกัน การกระจายและการเข้าถึงก็มีลักษณะเช่นเดียวกันคือยังคงอยู่ในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร และเขตเมือง และตอบสนองเพียงกลุ่มที่สามารถจ่ายได้เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในบริการรูปแบบนี้ของประเทศไทยอาจกล่าวได้ว่ามีความกังวลของเพิ่มขึ้น จากผลของการปรับเปลี่ยนรูปแบบของบริการแบบเนียนพลันของโรงพยาบาลเอกชนมาเป็นรูปแบบของการบริการโดยเน้นโรงพยาบาลเป็นฐาน (Hospital-based care) ที่ให้บริการการดูแลและที่พักระยะยาว โดยสรุปรูปแบบของการจัดบริการในสถานดูแลที่จัดขึ้นของทั้งประเทศไทยมาเลเซียและประเทศไทยหากพิจารณาในแง่ของความจำเพาะต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการดำเนินงานเหล่านี้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการกระจายและความสามารถในการเข้าถึง และการควบคุมมาตรฐานบริการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้หากจัดการโดยภาครัฐจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงสำหรับผู้สูงอายุหรือครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางฐานะเศรษฐกิจ

รูปแบบของการจัดบริการที่พักอาศัย (Shelter care service) การดูแลในรูปแบบนี้ทั้งของประเทศไทยมาเลเซียและของประเทศไทยเป็นการจัดเตรียมขึ้นโดยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แต่รูปแบบ

ของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในลักษณะนี้ไม่ได้เป็นการตอบสนองที่จำเพาะต่อการดูแลระยะยาวโดยตรง (ตามนิยามของการดูแลระยะยาว) เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าอยู่ในบ้านพักจะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยตัวเองได้และเน้นการช่วยเหลือเชิงสังคมมากกว่าการฟื้นฟูสภาพและการรักษาสภาพ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้สูงอายุที่อยู่นานขึ้นและความสามารถในการดูแลตัวเองลดลงจะมีความต้องการการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น จึงต้องมีการจัดการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพและการรักษาสภาพแก่ผู้สูงอายุที่พักอยู่ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการเตรียมการเพื่อการดูแลระยะยาว หรือในทางตรงกันข้ามผลจากการจัดการที่จัดขึ้นอาจทำให้ความต้องการการดูแลระยะยาวลดลงหรือซ้ำอกไปสำหรับผู้สูงอายุแต่ละราย เมื่อพิจารณาประเด็นของการกระจายและการเข้าถึงจะเห็นได้ว่า ข้อจำกัดในเรื่องของความสามารถในการจ่ายได้ไม่ใช่ประเด็นที่เป็นปัญหาต่อการเข้าถึง เนื่องจากผู้เสดงบทบาทหลักในรูปแบบนี้เป็นภาครัฐมากกว่าภาคเอกชนหรือเป็นเอกชนที่เป็นองค์ไม่ทึ่อทำไร แต่จะอยู่ที่การกระจายที่ยังไม่สามารถจัดให้มีได้ในทุกจังหวัดหรือพื้นที่ที่มีความต้องการสูง ซึ่งควรต้องมีการจัดการให้ได้มากแห่งที่สุดเท่าที่จะเป็นได้

รูปแบบของการจัดบริการดูแลกลางวัน (Day Care Center) รูปแบบของการบริการนี้ในความหมายที่เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความหมายที่กำหนดดังข่นของประเทศไทยฯ เช่น ใจว่าเป็นรูปแบบที่มีความจำเพาะต่อความต้องการการดูแลระยะยาว ความพยายามในการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาวตามรูปแบบนี้ของประเทศไทยฯ มีความเข้มแข็งและมีรูปธรรมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับของประเทศไทย แม้ว่าจะยังอยู่ในขั้นตอนของการดำเนินงาน กล่าวคือมาเลเซียมีการจัดการเพื่อการรองรับโดยมีการออกพระราชบัญญัติศุนย์ดูแลกลางวัน ค.ศ. 1993 (Day Care Act, 1993) และข้อกำหนด/ระเบียบว่าด้วยศูนย์ให้การดูแล ค.ศ. 1994 (Care Center Regulation, 1994) การกำหนดอัตราส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ ซึ่งในประเด็นเหล่านี้ประเทศไทยเองยังไม่มีการดำเนินการที่เข้มแข็งและเป็นรูปธรรม เมื่อพิจารณาในประเด็นของการกระจายและการเข้าถึงก็เช่นเดียวกันกับการบริการในรูปแบบข้างต้นที่กล่าวมาคือยังเป็นบริการที่อยู่ในขอบเขตที่จำกัดอยู่ในเขตเมือง

2. มาตรการในการเสริมสร้างความร่วมมือจากภาคเอกชนหรือองค์กรอาสาสมัครเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่ารัฐบาลของประเทศไทยฯ ได้มีนโยบายในการให้ความช่วยเหลือและการตุ้นสามารถอาสาสมัครให้จัดดำเนินการในการให้การดูแลและการจัดที่พักแก่ผู้สูงอายุในรูปของเงินทุนช่วยเหลือในการดำเนินการ ซึ่งในประเด็นนี้หากเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกันประเทศไทยเอง (ในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 1) ยังไม่ได้เน้นที่รูปแบบอื่นของการจัดบริการการดูแลระยะยาวนอกจากการดูแลโดยครอบครัว

ตาราง 42 สรุปบริการ/โครงการเพื่อการดูแลรักษาแก่ผู้สูงอายุของประเทศไทยและประเทศไทย

บริการ/โครงการ	รายละเอียดลักษณะกิจกรรม	องค์กร/หน่วยงานที่ดำเนินการ
ประเภทมาเลเซีย : ● การดูแลในชุมชน (Community care) <ul style="list-style-type: none"> (1) โครงการ Home Help Care Service (2) โครงการ Home Nursing Service (3) การบริการทางการแพทย์สำหรับการดูแลรักษาแก่ผู้สูงอายุโดยโรงพยาบาลของรัฐ 	<ul style="list-style-type: none"> (1) จัดให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมที่โรงพยาบาล การตรวจสอบทางการแพทย์อย่างง่าย การให้คำปรึกษา (2) จัดให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การให้การพยาบาลที่บ้านตามความจำเป็นแต่ละราย และกิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ Day Center Service การจัดศูนย์อบรมผู้ดูแล (3) บริการให้การพยาบาลที่บ้าน และการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> (1) องค์กรไม่ลือกำไร The Central Welfare Council Malaysia (MPKSM) (2) องค์กรไม่ลือกำไร The Goldenage Found Action (Usiamas) (3) โรงพยาบาลของรัฐ
● การดูแลในสถานดูแล (Institutional care) <ul style="list-style-type: none"> (1) Private Nursing Home (2) บริการที่พักอาศัย (Shelter service) : Rumah Sejahtera (3) ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center) (4) บ้านพักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (Home for Chronically Ill) 	<ul style="list-style-type: none"> (1) สถานพยาบาลผู้สูงอายุในลักษณะตลอด 24 ชั่วโมง ศูนย์ดูแลเฉพาะกลางวัน การให้ความช่วยเหลือที่บ้าน (Home Help) (2) บริการที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ในรูปของบ้านพักอาศัย (Residential home) กระหอม (Hut) (3.1) บริการให้การดูแลเฉพาะกลางวันแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้โดยมีสัดส่วนผู้ดูแล : ผู้สูงอายุ เป็น 1 : 18 สำหรับผู้สูงอายุที่ปกติพ่อช่วยตัวเองได้ และ 1 : 4 สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยไม่สามารถช่วยตัวเองได้ (3.2) บริการดูแลเฉพาะกลางวันเพื่อการพักฟื้น (4) ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ให้คำปรึกษา กายภาพบำบัด กิจกรรมทางศาสนา 	<ul style="list-style-type: none"> (1) Private Sector (2) องค์กรไม่ลือกำไร The Central Welfare Council Malaysia (MPKSM) (มี 115 แห่ง ใน Peninsular Malaysia) (3.1) องค์กรไม่ลือกำไร The Central Welfare Council Malaysia (MPKSM) (ในแผนกำหนด 19 ศูนย์ภายในปี ก.ศ. 2002) (3.2) สมาคม : The National Council of Senior Citizens Organization Malaysia (NASCOM) (4) รัฐบาล (มี 2 แห่ง สามารถรองรับได้ประมาณ 150 คน)
● รูปแบบอื่น (1) โครงการ Community Care Village	(1) โครงการที่พักอาศัยสำหรับเด็ก (เด็กกำพร้า) และผู้สูงอายุ (ที่ไม่มีญาติยากไร้ มีสุขภาพดีช่วยตัวเองได้)	(1) Corporate Citizens

บริการ/โครงการ	รายละเอียดลักษณะกิจกรรม	องค์กร/หน่วยงาน ที่ดำเนินการ
<p>ประเทศไทย :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลในชุมชน (Community care) <p>(1) ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center)</p> <p>(2) ศูนย์ให้การดูแลอ่อนเพื่อสุขภาพ (Farmal Caregiver Center)</p> <p>(3) บริการสุขภาพที่เข้าถึง (Health Outreached Service)</p>	<p>(1) บริการดูแลเฉพาะกลางวันและพื้นที่ สปาน และบริการตรวจคัดกรองโรค รักษาโรค ให้คำปรึกษา สั่งทบทวน และบริการคลินิกเคลื่อนที่ (ศูนย์นีปรับจากศูนย์ให้บริการทางสังคม 18 แห่ง)</p> <p>(2) เป็นศูนย์กิจกรรมโดยขั้นตอนผู้ดูแล เพื่อเข้าเป็นผู้ดูแลในโรงพยาบาล สถานพยาบาล และที่บ้านผู้สูงอายุ เป็นตัวกลางในการจัดทำผู้ดูแล</p> <p>(3.1) บริการเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่ายอดจากโรงพยาบาล</p> <p>(3.2) Home Health Care (HHC) บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนเพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสังเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด</p>	<p>(1) กองสวัสดิการสังเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม</p> <p>(2) โรงพยาบาลเอกชน สถานพยาบาล Informal Education Training Center สถานศึกษามากแห่ง</p> <p>(3.1) โรงพยาบาลบางแห่งของรัฐ (โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์)</p> <p>(3.2) โรงพยาบาลกรุงเทพ สาธารณสุข</p>
<p>● การดูแลในสถานดูแล (Institutional care)</p> <p>(1) บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential home)</p> <p>(2) สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home)</p> <p>(3) การดูแลโดยยึดโรงพยาบาล เป็นฐาน (Hospital -based care)</p>	<p>(1) จัดทำที่อยู่อาศัยและให้การดูแลผู้สูงอายุที่ ไร้ที่อยู่อาศัย (เน้นสวัสดิการด้วยสังคมแก่ผู้สูงอายุ) และอาหาร เสื้อผ้า และอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการบริโภค มีกิจกรรมทางศาสนา ออกกำลังกาย กิจกรรมบำบัด เพื่อการฟื้นฟูร่างกาย กิจกรรมด้านอาชีพ กิจกรรมนันทนาการ และประเพณีต่างๆ บริการรักษาพยาบาล Social work service การขัดการพัฒนาประเพณี การให้การดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้าน ช่วยดูแลไม่ได้</p> <p>(2) - ให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะพักฟื้นและเป็นโรคเรื้อรัง - จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (มีบานแห่ง)</p> <p>(3) ให้บริการการดูแลแบบพักระยะยาว (Long stay care) แก่ผู้สูงอายุที่ป่วย (เที่ยบท่ากับ Nursing Home)</p>	<p>(1) - กองสวัสดิการสังเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (ทั่วประเทศ 20 แห่ง) - องค์กรไม่ดีกรี องค์กรศาสนา (มี 7 แห่ง ใน 7 จังหวัด)</p> <p>(2) Private Sector</p> <p>(3) โรงพยาบาลเอกชน (มีประมาณ 50 แห่ง)</p>

หมายเหตุ : โดยรูปแบบที่นำเสนอทั้งหมดนี้เป็นการดูแลโดยครอบครัวยังเป็นรูปแบบดั้งเดิมที่ยังคงมีอยู่ของทั้งประเทศไทยและประเทศไทย

สรุปและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทยที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์การดำเนินการของประเทศไทยและประเทศไทย

ในภาพรวมของสถานการณ์ของผู้สูงอายุและความจำเป็นเกี่ยวกับความต้องการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าความต้องการการดูแลระยะยาวของทั้งประเทศไทยและประเทศไทยกำลังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลจากการทบทวนในนโยบายและกิจกรรมโครงการที่จัดทำขึ้นของทั้งประเทศไทยและประเทศไทย โดยความชัดเจนและรูปแบบของการจัดบริการแล้ว จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันไม่นัก ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ของประเทศไทย มีการระบุถึงมาตรการที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาวอยู่ค่อนข้างจะชัดเจนกว่าในแผนฉบับที่ 1 ดังนี้ การลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้ การส่งเสริมให้สามาชิกในครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านที่ครอบคลุมบริการในเรื่องศูนย์ดูแลกลางวัน บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลที่บ้าน บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น แต่ก็มีประเด็นและข้อที่น่าพิจารณาในบางประเด็นของประเทศไทยและประเทศไทยที่เห็นได้ว่ามีความเป็นรูปธรรมและความพยายามที่เข้มแข็งมากกว่าที่น่าจะนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทยได้ โดยการดำเนินการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยมีการพิจารณาในประเด็นเหล่านี้คือ

1. การสร้างมาตรฐานการทางกฎหมายเพื่อรับรองรับต่อการบริการการดูแลระยะยาวในรูปแบบของการบริการการดูแลในสถานดูแล (Institutional care) ที่เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในเรื่องของคุณภาพและมาตรฐานการบริการ รัฐควรมีการออกกฎหมายเพื่อรับรองบริการการดูแลระยะยาว อย่างเช่นที่ประเทศไทยและเชียได้ทำมา โดยกฎหมายหรือข้อบังคับ/ระเบียบที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่ ข้อบังคับ/ระเบียบที่ว่าด้วยศูนย์ผู้สูงอายุให้บริการดูแล สถานพยาบาลผู้สูงอายุ และศูนย์ดูแลกลางวัน เป็นต้น ซึ่งข้อบังคับ/ระเบียบที่นี้จะเป็นการเอื้อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ประโยชน์จากการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

2. รูปแบบของบริการการดูแลในสถานดูแลที่จัดขึ้นเพื่อรับรองความต้องการการดูแลระยะยาว ที่เน้นในเรื่องของการพื้นฟูสภาพและการรักษาสภาพ โดยเฉพาะในรูปแบบของศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care center) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นรูปแบบที่สามารถจัดให้มีอยู่ในระดับชุมชนได้ จากการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานนี้ แม้ว่าเราจะมีการดำเนินงานอยู่ แต่ยังไม่มีกฎหมายหรือข้อกำหนดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ เช่น การกำหนดจำนวนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุดังนี้ของประเทศไทยและเชีย ดังนั้นในการจัดรูปแบบของบริการนี้ควรมีการกำหนดข้อบังคับและระเบียbinในเรื่องนี้ด้วย รวมทั้งควรมีการจัดทำแผนที่ชัดเจน

ในการกำหนดเป้าหมายในการที่จะขยายศูนย์ดูแลกลางวัน โดยในระยะแรกอาจมุ่งในพื้นที่ที่มีความต้องการสูงก่อน เช่น ในบริเวณเขตเมือง เป็นต้น และขยายให้ครอบคลุมมากเพิ่มขึ้นในระยะต่อไป

การจัดการให้เกิดขึ้นจริงในระดับชุมชนโดยองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นสิ่งที่สามารถทำได้โดยประเทศไทยมีนโยบายในการกำหนดบทบาทส่วนนี้ในการดำเนินงานเพื่อการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะการจัดศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชนที่มีความต้องการการดูแลระยะยาวสูง

3. การสนับสนุนการเสริมสร้างความร่วมมือจากภาคเอกชนหรือองค์กรอาสาสมัครเพื่อการดูแลระยะยาว ในประเด็นนี้รัฐบาลมาเลเซียมีนโยบายในการที่จะเปลี่ยนรูปแบบของการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของภาคเอกชนและองค์กรต่างๆ ให้หันมาจัดในรูปแบบที่เป็นการให้การดูแลระยะยาวมากขึ้น ในส่วนนี้ประเทศไทยมีการกำหนดแนวทางและสร้างความชัดเจนในเรื่องนี้ด้วย โดยเฉพาะแนวทางในการให้เงินสนับสนุนต่องค์กรต่างๆ ที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐในการจัดทำโครงการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ครัวมีในเรื่องของกิจกรรมเพื่อการดูแลระยะยาวรวมอยู่ด้วย

4. การดำเนินการจัดโครงการเพื่อการดูแลระยะยาวนี้เป็นเรื่องที่ต้องเกี่ยวข้องกับด้านทุนและค่าใช้จ่าย ซึ่งจากการทบทวนจะเห็นได้ว่าโดยรูปแบบหรือบริการที่จัดขึ้น ดังเช่นสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ศูนย์ให้การดูแล ผู้รับภาระต่อค่าใช้จ่ายนี้คือครอบครัว ครอบครัวที่มีความสามารถจ่ายได้เท่านั้นจึงสามารถเข้าถึงบริการได้ ในขณะเดียวกันในหลายลักษณะของบริการ เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน ศูนย์ดูแลกลางวันที่จัดขึ้นโดยรัฐหรือองค์กรเอกชน เป็นบริการที่จัดให้โดยไม่คิดมูลค่า แต่ใช้เงินงบประมาณของรัฐ ดังนั้น ในเรื่องของการเงินเพื่อการจัดการด้านดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่คาดว่าจะมีความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของประเทศไทยจะต้องมีการจัดวางแผนทางที่เป็นไปได้ดังนี้ 1) ควรพิจารณาการจัดสรรความช่วยเหลือจากรัฐเป็น 3 ลักษณะ คือ สำหรับกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายได้รัฐอาจไม่ต้องเข้าไปจัดการ แต่รัฐควรจัดบริการเพิ่มขึ้นเพื่อรับรองสำหรับครอบครัวหรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจ่ายได้ โดยมีค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งที่รัฐให้ความช่วยเหลือ และสุดท้ายคือกลุ่มที่รัฐต้องให้ความสนใจระหว่างหนึ่งหมู่ (ไม่สามารถจ่ายได้เลย) ซึ่งต้องมีการกำหนดเกณฑ์และแนวทางที่ชัดเจนในการจำแนก 2) การจัดสรรงบประมาณและการจัดตั้งกองทุนหรือรูปแบบการออมเพื่อการดูแลระยะยาวเพื่อรับปัญหาที่คาดว่าจะมีเพิ่มขึ้นในอนาคต และ 3) การควบคุมด้านราคาของบริการที่ดำเนินการเชิงธุรกิจให้เป็นไปอย่างเหมาะสมเพื่อให้เข้าถึงได้มากที่สุด

นโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย บทเรียนจากประเทศไทย

การศึกษาและเรียนรู้ถึงนโยบายและโครงการด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยหลังที่ประสบความสำเร็จและพิคพลาด ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ทำให้เราสามารถใช้บทเรียนของประเทศไทยมาเป็นแนวทางและประยุกต์กับการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์การดำเนินการด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยและประเทศไทยเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาพร้อมๆ กัน มีนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจจากการพัฒนาสังคม เช่นเดียวกัน แต่เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทย พัฒนามากกว่าของประเทศไทย เคยประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ประเทศไทยสามารถฟื้นตัวได้ภายในระยะเวลาเพียง 1 ปี ขณะที่ประเทศไทยยังคงอยู่ในภาวะวิกฤต ประเทศไทยมีปัญหาด้านผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศไทยคือมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการเดียวกัน กล่าวคือ ต้องการการช่วยเหลือด้านการเงิน รายได้ การดูแลสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และการบริการสังคม ขณะที่ทั้งสองประเทศนี้มีสภาพสังคมวัฒนธรรม ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ประชากรส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา มีค่านิยมของความกตัญญูต่อที่บุตรเมื่อต้องดูแล ค่าใช้จ่าย เช่นเดียวกัน ขณะเดียวกันกับที่สภาพสังคมและค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุพึงพาครอบครัวได้น้อยลง เนื่องจากครอบครัวเล็กลง มีความเป็นครอบครัวเดียวเพิ่มขึ้นมาก ผู้หญิงซึ่งเคยเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุก็มีส่วนร่วมในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ผู้สูงอายุมีการศึกษา ดีขึ้น นอกจากนี้ทางด้านการเมืองก็คล้ายคลึงกัน มีลักษณะพัฒนาการเศรษฐกิจนำการพัฒนาทางสังคม งบประมาณในด้านสวัสดิการสังคมของทั้งสองประเทศนี้จะต่ำกว่าประเทศอื่นๆ เช่น ประเทศไทย สิงคโปร์ ญี่ปุ่น แต่ของประเทศไทยจะสูงกว่าของประเทศไทย นอกจากนี้บุคคลในรัฐบาลทั้งสองประเทศยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุ และมีปรัชญาในการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุคล้ายๆ กันอีกด้วย ข้อได้เปรียบของประเทศไทยคือ การมีสภาพเศรษฐกิจที่ดีกว่าประชาชนมีการศึกษาสูงกว่า มีการกระจายอำนาจ มีรัฐบาลท้องถิ่น เป็นต้น

จากการทบทวนนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติของประเทศไทยและประเทศไทย พ布ฯ ประเทศไทย มีวัฒนาการด้านนโยบายผู้สูงอายุระยะยาว 2 ฉบับ โดยเฉพาะฉบับที่ 2 มียุทธศาสตร์และมาตรการที่ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งหากนำแผนกลยุทธ์นี้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมจะมีโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน อาจกล่าวได้ว่าแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติของประเทศไทยเป็นแผนที่ดีที่สุดแผนหนึ่ง น่าจะดียิ่งกว่าแผนของประเทศไทยอีกด้วย แต่เนื่องจากแผนระยะยาวผู้สูงอายุ

แห่งชาติของประเทศไทยฉบับที่ 1 ไม่ประสบความสำเร็จมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเกาหลี ดังนั้น การศึกษาและวิเคราะห์ถึงนโยบายและโครงการด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ประสบความสำเร็จ จะเป็นแนวทางในการดำเนินกลยุทธ์และมาตรการในแผนระยะยาวแห่งชาติฉบับที่ 2 ให้ประสบความสำเร็จมากกว่าที่ผ่านมา

ก. การวิเคราะห์นโยบายและโครงการด้านผู้สูงอายุ : บทเรียนจากประเทศไทย

1. นโยบายสวัสดิการสังคมด้านการดูแลเรื่องรายได้ผู้สูงอายุ

นับเป็นนโยบายที่รัฐวัดผลด้วยตัวชี้วัดค่าใช้จ่ายต่อครัวเรือน ๑ จากรายงานการสำรวจผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทที่มีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุในเมือง แหล่งรายได้ที่สำคัญคือจากบุตร มีถึงร้อยละ 84.5 และทำงานหารายได้ร้อยละ 38.0

ในปัจจุบันการประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่จัดโดยรัฐ เป็นการให้หลักประกันเฉพาะกลุ่มเท่านั้น ได้แก่ ข้าราชการ ครูโรงเรียนเอกชน และกลุ่มลูกจ้างเอกชน ขณะที่ประเทศไทยจะให้เงินประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุว่างงานและครอบคลุมทุกสาขาอาชีพ กล่าวคือ ประเทศไทยมีระบบประกันสังคมที่ให้บำเหน็จบำนาญแก่ประชาชนผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการทั่วไป ข้าราชการทหาร ครูโรงเรียนเอกชน โดยมีลักษณะเป็นกองทุนเฉพาะกลุ่มอาชีพ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อู่ใน ๓ กลุ่มนี้ ประเทศไทยมีกองทุนสำหรับคนทำงานทุกคน รวมถึงเกษตรกรและผู้ทำประมง และมีเงินชดเชยให้ในกรณีที่ผู้เกณฑ์อายุครบ ๖๐ ปี แต่ยังไม่ได้รับบำเหน็จบำนาญในปีที่ควรการดำเนินงานของโครงการ (ซึ่งเริ่มในปี ๑๙๘๘) และนอกจากนี้ยังมีกฎหมายช่วยเหลือประชาชนทั่วไปที่เกณฑ์อายุและมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน ให้ได้รับหลักประกันว่าจะมีมาตรฐานการดำรงชีวิตพื้นฐาน

ประเทศไทยก่อนปี พ.ศ. ๒๕๓๕ สวัสดิการทั่วไปเพื่อการคำประกันด้านการเงินที่ภาครัฐมีให้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะจำกัดอยู่เพียงประชากรบางกลุ่ม ผู้ที่ได้รับหลักประกันในวัยสูงอายุที่เด่นที่สุดคือ ข้าราชการและพนักงานของสภากาชาดไทยเท่านั้น ที่ได้บำเหน็จบำนาญเมื่อเกษณอายุราชการ ซึ่งมีลักษณะเด่นกว่าของประเทศไทยคือ ข้าราชการไม่ได้จ่ายเงินสมทบ แต่หักภาษี ณ ที่จ่าย และข้าราชการก็เป็นกลุ่มที่ได้รับเงินเดือนน้อยเมื่อเทียบกับพนักงานรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างเอกชนโดยทั่วไป แต่จากการที่จำนวนข้าราชการได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้การผูกพันที่รัฐจะต้องจ่ายเงินบำเหน็จบำนาญในอนาคตจะหนักกว่าเดิม จึงได้มีการจัดตั้งกองทุนเงินบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๙ มีสถานะเป็นนิติบุคคล สามารถเป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำสะสมเงินเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ ๓ ของเงินเดือนประจำ และรัฐจ่ายเงินสมทบในอัตราเท่ากัน และ

ยังมีเงินชดเชยที่รัฐจ่ายให้สมาชิกร้อยละ 2 ของเงินเดือนประจำโดยมีเงื่อนไขว่าสมาชิกจะได้รับเงินชดเชยต่อเมื่อออกราชการและเลือกรับบำนาญ

นอกจากข้าราชการ มีพนักงานของการรถไฟแห่งประเทศไทยและการท่าเรือแห่งประเทศไทยที่มีทั้งระบบบำเหน็จและบำนาญ สำหรับรัฐวิสาหกิจอื่นๆ จะมีระบบบำเหน็จให้แก่พนักงานที่เกณฑ์แหล่งเงินมาจากการกองทุนที่รัฐวิสาหกิจจ่ายเงินสมทบเป็นสัดส่วนกันค่าจ้าง

สำหรับครูโรงเรียนเอกชนของประเทศไทยได้รับหลักประกันทางสังคมจากกองทุนส่งเสริมศรัทธาแห่งประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยมีเงินบำเหน็จ (หรือทุนเลี้ยงชีพ) เมื่อเกณฑ์อายุเงินกองทุนนี้ได้จากเงินสมทบ 3 ฝ่าย คือ ครู และผู้รับใบอนุญาต ซึ่งจ่ายเงินสมทบท่ากันคือร้อยละ 3 ของเงินเดือน และรัฐจ่ายร้อยละ 6 ของเงินเดือน

ลูกจ้างเอกชนในประเทศไทยจะได้รับประกันสังคมภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม ลูกจ้างเอกชนที่ทำงานในกิจการประกอบเกษตรและเป็นกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป จะต้องเป็นผู้ประกันตน ซึ่งการคุ้มครองกรณีชราภาพได้เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2541 กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพจะต้องมีการจ่ายเงินสมทบโดย 3 ฝ่าย คือ ผู้ประกันตนและนายจ้าง จ่ายฝ่ายละร้อยละ 2 ของเงินเดือน และรัฐจ่ายสมทบร้อยละ 1 ยกเว้นลูกจ้างที่มีค่าจ้างรายเดือนต่ำกว่า 1,650 บาทไม่มีสิทธิเป็นผู้ประกันตน แต่ ณ ขณะนี้ลูกจ้างเอกชนไม่ได้รับเงินสมทบจากรัฐบาลในกรณีชราภาพ

ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีโอกาสได้รับสวัสดิการเพื่อการค้ำประกันสถานะการเงินและสุขภาพในวัยสูงอายุมีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลได้มีสวัสดิการที่สำคัญมอบให้แก่ผู้สูงอายุคือ โครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (โครงการเบี้ยยังชีพ) โครงการนี้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2536 โดยมอนเงินเบี้ยชีพ 200 บาท แก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านการเงิน ขาดผู้ดูแลหรืออุปการะและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และได้เพิ่มเป็น 300 บาทในปี พ.ศ. 2542 การลงทะเบียนเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุกำหนดไว้ปีละ 400,000 คน โดยที่แต่ละคนจะได้เงินลงทะเบียนละ 300 บาท จากการสำรวจหมู่บ้านในชนบทพบว่าหมู่บ้านหนึ่งจะมีผู้ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประมาณ 5 คน ทั้งที่ในหมู่บ้านมีผู้สูงอายุที่ยากลำบากมากกว่า 5 คน ผู้สูงอายุรายอื่นจะต้องรอให้ผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพเสียชีวิตก่อนจึงจะสามารถเข้าไปแทนที่ในอัตราหนึ่งต่อหนึ่งได้

นอกจากนี้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ได้ให้ความสำคัญต่อหลักประกันด้านการเงินแก่ประชาชนสูงอายุโดยได้กำหนดมาตรการไว้ในหมวดที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ได้แก่ มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

ส่วนที่ 4

วิเคราะห์นโยบายและแผน
การดูแลระยะยา

- 1.1 ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
 - 1.2 ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น
 - 1.3 ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมเพื่อชราภาพ

จะเห็นว่ามาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุที่จะดำเนินการในแผนฯฉบับที่ 2 นี้ให้ความสำคัญต่อการขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป ซึ่งน่าจะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุของประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่ยังคงยากจน ไม่มีหลักประกันใดๆ ต้องพึ่งพารายได้จากบุตรหลาน มาตรการส่งเสริมการออมเพื่อชราภาพนี้ยังคงเป็นไปได้หากสำหรับประชาชนส่วนใหญ่ที่มีรายได้ต่ำ (ประชาชนร้อยละ 51.9 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน)

จากการทบทวนนโยบายด้านนี้ของประเทศไทย พบว่าประเทศไทยมีนโยบายสวัสดิการสังคม เพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม มีระบบประกันการเงินและรายได้ของผู้สูงอายุทั่วประเทศอย่างครอบคลุม ขณะที่ประเทศไทยสวัสดิการทั่วไปเพื่อให้หลักประกันด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุมีอยู่อย่างจำกัดและตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลได้ไม่เท่าที่ควร และสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ที่จะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเก็บถุงคุ้มครองผู้สูงอายุภายในครอบครัวยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรม ดังนั้นแนวคิดการให้หลักประกันด้านการเงินแก่ประชาชนโดยใช้ระบบประกันสังคมแทนการใช้ระบบสวัสดิการรัฐ ซึ่งประชาชนจะต้องเป็นผู้รับภาระบางส่วนหรือทั้งหมดเช่นเดียวกับในประเทศไทยล้วนเป็นสิ่งที่ควรนำมาพิจารณา สิ่งที่สำคัญคือการจัดหาแหล่งที่มา จัดสรรและบริหารการเงินให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั่วประเทศซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรมหรือไม่มีรายได้ชัดเจน

ประเทศไทยมีหลายโครงการที่นำสันในมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้ดังนี้

1. โครงการบำนาญผู้สูงอายุที่ครอบคลุมคนทำงานส่วนใหญ่ (ยกเว้นผู้ได้รับเงินบำนาญ
บำนาญข้าราชการ พหาร และครู โรงเรียนเอกชน) สามารถนำมาปรับใช้กับประเทศไทย คือ จะมีหลัก
ประกันรายได้ให้กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมและในปัจจุบันไม่มี
หลักประกันรายได้ใดๆ เลย ต้องอาศัยจากบุตรหลาน ซึ่งก็ยากจนเช่นเดียวกัน แหล่งเงินทุนมาจากการ
 - ผู้เข้าร่วมโครงการและที่เป็นคนทำงานทั่วไป และเงินที่นายจ้างจ่ายเพิ่ม
 - ผู้ประกอบอาชีพอิสระซึ่งจะต้องจ่ายเงิน 2 เท่า คือ จ่ายในส่วนของนายจ้างด้วย
 - เงินสมทบของผู้เข้าร่วมโครงการที่ทำงานเกี่ยวกับเกษตรกรรมและประมง
และเงินช่วยของรัฐบาล

สำหรับประเทศไทยจะมีปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินสมทบทองผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นผู้ประกอบอาชีพ
อิสระจะเป็นไปได้ยาก เพราะต้องจ่ายเงินสมทบเป็น 2 เท่า ซึ่งผู้ประกอบอาชีพอิสระส่วนใหญ่มักมีรายได้
น้อย เช่นเดียวกับผู้ประกอบอาชีพเกณฑ์กรรมแม้จะมีเงินช่วยจากรัฐก็ตาม

2. โครงการผลประโยชน์เกษียณอายุ เป็นโครงการที่สำคัญในการดูแลด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุ คนทำงานทุกคนที่ทำงานมากกว่า 1 ปี ก็มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนจากโครงการผลประโยชน์เกษียณอายุนี้ ซึ่งบริหารจัดการโดยนายจ้าง และจ่ายให้เป็นเงินก้อนเมื่อคนงานออกจากงานเมื่ออายุครบเกษียณ แหล่งเงินทุนได้มาจากนายจ้างไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานราชการหรือเอกชนต้องจ่ายเงินเท่ากับเงินเดือน 1 เดือน ในแต่ละปีเข้ากองทุนเกษียณอายุ (Retirement Benefit) หากคนงานนั้นทำงานได้ครบ 1 ปีขึ้นไป

ในประเทศไทยมีกองทุนในลักษณะคล้ายกัน คือ กองทุนเงินทดแทน ซึ่งเป็นการจ่ายเงินสมทบของลูกจ้างและนายจ้าง และได้รับสิทธิประโยชน์จากกองทุนเมื่อออกรางวัลงานและอายุครบเกณฑ์ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับ โครงการผลประโยชน์เกณฑ์อายุของประเทศไทยเกาหลีจะกว้างขวางและครอบคลุม คนทำงานทั้งหน่วยงานราชการและเอกชน สิทธิประโยชน์ก็มากกว่า และนายจ้างเป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนซึ่งน่าจะนำโครงการนี้มาเป็นแนวทางในการจัดหาแหล่งเงิน โดยเฉพาะขณะนี้ประเทศไทยหน่วยงานราชการหากยังทำงานไม่ครบ 10 ปี ก็จะไม่ได้บำเหน็จ แต่ถ้าทำงานไม่ครบ 25 ปี หรืออายุครบ 50 ปีจะไม่ได้บำนาญ ด้านลูกจ้างของเอกชนก็ยังไม่มีกฎหมายใดที่จะให้ประโยชน์แก่ลูกจ้างมากเท่าโครงการนี้ซึ่งหากนำมาปรับใช้ในแผนฯ ฉบับที่ 2 จะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในอนาคตมาก

3. โครงการความช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไป โครงการนี้กำหนดให้มีการจัดประโยชน์ตอบแทนให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีมาตรฐานการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน การรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย การพึ่งพาตนเอง และการวางแผนกิจศพ ผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์และมีสิทธิเข้าโครงการนี้จะต้องมีฐานะต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน และไม่มีผู้ได้สนับสนุนทางการเงินตามกฎหมาย ถ้าผู้สูงอายุคนใดมีผู้สนับสนุนทางการเงินตามกฎหมาย ผู้สูงอายุคนนั้นต้องเป็นผู้ที่ไม่สามารถทำงานได้

โครงการนี้เทียบได้กับโครงการเบี้ยยังชีพในปัจจุบัน ซึ่งรัฐจะต้องเป็นผู้จ่าย ซึ่งจะเป็นปัญหามากในอนาคตเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และที่ได้รับการช่วยเหลือก็ไม่ครอบคลุมทั่วหมด เนื่องจากจะได้เฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนขาดคนอุปการะ และต้องผ่านการพิจารณาจากศูนย์ส่งเคราะห์รายครัวประจำหมู่บ้านท่านนั้นและมีการจำกัดจำนวน

**ตาราง 43 สรุปเปรียบเทียบนโยบายสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับระหว่างประเทศไทยและประเทศ
เกาหลี จำแนกตามกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ**

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานรับผิดชอบ	ที่มาของเงินทุน	สิทธิประโยชน์	ปีที่เริ่ม
ก. โครงการบำเหน็จบำนาญ				
1. ข้าราชการ				
- ประเทศไทย	กรมบัญชีกลาง	รัฐบาล	บำเหน็จหรือบำนาญ	2444
	กองทุนบำเหน็จบำนาญ	ข้าราชการ 3%	บำเหน็จหรือบำนาญ	2539
	ข้าราชการ (กบข.)	รัฐบาล 3%		
- ประเทศไทย	กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม	ข้าราชการ หน่วยงานราชการ ทั้งส่วนกลาง และท้องถิ่น	บำเหน็จหรือบำนาญ	2503
	กระทรวงคลาโ逼	พหาร รัฐบาล	บำเหน็จหรือบำนาญ	2506
2. ครูโรงเรียนเอกชน				
- ประเทศไทย	กองทุนสงเคราะห์ครูใหม่ และครูโรงเรียนเอกชน	ครู 3% จำนวนโรงเรียน เงินทุนเลี้ยงชีพ 3% รัฐบาล 6%	เงินทุนเลี้ยงชีพ	2525
- ประเทศไทย	Private School Teacher Pension Management Corporation	ครู โรงเรียน รัฐบาล	บำเหน็จหรือบำนาญ	2518
3. ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ				
- ประเทศไทย	กองทุนรัฐวิสาหกิจ	รัฐวิสาหกิจจ่าย สมทบเป็นสัดส่วน กับค่าจ้าง	บำเหน็จ	
- ประเทศไทย (ไม่มี)				

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานรับผิดชอบ	ที่มาของเงินทุน	สิทธิประโยชน์	ปีที่เริ่ม
4. ลูกจ้างเอกชน (สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป)				
- ประเทศไทย	สำนักงานประกันสังคม	ลูกจ้าง 2% นายจ้าง 2% และรัฐบาล 1%	เงินประโยชน์ทดแทน (15% ของค่าใช้จ่ายที่ จาก 60 เดือนสุดท้ายที่ นำส่งเงินสมทบ)	2542
5. ผู้ประกอบการอิสระ				
- ประเทศไทย (ไม่มี)	National Pension Corporation ใน กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม	คนทำงาน และ นายจ้าง	บำเหน็จบำนาญ	2531
- ประเทศไทย	National Pension Corporation ใน กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม	(ผู้ประกอบการจ่าย 2 เท่า กึ่ง ในส่วนของ นายจ้างด้วย)	บำเหน็จบำนาญ	2531
6. ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นเกยตกรของ การประมง				
- ประเทศไทย (ไม่มี)	National Pension Corporation ใน กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม	เงินสมทบจากผู้เข้า ร่วมโครงการและเงิน ช่วยของรัฐบาล	บำเหน็จบำนาญ	2531
7. ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับประโยชน์ตามข้อ 1-6 (เฉพาะผู้ที่มีรายได้และทรัพย์สินต่ำกว่าข้อจำกัด)				
- ประเทศไทย (ไม่มี)	กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม	รัฐบาลกลางจ่ายเงิน 50-70% รัฐท้องถิ่น 30-50% (ผู้รับ ประโยชน์ไม่ต้องจ่าย เงิน)	บำเหน็จหรือบำนาญ	2531

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานรับผิดชอบ	ที่มาของเงินทุน	สิทธิประโยชน์	ปีที่เริ่ม
8. คนทำงานทุกคนที่ทำงานมากกว่า 1 ปี				
(รวมทั้งข้าราชการ)				
- ประเทศไทย (ไม่มี)				
- ประเทศไทย	กองทุน retirement benefit	นายจ้างจ่ายเงินเดือน 1 เดือนในแต่ละปีเข้า กองทุน retirement benefit	บำเหน็จ	2496
บ. ความช่วยเหลือทั่วไป				
9. ประชาชนทั่วไปที่มีฐานะต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน				
- ประเทศไทย	กรมประชาสงเคราะห์	รัฐบาล	- เป็นขั้นชีพ (คนละ 300 บาท ต่อเดือน) ปีละ 400,000 คน	2536
- ประเทศไทย	กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ	รัฐบาล มีสิทธิเรียก ร้องค่าทดแทนจากผู้ที่ สนับสนุนทางการเงิน แก่ผู้สูงอายุ	- การรักษาพยาบาล - ดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน - การรักษาพยาบาล - ท่องย่ออาศัย - การพึ่งพาตนเอง - อาชญากรรม	2504
- ประเทศไทย	กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ	รัฐบาล ส่วนท้องถิ่น จัดสรรงบให้ทั้งหมด	- ลดค่าตัวรถไฟฟ้า 3 - ลดราคาตัวเดินทาง (ที่จักรถโดยรัฐบาล) - ค่าตัวในการเข้าชมสวนสาธารณะหรือ พิพิธภัณฑ์ - เป็นเลี้ยงการเดินทาง	
ค. สวัสดิการด้านการเดินทาง				
- ประเทศไทย	การรถไฟแห่งประเทศไทย		- ลดค่าตัวรถไฟฟ้า 3	
- ประเทศไทย	กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ	รัฐบาล ส่วนท้องถิ่น จัดสรรงบให้ทั้งหมด	- ลดราคาตัวเดินทาง (ที่จักรถโดยรัฐบาล) - ค่าตัวในการเข้าชมสวนสาธารณะหรือ พิพิธภัณฑ์ - เป็นเลี้ยงการเดินทาง	
ง. โครงการด้านการสร้างงาน				
- ประเทศไทย (ไม่มี)				
- ประเทศไทย	กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ กระทรวงแรงงาน	รัฐบาล กลางจ่ายเงิน บางส่วน	- การสร้างงานและค่าตอบแทน	2535

2. นโยบายส่งเสริมด้านการทำงานและหารายได้ของผู้สูงอายุ

ขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีโครงการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ ในแผนฯ ฉบับที่ 2 มีมาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ทั้งในระบบและนอกระบบ
2. ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดางานให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถ
3. ส่งเสริมการรวมกลุ่มของชุมชนเพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้วย

สำหรับมาตรการเหล่านี้ ขณะนี้ยังไม่ปรากฏโครงการรองรับ ขณะที่ประเทศไทยมีโครงการสนับสนุนการจ้างงานให้ผู้สูงอายุ ที่เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าจะตอบสนองมาตรการนี้ได้ ซึ่งโครงการดังกล่าวมีกฎหมายสนับสนุนการจ้างงานผู้สูงอายุบังคับใช้ ซึ่งรัฐบาลต้องกำหนดลักษณะงานที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ และต้องสนับสนุนให้นายจ้างว่าจ้างผู้สูงอายุทำงานดังกล่าว นอกจากนี้กฎหมายดังกล่าวเนี้ยงแนะนำสถานที่ทำงานให้จ้างผู้สูงอายุทำงาน แต่การบังคับใช้กฎหมายก็ไม่มีผลมากเท่าไหร่นัก เพราะไม่ได้กำหนดข้อบังคับให้นายจ้างปฏิบัติ

แม้ขณะนี้ประเทศไทยจะเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณประโยชน์แก่ประเทศไทยดี ดังเช่นการมีแนวคิดที่จะกำหนดสมอง แต่ยังไม่มีกฎหมายบังคับให้สถานที่ทำงานจ้างผู้สูงอายุทำงาน แต่มีการจ้างเฉพาะรายขึ้นกับนโยบายของหน่วยงานและความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุเฉพาะราย ซึ่งมีเพียงจำนวนน้อย มาตรการข้อนี้จะเป็นไปได้ต้องมีกฎหมายรองรับ เช่นเดียวกับประเทศไทย และให้มีการกำหนดข้อบังคับให้นายจ้างปฏิบัติด้วย มาตรการดังกล่าวควรเป็นมาตรการระยะยาว เพราะขณะนี้ประเทศไทยยังคงอยู่ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจมีปัญหาคนว่างงานนับล้านคน ดังนั้นรัฐบาลย่อมต้องให้ความสำคัญต่อคนกลุ่มนี้ก่อน

3. นโยบายด้านการบริการสังคม (Social Service Policies)

ในประเทศไทย การบริการสังคม หมายถึง โครงการที่ป้องกันและรักษาไว้ซึ่งชีวิตครอบครัว กฎหมาย Elderly Welfare ได้มีการแก้ไขเพื่อให้การบริการด้านสันทนาการและการบริการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยการบริการด้านสันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วยศูนย์ สมอส โรงพยาบาล โรงพยาบาล ที่พัก ตกอากาศ

ส่วนการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ประกอบด้วยหน่วยงานจัดหางานดูแลให้ที่บ้าน การดูแลในเวลากลางวัน และการดูแลระยะสั้น

ในประเทศไทยจากการสำรวจถึงความต้องการในการบริการสวัสดิการต่าง ๆ ของประชากรสูงอายุ นักวิจัยจะต้องการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า การลดหย่อนค่าโดยสารเดินทาง และสวัสดิการการเงินในระดับสูงแล้ว หน่วยบริการเยี่ยมบ้านก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการในระดับสูงเช่นกัน และเมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่พบว่าความต้องการมีกลุ่ม / ชุมชนผู้สูงอายุ สูงถึงร้อยละ 11.2 แสดงว่า ผู้สูงอายุ มีความต้องการการบริการชุมชนอย่างมาก ซึ่งที่ผ่านมาประเทศไทยมีนโยบายและมาตรการระยะยาวที่เกี่ยวข้องในด้านนี้คือ

- จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม
- สร้างเสริมและรับรองคุณภาพประชาชนและสังคมมีทักษะคิดที่ดีต่อผู้สูงอายุ
- สนับสนุนองค์กรทางศาสนาในการเผยแพร่คำสอนเพื่อเป็นที่พึ่งจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ
- สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแล

นอกจากนี้ ในปัจจุบันประเทศไทยมีการบริการ/การดำเนินงาน/โครงการทางสังคมของภาครัฐ ที่สำคัญคือ

- ศูนย์บริการคนชรา เริ่มการบริการ พ.ศ.2522 ปัจจุบันมี 13 แห่ง
- จัดตั้งสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนต่างๆ
- สร้างเสริมทักษะคิดที่ดีต่อผู้สูงอายุและเสริมสร้างความแข็งแกร่งของครอบครัว เช่น สัปดาห์ผู้สูงอายุ
- โครงการฝึกอบรมอาสาสมัครเพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ
- โครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ชุมชนตื่นตัวและมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุในชุมชน
- กิจกรรมส่งเสริมของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการและทบทวนมหาวิทยาลัย การอบรมก่อนการเกษียณอายุราชการ การเผยแพร่ข่าวต่างๆ

จะเห็นได้ว่า โครงการบริการสังคมของประเทศไทย มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและมีผลต่อผู้สูงอายุในระดับปานกลางถึงระดับมาก

สำหรับโครงการบริการสังคมของประเทศไทยหลักที่ประเทศไทยยังไม่มี และน่าจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโครงการบริการสังคมในประเทศไทย ได้แก่

1. โครงการชุมชนผู้สูงอายุ (Senior Club House Program) จะคล้ายกับของประเทศไทย แต่ของประเทศไทยนี้ตั้งขึ้นจากการบริจาคเงินโดยสมัครใจของคนในท้องถิ่น การบริการเป็นไปอย่างไม่เป็นรูปแบบ ซึ่งในประเทศไทยหลีกโครงการนี้แพร่หลายมาก

2. โครงการโรงเรียนเพื่อผู้สูงอายุ (Senior School Program) จัดตั้งโดยองค์กรอาสาสมัครและศูนย์สวัสดิการสังคมเพื่อชุมชน เพื่อส่งเสริมโครงการด้านวัฒนธรรม การศึกษา และสันทนาการ เป็นบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้เป็นลำดับสอง

3. โครงการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้นำชุมชนอาสาสมัคร โดยผู้สูงอายุอาสาสมัครทำงานให้ชุมชนและเป็นผู้นำชุมชน

4. โครงการศูนย์ผู้สูงอายุ จัดให้มีการบริการด้านต่าง ๆ ได้แก่ การบริการสุขภาพ การศึกษา ผู้ให้力 สันทนาการ การให้คำปรึกษา จัดตั้งโดยความช่วยเหลือจากรัฐบาลท้องถิ่น ค่าใช้จ่ายรับผิดชอบโดยรัฐบาลท้องถิ่น

4. นโยบายลดหย่อนค่าเดินทางและค่าบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีสวัสดิการลดหย่อนค่าโดยสารครึ่งราคาจากการใช้บริการรถไฟ (ค่าธรรมเนียมไม่ลด) ซึ่งเริ่มดำเนินการ พ.ศ. 2530 ครอบคลุมเฉพาะในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายนของ การใช้บริการตู้โดยสารชั้น 3 ขณะที่โครงการ SDP ของประเทศไทยจัดให้ผู้สูงอายุได้ลดราคาค่าตัวในการเดินทาง (ที่จัดโดยรัฐบาล) และค่าตัวในการเข้าชมสวนสาธารณะหรือพิพิธภัณฑ์ และมีเบี้ยเลี้ยง การเดินทาง โครงการนี้จัดให้ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทุกคน รัฐบาลส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดสรรเงินให้ทั้งหมด

5. นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care Policy)

ดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า แม้ว่ารัฐจะพยายามเข้าไปมีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยการกำหนดให้มีแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับแรกนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 – พ.ศ. 2544 และแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2545 – พ.ศ. 2564 แต่ที่ผ่านมานั้นว่ายังไม่ประสบความสำเร็จในระดับการดำเนินการตามนโยบายเท่าที่ควร ในปัจจุบันผู้สูงอายุไทยยังคงประสบกับปัญหารื่องการดูแลไม่น้อย สาเหตุสำคัญเป็นเพราะรูปแบบของการให้การดูแลเฉพาะผู้สูงอายุเท่าที่มีอยู่ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นการบริการของรัฐที่จัดให้ในสถานบริการ หรือการจัดหน่วยคลื่อนที่เข้าไปในชุมชน หรือหมู่บ้านของผู้สูงอายุ การดำเนินการที่อาจจะเป็นรูปธรรมเห็นจะได้แก่บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุแต่ บริการนี้ยังคงไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด ประกอบกับประเทศไทยยังขาดบุคลากร ที่มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญในการให้บริการด้านผู้สูงอายุที่แท้จริง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่รัฐสามารถ

พัฒนาได้โดยศึกษาจากประสบการณ์ของประเทศอื่นๆที่เคยได้รับผลกระทบจากการเพิ่มของประชากรสูงอายุ ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งในหลายประเทศที่กำลังประสบปัญหาด้านการคุณภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน การเรียนรู้จากความสำเร็จ หรืออุปสรรคในการดำเนินการด้านการคุณภาพผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยอาจจะช่วยให้ประเทศไทยสามารถพัฒนามาตรการในการจัดบริการ และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

เช่นเดียวกับหลายๆ ประเทศในโลก ผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและประเทศไทยเป็นตัวต้องประสบปัญหาความเจ็บป่วยและปัญหาทางด้านสุขภาพต่าง ๆ อย่างมาก ครอบครัว สังคมและรัฐจึงต้องเข้ามาร่วมกันรับผิดชอบและจัดการด้านการคุณภาพผู้สูงอายุ แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้ครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นหลักในการคุณภาพผู้สูงอายุไม่สามารถคุณภาพผู้สูงอายุได้ ความช่วยเหลือของรัฐในด้านการคุณภาพและรักษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่รัฐไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

5.1 มาตรการด้านการรักษาพยาบาล (nursing care)

สำหรับมาตรการด้านการรักษาพยาบาล (nursing care) ที่รัฐบาลเกาหลีนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเกาหลี เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการของไทยจะพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ ประเทศไทยมีบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุมากกว่าไทยเห็นได้จากโครงการด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ (Health Care Services Programs) ที่กำหนดอยู่ในแผนผู้สูงอายุระยะยาว เช่น โครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ (Elderly Health Examination Program) โครงการดูแลรักษาในสถานบริการ (Institutional Nursing Care Program) โรงพยาบาลผู้สูงอายุ (Geriatric Hospitals) และโครงการเยี่ยมบ้าน (Visiting Nurse Programs) ซึ่งโครงการเหล่านี้จะครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวังและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ การให้การคุณภาพผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว โดยสถานบริการด้านการคุณภาพผู้สูงอายุ การคุณภาพและรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว โดยสถานบริการด้านการคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในขณะที่มาตรการทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยให้น้ำหนักไปที่การรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

จากแนวโน้มที่สูงขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุไทยในอนาคต อาจทำให้รัฐต้องขยายบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้มากขึ้น การขยายบริการและสวัสดิการนี้ย่อมแสดงให้เห็นถึงภาระด้านค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในขณะที่งบประมาณมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น รัฐจึงควรกำหนดให้มีมาตรการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพลงในแผนผู้สูงอายุระยะยาว นอกจากนี้ไปจากการให้การรักษาพยาบาลแต่เพียงอย่างเดียว อาทิเช่น การส่งเสริมหรือให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้มีพฤติกรรมด้านการป้องกันทางสุขภาพก่อนที่จะเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย การให้บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการป้องกันนี้ถือได้ว่าเป็นมาตรการด้านผู้สูงอายุที่มี

ประสิทธิภาพและประทัยดมากที่สุด ตตลอดจนทรัพยากรต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ซึ่งแน่นอนว่าจะสามารถช่วยแก้ปัญหาเรื่องการขาดแคลนงบประมาณด้านผู้สูงอายุดังเช่นในหลายๆ ประเทศกำลังประสบ

แม้ว่าประเทศไทยจะพยายามให้น้ำหนักของการบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุไปที่การรักษาพยาบาลทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน เช่น โครงการการดูแลรักษาในบ้านพักผู้สูงอายุ (Nursing homes) หรือโครงการส่งพยาบาลไปเยี่ยมดูแลที่บ้านและในชุมชน (Health Outreached Services) แต่ด้วยจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับความหลากหลายของโรคในผู้สูงอายุก็มีมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแล และการรักษาพยาบาลที่มากมายและหลากหลายยิ่งขึ้น มาตรการด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมดที่รัฐดำเนินการไปแล้วนี้จึงยังไม่สามารถให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ สาเหตุสำคัญเป็นเพราะรูปแบบของการให้การดูแลเฉพาะผู้สูงอายุเท่าที่มีอยู่ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร การรักษาพยาบาลที่รัฐให้นั้นส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ เห็นได้จากการที่รัฐไม่มีสถานพยาบาลที่ให้การรักษาเฉพาะผู้สูงอายุ ด้านบุคลากรที่มีอยู่นั้นก็มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจริง ๆ ดังนั้น เพื่อให้รัฐสามารถจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพโดยแท้จริง ภาครัฐของไทยจึงควรเพิ่มการสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งโรงพยาบาลที่ให้การดูแลและรักษาเฉพาะผู้สูงอายุขึ้น (Nursing Hospitals หรือ Geriatric Hospitals) ซึ่งข้อดีของสถานพยาบาลประเภทนี้คือมีบุคลากรทางแพทย์ที่มีความรู้ และเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิผลมากกว่าการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลทั่วไป

5.2 มาตรการด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เนื่องจากบทบาทและโครงการสร้างของครอบครัวในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวเป็นไปได้ยาก การบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Elderly Community Care) จึงเป็นอีกมาตรการหนึ่งที่ถูกหันมาเพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุยังสามารถอาศัยอยู่ในครอบครัวหรือในชุมชนของตนได้ตามปกติ ได้แก่ โครงการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน (Home help care) โครงการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน (Adult day care program) และโครงการดูแลและให้ที่พักระยะสั้น (Short-stay care program) บริการเหล่านี้ได้รับความสนใจจากชาวภาคหลังจาก และความต้องการบริการนี้ก็เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยจะเห็นว่าการบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของไทยมีเพียงศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน (Day care centre) และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Formal caregivers centre) ซึ่งปัจจุบันก็ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร

5.3 มาตรการด้านที่พักอาศัย

นอกจากบริการหรือสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลที่รัฐให้กับผู้สูงอายุแล้ว การบริการด้านที่พักอาศัย (Elderly housing welfare facilities) ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พักอาศัยหรือไม่สามารถอยู่อาศัยกับครอบครัวได้ แม้ว่าจากข้อมูลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2538) จะแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ต้องการอยู่กับครอบครัวมากกว่าการอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุที่รัฐจัดให้ แต่ในอนาคตคาดว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการหรือจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในบ้านพักประเภทนี้จะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น รัฐจึงไม่ควรละเลยในเรื่องการพัฒนาบริการด้านที่พักอาศัยทั้งในด้านคุณภาพและความครอบคลุมของบริการ

การขยายประเภทของบริการด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย นับตั้งแต่มีบ้านพักผู้สูงอายุ (homes for the aged) ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1918 จากเดิมที่เป็นบริการเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนหรือไม่มีรายได้มาเป็นบ้านพักที่จำแนกออกตามเศรษฐะของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ เช่น บ้านพักผู้สูงอายุที่ไม่ต้องจ่ายเงิน บ้านพักที่จ่ายค่าบริการน้อย หรือบ้านพักที่จ่ายค่าบริการเต็ม การขยายประเภทของบริการนี้แสดงให้เห็นถึงความพยายามของรัฐในการพัฒนาบริการด้านที่พักอาศัย เพื่อให้ผู้สูงอายุชาวเก้าหลักทุกคนสามารถเข้าถึงและเลือกรับบริการ ได้ตามความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ซึ่งนับว่าเป็นกลยุทธ์ที่คืออันหนึ่งที่ประเทศไทยจะนำมาปรับใช้ เพื่อขยายบริการด้านที่พักอาศัยให้ครอบคลุมผู้สูงอายุไทยทุกคนไปพร้อมๆ กับการเพิ่มจำนวนบ้านพักผู้สูงอายุ

การขยายความครอบคลุมและการกระจายการเข้าถึงบริการด้านที่พักอาศัย เป็นประเด็นที่มุ่งเน้นเฉพาะในด้านปริมาณเท่านั้น มิติทางด้านคุณภาพของบริการก็เป็นสิ่งที่รัฐต้องคำนึงควบคู่ไปกับความครอบคลุมของบริการ จากประสบการณ์ของประเทศไทยที่มุ่งเน้นแต่เพียงการเพิ่มจำนวนบ้านพักผู้สูงอายุโดยไม่ได้คำนึงถึงงบประมาณที่รัฐสามารถจัดสรรให้ได้อย่างจำกัด ทำให้บ้านพักเหล่านี้ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการดำเนินการ คุณภาพของบริการนี้ในประเทศไทยจึงค่อนข้างต่ำและไม่เป็นที่ดึงดูดใจสำหรับผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้น การขยายบริการโดยเฉพาะบริการที่รัฐจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า รัฐจะต้องคำนึงถึงความพร้อมของงบประมาณ เพราะหากไม่มีงบประมาณอย่างเพียงพอ ประสิทธิผลที่ได้รับอาจไม่คุ้มค่ากับที่ลงทุนไป

แม้ว่าในประเทศไทย นโยบายที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุจะไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แต่ในประเทศไทยอย่างนี้น่าเป็นประกายชนต่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังหรือไม่มีที่อยู่ หากมีบริการเช่นของประเทศไทยก็จะมีประโยชน์มาก อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดทางงบประมาณด้านผู้สูงอายุ รัฐไทยอาจต้องนำนโยบายนี้มาประยุกต์โดยการดึงภาคธุรกิจเอกชนเข้ามาร่วมลงทุน ในการสร้างที่พักที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกหลากหลาย

และมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกระดับชั้นที่อยู่ตามลำพัง หรือขาดผู้ดูแล จะได้มีทางเลือกในการหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมต่อไป

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบมาตรการต่างๆ ในนโยบายด้านผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยกับประเทศไทย จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางสังคมของผู้สูงอายุตัว องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้รวบรวมค่าใช้จ่ายของรัฐเพื่อความมั่นคงของประเทศต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายด้านบำเหน็จบำนาญ การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั้งประเทศ การดูแลลูกจ้างในกรณีเจ็บป่วย การคาดเงินจากการทำงาน เป็นต้น ในปี 2539 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสำหรับความมั่นคงทางสังคมเพียงร้อยละ 1.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) และร้อยละ 11.9 ของค่าใช้จ่ายของรัฐบาลทั้งหมด ขณะที่ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสำหรับความมั่นคงทางสังคมร้อยละ 5.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม และร้อยละ 21.2 ของค่าใช้จ่ายของรัฐบาล ซึ่งประเทศไทยลือเลื่องก็ยังประเมินว่าข้างต่อไปมีมาก

ข. สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย

1. นโยบายด้านการดูแลเรื่องรายได้ผู้สูงอายุ

1.1 ขยายหลักประกันรายได้ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั่วไป

- ข้าราชการทุกประเภท
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- ลูกจ้างเอกชน
- ผู้ประกอบอาชีพอิสระ
- เกษตรกร

1.2 ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น

1.3 ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมเพื่อชราภาพ

1.4 ขยายความช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไปที่มีฐานะต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน

1.5 ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

1.6 การลดหย่อนค่าเดินทางและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

- ขยายการลดหย่อนค่าเดินทาง (บนส่วนที่ต้องเสีย) ทุกประเภท
- ลดราคาค่าตั๋วเข้าชมสวนสาธารณะหรือพิพิธภัณฑ์

2. นโยบายด้านการบริการสังคม

- 2.1 การให้การศึกษาและเรียนรู้ทั่วไปในระบบโรงเรียน/มหาวิทยาลัย และนอกระบบ
- 2.2 เตรียมการสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การออม และเรื่องอื่นๆ ที่จำเป็น
- 2.3 ส่งเสริมกิจกรรมบริการสังคม ได้แก่
 - โครงการชุมชนผู้สูงอายุ
 - คณะกรรมการผู้นำชุมชนอาสาสมัคร
 - โครงการศูนย์ผู้สูงอายุ

3. นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3.1 ด้านการรักษาพยาบาล

- จัดตั้งโครงการด้านการรักษา (Health Care Service Program) ที่ครอบคลุมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว การดูแลและรักษาผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือเจ็บป่วย การติดตามและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย
- จัดตั้งบริการด้านการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาลผู้สูงอายุ
- กำหนดโครงการเกี่ยวกับการบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น

3.2 ด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

- ขยายประเภทของที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุและเป็นทางเลือก
- พัฒนาคุณภาพของที่พักอาศัยและบริการต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน

3.3 ด้านสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- การลดภาระสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว
- ความช่วยเหลือด้านการเงิน หรือการชดเชยค่าเสียโอกาส

มาตรการสนับสนุนนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย

บทเรียนจากประเทศเกาหลีให้แนวคิดเรื่องการวางแผนนโยบายของประเทศไทยได้อย่างดีว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงนั้นยังคงมีปัญหาไม่น้อย การวางแผนนโยบายโดยไม่คำนึงถึงศักยภาพในการปฏิบัติงานได้จริงย่อมทำให้นโยบายที่สวยหรูถูกมองเป็นเพียงแผ่นกระดาษที่ไม่มีคุณค่า ความพร้อมใน

ด้านต่างๆ ของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณ กำลังพล และการบริหารจัดการ สิ่งเหล่านี้ถือว่าสำคัญที่สุด และจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นเป็นอันดับแรก เพราะถ้ารัฐมีความพร้อมรัฐก็จะสามารถดำเนินงานได้ตามนโยบายที่วางไว้

ตามที่กล่าวมาพอที่จะทำให้เห็นภาพได้ว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีความพยายามอย่างเต็มที่ที่จะ วางแผนการในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ครอบคลุมและทั่วถึงผู้สูงอายุ ทุกคน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม มาตรการต่างๆ ที่วางไว้บางส่วนนั้นยังคงไม่สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมาย บริการและสวัสดิการที่รัฐวางไว้จำนวนไม่น้อยยังไม่เป็นรูปธรรม แม้แต่บริการหรือสวัสดิการที่รัฐ ปฏิบัติได้จริงและดำเนินการอยู่ก็ยังคงด้อยคุณภาพและไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานของรัฐยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อุปสรรคสำคัญในการนำนโยบายไปสู่ขั้น ของการปฏิบัติเห็นจะได้แก่ ความเข้มแข็งของนโยบายด้านผู้สูงอายุ ความไม่เพียงพอของงบประมาณ ในการให้บริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ การขาดกำลังพลที่จะปฏิบัติงาน รวมไปถึงรัฐยังไม่มี ระบบการบริหารจัดการด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจน ในส่วนต่อไปนี้จึงได้เสนอแนวทางการสนับสนุนต่างๆ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการด้านผู้สูงอายุ

1. การกำหนดและผลักดันนโยบายผู้สูงอายุ

รัฐต้องพยายามกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุและผลักดันให้เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล ตัวอย่างของความสำเร็จเรื่องนี้ได้แก่ โครงการสุขภาพดีวันหน้า ซึ่งรัฐบาลได้จัดลำดับความสำคัญไว้ เป็นลำดับแรก ทำให้ประสบความสำเร็จทั้งในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ องค์กรที่รับผิดชอบ ความ ร่วมมือจากองค์กรต่างๆ และประชาชน โดยทั่วไป ทั้งนี้ผู้ท่าหน้าที่เป็นแกนหลักจะต้องดำเนินการดังนี้

- การจูงใจและให้ความรู้แก่ผู้เชี่ยวชาญและสมาชิกผู้แทนราษฎร เพื่อให้เชี่ยวชาญและ สมาชิกสภาพผู้แทนราษฎรช่วยในการกำหนดและผลักดันนโยบายผู้สูงอายุและให้ความ ร่วมมือในการออกแบบที่สำคัญๆ โดยการจัดการประชุมวิชาการและนำเสนอความรู้ ความคิดเห็นแก่บุคคลเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ
- การให้กลุ่มภาคีและองค์กรเอกชน (NGO) ร่วมมือในการเคลื่อนไหวผลักดันให้ นโยบายผู้สูงอายุเป็นนโยบายที่รัฐบาลจะต้องเร่งดำเนินการ โดยที่กลุ่มประชาชน และองค์กร เอกชนในประเทศไทยมีความเข้มแข็งและสามารถผลักดันเรื่องสำคัญๆ ต่างๆ ได้ หากทำ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง
- วางแผนยุทธศาสตร์ให้สมาคม/ชุมชนผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั่วประเทศ รวมตัวกันให้มีอิทธิพลต่อการเมือง ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ เพื่อให้มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย

2. งบประมาณ

เมื่อเปรียบเทียบมาตรการต่างๆ ในนโยบายด้านผู้สูงอายุระหว่างประเทศเกาหลีกับประเทศไทย จะเห็นได้ว่าประเทศไทยให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางสังคมของผู้สูงอายุต่ำมาก เป็นผลให้บประมาณต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุต่ำไปด้วย เนื่องจากงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะถูกรวมอยู่ในค่าใช้จ่ายเพื่อความมั่นคงของประเทศ ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายด้านบำนาญ การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั้งประเทศ การดูแลลูกจ้างในกรณีเข้มป่วย การบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2539 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสำหรับความมั่นคงทางสังคมเพียงร้อยละ 1.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) และร้อยละ 11.9 ของค่าใช้จ่ายของรัฐบาลทั้งหมด ในขณะที่ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสำหรับความมั่นคงทางสังคมสูงกว่าของไทย คือ ประมาณร้อยละ 5.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม และร้อยละ 21.2 ของค่าใช้จ่ายของรัฐบาล แต่ประเทศเกาหลีเองก็ยังประเมินว่าค่าใช้จ่ายเพื่อความมั่นคงในประเทศของเขานั้นยังต่ำอยู่มาก

ความจำกัดของงบประมาณนั้นว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินงานตามนโยบายที่วางไว้ นโยบายที่รัฐกำหนดไว้อย่างรอบด้าน หากไม่มีงบประมาณในการดำเนินการ แน่นอนว่าการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จคงเป็นไปได้ยาก ปัญหาเรื่องคุณภาพและความไม่ครอบคลุมของบริการหรือสวัสดิการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ในปัจจุบันก็จะไม่สามารถแก้ไขได้ ยิ่งไปกว่านั้นการที่จำนวนและประเภทของบริการมีอยู่อย่างจำกัดทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการ และแม้ว่าผู้สูงอายุบางคนจะสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ของรัฐ แต่ด้วยภาวะด้านค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องแบกรับทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ไปใช้บริการ บริการที่รัฐจัดไว้นี้ก็ไม่สามารถให้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ จะเห็นได้ว่าปัญหาที่สำคัญในการเข้าถึงบริการก็คือปัญหาระดับค่าใช้จ่าย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นคนยากจน บริการที่ต้องเสียเงินมากไม่ค่อยได้รับความสนใจจากประชาชน รัฐจึงน่าที่จะเข้ามาช่วยแบ่งเบาหรือรับภาระด้านค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนหรือไม่มีรายได้เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้แสดงให้เห็นความจำเป็นที่รัฐต้องเพิ่มงบประมาณด้านบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุให้มากกว่าที่เป็นอยู่ อย่างน้อยก็เพื่อรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจากแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่จะสูงขึ้น

เนื่องจากที่ผ่านมา rัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณด้านสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุอย่างมาก และในแผนระยะยาวฯ ฉบับที่ 2 ก็ไม่ได้ระบุแผนงานด้านงบประมาณและการคลังใดๆ เลย จึงเป็นการยากที่จะคาดหวังถึงความสำเร็จตามแผนกลยุทธ์และมาตรการที่วางไว้ ดังนั้น รัฐจึงจำเป็นต้องปรับมาตรการทางการเงินการคลังและงบประมาณด้านผู้สูงอายุ รวมถึงรัฐต้องแสวงหาความร่วมมือทางการเงินจากองค์กรต่างๆ ซึ่งได้เสนอแนวทางไว้ดังนี้

- การจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินการได้โดยการผลักดันนโยบายผู้สูงอายุให้เป็นนโยบายเร่งด่วน ซึ่งจะทำให้รัฐสามารถจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นได้
 - การปรับระบบโครงสร้างภาษี ตัวอย่างจากประเทศที่มีสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ พบว่าประเทศเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีระบบภาษีที่เข้มแข็ง ดังนั้น รัฐบาลไทยจึงควรมีการปรับนโยบายด้านการเก็บภาษี รวมถึงกำหนดให้มีการจัดเก็บภาษียิ่งยุติธรรม โปร่งใส และตรวจสอบได้ นอกจากนั้น รัฐอาจเพิ่มการเก็บภาษีจากสินค้าที่ทำลายสุขภาพ (sin tax) หรือสินค้าฟุ่มเฟือย เช่น ภายนุหรี่ เหล้า เพื่อนำมาจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
 - การแสวงหาความร่วมมือจากองค์กรเอกชน (NGO) หรือองค์กรระหว่างประเทศในการจัดสวัสดิการและโครงการด้านผู้สูงอายุต่าง ๆ
 - การส่งเสริมหรือสนับสนุนการบริจากของภาคเอกชน บริษัทห้างร้าน และประชาชนทั่วไป โดยสร้างแรงจูงใจในการบริจาค เช่น ใช้เงินบริจาคมาหักภาษีเงินได้ เป็นต้น

3. การบริหารจัดการ

ประเทศไทยยังขาดองค์กรที่เป็นแกนหลักที่รับผิดชอบนโยบาย และการดำเนินการด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เช่น กรณีของประเทศไทยเกาหลีมีกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการเป็นองค์กรหลักที่ดูแลรับผิดชอบทั้งนั้นโดยนายและการนำไปสู่การปฏิบัติ (ยกเว้นเรื่องบประมาณ) ทำให้การดำเนินงานของประเทศไทยเกาหลีในโครงการต่างๆ เป็นรูปธรรม แต่กรณีของประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานใดที่รับผิดชอบโดยตรง ความรับผิดชอบในแต่ละด้านมักจะจัดกระจายอยู่ในหลายหน่วยงานทำให้ไม่มีแกนหลักในการผลักดันให้เป็นรูปธรรม ดังนั้น รัฐจำเป็นต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าหน่วยงานใดบ้างที่จะต้องเข้ามาดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและแต่ละหน่วยงานมีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบในเรื่องใดบ้าง ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความทับซ้อนกันในการดำเนินงานและเพื่อให้การดำเนินงานนั้นมีประสิทธิภาพ และสามารถครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน ขณะเดียวกันหน่วยงานเหล่านี้จะต้องประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการดำเนินงานและร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านผู้สูงอายุ

4. กำลังพล

เป็นปัญหาสืบเนื่องมาจากการขาดแคลนงบประมาณ เมื่อรัฐมีงบประมาณไม่เพียงพอ การจ้างบุคลากรเพื่อทำงานด้านผู้สูงอายุย่อมถูกจำกัด และเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอ กับปริมาณงาน คุณภาพของบริการก็อาจจะไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับประโยชน์ จากบริการเหล่านี้อย่างเต็มที่ นอกจากปัญหาความไม่เพียงพอของจำนวนบุคลากรแล้ว การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ เช่น แพทย์หรือพยาบาลทางด้านอายุรศาสตร์ นับเป็นอีกหนึ่งปัญหาทางด้านกำลังพล ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง บริการที่ให้สำหรับผู้สูงอายุจึงมักเป็นบริการแบบทั่วไป ซึ่งในบางกรณีอาจไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน การได้รับบริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจึงเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่รัฐต้องให้ความสำคัญ ซึ่งดำเนินการได้โดยรัฐบาลเป็นต้องเป็นหลักในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้านอายุรศาสตร์ให้มากขึ้น เช่น สนับสนุนทุนการศึกษาด้านอายุรศาสตร์ จัดอบรมบุคลากรที่มีอยู่ให้เกิดความชำนาญในการดูแลและรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็ต้องเพิ่มขั้นตอนและกำลังให้สำหรับบุคลากรเหล่านี้ เช่น การเพิ่มเงินเดือน การให้สวัสดิการหรือความช่วยเหลือด้านต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรเหล่านี้สามารถทุ่มเทและปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ

นอกจากการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่เพื่อเป็นกำลังหลักในการปฏิบัติงานแล้ว รัฐอาจระดมความร่วมมือจากอาสาสมัคร ผู้สูงอายุที่แข็งแรงหรือคนในชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งก็จะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางการแพทย์ลงไปได้ส่วนหนึ่ง

5. การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อยามสูงวัย

ประเทศไทยยังคงขาดการเตรียมพร้อมในเรื่องนี้ โดยเฉพาะเรื่องเงินออม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหารี่องรายได้ การเก็บออมแต่เดิมๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้น รัฐจึงควรส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักเก็บออม เช่น การเพิ่มอัตราดอกเบี้ยแก่เงินออมของผู้สูงอายุ การลดภาษีดอกเบี้ย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยส่วนใหญ่ยังมีฐานะยากจน บ้างมีอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ไม่มีรายได้ประจำ ที่สำคัญรายได้มักไม่เพียงพอ การออมจึงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ เพราะฉะนั้นมาตรการด้านความพร้อมทางการเงินเพื่อยามสูงวัย รัฐอาจจำเป็นต้องเข้ามาสนับสนุนในส่วนนี้ โดยทางด้านงบประมาณจากรายได้ส่วนอื่นๆ เพื่อนำมาจัดบริการและสวัสดิการที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุ แผนการเรียกเก็บเงินสมบทดังเช่นในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วทำกัน เช่น รัฐอาจดึงงบประมาณบางส่วนมาจากการภาษีสินค้าฟื้นฟื้นเพื่อยหรือภาษีสินค้าที่ทำลายสุขภาพ

6. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาซึ่งให้เห็นว่านโยบายของรัฐที่เน้นการขยายบริการแต่ในเชิงปริมาณ บางครั้งก็ไม่ได้ส่งผลดีเสมอไป เช่น การเพิ่มจำนวนสถานบริการ สถานพยาบาล และบ้านพักผู้สูงอายุ หรือแม้แต่การเพิ่มน้ำดื่มที่พำนัชให้แก่ผู้สูงอายุ วิธีการเหล่านี้เป็นเพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น ปัญหาจริงๆ ยังคงไม่ได้รับการแก้ไข ในอนาคตเมื่อจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น รัฐอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ทัน เพราะฉะนั้นมาตรการที่รัฐควรกำหนดให้มีความคุ้มกันกับการขยายความครอบคลุมของบริการก็คือเน้นการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันรัฐก็ต้องหา

ทางออกให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เช่น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีงานทำมากขึ้น จัดอบรมด้านวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และยังเป็นการลดภาระของรัฐในการดูแลผู้สูงอายุ

7. ความช่วยเหลือสำหรับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ

อีกประการหนึ่งที่นับว่าสำคัญไม่แพ้ประเด็นอื่นๆ ที่กล่าวมาคือ รัฐจะต้องส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมหรือมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่ารัฐบาลไทยไม่ค่อยกล่าวถึงการช่วยเหลือครอบครัวของผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ ที่กำหนดไว้ในมาตรการก็มีเพียงข้อเดียวคือลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถทำได้ (แม้จะมีกำหนดโดยในนโยบายของประเทศไทยแล้วก็ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมเช่นเดียวกัน) ทั้งที่ครอบครัวเป็นตัวจัดการสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น นอกจากรัฐจะต้องให้ความสำคัญกับบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุแล้ว รัฐก็ไม่ควรมองข้ามสวัสดิการบางอย่างที่ควรให้กับครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ เช่น ความช่วยเหลือด้านการเงิน การขาดชดเชยสำหรับค่าเลี้ยงโภcas (opportunity cost) เป็นต้น

8. นโยบายด้านบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ประเทศไทยยังขาดนโยบายด้านบริการสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องเดินทางตามลำพัง หรือต้องใช้บริการลักษณะต่างๆ เช่น การเดินทางโดยขนส่งมวลชน ทางเท้า ทางข้ามถนน ห้องน้ำสาธารณะ เป็นต้น รัฐควรจะมีกฎหมายบังคับให้มีการจัดบริการดังกล่าวแก่ผู้สูงอายุโดยค่าน้ำที่สุด

เปรียบเทียบนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติและแผนการคุ้มครองฯ ประเทศไทยกับประเทศไทย

นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทยและประเทศไทยกับประเทศไทย

ความเป็นมาของนโยบายแต่ละด้านย่อ扼มีที่มาจากการศึกษาปัจจัย เช่น จากการเมืองการปกครอง จากผู้นำประเทศ จากปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านประชากร ดังนั้นการจะเปรียบเทียบนโยบายของประเทศไทยกับประเทศไทยเพื่อนำมาพิจารณาหรือประยุกต์ใช้กับของประเทศไทยนั้น ก่อนอื่นจะต้องทำความเข้าใจในรูปแบบของทั้ง 2 ประเทศว่ามีความคล้ายคลึงและความแตกต่างกันอย่างไร สิ่งใดที่เป็นข้อดี และข้อด้อยของนโยบายประเทศไทยกับประเทศไทยที่ประเทศไทยจะนำมาพิจารณาเป็นกรณีศึกษาสำหรับการวางแผนนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทย

ความคล้ายคลึงกันและความแตกต่างระหว่างสิงคโปร์และไทย

มีพื้นฐานของวัฒนธรรมแบบเอเชีย ในส่วนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เด่นชัดคือมีความกตัญญูตัวเองที่ต่อบรรพบุรุษ บุพการี บิดามารดา มีความรักผูกพันภัยในครอบครัวสูง ผู้อ่อนวัยกว่ามีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เพศหญิงได้รับความคาดหวังในบทบาทการดูแลผู้สูงอายุและเด็ก มีทัศนคติเกี่ยวกับเด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุว่าอ่อนแอด เป็นภาระพึ่งพิง และควรได้รับค่าจ้างแรงงานต่ำกว่าวัยแรงงานเพศชายหรือทำงานที่ไม่เกิดรายได้ เช่น งานเลี้ยงเด็กในครอบครัว งานบ้านต่างๆ เป็นต้น และยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ และเมื่อผู้หญิงมีส่วนร่วมในแรงงานมากขึ้น ทำให้บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เกิดปัญหาผู้สูงอายุขาดการดูแล นอกจากนั้นยังพบว่าอัตราการอยู่ร่วมกับผู้ที่ไม่ใช่ญาติสูงขึ้นด้วย

มีลักษณะทางประชากรที่เป็นปัญหาคล้ายคลึงกัน ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน (ประเทศไทยมีอัตราเจริญพันธุ์รวมหรือTFR = 1.98 สิงคโปร์ = 1.50) ประชากรเป็นโซดเพิ่มขึ้น แต่งงาน เมื่ออายุมาก แต่งงานแล้วมีลูกน้อยจนถึงไม่มีลูกเลยและขนาดครอบครัวที่มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น (สิงคโปร์ ชาย 76 ปี หญิง 80 ปี ไทย ชาย 70 ปี หญิง 75 ปี ในปี ค.ศ. 2001) แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพตามมาด้วยเช่นเดียวกัน โดยเพศหญิงจะประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากกว่าจากโรคเรื้อรัง ปัญหาเศรษฐกิจ และบทบาทที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ

ด้านภูมิประเทศสิงคโปร์มีลักษณะประเทศที่เป็นเกาะท่ามกลางโลกมุสลิม ประเทศไทยกับสิงคโปร์มีขนาดเล็กกว่าไทยประมาณ 780 เท่า (พื้นที่ของประเทศไทย 659.1 ตารางกิโลเมตร ไทย 513,119.5 ตารางกิโลเมตร) ประชากรมีความหลากหลายของเชื้อชาติ ภาษา และศาสนา ปี ค.ศ. 2000 มีจำนวน

ประชากร 4,152,000 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ย 6,299.5 คน ต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร เป็นประเทศอุตสาหกรรมที่ไม่มีทรัพยากรธรรมชาติเลย มีระดับความเป็นเมืองร้อยเปอร์เซ็นต์ ระดับของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมจัดได้ว่าเป็นประเทศพัฒนาแล้ว เป็นประเทศที่เกิดใหม่มีประวัติเพียง 35 ปี มีรัฐมนตรีเพียง 2 คน จาก 1 พรรคร ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นระบบประธานาธิบดี จึงมีสิ่งที่ขาดหายไปในประเทศ เช่น สถาบันการเมืองที่มีความมั่นคง การเมืองที่มีความโปร่งใส การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ฯลฯ ที่ขาดหายไปในประเทศไทย แต่ก็มีความท้าทายอย่างมาก เช่น ภัยธรรมชาติ เช่น พายุไต้ฝุ่น แผ่นดินไหว และภัยทางการเมือง ที่ต้องมีการจัดการอย่างต่อเนื่อง

ในขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่เป็นแผ่นดินใหญ่ตั้งอยู่ท่ามกลางประเทศที่นับถือศาสนาพุทธ มีประชากรจากการสำรวจสำมะโนปี พ.ศ. 2543 จำนวน 60,606,947 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ย 118.1 คน ต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร เป็นประเทศที่มีทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ ร้อยละ 80 ของประชากรเป็นเกษตรกร จึงจัดให้เป็นประเทศเกษตรกรรม มีระดับความเป็นเมืองเพียงร้อยละ 30 เป็นประเทศที่กำลังพัฒนา มีประวัติศาสตร์ความเป็นมาอย่างยาวนานหลายร้อยปี มีการเปลี่ยนผู้นำประเทศบ่อยๆ จึงมีสิ่งที่ขาดหายไป เช่น สถาบันการเมืองที่มีความมั่นคง การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ฯลฯ ที่ขาดหายไปในประเทศไทย แต่ก็มีความท้าทายอย่างมาก เช่น ภัยธรรมชาติ เช่น พายุไต้ฝุ่น แผ่นดินไหว และภัยทางการเมือง ที่ต้องมีการจัดการอย่างต่อเนื่อง

ทั้งหมดที่กล่าวมาทำให้หัน注意力ทั่วไปและนโยบายด้านสุขภาพด้าน เช่น นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในขณะที่มีบางส่วนของแนวคิดยังคงมีความเหมือนกัน นโยบายสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยสิ่งที่ขาดหายไป เช่น ความต้องการด้านสุขภาพ ที่ต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือ จึงต้องมีการร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลและภาคเอกชน ที่ต้องมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

- ให้เกิดความกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียว และความสามัคคีในชาติ อันเนื่องมาจากความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติ การจะดำเนินนโยบายใดๆ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนทุกเชื้อชาติ ทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน (Many Helping Hand)

- ให้ประชาชนในชาติรับผิดชอบต่อตนเองในทุกด้าน สามารถพึ่งตนเองได้ โดยรัฐจะให้ความสนับสนุนช่วยเหลือในส่วนของระบบโครงสร้างพื้นฐานระบบการบริหารงาน หรือเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นโยบายทั้งด้านสุขภาพ ที่อยู่อาศัยและอื่นๆ จะมีลักษณะ "ร่วมกันจ่าย" (Co-payment)

- การดำเนินงานใดๆ จะมีลักษณะ 3 pronged- approach เป็นความร่วมมือระหว่างรัฐ ชุมชน และครอบครัว

- ให้ความสำคัญต่อการใช้เทคโนโลยี และโครงสร้างพื้นฐานที่ดีอยู่แล้วในพื้นที่ที่ขาดแคลน จึงเป็นเรื่องที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานต่างๆ

5. มีการใช้กฎหมายในการแก้ไขปัญหา เช่น Maintenance of Parent Act ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมให้เป็นรูปแบบเดิม ให้เห็นความสำคัญของครอบครัวแบบขยายที่อาศัยอยู่ร่วมกันหลายรุ่น ความเจริญด้านเศรษฐกิจและสังคมส่งผลให้เกิดวิกฤติทางสังคมต่อสถาบันครอบครัวทำให้ครอบครัวแบบขยายมีแนวโน้มลดลง ประชากรไม่นิยมแต่งงานและไม่มีลูก มีความนิยมไปทำงานในต่างประเทศ ผู้สูงอายุจึงขาดผู้ดูแล

สำหรับประเทศไทยโดยสรุปแล้วในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 มีลักษณะแตกต่างจากประเทศไทยสิงคโปร์ และมีข้อสังเกตที่สำคัญดังนี้

1. การคุ้มครองผู้สูงอายุโดยครอบครัวชุมชน ไม่เน้นให้ผู้สูงอายุรับผิดชอบตนเอง เช่น ให้มีความรู้ในการคุ้มครองตนเอง พึ่งตนเองกรณีที่ไม่มีลูกหรือไม่ได้แต่งงาน ไม่เน้นการออมด้วยตนเองตั้งแต่วัยต้น
2. โดยมากด้านการทำงานของผู้สูงอายุไม่ได้ให้ความสำคัญอัตราค่าจ้างและตำแหน่งงานที่มีลักษณะ performance-based ให้มากกว่า seniority-based อาจจะเนื่องมาจากสังคมส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม ไม่มีการเกณฑ์อายุ และมีเพียงส่วนน้อยที่จะได้รับผลกระทบจากการมีรายได้หลังการเกษียณ
3. ไม่ได้ให้ความสำคัญกับสังคมเกษตรกรรมโดยเฉพาะเศรษฐกิจพอเพียง สังคมไทยยังคงมีความเป็นชนบทค่อนข้างมากแต่ได้รับกระแสโลกาภิวัฒน์จนมีความเป็นทุนนิยม และวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น โดยมากไม่เน้นการดำรงชีวิตอย่างสม lokale อดทน อดออม ทำให้ประชาชนไม่รู้จักวางแผนการใช้จ่าย และการเก็บออม ในขณะที่สิงคโปร์มีหน่วยงานที่ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านการเงินสำหรับผู้สูงอายุ

สำหรับนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทยโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทยสิงคโปร์แล้ว พบว่าประเทศไทยไม่ได้ให้ความสำคัญต่อโครงสร้างพื้นฐาน ที่พักอาศัย และการใช้เทคโนโลยีเหมือนประเทศไทยสิงคโปร์ ทำให้หน่วยงานผู้สูงอายุและการคุ้มครองสาธารณะมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกันดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 44 และตาราง 45

จากการศึกษานโยบายการคุ้มครองผู้สูงอายุของประเทศไทยสิงคโปร์ พบว่ามีมาตรการที่น่าจะนำมาพิจารณาให้เหมาะสมกับประเทศไทยได้บางส่วน ในขณะที่มาตรการส่วนใหญ่จะมีลักษณะเพื่อการสร้างสาธารณูปโภค ปรับปรุงที่อยู่อาศัยหรือจัดทำที่อยู่อาศัยให้ เนื่องด้วยข้อจำกัดของพื้นที่และความหนาแน่นของประชากร นอกจากรัฐบาลการต่างๆ ยังมีความพยายามสนับสนุนมาตรการที่มีลักษณะเป็นคนเมือง ในขณะที่ไทยมีความเป็นชนบทยังคงอยู่กับธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่ และนโยบายด้านการเพิ่มอายุ การเกษียณนั้น สำหรับประเทศไทยที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรแล้วไม่คิดว่าจะเป็นปัญหามากนัก

ตารางที่ 44 แสดงการเบรุณพัฒนโนบายผู้ดูแลแห่งชาติ ระหว่างประเทศสังคโปร์และประเทศไทย

ตารางที่ 44 (ต่อ)

สิ่งปฏิกูล	ราย	ราย	บุคลากรในการรักษาพยาบาล กับประเทศไทย
5. พิจารณาทบทวนการวางแผนอ่อง แตะจัดสั่ง เวลาเดือน โกรงตัวร้ายที่อยู่อาศัยระบบมนต์สังไห้ หมายความนี้และรากไม้ในเพลงสำหรับผู้สูงอายุ 6. จัดสถานบริการสุขภาพในชุมชน ครอบคลุมทุกพื้นที่	มีผู้เชี่ยวชาญการบริการด้านสุขภาพ 2 มาตรการรักษาพยาบาล เครื่องมือทางการแพทย์ก่อให้เกิดอันตราย ให้ผู้คนได้รับความปลอดภัย 1 ด้านสุขภาพอนามัยและแผน 2 มาตรการรักษาพยาบาล บริการและครือญาติการเกิดอันตราย	/	/
นิยาม ด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์ เพื่อศูนย์การอนามัยกับผู้สูงอายุที่เข้ามาหล่อรวมไป ไม่ได้ให้ลุกนับริการระดับชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่พำนักพำนักระยะ	ไม่มี ด้านสุขภาพอนามัยและแผน 2 มาตรการรักษาพยาบาล ประกันด้วยสุขภาพ	/	/
มาตรการ	1. ปูปห่วงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด 2. จัดสถานบริการและตั้งรับผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลให้พิเศษ 3. จัดสถานบริการดูแลคน老วัน ถึงจิตนาการ สังคม	2 มาตรการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ป่วย 1 ด้านสุขภาพอนามัยและแผน 2 มาตรการรักษาพยาบาล 1 ด้านสุขภาพอนามัยและแผน 2 มาตรการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วย	มาตราการรักษาพยาบาลครัวซ์ทักษะเกือบหนึ่ง การควบคุมภัย

ตารางที่ 44 (ต่อ)

สิ่งที่ไปรับ	หมาย	หมาย	หมาย	หมาย
				ในการประเมินการประกอบธุรกิจแบบชั้น
4. พัฒนาการบริการสุขาภิบาลคุณภาพอนุชน 5. รักษามาตรฐานการบริการสุขาภิบาลและการฝึกหัด เพื่อพัฒนาในภารกิจและผู้ดูแลฯ 6. ช่วยดำเนินการเริ่มโครงการจ้างค่าเช่าและสุขาภิบาล เช่น การประทับน้ำสุขาภิบาลของกันน้ำวะ หุบเพลลาฟฟ์รูนเมือง	ในแผน 1 ดำเนินสุขาภิบาลแบบเดียวกัน แผน 2 มาตรฐานบริการและเครือข่ายการเก็บหนุน	มาตรฐานบริการและเครือข่ายการเก็บหนุน	/	ชั้นพิจารณาในการประเมินการประกอบธุรกิจแบบชั้น
หมายความด้านที่พิจารณาและกราฟที่ติด วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลฯได้อยู่อาศัยใน ครอบครัวหรือในบริเวณที่ใกล้กัน	แผน 1 ดำเนินสุขาภิบาลแบบเดียวกัน แผน 2 มาตรการ มาตรการ	แผน 1 และแผน 2 มาตรการและเครือข่าย และเครือข่ายการเก็บหนุน	/	ในการประเมินการประกอบธุรกิจแบบชั้น
1. จัดที่อยู่อาศัยและตั้งเงื่อนไขตามที่เหมาะสมกับ ผู้เช่าอยู่ 2. ปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้เช่าอยู่	*/ โครงการรับปรับปรุงพื้นที่ให้เช่าของกรุงศรีฯ */ โครงการ Studio Apartment Scheme */ โครงการรับปรับปรุงสถาปัตยกรรมของผู้เช่าอยู่ */ โครงการขายเพื่อคนงานชั่วคราว*	*/ กรณีในแผน 1 และแผน 2 มาตรการและเครือข่าย และเครือข่ายการเก็บหนุน		

ตารางที่ 44 (ต่อ)

สิ่งปฏิกูล	ไทย	กีฬา	กีฬาพิเศษในกิจกรรมชุมชน	ประเทศไทย
* มีหน่วยงานรับผิดชอบที่พกมาด้วยสำหรับผู้สูงอายุ	บุคคลภายนอก 1 และแผน 2	/	นักเรียนการจัดหน่วยงานรับผิดชอบเกี่ยวกับ ออกแนวความคุ้มครองที่สร้างและทำหน้าที่ มาตรฐาน สำหรับบ้านที่มีผู้สูงอายุอยู่อาศัย เพื่อให้เหมาะสม ประกอบด้วย	
3. วิภากรวางแผน บริหารดูแลบุตรหลานร่วมกัน	บุคคลภายนอก 1 เต็ม 2 แผน 2 มาตรการร่วมบ่มเพาะ/ และเครือข่ายการเกื้อหนุน	/		
4. ให้ความช่วยเหลือและการอบรมครัววิถีเดิมผู้สูงอายุ	แผน 1 เม่นสวัสดิการครุตดห่อแมและยกวิชา แผน 2 มาตรการด้านครรภ์ครัว ผู้ดูแล และการ คุ้มครอง	/		
5. ให้กิติกรรมจุใจในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และฝึกการอาสาดูแลผู้สูงอายุเพื่อนรัก	บุคคลภายนอก 1 เต็ม 2 แผน 2 มาตรการร่วมบ่มเพาะ/ และเครือข่ายการเกื้อหนุน	/		
6. มาตรการช่วยผู้ที่จำnoonของที่อยู่อาศัย และช่วยเหลือ จัดหาทางเลือกด้านการเงินอัมมาน	มีแผน 1 ดำเนินสั�วิธีการตั้งค่าธรรมเนียม 2 มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีท่องเที่ยวอาศัย สถานที่เด็ดขาดที่ปลอดภัยเหมาะสม	/	นโยบายด้านความมั่นคงของรายได้และการทำอาชีว วัฒนธรรมสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีงานทำได้ดีมากที่สุด สามารถทำได้	

ตารางที่ 44 (ต่อ)

สิ่งปฏริต	ราย	ค่ามีอยู่	ค่าพิจารณาในการประยุกต์ใช้
มาตรการ			ประเทศไทย
<p>1. การอบรมความรู้สำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>1.1 จัดการผู้ก่อไข้ในวัยชราซึพ</p> <p>1.2 พัฒนาและปรับปรุงแนวทางการอบรมผู้คนความต้องการของผู้สูงอายุ</p> <p>1.3 เน้นการให้คำแนะนำบริการด้านสุขภาพ งานด้านบริการเพื่อความสามารถในการอ่านและการเขียน</p> <p>1.4 เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งห้องนอน ๆ</p> <p>2. การเพิ่มโอกาสในการใช้งานโดย</p> <p>2.1 ลดจำนวนโภคภัณฑ์ภายในห้องน้ำ</p> <p>2.2 พัฒนาปรับปรุงทักษะพื้นเมืองให้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดทำงานพื้นเมืองตามกิจกรรม</p> <p>2.3 หน่วยการอบรมอาชญาตสำหรับการประกอบธุรกิจเพื่อให้หน่วยงานร่วมกับชุมชน จ้างงานผู้สูงอายุได้</p> <p>2.4 หน่วยการจดทะเบียนและให้หนังานประจำ part-time และงานที่มีลักษณะเวลาการทำงานที่จำกัดอยู่บ้าน</p>	<p>{</p> <p>แผน 1 เน้นการประ同胞อาชีพภายใต้กรอบรัฐธรรมนูญ ในที่สุดควรจะผ่อนปรนเรื่องงานเดชะ ช่วยเหลือด้านเงินทุน</p> <p>แผน 2 อยู่ในมาตรฐานการส่งเสริมด้านการทำางานและ การหารายได้จากการดำเนินงาน /</p> <p>{</p> <p>มีไกด์แผน 1 ดำเนินความมั่นคงของราชอาณาจักรและ การทำางาน ดำเนินการประยุกต์ใช้กฎหมายเดชะ ระยะดูแผนงาน โครงการลักชษณ์การทำงานของผู้สูงอายุไทยที่จะเป็นภาระในอนาคต ไม่นานมีรายได้มีอยู่ ให้มูลนิธิสังคมโลก แต่ในแผน 2 มาตรการส่งเสริมด้านการทำงาน แต่ไม่ได้ลงมาอย่างชัดเจน /</p>	<p>/</p>	<p>ค่าพิจารณาในการประยุกต์ใช้</p>

ตารางที่ 44 (ต่อ)

ลิสโซ่รุ	ภูมิ	ภูมิ	ภูมิ	ภูมิ	ภูมิ
ข้อมูลการประเมินภาระต่อสังคมไทย					
2.5 พาหนะพาณิชย์ภายนอกภารกิจภายนอกอาชญากรรม	ภูมิทั่วไป 2 แผน	/	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย
2.6 เสนอให้ศักยภาพและศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศไทย	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	/	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย
ไม่มีผลกระทบต่อสังคมไทย					
วัตถุประสงค์เพื่อเป็นจ่าภารกิจภายนอกภารกิจภายนอกอาชญากรรม	สำหรับผู้สังเวยภัยทางเพศสัมภាន	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย
มาตรการ					
1. ลดหย่อนภาษีสำหรับบุคคลของเดือนผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย
2. หน่วยงานภาครัฐที่ต้องดูแลเด็กและเยาวชน	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย
2.1 ปรับปรุงระบบดูแลเด็กและเยาวชน	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย
2.2 ยกเว้นภาษีอากรสำหรับเด็กและเยาวชน	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย
2.3 ยกเว้นภาษีอากรสำหรับเด็กและเยาวชน	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ภูมิทั่วไป 1 ล้านบาท เนื่องจากภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย	ประเทศไทยที่มีอิทธิพลต่อภาระต่อสังคมไทย

ตารางที่ 44 (ต่อ)

สิ่งปฏิกูล	ภูมิภาค	ภูมิภาค	ภูมิภาค	ภูมิภาค
3. ส่งเสริมพัฒนาทางด้านการบริหารจัดการ เพื่อ โศรุการเดินமีம்หลังการเกี่ยวกับอาชญากรรม 4. การจัดการศึกษาเรื่องการวางแผนและประเมิน ^๑ นโยบายสร้างสรรค์และป้องกันความทุจริต ^๒ วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันความทุจริตเบื้องหลังและต่อต้าน ^๓ สิ่งปฏิกูล	มีภัยในแผนฯ 1 และแผนฯ 2 มีภัยในแผนฯ 1 และแผนฯ 2	/	/	ประเทศไทยที่การส่งเสริมการประชาธิรัฐ ของบริษัทเอกชนอยู่แล้วและการวางแผน การอบรมทางฯ มีผลกระทบในการร่วมราก ได้ให้มีการยอมรับตามต้องการ
มาตรการ	1. ส่งเสริมความผูกพันภายในครอบครัวให้เป็น ^๔ ครอบครัวแบบมายา 2. ส่งเสริมวัฒนธรรมการยอมรับบ้านถือ ให้เกียรติ ^๕ และผู้ที่อยู่อาศัยอยู่และผู้เชื่องญา ^๖ 3. ให้ผู้ซึ่งอยู่บ้านและอยู่ในบ้านพร้อมดูแลดู ^๗ อย่างมีสุภาพดี	มีภัยในแผนฯ 1 ดำเนินการและจัดทำแผนฯ แผนฯ 2 มาตราการด้านกฎหมายอาชญากรรม ^๘ และการคุ้มครอง		

ตารางที่ 45 เปรียบเทียบแผนการดูแลระยะยาวระหว่างประเทศสิงคโปร์และประเทศไทย

สิงคโปร์	ไทย		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	
A. Residential Long Term Care กรณีที่ต้องพักรักษาตัวหรือ อาศัยอยู่ในสถานที่สำหรับการดูแลระยะยาว ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitals for the Chronically Sick : for long stay patient โรงพยาบาลสำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง 2. Community Hospitals :for rehabilitation after an acute illness โรงพยาบาลชุมชนสำหรับการฟื้นฟูหลังจากเจ็บป่วยเฉียบพลัน 3. Nursing Home สถานอภิบาล 4. Hospices 5. Homes for Dementia Patients สถานพักพื้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลงลืม 6. Cluster Living (or studio apartments) การจัดพื้นที่ที่อยู่อาศัย 7. Jonit HDB-MCDS Housing Projects โครงการที่พักอาศัยในความร่วมมือของ HDB และ MCD 	/	ไม่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ (เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับผู้ป่วยเรื้อรังได้) ไม่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ	
B. Non-Residential Long Term Care สถานที่ดูแลระยะยาวที่ไม่ต้องพักอาศัย ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. Day Rehabilitation Centres ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ 2. Social Day Care Centres ศูนย์ดูแลทางสังคม 3. Day Care Centres for Dementia Patients ศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคหลงลืม 4. Home Care: such as home medical care, home nursing care, home help ศูนย์ดูแลที่บ้าน 	/	มีอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัดลักษณะเป็นตึกผู้ป่วยสำหรับการพำนักระยะ เป็นโครงการนวัตกรรมของสภากาชาด แต่ไม่ประสบความสำเร็จ	

ตารางที่ 45 (ต่อ)

สิงคโปร์	ไทย		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	
C. Community-based Support Services สถานบริการเพื่อคุณและชาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน			
1. Meal Delivery Service บริการจัดส่งอาหารให้ที่บ้าน	/		มีแต่ไม่มีความจำเพาะ
2. Laundry Service บริการซักรีดเดือ๊ฟ้า	/		มีแต่ไม่มีความจำเพาะ
3. Home Modification Service e.g. grab bars, non-slip tiles and leveled floors บริการปรับแต่งบ้านให้เหมาะสม เช่น การติดตั้งราวสำหรับพยุงตัว การติดตั้งพื้นกันลื่นและปรับระดับของพื้น	/		มีแต่ไม่มีความจำเพาะและไม่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ
4. Telephone Hotline Services: for crisis and counseling บริการสายด่วนกรณีวิกฤติหรือให้คำปรึกษาอื่นๆ	/		มีแต่ไม่จำเพาะอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
5. Befriender Service: volunteers matched with lonely elderly for home visits บริการเยี่ยมบ้าน เป็นเพื่อนสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว	/		ดำเนินการโดยองค์กรอาสาและมูลนิธิองค์กรเอกชน
6. Mutual Help Groups :Neighborhood based small groups of about 10-30 Elderly to foster mutual care and concern บริการจัดกลุ่มเพื่อนบ้านกลุ่มเล็กๆ ประมาณ 10-30 คน เพื่อคุ้มครองช่วยเหลือกันและกัน	/		
7. Escort Services: for volunteers to accompany elderly to clinics or hospital บริการจัดส่งคลินิกหรือโรงพยาบาลโดยบริษัทเอกชน	/		เป็นการดำเนินงานของมูลนิธิและเครือข่ายอาสาสมัคร
8. Bereavement and Funeral Service :volunteers offer help to bereaved families for funeral arrangements, and for destitute elderly funeral is arranged บริการจัดงานพิธีศพ ต่างๆ ตลอดจนการฝังศพ	/		เป็นการดำเนินงานของภาคเอกชนแต่ยังไม่ครอบคลุม
9. Alarm Response Service :staff at a voluntary organization in the vicinity บริการระบบเตือนภัยและสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉิน	/		มีลักษณะระบบเฝ้าระวัง เกี้ยวข้องและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เพื่อจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการอยู่ในบ้านเดียวกัน ไม่ได้ต้องเดินทางไปที่ต่างจังหวัด จึงนับเป็นแนวทางที่ดีในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

● นโยบายให้ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

นโยบายนี้ไม่ต้องการให้มีการแยกผู้สูงอายุออกจากสังคมเดิม มีมาตรการการจัดบริการแบบ *One stop service for family* เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ครอบครัวสามารถจะฝ่าฟันภัยและผู้สูงอายุเพื่อให้ศูนย์คุณภาพที่ไปทำงาน ซึ่งเป็นศูนย์ที่ดำเนินการในชุมชนและโดยชุมชนที่อยู่ใกล้บ้าน กิจกรรมในศูนย์สามารถให้ผู้สูงอายุได้คุยกับคนของตนเอง ช่วยเหลือกันเพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในการทำงาน โดยมีอาสาสมัครหรือเจ้าหน้าที่ให้การคุยและช่วยเหลือ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนของตนเอง ในขณะเดียวกันก็สามารถอาศัยอยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข นอกจากนี้จะเป็นการใช้ทรัพยากร่วมกันทั้งบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ช่วยให้ประหยัดงบประมาณด้วย

● นโยบายด้านสุขภาพ

การคุยกับผู้สูงอายุทั้งที่มีสุขภาพดีและทุพพลภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ชุมชน สำหรับประเทศไทยมีขนาดพื้นที่ที่เล็ก จึงมีความเป็นไปได้สูง ประเทศไทยสามารถใช้ประโยชน์จากการวัดน้ำหนักของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน หากชุมชนเห็นความสำคัญของเครือข่ายการคุยกับผู้สูงอายุก็จะประสบความสำเร็จเช่นกัน

● นโยบายที่อยู่อาศัยและการใช้ประโยชน์ที่ดิน

1. มาตรการเงินช่วยเหลือเพื่อการซื้อที่อยู่อาศัยใกล้บ้านผู้สูงอายุ กรณีลูกที่แต่งงานแยกครอบครัว สามารถซื้อบ้านที่อยู่ใกล้หรือบริเวณที่ไม่ไกล หมายความว่าในเขตเมืองเป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่ต้องการมีบ้านเป็นของตนเองสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น ในขณะที่คุยกับผู้สูงอายุได้ด้วย

2. มาตรการทางกฎหมาย *Home for the Aged Act* มีการออกพระราชบัญญัติเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และให้มีหน่วยงานรับผิดชอบควบคุมคุณภาพและอนุญาตการสร้างบ้านสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ หรือครอบครัวที่มีการปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมทุกวัย รวมทั้งการตกแต่งภายในและการจัดสิ่งแวดล้อมภายนอกให้เหมาะสม

2.1 ออกแบบให้เหมาะสมกับทุกวัย สามารถอาศัยด้วยกันอย่างปลอดภัย

2.2 ออกแบบให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ กรณีที่อาศัยอยู่ต่ำลำพัง หรืออยู่กับคู่สมรสสวัสดิ์เดียว กันและไม่มีลูกหรือญาติอื่นๆ

2.3 ออกแบบให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุที่ทุพพลภาพแต่ละด้าน เช่น ขาพิการ ตามองเห็นไม่ชัด เป็นต้น

2.4 จัดหาทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุให้มีความหลากหลาย เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่ต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน อาจจะจัดในรูปแบบหมู่บ้านสำหรับผู้เกียจอยากริบเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาที่แตกต่างกันสามารถเลือกที่จะใช้ชีวิตในบ้านปลายอย่างที่ต้องการ

2.5 พิจารณาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง ทั้งที่อยู่คนเดียวและที่อยู่กับครอบครัวและไม่สามารถมีบ้านของตนเองได้

● นโยบายเรื่องรายได้และจ้างงาน

1. เริ่มจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติทั้งผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป กระตุ้นสร้างเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุได้รู้ถึงศักยภาพของตนเองว่าสามารถทำงานต่อไปได้ รวมทั้งลูกหลาน ผู้จ้างงาน ให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องที่น่าอายหรือน่าสงสาร โดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต้องมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนทัศนคตินี้

2. ให้มีหน่วยงานที่สามารถให้คำปรึกษาเรื่องการทำงานหลังเกษียณอายุ จัดงานที่เหมาะสมให้ในชุมชนใกล้บ้าน และช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการในการทำงาน การออมเงินและการเสียภาษีต่างๆ

3. จัดให้มี **Skill Retraining Fund** และ **Lifelong Learning Fund** เพื่อเพิ่มทักษะการทำงานตลอดจนการเรียนรู้ในการดำรงชีวิตในช่วงวัยสูงอายุ โดยกองทุนนี้จะจัดการอบรม จัดทำบุคลากร ปรับหลักสูตรการสอนให้เหมาะสมกับความต้องการตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไป และตามความสนใจและวิชาการใหม่ๆ ที่มีอยู่

● นโยบายด้านการเงิน

1. มาตรการ **Takes charge and start early** ให้ประชาชนวัยแรงงานที่มีงานทำ และประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำ เช่น เกษตรกร ผู้ประกอบอาชีพอิสระ รู้จักการจัดสรรเงินและเก็บออม โดยเริ่มตั้งแต่เนื่นๆ ลดหย่อนภาษีให้กับผู้อุปการะดูแลผู้สูงอายุซึ่งรวมทั้งญาติผู้ใหญ่อื่นๆ เช่น ป้า น้า อา หรือคุณสมรสสูงอายุและทุพพลภาพ

2. มาตรการการช่วยเหลือครอบครัวเพื่อจัดงานศพตามประเพณี กรณีที่ครอบครัวรายได้น้อยให้คำปรึกษาและให้ชุมชนเข้ามาดูแลช่วยเหลือกัน เพราะบางครั้งความต้องการของครอบครัวไม่ใช่กรณีเงินอย่างเดียว ซึ่งอาจจะได้จากการเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม หรือลูกค้าที่ต้องการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและต้องสูญเสียเงินไปกับพิธีกรรมมากกจนเกินความจำเป็น

3. ทบทวนกองทุนต่างๆ ที่มีอยู่ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ทุกกลุ่มอาชีพ
4. มาตรการกองทุนสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีการเก็บเงินจากผู้สูงอายุ แล้วนำเงินนั้นไปลงทุนเพื่อให้เกิดดอกผล และมีเงินปันผลให้โดยไม่ต้องนำมาคิดภาษี

● นโยบายการสร้างความสามัคคีและจัดความขัดแย้งระหว่างรุ่นประชากร

1. มาตรการส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการสร้างครอบครัวที่ประกอบด้วยพ่อแม่ลูกและปู่ย่าตายาย เพราะแนวโน้มของประชากรที่เป็นโสดเพิ่ม การหย่าร้างสูง และคู่สมรสที่ตัดสินใจไม่มีบุตรเพิ่มขึ้น
2. มาตรการสร้างความเข้มแข็งความผูกพันระหว่างเพื่อนบ้านในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมือง เพื่อให้ชุมชนได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในชุมชนที่มีต่อเด็ก สตรี และผู้สูงอายุ
3. มาตรการการเตรียมตัวเพื่อวัยสูงอายุ (Mutual Help Aged) โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีครอบครัวต้องเริ่มหาน้ำเครื่องข่ายที่จะดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวโดยหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินมาตรการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มาตรการระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- ควรจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับผู้สูงอายุทุกคนโดยไม่ต้องให้ความสำคัญต่อนัตรประจำตัว และควรลดขั้นตอนที่ยุ่งยากต่างๆ นอกจากนั้นให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับบริการสุขภาพได้ตามความต้องการ

ในด้านสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่านั้น การใช้บัตรผู้สูงอายุนอกรากจะเสียเงินประมาณส่วนหนึ่งไปกับการดำเนินการและบริหารจัดการจำนวนมากแล้ว พนักงานผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในบริเวณที่เจ้าหน้าที่สามารถเข้าไปพบได้ เช่น ในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยาก จะไม่ได้รับบัตรและไม่สามารถใช้บริการนี้ได้ ปัญหาการลงทะเบียนบัตร ทำบัตรหาย ทำใหม่ไม่ได้รับบริการและมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ดังนั้นจึงควรให้บริการในส่วนนี้แก่ผู้สูงอายุทุกคนโดยไม่ต้องคำนึงถึงบัตร นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในพื้นที่ก็ยังรู้จักคุ้นเคยกับประชาชนในพื้นที่ เป็นอย่างดี จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องแสดงบัตร และควรจะให้บริการทุกรายไม่ยกเว้นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เพราะกลุ่มนี้อาจจะสามารถจ่ายได้แต่ก็ต้องจ่ายก่อนแล้วเบิกคืนภายหลัง และในกรณีที่ทุพพลภาพหรืออาศัยอยู่ในที่ห่างไกลอาจจะยากลำบากในการเดินทางไปทำการเบิกจ่ายด้วยตนเองบ่อยๆ

มาตรการส่งเสริมเอกชนจัดสินค้าและบริการด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมให้ภาคเอกชนจัดทำสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ ราคาอยู่ต่ำธรรมดากล่าวได้เจ้ายาไปได้การดูแล ควบคุม และกำกับของภาครัฐ

ภาคธุรกิจควรให้ความสำคัญต่อการผลิตสินค้าและบริการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้ง生理 ความต้องการ จิตวิทยา และความชอบไม่ชอบที่ต่างจากวัยอื่น โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบให้คำปรึกษาแนะนำตลอดจนควบคุมคุณภาพให้เหมาะสม รวมทั้งราคาอยู่ต่ำธรรมดากล่าวได้เจ้ายาไปได้การดูแล ควบคุม และกำกับของภาครัฐ สถานที่จำหน่ายให้สะดวก ง่ายสำหรับผู้สูงอายุที่จะหาซื้อ ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาวิจัยด้านการตลาดเป็นพื้นฐานในการผลิต เช่น อาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจ เบาหวาน เครื่องออกกำลังกาย บริการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เป็นต้น

มาตรการด้านการเงินและภาษี

- ส่งเสริมให้ทั้งภาครัฐและเอกชนประสานงานกันในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุด้วยอัตราพิเศษหรืออัตราผู้สูงอายุ เช่น ค่าที่พัก ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าเดินทาง ค่าฝึกอบรม ค่าบริการการกีฬา การเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น โดยจูงใจด้วยการให้ลดหย่อนภาษีให้ภาคเอกชนที่มีส่วนช่วยสังคมและประเทศ

มาตรการระบบการบริการชุมชนโดยชุมชนเป็นฐาน (Community based care)

- ให้หน่วยงานระดับชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนงานและโครงการต่างๆ ตามปัญหาของพื้นที่ การวางแผนงานต่างๆ ควรจะให้ชุมชนมีส่วนร่วมให้มากขึ้น ในบริบทหนบทกันเมืองจะมีความแตกต่างกันค่อนข้างสูง โดยเฉพาะสำหรับพื้นที่ห่างไกลพบว่านโยบายการหรือแผนงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ของชาวบ้าน ผู้สูงอายุในชนบทมักจะอาศัยในส่วนในไร่ที่ห่างไกลชุมชน ผู้สูงอายุเหล่านี้จะกระจายกันอยู่ทั่วประเทศ หน่วยงานในพื้นที่จะทราบปัญหาต่างๆ ได้ดี และสามารถวางแผนเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของนโยบายได้ดีกว่ามาตรการที่มาจากส่วนกลาง

- การวางแผนงานต่างๆ ควรจัดแบ่งเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามวัย เพศ เขตเมือง เขตชนบท และตามปัญหา เช่น กลุ่ม young-old, old-old หรือ oldest-old เป็นต้น เนื่องจากในวัยสูงอายุองค์ประกอบมีความแตกต่างกันอันเนื่องมาจากสรีระหรือข้อจำกัดด้านร่างกาย นอกจากนั้นยังมีความไม่เท่าเทียมกันในด้านเพศ เศรษฐกิจสังคม ชนชั้นที่ยังคงปราฏอยู่ เช่น เพศหญิง ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ควรให้ความสำคัญตามลำดับของความรุนแรง ขนาด และผลกระทบของปัญหาที่เกิดขึ้นต่อนุคคลและสังคม

● ส่งเสริมโครงการเศรษฐกิจพอเพียงแก่ทุกวัย รวมทั้งผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงทุกพื้นที่ ทำให้กระแสวัฒนธรรมและความต้องการความหลากหลายเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนบางครั้งเกินความจำเป็นและเกินศักยภาพของตน ดังนั้นจะพบว่าผู้สูงอายุในชนบทปัจจุบันมีความต้องการดาวเทียมเครื่องซักผ้า เตาไมโครเวฟ ทั้งเพื่อให้หัดเที่ยวน้านอ่นๆ และเพื่อแสดงฐานะและศักยภาพของลูกหลาน จึงควรจะเริ่มสร้างค่านิยมที่ไม่เน้นความสำคัญด้านวัตถุและอยู่อย่างพอเพียงดังต่อไปนี้

นอกจากนั้น ไม่ควรส่งเสริมให้มีบริการซื้อสินค้าเงินผ่อนหรือสวัสดิการเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำๆ นอกเหนือจากความจำเป็นขั้นพื้นฐานจนมากเกินไป

● การจัดชุมชนผู้สูงอายุในระดับชุมชนและเน้นด้านคุณภาพมากกว่าปริมาณ โดยชุมชนและเพื่อชุมชนมากกว่าที่จะจัดตั้งเฉพาะในโรงพยาบาล นอกจากนั้นชุมชนในพื้นที่ที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุยังด้อยโอกาสทั้งในสิทธิการรักษาและการเข้าร่วมกิจกรรม การจัดตั้งชุมชนจึงไม่ควรเน้นที่ปริมาณความมีการมุ่งเน้นที่คุณภาพ ควรจัดกิจกรรมในชุมชนที่เกิดประโยชน์แก่ชุมชนและผู้สูงอายุ เพราะหากน้อยไปอย่างในแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 1 พบว่าจำนวนชุมชนผู้สูงอายุบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้แต่ยังขาดด้านคุณภาพ แผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 จึงควรเน้นเรื่องคุณภาพและขยายขอบเขตไปในชุมชน ควรมีการประเมินผล และจัดรางวัลให้แก่ชุมชนที่ดำเนินกิจกรรมดีเด่น และให้มีการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนระหว่างชุมชน

● การจัดหน่วยเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล ยกแก่การเข้าถึง โดยผสานระหว่างการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ให้ปรับปรุงหน่วยที่มือญี่เล็กให้ครอบคลุมพื้นที่ให้มากที่สุดและมีคุณภาพ

● เพิ่มศักยภาพของหน่วยงานในชุมชน และระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ โดยการจัดอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณ ให้เหมาะสม

มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

● ปรับปรุงระบบการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต ด้วยการสอดแทรกในหลักสูตรการเรียน การสอนที่เริ่มตั้งแต่ปฐมวัย ต้องบูรณาการทุกสาขา เช่น อารச์วันมาย สารานุกรมสุข ลิงแวดล้อม สังคมฯลฯ เพราะเป็นเรื่องที่มีหลายมิติ การสร้างหลักสูตรจึงต้องมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกันทุกระดับชั้น และครูผู้สอนจะต้องมีความเข้าใจและให้ความสำคัญ มีการประเมินผลการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ เนื้อหาหลักสูตรในโรงเรียนเอกชนและรัฐบาลต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนั้นต้องต่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อโทรทัศน์ปัจจุบันพบว่ามีอิทธิพลต่อการเรียนรู้สูงกว่าการบอกเล่าด้วยคำพูดของครู จึงน่าที่จะพิจารณาจัดการเรียนการสอนโดยสอดแทรกผ่านสื่อโทรทัศน์ ซึ่งจะเป็นการดี เพราะจะเข้าถึงเป้าหมายทุกกลุ่มอายุ

มาตรการการวิจัย-ศึกษา-อบรม และสร้างฐานข้อมูลเพื่อการกำหนดนโยบายและสวัสดิการ

- การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มีอยู่ โดยเฉพาะฐานข้อมูลจากทะเบียนรายภูร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เพื่อให้ทราบชื่อผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย ประกอบการดำเนินงาน การติดตาม และการประสานงานระหว่างหน่วยงานในระดับชุมชน ให้ง่ายและสะดวก
- จัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ในแต่ละมาตรการมีหน่วยงานรับผิดชอบหลายหน่วยงาน ซึ่งจะทำให้เกิดความยุ่งยากและอาจจะล่าช้าในการประสานงาน ควรที่จะจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบหลักโดยเฉพาะที่จะเป็นผู้ประสานงานและเพื่อให้งานครอบคลุมทุกด้าน
- ประเด็นสิทธิผู้ป่วย นโยบายในอนาคตควรจะมีประเด็นสิทธิเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล โดยมีกฎหมายคุ้มครองการตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาล การตัดสินใจว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือไม่
- การประเมินผลแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 หน่วยงานรับผิดชอบควรที่จะพิจารณาตัวชี้วัดต่างๆ ที่มีในแผนฉบับที่ 2 ว่าครอบคลุมการวัดทั้งหมดและสามารถวัดหรือประเมินได้จริงหรือไม่ โดยข้อใดให้มีการประเมินแผนตามระยะเวลาที่กำหนดโดยอย่างจริงจัง และมีการเผยแพร่ผลการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา และเพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการวางแผนระยะยาวหรือแผนงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป เช่นแผนแม่บท 5 ปี

มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่สะดวกและปลอดภัย

- ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ โดยจะต้องพิจารณาตามความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ เช่นในบางภาคนิยมสร้างบ้านให้ถูกสูงและมีบันไดสูง ควรให้ปรับเปลี่ยนเป็นบันไดมีที่พักเป็นระยะ ในห้องน้ำควรปูพื้นแบบกันลื่น ควรติดตั้งราวสำหรับจับพยุงส่วนครัวใช้แบบโถนั่ง การจัดแสงไฟภายในบ้านจะต้องเพียงพอ กับการมองเห็น รวมทั้งความปลอดภัยอื่นๆ เช่น การเก็บสารเคมี อุปกรณ์จำเป็นต้องมีต่างๆ เพื่อความปลอดภัยภายในบ้านสำหรับทุกวัยด้วย

มาตรการสถานบริการสุขภาพเรือรังสำหรับผู้สูงอายุ

- การจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตให้เพียงพอ กับความต้องการ ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และจะเพิ่มขึ้นตามวัย เช่น ความเสื่อมของสายตา ผู้สูงอายุในอนาคตที่เพิ่มจำนวนนี้ย่อมต้องการเครื่องช่วยการฟัง แหวนสายตา เครื่องช่วยการดำรงชีวิตอื่นๆ เช่น ไม้เท้า เก้าอี้ล้อเลื่อน ฯลฯ เพิ่มขึ้นด้วย ควรจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือกรณีผู้สูงอายุที่ยากจน ทุพพลภาพ และไม่มีผู้ดูแล

สรุป

จากการศึกษาโดยนายของประเทศไทยสิงคโปร์ เพื่อหาแนวทางในการนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทย ซึ่งคาดว่าจะประสบปัญหาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเช่นเดียวกัน ในบางบริบทที่มีความเหมือนกันคือพื้นฐานด้านจิตใจ วัฒนธรรม ในขณะที่มีความแตกต่างของความเป็นอยู่ สังคม และเศรษฐกิจอย่างมากนั้น โดยนายสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยจึงมีความหมายเหมือนกับประเทศไทยที่มีความเจริญ มั่งคั่งด้านเศรษฐกิจ และเป็นนโยบายที่มีเบื้องหลังที่เกิดจากความตระหนักในด้านปัญหาอย่างแท้จริง และเป็นความร่วมกันคิดเพื่อเสนอแนวทางการกำหนดให้เป็นนโยบาย ลักษณะของแนวคิดเป็นระบบและขั้นตอนที่ดี เน้นความรับผิดชอบส่วนบุคคล และแต่ละมาตรการจะให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือการเพิ่มความเข้มแข็งของสิ่งที่ดีอยู่แล้วให้คงไว้ เช่น สถาบันครอบครัวที่ยังคงมีความเข้มแข็งมากอยู่ และวัฒนธรรมแบบชาวเอเชีย ทั้งความกตัญญูกตเวที ความเมี้ยนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้คือกระบวนการ ได้นำมาเสริมให้มาตรการต่างๆ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นทั้งนโยบายสำหรับผู้สูงอายุและแผนการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long term care) จึงนับได้ว่าเป็นนโยบายและแผนงานที่ดี ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยในอนาคตที่จะก้าวเข้าไปสู่การเป็นประเทศพัฒนาชั้นเดียวกับประเทศไทยสิงคโปร์

ในส่วนนโยบายของประเทศไทยนับได้ว่าเริ่มมีนานานกว่าประเทศไทยสิงคโปร์ หากศึกษาจากบทความและเอกสารต่างๆ แล้ว พนว่าส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุของสหประชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2521 แต่แผนงานระยะยาวเริ่มประกาศใช้เป็นทางการในปี พ.ศ. 2525 อันเนื่องมาจากขณะนั้นประเทศไทยยังไม่ประสบปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรนโยบายของประเทศไทยจึงไม่ได้เกิดจากปัญหาแต่เกิดจากนโยบายของสหประชาติ นอกจากนี้การวางแผนระยะยาวฉบับที่ 1 ยังมีลักษณะที่วางแผนโดยบนระดับประเทศที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ไม่ได้มีการกำหนดแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดต่างๆ นอกจากราชการมีสถาบันการศึกษางแห่งที่ทำการวิจัยโดยสร้างตัวชี้วัดขึ้นเพื่อทำการศึกษา โดยสรุปแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 1 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์เท่าที่ควร โดยเฉพาะการจัดบริการต่างๆ ที่ได้เพียงปริมาณแต่ไม่มีคุณภาพ สำหรับแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 ที่จะเริ่มในปี พ.ศ. 2545 นี้ คุณทำางานมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้มีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องและฐานข้อมูลที่ดี มีประโยชน์อยู่มาก และได้กำหนดตัวชี้วัดในแต่ละมาตรการ ไว้ล่วงหน้า ดังนั้นแผนฉบับที่ 2 นี้จะมีประสิทธิภาพมากกว่าฉบับแรก และจะเป็นแนวทางในการวางแผนระยะต่อไป ร่วมกันนโยบายจากประเทศไทยอื่นๆ ที่เริ่มให้ความสำคัญเช่นกัน

วิเคราะห์นโยบายผู้สูงอายุประเทศไทย

เมื่อเปรียบเทียบนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทยกับประเทศชาติอื่นๆ พบร่วมกันและหลายส่วนที่เหมือนกันและหลายส่วนที่ต่างกัน

1. นโยบายกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ

1.1 ประเทศไทยมีนโยบายดีเด่นในการประสานงานระหว่างหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 4 หน่วยงาน คือ Elderly Commission (EC), Social Welfare Department (SWD), Department of Health (DH) และ Hospital Authority (HA)

1.2 ส่วนประเทศไทยแม้จะมีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ คือ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสพ.) ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงาน 3 ฝ่าย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรี (กสส.) กองสวัสดิการสังเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องของเอกสารภาพและการดำเนินการตามภารกิจ เพราะทั้งสองหน่วยงานหลัก คือ กองสวัสดิการสังเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติกลับจะต้องมีส่วนในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการติดตามและการประเมินผลได้

2. การบริหารงบประมาณ

ประเทศไทยมีโครงการกองทุนสมทบ (Mandatory Provident Fund) โดยให้ประชาชนออมด้วยวิธีการสมทบเงินประมาณ 1-2 เบอร์เซ็นต์ของรายได้ เพื่อใช้จ่ายในด้านสุขภาพและการประกันเพื่อการดูแลในระยะยาว โดยเริ่มดำเนินการไปแล้วเมื่อปี ค.ศ. 2001

สำหรับประเทศไทยการสร้างหลักประกันสุขภาพและการให้การสังเคราะห์แก่ผู้สูงอายุจะอกร่างในรูปของการรักษาพยาบาลโดยมีต้องเสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข และผ่านโครงการส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน โดยมอบเงินยังชีพ 300 บาทให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางด้านการเงิน ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงแรงงานและ สวัสดิการสังคม

จะเห็นว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยก็มีความคล้ายคลึงกัน คือเปลี่ยนจากการที่รัฐเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายด้วยวิธีการสมทบ

เงินเข้ากองทุนประมาณร้อยละ 1-2 ของรายได้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และร้อยละ 1-2 ของรายได้เพื่อเป็นสวัสดิการเมื่อยามสูงอายุ นับเป็นบริการที่ดีและนาทีจะนำมาใช้กับประเทศไทยได้ เพราะอนาคตเมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น ระยะเวลาที่อยู่ในวัยสูงอายุก็จะมากขึ้น รัฐจะต้องจ่ายงบประมาณจำนวนมหาศาลในการดูแลผู้สูงอายุ หากส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออมเงินตั้งแต่ยังอยู่ในวัยแรงงาน เพื่อเป็นหลักประกันทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิการในช่วงวัยสูงอายุ ก็จะเป็นการลดภาระของรัฐลงอย่างมาก

3. การให้การดูแลระยะยาวในประเทศไทย จะมีความเหมือนกันในด้านการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุใน 2 ส่วน คือ การให้การดูแลที่บ้านและชุมชน และการให้การดูแลในสถานบริการ แต่จะมีรายละเอียดปลีกย่อยของบริการแต่ละประเภทแตกต่างกัน

1. การให้การดูแลที่บ้านและชุมชน (Home and Community Care)

ในประเทศไทย การให้บริการจะมีหลายระดับ ทำให้มีความครอบคลุม และตรงกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุในการใช้บริการมากกว่าของประเทศไทย บริการการดูแลที่บ้านและชุมชนของประเทศไทยประกอบด้วย

- 1.1 Community Geriatric Assessment Team
- 1.2 Community Nursing Service
- 1.3 Day Care Centre
- 1.4 Home Help Team, Home Care Team, Meal Service Team
- 1.5 Carers' Support Centre
- 1.6 Day Care Centre for Demented Elderly
- 1.7 Day Respite Service

ส่วนการดูแลที่บ้านและชุมชนของประเทศไทย ประกอบด้วย

1.1 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน (Day Care Centre)

ซึ่งเป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ให้บริการด้านการดัดกรอง การตรวจ และรักษาทางการแพทย์ พร้อมทั้งให้คำปรึกษา จัดกิจกรรมสันทนาการ และคลินิกเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ภายในระยะ 5 กิโลเมตรจากศูนย์ ซึ่งปัจจุบันมีทั้งสิ้น 18 ศูนย์ ที่ดำเนินการโดยกรมประชาสงเคราะห์

1.2 ศูนย์อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Formal Caregiver Centre)

มีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้แก่ครอบครัว บางแห่งดำเนินการโดยภาคเอกชน ซึ่งมีข้อดีอยู่ในด้านมาตรฐานการให้บริการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากผู้อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ และใช้เวลาในการอบรมสั้น ทำให้ผู้ดูแลตั้งกล่าวมีความรู้ความสามารถในการให้บริการ

1.3 Health Outreached Service

เป็นการให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และโครงการบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งบริการเหล่านี้จะมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ป่วยในชุมชน แต่โครงการบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) จะบริการไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด และไม่มีการฟื้นฟู หรือการเฝ้าระวังและส่งเสริมรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ มีเพียงการให้การรักษาสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น นอกเหนือนี้จากการสำรวจเพื่อประเมินบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของรัฐยังพบว่ามีผู้สูงอายุไม่ถึง 1 ใน 3 ที่เคยมีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมที่บ้าน

2. การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ (Residential Care) ของประเทศไทย

สถานบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำไปสู่ระดับที่สูงขึ้น ได้แก่

- **Elderly Hostel** เป็นการจัดสถานบริการที่มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้
- **Aged Home** เป็นการจัดการดูแลในเรื่องอาหารและกิจวัตรประจำวันบางอย่าง สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพยาบาลเล็กน้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในบางกิจกรรม
- **Care and Attention Home** เป็นการจัดการดูแลเช่นเดียวกับ Aged Home ในผู้สูงอายุที่ป่วยและพิการ
- **Nursing Home** เป็นการจัดสถานบริการให้พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- **Infirmary** เป็นการให้การรักษาพยาบาลทั้งร่างกายและจิตใจในโรงพยาบาล

ส่วนการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ (Residential care) ของประเทศไทย ประกอบด้วย

1. **บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential Home)** หรือบ้านพักคนชรา เป็นบริการที่รัฐจัดให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีบ้าน ไม่มีครอบครัวหรือญาติที่จะอาศัยอยู่ด้วย หรือไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข แต่มีข้อจำกัดที่ผู้สูงอายุต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ และไม่ต้องการการพยาบาลใดๆ บริการนี้ครอบคลุมเรื่องอาหาร ที่พัก เสื้อผ้า และเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ รวมไปถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การฝึกอาชีพ กิจกรรมสันทนาการ ยารักษาโรค การบริการทางสังคมอื่นๆ

บ้านพักคนชราแห่งแรกของไทย คือ บ้านพักคนชราบ้านบางแคร ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2499 เป็นบ้านพักคนชราของรัฐ ดำเนินการโดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปัจจุบันมีอยู่ประมาณ 20 แห่งทั่วประเทศ นอกจากบ้านพักคนชราของรัฐแล้ว ยังมีบ้านพักคนชราที่ไม่ใช่ของรัฐอีก 7 แห่ง ใน 7 จังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่บริหารโดยองค์กรทางศาสนาหรือองค์กรที่ไม่ได้หวังผลกำไร บ้านพักคนชราที่มีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่จึงเป็นบริการที่มีเงินเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจน และไม่มีที่พักอาศัย

2. สถานพยาบาล (Nursing Home)

สถานพยาบาลเป็นการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่สุขภาพอ่อนแอ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนการครองเตียงในโรงพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาว การบริการดังกล่าวจะช่วยลดภาระของครอบครัวในประเทศไทยมีสถานพยาบาล (Nursing Home) ทั้งสิ้นจำนวน 10 แห่ง (จากข้อมูลของกรมประชาสงเคราะห์) ที่ให้การฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลางและระดับสูง

ในส่วนของบริการในสถานดูแลนั้น (Residential Care) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ แล้ว พบว่า ประเทศไทยมีประเภทของ Residential Care ที่จำแนกการให้บริการไว้หลายระดับตามความเหมาะสมหรือความจำเป็นของผู้สูงอายุมากกว่าของประเทศไทย ในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย มีสถาบันดูแลผู้สูงอายุ (Resident Home / Home for Older Person) ที่ให้บริการเฉพาะผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ และสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลในภาคเอกชน ดังนั้นประเทศไทยจึงกำลังก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ จึงควรที่จะพิจารณาว่า ควรที่จะเพิ่มสถานบริการบางประเภทเพื่อให้เกิดความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นหรือไม่ เช่น สถานบริการที่ให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวระยะยาวในโรงพยาบาล แม้สังคมไทยในปัจจุบันยังคงมีค่านิยมในการเลี้ยงดูพ่อแม่ และมีความเคราะห์ผู้สูงอายุ แต่เมื่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลงไป ต่างก็ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ สถานบริการประเภทนี้จึงเป็นสิ่งที่พอกจะช่วยได้ และน่าจะเป็นที่ต้องการเพิ่มมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ส่วนสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลภาคเอกชนควรมีการควบคุมให้มีมาตรฐาน หรือมีนิยามาตรฐาน หรือมีนิยามาตรฐานที่ชัดเจน และรัฐควรมีกฎหมายเข้ามาควบคุมการดำเนินงาน หรือเข้ามาระบุการดำเนินการเองบ้าง เพราะความต้องการของสถานบริการประเภทนี้ในอนาคตจะมีมากขึ้นเช่นกัน

สำหรับศูนย์อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Formal Caregiver Center) ที่มีในประเทศไทยนั้น ภาครัฐ ควรจะเข้ามาควบคุมในเรื่องมาตรฐานการบริการ เนื่องจากสถานบริการประเภทนี้ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเอกชน ซึ่งคิดถึงผลกำไรเป็นหลัก ผู้ประกอบการไม่มีความรู้ในด้านนี้โดยตรง หรือให้การบริการที่ไม่มีคุณภาพ ความมีกฏหมายในการกำหนดจำนวนและคุณสมบัติผู้ดูแล รวมถึงมาตรฐานการดูแลในสถานบริการประเภทนี้

นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยหรือได้เพียงบางส่วน ควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแล โดยมีหน่วยเฉพาะในโรงพยาบาลที่เคยให้การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคตามความเหมาะสม เช่น การให้อาหารทางสายยาง การขับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้ หากได้รับการอบรมที่ถูกหลัก ก็สามารถที่จะไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ

4. การให้บริการสังคม (Social Service)

ประเทศไทยมีการให้บริการทางสังคม 3 รูปแบบ ได้แก่

1. Social Centres for the Elderly (SEs) จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยมีกิจกรรมทางสังคม สันทานการ และให้บริการที่เรียกว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life long learning) เช่น การเรียนให้อ่านออกเขียนได้ และการเรียนในสิ่งที่สนใจ
2. Multi-services Centres for the Elderly (MEs) เป็นศูนย์ที่รวมการให้บริการหลายรูปแบบไว้ด้วยกัน เช่น การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างคนต่างวัย การมีอาสาสมัครเข้าไปช่วยเหลือที่บ้าน การไปเยี่ยมผู้ป่วย การจับคู่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีกับผู้สูงอายุที่สุขภาพอ่อนแอ ศูนย์บริการแบบนี้มีอยู่ในประเทศไทยส่องกงประมาณ 34 ศูนย์ด้วยกัน
3. The Day Care Centres for Elderly (DEs) เป็นศูนย์ที่ให้บริการผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอ่อนแอกลั่นกลางสามารถอยู่ที่บ้านได้ โดยมีบริการต่างๆ ให้ในช่วงกลางวัน เช่น การทำอาหาร การให้ยา และการอาบน้ำ การให้ยาในการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ขณะนี้มีศูนย์บริการประเภทนี้อยู่ในประเทศไทยส่องกงประมาณ 38 แห่ง

ปัจจุบันมีการรวมบริการทั้ง 3 ประเภทดังกล่าว ให้เป็นศูนย์บริการผู้สูงอายุที่มีการบริการหลากหลาย ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์สูงต่อผู้สูงอายุและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุด้วย การรวมการบริการทั้ง 3 ประเภทนี้ ถือเป็นหลักของการบริการเพื่อยกระดับการดูแลที่บ้านและกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ห่างไกล ซึ่งการให้บริการสังคมในรูปแบบดังกล่าวในประเทศไทย แม้ว่าจะมีการเริ่มในแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 แต่ยังไม่มีการดำเนินการเป็นรูปธรรม หากมีการดำเนินการก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุไทย

ข้อเสนอแนวทางด้านสังคมสำหรับประเทศไทย บทเรียนจาก 4 ประเทศในเอเชีย

จากการศึกษาสังเคราะห์นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติและแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 4 ประเทศเพื่อนบ้านในแอบนเอเชียด้วยกันนั้น พอจะสรุปเป็นข้อเสนอแนวทางด้านสังคมสำหรับประเทศไทยได้ใน 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับบุคคล

- 1.1 การพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตตั้งแต่วัยเยาว์ในทุกๆ ด้านนั้น จะเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
- 1.2. การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตัวเองได้ และอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นให้น้อยที่สุด เป็นสิ่งที่ต้องรับดำเนินการ
- 1.3 ต้องเปลี่ยนทรรศนะการพึงหวังจากบุตร ให้เป็นการพึง眷องมากที่สุด
- 1.4 ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น
- 1.5 สร้างค่านิยมที่ไม่เน้นความสำคัญด้านวัตถุ นอกเหนือจากความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และอยู่อย่างพอเพียงตั้งแต่วัยเด็ก

2. ระดับครอบครัว

- ครอบครัวยังคงเป็นพื้นฐานสำคัญในด้านการดูแลผู้สูงอายุ
- แม่ปัจจุบันจะมีบุตรน้อยลงแต่ต้องล่าส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน
 - ส่งเสริมนุตรให้การดูแลบิความร่าด
 - เสริมสร้างความกตัญญู

3. ระดับชุมชนและสังคม

- 3.1 บูรณาการผู้สูงอายุให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและสังคม เสริมสร้างความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อผู้สูงอายุ
- 3.2 โครงสร้างพื้นฐานทางสังคมต้องมีแผน เช่น ตั้งเกณฑ์ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 มีสุขภาพดี
- 3.3 เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีแก่ผู้สูงอายุ เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบคมนาคม การเดินทางไปรับบริการสุขภาพ

- 3.4 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่สามารถทำงานได้ ทำต่อไปเท่าที่สามารถจะทำได้ เพราะผู้สูงอายุไม่ใช่ผู้ที่ไร้ความสามารถหรือทำอะไรไม่ได้
- สำหรับผู้สูงอายุในเมือง ควรจัดหางานที่เหมาะสม ให้ทำ จัดสรรเวลา และค่าตอบแทนที่เหมาะสม ให้เก่าผู้สูงอายุ
 - ลดการจ้างแรงงานต่างชาติ
- 3.5 ส่งเสริมการจ้างงานและสร้างงานในท้องถิ่น ลดการย้ายถิ่น ให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน
- 3.6 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ
- 3.7 ส่งเสริมโครงการบริการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน ให้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เช่น มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการดำเนินการของคนในชุมชน
- 3.8 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการจัดหาสินค้าบริการด้านต่างๆ ที่มีคุณภาพ และราคาถูก โดยรัฐต้องมีระบบการประกันคุณภาพบริการที่ผู้สูงอายุพึงจะได้รับ
- 3.9 ให้หน่วยงานในระดับชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนงานโครงการต่างๆ ตามปัญหาของพื้นที่ การวางแผนงานต่างๆ ควรจะให้ชุมชนมีส่วนร่วม ให้มากขึ้น
- 3.10 ควรจัดหน่วยเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลยากแก่การเข้าถึง โดยผสมผสานระหว่างการรักษาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ให้ปรับปรุงหน่วยที่มีอยู่แล้ว ให้ครอบคลุมพื้นที่ให้มากที่สุดและมีคุณภาพ
- 3.11 เพิ่มศักยภาพของหน่วยงานในชุมชนและระบบการส่งต่อ ให้มีประสิทธิภาพ โดยการจัดอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสม
- 3.12 ด้านการดูแลระยะยาว ควรจัดตั้งโครงการด้านการรักษา (Health Care Service Program) ที่ครอบคลุมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

ເອກສາຣອ້າງອີງ

กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. (Health Policy Evaluation for the Elderly Persons) ขอนแก่น: โรงพิมพ์ธรรมขันต์.

เกริกศักดิ์ บุญญาณพงศ์ 2539. นโยบายของรัฐ และแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต (State Policies and Directions of Social Service Provided to Old-aged People in Future). เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งชาติ. (มมป.) แผนระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544. (มปพ.)

คณะกรรมการร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 (2543). ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) . กรุงเทพมหานคร.

โกริน เพื่องเกยม. 2541. การเมืองการปกครองของสิงคโปร์. ใน สีดา สอนศรี. (บรรณาธิการ), เอเชีย
ตะวันออกเฉียงใต้ การเมืองการปกครองหลังลั่นสูดสุดสังคมเย็น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพวรรณ จงวัฒนา. เกี้ยว วงศ์บุญสิน และรุ่งรัตน์ โกรรณานะกุล. 2541. แบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย. (**Morbidity Pattern and Medical Welfare Policy for Elderly in Thailand**) กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). (อัดสำเนา).

เอน. เจ. ໄຮອັນ. 2526. ການສ້າງມາເລເຊີຍແລະສິນຄໂປຣ໌. ປະກາຍທອງ ສົມບູນ. (ແປລ). ກຽມທພາ : ຖະຈຸບາດວັດທະນາພານີ່ຈຳກັດ.

Chan, A. C. M. (2001a). **Aging Policy in Hong Kong**. Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF), March, 2001.

----- (2001b). **Long-Term Care for the Elderly People in Hong Kong.** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF), March , 2001.

- Choi, S. C. (2001a). **National Policies on Aging in Korea.** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF), Lingnan University, Hong Kong.
- (2001b). **Long-Term Care and Policies in Korea.** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF), Lingnan University, Hong Kong.
- Jitapunkul, S. & Chyovan, N. (2001). **National Policies on Ageing in Thailand.** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF), Lingnan University, Hong Kong on May 10, 2000.
- & Kespichayawattana, J. (2001). **Long Term Care for Older Persons in Thailand: Need, Policy and Provisions.** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF).
- Mehta, K. K. (2001a). **Review of the National Policies on Aging in Singapore.** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF), Lingnan University, Hong Kong on June 6, 2001.
- (2001b). **Review of Long-Term Care (LTC) Needs, Provision and Policies in Singapore..** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF), Lingnan University, Hong Kong on May 31, 2001.
- Ong Fon Sim. (2001a). **Aging in Malaysia: National Policy and Future Direction.** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF) Lingnan University, Hong Kong on May, 2001.
- (2001b). **Long-Term Care (LTC) for the Elderly in Malaysia.** Paper submitted to the Asian Development Research Forum (ADRF) Lingnan University, Hong Kong on May, 2001.
- Singapore Government [on line]. Available : <http://www.mcds.gov.sg> [2001, Nov.5]).
- Singapore Tourism Board [on line]. Available : <http://www.new-asia.com> [2001, Nov. 15]).