



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ:
การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจกรรมเพื่อสังคม

คณะผู้วิจัย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.ธีรณรงค์ สกุลศรี

นางสาวปณณัฏฐ์ ทิพย์สุข

นางจารุปภา วะสี

ดร.จิตาภา พันธุ์

โครงการเริ่มวันที่ 25 กันยายน 2561 – 24 พฤษภาคม 2561

รวมระยะเวลาที่ทำวิจัยทั้งสิ้น 8 เดือน

รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ:
การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจกรรมเพื่อสังคม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะผู้วิจัย

อาจารย์ ดร.ธีรพงศ์ สุกุลศรี

นางสาวปาณฉัตร ทิพย์สุข

นางจารุภา วะสี

ดร.จิตาภา พันธุ์

ชุดโครงการ “การดูแลครอบครัวเปราะบางในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง
โครงสร้างประชากรและสังคมไทย

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอแนวทางการสร้างแรงจูงใจให้ภาคธุรกิจเอกชน กิจการเพื่อสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน ตลอดจนผู้ที่สนใจต้องการดำเนินงานด้านจัดหาบริการเพื่อผู้สูงอายุ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ทำให้รายงานการวิจัย “เรื่อง ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม” มีข้อมูลครบถ้วนโดยเฉพาะจากการเก็บข้อมูลภาคสนามที่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากผู้แทนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านให้บริการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และผู้สูงอายุและครอบครัว เจ้าหน้าที่ อบต. อสม. ฯลฯ ผู้มีส่วนร่วมทุกท่านในพื้นที่เชียงใหม่ และกาญจนบุรี ที่คณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่พูดคุยและเยี่ยมบ้าน ซึ่งทุกท่านได้อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยฯ คณะกรรมการผู้ประเมินรายงานการวิจัย ที่กรุณาใช้เวลาและให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการ และขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่เห็นความสำคัญของปัญหาเพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และให้การสนับสนุนงบประมาณและอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนนักวิชาการที่กำลังศึกษาแนวทางที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ หากรายงานการวิจัยฉบับนี้มีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขอน้อมรับไว้แต่ผู้เดียว

คณะผู้วิจัย

ตุลาคม 2561

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การที่ประเทศไทยมีประชากรสูงวัยมากขึ้น ทำให้ภาครัฐต้องมาตรการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมวัยชราของประเทศอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งที่จะเป็นผลกระทบตามมาก็คือ ภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล ที่จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งในอนาคตรัฐอาจไม่สามารถรองรับความต้องการดังกล่าวนี้ได้เพียงลำพัง โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องขยายจำนวนสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น เพราะอาจนำไปสู่ปัญหาเสถียรภาพด้านการเงินการคลังของประเทศ การศึกษาเรื่องระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม มีเป้าหมายสำคัญคือ การได้แนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมเป็นหลัก แนวทางดังกล่าวมาจากการศึกษาประสบการณ์จากต่างประเทศที่ได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชนเป็นอย่างดี และมีการบริการที่หลากหลายครอบคลุมการดำเนินชีวิต การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ดำเนินการเก็บข้อมูล 2 วิธีการ วิธีการแรก คือ การวิเคราะห์เอกสาร เพื่อศึกษานโยบาย กฎหมาย แนวคิด และ การดำเนินการ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและความร่วมมือภาคส่วนต่าง ประเทศที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สวีเดน ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น ฟินแลนด์ ฯลฯ และวิธีการที่สอง คือ การศึกษาโดยการเก็บข้อมูลเชิงลึกในภาคส่วนต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 11 องค์กร และศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว 9 ครอบครัว ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

ในต่างประเทศ การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในชีวิตบั้นปลาย ครอบคลุมในเรื่องดังนี้ คือ หนึ่ง รายได้หลังเกษียณ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะยากจนในวัยสูงอายุ บางประเทศใช้ระบบประกันสังคม พร้อมกับแผนบำนาญชราภาพขั้นต่ำสำหรับผู้มีรายได้น้อย บางประเทศใช้แผนบำนาญชราภาพแบบถ้วนหน้า ที่ไม่ได้ผูกพันกับการจ้างงาน ผู้ที่มีรายได้ไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานจะได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐในอัตราที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ต้องได้รับการประเมินทรัพยากรสินก่อน แต่บางแผนฯ ไม่จำเป็นต้องมีการประเมินรายได้หรือทรัพยากรสิน ที่ไม่ต่างกันคือ ให้ประชาชนสามารถซื้อแผนการออมแบบสมัครใจจากภาคเอกชนที่มีให้เลือกอยู่หลากหลาย สอง การจ้างงาน ภาครัฐมีนโยบายและกฎหมายที่ชัดเจนในการให้ผู้สูงอายุมีงานทำ อีกทั้งมาตรการเสริม เช่น การห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติเรื่องวัยในสถานที่ทำงาน สร้างแรงจูงใจด้านภาษีและสิทธิประโยชน์ให้กับวัยสูงอายุ นอกจากนี้ ภาคเอกชน มีบทบาทในการช่วยฝึกอบรม ส่งเสริมการจ้างงานในสถานประกอบการหรือตลาดกฏเกณฑ์การจ้างงาน เช่น ไม่กำหนดอายุเกษียณในสถานที่ทำงาน รวมทั้งสนับสนุนทุนให้ผู้สูงอายุริเริ่มธุรกิจขนาดเล็ก สาม ที่อยู่อาศัย ภาครัฐมีการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยให้มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยหลายรูปแบบ เช่น สร้างที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับรายได้ ช่วยสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้ให้เช่าหรือเจ้าของบ้าน ให้มีการปรับปรุง

ซ่อมแซม และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ โดยคิดค่าเช่าในราคาถูก หรือรัฐให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยตรงในการซ่อมแซมที่พักอาศัย ปรับเปลี่ยนระบบไฟฟ้าให้มีการประหยัดพลังงาน หรือจัดหาที่พักแห่งใหม่ที่มีราคาถูกกว่าเดิมและสามารถจ่ายได้โดยไม่กระทบการครองชีพ ในบางประเทศมีการลดหย่อนภาษีให้ครอบครัวที่อาศัยอยู่ข้างรุ่น สี่ การดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล บางประเทศมุ่งช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยเป็นหลัก โดยการริเริ่มโครงการด้านรักษาพยาบาลและดูแลระยะยาวที่ให้ประชาชนกลุ่มรายได้น้อยถึงปานกลางเข้าถึงได้ โดยมีการประเมินทรัพย์สินหรือรายได้ก่อน บางประเทศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพกายและจิต และการดูแลรักษาแบบระยะยาว ภาคเอกชนมีบทบาทให้บริการสถานพักฟื้น พึ่งพา ดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่บ้าน ฯลฯ ที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการที่ได้รับ ภาคเอกชนสามารถแข่งขันออกโปรแกรมการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนได้หลากหลาย แต่ทั้งนี้ต้องภายใต้การควบคุมราคาโดยภาครัฐ ห้า สุขภาพจิต หลายๆ ประเทศมีประสบการณ์ที่คล้ายกันในเรื่องการตีตราผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม ในระบบหลักประกันสุขภาพของแต่ละประเทศก็ได้ให้สิทธิครอบคลุมการรักษาตัวในสถาบันหรือโรงพยาบาลด้านจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม ในส่วนของภาคเอกชน กิจกรรมเพื่อสังคม องค์กรกุศล มีการดำเนินโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในความเสี่ยงมากมาย อาทิ โครงการดนตรี ศิลปะ หรือให้งานทำ ที่สามารถทำให้เกิดการฟื้นฟูความจำได้ หรือจัดบริการผู้ดูแลผู้สูงอายุไปยังที่พักอาศัยหรือในสถานบริบาล หก การให้ชุมชนมีส่วนร่วม นั่นคือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในบ้านหรือในชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการดำเนินการทั้งระดับรัฐและท้องถิ่น เช่น ปรับระบบการใช้บริการขนส่งที่ยืดหยุ่นกับผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องรูปแบบการให้บริการที่เสียค่าใช้จ่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย หรือบัตรโดยสารพิเศษ และปรับปรุงสถานีขนส่งและพาหนะให้รองรับผู้สูงอายุ บริการรถแท็กซี่ที่แตกต่างจากประชาชนทั่วไป ในระดับท้องถิ่น จัดให้มีบริการรถรับส่งไปยังที่ต่าง ๆ เช่น ไปโรงพยาบาล ห้างสรรพสินค้า ตลาด เข้าร่วมกิจกรรมที่ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐจัดให้ เช่น เกม กีฬา การศึกษา วัฒนธรรม ฯลฯ สำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุต้องพึ่งพาที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีการจัดส่งอาหารให้ตามบ้านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือมีคาบบริการเล็กน้อยสำหรับผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการบริการส่งอาหารถึงบ้าน ภายในชุมชนจัดให้มีสถานดูแลผู้สูงอายุภาคกลางวัน หรือสถานที่ทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกัน รวมถึงมีการจ้างงานผู้สูงอายุให้ทำหน้าที่บริการชุมชน ทำงานอาสาสมัครตามโรงพยาบาล ดูแลเด็กที่ต้องการความอบอุ่นเป็นพิเศษ รวมกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุติดบ้าน เป็นต้น และเจ็ด การดูแลในครอบครัว รัฐสนับสนุนเบื้องต้นในเรื่องเบี้ยช่วยเหลือผู้ดูแล และอนุญาตให้ลาหยุดงานที่ยังคงได้รับค่าแรง เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้ ในเรื่องการส่งบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือการให้ผู้สูงอายุสูงวัยที่บ้านอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทางภาคเอกชน ที่รวมถึงกิจกรรมเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรการกุศล ได้จัดส่งบริการให้ถึงที่บ้าน คือ ส่งอาหาร ซ่อมแซมบ้าน ยกของ ซักผ้า ตัดผม ทำความสะอาดบ้าน ดูแลผู้ป่วยติดเตียง รักษาพยาบาล ไปโรงพยาบาลเป็นเพื่อน ขับรถให้ ช่วยเหลือด้านข้อมูลและกฎหมาย ช่วยแบ่งเบาภาระงานผู้ดูแล เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการจัดหาบริการให้กับผู้สูงอายุในถิ่นที่อยู่ ในหลายประเทศ มีแนวทางที่หลากหลาย เช่น การทำสัญญาแบบเหมาช่วง (subcontract) ระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน กิจการเพื่อสังคม หรือองค์กรไม่แสวงผลกำไร ให้ผลิตสินค้าบริการให้กับผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งที่เสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่เหมาะสมหรือไม่เสียค่าจ้างใด ๆ ขึ้นอยู่กับรูปแบบบริการ การทำสัญญาแบบข้อตกลงโครงการที่สร้างผลกระทบต่อสังคม (social impact bond) ซึ่งเป็นการทำสัญญาระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน บริษัทธุรกิจ องค์กรไม่แสวงผลกำไร ที่ต้องการลงทุนในโครงการที่ช่วยแก้ไขปัญหาสังคม รัฐจะจ่ายค่าตอบแทนเมื่อมีการประเมินได้ว่า โครงการประสบผลสำเร็จ กลุ่มเป้าหมายได้รับการช่วยเหลือ แต่การทำรูปแบบนี้ จะต้องมีการกลไกหรือมาตรการที่รัดกุม เพื่อให้การใช้งเงินมีประสิทธิภาพ และประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการช่วยเหลืออย่างแท้จริง

ในประเทศไทย ระบบการดูแลผู้สูงอายุมีความหลากหลายและครอบคลุมการดำเนินชีวิตมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสนับสนุนเบี้ยยังชีพ การให้ผู้สูงอายุได้ทำงานในภาคธุรกิจบริการ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นทั่วประเทศ ซ่อมแซมที่พักอาศัย จัดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย บริการรถรับส่ง สร้างสถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะยาว การให้ข้อมูลความรู้และการช่วยเหลือทางกฎหมาย ฯลฯ จากข้อสังเกตพบว่า ภาครัฐมีบทบาทจัดหาและให้บริการเสียเป็นส่วนใหญ่ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่หลักในการกระจายบริการให้เข้าถึงครอบครัวผู้สูงอายุ แต่ก็ทำได้ในขอบเขตที่จำกัด เนื่องจากภาระงานดูแลประชาชนด้านอื่นๆ ที่สำคัญ รวมถึงงบประมาณที่มีจำกัด ในที่นี้อาจกล่าวได้ว่า ภาคเอกชน ที่รวมถึงกิจการเพื่อสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรการกุศลต่าง ๆ ในประเทศไทย มีส่วนร่วมน้อยมากในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนหรือท้องถิ่น จากการเก็บข้อมูลองค์กร ที่ไม่ใช่ภาครัฐ เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานเพื่อจัดบริการผู้สูงอายุ ภาคธุรกิจส่วนใหญ่ดำเนินการจัดบริการด้านที่พักอาศัย สถานบริการ ที่จำกัดอยู่ในเมือง และกลุ่มผู้มีรายได้ปานกลางถึงสูง ภาคองค์กรไม่แสวงผลกำไรตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชนหลายองค์กรได้ริเริ่มการดูแลบริการผู้สูงอายุในชุมชนโดยจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ผนวกคนทุกกลุ่มวัยเข้าร่วม บางแห่งริเริ่มการอบรมวัยหนุ่มสาวให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งทำในหน่วยเล็ก ๆ ด้วยงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดเท่านั้น และมีอีกหลายแห่งที่ต้องการทำกิจกรรมช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ซ้ำกัน แต่ไม่มีข้อมูลเบื้องต้น

จากการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ต้องการอะไรนอกจากการกลับมาแข็งแรงดังเดิมถึงแม้ว่าในบางครอบครัวยังชีพได้ด้วยเบี้ยผู้สูงอายุที่เพียงพอต่อการซื้ออาหารเท่านั้น จากการสังเกตและพูดคุยกับผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นว่า ในมุมมองของผู้สูงอายุนั้น จะเจ็บไข้ได้ป่วยหรือ ลำบากยากแค้นเพียงไร ไม่ได้มีความคาดหวังความช่วยเหลือจากภาครัฐหรือผู้ใด เป็นกระบวนการธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญ และการมองว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือนั้น เป็นมุมมองจากบุคคลอื่น อย่างไรก็ดี การที่จำเป็นต้องมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตอย่างมีอิสระภาพ มี

ส่วนร่วมในสังคม ได้รับการดูแล เข้าถึงโอกาสในการบรรลุความต้องการของตนเอง และอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี เป็นบทบัญญัติที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดแนวทางปฏิบัติให้กับทุกประเทศดำเนินการตาม

จากการเปรียบเทียบการจัดหาบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ระหว่างประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุกับประเทศไทย พบว่ามีความแตกต่างในบางเรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ระบบสนับสนุนการบริการที่ส่งตรงไปยังครอบครัว เช่น การจัดส่งอาหาร ซักผ้า ดูแลทำความสะอาด บ้าน ตัดผม ซ่อมแซมปรับปรุงบ้าน ช่วยเหลือด้าน ADLs และ IADLs ฯลฯ ในต่างประเทศ เป็นการบริการที่เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ ที่อยู่ในรูปแบบการทำสัญญากับภาครัฐหรือส่วนการปกครองท้องถิ่น หรือ ดำเนินการอย่างอิสระ ประชาชนสามารถเรียกใช้บริการได้ตลอดเวลา ในขณะที่ประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาครัฐที่เกี่ยวข้องเป็นผู้จัดบริการเท่านั้น ที่มีเฉพาะในบางเรื่องเช่นการ ช่วยเหลือด้าน ADLs และ IADLs และทำได้ไม่ทั่วถึง ถึงแม้ว่าในสังคมไทยจะแตกต่างในเรื่องวัฒนธรรม ครอบครัวเครือญาติที่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นอย่างดี แต่ในอนาคตผู้สูงอายุมากขึ้น คนในครัวเรือนก็มี อายุมากขึ้นเช่นเดียวกัน รวมถึงปัจจัยด้านการย้ายถิ่นของคนรุ่นหลัง อาจทำให้การดูแลผู้สูงอายุตกเป็น ภาระหนักแก่ภาครัฐ โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ไม่ได้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงกลุ่ม เดียว แต่ยังต้องดูแลกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน นั่นคือ วัยเด็ก

จากการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ และการศึกษาเชิงลึกด้านองค์กรต่าง ๆ ที่ทำงานด้าน ดูแลผู้สูงอายุ และการสังเกตการณ์และสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความต้องการครัวเรือนผู้สูงอายุ ทำให้ได้ แนวทางในการให้ภาคเอกชน บริษัทธุรกิจ กิจกรรมเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศล หรือ กลุ่มบุคคลที่ต้องการทำงานด้านช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การส่งเสริมหรือสนับสนุนให้องค์กรภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ

ภาครัฐเพิ่มเติมบทบาทที่นอกเหนือจากการกำหนดนโยบายและการจัดบริการ มาเป็นการส่งเสริม หรือสนับสนุนให้องค์กรภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้วย โดยการสนับสนุนทางตรงกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องหรือดำเนินการผ่านองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณและติดตามประเมินผล ในการดำเนินการอาจใช้แนวทางการทำสัญญาแบบรับเหมาช่วง (subcontract) หรือทำสัญญาแบบจ่าย ตามผลงาน (pay for success / social impact bond) ซึ่งหากจะมีการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว จะต้องมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1) การจัดตั้งหน่วยงานกลางที่เป็นองค์กรอิสระเพื่อเป็นองค์กรกลาง

การจัดตั้งหน่วยงานกลางที่เป็นองค์กรอิสระเพื่อเป็นองค์กรกลางในการเจรจา (Mediatory) กับ ภาคเอกชน องค์กรการกุศล หรือองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร ให้เป็นผู้จัดทำโครงการประเภทนวัตกรรมที่เป็น การแก้ไขปัญหา (intervention) ในส่วนของโครงสร้างขององค์กรอิสระจะเป็นคณะกรรมการของระบบฯ (Aged Care Committee) นั้น ควรประกอบไปด้วยองค์กรระดับรัฐ และระดับท้องถิ่น และในแต่ละระดับ

ประสานความร่วมมือกันระหว่างองค์กรภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรการกุศล โดยในการดำเนินการมีเป้าหมายสูงสุด คือ การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการเป็นหลัก

1.2) การกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ได้รับการสนับสนุน

ควรกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินคุณสมบัติของผู้รับการสนับสนุนบริการต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากการใช้เกณฑ์อายุในการคัดกรอง เช่น การประเมินจากรายได้และทรัพย์สินต่ำกว่าเกณฑ์ที่คณะกรรมการประเมินคุณสมบัติผู้รับการสนับสนุนได้กำหนดไว้ (Means-tested level) หรือประเมินจากความเหมาะสมที่ควรจะได้รับบริการ และมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์องค์ประกอบของคะแนนประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สอดคล้องและเท่าทันกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือการใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับบริการที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการในรูปแบบขององค์กรธุรกิจ (Market Segmentation)

1.3) การกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดกรองคุณภาพผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการ

ควรกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดกรองคุณภาพผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการ โดยการกำหนดมาตรฐานของการให้บริการและมีคณะกรรมการในการประเมินคุณภาพของสถานบริการอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ควรมีการควบคุมสถานบริการให้สอดคล้องกับจำนวนของผู้สูงอายุด้วยคุณภาพของการบริการที่ได้มาตรฐาน หรือการสร้างแรงจูงใจ เช่น การสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลในรูปแบบของเงินช่วยเหลือ (capital grant) ในกรณีที่ผู้ให้บริการสามารถคงมาตรฐานของการให้บริการตามมาตรฐานได้อย่างดีและมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

1.4) การสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานหรือระบบอาสาสมัครในชุมชน

การสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานหรือระบบอาสาสมัครในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยอาจจะใช้ทุนที่สังคมไทยมีอยู่แล้ว เช่น ระบบอาสาสมัครชุมชนหรือผู้ดูแล ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้ในการดำเนินการอาจมีกำหนดมาตรการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนได้ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องลาออกจางานเพื่อไปดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อเป็นการลดการใช้บริการสถานบริการในรูปแบบสถาบันฯ หรือการลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร หรือหลาน เป็นต้น

1.5) การออกมาตรการสนับสนุนภาคส่วนอื่น ๆ ที่มีการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม

รัฐบาลควรมีการมาตรการในการดำเนินการที่สำคัญๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้เกิดระบบนิเวศของการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นภาพรวมของประเทศ เช่น ในกรณีของการจ้างงานและการฝึกอบรม กำหนดกรอบการทำงานในเรื่องการต่อต้านการเลือกปฏิบัติ หรือการเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ในการจ้างงานต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันการจ้างงานและเป็นการสร้างแรงจูงใจสำหรับนายจ้างในการจ้างงานผู้สูงอายุต่อเนื่องจนถึงอายุอย่างน้อยที่สุด 65 ปี หรือการพัฒนาโครงการเพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น โครงการช่วยเหลือทางการเงินให้กับสถานประกอบการที่มีการ

จ้างแรงงานสูงอายุ โครงการสนับสนุนงบประมาณหรือเงินอุดหนุนบางส่วนเพื่อส่งเสริมการประกอบธุรกิจของผู้สูงอายุ

สำหรับในส่วนภาคธุรกิจ ในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นในเรื่องการสร้างบ้านพักผู้สูงอายุ จึงนับเป็นโอกาสสำคัญที่จะทำให้ภาคธุรกิจเข้ามามีส่วนร่วมได้ เช่น ริเริ่มโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยเป็นโครงการให้เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำแก่หน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรในการสร้างที่พักใหม่หรือซ่อมแซมที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุเช่า หรือสนับสนุนค่าเช่าให้กับเจ้าของที่พักที่ให้ผู้เช่าและครอบครัวที่รายได้น้อยได้อาศัยอยู่ หรือภาครัฐสนับสนุนงบประมาณให้กับอุตสาหกรรมเนอส์ซิงโฮมที่ช่วยดูแลในเรื่องรักษาพยาบาลที่มีการดำเนินการได้มาตรฐานตามที่รัฐบาลกำหนดเพื่อเป็นการช่วยลดภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถดูแลตนเองในโรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพของรัฐ สำหรับสถานดูแลระยะยาว ควรมีโครงการนำร่องระบบการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ (System of Integrated Care for Older Persons) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้จากสถานบริการและส่งเสริมให้ชุมชนมีการบูรณาการอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อรองรับความต้องการของการดูแลระยะยาว โดยสร้างความร่วมมือกับแพทย์ระดับปฐมภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ในการประเมินความต้องการ จัดหา และให้บริการสุขภาพและสังคมที่บ้านแทนการเดินทางเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล หรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ริเริ่มโครงการการลดหย่อนทางภาษี (Tax credit) ให้กับครัวเรือนที่มีคนหลายวัยอยู่รวมกัน และให้มาตรการช่วยเหลือทางภาษี (Tax concession) สำหรับการสร้างหรือปรับปรุงที่พักอาศัยเนื่องด้วยความต้องการของคนหลากหลายวัย เป็นต้น

2) การจัดตั้งเครือข่ายการให้บริการผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อระดมภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาเป็นทรัพยากรของการดูแลผู้สูงอายุ

การสร้างเครือข่ายการสูงอายุแห่งชาติเพื่อนำไปสู่การจัดตั้งเครือข่ายการให้บริการผู้สูงอายุ (Aging Network) ทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งนอกจากจะเป็นการระดมภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาเป็นทรัพยากรของการดูแลผู้สูงอายุแล้ว เครือข่ายดังกล่าวนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างคณะกรรมการที่เป็นกลไกการสนับสนุนในภาพรวม (Aged Care Committee) โดยแต่ละศูนย์ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งหมดจากรัฐทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ออกแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุครอบคลุมทุกเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นศูนย์กลางฐานข้อมูลองค์กรรัฐ เอกชน ฯลฯ ที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่แยกเป็นหมวดหมู่ชัดเจน

3) การส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมหรือธุรกิจขนาดเล็ก เพื่อริเริ่มบริการที่ตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและที่บ้าน

การส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมหรือธุรกิจขนาดเล็ก เพื่อริเริ่มบริการที่ตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและที่บ้านเพื่อให้กิจกรรมนั้น ๆ เป็นไปตามหลักการให้ผู้สูงอายุมีอิสระภาพ มีศักดิ์ศรี มีทางเลือกมากกว่าเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานแต่เพียงอย่างเดียว โดยเปิดโอกาสให้

ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมหรือโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือ สนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องการดำเนินธุรกิจขนาดเล็ก ลงทุน ให้การช่วยเหลือตั้งธุรกิจ หรือ ให้มีธุรกิจที่ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และเริ่มจากโครงการที่เป็นความต้องการเฉพาะและมีตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลความสำเร็จ ได้ชัดเจน

4) การจัดตั้งองค์กรการกุศล

การจัดตั้งองค์กรการกุศล เพื่อเป็นองค์กรกลางในการระดมทุนและบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน กิจกรรมด้านผู้สูงอายุ โดยนำทุนที่ระดมมาได้ ดำเนินโครงการเช่น ให้งานกิจกรรมเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวง ผลกำไร ที่อยากริเริ่มโครงการเพื่อผู้สูงอายุ

สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป มีดังนี้

1. สํารวจกิจกรรมเพื่อสังคม และบริษัทเอกชน ทั้งที่แสวงผลกำไร หรือ ไม่แสวงผลกำไรที่ประสงค์จะ เข้าร่วมเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการผู้สูงอายุ
2. สํารวจผู้ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ จัดประเภทการให้บริการ ระบุประเภทบริการที่มีอยู่ และ บริการที่ยังไม่เกิดขึ้น ตามกรอบนโยบายผู้สูงอายุ 7 ด้าน ด้านรายได้หลังเกษียณ การจ้างงาน ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล สุขภาพจิต การให้ชุมชนมีส่วนร่วม และการดูแลในครอบครัว โดยทำ การสำรวจทั่วประเทศ
3. ศึกษาแรงจูงใจของภาคเอกชน ทั้งที่แสวงผลกำไร หรือ ไม่แสวงผลกำไร ในการจัดหาบริการเพื่อ ผู้สูงอายุในด้านความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และการดูแลระยะยาว
4. ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงอายุให้เกิดขึ้นทั่วภูมิภาคของ ประเทศ ที่เกิดจากความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาสังคม
5. ศึกษาวัฒนธรรมด้านการบริการและผลิตภัณฑ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ

บทคัดย่อ

รหัสโครงการ: RDG60X0005
ชื่อโครงการ: ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และกิจการเพื่อสังคม
ชื่อนักวิจัย: อาจารย์ ดร. ธีรณรงค์ สกุลศรี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail Address : teeranong.sak@mahidol.edu
ระยะเวลาโครงการ: 25 กันยายน 2560 – 24 พฤษภาคม 2561

การศึกษาเรื่อง “ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และกิจการเพื่อสังคม” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบสนับสนุนครัวเรือนผู้สูงอายุ ทั้งจาก ภาครัฐ ภาคเอกชน กิจการเพื่อสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรการกุศล และ ภาคประชาสังคม และเพื่อนำเสนอแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยการสร้าง แรงจูงใจให้ภาคเอกชน หรือภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากภาครัฐ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแล มากยิ่งขึ้น การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย สื่อ อิเล็กทรอนิกส์ ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางสนับสนุนครัวเรือนผู้สูงอายุในประเทศไทยและในต่างประเทศ และ เก็บข้อมูลเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้แทนองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน กิจการเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไร ที่ปฏิบัติงานหรือดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุ จำนวน 11 แห่ง และสัมภาษณ์ ครัวเรือนผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 9 ครอบครัว ที่อยู่นอกเขตเทศบาลในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาถึง ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า ในต่างประเทศได้จัดระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ที่ครบทุกด้านของการดำเนินชีวิต คือ ด้านรายได้ การมีงานทำ ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและการ ดูแลสุขภาพกายและใจ การให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยระบบการสนับสนุนดังกล่าว เป็นความร่วมมือกันกับทุกภาคส่วน ท่ามกลางสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น มีการสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพทั้งที่บ้านและในชุมชน (aging at home และ aging in place) ด้วยการ จัดส่งบริการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง โดยรัฐเป็นผู้อำนวยให้เกิดความร่วมมือ พร้อมสนับสนุนงบประมาณไป ให้ภาคส่วนอื่น ๆ แทนการดำเนินการเอง เช่น การทำสัญญาแบบเหมาช่วง เพื่อการบริการที่ทั่วถึงผู้สูงอายุ ทุกคนที่ต้องการใช้บริการ เช่น บริการอาหาร บริการรถรับส่ง ไปธุระเป็นเพื่อน ฯลฯ และอีกวิธีการหนึ่ง สำหรับกลุ่มประชากรสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นการป้องกันและช่วยเหลือ คือ การใช้กลไกทาง การเงินที่เรียกว่า ข้อตกลงว่าด้วยการทำโครงการที่ส่งผลกระทบต่อสังคม (social impact bond) หรือ การจ่ายตอบแทนเมื่อโครงการประสบผลสำเร็จ หรือ (pay for success) ซึ่งเป็นการทำสัญญาระหว่างรัฐ กับองค์กรธุรกิจไม่หวังผลกำไร หรือกิจการเพื่อสังคม ดำเนินการลงทุนและดำเนินโครงการให้บรรลุผล สำเร็จตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนชนบทในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากลูกหลานหรือพี่น้องเป็นหลัก ในเรื่องการจัดหาอาหาร ชักผ้า ทำความสะอาด บ้าน และใช้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ (กรณีร่างกายบางส่วนใช้การไม่ได้) ชื้อของกินของใช้ แต่ไม่เพียงพอ สำหรับการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพกายใจ และสังคม ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่จัดให้มีการดูแลรักษาให้ที่บ้าน จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกายภาพบำบัดและออกกำลังกาย รวมทั้งดำเนินการ “โรงเรียนผู้สูงอายุ” เพื่อให้ผู้สูงอายุพบปะสังสรรค์ ได้ความรู้ ออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทผูกขาดการช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ในขณะที่ผลการศึกษาการดำเนินการขององค์กรนอกเหนือภาครัฐอื่น ๆ ที่มีส่วนช่วยในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ชี้ให้เห็นว่า กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ และมีเพียงบางกลุ่มเท่านั้น ที่ได้รับประโยชน์ งานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่า ให้รัฐเพิ่มบทบาทมากขึ้นในการดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการผู้สูงอายุ โดยมีองค์กรกลางเป็นผู้ประสานงานเครือข่ายผู้ให้บริการ ระดมทุน ให้ทุนดำเนินโครงการหรือจ่ายค่าตอบแทนเมื่อโครงการประสบผลสำเร็จ และในขณะเดียวกันควรออกมาตรการสนับสนุนการประกอบธุรกิจขนาดกลางและเล็กที่ให้บริการที่ส่งตรงถึงบ้านผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ; การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน; กิจกรรมเพื่อสังคม; บริการเพื่อผู้สูงอายุ

Abstract

Project Code: RDG60X0005

Project Title: Interpreted Elderly Care System: An Involvement of Private Sector and Social Enterprises

Investigator: TEERANONG SAKULSRI, Institute for Population and Social Research

E-mail Address: teeranong.sak@mahidol.edu

Project Period: 25 September 2018 – 24 May 2019

The objectives of this study of Integrated Care System for Elderly: An Involvement of Private Sector and Social Enterprises are to investigate the overall elder-household care system run by the public and private sectors, social enterprises, non-government, non-profit, and philanthropic organizations, and civil society, and to present guidelines for designing the integrated care system for older adults that encourages the private sector and social enterprises even more to involve in delivery of care services for Thai elders. This study is documentary and field methodologies. For the documentary approach, the data collected from books, report research and articles related to the elderly care system. For the field research, 11 representatives of the agencies abovesaid were invited to the in-depth interview about their operations, and nine older adults and their family residing in the Chiang Mai rural area were also in part of the interview, to investigate their needs.

The results of the documentary analysis shows that in Western the elderly care system is established comprehensively for support the elderly's living; retirement income, employment, housing, healthcare, mental health, community support, and family caregiving, which are jointly implemented by various sectors. Among the situation of the rising number of older adults, 'aging at home' or 'aging in place' concept has been addressed regarding to delivery of services to the elderly in community, such as meals, transportation, senior companion, etc. The government has made every effort to accommodate the involvement of private sector to serve senior citizens thoroughly. Another approach to serve the elderly at risk, to prevent and help, is to use a financial mechanism call "social impact bond" or "pay for success", which is a contract between the public sector and the private organization in terms of investment the program or project and implementation to accomplish the objectives.

The results of the needs of the elderly and their family residing in the rural area in Chiang Mai province indicated that the elderly are supported mainly by adult children or sibling regarding to food preparation, laundry, house cleaning, and an Elderly Allowance and Disabled Allowance is a main income for the elderly cases, which is not enough. For the community support, the Local Administration works jointly with the health practitioners to serve homecare, establishing the rehabilitation center and carrying out activities among the elderly joining the elderly school. Such a result shows that the supportive system for the elderly is solely on the responsibility of the public and the local administration.

Whereas the results from the study of the involvement of the private sector in Thailand in order to serve the aging population shows that their actions have been concentrated in Bangkok and the central region and some groups gain benefit. The present study suggests that the government should take a more role regarding motivating the private sector including non-profit sector and social enterprises to be part of service providers for the elderly, establishing an mediatory agency to be responsible for coordination among the elderly service network, raising fund, allocating funds or paying to the program or project succeed.

Keywords: elderly care system; private sector involvement; social enterprises; service for the elderly

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อ	ฅ
ABSTRACT	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	5
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.4 วิธีการดำเนินการวิจัย	5
1.5 เครื่องมือและกระบวนการเก็บข้อมูล	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
1.7 ระยะเวลาทำการวิจัย	7
บทที่ 2 ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	9
2.1 ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ	9
2.2 ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	93
2.3 งานวิจัยด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในไทย	102
บทที่ 3 การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างรัฐ กับภาคส่วนอื่นในสังคม	113
3.1 ความเป็นมาของแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างรัฐกับภาคส่วนอื่นในสังคม	113
3.2 SOCIAL IMPACT BOND: เครื่องมือทางการเงินในการสร้างความร่วมมือ	119
3.3 โครงการด้านช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยภาครัฐกิจหรือเอกชน ไม่แสวงผลกำไร ในต่างประเทศที่น่าสนใจ	128
3.4 ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ	132

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 องค์การภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุในประเทศไทย	171
บทที่ 5 ความต้องการของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ	203
5.1 กรณีศึกษาครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ	203
5.2 บริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา	221
บทที่ 6 สรุปและวิพากษ์ข้อค้นพบ	227
6.1 ภาพรวมระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศและไทย	227
6.2 รูปแบบการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	238
6.3 แนวทางการให้ภาคส่วนอื่น ๆ เข้าร่วมจัดบริการผู้สูงอายุ	240
บทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและงานวิจัยในอนาคต	247
7.1 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	247
7.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	251
บรรณานุกรม	253
ภาคผนวก	260
ก. รายนามผู้ให้ข้อมูล	260
ข. กรณีศึกษาที่ทำการเก็บข้อมูลภาคสนาม	261
ค. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์	262
ง. ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้ และกิจกรรมที่ดำเนินการมา และผลที่ได้รับตลอดโครงการ	265
จ. แบบสรุปปิดโครงการวิจัย	266

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2-1 ร้อยละของประชากรที่มีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน ช่วงอายุ 55-64 ปี และ 65 ปีขึ้นไป ค.ศ. 1990, 2010 และ 2016	17
ตารางที่ 2-2 อายุเฉลี่ยที่ออกจากภาคแรงงาน ปี 2000, 2010 และ 2016 และอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 65 ปี	18
ตารางที่ 2-3 อายุที่มีสิทธิได้รับเงินบำนาญในบางประเทศ	19
ตารางที่ 2-4 ร้อยละการกระจายของประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป ในเรื่องการอยู่อาศัย จำแนกตามเพศ และภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก	35
ตารางที่ 2-5 ประมาณการความชุกของโรคสมองเสื่อม (%) จำแนกตามภูมิภาค ที่องค์กรอนามัยโลกกำหนด และตามกลุ่มอายุ	52
ตารางที่ 2-6 ภาพรวมระบบการขนส่งภายในสหรัฐอเมริกา	64
ตารางที่ 2-7 สรุปประเภทของการบริการที่ภาครัฐ องค์กรการกุศล / ไม่แสวงผลกำไร และเอกชน จัดให้ผู้สูงอายุในประเทศที่นำมาศึกษา คือ สหรัฐอเมริกา (US) อังกฤษ (EN) อิตาลี (IT) และสวีเดน (SE)	91
ตารางที่ 2-8 สรุปประเภทของการบริการที่ภาครัฐ องค์กรการกุศล / ไม่แสวงผลกำไร และเอกชน จัดให้ผู้ดูแลสูงอายุในประเทศที่นำมาศึกษา คือ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ อิตาลี และสวีเดน	93
ตารางที่ 3-1 ข้อควรพิจารณาด้านระเบียบปฏิบัติสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน SIB	126
ตารางที่ 3-2 บริการหลักของเครือข่ายการสูงอายุ	144
ตารางที่ 3-3 ข้อมูลและการบริการที่ ELDERCARE LOCATOR จัดให้ผู้ขอรับความช่วยเหลือ	145
ตารางที่ 3-4 ข้อมูลเงินลงทุนของหน่วยงานผู้จัดการ SEDIF	164
ตารางที่ 5-1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จากชุมชนที่ศึกษา	215
ตารางที่ 6-2 โอกาสของภาคเอกชนในการจัดหาบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	241

สารบัญแผนภาพ

		หน้า
แผนภาพที่ 2.1	อัตราการเจริญพันธุ์ทั่วโลก ปี 1975 - 2100	10
แผนภาพที่ 2.2	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดทั่วโลก ปี 1990 - 2100	10
แผนภาพที่ 2.3	ร้อยละประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ จำแนกตามภูมิภาคโลก ค.ศ. 2017	10
แผนภาพที่ 2.4	ประชากรโลกตามรายกลุ่มอายุ ค.ศ. 1950 - 2100	11
แผนภาพที่ 2.5	ประเภทของรายได้หลังเกษียณ	21
แผนภาพที่ 2.6	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ	36
แผนภาพที่ 2.7	การดำเนินนโยบายทางสังคมเกี่ยวกับโครงการชุมชนสำหรับประชากรทั่วไป และประชากร ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย	60
แผนภาพที่ 2.8	อัตราการเกื้อหนุนพ่อแม่สำหรับผู้หญิงในบางประเทศ ปี 1950, 2000 และ 2030	76
แผนภาพที่ 2.9	การดูแลผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา	78
แผนภาพที่ 2.10	การดูแลผู้สูงอายุในอิตาลี	83
แผนภาพที่ 2.11	การดูแลผู้สูงอายุในอังกฤษ	86
แผนภาพที่ 2.12	การดูแลผู้สูงอายุในสวีเดน	89
แผนภาพที่ 2.13	การดูแลผู้สูงอายุในไทย	101
แผนภาพที่ 3.1	กรอบแนวคิดเบื้องต้นแสดงกลไกการทำงานของ SIP	114
แผนภาพที่ 3.2	กลไกทำงานของ SIP	121
แผนภาพที่ 3.3	โครงสร้าง SIB SANDWELL	136
แผนภาพที่ 3.4	โครงสร้าง SIB CORNWELL	138
แผนภาพที่ 3.5	โครงสร้าง SIB WORCESTERSHIRE ลดปัญหาความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ	139
แผนภาพที่ 3.6	โครงสร้าง SIB WORCESTERSHIRE แก้ปัญหาสุขภาพ	140
แผนภาพที่ 3.7	เครือข่ายจัดบริการผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา	141
แผนภาพที่ 3.8	โครงสร้างและกลไกการทำงานของ SII	160
แผนภาพที่ 3.9	หลักการทำงานของ SVA	161
แผนภาพที่ 3.10	โครงสร้างการลงทุน SII โปรแกรม RESOLVE SBB	167

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมากกว่าสิบปีแล้ว นับตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา จากที่มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งประเทศ กลายมาเป็นร้อยละ 16.7 ในปี 2560 และมีการคาดการณ์ในอีก 3 ปีข้างหน้าว่า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ซึ่งหมายความว่า ในบรรดาคนไทย 5 คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรสู่สังคมสูงวัยดังกล่าว ย่อมส่งผลกระทบต่อบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาทิ ระบบเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการจ้างงาน ระบบสังคม ในมิติของครอบครัว ชุมชน ตลอดจนระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้เพราะโครงสร้างของประชากรเป็นสิ่งที่หล่อหลอมระบบต่าง ๆ ของประเทศ (วรเวศม์, 2559)

ประเทศไทย มีการเตรียมความพร้อมของระบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนภารกิจในงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในความรับผิดชอบดูแลของภาครัฐในลักษณะของสวัสดิการ โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลัก และหน่วยงานอื่นที่ช่วยดูแลเสริมในเรื่องความปลอดภัย การดูแลสุขภาพ และการจ้างงาน ซึ่งได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน เป็นต้น

ภาพรวมของมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาครัฐในปัจจุบัน สามารถจำแนกได้หลายรูปแบบ เช่น แบ่งตามช่วงเวลาของการจัดการ หรือแบ่งตามภาระค่าใช้จ่ายโดยส่วนงานของรัฐ ทั้งนี้ในการจำแนกตามช่วงเวลาของการจัดการ แบ่งเป็นสองวิธีการ คือ หนึ่ง วิธีจัดการแบบก่อนเกิดปัญหา (ex ante) เช่น ระบบบำนาญ ซึ่งมีแนวคิดที่ทุกคนจะมีมาตรฐานการครองชีพในระดับหนึ่งหรือมาตรฐานขั้นต่ำที่รัฐได้ให้หลักประกันแก่ทุกคนไว้เมื่อถึงวัยชรา และ สอง วิธีการจัดการแบบแก้ไขปัญหา (ex post) เช่น การสงเคราะห์เป็นรายกรณี เป็นการช่วยเหลือแบบให้เปล่าภายหลังจากพบว่าผู้สูงอายุตกอยู่ในฐานะเป็นคนยากไร้ (อัมมาร และคณะ, 2549) สำหรับการจัดการโดยแบ่งตามภาระค่าใช้จ่ายโดยส่วนงานของรัฐ ได้แก่ 1) ส่วนที่ภาครัฐควรเป็นผู้รับภาระงบประมาณทั้งหมด (tax financing) แต่อาจให้ภาคส่วนอื่นของสังคม (เรียกว่าภาคีสวัสดิการสังคม) มีส่วนร่วมในการให้บริการในบางกรณี บางพื้นที่ หรือบางกลุ่มเป้าหมายได้ หากภาคีนั้นมีความชำนาญมากกว่า มีประสิทธิภาพมากกว่า หรือเข้าถึงประชาชนที่ภาครัฐไม่สามารถเข้าถึงได้ หรือที่เรียกว่าสวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐานถ้วนหน้า 2) ส่วนที่ภาครัฐได้รับเงินส่วนเพิ่มจากแหล่งเงินนอกเหนือจากภาครัฐ เช่น จากผู้ได้รับสวัสดิการ จากนายจ้าง เป็นต้น หรือเรียกว่า สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่ม และ 3) ส่วนที่ภาครัฐควรเป็นผู้รับภาระงบประมาณทั้งหมด โดยเป็นสวัสดิการส่วนเพิ่มสำหรับผู้ด้อยโอกาส (เช่น คนจนผู้มีรายได้น้อย

หรือ กลุ่มอาชีพผู้มีรายได้น้อย) ให้เป็นภาระของภาครัฐทั้งหมด โดยทั่วไปองค์ประกอบของระบบสวัสดิการสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การให้บริการสังคม (social service) หมายถึง บริการที่รัฐจัดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานกับประชาชนทุกคน เช่น บริการด้านการรักษาพยาบาล บริการด้านการศึกษา เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งในบางครั้งบริการทางสังคมและสวัสดิการสังคมจึงมีความหมายเดียวกัน ซึ่งแม้จะใช้คำว่าบริการ แต่คำนี้ครอบคลุมถึงประโยชน์ทดแทนหรือการให้ความช่วยเหลือในรูปตัวเงินด้วย 2) ระบบประกันสังคม (social security หรือ safety net) หมายถึง ระบบที่ช่วยสร้างหลักประกันพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่รัฐจัดให้กับประชาชนในประเทศในกรณีที่ประสบปัญหาเป็นครั้งคราว เช่น การได้รับเงินชดเชยรายได้เมื่อตกงาน ซึ่งได้รับเป็นครั้งคราวเมื่อตกงานเท่านั้น แม้ตัวสิทธิเองถือได้ว่ามีลักษณะถาวรก็ตาม (เช่น เมื่อยังเป็นผู้ประกันตน) 3) ระบบการช่วยเหลือทางสังคม (social assistance) หมายถึง ระบบที่มุ่งดูแลและช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ในระบบนี้มีลักษณะ กึ่งชั่วคราวกึ่งถาวร เนื่องจากผู้มีสิทธิก็มีลักษณะถาวร เช่น พิการถาวร ป่วยถาวร เป็นต้น และ 4) ระบบการส่งเสริมภาคีสวัสดิการสังคม เป็นการบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้ระบบสวัสดิการสังคมทำงานได้ดียิ่งขึ้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นความร่วมมือกันจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น ในส่วนของภาคเอกชน ผ่านการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมและกิจการเพื่อสังคม และในส่วนของภาคชุมชน ผ่านสวัสดิการชุมชน เป็นต้น (วรเวศร์ และวรวรรณ, 2553)

สำหรับสวัสดิการผู้สูงอายุจะครอบคลุมทั้ง 4 ประเภท ในระดับที่แตกต่างกันไปตามความจำเป็น ขนาดของปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญ รวมทั้งข้อจำกัดด้านงบประมาณของภาครัฐ โดยหลักการระดับสวัสดิการสามารถแบ่งออกได้เป็นสามระดับ คือ ระดับที่หนึ่ง สวัสดิการสังคมพื้นฐาน เป็นสวัสดิการขั้นต่ำที่ทำให้มีชีวิตอยู่ได้สมกับความเป็นมนุษย์ครอบคลุมตั้งแต่แรกเกิดถึงตาย ระดับที่สอง สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่ม: กรณีทั่วไป หมายถึง สวัสดิการสูงกว่าระดับพื้นฐาน (เรียกว่า “สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่ม”) ในกรณีที่มีการสมทบจ่ายเพิ่มจากผู้ได้รับสวัสดิการเอง เช่น บริการภายใต้ระบบประกันสังคม หรือบริการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยอาจเป็นการต่อยอดจากสวัสดิการสังคมพื้นฐานในโครงการเดียวกัน หรือเป็นโครงการที่แยกต่างหากจากสวัสดิการสังคมพื้นฐาน เช่น ประกันสุขภาพของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นสวัสดิการพื้นฐาน ในขณะที่ประกันสุขภาพของระบบประกันสังคมและข้าราชการเป็นสวัสดิการส่วนเพิ่ม และระดับที่สาม สวัสดิการสังคมส่วนเพิ่ม: กรณีผู้ด้อยโอกาส โดยสวัสดิการสังคมส่วนเพิ่มนี้มีลักษณะเจาะจงกลุ่มเป้าหมาย (targeting) โดยการดำเนินการเพื่อเลือกหาใครอยู่ในกลุ่มเป้าหมายนั้นอาจใช้วิธีสุ่มได้หรือฐานะ (mean-testing) หรือกำหนดตามกลุ่มอาชีพที่ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา (โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ) การสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2554)

ทั้งนี้โดยหลักการ ประชาชนไทยทุกคนต้องได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ โดยมีความเพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวันและสามารถดำรงชีพในระดับขั้นพื้นฐานตั้งแต่เกิดจนตายได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้เห็นความพยายามของภาครัฐในการให้สวัสดิการขั้นพื้นฐานให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะยากไร้ โดยในปี 2545 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการสงเคราะห์

ประเภทเปื่อยยังชีพจำนวน 4.0 แสนคน จากผู้สูงอายุทั่วประเทศ 6.2 ล้านคน หรือมีเพียงผู้สูงอายุร้อยละ 6 ที่ได้รับเปื่อยยังชีพ และในปี 2550 ผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศเพิ่มขึ้นเป็น 7.0 ล้านคน และมีผู้ได้รับการสงเคราะห์เปื่อยยังชีพ 1.8 ล้านคน หรือมีผู้สูงอายุร้อยละ 25 ที่ได้รับเปื่อยดังกล่าว และข้อมูลล่าสุดปี 2560 มีผู้สูงอายุทั่วประเทศ 10.2 ล้านคน มีผู้ได้รับเปื่อยยังชีพ 8.2 ล้านคน นั่นคือ ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับเปื่อยยังชีพ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับเปื่อยยังชีพนั้น เป็นผู้มีบำนาญหรืออยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุตรซึ่งเคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรือตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีประมาณ 4 แสนคน และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน และในปี 2559 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก โดยในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน และผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน ยังมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัย อันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเดินทาง และการรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

แม้ในปัจจุบัน รัฐบาลได้มีการออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมวัยของประเทศอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งที่จะเป็นผลกระทบตามมาก็คือ ภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล ที่จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งในอนาคตรัฐอาจไม่สามารถรองรับความต้องการดังกล่าวนี้ได้เพียงลำพัง โดยเฉพาะในกรณีที่หากต้องขยายจำนวนสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น เพราะอาจนำไปสู่ปัญหาเสถียรภาพด้านการเงินการคลังของประเทศ ในปัจจุบัน นอกเหนือจากภาครัฐแล้ว ภาคส่วนอื่น ๆ ก็เริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะภาคชุมชนหรือภาคประชาชนที่เริ่มมองเห็นว่าการพึ่งพิงภาครัฐอย่างเดียวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้อย่างทั่วถึง ในบางพื้นที่จึงเริ่มมีความร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น

ในสถานการณ์ที่ประชากรสูงวัยเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเกือบทุกภูมิภาคทั่วโลก ได้ทำให้รัฐบาลของแต่ละประเทศหาทางรับมือในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองให้ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไปตลอดวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งทางสุขภาพกายใจ สังคม และเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม ในหลายประเทศเริ่มพบว่า การดำเนินการโดยภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียวอาจส่งผลกระทบต่อระบบการเงินของประเทศ ในหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุนาน ได้จัดการปัญหาโดยการให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากครอบครัวหรือชุมชนที่ต้องดูแลสมาชิกที่สูงอายุแล้ว ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร ก็ได้มีบทบาทมากขึ้นและมีความสำคัญมากในบางประเทศในการจัดหาบริการเพื่อช่วยเหลือภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุ

ในประเทศตะวันตก ภาคเอกชน โดยเฉพาะองค์กรไม่แสวงผลกำไร กิจการเพื่อสังคม หรือองค์กรการกุศล ได้มีบทบาทนำในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ โดยภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ หรืออำนวยความสะดวกให้ภาคเอกชนสามารถออกแบบบริการ หรือโครงการที่เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วไป ตลอดจน

ผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษ ในบางประเทศได้ใช้กลไกทางการเงินหรือการทำสัญญาที่เรียกว่า ข้อตกลงในสัญญาว่าด้วยการทำโครงการที่ส่งผลกระทบต่อสังคม (social impact bond: SIB) หรือ การจ่ายเมื่อโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ (pay for success: PFS) ซึ่งเป็นแนวทางการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน อย่างเช่นในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส และเยอรมนี

การสร้างผลกระทบให้เกิดขึ้นในสังคมโดยรวมร่วมกันนั้น (Social Impact Partnership: SIP) ถือเป็นแนวทางหนึ่งในการบริหารจัดการทางการเงินและการลงทุนที่มีความเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้รัฐใช้จ่ายงบประมาณในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่ามากขึ้น อันเป็นผลมาจากกลไกความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนที่มีการถ่วงดุลกันอย่างสมดุลและเกื้อกูลกัน ซึ่งนอกจากเป็นการลดการใช้จ่ายงบประมาณของรัฐและการไม่ต้องแบกรับความเสี่ยงในการดำเนินงานของรัฐเองแล้ว ผลตอบแทนที่รัฐจะจ่ายให้เอกชนตามผลงานที่ทำนั้นยังเป็นที่น่าพอใจและเป็นเครื่องมือในการกำกับมาตรฐานการทำงาน of เอกชนหรือกิจการเพื่อสังคมที่ดีอีกด้วย

จากการทบทวนรายงานการศึกษาหรือผลการวิจัยที่มีอยู่ในเบื้องต้น พบว่า ในปัจจุบันการบริหารจัดการด้วยรูปแบบการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ มีหลายลักษณะ ทั้งนี้ในส่วนของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมโดยมีรายละเอียดและระดับความเข้มข้นของการดำเนินการที่แตกต่างกันไปภายใต้แนวคิดกิจการเพื่อสังคม และนอกจากนี้ ยังมีความพยายามในการจำแนกรูปแบบของกิจการที่มีผลลัพธ์เพื่อสังคมโดยอ้างอิงจากเป้าหมายการดำเนินการขององค์กรเป็นหลัก (สกส., 2557) ในส่วนของภาคเอกชน พบว่า แม้จะมีการดำเนินการเพื่อผลลัพธ์ทางสังคม แต่ก็ยังคงเน้นเป้าหมายเพื่อผลประโยชน์หรือกำไรและเพื่อผลประโยชน์ส่วนบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเป็นหลัก และอาจมีการคืนกำไรสู่สังคมในรูปแบบของความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) ซึ่งเป็นการวางวัตถุประสงค์เพื่อสังคมไว้เป็นเป้าหมายปลายทาง โดยส่วนใหญ่มักมีการทำ CSR แบบ After process คือ มีการจัดโครงการหรือกิจกรรม CSR ที่เน้นผลระยะสั้น เช่น การปลูกป่า หรือการบริจาคสิ่งของ อย่างไรก็ตาม ผู้ประกอบการภาคเอกชนบางราย มีการทำ CSR แบบ In process คือ แม้จะเน้นผลประโยชน์เป็นหลัก แต่ระหว่างทางในการดำเนินธุรกิจ มีการคำนึงถึงการกำกับดูแลองค์กรอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม มีการดูแลประเด็นด้านสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองแรงงาน และผู้บริโภค เป็นต้น

สำหรับในส่วนของกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise: SE) จะมีเป้าหมายการดำเนินกิจการโดยเน้นผลลัพธ์ทางสังคมเป็นหลัก แต่มีการนำรูปแบบการบริหารธุรกิจของภาคเอกชนที่สร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพมาปรับใช้เพื่อให้องค์กรมีทุนในการหล่อเลี้ยงและมีความมั่นคง ผลกำไรส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการนำกลับมาลงทุนซ้ำเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางสังคมที่ตั้งไว้ ไม่ใช่เพื่อผลประโยชน์ส่วนบุคคล องค์กรที่ดำเนินการในลักษณะนี้ จึงเป็นการผสมผสานจุดแข็งของกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและพึ่งพาตนเองได้ของภาคธุรกิจมาดำเนินการภายใต้การกำหนดเจตจำนงทางสังคมเป็นเป้าหมายเหมือนองค์กรทางสังคม โดยมีกลไกรัฐที่ใช้อำนาจเชิงนโยบายเข้ามาสนับสนุนอย่างจริงจังเพื่อให้สามารถนำผลลัพธ์ที่แตกต่างไปสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ในการนำรูปแบบการดำเนินการสร้างความร่วมมือเข้ามาเป็นกลไกในการพัฒนาผลลัพธ์เพื่อสังคมนี้ ยังคงมีรายละเอียดปลีกย่อยอีกมาก โดยเฉพาะในการนำเข้ามาบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะทำการศึกษาในเชิงลึกถึงรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ในการดำเนินการจริงและคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทยร่วมด้วย เพื่อผลักดันให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการด้วยความร่วมมือจากภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการอย่างแท้จริง

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบสนับสนุนครัวเรือนผู้สูงอายุ ทั้งจากภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน และกิจการเพื่อสังคม
- 2) เพื่อนำเสนอแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแล

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ ในส่วนว่าด้วยเรื่องการทบทวนเอกสาร ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับนโยบาย กฎหมาย และรูปแบบระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศที่เป็นตัวอย่างที่ดี และเท่าที่มีปรากฏอยู่ในเอกสาร รายงาน สื่อออนไลน์ต่าง ๆ ในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ และสังเกตการณ์ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ชัดเจน คือ องค์กรภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน ภาคกิจการเพื่อสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรภาคประชาชน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและแนวปฏิบัติในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ จำนวน 10 องค์กร และผู้สูงอายุและครอบครัว ประมาณ 10 กรณีศึกษา ในประเด็นเรื่องความต้องการในการได้รับการบริการดูแล

1.4 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละข้อ จึงได้กำหนดวิธีการศึกษาดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบสนับสนุนในครัวเรือนผู้สูงอายุ ทั้งจากภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม

- 1.1) ศึกษาภาพรวมของระบบสนับสนุนทางสังคมในครัวเรือนผู้สูงอายุที่มีอยู่ปัจจุบัน

- 1.1.1) ทบทวนเอกสาร แนวนโยบายของรัฐ และวิธีการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในครัวเรือนผู้สูงอายุ ของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ประชาสังคม และชุมชน และภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ
- 1.1.2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญในภาคส่วนของรัฐและชุมชนที่เกี่ยวข้อง
- 1.2) ศึกษาความต้องการและการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ
 - 1.2.1) เลือกพื้นที่กรณีศึกษา เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนที่เมืองครุฑให้บริการสนับสนุนแก่ครัวเรือนผู้สูงอายุ
 - 1.2.2) สัมภาษณ์ครัวเรือนกรณีศึกษาที่มารับบริการในประเด็นความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประมาณ 10 กรณีศึกษา
 - 1.2.3) เยี่ยมเยียนและสัมภาษณ์ครอบครัวผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึงบริการทางสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่ที่เป็นกรณีศึกษา
- 1.3) วิเคราะห์ภาพรวมของระบบสนับสนุนทางสังคมในครัวเรือนผู้สูงอายุ
 - 1.3.1) วิเคราะห์ภาพรวมของระบบสนับสนุนทางสังคมในครัวเรือนผู้สูงอายุโดยใช้ข้อมูลจากกิจกรรม 1.1 และ 1.2
 - 1.3.2) สรุปผลการศึกษาภาพรวมของระบบสนับสนุนทางสังคมในครัวเรือนผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนแบบบูรณาการโดยการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแล
 - 2.1) ทบทวนเอกสาร แนวนโยบายของรัฐ และแนวทางสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.2) สัมภาษณ์เชิงลึกภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมที่ให้บริการสนับสนุนทางสังคมแก่ครัวเรือนผู้สูงอายุ โดยผลจากการศึกษาทั้งหมดจะถูกสรุปและสังเคราะห์เป็นภาพรวมของระบบสนับสนุนทางสังคมในครัวเรือนผู้สูงอายุในสังคมไทย

1.5 เครื่องมือและกระบวนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์ระดับลึก โดยประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ตัวแทนหน่วยงานของรัฐ และแนวคำถามสำหรับเอกชนและองค์กรเอกชน ผู้วิจัยนัดหมายผู้ที่จะถูกสัมภาษณ์ล่วงหน้า โดยพิจารณาคุณสมบัติของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิของ

โครงการ และก่อนเริ่มการสนทนาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ที่จะไม่กระทบต่อความเป็นส่วนตัวของผู้ให้สัมภาษณ์ และได้ขออนุญาตบันทึกการสนทนา บทสนทนาที่ได้บันทึกไว้ จะนำมาถอดความ จากนั้นจึงมาอ่านทบทวนและตีความหมายข้อมูล และกำหนดประเด็นในการวิเคราะห์และนำเสนอ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ได้ทราบสภาพปัจจุบันของระบบสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ
- 2) ได้ทราบข้อมูลด้านกรอบนโยบาย กฎหมาย และรูปแบบในการจัดระบบสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการจากต่างประเทศ
- 3) ได้แนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยความร่วมมือของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม

1.7 ระยะเวลาทำการวิจัย

เดือนกันยายน 2560 – พฤษภาคม 2561

บทที่ 2

ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ และของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยศึกษาจากหนังสือ เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กรณีต่างประเทศ จะนำเสนอกรอบนโยบายที่ได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนของประเทศไทยเป็นการสรุปภาพรวมของการดำเนินการในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และส่วนท้ายเป็นการนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยในด้านกฎหมาย

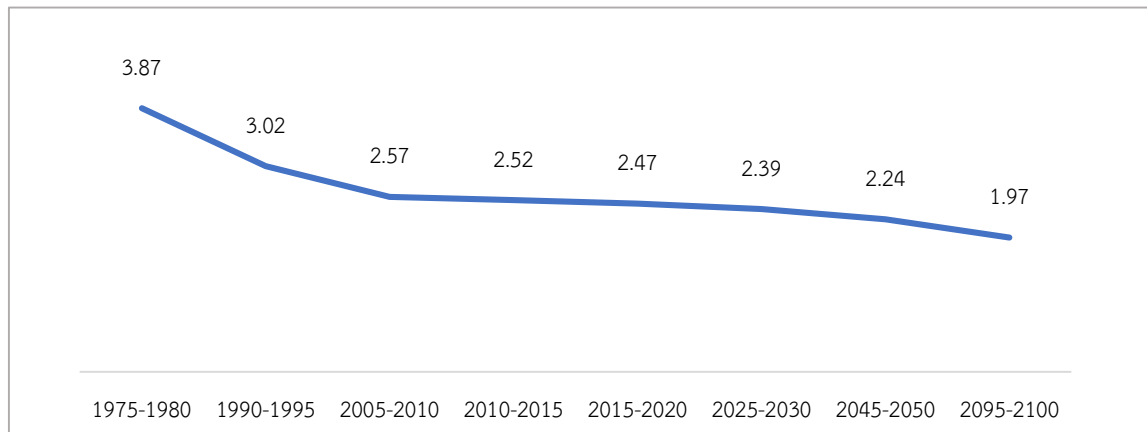
2.1 ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ในส่วนนี้เป็นการอธิบายถึงระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ โดยในภาพรวมของทุกประเทศนั้น จำนวนและโครงสร้างประชากรถือเป็นแรงกดดันต่อการพัฒนานโยบาย ทั้งนี้ โครงสร้างประชากรจะเป็นปัญหามากน้อยเพียงไรส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการที่แต่ละประเทศใช้ในการบริหารจัดการระบบการดูแลที่แต่ละประเทศเลือกใช้ โดยประเทศที่ใช้นโยบายการประกันสังคมเป็นหลักย่อมเผชิญกับปัญหาน้อยกว่าประเทศที่อาศัยระบบการสงเคราะห์หรือสวัสดิการสังคม เนื่องจากภายใต้ระบบการประกันสังคมเป็นเสมือนกลไกบังคับให้ประชาชนที่จะกลายเป็นผู้อยู่ในวัยพึ่งพิงในอนาคตค่อยๆ สะสมหรือเบี้ยประกันตนในปัจจุบันซึ่งจะกลายเป็นสวัสดิการที่จะได้รับในอนาคต ในขณะที่ระบบการสงเคราะห์ รัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบสวัสดิการทั้งหมดหรือจำนวนหนึ่งโดยผ่านระบบภาษี

สถานการณ์การสูงอายุของประชากรโลกและไทยในภาพรวม

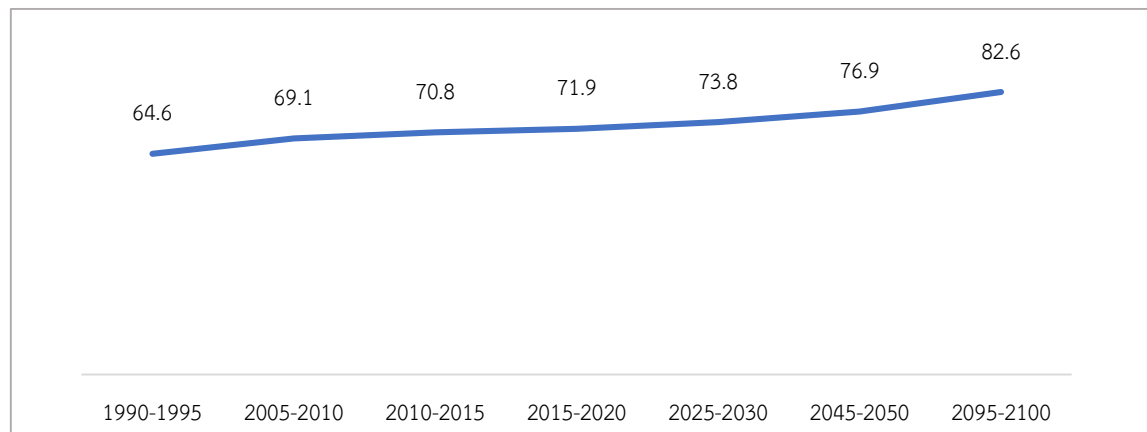
การสูงอายุของประชากร (population aging) เป็นคำที่กำหนดลักษณะทางประชากรของประเทศหนึ่งๆ ที่มีผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 หรือ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดของประเทศ สาเหตุที่ทำให้ประชากรของประเทศส่วนใหญ่ในโลกมีอายุสูงขึ้น ประการแรกคือ การลดลงของอัตราการเจริญพันธุ์ หรือจำนวนเด็กเกิดใหม่ลดลง เมื่ออัตราการเจริญพันธุ์ลดลง เป็นผลให้คนวัยหนุ่มสาวมีจำนวนน้อยกว่าคนวัยสูงอายุ และเมื่อคนรุ่นต่อมามีลูกน้อยลงอีก ก็จะมีส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุต่อเด็กจะเพิ่มมากขึ้น ประการต่อมา คือ การเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ย อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด หรือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่เด็กแรกเกิดจะมีชีวิตอยู่รอดจนถึงเสียชีวิตถ้าอัตราการตายรายกลุ่มอายุยังคงเกิดขึ้นต่อเนื่อง ได้เพิ่มขึ้นอีก 20 ปี ทั่วโลก จาก 46.4 ปี เมื่อช่วง ค.ศ. 1950 - 1955 เป็น 67.2 ปี ในช่วง ค.ศ. 2005 - 2010 และคาดกันว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นอีก 8 ปี เป็น 75.4 ปี ใน ค.ศ. 2045 - 2050

แผนภาพที่ 2-1 อัตราการเจริญพันธุ์ทั่วโลก ปี 1975 - 2100



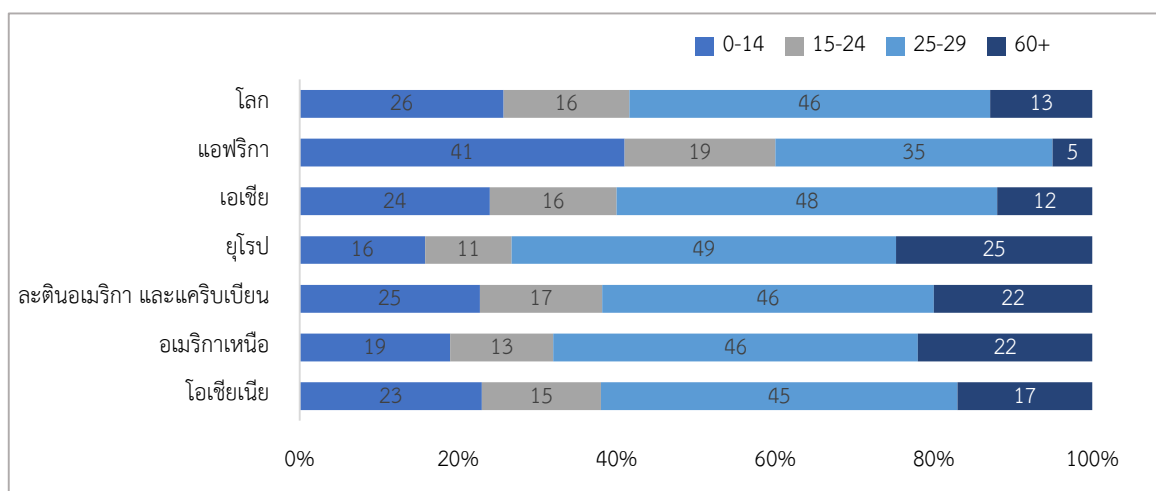
แหล่งข้อมูล: <https://population.un.org>

แผนภาพที่ 2-2 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดทั่วโลก ปี 1990 - 2100



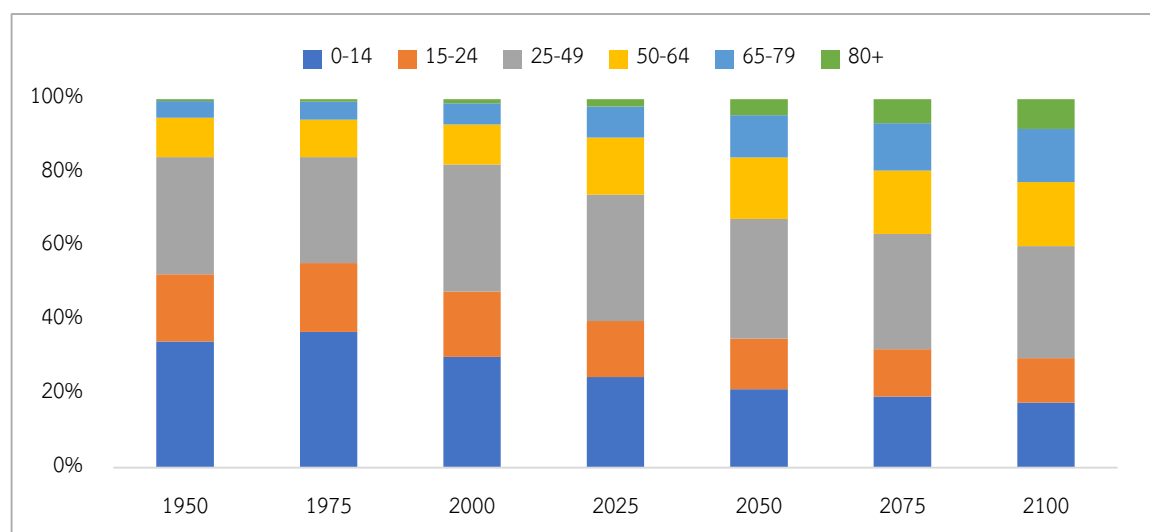
แหล่งข้อมูล: <https://population.un.org>

แผนภาพที่ 2-3 ร้อยละประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ จำแนกตามภูมิภาคโลก ค.ศ. 2017



แหล่งข้อมูล: <https://population.un.org>

แผนภาพที่ 2-4 ประชากรโลกตามรายการกลุ่มอายุ ค.ศ. 1950 - 2100



แหล่งข้อมูล: <https://population.un.org>

ใน ค.ศ. 2017 มีการประเมินว่าทั่วโลกมีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นด้วยอัตราร้อยละ 3 ต่อปี ในปัจจุบัน มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรโลกทั้งหมด การสูงอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้กำลังเกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคโลก ในปี ค.ศ. 2050 เกือบทุกประเทศในโลก ยกเว้นประเทศแถบแอฟริกา จะมีจำนวนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป มากกว่าหนึ่งในสี่ของประชากรโลกทั้งหมด ในปี ค.ศ. 2030 คาดว่าจะมีประชากรสูงอายุ 1.4 พันล้านคน และ ค.ศ. 2050 จะเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคน และเมื่อถึงปี ค.ศ. 2100 จะมีประชากรสูงอายुरาว 3.1 พันล้านคน การสูงวัยของประชากรใน 20-30 ปี ข้างหน้า จะเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากขนาดของรุ่นประชากรที่ได้เห็นเมื่อไม่กี่สิบปีที่ผ่านมา

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันนี้ มีประชากรสูงอายุ 10.2 ล้านคน จากจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 66.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.4 อีกทั้งในอนาคตอันใกล้ ผู้สูงอายุโลก และผู้สูงอายุไทย จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกมาก โดยประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุ สูงขึ้นเป็นร้อยละ 20 และราวปี พ.ศ. 2579 ไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 30 จึงกล่าวได้ว่ายุคนี้เป็นยุค แห่งประชากรสูงอายุอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่าเป็นห่วงและควรให้ความสำคัญสำหรับสังคมไทย คือ จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุตรซึ่งเคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรือตามลำพัง กับผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2559 จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีประมาณ 4 แสนคน และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน และผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน ยังมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันใน

การเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัย ซึ่งเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเดินทางและการรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ จำนวนของผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย ยังมีมากกว่าผู้สูงอายุชาย เนื่องมาจากอายุขัยคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่สูงกว่า และเมื่อเปรียบเทียบกับกันแล้ว ผู้สูงอายุหญิงมีความเสี่ยงและเปราะบางต่อปัญหาต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการสูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้เป็นเพราะความไม่เท่าเทียมในชีวิตของผู้หญิงในสังคมที่เริ่มตั้งแต่เกิดจนถึงวัยชรา เช่น ความด้อยกว่าในเรื่องโอกาสทางการศึกษา การทำงาน สถานะและสิทธิทางสังคมผ่านการถูกจำกัดโดยกรอบของวัฒนธรรมประเพณีต่าง ๆ อันรวมไปถึงบทบาทในครัวเรือน ที่ผู้หญิงมีภาระหน้าที่ในบ้านมากกว่าหรือเกือบทั้งหมด สิ่งเหล่านี้ทำให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเพศหญิง ทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ มีความจำเป็นเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ในช่วงระยะเวลากว่า 40 ปีที่ผ่านมา ได้มีการพูดคุยกันมากขึ้นในแวดวงนักการเมือง นักวิชาการ และบุคคลทั่วไป ในเรื่องของประชากรโลกที่กำลังมีอายุสูงขึ้น ในปี ค.ศ. 2000 เป็นปีแห่งการบันทึกว่าเป็นครั้งแรกของประวัติศาสตร์มนุษยชาติที่มีผู้สูงอายุจำนวนราว 600 ล้านคน และคาดกันว่ายอดนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงสอง 2 พันล้านคนในราวกลางศตวรรษ แรกเกือบทุกประเทศทั่วโลก ยกเว้นในทวีปแอฟริกา ต่างเผชิญกับการสูงอายุของประชากรอย่างเห็นได้ชัด การที่ประชากรของแต่ละประเทศมีอายุสูงขึ้นนั้นได้ทำให้ทั่วโลกมีการพิจารณาว่าควรที่จะกำหนดนโยบายสังคมเพื่อรับมือกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ได้อย่างไร ควรเพิ่มอายุเกษียณหรือไม่ ควรทำอะไรที่เป็นการปกป้องระบบบำนาญสาธารณะและระบบบริการรักษาสุขภาพไม่ให้เกิดหนี้มากกว่าทรัพย์สิน ชุมชนควรมีบทบาทอย่างไรในการให้บริการทางสังคม การจัดสภาพแวดล้อมเพื่ออยู่อาศัย และการเดินทาง นโยบายสังคมจะช่วยครอบครัวได้อย่างไรในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตอนนี้นักสังคมศาสตร์กำลังตกอยู่ในยุคที่แตกต่างจากประวัติศาสตร์เป็นอย่างมาก และเป็นช่วงเวลาทีทุกรัฐบาลของประเทศจะถูกบังคับให้ตอบสนองต่อคำถามนโยบายสังคมเชิงการสูงอายุจำนวนมาก การเรียนรู้จากประสบการณ์ของต่างประเทศจะทำให้เห็นความเหมือนและความต่างในแนวทางนโยบายของประเทศต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทย และนำมาใช้เป็นทางเลือกในการดำเนินการที่สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบัน

หลักการและความสำคัญในการกำหนดนโยบายสังคมด้านการสูงอายุ

จากการที่เกือบทั่วโลกมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น องค์การสหประชาชาติจึงได้ออกแนวปฏิบัติเพื่อให้เป็นหลักการสากลว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุของสหประชาชาติ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้รัฐบาลในประเทศต่าง ๆ ให้นำหลักการเหล่านี้ผนวกเข้าในการทำโครงการต่าง ๆ เพื่อสังคมสูงอายุ หลักการสำคัญประกอบด้วย ความมีอิสระภาพ การมีส่วนร่วม การดูแล การบรรลุความสำเร็จของตน และความมีศักดิ์ศรี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความมีอิสระภาพ (Independence)

- 1) ผู้สูงอายุควรเข้าถึงอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า และการดูแลสุขภาพที่เพียงพอ โดยผ่านทาง การจัดสรรรายได้ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการพึ่งตนเอง

- 2) ผู้สูงอายุควรมีโอกาสในการทำงานหรือการเข้าถึงโอกาสในการแสวงหารายได้อื่น ๆ
- 3) ผู้สูงอายุควรสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการกำหนดว่าจะออกจากกำลังแรงงานเมื่อไร และด้วยเส้นทางแบบใด
- 4) ผู้สูงอายุควรมีโอกาสเข้าถึงโปรแกรมการศึกษาและการฝึกอบรมที่เหมาะสม
- 5) ผู้สูงอายุควรสามารถที่จะใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและสามารถปรับให้เข้ากับความสุขส่วนบุคคลและสมรรถภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
- 6) ผู้สูงอายุควรสามารถอาศัยอยู่ที่บ้านตราบนานเท่าที่อยู่ได้

การมีส่วนร่วม (Participation)

- 1) ผู้สูงอายุควรยังเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินการตามนโยบายที่ส่งผลโดยตรงกับความอยู่ดีมีสุข และแบ่งปันองค์ความรู้และทักษะให้กับคนรุ่นหลัง
- 2) ผู้สูงอายุควรสามารถที่จะแสวงหาและพัฒนาโอกาสในการให้บริการชุมชนและอยู่ในสถานะอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความสนใจและศักยภาพ
- 3) ผู้สูงอายุควรสามารถที่จะสร้างการเคลื่อนไหวหรือองค์กรด้านผู้สูงอายุ

การดูแล (Care)

- 1) ผู้สูงอายุควรได้รับประโยชน์จากการดูแลและการคุ้มครองโดยครอบครัวและชุมชนที่สอดคล้องกับระบบคุณค่าทางวัฒนธรรมในแต่ละสังคม
- 2) ผู้สูงอายุควรมีการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จะช่วยให้แต่ละคนที่รักษาหรือคงไว้ซึ่งระดับของความอยู่ดีมีสุขทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ในระดับเหมาะสมที่สุด และป้องกันหรือชะลอการเริ่มต้นของโรคภัยไข้เจ็บ
- 3) ผู้สูงอายุควรมีการเข้าถึงบริการทางสังคมและมีสิทธิทางกฎหมาย เพื่อที่จะส่งเสริมอิสรภาพ การได้รับความคุ้มครอง และการดูแล
- 4) ผู้สูงอายุควรสามารถที่จะได้รับการดูแลภายใต้สถาบันในระดับที่เหมาะสม ในเรื่องของการคุ้มครองการฟื้นฟู และแรงกระตุ้นทางสังคมและจิตใจ ในสภาวะแวดล้อมที่ปลอดภัยและมีมนุษยธรรม
- 5) ผู้สูงอายุควรสามารถที่จะได้รับสิ่งที่จะสร้างความพอใจในสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพขั้นพื้นฐาน เมื่ออาศัยอยู่ในสถานที่พักอาศัยใดก็ตาม การดูแลหรือสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงได้รับการเคารพในศักดิ์ศรี ความเชื่อ ความต้องการ และความเป็นส่วนตัว และสิทธิที่จะทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองและคุณภาพชีวิต

การบรรลุความต้องการของตนเอง (Self-Fulfillment)

- 1) ผู้สูงอายุควรสามารถที่จะแสวงหาโอกาสสำหรับการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่
- 2) ผู้สูงอายุที่ควรมีการเข้าถึงทรัพยากรทางการศึกษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และสันติภาพ

การอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี (Dignity)

- 1) ผู้สูงอายุควรที่จะใช้ชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีความปลอดภัยและปราศจากการล่วงละเมิด และการถูกทำร้ายทางกายและจิตใจ
- 2) ผู้สูงอายุควรได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรม โดยไม่คำนึงถึงเรื่องอายุ เพศ เชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ ทุพพลภาพ หรือสถานภาพอื่นใด และควรให้ความสำคัญในฐานะที่มีคุณูปการต่อระบบเศรษฐกิจ

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามหลักการสากลว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุของสหประชาชาติ จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดนั้น ย่อมขึ้นกับปัจจัยภายในและภายนอกของแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน และการกำหนดนโยบายถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุในการที่จะได้รับการสนับสนุนในระดับพื้นฐานหรือตามหลักสากล

ก่อนที่จะนำไปสู่เนื้อหาในลำดับต่อไปนั้น ขออธิบายถึงความแตกต่างของอุดมการณ์ในเชิงการเมืองการปกครองของแต่ละประเทศเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ส่งผลให้แต่ละประเทศมีแนวทางในการดำเนินนโยบายที่แตกต่างกัน โดย Gosta Esping Anderson (1990) ได้จำแนกความแตกต่างของแนวคิดที่ส่งผลให้รัฐกำหนดนโยบายสวัสดิการสำหรับประชาชนในรูปแบบที่แตกต่างกันออกเป็น 3 รูปแบบ คือ แบบที่หนึ่ง แนวความคิดในกลุ่มประเทศเสรีนิยมประชาธิปไตยที่เชื่อว่า ประชาชนควรมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลตนเองและปล่อยให้กลไกตลาดทำหน้าที่ โดยรัฐจะเข้ามาทำหน้าที่จัดสวัสดิการเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เท่านั้น แบบที่สอง แนวความคิดในกลุ่มอนุรักษนิยมที่เชื่อว่ารัฐควรเข้าไปแทรกแซงกลไกตลาดปานกลาง โดยสถาบันสังคมยังมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ในแต่ละกองทุนที่มีความแตกต่างกันตามสาขาอาชีพ และในแบบที่สาม แนวความคิดในกลุ่มประเทศสังคมนิยมที่เชื่อว่า รัฐควรมีหน้าที่จัดสรรทรัพยากร เพื่อจัดบริการให้กับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม

เมื่อมีการกำหนดนโยบายแล้ว วิธีการที่ใช้ในการกระจายทรัพยากรโดยส่วนใหญ่ก็คือ การนำภาษีอากรที่จัดเก็บในอัตราที่แตกต่างกันมาจัดสรรเป็นบริการทางสังคม (social service) ที่ประชากรของประเทศได้รับประโยชน์เท่ากัน โดยการจัดสรรทรัพยากรเป็นบริการสังคมตามแนวทางดังกล่าวนี้ เป็นการจัดเก็บภาษีอากรจากประชากรวัยทำงานเพื่อนำมาจัดบริการหรือจ่ายเป็นประโยชน์ที่เป็นตัวเงินแก่ผู้เกษียณ ซึ่งถือเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่ถ่ายเทจากกลุ่มประชากรในช่วงอายุหนึ่งสู่อีกช่วงอายุหนึ่ง หรือในบางครั้งจะใช้วิธีการจัดตั้งกองทุนสำรองเต็มจำนวนนั้น เช่น โปรแกรมบำนาญประเภทต่าง ๆ (social insurance) โดยผู้รับภาระค่าใช้จ่ายและผู้ได้รับประโยชน์เป็นกลุ่มคนกลุ่มเดียวกัน หรือใช้วิธีการแทรกแซงของรัฐทำให้ราคาของสวัสดิการสังคมต่ำกว่าราคาตลาดที่ควรจะเป็นเพื่อให้ตลาดเป็นช่องทางหนึ่งในการกระจายทรัพยากรเสียใหม่

ด้วยการกำหนดเป็นนโยบายสังคม หรือการกระจายผ่านบริการสงเคราะห์ประชาชน (public assistance) ให้แก่ประชาชนหรือครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในลักษณะของการบริการทดแทนชั่วคราว เพื่อเป็นการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์เฉพาะหน้า (relief) เช่น การให้เงิน (cashes) การให้สิ่งของหรือเครื่องอุปโภคบริโภค (kinds) หรือการให้บริการอื่น ๆ ที่จำเป็น (services) เช่น การให้บริการให้คำแนะนำปรึกษา บริการให้ความรู้ บริการฝึกอาชีพ บริการจัดหางานทำ บริการจัดหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น (ระพีพรรณ, 2545) และในปัจจุบัน ยังมีข้อเสนอให้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในระบบสวัสดิการสังคมมากขึ้น และให้ความสำคัญกับระบบการส่งเสริมภาคีสวัสดิการสังคมในการบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้ระบบสวัสดิการสังคมทำงานได้ดียิ่งขึ้น ด้วยการสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น ในส่วนของภาคเอกชน ผ่านการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) และ/หรือ Social Enterprise และในส่วนของภาคชุมชน ผ่านสวัสดิการชุมชน เป็นต้น (วรเวศร์ และวรวรรณ, 2553)

นอกจากระบบการเมืองการปกครองแล้ว ระบบเศรษฐกิจ นิยามความหมาย คุณค่า ปรัชญาแนวคิดของระบบความเชื่อที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะค่านิยมเรื่องความกตัญญู เรื่องสถาบันครอบครัว หรือเรื่องค่านิยมการทำงานหนัก ก็ยังเป็นปัจจัยที่จะสะท้อนไปยังนโยบายของรัฐในรูปของกฎหมาย พระราชบัญญัติสวัสดิการสังคม แผนงานและโครงการต่าง ๆ ของรัฐในการจัดสวัสดิการให้กับประชาชนที่แตกต่างกัน และมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกันไปด้วย ดังนั้น การที่ประเทศหนึ่งประเทศใดจะเลือกแนวทางแบบหนึ่งแบบใดในการดำเนินการนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องคำนึงข้อดีข้อเสียและเงื่อนไขทางค่านิยม สถาบันสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกันด้วย

โดยทั่วไป จุดมุ่งหมายของการกำหนดนโยบาย เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของคนในสังคมและให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจและวัตถุเป็นสำคัญ (Hoggett, 2000) ในการกำหนดนโยบายส่วนใหญ่จึงมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐาน เช่น การมีรายได้จากการทำงาน การมีที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย และบริการรวมทั้งหลักประกันทางรายได้ภายใต้ระบบความมั่นคงทางสังคม เป็นต้น ในส่วนนี้จึงนำเสนอการทบทวนแนวทางกำหนดนโยบายที่สนับสนุนความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและวิธีการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในครัวเรือน ผู้สูงอายุ ของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ประชาสังคมและชุมชน และภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม

การนำเสนอต่อไปนี้เป็น การทบทวนการกำหนดนโยบายที่นำไปสู่การกำหนดโครงการและการปฏิบัติงานที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ใน 7 ด้าน ที่มีความสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน คือ

- 1) ด้านรายได้หลังเกษียณ
- 2) ด้านการจ้างงาน
- 3) ด้านที่พักอาศัย
- 4) ด้านรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพ
- 5) ด้านการดูแลทางจิตใจ

6) ด้านการให้ชุมชนมีส่วนร่วม และ

7) ด้านการดูแลในครอบครัว

ของประเทศที่มีประสบการณ์การดำเนินการด้านผู้สูงอายุ อาทิ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สวีเดน ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส อิตาลี เยอรมนี ฟินแลนด์ สเปน ฯลฯ รายละเอียดดังนี้

1) ด้านรายได้หลังเกษียณ

แผนการสร้างรายได้หลังเกษียณมีวัตถุประสงค์สำคัญต่อการดำรงชีวิตหลายประการ นั่นคือ การมีอิสรภาพทางการเงิน การไม่ให้เกิดภาวะยากจนในวัยบั้นปลาย การคาดการณ์เรื่องระดับรายได้หลังจากที่ผ่านพ้นจากการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการเกษียณอายุงานหรือทุพพลภาพ และความมั่นคงทางการเงินสำหรับคู่สมรสและทายาท แม้ว่าแนวคิดเรื่องการให้ความมั่นคงทางรายได้ในวัยบั้นปลายชัดเจน แต่การดำเนินนโยบายเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ตัวอย่างเช่น คนๆ หนึ่ง ควรมีรายได้ก่อนเกษียณที่เป็นหลักประกันร้อยละเท่าไรของแผนบำเหน็จบำนาญ ลูกจ้างและนายจ้างควรจ่ายสมทบฝ่ายละเท่าไร ควรมีการพิจารณาความเหมาะสมอะไรบ้าง ก่อนที่บุคคลเริ่มใช้สิทธิในสิทธิประโยชน์กรณีต่าง ๆ ความเป็นไปได้ทางการเงินของแผนความมั่นคงทางรายได้ ควรคงไว้อย่างไรเมื่อประชากรสูงอายุขึ้น และประชากรใช้เวลามากกว่าเดิมในการเกษียณอายุงาน ความเหมาะสมระหว่างแผนการเกษียณอายุงานของภาครัฐกับภาคธุรกิจคืออะไร คำตอบเหล่านี้จะปรากฏอยู่ในนโยบายเกี่ยวกับรายได้หลังเกษียณ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ

อัตราการจ้างงาน อายุเกษียณโดยเฉลี่ย และระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่หลังเกษียณ มีผลเป็นอย่างมากต่อความต้องการแหล่งบำนาญชราภาพ และลักษณะของระบบบำนาญชราภาพมีผลต่อการตัดสินใจส่วนบุคคลในเรื่องการเกษียณอายุการทำงาน ผู้กำหนดนโยบายของระบบบำนาญชราภาพในอนาคต จึงต้องพิจารณาเสถียรภาพของปัจจัยทั้งสามอย่างใกล้ชิด และอาจเป็นปัจจัยหลักในการร่างนโยบายรายได้หลังเกษียณในอนาคตอีกด้วย ซึ่งในหลายประเทศมีหลักฐานที่ชี้ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของหลายประเทศลดต่ำลง และมีการจ้างแรงงานที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และเนื่องจากการที่จำนวนผู้สูงอายุหรือจำนวนผู้ที่เข้าใกล้วัยเกษียณเพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่นโยบายด้านรายได้หลังเกษียณต้องคำนึงถึงจุดเชื่อมต่อระหว่างอัตราการจ้างงานผู้สูงอายุและอายุทางการที่แรงงานสูงอายุสามารถที่จะรับประโยชน์ทดแทนคืนเมื่อเกษียณด้วย

จากสถานการณ์การสูงอายุของประชากรทั่วโลกที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดนั้นหมายความว่า ประชาชนจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ กำลังหมดวาระการทำงาน และเนื่องด้วยการที่คนเรามีอายุขัยเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เวลาที่จะใช้เงินบำนาญยืดเวลาออกไปมากขึ้น เป็นไปได้ว่าจะนานถึง 25 ปี หรืออาจมากกว่านั้น สำหรับผู้ที่เกษียณเมื่ออายุครบ 55 ปี หรือ 60 ปี

จากตารางที่ 2-1 แสดงให้เห็นถึงร้อยละของผู้มีส่วนร่วมในกำลังแรงงานระหว่างกลุ่มอายุ 55-64 ปี และ 65 ปีขึ้นไป ในต่างประเทศเพิ่มขึ้นในทุกประเทศ ตั้งแต่ปี 1990 ถึงปี 2016 โดยเนเธอร์แลนด์มีการ

เปลี่ยนแปลงร้อยละการจ้างงานประชากรกลุ่มวัย 55-64 ปี มากที่สุด คือ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.6 รองลงมาคือ นิวซีแลนด์ และ เยอรมนี (ร้อยละ 34.9 และ 31.5) ตามลำดับ นอกจากนี้ สัดส่วนการเข้าร่วมกำลังแรงงานของกลุ่มประชากรวัย 65 ปีขึ้นไป ในช่วงปี 1990-2016 ก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น ในประเทศนิวซีแลนด์ เพิ่มจากร้อยละ 6.5 ในปี 1990 เป็นร้อยละ 23.4 ในปี 2016 รองลงมาคือ สวีเดน จากระยะ 8.6 เป็นร้อยละ 16.2 และสหรัฐอเมริกา จากระยะ 11.8 เป็นร้อยละ 19.3 ตามลำดับ ในทางตรงข้าม บางประเทศ คือ ญี่ปุ่น และอิตาลี อัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของประชากรวัย 65 ปีขึ้นไป ลดลง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าประชากรมีอายุสูงมากขึ้นจนไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป

ตารางที่ 2-1 ร้อยละของประชากรที่มีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน ช่วงอายุ 55-64 ปี และ 65 ปีขึ้นไป
ค.ศ. 1990, 2010 และ 2016

ประเทศ	55-64 ปี			65 ปีขึ้นไป		
	1990	2010	2016	1990	2010	2016
เกาหลีใต้	62.4	62.7	68.0	26.1	29.4	31.5
เดนมาร์ก	57.1	61.8	70.5	7.3	5.7	8.4
เยอรมนี	39.8	62.5	71.3	3.0	4.0	6.6
แคนาดา	49.2	62.2	65.8	6.7	11.3	13.7
ญี่ปุ่น	64.7	68.7	73.6	24.3	19.9	22.8
นอร์เวย์	63.1	69.6	74.1	18.0	18.3	18.9
นิวซีแลนด์	43.7	75.8	78.6	6.5	17.1	23.4
เนเธอร์แลนด์	30.8	56.3	68.4	3.5	5.9	7.1
ฝรั่งเศส	38.1	42.2	53.7	2.4	1.5	2.9
สวีเดน	70.5	74.9	79.8	8.6	13.5	16.2
สหรัฐอเมริกา	55.9	64.9	64.1	11.8	17.4	19.3
สหราชอาณาจักร	53.0	59.8	66.0	5.6	8.6	10.7
ออสเตรเลีย	43.9	62.6	65.2	5.3	10.8	12.6
อิตาลี	33.4	37.9	53.4	4.3	3.2	4.0

ที่มา : OECD Stat, เว็บไซต์ <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=54741>

จากตารางที่ 2-2 แสดงให้เห็นถึงอายุเกษียณโดยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี 2000 จนถึง 2016 และอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 65 ปี (จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีชีวิตรอดต่อไปอีกจนเสียชีวิต) โดยจากตารางแสดงให้เห็นว่า ประเทศเกาหลีใต้มีวัยแรงงานที่มีอายุมากที่สุดทั้งชายและหญิง คือ 72.0 ปี และ 72.2 ปี ตามลำดับ โดยรวมแล้วอายุเกษียณของหญิงจะต่ำกว่าชายเล็กน้อย ส่วนอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 65 ปี พบว่า ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อ 65 ปี มากที่สุด ทั้งชายและหญิง คือ 19.5 ปี และ 24.3 ปี ตามลำดับ และโดยรวมแล้ว เพศหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าชายในทุกประเทศที่นำมาแสดงในตาราง

ตารางที่ 2-2 อายุเฉลี่ยที่ออกจากภาคแรงงาน ปี 2000, 2010 และ 2016 และอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 65 ปี

ประเทศ	ชาย				หญิง			
	อายุที่ออกจากภาคแรงงาน			อายุคาดเฉลี่ย เมื่ออายุ 65 ปี (ปี 2015)	อายุที่ออกจากภาคแรงงาน			อายุคาดเฉลี่ย เมื่ออายุ 65 ปี (ปี 2015)
	2000	2010	2016		2000	2010	2016	
ออสเตรเลีย	62.0	64.5	65.2	19.5	59.6	62.7	63.6	22.3
ออสเตรีย	60.3	59.7	62.0	18.1	58.9	57.8	60.6	21.3
เบลเยียม	58.5	60.6	61.3	18.2	57.1	59.0	59.7	21.5
ชิลี	69.3	69.0	71.0	16.9	66.9	67.8	67.2	20.1
เดนมาร์ก	63.4	64.0	63.7	18.0	59.8	61.8	63.1	20.7
ฟินแลนด์	60.1	61.6	63.2	18.3	59.9	61.5	62.5	21.9
ฝรั่งเศส	59.0	59.3	60.0	19.4	58.6	59.5	60.3	23.5
เยอรมนี	61.0	62.0	63.3	17.9	60.3	61.2	63.2	21.0
กรีซ	63.2	61.9	62.0	18.5	62.7	60.3	60.2	21.3
ฮังการี	58.3	60.1	63.6	14.5	55.8	58.9	60.7	18.2
ไอร์แลนด์	65.2	63.4	66.9	18.4	66.0	63.8	63.5	21.0
อิตาลี	60.4	60.6	62.1	18.9	58.4	59.0	61.3	22.2
ญี่ปุ่น	70.1	70.1	70.2	19.5	66.2	67.0	68.8	24.3
เกาหลีใต้	67.1	71.0	72.0	18.2	65.8	69.6	72.2	22.4
ลักซิมเบิร์ก	59.7	57.7	61.2	18.9	60.3	58.6	61.0	21.8
เม็กซิโก	74.6	71.4	71.6	16.8	69.8	69.8	67.5	18.6
เนเธอร์แลนด์	60.6	62.9	63.5	18.4	58.7	61.4	62.3	21.1
นิวซีแลนด์	64.3	65.9	68.4	19.3	59.9	65.5	66.4	21.5
นอร์เวย์	64.0	64.1	66.2	18.9	63.7	63.8	64.4	21.6
โปรตุเกส	63.5	66.5	69.0	18.0	60.3	64.7	64.9	21.7
สเปน	61.6	62.3	62.2	19.0	61.8	63.0	62.6	23.0
สวีเดน	63.7	65.4	65.8	18.9	62.4	63.3	64.6	21.5
สหราชอาณาจักร	62.4	64.1	64.6	18.6	60.9	61.9	63.2	20.8
สหรัฐอเมริกา	64.8	65.6	66.8	18.0	63.7	65.3	65.4	20.6
บราซิล	68.7	70.7	69.2	16.7	64.2	64.8	64.4	19.8
รัสเซีย	60.8	63.5	63.2	13.3	56.5	60.1	60.3	17.6

ที่มา : OECD เว็บไซต์ <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm> สืบค้นวันที่ 14 เมษายน 2561

จากลักษณะทางประชากร 3 ประการ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น คือ อัตราการจ้างงาน อายุเกษียณโดยเฉลี่ย และระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่หลังเกษียณ จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการกำหนดนโยบายรายได้หลังเกษียณในอนาคต

ลักษณะของระบบบำนาญ

ลักษณะของเงินบำนาญชราภาพมีประเด็นหลัก 2 ประเด็นที่ต้องพิจารณา คือ *อายุเท่าไรที่จะได้รับเงินบำนาญ และจะได้รับเป็นจำนวนเงินเท่าไร* จากตารางที่ 2-3 เป็นการเปรียบเทียบอายุมาตรฐานและอายุที่มีสิทธิได้รับเงินบำนาญในบางประเทศ เช่น ประเทศฝรั่งเศสเป็นประเทศที่มีอายุเกษียณก่อนกำหนด คือ 56 ปี ตามมาด้วยอิตาลี ที่อายุ 57 ปี ส่วนประเทศสวีเดนเป็นประเทศเดียวที่จะมีอายุเกษียณมากที่สุด คือ 67 ปี ในขณะที่ประเทศส่วนใหญ่ตามที่ระบุไว้ในตารางมีอายุเกษียณที่เป็นมาตรฐานคือ 65 ปี เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุเกษียณที่สอดคล้องกับการรับสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการสังคมคือ 65 ปี

ตารางที่ 2-3 อายุที่มีสิทธิได้รับเงินบำนาญในบางประเทศ

ประเทศ	อายุที่มีสิทธิได้รับบำนาญ เมื่อเกษียณก่อนกำหนด		อายุที่มีสิทธิได้รับบำนาญ ตามมาตรฐานทั่วไป	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
เนเธอร์แลนด์	ไม่มี	ไม่มี	65	65
ฝรั่งเศส	56	56	60	60
อิตาลี	57	57	65	60
เบลเยียม	60	60	65	65
เดนมาร์ก	ไม่มี	ไม่มี	65	65
เยอรมนี	63	63	65	65
สวิตเซอร์แลนด์	63-64	62-63	65	64
สหราชอาณาจักร	ไม่มี	ไม่มี	65	60
สวีเดน	ไม่มี	ไม่มี	61-67	61-67
สหรัฐอเมริกา	62	62	65	65

ที่มา : ปรับจาก Wacker & Roberto, 2011

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนการเงินวัยเกษียณ

กรอบแนวคิดพื้นฐานในการกำหนดรายได้หลังเกษียณส่วนใหญ่เป็นการกำหนดโดยองค์กรความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) ที่คำนึงถึงวัตถุประสงค์สองประการคือ การแบ่งสรรปันส่วน (redistribution) และการออม (savings) โดยแผนการแบ่งสรรปันส่วนรายได้หลังเกษียณแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ แผนรายได้ขั้นพื้นฐาน แผนรายได้หลังประเมินทรัพยากร (resource-tested) และแผนบำนาญชราภาพขั้นต่ำ โดย *แผนรายได้ขั้นพื้นฐาน* เป็นการให้ผลประโยชน์ตอบแทนให้กับผู้เกษียณทุกคน หรือขึ้นอยู่กับปีที่ผู้เกษียณมีการจ้างงาน (ไม่ใช่จำนวนรายได้ที่ได้รับครั้งที่ผ่านมา) รายได้เสริมอื่น ๆ เพื่อวัยเกษียณ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงยอดผลประโยชน์ตอบแทน ส่วน *แผนรายได้หลังประเมินทรัพยากร* เป็นแผนช่วยเหลือผู้เกษียณที่มีฐานะยากจนในอัตราที่มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี และมีการจัดสรรมูลค่าของสิทธิประโยชน์หลังจากที่มีการพิจารณารายได้และทรัพย์สินอื่น ๆ ตามสูตรการคำนวณผลประโยชน์ สุดท้ายคือ *แผนบำนาญชราภาพขั้นต่ำ* เป็นการให้จำนวนเงินบำนาญเพิ่มขึ้นให้กับ

สวัสดิการบำนาญที่ได้รับ เพื่อให้ผู้รับผลประโยชน์ที่มีรายได้ต่ำมากได้รับผลประโยชน์ตอบแทนขั้นต่ำสุด ส่วนรายได้อื่นที่ไม่ใช่สวัสดิการบำนาญหรืออาจเป็นทรัพย์สินจะไม่นำมาคำนวณในแผนการเงินรูปแบบนี้

แผนการออม เป็นแผนการเงินที่มาจากกรออมแบบบังคับสำหรับแรงงานที่ประกอบอาชีพในภาครัฐ และเอกชนโดยอิงกับประวัติการจ้างงาน แผนการเงินรายได้หลังเกษียณรูปแบบนี้ เป็นการออกแบบมาเพื่อให้แรงงานได้รับค่าจ้างทดแทนตามระดับที่ต้องการเมื่อเกษียณอายุและให้มีชีวิตหลังเกษียณตามมาตรฐานกำหนด

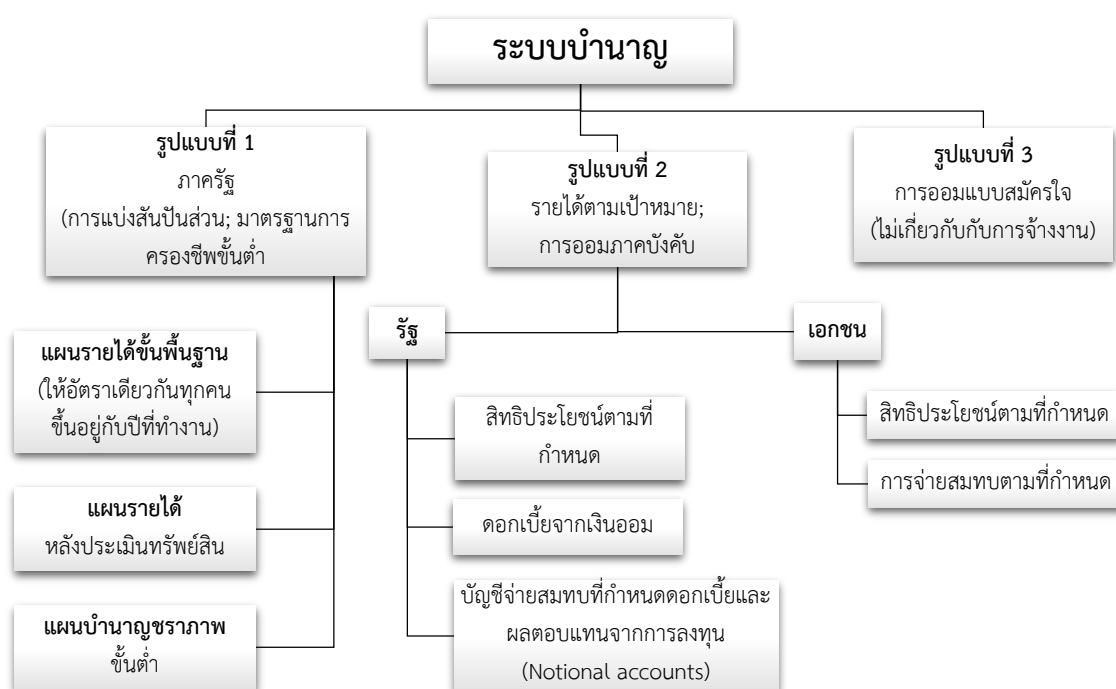
แผนการออมดังกล่าวนี้ เป็นได้ทั้งแบบกำหนดสิทธิประโยชน์ (Defined Benefit - DB) และแบบ กำหนดอัตราเงินสมทบ (Defined Contribution - DC) โดย *แผนบำนาญชราภาพแบบกำหนดสิทธิประโยชน์* (Defined Benefit Scheme - DB Scheme) เป็นการจ่ายบำนาญชราภาพที่ขึ้นอยู่กับจำนวนปีที่จ่ายสมทบใน แผนและระดับรายได้ แผนบำนาญชราภาพแบบนี้เป็นการให้เงินยอດหนึ่งที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเมื่อตอนเกษียณ ซึ่งขึ้นอยู่กับเงินเดือนโดยเฉลี่ยตามจำนวนปีที่กำหนดไว้ อายุ และจำนวนปีที่ได้ทำงานกับหน่วยงานนั้นๆ รูปแบบอีกอย่างหนึ่งที่ใช้ในภาครัฐราชการ คือ เงินบำเหน็จ เป็นการให้บำนาญชราภาพ ที่ขึ้นอยู่กับจำนวนของ ขั้นที่ได้รับในแต่ละปีของการจ้างงาน จำนวนรวมของขั้นคูณด้วยค่าขั้นบำนาญเพื่อที่จะกำหนดการจ่าย ผลประโยชน์ทดแทนตามจริง และ*แผนบำนาญชราภาพแบบกำหนดเงินสมทบ* (Defined Contribution Schemes-DC scheme) เป็นแผนบำนาญที่กำหนดการจ่ายประโยชน์ทดแทนตามจำนวนเงินสมทบที่สมาชิก จ่ายเข้ากองทุน ซึ่งจะเข้าไปในบัญชีส่วนบุคคลของสมาชิกที่ลงทุนในตลาดการเงิน และการกองเงยของการ ลงทุนนี้จะจ่ายให้เป็นเงินบำนาญเมื่อเกษียณ แผนบำนาญชราภาพแบบ DC นี้ ไม่ใช่เป็นการให้สัญญาจำนวน เงินที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนเหมือนอย่างแผนแบบ DB และไม่มีแบ่งสรรปันส่วนตามรูปแบบแรก แต่ ยอดเงินการจ่ายสมทบที่บุคคล และหรือนายจ้างจ่ายสมทบเข้ามา จะเข้าอยู่ในบัญชีส่วนบุคคล อย่างเช่น นายจ้างอาจจ่ายสมทบ 10 เปอร์เซ็นต์ ของเงินเดือนรายปีของลูกจ้าง ซึ่งเงินเดือนรายปีเป็น 50,000 บาท เงิน สมทบที่นายจ้างจ่ายจะเป็น 5,000 บาท บุคคลจะรับผิดชอบในเรื่องของการเลือกว่าจะลงทุนกองทุนอย่างไร โดยยอดเงินที่จะได้รับตอนเกษียณจะไม่สามารถรู้ได้ เพราะว่ายอดรวมจะขึ้นอยู่กับว่าพฤติกรรมการลงทุนหัก ลบค่าธรรมเนียมแล้วมีการจัดการตีมากนักน้อยเพียงไร ดังนั้น แผนแบบ DC ลูกจ้างจะเป็นผู้รับภาระ ส่วนความ เสี่ยงการลงทุนของแผนแบบ DB นายจ้างจะแบกรับความเสี่ยงการลงทุน สำหรับ *แผนการออมแบบรับ ผลตอบแทนจากการลงทุน* (Notional Accounts) นั้น จะคล้ายกับแผนแบบ DC คือ เงินบำนาญจะขึ้นอยู่กับ การจ่ายเงินสมทบและอัตราผลตอบแทนจากการลงทุนจากการจ่ายเงินสมทบที่มีขึ้นในบัญชีส่วนบุคคล ยอด สะสมที่ได้รับตลอดมาจะนำมาจ่ายโดยใช้สูตรที่ใช้ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย และอัตราผลตอบแทนต่อเงินสมทบที่ กำหนดโดยรัฐ ผ่านกฎการคำนวณผลประโยชน์ที่กำหนดไว้แน่นอน ดังนั้น การกำหนดอัตราผลตอบแทนเป็น เหมือนตัวกันชนสำหรับความผันผวนในผลตอบแทนจากการลงทุนในตลาดการเงิน

สำหรับกองทุนอีกรูปแบบหนึ่งในวัยเกษียณที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจ้างงาน คือ *แผนการออมแบบสมัครใจ* (voluntary savings program) แผนนี้เกิดขึ้นกับนายหน้ากองทุนเงินบำนาญหรือสถาบันการเงินที่ทำหน้าที่ เป็นผู้ให้เงินบำนาญที่ไม่มีส่วนร่วมจากนายจ้าง บุคคลจ่ายได้อย่างอิสระและสามารถเลือกได้ว่า จะลงทุนใน รูปแบบใด

ในหลายประเทศส่วนใหญ่ จะใช้แผนความมั่นคงทางรายได้ที่มีการนำเงินแบ่งสรรปันส่วนใหม่ให้ลงตัว (redistribution) และแผนบำนาญชราภาพแบบกำหนดสิทธิประโยชน์ (Defined Benefit Scheme - DB Scheme) โดยได้รับการอุดหนุนทางการเงินผ่านกลไกที่เรียกว่า จ่ายให้เมื่อคุณไป (Pay – As – You – Go, PAYGO) แผนบำนาญวัยเกษียณรูปแบบนี้ เบียดเบียนหรือภาษีที่จ่ายแรงงานปัจจุบันจะนำมาจ่ายให้กับผู้เกษียณ และมีการตั้งกองทุนสำรองที่จะช่วยจัดสรรความแตกต่างระหว่างรายได้ที่สะสมมาและประโยชน์ทดแทนที่จ่ายไป เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา สวีเดน และเนเธอร์แลนด์ ที่แม้จะมีนโยบายรายได้หลังเกษียณเหมือนกัน แต่มีแนวทางการดำเนินนโยบายการเงินหลังเกษียณที่ต่างกัน อีกทั้งยังมีการชดเชยเงินบำนาญและบำนาญชราภาพในระดับที่ต่างกันอีกด้วย

ในการอธิบายถึงการดำเนินนโยบายหลังเกษียณเพื่อเปรียบเทียบประเทศที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้ ขอให้พิจารณาจากแผนภาพที่ 2-5 ประกอบเพื่อให้เห็นแนวทางการดำเนินนโยบายด้านรายได้หลังเกษียณและประเภทของรายได้หลังเกษียณ หรือรูปแบบของระบบบำนาญที่ชัดเจนขึ้น

แผนภาพที่ 2-5 ประเภทของรายได้หลังเกษียณ



ที่มา : ปรับจาก OECD (2009)

กรณีตัวอย่างในต่างประเทศ

สหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้หลักประกันทางรายได้หลังเกษียณ 3 รูปแบบ คือ หลักประกันสังคมที่อิงกับประวัติการทำงาน หรือแผนการออมแบบบังคับในรูปของการประกันสังคม (รูปแบบที่ 2) หลักประกันรายได้เสริมความมั่นคงที่มีการตรวจสอบทรัพย์สินสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (รูปแบบที่ 1) และหลักประกันรายได้หลังเกษียณภาคเอกชนที่ให้กับผู้เป็นลูกจ้างทุกคน โดยแผนการออมแบบบังคับในรูปของการประกันสังคมเป็นแบบแผนประกันตนภาคบังคับสำหรับคนอเมริกัน ภายใต้โครงการประกันสังคม (Social Security Program: SSP) (รูปแบบที่ 2) เป็นรูปแบบที่กว้างและครอบคลุมคนเกือบทุกกลุ่ม และในการจ่ายผลประโยชน์ทดแทนจะใช้วิธีการแบบกำหนดผลประโยชน์

ประกันสังคมจะจ่ายผลประโยชน์ทดแทนให้กับบุคคลที่อายุครบวัยเกษียณตามที่กำหนดในกฎหมายประกันสังคม โดยผู้จะได้รับเงินประกันสังคมที่ดำเนินการจ่ายจากระบบ PAYGO ต้องเป็นแรงงานที่ทำงานที่อยู่ในระบบประกันสังคม มีรายได้ และอายุครบเกษียณ

ในส่วนสิทธิประโยชน์ประกันสังคมกรณีบำนาญชราภาพ ยอดเงินสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจะคำนวณจากรายได้ที่ได้รับจากการทำงานที่อยู่ในระบบประกันที่ผ่านมาและตั้งอยู่บนพื้นฐานของการกำหนดยอดเงินบำนาญสำหรับผู้ประกันตน ผู้ที่กำลังได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคมอาจทำงานต่อไปได้อีกโดยไม่มีการลดลงของสิทธิประโยชน์จากประกันสังคมหากแรงงานรอที่จะขอรับสิทธิประโยชน์หลังจากครบอายุเกษียณ

สำหรับสิทธิประโยชน์เสริมกรณีผู้พึ่งพิงและคู่สมรส สมาชิกในครอบครัวของแรงงานที่เกษียณอายุอาจมีคุณสมบัติที่จะได้รับสิทธิประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้พึ่งพิง ถ้าไม่มีผู้ใดได้สิทธิประโยชน์ในส่วนนี้จากการเป็นผู้ประกันตน ยอดเงินประกันตน 50 เปอร์เซ็นต์ อาจนำมาจ่ายให้กับภรรยาหรือสามีเมื่อครบอายุเกษียณ (ลดลงจาก 62 ปี จนถึงอายุครบเกษียณ) คู่สมรสที่หย่าร้างและยังไม่ได้แต่งงานใหม่อาจขอรับผลประโยชน์กรณีผู้พึ่งพิงถ้าแต่งงานกันมาแล้ว อย่างน้อย 10 ปี ปัจจุบัน คู่อยู่กันที่ไม่ได้แต่งงานกันไม่มีสิทธิ์ได้รับผลประโยชน์ ส่วนสิทธิประโยชน์ให้กับทายาทของผู้เสียชีวิต ประกันสังคมจ่ายสิทธิประโยชน์ให้กับทายาทที่มีสิทธิ์ ซึ่งอาจเป็นสามี/ภรรยาหม้าย คู่สมรสที่หย่าร้างไปแล้ว ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (ถ้าแต่งงานกันมาแล้วอย่างน้อย 10 ปี) บุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปี หรืออายุ 18-19 ปี และกำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาภาคปกติ (ไม่มีการจำกัด ถ้าพิการก่อนอายุ 22 ปี) และพ่อแม่วัยชราที่อายุ 62 ปีขึ้นไป และอย่างน้อย 50 เปอร์เซ็นต์ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากแรงงานที่เสียชีวิตแล้ว ทายาทได้รับจาก 75-100 เปอร์เซ็นต์ จากสิทธิประโยชน์กรณีบำนาญชราภาพ

ส่วนกรณีทุพพลภาพ ประกันสังคมจะจ่ายให้กับแรงงานที่ต้องการรายได้และมีความพิการ แรงงานต้องได้รับการตรวจสอบรายได้สองอย่างที่แตกต่างกันเมื่อกลายมาเป็นผู้ทุพพลภาพ การตรวจสอบการทำงานครั้งล่าสุดและระยะเวลาการทำงานของงานที่อยู่ภายใต้การประกันสังคม งานครั้งล่าสุดโดยอิงกับอายุและประวัติ

การทำงาน การบาดเจ็บจนถึงแก่ความตายหรือครั้งล่าสุดอย่างน้อย 12 เดือนต่อเนื่อง ความทุพพลภาพต้องมีสาเหตุมาจากการสูญเสียอวัยวะและจิตใจที่มีเอกสารระบุสาเหตุที่ไม่สามารถทำงานได้ในอาชีพก่อนหน้านี้ของบุคคลหรือในงานชนิดอื่น ๆ ที่จะเหมาะสมต่ออายุ การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน

สำหรับแผนการแบ่งสรรปันส่วนรายได้เพื่อเสริมความมั่นคง (Supplemental Security Income: SSI) (รูปแบบที่ 1) เป็นการสร้างหลักประกันให้กับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีรายได้น้อย หรือต่ำกว่า 674 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน หรือเมื่อรวมกับคู่สมรสแล้วมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,011 ดอลลาร์สหรัฐ จะได้เข้าไปอยู่ในโครงการแผนรายได้ขั้นต่ำแห่งชาติ โครงการนี้ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลางและรายได้จากการจัดเก็บภาษีของรัฐ

ส่วนแผนบำนาญหลังเกษียณของเอกชนแบบสมัครใจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่เกิดขึ้นหลังจากการออกกฎหมายประกันสังคมเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม ค.ศ. 1935 ที่กำหนดไว้ว่า 1) เป็นโครงการประกันสังคมที่เป็นแบบภาคบังคับและเพื่อทุกคน เพราะแผนสิทธิประโยชน์นี้ครอบคลุมแรงงานที่รายได้สูงและรายได้น้อยด้วย 2) เป็นโครงการที่มีความสัมพันธ์กับรายได้และผูกพันกับการจ้างงาน 3) มีสูตรคำนวณรายได้ที่เป็นการเฉลี่ยน้ำหนัก ซึ่งจะทำให้แรงงานที่มีรายได้น้อยพอใจ เพื่อที่จะให้ผู้ที่ยังอยู่ในภาวะยากจนมีความเพียงพอทางสังคม 4) เป็นหนึ่งในแหล่งรายได้เพื่อหลังเกษียณ และ 5) เป็นโครงการที่ไม่ต้องใช้ในการประเมินฐานะ เพราะแรงงานที่มีสถานะแตกต่างกันมีสิทธิที่จะได้รับผลประโยชน์

แคนาดา

หลักประกันรายได้นายมชราภาพมีทั้งรูปแบบของการแบ่งสรรปันส่วน (รูปแบบที่หนึ่ง) โดยอยู่ในโครงการที่เรียกว่า แผนเสริมรายได้ (Income Supplement Program: ISP) ซึ่งมีทั้งหมด 4 รูปแบบ คือ

- 1) บำนาญความมั่นคงยามชราภาพ (Old Age Security: OAS) เป็นระบบบำนาญแบบถ้วนหน้า ที่ให้กับชาวแคนาดาทุกคน
- 2) หลักประกันการเสริมรายได้ (Guaranteed Income Supplement: GIS) เป็นสิทธิประโยชน์เสริมจากบำนาญชราภาพ
- 3) แผนบำนาญแห่งชาติ (Canadian Pension Plan: CPP) เป็นการให้สิทธิประโยชน์กรณีเกษียณอายุงาน ทุพพลภาพ และเสียชีวิต และ
- 4) แผนบำนาญภาคเอกชน และแผนสนับสนุนความมั่นคงทางรายได้ (รูปแบบที่ 2)

สำหรับหลักประกันรายได้นายมชราภาพ (รูปแบบที่ 1) นั้นเกิดขึ้นมาจากกฎหมายบำนาญชราภาพ เมื่อปี 1927 เป็นโครงการให้สิทธิประโยชน์แบบมีการตรวจสอบทรัพย์สินให้กับผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยไม่คำนึงถึงประวัติการทำงาน ซึ่งในเวลาต่อมาได้แปรมาเป็นกฎหมายว่าด้วยประกันความมั่นคงยามชราภาพ ค.ศ. 1952 ที่เป็นการให้สิทธิประโยชน์แบบเดียวกันหมดกับผู้ที่อยู่ในวัย 70 ปีขึ้นไป ตามข้อกำหนดของการอยู่อาศัยในประเทศ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลท้องถิ่นแต่ละรัฐสามารถจัดตั้งโครงการบำนาญชราภาพที่ใช้เฉพาะในท้องถิ่นได้

โดยแผนเสริมรายได้ (Income Supplement Program: ISP) เป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น และให้กับผู้มีรายได้น้อยทุกคน ในแต่ละรัฐมีเกณฑ์การได้รับสิทธิ์และให้สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะได้รับสิทธิ์ทุกคนจะต้องผ่านการตรวจสอบทรัพย์สินก่อน สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับต่อเดือน มีตั้งแต่ 25 ถึง 200 ดอลลาร์แคนาดา

แผนบำนาญความมั่นคงยามชราภาพ (Old Age Security: OAS) เป็นการให้สิทธิประโยชน์แบบถ้วนหน้ากับผู้อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดาโดยไม่คำนึงถึงรายได้และประวัติการจ้างงาน รัฐบาลกลางจะเป็นผู้ให้สิทธิประโยชน์ดังกล่าว โดยนำเงินมาจากเงินอุดหนุนที่ได้จากการจัดเก็บภาษี และไม่ต้องมีการจ่ายสมทบแต่อย่างใด โดยเงินในส่วนนี้จะจ่ายให้กับผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดาอย่างน้อย 10 ปี ทั้งนี้สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จะได้รับสิทธิประโยชน์เต็มรูปแบบ และสำหรับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จะได้รับสิทธิประโยชน์ลดหลั่นกันไป

หลักประกันการเสริมรายได้ (Guaranteed Income Supplement: GIS) เป็นการให้สิทธิประโยชน์รายเดือนให้กับผู้ที่อยู่ในแผนบำนาญความมั่นคงยามชราที่มีรายได้น้อยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป หลักประกันแบบเสริมรายได้นี้จะขึ้นอยู่กับรายได้ประจำปีของแต่ละคน หรือรวมกับรายได้ประจำปีของคู่สมรสตามกฎหมาย ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์นี้จะได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนคนละ 453 ดอลลาร์แคนาดา คู่สมรสตามกฎหมายที่อยู่ในสองแผนสิทธิประโยชน์ก็ได้รับเช่นเดียวกัน

แผนบำนาญแห่งชาติ (Canadian Pension Plan: CPP) เป็นสิทธิประโยชน์จากการจ้างงานโดยตรงครอบคลุมกรณีเกษียณจากงาน ทูพพลภาพ และเสียชีวิต แผนนี้ผู้ที่เป็่่นลูกจ้าง นายจ้างจะต้องจ่ายสมทบเข้าแผนบำนาญแห่งชาติ ในอัตรา 4.95 เปอร์เซ็นต์ ส่วนผู้ที่ไม่ได้เป็นนายจ้างลูกจ้างจ่ายเต็มในอัตรา 9.9 เปอร์เซ็นต์ แรงงานอายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกคน ที่มีรายได้ต่อปีมากกว่า 3,500 ดอลลาร์แคนาดา ต้องจ่ายเงินสมทบเข้าแผนนี้

ส่วนแผนสนับสนุนความมั่นคงทางรายได้ (รูปแบบที่ 2) เป็นแบบแผนรายได้หลังเกษียณของรัฐและเอกชน ที่ประกอบด้วยแผนบำนาญที่เป็นความสมัครใจของนายจ้าง หรือที่เรียกว่า แผนบำนาญแบบขึ้นทะเบียน (Registered Pension Plan: RPP) และแผนการออมเพื่อการเกษียณแบบขึ้นทะเบียน (Registered Retirement Savings Plan: RRSP) แผน RPP เป็นที่ใช้ในหน่วยงานภาครัฐ ส่วนส่วนแผนสำหรับภาคเอกชน ใช้อยู่ในบริษัท สหภาพ และหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ การจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนไม่นำมาคำนวณภาษี แต่สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับต้องนำมาคำนวณภาษี

สวีเดน

ระบบบำนาญของสวีเดนตราขึ้นเป็นกฎหมายเมื่อปี 1913 ต่อมาในทศวรรษที่ 1960 ได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นแผนบำนาญที่ให้กับชาวสวีเดนทุกคน และมีการปฏิรูปครั้งสำคัญเมื่อปี 1994 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สิทธิประโยชน์กรณีบำนาญชราภาพที่เพียงพอและครอบคลุมให้กับคนที่ทำงานและอาศัยอยู่ในสวีเดน ระบบนี้

ได้รับการสนับสนุนโดยเครือข่ายความปลอดภัย (Safety Net) ที่เป็นการประกันว่าผู้สูงอายุทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ

ระบบบำนาญของสวีเดนดำเนินการใน 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 คือ แผนช่วยเหลือการครองชีพ (Maintenance Support) และรูปแบบที่ 2 คือ หลักประกันบำนาญ (Guarantee Pension) ทั้งสองแบบนี้ใช้แบบต่อเนื่องกัน โดยเป็นการให้สวัสดิการที่ครอบคลุมเพื่อให้ชาวสวีเดน มีมาตรฐานการครองชีพขั้นพื้นฐานในชีวิตบั้นปลายโดยไม่ต้องยึดโยงกับประวัติการทำงาน โดยแผนช่วยเหลือการครองชีพ (รูปแบบที่ 1) เป็นแผนการเงินเพื่อการเกษียณที่ให้กับผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในสวีเดน และตั้งใจที่จะอาศัยอยู่เป็นเวลานานอย่างน้อยหนึ่งปี เพื่อนำไปใช้สำหรับการใช้ชีวิตทั่วไป เป็นรายได้ และค่าใช้จ่ายด้านที่พักอาศัย สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับขึ้นอยู่กับจำนวนปีที่อาศัยอยู่ในสวีเดนและขึ้นอยู่กับแหล่งบำนาญอื่นที่ได้รับว่าเพียงพอหรือไม่

ส่วนแผนหลักประกันบำนาญ (รูปแบบที่ 2) เป็นการให้บำนาญแบบจ่ายเพิ่มเติม (top-up) หรือบำนาญเสริมแผนช่วยเหลือการครองชีพให้กับผู้ที่มีเงินบำนาญไม่พอใช้ ซึ่งเป็นไปตามที่รัฐกำหนดในแต่ละปี แผนหลักประกันบำนาญนี้เช่นเดียวกับแผนช่วยเหลือการครองชีพที่ต้องพิจารณาในเรื่องการอาศัยอยู่ในสวีเดน คือ ต้องอยู่อย่างน้อยเป็นเวลา 3 ปี ในสวีเดนหรือประเทศในสหภาพยุโรป (อาทิ นอร์เวย์ ไอซ์แลนด์ ลิกเตนสไตน์ หรือสวิตเซอร์แลนด์) ผู้ที่ได้รับจะต้องมีการตรวจสอบทรัพย์สินก่อน และมีการพิจารณาว่าบำนาญแห่งชาติที่ได้รับอยู่นั้นเพียงพอต่อการดำรงชีวิตหรือไม่ โดยรายได้ที่มาจากบำนาญที่เกี่ยวข้องกับการทำงานจะไม่ถูกนำมาคำนวณในแผนนี้ สำหรับบำนาญแบบบังคับในส่วนนี้ เป็นแบบที่อิงกับประวัติการทำงาน หรือที่เรียกว่าบำนาญรายได้ (Income Pension) ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จะต้องมีบัญชีการจ่ายสมทบของบุคคลโดยเฉพาะ การจ่ายเงินสมทบคืน รัฐจะเป็นผู้กำหนด มีระบบการคำนวณที่ตายตัวและขึ้นอยู่กับผลตอบแทนจากการลงทุนในตลาดการเงิน สิทธิประโยชน์นั้นขึ้นอยู่กับรายได้และจำนวนเงินตลอดช่วงชีวิตการทำงาน สำหรับผู้ที่ไม่ได้อยู่ในสถานะจ้างงาน แต่มีสิทธิ์ที่จะได้รับบำนาญ คือ ผู้ที่ทำหน้าที่พ่อแม่ที่ใช้เวลาดูแลลูก 4 ปี (ต่อลูกหนึ่งคน) ผู้ที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา ผู้ที่เข้าเกณฑ์ทหารเพื่อรับใช้ชาติ และผู้ทุพพลภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้สิทธิประโยชน์กรณีบำนาญลดลงในอนาคตอันเนื่องมาจากการสูญเสียรายได้ในช่วงเหตุการณ์ชีวิตที่ได้กล่าวข้างต้น

นอกจากนี้ 2 รูปแบบหลักดังกล่าวไปแล้ว ในประเทศสวีเดน ยังมีบำนาญแบบเงินเบี้ยพิเศษ (Premium Pension) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการประกันรายได้ในแคนาดา เป็นแผนที่กำหนดการจ่ายเงินสมทบ 2.5 เปอร์เซ็นต์ ของรายได้ที่ได้รับและนำไปลงทุนในรูปแบบที่ลูกจ้างเลือก ผู้รับบำนาญสามารถที่จะเลือกกองทุนลงทุนที่มีอยู่หลายร้อยกองทุน หรือว่าจะเลือกกองทุนที่รัฐเป็นผู้จัดการก็ได้ แผนบำนาญแบบนี้ไม่มีการประกันมูลค่าของบำนาญ ยอดเงินบำนาญจะขึ้นอยู่กับเงินที่จ่ายเข้ากองทุน มูลค่ากองทุนว่ามีมากน้อยเพียงใดสามารถเอาเงินบำนาญหนึ่งในสี่ของยอดเต็มออกมาใช้ได้เมื่ออายุ 61 ปี และบำนาญเอกชนและจากการทำงาน (Occupational and Private Pensions) เป็นแผนการเงินสำหรับลูกจ้างที่อยากจากนำมาเป็นส่วนเสริมของบำนาญแบบรายได้และบำนาญแบบเงินเบี้ยพิเศษ เพราะวามันมาจากอาชีพที่ทำนั้นขึ้นอยู่กับข้อตกลงว่าด้วยแรงงานระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง (ทั้งในภาครัฐและเอกชน) คนสวีเดนที่เป็นลูกจ้าง 90 เปอร์เซ็นต์ ได้รับ

บำนาญเหล่านี้ สิทธิประโยชน์ของบำนาญนี้ได้แก่ กรณีเกษียณอายุ ทูพพลภาพ และสงเคราะห์บุตร นอกจากนี้ คนสวีเดนยังสามารถที่จะซื้อบำนาญภาคเอกชนผ่านบริษัทประกันได้อีกด้วย

เนเธอร์แลนด์

มีแผนรายได้หลังเกษียณทั้งแบบแบ่งสรรปันส่วน (รูปแบบที่ 1) รูปแบบการออมกับภาคเอกชน (รูปแบบที่ 2) และรูปแบบการออมแบบสมัครใจ (รูปแบบที่ 3) โดยแผนรายได้นี้อยู่ภายใต้กฎหมายการช่วยเหลือทางสังคมและการทำงาน (Work and Social Assistance) ที่เป็นการสนับสนุนรายได้ให้กับผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผู้ที่รับสิทธิ์จะต้องผ่านการตรวจสอบทรัพย์สิน (means tested) ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์อาจไม่มีทรัพย์สิน (รถ และเงินออม) มากกว่า 10,910 กิลเดอร์ (หรือ 197,486 บาท) สำหรับครัวเรือน และ 5,455 กิลเดอร์ (หรือ 98,742 บาท) สำหรับบุคคล มูลค่าบ้านของบุคคลอาจมีไม่มากกว่า 46,100 กิลเดอร์ (หรือ 834,473 บาท) มีการนำรายได้รวมของครัวเรือนมาพิจารณา และคาดว่าผู้ได้รับสิทธิประโยชน์กำลังมองหาการทำ

สำหรับแผนบำนาญชราภาพทั่วไป (General Old Age Pension) เป็นบำนาญประกันสังคมแบบการออมภาคบังคับที่ชาวต่างชาติทุกคนต้องทำ แผนบำนาญนี้ให้สิทธิประโยชน์กรณีบำนาญชราภาพในอัตราเดียว และไม่เกี่ยวข้องกับประวัติการทำงานตามปกติ ผู้ที่มีช่วงเวลาที่ไม่ได้อยู่ในสถานะจ้างงาน เช่น ดูแลบุตร ศึกษา ต่อในระดับอุดมศึกษา ก็สามารถอยู่ภายใต้แผนบำนาญนี้ได้ โดยเงินที่มาใช้จ่ายให้กับบำนาญลักษณะนี้มาจากการหักภาษีจากเงินเดือนในรูปแบบของ PAYGO ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์คือผู้มีอายุระหว่าง 15 ปี ถึง 65 ปี ไม่จำเป็นต้องมีสถานภาพการทำงาน ส่วนสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับว่าอยู่ด้วยกับคู่สมรสหรือเป็นโสด เมื่ออายุครบ 65 ปี และไม่มีรายได้หลังเกษียณจะได้รับบำนาญนี้ในอัตราอย่างน้อย 70 เปอร์เซ็นต์ ของค่าจ้างขั้นต่ำสุดตามที่กฎหมายกำหนด แต่ทั้งนี้ต้องผ่านการตรวจสอบทรัพย์สินก่อน นอกจากนี้ แรงงานยังมีแผนการหาบำนาญเสริมผ่านภาคเอกชนที่เป็นรูปแบบของการกำหนดสิทธิประโยชน์โดยแรงงาน ในประเทศเนเธอร์แลนด์มากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ เข้าร่วมแผนบำนาญในลักษณะนี้ด้วย สำหรับแผนการออมกับภาคเอกชนแบบสมัครใจ เป็นการเข้าร่วมโครงการกับบริษัทประกันเอกชน ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับประวัติการทำงาน ไม่ว่าใครก็ตามสามารถเข้าร่วมกับแผนการออมของเอกชนแบบนี้ได้ อาจจะจ่ายเป็นรายปีหรือว่าจ่ายเท่าใดก็ได้ตามที่ต้องการ

จากกรณีศึกษาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ในการดำเนินนโยบายหลังเกษียณของประเทศที่เป็นกรณีศึกษานั้นมีแนวทางการดำเนินการหลักที่สำคัญ คือ เป็นการจ่ายให้กับแรงงานทั้งหมดโดยอิงกับประวัติการทำงาน หรือแผนการออมแบบบังคับในรูปของการประกันสังคม โดยรูปแบบของการออมภาคบังคับนั้น แรงงานจะต้องจ่ายเงินสมทบตามที่รัฐกำหนด แต่อย่างไรก็ตาม แรงงานสามารถที่จะเลือกกองทุนที่มีอยู่หลายร้อยกองทุนทั้งกองทุนที่รัฐหรือเอกชนเป็นผู้จัดได้ โดยผู้ได้รับบำนาญจะได้รับตามรูปแบบของการจ่ายให้เมื่อคุณไป (Pay – As – You – Go, PAYGO) สำหรับรูปแบบของแผนรายได้หลังเกษียณนั้น แม้ส่วนใหญ่จะใช้แนวทางการจ่ายโดยหลักประกันถ้วนหน้า แต่ผู้ที่รับสิทธิ์ทุกคน จะต้องผ่านการตรวจสอบทรัพย์สินก่อนที่จะได้รับเงิน ซึ่งโดยส่วนใหญ่รัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ดำเนินการ

2) ด้านการจ้างงาน

วิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจทั่วโลกในช่วงที่ผ่านมา ได้ทำลายตลาดแรงงานและการก่อตัวของสภาพการณ์ที่นักวางนโยบายต้องเผชิญ จากความตึงเครียดระหว่างการเปิดโอกาสรับเข้าทำงานแบบชั่วคราวเมื่อแรงงานในระบบเศรษฐกิจมีอัตราการว่างงานที่สูง และแรงกดดันที่เพิ่มขึ้นในระบบประกันสังคม อย่างเช่น บำนาญชราภาพ ในหลายประเทศจึงมีการปฏิรูประบบบำนาญใหม่ และสนับสนุนให้แรงงานอยู่ในกำลังแรงงานให้นานขึ้น ตัวอย่างเช่น ในประเทศกลุ่มสหภาพยุโรป การเพิ่มอัตราการจ้างงานสำหรับแรงงานทุกคน โดยเฉพาะผู้หญิงและผู้สูงอายุ เป็นองค์ประกอบสำคัญในกลยุทธ์สำหรับการสร้างระบบประกันสังคมเพื่อการสูงวัยของประชากรให้มีระดับความยั่งยืนสูงขึ้น นอกจากนี้ การมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นหลังจากอายุเกษียณแบบเดิมทำให้มีผู้สูงอายุหลายคนต้องปรับแผนให้ยืดหยุ่น คำนึงผลกระทบเรื่องการเข้าถึงบริการประกันสุขภาพหลังจากที่เกษียณ และพิจารณาทางเลือกเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุอยากจะทำงานต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีการศึกษาสูง ทั้งในการจ้างงาน ทางด้านการเงินและเรื่องส่วนบุคคล เนื่องจากหลายประเทศในแถบตะวันตกที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วกำลังประสบกับการขาดคนทำงานที่มีความรู้ความสามารถ เนื่องจากแรงงานเกษียณหรือออกจากกำลังแรงงานเมื่ออายุน้อย แรงงานในวัย 15 – 49 ปี ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่กำลังมีขนาดลดลง และแรงงานเหล่านี้ไม่มีความรู้ที่สั่งสม รวมถึงประสบการณ์ที่มีลักษณะคล้ายแรงงานวัย 50 ขึ้นไป ระบบแรงงานในหลายประเทศจึงกำลังเผชิญกับความท้าทายในรูปแบบใหม่ ในส่วนนี้จะให้ความสำคัญกับนโยบายที่มีผลต่อการเข้าร่วมเป็นกำลังแรงงานในชีวิตวัยบั้นปลาย และโครงการการฝึกอบรมงานที่รัฐให้การสนับสนุน ที่กำลังดำเนินกับผู้สูงอายุ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส ฟินแลนด์ และอิตาลี

สหรัฐอเมริกา

ผู้สูงวัยอเมริกันหลายคนต้องการทำงานต่ออีกถึงแม้ว่าจะเลยอายุเกษียณไปแล้ว ที่เป็นเช่นนั้นด้วยเหตุผลด้านการเงิน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการทำงานเต็มเวลาในตลาดแรงงาน รวมทั้งงานยากที่ผู้สูงอายุขาดทักษะ การรับรู้เชิงอคติต่อความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ เรื่องสุขภาพและคุณภาพ และการขาดความยืดหยุ่น ในการทำงานเพื่อให้สามารถทำงานและชีวิตสมดุลยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าในสหรัฐอเมริกาไม่มีนโยบายการจ้างงานผู้สูงอายุที่ครอบคลุม นโยบายรายได้หลังเกษียณที่เพิ่มขึ้นได้ทำให้กลุ่มผู้เกษียณก่อนกำหนดเกิดความสนใจ ในขณะที่นโยบายรัฐปัจจุบันได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานต่อไปได้อีก

สังคมสูงอายุชาวอเมริกันจึงเผชิญกับความท้าทายจากบทบัญญัติในกฎหมายว่าด้วยการเลือกปฏิบัติการจ้างงานผู้สูงอายุ (Age Discrimination Employment Act – ADEA) เมื่อปี 1967 ในตัวบทกฎหมายเดิมกำหนดไว้ว่า ลูกจ้างที่อายุระหว่าง 40 – 65 ปี ห้ามไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติในเรื่องอายุไม่เท่าในการตัดสินใจใด ๆ ในเรื่องงาน รวมทั้งค่าจ้าง ค่าธรรมเนียม การเลิกจ้าง การเลื่อนตำแหน่ง และการดูแลสุขภาพแบบครอบคลุม มีการแก้ไขกฎหมายนี้อีกครั้งในปี 1986 ห้ามไม่ให้นายจ้างกำหนดอายุเกษียณที่เป็นการบังคับหน่วยงานที่รับผิดชอบกฎหมายนี้คือ คณะกรรมการดูแลโอกาสการทำงานที่เท่าเทียมกัน (Equal Employment Opportunity Commission) แต่ส่วนใหญ่แล้ว แต่ละรัฐต่างมีกลไกการคุ้มครองที่กำหนดขึ้นเอง

ต่อมาในปี 1990 สภาคองเกรสได้ตรากฎหมายการคุ้มครองสิทธิประโยชน์แรงงานสูงอายุ ที่มีการทำให้ชัดเจนขึ้นและให้การสนับสนุนมากขึ้น ในเรื่องการเลือกปฏิบัติต่อวัยในเกือบทุกรูปแบบทั้งหมดของสิทธิประโยชน์ของลูกจ้างเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กฎหมายกำหนดให้มีการจัดตั้งกฎระเบียบที่ห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับอายุสำหรับสิทธิประโยชน์ลูกจ้าง เป็นการให้การยอมรับในทางกฎหมายเกี่ยวกับโครงการเกษียณก่อนกำหนด และบัญญัติไว้ในกฎหมาย หลักการ สิทธิประโยชน์ที่เท่ากัน (equal benefit) หรือค่าตอบแทนที่เท่ากัน (equal cost) เป็นการต้องการให้นายจ้างให้สิทธิประโยชน์แรงงานสูงวัยอย่างน้อยที่สุดเท่าเทียมกับที่ให้แรงงานที่อายุน้อยกว่า

กฎหมายเพิ่มเติมเพื่อเป็นการสนับสนุนและรักษาแรงงานวัยสูงอายุให้คงไว้ ผ่านสภาเมื่อปี 2000 คือกฎหมายอิสรภาพของพลเมืองสูงอายุในการทำงาน (Senior Citizens' Freedom to Work Act) ขจัดข้อจำกัดทางรายได้ประกันสังคมสำหรับแรงงานที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป การผ่านกฎหมายนี้ได้รับการแถลงโดยสมาชิกสภาคองเกรสบางคนว่าเป็น “dawn of a new age for older Americans” หรือหมายถึง “อรุณรุ่งของยุคใหม่สำหรับผู้สูงอายุอเมริกัน” กฎหมายนี้กำหนดให้ผู้สูงอายุที่กำลังทำงานได้รับค่าจ้างโดยไม่มีการหักลดเงินที่ได้จากประกันสังคม และเป็นการตั้งใจที่จะส่งเสริมผู้สูงอายุให้คงอยู่หรือเข้าร่วมในกำลังแรงงาน

รัฐบาลกลางเป็นเครื่องมือในการช่วยสร้างโครงการจ้างงานผู้สูงอายุ บริษัท Experience Works เป็นผู้ประกอบธุรกิจการจ้างงานและฝึกอบรมสำหรับผู้สูงอายุอเมริกันที่เก่าแก่ที่สุดและใหญ่ที่สุดในสหรัฐอเมริกา ตั้งขึ้นเมื่อปี 1965 โดยสหภาพชาวนาแห่งชาติ การก่อเกิดหน่วยงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของสงครามปราบความยากจนของประธานาธิบดีจอห์นสัน ที่ได้ให้บุคคลที่อายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มีรายได้น้อยได้รับประสบการณ์การฝึกอบรมที่รัฐหรือหน่วยงานเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรให้การรับรอง ได้รับโอกาสทางการศึกษา การขอรับคำปรึกษา และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ช่วยเหลือผู้สูงอายุหางานทำ

โครงการจ้างงานผู้สูงอายุทำงานบริการในชุมชน (Senior Community Service Employment: SCSEP) ให้การส่งเสริมการทำงานที่มีค่าจ้างขั้นต่ำในตำแหน่งบริการชุมชนในหน่วยงานที่เป็นองค์กรทั้งภาครัฐและที่ไม่แสวงหาผลกำไร สำหรับผู้ที่อายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มีรายได้ครัวเรือนต่ำกว่าเกณฑ์ระดับความยากจน 25 เปอร์เซ็นต์ โครงการนี้เริ่มขึ้นเพื่อเป็นโครงการนำร่อง ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดยสภาคองเกรสเมื่อปี 1969 เมื่อโครงการนี้ประสบผลสำเร็จ จึงได้มีการสนับสนุนการเงินที่มีกฎระเบียบขึ้นเมื่อปี 1973 ต่อมาในปี 1978 โครงการนี้จึงถูกบัญญัติอยู่ในกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุอเมริกัน (Older American Act)

ถึงแม้ว่าไม่ได้เจาะจงเฉพาะผู้สูงอายุ แต่มีโครงการอื่นที่รัฐสนับสนุนงบประมาณที่จะช่วยพลเมืองอเมริกันยังดำรงหน้าที่การทำงานในกำลังแรงงาน ตัวอย่างเช่น โครงการการช่วยเหลือทางการค้า (Trade Adjustment Assistance: TAA) เป็นโครงการของรัฐบาลกลางตั้งขึ้นภายใต้กฎหมายว่าด้วยการค้า ค.ศ. 1974 (Trade Act) โครงการ TAA เป็นการให้ความช่วยเหลือแรงงานที่ตกงานหรือว่าชั่วโมงการทำงานและค่าจ้างลดลงจนทำให้ได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้น โครงการ TAA เป็นโครงการที่บริหารโดยกรมแรงงาน ที่ได้รับความร่วมมือจากรัฐต่าง ๆ ให้สิทธิประโยชน์ในรูปแบบต่าง ๆ และบริการการจ้างงานใหม่เพื่อช่วยแรงงาน

ว่างงานในการเตรียมตัวสำหรับหรือได้รับงานที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังจัดให้มีการฝึกอบรม หางาน และ บริการให้มีปรับเปลี่ยนการจ้างงาน

กฎหมายว่าด้วยการลงทุนกำลังแรงงาน ค.ศ. 1998 (Workforce Investment Act) กำหนดให้มีการ รวมกันของโครงการฝึกอบรมระดับชาติและระดับรัฐ กฎหมายนี้มาแทนกฎหมายว่าด้วยการเป็นภาคีฝึกอบรม งาน (Job Training Partnership Act ค.ศ. 1982) ที่ตั้งโครงการนี้ขึ้นมาช่วยเหลือระดับรัฐที่ให้การฝึกอบรม งานกับบุคคลที่เสียเปรียบทางเศรษฐกิจและเผชิญความยากลำบากในการทำงาน เป้าหมายของกฎหมายว่า ด้วยการลงทุนกำลังแรงงานคือ เพื่อหางานและเตรียมตัวเพื่อฝึกอบรมแรงงานทุกคนที่เลิกจ้าง รวมถึงแรงงาน สูงอายุและแม่บ้านที่ก่อนหน้านี้ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีอัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของผู้สูงอายุมากกว่าประเทศ อุตสาหกรรมอื่น ๆ ปัจจัยที่สามารถอธิบายได้ว่าแรงงานสูงอายุชาวญี่ปุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ชาย ทำไมถึง ยังคงอยู่ในกำลังแรงงานของประเทศนานเท่าที่อยู่ได้ คือ 1) ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ 2) มีผู้ที่ผันตัวตัวเองมา เป็นเจ้าของกิจการมากขึ้น 3) คุณค่าทางวัฒนธรรมในการทำงานมีอยู่สูง 4) มีสุขภาพดีและมีอายุคาดเฉลี่ย ยืนยาว และ 5) รัฐบาลญี่ปุ่นมีบทบาทเชิงรุกในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกำลังแรงงาน

ในปี 1971 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ตรากฎหมายการรักษาเสถียรภาพการจ้างงานผู้สูงอายุ (Law Concerning Stabilization of Employment of Older Persons) หรือเรียกอย่างย่อว่า กฎหมายว่าด้วยเสถียรภาพ (Stabilization Law) ที่สนับสนุนมาตรการทางนโยบายที่กำหนดมาเพื่อยาวชีวิตการทำงานของชาวญี่ปุ่น สูงอายุ ที่ครอบคลุมสำหรับผู้กลับมาเข้าร่วมในกำลังแรงงานอีกครั้ง ต่อมาในปี 2006 ได้มีการแก้ไขกฎหมาย Stabilization Law อีกครั้งโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการบังคับให้นายจ้างทุกคนต้องดำเนินการอย่าง น้อย 3 ประการ ในปี 2013 ดังต่อไปนี้

- 1) ยกเลิกกฎเกณฑ์การเกษียณอายุในที่ทำงานโดยสิ้นเชิง
- 2) ค่อยๆ เพิ่มอายุการเกษียณที่เป็นทางการที่อายุอย่างน้อย 65 ปี
- 3) ใช้นโยบายการจ้างงานที่กำหนดมาเพื่อใช้กับแรงงานสูงอายุอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งที่อายุ 65 ปี เป็นอย่างน้อย

ในญี่ปุ่นไม่มีกฎหมายว่าด้วยการเลือกปฏิบัติต่อวัย โดยนโยบายที่มีอยู่หลักๆ ที่เป็นการคุ้มครองแรงงาน สูงอายุคือ การสนับสนุนให้มีการกำหนดด้วยเกษียณอายุที่บังคับเป็นทางการตามที่ได้กำหนดไว้ใน กฎหมาย Stabilization ภายใต้รูปแบบที่มีการแก้ไขกฎหมายเมื่อปี 2004 อายุเกษียณที่เป็นภาคบังคับมีการปรับจาก 55 ปี เป็น 60 ปี พร้อมด้วยมาตรการ 3 ประการ ที่กล่าวไว้ข้างต้น ที่เป็นการสนับสนุนการจ้างงานให้ยาวนาน ขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมาย stabilization ขณะที่กำลังมีการรับมือกับแรงกดดันที่จะลดต้นทุน บริษัท ห้างร้านส่วนใหญ่ในญี่ปุ่นได้เลือกรูปแบบสุดท้ายเกี่ยวกับการใช้นโยบายการจ้างงานที่จะจ้างแรงงานอายุ 65 ปี

ขึ้นไป ต่อไปอีก สำหรับทางเลือกนี้ บริษัทที่ปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว ยังได้รับอนุญาตให้ใช้อายุเกษียณภาคบังคับ แต่สามารถที่จะจ้างงานลูกจ้างใหม่ได้อีกแบบชั่วคราวหรือพาร์ทไทม์ก็ได้ที่เป็นการลดค่าแรงและความรับผิดชอบ สถานประกอบการในญี่ปุ่นประมาณ 91.5 เปอร์เซ็นต์ มีกฎเกณฑ์ว่าด้วยการเกษียณอายุภาคบังคับ

ในประเด็นเรื่องการจ้างงานและการฝึกอบรมนั้น รัฐบาลญี่ปุ่นได้นำแนวทาง 2 แนวทาง มาใช้ในการขยายระยะเวลาในการทำงานของผู้สูงอายุญี่ปุ่น ตั้งแต่ปี 1980 มีการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ทรัพยากรมนุษย์ซิลเวอร์ (Silver Human Resource Center: SHRC) กระจายทั่วประเทศ แต่ละศูนย์ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งหมดจากรัฐทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ศูนย์ SHRC นี้ เป็นการให้โอกาสบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้ได้รับการจ้างงานแบบปกติ รวมทั้งงานชั่วคราว งานตามสัญญา งานพาร์ทไทม์ หรืองานจ้างรูปแบบต่าง ๆ ต่อมาในปี 2002 มีการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยการจ้างงานผู้สูงอายุอีกครั้ง มีการจัดตั้งโครงการที่เรียกว่า โครงการจัดงานเพื่อผู้สูงอายุ (Senior Work Program) ดำเนินการโดยสหพันธ์ SHRC รวมศูนย์ย่อยต่าง ๆ ทั่วประเทศ ผู้ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกจะได้รับบริการฝึกทักษะ การศึกษา ค่าปรึกษาในการหางาน การเตรียมตัวสัมภาษณ์งาน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โครงการนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสถานประกอบการธุรกิจต่างๆ และองค์กรความมั่นคงในการทำงานของรัฐ

การแก้ไขกฎหมาย Stabilization เมื่อปี 2002 ยังมีการนำโครงการสนับสนุนงบประมาณที่เรียกว่า เงินอุดหนุนบางส่วนเพื่อส่งเสริมการประกอบธุรกิจของผู้สูงอายุ (Partial Subsidy to Promote Older Persons' Business and Self-Employment Opportunities) ซึ่งเป็นการให้การสนับสนุนทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุที่เพิ่งเกษียณ และกำลังเริ่มมองหาธุรกิจเป็นของตนเอง โครงการนี้ช่วยค่าใช้จ่ายสองในสามของค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับ 6 เดือนแรกของกระบวนการเริ่มธุรกิจ นอกจากทุนสนับสนุนแล้ว โครงการยังร่วมมือกับภาคเอกชนเพื่อจัดให้มีการฝึกอบรม การศึกษา และให้คำปรึกษาให้กับผู้เข้าร่วมโครงการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย

ความพยายามอีกอย่างหนึ่งที่จะให้ลูกจ้างสูงอายุคงอยู่ในกำลังแรงงาน คือ การให้แรงจูงใจสำหรับนายจ้างจ้างงานลูกจ้างสูงอายุต่อเนื่องจนถึงอายุอย่างน้อยที่สุด 65 ปี ในปี 1995 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ออกนโยบายสิทธิประโยชน์ในการจ้างงานต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ (Employment Continuation Benefit for the Aged) ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันการจ้างงานที่จะกระตุ้นให้นายจ้างจ้างคนงานจนกระทั่งอายุครบ 65 ปี โครงการให้นายจ้างลดระดับค่าจ้างของแรงงานสูงอายุให้ต่ำเท่ากับจำนวนสูงสุดของสิทธิประโยชน์ ในทางทฤษฎี เป็นการรักษาระดับรายได้รวมจากการทำงานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงการเป็นการชดเชยแรงงานที่อายุระหว่าง 60-64 ปี ที่มีประสิทธิผลการลดค่าจ้างมากกว่า 25% หลังจากที่มีการเกษียณแบบบังคับ แรงงานสูงอายุมีสิทธิ์ที่จะได้รับเงินสนับสนุนนี้จนถึงสองปี ในปี 2007 รัฐบาลได้ใช้เงินประมาณ 267,000,000 เยน หรือราว 79,684,114 บาท ในโครงการสิทธิประโยชน์นี้ มีการวิพากษ์วิจารณ์โครงการเพื่อสร้างแรงจูงใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ ที่ไม่ได้มุ่งไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสส่วนใหญ่ เช่น กลุ่มที่ว่างงานเป็นเวลานานและไร้ทักษะ แต่ไปสนับสนุนแรงงานสูงอายุที่ได้รับสิทธิประโยชน์มากที่สุดจากผู้ที่ทำงานมาตลอดชีวิตและได้รับค่าตอบแทนอาวุโส

ฝรั่งเศส

เป็นเหมือนกับประเทศอื่น ๆ ในยุโรป คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุในกำลังแรงงานไม่มาก มีเพียงร้อยละ 1.6 ของแรงงานสูงอายุชายวัย 65 ปีขึ้นไป ส่วนผู้หญิงมีน้อยกว่าร้อยละ 1 ที่ได้รับการจ้างงาน ถึงแม้ว่าอายุเกษียณทางการของฝรั่งเศสคือ 60 ปี แต่ดูเหมือนว่าการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเริ่มลดน้อยลงที่อายุ 55 ปีขึ้นไป นโยบายการเกษียณอายุงานและการว่างงานที่ทำให้การเกษียณอายุก่อนกำหนดทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานผู้สูงอายุในฝรั่งเศส ถึงแม้ว่ามีการปฏิรูปนโยบายจำนวนมากในฝรั่งเศสในช่วงเวลาที่ผ่านมา เพื่อที่จะทำให้การเกษียณอายุทางการก่อนกำหนดมีความเข้มงวด แต่ก็มีจำนวนผู้สูงอายุว่างงานเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ยกเว้นผู้สูงอายุที่ตั้งใจหางานทำด้วยตนเอง การเปลี่ยนแปลงนโยบายการทำงานของผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่งคือ การใช้สิทธิประโยชน์กรณีทุพพลภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังยึดติดกับแบบเดิมของวัฒนธรรมการเกษียณก่อนกำหนด

สำหรับประเทศฝรั่งเศสนั้น ประเด็นเรื่องอายุ ได้ถูกนำเข้าไว้ในรายการเลือกปฏิบัติที่ถูกละเมิดในกฎหมายแรงงาน ในปี 2001 โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้ คือ

- 1) ห้ามมิให้มีการทำสัญญาจ้างงานที่ระบุอายุ ว่าเป็นข้อบ่งชี้สำหรับการกำหนดข้อตกลงการทำงาน
- 2) นายจ้างที่ปลดลูกจ้างอายุ 50 ปีขึ้นไปออก ผู้ที่มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน ต้องจ่ายเงินสมทบ ให้กับสำนักบริหารประกันการว่างงาน เพราะว่าการดำเนินคดีการละเมิดกฎหมายแรงงาน มักยุ่งยาก นโยบายด้านแรงงานในฝรั่งเศสก้าวหน้าจนถึงได้มีการร่วมมือกันจัดให้มีการคุ้มครองการถูกเลือกปฏิบัติโดยคณะกรรมการการต่อรองเพื่อส่วนรวมแห่งชาติ (National Commission for Collective Bargaining)

และมีการดำเนิน ผ่านโครงการ “inter-occupational fund” เพื่อเป็นแผนดำเนินการของรัฐที่ให้การสนับสนุนโดยนายจ้างและลูกจ้างในลักษณะของการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการจะมีการตรวจสอบระดับทักษะของแรงงานรายบุคคลที่มีประสบการณ์มาแล้ว และมีการให้ “training passports” ที่เป็นเหมือนประวัติการทำงาน และเป็นการสร้างเครดิตให้แรงงานสามารถนำไปใช้ในการฝึกอบรม (หากแรงงานทำงานที่บริษัทเป็นเวลามากกว่า 1 ปี) หรือ ถ้าตกงาน สามารถที่จะใช้เครดิตที่จะสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เพื่อให้มีคุณสมบัติตรงกับงานใหม่ได้ นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งหน่วยงานที่เรียกว่า ANACT ที่เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2004-2008 ได้นำเอาผู้กำหนดนโยบาย เจ้าหน้าที่สหภาพการค้า และนายจ้าง เพื่อสร้างความตระหนักและช่วยนายจ้างอำนวยความสะดวกแรงงานสูงอายุในตลาดแรงงาน

จุดเน้นหลักของโครงการนี้คือ การรักษาสภาพของการปฏิบัติการจัดการอายุที่ดีในสถานที่ทำงาน โดย ANACT ที่มีอยู่หลายสาขาทั่วประเทศ ให้คำแนะนำบริษัทที่เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับแนวทางที่สร้างสรรค์ที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม องค์กร และเทคโนโลยี และทำให้เกิดการปฏิบัติที่ดีหรือการบริหารแรงงานวัยสูงอายุในระดับเป็นที่น่าสนใจให้เกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย

ANACT หรือ National Agency for Improvement of Working Condition ในฝรั่งเศส ถือว่า “การจัดการวัยสูงอายุ” (management of the ages) เป็นเสมือนนโยบายที่มีความสำคัญที่สุด มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเลือกปฏิบัติต่อแรงงานสูงอายุและให้การสนับสนุนเจ้าของสถานประกอบการให้ใช้ทุนทางด้านความรู้และความเชี่ยวชาญของแรงงานได้อย่างเต็มที่ เป็นการปรับกรอบแนวคิดใหม่ของภาพลักษณ์แรงงานสูงอายุในฝรั่งเศส เพื่อที่ว่าให้มองแรงงานว่าเป็นทรัพย์สินมากกว่าที่จะเป็นภาระของนายจ้าง มีหลายบริษัทได้รับเอาแนวคิดริเริ่มอันนี้ แต่ละแห่งมีแนวทางในการดำเนินการของตนเอง และบริษัทเหล่านี้ได้รายงานถึงความสำเร็จในการรับมือกับแรงงานสูงวัยอีกด้วย

ฟินแลนด์

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ประเทศฟินแลนด์ถือเป็นประเทศที่มีการดำเนินการฝึกอบรมกำลังแรงงานที่ครอบคลุมที่สุด และมีเครือข่ายสนับสนุนการทำงานเพื่อส่งเสริมการจ้างงานในผู้สูงอายุ หลังจากที่มีการถดถอยทางเศรษฐกิจครั้งสำคัญเมื่อช่วงทศวรรษ 1990 โดยนโยบายที่สนับสนุนโครงการระดับชาติเหล่านี้ มีจุดมุ่งหมายที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของลูกจ้างนอกเหนือจากการเพิ่มความสามารถในการทำงานของแรงงาน และมีการปฏิรูปนโยบายเกี่ยวกับการว่างงานและคุณภาพของแรงงานผู้สูงอายุจำนวนมาก เช่นเดียวกับประเทศฝรั่งเศส อาทิ การจัดตั้งโครงการแรงงานสูงอายุแห่งชาติ (Finnish National Program on Aging Workers) (1998-2002) โครงการพัฒนาสถานประกอบการ (Workplace Development Program) (1996) โครงการวิโต้ VETO Program (2003-2007) และการริเริ่มโครงการระยะสั้นต่าง ๆ อีกหลายโครงการ เพื่อขยายผลให้เกิดผลสำเร็จในตลาดแรงงานสำหรับผู้สูงอายุชาวฟินแลนด์ เป็นต้น

สำหรับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติต่อวัยนั้น มีการดำเนินการภายใต้กฎหมายว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติ ที่ 21/2004 โดยเนื้อหาของกฎหมายได้จำแนกถึงประเด็นว่าด้วยการเลือกปฏิบัติแบบกว้างๆ ในที่ทำงาน ชุมชน หน่วยงานทหาร แต่อย่างไรก็ตาม มีการระบุเจาะจงอย่างละเอียดในประเด็นว่าด้วยเรื่องของการ “ห้ามไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติเกิดขึ้น” อย่างชัดเจน โดยได้ระบุไว้ในนโยบายแห่งชาติว่า “*ใครก็ตามไม่ควรได้รับการถูกเลือกปฏิบัติในเรื่องของอายุ สุขภาพ ความพิการ*” และนอกจากนี้ยังระบุว่า ผู้จัดการงานหรือผู้ให้สิทธิประโยชน์ ผู้ที่ได้ละเมิดตามข้อความที่ได้ระบุไว้ในหมวดที่ 6 หรือ 8 ว่าด้วยเรื่องอายุ ผู้นั้นจะต้องจ่ายค่าชดเชยความเสียหายสำหรับความทุกข์ที่เกิดจากการล่วงละเมิดดังกล่าว” ซึ่งไม่เกิน 15,000 ยูโร หรือ 579,220 บาท

อย่างไรก็ตาม มีประเด็นหนึ่งที่ประเทศฟินแลนด์มีความเหนือกว่าประเทศคือ เรื่องการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง การศึกษาผู้ใหญ่ที่เกี่ยวกับการจ้างงานไม่มีการเสียค่าใช้จ่าย และการศึกษาผู้ใหญ่ที่ส่งเสริมความสมบูรณ์ให้กับชีวิตนั้น รัฐและบุคคลเป็นร่วมกันรับภาระค่าธรรมเนียม อย่างไรก็ตาม คนที่ได้รับประโยชน์มากที่สุดจากการศึกษาประเภทนี้คือ ผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย ผู้ที่ร่วมในโครงการนี้ส่วนใหญ่เป็นแรงงานเต็มเวลา แต่ว่าเข้าร่วมด้วยเหตุผลส่วนตัวมากกว่าเหตุผลที่เกี่ยวกับการจ้างงาน

อิตาลี

เป็นประเทศที่สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ในยุโรปที่มีอัตราการเข้าร่วมของแรงงานวัยสูงอายุต่ำ อัตราการจ้างงานผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับต่ำ เป็นการอธิบายได้ว่า แรงงานที่มีระดับการศึกษาต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรุ่นหลัง จะมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมอย่างจำกัดโดยตลอดช่วงชีวิตการทำงาน สำหรับผู้ที่อายุ 55-64 ปี มี 67% ที่ได้รับวุฒิระดับมัธยม ที่ยังอยู่ในกำลังแรงงาน เมื่อเปรียบเทียบกับ 44% ของผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถม และ 22% ของผู้ที่จบการศึกษาระดับประถม ช่องว่างนี้เพิ่มมากยิ่งขึ้นในผู้หญิง อัตราการจ้างงานในผู้หญิงที่มีการศึกษาสูง ในวัย 50 – 64 ปี มากกว่าอัตราการจ้างงานให้ผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อยถึง 3 เท่า

การเข้าร่วมในกำลังแรงงานลดน้อยลงเริ่มขึ้นเมื่อเกิดการถดถอยทางเศรษฐกิจที่กระตุ้นให้เกิดการริเริ่มโครงการที่จะให้แรงงานสูงอายุเกษียณก่อนกำหนด ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสังคมในอิตาลี รวมถึงบริษัทขนาดใหญ่ ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมาก ได้ให้ข้อเสนอทางการเงินเพื่อดึงดูดให้เกษียณก่อนกำหนด ตั้งแต่กลางทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา มีการปฏิรูประบบบำนาญครั้งสำคัญ และเนื่องจากอายุที่มีการข่มขู่และความต้องการในเรื่องเงินสมทบ

จนในปี 2010 อิตาลีได้กำหนดกรอบการทำงานในเรื่องการต่อต้านการเลือกปฏิบัติ ซึ่งได้รวมเรื่องการเลือกปฏิบัติต่อวัยเข้าไปด้วย ต่อมาในปี 2003 มีการออกกฎหมายที่มีชื่อว่า การปฏิบัติที่เท่าเทียมกันในการจ้างงานและในสถานะต่าง ๆ (Equal Treatment in Employment and Conditions) ที่กำหนดไว้ว่าให้มีการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงศาสนาหรือความเชื่อ ความบกพร่องทางกาย อายุ หรือรสนิยมทางเพศ หลักของการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในเรื่องการจ้างงานและอาชีพใช้กับทุกคนทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงการเข้าถึงการจ้างงาน สภาพการจ้างงาน ความก้าวหน้าในอาชีพและการฝึกอบรม ค่าตอบแทนบำรุงขวัญกำลังใจ และการเลิกจ้างงาน อย่างไรก็ตาม ลูกจ้างทุกวัยจำเป็นต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ความต้องการของงาน และอาจมีการจ้างงานที่แตกต่างกัน ซึ่งอยู่บนพื้นฐานเป้าหมายของนโยบายแรงงานที่ชอบด้วยกฎหมาย ตลาดแรงงาน และการฝึกอบรม

การเลือกปฏิบัติต่อวัยและการกีดกันทางสังคมในผู้สูงอายุอิตาลีเล่นไม่ค่อยได้รับความสนใจจากนายจ้างและรัฐมากนัก ประเด็นหลักของการพิจารณาในตลาดแรงงานกลับเป็นว่า จะส่งเสริมการจ้างงานคนหนุ่มสาวนั้นอย่างไร แม้ว่าเรื่องนี้เป็นความเสียหายต่อผู้สูงอายุ แต่ในเรื่องของการสนับสนุนโครงการเกษียณก่อนกำหนด ทางสหภาพการค้ากลับไม่เห็นว่าเป็นการเลือกปฏิบัติต่อวัย และอันที่จริง หลายสิบปีมานี้ การส่งเสริมการจ้างงานวัยหนุ่มสาว ได้นำมาใช้ในการรื้อฟื้นทางเศรษฐกิจอย่างเข้มข้น บนพื้นฐานฉันทามติทางสังคมโดยรวม อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า การบังคับให้แรงงานสูงอายุให้เกษียณจากการทำงานเพื่อที่จะกระตุ้นการจ้างงานในวัยหนุ่มสาวไม่ประสบผลสำเร็จ และอาจเป็นผลเสียมากกว่าผลดี

การจ้างงานและการฝึกอบรมที่มีเป้าหมายเพื่อแรงงานสูงวัยมีจำกัดและไม่ค่อยนำมาใช้ ถึงแม้ว่าแรงงานสูงอายุประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ มีการจ้างงานในบริษัท ที่มีการฝึกอบรมให้กับแรงงาน แรงงานสูงอายุน้อยกว่า 15 เปอร์เซ็นต์ เข้าร่วมการฝึกอบรม ยิ่งไปกว่านั้น มีผู้สูงอายุเพียง 7 เปอร์เซ็นต์ ที่มีคุณสมบัติต่ำได้รับการ

ฝึกอบรม เมื่อเทียบกับ ผู้ที่มีคุณสมบัติสูงเข้าร่วมอบรม 20 เปอร์เซ็นต์ จนกระทั่งเมื่อมีการออกกฎหมาย 236/1993 ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนและให้งบประมาณสนับสนุนการฝึกอบรมทักษะอาชีพสำหรับวัย 45-65 ปี แรงงานสูงอายุมักถูกกีดกันจากโครงการ นอกเหนือจากกฎหมายดังกล่าว ไม่มีนโยบายรัฐใดที่มุ่งให้การเรียนรู้ตลอดชีวิตให้กับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

มีไม่กี่โครงการที่สร้างแรงจูงใจให้อยากทำงาน กฎหมาย 243/2004 สนับสนุนโครงการ Superbonus ที่เป็นการให้แรงจูงใจทางภาษีให้กับแรงงานที่ทำงานเลยอายุเกษียณ จากตุลาคม 2004 ถึงธันวาคม 2007 ผู้ที่มีสิทธิเกษียณอายุ (ตัวอย่าง ผู้ที่อายุน้อย 57 ปี และได้จ่ายเงินสมทบเข้าประกันสังคมอย่างน้อย 35 ปี) แต่ตัดสินใจที่จะเลื่อนการเกษียณอายุออกไปอย่างน้อยสองปี และทำงานต่อไป ได้รับสิ่งจูงใจโดยการไม่ต้องเสียภาษีในการจ่ายเงินสมทบที่จ่ายเข้าประกันสังคม มีข้อวิพากษ์ประการหนึ่งคือ ผู้ได้รับประโยชน์คือ ผู้ที่มีรายได้สูง และเข้าร่วมในโครงการ บริษัท Confcommercio ซึ่งเป็นตัวแทนบริษัทที่เป็นนายจ้างในภาคบริการ รายงานว่า บริษัทที่เข้าร่วมด้วยหวังที่จะรักษาแรงงานสูงอายุให้ทำงานต่อไป เพื่อที่จะให้สามารถถ่ายทอดทักษะไปยังแรงงานรุ่นหลัง และสนับสนุนให้มีการใช้ประโยชน์แรงงานสูงอายุว่าเป็นผู้สอนคนรุ่นใหม่ โครงการอื่น ๆ เช่น L'Incontro Cooperative ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ที่รับสมัครผู้สูงอายุจากบริษัทประจำภูมิภาคที่ทำงานเป็นผู้ถ่ายทอดทักษะการทำงานให้กับส่วนกลาง

วิธีการหนึ่งที่ภาครัฐของอิตาลีได้พยายามที่จะรั้งอัตราการว่างงานสูงของผู้สูงอายุ ด้วยการเพิ่มความยืดหยุ่นในสถานที่ทำงาน กฎหมาย Biagi ได้กล่าวถึงประเด็นนี้โดยการเปลี่ยนแปลงกฎหมายตัวในตลาดแรงงานในเรื่องของทางเลือกการจ้างงาน เพื่อให้สอดคล้องในกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติต่อวัยในที่ทำงาน เป็นการปูทางให้บริษัทต่าง ๆ มีการขยายตำแหน่งงานที่เป็นพาร์ทไทม์ ตำแหน่งประจำ ตำแหน่งชั่วคราว การปฏิรูปค่อย ๆ ขยับเข้าไปในกลุ่มเล็ก ๆ ดังเช่น ในเขตของ Bergamo ซึ่งเป็นที่ผู้นำท้องถิ่นทำข้อตกลงเมื่อปี 2004 ในเรื่องของการใช้งานพาร์ทไทม์ที่เป็นทางเลือก

3) ด้านที่อยู่อาศัย

ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนามีความแตกต่างกัน จากตารางที่ 2-4 จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเพศหญิงในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะอยู่เพียงลำพัง ในขณะที่กลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนามักอาศัยอยู่กับลูกหลาน

บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมเรื่องความกตัญญูและการยกมรดกให้กับลูกหลาน รวมถึงความสามารถในการหาทางเลือกเพื่อการอยู่อาศัย ส่งผลต่อการใช้ชีวิตในบ้านปลายของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้คือ การที่มีทรัพย์สินส่วนตัว และการไปไหนมาไหนเองได้ และไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน

ผู้สูงอายุมีความสามารถดีที่สุดที่จะอยู่อาศัยในบ้านของตนเอง และดูแลตนเองได้ เมื่อมีความพอเหมาะพอดี ระหว่างระดับสมรรถภาพ (เช่น ความสามารถทางสติปัญญา ความสามารถทางกาย) และความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ดังนั้น ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยมักจะได้รับการกระตุ้นจากความต้องการ

ความมั่นคงมากยิ่งขึ้นในเรื่องร่างกาย จิตใจ สังคม และการเงิน ในบางประเทศ ได้พัฒนาระบบที่อยู่อาศัย หรือ การดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) สำหรับประชากรสูงอายุ ที่มีการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกใน เรื่องสถานที่พักพื้นผู้สูงอายุเอาไว้ด้วย

ตารางที่ 2-4 ร้อยละการกระจายของประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป ในเรื่องการอยู่อาศัยจำแนกตามเพศ และภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก

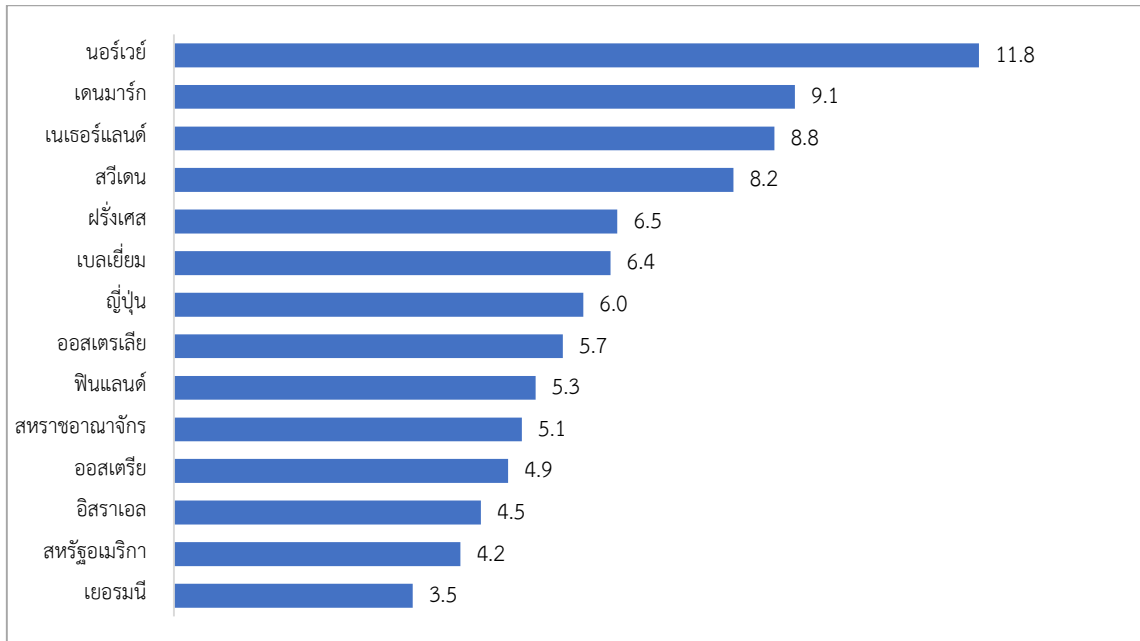
ภูมิภาค	อยู่ลำพัง	อยู่กับคู่	อยู่กับลูก/ หลาน	อยู่กับญาติ	อยู่กับผู้อื่น
ชาย					
แอฟริกา	6.1	10.6	75.6	6.3	1.4
เอเชีย	2.8	14.9	78.1	2.9	1.3
ยุโรป	14.7	54.6	24.5	3.8	2.5
ละตินอเมริกาและแคริบเบียน	7.8	14.8	65.2	8.3	3.8
สหรัฐอเมริกา	14.9	60.1	16.8	4.3	3.9
หญิง					
แอฟริกา	9.9	6.2	71.1	11.2	1.5
เอเชีย	7.9	8.8	76.0	5.5	1.9
ยุโรป	34.7	29.5	28.7	4.1	3.0
ละตินอเมริกาและแคริบเบียน	8.7	10.6	65.6	11.2	4.0
สหรัฐอเมริกา	34.5	39.7	18.5	4.9	2.4
ความแตกต่างระหว่างเพศ					
แอฟริกา	3.8	-4.4	-4.5	4.9	0.1
เอเชีย	5.1	-6.1	-2.1	2.5	0.6
ยุโรป	20.0	-25.1	4.2	0.4	0.5
ละตินอเมริกาและแคริบเบียน	0.8	-4.3	0.3	2.9	0.2
สหรัฐอเมริกา	19.6	-20.4	1.7	0.6	-1.5

ที่มา: สหประชาชาติ (2005) <http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/chapter2.pdf>

จากแผนภาพที่ 2-7 แสดงให้เห็นอัตราการใช้สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยประเทศที่มีระบบบริการ ทางสังคมแบบบูรณาการ เช่น สวีเดน และสหราชอาณาจักร มักมีร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน สถานดูแลผู้สูงอายุมากกว่าในประเทศอื่น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่ใช้ นโยบายสวัสดิการสังคมถ้วนหน้า เริ่มตระหนักถึง ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย รวมถึงการดูแลสุขภาพและ การบริการที่เพิ่มมากขึ้น และเริ่มหันมาให้ความสนใจกับนโยบายที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะอาศัยอยู่ในบ้าน (age in place) ได้ ซึ่งได้รับการยอมรับในประเทศหลายๆ ประเทศ ตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยอมรับว่า การดูแลโดยสถาบันมีราคาแพงมากกว่าการให้บริการดูแลที่บ้านเป็นอย่างมาก และการอยู่ อาศัยภายในบ้าน อาจส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีกว่าของผู้สูงอายุ และสังคมโดยรวม ดังนั้น นโยบายด้านที่อยู่

อาศัยและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงมักจะเกี่ยวข้องกับแนวทางของประเทศในการสร้างระบบการดูแลระยะยาวด้วย

แผนภาพที่ 2-6 ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ



ที่มา: <http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/chapter2.pdf>

สหรัฐอเมริกา

นโยบายด้านที่อยู่อาศัยในสหรัฐอเมริกาอยู่ในความดูแลของกระทรวงการพัฒนาและเมือง และแต่ละรัฐมีอำนาจในการดำเนินนโยบายของตนเอง การเคหะแห่งชาติเป็นโครงการด้านที่อยู่อาศัยของรัฐบาลกลางที่ใหญ่ที่สุดและเก่าแก่ที่สุดในสหรัฐอเมริกา เป็นโครงการที่ช่วยให้ประชาชนและครอบครัวที่มีรายได้น้อยในช่วงของการดำเนินการในระยะแรก เมื่อปี 1956 เป็นการดำเนินการเพื่อจัดหาที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุ ต่อมาในช่วงปี 1960-1970 จึงเกิดโครงการเคหะแห่งชาติหลายแห่งสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยผู้เช่าพักอาศัยจะจ่ายค่าเช่ารายเดือนไม่เกินร้อยละ 30 ของรายได้รายเดือนที่หักค่าเช่าแล้ว และมีการพัฒนาโครงการด้านที่อยู่อาศัยอื่น ๆ ตามมาอย่างต่อเนื่อง เช่น

โครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุตามมาตรา 202 (The Section 202 Supportive Housing for the Elderly Program) เป็นโครงการจัดสรรที่พักอาศัยที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง จัดตั้งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เป็นโครงการให้เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำแก่หน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรในการสร้างที่พักใหม่หรือซ่อมแซมที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุวัย 62 ปีขึ้นไป เช่า โดยโครงการนี้ได้เริ่มขึ้นในปี 1959 และมีการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุมากกว่า 6,200 แห่ง หรือประมาณ 250,000 ห้อง ซึ่งต่อมาในปี 2002 จึงเริ่มมีการทำให้เหมาะสมขึ้น โดยมีการให้งบประมาณสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนโครงการเล็ก ๆ ให้

เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกด้านที่พักอาศัยที่ได้รับใบอนุญาต เช่น การจัดให้มีรถโดยสารรับส่ง แม่บ้านทำความสะอาด และจัดส่งอาหารตามห้องพัก เป็นต้น

โครงการสิทธิการเลือกที่พักอาศัยตามมาตรา 8 (Section 8 Housing Choice Vouchers) เป็นโครงการให้งบประมาณสนับสนุนค่าเช่าให้กับเจ้าของที่พักที่ตกลงให้ผู้เช่าและครอบครัวที่รายได้น้อยได้อาศัยอยู่ ทางการศึกษาแลด้านเคหะแห่งชาติสามารถที่จะจัดสรรงบประมาณที่ได้รับมาประมาณร้อยละ 20 ให้กับเจ้าของบ้านที่ทำบ้านเช่าให้กับผู้อยู่อาศัยที่มีรายได้น้อย หรือให้กับผู้ที่ยินยอมให้มีการปรับปรุงที่พักอาศัยให้เข้าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงการพัฒนาและเมือง ในทางตรงข้ามกับโครงการดังกล่าว ผู้ที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ในโครงการนี้ มองหาที่พักอาศัยที่เป็นของตัวเอง รวมถึงบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ และอพาร์ทเมนต์ และมีอิสระที่จะเลือกที่อยู่อาศัยใด ๆ ก็ตาม ที่เข้าเกณฑ์ของโครงการ เช่น ค่าเช่า ที่ไม่สูงกว่ามูลค่าของราคาตลาด และไม่เป็นการจำกัดที่พักที่ตั้งอยู่โครงการสนับสนุนที่พักอาศัย ผู้เช่าจะรับผิดชอบในเรื่องการจ่ายเงินร้อยละ 30 ของรายได้ของผู้เช่า เป็นค่าเช่า ถ้าค่าเช่าราคาสูงกว่ามูลค่าราคาตลาด ผู้ให้เช่าต้องรับผิดชอบส่วนต่าง ซึ่งนอกจากสองโครงการดังกล่าวนี้แล้ว ยังมีโครงการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้บำรุงรักษาบ้านของตนเองเอาไว้คือ โครงการช่วยเหลือบรรเทาผลกระทบทางด้านสภาพอากาศของกระทรวงพลังงาน (Department of Energy's Weatherization Assistance Program) และโครงการช่วยเหลือด้านพลังงานสำหรับครัวเรือนที่มีรายได้น้อย (Low-income Home Energy Assistance Program – LIHEAP) ภายใต้โครงการช่วยเหลือบรรเทาผลกระทบทางด้านสภาพอากาศ เจ้าของบ้านที่มีรายได้น้อยสมัครขอรับงบประมาณช่วยเหลือเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนการใช้พลังงานภายในบ้านให้มีประสิทธิภาพ จากเดิมที่ต้องติดตั้งเครื่องใช้ไฟฟ้าและระบบการทำความร้อนมาเป็นการติดตั้งแถบยางป้องกันอากาศเข้าภายในหรือฉนวนกันความร้อน รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณ ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นเป็นฝ่ายบริหารจัดการ ครัวเรือนใดก็ตามที่ยากจนสามารถขอรับความช่วยเหลือจากโครงการนี้ได้ การซ่อมแซมปรับปรุงบ้านทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพราะว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองมากกว่า 30 ปี นอกจากความต้องการซ่อมแซมที่พักอาศัยโดยเฉพาะแล้ว หลายๆ บ้านพักอาศัย ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายอ่อนแอในการดำเนินชีวิตประจำวันภายในบ้าน ผู้สูงอายุที่ต้องการใช้ชีวิตวัยปลายที่บ้านอาจจำเป็นต้องปรับสภาพที่พักอาศัยให้เอื้อแก่ข้อจำกัดทางด้านกายภาพ การปรับปรุงการใช้ไฟฟ้า เครื่องช่วยเหลือการเคลื่อนไหวและอาบน้ำ สามารถทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้และทำให้เกิดความปลอดภัยเพื่อเป็นการตอบสนองเงื่อนไขดังกล่าว ในสหรัฐอเมริกาได้มีโครงการช่วยเหลือด้านปรับปรุงที่พักอาศัยให้เกิดขึ้นทั่วประเทศ เช่น ซ่อมของใช้เล็ก ๆ น้อย ๆ ขึ้นอยู่กับสภาพที่พัก รวมถึงการซ่อมแซมแบบเร่งด่วน เช่น ซ่อมท่อประปา ไฟฟ้า เครื่องทำความอุ่น และหลังคารั่ว ทาสีภายนอก และรื้อถอนซากปรักหักพัง เงินสนับสนุนช่วยเหลือได้มาจากงบประมาณแผ่นดิน ที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุอเมริกัน และกระทรวงพัฒนาการเกษตรของสหรัฐอเมริกายังริเริ่มให้มีการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัยในรูปแบบต่าง ๆ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทที่มีอายุ 62 ปีขึ้นไป สามารถสมัครขอรับเงินช่วยเหลือในเรื่องป้องกันผลกระทบจากสภาพอากาศ ซ่อมแซมบ้าน และการช่วยเหลือค่าเช่าที่พักอาศัย ในชนบทแต่ละพื้นที่จะมีการร่วมมือกับผู้สนับสนุน

การช่วยเหลือที่แตกต่างกัน เช่น ร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กร/บริษัทที่ไม่หวังผลกำไร และองค์กรชุมชนต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถที่จะอาศัยอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพา

สำหรับสถานบริการดูแลระยะยาว เป็นการจัดหาที่พักให้อยู่รวมกันที่เป็นการให้บริการช่วยเหลือ พื้นฟูพักฟื้น และรักษาพยาบาล ในอดีต โรงงานหรือโรงสงเคราะห์คนจนเป็นสถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีสภาพอ่อนแอช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือบุคคลที่มีอาการป่วยทางจิต และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง มีการประเมินกันว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ที่โรงสงเคราะห์นี้ประมาณร้อยละ 60-90 ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะดีมีทางเลือกที่เข้าไปอยู่บ้านพักผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยกลุ่มศาสนา หลังจากที่มีการแก้ไขกฎหมายประกันสังคมเมื่อปี 1950 ทำให้ผู้อยู่อาศัยในสถานดูแลได้รับสิทธิประโยชน์และการจัดหาบริการเพื่อสุขภาพ และได้รับค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ และมีการขยายสถานบริบาลผู้สูงอายุหรือเนอร์สซิงโฮม แต่แรงกระตุ้นที่แท้จริงที่ทำให้เกิดอุตสาหกรรมเนอร์สซิงโฮมเพิ่มมากขึ้น มาจากการประกาศใช้ เมดิแคร์ (Medicare) และเมดิแคด (Medicaid) โดยทั้งสองโครงการนี้ช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ เนอร์สซิงโฮม เมดิแคร์ช่วยดูแลในเรื่องรักษาพยาบาล และเมดิแคดช่วยดูแลในเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย ตั้งแต่มีการประกาศใช้เมดิแคร์และเมดิแคด ทำให้มีผู้สูงอายุเข้ามาอาศัยใน เนอร์สซิงโฮมเพิ่มมากขึ้น

ญี่ปุ่น

ตามประเพณีนิยมในญี่ปุ่น ในอดีตการอยู่อาศัยร่วมกันพ่อแม่ลูกไปจนพ่อแม่แก่เฒ่าเคยเป็นแบบฉบับการอยู่อาศัยของครอบครัวญี่ปุ่น โดยในช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง ลูกชายคนโตของครอบครัวชาวญี่ปุ่นจะเป็นผู้ดูแลพ่อแม่ชรา และจะได้รับมรดกเมื่อพ่อแม่เสียชีวิต หลังการปฏิรูปประเทศหลังสงครามโลกครั้งที่สองได้รื้อระบบนี้ใหม่ถึงแม้ว่าหลายครอบครัวยังคงถือปฏิบัติประเพณีการดูแลพ่อแม่อย่างเดิม จนกระทั่งถึงช่วงเวลาที่จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส หรืออาศัยอยู่บ้านตนเองตามลำพังเริ่มมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปี 1984 ประเทศญี่ปุ่นจึงเริ่มให้มีการลดหย่อนทางภาษี (tax credit) สำหรับครัวเรือนที่มีคนหลายวัยอยู่รวมกัน และให้มาตรการช่วยเหลือทางภาษี (tax concession) สำหรับการสร้างหรือปรับปรุงที่พักอาศัยเนื่องด้วยความต้องการของคนหลากหลายวัย

สำหรับการดูแลในระยะยาว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศญี่ปุ่น จะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับการประกันการดูแลระยะยาวร้อยละ 90 สำหรับทุกคนที่มีอายุ 40 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่จะต้องได้รับการดูแล หรือผู้จัดการดูแลสามารถขอรับเงินสนับสนุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลที่บ้านหรือที่สถานบริการได้ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ใช้บริการการดูแลระยะยาวจะได้รับบริการการดูแลถึงที่บ้าน ซึ่งนอกจากค่าใช้จ่ายที่จะได้รับแล้ว ยังมีการจัดสถานบริการดูแลระยะยาวหรือเนอร์สซิงโฮมทั้งของรัฐและเอกชนเกิดขึ้นมากมายในประเทศญี่ปุ่น รวมถึงการรวมกลุ่มบ้านเพื่อให้การดูแลและจัดเป็นสถานบริการช่วยเหลือการดำรงชีวิตผู้สูงอายุอีกด้วย โดยสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการด้านการดูแลที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนที่มีอยู่นั้นมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับรายได้จากการจัดเก็บภาษีของแต่ละท้องถิ่น และการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้บริหารด้านสวัสดิการในท้องถิ่น

นอร์เวย์

นโยบายด้านที่พักอาศัยในนอร์เวย์มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ทศวรรษ 1980 จากยุคประชาธิปไตยแบบสังคมนิยมสู่ยุคสวัสดิการเสรีนิยมที่เน้นเศรษฐกิจแบบตลาด โดยให้การสนับสนุน 4 เรื่องหลักๆ คือ การดูแลสุขภาพ การศึกษา บำนาญ และที่อยู่อาศัย แต่ทั้งนี้ในส่วนของการที่อยู่อาศัยนั้น ส่วนใหญ่ประชาชนจะขายและซื้อที่อยู่อาศัยเองมากกว่าที่รัฐจะจัดหาให้

ธนาคารเพื่อการเคหะแห่งนอร์เวย์ตั้งขึ้นเมื่อปี 1946 สนับสนุนเงินถึง 3 ใน 4 สำหรับการสร้างที่พักอาศัย กฎหมายสัมปทาน ค.ศ. 1974 ได้มีอิทธิพลต่อลักษณะของชุมชนในนอร์เวย์ ตัวอย่างเช่น มีการจัดตั้งข้อกำหนดด้านที่อยู่อาศัย เพื่อให้เจ้าของที่พักอาศัยในชนบทต้องมีบ้านอาศัยอยู่ทั้งบ้านตนเองหรือบ้านเช่า นอร์เวย์มีเป้าหมายเกี่ยวกับการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยสำหรับประชาชนส่วนใหญ่ที่มีกลยุทธ์ทางนโยบาย 3 ประการ คือ หนึ่ง รักษาอัตราดอกเบี้ยให้อยู่ในระดับต่ำ มีเสถียรภาพ ที่ส่งเสริมให้ตลาดอสังหาริมทรัพย์ดำเนินไปได้ด้วยดี สอง รับประกันการเข้าถึงด้านที่พักอาศัยให้กับประชาชนที่ขาดโอกาส และสาม ส่งเสริมให้มีการพัฒนาที่พักอาศัยและเพื่อนบ้านที่เข้าถึงได้อย่างถ้วนทั่วและมีสภาพแวดล้อมที่ดี ในเรื่องการคาดการณ์เรื่องประชากรสูงอายุ ธนาคารเพื่อการเคหะแห่งนอร์เวย์ส่งเสริมให้มีการออกแบบที่ใช้ได้กับทุกวัย โดยการเพิ่มมาตรการการออกแบบเหล่านี้สำหรับการสมัครขอเงินกู้เพื่อสร้างที่อยู่อาศัย ที่เป็นการสนับสนุนให้ประชาชนใช้ชีวิตสูงวัยที่บ้านตนเอง (aging in place)

นอกจากนี้ ในระบบของการดูแลระยะยาว ประเทศนอร์เวย์ได้ทำตามสิ่งที่เรียกว่า Nordic model เหมือนที่ทำในประเทศฟินแลนด์ สวีเดน และเดนมาร์ก ในการบริการสาธารณะและสนับสนุนการสูงวัยที่บ้านอย่างแท้จริง โดยการจัดให้มีบริการที่บ้านอย่างเป็นทางการเมื่อต้องการรับบริการ ยิ่งไปกว่านั้น นอร์เวย์เป็นที่รู้จักในเรื่องการให้ที่พักอาศัยเพื่อประชาชนในราคาที่จับต้องได้และมีประสิทธิภาพ สำหรับการดูแลโดยครอบครัวในนอร์เวย์เป็นที่เด่นชัดน้อยกว่าประเทศอื่น แต่โครงการที่ช่วยเหลือประชาชน เช่น บริการดูแลผู้สูงอายุ ดูแลแบบชั่วคราว เป็นการช่วยเหลือหลายๆ ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุแบบไม่เป็นทางการ โดยร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมจะอาศัยอยู่ในชุมชน และส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว โดยในปี 2007 รัฐบาลนอร์เวย์ได้ประกาศว่า ส่วนการปกครองท้องถิ่นจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการจัดโปรแกรมรายวัน และให้บริการดูแลช่วยเหลือถึงบ้าน เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และเป็นการเยียวยาครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล โปรแกรมรายวันอาจจัดให้ถึงบ้านของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ที่เนอร์สซิ่งโฮม และสถานบริการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน โดยธนาคารเพื่อการเคหะแห่งนอร์เวย์ให้ทุนช่วยเหลือแก่สถานดูแลดังกล่าว เพื่อให้พื้นที่การอยู่อาศัยมีขนาดเล็กลง และเป็นของชุมชนมากขึ้นด้วยการเข้าถึงที่ง่ายขึ้น และไม่ได้อยู่ในตัวอาคาร จุดมุ่งหมายหลักคือ เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่พักอาศัยที่เป็นอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม จากข้อเสนอแนะการวิจัย ระบุไว้ว่า ผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อไม่มีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ เมื่ออยู่ในสถานที่ที่เล็กลง และเมื่อได้รับการดูแลจากมืออาชีพที่มีความรู้ความเข้าใจโรคสมองเสื่อม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศนอร์เวย์จะมีชื่อเสียงในเรื่องการให้บริการผู้สูงอายุ อย่างเช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุส่วนมากยังคงขึ้นอยู่กับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และยิ่งไปกว่านั้น ถ้าผู้สูงอายุหรือครอบครัวของผู้สูงอายุตัดสินใจที่จะส่งต่อการดูแลไปที่เนอร์สซิงโฮม ผู้สูงอายุต้องจ่ายเงินคิดเป็นร้อยละ 75-85 ของรายได้ที่มีสำหรับการรับบริการจากสถานบริการดูแล โดยกระบวนการส่งต่อเริ่มจากพยาบาลประจำบ้านหรือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลร้องขอสถานที่จัดหาบริการเนอร์สซิงโฮม จากนั้นจะมีการประเมินผู้สูงอายุ และผลการประเมินระบุว่าต้องได้รับการดูแลโดยสถานบริบาล ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะต้องลงชื่อเพื่อขอย้าย ก่อนที่จะเข้าไปอยู่ในเนอร์สซิงโฮมได้

สวิตเซอร์แลนด์

ในเรื่องที่อยู่อาศัยของคนสวิตเซอร์แลนด์ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 65 อาศัยอยู่ในที่พักแบบเช่าอาศัยที่มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ ผู้สูงอายุวัย 85 ปีขึ้นไป จึงเสี่ยงต่อการประสบภาวะยากจน และไม่สามารถเข้าถึงการดูแลตามที่ต้องการได้ เนื่องจาก โดยระบบบำนาญชราภาพที่สร้างขึ้นเมื่อปี 1980 ของสวิตเซอร์แลนด์มี 3 รูปแบบหลัก อันแรกคือ ส่วนที่รัฐรับผิดชอบ อันที่สองคือ ส่วนที่ตนเองต้องรับผิดชอบ ส่วนอันสุดท้าย คือ นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบ ผู้สูงอายุในวัยปลายคือ อายุ 85 ปี ขึ้นไป อาจมีความเปราะบาง เนื่องจากไม่ได้มีการวางแผนในสิทธิประโยชน์กรณีบำนาญชราภาพที่ขึ้นอยู่กับการทำงานหรือนายจ้าง การบริการทางการแพทย์และสังคม โดยรวมเรียกว่า “Spitex” เป็นระบบบูรณาการที่มีอยู่ในสวิตเซอร์แลนด์ และดำเนินการโดยส่วนการปกครองท้องถิ่น และอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงวัยใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน (aging in place) การให้บริการเป็นแบบการร่วมมือกันของรัฐและเอกชน และการจ่ายเงินเป็นหน้าที่ของบริษัทประกันเอกชนหรือจ่ายเป็นเงินสด ผู้สูงอายุเป็นผู้ใช้บริการที่พักอาศัยรูปแบบที่ดำเนินงานร่วมกันระหว่างรัฐกับเอกชนในอัตราสูงกว่าที่พักอาศัยรูปแบบอื่น เพราะว่าที่พักแบบนี้อำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตสูงวัย ไม่เหมือนเช่าตามอพาร์ทเมนต์ เพราะว่าไม่ค่อยมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

การที่รัฐสนับสนุนจัดสร้างสถานที่พักอาศัยแบบไม่แสวงหาผลกำไร เป็นผลมาจากนโยบายสังคมด้านที่พักอาศัยทำให้เกิดการเคลื่อนไหวด้านแรงงาน ในการตอบสนองสภาพความเป็นอยู่ที่เลวร้ายในช่วงปฏิวัติอุตสาหกรรม นโยบายที่ร่วมมือกันระหว่างรัฐและเอกชนเป็นที่สนใจของครอบครัวและผู้สูงอายุ ที่พักบางแห่งมีห้องบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ สถานที่บริการดูแลผู้สูงอายุ ห้องออกกำลังกาย และสตูดิโอ

ระบบการดูแลระยะยาวในสวิตเซอร์แลนด์โดยทั่วไปหมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประมาณ ร้อยละ 93 ของสถานบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นขององค์กรไม่แสวงหากำไรและของเอกชน ที่เข้าเกณฑ์เงื่อนไขในการรับเงินอุดหนุนจากรัฐ ในอดีต การดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการดูแลหลังรักษาพยาบาลและการพักผ่อน และได้ทำให้เป็นประเด็นเกิดขึ้นในเรื่องสิทธิของตนเอง พลเมืองทุกคนมีสิทธิประกันสุขภาพ แต่ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวได้รับการช่วยเหลือจากงบประมาณรัฐ บางครั้งผู้รับบริการจะได้รับการหักลดหย่อนภาษี บางครั้ง อาจจ่ายค่าบริการให้กับผู้รับบริการโดยตรงหรือให้กับผู้รับบริการ ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการในแต่ละท้องถิ่น

สเปน

นโยบายด้านที่อยู่อาศัยในสเปนเป็นการบริหารจัดการระดับชาติ ท้องถิ่น และเขตการปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นโยบายระดับชาติที่ให้ทุนสนับสนุน และนโยบายทั่วไปภายใต้กระทรวงการเคหะแห่งชาติ ที่จัดตั้งขึ้นเมื่อปี 2004 โดยชุมชนปกครองตนเอง และส่วนการปกครองท้องถิ่นร่วมมือกันดำเนินนโยบายในระดับท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น ชาวสเปนทุกคนมีสิทธิอยู่ในที่พักอาศัยที่เพียงพอและเหมาะสม ถึงแม้ว่าบุคคลไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย และในปี 2005-2008 โครงการเคหะแห่งชาติ มีเป้าหมายการให้ทุนสนับสนุนด้านที่พักสำหรับกลุ่มผู้ที่ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยการดำเนินการจะเป็นในรูปแบบใด ขึ้นอยู่กับแนวทางของแต่ละชุมชนเอง

ในทางตรงข้าม เป็นเป้าหมายของชาติ มีอยู่แผนหนึ่งที่รัฐบาลสเปนจะต้องทำให้บรรลุถึงเป้าหมายคือ การให้เงินอุดหนุนเจ้าของบ้านมากกว่าที่สนับสนุนที่พักอาศัยให้เช่า ตัวอย่างเช่น การดำเนินการมีในเรื่องของการพัฒนาที่พักอาศัยของผู้ที่มีบ้านหลังแรก ปรับปรุงสาธารณูปโภค และพัฒนาเมืองให้เป็นศูนย์กลาง แต่มีหลายครั้งเกินไปที่การบริการนั้นส่งผลกระทบต่อที่พักอาศัย อย่างเช่น บริการช่วยเหลือที่บ้าน หรือการดูแลระยะยาว เป็นนโยบายที่ขาดการบูรณาการ หรือไม่มีการบูรณาการเลยในนโยบายระดับที่พักอาศัย ยิ่งไปกว่านั้น การบริหารแบบการกระจายอำนาจ โอกาสที่จะได้จากการบังคับใช้นโยบายในแต่ละท้องถิ่นอาจมีความแตกต่างจากที่อื่น

สำหรับการดูแลระยะยาว พบว่า มีเพียงร้อยละ 3 ที่อยู่ในสถานพักพิงหรือเนอร์สซิ่งโฮม เพราะผู้สูงอายุในสเปนส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตที่พึ่งพาตัวเองได้ แต่อย่างไรก็ตาม ความไว้วางใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการดูแลโดยครอบครัวอาจลดน้อยลงเพราะการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสเปนกำลังเผชิญกับ 1) ผู้หญิงที่ทำหน้าที่ดูแลมีจำนวนลดลงพร้อม ๆ กับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ 2) การเปลี่ยนแปลงอย่างมากในเรื่องแบบแผนครอบครัว เพราะอัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้น และ 3) การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมของผู้หญิงที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน ที่ลดการให้เวลาในการให้การดูแลในครอบครัว ในปี 2007

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวนโยบายการดูแลระยะยาวในสเปนเริ่มจากการดำเนินการระบบดูแลระยะยาวแห่งชาติ การเปลี่ยนแปลงมีการดำเนินเป็นระยะ ๆ ด้วยการปฏิบัติการอย่างเต็มรูปแบบให้แล้วในปี 2015 ก่อนที่จะมีระบบนี้ การดูแลระยะยาวเป็นระบบที่ต้องมีการประเมินสถานะการเงินว่าจะได้เข้าร่วมโครงการหรือไม่ และผู้ที่มีฐานะยากลำบากที่สุดจะได้รับการสนับสนุนการบริการดูแลถึงบ้านหรือให้เข้าไปอยู่สถานบริการการดูแล

โดยสรุปแล้ว นโยบายด้านที่พักอาศัยและการดูแลระยะยาวเป็นนโยบายที่แยกส่วนออกจากความต้องการของรัฐบาลและคุณค่าทางวัฒนธรรม ไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องที่ว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบมากที่สุดสำหรับความปลอดภัยและการดูแลผู้สูงอายุ หลายๆ ประเทศให้ทางเลือกและสนับสนุนในการจัดที่พักอาศัยที่แตกต่างกันสำหรับชีวิตในบั้นปลาย ขึ้นอยู่กับแบบแผนการปฏิบัติที่ต้องการให้รัฐบาล ท้องถิ่น ฝ่ายการ

ปกครอง หรือสมาชิกครอบครัว ควรแบกรับหน้าที่ความรับผิดชอบเบื้องต้นสำหรับความเป็นอยู่ที่ดีในระยะยาวของประชากรสูงอายุ ข้อเสนอแนะสำหรับการเมืองและระบบความเชื่อทางสังคมก็มีอิทธิพลในการที่ผู้สูงอายุถูกมองว่ามีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน บ้านที่เป็นทางเลือก และสถานพักพิงระยะยาว ในบางแห่ง ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างหลากหลาย ในบางประเทศมีนโยบายหรือโครงการที่มุ่งให้เฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในความยากลำบากที่สุด เช่น ผู้ที่ยากจน ผู้สูงอายุที่อายุมากแล้ว ผู้ที่ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ

ระบบที่ขึ้นอยู่กับความเชื่อในเรื่องความกตัญญูและการดูแล กำลังถูกมองว่า ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและวัฒนธรรม เป็นการทำลายเสถียรภาพของความมั่นคงของครอบครัว ในทางตรงข้าม ระบบที่ตั้งอยู่บนงบประมาณรัฐอาจพังทลายลงภายใต้ภาระทางการเงินของประชากรสูงวัยที่เพิ่มมากขึ้น ในหลายประเทศมีข้อตกลงในประเด็นเกี่ยวกับการช่วยเหลือการดูแลในวัยบั้นปลายในที่พักอาศัย และหาแนวทางสร้างสรรค์ที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสูงวัยที่บ้านเท่าที่เป็นไปได้ นั่นคือ ผู้สูงอายุอยู่บ้านของตนเองและชุมชน เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในทางเศรษฐกิจ สังคม ร่างกาย และอารมณ์ แม้แต่ในประเทศที่มีระบบสนับสนุนเพื่อประชาชนที่เข้มแข็ง การดูแลชีวิตในบั้นปลายส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น คำถามคือแนวทางที่ดีที่สุดคืออะไรในการทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในชุมชน และใครเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบมากที่สุดในการให้ความมั่นใจถึงความสำเร็จของกระบวนการนี้

ประเทศที่นำมาอภิปรายได้พัฒนารูปแบบที่หลากหลายในการจัดหาที่พักอาศัยและการดูแลในครอบครัวเท่าที่ทำได้สำหรับชีวิตในบั้นปลาย รวมทั้งมีแนวทางการสนับสนุนจากรัฐและงบประมาณช่วยเหลือเครื่องมือช่วยเหลือ และโครงการประกันสุขภาพสำหรับการดูแลระยะยาว ถึงแม้ว่าโครงการช่วยเหลือในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน แต่ละประเทศต้องเผชิญกับความท้าทาย 2 เรื่องหลักๆ เมื่อพยายามที่จะดำเนินการระบบที่มีลักษณะเฉพาะของการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย ความแตกต่างภายในประเทศ ในเรื่องการจัดโครงการและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ และการลดลงของการดูแลโดยครอบครัวในแต่ละรุ่น ปัจจัยอื่นที่ต้องพิจารณาในเรื่องนโยบายด้านที่อยู่อาศัยที่ออกแบบมาเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุ คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมและความแตกต่างทางชนชั้น การแบ่งภาคเมืองและชนบท และความเคร่งครัดในเรื่องคุณค่าและบรรทัดฐานทางสังคมที่เป็นประเพณีและสังคมปัจจุบัน

4) ด้านรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพ

ผู้กำหนดนโยบายและผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั่วโลกใช้ความพยายามอย่างมากที่จะปรับตัวให้เข้ากับความต้องการด้านดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน และที่สำคัญไปกว่านั้นคือ การคาดการณ์ในเรื่องขอบเขตด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงในรายกลุ่มอายุของประชากรในอีก 20-40 ปีข้างหน้า จากการที่ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอายุยืนยาวเกือบ 80 ปี หรือเกินกว่านั้น รัฐบาลในแต่ละประเทศมี

การพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องสองประเด็นคือ การจัดการบริการดูแลสุขภาพแบบรักษาและแบบป้องกัน และการเข้าถึงบริการประเภทต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

วิธีการหนึ่งในการดูยอดเงินที่ใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสุขภาพในแต่ละประเทศคือ ดูจากความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้กับบริการรักษาสุขภาพทั้งหมด และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) อีกวิธีการหนึ่งในการดูค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ เพื่อที่จะดูว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวเป็นเท่าไร ในประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพของวัยสูงอายุจะมีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มประชากรวัยอื่น ประชากรที่มีอายุสูงมากขึ้นเท่าไร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงมากขึ้นเท่านั้น ค่าใช้จ่ายที่เป็นการรักษาโรคร้ายไข้เจ็บแสดงให้เห็นถึงภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการดูแลสุขภาพเป็นนโยบายสังคมที่มีความสำคัญ หลายๆ ประเทศได้วางแผนทางในการจัดหาวิธีการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ การดูแลระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต

สหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาไม่ใช้นโยบายด้านสุขภาพภายใต้หลักการดูแลสุขภาพแบบถ้วนหน้า แต่ใช้แนวทางการกำหนดราคาจากราคาตลาดเพื่อให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนต่าง ๆ และบริษัทผู้ให้ประกัน ในการจัดการดูแลสุขภาพ และมีความตั้งใจที่จะคงระดับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพให้อยู่ในการควบคุม ดังนั้น จึงทำให้คนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายจากการซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชน และร้อยละ 70 ของคนอเมริกันซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนเป็นการดูแลค่าใช้จ่ายสุขภาพพื้นฐานทั้งหมด

ส่วนการบริการรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย (acute health care) สำหรับผู้สูงอายุมีรวมอยู่ในโครงการเมดิแคร์ กล่าวคือ โครงการเมดิแคร์ พาร์ทเอ (Medicare Part A) ให้ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ที่ครอบคลุมไปถึงค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการดูแลหลังการรักษา ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ทุกคนต้องจ่ายสำหรับ เมดิแคร์ พาร์ทบี (Medicare Part B) ด้วย หรือที่เรียกว่า การประกันรักษาพยาบาลเพิ่มเติม (Supplemental Medical Insurance) ที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายค่าตรวจรักษา ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก และค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ โดยเมดิแคร์ ได้รับเงินสนับสนุนจากการบังคับจ่ายเงินสมทบของลูกจ้างเข้าประกันสังคมอย่างเดียว ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมก็จะได้รับสิทธิประโยชน์จากเมดิแคร์โดยอัตโนมัติ เมดิแคร์และเมดิเคด บริหารจัดการโดยศูนย์บริการเมดิแคร์และเมดิเคด (Centers for Medicaid and Medicare Services: CMS) ชาวอเมริกันกว่า 45 ล้านคน เข้าร่วมในโครงการ Medicare ทั้งสองสิทธิ หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง เมดิแคร์ พาร์ทซี (Medicare Part C) เป็นทางเลือกของผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ ผ่านแผนดูแลสุขภาพเอกชน หลักๆ คือ ในสถาบันที่ดูแลด้านสุขภาพ เมดิแคร์ พาร์ทดี (Medicare Part D) ให้ผู้ได้รับประโยชน์ที่เป็นผู้พิการและผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านยาผ่านแผนการดูแลโดยเอกชนที่ได้รับการยินยอมจากรัฐบาลกลาง แผนนี้มีการออกแบบที่ให้สิทธิประโยชน์หลากหลาย ช่วยแบ่งจ่าย ได้รับยา เครื่องมือรักษาพยาบาล การเข้าร่วมแผนเมดิแคร์ในเรื่องยา

เป็นความสมัครใจ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น เช่น จากนายจ้างหรือที่ทำงาน ที่มีมาตรฐานอย่างน้อยเท่ากับเมดิแคร์ พาร์ท ดี

เมดิแคด (Medicaid) เป็นแผนสิทธิประโยชน์ด้านรักษาสุขภาพ จัดอยู่ในโครงการช่วยเหลือทางสังคมที่ผู้ได้รับสิทธิต้องผ่านการประเมินฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นโครงการที่ได้รับงบประมาณจากการจัดเก็บภาษีทั่วไป จัดตั้งมาเพื่อเป็นการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาลให้กับบุคคลและครอบครัวที่มีรายได้น้อย มี 3 สิทธิประโยชน์ คือ 1) ประกันสุขภาพ 2) ดูแลรักษาระยะยาว และ 3) ค้ำครองเพิ่มเติมสำหรับผู้อยู่ในโปรแกรมเมดิแคร์ที่มีรายได้น้อย สำหรับการบริการที่อยู่นอกเหนือจากเมดิแคร์ และ เมดิแคร์พรีเมียม ลดหย่อนภาษีได้ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

ถึงแม้ว่ารัฐต่าง ๆ จะมีการสร้างมาตรฐานการเข้าถึงสิทธิเป็นของตนเอง แต่การกำหนดประเภท จำนวน และขอบเขตของสิทธิประโยชน์ และอัตราการจ่ายเงินสำหรับค่าบริการ และการบริหารจัดการโปรแกรม ต้องให้การบริการพื้นฐานแก่ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ในเมดิแคด อาทิ บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

- บริการรักษา พบแพทย์ และบริการทางการแพทย์ ผ่าตัด ทำฟัน
- บริการดูแลพยาบาล
- บริการคลินิกสุขภาพนอกเขตเมือง
- ดูแลรักษาให้ที่บ้าน สำหรับผู้ที่มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีทักษะ
- บริการการตรวจในห้องทดลองและเอกซเรย์
- บริการพยาบาลที่เป็นมืออาชีพ

เมดิแคร์ ไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งการดูแลระยะยาวในสถานบริการหรือการดูแลที่บ้าน นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลทันที ผู้สูงอายุต้องจ่ายค่ารักษาเต็มจำนวนไม่ว่าจะทั้งสถานบริการและบริการให้ที่บ้าน ขณะที่มีความเสี่ยงสำหรับประกันสุขภาพกรณีดูแลระยะยาวของเอกชน ที่จะช่วยให้การรักษาตามที่ต้องการ ค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพเอกชนยังคงเป็นเรื่องยากสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุมักต้องการการบริการรักษาสุขภาพแบบต่อเนื่องที่เริ่มจากแหล่งอุดหนุนที่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุได้ลดค่าใช้จ่ายลง หันมาเข้าโครงการเมดิแคดแทน

สำหรับโครงการเมดิแคร์ฮอสปิซ (Medicare Hospice Program) เป็นการบริการด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น จัดหมอนรักษา พยาบาล บริการช่วยเหลือที่บ้าน ให้คำปรึกษา ดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพบำบัด วาจาบำบัด บริการคนทำงานบ้าน และจำหน่ายเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ในระยะ 6 เดือน ที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่หรืออาจน้อยกว่านั้น โดยจัดให้สำหรับผู้ที่มีสิทธิประโยชน์มาตรฐานของเมดิแคร์ และเลือกขอรับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเดียว แต่ทั้งนี้ต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ก่อน

แคนาดา

ระบบดูแลสุขภาพในแคนาดา เรียกว่า เมดิแคร์ (Medicare) เป็นระบบประกันการรักษาพยาบาลแบบถ้วนหน้าสำหรับชาวแคนาดาทุกคนที่รัฐจัดให้ โดยระบบประกันสังคมนี้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการป้องกันรักษาโรคและค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้นสำหรับชาวแคนาดาทุกกลุ่มวัย

สำหรับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย (acute health care) รัฐบาลกลางมีนโยบายที่ชัดเจนว่า ประชาชนแคนาดามีสิทธิเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมทั้งการรักษาบริการแบบพื้นฐานและแม้แต่การรักษาแบบต้องมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษและการรักษาผ่าตัด โดยการบริการรักษาสุขภาพแบบถ้วนหน้าที่ได้มาจากประกันสุขภาพที่เป็นภาคบังคับ ได้รับเงินอุดหนุนจากการจัดเก็บภาษีทั่วไป การจัดสรรงบประมาณรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นจัดสรรให้ โดยรัฐบาลกลางจะจัดสรรให้หนึ่งในสามของงบประมาณดูแลสุขภาพของแต่ละเขตการปกครอง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เหลือได้รับการสนับสนุนเบื้องต้นจากภาษีรายได้ส่วนบุคคลและภาษีต่าง ๆ ที่เก็บรวบรวมได้ จากสถานการณ์ประชากรสูงอายุ ประเทศแคนาดาได้มีการกระจายอำนาจในการควบคุมการจัดสรรงบประมาณ ให้แต่ละรัฐทำการเปลี่ยนแปลงได้ในกรณีที่ต้องการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

สำหรับการดูแลรักษาแบบระยะยาว (long-term health care) รัฐบาลไม่มีบทบาทที่เด่นชัดในเรื่องการให้งบประมาณสนับสนุนการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้านหรือในชุมชน แต่มีบทบาทในเรื่องของการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเมื่อยามเจ็บป่วย โดยโปรแกรมการดูแลแบบระยะยาวที่บ้านหรือในสถานบริการเป็นโครงการที่ผู้เข้ารับบริการต้องผ่านการประเมินฐานะทางเศรษฐกิจก่อนเพื่อประเมินคุณสมบัติและสิทธิประโยชน์

ใน 2002 ประเทศแคนาดาได้มีการปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินการเพื่อช่วยบริหารจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงประชากรและเป็นการลดภาระทางภาษี โดยได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์สร้างความร่วมมือระหว่างบ้านและชุมชน (A 2002 Collaborative Strategy for Home and Community) โดยเป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับการบูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และเกิดภาวะพิการ นโยบายนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงคุณภาพ และความยั่งยืนของบริการทางการแพทย์ ตามการสูงอายุของประชากร โดยระบบการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ (System of Integrated Care for Older Persons) นี้ได้มีการนำร่องใช้ในบางรัฐของแคนาดา โดยมีเป้าหมายคือ เพื่อลดการใช้และค่าใช้จ่ายจากสถานบริการ และส่งเสริมให้ชุมชนมีการบูรณาการอย่างเต็มรูปแบบเพื่อรองรับความต้องการของการดูแลระยะยาว โดยได้รับความร่วมมือกับแพทย์ระดับปฐมภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ในการประเมินความต้องการ จัดหา และส่งบริการสุขภาพและสังคมในชุมชน เป็นการทำหน้าที่แทนชุมชนในการให้บริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

สำหรับการดูแลระยะสุดท้าย (Palliative Care) โรงพยาบาลในประเทศแคนาดามีการดำเนินการด้านการดูแลแบบประคับประคองมาตั้งแต่ปี 1974 หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ขยายบริการจากในโรงพยาบาลไปสู่บ้านเรือน และสถานบริการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมีการจัดตั้งสำนักงานเลขาธิการด้านการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Secretariat on Palliative and End-of-Life Care)

ทำหน้าที่ดูแลประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และการช่วยเหลือในเรื่องความต้องการของชาวแคนาดาที่เสียชีวิตแล้วส่งต่อไปให้กับหน่วยงานรัฐ โดยหน่วยงานในระดับรัฐและภูมิภาคจะเป็นผู้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระดับครอบครัวที่บ้าน และจัดให้มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่พยาบาล เป็นผู้จัดการผู้ป่วย บำบัดรักษา และตอบสนองความต้องการด้านการดูแลส่วนบุคคลอื่น ๆ

นอกจากนี้ ในประเทศแคนาดายังจัดให้มีบริการสุขภาพเชิงป้องกัน โดยชาวแคนาดาในรัฐออนตาริโอสามารถพูดคุยกับเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพและรับคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับโรคจากพยาบาลเพื่อให้คำแนะนำถึงแนวทางในการดูแลตนเองตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านทางโทรศัพท์สายตรง (Telehealth) ซึ่งเป็นระบบที่มีความปลอดภัยในข้อมูลส่วนบุคคลสูง ไม่เสียค่าบริการในการโทร

ออสเตรเลีย

ระบบดูแลสุขภาพของออสเตรเลียเป็นลักษณะผสมผสานและซับซ้อน อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น และมีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งแสวงผลกำไรหรือไม่หวังผลกำไรเข้าร่วมด้วย โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า และมีตัวเลือกให้กับบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการจัดหาและทางด้านการเงิน แต่อย่างไรก็ตามยังมีความแตกต่างกันบ้างในเรื่องของการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างคนพื้นเมืองและคนทั่วไป และมีปัญหาอยู่บ้างสำหรับผู้ที่ย้ายถิ่นในชนบท

ในการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย (acute health care) อยู่ภายใต้โครงการเมดิแคร์ (Medicare) ของรัฐ เป็นโครงการที่ใช้งบประมาณจากการจัดเก็บภาษี และให้การคุ้มครองที่ครอบคลุมสำหรับค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เมื่อไปหาหมอหรือเข้าโรงพยาบาลสำหรับชาวออสเตรเลียทุกคน มีการกำหนดรายละเอียดสิทธิประโยชน์ในด้านค่าใช้จ่ายที่จะได้รับสำหรับบริการ กระบวนการ และการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ในส่วนที่ไม่ได้กำหนดในสิทธิประโยชน์จะต้องจ่ายเอง โรงพยาบาลโดยทั่วไปรัฐเป็นเจ้าของและบริหารจัดการโดยรัฐ นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยองค์กรการกุศล และโรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งเน้นกำไรก็มีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบัน รัฐบาลกลางของออสเตรเลียช่วยสนับสนุนโครงการสิทธิประโยชน์ทางเวชภัณฑ์ (Pharmaceutical Benefits Scheme) ที่เป็นการให้งบประมาณสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับยารักษาโรค ค่าใช้จ่ายครอบคลุมการส่งยาทั้งหมดโดยมีข้อยกเว้นไม่กี่อย่าง การร่วมจ่ายสำหรับยาตามใบสั่งสำหรับผู้ถือใบอนุญาตและชาวออสเตรเลียที่รายได้ต่ำกว่าเกณฑ์รายได้ลดลง นอกจากนี้ รัฐบาลกลางจะให้เงินช่วยเหลือเพิ่มเติมสำหรับประกันสุขภาพเอกชนประมาณร้อยละ 30 เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถซื้อหลักประกันที่ครอบคลุมจากเอกชนได้เพื่อเป็นการช่วยอุดช่องว่างการบริการที่ไม่ครอบคลุม หรือช่องว่างระหว่างระบบเมดิแคด (Medicaid) และค่าประกันวิชาชีพ

รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนระบบเมดิแคร์ (Medicare) ของประเทศจากเงินที่ได้จากการจัดเก็บภาษี เพื่อช่วยสนับสนุนให้กับการดูแลระยะยาวที่เป็น

สถานบริการและที่ชุมชนเป็นผู้จัด ในภาพรวมของการจัดสรรงบประมาณโดยรวมนั้น รัฐบาลจะสนับสนุนร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมด (ร้อยละ 47 มาจากรัฐบาลกลาง และร้อยละ 23 มาจากรัฐบาลท้องถิ่น) ค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนที่เหลือมาจากการประกันภาคเอกชนร้อยละ 8.6 สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งยาและการดูแลระยะยาวขึ้นอยู่กับความต้องการ สถานภาพของผู้ได้รับบำนาญ หรือความสามารถในการจ่าย ทุกคนจึงมีสิทธิเข้าถึงบริการได้ แต่ในการบริการนั้น จะขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายเงินสมทบ ซึ่งแต่ละคนไม่เท่ากัน

สำหรับการดูแลรักษาแบบระยะยาว (long-term health care) จากที่มีการบัญญัติไว้ในกฎหมายว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care Act) ออสเตรเลียมีนโยบายหลักที่เน้นในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาขึ้นเป็นระบบดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการและที่มีความหลากหลาย ที่รวมเอาบริการผู้สูงอายุและที่พักอาศัย (Residential Aged Care service) โครงการดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนและที่บ้าน (Home and Community Care: HACC) ชุดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Aged Care Package) และชุดบริการดูแลการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแบบขยาย (Extended Aged Care at Home Package) เข้าไว้ด้วยกัน

รัฐบาลออสเตรเลียให้งบประมาณสำหรับทีมผู้เชี่ยวชาญในการประเมินผู้สูงอายุ (Aged Care Assessment) ซึ่งเป็นการประเมินการเข้าถึงการบริการว่าจะได้รับบริการที่บ้าน หรือที่สถานบริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการทางจิตใจ สังคม ร่างกาย และการแพทย์ ของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการจะต้องผ่านการประเมินก่อนที่จะมีสิทธิเข้าร่วมโปรแกรมหนึ่งอย่าง เช่น การเลือกในการรับบริการในที่พักอาศัยหรือที่สถานบริการ และอาจต้องจ่ายค่าธรรมเนียมบางส่วน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอัตราค่าใช้จ่ายที่รัฐร่วมสนับสนุน

สำหรับโปรแกรมการบริการดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย (Residential Aged Care Service) เป็นบริการที่รองรับชาวออสเตรเลียทุกคนที่ไม่สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองได้ โดยบ้านพักดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอนุญาตตามกฎหมายสามารถคิดค่าบริการในการดูแลได้ อย่างไรก็ตามรัฐได้มีการกำหนดและออกกฎระเบียบค่าธรรมเนียมในการดูแลบางอย่างเป็นราคามาตรฐาน แต่ในบางจะอย่างขึ้นอยู่กับรายได้ของบุคคล นอกจากนี้บ้านพักดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานรับรองมาตรฐานสำหรับพำนักสถานของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในเรื่องของการจัดการดูแล การใช้ชีวิต คุณภาพ และความปลอดภัยจะได้รับเงินช่วยเหลือพิเศษจากรัฐบาล โดยระบุไว้ในกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ. 1977

โครงการดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนและที่บ้าน (Home and Community Care: HACC) เป็นโครงการระดับชาติที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีความทุพพลภาพระดับปานกลาง รุนแรง และซับซ้อน สามารถพึ่งพาตัวเองได้ และป้องกันไม่ให้มีการเข้าสถานบริการพักพิงก่อนอันควร โดยเป็นโครงการที่มีการร่วมจ่ายระหว่างรัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่นและรัฐบาลในดินแดนการปกครอง โดยมีการให้บริการที่หลากหลายที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคล เช่น การบริการรักษาพยาบาลให้ที่บ้าน ส่งอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน บริการรถโดยสาร และช่วยเหลือในการจับจ่ายใช้สอย ดูแลด้านการนัดพบหมอ ฟันฟุที่บ้านหรือที่สถานพยาบาล และสนับสนุนการ

ประสานงานให้มีประสิทธิภาพในการบริการ โดยโครงการอาจมีการเก็บค่าธรรมเนียมบางอย่าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้จ่าย ยอดรวมค่าใช้จ่ายและประเภทของค่าธรรมเนียมมีความหลากหลายระหว่างรัฐและดินแดน เขตการปกครอง

สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการอยู่ที่บ้านแต่ต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อน ในประเทศออสเตรเลีย จะมีการจัดชุดบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Community Aged Care Package) โดยผู้เข้าร่วมในการรับบริการจะได้รับการดูแลประสานงานจากผู้ให้ชุดบริการจากส่วนกลางเพื่อเตรียมรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม และชุดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแบบขยาย (Extended Aged Care at Home Package) ที่เป็นการให้การบริการดูแลแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติที่จะได้รับการดูแลขั้นสูง แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่จะเข้ารับบริการทั้งสองชุดบริการจะต้องผ่านการประเมินและต้องเข้าเกณฑ์มาตรฐานรัฐบาลออสเตรเลียในเรื่องคุณภาพและการจัดหาบริการทั้งสองชุดบริการ ซึ่งในประเทศออสเตรเลีย นอกจากรัฐจะสนับสนุนเงินส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดให้กับผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว รัฐยังสนับสนุนการจ่ายเบี้ยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (carer allowance) เพื่อเป็นการเสริมรายได้ให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่ใช้เวลาส่วนหนึ่งจากการทำงานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้พิการอีกด้วย

สำหรับการดูแลระยะสุดท้าย (palliative care) ประเทศออสเตรเลีย ให้ความสำคัญกับการดูแลระยะสุดท้ายและมีการสนับสนุนในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ โดยในปี 1988 คณะกรรมาธิการรัฐสภาของวิกตอเรีย ได้ผ่านกฎหมายว่าด้วยการรักษาทางการแพทย์ ที่เป็นการให้บุคคลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้และต่อมาในปี 1989 รัฐบาลออสเตรเลียได้การประกาศใช้ Medicare Incentive Package ที่เป็นการให้เงินอุดหนุนโครงการที่เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และในปี 1993 ได้ขยายการสนับสนุนเพิ่มเติมผ่านโครงการการดูแลประคับประคอง (Palliative Care Program) โดยเป็นการให้การสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองใน 4 เรื่องหลักๆ ได้แก่

- 1) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน
- 2) ให้การเข้าถึงยาที่ใช้สำหรับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้นในชุมชน
- 3) ให้การสนับสนุนการศึกษา การฝึกอบรม และการช่วยเหลือผู้ที่เป็นกำลังแรงงาน
- 4) วิจัยและปรับปรุงคุณภาพสำหรับการให้บริการการดูแลระยะสุดท้าย

ในปี 1944 ได้มีการพัฒนามาตรฐานของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น โดยสภาด้านมาตรฐานการดูแลสุขภาพแห่งออสเตรเลีย ซึ่งแนวทางเหล่านี้ในเบื้องต้นมุ่งไปที่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือการป่วยที่ทำให้อายุสั้นนอกเหนือจากมะเร็ง โดยการบริการการดูแลแบบประคับประคองในออสเตรเลีย มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับประเภทของบริการและสถานที่ที่ให้บริการ และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน

เยอรมนี

มีกรอบแนวคิดในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยใช้เงินภาษีและการออมภาคบังคับจากที่เก็บรวบรวมไว้ในกองทุนประกันสังคม อย่างไรก็ตาม สำหรับพลเมืองที่มีฐานะเหนือระดับเกณฑ์รายได้ สามารถเลือกจ่ายหลักประกันแบบครอบคลุมของเอกชน หรือประกันสุขภาพของเอกชนทดแทนการเข้าระบบประกันสังคมหรือเป็นแผนเสริมให้กับโปรแกรมประกันสุขภาพที่เป็นการบังคับตามกฎหมายได้

ชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานสำหรับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย (acute health care) ในประเทศเยอรมนีภายใต้ระบบประกันสังคมนั้น ประกอบด้วย สิทธิการคุ้มครองการคัดกรองเชิงป้องกัน การวิเคราะห์โรค การรักษาพยาบาล และบริการฟื้นฟู รวมถึงบริการรับส่งเพื่อไปสถานพยาบาล โดยมีการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพที่เป็นการแยกส่วน และมีการบริหารจัดการโดยกองทุนรักษาโรค ภายในส่วนการปกครองท้องถิ่นต่าง ๆ โดยกองทุนเหล่านี้คงอยู่ได้ด้วยการจ่ายสมทบจากพลเมืองเยอรมันทุกคนที่เข้าร่วมในแผนประกันภาครัฐ ผู้จ่ายสมทบทุกคนจ่ายเงินเข้ากองทุนในอัตราที่เท่ากัน และเงินภาษีที่ได้รับเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จะนำไปใช้ในกองทุนรักษาโรค

สำหรับการดูแลรักษาแบบระยะยาว (Long-Term Health Care) เป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลสุขภาพ ผู้ประกันตนทุกคนมีสิทธิตามกฎหมายที่จะได้รับการช่วยเหลือหากมีความต้องการ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ต้องการจะรับสิทธิประโยชน์จะต้องเข้ารับการประเมินเพื่อพิจารณาถึงระดับการดูแลที่ได้จะรับ โดยจุดเด่นของประเทศเยอรมัน คือ หลักประกันด้านการดูแลระยะยาว เป็นหลักประกันที่ควบคู่มากับประกันสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงอายุ ดังนั้น หากประชาชนคนใดได้รับประกันสุขภาพทางสังคมก็จะได้รับประกันการดูแลระยะยาวไปในตัว

ในกรณีเจ็บป่วย ผู้ให้บริการการดูแลระยะยาวจะต้องรับผิดชอบในการทำให้ผู้ประกันตนได้เข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพ และมีกลไกการกำหนดที่เหมาะสม ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อ

สำหรับการดูแลระยะสุดท้าย (palliative care) ประเทศเยอรมนี ไม่มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวเรื่องการดูแลระยะสุดท้ายเริ่มเกิดขึ้นเมื่อช่วงทศวรรษ 1980 แต่ไม่ได้มีการนำเข้าไปรวมในโครงสร้างการดูแลสุขภาพของรัฐ จนกระทั่งในปี 1994 จึงมีการจัดตั้งสมาคมการแพทย์แบบประคับประคอง (Association for Palliative Medicine) และให้มีผู้ดูแลสุขภาพวิชาชีพ มีสิทธิมีเสียงในการจัดบริการด้านการดูแลระยะสุดท้ายมากขึ้น ซึ่งต่อมามีการปฏิรูประบบสุขภาพในเยอรมนีปี 2007 เริ่มมีการกำหนดสิทธิให้แก่ประชาชนให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนอกสถานบริการเป็นพิเศษ แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

เนเธอร์แลนด์

ให้การสนับสนุนงบประมาณการดูแลสุขภาพประชาชนผ่านการจัดเก็บภาษีทั่วไป และหันมาใช้แผนกองทุนประกันสุขภาพแบบบังคับ การประกันผ่านเอกชนแบบสมัครใจ โดยระบบประกันสุขภาพและการดูแลระยะยาวประกอบด้วย 3 ประเภท

- 1) ประกันสุขภาพของรัฐ ที่เป็นการบังคับตามระดับรายได้
- 2) ประกันสุขภาพของเอกชน สำหรับผู้มีรายได้สูงกว่าเกณฑ์
- 3) แผนการดูแลสุขภาพแบบครอบคลุมสำหรับประชากรทั้งหมดเพื่อที่จะครอบคลุมความเสี่ยงที่เกิดจากหายนะภัยหรืออุบัติเหตุ และค่าใช้จ่ายที่ถือว่าเอาจากประกันไม่ได้

ในการดูแลสุขภาพและการรักษาเมื่อเจ็บป่วยในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากระบบประกันสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน โดยระบบประกันสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยส่วนแรก ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการแพทย์ที่อยู่นอกเหนือการรักษาแบบปกติ การดูแลระยะยาวและการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่บุคคลแบกรับภาระ หรือประกันสุขภาพของเอกชนไม่สามารถครอบคลุมได้ โดยทุกคนที่อาศัยอยู่ในเนเธอร์แลนด์ จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายนี้ โดยไม่คำนึงถึงสัญชาติ และภายใต้การจ่ายภาษีรายได้ให้กับเนเธอร์แลนด์

ส่วนที่สอง เป็นโครงการประกันสุขภาพครอบคลุมการรักษาแบบปกติ การรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็น และโดยส่วนใหญ่ครอบคลุมโดยกฎหมายกองทุนเพื่อการเจ็บป่วย (Sickness fund) สำหรับประชาชนทุกคนที่เข้าเกณฑ์ข้อจำกัดทางรายได้ และได้สิทธิประโยชน์จากประกันสังคม เป็นผู้ประกันตนได้จนถึงอายุ 65 ปี โดยบุคคลที่มีประกันของเอกชนที่อายุเข้า 65 ปี สามารถเลือกได้ว่าจะเข้าร่วมกองทุนกรณีเจ็บป่วยหรือไม่ แต่ไม่เกินรายได้ของการออม

ส่วนที่สาม เป็นโครงการภายใต้การประกันที่ครอบคลุมรูปแบบเสริมของการดูแลที่ เช่น ทำฟัน ตา หรือการแพทย์ทางเลือก โดยค่าใช้จ่ายตรงนี้จะได้รับการครอบคลุมจากประกันทางการแพทย์ของภาคเอกชน โดยแหล่งงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม มีการเก็บภาษี การจ่ายเอง และสุขภาพส่วนเสริมแบบสมัครใจ

เนเธอร์แลนด์ มีความเด่นชัดเป็นพิเศษในเรื่องระบบการดูแลระยะยาวที่มีความหลากหลายและครบวงจรมากที่สุดและประชาชนทุกกลุ่มทุกวัยสามารถเข้าถึงได้ ทั้งการบริการที่บ้านและในสถานบริการ โดยรูปแบบการจัดบริการแบบดูแลระยะยาวและดูแลการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นระบบที่มีการบูรณาการโดยคณะกรรมการสุขภาพระดับเขตการปกครอง และได้รับการสนับสนุนสมทบจากการจ่ายเข้าหลักประกันตนจากทุกคนที่อยู่อาศัยและมาทำงานในเนเธอร์แลนด์ตามรายได้ส่วนบุคคล

เนเธอร์แลนด์มีอัตราการดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัยสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในยุโรปอื่น ๆ ด้วยกัน โดยผู้สูงอายุสามารถหาสถานที่ให้บริการที่มีความหลากหลายตามระดับการพึ่งพาหรือความต้องการดูแลสุขภาพที่เป็นการเฉพาะอย่าง เช่น สมองเสื่อม ความบกพร่องทางการรับรู้ หรือการดูแลทางสภาพจิตใจ

ขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ต้องการการดูแลจากสถาบันเฉพาะทางที่อาศัยอยู่ในเนอร์สซิงโฮมหรือสถาบันที่มีลักษณะเดียวกัน ก็จะได้รับบริการดูแลที่ที่พำนักอาศัย ที่ออกแบบมาสำหรับผู้ที่มีทุพพลภาพหรืออยู่ในสถานสงเคราะห์ที่มีการดูแลทางกายและจิตใจสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางจิต

ผู้รับบริการดูแลระยะยาว ที่เป็นผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 58 อาศัยอยู่ที่บ้านตัวเองหรืออยู่ในสถานที่ที่จัดไว้ให้ในชุมชนตนเอง การบริการดูแลที่บ้านในเนเธอร์แลนด์ที่มีตั้งแต่บริการอาหารบนรถเข็น และทำงานบ้าน ไปจนถึงการดูแลประจำวัน และฟื้นฟู ไปจนถึงการบริการรักษาพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ

ในขณะที่การใช้บริการเนอร์สซิงโฮมค่อยๆ ลดลง และเน้นไปที่การพัฒนาการดูแลที่บ้านและการเข้าถึงทางเลือกการดูแลระยะยาวแบบครบวงจร โดยการให้ผู้ให้บริการต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นสมาชิกในการจัดบริการดูแลกับสมาคมบริการดูแลหลักในเนเธอร์แลนด์ ทั้งนี้ ผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติตามระบบทางการทั่วไปของการจัดการคุณภาพภายใน ซึ่งการทำตามแนวทางเหล่านี้ จะมีการตรวจสอบโดยหน่วยงานอิสระก่อนที่จะมีการให้ใบรับรองแก่ผู้ให้บริการ

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั่วไป รัฐบาลเนเธอร์แลนด์เริ่มมีการกำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยการดูแลระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเมื่อปี 1996 โดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข สวัสดิการและการกีฬาเริ่มโครงการที่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความหวังว่าจะมีความต้องการด้านการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้นในระยะเวลาอันใกล้ สภาวิจัยและพัฒนาสุขภาพ (Health Research and Development Council) และโครงการวิทยาการด้านการแพทย์ (Medical Sciences Program) ได้รับมอบหน้าที่ในการสนับสนุนโครงการวิจัยและประดิษฐ์นวัตกรรม ผลงานของโครงการเป็นผลให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้นในธรรมชาติและความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสร้างขึ้นมาเพื่อสนับสนุนและเสนอแนะการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองโดยศูนย์ศึกษาที่อยู่ในมหาวิทยาลัย 6 แห่ง นอกจากนี้ การริเริ่มโครงการวิจัยจำนวนมาก ศูนย์พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและฝึกอบรมในสาขาวิชาชีพการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มโครงการบูรณาการการดูแลแบบฮอสปิส (Hospice Care Integration Project Group) ทำการศึกษาวิธีการที่จะสร้างการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองที่มีผู้รู้มีอาชีพ การดูแลระยะสุดท้ายที่มีอาสาสมัคร และหน่วยการดูแลระยะสุดท้ายในการดูแลสุขภาพทั่วไป กลุ่มนี้ได้ช่วยในเรื่องสร้างความร่วมมือ ประสานงาน และสร้างเครือข่ายระหว่างผู้ให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเนเธอร์แลนด์มักจะเป็นการดูแลโดยผู้ปฏิบัติกรทั่วไป พยาบาล และคนดูแลที่ทำงานในบ้าน ผู้ปฏิบัติงานทั่วไปสามารถเบิกเงินค่าบริการการดูแลผ่านแผนประกันสุขภาพที่เป็นแบบภาคบังคับและประกันสุขภาพเอกชน บริการที่ผู้ปฏิบัติกรทั่วไปให้ อาทิ การรักษาอาการบาดเจ็บ ปล่อยประโลมจิตใจ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

5) ด้านสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลกให้นิยามคำว่า สุขภาพจิต คือ สภาพความอยู่ดีมีสุข ที่บุคคลตระหนักว่าตัวเองมีศักยภาพ สามารถที่จะรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์ และสามารถที่จะเสียสละเพื่อส่วนรวมได้ คนวัย 65 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ รับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยและคงสภาพจิตใจได้อย่างสร้างสรรค์ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางคนอาจมีประสบการณ์ในเรื่องสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ ที่มักเกิดขึ้นบ่อยนั้นมีสาเหตุมาจากความท้อใจหรือความกังวลใจ หรือมาจากเงื่อนไขอื่น เช่น การใช้สารเสพติด และสมองเสื่อม ที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการมีอายุเพิ่มขึ้นตามปกติ และเป็นเหตุให้บุคคลมีความทุกข์ทรมานอย่างสาหัส ถูกกีดกันทางสังคม ความพิการ และคุณภาพชีวิตที่ย่ำแย่อย่างกรณี โรคสมองเสื่อม ประมาณการกันว่าปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อยู่ประมาณ 50 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2030 จะเพิ่มเป็น 82 ล้านคน และในปี 2050 จะมีถึง 152 ล้านคน มีแนวโน้มความชุกของการเกิดโรคสมองเสื่อม (dementia) ในประเทศกำลังพัฒนาน่าจะต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (ดูตารางที่ 2-5) และโรคอัลไซเมอร์ ที่มีการคาดการณ์ในระดับนานาชาติว่าจะเป็นทั้งสาเหตุการป่วยและการตายในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นเดียวกับโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 2-5 ประมาณการความชุกของโรคสมองเสื่อม (%) จำแนกตามภูมิภาคที่องค์การอนามัยโลกกำหนด และตามกลุ่มอายุ

ภูมิภาค	กลุ่มอายุ					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
ยุโรปตะวันตก	0.9	1.5	3.6	6.0	12.2	24.8
ยุโรปตะวันออก	0.9	1.3	3.2	5.8	12.2	24.7
อเมริกาเหนือ	0.8	1.7	3.3	6.5	12.8	30.1
อเมริกาใต้	0.8	1.7	3.4	7.6	14.8	33.2
ตะวันออกกลาง	0.9	1.8	3.5	6.6	13.6	25.5
แอฟริกาเหนือ ตะวันออกกลาง	1.2	1.9	3.9	6.6	13.9	23.5
ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์	0.6	1.4	2.6	4.7	10.4	22.1
จีน และประเทศข้างเคียง	0.6	1.7	3.7	7.0	14.4	26.2
อินโดนีเซีย ศรีลังกา ไทย	1.0	1.7	3.4	5.7	10.8	17.6
อินเดีย และประเทศข้างเคียง	0.4	0.9	1.8	3.7	7.2	14.4

ที่มา: ปรับจาก Wacker & Roberto, 2011

การจัดการปัญหาสุขภาพจิตในวัยปลายชีวิตที่มีความไม่แน่นอน ส่งผลต่อการพัฒนานโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และการจัดให้มีการบริการ ภาระที่เกิดขึ้นทั้งสังคมและส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) แนวโน้มของผู้สูงอายุที่เน้นในเรื่องอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายมากกว่าเรื่องอารมณ์ 2) ความลึกลับที่จะเปิดเผยปัญหาทางจิตใจ เนื่องจากความอับอายที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคทางจิต 3) การขาดการฝึกอบรมผู้จัดหาบริการที่จะ

ระบุสาเหตุความผิดปกติทางจิตใจในชีวิตวัยบั้นปลาย 4) การเหมารวมเกี่ยวกับการสูงวัยแบบปกติ ที่ยึดถือโดยผู้สูงอายุและผู้จัดหาบริการทางด้านสุขภาพที่ทำให้บุคคลมองข้ามอาการทางสติปัญญา จิตใจ และพฤติกรรม และ 5) โครงสร้างทางการเงินและกฎเกณฑ์ที่มีข้อจำกัด ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยได้ใช้บริการทางสุขภาพจิต

สหรัฐอเมริกา

ในระยะเริ่มแรก การบริการทางสุขภาพจิตที่อยู่ภายใต้โครงการเมดิแคร์ เมดิแคด และเมื่อมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น ต่อมาจึงได้มีการออกกฎหมาย Omnibus Budget Reconciliation (OBRA) ในปี 1987 เพื่อเป็นการเพิ่มเพดานค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจิตรายปีให้กับผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการเมดิแคดและเมดิแคร์ ไปพร้อม ๆ กับการขยายความครอบคลุมสำหรับการบริการที่ให้โดยนักจิตวิทยาและเจ้าหน้าที่สังคมคลินิก ปี 2009 ความครอบคลุมภายใต้ เมดิแคร์ สำหรับบริการทางสุขภาพจิตมีการดูแลผู้ป่วยใน ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสำหรับการบริการรักษาสุขภาพจิต (พาร์ทเอ) บริการจิตแพทย์และจิตบำบัดขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล (พาร์ทบี) บริการผู้ป่วยนอกสำหรับตรวจและรักษาอาการทางจิต (พาร์ทซี) และการจัดยารักษาโรคทางจิต

ผู้ที่อยู่ในความคุ้มครองในโครงการเมดิแคดที่ได้รับสิทธิจากเมดิแคร์ด้วย อาจมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นด้วย กฎหมาย OBRA ที่ทำให้เกิดการปฏิรูประบบเมดิแคด กำหนดไว้ว่า ผู้ที่จะสมัครขอใช้สิทธิอาศัยอยู่ในเนอร์ซิงโฮมที่มีการวินิจฉัยทางจิตขั้นต้นหรือขั้นที่สอง ต้องมีการเข้าสู่กระบวนการคัดกรองก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อจะดูว่าผู้ป่วยนั้น ๆ สมควรที่เข้ารับรักษาตัวที่เนอร์ซิงโฮม และจะต้องได้รับการรักษาอาการป่วยทางจิตหรือไม่ อาการผิดปกติทางจิตที่คุ้มครองโดยกฎหมาย OBRA มีโรคจิตเภท โรคหวาดระแวง อาการทางจิตที่ส่งผลหลักๆ อาการทางประสาท อย่างไรก็ตาม แต่ละรัฐก็มีความยืดหยุ่นต่างกันไปใน การกำหนดความครอบคลุมสำหรับการบริการทางสุขภาพจิตที่หลากหลาย และชุดสิทธิประโยชน์เมดิแคดในแต่ละรัฐสามารถที่จะทำให้แตกต่างจากแนวทางที่ส่วนกลางกำหนดไว้ได้ ตัวอย่างเช่น มีเพียง 19 รัฐ ที่ให้สิทธิครอบคลุมบริการจากนักจิตวิทยาผ่านเมดิแคด และมีเพียง 5 รัฐ ที่ให้ค่าจ่ายค่าเมดิแคดสำหรับบริการทางสังคมการแพทย์

แม้นโยบายมีความครอบคลุมในการปรับปรุงบริการด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุยังไม่ประสบผลสำเร็จ แต่ว่าได้มีการตัดสินใจด้านกฎระเบียบและกฎหมายในระดับย่อย ๆ เกิดขึ้น ที่เป็นการขับเคลื่อนที่สำคัญในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในชีวิตวัยปลายให้เกิดขึ้นทั้งในชุมชนและสถานบริการ เช่นในเรื่องของการเบิกค่าใช้จ่ายจากโครงการเมดิแคร์ของผู้ป่วยอาการสมองเสื่อมที่เข้ารับบริการทางสุขภาพจิต ขยายการเข้าถึงการได้รับการประเมินและการป้องกันพฤติกรรมและสุขภาพกายโดยนักจิตวิทยา ภายใต้โครงการเมดิแคร์ จัดตั้งโครงการจัดการศึกษาด้านจิตวิทยาในระดับอุดมศึกษาเพื่อเป็นการสนับสนุนสถาบันอุดมศึกษาให้มีการฝึกอบรมให้กับนักจิตวิทยาให้พร้อมทำงานกับผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงสิทธิ รวมทั้งผู้สูงอายุ

แคนาดา

ผู้สูงอายุแคนาดาประมาณร้อยละ 20 อยู่ในภาวะทนทุกข์กับการเจ็บป่วยทางจิต โดยสมาคมสุขภาพจิตแห่งแคนาดารายงานว่า อัตราการเกิดสภาวะเจ็บป่วยทางจิตของผู้สูงอายุกับกลุ่มวัยที่อายุน้อยกว่าใกล้เคียงกัน แต่ว่าในกลุ่มวัยสูงอายุมีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับวัยด้วย เช่น สมอลืม เพื่อคลั่ง จากการประเมินความชุกของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเนื่องจากโรคดังกล่าวรวมทั้งการถูกล่วงละเมิด คาดว่ามีสูงถึงร้อยละ 30

ระบบสุขภาพในแคนาดา ส่วนใหญ่ไม่ได้คำนึงถึงความต้องการทางสุขภาพจิตที่มีลักษณะเฉพาะและหลากหลายของวัยสูงอายุ คณะกรรมการด้านสุขภาพจิตแห่งแคนาดาได้ระบุความท้าทายที่สำคัญหลายเรื่องในประเทศแคนาดาต้องเผชิญในยุคของประชากรสูงอายุ

- 1) การบริการและการรักษาที่เป็นการเฉพาะกลุ่มอายุยังมีไม่เพียงพอ
- 2) การเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตมีจำกัด
- 3) การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยสุขภาพจิตในชุมชนไปยังหน่วยงานที่ดูแลเฉพาะทางยังไม่มีประสิทธิภาพและให้ความสำคัญ
- 4) มีแนวโน้มที่จะให้ผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตมาอยู่ที่สถานดูแลระยะยาวมากกว่าที่จะเป็นการให้การรักษาในชุมชนที่มีเป้าหมายที่จะฟื้นฟูและให้ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน

ประเด็นหลักในแคนาดาที่เหมือนสหรัฐอเมริกา คือ แนวโน้มที่จะมีการตีตราและใช้เรื่องเวอร์กรรมในเรื่องกระบวนการปกติของการสูงอายุ นักวิชาการ สมาชิกครอบครัว และผู้สูงอายุมักจะมองข้ามอาการที่แท้จริงของการสูงอายุ คิดเพียงแต่ว่าเป็นอาการปกติของคนสูงวัย

การจัดบริการด้านสุขภาพจิต เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการในระบบดูแลสุขภาพของประชาชนในแคนาดา หรือ เมดิแคร์ ในส่วนของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นกระดูกสันหลังของระบบดูแลสุขภาพจิตและจุดศูนย์กลางของการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่บริการด้านสุขภาพจิตสามารถขอรับคำแนะนำได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไป และผู้ให้บริการทำหน้าที่คัดกรองผู้ที่เข้าไปอยู่ในเนอร์สซิงโฮม หรือบริการดูแลที่บ้าน ส่วนการดูแลระดับทุติยภูมิอยู่ในรูปของการดูแลเชิงป้องกัน วินิจฉัย และบำบัดที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น ผู้ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การดูแลระดับตติยภูมิเป็นการบริการการรักษาดูแลที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญระดับสูง ที่ผู้ให้บริการต้องมีทักษะ มีเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติม เช่น การให้บริการกับผู้ป่วยใน คลินิกวิจัยตามมหาวิทยาลัย และโครงการป้องกันในระดับชุมชนหรือพื้นที่ห่างไกล

ผู้สูงอายุที่จำเป็นได้รับการดูแลแบบระยะยาวในที่พักอาศัยมักถูกย้ายส่งต่อไปเรื่อย ๆ บ้านพักอาศัยที่จัดเป็นที่พักสำหรับการดูแลระยะยาวไม่ได้ออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาสุขภาพจิตใจ สถานที่ส่วนใหญ่เป็นแค่สถานที่ดูแลทางกายเท่านั้น เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมมาดูแลผู้ป่วยทางจิตในสถานดูแล

ระยะยาวมีไม่เพียงพอ แม้แต่แพทย์ที่ประจำอยู่ในสถานดูแลเหล่านี้ก็มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์ในระดับเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่านั้น

แคนาดามีหน่วยงานที่เรียกว่า “สมาคมสุขภาพจิตผู้สูงอายุแห่งแคนาดา” (Canadian Coalition for Senior’s Mental Health: CCSMH) เป็นหน่วยงานสนับสนุนการแก้ปัญหานโยบายสำหรับบริการด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาว สิ่งที่มาคมนี้ได้ทำคือ สร้างเครือข่ายการวิจัยเรื่องสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ เผยแพร่แนวทางการปฏิบัติให้กับหน่วยบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และดำเนินโครงการนำร่องทั่วประเทศเพื่อประเมินผลการใช้แนวทางที่กำหนด แนวทางดังกล่าว คือ 1) การประเมินและการรักษาอาการคุ้มคลั่ง 2) การประเมินและการรักษาอาการซึมเศร้า 3) การประเมินและการรักษาปัญหาสุขภาพจิตในการดูแลระยะยาว และ 4) การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ออสเตรเลีย

สถิติผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตในออสเตรเลียไม่แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ มากนัก คือ ประมาณร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผลจากการสำรวจสุขภาพจิตและความอยู่ดีมีสุขทั่วประเทศเมื่อปี 2017 พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 หรือประมาณ 3 ล้านคน ประสบปัญหาทางจิตในทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะเป็นในเรื่องของความกังวลเกินปกติ อารมณ์ไม่ปกติ และการใช้สารเสพติด ผู้ที่ประสบปัญหาเหล่านี้ส่วนใหญ่แล้ว (ประมาณ 2.1 ล้านคน) ไม่ได้ใช้บริการด้านสุขภาพจิต แต่รู้ว่าจำเป็นต้องมีการได้รับคำปรึกษาและข้อมูล และต้องได้รับการช่วยเหลือทางสังคม โดยทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลหรือสถาบันด้านจิตเวชจะเป็นหน่วยให้บริการดูแลสุขภาพจิตส่วนใหญ่ให้กับผู้ที่ต้องการการดูแลและการรักษา ในปี 1992 มีการออกนโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติ ที่ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเข้าถึงหน่วยงานด้านสุขภาพจิต ให้มาบริการอยู่ที่ชุมชน ยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติเป็นแผนที่มีความสำคัญ มีกรอบแนวคิดในการปกป้องสิทธิและสิทธิความเป็นพลเมืองของคนออสเตรเลียที่มีปัญหาสุขภาพจิต และยกระดับสุขภาพจิตให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพกระแสหลัก รวมทั้งระดับปฐมนุฏี ที่สำคัญรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และรัฐในดินแดนเขตการปกครองได้ให้คำมั่นว่าจะลดขนาดและจำนวนของโรงพยาบาลที่รักษาอาการจิตประสาทอย่างเดี่ยว โดยการให้มีเตียงรักษาผู้ป่วยจิตประสาทในโรงพยาบาลทั่วไป และให้มีบริการในชุมชนที่หลากหลาย รวมถึงจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในที่พักอาศัยอีกด้วย

ยุทธศาสตร์เพื่อสังคมสูงอายุออสเตรเลียที่สร้างขึ้นเมื่อปี 2002 มีหลักการสำคัญ 2 หลักการ คือ 1) พลเมืองออสเตรเลียทุกคน ไม่ว่าอายุใดก็ตาม ควรได้เข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการที่หลากหลาย ในอันที่จะช่วยให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมที่สุดในทุกช่วงของชีวิต และ 2) ประเด็นเรื่องการสูงวัยของประชากร หากมีหลักฐานที่น่าเชื่อถือ ควรนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย ถึงแม้ว่าในช่วงที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงการถึงบริการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุออสเตรเลียอย่างต่อเนื่อง แต่ว่าก็ยังไม่มีความเหลื่อมล้ำอยู่ระหว่างเมืองและชนบท

อย่างไรก็ตาม ออสเตรเลีย มีความแตกต่างจากประเทศอื่น คือ ออสเตรเลียได้บูรณาการบริการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน โดยเป็นความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั่วไปที่ให้การดูแลสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ พยาบาลชุมชนด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นักจิตวิทยา จิตแพทย์ด้านผู้สูงอายุ ในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือตามที่ผู้สูงอายุต้องการ อย่างไรก็ตาม ออสเตรเลียก็ยังคงเจอปัญหาที่ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ

ในปี 2005 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขแห่งออสเตรเลียได้เห็นชอบในการที่จะให้มีการพัฒนารอบการดำเนินงานด้านสมองเสื่อม ปี 2006-2010 นั่นคือ การทำให้ประเด็นเรื่องสมองเสื่อมเป็นเรื่องสุขภาพที่มีความสำคัญระดับชาติ โดยมีการพัฒนารอบนโยบายระดับชาติและแผนการดำเนินงานร่วมกันภายใต้บริบทของการจัดทำระดับชาติในเรื่องสุขภาพ ชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อที่จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม ผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว ในแต่ละรัฐและดินแดนปกครองตนเองได้มีการพัฒนารอบการทำงานเป็นของตนเอง โดยการจัดทำแผนดูแลและป้องกันอาการสมองเสื่อมให้กับหน่วยบริการด้านดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่อยู่ในพื้นที่ที่เป็นเป้าหมาย พร้อมกันนี้รัฐบาลออสเตรเลียได้อนุมัติเงิน 321 ดอลลาร์ สำหรับกิจกรรมของแผน 5 ปี เพื่อปรับปรุงการจัดหาบริการ การประเมินผู้ป่วย การศึกษา และการบริหารจัดการให้กับผู้ที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัวของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของกรอบการทำงานดังกล่าว เพื่อเป็นการรายงานการพัฒนานโยบายและการให้บริการ เพื่อให้นำไปสู่การวิจัย ประเมิน และรักษาในเรื่องสมองเสื่อมที่สอดคล้องกัน ตลอดจนต้นทุนและประสิทธิผล

สวีเดน

ผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10 อยู่ในสภาวะทางจิตที่เป็นปัญหา ส่วนใหญ่คืออยู่ในภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุร้อยละ 6 มีความทุกข์อยู่กับความกังวลและสภาวะทางจิตอื่น ๆ ผู้สูงอายุสวีเดนไม่ต่างจากประเทศอื่น ๆ ที่ไม่ค่อยได้มีโอกาสใช้สถานบริการด้านสุขภาพจิตที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ อีกทั้งมีความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่อีกด้วย

สวีเดนไม่มีนโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติที่เกิดมาจากนโยบายสุขภาพระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ข้อความนำที่ปรากฏอยู่ในกฎหมายว่าด้วยการดูแลสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ค.ศ. 1982 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการให้ดูแลการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพสูง ที่ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ร่วมมือกันกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย กล่าวอีกนัยหนึ่ง เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางของรัฐสวัสดิการของระบบสุขภาพแห่งสวีเดน และบริการด้านสุขภาพจิต ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมาย ในฐานะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมือง รวมทั้งกลุ่มที่มีความเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ

การให้บริการสุขภาพจิต อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการบริการทางสังคม ซึ่งกำหนดไว้ว่า พลเมืองสวีเดนรวมทั้งผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะผิดปกติทางจิต มีสิทธิ์ที่จะได้รับการสาธารณสุขและการช่วยเหลือตลอดชีวิต ในส่วนของเขตการปกครองท้องถิ่น ก็ได้มีการกำหนดให้ดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะผิดปกติทางจิตเหมือนกับผู้

ทุพพลภาพ งบประมาณที่นำมาใช้จ่ายในเรื่องการให้บริการด้านสุขภาพจิตมาจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มาจากการจัดเก็บภาษี ในการที่จะจำกัดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีเพดานค่าใช้จ่ายสูง นั้นหมายถึงว่า ผู้ นั้นได้จ่ายค่าบริการสูงสุดสำหรับการรับค่าปรึกษาทางการแพทย์ในระยะเวลา 12 เดือน หลังจากที่มีการ ปรึกษาครั้งแรก หลังจากนั้นผู้นั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการอีก

การดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเหมือนกับการดูแลให้กับบุคคลทั่วไป คือ มีการแบ่งความรับผิดชอบ ออกเป็น 3 ระดับ ในระดับชาติ รัฐสภาและรัฐบาลได้กำหนดนโยบายที่มีจุดมุ่งหมายและมีการบังคับใช้โดยตรง ด้วยวิธีการทางนิติบัญญัติและมาตรการชี้ทิศทางการเศรษฐกิจ ในระดับภูมิภาค สภาเขตการปกครองให้ รับผิดชอบการจัดหาบริการทางการแพทย์และดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ และที่ระดับท้องถิ่น เทศมนตรีเมืองมี หน้าที่ทางกฎหมายในการที่จะจัดหาบริการทางสังคมและที่พักอาศัยให้สอดคล้องกับความต้องการของ ผู้สูงอายุ สิ่งที่เป็นกังวลคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตมักจะถูกมองข้าม หรือให้การรักษาที่ไม่ เหมาะสมตั้งแต่มีการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมองหาบริการทางสังคม มักจะมีการประเมิน ความต้องการที่พิจารณาทางด้านสภาพร่างกายของบุคคลมากกว่าพิจารณาทางด้านสภาพจิตใจ

ปี 2003 มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติขึ้นมาเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลทาง สังคมและสุขภาพให้กับผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม แนวทางแห่งชาติที่กำหนดขึ้นมานี้อาศัยการประเมินแบบ เบ็ดเสร็จในเรื่องของความเชี่ยวชาญ ในเรื่องผลกระทบ ต้นทุนและประสิทธิภาพ จริยธรรม และเจตจำนงทาง กฎหมายในเรื่องมาตรการที่หลากหลายในการดูแลผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม ต่อมาปี 2006 รัฐบาลสวีเดนได้มี คำสั่งให้คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศแห่งชาติในด้านการดูแลทาง สังคมและสุขภาพในผู้สูงอายุ รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว และโรคสมองเสื่อม ในปี 2008 ได้มี การจัดตั้งศูนย์สมองเสื่อมแห่งสวีเดน (Swedish Dementia Center) ตามมาด้วยศูนย์ความเป็นเลิศแห่งชาติ ด้านผู้ดูแลในครอบครัว (National Center for Excellence: Family Carers) ที่ได้รับการสนับสนุน งบประมาณจากรัฐบาลสวีเดน

แนวทางการป้องกันด้านสุขภาพจิตที่สวีเดนดำเนินการจนได้รับการชื่นชม คือ ในเรื่องของการป้องกัน การฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุสวีเดนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ฆ่าตัวตาย ในแต่ละปีประมาณ 300-400 คน หรือประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ฆ่าตัวตายทั่วประเทศ จนกระทั่งได้มีการตั้งคณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย เมื่อปี 1993 การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุชายอายุ 65 ปี ได้ลดลงเกือบร้อยละ 50 แต่ว่าการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ชายอายุ 75 ปี ขึ้นไป ยังคงสูงเป็นสองเท่าของผู้ชายทั่วไป และมากเป็นสี่เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่อยู่ในวัย เดียวกัน

สหราชอาณาจักร

ผู้สูงอายุราว 3 ล้านคน ในสหราชอาณาจักร มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่าง มีนัยสำคัญ และตัวเลขดังกล่าวจะสูงเพิ่มมากขึ้นถึงอีกหนึ่งในสามในอีก 15 ปีข้างหน้า มีการประเมินกันว่า ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินแล้วว่ามีปัญหาสุขภาพจิตมีประมาณร้อยละ 40 ของผู้ที่ไปพบ

เจ้าหน้าที่ ประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป และร้อยละ 60 ของผู้ที่รักษาตัวอยู่ในสถานดูแลระยะยาว มีการรายงานว่า มีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะซึมเศร้าอยู่ถึง 12-15 เปอร์เซ็นต์ และมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ถึง 5 เปอร์เซ็นต์ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 55-74 ปี มีอัตราการตายที่มาจากแอลกอฮอล์สูงที่สุด และผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ

ในสหราชอาณาจักรมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับดูแลสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 10 ของงบประมาณเพื่อสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมาจากการเก็บภาษี ประกันภาคเอกชน ประกันสังคม และการจ่ายตรงของการใช้บริการ การบริการด้านสุขภาพของสหราชอาณาจักรช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายร้อยละ 85 ให้กับระบบการดูแลสุขภาพสังคมและสุขภาพให้กับแต่ละประเทศในเครือจักรภพ ส่วนค่าใช้จ่ายที่เหลือทางการท้องถิ่นเป็นผู้รับภาระ

ในเรื่องของสุขภาพจิตถือว่าเป็นความรับผิดชอบของระบบดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการรักษาปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรงสามารถขอรับได้จากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั่วไปที่เป็นผู้ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังมีโครงการและบริการที่แยกย่อยและเฉพาะทางที่จัดให้กับผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร

ในประเทศอังกฤษและเวลส์ มีกฎหมายว่าด้วยเรื่องสุขภาพจิตโดยตรง ที่ตราขึ้นเมื่อปี 1983 ที่ให้ความสำคัญกับการประเมินสุขภาพจิต การรักษา และสิทธิของผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต แต่เดิมกฎหมายนี้มุ่งที่จะรักษาผู้มีอาการทางจิตในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ภายหลังมีการแก้กฎหมายดังกล่าว เพื่อให้มีการเยียวยารักษาภาคบังคับที่ชุมชน ต่อมาในปี 2005 กฎหมายว่าด้วยความสามารถทางจิต (Mental Capacity Act) ได้บัญญัติแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดและหลักการทางกฎหมายว่าด้วยเรื่องผู้ที่ไร้สมรรถภาพทางจิตและผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการให้กรอบแนวคิดในทางปฏิบัติที่จะเสริมพลังและคุ้มครองผู้ที่อาจไร้สมรรถภาพในการตัดสินใจบางอย่าง รวมทั้งผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมและผู้ที่มีอาการทางจิตประสาท ในอังกฤษก็มียุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติด้วยเช่นกัน ที่มีจุดมุ่งหมายลดอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 20 ในปี 2010 อย่างไรก็ตาม นโยบายนี้ไม่ได้มุ่งเฉพาะผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว

สิ่งสำคัญของนโยบายด้านสุขภาพจิต คือ โครงการการดูแล ตามข้อกำหนดนี้ หน่วยให้บริการด้านสุขภาพจิตต้องร่วมมือกับภาคบริการทางสังคมในการพัฒนาและดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานรักษาไปยังชุมชน และบริการทางสุขภาพจิตที่จัดตั้งขึ้นชุมชน สำหรับพลเมืองสหราชอาณาจักรทุกระดับวัย แต่น่าเสียดายที่ความร่วมมือกันบางอย่างไม่ได้รวมผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากการมีความอคติเชิงนโยบายที่ให้ความสำคัญเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน

การไม่รวมประเด็นสุขภาพจิตในนโยบายด้านผู้สูงอายุ และการไม่รวมประเด็นผู้สูงอายุเข้าไปในนโยบายด้านสุขภาพจิตบางนโยบาย ได้ก่อให้เกิดช่องว่างในการให้บริการให้กับผู้สูงอายุ กรอบนโยบายการบริการผู้สูงอายุแห่งชาติได้เกิดขึ้นเมื่อปี 2001 เพื่อเป็นการบริหารจัดการเลือกปฏิบัติต่อวัยในทุกวิถีทางที่เกี่ยวกับงบประมาณ การวางแผน และการจัดหาบริการด้านดูแลสุขภาพ และกำหนดมาตรฐานเพื่อเป็นการสร้างความ

มั่นใจว่าการให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง กรอบนโยบายนี้ต้องการให้หน่วยงานด้านสุขภาพในสหราชอาณาจักรมีการบริการเฉพาะทางที่ใช้ทรัพยากรอย่างเต็มที่ในการให้บริการทางสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในปี 2011

ถึงแม้ว่าจะมีกรอบนโยบายเพื่อผู้สูงอายุแห่งชาติ แต่ทั้งภาครัฐและที่ไม่ใช่ภาครัฐต่างก็มีความกังวลว่าสุขภาพจิตในชีวิตบั้นปลายในบางประเด็นถูกละเลยเป็นอันมาก ในปัจจุบัน การเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านการตีตราเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางและเกิดขึ้นอยู่เสมอในเรื่องของการเจ็บป่วยทางจิต แต่การสื่อสารของการเคลื่อนไหวนี้ไม่ประสบความสำเร็จในการกะเทาะปัญหาเรื่องอายุ และการบริการเต็มรูปแบบสำหรับผู้สูงอายุ บางทีนโยบายและบริการด้านสุขภาพจิตที่เกิดมาจากการมุ่งแก้ไขปัญหากลุ่มของวัยทำงานมากกว่า จึงทำให้ความเหลื่อมล้ำด้านอายุยังคงมีอยู่จนถึงทุกวันนี้ ผู้สูงอายุวัย 65 ปีขึ้นไป มักจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่ไม่คุ้นเคย หรือถูกกันไม่ได้รับการบริการทางจิตเวช

มีการเคลื่อนไหวในเรื่องความร่วมมือทางสหสาขาวิชาในการที่จะปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพจิตในชีวิตบั้นปลาย กรมกองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของสหราชอาณาจักรได้จัดตั้งคณะกรรมการโครงการให้บริการทางสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ภาครัฐที่สนับสนุนให้มีการปรับปรุงบริการ คณะกรรมการด้านสุขภาพ และคณะกรรมการตรวจการการดูแลทางสังคม ซึ่งมีเจตจำนงที่จะสร้างความมั่นใจว่านโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ และพร้อมรับมือกับประเด็นใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น

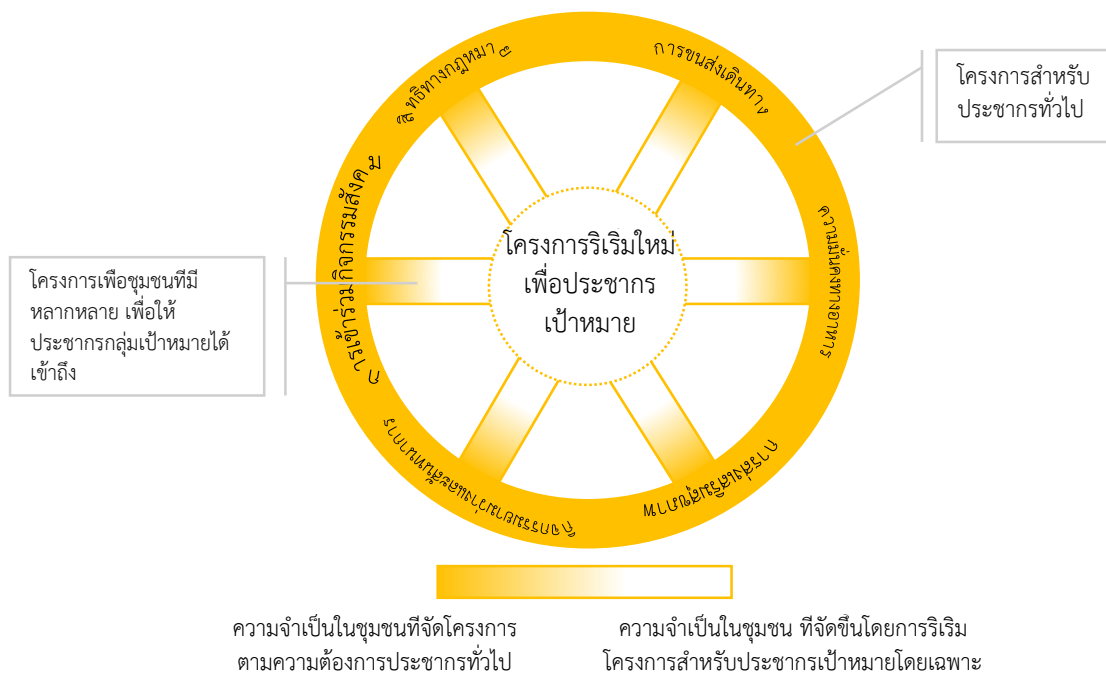
6) ด้านการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลกได้มีการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age Friendly Community) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมเมืองให้ประชากรสูงวัยสามารถเข้าถึงโครงสร้างและมีการจัดการบริการที่ครอบคลุม การจัดตั้งเช่นนี้ ได้แก่ การแนะนำให้ปรับผังเมือง และการบริการที่ให้บริการสูงวัยอย่างมีชีวิตชีวา โดยโครงสร้างและบริการที่เป็นตัวชี้ว่าองค์ประกอบของชุมชนเป็นมิตรกับการสูงวัย เช่น การบริการรับส่ง ลานกิจกรรม ที่พักอาศัย การให้มีส่วนร่วม การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม การสื่อสารและข้อมูล และบริการที่ชุมชนสนับสนุน

แผนภาพที่ 2-7 แสดงให้เห็นว่า นโยบายอาจมีเนื้อหาทั้งความต้องการของประชาชนทั่วไปและที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย วงล้อมรอบนอกแทนโครงการเพื่อชุมชนที่จัดให้กับประชาชนทั่วไป วงกลมแกนกลางคือ โครงการและบริการที่เป็นโครงการริเริ่มใหม่ที่จะใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีความต้องการ ที่ไม่สามารถเข้าถึงโครงการหรือบริการที่จัดให้ตามปกติได้ เส้นเชื่อมวงล้อคือ ความเข้มข้นของโครงการหรือบริการที่มีความหลากหลาย จากระดับน้อยไปหาระดับมาก ของโครงการให้ประชาชนทั่วไป ที่ทำให้ประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างเช่น ชุมชนจัดหาบริการขนส่งสาธารณะให้กับคนในชุมชนทุกคน อย่างไรก็ตาม อาจมีการกำหนดนโยบายที่อำนวยความสะดวกด้านบริการขนส่งสาธารณะให้กับผู้สูงอายุโดยการลดค่าธรรมเนียมหรือปรับเปลี่ยนเส้นทางที่ไม่ใช่ชั่วโมงเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม โครงการจัดหารถรับส่งที่เป็นโครงการใหม่อาจ

จำเป็นต้องมี ดังเช่น บริการรับส่งถึงหน้าบ้าน เพราะว่าผู้สูงอายุหรือผู้พิการเป็นผู้ไม่สามารถใช้บริการสาธารณะที่จัดให้ทั่วไปได้ คำถามสำหรับผู้กำหนดนโยบายสังคม คือ ความต่อเนื่องของนโยบายบริการชุมชนเพื่อประชาชนทั่วไปกับประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่ควรมีการกำหนด ถ้ามีข้อกำหนดเช่นนั้น การบริการหรือโครงการดังกล่าวมีงบประมาณสนับสนุนอย่างไร และจัดให้อย่างไร การร่วมด้วยช่วยกันระหว่างภาครัฐ ภาคอาสาสมัคร และ ภาคสร้างกำไร ในการจัดหาบริการเหล่านั้น

แผนภาพที่ 2-7 การดำเนินนโยบายทางสังคมเกี่ยวกับโครงการชุมชนสำหรับประชากรทั่วไปและประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย



ที่มา: ปรับจาก Wacker & Roberto, 2011

ตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเอง ความอยู่ดีมีสุข และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังกรณีประเทศดังต่อไปนี้

สหรัฐอเมริกา

กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ ค.ศ. 1965 (Older Americans Act: OAA) เป็นกฎหมายฉบับหลักที่เอื้อให้เกิดนโยบายสังคมและการจัดบริการในชุมชนในด้านโภชนาการ บริการรถรับส่ง การเข้าร่วมชุมชน นอกจากนี้กฎหมายฉบับดังกล่าวยังมีการกำหนดโครงสร้างและระบบสำหรับการสนับสนุน ประสานงาน และการจัดหาโครงการและบริการในชุมชนหลากหลายรูปแบบ และวางเครือข่ายผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วยรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น รวมถึงองค์กรไม่แสวงผลกำไร ให้เกิดขึ้นจำนวนมาก โดยกฎหมายนี้ ได้สร้างให้เกิด

โครงการในชุมชนมากมาย ทั้งโครงการโภชนาการแห่งชาติ โครงการป้องกันการล่วงละเมิดและทอดทิ้ง ผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ตรวจการแผ่นดินด้านการดูแลระยะยาว และโครงการช่วยเหลือผู้ดูแลในชุมชนทั่วไป ที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงวัย (Area Agencies on Aging: AAA) แต่อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงวัยนี้ ไม่ได้เป็นผู้จัดหาบริการให้โดยตรง แต่เป็นผู้ทำสัญญากับหน่วยงานท้องถิ่นผ่านกระบวนการประมูลแข่งขัน เพื่อดำเนินการจัดหาบริการตามที่กฎหมายกำหนด และระบุในแผน AAA ของท้องถิ่นหรือระดับรัฐ เช่น

- โครงการอาหารและโภชนาการ

เป็นโครงการที่รัฐบาลกลางเอื้อให้เกิดการเข้าถึงด้านอาหารเป็นครั้งแรก โดยออกบัตรผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ (Voucher) ให้กับผู้ได้รับการบรรเทาทุกข์ เริ่มดำเนินการเมื่อปี 1939 ภายใต้โครงการฟู้ดแสตมป์ (Food Stamp) อย่างไรก็ตาม โครงการนี้ เป็นโครงการระยะสั้นที่จบลงในปี 1943 ตามข้อกำหนดของการดำเนินการ ต่อมาปี 1964 สภาคองเกรสได้ผ่านกฎหมายฟู้ดแสตมป์ ค.ศ. 1964 (Food Stamp Act) และมีการจัดตั้งเป็นโครงการถาวรภายใต้การแนะนำของภาคีสำคัญ คือ กระทรวงการเกษตรแห่งสหรัฐอเมริกา ที่เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณร้อยละ 50 ให้กับโครงการ โดยเป้าหมายของการตั้งโครงการคือ ทำให้เศรษฐกิจด้านการเกษตรเข้มแข็ง และให้มีการปรับปรุงระดับโภชนาการในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย และมีการดำเนินการทั่วประเทศ ในปี 1974

กฎหมายฟู้ดแสตมป์ ได้มีการปรับปรุงหลายครั้งทั้งในเรื่องกฎระเบียบโครงการ รวมถึงแนวทางการใช้สิทธิ์ และการบริหารจัดการโครงการ กฎหมายว่าด้วยอาหารและโภชนาการ ค.ศ. 2008 (Food and Nutrition Act) ทำให้เกิดโครงการด้านโภชนาการหลากหลาย เช่น โครงการช่วยเหลือด้านโภชนาการเสริม (Supplemental Nutrition Assistance Program: SNAP) เป็นโครงการที่มีเงื่อนไขซับซ้อน ขึ้นอยู่กับว่าครัวเรือนมีผู้สูงอายุหรือผู้พิการหรือไม่ ส่วนแรกเป็นระเบียบการที่มีสิทธิ์ทางการเงินครอบคลุมเงินสดหรือเงินออมในครัวเรือน เงินจำนวนนี้ไม่เกิน 3,000 ดอลลาร์สหรัฐฯ ส่วนที่สองเป็นการกำหนดการเข้าถึงทางการเงิน เป็นการประเมินรายได้สุทธิของครัวเรือน ถ้าครัวเรือนใดมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งคน การได้รับสิทธิทางรายได้ ขึ้นอยู่กับรายได้รายเดือนสุทธิของครัวเรือน ที่อยู่ในระดับความยากจน 100 เปอร์เซ็นต์ ถ้าครัวเรือนมีผู้ที่อายุเกิน 60 ปี ที่พิการถาวร และไม่สามารถซื้อหรือเตรียมอาหารเองได้ เพราะความพิการ แนวทางนี้จะพิจารณาว่าผู้นี้เป็นครัวเรือนที่อยู่ในโครงการฟู้ดแสตมป์ และผู้นี้ในครัวเรือนต้องเข้าเกณฑ์มาตรฐานรายได้ต่อเดือน

จากนั้นรัฐบาลกลางได้มีการออกกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรกรรม ค.ศ. 1973 (Agriculture and Consumer Protection Act) โดยให้งบประมาณโครงการอาหารจากสินค้าเกษตรส่วนเสริม (Commodity Supplemental Food) กับผู้ตั้งครรภ์ แม่มีใหม่ เด็กแรกเกิด เด็กวัยเรียน และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังมีโครงการจัดหาอาหารอื่น ๆ ของรัฐ คือ โครงการช่วยเหลือด้านอาหารอย่างเร่งด่วน (Emergency Food Assistance Program) ที่ตราเป็นกฎหมายเมื่อปี 1983 ในการจัดหาอาหารให้กับผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ ในลักษณะของธนาคารอาหารที่ส่งตรงให้กับผู้ที่ได้รับสิทธิ์ โดยในการดำเนินการ

กระทรวงการเกษตรจะซื้ออาหารที่ผลิตเกินเพื่อแจกจ่ายอาหารให้กับประชาชนในรัฐต่าง ๆ ที่ว่างงาน หรือมีรายได้น้อยต่ำกว่าเส้นระดับความยากจน โดยรัฐบาลกลางเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณหลักในการดำเนินการโครงการ และในส่วนของรัฐได้กำหนดระเบียบการได้รับสิทธิและแจกจ่ายอาหาร ให้องค์กรการกุศลในระดับท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล เช่น ธนาคารอาหาร และโกดังเก็บอาหาร ที่แจกจ่ายอาหารให้โดยตรงกับผู้ที่มีคุณสมบัติ ตัวอย่างเช่น องค์กร Feeding America ตุนและแจกจ่ายอาหารมากกว่า 2.5 พันล้านปอนด์ และพวกของข้าต่าง ๆ ต่อปี และเป็นผู้รับสินค้าของรัฐหลักๆ กับโครงการช่วยเหลือด้านอาหารอย่างเร่งด่วน

ภายใต้กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ ว่าด้วยเรื่องการบริการด้านโภชนาการ หัวข้อ 3-ซี (Nutrition Services Title III-C) สนับสนุนทุนให้จัดและดำเนินโครงการโภชนาการส่งตรงถึงบ้านและกลุ่ม (Congregate And Home-Delivered Nutrition) และโครงการส่งเสริมบริการโภชนาการ (Nutrition Services Incentive) ซึ่งเป็นโครงการจัดหาอาหารเพิ่มเติม Title III-C เป็นแหล่งทุนหลักของโครงการโภชนาการที่มุ่งให้กับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความอดอยากและความไม่มั่นคงทางอาหาร และส่งเสริมสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขให้กับผู้สูงอายุ

สูตรการจัดสรรทุนให้กับโครงการ Title III-C ที่ให้กับรัฐต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอยู่ รัฐหรือหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสงเคราะห์ทำสัญญากับผู้จัดหาบริการที่จะดำเนินการโครงการ ทุกโครงการจัดหาอาหารภายใต้ Title III-C ได้รับประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ และนักโภชนาการที่ให้ความมั่นใจว่าอาหารทุกมื้อมีสารอาหารครบถ้วน

บริการโภชนาการเพื่อส่วนรวม (Congregate Nutrition Service) เป็นบทหนึ่งในกฎหมายที่อนุญาตให้มีการจัดส่งอาหาร ประเมินสารอาหาร และการศึกษาและให้คำปรึกษาในการจัดตั้งกลุ่ม เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ กฎหมายระบุว่า ต้องจัดหาอาหารให้ครบ 5 วัน หรือมากกว่านั้นต่อสัปดาห์ (ยกเว้นในชนบทบางพื้นที่ที่ต้องมีการยืดหยุ่น ขึ้นอยู่กับหน่วยงานของรัฐ) ผู้ได้รับงบประมาณเพื่อจัดหาอาหารให้อย่างน้อยหนึ่งอย่างหรือตามความเหมาะสม อาหารจะถูกจัดส่งไปยังสถานที่ที่มารวมตัวกัน รวมทั้งสถานดูแลผู้สูงอายุภาคกลางัน และโรงอาหารที่มีหลายกลุ่มวัย นอกจากจัดหาอาหารให้แล้ว โครงการ Congregate Nutrition ยังได้ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ให้คำปรึกษา และบริการทางโภชนาการอื่น ๆ ที่เหมาะสมอีกด้วย โครงการอาหารตามศูนย์ที่มีการร่วมตัวกัน จัดให้กับทุกคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และกับคู่สมรสหรือผู้พิการ ที่อายุต่ำกว่า 60 ปี ด้วย โครงการหลักๆ คือ อาหารกลางวัน บางพื้นที่มีอาหารเช้าอีกด้วย

กฎหมาย Home Delivered Nutrition Services ให้งบประมาณสำหรับการประเมินภาวะโภชนาการ ให้คำปรึกษา และจัดส่งอาหารไปยังผู้สูงอายุที่ออกไปไหนมาไหนไม่ได้ สัปดาห์ละห้าวันหรือมากกว่านั้น และมีอาหารประเภทนี้อย่างน้อยหนึ่งมื้อต่อวัน คือ อาหารร้อน เย็น แซ่แข็ง อบแห้ง กระป๋อง สด หรือ เสริม และอาหารอื่น ๆ ที่ได้รับงบประมาณหรือสัญญา และต้องเป็นการส่งอาหารให้ถึงบ้าน

โครงการ Nutrition Services Incentive Program ให้งบประมาณเพิ่มเติมกับรัฐ และดินแดนเขตการปกครอง และองค์กรชนเผ่าที่ได้รับสิทธิ์ ที่เคยซื้ออาหารในโครงการจัดอาหารในท้องถิ่น รัฐอาจเลือกที่จะรับทุน เป็นเงินสด สินค้า หรือทั้งสองอย่างก็ได้

- **สันตนาการและกิจกรรมยามว่าง**

ในสหรัฐอเมริกา ศูนย์ผู้สูงอายุเป็นศูนย์รวมของโครงการสันตนาการและกิจกรรมยามว่างสำหรับผู้สูงอายุมาตั้งแต่อดีต ศูนย์แห่งแรกเกิดขึ้นในปี 1943 ตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ต่อมาในปี 1973 กฎหมายได้เพิ่มเรื่องการจัดสรรงบประมาณในการสร้างหรือปรับปรุงให้เป็น ศูนย์ผู้สูงอายุอเนกประสงค์ ที่ให้บริการที่หลากหลาย ทั้งในเรื่องสุขภาพ สังคม และการศึกษา ที่จัดตั้งขึ้นในชุมชน ประสานงานและบูรณาการกิจกรรมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ ปัจจุบันนี้ มีจำนวนประมาณ 15,000 ทั่วสหรัฐอเมริกา นับตั้งแต่ศูนย์เล็ก ๆ ที่จัดแค่อาหารให้บางครั้ง ไปจนถึงขนาดใหญ่ที่มีกิจกรรมพร้อมสรรพ ทางสังคม วัฒนธรรม สุขภาพ งานอดิเรก และกิจกรรมสันตนาการ กิจกรรมที่ศูนย์ผู้สูงอายุอเนกประสงค์จัด มีดังนี้

- โครงการเพื่อสุขภาพ และความอยู่ดีมีสุข
- งานแสดงวัฒนธรรม
- ศิลปะและงานฝีมือ
- โครงการกิจกรรมนันทนาการและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- โครงการพบปะระหว่างรุ่น
- การช่วยเหลือเพื่อการจ้างงาน
- โครงการด้านการศึกษา
- ข้อมูลและการส่งต่อ
- การช่วยเหลือทางการเงินและกฎหมาย
- โครงการและการศึกษาอาหารและโภชนาการ
- บริการรถรับส่ง
- กิจกรรมอาสาสมัคร และกิจกรรมสร้างเครือข่ายทางสังคม

มีการประเมินกันว่าศูนย์ผู้สูงอายุให้บริการปีละ 10 ล้านคน ได้รับงบประมาณสนับสนุนมาจากหลายแหล่ง นอกจากงบประมาณที่จะต้องได้รับตามกฎหมายผู้สูงอายุแห่งชาติแล้ว ยังได้รับทุนจากรัฐบาลท้องถิ่น หน่วยงานที่ไม่แสวงผลกำไร แหล่งทุน ภาคธุรกิจ และค่าธรรมเนียมสมาชิกอีกด้วย

- **การบริการรถรับส่ง**

บริการรถรับส่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการรักษาสุขภาพ ได้ติดต่อกับเพื่อนฝูงและครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม และมีวิถีชีวิตที่พึ่งตนเองได้ นโยบายด้านบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุมักจะจัดเป็นสองประเภท คือ 1) การเดินทางที่สำคัญ หรือ การเดินทางเพื่อให้ชีวิตอยู่ต่อไปได้ ซึ่งรวมถึงการเดินทางเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ การจ้างงาน ซื้อของ ทำธุระที่ธนาคาร และการเดินทางที่

จำเป็นอื่น ๆ และ 2) การเดินทางเพื่อคุณภาพชีวิต ที่มีการรวมการเยี่ยมชมเพื่อนฝูง และครอบครัว และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประเพณีวัฒนธรรม ศาสนา และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์

มีหน่วยงานระดับรัฐส่วนกลาง ที่เกี่ยวข้องในการบริการจัดรถรับส่ง ที่มีความแตกต่างกันถึง 5 หน่วยงาน ที่บริการให้กับประชาชนทั่วไป และผู้สูงอายุ ตารางที่ 2-6 แสดงถึง หน่วยงานในสังกัดของรัฐ 5 หน่วยงาน และโครงการภายใต้สังกัดต่าง ๆ ที่สนับสนุนงบประมาณและให้บริการ เช่น บริการขนส่งสำหรับทหารผ่านศึก งบประมาณสนับสนุนมีความแตกต่างในแต่ละประเภทของการให้บริการรับส่ง รวมทั้งเส้นทางที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ที่รถรับส่งดำเนินการไปตามเส้นทางที่กำหนด มีตารางเวลากำกับ ระบบรถไฟ ที่มีรถไฟใต้ดิน รถไฟลอยฟ้า หรือรถที่วิ่งบนท้องถนน เส้นทางแบบยืดหยุ่นที่อาจมีการบริการที่มีการเตรียมการล่วงหน้า เช่นเดียวกับกับเส้นทางที่กำหนด ระบบตอบสนองความต้องการ ที่ต้องมีการกำหนดเวลาล่วงหน้า และระบบอำนวยความสะดวกที่เรียกว่าพาราทรานสิท (Paratransit) สำหรับผู้ที่พิการ เพื่อกันไม่ให้ใช้ระบบการขนส่งที่มีการกำหนดเส้นทางแบบปกติ

ตารางที่ 2-6 ภาพรวมระบบการขนส่งภายในสหรัฐอเมริกา

กระทรวงที่รับผิดชอบ	หน่วยงานภาคี	บริการ
กระทรวงสาธารณสุขและบริการประชาชน	หน่วยงานที่ดูแลด้านเด็กและครอบครัว	งบอุดหนุนทั่วไปให้กับชุมชน และบริการสังคม
	หน่วยงานดูแลผู้สูงอายุ	งบอุดหนุนสำหรับบริการที่เป็นการสนับสนุน ภายใต้กฎหมายผู้สูงอายุแห่งชาติ งบอุดหนุนสำหรับผู้สูงอายุชาวอินเดียนแดง, ชาวอลาสก้า, ชาวเกาะฮาวาย
	ศูนย์บริการเมดิแคร์ และ เมดิเคด	บริการเมดิแคร์และเมดิเคด
	หน่วยงานทรัพยากรสุขภาพและบริการ	การขยายบริการการดูแลสุขภาพในชนบท
กระทรวงการคมนาคม	Federal Transit Administrative SAFETEA-LU	โครงการมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ งบประมาณอุดหนุนการลงทุน (มาตรา 5309) งบประมาณอุดหนุนสำหรับเขตเมือง โครงการในพื้นที่นอกเขตเมือง (มาตรา 5311) การหางานทำและการเดินทางไปกลับ โครงการนิวยอร์กตามมาตรามาตรา 5317
กระทรวงทหารผ่านศึก	หน่วยงานบริหารจัดการสุขภาพทหารผ่านศึก	สิทธิประโยชน์สวัสดิการการเดินทาง
กระทรวงการศึกษา	หน่วยงานการศึกษาพิเศษและบริการฟื้นฟู	บริการสำหรับผู้สูงอายุตาบอดให้ช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน
กระทรวงแรงงาน	ฝ่ายบริการการจ้างงานและฝึกอบรม	โครงการจ้างงานผู้สูงอายุทำงานบริการชุมชน

ปรับจาก Wacker & Roberto, 2011

กระทรวงการคมนาคม และ DHHS เป็นสองหน่วยงานกลางที่ใช้งบประมาณส่วนใหญ่และโครงการสำหรับการบริการรับส่งโดยสารที่จัดให้โดยตรงกับผู้สูงอายุ มีการตรากฎหมายว่าด้วยความเสมอภาคในการคมนาคม (Transportation Equity Act) เมื่อปี 1989 ให้มีการจัดบริการขนส่งภายในชุมชน และกฎหมายว่าด้วยความเท่าเทียมกันในการคมนาคมที่มีประสิทธิภาพ ยืดหยุ่น มีความรับผิดชอบ และปลอดภัย (Safe, Accountable, Flexible, Efficient Transportation Equity Act: A Legacy for Users (SAFETEA-LU) กระทรวงการคมนาคมได้รับมอบหมายให้งบประมาณไปที่โครงการ ดังนี้

กฎหมายว่าด้วยเกณฑ์โครงการมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการตามมาตรา 5310 (Formula Program for Elderly Persons and Persons with Disabilities - Section 5310) งบประมาณ นี้มีการจัดสรรให้รัฐต่าง ๆ เป็นงบลงทุนในการจัดหาบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ รัฐจัดสรรงบประมาณไปให้องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไรและให้กับหน่วยงานรัฐในการให้บริการที่เชื่อมประสานกัน

กฎหมายว่าด้วยงบประมาณการลงทุนตามมาตรา 5309 (Capital Investment Grants “New Starts” - Section 5309) ใช้งบประมาณสำหรับระบบเชื่อมต่อการเดินทางที่กำหนดเส้นทางใหม่หรือขยายเพิ่มเติมจากระบบเดิมที่มีอยู่ เช่น ขบวนธรรมดา ขบวนรถเร็ว ขบวนขนส่งผู้โดยสาร ขบวนเดี่ยว หรือรถบัสโดยสาร

กฎหมายว่าด้วยเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณเขตพื้นที่เมือง Urbanized Area Formula Grants ใช้งบกับการลงทุนระบบการขนส่งสาธารณะ

กฎหมายว่าด้วยเกณฑ์งบประมาณนอกเขตพื้นที่เมืองตามมาตรา 5311 (Non-Urbanized Areas Formula Grants - Section 5311) ให้ความช่วยเหลือด้านงบประมาณและการดำเนินการสำหรับการบริการขนส่งในเมืองเล็ก ๆ และชนบท และใช้งบประมาณตามเกณฑ์ที่กำหนด และงบดำเนินการให้กับรัฐสำหรับจัดหาบริการในพื้นที่นอกเหนือจากในเมือง

กฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงงานและการเดินทางไปกลับตามมาตรา 5316 (Job Access and Reverse Commute - Section 5316) ใช้งบประมาณสนับสนุนโครงการในพื้นที่ที่ให้การเข้าถึงงานและบริการเดินทางไปกลับ ให้กับระบบขนส่งสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยที่อยู่ใจกลางเมืองและทำงานในพื้นที่รอบนอกเมือง

กฎหมายว่าด้วยโครงการนิรพริedomตามมาตรา 5317 (New Freedom Program - Section 5317): ใช้งบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการและการปรับปรุงอาคารสถานที่ ที่ช่วยแก้ไขปัญหาด้านบริการขนส่งสำหรับผู้ทุพพลภาพที่มีสภาพนอกเหนือผู้ที่กำหนดไว้ในกฎหมายผู้พิการอเมริกัน งบอุดหนุนตามเกณฑ์ให้กับการลงทุนสร้างและดำเนินการ งบประมาณจัดสรรให้กับรัฐตามเกณฑ์จำนวนประชากรที่ทุพพลภาพ

การบริการด้านการเดินทางได้รับงบประมาณจากกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่ใช้งบประมาณเพื่อจัดการบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถอยู่ในหลักแหล่งตนเองและสูงวัยในที่พักที่อยู่ในชุมชน บริการจัดการรับส่งที่เป็นความช่วยเหลือได้รับงบประมาณผ่านกฎหมาย และมีความหลากหลาย เพราะว่าแต่ละชุมชนจะกำหนดวิธีการที่ดีที่สุดในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุ งบประมาณสามารถ

สนับสนุนการบริการรับส่งแบบถึงประตูบ้านสำหรับการนัดหมายพบหมอ การรับส่งไปยังศูนย์ผู้สูงอายุหรือโครงการผู้สูงอายุที่จัดในเวลากลางวัน รถรับส่งถึงประตูบ้าน โครงการอาสาสมัคร และโครงการตัวโดยสาร

กระทรวงที่จัดบริการร่วมด้วย คือ กระทรวงทหารผ่านศึก กระทรวงการศึกษา และกระทรวงแรงงาน ได้รับการมอบหมายให้จัดหาบริการขนส่งเพื่อให้กับผู้ที่สมควรได้รับบริการโครงการตามที่กล่าวมา ตัวอย่างเช่น โครงการจ้างงานผู้สูงอายุบริการในชุมชน ภายใต้กระทรวงแรงงานเป็นการบริการในชุมชน และฝึกอบรมด้านการงานสำหรับแรงงานผู้สูงอายุ และการขนส่งเป็นบริการสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมที่อยู่ในที่ไกล ๆ ฝ่ายบริหารด้านทหารผ่านศึกมีอำนาจในการให้บริการขนส่งให้กับผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ ในรูปแบบพิเศษตามความต้องการ เช่น แท็กซี่ รถรับจ้าง ส่วนบริการให้มีการใช้ชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาสำหรับผู้สูงอายุที่ตาบอด สนับสนุนให้ผู้สูงอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ต้องเผชิญกับการแข่งขันในการจ้างงาน และยากที่จะได้รับงานทำ ได้ใช้บริการรถรับส่ง

- การช่วยเหลือทางกฎหมาย

การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมที่เท่าเทียมกันเป็นหลักการในระบบของรัฐและกฎหมาย องค์ประกอบสำคัญของหลักการดังกล่าวคือเป็นการให้การช่วยเหลือทางกฎหมายให้กับผู้ที่ไม่สามารถหาตัวแทนแก้ต่างทั้งในทางอาญาและทางแพ่ง ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อย ได้จัดอยู่ในประชากรที่ต้องได้รับการทางกฎหมาย ผู้สูงอายุและครอบครัวมักต้องการการช่วยเหลือในเรื่องแนะแนวรับประโยชน์จากโครงการสวัสดิการที่ซับซ้อนและบางครั้งเปลี่ยนไปเปลี่ยนมา การดูแลสุขภาพ สิทธิประโยชน์กรณีรายได้หลังเกษียณ การดูแลระยะยาว และช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมการอยู่อาศัย และประเด็นที่เกี่ยวกับความสามารถทางปัญญา การออกกฎหมายของประเทศที่ให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงการให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย และเป็นทนายมีหลักๆ 2 ฉบับ คือ กฎหมายว่าด้วยความร่วมมือในการให้บริการทางกฎหมาย ค.ศ. 1974 (Legal Service Corporation Act) และ ส่วนที่ 3 (Title III) ของกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ

ความร่วมมือในการให้บริการทางกฎหมาย เป็นองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร ตั้งขึ้นมาโดยสภาองค์กรเมื่อปี 1974 ภายใต้กฎหมายว่าด้วยความร่วมมือในการบริการด้านกฎหมาย (Legal Services Corporation Act) พันธกิจของกฎหมายนี้คือส่งเสริมการเข้าถึงระบบยุติธรรมที่เท่าเทียมและการช่วยเหลือทางด้านกฎหมายแพ่งให้กับคนอเมริกาผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้ที่มีชีวิตอยู่ต่ำกว่า 125 เปอร์เซ็นต์ ของเส้นกำหนดความยากจนของประเทศ

ภายใต้กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ หัวข้อ 3-ปี ข้อความตอนหนึ่งระบุไว้ว่า รัฐจะต้องให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการจัดหาโปรแกรม การช่วยเหลือทางเทคนิควิธี และการฝึกอบรมผู้บริการท้องถิ่น ผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติตามที่ได้ทำสัญญากับหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงวัย (Area Agency on Aging: AAA) ที่จะให้บริการผู้สูงอายุที่ต้องการด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างมาก และให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายเป็นอันดับแรก ที่เกี่ยวข้องกับการได้ การดูแลสุขภาพ การดูแลระยะยาว โภชนาการ ที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก บริการที่เป็นการคุ้มครอง ปกป้องในฐานะทนาย การล่วงละเมิด การถูกทอดทิ้ง และการเลือกปฏิบัติว่าด้วยวัย

สำหรับหัวข้อ 4 บังคับให้งบประมาณเกี่ยวกับโครงการที่เป็นการนำร่อง สนับสนุน สำหรับการส่งต่อการช่วยเหลือทางกฎหมายในระดับชาติ ระบบนี้ช่วยหน่วยงานรัฐและพื้นที่ที่ดูแลผู้สูงอายุในการจัดหา พัฒนา สนับสนุนการช่วยเหลือทางกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุทางด้านให้คำปรึกษาคดี ผิดชอบ ช่วยเหลือแนะนำทางกฎหมาย ช่วยเหลือในเรื่องการให้รูปแบบ การดำเนินกาน บริหารจัดการระบบส่งต่อเพื่อช่วยเหลือทางกฎหมาย ให้กับหน่วยบริการในพื้นที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือทางกฎหมายผู้สูงอายุ

ปัจจุบัน ศูนย์ทรัพยากรทางกฎหมายแห่งชาติ (National Legal Resource Center) ให้งบประมาณ สนับสนุนโครงการที่เป็นนำร่อง ที่ออกแบบมาเพื่อขยายหรือปรับปรุงการจัดหาบริการทางกฎหมายและ ปกป้องสิทธิผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางเศรษฐกิจและสังคม โครงการระดับชาติที่ได้รับทุนในการให้การ สนับสนุน มีดังนี้

- 1) National Senior Citizens Law Center รับเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้กับนักวิชาการและทนายที่มีความ เชี่ยวชาญทางด้านกฎหมายและการสูงอายุ
- 2) National Consumer Law Center ให้การฝึกอบรมสำหรับนักวิชาการและทนายจากเครือข่าย บริการทางกฎหมายและการสูงอายุ
- 3) Center for Social and Gerontology ให้การช่วยเหลือทางเทคนิคในการพัฒนาระบบบริการส่ง ต่อทางกฎหมายและด้านผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 4) Center for Elder Rights Advocacy ให้การช่วยเหลือทางเทคนิคกับเครือข่ายวิชาการช่วยเหลือ ด้านกฎหมายทางโทรศัพท์
- 5) American Bar Association Commission on Law on Aging ให้ข้อมูลและทรัพยากรและให้ คำปรึกษาสำหรับเครือข่ายผู้ให้บริการด้านกฎหมายและการสูงอายุในเรื่องของข้อมูลและ ทรัพยากรเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุและกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

- การให้ข้อมูลและการช่วยเหลือด้านการส่งต่อ

หน่วยงานรัฐสองหน่วยงานที่ริเริ่มให้มีศูนย์กลางอย่างเป็นทางการในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการที่ รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นจัดให้ คือ GovBenefit.gov และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุและ ครอบครัว คือ OAA's National Eldercare Locator

GovBenefit.gov ตั้งขึ้นเมื่อปี 2002 เป็นภาคร่วมกับหน่วยงานระดับส่วนกลาง 16 หน่วยงาน และ 50 รัฐ และเป็นเว็บไซต์ทางการของรัฐบาลกลาง ให้ข้อมูลและคำถามเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ได้รับสิทธิมากกว่า 1,000 โครงการ ที่เป็นสิทธิประโยชน์

หน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Eldercare Locator) เป็นหน่วยบริการการให้ข้อมูลที่มี อยู่ทั่วประเทศ ที่เชื่อมโยงกับผู้ที่กำลังมองหาการช่วยเหลือจากหน่วยงานทั้งระดับรัฐและในพื้นที่เกี่ยวกับ องค์การด้านผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในชุมชน Locator ได้รับอำนาจและงบประมาณสนับสนุนภายใต้กฎหมายว่าด้วย ผู้สูงอายุแห่งชาติ Eldercare Locator เปิดบริการทุกวัน 24 ชั่วโมงและตลอดปี ให้บริการด้านข้อมูลทั่วไป

และข้อมูลเฉพาะหัวข้อเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางการเงิน การรักษาสุขภาพ การประกันและบริการด้านสุขภาพ โครงการช่วยเหลือผู้ดูแล การขนส่ง บริการทางกฎหมาย และที่พักอาศัย Eldercare Locator บริหารจัดการโดยภาคี คือ National Association of Area Agencies on Aging และ National Association of State Units on Aging

สมาคมหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงอายุ (Association of Area Agencies on Aging) ให้งบประมาณในการสร้างศูนย์แรกเข้าและให้ความช่วยเหลือด้านสิทธิประโยชน์แห่งชาติ (National Center on Benefits Outreach and Enrollment) ที่ได้สร้างช่องทางการตัดสินใจผ่านเว็บไซต์ และ ศูนย์แรกเข้าเพื่อรับสิทธิประโยชน์ 10 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในรัฐต่าง ๆ เพื่อช่วยผู้สูงอายุตัดสินใจในเรื่องการเข้าถึงสิทธิประโยชน์สำหรับโครงการสวัสดิการของรัฐและส่วนกลาง

- การเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสาธารณะประโยชน์

ตั้งแต่ปี 2008 เป็นต้นมา ได้มีการกลับมาสนใจในเรื่องการส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในทุกกลุ่มวัยอีกครั้ง ตามข้อมูล American Society on Aging การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในวัยปลายช่วยให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและเข้าร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องบุคคลและส่วนรวม ซึ่งเป็นการเติมเต็มชีวิตทั้งทางสังคมและบุคคลที่มีต่อชุมชน ในการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติได้มีการเพิ่มยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนอาสาสมัครที่เป็นการเจาะจงมากยิ่งขึ้น ที่เรียกว่า Multigenerational and Civic Engagement Initiative เป้าหมายคือ สำหรับให้ผู้สูงอายุทำประโยชน์ให้กับชุมชนผ่าน 1) โครงการนำร่องและวิจัยสำหรับกิจกรรมหลากหลายวัยและการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสาธารณะ 2) ยุทธศาสตร์แห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุที่ให้เห็นปัญหาความต้องการของชุมชนแบบครอบคลุม และ 3) โครงการร่วมมือกับหลายกลุ่มวัยที่เชื่อมอาสาสมัครผู้สูงอายุกับครอบครัวที่มีความต้องการเป็นพิเศษ

กฎหมายว่าด้วยบริการระดับชุมชนและระดับชาติ ค.ศ. 1990 (National and Community Service Act) ทำให้เกิดหน่วยงานที่มีชื่อว่า ความร่วมมือเพื่อบริการชุมชนและสังคม (Corporation for National and Community Service) เมื่อมี 1993 ที่จัดอาสาสมัคร 3 โครงการ ทั่วประเทศ ได้แก่ AmeriCorp, Learn and Serve America และ Senior Corps

Senior Corps มีโครงการตายายอุปถัมภ์ (Foster Grandparents) ที่เชื่อมต่ออาสาสมัครวัย 60 ปีขึ้นไป กับเด็กและเยาวชนที่มีความต้องการพิเศษ เป็นเวลา 15-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ที่จัดตั้งขึ้นหลายแห่ง รวมทั้งในโรงเรียน โรงพยาบาล ศูนย์บำบัดยาเสพติด และศูนย์ดูแลเด็กเล็ก อาสาสมัครที่ตรงกับเกณฑ์ความต้องการด้านรายได้ จะได้เงินชั่วโมงละ 2.65 ดอลลาร์สหรัฐฯ โครงการอาสาสมัครวัยเกษียณ (Retired and Senior Volunteer) ให้โอกาสผู้สูงอายุทำงานด้านบริการในชุมชน และอาสาสมัครจะเลือกจะทำงานอาสาที่ชั่วโมงก็ได้ อาสาสมัครมีสิทธิ์ที่จะขอเบิกเงินสำหรับการเดินทางที่ครอบคลุมการประกันขณะที่ทำหน้าที่อาสาสมัคร โครงการเพื่อนผู้สูงวัย (Senior Companion) เชื่อมอาสาสมัครที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการอบรม

กับผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และไม่สามารถทำงานบ้านในแต่ละวันได้ อาสาสมัครโครงการนี้ให้บริการ 15-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และผู้ที่เข้าเกณฑ์สิทธิ์ในรายได้ จะได้ค่าจ้างชั่วโมงละ 2.65 ดอลลาร์สหรัฐ

อังกฤษ

โครงการเพื่อสังคมที่จัดในชุมชนของอังกฤษมีหลากหลายกิจกรรมและแรงผลักดันของการเกิดกิจกรรมเหล่านี้มาจากระดับชาติ จากการออกกฎหมาย และจากรายงานปกขาว รายงานแสดงจุดยืนที่เรียกว่า รายงานปกขาว หรือรายงานปกเขียว (white or green papers) ที่กำหนดรายละเอียดเป้าหมายเป็นการเฉพาะเกี่ยวกับการจัดหาโครงการเพื่อชุมชน เมื่อมีกฎหมายหรือรายงานปกขาวที่ได้ทำให้ทิศทางมีความชัดเจนขึ้น เป็นความรับผิดชอบของคณะกรรมการที่ปรึกษาท้องถิ่นที่ทำให้มั่นใจว่ามีการจัดบริการให้ โดยสภาที่ปรึกษาส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานในภาคเอกชนและองค์กรการกุศลที่ไม่แสวงผลกำไร

กฎหมายว่าด้วยการช่วยเหลือแห่งชาติ ค.ศ. 1948 (National Assistance Act) เป็นการออกกฎหมายที่ให้อำนาจทางการปกครองท้องถิ่นมีการจัดเตรียมการดูแลทางสังคมและที่พักอาศัย เพื่อส่งเสริมสวัสดิการของผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย รายงานแสดงจุดยืนของรัฐบาลขึ้นสำคัญที่เรียกว่า “วัยแห่งโอกาส” (opportunity age) ที่นำโดยกระทรวงการงานและบำนาญ และรัฐมนตรีว่าการบำนาญและสังคมสูงอายุ นำเสนอจุดเน้นที่เป็นยุทธศาสตร์ที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ของสังคมที่ว่า “มุ่งหมายที่จะยุติการรับรู้ว่าคุณสูงอายุเป็นผู้พึ่งพา ให้ความมั่นใจว่า ชีวิตที่ยืนยาวขึ้น คือ การสุขภาพดีและมีการเติมเต็ม และผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอย่างเต็มที่” มี 3 เรื่องที่สำคัญที่มุ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลงคือ 1) การทำงานและรายได้ที่จะบรรลุอัตราการทำงานที่สูงขึ้น และผู้ที่อยู่ในช่วงวัย 50 ที่จะประกอบอาชีพ มีความยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น จัดการเงื่อนไขทางสุขภาพบางอย่าง และประสานการทำงานกับครอบครัวและข้อตกลงอื่น ๆ 2) การสูงวัยที่มีชีวิตชีวาที่ให้กับผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคมอย่างเต็มที่ และ 3) บริการที่ให้ผู้สูงอายุยังคงพึ่งตนเองและควบคุมได้ ผลที่เกิดขึ้นจากการสร้างยุทธศาสตร์วัยแห่งโอกาสสำหรับการสูงวัยที่มีชีวิตชีวา ได้ทำให้เกิดโครงการเสริมในเรื่องการบริการรถรับส่ง การเรียนรู้ กิจกรรมยามว่าง และงานอาสาสมัคร งบประมาณสำหรับโครงการต่าง ๆ เหล่านี้จัดสรรให้กับทางการปกครองท้องถิ่น ที่ทำสัญญากับหน่วยงานภาคองค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรการกุศล ให้จัดบริการ

- โครงการอาหารและโภชนาการ

โครงการจัดอาหารให้ในชุมชนและส่งตรงที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุมีหลากหลายประเภท รัฐบาลกลางเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ ต่างจากในสหรัฐอเมริกา อังกฤษไม่มีโครงการ푸드แบมพ์สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย แต่มีการจ่ายเงินรายเดือนที่มียอดหลากหลายให้และครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารให้กับผู้ที่มีรายได้น้อย

กฎหมายว่าด้วยการดูแลสุขภาพในชุมชนและบริการด้านสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 1990 (National Health Service and Community Care Act) กำหนดให้สภาท้องถิ่นมีหน้าที่ประเมินผู้ที่อาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และส่งอาหารให้ที่บ้าน นำมารวมอยู่ในแผนที่สร้างขึ้นมากเพื่อแก้ปัญหาความ

ต้องการการดูแล อาหารส่งถึงบ้าน คือ การบริการอาหารในชุมชน เตรียมและจัดให้โดยหน่วยงานบริการสังคมในพื้นที่ให้กับผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินจากหน่วยงานที่ดูแลสังคมด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ ผู้ที่ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารประจำวันได้ และทุพพลภาพ ป่วย หรือไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของสภาในพื้นที่ ที่ยึดตามกฎหมายระเบียบด้านรายได้ ผู้ที่ไม่มีคุณสมบัติตรงตามกฎหมายว่าด้วยการดูแลในชุมชน อาจเข้าร่วมโครงการได้โดยมีค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 3.12 ปอนด์ (136 บาท) บริการทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ และได้รับอาหารแช่แข็งสำหรับบริโภคในวันเสาร์อาทิตย์

โครงการจัดส่งอาหารในชุมชนให้บริการโดยองค์กรการกุศล ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น องค์กรการกุศล เช่น Age Concern Resources Centers และ WRVS ให้บริการสนับสนุนโภชนาการ เช่น พาซื้อของ หรือจัดส่งอาหารกลางวัน องค์กรไม่แสวงกำไรในพื้นที่ เช่น AGRC ในพื้นที่ที่ช่วยพาซื้อของ เจ้าหน้าที่ในศูนย์นี้ทำงานร่วมกับซูเปอร์มาร์เก็ตในพื้นที่ในการจัดอาหารให้กับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุอาจเสียค่าใช้จ่ายในการส่งอาหารประมาณ 2.90 ปอนด์ หรือ 126 บาท

- สันทนาการและกิจกรรมยามว่าง

จากรายงานแสดงจุดยืนที่ได้กล่าวถึง Opportunity Age ที่ได้เกริ่นไว้ข้างต้น และการสร้างสังคมสำหรับทุกวัย “Building a Society for All Ages” เป็นตัวกระตุ้นสำคัญในการสร้างกิจกรรมยามว่าง สันทนาการ และโครงการการเรียนรู้ตลอดชีวิตในรูปแบบใหม่ของคนอังกฤษ โดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุมีโอกาสนในการเข้าร่วมกิจกรรมยามว่างผ่านศูนย์ Age Concern Resource Centers ที่มีอยู่ในทุกพื้นที่ และการเข้าร่วมชุมชนอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น Age Concern ได้ใช้งบประมาณจากการขายสลากกินแบ่งของรัฐ ในการสร้างและดำเนินกิจกรรม “สบายดีและร่าเริง” (Fit as a Fiddle) ที่สำคัญ เช่น ทำสวน เดิน โยคะ วาดรูป และไทเก๊ก สำหรับผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ต้องการอาสาเป็นผู้สอนด้านสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการ Aging Well และ Fit as a Fiddle อาสาสมัครเหล่านี้จะติดต่อกับผู้ที่อยู่ในชุมชนขาดการติดต่อกับผู้อื่น ให้ข้อมูลบริการสุขภาพและโอกาสในชุมชน และให้คำแนะนำอื่น ๆ เช่น การควบคุมอาหาร โภชนาการ กิจกรรมทางกาย และการป้องกันการหล่น สมาคม Queen’s Crescent Community และ Highgate Newtown Community Center จัดโครงการทางสังคมและให้การศึกษาสำหรับทุกคนและโครงการที่จัดให้โดยตรงกับผู้สูงอายุ เช่น อาหารกลางวัน สโมสรภาพยนตร์ ออกกำลังกาย เกมปิงโก ทักษะการ สัมมนาที่รวมทุกวัย ห้องเรียนภาษาอังกฤษ และคอมพิวเตอร์ กิจกรรมไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่มีค่าธรรมเนียมเล็กน้อย คือ 2 ปอนด์ (47 บาท)

โครงการลดค่าธรรมเนียมค่าสมาชิกเครือข่ายสัญญาณโทรทัศน์ (TV license fee waiver) สำหรับผู้สูงอายุที่อายุ 74 ปีขึ้นไป เป็นโครงการรัฐ ในแผน Opportunity Age Strategic เป็นการลดค่าธรรมเนียมการดูโทรทัศน์ ซึ่งตามกฎหมายในอังกฤษ จะต้องเสียค่าธรรมเนียมในการดูสถานีโทรทัศน์ต่าง ๆ วัตถุประสงค์คือเพื่อให้ผู้สูงอายุวัยนี้ได้รับข้อมูลข่าวสาร ความบันเทิง ตลอดเวลา และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โครงการอีกโครงการหนึ่งคือ ให้อาหารฟรี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป

ส่วน Building a Society for All Ages จัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้ทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ในชุมชน ตัวอย่างเช่น โครงการ Active at 60 Program ที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อเพิ่มการเข้าร่วมกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ ในเรื่องวัฒนธรรม การศึกษา และสังคม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงโอกาสเหล่านี้ โดยความร่วมมือกันจัด โครงการของส่วนการปกครองท้องถิ่นและองค์กรการกุศล นอกจากนี้ ยังมีการใช้บัตรอัจฉริยะ (Smart Card) บัตรเดียวที่ช่วยให้เข้าถึงกิจกรรมง่ายขึ้นและเบ็ดเสร็จ เช่น สโมสรกีฬา ใช้รถบริการโดยสาร เข้าห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ ส่วนลดซื้อสินค้า นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมที่แต่ละชุมชนได้ร่วมมือกัน เช่น การแข่งขันกีฬาสำหรับผู้สูงอายุ 50 ปีขึ้นไป โครงการที่เรียกว่า Digital Mentors เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจระบบ ดิจิตอล โครงการความร่วมมือระหว่าง National Institute of Adult Continuing Education และ Third Age Trust เพื่อเพิ่มการเข้าถึงโอกาสทางการเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ

- การบริการรถรับส่ง

กฎหมายว่าด้วยการคมนาคมขนส่ง (Transport Act) นำเสนอเรื่องความต้องการด้านการเดินทางของผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจว่า มีการนำความต้องการของผู้สูงอายุและผู้พิการใส่ไว้ในทุกแผนการพัฒนาระดับท้องถิ่นด้วย และให้เลขาธิการที่ดูแลด้านคมนาคมของรัฐสร้างกฎระเบียบที่อำนวยความสะดวกต่อการเข้าถึงแท็กซี่ รถรับส่งสาธารณะ และรถไฟ สำหรับผู้พิการ

กฎหมายว่าด้วยการสัมปทานการเดินรถ ค.ศ. 2007 (Concessionary Bus Travel) การเดินรถสัมปทานนอกช่วงเวลาที่ไม่มีค่าใช้จ่ายทั่วอังกฤษ เริ่มเมษายน 2008 การสัมปทานเป็นการให้ประกันว่าการเดินทางโดยรถโดยสารท้องถิ่นฟรีสำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้พิการ ตั้งแต่เวลา 9.30 – 23.00 น. วันธรรมดา และตลอดวันในวันหยุดและวันหยุดธนาคาร ทางท้องถิ่นอาจให้การสัมปทานที่อยู่กับความต้องการและสภาพแวดล้อม แต่บริการดังกล่าวต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณท้องถิ่นที่รัฐเป็นเจ้าของ ตัวอย่างเช่น การบริการเพื่อนร่วมทางสำหรับผู้ที่ไม่สามารถไปไหนมาไหนคนเดียวได้ การเดินทางที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับการขนส่งบางเส้นทางที่ไม่มีรถโดยสารประจำทาง และการขยายการจำกัดเวลาเพื่อให้มีการเดินทางในชั่วโมงเร่งด่วน

โครงการที่จัดทำภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคมนาคมขนส่งนี้ มีการให้งบประมาณอุดหนุนสำหรับการขึ้นแท็กซี่ และรถประจำทางแบบแท็กซี่ ที่สามารถให้ผู้โดยสารที่สูงอายุและพิการจ่ายค่าโดยสารลดลง และจัดตั้งโครงการแท็กซี่ร่วมจ่าย ที่ให้ผู้โดยสารสามารถจองล่วงหน้าและประสานการเดินทางกับผู้โดยสารคนอื่น เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โครงการ Taxicard เป็นการรับส่งถึงหน้าบ้าน ที่มีอยู่ในกรุงลอนดอน สำหรับผู้ที่มีการตรวจสอบแล้วว่ามีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการขนส่งสาธารณะได้ ผู้โดยสารจ่ายค่าธรรมเนียมแบบคงที่ตลอดระยะทาง และค่าธรรมเนียมมีตั้งแต่ 1.50 – 11.50 ปอนด์ (65 – 500 บาท) โครงการนี้ได้รับเงินอุดหนุนจากเทศบาลเมืองลอนดอน (London Boroughs) และบริหารจัดการโดย คณะกรรมการสภาฝ่ายการดูแลด้านคมนาคมขนส่งและสิ่งแวดล้อม บริการ Dial-a-Ride เป็นบริการรับส่งถึงหน้าบ้านสำหรับผู้พิการที่ไม่สามารถเข้าถึงรถประจำทางหรือระบบขนส่งในเมืองได้ ส่วน Shop mobility เป็นโครงการที่มีทั่วอังกฤษ จัดหาและให้ยืมรถวีลแชร์แบบขับเคลื่อนเอง หรือใช้ไฟฟ้า และสกูเตอร์ไฟฟ้า

ให้กับสมาชิกที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว สามารถยืมได้ไม่มีกำหนดเวลา มีค่าธรรมเนียมเล็กน้อย เป้าหมายเพื่อช่วยให้สะดวกในการจับจ่ายซื้อของและกิจกรรมยามว่าง ภายในเมืองหรือห้างสรรพสินค้า โครงการนี้ดำเนินการและได้รับงบประมาณจากสภาการปกครองท้องถิ่น ส่วนศูนย์ Forum of Mobility Center เป็นอีกองค์กรการกุศลที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงการคมนาคม ในการให้บริการต่าง ๆ รวมถึงการประเมินความสามารถในการขับขี่รถยนต์ ค่าเล่าเรียนการขับขี่ และข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง (เช่น การใช้รถยนต์ และพาหนะดัดแปลง ในฐานะผู้ขับขี่และผู้โดยสาร) บางศูนย์ให้คำแนะนำในการเลือกและใช้วีลแชร์และสกู๊ตเตอร์ และการดัดแปลงรถยนต์ เบี้ยสงเคราะห์การดำรงชีวิตผู้พิการ เป็นสิทธิประโยชน์ทางรายได้สำหรับผู้พิการ ที่ช่วยจ่ายครอบคลุมในการเดินทาง เบี้ยสงเคราะห์ผู้พิการ ถ้ามีความจำเป็นที่เห็นได้ว่าการบริการด้านการเดินทาง จะได้สูงกว่าปกติเล็กน้อย

- การช่วยเหลือทางกฎหมาย

การช่วยเหลือทางกฎหมายได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลและบริหารจัดการโดยคณะกรรมการด้านการบริการทางกฎหมาย (Legal Service Commission) ที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการที่จะให้การช่วยเหลือทางกฎหมายให้กับประชาชน ภายใต้กฎหมายว่าด้วยบริการทางกฎหมาย (Legal Service Act) ที่บังคับใช้โดยกระทรวงยุติธรรม การให้คำแนะนำทางกฎหมายไม่มีค่าใช้จ่าย มาจากโครงการ Commission's Community Legal Advice การช่วยเหลือทางกฎหมายนอกเหนือจากนี้ให้กับผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป ในเรื่องทางแพ่ง สำหรับผู้ที่เข้าเกณฑ์ด้านรายได้และและทรัพย์สิน บางคนอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับผลของคดี องค์กรอื่น ๆ เช่น Citizens Advice Bureaux ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากส่วนการปกครองท้องถิ่นในการให้คำแนะนำ มีค่าใช้จ่ายพอเป็นพิธีที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด

- การให้ข้อมูลและการช่วยเหลือด้านการส่งต่อ

การปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลและบริการในชุมชนได้รับความสนใจในระดับชาติ และมีโครงการริเริ่มเกิดขึ้นมากในเรื่องนี้ โครงการ LinkAge Plus ภายใต้การชี้ทิศทางของกระทรวงการงานและบำนาญ ตั้งขึ้นมาเพื่อเข้าถึงข้อมูลและประสานงานบริการง่ายขึ้นทั้งในระดับชาติ ท้องถิ่น และองค์กรที่สาม ที่จัดบริการให้ในพื้นที่เกี่ยวกับที่พักอาศัย การเดินทาง สุขภาพ การดูแลทางสังคม โอกาสในการทำงาน และงานด้านจิตอาสา

จากแผน “Building a Society for All ages” เสนอยุทธศาสตร์ในการสร้างแหล่งข้อมูลครบวงจร ที่มีเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะความรู้สูง และช่วยให้บุคคลหลักบริการที่เหมาะสมในพื้นที่ และได้รับคำแนะนำ สำหรับเว็บไซต์ FirstStop (www.firststopcareadvice.org.uk) เป็นแหล่งบริการข้อมูลที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย เกี่ยวกับการดูแล ที่พักอาศัย การจ้างงาน จิตอาสา และการศึกษาผู้ใหญ่ตามอัธยาศัย และเป็นโครงการร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรการกุศล และภาคเอกชน งบประมาณสนับสนุนมาจากกระทรวงการสื่อสารและองค์กรปกครองท้องถิ่น และเงินอุดหนุนจากการกองทุนสลากกินแบ่งของรัฐ แหล่งข้อมูลอีกแห่งหนึ่งคือเรียกว่า Carers Direct ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก National Health Service ในเรื่องให้ข้อมูลทางโทรศัพท์และเว็บไซต์ แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแหล่งข้อมูล คำแนะนำ และการช่วยเหลือผู้ดูแล ทางออนไลน์ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับ

คำแนะนำขั้นตอนการดูแลในระดับต่าง ข้อมูลสำหรับการขอรับสิทธิประโยชน์ ข้อมูลการติดต่อสำหรับทางการท้องถิ่นและกลุ่มสนับสนุน บทความใหม่ๆ และกรณีศึกษาผ่านวิดีโอ

- การมีส่วนร่วมในสังคม

องค์กรการกุศล WRVS เป็นหนึ่งในองค์กรหลักที่ใช้อาสาสมัครในการให้บริการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีบทบาทในชุมชนของตนเอง อาสาสมัคร WRVS ทั่วไป เป็นผู้สูงอายุ ผู้เกษียณอายุ หรือทำงานพาร์ทไทม์ และมีหลากหลายสถานภาพทางสังคม และผู้ได้รับประโยชน์จากบริการอาสา คือ ผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุ บริการอาหารให้ผู้สูงอายุที่ต้องใช้วีลแชร์ (meals on wheels) ช่วยกรณีฉุกเฉิน ช่วยเหลือซื้อของ พาขึ้นรถสาธารณะ เป็นต้น

โครงการ Generations Together เป็นส่วนหนึ่งของแผน Building a Society for All ages สร้างขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างรุ่นต่าง ๆ ในเชิงสร้างสรรค์และชูประเด็นความต้องการของชุมชน ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางและท้องถิ่น รวมถึงกระทรวงเยาวชน โรงเรียน และครอบครัว องค์กร Third Sector กระทรวงสุขภาพ และกระทรวงการทำงานและบำนาญ และกระทรวงการสื่อสาร และองค์กรปกครองท้องถิ่น เป้าหมายเฉพาะของโครงการนี้ คือ 1) สร้างความสนใจและความคิดในการทำงานร่วมกันกับคนหลายกลุ่มวัยให้เกิดขึ้นทั่วประเทศ 2) เพิ่มจำนวนจิตอาสาทำงานเพื่อกิจกรรมสำหรับทุกกลุ่มวัย ให้ได้ 20,000 คน เมื่อสิ้นสุดโครงการ และ 3) แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือระหว่างวัยต่าง ๆ

สวีเดน

กรอบทางด้านกฎหมายสำหรับบริการผู้สูงอายุที่มีอยู่ในสวีเดน มีอยู่ในกฎหมายว่าด้วยบริการทางสังคม ค.ศ. 1982 (Social Services Act) ภายใต้กฎหมายนี้ วัตถุประสงค์ของบริการทางสังคม คือ เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ความเท่าเทียมกันในการอยู่อาศัย และการเข้าร่วมการใช้ชีวิตในชุมชน ภายใต้เกณฑ์ของคณะกรรมการด้านสวัสดิการสังคม เป็นความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการบริการผู้ที่ไม่สามารถหาบริการได้ตามความต้องการ หรือได้รับการช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ กำหนดให้คณะกรรมการฯ เป็นผู้สร้างความมั่นใจว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างพึ่งตนเองในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และมีชีวิตที่รื่นรมย์ มีความสำคัญในชุมชนและผู้อื่น และสนับสนุนการช่วยเหลือให้ที่บ้าน และดำเนินการบริการที่มีอยู่ให้มีความพร้อมในด้านต่าง ๆ คณะกรรมการฯ จะทำงานกับสภาท้องถิ่นและหน่วยงานชุมชนด้านอื่น ๆ ในการสร้างแผนให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ

- โครงการอาหารและโภชนาการ

เกือบทุกเขตการปกครองในสวีเดนมีบริการส่งอาหารให้ถึงบ้านแก่ผู้ที่ไม่สามารถหุงหาอาหารให้ตัวเองได้อีกต่อไป โดยเฉพาะอาหารบรรลภเช่น ให้กับผู้สูงอายุและคนพิการ จัดส่งวัตถุดิบสำหรับประกอบอาหาร และจัดส่งอาหารตามศูนย์ที่อยู่ในชุมชน ค่าใช้จ่ายมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้สูงอายุ เป้าหมาย

ประการหนึ่งของนโยบายดูแลผู้สูงอายุในสวีเดนคือ “ผู้สูงอายุจะสูงวัยในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและยังคงสามารถพึ่งพาตนเองได้” (Elderly people shall grow old in safe conditions and retain their independence) กำหนดขึ้นมาเพื่อช่วยผู้สูงอายุชาวสวีเดนให้อยู่ในบ้านของตนเองนานเท่าที่เป็นไปได้ หนึ่งในบริการดังกล่าว คือ บ้านเชิงป้องกันให้กับผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป เจ้าหน้าที่ของท้องถิ่นนั้น ๆ ที่ได้รับการอบรมจะไปหาผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการการดูแลผู้สูงอายุที่เมืองนั้นจัดขึ้น

อีกบริการหนึ่งเรียกว่า “บริการทำงานบ้าน” (Janitor Service) เป็นโครงการช่วยเหลืองานในบ้านง่ายๆ เช่น เปลี่ยนหลอดไฟ หรือผ้าปูที่นอน ย้ายเฟอร์นิเจอร์ แบกกล่องขึ้นลงจากห้องใต้หลังคาไปห้องใต้ดิน หรือที่อื่น ๆ ที่เป็นงานที่ยากสำหรับผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย บริการนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และกำหนดไว้ที่ 6 ชั่วโมงต่อปี ต่อครัวเรือน

- สันทนาการและกิจกรรมยามว่าง

มีการบริการด้านการศึกษา กิจกรรมยามว่าง และสันทนาการ หลากหลากกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุในสวีเดน โอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต หรือการศึกษาผู้ใหญ่ ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง และดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่ไม่แสวงผลกำไรในพื้นที่ โอกาสทางการเรียนรู้เหล่านี้ เปิดให้กับทุกวัย และจัดให้ในโรงเรียนประจำชุมชน (Folk High School) และองค์กรด้านการศึกษา บางหลักสูตรมีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วม นอกจากนี้การศึกษาผู้ใหญ่ที่ให้ในโรงเรียนประจำชุมชน คือ “Study Circles” เป็นวิธีการเรียนรู้สำหรับกลุ่มเล็ก ประมาณ 7-12 คน มีกิจกรรมการเข้ากลุ่มตามกรอบเวลาที่กำหนด การเรียนการสอนในหัวข้อเฉพาะดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ในกรุงสต็อกโฮล์มที่เดียวมี “Study Circle” มีประมาณ 15,000 แห่ง และมีการเรียนรู้ในเกือบทุกหัวข้อ หน่วยงานที่เรียกว่า และ “Study Vuxenskolan” ทำหน้าที่ให้การฝึกอบรม เปิดหลักสูตร และจัดแสดงนิทรรศการทางวัฒนธรรม ที่มีทั้งเรียนในห้องเรียน คอนเสิร์ต และงานแสดงวัฒนธรรมอื่น ๆ ส่วน SeniorNet Sweden เป็นองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร และไม่ใช้องค์กรการเมือง ก่อตั้งเมื่อปี 1977 ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาล ในการชูประเด็นเรื่อง “ภาวะวิกฤตเรื่องดิจิทัล” (Digital Divide) ในผู้สูงอายุ เว็บไซต์ขององค์กรนี้เป็นศูนย์กลางการประชุมสำหรับสมาชิกทุกคน ชาวจากส่วนกลางของ SeniorNet และโครงการและกิจกรรมจากสโมสรที่อยู่เมืองต่าง ๆ

- การบริการรถรับส่ง

ปี 1976 สวีเดนได้มีการผ่านกฎหมายที่กำหนดให้มีการปรับเปลี่ยนการขนส่งสาธารณะให้เข้ากับความต้องการของผู้พิการ ในการเข้าถึงบริการในเมืองและระหว่างเมือง แนวทางด้านการคมนาคมขนส่งของสวีเดนยึดหลักคิดที่ว่า “No community can be fully served with a single transportation mode.” หรือ “บริการขนส่งสาธารณะในชุมชนจะไม่มีแค่รูปแบบเดียว” และกรอบภายใต้การคมนาคมขนส่งที่ได้ให้ เรียกว่า “การออกแบบระบบการขนส่งสาธารณะที่ตอบสนองชุมชน” (Community-Responsive Public Transportation Design) ภายใต้กฎหมายสวีเดน แต่ละเขตการปกครองมีความรับผิดชอบในการจัดหาบริการขนส่งหลากหลายประเภทและบริการที่มีคุณภาพ

การออกแบบระบบการขนส่งสาธารณะที่ตอบสนองชุมชน คือการที่มีบริการขนส่งสาธารณะในเส้นทางที่กำหนด และใช้รถโดยสารที่ยกพื้นต่ำ อำนวยความสะดวกแก่ผู้โดยสารที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนเส้นทางบริการที่ใช้รถมินิบัสที่ปรับมีการปรับระดับพื้นสูงต่ำได้ จัดบริการในเส้นทางปกติ หรือที่กำหนดไว้ใกล้บ้านผู้สูงอายุ และผู้พิการ ที่ไม่สามารถเดินทางไปใช้บริการขนส่งสาธารณะได้ และมีวัตถุประสงค์การเดินทางเพื่อไปหาหมอ ห้างสรรพสินค้า หรือจุดหมายปลายทางอื่น ๆ ส่วนผู้ที่ไม่สามารถใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะโดยปราศจากการช่วยเหลือได้เพราะว่าความพิการ มีบริการที่ช่วยการเคลื่อนไหว ให้เข้าถึงทั้งบริการสาธารณะแบบทั่วไปและบริการที่เป็นรูปแบบพิเศษ ผู้ใช้บริการโดยสารในกรุงสต็อกโฮล์มที่มีเอกสารทางการแพทย์รับรองความพิการ สามารถใช้บริการได้ฟรี หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำสุด ขึ้นอยู่กับระยะทาง อย่างไรก็ตาม ยังมีรถแท็กซี่บริการ และผู้ร่วมเดินทาง โดยผู้ขอรับบริการจ่ายไม่เกิน 420 โครนสวีเดน ต่อเดือน หากผู้เดินทางที่พิการมีการเดินทางมาก อาจขอลดค่าใช้จ่ายลง หรือกรณีต้องการเดินทางร่วมกับผู้ร่วมเดินทางคนอื่น ต้องได้รับการยินยอมล่วงหน้า และอาจเดินทางโดยไม่เสียจ่าย สามารถเดินทางได้โดยใช้พาหนะพิเศษหรือแท็กซี่

- การช่วยเหลือทางกฎหมาย

ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการช่วยเหลือทางกฎหมาย ชาวสวีเดนที่มีความต้องการคำแนะนำทางกฎหมาย จะได้รับการช่วยเหลือด้วยการใช้หลักประกันที่ให้โดยนโยบายการประกันทางกฎหมายภาคเอกชน การคุ้มครองการประกันทางกฎหมายได้รับโดยอัตโนมัติ และมีการประเมินกันว่า 97 เปอร์เซ็นต์ ของคนสวีเดนใช้นโยบายดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการช่วยเหลือทางกฎหมาย ชาวสวีเดนมีการเข้าถึงคำแนะนำทางกฎหมายได้จนถึง 2 ชั่วโมง คิดเป็นเงิน 1,162 โครนสวีเดน ประมาณ 4,300 บาท หรือน้อยกว่านั้นถ้ามีผู้ติดขัดเรื่องค่าใช้จ่าย ถ้าไม่มีทนายคอยช่วยเหลือ หน่วยงานของรัฐที่ชื่อว่า National Courts Administration จะคอยช่วยเหลือ โดยเฉพาะกับผู้ที่มียรายได้ต่อปีน้อยกว่า 260,000 โครนสวีเดน หรือประมาณ 965,257 บาท

- การให้ข้อมูลและการช่วยเหลือด้านการส่งต่อ

เขตการปกครองส่วนท้องถิ่นได้ให้บริการที่เรียกว่า Mature Direct โดยการจัดให้มีศูนย์กลางการติดต่อเพื่อให้ข้อมูลและช่วยเหลือเกี่ยวกับโครงการและบริการสำหรับผู้สูงอายุผ่านเว็บไซต์ของศูนย์บริการดังกล่าว จะมีเจ้าหน้าที่ศูนย์คอยให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการดูแลบ้าน ปรับปรุงที่พักอาศัย ระบบปลูกแঙ্গเตอน แนะนำทางเลือกที่พักอาศัย บริการช่างซ่อมประเภทต่าง ๆ กิจกรรมชุมชนที่มี และบริการขนส่ง นอกจากนี้ยังมี “ผู้ตรวจการผู้สูงอายุ” (Elder Ombudsman) คอยให้คำแนะนำ บริการ และช่วยเหลือในเรื่องที่เกี่ยวกับการสูงอายุ

- การมีส่วนร่วมในสังคม

รัฐบาลกลางรับนโยบาย “ประชาชนควรมีโอกาสที่เป็นไปได้ที่สุดในการจัดระเบียบประชาชนเอง และได้เข้าร่วมในองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน และการเคลื่อนไหวรูปแบบต่าง ๆ” ยิ่งไปกว่านั้น กระทรวง

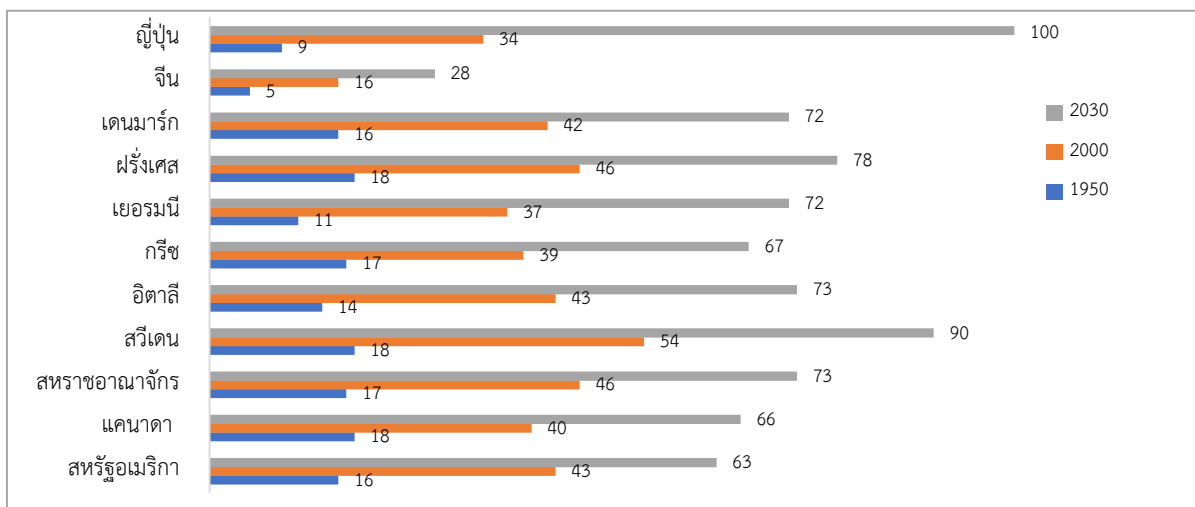
ด้านบูรณาการและความเท่าเทียมทางเพศ รับผิดชอบในการส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรและสมาคมต่าง ๆ โดยการอำนวยความสะดวก สร้างบรรยากาศที่ดี ให้กับองค์กรเหล่านี้ในการติดตามกิจกรรม สวีเดนไม่มีนโยบายระดับชาติหรือกิจกรรมเฉพาะในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองในผู้สูงอายุ แต่มีการสนับสนุนให้ประชากรอายุ 16-85 ปี เข้าร่วมงานอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ

7) ด้านการดูแลในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมที่เกิดขึ้นทั่วโลกเมื่อหลายสิบปีที่ผ่านมา ได้ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัวในการให้การดูแลสมาชิกสูงอายุในครอบครัว ตามที่ได้กล่าวมาก่อนหน้านี้ว่า การเพิ่มขึ้นของอายุขัยและการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีลูกน้อยลงที่จะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแล ในขณะเดียวกัน ลูกอาจจะต้องดูแลลูกหรือหลานในครอบครัวตนเอง นอกจากนี้ยังมีปรากฏการณ์ ผู้หญิงที่เป็นลูกสาว ผู้ที่เป็นผู้ดูแลหลัก รองจากภรรยา ได้เข้าไปอยู่ในระบบแรงงานเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว ดังนั้น แรงกดดันทางประชากรของประชากรสูงวัย ผสมกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง และการเพิ่มจำนวนผู้หญิงในตลาดแรงงาน สร้างแรงกดดันให้กับรัฐบาลทั่วโลกให้พิจารณานโยบายที่ใช้ในเรื่องการจัดให้มีการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

แผนภาพที่ 2-8 แสดงตัวชี้วัดกว้างๆ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ นั่นคือ อัตราส่วนเกื้อหนุนบิดามารดา (Parent Support Ratio) จำนวนผู้ที่มีวัย 80 ปีขึ้นไป ต่อคนวัย 50-64 ปี จากจำนวน 100 คน แผนภาพที่นำมาแสดงเป็นอัตราส่วนเกื้อหนุนบิดามารดาในผู้หญิงในปี 1950, 2000 และ 2030 เกือบทุกประเทศ ในปี 1950 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีตั้งแต่ 9 - 18 คน ต่อผู้หญิงวัย 50-64 จำนวน 100 คน ถัดจากนั้นอีก 50 ปี ผู้หญิงที่ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัว คือ มีตั้งแต่ 16 - 54 คน และคาดการณ์ว่าในปี 2030 ผู้หญิงจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในญี่ปุ่น สวีเดน และฝรั่งเศส ผู้หญิง 1-2 คนจะต้องดูแลผู้สูงอายุหนึ่ง

แผนภาพที่ 2-8 อัตราการเกื้อหนุนพ่อแม่สำหรับผู้หญิงในบางประเทศ ปี 1950, 2000 และ 2030



ที่มา: Wacker & Roberto, 2011

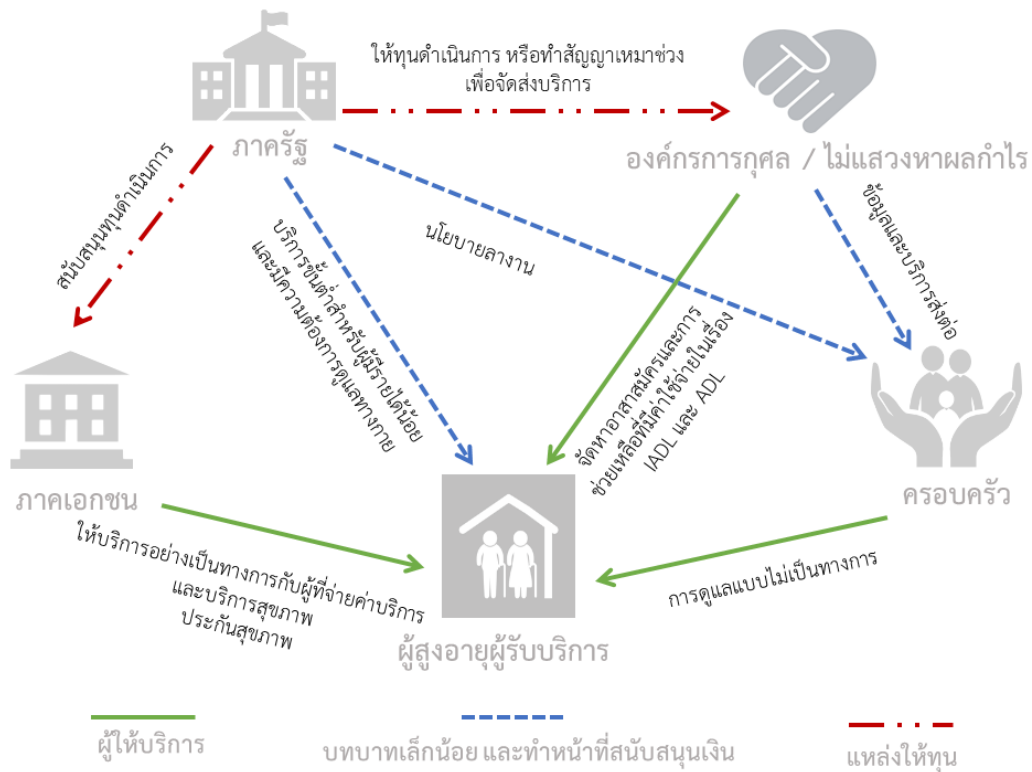
ผู้สูงอายุทุกคนจะต้องมีประสบการณ์ด้านข้อจำกัดทางกายภาพ จำเป็นต้องการผู้ช่วยเมื่อร่างกายบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ การให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่สูงอายุเป็นกิจกรรมที่มีความเป็นส่วนตัวสูง คู่สมรสที่สูงอายุหรือลูกที่ไปทำธุระของชีวิตประจำวัน ญาติจะให้การช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น บางผู้ดูแลในครอบครัว ต้องออกจากงาน หรือปรับเปลี่ยนมาทำงานแบบพาร์ทไทม์ เพื่อที่จะดูแลได้อย่างเต็มที่มากขึ้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจับจ่ายหาซื้ออาหารและเตรียมอาหารให้ ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน จัดเตรียมยา และดูแลแบบใกล้ชิด พาไปหาหมอ พาเข้าหากลุ่มทางสังคม อาจมีความยากเกิดขึ้นเมื่อครอบครัวและผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม คำถามสำหรับครอบครัวและชุมชนคือ ใครจะช่วยให้ความมั่นใจว่าผู้สูงอายุได้ทำตามที่ต้องการ คำถามสำหรับทางนโยบายทางสังคม คือ ประเทศและชุมชน คือ รัฐควรมีบทบาทอย่างไรในการช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในการจ่าย จัดเตรียม ให้การดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนอย่างช่วยเหลือตัวเองได้ และ ธรรมชาติของความร่วมมือกันระหว่างรัฐ ครอบครัว ภาคอาสาสมัครองค์กรเอกชน ในการจัดหาความต้องการให้กับผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร

สหรัฐอเมริกา

การดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมลักษณะเด่น คือ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ และให้ความไว้วางใจอย่างมากกับภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร และองค์กรเพื่อการกุศล การสนับสนุนของภาครัฐจะดำเนินการสนับสนุนผ่านภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร และองค์กรเพื่อการกุศลในการจัดบริการในชุมชนหรือการซื้อบริการโดยตรงกับผู้ให้บริการ ไม่สนับสนุนโดยตรงไปที่ผู้สูงอายุ

ในสหรัฐอเมริกา บทบาทของรัฐส่วนกลาง คือ เป็นผู้ผ่านกฎหมายที่มีการบังคับใช้ เช่น นโยบายแรงงาน และนโยบายลดหย่อนทางภาษี (Tax Credit) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือการจัดโครงการดูแลสุขภาพในโครงการเมดิแคร์ และเมดิเคด ที่ช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้าน และการให้งบประมาณแก่องค์กรเอกชน องค์กรการกุศล และองค์กรไม่แสวงผลกำไร ที่มีบริการหลากหลาย เช่น ทำงานบ้านประเภทต่าง ๆ พื้นฟูจิตใจ และบริการช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูลและการส่งต่อ

แผนภาพที่ 2-9 การดูแลผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา



ที่มา: ดัดแปลงจาก Wacker & Roberto, 2011

- นโยบายแรงงานและการลดหย่อนภาษี

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายเกี่ยวกับภาษี 2 ฉบับ ที่ให้ลดหย่อนภาษีให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ กฎหมาย Dependent Care Tax Credit และกฎหมาย Dependent Care Assistance Program ภายใต้กฎหมาย Dependent Care Tax Credit ประการแรก คู่สมรสที่เข้าเกณฑ์ หรือ ผู้พึ่งพิงของผู้จ่ายภาษี ต้องไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การไม่สามารถดูแลตนเองได้หมายความว่า ไม่สามารถแต่งตัว ทำความสะอาด หรือกินอาหารด้วยตัวเองได้ เพราะว่ามีปัญหาทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องใช้ชีวิตกับผู้จ่ายภาษีมากกว่าหนึ่งปี ประการต่อมา ผู้เสียภาษี/ผู้ดูแล และคู่สมรสเอง ต้องอยู่ในการจ้างงานแบบเต็มเวลา หรือพาร์ทไทม์ หรือกำลังหางานทำ ข้อยกเว้นประการหนึ่งคือ เมื่อคู่สมรสไม่สามารถดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประการที่สาม การจ่ายเงินเป็นค่าดูแลไม่สามารถทำได้กับคู่สมรสของผู้จ่ายภาษี/ผู้ดูแล หรือผู้ที่เป็นผู้พึ่งพิงของผู้เสียภาษี/ผู้ดูแล

กองทุนในแผน Dependent Care Assistance ให้กับลูกจ้างที่ทำงานให้กับนายจ้างที่เข้าร่วมอยู่ในแผนนี้ จะได้รับเงินช่วยเหลือที่มากถึง 5,000 ดอลลาร์สหรัฐ เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายการดูแลผู้พึ่งพิงได้ ซึ่งคล้ายกับ Dependent Care Tax Credit ผู้จ่ายภาษี/ผู้ดูแลสามารถใช้ได้ทั้งสองโครงการ

กฎหมายว่าด้วยการลางานเพื่อดูแลครอบครัว ค.ศ. 1993 (Family Medicare Leave) ให้ลูกจ้างที่ได้รับสิทธิ์เพื่อได้รับการคุ้มครองด้านค่าแรงเมื่อลาหยุด (unpaid job-protected leave) จนถึง 12 สัปดาห์ ในช่วง 12 เดือน ลูกจ้างต้องตรงตามเกณฑ์การจ้าง และสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแล ต้องมีการยืนยันทางการแพทย์ว่ามีอาการเจ็บป่วยหนัก เกณฑ์การจ้างงานกำหนดว่า ผู้ที่เป็นลูกจ้างในหน่วยงานรัฐหรือบริษัทภาคเอกชนที่มีมากกว่า 50 คน ผู้ที่ได้ทำงานมากกว่า 20 สัปดาห์ และหน่วยงานที่มีลูกจ้างอย่างน้อย 50 คน อยู่ในระยะ 75 ไมล์ นอกจากนี้ ลูกจ้างได้ทำงานร่วมกับนายจ้างรวมแล้วเป็นเวลา 12 เดือน หรือ 1,250 ชั่วโมง ช่วงก่อน 12 เดือน ลูกจ้างที่ตรงตามเกณฑ์การจ้างงานต้องดูแลผู้ป่วยที่กำลังทำการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล เช่น อาการเรื้อรัง กำลังฟื้นฟู รักษาที่ต้องฉีดยาเป็นระยะ ๆ หรือมีอาการไม่รักษาให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ เช่น อัลไซเมอร์ นายจ้างต้องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายให้ครอบคลุม และเมื่อลูกจ้างกลับเข้ามาทำงาน ต้องให้งานหรือการจ่ายค่าแรง สิทธิประโยชน์ หรืออื่น ๆ ที่เหมาะสม

- การดูแลสุขภาพในชุมชน

ส่วนใหญ่จัดขึ้นโดยรัฐ และอยู่ในส่วนของการจ่ายค่าใช้จ่ายด้านดูแลสุขภาพที่บ้าน ให้กับประชากรสูงอายุที่อยู่ในโครงการดูแลสุขภาพสองโครงการ คือ เมดิแคร์ และ เมดิแคด สองโครงการนี้เป็นเครื่องมือที่รัฐบาลกลางใช้สนับสนุนสำหรับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากการเข้าถึงการดูแลสุขภาพในสหรัฐอเมริกา ไม่ใช่เป็นเข้าถึงได้ถ้วนหน้า และจำกัดสำหรับลูกจ้างที่จ้างงานแบบได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ประวัติการทำงาน และเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย

โครงการเมดิแคร์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพที่บ้านถ้าผู้สูงอายุตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้ ประการแรก คือ ทำงานมาแล้วอย่างน้อย 10 ปี ในการจ้างงานที่มีการให้สิทธิประโยชน์เมดิแคร์ ประการที่สอง ต้องเข้าเกณฑ์ คือ ผู้สูงอายุต้อง (1) ได้รับการพิจารณาว่า ออกไปไหนมาไหนไม่ได้ (2) มีใบสั่งของหมอและจัดทำแผนการดูแล (3) ต้องการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะด้านกายภาพบำบัด อรรถบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด และ (4) ความต้องการผู้ดูแลพาร์โธม หรือ มีการเปลี่ยนเวรยาม (ไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่เกิน 28 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์) ส่วนบริการทางสังคมการแพทย์ บริการช่วยเหลือด้านสุขภาพที่บ้าน หรือบริการดูแลอื่น ๆ เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความคงทน (เช่น รถเข็น เตียงนอนโรงพยาบาล ออกซิเจน และเครื่องช่วยพยุง) และอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับใช้ที่บ้าน อาจได้รับการครอบคลุมภายใต้เมดิแคร์ ถ้าเข้าเกณฑ์ได้รับสิทธิ์พื้นฐานที่กล่าวไว้ข้างต้น การบริการต้องดำเนินการโดยหน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่ได้รับการรับรองจากเมดิแคร์ สำหรับบริการดูแลที่บ้านสำหรับการดูแลส่วนบุคคลที่ไม่มีทักษะ ช่วยในกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวันก็จะได้รับการจ่ายครอบคลุมภายใต้เมดิแคร์ แต่เมดิแคร์ไม่ครอบคลุมบริการช่วยเหลือที่บ้านแบบไม่ต้องใช้ทักษะ เช่น ทำงานบ้านง่าย ๆ จัดเตรียมอาหาร

เมดิแคดเป็นโครงการดูแลสุขภาพระยะยาวของรัฐส่วนกลาง จัดให้สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยบางคน ได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ การรักษาตัวในโรงพยาบาล และการซื้อยา ทั้งการดูแลในเนอร์สซิงโฮม ในความพยายามที่จะลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ รัฐบาลกลางได้ออกกฎหมาย Home and Community – Based Services Waivers Section 1915 (c) ที่เป็นการให้รัฐจัดหาบริการการดูแลระยะยาวในชุมชนให้กับผู้สูงอายุ

รายได้น้อย แม้ว่ารัฐบาลกลางกำหนดเกณฑ์รายได้ขั้นต่ำสำหรับการเข้าถึงเมดิแคด แต่รัฐบาลท้องถิ่นสามารถกำหนดทางเลือกการเข้าถึงสิทธิ์ที่ใช้เกณฑ์รายได้ที่แตกต่างกันได้ ไม่คำนึงว่าผู้สูงอายุอยู่ที่รัฐไหน เพื่อจะได้รับบริการดูแลที่บ้านภายใต้เมดิแคด ผู้สูงอายุต้องเข้าเกณฑ์ระดับรายได้และทรัพย์สิน และสิทธิ์การเข้าถึงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ที่เหมือนกับเกณฑ์ที่กำหนดสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ต้องการดูแลรักษาในเนอร์สซิงโฮม นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมที่มีสิทธิ์ต้องมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อย่างน้อย 3 อย่าง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เดินเหินไปมา ขับถ่าย และกินอาหาร รัฐบาลท้องถิ่นหลายรัฐกำหนดจำนวนการบริการที่ให้ และมีที่ว่างจำนวนจำกัดเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโครงการดูแลในชุมชนและบ้าน จึงทำให้ในหลายพื้นที่ต้องให้ผู้ต้องการลงชื่อเพื่อรับบริการ

เมดิแคด จะไม่ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้าน ถ้าไม่เกี่ยวข้องกับการได้รับสิทธิ์ในการรับบริการภายใต้โครงการ Home-and Community-Based Service Waiver ตามเจตนารมณ์ของโครงการ Medicaid Waiver คือ เพื่อช่วยผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่อาศัยอยู่ในชุมชน โครงการอื่นนอกเหนือการดูแลที่มีทักษะ เช่น การดูแลส่วนตัว การจัดการเคส การดูแลภาคกลางวัน การดูแลที่บ้าน และบริการอื่นๆ ที่สามารถให้ผู้เข้าร่วมได้รับสิทธิ์

- โครงการอื่น ๆ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐ

โครงการ Corporation for National and Community Service Senior Companion เป็นโครงการระดับชาติ ที่ให้การฝึกอบรมอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ให้ไปเยี่ยมและช่วยเหลือลูกค้าผู้สูงอายุที่อ่อนแอในบ้านอย่างเป็นมิตร ให้การช่วยเหลือทำงานบ้านง่ายๆ ช่วยโทรศัพท์ให้ ให้บริการรถรับส่ง และให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีเวลาหยุดพัก กองทุนระดับประเทศตามปกติแล้ว จะให้กับรัฐบาลท้องถิ่นหรือในพื้นที่ ที่รับผิดชอบการจัดหาโครงการ และมักทำสัญญากับองค์กรไม่แสวงผลกำไรในพื้นที่ในการจัดหาบริการดังกล่าว อาสาสมัครได้รับค่าตอบแทนเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นรายชั่วโมง และให้ค่าตอบแทนสูงสุดไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในการอาสาบริการ

รัฐบาลกลางมีบทบาทสำคัญในการให้ทุนสำหรับการบริการช่วยเหลือข้อมูลและส่งต่อ ดังนั้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถเลือกสถานบริการประจำในพื้นที่ และเข้าถึงบริการเอกชนและภาครัฐ หน่วยบริการ ที่เรียกว่า National Eldercare Locator Service เป็นบริการการช่วยเหลือส่งต่อและให้ข้อมูลที่มีการเข้าถึงได้ผ่านโทรศัพท์ ไม่เสียค่าใช้จ่าย ผ่านหรือทางเว็บไซต์ www.eldercare.gov รัฐบาลกลางจัดหางบประมาณให้กับรัฐบาลท้องถิ่น ที่เริ่มในปี 2003 เพื่อสร้างศูนย์ทรัพยากรด้านสุขภาพและการสูงอายุ (Aging and Disability Resource) มีเป้าหมายหลักเพื่อสร้างสถานที่สำหรับเป็นศูนย์บริการแบบครบวงจร ที่มีข้อมูลด้านการช่วยเหลือการส่งต่อ และพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงโครงการสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการดูแลระยะยาว

- องค์การการกุศล องค์การไม่แสวงผลกำไร และภาคเอกชน

รัฐบาลกลางมอบงบประมาณและสัญญาให้กับหน่วยงานภาคเอกชน และองค์การไม่แสวงผลกำไร ในการช่วยจัดหาบริการในชุมชน ที่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยการประสานงานผ่านหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงวัย (Area Agencies on Aging: AAA) ตามปกติหน่วยบริการนี้ไม่ใช่บริการจัดหาโดยตรงที่ได้รับมอบอำนาจจากกฎหมาย แต่สนับสนุนงบประมาณที่จะส่งเสริมการดูแลในชุมชน ที่มีการส่งต่อไปให้หน่วยงานภาคเอกชนหรือองค์การไม่แสวงผลกำไร ที่ตกลงที่จะจัดหาบริการที่กำหนดโดยกฎหมายผู้สูงอายุแห่งชาติ ตัวอย่างเช่น โครงการอาหาร หรือ โครงการที่กำหนดขึ้นตามความต้องการของท้องถิ่น เช่น การขยายบริการไปให้กับผู้สูงอายุให้กับคนกลุ่มน้อย บริการที่ให้ภายใต้กฎหมายมีการเข้าถึงถ้วนหน้า เพราะว่าผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทุกคนมีสิทธิ์ตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม การให้ความสำคัญคือการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางสังคมและเศรษฐกิจมากที่สุด

บริการและโครงการดูแลภายในชุมชน ภายใต้หัวข้อสาม ในกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่ช่วยการดูแล มีการช่วยเหลือทำงานบ้าน ประเมินผู้รับบริการ และจัดการกรณีฟื้นฟูผู้ป่วยและดูแลในตอนกลางวัน และส่งอาหารให้ตามบ้าน การช่วยทำงานบ้านมีผ่านบริการผู้จัดการดูแล และตามปกติบริหารจัดการโดยท้องถิ่นผ่านหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงวัย ภายใต้โครงการจัดการการดูแลนี้ ผู้รับบริการจะได้รับการประเมินเพื่อนำมากำหนดความต้องการทางกาย จิตใจ การเคลื่อนไหว และสังคม ผู้ที่ทำหน้าดูแลที่ได้รับการฝึกอบรม จะดำเนินการประเมิน แล้วกำหนดแผนการดูแลที่เชื่อมผู้สูงอายุกับบริการที่เหมาะสมที่สุดในชุมชน จากภาคเอกชนหรือองค์การไม่แสวงผลกำไร ที่อาจมีการช่วยทำงานบ้าน ส่งอาหารตามบ้าน และฟื้นฟูหรือบริการด้านดูแลตอนกลางวัน บริการเหล่านี้จ่ายโดยหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงวัย หรือผู้รับบริการที่แสวงหาการบริการที่อาจร่วมจ่ายสมทบทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายได้ ผู้ที่มีรายได้น้อยที่มีความต้องการทางกาย อารมณ์ และสังคมมากที่สุด จะได้รับสิทธิ์สูงสุดในบริการที่มีอยู่ของโครงการ

กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ ส่วนที่ 3 ให้การสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งกับโครงการเพื่อฟื้นฟูผู้ดูแลที่บ้านหรือสถานที่ที่จัดตั้งขึ้นในชุมชน ผ่านโครงการ adult day โดยทั่วไป งบประมาณของ AAA นำมาจัดสรรให้เป็นงบประมาณให้กับภาคธุรกิจเอกชนหรือองค์การไม่แสวงผลกำไร ที่ทำโครงการเดย์แคร์ และการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินการและให้บริการผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ในบางกรณี ผู้สูงอายุที่รายได้น้อยที่มีคุณสมบัติสำหรับรับบริการในชุมชนและที่บ้าน จะได้รับบัตรใช้บริการ ที่จะนำมาซื้อหาการดูแลฟื้นฟูจากหน่วยงานภาคเอกชนหรือองค์การไม่แสวงผลกำไร หรือ อาจจ่ายตรงให้กับหน่วยงานที่ให้บริการ

ก่อนหน้านี้ ไม่มีนโยบายชาติหรือเอกสารรายงานแสดงจุดยืนในการสนับสนุนดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะว่่านโยบายที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ ได้มุ่งให้กับผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้ระบุเจาะจงว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นลูกค้ำหรือผู้ได้รับบริการ ต่อมาได้มีโครงการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Family Caregiver Support: NFCS) กำหนดขึ้นโดยสภาองเกรสเมื่อปี 2000 ภายใต้กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นการออกกฎหมายครั้งแรกที่ใช้งบประมาณสนับสนุนโครงการที่ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ โครงการนี้สนับสนุนโครงการท้องถิ่นที่ให้ข้อมูลและการส่งต่อไปกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ช่วยผู้ดูแลในการเข้าถึงบริการที่เป็นการช่วยเหลือ ให้

คำปรึกษา แนะนำ และฝึกอบรมการเป็นผู้ดูแล และให้การดูแลแบบฟื้นฟู และบริการเสริมอื่น ๆ การเข้าถึงสิทธิมีแต่เฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และคนดูแลที่เป็นญาติตายาย และญาติพี่น้อง ของเด็กที่อายุไม่เกิน 18 ปี

หน่วยงานเอกชนและไม่แสวงผลกำไรมีบทบาทโดยตรงในการจัดส่งบริการชุมชนและที่บ้านให้กับครอบครัวส่วนใหญ่ที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ภายใต้เมดิแคร์และเมดิแคด หรือเข้าไม่ถึงโครงการภายใต้กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ แต่ให้กับครอบครัวที่สามารถซื้อหาบริการได้ จ่ายด้วยเงินตนเอง ในสหรัฐอเมริกาภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงผลกำไร มีความก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และบริการหลากหลายประเภทขึ้นอยู่กับพื้นที่เมืองหรือชนบท ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสำหรับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สามารถจ่ายค่าบริการทำงานบ้านที่ฝ่ายกิจการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยภาคเอกชน บริการภาคเอกชนอีกบริการหนึ่งที่คอยช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุในการหาบริการเสริมความต้องการคือ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีค่าใช้จ่าย มีการประเมินความต้องการของลูกค้า จัดหาบริการ ติดตามการดูแลให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาคอาสาสมัครและองค์กรไม่แสวงผลกำไรดำเนินโครงการ เช่น จัดส่งอาหารผู้สูงอายุบนรถเข็น (Meals on Wheels) ตามบ้าน หรือผู้ที่ออกไปไหนมาไหนไม่ได้ ผู้เข้าร่วมโครงการอาจช่วยจ่ายสมทบประมาณ 4-7 ดอลลาร์สหรัฐ ขึ้นอยู่กับรายได้ อีกหน่วยงานไม่แสวงผลกำไร คือ United Way ที่มีอยู่ในทุกพื้นที่ ให้การสนับสนุนทางการเงินศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน หรือบริการฟื้นฟูในพื้นที่

เมืององค์กรไม่แสวงผลกำไรที่มีอยู่ทั่วประเทศ ที่ดูแลเรื่องประกันทางสังคมโดยเฉพาะ และดำเนินการเหมือนผู้ขับเคลื่อนนโยบายทางการเมือง และเป็นผู้ให้บริการข้อมูลและสนับสนุน ตัวอย่างเช่น สมาคม อัลไซเมอร์ให้ข้อมูลแก่กลุ่มช่วยเหลือในพื้นที่ และข้อมูลออนไลน์ และทำหน้าที่ลobbypersuade ให้สนับสนุนการวิจัยและบริการอื่นที่ช่วยผู้ที่มีอาการอัลไซเมอร์ องค์กร AARP ตั้งขึ้นในปี 1985 เป็นตัวแทนสำหรับผู้สูงอายุและแหล่งทรัพยากร ที่มีสมาชิกอายุ 50 ปีขึ้นไป กว่า 39 ล้านคน ทำหน้าที่แจ้งข้อมูลให้กับสมาชิกสาธารณะชนทั่วไป ขับเคลื่อนการออกกฎหมาย ส่งเสริมการจัดหาบริการในชุมชน จัดหาสินค้าและบริการรูปแบบต่าง ๆ ที่พิเศษให้แก่สมาชิก และองค์กร National Alliance for Caregiving เป็นความร่วมมือไม่หวังผลกำไรขององค์กรระดับประเทศ มุ่งในเรื่องการดูแลในครอบครัว สมาชิกที่เป็นภาคีเมืององค์กรระดับท้องถิ่น สมาคมวิชาชีพ และองค์กรบริการ องค์กรเฉพาะโรค หน่วยงานรัฐ และองค์กรความร่วมมือต่าง ๆ

อิตาลี

กรอบแนวคิดนโยบายการดูแลที่จัดตั้งในชุมชนในอิตาลีมีลักษณะเด่นคือ บทบาทของครอบครัวและภาคเอกชนเป็นหลัก ภาครัฐมีบทบาทน้อย และภาคองค์กรไม่แสวงกำไรและอาสาสมัครมีส่วนร่วมที่จำกัด ในครอบครัวชาวอิตาลีเคยมีการกำหนดทั้งเปิดเผยและไม่เปิดเผยว่าเป็นผู้ดูแลหลักของสมาชิกในครอบครัว และความคาดหวังต่อเรื่องดังกล่าวได้ฝังรากลึกในวัฒนธรรมอิตาลีแล้ว นั่นคือ ไม่เป็นที่ยอมรับในทางสังคมสำหรับครอบครัวที่มองหาการช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งก็คือ ครอบครัวนั้นไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ ยิ่งกว่านั้น

รัฐบาลกลางของประเทศสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสองประเภทหลักๆ คือ ค่าใช้จ่ายที่สามารถใช้ในการซื้อหาบริการได้ คือ เบี้ยสงเคราะห์ผู้พิการ ให้กับผู้พิการและมีรายได้น้อย ที่สูญเสียการเคลื่อนไหว 66 เปอร์เซ็นต์ และเบี้ยสงเคราะห์จ่ายให้จนกว่าบุคคลนั้นจะได้รับบำนาญชราภาพ เบี้ยรักษาพยาบาลให้กับผู้ดูแลแล้วว่ามีพิการอย่างสิ้นเชิง โดยไม่คำนึงถึงอายุและรายได้ ส่วนผู้ที่ประเมินตนเองแล้วมีรายได้น้อยพอ ในบางภูมิภาคและชุมชน เลือกว่าจะจัดเบี้ยดูแลรักษาเพิ่มเติมหรือให้บัตรผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ (voucher) ให้กับผู้มีรายได้น้อยหรือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ เพื่อนำไปซื้อหาบริการสุขภาพจากภาคเอกชน

โครงการช่วยเหลือการดูแลที่บ้าน (Programmed Home Care Assistance) และโครงการการดูแลที่บ้านแบบองค์รวม (Integrated Home Care) ภายใต้โครงการช่วยเหลือการดูแลที่บ้าน ผู้ปฏิบัติงานทั่วไปทำการเยี่ยมบ้านตามกำหนดเวลา ผู้ที่พิการทางกายภาพ หรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่น เป็นโรคหัวใจหรือโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ที่ทำให้ยากต่อการเดินทาง เมื่อร้องขอบริการจากโครงการดังกล่าว ที่ได้รับความยินยอมจากแพทย์ที่รับผิดชอบด้านโรคหัวใจ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทั่วไป จะเตรียมการเยี่ยมบ้านตามที่ต้องการเป็นรายสัปดาห์หรือรายเดือน ด้วยต้องการที่จะดูสภาพความเป็นอยู่ปัจจุบัน และตรวจความมีประสิทธิภาพในการดูแลฟื้นฟู

โครงการการดูแลที่บ้านแบบองค์รวม ให้อำนาจนักวิชาชีพด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น หมอ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ทำตารางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือพิการชั่วคราว ถ้าได้รับการอนุมัติโดยผู้ปฏิบัติงานทั่วไป ผู้ได้รับบริการจากโครงการจะได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และบริการเครื่องช่วยในบ้านที่จำเป็น ในบางชุมชนท้องถิ่น บริการสุขภาพที่บ้านอาจถูกจำกัดแค่ สองสามวันต่อสัปดาห์ เพราะว่าขาดทรัพยากรและบุคลากร ถึงแม้ว่าบริการทางการแพทย์ที่บ้านจะจัดให้ฟรีภายใต้ระบบสุขภาพแห่งชาติ แต่บริการผู้ช่วยที่บ้าน ต้องจ่ายโดยผู้สูงอายุหรือครอบครัวที่ได้รับบริการ การขอความช่วยเหลือทำได้ที่ชุมชนที่มีสำนักงานเพื่อบริการอยู่ และต้องมีการประเมินเพื่อจะกำหนดระดับการดูแลที่ต้องการ และพิจารณารายได้ผู้สูงอายุ

- การलगานและการลดหย่อนทางภาษี

รัฐบาลได้กำหนดสวัสดิการจากการทำงานให้ผู้ดูแล ผู้ดูแลชาวอิตาลีจะได้รับสวัสดิการบางอย่างจากการเป็นผู้ดูแล แต่การเข้าถึงสิทธิและขอบเขตของสวัสดิการเหล่านี้มีไม่มากนัก ตัวอย่างเช่น ภายใต้กฎหมาย n 355 ที่ตรขึ้นเมื่อปี 1995 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กำลังทำงานสามารถได้รับเครดิตบำนาญสำหรับการลาออกจากการจ้างงาน และถ้าอยู่ร่วมกับผู้ที่ได้รับการดูแล เครดิตบำนาญจำกัดแค่ 25 วันต่อปี ภายในระยะเวลา 2 ปี

ในเรื่องการलगาน แรงงานผู้ใดก็ตามที่มีสิทธิ์ที่จะได้รับค่าจ้างเมื่อलगาน 3 วัน ต่อปี ในกรณีที่มีการตายหรือความพิการหนักที่มีเอกสารยืนยันของคู่สมรสหรือสมาชิกครอบครัว และให้लगานแบบไม่จ่ายค่าจ้างจนถึง 2 ปี (ต่อเนื่อง) ถ้าผู้ดูแลที่ทำงานอยู่กำลังช่วยสมาชิกครอบครัวที่พิการอย่างรุนแรง ผู้ดูแลมีสิทธิ์ลาหยุด 3 วัน ต่อเดือน โดยไม่หักค่าจ้างตลอดอาชีพการทำงาน นอกเหนือจากนโยบายสำหรับผู้ดูแลที่มีหน้าที่การलगาน นโยบายสังคมของอิตาลี ไม่ให้ความสำคัญของการต้องการผู้สูงอายุ ดังนั้น ขณะที่มีการขยายระดับชาติที่

พยายามให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลในครอบครัวบางระดับ การออกกฎหมายสำหรับการสนับสนุนชุมชนสำหรับการดูแลยังคงเป็นการกระจายอำนาจและดำเนินการแบบแยกส่วน ไม่มีการออกกฎหมายที่เฉพาะสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว เพราะค่าใช้จ่ายและความรับผิดชอบการดูแล มองว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวในเชิงบังคับ

- องค์การกุศล ไม่แสวงผลกำไร และภาคเอกชน

ภาคเอกชนมีบทบาทโดยตรงในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนในอิตาลีมีลักษณะเด่นคือ ประการแรก คือ จ้างแรงงานต่างชาติ ในการให้ความช่วยเหลือความต้องการการดูแลที่บ้าน และประการที่สอง คือ ภาคธุรกิจที่มีอยู่จำนวนมาก จากการที่ผู้สูงอายุหรือครอบครัว สามารถซื้อหาบริการการดูแลในชุมชน มีการประเมินกันว่า มีการจ้างชาวต่างชาติทำหน้าที่ผู้ดูแลประมาณ 700,000 คน แบบสัญญาจ้างเป็นทางการ นอกจากนี้ ยังมีประชาชนส่วนใหญ่จ้างผู้ดูแลผ่านธุรกิจเอกชน บริการมีอาชีพเอกชน และคนชั้นกลางจะหาแรงงานต่างชาติจากภาคเอกชน ส่วนผู้ที่รายได้น้อยขึ้นอยู่กับบริการที่มีการประเมินทรัพย์สิน

องค์กรอาสาสมัครที่ให้การช่วยหรือการดูแลฟื้นฟูระยะสั้นบางอย่าง และบริการรับส่งไปสถานพยาบาล ตามหมอนัด องค์กรที่ชื่อว่า Volunteer Association for Assistance to the Sick and Elderly ในชุมชนให้การดูแล เยี่ยมเยียน โดยอาสาสมัคร มีองค์กรระดับชาติบางองค์กรให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลแก่ผู้ดูแล

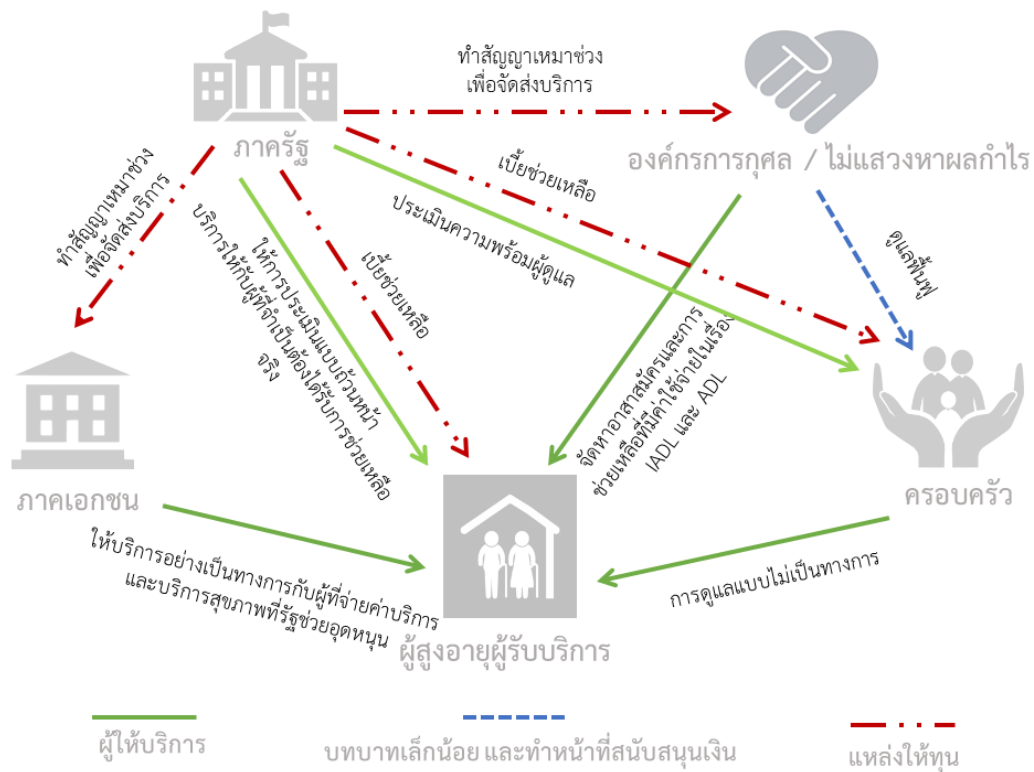
ในอิตาลี รัฐบาลแห่งชาติมีบทบาทอันดับรองในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางการแพทย์เท่านั้นที่เข้าโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ที่มีความพิการทางกายภาพอย่างรุนแรงเท่านั้นที่ได้รับเงินสงเคราะห์จากบริการทางสังคม ที่อาจนำไปใช้ซื้อหาบริการกับภาคเอกชน เพราะว่าความรับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือที่บ้านในชุมชน ในระดับพื้นที่ การดูแลโดยภาครัฐยังไม่กระจายกว้างขวาง อาจไม่มีการประเมินทรัพย์สิน จัดสรรไม่เท่าเทียมกันระหว่างเขตปกครองตอนเหนือกับตอนใต้ ทางเหนือมีบริการมากมาย โครงการและบริการที่ส่วนการบริการท้องถิ่นให้ ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมทางการเมือง องค์กรและรัฐบาลท้องถิ่นไม่มีศักยภาพในการกำหนดว่าจะให้บริการแก่ผู้ใด ดังนั้น ทั่วอิตาลี บริการให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลค่อนข้างมีจำกัด

อังกฤษ

การดูแลผู้สูงอายุในอังกฤษเป็นผสมผสานความร่วมมือกันระหว่างรัฐ องค์กรไม่แสวงผลกำไร และครอบครัว โดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลเบื้องต้น รัฐบาลแห่งชาติมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ภายใต้บทบัญญัติทางกฎหมายที่สำคัญ คือ กฎหมายว่าด้วยบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Services) กฎหมายว่าด้วยการดูแลในชุมชน (Community care Act) กฎหมายว่าด้วยการบริการและความสำคัญของผู้ดูแล (Carers Recognition and Services) กฎหมายว่าด้วยยุทธศาสตร์แห่งชาติสำหรับ

ผู้ดูแล (National Strategy for Carers) กฎหมายว่าด้วยการดูแลทางสุขภาพและสังคม และ กฎหมายว่าด้วยผู้ดูแล (Carers Act)

แผนภาพที่ 2-11 การดูแลผู้สูงอายุในอังกฤษ



ที่มา: ดัดแปลงจาก Wacker และ Roberto, 2011

สุขภาพที่บ้านและการดูแลที่บ้าน

ในอังกฤษ การดูแลสุขภาพเป็นการเข้าถึงแบบถ้วนหน้า การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูอาการ และบริการรักษาโรคมือและเท้า เป็นการรักษาที่เข้าถึงบ้าน ที่มีความครอบคลุมภายใต้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติและไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือนำมาเบิกได้หมด เมื่อผู้รับบริการได้รับการประเมินความต้องการ พยาบาลชุมชนผู้เป็นพยาบาลวิชาชีพ จะทำการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การรักษาพยาบาล เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า ฉีดยา และช่วยให้ได้รับการรักษาโรคภัยไข้เจ็บที่บ้าน และอาจสอนทักษะการดูแลให้กับครอบครัว และผู้ดูแล รวมถึงสอนการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ตามความจำเป็น

ในเรื่องของการดูแลที่บ้านหรือบริการทำงานบ้าน หน่วยงานท้องถิ่นด้านบริการสังคมรับผิดชอบในการประเมินและจัดหาบริการ ที่ได้รับงบประมาณจากการจัดเก็บภาษีทั่วไประวมกับการเก็บค่าบริการ บริการดูแลที่บ้านมีบริการซักผ้า จัดหารถพิเศษ ตัดผม จัดหาอาหาร ทำงานบ้าน ดูแลส่วนตัว ซ่อมแซมและปรับปรุงบ้าน และเป็นที่พักพิง เพื่อจะได้รับการดูแลที่บ้าน อันดับแรกผู้สูงอายุต้องได้รับการประเมินระดับความต้องการ แล้วจัดทำแผนการดูแล เมื่อได้แผนการดูแลแล้ว จากนั้นจึงค่อยกำหนดแผนการเงินว่าผู้สูงอายุสามารถจ่ายได้

เท่าไร ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าบำนาญพื้นฐาน 25 เปอร์เซ็นต์ จะไม่คิดค่าบริการ ส่วนผู้ที่ต้องมีการคิดค่าใช้จ่ายบริการอาจต้องพิจารณาถึงมูลค่าบ้าน เงินออมที่มีอยู่ แล้วแต่กรณี

การจัดหาบริการดูแลเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของสภาปกครองท้องถิ่น เงินอุดหนุนสามารถให้กับหน่วยงานอาสาสมัครหรือเอกชนที่จะให้บริการ หรือผู้สูงอายุก็จะได้เป็นเงินสด เรียกว่า การจ่ายตรง เพื่อจัดเตรียมและจ่ายค่าบริการให้กับหน่วยงานเอกชนหรืออาสาสมัคร คู่สมรสหรือผู้อื่นหรือญาติที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ตามปกติจะไม่ได้รับสิทธิรับค่าบริการในฐานะผู้ดูแล การเข้าถึงการดูแลแบบฟื้นฟูการจัดให้โดยกระทรวงบริการสังคมหรือหรือสามารถจ่ายให้กับภาคเอกชน เงินสงเคราะห์อีกอย่างหนึ่งเรียกว่า เบี้ยสงเคราะห์เพื่อการดูแลรักษา (attendance allowance) เป็นสิทธิประโยชน์ที่ไม่ต้องเสียภาษีสำหรับผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ทุพพลภาพทางกายหรือจิต และทำให้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลรายบุคคล เบี้ยสงเคราะห์เพื่อการดูแลรักษานี้ จะได้รับในอัตรา 45-67 ปอนด์ต่อสัปดาห์ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือแล้วผ่านเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแล (carer's allowance) ผู้สูงอายุไม่สามารถรับเบี้ยสงเคราะห์เพิ่มเติมนี้ได้

รัฐให้การสนับสนุนโดยตรงแก่ผู้ดูแลสูงอายุโดยครอบครัว ด้วยการผ่านกฎหมายจำนวนมากที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมั่นใจว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างแน่นอน ปี 1999 รัฐบาลได้ออกแผนยุทธศาสตร์ที่มีชื่อว่า ยุทธศาสตร์เพื่อผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Strategy for Carers) ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับความสำคัญและการช่วยผู้ดูแลทุกวัย ยุทธศาสตร์เน้นไปที่ 3 องค์ประกอบสำคัญ หนึ่ง ข้อมูล (การเข้าถึงและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ช่วยกิจกรรมการดูแล สอง การช่วยเหลือ (เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลในแผนของบริการที่ต้องการ) และ สาม การดูแล (ผู้ดูแลมีสิทธิที่จะมีความต้องการของตนเอง) นโยบายเสริมอีกสองนโยบาย คือ นโยบาย Carer and Disable Children และ นโยบาย Carers (Equal Opportunities) กฎหมายปี 2004 ให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมสำหรับผู้ดูแล โดยไม่คำนึงถึงรายได้ ผู้ดูแลจะต้องได้รับการแจ้งเรื่องสิทธิเพื่อการประเมินจากสภาปกครองท้องถิ่น แม้ว่าผู้รับการดูแลปฏิเสธการประเมิน และมีความจำเป็นที่เกี่ยวกับการทำงาน การได้รับการอบรม หรือกิจกรรมยามว่าง กฎหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลได้ให้อำนาจสภาปกครองท้องถิ่นในการจัดหาบริการบางอย่างให้กับผู้ดูแล ภายใต้กฎหมาย ผู้ดูแลได้รับสิทธิในการประเมินความสามารถในการให้การดูแล สุขภาพกาย อารมณ์ ความรับผิดชอบอื่น ๆ ความเข้าใจในสภาพของผู้สูงอายุ มีการสร้างแผนการบูรณาการการดูแลที่มีบริการที่เน้นความต้องการทั้งผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเพื่อเป็นการช่วยเหลือ บริการที่จะได้รับ อาทิ แผนบูรณาการของการดูแล การอบรม เข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง การได้รับการปรึกษา ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักจากการดูแล เงินช่วยเหลือค่าแท็กซี่ และค่าโทรศัพท์ เป็นต้น

ปี 2006 กรมสุขภาพแห่งอังกฤษได้ออกสิ่งตีพิมพ์ Our Health, Our Care, Our Say ที่ให้กับรายงานปกขาวว่าด้วยยุทธศาสตร์แห่งชาติ ค.ศ. 1999 (National Strategic White Paper) กำหนดเป้าหมายสำหรับบริการภายในชุมชนที่มีแนวทางแบบบูรณาการมากขึ้นในการจัดหาบริการการดูแลสุขภาพและสังคม รวมทั้งกำหนดมาตรฐานต่ำสุด มีผู้ให้บริการที่เป็นทางเลือกหลากหลาย การอบรมในกำลังแรงงาน และกฎระเบียบเพื่อเป็นการบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ กรมสุขภาพได้ตั้งหน่วยบริการข้อมูล New Deal for Carers บริการข้อมูลสายด่วนช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแล ให้เงินช่วยเหลือผู้ดูแลหยุดพักผ่อนช่วงเวลาสั้น ๆ สำหรับผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะ

วิกฤตหรือสถานการณ์เร่งด่วน และให้งบประมาณจัดตั้งโครงการผู้ดูแลเชี่ยวชาญ (expert carers) เพื่อเป็นต้นแบบการฝึกอบรมผู้ดูแลที่เป็นการจัดให้ตัวต่อตัวหรือฝึกผ่านออนไลน์

นอกจากการได้รับสิทธิการประเมิน ยังมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการ และการพัฒนาแผนการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแลด้วย ถ้าผู้ดูแลใช้เวลา 35 ชั่วโมง หรือมากกว่านั้นต่อสัปดาห์ ในการดูแลญาติหรือเพื่อน หรือดูแลใครก็ตามที่ได้รับสิทธิประโยชน์กรณีพิการบางอย่าง ผู้ดูแลมีสิทธิได้รับเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแล แม้ว่าเบี้ยประเภทนี้ไม่ใช้การประเมินทรัพย์สิน ผู้ดูแลไม่สามารถได้รับทั้งเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแล และสิทธิประโยชน์ของรัฐอื่น ๆ ถ้าสิทธิประโยชน์นั้นมีค่ามากกว่า 50.55 ปอนด์ ต่อสัปดาห์ ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลได้รับ 90 ปอนด์ต่อสัปดาห์ จากบำนาญชราภาพ (State Retirement Pension) ดังนั้นผู้ดูแลไม่มีสิทธิได้รับเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ถ้าเบี้ยบำนาญที่ได้รับคือ 32 ปอนด์ ต่อสัปดาห์ ผู้ดูแลจะได้รับเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแลเพียง 18 ปอนด์ ส่วนผู้ดูแลที่ยังไม่เกษียณ ก็จะได้รับเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแลทุกสัปดาห์

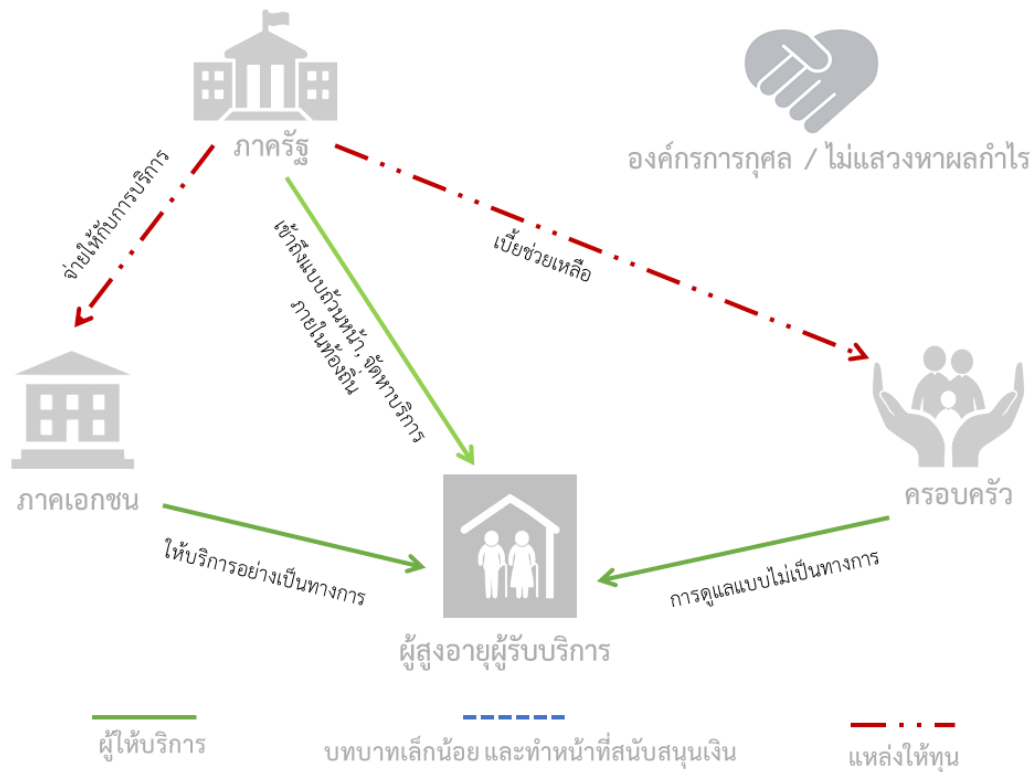
ในเรื่องของผู้ดูแลที่มีหน้าที่การงาน กฎหมายว่าด้วยการจ้างงาน ค.ศ. 1999 (Employment Relations) ให้สิทธิลางานเพื่อดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลที่ไม่ได้คาดมาก่อนว่าจะต้องมาดูแล แต่ต้องมีการต่อรองกับนายจ้างในเรื่องระยะเวลาที่ลาหยุดได้แบบได้ค่าจ้าง

รัฐสนับสนุนการจัดหาบริการการดูแลที่บ้าน ผ่านการทำสัญญากับองค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ ตัวอย่างเช่น Princess Royal Trust for Carers จัดตั้งขึ้นเมื่อปี 1991 และเป็นองค์กรที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลขนาดใหญ่ที่สุดในสหราชอาณาจักร และมีเครือข่ายมากกว่าร้อยเครือข่าย ในการดูแลผู้ดูแลที่พึ่งตนเอง เว็บไซต์ www.carers.org ได้รับทุนจากรัฐในการช่วยเหลือผู้ดูแล ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ข้อมูล ให้กับผู้ดูแลและนักวิชาชีพผ่านเว็บไซต์ โทรศัพท์ แผ่นพับ และเอกสาร

สวีเดน

การดูแลผู้สูงอายุในสวีเดน มีลักษณะเด่นคือ เป็นการสนับสนุนโดยตรงจากรัฐบาลสวีเดนและครอบครัว ส่วนภาคเอกชนมีส่วนร่วมรองลงมา และภาคอาสาสมัครหรือไม่แสวงหาผลกำไรแทบไม่มีส่วนร่วมเลย ในทางตรงข้ามกับสหรัฐอเมริกาและอิตาลี รัฐบาลสวีเดนยอมรับในบทบาทของการช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลผ่านการออกกฎหมายที่สร้างและให้สนับสนุนการบริการในชุมชนโดยตรง การดูแลผู้สูงอายุมีการมองว่าเป็นความรับผิดชอบของรัฐ และบริการสามารถเข้าถึงได้ถ้วนหน้าสำหรับพลเมืองทุกคน รัฐสภาสวีเดนกำหนดวัตถุประสงค์ของชาติ ที่นำมาใช้เป็นกรอบสำหรับนโยบายสังคม ที่ย้าว่าผู้สูงอายุควร (1) สามารถที่จะใช้ชีวิตอย่างมีชีวิตชีวา และส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (2) สามารถที่จะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุที่มีความปลอดภัยและคงไว้ในกาพึ่งพาตนเองได้ (3) ได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพ และ (4) มีการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่ดีและบริการทางสังคม

แผนภาพที่ 2-12 การดูแลผู้สูงอายุในสวีเดน



ที่มา: ดัดแปลงจาก Wacker และ Roberto, 2011

รัฐบาลสวีเดนกำหนดทิศทางนโยบายสำหรับประเทศผ่านการออกกฎหมาย สภาการปกครองท้องถิ่น บริการที่ระดับพื้นที่ และรับผิดชอบในการจัดหาบริการที่พักอาศัยและบริการทางสังคม และในบางกรณี บริการดูแลสุขภาพ ที่ระดับชาติ มีกฎหมาย 3 ฉบับ ที่ให้กรอบสำหรับการบริการในชุมชน กฎหมายว่าด้วย บริการทางสังคม ค.ศ.1982 ได้ตั้งสิทธิตามกฎหมายที่จะได้รับการดูแลทางสังคมเมื่อต้องการ และกฎหมาย บริการสุขภาพและการแพทย์ ค.ศ. 1982 (Health and Medical Services) กำหนดมาตรฐานการดูแล สุขภาพและการเข้าถึงอย่างถ้วนหน้าสำหรับพลเมืองทุกคน การตรากฎหมายการปฏิรูปการดูแลในชุมชน ค.ศ. 1992 (Community Care Reform) แต่งตั้งให้ส่วนการปกครองท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจเพียงผู้เดียวในการดูแล ผู้สูงอายุทางสุขภาพที่บ้าน กฎหมายว่าด้วยบริการทางสังคมกำหนดให้มีสิทธิทางกฎหมายของบุคคลทุกวัยที่จะ ได้รับบริการทางสังคมถ้าความต้องการไม่สามารถบรรลุในวิถีทางอื่น ๆ ดังนั้น การเข้าถึงบริการการดูแลเป็น แบบถ้วนหน้าและไม่ต้องมีการประเมินทรัพย์สินเหมือนที่มีอยู่ในสหรัฐอเมริกา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี ส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการประเมินและจัดหาบริการช่วยเหลือที่บ้านและบริการสุขภาพที่บ้าน ค่าใช้จ่าย สำหรับการดูแลผู้ป่วยนอก มีการกำหนดโดยแต่ละสภาการปกครองเมือง ตัวอย่างเช่น ในการปรึกษาแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านดูแลสุขภาพ มีค่าใช้จ่าย 150 โครนสวีเดน และมีเพดานการจ่ายสูงสุดว่าผู้ป่วยจะต้องจ่าย เองเท่าไร และหลังจากผู้ป่วยจ่ายยอดรวมทั้งหมด 900 โครนสวีเดนแล้ว ภายใน 12 เดือน ต่อเนื่องจากการเข้า รับการปรึกษาทางการแพทย์ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ผู้สูงอายุทุกคนสามารถใช้บริการช่วยเหลือที่บ้าน แต่ในเขตการปกครองส่วนใหญ่ การได้รับบริการ ขึ้นอยู่กับการประเมินที่ดำเนินการโดยผู้จัดการดูแลภายในเขตที่อาศัยอยู่ แต่ละเขตการปกครองตัดสินว่าถ้า ต้องการประเมิน ซึ่งมีการบริการประเภทต่างๆ และค่าธรรมเนียมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนั้น ถ้าการประเมิน เป็นที่ต้องการ จะต้องมีการพบกับผู้สูงอายุตามปกติในบ้านของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษารายละเอียดการขอบริการ พิจารณาความต้องการในการดูแลกับครอบครัว และปรึกษากับวิชาชีพอื่น ๆ การช่วยเหลือที่บ้านเป็นบริการ เบื้องต้นที่จัดหาให้ ที่มีอยู่ในสวีเดน มีการช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น พาอาบน้ำ เข้าห้องน้ำ และแต่งตัว และกิจกรรมที่ต้องมีเครื่องมือ เช่น การเดินทาง การพาเดิน การดูแลแบบการช่วยเหลือทั้งวันทั้ง คืนและในวันหยุด บริการเหล่านี้ผู้จัดการเป็นคนจัดการให้ และจัดหาบริการสุขภาพของรัฐ หรือที่ธุรกิจ เอกชนทำให้ ค่าธรรมเนียมบริการที่ให้ขึ้นอยู่กับรายได้ของคู่สมรสของผู้สูงอายุหรือคู่ที่จดทะเบียน และ ค่าใช้จ่ายในการครองชีพ ตัวอย่างเช่น ในสต็อกโฮล์ม ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการช่วยเหลือที่บ้านและกิจกรรม ตอนกลางวัน 3-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ สูงสุดอยู่ที่ 947 โครน ต่อเดือน หรือ 3,655 บาท

ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลโดยตรงและไม่เป็นทางการให้กับญาติพี่น้องที่สูงอายุ แต่รัฐช่วยผู้ดูแลใน ครอบครัวโดยจัดหาบริการที่ช่วยผู้ดูแลโดยตรง และโดยการให้ค่าชดเชยแก่ผู้ดูแล ในปี 1998 กฎหมายว่าด้วย ประกันสังคม มีการแก้ไขให้มีการรวมข้อความที่ว่า ส่วนการปกครองท้องถิ่นมีหน้าที่โดยตรงในการช่วย ครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และป่วย ปีต่อมา National Action Plan on Policy for the Elderly ได้สนับสนุนเงินประมาณสามร้อยล้านโครน ให้กับเขตการปกครองต่าง ๆ เป็นการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการบริการที่ออกแบบมาเพื่อช่วยผู้ดูแล เช่น การเยี่ยมเยียนที่บ้านวันละ 2-3 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ การเยี่ยมเยียนในช่วยเหลือสั้นๆ ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือกลุ่ม และการเปิดหลักสูตรอบรม ผู้ดูแลทุกคนมีสิทธิ์ 4 ชั่วโมง ในการได้รับการเยี่ยมเยียนตลอดสัปดาห์โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลอาจมีสิทธิ์ ได้รับทั้งเบี้ยสงเคราะห์การดูแลรักษา และเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแล

เบี้ยสงเคราะห์การดูแลรักษา (Attendance Allowance หรือ Home care Allowance) เป็นเบี้ย สงเคราะห์ที่ให้กับผู้สูงอายุ หรือจ่ายให้กับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ยอดเบี้ยที่ได้รับที่ไม่คิดภาษีขึ้นอยู่กับ ระดับของการพึ่งพิงและจำนวนชั่วโมงการดูแล แต่ไม่เกิน 17 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ เบี้ยที่จ่ายมีความ หลากหลายในแต่ละเขตการปกครอง มีการจ่ายสูงสุดประมาณ 5,000 โครน ต่อเดือน ส่วนเบี้ยสงเคราะห์ ผู้ดูแล (Carer's Allowance) ผู้ดูแลที่ได้รับเบี้ยนี้จะได้เบี้ยเท่ากับค่าจ้างผู้ให้บริการทางการ ตามอัตราที่ส่วน การปกครองท้องถิ่นจ้าง เบี้ยนี้นำมาหักลดภาษีได้ และผู้ดูแลได้รับยอดสะสมบำนาญด้วย

ผู้ดูแลที่มีหน้าที่การงาน มีสิทธิ์ที่จะได้รับการจ่าย และไม่ได้รับการจ่ายจากการลางานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ กฎหมายว่าด้วยลางานเพื่อดูแลผู้ป่วย ค.ศ. 1989 (Care Leave Act) ให้สิทธิ์ผู้ที่ดูแลญาติใกล้ชิดที่ป่วยหนัก หรืออยู่ในระยะสุดท้าย ลางานโดยยังคงได้รับค่าแรงได้จนถึง 60 วัน ผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ทั้งคู่ต้อง ลงทะเบียนที่สำนักงานประกันสังคม (ตัวอย่าง ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี) และการดูแลต้องอยู่ใน สวีเดน การจ่ายให้กับผู้ดูแลสามารถจ่ายให้ 80 เปอร์เซ็นต์ ของรายได้ และสิทธิประโยชน์เหล่านี้นำมาหักภาษี

ได้ ในเรื่องจัดเวลาการทำงานและการดูแลต้องมีการพูดคุยกับนายจ้าง อาจทำให้ยืดหยุ่นขึ้น เช่น ทำพาร์ทไทม์ หรือ ปรับเวลาให้ยืดหยุ่น เป็นต้น

แม้ว่าภาคอาสาสมัคร หรือองค์กรไม่แสวงผลกำไร ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงในการบริการในชุมชน มีองค์กรที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้สูงอายุ คือ สมาคมชาดแห่งสวีเดน ใช้อาสาสมัครให้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ที่อยู่คนเดียว ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และให้การช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแล สมาคมโรคสมองเสื่อม และสมาคมโรคอัลไซเมอร์ แห่งสวีเดน ก็ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการสมองเสื่อม และช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแล และผลักดันเชิงนโยบายผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม

การดูแลในสวีเดน มีการมองว่าเป็นความรับผิดชอบของรัฐ และนโยบายสังคมของสวีเดน ออกกฎหมาย การเข้าถึงแบบถ้วนหน้าแก่บริการดูแลสุขภาพและรักษาอาการเจ็บไข้ได้ป่วยที่บ้าน ที่ช่วยเหลือทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีการกำหนดความต้องการการดูแลที่บ้าน มีบริการที่บ้านที่ครอบคลุม รวมทั้งดูแลในตอนกลางคืน และปรับปรุงบ้าน การดูแลที่จำเป็นเป็นความรับผิดชอบของส่วนการปกครองท้องถิ่น หรือจัดหาผ่านหน่วยงานเอกชนที่ได้รับเงินอุดหนุนจากองค์การปกครองท้องถิ่น ผู้ดูแลก็จะได้รับการช่วยเหลือโดยตรงผ่านโครงการเยี่ยมเยียนและเยี่ยมผู้ดูแล ทั้งมีนโยบายจ่ายค่าแรง ที่ให้มีการจ่ายร้อยละ 80 ของรายได้ให้กับผู้ดูแลที่ตรงตามเกณฑ์

นโยบายด้านดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือที่บ้านของสหรัฐอเมริกา อังกฤษ อิตาลี และสวีเดน ที่เป็นกาจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่บ้าน ตามที่ได้ทบทวนข้างต้น สรุปได้ดังตารางที่ 2-7 และ 2-8

ตารางที่ 2-7 สรุปประเภทของการบริการที่ภาครัฐ องค์กรการกุศล / ไม่แสวงผลกำไร และเอกชน จัดให้ผู้สูงอายุในประเทศที่นำมาศึกษา คือ สหรัฐอเมริกา (US) อังกฤษ (EN) อิตาลี (IT) และสวีเดน (SE)

บริการ	ภาคส่วนที่จัด	การเข้าถึงบริการ	การเข้าถึงสิทธิประโยชน์
ซักผ้า	1. รัฐ : IT EN SE US 2. การกุศล : - 3. เอกชน : IT US	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE 2. ดูรายได้/สภาพปัญหา : US	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : IT EN 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : EN SE US ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ตัดผม	1. รัฐ : EN SE 2. การกุศล : - 3. เอกชน : IT	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE 2. ดูรายได้/สภาพปัญหา : -	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด: EN 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : EN SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
อาหารกลางวัน	1. รัฐ : IT US EN SE 2. การกุศล : IT US 3. เอกชน : IT	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE 2. ดูรายได้/สภาพปัญหา : IT US EN	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US EN 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด: IT 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : IT US EN SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
แจ้งเตือน	1. รัฐ: IT EN SE 2. การกุศล : - 3. เอกชน : US	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE 2. ดูรายได้/สภาพปัญหา : -	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : US 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : SE 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : IT ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน

บริการ	ภาคส่วนที่จัด	การเข้าถึงบริการ	การเข้าถึงสิทธิประโยชน์
เครื่องมือ / อุปกรณ์	1. รัฐ IT US EN SE 2. การกุศล : US 3. เอกชน : US	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE IT 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : US	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : US 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : IT EN 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : IT US EN SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ปรับปรุงบ้าน	1. รัฐ IT EN SE 2. การกุศล : US 3. เอกชน : IT US	1. เข้าถึงได้ทุกคน : SE 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : IT EN	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : IT EN SE 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : IT EN ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ไปรู้จะเป็นเพื่อน	1. รัฐ : IT SE 2. การกุศล : US EN 3. เอกชน : IT	1. เข้าถึงได้ทุกคน : SE 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : -	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US EN 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : IT SE 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ดูแลที่บ้านหรือที่ศูนย์ชุมชนตอนกลางวัน	1. รัฐ : US EN SE 2. การกุศล : - 3. เอกชน : IT US	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : US	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : EN 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : US EN SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ดูแลที่บ้านตอนกลางคืน	1. รัฐ : EN SE 2. การกุศล : - 3. เอกชน : IT US EN	1. เข้าถึงได้ทุกคน : SE 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : EN	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US EN 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : EN 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : EN SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ช่วยเหลือผู้ร่วมอาศัยในบ้าน	1. รัฐ : IT SE 2. การกุศล : - 3. เอกชน : IT US EN	1. เข้าถึงได้ทุกคน : SE 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : IT	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US EN 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : - 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : IT SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ดูแลด้าน ADLs ที่บ้าน	1. รัฐ : US EN SE 2. การกุศล : - 3. เอกชน : IT US	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : US	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : EN 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : US EN SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ผู้จัดการดูแลผู้รับบริการ	1. รัฐ : IT US EN SE 2. การกุศล : 3. เอกชน : US	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : IT US	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : IT EN SE 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : US ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน
ทำความสะอาดบ้าน	1. รัฐ : US EN SE 2. การกุศล : US 3. เอกชน : IT US	1. เข้าถึงได้ทุกคน : EN SE 2. ดุรายได้/สภาพปัญหา : US	1. ผู้รับบริการจ่ายเอง : IT US 2. รัฐให้ฟรีหรือให้เบิกได้หมด : EN 3. รัฐช่วยออกค่าใช้จ่ายบางส่วน : US EN SE ข้อ 2. และ 3. ต้องมีการประเมินก่อน

ที่มา: ดัดแปลงจาก Wacker & Roberto, 2011

ตารางที่ 2-8 สรุปประเภทของการบริการที่ภาครัฐ องค์กรการกุศล / ไม่แสวงผลกำไร และเอกชน จัดให้ผู้ดูแลสูงอายุในประเทศที่นำมาศึกษา คือ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ อิตาลี และสวีเดน

บริการ	การเข้าถึง			หน่วยงานให้บริการ		
	ไม่มี	แบบมีข้อจำกัด	แบบเข้าถึงได้ทุกคน	รัฐ	องค์กรการกุศล / อาสา	ครอบครัวจ่ายเอง
ประเมินความต้องการของผู้ดูแล			สวีเดน อังกฤษ			สหรัฐอเมริกา
ให้คำปรึกษาและแนะนำ		อิตาลี สหรัฐอเมริกา	สวีเดน อังกฤษ	อิตาลี สหรัฐอเมริกา อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา	สหรัฐฯ อังกฤษ
ทีมงานช่วยเหลือ		อิตาลี สหรัฐอเมริกา อังกฤษ	สวีเดน	อิตาลี อังกฤษ	อิตาลี สหรัฐอเมริกา	
ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลที่บ้าน		สหรัฐอเมริกา สวีเดน อังกฤษ	อิตาลี	สหรัฐอเมริกา อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา สวีเดน	อิตาลี อังกฤษ สหรัฐ
สถานที่ดูแลผู้ป่วย (เพื่อให้ผู้ดูแลพัก)		สหรัฐอเมริกา อิตาลี	สวีเดน อังกฤษ			อิตาลี อังกฤษ สหรัฐอเมริกา
เงินสงเคราะห์ / ช่วยเหลือ	สหรัฐอเมริกา		อิตาลี สวีเดน อังกฤษ			
ฝึกอบรมทักษะการดูแล และดูแลสุขภาพกายและใจ		อิตาลี อังกฤษ	สวีเดน		สหรัฐอเมริกา	

ที่มา: ปรับจาก Wacker และ Roberto, 2011

2.2 ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

การดำเนินงานด้านการผู้สูงอายุของประเทศไทย เริ่มปรากฏชัดเจนขึ้นในปี พ.ศ. 2496 ในสมัยของจอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ที่ต้องการให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่มีคุณภาพและดำรงชีวิตในสังคมอย่างสงบสุข จึงได้ริเริ่มให้มีการจัดสวัสดิการสังคมและประชาสงเคราะห์ รวมถึงกำหนดนโยบายที่สำคัญหลายประการ ในยุคแรกๆ ของงานสังคมสงเคราะห์ในไทยนั้น ยังไม่มีงานใด ๆ ที่เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยตรง ต่อมา มีการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ จึงทำให้งานสังคมสงเคราะห์โดยรัฐมีความชัดเจนขึ้น การสงเคราะห์ที่เป็นการจัดบริการในสมัยแรกของการตั้งกรมฯ ขึ้นมานั้น ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการสังคมประเภทสถานสงเคราะห์ (Residential or Institutional Care or Services) ที่ได้รับแนวคิดหลักมาจากจากกลุ่มประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา หรือที่เรียกว่า “รัฐสวัสดิการ” (Welfare State) ที่มีแนวคิดที่ รัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริมงานด้านสวัสดิการ ภาวะความเป็นอยู่ และยกระดับมาตรฐานการครองชีพของประชากรไทยในด้านปัจจัยสี่ ตั้งแต่เกิดจนตาย (กรมประชาสงเคราะห์, 2539) การดำเนินงานด้านบริการสงเคราะห์ของ

ประเทศไทยในอดีตนั้น เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้เดือดร้อน เช่น เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ฯลฯ บริการที่จัดให้อยู่ในรูปแบบของสถาบัน ที่เรียกว่า Institutional Care โดยมีรากฐานมาจากการจัดบริการในรูปแบบของสถานพักพิง (shelter) สถานรับเลี้ยงดู (asylum) ต่อมาเมื่อได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ จึงเริ่มปรับเปลี่ยนแนวคิดและรูปแบบการให้บริการมาเป็นองค์กรหลักในการบรรเทาทุกข์แก่สาธารณชน (public relief) โดยเริ่มให้ความสำคัญกับชุมชนและประชาชนมากขึ้น การปรับเปลี่ยนทิศทางดังกล่าวนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากยุทธศาสตร์ชาติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) ที่เริ่มทำให้การบริการสังคมสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์เปลี่ยนเป็นสวัสดิการเชิงรุกและเข้าถึงชุมชนและครอบครัวมากยิ่งขึ้น และเน้นการป้องกันปัญหามากกว่าการแก้ไข (วันทนี และคณะ, 2537) และนำมาสู่มาตรการอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการด้านการสร้างหลักประกันรายได้ยามชราภาพ เช่น การแก้ไขมาตรการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุให้เป็นระบบแบบถ้วนหน้า การตราพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมมาตรา 40 ทางเลือกสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ เป็นต้น การเตรียมการด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุก็มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน และรวมไปถึงการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2535 จนพัฒนาต่อมาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ผลจากการออกมาตรการเพื่อตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมวัยชราของรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่จะเป็นผลกระทบตามมาคือ ภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล โดยเฉพาะหมวดงบประมาณเพื่อบำนาญภายใต้ระบบบำนาญที่ภาครัฐมีอยู่หลายระบบ อันได้แก่ บำนาญข้าราชการ กองทุนบำนาญข้าราชการ กองทุนบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น กองทุนประกันสังคม เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ กองทุนสวัสดิการครูและครูใหญ่โรงเรียนเอกชนและกองทุนการออมแห่งชาติ นอกจากบำนาญแล้ว สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการบำนาญ และงบประมาณสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของผู้สูงอายุจะได้รับผลจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน (วรเวศม์, 2559)

ในภาพรวมการดำเนินงานผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น อาจสรุปรูปแบบการสนับสนุนผู้สูงอายุในประเทศไทย ออกได้เป็น 7 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

1) ด้านรายได้หลักเกษียณ

- หลักประกันรายได้

ในประเทศไทยหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ มี 2 ลักษณะ ได้แก่ หลักประกันการจัดการอย่างเป็นระบบและมีกฎหมายรองรับ และหลักประกันที่มีการจัดการแบบไม่เป็นทางการ โดยหลักประกันที่เป็นทางการอาจเรียกในภาพรวมได้ว่า เป็นระบบบำนาญภาคีฐานพื้นฐานของอาชีพ หรือ Occupational based Public Pension System ซึ่งเป็นบำนาญสำหรับแรงงานในระบบที่มีการดำเนินการในลักษณะของกองทุนต่าง ๆ ดังนี้

1) **กองทุนประกันสังคม** เป็นการส่งเสริมการออมของแรงงานที่เป็นลูกจ้างในระบบของกระทรวงแรงงาน ผู้ประกันตนมีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ (บำเหน็จหรือบำนาญ อย่างใดอย่างหนึ่ง) เมื่ออายุครบ 55 ปี

2) **กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)** เป็นการออมภาคบังคับสำหรับผู้ทำงานงานในหน่วยงานรัฐ

3) **กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำของส่วนราชการซึ่งจดทะเบียน (กสจ.)** ผลประโยชน์ที่ได้รับ คือ เงินบำเหน็จลูกจ้าง และเงินที่สมาชิกสงสมทบเข้ากองทุน

4) **กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ** เป็นการออมแบบสมัครใจรูปแบบหนึ่ง ที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันจัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายยามออกจากงาน เกษียณอายุ

5) **กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ** เป็นการออมแบบสมัครใจสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีกำลังออมมาก

6) **กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชน** เป็นการออมภาคบังคับสำหรับผู้ทำงานภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ

7) **กองทุนทวีสุข** กองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรออมเงินไว้ใช้ในยามจำเป็นของตนเองและครอบครัว

8) **กองทุนสวัสดิการชุมชน** เป็นการส่งเสริมการออมในระดับชุมชน เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านเงินทุนของคนในชุมชนใหม่มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

9) **กองทุนการออมชราภาพ (กอช.)** อยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงการคลัง เปนกองทุนการออมเพื่อการชราภาพขั้นพื้นฐานแบบสมัครใจ

สำหรับหลักประกันที่มีการจัดการแบบไม่เป็นทางการนั้นเกิดขึ้นจากแนวคิดในการขยายหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพไปสู่แรงงานนอกระบบ ไม่ว่าจะเป็นการใช้กลไกอาชีพ กลไกศาสนา และโดยเฉพาะกลไกชุมชนซึ่งถูกคาดหวังว่าจะเป็นผู้จัดให้มีสวัสดิการเสริมหรือแทนรัฐบาลได้ อย่างไรก็ตาม การจัดหลักประกันในลักษณะนี้เป็นระบบสมัครใจ จึงเกิดข้อจำกัดที่ตามมามากมายจากการดำเนินการ เช่น ไม่สามารถรับรองได้ว่าจะมีสมาชิกรุ่นใหม่เข้ามาสู่ระบบ อีกทั้งยังเป็นระบบสวัสดิการบำนาญแบบ Pay-as-you-go-system ซึ่งความยั่งยืนทางการคลังในระยะยาวของระบบนี้จะขึ้นอยู่กับโครงสร้างประชากรเป็นหลัก รวมทั้งมีความไม่สมดุลระหว่างเงินบำนาญกับอัตราเงินสมทบ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอสำหรับการดำเนินการขยายระบบบำนาญของภาคประชาชนในลักษณะนี้ว่าควรทำในรูปแบบการออมทรัพย์ เนื่องจากระบบดังกล่าวไม่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรหรือการย้ายถิ่นของประชากร (วรเวศม์, 2558)

- การช่วยเหลือสาธารณะ (public assistance)

เป็นการช่วยเหลือแบบให้เปล่ากับผู้ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เช่น ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และบุคคลไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการ คือ

1) **เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ** จ่ายให้กับผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่ได้รับเงินบำนาญหรือบำเหน็จจากระบบข้าราชการหรือประกันสังคม เบี้ยยังชีพนี้จัดสรรให้โดย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สอ.) เป็นเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดที่เริ่มเมื่อปี 2554 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 600 บาท ต่อเดือน ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี ได้รับคนละ 700 บาท ต่อเดือน ผู้ที่มีอายุ 80-89 ปี ได้รับเบี้ยคนละ 800 บาท ต่อเดือน และผู้ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับคนละ 1,000 บาท ต่อเดือน

2) **กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง** อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือคือผู้สูงอายุที่ได้รับการทารุณกรรม ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย ถูกทอดทิ้ง ช่วยสนับสนุนการจัดการงานฌาปนกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ประสบปัญหาด้านที่อยู่อาศัย และขาดปัจจัยสี่ ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนจะได้รับคำปรึกษาในทางคดี ช่วยเหลือจากการถูกร้ายทั้งทางกายและใจ

3) **โครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก** ดำเนินการโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของโครงการคือ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อนเรื่องอาหารและ/หรือเครื่องนุ่งห่ม ไม่เกินวงเงินครั้งละ 2,000 บาท โดยจะช่วยเหลือได้ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อคน ต่อปี ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุที่ขอรับความช่วยเหลือจะมีเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านดูสภาพความเป็นอยู่ว่าสมควรได้รับหรือไม่

2) ด้านการจ้างงาน

อายุเกษียณที่เป็นทางการของไทย คือ 60 ปี ในสถานประกอบการประมาณ 90,000 แห่ง ไม่ได้กำหนดอายุเกษียณ ในภาคราชการส่วนใหญ่เกษียณอายุ 60 ปี และผู้ที่ทำงานในบริษัทห้างร้านมีอายุเกษียณตั้งแต่ 55 ปี สอดคล้องกับการได้รับบำนาญชราภาพที่สามารถรับได้เมื่ออายุครบ 55 ปี อย่างไรก็ตาม การเกษียณอายุการทำงานไม่เข้มงวดเหมือนก่อน บางหน่วยงานสามารถขยายเวลาการทำงานผู้ที่อยู่ในวัย 60 ปี จนถึง 65 ปี หรือมากกว่านั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ทำงาน และศักยภาพของแรงงานที่จะสามารถทำประโยชน์ให้กับองค์กร

ในปัจจุบัน ประเทศไทยเริ่มมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้กลับเข้าสู่ระบบแรงงาน โดยการดำเนินการของกรมกิจการผู้สูงอายุภายใต้แผนการส่งเสริมการมีรายได้และมีงานทำของผู้สูงอายุ ตามนโยบายประชารัฐเพื่อสังคม (E6) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) สำหรับแรงงานในระบบ

เริ่มจากกลุ่มธุรกิจบริการ เช่น ร้านอาหารแฟรนไชส์ ตามห้างสรรพสินค้า ร้านหนังสือ ที่มีการจ้างงานผู้สูงอายุที่เปลี่ยนงาน หรือต้องการทำงานเพื่อต้องการเสริมรายได้ การทำงานอยู่ภายใต้การจ้างงานตาม พ.ร.บ.คุ้มครองแรงงาน หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ได้แก่ กรมการจัดหางาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย หน่วยงานรับผิดชอบรอง ได้แก่ กรมกิจการ ทุกหน่วยงานและกลุ่มธุรกิจที่เป็นเครือข่ายได้ร่วมรณรงค์สร้างแรงกระตุ้นแก่สังคม ในหัวข้อ “ร่วมมือร่วมใจ จ้างผู้สูงวัยทำงาน”

2) สำหรับแรงงานนอกระบบ มีการผลักดัน ส่งเสริมการจัดตั้งวิสาหกิจชุมชน และต่อยอดให้วิสาหกิจชุมชนเดิม ให้มีการจ้างงานผู้สูงอายุในชุมชน ให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน หรือให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (caregiver) หน่วยงานรับผิดชอบ ได้แก่ กรมกิจการผู้สูงอายุ ประสานข้อมูลจากกรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย สำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพาณิชย์ และหน่วยงานอื่น ๆ (องค์กร ชุมชน และองค์กรสาธารณประโยชน์)

ในเรื่องของการส่งเสริมผู้สูงอายุมีความพร้อมในการทำวิสาหกิจชุมชนสู่การค้าออนไลน์ กรมกิจการผู้สูงอายุร่วมกับมือชมรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเพื่อผู้สูงวัย จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุให้มีทักษะดังกล่าว และเป็นการแรงบันดาลใจให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมอบรม ให้มีความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาสินค้าชุมชนให้มีความน่าสนใจและทำให้สินค้าชุมชนเป็นที่ต้องการของตลาดมากยิ่งขึ้น การอบรมดังกล่าวยังให้ความรู้ในเรื่องการบริหารจัดการ การออกแบบ สร้างมูลค่าเพิ่ม โลจิสติกส์ ตลอดจนการขายสินค้าผ่านระบบออนไลน์ ที่ได้รับความร่วมมือจาก บมจ. กสท. โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) (CAT telecom) ในการสอนการเข้าถึงการขายออนไลน์ให้กับผู้สูงอายุ ผ่านโครงการ i get

ส่วนหน่วยงานด้านการศึกษาได้จัดโครงการที่เพิ่มพูนทักษะคอมพิวเตอร์ในชีวิตประจำวัน เช่น กระทรวงศึกษาธิการ โดยศูนย์ส่งเสริมศึกษานอกระบบโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกพ.) ได้จัดให้มีการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างคุณค่าและการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความร่วมมือเพื่อความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่วนในเรื่องการใช้เทคโนโลยี จัดให้มีชมรมการศึกษาคอมพิวเตอร์ (Old People Playing Young Club: OPPY) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เป็นการบริการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

สำหรับการศึกษาตลอดชีวิตที่จัดโดยสถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้เปิด “โรงเรียนผู้สูงอายุ” เมื่อปี 2561 ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สิ่งที่โรงเรียนจัดให้คือ ความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ เช่น ด้านสุขภาพ อาหารการกิน ความรู้ที่ผู้สูงอายุควรรู้ เช่น ด้านกฎหมาย และความรู้ที่ผู้สูงอายุอยากรู้ เช่น การทำกิจกรรมเพื่ออาชีพ หรือผ่อนคลาย เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ต้องการเรียนใน

ระดับปริญญาตรี สามารถศึกษาได้ที่ “มหาวิทยาลัยชีวิต” ที่ดำเนินการโดยสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน มีศูนย์การเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยกระจายอยู่ทั่วภูมิภาค ผู้เรียนจะได้รับการพัฒนาตนเอง และให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ชีวิตตนเอง และชุมชนเป็นตัวตั้ง เรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริง จากปราชญ์ชุมชน เป้าหมายคือให้พึ่งตนเองได้ อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และทำกินในท้องถิ่นตนเอง ที่สอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

3) ด้านที่อยู่อาศัย

เมื่อความตื่นตัวเรื่องสังคมสูงอายุในสังคมไทยมีมากขึ้น และองค์ความรู้เพื่อผู้สูงอายุไทยเกิดขึ้นมากมาย ภาคธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ได้หันมาออกแบบบ้านที่ตอบสนองต่อความต้องการทางกาย และสังคมของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น หลายโครงการด้านที่อยู่อาศัย ไม่ว่าจะเป็นที่พักแบบบ้านบ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม ที่ออกแบบทันสมัยให้เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถอยู่ได้ทั้งครอบครัว มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เพิ่มความปลอดภัยมากขึ้น เช่น ห้องนอนชั้นล่างของบ้าน ราวจับในห้องน้ำ พื้นด้วยกระเบื้องชนิดกันลื่น และการได้อยู่ในชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ซึ่งโครงการลักษณะนี้จะเน้นทำเลที่ใกล้กับโรงพยาบาล การเดินทางสะดวก มีสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ มีเจ้าหน้าที่ดูแลตลอดเวลา

นอกจากนี้ สถาบันการเงิน อย่างธนาคารอาคารสงเคราะห์ ได้ขยายโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในวัย 50 ปีขึ้นไป สามารถสามารถยื่นกู้สินเชื่ เพื่อซื้อที่อยู่อาศัย ซื้อที่ดิน ปลุกสร้าง ซื้ออุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการอยู่อาศัย โดยสามารถผ่อนชำระได้ถึงอายุ 75 ปี ดอกเบี้ย 3.99 เปอร์เซ็นต์ คงที่ 10 ปี

อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงความสะดวกสบายในชีวิตบั้นปลายนั้น คือกลุ่มที่มีหน้าที่การงานมั่นคง มีรายได้เพียงพอต่อวัยเกษียณ สำหรับผู้ที่ไม่มีรายได้ปานกลาง ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็สามารถมีบ้านพักอาศัยส่วนตัวได้ในราคาที่ย่อมเยาที่ดำเนินการโดยการเคหะแห่งชาติ โครงการบ้านจัดสรรสำหรับผู้มีรายได้น้อยถึงปานกลาง ได้แก่ บ้านเอื้ออาทร บ้านประชารัฐ เป็นต้น

ส่วนผู้สูงอายุที่มีบ้านตัวเองอยู่แล้ว และบ้านเสื่อมสภาพไปตามกาลเวลา อีกทั้งไม่ได้มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัย และเสริมความปลอดภัย กรมกิจการผู้สูงอายุได้ให้งบประมาณ และให้ทางสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในแต่ละจังหวัด ได้จัดให้มีโครงการซ่อมแซมบ้านสำหรับผู้สูงอายุหรือสถานที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ โดยประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุที่สมควรได้รับการซ่อมแซมบ้าน เกณฑ์เบื้องต้น คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยากจน ไม่มีบุตรหลานเลี้ยงดู หรืออยู่ร่วมกับครอบครัวบุตรหลานที่ยากจน ที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัย โดยบ้านของผู้สูงอายุดังกล่าวจะได้รับการซ่อมแซมหรือเสริมในเรื่องของสร้างราวยึดเกาะที่บันได ห้องน้ำ ห้องส้วม จัดห้องนอนให้อยู่ชั้นล่างของบ้าน กรณีบ้านสองชั้น ให้มีห้องน้ำ ห้องส้วมอยู่ในบ้าน ห้องส้วมเป็นแบบนั่งห้อยเท้า ซ่อมแซมฝาบ้าน หลังคา บันได ประตู หน้าต่าง ระเบียง ชานบ้าน และปรับปรุงระบบไฟฟ้า

ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องการที่พักพิงที่มีค่าใช้จ่ายน้อย สามารถเข้าพักได้ในสถานบริการ หรือบ้านพักผู้สูงอายุ ที่รัฐจัดให้ ซึ่งมีอยู่ 21 แห่งทั่วประเทศ ภายสถานบริการนั้นประกอบไปด้วยสิ่งอำนวยความสะดวก บริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ งานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม ผู้สูงอายุที่อยู่ที่นี่ต้องเหลืตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

4) ด้านรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยได้รับการดูแลและอำนวยความสะดวกจากระบบกลไกที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้การดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ถือเป้นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่จะได้รับการบริการครอบคลุมการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(2) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข จาก พ.ร.บ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) กำหนดให้สถานพยาบาลทุกแห่งมีการจัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

(3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป้นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นบนพื้นฐานแนวคิด “ทุนสวนการดูแล” ประกอบด้วยประชาชนในพื้นที่ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองสวนท้องถิ่น

(4) การดูแลที่บ้าน (home care) และการเยี่ยมบ้าน (home visit) เป้นบริการสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ที่เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่อาการไม่รุนแรงและไม่สะดวกในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำงานบ้าน หุงหาอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ล้างจาน ได้ตามปกติ ในรูปแบบนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาพที่บ้านว่าควรจะรักษาที่บ้านหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาล กรณีที่รักษาผู้ป่วยที่บ้านได้ แพทย์ พยาบาล ที่ได้รับมอบหมายจะดูแลผู้ป่วยรายนั้นร่วมกัน และมาเยี่ยมบ้านเป็นระยะๆ หรือในเวลาที่คุณป่วยต้องการ

(5) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป้นโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว หรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง อาสาสมัครจะทำการสำรวจในชุมชน เพื่อดูความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเวลากลางวัน หรือไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน จากนั้นจึงมีทีมอาสาสมัครคอยดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้นเช่น ให้ยา วัดความดัน เบาหวาน ทำความสะอาดร่างกาย ให้อาหาร ตลอดจนทำความสะอาดบ้านให้

(6) สถานดูแลผู้สูงอายุเอกชน เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ และผู้ป่วยสูงอายุต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากหมอยาบาลที่เชี่ยวชาญ และมีเครื่องมือช่วยเหลือ ในปัจจุบัน สถานบริบาลหรือเนอร์สซิงโฮมเกิดขึ้นมากมาย ทั้งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง หรือบริการดูแลเฉพาะตอนกลางวัน

5) ด้านสุขภาพจิต

ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิตได้กำหนดแนวทางการดูแลสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีความรู้พื้นฐานและทักษะด้านสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ และมีวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อที่จะส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ใฝ่ระวังภาวะซึมเศร้า ดูแลด้านสังคมและจิตใจของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยวิธีการเสริมพลังอำนาจ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน นอกจากนี้แล้ว กรมสุขภาพจิตยังได้พัฒนาโปรแกรมสร้างสุขผู้สูงอายุ 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ เพื่อเป็นการป้องกันโรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม ที่ตอนนี้นำไปใช้กับผู้สูงอายุทุกชุมชนแล้ว และยังมีการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือตรวจคัดกรองโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหา มาจากด้านจิตใจและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเข้าถึงบริการที่เร็วที่สุด

6) ด้านการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้นในการจัดกิจกรรมที่หลากหลายให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังคงแข็งแรง ดิตสังคม ได้มีโอกาสได้พบปะสังสรรค์ มีกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันกับคนวัยเดียวกันและคนต่างวัย รวมทั้งได้ความรู้ทันโลกทันเหตุการณ์ ได้รับการตรวจความดัน เบาหวาน เป็นประจำ โดยได้รับความร่วมมือที่หลากหลายจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและสังคม

ในด้านการศึกษา โรงเรียนผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ที่ต้องการให้มีการจัดการศึกษาเพื่อผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นตนเองได้เรียนรู้ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต โดยส่งเสริมให้คนในชุมชน เครือข่ายมีส่วนร่วม

ส่วนด้านสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการมอบหมายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยสามารถจัดให้มีกิจกรรมเพื่อสุขภาพที่เป็น การให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งจัดให้มีศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในทุกชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านกายภาพบำบัด ได้รับคำแนะนำจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ออกกำลังกาย มีกิจกรรมนันทนาการ อย่างสม่ำเสมอโดยไม่ต้องเดินทางออกนอกชุมชน ในบางพื้นที่มีรถรับส่งเพื่ออำนวยความสะดวกผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล หรือไม่สามารถเดินทางมาที่ศูนย์ได้

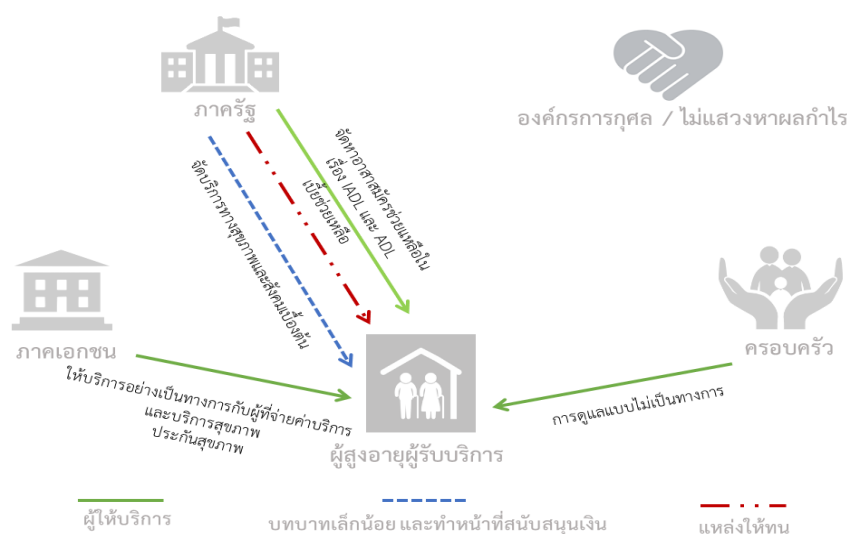
7) ด้านการดูแลในครอบครัว

ตามธรรมเนียมไทยลูกหลานในครอบครัวมีหน้าที่หลักในการดูแลพ่อแม่หรือญาติที่สูงวัย เมื่อสถานการณ์สังคมเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวมีลูกน้อยลง และมีการย้ายถิ่นไปทำงานในเมืองมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ยังดูแลตนเองได้ยังคงดำเนินชีวิตตามปกติ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้เป็นคู่สมรส หรือ ลูกสาว ลูกสะใภ้ จะกลายมาเป็นผู้ดูแลหลัก ลูกหลานผู้ชายจะทำหน้าที่นี้เมื่อมีความจำเป็นในกรณีที่ไม่มีผู้อื่นดูแล ส่วนผู้ที่ไม่มีลูกหลานดูแล ญาติหรือเพื่อนจะทำหน้าที่ดูแลตามความเหมาะสม

อย่างไรก็ดี ได้มีความพยายามที่จะให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ซึ่งทำหน้าที่แทนครอบครัวได้ในตอนกลางวัน สมาชิกครอบครัวอาจไม่ใช่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุด เพราะต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวตนเองและพ่อแม่วัยชรา หากต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องออกจากออกจากงานที่ทำอยู่ ในครอบครัวที่ยากจน อาจขาดผู้ที่หารายได้ให้กับครอบครัว ในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีสวัสดิการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เหมือนอย่างที่ไม่ต่างประเทศได้ให้ความสำคัญในเรื่องรายได้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในภาพรวม การดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมลักษณะเด่น คือ ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยทำหน้าที่เป็นทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้จัดการและผู้สนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดการบริการ เช่นเดียวกับครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของครอบครัว สำหรับการจัดการโดยภาคเอกชน องค์กรการกุศล องค์กรไม่หวังผลกำไรนั้น ดำเนินการในลักษณะของแหล่งเงินช่วยเหลือและแจกจ่ายโดยใช้งบประมาณที่จัดสรรจากภายนอกหรือการสนับสนุนงบประมาณจากภายในและภายนอกประเทศ จัดโครงการดูแลสุขภาพ จัดการดูแลภายในบ้าน และบริการช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูลและการส่งต่อ ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

แผนภาพที่ 2-13 การดูแลผู้สูงอายุในไทย



2.3 งานวิจัยด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในไทย

ในส่วนนี้ เป็นการทบทวนข้อมูลทฤษฎีหรือรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุไทย เพื่อศึกษาว่าการศึกษที่ผ่านมาได้ค้นพบช่องว่างทางกฎหมาย หรือ ประเด็นปัญหาสำคัญใดบ้างที่ยังไม่ได้แก้ไข หรือยังไม่ได้ดำเนินการ ซึ่งอาจเป็นแนวทางสำหรับภาคเอกชน หรือ กิจการเพื่อสังคม ริเริ่มกิจกรรมหรือโครงการที่สอดคล้องกับกฎหมายแม่บท หรือไม่ขัดกับกฎหมาย ก่อนที่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะแก้ไขยากขึ้น ตามจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย เริ่มเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2546 ถือเป็นกฎหมายสำคัญที่ระดมทุกภาคส่วนของสังคมดูแล ค้ำครองสิทธิ และอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ กว่าหนึ่งทศวรรษที่ได้เห็นการดำเนินการหรือมีมาตรการต่าง ๆ ที่ให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ทั้งในเรื่องสุขภาพ คือ การมีช่องทางด่วนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุรักษาตัวในโรงพยาบาล การช่วยเหลือทางการเงินโดยได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนที่ปรับเพิ่มขึ้น การลดหย่อนค่าโดยสารรถประจำทางของรัฐ การได้รับการยกเว้นค่าบริการเข้าอุทยานแห่งชาติ การเสริมสร้างความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น การสร้างราวจับติดฝานั่งในห้องสุขาสาธารณะ ตลอดจนการกำหนดของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่คอยเป็นหูเป็นตาเป็นกระบอกเสียงให้กับประชากรผู้สูงอายุ เหล่านี้เป็นความเพียรพยายามของสังคมไทยที่จะปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและทัศนคติในทางช่วยเหลือผู้สูงอายุที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

หลังจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ประกาศใช้ การขับเคลื่อนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรา 11 ที่ว่าด้วยเรื่องการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนถึงปี พ.ศ. 2553 (เป็นเวลาเกือบ 8 ปี หลังจากมี พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ฉบับแรก) จึงได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ได้ระบุชัดเจนเกี่ยวกับการกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ แ่งหนึ่งอาจมองได้ว่า ความล่าช้าของการประกาศดังกล่าวอาจเป็นผลกระทบมาจากการเมืองที่ขาดเสถียรภาพ อีกแง่หนึ่งมองได้ว่า ถึงแก่เวลาอันสมควรแล้วที่จะต้องให้ความสนใจและมีมาตรการปฏิบัติที่จริงจังเสียที เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากครอบครัว ชุมชน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

ในช่วงที่ผ่านมา ประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้มีการวิพากษ์กันเพิ่มมากขึ้น ในเรื่องของการติดตามการดำเนินงานว่าบรรลุถึงเป้าประสงค์ที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หรือมาตรการตามแผนพัฒนาผู้สูงอายุฉบับปัจจุบันหรือไม่อย่างไร และมีช่องว่างใดที่ทำให้มาตรการต่าง ๆ ยังก้าวไปไม่ถึงจุดที่เรียกได้ว่า ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ ปี 2560 มาตรา 71

ในการนี้จึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่นำเสนอให้เห็นช่องว่าง หรือกลไกที่ทำให้การจัดระบบสนับสนุนผู้สูงอายุยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546

ณรงค์ ใจหาญ (2554) ได้ศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางกฎหมายของผู้สูงอายุ 3 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจ 2) ด้านสุขภาพ และ 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก โดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญคือการทบทวนประเด็นและปรับปรุงในทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุ ผลการสังเคราะห์ที่น่าสนใจมีดังนี้ ถูกนำเสนอเป็น 7 ประเด็น ดังนี้

1) ช่องว่างทางกฎหมาย ในเรื่องการจ้างงานผู้สูงอายุ คือ ไม่มีบทบัญญัติที่ชัดเจนในเรื่องการให้ความคุ้มครองสวัสดิภาพ การประกันสังคม และการคุ้มครองแรงงานผู้สูงอายุ สำหรับทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการทางนิติกรรมได้เมื่อถึงคราวที่ร่างกายเสื่อมสภาพ ในทางกฎหมายไทยยังไม่มีบทบัญญัติว่าด้วยเรื่องการจัดการทรัพย์สินของผู้สูงอายุเหมือนกับต่างประเทศ ส่วนในเรื่องมาตรการทางภาษีที่ให้มีการลดหย่อนให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้กำหนดให้กับผู้เป็นลูกเท่านั้น ผู้เป็นหลานที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับสิทธิการลดหย่อนดังกล่าว สำหรับ นิยามศัพท์ผู้สูงอายุ ที่แต่ละกฎหมายลำดัดบรอง เช่น นิยามผู้สูงอายุในทางกฎหมาย กับนิยามผู้สูงอายุในระดับชุมชน มีความแตกต่างในการใช้จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับสิทธิบางอย่างตามสมควร

2) กฎหมายด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาว ผลการสังเคราะห์ชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญ ในเรื่องของความไม่ชัดเจนในหลักเกณฑ์และรายละเอียดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการดำรงชีวิต เช่น แวนตา ไม่เท่า รถเข็น ฟันปลอม ปัจจุบันมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นมากมายแต่ยังไม่มีกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน จึงเป็นที่น่าห่วงว่าสถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ขาดการรับรอง จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ชุมชนและเอกชนยังมีบทบาทไม่มากพอในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ

3) กฎหมายด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ผู้สังเคราะห์ได้ยกประเด็นทางกฎหมายควรปรับปรุง คือ กฎหมายด้านแรงงาน ที่ไม่ควรกีดกันผู้มีอายุเกิน 60 ปี และที่สำคัญคือ ไม่ควรกำหนดอายุของแรงงาน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องดูเหตุผลทางด้านความอยู่รอดของสถานประกอบการ และสมรรถภาพทางกายของแรงงานสูงวัยด้วย ในทำนองเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสมและตามความสมัครใจด้วย ในเรื่องหลักประกันทางการเงินในชีวิตบั้นปลาย ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้มีการออมในช่วงวัยหนุ่มสาว

4) กฎหมายด้านการกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในที่สาธารณะและในที่อยู่อาศัย จากรายงานการเคราะห์พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ภายใต้กฎหมายรองที่เกี่ยวข้องได้มีการกำหนดหน่วยงานการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกตามที่สาธารณะให้กับผู้สูงอายุแล้ว แต่กำหนดในรายละเอียดไม่ชัดเจนว่าควรจัดอย่างไร ในปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าสิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุที่นับวันเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับการเดินทางโดยรถประจำทางยังไม่เอื้อในเรื่องของทางขึ้นลงรถโดยสาร และป้ายหน้ารถประจำทางที่

มองเห็นเด่นชัด สำหรับกฎหมายควบคุมอาคารและบ้านจัดสรรซึ่งปัจจุบันได้มีการกำหนดแบบมาตรฐานในการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง

5) บทบาทขององค์กรปกครองท้องถิ่น ในรายงานนี้ชี้ให้เห็นว่า องค์กรปกครองท้องถิ่นให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุน้อย บางแห่งขาดการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายในจังหวัด ทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ขาดโอกาสการได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากภาครัฐ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีสัญชาติไทยจะไม่ได้รับการบริการใดเลยเพราะไม่มีบัตรแสดงตน

ในรายงานนี้ ผู้สังเคราะห์ได้เสนอประเด็นทางกฎหมายที่ครอบคลุมในเรื่องของสุขภาพ ความมั่นคงทางการเงิน การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม และการช่วยเหลือทางกระบวนการยุติธรรม โดยนำเสนอหัวข้อวิจัยทางกฎหมายตามลำดับความสำคัญและความเร่งด่วน ดังนี้

- กฎหมายและกลไกที่พัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ
- การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ
- การพัฒนาระบบความมั่นคงทางเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุ
- การช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้สูงอายุและการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม และการติดตามดูแลการบังคับใช้สิทธิของผู้สูงอายุ

ณัฐภัทร ถวัลย์โพธิ และคณะ (2555) ได้วิเคราะห์ประเด็นไปที่กฎหมายการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุของไทย เปรียบเทียบกับประเทศฝรั่งเศส สวีเดน และญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุนานแล้ว ประโยชน์ของการศึกษาค้นคว้านี้ ทำให้ทราบถึงบริบทที่ต่าง ๆ กัน ของประเทศที่มีประสบการณ์ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของรายงานการศึกษาเปรียบเทียบนี้จึงมุ่งความสำคัญอันดับแรกไปที่กฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองท้องถิ่นหลายฉบับที่มีอยู่ มีข้อสังเกตว่า ขาดกลไกในการจัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะที่เฉพาะเจาะจงให้กับผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถใช้งบประมาณที่มีอยู่ได้ ความสำคัญอันดับต่อมา คือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ไม่มีบทบัญญัติให้ชุมชนมีบทบาทร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะให้กับผู้สูงอายุ และไม่มีกลไกประสานงานกับหน่วยราชการในพื้นที่จัดทำสวัสดิการและบริการสาธารณะให้กับผู้สูงอายุ รายงานนี้ พิสูจน์ให้เห็นช่องว่าง อุปสรรค ข้อบกพร่อง หรือสิ่งที่ไม่ปรากฏในกฎหมายอย่างชัดเจน นั่นจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ และจากการศึกษาในเรื่องกฎหมายของประเทศต้นแบบ คือ ฝรั่งเศส สวีเดน และญี่ปุ่น ที่มีการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละประเทศมีการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ต่างกันไป น่าจะเป็นประโยชน์ในการผสมผสานและปรับรูปแบบเพื่อนำมาใช้ในสังคมไทย

จากสามประเทศที่ได้นำมาเปรียบเทียบ พบลักษณะร่วมกันสองลักษณะในการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ ลักษณะแรก คือ การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของเงินช่วยเหลือต่าง ๆ และลักษณะที่สอง คือ การให้ความช่วยเหลือในด้านการให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน แต่อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศก็มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามสภาพของสังคมนั้น ดังเช่น ประเทศสวีเดน ที่มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ลำพังห่างไกลจากลูกหลาน รัฐจึงให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมากกว่าการให้เงินช่วยเหลือ โดยคำนึงถึงหลักการสำคัญ คือ ประชาชนทุกคนได้รับสวัสดิการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน และสามารถที่จะเรียกร้องการดูแลจากรัฐตามความจำเป็น บริการที่รัฐจัดให้เน้นในเรื่องการดูแลสุขภาพระยะยาว ประชาชนทุกคนสามารถเลือกใช้บริการด้านสุขภาพตามสถานบริการได้อย่างอิสระ ในเรื่องบริการและดูแลในเรื่องที่พักอาศัย หน่วยงานที่รับผิดชอบระดับท้องถิ่นจะให้ความช่วยเหลือในเรื่องจับจ่ายซื้อของ ทำอาหาร จัดส่งอาหาร ทำความสะอาด ซักเครื่องนุ่งห่ม แจ้างเตือนภย บริการขนส่งโดยสาร ตลอดจนปรับปรุงที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในที่พักของตัวเองได้นานที่สุด ส่วนในประเทศฝรั่งเศส ได้กำหนดเกณฑ์ผู้สูงอายุที่จะได้รับการช่วยเหลือ 2 ลักษณะ หนึ่ง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และสอง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี แต่อยู่ในภาวะเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานหรือประกอบอาชีพ หลักการสำคัญ 2 ประการ ในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ และต้องอยู่บนพื้นฐานความเสมอภาค เท่าเทียมกัน และเป็นธรรม กฎหมายฉบับแรกๆ ราว ค.ศ. 1971 ในการดูแลผู้สูงอายุของฝรั่งเศสมุ่งไปที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตนเอง และมีหน่วยพยาบาลให้บริการที่บ้าน ต่อมาในปี 1986 ได้มีการถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล ปัจจุบันก็ได้มีการปรับเปลี่ยนกฎหมายในเรื่องการจัดสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุให้เข้าสถานการณ์ปัจจุบันที่เปลี่ยนอยู่เสมอ รูปแบบของการให้ความช่วยเหลือมี 2 ลักษณะ คือ 1) สวัสดิการในรูปแบบของเงินการช่วยเหลือ ซึ่งได้แก่ เงินเบี้ยเลี้ยงที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเงินเบี้ยเลี้ยงจะปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ เงินช่วยเหลือกรณีเสื่อมสมรรถภาพก่อนวัย 65 ปี เงินช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย และเงินช่วยเหลือกรณีถูกขโมยหรือประสบอุบัติเหตุ และ 2) สวัสดิการด้านสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น บริการดูแลและให้ความช่วยเหลือในที่พักอาศัย บริการอาหารราคาถูก หรือจัดส่งถึงบ้าน บริการสถานที่พักผ่อน ส่วนในประเทศญี่ปุ่น ได้เกิดปรากฏการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษ 1980 ทำให้เกิดผลกระทบอย่างเห็นได้ชัดในเรื่องการจัดระบบสวัสดิการ ปัญหาด้านการดูแลรักษาพยาบาล ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาในการใช้งบประมาณจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ ทำให้รัฐบาลจำเป็นต้องเร่งปฏิรูปมาตรการในการจัดสวัสดิการสังคม อาทิ ลดบทบาทอำนาจรัฐส่วนกลาง เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคมจำนวน 8 ฉบับ ภายในระยะเวลา 1 ปี แนวคิดสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น คือ การรับผิดชอบร่วมกันในสังคม ไม่ใช่ครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ระบบบำนาญสาธารณะ ระบบประกันสุขภาพ และระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ในการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ ทั้งสามประเทศได้กำหนดแผนแห่งชาติ ที่ใช้เป็นกรอบ เหนือ และเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น นำไปปฏิบัติใช้ ในฝรั่งเศสมี “แผนแห่งชาติว่าด้วยการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพของผู้สูงอายุ” องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการ เบี้ยเลี้ยงต่าง ๆ ที่ครอบคลุมไปถึงด้านสาธารณสุข สุขภาพ และสังคม ในประเทศสวีเดน ถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันของคนในสังคม กฎหมายหลักที่บังคับใช้ในการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ คือ “พระราชบัญญัติว่าด้วยสวัสดิการสังคมและการบริการสังคม” กฎหมายนี้ได้ให้อำนาจอย่างเต็มที่กับองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นมีหน้าที่หลักในการจัดสวัสดิการให้กับท้องถิ่น โดยมีคณะกรรมการสวัสดิการสังคมประจำท้องถิ่นทำหน้าที่บริหารจัดการ นับตั้งแต่วิเคราะห์ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสำหรับชุมชน ให้คำปรึกษาช่วยเหลือแก่ครอบครัวหรือบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ ในประเทศญี่ปุ่น ปัจจุบันมีแผนงานและนโยบายที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ คือ “แผนงานและนโยบายเฉพาะด้านสวัสดิการและการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ” หรือที่เรียกว่า Gold plan และอีกแผนงานหนึ่งที่ใช้ดำเนินงานคู่กัน คือ “แผนงานและนโยบายสาธารณะระยะยาวด้านหลักประกันการดูแลผู้สูงอายุ” จากแนวคิดที่ว่า สังคมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประเทศญี่ปุ่นได้สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าสามประเทศที่ยกมาเป็นตัวอย่างนี้ มีประสบการณ์ในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุจนสามารถทำให้สถานการณ์ดีขึ้น ผู้สูงอายุในประเทศเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ความมั่นคงปลอดภัย แต่ทุกประเทศเหล่านี้ ต่างก็ประสบปัญหาและอุปสรรคที่แตกต่างกันไป อย่างเช่น ในประเทศฝรั่งเศสพยายามที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุทุกคนให้มากขึ้น แต่ด้วยติดขัดในเรื่องงบประมาณ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องศักยภาพที่แตกต่างกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในเรื่องการจัดเก็บภาษี จึงทำให้บางแห่งจำเป็นต้องพึ่งพิงรัฐบาลส่วนกลางในด้านการช่วยเหลืองบประมาณเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม การปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ก็ทำให้การดำเนินการคล่องตัวมากขึ้น และเมื่อเร็ว ๆ นี้ ประเทศฝรั่งเศสก็ได้นำแนวคิดให้การเพิ่มหลักเกณฑ์ในเรื่องการประเมินสถานการณ์ และการติดตามตรวจสอบ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นยิ่งกว่าเดิม ส่วนในประเทศสวีเดนถึงแม้จะเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าการจัดสวัสดิการสังคมมีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ก็มีการวิพากษ์ถึงระบบดังกล่าวว่าบรรลุลักษณะประสงค์และหลักการสูงสุดที่ต้องการให้ทุกคนได้รับสวัสดิการอย่างเท่าเทียมกันหรือไม่ เพราะมีหลักฐานปรากฏว่าผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการและการดูแลให้บริการมีจำนวนลดน้อยลง ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลของสวีเดน จึงมีแนวนโยบายหนึ่งที่จะทำให้การบริหารจัดระบบสวัสดิการของประเทศมีประสิทธิภาพอยู่เสมอ นั่นคือ การกำหนดมาตรการในเชิงป้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุลดภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางด้านกายและจิตใจ เพิ่มเติมจากมาตรการอื่นในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มาตรการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยและในชุมชน จัดบริการขนส่งสาธารณะ รวมถึงมาตรการอื่น ๆ ที่จะมีส่วนช่วยลดภาระด้านงบประมาณในการรักษาเยียวยาเมื่อถึงคราเจ็บป่วย ส่วนปัญหาด้านงบประมาณก็ถือได้ว่าเป็นปัญหาร่วมด้วยประการหนึ่ง ดังนั้น มาตรการหนึ่งที่รัฐบาลสวีเดนได้พยายามทำให้การบริหารงบประมาณมีคุณภาพ คือ การบริหารกองทุนสำหรับผู้สูงอายุในรูปของกองทุน

เพื่อให้กองทุนนั้นมีเพียงพอเสมอ ส่วนในประเทศญี่ปุ่น ปัญหาหลักๆ ของประเทศในปัจจุบันนี้คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่มีอัตราการเจริญเติบโตในระดับที่ต่ำ อันเนื่องมาจากวัยแรงงานลดน้อยลง งบประมาณที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุจึงถูกจำกัด ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลญี่ปุ่นจึงแก้ไขปัญหาและพยายามทำให้ระบบสวัสดิการที่มีอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐ การเพิ่มอัตราเงินสมทบ การแก้ไขหลักเกณฑ์เรื่องอายุของผู้ที่จะได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบประกันบำนาญลูกจ้าง จาก 60 ปี เป็น 65 ปี รวมถึงตัดทอนสิทธิประโยชน์บางประการของผู้ประกันตนจะได้รับในอนาคต

รายงานการศึกษาเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายนี้ได้นำข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย ที่นำเสนอใน 3 ข้อหลักๆ คือ

1) ควรยกเลิกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แต่ควรมีการตราพระราชบัญญัติฉบับใหม่ขึ้นมาแทน โดยการปรับปรุงจากกฎหมายฉบับเดิมที่มีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายละเอียดของแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมสวัสดิการของผู้สูงอายุ ที่มีการกระจายให้อำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบของบริการ ส่งเสริม ช่วยเหลือ ในด้านจัดสวัสดิการ บริการสาธารณสุข และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม

2) กำหนดสิทธิผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกันทุกกฎหมาย เพื่อให้การบริการ ส่งเสริม ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุมีความคล่องตัว และเป็นมาตรฐาน

3) การมีมาตรการเชิงป้องกันในลักษณะของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรง

จุฑารัตน์ แก้วปัญญา (2555) ได้ทำการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุในประเทศไทยหลายฉบับ พบว่า การจัดการด้านสวัสดิการและการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุยังไม่เกิดขึ้นอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ซึ่งเป็นอาจเป็นเพราะกฎหมายต่าง ๆ เหล่านั้น มีการบัญญัติเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวอย่างกระจัดกระจาย ไม่มีความชัดเจนในเนื้อหา วัตถุประสงค์หลักของรายงานนี้จึงพยายามทบทวนหลักเกณฑ์และมาตรการทางกฎหมายทุกระดับที่เกี่ยวกับการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน หาข้อบกพร่องและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง จากกฎหมายแม่บทและกฎหมายลำดับรองที่ได้บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน สารสำคัญที่ค้นพบจากการทบทวนกฎหมายทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง มีดังสรุปต่อไปนี้

1) บทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุมีปรากฏอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ ซึ่งไม่เป็นไปในแนวทางที่เข้าใจตรงกัน จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการทำงาน

2) มีการบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่แยกออกมาชัดเจนจากผู้ด้อยโอกาสประเภทอื่นที่รัฐต้องให้การช่วยเหลือ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือมากขึ้น แต่ว่าหน่วยงานต่าง ๆ ไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ตามรัฐธรรมนูญกำหนดนั้น เนื่องจากดำเนินการตามนโยบายเพื่อสนองตอบรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่มีการประเมินประสิทธิภาพ

3) ในกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่น มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำหน้าที่จัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวก แต่สภาพความเป็นจริงไม่ได้มีการกำหนดอำนาจในการอนุมัติกิจกรรมและอำนาจในการจัดสรรงบประมาณ จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ในการแก้ไขปัญหาด้านกฎหมาย ควรมีการจัดทำกฎหมายเป็นการเฉพาะว่าด้วยเรื่องการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ที่กำหนดอำนาจหน้าที่และบทบาทที่ชัดเจนของเจ้าหน้าที่ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น อันจะทำให้การดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็วและทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุ ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจเด็ดขาดในการอนุมัติงบประมาณ โดยเฉพาะท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกลความเจริญ ส่วนการแก้ไขปัญหาด้านข้อเท็จจริง และเห็นว่าควรมีการทำสถิติจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้าน ทั้งนี้ ควรกำหนดให้มีหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบชัดเจน พร้อมกันนี้ ในเรื่องของกรมการเตรียมบุคลากรที่เข้าช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้ผู้มีความรู้และเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติ ควรมีการส่งเสริมช่วยเหลือในทางสังคมมากขึ้น โดยใช้วัฒนธรรมประเพณีที่มีอยู่ในการสร้างสัมพันธ์ผู้สูงอายุกับลูกหลาน

ช. ชรินทร์ เพ็ชฌัญญู (2554) ได้ทำการศึกษาแนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในเรื่อง 1) สุขภาพอนามัย 2) เศรษฐกิจ 3) ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว 4) บริการสาธารณสุขโรค และ 5) การรวมกลุ่มทางสังคม ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผู้วิจัยพบว่า กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้น ไม่ได้สร้างความเท่าเทียมกันในการได้รับความดูแลจากภาครัฐโดยเฉพาะสวัสดิการเงินช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับประโยชน์ส่วนใหญ่เป็นคนชั้นกลาง ดังเช่น ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการมีเบี้ยบำนาญสำหรับใช้ในชีวิตรับบำนาญ ส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเอกชนได้รับเบี้ยช่วยเหลือจากประกันสังคม แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้อยู่ในระบบแรงงาน ไม่ได้รับสวัสดิการใดเลย นี่เป็นความแตกต่างทางด้านสวัสดิการที่ไม่เป็นธรรมที่เห็นได้ชัดในสังคมไทย ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางเพื่อพัฒนากฎหมายไทยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน รูปแบบที่ควรมีการพัฒนาให้เกิดขึ้นในสังคมไทย คือ กำหนดกฎหมายรับรองสิทธิของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ หรือมีกฎหมายเสริมที่สิทธิพิเศษแก่ผู้สูงอายุในกรณีพิเศษตามกฎหมายอื่น ๆ เช่น กฎหมายแรงงาน กฎหมายคนพิการ กฎหมายภาษีอากร กำหนดหรือแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุให้ชัดเจน ในที่นี้ควรจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รายได้เพียงพอหรือกลุ่มผู้ยากไร้ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ เพื่อให้สวัสดิการที่แตกต่างกัน กฎหมายที่คุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่ยังมีความคล่องตัวในการตีความ รัฐควรกำหนดสิทธิประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุอย่างชัดเจน เช่น สิทธิในด้านสุขภาพอนามัย สิทธิในเบี้ยยังชีพ สิทธิในการรับบริการทางกฎหมาย สิทธิในด้านภาษี สิทธิในชีวิต สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองชีวิต สิทธิในการศึกษา สิทธิที่จะได้รับการบริการโดยไม่คิดมูลค่าจากรัฐ รวมไปถึงการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ เช่น

กฎหมายภาษีอากร กฎหมายแรงงาน กฎหมายเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์ กฎหมายประกันสังคม และกฎหมายประกันภัย

คณินิจ ศรีบัวเอี่ยม (2554) ได้ทำการการทบทวนเอกสารด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เพื่อศึกษานโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และด้านการดูแลระยะยาว และ จัดระบบองค์ความรู้ที่ได้และนำเสนอประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้พบข้อสังเกตที่น่าสนใจ ดังประเด็นดังต่อไปนี้

1) หลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

- เบี้ยยังชีพที่รัฐจัดให้ในแต่ละเดือนไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

2) การรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ

- ยังไม่มีกฎหมายหรือกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องที่ให้ประชาชนตระหนักในเรื่องดังกล่าว

3) การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น

- ยังไม่มีมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ชัดเจน

4) การพัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน

- ขาดการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและชุมชนในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข และขาดมาตรการส่งเสริมเรื่องการตรวจสุขภาพ เช่น การนำมาหักลดหย่อนภาษี การสนับสนุนการตรวจสุขภาพจากภาครัฐ รูปแบบบริการการตรวจสุขภาพ

5) รัฐต้องให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น เช่น แวนตา ไม่เท้า รถเข็น และฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ

- กฎหมายที่มีอยู่เป็นเพียงการควบคุมมาตรฐานอุปกรณ์ แต่ไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดหาให้กับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใช้

6) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

- ในเรื่องการลดหย่อนภาษี พบข้อบกพร่องเช่น ในกรณีที่มีบุตรหลายคนดูแลพ่อ แม่ คนเดียวกัน บุตรเพียงคนเดียวเท่านั้นที่มีสิทธิหักค่าลดหย่อนได้

- ยังไม่มีกฎหมายหรือกฎเกณฑ์ที่ส่งเสริมศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในกรณีของการจ้างผู้ดูแลส่วนตัวหรือการจัดผู้ดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบอื่น ๆ นอกจากการจัดบ้านพักคนชรา

7) การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุโดยกระบวนการประชาสังคม

- ยังไม่มีหลักเกณฑ์ในด้านนี้

8) การเกื้อหนุนให้เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรมร่วมด้วย

- ยังไม่มีหลักเกณฑ์ในด้านนี้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ

- 1) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นที่ว่าด้วยเรื่องการส่งเสริม ค้ำครองสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ได้การกำหนดมีรายละเอียดว่าจะมีการค้ำครองและส่งเสริมอย่างไร ผู้วิจัยเสนอว่าควรมีการออกกฎหมายลำดับรอง หรือประกาศ หรือกฎกระทรวง ที่กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุให้ชัดเจน
- 2) ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวในส่วนของบุคคลผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นของการผลิต การจัดสรร และการควบคุมมาตรฐาน ผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการบัญญัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับบุคลากร หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเรื่องของการผลิต การจัดสรร และการกำหนดคุณสมบัติ นอกจากนี้ รัฐควรให้ความสำคัญกับการผลิตและฝึกอบรมบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดให้มีการบริการผู้ดูแลผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- 3) ควรมีการจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง และสนับสนุนให้เอกชนและชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุ
- 4) ควรมีหลักเกณฑ์ในการจัดหาหรือสนับสนุนอุปกรณ์ในการดำรงชีวิต เช่น แวนตา ไม่เท้า รถเข็น ฟันเทียม ให้กับผู้สูงอายุ
- 5) ควรกำหนดมาตรการด้านการเงิน หรือภาษี เพื่อส่งเสริมบุตรหลานมีส่วนร่วมด้วยช่วยกันในการดูแลผู้สูงอายุ
- 6) ควรมีกฎหมายควบคุมกิจการดูแลผู้สูงอายุ และกฎหมายที่ควบคุมมาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 7) ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด
- 8) ควรส่งเสริมให้ทุกวัยให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่
- 9) ควรมีมาตรการสนับสนุนการจ่ายเบี้ยยังชีพให้เพียงพอและทั่วถึง

บทสรุป ข้อค้นพบ และข้อเสนอแนะ จากการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเด็นทางด้านกฎหมาย ทำให้เห็นได้ชัดเจนว่า ในช่วงเวลาที่สังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระยะแรกเริ่มนี้ มีการให้ความสนใจอย่างมากในกฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องโอกาสในการทำงาน สุขภาพ การดูแลระยะยาว และการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ งานศึกษาหลายชิ้นได้เปรียบเทียบ และศึกษาความสอดคล้องต้องกันระหว่างรัฐธรรมนูญที่เป็นแม่บทกฎหมาย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งก็ได้พบช่องว่าง และความไม่สอดคล้องกันในบทบัญญัติทำให้มีการดำเนินการคุ้มครองผู้สูงอายุเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่ทั่วถึง บางรายงานการศึกษาได้ทำการศึกษาร่วมกับประเทศอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเปรียบเทียบกับประเทศที่มีระบบการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุที่ดีและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ประเทศสวีเดน เยอรมัน ฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น ซึ่งต่างก็เป็นสังคมสูงอายุมานานแล้ว ข้อค้นพบสำคัญในการวิเคราะห์ประเด็นทางกฎหมาย มีดังนี้

1) ช่องว่างทางกฎหมาย ในกฎหมายไทยได้มีบทบัญญัติที่ชัดเจนในการส่งเสริมจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ แต่เนื้อหาสาระที่ปรากฏอยู่ในกฎหมายไม่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งเดียวกัน ทำให้มีความเข้าใจไม่ตรงกันและเกิดความล่าช้าในการปฏิบัติ ในเรื่องการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าจะมีอำนาจแล้วก็ตาม แต่ไม่สามารถดำเนินการในเรื่องการงบประมาณได้อันเนื่องมาจากไม่ได้ระบุที่ชัดเจนเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่นี้ ในเรื่องการคุ้มครองเรื่องรายได้ ในเรื่องการสนับสนุนสวัสดิการ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2550 ระบุให้บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ โดยนัยนี้ คำว่า ไม่มีรายได้เพียงพอ มีการตีความว่า รายได้เท่าไรถึงจะเพียงพอ หรือ ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ดังนั้น ควรมีบทบัญญัติเพิ่มเติม ว่า ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการควรมีรายได้เท่าไร

2) การส่งเสริมสุขภาพ จากข้อเสนอแนะที่ปรากฏในการทบทวนเอกสาร ประชาชนทุกคนควรได้รับการตรวจเช็คสุขภาพประจำปี ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นสวัสดิการ ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนได้ดูแลสุขภาพตนเองที่ดีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และสามารถรักษาโรค หรืออาการป่วยบางอย่างก่อนที่จะรักษาได้ยาก เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ พร้อมกันนี้ ควรมีการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายให้กับประชาชนในชุมชนด้วยเช่นกัน

3) การจัดบริการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุที่บ้าน จากการศึกษาและวิจัยหลายชิ้น ได้ข้อสรุปที่ตรงกันว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับคู่สมรสที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุบางคนประสบปัญหาในการช่วยเหลือตัวเอง หรือผู้สูงอายุประสบปัญหาในการช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกันเอง ดังนั้น เพื่อเตรียมพร้อมรับกับสถานการณ์ดังกล่าว ควรมีการเตรียมอาชีพดูแลผู้สูงอายุที่ให้บริการตามที่พักอาศัย การให้บริการจัดส่งอาหาร ทำความสะอาดบ้าน หรือปรับปรุงบ้านพักที่อยู่อาศัย การทำกายภาพบำบัด การบุคลากรในการให้คำปรึกษาทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมรดก ทรัพย์สิน ที่อยู่ในพื้นที่ และการช่วยเหลือฉุกเฉินผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้เอกชนเข้ามาจัดบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น

บทที่ 3

การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างรัฐ กับภาคส่วนอื่นในสังคม

เนื้อหาในบทนี้ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ ความเป็นมาของแนวคิด กลไก หรือเครื่องมือเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชน ในที่นี้หมายถึงภาคธุรกิจเอกชน กิจกรรมเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไร หรือองค์กรกุศล ที่ใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ในการร่วมมือริเริ่มโครงการ ผลิตภัณฑ์บริการ ที่เป็นการสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแสดงให้เห็นตัวอย่างโครงการที่ประสบผลสำเร็จในการช่วยแก้ปัญหาสังคม โดยเฉพาะเพื่อประชากรสูงอายุ

3.1 ความเป็นมาของแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างรัฐกับภาคส่วนอื่นในสังคม

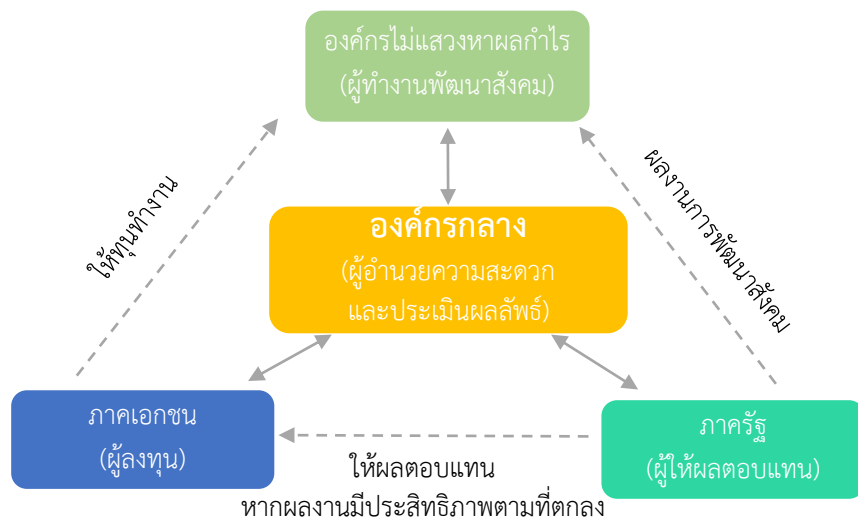
แนวคิดการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นในสังคมนั้น นับได้ว่าเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาทางสังคมที่มีนั้นมากเกินกว่าที่จะมีใครสามารถบริจาคเงินให้องค์กรการกุศลได้เพียงพอ ในระยะแรกนั้นกิจกรรมเพื่อสังคมหรือวิสาหกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise) จึงเป็นภาคส่วนใหม่ที่เกิดขึ้นซึ่งรัฐบาลอังกฤษให้คำนิยามอย่างเป็นทางการว่า เป็นธุรกิจที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสังคม โดยนำผลกำไรส่วนใหญ่ไปลงทุนเพิ่มเพื่อวัตถุประสงค์นั้น และสามารถแบ่งผลกำไรได้ไม่เกินหนึ่งในสามของผลกำไรรวม อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการของกิจการในลักษณะดังกล่าว ยังมีข้อจำกัดและความเสี่ยงสูง เนื่องจากในการดำเนินการ นอกจากจะต้องทำธุรกิจให้รอดและมีผลกำไรแล้ว ยังต้องรักษาจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ มุ่งประโยชน์ให้เกิดผลตอบแทนให้แก่สังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วย (วิชัย, 2560)

ในระยะต่อมาในหลายประเทศจึงเริ่มเกิดพัฒนาการของแนวคิดการสร้างความร่วมมือในลักษณะของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (public-private partnership: PPP) โดยเป็นแนวคิดในการดึงให้ภาคเอกชนร่วมลงทุนกับรัฐในโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม หรือเป็นการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และเน้นการติดตามประเมินผลของการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่วางไว้ในลักษณะของการดำเนินการที่เน้นผลลัพธ์เพื่อสังคม (social impact partnership: SIP) โดยเป็นการปรับรูปแบบจากการให้เงินแบบเปล่าในลักษณะของการบริจาค (philanthropy) หรือในลักษณะของมูลนิธิและองค์กรภาคสังคม (charities) มาเป็นการลงทุนที่ผู้ลงทุนจะได้รับผลตอบแทนเมื่อโครงการที่ลงทุนประสบผลสำเร็จ เพื่อเติมเต็มช่องว่างของการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาเนื่องจากโครงการหรือบริการที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการนั้นมักใช้มาตรการตอบสนองต่อปัญหาโดยมุ่งไปที่การแก้ไข

เมื่อปัญหาเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งในบางครั้งทำให้รัฐต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมากแต่ผลที่ได้รับกลับไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ในขณะที่ภาคเอกชน หลายโครงการได้ดำเนินการโดยใช้มาตรการในเชิงป้องกันในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ก่อนที่จะเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้น SIP จึงเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชน โดยใช้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญและการลงทุนโดยภาคเอกชน เพื่อจะขยายโครงการทางสังคม ที่มีการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ได้ว่าเกิดผลลัพธ์ทางบวก และประหยัดงบประมาณภาครัฐ หรือกล่าวง่ายๆ คือ การให้ภาคเอกชนลงทุนโครงการหรือบริการ ที่คาดว่าจะช่วยแก้ปัญหาสังคมได้ เมื่อโครงการสำเร็จหรือขยายผลต่อได้ รัฐจะจ่ายให้กับการลงทุนนั้น โดยรัฐพิสูจน์ได้จากผลการประเมินที่ประเมินโดยหน่วยงานภายนอก ว่าผลลัพธ์สอดคล้องกับวัตถุประสงค์แต่ละข้อของโครงการหรือไม่ และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของรัฐจริง (<https://www.collins.senate.gov>)

กรอบแนวคิดของกลไกการทำงานของความร่วมมือที่เน้นผลลัพธ์เพื่อสังคม (Social Impact Partnership: SIP) ประกอบด้วยผู้มีบทบาทหลักทั้งสิ้น 4 ฝ่าย ฝ่ายแรกคือ ภาครัฐ เป็นผู้ให้ผลตอบแทน ฝ่ายที่สองคือ นักลงทุน ได้แก่ ภาคเอกชนหรือกิจการเพื่อสังคม ฝ่ายที่สามคือ องค์กรไม่แสวงผลกำไร เป็นผู้ให้บริการเพื่อพัฒนาสังคม และฝ่ายสุดท้ายคือ องค์กรตัวกลาง ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก ประสานงาน บริหารจัดการเงินทุน และประเมินผลงาน ดังแสดงในแผนภาพที่ 3-1

แผนภาพที่ 3-1 กรอบแนวคิดเบื้องต้นแสดงกลไกการทำงานของ SIP



ปรับจาก Thompson, 2012

ในการลงทุนเพื่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม หรือเพื่อสร้างประโยชน์ต่อสังคม (Social Impact Investment: SII) จะมุ่งที่จะบรรลุทั้งเป้าหมายทางสังคมและผลตอบแทนทางการเงิน คำว่า Impact Investing เกิดมาจากสำนักงานใหญ่ Rockefeller ในประเทศอิตาลี เมื่อนักธุรกิจ นักลงทุน ได้ไปรวมตัวกัน

เพื่อช่วยกันหาแนวทางการลงทุนแบบใหม่ที่ทำให้เกิดประโยชน์มากกว่าผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินอย่างเดียว และนับตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา การลงทุนเพื่อสังคมจึงเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้นจากองค์กรที่แสวงหาผลกำไร เช่น บริษัท ธนาคาร สถาบันการเงิน เข้ามามีส่วนร่วมในตลาดมากขึ้น ซึ่งต่อมาในปี 2553 นวัตกรรมใหม่ทางการเงินนี้ จึงเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในอังกฤษที่เรียกว่า ข้อตกลงทางสัญญาว่าด้วยการทำประโยชน์เพื่อสังคม (Social Impact Bond: SIB) ที่เมืองปีเตอร์โบโร (Peterborough's SIB) (Chiappini, 2017)

คำจำกัดความและลักษณะสำคัญในช่วง 3-4 ปีแรก เป็นยุคของการกำหนดคำนิยามของ SII โดยผู้ที่อยู่ในแวดวงนี้บางคนได้กำหนดลักษณะของ SII ขึ้นมาเอง และดำเนินโครงการตามนั้น อย่างไรก็ตาม ในระยะต่อมา ผู้ดำเนินการและองค์กรระหว่างประเทศบางองค์กร จึงได้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดกรอบให้ชัดเจนเพื่อเป็นการทำให้ตลาดเติบโตยิ่งขึ้นไปและเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับนักลงทุน โดยมีผู้ให้ความหมายของการลงทุนเพื่อประโยชน์ของสังคม อาทิ

Freireich และ Fulton (2009) ให้ความหมายการลงทุนเพื่อประโยชน์ของสังคมว่า เป็นการนำทุนลงในธุรกิจและกองทุนที่ทำให้เกิดผลได้ทางสังคมและ/หรือสิ่งแวดล้อม และอย่างน้อยที่สุดคืนเงินต้นให้กับนักลงทุน

ส่วน O'Donohoe และคณะ (2010) ได้ให้ความหมายของ SII แยกย่อยให้ชัดในเรื่องของการจัดสรรทุน ความตั้งใจที่จะสร้างผลกระทบต่อสังคม การวัดผลกระทบทางสังคม และความคาดหวังในผลตอบแทนที่เน้นในเรื่องความตั้งใจที่จะสร้างผลกระทบต่อสังคมนั้น โดยเป็นผลกระทบทางบวกที่นอกเหนือไปจากผลตอบแทนทางการเงินและการลงทุน

กลุ่ม The Parthenon (2010) ให้ความหมายว่า เป็นการนำเงินลงทุนลงในธุรกิจและกองทุนที่สร้างสรรค์สิ่งที่ดีต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม และผลประโยชน์ตอบแทนจำนวนหนึ่งจากเงินต้นไปยังตลาด และนักลงทุน

AlphaMundi (2010) ให้ความหมายว่า เป็นการลงทุนที่มีผลกำไรใดก็ตามที่มีความตั้งใจที่จะสร้างผลประโยชน์ต่อประชาชนที่สามารถวัดได้ ดังนั้น การเงินที่สร้างผลกระทบช่วยขยายไปยังทรัพย์สิน ชนชั้นภาคเศรษฐกิจและพื้นที่ทางภูมิศาสตร์

Grabenwater และ Liechtenstein (2011) เป็นกิจกรรมการลงทุนที่หาผลกำไรใดก็ตาม ที่มีความตั้งใจที่จะสร้างผลประโยชน์ต่อสังคมที่สามารถวัดได้

Brown และ Swernsky (2012) เป็นการจัดสรรในเรื่องการเงินให้กับองค์กรที่มีความคาดหวังทางสังคม และผลตอบแทนทางการเงินที่เห็นได้ชัด

Credit Suisse (2012) ให้ความหมายว่า เป็นการลงทุนที่สร้างขึ้นด้วยความตั้งใจพื้นฐานที่จะสร้างผลกระทบต่อสังคมที่สามารถวัดได้ และมีศักยภาพสำหรับทางด้านการเงิน การลงทุนอาจจะต้องเจอกับความเสี่ยงเกี่ยวกับความพลิกผันทางการเงิน แต่ไม่มีเหตุผลที่รอบคอบเกี่ยวกับการใช้ทุนเหมือนอย่างการบริจาคเพื่อการกุศล

Addis และคณะ (2013) ให้ความหมายว่า เป็นการลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบมุ่งไปที่ผลประโยชน์ทางบวกในด้านสังคม วัฒนธรรม หรือสิ่งแวดล้อม และมีการวัดผลตอบแทนทางสังคม และให้ผลตอบแทนทางการเงินจำนวนหนึ่งและผลประโยชน์ทางสังคม ลักษณะสำคัญคือ ความตั้งใจที่จะสร้างผลกระทบทางบวกและผลตอบแทนทางการเงิน

Breast และ Born (2013) กล่าวว่า เป็นการนำเงินลงทุนในกิจการที่ทำให้เกิดสินค้าและบริการทางสังคม หรือผลประโยชน์ในรูปแบบการช่วยเหลือ เช่น การสร้างงาน ที่มีผลตอบแทนทางการเงินตามที่คาดหวังจากสัมปทานที่มีราคาสูงไปจนถึงสูงกว่าท้องตลาด

Drexter และ Noble (2013) ให้ความหมายว่าเป็น แนวทางการลงทุนที่มุ่งที่จะสร้างทั้งผลตอบแทนทางการเงินและผลกระทบทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมและสังคมที่สามารถวัดได้อย่างชัดเจน

Johnson และ Lee (2013) ให้ความหมายว่าเป็นการลงทุนให้กับกิจการ (ไม่ว่าจะเป็นนิติบุคคล องค์กร ไม่แสวงหาผลกำไร รัฐ หรือหุ้นต่าง ๆ) เนื่องจากว่า กิจการสามารถให้แนวทางการตลาดให้กับปัญหาทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่นักลงทุนหวังว่าจะเห็นการแก้ไขปัญหา

GIIN (2014) ให้ความหมายว่าเป็นการลงทุนให้กับบริษัท องค์กร และกองทุน ที่มีความตั้งใจที่จะสร้างผลกระทบทางสังคมและสิ่งแวดล้อมให้เกิดขึ้น ควบคู่ไปกับผลตอบแทนทางการเงิน การลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบสามารถทำได้ทั้งในตลาดที่กำลังเกิดขึ้นหรือตลาดที่พัฒนาแล้ว และมุ่งเป้าไปยังผลตอบแทนจำนวนหนึ่งจากตลาดล่างไปจนถึงอัตราตลาด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความหมายที่ลึกซึ้งไปกว่านั้นเกี่ยวกับการทำการลงทุนสร้างผลกระทบ มี 4 ลักษณะสำคัญ ดังนี้

ความตั้งใจ (Intentionality): ความตั้งใจของนักลงทุนที่จะให้มีผลกระทบทางบวกต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมผ่านการลงทุนคือสิ่งสำคัญในการลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบ

การลงทุนที่มีความคาดหวังในผลตอบแทน (Investment with return expectations): มีการคาดว่า การลงทุนสร้างผลกระทบจะสร้างผลตอบแทนทางการเงินที่มาจากเงินลงทุน หรือการตอบแทนจากการลงทุนที่ระดับต่ำสุด

ความคาดหวังในผลตอบแทนและสินทรัพย์ (Range of return expectations and asset classes): การลงทุนสร้างผลกระทบมีเป้าหมายในเรื่องผลตอบแทนทางการเงินที่มีตั้งแต่ตลาดล่าง (บางครั้งเรียกว่าการสัมปทาน) ไปจนถึงอัตราตลาดที่มีการปรับความเสี่ยงแล้ว และสามารถดำเนินการข้ามสินทรัพย์ได้ด้วย แต่ไม่จำกัดรายการเทียบเท่าเงินสด ตราสารหนี้ การร่วมลงทุน และหุ้นนอกตลาด

การวัดผลกระทบ (Impact Measurement): ลักษณะสำคัญของการลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบเป็น ข้อตกลงของนักลงทุนที่ให้การวัดและรายงานการดำเนินงานด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมและความก้าวหน้าเกี่ยวกับการลงทุนนั้น ๆ เป็นการทำให้เกิดความโปร่งใสและความรับผิดชอบขณะที่แจ้งการดำเนินงานการลงทุนเพื่อผลกระทบและการสร้างขอบเขต

Indian Impact Investors Council (IIIC) in Dutt และคณะ (2014): การลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบ คือ กิจกรรมสร้างผลกำไรที่

- ให้บริการผู้ที่ได้รับสิทธิที่ถูกละเลย ผู้ที่เป็นผู้ผลิต ผู้บริโภค ผู้จำหน่าย ลูกจ้างหรือผู้ใช้ หรือผู้ประกอบการ; ผู้ที่ถูกละเลยควรประกอบด้วยผู้ได้รับประโยชน์ประมาณสองในสาม
- ตั้งใจที่จะดำเนินการทำรายงาน/ประเมินผลให้กับฝ่ายที่สามารถร่วมกับนักลงทุน
- ติดตามความร่วมมือกับแนวทางปฏิบัติตามที่ทางการกำหนด
- แสดงให้เห็นถึงความมีมาตรฐานสูงในเรื่องความโปร่งใสในการร่วมมือและการคุ้มครองผู้บริโภค

Rodin และ Brandenburg (2014) ให้ความหมายว่าเป็น การพบกันครั้งทางระหว่างการบริหารเข้ามูลนิธิและการลงทุนทางการเงินอย่างแท้จริง เครื่องมือของการใช้เงินทุนที่จะขับเคลื่อนมูลค่าทางการเงินและผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสังคมอย่างสอดคล้องกัน

SIIT (2014) การลงทุนในธุรกิจและองค์กรภาคสังคมโดยตรงหรือผ่านกองทุน ที่มีความตั้งใจที่จะสร้างผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสังคมที่สามารถวัดได้พร้อม ๆ กับการได้รับผลตอบแทนทางการเงิน

Burckart (2015) การลงทุนที่ได้รับแรงกระตุ้นทางสังคม ในการที่จะใช้ทุนที่มีความมุ่งหวังที่จะสร้างผลตอบแทนทางการเงินให้กับนักลงทุนไปพร้อมกับ การก่อประโยชน์ให้กับสังคมและสิ่งแวดล้อม

ความแตกต่างระหว่าง:

- การลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบแบบไม่ใช้การสัมปทาน: เป็นการลงทุนที่ต้องการผลกระทบทางสังคมที่วัดได้ พร้อม ๆ กับผลตอบแทนทางการเงินที่ปรับความเสี่ยงแล้ว
- การลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบแบบการสัมปทาน: เป็นการลงทุนที่มีความตั้งใจที่จะทำการเสียสละทางการเงินบางส่วน ทั้งรับเอาความเสี่ยงหรือการยอมรับผลตอบแทนที่ต่ำกว่า ที่ให้บรรลุเป้าหมายทางสังคม

OECD (2015) ให้ความหมายว่า เป็นการดำเนินธุรกิจระหว่างนักลงทุนและผู้ได้รับการลงทุนในประเด็นทางสังคม มุ่งเป้าไปที่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับประโยชน์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ควรเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง และสินค้าบริการที่ให้การมีคุณสมบัติที่ดีของภาครัฐและภาคเอกชน การดำเนินธุรกิจแบบนี้ มักจะดำเนินการแบบมีหน่วยงานที่เป็นสื่อกลาง (intermediary) อย่างน้อยที่สุด ผู้ที่ได้รับเงินลงทุนในการดำเนินธุรกิจควรเขียนรายงานเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งให้การประเมินที่เป็นทางการเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคม ในทำนองเดียวกัน นักลงทุนอย่างน้อยที่สุดควรมีเอกสารรายงานที่เป็นสิ่งที่ต้องทำในการลงทุนผลกระทบทางสังคมและมีความคาดหวังในผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเท่ากับศูนย์ แต่ไม่ใช่มากกว่าผลตอบแทนอัตราตลาด

Jones และ Lee (2013) ให้ความสำคัญบทบาทของกิจการทางสังคมที่เป็นเหมือนสถาบันที่สามารถเพิ่มผลกระทบทางสังคมให้มีประสิทธิภาพด้วยการใช้แนวทางการแก้ไขแบบตลาด

Hochstadter และ Scheck (2015) ทำการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องจำนวน 151 ฉบับ จาก นักวิชาการและนักปฏิบัติ เป็นการยืนยันว่า

- SII มีความหมายเกี่ยวกับผลตอบแทนทางการเงินและประเภทของผลกระทบที่ไม่ใช่ตัวเงิน
- ผลตอบแทนให้กับต้นทุนที่ลงไปดูเหมือนว่าเป็นข้อเรียกร้องขั้นต่ำ อย่างไรก็ตาม ผลตอบแทนทางการเงินที่คาดหวังมีความผันผวนเกิดขึ้นได้จากระดับต่ำไปจนถึงมากกว่าอัตราดอกเบี้ยเงินกู้ที่ธนาคารเรียกเก็บ
- ผลกระทบทางการเงินมีอยู่ในผลกระทบทางสังคมและ/หรือทางสิ่งแวดล้อม ที่ควรเป็นการดำเนินการตามด้วยความเต็มใจและวัดได้

OECD (2015) ได้จำแนกลักษณะสำคัญของ SII เป็น 7 ลักษณะ ส่วนประกอบหลักของ SII ประกอบด้วย พื้นที่เป้าหมายทางสังคม ผู้ได้รับการช่วยเหลือ สินค้าหรือบริการ องค์กรจัดหา การวัดผล นักลงทุนที่มีความตั้งใจ และการคาดหวังในผลตอบแทน ดังนั้น กรอบแนวคิดเป็นดังนี้

- SII ควรมุ่งเป้าไปที่พื้นที่ทางสังคมที่กำหนดไว้ในรายการ รวมถึง การสูงอายุ ความพิการ เด็กและครอบครัว ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและความปลอดภัย การว่างงาน ที่พักอาศัย การศึกษาและการฝึกอบรม พื้นที่ทางสังคม หาไม่ได้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เพราะว่า (ตัวอย่างเช่น การปล่อยสินเชื่อให้คนจน การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม) สามารถเป็นที่ยอมรับได้เมื่อการลงทุนเป็นที่ตระหนักในประเทศที่พัฒนาแล้ว
- ผู้ได้รับสิทธิการช่วยเหลือของ SII ควรเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง และเพื่อที่จะนำเข้าไปในหมวดหมู่ความยากจนไม่ใช่ตัวแทนสภาพที่เพียงพอ สถานภาพของ ประชากรกลุ่มเสี่ยง ควรสร้างและทำให้เกิดผลในต้นทุนสำหรับการจัดออกทางสังคม ถ้าไม่ได้มีการจัดการ (OECD, 2015)
- สินค้าหรือบริการที่ดำเนินการโดยองค์กรที่จัดหาควรมีลักษณะว่ามีความเป็นสาธารณะมากน้อยแค่ไหน (degree of publicness) ที่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นการปรับปรุงปัจเจกบุคคลหรือการใช้ชีวิตในสังคม และในต้นทุนทางสังคมที่มีการประหยัด และหรือในการปรับปรุงประสิทธิภาพ
- หน่วยงานจัดหาบริการ ควรมีลักษณะดังนี้:
 - จัดตั้งขึ้นภายในบทบัญญัติ ว่าด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบในผลกระทบทางสังคม
 - ได้รับประกาศรับรองจากหน่วยงานภายนอก
 - มีบทบัญญัติที่ตายตัวเพื่อที่จะไม่ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพันธกิจเพื่อสังคม
- หน่วยงานจัดหาบริการควรเป็นผู้วัดผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้น การวัดควรมีขึ้นภายในกระบวนการของ และผลกระทบทางสังคมควรมีการประเมินในรูปแบบที่เป็นตัวเงิน และไม่ใช่ตัวเงิน
- นักลงทุนกำหนดอยู่ในบทบัญญัติ ว่าด้วยเรื่องของหน้าที่ความรับผิดชอบทางสังคมต่อผู้ที่ถือหุ้นและ/หรือบทบัญญัติบางอย่างที่ทำให้ไม่ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพันธกิจเพื่อสังคม

- ผลตอบแทนตามเป้าหมายควรมีความหลากหลายจากระยะเวลาคืนทุนที่จะตอบแทนมากกว่า หรือสอดคล้องกับอัตราดอกเบี้ยเงินกู้จากธนาคาร

กล่าวโดยสรุปได้ว่า จากพัฒนาการของคำจำกัดความที่กล่าวถึงนั้น องค์ประกอบที่ถูกอ้างถึงมากที่สุดคือ จุดมุ่งหมายในการสร้างผลกระทบทางสังคม และผลตอบแทนทางการเงิน โดยคำที่ใช้เรียกอื่น ๆ ที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น

- Socially responsible investment (SRI) : การลงทุนอย่างรับผิดชอบต่อสังคม
- Social investing : การลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบทางสังคม
- Mission-driven investing : การลงทุนเพื่อขับเคลื่อนพันธกิจ
- Sustainable and responsible investing : การลงทุนที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมและยั่งยืน
- Blend value, value-based investing : การลงทุนที่ยึดถือคุณค่า และผลงานคุณค่า
- Ethical investing : การลงทุนที่มีจริยธรรม
- Responsible investing : การลงทุนที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม
- Program-related investing : การลงทุนเกี่ยวกับโครงการ
- Triple bottom line : ไตรกำไรสุทธิ
- Environment, social and government screening (ESG) : การลงทุนที่พิจารณาเรื่องผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อม และระดับธรรมาภิบาลของบริษัทที่สนใจจะเข้าไปลงทุน

3.2 Social Impact Bond: เครื่องมือทางการเงินในการสร้างความร่วมมือ

ในการสร้างความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อดำเนินโครงการหรือบริการเพื่อสังคมนั้น เพื่อที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจของภาคเอกชนที่มีความตั้งใจ จำเป็นต้องมีกลไกที่เป็นการสนับสนุนให้ทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมทำโครงการให้บรรลุผลสำเร็จและขยายผลได้ กลไกดังกล่าวอยู่ในรูปของข้อตกลงหรือข้อผูกมัดที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่คาดหวัง จำนวนเงินที่รัฐต้องจ่ายเมื่อโครงการหรือบริการประสบผลสำเร็จ เครื่องมือทางการเงินเพื่อให้เกิดการลงทุนในโครงการเพื่อสังคม ในแต่ละประเทศใช้คำเรียกที่แตกต่างกัน ในอังกฤษเรียกว่า Social Impact Bond ชื่อย่อคือ SIB หรือที่เรียกว่า ข้อตกลงในสัญญาว่าด้วยการลงทุนเพื่อสร้างประโยชน์ต่อสังคม ส่วนในสหรัฐอเมริกา เรียกว่า Pay-for-Success Bond ชื่อย่อคือ PFS หรือที่เรียกว่า ข้อตกลงการจ่ายตอบแทนหากโครงการประสบผลสำเร็จ หรือในออสเตรเลีย เรียกว่า Pay-for-Benefits Bond ชื่อย่อคือ PFB ซึ่งก็คือ ข้อตกลงการจ่ายตอบแทนเมื่อได้รับประโยชน์ คำว่า bond ในที่นี่ไม่ใช่พันธบัตร แต่เป็นข้อตกลงในการทำสัญญาที่เป็นลายลักษณ์อักษรในอันที่จะทำให้มีการร่วมลงทุนระหว่างภาคีที่เข้าร่วม ในความหมายโดยสรุปของ SIB คือ การร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนโดยการทำสัญญาในรูปแบบต่าง ๆ (McKinsey & Company, 2012) (อันที่จริงแล้ว SIB มาที่หลังคำว่า SIP - Social Impact Partnership ตามที่ได้อธิบายไว้ในหัวข้อที่ผ่านมา)

SIB เป็นการดำเนินการภายใต้การบรรจบกันของกระแสสำคัญๆ 3 อย่าง คือ นักลงทุนจำนวนมากขึ้นสนใจในกิจการที่ให้บริการทางสังคมที่อิงกับเหตุการณ์ รัฐสนใจในสัญญาที่อิงประสิทธิภาพ และนักลงทุนสร้างผลกระทบที่ใคร่อยากได้โอกาสในการลงทุนที่มีทั้งผลตอบแทนทางการเงินและเพื่อประโยชน์ต่อสังคม และนักลงทุนเพื่อสร้างผลกระทบใน SIB สามารถช่วยผลักดันให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพในภาคสังคม ในขณะที่ให้มีการเติบโตของทุนต่อสถานประกอบการทางสังคมและผู้ให้บริการทางสังคมมีประสิทธิภาพ พลังอำนาจที่แท้จริงของ SIB ตั้งอยู่บนหลักการว่า นักลงทุนสามารถนำไปสู่กระบวนการของการเลือกผู้ให้บริการและการจัดหาบริการทางสังคม เมื่อความคาดหวังของรัฐ นักลงทุน และผู้ให้บริการไปในทางเดียวกัน SIB มีศักยภาพที่จะนำทุนใหม่ที่มีความสำคัญและประสิทธิภาพต่อการจัดหาบริการทางสังคม

ถึงแม้ว่า SIB มีความหมายที่ค่อนข้างสับสน แต่เป็นรูปแบบเฉพาะอย่างหนึ่งของสัญญาในข้อตกลงว่าด้วย Pay for Success (PFS) ข้อตกลง PFS เป็นกลไกการทำสัญญาในการที่รัฐ หรือ ผู้จ่ายคนอื่น จ่ายผู้ให้บริการหลังจากที่ผลที่เกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้สำเร็จ ผู้จัดหาที่เข้าสู่การทำสัญญาแบบนี้มีทางเลือกหลายอย่างสำหรับสนับสนุนการเงินให้กับการจัดหาโครงการ อาทิ เงินกู้จากสถาบันการเงินเพื่อพัฒนาชุมชนและธนาคาร หรือเงินทุนหรือการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับโครงการจากมูลนิธิ ทางเลือกส่วนใหญ่เหล่านี้ กำหนดให้ความเสี่ยงทางการเงินที่สำคัญให้กับผู้จัดหาบริการ ในทางตรงข้ามกับ SIB เป็นกลไกทางการเงินที่เปลี่ยนความเสี่ยงนี้ให้กับนักลงทุน ในการมีส่วนร่วมกับ SIB ผู้ให้บริการที่ทำงานภายใต้การทำสัญญาแบบ PFS สามารถได้รับทุนดำเนินการเพื่อสร้างและขยายโดยไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางการเงินเพิ่มขึ้น ถ้าขาดแคลนเงินทุนและเจอกับความยากในการปกป้องทรัพยากรที่ทำให้ผู้จัดหาบริการจัดให้สัดส่วนของประชากรที่อยู่ในความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น SIB สามารถให้เส้นทางที่ดึงดูดในการขยายการลงทุน

ความหมายและกลไกการทำงานว่าด้วยการลงทุนเพื่อประโยชน์ต่อสังคมรูปแบบ SIB

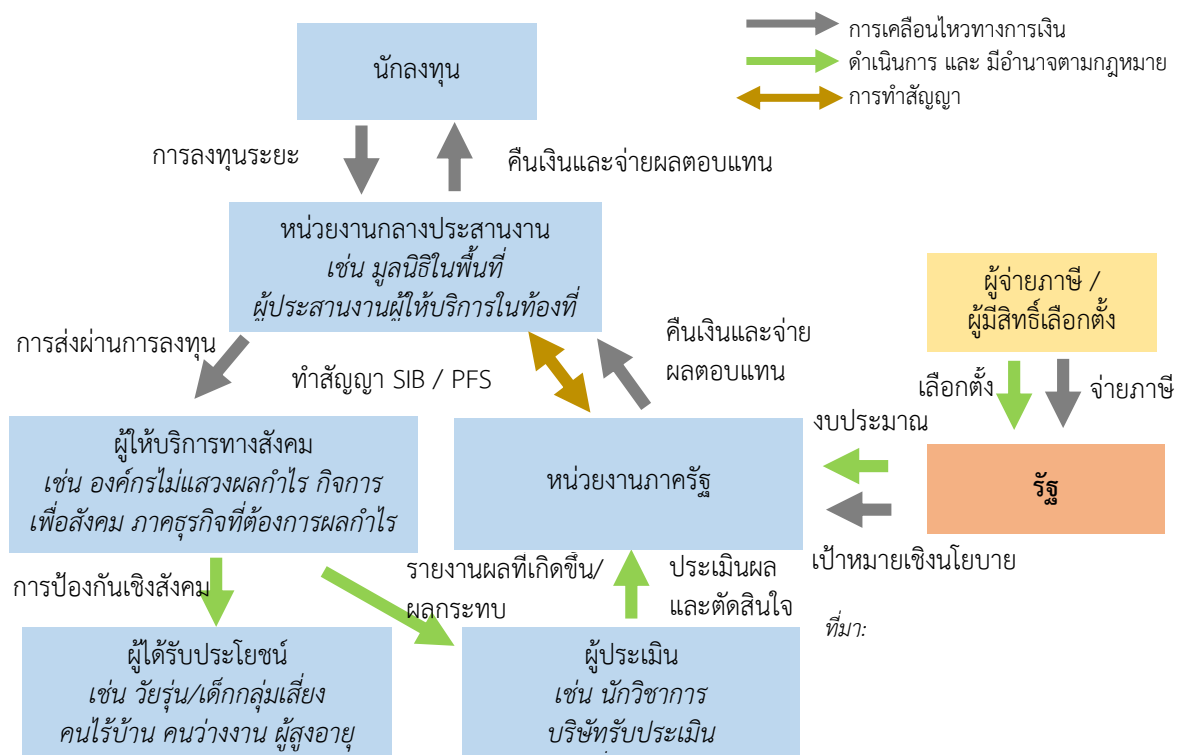
ตามคำจำกัดความของ OECD (2016) SIB เป็นนวัตกรรมทางการเงินรูปแบบใหม่ ที่รัฐเข้าร่วมในการทำข้อตกลงกับผู้ให้บริการทางสังคม เช่น กิจการเพื่อสังคม หรือ องค์กรไม่แสวงผลกำไร และนักลงทุน เพื่อที่จะจ่ายให้กับการจัดทำผลลัพธ์ทางสังคมให้เกิดขึ้นตามที่ได้กำหนดไว้ก่อนหน้านี้ องค์กรที่เกี่ยวข้องระดมทุนจากนักลงทุนภาคเอกชน องค์กรการกุศล หรือมูลนิธิ หลังจากนั้นจึงแจกจ่ายทุนที่ระดมมาให้กับผู้ให้บริการให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ถ้าผลลัพธ์ที่วัดได้เป็นไปตามที่ไว้บรรลุผล รัฐดำเนินการจ่ายให้องค์กรที่เกี่ยวข้องหรือให้กับนักลงทุน

สำหรับผู้มีส่วนได้เสียหลัก อันดับแรกคือ นักลงทุน เป็นผู้ให้ทุนสำหรับการดำเนินโครงการเชิงป้องกัน ที่ใช้เป็นทุนในการทำงานสำหรับผู้จัดหาบริการ ที่รับผิดชอบการจัดหาบริการทางสังคม และดำเนินโครงการให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตกลงไว้ และ สำหรับการจัดหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อย่างมีศักยภาพ การวัดผลลัพธ์เป็นขั้นตอนที่สำคัญสำหรับกระบวนการ SIB การจ่ายค่าตอบแทนให้กับนักลงทุนพร้อม ๆ กับดอกเบี้ยตามที่ตกลงกันไว้จะให้โดยรัฐหรือหน่วยงานว่าจ้าง ดังนั้น รัฐ หรือ หน่วยงานว่าจ้าง คือ ผู้จ่ายให้กับผลลัพธ์ทั้งหมด และอาจเป็นผู้กำหนดผลลัพธ์ในมิติต่าง ๆ และข้อตกลงการจ่ายเงินด้วย อันดับที่สองคือ หน่วยงานที่เป็นสื่อกลาง

(intermediary) ที่มีบทบาทสองด้าน ด้านแรก คือ ในฐานะผู้จัดให้มีการรวมตัวกันของผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องในกลไก SIB เพื่อที่จะมาทำข้อตกลงในเรื่องของกระบวนการดำเนินการ ด้านที่สองคือ รับผิดชอบในเรื่องการระดมทุนและกำหนดโครงสร้างของสัญญา อันดับที่สาม คือ ผู้ประเมิน (evaluator) ที่อาจต้องมีในโครงการ SIB เพื่อทำการประเมินผลลัพธ์ (outcome) ตามที่ได้ตกลงกันไว้รวมถึงผลกระทบ (impact) อันดับที่สุดคือ ผู้ได้รับประโยชน์ (beneficiary) หรือประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในโครงการ SIB อาจต้องกำหนดจำนวนผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือให้ชัดเจนด้วย

นอกจากผู้มีส่วนได้เสียหลักตามที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ผู้เกี่ยวข้องรองลงมา อาจมีหรือไม่มีก็ได้ ขึ้นอยู่กับโครงสร้างของ SIB แต่ละโครงการ เช่น นักลงทุนรายย่อย ผู้ค้าประกัน ผู้จัดหาทุน ผู้ให้บริการช่วยเหลือทางเทคนิค ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย และนักวิจัย บทบาทของผู้มีส่วนได้เสียหลัก และผู้ที่เกี่ยวข้องรองลงมา อาจมีความหลากหลายตามโครงสร้างของ SIB รวมถึงข้อตกลงเฉพาะที่เหมาะสมของแต่ละสัญญา ตัวอย่างเช่น นักวิจัยอาจมีทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินอิสระในการประเมินว่าผลลัพธ์ที่ได้ตกลงกันไว้บรรลุหรือไม่ ส่วนรัฐอาจเป็นได้ทั้งผู้จ่ายให้กับผลลัพธ์ และอาจทำหน้าที่ผู้ประเมิน โดยการตรวจสอบข้อมูลด้านการบริหาร ส่วนผู้จัดหาบริการอาจเป็นนักลงทุนก็ได้ หรือในทำนองเดียวกัน หน่วยงานที่เป็นตัวกลางอาจเป็นนักลงทุนก็ได้ นักลงทุนอาวุโสอาจเป็นผู้ลงทุนย่อยได้ และหน่วยงานกลางสามารถเป็นผู้ประเมิน และผู้ให้การช่วยเหลือทางเทคนิคก็ได้ (OECD, 2016)

แผนภาพที่ 3-2 กลไกทำงานของ SIP



ปรับจาก Maier และ Meyer (2017) แล OECD (2016)

SIB สามารถมีโครงสร้างและรูปแบบที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบและบทบาทและหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เปลี่ยนแปลงไป กระบวนการสร้างโครงสร้างในการทำสัญญาและความรับผิดชอบในการจัดทำให้เกิดผลลัพธ์ให้เป็นไปตามความคาดหวัง จนถึงตอนนี้มีสองรูปแบบที่เกิดขึ้น คือ กองทุน SIB และ SIB รายโครงการ ความแตกต่างหลักๆ ระหว่างสองรูปแบบนี้คือ กองทุน SIB มีศักยภาพในการออกสัญญาในรูปแบบที่หลากหลายในการจัดการกับประเด็นทางสังคมที่มีลักษณะคล้ายกัน ขณะที่ SIB ที่เป็นรายโครงการ จะทำสัญญาการจ่ายตอบแทนสัญญาเดียว ณ เวลานั้น

SIB มีความแตกต่างจากการทำสัญญาแบบ PFS คือ SIB ถือว่าเป็นหนึ่งในกลไกการเงินในการทำสัญญาแบบ จ่ายตามผลลัพธ์ (payment-by-result) จ่ายตามผลงาน (payment-for-performance) หรือ ดูจากผลลัพธ์ แนวคิดเบื้องต้นของโครงการที่ทำสัญญาที่กล่าวมาข้างต้นนี้ คือ เป็นการเชื่อมโยงการให้ทุนกับผลสุดท้าย ขณะที่การให้การสนับสนุนนวัตกรรมที่เป็นกระบวนการในภาครัฐ และในที่สุด ผลงานจากผู้ให้บริการที่ดีขึ้น แม้ว่า SIB สามารถที่จะอยู่ในกลุ่มกว้างๆ แต่มี 4 จุดที่แตกต่าง ประการแรก คือ SIB เกี่ยวข้องกับนักลงทุนภาคเอกชนที่เป็นเวทีผู้มีส่วนได้เสียกว้างๆ และมุ่งเน้นไปที่ความร่วมมือและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ประการที่สอง SIB มุ่งเน้นไปที่ผลสุดท้าย มากกว่าที่จะเป็นผลลัพธ์หรือผลได้เบื้องต้น ประการที่สาม SIB ให้งบประมาณล่วงหน้าสำหรับการทำโครงการเชิงป้องกัน ที่ทำให้ผู้จัดหาบริการมุ่งไปที่ความพยายามในการจัดหาบริการมากกว่าที่จะมุ่งระดมทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีประโยชน์ต่อผู้จัดหาบริการทางสังคมขนาดเล็กหรือขนาดกลาง มิฉะนั้นแล้วจะประสบปัญหาในการเข้าแหล่งทุนภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม ต้องการเน้นว่า ในความจริงแล้ว สัญญาแบบ SIB อาจเป็นการมองการณ์ไกลถึงค่าวงดรายปีของทุนหรือแผนการจ่ายอื่นๆ ที่ผูกติดกับผลที่เกิดขึ้น หรือเหตุการณ์จำเพาะ สุดท้าย คือ SIB ส่งผ่านความเสี่ยงการดำเนินการจากภาครัฐหรือผู้ให้บริการไปให้กับภาคเอกชน มิฉะนั้นแล้ว ก็คงไม่สามารถที่จะแบกรับความเสี่ยงได้ แม้ว่าอาจจะมียกเว้นที่จะลดความเสี่ยงของนักลงทุน

การพัฒนาของ SIB ในปัจจุบัน นับตั้งแต่มีการดำเนินโครงการภายใต้ SIB ครั้งแรก เมื่อปี 2010 ที่มีจุดมุ่งหมายที่จะลดการกระทำผิดกฎหมายซ้ำ ๆ ตั้งแต่ปี 2012 สังเกตเห็นได้ชัดว่ามีความสนใจเพิ่มมากขึ้นในกลไกทางการเงินนี้ โครงการภายใต้การทำสัญญาแบบ SIB ส่วนใหญ่มีการพัฒนามากที่ประเทศอังกฤษ ตามมาด้วยด้วยอีกสองประเทศคือ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย และแคนาดา เกาหลีใต้ ส่วนประเทศแถบยุโรป มีในเบลเยียม เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์ สำหรับในประเทศกำลังพัฒนา พวกชอบบริจาค และผู้บริจคนานาชาติ ก็ได้แสดงความสนใจในกลไกนี้ด้วย และมีการพัฒนาในรูปแบบของข้อตกลงการพัฒนาที่สร้างผลกระทบ (development impact bond: DIB) แต่มีการพัฒนาน้อยกว่า SIB มาก มีที่ในปัจจุบันกำลังดำเนินการอยู่ คือ ในอินเดีย เกี่ยวกับการศึกษาของเด็กหญิง และโครงการสร้างท่อลำเลียงน้ำในแอฟริกา

ความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

รัฐ และหน่วยงานภาครัฐ สามารถมีแรงจูงใจจากผลลัพธ์สุดท้ายที่มุ่งในเรื่องที่ยากต่อการเข้าถึง รวมถึงการประหยัดค่าใช้จ่าย ความรับผิดชอบต้องประมาณที่มาจากการจัดเก็บภาษี และคุณค่าของเงิน แรงจูงใจอีกอย่างหนึ่งคือ SIB อาจเป็นการให้รัฐได้รับศักยภาพที่จะลงทุนมากขึ้นในโครงการเชิงป้องกัน และการป้องกันเชิงสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องการแก้ปัญหาด่วนหรือเห็นผลในทันที การลงทุนในการแก้ไขปัญหาในลักษณะเชิงป้องกัน มีผลกระทบที่ดีต่อความเป็นอยู่ของประชาชน ในขณะที่ยังผลให้มีการประหยัดทั้งระยะกลางและระยะยาว ยิ่งไปกว่านั้น แม้ว่าทางการอยากที่จะเข้าร่วมการทำ SIB ในเวลาที่ยังงบประมาณชักหน้าไม่ถึงหลัง อาจมีประสบการณ์ในผลกระทบที่เป็นระลอกในการเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดหาบริการและการประหยัดงบประมาณแม้แต่ในช่วงการเติบโต ประการสุดท้าย SIB เป็นการส่งเสริมให้มีการร่วมมือกันภาคส่วนต่าง ๆ และเป็นการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการในปัญหาระยะยาว กระบวนการที่เป็นความร่วมมือนี้อาจทำให้เกิดการประหยัดค่าใช้จ่ายในหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รัฐ และหน่วยงานภาครัฐควรดำเนินการวิเคราะห์ต้นทุนผลประโยชน์ หรือการประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับว่า การทำโครงการแนวทาง SIB เป็นทางเลือกที่ทำให้เห็นคุณค่าของเงินหรือไม่ และจำเป็นต้องคำนึงถึงความจริงในการจ่ายคืนอัตราดอกเบี้ยให้กับนักลงทุน สุดท้าย ต้องคาดการณ์และรวมค่าใช้จ่ายประเภทนี้เข้าไปในงบประมาณปีถัดไป

นักลงทุน สถาบันต่าง ๆ และบุคคล ให้ความสนใจมากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับการผสานคุณค่าหรือการลงทุนไปที่ระดับล่างเพิ่มเท่าตัว หมายถึงว่า การทำดัชนีที่มีผลตอบแทนพอประมาณในการลงทุน ได้นำพวกนี้ให้เข้าร่วมใน SIB สถาบันนักลงทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น เพราะว่ามันลงทุนจะได้รับงานที่จะนำเสนออย่างเป็นพิเศษในเรื่องผลประโยชน์ของลูกค้าที่เป็นนักลงทุนในผลตอบแทนทางสังคม เช่น มูลนิธิ หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ให้ทุน ว่าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ CSR หรือการมีส่วนร่วมในชุมชน มอง SIB ว่าเป็น โอกาสที่จะหมุนเวียนเงินทุนหลังจากสิ้นสุดโครงการและขยายผลประโยชน์สังคม นี่หมายความว่า พวกเขาสามารถหมุนเวียนผลตอบแทนของการลงทุนให้กับอีกโครงการหนึ่งในกรณีที่การดำเนินการโครงการ SIB ประสบความสำเร็จ อีกแรงจูงใจหนึ่งสำหรับนักลงทุนคือ ผู้ค้าประกันโดยรัฐจะจ่ายให้ถ้าบรรลุผลลัพธ์ตามที่ตกลงไว้ อาจเป็นดาบสองคม ทั้ง ๆ ที่ การประกันของรัฐ ซึ่งเป็นการย่ำให้แน่ใจว่าจะได้ผลตอบแทนในการลงทุนในกรณีที่โครงการประสบความสำเร็จ ส่วนสิ่งที่ไม่ได้จูงใจนักลงทุน หลัก ๆ คือ การสูญเสียทุนทั้งหมดในกรณีที่ SIB ล้มเหลว ดังนั้น ตัวชี้วัดของการประสบความสำเร็จในการลงทุนจึงขึ้นอยู่กับโครงสร้างของ SIB

ในทำนองเดียวกัน มีความเป็นไปได้เสมอว่ารัฐอาจไม่สามารถจ่ายเงินให้นักลงทุนแม้ว่าผลลัพธ์ได้บรรลุสิ่งนี้อาจเกิดขึ้น ในกรณีที่เกิดวิกฤตทางการเงิน กรณีนี้จึงเป็นความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดและเครดิตทางลบที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่มีความเสี่ยงเช่นนั้น ในโครงการนี้ ผู้ค้าประกันอาจให้นักลงทุนในรูปของการคุ้มครองบางอย่างหรือเติมรูปแบบของหลักการ อย่างไรก็ตาม หนึ่งในแรงจูงใจสำหรับรัฐที่จะพัฒนา SIB เป็นครั้งแรก ผู้มีส่วนได้

เสียทุกองค์กรและผู้มีอำนาจภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรรอให้มั่นใจว่า ผู้ได้รับประโยชน์ไม่เกิดความเสียหายในกรณีที่มี SIB ล้มเหลว

การเข้าถึงการเติบโตของทุนที่จะขยายการดำเนินการ คือ แรงจูงใจสำคัญสำหรับผู้ให้บริการทางสังคม การเข้าถึงกระแสรายได้ที่คาดการณ์ได้และเป็นระยะเวลานาน ปราศจากการใช้แรงงานในการระดมทุนอย่างมาก ทำให้นักลงทุนมุ่งไปที่การดำเนินการของโครงการ ลงทุนการดำเนินการเชิงป้องกัน และจัดหาบริการในวิธีทางที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด เป็นผลให้ผู้จัดหาบริการมีโอกาสในการพัฒนาวัฒนธรรมของการติดตามและประเมินผลในระหว่างที่มุ่งเน้นไปที่หยุดปัญหาสังคม ยิ่งไปกว่านั้น การเข้าร่วมใน SIB อาจมีส่วนช่วยให้การประสานงานกับองค์กรที่ทำงานในปัญหาเดียวกัน

ดังนั้น ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ขึ้นอยู่กับโครงสร้างของ SIB ผู้จัดหาบริการทางสังคมอาจได้รับทุนเป็นรายปีหรือขึ้นอยู่กับผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนั้น ความมั่นคงทางการเงินระยะยาว ที่สำคัญสำหรับผู้ให้บริการทางสังคม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกิจการเพื่อสังคม ไม่ได้เป็นการมั่นใจเสมอๆ ยิ่งไปกว่านั้น มีความเสี่ยงเสมอๆ เกี่ยวกับการไม่ได้ตามผลลัพธ์ตามที่ตกลงไว้ SIB สามารถวางภาระให้กับผู้ให้บริการทางสังคม โดยเฉพาะในเรื่องของการบริหารจัดการการดำเนินงานและการวัดผลสุดท้ายบางอย่าง หรืออาจให้มีการขยายการให้บริการเพิ่มมากขึ้น ผู้ให้บริการทางสังคมอาจเผชิญกับการถูกทำลายชื่อเสียง ซึ่งส่งผลในเรื่องการให้ทุนที่มั่นคงในอนาคตจากผู้บริจาค

แรงจูงใจของหน่วยงานกลางมีหลากหลายตามอำนาจที่ได้รับมอบหมาย เหมือนกันนักลงทุน หน่วยงานที่เป็นตัวกลางมอง SIB ว่าเป็นโอกาสที่จะลองใช้รูปแบบนวัตกรรมทางการเงินที่ให้ความสำคัญกับปัญหาสังคมและบรรลุผลลัพธ์ เนื่องจากหน่วยงานที่เป็นตัวกลางอาจรับใช้ผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในทุกขั้นตอนของการสร้าง SIB และดำเนินการ หน่วยงานตัวกลางอาจทำให้กระบวนการทั้งหมดเป็นความเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ไม่กี่สถานการณ์ ตัวอย่างเช่น SIB ต้องการข้อผูกพันระยะยาวเพื่อที่จะทำโครงสร้างสัญญา ระดมทุน ดำเนินโครงการและประเมินผลที่เกิดขึ้น ที่กล่าวเช่นนั้น เพราะหน่วยงานที่เป็นตัวกลางควรมีความสามารถที่จะให้คำมั่นในระยะยาวด้วย และไม่เป็นการรบกวนธรรมาภิบาลภายในหรือประเด็นทางการเงิน อันที่จริงหน่วยงานที่เป็นตัวกลางอาจเจอความเสี่ยงทางการเงิน หากส่วนหนึ่งของการจ่ายค่าตอบแทนผูกอยู่กับการดำเนินงานภายใต้ SIB อย่างไรก็ตาม การทำ SIB อาจประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้นถ้าหน่วยงานที่เป็นตัวกลางได้รับการสนับสนุนทางการเงินผ่านหน่วยงานนอกเหนือจาก SIB ให้ทุน

กรอบแนวคิดที่เป็นข้อบังคับเฉพาะ

SIB ใช้กฎเกณฑ์ใหม่ในเรื่องการให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามาร่วม และอาจจปฏิรูปแนวทางปฏิบัติแบบเก่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกล่าวถึงวิธีการทำโครงสร้างหน้าที่ตามกฎหมายในบริบทนั้น ยิ่งไปกว่านั้น การดำเนินการ SIB อาจมีอุปสรรคจากกฎระเบียบข้อบังคับ และ ต้นทุนทางสังคมและการเงิน ในส่วนนี้จะให้แนวทางที่เป็นอย่างแรก และไม่ตัดกำลังในองค์ประกอบที่ทำได้ในเรื่องเหล่านี้ ที่อาจมีประโยชน์สำหรับผู้กำหนดนโยบาย

ระบบนิเวศทางนโยบาย: การมีสิทธิ์ทางกฎหมายและสิ่งแวดล้อมทางนโยบายสำคัญสำหรับการพัฒนา SIB รัฐสามารถสร้างระบบนิเวศที่เอื้อสำหรับ SIB โดยการใช้การสนับสนุนบริการเจาะจงในกรอบนโยบายหรือเอกสารยุทธศาสตร์ ตัวอย่างเช่น ในสหราชอาณาจักร ที่ได้มีการใช้ SIB เป็นส่วนใหญ่ มีหนึ่งในระบบนิเวศที่มีการพัฒนามากที่สุด ศูนย์เพื่อ Social Impact Bonds ได้ตั้งขึ้นในสำนักนายกรัฐมนตรีแห่งอังกฤษ ให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมการเงินเพื่อการลงทุนทางสังคมและได้ตั้งกองทุนผลลัพธ์ทางสังคมเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2012 ด้วยเงิน 20 ล้านปอนด์ที่ให้สำหรับ SIB ในปี 2014 ใช้การตรากฎหมายการลดหย่อนทางภาษีที่ใช้กับ SIB ในเครื่องมืออื่น ๆ และกลไก Social Investment Tax Relief ในการให้ทุนกิจการเพื่อสังคม อีกตัวอย่างหนึ่งจากออสเตรเลีย และรัฐนิวเซาท์เวลส์ ที่ได้ดำเนินการนโยบายการลงทุนเพื่อผลกระทบทางสังคมเมื่อปี 2015 นโยบายเป็นการให้แรงจูงใจการเพิ่มสำหรับธุรกิจที่ลงทุนสร้างผลกระทบสังคม จัดอุปสรรค พัฒนาตลาดให้เติบโต และสร้างศักยภาพของผู้ที่บทบาทในตลาด

กรอบกฎระเบียบ: ระบบนิเวศที่เอื้อต้องการกรอบแนวคิดทางกฎระเบียบที่เป็นความชอบธรรม ที่ให้ประโยชน์กับการพัฒนา SIB ในทางตรงข้าม อุปสรรคทางกฎระเบียบกีดกันกระบวนการนี้ ประเทศสามารถที่จะตรวจสอบได้ว่า ประเทศมีสิ่งแวดล้อมทางกฎระเบียบที่เหมาะสมหรือไม่ โดยการคำนึงถึงสิ่งที่นำเสนอต่อจากนี้ กฎระเบียบส่งผลกระทบต่อกิจกรรมของผู้มีส่วนได้เสียที่เข้าร่วมในกลไก SIB คือ ผู้มีอำนาจรัฐ นักลงทุนหน่วยงานที่เป็นตัวกลาง และผู้ให้บริการทางสังคม

ผู้มีอำนาจรัฐ ต้องตรวจสอบในเรื่องหลัก 2 เรื่อง คือ งบประมาณ และสัญญา ตามที่ SIB เป็นการลงทุนที่คาบเกี่ยวหลายปี รัฐในฐานะผู้ให้ทุนตอบแทนผลลัพธ์จำเป็นต้องมีความสามารถที่จะขยายทุนที่มีความเหมาะสม ตลอดปีงบประมาณ และให้ออกการจ่ายผลตอบแทนที่ยึดตามความสำเร็จ สิ่งนี้สามารถเป็นความท้าทายตามเส้นทางปกติ คือการผูกค่าใช้จ่ายประจำปีงบประมาณ มีค่าในการพิจารณาว่าเป็นไปได้ และถ้ามีกลไกเกิดขึ้นที่จะทำให้มีความแน่ใจที่จะมีการจ่ายในอนาคต ทำตามการบริหารอนาคต และแน่ใจว่า SIB ไม่แน่นอนต่อความผันผวนทางการเมือง ประการที่สอง มีค่าต่อการตรวจสอบว่าผู้มีอำนาจรัฐมีความสามารถมากน้อยแค่ไหนในการกำหนดทิศทางทุนให้กับหน่วยงานที่เป็นตัวกลางในการดำเนินการทางธุรกิจ และมีอำนาจในการทำสัญญากับผู้ให้บริการทางสังคม กฎการจัดหาเพื่อสาธารณะที่มีค่าการจำแนกพิเศษ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งศักยภาพของรัฐในการเข้าร่วมกับหน่วยงานตัวกลางหรือผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในช่วงการดำเนินการ SIB สำหรับใน ออสเตรเลีย และนิวเซาท์เวลส์ เมื่อกระทรวงการคลังออกโครงการภายใต้ SIB ครั้งแรก มีการประกาศรับข้อเสนอโครงการ นอกเหนือจากข้อมูลการประมวลมาตรฐาน ส่วนใหม่ที่ขอข้อมูลในเรื่องประชากรเป้าหมายสถานที่ที่จะดำเนินการ การส่งต่อโครงการ การประเมิน ขบวนการให้มีการจ่ายค่าตอบแทน กระแสเงินสดในโครงการที่มีการดำเนินการที่ต่างกัน รวมทั้งรายละเอียดในเรื่องของการดำเนินการป้องกันและโครงสร้างการลงทุน ควรคำนึงว่า ความเป็นไปได้ของรัฐต่อการทำทายผลของผู้ประเมินเป็นการจ่ายให้กับ SIB

นักลงทุน ควรพิจารณา 3 เรื่อง โอกาสในการให้ทุน การจัดหา และการจ่ายภาษี อันดับแรกต้องมีการตรวจสอบว่ามีกรอบแนวคิดทางกฎระเบียบหรือไม่ ถ้ามี ถ้าให้ผู้ให้ทุนหรือนักลงทุนในการให้ทุนบริการสังคมและโครงการ SIB โดยตรงหรือผ่านหน่วยประสานงานกลาง ถ้าใช่ ขั้นต่อไปคือการทดสอบว่ามีข้อจำกัดบ้าง

หรือไม่ในเรื่องของยอดดำเนินการที่จะให้ รวมทั้งตัวขับเคลื่อนทางการเงิน ให้กับพวกเขา ประการที่สอง เนื่องจาก SIB สามารถเป็นการลงทุนที่มีองค์ประกอบผสมนี้กับหุ้น ทั้งผู้มีส่วนได้เสียที่อาจตั้งอยู่นอกประเทศ มีค่าแก่การสืบหาว่ามีกฎเกณฑ์จำเพาะที่มุ่งไปที่ประเภทของกลไกเหล่านี้ และว่ามีข้อจำกัดทางกฎหมายทั้งเชิงคุณภาพหรือปริมาณหรือไม่ในเรื่องของการส่งกลับคืน ประการที่สาม กฎเกณฑ์ที่สามารถช่วยกิจการภายใต้ SIB โดยการให้แรงจูงใจต่อนักลงทุนที่ให้ทุน เช่น การคุ้มครองสัญญาที่โปร่งใสในการดำเนินการและผลประโยชน์ทางภาษี สำหรับอันหลัง ตัวอย่าง น่าจะหักลดภาษีสำหรับการลงทุนกับผลกระทบทางสังคม

สำหรับหน่วยงานที่เป็นตัวกลางประสานงาน สองเรื่องหลักคือ ความต้องการด้านที่ตั้ง และ สถานะทางกฎหมาย (vehicle legal identity) ในทำนองเดียวกัน ต้องมีการตรวจสอบว่า กฎระเบียบต้องการว่า หน่วยงานกลางจากต้องมีการอยู่ในเชิงพาณิชย์ในขอบเขตอำนาจศาลที่ให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว ในกรณี มีความเกี่ยวข้องกันอย่างมากในกระบวนการโดยการจัดการทุนของนักลงทุน ตัวอย่างเช่น ต้องทำให้ชัดเจนว่า จำเป็นต้องทำเช่นนั้นผ่านประเภทของกฎหมายที่เป็นการเฉพาะ ตัวอย่างเช่น บริษัทที่ถือหุ้นและสาขา การเคลื่อนไหวของประชาชนและความต้องการจัดตั้งเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการดำเนินการของหน่วยงานที่เป็นตัวกลาง

สำหรับผู้ให้บริการทางสังคม คำถามสำคัญที่ต้องคำนึงคือ อันดับแรก จะต้องมีการรูปแบบทางกฎหมายเฉพาะหรือไม่ เพื่อที่จะให้บริการทางสังคม และถ้ามีกฎเกณฑ์ที่เป็นการจำกัดกิจกรรม ประการที่สอง พวกเขา มีศักยภาพที่จะให้ทำสัญญากับหน่วยงานที่เป็นตัวกลางหรือไม่ ประการที่สาม มีความเสี่ยงที่ลูกจ้างของผู้ให้บริการทางสังคมได้รับการพิจารณาว่า พวกเขาอยู่ภายใต้อำนาจหรือไม่ เมื่อทำการจ้างส่วนย่อย ดังนั้น ความเสี่ยงอาจเกี่ยวข้องกับขอบเขตกฎหมายมากกว่าอย่างอื่น เพราะว่า ขึ้นอยู่กับกฎหมายแรงงานที่เกี่ยวข้อง หรือระเบียบปฏิบัติการทำสัญญา อาจมีการลดโดยใช้ข้อความในสัญญาระหว่างหน่วยงานกลางเจรจาและผู้ให้บริการ ข้อความนี้จะกำหนดว่า เจ้าหน้าที่ของผู้ให้บริการไม่ควรเป็นลูกจ้างของหน่วยงานกลางเพื่อการเจรจา

ตารางที่ 3-1 ข้อควรพิจารณาด้านระเบียบปฏิบัติสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน SIB

ผู้มีส่วนได้เสีย	ระเบียบปฏิบัติ
ผู้มีอำนาจรัฐ และรัฐ	- การพิจารณาขอบประมาณ (เช่น ข้อจำกัดประจำปี) - ความมั่นใจเรื่องความต่อเนื่องหากมีการเปลี่ยนการบริหาร - ศักยภาพและขอบเขตอำนาจสำหรับการทำสัญญาทางสังคม - การอนุญาตในการจัดหาบริการเพื่อสาธารณะที่จะดำเนินการภายใต้ SIB - สถานภาพเกี่ยวกับรายงานผู้ประเมิน และความเป็นไปได้ที่จะท้าทายในทางกฎหมายถ้ามีการผูกพัน
นักลงทุน	- ศักยภาพที่จะให้โครงการภายใต้ SIB โดยการให้ทุนโดยตรงกับหน่วยงานกลางเจรจา - การห้ามหรือข้อจำกัดสำหรับการลงทุนในโครงการและบริการทางสังคม - กรอบทางกฎหมายสำหรับหนี้เงินกู้และหุ้นหรือการลงทุนแบบผสม

ผู้มีส่วนได้เสีย	ระเบียบปฏิบัติ
	- กระบวนการและข้อจำกัดสำหรับการลงในต่างประเทศ - ข้อจำกัดทางกฎหมายในทางคุณภาพและปริมาณในเรื่องการส่งกลับของกำไร - จัวย่างเช่น กฎระเบียบเรื่องการแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ - กลไกที่ทำให้มั่นใจว่ารัฐทำตามรายงานจากผู้ประเมินภายนอก
หน่วยงานที่เป็นตัวกลาง	- ความต้องการด้านหลักแต่งพำนัถาวรสำหรับการดำเนินการทางธุรกิจ - ข้อจำกัดในเรื่องรูปแบบของหุ้นในทางกฎหมาย - การเริ่มต้นสำหรับการออกกฎเกณฑ์สำหรับการดำเนินการใกล้เคียงทางการเงิน - ข้อจำกัดการแลกเปลี่ยนเงินต่างประเทศหรือข้อเรียกร้องในการแลกเปลี่ยนเงินตรา - ศักยภาพที่จะจ้างบุคลากรจากต่างประเทศและความต้องการเรื่องวีซ่า - ความต้องการพำนัถาวรสำหรับผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่
ผู้ให้บริการ	- ศักยภาพของหน่วยงานที่เป็นตัวกลางที่จะเลือกได้อย่างอิสระและทำสัญญาผู้ให้บริการ - การมีอิสระของผู้ให้บริการจากหน่วยงานกลางในเรื่องของการติดต่อทำสัญญา - ศักยภาพของผู้ให้บริการที่จะเข้าร่วมในกระบวนการจัดหาบริการทางสังคม

แนวทางการสร้าง SIB

เนื่องจากการพัฒนาข้อตกลง SIB ยังไม่ได้เป็นกระแสหลัก การสร้างข้อตกลงเกี่ยวกับ SIB แต่ละกระบวนการจึงมีลักษณะเฉพาะ ช่วงเวลาที่มีการพัฒนาข้อตกลง SIB มีความหลากหลายตั้งแต่ 6 เดือนไปจนถึง 3 ปี ตามแนวทางการปฏิบัติทั่วไป มี 5 ขั้นตอน คือ ศึกษาความเป็นไปได้ ทำโครงสร้างการทำข้อตกลงดำเนินการ ประเมินผล และจ่ายเงิน

การศึกษาความเป็นไปได้: มีจุดมุ่งหมายเพื่อระบุปัญหาสังคม ที่ SIB จะยกขึ้นมาเป็นประเด็นแก้ไข และขึ้นอยู่กับเกณฑ์เฉพาะที่ประเมินว่า สิ่งนี้จะเป็นไปได้หรือไม่ ถึงแม้ว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเป็นไปได้ของ SIB สามารถใช้ได้หลากหลายของข้อตกลง แต่มีข้อควรคำนึงบางประการ ข้อแรกคือ ศักยภาพของผู้มีส่วนได้เสียที่เข้าร่วมใน SIB ที่จะระบุผลลัพธ์ที่วัดได้สำหรับปัญหาทางสังคมที่เลือกขึ้นมา และหลักฐานของความสำเร็จที่จะบรรลุ ต่อมา ต้องกำหนดขอบเขตเวลาที่เหมาะสมผลที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมสำหรับการบรรลุผลสุดท้ายที่เหมือนกัน รวมทั้งความตั้งใจของผู้ให้ทุนต่อผลลัพธ์ ที่จะทำการให้ทุนและได้รับการจ่ายเงิน ในกรอบเวลาที่กำหนดนั้น เงื่อนไขทางการเงินและกฎหมายควรมีการพิจารณาในความพยายามนี้ พันธสัญญาและการสนับสนุนทางการเงิน สำหรับบริการที่ให้ความสำคัญสำหรับทำพันธกิจให้ครบถ้วนนี้สามารถที่จะทำให้เห็นผ่านเอกสารยุทธศาสตร์ของรัฐ หรือกรอบแนวคิดนโยบาย เงื่อนไขทางกฎหมาย มีความสำคัญเช่นเดียวกัน เพราะอาจทำให้สามารถหรือกีดขวางการพัฒนาและดำเนินการใน SIB

โครงสร้างของข้อตกลง: เป็นขั้นที่สองสำหรับ SIB ในระหว่างขั้นตอนนี้ การระดมทุนจากนักลงทุน (จากบุคคลหรือกองทุน) ผู้ทำการให้ทุนและผู้ให้ยืม มีความสำคัญ ในขณะเดียวกัน การกำหนดแนวทางการป้องกันผลลัพธ์มิติต่าง ๆ และวิธีการประเมิน ที่ขึ้นอยู่กับการศึกษาความเป็นไปได้ ควรนำมาพิจารณา การจัดจ้างผู้ให้บริการควรมีการกำหนดความหมาย ในขั้นตอนนี้ มีหลายวิธีการที่สามารถเกิดขึ้นได้ สิ่งที่จะเน้นในที่นี้คือ การประเมินหรือหลักฐานของศักยภาพของผู้ให้บริการที่จะจัดหาผลลัพธ์สุดท้าย ขั้นตอนสุดท้าย คือการเจรจาต่อรอง และจัดสรรเงินให้กับสัญญาและรวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับความรับผิดชอบของการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ช่วงดำเนินการของ SIB นำมาซึ่งการจัดหาบริการทางสังคมโดยผู้จัดหาบริการที่เลือกมาและการบริหารจัดการการดำเนินการเป็นส่วนใหญ่

การวัดและประเมินผลของผลลัพธ์สุดท้าย ที่ใช้มาตรวัดเป็นองค์ประกอบที่ทำนาย สุดท้าย เมื่อเสร็จสิ้นการประเมินและประเมินผลลัพธ์สุดท้ายแล้ว กระบวนการจ่ายเงิน เริ่มได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับผลการดำเนินการ

องค์ประกอบอื่นในการพิจารณา ความเป็นผู้นำทางการเมือง พันธสัญญา และการสนับสนุนเป็นบทบาทสำคัญในการจัดตั้งเป็นครั้งแรก และมีการพัฒนาตลาด SIB หลังจากนั้น เพราะว่ากระบวนการนี้ต้องการความพยายามและเวลาเป็นสำคัญ ในเรื่องของการเรียนรู้ การประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย และดำเนินการเป็นระยะเวลาหลายปี ความเป็นผู้นำที่อุทิศตัวสามารถที่จะกระตุ้นและคงความพยายามไว้ กรณีของสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกาในจุดนี้ เป็นความสำคัญที่พวกเขาบริการและสอดคล้องกับอันดับความสำคัญของยุทธศาสตร์ อีกทั้งเป้าหมายดำเนินการของผู้มีอำนาจรัฐ

โดยสรุปแล้ว SIB เป็นนวัตกรรมทางการเงินที่รัฐใช้เป็นแรงจูงใจกับภาคธุรกิจเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร ที่ต้องการริเริ่มโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และได้ผลกำไรพอประมาณ เพื่อใช้ในการขยายผลต่อไป ตามหลักการของ SIB ที่กล่าวข้างต้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง โดยเฉพาะกฎหมายที่เอื้อต่อการดำเนินการ และบทบาทของรัฐในการทำให้เกิดการรวมตัวกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในบางประเทศอาจต้องใช้เวลาในการก่อสร้างสร้างตัวของ SIB เพราะต้องมีการวางแผนระยะยาวที่ต้องผูกกับงบประมาณของรัฐ อย่างไรก็ตาม ในหลายๆ ประเทศ ที่จะยกตัวอย่างดังต่อไปนี้ เป็นการริเริ่มของภาคธุรกิจเอกชน หรือเอกชนที่ไม่แสวงผลกำไรในการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยเฉพาะด้านผู้สูงอายุ และการดำเนินการดังกล่าวไม่ได้อยู่ภายใต้ SIB

3.3 โครงการด้านช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยภาคธุรกิจหรือเอกชน ไม่แสวงผลกำไรในต่างประเทศที่น่าสนใจ

จากที่กล่าวไว้แล้วข้างต้นว่า การทำ SIB ไม่อาจเกิดขึ้นได้ง่ายหากสภาพแวดล้อมภายในประเทศนั้นไม่เอื้ออำนวย หรือเห็นว่าการทำ SIB ตามหลักการดังกล่าว เป็นเรื่องซับซ้อน มีกฎเกณฑ์ที่มากเกินไป ทำให้ไม่

สามารถเคลื่อนโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ หรือแก้ปัญหาสังคมได้ทันเวลาที่ จากสถานการณ์ประชากรสูงอายุในต่างประเทศ โดยเฉพาะในยุโรป ได้มีความพยายามของภาคธุรกิจเอกชนหรือได้ผันตัวเป็นบริษัทที่ประกอบกิจการเพื่อสังคมที่ประสบความสำเร็จ ที่ไม่ได้เกิดจากการสร้างแรงจูงใจของภาครัฐ แต่เกิดจากพันธกิจขององค์กรที่ต้องการสร้างผลกำไรพร้อมๆ ไปกับช่วยทำให้สังคมน่าอยู่ขึ้น โดยเฉพาะการได้ช่วยเหลือกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก ตัวอย่างโครงการที่ดำเนินโดยภาคธุรกิจเอกชนในฝรั่งเศส เยอรมนี และสหราชอาณาจักร มีรายละเอียดดังนี้

1) โครงการ Siel Bleu ในประเทศฝรั่งเศส

ปัญหาสังคม	ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองไม่ได้ (ผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่อยู่ในเนอร์สซิ่งโฮม) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในฝรั่งเศส ส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านการเคลื่อนไหวทางร่างกายได้น้อยและอยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้นำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ เช่น เกิดโรคซึมเศร้า การหกล้ม และโรคหลอดเลือด
แนวทางของกิจการเพื่อสังคม	Siel Bleu ริเริ่มกิจกรรมทางกายที่มีความหลากหลายเพื่อปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ให้กับผู้ที่ได้รับบริการ และตัดตอนวัฏจักรความโดดเดี่ยวและโรคภัยไข้เจ็บ บริษัทให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายหลากหลายในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุ (บ้านพักผู้สูงอายุ, สิ่งอำนวยความสะดวกด้านการแพทย์และการเข้าถึงสังคม ชุมชน สมาคม และให้การดูแลถึงที่บ้าน) ยิ่งไปกว่านั้นทางบริษัทยังมีการฝึกอบรมให้กับบุคลากรด้านพยาบาล ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว รวมทั้งจัดโครงการส่งเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพให้กับบริษัทต่าง ๆ
ผลทางสังคมที่เกิดขึ้น	ต้นทุนการบำบัดรักษาโรคของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือลดลง ตัวอย่างเช่น การป้องกันโรคเบาหวานประเภท 2 ภาวะหกล้มลดลง การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกทำให้ลดภาวะการโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ
พัฒนาการของธุรกิจ	Siel Bleu ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 1997 ในปี 2002 มีพนักงาน 200 คน และดำเนินการกับกลุ่มประชากรที่ควรได้รับการช่วยเหลือประมาณ 60,000 คน ในพื้นที่ 2,500 แห่ง ในแต่ละสัปดาห์ เนื่องจากว่า Siel Bleu มีกิจกรรมที่หลากหลาย จึงทำให้มีฐานรายได้ที่แตกต่างไปด้วย ปัจจุบันกำลังขยายกิจการไปนอกฝรั่งเศส เช่น ในไอร์แลนด์

ที่มา: <https://www.sielbleu.org>

2) โครงการ BonVenture's Investment in lises weite Welt ในประเทศเยอรมนี

ปัญหาสังคม	ชาวเยอรมันประมาณ 1.4 ล้านคน กำลังประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม คนที่เป็นโรคนีกลายมาอยู่โดดเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการสูญเสียความทรงจำ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ จึงทำให้ผู้ที่เป็โรคนีเกิดความรู้สึกเหงา ซ้ำสน หดหู่ และมีพฤติกรรมก้าวร้าว
แนวทางของกิจการเพื่อสังคม	lises weite Welt ได้จัดทำภาพยนตร์และผลิตภัณฑ์ที่สร้างเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อกระตุ้นด้านความจำและทำให้ความเป็นอยู่ดีขึ้น เครื่องมือช่วยเหลือเหล่านี้ช่วยให้ผู้รักษาพยาบาลและครอบครัวที่คอยดูแลในการหางานทำที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นอกจากนี้ ทางบริษัทยังมีการจัดฝึกอบรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอีกด้วย
ผลทางสังคมที่เกิดขึ้น	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมดีขึ้น มีการสนับสนุนให้ผู้รักษาพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้จัดหางานที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
การลงทุน	BonVenture ได้ทำการลงทุนผ่านหุ้นและเงินกู้เมื่อปี 2012 เพื่อที่จะพัฒนาการขายและการกระจายสำหรับผลิตภัณฑ์ รวมถึงการบริการให้การช่วยเหลือ (อาทิ โปรแกรมฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแล) นอกจากนี้ BonVenture ยังให้การสนับสนุนบริษัทในการระบบการควบคุมดูแลแบบมีอาชีพอีกด้วย

ที่มา: www.bonventure.de/en/projects/social-services-and-products.html

3) โครงการ Bridges Ventures' Investment in CASA ในประเทศสหราชอาณาจักร

ปัญหาสังคม	ผู้จัดหาบริการผู้ดูแลที่ให้บริการตามบ้านมักจะจ้างด้วยค่าแรงต่ำและเข้าๆ ออกๆ สูง จึงทำให้การดูแลไม่มีคุณภาพสำหรับผู้รับบริการ
แนวทางของกิจการเพื่อสังคม	CASA ได้สร้างและพัฒนาบริษัทแฟรนไชส์ที่เป็นเจ้าของลูกจ้าง ในการให้บริการดูแลสุขภาพตามบ้านแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้อยู่ในภาวะเปราะบาง
ผลทางสังคมที่เกิดขึ้น	CASA มีจุดมุ่งหมายที่จะจ้างผู้ที่ว่างงาน ด้วยการให้การอบรมและอาชีพระยะยาวในด้านการเป็นผู้ดูแลที่มีคุณภาพ ผู้สูงได้รับการดูแลที่มีความเป็นมืออาชีพ

การลงทุน	Bridges ได้ลงทุนเป็นเงิน 400,000 ปอนด์ ผ่าน เงินกู้ยืมเพื่อสังคม เพื่อเสริมสร้างให้ธุรกิจหลักเข้มแข็งขึ้น และให้พื้นที่สำหรับการเจริญเติบโตในอนาคต ตั้งแต่มีการลงทุน CASA ได้ขยายทั้งทีมบริหารส่วนกลางและทีมที่ไม่ใช่ฝ่ายบริหาร และได้ริเริ่มระบบที่เข้มแข็ง มีความสอดคล้องทางการเงิน ปฏิบัติการ คุณภาพและมีธรรมาภิบาล
----------	--

ที่มา <http://bridgesventures.com>

4) Shared Lives Plus ในประเทศสหราชอาณาจักร

ปัญหาสังคม	เมื่อปี 2012 ในสหราชอาณาจักรมีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอยู่ประมาณ 4.6 ล้านคน การบริการรูปแบบเดิม ๆ ไม่มีแนวทางแก้ไขเรื่องความโดดเดี่ยว และการแยกตัวออกจากสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้อยู่ในความดูแล
แนวทางของกิจการเพื่อสังคม	Shared Lives Plus เป็นเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ (เช่น สมองเสื่อม หรือ พิการ) ผู้ดูแลของ Shared Lives แบ่งปันครอบครัวและชุมชนตัวเองกับผู้ที่ต้องการการสนับสนุนในการชีวิตแบบพึ่งพาตนเอง แนวคิดนี้ เหมาะกับผู้ดูแลที่มีผู้สูงอายุที่มีความสุขกับการใช้เวลาด้วยกัน ดังนั้น Shared Lives เป็นเสมือนดังครอบครัวเดียวกันและไม่ใช้ลักษณะของการให้บริการ
ผลทางสังคมที่เกิดขึ้น	รับมือกับการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังได้ด้วยการสร้างเครือข่ายทางสังคม คุณภาพการให้บริการที่บ้านได้รับการปรับปรุงดีขึ้น ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพา ให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษได้อยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลานาน ทำให้การให้บริการมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น
การลงทุน	Shared Lives ตั้งขึ้นมากกว่า 20 ปี มีผู้ใช้บริการประมาณ 15,000 คน ทั่วสหราชอาณาจักร มีผู้ดูแลที่อยู่ในเครือข่าย Shared Lives ประมาณ 8,000 คน ได้รับการเลือก ฝึกฝน และรับรองโดยหน่วยงานระดับท้องถิ่น ที่อยู่ภายใต้กฎระเบียบของผู้ควบคุมการดูแลทางสังคมของรัฐ

ที่มา <https://sharedlivesplus.org.uk>

3.4 ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ในส่วนนี้จะนำเสนอตัวอย่างความร่วมมือระหว่างรัฐ เอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร ในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้เห็นภาพรวมและแนวทางของการดำเนินการในประเทศที่มีการดำเนินการมาแล้ว โดยทำการศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย

สหราชอาณาจักร

ภายหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจ ในปี 2008 ข้อตกลงในสัญญาว่าด้วยการลงทุนเพื่อสร้างประโยชน์ต่อสังคม (Social Impact Bond: SIB) เป็นกลไกทางการเงินที่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นและได้ก่อให้เกิดพลวัตสองประการ ประการแรก คือ การก่อตัวของความต้องการทางสังคมแบบใหม่ ซึ่งมักเป็นผลมาจากรายได้ครัวเรือนที่ลดลงและอัตราการว่างงานที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อเรียกร้องให้ลดงบประมาณของรัฐเพื่อจำกัดหนี้และภาวะขาดดุลของรัฐ (Harisalo & McInerney, 2008; Karanikolos et al., 2013; Vis, Kersbergen, & Hylands, 2011) สถานการณ์เช่นนี้ทำให้เกิดความต้องการอย่างเร่งด่วนในการปรับนโยบายภาครัฐในการจัดสรรหรือการซื้อบริการสาธารณะ รวมทั้งการให้ความสนใจแก่องค์กรในภาคส่วนอื่น ๆ และบริษัทภาคเอกชน ในฐานะหน่วยงานภายนอก ซึ่งมีศักยภาพในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากกว่าภาครัฐ (Allen, 2009; Millar, 2012) ประการที่สอง ในด้านอุปทาน ตลาดการเงินกำลังพบกับการเกิดขึ้นของผู้ลงทุนแบบใหม่ที่เต็มใจที่จะเข้าร่วมโครงการด้านสังคม ประกอบกับการตอบแทนด้านการเงิน (Bugg-Levine & Emerson, 2011)

ในฐานะที่เป็นการลงทุนเพื่อสังคมรูปแบบหนึ่ง โมเดลของ SIB ถูกมองว่าเป็นเครื่องมือที่จะสามารถแก้ไขปัญหาในเรื่องงบประมาณของบริการสาธารณะ โดยเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และก่อให้เกิดนวัตกรรม (Fox & Albertson, 2011; Arena et al., p. 927) เนื่องจากระบบสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ของอังกฤษจะต้องพบกับข้อท้าทายในเรื่องความต้องการที่เพิ่มขึ้น (เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ) และทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ผู้ลงทุนทางสังคมและตัวกลางทางการเงินจึงถูกมองว่าเป็นภาคส่วนที่สามารถเติบโตและสร้างโอกาสใหม่ๆ ได้ โดยมีการคาดประมาณว่า จนถึงปี 2016 ความต้องการในการลงทุนเพื่อสังคมใน สหราชอาณาจักรมีมากถึง 1 พันล้านปอนด์ โดยหนึ่งในสามของเงินจำนวนนี้อยู่ในภาคสาธารณสุขและการดูแลด้านสังคม (Boston Consulting Group, 2012; Tan et al., p.4-7)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่ากลไกทางการเงินเพื่อตอบสนองการลงทุนเพื่อสังคมในรูปของ SIB จะยังไม่มีตัวแบบหลัก แต่แนวทางทางการเงินที่เน้นการสนับสนุนทางการเงินเพื่อให้ความช่วยเหลือ (intervention) ในลักษณะแบบป้องกันไว้ก่อน (preventive) โดยให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เป็นหลัก (outcome-based) ในโมเดลนี้ ผู้ลงทุนจะลงทุนโดยผ่านตัวกลาง (intermediary) ให้กับโครงการทางสังคมซึ่งมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่

รัฐบาลสนใจ ถ้าผู้ให้บริการสามารถให้ผลลัพธ์ตามที่ตกลงไว้กับภาครัฐ ภาครัฐก็จะคืนต้นทุนให้กับผู้ลงทุน รวมถึงคืนค่าความเสี่ยงให้กับผู้ลงทุน ถ้าผู้ให้บริการไม่สามารถทำตามผลที่กำหนด ผู้ลงทุนก็จะเสียเงินลงทุนนั้น ดังนั้น ข้อตกลงทางการเงินแบบ SIB จึงมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การให้ความสำคัญกับความช่วยเหลือแบบป้องกันไว้ก่อน 2) การมีข้อตกลงแบบจ่ายตามผลลัพธ์ (Payment by Result) และ 3) การพัฒนาเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งรวมถึงองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน (Arena et al., p.928) และจะมีผู้เกี่ยวข้องอยู่ฝ่ายหลักๆ คือ ภาครัฐ ภาคเอกชนหรือผู้ลงทุนเพื่อสังคม ซึ่งเป็นผู้ลงเงินทุนเพื่อแก้ไขปัญหาสังคม เช่น ปัญหาคนไร้บ้าน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เยาวชนที่ทำผิดกฎหมาย เป็นต้น องค์กรการกุศลหรือผู้ลงทุนเพื่อสังคมจะเป็นผู้ลงทุนเบื้องต้นเพื่อกำหนดแนวทางการแทรกแซงหรือการช่วยเหลือให้กับองค์กรผู้ให้บริการ ในขณะที่ภาครัฐจะเป็นผู้จ่ายเงินตอบแทนหากผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้ให้บริการ (service providers) และ ตัวกลาง (intermediary) ซึ่งมักส่วนร่วมกับการพัฒนาแนวทางการแทรกแซงหรือการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และประสานงานกับผู้ลงทุนเพื่อรักษางบประมาณของโครงการ บางครั้งมีการตั้งหน่วยงานเพื่อจุดประสงค์พิเศษ (Special Purpose Vehicle : SPV) หรือบริษัทรอง ซึ่งมีหน้าที่ในการจัดหาและจัดการทางการเงินของโครงการและทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่รับเงินทุนและผู้จ่ายเงินตามผลลัพธ์ และยังสามารถเป็นผู้เขียนข้อตกลงให้กับผู้ให้บริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

Social Finance (ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2010) หรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตัวกลางที่เป็นที่รู้จักในสหราชอาณาจักร ได้ให้นิยามของ SIB ไว้ว่าเป็นเครื่องมือลูกผสมที่มีลักษณะบางส่วนเหมือนกับพันธบัตร (เช่น มีผลตอบแทนให้ผลตอบแทนสูงกว่า) แต่ก็มีลักษณะบางส่วนเหมือนกับหุ้น (equity) ซึ่งให้ผลตอบแทนตามผลลัพธ์ ซึ่งประเทศอังกฤษเป็นหนึ่งในผู้บุกเบิกในการใช้การเงินภาคเอกชนเพื่อบริการสาธารณะผ่านข้อตกลงที่เป็นสัญญา ถือเป็นกลไกใหม่ที่ทำให้ภาครัฐสามารถโอนความเสี่ยงทางการเงินให้กับภาคส่วนอื่น ๆ (Social Finance, 2014) อย่างไรก็ตาม การไม่มีการรับประกันผลตอบแทนเป็นเหตุผลหนึ่งว่าทำไมผู้ลงทุนในโครงการที่เกี่ยวข้องกับ SIB ส่วนใหญ่จึงเป็นองค์กรการกุศลหรือมูลนิธิ ซึ่งมีพันธกิจต่อประเด็นทางสังคมที่เฉพาะเจาะจง

ความเสี่ยงและแรงจูงใจทางการเงิน เป็นองค์ประกอบสำคัญของกลไกแบบ SIB คือการโอนความเสี่ยงจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนหรือผู้ให้บริการทางสังคม ซึ่งข้อนี้เป็นสิ่งที่ภาครัฐสนใจเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่ถดถอย และถือเป็นโอกาสขององค์กรการกุศลต่าง ๆ ในการใช้ประโยชน์จากโอกาสใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากการเลือกตั้งเพื่อตั้งรัฐบาลร่วม รวมถึงการให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างตลาดเสรีและประเด็นทางสังคมของนายกรัฐมนตรี รัฐบาลอังกฤษจึงมองว่า การลงทุนเพื่อสังคมสามารถนำไปสู่เป้าหมายของความเป็นธรรมทางสังคมได้ (HM Government, 2013) โดยมีอิทธิพลต่อองค์กรการกุศลในหลายทางด้วยกัน เช่น โครงการแบบ SIB สามารถดึงดูดผู้ให้บริการทางสังคมหลากหลายเพื่อให้บริการสาธารณะ ให้องค์กรการกุศลมีส่วนร่วมในการบริการทางสังคมเพิ่มมากขึ้น และการที่ข้อตกลงมักมีระยะเวลามากกว่าหนึ่งปี จึงทำให้องค์กรเหล่านี้สามารถสร้างศักยภาพในการให้บริการ มากกว่าที่จะต้องทำตามข้อตกลงระยะสั้นเพียงเพื่อให้องค์กรอยู่รอด

รัฐบาลและผู้สนับสนุน SIB เช่น Social Finance และ the Young Foundation เน้นถึงการโอนความเสี่ยงจากรัฐไปให้กับผู้ลงทุนภาคเอกชน ในขณะที่นักวิชาการบางคนสนใจว่าด้วยความเสี่ยงดังกล่าวนี้จะทำให้นักลงทุนสนใจที่จะมาลงทุนในตลาดใหม่นี้ได้อย่างไร และมีผู้เสนอแนวทางในการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนในการหลายแนวทาง อาทิเช่น Bafford (2013) เสนอว่าจะต้องมีการลดความเสี่ยงให้น้อยที่สุดเพื่อดึงดูดนักลงทุน ในขณะที่ Cox (2013) เสนอว่าระบบภาษีควรมีมาตรการการให้ผลตอบแทนที่มีประสิทธิภาพให้กับนักลงทุนมากขึ้น Burand (2013) เสนอให้จัดความสัมพันธ์ระหว่างหนี้กับหุ้นใหม่ให้กับผู้ลงทุน Leventhal (2013) เน้นว่าควรให้ความสำคัญกับบทบาทของตัวกลางที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงให้กับผู้ลงทุนได้ Dagher (2013) ศึกษากฎหมายและระบบภาษีขององค์กรไม่แสวงหากำไรที่มีส่วนร่วมใน SIB Pauly และ Swanson (2013) เสนอว่าค่าของ SIB และการคำนวณความเสี่ยงนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบริบท (Tan et al., p.21) อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการตามแนวทางของ SIB นี้ มีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน โดยข้อดีของการดำเนินการตามแนวทางของ SIB ประกอบด้วย

1) **ไม่ได้ใช้เงินของรัฐบาลหรือผู้รับงานในการจ่ายค่าใช้จ่ายเบื้องต้น** ในการดำเนินการไม่ได้ใช้เงินของรัฐบาลหรือผู้รับงานในการจ่ายค่าใช้จ่ายเบื้องต้น เพราะเป็นหน้าที่หลักของตัวกลางในการระดมทุนจากนักลงทุนต่าง ๆ เพราะเหตุนี้ SIB จึงแก้ไขปัญหางบประมาณจำกัดของรัฐ และผู้ให้บริการก็ไม่จำเป็นต้องหาทุนเอง และก่อให้เกิดความสัมพันธ์แบบใหม่ระหว่างตัวแสดงต่าง ๆ ที่ให้บริการสาธารณะ และก่อให้เกิดการจัดสรรผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ที่มีลักษณะและพันธกิจต่างกัน เช่น ภาครัฐ องค์กรสาธารณประโยชน์ ภาคเอกชน องค์กรตัวกลางทางการเงิน และนักลงทุน ความสัมพันธ์ใหม่นี้ทำให้เกิดนวัตกรรมโดยให้ผู้ให้บริการสามารถริเริ่มแนวทางการแก้ปัญหาแบบใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้ประโยชน์จากตัวแสดงต่าง ๆ การปรับโครงสร้างการให้บริการสาธารณะ โดยเปิดให้มีการร่วมงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ของรัฐ (Arena et al., p. 928-9)

2) **การโอนความเสี่ยง** ในการดำเนินการตามแนวทาง SIB เปิดโอกาสให้ผู้อนุมัติโครงการสามารถโอนความเสี่ยงให้กับผู้ลงทุนได้ ซึ่งเป็นการรับรองประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณ และยังทำให้ผู้อนุมัติโครงการสามารถทดลองกับโครงการที่มีนวัตกรรมใหม่ๆ หรือโครงการที่เพิ่งก่อตั้งได้ไม่นาน (Griffiths and Meinicke, p.10)

3) **การจ่ายผลตอบแทนให้กับผลสำเร็จ** ภายใต้ SIB นั้นเงินจากรัฐจะถูกจ่ายให้กับโครงการที่ประสบความสำเร็จเท่านั้น ในกรณีที่โครงการมีผลไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ระบบของ SIB จะประกันไม่ให้เงินของรัฐต้องเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ ผู้ลงทุนมักลงแรงเพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมาย โดยใช้ทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาและมีความยืดหยุ่นมากกว่าในการรับมือกับความท้าทายต่าง ๆ (Griffiths and Meinicke, p.11)

4) **การให้งบประมาณอย่างสมเหตุสมผล** ผู้อนุมัติโครงการมั่นใจได้ว่าจะมีงบประมาณตลอดโครงการเนื่องจากมีผู้ลงทุนภาคเอกชนให้การสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งผู้ลงทุนไม่สามารถขอเงินคืนได้หากยังไม่สิ้นสุดโครงการ

5) **ระยะเวลาของโครงการ** SIB เปิดโอกาสให้ผู้อนุมัติโครงการสามารถทำข้อตกลงระยะยาวกับผู้ให้บริการได้

6) **การประเมินผลและประสิทธิภาพ** การกำหนดให้มีการประเมินผลของโครงการทำให้ผู้อนุมัติโครงการต้องวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโครงการในเชิงลึก ซึ่งต้องมั่นใจว่าโครงการดังกล่าวจะสามารถบรรลุผลได้ จึงนำไปสู่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนและการตรวจสอบของผู้ลงทุนทำให้เกิดการจัดการที่เข้มงวดมากกว่าโครงการทั่วไป ผู้ลงทุนทางสังคมคาดหวังให้มีการประเมินผลของโครงการที่มีต่อสังคมและสมรรถนะทางการเงิน (Griffiths and Meinicke, p.12) และ

7) **การให้งบประมาณเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น** SIB สามารถช่วยหางบประมาณเพิ่มเติมให้กับรัฐจากภาคเอกชนเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ข้อนี้ทำได้โดยการประเมินการใช้จ่ายเพื่อจ่ายคืนให้กับผู้ลงทุนเมื่อโครงการบรรลุเป้าหมาย (Griffiths and Meinicke, p.13)

ในส่วนของคุณสมบัติของการดำเนินการตามแนวทาง SIB นั้น ประกอบด้วยประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้

1) **หน้าที่ตามกฎหมาย** รัฐบาลท้องถิ่น (และหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ) มีหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดสรรบริการสาธารณะให้แก่ประชาชน โครงการที่อนุมัติให้ใช้ SIB ที่ล้มเหลวในการบรรลุเป้าหมายจะทำให้ภาครัฐต้องหาวิธีการใหม่เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งนำมาสู่ค่าใช้จ่ายและการใช้ทรัพยากรในการบริหารจัดการ รวมถึงความยุ่งยากทางกฎหมายที่เพิ่มมากขึ้น

2) **ค่าใช้จ่าย** ภายใต SIB ผู้ลงทุนจะเป็นผู้แบกรับความเสี่ยงของโครงการและเป็นผู้สนับสนุนทางการเงิน ดังนั้นผู้ลงทุนจะต้องได้รับค่าตอบแทนจากความรับผิดชอบทั้งสองอย่างนี้ จึงทำให้โครงการที่ใช้ SIB มีราคาสูงกว่าโครงการในลักษณะอื่น ๆ การโอนความเสี่ยงจากภาครัฐไปยังผู้ลงทุนภาคเอกชนจะเป็นไปได้ต่อเมื่อโครงการประสบความสำเร็จเท่านั้น

3) **ขั้นตอนการพัฒนา** ขั้นตอนการพัฒนา SIB ใช้เวลานานและใช้ทรัพยากรมาก เนื่องจากตลาด SIB ยังถือว่าเป็นของใหม่ (Griffiths and Meinicke, p.11)

4) **ขนาดและระยะเวลาของโครงการ** SIB อาจจะต้องระดมทุนนับล้านปอนด์เพื่อดึงดูดนักลงทุน เพื่อใช้ภายในระยะเวลาของโครงการที่กำหนด การสะสมเงินในระยะเวลา 3-5 ปี ถือว่าเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมและข้อสำคัญคือจะต้องรักษาสมดุลระหว่างระยะเวลาที่จะได้ผลตอบแทนและคุณภาพของบริการ

5) **การเก็บข้อมูลและตรวจสอบที่เข้มข้น** ถึงแม้ว่าสิ่งนี้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีแต่ก็ใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงานและวัฒนธรรมองค์กร บางครั้งอาจจะต้องมีการสนับสนุนในเรื่องของการสร้างขีดความสามารถ การประเมินผลเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยผู้ลงทุนจะต้องมีการตรวจสอบผลลัพธ์อย่างใกล้ชิด และจะต้องมีอิสระในการปรับเปลี่ยนแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหา

รูปแบบของการบริการในโครงการนี้ ประกอบด้วย การจัดตั้ง 1) ศูนย์ประสานงานที่รวมชุดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้ให้บริการท้องถิ่นทุกราย 2) บริการการตอบโต้ 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยเหลือคนในชุมชน โดยพื้นที่ให้บริการ ได้แก่ บริเวณเบอร์มิงแฮมตะวันตก และ แชนด์เวลล์ โดยประชากรเป้าหมายของโครงการนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้าย โดยมีขนาดประชากร คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1,000 คน ต่อปี

มาตรวัดวัดผลลัพธ์และกำหนดการจ่ายผลตอบแทนของโครงการนี้ คือ การเพิ่มสัดส่วนของผู้ใช้บริการซึ่งเสียชีวิตในที่พักของตนในจำนวนผู้ให้บริการ 1,000 คนต่อปี และลดการเข้าห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้เหลือน้อยกว่า 710 คน ต่อปี นอกจากนี้ ยังมีเป้าหมายในการเพิ่มจำนวนผู้เสียชีวิตในบ้านพักจาก 320 เป็น 625 คน และลดการเข้าห้องฉุกเฉินจาก 710 เป็น 473 คน โดยรัฐจะจ่ายค่าตอบแทนในการดำเนินการโดยประเมินจากผลลัพธ์และจะจ่ายให้ 465 ปอนด์ ต่อการตายในที่พัก 1 ครั้ง (Big Lottery/Cabinet Office จะจ่ายให้ ร้อยละ 30 จากผลตอบแทนทั้งหมด) และจะจ่ายให้ 2,560 ปอนด์ ต่อการไม่เข้าห้องฉุกเฉิน 1 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 95 ของค่าใช้จ่ายในการเข้าห้องฉุกเฉินของกลุ่มประชากรเป้าหมาย) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการกำหนดการวัดผลที่ชัดเจน แต่ในส่วนของการประเมินผลในเบื้องต้นนั้นจะเป็นการอิงจากข้อมูลของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Accident and Emergency) จะมาจาก Hospital Episode Statistics (HES) อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบในการดำเนินโครงการนี้ คือ การขาดการบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และผู้ดูแล และนำไปสู่การเข้าห้องฉุกเฉินแบบไม่ได้วางแผนและเสียชีวิตในโรงพยาบาลในเวลาต่อมา ซึ่งส่งผลให้เกิดการเพิ่มจำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ของการเสียชีวิตที่บ้านไว้แล้ว

2) โครงการเพื่อพัฒนาการบูรณาการเชิงสาธารณสุขและบริการด้านการดูแลสังคมจากองค์กรอาสาสมัคร หรือ โครงการ SIB Cornwall

โครงการนี้ มีจุดประสงค์เพื่อลดภาวะพึ่งพาในภาคสาธารณสุขและให้บริการด้านการดูแลสังคมจากองค์กรอาสาสมัคร (Voluntary Sector Organizations: VSOs) เพื่อให้บริการการดูแลคนไข้แบบเฉพาะเจาะจงที่ต้องใช้บริการในระดับสูงและมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โครงการนี้เป็นการร่วมมือกันพัฒนาโดยองค์กรอาสาสมัครและผู้อนุมัติโครงการในท้องถิ่น ริเริ่มโดยองค์กรที่มีชื่อว่า Age UK Cornwall และ Isles of Scilly

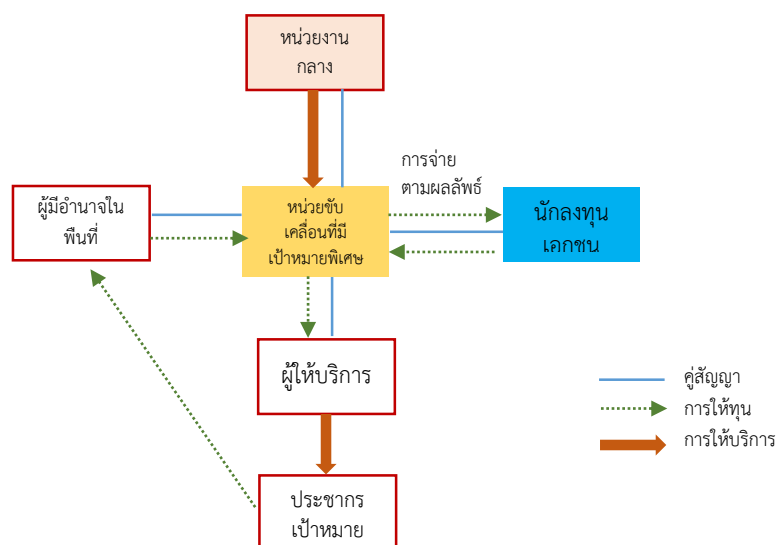
ในปี 2010 โครงการนี้มุ่งพัฒนาการบูรณาการเชิงสาธารณสุขและบริการด้านการดูแลสังคมซึ่งนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นและการประหยัดงบประมาณ โครงการ SIB ที่เมืองคอร์นวอลล์นี้ มีการดำเนินโครงการทดลองอยู่สองส่วนด้วยกันคือที่ Newquay มีกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 50 คน และที่ Penwith มีกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 100 คน เพื่อทดลองตัวแบบของการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ทรัพยากรสูงและมีความเสี่ยงสูงที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง โดยประชากรเป้าหมายจะได้รับชุดการดูแลแบบเฉพาะคน เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองในอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและลดการพึ่งพาผู้ดูแล และถูกเลือกโดยการใช้ตัวแบบการจัดลำดับความเสี่ยง (risk stratification model)

ผู้ให้ทุนกับโครงการนี้ได้แก่ สำนักงานใหญ่ Age UK รวมกับเงินจากการกุศลและเงินบริจาคในท้องถิ่น ผู้ที่ทำหน้าที่อนุมัติโครงการนี้ได้แก่ NHS Kernow โดยมี Social Finance ทำหน้าที่เป็นคนกลางในการให้คำปรึกษาเรื่องการพัฒนาตัวแบบและการกำหนดผลลัพธ์ของ SIB (Tan et al., p.30)

รูปแบบการบริการเริ่มจากการให้บริการสาธารณสุขและการดูแลทางสังคมแบบเข้ารายบุคคล โดยเป็นการดำเนินการร่วมกับภาคอาสาสมัครโดยมีพื้นที่โครงการทดลองที่ Penwith กับผู้ป่วย 1,000 คน และโครงการทดลองที่ East Cornwall กับผู้ป่วยกว่า 1,000 คน เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่าง Age UK Cornwall และ Isles of Scilly ร่วมกับองค์กรอาสาสมัครท้องถิ่นอื่น ๆ ใน Cornwall ทั้งสองโครงการนี้ได้รับการประเมินโดย Nuffield Trust โดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ใช้บริการรักษาพยาบาลมาก เคลื่อนไหวได้จำกัด มีความเสี่ยงสูงในการเข้าห้องฉุกเฉิน มีขนาดประชากร ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแล จำนวน 1,000 คน

ในการวัดของผลตอบแทนทางการเงิน พิจารณาจากการลดการเข้าห้องฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น การพัฒนาความเป็นอยู่ โดยใช้หน่วยวัดสุขภาพจิตของ Edinburgh และ Warwick ทั้งนี้ในการเก็บข้อมูลเพื่อวัดผลข้อมูลการเข้าห้องฉุกเฉินจาก Hospital Episode Statistics ข้อมูลสุขภาพจิตจากแบบสอบถาม จัดทำโดยผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม ในการการจ่ายผลตอบแทนโดยประเมินจากผลลัพธ์สำหรับโครงการนี้ยังไม่ได้กำหนดอย่างชัดเจน

แผนภาพที่ 3-4 โครงสร้าง SIB Cornwell



ที่มา: ปรับจาก Tan และคณะ (2015)

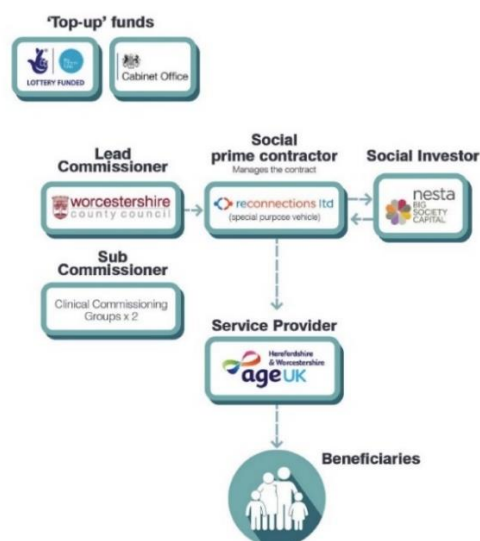
3) โครงการเพื่อลดปัญหาความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ หรือ โครงการ SIB Worcestershire

The Reconnections เป็นโครงการเพื่อลดปัญหาความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 3,000 คน ในพื้นที่ Worcestershire ในประเทศอังกฤษ

The Reconnections เป็น SIB โครงการแรกในอังกฤษที่มุ่งแก้ไขปัญหาคความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ โดย Worcester County Council (WCC) ร่วมกับผู้อนุมัติโครงการอีกสามองค์กรจาก Clinical Commissioning Groups อนุมัติให้ Reconnections และ Nesta เป็นผู้ลงทุนหลัก และ Age UK สาขา Herefordshire และ Worcestershire เป็นผู้ทำ SIB หลักของโครงการ โครงการนี้เอื้อให้เกิดการเข้าถึงบริการที่เชื่อมผู้สูงอายุกับชุมชนเพื่อลดความโดดเดี่ยว มีการคาดว่าสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการจะทำให้สามารถประหยัดงบประมาณให้กับภาครัฐได้ถึง 3 ล้านปอนด์ ในระยะเวลา 15 ปี โดยเงินที่จะจ่ายให้กับผลสัมฤทธิ์ของโครงการนี้คือ 2 ล้านปอนด์ ซึ่งจะจ่ายให้หากระดับความโดดเดี่ยวได้รับการแก้ไข SIB นี้จะเป็นตัวเชื่อมผู้สูงอายุกับบริการต่าง ๆ ดังนี้ (The Big Lottery, p.1)

รูปแบบการบริการประกอบด้วย บริการจัดหาเพื่อน โดยการเชื่อมอาสาสมัครกับผู้สูงอายุ การเชื่อมกับกลุ่มสนับสนุนความช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีอายุใกล้เคียงกันและประสบปัญหาคล้ายกัน และให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่นที่เชื่อมกับบริการที่ส่งเสริมเศรษฐกิจ สุขภาพ การดูแลด้านสังคม และการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) โดยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาคหลักคือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะโดดเดี่ยวมากขึ้น การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุว่าอะไรทำให้เกิดความโดดเดี่ยว (เช่น สถานการณ์ส่วนตัว, สถานการณ์ทางการเงิน, ปัญหาความสัมพันธ์) และมีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะความโดดเดี่ยว (The Big Lottery, p.3) (ภาพที่ 3-5 รูปแบบการให้บริการโครงการ SIB Worcestershire)

แผนภาพที่ 3-5 โครงสร้าง SIB Worcestershire ลดปัญหาความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ



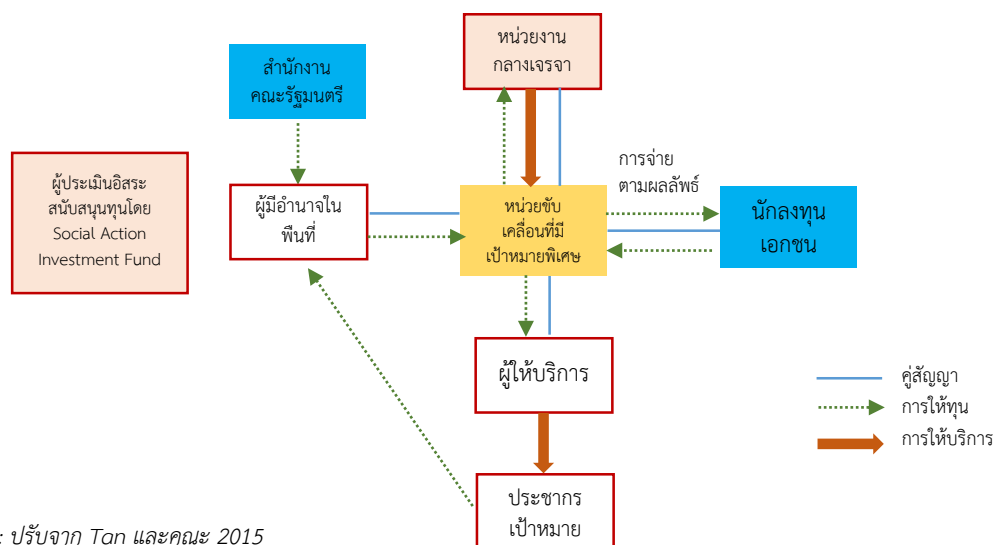
ที่มา: ปรับจาก The Big Lottery (2016)

4) โครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในประเด็นเรื่องความเหงาและความโดดเดี่ยวทางสังคม หรือ โครงการ SIB Worcestershire

โครงการนี้ มีจุดเด่นของการเป็นตัวอย่างธุรกิจที่เข้มแข็ง โดยแรงผลักดันในการใช้โมเดล SIB มาจากการริเริ่มของ Social Finance และ Age UK Herefordshire และ Worcestershire ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในเขต Worcestershire โดย Social Finance ได้หารือกับ Strategic Partnership Group เกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพในประเด็นเรื่องความเหงาและความโดดเดี่ยวทางสังคมและนำมาสู่การลงทุนในรูปแบบของพันธกิจเพื่อสังคม ซึ่งในท้องถิ่นยังมีการลงทุนในประเด็นดังกล่าวนี้ไม่มากนัก และนอกจากนี้ ในประเด็นความโดดเดี่ยวทางสังคมนั้นมีการศึกษาและมีหลักฐานยืนยันถึงประเด็นปัญหาและทำการศึกษาแล้วว่าโครงการนี้จะสามารถช่วยประหยัดงบประมาณของ Adult Social Services และ NHS ได้

ในการทำข้อตกลงวางอยู่บนฐานคิดในการสร้างผลสัมฤทธิ์ให้ได้มากที่สุด และมีรูปแบบของการจ่ายตามผลลัพธ์ (payment by results) ทำให้สามารถมั่นใจได้ว่าการบริการจะเป็นไปอย่างเต็มที่และโครงการไม่ได้มุ่งเพื่อจะแก้ปัญหากับผู้ที่มีความต้องการน้อยที่สุดเท่านั้น

แผนภาพที่ 3-6 โครงสร้าง SIB Worcestershire แก้ปัญหาสุขภาพ



ที่มา: ปรับจาก Tan และคณะ 2015

แนวทางในการดำเนินการ มีการกำหนดเป้าหมายว่าจะจ่ายค่าตอบแทนให้หากผู้ให้บริการสามารถลดความโดดเดี่ยวได้ในระดับที่กำหนดภายใน 6 เดือน (จ่ายให้ 460 ปอนด์) และจะจ่ายให้อีก 240 ปอนด์ หากผู้รับบริการสามารถลดระดับความโดดเดี่ยวได้อีกในระยะเวลา 18 เดือน

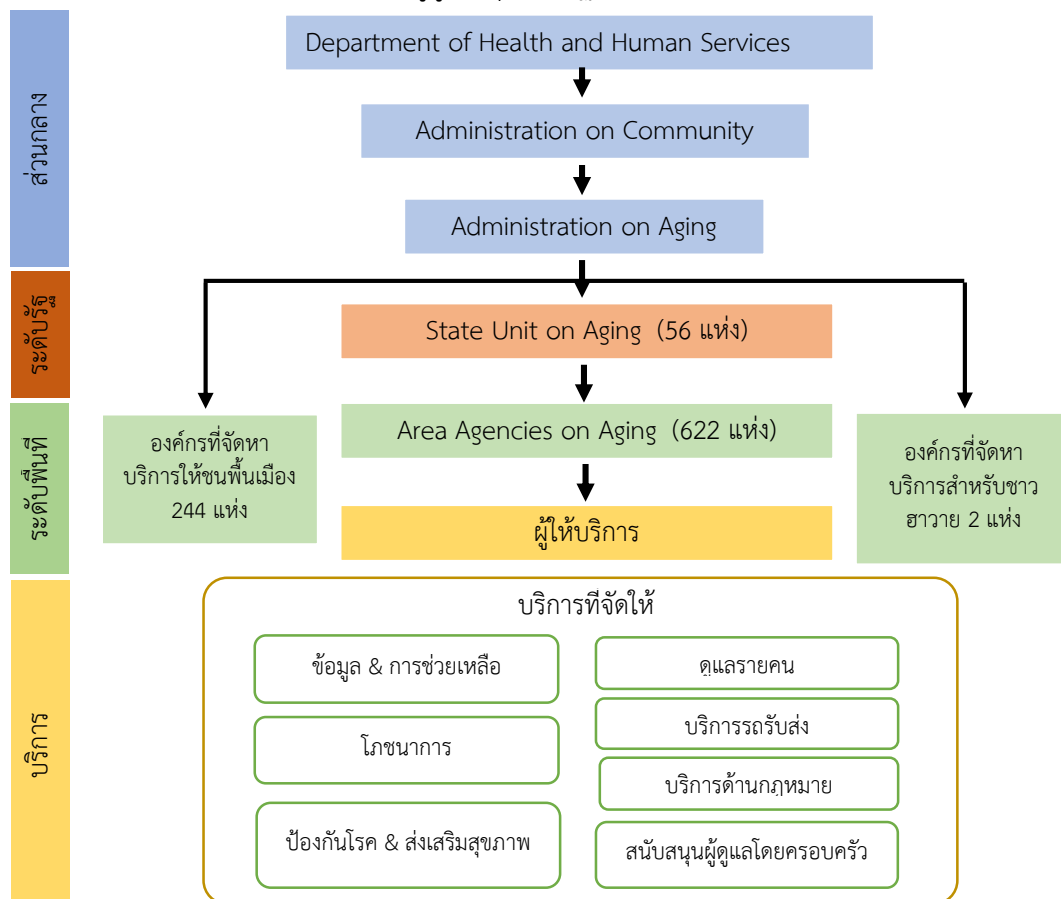
ผู้เกี่ยวข้องในโครงการกล่าวว่าแนวทางการใช้ SIB ทำให้เกิดการทดลองใช้บริการแบบใหม่ซึ่งภาครัฐไม่สามารถทำได้เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและกระตุ้นให้เกิดการทดลองกิจกรรมใหม่ๆ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในโครงการนี้ ยังมีจุดด้อยในประเด็นเรื่องของการใช้ทรัพยากรและใช้เวลานานใน

กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง เนื่องจากโครงการนี้ใช้เวลามากกว่า 10 เดือน ในกระบวนการการจัดซื้อจัดจ้าง และใช้เงินมากกว่า 200,000 ปอนด์ ในการพัฒนาโครงการ การขาดความสามารถในการบริหารจัดการ เนื่องจาก การขาดทรัพยากรและบุคลากร และระดับของนวัตกรรมในการทำข้อตกลง SIB ของโครงการนี้ไม่ได้เจาะจงว่า ผู้รับบริการจะได้รับบริการแบบใดเพื่อลดความโดดเดี่ยว มีการเสนอใช้นวัตกรรมเพิ่มขึ้นในช่วงการจัดซื้อจัดจ้าง และยังเห็นได้ชัดในระยะแรกของการปฏิบัติโครงการ (The Big Lottery, p.7-10)

สหรัฐอเมริกา

ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอเมริกันในเรื่องของการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเกิดขึ้นภายใต้กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุอเมริกัน ค.ศ. 1965 (Older American Act - OAA) ในกฎหมายได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในการจัดตั้งเครือข่ายผู้สูงอายุ (Aging Network) ที่ประกอบไปด้วยองค์กรระดับรัฐบาลกลาง ระดับรัฐบาลท้องถิ่น และระดับพื้นที่ และในแต่ละระดับประสานความร่วมมือกันระหว่าง องค์กรภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรการกุศล ในการส่งตรงบริการเพื่อผู้สูงอายุถึงที่บ้านและในชุมชน งบประมาณในการจัดหาบริการมาจากหลายภาคส่วน คือ งบประมาณที่จัดสรรจากรัฐ ภายใต้กฎหมาย OAA เงินสนับสนุนจากองค์กรธุรกิจ องค์กรเอกชน องค์กรการกุศล การหักเงินจากโครงการเมดิแคด และเงินรายได้จากการจัดเก็บภาษีในท้องถิ่น

แผนภาพที่ 3-7 เครือข่ายจัดบริการผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา



ที่มา U.S. Administrative

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม

Administration on Aging (AoA)

เป็นหน่วยงานรัฐส่วนกลางอยู่ภายใต้กระทรวงบริการสุขภาพและประชาชน มีรัฐมนตรีช่วยว่าการผู้สูงอายุรับผิดชอบบริหารงานให้มีความสอดคล้องกับบทบัญญัติในกฎหมาย OAA และมีหน้าที่พิจารณาและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการรูปแบบต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ AoA ประกอบด้วยหน่วยงานย่อยที่ดูแลโครงการผู้สูงอายุโดยตรง คือ

- สำนักงานสนับสนุนบริการเพื่อผู้ดูแล ให้ทุนสนับสนุนในเรื่องบริการรถรับส่ง การดูแลผู้สูงอายุภาคกลางวัน การช่วยเหลือผู้ดูแล และโครงการส่งเสริมสุขภาพ
- สำนักงานโภชนาการและโครงการส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการด้านป้องกันโรค โครงการอยู่ดีมีสุขสำหรับผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ โครงการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองจากโรคเรื้อรัง บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การป้องกันการล้ม ความรู้เรื่อง HIV / AIDS บริการอาหารที่ตามหลักโภชนาการ สนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปาก
- สำนักงานบริการด้านยุติธรรมผู้สูงอายุและการคุ้มครอง ดำเนินการในเรื่องบริหารจัดการและประเมินในเรื่องการคุ้มครองการล่วงละเมิดผู้สูงอายุ การพัฒนาการช่วยเหลือทางกฎหมาย ให้คำปรึกษาเรื่องบำนาญชราภาพ
- สำนักงานบริหารโครงการสำหรับชนพื้นเมืองอเมริกันอินเดีย อลาสก้า และฮาวาย จัดบริการด้านอาหารและช่วยเหลืออื่น ๆ ให้กับกลุ่มชนพื้นเมือง รวมถึงจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ทุนองค์กรที่ทำงานเพื่อชนพื้นเมืองในการจัดหาบริการให้ที่บ้านและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ
- สำนักงานผู้ตรวจการโครงการเพื่อการดูแลระยะยาว ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครว่าพันคน ผู้อาศัยและครอบครัว ที่เป็นกระบอกเสียงให้กับผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลด้วยตัวเองได้

State Unit on Aging (SUA)

หน่วยบริการผู้สูงอายุระดับรัฐ ที่มีทั้งหมด 56 รัฐ เป็นหน่วยงานภาครัฐ ที่ได้รับมอบหมายโดยผู้ว่าการรัฐและสภานิติบัญญัติในการบริหาร จัดการ ออกแบบและผลักดันสวัสดิการ โครงการ บริการ สำหรับผู้สูงอายุ และครอบครัว และผู้ทุพพลภาพ SUA ทำงานร่วมกับหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงอายุ (Area Agency on Aging – AAA) ในการจัดหาชุดบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน

Area Agency on Aging (AAA)

หน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงอายุ ตั้งขึ้นเมื่อปี 1973 เป็นองค์กรระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง เป็นหน่วยงานที่เป็นได้ทั้งของรัฐ (หน่วยงานที่ดูแลด้านสวัสดิการสังคม ด้านผู้พิการ หรือด้านทหารผ่านศึก) หรือหน่วยงานไม่แสวงผลกำไรเอกชน (เช่น สมาคมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ตั้งในเขตการปกครอง) หรือหน่วยงานเฉพาะของรัฐบาลท้องถิ่น (ศูนย์บริการ สมาคม องค์กรในพื้นที่) ที่มีการทำสัญญาระดับรัฐในการจัดหาบริการโดยตรงให้กับผู้สูงอายุ

ในหนึ่งรัฐที่ประกอบไปด้วยหลายเขตการปกครอง (county) ที่ AAA อาจตั้งอยู่ที่เขตการปกครองใด ปกครองหนึ่ง โดยมีพื้นที่ในการให้บริการหลายเขตการปกครอง ดังนั้น AAA หนึ่งแห่งต้องรับผิดชอบประมาณ 10-20 เขตการปกครอง ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิศาสตร์ การกระจายตัวของประชากร และลักษณะของกลุ่ม ผู้รับบริการชุมชนที่รับผิดชอบ ในปัจจุบันมี AAA จำนวน 629 แห่ง ทั่วประเทศ โดยเฉลี่ยแล้วรัฐหนึ่ง มี AAA จำนวน 11 แห่ง แต่ในความเป็นจริงแล้วบางรัฐไม่มี AAA เพราะว่ามีประชากรเบาบาง หน่วยงานของรัฐทำหน้าที่คล้าย AAA ในการจัดหาบริการ

AAA อาจมีหน้าที่คล้ายตัวแทนในการขายบริการ ที่ไม่ใช่เป็นผู้ผลิตการบริการโดยตรง แต่มีหน้าที่ รวบรวมและทำงานร่วมกับผู้ให้บริการ (service provider) ที่มีอยู่ในเขตพื้นที่ที่ได้ทำสัญญาเหมาช่วงกับ AAA ว่าจะส่งตรงบริการถึงบ้านผู้สูงอายุ หรือในชุมชน ปัจจุบันมีผู้ให้บริการประมาณ 29,000 แห่งทั่วประเทศ ที่ให้ การดูแลภายใต้กฎหมาย OAA เป็นเครือข่ายเดียวทางด้านการดูแลระยะยาวที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ AAA แต่ละแห่งจัดบริการให้ไม่เหมือนกัน เพราะกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติได้เปิดโอกาสให้แต่ละท้องถิ่นมีการ ควบคุมและตัดสินใจกันเอง และในแต่ละรัฐมีจำนวนและขนาดไม่เท่ากัน เช่นที่ รัฐวิสคอนซิน มี AAA อยู่ 3 แห่ง แต่ที่นิวยอร์ก มีถึง 59 แห่ง

นอกจากการจัดหาบริการแล้วให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวแล้ว ในการให้บริการแก่ชุมชน AAA ทำ หน้าที่ประเมินความต้องการของชุมชน และจัดทำแผนและให้ทุนโครงการ ให้ความรู้และการช่วยเหลือโดยตรง แก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน สำหรับบริการดูแลและช่วยเหลือระยะยาว ให้บริการในลักษณะ เป็นทางเข้าไปสู่การได้รับการบริการ โดยการประเมินความต้องการที่มีความหลากหลาย กำหนดเกณฑ์การ ได้รับสิทธิ์ ชื่อหาบริการ และติดตามในเรื่องความเหมาะสม และประสิทธิภาพของการบริการ และ AAA แสดง ให้เห็นว่าใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า โดยใช้งบประมาณจากรัฐและเอกชนขยายบริการให้มากที่สุดที่เป็นไปได้

งบประมาณในการดำเนินการของ AAA หลักๆ แล้ว มาจาก 3 ส่วนหลักๆ ส่วนแรก 39 เปอร์เซ็นต์ได้รับการ จัดสรรจากกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ ส่วนที่สอง 28 เปอร์เซ็นต์ ได้รับจากส่วนที่หักมาจากเมดิแคด และ ส่วนสุดท้าย 32 เปอร์เซ็นต์ มาจากรัฐบาลกลาง รายได้จากรัฐ ระดมทุนจากท้องถิ่น รัฐอื่นจัดสรรให้ หรือ ผู้บริโภคร่วมแบ่งจ่าย

AAA รับผิดชอบในเรื่องการวางแผน พัฒนา ประสานงาน และส่งมอบบริการถึงบ้านและชุมชน ในเรื่อง การวางแผน เริ่มต้นจากการกำหนดความต้องการ ที่ได้รวบรวมข้อมูลและคำแนะนำมาจากผู้บริโภค ผู้ ให้บริการ และผู้มีส่วนได้เสีย ต่อมาจึงกำหนดโครงการและบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่ง จะต้องมีการพัฒนาบริการและโครงการทุก ๆ สองปี ให้ตรงกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ นอกจากนี้ AAA ยัง ทำหน้าที่ผลักดันในเรื่องผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้ให้บริการต่าง ๆ เข้าร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น และในระดับรัฐ นอกเหนือจากให้ทุนหรือจัดส่งบริการ

ตารางที่ 3-2 บริการหลักของเครือข่ายการสูงอายุ

การเข้าถึงบริการ	โภชนาการ	การดูแลระยะยาวที่บ้านและในชุมชน	การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ	การคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง
- ขยายบริการ - ให้ข้อมูลและการช่วยเหลือในเรื่องของสิทธิประโยชน์จากบริการ - จัดการดูแลรายบุคคล - บริการรถรับส่ง	- บริการส่งอาหารตามบ้าน หรือสถานที่รวมกลุ่มผู้สูงอายุ - ให้คำปรึกษาและความรู้ด้านโภชนาการ	- ดูแลที่บ้าน - ดูแลส่วนตัว - ทำความสะอาดบ้าน - ดูแลตอนกลางวัน - ช่วยเหลือผู้ดูแล	- สร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย - ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ - สร้างภูมิคุ้มกันโรค	- ตรวจสอบการดูแลระยะยาว - ป้องกันผู้สูงอายุจากการถูกทำร้ายทอดทิ้ง และล่วงละเมิด - การช่วยเหลือทางกฎหมาย

ที่มา: ดัดแปลงจาก Niles-Yokum & Wagner, 2015

การเข้าร่วมเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการของ AAA อยู่ในรูปของการทำสัญญาจัดส่งบริการให้กับผู้สูงอายุโดยตรง เช่น อาหารมื้อต่าง ๆ บริการรถรับส่ง และบริการในบ้าน โดยส่วนใหญ่แล้ว AAA จะเป็นผู้ให้บริการโดยตรงในเรื่องข้อมูลและการช่วยเหลือการส่งต่อ ผู้จัดการผู้ป่วยรายบุคคล ที่ปรึกษาด้านประกันสุขภาพและการได้รับสิทธิประโยชน์ และทำโครงการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สมาคมหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงอายุแห่งชาติ (National Association of Area Agencies on Aging – N4A) ตั้งขึ้นเพื่อสร้างเสริมศักยภาพให้กับสมาชิก หรือ AAA ที่มีอยู่ในชุมชนทั่วประเทศ ให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการให้อยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและมีทางเลือกในบ้านของตนเองและในชุมชน トラบเท่าที่เป็นไปได้

เมื่อผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือในเรื่องขอรับบริการ หรือด้านข้อมูล สามารถโทรด่วน หรือใช้เว็บไซต์ ติดต่อ AAA ในพื้นที่ความรับผิดชอบได้โดยตรง หากไม่ทราบว่าจะใช้บริการที่ AAA แห่งไหน ผู้จะขอรับบริการสามารถติดต่อศูนย์บริการที่เรียกว่า Eldercare Locator เพื่อได้รับการแนะนำหรือประสานงานไปยัง AAA หรือศูนย์บริการอื่น ๆ ตามต้องการ

Eldercare Locator เป็นศูนย์กลางข้อมูลและทรัพยากร และเป็นหน่วยบริการผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการหาบริการที่เหมาะสม บริการผ่านโทรศัพท์ เว็บไซต์ และอีเมล เมื่อรับทราบความต้องการของผู้รับบริการแล้ว ทาง Eldercare Locator จะประสานงานหน่วยงานในพื้นที่ในเรื่องจัดหาบริการ หรือด้านข้อมูล เช่น ประสานงานกับ Area Agencies on Aging (AAA) ในการติดต่อผู้ให้บริการที่มีการทำสัญญากับ AAA ไว้ หรือติดต่อกับศูนย์ข้อมูลในเรื่องช่วยเหลือผู้พิการ เช่น Aging and Disability Resource Centers ในเรื่องการทำประกันสุขภาพ ติดต่อกับหน่วยงานดูแล เช่น State Health Insurance Assistance Programs

ตารางที่ 3-3 ข้อมูลและการบริการที่ Eldercare Locator จัดให้ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ใช้ชีวิตที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	ทำให้ที่พักอาศัยตรงกับความต้องการที่เปลี่ยนไป	หาทรัพยากรเสริมอื่นๆ
บริการรถรับส่ง: ช่วยเหลือในการหาคนพาไปส่งตามที่หมาย เช่น หาดหมอตามนัด ซื้อของกินของใช้ โภชนาการ: โครงการที่ให้บริการอาหารมื้อต่าง ๆ ที่บ้านหรือชุมชน บริการภายในบ้าน: ช่วยทำงานภายในบ้านเบาๆ ดูแลส่วนบุคคล ดูแลทางการแพทย์ และอื่นๆ	ซ่อมบ้าน: โครงการที่ช่วยผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสภาพอากาศ, ซ่อมปะปา ปรับปรุงบ้าน: โครงการที่ต่อเติมที่พักให้ที่ยึดจับเกาะ ทางสำหรับรถเข็นล้อเลื่อน เก้าอี้เลื่อนขึ้นบันได และอื่นๆ ที่เหมาะแก่การอยู่อาศัย ทางเลือกด้านที่อยู่อาศัย: ให้ข้อมูลด้านที่พักอาศัยในท้องถิ่น	ผู้สูงอายุถูกล่วงละเมิด: ให้ข้อมูลการดำเนินการเมื่อมีผู้สูงอายุถูกทำร้าย ทอดทิ้ง ให้คำปรึกษาด้านประกันสุขภาพ: ตัวเลือกในการใช้ Medicare โครงการด้านการเงินและกฎหมาย: สิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ สิทธิการครอบครอง สิทธิผู้บริโภค และการจัดการทางการเงิน บริการการจ้างงาน: โอกาสในการเข้ารับการอบรมในการประกอบอาชีพและการจ้างงาน
ดูแลตัวเองและคนที่รัก		เข้าร่วมชุมชน
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน: ให้การดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ ช่วยเหลือผู้ดูแล: จัดกลุ่มช่วยเหลือและโครงการฝึกอบรมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ เยี่ยมเยียน: โครงการที่ให้ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักในช่วงเวลาสั้นๆ		โครงการอยู่ดีมีสุข: กิจกรรมต่างๆ ที่จัดโดยองค์กรที่มีอยู่ในชุมชนที่ส่งเสริมสุขภาพและความอยู่ดีมีสุข บริการอาสาสมัคร: โครงการที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีส่วนร่วมและช่วยเหลือชุมชน โครงการศูนย์ผู้สูงอายุ: ให้มีการติดต่อทางสังคมกัน เลี้ยงอาหาร และกิจกรรมสันทนาการ

ที่มา: Eldercare Locator Brochure จาก www.eldercare.acl.gov

National Council on Aging – NCOA

สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่กรุงวอชิงตัน ดีซี เป็นองค์กรการกุศลที่สร้างขึ้นเมื่อปี 1950 เป็นเสมือนกระบอกเสียงแทนผู้สูงอายุอเมริกัน และเป็นผู้มีบทบาทผลักดันให้เกิดนโยบายที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นผู้นำให้เกิดความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการริเริ่มบริการและโครงการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านรายได้และสุขภาพ NCOA สร้างความร่วมมือกันระหว่างองค์กรไม่แสวงผลกำไร ภาครัฐ และธุรกิจ ทำงานในเรื่องความมั่นคงในการทำงาน สิทธิประโยชน์ สุขภาพ การใช้ชีวิตอย่างอิสระ

ช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแล จัดทำโครงการระดับชาติที่สำคัญ เช่น Benefits Checkup, Economics Checkup, และ My Medicare Matters

NCOA เป็นองค์กรผู้สูงอายุหลักในสหรัฐอเมริกาที่มีความสำคัญในการผลักดันกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ ค.ศ. 1965 ที่ทำให้มีการกำหนดภาคีเครือข่ายการสูงอายุแห่งชาติ (National Aging Network) ที่ประกอบไปด้วยหน่วยงานรัฐและผู้ให้บริการ ทำงานร่วมกันในการจัดบริการและโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ในแต่ละรัฐจะมีสภาผู้สูงอายุ (Council on Aging) ร่วมคิด วางแผน กับรัฐบาลท้องถิ่นในการกำหนดนโยบาย บริการ และโครงการ ที่เหมาะสมกับประชากรในรัฐนั้น ๆ

ปัจจุบัน NCOA เน้นการช่วยเหลือผู้สูงอายุในประเด็นสำคัญ 2 เรื่อง คือ สุขภาพ และเศรษฐกิจ ในเรื่องสุขภาพ NCOA ทำงานร่วมกับภาคีชุมชนและเครื่องมือออนไลน์ในการจัดส่งบริการที่ครอบคลุมและครบวงจรที่ช่วยปรับปรุงสุขภาพผู้สูงอายุ และให้พ้นจากความทุกข์ทนจากโรคเรื้อรัง และป้องกันการหกล้ม ศูนย์บริการภายใต้การดูแลของ NCOA ที่ชื่อว่า National Chronic Disease Self-Management Education Resource Center เป็นศูนย์ทรัพยากรข้อมูล และดำเนินโครงการ CDSME ที่ร่วมกันพัฒนากับมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ที่ให้การช่วยเหลือทางเทคนิค และความรู้เรื่องการดูแลตนเองจากโรคเรื้อรัง ให้กับองค์กรของรัฐ และองค์กรที่ทำงานในชุมชนทั่วสหรัฐอเมริกา ให้มีความรู้ มีความเป็นผู้นำ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลตนเอง และให้มีส่วนช่วยในการผลักดันประเด็นนี้ให้อยู่ในบริการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาวระดับชาติ ตลอดจนในระบบสนับสนุนต่าง ๆ นอกจากนี้แล้ว ศูนย์ CDSME ยังได้จัดทำฐานข้อมูลรวบรวมโครงการภายใต้ CDSME เว็บไซต์ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ตลอดจนการประชุมแห่งชาติ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ถอดบทเรียน และอื่น ๆ สำหรับเรื่องการป้องกันการหกล้ม NCOA ดำเนินการประเด็นนี้ภายใต้ศูนย์ National Falls Prevention Resource Center ที่ผลิตข้อมูลให้ความรู้ อบรม จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ การประชุมระดับชาติ ให้กับนักปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ภาครัฐ องค์กรชุมชน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน และได้นำไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุในชุมชน

สำหรับประเด็นเรื่องเศรษฐกิจ NCOA ได้สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุรายได้น้อย และอยู่ในภาวะเปราะบาง โดยการใช้เครื่องมือออนไลน์และเครือข่ายแห่งชาติที่ทำงานเพื่อชุมชน การช่วยเหลือในเรื่องความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ ได้แก่

1) การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ NCOA ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ให้ได้เข้าโครงการที่ออกค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ค่ายา อาหาร ค่าอุปโภคบริโภค และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เช่น ช่วยเหลือผู้สูงอายุเข้าโครงการอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ที่ให้ทุนโดยมูลนิธิ Walmart หรือเข้าร่วมโครงการ SNAP (Supplemental Nutrition Program Assistance Program)

2) การได้รับโอกาสในการทำงาน NCOA ช่วยเหลือในเรื่องการฝึกอาชีพ และสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการจ้างงาน โดยร่วมมือกับกระทรวงต่าง ๆ

3) การช่วยฝ่าปัญหาเศรษฐกิจ NCOA ร่วมมือกับเครือข่ายศูนย์บริการด้านเศรษฐกิจแห่งชาติ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาชักหน้าไม่ถึงหลัง เช่น ไม่มีค่าใช้จ่ายพอสำหรับค่าสาธารณูปโภค โดยการเช่าอพาร์ทเมนต์ห้องใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังสร้างเว็บไซต์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สืบค้นสิทธิประโยชน์ แก้ไขปัญหาด้านรายรับรายจ่าย ค้นหางานและการฝึกอบรม ตลอดจนค้นหาที่พักที่สามารถจ่ายได้

4) การแปลงบ้านเป็นทุน (Home equity) NCOA เป็นผู้นำระดับชาติในการให้ความรู้ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของบ้านที่เป็นทรัพย์สิน ให้มาเป็นทุนรอนในการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและพึ่งพาตัวเองได้ยาวนานขึ้น โดย NCOA ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในเรื่องแปลงทรัพย์สินเป็นทุน (Home Equity Conversion Mortgages – HECM) ร่วมกับ GreenPath Financial Wellness จัดทำคู่มือให้ผู้สูงอายุที่สนใจที่จะจำนองบ้านตนเอง เพื่อนำเงินมาใช้จ่ายจวบจนสิ้นชีวิต ให้ข้อมูลในการเข้าถึงแหล่งเงินกู้ รวบรวมบริษัทที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุใช้ที่ดินหรือบ้านจำนอง เพื่อนำเงินมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเงินรายเดือนไม่พอใช้ หรือไม่มีทายาทดูแล

5) การเข้าโปรแกรมเมดิแคร์ NCOA ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเลือกโปรแกรมเมดิแคร์ที่เหมาะสมกับตัวเอง และให้ความรู้สิทธิประโยชน์ของเมดิแคร์ประเภทต่างๆ โดยให้บริการผ่าน MyMedcareMatters ที่เป็นเว็บไซต์ที่คนอเมริกันสามารถตรวจสอบคุณสมบัติ และประโยชน์ที่จะได้รับจากโปรแกรมเมดิแคร์ที่ตนเข้าร่วม

นอกจากให้บริการและความรู้กับผู้สูงอายุและองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว NCOA ยังมีเป้าหมายในการสร้างความเข้มแข็งและคุ้มครองให้กับโครงการที่ทำเพื่อประชาชนที่ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุที่เปราะบางด้วย เช่น ช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่ให้ถูกตัดสิทธิประโยชน์โครงการเมดิแคร์ ช่วยพัฒนาและปกป้อง และบริการการดูแลระยะยาว และสนับสนุนนโยบายดังกล่าว ตัวแทนของ NCOA มักมีส่วนร่วมและมีบทบาทนำภาครัฐในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่กระทบและเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เช่น โครงการเมดิแคร์ เมดิแคร์ โครงการจ้างงานผู้สูงอายุทำงานบริการในชุมชน

การดำเนินงาน ริเริ่มโครงการ จัดบริการให้ผู้สูงอายุ ให้ความรู้ข้อมูลความรู้ จัดประชุมสัมมนา ผลิตเอกสารนั้น ใช้เงินจากงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ 78 เปอร์เซ็นต์ จากมูลนิธิและบริษัทเอกชน 21 เปอร์เซ็นต์ และจากค่าสมาชิก รายรับจากการจัดประชุม รับบริจาค และรายได้จากการลงทุน 1 เปอร์เซ็นต์ ผู้สนับสนุนสำคัญของ NCOA มีหลายภาคส่วนรวมแล้ว 79 องค์กร ที่ประกอบไปด้วย

- **ภาครัฐ** เช่น กระทรวงการเคหะและพัฒนาเมือง กระทรวงแรงงาน หน่วยงานด้านคุ้มครองสิ่งแวดล้อม รัฐบาลท้องถิ่นบางแห่ง ฝ่ายปกครองเมืองบางแห่ง ตลอดจนหน่วยงานด้านทหารผ่านศึก
- **ภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ** เช่น สมาคมเกี่ยวกับโรคต่างๆ ผู้ให้บริการด้านผู้สูงอายุขนาดใหญ่ มหาวิทยาลัยที่มีหลักสูตรเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- **องค์กรไม่แสวงผลกำไร** เช่น มูลนิธิ องค์กรกุศล จัดตั้งในนามบุคคล หรือองค์กรที่ตั้งขึ้นตามพันธกิจ เช่น วิทยาศาสตร์ การแพทย์และสุขภาพ การเงินการลงทุน อสังหาริมทรัพย์ เป็นต้น
- **บริษัทเอกชน** ไม่ว่าจะเป็นบริษัทยา ธนาคาร ห้างสรรพสินค้า กองทุนอสังหาริมทรัพย์ ประกัน การสื่อสาร สุขภาพ กองทุนแปลงทรัพย์สินเป็นทุน เช่น ไฟเซอร์ แอบบอท โนวาติส วอลล์มาร์ต ธนาคารแห่งอเมริกา ฯลฯ

ออสเตรเลีย

ระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียเป็นระบบที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ แม้ว่า 3 ใน 4 ของบริการจะมาจากภาคส่วนที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) กล่าวคือ สมาชิกหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ABS, 2016) แต่ผู้สูงอายุกว่าหนึ่งล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งหมด 23 ล้านคน ต้องได้รับบริการดูแลผู้สูงอายุแบบใดแบบหนึ่ง โดยรัฐบาลออสเตรเลียเป็นหน่วยงานหลักในการให้งบประมาณสนับสนุนและทำหน้าที่ในการกำหนดกฎเกณฑ์ข้อบังคับและออกนโยบายที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามกฎหมายว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ. 1977 (Aged Care Act)

นอกจากภาครัฐจะเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสิทธิและบริการของผู้สูงอายุแล้ว ภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล ไม่ว่าจะเป็นองค์กรทั้งแบบหวังผลและไม่หวังผลกำไร และภาคเอกชน ก็เข้ามามีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุเช่นกัน ทั้งในรูปแบบของบ้านพักและโครงการที่ดูแลโดยชุมชนและองค์กรการกุศล โดยภาคส่วนนี้คาดว่าจะได้ให้ทุนสนับสนุนคิดเป็นร้อยละ 20 ของสวัสดิการทั้งหมด (AIHW, 2001) ในส่วนของภาคเอกชนที่หวังผลกำไรก็เข้ามามีบทบาทในการให้บริการและช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเกี่ยวกับที่พักอาศัยและสุขภาพ

การพัฒนาความร่วมมือเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนระหว่างภาครัฐ ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและครอบครัว) ผู้ให้บริการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการของประเทศออสเตรเลีย โดยคณะกรรมการว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care Committee) และรัฐบาลออสเตรเลีย ได้กำหนดหลักการและแนวทาง “Aged Care Sector Statement of Principles” โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการเป็นหลัก ผู้ใช้บริการต้องมีทางเลือก การมีข้อกำหนดของระบบดูแลผู้สูงอายุที่แสดงความคิดเห็นได้ การปฏิรูประบบและตอบสนอง และระบบดูแลผู้สูงอายุต้องเข้าถึงได้และมีความยั่งยืน

รูปแบบการสนับสนุนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของ **ภาครัฐ** หรือรัฐบาลกลาง (Australia Government, Australian Institute of Health and Welfare) ได้แก่ การสนับสนุนด้านสุขภาพ การช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ และที่พักอาศัยผ่านชุมชน หรือผ่านโครงการหลัก ได้แก่ เงินบำนาญบำนาญ การช่วยเหลือค่าเช่าบ้าน และเงินสำหรับบุคคลทุพพลภาพ สถานบริบาล (เช่น ทุนสนับสนุนค่าบริการที่สถานบริบาล) สวัสดิการรักษายาและยา บ้านพักสาธารณะ (ผ่านกองทุนของส่วนการปกครองท้องถิ่น) ค่ารักษายาแบบฉุกเฉิน (ร่วมกับส่วนการปกครองท้องถิ่น) บริการสำหรับบุคคลทุพพลภาพ (ผ่านกองทุน

ของส่วนการปกครองท้องถิ่น) และความช่วยเหลือค่าบริการดูแลที่บ้าน โรงพยาบาล และชุมชน (ร่วมกับรัฐบาลท้องถิ่น) นอกจากนี้ ยังมีบริการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในรูปแบบของเงินสนับสนุน (เช่น เงินสดช่วยเหลือผู้ดูแล และเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแล (carer payment และ carer allowance) และบริการ (เช่น บ้านพัก และศูนย์ทรัพยากรสำหรับคนดูแลผู้สูงอายุ) บริการและความช่วยเหลืออื่น ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางการเงิน โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โปรแกรมบำบัด ความช่วยเหลือเงินเกษียณสำหรับชาวไร่ชาวนา การผลักดันสนับสนุนต่าง ๆ การสนับสนุนหน่วยงานที่ให้บริการ และการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการของรัฐบาล

รูปแบบการสนับสนุนในส่วนของการปกครองท้องถิ่น (บางส่วนได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐ และส่วนการปกครองท้องถิ่น) ทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ บ้านพัก และชมรมผู้สูงอายุ โดยส่วนการปกครองท้องถิ่นจะทำหน้าที่ในการสนับสนุนด้านสุขภาพ สำหรับบ้านพักและสวัสดิการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่จะเป็นในรูปแบบของสถานบริบาล ที่ร่วมทุนกับรัฐ โดยรูปแบบของการจัดบริการ ได้แก่ การดูแลช่วงพักฟื้น การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ โปรแกรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม การช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง การช่วยเหลือที่บ้าน การให้บริการด้านข้อมูล และบัตรผู้สูงอายุที่ใช้เป็นส่วนลดสินค้าและบริการต่าง ๆ ได้ เป็นต้น

รูปแบบการสนับสนุนในส่วนของการภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาล (Non-Government) ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการในสถานบริบาลร้อยละ 68 ของทั้งหมด และร้อยละ 95 ของชุดการดูแลในชุมชน แม้ว่าหน่วยงานเหล่านี้จะมีประสิทธิภาพเชิงสังคมสูง แต่จากหลักฐานพบว่าหน่วยงานเหล่านี้ ยากที่จะปฏิบัติตามอุปสงค์ของผู้ใช้บริการได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากไม่มีผลกำไรทำให้ความสามารถในการขยายตัวมีจำกัด อีกทั้งการเข้าถึงเงินงบประมาณสนับสนุนก็มีจำกัดเช่นกัน

ทั้งนี้เนื่องจากระบบดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียเริ่มพัฒนาจากหน่วยงานการกุศลไม่หวังผลกำไร ดังนั้น เมื่อเทียบเป็นสัดส่วน องค์กรไม่หวังผลกำไร จะเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุเกือบ 2 ใน 3 หรือร้อยละ 65 ของบริการทั้งหมดในประเทศออสเตรเลีย ตามด้วยภาคเอกชน ร้อยละ 21 และหน่วยงานของรัฐบาล ร้อยละ 14 (AIHW, 2017) โดยจากบริการทั้งหมด ร้อยละ 59 เป็นบริการที่อยู่ในตัวเมืองใหญ่และดำเนินการโดยหน่วยงานภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่และลดลงตามพื้นที่ กล่าวคือ ยิ่งพื้นที่ห่างไกล หน่วยงานภาคเอกชนยิ่งให้บริการน้อย ในทางกลับกัน หน่วยงานของรัฐบาลจะเพิ่มขึ้นในเขตชนบท ซึ่งคิดเป็นกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59) ของบริการของหน่วยงานรัฐบาลจะอยู่ในพื้นที่ชนบท

ในการดำเนินการ องค์กรไม่หวังผลกำไร หรือหน่วยงานชุมชน จะได้รับเงินงบประมาณสนับสนุนส่วนใหญ่จากรัฐบาลและทำงานกับภาครัฐในลักษณะสัญญาว่าจ้าง “contract state” หรือ ในลักษณะของการใช้บริการภายนอก (outsourcing)

ด้วยองค์กรไม่หวังผลกำไร เหล่านี้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพียงบางส่วน องค์กรเหล่านี้จึงเติบโตแบบค่อย ๆ ต่อยอด คือ ใช้รายได้ที่มีเหลือจากผลประกอบการมาต่อยอดสร้างหรือปรับปรุงอาคารสถานที่ให้

เหมาะสมกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีอุปสรรคทางด้านการเงิน และการเติบโตอาจไม่รวดเร็วเท่ากับหน่วยงานหวังผลกำไร แต่องค์กรไม่หวังผลกำไร ก็ยังมีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้ให้บริการหลักสำหรับการดูแลที่บ้าน และในชุมชน และเริ่มมีการรวมตัวกันกับหน่วยงานขนาดใหญ่ ในการขยายขอบข่ายของการจัดบริการและพัฒนาโครงการให้เข้ากับความต้องการของผู้สูงอายุเองเพื่อให้เกิดทางเลือกของรูปแบบการบริการที่หลากหลายขึ้นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการให้บริการแบบผสมผสานระหว่างที่บ้านและการดูแลในที่พักอาศัย

ในส่วนของการใช้จ่ายในการดำเนินการในประเทศออสเตรเลีย ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ. 1997 รัฐบาลออสเตรเลียจะเป็นผู้จ่ายเงินอุดหนุนบริการสำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมบริการทุกประเภท คือ การดูแลที่บ้าน สถานะที่บริการเฉพาะ และการดูแลที่ปรับตามสภาพ โดยร้อยละ 95 เป็นเงินทุนสนับสนุนจากรัฐบาล ส่วนผู้ใช้บริการต้องจ่ายสมทบสำหรับค่าธรรมเนียมการบริการด้วย ซึ่งสัดส่วนที่รัฐบาลช่วยจ่าย และที่ต้องจ่ายเองขึ้นอยู่กับบริการที่รับสำหรับบริการที่บ้าน เงินสนับสนุนจะขึ้นอยู่กับระดับการดูแลที่จำเป็น ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าธรรมเนียมรายวัน เป็นเงินมากที่สุดคือร้อยละ 17.5 ของบำนาญที่ได้รับต่อวัน (\$9.77)

สำหรับสถานบริการ การจัดสรรงบช่วยเหลือจะซับซ้อนกว่า โดยรัฐบาลจะช่วยเหลือตามประเภทและระดับความช่วยเหลือที่ประเมินได้จากแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแล (Aged Care Funding Instrument: ACFI) ส่วนผู้ใช้บริการสถานบริการอาจจ่ายเป็นลักษณะของค่าบริการรายวัน (Daily Accommodation Payment) หรือจ่ายล่วงหน้า (Refundable Accommodation Deposit: RAD) หรือทั้งสองแบบรวมกัน ทั้งนี้ ยังไม่รวมบริการเสริมอื่น โดยทั่วไป รัฐบาลจะช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 65 (ค่าบริการและสถานที่) ส่วนผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าธรรมเนียมรายวันและบริการเสริมอื่น ๆ

โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีให้บริการในปัจจุบัน ประกอบด้วย

โครงการดูแลในสถานที่พัก หรือ Residential Aged Care – RAC

สนับสนุนโดยรัฐ ตั้งแต่ปี 1963 RAC ดำเนินการและอำนวยความสะดวกเรื่องบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ มีทั้งแบบถาวรและเป็นที่พักฟื้นชั่วคราว การที่จะได้เข้าอยู่อาศัยที่นี่ต้องผ่านการอนุมัติจากหน่วยประเมินการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care Assessment Team: ACAT) โดยตั้งแต่เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2014 ผู้สูงอายุที่ย้ายจากบ้านพักอื่น ๆ จะต้องยื่นคำร้องขออนุมัติจาก ACAT เพื่อที่จะเปลี่ยนระดับความต้องการการดูแลจากน้อยเป็นมาก แต่นับจากวันที่ 1 กรกฎาคม 2014 ไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับความต้องการการดูแลสำหรับบ้านพักแบบถาวร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุในปี 2012 (DSS, 2014)

โครงการดูแลที่บ้านและในชุมชน หรือ Home and Community Care – HACC

เริ่มปี 1985 เปลี่ยนเป็นโครงการ Commonwealth Home Support Programme ปี 2015 HACC รวมโปรแกรมต่าง ๆ ที่มีอยู่ตั้งแต่กลางปี 1950 ภายใต้สัญญา Commonwealth-state เข้าด้วยกัน เดิมทีร่วมทุนกันโดย Commonwealth (Australian) และมลรัฐหรือส่วนการปกครองท้องถิ่น ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม

2012 รัฐบาลออสเตรเลียรับนโยบายเต็มรูปแบบ ทั้งงบประมาณสนับสนุนและความรับผิดชอบแบบวันต่อวัน โดยระบบบริการ HACC จะเป็นระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แต่สำหรับชนพื้นเมืองอะบอริจินและชาวเกาะช่องแคบทอเรส อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทั่วทุกรัฐและเขตการปกครอง ยกเว้นวิกตอเรีย และออสเตรเลียตะวันตก (เรียกว่า “Commonwealth HACC”) HACC ให้บริการครอบคลุมไปถึงเรื่องสุขภาพและบริการพยาบาลที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงได้อยู่บ้าน ไม่ต้องเข้าพักที่สถานบริบาลโดยไม่จำเป็น ทว่า ต้องได้รับอนุมัติจาก ACAT เพื่อใช้บริการ HACC ได้กลายเป็นโครงการหลักของ Commonwealth Home Support Programme ตั้งแต่กรกฎาคม 2015

โครงการประเมินเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ หรือ Aged Care Assessment Program – ACAP

เริ่มตั้งแต่ปี 1985 ภายใต้ ACAP ทีม ACAT จะประเมินความจำเป็นในการได้รับการดูแลและแนะนำส่งตัวไปยังสถานบริบาลให้กับผู้สูงอายุ เอกสารอนุมัติโดย ACAT จำเป็นต้องใช้สำหรับ RAC ชุดสิทธิประโยชน์ด้านบ้านพักต่างๆ และโครงการส่งต่อการดูแล (Transition Care Program: TCP)

ชุดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หรือ Community Aged Care Packages – CACP

เริ่มปี 1992 ต่อมาแทนที่เป็น Home Care Packages Programme ในปี 2013 CACPs ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ยังอาศัยอยู่ที่บ้านและมีความต้องการซับซ้อน ซึ่งจริง ๆ สามารถเข้ารับพักอาศัยที่สถานบริบาลที่ดูแลระดับต่ำได้เช่นกัน CACPs เป็นการให้บริการที่บ้านแต่ไม่รวมถึงการรักษาพยาบาลที่บ้าน โดยผู้ให้บริการจะเป็นคนจัดการและการใช้บริการต้องมีเอกสารอนุมัติจาก ACAT

โครงการดูแลทหารผ่านศึกที่บ้าน หรือ Veterans’ Home Care – VHC

เริ่มปี 2001 VHC ให้บริการจำกัด (มีบริการผ่าน HACC) สำหรับช่วยเหลือทหารผ่านศึก แม่หม้ายพ่อหม้ายจากศึกสงคราม และแม่หม้ายพ่อหม้ายที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระดับพื้นฐานที่ยังคงอาศัยที่บ้านตัวเอง ทหารผ่านศึกที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าที่มีให้ภายใต้ VHC อาจได้รับการส่งตัวไปที่โครงการรักษาพยาบาลชุมชน (community nursing program) (สำหรับผู้ถือบัตรทอง หรือ ชาว เท่านั้น) ไม่จำเป็นต้องใช้เอกสารอนุมัติจาก ACAT เพื่อรับบริการนี้

โครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง หรือ Extended Aged Care at Home – EACH

เริ่มปี 2002 ต่อมาแทนที่โดย Home Care Packages Programme ในปี 2013 EACH ให้บริการการดูแลที่บ้านเทียบเท่ากับสถานบริบาลในระดับสูง จำเป็นต้องมีใบอนุญาตจาก ACAT

โครงการส่งต่อการดูแล หรือ Transition Care Program – TCP

เริ่มปี 2005 TCP เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุระยะสั้น สำหรับผู้สูงอายุที่กำลังจะออกจากโรงพยาบาลและได้รับการประเมินว่าสามารถเข้าใช้บริการที่สถานบริบาล RAC ในระดับการดูแลอย่างน้อยระดับต่ำได้ โปรแกรมนี้ออกแบบเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และชะลอเวลาการเข้าสู่สถานบริบาล RAC การใช้บริการต้องมีใบอนุมัติจาก ACAT บริการ TCP สามารถให้บริการได้ทั้งที่บ้าน หรือสถานบริบาลซึ่งรวมไปถึงโรงพยาบาลและ RAC

โครงการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อมที่บ้านแบบต่อเนื่อง หรือ Extended Aged Care at Home Dementia – EACHD

เริ่มเมื่อปี 2006 และแทนที่โดย Home Care Packages Programme ในปี 2013 EACHD เป็นบริการทางเลือกสำหรับผู้ป่วยในชุมชนที่ต้องได้รับการดูแลขั้นสูง กล่าวคือ มีภาวะสมองเสื่อมและอาการทางจิตและพฤติกรรม จำเป็นต้องได้รับใบอนุมัติจาก ACAT

โครงการชุดบริการดูแลที่บ้าน หรือ Home Care Packages Programme

เริ่มเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม ปี 2013 ขึ้นมาแทนโครงการอันก่อนๆ คือ CACP, EACH, และ EACHD ชุดบริการมี 4 ระดับให้เลือก ตั้งแต่ระดับที่ 1 ซึ่งมีไว้สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลขั้นพื้นฐาน ไปจนถึงระดับที่ 4 สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลมากเป็นพิเศษ ชุดบริการเหล่านี้จะให้การประเมินตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ (Consumer Directed Care: CDC) โดย CDC เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2013 และตั้งแต่กรกฎาคม 2015 แพคเกจการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านต้องยึดหลักตาม CDC และมีเอกสารอนุมัติจาก ACAT

โครงการช่วยเหลือการดูแลที่บ้านแห่งเครือรัฐ หรือ Commonwealth Home Support Programme – CHSP

เริ่มปี 2015 CHSP เริ่มใช้เมื่อเดือนกรกฎาคม 2015 โครงการนี้รวมโครงการอื่น ๆ ที่ให้การดูแลที่บ้านที่ใช้อยู่ ณ ตอนนั้น ได้แก่ Commonwealth HACC program, National Respite for Carers Program, Day Therapy Centres Program, และ Assistance with Care and Housing for the Aged Program วัตถุประสงค์ในการรวมโครงการเหล่านี้ไว้ภายใต้ CHSP ก็เพื่อสร้างโครงการแห่งเดียวที่สามารถเข้าถึงและจัดการได้ง่ายขึ้น

โปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุพื้นเมืองอะบอริจินและชาวเกาะช่องแคบทอร์เรส (Aboriginal and Torres Strait Islander) ดังกล่าวไปแล้ว เป็นโครงการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุพื้นเมืองเนื่องจากประเทศออสเตรเลียมีชนพื้นเมืองอาศัยอยู่ด้วย สิทธิและระบบบริการต่างๆ จึงมีบัญญัติไว้สำหรับประชากรกลุ่มนี้ รวมถึงผู้สูงอายุ ได้แก่ โครงการ National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Program จากจำนวนผู้สูงอายุชาวออสเตรเลียทั้งหมดประมาณ 3.8 ล้านคน ในปี 2016 ในจำนวนนี้เป็นชนพื้นเมืองประมาณ

ร้อยละ 3 หรือ 112,000 คน เนื่องจากชนพื้นเมืองมีโครงสร้างอายุและช่วงอายุสั้นกว่าคนทั่วไป ด้วยเหตุนี้ ชนพื้นเมืองอาจเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วกว่าคนทั่วไป ชนพื้นเมืองจึงได้รับสิทธิผู้สูงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป

สำหรับ Home Care Packages Program เป็นชุดบริการที่มีระดับการดูแล 4 ระดับ โดยผู้สูงอายุจะได้รับชุดบริการที่ออกแบบตามความจำเป็นของแต่ละคน วัตถุประสงค์หลักก็เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตัวเองในชีวิตประจำวันในชุมชนของตนเองได้ ทั้งนี้ จากข้อมูลปี 2016 ผู้ใช้บริการโครงการดังกล่าวเป็นชนพื้นเมืองเพียงร้อยละ 4.2 ส่วนโครงการ RAC จนถึงมิถุนายน ปี 2016 มีชนพื้นเมืองเพียงร้อยละ 0.9 ของจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่สถานบริบาล หรือคิดเป็นร้อยละ 0.2 ของจำนวนชนพื้นเมืองทั้งหมด ซึ่งในจำนวนชนพื้นเมืองที่อาศัยอยู่ที่สถานบริบาลนั้น โดยเฉลี่ยแล้วจะอายุน้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ร้อยละ 26 ของชนพื้นเมืองที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ซึ่งเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไปมีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้น

ทั้งนี้ หากพิจารณาจุดแข็งของระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียในภาพรวม จะประกอบด้วยประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ คือ

1) ประเด็นเรื่องกฎเกณฑ์ข้อกำหนดและมาตรฐานคุณภาพ

โดยภายใต้พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการสนับสนุนทางการเงินให้กับระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักแล้ว รัฐบาลยังทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ข้อบังคับและมาตรการต่าง ๆ ในการให้บริการ และข้อกำหนดที่รัฐบาลกำหนดนั้น ยังมีหน่วยงานรับผิดชอบและดำเนินกระบวนการในการประเมินด้วย ได้แก่ กระทรวงสุขภาพ (Department of Health: DoH) ทำหน้าที่รับผิดชอบเรื่องนโยบายและการปฏิบัติตามกฎหมาย โดยผู้ให้บริการรายใดที่ต้องการสมัครเข้ารับงบประมาณช่วยเหลือจากรัฐในการบริการและดูแลผู้สูงอายุภายใต้กฎหมายปี 1997 จำเป็นต้องได้รับการอนุมัติจาก DoH ว่ามีความเหมาะสมที่จะให้บริการตามข้อกำหนดต่าง ๆ หรือไม่ ผู้ให้บริการที่ผ่านการอนุมัติต้องรับผิดชอบต่อบริการที่ให้ มีความรับผิดชอบต่อกฎหมายตามที่ระบุในพระราชบัญญัติว่าด้วยเรื่องคุณภาพของบริการ สิทธิของผู้รับบริการและระบบการบริหารจัดการ หากผู้ให้บริการไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดใดข้อหนึ่งได้ DoH จะออกใบเตือนและขึ้นรายชื่อนสถานประกอบการนั้นๆ บนเว็บไซต์ของ DoH

องค์กรตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ (Australian Aged Care Quality Agency: AACQA) ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพสถานที่ให้บริการ AACQA เป็นองค์กรอิสระที่แต่งตั้งขึ้นภายใต้กฎหมายว่าด้วยองค์กรตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ ค.ศ. 2013 เพื่อให้มีอำนาจในการมอบหมายแต่งตั้งผู้ให้บริการสถานบริบาลและตรวจสอบคุณภาพของการบริการดูแลที่บ้าน, บริการโครงการช่วยเหลือที่บ้านแห่งเครือรัฐ (Commonwealth Home Support Programme: CHSP) และบริการสำหรับชนพื้นเมืองพื้นเมืองอะบอริจินและชาวเกาะช่องแคบทอร์เรส (National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Programme: NATSIFAC)

คณะกรรมการรับเรื่องร้องทุกข์บริการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care Complaints Commissioner) ดูแลจัดการเรื่องคำร้องทุกข์ (ถ้ามี) ในสถานบริการที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล

อย่างไรก็ตาม ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น บวกกับความต้องการระบบดูแลผู้สูงอายุที่มากขึ้น ตามลำดับ รัฐบาลได้ใช้หลายมาตรการเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ เช่น รัฐบาลอัตราเงินช่วยเหลือสำหรับบริการ HACC จากร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 3.5 เริ่มปี 2018-2019 ในปีงบประมาณ 2016-2017 การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบเพื่อให้คะแนนเพื่อรับบริการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับ Complex Health Care (CHC) ในการประเมินของ Aged Care Funding Instrument (ACFI) เพื่อลดค่าใช้จ่ายลงครึ่งหนึ่ง รัฐบาลจึงได้มีการควบคุมจำนวนสถานให้บริการที่ได้รับเงินทุน โดยตั้งเป้าว่าจะเพิ่มจำนวนสถานที่ให้บริการให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และเพื่อให้เกิดสมดุลของสถานที่ให้บริการตลอดทั่วทั้งในเมืองและชนบท รัฐบาลตั้งใจให้มีอัตราส่วนของสถานที่ให้บริการ 125 แห่ง ต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป 1,000 คน ภายในปี 2021-2022 ซึ่งเมื่อ 30 มิถุนายน 2015 จำนวนสถานที่ให้บริการคิดเป็นอัตราส่วน 111.5 แห่ง (เป็นสถานบริบาล 81.1 แห่ง และดูแลที่บ้าน 30.4 แห่ง) ต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป 1,000 คน ดังนั้น ผู้ให้บริการรายใดต้องการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการก็จะต้องแข่งขันเพื่อให้ได้รับจำนวนเพิ่มใหม่ผ่าน Aged Care Approvals Round (ACAR) ในแต่ละปี ซึ่ง ACAR เป็นกระบวนการสมัครเข้าแข่งขันที่ให้ผู้ให้บริการที่สนใจจะให้บริการดูแลผู้สูงอายุสมัครเพื่อรับจำนวนหัวผู้สูงอายุที่จะได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลในรูปแบบของเงินช่วยเหลือ (capital grant)

2) ประเด็นเรื่องการตรวจสอบบริการและระบบสนับสนุนผู้รับบริการ

ภายใต้พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ Aged Care Act 1997 รัฐบาลให้เงินสนับสนุนผู้รับบริการโดยตรงผ่านโครงการขับเคลื่อนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Aged Care Advocacy Programme: NACAP) 9 แห่ง เพื่อช่วยผลักดันเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุ รวมถึงญาติ ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือรับบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เพื่อช่วยผู้รับบริการในการตัดสินใจเลือกบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ข้อมูลกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และผลักดันช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหา ซึ่งการผลักดันเหล่านี้เป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค โดยเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2017 เครือข่ายการผลักดันเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Older Persons Advocacy Network: OPAN) ได้ก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานดำเนินการของ NACAP โดย OPAN ปฏิบัติภารกิจของ NACAP ผ่านเครือข่ายทั้ง 9 แห่ง ทั่วประเทศ แต่ละแห่งจะผลักดันเรื่องสิทธิผู้สูงอายุ รวมถึงให้ข้อมูลและความรู้สำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ

การสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เกิดหน่วยงานในชุมชนเพื่อบริหารจัดการเรื่องอาสาสมัคร (Community Visitors Scheme : CVS) และทำหน้าที่ในการสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนในการรับสมัครฝึกหัด และสนับสนุนอาสาสมัครที่มาช่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้เข้าสังคมทั้งที่บ้านและที่สถานบริบาล โดย CVS เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 1992 และให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการการดูแลจากบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลหรือมีชุดบริการโฮมแคร์อยู่ โดยอาสาสมัครจาก CVS จะไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ไม่

ชอบสังสรรค์เข้าสังคม หรือมีความเสี่ยงต่อการปลีกตัวออกจากสังคม CVS จะเลือกอาสาสมัครให้กับผู้สูงอายุ แล้วอาสาสมัครจะมาเยี่ยมผู้สูงอายุแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่มที่สถานบริบาล หรือแค่แบบตัวต่อตัวที่บ้านก็ได้ โดยผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีคนมาเยี่ยมสามารถให้ญาติหรือสถานบริบาลที่ดูแลหรือแจ้งความจำนงค์ด้วยตนเองได้ที่เครือข่าย CVS ที่มีอยู่ทั่วประเทศ หรือถ้าต้องการเป็นอาสาสมัคร CVS ในชุมชนก็สามารถติดต่อได้ที่สมาชิกเครือข่ายใกล้บ้าน

ในปัจจุบันมีศูนย์ให้ข้อมูลและติดต่อสอบถาม และมีเว็บไซต์และศูนย์ติดต่อ My Aged Care เพื่อให้ข้อมูลและเป็นศูนย์กลางเพื่อการติดต่อหลักสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการ ที่มีเงินสนับสนุนจากรัฐบาล โดยเจ้าหน้าที่จะทำการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุผ่านทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำไปขั้นตอนต่อไปคือการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวเพื่อประเมินว่ามีสิทธิ์เข้ารับบริการหรือการดูแลแบบใด ซึ่งในขั้นตอนการสมัครสมาชิกในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ให้บริการจะติดต่อเข้ามาแทนผู้สูงอายุก็ได้ จากนั้น สำหรับผู้สูงอายุที่สมัครขอรับบริการขั้นพื้นฐานหรือเบื้องต้น ทาง My Aged Care จะส่งต่อเรื่องไปยังหน่วยบริการประเมินเขตพื้นที่ (Regional Assessment Service: RAS) แต่ถ้าต้องการบริการโฮมแคร์ หรือการดูแลตามความเหมาะสม หรือเข้าอาศัยที่สถานบริบาล จำเป็นต้องทำการประเมินแบบเต็มรูปแบบ (comprehensive assessment) และได้รับอนุมัติจากหน่วยประเมิน ACAT

3) การพัฒนาระบบที่มีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

จากรายงานที่จัดทำโดยคณะกรรมการเพื่อผลิตภาพ (Productivity Commission) เพื่อรายงานผลการดำเนินงานระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุและเสนอแนวทางการปฏิบัติให้กับรัฐบาลเมื่อปี 2012 พบว่ามีประเด็นเร่งด่วนที่ระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยน คือ โครงสร้างในด้านการเข้าถึง คุณภาพทางเลือกสำหรับผู้รับบริการ และความยั่งยืนทางการเงิน จึงเกิดการปฏิรูปกฎหมายว่าด้วยวัยชราที่ดีขึ้น ค.ศ. 2013 (Living Longer Living Better Act) ซึ่งการปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุนี้ทำให้เกิดโมเดลการพัฒนา ระบบบริการที่ส่งตรงถึงมือผู้สูงอายุ (Consumer Directed Care : CDC) โดย CDC ที่เป็นรูปแบบการบริการที่ออกแบบตามความต้องการของผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นบริการที่เข้าถึงได้ง่ายขึ้นและในเวลาที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลจึงได้ประกาศปรับเปลี่ยนงบประมาณ Commonwealth 2015-2016 ให้เพิ่มทางเลือกและความยืดหยุ่นสำหรับผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น โดยการจัดสรรเงินทุนสำหรับชุดรับบริการโฮมแคร์ ให้กับผู้สูงอายุแทนที่จะให้กับผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามในการขอรับชุดบริการ ผู้สูงอายุยังคงจำเป็นต้องได้รับการประเมินผ่านหน่วยบริการประเมิน (Aged Care Assessment Team: ACATs) เพื่อกำหนดระดับความต้องการความช่วยเหลือทั้งในด้านเงินทุนและบริการ และมี My Aged Care Gateway รับผิดชอบในการลำดับการเข้าถึงบริการให้กับผู้สูงอายุในระดับภูมิภาค ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกผู้ให้บริการได้เองและสามารถเปลี่ยนผู้ให้บริการได้เมื่อต้องการ

สำหรับสถานบริบาลมีการปรับหลักการให้สอดคล้องกับโมเดล CDC เช่น การให้บริการที่ปรับตามความต้องการส่วนบุคคลที่เป็นแบบสร้างความสัมพันธ์อันดี (relationship-based) มากกว่า ทำตามหน้าที่ (task-

based) แต่เนื่องจากความซับซ้อนในการประเมิน จึงยังไม่สามารถนำโมเดล CDC ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเต็มที่ ทว่า การปฏิรูประบบฯ ก็ยังได้ช่วยเรื่องความยั่งยืนของการให้บริการของสถานบริบาลด้านเงินทุนและการเงิน เนื่องจากการปฏิรูปเกี่ยวข้องกับการจัดสรรการจ่ายเงินค่าที่พัก และการใช้ระบบวางมัดจำ RADs ในการจ่ายค่าบริการรายวันสำหรับบริการระดับสูง ทำให้เพิ่มเงินส่วนกลาง (accommodation pool) ซึ่งช่วยให้ผู้ให้บริการมีความคล่องตัวทางการเงิน สามารถนำมาปรับปรุงสถานที่และโครงสร้างต่างๆ ได้ การประเมินเพื่อให้บริการสถานบริบาลยังช่วยสร้างสมดุลระหว่างความช่วยเหลือของภาครัฐและเอกชน กล่าวคือ การจัดการทางการเงินโดยผู้ที่สามารถจ่ายค่าบริการได้เองจะออกค่าใช้จ่ายเอง นอกเสียจากจำเป็นต้องได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลจริง ๆ

นอกจากนี้ ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการที่จะอยู่ที่บ้านมากกว่าสถานบริบาล การช่วยเหลือเงินสนับสนุนจึงมีรูปแบบที่แตกต่างไปจากเดิมจากที่เคยจัดสรรไปที่ผู้ให้บริการ ก็เปลี่ยนเป็นไปให้ผู้ใช้บริการเลย ตัวอย่างเช่น เดิมที่รัฐบาลจะให้การสนับสนุนไปที่หน่วยงานที่ให้บริการที่บ้านเป็นต่อชุดบริการตามประเภทของบริการที่ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับ ตามระบบใหม่ เงินสนับสนุนจะถูกจ่ายให้กับผู้สูงอายุได้เลย และจากโมเดล CDC นี้ ยังส่งผลให้มีการปรับโครงสร้างระบบการจ่ายที่เน้นไปที่ผู้ใช้บริการ “user pays” ซึ่งทำให้มีการตรวจสอบรูปแบบการรับบริการในสถานบริบาล โดยขึ้นอยู่กับรายได้ที่ผู้ใช้บริการต้องจ่ายเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ การจ่ายเพิ่มของผู้ใช้บริการไม่ได้ส่งผลต่อรายได้ของผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการจะได้รับค่าบริการชดเชยจากรัฐบาลในสัดส่วนเดิมที่ต่ำกว่าอยู่แล้ว การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ช่วยให้ผู้รับบริการมีทางเลือกมากขึ้น ยืดหยุ่นมากขึ้น และเห็นทางเลือกชัดเจนมากขึ้น และผลจากการปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุในปี 2013 ดังกล่าวนี้นำไปสู่การออกกฎหมายว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุ (ยิ่งอยู่ยิ่งดีขึ้น) ค.ศ. 2013 (Aged Care - Living Longer Living Better Act) ซึ่งแก้ไขด้วยการดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ. 1997 โดยเป็นการปฏิรูประบบดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ เพื่อให้ผู้บริโภคมียากยิ่งขึ้น เข้าถึงง่ายขึ้น และเป็นระบบที่ดีมากขึ้น ซึ่งหนึ่งในสิ่งสำคัญลำดับต้นที่สนับสนุนพระราชบัญญัติฉบับนี้คือการให้มีระบบบริการและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้าน (Ageing in place) โดยมีการจัดโครงการของระดับการดูแลใหม่ 4 ระดับ ตั้งแต่แบบมาตรฐานไปจนถึงการดูแลในระดับสูง และผลจากการปฏิรูปดังกล่าวทำให้รัฐบาลออสเตรเลียปรับเปลี่ยนรูปแบบและการสนับสนุน เช่น จากเดิมที่รัฐบาลตั้งเป้าอัตราส่วนระหว่างการดูแลที่บ้าน (home care) และ การดูแลในสถานที่จัดตั้ง (residential care) อยู่ที่ 25:88 เป็น 45:80 ในปี 2021-2022 (ACFA, 2015) ซึ่งโครงการใหม่ Home Care Packages เป็นไปตามหลักการของโมเดลบริการที่ส่งตรงถึงมือผู้สูงอายุ (Consumer Directed Care: CDC) ที่ให้ผู้รับบริการมีอำนาจควบคุมโปรแกรมการดูแลของตนเองได้ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่สถานบริบาล (Residential aged care) การจำกัดไม่ให้เปลี่ยนสถานที่บริการก็เป็นเป้าหมายหลักของกฎหมายว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ. 1977 และสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (Ageing in place) ที่มีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาลอยู่ที่เดิมเพียงแห่งเดียว เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่

การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการลงทุนเพื่อสังคมในออสเตรเลีย

อีกหนึ่งภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลที่สามารถเข้ามามีบทบาทผลักดันและช่วยเหลือระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ คือ ภาคเอกชนร่วมลงทุนเพื่อประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งประเด็นผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียยังไม่มีตัวอย่างการทำงานของภาคส่วนเพื่อสังคมนี้นี้ชัดเจน แต่โครงการที่เพิ่งเริ่มดำเนินการในปี 2017 คือ การสร้างหมู่บ้านผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia Village) แห่งแรกในประเทศออสเตรเลียที่โครองกี (Korongee) ซึ่งเป็นหมู่บ้านในรัฐแทสเมเนีย (Tasmania) โดยกองทุนเพื่อพัฒนาชุมชนและสุขภาพ (HESTA) ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนทางสังคม (Social Impact Investment Trust) และให้หน่วยงานเพื่อพัฒนาสังคม (Social Ventures Australia: SVA) เป็นผู้บริหารจัดการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ คือ ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุไม่หวังผลกำไร Glenview และรัฐบาลในเครือจักรภพ ซึ่งโครงการนี้ต้องการคืนกำไรให้สังคมและได้สร้างผลกำไรด้วย

ตามที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจาก ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าหน่วยงานเพื่อสังคมได้เข้ามามีบทบาทมากนักในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ระบบดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงยังเป็นของหน่วยงานเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร โดยอาศัยงบประมาณการบริหารจัดการจากรัฐบาลหรือจัดสรรเอง

หัวใจหลักของการลงทุนทางสังคม คือ เพื่อลดปัญหาทางสังคม (หรือสิ่งแวดล้อม) ขณะเดียวกันก็สามารถคืนทุนเป็นตัวเงินด้วย (New South Wales Government, 2018) การลงทุนทางสังคม หรือ Social Impact Investment: SII เป็นความร่วมมือทางการเงินลงทุนและความเชี่ยวชาญจากหลายภาคส่วนทั้งรัฐบาล เอกชน และหน่วยงานไม่หวังผลกำไร (Not-for-profits: NFP) โดยทุกฝ่ายต่างมีบทบาทและความเกี่ยวข้องที่สำคัญกับการพัฒนาของสังคม SII สามารถเป็นการลงทุนให้กับองค์กร หรือหน่วยงาน หรือกองทุน ที่มุ่งหวังผลกำไรทั้งที่วัดได้เป็นตัวเงินและเป็นการพัฒนาทางสังคม โดยข้อโดดเด่นของ SII คือการมีเป้าหมายเพื่อสร้างผลกระทบทางสังคมที่ชัดเจน (The Australian Government the Treasury, 2017)

SII จึงเป็นเครื่องมือทางการเงินที่มีปันผลตามความสำเร็จที่บรรลุได้ตามผลลัพธ์ทางสังคมที่ตกลงไว้ โดยทั่วไป นักลงทุนเอกชนจะสนับสนุนเงินลงทุนในโครงการหรือบริการสำหรับกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย ซึ่งการให้บริการต่อประชาชนเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องรับผิดชอบในการให้บริการไม่ทางใดก็ทางหนึ่งด้วยเหตุนี้ จึงเท่ากับเป็นการออมเงินให้กับรัฐบาล ซึ่งต่อมาเงินออมนี้จะได้นำมาจ่ายให้กับนักลงทุน (เท่าที่ได้ลงทุนไปบวกกับผลกำไร) เมื่อผลลัพธ์เป็นไปตามที่ตกลง หรือเรียกว่าเป็นการจ่ายตามผลงาน (New South Wales Government, 2018) หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายตามที่ตกลง หรือไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ตามที่คาดการณ์ รัฐบาลก็ไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินให้กับนักลงทุน

SII มีโมเดลหลากหลาย แตกต่างกันตามโครงสร้างและการลงทุน ทว่า ทุกโมเดลล้วนมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทั้งสิ้น ตัวอย่างโมเดลหลักของ SII ประกอบด้วย (แต่ไม่จำกัดเพียงเท่านั้น) Social impact bonds (SIB) หรือ Social Benefit Bond (SBB) เป็นการทำสัญญาระหว่างรัฐบาล (Government) นักลงทุน (Investors) และผู้ให้บริการ (Service provider) ในโครงการนำร่องที่มีผลลัพธ์เพื่อสังคม (หรือ

สิ่งแวดล้อม) เป็นหลัก ซึ่ง SIB หรือ SBB เป็นการลงทุนทางสังคมรูปแบบแรกๆ ที่ใช้แพร่หลายและเป็นที่รู้จักมากที่สุดรูปแบบหนึ่ง โดยเริ่มพัฒนามาจากประเทศอังกฤษ

Payment-by-results (PBR) contract เป็นสัญญาที่รัฐบาลจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการตามผลลัพธ์ที่บรรลุได้ตามที่กำหนด ซึ่งบางที่ผู้ให้บริการอาจต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเบื้องต้นเอง SBB เป็นรูปแบบพิเศษหนึ่งของสัญญา PBR ที่ช่วยให้ผู้ให้บริการเข้าถึงเงินลงทุนจากนักลงทุนเพื่อมาดำเนินโครงการได้ ซึ่งถ้าผู้ให้บริการบรรลุตามเป้าหมาย นักลงทุนก็จะได้เงินลงทุนคืนจากรัฐบาล แต่ก็อาจมีแหล่งเงินทุนอื่น ๆ ที่ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ เช่น ภาครัฐ เงินลงทุนจากผลประกอบการของตัวเอง หรือรัฐบาล

Outcomes-focused grants เป็นการลงทุนที่มุ่งเน้นเพื่อเพิ่มศักยภาพขององค์กรเพื่อสังคม โดยเน้นที่การทำงานให้เกิดผลลัพธ์ที่วัดได้ชัดเจน ซึ่งภาครัฐหรือรัฐบาลอาจเสนอเงินลงทุนหรือร่วมลงทุน

Social enterprises ธุรกิจที่หวังผลกำไรและผลลัพธ์ทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น โครงการ STREAT ที่เมืองเมลเบิร์น (Melbourne) ที่จ้างคนหนุ่มสาวที่ด้อยโอกาสให้ทำงานในร้านกาแฟและธุรกิจค้ากาแฟ หรือ โครงการ Goodstart Early Learning ธุรกิจศูนย์รับเลี้ยงเด็กเล็กที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับเด็กก่อนเข้าเรียน ซึ่งศูนย์เหล่านี้เปิดโอกาสรับเด็กด้อยโอกาสเข้าโปรแกรม

Social impact investment funds เป็นกองทุนขนาดใหญ่ที่รวมเอาเงินทุนจากนักลงทุนหรือแหล่งต่าง ๆ ให้มาลงทุนในการลงทุนทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ร่วมกัน (Pooled investments)

Layered investment เป็นการรวมเงินทุนหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการกรองโครงการจากรัฐบาลหรือมูลนิธิเพื่อการกุศลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นสำหรับนักลงทุน เช่น การให้เงินลงทุนหรือเงินกู้กับธุรกิจเพื่อสังคม

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการลงทุน SII ในประเทศออสเตรเลีย นอกเหนือจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย (Population in need) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) รัฐบาลกลางออสเตรเลีย

ในขณะที่รัฐบาลกลางออสเตรียมีภาระหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้บริการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ระบบสวัสดิการ ระบบสุขภาพ สำหรับประชาชนทั่วไปและชนพื้นเมืองอะบอริจินและชาวเกาะช่องแคบทอร์เรส โดยมีความยั่งยืนทางสิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหลัก SII สามารถเข้ามาช่วยเสริม (ไม่ใช่ทดแทน) ความรับผิดชอบของรัฐบาล ในประเด็นต่าง ๆ (Lim, 2016) ซึ่งรัฐบาลเองในฐานะที่เป็นจุดศูนย์กลางของการบริหารจัดการประเทศจึงสามารถผลักดันให้เกิด SII ที่มีประสิทธิภาพได้ โดยรัฐบาลสามารถ **สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลงทุน SII** เช่น การออกกฎข้อบังคับที่เอื้อต่อการเติบโตของตลาด **ลงทุน** (หรือร่วมลงทุนกับรัฐบาลท้องถิ่นในรัฐต่าง ๆ) ในโครงการที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ต่อประชาชน เพื่อช่วยประหยังบประมาณและมีเงินออม (เพื่อจ่ายให้กับนักลงทุนภายหลัง ตามข้อตกลง) (The Australian Government the Treasury, 2017) โดยรัฐบาลกลางเองสามารถเข้าร่วมในตลาด SII ได้โดยตรง ทั้งในฐานะผู้ลงทุนเอง (Funder) หรือในฐานะ

ผู้จัดการ (Convener) ข้อดีของ SII ต่อรัฐบาล คือ ได้เพิ่มเงินทุนจากภาคเอกชน ได้ “ทดลอง วัตถุประสงค์ เรียนรู้” จากโครงการต่าง ๆ ได้สร้างกระบวนการแข่งขันที่มุ่งเน้นผลลัพธ์และการประเมิน และได้สนับสนุนโครงการที่สามารถจัดการปัญหาสังคมที่ซับซ้อนโดยไม่ต้องลงทุนก่อน

2) นักลงทุน

ความสามารถในการควบคุมเงินลงทุนจากภาคส่วนเอกชนเป็นคุณลักษณะสำคัญที่ทำให้ SII แตกต่างจากการให้บริการในรูปแบบอื่น ๆ นักลงทุนหลายรายต้องการสนับสนุนเงินทุนในโครงการที่มีเป้าหมายเดียวกัน โดยที่ยังสามารถสร้างผลกำไรได้ อีกทั้งยังเป็นการสร้างผลงานที่หลากหลายให้กับบริษัท นักลงทุนใน SII มีหลากหลายประเภท ทั้งที่เป็นส่วนบุคคล มูลนิธิ องค์กรการกุศล ไปจนถึงสถาบันเงินทุนต่าง ๆ และเช่นเดียวกับการลงทุนอื่น ๆ SII มีทั้งความเสี่ยงและโอกาสสร้างผลกำไรได้ (The Australian Government the Treasury, 2017)

3) ผู้ให้บริการ (Service provider)

ผู้ให้บริการคือหน่วยงานหรือบริษัทที่ดำเนินการโครงการนั้น ๆ โดยจะให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน หน่วยงานหรือองค์กรให้บริการมีหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็น องค์กรการกุศล หน่วยงานไม่หวังผลกำไร (not-for-profits: NFP) หน่วยงานหวังผลกำไร (for-profit organizations) บริษัท และหน่วยงานเพื่อสังคมต่าง ๆ ผู้ให้บริการสามารถเป็นผู้ลงทุนได้เช่นกัน ซึ่งพบได้ในการลงทุน SIB (The Australian Government the Treasury, 2017) ข้อดีของ SII สำหรับผู้ให้บริการ คือการเกิดความมั่นคงทางเงินลงทุนในระยะยาว ในขณะที่ได้สานต่อพันธกิจเพื่อสังคมอีกด้วย

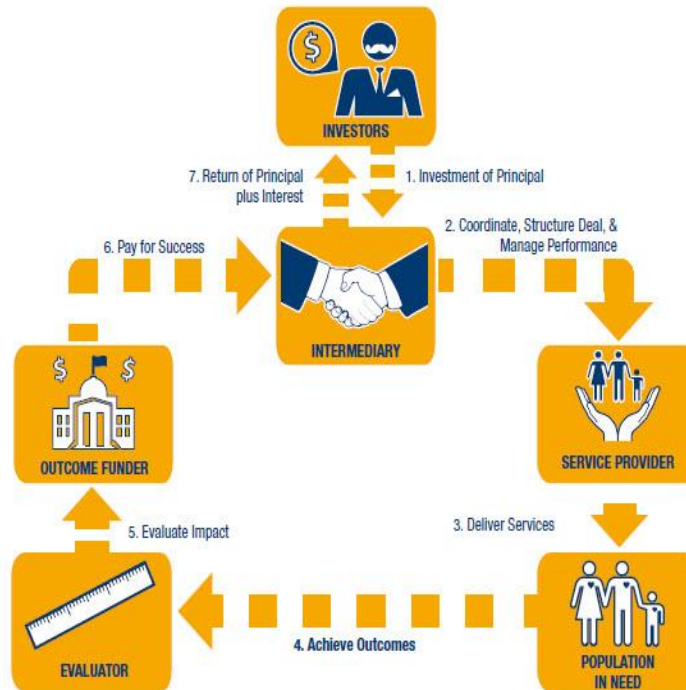
SII เปิดโอกาสให้รัฐบาลและผู้ให้บริการได้ร่วมมือกับนักลงทุนที่ต้องการสร้างผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อสังคม บางโครงการยังสามารถช่วยทำให้เกิดการประเมินผลที่เข้มแข็งขึ้น เกิดการตัดสินใจที่มีหลักฐานยืนยัน (Evidence-based decision) ในการให้บริการ โดยได้เรียนรู้ว่าแบบไหนหรืออะไรที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม SII ไม่ได้เหมาะกับการลงทุนทุกประเภท แต่ SII เหมาะที่จะแก้ปัญหาที่นโยบายที่มีอยู่หรือการบริการที่มีอยู่ไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ได้ (Organization for Economic Co-operation and Development, 2016) ซึ่งหนึ่งในปัญหาที่ออสเตรเลียเล็งเห็นถึงช่องทางการใช้ SII เข้ามาจัดการคือ การดูแลผู้สูงอายุ (The Australian Government the Treasury, 2017)

นอกเหนือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักทั้ง 3 ส่วนตามที่กล่าวข้างต้น โครงสร้างและกลไกการทำงานของ SII โมเดลอื่น ๆ เช่น SIB ยังมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญเช่นกัน (Brookings Institute, 2015) ได้แก่

คนกลาง (Intermediary) อาจมีหลากหลายบทบาทหน้าที่ แต่ส่วนใหญ่จะรับผิดชอบในการเพิ่มเงินทุนและประสานความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ให้สามารถตัดสินใจและตกลงกันในรายละเอียดของโครงการ

ผู้ประเมิน (Evaluator) ทำหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ที่ได้

แผนภาพที่ 3-8 โครงสร้างและกลไกการทำงานของ SII



ที่มา: Brookings Institute, 2015

นักลงทุนจะออกเงินลงทุนให้กับผู้ให้บริการเพื่อดำเนินโครงการในกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยมีคนกลางซึ่งอาจทำหน้าที่หลายอย่าง แต่โดยส่วนใหญ่คนกลางจะรับผิดชอบในการหาแหล่งทุนและจัดการประสานงานให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้เจรจาหาข้อตกลงกัน ส่วนผู้ประเมิน (ในบางกรณี อาจไม่มีการประเมิน) ส่วนใหญ่เป็นองค์กรอิสระที่ไม่ได้ขึ้นตรงกับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง จะเป็นผู้ตรวจสอบและประเมินผลงานโครงการ ซึ่งถ้าหากบรรลุผลตามที่ได้ตั้งเป้าไว้ในตอนแรก Outcome funder ซึ่งส่วนใหญ่ คือ รัฐบาล จะคืนเงินต้นให้กับนักลงทุน รวมไปถึงกำไรที่เกิดจากการลงทุน ตามแต่ที่ได้ตกลงกันไว้ตั้งแต่แรก

Outcome Funder ส่วนใหญ่จะหมายถึงรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นในรัฐต่าง ๆ ในบางกรณีอาจเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยผู้ลงทุนจะจ่ายเงินลงทุนรวมทั้งดอกเบี้ยหรือกำไรให้กับผู้ออกเงินลงทุนเมื่อผลลัพธ์เป็นไปตามที่ตกลงไว้ (Brookings Institute, 2015)

คนกลาง (Intermediaries) จัดว่ามีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญใน SII โดยคนกลางสามารถช่วยพัฒนาไอเดียหรือโปรเจกต์ อีกทั้งเตรียมความพร้อมด้านศักยภาพและจัดการติดต่อชักจูงเพื่อหาผู้ลงทุน คนกลางจะทำหน้าที่

เปรียบเสมือนนายหน้าในการลงทุน แต่บางครั้งคนกลางอาจเป็นผู้ลงทุนเองก็ได้ คนกลางที่สำคัญๆ ใน SII ที่ประเทศออสเตรเลีย ได้แก่

1) Social Enterprise Finance Australia (SEFA)

SEFA เป็นหน่วยงานสนับสนุนทางการเงิน (ให้กู้ยืม) ก่อตั้งเมื่อเดือนสิงหาคม ปี 2011 โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลออสเตรเลีย ผ่านกองทุน Social Enterprise Development and Investment Fund (SEDIF) (ซึ่งจะได้อธิบายถึงกองทุน SEDIF ในรายละเอียดต่อไป) เป็นจำนวนเงิน 10 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย และได้รับเงินทุนเพิ่มเติมจากนักลงทุนรายอื่นๆ อีก 10 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (SEFA's website)

SEFA มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นการลงทุน SII ให้เติบโตในประเทศออสเตรเลีย โดยเป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างผู้ลงทุน (ทั้งในประเทศออสเตรเลียและนานาชาติ) ที่ต้องการคืนกำไรสู่ชุมชน ร่วมกับองค์กรเพื่อสังคม หรือหน่วยงานที่มีพันธกิจเพื่อพัฒนาสังคม วัฒนธรรม หรือสิ่งแวดล้อม โดยมีกองทุนกู้ยืม SEFA เป็นแหล่งทุน (SEFA's website)

2) Social Ventures Australia (SVA)

SVA เป็นหน่วยงานที่ทำงานเพื่อสังคมโดยช่วยเหลือองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรการกุศล ให้สามารถลงทุนหรือให้บริการทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น SVA ทำงานร่วมกับนักลงทุน เครือข่าย และองค์กรเพื่อสังคม โดยเน้นที่การพัฒนาศักยภาพและเพิ่มเงินทุนเพื่อสนับสนุนแนวคิดและโครงการที่สามารถแก้ไขปัญหาสังคมที่ซับซ้อนได้จริง SVA ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านการศึกษา การจ้างงาน บ้านพักอาศัย และชนพื้นเมือง ซึ่ง SVA ยึดหลักการทำงาน ได้แก่ การลงทุน การพัฒนาศักยภาพ เครือข่าย และการอ้างอิงหลักฐานงานวิจัย

แผนภาพที่ 3-9 หลักการทำงานของ SVA

สนับสนุนทุน	สร้างศักยภาพ	เครือข่าย	ข้อมูล
การสนับสนุนการลงทุนระยะยาวเพื่อสร้างความยั่งยืนและการเข้าถึงอย่างต่อเนื่อง	การสนับสนุนการสร้างเสริมศักยภาพให้กับทีมผู้นำจากประสบการณ์ตรง	การเข้าถึงแหล่งเงินทุน ความรู้และทักษะต่างๆ ผ่านเครือข่ายของ SVA	การสนับสนุนให้มีการใช้ข้อมูลหลักฐานที่เชื่อถือได้เพื่อหาวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และเพื่อจัดการกับผลลัพธ์ได้

ที่มา: Social Ventures Australia (SVA)'s website: <https://www.socialventures.com.au/>

ด้วยหลักการทำงานที่ยึดการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการแลกเปลี่ยนบทเรียนและความรู้กับเครือข่ายอย่างเปิดกว้างทำให้ SVA ครอบคลุมเนื้องานได้หลากหลายและขยายเครือข่ายได้ค่อนข้างกว้างขวาง ซึ่งเป็นการช่วยภาครัฐและสังคมในการให้บริการที่ดีขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ต้องการการ

ดูแลเป็นพิเศษ (SVA's website) พันธกิจหลักของ SVA คือ 1) การช่วยเหลือนักลงทุน โดย SVA จะช่วยให้นักลงทุนให้สามารถลงทุนเพื่อการกุศลหรือเพื่อสังคมได้อย่างคุ้มค่ามากยิ่งขึ้น ด้วยการให้คำปรึกษา การเข้าถึงเครือข่ายที่หลากหลาย การพัฒนาศักยภาพที่จำเป็น และการช่วยเหลือที่ออกแบบตามความต้องการของนักลงทุน 2) การลงทุน โดย SVA จะลงทุนในโครงการหรือให้กับหน่วยงานที่นอกจากจะต้องสร้างรายได้จากการลงทุนแล้ว ยังต้องการช่วยเหลือสังคมอีกด้วย ซึ่งอาจเป็นการลงทุนในลักษณะของการชำระหนี้หรือการเป็นหุ้นส่วน โดย SVA จะลงทุนในรูปแบบ SIB หรือในธุรกิจ Social enterprises หรือเป็นการช่วยเหลือทางการเงินในการลงทุนขนาดใหญ่ เช่น การสร้างบ้านพักอาศัย และ 3) การให้คำปรึกษา โดย SVA ช่วยให้การปรึกษากับนักลงทุน รัฐบาล และองค์กรเพื่อสังคม เพื่อให้หน่วยงานเหล่านี้มีศักยภาพสามารถแก้ไขปัญหาสังคมต่าง ๆ โดย SVA ช่วยในเรื่องการวางกลยุทธ์ การประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงการให้คำปรึกษาและแนะแนวโอกาสเพื่อสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

SVA ได้จัดตั้งกองทุนเรียกว่า SVA Social Impact Fund (SIF) เป็นกองทุนที่มีเงินทุน 7.3 ล้านดอลลาร์ลาร์ออสเตรเลีย SIF ก่อตั้งขึ้นในปี 2012 เพื่อเป็นกองทุนให้กู้ยืมและเป็นหุ้นส่วนในธุรกิจ Social enterprises โดยได้รับเงินงบประมาณของรัฐบาลกลางออสเตรเลียเป็นทุนตั้งต้นเพื่อร่วมลงทุนกับนักลงทุนภาคเอกชน ปัจจุบัน SIF ได้ร่วมลงทุนกับ Social enterprises และโครงการสร้างบ้านพักอาศัยรวมกว่า 10 โครงการ เป็นเงินต่อโครงการประมาณ 100,000 แต่ไม่เกิน 1.5 ล้านดอลลาร์ลาร์ออสเตรเลีย SIF ได้สร้างผลกำไร (ประมาณ 7% IRR ต่อปี ตั้งแต่เริ่มต้นกองทุน) และได้สร้างผลกระทบทางสังคมที่สำคัญ เช่น

- ประชาชน 20 ครอบครัวที่ต้องการที่พักอาศัยได้เข้าถึงในราคาที่จ่ายได้
- วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง 250 คน ได้รับการฝึกอบรมและจ้างงาน
- ผู้ที่เสียเปรียบในการหางานทำได้รับการจ้างงานถึง 84 เปอร์เซนต์
- บริการสุขภาพที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือจ่ายน้อย
- เยาวชนที่อยู่ในสังคมที่เสี่ยงกว่า 500 คน ได้รับเกมตัวต่อเลโก้
- ผู้พิการ 40 คนมีงานทำ

นอกจากนี้ ล่าสุด เมื่อเดือนสิงหาคม ปี 2015 SVA ยังได้รับเงินทุนจาก HESTA ซึ่งเป็นกองทุนในอุตสาหกรรมด้านชุมชนและสุขภาพที่มีเงินทุนกว่า 32 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย สำหรับการลงทุน SII และได้จัดตั้งกองทุน Social Impact Investment Trust เพื่อให้ HESTA สามารถลงทุนได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมในธุรกิจที่สามารถสร้างผลกำไรและผลกระทบในวงกว้างต่อสังคม ในช่วงเริ่มต้น HESTA ได้ให้เงินทุน 30 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย กับ SVA ในฐานะผู้จัดการกองทุน ซึ่งกองทุนนี้จะเน้นการลงทุนด้านสุขภาพ ที่พักอาศัย และการบริการชุมชน โดยจะลงทุนในรูปแบบของการให้กู้ยืม หุ้นส่วน หรือ SIB การลงทุนขั้นต่ำจะอยู่ที่ 1 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ทั้งนี้ SVA จะเป็นผู้จัดการเป็นกรณีไป โดยมีกฎเกณฑ์การลงทุน อาทิเช่น ต้องเป็นหน่วยงานที่มีผลกำไรและประวัติการดำเนินธุรกิจที่เชื่อถือได้ มีโครงสร้างการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ มีพันธกิจเพื่อช่วยเหลือสังคม และเป็นหน่วยงานที่โฟกัสในด้านต่างๆ (แต่ไม่จำกัด) ดังต่อไปนี้ – การศึกษา การจ้างงาน การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย การสร้างสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน

การให้ความช่วยเหลือผู้พิการ การดูแลสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็กเล็ก การให้บริการเพื่อสังคม และการให้บริการสำหรับชนพื้นเมือง เป็นต้น ทั้งนี้ ถ้าหน่วยงานใดสนใจและเข้าข่ายกฎเกณฑ์ข้างต้น ก็สามารถสมัครเข้ารับการพิจารณาเพื่อรับเงินลงทุนจากกองทุน Social Impact Investment Trust ได้ต่อไป (Social Impact Investment Trust's webpage) ได้

ด้วยระบบเครือข่ายที่เข้มแข็งและครอบคลุม SVA ได้ร่วมมือกับนักลงทุนที่หลากหลายตั้งแต่ นักลงทุนรายย่อย เป็นบริษัท และเป็นสถาบัน โดยเชื่อมโยงนักลงทุนเหล่านี้เข้ากับหน่วยงานหรือองค์กรเพื่อสังคมที่ต้องการเงินทุนในการดำเนินการโครงการเพื่อช่วยเหลือหรือพัฒนาสังคม ตัวอย่างโครงการที่ SVA เป็นผู้จัดการ ได้แก่ โครงการ Goodstart ซึ่งเป็นโครงการที่ใช้เงินลงทุน 165 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย และโครงการ Newpin Social Benefit Bond ซึ่งเป็นโครงการแรกที่ใช้โมเดล SBB ของประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น ปัจจุบัน SVA ได้หาเงินทุน 10 ถึง 15 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย เพื่อสนับสนุนกองทุน SVA Diversified Impact Fund

การสนับสนุนการลงทุน SII จากภาครัฐ

ประเทศออสเตรเลียถือว่ายังใหม่กับการลงทุน SII โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วอื่น ๆ เช่น อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม ประเทศออสเตรเลียได้ขับเคลื่อนและเริ่มต้นผลักดัน SII ให้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะทางสังคมหลายๆ ปัญหา ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา รัฐบาลเองมีบทบาทสำคัญในการผลักดันการลงทุน SII โดยรัฐบาลกลางได้ให้ความสนับสนุนผ่านช่องทางต่างๆ เช่น

1) การก่อตั้งกองทุน Social Enterprise Development and Investment Funds (SEDIF)

รัฐบาลได้จัดตั้งกองทุน SEDIF ขึ้นในปี 2011 ภายใต้กรมการจัดหางาน (Department of Employment) เพื่อสนับสนุนด้านการเงินให้กับธุรกิจ Social enterprises ต่าง ๆ ให้สามารถดำเนินธุรกิจและสร้างผลกระทบที่ดีให้กับชุมชน โดยรัฐบาลให้เงินลงทุนกับ SEDIF เป็นเงิน 20 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ซึ่งเงินทุนนี้มีหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกให้มาเป็นผู้จัดการกองทุน 3 หน่วยงาน คือ SEFA, SVA, และ Foresters Community Finance (เป็นหน่วยงานให้กู้ยืมกับบุคคลและองค์กรที่ไม่สามารถไปกู้ยืมที่สถาบันการเงินหลักได้ โดยยอดเงินกู้ต่อคนจะให้สูงสุดอยู่ที่ 4,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย (Foresters' website)) ดูแลอยู่ ซึ่ง 3 หน่วยงานนี้จะนำเงินทุนไปร่วมลงทุนกับภาคเอกชน ทำให้กองทุนมียอดเงินทุนรวมมากกว่า 40 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ดังตารางที่ 3-4 แสดงยอดเงินทุนของหน่วยงานผู้จัดการ SEDIF ทั้ง 3 หน่วยงาน

ตารางที่ 3-4 ข้อมูลเงินลงทุนของหน่วยงานผู้จัดการ SEDIF

ผู้จัดการการลงทุน	งบอุดหนุน	การลงทุนภาคเอกชน	รวมเงินทุน	เริ่มต้นสัญญา	ระยะเวลา
Social Enterprise Finance Australia	\$10 ล้าน	\$10 ล้าน	\$20 ล้าน	27/07/2011	5 ปี
Foresters Community Finance	\$6 ล้าน	\$6.2 ล้าน	\$12.2 ล้าน	4/07/2011	5 ปี
Social Ventures Australia	\$4 ล้าน	\$4.9 ล้าน	\$8.9 ล้าน	17/05/2012	3 ปี

ที่มา: The Social Enterprise Development and Investment Funds: Evaluation Report 2016 (SEDIF, 2016).

ตั้งแต่เริ่มกองทุนจนถึงเดือนมีนาคม ปี 2016 มีธุรกิจ Social enterprises กว่า 64 รายได้รับเงินทุนจาก SEDIF รวมเป็นเงินกว่า 21.3 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย และลงทุนไปมากกว่า 80 โครงการ (Centre for Social Impact and Social Policy Research Centre, 2016) จากการประเมินล่าสุดขององค์กรอิสระพบว่า SEDIF ให้การสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมในการพัฒนาธุรกิจหรือโครงการให้กับ Social enterprises ทั้งสิ้น 424 ราย สร้างผลกระทบในทางที่ดีให้กับประชาชน 9,051 คน อีกทั้งยังได้สร้างงานให้กับผู้ว่างงานกว่า 650 คน (The Australian Government the Treasury, 2017)

2) The Prime Minister's Community Business Partnership (the Partnership)

The Partnership ก่อตั้งขึ้นในปี 2014 เพื่อให้คำปรึกษาเพื่อวางกลยุทธ์การบริหารธุรกิจสำหรับองค์กรการกุศล อาสาสมัคร และการลงทุนในประเทศออสเตรเลีย เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน The Partnership มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงบริการสังคมเป็นรองประธาน โดย The Partnership เป็นการรวมผู้นำจากภาคธุรกิจและภาคประชาสังคมให้ได้มาร่วมมือกันเพื่อส่งเสริมการลงทุนเพื่อการกุศล และผลักดันการลงทุน SII ซึ่ง The Partnership จะให้การปรึกษาที่เกี่ยวข้อง (The Australian Government the Treasury, 2017) อาทิเช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการลงทุน SII การลงทุนในโครงการต่าง ๆ สำหรับมูลนิธิเพื่อการกุศล การจัดซื้อทางสังคม และคำแนะนำต่าง ๆ สำหรับการลงทุน SII ของกองทุนทั้งจากภาครัฐและเอกชน

3) การเข้าถึงข้อมูลสาธารณะ

SII ต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพเพื่อช่วยวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชุมชนและสังคม รัฐบาลกลางออสเตรเลียจึงได้ปรับปรุงพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสาธารณะ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนสามารถได้รับและใช้ข้อมูลในการลงทุน SII ให้เกิดประสิทธิผลที่ดีขึ้น ที่ผ่านมารัฐบาลได้ลงทุนและพัฒนาระบบข้อมูล (The Australian Government the Treasury, 2017) เช่น

- สร้างเว็บไซต์ Data.gov.au ให้เป็นศูนย์กลางในการเข้าถึงข้อมูลของรัฐบาลกลางออสเตรเลียทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันนี้ ง่ายต่อการใช้งานและเข้าถึง อีกทั้ง รัฐบาลได้จัดทำข้อมูลต่าง ๆ บนเว็บไซต์

ที่มาจากแหล่งข้อมูลกว่า 10,000 แหล่ง รวมทั้งแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ให้บริการสามารถขอข้อมูลผ่านเว็บไซต์ได้โดยตรง

- จัดทำเอกสาร Public Data Policy Statement เพื่อสร้างความเข้าใจและชัดเจนในหน้าที่ของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลสาธารณะ เพื่อให้ข้อมูลที่สามารถเปิดเผยได้มีการเข้าถึงได้โดยตรง และเพื่อให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคเอกชน และนักวิจัยสามารถนำข้อมูลไปใช้ต่อเพื่อประโยชน์ต่อสาธารณชนต่อไป (Australian Government, 2015b)
- สนับสนุนงบประมาณ 75 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ภายใต้แผนวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมแห่งชาติ (National Innovation and Science Agenda) เพื่อรวมทีม Digital Productivity ซึ่งเป็นทีมพัฒนานวัตกรรมด้านข้อมูลที่ใหญ่ที่สุดในออสเตรเลีย เข้ากับ CSIRO (Australian Government, 2015a)
- หน่วยงานภาครัฐของออสเตรเลียเริ่มมีโครงการบริการข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย เพื่อสร้างความมั่นใจในการจัดการข้อมูลสาธารณะและนโยบาย (Australian Government, 2015c)
- มอบหมายให้ทีม Productivity Commission ตรวจสอบหาวิธีที่จะพัฒนาการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสาธารณะของภาครัฐและเอกชน

นอกจากการก่อตั้งหน่วยงานเพื่อสนับสนุนตลาด SII รัฐบาลยังพยายามช่วยเหลือนักลงทุนและผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรการกุศล องค์กรไม่หวังผลกำไร หรือหน่วยงานเพื่อสังคมอื่น ๆ ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้อาศัยเงินบริจาคในการดำเนินงานด้วยส่วนหนึ่ง รัฐบาลจึงได้ออกกฎหมายเพื่อสนับสนุนเงินบริจาคโดยกำหนดให้ผู้บริจาคสามารถนำเงินบริจาคไปลดหย่อนภาษีได้ (Deductible Gift Recipient: DGR) ซึ่งถ้าหากคิดเป็นรายได้ที่รัฐบาลจะได้รับ หากไม่มีการลดหย่อนภาษีจากเงินบริจาคเหล่านี้ รัฐบาลสามารถสร้างรายได้สูงถึง 280 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ในปี 2016 – 2017 (Australian Government, 2016) จึงเท่ากับว่ารัฐบาลได้สนับสนุนตลาด SII ให้มีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น

นอกจากภาครัฐแล้ว ยังเกิดหน่วยงานอิสระที่สนับสนุนการลงทุน SII เช่น Impact Investing Australia (IIA) ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2014 เพื่อส่งเสริมการลงทุนที่เน้นการสร้างผลกระทบที่ดีต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม IIA เป็นหน่วยงานเชื่อมประสานผู้ให้บริการทั้งรายบุคคลและองค์กร ไม่ว่าจะเป็นธุรกิจ Social enterprises หรือองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร ให้สามารถหาเงินทุนจากนักลงทุนที่ต้องการคืนกำไรสู่สังคมพร้อมทั้งสร้างรายได้ (Impact Investing Australia, 2016) ซึ่งภารกิจหลักๆ ของ IIA ในช่วงก่อตั้งจนถึงปี 2016 เป็นการแต่งตั้งคณะกรรมการ (Australian Advisory Board on Impact Investing) เพื่อบริหารการทำงานและวางกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการลงทุน SII ซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การพัฒนาโครงสร้างทางการตลาดให้เอื้อต่อการลงทุน SII กระตุ้นให้มีผู้สนใจกว้างมากขึ้น และต้องไปผลักดันในระดับนโยบาย ส่วนในปี 2017 เป็นต้นไป IIA จะผลักดันสองกองทุน คือ Impact Capital Australia และ Impact Investment Ready (Impact Investing Australia's website)

4) Impact Capital Australia (ICA)

IIA ร่วมกับคณะกรรมการ Australian Advisory Board on Impact Investing และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญอื่น ๆ ก่อตั้งสถาบันทางการเงินอิสระ ICA เพื่อสนับสนุนการลงทุน SII โดยหน้าที่หลักของ ICA คือเป็นผู้ลงทุนแบบขายส่ง (Wholesale investor) และผู้นำทางการตลาด (Market champion) ตัวอย่างการลงทุน ได้แก่ การลงทุนในโครงการสร้างที่อยู่อาศัยเพื่อผู้ทุพพลภาพ และการลงทุนกับธุรกิจที่สร้างงานให้กับคนในชุมชน เป็นต้น ส่วนการเป็น Market champion คือ การสร้างตลาดที่เข้มแข็งด้วยกลยุทธ์ที่ตอบโจทย์ความต้องการของตลาดได้เป็นอย่างดี พร้อมทั้งเปิดกว้าง แร่ความรู้ ประสบการณ์และทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างชุมชน ผู้เชี่ยวชาญ นักลงทุน และผู้ออกกฎหมายหรือรัฐบาล

แผนการทำงานของ ICA หรือ Blueprint จัดทำขึ้นจากการระดมสมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการ Australian Advisory Board on Impact Investing หน่วยงานจากรัฐบาล สถาบันทางการเงินหลักๆ และตัวแทนจากชุมชน เพื่อจัดทำแผนงานๆ ที่สร้างประโยชน์ให้กับประชาชนอย่างแท้จริง (McCutchan, 2017) ปัจจุบัน SII เป็นตลาดที่มีการเติบโตค่อนข้างสูง แต่มีคนกลางหรือผู้จัดการกองทุนที่มีคุณภาพหรือมีเงินทุนเพียงพอสำหรับโครงการใหญ่ๆ เพียงไม่กี่ราย ด้วยข้อจำกัดนี้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดระเบียบแหล่งทุนผ่านคนกลางเพื่อให้สามารถมีการลงทุนในโครงการใหญ่ๆ ที่ขับเคลื่อนตลาดและสร้างผลกระทบในวงกว้างได้

ICA ทำหน้าที่เป็นนักลงทุนแบบขายส่ง เน้นการลงทุนที่เป็นโครงการใหญ่ส่งผลกระทบทางสังคมสูง (มีโครงการย่อย ๆ หลายโครงการ) โดยจะลงทุนผ่านคนกลางเป็นหลักเพื่อสนับสนุนการเติบโตของคนกลาง และจะดึงนักลงทุนรายอื่นให้มาร่วมลงทุนหรือลงทุนในโครงการย่อยด้วยก็ได้ แม้ว่าประเทศออสเตรเลียจะยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นการพัฒนาการลงทุน SII การขับเคลื่อนและกระบวนการเรียนรู้เพื่อผลักดันการลงทุนดังกล่าวในประเทศออสเตรเลียก็สามารถเป็นต้นแบบให้ประเทศอื่น ๆ เช่น ประเทศไทย ได้เรียนรู้อยู่พอสมควร เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มต้นจึงมีการศึกษาหาข้อมูลและติดตามผลลัพธ์อย่างใกล้ชิด จึงน่าจะเป็นตัวอย่างให้กับประเทศไทยได้เรียนรู้ไม่มากนักน้อย แม้ว่าในเรื่องผู้สูงอายุ SII ของประเทศออสเตรเลียยังไม่ได้เข้าไปลงทุนอย่างเต็มรูปแบบเสียทีเดียว แต่ระบบดูแลผู้สูงอายุได้เป็นหนึ่งในหัวข้อเร่งด่วนที่หลายภาคส่วนเล็งเห็นความสำคัญและมองว่ามีโอกาสเติบโตในตลาด SII ได้อย่างยั่งยืน (The Australian Government the Treasury, 2017)

ตามที่ได้อธิบายข้างต้นว่าภาครัฐมีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นการพัฒนาตลาด SII แม้ว่าการลงทุน SII ไม่ได้เข้ามาทดแทนการลงทุนจากภาครัฐ (แต่เข้ามาช่วยเสริม) รัฐบาลยังคงต้องเข้ามามีส่วนช่วยเพื่อเพิ่มขีดความสามารถและส่งสัญญาณไปยังตลาด ทำให้ภาคส่วนอื่น ๆ ต้องการเข้ามาลงทุน ตัวอย่างการทำงานของรัฐบาลจะแยกตามรัฐ เนื่องจากการปกครองของประเทศออสเตรเลียจะแบ่งตามรัฐ ได้แก่ New South Wales (NSW), Victoria, Queensland, Tasmania, Australia, Western Australia, และ South Australia การลงทุน SII มีการพัฒนาแตกต่างกันไปตามแต่ละรัฐ ตัวอย่างเช่น รัฐ NSW เป็นรัฐแรกที่เริ่มลงทุน SII ในประเทศออสเตรเลีย ในปี 2013 โดยเริ่มจากการก่อตั้งสำนักงาน Office of Social Impact & Investment

(New South Wales Government) เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนรัฐ Victoria ก็ได้ลงทุนเป็นเงิน 300 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ในโครงการสีเขียวเพื่ออนุรักษ์สิ่งแวดล้อม รัฐ South Australia ก็สนับสนุนโครงการ SII เพื่อช่วยเหลือคนที่ไร้ที่อยู่อาศัย 600 คน ผ่านโครงการฝึกอาชีพและทักษะการใช้ชีวิตเป็นแห่งแรกในประเทศออสเตรเลีย และรัฐ Queensland กำลังจะออกโครงการ SII นำร่อง 3 โครงการ เพื่อช่วยเหลือประชากร 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้พ้นโทษ คนไร้ที่อยู่อาศัย และชนพื้นเมือง (Office of Social Impact Investment's website)

ปัจจุบันรัฐ NSW จัดว่าเป็นรัฐที่ให้ความสำคัญเรื่องการลงทุน SII มากแห่งหนึ่ง และประสบความสำเร็จจากโครงการ SBB โครงการแรกของประเทศออสเตรเลีย คือ “the Newpin Social Benefit Bond” ส่วนทางด้านผู้สูงอายุ รัฐ NSW ได้เข้าไปผลักดันประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่การดูแล ได้แก่

1) Resolve Social Benefit Bond (Resolve SBB)

Resolve SBB เป็นโปรแกรมที่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวช ซึ่งคาดว่าโปรแกรมนี้จะสามารถช่วยผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้ประมาณ 530 คน ในช่วงระยะเวลา 7 ปีของการดำเนินงาน โดยโปรแกรมนี้ดำเนินการโดยองค์กร Flourish Australia ซึ่งเป็นสถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยทางจิตระดับประเทศ และลงทุนโดย SVA (ผ่านกองทุน Resolve SBB Trust) การดูแลผู้ป่วยทางจิตในโปรแกรม Resolve SBB จะช่วยให้รัฐ NSW ประหยัดค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพและอื่น ๆ รวมถึงประหยัดจำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องอยู่ที่โรงพยาบาล เกิดเป็นเงินออมของรัฐ (โดยวัดจากส่วนต่างเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของกลุ่มควบคุม (Control group) ซึ่งไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรม) และจะได้นำเงินส่วนนี้ไปจ่ายให้กับผู้ให้บริการ Flourish Australia และผู้ลงทุน SVA ต่อไป ดังแผนภาพที่ 3-10 แสดงโครงสร้างการลงทุน SII ในโปรแกรม Resolve SBB

แผนภาพที่ 3-10 โครงสร้างการลงทุน SII โปรแกรม Resolve SBB



ที่มา: Office of Social Impact Investment's website: <https://www.osii.nsw.gov.au/>

2) Silver Chain

โครงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (palliative care services) คาดว่าจะช่วยผู้ป่วยได้กว่า 8,300 คน ตลอดระยะเวลาของโครงการ 7 ปี เช่นเดียวกับโปรแกรม Resolve SBB โครงการนี้จะจ่ายตามผลลัพธ์ โดยการให้การดูแลผู้ป่วยในช่วง 3 เดือนสุดท้ายของชีวิต (ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยว่าอยากเข้ารับการดูแลที่บ้านหรือที่สถานพยาบาล) สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่ที่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่ง NSW Health (ตัวแทนภาครัฐ) จะได้นำเงินส่วนที่ประหยัดได้ (โดยเทียบค่าใช้จ่ายกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการ) จ่ายให้กับ Silver Chain Group ซึ่งในที่นี้คือผู้ให้บริการ (Office of Social Impact Investment's website)

นอกจากนี้ Office of Social Impact & Investment (New South Wales Government) ได้เปิดรับข้อเสนอโครงการจากหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำงานด้านการจัดการภาวะเรื้อรัง (chronic health conditions) และการดูแลสุขภาพจิต (mental health hospitalizations) โดยรัฐบาล NSW ได้กำหนดว่าจะร่วมมือกับภาคเอกชนในการลงทุน SII เพื่อดำเนินการ 2 ประเด็นนี้ (ประเด็นละปี)

ขั้นตอนในการพิจารณาหาผู้ให้บริการหรือดำเนินโครงการจะเป็นไปอย่างโปร่งใส ทุกอย่างจะประกาศผ่านทางเว็บไซต์ สามารถเช็คเอกสารและข้อมูลได้อย่างเปิดเผย มีการเปิดรับข้อเสนอโครงการ และคัดเลือกตามข้อกำหนดที่ระบุชัดเจน จากนั้น รัฐบาล NSW จะเป็นผู้คัดเลือกจากข้อเสนอทั้งหมดให้เหลือเพียง 2 ราย เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนต่อมา คือ Joint development phase คือขั้นตอนการพัฒนาโครงการและตกลงในรายละเอียดเพื่อทำสัญญาต่อไป (หากข้อตกลงเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่าย) ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกทั้ง 2 ราย ได้แก่ โครงการ Mental Health Hospitalizations เสนอโดย RichmondPRA and Social Ventures Australia และโครงการ Chronic health conditions เสนอโดย – Silver Chain Group

โครงการ SII ที่สนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียยังมีโปรแกรมอื่น ๆ ดังนี้

1) โครงการบ้านพักผู้สูงอายุหลังเกษียณ : Myrtle Park Retirement Homes (Myrtle Park)

บ้านพักผู้สูงอายุหลังเกษียณ Myrtle Park เป็นโครงการที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันของคนในชุมชน Yolla Community (อยู่ทางตะวันตกเฉียงเหนือของเมือง Tasmania) 50 คน เป็นสมาคมอาสาสมัครที่ไม่หวังผลกำไร จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการสร้างบ้านพักอาศัยที่มีราคาเหมาะสมและอยู่ในชุมชน จากความเชื่อที่ว่า การได้อยู่ในชุมชนของตัวเองจะทำให้ผู้สูงอายุหลังเกษียณได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัว และสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและจิตใจของผู้สูงอายุ ทางสมาคมจึงต้องการขยาย Myrtle Park ให้สามารถรองรับผู้สูงอายุได้มากขึ้น แต่สถาบันการเงินหลักๆ ทั่วไปไม่สนใจลงทุน โครงการนี้ ยกเว้น SEFA ที่ให้ความสำคัญกับการลงทุนที่เน้นการสร้างผลกระทบที่ดีต่อสังคม SEFA จึงได้ให้เงินกู้เพื่อใช้ในการก่อสร้าง (SEFA's website)

2) โครงการหมู่บ้านดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : Dementia Konrongee Village

HESTA ลงทุน 19 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ในโครงการหมู่บ้านดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ Korongee เมือง Tasmania ซึ่ง HESTA ได้จัดตั้งกองทุน Social Impact Investment Trust ด้วยวงเงิน 30 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย โดยมี SVA เป็นผู้จัดการกองทุนนี้ โครงการหมู่บ้านดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นความร่วมมือของหลายๆ หน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็น HESTA (ผู้ลงทุน) SVA (ผู้จัดการเงินทุน) Glenview (องค์กรไม่หวังผลกำไรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ) และรัฐบาลกลาง เนื่องจากยอดผู้เสียชีวิตจากภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นเป็นอันดับ 2 ในประเทศออสเตรเลีย และคาดว่าภายในอีกประมาณ 40 ปีข้างหน้า หากยังไม่มีการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.1 ล้านคนในประเทศออสเตรเลีย ด้วยความรุนแรงของปัญหานี้ จึงทำให้เกิดการตื่นตัวจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อที่จะช่วยเหลือและแก้ไขปัญหานี้ โดยประเด็นการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้เป็นอีกหนึ่งเรื่องที่อยู่ในความสนใจแรกของกองทุน Social Impact Investment Trust โครงการหมู่บ้านดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คาดว่าจะแล้วเสร็จในปี 2562 โดยจะสร้างให้เป็นหมู่บ้านที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็น มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และให้ความรู้สึกเหมือนอยู่บ้าน พร้อมทั้งมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งการลงทุนในโครงการหมู่บ้านครั้งนี้ยังถือเป็นโครงการตัวอย่างให้กับนักลงทุนรายอื่นที่ต้องการลงทุนด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุ (SVA's website)

ทั้งนี้ หากสรุปบทเรียน โอกาส และความท้าทายจากการลงทุน SII ของประเทศออสเตรเลียจากการลงทุนในตลาด SII ที่ผ่านมาของประเทศออสเตรเลียทำให้ได้บทเรียนที่สามารถสรุปได้ดังนี้ (Impact Investing Australia, 2016) มีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ คือ

- มากกว่า 2 ใน 3 ของนักลงทุนคาดว่า SII จะมีบทบาทและเติบโตมากยิ่งขึ้น นักลงทุนจะลงทุนเพิ่มมากขึ้นเป็น 3 เท่าในอีก 5 ปีข้างหน้า
- สำหรับผู้ลงทุน ปัจจัยที่ทำให้อยากลงทุนมากที่สุด คือ เป้าหมายของโครงการต้องตรงกับพันธกิจของบริษัท ปัจจัยรองมา คือ ขนาดกลุ่มประชากรเป้าหมาย ผลกำไรที่คาดว่าจะได้รับ ผลประโยชน์ที่หลากหลาย และความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมขององค์กร (Corporate Social Responsibility: CSR) โดย นักลงทุนที่เพิ่งเริ่มต้นจะสนใจลงทุนเกี่ยวกับเด็ก วัยรุ่น ชนพื้นเมือง ชุมชน การศึกษาและสุขภาพ ส่วนนักลงทุนที่อยู่ในวงการ SII แล้ว จะสนใจการลงทุนเกี่ยวกับเด็ก วัยรุ่น พลังงานสะอาด ที่พักอาศัย และคนไร้ที่อยู่
- สถานที่หรือเขตพื้นที่ที่จะได้รับผลกระทบจากโครงการ SII มีความสำคัญสำหรับนักลงทุนที่เพิ่งเริ่มต้นหรือคิดจะลงทุนเพื่อสังคม
- องค์กรไม่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศลมีบทบาทในการให้บริการในประเทศออสเตรเลียค่อนข้างมาก การลงทุน SII จึงจำเป็นต้องให้หน่วยงานเหล่านี้ตื่นตัวมากขึ้น ซึ่งหมายถึงต้องมีเงินลงทุนให้กับองค์กรเหล่านี้มากขึ้น เรื่องสุขภาพและที่พักอาศัยเป็น 2 ประเด็นที่ต้องการการลงทุนมากขึ้น และเป็น 2 ประเด็นที่องค์กรเพื่อสังคมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ ข้อมูลและผลการวิจัยที่เชื่อถือได้มีความจำเป็นในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักลงทุน

- เนื่องจาก SII ครอบคลุมหลากหลายประเด็นและหลากหลายภาคส่วน ดังนั้น จึงควรมีการจัดงานประชุมเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ได้มาเจอกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และมุมมอง ทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเกิดเป็นการประสานแนวร่วมกันได้

ทั้งนี้โอกาสจากการลงทุน SII สำหรับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สำหรับรัฐบาล นั้นจะพบว่า เป็นการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมหรือทางเลือกใหม่ในการให้บริการที่คุ้มค่าและส่งผลกระทบที่ดีต่อสังคม มีหุ้นส่วนร่วมแบกความเสี่ยงในการลงทุน มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการกำหนดนโยบาย จากการเรียนรู้ว่าโครงการใดได้ผลหรือไม่ได้ผลและสำหรับประชากรกลุ่มไหน เกิดความโปร่งใสในการดำเนินงาน เกิดความร่วมมือที่เข้มแข็งมากขึ้นระหว่างผู้ให้บริการ นักลงทุน และภาครัฐ และอาจเป็นการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากเน้นที่ผลลัพธ์มากกว่าวิธีการ สำหรับนักลงทุน จะพบว่า การลงทุนในลักษณะนี้ได้คืนกำไรสู่สังคมซึ่งเป็นหนึ่งในพันธกิจของบริษัทหลายๆ บริษัท ช่วยให้นักลงทุนได้ขยายขอบเขตการทำงานและเพิ่มโอกาสในการลงทุน และสร้างโอกาสในการลงทุนจากเงินบริจาคสำหรับมูลนิธิการกุศลที่ส่วนใหญ่จะเป็นเงินบริจาคแบบให้เปล่า และ สำหรับผู้ให้บริการ พบว่า ทำให้มีโอกาสได้เงินทุนเพื่อมาดำเนินหรือขยายโครงการ มีแหล่งทุนเพิ่มมากขึ้น และการทำงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดมีความยืดหยุ่นมากขึ้น (เป็นไปได้ว่า) เนื่องจากกฎเกณฑ์ข้อบังคับมีน้อยลง

สำหรับข้อจำกัดหรือความท้าทายของการดำเนินการในลักษณะนี้ คือ (The Australian Government the Treasury, 2017)

- ตลาด SII ยังเป็นที่รู้จักน้อย มีโครงการไม่มาก ทำให้นักลงทุนขาดความเชื่อมั่นที่จะลงทุนในตลาด SII
- ขาดข้อมูลที่มีคุณภาพในการวัดหรือตรวจสอบผลลัพธ์หรือความสำเร็จของโครงการ
- ตลาด SII ในประเทศออสเตรเลียยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น ทำให้การลงทุนส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก
- ปัญหาสังคมบางปัญหาจำเป็นต้องใช้เงินลงทุนสูง ทำให้ขาดผู้ลงทุนในโครงการใหญ่ๆ เหล่านี้
- หน่วยงานที่ให้คำปรึกษาด้านการลงทุน SII ยังมีน้อยไม่เพียงพอต่อความสนใจที่เพิ่มมากขึ้น
- โครงการที่มีเงินลงทุนสูงส่วนใหญ่ต้องมีนาย ผู้เชี่ยวชาญ และที่ปรึกษาทางการเงินเข้ามาเกี่ยวข้องในการทำสัญญาทำให้เกิดความซับซ้อนของโครงการมากยิ่งขึ้น

จากที่ได้อธิบายข้างต้นว่า การลงทุน SII ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสังคมได้ทุกปัญหา การจะระบุได้ว่าประเด็นใดบ้างที่เหมาะสมกับการลงทุน SII จำเป็นต้องใช้เวลา หน่วยงานเพื่อสังคมและชุมชนส่วนใหญ่ขาดศักยภาพในการดำเนินโครงการที่ซับซ้อน การตกลงเรื่องผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นไปได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายส่วน และผลกระทบทางสังคมอาจใช้ระยะเวลานานกว่าจะเห็นผลชัดเจน ทำให้นักลงทุนหลายรายไม่ยอมลงทุน

บทที่ 4

องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในส่วนนี้ได้ทำการศึกษาองค์กรหลักๆ ที่เป็นของภาครัฐ ธุรกิจ องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรพัฒนาเอกชน และกิจการเพื่อสังคม ในรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการหรือกิจกรรม ลักษณะกิจการ หรือการดำเนินการ กลุ่มเป้าหมาย และความยั่งยืนขององค์กร

1) กรมกิจการผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) เป็นส่วนราชการมีฐานะเป็นกรมในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ทำงานขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และดูแลงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของประเทศไทย ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2558 ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 โดยได้อโอนอำนาจหน้าที่มาจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวง พม. ได้แก่ สำนักบริการสวัสดิการสังคมเฉพาะงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (พส.) และ กองส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายเฉพาะงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ งานตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุในสังกัดสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส (สท.)

ผส. มีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ โดยการเสนอแนะนโยบาย พัฒนางานวิชาการด้านมาตรการ กลไก องค์ความรู้ และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมและสนับสนุนในเชิงวิชาการและการปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย โดยบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย

- 1) ผู้สูงอายุทั่วประเทศ
- 2) หน่วยงานต่าง ๆ ที่สามารถร่วมกันขับเคลื่อนงานในเชิงนโยบายผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่ไม่สังกัดภาครัฐ องค์กรไม่แสวงหากำไร ฯลฯ

ลักษณะทั่วไป/พิเศษ

เป็นหน่วยงานภาครัฐ ทำงานขับเคลื่อนนโยบาย และดูแลงานผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับประเทศไปจนถึงระดับท้องถิ่นผ่านศูนย์ต่าง ๆ ที่เป็นกลไกในสังกัดของกรมฯ และประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทุกรูปแบบที่ทำงานกับผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

ลักษณะการดำเนินการ

ปัจจุบันกรมกิจการผู้สูงอายุ ดำเนินงานสอดคล้องกับแผนและยุทธศาสตร์ทั้งหมด 3 แผน ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2560-2564 และแผนกลยุทธ์ด้านผู้สูงอายุซึ่งจัดทำโดยกรมเอง โดยหน่วยงานหลักภายใต้กรมฯ ที่ทำงานกับผู้สูงอายุและหน่วยงานด้านผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 หน่วยงานหลัก ได้แก่

1) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน มีการทำงานหลัก ได้แก่

- จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุ แผนปฏิบัติราชการของกรม และแผนเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง
- ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติและแผนปฏิบัติราชการประจำปีของกรม
- ดำเนินการเกี่ยวกับงานเลขานุการของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
- ดำเนินการเกี่ยวกับงานวิเทศสัมพันธ์ การพัฒนา และประสานความร่วมมือระหว่างประเทศเกี่ยวกับนโยบาย พันธกรณี อนุสัญญา และความตกลงระหว่างประเทศด้านผู้สูงอายุ

2) กองส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ทำงานด้านการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ องค์กร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ มีการทำงาน ได้แก่

- เสริมสร้างศักยภาพศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสถานที่รวมกลุ่มจัดกิจกรรมตามความต้องการของตนเอง เช่น การเป็นศูนย์ถ่ายทอดวัฒนธรรมและภูมิปัญญา การส่งเสริมอาชีพ การผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ เพื่อสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นศูนย์ส่งเสริมและสนับสนุนงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการและมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดกลไกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยร่วมมือกับ รพ.สต. และโรงพยาบาล ปัจจุบันมี 387 แห่งทั่วประเทศ
- เสริมพลังภูมิปัญญาและการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ (โรงเรียนผู้สูงอายุ) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการเรียนรู้ตามอัธยาศัย โดยมีวิทยากรจากภายนอกมาให้ความรู้หรือผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้วยตนเอง โดยใช้สถานที่ดำเนินงานเดียวกับ ศพอส.
- โครงการผู้สูงวัยใส่ใจลูกหลาน ใช้ ศพอส. เป็นพื้นที่ทำกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุให้แก่เด็กและเยาวชนในชุมชน และกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุให้เป็นผู้ดูแลเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- งานสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ สร้างเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อเตรียมตัวรับคนทำงานที่กำลังจะกลายเป็นผู้สูงอายุให้กลับมาทำงานได้ โดยประสานกับกรมการจัดหางาน เป็นการดำเนินงานภายใต้นโยบายประชารัฐเพื่อสังคมในเรื่องการส่งเสริมการมีรายได้และมีงานทำของผู้สูงอายุ มีพันธมิตรเช่น สภาหอการค้าแห่ง

ประเทศไทย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย บิ๊กซี ซีอีโอ เครือข่ายนักธุรกิจเพื่อสังคม เครือเซ็นทารา เป็นต้น

- บริหารจัดการกองทุนผู้สูงอายุและจัดสวัสดิการผู้สูงอายุตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุกำหนด กองทุนผู้สูงอายุทำหน้าที่คือ 1) สนับสนุนเงินอุดหนุนโครงการให้องค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ ในชุมชน เพื่อส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในลักษณะกลุ่ม ชมรม ศูนย์บริการ ศูนย์อเนกประสงค์ ในชุมชน 2) การให้ทุนประกอบอาชีพ ประเภทกู้ยืมรายบุคคล และรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ
- ปฏิบัติการร่วมหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) กองส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนงานด้านการจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ มีการทำงาน ได้แก่

- พัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ จัดทำข้อมูลวิชาการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบาย
- การคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากหรือด้อยโอกาส ผ่านศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 ศูนย์ ให้บริการ
- ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จัดที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ
 - งานพยาบาล ให้การรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบทั้งกรณีการเจ็บป่วยไม่รุนแรงและกรณีฉุกเฉิน และประสานส่งต่อและติดตามประเมินผล
 - งานสังคมสงเคราะห์ ได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและให้ความช่วยเหลือ จัดแผนฟื้นฟูรายบุคคลและจัดทำประวัติผู้สูงอายุ
 - กิจกรรมฟื้นฟู ด้านร่างกาย ได้แก่การออกกำลังกาย โยคะ นวด ฯลฯ ด้านจิตใจ ได้แก่กิจกรรมบำบัดต่างๆ ด้านสังคม ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนันทนาการ ออกนอกสถานที่
 - การติดตามประเมินผลผู้สูงอายุโดยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล พี่เลี้ยงและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีระบบการติดตามประเมินผลผู้สูงอายุในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
 - การบริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และบูรณาการงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น โครงการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในชุมชน โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย สนับสนุนเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง สนับสนุนเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูคนพิการและสนับสนุนกายอุปกรณ์แก่คนพิการ กิจกรรมให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้ดูแลลูกหลานภายในศูนย์เลี้ยงเด็กเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพของคนต่างวัย และเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้ให้แก่เด็กอย่างรอบด้าน

- การติดตามระบบดูแลพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านกลไกอาสาสมัคร โดยใช้กลไกอาสาสมัครที่เคยสร้างไว้ก่อนตั้งกรมฯ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 80,000 คนทั่วประเทศ (หยุดการขับเคลื่อนไปเมื่อปี พ.ศ. 2556 จึงไม่มีการเก็บสถิติจำนวนอาสาสมัครที่ยังเหลืออยู่จริง) ประกอบกับกลไก อสม. ที่ทำงานภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)

นอกจากนี้ มีหน่วยงานภายใต้กรมที่ทำหน้าที่ส่วนบริหารจัดการงานภายในกรมฯ ได้แก่ สำนักงานเลขานุการกรม กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร และกลุ่มตรวจสอบภายใน

ความยั่งยืนขององค์กร

เป็นหน่วยงานภาครัฐซึ่งดำเนินการตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุของประเทศ

2) สวทคณิเวศ

สวทคณิเวศเป็นโครงการที่อยู่อาศัยแบบอาคารชุดเพื่อคนวัยเกษียณของสภากาชาดไทย ตั้งอยู่ที่ตำบลบางปู จังหวัดสมุทรปราการ ในพื้นที่ 136 ไร่ มีอาคาร 9 หลัง จำนวนห้องพัก 468 ห้อง ขนาดห้องอย่างน้อย 33 ตารางเมตร

โครงการเกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2539 ก่อนที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุเกือบ 10 ปี ในปัจจุบันที่แห่งนี้ได้กลายมาเป็นต้นแบบสถานที่การใช้ชีวิตบั้นปลายของสามักรรยาสูงอายุ คู่แม่หรือพ่อลูกสูงอายุ ที่ต้องการความปลอดภัย สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ และอากาศดี ประวัติของที่นี่ เริ่มจากนาย อ้อจือเหลียง มหาเศรษฐีชาวจีน มีความคิดอยากจะทำชุมชนผู้สูงอายุเหมือนในต่างประเทศที่เคยไปดูมา จึงเห็นว่าหากบริจาคที่ดินเปล่าที่มีอยู่กว่า 100 ไร่ ที่บางปู ให้กับองค์การการกุศลอย่างสภากาชาดไทยได้นำไปพัฒนาหรือดำเนินการ ก็จะเกิดประโยชน์ตามเจตนารมณ์ของตน สภากาชาดไทยเองก็เห็นด้วยกับแนวคิดการสร้างชุมชนดังกล่าว จึงทำการสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้ที่กำลังเกษียณ พร้อมสนับสนุนเงินกว่าร้อยล้านบาทพัฒนาที่ดินว่างเปล่าให้เป็นสถานบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป พร้อมทั้งที่พักอาศัยในเฟสแรกเป็นอาคารชุด 8 ชั้น 168 ห้อง เปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2540 และเฟสที่ 2 จำนวน 300 ห้อง มูลค่าการลงทุน 268 ล้านบาท เปิดดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2553 มีพื้นที่สำหรับกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อให้สิ่งที่จะสร้างขึ้นนั้นได้ตอบโจทย์ความต้องการลูกค้าสูงอายุอย่างแท้จริงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความปลอดภัย การอยู่ใกล้หมอ และอากาศปราศจากมลภาวะ

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุฐานปานกลาง สุขภาพดี และมีเงินออมเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้ตลอดชีวิต

ลักษณะทั่วไป / พิเศษ

เป็นโครงการต้นแบบของที่พักสำหรับผู้สูงอายุแบบซื้อสิทธิอยู่อาศัยตลอดชีวิต โดยไม่เน้นการแสวงหากำไร ภายในที่พักได้รับการออกแบบพิเศษ เช่น มีราวจับ ทางลาดและลิฟต์สำหรับผู้สูงอายุที่ไร้รถเข็น และ

สัญญาณเรียกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การจองสิทธิ์ทำได้เมื่อผู้จองอายุ 55 ปีเต็ม โดยห้องพักราคา 650,000 บาทขึ้นไป จนถึงไม่เกิน 2 ล้านบาท ปัจจุบันห้องเต็มแล้ว และมีผู้รอคิวซื้อสิทธิ์อยู่จำนวนมาก การจะได้ห้องต้องรอให้มีการคืนห้องก่อน ซึ่งเกิดได้จากการที่ผู้อยู่อาศัยเสียชีวิต การย้ายไปอยู่สถานบริการ ลักษณะเนิร์สซิงโฮม หรือไม่ต้องการอยู่ต่อ

ปัจจุบันมีผู้พักอาศัยประจำราว 100 ห้อง อาศัยอยู่ห้องละ 1-2 คน โดยราว 70% เป็นสาวโสด และ 75% เป็นข้าราชการบำนาญที่มีตำแหน่งสูง ที่เหลือเป็นผู้อาศัยแบบมาเป็นครั้งคราว หรือมาเฉพาะเวลา โครงการมีกิจการสำคัญ และราว 10% ของโครงการเฟส 2 ซื้อสิทธิ์ไว้แล้วแต่ยังไม่ได้เข้ามาอยู่

ลักษณะการดำเนินการ

โครงการคอยดูแลการพักอาศัยพร้อมบริการต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและบริการสุขภาพ ทั้งแบบไม่มีค่าใช้จ่าย เช่น สระว่ายน้ำ ห้องออกกำลังกาย ไลฟ์ส่วนกลาง รถกอล์ฟภายในโครงการ ห้องพยาบาลที่มีพยาบาลประจำในช่วงนอกเวลาทำการ ซึ่งสามารถให้การดูแลพื้นฐาน รวมถึงประเมินอาการและส่งต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน และการตรวจสุขภาพประจำปีจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และบริการแบบมีค่าใช้จ่าย เช่น การตรวจรักษาทั่วไปที่สถานีกาชาด 5 กายภาพบำบัด ซักผ้า ทำความสะอาดห้อง รถตู้พาไปทำธุระ และการมีผู้ดูแลเป็นครั้งคราวทั้งในและนอกสถานที่

ในส่วนกิจกรรม โครงการมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การฝึกร้องเพลง เล่นดนตรีไทย เต้นรำ รำวง ปฏิบัติธรรม โยคะ นวดแผนโบราณ มีการอบรมต่าง ๆ เช่น ความรู้ด้านกฎหมาย เรื่องพินัยกรรม ความรู้เรื่องไขมันในเส้นเลือด การจัดทัวร์ไปต่างจังหวัดทั้งแบบวันเดียวและค้างคืน 2-3 คืน หรือไปต่างประเทศใกล้ๆ ในระยะเวลาไม่นานนัก นอกจากนั้นยังมีการซ่อมหนีไฟและสำรวจความสมบูรณ์ของอุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัยปีละครั้ง กับทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

โดยปกติ จะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนกลาง 3 คน ที่ทำหน้าที่เยี่ยมผู้สูงอายุที่ห้อง ช่วยวัดไข้ วัดความดัน เช็ดตัว และเตือนให้ทานยา โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงหรืออยู่ในภาวะไม่ปลอดภัย เช่น หลงลืม อยู่ในระยะพักฟื้นหลังกลับจากโรงพยาบาล หรืออายุมากขึ้น ทีมสุขภาพของโครงการจะประเมินสภาพ ให้คำแนะนำในการดูแล และช่วยประสานงานจัดหาผู้ดูแลและประเมินคุณภาพของผู้ดูแล โดยผู้สูงอายุออกค่าใช้จ่ายเอง และหากเข้าสู่ระยะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แล้ว หรือเป็นโรคติดต่อดูแล และมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตในช่วงสุดท้าย ทางโครงการจะปรึกษารื้อถอนกับแพทย์และญาติเพื่อส่งต่อไปรับการดูแลในที่ที่มีบริการด้านนี้โดยเฉพาะ และขอให้คืนห้อง โดยจะคืนเงินค่าซื้อสิทธิ์ให้บางส่วน เช่น หากอยู่มาครบ 10 ปี โครงการจะจ่ายคืนให้ 40% หากมีผู้สูงอายุเสียชีวิต โครงการจะประสานงานการจัดการในเรื่องที่เกี่ยวข้องให้ด้วย

ระบบบริหารจัดการ

ในระยะแรกๆ หลังจากที่ดินแปลงแรกสร้างเสร็จและมีผู้พักอาศัย ในส่วนของการบริหารที่พักนั้น ได้ว่าจ้างให้บริษัทเอกชนที่มีความเป็นมืออาชีพเข้ามาดูแล โดยมีค่าใช้จ่ายเดือนละประมาณหกแสนบาท ซึ่งนับว่า

สูงมากทีเดียว หากจ่ายอย่างนี้ต่อไปเรื่อย ๆ อาจทำให้ค่าบริหารจัดการมีค่าใช้จ่ายถึงขั้นติดลบ และขาดเงินที่จะนำมาบำรุงรักษา หรือจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ จึงได้มีการสร้างทีมงานขึ้นมาเพื่อบริหารจัดการภายในเอง ผู้ที่เข้ามาเป็นหัวเรือใหญ่เป็นอดีตหัวหน้าพยาบาลเกษียณที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วยมานานักต่อนัก ที่มีความสามารถในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ และการสนองตอบความต้องการผู้สูงอายุที่มีความต้องการหลากหลายได้อย่าง แม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นมากมายรวมถึงข้อเรียกร้องในด้านการบริการที่มีคุณภาพที่สูงกว่าที่พักอาศัยที่เปิดบริการแก่คนทั่ว ๆ ไป

ปัจจุบัน โครงการมีเจ้าหน้าที่ 32 คน ในส่วนบริหารจัดการ การเงิน ซ่อมบำรุงอาคาร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แม่บ้าน รปภ. คนสวน คนขับรถ มีเงินหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายส่วนกลาง 11 ล้านบาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือนเดือนละ 9 แสนบาท มีการหารายได้จากค่าบริจาคซื้อสิทธิการอยู่อาศัย ซึ่งต้องส่งคืนสภาภาษีไทยที่ลงทุนการก่อสร้างไปก่อน มีเก็บค่าส่วนกลางห้องละ 2,500 บาท ค่าบริการต่างๆ และกำไรจากส่วนต่างค่าน้ำ-ไฟที่เรียกเก็บจากผู้อาศัยอีกเล็กน้อย

ความยั่งยืนขององค์กร

โครงการมีความยั่งยืน และกำลังมีการพูดคุยเกี่ยวกับการก่อสร้างอาคารที่พักอาศัยเพิ่มเติม

3) บ้านสุทธาวาส

บ้านสุทธาวาส เฉลิมพระเกียรติฯ เป็นสถานสงเคราะห์หญิงชราไร้ที่พึ่งขนาด 61 เตียง ดำเนินการโดยมูลนิธิสุทธาวาส ตั้งอยู่ที่ ตำบลทรายมูล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เริ่มเปิดดำเนินการเมื่อเดือนธันวาคม 2556 โดยรับดูแลหญิงชราไร้ที่พึ่งที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 9 จังหวัดใกล้เคียง คือ กรุงเทพฯ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา นครนายก ปราจีนบุรี พระนครศรีอยุธยา และสระบุรี โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ปัจจุบัน (ธันวาคม 2560) มีหญิงชราอาศัยอยู่ 36 คน อายุ 60-90 ปี อายุเฉลี่ย 80 ปี และมีผู้สมัครต่อคิวรอเข้าบ้านสุทธาวาสอยู่อีกจำนวนหนึ่ง

กลุ่มเป้าหมาย

บ้านสุทธาวาสเปิดรับหญิงชราไร้ที่พึ่งจากพื้นที่ 9 จังหวัดใกล้เคียงบ้าน โดยให้พักอาศัย เสื้อผ้า อาหาร มีการดูแลสุขภาพกายเบื้องต้น พาไปโรงพยาบาลตามนัดหรือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน โดยใช้สิทธิบัตรทองของผู้สูงอายุ มีการดูแลเรื่องการรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด และจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

การรับสมัครผู้เข้าอยู่ในบ้านสุทธาวาส ทำโดยการบอกกล่าวไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัดในพื้นที่ 9 จังหวัดใกล้เคียง โดยผู้สมัครต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีบัตรประชาชนไทย เนื่องจากต้องใช้บริการสุขภาพผ่านระบบบัตรทอง ไม่เป็นโรคจิต โรคติดต่อร้ายแรง หรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมัครใจมาอยู่ด้วยตนเอง ไม่มีประวัติคดีอาญาหรืออยู่ระหว่างการสอบสวนดำเนินคดี และมีญาติที่สามารถติดต่อได้หากต้องรับกลับ

หลังจากได้รับใบสมัครแล้ว เจ้าหน้าที่ของบ้านสุทธาวาสจะลงไปตรวจสอบข้อมูลผู้สมัครที่บ้าน และชุมชนที่ผู้สมัครอาศัยอยู่ เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้สมัครรู้ที่พึ่ง สมัครใจมาอยู่บ้านสุทธาวาสโดยไม่มีใครบังคับ สามารถปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตในสถานสงเคราะห์ และมีอุปนิสัยที่จะสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข

ลักษณะทั่วไป / พิเศษ

บ้านสุทธาวาสเป็นมูลนิธิที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากธุรกิจอาคารสีลม คอมเพล็กซ์ จึงมีแนวคิดและการบริหารจัดการแบบธุรกิจ โดยก่อนเริ่มดำเนินการ มีการสำรวจความต้องการของตลาดและสังคมว่าต้องการอะไร และพบว่า จำนวนผู้สูงอายุในสังคมไทยกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีฐานะยากลำบาก ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ขณะเดียวกันกลับมีองค์กรที่ทำงานกับกลุ่มเป้าหมายนี้น้อยมากจนไม่เพียงพอกับความต้องการ สีลมคอมเพล็กซ์จึงเลือกทำงานประเด็นนี้ในลักษณะการทำกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR) ขององค์กร โดยนำความรู้ เงิน และเครือข่ายจากการทำธุรกิจมาใช้ในการดำเนินงานบ้านสุทธาวาส มีการติดตามและประเมินผลการทำงาน โดยเน้นที่ความพึงพอใจของผู้รับบริการและคนที่เข้ามาติดต่อบ้านสุทธาวาส รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์บ้านสุทธาวาสให้เป็นที่รู้จักในวงกว้าง

ลักษณะการดำเนินการ

บ้านสุทธาวาสจัดสร้างสถานที่ในพื้นที่ราว 40 ไร่ เป็นเรือนพักของผู้สูงอายุ 2 แบบ คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (หญิงชราพึ่งตน) กับกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (หญิงชราพึ่งพา) แต่ละกลุ่มอยู่ร่วมกันในเรือนนอนแบบเป็นโรงรวม โดยมีเตียงนอนของตนเอง โดยกำหนดจำนวนเตียงของหญิงชราพึ่งตนไว้ 39 เตียง หญิงชราพึ่งพาไว้ที่ 24 เตียง นอกจากนั้นยังมีศาลาปฏิบัติธรรม เรือนฟื้นฟูและสันทนาการ ลานในร่มอเนกประสงค์ ครุฑและโรงอาหาร เรือนปกครอง และบ้านพักพนักงานและเจ้าหน้าที่

จุดเน้นของบ้านสุทธาวาสคือการอยู่ร่วมกันในลักษณะความสัมพันธ์แบบครอบครัว ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้จะรับผิดชอบกิจวัตรประจำวันของตนเอง และช่วยเหลือเพื่อนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เท่าที่ทำได้ เช่น เก็บเตียง ป้อนข้าว ซักผ้า โดยในส่วนของหญิงชราพึ่งพาจะมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง กิจวัตรประจำวันของที่นี่เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนตีห้า จนกระทั่งเข้านอนตอนสองทุ่ม โดยนอกจากกิจวัตรส่วนตัว เช่น อาบน้ำ กินข้าว พักผ่อน ตามปกติแล้ว ผู้สูงอายุยังได้เดินออกกำลังกายและรดน้ำผักสวนครัวตามอัธยาศัย และกิจกรรมร่วมกัน เช่น สวดมนต์เช้า-เย็น ทำสมาธิ ฟังธรรมในวันพระใหญ่ รวมทั้งทำกิจกรรมกลุ่มช่วงสัปดาห์ตอนเช้าและบ่าย

ในส่วนการจัดกิจกรรม นักกิจกรรมบำบัดจะออกแบบกิจกรรมมาทดลองใช้ และรับฟังว่าผู้สูงอายุชอบกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่ ตัวอย่างกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบ เช่น การทำดอกไม้จันทน์ไปบริจาคให้วัดใกล้ๆ สำหรับผู้มาจัดงานศพที่ไม่มีเงินมากนัก การทำแซนด์วิช การปลูกผักสวนครัวเพื่อใช้ทำกับข้าวในบ้าน การทำการ์ดอวยพร และการเขียนจดหมายถึงเพื่อนทางจดหมายกับองค์กรดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเป็นเครือข่ายพันธมิตรของบ้านสุทธาวาส ในช่วงกิจกรรมกลุ่ม เจ้าหน้าที่จะพาผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นั่งวีลแชร์มาอยู่ใกล้ๆกลุ่มด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุทั้งที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แล้วเป็นกำลังใจให้กัน

นอกจากนี้ ในวันสำคัญต่าง ๆ จะมีอาสาสมัครเข้ามาจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ ทั้งจากพนักงานของสืลมคอมเพล็กซ์ นักเรียน-นักศึกษา และบุคคลทั่วไป

นอกจากกิจกรรมภายในแล้ว บ้านสุทธาวาสยังทำกิจกรรมเพื่อสังคมในพื้นที่นอกบ้านด้วย เช่น การไปจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตามเขตต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร โดยไปจัดที่ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำเขตต่าง ๆ ทุก 2-3 สัปดาห์ การจัดงานสัมมนาวิชาการสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับความสนใจมาก และการจัดอีเวนต์ใหญ่ปีละครั้งเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องผู้สูงอายุให้สังคมรับรู้ ทั้งที่ศูนย์การค้าสืลมคอมเพล็กซ์ และศูนย์การค้าอื่นที่สนใจอยากจัดงาน ซึ่งผู้สูงอายุจากบ้านสุทธาวาสได้มาช่วยเป็นอาสาสมัครนำกิจกรรมและแบ่งปันประสบการณ์-ความรู้ และมีอาสาสมัครจากองค์กรต่าง ๆ มาช่วยงานจำนวนมาก

การดำเนินงานในภาพรวมของบ้านสุทธาวาส เป็นการทำตามเป้าหมายและแผนปฏิบัติการที่วางไว้ในแต่ละช่วงเวลา เช่น ปีแรก เน้นการเชิ้ระบบงาน หาคนทำงานพร้อมทั้งอบรมให้เกิดทักษะในการทำงาน พร้อมกับการเปิดรับผู้สูงอายุรุ่นแรกเข้าบ้านฯ เพื่อทดลองใช้ความรู้จากทฤษฎีและประสบการณ์ในการศึกษาดูงานจากที่อื่นมาปรับประยุกต์ให้ใช้ได้จริง จากนั้นจึงเริ่มขยายงาน และทำการประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จักและยอมรับ และจากปีทีสามก็เริ่มเน้นการพัฒนากิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และการสร้างและขยายเครือข่ายในการทำงาน

ในปัจจุบัน บ้านสุทธาวาสมีพันธมิตรสำคัญคือ องค์กร Resthaven Incorporated ซึ่งเป็นองค์กรดูแลผู้สูงอายุแบบไม่แสวงหากำไร ในประเทศออสเตรเลีย ส่วนในประเทศไทย มีอาสาสมัครจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตองค์กรฯ โดยเฉพาะจากศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์ เป็นจิตอาสาช่วยสอนงานให้เจ้าหน้าที่ของบ้านสุทธาวาส นอกจากนั้น ยังเป็นพันธมิตรเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจังหวัดในจังหวัดใกล้เคียง และมีวิทยากรอาสาสมัครที่มาให้ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ อีกจำนวนมาก

ระบบบริหารจัดการ

บ้านสุทธาวาสมีการบริหารจัดการในรูปแบบมูลนิธิ โดยได้รับเงินสนับสนุนหลักจากครอบครัวจิรกิติ เจ้าของธุรกิจอาคารสืลม คอมเพล็กซ์ โดยนำเงินที่บริจาคเข้ามามูลนิธิไปหักเป็นรายจ่ายก่อนการคำนวณภาษีของธุรกิจ ทำให้สามารถลดหย่อนภาษีลงได้บางส่วน ทั้งนี้เนื่องจากรัฐกำหนดไว้ว่า องค์กรธุรกิจสามารถบริจาคเงินในกิจการเพื่อสังคม และสามารถนำไปหักเป็นรายจ่ายได้ไม่เกิน 2% ของรายรับก่อนคำนวณภาษี นอกจากนี้ บ้านสุทธาวาสยังได้รับเงินบริจาคจากส่วนอื่น ๆ อีกไม่เกิน 20% ของค่าใช้จ่ายด้วย

โครงสร้างการบริหารงาน แบ่งเป็น ระดับคณะกรรมการมูลนิธิและที่ปรึกษา โดยคุณอรอนพ จิรกิติ เจ้าของศูนย์การค้าสืลมคอมเพล็กซ์ เป็นประธานกรรมการมูลนิธิ และระดับเจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ หนึ่ง ส่วนที่ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง มี 3 แผนก ได้แก่ แผนกสุขภาพ มีหน้าที่พาผู้สูงอายุไปหาหมอและให้การดูแลตามที่หมอแนะนำ แผนกกิจกรรมสังคม ทำหน้าที่จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และแผนกผู้ดูแล ดูแลเรื่องความสะดวก อาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม และป้อนข้าวให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และส่วนอื่น ๆ ได้แก่

ส่วนโภชนาการ ดูแลทำความสะอาด สถานที่ บัญชี/การเงิน ธุรการ คนขับรถ คนสวน รปภ. และส่วนดูแลพนักงาน

บ้านสุทธาวาสมีเจ้าหน้าที่ทั้งหมดประมาณ 15 คน คัดเลือกโดยเน้นคนที่มีความตั้งใจทำงาน และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มากกว่าการมีประกาศนียบัตรตามวิชาชีพ เนื่องจากทักษะต่าง ๆ สามารถฝึกกันในบ้านได้ โดยในบ้านไม่มีบุคลากรวิชาชีพแพทย์หรือพยาบาลประจำการโดยตรง เนื่องจากนโยบายเน้นที่ความปลอดภัย และความสามารถดูแลตัวเองได้ในระยะยาว

บ้านสุทธาวาสเอื้อประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรของสืลมคอมเพล็กซ์ด้วย เนื่องจากพนักงานของสืลมคอมเพล็กซ์จำนวนหนึ่งได้มาทำงานเป็นอาสาสมัครที่บ้านสุทธาวาส ทำให้พนักงานรู้สึกมีความสุข และรู้สึกว่าตนมีคุณค่า รวมทั้งทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการระหว่างพนักงานสายงานต่าง ๆ ในองค์กร ซึ่งโดยปกติไม่มีโอกาสทำงานร่วมกัน ทำให้ความสัมพันธ์ในการทำงานดีขึ้นตามมา นอกจากนี้ บริษัทยังได้ประโยชน์จากการประชาสัมพันธ์ เนื่องจากมีสื่อต่าง ๆ สนใจติดต่อเข้ามาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ความยั่งยืนขององค์กร

เจ้าของมูลนิธิสุทธาวาสมีเจตนาที่จะดำเนินงานบ้านสุทธาวาสในระยะยาว และมุ่งมั่นคิดค้นการขยายงานให้มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างมากขึ้น เพื่อตอบรับกับสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบที่จะมาถึงในอีกไม่นาน

4) เวลเนสซิตี

องค์กรธุรกิจด้านอสังหาริมทรัพย์ขนาดใหญ่แบบครบวงจรเพื่อผู้สูงอายุรายแรกของประเทศไทย โดยมีแนวคิดหลักคือ การสร้างเมืองสำหรับผู้สูงอายุให้มีชีวิตวัยเกษียณที่สุขสบายและมีสุขภาพดี โครงการสร้างบนพื้นที่เกือบ 1,200 ไร่ ที่ตำบลช้างเหล็ก อำเภอบางไทร จังหวัดอยุธยา เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เดิมใช้ชื่อว่า บางไทรฮอสปิเฮาส์ (Bangsai Hospi House) เจ้าของคือนายแพทย์บุญชัย อิศราพิสิษฐ์

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย หรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงดี ทั้งคนไทยและต่างชาติ ที่ต้องการมาพักอาศัย พื้นฟูสุขภาพ และรับบริการด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทั้งความเป็นอยู่ทั่วไป การดูแลบ้าน บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ทางสังคม

ลักษณะทั่วไป / พิเศษ

เวลเนสซิตีเป็นโครงการขนาดใหญ่ที่มีทั้งส่วนของบ้านเดี่ยว คอนโดมีเนียม โรงแรม ศูนย์สันทนาการ และโรงพยาบาลขนาด 5 เตียง

จุดเด่นของโครงการคือ ส่วนพักอาศัยได้รับการออกแบบให้เหมาะกับกิจกรรมและการใช้สอยของผู้สูงอายุ เช่น ส่วนของบ้านเดี่ยวเป็นบ้านชั้นเดียว ไม่มีบันได มีห้องสำหรับพักผ่อนในโรงพยาบาล มีห้องน้ำขนาดใหญ่ที่เข็นรถเข็นเข้าไปได้ และมีปุ่มสัญญาณฉุกเฉินตามที่ต่างๆ เช่น ห้องนอน ห้องรับแขก

ห้องน้ำ เป็นต้น และมีการบริการด้านสุขภาพที่มีแพทย์และพยาบาล 24 ชั่วโมง รวมทั้งมีศูนย์ธรรมชาติบำบัดเวลเนสแคร่ สำหรับฟื้นฟูสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรค NCDs คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น มะเร็ง ไตเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต ภาวะน้ำหนักตัวเกิน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ฤๅลมโป่งพอง สมองเสื่อม ตับแข็ง เป็นต้น ทั้งนี้จะไม่รับผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยอาการหนักที่มีความเสี่ยงสูง การรักษาใช้การแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานกับแนวทางธรรมชาติบำบัด การกินผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการใช้อาหารเป็นยา นอกจากนี้ยังมีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคคลทั่วไปทุกเดือน เรื่องการดีท็อกซ์ โรคมะเร็ง โรคไต และโรคเบาหวาน โดยศูนย์ธรรมชาติบำบัดเวลเนสแคร่ ที่สาขาอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมาและขอนแก่นด้วย

ปัจจุบัน เวลเนสซิติ้เป็นี่ทำงานของหน่วยงานรัฐ โรงพยาบาล และภาคเอกชนจำนวนมากที่ต้องการพัฒนาสถานบริการเพื่อผู้สูงอายุ

ลักษณะการดำเนินการ

ในส่วนของบ้านพักอาศัยและคอนโดมิเนียม มีทั้งการขาย ให้เช่า และเปิดให้พักอาศัยจากการเป็นสมาชิกโครงการ โดยลูกค้าที่ซื้อแล้วไม่ได้มาอยู่สามารถฝากให้เช่าสำหรับลูกค้าที่มางานประชุม สัมมนา หรือผู้เช่าระยะยาว การเป็นสมาชิกทำโดยการฝากเงินกับโครงการจำนวน 3 ล้าน หรือ 5 ล้านบาท และรับสิทธิในการใช้บริการด้านต่าง ๆ ในเวลเนสซิติ้

ปัจจุบันมีผู้อยู่อาศัยทั้งในบ้านเดี่ยวและคอนโดมิเนียมประมาณ 100 หลังคาเรือน จำนวนเกือบ 200 คน จากทั้งหมด 300 หลังคาเรือน ผู้อยู่อาศัยอายุ 50 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นคนเกษียณอายุหรือเออร์ลี่รีไทร์ ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตเจียบบๆ ในบ้าน และจะออกจากบ้านมาพบปะกันในงานเทศกาลใหญ่ๆ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ เข้าพรรษา โดยปกติจะมีลูกหลานมาเยี่ยมบ้าง และบางครั้งก็ไปเที่ยวต่างประเทศกับลูกหลาน ส่วนลูกค้าที่ซื้อบ้านทั้งไว้ส่วนหนึ่งเป็นคนไทยที่อยู่ต่างประเทศและมีสามีเป็นคนต่างชาติ

โครงการเน้นการดูแลลูกบ้านใกล้ชิดแบบครอบครัว มีแพทย์และพยาบาลบริการ 24 ชั่วโมง และมีพนักงานส่วนกลางสำหรับให้บริการต่าง ๆ โดยคิดค่าบริการ เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า ดูแลสวน รดน้ำต้นไม้ ซ่อมบำรุงที่พัก บริการการเดินทางภายในโครงการด้วยรถกอล์ฟ พาไปตลาด รวมทั้งการติดต่อหน่วยงานราชการต่าง ๆ เช่น การขอสิทธิผู้สูงอายุ การใช้สิทธิเลือกตั้ง การเสียชีวิต หรือดำเนินการเกี่ยวกับบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน เป็นต้น โดยมาตรฐานการบริการเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชนระดับสามดาว

ในกรณีบ้านที่ลูกหลานไม่ค่อยมาเยี่ยม ผู้บริหารโครงการจะมีกุญแจสำรองสำหรับเปิดเข้าบ้านได้ในกรณีฉุกเฉิน และหากผู้สูงอายุมีภาวะความเสื่อมทางสมองจนอาจเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น จะติดต่อให้ลูกหลานของผู้สูงอายุมารับไปดูแล หรือทำการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่มีคนดูแลใกล้ชิดในลักษณะเนิร์สซิงโฮม

ในส่วนการบริการสุขภาพ มีการอบสมุนไพร นวด สระว้ยน้ำ ร้านอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การจัดส่งปันโตอาหารสุขภาพที่เน้นผักผลไม้สด ไข่ กุ้ง ปลา มีการทำน้ำคลอโรฟิลล์และน้ำเหี่ยวหวานมาใช้แทน

น้ำตาล มีแปลงปลูกผักปลอดภัย เช่น ผักไฮโดรโปนิคส์ ผักสวนครัว และผลไม้พื้นบ้าน รวมทั้งรับซื้อผักผลไม้จากแปลงปลูกของลูกบ้านด้วย

โครงการมีการจัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ คือ การออกกำลังกายทุกเช้า โยคะสัปดาห์ละ 3 ครั้ง การทำวัตรเย็นและทำสิ่งประดิษฐ์เดือนละ 1 ครั้ง

ระบบบริหารจัดการ

เวลเนสซีดีเป็นองค์กรธุรกิจที่พึ่งพาตนเอง ไม่มีความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากรัฐ แยกการบริหารจัดการงานด้านต่าง ๆ เป็น 5 หน่วยงาน คือ ซีดีดีเวลอปเมนต์ ดูแลธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ การขายบ้านและที่ดิน เวลเนสรีสอร์ทแอนด์สปา ดูแลธุรกิจโรงแรมและการจัดสัมมนา เวลเนสแอทริสอร์ท ดูแลการเป็นสมาชิกและการขายคอร์สสุขภาพ เวลเนสฮออลพิทอล ดูแลเรื่องบริการทางการแพทย์ เวลเนสสมายล์ ดูแลการบริการในชีวิตประจำวัน เช่น แม่บ้าน รปภ. บริการอาหาร ไฟฟ้า ประปา การซ่อมบำรุง และ เวลเนสฟาร์ม ผลิตและจัดหาอาหารปลอดภัยต่อสุขภาพ โดยกิจการที่มีรายรับมากที่สุดในปัจจุบันคือ เวลเนสแอทริสอร์ท และเวลเนสฮออลพิทอล พนักงานส่วนใหญ่ของโครงการเป็นเด็กจากต่างจังหวัดมาฝึกงาน ส่วนพนักงานระดับล่าง เช่น แม่บ้าน คนสวน ที่เป็นแรงงานต่างด้าว

นอกจากส่วนธุรกิจแล้ว เวลเนสซีดียังมีมูลนิธิ 2 แห่ง เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่สังคมโดยไม่คิดมูลค่า และเป็นช่องทางประชาสัมพันธ์องค์กรธุรกิจด้วยอีกทางหนึ่ง คือ มูลนิธิผู้ป่วยมะเร็ง และมูลนิธิผู้ป่วยไตเสื่อม

ความยั่งยืนขององค์กร

เป็นธุรกิจที่ยั่งยืน ในอนาคตมีแผนว่าจะเข้าตลาดหุ้น ส่วนในโครงการ กำลังเตรียมขยายโรงพยาบาลเป็นขนาด 30 เตียง เน้นการพัฒนาคอนโดมีเนียมมากขึ้น เพราะขายง่ายกว่าและขยายกลุ่มลูกค้าเป็นคนวัยอื่น รวมทั้งเตรียมขยายบริการด้านอื่น เช่น มินิมาร์ท เป็นต้น

5) บ้านอุ่นใจรัก

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประเภทเนอร์สซิ่งโฮมขนาด 70 เตียง ตั้งอยู่ในอาคารที่เคยเป็นโรงเรียน บนถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เริ่มดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2560

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ฐานะปานกลาง มีสภาวะทางร่างกายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่มีโรคติดต่อหรืออาการทางจิตเวช ต้องการฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันอาการแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง มีผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย และผ่านการประเมินของศูนย์ฯ ว่าเหมาะสมในการเข้าพัก หรืออาจเป็นคนที่ร่างกายผิดปกติด้วยอาการจากโรคหลอดเลือดสมองในวัยต่าง ๆ และต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ลักษณะทั่วไป / พิเศษ

เป็นเนอร์สซิงโฮมของกลุ่มหุ่นส่วนที่เป็นแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ แพทย์ผู้ดูแลหลักเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้ที่นี่เน้นการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวให้ความสำคัญกับทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ร่วมกับการกายภาพบำบัด การดูแลโภชนาการ การฝังเข็ม และแพทย์แผนไทย โดยเน้นเป้าหมายสูงสุดคือ คนไข้ต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อ แผลกดทับ รวมทั้งเน้นการให้ความรู้เพื่อให้ญาติพี่น้องสามารถดูแลผู้สูงอายุเองได้หลังจากกลับบ้านแล้ว

ปัจจุบัน บ้านอุ่นใจรักเป็นแหล่งศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบเนอร์สซิงแคร์ที่เน้นการส่งเสริมและป้องกัน มากกว่าการรักษาและแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย

ลักษณะการดำเนินการ

บ้านอุ่นใจรักรับดูแลผู้สูงอายุทั้งที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ติดเตียง และผู้ป่วยระยะพักฟื้น โดยคิดค่าใช้จ่ายทั้งแบบรายวันและรายเดือนแตกต่างกันไปตามลักษณะห้องพัก คือ ห้องรวม ห้องพิเศษรวม และห้องพิเศษเดี่ยว ในราคาวันละ 1,000-1,200 บาท และเดือนละ 22,000-28,000 บาท ในการดูแล จะมีแพทย์ตรวจเยี่ยมสัปดาห์ละ 5 ครั้ง และมีพยาบาลวิชาชีพตรวจเยี่ยมทุกวัน มีพนักงานทั้งหมดมากกว่า 30 คน แบ่งเป็นกะละ 12 ชั่วโมง กะเช้า 25 คน กะดึก 10 คน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในบ้านอุ่นใจรักส่วนใหญ่มีอาการจากโรคหลอดเลือดสมอง เส้นเลือดหัวใจตีบ เจาะคอและเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายสูง หลายรายมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนมาจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอื่น ดังนั้นเป้าหมายของการทำงานคือ ผู้สูงอายุต้องมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลง มีโอกาสฟื้นฟูร่างกายมากขึ้น และจิตใจมีความสุข

การออกแบบและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับประเมินระดับสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุและผู้ป่วยแต่ละคนจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล เริ่มจากเสริมพลังให้ทั้งญาติและผู้สูงอายุให้สบายใจ มีการพูดคุยกับญาติเพื่อรับฟังปัญหาและข้อติดขัดในใจ ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้สึกผิดที่เหมือนกับเอาผู้สูงอายุมาทิ้งไว้ที่ศูนย์ดูแล เมื่อผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในศูนย์ ต้องทำให้ผู้สูงอายุไว้วางใจ โดยใช้เวลาร่วมกันอย่างมากรายแรก เพื่อเปิดใจให้หายจากภาวะเศร้าจากความรู้สึกที่เหมือนถูกนำมาทิ้ง ส่วนในชีวิตประจำวัน เน้นการออกแบบกิจวัตรประจำวันที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการเห็นคุณค่าในตัวเอง ทั้งออกกำลังกาย เช่น การชักรอก ปั่นจักรยาน และทำกายภาพบำบัดพื้นฐาน โดยเน้นความมีวินัยอย่างค่อนข้างเข้มงวด ควบคู่กับการเสริมกำลังใจให้มีความพยายามในการทำกิจกรรม และมีความสุขจากผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นก็เสริมกิจกรรมที่พยายามให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในชีวิต กับญาติที่มาเยี่ยม เพื่อให้เกิดสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม

กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ 7 โมงเช้า คือ การทำความสะอาดร่างกาย เช่น การทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยติดเตียง หรือการพาผู้สูงอายุไปอาบน้ำ สระผม เป่าผม จากนั้น

รับประทานอาหารเข้า และออกกำลังเพื่อฟื้นฟูร่างกายตามสภาวะของแต่ละคน เช่น ถ้าใช้สายให้อาหาร ก็ต้องป้องกันการเป็นปอดอักเสบจากน้ำลายที่ไม่สะอาดไหลลงไปปอด ต้องทำความสะอาดช่องปาก มีการดูดเสมหะ ฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ น้ำลายหายไป ฝึกพูด ฝึกวิ่ง หลังจากรักษาแล้วผู้สูงอายุก็แยกย้ายทำกิจกรรมส่วนตัว ส่วนใหญ่ชอบนอนพักผ่อนเฉยๆ หรือเล่นเกมทายคำกันเอง

ส่วนกิจกรรมอื่นก็มีการทำกายภาพบำบัดหรือแพทย์แผนไทย และฝังเข็มอย่างละครึ่งต่อสัปดาห์ ดนตรีบำบัดสัปดาห์ละสองครั้ง และมีกิจกรรมใหญ่เดือนละหน โดยนิมนต์พระมาเทศน์ มีการทำบุญใส่บาตรข้าวสารอาหารแห้ง หรือมีนักศึกษาอาสาสมัครเข้ามาทำกิจกรรมนันทนาการให้ รวมทั้งจัดกิจกรรมพิเศษในเทศกาลสำคัญ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์

ในการปฏิบัติงานประจำวัน ผู้จัดการบ้านอุ่นใจรักซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจะสั่งงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเขียนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุแต่ละคนต้องทำหรือได้รับการดูแลในวันนั้นเสียไว้ที่หน้าห้องพักของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เป็นการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคนโดยเฉพาะ เมื่อผู้ดูแลทำกิจกรรมแต่ละอย่างแล้วจะถ่ายรูปส่งเข้ากลุ่มไลน์ของบ้านเพื่อรายงานผลการทำงาน ผู้จัดการจะนั่งตรวจงานอยู่ที่ออฟฟิศ หากเห็นสิ่งผิดปกติจะเดินไปดูทันที

ระบบบริหารจัดการ

เป็นองค์กรธุรกิจขนาดกลางที่เน้นการทำงานแบบมุ่งเป้าหมาย วัฒนธรรมองค์กรเป็นแบบเปิดกว้าง รับฟังความคิดเห็น และให้ผู้จัดการสามารถคิดค้นและออกแบบแนวทางการทำงานได้ โดยเน้นการสร้างทัศนคติให้พนักงานคิดบวกกับงานที่ทำ มีวินัยในการทำงาน เน้นการเฝ้าระวัง รักษา และแก้ปัญหาฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงทีโดยการประสานงานกับญาติอย่างใกล้ชิด เน้นการไม่นินทาผู้สูงอายุ และที่สำคัญที่สุดคือห้ามทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุเด็ดขาด ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเด็กชนบทจากจังหวัดเชียงราย เรียนจบหลักสูตรการบริบาลผู้สูงอายุมาแล้ว และมาฝึกงานต่อพร้อมกับปฏิบัติงานจริง ได้รับผลตอบแทนเป็นเงินเดือน พร้อมทั้งพักและอาหาร

ในภาพที่ใหญ่ขึ้น การทำธุรกิจบ้านอุ่นใจรักเป็นส่วนหนึ่งของการพยายามค้นหาต้นแบบและนำเสนอแนวทางการจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุให้กับรัฐบาลและพรรคการเมืองที่กำลังจะลงเลือกตั้ง เพื่อให้เกิดระบบที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาล สถานบริการ บ้าน และชุมชน โดยเน้นที่การส่งเสริมและป้องกัน การรักษาแบบองค์รวม และการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ความยั่งยืนขององค์กร

มีความยั่งยืน เพราะลูกค้าบอกถึงการบริการที่น่าพึงพอใจแบบปากต่อปาก ปัจจุบันเตรียมขยายการบริการเป็น 100 เตียง หรือมากกว่านั้น และอาจขยายสาขาถ้ามีโอกาส

6) ร้านคุณตาคุณยาย และโครงการ forOldy

“ร้านคุณตาคุณยาย” มีลักษณะเป็นกิจการเพื่อสังคม รายได้ส่วนหนึ่งบวกกับการรับทุนสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ นำมาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ในชื่อรวมว่า โครงการ forOldy เป็นโครงการแบบไม่แสวงหากำไร

ทั้งร้านคุณตาคุณยายและ forOldy เกิดจากแรงบันดาลใจของคุณอรุณฯ เลิศกุลดิลก ซึ่งประทับใจความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นเมื่อครั้งที่เดินทางไปดูงานในปี พ.ศ. 2539 ประกอบกับความต้องการที่จะดูแลมารดาหลังจากที่บิดาเสียชีวิต จึงลาออกจากราชการมาเริ่มต้นงานเพื่อผู้สูงอายุและดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดในปี พ.ศ. 2545

คุณอรุณฯมีความฝันถึงโมเดลของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถนำรายได้ไปช่วยเด็กกำพร้า ยากจน หรือไร้ที่พึ่ง จึงส่งเสริมประสบการณ์โดยการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก และงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศทั้งในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และยุโรป จากนั้นทำงานกับมูลนิธิ วาย.เอ็ม.ซี.เอ.กรุงเทพฯ รับผิดชอบเรื่องการสนับสนุนทุนการศึกษาเด็กในชุมชนเมืองที่มีรายได้น้อย ในการทำงานนี้ก็ได้พบว่าผู้ปกครองเด็กนักเรียนทุนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อปรึกษาหารือและช่วยเหลือกันในปี พ.ศ. 2553 จากนั้นมูลนิธิ วาย.เอ็ม.ซี.เอ.กรุงเทพฯ ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุเพื่อทำงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ใน 2 ชุมชน ต่อมาคุณอรุณฯได้ลาออกจากราชการแต่ยังคงมีความตั้งใจทำงานเพื่อผู้สูงอายุอยู่

พ.ศ. 2556 คุณอรุณฯกับครอบครัวและคนใกล้ชิดเริ่มรวบรวมเงินสร้างอาคารเปิดร้านคุณตาคุณยายขึ้น และทำโครงการ forOldy ไปพร้อมกัน โดยดำเนินงานภายใต้ชื่อของมูลนิธิช่วยไร้พรมแดน (Help Without Frontiers) ประเทศไทย มีกิจกรรมโครงการ ได้แก่ การส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กองทุนอุ่นใจ งานส่งเสริมรายได้ และศูนย์เพลินวัย

กลุ่มเป้าหมาย

แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่ม

- 1) ผู้สูงอายุและครอบครัวโดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้น้อย ซึ่งต้องการซื้อหาหรือเช่าอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้สูงอายุในราคาถูก
- 2) ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ชุมชนพูนทรัพย์และชุมชนวัดลุ่มเจริญศรัทธา เขตสายไหม ชุมชนหน้าสมาคมธรรมศาสตร์ ชุมชนบ้านมั่นคงสวนพลู และชุมชนบ้านเอื้ออาทร เขตสาทร และชุมชนนวนินทร์ 88 เขตคันนายาว
- 3) บุคคลทั่วไปใน 6 ชุมชน ข้อ 2) ที่สนใจงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- 4) เยาวชนและบุคคลทั่วไปในชุมชนที่สนใจทำกิจกรรมสร้างสรรค์

ลักษณะทั่วไป/พิเศษ

ทำงานแบบไม่แสวงหาผลกำไร โดยรายได้ส่วนหนึ่งมาจากร้านคุณตาคุณยาย อีกส่วนหนึ่งได้จากเงินบริจาคและทุนสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ ดังนั้นร้านคุณตาคุณยายจึงนำตนเองเข้าไปอยู่ภายใต้มูลนิธิช่วยไร้พรมแดน ประเทศไทย ซึ่งมีสถานะเป็นนิติบุคคล เพื่อให้สามารถรับทุนสนับสนุนได้

ลักษณะการดำเนินการ

กิจกรรมของร้านคุณตาคุณยาย และโครงการ forOldy ประกอบด้วย

1) ร้านคุณตาคุณยาย

รับบริจาคอุปกรณ์อุปกรณ์การแพทย์หรืออุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้สูงอายุ แล้วนำมาให้เช่าหรือจำหน่ายในราคาถูก เพื่อลดค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อย โดยรับบริจาคอุปกรณ์เครื่องใช้ที่มีสภาพ 80% ขึ้นไป ปรับปรุงและทำความสะอาดให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน แล้วนำมาให้บริการเช่าทั้งระยะสั้นและระยะยาวในราคาถูก หรือจำหน่ายให้กับผู้สูงอายุรายได้น้อยและจัดหาผู้อุปถัมภ์ให้ในกรณีเป็นผู้ยากไร้ ทางร้านยังจัดกิจกรรมอบรมที่มีผู้สูงอายุมาเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้แก่ผู้สนใจ เช่น การร้อยมาลัย การปักผ้า หรือจัดทัวร์พาผู้สูงอายุท่องเที่ยว เพื่อเป็นการหารายได้อีกด้วย รายได้ทั้งหมดของร้านนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

2) งานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเมือง (forOldy)

เป็นกิจกรรมที่ใช้งบประมาณจากรายได้ของร้านคุณตาคุณยาย และงบประมาณสมทบเพิ่มเติมจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ

2.1) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

ในระยะแรกคุณอรุณเป็นผู้เริ่มเยี่ยมบ้านด้วยตนเอง เป็นการทำงานต่อยอดมาจากโครงการของมูลนิธิ วาย.เอ็ม.ซี.เอ.กรุงเทพฯ ซึ่งเดิมมี 2 ชุมชน ต่อมาเพิ่มอีก 4 ชุมชนเป็นทั้งหมด 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนหน้าสมาคมธรรมศาสตร์ และชุมชนบ้านมั่นคงสวนพลู เขตสาทร ชุมชนวัดลุ่มเจริญศรีทธา และชุมชนพูนทรัพย์ เขตสายไหม และชุมชนนวนินทร์ 88 เขตคันนายาว

2.2) ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ในเรื่องสุขภาพกายและใจ ปัจจุบันมีผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกทั้งหมดประมาณ 300 คนใน 6 ชุมชน

2.3) จัดตั้ง “กองทุนอุ่นใจ”

เป็นกองทุนที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 หลังจากการเยี่ยมบ้านและพบว่าครอบครัวที่มีฐานะยากจนจำนวนมากขาดเงินทุนในการจัดงานฅาปนกิจศพผู้สูงอายุ จึงทำงานภายใต้แนวคิด “สูงวัยอย่างสง่างาม เจ็บ

อย่างสบาย จากไปอย่างสงบ” จัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีการจัดงานรับบริจาคเงินมาเป็นทุนตั้งต้นจำนวนประมาณ 130,000 บาท

หลังจากนั้น ให้ผู้สูงอายุที่สนใจกองทุนสมัครเข้าเป็นสมาชิกและจ่ายเงินเข้ากองทุนคนละ 20 บาท ต่อเดือน สมาชิกมีเงื่อนไขว่าต้องมาร่วมกิจกรรมของกลุ่ม ต้องนำเงินมาเข้ากองทุนด้วยตนเองทุกเดือนเป็นการกระตุ้นให้เกิดการออกมาพบปะพูดคุยกัน และจะได้รับเงินสมทบก็ต่อเมื่อเป็นสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 เดือน

ปัจจุบัน เงินช่วยเหลือสมาชิกกองทุนคำนวณจาก เงินตั้งต้นตามจำนวนปีที่สมาชิกกองทุน + ค่าสมาชิกรายเดือน 20 บาท x จำนวนสมาชิกในชุมชน + เงินสมทบจากกองทุนอุ่นใจ 3,000 บาท

การบริหารกองทุน ทุกปีมีการประชุมตัวแทนสมาชิกกองทุนซึ่งมาจากชุมชนอย่างน้อยชุมชนละ 3 คน เพื่อพิจารณาผลประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเพิ่มเติม เช่น เงินสมทบจากกองทุนเพิ่มเติม ค่าเดินทางไปหาหมอ ค่าอนรักษาทิโรพยาบาล เป็นต้น

2.4) ค้นหาผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบาง

หมายถึง ผู้สูงอายุที่ประสบความยากลำบากในการดำเนินชีวิต อาศัยอยู่คนเดียว หรือไม่มีผู้ดูแล มีปัญหาในการออกไปใช้ชีวิตนอกบ้านเนื่องจากความชรา เป็นผู้ปวดตึงตึงซึ่งอาจมีแผลกดทับ มีปัญหาสุขภาพจิต พิกการ หรือมีฐานะยากจนมาก ปี 2561 มีผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ 97 คนใน 6 ชุมชน

2.5) จัดทำระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน

รับสมัครบุคคลทั่วไปในแต่ละชุมชนที่มีจิตอาสา มาอบรมให้ความรู้ จัดระบบการเยี่ยมบ้านช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง

อาสาสมัครมีบทบาทช่วยแบ่งเบาภาระของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้สูงอายุ ช่วยเหลืองานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ หรืองานอื่น ๆ โดยครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเองต้องมีส่วนร่วมรับรู้และทำไปพร้อมกัน อาสาสมัครจะบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มขององค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (HelpAge International) ซึ่งมีลักษณะเป็นเช็คลิสต์ เกี่ยวกับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ความต้องการ/สิ่งที่จำเป็นต้องใช้ของผู้สูงอายุแต่ละคน แล้วนำมาประชุมกลุ่มย่อยภายในชุมชนเพื่อสรุปข้อมูลทุกเดือน จากนั้นโครงการจะประสานงานขอรับบริจาคสิ่งของเครื่องใช้ตามทีระบุ ซึ่งในส่วนนี้ ร้านคุณตาคุณยายเป็นช่องทางในการรับบริจาคด้วย

อัตราส่วนจำนวนอาสาสมัครต่อผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในแต่ละชุมชนแตกต่างกันไป ตั้งแต่ 1:3-1:5 คน ปัจจุบันมีอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมแล้ว 10 คน จาก 27 คน ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง 97 คนใน 6 ชุมชน คนที่ยังไม่ผ่านการอบรมยังคงทำงานเป็นอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง (สาเหตุที่ยังไม่ได้รับการอบรมเนื่องจากยังรอทุนสนับสนุน)

2.6) ทำโครงการส่งเสริมรายได้ผู้สูงอายุ

โดยสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มอาชีพ ให้ทุนริเริ่ม เป็นที่ปรึกษาด้านการออกแบบผลิตภัณฑ์ การผลิต การประชาสัมพันธ์และการจัดจำหน่ายสินค้า ส่วนหนึ่งจำหน่ายที่ร้านคุณตาคุณยาย และอีกส่วนหนึ่งจำหน่ายทางเว็บไซต์ foroldy.com

2.7) กิจกรรมสร้างสรรค์ “ศูนย์เพลินวัย”

ใช้พื้นที่ของร้านคุณตาคุณยายจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์และพัฒนาจิตใจของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ผ่านมา เช่น กิจกรรมโรงเรียนสองบาท เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมศิลปะกับเด็กและเยาวชนในชุมชน โดยเด็กที่เข้าร่วมจะจ่ายเงินค่าเข้าร่วมคนละ 2 บาท กิจกรรมสวนผักคุณตาคุณยาย ชักชวนผู้สูงอายุเรียนรู้การปลูกพืชผักสวนครัวในพื้นที่เมือง

ระบบบริหารจัดการ

มีการวางแผนการทำงานรายปีและรับงบประมาณโดยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ รายได้จากร้านคุณตาคุณยาย การขอทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การจัดอีเวนต์ ไปออกบูทตามงานต่าง ๆ เพื่อประชาสัมพันธ์และรับบริจาคเงินรวมทั้งอุปกรณ์และสิ่งของจากผู้สนใจ

ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ทำงานเต็มเวลา 2 คน คือคุณอรุณและน้องสาว และเจ้าหน้าที่ชั่วคราว 2 คน แต่ละคนรับค่าตอบแทนระหว่าง 9,000-12,000 บาทต่อเดือน

ความยั่งยืนขององค์กร

คุณอรุณยังคงมีแรงบันดาลใจที่จะพัฒนาการทำงานต่อไปเรื่อย ๆ โดยมีเป้าหมายที่จะทำศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (Daycare Center) และทำกิจกรรมได้หลากหลาย ทั้งกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด มีระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็นำรายได้มาช่วยเหลือเด็กไร้ที่พึ่งได้ด้วย ปัจจุบันยังอยู่ระหว่างพัฒนารูปแบบซึ่งอาจจะขยายออกไปทีละน้อยตามกำลังของคนทำงาน

ด้านงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเมือง (forOldy) ยังคงทำงานอย่างต่อเนื่องและจะมีการขยายพื้นที่ชุมชนเพิ่มในอีก 2 เขต คือ เขตคลองสามวา และเขตดุสิต ขณะนี้เริ่มเข้าไปทำงานกับชุมชนแล้วแต่ยังขาดงบประมาณขับเคลื่อน

7) เครือข่ายพุทธิกา

เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่พัฒนามาจากกลุ่มประสานงานศาสนาเพื่อสังคม ซึ่งมีบทบาทในการเผยแผ่พระพุทธศาสนาและการทำงานสันติวิธีเพื่อรับใช้สังคมในกลุ่มคนรุ่นใหม่มาตั้งแต่ช่วงกิจกรรมทางการเมืองของนักศึกษาในยุคเดือนตุลา และเริ่มดำเนินงานในชื่อ “เครือข่ายพุทธิกา” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 มีพระไพศาล วิสาโล เป็นประธานเครือข่าย

เครือข่ายพุทธิกาทำงานสองประเด็นหลัก คือ เรื่องการทำบุญ และความตาย โดยเริ่มสื่อสารเรื่องความตายกับสังคมไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน

ประเด็นที่น่าสนใจคือ การขับเคลื่อนงานในประเด็นความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศไทยปัจจุบันทำในลักษณะความร่วมมือเป็นเครือข่ายขององค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และสามารถสร้างการรับรู้ในประเด็นนี้ให้สังคมได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มคนทำงานสาธารณสุขที่สนใจการผนวกมิติจิตวิญญาณเข้ามาเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพ โดยองค์กรเครือข่ายที่สำคัญ นอกจากเครือข่ายพุทธิกาแล้ว ยังมีสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นเครือข่ายคนทำงาน palliative care ในโรงเรียนแพทย์หลายแห่งของประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น (รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล) โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ จ. สงขลา (รศ.นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์) อ.นพ.สกล สิงหะ และกานดาวัชรวิทย์ ตูลาธรรมกิจ) โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น มีกลุ่มพระสงฆ์ที่ทำงานเรื่องนี้ เช่น กลุ่มอาสาชานานธรรม ซึ่งมีเครือข่ายในหลายจังหวัดทั่วประเทศ และที่ จ. ชัยภูมิ มี พระครุฑิต อาภิญโญ วัดวีรวงศาธรรม และพระวิจิต เปาณิล สาขาของวัดป่าสุคะโต เป็นต้น สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งเป็นองค์กรหลักที่ขับเคลื่อนเรื่องสิทธิในการตายดี (Living Will) มาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มชีวามิตร ซึ่งเป็นโครงการธุรกิจเพื่อสังคม ของคุณหญิงจางงศรี หาญเจนลักษณ์ และศูนย์จิตตปัญญาศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมของสังคม การขับเคลื่อนงานประเด็นนี้ยังถือเป็นกระแสรอง หน่วยงานรัฐและภาคธุรกิจกระแสหลักยังไม่สนใจประเด็นนี้ ทำให้เป็นโอกาสในการขยายงานได้อีกมาก

กลุ่มเป้าหมาย

คนชั้นกลางวัยทำงานในเมืองที่สนใจเรื่องความตาย และกลุ่มสาธารณสุขและพระสงฆ์ที่ทำงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ยังไม่ได้จับกลุ่มและประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ลักษณะทั่วไป / พิเศษ

เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และไม่ได้จดทะเบียนเป็นองค์กรตามกฎหมาย การบริหารจัดการองค์กรทำในสองระดับ คือมีคณะกรรมการเครือข่ายที่คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร และมีคนทำงานที่สามารถเสนองานที่ต้องการทำ และอยู่ในทิศทางการทำงานขององค์กร โดยคนทำงานจะรับผิดชอบงานของตน และมาบอกเล่าหรือขอคำปรึกษาหารือในวงประชุมร่วมกันทั้งสองระดับ การบริหารงานเป็นแนวราบ ใช้หลักประชาธิปไตย

ลักษณะการดำเนินการ

พระไพศาล วิสาโล เป็นคนแรกๆ ที่นำเรื่องความตายมาพูดในเมืองไทย โดยมีแนวคิดว่าย อยากให้คนในสังคมไทยพูดเรื่องความตายได้อย่างเป็นปกติ ไม่ต้องกลัว และมีการเตรียมตัวตายที่ดี ท่านเริ่มจากการแปลหนังสือ “เหนือห้วงมหรณพ” และ “ประตูลี้สภาวะใหม่” ซึ่งเขียนโดยธรรมาจารย์พุทธสายทิเบต จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นเครือข่ายพุทธิกาก็จัดเวทีเสวนาเรื่องความตาย แล้วต่อยอดเป็นกิจกรรมต่าง ๆ คือ

1) การอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ

เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน โดยจัดเป็นการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ 3 วัน 2 คืน รับผู้เข้าร่วมครั้งละ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข วิทยากรหลักในการอบรม คือ พระไพศาล วิสาโล, ปรีดา และพูนฉวี เรืองวิจิตร (เสมสิกขาลัย), วรรณ จารุสมบุญ (เครือข่ายพุทธิกา), ธวัชชัย โตสิตระกูล (มูลนิธิสายใยแผ่นดิน), กานดา ศรี ตูลาธรรมกิจ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) และสุรีย์ ถิ่นมงคล (โรงพยาบาลศิริราช)

2) โครงการอาสาข้างเตียง

เพื่อสร้างกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล โดยเปิดรับอาสาสมัครเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเป็นประจำแบบหนึ่งต่อหนึ่ง มีการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัคร จากนั้นให้ลงทำงานเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลาสามเดือน โดยกำหนดร่วมกันกับผู้ป่วยและพยาบาลว่าจะเยี่ยมสัปดาห์ละกี่ครั้ง และมาร่วมกันถอดบทเรียนกันในโครงการทุกเดือน ปัจจุบันมีบางโรงพยาบาลนำแนวทางนี้ไปเปิดรับอาสาข้างเตียงเอง เช่น โรงพยาบาลตำรวจ

3) โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาล และชุมชน ในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย

ทำในโรงพยาบาลนำร่อง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่ และโรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์ โดยร่วมมือกับกลุ่มเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล มีการจัดอบรมพระสงฆ์ให้สามารถเยี่ยมเยียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล และเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว เพื่อช่วยเหลือทางจิตใจผู้ป่วยให้สงบลงในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยช่วยให้ผู้ป่วยและญาติจากความกังวล และนำทางจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลในปัจจุบันจนถึงวาระสุดท้าย เวลาเยี่ยมบ้านจะมีพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และจิตอาสา ไปทำงานด้วยกันเป็นทีม

4) โครงการสื่อสารสร้างความตระหนักสู่วิถีการตายอย่างสงบ หรือ “พินัยกรรมชีวิต” และ “Happy Death Day”

ทำร่วมกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยในส่วนของเครือข่ายพุทธิกาเน้นทำงานด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ โดยจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ “ความตายพูดได้” จัดพิมพ์หนังสือ “แอดความตายเป็นเพื่อน” “เก้าอี้พูดความตายกับแมว” และ “ฉลาดทำศพทานุกรม” ซีดีลิขสิทธิ์ “เกมไพ่ชีวิต” ซึ่งเป็นเกมที่ช่วยให้ผู้เล่นได้พูดคุยกันเรื่องความตายจากสหรัฐอเมริกาเผยแพร่ และเผยแพร่แนวคิดรวมทั้งจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ การทำ “สมุดเบาใจ” หรือ “พินัยกรรมชีวิต” ที่เจ้าของชีวิตสามารถเขียนความต้องการและทางเลือกในการเผชิญวาระสุดท้ายของตนเอง และให้ครอบครัวหรือญาติที่เห็นด้วยเป็นพยาน และแนะนำให้นำบันทึกเจตนานี้ไปแปะไว้ใน OPD การ์ด ของโรงพยาบาลในยามเจ็บป่วยวิกฤติ เพื่อเป็นโอกาสให้เจ้าของชีวิตได้สื่อสารเรื่องนี้ในครอบครัวล่วงหน้าก่อนจะเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้

5) จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง

เพื่อเผยแพร่งานวิชาการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และจัดพิมพ์หนังสือในประเด็นนี้อย่างต่อเนื่อง

ระบบบริหารจัดการ

เครือข่ายพุทธิกา มีเจ้าหน้าที่ประมาณ 10 คน ได้รับงบประมาณดำเนินการเกือบ 100% จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในรูปแบบการให้ทุนทำโครงการต่าง ๆ ส่วนที่เหลือเป็นรายได้จากการขายหนังสือ ซึ่งไม่มากนัก เพราะหนังสือขายราคาไม่แพง

ความยั่งยืนขององค์กร

ไม่เน้นเรื่องความยั่งยืน ปัจจุบันมีพนักงานน้อยลง คนทำงานส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน และขาดเด็กรุ่นใหม่เข้ามาทำงาน ทำให้ต้องลดปริมาณงานลงบางส่วน

8) บัดดี้โฮมแคร์

บัดดี้โฮมแคร์ (Buddy Homecare) เป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise) ที่ดำเนินกิจการจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในพื้นที่อำเภอเมือง จ.เชียงใหม่ สำนักงานตั้งอยู่ที่ ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เริ่มดำเนินงานเมื่อปี พ.ศ. 2558 ในฐานะเป็นกิจการเพื่อสังคมและหน่วยระดมทุนของมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ (ม.พ.ส.) ซึ่งทำงานด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิทธิของผู้สูงอายุ โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุยากไร้และด้อยโอกาสในเขตจังหวัดเชียงใหม่เป็นฐานปฏิบัติการสำคัญ และทำงานเชื่อมประสานทั้งระดับชุมชน ภาคเอกชน หน่วยงานรัฐ และองค์กรทุนทั้งในและต่างประเทศ

กิจการบัดดี้โฮมแคร์ได้รับการพัฒนาต่อยอดมาจากการทำงานของ ม.พ.ส. ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 คือ จากโครงการอาเซียนโฮมแคร์ (ปี พ.ศ. 2548-2555) ซึ่งเป็นโครงการที่องค์กร HelpAge เกาหลี และรัฐบาลเกาหลีให้ทุนสนับสนุน 10 ประเทศในอาเซียน เพื่อนำโมเดลการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่ประสบความสำเร็จในประเทศเกาหลีมาขยายผล ทำให้เกิดกลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านขึ้นในเขตเมืองเชียงใหม่ เพื่อช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ยากไร้ และไม่มีผู้ดูแล และต่อมาพัฒนาเป็นชมรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเขตเมืองเชียงใหม่ (ช.อ.บ.) ขณะเดียวกันก็ได้อาสาสมัครวิชาชีพด้านสุขภาพในกลุ่มแพทย์และพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เข้ามาทำงานร่วมกันในชุมชนด้วย

ในปี พ.ศ. 2558-2559 ม.พ.ส. เริ่มก่อตั้งบัดดี้โฮมแคร์ภายใต้โครงการพัฒนาต้นแบบกิจการเพื่อสังคม โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ (สสส.) และในปี 2560-2561 ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อทำบัดดี้โฮมแคร์ให้เป็นโมเดลของวิสาหกิจเพื่อสังคมที่สามารถขยายผลไปยังชุมชนต่าง ๆ ได้

กลุ่มเป้าหมาย มี 3 กลุ่ม คือ

- 1) เยาวชนกลุ่มชาติพันธุ์ที่ขาดโอกาสทางการศึกษาและการประกอบอาชีพ ได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีงานทำ และมีรายได้ดีขึ้นในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 2) ผู้สูงอายุที่มีกำลังทรัพย์และต้องการผู้ดูแล ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวดีขึ้น
- 3) ผู้สูงอายุยากไร้และขาดคนดูแล ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ และคำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพ จากกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ในฐานะอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยากไร้ดีขึ้น

ลักษณะทั่วไป / พิเศษ

จากเจตนารมณ์ในการก่อตั้งขึ้นเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้บัดดี้โฮมแคร์มีเป้าหมายในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาสังคมในประเด็นผู้สูงอายุ แทนการมุ่งกำไรสูงสุดต่อเจ้าของกิจการ โดยนำผลกำไรจากการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มาพัฒนาระบบอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชน ทำให้เกิดการแก้ปัญหาเรื่องผู้สูงอายุในประเด็นสุขภาพทั้งกายและจิต และการถูกละเลยทอดทิ้ง ทั้งในกลุ่มผู้มีฐานะและผู้ยากไร้ รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของเยาวชนกลุ่มชาติพันธุ์ที่ขาดโอกาสไปพร้อมกัน

ลักษณะการดำเนินการ

- 1) ก่อนเริ่มกิจการ ทำการสำรวจความต้องการของตลาด พบว่ามีความต้องการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำนวนมาก
- 2) หาคนทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในช่วงแรก คาดว่าจะชวนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นคนในชุมชน และเป็นเครือข่ายการทำงานของ ม.พ.ส. แต่อาสาสมัครเหล่านั้นไม่สามารถมาทำงานนี้ได้ เพราะมีงานประจำอยู่แล้ว หรือไม่ก็ต้องดูแลครอบครัวหรือทำงานภายในชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกันกับคนในชุมชนต่าง ๆ ที่เข้าอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นผู้ดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงแรงงาน ต่อมาจึงใช้วิธีประกาศรับสมัครคนทำงาน ก็พบว่าไม่มีคนมาสมัคร เพราะคนหนุ่มสาวในเมืองมักเลือกทำงานอื่นมากกว่างานดูแลผู้สูงอายุ จนมาลงตัวที่เยาวชนกลุ่มชาติพันธุ์ที่ขาดโอกาสทางการศึกษาและการประกอบอาชีพ ซึ่งมีอยู่มากในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน โดยเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่

บัดดี้โฮมแคร์จึงประสานงานกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานการศึกษาที่ทำงานกับกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น องค์กรพัฒนาอาชีพนานาชาติเผ่ากลุ่มน้ำฝาง องค์กรด้านสิทธิมนุษยชนในแม่แจ่ม สถาบันพัฒนาเยาวชนสตรี มูลนิธิศึกษาพัฒนาชนบท วัดป่าดาราภิรมย์ ผู้อำนวยการกองการศึกษาในพื้นที่ห่างไกล มูลนิธิวัดดอนจั่น และวิทยาลัยสารพัดช่างเชียงใหม่ เพื่อประชาสัมพันธ์แนวทางการศึกษาและการประกอบอาชีพกับบัดดี้โฮมแคร์ พร้อมทั้งประกาศรับสมัครผู้ที่เรียนจบชั้น ม.3 ทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไปมาร่วมงาน

- 3) จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

เยาวชนที่สมัครมาร่วมงานจะได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลา 3 เดือน (หลักสูตร 420 ชั่วโมง) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานจากสภาการพยาบาล โดยในช่วงการอบรมจะมีทุนการศึกษาแบบกั๊ยมไม่มีดอกเบียสำหรับเยาวชน เพื่อใช้จ่ายเป็นค่าเทอม ค่าหอพัก เสื้อผ้า และอาหารด้วย

4) จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแบบคิดค่าบริการ

เยาวชนที่ผ่านการอบรมแล้วจะเริ่มทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองเชียงใหม่ โดยมีการจัดบริการ 3 แบบ คือ (1) การเยี่ยมบ้านรายวัน (จ.-ศ. ครึ่งละ 2 ชั่วโมง) คิดค่าบริการเดือนละ 4,000-5,000 บาท (2) การดูแลรายวัน (วันละ 8-9 ชั่วโมง) ค่าบริการวันละ 400-500 บาท และ (3) การดูแลรายเดือน (จ.-ศ. วันละ 8-9 ชั่วโมง) ค่าบริการเดือนละ 9,000-12,000 บาท โดยมีบริการต่าง ๆ คือ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลอาหารและความปลอดภัยในการรับประทาน พุดคุย สร้างจิตใจให้แจ่มใส ช่วยอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน และบางกรณี อาจรวมถึงการทำกายภาพเบื้องต้น และอำนวยความสะดวกในการไปทำกิจกรรมนอกบ้าน

การประชาสัมพันธ์เพื่อหาลูกค้า ทำโดยทีมงานบัดดี้โฮมแคร์แจ้งข่าวไปตามที่ต่าง ๆ เฟซบุ๊ก การบอกปากต่อปากของลูกค้าที่เคยใช้บริการ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ช่วยประชาสัมพันธ์ด้วย โดยในปัจจุบันมีความต้องการรับบริการจากลูกค้ามากกว่าจำนวนผู้ดูแลที่บัดดี้โฮมแคร์มีอยู่

5) จัดบริการดูแลผู้สูงอายุยากไร้และขาดคนดูแลแบบอาสาสมัคร

เยาวชนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุของบัดดี้โฮมแคร์จะใช้เวลาวันหยุดสัปดาห์ละ 1 วัน เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุยากไร้และขาดคนดูแลในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ ร่วมกับชมรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเขตเมืองเชียงใหม่ (ช.อ.บ) และนักวิชาชีพด้านสุขภาพของเทศบาลเมืองเชียงใหม่ และช่วงที่เยาวชนเหล่านี้เดินทางกลับไปเยี่ยมบ้านในพื้นที่ห่างไกล พี่ๆจากบัดดี้โฮมแคร์จะเดินทางไปด้วย เพื่อทำกิจกรรมร่วมกับ รพสต. หรือกลุ่มผู้นำชุมชน ในการตรวจสุขภาพหรือเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน และจัดหาเครื่องใช้จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้เยาวชนเป็นผู้มอบ เพื่อให้เยาวชนได้รับการยอมรับจากชุมชน

6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุคืนทุนที่กั๊ยมเพื่อเป็นทุนการศึกษาของเยาวชนรุ่นต่อไป

เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีรายได้ของตนเอง (เดือนละประมาณ 12,000 บาท) ก็จะทยอยคืนทุนการศึกษาที่กั๊ยมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นทุนการศึกษาหมุนเวียนสำหรับเยาวชนรุ่นต่อไป ส่วนผู้ดูแลอาจพัฒนามาเป็นหุ้นส่วนกิจการ หรือพัฒนาศักยภาพขึ้นเป็นเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ผู้จัดการรายกรณี หรืออาจเรียนต่อเพื่อเป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือพยาบาลต่อไป

ระบบบริหารจัดการ

บริหารจัดการในลักษณะโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนเพื่อทำโมเดลต้นแบบของวิสาหกิจเพื่อสังคม โดยพบว่าขนาดที่เหมาะสมสำหรับการทำธุรกิจ คือ การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุรุ่นละ 20 คน โดย 10 คน ทำงานเป็นผู้ดูแลเต็มเวลาสำหรับผู้สูงอายุ 10 คน และอีก 10 คน ทำงานเป็นผู้ดูแลชั่วคราวแบบรายชั่วโมงสำหรับผู้สูงอายุ 100 คน ทำให้สามารถจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแบบคิดค่าบริการได้ 110 คน นอกจากนี้ยังสามารถดูแลผู้สูงอายุยากไร้ในชุมชนแบบอาสาสมัครได้อีก 200 คน (อัตราส่วนผู้ดูแล 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 10 คน)

นอกจากนี้ยังมีการรับเงินบริจาคจากประชาชนทั่วไปเพื่อสนับสนุนการทำงาน ทั้งในส่วนสมทบทุนการศึกษาให้แก่เยาวชนที่จะเข้ามาเรียนหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และสมทบทุนเพื่อจัดบริการสุขภาพเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ด้วย

ความยั่งยืนขององค์กร

ขณะนี้องค์กรอยู่ในช่วงได้รับทุนสนับสนุนเพื่อการขยายผลโมเดลวิสาหกิจเพื่อสังคมเช่นนี้ไปยังพื้นที่จังหวัดอื่น ซึ่งคณะทำงานเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำได้สำเร็จและได้ผลดีเหมือนโครงการต้นแบบที่จังหวัดเชียงใหม่

9) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์ อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่

โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้สร้างกลไกเชื่อมต่อการส่งเสริมสุขภาพเครือข่าย 25 ตำบลในพื้นที่ อำเภอแม่ริม อำเภอเมือง และ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) เป็นกลไกเชื่อมต่อในการทำงาน

นับตั้งแต่เกิดพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2547 โรงพยาบาลฯ ดำเนินงานผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ในระยะแรก เป็นระยะที่สร้างเครือข่ายกับ รพ.สต. (เป็นสถานีนอามัยในขณะนั้น) ใน 22 ตำบลที่เป็นพื้นที่เครือข่ายของโรงพยาบาล ซึ่งในเวลาต่อมากลายเป็นเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญในงานผู้สูงอายุ โดยจัดทีมพยาบาลในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมออกตรวจที่สถานีนอามัยและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้พบข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมารับบริการจากโรงพยาบาลได้ ปัญหาความเข้าใจผิดในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ ฯลฯ ขณะเดียวกันก็พบอุปสรรคอันเนื่องมาจากระบบการทำงานที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนอามัย จึงเกิดการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างสอดคล้อง เชื่อมต่อ เติมเต็มการทำงานซึ่งกันและกันกับสถานีนอามัยได้ โดยยังคงอยู่ภายในกรอบเนื้องาน รักษา ส่งเสริม ป้องกัน พันฟู ซึ่งเป็นกรอบการทำงานกลุ่มเวชกรรมสังคม เน้นการรักษาพยาบาลเบื้องต้นซึ่งเป็นงานที่พยาบาลทำได้ (เนื่องจากไม่มีแพทย์เข้าไปยังพื้นที่ด้วย)

อีกด้านหนึ่ง ประมาณปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนำแนวคิดแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาใช้ในการทำงาน จึงเกิดการตั้งคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวภายในโรงพยาบาล ทำกิจกรรมกลุ่ม

เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมาพูดคุยกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการรวมกลุ่มโดยธรรมชาติเพื่อดูแลสุขภาพ เริ่มมีการรวมกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุในระยะนี้

กลุ่มงานฯ ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งทำให้มองเห็นการเปลี่ยนผ่านจากระยะที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มาสู่ภาวะพึ่งพา และลงท้ายที่ภาวะติดบ้านติดเตียง จึงมีความคิดที่จะสนับสนุนให้ชุมชนสามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเองได้ก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล ทำให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ ทั้ง 25 ชุมชน

กลุ่มงานฯ ยังมีบทบาทในการร่วมติดตั้งงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเข้าไปในโรงเรียนผู้สูงอายุของพื้นที่เครือข่าย โดยได้รูปแบบจากโรงเรียนผู้สูงอายุที่ อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ ซึ่งในขณะนั้นขับเคลื่อนโดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เชียงใหม่ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และชุมชน และพบว่าโรงพยาบาลสามารถเข้าไปเติมเต็มบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้พอดี จึงนำรูปแบบนี้มาคุยกับชุมชนที่อยู่ในเครือข่ายความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนครพิงค์ เริ่มจาก ต.ดอนแก้ว ต.ห้วยทราย ต.สะลวง ในขั้นแรกจัดทำเป็นกิจกรรมตรวจสุขภาพเสริมเข้าไปในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำกับชุมชน เช่นการทำงานฝีมือเพื่อใช้ในงานประเพณีต่าง ๆ และจัดกลุ่มพูดคุยกันสัปดาห์ละ 1 วัน หลังจากนั้น พื้นที่ใดที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุก็กลายเป็นกลไกกลางที่โรงพยาบาลนครพิงค์สามารถใช้เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยรพ.สต. ซึ่งเป็นเครือข่ายปฐมภูมิของโรงพยาบาลเป็นกลไกเชื่อมต่อ ปัจจุบันมีทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่

- 1) โรงเรียนเดิมสุข ต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม
- 2) โรงเรียนเปี่ยมสุข ต.สันป่า อ.แม่ริม
- 3) โรงเรียนเปี่ยมสุข ต.ดอนทราย
- 4) โรงเรียนนิมิตสุข ต.ห้วยทราย อ.แม่ริม
- 5) โรงเรียนช่วงดอกแก้วสร้างสุข ต.สะลวง อ.แม่ริม
- 6) โรงเรียนฟ้าใส ต.แม่สา อ.แม่ริม
- 7) โรงเรียนศาลาสร้างสุข อ.แม่แตง

ลักษณะทั่วไป/พิเศษ

มีจุดเด่นด้านการบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับเครือข่าย มียุทธศาสตร์การทำงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สามารถดึงความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) ผู้นำชุมชน อสม. พระสงฆ์ เครือข่ายจิตอาสา เครือข่ายผู้สูงอายุ ใช้กิจกรรมของชุมชนเป็นโอกาสในการเข้าไปให้บริการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ และทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นคุณค่าของตนเองในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะการดำเนินการ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์ ทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว ทำงานเชิงรุกโดยใช้กลไกของ รพ.สต. และ อสม. เชื่อมต่อเครือข่ายทั้งหมด 25 ตำบล กิจกรรมที่กลุ่มงานฯ ทำ

สามารถสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน 3 ระดับ นับตั้งแต่ระดับที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระดับที่มีภาวะพึ่งพา และระดับที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1) ลงพื้นที่ ทำการตรวจประเมินสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

โดยนำ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้ามาร่วมรับรู้และช่วยงานที่สามารถทำได้ เช่น การวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก การสังเกตข้อมูลเพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อสร้างคุณค่าและการยอมรับซึ่งกันและกัน

2) เก็บข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละตำบล

โดยรวบรวมข้อมูลจากการตรวจสุขภาพ การเยี่ยมบ้านของ อสม. และข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่เป็นผู้จัดการดูแล (Care Manager) แล้วจำแนกข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสีเขียว คือกลุ่มที่สามารถออกมาทำกิจกรรมนอกบ้านได้ พร้อมทั้งจะเป็นผู้นำเพื่อชุมชน กลุ่มสีเหลือง ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน อาจไม่มีปัญหาสุขภาพ แต่ไม่สะดวกที่จะออกมาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนฯ และกลุ่มสีแดง คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเรื้อรัง หรือเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งจะนำมาจำแนกเป็น 3 ระดับย่อยอีกครั้งหนึ่งตามเกณฑ์ Home Ward (แนวทางจัดบริการดูแลต่อเนื่อง) เพื่อแบ่งระดับการให้บริการ โดย

- กลุ่มสีเขียว ผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง ไม่มีแผลกดทับ ญาติสามารถดูแลได้ อสม.ที่ผ่านการอบรมการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จากกรมอนามัย เป็นผู้เยี่ยมบ้านและดูแล
- กลุ่มสีเหลือง ผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง มีแผลกดทับตื้นๆ ญาติสามารถช่วยดูแลได้ ผู้ช่วยเหลือคือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. เฉพาะที่มีความสามารถในการดูแลได้เป็นผู้ดูแล
- กลุ่มสีแดง ผู้ป่วยระยะวิกฤต กลุ่มที่ต้องใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิต ลูกขึ้นเองไม่ได้ มีแผลกดทับเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลจากผู้มีวิชาชีพเฉพาะ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์ เป็นต้น

3) สนับสนุนอุปกรณ์การรักษาและส่งทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านและรักษาผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง กลุ่มสีแดง และให้คำปรึกษาในการดูแลกลุ่มสีเขียวและสีเหลือง

โดยประสานกับศูนย์สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้านในชุมชน และศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล

4) สร้างเครือข่ายพระสงฆ์และจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

เป็นส่วนหนึ่งของโครงการเผชิญความตายอย่างสงบที่ทำกระบวนการร่วมกับเครือข่ายพุทธิกา เป็นโครงการในระยะเริ่มต้น ไม่จำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเท่านั้น โดยจัดให้พระสงฆ์ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย และในแผนการดูแล (care plan) อาจจะบ่งชี้ให้มีพระสงฆ์เข้าเยี่ยมสม่ำเสมอด้วย เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

5) ขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์พัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

เพื่อฟื้นฟูผู้สูงอายุจากอาการป่วย เช่น ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมทุกวันพุธ ทำการอบรมญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถช่วยดูแลและช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุได้

- จัดประชุม case conference ร่วมกับภาคีเครือข่าย เดือนละ 1 ครั้ง
- เข้าร่วมรับรู้และให้คำปรึกษาในการตั้งคณะกรรมการชุมชนเพื่อร่วมกันจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)

ซึ่งจะมีบทบาทต่อการเสนอและดูแลงบประมาณที่ได้รับจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

6) จัดอบรมการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในชุมชน

โดยใช้หลักสูตรอบรม 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยให้แก่ผู้ที่สนใจ (ส่วนใหญ่เป็น อสม.) โดยแบ่งการอบรมเป็น 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการบรรยายและสาธิตการช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง เช่น วิธีพลิกตัวผู้ป่วย วิธีเปลี่ยนสายให้อาหาร การช่วยเหลือในการเดิน ฯลฯ ครั้งที่ 2 ให้ผู้เข้าอบรมลงมือปฏิบัติจริง

ความยั่งยืนขององค์กร

เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงต้องดำเนินงานโดยคำนึงถึงแนวทางจากกระทรวงเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็มีปัจจัยด้านบุคลากรและบุคคลที่เป็นแกนนำแต่ละฝ่ายในชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

10) โรงเรียนผู้สูงอายุเปี่ยมสุข

เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุของตำบลสันโป่ง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เริ่มเปิดดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2555 โดยใช้พื้นที่ภายในเทศบาลตำบลสันโป่ง มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ในการเปิดดำเนินการระยะแรก มีการประชุมคณะกรรมการในชุมชน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่ม อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สันโป่ง เพื่อวางแผนการเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุภายในชุมชน โดยมีพี่เลี้ยงคือกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอแม่ริม ซึ่งเป็นแม่ข่ายของ รพ.สต. บ้านใหม่ หลังจากนั้นมีการจัดงานเปิดโรงเรียนซึ่งมีผู้สูงอายุมาร่วมมากกว่า 200 คน หลังจากนั้นคนที่มาเข้าโรงเรียนก็ลดน้อยลงไปเรื่อย ๆ เนื่องจากความยากลำบากในการเดินทาง ประมาณปี พ.ศ. 2557-2558 เทศบาลตำบลสันโป่งจึงช่วยจัดรถรับ-ส่งผู้สูงอายุถึงบ้าน ทำให้มีผู้มาเข้าโรงเรียนเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมทั้งหมด 192 คน (จากจำนวนผู้สูงอายุในตำบลทั้งหมด 1,840 คน)

ปัจจุบัน โรงเรียนผู้สูงอายุเปี่ยมสุขทำงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ เทศบาลตำบลสันโป่ง คณะสงฆ์ตำบลสันโป่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชนและชมรมผู้สูงอายุในตำบลสันโป่ง รวมทั้งโรงพยาบาลนครพิงค์

การที่ผู้สูงอายุได้มาพบปะและทำกิจกรรมที่โรงเรียนเปี่ยมสุข ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกัน ทั้งในทางร่างกาย คือการออกกำลังกาย การรวมกลุ่มช่วยสร้างวินัยเชิงบวกในการดูแลสุขภาพของตนเอง (เช่น เพื่อนชวนเพื่อนให้กินยาตรงเวลา/กินถูกวิธี) ทางจิตใจ มีความสุขจากการได้พบปะพูดคุยกันและทำกิจกรรมทางศาสนา สร้างความสัมพันธ์ ช่วยให้คลายความเหงา ลดความเครียดจากการอยู่บ้านคนเดียว และยังได้ผลทางสังคมคือการรวมตัวกันเพื่อร่วมทำกิจกรรมที่สำคัญของชุมชน ในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดกลไกดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งผู้สูงอายุดูแลกันเอง ชุมชนและลูกหลานของผู้สูงอายุเข้ามาช่วยเหลือ และเป็นพื้นที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ เข้าถึงผู้สูงอายุได้ง่าย ในด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นงานฝึกอาชีพต่าง ๆ การช่วยเหลือด้านการเงินในกลุ่มสมาชิกซึ่งช่วยบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายได้บางส่วน เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จาก 11 หมู่ ในตำบลสันโป่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่บ้านคนเดียว ด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น เป็นหม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต ไม่มีบุตรหลานดูแล หรือไม่ได้แต่งงาน

ลักษณะทั่วไป/พิเศษ

การดำเนินงานของโรงเรียนเปี่ยมสุข มีปัจจัยความยั่งยืน ได้แก่ ภาวะผู้นำและความเข้มแข็งของแกนนำผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถ การให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุนักเรียนโรงเรียนเปี่ยมสุข การให้ความสำคัญพร้อมการสนับสนุนจากนายกเทศมนตรี ผู้บริหารเทศบาลตำบลสันโป่ง ผู้นำชุมชน หน่วยงานองค์กรภาครัฐทั้งในและนอกชุมชน ตลอดจนการบริหารจัดการโรงเรียนเปี่ยมสุขที่เป็นระบบโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ

ลักษณะการดำเนินการ

กิจกรรมในโรงเรียนเปี่ยมสุข ประกอบด้วย

1) กิจกรรมประจำ

- การสวดมนต์ไหว้พระและแผ่เมตตา มีทั้งการสวดแบบสั้นและแบบยาว แบบสั้นจะสวดในวันที่มีพระเทศน์ หากไม่มีพระมาเทศจะสวดแบบยาว ซึ่งใช้หนังสือเป็นเล่ม สวดจนจบเล่ม การสวดมนต์นี้เกิดขึ้นเพราะสถานที่ทำโรงเรียนใช้พื้นที่สุสานเก่า จึงสวดมนต์เพื่อใช้ปิดป่าพลังงานที่ไม่ดีต่าง ๆ ขณะเดียวกันก็มีผลทางจิตใจคือทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ ไม่เจ็บไข้ได้ป่วยเพราะเชื่อว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง

- การออกกำลังกายหลังสวดมนต์ เป็นท่าออกกำลังกายเบาๆ หรือทำกิจกรรมร่ายย่อนยุคแทน

2) การจัดอบรม ให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ

เช่น การอบรมด้านอาชีพ ความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น กฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องเทคโนโลยี ฯลฯ

3) การทำกิจกรรมร่วมกันในเทศกาลและงานประเพณีของชุมชน

เช่น ทำกระทงในวันลอยกระทง ร่วมกันตัดตุ๊กตใช้ในงานประเพณีต่าง ๆ และประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์ สำหรับงานฌาปนกิจ หรือไปร่วมงานต่าง ๆ ของชุมชนเมื่อได้รับการประสานงาน

4) บริการดูแลสุขภาพโดยแพทย์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านใหม่

โดยที่มาให้บริการดูแลสุขภาพถึงที่ เช่น การตรวจสุขภาพ วัดความดัน สอนการกินยาให้ถูกวิธี การรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ/ถูกกับโรคประจำตัว ทำออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น

5) การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนได้ จะมีการไปเยี่ยมบ้านโดยผู้สูงอายุ ร่วมกับ อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลนครพิงค์

ระบบบริหารจัดการ

1) ด้านการบริหารงาน

โรงเรียนผู้สูงอายุมีประธานและรองประธานโรงเรียนซึ่งเป็นคนเดียวกับประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลเพื่อ ประโยชน์ด้านการบริหารงาน และมีกลุ่มแกนนำที่ทำหน้าที่วางแผนกิจกรรมต่าง ๆ และบริหารงบประมาณ

2) ด้านงบประมาณ

กลุ่มผู้สูงอายุร่วมกันวางแผนการใช้จ่าย การขอทุนสนับสนุน และบริหารงบประมาณเอง โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วม มีงบประมาณสนับสนุนจากหลายส่วน ได้แก่

- เงินค่าสมาชิก เดือนละ 20 บาท ต่อคน รวมเป็นเดือนละประมาณ 2,400 บาท (จากผู้ลงชื่อเป็น สมาชิกประมาณ 120 คน)

- งบประมาณจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นงบประมาณสำหรับการจัด กิจกรรมอบรมผู้สูงอายุประมาณปีละ 50,000 บาท (ได้รับงบประมาณต่อเนื่องมาเป็นปีที่ 4)

- ค่าตอบแทนจากหน่วยงานภายนอกที่มาศึกษาดูงาน

- เทศบาลตำบลสนับสนุนในส่วนของการสถานที่ สาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากรถรับ-ส่ง สำหรับการสนับสนุนงบประมาณ ผู้สูงอายุจะร่วมกันวางแผนงบประมาณแล้วขอไปยังเทศบาลเป็นรายกรณี (ไม่ได้รับทุกปี) ในปีงบประมาณ 2561 นี้ ได้รับงบประมาณสำหรับปรับปรุงสถานที่ 50,000-60,000 บาท

ส่วนการใช้จ่ายงบประมาณ มีการวางแผนงบประมาณไว้สำหรับ

- การจัดกิจกรรมของโรงเรียน เช่น งานอบรมต่าง ๆ และงบประมาณสำหรับจัดกิจกรรมรายสัปดาห์ เช่นค่าปัจจัยสำหรับใส่ของพระภิกษุที่มาเทศน์ (ครั้งละ 1,000 บาท – บางครั้งได้รับคืน) ฯลฯ

- งานของชุมชน เช่น งานทำบุญ งานผ้าป่า (ครั้งละประมาณ 1,500 บาท) เงินช่วยเหลืองานฌาปนกิจศพสมาชิก (รายละ 1,500 บาท ไม่รวมค่าพวงหรีด)

ความยั่งยืนขององค์กร

มีความพยายามสร้างกิจกรรมที่น่าสนใจเพื่อดึงดูดให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมมากขึ้นตลอดทั้งปี

11) ศูนย์กัลยาณมิตรสุข

ศูนย์กัลยาณมิตรสุข มีชื่ออย่างเป็นทางการคือ ศูนย์ฟื้นฟูพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน เกิดขึ้นเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2555 โดยเกิดจากการที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลห้วยทราย อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ มีความใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบกับโรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอแม่ริม ซึ่งเป็นแม่ข่ายของ รพ.สต.ห้วยทราย ได้เข้ามาช่วยเป็นพี่เลี้ยงในการสร้างกลไกดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด รพ.สต. และ อสม.

เริ่มจากการที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์เข้ามาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่ ต.ห้วยทราย ร่วมกับ อสม. ตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2552-2553 ซึ่งนอกจากการเยี่ยมผู้ป่วยแล้วก็มีการเก็บข้อมูลประเมินผู้พิการและผู้สูงอายุไปด้วย ขณะเดียวกันก็ทำงานในเชิงความคิดและเสริมศักยภาพให้กลุ่ม อสม. ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัว อสม. และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานในพื้นที่เติบโตได้ ต่อมาประมาณปี พ.ศ. 2555 เกิดการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลห้วยทรายขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในมิติกาย จิตใจ และสังคม ของผู้สูงอายุในพื้นที่ และเปิดเมื่อประมาณปี 2558 หลังจากนั้นเริ่มมีการขับเคลื่อนให้เกิดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน เพื่อเป็นระบบรองรับผู้ป่วยติดเตียงภายในชุมชน ซึ่งรวมกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มต่าง ๆ โดยไม่ต้องเดินทางไปถึงโรงพยาบาล มีการเชื่อมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาลเข้ามาช่วย และเปิดบริการอย่างเป็นทางการในปี 2560

สถานที่ใช้พื้นที่ภายในวัดตำหนักธรรมนิมิตร (บ้านอ้อย) เดิมเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในระยะแรกใช้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ และต่อมาได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลต่อเติมให้เป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ วัดเป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุในชุมชนอยู่แล้ว ขณะเดียวกันโรงพยาบาลนครพิงค์ยังทำงานกับวัดเรื่องการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ จิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับเครือข่ายพุทธิกาอีกด้วย

ศูนย์กัลยาณมิตรสุขสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดกลุ่มกิจกรรมผู้สูงอายุที่ดูแลกันเอง ลดภาระและค่าใช้จ่ายแฝงต่างๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องแบกรับจากการไปรักษาที่โรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพทั้ง รพ.สต. และโรงพยาบาลที่เข้ามาทำงานเชิงรุกอย่างต่อเนื่องหลายปีก็ได้ข้อมูลของผู้สูงอายุในเชิงลึก ขณะเดียวกันก็มีการติดตั้งระบบการดูแลสุขภาพที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม มีพื้นที่ชัดเจน คือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ซึ่งส่งผลดีต่อการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและข้อจำกัด

ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลและ รพ.สต. สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็สร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยต่าง ๆ ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุด้วย

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลห้วยทราย อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

ลักษณะทั่วไป/พิเศษ

งานผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลห้วยทรายมีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือความตื่นตัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมองเห็นความสำคัญของการทำงานกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่มีจำนวนมากขึ้นทุกปี (ปี 2560 มีผู้สูงอายุลงทะเบียนไว้ถึง 837 คน จากประชากรในตำบลทั้งหมด 4,666 คน คิดเป็นอัตราส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด) อีกด้านหนึ่งก็มีพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลนครพิงค์ที่มีประสบการณ์การทำงานกับโรงเรียนผู้สูงอายุหลายพื้นที่มาช่วยก่อร่างงาน มีความเข้าใจและมียุทธศาสตร์การทำงานสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทั้งสองส่วนสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและยังทำงานเชิงความคิดกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ จึงสามารถสร้างการยอมรับและดึงการมีส่วนร่วมได้

ลักษณะการดำเนินการ

ศูนย์กัลยาณมิตรสุข มีกิจกรรมหลัก 3 ส่วน ได้แก่

1) โรงเรียนผู้สูงอายุ

เป็นพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ พบปะกัน ทำกิจกรรมในวันพุธทุกสัปดาห์ ทำให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยน และสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกัน โดยมีผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการเอง กิจกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่

- การสวดมนต์ไหว้พระและแผ่เมตตา และการออกกำลังกายหลังสวดมนต์

เนื่องจากพื้นที่จัดกิจกรรมเป็นพื้นที่วัดซึ่งผู้สูงอายุมักมาทำกิจกรรมร่วมกันอยู่แล้ว จึงสอดแทรกการสวดมนต์เข้าไปในกิจกรรมของโรงเรียนฯ หลังการสวดมนต์ก็มักมีการพูดคุย ไล่ถามสารทุกข์สุกดิบ ทำให้ได้รับรู้เรื่องราวในชีวิตประจำวันของกันและกัน เป็นการช่วยดูแลกันทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ขณะเดียวกันก็ได้ประโยชน์ในด้านจิตวิญญาณจากการสวดมนต์และมาทำบุญที่วัดด้วย

- การจัดอบรมในประเด็นต่าง ๆ

โดยได้พันธมิตรในพื้นที่มาช่วยอบรมให้ เช่น รีสอร์ทในพื้นที่มาสอนการทำอาหารผู้สูงอายุจากวัตถุดิบในท้องถิ่น หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ออกแบบตามความสนใจของผู้สูงอายุ

- การรวมตัวทำกิจกรรมในเทศกาลและงานประเพณีของชุมชน

เช่น การประดิษฐ์กระทงในงานลอยกระทง หรือร่วมงานบุญต่าง ๆ

ในการทำกิจกรรมของโรงเรียน จะมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มาให้บริการดูแลสุขภาพถึงที่ เช่น การตรวจสุขภาพ วัดความดัน สอนการกินยาให้ถูกวิธี การรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ/ถูกกับโรคประจำตัว ทำออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น โดยมี อสม. ผลัดเปลี่ยนกันมาช่วยงานสัปดาห์ละ 5 คน ขณะเดียวกันก็มีเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ. นครพิงค์ มาช่วยเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาในบางครั้งด้วย

2) ศูนย์ฟื้นฟูพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน

ศูนย์นี้เกิดจากความตั้งใจของ อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพัฒนาสังคม ต้องการให้ชุมชนมีไว้สำหรับบริการผู้สูงอายุและผู้พิการในพื้นที่ โดยปรับเปลี่ยนจากศูนย์เด็กเล็กฯ (ซึ่งย้ายไปยังสถานที่แห่งใหม่) ตกแต่งใหม่ให้มีพื้นที่ใช้สอยสำหรับการมีกิจกรรมการฟื้นฟูร่างกาย งบประมาณสำหรับการปรับปรุงและหาซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นมาจากการสนับสนุนของ อบต. และส่วนหนึ่งมาจากการทอดผ้าป่า การบริจาคจากโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไป คณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ โดยประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครในชุมชน ภายในศูนย์มีนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด คอยให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้าน เดินทางมายังศูนย์ได้ทาง อบต. จะนำรถไปรับและส่งถึงที่บ้าน ทุกวันพฤหัสบดี ผู้สูงอายุที่สมควรได้รับการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจก่อนที่จะมาที่ศูนย์ฯ จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ทำการเยี่ยมบ้าน และแนะนำให้มาฟื้นฟูที่ศูนย์ฯ

3) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน นอกจากการดูแลสุขภาพร่างกายแล้ว ผู้เยี่ยมบ้านยังช่วยด้านสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เพราะมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะทำหน้าที่เป็น ผู้จัดการดูแล ทำหน้าที่คัดกรองโรคและจำแนกระดับของอาการ จากนั้นแบ่งหน้าที่ให้ อสม. ซึ่งผ่านการอบรมการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จากกรมอนามัยเป็นผู้ดูแลต่อ โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด แต่อาจประสบความยากลำบากเนื่องจากสภาพร่างกายเสื่อมโทรมตามวัย เช่น ข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคความดัน เบาหวาน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้ แต่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยหรือมีญาติคอยดูแลความเป็นอยู่ โดยเฉพาะเรื่องอาหาร

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยติดเตียง

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยติดเตียงระยะวิกฤต ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต

ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีความถี่ในการเยี่ยมบ้านต่างกันไปตามระดับความวิกฤติของอาการ และประสานงานกับโรงพยาบาลนครพิงค์ซึ่งน่านักกายภาพบำบัดมาเยี่ยมบ้านด้วย บางครั้งมีการถ่ายภาพวิดีโอเพื่อส่งให้แพทย์ในโรงพยาบาลใช้วินิจฉัยอาการและแนะนำการรักษาหรือออกไปส่งแพทย์ แล้วมอบให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประสานงาน

ต่อไป นอกจากนี้ยังมีการประชุมวิเคราะห์อาการผู้ป่วย ระหว่างผู้จัดการดูแล และผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนครพิงค์เดือนละครั้ง ทุกวันพฤหัสบดีแรกของเดือน

ระบบบริหารจัดการ

การทำงานของศูนย์กัลยาณมิตรสุข ในส่วนของการบริหารจัดการอยู่ภายใต้องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหลัก โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นพันธมิตรและพี่เลี้ยง มีงบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งจาก อบต. และอีกส่วนหนึ่งได้จากเงินบริจาค หรือมีผู้มอบอุปกรณ์การแพทย์ให้

ในส่วนของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุเป็นผู้บริหารจัดการกิจกรรมเอง กิจกรรมหลายครั้งพันธมิตรในชุมชนมาร่วมทำงานโดยจิตอาสา เช่นการมาเป็นวิทยากรอบรมต่าง ๆ ขณะเดียวกันกลุ่มผู้สูงอายุก็ร่วมคิดวิธีการจัดการซึ่งทำให้แทบไม่ได้ใช้งบประมาณในการขับเคลื่อนงาน

ความยั่งยืนขององค์กร

คนทำงานในพื้นที่มีลักษณะของการทำงานด้วยใจ หรือจิตอาสา ซึ่งเป็นผลดีทำให้งานเดินได้โดยไม่ต้องพึ่งพางบประมาณมากนัก

อย่างไรก็ดี ยังมีปัญหาเรื่องความขัดแย้งของข้อกฎหมายกับนโยบายรัฐซึ่งทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถพัฒนาให้งานเติบโตได้ตามที่ควรเป็น บางครั้งมีนโยบายแต่ไม่มีงบประมาณ เช่น งานอบรมอาสาสมัครในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือติดขัดที่ระเบียบข้อบังคับซึ่งทำให้ อบต. ไม่สามารถทำงานได้ เช่น การสร้างบ้านหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งระเบียบของ อบต. ไม่อนุญาตให้ทำ เป็นต้น

บทที่ 5

ความต้องการของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ

ในส่วนนี้ เป็นการนำเสนอผลการศึกษาคครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ในพื้นที่นอกเขตเทศบาล ที่จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อแสดงให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชนแห่งหนึ่ง ว่าครอบครัวที่มีผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างไร และในสถานการณ์จริงเช่นนี้ ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร มากน้อยเพียงใด ในเรื่องใดบ้าง หากมีความต้องการในเรื่องการช่วยเหลือ ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุต้องการในเรื่องใด ประโยชน์ของการศึกษาคครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการออกแบบโครงการ หรือรูปแบบการช่วยเหลือสำหรับองค์กรไม่แสวงผลกำไร หรือกิจการสังคม ได้ผลิตสินค้าหรือบริการ เพื่อการช่วยเหลือสังคมในกรณีครอบครัวที่มีผู้สูงอายุได้

ในการศึกษาคครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยทราย อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 9 ครอบครัว รวมถึงผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ในตำบลแสนตอ ตำบลตะกั่วเอน และตำบลห้วยเหนือ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 10 กรณี ในเรื่องความต้องการของผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ ในการนำเสนอในรายงานฉบับนี้ขอนำเสนอเรื่องราวที่เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุจำนวน 9 ครอบครัว ทั้งหมดอาศัยอยู่ในตำบลห้วยทราย อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่เป็นการนำเสนอประสบการณ์ชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ในการนี้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลทุกคน

5.1 กรณีศึกษาคครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ

ครอบครัวที่ 1 สามพี่น้องดูแลกันและกัน

นายทิม อายุ 79 ปี ตามองเห็นไม่ชัด หูตึง

นายพุด อายุ 75 ปี ร่างกายอ่อนแอ อาศัยอยู่แต่ในบ้าน

นายใจ อายุ 69 ปี ดูแลด้านอาหารการกินให้กับพี่ชายทั้งสองคน

บนพื้นที่ที่มีอาณาบริเวณไม่มากนัก ที่สามารถปลูกบ้านขนาดย่อมๆ ได้ 3 หลัง เป็นพื้นที่ของสามพี่น้องวัยสูงอายุ พี่ชายคนโตวัย 79 ปี ชื่อนายทิม ไม่เคยแต่งงานมีครอบครัว ดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน จึงไม่ค่อยได้ออกไปไหนมาไหน อยู่แต่ภายในหมู่บ้าน ส่วนคนกลางวัย 75 ปี ชื่อนายพุด ไม่เคยแต่งงานมีครอบครัวเช่นเดียวกัน อาศัยอยู่ตัวคนเดียว เคยประสบเหตุการณ์ไม่คาดฝัน ลูกมะพร้าวตกใส่หัว จนเป็นเหตุเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา กลายเป็นผู้ที่ต้องมีผู้อื่นคอยช่วยเหลือในเรื่อง

อาหารการกิน และต้องมีผู้ดูแลบ้างเป็นบางช่วงเวลา ใช้เวลาพักผ่อนนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ และน้องชายคนสุดท้องวัย 69 ปี ชื่อนายใจ ที่ยังคงแข็งแรงที่สุดในบรรดาพี่น้องสามคน ทำงานรับจ้างหาเลี้ยงชีพได้ มีครอบครัวตนเอง ลูกๆ นายใจยังได้ช่วยดูแลนายพุฒและนายทิมผู้เป็นลุงให้อีกด้วย ในแต่ละวัน นายใจจะเป็นผู้นำอาหารเข้า กลางวัน เย็น มากินร่วมกันกับพี่สองคนที่บ้านของนายพุฒ

สามพี่น้องอยู่ที่หมู่บ้านนี้ตั้งแต่เกิด เคยออกไปใช้ชีวิตทำงานนอกพื้นที่เมื่อวัยหนุ่ม เนื่องจากครอบครัวนี้ไม่มีที่ดินทำกิน เป็นของตนเอง ต้องรับจ้างหาเช้ากินค่ำ หรือไม่กี่หาของป่า ตัดใบตองตึงและนำมาเย็บเป็นแผ่นขาย รายได้ต่อวันไม่เกิน 200 บาท บางวันได้ไม่ถึง 100 บาท ฐานะค่อนข้างขัดสน ปัจจุบันทั้งสามพี่น้องมีรายได้หลักมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ คนละ 700-800 บาท และเบี้ยผู้พิการที่นายพุฒและนายทิมได้รับคนละ 800 บาท เงินจากสองส่วนนี้สามารถใช้จุนเจือทั้งสามชีวิตในด้านอาหารการกิน และของใช้ที่จำเป็นเท่านั้น ส่วนเรื่องการดูแลสุขภาพ โชคดีที่ทั้งสามคนมีลูกหลานที่เป็น อสม. จึงได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ดูแลชุมชนนี้ ได้มาเยี่ยมบ้านอยู่มิได้ขาด



พี่ชายคนโต ถึงแม้ว่าไม่มีปัญหาสุขภาพในเรื่องการเคลื่อนไหว แต่ปัญหาที่ทำให้ใช้ชีวิตอยู่ด้วยความยากลำบาก คือตาที่มองไม่ค่อยชัด และ หูที่ไม่ค่อยได้ยิน จึงปลีกตัวออกมาอยู่ตัวคนเดียวในบ้านที่สร้างด้วยไม้ไผ่อย่างง่ายๆ ที่เคยเป็นห้องเก็บเครื่องมือทางการเกษตรมาก่อน เพราะบ้านที่เคยปลูกสร้างร่วมกันนั้นร้อนอบอ้าว จึงได้มาอาศัยหลบนอนที่บ้านไม้ไผ่ ที่ไม่มีแม้แต่ความปลอดภัยหากแมลงสัตว์กัดต่อย หรือในช่วงหน้าฝนที่หลังคามุงใบตองตึง ไม่สามารถอุดกั้นน้ำฝนได้ แต่ยังคงอาศัยหลบนอนอยู่ที่บ้านหลังนี้ และคิดว่ามีความสุขดี ส่วนเรื่องอาหารการกิน ก็อาศัยกินกับน้องชายคนสุดท้ายและหลาน ทำมาให้ 3 มื้อทุกวัน และไม่เคยแม้แต่จะคิดว่า ตนเองเป็นผู้สูงอายุที่มีความเป็นอยู่ในสภาพลำบากไม่ปลอดภัยในการใช้ชีวิตวัยปลายและควรมีหน่วยงานมาช่วยเหลือ สิ่งที่มีและเป็นอยู่ในเวลานี้ดีที่สุดสำหรับนายทิมแล้ว



ส่วนนายพุฒ ที่เคยผ่านวิกฤตชีวิตด้านสุขภาพมาแล้ว จนกลายเป็นผู้พิการ อาศัยอยู่ในบ้านขนาดกะทัดรัด ค่อนข้างแข็งแรง และสะดวกต่อการใช้ชีวิต ที่ญาติพี่น้องปรับปรุงให้ไม่กี่ปีที่ผ่านมาหลังจากป่วยหนักตัวบ้านยกพื้นสูงจากดินเล็กน้อย หลังคามุงกระเบื้องห้องน้ำอยู่ในตัวบ้าน มีห้องโถงขนาดเล็กสำหรับกางมุ้งนอน และมีชานบ้านสำหรับนอนเล่น อ่านหนังสือ เขียนหนังสือในเวลากลางวัน หลังจากนายพุฒเดินไม่ได้ มีการปรับห้องน้ำให้โถ้วมราบติดพื้น เพื่อให้นายพุฒถัดตัวเข้าส้วมและนั่งอาบน้ำเองได้ และในช่วงซ่อมบ้าน ได้

ปรับบ้านให้ส่วนสูงจากพื้นดินลดลง เพื่อให้ก้าวขึ้นลงได้สะดวกขึ้น อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่เดินไม่ได้ นายพุดแทบไม่ได้ลงจากบ้านอีกเลย

ก่อนที่นายพุด ล้มหมอนนอนเสื่อจนกลายมาช่วยเหลือตนเองไม่ได้นั้น นายพุด ในวัยสูงอายุ มีอาชีพรับจ้างเกี่ยวข้าวเกี่ยวถั่ว เพื่อเป็นรายได้หลักวันละ 100-200 บาท จนมาถึงวันที่เปลี่ยนชีวิตของนายพุดโดยสิ้นเชิงคือ อุบัติเหตุลูกมะพร้าวตกใส่หัวตัวเอง เมื่อสิบปีก่อน ตอนนั้นนายพุดมีอายุ 65 ปี ทำให้อาการผิดปกติค่อยๆ หายยเกิดขึ้นมา หมอที่สถานีอนามัยบอกให้รอดูอาการ 2 คืน ถ้าปวดหัวให้ไปโรงพยาบาล แต่ก็ไม่มีอาการปวด ผ่านไปครึ่งเดือนนายพุดเริ่มปวดหัว จึงไป



โรงพยาบาลนครพิงค์ นอนโรงพยาบาลอยู่เกือบสัปดาห์ ตอนแรกหมอบอกว่าเป็นถุงลมโป่งพองจากบุหรี่ ต่อมาอาการหนักขึ้น หมอบอกว่าเส้นเลือดในสมองตีบ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่ออาการดีขึ้นหายใจเองได้ จึงกลับมารักษาตัวอยู่ที่บ้าน แต่ว่าสภาพร่างกายไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป กลายมาเป็นผู้ป่วยติดเตียงและให้อาหารทางสายยาง

ช่วงแรกมีพยาบาลจากโรงพยาบาลตามมาเยี่ยมบ้าน และสอนวิธีการดูแลและทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูร่างกาย โดยนายใจ ซึ่งเป็นน้องชายคนเล็กของนายพุด เป็นคนทำให้ หลังจากฟื้นฟูสุขภาพได้ประมาณเดือนครึ่ง อาการของนายพุดค่อยๆ ดีขึ้น ก็กลับมาเคี้ยวอาหารเองได้ และอีกหลายเดือนต่อมาก็ลงจากเตียงได้ พุดคุ้ยได้ เข้าห้องน้ำ อาบน้ำได้เอง โดยค่อยๆ ถัดร่างกายตัวเองไปอย่างช้าๆ อย่างน้อยก็ไม่ต้องพึ่งผู้อื่นตลอดเวลาทั้งกลางวันกลางคืน

ถึงแม้ว่าจะไม่แข็งแรงเหมือนเดิมแล้วก็ตาม ทุกวันนี้นายพุด หูตึงแต่ความจำดี และชอบเขียนเรื่องราวต่าง ๆ ลงบนกระดาษปฏิตินเก่า บางครั้งก็ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ส่วนสภาพจิตใจเป็นปกติ จะหงุดหงิดบ้างเวลาหยิบจับอะไรไม่ได้ดังใจ แสดงออกโดยการปิดถั่วยขามแตกเป็นบางครั้ง แต่ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ออกไปไหนมาไหนเหมือนอย่างเดิม มีนายใจผู้เป็นน้องชาย คอยดูแลเรื่องอาหารการกิน จัดหาหยาตามเวลา หากป่วยไข้เพียงเล็กน้อย เจ้าหน้าที่ อสม. ที่เป็นลูกหลานจะคอยดูแลเบื้องต้น ส่วนการวัดความดัน เจาะเลือด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลจะทำหน้าที่ดังกล่าวสองเดือนครั้ง และให้ยาเกี่ยวกับความดันโลหิต

นายใจ น้องชายคนสุดท้องในวัย 69 ปี ที่อาศัยอยู่กับภรรยาและลูกสองคนที่บ้านของตนเองที่ปลูกติดๆ กัน นายใจอายุน้อยสุดและไม่มีปัญหาสุขภาพจนเป็นที่กังวล เป็นผู้รับเงินเบี้ยยังชีพของนายทองและนายพุด นำมาบริหารจัดการในเรื่องอาหารการกิน จัดหาของใช้ที่จำเป็น ให้กับพี่ๆ ทั้งสอง แม้วานายใจจะดูแลแข็งแรงกว่าใคร แต่สภาพร่างกายไม่ค่อยสมบูรณ์แข็งแรง หลังโกง เพราะเคยทำงานหนักมาก่อน (เดิมทำงานก่อสร้าง ต้องยกของหนักเกินกำลัง) ทำให้ทำกิจวัตรประจำวันไม่ค่อยสะดวก หมอที่โรงพยาบาลแนะนำให้ใส่ที่รัดเอวเอาไว้ นอกจากนั้นยังมีอาการเวียนหัวบ่อย ๆ (เป็นมานานแล้ว) ไปรับยาจากอนามัยมากินเป็นประจำตอนก่อนนอน นายใจเองไม่ได้ดูแลตัวเองเป็นพิเศษ บอกว่าอยู่ไปตามบุญตามกรรม ไม่ได้เตรียมตัวอะไรไว้ จะทำงานไป

จนกว่าจะทำได้ หากตัวเองเป็นอะไรไป ถ้าไม่มีใครดูแลพี่ชายทั้งสองคนต่อ ก็คงต้องให้ไปอยู่สถานสงเคราะห์คนชรา

ครอบครัวที่ 2 ลูกหลานพร้อมหน้าพร้อมตา

นายเต่า อายุ 86 ปี มีภรรยาในวัยใกล้เคียงกันเป็นผู้ดูแล

นายเต่า อดีตกำนันเมื่อสิบกว่าปีก่อน เป็นผู้อาวุโสที่คนในชุมชนเคารพนับถือ ปัจจุบันผู้ที่รู้จักมักคุ้นต่างมาเยี่ยมเยียนอยู่เสมอ เพราะนายเต่าไม่ได้ออกไปเข้าร่วมกิจกรรมอย่างที่เคยทำมา ด้วยสภาพที่อ่อนแรงลง และวัยที่เพิ่มมากขึ้น จึงชอบพักผ่อนอยู่ที่บ้านมากกว่า มีภรรยาคูแหว่งอยู่คนเดียว และมีลูกหลานห้อมล้อม (มีลูก 3 คน หลาน 6 คน เหลน 6 คน) เนื่องจากเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ ลูกหลานปลูกบ้านในอาณาบริเวณเดียวกัน ทำให้นายเต่าไม่เคยเหงา ลูกหลานมาเยี่ยมมาหาอยู่มิได้ขาด



นายเต่าถือว่าเป็นผู้มีฐานะไม่ขัดสน หากเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ ถือว่าอยู่ในระดับดี ต่อการใช้ชีวิตในวัยปลาย และนายเต่าเองก็ไม่ได้มีปัญหาด้านสุขภาพรุนแรงจนถึงช่วยตัวเองไม่ได้ มีเพียงความอ่อนแอ ที่เกิดขึ้นตามปกติวิสัยของผู้สูงอายุในวัยเกือบเก้าสิบนี้เท่านั้น ถึงแม้ว่านายเต่าเคยเป็นโรคถุงลมโป่งพองจากการสูบบุหรี่จัดในวัยหนุ่ม แต่ปัจจุบันรักษาหายแล้ว และไม่ได้เป็นปัญหาคั่งทอนสภาพร่างกายในปัจจุบัน และเนื่องจากมีลูกหลานมากมาย จึงได้รับการเกื้อหนุนดูแลเป็นอย่างดี ภรรยาในฐานะผู้ดูแลหลักก็ไม่รู้สึกเครียดหรือว่ารับหน้าที่ดูแลแต่เพียงผู้เดียว หากไม่เจ็บไข้หรือป่วยอะไรๆ แอด ลูกหลานก็มักจะพานายเต่าไปเที่ยวต่างจังหวัดอยู่เสมอ

ก่อนหน้านี้ นายเต่าแข็งแรงกว่าปัจจุบัน มักจะเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุเสมอๆ แต่พอมาร่างกายอ่อนแอ จึงไม่ได้เข้าร่วมอีกเลย แต่ที่ยังคงไปช่วงนี้เป็นประจำคือที่ ศูนย์ฟื้นฟูพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน ที่มีการบำบัดร่างกายหลายอย่าง ทั้งนวด กายภาพบำบัด ทำให้รู้สึกว่าการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น การไปที่ศูนย์ฯ ก็สะดวก เพราะมีรถรับส่งถึงบ้าน อีกอย่างไปที่ศูนย์ฯ นายเต่าไม่รู้สึกไม่เบื่อ เพราะมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลเป็นอย่างดี อีกทั้งได้เจอเพื่อนฝูงวัยเดียวกัน ได้รับประทานอาหารร่วมกัน ทำให้เต็มใจอยากไปเมื่อถึงวันที่มีเจ้าหน้าที่มารับขึ้นรถไปยังศูนย์ฯ

สิ่งหนึ่งที่นายเต่า ทำเป็นประจำมิได้ขาดเลยคือ การทำบุญตักบาตรตอนเช้าที่บ้าน หากนายเต่าแข็งแรงกว่านี้ ก็อยากไปช่วยทำกิจกรรม และปฏิบัติธรรมที่วัดด้วยตนเอง

การใช้ชีวิตสูงวัยอยู่ในชุมชนถื่นเกิด ทำให้คนรู้จักแวะเวียนมาอยู่ไม่ได้ขาด ไม่ได้ตัดขาดสังคมภายนอกโดยสิ้นเชิง ลูกหลานนึกถึงห่วงหา มีภรรยาใช้ชีวิตอยู่เคียงข้าง ถึงแม้จะอยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกัน แต่ไม่เจ็บไข้

ได้ป่วย ฟังตนเองได้และดูแลกันและกัน ชีวิตก็มีความสุขแล้ว สำหรับความพอใจในชีวิตในปัจจุบันนี้ นายเต๋ไม่มีความต้องการใดเป็นพิเศษ โดยนายเต๋กล่าวว่า

“ก็ต้องพอใจ ถ้าไม่พอใจก็ต้องทำให้พอ ก็ต้องยอมรับ เราแก่แล้ว ไม่ใช่หนุ่มอยู่ แก่แล้วก็ต้องยอมรับว่าแก่ เจ็บก็ต้องยอมรับว่าเจ็บ ต้องยอมรับว่า เราได้อยู่อย่างนี้ ที่ดีกว่าเราก็คือ ที่ไม่ดีเท่าเราก็คือ แต่เราพอใจแล้ว”

ครอบครัวที่ 3 คู่ทุกข์คู่ยาก

นางใบบุญ อายุ 76 ปี ป่วยเบาหวาน ขาข้างหนึ่งเล็กผิดปกติมาแต่กำเนิด

นายโชค อายุ 64 ปี ขาพิการ เพราะถูกควายขวิด

สองสามีภรรยาที่กลายมาเป็นผู้พิการในชีวิตบั้นปลาย อาศัยอยู่กันอยู่ลำพังในบ้านปูนชั้นเดียวหลังเล็ก โดยมีบ้านของครอบครัวลูกชายปลูกอยู่ข้างๆ กัน ทั้งคู่ไม่ได้มีสุขภาพที่ดีนัก กลายมาอยู่ติดบ้าน เพราะไปไหนมาไหนไม่สะดวก ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน และฐานะครอบครัวค่อนข้างยากจน มีรายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการเท่านั้น รายได้รวมกันสองคน เดือนละ 2,100 บาท จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของนางใบบุญ 700 บาท และของนายโชค 1,400 บาท จากเบี้ยยังชีพคนพิการ 800 บาท และเบี้ยผู้สูงอายุ 600 บาท เงินจำนวนนี้แบ่งให้ครอบครัวลูกชายเป็นค่าอาหารการกินและเป็นค่าใช้จ่ายจำเป็นต่าง ๆ

นางใบบุญ รูปร่างท้วมเคลื่อนไหวตัวค่อนข้างช้า ขาข้างหนึ่งลีบที่เป็นมาตั้งแต่เกิด ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน ปัจจุบันมีเบาหวานเป็นโรคประจำตัว เวลานั้นแก้อื้อนาน ๆ เท้าจะบวม เจ็บ และข้อเท้าแดง สาเหตุประการหนึ่งคือน้ำหนักช่วงบนมากกว่าช่วงล่าง หวานไหนอาการไม่ดี ลูกสะใภ้จะมากอยช่วยเหลือบางอย่าง เช่น ทำกับข้าวให้กิน เพราะลูกสะใภ้เป็นห่วงมากที่นางใบบุญมักชอบทำอาหารตามที่ตัวเองชอบ ประเภทรสจัดและเค็มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เวลาลูกสะใภ้ทำอาหารให้กินก็จะปรับรสชาติให้จืดลง และอยากให้กินประเภทข้าวต้มมากกว่า

ส่วนนายโชค ผู้เป็นสามีคนปัจจุบันนางใบบุญ ที่มีอายุอ่อนกว่า 12 ปี ทั้งคู่อยู่กินด้วยกันมาประมาณ 7 ปีมาแล้ว หลังจากที่สามีคนก่อนของนางใบบุญเสียชีวิต นายโชคได้ย้ายเข้ามาอยู่ที่บ้านนางใบบุญที่ชุมชนแห่งนี้ เดิมทีนายโชคอยู่ที่ตำบลอื่นในอำเภอแรมริมเช่นเดียวกัน นายโชคสุขภาพไม่สู้ดีนัก และขาพิการด้วย เพราะถูกวัวขวิดจนกระดูกต้นขาหักเมื่อ 10 กว่าปีก่อน ปัจจุบันก็ยังมีอาการปวดมาก และเหยียดขาเวลานอนไม่ได้ มักจะมีอาการเส้นชายึด เจ็บ และเดินกะเผลก ต้องใช้ไม้เท้าแบบยันรักแร้สองข้าง แต่ก็เดินไปไหนมาไหนไม่ถนัดนัก อยู่แต่ในบ้าน ร่างกายส่วนอื่นปกติ แต่ไม่กี่ปีมานี้ นายโชคมักบ่นว่ามองไม่ค่อยเห็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงได้แนะนำให้นายโชคตรวจเบาหวานและความดัน ที่สถานีนอนามัยในตำบล เนื่องจากนายโชคไม่เคยได้ตรวจสุขภาพเลย ในเรื่องความช่วยเหลือ นายโชค ไม่เคยคิดขอความช่วยเหลือจากใคร ขอแค่ให้กลับมาเดินได้เหมือนเดิม

“ก็ต้องทำด้วยตัวเอง ไม่ได้หวังให้ใครมาช่วยอะไร ถ้าลูกเดินได้ ก็ดีใจแล้ว”

ลูกชายลูกสะใภ้ดูแลเรื่องอาหารการกินให้ ทั้งการซื้อวัตถุดิบมาให้ปรุงอาหารเอง ซื้ออาหารสำเร็จรูปมาให้ แต่มักจะขัดแย้งกัน เพราะลูกสะใภ้อยากให้กินจืดๆ เพื่อดูแลสุขภาพ แต่แม่ยังชอบทำอาหารรสจัดแบบเดิม และยังมี ความขัดแย้งกันเรื่องการใช้พื้นที่ภายในบ้าน เพราะนายโชคอยากนอนที่ห้องโถง จะได้ลุกไปห้องน้ำสะดวก แต่ลูกสะใภ้อยากให้เข้าไปนอนในห้องนอน บ้านจะได้มีที่โล่งๆ ส่วนเรื่องอื่น ๆ ผู้สูงอายุทั้งสองคนช่วยเหลือดูแลกันเองเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าทั้งคู่จะต้องใช้เครื่องช่วยเดิน แต่นางไบบุญช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่า และยังดูแลนายโชคด้วย และหากนางไบบุญต้องไปหาหมอ ลูกชายจะซื้อรถมอเตอร์ไซด์ไปส่ง นอกจากนั้นทั้งคู่ก็ไม่ได้ออกจากหมู่บ้านไปไหนแล้ว โดยนายโชคจะเดินอยู่รอบ ๆ บ้าน ไม่ค่อยอยากไปไหน เพราะเดินไม่สะดวก ถ้าตามองเห็นได้ดี และกลับมาเดินได้เหมือนเดิม ก็คงอยากออกไปไหนมาไหนบ้าง ส่วนนางไบบุญเดินไปหาญาติพี่น้องในละแวกบ้านได้ ตอนเช้าใส่บาตรได้ตามปกติ อยากไปทำบุญที่วัดเหมือนแต่ก่อน แต่ติดปัญหาเรื่องการเข้าห้องน้ำ ชอบไปโรงเรียนผู้สูงอายุ เพราะมีรถมารับ ไปที่นั่นสนุกดี แต่คงไปทุก ครั้งไม่ได้เพราะเป็นห่วงสามี

ทั้งสองสามีภรรยาที่กลายมาอยู่ติดบ้าน ต่างพยายามที่จะช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด การใช้ชีวิตประจำวันในเรื่องอาบน้ำ ขับถ่าย กิน นอน นั้นไม่เป็นปัญหา เพียงแต่ต้องค่อยๆ เคลื่อนไหวร่างกาย อีกอย่างบ้านที่อาศัยอยู่มีชั้นเดียวที่มีขนาดไม่ใหญ่ ที่นอนกับห้องน้ำอยู่ใกล้กันจึงไม่ลำบากมากนัก ทั้งสองคนต่างดูแลซึ่งกันและกันได้ทั้งในตอนกลางวันและกลางคืน หากฟังฟังแต่ลูกสะใภ้ก็จะทำให้เธอมีภาระมากขึ้น ทั้งต้องเป็นผู้หารายได้มาจุนเจือครอบครัวตนเองและต้องดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย

ลูกสะใภ้และลูกชายของนางไบบุญ (ลูกของสามีนางไบบุญที่เสียชีวิตไปแล้ว) ทั้งคู่อายุ 49 ปี มีรายได้หลักมาจากการสานส้มไผ่ขาย ซึ่งมีรายได้สองวันเพียง 150 บาท เท่านั้น รายได้เสริมก็มีเพียงเบี้ยผู้สูงอายุจากนางไบบุญที่แบ่งมาให้เดือนละ 1,500 บาท มาเป็นค่าอาหารสำหรับสองครอบครัว ลูกชายของนางไบบุญเองไม่สามารถออกไปทำงานไกลจากหมู่บ้านได้ เพราะเคยประสบอาการวูบ หน้ามืด และไม่รู้สึกร่างกาย ในขณะที่ทำงานท่ามกลางแดดจัด จึงเกรงว่าจะมีปัญหาอีก เพราะทำงานหนักเกินไป เบี้ยผู้สูงอายุจึงทำให้สองครอบครัวมีกินในแต่ละเดือน โชคดีที่ปัญหาสุขภาพคนในชุมชนที่นี่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากสถานีนอนามัย จึงทำให้แทบไม่เสียค่าใช้จ่ายอะไรเลย

ลูกสะใภ้ของนางไบบุญอาจกล่าวได้ว่าเป็นผู้ดูแลหลัก บางครั้งก็ให้ลูกสาวสองคนที่อยู่ในวัยรุ่นมาช่วยสอดส่องดูแลตายายสองคนด้วย จึงทำให้นางไบบุญและนายโชคไม่เหงา เพราะมีลูกหลานดูแลอย่างใกล้ชิด ถึงแม้ครอบครัวรายได้ไม่ได้มีมากมาย แต่ไม่มีรายจ่ายเกินตัว ทุกคนก็มีชีวิตที่มีความสุขได้ในถิ่นเกิดตนเอง แม้ว่าสุขภาพของแต่ละคนไม่เอื้ออำนวย แต่ได้รับการดูแลบางครั้งบางคราว ก็เพียงพอสำหรับครอบครัวนี้แล้ว ในฐานะลูกสะใภ้ที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความกังวลอย่างเดียวนั่นคือเรื่องอาหารการกิน ที่คนในครอบครัวบอกอันไหนดี อันไหนไม่ดี ผู้สูงอายุมักจะไม่ค่อยเชื่อ แต่เมื่อหมอหรือเจ้าหน้าที่มาแนะนำก็จะเชื่อฟังเป็นอย่างดี

ครอบครัวที่ 4 คู่กาย

นายสันต์ อายุ 82 ปี มีภรรยา อายุ 76 ปี คอยดูแล

นายสันต์ อาศัยอยู่ในบ้านปูนที่ออกแบบสวยงาม ที่นอนและห้องน้ำมีการปรับปรุงให้สะดวกต่อการใช้งาน ทั้งในยามกลางวันและกลางคืน บ้านหลังนี้เป็นของลูกสาวของนายสันต์ ที่ตอนกลางวันไปทำงานในเมือง และกลางคืนกลับมาอนบ้านเดียวกับนายสันต์ ผู้เป็นพ่อ ส่วนภรรยาของนายสันต์ อยู่บ้านอีกหลังหนึ่งที่ปลูกอยู่ในพื้นที่เดียวกัน เป็นบ้านไม้เก่าแก่ของนายสันต์ กับภรรยา เธอคุ้นเคยกับบ้านไม้สองชั้นหลังนี้มากกว่าบ้านปูนหลังใหม่ที่ลูกสาวปลูกให้พ่อไว้พักอาศัยอย่างสะดวกสบาย ส่วนนายสันต์ เองก็ชอบบ้านหลังใหม่ เพราะเงียบสงบ ห่างจากถนน และเย็นสบายทั้งตอนกลางวันและกลางคืน อีกอย่างหนึ่งมีความเป็นส่วนตัวอีกด้วย บ้านสะอาดสะอ้านตลอดเวลา เพราะจำแม่บ้านมาทำความสะอาดทุกสัปดาห์

เดิมทีนายสันต์ มีอาชีพทำไร่ทำสวน ทำตั้งแต่วัยหนุ่มเรื่อยมาจนถึงอายุ 70 กว่าปี ที่ไม่สามารถทำต่อได้อีก เพราะร่างกายอ่อนแรง และเหตุที่ต้องเลิกทำอย่างถาวร เพราะอาการขาชา เมื่อ 5 ปีก่อน นายสันต์ เป็นผู้บอกเองว่า อาการขาชาอาจเกิดมาจากใช้ยาฆ่าแมลงเยอะ และไม่คิดว่า เป็นอาการของโรคเบาหวาน นานวันเข้าขาข้างที่มีอาการขาเกิดแผลเรื้อรัง หมอบอกว่าเป็นโรคเบาหวาน และให้ตัดขา แต่นายสันต์ ปฏิเสธไม่ให้ตัด แต่รักษาตามอาการเรื่อยมา ทุกวันนี้โรคเบาหวานไม่ปรากฏอาการที่น่าเป็นห่วงสำหรับนายสันต์ อีกแล้ว แค้กินยาควบคุมความดันเบาหวานทุกวันเท่านั้น นายสันต์ ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่แต่ในบ้าน ไม่ค่อยอยากออกไปไหน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เดิน หรือ นั่งรถล้อเลื่อนไฟฟ้า ไปบ้านภรรยาที่อยู่ติดกันทุกเช้า กลางวัน เย็น เพื่อไปกินข้าว หรือเปลี่ยนอริยาบท



ถึงแม้ว่าร่างกายภายนอกดูผอมบาง แต่นายสันต์ ยังทำอะไรได้ด้วยตัวทุกอย่าง ทั้งกินข้าว กินยา นั่ง ลูก เดิน แต่งตัว อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ ไม่มีปัญหาใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า เพราะบ้านที่อาศัยอยู่มีการปรับปรุงห้องน้ำ ทางลาดปรับเปลี่ยนสวิตช์ไฟให้ใกล้ตัว ภรรยาของนายสันต์ จึงไม่รู้สึกเป็นห่วงแต่อย่างใด ไม่ต้องคอยอยู่ดูแลใกล้ชิดทั้งวันทั้งคืน และใช้ชีวิตที่เป็นส่วนตัวได้ ซึ่งอันที่จริงแล้ว นายสันต์ เอง หรือแม้แต่ภรรยาของนายสันต์ ก็ไม่ได้มองว่านายสันต์ มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตแต่อย่างใด เพียงแต่อยู่ติดบ้านมากขึ้น ไม่ค่อยได้ออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมเหมือนผู้อื่นที่ยังกระฉับกระเฉงเท่านั้นเอง สิ่งที่นายสันต์ ต้องการมีแค่เพียง อยากให้กลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม

ในเรื่องการดูแลสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักมาเยี่ยมเยียนเสมอ ในวันที่มีกิจกรรมฟื้นฟูร่างกายที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ในตำบล หากมีรถมารับ นายสันต์ ก็จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นด้วย ภรรยาของนายสันต์ ถึงแม้มีอายุเยอะแล้ว แต่ยังดูกระฉับกระเฉง คล่องตัว หุงหาอาหารเลี้ยงสามี และลูกสาวในวัยทำงานได้ ไม่มีความกังวลในเรื่องการสูงอายุทั้งของตนเอง และของสามี การทำหน้าที่ดูแลสามีเป็นหน้าที่ปกติของเธอ ไม่มีได้มีอะไรพิเศษไป

จากเดิมตั้งแต่อยู่กินมา เพราะสามีช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่าง อีกทั้งไม่เดือดร้อนเรื่องเงินทอง นอกจากเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการแล้ว (นายสันต์ ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้พิการจึงได้รับเบี้ยผู้พิการเดือนละ 800 บาทด้วย) ลูกสาวหนึ่งคนที่อยู่ด้วยกันทุกวันนี้ ก็คอยเติมเต็มความต้องการตลอดเวลา ภรรยาของนายสันต์ ยังไปไหนมาไหนได้สะดวก แม้แต่ไปเที่ยวประเทศเพื่อนบ้านกับกลุ่มเพื่อนฝูงในบางโอกาส สามารถปล่อยสามีให้อยู่ลำพังในตอนกลางวันได้ ส่วนตอนกลางคืน ไม่กังวลอะไร เพราะลูกสาวพักอยู่บ้านเดียวกับพ่อ

ครอบครัวที่ 5 คู่ใจ

นางเจิม อายุ 79 ปี และ สามี อายุ 83 ปี

นางเจิม อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี มีลูกสองคน แต่ลูกชายเสียชีวิตไปหลายปีแล้ว เหลือแต่ลูกสาวที่มีครอบครัวปลูกบ้านอยู่ไกลๆ เมื่อก่อนนางเจิมมีอาชีพทำนา ทำไร่ แต่ปัจจุบันทำไม่ไหวแล้ว สามีของนางเจิมยังทำงานไหวอยู่ ดูแลสวนลำไย และเลี้ยงวัว ที่ไม่ได้มีผลผลิตสำหรับขาย ค่ากินค่าอยู่ส่วนใหญ่นางเจิมกับสามีใช้จากเบี้ยผู้สูงอายุ รวมแล้ว 1,500 บาท ต่อเดือน รวมทั้งมีเงินของหลานสาวที่ส่งมาให้ใช้ประมาณเดือนละ 1,000-2,000 บาท บางเดือนก็พอยังชีพ บางเดือนก็ไม่พอ เพราะต้องเอาเงินไปซื้อข้าวกิน ไม่ได้ทำนาเหมือนแต่ก่อน ภายในบ้านของนางเจิมมีเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น มีเครื่องซักผ้า มีเครื่องทำน้ำอุ่น ปูกระเบื้อง เพื่อไม่ให้ลื่นล้ม มีส้วมชักโครกแต่ยังไม่มีราวจับ มีรถไฟฟ้าสำหรับเดินทางไปไหนไกล ๆ

นางเจิมป่วยเป็นเบาหวาน มีอาการชาบวม เดินไม่สะดวกมา 3 ปีแล้ว เคยไปหาหมอ หมอบอกว่าเป็นโรคไต แต่นางเจิมรู้ตัวเองว่าไม่ได้เป็นโรคนี้ หมอจึงประคบอาการบวม ในที่สุดก็หาย ปัจจุบันนางเจิมต้องใช้ไม้เท้าช่วยในการเดิน ส่วนสามีของนางเจิม เป็นโรคเกาต์ ความดัน เบาหวาน แต่ก็ยังแข็งแรง ขับมอเตอร์ไซด์ไปไหนมาไหนได้ เดินไปป่า ไปทุ่งได้ทุกวันนี้ตามปกติ

ลูกสาวของนางเจิม อายุ 56 ปี ทำงานประจำอยู่ในโรงเรียนใกล้บ้าน ไม่ไกลจากบ้านพ่อแม่มากนัก วันเสาร์หรืออาทิตย์จึงจะมาทำงานบ้านให้ ส่วนอาหารการกินประจำวัน สามียายจมนเป็นผู้ทำ ถึงแม้จะอยู่บ้านหลังนี้กันแค่สองตายาย แต่ลูกหลานหรือบรรดาญาติก็มาเยี่ยมไม่ได้ขาด ทำให้ไม่เหงามากนัก นางเจิมไม่ค่อยได้ออกไปไหนมาไหนเพราะเดินไม่สะดวกต้องใช้ไม้เท้าตลอดเวลา ยกเว้นเวลาไปโรงพยาบาล ลูกสาวและลูกเขยจะไปส่ง และโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีรถมารับส่ง นางเจิมชอบไปโรงเรียนผู้สูงอายุเพราะว่าได้ทำออกกำลังกาย บริหารร่างกาย ที่ได้นำมาปฏิบัติเองที่บ้านได้ ทั้งทำนอน ทำนั่ง ยกแขน ยกขา ทำให้รู้สึกว่าการออกกำลังกายกำลังดีขึ้น

ความสุขของนางเจิมคือการที่มีลูกหลานหรือญาติ ๆ มาเยี่ยม แต่สิ่งที่นางเจิมต้องการคือ อยากหายเจ็บป่วย ปราศจากโรคภัย สำหรับเรื่องสุขภาพที่มีความกังวลคือ กลัวว่าจะหกล้มเหมือนที่เคยมาครั้งหนึ่ง และเรื่องอาหารการกินที่ต้องระมัดระวังมากขึ้น คือ หมอสั่งห้ามกินผักชะอม หน่อไม้ รวมทั้งเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อวัว เนื้อควาย หนั๋งปลาทุกชนิด และของหวาน เพราะจะทำให้อาการเกาต์กำเริบ

ครอบครัวที่ 6 ฟังตนเองดีที่สุด

นางคำสร้อย อายุ 73 ปี อาศัยอยู่กับหลานสาวหนึ่งคน อายุ 31 ปี

นางคำสร้อย มีรูปร่างเล็กแต่ดูแข็งแรง การมองเห็นปกติดีเพราะเคยผ่าตัดรักษาต้อหินมาหลายปีแล้ว ไปไหนมาไหนพร้อมกับจักรยานคู่ใจ อาศัยอยู่กับหลานสาวที่กำลังว่างงาน สามีนางคำสร้อยเสียชีวิตเมื่อปีที่แล้ว ทำให้นางคำสร้อยขาดคนรู้ใจเหมือนใช้ชีวิตอยู่ตัวคนเดียว และลูกชายสองคนเสียชีวิตจากโรคร้ายเมื่อหลายสิบปีก่อน มีหลานสาวหนึ่งคน ถึงแม้จะอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน แต่ดูเหมือนมีความเหินห่าง ต่างคนต่างอยู่ต่างหากินเอง เพื่อนที่ดีที่สุดในเวลานี้ก็มีสุนัขพันธุ์บูลด็อกที่นางคำสร้อยดูแลเหมือนลูก อยู่เคียงข้างกันตลอดเวลา

นางคำสร้อยเกิดและเติบโตในชุมชนแห่งนี้ เลี้ยงชีพด้วยการทำไร่นา รับจ้างทั่วไป เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ถึงแม้จะบอกกับตัวเองว่ายังทำงานได้ แต่ก็ไม่มีใครจ้างให้ผู้สูงอายุอย่างนางคำสร้อยทำงาน รายได้หลักๆ ก็มีแต่เพียงเบี้ยผู้สูงอายุ 700 บาท เท่านั้น ในฤดูกาลที่มีใบทองติ่งเยอะ นางคำสร้อยก็จะไปเก็บและมาเย็บเป็นแผ่นเพื่อขาย ซึ่งได้แค่ปีละ 200-300 บาท ถึงจะทำสุดแรงแค่ไหน ก็ได้เพียงเท่านี้ สู้หนุ่มสาวที่แข็งแรงไม่ได้ พื้นที่ที่มีอยู่เป็นสวนลำไย ที่ไม่เคยได้ขายผลผลิต เนื่องจากรสชาติไม่หวานอร่อยเหมือนสวนที่มีการบำรุงอย่างดี รายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุจำนวนนี้สามารถประทังชีวิตในแต่ละเดือนได้ ครั้งหนึ่งเป็นค่าข้าวสาร อีกครั้งหนึ่งเป็นวัตถุดิบประกอบอาหาร เช่น หมู ปลา หอย หอม กระเทียม พืชผักอย่างอื่นได้มาจากที่ปลูกในอาณาบริเวณบ้าน ส่วนที่ต้องการอยากได้เช่นเสื้อผ้าใหม่ หรือของใช้ ไม่มีโอกาสที่จะได้ซื้อ มักจะมีผู้มาบริจาคให้

ดูภายนอก นางคำสร้อย ดูแข็งแรง เดินเหินคล่องแคล่ว ด้วยเป็นเพราะว่าชอบขี่จักรยานมาตั้งแต่สาว ๆ เหมือนเป็นการออกกำลังกาย ไม่ปวดขาปวดเข่า ทุกวันนี้ ไปไหนมาไหนก็ปั่นจักรยานไป ไม่ว่าหาหมอ ไปตลาด ไปโรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่มีเหนื่อย โรคประจำตัวที่มีคือ ความดัน ไขมัน ไต และต้อหิน ก็ได้รับยาจากสถานีนอนามัยในตำบล น้อยครั้งนักที่จะไปใช้สิทธิ์ 30 บาท ที่โรงพยาบาลในเมือง ถ้ามีปัญหาเรื่องสุขภาพใด มักจะไปปรึกษาเจ้าหน้าที่ อสม. หรือ อบต. ที่อยู่ใกล้ตัวก่อน

สภาพความเป็นอยู่ของนางคำสร้อย ถึงแม้จะมีบ้านที่ค่อนข้างแข็งแรงปลอดภัย อยู่บนพื้นที่สวนค่อนข้างกว้างขวาง แต่ก็ให้ความสุขได้ระดับหนึ่ง เพราะอยากได้อยากมีอะไรที่นอกเหนือจากอาหารการกิน ก็ต้องอดใจไว้ เพราะถ้าไม่มีเงินช่วยเหลือก็แทบจะไม่มีรายได้อะไรเลย สิ่งที่ต้องการสำหรับนางคำสร้อยมีอย่างเดียวเท่านั้น คือ เงินสำหรับใช้จ่ายใช้สอยในชีวิตประจำวัน ถ้าได้รับเพิ่มขึ้นมาอีกเพื่อใช้จ่าย อาจจะทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีความสุขได้ จะได้ไม่ต้องดิ้นรนคอยฤดูกาลเก็บเกี่ยวต้องตังนำมาขาย หรือหมั่นไปรับเบี้ยผู้สูงอายุทุกเดือน ทุกวันนี้ นางคำสร้อยไม่พยายามคิดเปรียบเทียบกับใครอื่นให้เกิดความเครียด เพราะเป็นการบั่นทอนสุขภาพตนเอง

“เรามีความสุข เราไม่เครียด เราอยู่กับหมา มีกิน ไม่มีก็อดเอา ไม่อยากรบกวนใคร
ไม่ยากทำให้ใครเดือดร้อน”

นอกจากคิดบวกแล้ว นางคำสร้อย ที่เหมือนใช้ชีวิตลำพังคนเดียวตั้งแต่สามีตาย ไม่พาชีวิตตนเองอยู่ท่ามกลางความเหงาโดดเดี่ยวตลอดเวลา ทุกวันพุธที่โรงเรียนผู้สูงอายุเปิด นางคำสร้อยก็จะไปเข้าร่วมกิจกรรมมิได้ขาด เพราะได้พบปะเพื่อนในวัยเดียวกันร้อยกว่าคน เข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เคารพธงชาติ ไหว้พระ ออกกำลังกาย เต้น รำวง ทำให้คลายเครียดได้

ครอบครัวที่ 7 กลางวันอยู่คนเดียว กลางคืนอยู่กับลูกหลาน

นางจันทา อายุ 88 ปี อาศัยอยู่กับลูกชาย และหลานชาย

นางจันทา หญิงรูปร่างเล็ก ตาข้างซ้ายเป็นต้อกระจกเมื่อตอนอายุ 40 ปี ส่วนตาข้างขวาปกติดี แต่มองไม่ชัด ไม่นานมานี้แขนหัก แต่ตอนนี้หายดีแล้วได้ ถึงแม้อายุมากแล้ว ยังไปเยี่ยมหาเพื่อนฝูงบ้านใกล้เคียง ตอนกลางวันเป็นประจำ เพราะอยู่คนเดียวมันเหงา ลูกไปทำงานหลานไปโรงเรียน กลางคืนถึงจะได้มีโอกาสกินข้าวพูดคุยกัน นางจันทามีลูก 3 คน ผู้หญิง 1 คน ผู้ชาย 2 คน แต่อาศัยอยู่กับลูกชายคนกลาง (ลูกชายคนโตและลูกสาวจะไป ๆ มา ๆ มาเยี่ยมอาทิตย์ละครั้ง) และหลานชาย 1 คน อายุ 14 ปี

บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านปูนชั้นเดียวที่มีสามห้องนอน ของลูก หลาน และตัวนางจันทาเอง ห้องน้ำห้องครัว แยกเป็นสัดส่วน ห้องของนางจันทาอยู่ใกล้ห้องน้ำเพื่อกลางคืนได้เดินไปสะดวก แม้มองไม่เห็นก็ใช้มือคลำทางไปได้ ห้องซบถ่ายยังเป็นแบบนั่งยอง แต่นางจันทาบอกว่าไม่มีปัญหาในการลุกนั่ง มีปัญหาเรื่องเดียวที่มองไม่ชัด ลูกๆ ต่างเป็นห่วง อยากให้นางจันทาไปรักษาให้หายขาด ครั้งหนึ่งนางจันทาเคยไปหาหมอเพื่อรักษาตา แต่หมอกลับดู ทำให้ไม่อยากไปหาหมออีก ปัจจุบันนางจันทาได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว แต่ก็การมองเห็นก็ไม่ได้กลับมาดีเหมือนเดิมสักเท่าไรนัก

นางจันทาใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ลูกๆ และหลาน ทั้งที่อยู่ด้วยและไม่ได้อยู่ด้วย ต่างเป็นห่วงนางจันทา ไม่อยากให้ไปไหนมาไหน หรือให้ทำกิจวัตรที่ไม่สำคัญ เช่น หุงหาอาหาร ทำกับข้าวกับปลา ลูกชายนางจันทาจะซื้อข้าวหนึ่ง และอาหารสำเร็จรูปจากตลาดมาให้กินด้วยกันในครอบครัว ลูกคนที่ไม่ได้อยู่ด้วยกันหมั่นแวะเวียนมาหาเกือบทุกสัปดาห์ ซื้อเสื้อผ้า ของกินของใช้มาฝาก ส่วนลูกชายที่อาศัยอยู่ด้วยกันทำงานรับจ้างรายวัน รายได้หลักเพื่อดูแลลูกชายในวัยเรียนของตนเอง ส่วนเบี้ยผู้สูงอายุที่นางจันทาได้รับ บางครั้งนำมาใช้จ่ายเป็นค่าขนมให้หลานไปโรงเรียน บางเดือนไม่พอใช้จ่าย เธอบอกว่าถ้าได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ 1,000 บาท เดือนหนึ่งก็น่าจะพอใช้ ยามว่างอยู่คนเดียว นอกจากแวะไปคุยกับเพื่อนฝูง นางจันทาชอบดูข่าว ละครโทรทัศน์ กวาดเก็บใบไม้ถอนหญ้าที่บ้านหากนอนกลางวันไม่หลับ เมื่อมีงานบุญที่วัด ก็ไปคนเดียวได้ เนื่องจากวัดอยู่ใกล้บ้าน ส่วนเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย นาน ๆ ครั้งจึงจะไปหาหมอในเมืองสักที นางจันทากล่าวว่า ทุกวันนี้ชีวิตก็มีความสุขดี เครียดบ้างในเรื่องเงินไม่พอใช้

ครอบครัวที่ 8 โสดแต่ไม่โดดเดี่ยว

นายไผ่ อายุ 67 ปี อาศัยอยู่ตัวคนเดียว

นายไผ่ มีพี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่ 4 คน ไม่มีครอบครัว เคยอาศัยอยู่ด้วยกันกับแม่ เมื่อแม่เสียชีวิตไป จำต้องอาศัยอยู่ตัวคนเดียว แต่มีพี่น้องและหลานๆ คอยมาดูแลอยู่ห่าง ๆ น้องสาวคนถัดจากนายใจ อายุ 63 ปี บ้านอยู่ใกล้กัน ทำกับข้าวกับปลามาให้กินสามมื้อทุกวัน

เมื่อก่อนนายไผ่มีอาชีพปลูกถั่ว ปลูกข้าว ช่วงเวลาที่เว้นจากการทำนา ก็ไปรับจ้างก่อสร้าง และรับจ้างทั่วไป อยู่ในตัวเมืองเชียงใหม่ จนมาถึงจุดเปลี่ยนชีวิตเมื่อสิบปีที่แล้ว ตอนนั้นอายุประมาณ 57 ปี นายไผ่ไปเก็บถั่วเหลือง ช่วงเดือนเมษายน อากาศร้อนมาก ทำให้มีความดันสูงมากจนเส้นเลือดในสมองแตก รักษาตัวจนหายดี แต่ไม่อาจกลับมาเดินได้ปกติเหมือนเดิม ต้องใช้ไม้เท้า ยิ่งกว่านั้น ยังมีอาการชาครึ่งตัว และเจ็บปวดร่างกาย ไม่สามารถยกแขนได้ ทุกวันนี้ต้องทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ในตำบล ทำให้สภาพร่างกายอาการชา เจ็บปวด ทุกเลา ที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ นายไผ่ได้ออกกำลังกาย โดยการปั่นจักรยาน ยืดขา ยืดแขน และฝึกเดิน ปัจจุบันนายไผ่ยังคงต้องไปรักษาที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ อย่างสม่ำเสมอ ทุกวันพฤหัสบดีจะมีรถจาก อบต. คอยรับส่งไปยังศูนย์ฯ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ตอนนี้นายไผ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว เช่น อาบน้ำเองได้ ซักผ้าเองได้ แต่ยังเดินไปไหนมาไหนไม่สะดวก จะล้มแล้วลุกเองไม่ได้ น้อง ๆ ที่อยู่บ้านใกล้คอยช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของนายไผ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้พิการเดือนละ 800 บาท และเบี้ยผู้สูงอายุเดือนละ 600 บาท เงินจำนวน 1,400 บาท นี้เพียงพอเฉพาะค่ากินเท่านั้น แต่ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อย่างไรก็ดี มีน้อง ๆ และหลานๆ คอยช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย ซื้อหรือจัดหาของใช้ส่วนตัวมาให้

น้องสาวนายไผ่ชื่อนางวันนา อายุ 63 ปี มีครอบครัวของตัวเอง อาศัยอยู่กับลูกหลาน 5 คน มีโรคประจำตัวคือ ความดันสูง อย่างเดียว สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดี เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุทุกครั้ง มาดูแลที่บ้าน นายไผ่ผู้เป็นพี่ชายทุกวัน หากนายไผ่ต้องการความช่วยเหลือ นางวันนาและลูกหลานไม่เคยปฏิเสธ

ครอบครัวที่ 9 สองพ่อลูกผู้อดทน

นายสมบัติ อายุ 82 ปี และนายเปรม อายุ 45 ปี

นายสมบัติ อาศัยอยู่กับสองคนพ่อลูก กับลูกชายคนเล็ก หลังจากที่ย้ายจากไปเมื่อสองปีก่อน และลูกชายคนโตที่เพิ่งจากไปเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา นายสมบัติกลายมาอยู่ติดบ้าน ติดที่นอน ในที่สุดช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และไม่พูดอีกเลย สาเหตุหนึ่งที่นายเปรมผู้เป็นลูกชายบอกว่า อาจเกิดมาจากการเครียดที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ลุกไม่ได้ ถ้าลุกแล้วล้มทุกครั้ง จึงได้แต่นอนอยู่กับที่ นานวันเข้าเกิดเป็นแผลกดทับ ร่างกายอ่อนแอขึ้นทุกวัน ไม่พูดไม่จา จนในที่สุดต้องนอนติดเตียง พูดสื่อสารไม่ได้ นายเปรมลูกชายคนเดียวที่เหลืออยู่ในเวลานี้ จึงต้องทำหน้าที่ล้างแผล ป้อนอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ผู้เป็นลูกไม่สามารถละทิ้งให้พ่อที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้แล้วอยู่ลำพังในบ้านได้ ไม่เช่นนั้นแล้ว จะไม่มีใครหาอาหารให้นาย

สมบัติกิน ไม่มีใครป้อน เพราะนายสมบัติไม่สามารถลุกนั่งและกินอาหารเองได้ตามปกติ และที่สำคัญต้องอยู่เพื่อกอยพลิกตัวนายสมบัติ ไม่ให้แผลจากการกดทับลุกลามไปมากกว่านี้

นายเปรม ก่อนหน้าที่จะต้องดูแลพ่อตลอดเวลา มีอาชีพรับจ้างก่อสร้าง ได้วันละ 300 บาท (แต่ไม่ได้ทำงานทุกวัน) เมื่อพ่อมาเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อีกเลย จึงทำให้นายสมบัติ ออกไปทำงานนอกหมู่บ้านไม่ได้ และทำให้ไม่มีรายได้ใด ๆ เลย ค่าอยู่ค่ากินทุกวันนี้มาจากเงินสงเคราะห์ของพ่อ คือ เบี้ยยังชีพผู้พิการเดือนละ 800 บาท และเบี้ยผู้สูงอายุเดือนละ 800 บาท เท่านั้น ถือว่าไม่พอใช้ ค่าซื้อกางเกงกันเปื้อนให้พ่อใส่ (จำเป็นต้องใส่ เพื่อความสะดวกในตอนกลางคืน) แทบจะไม่พอ บางครั้งต้องยืมเงินจากโครงการกระตุ้นเศรษฐกิจภายในชุมชนมาใช้เพื่อซื้อเสื้อผ้า ผ่อนจ่ายเดือนละ 188 บาท ซึ่งก็ไม่ถึงกับลำบากมากนัก ถึงแม้นายเปรมอยากออกไปทำงานรับจ้างเพื่อมีรายได้เหมือนเดิม ก็ไม่สามารถแม้แต่จะคิด ด้วยความเป็นห่วงพ่อ มีความรู้สึกเบื่อบ้างเป็นบางครั้ง แต่นายเปรมต้องบอกตัวเองให้อดทน มีบ้างบางครั้งออกไปกินเหล้ากับเพื่อนฝูงเพื่อคลายเครียด

ไม่มีใครรู้เลยว่านายเปรมมีความเครียดมากน้อยแค่ไหน ที่ไปไหนมาไหน หรือทำงานหาเงินไม่ได้เหมือนเดิม ถ้าไม่มีเบี้ยสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการ พ่อของนายเปรมคงไม่มีใครดูแล ทุกวันนี้ต้องทำเพื่อพ่อ คือ จัดหาอาหารเหลว ชักผ้า ทำความสะอาด จับตัวพ่อพลิกไปพลิกมา ยึดแข้งยึดขาป้องกันเส้นยึด นายเปรมขาดที่ปรึกษาและผู้แบ่งเบาภาระ เพราะอยู่กับพ่อคนเดียวแค่สองคน ไม่มีญาติมิตรมาเยี่ยมเยียนหรือคอยช่วยเหลือ มีก็แต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาช่วยทำแผลให้พ่อเป็นบางครั้ง สิ่งที่นายสมบัติต้องการเป็นอย่างแรกคือ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปที่พอใช้ทั้งกลางวันกลางคืน ปัจจุบันที่สามารถซื้อได้ ไว้สำหรับใช้ตอนกลางคืนเท่านั้น ไม่มีพอจ่ายสำหรับซื้อสำรองไว้ตอนกลางวัน ถ้าได้รับการช่วยเหลือเรื่องนี้จะช่วยแบ่งเบาได้บ้าง จะได้ไม่ต้องกังวลเรื่องการขับถ่ายตอนกลางวัน ตนจะได้มีโอกาสออกไปข้างนอกได้ ความเครียดที่มีอยู่ตอนนี้คงจะเป็นเรื่องเงินทองอย่างเดียว นายเปรมกล่าวว่าอยากมีอาชีพที่สามารถนั่งทำอยู่กับบ้านได้ จะได้สามารถดูแลพ่อได้ เพื่อมีเงินเพิ่ม เพราะเบี้ยสงเคราะห์ของพ่อไม่พอกับรายจ่าย

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชน สามารถวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและความต้องการของครอบครัวผู้สูงอายุ ดังตาราง 5-1

ตารางที่ 5-1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จากชุมชนที่ศึกษา

ครอบครัว	รายได้ที่ใช้ในการดำรงชีวิต	การดูแลประจำวัน	การดูแล / รับบริการจากภายนอก	การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	ความต้องการของผู้สูงอายุ	ความต้องการของผู้ดูแล
ครอบครัวที่ 1 สามพี่น้องดูแลกันและกัน ผู้ชาย 3 คน อายุ 79, 75 และ 69 ปี คนแรก ตามัว หูตึง คนที่สอง เดินไม่ได้ คนที่สาม สภาพปกติ ดูแลพี่ชายสองคนได้	เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ น้องคนสุดท้องนำมาจัดการเพื่อเป็นค่าอาหารสำหรับสามคนพี่น้อง	แต่ละคนอยู่ในบ้านของตนเองที่ปลูกในบริเวณเดียวกัน น้องชายคนสุดท้อง จัดหาอาหารมาให้พี่ชายทั้งสองคน	การเยี่ยมบ้านโดย อสม., เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูสุขภาพเบื้องต้น เช่น วัดความดัน เจาะเลือด	อยู่แต่ที่บ้าน ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสังคม ส่วนคนสุดท้องยังทำงานรับจ้างรายวัน	ไม่ต้องการ	ไม่ต้องการ
ครอบครัวที่ 2 ลูกหลานพร้อมหน้าพร้อมตา ผู้ชาย อายุ 89 ปี สภาพร่างกายและจิตใจปกติ	ลูกหลานดูแล ไม่มีปัญหาเรื่องการเงิน สถานะดี เคยเป็นกำนัน	อยู่ด้วยกันกับภรรยา ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง	- ไม่มีข้อมูล	- อยู่แต่ที่บ้าน นาน ๆ ครั้งที่ลูกหลานพา ออกไปเที่ยว - เคยไปร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันไปไม่ไหว	ไม่ต้องการ	ไม่ต้องการ
ครอบครัวที่ 3 คู่ทุกข์คู่ยาก คู่สามีภรรยา อายุ 64 และ 76 ปี ใช้เครื่องช่วยเดินทั้งคู่	เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ	ทั้งคู่ดูแลกันเองภายในบ้านของตนเอง ส่วนเรื่องอาหารการกิน ลูกสะใภ้ที่อยู่อีกบ้านอีกหลังหนึ่งเป็นคนจัดการให้เป็นบางครั้ง	การเยี่ยมบ้านโดย อสม., เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูสุขภาพเบื้องต้น เช่น วัดความดัน เจาะเลือด	- ทั้งคู่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมใดๆ เลย เพราะเดินไม่สะดวก - ภรรยาอยากไปโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่กังวลเรื่องการเข้าห้องน้ำ และเป็นห่วงสามีที่ต้องอยู่คนเดียว	สามี ต้องการกลับมาเดินได้เหมือนเดิม	ลูกสะใภ้เป็นผู้ดูแลเรื่องอาหาร ไม่มีความต้องการอะไร

ครอบครัว	รายได้ที่ใช้ในการดำรงชีวิต	การดูแลประจำวัน	การดูแล / รับบริการจากภายนอก	การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	ความต้องการของผู้สูงอายุ	ความต้องการของผู้ดูแล
ครอบครัวที่ 4 คู่กาย คู่สามีภรรยา อายุ 82 และ 76 ตามลำดับ	ลูกสาวดูแลด้านการเงิน	สามีดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ภรรยาดูแลด้านอาหารการกิน	การเยี่ยมบ้านโดย อสม., เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น วัดความดัน เจาะเลือด	สามี อยู่แต่ในบ้าน ใช้เวลานอนเป็นส่วนใหญ่ ส่วนภรรยายังใช้ชีวิตตามปกติเกี่ยวกับเพื่อนตามโอกาส	สามี ต้องการกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม	ไม่ต้องการ
ครอบครัวที่ 5 คู่ใจ คู่สามีภรรยา อายุ 83 และ 79 ปี ตามลำดับ ภรรยา ป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนสามี ใช้ชีวิตตามปกติ	เบี้ยผู้สูงอายุ และเงินช่วยเหลือจากหลานสาว			มีลูกหลานมาเยี่ยมสม่ำเสมอ แต่ไม่ค่อยได้ออกไปไหน	ภรรยา อยากหายจากอาการเจ็บป่วย	หลานสาวเป็นผู้ดูแลการเงินอย่างเดียว ไม่ต้องการอะไรเพิ่มเติม
ครอบครัวที่ 6 พึ่งตนเองดีที่สุด หญิง อายุ 73 ปี อยู่กับหลานในบ้านเดียวกัน แต่เหมือนต่างคนต่างอยู่	เบี้ยผู้สูงอายุ และหาของป่าขาย	ดูแลตนเอง ทำอาหารกินเอง ไปไหนมาไหนเองได้ตามปกติ	สุขภาพแข็งแรงดี ถ้ามีปัญหาด้านสุขภาพ จะปรึกษา อสม ก่อน	เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุสม่ำเสมอ	เงินที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต	ไม่มีผู้ดูแล
ครอบครัวที่ 7 กลางวันอยู่คนเดียว กลางคืนอยู่กับลูกหลาน หญิงอายุ 88 ปี อาศัยอยู่กับลูกหลาน	เบี้ยผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่กับลูก	ช่วยเหลือตัวเองได้ ไปไหนมาไหนเองได้ แต่	สุขภาพแข็งแรงดี แต่มีปัญหาเรื่องสายตา	เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุสม่ำเสมอ	ไม่ต้องการ	ไม่มีผู้ดูแล

ครอบครัว	รายได้ที่ใช้ ในการดำรงชีวิต	การดูแลประจำวัน	การดูแล / รับบริการจาก ภายนอก	การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	ความต้องการของ ผู้สูงอายุ	ความต้องการของ ผู้ดูแล
ครอบครัวที่ 8 โสดแต่ไม่โดดเดี่ยว ชาย อายุ 67 ปี อยู่คนเดียว แต่มีน้องสาวที่อาศัยอยู่ใกล้ดูแล	เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ	ดูแลตัวเองได้ และอยู่คนเดียวในบ้านได้ มีน้องสาวดูแลเรื่องอาหารการกิน	เพียงผ่านการฟื้นฟูสุขภาพ	ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่ศูนย์ฯ ในชุมชน	ไม่ต้องการ	น้องสาวดูแลแต่เรื่องอาหาร ไม่ได้ดูแลตลอดเวลา
ครอบครัวที่ 9 สองพ่อลูกผู้ดันทน ชาย อายุ 82 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ชาย อายุ 45 ปี ลูกชาย เป็นผู้ดูแล	เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย ลูกชายอยู่ดูแลตลอดเวลา ยกเว้นยามหลับ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้าน และช่วยทำแผลกดทับ	ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมใด ผู้ดูแลต้องหยุดรับจ้างรายวัน ไม่ได้ทำงานตามปกติ	ไม่แสดงความต้องการ เพราะไม่สามารถพูดได้	ต้องการผ้าอ้อมผู้สูงอายุ และงานที่สามารถทำที่บ้านได้

ความต้องการในด้านต่างๆ ของกรณีศึกษา

1) ความต้องการทางการเงิน

จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีฐานะค่อนข้างยากจน สมาชิกในครอบครัวมีอาชีพรับจ้างรายวัน ส่วนใหญ่ใช้เบี้ยสงเคราะห์ ทั้งสำหรับผู้สูงอายุ (600-800 บาท) และผู้พิการ (800 บาท) ซึ่งรวมกันแล้วได้รับประมาณ 1,400-1,600 บาทต่อเดือน เป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลที่อาจเป็นลูก ลูกสะใภ้ หรือ น้อง จะนำเงินนั้นมาบริหารจัดการในการซื้ออาหารประจำวัน บ้างเป็นอาหารสำเร็จรูป บ้างเป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหารที่ไม่มีในท้องถิ่น พืชผักในท้องที่ที่ขึ้นอยู่ตามธรรมชาติ ทำให้ประหยัดไปได้มาก มีการซื้อข้าวสารเป็นกระสอบ และซื้อเนื้อหมูจากตลาดมาผสมกับผักเพียงเล็กน้อย ทำให้ต่อวันสามารถทำอาหาร 3 มื้อ ได้ในงบประมาณเพียง 15 บาท ต่อคนเท่านั้น

นอกจากค่าใช้จ่ายด้านอาหารเป็นหลักแล้ว ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ต้องจ่ายทุกเดือน ได้แก่ ค่าน้ำ ค่าไฟ สำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวยากลำบาก จะมีค่าใช้จ่ายค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป ที่ต้องใช้อย่างน้อยวันละ 2-3 ชิ้น ในครอบครัวที่สมาชิกไม่ได้ออกไปทำงานหาเงินจะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมาก จำเป็นต้องหยิบยืมเงินจากแหล่งอื่น การใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ดูแลสะดวกในการทำมาสะอาด ไม่ต้องกังวลในเรื่องขับถ่ายของผู้สูงอายุทั้งกลางวันและกลางคืน แต่มีราคาแพง ชิ้นละประมาณ 10 บาท วันหนึ่งใช้ 3 ชิ้น เดือนหนึ่งจะมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 900 บาท และสำหรับผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ค่อยสะดวกในการลุกนั่ง ผ้าอ้อมสำเร็จรูปจะช่วยให้ไม่ต้องกังวลในการใช้ห้องน้ำนอกสถานที่ เมื่อยามไปธุระ หรือเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ทำบุญที่วัด เป็นต้น

จากการสอบถามเรื่องความต้องการทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่วนใหญ่บอกว่าไม่ต้องการอะไร แม้แต่เงินที่ดูเหมือนมีความจำเป็นมากที่สุด มีเพียงผู้สูงอายุหญิงที่อยู่ตัวคนเดียวเท่านั้น และยังช่วยเหลือตัวเองได้ ที่ให้ความเห็นว่าถ้ามีเงิน 1,000 บาท จะพอสำหรับการใช้จ่ายที่มากไปกว่าซื้อหาอาหารในแต่ละเดือน ส่วนผู้ดูแลในวัยทำงานที่ไม่มีรายได้หลังจากต้องมาดูแลบิดาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ไม่ต้องการเงินแต่อย่างใด แต่อยากได้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป เพื่อใช้ในเวลากลางวัน ตนจะได้ไม่ต้องคอยเฝ้าตลอดเวลา จะได้มีเวลาไปทำงานอย่างอื่นได้

ดังนั้น เงินไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุบางคน แต่อาหารและปัจจัยในการดำรงชีวิตสำคัญกว่า ในตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน งานที่สร้างรายได้ในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุไปด้วย มีค่ายิ่งกว่า

2) ความต้องการด้านการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้เหมาะสมต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

จากการสังเกตที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในชุมชน ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เคยประสบปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ต่อมาอาการดีขึ้น ที่พักอาศัยจะมีการปรับปรุงให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น เช่น บ้านผู้สูงอายุชายที่อยู่ตัวคนเดียว โถสุขภัณฑ์สำหรับขับถ่าย ที่เป็นแบบนั่งชันเข่า จะปรับให้อยู่ระนาบเดียวกับพื้น ผู้สูงอายุที่เดินไม่ได้ แต่เคลื่อนไหวด้วยการใช้มือช่วยพยุงตัว สามารถพาตัวเองไปนั่งบนโถส้วมดังกล่าวได้ โดยไม่ต้องลุกนั่ง หรือนั่งชันเข่า และไม่มีผนังกั้นแบ่งแยกระหว่างห้องนอนและบริเวณห้องน้ำ ห้องขับถ่าย

สำหรับบ้านของครอบครัวผู้มีฐานะจะมีการปรับปรุงต่อเติมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยในการใช้งาน เช่น ราวจับในห้องน้ำ ส่วนครอบครัวที่ค่อนข้างยากจน ไม่มีการปรับเปลี่ยนเพื่อการอยู่อาศัยแต่อย่างใด ผู้สูงอายุเคยชินกับการใช้ชีวิตปกติในบ้านของตนเอง โดยไม่ได้คำนึงถึงความปลอดภัย อย่างกรณี ชายสูงอายุที่ตามองไม่ชัด และหูไม่ได้ยิน ชอบอาศัยอยู่ในบ้านของตัวเองที่เป็นไม้ไผ่ที่ไม่มีความคงทน หรือกันฝนได้ ไม่ต้องการให้มีการปรับปรุงใด ๆ เพราะทุกวันนี้ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ หรือ ประสบความยากลำบากในการอยู่อาศัยแต่อย่างใด ผู้สูงอายุท่านนี้ต้องการความเป็นส่วนตัว และปฏิเสธเรื่องการย้ายที่อยู่ ถึงแม้พี่น้องจะให้ย้ายไปอยู่ด้วยกันในบ้านที่คงทน สิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน

ดังนั้น ในการปรับสภาพที่พักอาศัยให้กับผู้สูงอายุ ควรให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงความปลอดภัยในการใช้ชีวิต ถึงแม้มีความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยมาแล้วตลอดชีวิต และคำนึงถึงความต้องการความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

3) ความต้องการด้านผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า มีเพียงกรณีศึกษาเดียวเท่านั้น ที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแลทั้งวันทั้งคืน คือ ครอบครัวที่ผู้เป็นพ่อป่วยติดเตียง และมีเพียงลูกชายที่ไม่ได้ออกรับจ้างหางานทำ เพื่อมาดูแลพ่อตลอดเวลา สำหรับครอบครัวอื่น ๆ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่สงวนวัยมาก พึ่งพาในเรื่องอาหารการกินเท่านั้น ในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา มีหลายครอบครัวที่ผู้สูงอายุเป็นคู่สามีภรรยาที่ดูแลกันเอง และการดูแลไม่ได้มีความแตกต่างจากการปฏิบัติต่อกันมา หากคู่สามีภรรยาที่สูงอายุมาก หรือ มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ครอบครัวลูกจะเป็นผู้ดูแลในเรื่องอาหารการกินประจำวัน ส่วนผู้ที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียว โดยเฉพาะผู้ชาย จะมีญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านใกล้ คอยสอดส่องดูแลในตอนกลางวัน

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ควรได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษ ในเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการกิน การขับถ่าย การเคลื่อนย้าย เป็นต้น รวมถึงการให้กำลังใจจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีการจัดให้ผู้ดูแลเสริมที่มาจากจิตอาสาในชุมชนหรือตัวแทนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดูแลผู้ป่วยสูงอายุแทนผู้ดูแลหลักในบางวัน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้มีเวลาทำธุระส่วนตัว หรือช่วงเวลาที่พักผ่อนนอนหลับได้อย่างเต็มที่

4) ความต้องการด้านการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม

ผู้สูงอายุหลายคน กล่าวว่า ชอบไปโรงเรียนผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในตำบล เพราะได้เจอเพื่อน มีกิจกรรมให้ทำหลากหลาย ไม่เบื่อ เช่น การออกกำลังกาย สวดมนต์ไหว้พระ ฟังธรรม ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากวิทยากร ได้รับแจ้งข้อมูลข่าวสาร ได้ทำในสิ่งที่ไม่เคยทำ แต่ยังมีบางครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วม เพราะบ้านอาจอยู่ไกล แต่อยากเข้าร่วมถ้าหากมีรถมารับไป และเหตุผลที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ เป็นเพราะว่าห่วงผู้ที่อยู่ที่บ้าน และไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำนอกบ้าน

สำหรับผู้ที่เคยไปที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายฯ ที่มีทั้งการตรวจโรค การได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ การนวดผ่อนคลาย รักษาอาการปวดเมื่อย ต่างมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น หลังจากเข้าร่วมศูนย์ดังกล่าว ทั้งนี้ ที่ผู้สูงอายุได้ไปศูนย์ฟื้นฟูฯ เพราะมีการจัดรถรับส่ง

5) ความต้องการด้านความสะดวกในการเดินทาง

การมีบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุจากบ้านไปยังศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก ได้มีโอกาสในการทำกายภาพบำบัดกับเจ้าหน้าที่ และมีอาการดีขึ้นตามลำดับ การริเริ่มการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดให้ ได้รับงบประมาณจาก อบต. และจำกัดให้แค่การเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างเท่านั้น เช่น ไปยังโรงเรียนผู้สูงอายุ และศูนย์ฟื้นฟูฯ

ดังนั้น บริการรถรับส่งเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้สำหรับอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม แต่การมีรถรับส่ง โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวที่ฐานะค่อนข้างยากจน จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสไปหาหมอตามนัด ไปซื้อของใช้ในชีวิตประจำวัน หรือไปเยี่ยมเพื่อนฝูงได้ สิ่งที่ควรคำนึงในการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุ คือ รถที่ใช้รับส่งมีความปลอดภัย มีความสะดวกในการขึ้นลง เช่น มีราวจับ มีเก้าอี้ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ตัวใหญ่ มีพื้นที่สำหรับวางอุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน เป็นต้น

ข้อสรุปในประเด็นต่าง ๆ จากข้อมูลการสัมภาษณ์

ผลการศึกษาครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในชุมชน สามารถจำแนกออกได้เป็น 5 ด้านหลักๆ คือ 1) ความต้องการทางด้านการเงิน 2) ความต้องการด้านการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้เหมาะสมต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ 3) ความต้องการด้านผู้ดูแล 4) ความต้องการด้านการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม และ 5) ความต้องการด้านความสะดวกในการเดินทาง

อาจกล่าวได้ว่า ความต้องการทั้ง 5 ด้านหลักนั้นได้รับการสนองจากภาครัฐในระดับพื้นฐานครอบคลุมในทุกประเด็น แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบความไม่สะดวกและครอบคลุมในบางประเด็นโดยเฉพาะประเด็นในเรื่องคุณภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่จะต้องได้รับการอภิปรายเพิ่มเติมในรายละเอียดของการจัดบริการ ซึ่งหากพิจารณาร่วมกับรูปแบบการจัดบริการกับต่างประเทศนั้น จะพบว่า ประเด็นดังกล่าวนี้ถูกเติมเต็มด้วยการมีส่วนร่วมจาก

ภาคส่วนอื่นและรวมถึงผู้รับบริการเองที่จะเป็นผู้สนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คุณภาพและบริการตามความต้องการสำหรับความต้องการ

สำหรับในด้านการรักษาโรค ในชุมชนแห่งนี้ ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข และกลไกความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสังคมที่เกี่ยวข้อง จึงไม่อธิบายเพิ่มเติมในส่วนนี้

5.2 บริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษ

ตำบลห้วยทรายเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ที่อยู่ไม่ไกลจากตัวเมืองมากนัก ลักษณะการกระจายบ้านเรือนเป็นกระจุกบ้าน ที่มีความสัมพันธ์เครือญาติ แต่ละบ้านมีอาณาบริเวณสำหรับปลูกต้นไม้และพืชผัก รอบนอกหมู่บ้านแวดล้อมด้วยธรรมชาติที่เป็นสวนต้นไม้ขนาดใหญ่ เช่น ลำไย มะม่วง ฯลฯ สลับกับแปลงนาแปลงไร่ ถนนหลักในหมู่บ้านเป็นถนนปูนอย่างดี สะดวกในการเดินทางทั้งในและนอกพื้นที่

ตำบลห้วยทราย เป็นชุมชนต้นแบบจนเป็นสถานที่ดูงานของหน่วยงานอื่น ๆ ในหลายเรื่อง เช่น เป็นชุมชนต้นแบบด้านเศรษฐกิจพอเพียง และชุมชนมีความเข้มแข็งในพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวบ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้นำชุมชนทั้งผู้ใหญ่บ้านและสมาชิก อบต. มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาความอยู่ดีมีสุขของชุมชน ประสานงานความร่วมมือกับภาครัฐ และรับเอาโครงการที่ริเริ่มโดยภาครัฐมานำเสนอและปรับใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิตของชุมชน กิจกรรมที่เป็นการอนุรักษ์สืบสารประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากชาวบ้าน ภูมิปัญญาต่าง ๆ การเพาะยอต่ออ่อนทานตะวัน หมอดิน จักสาน ทำจันทน์ ขนมหันบ้าน ตัดเย็บกระเป๋ ได้สืบทอดผ่านปราชญ์ชาวบ้าน ให้กับสมาชิกในชุมชน และผู้คนที่เข้ามาศึกษาดูงาน

ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ถือเป็นเรื่องสำคัญของหมู่บ้านนี้ ตามที่ได้มีปรากฏการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยเจ็ดสิบปี แปดสิบปี มีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีผู้สูงอายุไม่น้อยที่ต้องใช้ชีวิตอยู่คนเดียว เพราะไม่เคยแต่งงานมีครอบครัว และบางคนลูกเสียชีวิตไปก่อนหน้านี้หลายสิบปีแล้ว เนื่องจากเคยมีปรากฏการณ์วัยแรงงานในชุมชนภาคเหนือติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวนมาก ชุมชนนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของผลจากปรากฏการณ์ดังกล่าว คือ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลาน และอยู่ตัวคนเดียว เนื่องจากเล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ที่เกือบทุกครอบครัวมีญาติใกล้ชิดเป็นผู้สูงอายุ และเคยทำประโยชน์ให้กับชุมชนมาก่อน ทำให้ผู้นำตำบลและชุมชน จิตอาสา ตลอดจนความความคิดริเริ่มจากโรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลามันที่เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลพื้นที่ ได้ดำเนินการโครงการและกิจกรรมหลากหลายรูปแบบที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน หรือดำเนินการตามแนวทางระบบดูแลระยะยาว ที่ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุที่ชอบเข้ากิจกรรมสังคม ผู้สูงอายุที่ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม และผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือมีปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ตัวอย่างกิจกรรม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน จัดขึ้นที่วัด ที่เป็นศูนย์กลางกิจกรรมของชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ที่ให้ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวได้ใช้เครื่องมือเพื่อออกกำลังกาย เล่นเกมฝึกสมอง ได้รับการนวดเพื่อสุขภาพ และได้รับ

คำแนะนำและฝึกปฏิบัติที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน หรือออกไปไหนมาไหนไม่ได้ ซึ่งทาง อสม. จะเป็นผู้รับทราบดี จะคอยประสานให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้าน หรือมาตรวจเยี่ยมเป็นประจำแล้วแต่กรณี เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน ความดัน ไม่สามารถเดินทางไปยังสถานีนามัยใกล้ๆ ได้ ทางเจ้าหน้าที่จะมาตรวจโรค เจาะเลือด วัดความดัน และจ่ายยาให้ตามความเหมาะสม ส่วนผู้ที่มีอาการบาดเจ็บ หรือ มีแผลกดทับ จะได้รับการทำความสะอาด และเปลี่ยนผ้าพันแผลให้ เป็นต้น

อสม. เป็นสมาชิกในชุมชนที่กลายมามีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือด้านข้อมูลเบื้องต้นให้กับสมาชิกในชุมชน เก็บและรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของคนในชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานภายนอกที่ดูแลด้านสุขภาพ ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือ อสม. เป็นคนในชุมชนที่มีจิตอาสาที่จะให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลายๆ คน ได้ทำหน้าที่นี้มาเป็นเวลากว่า 20 ปี นับตั้งแต่มีการสร้าง อสม. ให้เกิดขึ้นในชุมชน และคนในชุมชนได้ยอมรับบทบาทหน้าที่ของ อสม. มากขึ้น ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อสม. ที่มีส่วนรับผิดชอบบางคนได้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ที่ได้ทุนสนับสนุนจาก อปท. หรือโครงการที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น เช่น เข้าร่วมการฝึกอบรมการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต เช่น วิธีพลิกตัวผู้ป่วย วิธีเปลี่ยนสายอาหาร บางคนเรียนรู้การนวดแผนไทย เรียนรู้การคัดกรองโรคเบื้องต้น ก่อนส่งถึงมือแพทย์ ปัจจุบัน อสม. ในพื้นที่ที่ทำการศึกษานี้ เป็นผู้ที่คนในชุมชนนึกถึงเป็นอันดับแรกในการขอความช่วยเหลือและข้อมูล จากเดิมที่ไม่ให้ความสำคัญ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้าน ไม่ให้ข้อมูลสมาชิกในบ้านที่มีปัญหาสุขภาพ จนในที่สุดชาวบ้านให้การยอมรับมากขึ้น

จากการศึกษาที่ชุมชนหนองปลามัน อาจกล่าวได้ว่า ระบบการดูแลสุขภาพภายในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความครอบคลุม ที่เด่นชัดในเรื่องการพัฒนาเจ้าหน้าที่ อสม. ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และประโยชน์ที่ได้กับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ คือ

1) ความสะดวกในการเดินทาง

ครอบครัวที่ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว เมื่อเวลาจำเป็นต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลในเมือง มักจะจ้างรถไปเอง ผู้สูงอายุบางคนที่ต้องไปพบแพทย์ตามนัด ไม่กระตือรือร้นที่จะไป จนล้มเลิกนัด และไม่เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะการไปโรงพยาบาลเป็นที่รับรู้กันว่าจะต้องไปแต่เช้า กว่าจะได้พบหมอ และกว่าจะได้กลับบ้านใช้เวลาเกือบครึ่งวัน เมื่อชุมชนมีการพัฒนาระบบสุขภาพให้ดีมากยิ่งขึ้น ทำให้ไม่มีปัญหาในการเดินทางทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และผู้ที่พาไปส่งยังสถานบริการสุขภาพ เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เนื่องจากมีบริการรับส่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว โดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

2) ลดภาระค่าใช้จ่าย

สำหรับครอบครัวที่มีฐานะยากลำบาก การลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สามารถลดความตึงด้านการเงิน ครอบครัวได้สำหรับครอบครัวที่มีรายได้จากการรับจ้างรายวัน ในขณะเดียวกัน การได้รับบริการสุขภาพถึงที่

บ้านโดยไม่มีค่าใช้จ่ายถือเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตหากไม่มีการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ที่เห็นได้ชัดคือ ผู้สูงอายุที่ติดเตียงได้รับการช่วยเหลือในดูแลรักษาแผลกดทับ ได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาความเสี่ยงอาการเบาหวาน ความดัน หรือวางแผนเพื่อควบคุมโรค ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหว ได้ใช้เครื่องมือที่เหมาะสม โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะให้การดูแลอย่างใกล้ชิด หากไม่มีศูนย์ฟื้นฟูฯ ดังกล่าวในชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งมีฐานะอาจไม่ได้รับการรักษา หรือแขนขากลับมาใช้งานได้ปกติ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่การงานประจำไม่สามารถพาผู้สูงอายุไปทำกายภาพบำบัดได้สม่ำเสมอ และผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนก็อยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกัน

3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง

จากการที่มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นการบริการอย่างครบวงจร มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถคอยดูแลอย่างใกล้ชิด และมีรถบริการรับส่งถึงบ้าน ก่อให้เกิดแรงจูงใจของตัวผู้สูงอายุเองที่มีความหวังที่จะกลับมาสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีดังเดิม และเป็นความหวังของผู้ดูแล ที่ไม่ต้องใช้พลังงานและพลังใจในการดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงลำพัง เพราะมี อสม. ที่ได้สมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก และผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่องจากสถาบันที่ได้รับการรับรอง อย่างในกรณีของของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของชุมชนตำบลห้วยทราย ในระยะแรกของการเปิดศูนย์ฯ มีเพียงผู้สูงอายุไม่กี่รายที่เข้าใช้บริการ ผู้ที่เข้ามาใช้บริการเมื่อได้นวด และฝึกเดิน ทำให้เดิน ลุกได้ เมื่อผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมา แต่เห็นว่า ผู้ที่มานวด มาฝึกเดินที่ศูนย์ฯ ก็ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเดิน เข้ามาที่ศูนย์ฯ เพิ่มมากขึ้น และมาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีผู้มาใช้บริการที่ศูนย์ฯ มากขึ้น จนต้องมีการจองคิว และอุปกรณ์และเครื่องออกกำลังกายไม่เพียงพอต่อการใช้งาน จึงทำให้มีผู้บริจาคเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการระดมทุนโดยการจัดทำผ้าป่า เพื่อหาอุปกรณ์ต่างๆ ให้เพียงพอใช้ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องประคบร้อน เครื่องทำกายภาพบำบัด เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุได้มีการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง และชะลอเวลาการต้องพึ่งพาผู้อื่นได้อีกด้วย

4) การตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

การมีระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นเหมือนหลักประกันการสูงอายุที่ “ยิ่งอยู่ ยิ่งดี” ผู้สูงอายุหลายคนมีความปรารถนาอยากกลับมาแข็งแรง โรคที่เป็นอยู่หายไป เช่น อยากเดินได้ อยากเห็นได้ชัดไปไหนมาไหนได้เหมือนก่อน ซึ่งเห็นได้จากความสม่ำเสมอในการเข้ามาทำกายภาพบำบัด หรือการที่หันมาออกกำลังกายที่ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ช่วย หรือ เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุจัดให้ ถือเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายคือ ร่างกายได้มีการออกแรง เคลื่อนไหวอยู่เสมอ มีความยืดหยุ่นทำให้ยังคงทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และการพบปะในวันพุธและวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ ทำให้ได้พูดคุยกับเพื่อนฝูง ได้เล่นเกม ทำกิจกรรม เรียนรู้เรื่องสมุนไพรรักษาโรค การนวดคลายเส้น ร้องรำทำเพลง กินอาหารร่วมกัน ผู้สูงอายุบางคนชอบการมาโรงเรียนผู้สูงอายุ เพราะหากอยู่บ้าน ต้องอยู่ตัวคนเดียว ลูกหลานไปทำงานหรือไปโรงเรียนตอนเย็นจึงจะได้พูดคุยกัน

สำหรับผู้ที่อยู่ที่บ้าน ทาง อสม. หรือ อผส. ก็ได้ละเลย ได้เข้าเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ต้องการกำลังใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาครอบครัวแตกแยก เช่น คู่ครองละทิ้ง หรือลูกติดยา ละเลย พังไม่ได้ หรือได้รับการกระทำที่เป็นการทำร้ายจิตใจ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจนเกิดความเครียดถึงชีวิตความเป็นอยู่ นอกจากเยี่ยมบ้านแล้ว ยังช่วยทำความสะอาดบ้าน ดูแลคอยเตือนเรื่องกินยา ฉีดอินซูลิน วัดความดัน ให้อีกด้วย ส่วนในเรื่องการปรับสภาพจิตใจผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ก็เป็นหน้าที่ของ อสม. ที่ผ่านการอบรมในเรื่องนี้มาแล้ว เช่นเดียวกัน

องค์ประกอบและบทบาทขององค์กรต่าง ๆ ในระบบบริการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนที่ศึกษา

กลุ่มที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ คือ

1) กลุ่มหรือองค์กรภาคประชาชน

ในชุมชนตำบลห้วยทราย กลุ่มผู้สูงอายุที่สำคัญได้แก่ อดีตผู้นำชุมชน หรือปราชญ์ชุมชนอาวุโส หรือประธานชมรมผู้สูงอายุ ที่คนในชุมชนให้ความเคารพ มีบทบาทนำในการจัดกิจกรรมที่มีผู้สูงอายุมาร่วมตัวกัน เช่น ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งมีคณะกรรมการดูแล ล้วนประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการวางแผนให้มีกิจกรรมหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม การรวมตัวกันเป็นกลุ่มที่ไม่ได้จัดตั้งเป็นองค์กรชัดเจนเช่นนี้ ถือเป็นองค์กรภาคประชาชนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อทำงานให้ชุมชน นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) หรือ จิตอาสา ที่คอยสนับสนุนทั้งกำลังกาย และกำลังทรัพย์ เพื่อดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ในชุมชน

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนตำบลห้วยทราย ได้แบ่งสมาชิก อบต. ให้ดูแลและมีบทบาทในการจัดโครงการหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับกลุ่มวัยสูงอายุ หรือเป็นฝ่ายประสานหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมหรือโครงการเพื่อผู้สูงอายุอยู่แล้ว ทางเจ้าหน้าที่ อบต. คอยดูแลอำนวยความสะดวกในเรื่องการเชิญชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการต่าง ๆ เพราะเข้าถึงผู้สูงอายุได้ทุกบ้าน โดยเฉพาะในเรื่องการส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ขอบเขตการทำงานในเรื่องพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีจำกัด เนื่องจากเป็นการทำงานที่ของหน่วยงานรัฐอื่น ๆ เช่น การปรับปรุงสภาพบ้าน สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้พิการ หรือผู้ที่ยากจน ที่เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานของพัฒนาสังคมจังหวัด ถึงแม้ว่าทาง อบต. อยากเข้าไปมีช่วยเหลือ แต่ไม่สามารถทำได้ เพราะอาจมีปัญหาการตรวจสอบเรื่องการเงิน เพราะไม่ใช่หน้าที่ของ อบต. เป็นต้น

3) องค์กรภาครัฐ

ในที่นี้คือ หน่วยงานด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับจังหวัด คือ โรงพยาบาลนครพิงค์ และในพื้นที่คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และด้านการพัฒนาสังคม ที่ทำงานร่วมกับ อบต. เช่น การจัดให้มีพี่เลี้ยงหรือการอบรมการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ การร่วมสนับสนุนกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล บรรยาย สอนปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ รวมทั้งทำให้ศูนย์ฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้สูงอายุและผู้พิการให้เกิดขึ้นได้ พร้อมเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด และเครื่องมือเครื่องมือครบครัน รวมทั้งจัดหารถรับส่งให้ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูร่างกายให้เข้าร่วมเป็นประจำ

4) องค์การศาสนา

แรกเริ่มเดิมที การสร้างโรงเรียนสูงอายุนั้นชุมชนขึ้นมา ไม่มีที่ใดเหมาะเท่ากับวัดอีกแล้ว เพราะมีอาณาบริเวณกว้างขวาง และคนในชุมชนคุ้นเคยเป็นอย่างดี แต่ว่าไม่ได้รับอนุญาตจากทางวัด เพราะไม่เชื่อว่าจะมีผู้สูงอายุเข้าร่วมมากมายถ้าไม่มีการเลี้ยงอาหาร จึงต้องจัดกิจกรรมภายนอกวัด แต่ในที่สุด กลายเป็นว่า ทางวัดเรียกให้เข้าไปใช้พื้นที่ในวัดได้ และสนับสนุนกิจกรรมเป็นอย่างดี เมื่อมีผู้สูงอายุเข้าร่วมมากขึ้น และประเด็นสำคัญคือ ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มจำนวนมากขึ้น เพราะสนใจในสาระที่จัด และไม่ได้สนใจว่าจะมีการเลี้ยงอาหารหรือไม่

5) หน่วยงานเอกชน

นอกจากองค์กรหลักคือ กลุ่มประชาชน อบต. อสม. วัด และเจ้าหน้าที่ของรัฐด้านพัฒนาสังคม และสาธารณสุขแล้ว ยังมีภาคเอกชนที่มีในพื้นที่ ในพื้นที่นี้คือ เจ้าของรีสอร์ท ที่มีการทำปลูกผักปลอดสารพิษ และทำอาหารสุขภาพ ได้เป็นผู้ให้ความรู้ผู้สูงอายุในเรื่องการทำอาหารสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ โดยใช้วัตถุดิบที่มีในท้องถิ่น สอนการทำขนมโดยใช้ลาโยบแห้ง แทนลูกเกดที่นำเข้าจากต่างประเทศ

การดึงหน่วยงานในพื้นที่ที่มีศักยภาพเข้าร่วมจัดทำกิจกรรมหรือโครงการ หรือให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ในชุมชนนี้มีผู้ที่มิชอบหน้าคือ อบต. ในพื้นที่ที่เข้าใจบริบทของการมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเป็นผู้สื่อสารของการมีโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีความเข้าใจตรงกัน เพราะจากประสบการณ์ของพื้นที่อื่น ๆ ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งก็มีหลายแห่ง ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องอาจเป็นในเรื่องที่ไม่ใช่ความต้องการของผู้สูงอายุที่แท้จริง เช่น กรณีให้ผู้สูงอายุเรียนภาษาอังกฤษ คอมพิวเตอร์ ผลปรากฏว่าแทบไม่มีผู้สูงอายุคนใดมาเรียน จากการถอดบทเรียนของผู้ที่จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุให้ยั่งยืนคือ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจมากคือ ความรู้เรื่องสุขภาพ ได้มีโอกาสได้คุยกับหมอเรื่องโรค ความเจ็บป่วย การดูแลเรื่องยา การกินอาหาร เพราะเห็นได้จากการสะท้อนความคิดเห็นของตัวผู้สูงอายุเองว่า มาที่โรงเรียนผู้สูงอายุแล้ว สุขภาพดีขึ้น

องค์กรที่มีบทบาทน้อยที่สุด คือ ภาคเอกชน ที่แม้ว่า อบต. ในพื้นที่ได้พยายามหาแนวร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า มีเพียงนักธุรกิจรีสอร์ทแห่งหนึ่งเท่านั้น ที่ได้มีส่วนร่วมในการให้ความรู้เรื่องการทำอาหารเพื่อสุขภาพในกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุเท่านั้น และในพื้นที่ที่ทำการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุก็พอจะให้เห็นได้ว่า ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้จากการรับจ้างชั่วคราว จะอาศัยเงินจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่านั้น เฉลี่ยแล้วครอบครัวหนึ่งๆ จะมีค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารวันละ 20-25 บาท สำหรับสามมือเท่านั้น ซึ่งอาจจะเป็นมื้ออาหารสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ที่ไม่มียาได้จากการทำงานประจำด้วย

บทที่ 6

สรุปและวิพากษ์ข้อค้นพบ

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบสนับสนุนครัวเรือนผู้สูงอายุ ทั้งจากภาครัฐ ธุรกิจเอกชน กิจกรรมเพื่อสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรการกุศล เพื่อนำเสนอแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนและกิจกรรมเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแล ผลการวิจัยเอกสารและปฏิบัติการภาคสนาม สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังรายละเอียดที่ได้นำเสนอต่อไปนี้

6.1 ภาพรวมระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศและไทย

จากการที่ประชากรสูงวัยเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเกือบทุกภูมิภาคทั่วโลก ได้ทำให้รัฐบาลของแต่ละประเทศหาทางรับมือกับสถานการณ์ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองให้ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีปลอดภัยตลอดวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งในเรื่องร่างกาย สังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ ซึ่งในหลายประเทศเริ่มพบว่า การดำเนินการโดยภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียวอาจส่งผลกระทบต่อระบบการเงินของประเทศในภาพรวม ในหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุมานานจึงได้จัดการปัญหาโดยการให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วม นอกเหนือไปจากครอบครัวหรือชุมชนที่ต้องดูแลสมาชิกที่สูงอายุแล้ว ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร ก็ได้มีบทบาทมากขึ้นและมีความสำคัญมากในบางประเทศในการจัดหาบริการเพื่อช่วยเหลือภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาจากเอกสารในหลายๆ มิติของระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ได้เห็นถึงการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาควิชาการ ในการจัดบริการสังคม (social service) การประกันความมั่นคงในชีวิต (social insurance) และบริการสงเคราะห์ประชาชน (public assistance) ในรูปแบบของกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดให้ตั้งแต่ความมั่นคงทางรายได้หลังเกษียณ การมีงานทำสำหรับผู้สูงอายุ การได้อยู่ในที่พักอาศัยตนเองอย่างปลอดภัย การได้รับการดูแลทางสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล และการให้ครอบครัวยังคงทำหน้าที่ผู้ดูแลที่เหมาะสมที่สุด การดำเนินการตามนโยบายที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิตดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

1) ด้านรายได้หลังเกษียณ

ในประเทศแคนาดา สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ในส่วนของที่รัฐดำเนินการคือ การใช้แผนบำนาญชราภาพแบบถ้วนหน้า และมีแผนเสริมรายได้ หรือแผนการครองชีพ เป็นอีกแผนหนึ่งสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อให้มีมาตรฐานการครองชีพขั้นต่ำ ส่วนสหรัฐอเมริกา มีระบบประกันสังคม ที่ผูกพันกับการจ้างงาน เป็นตัว

กำหนดให้แรงงานในระบบมีการออมแบบภาคบังคับครอบคลุมเกือบทุกกลุ่ม สำหรับผู้มีรายได้น้อย รัฐได้ช่วยเหลือโดยดำเนินโครงการแผนรายได้ขั้นต่ำแห่งชาติ สนับสนุนการดำรงชีวิตให้ปกติสุข สำหรับของประเทศ ไทย มีแผนรายได้หลังเกษียณที่เอื้อประโยชน์กับแรงงานในระบบ หรือแรงงานที่มีรายได้น้อยประจำ เจ้าหน้าที่รัฐ ซึ่งอยู่ในระบบประกันสังคม หรือแผนการออมภาคบังคับของรัฐและเอกชนในรูปแบบต่างๆ แต่ก็ยังเป็นเพียงวัย แรงงาน 45 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น อีกกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ของแรงงานทั่วประเทศ เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่มี หลักประกันสังคมใด ๆ ยกเว้นผู้มีเงินเก็บสะสมไว้ใช้จ่ายยามชรา สำหรับผู้มีรายได้น้อยมีความเสี่ยงที่จะประสบ กับความยากจนมากที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ รายได้หลักของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในปัจจุบันมาจากเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมโครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

2) ด้านการจ้างงาน

ในสหรัฐอเมริกา ฟินแลนด์ อิตาลี มีการสนับสนุนการทำงานให้ผู้สูงอายุอย่างจริงจังโดยการออก กฎหมายว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติ หรือว่าด้วยการปฏิบัติที่เท่าเทียมกัน ในขณะที่ประเทศไทย ยังไม่มี กฎหมายดังกล่าว แต่ก็ได้มีการรณรงค์ส่งเสริมให้มีการจ้างงานผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ตามเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ ในหลายๆ ประเทศก็ได้มีการออกนโยบาย ตรากฎหมาย ริเริ่มโครงการที่เป็น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน ที่แตกต่างกันออกไป ในสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายเฉพาะที่ ชื่อว่า กฎหมายอิสราฟของพลเมืองสูงอายุในการทำงาน ที่เป็นการคงผู้สูงอายุไว้ในการทำงาน โดยห้ามมิให้มิ การหักลดการจ้างงานหรือสิทธิประโยชน์จากประกันสังคม กฎหมายว่าด้วยการลงทุนในกำลังแรงงาน ที่เปิด โอกาสให้ทุกวัยโดยไม่มีการระบุอายุ ให้สามารถเข้าร่วมการฝึกอบรมทักษะแรงงานในการมองหางานทำ ในขณะที่ภาคเอกชน ได้มีบริษัทที่ทำหน้าที่จัดหางาน ให้คำปรึกษา การฝึกอบรมให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย สำหรับ ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการออกนอกชุมชน ยังมีโครงจ้างงานผู้สูงอายุให้ทำหน้าที่บริการชุมชนได้อีกทางอีกด้วย

ส่วนในญี่ปุ่น ไม่มีกฎหมายการจัดการเลือกปฏิบัติต่อวัย แต่มีกฎหมายที่เรียกสั้นๆ ว่า Stabilization Laws ที่เป็นหลักในการให้คุ้มครองแรงงานสูงอายุ ไม่ให้สถานที่ทำงานกำหนดอายุเกษียณ แต่ค่อยๆ เพิ่มอายุ เกษียณที่เป็นทางการสูงสุดที่อายุ 65 ปี นอกจากนี้แล้วยังมีกลไกอื่นสนับสนุนที่สำคัญคือ การจัดตั้งศูนย์ ทรัพยากรมนุษย์ซิลเวอร์ที่มีสาขากระจายทั่วประเทศ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการจ้างงานทั้งเต็มเวลา หรือทำเป็นช่วงเวลา สำหรับผู้สูงอายุที่จะริเริ่มธุรกิจของตนเอง กฎหมายดังกล่าวยังเปิดทางให้ผู้สูงอายุได้รับ ทุนอุดหนุนบางส่วนจากภาครัฐอีกด้วย สำหรับฝรั่งเศส ในกฎหมายแรงงานได้มีการระบุห้ามมิให้มีการเลือก ปฏิบัติต่อวัยอย่างชัดเจน โดยการจัดตั้ง ศูนย์บริการเพื่อปรับปรุงสภาพการทำงานแห่งชาติ ที่อำนวยความสะดวก ให้ผู้สูงอายุมีการจ้างงาน อีกทั้งปรับมุมมองในเรื่องผู้สูงอายุเป็นทรัพย์สิน มากกว่าเป็นภาระของ นายจ้าง และมีการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตในที่ทำงานทั้งนายจ้างและลูกจ้าง โดยมีหนังสือแสดงการผ่าน การอบรม (training passport) ที่บุคคลสามารถใช้เป็นใบเบิกทางในการทำงานที่ไม่มียวันหมดอายุ ในฟินแลนด์ มีกฎหมายเกี่ยวกับการมิให้มีการเลือกปฏิบัติ พร้อมค่าชดเชยความเสียหายหากมีการละเมิดดังกล่าว และ

สนับสนุนในเรื่องการศึกษาตลอดชีวิตตลอดการจ้างงานที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือจ่ายในระดับที่เหมาะสม ในอิตาลี โครงการ Superbonus ที่เป็นการสร้างแรงจูงใจผู้สูงอายุในการทำงานต่อไป หรือไม่ให้เกษียณก่อนกำหนด

สำหรับในประเทศไทย เริ่มมีการรณรงค์ให้ภาคเอกชนมีการจ้างงานผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะบริษัท ห้างร้านภาคบริการในห้างสรรพสินค้า อีกทั้งยังให้มีการสนับสนุนผู้ริเริ่มวิสาหกิจชุมชนจ้างงานผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุริเริ่มสร้างวิสาหกิจของตนเองโดยให้ความรู้ แนวทาง การฝึกอบรมการใช้คอมพิวเตอร์และ อินเทอร์เน็ต เพื่อใช้เป็นช่องทางการค้าขายออนไลน์ ในด้านการศึกษาตลอดชีวิต นอกจากโรงเรียนผู้สูงอายุที่มี อยู่ในเกือบทุกชุมชนแล้ว บางมหาวิทยาลัยได้เปิดหลักสูตรใหม่สำหรับผู้สูงอายุได้ศึกษาโดยเฉพาะอีกด้วย

3) ด้านที่อยู่อาศัย

การให้ผู้มีรายได้น้อยมีบ้านเป็นของตนเองก่อนถึงวัยสูงอายุ เป็นนโยบายพื้นฐานที่หน่วยงานภาครัฐด้าน ที่อยู่อาศัยดำเนินการหลากหลายรูปแบบ เช่น กำหนดราคาซื้อขายที่เหมาะสมกับผู้ซื้อ หรือให้เช่าโดยไม่ กระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน ในสหรัฐอเมริกา มีโครงการด้านที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุโดยตรง เช่น ให้เงินกู้ ดอกเบี้ยต่ำแก่องค์กรไม่แสวงผลกำไรเพื่อสร้างหรือซ่อมแซมที่พักอาศัยให้กับผู้สูงอายุเช่า หรือให้เพื่อเป็นการ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก บริการทำความสะอาด หรือจัดส่งอาหาร ฯลฯ หรือให้เงินสนับสนุนที่พักอาศัยให้ เช่าคิดค่าเช่าถูกๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อาศัย ส่วนผู้สูงอายุที่มีบ้านของตัวเองที่อยู่มานาน หากต้องการประหยัด ค่าใช้จ่าย ทางกระทรวงพลังงานได้มีโครงการปรับเปลี่ยนการใช้พลังงานภายในบ้านให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานด้านที่พักอาศัยของรัฐได้จัดให้มีการซ่อมแซมระบบไฟฟ้าประปา ปรับปรุงสภาพที่พักอาศัยเพื่อ เสริมสร้างความปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ ขอรับเงินช่วยเหลือช่วยเหลือในเรื่องป้องกันผลกระทบทางสภาวะ อากาศ ทั้งนี้อาศัยความร่วมมือจากองค์กรไม่แสวงผลกำไร หรือองค์กรการกุศล โดยเฉพาะกรณีเกิดภัยพิบัติ ผู้สูงอายุที่เช่าที่พักอาศัยอยู่แต่ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคจะได้รับการช่วยเหลือทั้งจากภาครัฐ และเอกชนในการหาที่อยู่อาศัยใหม่ ที่เป็นลดค่าใช้จ่ายด้านที่อยู่อาศัยโดยรวมได้ สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับ การดูแลในสถานบริการดูแลระยะยาวสามารถใช้สิทธิ์ที่ได้จากการประกันสุขภาพแบบเมดิแคดเข้าไปอยู่อาศัย ได้

ในญี่ปุ่น มีวัฒนธรรมครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะ ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนที่มีหลากหลายวัยจะ ได้รับการลดหย่อนภาษี หรือได้รับการช่วยเหลือทางภาษีเมื่อต้องการสร้างหรือปรับปรุงที่พักอาศัย สำหรับการ ดูแลระยะยาว ชาวญี่ปุ่นทุกคนจะได้รับเงินสนับสนุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการทั้งในสถานบริการหรือได้รับ บริการที่บ้าน บริการด้านเนอร์สซิ่งโฮมทั้งของรัฐและเอกชนมีมากมาย รวมถึงมีการรวมกลุ่มบ้านในชุมชน เพื่อจัดเป็นที่ดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย ในนอร์เวย์ มีนโยบายที่ใช้มานานในเรื่องการให้ทุกคนได้มีบ้านของตัวเอง รัฐ ส่งเสริมให้มีการกู้เงินที่อยู่อาศัยที่มีดอกเบี้ยต่ำ ให้ผู้ที่ขาดโอกาสได้มีที่พักอาศัยและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ใน นอร์เวย์ไม่ได้เน้นให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ทางภาครัฐจัดหาบริการให้ผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมทางหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นต้องจัดโปรแกรมรายวันดูแลถึงที่บ้าน หรือ

เนอร์สซิงโฮม ที่เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุและเฝ้าระวังผู้ดูแลในครอบครัว ธนาคารเพื่อการเคหะของนอร์เวย์ได้สนับสนุนการปรับปรุงพื้นที่ให้มีขนาดเล็กลงทั้งที่บ้าน และสถานดูแลในชุมชน เพื่อเป็นจัดสภาพที่พักใหม่ให้ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในประเทศสวีเดน มีโครงการที่พักอาศัยที่เรียกว่า Spitex สำหรับผู้สูงอายุ มีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม มีห้องบริการทางการแพทย์ ห้องออกกำลังกาย ซึ่งดีกว่าการเข้าพาร์ตเมนต์ทั่วไป มีราคาสูงกว่าปกติ แต่รัฐและบริษัทประกันเอกชนช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านที่พักอาศัย

สำหรับประเทศไทย นโยบายด้านที่พักอาศัยไม่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ ในการสนับสนุนผู้มีรายได้น้อยมีที่พักอาศัยอยู่ เช่น โครงการบ้านเอื้ออาทร บ้านประชารัฐ ในส่วนของภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ได้กำเนิดโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจรด้วยเช่นกัน เช่น สว่างคนิเวศ สำหรับบริษัทเอกชนหลายๆ แห่งผูกโครงการที่พักอาศัยที่มีความพร้อมสรรพสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะดี นอกจากนี้ ยังมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชนเกิดขึ้นมากมายในปัจจุบัน ที่ให้บริการดูแลแบบไปกลับ ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง หรือมีผู้บริการส่งตรงถึงบ้าน ในส่วนของภาครัฐได้มีการอบรมอาสาสมัครให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเดิมของตัวเอง

4) ด้านรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

ในสหรัฐอเมริกาใช้นโยบายให้บริษัทประกันภาคเอกชนมีการแข่งขันกันในการจัดหาบริการสุขภาพ และควบคุมไม่ให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงเกินความเป็นจริง ประเทศนี้ไม่ได้ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ให้สิทธิผู้มีรายได้น้อยเข้าโครงการเมดิแคดและเมดิแคร์ ที่เป็นการดูแลค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและการดูแลระยะยาวในสถานบริการหรือที่บ้าน ในแคนาดา ใช้หลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าที่เรียกว่า เมดิแคร์ ที่ประชาชนทุกคนได้รับการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นการรักษาแบบเชี่ยวชาญพิเศษหรือการผ่าตัด ส่วนการดูแลระยะยาว รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายการเจ็บป่วยที่ต้องมีการดูแลระยะยาวในสถานบริการหรือที่บ้าน แต่ผู้ที่ขอรับบริการจะต้องผ่านการประเมินฐานะทางเศรษฐกิจก่อน แคนาดามีแนวทางชัดเจนในการให้บ้านและชุมชนเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและพิการ โดยการสนับสนุนให้มีการปรับปรุงด้านคุณภาพและประสิทธิภาพเพื่อลดการใช้และค่าใช้จ่ายการใช้บริการในสถาบัน แพทย์และเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งบริการสุขภาพที่ไม่มีค่าใช้จ่ายถึงที่บ้านและชุมชน เช่นเดียวกันกับการดูแลแบบประคับประคองที่หน่วยงานภาครัฐจัดงบประมาณสนับสนุนบริการทางสังคมที่พร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสังคมดูแลผู้ป่วยในชุมชน สำหรับในออสเตรเลีย มีความร่วมมืออย่างเห็นได้ชัดระหว่างภาครัฐและเอกชน ในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าและมีทางเลือกหลากหลาย รัฐจัดโครงการเมดิแคร์ที่เป็นการให้ประชาชนทุกคนที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ครอบคลุมรวมทั้งค่ายา รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้ประชาชน 30 เปอร์เซ็นต์เพื่อซื้อประกันสุขภาพเอกชน เพื่ออุดช่องว่างการบริการที่ไม่ครอบคลุมหรือในระบบเมดิแคดสำหรับการดูแลระยะยาวในออสเตรเลีย บ้านและชุมชน เป็นศูนย์กลางความสำคัญเหมือนประเทศอื่นๆ ที่รัฐสนับสนุนงบประมาณและริเริ่มโครงการหลากหลายรูปแบบ ผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลที่บ้านหรือที่สถาน

บริการ จะต้องได้รับการประเมินโดยทีมผู้เชี่ยวชาญก่อน ส่วนในเนเธอร์แลนด์ อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพของรัฐที่เป็นการบังคับตามระดับรายได้ การประกันสุขภาพของเอกชนสำหรับผู้ที่มีเกณฑ์รายได้สูง และแผนการดูแลสุขภาพประชาชนในกรณีเกิดจากหายนะภัย ที่ไม่ได้อยู่ในความครอบคลุมของระบบประกันประเทศที่ยกตัวอย่างมานี้ คือ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และเนเธอร์แลนด์ ต่างมีความเด่นชัดในเรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชน โดยการจัดหาบริการที่เป็นความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิต คือ การบริการหอบพยาบาล การดูแลแบบประคับประคอง จัดส่งอาหาร ทำงานบ้าน ซ่อมแซมที่พักอาศัย บริการรถรับส่ง ชื้อของ ไปหาหมอ ไปเป็นเพื่อน สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยจะได้รับการประเมินทางเศรษฐกิจเพื่อรัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการให้ได้บริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในมาตรฐาน

สำหรับในประเทศไทย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนทุกวัยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในสถานบริการของรัฐและเอกชน และเลือกซื้อประกันสุขภาพเอกชนที่มีทางเลือกมากมายตามความสามารถในการจ่าย และให้ความสำคัญกับสถานบริการสุขภาพและการเพิ่มศักยภาพและคุณภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครด้านดูแลสุขภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพกายใจ อาสาสมัครในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ มีการรักษาถึงที่บ้านในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายังหน่วยบริการสุขภาพได้ และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5) ด้านสุขภาพจิต

ในสหรัฐอเมริกา ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ต้องการได้รับการรักษาในสถานด้านจิตเวช หรือขอรับคำปรึกษาจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา สามารถใช้บริการภายใต้โครงการเมดิแคร์และเมดิแคด ผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตหรือการสับสนเนื่องด้วยสมองเสื่อม สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้เมื่อได้รับการประเมินหรือการรักษาให้คำปรึกษา ในแคนาดา การดูแลสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือเมดิแคร์ เช่นเดียวกับออสเตรเลีย สวีเดน สหราชอาณาจักร ที่มีบริการที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพ ประเทศเหล่านี้มีปัญหาเด่นชัดในเรื่องผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสูง ได้มีแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติที่เป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายเฉพาะเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอังกฤษ และสวีเดน ที่ตั้งเป้าหมายการลดจำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายชัดเจน

สำหรับในเรื่องการบูรณาการการดูแลสุขภาพกายและจิตระดับปฐมภูมิหรือในระดับชุมชน ในแต่ละประเทศมีนโยบายที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ดี ที่เหมือนกันเกือบทุกประเทศที่ยกมาเป็นตัวอย่าง คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมีอยู่อย่างจำกัด ถึงแม้ว่าในระยะหลังจะมีการพูดถึงสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมากขึ้น ยังไม่ได้รับความสำคัญ ถูกมองว่าเป็นเรื่องของเรกรรรม และมีการตีตราผู้ป่วย มองข้ามอาการที่แท้จริง แต่กลับคิดว่าเป็นอาการปกติของคนสูงอายุ ส่วนในประเทศไทย การดูแลด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญตั้งแต่ระดับการดูแลปฐมภูมิและการเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลชุมชนจะได้รับคู่มือหรือแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ตลอดจนการดูแล

แบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ในระยะต่อมามีความร่วมมือกันระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ชุมชน ในการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจและนำไปปฏิบัติใช้ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต สำหรับการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุไทยมีการรายงานว่าสูงเป็นอันดับสองรองจากวัยทำงาน ซึ่งในประเด็นนี้ หน่วยงานวิชาการและที่เกี่ยวข้องได้มีความพยายามมากขึ้นในเรื่องการให้ความรู้ในเชิงป้องกันปัญหาดังกล่าว

6) ด้านการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตสูงวัยในบ้านหรือชุมชนเดิมตนเอง (aging at home หรือ aging in place) เริ่มแพร่หลายมากขึ้นเมื่อเริ่มตระหนักดีว่า การมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุอาจไม่รองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายทั้งของรัฐและบุคคลอาจบานปลายมากขึ้นหากต้องการให้การดูแลมีคุณภาพ การให้ชุมชนมีบทบาทร่วมกับครอบครัวในการจัดหาบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล และสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุ ได้มีการจัดสภาพแวดล้อมของประเทศนับตั้งแต่จัดผังเมือง ปรับอาคารสถานที่ให้มีความปลอดภัยรองรับการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ มีบริการรถรับส่งที่ออกแบบให้ผู้สูงอายุก้าวขึ้นก้าวลงได้สะดวก มีทางม้าลายสัญญาณไฟในทุกเมือง ตลอดจนบริการยืมรถนั่งหลากหลายรูปแบบการใช้งาน การให้ผู้สูงอายุได้งานในชุมชน ร่วมกิจกรรมสังคมวัฒนธรรมและการศึกษา มีการดูแลรักษาพยาบาลทั้งต่อเนื้อและระยะยาว ที่สำคัญได้มีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างหน่วยงานระดับรัฐ การปกครองท้องถิ่น องค์กรธุรกิจเอกชนไม่แสวงผลกำไร องค์กรการกุศล ฯลฯ ที่รวมตัวกันเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ในสหรัฐอเมริกา กฎหมายผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นกฎหมายหลักที่เอื้อให้เกิดนโยบายสังคมที่ครอบคลุมการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ และได้กำหนดบทบาทความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ นับตั้งแต่ชุมชน ท้องถิ่น รัฐบาลระดับรัฐ และระดับกลาง รวมถึงองค์กรไม่แสวงผลกำไรในการกำหนดโครงการช่วยเหลือป้องกันและจัดหาบริการในชุมชนให้มีหลากหลายรูปแบบ อาทิเช่น โครงการจัดส่งอาหารและวัตถุดิบประกอบอาหารให้ตามบ้านและสถานที่รวมตัวของผู้สูงอายุ โดยอาหารที่ผู้สูงอายุได้รับถูกต้องตามหลักโภชนาการ รวมถึงให้คู่มือซื้ออาหารในซูเปอร์มาร์เก็ตที่เข้าร่วมโครงการอีกด้วย นอกจากนี้ ในบางชุมชนได้มีจัดสถานที่ให้มีการนำอาหารสด แห้ง ที่เหลือจากการบริโภค มาแบ่งปันให้ผู้ที่ต้องการอีกด้วย ในศูนย์เอนกประสงค์เพื่อผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งดนตรี ศิลปะ วัฒนธรรม งานประดิษฐ์ งานอดิเรก เกม กีฬา ฯลฯ มีบริการรถรับส่งมาที่ศูนย์อีกด้วย ทุนในการทำกิจกรรมมาจากการสนับสนุนของภาครัฐ ธุรกิจ เอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร

ในเรื่องการอำนวยความสะดวกผู้สูงอายุในการเดินทาง ในสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาระบบบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการเป็นการเฉพาะ ที่ไม่ได้จัดทำแค่ในท้องถิ่นเท่านั้น เป็นการเชื่อมโยงทุกเส้นทาง ทั้งเป็นระบบ มีกำหนดเวลา จัดให้ตามวัตถุประสงค์ของการเดินทางแต่ละคน สถานีขนส่งและพาหนะมีการออกแบบ

ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุใช้สอยอย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีโครงการย่อยรองรับอีก เช่น โครงการอาสาสมัครไปเป็นเพื่อนผู้สูงอายุ บริการรถรับส่งจากบ้านไปยังจุดหมายปลายทาง ออกตัวโดยสารพิเศษที่ใช้ได้ครอบคลุมทุกเส้นทางให้กับผู้สูงอายุและผู้พิการ สำหรับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์ หรือในรูปแบบงานอาสาสมัคร เช่น โครงการตายายอุปถัมภ์ โครงการอาสาสมัครวัยเกษียณ โครงการเพื่อนผู้สูงวัย เป็นต้น

ในประเทศไทย มียุทธศาสตร์สำคัญในการทำให้ผู้สูงวัยอังกฤษใช้ชีวิตอยู่อย่างยืนยาวได้โดยไม่ต้องพึ่งพา มีสุขภาพดี เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเต็มที่ จึงได้จัดให้มีโครงการบริการรับส่ง กิจกรรมการเรียนรู้ กิจกรรมยามว่าง และงานอาสาสมัคร ที่องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรการกุศล จัดให้ตามสัญญาที่ได้ทำกับส่วนการปกครองท้องถิ่นที่เป็นผู้สนับสนุนทุนดำเนินการ ในเรื่องของการให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารครบมื้อ และถูกหลักโภชนาการ ในอังกฤษให้เงินค่าอาหารรายเดือนแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ส่วนผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่สามารถออกไปหาซื้ออาหารเองได้ และมีการประเมินแล้วว่า ทูพพลภาพ หรือป่วย ทางกายท้องถิ่นมีจัดส่งอาหารถึงบ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บไข้ได้ป่วย แต่ต้องการให้มีบริการจัดส่งอาหารถึงบ้าน สามารถเข้าร่วมได้ โดยจ่ายค่าบริการรายมื้อ สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุอังกฤษสามารถเข้าร่วมผ่านศูนย์ทรัพยากรว่าด้วยเรื่องการสูงอายุ ที่มีอยู่ในทุกเขตปกครอง ศูนย์นี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากการขายสลากกินแบ่งของรัฐ เพื่อจัดกิจกรรม เช่น ทำสวน เดิน โยคะ วายน้ำ ไทเก็ก ให้กับผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดการติดต่อกับโลกภายนอก จะมีอาสาสมัครในวัย 50 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านโภชนาการ สุขภาพ การออกกำลังกาย การป้องกันการหกล้ม เข้าไปหาผู้สูงอายุที่อยู่แต่ในบ้านในพื้นที่ และยังมีโครงการทางสังคมและการศึกษาที่น่าสนใจ อาทิ โครงการอาหารกลางวัน ดูภาพยนตร์ ออกกำลังกาย เล่นเกมบิงโก ทศนาจร ใช้คอมพิวเตอร์ ฯลฯ ไม่มีค่าใช้จ่ายแต่มีค่าธรรมเนียมเล็กน้อย นอกจากกิจกรรมแล้ว สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุให้ยังคงมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมคือ การให้บัตรอัจฉริยะ บัตรเดียวที่สามารถใช้ร่วมกิจกรรมได้ง่ายและทุกที่ เช่น เข้าสโมสรกีฬา ใช้บริการรถโดยสาร เข้าห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ ใช้เป็นส่วนลดเมื่อซื้อสินค้า เป็นต้น สำหรับการไปไหนมาไหนของผู้สูงอายุอังกฤษ ในบางท้องถิ่น ทำให้ง่ายขึ้นโดยให้ผู้สูงอายุใช้บริการรถโดยสารโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือให้ส่วนลดกับผู้สูงอายุและผู้พิการในการใช้บริการรถสาธารณะ โครงการแท็กซี่ร่วมจ่ายที่ให้ผู้โดยสารและผู้พิการแชร์ค่าใช้จ่ายกับผู้ร่วมทางคนอื่น โครงการบัตรโดยสารแท็กซี่สำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ไม่สามารถไปสถานีขนส่งได้ แต่ได้รับบริการจากแท็กซี่ถึงหน้าบ้าน นอกจากนี้แล้ว ผู้ที่ต้องการใช้รถเข็นล้อเลื่อน หรือรถสตาร์ทเตอร์ไฟฟ้า สามารถขอยืมได้ โดยไม่มีกำหนดคืน สำหรับกิจกรรมช่วยเหลือสังคม องค์กรการกุศลในอังกฤษที่ชื่อว่า WRVS รวบรวมผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการทำงานพาร์ทไทม์ เข้าเป็นอาสาสมัครในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น ส่งอาหารให้ผู้สูงอายุที่นั่งบนรถเข็น ช่วยพาไปซื้อของ พาขึ้นรถสาธารณะ เป็นต้น

ในสวีเดน เป็นหน้าที่ของสภาท้องถิ่นและประชาสังคม ในการจัดบริการทางสังคมให้กับผู้สูงอายุให้ที่บ้าน ใช้ชีวิตพึ่งตนเองได้ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เหมือนกับประเทศตะวันตกอื่นๆ ในการจัดให้มีโครงการอาหารและโภชนาการให้กับผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น บริการทำงานบ้านที่เป็นการซ่อมแซมบ้านพักให้

ปลอดภัยน่าอยู่ สำหรับกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ ในสวีเดนเน้นการศึกษาตลอดชีวิตหรือการศึกษาผู้ใหญ่ รัฐบาลกลางเป็นผู้ให้การสนับสนุนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับหน่วยงานไม่แสวงผลกำไร จัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านศูนย์ Study Circle ที่มีกระจายทุกแห่ง ให้เลือกหัวข้อการเรียนรู้ได้อย่างอิสระ มีศูนย์ Study Vuxenskolan ที่เปิดหลักสูตร อบรม จัดนิทรรศการ คอนเสิร์ต งานแสดงศิลปวัฒนธรรม ให้กับทุกวัย สำหรับการเดินทางของผู้สูงอายุเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทางรถได้อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน มีทั้งเดินทางแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือได้รับการลดหย่อนค่าใช้จ่าย หรือบริการพาหนะพิเศษหรือแท็กซี่

ในประเทศไทย มีนโยบายด้านการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง เหมือนที่มีในต่างประเทศ แต่ในทางปฏิบัตินั้นค่อนข้างแตกต่างในเรื่องไม่มีความร่วมมือจากภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไรอย่างเห็นได้ชัด อีกทั้งกิจกรรมที่ไม่หลากหลายหรือไม่มี เช่น การจัดส่งอาหารตามหลักโภชนาการตามบ้าน หรือโครงการช่วยเหลือด้านอาหารและวัตถุดิบประกอบอาหาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามในแต่ละชุมชนอาจมีการริเริ่มกิจกรรมบางอย่างที่ยังไม่แพร่หลายทั่วประเทศ เช่น การให้เยาวชนเป็นอาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ช่วยทำความสะอาดบ้าน และเป็นเพื่อนคุยกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว

7) ด้านการดูแลในครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลที่ดีจากผู้ให้บริการที่มีอยู่ทั่วไป เรียกหาได้ง่ายผ่านศูนย์ที่รวบรวมเครือข่ายผู้ให้บริการ ที่ประกอบกิจการโดยองค์กรเอกชน องค์กรการกุศล หรือองค์กรไม่แสวงผลกำไร ค่าบริการจึงไม่สูงเกินที่จะจ่ายได้ แต่สำหรับผู้มีรายได้น้อยและอยู่ภายใต้โครงการเมดิแคร์และเมดิแคดสามารถใช้สิทธิ์เพื่อขอรับบริการ เช่น การดูแลรักษาสุขภาพที่บ้าน การฟื้นฟูจิตใจได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การบริการอื่น ๆ ที่หน่วยบริการในพื้นที่จัดให้มี อาทิ บริการทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน จัดหารถรับส่ง หรือทำหน้าที่แทนผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลต้องการไปทำธุระหรืออยากพักผ่อนสักพัก สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในสหรัฐอเมริกามีการช่วยเหลือในเรื่องของอนุญาตให้มีการลางานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ และนโยบายลดหย่อนทางภาษีกรณีมีผู้สูงอายุในความดูแล การดูแลผู้สูงอายุในอังกฤษเป็นผสมผสานความร่วมมือกันระหว่างรัฐ องค์กรไม่แสวงผลกำไร และครอบครัว โดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลเบื้องต้น หน่วยงานท้องถิ่นด้านบริการสังคมรับผิดชอบในการประเมินผู้สมควรได้รับบริการและจัดหาบริการให้ผู้สูงอายุ เช่น บริการซักผ้า จัดหารถพิเศษ ตัดผม จัดหาอาหาร ทำงานบ้าน ดูแลส่วนตัว ซ่อมแซมและปรับปรุงบ้าน เป็นต้น โดยผู้ให้บริการภาคเอกชนหรืออาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการ สำหรับผู้ดูแล ในครอบครัวจะได้รับเบี้ยสงเคราะห์ผู้ดูแลตามเงื่อนไขรายได้ที่กำหนด และได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการทำแผนการดูแล การได้รับการอบรม การได้เข้ากลุ่มผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและให้หยุดพักผ่อนโดยมีผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมมาดูแลแทน ผู้ดูแลที่ยังทำงานสามารถใช้สิทธิ์ลางานเพื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ สำหรับสวีเดน รัฐและครอบครัว เป็นหลักสำคัญในการให้ดูแลผู้สูงอายุ ภาคส่วนอื่นมี

ความสำคัญน้อยมากหรือแทบไม่มีเลย เพราะสวีเดนถือว่าการให้บริการทางสังคมเป็นหน้าที่รับผิดชอบของรัฐ และทุกคนได้รับบริการถ้วนหน้า ไม่ต้องมีการประเมินทรัพย์สิน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีสมาชิกครอบครัวช่วยดูแล ผู้สูงอายุที่จะได้รับการช่วยเหลือที่บ้านจะต้องได้รับการประเมินความต้องการก่อน กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือ คือ พาอาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัว พาเดิน ป้อนอาหาร ฯลฯ ที่เป็นการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน โดยผู้จัดการที่ทางกรจัดหาผู้บริการในท้องถิ่นจัดการให้ สำหรับค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับผู้รับบริการว่าสามารถจ่ายได้มากน้อยเพียงไร ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ครอบครัวดูแลเอง รัฐจัดหาผู้บริการให้ผู้ช่วยดูแลโดยตรง และให้ผู้ดูแลได้รับการเยียวยาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และบางคนอาจได้เบี่ยงสเคราะห์การดูแลรักษา และเบี่ยงสเคราะห์ผู้ดูแลอีกด้วย ส่วนการลางานเพื่อดูแลบุคคลในครอบครัวที่ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลสามารถทำได้และได้รับค่าแรงจนถึง 60 วัน แต่ต้องลงทะเบียนที่ประกันสังคมก่อน นอกจากรูปแบบลางานแล้ว อาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม เช่น เปลี่ยนมาทำงานแบบพาร์ทไทม์ หรือปรับเวลาให้ยืดหยุ่น ขึ้นอยู่กับการต่อรองกับนายจ้าง

ในภาพรวม ทุกประเทศที่นำมาเป็นกรณีศึกษาด้านการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านตนเอง สิ่งที่รัฐในแต่ละประเทศได้ดำเนินการเบื้องต้นคือ ให้ผู้มีรายได้น้อยมีที่อยู่อาศัย ซ่อมแซมบ้านให้อาศัยอยู่อย่างปลอดภัย จากนั้นจึงสนับสนุนให้ภาคเอกชน องค์กรการกุศล จัดบริการ เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ตัดผม จัดอาหาร แจ้งเตือน สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยเหลือ ปรับปรุงบ้าน ไปดูจะเป็นเพื่อน ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทั้งกลางวันและกลางคืน เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น การได้รับบริการมีทั้งทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ไม่ว่าจะเจ็บป่วยหรือไม่เจ็บป่วย และการบริการที่ประเมินด้านรายได้และสภาพปัญหาความต้องการ และการจ่ายบริการข้างต้น มีทั้งใช้จากสิทธิประโยชน์จากประกันสังคม รัฐออกให้หมด หรือออกให้เป็นบางส่วน แต่ต้องมีการประเมินด้านรายได้และความต้องการก่อน ส่วนผู้ที่ต้องการใช้บริการแต่ไม่ใช่สิทธิประโยชน์หรือให้รัฐช่วยเหลือเพราะมีฐานะดี ย่อมซื้อบริการที่มีอยู่หลากหลายได้โดยการจ่ายเอง

สำหรับการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในต่างประเทศ มีบริการที่ภาครัฐ เอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร ร่วมกันดำเนินการ คือ ประเมินความต้องการของผู้ดูแล ให้คำแนะนำปรึกษา ฝึกอบรมทักษะการดูแล มีทีมงานคอยช่วยเหลือ จัดสถานที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้พักผ่อน ให้เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ

สำหรับประเทศไทยในสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ภาครัฐโดยเฉพาะกรมกิจการผู้สูงอายุ มีภาระหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุทั่วประเทศเพื่อให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และบรรลุวัตถุประสงค์ตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2546 – 2564) ในขณะที่ภาคส่วนอื่น คือ ภาคธุรกิจ องค์กรการกุศล หรือไม่แสวงผลกำไร ได้ริเริ่มโครงการที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านที่พักอาศัยที่เหมาะสมกับวัย กล่าวคือ โครงการเวเลนซิตี้อยุธยา จัดทำที่หมู่บ้านผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีสาธารณูปโภคพร้อม สภากาชาดไทยในฐานะองค์กรการกุศล ที่สนับสนุนการสร้างโครงการสววงคณิเวศ สมุทรปราการ พร้อมการบริการครบวงจร มูลนิธิบ้านสุทธาวาส นครนายก ที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าของธุรกิจเอกชน ดำเนินการด้านที่พักอาศัยให้กับหญิงสูงอายุที่ไร้ที่พึ่ง ส่วนองค์กรธุรกิจขนาดกลาง คือ บ้านอุ่นใจรัก นครปฐม ที่เกิดจากการรวมตัวของแพทย์และพยาบาล ที่ต้องการทำธุรกิจสถานบริการในลักษณะเนอร์สเซอรี่ ให้การฟื้นฟูผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง ส่วนในกลุ่มการ

ทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนในรูปแบบของกิจการเพื่อสังคม คือ ร้านคุณตาคุณยายและโครงการ for oldy กรุงเทพมหานคร เป็นกิจกรรมในชุมชนที่มีการส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และงานเสริมรายได้ เช่นเดียวกับกิจการเพื่อสังคมที่ดำเนินการโดยบัดดี้โฮมแคร์ เชียงใหม่ จัดให้มีฝึกอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กชนเผ่าเพื่อให้สามารถเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน เป้าหมายหลักคือ แก้ปัญหาเรื่องผู้สูงอายุในประเด็นสุขภาพทั้งกายและจิต และการถูกละเลยทอดทิ้ง ทั้งในกลุ่มผู้มีฐานะและผู้ยากไร้ รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของเยาวชนกลุ่มชาติพันธุ์ที่ขาดโอกาสไปพร้อม ๆ กัน และในส่วนของ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านให้ความรู้ คือ เครือข่ายพุทธิกา ที่ให้ข้อมูล ความรู้ ในรูปของการจัดอบรมให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการตาย การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

จากการศึกษาองค์กรต่าง ๆ ในประเทศไทยที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ จะพบว่ายังไม่เกิดการบูรณาการ ทำงานงานร่วมกัน หรือเป็นในลักษณะต่างคนต่างทำ ถึงแม้ว่าแต่ละองค์กรจะทำได้ด้วยความตั้งใจและไม่ได้คำนึง การสนับสนุนหรือเงินช่วยเหลือจากภาครัฐ และต่างหารรายได้หรือเงินสนับสนุนเองเพื่อให้กิจการหรือการ ดำเนินธุรกิจแบบไม่แสวงผลกำไรดำเนินต่อไปได้ หากเป็นเช่นนั้นแล้ว จะทำให้กิจการเพื่อสังคม หรือธุรกิจเพื่อ ผู้สูงอายุอยู่ในวงจำกัด ขาดการสืบสานต่อ ขาดแรงจูงใจ และอาจสิ้นสุดลงเมื่อไม่มีผู้สานต่อหรือได้รับการ สนับสนุน

จากการศึกษาความต้องการของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ พบความจริง ที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุไม่ได้คาดหวังความช่วยเหลือใดนอกจากการที่ตนกลับมามีสุขภาพแข็งแรงตามเดิม สำหรับกรณีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ร่วมกับหลาน กลับ ไม่ได้รับความเอาใจใส่จากหลาน ใช้ชีวิตอยู่ได้ด้วยเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนเท่านั้น สิ่งที่ต้องการคือมีรายได้ เพิ่มขึ้น ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เคยมีอาชีพหาเช้ากินค่ำ เมื่อมีคนในบ้านล้มป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้เลย จำต้องหยุดงานที่มีรายได้เลี้ยงชีพอย่างไม่มีกำหนด เพื่อดูแลพ่อแม่ตนเองตลอด 24 ชั่วโมง ใช้เงิน จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการรายเดือนหาซื้ออาหารในแต่ละวันเท่านั้น

โดยสรุปแล้ว ในประเทศไทย ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน องค์กรต่าง ๆ ยังไม่เกิดขึ้นเป็นที่ ประจักษ์ การช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุถูกผลักภาระงานให้เป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ในขณะที่ อปท. มีภาระงานดูแลทุกข์สุขของประชาชนมากมาย จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า ถึงแม้ อปท. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน จะให้ความสำคัญผู้สูงอายุมากมายเพียงใด แต่ก็ทำได้ใน ระดับหนึ่งเท่านั้น เช่น ให้มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเป็นระยะ ๆ ข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้เห็นว่า ถ้าได้รับความร่วมมือมากขึ้นจากภาคธุรกิจเอกชน กิจการเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไรหรือการกุศล จะทำให้เข้าถึง ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมากขึ้น อย่างที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ โดยเฉพาะการสนับสนุนบริการทางสังคมให้กับ ผู้สูงอายุและครอบครัวที่อยู่ที่บ้านทั้งในรูปแบบบริการที่เสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย เสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่ เหมาะสมกับสถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ข้อสังเกตสำคัญจากการทบทวนระบบการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ประการที่หนึ่ง เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานในการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้วิธีการจัดหาเงินงบประมาณเพื่อการดูแล ผู้สูงอายุแตกต่างกัน ในระบบการดูแลส่วนใหญ่ มีเจ้าภาพที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบทางการเงิน เจ้าภาพในที่นี้อาจหมายถึง ทั้งรัฐบาลกลาง รัฐบาลระดับจังหวัด รวมไปถึงรัฐบาลระดับท้องถิ่น รูปแบบวิธีการทางการเงินการคลังมีทั้งรูปแบบการใช้จ่ายการและการประกันสังคม กรณีของประเทศไทยเริ่มมีการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางลงไปยังพื้นที่เพื่อการดูแลระยะยาว ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปสู่กองทุนสุขภาพตำบล

ประการที่สอง การมีความหลากหลายของบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หากพิจารณา ตัวอย่างของประเทศต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้นนอกจากประเด็นเรื่องการเงินแล้วพบว่า ประเทศต่าง ๆ ยังมี การจัดบริการที่หลากหลายตามความต้องการและ/หรือระดับของภาวะพึ่งพาหรือสภาพร่างกาย/จิตใจ ของผู้สูงอายุ จากประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่า ในการจัดบริการการดูแลระยะยาว สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ นอกจากประเด็นเรื่องงบประมาณแล้ว แต่หากขาดผู้จัดบริการในระดับพื้นที่ ผู้สูงอายุและครอบครัวจะขาดโอกาสในการรับบริการการดูแลได้

ประการที่สาม การมีหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานหลักดูภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุในระดับ พื้นที่ แม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ แต่จากประสบการณ์ในประเทศต่าง ๆ จะเห็นได้ว่ามีการจัดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการบริหารการดูแลระยะยาวโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นการบูรณาการ เช่น กรณีของโปรแกรม PACE ในสหรัฐอเมริกา ระบบ SPICE ของสิงคโปร์ หรือระบบการดูแลในพื้นที่แบบบูรณาการในประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น ดังนั้น หากในภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ไม่มีหน่วยงานที่เป็นทางที่จะทำให้เกิดการเชื่อมโยงภาพรวมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

ประเด็นที่สี่ เรื่องมาตรฐานของการดูแลที่ในต่างประเทศมีการดำเนินการและให้ความสำคัญกับประเด็นนี้เป็นอย่างมาก

ประเด็นที่ห้า เรื่องการปรับรูปแบบการบริการจากเนอร์สซิงโฮม มาเป็นการดูแลที่บ้าน (in-home care) โดยการบูรณาการความร่วมมือจากชุมชน (community support) เช่น ในลักษณะของการให้บริการกายภาพบำบัดสัปดาห์ละหนึ่งชั่วโมง เป็นต้น เนื่องจากการสร้างงานบริการ In Home Care เป็นการมองเห็นถึงคุณค่าและสนับสนุนให้ผู้สูงวัยสามารถคงอยู่ที่บ้านได้แทนที่จะต้องย้ายเข้ามาอยู่ในเนอร์สซิงโฮม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงวัยยังคงอยู่ในบ้านได้ เพื่อที่จะทำให้อาชีพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งลูกหลานเองก็ออกไปทำงานได้อย่างสบายใจ และมั่นใจว่าผู้สูงวัยของเขาจะได้รับการดูแลที่ดีตอนที่เขาไม่อยู่

6.2 รูปแบบการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

ในภาพรวมของการรับมือกับปัญหาดูเหมือนว่ารัฐบาลไทยต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อแก้ไขปัญหาแบบเฉพาะหน้าในการดูแลและจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันในการดำเนินร่วมกับภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องยังขาดกลไกเชื่อมต่อการทำงานอย่างเป็นระบบ องค์กรภาคสังคมอื่นยังต้องทำงานในวงจำกัดด้วยขาดงบประมาณในการดำเนินการ ในขณะที่ภาคเอกชน มีเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่มีการดำเนินการ และส่วนใหญ่มักเป็นในลักษณะของกิจกรรมระยะสั้นและมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายในแต่ละปี หรือเป็นไปในลักษณะของการคืนกำไรให้กับสังคมด้วยการสร้างที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุ

จากปัญหาที่กล่าวไว้ว่าตอนต้นของรายงานนี้ว่า การให้ภาครัฐดำเนินการด้านดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงผู้เดียว อาจทำให้รัฐต้องใช้เงินลงทุนมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อพัฒนาด้านอื่นๆ เมื่อผู้สูงอายุกลายเป็นคนกลุ่มใหญ่ของประเทศ และผลรองลงมาคือ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลหรือบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในชุมชนชนบทด้วยคิดว่าส่วนใหญ่แล้ว ครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งในความเป็นจริงสถานการณ์ดังกล่าวได้เปลี่ยนไปแล้ว คือ ผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น หรืออยู่ด้วยกันกับคู่สมรสในวัยเดียวกัน ลูกหลานห่างเหินเพราะไปเรียนหรือทำงานต่างถิ่น การมอบภาระให้ อบต. ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ อาจทำได้ในระดับเบื้องต้นและไม่ทั่วถึงด้วยมีเจ้าหน้าที่ที่จำกัด และงบประมาณที่จำกัด ผลการวิจัยนี้ ได้ข้อสรุปที่อาจใช้เป็นรูปแบบในการจูงใจให้ภาคส่วนอื่น ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐกิจ เอกชน กิจกรรมเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรพัฒนาเอกชน ที่สามารถช่วยภาครัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดหาบริการให้กับผู้สูงอายุ

รูปแบบที่ 1 การทำข้อตกลงว่าด้วยการทำโครงการที่ช่วยเหลือสังคม (สัญญาแบบ SIB หรือ PFS)

รูปแบบที่ 2 การทำสัญญาแบบเหมาช่วง (subcontract)

รูปแบบที่ 1 การทำข้อตกลงว่าด้วยการทำโครงการที่ช่วยเหลือสังคม (สัญญาแบบ SIB หรือ PFS)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการพัฒนาความร่วมมือในลักษณะดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบสนับสนุนแบบบูรณาการโดยการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการร่วมกันภาครัฐในลักษณะหุ้นส่วนกัน ทั้งในด้านความร่วมมือทางการเงินหรืออาจเป็นไปในรูปแบบอื่นที่เป็นไปได้ เช่น การใช้ Social Impact Partnership เป็นรูปแบบการลงทุนเพื่อพัฒนาสังคมโดยให้เอกชนเป็นผู้จัดหาทุนเป็นผู้ดำเนินการทำงานพัฒนาสังคม รวมถึงเป็นผู้รับความเสี่ยงในการบริหารจัดการเป็นหลัก โดยรัฐมีบทบาทเป็นเพียงผู้ให้คำตอบแทนแก่เอกชน เมื่อประเมินแล้วว่าผลงานพัฒนาสังคมที่เอกชนลงมือดำเนินการนั้นประสบผลสำเร็จจริง ตามระดับที่ได้ตกลงกันไว้ตั้งแต่ต้น รัฐจะให้คำตอบแทนแก่เอกชนผู้

ลงทุนในอัตราส่วนที่แปรผันตรงกับความสามารถของเอกชน รัฐจะได้รับประโยชน์ในแง่ของการลดภาระงบประมาณในการพัฒนาสังคมในเรื่องนั้น ๆ หากรัฐต้องลงมือดำเนินการเอง

อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดนี้มาใช้ยังถือเป็นเรื่องใหม่ การดำเนินการของประเทศต่าง ๆ ยังอยู่ในขั้นตอนทดลองและการรอคอยผลในระยะยาว แต่ก็ถือเป็นเครื่องมือที่มีความน่าสนใจในการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนและกิจกรรมเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสนับสนุนสังคมอย่างบูรณาการ ในปัจจุบันในประเทศไทย เริ่มมีความสนใจในการนำแนวคิด SIP มาใช้ โดยอยู่ในระยะของการศึกษารูปแบบและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ มีการจัดตั้งคณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคม ด้วยความร่วมมือจากภาครัฐหลายกระทรวง และภาคเอกชนหลายกิจการ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ และผลักดันให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ รวมถึง การส่งเสริมการมีรายได้และการมีงานทำของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายให้มีการจ้างงานผู้สูงอายุในภาคเอกชนจำนวนมากกว่หนึ่งหมื่นคน

ในการดำเนินการสร้างความร่วมมือที่เน้นผลลัพธ์เพื่อสังคม (SIP) นี้ ผลลัพธ์ที่ได้ อาจจะไม่ใช่นำไปดำเนินการในลักษณะองค์กรแต่เพียงอย่างเดียว แต่หมายรวมถึงกรอบแนวคิดรูปแบบใหม่ที่วางเป้าหมายเพื่อวัตถุประสงค์ทางสังคม มีใจความสำคัญที่เน้นการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเอกชน และภาคสังคม โดยมีภาครัฐ และองค์กรกลาง เป็นผู้สนับสนุนและผู้ประสานงาน เพื่อประสานจุดแข็งของการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเติมเต็มความต้องการในการทำงานเพื่อผลลัพธ์ทางสังคม ลุล่วง ทั้งนี้ลักษณะการดำเนินการอาจเป็นไปได้ตั้งแต่ การบริจาคเงินให้องค์กรการกุศลหรือองค์กรไม่แสวงหากำไรซึ่งได้รับแรงจูงใจและการสนับสนุนจากภาครัฐผ่านมาตรการลดหย่อนภาษี การลงทุนหรือออกทุนให้กับองค์กรไม่แสวงหากำไรโดยอาจได้รับแรงจูงใจและผลตอบแทนจากภาครัฐในรูปแบบของกรอบความร่วมมือที่เน้นผลลัพธ์เพื่อสังคม (Social Impact Partnership) และจะได้รับทุนที่ออกไปแต่ต้นคืนจากรัฐพร้อมผลกำไรหากงานเพื่อสังคมที่ออกทุนให้ก่อนนั้นประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีและสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกให้แก่สังคมได้ในระดับที่ได้มีการตกลงกันไว้แต่ต้น และหมายความรวมถึงการสร้างองค์กรใหม่ (อาจเป็นองค์กรลูก) หรือแม้กระทั่งการปรับเปลี่ยนรูปแบบขององค์กรเดิมใหม่ทั้งหมด จากองค์กรเอกชนที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก เป็นองค์กรในลักษณะกิจการเพื่อสังคม ที่มุ่งทำงานเพื่อสร้างผลกระทบเชิงบวกให้แก่สังคมเป็นหลัก โดยใช้องค์ความรู้ในการบริหารจัดการองค์กรแบบเอกชน เพื่อสร้างรายได้ให้แก่องค์กรมากพอที่จะหล่อเลี้ยงให้สามารถพึ่งพาตนเองในการทำงานเพื่อสังคมได้

ในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรเพื่อสังคม และภาคธุรกิจเอกชน ฯลฯ นั้น ในประเทศตะวันตกหลายๆ ประเทศ ได้นำแนวคิดดังกล่าวข้างต้น มาใช้ในการแก้ไขปัญหาสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงด้วยเหตุผลว่า หากประชากรกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือแต่เนิ่น ๆ แล้ว ก็จะช่วยให้อัตราการพึ่งพิงงบประมาณจำนวนมากในการแก้ไขปัญหาซับซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา ในแต่ละปีรัฐต้องใช้งบประมาณมากกว่า 70 พันล้านดอลลาร์ ในการแก้ไขปัญหาการกระทำผิดซ้ำของนักโทษที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และใช้งบประมาณ 6-7 พันล้านดอลลาร์ ในการจัดหาที่พักอาศัยให้กับผู้เร่ร่อน จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไข โดยใช้หลักการของการลงทุนทางสังคมโดยให้

ภาคเอกชนมีการลงทุนดำเนินโครงการที่มีความหลากหลายและตอบสนองความต้องการกับคนหลายกลุ่ม อาทิ การหางานทำให้กับกลุ่มประชากรที่หางานทำยาก ส่งเสริมการสูงอายุแบบมีสุขภาพดี และให้การช่วยเหลือกับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง อาทิ เบาหวาน และหืดหอบ เป็นต้น (McKinsey & Company, 2012)

ตัวอย่างการทำโครงการเพื่อด้านผู้สูงอายุ เช่น ในฝรั่งเศส ทำโครงการ Siel Bleu ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว และอยู่อย่างโดดเดี่ยว เสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า หลอดเลือด และหกล้ม โดยการส่งเจ้าหน้าที่ไปดูแลผู้สูงอายุไปที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการดูแล แนะนำการปฏิบัติตน ในเยอรมนี มีโครงการที่ช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการผลิตภาพยนตร์กระตุ้นความทรงจำ และสร้างงานหรืออาชีพให้กับผู้ป่วย ในอังกฤษ มีโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความเป็นมืออาชีพในกลุ่มผู้ว่างงาน และโครงการแบ่งปันผู้ดูแล โดยให้มีการรวมตัวผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้ไปดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่ครอบครัวอื่นที่ขาดผู้ดูแล เป็นต้น

รูปแบบที่ 2 การทำสัญญาแบบเหมาช่วง (subcontract)

แนวทางนี้เป็นการทำสัญญาระหว่างหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรปกครองท้องถิ่น กับ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไรหรือกิจการเพื่อสังคม ในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน หรืออยู่ในชุมชน โดยการบริการนั้นอาจเป็นบริการด้านจัดส่งอาหาร ซักผ้า ตัดผม ทำความสะอาดบ้าน ช่วยเหลือด้าน ADLs หรือ IADLs ปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน ติดตั้งเครื่องมือช่วยเหลือ ฯลฯ การทำสัญญาอาจกำหนดระยะเวลา กำหนดวงเงิน หรือข้อตกลงอย่างไร ขึ้นอยู่กับทั้งสองฝ่ายระหว่างผู้ทำสัญญากับผู้รับเหมาจัดส่งบริการ

6.3 รูปแบบการบริการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน

โดยการดำเนินการในกลุ่มประเทศตะวันตกหลายๆ ประเทศ ที่มีประชากรสูงอายุมายาวนานในหลายประเทศมีกล่าวถึงแนวคิดในเรื่องของการสูงวัยในที่พักอาศัยตนเอง (Aging in Place) ซึ่งหมายถึง การที่ได้อยู่บ้าน อยู่กับครอบครัว มีลูกหลาน ญาติพี่น้อง ห้อมล้อม และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นที่พึงปรารถนาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มากกว่าการใช้ชีวิตบั้นปลายในที่ที่ไม่คุ้นเคย เช่น ในสถานบริบาล สถานสงเคราะห์ เป็นต้น

แนวคิดการสูงวัยในชุมชนที่อาศัยอยู่จึงเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตในบ้านปลายในที่ตนเอง เลือกแล้ว อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเองได้ ตลอดจนยังคงปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย เพื่อเพิ่มพูนชีวิต แนวคิดสูงวัยในที่พักอาศัยตนเองจึงให้ความสำคัญกับบ้านและชุมชนที่อาศัยอยู่และสิ่งสนับสนุนการดูแล Lawton (1982) นักทฤษฎีสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุได้เน้นถึงบทบาทของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมของบ้าน ในการสนับสนุนความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ และให้มีการปรับเปลี่ยนบ้าน หรือจัดอุปสรรคด้านการอยู่อาศัย หรือใช้เครื่องมือช่วยการเคลื่อนไหว ที่เป็นการช่วยให้ช่วยเหลือตัวเองได้ การอยู่อาศัยกับครอบครัว การช่วยเหลือทางสังคมเกี่ยวข้องกับการตาย ที่พักอาศัยที่เพียงพอและเหมาะสมควรเป็นพื้นฐานของการดูแลโดยชุมชนที่ดี รวมถึงมีบริการสุขภาพและการดูแล

ช่วยเหลือ จากงานวิจัยหลายชิ้น ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของต้นทุนที่เกี่ยวข้องและผลที่ได้จากบริการที่บ้านและหรือในสถานบริการ มักพบว่า พอใจกับการดูแลรักษาที่บ้าน (Wiles et al., 2011) และการทำให้การสูงวัยในที่พักตนเองประสบความสำเร็จ คือ การมีการจัดหาบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพและการดูแล และการบำรุงรักษาสภาพบ้านที่อยู่อาศัย (Davey, 2006)

ในมุมมองของผู้กำหนดนโยบายส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุเชิงสถาบันมีราคาแพงกว่าการให้การดูแลที่ชุมชนและที่บ้านของผู้สูงอายุเอง (Chappell et al. 2004; Kaye et al. 2009) และการจัดให้มีสถานบริบาลให้ครอบคลุมมีค่าใช้จ่ายสูงมาก จึงเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่บ้านเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ในสังคมสูงอายุหลายๆ แห่ง ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการสูงวัยที่บ้าน และการจัดบริการให้ที่บ้านและในชุมชน โดยริเริ่มให้มีทางเลือกใหม่ๆ สำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือและให้ใช้ชีวิตอิสระอย่างต่อเนื่องในถิ่นของตนเอง และสำหรับผู้ไม่ต้องการเข้าไปในสถานบริการดูแลระยะยาว

อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในถิ่นของตนเองได้ตราบเท่าที่เป็นไปได้คือ การปรับปรุงบ้าน การดูแลในชุมชน และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลระยะยาว (Lecovich, 2014) การสร้างระบบนิเวศของการอยู่อาศัยจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งในหลายประเทศดำเนินการภายใต้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนให้บริการที่มีอยู่ในชุมชนและบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่เปราะบาง ได้ขยายเพิ่มมากขึ้นในขอบเขตและความหลากหลายขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ทั้งการให้บริการถึงที่บ้าน เช่น บริการดูแลบ้าน ดูแลสุขภาพที่บ้าน ดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ บริการฟื้นฟูผู้ป่วย ชุมรมผู้สูงอายุ โครงการจัดส่งอาหาร รวมถึงบริการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งในส่วนต่อไปของการศึกษานี้จะวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางในการดำเนินการเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต ตามลำดับดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและองค์กรต่าง ๆ เพื่อนำมาสู่แนวทางการให้บริการที่ให้ครอบคลุมกิจกรรมการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ใน 7 ด้าน ประกอบด้วยกรอบคิดในเรื่องของ รายได้หลังเกษียณ การจ้างงาน ที่พักอาศัย การดูแลสุขภาพ สุขภาพจิต การสนับสนุนชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว แสดงดังตารางที่ 6-1

ตารางที่ 6-1 โอกาสของภาคเอกชนในการจัดหาบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

การให้บริการ	ความสำคัญ	ผู้ได้รับประโยชน์	โอกาสทางธุรกิจ	ปัจจัยความสำเร็จ	ผลได้ทางสังคม
รายได้หลังเกษียณ	เพื่อเป็นการพึ่งตนเองทางด้านการเงิน ป้องกันการเกิดความยากจนในชีวิตบั้นปลาย	ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในระบบราชการ พนักงานบริษัท	โปรแกรมการออมภาคสมัครใจ ที่มี การประกันรายได้ขั้นต่ำและรายได้ที่จะได้รับรายเดือนเมื่อออกจากงาน	การเปิดโอกาสให้มีภาคเอกชนการแข่งขันอย่างอิสระ	ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงิน และพึ่งพาตนเองได้

การให้บริการ	ความสำคัญ	ผู้ได้รับประโยชน์	โอกาสทางธุรกิจ	ปัจจัยความสำเร็จ	ผลได้ทางสังคม
การจ้างงาน	การเกษียณอายุของแรงงานในบางสาขาอาชีพที่ใช้ความรู้ความสามารถในการบริหาร หรือทักษะอาชีพต้องใช้ฝีมือทำให้หน่วยงานหรือกิจการขาดคนที่มีความรู้ความสามารถประเภทของงานบางอย่างที่ผู้สูงอายุทำได้และอยู่สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น งานบริการต่างๆ ในสถานพยาบาล โรงเรียน ร้านค้า ตลาด ฯลฯ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้และยังคงอยู่ในสังคม	ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเอง และชอบเข้าร่วมกิจกรรมสังคม	ผู้สูงอายุที่ยังมีความรู้ความสามารถ เป็นให้ความรู้ด้านวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ธุรกิจที่ให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันไป ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน	ยึดถือข้อกฎหมายเกี่ยวกับการจ้างงานผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเลือกวันเวลาในการทำงาน	ผู้สูงอายุยังได้ทำงาน และมีคุณค่าต่อผู้อื่น
ที่พักอาศัย	มีผู้สูงอายุหลายคนที่อยู่คนเดียวต้องการมีสถานที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การเดินทางสะดวก ใกล้สถานพยาบาล และตลาดหรือแหล่งช้อปปิ้งสำหรับในชุมชนนอกเขตเทศบาล ผู้สูงอายุยังมีความผูกพันกับที่พักอาศัยของตนเอง ต้องการมีความเป็นส่วนตัวและไม่คิดว่าที่พัก	ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส ผู้สูงอายุที่ต้องการความปลอดภัยและความสะดวกสบายในการเดินทาง	ธุรกิจคอนโด หอพักผู้สูงอายุที่จำกัดโซนให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ปลอดภัย อยู่ร่วมกับวัยอื่น ๆ ซึ่งอาจออกแบบให้มีกิจกรรมให้คนรุ่นอื่น ๆ ที่อยู่ในที่พักอาศัยเดียวกันได้อยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุเมื่อมีเวลาว่าง	การกำหนดราคาที่เหมาะสม ให้ผู้สูงอายุที่สถานะทางเศรษฐกิจสามารถเข้าถึงได้สำหรับชุมชนนอกเขตเทศบาล ผู้สูงอายุไม่ต้องการละทิ้งถิ่นฐานตัวเอง แต่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยและบ้านพักเสื่อมโทรม ควรมีการ	ผู้สูงอายุอยู่ในที่ที่ปลอดภัย และยังคงได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกันหรือกลุ่มวัยอื่นที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่ขาดความอบอุ่น

การให้บริการ	ความสำคัญ	ผู้ได้รับประโยชน์	โอกาสทางธุรกิจ	ปัจจัยความสำเร็จ	ผลได้ทางสังคม
	ตนเองเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต			ทำธุรกิจปรับปรุงที่พักผู้สูงอายุ	
การดูแล สุขภาพและ รักษาพยาบาล	วัยสูงอายุพบปัญหาโรคร้ายที่เกี่ยวข้อง การเสื่อมถอยของร่างกาย และแต่ละคนมีสภาวะการเสื่อมถอยที่ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการใช้ชีวิตก่อนเข้าถึงวัยปลาย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มที่พึ่งพาตัวเองได้ กลุ่มพึ่งพาตนเองไม่ได้ หรืออาจแบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ติดบ้าน หรือติดสังคม ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน	ผู้สูงอายุที่อยู่ทั่วไ้โอกาส โดยเฉพาะที่อยู่ชุมชนชนบท	การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยติดเตียง การบริการสินค้าผู้สูงอายุ เช่น แพนเพิส การบริการดูแลเฝ้าผู้สูงอายุที่บ้าน ด้วย การขอรับบริการผ่านแอปพลิเคชัน ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สามารถใช้ซ้ำและสะอาด ปลอดภัย และไม่เป็น รถรับส่งผู้สูงอายุสำหรับ สถานพยาบาล โดยใช้คนในชุมชนที่มีรถที่ปรับแต่งรองรับผู้โดยสารที่เป็นผู้สูงอายุ	การคิดค้นนวัตกรรมที่มีความแปลกใหม่โดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูง หรือการดัดแปลงภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการทำเครื่องออกกำลังกาย	ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ไม่รู้สึกเครียด
สุขภาพจิต	ผู้สูงอายุหลายคนที่อยู่คนเดียว คู่สมรสจากไปแล้ว หรือลูกหลานไปโรงเรียนหรือทำงานตอนกลางวัน ทำให้ไม่ได้มีเวลาพบปะพูดคุย หากเป็นอย่างนี้นานเข้าอาจทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ต้องการผู้ให้กำลังใจ พุดคุยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ดูแลผู้สูงอายุที่	ผู้สูงอายุที่ไม่ชอบเข้าร่วมสังคม ไม่สนใจการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว	อาสาสมัครที่เป็นนักศึกษาหรือผู้ว่างงานที่มีใจรักผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ที่มีการประเมินแล้วว่าจะสมควรได้รับการเยียวยาทางด้านสุขภาพจิต	กิจกรรมที่มีความหลากหลาย ในการพัฒนาสมอง การเคลื่อนไหว กิจกรรมด้านการปลูกพืชผัก เล่นดนตรี วาดรูป เกมคอมพิวเตอร์	ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ไม่รู้สึกเครียด ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความสุข และเข้าใช้ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

การให้บริการ	ความสำคัญ	ผู้ได้รับประโยชน์	โอกาสทางธุรกิจ	ปัจจัยความสำเร็จ	ผลได้ทางสังคม
	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นคนหนึ่งที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต เครียดกังวล และละทิ้งการรวมกลุ่มสังคม ไม่ได้ทำงานเพื่อรายได้ เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา		วิทยุหรือเครื่องดิจิทัล ที่มีเพลงที่ฟังแล้วผ่อนคลาย บทสวดมนต์ หรือการบรรยายธรรมะ หลักสูตรดนตรี ศิลปะสำหรับผู้สูงอายุ เกมคอมพิวเตอร์ หรือเกมเสริมความคิด ความจำ งานที่สามารถช่วยกระตุ้นความจำ		
การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม	ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอยากอยู่กับที่มีเพื่อนฝูงรุ่นราวคราวเดียวกันที่ได้มีโอกาสพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือชักชวนกันทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ รวมถึงได้อยู่กับคนต่างวัยที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า ดังนั้น การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความปลอดภัย และอุ่นใจที่สามารถขอความช่วยเหลือคราวฉุกเฉินได้ตลอดเวลา	ทุกกลุ่มวัยที่อาศัยดูแลผู้สูงอายุ	หาบ้านร้างในชุมชนปรับปรุงให้เป็น daycare ให้สมาชิกในชุมชนที่ต้องการดูแลผู้สูงอายุมาเป็นผู้ดูแล โดยมีค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน หรือไม่เป็นตัวเงิน ธุรกิจ SME เปลี่ยนบ้านร้างในชุมชนเป็น daycare สำหรับผู้สูงอายุ จัดส่งอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ ศูนย์รับบริจาคอาหารสดและแห้งในชุมชน เพื่อทำอาหารให้ผู้สูงอายุ	ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุนิยมพาผู้สูงอายุศูนย์ดูแลที่มีอยู่ในชุมชน และพร้อมสนับสนุนค่าใช้จ่าย ผู้สูงอายุได้รับอาหารครบมือตามหลักโภชนาการ มีบริการเพื่อผู้สูงอายุเกิดขึ้นมากมาย กลุ่มธุรกิจที่ทำงานงานบริการเพิ่มกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่เป็น	ทุกคนอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ ผู้ที่ได้ทำงานช่วยเหลือผู้สูงอายุมีงานทำและมีรายได้ ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน ผู้สูงอายุและครอบครัวมีโอกาสซื้อหาบริการได้มากขึ้น ตรงกับความต้องการ

การให้บริการ	ความสำคัญ	ผู้ได้รับประโยชน์	โอกาสทางธุรกิจ	ปัจจัยความสำเร็จ	ผลได้ทางสังคม
			เพื่อนผู้สูงอายุ พาไปเที่ยว หามือซื้อของ ขับรถให้	กลุ่มเป้าหมายใหม่	แบ่งเบาภาระจากภาครัฐ
การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย แต่ในทางตรงกันข้ามผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องออกจากงานที่เคยมีรายได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้สูญเสียรายได้ และพาตัวเองออกจากสังคมโดยไม่ได้ตั้งใจ	ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ธุรกิจฝึกอบรมและหาเครือข่ายสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้เป็นผู้สูงอายุมืออาชีพเพื่อที่สามารถบริหารจัดการเวลาดูแลผู้สูงอายุในละแวกใกล้เคียงและในขณะเดียวกันมีรายได้จากการเป็นผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุครอบครัวอื่นด้วย	มีหลักสูตรที่เร่งรัด เหมาะสมกับผู้ที่ได้รับกับฝึกอบรมค่าบริการราคาไม่แพง มีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมีกำลังใจในการทำงาน และได้รับคำปรึกษา การให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากความจำเป็น กลายมาเป็นผู้สูงอายุที่มีความเป็นมืออาชีพ สามารถทำเป็นอาชีพได้ในอนาคต

บทที่ 7

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและงานวิจัยในอนาคต

ในการศึกษาวิจัยเรื่องระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และกิจการเพื่อสังคมได้ ทำการศึกษาโดยการทบทวนภาพรวมของระบบสนับสนุนผู้สูงอายุ ทั้งจากภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ และแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุแบบบูรณาการเพื่อสร้างแนวทางที่เป็นแรงจูงใจให้ ภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแล และทำการศึกษาครอบครัวที่มี ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้กรอบนโยบายที่มีการดำเนินการในปัจจุบัน

ในบทนี้จึงเสนอแนวทางเพื่อเป็นทางเลือกที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่จะเป็นกลไกสำคัญในการ ขับเคลื่อน และนำไปสู่การกำหนดมาตรการที่เป็นข้อกำหนดที่เป็นรูปธรรมที่ใช้ในการทำงานที่เหมาะสมตรงกับ ความต้องการของผู้สูงอายุและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการในเรื่องนี้

7.1 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากผลการทบทวนเอกสาร การวิจัยภาคสนาม และผลจากการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุใน ต่างประเทศและในประเทศไทย หากพิจารณาจากแผนภาพของระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยดัง แผนภาพที่ได้นำเสนอไปแล้วนั้น จะพบว่า ปัจจุบันในประเทศไทยภาครัฐเป็นผู้มีบทบาทหลักในการสนับสนุน ผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการและการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดบริการให้กับ ผู้สูงอายุเช่นเดียวกับครอบครัว โดยภาคเอกชนและองค์กรการกุศลและองค์กรไม่แสวงผลกำไร มีบทบาทเพียง เล็กน้อยในการสนับสนุน เช่น การจัดหาอาสาสมัครและการบริการข้อมูลและการส่งต่อ ซึ่งการดำเนินการใน ต่างประเทศนั้น ภาครัฐได้กระจายบทบาทและทรัพยากรบางส่วนไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในภาคเอกชน และองค์กรการกุศลและองค์กรไม่แสวงผลกำไร รวมถึงครอบครัวในฐานะผู้ดูแลหลัก ทั้งนี้ หากจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น การดำเนินการในเรื่องดังกล่าวภาคส่วนเดียวจะส่งผลให้การดูแลไม่ทั่วถึงและขาดคุณภาพและ ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลด้านสุขภาพที่มีความต้องการเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพิจารณาถึง แนวทางในการกระจายการดำเนินงาน หรือกระจายทรัพยากรไปสู่ภาคส่วนอื่น จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น เร่งด่วน เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐทั้งในด้านการดูแลและในด้านเงินทุนโดยเฉพาะในกลุ่มประชากร เป้าหมายที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ

ในต่างประเทศ ในการดำเนินการจะกระจายบทบาทและการบริหารไปสู่ภาคส่วนอื่นอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดหน่วยงานเฉพาะกิจ (Hub) ที่จัดบริการและส่งตรงถึงผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการกระจายส่วนงานในการดูแลผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า หน่วยบริการผู้สูงอายุเขต

พื้นที่ (Aging Area Agency: AAA) กระจายอยู่ตามเขตปกครองในรัฐต่าง ๆ ของสหรัฐอเมริกา โดยรัฐบาลกลางจะทำหน้าที่เป็นคนกลางในการจัดให้ผู้ให้บริการได้พบกับผู้รับบริการ โดย AAA ไม่จำเป็นต้องทำหน้าที่ให้บริการโดยตรง เพียงแต่คอยประสานงานและอำนวยความสะดวกเท่านั้น หรือการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลกลางระดับชาติ (Eldercare Locator) เพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลการติดต่อทุกหน่วยงาน องค์กร ที่มีอยู่ทั่วประเทศ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุและทำหน้าที่ประสานงานและนำเสนอบริการจากผู้ให้บริการที่ทำสัญญากับ AAA ไปสู่ผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็นต้น โดยเพื่อให้เกิดกลไกในการเชื่อมต่อเพื่อสนับสนุนให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

1) การส่งเสริมหรือสนับสนุนให้องค์กรภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ

ภาครัฐเพิ่มเติมบทบาทที่นอกเหนือจากการกำหนดนโยบายและการจัดบริการ มาเป็นการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้องค์กรภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้วย โดยการสนับสนุนทางตรงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือดำเนินการผ่านองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณและติดตามประเมินผล ในการดำเนินการอาจใช้แนวทางการทำสัญญาแบบรับเหมาช่วง (subcontract) หรือทำสัญญาแบบจ่ายตามผลงาน pay for success / social impact bond ซึ่งหากจะมีการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว จะต้องมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

- การจัดตั้งหน่วยงานกลางที่เป็นองค์กรอิสระเพื่อเป็นองค์กรกลาง

การจัดตั้งหน่วยงานกลางที่เป็นองค์กรอิสระเพื่อเป็นองค์กรกลางในการเจรจา (Mediatory) กับภาคเอกชน องค์กรการกุศล หรือองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร ให้เป็นผู้จัดทำโครงการประเภทนวัตกรรมที่เป็นการแก้ไขปัญา (intervention) ซึ่งหากพิจารณาบทเรียนจากต่างประเทศการดำเนินการตามแนวทางนี้ เหมาะสำหรับการดำเนินการที่มีการกำหนดกลุ่มประชากรได้ชัดเจนและสามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ดำเนินการได้ชัดเจน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม หรือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในส่วนของโครงสร้างขององค์กรอิสระจะเป็นคณะกรรมการของระบบฯ (Aged Care Committee) นั้น ในต่างประเทศจะประกอบไปด้วยองค์กรระดับรัฐบาลกลาง ระดับรัฐบาลท้องถิ่น และระดับพื้นที่ และในแต่ละระดับประสานความร่วมมือกันระหว่างองค์กรภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร องค์กรการกุศล โดยในการดำเนินการมีเป้าหมายสูงสุด คือ การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการเป็นหลัก ทั้งนี้ยังมีกลไกหรือช่องทางเพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถร้องเรียนหรือติชมข้อกำหนดของระบบดูแลผู้สูงอายุได้ มีการกำหนดเป้าหมายในการลดการจัดบริการโดยรัฐ และเพิ่มบทบาทให้ภาคเอกชนและภาคส่วนอื่นให้เข้ามามีบทบาทในการให้บริการและช่วยเหลือผู้สูงอายุแทน

- การกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ได้รับการสนับสนุน

ควรกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินคุณสมบัติของผู้รับการสนับสนุนบริการต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากการใช้เกณฑ์อายุในการคัดกรอง เช่น การประเมินจากรายได้และทรัพย์สินต่ำกว่าเกณฑ์ที่คณะกรรมการประเมินคุณสมบัติผู้รับการสนับสนุนได้กำหนดไว้ (Means-tested level) หรือประเมินจากความเหมาะสมที่ควรจะได้รับบริการ และมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์องค์ประกอบของคะแนนประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้

สอดคล้องและเท่าทันกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือการใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับบริการที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการในรูปแบบขององค์กรธุรกิจ (Market Segmentation)

- **การกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดกรองคุณภาพผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการ**

ควรกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดกรองคุณภาพผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการ โดยการกำหนดมาตรฐานของการให้บริการและมีคณะกรรมการในการประเมินคุณภาพของสถานบริการอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ควรมีการควบคุมสถานบริการให้สอดคล้องกับจำนวนของผู้สูงอายุด้วยคุณภาพของการบริการที่ได้มาตรฐาน เช่น หากผู้ให้บริการรายใดต้องการขยายกิจการหรือเพิ่มจำนวนผู้รับบริการก็จะต้องแข่งขันในด้านคุณภาพของการให้บริการก่อนที่จะได้รับการอนุญาตให้เพิ่มจำนวนในการให้บริการ (Aged Care Approvals Round: ACAR) หรือการสร้างแรงจูงใจ เช่น การสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลในรูปแบบของเงินช่วยเหลือ (capital grant) ในกรณีที่ผู้ให้บริการสามารถคงมาตรฐานของการให้บริการตามมาตรฐานได้อย่างดีและมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- **การสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานหรือระบบอาสาสมัครในชุมชน**

การสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานหรือระบบอาสาสมัครในชุมชนอย่างเป็นระบบในภาพรวมของต่างประเทศนั้นจะมีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เกิดหน่วยงานหรือระบบอาสาสมัครในชุมชนเพื่อบริหารจัดการเรื่องอาสาสมัคร (Community Visitors Scheme : CVS) และทำหน้าที่ตั้งแต่ขั้นตอนการรับสมัคร ฝึกหัด และสนับสนุนอาสาสมัครที่มาช่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้เข้าสังคมทั้งที่บ้านและที่สถานบริการ โดยอาจจะใช้ทุนที่สังคมไทยมีอยู่แล้ว เช่น ระบบอาสาสมัครชุมชนหรือผู้ดูแล ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้ในการดำเนินการอาจมีกำหนดมาตรการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนได้ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องลาออกจากงานเพื่อไปดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อเป็นการลดการใช้บริการสถานบริการในรูปแบบสถาบันฯ หรือการลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร หรือหลาน เป็นต้น

- **การออกมาตรการสนับสนุนภาคส่วนอื่น ๆ ที่มีการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม**

ในหลายประเทศรัฐบาล ในการดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุ รัฐบาลจะมีการมาตรการในการดำเนินการที่สำคัญๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้เกิดระบบนิเวศของการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นภาพรวมของประเทศ เช่น ในกรณีของการจ้างงานและการฝึกอบรม ในหลายประเทศประสบปัญหาเรื่องการเข้าร่วมในกำลังแรงงานลดน้อยลงและการปลดแรงงานสูงอายุ จึงนำไปสู่การกำหนดกรอบการทำงานในเรื่องการต่อต้านการเลือกปฏิบัติ หรือการเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ในการจ้างงานต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ (Employment Continuation Benefit for the Aged) เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันการจ้างงานและเป็นการสร้างแรงจูงใจสำหรับนายจ้างในการจ้างงานผู้สูงอายุต่อเนื่องจนถึงอายุอย่างน้อยที่สุด 65 ปี หรือการพัฒนาโครงการเพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น โครงการช่วยเหลือทางการเงินให้กับสถานประกอบการที่มี

การจ้างแรงงานสูงอายุ โครงการสนับสนุนงบประมาณหรือเงินอุดหนุนบางส่วนเพื่อส่งเสริมการประกอบธุรกิจของผู้สูงอายุ

สำหรับในส่วนภาคธุรกิจ ในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นในเรื่องการสร้างบ้านพักผู้สูงอายุ จึงนับเป็นโอกาสสำคัญที่จะทำให้ภาคธุรกิจเข้ามามีส่วนร่วมได้ ซึ่งในต่างประเทศ การเคหะแห่งชาติจะเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลด้านที่อยู่อาศัยให้กับรัฐบาลกลางในการจัดบริการให้กับประชาชน โดยตัวอย่างโครงการในการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เช่น โครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยเป็นโครงการให้เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำแก่หน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรในการสร้างที่พักใหม่หรือซ่อมแซมที่พักอาศัยที่ให้ผู้สูงอายุวัย 62 ปีขึ้นไปเช่า หรือสนับสนุนค่าเช่าให้กับเจ้าของที่พักที่ให้ผู้เช่าและครอบครัวที่รายได้น้อยได้อาศัยอยู่ โดยหน่วยงานที่ดูแลด้านเคหะแห่งชาติจะเป็นผู้จัดสรรงบประมาณร้อยละ 20 ให้กับเจ้าของบ้านที่ทำบ้านเช่าให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือให้กับผู้ที่ยินยอมให้มีการปรับปรุงที่พักอาศัยให้เข้าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมือง หรือการสนับสนุนงบประมาณให้กับอุตสาหกรรมเนอส์ซิงโฮมที่ช่วยดูแลในเรื่องรักษาพยาบาลที่มีการดำเนินการได้มาตรฐานตามที่รัฐบาลกำหนดเพื่อเป็นการช่วยลดภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถดูแลตนเองในโรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพของรัฐ

นอกจากนี้ สำหรับสถานดูแลระยะยาว ในบางประเทศนั้น ได้มีการนำร่องระบบการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ (System of Integrated Care for Older Persons) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้จ่ายจากสถานบริการและส่งเสริมให้ชุมชนมีการบูรณาการอย่างเต็มรูปแบบเพื่อรองรับความต้องการของการดูแลระยะยาวโดยได้รับความร่วมมือกับแพทย์ระดับปฐมภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ในการประเมินความต้องการ จัดหา และให้บริการสุขภาพและสังคมที่บ้านแทนการเดินทางเข้ามาใช้บริการในการโรงพยาบาลหรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ในกรณีของต่างประเทศนั้นได้เริ่มมีโครงการการลดหย่อนทางภาษี (Tax credit) ให้กับครัวเรือนที่มีคนหลายวัยอยู่ร่วมกัน และให้มาตรการช่วยเหลือทางภาษี (Tax concession) สำหรับการสร้างหรือปรับปรุงที่พักอาศัยเนื่องด้วยความต้องการของคนหลากหลายวัย เป็นต้น

2) การจัดตั้งเครือข่ายบริการการสูงอายุแห่งชาติ เพื่อระดมภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาเป็นทรัพยากรของการดูแลผู้สูงอายุ

การสร้างเครือข่ายการสูงอายุแห่งชาติเพื่อทำไปสู่การจัดตั้งเครือข่ายผู้สูงอายุ (Aging Network) ทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งนอกจากจะเป็นการระดมภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาเป็นทรัพยากรของการดูแลผู้สูงอายุแล้ว เครือข่ายดังกล่าวนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างคณะกรรมการที่เป็นกลไกการสนับสนุนในภาพรวม (Aged Care Committee) ในกรณีต่างประเทศมีการดำเนินการแล้วมีการจัดตั้งศูนย์ทรัพยากรมนุษย์ซิลเวอร์ (Silver Human Resource Center: SHRC) กระจายทั่วประเทศ โดยแต่ละศูนย์ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งหมดจากรัฐทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น โดยนอกจากศูนย์นี้จะทำหน้าที่ในการเปิดโอกาสบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้ได้รับการจ้างงานแบบปกติ รวมทั้งงานชั่วคราว งานตามสัญญา งานพาร์ท

ใหม่ หรืองานจ้างรูปแบบต่างๆ โดยการจัดหางานเพื่อผู้สูงอายุ (Senior Work Program) แล้ว ผู้สูงอายุที่สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกจะได้รับบริการฝึกทักษะ การศึกษา คำปรึกษาในการหางาน การเตรียมตัวสัมภาษณ์งาน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จากสถานประกอบการธุรกิจต่างๆ ที่ร่วมเป็นเครือข่าย รวมถึงออกแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุครอบคลุมทุกเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นศูนย์กลางฐานข้อมูลองค์กรรัฐ เอกชน ฯลฯ ที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่แยกเป็นหมวดหมู่ชัดเจน

3) การส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมหรือธุรกิจขนาดเล็ก เพื่อริเริ่มบริการที่ตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและที่บ้าน

การส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมหรือธุรกิจขนาดเล็ก เพื่อริเริ่มบริการที่ตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและที่บ้านเพื่อให้กิจกรรมนั้น ๆ เป็นไปตามหลักการให้ผู้สูงอายุมีอิสระภาพ มีศักดิ์ศรี มีทางเลือกมากกว่าเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานแต่เพียงอย่างเดียว โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมหรือโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องการดำเนินธุรกิจขนาดเล็ก ลงทุน ให้การช่วยเหลือตั้งธุรกิจ หรือ ให้มีธุรกิจที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และเริ่มจากโครงการที่เป็นความต้องการเฉพาะและมีตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลความสำเร็จได้ชัดเจน

4) การจัดตั้งองค์กรการกุศล

การจัดตั้งองค์กรการกุศล เพื่อเป็นองค์กรกลางในการระดมทุนและบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนกิจการด้านผู้สูงอายุ โดยนำทุนที่ระดมมาได้ ดำเนินโครงการเช่น ให้ทุนกิจการเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไร ที่อยากริเริ่มโครงการเพื่อผู้สูงอายุ

7.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุยังขาดการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมในการออกแบบบริการ และจัดหาบริการเพื่อผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน โดยเหตุผลส่วนหนึ่ง อาจเนื่องจากยังไม่เห็นว่าประชากรสูงอายุกำลังเป็นปัญหา หรือต้องการมีส่วนร่วมเพราะตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา แต่ยังขาดข้อมูลด้านผู้สูงอายุทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ หรือไม่เห็นตัวอย่างที่ชัดเจนว่าจะออกแบบบริการหรือโครงการในลักษณะใด หรือเพื่อกลุ่มเป้าหมายใด ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาและสำรวจประเด็นเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

1. สำรวจกิจการเพื่อสังคม และบริษัทเอกชน ทั้งที่แสวงผลกำไร หรือ ไม่แสวงผลกำไรที่ประสงค์จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการผู้สูงอายุ

2. สำรวจผู้ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ จัดประเภทการให้บริการ ระบุประเภทบริการที่มีอยู่ และบริการที่ยังไม่เกิดขึ้น ตามกรอบนโยบายผู้สูงอายุ 7 ด้าน ด้านรายได้หลังเกษียณ การจ้างงาน ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล สุขภาพจิต การให้ชุมชนมีส่วนร่วม และการดูแลในครอบครัว โดยทำการสำรวจทั่วประเทศ
3. ศึกษาแรงจูงใจของภาคเอกชน ทั้งที่แสวงผลกำไร หรือ ไม่แสวงผลกำไร ในการจัดหาบริการสำหรับผู้สูงอายุในด้านความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และการดูแลระยะยาว
4. ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งหน่วยบริการเขตพื้นที่เพื่อการสูงอายุให้เกิดขึ้นทั่วภูมิภาคของประเทศ ที่เกิดจากความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาสังคม
5. ศึกษานวัตกรรมด้านการบริการและผลิตภัณฑ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมประชาสงเคราะห์. (2539). *สวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กองสวัสดิการสงเคราะห์. กรมประชาสงเคราะห์
- จุฑารัตน์ แก้วกัญญา. (2555). รายงานฉบับสมบูรณ์ "ศึกษาทบทวนกฎหมายและกลไกที่พัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ". ได้รับทุนสนับสนุนโดย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ช. ชยินทร์ เพ็ชฌุฬ. (ม.ป.ป.). *แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย*. ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ณรงค์ ใจหาญ. (2554). รายงานฉบับสมบูรณ์ "การทบทวนเอกสารเพื่อสังเคราะห์กรอบแนวคิดและผังพิสัยการวิจัยด้านกฎหมายสำหรับสังคมผู้สูงอายุ". ได้รับทุนสนับสนุนโดย แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: พัฒนาต้นแบบและปัจจัยสำคัญ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ณัฐภัทร ถวัลโพธิ์ และคณะ. (2555). รายงานฉบับสมบูรณ์ "ศึกษาเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุของไทยและต่างประเทศ เพื่อการปรับปรุงกฎหมายไทย. ได้รับทุนสนับสนุนโดย แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- นงนุช สุนทรชวกันต์. (2556). แนวทางการปรับปรุงกฎหมายเพื่อขยายโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุ. วารสารนักบริหาร, 33(3), 39-46.
- รพีพรรณ คำหอม. (2545). *สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัทอาร์ยัน มีเดียจำกัด
- วันทนี วาสิกะสิน และคณะ. *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2559). ระบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: J. Print.
- วรเวชม์ สุวรรณระดา และวรรณ ชานูด้วยวิทย์. 2553. *สวัสดิการยามชราบ้านาญแห่งชาติ*. มูลนิธิ
- วรเวชม์ สุวรรณระดา. (2559). *ชาญชรา ก้าวสู่สังคมสูงวัยด้วยความรู้และปัญญา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2560). *วิสาหกิจเพื่อสังคม*. กรุงเทพฯ :สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2554). *สู่ระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2560*. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: บริษัทพรีนเทอรี จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2560*. สิ่งพิมพ์ออนไลน์. สืบค้นวันที่ 31 ตุลาคม 2561

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
- สำนักงานสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ. (2555). แผนแม่บทสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคม พ.ศ.2553-2557. สิ่งพิมพ์ออนไลน์. สืบค้นวันที่ 31 มีนาคม 2561
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2558). แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. ชุมชนการเกษตรและสหกรณ์แห่งประเทศไทย.
- อัมมาร สยามวาลา และคณะ. (2549). การประเมินความเสี่ยงและความเปราะบางทางสังคม : การวัดภาวะความยากไร้และความเปราะบางทางสังคมสู่แนวทางนำไปปฏิบัติได้ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ภาษาอังกฤษ

- Addis, R., J. McLeod, and A. Raine. 2013. Impact-Australia. Investment for social and economic benefit. <https://docs.employment.gov.au/documents/impact-australia-investment-social-and-economic-benefit>
- Aged and Community Services Australia (ACSA). <https://www.acsa.asn.au> Viewed 20 January 2018.
- Aged Care Sector Statement of Principles. (2015). https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/02_2015/aged_care_sector_statement_of_principles_-_final_feb_2015_0.pdf Viewed 15 January 2018.
- AlphaMundi. 2010. Impact finance survey 2010. <https://thegiin.org/assets/documents/pub/impact-finance-survey-2010.pdf>
- Alwin, D.F. (2002). Age-[eropd-cohort model. In D.J. Ekert (Ed.) *Encyclopedia of aging* (Vol.1 pp 43-45). New York: Macmillan Reference.
- Arena, M., Bengo, I., Calderini, M., & Chiodo, V. (2016). *Social Impact Bonds: Blockbuster or Flash in a Pan?*. *International Journal of Public Administration*, 39(12), 927-939.
- Australian Bureau of Statistics. (2015). Catalogue 5209.0.55.001 Australian National Accounts: Input-Output Tables. 2012-13. ABS.
- Australian Bureau of Statistics. (2015). *Household and family projections, Australia, 2011 to 2036*. ABS cat no. 3236.0. Canberra: ABS.
- Australian Bureau of Statistics. (2016). *Disability, ageing and carers, Australia: summary of findings, 2015*. ABS cat. no. 4430.0. Canberra: ABS.

- Australian Institute of Health and Welfare. (2001). *Australia's welfare series no. 5*. Cat. no. AUS 24. Canberra: AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2015). *Australia's welfare 2015*. Australia's welfare series no. 12. Cat. no. AUS 189. Canberra: AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017). *Australia's welfare 2017*. Australia's welfare series no. 13. AUS 214. Canberra: AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017). *GEN fact sheet 2015–16: Services and places in aged care*. Canberra: AIHW.
- Bengston, V.C., Burgess, E.o., & Parrott, T.M. (1997). *Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 52. S72-S88
- Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (Eds.). (2009). *Handbook of theories of aging*. (2nd ed.) New York, NY: Springer.
- Brest, P., and K. Born. 2013. When can impact investing create real impact? Stanford Social Innovation Review. http://ssir.org/articles/entry/impact_investing.
- Brown, A., and A. Swersky. 2012. The first billion a forecast of social investment. <https://www.bcg.com/documents/fle115598.pdf>
- Burckart, W. 2015. Bringing impact investing down to Earth: Insights for making sense, managing outcomes, and meeting client demand, Money References 45 46 2 An Introduction to Social Impact Investing Management Institute. Special Report. https://www.wilbankspartners.com/wp-content/uploads/2014/05/2015-MMI-Impact-Investing-Full-ReportFINAL-6.4.15_0.pdf
- Chiappini, H. (2017). Social impact funds: Definition, assessment and performance doi:10.1007/978-3-319-55260-6
- Credit Suisse. 2012. Investing for impact how social entrepreneurship is redefining the meaning of return. <https://publications.creditsuisse.com/tasks/render/fle/index.cfm?fleid=88E808B6-83E8-EB929D52FE6556283AAA>.
- Deloitte Access Economics. (2016). *Australia's aged care sector: economic contribution and future directions*. Sydney: Deloitte.
- Department of Health. (2016). *2015-16 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997*, www.agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/12_2016/2015-16_report-on-the-operation-of-the-aged-care-act-1997.pdf Viewed 11 January 2018.

- Department of Health. (2017). *Report on Government Services: Chapter 14 Aged care services*. DoH.
- Department of Health. *Ageing and Aged Care*. <https://agedcare.health.gov.au/> Viewed 7 January 2018.
- Drexler, M., and A. Noble. 2013. From the margin to the mainstream. Assessment of the impact investment sector and opportunities to engage mainstream investors. Cologne: World Economic Forum. http://www3.weforum.org/docs/WEF_IL_FromMarginsMainstream_Report_2013.pdf
- DSS. 2014. *Residential care*. 25 July 2014 Canberra: DSS. Viewed 30 December 2017, <http://www.dss.gov.au/our-responsibilities/ageing-and-aged-care/aged-care-reform/reforms-by-topic/home-care>
- Dutt, N., U. Ganesh, P. Chandrasekaran, P. Agarwal, S. Patil, and A. Gupta. 2014. Invest. Catalyze. Mainstream. The Indian Impact Investing Story. Intellectap. http://www.intellectap.com/sites/default/files/publications/IIIR_Final%20report_May6_low_res.pdf
- Ergas, Henry, & Paolucci, Francesco. (2011). *Providing and financing aged care in Australia. Risk Management and Healthcare Policy*. 4: 67–80.
- Freireich, J., & Fulton, K. (2009). *Investing for social & environmental impact: A design for catalyzing an emerging industry*. Accessible from Cambridge, MA: Monitor Institute: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/FinancialServices/gx-fsi-monitor-Investing-for-Social-and-Environmental-Impact-2009.pdf>
- GIIN. 2014. About impact investing. New York. <http://www.thegiin.org/>.
- Gosta Esping Anderson (1990). *The Three World of Welfare Capitalism*. Cambridge.
- Grabenwater, U., and H. Liechtenstein. 2011. An unconventional perspective on impact investing. <http://www.iese.edu/en/fles2/foc.pdf>.
- Griffiths, A., & Meinicke, C. (2014). *Introduction to social impact bonds and early intervention*. London: Early Intervention Foundation, http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_42717-3.pdf (accessed 31 May 2016).
- Grove, Alex. (2016). *Research paper series: Aged Care: A Quick Guide. Department of Parliament Services*. Parliament of Australia.
- Höchstädter, A.K., and B. Scheck. 2015. What's in a name: An analysis of impact investing understanding by academics and practitioners. *Journal of Business Ethics* 132 (2): 449–475.

- Johnson, K., and H. Lee. 2013. Impact investing: A framework for decision making. Cambridge Associates. <https://thegiin.org/assets/documents/pub/impact-investing-a-framework-for-decision-making.pdf>.
- Johnson, K., and H. Lee. 2013. Impact investing: A framework for decision making. Cambridge Associates. <https://thegiin.org/assets/documents/pub/impact-investing-a-framework-for-decision-making.pdf>.
- Lawton, M. P. (1980). *Environment and aging*. Monterey, CA. Brooks/Cole.
- Lecovich, E. (2014). Aging in Place: from theory to practice. *Anthropological Notebook*, 20(1), 21-33.
- Maier, Florentine and Meyer, Michael (2017) *Social Impact Bonds and the Perils of Aligned Interests*. *Administrative Sciences*, 7 (3). pp. 1-10. ISSN 2076-3387
- McIntosh, Greg, & Phillip, Janet. (2003). *E-brief: Caring for the Elderly: an Overview of Aged Care Support and Services in Australia*.
- McKinsey & Company. (2012)
<https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/About%20Us/Social%20impact/Social%20impact%20report.ashx>
- O'Donohoe, N., Leijonhufvud, C., Saltuk, Y., Bugg-Levine, A., & Brandenburg, M. (2010). *Impact investments: An emerging asset class*. Accessible from New York, NY: J.P. Morgan: <https://thegiin.org/assets/documents/Impact%20Investments%20an%20Emerging%20Asset%20Class2.pdf>
- OECD. (2015). Social impact investment: Building the evidence base doi:10.1787/9789264233430-en
- OECD (2016) <http://www.oecd.org/cfe/leed/UnderstandingSIBsLux-WorkingPaper.pdf>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2009). *Pensions at a glance 2009: Retirement-income system in OECD countries*. Paris: Author.
- Paul Hoggett. (2000). *Emotional Life and the Politics of Welfare*, Macmillan, Basingstoke.
- Productivity Commission. (2011). *Caring for older Australians: overview*. Report no. 53. Final inquiry report. Canberra: Productivity Commission.
- Resthaven Incorporated. (2017). *Annual Report 2017*. South Australia. Resthaven.
- Rodin, J., and M. Brandenburg. 2014. The power of impact investing: Putting markets to work for profit and global good. *Routledge international handbooks*, 102–124. Philadelphia: Wharton Digital Press.
- Rose, A. M. (1962). The subculture of the aging: A topic for sociological research. *The Gerontologist*, 2(2), 123 -127.

- SIIT. 2014. Impact investment: the invisible heart of markets. London. <http://www.socialimpactinvestment.org/>.
- Social Ventures Australia (SVA). <https://www.socialventures.com.au> Viewed 20 January 2018.
- Tan, S., Fraser, A., Giacomantonio, C., Kruithof, K., Sim, M., Lagarde, M., ... & Mays, N. (2015). An evaluation of social impact bonds in health and social care: interim report. *Policy Innovation Research Unit (PIRU)*.
- Taylor, G. Helen, Blount, Yvette, & Gloet, Marianne. (2017). In a book *Remote Work and Collaboration: Breakthroughs in Research and Practice*. Information Resources Management Association, IGI Global, PA, USA. 585 – 603.
- The Big Lottery, ATQ Consultants and Ecorys. (2016) *Reconnections Social Impact Bond: reducing loneliness in Worcestershire*, <https://www.bigsocietycapital.com/latest/type/research/reconnections-social-impact-bond-reducing-loneliness-worcestershire>.
- The City of Unley. (2015). *Active Ageing Strategy*. South Australia: City of Unley. <http://www.unley.sa.gov.au/city-planning-initiatives/active-ageing> Viewed 20 January 2018.
- The Parthenon Group. 2010. *Investing for impact. Case studies across asset classes*. <http://bridgesventures.com/wp-content/uploads/2016/03/Investing-forImpact-Case-Studies-Across-Asset-Classes.pdf>.
- Wacker, R. R., & Roberto, K. A. (2011). *Aging Social Policies: An International Interspective*. California: Sage Publications. Inc.

เว็บไซต์

www.aarp.org

www.bonventure.de/en/projects/social-services-and-products.html

www.bridgesventures.com

www.collins.senate.gov

www.data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm.

www.n4a.org

www.ncoa.org

www.population.un.org

www.sharedlivesplus.org.uk

www.sielbleu.org

www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/91.

www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia.

www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

ภาคผนวก

ก. รายนามผู้ให้ข้อมูล

(เรียงลำดับตามจังหวัด)		
คุณศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ	กรุงเทพมหานคร
คุณอมรรัตน์ พุฒเจริญ	ผู้ประสานงาน เครือข่ายพุทธิกา	กรุงเทพมหานคร
คุณอรุณช เลิศกุลดิลก	ผู้จัดการโครงการเพื่อผู้สูงอายุ forOldy	กรุงเทพมหานคร
คุณอุษา ราชปรีชา	ผู้จัดการอาคารสรวงคณิเวศ สรวงคณิเวศ อ. บางปู	สมุทรปราการ
นพ.ภูริทัต แสงทองพานิชกุล	เจ้าของกิจการ บ้านอุ่นใจรัก อ. สามพราน	นครปฐม
คุณอรรณพ จิริกิติ	เจ้าของกิจการ มูลนิธิบ้านสุทธาวาส อ. องค์กรักษ์	นครนายก
คุณธมนสรวง ศีลสุทธิ	ผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาและฝึกอบรม เวลเนสซิตี้ อ. บางไทร	พระนครศรีอยุธยา
คุณอุบล หาญฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ อ. แม่ริม	เชียงใหม่
คุณวรรณเดช คำภูษา	สมาชิก อบต. ต. ห้วยทราย อ. แม่ริม	เชียงใหม่
คุณอนงค์ พงษ์พันธ์	อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ต. ห้วยทราย อ. แม่ริม	เชียงใหม่
คุณบัวลอย ต้นนาค	อาสาสมัครสาธารณสุข ต. ห้วยทราย อ. แม่ริม	เชียงใหม่
คุณสว่าง แก้วกันทา	ผู้อำนวยการมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ Buddy Home Care	เชียงใหม่
คุณเจนวิทย์ วิโสจสงคราม	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ / Buddy Home Care	เชียงใหม่

ข. กรณีศึกษาที่ทำการเก็บข้อมูลภาคสนาม

กรณีศึกษา	เพศ	อายุ	สถานที่
D01 ผู้สูงอายุในชุมชน	ช	64	เชียงใหม่
D02 ผู้สูงอายุในชุมชน	ช	86	เชียงใหม่
D03 ผู้สูงอายุในชุมชน	ช	75	เชียงใหม่
D04 ผู้สูงอายุในชุมชน	ช	79	เชียงใหม่
D05 ผู้สูงอายุในชุมชน	ช	82	เชียงใหม่
D06 ผู้สูงอายุในชุมชน	ญ	88	เชียงใหม่
D07 ผู้สูงอายุในชุมชน	ญ	73	เชียงใหม่
D08 ผู้สูงอายุในชุมชน	ช	82	เชียงใหม่
D09 ผู้สูงอายุในชุมชน	ช	67	เชียงใหม่
D10 ผู้สูงอายุในชุมชน	ญ	79	เชียงใหม่
D11 ผู้สูงอายุในชุมชน	ญ	72	กาญจนบุรี
D12 ผู้สูงอายุในชุมชน	ญ	69	กาญจนบุรี
D13 ผู้สูงอายุในชุมชน	ญ	72	กาญจนบุรี
D14 บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน	ญ	43	กาญจนบุรี
D15 บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน	ญ	58	กาญจนบุรี
D16 บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน	ญ	60	กาญจนบุรี
D17 บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน	ญ	51	กาญจนบุรี
D18 ผู้นำชุมชน	ช	50	กาญจนบุรี
D19 ผู้นำชุมชน	ช	56	กาญจนบุรี
D20 ผู้นำชุมชน	ญ	43	กาญจนบุรี

ค. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1) แนวคำถามสำหรับองค์กรภาครัฐ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลองค์กร

- ชื่อองค์กร
- ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์
- ชื่อ-นามสกุล
- ตำแหน่ง
- แผนก/ส่วนงาน (กรม/กอง/สำนัก ฯลฯ)
- จำนวนปีที่ทำงานในส่วนงานนี้ และจำนวนปีที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ
- บทบาทหรือประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ
- โครงสร้างองค์กร / ลักษณะองค์กร
- วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์
- เป้าประสงค์

ส่วนที่ 2 การทำงานด้านผู้สูงอายุขององค์กร

- องค์กรนี้ มีส่วนงานใดบ้างที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุ แต่ละส่วนงานมีการแบ่งการรับผิดชอบงานอย่างไร มีแนวทางในการดำเนินการอย่างไร และมุ่งเน้นการดำเนินการในด้านใด
- จุดเด่นหรือจุดแข็งที่สุดในการทำงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรนี้คืออะไร และมีกระบวนการหรือปัจจัยใดที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ได้มาซึ่งจุดแข็งเช่นนั้น
- จุดอ่อนที่สุดในการทำงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรนี้คืออะไร และมีกระบวนการหรือปัจจัยใดที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เป็นเช่นนั้น
- องค์กรนี้ มีเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุร่วมกับองค์กรอื่นอย่างไรบ้าง (ระบุแยกเป็นองค์กรรัฐ, เอกชน, NGOs, ภาคประชาสังคม, องค์กรการกุศล, องค์กรระหว่างประเทศ ฯลฯ)

ส่วนที่ 3 การทำงานด้านผู้สูงอายุของผู้ให้ข้อมูล – ระบบการดูแลผู้สูงอายุ

(จากประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุมาทั้งหมด ทั้งที่ทำกับองค์กรนี้และองค์กรอื่นที่ผ่านมา)

- การทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ในปัจจุบัน มีความกลมกลืนสอดประสานกันดีหรือไม่ มีอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งอะไรบ้าง กลไกหรือปัจจัยใดที่จะสามารถทำให้การทำงานร่วมกันมีความราบรื่น เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ควรมีองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ประสานโดยเฉพาะหรือไม่ ใครที่เหมาะสม
- ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการทำงานภาคปฏิบัติมีอะไรบ้าง มี Key Persons, กฎ/ข้อกำหนด, ข้อจำกัดด้านต่าง ๆ, แนวความคิด/ค่านิยมใดบ้างหรือไม่ ที่เป็นอุปสรรคสำคัญหรือเป็นจุดบ่งชี้ถึงความสำเร็จในการทำงาน
- มีความพึงพอใจกับการทำงานในปัจจุบันมากน้อยเพียงใด ถ้าให้ปรับเปลี่ยนได้ทั้งบนพื้นฐานของความเป็นจริงและทางอุดมคติ ท่านอยากให้มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างบ้าง
- ข้อเสนอสำหรับกลไกสำคัญในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ควรเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบอะไรบ้าง อย่างไร

2) แนวคำถามสำหรับองค์กรภาคเอกชน / ไม่แสวงผลกำไร / กิจกรรมเพื่อสังคม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และขององค์กร

- ชื่อองค์กร
- ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์
- ชื่อ-นามสกุล
- ตำแหน่ง
- จำนวนปีที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ
- บทบาทหรือประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ
- ข้อมูลอื่น ๆ
- วัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง/แรงจูงใจ/แรงผลักดัน
- วันที่ก่อตั้ง
- ลักษณะของธุรกิจ
- โครงสร้างองค์กร
- วัตถุประสงค์ด้านสังคม (Social aims/Social purpose)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานขององค์กร

- ลักษณะของการให้บริการ
- เกณฑ์ หรือคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย
- คุณลักษณะเฉพาะของพนักงาน
- จุดเด่นหรือจุดแข็งที่สุดในการทำงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรนี้คืออะไร และมีกระบวนการหรือปัจจัยใดที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ได้มาซึ่งจุดแข็งเช่นนั้น
- จุดอ่อนที่สุดในการทำงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรนี้คืออะไร และมีกระบวนการหรือปัจจัยใดที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เป็นเช่นนั้น
- องค์กรนี้ มีเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุร่วมกับองค์กรอื่นบ้างหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 3 วัตถุประสงค์ด้านสังคมขององค์กร

- ผลตอบแทนทางสังคมที่ได้จากการจัดบริการ
- ปัจจัยอะไรที่ทำให้การจัดบริการโดยมีเป้าหมายเพื่อสังคม สามารถดำเนินไปได้

ส่วนที่ 4 บริบททางธุรกิจขององค์กร

- ยุทธศาสตร์/ปัจจัยขับเคลื่อนใดที่ทำให้เกิดความสำเร็จ (ภายในองค์กร)
- ยุทธศาสตร์/ปัจจัยขับเคลื่อนใดที่ทำให้เกิดความสำเร็จ (ภายนอกองค์กร)
- ยุทธศาสตร์/ปัจจัยขับเคลื่อนใดที่เป็นอุปสรรค (ภายนอกองค์กร)
- ยุทธศาสตร์/ปัจจัยขับเคลื่อนใดที่เป็นอุปสรรค (ภายในองค์กร)
- การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานอื่น ภายในและภายนอกพื้นที่

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นเรื่องระบบดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

- ระบบดูแลผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร
- ท่านคิดว่าภาคส่วนใดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย

- กลไกใดที่น่าจะเป็นไปได้ในการทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุไทยมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

3) แนวคำถามสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ข้อมูลผู้ทั่วไปของผู้สูงอายุ / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ชื่อ-นามสกุล
- เพศ
- อายุ
- อาชีพ
- รายได้
- ข้อมูลติดต่อ

ส่วนที่ 2 ลักษณะการอยู่อาศัย – การดูแลผู้สูงอายุ

- ลักษณะการอยู่อาศัย (บ้าน, รพ., สถานดูแลผู้สูงอายุ, หอพัก, วัด ฯลฯ)
- ที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ (เช่น บันได ห้องน้ำ ทางเดิน พื้นลื่น ฯลฯ)
- บุคคลในครัวเรือน/บุคคลร่วมที่อยู่อาศัยเดียวกัน
- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ผู้ที่ผู้สูงอายุดูแล
- เพื่อน/สังคม/สมาคม ที่ผู้สูงอายุติดต่อ-ไปมาหาสู่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสุขภาพ – การเงิน

- สุขภาพของผู้สูงอายุ (ทางร่างกาย)
- ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ (ด้านจิตใจ, สังคม)
- สุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ผู้สูงอายุดูแล (ทั้งทางร่างกายและจิตใจ)
- การเงินของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ความต้องการของผู้สูงอายุ – ปัญหา/อุปสรรค

- มีปัญหา/อุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวันบ้างหรือไม่ อย่างไร ปัญหานั้นเกิดจากสาเหตุอะไร
- มีความต้องการสิ่งใดเพิ่มเติมบ้างเพื่อให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น/เพื่อตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ (เช่น ต้องการผู้ดูแล, เงิน, รถรับ-ส่ง, ระบบเครือข่าย ฯลฯ)

ส่วนที่ 5 องค์การที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

- การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรใดบ้าง ระบุแยก ด้านสุขภาพ, การดูแลในชีวิตประจำวัน, การเงิน, การให้องค์ความรู้, การคมนาคมเดินทาง, และอื่น ๆ
- มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร
- มีความต้องการให้องค์กรใด ทำอะไรเพิ่มให้บ้าง

ส่วนที่ 6 องค์ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ถ้ามี) มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุดีเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

ง. ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้ และกิจกรรมที่ดำเนินการมาและผลที่ได้รับตลอดโครงการ

สัญญาเลขที่ RDG60X0005

ตารางผลการดำเนินงาน ตั้งแต่วันที่ 25 กันยายน พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ.2561

รวมระยะเวลา 8 เดือน

กิจกรรม	ผลสำเร็จ	ในกรณีล่าช้า ให้ระบุสาเหตุและการแก้ไขที่ดำเนินการ
1. เตรียมแผนการดำเนินการ	100%	-
2. การทบทวนเอกสาร	100%	-
3. รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ	100%	-
4. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	100%	-
5. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	100%	-
6. การเขียนรายงาน และจัดทำรายงาน	100%	-
7. การประชุมนักวิจัยทุก 2 เดือน	100%	-
8. การประชุมนำเสนอการวิจัย	100%	-

ลงนาม *ธีรพงศ์ สกุนศรี*

(อาจารย์ ดร. ธีรพงศ์ สกุนศรี)

หัวหน้าโครงการและผู้รับทุน

จ. แบบสรุปปิดโครงการวิจัย

สัญญาเลขที่... RDG60X0005.....ชื่อโครงการ ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม

หัวหน้าโครงการ อ. ดร. อีรณงค์ สกกุลศรี หน่วยงาน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 02 441 0201 -4 ต่อ 605 โทรสาร 02 241 9333 อีเมล teeranong.sak@mahidol.ac.th

ผู้ให้ข้อมูล อ. ดร. อีรณงค์ สกกุลศรี ติดต่อ 02 441 0201 -4 ต่อ 605

สถานะผลงาน ☐ ปกปิด ☒ ไม่ปกปิด

ความสำคัญ / ความเป็นมา

ในสถานการณ์ที่ประชากรสูงวัยเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเกือบทุกภูมิภาคทั่วโลก ได้ทำให้รัฐบาลของแต่ละประเทศหาทางรับมือในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองให้ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีปลอดภาวะสุดท้ายของชีวิต ทั้งทางสุขภาพกายใจ สังคม และเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม ในหลายประเทศเริ่มพบว่า การดำเนินการโดยภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียวอาจส่งผลกระทบต่อระบบการเงินของประเทศ ในหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุนานได้จัดการปัญหาโดยการให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากครอบครัวหรือชุมชนที่ต้องดูแลสมาชิกที่สูงอายุแล้ว ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรไม่แสวงผลกำไร ก็ได้มีบทบาทมากขึ้นและมีความสำคัญมากในบางประเทศในการจัดหาบริการเพื่อช่วยเหลือภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุ

ในประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุหลายๆ ประเทศ ภาคเอกชน โดยเฉพาะองค์กรไม่แสวงผลกำไร ได้มีบทบาทนำในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ โดยภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ หรืออำนวยความสะดวกให้ภาคเอกชนสามารถออกแบบบริการ หรือโครงการที่เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วไป ตลอดจนผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษ ในบางประเทศได้ใช้กลไกทางการเงินหรือการทำสัญญาที่เรียกว่า ข้อตกลงในสัญญาว่าด้วยการทำโครงการที่ส่งผลกระทบต่อสังคม (Social Impact Bond: SIB) หรือ การจ่ายเมื่อโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ (Pay for Success: PFS) ซึ่งเป็นแนวทางการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนที่ถือกำเนิดขึ้นในปี 2553 ในประเทศสหราชอาณาจักร

ประเทศไทย มีการเตรียมความพร้อมของระบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนภารกิจในงานด้านผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในความรับผิดชอบดูแลของภาครัฐในลักษณะของสวัสดิการ โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลัก และหน่วยงานอื่นที่ช่วยดูแลเสริมในเรื่องความปลอดภัย การดูแลสุขภาพ และการจ้างงาน ซึ่งได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน เป็นต้น แม้ในปัจจุบัน รัฐบาลได้มีการออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมวัยของประเทศอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งที่จะเป็นผลกระทบตามมาก็คือ ภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล ที่จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งในอนาคตรัฐอาจไม่สามารถรองรับความต้องการดังกล่าวนี้ได้เพียงลำพัง โดยเฉพาะในกรณีที่หากต้องขยายจำนวนสถาน

บริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น เพราะอาจนำไปสู่ปัญหาเสถียรภาพด้านการเงินการคลังของประเทศ ในปัจจุบัน นอกเหนือจากภาครัฐแล้ว ภาคส่วนอื่น ๆ ก็เริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะภาคชุมชนหรือภาคประชาชนที่เริ่มมองเห็นว่าการพึ่งพิงภาครัฐอย่างเดียวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้อย่างทั่วถึง ในบางพื้นที่จึงเริ่มมีความร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น

การสร้างผลกระทบให้เกิดขึ้นในสังคมโดยรวมร่วมกันนั้น (Social Impact Partnership: SIP) ถือเป็นแนวทางหนึ่งในการบริหารจัดการทางการเงินและการลงทุนที่มีความเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้รัฐใช้จ่ายงบประมาณในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่ามากขึ้น อันเป็นผลมาจากกลไกความร่วมมือของรัฐและเอกชนที่มีการถ่วงดุลกันอย่างสมดุลและเกื้อกูลกัน ซึ่งนอกจากเป็นการลดการใช้จ่ายงบประมาณของรัฐและการไม่ต้องแบกรับความเสี่ยงในการดำเนินงานของรัฐเองแล้ว ผลตอบแทนที่รัฐจะจ่ายให้เอกชนตามผลงานที่ทำนั้นยังเป็นทั้งแรงจูงใจและเป็นเครื่องมือในการกำกับมาตรฐานการทำงานของเอกชนหรือกิจการเพื่อสังคมที่ดีอีกด้วย

ในการนำรูปแบบการดำเนินการสร้างความร่วมมือเข้ามาเป็นกลไกในการพัฒนาผลลัพธ์เพื่อสังคมนี้ ยังคงมีรายละเอียดปลีกย่อยอีกมาก โดยเฉพาะในการนำเข้ามาบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะทำการศึกษาในเชิงลึกถึงรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ในการดำเนินการจริงและคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทยร่วมด้วยเพื่อผลักดันให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการด้วยความร่วมมือจากภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 1) เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบสนับสนุนครัวเรือนผู้สูงอายุ ทั้งจากภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน และกิจการเพื่อสังคม
- 2) เพื่อนำเสนอแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการดูแล

ผลการวิจัย (สั้นๆ ที่บ่งชี้ประเด็นข้อค้นพบ กระบวนการ ผลผลิต และการเรียนรู้)

ผลการศึกษาข้อมูลเอกสารและภาคสนาม พบว่า ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคส่วนต่างๆ เป็นการกระจายทรัพยากรเพื่อจัดบริการให้กับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมในรูปแบบของบริการทางสังคม การประกันรายได้ หรือการสงเคราะห์ประชาชน ซึ่งแต่ละประเทศมีแนวทางที่แตกต่างกันไปตามอุดมการณ์ในเชิงการเมืองการปกครอง ความเชื่อ ค่านิยม และการให้คุณค่าและความหมายกับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในสังคมผ่านการกำหนดนโยบาย ซึ่งในแต่ละแนวทางที่ใช้ในการดำเนินการก็มีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันไป โดยทั่วไป จุดมุ่งหมายเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน เป็นสำคัญซึ่งในแต่ละประเทศก็จะมีแนวทางในการดำเนินนโยบายและการสนับสนุนที่แตกต่าง

กันไป ซึ่งในการพัฒนาระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และสนับสนุนให้เกิดการสร้างร่วมมือของภาคเอกชนและกิจการเพื่อสังคม คณะผู้วิจัยจึงได้นำเสนอแนวทางในการดำเนินการ 4 แนวทางหลัก ดังนี้ คือ 1) การปรับบทบาทภาครัฐจากผู้ให้บริการมาเป็นผู้ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้องค์กรภาคีที่ร่วมจัดบริการ โดยการสนับสนุนทางตรงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือดำเนินการผ่านองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณและติดตามประเมินผล 2) การจัดตั้งเครือข่ายการสูงอายุแห่งชาติ เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลในการระดมภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่เป็นทรัพยากรของการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั่วประเทศ และทำหน้าที่ประสานงานและนำส่งบริการจากผู้ให้บริการไปสู่ผู้รับบริการอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมหรือธุรกิจขนาดเล็ก เพื่อริเริ่มบริการที่ตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและที่บ้าน โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมหรือโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการและเริ่มจากโครงการที่เป็นกลุ่มประชากรที่มีความต้องการเฉพาะและมีตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลความสำเร็จได้ชัดเจน และ 4) การจัดตั้งองค์กรการกุศล เพื่อเป็นองค์กรกลางในการระดมทุนและบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนกิจการด้านผู้สูงอายุ โดยนำทุนที่ระดมมาได้ ดำเนินโครงการเช่น ให้ทุนกิจการเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไร ที่อยากริเริ่มโครงการเพื่อผู้สูงอายุ

คำสืบค้น (Keywords) (ปัจจัยเชิงเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง บริบท ผล ผู้เกี่ยวข้อง พื้นที่)

ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ; การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน; กิจการเพื่อสังคม; บริการเพื่อผู้สูงอายุ

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ดูคำจำกัดความ และตัวอย่างหลังแบบฟอร์ม)

ด้านนโยบาย คณะกรรมการสิทธิการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส
มีการนำไปใช้อย่างไร

นำเสนอผลการวิจัยให้กับคณะกรรมการ ฅ ห้องประชุมคณะกรรมการหมายเลข 310 ชั้น 3 อาคารรัฐสภา 2 กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2561

คกก. ฟังการนำเสนอผลการวิจัย และเห็นด้วยที่จะทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ เอกชน เพราะทุกวันนี้ต่างคนต่างทำงาน ไม่ได้บูรณาการการทำงานร่วมกัน ที่ประชุม คกก. ให้มีการต่อยอดงานวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับการให้ความรู้กับสังคม ให้เกิดการตระหนักรู้ และมีการปฏิบัติจริง ในการทำให้เกิดความร่วมมืออย่างจริงจัง นอกจากนี้ ควรมีกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่รวมถึงภิกษุสงฆ์ แม่ชี ที่สูงอายุด้วย

(กรณีที่ยังไม่มีการใช้ประโยชน์) ผลงานวิจัยมีศักยภาพในการนำไปใช้ประโยชน์

☒ ด้านนโยบาย ☒ ด้านสาธารณะ ☒ ด้านชุมชนและพื้นที่ ☒ ด้านพาณิชย์ ☒ ด้านวิชาการ
ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลงานถูกนำไปใช้ประโยชน์

ด้านนโยบาย

- ควรมีการสร้างเครือข่ายบริการผู้สูงอายุในระดับชาติ โดยรัฐสนับสนุนการจัดตั้งผ่านองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ประสานงาน ระดมทุน จัดสรรทุน และประเมินผลการทำงาน
- ควรมีการบริการด้านการช่วยเหลือการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ด้วยการให้บริการอย่างเป็นทางการและส่งตรงถึงบ้าน

ด้านสาธารณะ

- ควรมีการทำงานจิตอาสาด้านผู้สูงอายุมากขึ้นในเรื่องการบริจาคอาหารสด อาหารแห้ง ให้ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย รวมถึงผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ที่เป็นการให้ความช่วยเหลือที่บ้านโดยตรง

ด้านชุมชนและพื้นที่

- ควรมีการเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมากขึ้น โดยเฉพาะความปลอดภัยในบ้าน เพื่อป้องกันการหกล้ม ด้วยการสำรวจที่พักอาศัยและช่วยซ่อมแซมปรับปรุงบ้าน
- ควรจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถเข็น ไม้เท้า แวนตา ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป ด้วยการรับบริจาค
- จัดกิจกรรมผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายโดยเฉพาะดนตรี และศิลปะ

ด้านพาณิชย์

- ออกแบบสินค้า ผลิตภัณฑ์ และบริการ ที่เหมาะสมกับการอาศัยอยู่ในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ
- รวมกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อผลิตสินค้า บริการ ที่มีความหลากหลาย

ด้านวิชาการ

- จัดประชุมวิชาการที่เป็นผู้นำผู้ประกอบการเพื่อสังคม องค์กรไม่แสวงผลกำไร หาแนวทางการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุร่วมกันกับภาครัฐ

การเผยแพร่/ ประชาสัมพันธ์ (กรุณาให้รายละเอียด พร้อมแนบหลักฐาน)

1. สิ่งพิมพ์ หรือสื่อทั่วไป

☐ หนังสือพิมพ์ ☐ วารสาร ☐ โทรทัศน์ ☐ วิทยุ ☐ เว็บไซต์ ☐ คู่มือ/แผ่นพับ ☐ จัดประชุม/อบรม ☐ อื่น ๆ

.....ยังไม่มีเผยแพร่.....

2. สิ่งพิมพ์ทางวิชาการ (วารสาร, การประชุม ให้ระบุรายละเอียดแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงเพื่อการค้นหาซึ่งควรประกอบด้วยชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง แหล่งพิมพ์ ปี พ.ศ. (ค.ศ.) ฉบับที่ หน้า)

.....ยังไม่มีเผยแพร่.....