

มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย เท่าๆกับความเป็นไปไม่ได้ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ เพราะฉะนั้นบุคคลที่อยู่คนเดียวต้องมีเครือข่ายทางสังคมที่จะช่วยปกป้องและช่วยเหลือเมื่อต้องการ และเครือข่ายทางสังคมจะช่วยรักษาสถานะของผู้สูงอายุในสังคมไว้ได้ ความเป็นอยู่ที่ดีมีความสุขของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เป็นกุญแจสำคัญที่ได้รับการกล่าวถึงจากนักวิจัยทางสังคมศาสตร์หลายคน (Antonucci, 1990; Argyle, 1992)

ตารางที่ 11 สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศและความสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่อาศัยด้วยของประเทศไทย พ.ศ. 2538

สภาพการอยู่อาศัย (%)					
	อยู่คนเดียว	อยู่กับสามี/ภรรยา	อยู่กับบุตรหลาน	อยู่กับญาติ	อยู่กับผู้ที่ไม่ใช่ญาติ
ผู้ชาย					
60-64	2.1	55.4	41.7	0.5	1
65-69	2.2	47.8	47.8	0.8	1.8
70-74	2.3	47.7	46.5	0.3	3.2
75+	2	36	58.4	1.6	2.2
Total	2.2	48.7	47	0.7	1.9
ผู้หญิง					
60-64	4.4	41.9	51.7	1.1	1.5
65-69	4	41.3	51.9	1.3	1.6
70-74	5.1	34.8	55.2	1.7	3.4
75+	6.5	27.2	57.4	3.3	5.6
Total	4.8	37.6	53.5	1.7	2.7

Source: Report of the Survey of Elderly in Thailand, National Statistical Office, 1995.

ความต้องการในการดูแลระยะยาว ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางกายและทางจิตของผู้สูงอายุ และการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุนั้น (Deloitte and Touche, 1997) ความต้องการจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐบาลจะวางแผนในการให้บริการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป การจัดตั้งศูนย์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเมื่อไม่นานนี้ มีการกำหนดกลไกในการ

ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (gate keeping) เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ทันทั่วทั้งที่

บทที่ 4 นโยบายเรื่องผู้สูงอายุ

บทนี้จะเป็นการสังเคราะห์นโยบายเรื่องผู้สูงอายุของทั้ง 5 ประเทศ ซึ่งจะได้กล่าวถึงปรัชญาเบื้องต้น นโยบายและกระบวนการในการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน/โครงการ และระบบการเงินที่จะรวมอยู่ในการควบคุมกำกับและประเมินผล สุดท้ายจะเป็นบทสรุป

สิงคโปร์

Mr. Goh Chok Tong นายกรัฐมนตรีได้ประกาศปรัชญาเรื่องผู้สูงอายุอย่างชัดเจนว่า “เราต้องการให้ชาวสิงคโปร์สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี มีพลังและบทบาทเข้มแข็งในสังคม เราต้องการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทั้งในชีวิตครอบครัวและชุมชน “สำหรับวิสัยทัศน์ในทศวรรษที่ 21 นี้” เราจะคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างคนต่างรุ่น สิงคโปร์จะเป็นบ้านที่ดีที่สุดของคนทุกวัย” (*“We want Singaporeans to age with dignity and to remain actively involved in society. We want them to be actively engaged in family and community life. And, in line with Singapore 21 vision, We must maintain a strong sense of cohesion between the generations. Singapore should be the best home for all ages.”*) (IMC Report on Ageing Population, 1999) รัฐบาลมีจุดยืนว่าสิงคโปร์จะเป็นบ้านที่ดีที่สุดของคนทุกวัย จะให้ความอบอุ่นให้มีความรู้สึกปลอดภัยและช่วยเหลือเมื่อมีภัย ซึ่งไม่สามารถจะหาได้จากที่อื่นใดในโลกนี้

นโยบาย “หลายคนช่วยกัน”(Many Helping Hands) รัฐบาลและชุมชนคาดหวังว่า จะเป็นผู้ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การดำเนินงานตามนโยบายนี้ คาดหวังให้รัฐบาลต้องทำงานกับกลุ่มประชาสังคม เช่น กลุ่มอาสาสมัคร สถาบันทางศาสนา และองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับปัญหา จริยธรรม รูปแบบของความช่วยเหลือคือการให้เงินอุดหนุน การให้เข้าพื้นที่ของรัฐในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุโดยคิดค่าเช่าถูก การอบรมเจ้าหน้าที่และการแนะแนวทางในการวางแผนโครงการต่างๆ

เมื่อมีการกำหนดนโยบาย แล้วมีการดำเนินการตามนโยบาย รัฐบาลสิงคโปร์จะทำการทบทวนนโยบายที่ทำไปหลายครั้ง ก่อนที่จะทำการปรับหรือกำหนดนโยบายใหม่ ลักษณะเฉพาะ 2 อย่างในกระบวนการกำหนดนโยบาย หรือที่เรียกว่ากลยุทธ์ คือ 1.) การที่คณะกรรมการชุดต่างๆ มีความหลากหลาย และมีสมาชิกที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชาชนกลุ่มต่างๆอย่างแท้จริง มีประสบการณ์ในการทำงานในท้องถิ่นเป็นอย่างดี ซึ่งวิธีการตั้งคณะกรรมการที่มีความหลากหลายและเป็นตัวแทนของประชาชนอย่างแท้จริง กลายเป็นรูปแบบในการจัดการกับปัญหาต่างๆของประเทศสิงคโปร์ 2.) คณะกรรมการจะมีความเป็นสาธารณะ เปิดโอกาสให้สาธารณชนเข้ามามีส่วนในการแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความตระหนักในประเด็นปัญหา สิ่งที่เสนอแนะจากสาธารณะกลายเป็นประเด็นสำคัญของคณะกรรมการ (Mehta and Vasso, 2000) นับว่าเป็นขบวนการที่น่าสนใจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะของประเทศสิงคโปร์

ในขณะเดียวกัน รัฐบาลต้องควบคุมกำกับอย่างระมัดระวังว่า ค่าใช้จ่ายความปลอดภัยทางสังคมที่รัฐสร้างขึ้นยังมีประสิทธิผลท่ามกลางภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจของโลก ดังเช่นรัฐได้จัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อการศึกษาตลอดชีวิต ส่วนการให้สาธารณะศึกษาแก่ผู้สูงอายุได้เริ่มทำโครงการป้องกันความพิการและทุพพลภาพระดับชาติ ในส่วนของการดูแลขั้นปฐมภูมิ รัฐบาลจัดบริการตรวจคัดกรองโรคโดยไม่คิดมูลค่า

หัวใจของระบบดูแลแบบบูรณาการ (Step-down care) ที่ได้จัดให้หลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล คือ การส่งทีมวิชาชีพลงไปดูแลด้านผู้สูงอายุในแต่ละเขต ทีมวิชาชีพ จะประกอบไปด้วยพยาบาลด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่จะหมุนเวียนกันลงไป นอกเหนือจากการให้บริการแล้วจะมีการอบรม การสร้างระบบประกันคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ในขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขจะพัฒนาแนวทางและมาตรฐานในการดูแลรักษาในระบบ Step-down care และการประเมิน(audit) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน

การกำหนดให้มีการร่วมจ่าย (Co-payment) เป็นหลักการสำคัญของนโยบายทางด้านหลักประกันของประเทศสิงคโปร์ ซึ่งดัดแปลงเข้าไปในระบบ Medisave ซึ่งเป็นส่วนที่เริ่มมาจาก Central Provident Fund ที่บุคคลผู้เป็นเจ้าของเงินออมสามารถใช้เงินนี้ได้ในกรณีที่ตัวเองหรือบุพการีต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและในสถานผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลที่ได้จากการมีส่วนร่วมจ่าย คือ ทำให้แต่ละบุคคลช่วยตัวเองก่อนเท่าที่จะทำได้ เมื่อมีความจำเป็นจริงรัฐจะเข้ามาช่วยเหลือ หลักการของการมีส่วนร่วมจ่ายจะคงรักษาศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการและการป้องกันการถูกเอาเปรียบ(Abuse)

โดยสรุปคณะกรรมการ 5 ระดับของประเทศสิงคโปร์ ถูกมอบหมายให้ทบทวนประเด็นและปัญหาต่างๆของผลที่ตามมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย (Vasoo, Ngiam and Cheung, 2000) คณะกรรมการได้ทำการกลั่นกรองประเด็นและผลที่อาจเกิดขึ้นในทางลบ ในส่วนของคณะกรรมการประสานงานระหว่างกระทรวงได้นำเสนอแผนงานบูรณาการและจะทำให้มีการประสานงานกันมากขึ้น เป็นการเตรียมการที่จะรองรับกับปัญหาของผู้สูงอายุในช่วงทศวรรษที่ 21

นโยบายการดูแลอย่างต่อเนื่องครบวงจรสำหรับชาวสิงคโปร์ ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยเฉียบพลันจนกระทั่งการดูแลที่ชุมชนและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุคือเป้าหมายของรัฐบาล แต่ยังดำเนินการยังไม่แล้วเสร็จ

มาเลเซีย

ประเทศมาเลเซียมีปรัชญาของนโยบายผู้สูงอายุว่า"การสร้างสังคมที่มีผู้สูงอายุเป็นส่วนประกอบและเป็นเจ้าของ ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรี การได้ทำประโยชน์ตามศักยภาพและมั่นใจว่า ผู้สูงอายุมีความสุขในโอกาสที่ได้รับ รวมทั้งการได้รับการดูแลและการปกป้องในฐานะสมาชิกในครัวเรือน สมาชิกของสังคมและประเทศชาติ" *"Creating a society of elderly people who are contented and possess a high sense of self worth and dignity, by optimizing their self potential and ensuring that they enjoy every*

opportunity as well as care and protection as member of their family, society and nation" (GOM, 1996 p.571)

นโยบายเรื่องผู้สูงอายุเป็นก้าวอย่างที่สำคัญในการเตรียมสังคมมาเลเซีย ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมสูงอายุ แม้ว่าในเรื่องของการดูแลสุขภาพจะได้รับความสนใจจากรัฐบาล แต่ไม่ครอบคลุมถึงการงบประมาณ นโยบายของประเทศเน้นการพัฒนาสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งผลถึงการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ

จากวัตถุประสงค์ของนโยบายผู้สูงอายุ ทำให้เกิดแผนปฏิบัติการ คณะกรรมการและระบบการควบคุมกำกับ ที่ได้ควบคุมกำกับความก้าวหน้าของกิจกรรมทั้งหมดในช่วงพ.ศ. 2540-2548 ส่วนระบบการสร้างหลักประกันทางสังคมประกอบด้วย กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้าง องค์กรประกันสังคม ระบบบำนาญสำหรับข้าราชการ กองทุน Old Age Benefit สำหรับทหาร และ กองทุนบำนาญและกองทุนสงเคราะห์สำหรับเอกชน

การริเริ่มจัดทำแผนปฏิบัติการและตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและสวัสดิการ รวมทั้งด้านนันทนาการ สุขภาพ การศึกษา การอบรม ศาสนา บ้านที่อยู่อาศัยและการวิจัย ในปี พ.ศ.2538 โครงการมีเป้าหมายที่การส่งเสริมและการรักษาสุขภาพที่ดี และการคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ ในอันที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตและทำให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการผลิต การค้นหาและกำหนดยุทธศาสตร์ของการดูแลทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อันที่จะทำให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์

การดูแลผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและในชุมชนได้รับการยอมรับมาช้านานแล้วว่า มีความสำคัญเป็นลำดับแรก (Chow, 1992) ในประเทศกำลังพัฒนาเช่นมาเลเซีย ความจำเป็นของประเทศมีมากและมีความเร่งด่วนมากกว่าเรื่องผู้สูงอายุ จึงทำให้การจัดลำดับความสำคัญของผู้สูงอายุต่ำลง ดังนั้น การดูแลโดยครอบครัวและชุมชนจึงเป็นทางเลือกที่น่าจะดีกว่าการใช้รัฐสวัสดิการ เมื่อผนวกกับการหยั่งรากลึกของวัฒนธรรมความกตัญญูต่อบุพการี จึงชี้้นำให้การดูแลของครอบครัวเป็นคาบอเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

นอกเหนือจากนั้น การประกันสังคมซึ่งเป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ การออมทรัพย์ การประกันชีวิตส่วนบุคคล การเป็นสมาชิกกองทุนก็เป็นทางเลือกของระบบการป้องกัน การตั้งกองทุนระดับชาติที่เสนอผลตอบแทนที่น่าสนใจ โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การกระตุ้นให้สังคมมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีส่วนร่วมจากผู้มีรายได้น้อย ทั้งหมดนี้เป็นการอาสา จึงขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลที่จะมีผลต่อส่วนรวม สำหรับระบบหลักประกันเฉพาะผู้สูงอายุยังไม่เกิดขึ้นก่อนปี 2543

ความสำคัญของการจัดสรรงบประมาณได้ระบุไว้ในแผนฯ8 (2001-2005)ของประเทศมาเลเซีย เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

ระบบการควบคุมกำกับจะทำให้สามารถตรวจสอบและรักษาสมดุล พร้อมกับเป็นการประเมินผลความก้าวหน้าของโครงการและกิจกรรม กระทรวงและกรมต่างๆร่วมกันรับผิดชอบตามแผนปฏิบัติ

การและกิจกรรม แต่หน่วยงานที่จะมองภาพรวมของประเทศทั้งหมดคือ กรมสวัสดิการสังคม จึงทำให้มั่นใจได้ว่า ความผิดพลาดและสิ่งที้อาจจะหลุดจะถูกค้นพบได้และแก้ไขได้ด้วยกิจกรรมต่างๆที่จะพัฒนาขึ้นมาเพื่อความยั่งยืนของนโยบายผู้สูงอายุ

เกาหลี

ปรัชญาของประเทศเกาหลีคือ “เน้นความสำคัญของการเติบโตทางเศรษฐกิจมากกว่ากระบวนการกระจาย” ซึ่งเป็นปรัชญาทางเศรษฐกิจตั้งแต่อดีตและการยึดมั่นใน “คุณค่าวัฒนธรรมกักตัญญู” อย่างเหนียวแน่น

การตอบสนองต่อปัญหา รัฐบาลตระหนักดีว่าปัญหาเรื่องผู้สูงอายุเป็นปัญหาสังคมตั้งแต่ ค.ศ. 1970 และเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เป็นความจริงที่ไม่ต้องพิสูจน์ไม่ว่าปัญหาจะรุนแรงเพียงใด หากบุคคลสำคัญในรัฐบาลไม่สนใจ ประเด็นเหล่านั้นก็จะถูกทอดทิ้งเสมอมา

การตัดสินใจที่ค่อนข้างช้าในนโยบายเรื่องผู้สูงอายุนั้น อาจจะเกี่ยวกับสภาพทางสังคมวัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวเรื่องความกตัญญู ทำให้ครอบครัวทำหน้าที่เป็นดาวยับความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งประเพณีที่ไม่ยอมให้ผู้สูงอายุไปอยู่ในความดูแลของผู้อื่น

ในกระบวนการทบทวนกฎหมายสวัสดิการในปี 1989 1993 และ 1997 กลุ่มที่สนใจในเรื่องนี้และประชาชนได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับกฎหมาย และนำเสนอโครงการใหม่หรือปรับโครงการบางโครงการ จึงทำให้เห็นถึงพลังของกลุ่มประชาชนและองค์กรพัฒนาเอกชนค่อนนโยบายสวัสดิการสังคมเรื่องผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

นโยบายและโครงการระดับชาติเกี่ยวกับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด วางแผนและดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ อาจจัดกลุ่มนโยบายตามการให้บริการได้เป็น 4 กลุ่ม คือ การรักษารายได้ การดูแลสุขภาพที่อยู่อาศัยและบริการทางสังคม

รัฐบาลเกาหลีได้จัดตั้งกองสวัสดิการผู้สูงอายุขึ้น ในได้สถาบันสุขภาพและสวัสดิการครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ในปี 1990 และปี 1999 จึงได้จัดตั้งกองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการออกกฎหมายบำนาญผู้สูงอายุและกฎหมายการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ และได้ปรับกฎหมายสงเคราะห์ประชาชนไว้ในกฎหมายประกันความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานของชาติ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุทุกคนมีประกันมาตรฐานขั้นต่ำของการดำรงชีพ พร้อมกับการทบทวนกฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ และการปรับปรุงการบริการดูแลสุขภาพในสถานบริการ เพิ่มการให้บริการแก่กลุ่มที่มีรายได้น้อย ไม่ว่าจะเป็นบริการช่วยเหลือที่บ้าน การดูแลตอนกลางวันและที่พักชั่วคราว

เมื่อสิ้นสุดทศวรรษที่ 19 ประชาชนทั่วไปและรัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการดูแลสุขภาพระยะยาว ผลของการสำรวจระดับชาติ 2 ครั้งทำให้เห็นถึงความต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น (Lee et al, 1994 Chung 1998) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดนโยบาย รายงานฉบับแรกของคณะกรรมการ(2001)ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการจัดทำ

แผนพัฒนานโยบายในระยะกลางและระยะยาว รวมทั้งการจัดทำโครงการวิจัยพื้นฐานที่สำคัญของประเทศ

แม้ว่าจะมีการเพิ่มงบประมาณสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ แต่ก็ยังคงน้อยกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณชาติและน้อยกว่าร้อยละ 1 ของ GDP โครงการบริการทางสังคมส่วนใหญ่มีเป้าหมายที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

รัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณจำนวนมากแก่องค์กรอาสาสมัคร ในการให้บริการทางสังคม อย่างไรก็ตาม งบประมาณที่สนับสนุนมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพได้ อีกด้านหนึ่ง รัฐบาลต้องการการเงินทุนสนับสนุนจากประชาชนทั่วไป ในการปรับปรุงและพัฒนาบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

ฮ่องกง

มีความพยายามอย่างมากในการกำหนดนโยบาย แต่ด้วยโครงสร้างของการให้บริการ ทำให้การประสานงานระหว่างกรมที่ให้บริการต่างๆเป็นเรื่องยากยิ่ง จึงทำให้บริการที่ให้เป็นเพียงบริการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม จากเดิมการอยู่ภายใต้การปกครองแบบอาณานิคม รัฐบาลจะตอบสนองต่อการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ โดยให้บริการตามที่กลุ่มวิชาชีพและตามหน่วยงานของรัฐ ภายใต้การพัฒนาเช่นนั้น การบริการดูแลสุขภาพด้านสุขภาพ จึงเป็นความพยายามของกรมนั้นๆมากกว่าเป็นความพยายามของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ประเภทของบริการแม้ว่าจะครอบคลุม แต่ไม่ได้รับการบูรณาการและการประสานงานที่ดีเพียงพอ

แผนงานฉบับที่ 1 ของสำนักงานเลขาธิการรัฐบาลได้จัดทำขึ้นในปี 1982 และมีการทบทวนเมื่อดำเนินการได้ 5 ปี คณะกรรมการกลางซึ่งทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาการให้บริการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในปี 1989 คณะกรรมการชุดนี้ได้จัดทำรายงานที่เป็นการสะท้อนแผนฯ จึงได้มีการเสนอให้มีการวางแผนฯ 5 ปีเพื่อตอบสนองข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ อย่างไรก็ตามการปฏิรูปที่แท้จริงได้ดำเนินการอย่างช้าๆจนกระทั่งปี 1997

ในฮ่องกง เรื่องที่อยู่อาศัยมีความสำคัญมาก การที่รัฐจัดเตรียมเรื่องที่อยู่อาศัยจึงเป็นการช่วยเหลือครอบครัวที่สำคัญอย่างยิ่ง การบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้สูงอายุคงสุขภาพดีไว้นานเท่าานและการลดการเจ็บป่วย การดูแลรักษาที่บ้านเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจอารมณ์ ข้อความที่สื่อต่อสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุมีความชัดเจนและดังขึ้นทุกขณะคือ “มีพลัง กินดีและเลิกสูบบุหรี่” (Be active, eat well and quit smoking) ศูนย์สุขภาพจะทำหน้าที่ในการให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการตรวจคัดกรองโรคเพื่อการป้องกัน เช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพในช่องปากเป็นการให้สุขศึกษาและการป้องกัน การให้ “บริการสุขภาพชุมชน” มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพภาพ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การให้บริการครอบคลุมถึง การประเมินความต้องการด้านเวชศาสตร์และจิตวิทยาผู้สูงอายุ ทีมประเมินประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพที่ให้บริการในศูนย์ผู้สูงอายุและ Nursing Home ของเอกชน งานหลักของทีมคือ การประเมินความต้องการและการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

นับได้ว่า การให้บริการด้านสุขภาพและสังคมของประเทศฮ่องกงมีความครอบคลุม สามารถเข้าถึงบริการง่ายและไม่คิดค่าบริการ ณ จุดบริการ บริการทางสุขภาพนับได้ว่าเป็นบริการถ้วนหน้าและได้รับเงินสนับสนุนเพียงพอสำหรับผู้ที่ต้องการใช้บริการ การให้บริการทางสังคมผ่านศูนย์บริการ ศูนย์บริการผสมผสาน การบริการช่วยเหลือที่บ้าน การดูแลตอนกลางวันและบ้านพักประเภทต่างๆ ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมสวัสดิการสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในฮ่องกงมีฐานะยากจน รัฐบาลจึงเป็นหลักในการสนับสนุนเงินทุน

รัฐบาลได้จัด “ตั้งคณะกรรมการกลางตั้งแต่ปี 1987” ซึ่งได้เสนอแนะปัญหาการบริการจากผลของการดำเนินงานตามแผนฉบับที่ 1 จึงทำให้กรมสวัสดิการสังคมต้องทบทวนแผนฯและโครงการ และทำให้ได้รับความสนใจจากรัฐบาล จนมีการจัดตั้งสภาสำหรับบริการผู้สูงอายุและจัดทำแผนฯ ฉบับใหม่ การวางแผนมีความก้าวหน้ามาก เป็นการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาบริการที่ไม่พอเพียง การกำหนดนโยบายที่จำเป็นและการประสานบริการระหว่างกรมต่างๆและระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน สภาผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จในการทบทวนนโยบายและบริการได้อย่างดีมาก จึงทำให้เกิดนวัตกรรมและทิศทางใหม่ๆในการแก้ไขปัญหา

ในนโยบาย ปี 2000 จนกระทั่งปัจจุบันนี้ แม้ว่ารัฐบาลไม่ได้กำหนดนโยบายและไม่มีโครงสร้างการประสานงานที่ชัดเจน กิจกรรมที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงนโยบายของผู้บริหารที่ต้องการให้ชาวฮ่องกงเห็นภาพ คือ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงในชีวิต เป็นที่ต้องการ มีสุขภาพดีและมีคุณค่า (sense of security, sense of belonging, sense of health and worthiness)

สำหรับแผนดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ ในเรื่องความมั่นคงในชีวิตนั้น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีบทบาทมากที่สุด แหล่งสุดท้ายที่จะช่วยเหลือคือรัฐ และได้ออกกฎหมายให้มีการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในปี 2001 ซึ่งจะเป็นหลักประกันหนึ่งที่สำคัญสำหรับความเป็นที่ต้องการ (sense of belonging) ครอบคลุมถึงเรื่องที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือจากชุมชนและการดูแลในครอบครัวเป็นหลัก ในเรื่องของสุขภาพนั้น หลักใหญ่คือ positive ageing and productive ageing ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องในคุณค่า มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ซึ่งรวมถึงการเป็นอาสาสมัคร ทำงานที่อยากทำและเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น

แนวทางหลักในนโยบายของฮ่องกง ปรากฏในคำขวัญคือ“มีบ้านอยู่และได้รับการดูแลต่อเนื่อง” (ageing in place and continuum of care)

ประเทศไทย

เริ่มใน ค.ศ. 1986 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้จัดทำ แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นฉบับแรก ครอบคลุมระยะเวลาระหว่าง 1986 – 2001 การจัดทำแผนฉบับนี้เป็นไปตามข้อตกลงที่เป็นผลมาจากการประชุมขององค์การสหประชาชาติเรื่องผู้สูงอายุครั้งที่หนึ่ง (United Nations , 1983) ปรึษาในการทำแผนแห่งชาติฉบับที่หนึ่งคือผู้สูงอายุเคยเป็นผู้ทำคุณประโยชน์ให้สังคม จึงสมควรตอบแทนบุญคุณ ดังนั้นการทำแผนจึงมีเป้าหมายไปที่ผู้สูงอายุโดยตรง และมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้ การให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุ เน้นความรับผิดชอบของสังคมต่อผู้สูงอายุในการให้สวัสดิการที่จำเป็น สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน มาตรการของแผนได้รับการจำแนกเป็นเรื่องสุขภาพ การศึกษา รายได้และการจ้างงาน รวมทั้งการส่งเสริมด้านสังคมและวัฒนธรรมต่อการอยู่ดีของผู้สูงอายุ

รัฐบาลได้ปรับแผนผู้สูงอายุที่เน้นถึงหัวใจของการดำเนินงานตามนโยบายที่ครอบคลุมช่วงเวลาระหว่างปี ค.ศ. 1992 – 2011 เรียกว่า Essence of the Long-term Policies and Measures of the Elderly (คณะทำงานกำหนดนโยบายและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ , 1992) ซึ่งเป็นตัวเร่งให้กิจกรรมต่างๆ มีความก้าวหน้าขึ้นพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (1997 – 2001) ที่มีการระบุถึงการให้สวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงเบี้ยยังชีพที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุทุกคน และการลดค่าโดยสารในระบบขนส่งมวลชนของรัฐ เป็นต้น

สำหรับทิศทางในอนาคตปรากฏใน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่สอง ในปี 2001 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาระหว่างปี ค.ศ. 2002 – 2021 ปรึษาหลักในแผนฉบับนี้ คือ

(1) การสร้างหลักประกันที่กว้างขวางมากกว่าแผนฉบับที่หนึ่ง ในการให้ความมั่นคงแก่สังคม และการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุนั้น ต้องเกิดจากการผสมผสานระหว่างบทบาทของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเหมาะสม (2) ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าและศักยภาพซึ่งสมควรได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม (3) ผู้สูงอายุควรจะได้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพอย่างสมเหตุสมผลและสมวัย และ (4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้ด้อยโอกาสหรือเป็นภาระของสังคม ดังนั้นการเกื้อหนุนจากรัฐและสังคม จึงเป็นเรื่องชั่วคราวในบางเวลาเท่านั้น

เป้าหมายที่ต้องการบรรลุ คือ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีสังคมที่อบอุ่น มีหลักประกันที่มั่นคง มีศักดิ์ศรีเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของครอบครัวชุมชน และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

ส่วนมาตรการเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น จะเน้นที่การสร้างจิตสำนึกให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกวัยในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ การเน้นการผสมผสานบทบาทของบุคคล ครอบครัวและชุมชน และรัฐอย่างเหมาะสม และเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นว่าแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับที่สอง ได้เขียนไว้อย่างครอบคลุมครบถ้วน มากกว่าฉบับแรก แต่ยังมีปัญหาเรื่องการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เนื่องจากยังขาดหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางที่จะประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้บรรลุตามปรัชญาหลักของนโยบาย อย่างไรก็ตาม การร่างแผนผู้สูงอายุฉบับนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของข้าราชการในสถาบันที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ และผู้สนใจ ต่อปัญหาผู้สูงอายุภายในประเทศอย่างกว้างขวางมากกว่าแผนฉบับที่หนึ่ง ซึ่งเป็นผลงานของ “สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ”

การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสังเขปในระยะเวลาประมาณ 10 ปี ที่ผ่านมามีดังต่อไปนี้

ความก้าวหน้าของกิจกรรมระหว่างปี 1986-1991 มีเพียงเล็กน้อยในเรื่องการศึกษาวิจัยและการอบรม

ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา หลังจากการประกาศใช้แผน “Essence of the Long-term Policies and Measures of the Elderly” โครงการสำคัญหลายโครงการได้มีการดำเนินการ กรมสวัสดิการของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการให้บริการทางสังคม ทั้งการบริการในสถานบริการและในชุมชน ในปี 1993 กรมสวัสดิการได้ตั้งกองทุนสวัสดิการขึ้น ผู้สูงอายุที่ยากจนจะได้รับเบี้ยยังชีพ 200 บาทต่อเดือน ซึ่งต่อมาในปี 1999 ได้เพิ่มเป็น 300 บาทต่อเดือน และในปีนี้ได้จัดตั้ง “ศูนย์บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่วัด” จำนวน 200 แห่ง ศูนย์บริการทางสังคมนี้บริหารจัดการโดยผู้นำชุมชน บริการที่ให้เป็นเพียงกิจกรรมนันทนาการและการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ใช่การดูแลด้านสุขภาพที่บ้านหรือที่ชุมชน

องค์กรพัฒนาเอกชนหลายแห่งได้จัดบริการดูแลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนยากจนและอยู่ในท้องถิ่นห่างไกล โดยการสนับสนุนขององค์กรต่างประเทศ บ้างก็ให้บริการในสถานบริการ บ้านพักและ Nursing home จากการที่ประเทศประสบกับปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้ปรับหอผู้ป่วยทั่วไปเป็นหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวน 3,487 แห่งในปี 1994 (บรรลุ ศิริพานิช, 1996) ในปี 1992 รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการรักษาฟรีสำหรับผู้สูงอายุ

รัฐบาลไทยส่งเสริมระบบอาวุโสและคุณค่าของครอบครัว โดยการกำหนดให้มี “วันสูงอายุ” และ “วันครอบครัว” ขึ้นในช่วงวันสงกรานต์ ซึ่งเป็นขึ้นปีใหม่ของไทย และการลดค่าบริการโดยสารรถไฟครึ่งราคาสำหรับผู้สูงอายุในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกันยายน ในส่วนของการให้การศึกษาได้จัดให้มีการอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยมีแผนให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

บทที่ 5 การพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาว

5.1 นโยบายการดูแลระยะยาว

ประเทศทั้ง 5 ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ บางประเทศมีนโยบายการดูแลระยะยาวที่ชัดเจน บางประเทศยังไม่มีหลักการและแนวทางปฏิบัติมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามทุกประเทศมีโครงสร้างสำหรับการดูแลระยะยาว

รัฐบาลของประเทศอังกฤษได้กำหนดให้ “ageing in place” และ “Continuum of care” เป็นหลักในการกำหนดนโยบาย ซึ่งเป็นหลักการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย อันเป็นพื้นฐานของนโยบายสวัสดิการสังคมตั้งแต่ปี 1977 และได้ปรากฏในรายงานปกขาวในปี 1991 ส่วนของนโยบายในปี 2000 รัฐบาลได้กำหนดให้มีหลักการเป็น “sense of security” “sense of belonging” และ “sense of health and worthiness” ดังได้กล่าวไว้ในบทก่อนหน้านี้

กรอบการทำงานของประเทศสิงคโปร์(1999) เป็นที่น่าสนใจ ด้วยการเสนอแนะแนวทางในการทำงานด้วย “Heartware, Software และ Hardware ซึ่ง Heartware” หมายถึง ทัศนคติของการให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ โดยปัจเจกบุคคลและสังคม Software หมายถึงการกำหนดนโยบาย โครงการและบริการที่เหมาะสมกับโครงสร้างของชุมชน และ Hardware หมายถึงการสร้างบรรยากาศแวดล้อม เช่น บ้านที่อยู่อาศัย โครงสร้างพื้นฐานและการคมนาคมขนส่งที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ท้ายที่สุดหลักการทั้งสามนี้ต้องเชื่อมต่อประสานกัน จนทำให้เกิดสังคมที่มีผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยรวม

กระบวนการในการวางแผนระดับชาติของสิงคโปร์ รัฐบาลได้กำหนดแผนแม่บท 5 ปีสำหรับการบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ หลักการสำคัญในแผนคือ (1) การจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมและปรับการให้บริการแบบใหม่ (2) การปรับนโยบายการจัดสรรเงิน (3) โครงการที่ให้บริการแบบต่อเนื่องระยะยาว

สิงคโปร์ให้ความสำคัญต่อผู้ดูแลในครอบครัวและศูนย์ดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากรัฐบาลตระหนักดีว่า ความรับผิดชอบของครอบครัวจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น วิสัยทัศน์ในการให้บริการจึงเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐ ชุมชนและครอบครัว(Mehta, 2000) ดังที่ได้กำหนดนโยบาย “หลายคนช่วยกัน ” (Many helping hands) ซึ่งได้กล่าวถึงแล้วในบทที่ 4

ประเทศมาเลเซียไม่มีนโยบายด้านการดูแลระยะยาว(2001) อย่างไรก็ตาม การไม่มีนโยบายมิได้เป็นอุปสรรคต่อการจัดทำโครงสร้างหรือการให้บริการที่จำเป็นสำหรับการดูแลระยะยาว

รัฐบาลเกาหลีไม่มีแผนที่กำหนดนโยบายที่ชัดเจนสำหรับการดูแลระยะยาว(2001) ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดที่ต้องการการดูแลระยะยาว จะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน มีเหตุผลมากมายที่อยู่เบื้องหลัง คือ การขาดการให้บริการดูแลระยะยาว ค่านิยมเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดา

และความรับผิดชอบของครอบครัว การรักษาหน้า วัฒนธรรมที่จะลดต่อการให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ และการขาดความเข้าใจในการให้บริการที่บ้านและชุมชน

การถกเถียงเพื่อหาข้อยุติเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย(1999) ให้ความสนใจต่อช่องว่างของอุปสงค์และอุปทาน(demand and supply) ซึ่งต้องการนโยบายและโครงการที่สร้างสรรค์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นเหตุให้รัฐบาลต้องทำการปฏิรูปแหล่งเงินทุนและโครงสร้างการให้บริการ โดยเฉพาะความคิดสร้างสรรค์ในการส่งเสริมบริการที่ครบวงจรและการดูแลที่บ้าน ในขณะที่มีดำเนินการปฏิรูปและทำการประเมินผลไปพร้อมกันนี้อาจทำให้เกิดความไม่แน่นอนและวิกฤติในการให้บริการสุขภาพและสังคมก็ได้ เนื่องจากการเริ่มดำเนินการในทิศทางใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐานบางอย่างไปพร้อมๆ กัน

โดยทั่วไป ประชาชนรับรู้ว่าการดูแลระยะยาวคือการดูแลในสถานบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน Nursing Home และบ้านพัก แต่ไม่ใช่ประเภทบริการที่พักชั่วคราว หรือการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ตามแผนการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยแผนที่ 1 เน้นการดูแลอย่างไม่เป็นทางการจากครอบครัว อย่างไรก็ตาม รัฐบาลไม่มีการดำเนินการที่เพียงพอในอันที่จะช่วยเหลือครอบครัวหรือจากชุมชน

สำหรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่สอง ได้รวมยุทธศาสตร์ในการบริการดูแลระยะยาว ให้ครอบคลุมทั้งบริการที่บ้าน ชุมชน และสถานบริการ รวมถึงการปรับที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานะภาพของผู้สูงอายุ สำหรับหน่วยงานหลักที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุ คือ รัฐบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 รัฐธรรมนูญไทยได้กำหนดให้รัฐช่วยเหลือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มียาได้หรือมีฐานะยากจน ในประเด็นของหลักประกันด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยได้รับสิทธิของบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่ามาตั้งแต่ปี 1992 นั้น ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรัฐบาลปัจจุบันได้กำหนดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primany Care Unit) มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพเป็นด้านแรกแก่ชุมชน ดูเหมือนจะเป็นโครงสร้างที่เหมาะสมถ้าหากได้รับการพัฒนาจนสามารถให้บริการการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุได้ในอนาคต มิฉะนั้นผู้สูงอายุน่าจะได้รับผลประโยชน์เพียงเล็กน้อยจากโครงการดังกล่าวนี้

นอกจากนี้ ความคาดหวังต่อการดูแลของครอบครัวในสถานะเศรษฐกิจนี้ ยังเป็นปัญหาของประเทศในปัจจุบัน อาจเพิ่มความกดดันต่อการพัฒนาการดูแลระยะยาว ที่ให้บริการที่บ้านหรือชุมชน และ Nursing home

5.2 การบริหารจัดการการดูแลระยะยาว

การบริหารจัดการการให้บริการดูแลระยะยาวในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับโครงสร้างและการบริหารจัดการของประเทศนั้นๆ ส่วนมากการบริหารทางสังคมรับผิดชอบโดยกระทรวงสวัสดิการสังคม ส่วนการบริหารสุขภาพในสถานบริการดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและหลากหลาย เนื่องด้วยมีความเกี่ยวโยงกันหลายมิติ ปัญหาทางกาย อาจะนำมาสู่ปัญหาทางจิต หรือปัญหาทางจิตอาจะนำมาสู่ปัญหาทางสังคม ประเทศออสเตรเลียได้แก้ไขปัญหาทางโครงสร้างที่มีผลต่อการบริหารจัดการ โดยการก่อตั้งกระทรวงผู้สูงอายุ ในขณะที่บางประเทศได้รวมกระทรวงสาธารณสุขเข้ากับกระทรวงสวัสดิการ

สำหรับประเทศสิงคโปร์ สถานบริการทางสังคมอยู่ภายใต้กระทรวงพัฒนาชุมชนและการกีฬา ในขณะที่ Nursing home บ้านพักผู้ปวยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลโรคเรื้อรังอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ในการควบคุมกำกับคุณภาพของ nursing home และบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ (Hartz and Splain, 1997; Burgio, Allen-Burge, Steven, Davis, and Marson, 2000) รัฐบาลสิงคโปร์จัดการแก้ไขปัญหาในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงาน เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรประสานงาน ซึ่งภายหลังจากการดำเนินงานไประยะหนึ่ง คณะกรรมการชุดนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะทางออกในการแก้ไขปัญหายังคงอยู่ในการประสานงาน

หน่วยงานที่รับผิดชอบการให้บริการดูแลระยะยาวของประเทศมาเลเซียคือ กรมสวัสดิการสังคม ภายใต้กระทรวงพัฒนาชาติและสังคม กรมสวัสดิการสังคมและกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ควบคุมกำกับและควบคุมคุณภาพและออกใบอนุญาตแก่ Nursing home และศูนย์บริการดูแลที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน (The Edge, 19.2.2001) กรมสวัสดิการอื่นรับผิดชอบการคัดเลือกผู้สูงอายุที่จะเข้าไปอยู่ในหมู่บ้านผู้สูงอายุที่ดูแลโดยชุมชน (Community Caring Village)

หน่วยบริการดูแลในชุมชน ที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลเกาหลี จะให้บริการดูแลโดยผ่านองค์กรที่บริหารจัดการภายใต้กระทรวงบริหารจัดการและสวัสดิการที่อยู่อาศัย (Ministry of Government Administration and Home Affairs, MGAHA) นโยบายสวัสดิการทางสังคม ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการจะดำเนินการ โดยผ่านองค์กรที่บริหารจัดการทั่วไปของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงบริหารจัดการและสวัสดิการที่อยู่อาศัย ดังนั้นการให้บริการดูแลจะผนวกเข้ากับการบริหารจัดการทั่วไป ซึ่งปัจจุบัน ปัญหาที่พบคือ การบริหารจัดการแบบนี้ทำให้ยากที่จะมีผู้ให้บริการมืออาชีพ ที่มีความรู้ความชำนาญในวิชาชีพและความชำนาญด้านสวัสดิการสังคม ประเด็นนี้ก็เป็นประเด็นที่ประเทศไทยควรศึกษาในรายละเอียด เพราะการบริหารจัดการภายใต้การกระจายอำนาจของไทยในอนาคต ก็มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกัน

กรมสวัสดิการสังคมของประเทศฮ่องกงรับผิดชอบการให้บริการดูแลระยะยาว ความตั้งใจของรัฐบาลในการกำหนดนโยบาย ที่จะสนองตอบต่อความต้องการทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จึงทำให้เกิดโครงการใหม่ๆ และจัดให้มีการประเมินผลหลายโครงการ ประชาชนที่ใช้บริการกับภาคเอกชนพยายามผลักดันให้มีกฎหมายบังคับบ้านพักคนชรา ผู้ควบคุมกฎระเบียบสำหรับ Nursing home คือสภาพยาบาล (Nursing home elderly Ordinance) ตั้งแต่ปี 1996 สภาการพยาบาลได้แต่งตั้งอธิบดีกรมสวัสดิการสังคมเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในการออกใบอนุญาตสำหรับบ้านพักผู้สูงอายุ

นโยบายการประสานงานและการให้บริการแบบบูรณาการยังไม่มีการพูดกันมากนัก ทั้งภายในกรมหรือระหว่างกรม ดังนั้น นโยบายสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงเป็นความพยายามของสภาผู้สูงอายุและกรมสุขภาพและสวัสดิการ สภาผู้สูงอายุได้กำหนดแนวทางในการประสานงานสำหรับ 3 กรม คือ กรมโรงพยาบาลรับผิดชอบการรักษาและการฟื้นฟู กรมสุขภาพดูแลการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กรมอื่นๆขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การจัดตั้งของหน่วยงานนั้นๆ ที่จะดำเนินการปรับบริการสำหรับผู้สูงอายุ

กรมสวัสดิการสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมของประเทศไทย เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการให้บริการทางสังคม การบริการทางสังคมเกือบทั้งหมดของรัฐดำเนินการโดยกรมนี้ เมื่อเปรียบเทียบการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพและบริการทางสังคม นับว่าบริการทางสังคมมีความก้าวหน้ามากกว่า จากการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำให้เห็นการประสานงานระหว่างการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพ และบริการทางสังคมของการดูแลระยะยาวอย่างเป็นทางการของประเทศไทย

5.3 โครงสร้างและการบริการดูแลระยะยาว

ประเทศทั้ง 5 ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้จำแนกสถานบริการและบริการเป็นการดูแลรักษาในสถานบริการ/บ้านพัก และการดูแลในชุมชน/ที่บ้าน ทั้งสถานบริการและการให้บริการคล้ายคลึงกัน มีความแตกต่างบ้างในเรื่องยุทธศาสตร์และประเภทของเจ้าของบริการ (ซึ่งอาจจะเป็นรัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชนหรืออาสาสมัคร) ในการให้บริการที่เข้าถึงได้และมีความครอบคลุมและมีคุณภาพ

สำหรับโครงสร้างบริการการดูแลระยะยาว ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพแบบบูรณาการที่ต้องเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลจนถึงบริการในชุมชนและที่บ้านนั้น มีพัฒนาการไม่เท่ากัน จากการทบทวนเอกสารพบว่าสิงคโปร์จะอยู่ในแนวหน้า และประเทศไทยยังไม่มีชัดเจนในโครงสร้างบริการดังกล่าว

ตารางที่ 12 เป็นรายการสถานบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสภาพบริการการดูแลตอนกลางวัน และบริการที่มีชุมชนเป็นฐานที่ระบุว่ามีหรือไม่มีเท่านั้น ไม่ได้ระบุถึงความครอบคลุมคุณภาพหรือเจ้าของบริการ

ตารางที่ 12 บริการทางการแพทย์และทางสังคม ที่จัดให้ผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ

บริการ	สิงคโปร์	มาเลเซีย	เกาหลี	ฮ่องกง	ไทย
1. สถานบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพ					
• โรงพยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	✓		✓		
• โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง	✓	✓	✓	✓	
• โรงพยาบาลฟื้นฟูสภาพ	✓		✓		
• Nursing home	✓	✓	✓	✓	✓
• บ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย	✓				
• บ้านผู้ป่วยสมองเสื่อม	✓	✓	✓	✓	✓
2. บ้านสงเคราะห์ผู้สูงอายุ / ที่อยู่อาศัย					
• บ้านผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	✓	✓
• cluster living (studio apt.)	✓				
• บ้านพักชั่วคราว			✓		
• ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน		✓			
3. บริการดูแลระยะยาว (ที่ไม่ใช่บ้านพัก)					
• ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน (กิจกรรมทางสุขภาพ)	✓	✓			✓
• ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ	✓				✓
• ศูนย์ผู้สูงอายุ (กิจกรรมทางสังคม)	✓	✓	✓	✓	✓
• บริการเขยมน้ำ โดยพยาบาลแพทย์	✓	✓	✓	✓	✓
• ศูนย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	✓	✓		✓	✓
4. บริการจากฐานชุมชน					
• บริการช่วยเหลืองานบ้าน	✓	✓	✓	✓	
• บริการปรับสภาพบ้าน	✓				
• บริการสายด่วน	✓				
• บริการส่งอาหาร	✓				
• บริการอาสาสมัครช่วยเหลือพาส่งคลินิก โรงพยาบาลหรือหุดคุดที่บ้าน	✓				

สิงคโปร์

ด้วยหลักการที่ว่าทุกคนจะต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของคนให้อยู่ในสภาพดี ต้องเก็บเงินไว้ใช้ยามเจ็บป่วยเป็นรายบุคคลถ้าทำได้ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยเหลือกัน และรัฐบาลจะเป็นแหล่งสุดท้ายที่ต้องยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ รัฐจึงมีหน้าที่จัดให้มีการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพระยะยาว (Life Long Public Health Education) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะพิการและทุพพลภาพ (ตามประกาศของ Health Promotion Board และข้อเสนอของ National Disability Prevention Programme)

ปรัชญาของการให้บริการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีแผนงานรองรับนโยบาย 3 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชีวิตที่มีสุขภาพดีและรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยตนเอง โดยตระหนักในพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพทั้งหลาย 2) แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในวัยเด็กและวัยสูงอายุ โดยสถานบริการของรัฐ และ 3) แผนงานคัดกรองโรค เป็นแผนงานสำหรับผู้สูงอายุในการวินิจฉัย โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

สถานบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพ

ในสิงคโปร์จะมีสถานบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุทุกประเภท ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลฟื้นฟูสภาพ Nursing Home บ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายและบ้านผู้ป่วยสมองเสื่อม สำหรับบริการตอนกลางวันส่วนใหญ่เป็นศูนย์บริการในชุมชน ที่ได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ ศูนย์ผู้สูงอายุเพื่อกิจกรรมทางสังคม บริการแพทย์เยี่ยมบ้านและศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

การให้บริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน มีบริการด้านสวัสดิการสังคมผสมผสานกับบริการการดูแลฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ บริการช่วยงานบ้าน บริการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับกายภาพของผู้สูงอายุที่จะอยู่อาศัยได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย รวมถึงบริการสายด่วน บริการส่งอาหาร และบริการอาสาสมัครเป็นเพื่อนผู้สูงอายุ

ดังได้กล่าวแล้วว่า ในสิงคโปร์นั้นรัฐจัดสถานบริการสุขภาพพื้นฐานให้ โดยมีหลักการร่วมจ่ายสำหรับผู้มาใช้บริการโรงพยาบาล ชาวสิงคโปร์จะมีหลักประกันสุขภาพในโครงการต่างๆ ที่เป็นหลักประกันว่าจะไม่มีใครต้องออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการที่เหมาะสมในระบบส่งต่อ เพื่อให้ผู้ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับบริการดูแลที่เหมาะสมในชุมชนหรือที่บ้าน “บริการ step down care” เป็นบริการผสมผสานด้านสุขภาพและสังคม สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลที่มีระบบส่งต่อที่สำคัญของการดูแลในระดับชุมชน โดยมีองค์กรเครือข่ายรองรับทั้งบริการในสถาบันและชุมชนบริการ บริการในสถาบันคือการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลในโรงพยาบาลชุมชน หรือ Nursing Home และชุมชนบริการ ได้แก่ ศูนย์ดูแลฟื้นฟูสภาพตอนกลางวัน โรง

พยาบาลดูแลตอนกลางวัน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมแพทย์เยี่ยมบ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านและ
บริการงานบ้าน ซึ่งเป็นบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

อย่างไรก็ตาม บริการดังกล่าวนี้ยังไม่ครอบคลุมและไม่เพียงพอ ยังมีความไม่เท่าเทียมในการ
เข้าถึงบริการและยังต้องอาศัยเครือข่ายระหว่างเพื่อบ้านที่เข้าไปช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัวด้วย เช่น
บริการส่งอาหารที่บ้าน บริการโทรศัพท์สายด่วน บริการปรับสภาพบ้านเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ
และการช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อน พาไปโรงพยาบาลหรือคลินิก ซึ่งเครือข่ายนี้นับเป็นจุด
เริ่มต้นในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยหรือทุพพลภาพและต้องการการดูแลที่บ้าน โดย
ชุมชนบริการซึ่งเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล

เมื่อไม่นานมานี้ หลังจากที่ได้ประเมินผลพบว่าบริการต่างๆ ที่ให้ยังเป็นการแยกส่วน และมุ่ง
ให้บริการในกลุ่มผู้ขัดสนก่อนกลุ่มอื่นๆ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศแนวทางการทำงานในแบบ
ผสมผสานบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงเวลา 10 ปีข้างหน้า ซึ่งนอกจากการจัดสรรที่อยู่
อาศัยที่ส่งเสริมความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างรุ่นแล้ว บริการดูแลตอนกลางวันสำหรับเด็กและผู้สูงอายุ
จะอยู่รวมในอาคารเดียวกัน และเชื่อมโยงเข้ากับกิจกรรมเพื่อนบ้าน เช่น ศูนย์กิจกรรมตอนกลางวัน
สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตของรัฐบาล ให้องค์การเอกชนเข้าไปดำเนินกิจการบริการทางสังคม
เป็นจุดรวมของการเกิดอาสาสมัครและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

มาเลเซีย

มีบริการทางการแพทย์คล้ายประเทศไทย คือโรงพยาบาลและคลินิกให้บริการทุกกลุ่มอายุรวมทั้ง
ผู้สูงอายุ พ่อแม่ของข้าราชการได้รับสิทธิบริการในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บริการฟื้นฟู
สภาพ เช่น กายภาพบำบัดและอาชีพบำบัด เป็นบริการสนับสนุนให้แก่ผู้สูงอายุ ดูเหมือนว่าบริการเหล่านี้
นี้ รวมทั้งโรงพยาบาลยังขาดแคลนมากในชนบท ไม่มีการจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ยกเว้นที่คอย
รับขา

ความยากของการจัดบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอยู่ที่การมีแพทย์เฉพาะทางน้อยมาก รวมทั้ง
Psycho-geriatric และเวชศาสตร์ฟื้นฟู การประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม 75% ของผู้สูงอายุต้องจ่ายเอง

คงได้กล่าวแล้ว นโยบายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวของประเทศมาเลเซียยังไม่ชัดเจน แม้ว่าจะ
ได้มีการเริ่มพูดคุยกันในประเด็นดังกล่าว ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (คส. 2001 – 2005) ที่ได้เริ่มจัดให้มี
แผนด้านกองทุนเพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นกลไกด้านการเงินที่เป็นหลักประกันได้ แต่ยังไม่มียา
ละเอียดในเรื่องความครอบคลุมและการเข้าถึง โดยเฉพาะภาคที่ไม่เป็นทางการ เช่น ชาวนา ชาว
ประมง ทำงานบ้าน

อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามที่ชัดเจนของรัฐบาลในการให้การดูแลระยะยาว คือ การจัด
บ้านพักสำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ภายใต้การให้บริการของโรงพยาบาลบ้านพักเหล่านี้ ให้บริการดูแล
รักษา และให้การคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงกิจกรรมทางศาสนาและกิจ

กรรมทางสังคม ถึงแม้ยังมีอยู่จำนวนน้อยและไม่ครอบคลุม ก็เป็นเครื่องชี้เจตจำนงของการให้บริการนี้ในอนาคต

แผนงานเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เริ่มในปี ค.ศ. 1995 เพื่อส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ได้ตั้งเป้าหมายคือ

- 1) จัดให้มีบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับอำเภอทุกแห่งภายในปี 2020 ในการนี้จำเป็นต้องพัฒนานุเคราะห์เรื่องผู้สูงอายุสำหรับให้บริการด้านนี้ ในสถานบริการดังกล่าว
- 2) พัฒนางานแบบผสมผสานเพื่อฝึกอบรม และ การวิจัยที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
- 3) จัดให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ได้โดยอิสระเท่าที่จะทำได้

การให้บริการดูแลที่บ้าน เป็นความคาดหวังพื้นฐานด้านการดูแลในชุมชน ซึ่งจะรวมการให้บริการพื้นฐาน(การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน, การเคลื่อนไหว, การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล) การดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน และการเยี่ยมบ้าน(Tester, 1996)

ภายใต้สภาพสังคมการกลางของประเทศมาเลเซีย การให้บริการช่วยเหลือที่บ้านแก่ผู้สูงอายุครอบคลุมตั้งแต่การเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมที่โรงพยาบาล การทำกายภาพบำบัด การตรวจคัดกรองโรคอย่างง่ายและการให้คำปรึกษา ทั้งหมดนี้เป็นโครงการที่ให้บริการถึงที่พัก ส่วนการจัดหาที่พักหรือบ้านพักบ้านพักจะจัดเตรียมสำหรับผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ ส่วนของที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้ พร้อมทั้งเสริมด้วยการให้บริการที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์โดยศูนย์สุขภาพตำบล

องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นที่รู้จักกันดี ได้แก่ มูลนิธิทองคำ (Golden Foundation) ทำหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลและเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ที่กำลังจะออกจากโรงพยาบาล เสริมด้วยการไปเยี่ยมผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐและลดความรู้สึกเหงาของผู้สูงอายุ การให้บริการดูแลตอนกลางวันในศูนย์บริการ การมีศูนย์เอกสารวิชาการในการค้นคว้า และการจัดอบรมแก่ผู้ดูแล

การดูแลในสถานบริการ คือ Nursing home ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน การช่วยงานบ้านและการบริการอาหารและอื่นๆ ส่วนใหญ่ Nursing home ดำเนินการโดยเอกชน ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอจึงจะไปใช้บริการได้ เนื่องจากการขาดกฎระเบียบข้อบังคับและการนิเทศงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ จึงเป็นผลทำให้คุณภาพของบริการใน Nursing home ยังไม่คงที่(The Edge, 19.2.2001)

ศูนย์ดูแลตอนกลางวันได้จัดสถานที่สำหรับการทำกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ อย่างไรก็ตาม ศูนย์ดูแลตอนกลางวันก็ให้บริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างด้วย คาดหวังว่า ภายหลังจากที่สภาพสังคมกลางได้รับเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาลในการดำเนินการ สถานบริการดูแลระยะยาวจะได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น และคาดว่าจะมีช่องทางหนึ่งในการจัดสรรทรัพยากรสำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายของรัฐบาลมาเลเซียที่จะสนับสนุนงบประมาณให้องค์กรอาสาสมัคร มีบทบาทในการให้บริการดูแลและการจัดที่พักสำหรับผู้สูงอายุ สภาผู้สูงอายุของมาเลเซีย(The National Council of Senior Citizens Organization Malaysia) ได้กำหนดนโยบายและโครงการที่จะผลักดันให้เกิดความเข้าใจอันดีและกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนรุ่นต่างๆ ส่วนด้านสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์สภาฯ ตั้งใจที่จะทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบจัดทำแผนงานและบริการแบบผสมผสาน การให้การศึกษาสำหรับการเป็นผู้ชำนาญการด้านสูงอายุ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ

ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ประชาชนหรือครอบครัวจ่ายเองโดยตรง การประกันสุขภาพส่วนบุคคลยังไม่สามารถแบ่งเบาภาระเรื่องนี้ได้

เกาหลี

โรงพยาบาลในประเทศเกาหลีที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุมีเกือบทุกประเภทคล้ายกันกับสิงคโปร์ ที่ขาดไปคือบ้านผู้ปวยระยะสุดท้าย (ตารางที่ 12) สำหรับบริการจากชุมชนเป็นฐานประกอบด้วยบริการช่วยงานบ้าน บริการผู้สูงอายุตอนกลางวัน บ้านพักชั่วคราวและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ความครอบคลุมของบริการ แต่เป็นประเด็นของค่าบริการที่มีราคาแพงและเบี่ยงจากประกันฯ ไม่ได้ เช่น บริการ Nursing Home เป็นต้น

การให้บริการในสถานบริการของเกาหลี จะเป็นเรื่องที่อยู่อาศัย ได้แก่ บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ และการบริการสุขภาพใน nursing home โรงพยาบาลผู้สูงอายุและ nursing hospital

การให้บริการดูแลในชุมชนมี 4 ประเภทคือ การช่วยเหลืองานบ้าน การดูแลตอนกลางวัน การดูแลในช่วงสั้นๆและการเยี่ยมบ้าน โครงการช่วยเหลืองานบ้านเริ่มดำเนินการในปี 1987 โดยองค์กรอาสาสมัคร เป็นการบริการที่ไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในความสงเคราะห์ของรัฐ สำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อยจะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล ส่วนองค์กรที่ให้บริการโดยคิดค่าบริการเต็มราคาจะให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้มากพอ การสนับสนุนเงินจากรัฐบาลมีความแตกต่างกันจะแปรผันตามผลของการประเมินโครงการนั้นๆ

การให้บริการดูแลสุขภาพระยะยาว จะให้บริการในโรงพยาบาลผู้สูงอายุ nursing hospital และสถานบริการด้านสุขภาพ โรงพยาบาลผู้สูงอายุจะเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลผู้สูงอายุ ประชาชนเกาหลีส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้บริการในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงมาก ผนวกกับการประกันส่วนบุคคลจะไม่ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวด้วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับบริการดูแลสุขภาพในชุมชนประเภทต่างๆ การให้บริการดูแลในช่วงกลางวันจะมีการใช้บริการมากที่สุด แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการรับบริการนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า ในอนาคตสัดส่วนของผู้สูงอายุและครอบครัวภายใต้การดูแลระยะยาวเต็มใจที่จะใช้บริการดูแลตอนกลางวัน (Lee et al, 1999)

โครงการบ้านพักชั่วคราว เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแลในช่วงเวลาสั้นๆ ระยะเวลาของการใช้บริการในช่วงเวลาหนึ่งถูกกำหนดไว้ที่ 45 วันและเมื่อรวมเวลาทั้งปี ต้องไม่เกิน 3 เดือนต่อปี ปัจจุบันมีผู้ใช้บริการประเภทนี้น้อย

โครงการเยี่ยมบ้าน จะให้บริการดูแลรักษาพยาบาล เป็นเพื่อนเดินทางของผู้สูงอายุ การป้อนยา และการฉีดยา การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษาภายใต้การควบคุมของแพทย์ ค่าบริการคิดจากการประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้ที่ทำประกัน และไม่คิดค่าบริการหรือคิดค่าบริการเพียงเล็กน้อยสำหรับผู้ที่ไม่ส่งต่อมาจากสถานอนามัยและศูนย์ชุมชน ในส่วนของบริการที่จัดโดยสมาคมพยาบาลเกาหลีจะคิดค่าบริการเต็มราคา

ปัจจุบัน ภาคเอกชนได้ทำการช่วยเหลือผู้ดูแลของครอบครัว ยังไม่มีความช่วยเหลือใดๆจากภาครัฐ จนถึงปัจจุบันมีเพียงมูลนิธิสวัสดิการสังคมของเอกชนที่มาช่วยเหลือผู้ดูแล

ฮ่องกง

ด้วยปรัชญาพื้นฐาน “ageing in place” และ “continuum of care” รัฐได้มีความพยายามจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย และการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุด้วยหลักการให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้

ปัญหาของฮ่องกง อยู่ที่พื้นที่อยู่อาศัยที่เป็นเกาะ เมื่อมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในอัตราใกล้ๆ กันกับสิงคโปร์ มีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในสภาพยากจนสูงขึ้น คนเหล่านี้มีเงินบำนาญไม่เหมาะสม มีเหตุที่ไม่สามารถอยู่กับลูกหลานได้ด้วยเหตุผลส่วนใหญ่มาจากขนาดของแฟลตที่อยู่อาศัยที่ไม่เอื้อต่อการอยู่ด้วยกันในลักษณะครอบครัวขยายแบบเดิม นอกจากนี้ประเทศได้ยากจนลงหลังกลับมาอยู่กับประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ อย่างไรก็ตามรัฐบาลได้พยายามจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยและจัดการบริการเพื่อดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มยากจน โดยเฉพาะผู้ที่อ่อนแอเจ็บป่วย อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ รวมถึงนโยบายหลักประกันทางสุขภาพและที่อยู่อาศัยในลักษณะกองทุนสำหรับการดูแลระยะยาวในประมาณปี ค.ศ. 2000

ในฮ่องกง ได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุดระยะยาวเป็น 2 ประเภท ที่เหมือนประเทศอื่นๆ คือการดูแลในสถานบริการ และการดูแลที่บ้านและในชุมชน การแบ่งประเภทสถานบริการค่อนข้างจะแตกต่างกว่าประเทศอื่น คือแบ่งเป็น 5 ประเภทตามสถานะของร่างกายและการรับรู้ คือ 1) สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ 2) สถานบริการสำหรับผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในบางกิจกรรมและต้องการการพยาบาลเล็กน้อย 3) สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและพิการ 4) Nursing home จัดบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และ 5) ให้บริการรักษาพยาบาลทั้งร่างกายและจิตใจในโรงพยาบาล ซึ่งมีโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

ด้วยเกณฑ์ดังกล่าว ที่ต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยและความเสื่อมถอยของร่างกายในระยะต่างๆ จึงค่อนข้างสับสนในประเภทของสถานบริการ และผู้ที่เข้ารับบริการ อย่างไรก็ตาม

ตามความน่าสนใจต่อการให้บริการเหล่านี้ เน้นการดูแลให้เหมือนบ้าน เป็นสิ่งสำคัญ ปัญหาคือความไม่พอเพียงของสถานบริการเหล่านั้น ผู้สูงอายุต้องรอการเข้ารับบริการนาน 1 ถึง 3 ปี

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ของฮ่องกง ประกอบด้วยศูนย์ในชุมชนให้การพยาบาลที่บ้าน บริการตอนกลางวันสำหรับผู้เจ็บป่วยเล็กน้อย และ บริการพยาบาลพื้นฐาน ศูนย์ให้ความรู้และสนับสนุนอุปกรณ์ในการฟื้นฟูร่างกาย การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ศูนย์ให้บริการชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ และทีมประเมินสุขภาพรายบุคคลเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาล รัฐบาลให้ความสำคัญกับการบริการในรูปแบบนี้ แต่ยังคงขาดกลยุทธ์และความต่อเนื่องของบริการดังกล่าว

เร็วๆ นี้เมื่อมีข้อมูลว่า อัตราความชุกของสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า และอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น รัฐบาลเริ่มพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่องระยะยาว เริ่มด้วยศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นกลไกตรวจสอบประเมินสถานะด้าน geriatric และจิตวิเคราะห์ในผู้สูงอายุ แล้วเริ่มจัดบริการดูแลระยะยาว ที่เหมาะสมตามความต้องการ อาทิเช่น (1) บริการที่มีคุณภาพสำหรับการดูแลที่บ้านมีเป้าหมายอยู่ที่ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสุขภาพในระดับปานกลาง เป็นบริการผสมผสาน การดูแลที่บ้าน ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและเวชปฏิบัติ (2) โครงการนำร่องที่มีกลไกประเมินความต้องการของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานสากล (Minimum Data Set-Home Care MDS-HC) เพื่อให้บริการได้ตามความเหมาะสม เป็นนวัตกรรมนำร่องที่มีสถานบริการให้เลือกอย่างครบถ้วน ได้แก่ บ้านผู้สูงอายุ Nursing Home ศูนย์บริการตอนกลางวันและบริการที่บ้าน ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

ประเทศไทย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศไทย ยังคงอยู่กับครอบครัวและญาติ ความหมายของการดูแลระยะยาว เป็นที่รับรู้กันว่า เป็นการดูแลในสถาบัน โดยเฉพาะบ้านพักผู้สูงอายุและ Nursing home นอกจากนี้นโยบายของประเทศเรื่องการดูแลระยะยาวในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมาของแผนระยะยาวฉบับที่ 1 เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รัฐบาลวางใจว่ายังไม่มีปัญหาผู้สูงอายุ บุตรหลานและญาติยังดูแลกันได้ จึงยังไม่ได้ให้ความสนใจการพัฒนาบริการด้านสุขภาพในสถาบันมากนัก และไม่ได้สนใจการพัฒนาบริการที่ชุมชนเป็นฐาน เพื่อสนับสนุนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ดังที่ปรากฏในประเทศอื่นๆ แม้ว่าการพัฒนาบริการดังกล่าวนี้จะได้ถูกบรรจุไว้ในแผนพัฒนาผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 ก็ยังไม่มียกย่องหรือแผนที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนซึ่งรวมถึงการงบประมาณด้วย

กรมสวัสดิการสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นหน่วยงานหลักของรัฐที่รับผิดชอบเรื่องที่พักอาศัย และการดูแลด้านสังคม นับเป็นบริการด้านสังคมที่มีความก้าวหน้าไปมากกว่า เมื่อเทียบกับบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล บ้านสงเคราะห์คนชรา ตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2499 เพื่อผู้สูงอายุยากจนที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวหรือญาติได้ แต่ต้องเป็นผู้ที่ดูแลตนเอง

ได้ในกิจกรรมประจำวัน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะอ่อนแอหรือเจ็บป่วย จะไม่มีบริการส่งเข้าสถานบริบาล หรือ Nursing home ที่มีบริการรักษาพยาบาล จำเป็นต้องดำเนินชีวิตในบ้านหลังเดิม โดยการดูแลของเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์เหล่านั้นเท่านั้น ในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการที่ครอบคลุมที่พักอาศัย บ้านสำหรับผู้สูงอายุ และสถานพยาบาลผู้สูงอายุ แต่มีปัญหาเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรในการดูแลด้านสุขภาพและรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุสมองเสื่อม (กรมสวัสดิการสังคม 2001) นอกจากนี้ดูเหมือนจะยังมีจำนวนไม่เพียงพอ

บริการที่บ้านและชุมชน

1) ได้มีการพัฒนา “ศูนย์บริการทางสังคม” สำหรับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2522 ที่จัดในรูปแบบของศูนย์ดูแลตอนกลางวัน และ บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ศูนย์ดูแลตอนกลางวันจะอยู่ติดกับบ้านพักคนชรา ให้บริการแก่ผู้สูงอายุจำนวนไม่มากนัก และเป็นผู้อาศัยอยู่ในรัศมี 5 – 10 กิโลเมตร นอกจากบริการทางสังคมตอนกลางวันและบริการฟื้นฟูสภาพ จะให้บริการตรวจคัดกรองโรคและการรักษาอย่างง่าย การให้คำปรึกษากิจกรรมนันทนาการ และ จัดหน่วยเคลื่อนที่ให้การตรวจรักษาในชุมชน

2) ศูนย์บริการผู้ดูแลที่บ้าน เป็นบริการจากภาครัฐกิจเอกชน ที่ให้การอบรมผู้ดูแลที่บ้านแก่ผู้สูงอายุ และดูแลเด็ก ซึ่งมีประมาณ 500 ศูนย์ทั่วประเทศ นอกจากนี้จะมีศูนย์ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางจัดหาผู้ดูแลส่งตามบ้าน เป็นบริการที่ต้องจ่ายเอง ขณะนี้ยังไม่มียกกฎหมายที่รองรับมาตรฐานการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้

3) บริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นบริการหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่ริเริ่มโดยโรงพยาบาลของรัฐที่พยายามขยายขอบเขตการดูแลที่กว้างออกไป จึงได้จัดบริการในรูปแบบใหม่ ให้ตรงกับความต้องการหรือความจำเป็นเฉพาะตัว ตัวอย่างเช่น การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลจากหน่วยป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลรามาธิบดี พยาบาลและอาสาสมัครจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แต่บริการเหล่านี้เป็นบริการที่ยังแคบมาก มีความจำกัดในระยะเวลา ซึ่งไม่ใช่การดูแลระยะยาว

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการ “Home Health care” มีแนวคิดของการจัดทีมจากโรงพยาบาลที่เข้าถึงบ้านผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อตามเยี่ยมให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลก่อนเวลา เพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นบริการที่จัดให้ผู้ป่วยโดยไม่จำกัดอายุ และดูเหมือนจะไม่ใช้บริการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการตามนิยาม นอกจากนี้ได้จัดให้เจ้าหน้าที่จากสถานอนามัยตามเยี่ยมผู้ป่วยดังกล่าวด้วย

อย่างไรก็ตาม การให้บริการเยี่ยมบ้านไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด กิจกรรมที่มีอยู่ในบางพื้นที่คือการดูแลในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่รวมการฟื้นฟูและการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นไปกว่า

นั้นข้อมูลจากการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพของรัฐบาลสำหรับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะเคยได้รับการเยี่ยมที่บ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Kamnuansilpa, P., et al., 1999)

4) โครงการนาร่องเพื่อการดูแลในชุมชนแบบบูรณาการ มี 2 โครงการด้วยกัน โครงการแรก ดำเนินการทดลองในเขตชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร (2535-2539) โดยความสนับสนุนของ Help Age International เป็นรูปแบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ มีบริการเยี่ยมบ้าน การให้บริการที่บ้าน ให้การศึกษาและให้คำปรึกษา และประเมินสภาพทางกายและจิตผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การรักษารักษาขั้นต้น ให้การพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

รูปแบบที่สองเป็นบริการในชุมชน ดำเนินการโดยกรมสวัสดิการสงเคราะห์ ได้รับทุนสนับสนุนจาก UNFPA มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดระเบียบและจัดการเรื่องการดูแลที่บ้านแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เมื่อประเมินผลขั้นต้นว่าประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้ขยายออกไปใช้ในศูนย์บริการทางสังคม 200 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในวัด (2542) แต่ผลการดำเนินงานไม่เป็นที่น่าพอใจ อัตราความสำเร็จต่ำกว่าร้อยละ 10 สาเหตุสำคัญคือ ขาดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากชุมชนและการขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ในปี 2544 ศูนย์บริการทางสังคม ในเขตกรุงเทพมหานครได้ริเริ่มทดลองบริการที่พักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวชั้นกลาง โดยครอบครัวเป็นผู้จ่ายเดือนละประมาณ 5,000 บาท

2. บริการในสถานบริการทางสุขภาพ

โรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยให้บริการทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ของข้าราชการได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐโดยเบิกจ่ายได้ ได้มีการจัดคลินิกบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพและบริการทางจิตเวชสำหรับผู้สูงอายุ แต่จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลศูนย์ คลินิกผู้สูงอายุที่จัดโดยโรงพยาบาลให้บริการตรวจร่างกาย เพื่อคัดกรองโรค บริการให้คำปรึกษาและเป็นจุดเริ่มต้นของชมรมผู้สูงอายุที่จะมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน การจัดบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุยังมีความจำกัด เนื่องจากจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่มีความเฉพาะทางมีอยู่จำนวนน้อยเมื่อเทียบกับความต้องการ

องค์กรพัฒนาเอกชนและเอกชนมีส่วนร่วมอย่างมากในการให้บริการ Nursing home ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (jitapunkul, S., 2000) ผู้ที่มีส่วนร่วมหลักคือโรงพยาบาลเอกชน องค์กรศาสนาและองค์กรพัฒนาเอกชน เนื่องจากไม่มีกฎกระทรวงเฉพาะสำหรับ Nursing home จึงทำให้การจัดทะเบียน Nursing home อยู่ภายใต้กฎของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลเอกชนที่มีการรักษาโรคเฉียบพลันสามารถปรับพื้นที่ในการให้บริการดูแลระยะยาวได้ทันที การควบคุมคุณภาพของบริการ Nursing home อยู่ในภาวะวิกฤติจนถึงปัจจุบันไม่มีกฎระเบียบหรือการประกันมาตรฐานของการอบรมผู้ดูแล

5.4 ปัญหาการดูแลระยะยาว

แต่ละประเทศได้ระบุปัญหาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และแนวทางการแก้ปัญหา ซึ่งจะแตกต่างกันตามระบบของบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งสรุปได้เป็นรายประเทศดังต่อไปนี้

จากการวิเคราะห์ของสิงคโปร์ ระบุว่ายังมีปัญหาจากการให้บริการแบบแยกส่วน การเข้าไม่ถึงบริการของผู้สูงอายุจากครอบครัวชั้นกลาง ความแตกต่างทางภาษา วัฒนธรรมและการนับถือศาสนาของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางและมาตรฐานในการประเมินความต้องการผู้สูงอายุ

มาเลเซีย มีปัญหาเกี่ยวกับปริมาณและความครอบคลุมของบริการมากกว่าประเภทของบริการ ซึ่งสะท้อนจากผลการประเมินประเภทของบริการที่มีความหลากหลาย ที่ต้องการตอบสนองโดยเฉพาะความไม่เพียงพอของบริการให้ความช่วยเหลือที่บ้านและการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องบริการคนมาคมสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งผู้ที่อยู่ในเขตชนบทและเขตเมือง

สำหรับเกาหลี วัฒนธรรมความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ มีผลมากต่อครอบครัวและกระทบต่อการพัฒนาบริการที่อยู่อาศัยระยะยาว คนเกาหลีส่วนใหญ่ยังคิดว่าเป็นการเสียหน้าที่จะให้พ่อแม่ได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว หรือการเข้าพักใน Nursing home ทำให้อัตราการใช้บริการที่อยู่อาศัยทุกชนิดอยู่ในระดับต่ำมาก นอกจากนี้กลุ่มที่ไปใช้บริการมีปัญหาบริการไม่สมราคา และการสร้างอาคารที่พักอาศัยขนาดใหญ่ที่ดีในแง่เศรษฐกิจ แต่เสียบรรยากาศความเป็นบ้าน ปัญหาหลักน่าจะเป็นประเด็นของการให้บริการโดยมีอาชีพ และการใช้บุคลากรที่มีความชำนาญการทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม

สำหรับบริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน มีปัญหาเรื่องมาตรฐานและความหลากหลายในประเภทของบริการ ซึ่งน่าจะรวมถึงการให้การดูแลตอนกลางวัน บ้านพักชั่วคราว การช่วยงานบ้าน และการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปที่คนทุกชั้นในสังคม สำหรับกลุ่มที่จ่ายได้ จากการประเมินบริการพบว่ามีความต้องการให้โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายค่าบริการ Nursing home ประมาณ 6 เดือนต่อปี และลดสัดส่วนการร่วมจ่ายจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 10

เมื่อได้มีการทบทวนการให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุภายใน ออสเตรเลีย พบว่ามีปัญหาความต้องการในการดูแลในชุมชนและบ้านพัก และเกิดแรงผลักดันต่อบทบาทความช่วยเหลือจากชุมชน ของผู้สูงอายุที่ต้องการที่อยู่อาศัย จำเป็นต้องมีการพัฒนาการประเมินความต้องการและให้บริการแบบบูรณาการ ซึ่งรัฐบาลได้พยายามแก้ไขโดยการนำร่องคือได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกประเทศเกี่ยวกับปัญหาที่อยู่อาศัยไม่พอเพียง และไม่ตรงต่อความต้องการ จนมีการระงับระยะเวลาที่นานมากในการรอการเข้าพักอาศัยในสถานบริการที่ต้องการนั้น เป็นปัญหาต่อเนื่องเรื้อรัง ด้วยโครงการสวัสดิการสังคมส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาขึ้นตามปัญหาซึ่งเกิดขึ้นมาแล้วการตอบสนองส่วนใหญ่เป็นการแยกส่วน และการกำหนดนโยบายสวัสดิการสังคมเป็นการมองในระยะสั้น ซึ่งตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ได้พิจารณาถึงนโยบายระยะปานกลางและระยะยาว แม้แต่ใน

ประเทศที่ได้พัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุมาเป็นเวลานานเช่น สิงคโปร์ ก็ยังระบุถึงบริการแบบแยกส่วน และการรอคอยในสถานบริการที่นานถึง 1-2 ปี เป็นต้น

5.5 แนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวนี้พอสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

- 1) รากของปัญหาบริการแยกส่วน คือการประสานงานระหว่างกระทรวงที่รับผิดชอบด้านสวัสดิการสังคมและด้านสุขภาพหรืออื่นๆ ดังได้กล่าวมาแล้วในส่วนของการบริหารจัดการองค์กร รัฐบาลสิงคโปร์ได้แก้ปัญหาการประสานงานระหว่างกระทรวงพัฒนาชุมชนและการกีฬา กับกระทรวงสาธารณสุขด้วยการแต่งตั้งผู้บริหารอาวุโสเข้าประสานการบริหารจัดการ ที่ผ่านการประชุมตกลงระหว่างภาคีต่าง ๆ หลายครั้ง จนเป็นที่ยอมรับร่วมกัน และเห็นผลประจักษ์ในเวลาต่อมา ในทิศทางที่ต้องการ
- 2) ในด้านกองทุน ทางรัฐจะต้องคำนึงถึงหลักการที่จะมีแหล่งทุนที่เพียงพอและการบริหารจัดการที่เหมาะสมสำหรับการดูแลระยะยาว ช่างกอง แนะนำให้พิจารณาการบริหารจัดการแนวใหม่ โดยใช้บริการจากภาครัฐและเอกชนร่วมกับอาสาสมัครและกลุ่มผู้ใช้บริการ การบริหารกองทุนให้มีคุณภาพ ขึ้นอยู่กับขบวนการประกันคุณภาพของภาครัฐ และการเลือกใช้ประเภทของบริการและราคาที่สมเหตุสมผล
- 3) ปัญหาบริการแยกส่วน สิงคโปร์เริ่มโครงการนวัตกรรม การให้บริการผู้สูงอายุหรือเรียกว่า case management เป็นบริการส่งบุคลากร ทางสุขภาพ รวมกับบุคลากรด้านสวัสดิการสังคมที่มีความชำนาญ การเรื่องผู้สูงอายุ ประเมินสภาพเป็นรายบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แล้วให้บริการตามผลประเมินสภาพที่ได้ ซึ่งเป็นมาตรการในการลดการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลหรือสถานบริการโดยไม่จำเป็น และสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

เช่นเดียวกับโครงการนำร่องของช่างกอง ที่เริ่มโดยศูนย์สุขภาพชุมชนสงฆ์ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินนี้เป็นมาตรฐานสากล แล้วให้บริการตามความต้องการอย่างเหมาะสม

โครงการนำร่องนี้นับว่าดีมาก แต่มีปัญหาตามมาคือค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้น ปัญหาความแตกต่างของภาษา การนับถือศาสนาของผู้ประเมิน ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งปัญหาด้านการสื่อสารจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการ สุดท้ายคือการขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น พยาบาลด้านผู้สูงอายุ นักจิตวิเคราะห์ หรือนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งแม้แต่ในสิงคโปร์ก็ยังขาดผู้ให้บริการประเภทดังกล่าว สำหรับปัญหาการสื่อสารจะพบในประเทศที่มีชนกลุ่มน้อยหลากหลาย หรือ ความต่างวัฒนธรรมของประชาชนในประเทศ เช่น มาเลเซีย

- 4) ประเด็นการถึงไม่ถึงบริการของชนชั้นกลาง ที่เกิดเป็นปัญหาความต้องการเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากในระยะแรกๆ รัฐบาลของทุกประเทศจะมุ่งไปที่ครอบครัวชั้นล่างสุดที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ในขณะที่ครอบครัวชั้นสูงช่วยตัวเองได้ตามกำลังเงินของตน ซึ่งดูเหมือนจะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการจัดสรรบริการ รัฐบาลสิงคโปร์ได้ปรับแนวคิดเรื่องความร่วมมือจากชนชั้นกลางในการให้บริการดูแลระยะยาว โดยสนับสนุนองค์การอาสาสมัครให้ดำเนินการบ้านพักและ Nursing Home สำหรับประชากรกลุ่มนี้

ประเทศเกาหลีมีแนวทางให้โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายค่าบริการ Nursing home ที่ผู้สูงอายุเกาหลีนิยมใช้บริการมากที่สุด ประมาณ 6 เดือนต่อปี และลดสัดส่วนการร่วมจ่ายจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 10 สำหรับผู้จ่ายได้

อย่างไรก็ตามทุกประเทศที่สนับสนุน ควรมีนโยบายควบคุมจำนวน Nursing Home ที่จะป้องกันครอบครัวที่จะปิด Nursing Home เป็นบ้านพักถาวรของผู้สูงอายุ

5) การควบคุมคุณภาพ ของสถานบริการของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะ Nursing Home ดังเช่น สภายาบาลรับเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพบริการของ Nursing Home ตาม ordinance laws ที่เป็นการดูแลโดยวิชาชีพเดียวกันในระดับท้องถิ่นของประเทศเกาหลี

6) มาตรฐานการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากมาตรการอื่นๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว รัฐบาลสิงคโปร์ยังสนใจที่จะนำการศึกษาด้วยเครื่องมือ Minimum Data-Set Home Care Version 2(MDS-HC) ที่ดำเนินการโดยรัฐบาลฮ่องกง (Yen , 2001) และรูปแบบการประเมิน Support Needs Assessment ที่ใช้ในเทศนิวจิแลนด์มาใช้ในประเทศ (Howe , 1996)

สำหรับประเทศไทยนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับครอบครัวและญาติ รัฐบาลลงทุนในสถานบริการน้อยกว่าประเทศอื่นที่ศึกษา แม้ว่าจะได้เขียนไว้ในแผนพัฒนาผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 ถึงการจัดให้มีบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน แต่การนำสู่การปฏิบัติยังเป็นเรื่องที่ห่างไกล แม้ว่านโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรัฐบาลปัจจุบันได้เน้นที่การพัฒนาบริการปฐมภูมิเป็นด้านแรก ที่มุ่งความครอบคลุมการดูแลสุขภาพและรักษาผู้ป่วยเฉียบพลันมากกว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ถ้าจะต้องทำก็จำเป็นต้องปรับในเรื่องบุคลากรและค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เนื่องจากโรคเหล่านี้อยู่ในกลุ่มรักษาราคาแพง ด้วยความจำกัดในวงเงินงบประมาณของประเทศ ที่ส่วนใหญ่จะต้องจ่ายเพื่อขบวนการปฏิรูปด้านต่างๆ รวมถึงการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ประเทศจะอยู่ในภาวะเปลี่ยนผ่านอีกหลายปีกว่าจะลงตัว ผู้สูงอายุน่าจะได้ประโยชน์น้อยมากจาก “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”

แนวทางหลักเพื่อพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาว

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวในอนาคต ควรกำหนดหลักการสำคัญบางอย่างขึ้น ทิมมาเลเซียได้เสนอว่า การดูแลระยะยาวควรมีส่วนประกอบพื้นฐานบางอย่าง (Estes and Harrington, 1985) คือ

1) ควรเป็นบริการแบบบูรณาการ เป็นบริการสุขภาพและสังคม ครอบคลุมทั้งในสถานบริการและในชุมชน

2) ควรมีการตอบแทนสำหรับผู้ดูแล เพื่อรักษาค่าใช้จ่ายให้อยู่ในระดับที่สมเหตุสมผล เพื่อป้องกันการให้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น และเป็นการส่งเสริมการให้บริการที่เหมาะสม

3) ควรมีระบบการเงินรองรับค่าใช้จ่าย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดทุน จากการรับบริการและ
ควรผสมผสานทรัพยากรภาคประชาชนและเอกชน ในการสร้างหลักประกันก่อนที่จะเจ็บป่วย

4) การประกันการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ต้องการบริการ โดยไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการ
จ่ายหรือเรื่องอื่นๆ

บทที่ 6 ทิศทางนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต

ภาพลักษณ์ในความคาดหวัง คือ ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตที่อยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม และมีความเข้าใจระหว่างต่างรุ่นในสังคม

1. รูปลักษณะของผู้สูงอายุในประเทศไทย

1.1 ผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้รับคำจำกัดความว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมักจะไม่ได้แบ่งเป็นกลุ่มย่อยลงไปมากกว่านี้ แต่ในปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้น ผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป มีอยู่เป็นจำนวนร้อยในปี 2543 คน และนับวันจะเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุเป็นอย่างน้อยคือ ผู้สูงอายุตอนต้นคือ อายุ 60 ปีถึง 74 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย คือ อายุ 75 ปีขึ้นไป และอาจเพิ่ม “กลุ่มอายุสูงสุด” ตามนิยามของ UN คือ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละกลุ่มดังกล่าวจะมีสภาวะทางกาย ทางจิตและภาวะพึ่งพา รวมถึงความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน

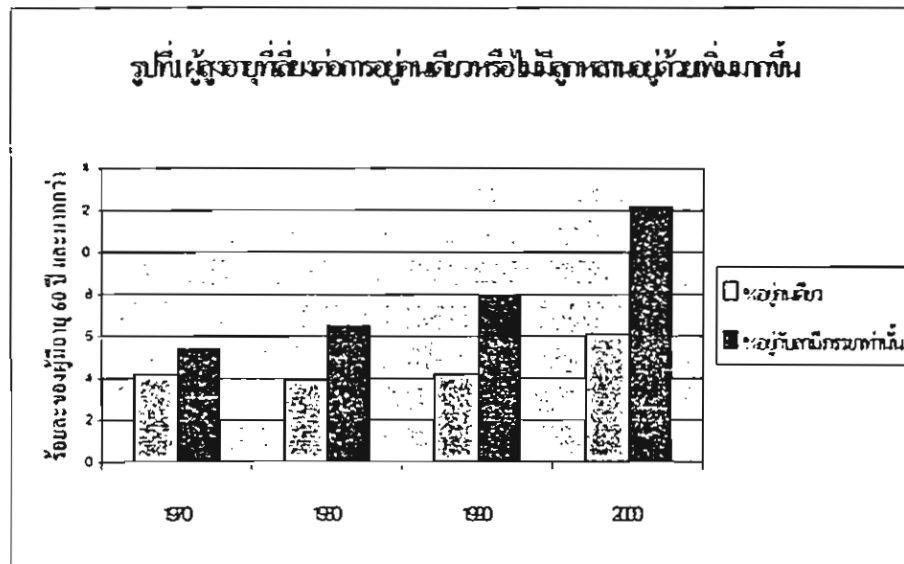
มีข้อสังเกตว่าในทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีกลุ่มทำงานของประเทศไทยที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรกลุ่มที่พ้นวัยเจริญพันธุ์หรือวัยหมดประจำเดือนได้ใช้คำเรียกชื่อ ผู้ที่อยู่ในวัยระหว่าง 45 – 55 ปี ว่า “วัยทอง” ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนกับกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่เคยมีนักประชากรศาสตร์ของไทย เรียกวัยสูงอายุ คือ กลุ่ม 60 ปีขึ้นไปว่า วัยทองเช่นกัน อาจทำให้สับสนได้

ในการให้ข่าวสารแก่มวลชน ควรทำความเข้าใจให้กระจ่างในเรื่องกลุ่มอายุเหล่านี้ด้วย

ตารางที่ 1		
ประเทศไทย	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2563
จำนวนประชากรทั้งหมด (ล้านคน)	62.0	69.9
ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (ล้านคน)	5.82	12.47
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-74 ปี)	4.56 (78.4%)	9.63(77.2%)
ผู้สูงอายุวัยปลาย (75 และมากกว่า)	1.26(21.6%)	2.84(22.8%)
อัตราส่วน ชาย : หญิง 100 คน		
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-74 ปี)	89	86
ผู้สูงอายุวัยปลาย (75 และมากกว่า)	75	66

1.2 ประเทศไทยมีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและอัตราเพิ่ม จากการฉายภาพประชากร จะเพิ่มจำนวนเป็นเกือบ 2 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยเท่ากับ 5.8 ล้านคนในปี 2543 จะเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคนในปี 2563 ขณะเดียวกันอายุขัยเฉลี่ยในปี 2543 นั้น ได้เพิ่มเป็น 67.3 ปี สำหรับผู้ชายและ 74 ปีสำหรับผู้หญิง และจะเพิ่มต่อไปอีกเนื่องจากความก้าวหน้าของการแพทย์สาธารณสุขและการดูแลตนเองที่เหมาะสม ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ผู้หญิงจะอยู่นานกว่าผู้ชาย จึงมักปรากฏว่า ในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุตอนปลายนั้น จะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเกือบ 2 เท่าและอัตราส่วนนี้จะมากขึ้นตามอายุ ผู้หญิงสูงอายุในวัยปลายดังกล่าวนี้ มีสัดส่วนของผู้ที่เป็นหม้ายเกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มเดียวกัน เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่มีความเปราะบางสูงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการพึ่งพาต่อการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลในครอบครัวหรือสถานบริการที่ให้บริการต่อเนื่องระยะยาว (Long term care services)

1.3 ผู้สูงอายุในประเทศไทย มีวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียที่ให้ผู้สูงอายุคงอยู่กับครอบครัว นานเท่าที่ครอบครัวจะสามารถดูแลได้ ซึ่งหมายความว่าบุตรจะเป็นผู้ดูแล ถัดไปก็คือ ญาติพี่น้องที่เคยอยู่ด้วยกันแบบครอบครัวขยาย จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดในทศวรรษที่ผ่านมา ผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้กำลังจะลดน้อยลงเรื่อยๆ ด้วยแต่ละครอบครัวจะมีบุตรน้อยลง ครอบครัวไทยสมัยใหม่มีลูกโดยเฉลี่ย 2 คน คนเหล่านี้จะมีความรู้สูงกว่ารุ่นก่อน มีโอกาสได้ทำงาน โดยเฉพาะผู้หญิงไทยที่เข้าสู่แรงงานด้วยอัตราเพิ่มมากขึ้น และมีโอกาสที่จะทำงานในพื้นที่อื่น ครอบครัวขยายลดลง ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ทำให้เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทยจะลดน้อยลง



แหล่งข้อมูล : ปราโมทย์ ประสาทกุล, การวิเคราะห์เรื่องการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (คิดต่อส่วนตัว)

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการอยู่คนเดียว หรืออยู่ในครอบครัวที่ไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วย การเปรียบเทียบข้อมูลสำมะโนประชากรหลายครั้งก่อนที่ผ่านมากับสำมะโนประชากร ปี พ.ศ. 2543 พบว่า ส่วนของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่อยู่คนเดียว หรืออยู่กันเฉพาะสามีภรรยาเท่านั้น เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6 และร้อยละ 12 ตามลำดับ ซึ่งรวมแล้วเท่ากับร้อยละ 18 ของผู้สูงอายุทั้งหมด นับว่าเป็นสัญญาณเตือนให้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์นี้ในอนาคตอันใกล้

1.4 อย่างไรก็ตาม ความเป็นเมืองพุทธและวัฒนธรรมที่ให้คุณค่าความกตัญญูต่อผู้ให้กำเนิด น่าจะช่วยได้มากในประเด็นของการเป็นหลักประกันทางสังคมส่วนหนึ่งแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนถึงการดูแลทุกข์สุขต่อผู้สูงอายุในครอบครัว อาจจะเป็นไปในรูปของการส่งเสียข้าวของเงินทอง หรือการไปเยี่ยมเยียนถ้าไม่ได้อยู่ด้วยกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ตกทอดกันมานานหลายชั่วอายุคน จนทำให้นักวิชาการไทยและนักวิชาการต่างประเทศที่เข้ามาทำการศึกษาในประเทศไทย เชื่อว่า ความกตัญญูจะยังคงอยู่กับคนไทยส่วนใหญ่ตลอดไป ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่ด้อยอยู่คนเดียว ขาดคนดูแลทุกข์สุข หรือถูกทอดทิ้งน้อยมาก ดูเหมือนว่าปัญหาจะอยู่ในเมืองมากกว่าชนบท

ประเทศอื่นๆ เช่น เกาหลี สิงคโปร์และมาเลเซีย ก็มีประเพณีสืบทอดในเรื่องความกตัญญูเช่นเดียวกับประเทศไทย มีการตั้งสมมติฐาน จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและค่านิยมของคนรุ่นใหม่ ที่นิยมความเป็นอิสระแก่ตัว มีครอบครัวขนาดเล็ก และด้วยความเกรงเครียดทางเศรษฐกิจ อาจทำให้เกิดความถดถอยในค่านิยมของความเป็นครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นอยู่ด้วยกัน ลดทอนการส่งเงินให้พ่อแม่ หรือการดูแลเยี่ยมเยียน ทั้งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาระเพิ่มขึ้น โดยต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน ในกรณีที่พ่อแม่ต้องไปทำงานในที่อื่น หรือยิ่งไปกว่านั้น การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย ทำให้ลูกที่โตแล้วเจ็บป่วยกลับมาป่วยและตายในอ้อมอกพ่อแม่แล้วทั้งลูกกำพร้าไว้ให้เลี้ยงอีกด้วย(Knodel et al,2001)

2. นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังได้กล่าวแล้วคือ ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวนานที่สุดเท่าที่จะอยู่ได้ แต่เมื่ออยู่ไม่ได้หรือมีความต้องการการดูแลจากสถาบันที่ให้บริการทางการแพทย์หรือทางสังคม รัฐจะเข้าไปช่วยเหลือให้ทันกับปัญหา

ตามทฤษฎีจะแบ่งประชากรเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

- 1) กลุ่มที่มีสุขภาพดีและอยู่ตามลำพังได้
- 2) กลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน
- 3) กลุ่มที่ป่วยอาจจะต้องการการดูแลในระยะสั้นหรือระยะยาว

กลุ่มแรกควรมีบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจรรโลงสภาวะสุขภาพดี ให้คงอยู่ได้ตามอายุโดยอิสระไม่ต้องพึ่งพาบริการของรัฐ กลุ่มที่สองต้องการบริการทางสังคม คือ ผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวันและการเฝ้าระวังทางสุขภาพ ส่วนกลุ่มที่สาม ต้องการการดูแลด้านการแพทย์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามสาเหตุ ซึ่งอาจจะเป็นการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่ต้องการความต่อเนื่องของบริการ ที่มีลักษณะแบบบูรณาการ

3. การวัดสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการวัดภาวะสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทางกาย ทางจิต และทางสังคม

3.1. สถานะสุขภาพทางกาย ประเมินใน 3 ด้านคือ (1) สุขภาพโดยทั่วไป (2) ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และ (3) ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนที่จะทำให้มีความอิสระไม่ต้องพึ่งพา

3.2. สุขภาพจิต เกี่ยวโยงถึงศักยภาพของบุคคล กลุ่มและผู้เกษียณอายุที่จะตอบสนองต่อผู้อื่นในการทำหน้าที่ย่างเหมาะสม มีความเป็นอยู่ที่ดี มีการใช้สติปัญญา ความรัก ความมีเหตุมีผลในการกระทำจนบรรลุเป้าหมายอย่างมั่นคงและเป็นธรรม ภาวะซึมเศร้า จะพบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่มักจะวัดได้ยาก ความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ เมื่อมีความรุนแรงของภาวะจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

3.3. สุขภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสองมิติที่ตรงข้ามกัน คือ ความเป็นเจ้าของหรือถูกเป็นเจ้าของ กับความโดดเดี่ยวอ้างว้าง การวัดสุขภาพทางสังคมจะต้องสะท้อนถึงมิติทั้งสอง ซึ่งจะรวมถึงการรับรู้ สภาวะแวดล้อม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

สถานะสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ จะถูกจำแนกและแปลเป็นนโยบาย และบริการในการส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของที่จำเป็นจะต้องมีบ้านอยู่และเป็นเจ้าของบ้าน การช่วยเหลือของชุมชนและการมีหลักประกันเรื่องที่อยู่อาศัยเป็นหลักของบริการสวัสดิการสังคมในการดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในขณะที่เป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาสุขภาพให้คงอยู่ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีพลัง ซึ่งต้องมีกลไกแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา มีพลังในทางบวก ที่สำคัญที่

สุดคือการกระตุ้นที่เกิดจากภายในของผู้สูงอายุเองให้มีความมุ่งมั่นที่จะมีวิถีชีวิตที่เป็นบวก ซึ่งรวมถึง การเป็นอาสาสมัคร การทำงานตามความสนใจและการพัฒนาความเข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น

เรื่องของผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางสังคม ที่มีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ของประเทศ การมีคุณค่าตามค่านิยมของสังคมเป็นเรื่องซับซ้อน ปัญหาของผู้สูงอายุจะเชื่อมโยงกับการไม่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจ ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ การสูญเสียบทบาท ความยากลำบากในการดำเนินกิจกรรมทางสังคมและความขัดแย้งทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

การให้บริการทางสุขภาพอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุขตามความต้องการได้หลัก ประกันของการมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย มีผู้ดูแลที่ตรงกับปัญหา สภาวะแวดล้อมที่พร้อมจะช่วยเหลือ มีความเป็นมิตร ที่ทำให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ ได้ เป็นประเด็นปัญหาที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญจากหลายสาขาวิชาการและบริการในลักษณะบูรณาการที่มีความต่อเนื่องระยะยาว

4. ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประมาณความต้องการของบริการการดูแลต่อเนื่องระยะยาว แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การวัดความบกพร่องทั้งทางร่างกายและสังคมโดย 1) การวัดภาระโรค 2) การวัดระดับการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน 3) อัตราความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมและ 4) อัตราฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ประกอบการพิจารณาและตัดสินใจทางนโยบายในการจัดบริการที่เหมาะสม

4.1 ภาระโรคอันดับแรกที่วัดโดย DALYs จากข้อมูลปี พ.ศ. 2542 ได้เลือกกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราการมีชีวิตรอดอย่างบกพร่องทางสุขภาพ เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคที่ต้องให้บริการทางสุขภาพที่มีลักษณะบูรณาการดังกล่าว

ตารางที่ 2 ภาระโรคอันดับแรกที่วัดโดย DALYs ที่ทำให้ผู้มีอายุ 70 ปีขึ้นไปในประเทศไทย เสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือ มีชีวิตอยู่อย่างบกพร่องทางสุขภาพ พ.ศ. 2542

อันดับ	ผู้ชาย	ปีที่สูญเสีย	%	ผู้หญิง	ปีที่สูญเสีย	%
1.	อัมพาต	79,260	14%	สมองเสื่อม	152,444	18%
2.	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	64,272	11%	อัมพาต	132,796	16%
3.	หัวใจขาดเลือด	36,857	6%	เบาหวาน	60,706	7%
4.	มะเร็งตับ	34,212	6%	หัวใจขาดเลือด	41,795	5%
5.	เบาหวาน	32,421	6%	คอกระดูก	37,650	4%
6.	สมองเสื่อม	27,106	5%	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	31,564	4%
7.	คอกระดูก	23,129	4%	มะเร็งตับ	25,771	3%
8.	วัณโรค	21,714	4%	ไตวาย	22,674	3%
9.	มะเร็งปอด	21,098	4%	วัณโรค	21,775	3%
10.	ติดเชื้อระบบหายใจส่วนล่าง	16,977	3%	ติดเชื้อระบบหายใจส่วนกลาง	21,427	3%

แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545

ตารางที่ 3

กลุ่มอายุ	ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	
	ประเทศไทย ¹	เกาหลีใต้ ²
	1996	1999
60-64	1.0	7.0
65-69	1.2	5.2
70-74	3.5	12.2
75-79	3.5	17.0
80-84	10.0	35.2
85-89	13.0	-
90-94	31.3	-

แหล่งข้อมูล : ¹Jitapunkul,S .et al 1996 . ²Bae,S .et al 1999

ตารางที่ 4 การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุไทย ที่ต้องการบริการการดูแลต่อเนื่องระยะยาวแบบ บูรณาการ เปรียบเทียบระหว่าง ปี พ.ศ. 2543 กับ 2563

ภาวะทุพพลภาพ	2543	2563
ต้องจำกัคอยู่ในบ้าน	234,309	508,209
นอนติดเตียง	44,705	98,021
ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน	350,641	741,766
กลุ่มอาการสมองเสื่อม	162,563	358,265

แหล่งข้อมูล : สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ . การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย 2542

ข้อมูลจากตารางที่ 2 พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายและความบกพร่องทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นโรคที่เป็นค่อเนื่องจากวัยค่นของผู้สูงอายุ คล้ายกันทั้งหญิงและชาย 8 ใน 10 เป็นโรคไม่ติดค่อที่ได้แก่อัมพาตจากโรคเส้นเลือดสมอง , ปอดอุดกั้นเรื้อรัง , หัวใจขาดเลือด , มะเร็งคับ , เบาหวาน และค่อกระจก ในผู้สูงอายุหญิงพบกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อมมากกว่าผู้ชาย ซึ่งเนื่องมาจากการมีอายุที่ยืนยาวกว่ากัน โรคคิดเชือที่เป็นสาเหตุคือวัณโรค และการคิดเชือระบบหายใจส่วนล่ำง เป็นที่น่าสังเกตุว่าโรคเหล่านี้มีค่อใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาลและดูแลอย่างค่อเนื่องระยะยาว

4.2 ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย เมื่อเทียบกับของเกาหลีคึดูเหมือนของเราจะค่อกว่าในทุกกลุ่มอายุ จะเห็นว่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อัตราความชุกของกลุ่มโรคนี้จะสูงขึ้นตามล่ำดับจนถึงร้อยละ 31.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป ส่ำหรับเกาหลีประมาณว่ในปี 2542 ความชุกเท่ำกับ

ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละ 4 เป็นกลุ่มที่มีภาวะรุนแรง ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากระเบียบวิธีการวัดที่ไม่เหมือนกันได้

4.3 อัตราการฆ่าตัวตายในผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยคิดเป็นอัตรา 17.2 ต่อแสนประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกามีอัตราฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ 20 ต่อแสน ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ประมาณ 12 ต่อแสน และสิงคโปร์ ซึ่งสูงมากถึง 50 ต่อแสนในประเทศที่พัฒนาแล้วมีการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยนำเสนอไว้ในรายงานสถิติสุขภาพประจำปี ด้วยถือว่าเป็นดัชนีวัดสุขภาพจิตของสังคมที่สำคัญ

4.4 สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะได้เสนอการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน และต้องการผู้ดูแลที่มีความเฉพาะทาง หรือต้องการการดูแลในสถาบันการแพทย์ / เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 4 ถึงภาวะสำหรับปี 2543 และที่จะเพิ่มขึ้นในอีก 20 ปีข้างหน้า โดยพบว่าในปี 2543 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ต้องการบริการต่อเนื่องระยะยาวอยู่ถึงร้อยละ 14.8 โดยที่กลุ่มนี้ต้องจำกัดตัวเองอยู่บ้าน ต้องนอนติดเตียง ต้องพึ่งพาในการดูแลตนเอง หรือมีอาการสมองเสื่อมและจะมีจำนวนถึง 700,000 คนในอีก 20 ปีข้างหน้า

การมีข้อมูลประชากรสูงอายุที่ชัดเจน จะทำให้ระบุได้ถึงปริมาณความต้องการและลักษณะเฉพาะของความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ และความช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ทางสังคมและสวัสดิการ นอกจากนี้ถ้าทราบรายละเอียดของระดับความรุนแรงของปัญหาตามกลุ่มอายุ จะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจทางนโยบายได้ชัดเจนขึ้น

5. นโยบายผู้สูงอายุ

แม้ประเทศไทยจะมีสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1953 แต่ไม่มีนโยบายเพื่อผู้สูงอายุจนกระทั่งปี ค.ศ. 1986 จึงมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรกขึ้นโดยครอบคลุมระยะเวลาระหว่างปี ค.ศ. 1986 – 2001 การจัดทำแผนดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากข้อเสนอแนะขององค์การสหประชาชาติเป็นสำคัญ ประจักษ์ในการกำหนดแห่งชาติฉบับที่ 1 คือ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยทำคุณประโยชน์ให้สังคม จึงสมควรที่สังคมต้องตอบแทนบุญคุณของบุคคลเหล่านี้ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการทำแผนมีเป้าหมายไปที่ผู้สูงอายุโดยตรง และมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้และการให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุ เน้นความรับผิดชอบของสังคมต่อผู้สูงอายุในการให้สวัสดิการที่จำเป็น สนับสนุนครอบครัวชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน แต่แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มีจุดเน้นที่แตกต่างกัน

ทิศทางของนโยบายในอนาคต ทิศทางของนโยบายในอนาคตปรากฏในร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่สอง ในปี 2001 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลา ระหว่างปี ค.ศ. 2002 – 2021 การร่างแผนฉบับที่สองนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของข้าราชการในสถาบันที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาผู้

สูงอายุภายในประเทศอย่างกว้างขวางมากกว่าแผนฉบับที่ 1 ประสิทธิภาพหลักในแผนฉบับที่ 2 นี้คือ 1) การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม 2) การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุนั้นต้องเกิดจากการผสมผสานระหว่างบทบาทของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและรัฐอย่างเหมาะสม 3) ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าและศักยภาพซึ่งสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม 4) ผู้สูงอายุควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ อย่างสมเหตุสมผลและสมวัย และ 5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้ด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม ดังนั้นการเกื้อหนุนจากสังคมและรัฐจึงเป็นเพียงเรื่องชั่วคราวในบางเวลาเท่านั้น เป้าหมายที่ต้องการบรรลุคือ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีสังคมที่อบอุ่น มีหลักประกันที่มั่นคง มีศักดิ์ศรีเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของครอบครัว – ชุมชน และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ส่วนมาตรการเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น จะเน้นที่การสร้างจิตสำนึกให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกวัยในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ การเน้นการผสมผสานบทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและรัฐอย่างเหมาะสม และเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ทุกฝ่ายอยากให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

6. หลักประกันของผู้สูงอายุไทย¹

นโยบายและวิธิดำเนินการเพื่อสร้างหลักประกันให้ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและระดับปัญหาโดยเฉพาะในด้านจำนวนของผู้สูงอายุที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศ ตารางที่ 5 แสดงถึงจำนวนและโครงสร้างทางอายุของประชากร รวมถึงรายได้ต่อคนเปรียบเทียบระหว่างประเทศเพื่อนบ้านและประเทศไทย

ตารางที่ 5 จำนวนและโครงสร้างทางอายุของประชากรในปี ค.ศ. 2000

	มาเลเซีย	เกาหลีใต้	ฮ่องกง	สิงคโปร์	ไทย
• จำนวนประชากร (พัน)	22.246	47.275	6.796	3.714	61.399
• ประชากรอายุ 65+	1418.2	3371	760.4	312	3676
• สัดส่วนของประชากรทั้งหมด	6.4	7.1	11.2	8.4	5.99
• รายได้ต่อคน (US\$)	7640	15530	22570	22640	5950

แหล่งข้อมูล : World Population Data Sheet 2001, อ้างในมัทนา ทนานิรามย์ 2545

สถิติโดยเปรียบเทียบเรียงลำดับตามรายได้ต่อคนจากต่ำไปหาสูง คือ ไทย มาเลเซีย เกาหลี ฮ่องกง และสิงคโปร์ ในด้านการเปลี่ยนแปลงประชากรก็คล้ายกัน ช่วงที่ลำดับสูงสุดคือ ฮ่องกง ที่มีสัดส่วน

¹ มัทนา ทนานิรามย์ หลักประกันของผู้สูงอายุไทย : บทเรียนจากบางประเทศในเอเชีย เอกสารประกอบการประชุมเรื่องนโยบายและการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุ จัดโดยมูลนิธิประชากรแห่งชาติ วันที่ 29 – 30 เมษายน 2545

ส่วนประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 11.2 แสดงว่าประเทศทั้ง 4 ที่กล่าวถึงมีภาระผู้สูงอายุนานกว่าประเทศไทย แต่เขาก็มีทรัพยากรที่จะระดมเพื่อผู้สูงอายุได้มากกว่า แม้แต่มาเลเซียก็มีภาระผู้สูงอายุน้อยกว่าประเทศไทย ขณะที่มียารายได้สูงกว่า ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุเป็นงานที่ท้าทายมากสำหรับประเทศไทย เพราะมีความจำเป็นต้องสร้างระบบที่สามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุซึ่งจะเพิ่มอย่างมากมาในระยะเวลาอันสั้นต่างๆ ที่ทรัพยากรที่จะระดมเพื่อการนี้ยังมีน้อยอยู่

เป้าหมายหลัก ในระดับนโยบาย คือ “ต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีมีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชนและประเทศ เป็นความต้องการครอบคลุมและสังคม และมีความเข้าใจอันดีระหว่างคนต่างรุ่นในสังคม” เพื่อให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีหลักประกันในเรื่องการเงินและเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านการรักษาพยาบาลและเรื่องที่อยู่อาศัย การสร้างหลักประกันเหล่านี้ ทุกประเทศจะระมัดระวังที่จะไม่นำประเทศไปสู่การเป็นรัฐสวัสดิการ ซึ่งจะเป็ภาระรายจ่ายของรัฐบาลมากเกินไป ดังนั้น จึงมักเน้นการให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองก่อน ต่อมาคือครอบคลุมและชุมชนตามลำดับ โดยรัฐจะเป็นแหล่งความช่วยเหลือสุดท้าย

สำหรับหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับนโยบายของประเทศที่ได้มีวิวัฒนาการ และปรัชญาหลักเบื้องหลังนโยบายผู้สูงอายุ การสร้างหลักประกันประกอบด้วย การสร้างหลักประกันด้านรายได้ และการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นในเรื่องการรักษาพยาบาลและเรื่องที่อยู่อาศัย ที่ต้องแบ่งเป็นสองด้านเพราะการมีรายได้เพียงพอในการรักษามาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีระดับหนึ่งนั้นมีความจำเป็นในตัวของมันเอง และน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อย่างอิสระไม่เป็นภาระแก่ใครและมีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตามการมีรายได้ก็ยังไม่ได้เป็นหลักประกันของการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นเสมอไป โดยเฉพาะบริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งนอกจากจะเป็นรายจ่ายที่สูงแล้ว ยังมีความไม่แน่นอนสูงอีกด้วย เช่นเดียวกับเรื่องที่อยู่อาศัยที่จำเป็นต้องมีการจัดการที่เหมาะสมควบคู่กันไปด้วย

สำหรับประเทศไทย คล้ายคลึงกับมาเลเซียคือ มีโครงสร้างทางอายุที่ยังเยาว์วัยกว่าอีก 3 ประเทศ (สิงคโปร์ , ฮองกง และเกาหลี) เมื่อเปรียบเทียบกัน ดังนั้นแม้ว่าทั้งสองประเทศนี้ จะมีนโยบายผู้สูงอายุระยะยาวที่เน้นครอบคลุมและชุมชนการให้ความรู้แก่ชนทุกวัย ตลอดจนการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ แต่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมยังอยู่ในระยะเริ่มต้นเท่านั้น กล่าวคือ

6.1 หลักประกันด้านรายได้ เรามีโครงการให้บำนาญหรือบำนาญแก่ข้าราชการ และต่อมาได้มีกองทุนบำนาญบำนาญข้าราชการหรือ กบข. และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างเอกชนและสถานประกอบการขนาดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2542 โครงการประกันสังคมเริ่มดำเนินการจัดตั้งกองทุนชราภาพ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้เกษียณอายุจะได้รับบำนาญเป็นรายเดือนไปจนกว่าจะสิ้นชีวิต

ในปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จากโครงการดังกล่าวข้างต้นนี้ยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นส่วนมากจึงยังต้องอาศัยบุตรเป็นแหล่งรายได้หลัก

สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและขาดผู้ดูแล รัฐให้การอุดหนุนด้วยโครงการเบี้ยยังชีพ ที่ให้เงิน 300 บาทต่อเดือน ตลอดจนอายุของผู้สูงอายุนั้นๆ จากการประเมินผลพบว่า ผู้ที่ได้รับเงินอุดหนุนต่างๆ ที่มีใช้กลุ่มเป้าหมายและมีกลุ่มเป้าหมายจำนวนไม่น้อยที่ขาดโอกาสรับเงินอุดหนุนนี้¹

6.2 หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับด้านสุขภาพประเทศไทย ใช้เครื่องมือการประกันสุขภาพที่รัฐเป็นผู้ผลิตและจัดสรรบริการเอง โดยคิดค่าบริการในอัตราที่รัฐอุดหนุนสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญยังคงมีสิทธิพิเศษด้านการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับเมื่อครั้งยังเป็นข้าราชการและเบิกจ่ายด้วยวิธีเดียวกัน สำหรับโครงการประกันสังคมเมื่อออกจากงานแล้วสามารถสมัครเป็นสมาชิกต่อตามความสมัครใจ ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่เสียมูลค่าจากสถานบริการของรัฐในโครงการประกันสุขภาพมาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 แต่มีปัญหาเรื่องคุณภาพบริการที่ผู้สูงอายุและผู้ยากไร้จำนวนมากปฏิเสธการสงเคราะห์นี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ในรัฐบาลปัจจุบันได้เริ่ม “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” ที่คาดว่าผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นไม่มากนักจากโครงการนี้ จากความไม่พร้อมของโครงการฯ แม้ว่าในหลักการเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จกต้องดำเนินการจนประสบความสำเร็จในอนาคต

6.3 นโยบายหลักประกันการเข้าถึงบริการด้านที่อยู่อาศัย คือ ให้ผู้สูงอายุคงอยู่กับครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้แต่ยังช่วยตัวเองได้จะมีสถานสงเคราะห์ของรัฐ ภายใต้การกำกับดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ประมาณ 20 แห่งทั่วประเทศที่คอยให้บริการ แต่จำนวนนี้ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ได้มีความพยายามพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเชิงพาณิชย์ แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก

สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้และครอบครัวไม่สามารถดูแลอีกต่อไป จะมีองค์กรไม่แสวงหากำไรและโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งให้บริการ Nursing Home แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจระดับปานกลางขึ้นไป

7. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายระยะยาวที่ระบุได้ถึงทิศทางของนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ แต่การนำนโยบายสู่การปฏิบัติยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นเท่านั้น ดูเหมือนจะยังขาดกลไกที่เป็นองค์กรในการผลักดันที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้หน่วยงานรับผิดชอบเรื่องผู้สูงอายุมีความหลากหลายและไม่ได้อยู่ในรวมเดียวกัน

การเริ่มต้นแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย ก็เหมือนกับในหลายประเทศที่มีได้ถูกมองหรือได้รับการปฏิบัติและการจัดการอย่างปัญหาเฉพาะ แต่นับว่าเหมือนกันกับปัญหาความยากจนทั่วไป เมื่อ

¹ อภิญา เวชชัย 2542 อ้างใน มัทนา พานานิรมัย

ตระหนักว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยง ก็มีการแก้ไขเฉพาะหน้าโดยรัฐจะสร้างบริการต่างๆ ขึ้นมารองรับความต้องการเหล่านั้นโดยใช้โครงสร้างการบริหารที่มีอยู่เดิม ซึ่งมักเกิดการขาดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งๆ ที่การให้บริการผู้สูงอายุนั้นมีลักษณะแบบบูรณาการที่ต้องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานที่เห็นชัด คือด้านสุขภาพ อยู่ในบริการของกระทรวงสาธารณสุข ด้านสวัสดิการสังคม อยู่ในบริการของกระทรวงแรงงาน เป็นต้น ในแต่ละกระทรวงการบริการยังแบ่งไปตามงานเฉพาะอีกต่างหาก เช่น กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) และกรมอนามัย (การส่งเสริมสุขภาพ) ทำให้เกิดการรวมแผนค่อนข้างยาก นอกจากนี้เป้าหมายการจัดบริการของรัฐจะมุ่งไปที่กลุ่มยากจนก่อน เพราะครอบคลุมตั้งแต่ระดับชนชั้นกลางขึ้นไปยังสามารถจัดการกับปัญหาผู้สูงอายุค่อนข้างดี

เมื่อเวลาผ่านไป บริการที่รัฐจัดให้นอกจากจะไม่พอเพียงแล้ว ยังเป็นบริการที่บกพร่องทั้งจำนวนและคุณภาพ ในขณะที่เดียวกันรัฐจำเป็นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลผู้สูงอายุด้วยราคาแพง วัฒนาการของนโยบายผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนทิศทางที่จะไม่เน้นการให้บริการในสถาบัน แต่เน้นการให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีนานเท่าที่จะทำได้ ในแนวปฏิบัติจึงถือว่าครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุและจะมีมาตรการต่างๆ เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวและชุมชนที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ได้มีมาตรการ การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกวันให้รู้จักเตรียมตัวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและเรื่องสังคม การสร้างสังคมที่คนทุกรุ่นอยู่ร่วมกันได้อย่างเข้าใจกัน ที่ในประเทศไทยได้เน้นมาตรการเหล่านี้มาตั้งแต่แผนระยะยาวฉบับที่ 1

มาตรการที่ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มต้นที่การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีความรู้เฉพาะทางที่จะดูแลได้ถูกต้อง และการจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุจากชุมชนจะเข้าไปช่วยเหลือครอบครัวได้เมื่อขาดผู้ดูแล นอกจากนี้จะช่วยได้โดยจัดให้มีการให้บริการตอนกลางวัน ให้มีชมรมผู้สูงอายุเพื่อกิจกรรมทางสังคม และกลุ่มช่วยเหลือ (เช่น กลุ่มที่เป็นเบาหวาน มะเร็ง ข้อเสื่อม และกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น) จัดให้มีพยาบาลและทีมงานเยี่ยมที่บ้าน

สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวไม่ได้ จำเป็นต้องอยู่ในสถานที่ในอดีตจัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน จึงอาจมีความขาดแคลนที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุระดับกลางมากขึ้น สำหรับการรักษาระยะยาว ครอบครัวและชุมชนยังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาในสถาบัน หลายประเทศ เช่น สิงคโปร์ ฮองกง ได้เริ่มมีโครงการสงเคราะห์ผ่านครอบครัวหรือชุมชนด้วย

8. การดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ

การดูแลระยะยาวแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับจากเกือบทุกประเทศในปัจจุบัน หมายถึง บริการที่ผสมผสานการดูแลเรื่องสุขภาพและสังคมที่ให้อย่างต่อเนื่องแก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในการดูแลตนเอง ที่ครอบคลุมการดูแลในสถานบริการ ครอบครัวและชุมชน

โดยเน้นการฟื้นฟูและรักษาสภาพ ดังนั้นขอบเขตของบริการจะมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับนโยบายของประเทศที่อาจเป็นการดูแลแบบครบวงจรที่ขยายจากการดูแลที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ไปจนถึงการดูแลที่ต้องการแพทย์ที่มีทักษะขั้นสูงและเฉพาะทาง

การรับรู้ของคนทั่วไปต่อการดูแลระยะยาวน่าจะเป็นการดูแลในสถานบริการ แต่เพิ่มพูนความสำคัญของการให้บริการที่บ้านโดยความช่วยเหลือขององค์กรชุมชน แนวทางการให้บริการมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบรรยากาศทางเศรษฐกิจและการเมืองของแต่ละประเทศ มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่าประเทศที่มีฐานะทางการเงินมั่นคงจะแผ่แผ่ถึงประชากรวัยสูงอายุ มากกว่าประเทศที่ความมั่งคั่งน้อย เพื่อความเข้าใจในวิวัฒนาการการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ จะได้เปรียบเทียบประเทศไทยกับเกาหลีใต้ ฮังการี มาเลเซีย และสิงคโปร์ ดังข้อมูลข้างล่างนี้

1. สถานบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ					
โรงพยาบาลและสถานพักฟื้น	สิงคโปร์	มาเลเซีย	เกาหลี	ฮังการี	ไทย
รพ.สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง	✓	✓	✓	✓	
รพ.ฟื้นฟูสภาพ	✓		✓		
Nursing Home	✓	✓	✓	✓	✓
บ้านพักระยะสุดท้าย	✓				
บ้านสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม	✓	✓	✓	✓	

2. สถานบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ					
สถานบริการคอนดาวน์	สิงคโปร์	มาเลเซีย	เกาหลี	ฮังการี	ไทย
ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ	✓				✓
ศูนย์ดูแลคอนดาวน์	✓	✓	✓	✓	/
ศูนย์บริบาล	✓	✓	✓	✓	
ชุมชนบริการ					
บริการดูแลและช่วยงานบ้าน	✓	✓	✓	✓	
บริการปรับสภาพบ้าน	✓				
บริการสวดมนต์	✓				

สำหรับโรงพยาบาลและสถานพักฟื้น เกาหลีใต้ได้จัดให้มีโรงพยาบาลเฉพาะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทั่วไปมีบริการรักษาโรคเรื้อรัง และ nursing home บริการในชุมชนประกอบด้วย ศูนย์ดูแลคอนดาวน์ บ้านพักฉุกเฉินและบริการช่วยงานที่บ้าน แต่ยังมีปัญหาเรื่องค่าบริการและความครอบคลุมของบริการ

ฮ่องกงนั้น เมื่อมีข้อมูลความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ ในประมาณปี พ.ศ. 2543 ได้เริ่มโครงการนำร่องที่มีศูนย์สุขภาพชุมชนปฐมภูมิเป็นกลไกตรวจสอบประเมินสถานะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและจิตวิเคราะห์ เพื่อบริการที่เหมาะสมตามความต้องการ อาทิเช่น บริการคุณภาพสำหรับการดูแลที่บ้าน มีเป้าหมายที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง ผสมผสานบริการเวชปฏิบัติกับการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังมีงานนำร่องเพื่อประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานสากลและจัดให้มีสถานบริการให้เลือกใช้อย่างครบถ้วน ได้แก่ บ้านผู้สูงอายุ nursing home ศูนย์บริการตอนกลางวันและบริการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่บ้าน

สำหรับมาเลเซีย มีบริการด้านการแพทย์คล้ายกับประเทศไทยคือ โรงพยาบาลและคลินิกที่ให้บริการทุกกลุ่มอายุรวมทั้งผู้สูงอายุ พ่อแม่ของข้าราชการได้รับสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐโดยเบิกจ่ายได้ บริการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัดและอาชีพบำบัดเป็นบริการให้แก่ผู้สูงอายุ แต่บริการเหล่านี้ยังขาดแคลนมากในชนบท ความยากในการจัดบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คือ จำนวนแพทย์เฉพาะทางด้านนี้มีน้อยมาก ซึ่งรวมถึงจิตแพทย์เฉพาะวัยสูงอายุและเวชศาสตร์ฟื้นฟู หลักประกันทางสุขภาพไม่ครอบคลุม ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุต้องจ่ายเอง ซึ่งได้มีแผนงานเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุเริ่มในปี ค.ศ. 1995 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ โดยสรุปคือ

- ก. จัดให้มีบริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับภาคให้ครบถ้วนภายในปี ค.ศ. 2000
- ข. พัฒนาแผนงานแบบบูรณาการเพื่อการฝึกอบรมและการวิจัยที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
- และ ก. จัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ได้โดยอิสระอย่างสมเหตุสมผล

สิงคโปร์มีบริการทุกชนิดที่น่าจะเป็นแม่แบบสำหรับอนาคตได้ แม้กระนั้นก็ยังวิเคราะห์ว่าบริการที่ให้ยังเป็นการแยกส่วนอยู่ จึงได้เริ่มโครงการ “case management” ที่ประเมินสถานะภาพด้านสุขภาพทั้งกายและจิตใจ รวมถึงความบกพร่องทางสังคม แล้วให้บริการในลักษณะบูรณาการที่ตรงกับปัญหา ซึ่งดูเหมือนว่าถูกต้องเหมาะสม แต่ยากต่อการปฏิบัติและมีราคาแพง

นโยบายของไทยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน ดูเหมือนจะยังไม่ได้เริ่มลงทุนในด้านสถานบริการสุขภาพเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังขาดการประสานบริการด้านเวชศาสตร์และสุขภาพกับสวัสดิการสังคม ที่จะเอื้ออำนวยให้องค์กรชุมชนช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหาไม่ว่าในระดับเล็กน้อย หรือระดับที่ต้องพึ่งพาบริการฉุกเฉินที่ต้องการความเฉพาะทาง

ในรัฐบาลปัจจุบันที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าจะมีการประเมินศักยภาพการให้บริการเวชปฏิบัติแบบบูรณาการ เป็นบริการด้านแรกที่จะให้บริการต่อเนื่องระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้เพียงใด และมีความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และ พยาบาลด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นักเวชศาสตร์ฟื้นฟู และบุคลากรด้านสังคมสงเคราะห์ อย่างไรบ้าง

9. ระบบการศึกษาและสื่อมวลชน จะมีบทบาทในการช่วยทะนุบำรุงวัฒนธรรม ความกตัญญูให้คงไว้ รวมทั้งการส่งเสริมวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหลักการขององค์การอนามัยโลกที่ทุกประเทศรับเป็นมาตรการหลักของประเทศ

การให้การศึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกกระบบและในโรงเรียน ไม่ว่ากลุ่มเป้าหมายจะเป็นคนรุ่นใด เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ประเทศสิงคโปร์เห็นความสำคัญในเรื่องนี้จึงได้จัดสรรงบประมาณจำนวนมากในการให้การศึกษาตลอดชีวิตและใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือที่จะส่งเสริมที่จะทำให้คนรุ่นหลังยังคงรักษา เคารพและดูแลผู้สูงอายุตลอดไป สำหรับประเทศมาเลเซียได้กำหนดให้มีหลักสูตรในโรงเรียนทุกระดับเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ

นอกจากการให้การศึกษาแล้ว การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้สาธารณชนตระหนักและเข้าใจปัญหาอย่างต่อเนื่อง เช่น การกำหนด motto ในการรณรงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรเป็นข้อความสั้นๆ ที่ง่ายต่อความเข้าใจ ตัวอย่างเช่น ประเทศฮ่องกง ใช้คำว่า “Be active , eat well , and quit smoking” ในประเทศญี่ปุ่นกำหนด “ให้เดินวันละหมื่นก้าว กินอาหารหลากหลายวันละ 30 ชนิดและงดสูบบุหรี่” สำหรับไทยให้ความสำคัญกับ 3 อ. คือ อาหาร อารมณ์และออกกำลังกาย ซึ่งน่าจะได้รับการติดตามว่าคำขวัญดังกล่าวนี้ ให้ความหมายคิดตลาดมากน้อยเพียงใด

การให้ความรู้โดยผ่านการอบรมระยะสั้น หรือสื่อชนิดต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ มาเลเซียและไทยมีโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ชัดเจนและหลากหลาย ซึ่งได้แก่ (1)การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (2)การอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพและทักษะในอาชีพหลังเกษียณอายุ ที่จะทำงานต่อไปได้ (3)การอบรมเพื่อเป็นอาสาสมัครช่วยงานชมรมต่างๆ ที่ต้องการประสบการณ์ส่วนตัวของผู้สูงอายุ เช่น ในกลุ่มช่วยตนเองของกลุ่มผู้เป็นมะเร็ง เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรังหรืออัมพาต เป็นต้น และ (4)การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสมควรได้รับการสนับสนุนพร้อมมีกลไกตรวจสอบคุณภาพของผลผลิตเหล่านี้

“โครงการธนาคารสมอง” เป็นโครงการในพระราชดำริของพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถในรัชกาลปัจจุบัน ดำเนินการโดยสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นงานที่อยู่ในขั้นเริ่มต้นที่สำคัญมีเป้าหมายที่จะถ่ายทอดคุณค่าทางปัญญาของผู้สูงอายุแก่คนรุ่นต่อไป เป็นวิธีหนึ่งที่จะรักษามรดกชิ้นนี้ไว้ในธนาคารสมองของชาติสืบไป

10. แนวทางเพื่อพัฒนาการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

จากการทบทวนประสบการณ์จากประเทศเพื่อนบ้านทั้ง 4 ประเทศ พบว่ามีนโยบาย หลักการ และแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุนำหน้าประเทศไทยไปก่อนแล้ว เนื่องจากความตระหนักถึงขนาดปัญหาของประเทศ สำหรับทศวรรษหน้ามีแนวทางเพื่อพัฒนาการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คือ

1.) ในเรื่องการเข้าถึงบริการจำเป็นพื้นฐานต่างๆ นั้น ผู้สูงอายุไทยในอนาคตจะเป็นผู้มีการศึกษาสูงและมีฐานะดีขึ้น เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ความคาดหวังในคุณภาพของบริการก็ต้องสูงขึ้นตามด้วย ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นบริการด้านรักษาพยาบาลหรือเรื่องที่อยู่อาศัย บริการที่รัฐเคยจัดให้โดยเน้นที่กลุ่มคนยากจนจะไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในอนาคต จึงควรมีการส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนในการจัดบริการด้วย เพื่อจะได้มีบริการที่มีคุณภาพหลากหลายตามความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายก็ต้องมีการจ่ายร่วมสำหรับบริการเหล่านั้นด้วย

2.) แนวคิดที่เป็นมาตรการเชิงรุก ที่สมควรได้รับการตอบสนองคือ การปรับสภาพแวดล้อมให้มีความเป็นกันเองและให้ความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ มาตรการปรับสภาพภายในบ้านที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้านเช่นการลื่นหกล้มในห้องน้ำ จัดให้มีสัญญาณเรียกหน่วยงานภายนอกเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน สายด่วนเพื่อปรึกษาหารือ ที่สำคัญคือ ยานพาหนะ เพื่อผู้สูงอายุจะติดต่อโลกภายนอก เช่น ไปวัด ไปพบแพทย์ ไปร่วมงานสังคม หรือชมรม self help ต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และจำเป็นต้องมีระบบเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลสนองตอบต่อความต้องการบริการเชิงรุกได้

3.) การมีหลักประกันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ประเทศไทยให้หลักประกันการเข้าถึงบริการในสถานบริการของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลมาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 แต่ปัญหาที่ประสบคือความไม่เพียงพอของบริการที่มีคุณภาพ และความแตกต่างของบริการของรัฐในระดับต่างๆ จนในรัฐบาลปัจจุบันที่มีนโยบายคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กลับเป็นผลให้เกิดความแตกต่างระหว่างผู้คุ้มครองต่างโครงการที่รวมถึงผู้สูงอายุ แนวทางที่ควรพิจารณาที่สำคัญน่าจะเริ่มจากบริการที่ครบถ้วนตามความหมายของการดูแลระยะยาวเป็นองค์รวมในโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายให้ครบถ้วนเสียก่อน แล้วขยายการพัฒนาบริการไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบ จนถึงระดับที่จะให้บริการต่อเนื่องระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้ โดยอาศัยประสบการณ์จากประเทศเพื่อนบ้าน และการวิจัยเฉพาะพื้นที่ของเราเอง ภายใต้งานวิจัยการมีหลักประกันด้านกองทุนที่เหมาะสม

11. การวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดำรงอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีนโยบายหรือนโยบายที่ไม่เพียงพอเป็นความเสี่ยงต่อความมั่นใจว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ การทำวิจัยเพื่อกำหนดนโยบายต้องเป็นการวิจัยที่มีคุณภาพ ทันต่อเหตุการณ์ ข้อมูลและข้อเท็จจริงที่ได้ จะนำมาใช้เพื่อกำหนดทางเลือกและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นของทางเลือกต่างๆ ก่อนที่จะสรุปหรือเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.) ประเด็นของผู้สูงอายุมีความเฉพาะตัว ต้องการนักวิจัยที่เป็นสหสาขาวิชาในการศึกษาว่าด้วยผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า gerontology ที่ยังขาดแคลนสำหรับประเทศไทย เพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้กับการพัฒนาหลักสูตรในสถาบันการศึกษาจะเป็นมาตรการหนึ่งในการพัฒนาและเพิ่มจำนวนบุคลากรในศาสตร์เฉพาะวัยสูงอายุ