



## ประชากรสูงอายุไทย ตอนที่ 2: นโยบายและมาตรการต่อผู้สูงอายุไทย

เรียบเรียงโดย  
**รศ.นพ.สุทธิชัย  
 จิตะพันธ์กุล**

### >> การบริการและ สวัสดิการทั่วไปแก่ ประชากรสูงอายุไทย

จากสถานะต่างๆทั้งทางด้านโครงสร้างประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพทำให้มีความจำเป็นจะต้องมีการจัดการบริการและสวัสดิการที่เหมาะสมแก่ประชากรกลุ่มนี้ การบริการทางสังคมของรัฐเกือบทั้งหมดจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ โดยหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ (กรมการศึกษานอกโรงเรียน) ทบวงมหาวิทยาลัย และสำนักนายกรัฐมนตรี มีส่วนร่วมในลักษณะโครงการรณรงค์ การให้การศึกษและการส่งเสริมความรู้และทัศนคติเป็นส่วนใหญ่<sup>(1,2)</sup> สำหรับการบริการทางสุขภาพจะอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นกลไกหลักในการดำเนินการกระบวนการกำหนดนโยบายและแผนงาน

การบริการสำหรับผู้สูงอายุทางด้านสังคมของภาครัฐภายใต้ความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ได้มีการจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุชัดเจนตั้งแต่ พ.ศ. 2496 โดยการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกขึ้น จากนั้นการบริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เน้นอยู่แต่ในระดับสถานบริการเรื้อรังมาเป็นเวลานานและมีการพัฒนาการบริการในด้านอื่นที่เข้ามาจนกระทั่งในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาจึงได้มีการตื่นตัวและพัฒนามากขึ้นทั้งในด้านการบริการฉุกเฉินและการบริการในชุมชน โดยการขยายการจัดตั้งศูนย์บริการคนชราซึ่งทำหน้าที่หลักในด้านการบริการดูแลกลางวัน

(day care) เป็นแหล่งพักพิงฉุกเฉิน (emergency shelter services) และบริการหน่วยบริการชุมชนเคลื่อนที่ โดยเน้นทั้งการส่งเสริมและการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตามการบริการส่วนใหญ่ยังคงเน้นที่การรองรับปัญหาที่อยู่อาศัยและปัญหาความแตกร้างในครอบครัว ทำให้สถานสงเคราะห์คนชรายังเป็นการบริการหลักของกรมประชาสงเคราะห์

ในปี พ.ศ. 2531 สภาผู้สูงอายุแห่งชาติได้รับการจัดตั้งขึ้นภายใต้การดำเนินการของกรมประชาสงเคราะห์ และทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ กรมประชาสงเคราะห์ยังจัดทำโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ทดลอง 4 แห่ง (กรุงเทพฯ สุพรรณบุรี ขอนแก่น เชียงใหม่) โครงการนี้มุ่งจะให้ชุมชนเกิดความตื่นตัวและมีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อผู้สูงอายุภายในชุมชน โดยเน้นการให้ความรู้เรื่องการบริหารจัดการโครงการ การจัดบริการส่งเสริมในกิจกรรมต่างๆ และการให้ความรู้ทั่วไป การดำเนินการเหล่านี้ได้จัดขึ้นเฉพาะภายในศูนย์ที่จัดตั้งขึ้น

ภายหลังจากการจัดทำนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554)<sup>(3)</sup> ในปีพ.ศ. 2535 กรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มดำเนินโครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (โครงการเบี้ยยังชีพ) แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงินในการยังชีพที่ไม่มีผู้ดูแลหรืออุปการะและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (โครงการนี้เป็นสวัสดิการไม่ใช่งานบริการ) ปริมาณเงินที่ใช้ในโครงการนี้ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามจำนวน

ยอดผู้รับบริการที่เพิ่มจาก 20,000 คนในปี พ.ศ. 2536 ไปเป็น 291,970 คนในปี พ.ศ. 2540<sup>(4)</sup>

สำหรับนอกภาครัฐจะเป็นการดำเนินการขององค์กรพัฒนาเอกชน (non-government organization : NGO) เป็นส่วนใหญ่ เช่น สภาภาษาไทย Helpage international มูลนิธิดวงประทีป และองค์กรทางศาสนาต่างๆ เป็นต้น โดยเน้นทั้งการสงเคราะห์ในชุมชนและสถานบริการ<sup>(5)</sup> แต่ปริมาณการบริการยังจำกัดอยู่ในบางพื้นที่เท่านั้น โดยสถานบริการทางสังคมเป็นรูปแบบการบริการที่มีมากที่สุด ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะแฝงกับวัดทางพุทธศาสนา สำหรับองค์กรอิสระอื่น ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรของศาสนาคริสต์ที่มีการจัดตั้งสถานบริการคล้ายกับสถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์แต่เปิดรับผู้ที่มีปัญหาสังคมทั้งที่ช่วยตนเองได้และที่ช่วยตนเองไม่ได้ (สถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์รับเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสังคมและยังช่วยตนเองได้ในขณะนั้น) สถานบริการเช่นนี้มีทั้งที่ไม่เก็บค่าใช้จ่าย (บริการแบบให้เปล่า) และที่เก็บค่าบริการบางส่วนตามเศรษฐกิจ การบริการชุมชนยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับความต้องการขององค์กรที่ให้บริการ เช่น การให้เงินอุดหนุนรายเดือน การสนับสนุนการซ่อมแซมที่พักอาศัย การช่วยด้านอาหารและของอุปโภค เป็นต้น สำหรับการบริการโดยเอกชนเพื่อหวังผลกำไรจะเป็นรูปแบบสถานบริการโรคเรื้อรังโดยแฝงการบริการผู้ที่มีปัญหาทางสังคมรวมไว้ในการบริการสุขภาพเรื้อรัง (nursing home)

### เกี่ยวกับผู้เขียน

**รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล การศึกษา** แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; วุฒิปริญญาโทแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอายุรศาสตร์; Certificate in Geriatric Medicine, London Hospital Medical College, University of London, UK. **ผลงานวิชาการ** งานวิจัยที่ลงพิมพ์เผยแพร่ทั้งในและต่างประเทศจำนวน 31 เรื่อง, งานทบทวนวรรณกรรมและบทความวิชาการจำนวน 7 เรื่อง, ตำราจำนวน 2 เล่ม และบทในตำราต่างๆจำนวน 14 บท **ปัจจุบัน** หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 256-4449, 256-4296

ในส่วนการบริการหรือโครงการทางสุขภาพที่มีความจำเพาะแก่ผู้สูงอายุเริ่มใน พ.ศ. 2505 โดยการจัดตั้งโครงการสุขภาพผู้สูงอายุ และจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุแห่งแรกขึ้น จากนั้นได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแห่งแรกของประเทศไทยขึ้นในปีพ.ศ. 2506 หลังจากนั้นมีการพัฒนาการบริการและโครงการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ามาถึง แม้จะมีการจัดสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 1 เรื่องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ขึ้นในพ.ศ. 2524 และมีการจัดประชุม Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology ขึ้นในกรุงเทพฯ ในพ.ศ. 2530 แต่ก็ยังไม่สามารถผลักดันให้มีการพัฒนาการบริการหรือโครงการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้เท่าที่ควร การเคลื่อนไหวส่วนใหญ่จะอยู่ที่ระดับนโยบาย ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติในปีพ.ศ. 2525 และการจัดทำแผนระยะยาวแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2529-2544)<sup>(5)</sup> ในปี พ.ศ. 2529 เป็นต้น แต่การจัดตั้งคณะกรรมการและแผนระยะยาวเหล่านี้ไม่ได้สัมฤทธิ์ผลทางรูปธรรมที่ชัดเจนเท่าที่ควร การเคลื่อนไหวที่เห็นได้ชัดที่สุดในระยะนั้นคือการพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล<sup>(1)</sup>

การเคลื่อนไหวที่มีอิทธิพลและเริ่มก่อให้เกิดการพัฒนาการบริการสุขภาพที่สำคัญเริ่มในปีพ.ศ. 2533 จากการจัดสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2533 เป็นต้นมาได้มีการจัดตั้งหน่วยงานและการบริการตลอดจนโครงการต่างๆ หลายประการ ที่สำคัญได้แก่ การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่วัดญาณสังวราราม (พ.ศ. 2534) การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2534) และกำหนดการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2535 ได้มีการการจัดทำนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554)<sup>(3)</sup> และจัดตั้งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้น และรัฐได้ประกาศนโยบายชัดเจนให้มีสวัสดิการด้วยการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศที่ไม่ได้รับสวัสดิการนี้จากแหล่งใดๆทำให้ผู้สูงอายุไทยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า งบประมาณสำหรับสวัสดิการนี้เพิ่มจาก 768.7 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2534 เป็น 2,268 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2539<sup>(6)</sup>

ในขณะเดียวกันกรุงเทพมหานครได้ดำเนินการจัดตั้งโครงการเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) หลายโครงการ ที่เป็นรูปธรรมได้แก่ โครงการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ และโครงการศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ

ทางด้านองค์กรพัฒนาเอกชนได้มีการจัดตั้งการบริการทางสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ อย่างกระจัดกระจายและจะเป็นการบริการเฉพาะพื้นที่ ที่สำคัญได้แก่ การบริการตรวจรักษาในชุมชนเป็นครั้งคราวโดยคณะสงฆ์ของคริสตศาสนา สมาคมคลังปัญญา และของมูลนิธิต่างๆในเขตชุมชนแออัดบางแห่ง การสนับสนุนของ Helpage International ต่อโครงการบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชนแออัดคลองเตยที่ดำเนินการโดยคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย นอกจากนั้น Helpage International ยังได้สนับสนุนการดำเนินการโครงการอื่นๆอีกหลายโครงการ ได้แก่ การจัดตั้งโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาความจำขึ้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โครงการบริการชุมชนในเขตชนบทของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นต้น

สำหรับด้านเอกชนได้มีการจัดตั้งสถานบริการ nursing home ซึ่งเป็นสถานบริการเรื้อรังขึ้นไม่ต่ำกว่า 13 แห่งในปัจจุบัน สถานบริการเหล่านี้จะรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสังคมโดยไม่มีปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญไว้ด้วย สถานบริการส่วนใหญ่จะเน้นการบริการที่การพยาบาล แต่ในบางแห่งได้จัดให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพและการตรวจรักษาควบคู่ไปด้วย นอกจากนั้นโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้เปลี่ยนหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยเจ็บป่วยเฉียบพลันมาให้บริการผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรังและจำนวนไม่น้อยได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น

## >> สวัสดิการเพื่อการคำประกันด้านการเงิน สุขภาพ การเดินทาง และกฎหมายคุ้มครอง

ก่อนหน้า พ.ศ. 2535 สวัสดิการทั่วไปเพื่อการคำประกันด้านการเงินและสุขภาพที่ภาครัฐมีให้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะมีจำกัดอยู่เพียงประชากรบางกลุ่ม ที่สำคัญคือกลุ่ม

ข้าราชการและพนักงานของสภากาชาดไทยเท่านั้น โดยจะได้บำนาญหรือบำเหน็จเมื่อเกษียณอายุราชการ นอกจากข้าราชการก็มีเพียงพนักงานของกรรณไฟฟ้าแห่งประเทศไทยและการท่าเรือแห่งประเทศไทยที่มีทั้งระบบบำเหน็จและบำนาญ สำหรับรัฐวิสาหกิจอื่นๆ และองค์กรเอกชนขนาดใหญ่บางแห่งจะมีเพียงระบบบำเหน็จให้แก่พนักงานที่เกษียณเท่านั้น ดังนั้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุในสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 5 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดที่มีโอกาสได้สวัสดิการเพื่อการคำประกันสถานะการเงินและสุขภาพในวัยสูงอายุ

หลังจาก พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา สวัสดิการสำคัญที่รัฐมอบให้แก่ประชากรสูงอายุไทยทุกคนคือ การได้สิทธิรับการบริการทางสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่า (ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข) และโครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนหรือโครงการเบี้ยยังชีพ (ดำเนินการโดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม) ซึ่งเป็นสวัสดิการเพียงสองประการที่มีการปฏิบัติเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม งบประมาณที่ใช้เพื่อการนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและสร้างความกังวลถึงความสามารถในการจัดสรรงบประมาณในอนาคต การกำหนดสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น เช่น การกำหนดขอบเขตการตรวจคัดกรอง เป็นต้น

สำหรับสวัสดิการเพื่อการเดินทางที่ดูเสมือนว่าจะมีการจัดให้แก่ผู้สูงอายุไทย คือ การลดหย่อนค่าโดยสารการขนส่งสาธารณะที่ดำเนินการโดยรัฐวิสาหกิจต่างๆ แต่ในความเป็นจริงมีเพียงการรถไฟแห่งประเทศไทยเท่านั้นที่จัดให้มีการลดครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการตู้รถโดยสารชั้น 3 ในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน เป็นเวลา 4 เดือน ซึ่งก็เป็นการให้สวัสดิการแบบครึ่งๆกลางๆ สำหรับองค์กรขนส่งมวลชน (ขสมก.) ได้ริเริ่มโครงการจัดรถประจำทางที่ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ แต่การบริการนี้ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน

ดังนั้นจะเห็นว่าสวัสดิการทั่วไปเพื่อการคำประกันด้านการเงิน สุขภาพ การเดินทางที่มีการจัดให้แก่ประชากรสูงอายุไทยมีอยู่อย่างจำกัดและตบสนองต่อนโยบายของรัฐเองได้ไม่เท่าที่ควร สวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ที่จะส่งเสริมให้กระบวนการเกื้อกูลดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวขยายและ

เครือข่ายครอบครัวเดียวก็ยังไม่ปรากฏและยังไม่มีแนวโน้มที่จะได้มาในระยะเวลาอันใกล้ (ร่างพระราชบัญญัติสวัสดิการสังคมที่ดำเนินการโดยกรมประชาสงเคราะห์ยังมีความล่าช้า) ด้วยเหตุนี้จึงเกิดแนวคิดเพื่อให้ได้มาซึ่งการดำเนินงานด้านการเงินและสุขภาพของรัฐแก่ประชากรสูงอายุทั้งประเทศโดยใช้ระบบประกันสังคม แทนการใช้ระบบสวัสดิการรัฐ ประชาชนจะต้องเป็นผู้รับภาระบางส่วนหรือทั้งหมด) จึงมีการดำเนินการเพื่อการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน แต่ข้อสังเกตสำคัญคือในขณะที่กระบวนการชูนานเพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐต่อการจัดสรรงบประมาณสำหรับบำนาญบำนาญข้าราชการโดยการจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) ได้ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งโดยเร็ว การจัดตั้งระบบประกันสุขภาพกลับมีอุปสรรคหลายประการ อุปสรรคสำคัญของกลไกในระบบประกันสุขภาพคือจะทำอย่างไรที่จะจัดหา (แหล่งที่มา) จัดสรรและบริหารการเงินเพื่อครอบคลุมผู้

สูงอายุทั่วประเทศในปัจจุบันและในอนาคตที่ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรมหรือไม่มีรายได้ชัดเจน และโดยที่ปัจจุบันได้เกิดวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นได้จึงทำให้การออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพจะต้องล่าช้าออกไปอีกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งที่จะเป็นรูปธรรมและน่าจะประสบความสำเร็จได้ในระยะเวลาอันใกล้คือการบังคับใช้กรณีสุขภาพในพระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งกำหนดให้เริ่มภายใน 31 ธันวาคม พ.ศ. 2541 โดยครอบคลุมบำนาญในวัยเกษียณอายุแก่ลูกจ้างที่ทำงานและส่งเงินเข้ากองทุนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 ของรายได้ (จากเดิมที่ส่งอยู่ร้อยละ 1.5) เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 15 ปี ดังนั้นลูกจ้างจะได้รับบำนาญคนแรกจากพระราชบัญญัตินี้เร็วที่สุดคือในปี พ.ศ. 2556 ด้วยเหตุนี้ในการประชุมคณะรัฐมนตรีในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2541 จึงมีมติให้ดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สิทธิได้รับบำเหน็จในกรณีที่ลูกจ้างส่งเงินเข้ากองทุนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 15 ปี และเร่งดำเนินการให้แล้วเสร็จตามกำหนดเดิม อย่างไรก็ตามกฎหมายนี้จะเกิดประโยชน์เฉพาะ

ผู้ที่อยู่ในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการในจำนวนไม่เกิน 6 ล้านคนเท่านั้น ประชากรส่วนใหญ่ที่อยู่ในภาคเกษตรกรรมจะยังไม่มีโอกาสเช่นนี้

ในด้านการออกกฎหมายทั้งที่เพื่อคุ้มครองปกป้องสิทธิและที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยยังมีความล่าช้าอยู่มาก กฎหมายเพื่อการนี้มีอยู่น้อยมากและส่วนใหญ่แทรกรวมอยู่กับกฎหมายสำหรับกลุ่มด้อยโอกาสหรือกลุ่มประชากรพิเศษอื่นๆ อาทิ ผู้พิการ เด็ก และสตรี เป็นต้น<sup>(7-9)</sup> อย่างไรก็ตามได้มีการเคลื่อนไหวที่จะพยายามผลักดันกฎหมายเฉพาะเพื่อการดังกล่าวขึ้นในการประชุมสัมมนาเรื่อง “แนวทางการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ”<sup>(9)</sup> ในวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2541 (จัดโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) โดยครอบคลุมตั้งแต่การคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานในสังคม เช่น กฎหมายควบคุมการจัดการสิ่งแวดล้อม ดึกและสถานที่สาธารณะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ กฎหมายลดหย่อนภาษีแก่ผู้ดูแล รวมถึงสิทธิใน

ตารางที่ 1 นโยบายรัฐบาล (สมัยนายอานันท์ ปันยารชุน นายชวน หลีกภัย นายบรรหาร ศิลปอาชา และพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ) และนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) และการตอบสนองที่ปรากฏในปัจจุบัน

นโยบายและมาตรการหลัก	นโยบายรัฐบาล	นโยบายและมาตรการระยะยาว	การตอบสนอง
● ออกกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและสุขภาพผู้สูงอายุ (นายอานันท์ ปันยารชุน)	✓		+
● สร้างหลักประกันสำหรับการบริการสุขภาพและให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ (นายอานันท์ ปันยารชุน)	✓		++/+++
● ดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (นายชวน หลีกภัย)	✓		++
● สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุข (นายบรรหาร ศิลปอาชา)	✓		++
● สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่ารักษา (พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ)	✓		+++
● ส่งเสริมและให้บริการความรู้โดยเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุข	✓		+++
● ขยายบริการพื้นฐานและสวัสดิการ (โดยเฉพาะแก่ผู้ด้อยโอกาส) ด้านสุขภาพอนามัย	✓		++/+++
		ด้านสังคม	++/+++
		ด้านสาธารณสุข/โภชนาการ	-/+
● สนับสนุนให้การศึกษา ส่งเสริม และเปิดโอกาสในการได้ทำงานตามความถนัด	✓		++
● จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม	✓		++
● ส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนและสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ	✓		+++
● สนับสนุนองค์กรทางศาสนาในการเผยแพร่คำสอนเพื่อเป็นที่พึ่งทางจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ	✓		++
● สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแล รักษาและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	✓		++
● ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้มีการศึกษา วิจัย ติดตาม และประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	✓		++/+++
- ยังไม่มีการตอบสนอง			+ มีการตอบสนอง
++ มีการตอบสนองและดำเนินการบ้าง			+++ มีการตอบสนองและดำเนินการไปเป็นส่วนใหญ่
++++ มีการตอบสนองและดำเนินการได้ตามนโยบายหรือมาตรการหลัก			

การเลือกที่จะตายในกรณีเจ็บป่วยหนักจนไม่สามารถจะรักษาได้ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการโต้แย้งอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ เป็นต้น

### >> ระดับการพัฒนาที่ผ่านมา และการสนองตอบนโยบาย เพื่อประชากรสูงอายุ

ดังนั้นจากข้อมูลการดำเนินการต่างๆ ที่ปรากฏ เมื่อนำมาประกอบการพิจารณา นโยบายของรัฐโดยถือเอานโยบายและมาตรการหลักของแผนระยะยาวแห่งชาติ สำหรับการบริการผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2535-2554)<sup>(3)</sup> และนโยบายที่ประกาศโดยคณะรัฐบาลสมัย นายอานันท์ ปันยารชุน (พ.ศ. 2534-2535) นายชวน หลีกภัย (พ.ศ. 2535) นายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ. 2538) พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (พ.ศ. 2538)<sup>(3,9)</sup> ซึ่งเป็นระยะที่มีการจัดทำแผนระยะยาวแห่งชาติดังกล่าวเป็นหลักในการประเมิน (ตารางที่ 1) จะเห็นได้ชัดว่าการดำเนินการเพื่อตอบสนองนโยบายและมาตรการหลักต่างๆ ยังไม่บรรลุเป้าหมายและยังมีหลายประการที่มีความล่าช้า

### >> บัณฑิต

● ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพและการบริการชุมชนอย่างมาก<sup>(10)</sup> แต่การบริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive community care) ยังคงขาดแคลน กระบวนการให้บริการและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มคนที่มีปัญหาเหล่านี้จะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะการใช้ช่องทางผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐาน<sup>(11)</sup> และการพัฒนาเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ (informal care network) ภายในชุมชน<sup>(12)</sup>

● การประสานงานทั้งในระหว่างหน่วยงานทางสุขภาพด้วยตนเองและระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพกับหน่วยงานบริการสังคมยังไม่เข้มแข็ง

● การติดตามประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และอุปสรรคของการบริการและสวัสดิการที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ในอันที่จะประกันถึงความเหมาะสมของ กระบวนการบริการและให้ประโยชน์ต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

● สถานบริการโรคเรื้อรังของเอกชนมีการขยายตัวค่อนข้างรวดเร็วและเป็นส่วนที่มีบทบาทสำคัญในระบบการบริการในอนาคต อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีภารกิจด้านคุณภาพที่เพียงพอและยังขาดแคลนกฎหมายเฉพาะเพื่อการประกันคุณภาพการบริการและคุ้มครองผู้รับบริการ

● การดำเนินการเพื่อตอบสนองนโยบายต่างๆ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ความล่าช้า

ยังปรากฏในการตอบสนองต่อนโยบายในการขยายบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย สังคมและสาธารณสุข

● มีความจำเป็นในการกำหนดแผนงานและภาพรวมของโครงสร้างระบบสวัสดิการและบริการที่เหมาะสมกับประเทศไทยและสอดคล้องกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน การพัฒนาและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเป็นกลยุทธ์สำคัญ<sup>(11,12)</sup> โดยจะต้องลำดับและกำหนดเวลาของแผนดำเนินการอย่างเหมาะสม



### >> บรรณานุกรม

1. Jitapunkul S. Bunnag S. Ageing in Thailand, 1997. Bangkok, Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine 1998.
2. วาทีณี บุญชะลิกษ์, ยุพิน วรสิริอมร. ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กุศล สุนทรชาติ (บก.). จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. 2539 หน้า 315-91.
3. คณะทำงานพิจารณาโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ. สารสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554). กรุงเทพฯ, สำนักนายกรัฐมนตรี 2535.
4. Data from the Welfare Assistance division, the Department of Public Welfare, Ministry of Labour and Social Welfare.
5. National Committee on Ageing of Thailand. National Long-term Plan for the Elderly in Thailand, 1986-2001. Bangkok, National Committee on ageing of Thailand, 1986.
6. Data from Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
7. Vibulpolprasert S, Pradapmook P, Rewpalboon V, Rujakhom V, Pengpalboon P. Health Service System for Rehabilitation the Disabled. Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health, 1996.
8. นิคม จันทรวิฑูร. ผู้สูงอายุในประเทศไทย: กรณีศึกษากฎหมายของประเทศไทย. รัตนา เพ็ชรอุไร, อุดลย์ วิริยเวชกุล, (บรรณาธิการ). ประมวลประเด็นการวิจัยและบรรณานุกรมเอกสารการวิจัย เรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538.
9. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การสัมมนาเรื่อง “แนวทางการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ” กรุงเทพฯ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541.
10. National Statistical Office, Office of the Prime Minister. Report of the 1994 Survey of Elderly in Thailand. Bangkok, National Statistical Office, Office of the Prime Minister, 1994.
11. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Health care for elderly people in developing countries: a case study of Thailand. Age Ageing 1993;22:377-81.
12. Jitapunkul S. Philosophy and strategic plan of elderly services in Thailand. Chula Med J 1994;38:493-7.

### จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 951-1286-93 โทรสาร 951-1295 E-Mail Address : duang@hsrint.hsri.or.th http : //www.moph.go.th/hsri

บรรณาธิการ : นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ : นางสาวจิตสิริ ธนภัทร