



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณลักษณ์ เมียนเกิด
สนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณลักษณ์ เมียนเกิด
สนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
วรรณลักษณ์ เมียนเกิด

พิมพ์ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2559)

สนับสนุนทุนวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โรงพิมพ์และที่อยู่ J. Print
ที่อยู่ ตระกมมหาธาตุ แขวงพระบรมมหาราชวัง เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและสังเคราะห์ความหมาย ขอบเขต รูปแบบการดูแลทางสังคม และกลไกการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของต่างประเทศ เพื่อนำเสนอแนวทางการการบูรณาการระบบการดูแลทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสาร โดยมีกระบวนการรวบรวมข้อมูลจากตำรา รายงานการวิจัย วารสารวิชาการ วิทยานิพนธ์ และข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางสังคมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีตัวแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์และนำเสนอการบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับประเทศไทย ผลการศึกษาพบสาระสำคัญดังนี้

การดูแลทางสังคมเป็นระบบที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครอง พิทักษ์สิทธิ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ หรือทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยรูปแบบของการจัดบริการทางสังคมมีทั้งในระดับครอบครัว บริการระดับชุมชน และบริการระดับสถาบัน นอกจากนี้การกำหนดกลไกการดูแลทางสังคมต้องเริ่มจากหน่วยงานภาครัฐเป็นศูนย์กลางของการกำหนดนโยบาย แหล่งทรัพยากร และรูปแบบการบริหารจัดการ รูปแบบบริการ งบประมาณ รวมถึงการส่งต่อความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานส่วนท้องถิ่น และสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อขับเคลื่อนการดูแลไปสู่ผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และทั่วถึง เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ กลไกสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในภาวะพึ่งพิงเข้าสู่บริการอย่างมีประสิทธิภาพ คือการพิจารณาคุณสมบัติของผู้สูงอายุ และกำหนดช่องทางเข้าสู่บริการการดูแลทางสังคม โดยมีขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบสิทธิของผู้สูงอายุ 2) ประเมินผู้สูงอายุเพื่อพิจารณาชุดกิจกรรมการดูแล 3) การชำระค่าใช้จ่ายในดูแล 4) การใช้บริการ/รับบริการตามชุดกิจกรรมการดูแล และ 5) การติดตามและประเมินผล

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ 1) การสร้างแนวคิดพื้นฐานความสำคัญและความพร้อมของการดูแลทางสังคม 2) ค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 3) การวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ 4) กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และ 5) การจัดตั้งและบูรณาการกองทุนสำหรับการดูแลสุขภาพและสังคม

Abstract

The objectives of the study of Social Care System for Elderly are to study and synthesize meaning, area and format including mechanism of social care for dependent elderly in abroad to present guidelines for integrating health care and social care system for dependent elderly in Thailand. This study is documentary research which data are collected from textbooks, research reports, academic journals, theses and related electronic data about social care in Thailand and other countries such as United Kingdom, United States, Canada, Australia and Japan. Due to those countries have good role models for elderly welfare that could be applied and presented integrating of health and social care for Thailand. The findings are as follows;

Social care is the system designed to help, protect and educate elderly who face physical and psychological problems. It would help elderly to self-support in daily life or help them to better develop their potentials. The formats of social care service are family, social and also institutional levels. In addition, social care mechanism setting must start from government agencies as the center to set policies, resources, administrative formats, service formats, budgets including responsibility transition to local authorities and create formal and informal social care networks for always and thoroughly driving care to elderly and families to create good quality of life to elderly. The important mechanism to push dependent elderly to effective service is to consider elderly qualifications and set channels to access social care services as the following steps: 1) Examining elderly rights 2) Evaluating elderly for considering care activities 3) Paying care expenses 4) Getting services according care activities.

The recommendations for developing social care system for elderly divide into 5 aspects: 1) Creating basic concept, importance and readiness of social care 2) Seeking ways for developing suitable social care service for elderly 3) Planning to produce and develop human resources who expertise in caring elderly with quality 4) Setting administrative approach for driving elderly implementation 5) Setting and integrating funds for health and social care.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

เรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ”

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันทำให้ระบบการดูแลทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะรองรับปัญหาที่มีความหลากหลายขึ้นได้ เนื่องจากเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะประสบปัญหาเรื่องสุขภาพมาเป็นอันดับแรก ถ้าไม่มีการเตรียมความพร้อมที่ดีพอก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น การเงินและรายได้ ที่อยู่อาศัย และผู้ดูแล ฯลฯ ดังนั้น การดูแลทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นได้ แต่ต้องมีระบบการดูแลทางสังคมเข้ามาช่วยด้วย เพราะระบบการดูแลทางสุขภาพจะรองรับการรักษาทางด้านโรคภัยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ในขณะที่ระบบการดูแลทางสังคมเป็นระบบที่กำหนดขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครอง พิทักษ์สิทธิ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านร่างกาย การรับรู้ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือการทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น ตามหลักแนวคิดของการดูแลทางสังคมที่มองการดูแลทางสังคมว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีความต้องการที่นอกเหนือจากบริการทางด้านสุขภาพ โดยเชื่อว่าหากบุคคลใดได้รับการดูแลทางสังคมจะสามารถเพิ่มขีดความสามารถของแต่ละบุคคล ก่อให้เกิดการเรียนรู้สภาพแวดล้อมเพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น การดูแลทางสังคมมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมคุณภาพของชีวิตของบุคคลให้ดีขึ้น (Marjorie H. Canter, 1989, p. 100)

ดังนั้น การช่วยเหลือในลักษณะของการดูแลทางสังคม คือ การทำให้ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน สามารถพึ่งพาตนเอง และส่งเสริมให้พวกเขาสามารถทำประโยชน์แก่ประเทศต่อไป อย่างไรก็ตาม การดูแลทางสังคมสามารถทำได้หลายระดับโดยการพิจารณาตามความต้องการและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) การบริการระดับครอบครัว เป็นการให้บริการตามการขอความช่วยเหลือหรือการดูแลที่อยู่อาศัย การดูแลส่วนบุคคล ได้แก่ การช่วยให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้สะดวก เช่น การช่วยเหลือเกี่ยวกับการซักเสื้อผ้า จัดเตรียมเสื้อผ้า การจัดเตรียมอาหาร หรือการช่วยเหลือเมื่อเข้าห้องน้ำ การให้อาหารบนรถเข็น และการทำความสะอาดบ้านสำหรับคนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและได้รับการบำบัดรักษาจากหน่วยบริการ จะมีบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเท่านั้น (2) การบริการระดับชุมชน เป็นการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่คงอยู่ใน

บ้าน หากแต่ได้รับการสนับสนุนบริการจากเครือข่ายการดูแลในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลบ้าน การดูแลในชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การบริการการดูแลในชุมชนก็ไม่ใช่การดูแลในเชิงการรักษาพยาบาล แต่มักปรากฏในลักษณะการส่งเสริมสุขภาพ หรือมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีความจำเป็นในการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ (3) ระดับสถาบัน เป็นการได้รับการบริการจากองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ทำหน้าที่ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สถานศึกษา สถาบันด้านสุขภาพจิต เป็นต้น เช่น ศูนย์การศึกษา ทำหน้าที่ในการพัฒนาส่งเสริมความเข้าใจและทักษะของชีวิต และเติมเต็มความคาดหวังส่วนบุคคล เช่น ผู้สูงอายุต้องการเรียนรู้การใช้ทักษะในการดำรงชีวิต ในขณะที่สถานสงเคราะห์ตอบสนองต่อผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

ระบบการดูแลทางสังคมสามารถตอบโจทย์ในการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการความช่วยเหลือที่มากกว่าแค่การรักษาโรคในโรงพยาบาล โดยที่ผู้สูงอายุบางรายประสบปัญหามากกว่าเรื่องสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นด้านการเงิน ที่อยู่อาศัย หรือต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เป็นต้น ทั้งนี้ การดูแลทางด้านสุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือในส่วนเหล่านี้ได้ การดูแลทางสังคมเป็นการให้บริการในลักษณะแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการและการให้ความช่วยเหลือที่ครอบคลุมสำหรับผู้สูงอายุ

การวิจัยเรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับความหมาย ขอบเขต รูปแบบ และกลไกการดำเนินงาน การดูแลทางสังคม รวมทั้งการบูรณาการระหว่างการดูแลทางสุขภาพและการดูแลทางสังคม โดยทำความเข้าใจประเด็นดังกล่าวจากต่างประเทศ และสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยต่อไป

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสาร โดยรวบรวมข้อมูลจากตำรา รายงานการวิจัย วารสารวิชาการ วิทยานิพนธ์ และข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางสังคม และระบบการดูแลทางสังคม ครอบคลุม 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น และวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลมาจัดระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษามีดังนี้

1. ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลทางสังคม คือ ระบบที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครอง พิทักษ์สิทธิ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น

1.1 รูปแบบการดูแลทางสังคม สามารถแบ่งระดับของบริการการดูแลทางสังคมได้ 3 ระดับ คือ (1) บริการระดับครอบครัว ผู้ดูแลจะเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุน ได้แก่ บริการการดูแลที่อยู่อาศัย การดูแลส่วนบุคคลที่ไม่ต้องการบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย ได้แก่ การช่วยให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้สะดวก เช่น การช่วยเหลือเกี่ยวกับการซักเสื้อผ้า จัดเตรียมเสื้อผ้า การจัดเตรียมอาหาร หรือการช่วยเหลือเมื่อเข้าห้องน้ำ การให้อาหารบนรถเข็น และการทำความสะอาดบ้านสำหรับคนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและได้รับการบำบัดรักษาจากหน่วยบริการ จะมีบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเท่านั้น (2) ชุมชน บริการในระดับนี้ผู้สูงอายุคงอยู่ที่บ้าน หากแต่ได้รับการสนับสนุนบริการจากเครือข่ายการดูแลในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลบ้าน การดูแลในชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น และ (3) สถาบัน ผู้สูงอายุจะได้รับบริการจากองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ทำหน้าที่ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สถานศึกษา สถาบันด้านสุขภาพจิต เป็นต้น

1.2 การเข้าถึงบริการการดูแลทางสังคม

ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลทางสังคมมีจำนวนมาก แต่ระบบการจัดบริการเป็นแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่มีความจำเป็น และต้องผ่านกระบวนการประเมินตามเกณฑ์ที่รัฐ หรือหน่วยงานในการให้บริการกำหนดไว้ คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระบบประกอบด้วย ผู้ที่ประสบปัญหาความพิการด้านการเคลื่อนไหว มีอาการทางสมอง เช่น เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม มีปัญหาสุขภาพจิต และมีฐานะยากจน

สำหรับการประเมินผู้สูงอายุจะพิจารณาคูณสมบัติของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอน 2 ขั้นตอน คือ การพิจารณาจากสภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินจัดระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจากแบบประเมิน ADLs และ IADL เมื่อพิจารณาระดับการพึ่งพิงแล้วก็จำเป็นต้องประเมินรายได้ของผู้สูงอายุร่วมด้วย สำหรับรูปแบบการประเมิน หน่วยงานที่ให้บริการอาจประเมินโดยผู้ประเมินเพียงคนเดียว หรืออาจเป็นทีมสหวิชาชีพ ทว่า ผู้จัดการดูแลมักจะเป็นบุคคลที่ถูกวางบทบาทว่าควรเป็นผู้ประเมินและวางแผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการระดับมาก และมีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 กลไกการดูแลทางสังคม

ระบบการดูแลทางสังคมมีกฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นหลักในการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรที่จัดบริการ โดยกฎหมายและนโยบายมักจะให้

ความสำคัญกับหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ที่ควบคุมดูแลด้านนโยบาย และถ่ายโอนความรับผิดชอบในการจัดบริการการดูแลทางสังคมไปที่หน่วยงานส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ รัฐบาลหรือหน่วยงานส่วนกลางจะกำหนดรูปแบบการดูแลทางสังคม กำหนดอัตราค่าบริการ ระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลทางสังคม โดยแหล่งที่มาของงบประมาณมาจาก 3 แหล่ง คือ 1) จากภาษีทั่วไป 2) การสมทบของหน่วยงานท้องถิ่น และ 3) การสมทบจากผู้ให้บริการ

สำหรับบางพื้นที่จะดำเนินการแบบตรงกันข้ามกันโดยสิ้นเชิง นั่นคือ ให้องค์กรภาคเอกชน หรืออาสาสมัครเข้ามาดูแล เนื่องจากเห็นว่าการดำเนินการจากผู้ให้บริการการดูแลทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ เช่น เครือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร เป็นการส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนมีความรับผิดชอบในการจัดบริการดูแลทางสังคม อย่างไรก็ตาม การดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุต้องอาศัยภาคีเครือข่ายทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และหน่วยงานเอกชน หรือภาคประชาชนเพื่อให้เกิดการประสานการทำงานในการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1.4 ปัญหา อุปสรรคในการดูแลทางสังคม

สำหรับการจัดบริการทางสังคมต้องใช้งบประมาณจำนวนมากแล้ว ยังพบปัญหาในประเด็นการเรียกร้องให้มีการจัดบริการที่เป็นธรรม หมายความว่าผู้สูงอายุที่ต้องการบริการสมควรได้รับการประเมินจากหน่วยงานเดียวกัน เพื่อป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมือนกันระหว่างหน่วยในการประเมินหากในบางพื้นที่ได้รับการประเมินจากหน่วยงานระดับชาติ ในขณะที่บางพื้นที่ได้รับการประเมินจากหน่วยงานระดับท้องถิ่น

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลทางสังคมไม่มีการกิจที่ชัดเจนระหว่างรัฐบาลกลางกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดความสับสนในการดำเนินงาน และปัญหาการรอคิวเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคม

2. บทเรียนจากประสบการณ์การดูแลทางสังคมในต่างประเทศ

ภาพรวมระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุจากต่างประเทศ ทำให้เห็นว่าภายใต้ระบบการจัดบริการมีกฎหมายหรือนโยบายเป็นกรอบในการกำหนดทิศทางของการดำเนินงาน แนวทางในการบริหารจัดการองค์กร ประกอบด้วยกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบ โครงสร้างคณะกรรมการที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการจัดการบริการ รูปแบบบริการระบบการคลัง อัตราค่าใช้จ่าย รวมถึงระบบการเข้าถึงบริการ และการกำกับติดตามคุณภาพการจัดบริการ ทั้งนี้จากประสบการณ์การจัดบริการของต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา และประเทศญี่ปุ่น น่าจะเป็นบทเรียนที่ประเทศไทย

นำมาประยุกต์ใช้สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมได้ เพื่อให้เห็นภาพในเชิงเปรียบเทียบสำหรับระบบการดูแลทางสังคมของประเทศต่างๆ

ทั้งนี้ กฎหมายที่กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วใช้กฎหมายผู้สูงอายุแห่งชาติ กฎหมายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กฎหมายว่าด้วยบำนาญ กฎหมายประกันสังคม กฎหมายเหล่านี้เป็นกรอบในการกำหนดทิศทาง กลไก และการกำกับการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ระบบการดูแลทางสังคมเป็นระบบที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลอันเนื่องมาจากประสบปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และรัฐบาลจะให้การดูแลเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่าย

เมื่อพิจารณาจากระบบการคลังของการดูแลทางสังคมจากบทเรียนในต่างประเทศ พบว่ากลุ่มประเทศที่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลทางสังคมรวมอยู่ในบริการขั้นพื้นฐาน มักจะใช้ระบบการประกันการดูแลระยะยาว เช่น ประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากบริการที่ให้จะครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพและสังคม รูปแบบบริการก็มีความชัดเจน ทว่ากลุ่มประเทศที่ให้สิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระดับมาก มักจะมีรากฐานการพิจารณาว่าควรใช้ระบบภาษีของประชาชนเพื่อนำมาเป็นงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากจากระบบการคลังของการดูแลทางสังคมมีค่อนข้างสูง ภายหลังมีความพยายามลดความเสี่ยง โดยการกระจายความรับผิดชอบออกเป็น 3 ส่วนหลักๆ คือ การร่วมรับผิดชอบระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และการสมทบของภาคประชาชน

อย่างไรก็ตาม เมื่อมีความตระหนักถึงระบบการคลังที่ค่อนข้างมีปัญหา จึงมีข้อเรียกร้องให้เกิดการบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคม จึงเป็นที่มาของการทบทวนรูปแบบการบูรณาการจากประเทศอเมริกา ออสเตรเลีย ซึ่งทำให้เห็นว่าหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่นต้องร่วมมือกันในการจัดบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมอย่างเต็มที่และน่าจะเป็นทางออกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

ในการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถส่งมอบแก่ผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนและเหมาะสมนั้น จำเป็นต้องมีการกำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน และมีการกำหนดมาตรฐานการจัดบริการดูแลทางสังคม ทั้งมาตรฐานการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มาตรฐานการปฏิบัติงาน และมาตรฐานบริการ

3. การบูรณาการระหว่างการดูแลทางสุขภาพและการดูแลทางสังคม

เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยมาสู่ระยะหนึ่ง และพบว่าในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องมีการบูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ประสบการณ์ในการบูรณาการการดูแลทางสังคมเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพภายใต้

ช | รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย จากการติดตามการบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคม พบว่าสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การบูรณาการเชิงนโยบาย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง ฯลฯ ซึ่งเป็นไปตามกลไกทางกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 แต่ก็ยังไม่อาจบูรณาการเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม 2) การบูรณาการระบบบริหารจัดการทั้งในเชิงการจัดการงบประมาณ บุคลากร และบริการการดูแล เป็นการประสานการดูแลจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่นได้ดีพอสมควร ซึ่งทำให้เกิดการขับเคลื่อนบริการดูแลสู่ผู้สูงอายุ โดยมีการบริหารจัดการบริการระหว่างหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดการกระจายบริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และ 3) การกำหนดรูปแบบบริการ มีกระบวนการตรวจสอบสิทธิ การพิจารณาชุดกิจกรรมการดูแล การส่งมอบบริการสำหรับผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

4. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ และการจัดสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุทำให้เห็นว่า การดำเนินการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ ก็ท้าทายให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ประมวลผลจากการศึกษามีข้อเสนอแนะได้ 5 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การสร้างแนวคิดพื้นฐานความสำคัญและความพร้อมของการดูแลทางสังคม

1.1 การขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสะท้อนความสำคัญของการดูแลทางสังคมในฐานะที่เท่าเทียมกับระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวม กระบวนการปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมเท่าเทียมกัน นำไปสู่การปรับกลไกทางกฎหมายเป็นพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการปรับโครงสร้างพื้นฐานของระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อการปรับปรุงคุณภาพของการดูแล และผลลัพธ์มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลกับผู้สูงอายุ

1.2 การสร้างความชัดเจนของรูปแบบ แหล่งของการให้บริการ หรือกลไกการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง เพื่อลดช่องว่างในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือกรณีโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาลในขณะที่ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่พร้อม หรือไม่มีบริการทางสังคมมารองรับ

1.3 การเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนากฎหมายการบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเชื่อมโยงให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน

2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบบริการดูแลทางสังคมจะเกิดขึ้นได้นั้นจำเป็นต้องมีกลไกระดับชาติและระดับปฏิบัติ และกลไกการสนับสนุนจากหน่วยงานให้บริการทั้งด้านกลางและส่วนภูมิภาค ดังนี้

2.1 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ควรกำหนดนโยบาย การวางแผน ยุทธศาสตร์และติดตามประเมินผลการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และมีคณะกรรมการชุดต่างๆ ในการทำงานที่ผลักดันให้เกิดการออกแบบบริการดูแลทางสังคมที่ทันสมัย และขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐบาล

2.2 กลไกการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งส่วนกลางและหน่วยงานท้องถิ่น

หน่วยงาน/สถาบันส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนงานตามสิทธิของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการกำหนดกลไกการปฏิบัติในระดับท้องถิ่น โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ส่งต่อบริการสู่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

(1) กระทรวงมหาดไทย กำหนดนโยบายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยประสานความร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการพัฒนารูปแบบบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กำหนดแนวทางในการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม โดยมีการส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรการจัดการดูแลรายกรณี เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการดูแล (Care Plan) ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

2.3 การเชื่อมโยงบริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

(1) พัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมให้สามารถเชื่อมโยงในทุกระดับแบบบูรณาการกัน เพื่อให้เป็นระบบบริการทางสุขภาพและสังคมแบบครบวงจร ตั้งแต่การดูแลส่วนบุคคล สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) สถานบริบาล (Nursing Home) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-Term Care Hospital) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) ซึ่งถือว่าเป็นการส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

(2) สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดกลไกและวิธีการจัดบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง ในลักษณะ “ให้บริการอย่างรู้ค่า รับบริการอย่างสมศักดิ์ศรี”

(3) ออกแบบบริการใหม่ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยดึงภาคส่วนธุรกิจ/เอกชนเข้ามาศึกษาความเป็นไปได้ วางระบบการแข่งขัน เพื่อให้เกิดบริการ และราคาที่เหมาะสม เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อ และอยากได้บริการที่นอกเหนือไปจากที่รัฐจัด โดยคำนึงถึงผู้สูงอายุกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุหญิงโสด หรือผู้สูงอายุกลุ่มเพศทางเลือก หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อสูง เป็นต้น

3. การวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

3.1 ผู้ปฏิบัติงานต้องรับมือกับงานหลายด้าน (Multidimensional Work) มากกว่าที่จะรับมือกับงานด้านเดียว (Simple Task) ทำให้การพิจารณาผลงานเน้นที่ความสามารถ (Ability) ของบุคคลจึงทำให้เกิดการพัฒนาผลงานอย่างต่อเนื่อง

3.2 พัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในฐานะผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนในลักษณะการบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคม การใช้รูปแบบการจัดบริการในลักษณะโครงการ (Project) จึงต้องการผู้ปฏิบัติงานที่มีภาวะผู้นำ และมีความรู้ ความเข้าใจด้านการบริหารจัดการอย่างยิ่ง ในลักษณะของการออกแบบการให้บริการ จัดการทรัพยากร ประสานงาน กำกับติดตามงาน เป็นต้น

3.3 เร่งผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักสูตรการจัดการดูแลรายกรณี เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักสวัสดิการสังคม พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักการศึกษา เป็นต้น เพื่อรองรับกับการเชื่อมโยงบริการทางสุขภาพและบริการในระบบการดูแลเพื่อมิให้เกิดช่องว่างของบริการ

4. แนวทางการบริหารจัดการเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

4.1 การสนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับชุมชนให้ทันสมัย และมีมาตรฐาน เพื่อนำมาจัดกลุ่มตามศักยภาพ ความต้องการการดูแล เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินการจัดโครงการ บริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ฐานข้อมูลดังกล่าวต้องสามารถเชื่อมโยงกันในระดับชุมชน และระดับประเทศ เพื่อสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐานต่อไป

4.2 การปรับเปลี่ยนบทบาทของรัฐบาลกลางในการจัดบริการมาเป็นผู้กำกับติดตามการจัดบริการจากภาครัฐกิจ/เอกชน และภาคประชาชนให้มีมาตรฐาน แต่ต้องมีกลไกในการกำกับติดตามในระดับท้องถิ่นที่ชัดเจน และเป็นระบบ ทั้งนี้ ควรมีหน่วยงานกลางเป็นผู้วางกรอบการทำงาน โดยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและมีภาคีเครือข่าย ในขณะที่หน่วยงานระดับภูมิภาคนโยบายสู่การปฏิบัติงาน เช่น เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร องค์กรภาคเอกชนเข้ามาเป็นแกนนำในการปฏิบัติงาน

4.3 การปฏิรูประบบภาษี เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับรัฐ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการจัดบริการดูแลทางสังคม หรือนำไปสู่การให้บริการแบบบูรณาการสุขภาพและสังคม นอกจากนี้ยังสร้างความเสมอภาคทางภาษีในภาพรวมอีกด้วย การเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10 ซึ่งถือเป็นการเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มในอัตราปกติ เพื่อให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้น

5. การจัดตั้งและบูรณาการกองทุนสำหรับการดูแลสุขภาพและสังคม

5.1 การจัดตั้งกองทุนการดูแลทางสังคม ควรตั้งคณะกรรมการขึ้นทำงานเพื่อหาวิธีสร้างกองทุนการดูแลที่ยั่งยืนในอนาคตสำหรับการดูแลทางสังคม

5.2 การปรับปรุงกองทุนผู้สูงอายุ การปรับภารกิจของกองทุนผู้สูงอายุให้ครอบคลุมการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุด้วย โดยต้องหาแนวทางในการเพิ่มเงินเข้าไปในกองทุนผู้สูงอายุ ควรกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนเพื่อการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากองค์กรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน อันจะทำให้มีเงินสำหรับการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้มีการบริจาคเงินเข้าสู่กองทุนดังกล่าวด้วยการกำหนดให้มีสิทธิพิเศษทางภาษีโดยกำหนดให้ผู้บริจาคสามารถนำไปลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีได้

5.3 การบูรณาการกองทุนสุขภาพและการดูแลทางสังคม

การบูรณาการกองทุน โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการด้านการเงิน โดยหลักการแล้วการบูรณาการทางการเงินจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการดูแลแบบบูรณาการ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาว การบูรณาการด้านการเงินเพื่อบรรลุความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลที่ดีขึ้นในราคาที่ถูกลง ควรจัดทำแบบจำลองเพื่ออนาคต และทดลองปฏิบัติด้านการบูรณาการด้านการเงิน เพื่อเป็นรากฐานของกลไกทางการเงินสำหรับการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน และ เป็นรูปธรรมต่อไป

คำนำ

การดูแลเป็นกิจกรรมของการให้ความช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครอง และการจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้คนในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการการดูแลสุขภาพและสังคม หรือเป็นการให้บริการในลักษณะแบบองค์รวม หากพิจารณาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยยังพบว่าการดูแลยังคงแยกส่วนกันทั้งๆ ที่บริการทั้ง 2 ส่วนจำเป็นต้องจัดการอย่างเหมาะสม ทว่า การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีปรากฏอย่างมากมายพอควร แต่การดูแลทางสังคมยังไม่ได้รวบรวมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีความพยายามในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยการบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน การศึกษาเรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” ช่วยให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจนขึ้นในประเด็นการดูแลทางสังคมมีรูปแบบวิธีการ และเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร การพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมในประเทศไทยจำเป็นต้องศึกษาระบบการดูแลทางสังคมของประเทศต่างๆ ได้แก่ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น เพื่อศึกษาและสังเคราะห์วิธีการ แนวทาง และตัวแบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ สังเคราะห์กลไกการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของต่างประเทศ และนำเสนอแนวทางการบูรณาการระบบการดูแลทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยต่อไป

ผู้ศึกษาขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และขอบคุณที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่ให้คำแนะนำสำหรับการจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลเชิงบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลจากการศึกษานี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในครอบครัวและในชุมชน หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้ศึกษาขอน้อมรับเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและสร้างสรรค์งานวิชาการที่ดีในอนาคตต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณลักษณ์ เมียนเกิด

มกราคม 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(ก)
บทสรุปผู้บริหาร.....	(ค)
คำนำ.....	(ฉ)
สารบัญเนื้อหา.....	(จ)
สารบัญตาราง.....	(ฉ)
สารบัญภาพประกอบ.....	(ด)
สารบัญแผนภูมิประกอบ.....	(ต)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	7
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	8
การนำเสนอผลการศึกษา.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	8
ระยะเวลาทำการวิจัย.....	9
บทที่ 2 ความหมาย ขอบเขต รูปแบบการดูแลทางสังคม.....	10
ตอนที่ 1 ความหมาย ขอบเขต และรูปแบบการดูแลทางสังคม.....	10
ตอนที่ 2 ความต้องการและการเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคม.....	26
ตอนที่ 3 กลไกการจัดระบบการดูแลทางสังคม.....	35
ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในการดูแลทางสังคม.....	49

บทที่ 3	ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุจากต่างประเทศ.....	53
	ตอนที่ 1 นโยบาย กฎหมาย และระบบการดูแลทางสังคมในต่างประเทศ.....	53
	- ประเทศอังกฤษ.....	53
	- ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	59
	- ประเทศแคนาดา.....	70
	- ประเทศออสเตรเลีย.....	74
	- ประเทศญี่ปุ่น.....	83
	ตอนที่ 2 การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง: ประสบการณ์จากต่างประเทศ.....	97
	ตอนที่ 3 คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการการดูแลทางสังคม.....	123
บทที่ 4	การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย.....	138
	ทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง.....	138
	หลักการในการพัฒนาระบบการดูแลเชิงบูรณาการ.....	143
	การบูรณาการดูแลทางสุขภาพและสังคม.....	144
	ปัจจัยความสำคัญของการบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคม.....	150
บทที่ 5	ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงสำหรับประเทศไทย.....	153
	ความท้าทายในการปรับปรุงกลไกทางเชิงกฎหมาย.....	153
	ข้อท้าทายในการบริหารจัดการระบบการดูแลทางสังคม.....	162
	การจัดบริการการดูแลทางสังคม.....	168

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา.....	176
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	180
บรรณานุกรม.....	181

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ในปี 2553-2563.....	2
2.1	เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ.....	19
2.2	แผนกลยุทธ์เกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุใน 5 ปี ของประเทศญี่ปุ่น...	27
2.3	การประมาณการบริการการดูแลแบบเยี่ยมเยียนบ้าน ในประเทศญี่ปุ่น.....	28
2.4	ค่าบริการการดูแลผู้สูงอายุของ Hampshire ปี 2015-2016.....	40
2.5	ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลที่เกิดขึ้นกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในออสเตรเลีย 2006-2007	44
2.6	การระดมทุนของรัฐบาลเพื่อโครงการการดูแลในชุมชน.....	47
3.1	ประชากรที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า โดยเปรียบเทียบอายุและเพศ ปี 2006- 2036.....	74
3.2	เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ.....	89
3.3	รูปแบบการบูรณาการทางการเงินในประเทศต่างๆ.....	108
3.4	องค์ประกอบการประเมินการดำเนินงาน PRISMA.....	111
3.5	รายละเอียดและผลที่สำคัญของโปรแกรมการดูแลในอเมริกาเหนือและโครงการ นำร่อง.....	114
4.1	การประเมินระดับการพึ่งพิงต่อจำนวนชั่วโมงของการดูแล.....	141
4.2	ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ ต่อคนต่อปี.....	141
4.3	การออกแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง.....	143
5.1	บริบทเชิงนโยบายสำหรับกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับ การดูแลผู้สูงอายุ.....	155
5.2	การจัดองค์กรจากภาคส่วนต่างๆ.....	163
5.3	เปรียบเทียบระบบการคลัง และการจ่ายระหว่างรัฐบาล ท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน.....	165
5.4	บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง.....	171

สารบัญภาพประกอบ

ภาพที่		หน้า
3.1	Intensity ของการบูรณาการ.....	100
3.2	การบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคมในระบบการดูแลระยะยาว.....	120

สารบัญแนภูมิประกอบ

แนภูมิที่	หน้า
3.1 การสำรวจทรัพยากรครอบครัวในประเทศอังกฤษ (FRS).....	54
3.2 ประชากร 65 ปีและมากกว่าของประเทศแคนาดา (1971-2011) และ คาดการณ์ (2012-2061) (ร้อยละ).....	71

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรกลุ่มวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่กลับมีแนวโน้มที่ลดน้อยลงอย่างชัดเจน ทว่า ความจริงแล้วหลายประเทศในแถบทวีปยุโรปได้เผชิญกับปัญหานี้มาเป็นระยะเวลาหลายปีแล้ว ในแต่ละประเทศจะมีการเตรียมความพร้อมของแผนงานและกลยุทธ์ที่แตกต่างกันไป ประเทศอังกฤษเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบกับปัญหานี้ โดยได้มีการคาดการณ์ในปี 2000 ว่าจำนวนประชากรสูงอายุจะต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากจำนวน 3 ล้านคน เป็น 6.4 ล้านคน ในปี 2051 การเพิ่มขึ้นนี้ประมาณร้อยละ 113 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (ที่มา: LSE, 2004) ส่วนในสหรัฐอเมริกา มีประชากรทั้งหมดจำนวน 312 ล้านคน และเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 48 ล้านคน และร้อยละ 13 มีอายุมากกว่า 65 ปี ถึงแม้สหรัฐอเมริกาจะเป็นประเทศมั่งคั่งประเทศหนึ่งในโลก แต่อายุขัยเฉลี่ยของประชากรกลับยืนยาวแค่ 78.7 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD จำนวน 1.4 ปี ส่วนในประเทศแคนาดาได้มีการคาดการณ์จำนวนการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุไว้เช่นกัน ในปี 2011 พบว่าประชากรชาวแคนาดามีผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ที่ประมาณ 5.0 ล้านคน และคาดว่าจะจำนวนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในอีก 25 ปี ข้างหน้า (ปี 2036) เป็น 10.4 ล้านคน ดังนั้น ในปี 2036-2051 ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในแคนาดาจะมีจำนวนอยู่ราว 1 ใน 4 ของประชากรชาวแคนาดาทั้งหมด

ปัญหาการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุไม่ใช่มีเฉพาะในแถบทวีปยุโรปและอเมริกา แต่ประเทศในทวีปเอเชียอย่างประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทย ก็ได้รับมือกับสถานการณ์นี้ โดยประเทศญี่ปุ่นมีประชากรทั้งหมดประมาณเกือบ 128 ล้านคน จากการสำรวจในปี 2000 มีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 22 ล้านคน ในปี 2010 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 และคาดการณ์ไว้ว่าภายในปี 2050 จะเพิ่มขึ้นถึง 33 ล้านคน เป็นร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมด (Curry et al, 2013) ทั้งนี้ เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงก็ย่อมส่งผลกระทบต่อความต้องการของประชาชนที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากการที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในอีกไม่เกิน 10 ปีข้างหน้า นับจากนี้หรือราว พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society)

เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 และจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึง ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ประมาณ พ.ศ. 2578 ถ้าแบ่งประชากรสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ประชากรสูงอายุวัยต้น คือ ผู้มีอายุ 60 ถึง 69 ปี 2) ประชากรสูงอายุวัยกลาง คือ ผู้มีอายุ 70 ถึง 79 ปี และ 3) ประชากรสูงอายุวัยปลาย คือ ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

ในปี 2556 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุวัยต้นจำนวน 5.3 ล้านคน (ร้อยละ 8.2) ผู้สูงอายุวัยกลางจำนวน 2.9 ล้านคน (ร้อยละ 4.5) และผู้สูงอายุวัยปลายจำนวน 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.0) ในอนาคตอีก 27 ปีข้างหน้า ในปี 2583 ประมาณว่าจะมีประชากรสูงอายุวัยปลาย หรือผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ด้วยความจริงที่ว่า คนยังมีอายุมากขึ้น ก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้นจึงพอจะเห็นภาพได้ว่า ในอนาคตเมื่อสังคมไทยสูงวัยมากขึ้น ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2556, น. 16-25)

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน จะมีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้และมีประชากรผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ที่มีปัญหาภาวะโรคมากกว่า 1 โรค สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาต้องรับการรักษาถึงร้อยละ 62 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประสบปัญหาสุขภาพ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้สูงอายุบางรายต้องการผู้ดูแลเกือบตลอดเวลา การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปี 2553 และ 2563 (นางลักษณ์ พะโกยะ, http://www.thainhf.org/document/media/media_677.pdf, น. 3)

ตารางที่ 1.1

การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปี 2553-2563

ปี	ดูแลตนเองได้	ต้องการคนดูแล	รวม
2553	7,139,127	499,873	7,639,000
2563	10,034,234	741,766	10,776,000

ที่มา: นางลักษณ์ พะโกยะ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ, http://www.thainhf.org/document/media/media_677.pdf, น. 7)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังที่นำเสนอไว้ข้างต้น เป็นผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง เป็นผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหารได้มากนัก ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ มักจะมีความต้องการที่มากกว่าหนึ่งอย่าง การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเช่นนี้จะต้องใช้การบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ต้องการผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพและสังคม และไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน เป็นต้น รวมถึงการบริการในครอบครัวชุมชนหรือสถานบริการ ดังนั้น การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถใช้การดูแลได้เพียงระยะสั้นๆ เพราะมีความจำเป็นต้องดูแลในทุกๆ มิติ ทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม ซึ่งระบบการดูแลทางสังคมรูปแบบการดูแลระยะยาว (Long-term Care) นี้จึงสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ ที่มีความต้องการบริการที่นอกเหนือจากการบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว บริการการดูแลทางสังคมจะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จากการศึกษาเรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน” ของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2552, น. 22-28) พบว่า ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในชุมชน เป็นแกนหลักสำคัญในการให้บริการที่เป็นทางการและสนับสนุนระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการ การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม ทว่าความครอบคลุมของบริการและความเข้มข้นต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชน ศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนอีกด้วย ขณะเดียวกันนโยบายการกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงค่อนข้างครอบคลุมแต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ ส่วนบริการด้านสังคมยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์เป็นหลัก ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีบริการที่เป็นรูปธรรมด้านสุขภาพ ทว่าบริการด้านสังคมยังมีจำกัดมาก ทั้งนี้สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2553, น. 287, 289) เรื่อง การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย ซึ่งนำเสนอเกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลโดยชุมชนเป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการของประชาชนหลากหลายรูปแบบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลทั้งในด้านสังคมและจิตใจ และการดูแลด้านการพยาบาลแต่พบว่าในปัจจุบันการดูแลโดยชุมชนนั้นยังเน้นเพียงการดูแลด้านการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าการดูแลทางด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งทำให้ระดับและขนาดของความต้องการการดูแลมีเพิ่มขึ้น แต่นโยบายและบริการที่มีอยู่มีข้อจำกัด และไม่เพียงพอ ขณะที่การให้บริการด้านสุขภาพมีรูปแบบ วิธีการใหม่ๆ ทรัพยากรมีจำนวนน้อย และมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการให้บริการโดยชุมชน

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันทำให้ระบบการดูแลทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะรองรับปัญหาที่มีความหลากหลายขึ้นได้ เนื่องจากเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะประสบปัญหาเรื่องสุขภาพมาเป็นอันดับแรก ถ้าไม่มีการเตรียมความพร้อมที่ดีพอก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น การเงินและรายได้ ที่อยู่อาศัย และผู้ดูแล ฯลฯ ดังนั้น การดูแลทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นได้ แต่ต้องมีระบบการดูแลทางสังคมเข้ามาร่วมด้วย เพราะระบบการดูแลทางสุขภาพจะรองรับการรักษาทางด้านโรคภัยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ในขณะที่ระบบการดูแลทางสังคมเป็นระบบที่กำหนดขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือปกป้อง ค้ำครอง พิทักษ์สิทธิ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านร่างกาย การรับรู้ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือการทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น ตามหลักแนวคิดของการดูแลทางสังคมที่มองการดูแลทางสังคมว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีความต้องการที่นอกเหนือจากบริการทางด้านสุขภาพ โดยเชื่อว่าหากบุคคลใดได้รับการดูแลทางสังคม จะสามารถเพิ่มขีดความสามารถของแต่ละบุคคล และก่อให้เกิดการเรียนรู้สภาพแวดล้อมเพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น

การดูแลทางสังคมมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลให้ดีขึ้น (Marjorie H. Canter, 1989, p. 100) ดังนั้น การช่วยเหลือในลักษณะของการดูแลทางสังคม คือ การทำให้ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน สามารถพึ่งพาตนเอง และส่งเสริมให้พวกเขาสามารถทำประโยชน์แก่ประเทศต่อไป อย่างไรก็ตาม การดูแลทางสังคมสามารถทำได้หลายระดับโดยการพิจารณาตามความต้องการและการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) การบริการระดับครอบครัว ที่เป็นการให้บริการตามการขอความช่วยเหลือหรือการดูแลที่อยู่อาศัย การดูแลส่วนบุคคลที่ไม่ต้องการบริการทางสุขภาพเลย ได้แก่ การช่วยให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้สะดวก เช่น การช่วยเหลือเกี่ยวกับการซักเสื้อผ้า จัดเตรียมเสื้อผ้า

การจัดเตรียมอาหาร หรือการช่วยเหลือเมื่อเข้าห้องน้ำ การให้อาหารบนรถเข็น และการทำความสะอาดบ้านสำหรับคนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและได้รับการบำบัดรักษาจากหน่วยบริการ จะมีบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเท่านั้น (2) การบริการระดับชุมชน เป็นการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่คงอยู่ที่บ้าน หากแต่ได้รับการสนับสนุนบริการจากเครือข่ายการดูแลในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลบ้าน การดูแลในชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การบริการการดูแลในชุมชนก็ไม่ใช่การดูแลในเชิงการรักษาพยาบาล แต่มักปรากฏในลักษณะการส่งเสริมสุขภาพ หรือมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งมีความจำเป็นในการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ (3) ระดับสถาบัน เป็นการได้รับบริการจากองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ทำหน้าที่ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สถานศึกษา สถาบันด้านสุขภาพจิต เป็นต้น ด้าน ศูนย์การศึกษาทำหน้าที่ในการพัฒนาส่งเสริมความเข้าใจและทักษะของชีวิต และเติมเต็มความคาดหวังส่วนบุคคล เช่น ผู้สูงอายุต้องการเรียนรู้การใช้ทักษะในการดำรงชีวิต ในขณะที่สถานสงเคราะห์ตอบสนองต่อผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

ระบบการดูแลทางสังคมสามารถตอบโจทย์ในการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการความช่วยเหลือที่มากกว่าเพียงการรักษาโรคในโรงพยาบาล โดยที่ผู้สูงอายุบางรายประสบปัญหามากกว่าเรื่องสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นด้านการเงิน ที่อยู่อาศัย หรือต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เป็นต้น ทั้งนี้ การดูแลทางด้านสุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือในส่วนเหล่านี้ได้อย่างสมบูรณ์ แต่การดูแลทางสังคมสามารถรองรับการดูแลที่ขาดหายไปได้ เนื่องจากการดูแลทางสังคมเป็นการให้บริการในลักษณะแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการและการให้ความช่วยเหลือที่ครอบคลุมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศต่างให้ความสนใจและนำมาปรับใช้กับประชากรสูงอายุในประเทศตนเองกันอย่างกว้างขวาง และแต่ละรูปแบบ วิธีการก็มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของประเทศนั้นๆ แม้การดูแลทางสุขภาพจะมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุแต่ปฏิเสธไม่ได้ว่า การดูแลทางสังคมจะช่วยเติมเต็ม และเป็นบริการที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองได้ ดังนั้น การบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมจึงเป็นพันธกิจสำคัญที่ก่อเกิดประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในระยะการดูแลระยะยาว ซึ่งบริการในระบบการดูแลสุขภาพ หรือบริการในระบบการดูแลทางสังคม อย่างใดอย่างหนึ่งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยน และเปลี่ยนแปลงแบบแผนและกลยุทธ์ในการดูแลทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ ทั้งในยุโรปและเอเชีย จะช่วยให้สามารถมองเห็นภาพรวมของการบริหารจัดการดูแลทางสังคมในแบบองค์รวม เพื่อเรียนรู้และนำมาปรับใช้ในประเทศไทยได้ เพราะบทเรียนจากต่างประเทศที่เคยประสบปัญหาในด้านการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ จนได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นผลดีต่อมุมมองที่รอบด้านและทั่วถึงจะทำให้ประเทศไทยสามารถนำรูปแบบ และกลไกในการดำเนินงาน การดูแลทางสังคม มาปรับใช้หรือบูรณาการการดูแลให้อยู่ในรูปแบบองค์รวม ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสังคมไทยอย่างทั่วถึง

สาเหตุประการสำคัญในการศึกษาเรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมีเพียงบริการจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ให้บริการทางสังคมแต่ก็เป็นเพียงการสงเคราะห์ชั่วคราวและไม่ได้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพ อาจเป็นเพราะหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และสังคมมีการแยกส่วนกัน ดังงานศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่กล่าวไว้ในงานบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุว่า การบูรณาการบริการทางด้านสุขภาพสังคมของประเทศไทยยังไม่มีชัดเจน เพราะรูปแบบของการให้บริการนั้นมีลักษณะการให้บริการที่ดำเนินการตามแผนงานและพันธกิจขององค์กรที่ได้รับผิดชอบในการให้บริการ กล่าวคือ การให้บริการทางด้านสุขภาพเป็นลักษณะการบูรณาการผ่านการจัดการดูแลที่มีเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ เช่น พยาบาลในโรงพยาบาล และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพทั่วไป ขณะที่การให้บริการทางด้านสังคมเป็นลักษณะบริการจัดการดูแลที่เกิดขึ้นในสถานที่ให้บริการ เช่น สถานสงเคราะห์ หรือสำนักงานด้านสงเคราะห์ช่วยเหลือ และการติดตามเยี่ยมถึงที่อยู่อาศัยของอาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าการทำงานแบบแยกส่วนกันของหน่วยงานทางด้านสุขภาพและสังคมส่งผลให้ระบบการให้บริการในทั้ง 2 ด้าน ไม่มีความเชื่อมโยงกัน และขาดความสมบูรณ์ครบถ้วนในการให้บริการ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการดูแลทางสังคมมีความสำคัญในระบบของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเท่าๆ กับการดูแลสุขภาพ เพราะการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุแล้วไม่ใช่แค่มิติของการดูแลทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่การได้รับการดูแลในมิติบริการทางด้านสังคมในการสนับสนุนทางด้านจิตใจ กิจกรรมทางสังคม หรือแม้แต่การช่วยเหลือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น เพื่อการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้เป็นบริการที่จะต้องดูแลควบคู่กันไปกับการดูแลทางด้านสุขภาพ ไม่ใช่เป็นการดูแลมุ่งเน้นเฉพาะทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวจนลืมนำความสำคัญกับปัญหาอีกมุมหนึ่งของผู้สูงอายุในสังคม ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุในสังคมไทยที่นับวันจะเพิ่ม

จำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้การจัดการบริการการดูแลไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงและไม่ครอบคลุม ปัญหา เนื่องจากที่ผ่านมาสังคมไทยยังคงให้ความสำคัญกับการดูแลบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะการดูแลทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังคงให้ความสำคัญกับมิติการดูแลทางด้านสังคมน้อยอยู่มาก นำไปสู่การตั้งคำถามว่า การดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีความหมาย ขอบเขต และรูปแบบการดูแลทางสังคมเป็นอย่างไร รวมถึงลักษณะการดูแลทางสังคมในบริบทของต่างประเทศเป็นอย่างไร สิทธิ และกฎหมายในต่างประเทศที่ควบคุมและดูแลเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นอย่างไร และจะอย่างไรให้ระบบการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคมในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ท้ายที่สุดแล้วการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมในประเทศไทยจะเป็นรูปแบบใด ดังนั้น การศึกษานี้จะสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลทางสังคมและสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านเพื่อพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและสังเคราะห์วิธีการ แนวทาง และตัวแบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ
2. เพื่อศึกษาและสังเคราะห์กลไกการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของต่างประเทศ
3. เพื่อนำเสนอแนวทางการการบูรณาการระบบการดูแลทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย

3. ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้ ครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวกับระบบการดูแลทางสังคมของประเทศไทยได้แก่ ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น เ่าที่มีข้อมูลปรากฏในเอกสารและสื่อต่างๆ เท่านั้น เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีตัวแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” เป็นการวิจัยเอกสาร โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลจากตำรา รายงานการวิจัย วารสารวิชาการ วิทยานิพนธ์ และข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางสังคม และระบบการดูแลทางสังคม ครอบคลุม 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น
2. เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้วจะนำข้อมูลมาจัดระบบตามเนื้อหา และทำการวิเคราะห์สังเคราะห์และเรียบเรียงเป็นรายงานการพัฒนาการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

5. การนำเสนอผลการศึกษา

เมื่อดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้ผลการศึกษาจึงทำการรายงานผลประกอบด้วย เนื้อหาต่อไปนี้

1. บทนำ
2. ความหมาย ขอบเขต รูปแบบการดูแลทางสังคม และบทบาทของบุคคลหรือภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
3. ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ สิทธิ กฎหมาย: กรณีศึกษาการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุจากต่างประเทศ
4. การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย
5. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงสำหรับประเทศไทย

6. ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยและต่างประเทศ และนำไปสู่การขยายองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจนมากขึ้น

2. ได้แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย และนำไปสู่นโยบายการบูรณาการการดูแลทางสุขภาพและสังคมในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

7 ระยะเวลาทำการวิจัย

เดือนสิงหาคม 2558-มกราคม 2559

บทที่ 2

ความหมาย ขอบเขต รูปแบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลทางสังคมเป็นระบบบริการที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องการการดูแลทั้งในบ้าน ชุมชน และสถาบัน โดยผู้สูงอายุแต่ละคนมีความต้องการการดูแลทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ขึ้นอยู่กับภาวะการพึ่งพิง ทั้งนี้ ผู้ให้บริการและหน่วยงานต้องมีบทบาทในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลอย่างเหมาะสมภายใต้กลไกการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ในบทนี้นำเสนอเนื้อหาเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ความหมาย ขอบเขต และรูปแบบการดูแลทางสังคม

ตอนที่ 2 ความต้องการ และการเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคม

ตอนที่ 3 กลไกการจัดการดูแลทางสังคม

ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในการดูแลทางสังคม

ตอนที่ 1 ความหมาย ขอบเขต และรูปแบบการดูแลทางสังคม

1.1 ความหมายของการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคม (Social Care) เป็นคำที่ใช้ในประเทศอังกฤษ และยุโรปในหลายประเทศรวมทั้งออสเตรเลีย ขณะที่ในสหรัฐอเมริกา แคนาดา ได้ใช้คำว่า การให้บริการทางสังคม (Social Service) อย่างไรก็ตามทั้ง 2 คำมีความหมายที่คล้ายคลึงกัน ทั่วมีความเหลื่อมซ้อนกันอยู่ในหลายประเด็น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบสวัสดิการและบริบทของแต่ละประเทศ เพื่อให้เข้าใจความหมายของการดูแลทางสังคมอย่างชัดเจนมากขึ้น ดังนี้ Department of Health White Our Health (2006a, p. 29) ให้ความหมายการดูแลทางสังคมว่าเป็นระบบที่ออกแบบเพื่อสนับสนุนให้บุคคลดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง ให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ ปกป้อง คุ้มครองให้บุคคลสามารถดำรงคุณค่าในตนเอง และสามารถบริหารจัดการกับความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนได้ สอดคล้องกับที่ Commission on Funding of Care and Support (2011) และ Sharif Ismail, Ruth and Holly Holder (2014, p. 9) ให้ความหมายการดูแลทางสังคมว่า เป็นการสนับสนุนให้ประชาชนทุกวัยซึ่งประสบปัญหาทางด้านร่างกาย การรับรู้ หรือปัญหาอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีความต้องการการดูแลส่วนบุคคล หรือการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การดูแลทางสังคมจะช่วยให้ประชาชนมีงานทำทั้งที่มีรายได้และไม่มีรายได้ มีการศึกษา

มีการเรียนรู้ มีเวลาพักผ่อน และมีระบบการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ การดูแลทางสังคมจะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนสามารถสร้างความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่ออยู่ในสังคม

จากการทบทวนแนวคิดการดูแลทางสังคม มีผู้ให้ความหมายการดูแลในมิติของการสร้างความตระหนักว่า การให้และการรับการดูแลเป็นการขัดเกลาทางสังคม หมายความว่า เมื่อมีการดูแลทางสังคม ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุ จนเกิดกระบวนการเรียนรู้ และเข้าใจว่าการส่งมอบการดูแล หรือบริการแก่ผู้สูงอายุและสร้างให้เกิดความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับ สำหรับมิติที่สอง การดูแลทางสังคมเป็นความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นได้อย่างอิสระ และประการที่สาม คือ การดูแลทางสังคมเป็นการช่วยเหลือส่วนบุคคลในช่วงเวลาของการเจ็บป่วยหรือวิกฤตอื่น ๆ สิ่งที่สำคัญ คือ แนวคิดการดูแลทางสังคมนำไปสู่การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน เพื่อให้บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือมีขีดความสามารถ และการเรียนรู้ที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมได้ด้วยตนเอง มากกว่าการพึ่งพาอุปถัมภ์คนอื่น แต่ในกรณีของผู้สูงอายุซึ่งมีระดับการดูแลตัวเองในระดับน้อย ดังนั้นจึงนำไปสู่การดูแลทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือที่จำเป็นจากคนอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมที่สุด (Kahn & Antonucci, 1980; Lopata, 1975; Tolsdorf, 1976)

การดูแลทางสังคมจึงหมายถึงระบบที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครอง พิทักษ์สิทธิ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านร่างกาย ทางจิตใจ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น การดูแลทางสังคมหรือการบริการทางสังคมครอบคลุมกิจกรรมทางสังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในชุมชนได้ ประสบความสำเร็จในการดำรงอยู่และความท้าทายของชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือแม้กระทั่งทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทางสังคมเรียนรู้ที่จะเป็นผู้ให้การดูแลเพื่อให้เกิดการส่งต่อคุณค่าของความเป็นมนุษย์แก่ผู้คนในรุ่นต่อไป

พื้นฐานแนวคิดของการดูแลทางสังคมเป็นแนวคิดที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีความต้องการที่นอกเหนือจากบริการทางด้านสุขภาพ โดยเชื่อว่าหากบุคคลใดได้รับการดูแลทางสังคม จะสามารถเพิ่มขีดความสามารถของแต่ละบุคคล และก่อให้เกิดการเรียนรู้สภาพแวดล้อมเพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น การดูแลทางสังคมมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมคุณภาพของชีวิตของบุคคลให้ดีขึ้น (Marjorie H. Canter, 1989, p. 100) นอกเหนือจากการให้การดูแลในลักษณะที่เป็นการให้ความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันแล้ว Kevin Lalor and Perry Share (2009, p. 6) กล่าวว่า การดูแลทางสังคมยังเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนให้เกิดการคุ้มครองหรือพิทักษ์สิทธิแก่บุคคล การเป็นตัวแทนในการให้การในศาล หรือให้

ความรู้การส่งต่อบุคคลนั้นไปยังหน่วยงานที่สามารถตอบสนองความต้องการเมื่อบุคคลดังกล่าวมีปัญหาที่หน่วยงานเดิมไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างครบถ้วน

1.2 ขอบเขตการดูแลทางสังคม

สามทศวรรษที่ผ่านมา งานวิจัยและการปฏิบัติดูแลได้สะท้อนสภาพของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการบริการทางการแพทย์จะมีความสำคัญ แต่บางครั้งการดูแลทางสุขภาพต้องควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมเพราะเป็นสิ่งจำเป็นต้องมีในธรรมชาติของมนุษย์ การดูแลทางสังคม เกิดจากนโยบายการดูแลทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางสังคม (Social Security) และนโยบายการดูแลสุขภาพ (Healthcare Policies) Wanless Report (2006) กล่าวว่า การดูแลทางสังคมจะชัดเจนขึ้น เมื่อนำบริบทการดูแลสุขภาพมาเทียบเคียงกัน ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างการดูแลทางสังคม และการดูแลสุขภาพ Jane Lewis (2002, pp. 313-314) นำเสนอว่า ขอบเขตของการดูแลสุขภาพและสังคมแตกต่างกันใน 3 มิติ คือ ด้านการเงิน (financial) การบริหารจัดการ (administrative) และผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ (Professional) ดังนี้

1. มิติด้านการเงิน กองทุนด้านการดูแลสุขภาพและสังคมมีความแตกต่างกัน นั่นคือการดูแลด้านสุขภาพมีกองทุนด้านสุขภาพจากภาษีและค่าทำเนียมของผู้ใช้บริการ ในขณะที่กองทุนการดูแลทางสังคมจัดตั้งโดยรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่น แนวคิดของการเข้าถึงบริการจากกองทุนทางสังคมต้องใช้เกณฑ์ means-tested เพื่อพิจารณาว่าใครจะเป็นผู้ที่ได้รับบริการ

2. มิติด้านการบริหารจัดการ การดูแลด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมถูกแยกออกจากกัน กรณีประเทศอเมริกาตามกฎหมาย National Assistance Act ปี 1948 ได้รวมบริการสุขภาพ คือ Home Nursing กับบริการทางสังคม คือ Home Helps Care ไว้ด้วยกัน และบริหารจัดการบริการโดยกำหนดให้บริการสุขภาพอยู่ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยหนัก และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แต่ในปี 1974 เมื่อ NHG มีการจัดองค์กรใหม่ ทำให้บริการดูแลที่บ้านโดยพยาบาลถูกย้ายไปอยู่กับหน่วยงานด้านสุขภาพโดยตรง ดังนั้น การดูแลทางสุขภาพและสังคมจึงถูกแยกออกจากกัน

3. มิติด้านวิชาชีพ ในมิตินี้ มีการเปรียบเทียบขอบเขตในเชิงหน้าที่การดูแลทางด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคม (Twigg, 1997) แพทย์ พยาบาลจะรับผิดชอบการดูแลสุขภาพ ในขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแลที่บ้านจะเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลทางสังคม

1.3 ประเภทและรูปแบบการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคมมีหลากหลายประเภทและรูปแบบในการนำมาจัดบริการให้ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น การพิจารณาประเภทและรูปแบบของการดูแลทางสังคมจึงจำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ด้วย ซึ่งรายละเอียดของประเภทและรูปแบบการดูแลทางสังคมมี ดังนี้

1.3.1 ประเภทของการดูแลทางสังคม

จากการศึกษาประเภทของการดูแลทางสังคม ในหลายประเทศ สามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะที่เป็นทางการ-ไม่เป็นทางการ 2) ลักษณะดั้งเดิม-สมัยใหม่ และ 3) ลักษณะกิจกรรมการดูแล

1) ลักษณะที่เป็นทางการ-ไม่เป็นทางการ

มีการแบ่งการดูแลทางสังคมเป็น 2 ประเภท คือ (1) การให้บริการ “แบบเป็นทางการ” (formally) มีรูปแบบบริการ 4 ประการ คือ 1) บริการแบบ Residential Accommodation หรือการให้บริการแก่ผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ให้บริการ 2) บริการแบบ Day Care อาจจัดในศูนย์บริการหรือชมรม 3) บริการแบบ Domiciliary Care ให้บริการแก่ผู้ที่อาศัยในบ้านของตนเอง และ 4) บริการแบบ fieldwork เป็นการให้บริการที่ใช้พื้นที่ใดก็ได้เพื่อจัดตั้งหน่วยบริการ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการบริการแบบเคลื่อนที่ เพื่อให้บริการแก่บุคคล กลุ่ม หรือทั้งชุมชน (Martin Knapp, 1984, p. 3) (2) การดูแลที่ไม่เป็นทางการเกิดจากการช่วยเหลือที่ไม่ได้ใช้เทคนิคขั้นสูง เช่น การดูแลแบบง่ายๆ การอาบน้ำ หรือการให้อาหารทางสายยาง ซึ่งไม่ได้เน้นการดูแลทางการแพทย์ (Cantor and Brennan, 2000, p. 19)

2) ลักษณะดั้งเดิม-สมัยใหม่

นอกเหนือจากการพิจารณาประเภทของการดูแลทางสังคมออกเป็นทางการและไม่เป็นทางการแล้วยังสามารถจำแนกการดูแลทางสังคมออกเป็น 2 แบบ (Pike and Mongan, 2014, p. 18) คือ

(1) การดูแลทางสังคมแบบดั้งเดิม บริการที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลานานแล้ว ได้แก่ บริการดูแลบ้าน ศูนย์ดูแลกลางวัน การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุทดแทนที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน บริการอาหาร การดูแลทั่วไปที่บ้าน การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การช่วยดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาผ่อนคลายหรือพักผ่อน และการแนะนำอาชีพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

(2) การดูแลทางสังคมแบบสมัยใหม่ คือ บริการที่เกิดขึ้นใหม่ในภาวะสังคมสมัยใหม่ ได้แก่ บริการค่าสมาชิกฟิตเนส ศิลปะบำบัด การให้คำแนะนำด้านทักษะชีวิต การจ้างผู้ช่วยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ การให้การศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิตหรือการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่ผู้สูงอายุสนใจ

3) ลักษณะกิจกรรมการดูแล

การดูแลทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือส่วนบุคคลในลักษณะที่ไม่ใช่บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากพิจารณากิจกรรมการดูแลทางสังคม Humphries R. (2013) ได้จำแนกกิจกรรมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

(1) การดูแลในที่พำนักอาศัย (Domiciliary Care) คือ การดูแลที่ผู้ใช้บริการได้รับการบริการในบ้านของตัวเอง

(2) การดูแลในสถานบริบาล (Care Home Care) คือ การดูแลบุคคลซึ่งมีความต้องการการสนับสนุนในสถานบริบาลแบบเต็มเวลา

(3) การพยาบาลการดูแล (Nursing Care) เป็นบริการที่ดำเนินการโดยพยาบาล ซึ่งให้บริการที่บ้านของผู้ใช้บริการการจัดการดูแลทางสังคมเป็นการสนับสนุนให้เกิดการตอบสนองความต้องการแก่ครอบครัว ชุมชน และกลุ่มคน โดยที่การให้ความช่วยเหลือจะเป็นในรูปแบบอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ หรือจะเป็นรูปแบบและลักษณะอื่นๆ ก็จะขึ้นอยู่กับปัจจัยของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเป้าหมายสูงสุดในการจัดระบบการดูแลทางสังคมก็เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้การช่วยเหลือในลักษณะของการดูแลทางสังคม ยังสามารถทำให้ครอบครัว ชุมชน ลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุได้

1.3.2 ระดับของการดูแลทางสังคม

จากประเภทของการดูแลที่กล่าวไปแล้วข้างต้น สามารถแบ่งระดับของบริการการดูแลทางสังคมได้ 3 ระดับ คือ บริการระดับครอบครัว ชุมชน และสถาบัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. บริการระดับครอบครัว จุดเริ่มต้นของการดูแลผู้สูงอายุมักจะอยู่ในบ้านของผู้สูงอายุเอง ดังนั้น หากผู้สูงอายุต้องการบริการใดๆ ผู้ดูแลจะเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุน ได้แก่ บริการการดูแลที่อยู่อาศัย การดูแลส่วนบุคคลที่ไม่ต้องการบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย การช่วยให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้สะดวก เช่น การช่วยเหลือเกี่ยวกับการซักเสื้อผ้า จัดเตรียมเสื้อผ้า การจัดเตรียมอาหาร หรือการช่วยเหลือเมื่อเข้าห้องน้ำ การให้อาหารบนรถเข็น และ

การทำความสะอาดบ้านสำหรับคนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและได้รับการบำบัดรักษาจากหน่วยบริการ จะมีบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพปฐมนุญเท่านั้น ตัวอย่างจากการจัดบริการของ Area Agency on Aging (AAA) ในอเมริกา Christine L. Fry (1999) นำเสนอบริการทางสังคม ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน เตรียมบริการการดูแลส่วนบุคคล การช่วยเหลือด้านการอาบน้ำ หรือการแต่งตัว หรืออาจตรวจวัดความดันโลหิต การเปลี่ยนสายให้อาหารเหลว เป็นต้น Home Care Packages Programmer ในออสเตรเลีย

2. บริการระดับชุมชน บริการในระดับนี้ ผู้สูงอายุคงอยู่ที่บ้าน หากแต่ได้รับการสนับสนุนบริการจากเครือข่ายการดูแลในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลบ้าน การดูแลในชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ดังตัวอย่างของโครงการที่ให้การสนับสนุนผู้ดูแลที่ต้องอยู่ร่วมกันเกือบตลอดเวลา นอกจากนี้ การบริการการดูแลในชุมชนก็ไม่ใช่ว่าการดูแลในเชิงการรักษาพยาบาล แต่มักปรากฏในลักษณะการส่งเสริมสุขภาพ หรือมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมนุญซึ่งต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. บริการระดับสถาบัน สำหรับการดูแลในระดับนี้ ผู้สูงอายุจะได้รับบริการจากองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ทำหน้าที่ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สถานศึกษา สถาบันด้านสุขภาพจิต เป็นต้น เช่น ศูนย์การศึกษา ทำหน้าที่ในการพัฒนาส่งเสริมความเข้าใจและทักษะของชีวิต และเติมเต็มความคาดหวังส่วนบุคคล เช่น ผู้สูงอายุต้องการเรียนรู้การใช้ทักษะในการดำรงชีวิต ในขณะที่สถานสงเคราะห์ตอบสนองต่อผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น สำหรับโรงพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในศูนย์ขนาดใหญ่และการรักษาขั้นสูงสำหรับการเจ็บป่วยที่ผิดปกติ มีปัญหาซับซ้อน หรือประสบปัญหาทางจิตเวช และการดูแลแบบประคับประคอง และดูแลครอบครัวของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีระดับของการช่วยเหลือและบำบัดรักษา การรักษาขั้นสูงสำหรับการเจ็บป่วยที่ถูกส่งต่อมาจาก GPs หรือการฟื้นฟูผู้สูงอายุ และการรักษาระยะยาวในการดูแลระดับทุติยภูมิ เป็นต้น

1.4 รูปแบบบริการและตัวอย่างบริการ

รูปแบบการจัดบริการทางสังคมมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ ซึ่งการเลือกจัดบริการอาจนำไปปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความต้องการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุมาพิจารณา ดังนั้น การจัดบริการช่วยเหลือทางด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุมักจะยึดปัจจัยความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เป็นหลัก เพื่อให้บริการที่กำหนดขึ้นมีความครอบคลุมกับผู้สูงอายุทุกคน

จากรูปแบบบริการที่ทางภาครัฐและภาคเอกชนได้ร่วมจัดสรรขึ้นเพื่อบริการผู้สูงอายุที่ต้องการการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การจัดการบริการด้านที่อยู่อาศัย

การจัดการบริการด้านนี้ถือว่าเป็นบริการที่ภาครัฐและภาคเอกชนให้ความสำคัญมาก สังเกตได้จากรูปแบบของบริการ ที่จัดสรรนั้นมีบริการให้ความช่วยเหลือ หรือจัดสรรในเรื่องที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดการบริการที่บ้าน (In-Home Services) การให้บริการดูแลบ้าน ได้แก่ งานทำความสะอาดบ้าน เช่น การดูดฝุ่น การขัดพื้น และการล้างจาน และการบริการทำงานบ้าน เป็นลักษณะการบำรุงรักษาบ้าน เช่น การทำความสะอาดรางน้ำฝน การซ่อมแซมกระจกหน้าต่าง และการตัดหญ้า บริการในบ้านที่เหมาะสม ส่วนประเทศออสเตรเลีย มีบริการการดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัยมีบริการของการดูแลสองระดับ คือ ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระดับต่ำและสูง ในส่วนภาคเอกชนดำเนินการให้บริการผ่านโครงการที่พักอาศัย โดยสนับสนุนการเป็นเจ้าของบ้าน ทั้งนี้เป้าหมายอยู่ที่การช่วยเหลือผู้ที่มีรายได้ต่ำให้สามารถเป็นเจ้าของบ้านหลังแรก (the First Home Owners Grant) สินเชื่อเริ่มต้นดอกเบี้ยต่ำ ดัชนีการให้สินเชื่อและการแบ่งปันที่เท่าเทียมกัน และบริการสนับสนุนที่พักสำหรับผู้สูงอายุพิการ ประเทศแคนาดา มีรูปแบบการให้บริการในลักษณะการให้เงินช่วยเหลือสำหรับที่พัก รวมทั้งค่าเช่าบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าข่ายตามหลักเกณฑ์ การจัดหาสถานที่อยู่อาศัยที่จัดไว้เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์หรือไม่สามารถอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ประเทศอังกฤษ มีลักษณะการให้บริการในการช่วยเหลือค้นหาบ้านที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ รวมถึงการให้คำแนะนำในเรื่องการบำรุงรักษาบ้านและสวน และเรื่องฉุกเฉินภายในบ้าน เช่น การให้คำแนะนำในปัญหาเรื่องไฟฟ้า แก๊ส และน้ำประปา และประเทศญี่ปุ่นจัดการบริการในลักษณะการดูแลที่บ้าน (Home Help visit) บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว และบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่จัดให้ที่บ้าน

(2) ด้านการเงิน

การจัดการบริการการดูแลทางการเงินเป็นบริการที่จัดขึ้นอย่างกว้างๆ ในรูปแบบของการช่วยเหลือในขั้นต้น ประเทศอเมริกาจัดในรูปแบบบริการที่บ้าน เฉพาะบุคคลที่ถูกจำกัดด้านแหล่งการเงิน โดยบางหน่วยงานจะเสนอบริการนี้กับคนที่มีรายได้สูงให้ใช้บริการในระบบได้ฟรี นอกจากนี้ อเมริกายังจัดการบริการด้านนี้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย โดยให้งบประมาณสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับประเทศออสเตรเลีย จัดบริการรถพยาบาลฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยที่เข้ารักษาของในโรงพยาบาลสามารถเลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน

ก็ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชนสามารถเลือกผู้เชี่ยวชาญเองได้ แต่ค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับบริการจากโรงพยาบาล เช่น ที่พักและอุปกรณ์การผ่าตัด, Medicare, โดยกองทุนประกันสุขภาพของเอกชนมีส่วนร่วมต่อค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และโรงพยาบาล ส่วนแคนาดา รูปแบบการจัดบริการด้านการเงินเป็นลักษณะของการลดหย่อนค่ารักษา หรือบริการฟรีในส่วนที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้

(3) ด้านการติดต่อสื่อสาร และการคมนาคม

การจัดบริการด้านการติดต่อสื่อสารและการคมนาคมเป็นลักษณะการอำนวยความสะดวกทางเดินทาง หรือการติดต่อขอรับบริการจากหน่วยงานทั้งโรงพยาบาล Nursing Home และบริการอื่น ๆ ของทางภาครัฐและเอกชน ประเทศสหรัฐอเมริกาให้บริการรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน หรือเบอร์โทรศัพท์ประกันภัย เป็นการติดต่อส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้อาสาสมัครเฉพาะบุคคลติดต่อกับคนที่อยู่บ้านใกล้เคียงกับผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบว่าผู้สูงอายุเป็นอย่างไร กำลังทำอะไร และต้องการอะไรเป็นพิเศษ ประเทศออสเตรเลียจัดให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้บริการคำแนะนำด้านสุขภาพที่มีพนักงานให้บริการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ตอบคำถามจากสายที่มีปัญหาสุขภาพ การช่วยเหลือจากระบบซอฟต์แวร์ที่มีลักษณะเฉพาะการพึ่งพาอาศัยบริการ และบริการในเรื่องการเดินทาง เช่น การให้ส่วนลดค่าโดยสารในการเดินทาง การจัดระบบขนส่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางได้สะดวก ขณะที่ประเทศแคนาดาบริการในลักษณะการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์และสอบถามบริการสำหรับผู้สูงอายุ (BC Seniors' Line) หรือบริการส่งข้อความ เป็นจดหมายหรือการ์ด ให้ผู้สูงอายุเนื่องในโอกาสสำคัญๆ เช่น วันเกิดหรือวันครบรอบแต่งงาน เป็นต้น

(4) ด้านอาหาร

การจัดบริการช่วยเหลือในด้านอาหารจากข้อมูลของทั้ง 5 ประเทศ พบว่าประเทศอเมริกาจัดโครงการโภชนาการที่จัดบริการเรื่องอาหารในชมรมผู้สูงอายุ และการให้บริการส่งอาหารกลางวันที่บ้าน เช่น โครงการป้อนอาหารบนรถเข็น (Meals on Wheels) อาหารเหล่านี้ให้บริการแก่คนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือบริจาคเพิ่มเติมเมื่อถูกร้องขอ โดยที่อาหารที่บริการจะเป็นเมนูที่คุ้นเคยกับชุมชนเป็นหลัก สำหรับบริการนี้ในแคนาดา โดยเฉพาะที่โตรอนโตจะให้สำหรับผู้สูงอายุ 55 ปี หรือผู้สูงอายุที่พิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยต้องลงทะเบียน และชำระค่าบริการ 4-7 เหรียญต่อการใช้บริการ 1 ครั้ง หน่วยงานที่ให้บริการยังสามารถจัดอาหารตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อาหารมังสวิรัต หรืออาหารที่มีสัญลักษณ์ฮาลาล

(5) ด้านการเสริมสร้างอาชีพ

ประเทศอเมริกามีการจัดบริการเสริมสร้างอาชีพ และรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการหางานทำ เป็นบริการด้านฝึกอบรม และการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการหางานทำ ให้บริการงานแบบ Part-time กับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ และเป็นผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป โครงการ SCSEP ให้บริการทั้งการจัดอบรมและการทำงานที่ไม่แสวงกำไร และอีกโครงการที่จะช่วยในการหารายได้เสริมให้แก่ผู้สูงอายุชุมชน คือ โครงการเพื่อนเดินทางสำหรับผู้สูงอายุจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และช่วยผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดต้องอยู่ภายในบ้าน เพื่อนเดินทางที่ถูกฝึกมาจะได้รับค่าจ้าง/ค่าตอบแทน เล็กน้อยสำหรับการให้บริการ ทั้งนี้เพื่อนเดินทางและผู้สูงอายุจะพบกันในกลุ่มที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ โดยเพื่อนเดินทางจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

(6) ด้านดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน

การจัดบริการทางด้านสุขภาพถือเป็นเป้าหมายในระดับต้นๆ ที่จัดสรร เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ประเทศอเมริกามีการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Aides) เป็นการเตรียมบริการการดูแลส่วนบุคคล และจำกัดการดูแลที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การช่วยเหลืออาจช่วยด้านการอาบน้ำ หรือการแต่งตัว หรืออาจตรวจวัด ความดันโลหิต แต่การช่วยเหลือไม่ได้เป็นการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น การเปลี่ยน สายยาง (สายอาหารเหลว) ประเทศออสเตรเลีย จัดบริการในรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและ อื่นๆ การควบคุมโรคติดต่อ ส่วนประเทศแคนาดาก็เป็นในรูปแบบการจัดให้มีการเยี่ยมดูแลจากทีมแพทย์ และพยาบาล โดยอาจเป็นบริการชั่วคราวหลังจากการฟื้นฟูจากโรงพยาบาล หรือการเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องหากมีความจำเป็น และยังมีบริการดูแลในรูปแบบเกี่ยวกับสุขอนามัยและกิจกรรมประจำวันของ ผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว การทำความสะอาดบ้าน รวมไปถึงการซื้อเครื่องอุปโภค และบริโภค และการดำเนินกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

ประเทศอังกฤษ ให้บริการในรูปแบบสถานบริบาล การให้การพยาบาล และการดูแลพิเศษ เป็นบริการที่ผู้สูงอายุประสบปัญหา หรือความยุ่งยากในการบริหารจัดการภายในบ้าน บริการนี้จะทำให้เกิดทางเลือกที่จะช่วยให้การใช้ชีวิตมีความสะดวกสบายมากขึ้น การดูแลพิเศษที่บ้าน ครอบคลุมการให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุเอง การดูแลและสนับสนุนภายใน 24 ชั่วโมง ในทุกๆ วัน บริการแบบนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในบ้านของตนเองได้ หรืออาจจะต้องออกไปสถานบริบาล หรือ การดูแลที่บ้านโดยพยาบาลถ้าเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ ส่วนประเทศญี่ปุ่นจัดในรูปแบบคล้ายคลึง กับประเทศอังกฤษซึ่งอยู่ในรูปแบบสถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะแทรกซ้อน และต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ขั้นสูง

(7) ด้านกฎหมาย

การจัดบริการด้านกฎหมายจากข้อมูลประเทศอเมริกามีการจัดบริการด้านนี้ในหลายรัฐ โดยมีการฝึกอบรมอาสาสมัครให้เป็นคนรับฟังปัญหาของประชาชน โดยให้ประชาชนหลายๆ คนได้ถูกพิทักษ์สิทธิในนามของผู้อำนวยความสะดวกในการดูแลระยะยาว บุคคลเหล่านี้ได้รับและค้นหาคำร้องและเก็บรักษาบันทึกคำร้องเหล่านั้นไว้ ซึ่งบันทึกเหล่านั้น เรียกว่า “Report Cards” โดยมีไว้เพื่อการตรวจสอบบริการด้านกฎหมาย โดยปกติจะให้บริการแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดด้านรายได้

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ

รูปแบบบริการ	อเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	ญี่ปุ่น
1. บริการระดับครอบครัว					
1.1 ด้านที่อยู่อาศัย	- การบำรุงรักษาบ้าน การทำความสะอาด บ้าน เช่น การดูดฝุ่น การปิดฝุ่น และการล้างจาน การทำความสะอาดรางน้ำฝน การซ่อมแซมกระจกหน้าต่าง และการตัดหญ้า บริการในบ้านที่เหมาะสม	- การจัดหาที่อยู่อาศัยที่จัดไว้เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์หรือไม่สามารถอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง	การดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย มีบริการของการดูแลสองระดับ คือ ระดับต่ำ เช่น การทำความสะอาด ซักรีด และอาหาร และระดับสูง เช่น บริการที่พักอาศัย	- การให้บริการในการช่วยเหลือค้นหามหาวิทยาลัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ	การดูแลที่บ้าน (Home Help visit) บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราวและบริการทางการแพทย์และการพยาบาลที่จัดให้ที่บ้าน

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ (ต่อ)

รูปแบบบริการ	อเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	ญี่ปุ่น
1.2 ด้านการติดต่อสื่อสารและคมนาคม	- บริการรูปแบบของการเยี่ยมบ้าน หรือเบอร์โทรศัพท์ ประกันภัย เป็น การติดต่อส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ	- บริการในลักษณะการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์และสอบถามบริการสำหรับผู้สูงอายุ หรือ บริการส่งข้อความ เป็นจดหมายหรือการ์ดให้ผู้สูงอายุ เนื่องในโอกาสสำคัญๆ เช่น วันเกิดหรือวันครบรอบแต่งงาน เป็นต้น - การรับส่งและติดตามผู้สูงอายุไปยังสถานที่นัดหมาย	- จัดให้มีการบริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้บริการคำแนะนำด้านสุขภาพที่มีพนักงาน ให้บริการเป็น ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ตอบคำถามจากสายที่มีปัญหาสุขภาพ - การช่วยเหลือจากระบบซอฟต์แวร์ที่มีลักษณะเฉพาะ การพึ่งพาอาศัยบริการ - การจัดส่งใบขับขี่ (กรณีต่ออายุ) ถึงบ้าน	- การให้คำแนะนำในเรื่องการบำรุงรักษาบ้านและสวน และเรื่องฉุกเฉินภายในบ้าน เช่น การให้คำแนะนำในปัญหาเรื่องไฟฟ้า แก๊ส และน้ำประปา - บริการผู้สูงอายุในการเชื่อมโยงข้อมูลออนไลน์จาก Career Aware Course	

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ (ต่อ)

รูปแบบบริการ	อเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	ญี่ปุ่น
1.3 ด้านการดูแลทางการเงิน	- จัดบริการการรักษาฟรีในรูปแบบบริการที่บ้านเฉพาะบุคคลที่มีข้อจำกัดด้านแหล่งเงิน - สนับสนุนด้านการเงินให้กับสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ	- การให้ส่วนลดค่าโดยสารในการเดินทาง การจัดระบบขนส่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางได้สะดวก - การจัดบริการด้านการเงินจัดในรูปแบบของการลดหย่อนค่ารักษาหรือบริการฟรีในส่วนที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ - การทำธุรกรรมทางการเงิน - การให้เงินช่วยเหลือสำหรับที่พักและค่าเช่าบ้านสำหรับผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์	- จัดบริการในรูปแบบการบริการรพพยาบาลฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย - ค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับบริการจากโรงพยาบาล เช่น ที่พักและอุปกรณ์การผ่าตัดกองทุนประกันสุขภาพของเอกชนมีส่วนร่วมต่อค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และโรงพยาบาล	- การบริหารจัดการของกองทุน NHS โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นการดูแลฉุกเฉินที่ดำเนินงานผ่านแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของผู้สูงอายุเอง - การให้บริการทันตกรรมและบริการเกี่ยวกับสายตา	- บำนาญที่เกี่ยวข้องกับรายได้เป็นระบบ Defined Benefit ที่เรียกเก็บเงินจากลูกจ้างหรือพนักงานในบริษัทที่มีจำนวนลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ (ต่อ)

รูปแบบบริการ	อเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	ญี่ปุ่น
1.4 ด้านการดูแลพยาบาลที่บ้าน	- การจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการช่วยเหลืออาจช่วยด้านการอาบน้ำ หรือ การแต่งตัว หรือ อาจตรวจวัดความดันโลหิต	- การจัดให้มีการเยี่ยมดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลแบบชั่วคราวหรืออย่างต่อเนื่อง - รูปแบบเกี่ยวกับสุขอนามัยและกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว การทำความสะอาดบ้าน รวมไปถึงการซื้อเครื่องอุปโภคและบริโภคและการดำเนินกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ	- จัดบริการในรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและอื่นๆ การควบคุมโรคติดต่อ - การให้บริการการดูแลส่วนบุคคล เช่น ช่วยการแต่งกาย การรับประทานอาหาร และการเข้าห้องน้ำ/การขับถ่าย	- การดูแลพิเศษที่บ้าน ครอบคลุมการให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุเอง การดูแลและสนับสนุนภายใน 24 ชั่วโมงในทุกๆ วัน	- การบริการดูแลที่บ้าน (Home Help Visit) บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราวและบริการทางการแพทย์และการพยาบาลที่จัดให้ที่บ้าน

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ (ต่อ)

รูปแบบบริการ	อเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	ญี่ปุ่น
2. บริการดูแลในชุมชน					
2.1 ด้านการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต	- โครงการทางานทำเป็นบริการด้านฝึกอบรม และการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการทางานทำให้บริการทางานแบบ Part-time กับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและเป็นผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป - โครงการ SCSEP ให้บริการทั้งการจัดอบรมและการทำงานที่ไม่แสวงกำไร - โครงการเพื่อนเดินทางสำหรับผู้สูงอายุจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และช่วยผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดต้องอยู่ภายในบ้านเพื่อนเดินทางที่ถูกฝึกมาจะได้รับค่าจ้าง/ค่าตอบแทนเล็กน้อยสำหรับการให้บริการ	- สวัสดิการในรูปแบบของบำนาญและเงินช่วยเหลือ	- บริการการจ้างงานทั่วไปมีจุดมุ่งหมายสำหรับผู้สูงอายุอายุช่วงต้น - การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (CACPs) ให้บริการสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่ซับซ้อนอาศัยอยู่ที่บ้าน - แพคเกจการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	- การจัดบริการ nursing home สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ความอ่อนแอและต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - สนับสนุนผู้สูงอายุที่เผชิญกับความยากลำบาก	- การดูแลโดยชุมชนเป็นฐานได้แก่ ศูนย์ดูแลกลางวัน สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานฟื้นฟูสภาพและศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน - ระบบบำนาญแบบสมัครใจ เป็นการออมในลักษณะของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ - การจัดทางาน

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ (ต่อ)

รูปแบบบริการ	อเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	ญี่ปุ่น
3. บริการดูแลในสถาบัน					
3.1 การดูแลระดับปฐมภูมิ	- บริการด้านการจัดการรายการถึง บริการสำหรับกรณีฉุกเฉิน	- บริการสนับสนุนที่พักสำหรับผู้สูงอายุพิการ	- การดูแลรักษาพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคอง	- บริการในรูปแบบสถานบริบาล การให้การพยาบาล และการดูแลพิเศษ เป็นบริการที่ผู้สูงอายุประสบปัญหา หรือ ความยุ่งยากในการบริหารจัดการภายในบ้าน - ระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุพิการให้อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว จะต้องมีการจัดการให้ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด	- จัดในรูปแบบสถานพยาบาล ผู้สูงอายุ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะแทรกซ้อน และต้องได้รับการดูแลทาง การแพทย์ขั้นสูง - ให้บริการด้านการสงเคราะห์ สุขภาพและ การแพทย์ที่จำเป็นอย่างครอบคลุมถ้วนหน้า

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ (ต่อ)

รูปแบบบริการ	อเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	ญี่ปุ่น
4. บริการ อื่นๆ	- โครงการ โภชนาการที่ จัดบริการเรื่อง อาหารในชมรม ผู้สูงอายุ และ การให้บริการส่ง อาหารกลาง วันที่บ้าน เช่น อาหารบน รถเข็น อาหาร กลางวัน โดยที่ อาหารที่บริการ จะเป็นเมนูที่ คุ้นเคยกับชุมชน เป็นหลัก (ด้าน อาหาร) - การฝึกอาสา สมัครให้เป็น คนรับฟังปัญหา ของผู้สูงอายุ เพื่อการตรวจสอบ บริการด้าน กฎหมาย โดย ปกติจะให้บริการ แก่บุคคลที่มี ข้อจำกัดด้าน รายได้ (ด้าน กฎหมาย)		- บริการ Multi- Purpose ใน ชนบทและชุมชน ห่างไกล	- ความปลอดภัย และความมั่นคง การทำให้บ้านมี ความปลอดภัย โดยคนที่มิทักษะ /เชี่ยวชาญ การระมัดระวัง ไม่ให้มีควัน หรือ สารพิษบริเวณ ใกล้บ้าน - การวางแผน การท่องเที่ยวที่ ใช้การคมนาคม ที่จะทำให้ ผู้สูงอายุออกไป ใช้ชีวิตนอกบ้าน ได้ตามต้องการ	

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละประเทศ (ต่อ)

รูปแบบบริการ	อเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	ญี่ปุ่น
	- โครงการรับ อุปถัมภ์ผู้สูงอายุ ยาย ถูกจัดตั้ง ขึ้นเพื่อให้มี กิจกรรมที่มี ความหมาย สำหรับผู้สูงอายุ แบบเฉพาะ บุคคล และ การช่วยเหลือ บุตรหลาน				

ตอนที่ 2 ความต้องการและการเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคม

ภายใต้การขับเคลื่อนระบบการดูแลทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่รับผิดชอบจำเป็นต้องวางระบบการดำเนินงานอย่างรัดกุม โดยพยายามตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการการดูแลทางสังคม ระบบการเงินการคลังของระบบการดูแลทางสังคม กลไกเหล่านี้ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการจัดบริการ ความสัมพันธ์ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผิดชอบในการดูแลค่าใช้จ่ายที่เกิดในระบบมาตรฐานการดูแลได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.1 ความต้องการการดูแลทางสังคม

การประมาณการความต้องการการดูแลทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพพบว่า มีความต้องการทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Office for National Statistics, 2011) สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี จะเป็น 2 เท่า โดยปี 2035 จะเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ พบสัดส่วนผู้สูงอายุ 65 ปี ที่ต้องการการสนับสนุนกิจกรรมในชีวิตประจำวันในระดับสูง ในปี 2011 ได้มีการสำมะโนประชากรพบข้อมูลสำคัญว่า กิจกรรมในชีวิตประจำวันถูกจำกัดอันเนื่องมาจากความพิการหรือเจ็บป่วย Ismail, Ruth and Holder (2014, p. 12) สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศญี่ปุ่น ได้สำรวจผู้ที่

ต้องการการดูแลส่วนบุคคลว่าจะมีความต้องการบริการถึง 200,000 คน โดยต้องการผู้ที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือที่บ้านจำนวน 170,000 คน นอกจากนี้ แผนทองในศตวรรษที่ 2 ปี 2000 พบว่า มีความต้องการการช่วยเหลือที่บ้านเพิ่มขึ้น พร้อมกับความต้องการผู้ช่วยเหลือถึง 350,000 คน ในปี 2005

ตารางที่ 2.2

แผนกลยุทธ์เกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุใน 5 ปี ของประเทศไทยปี 2000

แผน 5 ปี จากปี 2000		
บริการในบ้าน		
การจำแนกประเภท	1999	2004
บริการช่วยเหลือที่บ้าน (ไม่ใช่การดูแลทางการแพทย์)*	170000	350000
บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (ใช้ทักษะทางการแพทย์)**	5000	9000
การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และการดูแลสุขภาพ**	17000	26000
ทีมการดูแลระยะสั้นของ SNFs***	60000	96000
*จำนวนผู้ปฏิบัติงาน ** จำนวนจุดบริการ *** จำนวนเตียง		
บริการอำนวยความสะดวก (จำนวนเตียง)		
การจำแนกประเภท	1999	2004
การใช้ทักษะสำหรับการพยาบาลที่บ้าน (ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล)	290000	360000
การใช้ทักษะสำหรับการอำนวยความสะดวกทางพยาบาล (การดูแลในโรงพยาบาล)	280000	297000
การอำนวยความสะดวกเพื่อช่วยเหลือด้านการดำรงชีวิต		
การจำแนกประเภท	1999	2004
มีคณะกรรมการ และการดูแลที่บ้านสำหรับโรค Alzheimer's & Dementia	-	3200
การดูแลบ้าน	100000	105000
จุดบริการด้านการจัดการดูแลโดยทั่วไป	400	1800

ที่มา: National Institute of Population and Social Security Research (Annual Report of Social Security in 2000, 2001)

ในประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่น หรือเทศบาลมีการสำรวจเพื่อประเมินประเภทและขนาดของบริการการดูแล หรือกรณีการกำหนดจำนวนและประเมินระดับของผู้ได้รับผลประโยชน์จากบริการทางสังคม ยกตัวอย่างเช่น ชุดบริการมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลประโยชน์นั้นต้องมีการจัดเป็นอันดับไว้ โดยอันดับ 1 พิจารณาจำนวนและประเภทของบริการต่อระยะเวลาที่กำหนด เช่น ผู้สูงอายุต้องการบริการช่วยเหลือที่บ้าน 5 วันต่อสัปดาห์ ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ 1 ครั้ง บริการฟื้นฟูช่วงเวลากลางวัน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และการเข้าพักระยะสั้น 2 สัปดาห์ต่อระยะเวลา 6 เดือน สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกจัดลำดับสิทธิประโยชน์ว่ามีความต้องการอันดับที่ 4 จะได้รับการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูบริการช่วงกลางวันและการบริการทางการแพทย์ เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาระสมองเสื่อม การออกแบบการให้บริการที่กำหนด อาจได้รับการบริการมากกว่า 1 รายการก็ได้ และจะต้องเป็นไปตามมาตรฐานตามหมวดหมู่ที่เหมาะสม (Hirokazu Tanaka, 2002, pp. 7-8)

ตารางที่ 2.3

การประมาณการบริการการดูแลแบบเยี่ยมบ้าน ในประเทศญี่ปุ่น

		2000	2001	2003	2004	2005
ร้อยละของสัดส่วนความต้องการบริการ (%)	A	38.15	45.78	48.08	53.38	52.7
ปริมาณการเรียกร้องบริการ (ในช่วงสัปดาห์)	B	873	896	977	1064	1144
การประเมินการปริมาณการตอบสนองบริการ (ในช่วงสัปดาห์)	C	873	896	977	1064	1144
ร้อยละของการตอบสนองบริการ (C/B)	D	100	100	100	100	100
ร้อยละของช่องทางในการให้บริการ (%)	A by D	38.15	45.78	48.08	50.38	52.67
ปริมาณของบริการ (ในช่วงสัปดาห์)	B by D	873	896	977	1064	1144
จำนวนครั้งของการโทรศัพท์เมื่อต้องการความช่วยเหลือที่บ้าน		41	42	46	50	35

Source : City B Program The Caretaking Insurance Organization 2000 *Full Time conversion 5 hours/day 225 day/year 1100 hour/year

2.2 การเข้าถึงบริการการดูแลทางสังคม

เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการบริการทางสังคม พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ทว่าไม่ใช่ผู้สูงอายุทุกคนที่จะสามารถเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคมได้ นั้นย่อมหมายความว่าผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระบบต้องมีคุณสมบัติตามที่หน่วยงานที่ให้บริการได้กำหนดไว้ หรือพิจารณาอีกนัยหนึ่ง คือการดูแลทางสังคมไม่ได้จัดเป็นระบบบริการแบบถ้วนหน้า

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการดูแลทางสังคม คือ

โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่ต้องการบริการทางสังคม มักประสบปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีความเสี่ยงต้องเข้าไปอยู่ในสถานบริบาล จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการการดูแลทางสังคม ใน 5 ประเทศ ได้แก่ แคนาดา อเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น พบว่า มีการพิจารณาผู้สูงอายุให้ได้รับบริการหากผู้สูงอายุมีลักษณะ ดังนี้

1. ประสบปัญหาความพิการทางด้านร่างกาย เช่น พิกัดทางสายตา พิกัดด้านการเคลื่อนไหว
2. มีอาการทางสมอง เช่น เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น จิตเภท วิตกกังวล
4. ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน หรือมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่สมควรได้รับบริการต้องเป็นตามเงื่อนไขกว้างๆ เท่านั้น

การเข้ารับบริการของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลก็ต้องผ่านกระบวนการหรือขั้นตอนในประเมิน ดังนั้น ระบบการเข้าถึงบริการจึงเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนการทำงานที่กระชับและรวดเร็ว

2.2.1 ขั้นตอนการประเมิน

การประเมินผู้สูงอายุเข้าสู่บริการทางสังคมมี 2 ขั้นตอน คือ การพิจารณาจากสถานะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และการพิจารณาฐานะ/ทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การพิจารณาความต้องการบริการของผู้สูงอายุ และประเมินความจำเป็นของผู้สูงอายุจากความซับซ้อนของปัญหาของผู้สูงอายุ ออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่จำเป็น ความต้องการระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ (อังกฤษ ออสเตรเลีย) เมื่อประเมินความต้องการและสามารถจำแนกบริการตามความต้องการของผู้สูงอายุก็จะนำเสนอให้ได้รับความเห็นชอบจากหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม สำหรับประเทศอังกฤษ การประเมินผู้สูงอายุที่เข้าสู่สิทธิการดูแลทางสังคมต้องได้รับความเห็นชอบจากหน่วยงานด้านการดูแล และต้องเชื่อมโยงกับแผนการดูแลในชุมชน (Tompsetta, 2009, p. 218) ซึ่งขั้นตอนการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการบริการจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่นมีเกณฑ์ระดับชาติ 4 ระดับ ความต้องการระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับจำเป็น และระดับมาก ซึ่งเกณฑ์นี้

ในประเทศอังกฤษรู้จักกันในชื่อ Fair Access to Care Services (FACS) ทั้งนี้ หน่วยงานระดับท้องถิ่นมีอิสระในการตัดสินใจที่จะสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีสิทธิให้ได้รับการบริการ

(2) การพิจารณาเกณฑ์ที่เหมาะสม ทั้งนี้ การกำหนดขั้นตอนนี้ในหลายประเทศเลือกใช้เกณฑ์การประเมินจากรายได้ และทรัพย์สินของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อตรวจสอบว่าผู้สูงอายุมีสิทธิที่จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐ หรือต้องการจ่ายค่าบริการในสัดส่วนเท่าใด ทั้งนี้ เกณฑ์นี้จะทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการดูแลทางสังคมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีทรัพยากรน้อย หรือเป็นกลุ่มที่ยากจนที่สุด

มีตัวอย่างจากประเทศอังกฤษที่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นดำเนินการประเมินทางการเงินของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทางสังคมมีวิธีการทางการเงินที่เหมาะสมเพื่อการดูแลตนเองได้ การประเมินจะพิจารณาจากรายได้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและสินทรัพย์ใดๆ ที่ผู้สูงอายุเป็นเจ้าของ (เช่น บ้าน, ที่ดิน หรือการลงทุน) จุดมุ่งหมายคือการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถที่จะจ่ายค่าบริการการดูแลสังคมได้หรือไม่ การคำนวณค่าใช้จ่ายอยู่ภายใต้การดำเนินการของ Care Bill ซึ่งกำหนดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่ได้รับการดูแลทางสังคมโดยต้องผ่านการทดสอบ Mean Test คำนวนจากรายได้ประมาณ 27,000 ฟรังก์ (ไม่รวมทรัพย์สิน) และ 118,000 ฟรังก์ (รวมทรัพย์สิน) จากวงเงินหมุนเวียนขั้นต่ำอยู่ที่ 23,250 ยังคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 17,000 ฟรังก์ จากวงเงินหมุนเวียน 14,250 ฟรังก์ หากทรัพย์สินของบุคคลที่ได้รับการบริการน้อยกว่า 17,000 ฟรังก์ จะถูกกำหนดให้เป็นบุคคลได้รับการดูแลค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ การพิจารณาจากรายได้ของพวกเขาเมื่ออยู่ รวมทั้งเพื่อเปรียบเทียบมูลค่าของสินทรัพย์กับรายได้ และสำหรับทุก 250 ฟรังก์ของสินทรัพย์ที่ต่ำกว่ามูลค่าขั้นต่ำที่กำหนดก็จะเพิ่มบริการให้อีก 1 ฟรังก์ต่อสัปดาห์ จะต้องมีการมีส่วนร่วมจากสินทรัพย์ของพวกเขาที่มีต่อค่าใช้จ่ายในการดูแล (Institute and Faculty of Actuaries, 2015, pp. 8-9) ในระบบปัจจุบันผู้ที่มีสินทรัพย์มากกว่า 23,250 ฟรังก์ จะไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงิน และต้องใช้เงินของตัวเองในการซื้อบริการการดูแลทางสังคมเอง จนกว่าทรัพย์สินของพวกเขาอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Age UK, 2013) ทั้งนี้ จากรายงานของ Dilnott ได้ชี้แนะให้เพิ่มมูลค่าทรัพย์สินเป็น 100,000 ฟรังก์ และรัฐบาลได้ตัดสินใจที่จะเพิ่มมูลค่าทรัพย์สิน 118,000 ฟรังก์ เพื่อลดจำนวนผู้ที่ได้รับการบริการทางสังคม อันเนื่องมาจากการรับภาระทางการเงินที่สูงเกินไป

2.2.2 รูปแบบการประเมิน

สำหรับรูปแบบการประเมินที่พบในการพิจารณาผู้สูงอายุเข้ารับการดูแลทางสังคมพบใน 2 รูปแบบ คือ การประเมินแบบปัจเจก หมายถึง ผู้ประเมินอาจเป็นเจ้าหน้าที่เพียงคนเดียวทำหน้าที่พิจารณาคุณสมบัติ และการประเมินแบบทีม

(1) การประเมินแบบปัจเจก จัดระดับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงตรวจสอบทรัพย์สินเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุดังกล่าวมีคุณสมบัติจริง ในออสเตรเลียมีการประเมินโดยผู้ประเมินระดับบุคคล ทั้งนี้ ผู้ประเมินเป็นบุคลากรของ Residential Aged Care ทำหน้าที่ประเมิน ตรวจสอบหรือจำแนกผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่ารัฐบาลสมควรจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยหรือไม่ โดยใช้ RCS (Resident Classification Scale) เป็นเครื่องมือในการจำแนกผู้สูงอายุ และการตรวจสอบเงินอุดหนุนการดูแล และในปัจจุบันก็มีการเปลี่ยนมาใช้ Aged Care Funding Instrument (ACFI) ทั้งนี้ เมื่อใช้ ACFI ในการจำแนกผู้ใช้บริการ

ACFI จะคำนวณเงินอุดหนุนการดูแลขั้นพื้นฐานตามระดับความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละราย (แบ่งเป็น ไม่มีความต้องการบริการ, ต้องการบริการระดับต่ำ, ต้องการบริการระดับปานกลาง หรือต้องการบริการระดับสูง) ใน 3 กิจกรรมการดูแลหลักๆ คือ

1. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน (เช่น โภชนาการ การเคลื่อนไหว สุขอนามัยส่วนบุคคล, การใช้ห้องน้ำ)
2. การเสริมพฤติกรรม (ทักษะการเรียนรู้ พฤติกรรมการพูด พฤติกรรมทางกายภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้า)
3. การเสริมการดูแลสุขภาพที่มีความต้องการที่ซับซ้อน (DoHA 2007c)

ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้สูงอายุได้รับการประเมินให้ได้รับบริการในที่อยู่อาศัย เพราะมีความต้องการการดูแลในระดับสูง ผู้สูงอายุจะได้รับการอุดหนุนการดูแลขั้นพื้นฐานประมาณ 138 เหรียญออสเตรเลียต่อวัน ภายใต้ โครงการ New ACFI (DoHA 2008d) อย่างไรก็ตาม เงินอุดหนุนพื้นฐานที่จ่ายให้กับผู้อยู่ในที่พักอาศัยบางส่วนจะลดลงตามการทดสอบรายได้ (income test) สะท้อนให้เห็นถึงรายได้และค่าใช้จ่ายของการดูแลมีผลต่อบริการที่ได้รับ นอกจากนี้ รัฐบาลจะจ่ายเงินอุดหนุนที่หลากหลายประเภท รวมทั้ง การสนับสนุนอุปกรณ์ออกซิเจน การให้อาหารทางสายอาหาร เสริมเรื่องการชำระเงิน การปรับเงื่อนไข และบริการเสริมที่มีการจ่ายเงินกับผู้ให้บริการในชนบทและผู้ที่อยู่ห่างไกลแก่ผู้ใช้บริการอีกด้วย

นอกจากนี้ ACFI ได้จำแนกถิ่นที่อยู่ของผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลระดับสูง โดยผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติที่กำหนดจึงจะได้รับบริการ เช่น ความต้องการระดับกลาง หรือสูง ในการดูแล กิจกรรมในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมความต้องการระดับสูง ความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนขนาดกลางหรือในระดับสูง เป็นต้น (DoHA, 2008b)

(2) การประเมินแบบทีม กรณีประเทศออสเตรเลียมีทีมประเมินการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ เรียกว่า ACATs มีบทบาทในการตรวจสอบคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับโครงการ CACP, EACH, EACH Dementia, TCP และการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย ซึ่งทีม ACAT จะประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุว่าควรได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับใด (Australian Institute of Health and Welfare, 2007, p. 101)

นอกเหนือจากการประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุ เพื่อเข้าบริการ ACAT ยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการของ HACC (Australian Institute of Health and Welfare, 2007, p. 101)

2.2.3 แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุเข้าสู่บริการดูแลทางสังคม

1) แบบประเมินคัดกรอง Barthel Activities of Daily Living (ADL)

แบบประเมิน ADL โดยทั่วไปเป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุตามศักยภาพและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพและช่วยเหลือทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระยะยาว ทั้งนี้ Barthel ADL index มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยแยกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว)

- ☐ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ☐ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นลิ้นไก่
- ☐ 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - ☐ 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - ☐ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - ☐ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - ☐ 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างหนักจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - ☐ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - ☐ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - ☐ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - ☐ 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - ☐ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - ☐ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
 - ☐ 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
 - ☐ 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- ☐ 0. ไม่สามารถทำได้
- ☐ 1. ต้องการคนช่วย
- ☐ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- ☐ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ☐ 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ

2) แบบประเมินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในชีวิตประจำวัน (Instrumental Activities of Daily Living: IADLs) เป็นแบบประเมินความความต้องการที่จำเป็นในการอยู่อย่างอิสระหรือพึ่งพิงตนเองให้ได้มากที่สุด โดยการประเมินจะพิจารณาศักยภาพของผู้สูงอายุในประเด็นต่อไปนี้:

- 2.1 ความสามารถจัดการการเงิน
- 2.2 การจัดการการขนส่ง (การขับรถ หรือการใช้ระบบขนส่งสาธารณะ)
- 2.3 การสามารถไปซื้อของใช้ต่างๆ
- 2.4 การเตรียมอาหาร
- 2.5 การใช้โทรศัพท์และอุปกรณ์สื่อสารอื่นๆ
- 2.6 การจัดการยาของตนเอง
- 2.7 การดูแลบ้านและการบำรุงรักษาบ้านในระดับเบื้องต้น

ทั้งนี้ การใช้แบบประเมินอาจใช้ ADLs และ IADLs ร่วมกัน เพื่อพิจารณาว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการเพื่อให้ชีวิตที่เป็นอิสระได้หรือไม่

2.2.4 ผู้ประเมิน

การเข้าถึงบริการการดูแลทางสังคมในทุกประเทศใช้วิธีการประเมิน หรือระบบ mean test เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมและตรงกับข้อกำหนดของการให้บริการดูแลทางสังคม สำหรับการพิจารณาว่าผู้สูงอายุจะมีความสามารถหรือศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองได้มากน้อยเพียงใดนั้น แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมักจะประเมิน ADLs และ IADLs เพราะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการทำงานของผู้สูงอายุ ความยากลำบากในการจัดการ IADLs เป็นเรื่องธรรมดาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่เข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุหรือมีภาวะสมองเสื่อม IADLs จะช่วยแนะนำว่าจะมีสิ่งใดที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุอาจจำเป็นในชีวิตประจำวัน

สาระสำคัญของการเข้าถึงบริการจึงอยู่ที่ว่าบุคคลใดเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุจากการศึกษาข้อมูลในเรื่องนี้ พบว่า ในประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น แคนาดา และอเมริกาเลือกให้ผู้จัดการดูแล การจัดการดูแลเป็นกระบวนการดูแลทางสังคมต่อผู้สูงอายุแต่ละคนค่อนข้างสังคม เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลทางสังคมต่อผู้สูงอายุแต่ละคนค่อนข้างสูง การคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีสิทธิเข้าสู่โครงการหรือให้ได้รับสิทธิการดูแลทางสังคมจึงเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และพิถีพิถันเป็นพิเศษ ในหลายประเทศจึงจำเป็นต้องมีระบบ การคัดเลือก โดยใช้ผู้จัดการดูแล เช่น ในประเทศญี่ปุ่น ส่วนประเทศแคนาดาใช้รูปแบบการเป็นหน้า (Brandan and Towell, 1989) เรียกผู้ทำหน้าที่ผู้จัดการดูแล สำหรับประเทศอังกฤษ เรียกว่า ผู้ประกอบการทางสังคม (Payne1, 2000)

ผู้จัดการดูแลมักจะเป็นนักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล ทั้งนี้ผู้จัดการดูแลในประเทศอังกฤษต้องผ่านการอบรมจำนวน 32 ชั่วโมง ในการบริหารจัดการดูแลหรือต้องมีการปฏิบัติงานในการทำงานกับผู้สูงอายุ (Hilary Tompsetta, 2009, pp. 217-218)

ตอนที่ 3 กลไกการจัดระบบการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคมในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันทั้งในเชิงการบริหารจัดการ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ความรับผิดชอบขององค์กรที่จัดบริการ Knapp (1984, p. 3) กล่าวเกี่ยวกับความรับผิดชอบของหน่วยงานที่จัดบริการการดูแลทางสังคมว่า บางพื้นที่อาจให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบเป็นหลัก ในขณะที่บางพื้นที่ให้หน่วยงานจากส่วนกลางมีความรับผิดชอบในระดับสูงกว่าหน่วยงานในท้องถิ่นว่า บางพื้นที่จะเน้นการกระจายอำนาจให้แก่หน่วยงานท้องถิ่นรับผิดชอบ สำหรับบางพื้นที่จะดำเนินการ

แบบตรงกันข้ามกันโดยสิ้นเชิง นั่นคือ ให้องค์กรภาคเอกชน หรืออาสาสมัครเข้ามาดูแล เนื่องจากเห็นว่าการดำเนินการจากผู้ให้บริการการดูแลทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ เช่น เครือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครเป็นการส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนมีความรับผิดชอบในการจัดบริการดูแลทางสังคมในฐานะที่เป็นหุ้นส่วนในระบบการดูแลเพื่อให้เห็นรายละเอียดเกี่ยวกับกลไกการจัดระบบการดูแลทางสังคมที่ชัดเจน ดังปรากฏในประเด็นต่อไปนี้

3.1 ระบบกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางสังคม

การกำหนดกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับการดูแลทางสังคมเป็นส่วนช่วยในการสนับสนุนและผลักดันให้กฎหมายและนโยบายต่างๆ เหล่านี้สามารถปฏิบัติหรือเกิดขึ้นได้จริง ประชาชนสามารถได้ประโยชน์จากกฎหมายและนโยบายที่กำหนดมาเพื่อรองรับในการจัดบริการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามกฎหมายและนโยบายของทั้ง 5 ประเทศก็มีความคล้ายคลึงกันในด้านของเนื้อหาและเป้าหมายของกฎหมาย เพื่อความมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในประเทศ กฎหมายและนโยบายที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลทางสังคมมีรายละเอียด ดังนี้

กฎหมายที่กำหนดขึ้นเพื่อการคุ้มครองสิทธิต่างๆ ของประชากรในประเทศ ประเทศอังกฤษมี กฎหมายการประกันสังคมแห่งชาติ ค.ศ. 1946 (The National Insurance Act, 1946) เป็นกฎหมายประกอบด้วยหลักสวัสดิการในการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสวัสดิการ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ประกันชราภาพ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ฯลฯ กฎหมายการช่วยเหลือแห่งชาติ ค.ศ. 1948 (The National Assistance Act, 1948) เป็นกฎหมายที่กำหนดหลักการและการดำเนินช่วยเหลือบุคคลประเภทที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น คนพิการ คนชรา คนตาบอด ฯลฯ และกฎหมายการบริการทางด้านสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 1946 (The National Health Services Act, 1946) เป็นกฎหมายเพื่อบริการทางด้านสุขภาพอนามัย อนามัยสงเคราะห์ ด้วยบริการแบบให้เปล่าไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ ประเทศแคนาดา กำหนดเป็นแผนบำนาญแห่งชาติ (Canada Pension Plan หรือ CPP) เป็นการจ่ายเงินให้กับแรงงานทุกคนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป แรงงานที่จะถูกจัดเข้าแผนบำนาญแห่งชาติ จนถึงอายุ 70 ปี โดยมีหน่วยงาน The Canada Revenue Agency (CRA) เป็นผู้รับผิดชอบ การจ่ายเงินมีลักษณะในการจ่ายให้ผู้ประกันตนและคนในครอบครัว กรณีที่ผู้ประกันตนไม่สามารถทำงานได้หรือเสียชีวิต และประเทศญี่ปุ่น ก็เช่นกันที่มีการจัดระบบบำนาญแห่งชาติ (National Pension System-NPS) เป็นระบบบำนาญขั้นพื้นฐานที่ให้กับทุกคนผู้มีถิ่นฐานพำนักในประเทศญี่ปุ่น แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ลูกจ้างภาครัฐและเอกชนซึ่งมีอายุไม่เกิน 65 ปี (2) คู่สมรสของกลุ่มที่ 1 ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-59 ปี (3) อื่นๆ อาทิ ผู้ซึ่งประกอบอาชีพอิสระ เกษตรกร แพทย์ และทนายความฝึกหัดผู้ว่างงาน เป็นต้น

ระบบการจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุของในแต่ละประเทศก็ต้องมีกฎหมายและนโยบายที่กำหนดขึ้นเพื่อคุ้มครอง และการจัดดูแลเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเช่นกัน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายผู้สูงอายุ (The Older American Act หรือ OAA) มีการแก้ไขเพิ่มเติมใน พ.ศ.2535 (ค.ศ. 1992) ตามโครงการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุผ่านทางเครือข่ายองค์การเพื่อผู้สูงอายุแห่งรัฐ (State and Territorial Units on Ageing) หรือ SUAs องค์การผู้สูงอายุพื้นที่ และองค์การเพื่อผู้ยากไร้ โดยประเทศแคนาดาได้กำหนดในรูปแบบของหลักประกันยามชราภาพ (Old Age Security หรือ OAS) รัฐบาลจะนำเงินรายได้จากภาษีอากรมาจ่ายหลักประกันยามชราเป็นรายเดือนให้กับประชาชนที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป และผู้ที่อาศัยอยู่ในแคนาดาหลังอายุ 18 ปี เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ขึ้นไป และในกรณีผู้มีรายได้ต่ำมากๆ จะได้รับเงินช่วยเหลืออื่นๆ จากรัฐบาลด้วย ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดพระราชบัญญัติว่าด้วยการประกันคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ.2000 เป็นระบบที่เรียกเก็บจากผู้สูงอายุที่ต้องการขอรับการให้บริการและในขณะเดียวกันรัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในบางส่วนด้วย โดยผู้ที่ต้องการขอรับบริการต้องเข้ารับการตรวจสอบเกี่ยวกับความจำเป็นในการขอรับบริการและปริมาณหรือจำนวนที่จะขอรับบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อน

ประเทศออสเตรเลียกำหนดพระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ 1997 (Aged Care Act, 1997) ในมาตรา 2-1 มีวัตถุประสงค์ครอบคลุมถึงการใช้จ่ายเงินที่มีคุณภาพ ประเภท และระดับของการดูแล การดูแลที่พักที่มีคุณภาพสูง คุ้มครองสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และราคาไม่แพง การวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับการจัดส่งการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ และการระดมทุนมีการกำหนดเป้าหมายที่มีต่อผู้คนและพื้นที่ที่มีความต้องการที่ยิ่งใหญ่ที่สุด และกำหนดพระราชบัญญัติการดูแลบ้านและชุมชน 1985 (The Home and Community Care Act, 1985) เป็นการบริหารงานและลงทุนร่วมกันระหว่างรัฐบาลของออสเตรเลียและรัฐบาลดินแดน (Territory Governments) โดยมีหลักการและเป้าหมาย คือ การให้เข้าถึง HACC ของกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ภายใต้กลุ่มประชากรทั้งหมด รวมทั้งแรงงานข้ามชาติชนพื้นเมืองของออสเตรเลีย คนที่ทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางสมอง (Brain Failure) และผู้ด้อยโอกาสทางการเงิน ทั้งนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้มีการกำหนดการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุประกอบด้วย (1) สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการปฏิบัติรักษาทางการแพทย์ (2) โครงการหลักประกันด้านสุขภาพ และ (3) การห้ามเลือกปฏิบัติโดยนำประเด็นเรื่องอายุมาพิจารณาในการจ้างงาน

3.2 บทบาทของหน่วยงานบุคคลที่ดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคมส่วนใหญ่เป็นหนึ่งในบริการสาธารณะสำหรับประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีความต้องการการดูแลทางสังคมที่แตกต่างกัน ภาคส่วน/หน่วยงานที่ให้การดูแล

ทางสังคมจึงมีความหลากหลาย จากการศึกษา พบว่า หน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบในการจัดบริการการดูแลทางสังคม มี 3 กลุ่ม คือ หน่วยงานภาครัฐ (ส่วนกลาง) หน่วยงานท้องถิ่น และชุมชนและครอบครัว

3.2.1 หน่วยงานกลาง

หน่วยงานกลางหรือรัฐบาลกลางมีหน้าที่สำคัญในการกระจายอำนาจในการจัดบริการดูแลทางสังคม การบริหารจัดการระบบ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร และรูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้ง บทบาทในการกำกับ ติดตามระบบการจัดบริการให้เกิดประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การกระจายอำนาจการดูแลทางสังคม

กระจายอำนาจการดูแลทางสังคมจากรัฐบาลกลางไปสู่หน่วยงานในระดับท้องถิ่นปรากฏเด่นชัดในประเทศแคนาดา ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศ ได้แก่ รัฐบาลในแต่ละมณฑล ซึ่งมีอำนาจในการออกกฎหมายและจัดตั้งหน่วยงานการควบคุมดูแลกิจการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้รัฐบาลกลางของแคนาดา มีอำนาจหน้าที่ดูแลและติดตามตรวจสอบเกี่ยวกับสุขภาพและสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2555. น. 30)

นอกจากนี้ ยังพบบทบาทของหน่วยงานกลางในด้านการกระจายอำนาจการดูแลทางสังคมสู่องค์กรเอกชน องค์กรเอกชนมากมายในไอร์แลนด์ (Ireland) เช่น Health Service Executive หรือเรียกว่า HSE มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดบริการทางสังคมให้กับประชาชนในประเทศ เนื่องจากเป็นองค์กรหลักตามกฎหมายที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการดูแลด้านสุขภาพและด้านสังคมในไอร์แลนด์ด้วยการกระจายบริการไปสู่สาธารณะ โดยมีกรอบการปฏิบัติหน้าที่ครอบคลุมการร่วมมือทางคลินิก และทางด้านการเงิน ทั้งนี้ความรับผิดชอบหลักของ The HSE คือ การให้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข กำหนดขอบเขตของความรับผิดชอบการดูแลทางสังคมตามกฎหมาย (Social Care Division Operational Plan, 2015)

(2) การบริหารจัดการดูแลทางสังคม

การบริหารจัดการดูแลทางสังคมสามารถพิจารณาได้จากการแสดงบทบาทของการกำหนดรูปแบบการให้บริการ การกำหนดค่าบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงบทบาทการกำกับหรือควบคุมภาพการจัดการดูแลทางสังคม โดยกำหนดรูปแบบบริการ เช่น ประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลต้องสร้างความสมดุลในการให้บริการระหว่างปริมาณ ภูมิภาค ชนบท และพื้นที่ห่างไกลให้กับผู้ใช้บริการที่ต้องการการดูแลในระดับที่แตกต่างกัน รวมถึงกำหนดค่าบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก

ความสะดวกโรงพยาบาล หรือหน่วยงานด้านการดูแลทางสังคม นอกจากนี้ รัฐบาลออสเตรเลียยังมีบริการอื่นๆ ที่มีความยืดหยุ่นสำหรับผู้สูงอายุ คือ บริการ Multi-Purpose ในชนบทและชุมชนห่างไกล และโปรแกรม Torres Strait Islander ที่มีความยืดหยุ่นการดูแลผู้สูงอายุ บริการการเปลี่ยนโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้สูงอายุระยะสั้นที่ได้รับในโรงพยาบาลที่มีจุดมุ่งหมายในการฟื้นฟู การฟื้นฟู และความต้องการการดูแล รวมถึงนวัตกรรมการดูแลทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุ และประเมินผล การให้บริการโครงการนำร่อง หรือโครงการที่จะให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบใหม่ๆ (Australian Institute of Health and Welfare, 2007)

บทบาทการกำกับการดูแลทางสังคม โดยหน้าที่ที่สำคัญ คือ การดูแลเรื่องการให้บริการที่ปลอดภัยและคุณภาพของการให้บริการ รวมทั้งพัฒนาบริการ หรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่น สินค้า และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการรักษา

(3) งบประมาณการดูแลทางสังคม

ส่วนใหญ่รัฐบาลมีบทบาทในการควบคุมการใช้งบประมาณ และให้เงินช่วยเหลือแก่ท้องถิ่น ดังกรณีหน่วยงานท้องถิ่นที่มีหน้าที่ประเมินคุณสมบัติของการรับบริการของผู้สูงอายุ หรือการประเมินการบริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลออสเตรเลียให้เงินทุน/งบประมาณมากที่สุด สำหรับบริการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย ประมาณ \$ 5.4 พันล้าน กับคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในปี 2006-2007 มลรัฐและรัฐบาลก็ให้เงินทุนบางส่วนสำหรับบริการต่างๆ ทางสังคม (Productivity Commission, 2008)

นอกจากนี้ รัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการระดมทุนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ และกำหนดนโยบาย หรือกำหนดชุด/แพคเกจการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเครือข่าย หรือกลุ่มผู้สนับสนุน การให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ

(4) การกำหนดอัตราค่าบริการ

รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดค่าธรรมเนียมและอัตราค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นอัตราค่าบริการขั้นพื้นฐาน ดังกรณีของรัฐบาลออสเตรเลียกำหนดค่าธรรมเนียม 3 รายการที่ใช้บริการใช้เป็นจำนวนมากในชีวิตประจำวันและค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในที่พักอาศัยได้รับการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล เช่น การอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัยเป็นไปตามมาตรฐาน ดังต่อไปนี้ (Productivity Commission, 2008, p. 25)

1. ค่าธรรมเนียมการดูแลขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ประมาณ 32.05 เหรียญออสเตรเลียต่อวัน

2. ค่าใช้จ่ายสำหรับที่พักโดยการทดสอบสินทรัพย์ (Asset Tested) สำหรับการอยู่อาศัยที่ต้องการการดูแลระดับสูงที่มีสินทรัพย์มูลค่ามากกว่า 34,500 เหรียญออสเตรเลียในการเพิ่มอัตราการถึง 26.88 เหรียญออสเตรเลียต่อวัน เมื่อสินทรัพย์เกินกว่า 90,410.40 เหรียญออสเตรเลีย

3. ค่าธรรมเนียมการทดสอบรายได้ ประชาชนถูกเรียกเก็บเงินได้ถึง 56.57 เหรียญออสเตรเลียต่อวัน หรือค่าใช้จ่ายในการดูแลของพวกเขา (DoHA, 2008e)

4. ค่าธรรมเนียมสำหรับการให้บริการการดูแลในชุมชน (HACC) ขึ้นอยู่กับประเภทของการบริการและความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ

ดังกรณีตัวอย่างค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการทางสังคมในประเทศอังกฤษ อัตราค่าใช้จ่ายมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยและค่าใช้จ่ายสำหรับการพยาบาลที่มาให้บริการที่บ้านในเมือง Hampshire ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายจะขึ้นอยู่กับระดับความต้องการการพึ่งพิงที่แตกต่างกัน

มีข้อจำกัดระดับมาก	23,250	ฟรังก์
มีข้อจำกัดระดับต่ำ	14,250	ฟรังก์
ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลเป็นรายสัปดาห์	24.40	ฟรังก์

ตารางที่ 2.4

ค่าบริการการดูแลผู้สูงอายุของ Hampshire ปี 2015-2016

การดูแลในบ้าน (มาตรฐาน)		ผู้ให้บริการ	
รหัส	กลุ่มผู้ให้บริการ	รายสัปดาห์ (ฟรังก์)	รายวัน (ฟรังก์)
1	ผู้สูงอายุ	349.58	49.94
2	ต้องการการพึ่งพิงมาก-ผู้สูงอายุหรือผู้พิการทางสายตา	433.30	61.90
2a	ต้องการการพึ่งพิงมาก-ผู้เป็นโรคสมองเสื่อมเจ็บป่วยทางจิต	518.21	74.03
5	พิการทางด้านร่างกาย	418.25	59.75
รหัส	กลุ่มผู้ให้บริการ	รายสัปดาห์	รายวัน
3	ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต	ขึ้นอยู่กับพิจารณาของทีมสุขภาพจิต	
4	การเรียนรู้ของผู้พิการ	ขึ้นอยู่กับพิจารณาจากทีมการเรียนรู้ผู้พิการ-โดยติดต่อฝ่ายบริการเพื่อให้มีการประเมินจากนักสังคมสงเคราะห์	

ตารางที่ 2.4

ค่าบริการการดูแลผู้สูงอายุของ Hampshire ปี 2015-2016 (ต่อ)

การดูแลในบ้าน (มาตรฐาน)		ผู้ให้บริการ
6	ผู้ติดยา/ติตแอลกอฮอล์	ขึ้นอยู่กับพิจารณาจากทีม Misuse-โดยติดต่อกับฝ่ายบริการเพื่อประเมินโดยนักสังคมสงเคราะห์
8	ความคาดหวังความต้องการพิเศษ	ขึ้นอยู่กับพิจารณาจากฝ่ายบริการโดยติดต่อเพื่อประเมินจากนักสังคมสงเคราะห์

3.2.2 บทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น

ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุคนหนึ่งมีความต้องการความช่วยเหลือ หน่วยงานการดูแลทางสังคมจะพิจารณาการช่วยเหลือโดยมีหลักการ คือ ผู้สูงอายุต้องผ่านการประเมินความต้องการ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นสามารถให้บริการโดยตัวพวกเขาเอง หรืออาจซื้อบริการจากผู้ให้บริการ หรืออาจสนับสนุนบริการ โดยบริการจะครอบคลุมสิ่งเหล่านี้ (Ismail, Ruth and Holder, 2014, p. 16)

(1) การจัดบริการการดูแลในสถาบัน

- ดูแลที่อยู่อาศัย (ดูแลสำหรับคนที่ไม่สามารถอยู่ในบ้านของตนเองได้)
- การดูแลรักษาพยาบาล เป็นลักษณะการสนับสนุนการพยาบาลเพิ่มเติม

(2) การจัดบริการการดูแลในชุมชน (ทั้งในบ้าน/บริเวณบ้าน) ได้แก่

- การให้บริการเรื่องอาหาร
- การดูแลบ้าน (เช่น การช่วยซักผ้า รีดผ้า และการแต่งตัว)
- เครื่องใช้ไฟฟ้า ราวจับ และรถ
- การเข้าถึงการดูแลช่วงกลางวัน
- การชำระเงินของผู้ใช้บริการที่ขอบริการที่จะสนับสนุนความต้องการของตนเอง

3.3.3 บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลทางสังคม

ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ เพราะสิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของการช่วยเหลือและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของคนในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งนี้ ในอเมริกามองว่าการพึ่งพาตนเอง คือ บรรทัดฐานเชิงพฤติกรรมที่ยอมรับกันโดยทั่วไป (Marjorie H. Cantor, 1989, p. 101) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการเกิดจากความสัมพันธ์ทางสายเลือดของผู้สูงอายุ มีความใกล้ชิดสนิทสนม และความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด (Cantor and Brennan, 2000, p. 19) ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเป็นกำลังสำคัญสำหรับการดูแลทาง

สังคมสำหรับผู้สูงอายุ และถือว่าบริบทของครอบครัวและชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญสำหรับการจัดบริการการดูแลทางสังคมสำหรับประเทศไทย

บทบาทของครอบครัวและชุมชนมีรายละเอียดดังนี้

1. บทบาทเพื่อนช่วยเพื่อน ในโครงการถ่ายทอดธรรมทางสังคม (socialization programs) และโครงการเพื่อนเดินทางสำหรับผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา เป็นกิจกรรมในศูนย์ผู้สูงอายุที่รับอุปถัมภ์ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ในชุมชนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่จะมีการจัดเตรียมเพื่อนไว้สำหรับผู้สูงอายุ และช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยที่ทางศูนย์ผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในชุมชนจะเตรียมกิจกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งงานศิลปะ และงานฝีมือ การเต้นรำ การส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุและเพื่อนในชุมชนจะได้ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (David J. Ekerdt (Editor), 2002)

2. บทบาทในการประสานงานเพื่อขอรับบริการจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ เช่น ในออสเตรเลียมีการดูแลตามบ้านที่เป็นการดูแลอย่างไม่เป็นทางการจากครอบครัว และเพื่อนบ้าน ซึ่งได้รับการยอมรับมากในฐานะที่เป็นแหล่งสำคัญของการสนับสนุนบริการให้กับคนทุกเพศทุกวัย ทั้งนี้ ครอบครัวและเพื่อนบ้านในฐานะผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่มีความต้องการการสนับสนุนบริการการดูแลทางสังคมและการช่วยเหลือโดยตรง ผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อเชื่อมโยงบริการที่ผู้สูงอายุต้องการ เพื่อการเข้ารับบริการอย่างเป็นทางการได้ทันเวลาที่ (Australian Institute of Health and Welfare, 2007)

3. บทบาทการดูแลทางกายภาพในชีวิตประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย ครอบครัวมีการดูแลเรื่องการจัดการที่พักที่เหมาะสม และการบริการที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต เช่น การทำความสะอาด ซักผ้า ทำอาหารหรือรับประทานอาหาร ช่วยการแต่งกาย และการเข้าห้องน้ำ/ การขับถ่าย เป็นต้น รวมถึงการดูแลจะครอบคลุมในเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ ผู้ดูแลจะต้องให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมหลัก เช่น การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหว และการสื่อสาร เป็นต้น (Productivity Commission, 2008)

ในออสเตรเลียและอังกฤษ การให้ความดูแลโดยญาติได้รับการพิจารณาในการประเมินความจำเป็นของการดูแลทางสังคม บางประเทศไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลโดยญาติ เช่น ฝรั่งเศสและญี่ปุ่น ในขณะที่อีกหลายประเทศมีงบประมาณประกันสังคมให้แก่ประชากรเพื่อนำมาจ่ายให้กับญาติซึ่งทำหน้าที่ผู้ดูแล เช่น เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย เยอรมนี สวีเดน และฝรั่งเศส (Ruth Robertson, Sarah Gregory and Joni Jabbal, 2014, p. 12) ดูรวมกับการดูแลโดยญาติ ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับการสนับสนุนในกิจกรรมเท่าที่จำเป็น (Low Level) เท่านั้น ทว่า บริบทการดูแลโดย

ครอบครัวและชุมชนยังคงดำรงอยู่ในสังคมไทย และถือเป็นจุดแข็งที่บริการทางสังคมยังสามารถมาปรับใช้ได้

3.3 ระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลทางสังคม

แม้จะเป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไปว่าการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี แต่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระก็เป็นสิ่งที่ไร้ความหมายโดยสิ้นเชิง ดังนั้น การดูแลทางสังคมจึงสำคัญเทียบเท่ากับการดูแลสุขภาพ ยกตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ต้องออกจากโรงพยาบาลมาพักฟื้นหรือฟื้นฟูที่บ้านจำเป็นต้องได้รับการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การปรุงอาหาร การทำความสะอาด เป็นต้น ภายใต้ความเชื่อที่ว่าบริการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ต้นทุนหรืองบประมาณในการสนับสนุนให้เกิดบริการที่ช่วยเติมเต็มความต้องการโดยเฉพาะบริการการดูแลทางสังคมกลับมีค่าใช้จ่ายสูงมาก จนหลายประเทศที่มีประสบการณ์การดูแลทางสังคมต้องปรับเปลี่ยนมาตรการในการกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลทางสังคมขึ้นอยู่กับระดับของความต้องการบริการ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อศึกษาเกี่ยวกับระบบการคลังในการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่า ตัวเลขงบประมาณค่าใช้จ่ายการดูแลทางสังคมค่อนข้างสูงในทุกประเทศ จากการสำรวจค่าใช้จ่ายการดูแลทางสังคมในประเทศอังกฤษ โดยภาพรวมของค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลทางสังคมอยู่ที่ 17 พันล้านฟรังก์ของงบประมาณในปี 2012/2013 โดยมีประชาชนจำนวน 1.3 ล้านคนที่ได้ประโยชน์ (Care Quality Commission, 2013) นอกจากนี้ Learner S. (2013) ได้ให้รายละเอียดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลทางสังคมเพิ่มเติมว่า ร้อยละ 45 ของการดูแลทางสังคม เป็นการดูแลในที่พักอาศัยของผู้ใช้บริการ ใช้งบประมาณ 7.7 พันล้านฟรังก์ รองลงมาร้อยละ 43 คือ การดูแลในสถานบริบาล ใช้งบประมาณ 7.5 พันล้านฟรังก์ และที่เหลือร้อยละ 12 เป็นค่าใช้จ่ายในการประเมินและการจัดการการดูแล จำนวน 2 พันล้านฟรังก์

อย่างไรก็ตาม มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในระบบการคลัง เพื่อการดูแลทางสังคม นั่นคือ ผู้สูงอายุประมาณ 400,000 คน จะต้องจ่ายเงินสำหรับการดูแลด้วยตัวเอง (Care Quality Commission, 2013) ทั้งนี้ จำนวนผู้ได้รับการดูแลที่แน่นอนในขณะนี้ยังอยู่ในกลุ่มที่ยากไร้ (Care Quality Commission, 2013) การศึกษาจากมหาวิทยาลัยลิเวอร์พูลเกี่ยวกับผู้ดูแลในประเทศอังกฤษได้ประมาณการว่ามูลค่าของการดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการประจำปีในอังกฤษจะมีค่าเท่ากับ 119 พันล้านฟรังก์ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่จ่ายสำหรับการดูแลในสถานบริบาลในประเทศอังกฤษในปี

2009-2010 นั้นแสดงให้เห็นว่างบประมาณด้านการดูแลทางสังคมมีมากกว่างบประมาณประจำปีสำหรับ NHS ด้วย (Buckner L & Yeandle S., 2011)

สำหรับการประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย พบว่า อยู่ที่ 8,591 ล้านเหรียญออสเตรเลีย รัฐบาลออสเตรเลียให้งบประมาณเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย โปรแกรม HACC หรือโปรแกรมการดูแลในชุมชนอื่นๆ โดยงบประมาณที่รัฐบาลสนับสนุนมากที่สุด คือ บริการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย ประมาณ 5.4 พันล้านเหรียญออสเตรเลีย กับคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5

ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลที่เกิดขึ้นกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในออสเตรเลีย 2006-2007

รูปแบบของการดูแล	ค่าใช้จ่ายของรัฐบาล	ค่าใช้จ่ายตามรูปแบบการดูแลในภาพรวมของค่าใช้จ่ายทั้งหมด
	ล้านเหรียญ (ออสเตรเลีย)	ร้อยละ (%)
การประเมินการดูแลผู้สูงอายุ	58	0.7
การดูแลผู้สูงอายุในที่พักอาศัย	5,398	62.8
การดูแลในชุมชน		
HACC	2,117	24.6
CACP	1,151	13.4
VHC	381	4.4
Flexible care	93	1.1
Respite care	248	2.9
Information, support & other community care	191	2.2
	53	0.6
การสนับสนุนทางการเงินสำหรับผู้ดูแล	1,018	11.9
รวม	8,591	100.0

แหล่งที่มา: AIHW (2007b); FaHCSIA (2008, unpublished data); SCRGSP (2008); PC estimates. (Productivity Commission 2008, p. 20)

นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายข้างต้นรัฐบาลออสเตรเลียยังมีค่าใช้จ่ายราวๆ 774 ล้านเหรียญออสเตรเลียต่อโปรแกรมการดูแลในชุมชนรวมทั้ง CACP, EACH, MPS และ VHC ในปี 2006-07 งบประมาณสำหรับแพคเกจการดูแลที่ได้รับจัดสรรภายใต้โปรแกรมเหล่านี้ได้ให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีระดับและคุณภาพของการดูแลคงที่ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2008 เงินอุดหนุนพื้นฐานสำหรับการดูแลในชุมชนคือ CACP (34.75 เหรียญออสเตรเลียต่อวัน) EACH (116.16 เหรียญออสเตรเลียต่อวัน) และ EACH Dementia (128.11 เหรียญออสเตรเลียต่อวัน) (DoHA, 2008d) ผลិតภัณฑ์เสริมอาหารเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังมีการใช้จ่ายเป็นค่าเครื่องช่วยหายใจ การให้อาหาร และการช่วยเหลือในพื้นที่ห่างไกล ผู้ใช้บริการหลายคนได้รับการดูแลในชุมชนมีส่วนร่วมต่อค่าใช้จ่ายของบริการเหล่านี้ (Productivity Commission, 2008, p. 23)

3.3.1 แหล่งที่มาของงบประมาณในการดูแลทางสังคม

โดยทั่วไปรัฐบาลมักจะเป็นผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณสำหรับการจัดบริการทางสังคม ในออสเตรเลีย การจัดบริการทางสังคมได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทั้ง Commonwealth และรัฐบาล ซึ่งมีการผสมผสานระหว่างการจัดบริการของหน่วยงานรัฐบาลและเอกชน ในบางเขตจะใช้อำนาจศาลสั่งให้หน่วยงานที่จัดบริการทางสังคมได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และมีแผนการจัดบริการ ในขณะที่ประเทศแคนาดาเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาล 3 ระดับ โดยมีกลไกการบูรณาการเครือข่ายในการให้บริการ ระดับแรก คือ รัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพและบริการทางสังคมในระดับภูมิภาค (มี 18 หน่วยงาน) ระดับที่ 2 คือ ระดับท้องถิ่น ระดับที่ 3 คือ ได้รับงบประมาณจากจังหวัด ทั้งนี้ระหว่างและภายในจังหวัดจะมีเงื่อนไขในเรื่องสิทธิ ครอบคลุมบริการและการจัดการงบประมาณร่วมกัน ได้รับงบประมาณจากท้องถิ่น โดยมาจากภาษีจากส่วนกลางและจากท้องถิ่นเอง ทั้งนี้ รัฐบาลกลางเน้นเรื่องการบริหารจัดการและตรวจสอบการดำเนินงาน แต่การจัดบริการจริงๆ นั้นอยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่น (Hultberg et al., 2005) สำหรับในอเมริกามีการกระจายการบริหารจัดการ จึงมีระบบในการสนับสนุนงบประมาณจากการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับการดูแลระยะยาวจะพบว่ามีการให้ภาคเอกชนรับไปดำเนินการ แต่รัฐสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมสำหรับให้บริการ เป็นต้น (Helen Weatherly, Anne Mason, Maria Goddard and Kath Wright, 2010, pp. 11, 15)

จากการสะท้อนเรื่องงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการดูแลทางสังคมที่มีจำนวนมาก นำมาสู่ข้อถกเถียงว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณ หรือค่าใช้จ่ายเหล่านี้ โดยภาพรวมความรับผิดชอบจะอยู่ที่ภาครัฐโดยเฉพาะรัฐบาลกลาง ทว่า ด้วยภาระด้านงบประมาณจึงมีการกระจายความรับผิดชอบไปที่ท้องถิ่น และในบางกรณีก็มีการร่วมสมทบค่าใช้จ่ายในการจัดบริการจากประชาชนเอง ความรับผิดชอบด้านงบประมาณและการดูแลทางสังคมแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

(1) การอุดหนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลาง และหน่วยงานท้องถิ่น

ในประเทศอังกฤษความรับผิดชอบเรื่องงบประมาณเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลกลาง และหน่วยงานส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้จัดการรายกรณีที่ทำหน้าที่พัฒนาแผนการชำระเงินตามพระราชบัญญัติการชำระเงินโดยตรง (Direct Payments Schemes, 1996) (Hilary Tompsetta, 2009, pp. 219-220) ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่น การให้บริการสำหรับผู้สูงอายุจะอยู่ในระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ให้บริการจะไม่ได้ใช้เงินสดเพื่อจ่ายค่าบริการในแต่ละครั้ง (Tompsetta, 2009, pp. 219-220)

สำหรับประเทศออสเตรเลีย ความรับผิดชอบเรื่องงบประมาณเป็นของรัฐบาลกลางและเขตปกครองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพิจารณาจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในลักษณะเงินอุดหนุนสำหรับที่พักอาศัยหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในที่พักอาศัย โดยผู้ให้บริการจะหักค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงินที่เก็บสะสมมานานกว่า 5 ปี (DoHA, 2008) หรืออาจเป็นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่ได้เงินบำนาญผู้สูงอายุ โดยรัฐจะหักค่าบริการจากเงินบำนาญของผู้สูงอายุ เป็นต้น ค่าธรรมเนียมการอยู่อาศัยและค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของรายได้ค่าบริการที่เหลืออยู่ราวๆ 2.1 พันล้านเหรียญออสเตรเลีย ในปี 2005-2006 (AIHW 2007B) ได้มีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ในงบประมาณดูแลผู้สูงอายุโดยอ้อมจากการชำระเงินบำนาญของผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 88 ของผู้อยู่อาศัยถาวรได้รับเงินบำนาญ DVA (AIHW, 2008d) ดังนั้น ค่าใช้จ่ายของการดูแลในที่อยู่อาศัยจำนวนมากเกิดจากรายได้จากเงินบำนาญของผู้สูงอายุเอง

Jane Mears and Eva Garcia (2010, pp. 8-9) ชี้ให้เห็นจำนวนของคนที่ได้รับการบริการภายใต้โครงการ Commonwealth programs พิจารณาจากชั่วโมงเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของการบริการให้กับผู้ให้บริการ ซึ่งรัฐบาลได้อุดหนุนเงินต่อวัน (CACP, EACH and EACHD) และชำระเงินคืนสำหรับแพคเกจรายบุคคลหรือรายปี

ตารางที่ 2.6

การระดมทุนของรัฐบาลเพื่อโครงการการดูแลในชุมชน

โครงการ	จำนวนผู้ได้รับบริการ (คน)	ชั่วโมงโดยเฉลี่ยที่ได้รับบริการต่อสัปดาห์ (ชั่วโมง)	การอุดหนุนจากรัฐบาลสำหรับแพคเกจบริการรายวัน วันที่ 1 กรกฎาคม 2008 (เหรียญ)	การชำระเงินคืนต่อแพคเกจ (หรือคนที่ได้รับบริการ HACC และ VHC ต่อปี) (เหรียญ)	ภาพรวมการระดมทุนของรัฐบาล (เหรียญ)
EACH และ EACHD	3,578	23	116.16 128.11	32,000	248,000,000
CACP	32,983	7	34.75	11,100	381,000,000
HACC	642,650	90% < 2 ชม. 97% < 4.5 ชม.		1,500	1,151,000,000
VHC	72,100				93,000,000

ที่มา: Productivity Commission 2008, pp. 12, 13, 22.

ดังที่ได้นำเสนอไว้ในตาราง กลุ่มบริการที่รัฐบาลลงทุนไปที่โปรแกรม HACC โปรแกรมนี้มีกลุ่มผู้ใช้บริการ 642,650 อย่างไรก็ตามบริการ HACC มีข้อจำกัดอยู่ที่คิวของผู้ใช้บริการยาวและร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับบริการ HACC ได้รับความช่วยเหลือน้อยกว่าสองชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Productivity Commission, 2008, p. 12) CACPs มีราคาแพงกว่าแพคเกจที่รองรับผู้ใช้บริการที่ได้รับบริการในระยะเวลาที่มากขึ้นในการดูแลต่อสัปดาห์และเป็นแพคเกจที่ได้รับทุนสนับสนุนต่อคนในอัตราที่สูงมาก แต่มีผู้คนเพียงน้อยลงที่ได้รับบริการเหล่านี้ สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ไม่มีค่า อย่างไรก็ตาม โปรแกรมมีประชากรที่มีเป้าหมายและมีคุณสมบัติเหมาะสมแตกต่างกันมาก นอกจากนี้ โปรแกรมการดูแลที่บ้านและโปรแกรมการดูแลในชุมชนที่ให้การสนับสนุนอย่างสำคัญกับผู้สูงอายุที่อ่อนแอ คนหนุ่มสาวที่พิการ และผู้ดูแลของพวกเขาที่ได้รับการสนับสนุนในบ้านของตนเอง นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมให้พวกเขามีอิสระในการใช้ชีวิต ว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้รับการบริการในสิ่งที่พวกเขาต้องการ และบริการหลายอย่างมักจะซ้อนทับกันอยู่ รวมทั้งไม่มีองค์กรส่วนกลาง หรือการประสานงานเพื่อให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ (Gray, M and Heinsch, M., 2009, p. 11)

(2) การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายโดยกองทุนของรัฐ และการสมทบจากผู้ให้บริการ

ดังกรณีตัวอย่างค่าใช้จ่ายด้านการคมนาคมสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุในอเมริกา โดยเฉพาะบริการของ Massachusetts' Aging Services Access Point หรือ ASAPs ที่มี การนำรถแวนที่ติดตั้งอุปกรณ์ยกพิเศษ แท็กซี รถชัตเตอร์บัส หรือบัตริลด์สำหรับการโดยสารพาหนะอื่นๆ หรือกรณีการให้บริการผู้ดูแลรายกรณี ที่เป็นผู้ประเมินความต้องการบริการถึงที่บ้าน การวางแผนการดูแล การติดตามบริการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ เงินทุนของ OAA เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

(3) การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการดูแลทางสังคมด้วยตนเองทั้งหมด

ทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุคือการซื้อบริการจากผู้ให้บริการเอกชน ซึ่งมีผู้ ให้บริการเพิ่มขึ้นเพื่อนำเสนอบริการให้กับผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ บริการเหล่านี้จะไม่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุน หรือควบคุมโดยรัฐบาล รวมทั้งไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการเหล่านี้ หรือการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับขนาด หรือเวลาในการให้บริการเหล่านี้ (Productivity Commission, 2008)

Helena Poldervaart and Lucy Malenczuk (2013, p. 10) กล่าวว่าผู้สูงอายุใช้ งบประมาณส่วนบุคคลเพื่อซื้อบริการในหลายวิธี ได้แก่ (Age Uk: www.ageuk.org.uk/publications/age-uk-informationguides-and-factsheets)

1. การชำระเงินโดยตรงเข้าบัญชี หรือชำระเงินผ่านบัตรที่ถูกจัดขึ้น และมี การจัดการโดยตรงจากบุคคล (หรือโดย 'บุคคลที่เหมาะสม' ที่อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว แม้ว่าพวกเขา จะไม่สามารถจ่ายเงินตัวเองสำหรับบริการนั้นได้) ที่มีการควบคุมซึ่งมาพร้อมความรับผิดชอบ และ การบริหารงานที่เพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ อาจจะต้องจัดการกับ ปัญหาการจ่ายเงินเดือนพนักงานและจะต้องมีความสามารถในการชำระเงินเข้าบัญชี

2. การจัดการบัญชีโดยท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับความปรารถนาบริการของ ผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

3. บัญชีที่จัดขึ้นโดยบุคคลที่สาม และการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เช่น จัดขึ้นโดยผู้ให้บริการในรูปแบบของการดำเนินการบริการ กองทุนของแต่ละบุคคล (ISF) บริการจะส่งตรงจากผู้ให้บริการผู้สูงอายุจะชำระเงิน จากงบประมาณ ส่วนบุคคล และยังสามารถนำมาใช้ในการซื้อบริการอื่น ๆ และกิจกรรมที่แต่ละคนต้องการ รูปแบบนี้ อาจจะเป็นตัวเลือกที่น่าสนใจ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถควบคุมวิธีการใช้จ่ายเงินโดยไม่ต้องความรับผิดชอบใน การจ่ายเงินเดือนพนักงาน

4. การจัดการบัญชีจากผู้ดูแล เพื่อน หรือญาติซึ่งรูปแบบนี้ต้องมีความไว้วางใจในลักษณะของการจัดตั้งกองทุน ทั้งนี้ กองทุนจะมีการบริหารในรูปแบบกรรมการซึ่งรับผิดชอบทางกฎหมาย

5. การผสมผสานการชำระเงิน เช่น การชำระเงินโดยตรงที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมนอกบ้าน

พบว่า ไม่มีใครสามารถบังคับให้ยอมรับตัวเลือกในการชำระเงินโดยตรงในการจัดการงบประมาณส่วนบุคคลของพวกเขา และยังไม่มีการที่มีประสิทธิภาพในการกำหนดจำนวนบุคคลที่อาจต้องจ่ายค่าบริการการดูแลทางสังคมของตนเอง (Isden R, Norton M & Abrahams C., 2013) สำหรับสัดส่วนของบุคคลที่ใช้จ่ายในการดูแลของพวกเขาเองมีการประมาณการเป็นค่าใช้จ่ายจำนวน 100,000 ปอนด์ ซึ่งจะส่งผลต่อเงินฝากออมทรัพย์ของแต่ละคน และความมั่งคั่งที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตทั้งหมดของพวกเขาถูกใช้เพื่อซื้อบริการการดูแลทางสังคม (Commission on Funding of Care and Support, 2011) ทั้งนี้ คณะกรรมการ Dilnott คาดกันว่าในปัจจุบัน 1 ใน 10 คนที่มีอายุมากกว่า 65 ถูกคาดการณ์ว่าจะใช้จ่ายมากกว่า 100,000 ฟรังก์ เพื่อค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองไปตลอดชีวิตของพวกเขา

ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคในการดูแลทางสังคม

สืบเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความห่วงใยจากหลายภาคส่วนว่า ระบบการดูแล รวมทั้งระบบการสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่อาจไม่สามารถรับมือกับความท้าทายในมิติเชิงประชากรสูงอายุที่มีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังมีมิติที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังในบริการการดูแลทางสังคมที่จำเป็นต้องตอบสนองความต้องการแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นธรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ข้อเรียกร้องให้เกิดการจัดบริการที่เป็นธรรม

เมื่อพิจารณารายงานปกเขียว (Green Papers) ที่ตีพิมพ์ในประเทศอังกฤษ ช่วงปี 2009 (The Law Commission, 2008, pp. 4-5) รายงานนี้กล่าวถึงภาพอนาคตของการดูแลร่วมกัน ซึ่งได้นำเสนอการจัดตั้งสถานบริการการดูแลแห่งชาติ (National Care Service) และนำเสนอทางเลือกที่แตกต่างกันสำหรับวิธีการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต คุณสมบัติที่สำคัญของสถานบริการการดูแลแห่งชาติเน้นการคุ้มครอง การให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลข่าวสาร การผสมผสานบริการและการดูแลส่วนบุคคลและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ทว่ารายงานปกเขียวของประเทศ

อังกฤษยังพิจารณาความสมดุลในการตัดสินใจในการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุระหว่างท้องถิ่นและภาคกลาง ในขณะที่การใช้ดุลยพินิจในท้องถิ่นมีคุณลักษณะที่สำคัญในระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งก่อให้เกิดการร้องเรียนว่าการดูแลและบริการสนับสนุนควรจะเหมือนกันหรือน้อยกว่าเทียบเท่ากันทั่วประเทศ การสะท้อนกลับมาจากรายงานปกเปียวในประเทศอังกฤษ คือ “ระบบการดูแลและสนับสนุนควรจะเป็นระบบที่เป็นธรรมและเป็นสากล” และต้อง “ทำให้แน่ใจว่าทุกคนที่ต้องการการดูแลจะได้รับบริการนั้น โดยไม่คำนึงถึงว่าพวกเขาอยู่ที่ไหน” เมื่อได้ติดตามประเด็นเหล่านี้ พบว่าคำถามดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นของประเด็นความต้องการของผู้สูงอายุที่มีสิทธิในบริการที่ถูกต้องตามกฎหมายของประเทศ โดยทุกหน่วยงานท้องถิ่น และหน่วยงานที่อยู่ในอำนาจของกฎหมายของชาติ และรัฐบาลควรเป็นผู้พิจารณาผู้สูงอายุที่มีสิทธิไม่ใช่เพียงหน่วยงานท้องถิ่น

ทว่าในการจัดบริการทางสังคมไม่มีสิทธิเป็นสากลสำหรับการดูแล เนื่องจากผู้ที่ต้องการบริการการดูแลทางสังคมมีลักษณะที่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบบริการการดูแลทางสังคมของแต่ละบุคคล พบว่า บุคคลมีความต้องการการดูแลที่ไม่เหมือนกันเลย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ความสามารถในการใช้จ่าย ดังนั้น การเรียกร้องให้การดูแลทางสังคมมีความเป็นสากล จึงไม่อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เหมือนกันเสียทีเดียว

4.2 หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลทางสังคมไม่มีภารกิจที่ชัดเจน

แม้การดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุถูกควบคุมผ่านกลไกทางกฎหมาย การกำหนดระเบียบ ทิศทางและการอนุมัติ คำแนะนำตามกฎหมาย และคำแนะนำในการปฏิบัติ ภายใต้กรอบของกฎหมายในปัจจุบัน เป็นเรื่องยากที่กฎหมายโดยตัวเองจะให้คำตอบ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอำนาจของท้องถิ่นว่าจะมีอำนาจหรือหน้าที่ไปให้บริการอย่างไร ยกตัวอย่างเช่น รัฐบาลอาจมอบระเบียบให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นจัดบริการดูแลในชุมชน แต่ก็ไม่ได้กำหนดทิศทางในการให้บริการ ซึ่งหมายความว่าหน่วยงานท้องถิ่นมีอำนาจที่จะเตรียมการสำหรับการให้บริการดังกล่าว อย่างไรก็ตามได้จนกว่าการอนุมัติหรือมีการกำหนดทิศทางที่ชัดเจนจากรัฐบาลออกมา นอกจากนี้ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาเกี่ยวกับมาตรการตามกฎหมาย เช่น FACS ในประเทศอังกฤษ และ UFSAMC ในเวลส์ ที่จะต้องตีความว่าผู้มีอำนาจในท้องถิ่นมีอำนาจหรือหน้าที่ในการให้บริการการดูแลชุมชนอย่างไร (The Law Commission, 2008, p. 8) ความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทของรัฐบาลกลางกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่น นำไปสู่ความสับสนในการดำเนินงาน รวมถึงอาจก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนการทำงาน และผลกระทบทางลบ คือการเกี่ยงงานว่าใครควรจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ในที่สุดผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการดูแล จึงน่าจะนำไปสู่ข้อเสนอที่ว่าควรตั้งองค์กรส่วนกลาง หรือองค์กรประสานงานเพื่อให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

4.3 งบประมาณจำนวนมากส่งผลต่อการดูแลทางสังคม

ค่าใช้จ่ายในการดูแลทางสังคมที่ค่อนข้างสูงดังที่กล่าวกันข้างต้น กลับเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการการดูแลทางสังคม ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ การบริหารจัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ในประเทศอังกฤษ เมื่อค่าใช้จ่ายด้านการบริการทางสังคมสูงมาก ทำให้รัฐบาลตัดสินใจลดจำนวนผู้ใช้บริการลง และบริการจำนวนมากถูกจำกัดให้กับผู้ที่มีความต้องการมากที่สุดจริงเท่านั้น นอกจากนี้ มีการพิจารณาเพิ่มมิติของการมีส่วนร่วมในการชำระค่าบริการสำหรับคนร่ำรวยมากขึ้น หรือบางหน่วยงานระดับท้องถิ่นในอังกฤษได้เพิ่มค่าธรรมเนียมกับผู้ใช้บริการ (Curry, Holder and Patterson, 2013)

หลายประเทศเริ่มใช้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับเพื่อคุ้มครองค่าใช้จ่ายการดูแลทางสังคม หลายประเทศประสบภาวะฝืดเคืองทางการเงินและต้องตัดผลประโยชน์ออกหลายประการ ดังกรณีประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกที่เริ่มใช้ระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าในการดูแลสุขภาพแบบระยะยาวในปี ค.ศ. 1968 ประเทศสวีเดนเริ่มใช้กฎหมายการขอคืนภาษีการดูแลทางสังคมในปี ค.ศ. 1982-1983 และกว่า 20 ปีมาแล้วที่กฎหมายแผนประกันในการดูแลสุขภาพแบบระยะยาว (LTCI) เริ่มมีใช้ในประเทศเยอรมนี (1995) ญี่ปุ่น (2000) ฝรั่งเศส (2002) และเกาหลี (2008) แผนการนี้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องที่อย่างน้อยต่างก็มีผลประโยชน์ที่สนับสนุนในค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำเป็นดังกล่าวข้างต้น โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางการเงินของตนเอง อย่างไรก็ตาม หลายประเทศในขณะนี้ต้องดิ้นรนกับความอยู่รอดทางการเงินและจำเป็นต้องจำกัดผลประโยชน์หรือการเพิ่มเงินช่วยเหลือ แต่เดิมประเทศญี่ปุ่นได้เพิ่มผลประโยชน์ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่พักในชุดผลประโยชน์ก็ต้องมีนิติสิทธิประโยชน์ ดังกล่าวเพื่อควมมีเสถียรภาพของระบบการคลังของประเทศ (Robertson, Gregory and Jabbal, 2014, p. 4)

4.4 ปัญหาการรอคิวเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคม

เนื่องจากมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องการเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคม และการได้รับบริการมักเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมตามโครงการหรือโปรแกรมต่างๆ ดังนั้นการเข้าสู่กระบวนการประเมินจึงต้องรอคิว และบางกรณีก็อาจได้รับบริการหรือความช่วยเหลือในระยะเวลาอันสั้นไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ เช่น กรณีการใช้บริการของผู้สูงอายุในโปรแกรม HACC ของผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลียที่มีข้อจำกัดในการรอคิวเนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระบบการดูแลที่ค่อนข้างมากถึง 642,650 คน นอกจากรอคิวเพื่อรับบริการในระยะเวลาที่ยาวนานแล้ว เมื่อได้รับบริการผู้สูงอายุร้อยละ 90 ระบุว่า ระยะเวลาที่ตนเองได้ใช้บริการไม่ถึง 2 ชั่วโมง ทั้งๆ ที่มีผู้สูงอายุรายอื่นๆ ได้รับบริการเฉลี่ยอยู่ที่ 4.5 ชั่วโมง (Productivity Commission, 2008, p. 12)

จากการรวบรวมการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นระบบที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ ปกป้อง คุ้มครอง พกพิทักษ์สิทธิ ให้ความรู้แก่บุคคลทุกวัยที่ประสบปัญหาด้านร่างกาย การรับรู้

การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น รูปแบบการดูแลทางสังคมสามารถจำแนกเป็นการดูแลในที่พักอาศัย การดูแลในสถานบริบาล และการดูแลแบบการพยาบาลโดยให้บริการที่บ้านของผู้ใช้บริการ โดยการดูแลทางสังคมอาจอยู่ในรูปแบบการดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่เข้าระบบต้องมีคุณสมบัติที่เหมาะสม โดยต้องใช้หลักการประเมินผู้สูงอายุตามสิทธิบริการ นอกจากนี้รัฐบาลมักจะเป็นผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณสำหรับการจัดบริการทางสังคม แต่เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายทางงบประมาณ ทำให้บริการทางสังคมถูกถ่ายโอนเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น และผู้ใช้บริการ และผู้ที่ทำหน้าที่ในการจัดบริการทางสังคมคือเป็นผู้จัดการดูแลซึ่งทำให้เกิดการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการดูแลทางสังคมถือเป็นบริการที่มีความสำคัญเทียบเท่ากับการดูแลสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลทางที่มีการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ และปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินการน่าจะเป็นบทเรียนที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมในประเทศไทย

บทที่ 3

ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาการดูแลทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุจากต่างประเทศ

การศึกษาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่า มีพัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และการจัดบริการยังเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับนโยบาย กฎหมาย ซึ่งก่อให้เกิดกรอบหรือแนวทางในการจัดบริการที่รองรับกับโครงสร้างผู้สูงอายุ เจื้อนไขด้านงบประมาณ บุคลากร และความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคน เนื่องจากการดูแลทางสังคมมีความจำเป็นในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ หรือการดูแลแบบบูรณาการ ในบทนี้ นำเสนอเนื้อหาออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 นโยบาย กฎหมาย และระบบการดูแลทางสังคมในต่างประเทศ

ตอนที่ 2 การบูรณาการกระบวนการดูแลสุขภาพและสังคม

ตอนที่ 3 คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการการดูแลทางสังคม

โดยนำเสนอตัวอย่างระบบการดูแลทางสังคม 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ อเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น เพื่อสะท้อนให้เห็นระบบการดูแลในประเทศที่มีประสิทธิภาพ การจัดบริการดูแลทางสังคมมาเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมในประเทศไทยต่อไป

ตอนที่ 1 นโยบาย กฎหมาย และระบบการดูแลทางสังคมในต่างประเทศ

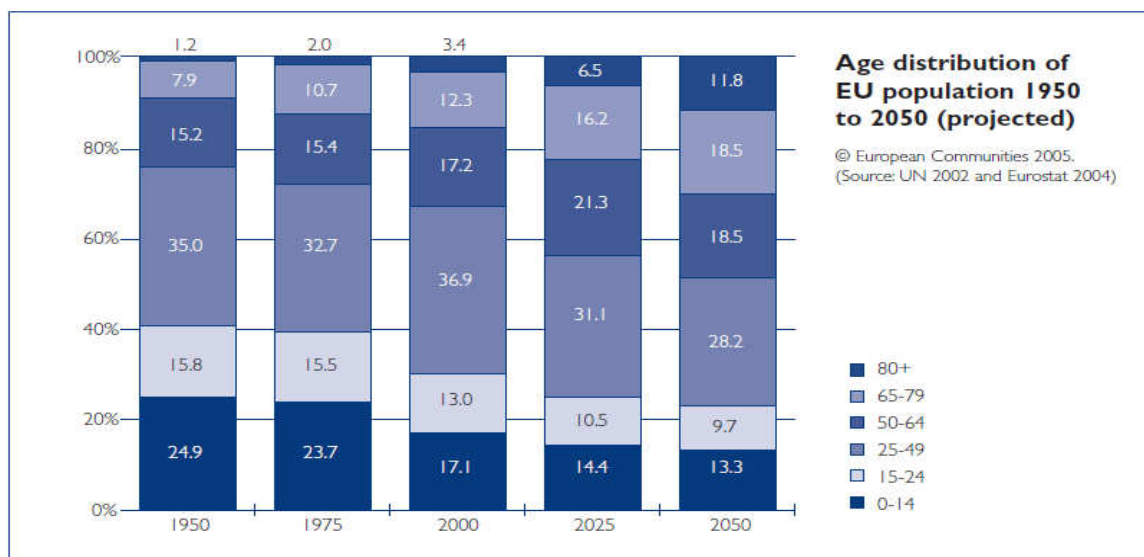
1.1 ประเทศอังกฤษ

ประชากรสูงอายุ

ในปี 2000 มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรสูงอายุจะต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากจำนวน 3 ล้านคน เป็น 6.4 ล้านคน ในปี 2051 การเพิ่มขึ้นนี้ประมาณร้อยละ 113 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (ที่มา: LSE, 2004) อย่างไรก็ตามเมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลกระทบต่อความต้องการของประชาชนที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการการดูแลผู้สูงอายุของยุโรปในช่วงปี 2050 จะมีผู้ที่มีอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็นหนึ่งในสามเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุต่ำกว่าอายุ 15 ปี ที่มีเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น พิจารณาตามภาพด้านล่าง

แผนภูมิที่ 3.1

การสำรวจทรัพยากรครอบครัวในประเทศอังกฤษ (FRS)



การสำรวจทรัพยากรสำหรับครอบครัวในประเทศอังกฤษ (FRS) พบว่า ช่วงปี 1999-2000 พลเมืองของประเทศอังกฤษ ร้อยละ 9 มีบางส่วนที่ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ คนเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุที่ยังทำงาน ระหว่างอายุ 45 และ 64 นอกจากนี้เกือบหนึ่งในสี่ของผู้ดูแลเป็นผู้ชาย และเกือบหนึ่งในห้าของผู้ดูแลเป็นหญิงอายุ 65 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศอังกฤษ) (Jamea Lloyd and Suzanne Wait, 2005, pp. 11-12)

กฎหมาย/นโยบาย

ประเทศอังกฤษได้มีพัฒนาการในการดำเนินการคุ้มครองส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยกฎหมายสำคัญที่เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ได้แก่ ในปี ค.ศ.1908 มีกฎหมายกำหนดให้ผู้ซึ่งพักอยู่ในประเทศอังกฤษ 12 ปี ขึ้นไป เมื่อมีอายุ 50 ปี ขึ้นไป จะได้รับเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ ในปี 1925 มีกฎหมายกำหนดให้คนงานทุกคน ซึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 250 ปอนด์ต่อปี ต้องทำประกันสังคมเพื่อให้มีสิทธิรับเงินบำนาญเมื่อเกษียณ ทั้งนี้ กฎหมายและนโยบายที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุมีหลายฉบับที่ส่งผลต่อการพัฒนา คุ้มครอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. กฎหมายการประกันสังคมแห่งชาติ ค.ศ. 1946 (The National Insurance Act 1946) เป็นกฎหมายประกอบด้วยหลักสวัสดิการในการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสวัสดิการ

เช่น ค่ารักษาพยาบาล ประกันชรภาพ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ฯลฯ โดยนายจ้างจะต้องเสียเงินประกันสังคมตามอัตราที่กฎหมายกำหนด เพื่อเป็นกองทุนในเรื่องดังกล่าว

2. กฎหมายการช่วยเหลือแห่งชาติ ค.ศ. 1948 (The National Assistance Act, 1948) เป็นกฎหมายที่กำหนดหลักการและการดำเนินช่วยเหลือบุคคลประเภทที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น คนพิการ คนชรา คนตาบอด ฯลฯ

3. กฎหมายการบริการทางด้านสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 1946 (The National Health Services Act, 1946) เป็นกฎหมายเพื่อบริการทางด้านสุขภาพอนามัย อนามัยสงเคราะห์ ด้วยบริการแบบให้เปล่าไม่คิดมูลค่า (คณะกรรมการกิจการการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา, น. 57)

4. กฎหมายบำนาญผู้สูงอายุ (Old Age Pension Act, 1908) และมีบำนาญแห่งชาติ (State Pension) เกิดขึ้นแต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ต่อมาเมื่อมีกฎหมายประกันภัยแห่งชาติ ค.ศ. 1911 (National Insurance Act, 1911) เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ยังครอบคลุมเพียงสวัสดิการ โดยรัฐให้กับผู้ใช้แรงงานและคนยากจนเท่านั้น

5. กฎหมายการให้การดูแลประชาชน ค.ศ. 1993 (Community Care Act) เกิดจากการปฏิรูปการบริการสุขภาพในชุมชนโดยนโยบายเน้นการดูแลที่บ้าน (In Home Care Policies) ปรับการให้บริการสุขภาพและสวัสดิการให้ประสานงานและยืดหยุ่นมากขึ้น ให้องค์การเอกชนเป็นผู้จัดการบริการให้กับประชาชน โดยอาจซื้อบริการจากบริษัท หรือองค์กรที่ไม่ได้แสวงหากำไร (Non-Profit Organization)

6. แผนการให้บริการสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 2000 (The National Health Services: NHS Plan) เพื่อการปฏิรูประบบการบริการสุขภาพและบริการสังคม

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการบริการสังคม มีเป้าหมายเพื่อให้มีการดูแลที่ได้มาตรฐาน หลากหลายและเข้าถึงสะดวก มีการสนับสนุนเงินให้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มีการพัฒนาการให้บริการที่ส่งเสริมผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนมุ่งให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างบริการสุขภาพ การบริการสังคมและบริการอื่นๆ เพื่อประสิทธิภาพในการบริการ ทั้งนี้ ในปี ค.ศ. 2000 มีกฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ หลักการของแผนการให้บริการสุขภาพแห่งชาติ (Principle of NHS Plan) เป็นหลักการสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และผลจากการพัฒนา คือ กรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (National Service Framework (NSF) for Older People) (ภูมิ โชคเหมาะ และคณะ, 2552, น. 60-61)

ระบบการดูแล/รูปแบบการดูแลทางสังคม

ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติและสวัสดิการสังคมในประเทศอังกฤษประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ 1) ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (NHS) รับผิดชอบเรื่องสุขภาพของประชาชนทุกคนที่พำนักอยู่ในประเทศอังกฤษ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ การให้บริการดำเนินการโดย NHS ครอบคลุมร้อยละ 90 ของการให้บริการสาธารณสุขทั้งประเทศ 2) ระบบบริการสังคมสำหรับบุคคล (Personal Social Services) รับผิดชอบโดยหน่วยงานท้องถิ่น มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้มีอาการผิดปกติทางจิตและปัญญา รวมถึงครอบครัวและบุตรของบุคคลดังกล่าว 3) ระบบคุ้มครองทางสังคม (Social Security) รับผิดชอบคุณภาพชีวิตตามมาตรฐานขั้นต่ำของผู้ที่ไม่มีงานทำและครอบครัว (เอ็อมพร พิชัยสนธิ์, 2552, น. 50)

การดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษถูกควบคุมผ่านกลไกทางกฎหมาย ทั้งการกำหนดระเบียบ กรอบการอนุมัติ และคำแนะนำในการปฏิบัติ ภายใต้กรอบของกฎหมาย ยกตัวอย่างเช่น หน่วยงานท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจในการกำหนดหน้าที่ รูปแบบ ทิศทางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ มีมาตรการตามกฎหมาย FACS ในประเทศอังกฤษ และ UFSAMC ในเวลส์ ที่กำหนดว่าผู้ที่มีอำนาจในท้องถิ่นมีอำนาจหรือหน้าที่ในการให้บริการการดูแลชุมชนอย่างไร เป็นต้น (The Law Commission, 2008, p. 8)

วิธีการโดยรวมของการกำหนดขอบเขตการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยต้องมียุทธศาสตร์ประกอบกระบวนการในการขับเคลื่อน เช่น การประเมินการดูแลในชุมชน และการใช้กรอบการได้รับสิทธิภายใต้ FACS และ UFSAMC และการกำหนดนิยามตามกฎหมาย เช่น ความหมายของการบริการการดูแลในชุมชน การกำหนดประเภทกลุ่มผู้ใช้บริการ และลักษณะต้องห้ามในการให้บริการการดูแลในชุมชน องค์ประกอบพื้นฐานของกระบวนการที่ใช้นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการกำหนดขอบเขตของการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

(1) การมีสิทธิสำหรับการใช้บริการ กรอบการมีสิทธิที่กำหนดไว้ใน FACS และ UFSAMC ได้กำหนดวัตถุประสงค์ว่าชุมชนใดๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการบริการการดูแล ต้องมีบริการเหล่านั้น ตัวอย่างเช่น ถ้าคนผู้นั้นมีสิทธิตามกฎหมายให้ได้รับการประเมินความต้องการ ชุมชนนั้นต้องมีบุคคลที่มีความสามารถในการดำเนินการ ดังนั้นกรอบการมีสิทธิแสดงให้เห็นจากทั้ง 2 ประเด็น คือ บริการที่จะต้องให้บริการและสิ่งที่เป็นผลลัพธ์ คือ บริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้นั้นได้สำเร็จ

(2) กฎหมายได้นิยามการดูแลในชุมชน และกลุ่มผู้ใช้บริการที่เปราะบาง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ตามกฎหมายได้กำหนดรายการบริการการดูแลในชุมชน

ตัวอย่างการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน Hampshire ประเทศอังกฤษ ได้แบ่งบริการเป็น 7 แบบ คือ บริการที่บ้าน สถานะบริบาล การให้การพยาบาล และการดูแลพิเศษ ผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม การเข้าและออกจากโรงพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพผู้สูงอายุ (<http://www3.hants.gov.uk/adult-services/carechoice/careathome/care-at-home-search.htm>) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การดูแลที่บ้าน

เป็นการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการการช่วยเหลือแบบวันต่อวันในบ้านของพวกเขาเอง มีบริการหลายๆ อย่างที่สามารถช่วยผู้สูงอายุได้ ได้แก่

1.1 บริการค้นหาความช่วยเหลือที่บ้าน เป็นบริการที่ช่วยให้เตรียมความช่วยเหลือระดับเล็กๆ น้อยๆ แก่ผู้สูงอายุ

1.2 การเลือกบ้านที่เหมาะสมที่จะมีบริการช่วยเหลือ เป็นบริการที่ทำให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุจะค้นหามหาวิทยาลัยที่มีคุณภาพ

1.3 อุปกรณ์และการดัดแปลงวัสดุอุปกรณ์ การค้นหาอุปกรณ์ที่สามารถทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความสะดวกสบายและปลอดภัย

1.4 การเข้าและออกจากโรงพยาบาล เพื่อเตรียมการสำหรับการเข้าและออกจากโรงพยาบาล

1.5 การบำรุงรักษาบ้านและสวน เป็นการให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้มีการใช้ชีวิตอย่างอิสระในบ้านของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

1.6 ความปลอดภัยและความมั่นคง การทำให้บ้านมีความปลอดภัยโดยคนที่มีความรู้/เชี่ยวชาญ การระมัดระวังไม่ให้มีควัน หรือสารพิษบริเวณใกล้บ้าน

1.7 การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินในบ้าน เช่น การให้คำแนะนำในปัญหาเรื่องไฟฟ้าแก๊ส และน้ำประปา

1.8 ทางเลือกภายในบ้านมีดีอื่นๆ เช่น การเคลื่อนย้ายที่ได้ออกแบบไว้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

(2) สถานะบริบาล การให้การพยาบาล และการดูแลพิเศษ

เป็นบริการที่ผู้สูงอายุประสบปัญหา หรือความยุ่งยากในการบริหารจัดการภายในบ้าน บริการนี้จะทำให้เกิดทางเลือกที่จะช่วยให้การใช้ชีวิตมีความสะดวกสบายมากขึ้น การดูแลพิเศษที่บ้านครอบคลุมการให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุเอง การดูแลและสนับสนุนภายใน 24 ชั่วโมง ในทุก ๆ วัน บริการแบบนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในบ้าน

ของตนเองได้ หรืออาจจะต้องออกไปสถานบริบาล หรือการดูแลที่บ้านโดยพยาบาล ถ้าเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ

(3) **ผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม** ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่เตรียมการดูแลและสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระ หรือสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ ทั้งนี้ ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือ เกื้อกูลผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงข้อมูลออนไลน์ จาก Carer Aware Course ซึ่งช่วยให้เห็นอัตลักษณ์ผู้ดูแลว่าเป็นอย่างไร ผู้สูงอายุต้องการคุณสมบัติของผู้ดูแลในลักษณะใด สิ่งที่สนับสนุนผู้สูงอายุมีสิ่งใดบ้าง และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร เป็นต้น

(4) **การเข้าและออกจากโรงพยาบาล** มีบริการ NHS Hospital Services เป็นการดำเนินการและการบริหารจัดการโดยกองทุน NHS และถ้าต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใน NHS โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลฉุกเฉิน การรักษาในโรงพยาบาลได้รับการดำเนินงานผ่านแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของผู้สูงอายุเอง การให้บริการทันตกรรม และบริการเกี่ยวกับสายตา ทั้งนี้ ยังสามารถเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาล Hampshire, Portsmouth, Southampton และ Frimley Park ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารจัดการโดยกองทุนของ NHS และมีความรับผิดชอบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพที่ดี และส่งมอบบริการที่ถูกต้องเมื่อผู้สูงอายุมีความต้องการบริการนั้น

(5) **คุณภาพชีวิตและสุขภาพ** เป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดำเนินชีวิตและสุขภาพ รวมบริการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารจุดมุ่งหมายของบริการ คือ สนับสนุนผู้สูงอายุที่เผชิญกับความยากลำบาก บริการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยใน Hampshire

(6) **บริการที่ช่วยเหลือการใช้ชีวิตของผู้พิการและคนที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว** เมื่อผู้สูงอายุกลายเป็นคนพิการ อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ ความเจ็บป่วย และอาจเป็นคนพิการมาตั้งแต่กำเนิดจนล่วงเลยมาถึงวัยสูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีความพิการ หรืออยู่ในระบบการดูแลระยะยาว จะต้องมีจัดการให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด หรือเท่าที่จะเป็นไปได้ การใช้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าผู้สูงอายุนั้นจะต้องได้รับบริการอะไรบ้าง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่ผู้ให้บริการจะตัดสินใจว่าทางเลือกใดที่จะเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

(7) **การออกไปท่องเที่ยวและดำเนินกิจกรรมต่างๆ** การค้นหากิจกรรมทางสังคมใหม่ๆ การพักผ่อนหย่อนใจ และการวางแผนการท่องเที่ยวที่ใช้การคมนาคมที่จะทำให้ผู้สูงอายุออกไปใช้ชีวิตนอกบ้านได้ตามต้องการ จากตัวอย่างการดูแลผู้สูงอายุใน Hampshire ถือได้ว่าการดูแลทางสังคมเป็นบริการที่ตอบสนองการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีอิสระในการใช้ชีวิตของตนเองได้อย่าง

ดี และสร้างศักยภาพให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้ตามที่ตนต้องการ และอาจรวมถึงการยืดระยะเวลาที่ต้องพึ่งพาคนอื่นได้อีกด้วย

1.2 ประเทศอเมริกา

ประชากรสูงอายุ

สหรัฐอเมริกา มีประชากร 312 ล้านคน ประชากรส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 82 อยู่ในวัยหนุ่มสาว มีเพียงร้อยละ 13 อายุมากกว่า 65 ปี แม้ว่าจะเป็นประเทศมั่งคั่งประเทศหนึ่งในโลก อายุขัยเฉลี่ยของประชากรกลับยืนยาวแค่ 78.7 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD 1.4 ปี (Ruth Robertson, Sarah Gregory and Joni Jabbal, 2014, p. 52) สหรัฐอเมริกามีจำนวนประชากรที่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 48 ล้านคน และส่วนใหญ่เป็นสมาชิกที่มีศักยภาพในครอบครัวและชุมชน แต่ยังมีผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่ง คือ กลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 4.06 ล้านคน ที่ถูกทอดทิ้งโดยปราศจากผู้ดูแล และต้องอาศัยอยู่ในสถานพักพิงหรือสถานที่ที่ภาครัฐจัดหาให้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถูกจัดเป็นพลเมืองลำดับรอง เพราะมีรายได้น้อย ส่วนใหญ่แล้วมักถูกล่วงละเมิด ถูกทอดทิ้ง หรือถูกขูดรีด เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ภาครัฐต้องมีการจัดสวัสดิการทางสังคมที่สามารถรองรับความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร (วันดี โภคะกุล, 2549, น. 11-13, อ้างถึงใน ภูมิ โชคเหมาะ และคณะ. 2552, น. 54)

กฎหมาย/นโยบาย

สหรัฐอเมริกาจัดเป็นประเทศรัฐสวัสดิการในแนวเสรีนิยมประชาธิปไตย แต่รัฐมีบทบาทอย่างจำกัดในการจัดบริการสวัสดิการสังคม เพราะเน้นกลไกตลาดในระบบเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคมเอกชน ในกรณีผู้สูงอายุนั้น สหรัฐอเมริกามีบทบัญญัติของกฎหมายและมาตรการที่จัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุหลายประการ

1. กฎหมายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญของสหรัฐอเมริกา ได้แก่ กฎหมายผู้สูงอายุ (The Older American Act หรือ OAA) ถือเป็นกฎหมายที่สำคัญที่สุด ซึ่งตราขึ้นมาเพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น โดยมีการกำหนดสิทธิที่จะให้บริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งนี้ กฎหมายดังกล่าวยังใช้กำกับดูแลการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลมณฑลรัฐให้กับรัฐบาลกลาง (States) ใช้สำหรับการวางแผนในชุมชน และโครงการที่จัดเพื่อให้บริการสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ อาทิ โครงการบริการจ้างงานผู้อาวุโสในชุมชน (The Senior Community Service Employment Program) รวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณสำหรับการทำโครงการวิจัย และโครงการฝึกอบรมสำหรับผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป)

กฎหมายผู้สูงอายุ (The Older American Act หรือ OAA) มีการแก้ไขเพิ่มเติมใน ค.ศ. 1992 ตามโครงการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุผ่านทางเครือข่ายองค์การเพื่อผู้สูงอายุแห่งรัฐ (State and Territorial Units on Ageing) หรือ SUAs องค์การผู้สูงอายุพื้นที่ และองค์การเพื่อผู้ยากไร้ โดยการติดตามผลการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้ การดำเนินการภายใต้โครงการหลัก 4 โครงการ ดังนี้ (1) โครงการผู้ตรวจการที่ให้การดูแลในระยะยาว (2) โครงการป้องกันการถูกละเมิดทอดทิ้ง และใช้ผู้สูงอายุแสวงหาประโยชน์ (3) โครงการสิทธิของผู้สูงอายุ และการพัฒนาให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายแห่งรัฐ และการขยายหลักประกันและสิทธิประโยชน์ และ (4) โครงการให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือ

กฎหมาย OAA ได้มีการแก้ไขครั้งใหญ่ในปี ค.ศ. 2000 และได้มีนำโครงการใหม่ที่สำคัญ คือ The National Family Caregiver Support ซึ่งเป็นโครงการที่ให้บริการแก่สมาชิกของครอบครัวผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ/ผู้พิการในครอบครัวของตน ในปี ค.ศ. 2001 โครงการดังกล่าวได้รับงบประมาณจำนวน 125 ล้านดอลลาร์สหรัฐ กระจายให้กับศูนย์บริการผู้สูงอายุ/ผู้พิการในระดับมลรัฐ โดยที่ศูนย์ให้บริการระดับชุมชนต่างๆ นำงบประมาณที่ได้รับไปจัดโครงการตามความต้องการของชุมชน อาทิ การจัดหาข้อมูล และให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ขอรับบริการ การให้คำปรึกษาและกิจกรรมอื่นๆ เป็นต้น ทั้งนี้มีหน่วยงานระดับรัฐบาลกลางที่มีหน้าที่ดูแลเรื่องผู้สูงอายุโดยตรง คือ สำนักงานบริหารผู้สูงอายุ (Administration on Aging) ที่อยู่ภายใต้การบริหารงานของกรมอนามัย และการให้บริการประชาชน (Department of Health and Human Services) หน่วยงานดังกล่าวจะเป็นศูนย์กลางที่สนับสนุนองค์กรต่างๆ ที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุได้ทราบถึงข้อมูลบริการในระดับรัฐบาลกลางและระดับชุมชน

2. กฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการปฏิบัติรักษาทางการแพทย์ (2) โครงการหลักประกันด้านสุขภาพ และ (3) การห้ามเลือกปฏิบัติโดยนำประเด็นเรื่องอายุมาพิจารณาในการจ้างงาน ทั้งนี้ การดำเนินการต่างๆ นั้นรัฐบาลได้มีการจัดทำโครงการประกันรายได้เสริม เพื่อความมั่นคง (The Supplemental Security Income) หรือ SSI ซึ่งผ่านสภาเมื่อปี ค.ศ. 1972 คือ การจ่ายเบี้ยยังชีพตามที่กำหนดในแต่ละมลรัฐ ซึ่งจ่ายให้กับผู้พิการและผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โครงการนี้มีงบประมาณจากรายได้ทั่วไปของรัฐมิใช่จากกองทุนประกันสังคม ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่มีสิทธิตามกฎหมายประกันสังคมอาจมีสิทธิตามข้อกำหนดของโครงการนี้ หรืออาจได้รับสิทธิประโยชน์จากทั้งประกันสังคมและโครงการนี้ด้วยเช่นกัน หากมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กฎหมาย

กำหนด และการสนับสนุนด้านข้อมูลวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในโครงการต่างๆ จากมหาวิทยาลัยของรัฐ

นอกจากนี้ยังมีโครงการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ (Senior Programs) ซึ่งเป็นบริการที่จัดให้โดยหน่วยราชการในระดับท้องถิ่นโดยอยู่ภายใต้ Recreation Department ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นของแต่ละชุมชนที่เรียกว่า “ท้องถิ่น” (County) โดยงบประมาณการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุดังกล่าวได้มาจากเงินงบประมาณที่รัฐบาลกลาง (Federal) จัดสรรให้กับมลรัฐ และเงินงบประมาณของมลรัฐและท้องถิ่น (County) ที่เก็บจากภาษีโรงเรือน (Property Taxes) และภาษีชุมชน (Community Taxes) ของท้องถิ่นนั้นๆ

3. กฎหมายอื่นๆ และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา มีอีกหลายฉบับประกอบด้วย (ปิยากร หวังมหพร, 2552 อ้างถึงใน ภูมิ โชคเหมาะ และคณะ, 2552, น. 45-57)

3.1 การเลือกปฏิบัติด้านอายุในการจ้างงาน (Age Discrimination on the Job) ผู้สูงอายุจะต้องเข้าเงื่อนไข คือ (1) อายุไม่น้อยกว่า 40 ปี (2) สมัครเข้าทำงานตามที่นายจ้างได้หาผู้มาสมัคร (3) ได้รับการปฏิเสธการทำงาน (4) แสดงให้เห็นว่าตำแหน่งงานนั้นยังเปิดรับสมัครด้วยคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน หรือได้มีการจ้างผู้ซึ่งอายุน้อยกว่าด้วยคุณสมบัติที่เปรียบเทียบกันได้ ในกรณีที่ถูกเลิกจ้าง ผู้สูงอายุก็ต้องแสดงสาเหตุและตัวเลขสถิติมาชี้แจงประกอบ เพราะกฎหมายให้ความคุ้มครองในเรื่องเงินเดือน เงื่อนไขการจ้าง การเลิกจ้าง การฝึกอบรม การโฆษณารับสมัครพนักงาน โดยกำหนดอายุคุณลักษณะหรือคุณสมบัติ รวมทั้งการให้กรอกอายุผู้สมัครในใบสมัครงาน ยกเว้นมีการกำหนดอายุผู้สมัครงานในการโฆษณานายจ้างสามารถทำได้ หากอาชีพนั้นมีความจำเป็นและสำคัญต่อการดำเนินธุรกิจ และการให้กรอกอายุผู้สมัครงานนั้นต้องมีใช้เพื่อการกีดกันในการเข้าทำงาน ซึ่งทั้งสองกรณีดังกล่าวมานายจ้างจะต้องพิสูจน์เมื่อมีการตรวจสอบเกิดขึ้น กฎหมายดังกล่าวบังคับใช้กับหน่วยงานในระดับสหพันธรัฐ มลรัฐ และท้องถิ่นที่มีพนักงานหรือลูกจ้างตั้งแต่ 25 คนขึ้นไป (ปิยากร หวังมหพร, 2552)

3.2 เงินบำนาญ (Pensions) ได้แก่ เงินบำนาญจากการทำงาน (Plans and Simplified Employee Pension Plans) การได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคมที่เป็นบำนาญชราภาพสำหรับผู้ยังชีพ ซึ่งอายุ 65 ปี ขึ้นไป และผลประโยชน์ทุพพลภาพ (Old-Age Survivors and Disability Insurance) โดยบุคคลผู้นั้นต้องทำงานมาแล้วอย่างน้อย 10 ปี

3.3 รายได้จากระบบความมั่นคงทางสังคมและรายได้เสริมเพื่อความมั่นคง (Social Security and Supplemental Security Income) กรณีผู้สูงอายุนั้นมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน

3.4 การจัดบริการผู้พิการ (Disability) ได้แก่ (1) การร้องขอบริการความตกลงใจ และการอุทธรณ์ (Claims, Decisions, an Appeals) (2) รายได้เสริมเพื่อความมั่นคง (Supplemental Security Income)

3.5 ผลประโยชน์ด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาว (Health and Long-Term Care Benefits)

3.6 การดูแลด้านการแพทย์ (Medicare) ได้แก่ (1) การบริการด้านการแพทย์ (Medical Aid) เป็นระบบบริการระยะสั้น และมีขอบเขตจำกัดในการให้บริการ (2) การประกันด้านการแพทย์ (Medical Insurance) เป็นระบบการช่วยเหลือที่มีความครอบคลุมมากกว่าการให้ยารักษาโรค การดูแลใช้ในกรณีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute Health Care) ในผู้สูงอายุ โดยเป็นส่วนหนึ่งของบริการจากประกันสังคมสำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (3) การจ่ายเพื่อการดูแลระยะยาว (Paying for Long-Term Care) การให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ (ตามกฎหมาย) เป็นการจ่ายเงินให้เป็นค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย เช่น ผู้สูงอายุที่ตาบอด หรือพิการ

3.7 ทางเลือกด้านที่อยู่อาศัยและการดูแลระยะยาว (Housing and Long-Term Care Options) ได้แก่ (1) การเงินเพื่อที่อยู่อาศัย (Home Equity Conversion) (2) การให้บริการชุมชนผู้เกษียณอายุ (Retirement Communities)

3.8 การให้บริการพยาบาลที่บ้าน (Nursing-Home Care) เป็นการเตรียมการพักอาศัยในสถานพยาบาล (Nursing home) หรือการมีพยาบาลมาดูแลที่บ้าน ตามกฎหมาย Nursing Home Reform Act (NHRA) ซึ่งเก็บค่าบริการสูงมาก สิ่งสำคัญ คือ การเตรียมการด้านการเงิน

3.9 สิทธิของประชาชนผู้พิการ (Rights of People with Disabilities)

3.10 สิทธิที่จะควบคุมธุรกิจของตนเอง (A Right to Control Your Own Affairs)

3.11 อำนาจทดแทนของทนายความ (Durable Power of Attorney) ในประเด็น (1) กองทุนเพื่อการดำรงชีวิต (Living Trusts) (2) การร่วมทุน (Joint Ownership) (3) ผู้รับเงิน (Representative Payees) (4) บริการจัดการทางการเงิน (Money Management Services) เป็นการอนุญาตให้บุคคลที่สามที่เรียกว่า “Conservator” จัดการด้านทรัพย์สินแทนผู้สูงอายุโดยผ่านการอนุญาตจากศาล (5) การบริการความปลอดภัย (Guardianship) (6) ความตกลงใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Health-Care Decision-Making Issues) เป็นการอนุญาตให้บุคคลที่สามที่ไว้วางใจได้ (A Trusted Third Party) จัดการด้านการดูแลสุขภาพ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไร้สมรรถภาพทางสมอง) โดยกำหนดแนวทางไว้ร่วมกัน (Health Care Directive) และผ่านอำนาจพิจารณาของทนายความ (A Durable Power of

Attorney) หรือผู้ดูแลส่วนตัว (Guardian) ซึ่งกรณีหลังจะต้องผ่านการอนุญาตจากศาลก่อน และ (7) การปฏิบัติที่ไม่ชอบและการกดขี่ขูดรีด (Abuse and Exploitation)

ระบบการดูแล รูปแบบการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคมได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง มลรัฐ และท้องถิ่น ซึ่งการให้บริการทางสังคมถูกออกแบบมาเพื่อเพิ่มความเป็นอิสระ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอเมริกา การใช้กองทุนสาธารณะเพื่อสนับสนุนการให้บริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเป็นการจัดการแบบไม่เป็นทางการ เช่น การจัดบริการในลักษณะที่ใช้ความเมตตาต่อกันของคนในชุมชน เพื่อให้เป็นศูนย์บริการแรกของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งนี้ ในช่วงศตวรรษที่ 20 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอยู่ 2 ประการ คือ แบบแผนของการดูแลผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปในอเมริกาด้วยสาเหตุของการขยายตัวเพิ่มขึ้นของผู้หญิงที่ได้ค่าจ้างแรงงาน และการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในการตั้งเป้าหมายของชีวิตของประชาชนชาวอเมริกา

ประชากรอเมริกันเกือบทุกคนใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุโดยชำระค่าใช้จ่ายด้วยตัวเอง ใช้ทรัพย์สินของตัวเอง จนกระทั่งมีคุณสมบัติได้รับความคุ้มครองจากแผนประกันสุขภาพฟรีเพื่อคนมีรายได้น้อย ซึ่งจัดสรรโครงข่ายความปลอดภัยให้แก่ประชากรที่มีรายได้น้อย แผนประกันสุขภาพฟรีเพื่อคนมีรายได้น้อยไม่รวมบ้านของครอบครัวคนไข้เข้าในระบบการประเมินทรัพย์สิน แต่การพิจารณาสินทรัพย์อย่างอื่นก็อยู่ในระดับต่ำมาก แม้ว่าค่าบริการสถานดูแลผู้สูงอายุจะมีราคาสูงเฉลี่ยอยู่ที่ 45,800 ปอนด์ต่อปี แต่ชาวอเมริกันจำนวนมากก็ไม่รือที่จะใช้จ่ายทรัพย์สินส่วนตัวหรือขอความช่วยเหลือจากประกันสุขภาพฟรีสำหรับคนรายได้น้อย (Rice et al., 2013)

แผนประกันสุขภาพให้ความคุ้มครองแบบจำกัดสำหรับการดูแลเฉพาะช่วงกลางวันในคนไข้เวชศาสตร์ฟื้นฟูหลังจากออกจากโรงพยาบาล ถ้าคนไข้ต้องการรักษาเกินจากที่ประกันคุ้มครองก็ต้องชำระค่าใช้จ่ายส่วนเกินด้วยตนเองหรือขอรับความคุ้มครองจากแผนประกันสุขภาพฟรีสำหรับคนรายได้น้อย สำหรับคนที่ไม่ต้องการรับการดูแลในสถานพยาบาลก็สามารถใช้บริการศูนย์ช่วยเหลือที่พักพิงสำหรับผู้สูงอายุ และแม้ว่าจะไม่คุ้มครองโดยแผนประกันสุขภาพเอกชนหรือแผนประกันสุขภาพของรัฐใน 40 รัฐมีการสละสิทธิ์ ดังนั้น ประชากรที่มีรายได้น้อยจึงได้รับความคุ้มครองจากแผนประกันฟรีสำหรับคนรายได้น้อย การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีราคาแพงและแผนประกันสุขภาพของเอกชนและแผนประกันสุขภาพของรัฐก็ไม่มีผลประโยชน์คุ้มครอง (Rice et al., 2013) แม้ว่าในบางรัฐ แผนประกันฟรีสำหรับคนมีรายได้น้อยจะให้ความคุ้มครองบริการนี้ (Commonwealth Fund, 2013)

ลักษณะการบริการทางสังคม

ปัจจุบันการจัดบริการทางสังคมเป็นการให้บริการอย่างมืออาชีพที่อยู่ภายใต้ความหลากหลายของจุดมุ่งหมายและแหล่งทุนที่มีการเรียกร้องจากองค์กรต่างๆ แต่ละองค์กรอาจเตรียมการช่วยเหลือด้านการเงินที่แตกต่างกัน เช่น The Older Americans Act The Social Services Block Grant, The Community Development Block Grant, Medicaid and Medicare ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของข้อเรียกร้องที่เหมาะสมในการผลิตโครงการใหม่ๆ ที่แตกต่างกันได้

การใช้บริการของ Area Agency on Aging (AAA) เป็นการเริ่มต้นที่สำคัญในการค้นหาบริการที่สนับสนุนผู้สูงอายุภายใต้หน่วยงานของ OAA, AAA เพราะข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุมทุกระดับ เช่น ท้องถิ่น หรือรัฐบาลท้องถิ่น รัฐบาลกลาง หรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร บริการของ AAA เพื่อจัดหาบริการ การจ้างส่วนตัว หรือองค์กรรัฐบาลที่จะให้การช่วยเหลือกับผู้สูงอายุ เป็นต้น การให้บริการของ AAA บางอย่างถูกจำกัดให้เฉพาะบุคคลและข้อจำกัดทางการเงิน (Gelfand) อย่างไรก็ตาม การจัดบริการหลายๆ อย่างของ AAA ถูกเรียกร้องให้จัดส่วนในการเข้าถึงบริการที่เพียงพอกับผู้ให้บริการ หรือช่วยให้ประชาชนสามารถค้นหาบริการที่ตนเองต้องการได้สะดวก เช่น การบริการในบ้าน และการบริการในชุมชน เป็นต้น การเข้าถึงบริการ (เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร) และการขยายบริการ (บริการส่งต่อ) เปรียบเสมือนการบริการขนส่ง (เคลื่อนย้าย) ข้อมูลและการส่งต่อเบอร์โทร สำหรับบริการ AAA จะทำคล้ายรายชื่อในสมุดโทรศัพท์ของรัฐบาล ซึ่งบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ของบุคคลที่ได้รับข้อมูลทั้งในส่วนของการบริการสาธารณะ และบริการส่วนตัวในชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ การให้บริการส่งต่อส่วนใหญ่ของ AAA มีจุดมุ่งหมายในด้านการแพทย์ การนัดหมายแพทย์ หรือการเยี่ยมชมสมาชิกครอบครัวในการพยาบาลที่บ้าน และการให้บริการที่ชมรมผู้สูงอายุและบริการอื่นๆ เช่น การพาไปร้านขายของชำ และการพาไปเที่ยว เป็นต้น (David J. Ekerdt, 2002, pp. 1308-1309) การให้บริการประกอบด้วยดังนี้

1. บริการที่บ้าน (In-Home Services) ประกอบด้วย (1) บริการดูแลบ้าน ได้แก่ งานทำความสะอาดบ้าน เช่น การดูดฝุ่น การขัดฝุ่น และการล้างจาน (2) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Aides) เตรียมบริการการดูแลส่วนบุคคล และจำกัดการดูแลที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การช่วยเหลืออาจช่วยด้านการอาบน้ำ หรือการแต่งตัว หรืออาจตรวจวัดความดันโลหิต แต่การช่วยเหลือไม่ได้เป็นการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนสายยาง (สายอาหารเหลว) (3) การเยี่ยมบ้าน หรือเบอร์โทรศัพท์ประกันภัย เป็นการติดต่อส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้อาสาสมัครเฉพาะบุคคลติดต่อกับคนที่อยู่บ้านใกล้เคียงกับผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อให้ดูว่าผู้สูงอายุเป็นอย่างไร กำลังทำอะไร

และต้องการอะไรเป็นพิเศษ (4) บริการที่บ้านเฉพาะบุคคลที่ถูกจำกัดด้านแหล่งการเงิน บางหน่วยงานจะเสนอบริการนี้กับคนที่มีรายได้สูงให้ใช้บริการในระบบได้ฟรี (5) การบริการทำงานบ้าน เป็นการบำรุงรักษาบ้าน เช่น การทำความสะอาดรางน้ำฝน การซ่อมแซมกระจกหน้าต่าง และการตัดหญ้า บริการในบ้านที่เหมาะสม

2. การดูแลในชุมชน (Community Services) เป็นการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการตรวจสอบคำร้องขอของประชาชนต่อองค์กรรัฐบาล และบริการด้านกฎหมาย ในบางรัฐมีผู้ดำเนินการในฐานะที่เป็น “วิชาชีพดูแลระยะยาว” ซึ่งในหลายรัฐได้ฝึกอาสาสมัครให้เป็นคนรับฟังปัญหาของประชาชน ทั้งนี้ ประชาชนหลายๆ คนได้ถูกพิทักษ์สิทธิ์ในนามของผู้อำนวยความสะดวกในการดูแลระยะยาว บุคคลเหล่านี้ได้รับและค้นหาคำร้อง และเก็บรักษาบันทึกคำร้องเหล่านั้นไว้ ซึ่งบันทึกเหล่านั้น เรียกว่า “report cards” โดยมีไว้เพื่อการตรวจสอบบริการด้านกฎหมาย โดยปกติจะให้บริการแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดด้านรายได้ อย่างไรก็ตามโครงการบริการด้านกฎหมายจะมีนักกฎหมายยืนยันถึงเจตนาจริง และการอภิบาลแต่ไม่ใช่กับคดีพลเมือง (civil suit) หรือการเกิดอาชญากรรม ซึ่งหน่วยงานของ AAA ได้ให้บริการอื่นๆ อีก เช่น โครงการโภชนาการ โครงการขัดเกลาทางสังคม โครงการคุ้มครอง โครงการหางานทำ และการจัดการรายกรณี David J. Ekerdt (Editor, 2002, pp. 1308-1309) โดยมีรายละเอียดของโครงการที่สำคัญ ดังนี้

2.1 โครงการโภชนาการ เป็นการจัดบริการเรื่องอาหารในชมรมผู้สูงอายุ และ/หรือ การให้บริการส่งอาหารกลางวันที่บ้าน เช่น อาหารบนรถเข็น (Meals on Wheels) อาหารกลางวัน โครงการเกี่ยวกับการศึกษา หรือการบันเทิง อาหารเหล่านี้ให้บริการแก่คนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือบริจาคเพิ่มเติมเมื่อถูกร้องขอ ทั้งนี้ อาหารที่บริการจะเป็นเมนูที่คุ้นเคยกับชุมชนเป็นหลัก

2.2 โครงการขัดเกลาทางสังคม เป็นโครงการเพื่อนเดินทางสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมศูนย์ผู้สูงอายุ การรับอุปถัมภ์ผู้สูงอายุ และโครงการอาสาสมัครผู้สูงอายุที่เกษียณ (RSVP) โครงการเพื่อนเดินทางสำหรับผู้สูงอายุจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และช่วยผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดต้องอยู่ภายในบ้าน เพื่อนเดินทางที่ถูกฝึกมาจะได้รับค่าจ้าง/ค่าตอบแทนเล็กน้อยสำหรับการให้บริการ ทั้งนี้ เพื่อนเดินทางและผู้สูงอายุจะพบกันชมรมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ โดยเพื่อนเดินทางจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ศูนย์ผู้สูงอายุจะเตรียมกิจกรรมหลากหลาย ทั้งงานศิลปะและงานฝีมือ การพูดคุยกันถึงเหตุการณ์ปัจจุบัน การเดินรำ การส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ ส่วนโครงการรับอุปถัมภ์ผู้สูงอายุถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อให้มีกิจกรรมที่มีความหมายสำหรับผู้สูงอายุแบบเฉพาะบุคคล และการช่วยเหลือบุตรหลาน ซึ่งงานการอุปถัมภ์นั้นเกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น โรงเรียน ศูนย์ดูแลเด็ก และโรงพยาบาล เป็นต้น

2.3 โครงการคุ้มครองผู้สูงอายุ โดยการค้นหารายงานผู้สูงอายุที่ถูกทำร้าย ถูกทอดทิ้ง นักวิชาชีพของรัฐเกือบทั้งหมดถูกเรียกร้องจากกฎหมายให้รายงานกรณีที่สงสัยว่าผู้สูงอายุถูกทำร้าย ถูกทอดทิ้ง หรือถูกแสวงประโยชน์โดยหน่วยงานต้องให้การปกป้องคุ้มครอง แทรกแซงในลักษณะการให้ คำปรึกษาครอบครัว หรือการให้คำแนะนำ ในบางกรณีหน่วยงาน AAA อาจทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิได้

2.4 โครงการหางานทำ เป็นบริการด้านฝึกอบรม และการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการหางานทำ โครงการเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ และบางครั้งก็เป็น ส่วนประกอบในการพัฒนางานของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการประสานงาน ทั้งนี้ โครงการหางานทำ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (SCSEP) ให้บริการงานแบบ part-time กับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและมีอายุ 55 ปี และมากกว่านั้น โครงการ SCSEP ให้บริการทั้งการจัดอบรมและการทำงานที่ไม่แสวงกำไร ทั้งนี้ การเลือกปฏิบัติเพราะความมีอายุเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจมาก ผู้ที่สงสัยว่าจะตกเป็นเหยื่อเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติเพราะมีอายุมากสามารถเรียกร้องการช่วยเหลือจากหน่วยงาน AAAs ได้

2.5 บริการผู้ดูแล เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวแห่งชาติ ตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุอเมริกา ปี 2000 (Older Americans Act, 2000) ภายใต้ การอุปถัมภ์ของ U.S Administration on Aging โครงการนี้ให้งบประมาณสำหรับการบริการที่สนับสนุน สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบริการครอบคลุมหน่วยงานด้านผู้สูงอายุ บริการด้าน สุขภาพจิต และการช่วยเหลือดูแลบ้าน David J. Ekerdt (Editor, 2002, pp. 1309-1311)

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุของอเมริกา พบว่า กองทุนหลักของรัฐคือแผน ประกันสุขภาพฟรีสำหรับคนมีรายได้น้อยซึ่งให้ความคุ้มครองด้านสถานดูแลผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้านสำหรับคนที่มียาได้น้อย ซึ่งชำระค่าใช้จ่ายด้วยตัวเอง ทว่าแผนประกันสุขภาพแห่งชาติไม่คุ้มครอง ค่าใช้จ่ายการดูแลทางสังคม ยกเว้นค่าใช้จ่ายเล็กน้อยของด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยชำระให้แก่บริการดูแล ผู้สูงอายุจำนวน 100 วัน ชาวอเมริกันที่มีฐานะดีบางคนมีประกันรักษาพยาบาลในระยะยาวของเอกชน เพื่อคุ้มครองค่าใช้จ่ายสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานพยาบาลในระยะยาว แม้ว่าจะได้รับความสนใจน้อย และแผนประกันจำนวนมากมีการจำกัดค่าใช้จ่าย มีการจำกัดการใช้บริการ เพื่อการป้องกันค่าใช้จ่ายที่ สูงมากเกินไป (Ruth Robertson, Sarah Gregory and Joni Jabbal, 2014, p. 54)

สถานดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในอเมริกาเป็นองค์กรแสวงผลกำไร ร้อยละ 61 ทั้งนี้ หนึ่งใน สามให้บริการโดยองค์กรซึ่งไม่แสวงผลกำไร ร้อยละ 31 มีเพียงจำนวนน้อยที่บริหารโดยรัฐบาล คือ ร้อยละ 8 (ตัวเลขปี 2004, Rice et al., 2013) ในปี 2009 ประชากรชาวอเมริกัน 1.9 ล้านคนเข้าใช้

บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ จำนวนผู้ใช้บริการดังกล่าวลดลงเล็กน้อยในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากหลายบริษัทปรับเปลี่ยนให้มีบริการดูแลที่บ้านและบริการดูแลช่วงกลางวันมากขึ้น (Rice et al., 2013)

นอกเหนือจากบริการของ AAA แล้ว ยังมีบริการ Aging & Independence Services หรือ AIS ของซานดิเอโก ที่จัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยผ่านการทำข้อตกลงกับองค์กรชุมชน โดยขอบเขตในการบริการประกอบด้วย 1) บริการข้อมูล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ 2) การบริการที่บ้าน 3) การคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงสิทธิอย่างปลอดภัยและสมศักดิ์ศรี 4) บริการส่งเสริมสุขภาพ 5) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ AIS มีบริการมากกว่า 30 โปรแกรม และแต่ละโปรแกรมมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่ได้รับสิทธิที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอายุ ระดับความต้องการ และรายได้ โปรแกรมส่วนใหญ่ของ AIS ได้รับการสนับสนุนจากราชบัญญัติผู้สูงอายุของอเมริกา และมีแหล่งที่มาของเงินสนับสนุนถึง 40 กองทุน (http://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/about_ais.html)

ทั้งนี้ AIS ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ช่วยเพิ่มความรับผิดชอบที่มีต่อความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ ซึ่งการเข้าถึงบริการจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นหากหลายฝ่ายให้ความสำคัญต่อบริการและความต้องการของผู้สูงอายุ และผู้ทุพพลภาพ AIS จึงพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการท้องถิ่น องค์กรชุมชน และหน่วยงานของรัฐ โดยใช้ Call Center เพื่อเข้าถึงโปรแกรมเฉพาะต่างๆ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ โครงการโภชนาการ การออกกำลังกาย และอาสาสมัคร เป็นต้น โครงการเหล่านี้ได้รับการออกแบบสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เช่นโครงการ Brown Bag ซึ่งจัดส่งอาหารสด (ได้จากการบริจาคจากประชาชน และบริษัทห้างร้านทั่วไป) ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือโปรแกรม MoMeals ซึ่งจัดอาหารเข้านวด 1,000-2,500 ชุด สำหรับผู้สูงอายุในวันหยุด เป็นต้น นอกจากนี้ AIS ให้การสนับสนุนการประชุมประจำปี (Aging Summit) เครือข่ายผู้สูงอายุของเมืองซานดิเอโก ซึ่งประกอบด้วยองค์กรและประชาชนกว่า 500 ราย เพื่อเป็นช่องทางสำหรับระบุปัญหาและพัฒนาแนวทางในอนาคตของพันธมิตรและเครือข่ายอีกด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553, น. 143-144)

ตัวอย่างการดูแลทางสังคมภายใต้โครงการ ASAPs ในรัฐแมสซาชูเซตส์ของอเมริกา เป็นตัวแบบการดูแลทางสังคมที่น่าสนใจ ซึ่งมีบริหารและการจัดบริการ ดังนี้

1. การบริหารจัดการรายกรณีและการประสานงานด้านผู้สูงอายุ

1.1 Case Consultation Service โปรแกรมสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลมากขึ้น

1.2 Case Management ให้บริการประเมินสภาพที่บ้านโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย การวางแผนการดูแล และติดตามบริการอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่บ้าน การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ โปรแกรมช่วยดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลพักผ่อน หรือบริการที่แยกต่างหาก

2. การให้บริการผู้รับบริการโดยตรง

2.1 ทางเลือกในชุมชน (Community CHOICES) โปรแกรมสาธิตสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง ที่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายด้านการดูแล (ไม่เกิน 1200 เหรียญ/เดือน) โดยอ้างอิงกับโมเดล “เงินตามคน”

2.2 โปรแกรมที่ให้บริการที่บ้าน (State Home Care Program) ซึ่งได้รับสนับสนุนจากรัฐบาล เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรงสามารถอยู่ในชุมชนได้ เช่น บริการการส่งอาหารให้ผู้สูงอายุที่บ้าน และบริการการดูแลส่วนตัว

2.3 โปรแกรมการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care Attendant Program) มีบริการหลากหลาย โดยอาจขอใช้บริการจากผู้ดูแลส่วนบุคคล ทั้งดูแลเฉพาะเวลาหรือการขอคำปรึกษา ผู้ที่ให้บริการมาจาก ASAP สามารถให้บริการการช่วยเหลือด้านเทคนิคและการสนับสนุนต่อเนื่องได้

2.4 โปรแกรมสนับสนุนบริการที่มีค่าใช้จ่าย (Take Charge Program) โปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งต้องจ้างผู้ดูแลประจำตัวและช่วยทำงานบ้าน

2.5 โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบกลุ่มอุปการะ (Group Adult Foster Care Program) โปรแกรมความช่วยเหลือด้านการแพทย์ ซึ่งให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือสำหรับกิจกรรมประจำวัน เพื่อให้สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง

2.6 ระบบการช่วยเหลือฉุกเฉินรายกรณี (Personal Emergency Response System) ช่วยเหลือด้านอุปกรณ์และติดตามผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล โดยจัดเจ้าหน้าที่ช่วยดูแลในกรณีฉุกเฉิน โดยผู้สูงอายุจะได้รับอุปกรณ์สำหรับใช้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ โดยให้บริการผ่าน Foster Care Program, Home Care Program

2.7 บริการบริหารเงิน (Money Management) บริการที่จับคู่อาสาสมัครกับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน บริการนี้จำแนกเป็น 2 ระดับ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ได้แก่ Bill Payer Service และ Representative Payee Service

2.8 โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนสูงอายุ (Senior Companion Program) โปรแกรมอาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล

2.9 โปรแกรมช่วยเหลือด้านสุขภาพประจำวัน (Adult Health Day Program) โปรแกรมที่นำเสนอบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บริการบำบัด บริการดูแลส่วนบุคคล โภชนาการ และกิจกรรมทางสังคม รวมถึงโปรแกรมเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะจิตเสื่อม โดยให้บริการผ่าน Home Care or Group Adult Foster Care Program

2.10 โปรแกรมดูแลทางสังคมช่วงกลางวัน (Social Day Care Program) โปรแกรมด้านการสื่อสารกับสังคมกิจกรรม และอาหาร

2.11 บริการทำความสะอาดบ้าน (Home Maker Services) บริการด้านการดูแลบ้าน ให้บริการดูแลบ้าน ซ่อมแซมของเครื่องใช้ และงานบ้านอื่นๆ โดยให้บริการกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและผู้ทุพพลภาพ หรือเป็นบริการแยกต่างหาก

2.12 บริการซ่อมแซมบ้าน (Chore Services, Home Repairs) ช่วยเหลืองานบ้าน (เฉพาะงานหนัก) และการช่วยซ่อมบ้าน

2.13 บริการช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคล (Personal Care Homemaker) ความช่วยเหลือของ ADL ภายใต้คำสั่งของ ASAP RN เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการด้านงานบ้าน โดยพนักงานของผู้ให้บริการ

2.14 บริการด้านการคมนาคม (Transportation and Escort Services) บริการด้านการคมนาคมโดยรถแวนที่ติดตั้งอุปกรณ์พิเศษ แท็กซี่ รถชัตเตอร์บัส หรือบัตร์ลด์สำหรับ MBTA โดยอาจจำกัดบริการเฉพาะสำหรับบางกรณี หรืออาจให้บริการสำหรับกรณีพิเศษ เช่น การไปซื้อของ การไปเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าไม่สามารถใช้บริการรถสาธารณะจะได้รับบริการการเดินทางโดยแท็กซี่ ทั้งนี้ ASAPs ยังให้บริการการคมนาคมเพื่อช่วยชีวิตผู้รับบริการ เช่น การกรองของเสียจากเลือดของคนไข้ การฉายรังสี เป็นต้น

2.15 โปรแกรมดูแลในครอบครัว (Adult Family Care) โปรแกรมครอบครัวอุปถัมภ์ (Foster Care Program) สำหรับผู้ใหญ่ ซึ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้ เช่น การดูแลส่วนบุคคล การส่งอาหารถึงบ้าน การคมนาคม การดูแลช่วงกลางวัน การซื้อของชำ การบริการจัดการรายกรณี

2.16 บริการด้านโภชนาการ (Nutrition Services) โปรแกรมนี้ให้บริการด้านโภชนาการ ตั้งแต่การจัดหาอาหารให้ศูนย์ต่างๆ ไปจนถึงการจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุที่บ้าน

2.17 โปรแกรมสำหรับผู้ดูแล (Caregiver Respite Program) โปรแกรมที่นำเสนอวันหยุดพักผ่อนให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการให้บริการด้านการจัดการรายกรณี จนถึงบริการสำหรับกรณีฉุกเฉิน

2.18 บริการคุ้มครองผู้สูงอายุ (Adult Protective Services) บริการให้ความคุ้มครองซึ่งติดตามรายงานการทารุณกรรม การทอดทิ้ง และการแสวงหาประโยชน์ด้านเงินที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการบริหารจัดการรายกรณีในกรณีวิกฤตระยะสั้น เจ้าหน้าที่จะประสานงานหน่วยงานของชุมชน เพราะขจัดปัญหาการทารุณกรรมผู้สูงอายุ บริการครอบคลุมบริการด้านสุขภาพ สุขภาพจิต กฎหมาย และสังคม

2.19 โปรแกรมการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต (Supportive Living Services Program: SCES) โปรแกรมนำร่องโดย Elder Affairs และ Dept of Housing and Community Development โดยจัดหาเจ้าหน้าที่และให้บริการ 24 ชั่วโมงทุกวัน บริการนี้ครอบคลุมการช่วยเหลือของผู้ประสานงาน กิจกรรมทางสังคม การคัดเลือกผู้รับบริการ การจัดเตรียมอาหาร และการให้ความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง โดยเจ้าหน้าที่ของโครงการ (การดูแลส่วนบุคคลตารางบันทึกเกี่ยวกับการใช้ยา งานบ้าน การซื้อของชำ Supportive living Services Program (SCES) การชักจูง ระบบสำหรับกรณีฉุกเฉิน การคมนาคม และงานบ้าน (เฉพาะงานหนัก)

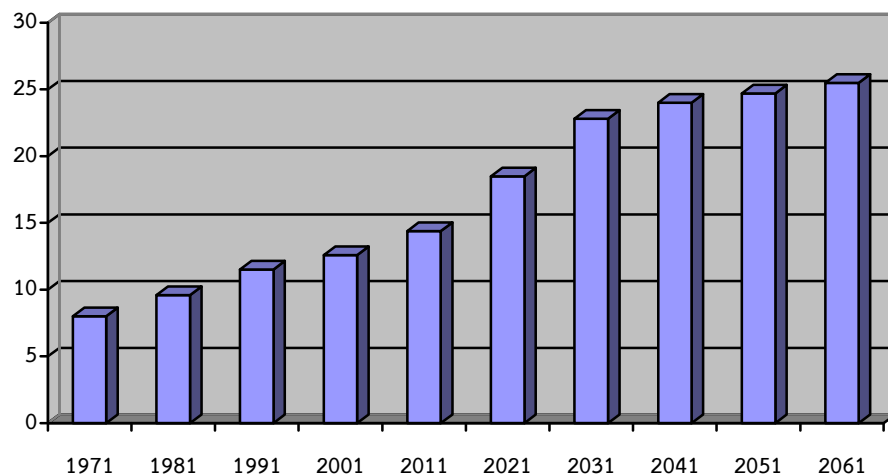
1.3 ประเทศแคนาดา

ประชากรสูงอายุ

การเจริญเติบโตในกลุ่มประชากรสูงอายุมีแนวโน้มคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากในหลายทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากประชากรที่เกิดในยุคเบบี้บูมถูกคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน (จำนวนเฉลี่ยสำหรับเด็กผู้หญิง) จึงทำให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุที่พร้อมๆ กัน อย่างไรก็ตาม ในปี 2011 ประชากรชาวแคนาดาจะมีผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปอยู่ที่ประมาณ 5.0 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในอีก 25 ปี ข้างหน้า (ปี 2036) เป็น 10.4 ล้านคน ดังนั้น ในปี 2036-2051 ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในแคนาดาจะมีจำนวนอยู่ราว 1 ใน 4 ของประชากรชาวแคนาดาทั้งหมด ดังแผนภูมิที่ 3.2 ได้แสดงการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในทุกปีของประเทศแคนาดา

แผนภูมิที่ 3.2

ประชากร 65 ปีและมากกว่าของประเทศแคนาดา (1971-2011) และคาดการณ์ (2012-2061) (ร้อยละ)



ที่มา: Statistics Canada, 2011.

กฎหมาย/นโยบาย

ประเทศแคนาดามีการจัดตั้งกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง กฎหมายเหล่านี้จะเป็นสิทธิในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีคุณภาพ นโยบายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของรัฐบาลแคนาดาเน้นไปที่การดูแลบ้านของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในสังคม รวมถึงการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวแคนาดาอาศัยอยู่ในบ้านและชุมชนของตนเอง (<http://www.esdc.gc.ca/eng/seniors/reports/aging.shtml#fnb53>) ทั้งนี้กฎหมายและสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุชาวแคนาดา ได้แก่

1. หลักประกันยามชราภาพ (Old Age Security หรือ OAS) รัฐบาลจะนำเงินรายได้จากภาษีอากรมาจ่ายหลักประกันยามชราเป็นรายเดือนให้กับประชาชนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่อาศัยอยู่ในแคนาดาหลังอายุ 18 ปี เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ขึ้นไป และในกรณีผู้มีรายได้ต่ำมากๆ จะได้รับเงินช่วยเหลืออื่นๆ จากรัฐบาลด้วย ทั้งนี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ The Canada Revenue Agency (CRA) นอกจากนี้ OAS ครอบคลุมถึงสถานการณ์ทางการเงินที่ยากลำบากสำหรับผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญ แต่การจัดสรรผลประโยชน์ต้องผ่านการทดสอบรายได้เพิ่มเติมสำหรับบุคคลที่มีรายได้ต่ำ การช่วยเหลือจึง

เป็นลักษณะที่ต้องช่วยเหลือผ่าน Guaranteed Income Supplement (GIS) และ the Allowance and the Allowance for the Survivor ทั้งนี้ GIS เป็นสิทธิประโยชน์แบบบำนาญเป็นรายเดือนสำหรับผู้มีรายได้น้อย ทั้งนี้ คุณสมบัติของผู้ที่ให้บริการขึ้นอยู่กับสถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัยและรายได้

2. แผนบำนาญแห่งชาติ (Canada Pension Plan หรือ CPP) เป็นการจ่ายเงินให้กับแรงงานทุกคนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปแรงงานที่จะถูกจัดเข้าแผนบำนาญแห่งชาติ จนถึงอายุ 70 ปี โดย The Canada Revenue Agency (CRA) เป็นผู้รับผิดชอบ การจ่ายเงินมีลักษณะในการจ่ายให้ผู้ประกันตนและคนในครอบครัว กรณีที่ผู้ประกันตนไม่สามารถทำงานได้หรือเสียชีวิต โดยการจ่ายสูงสุดอยู่ที่ 2,500 เหรียญ ส่วนการจัดสรรเงินเข้าระบบแผนบำนาญแห่งชาตินั้นจะมาจากผู้ประกันตนและนายจ้างสมทบให้ฝ่ายละเท่ากันโดยหักจากรายได้ต่อเดือน ทั้งนี้ เงินแผนบำนาญที่ได้รับขึ้นอยู่กับว่าผู้ประกันตนจัดสรรเงินเข้าแผนบำนาญแห่งชาติมากน้อยและยาวนานเพียงใด และอยู่ที่อายุเกษียณ (ถ้าปีใดลูกจ้างมีรายได้สุทธิต่ำกว่า 3,500 ดอลลาร์ต่อปี นั้นจะได้รับยกเว้นการจัดสรรเงินเข้าแผนบำนาญแห่งชาติ) และในกรณีที่ผู้ประกันตนเดินทางไปทำงานต่างประเทศก็สามารถรับผลประโยชน์ที่ตนเองออมไว้ได้เช่นกัน

3. แผนการออม โดยเฉพาะการออมภาคเอกชน (Private Pension Plan) เป็นระบบ Employer Pension Plan (ชื่อทางการว่า Registered Pension Plan (RPPs)) รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการออมและให้สิทธิพิเศษทางภาษีแก่ผู้ออม ซึ่งการออมสามารถเลือกได้หลายทาง เช่น ผู้ออมสามารถเลือกรูปแบบการออมให้เหมาะสมกับตัวเองได้ว่าจะออมในแบบ defined benefit plan เป็นการกำหนดเงินที่จะได้รับหลังเกษียณขึ้นอยู่กับรายได้ และระยะเวลาการทำงาน) หรือการออมในแบบ defined contribution plan เป็นการกำหนดจำนวนเงินที่จะต้องสมทบเข้ากองทุน ส่วนจำนวนเงินที่จะได้รับหลังเกษียณขึ้นอยู่กับจำนวนเงินกับระยะเวลาที่สมทบ ซึ่งผู้ออมสามารถเลือกเบิกเงินออกมาก่อนหรือหลังอายุครบ 65 ปี ก็ได้ (จำนวนเงินที่ได้รับขึ้นกับระยะเวลาการออม) อย่างไรก็ตาม การออมยังคงมีให้เลือกได้อีกในระบบ Registered Retirement Savings Plan (RRSPs) หรือรูปแบบกองทุน RRSP จะลงทุนในกองทุนหลายประเภท และผู้ออมสามารถเลือกลงทุนกับสถาบันการเงินต่างๆ ได้ตามที่ต้องการ ดังนั้น การเลือกที่จะออมก็ต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะทางการเงินและความเหมาะสมในระยะยาวที่เมื่อถึงวัยเกษียณแล้วสามารถนำมาใช้ได้อย่างเพียงพอ ในปี 2007 มีการจัดสรรเงินเงิน RRSPs and RPPs โดยคาดว่าจะได้เงินบำนาญประมาณ 19,000-20,000 เหรียญ โดยเงินบำนาญสูงสุดที่จะจ่ายได้อยู่ที่ 2,222 เหรียญ (<http://www.esdc.gc.ca/eng/seniors/reports/aging.shtml#fnb53>)

ระบบการดูแล/รูปแบบการดูแลทางสังคม

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา ได้แก่ รัฐบาลในแต่ละมณฑล ซึ่งมีอำนาจในการออกกฎหมายและจัดตั้งหน่วยงานควบคุมดูแลกิจการต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้รัฐบาลกลางของแคนาดา ถือเป็นองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ดูแลและติดตามตรวจสอบเกี่ยวกับสุขภาพและสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศ ทั้งนี้ การจัดบริการสวัสดิการและดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2555, น. 30-31)

1. ด้านสุขภาพ เช่น การจัดให้มีการเยี่ยมดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาล โดยอาจเป็นบริการชั่วคราวหลังจากการพ้นไข้จากโรงพยาบาล หรือการเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องหากมีความจำเป็น
2. ด้านที่พักอาศัย เช่น การให้เงินช่วยเหลือสำหรับที่พัก รวมทั้งค่าเช่าบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่เช่าอยู่ตามหลักเกณฑ์ การจัดหาสถานที่อยู่อาศัยที่จัดไว้เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์หรือไม่สามารถอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง
3. ด้านการเดินทาง เช่น การให้ส่วนลดค่าโดยสารในการเดินทาง การจัดระบบขนส่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางได้สะดวก เป็นต้น
4. ด้านการเงิน ได้แก่ สวัสดิการในรูปแบบของบำนาญและเงินช่วยเหลือ
5. ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับสุขอนามัยและกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว การทำความสะอาดบ้าน รวมไปถึงการซื้อเครื่องอุปโภคและบริโภค และการดำเนินกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ
6. ด้านความมั่นคงส่วนตัว ได้แก่ การบริการดูแลด้านความปลอดภัย เช่น การดูแลบ้าน รวมไปถึงการรับส่งและติดตามผู้สูงอายุไปยังสถานที่นัดหมาย และการทำธุรกรรมทางการเงิน เป็นต้น
7. ด้านอื่นๆ เช่น การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์และสอบถามบริการสำหรับผู้สูงอายุ (BC Seniors' Line) หรือบริการส่งข้อความ เป็นจดหมายหรือการ์ด ให้ผู้สูงอายุเนื่องในโอกาสสำคัญๆ เช่น วันเกิดหรือวันครบรอบแต่งงาน เป็นต้น ทั้งนี้ การจัดสวัสดิการและการบริการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับงบประมาณจากรายได้ของรัฐบาลกลางและรัฐบาลระดับจังหวัด ซึ่งแหล่งหลักมาจากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ภาษีเงินได้นิติบุคคล และภาษีเพื่อการบริโภค

1.4 ประเทศออสเตรเลีย

ประชากรสูงอายุ

จากการสำรวจในปี 2003 ของเดือนธันวาคม พบว่า มีจำนวนประชากร 20 ล้านคน และในปี 2006 ช่วงเดือนเดียวกัน พบจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 20,701,488 คน โดยผู้ที่มีอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 มีผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 6.2 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ การคาดการณ์ในปี 2036 จะมีจำนวนคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็น 2 เท่า คือ 2.7-6.3 ล้านคน และจะมีถึงร้อยละ 24 ของประชากรทั้งหมดในช่วงเวลานั้น จำนวนประชากรสูงอายุในช่วง 30 ปีข้างหน้าจะยังคงมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของชาวออสเตรเลียที่จะมีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ คาดว่าในกลุ่มที่มีความจำเป็นในการให้บริการและให้ความช่วยเหลือจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ในรอบ 20 ปี ที่ผ่านมา จากจำนวน 333,000 คน ในปี 2006 เพิ่มขึ้นเป็น 1.1 ล้านคน ในปี 2036 (จากร้อยละ 1.6 เป็นร้อยละ 4.2 ของประชากรทั้งหมด) เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของประชากรสูงอายุแล้วคนที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ในปี 2006 ถูกคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 18 ของประชากรออสเตรเลีย ในปี 2036 (ABS 2006t) (Australian Institute of Health and Welfare, 2007, p.5) ในทุกปีตามตารางที่ 3.1 ดังนี้

ตารางที่ 3.1

ประชากรที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า โดยเปรียบเทียบอายุและเพศ ปี 2006-2036

อายุ (ปี)/เพศ	2006	2016	2026	2036
เพศหญิง				
65-74	730,000	1,091,000	11,368,000	1,498,000
75-84	547,000	624,000	957,000	1,207,000
85+	225,000	330,000	418,000	653,000
รวม เพศหญิง 65+	1,502,000	2,045,000	2,744,000	3,357,000
รวมเพศหญิงทั้งหมด	10,330,000	11,441,000	12,469,000	13,306,000

ตารางที่ 3.1

ประชากรที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า โดยเปรียบเทียบอายุและเพศ ปี 2006-2036 (ต่อ)

อายุ (ปี)/เพศ	2006	2016	2026	2036
เพศชาย				
65-74	700,000	1,057,000	1,294,000	1,424,000
75-84	425,000	536,000	849,000	1,057,000
85+	108,000	191,000	272,000	456,000
รวม เพศชาย 65+	1,233,000	1,784,000	2,416,000	2,937,000
รวมเพศชายทั้งหมด	10,225,000	11,368,000	12,405,000	13,230,000
ประชากร				
65-74	1,430,000	2,147,000	2,663,000	2,922,000
75-84	927,000	1,160,000	1,806,000	2,264,000
85+	333,000	521,000	690,000	1,108,000
รวมประชากร 65+	2,735,000	3,829,000	5,159,000	6,294,000
รวมประชากรทั้งหมด	20,555,000	22,808,000	24,873,000	26,536,000

ที่มา: Source: ABS 2007b, By Australian Institute of Health and Welfare, 2007, pp. 5-6.

กฎหมาย/นโยบาย

ประเทศออสเตรเลียเริ่มบัญญัติกฎหมายที่ช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ให้แก่คนในประเทศในปี 1901 โดยช่วยเหลือภายใต้กฎหมายที่ชื่อว่า “The English Poor Law” ซึ่งกฎหมายนี้ได้บัญญัติหน้าที่ของรัฐที่จะต้องให้ความช่วยเหลือแก่ทุกคนที่ยากไร้ แต่กฎหมายไม่มีความชัดเจนในข้อกำหนดการให้ความช่วยเหลือจึงส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการแก้ไขปัญหาของประชาชนได้ ดังนั้น ออสเตรเลียก็ได้มีพัฒนากฎหมายและบทบัญญัติต่างๆ เรื่อยมา เพื่อตอบสนองปัญหาของประชาชนในทุกกลุ่มได้มากที่สุด ทั้งนี้กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุก็ได้มีการพัฒนาควบคู่กับกฎหมายอื่นๆ ด้วยเช่นกัน เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรสูงอายุในปัจจุบัน

1. ยุทธศาสตร์ชาติสำหรับผู้สูงอายุชาวออสเตรเลีย เป็นกลยุทธ์ที่มีองค์ประกอบโครงสร้าง 4 ประการที่สำคัญ คือ (1) ระบบการดูแลที่มีความสำคัญเหมาะสมต่อสุขภาพ และความต้องการการได้รับดูแลพร้อมกับโครงสร้างพื้นฐานที่เพียงพอสามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ (2) ระบบ

การดูแลที่ให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่าย และการเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (3) ระบบการดูแลที่ให้บริการแบบบูรณาการ สามารถเข้าถึงได้โดยการประสานงาน การให้ความช่วยเหลือ การให้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย และการส่งต่อบริการ (4) ระบบดูแลอย่างยั่งยืนที่มีความสมดุลระหว่างการระดมทุนของภาครัฐและเอกชน และให้ทางเลือกการดูแลผู้สูงอายุ (Andrews 2002a)

2. พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ 1997 (Aged Care Act, 1997) เป็นเครื่องมือทางกฎหมายหลักของรัฐบาลออสเตรเลียที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ในมาตรา 2-1 โดยวัตถุประสงค์ครอบคลุมถึงการใช้เงินทุนที่มีคุณภาพ ประเภท และระดับของการดูแล การดูแลที่พักที่มีคุณภาพสูง คำนึงถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้อยู่อาศัย และราคาไม่แพง การวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับการจัดส่งการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ และการระดมทุนมีการกำหนดเป้าหมายที่มีต่อผู้คนและพื้นที่ที่มีความต้องการที่ยิ่งใหญ่ที่สุด การให้บริการการพักฟื้นสำหรับครอบครัวและคนอื่นๆ ที่ดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้บริการที่มีความหลากหลาย มีความยืดหยุ่นและตอบสนองให้กับบุคคลที่มีความต้องการจริงๆ การช่วยให้ประชาชนได้รับสิทธิเช่นเดียวกับคนอื่นๆ ในประเทศออสเตรเลีย และการส่งเสริม “สถานที่ให้ผู้สูงอายุ” ผ่านการเชื่อมโยงการดูแลและบริการสนับสนุนในสถานที่ที่ผู้สูงอายุชอบอยู่อาศัย (Commonwealth of Australia, 1997, p. 3192) (Productivity Commission, 2008, pp. 18-19)

3. พระราชบัญญัติการดูแลบ้านและชุมชน 1985 (The Home and Community Care Act, 1985) เป็นการบริหารงานและลงทุนร่วมกันระหว่างรัฐบาลของออสเตรเลียและรัฐบาลดินแดน (Territory Governments) โดยมีหลักการและเป้าหมาย คือ การให้เข้าถึง HACC ของกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ภายใต้กลุ่มประชากรทั้งหมด รวมทั้งแรงงานข้ามชาติชนพื้นเมืองของออสเตรเลีย คนที่ทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางสมอง (Brain Failure) และผู้ด้อยโอกาสทางการเงิน รวมถึงการบริหารทรัพยากรภายในที่มีความสำคัญได้มีการจัดลำดับให้แก่บุคคลภายในที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายและมีความต้องการมากที่สุดของ HACC ให้บริการมีความเท่าเทียมกันระหว่างภูมิภาค และมีการตอบสนองความต้องการในภูมิภาคที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ การบริการของ HACC จะถูกส่งในลักษณะเป็นค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ ประสบความสำเร็จในการบริการแบบบูรณาการในโปรแกรมสุขภาพและสวัสดิการ รวมถึงโปรแกรมการให้บริการการดูแลในที่อยู่อาศัยหรือสถาบัน ส่งเสริมความเป็นอิสระและหลีกเลี่ยงการทำซ้ำ (Home and Community Care Act, 1985s, p. 5(1))

4. กฎบัตรความซื่อสัตย์เชิงงบประมาณและรายงานระหว่างกัน (Charter of Budget Honesty and Intergenerational Reports, 1998) ได้กำหนดหลักการจัดการทางการเงิน และการ

การกระทำของรัฐบาลในการเตรียมรายงานระหว่างกันอย่างน้อยทุกห้าปี รายงานเหล่านี้ประเมินในระยะยาวเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการคลัง นโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน (เช่น การดูแลผู้สูงอายุ) ในอีก 40 ปีข้างหน้า รวมถึงการคำนึงถึงผลกระทบทางการเงินของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร รายงานระหว่างกันครั้งแรกจะจัดทำด้วยความสำคัญ 7 ประการ เพื่อให้เกิดความแน่ใจทางการเงินอย่างยั่งยืน หนึ่งในนั้น คือ การพัฒนาที่อยู่อาศัยราคาไม่แพงและมีระบบการดูแลที่อยู่อาศัยอย่างมีประสิทธิภาพที่สามารถรองรับการเจริญเติบโตที่ถูกคาดหวังไว้อย่างสูงมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (คนอายุ 85 ปีขึ้นไป) (Treasury, 2002) ส่วนที่สองของรายงาน กล่าวว่า ในอีก 40 ปีข้างหน้า การดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นหนึ่งในแรงกดดันที่สำคัญในการใช้จ่ายของรัฐบาล (Treasury, 2007)

5. กฎระเบียบของรัฐ และรัฐบาลท้องถิ่น (State, Territory and Local Government Regulation) เป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านกฎระเบียบที่ครอบคลุมการวางแผน และการออกแบบ อาชีพ สุขภาพ ความปลอดภัย ไฟฟ้า อาหาร และการเตรียมความพร้อมเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค (Hogan Review 2004) นอกเหนือจากมาตรการเหล่านี้ ออสเตรเลียไม่ได้กระตือรือร้นที่จะควบคุมการดำเนินงานในภาคส่วนของการดูแลผู้สูงอายุ ยกเว้นมณฑลทางเหนือ ทั้งนี้ รัฐบาลของมณฑลยังคงได้รับอนุญาตให้อำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลออสเตรเลีย และควบคุมการปฏิบัติผ่านการตรวจสอบประจำปี และอำนาจที่มีมากกว่าการต่ออายุใบอนุญาต (Hanks and De Ferrari 2003) ซึ่งได้รับการออกแบบเชิงกระบวนการเพื่อให้เกิดการตรวจสอบและการออกใบอนุญาตเป็นส่วนเสริมของรัฐบาลออสเตรเลีย (Aagaard 2002; Productivity Commission, 2008, p. 20)

ระบบการดูแล/รูปแบบการดูแลทางสังคม

การดูแลผู้สูงอายุเป็นระบบบริการที่ทางรัฐบาลของออสเตรเลียจัดเตรียมไว้เพื่อรองรับความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ การรวมกลุ่มบริการที่มีอยู่เพื่อรองรับความต้องการที่หลากหลายทั้งกิจกรรมสำหรับชีวิตประจำวันและกิจกรรมส่วนบุคคล แบบเต็มเวลาสำหรับการดูแลส่วนบุคคล และการพยาบาลเพื่อให้บริการในที่อยู่อาศัย

1. ประเภทของการดูแล

1.1 การดูแลในชุมชน (Community Care) เป็นนโยบายของรัฐบาลที่มองความปรารถนาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่จะอยู่ในชุมชนให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การบริการที่หลากหลายสามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ผ่านบริการดูแลทางพยาบาล การแพทย์ และการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ คือ ครอบครัว ญาติพี่น้อง

และเพื่อนๆ ที่เป็นกำลังหลักในการจัดหาบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอุดหนุนด้านการเงินจากรัฐบาล การดูแลที่บ้านและการดูแลในชุมชน [The Home and Community Care] (HACC) เป็นการให้การบำรุงรักษาขั้นพื้นฐาน การบริการสนับสนุนต่อผู้สูงอายุ เช่น ด้านอาหาร พยาบาล การขนส่ง พันธมิตรทางสุขภาพ การบำรุงซ่อมแซมบ้าน การดูแลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม เครื่องช่วยเหลือ และอุปกรณ์ช่วยเหลือ (Australian Institute of Health and Welfare, 2007, pp. 99-100)

1.2 การดูแลในที่อยู่อาศัย (Residential Care) ผู้สูงอายุมีความต้องการทางกายภาพ การแพทย์ จิตวิทยา หรือความต้องการการดูแลทางสังคมที่ไม่สามารถปฏิบัติสิ่งเหล่านี้ได้ในชุมชน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้สูงอายุชาวออสเตรเลีย การดูแลลักษณะนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ (1) การดูแลในระดับต่ำ ครอบคลุมการจัดหาที่พักที่เหมาะสมและการบริการที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต เช่น การทำความสะอาด ซักรีด และอาหาร เช่นเดียวกับการให้บริการการดูแลส่วนบุคคล เช่น ช่วยการแต่งกาย การรับประทานอาหาร และการเข้าห้องน้ำ/การขับถ่าย และ (2) การดูแลในระดับสูง ครอบคลุมเรื่องที่พักอาศัย บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่วนบุคคล การดูแลรักษาพยาบาล และการดูแลแบบประคับประคองภายใต้การกำกับและการติดตาม

ทั้งนี้ รัฐบาลออสเตรเลียมีกิจกรรมการดูแล 3 โปรแกรมที่ออกแบบมาสำหรับผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับการดูแลในที่อยู่อาศัย ประกอบด้วยดังนี้

(1) แพคเกจการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Aged Care Packages: CACPs) โปรแกรมจัดบริการเฉลี่ย 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นทางเลือกการให้บริการสนับสนุนกับผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่ซับซ้อน ซึ่งอาศัยอยู่ที่บ้าน ผู้ให้บริการจะใช้ที่อยู่อาศัยเป็นสถานที่ในการให้บริการ แต่จะไม่รวมการช่วยเหลือด้านพยาบาลที่บ้าน ซึ่ง CACP เป็นบริการเดียวที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลออสเตรเลีย ผู้ใช้บริการอาจจะต้องมีส่วนร่วมต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลได้เช่นกัน

(2) การขยายการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Extended Aged Care at Home (EACH)) โปรแกรมให้สิทธิผู้สูงอายุได้รับการดูแลในระดับสูง โดยจัดบริการเฉลี่ย 23 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมนี้อาจจัดส่งบริการการดูแลไปที่บ้านเทียบเท่ากับการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยในระดับสูง ผู้ใช้บริการอาจต้องมีส่วนร่วมค่าใช้จ่ายในการดูแลเช่นกัน ทั้งนี้ โปรแกรมนี้ได้รวมชุดการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อมที่จำเป็นต้องดูแลที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เปราะบาง

(3) โปรแกรม EACH Dementia (EACHD) ถูกออกแบบมาเพื่อให้บริการการดูแลในชุมชนระดับสูงสุด สำหรับผู้ที่มีความรับรู้ พฤติกรรมทางอารมณ์หรือพฤติกรรมความต้องการที่ซับซ้อน (Productivity Commission, 2008, p. 11)

2. ระบบการดูแลทางสังคมในออสเตรเลีย

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียเป็นลักษณะการผสมผสานของรูปแบบการให้และความร่วมมือในระดับสูงระหว่างทุกภาคส่วนของรัฐบาล ผู้ให้บริการ และการบริการในชุมชน ซึ่งภาคส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลก็มีการให้การดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลาอันยาวนานจนถึงปัจจุบัน

ระบบการดูแลทางสังคม

ระบบการดูแลทางสังคมของออสเตรเลียนั้นยังไม่ใช่แบบถ่วงน้ำหนักและรัฐบาลจะเน้นช่วยเหลือประชากรที่มีรายได้ต่ำ บริการช่วยเหลือจะขึ้นอยู่กับการประเมินตามความจำเป็นของแต่ละบุคคลและคิดค่าบริการตามเศรษฐฐานะ ขอบเขตการบริการกำหนดโดยรัฐบาลและหน่วยงานส่วนท้องถิ่นว่าผู้สูงอายุสมควรได้รับบริการใด เช่น บริการสถานดูแลผู้สูงอายุส่วนบุคคล สำหรับผู้สูงอายุซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระดับสูง เช่น การรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน อุปกรณ์และการบำบัดที่จำเป็น และการดูแลอย่างต่ำ เช่น ที่พักประจำวันและบริการผู้ดูแลส่วนตัว โครงการรักษาพยาบาลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีสิทธิ์ใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุแต่ต้องการพักอยู่ที่บ้านตนเอง และโครงการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน (HACC), การให้ความช่วยเหลืออย่างต่ำ โดยมากมักจะน้อยกว่าสองชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งบริการนี้รวมถึงการทำความสะอาดและการดูแลส่วนตัว (Forder and Fernandez, 2011)

ผู้สูงอายุจ่ายค่าบริการสถานดูแลผู้สูงอายุตามเศรษฐฐานะ จ่ายค่าที่พักและค่าใช้จ่ายประจำวันด้วยตัวเอง มีกฎเกณฑ์กำหนดอัตราสูงสุดของค่าใช้จ่ายที่แต่ละบุคคลจะจ่ายได้ ได้แก่ ค่าที่พัก, ค่าใช้จ่ายตามฐานะ, ค่าใช้จ่ายประจำวัน, การบริการระดับต่ำในสถานดูแลผู้สูงอายุ คนไข้อาจได้รับการขอให้ซื้อพันธบัตรเพื่อใช้ชำระค่าที่พัก พันธบัตรนี้เป็นเสมือนเงินกู้ที่ไม่มีดอกเบี้ยสำหรับผู้ให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุ ปีค.ศ. 2009/10 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่รับบริการในระดับสูงคือ 850 ปอนด์ต่อสัปดาห์ โดยผู้รับบริการดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายด้วยตนเองร้อยละ 26 (Forder and Fernandez, 2011) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการความดูแลในระดับต่ำ ผู้ใช้บริการต้องจ่ายในราคาที่สูงกว่า โดยเฉลี่ยผู้ใช้บริการจ่ายเองครึ่งหนึ่ง ผู้ใช้บริการชำระค่าใช้จ่ายน้อยกว่าสำหรับการรักษาพยาบาลในชุมชน เฉลี่ยร้อยละ 4-10 ขึ้นอยู่กับประเภทการบริการ (Forder and Fernandez, 2011) รัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย HACC เต็มจำนวนให้กับมลรัฐที่ลงนามเข้าร่วมโครงการปฏิรูปแผนประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Reform Agreement) (ค่าใช้จ่ายแบบ Low-Level เช่น ทำความสะอาดบ้าน) และนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012

ผู้สูงอายุสามารถรับเงินงบประมาณส่วนตัวและเลือกใช้บริการตามความต้องการของตนเอง (Healy and Dugdale, 2013)

บริการรักษาพยาบาลในชุมชนและบริการสถานดูแลผู้สูงอายุมีการจำกัดจำนวนผู้มีสิทธิใช้บริการและจัดทำบัญชีรายชื่อผู้รอรับบริการ แต่ครั้งจะมีการกำหนดจำนวนสูงสุดของผู้มีสิทธิใช้บริการ ขึ้นอยู่กับสัดส่วนของประชากรที่อยู่ในความเสี่ยง HACC คือ ผู้ให้บริการลำดับแรกโดยจัดสรรงบประมาณตามความจำเป็น (Forder and Fernandez, 2011)

ระบบสวัสดิการของออสเตรเลีย ประกอบด้วย โปรแกรมที่ได้รับการออกแบบเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือชุมชน และเพื่อให้โอกาสคนในชุมชนได้มีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกันในการใช้ชีวิตทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศออสเตรเลีย ซึ่งส่วนประกอบหลักของสวัสดิการสังคม คือ การสนับสนุนด้านรายได้ และการให้สวัสดิการบริการที่ผ่านหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานที่ไม่ใช่รัฐบาล และผู้ให้บริการภาคเอกชน (Australian Institute of Health and Welfare, 2007, p. 99) ระบบบริการประกอบด้วย ดังนี้

(1) บริการสวัสดิการจากเงินในกองทุน (Funding Welfare Services) เงินทุนเพื่อสวัสดิการบริการร้อยละ 70 ของการเงินทุนทั้งหมดถูกจัดสรรโดยรัฐบาล ซึ่งมลรัฐและดินแดนภายใต้รัฐบาลมีส่วนร่วมประมาณร้อยละ 35 และรัฐบาลออสเตรเลียมีส่วนร่วม ร้อยละ 32 ส่วนที่เหลือเป็นการระดมทุนของรัฐบาลที่มาจาก การสมทบทุนจากรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อใช้สำหรับการให้บริการสวัสดิการ นอกจากนี้ ยังมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมสำหรับการให้บริการบางส่วนกับผู้ใช้บริการและองค์กรที่ไม่ใช่รัฐบาล

(2) การสนับสนุนรายได้ (Income Support) การสนับสนุนรายได้ให้กับผู้สูงอายุชาวออสเตรเลีย คือ บำเหน็จบำนาญชราภาพ ตามกฎหมายการจ่ายบำนาญชราภาพของผู้สูงอายุชาวออสเตรเลียจะไม่คำนึงถึงแหล่งที่มาของรายได้ เนื่องจากพวกเขามีสิทธิที่จะผ่านการทดสอบทางรายได้ของชาวออสเตรเลีย ในลักษณะภาษีอาวโสของชาวออสเตรเลีย (Senior Australians' Tax Offset) และอาจได้รับการยกเว้นจากการจัดเก็บภาษีประกันสุขภาพของรัฐบาล เงินบำนาญชราภาพในลักษณะโครงการโบนัสให้แรงจูงใจสำหรับผู้สูงอายุชาวออสเตรเลียที่ยังคงอยู่ในภาคแรงงานต่อไป

กองทุนการดูแลทางสังคม กองทุนในออสเตรเลียเกิดจากรายได้ภาษีอากรและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ให้บริการ ในประเทศอังกฤษ ประชากรที่มีฐานะมั่งคั่งชำระค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนด้วยตนเอง ขึ้นอยู่กับการจำนวนที่รัฐบาลกำหนด และหาซื้อประกันของเอกชนที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ยาก (Forder and Fernandez, 2011) 2/3 ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลชำระให้กับค่าใช้จ่ายสถานดูแล

ผู้สูงอายุ ในขณะที่ 1/3 ใช้จ่ายไปกับค่ารักษาพยาบาลในชุมชน บริการประเพณีและการให้ข้อมูล (Forder and Fernandez, 2011)

บริการการดูแลทางสังคม ดำเนินการโดยองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไรคือผู้ให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุรายหลัก (ร้อยละ 59 ของเตียงคนไข้) 1/3 หรือ ร้อยละ 35 ให้บริการโดยองค์กรที่แสวงผลกำไร รัฐบาลและมลรัฐให้บริการเพียงร้อยละ 6 (Forder and Fernandez, 2011) บริการรักษาพยาบาลในชุมชนก็ให้บริการโดยองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไรมากกว่าร้อยละ 80 โดยมีรัฐบาลและองค์กรแสวงผลกำไรให้บริการในสัดส่วนเล็กน้อย (Forder and Fernandez, 2011)

อนาคตของกองทุนการดูแลทางสังคม ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับความเสถียรทางการเงินของระบบการดูแลทางสังคมและดูเหมือนว่ายอดเงินสมทบของผู้ใช้สิทธิ์จะเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ แม้ว่าผลประโยชน์โดยมากจะขึ้นอยู่กับกระบวนการตรวจสอบคัดกรองผู้มีคุณสมบัติ แต่ระบบของออสเตรเลียก็ยังคงเอื้อเฟื้อมากกว่าระบบของอังกฤษ รัฐมีค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับประชากรอายุมากกว่า 65 ปีจำนวนสูงกว่า 60 เพอร์เซ็นต์ รัฐบาลให้ความสำคัญคุ้มครองค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในชุมชนมากกว่า ในขณะที่ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบน้อยกว่า (Forder and Fernandez, 2011) จากการทำแบบสอบถามของ The Australian Productivity Commission's Inquiry เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สัมภาษณ์ทางเลือกที่แตกต่างกัน 3 ทางเลือก ที่เกี่ยวกับการสะสมเงินกองทุนเพื่อดูแลผู้สูงอายุในอนาคต (Productivity Commission, 2011, อ้างถึงใน Ruth Robertson, Sarah Gregory and Joni Jabbal, 2014, pp. 20-21) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ทางเลือกข้อแรก คือ กระตุ้นให้ประชากรวัยทำงานให้ออมเงินระหว่างยังทำงานเพื่อเอาไว้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในวัยชรา ทั้งในรูปแบบบัญชีเงินออมส่วนบุคคลหรือเงินเกษียณอายุ ปัญหาสำหรับทางเลือกนี้ก็คือการไม่อาจคาดเดาได้ถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบระยะยาวเกือบทุกคนมีค่ารักษาพยาบาลแค่ปานกลางแต่ต้องออมเงินในจำนวนมากกว่าความจำเป็นเพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่าย คนจำนวนน้อยจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง แต่มีศักยภาพในการออมเพียงแค่น้อย ดังนั้น คนกลุ่มนี้จึงไม่มีเงินเพียงพอสำหรับค่ารักษาพยาบาลของตนเอง เนื่องจากสาเหตุนี้คณะกรรมการจึงมองว่านโยบายทางเลือกนี้เป็นหนึ่งทางเลือกที่เหมาะสมในการปกป้องประชากรจากค่าใช้จ่ายในการดูแลทางสังคมจำนวนสูง ในขณะที่กระตุ้นประชากรให้ออมเงินระหว่างวัยทำงานเพื่อให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อเนื่องแบบปกติหรือแบบที่สามารถคาดเดาได้

ทางเลือกที่ 2 คือ การใช้นโยบายการปล่อยสินเชื่อบ้าน (Home Equity Release Scheme) โดยการอนุญาตให้ประชากรอาวุโสเบิกเงินจากมูลค่านบ้านเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล เนื่องจาก

ประชากรจำนวนมากมีเงินออมระหว่างวัยทำงานอยู่แล้วโดยผ่านการซื้อบ้าน (83 เปอร์เซ็นต์ของประชากรออสเตรเลียที่อายุมากกว่า 65 ปี เป็นเจ้าของหรือไม่ก็กำลังซื้อบ้าน) การปล่อยสินเชื่อก่อนนำเงินจำนวนนี้มาใช้จ่ายค่าดูแลทางสังคมจะช่วยแก้ปัญหากองทุนโดยประชากรไม่ต้องจ่ายเงินสมทบจากเงินที่ออมไว้ตั้งแต่วัยทำงานเพื่อใช้จ่ายอย่างอื่น เช่น ซื้อบ้าน (Productivity Commission, 2011) โครงการ Home Equity Release Schemes นำมาใช้แล้วในออสเตรเลียแต่ไม่เป็นที่กว้างขวาง เนื่องจากความซับซ้อน, อัตราดอกเบี้ยและค่าธรรมเนียมสูง และราคาอสังหาริมทรัพย์และอัตราดอกเบี้ยที่เปลี่ยนแปลงง่าย คณะกรรมการแนะนำให้ใช้โครงการสินเชื่อซื้อบ้านของรัฐซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับสาธารณชนในผลิตภัณฑ์ทางการเงิน, ลดความเสี่ยงจากการแสวงหาผลประโยชน์อย่างไม่ถูกต้อง และโครงการนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดหาเงินกองทุนเหล่านี้

ทางเลือกข้อสุดท้าย คณะกรรมการทบทวนนโยบายแผนประกันสุขภาพแบบระยะยาว และคิดว่าวิธีที่เหมาะสมคือรัฐบาลหรือบริษัทประกันภัยควรจัดสรรปันส่วนเงินจากผู้ให้บริการระดับต่ำไปยังผู้ให้บริการระดับสูง อย่างไรก็ตาม สรุปได้ว่าโปรแกรมประกันสุขภาพระยะยาวตามความสมัครใจไม่เป็นผล เนื่องจากจำนวนประชากรในประเทศส่วนใหญ่เป็นประชากรอาวุโส จึงสายเกินไปที่จะก่อตั้งโครงการประกันสุขภาพภาคบังคับที่ต้องออมเงินให้เพียงพอจากประชากรวัยทำงานเพื่อให้ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นของประชากรสูงอายุซึ่งเพิ่มสูงขึ้น

ตัวอย่างโครงการ Home Care Packages Programme ของประเทศออสเตรเลีย เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของรัฐบาลออสเตรเลีย โปรแกรมตั้งขึ้นในลักษณะของการดูแลที่บ้านและในชุมชน (HACC) และการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ให้บริการ หรือในเขตที่อยู่อาศัย (Residential Aged Care) การเข้าถึงชุดกิจกรรมของการดูแลที่บ้านมีการออกหนังสือเล่มเล็กเพื่อเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการและครอบครัว และผู้ดูแลได้เข้าใจกระบวนการสำหรับการเข้าสู่ชุดกิจกรรมการดูแลที่บ้าน หนังสือเล่มเล็กนี้ได้อธิบายถึง วิธีการพิจารณาว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลระดับสูงสามารถประเมินการสนับสนุนในบ้านของผู้สูงอายุผ่านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่บ้าน ซึ่งกระบวนการในการเข้าถึงชุดกิจกรรมมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: ตรวจสอบสิทธิของผู้ใช้บริการ

ขั้นตอนที่ 2: ค้นหาผู้ให้บริการตามชุดกิจกรรมการดูแลที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3: การชำระค่าใช้จ่าย

ขั้นตอนที่ 4: รับบริการตามชุดกิจกรรมการดูแลที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 5: เริ่มต้นบริการของผู้ใช้บริการ (Australian Institute of Health and Welfare, 2007)

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุชาวออสเตรเลียส่งผลให้ช่วงเวลาที่ผ่านมารัฐบาลออสเตรเลียต้องสนับสนุนและเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลให้มีความครอบคลุมประชากรมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการดูแลสุขภาพที่ได้พัฒนาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาพของประเทศออสเตรเลียเป็นบริการที่มีความซับซ้อน เนื่องจากการให้บริการที่จัดขึ้นมีจำนวนมากและหลากหลายประเภททั้งบริการที่ไม่ใช้บริการจากโรงพยาบาลแต่สามารถเรียกเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาให้บริการได้เองที่บ้าน บริการการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลที่ประชาชนสามารถเข้าไปใช้บริการของหน่วยงานเบื้องต้นได้ด้วยตนเองและมีความสะดวกมากยิ่งขึ้น และบริการอื่นๆ อีกมากมายที่รองรับผู้ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ขณะเดียวกันบริการทางสังคมของออสเตรเลียก็ได้มีการพัฒนาควบคู่กันไปเพื่อการรองรับความหลากหลายของประชากรที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มวัยสูงอายุ ซึ่งระบบบริการที่จัดขึ้นประกอบด้วย บริการสวัสดิการจากเงินในกองทุน ซึ่งเป็นการบริการช่วยเหลือจากรัฐบาล มลรัฐ และดินแดนภายใต้รัฐบาลเข้ามามีส่วนร่วมในเงินกองทุนนี้ และการสนับสนุนรายได้ให้กับผู้สูงอายุชาวออสเตรเลียในรูปแบบเงินบำนาญบำนาญชราภาพตามกฎหมาย การบริการเหล่านี้รัฐบาลของออสเตรเลียจัดขึ้นภายใต้เงินรายได้จากการเก็บภาษีอากรและเรียกเก็บค่าใช้ใช้จากผู้ให้บริการ ทั้งนี้การจัดบริการในรูปแบบกองทุนการดูแลทางสังคมทางรัฐบาลออสเตรเลียมีความกังวลในเสถียรภาพทางการเงินในอนาคตได้ ดังนั้น จึงเกิดการกระตุ้นประชากรในวัยทำงานให้เกิดนิสัยการออมเงินในช่วงระหว่างการทำงานเพื่อเป็นการเก็บรักษาไว้ใช้จ่ายในยามชราภาพ การใช้นโยบายการปล่อยสินเชื่อบ้านโดยการอนุญาตให้ประชากรอาวุโสเบิกเงินจากมูลค่าบ้านเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ พร้อมทั้งทางรัฐบาลเร่งทบทวนนโยบายประกันสุขภาพแบบระยะยาวเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการที่เหมาะสมที่สุด อย่างไรก็ตามการจัดระบบบริการการดูแลสุขภาพและสังคมของออสเตรเลียก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของประชากรในประเทศมากที่สุด

1.5 ประเทศญี่ปุ่น

ประชากรสูงอายุ

ประเทศญี่ปุ่นมีประชากรประมาณเกือบ 128 ล้านคน อายุขัยเฉลี่ยในปี ค.ศ. 2011 คือ 82.7 ปี สูงเป็นลำดับที่ 2 ของโลกรองจากสวิตเซอร์แลนด์ ในปี ค.ศ. 2010 ประชากรร้อยละ 23 มีอายุ 65 ปีและมากกว่า และมีการคาดการณ์ไว้ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนประชากรจะเพิ่มเป็นร้อยละ 40 (Curry et al., 2013) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ประเทศญี่ปุ่นมีประชากรที่มีอายุขัยยาวนานที่สุด และมีสัดส่วนของคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วที่สุดในโลก จากปี 2000 มีการคาดว่าประเทศ

ญี่ปุ่นจะมีผู้สูงอายุจำนวน 22 ล้านคน และในปี 2025 จะเพิ่มขึ้นถึง 33 ล้านคน การคาดการณ์ระยะยาวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมีเกือบสองเท่าจาก 2.8 ล้านคน ถึง 5.2 ล้านคน ในอีก 25 ปีข้างหน้า จะมีร้อยละ 53 ที่จะ “ล้มป่วย” และมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ทางแพทย์ และการพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นคือร้อยละ 9.6 ของค่า GDP ในปี ค.ศ. 2010 รัฐใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในระยะยาวร้อยละ 1.8 ของค่า GDP ในปี ค.ศ. 2011 (Ruth Robertson, Sarah Gregory and Joni Jabbal, 2014, p. 35)

กฎหมาย/นโยบาย

รัฐบาลญี่ปุ่นได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้รัฐบาลได้ทบทวนนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุใน 3 เรื่อง คือ ระบบประกันสุขภาพ โครงการบำนาญสำหรับผู้สูงอายุ รัฐบาลได้ตระหนักถึงภาระที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันญี่ปุ่นมีกฎหมายที่ใช้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กฎหมายส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันญี่ปุ่นกำลังกลายเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยผู้สูงอายุ (Full-blown Aged Society) เป็นอันดับหนึ่งของเอเชีย ญี่ปุ่นมีกฎหมายส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและมาตรการที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญ ได้แก่

1.1 กฎหมายพื้นฐานว่าด้วยมาตรการสำหรับสังคมผู้สูงอายุ (Basic Law on Measures for the Aged Society) ค.ศ. 1995 กฎหมายฉบับนี้มุ่งสนองตอบเป้าหมายหรือหลักการในการสร้างสังคมที่มีลักษณะเป็นสังคมที่ยุติธรรมและมีพลังอันให้หลักประกันแก่ประชาชนได้มีโอกาสในการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรืองานที่หลากหลายตลอดชีวิต โดยรัฐบาลได้อาศัยกฎหมายนี้เป็นตัวกำหนดมาตรการเพื่อสนับสนุนการดำเนินการไปสู่เป้าหมายข้างต้น คือ (1) การทบทวนแบบแผนทั่วไป (Conventional Stereotypes) เพื่อให้การดูแลมีความหลากหลายและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ (2) การเน้นในเรื่องการป้องกันและการเตรียมการ (Prevention and Preparation) โดยเป็นการเตรียมการในประชาชนวัยหนุ่มสาวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในทุกๆ ด้าน (3) การกระตุ้นให้ชุมชนท้องถิ่นมีความตื่นตัว (Activation of Local Community Functions) โดยการสร้างให้สังคมตื่นตัวและสนับสนุนกันและกันในชุมชน (Mutual Support) (4) การมีมุมมองความเสมอภาคทางเพศ (Gender Equality Perspective) สร้างความเสมอภาคทางเพศระหว่างหญิงและชาย โดยเฉพาะผู้หญิงญี่ปุ่นที่จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย (5) การใช้เทคโนโลยีในการบริการทางการแพทย์ สวัสดิการ ข้อมูล และการสื่อสาร เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

1.2 กฎหมายว่าด้วยบำนาญ กำหนดให้มีระบบบำนาญในประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วย 3 ระบบหลัก คือ

(1) ระบบบำนาญแห่งชาติ (National Pension System-NPS) เป็นระบบบำนาญขั้นพื้นฐานที่ให้กับทุกคนผู้มีถิ่นฐานพำนักในประเทศญี่ปุ่น แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ลูกจ้างภาครัฐและเอกชนซึ่งมีอายุไม่เกิน 65 ปี (2) คู่สมรสของกลุ่มที่ 1 ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-59 ปี (3) อื่นๆ อาทิ ผู้ซึ่งประกอบอาชีพอิสระ เกษตรกร แพทย์ และนายความฝึกหัดผู้ว่างงาน เป็นต้น

(2) ระบบบำนาญประกันสำหรับลูกจ้าง (Employees' Pension Insurance-EPI) ใช้กับลูกจ้างภาคเอกชน โดยจำนวนเงินขั้นต่ำที่ต้องจ่ายจะเท่ากับจำนวนเงินที่ต้องจ่ายกันในระบบ NPS เสมือนหนึ่งเป็นการจ่ายเข้า NPS ด้วย โดยส่วนเกินอัตราขั้นต่ำจะเป็นส่วนที่ขึ้นกับรายได้

(3) บำนาญของสมาคมการช่วยเหลือร่วมกัน (Mutual Aid Associations MAA) สำหรับข้าราชการส่วนกลาง ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และลูกจ้างในโรงเรียนเอกชน รูปแบบการจ่ายเงินเข้ากองทุน

1.3 กฎหมายว่าด้วยการจ้างงานผู้สูงอายุ (The Act Concerning Stabilization of Employment of Older Person) รัฐบาลญี่ปุ่นได้ออกกฎหมายว่าด้วยการจ้างงานผู้สูงอายุ มีสาระสำคัญของกฎหมาย คือ (1) นายจ้างหรือสถานประกอบการสามารถกำหนดอายุเกษียณของลูกจ้างให้ต่ำกว่าอายุตามแผนบำนาญของลูกจ้างได้ แต่จะกำหนดอายุเกษียณของลูกจ้างให้ต่ำกว่าอายุ 60 ปี ไม่ได้ (2) นายจ้างหรือสถานประกอบการ มีหน้าที่ต้องให้หลักประกันแก่ลูกจ้างผู้สูงอายุในเรื่องของโอกาสที่จะได้รับการจ้างใหม่ (Reemployment) จนกระทั่งลูกจ้างมีอายุ 65 ปี หากลูกจ้างผู้สูงอายุนั้นมีความประสงค์จะทำงานต่อไป (3) รัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่จัดทำและส่งเสริมมาตรการต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการจ้างงานหรือได้ทำงานตามความสามารถและความถนัดของผู้สูงอายุ (4) สถานประกอบการต้องดำเนินมาตรการรักษาการจ้างงานลูกจ้างเกษียณ คือ การขยายเพดานอายุเกษียณให้สูงขึ้น การจ้างลูกจ้างเกษียณให้ทำงานต่อไป หรือจัดทำโครงการจัดหางานใหม่ให้แก่ลูกจ้างเกษียณหากลูกจ้างเกษียณยังมีความต้องการที่จะทำงานต่อไป และการยกเลิกเพดานอายุเกษียณ (5) สถานประกอบการได้รับยกเว้นไม่ต้องจ้างลูกจ้างเกษียณถ้าสถานประกอบการนั้นได้ร่วมกับสหภาพแรงงานของสถานประกอบการในการกำหนดมาตรฐาน (6) ในกรณีที่ลูกจ้างสูงอายุและลูกจ้างวัยอื่นๆ ถูกเลิกจ้างก่อนที่จะมีอายุถึงวัยที่จะมีสิทธิรับบำนาญจากกองทุนฯ แต่ลูกจ้างรายนั้นยังมีความต้องการทำงานต่อไป นายจ้างหรือสถานประกอบการต้องจัดทำมาตรการให้ความช่วยเหลือในการหางานใหม่ให้แก่ลูกจ้าง (ภูมิโชคเหมา และคณะ. 2552, น. 79-84)

2. พระราชบัญญัติว่าด้วยการประกันความคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ.2000 เป็นระบบที่เรียกเก็บจากผู้สูงอายุที่ต้องการขอรับการให้บริการและในขณะเดียวกันรัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในบางส่วนด้วย โดยผู้ที่ต้องการขอรับบริการต้องเข้ารับการตรวจสอบเกี่ยวกับความจำเป็นในการขอรับบริการและปริมาณหรือจำนวนที่จะขอรับบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อน ปัจจุบันพระราชบัญญัติว่าด้วยสุขภาพคนชรา (1982) ได้ถูกยกเลิกและเปลี่ยนเป็นพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองการรักษายาบาลผู้สูงอายุ (2008) แทน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีบริบูรณ์สามารถใช้บริการในการรักษายาบาลได้ตามพระราชบัญญัติฉบับใหม่ (ระพีพรรณ คำหอม, 2557, น. 178-179)

ระบบการดูแล/รูปแบบการดูแลทางสังคม

การระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากรสูงอายุ เพราะบริการบางรายการไม่สามารถให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย ดังนั้น การจัดระบบบริการจึงต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเลือกบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการมากที่สุด

ประเทศญี่ปุ่นนิยมให้การรักษาผู้เจ็บป่วยเรื้อรังเฉพาะในโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีการใช้สถานดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น สถานดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบธุรกิจเพื่อแสวงผลกำไร (Matsuda, 2013) ผู้ให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุมีทั้งองค์กรหวังผลกำไรและไม่แสวงผลกำไร และส่วนหนึ่งเป็นของรัฐ บริการนี้ขยายตัวอย่างรวดเร็วหลังจากการนำแผนประกันสุขภาพในระยะยาวมาใช้ ปี ค.ศ. 2000 มีสถานดูแลผู้สูงอายุเปิดให้บริการมากกว่า 11,000 แห่ง แต่ภายในปี ค.ศ. 2010 มีถึงเกือบ 28,000 แห่ง (Curry et al., 2013) รัฐบาลมีจุดประสงค์ให้ประชากรมีทางเลือกจากการแข่งขันของผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ยังมีโอกาสขยายบริการเข้าสู่ระบบการดูแลทางสังคม หวังดึงดูดความสนใจจากผู้สูงอายุโดยการเสนอแผนประกันการดูแลทางสุขภาพและสังคมในองค์กรเดียว ผู้ให้บริการบางรายจัดสรรแผนประกัน ซึ่งมีผลประโยชน์ผสมผสานกันทั้งการดูแลทางด้านสุขภาพและทางสังคม (Curry et al., 2013) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีคุณสมบัติได้รับบริการดูแลจะเลือกผู้จัดการดูแลซึ่งจะต้องให้บริการจากขอบเขตที่รัฐกำหนดไว้ ผู้จัดการดูแลเกือบทั้งหมดเป็นลูกจ้างขององค์กรผู้ให้บริการ (Curry et al., 2013)

ปัจจุบันระบบการดูแลของญี่ปุ่นมี 2 ระบบ คือ ดังนี้

1. ระบบบำนาญแบบสมัครใจ ประเทศญี่ปุ่นมีสวัสดิการด้านหลักประกันรายได้ผ่านระบบบำนาญแบบสมัครใจ โดยเป็นการออมในลักษณะของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ดำเนินการโดยกองทุน

บำนาญสำหรับลูกจ้าง (บริษัทเอกชน) และกองทุนบำนาญแห่งชาติ (ภาครัฐบาล) ซึ่งประกอบด้วย (1) บำนาญพื้นฐาน (Basic Pension) เป็นระบบแบบ PAYGO คือ มีการกำหนดประโยชน์ทดแทนแน่นอน การเก็บเงินสมทบ และจ่ายประโยชน์ทดแทนในอัตราเดียวโดยไม่อิงกับรายได้ (2) บำนาญที่เกี่ยวกับรายได้ (Income-Related Pension) เป็นระบบ Defined Benefit ที่เรียกเก็บเงินจากลูกจ้างหรือพนักงานในบริษัทที่มีจำนวนลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ลูกจ้างภาครัฐบาล ครู และพนักงานโรงเรียนเอกชน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2555, น. 35-36)

2. ระบบประกันการดูแลระยะยาว ญี่ปุ่นมีการจัดตั้งระบบประกันดูแลระยะยาวแห่งชาติ (National Long-Term Care Insurance System) มาตั้งแต่ปี 2000 โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการให้บริการและให้บริการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพ มีการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการแพทย์ที่จำเป็นอย่างครอบคลุมถ้วนหน้า ส่งเสริมหน่วยงานองค์กรเอกชนต่างๆ เพื่อร่วมให้บริการภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาล

ระบบประกันการดูแลระยะยาวประกอบด้วยสิทธิประโยชน์ 2 ประการ ได้แก่ (1) สิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (Promotion and Prevention) สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับต่ำ ประกอบด้วยบริการตรวจสุขภาพประจำปี และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย (2) สิทธิประโยชน์ด้านการดูแล (Care Service) เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ค่อนข้างมากจนถึงระดับรุนแรง เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะแทรกซ้อนและต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ขั้นสูง การบริการดูแลที่บ้าน (Home Help Visit) บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว และบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่จัดให้ที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care) สถานดูแลผู้พวยสมองเสื่อม (Group Home) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานฟื้นฟูสภาพและศูนย์บริการดูแลเนกประสงค์ในชุมชน (Small Multi-Function Services)

การตั้งเกณฑ์ในการรับบริการขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ซึ่งประเมินตามระดับของทุพพลภาพและระดับความต้องการการดูแล ทั้งนี้ เทศบาลตำบลมีหน้าที่บริหารจัดการกองทุนประกันดูแลระยะยาว ซึ่งมีแหล่งเงินทุนจากเบี้ยประกันที่เก็บจากผู้ประกันตน และจากภาษีหรือรายได้ของเทศบาลตำบล สิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับครอบคลุมการบริการดูแลในสถานบริการ การดูแลที่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเข้าเครื่องมือ เช่น รถเข็น อุปกรณ์ช่วยในการเดิน เป็นต้น (เอกชัย เพียรศรีวัชรา, 2556, น. 1-2)

ตัวอย่างการดูแลทางสังคมของประเทศญี่ปุ่น นำเสนอผ่านโครงการ LTCI ในประเทศญี่ปุ่น เป็นโครงการภาคบังคับที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแล ได้ดำเนินการให้การดูแลทางสังคมผ่านระบบประกันใหม่สำหรับการดูแลระยะยาว-ประกันการดูแลระยะยาว (LTCI)-ได้เปิดตัวเป็นครั้งแรกในปี 2000 และได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง จุดเริ่มต้นการดูแลผู้สูงอายุแบบ LTCI ในญี่ปุ่น เนื่องจากเห็นว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ และไม่มีกองทุนสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลทางสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ภาระในครอบครัวเกิดขึ้นคือหนึ่งในสามของผู้ดูแลถูกรายงานว่าเกิดความรู้สึก “เกลียดชัง” ต่อญาติสูงอายุที่พวกเขาต้องการดูแล นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “ความเป็นโรงพยาบาลเชิงสังคม” (‘Social Hospitalization’) เมื่อผู้คนมีความต้องการการดูแลทางสังคม แต่ไม่มีความจำเป็นด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องอาศัยอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลเป็นเวลาหลายเดือนก่อนเสียชีวิต รัฐบาลญี่ปุ่นจึงต้องปฏิรูประบบการดูแลในลักษณะโครงการประกันการดูแลระยะยาวแบบสากล/แบบที่ผู้สูงอายุทุกคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปได้รับการดูแลบนพื้นฐานของความต้องการเพียงอย่างเดียว (ไม่มีคุณลักษณะอื่นมาพิจารณา) รายได้และความมั่งคั่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมิน ทั้งนี้ระบบจะเป็นส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนเบี้ยประกันภาคบังคับสำหรับผู้สูงอายุ 40 ปีขึ้นไป และเป็นส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากการจัดเก็บภาษีระดับชาติและระดับท้องถิ่น ผู้ใช้บริการต่างมีส่วนร่วมร้อยละ 10 ในการชำระเงินต่อค่าใช้จ่ายบริการ

การให้การใช้โรงพยาบาลศูนย์กลาง เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนการดูแลทางสังคม เพื่อบรรเทาภาระให้กับผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และเพื่อลดแรงกดดันต่อบริการด้านสุขภาพ โครงการภาคบังคับสำหรับผู้ที่มีอายุ แม้ระบบการดูแลดังกล่าวจะถูกกล่าวถึงว่าไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุมากนัก และให้การสนับสนุนผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ อย่างไรก็ตาม ยังประสบปัญหาเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการเงินของรูปแบบดูแลระยะยาวอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายและการค้นหาผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม อีกนัยหนึ่งคือ จำนวนผู้ให้บริการและการใช้จ่ายเงิน เพิ่มขึ้นเกินกว่าที่คาดหมายไว้ แต่ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นในขณะนี้สามารถเข้าถึงสถาบันในการให้บริการ และบริการชุมชนอย่างหลากหลาย (Natasha Curry, Holly Holder and Linda Patterson, 2013, p. 4)

ภาพรวมระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุจากต่างประเทศ ทำให้เห็นว่าภายใต้ระบบการจัดบริการมีกฎหมายหรือนโยบายเป็นกรอบในการกำหนดทิศทางของการดำเนินงาน แนวทางในการบริหารจัดการองค์กร ประกอบด้วยกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบ โครงสร้างคณะกรรมการที่เป็นกลไกขับเคลื่อนการจัดการบริการ รูปแบบบริการระบบการคลัง อัตราค่าใช้จ่าย รวมถึงระบบการเข้าถึง

บริการ และการกำกับติดตามคุณภาพการจัดบริการ ทั้งนี้ จากประสบการณ์การจัดบริการของต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา และประเทศญี่ปุ่น น่าจะเป็นบทเรียนที่ประเทศไทยนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมได้ เพื่อให้เห็นภาพในเชิงเปรียบเทียบสำหรับระบบการดูแลทางสังคมของประเทศต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ประเด็น	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
กฎหมาย/นโยบาย	1. หลักประกันยามชราภาพ รัฐบาลจะนำเงินรายได้จากภาษีอากรมาจ่ายหลักประกันยามชราเป็นรายเดือนให้กับประชาชนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 2. แผนบำนาญแห่งชาติ เป็นการจ่ายเงินให้กับแรงงานทุกคนจนเข้าแผนบำนาญ 3. แผนการออมภาคเอกชน การส่งเสริมให้เกิดการออม และให้สิทธิพิเศษทางภาษีแก่ผู้ออม และกำหนดสิทธิ	1. กฎหมายผู้สูงอายุ หรือ OAA มีการกำหนดสิทธิสำหรับผู้สูงอายุ และครอบครัว การจัดสรรงบประมาณ และดำเนินโครงการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ 2. กฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ เน้นเรื่องการให้สิทธิผู้สูงอายุในการตัดสินใจ เลือกรับบริการทางการแพทย์ การได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ และการไม่เลือก	1. กฎหมายการประกันสังคมแห่งชาติ ค.ศ. 1946 2. กฎหมายการช่วยเหลือแห่งชาติ ค.ศ. 1948 3. กฎหมายการบริการด้านสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 1946 4. กฎหมายบำนาญผู้สูงอายุ ค.ศ. 1908 และบำนาญแห่งชาติ 5. กฎหมายการให้การดูแลประชาชน ค.ศ. 1993 6. แผนการให้บริการสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 2000	1. ยุทธศาสตร์ชาติสำหรับผู้สูงอายุชาวออสเตรเลีย กำหนดโครงสร้างสำคัญ ได้แก่ (1) ระบบการดูแลที่เหมาะสมต่อสุขภาพ (2) ระบบการดูแลทำให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่าย (3) ระบบการดูแลแบบบูรณาการ (4) ระบบการดูแลอย่างยั่งยืน และสมดุล ระหว่างการระดมทุนของรัฐและเอกชน	1. กฎหมายส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) กฎหมายพื้นฐานว่าด้วยมาตรการสำหรับผู้สูงอายุ เน้นหลักการสร้างสังคมที่ยุติธรรมและเป็นหลักประกันแก่ผู้สูงอายุ (2) กฎหมายว่าด้วยบำนาญ (3) กฎหมายว่าด้วยการจ้างงานผู้สูงอายุ 2. พระราชบัญญัติว่าด้วยการประกันความคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเด็น	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
	ประโยชน์หลังเกษียณ	ปฏิบัติในการจ้างงานอื่นเนื่องจากอายุ		2. พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ 1997 กำหนดการใช้เงิน กำหนดประเภทและระดับการดูแลอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะการดูแลในที่พักที่มีคุณภาพราคาไม่แพง 3. พระราชบัญญัติการดูแลบ้านและชุมชน 1985 เน้นการบริหารงานเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึง HACC 4. กฎบัตรความซื่อสัตย์เชิงงบประมาณ ได้กำหนดหลักการจัดการทางการเงิน การคลัง และการกระทำของรัฐบาลในการเตรียมรายงานระหว่างกันอย่างน้อยทุก 5 ปี	

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเทศ	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
				5. กฎระเบียบของรัฐและรัฐบาลท้องถิ่นเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านกฎระเบียบที่ครอบคลุมการวางแผนการออกแบบบริการอาชีพ สุขภาพ ความปลอดภัย อาหาร และเตรียมความพร้อมเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค	
ระบบการดูแล	ระบบการบริการที่ถูกจัดเตรียมไว้เพื่อรองรับความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น	ระบบการบริการที่ถูกจัดเตรียมไว้เพื่อรองรับผู้สูงอายุเฉพาะราย	การจัดบริการดูแลทางสังคมดำเนินการผ่านกลไกทางกฎหมาย ได้แก่ การกำหนดระเบียบการอนุมัติการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ บางราย - หน่วยงานท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดรูปแบบ ทิศทางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	ระบบการบริการที่ถูกจัดเตรียมไว้เพื่อรองรับความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ	ระบบการดูแลเป็นระบบประกันระยะยาว ผู้สูงอายุจะได้รับสิทธิทุกคน บำนาญ แบบสมัครใจและระบบประกันการดูแลระยะยาว

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเด็น	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
การเข้าถึงสิทธิ	ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง/เปราะบาง โดยผ่านการประเมินผู้ให้บริการ	ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ได้รับสิทธิ บริการฟรีจากรัฐ เนื่องจากฐานะยากจน ประสบปัญหาทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุที่ซื้อ / ชำระค่าบริการเองมีทางเลือกในการใช้บริการอย่างอิสระ	การกำหนดขอบเขตการดูแลต้องผ่านการประเมิน การดูแล โดยใช้กรอบการได้รับสิทธิภายใต้ FACS	เน้นให้ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำโดยประเมินตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละคน และคิดค่าบริการตามฐานะทางเศรษฐกิจ	ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการจะผ่านกระบวนการของการประเมินจากผู้จัดการดูแล ซึ่งอยู่ในองค์กรที่ให้บริการแต่ได้รับการควบคุมดูแลจากรัฐ โดยไม่ได้พิจารณาผู้สูงอายุที่มีสิทธิอื่นเนื่องจากรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินผู้สูงอายุ
ลักษณะบริการ	1. ด้านสุขภาพ เช่น การจัดให้มีการเยี่ยมดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาล โดยอาจเป็นบริการชั่วคราวหลังจากการพ้นไข้จากโรงพยาบาล หรือการเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่อง หากมีความจำเป็น	การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลโดยชำระค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง จากกว่าจะเข้าสู่แผนประกันสุขภาพฟรี อันเนื่องมาจากมีรายได้น้อย 2. การใช้บริการของ Area Agency on Aging (AAA)	1. การดูแลที่บ้าน ได้แก่ การช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ ในบ้าน การดัดแปลงวัสดุ อุปกรณ์ การเตรียมการเข้า-ออก โรงพยาบาล การบำรุงรักษาบ้านและสวน	1. การดูแลในชุมชน เป็นบริการที่หลากหลายซึ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง และมีชีวิตอย่างอิสระผ่านบริการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	1. ผู้สูงอายุได้รับบริการตามสิทธิระบบบำนาญ คือ ได้เงินบำนาญพื้นฐาน บำนาญรายได้ 2. บริการตามระบบประกันการดูแลระยะยาว มีสิทธิ 2 ประการ คือ (1) สิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริม

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเด็น	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
	2. ด้านที่พักอาศัย เช่น การให้เงินช่วยเหลือสำหรับที่พัก รวมทั้งค่าเช่าบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าข่ายตามหลักเกณฑ์ การจัดหาสถานที่อยู่อาศัยที่จัดไว้เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์หรือไม่สามารถอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง 3. ด้านการเดินทาง เช่น การให้ส่วนลดค่าโดยสารในการเดินทาง การจัดระบบขนส่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางได้สะดวก เป็นต้น 4. ด้านการเงิน ได้แก่ สวัสดิการในรูปแบบของ	ได้แก่ การจัดหาบริการการจ้างส่วนตัวบริการในบ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การส่งต่อ การเคลื่อนย้าย 3. บริการที่บ้าน ได้แก่ การดูแลบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การทำงานบ้าน 4. การดูแลในชุมชน ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิ การให้บริการทางกฎหมาย	2. การดูแลในสถานบริการที่ดูแลพิเศษที่บ้านเป็นพิเศษ เป็นการดูแลโดยพยาบาล 3. การดูแลและการสนับสนุนทางสังคม 4. การเข้าและออกโรงพยาบาลการดูแลในกรณีฉุกเฉินในโรงพยาบาล 5. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาพเป็นกิจกรรมการดำเนินชีวิตและสุขภาพ 6. บริการช่วยเหลือการใช้ชีวิตจัดกิจกรรมในลักษณะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด	2. การดูแลในที่อยู่อาศัยมี 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลในระดับต่ำ	สุขภาพป้องกันโรค (2) สิทธิประโยชน์ด้านการดูแล เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเด็น	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
	บำนาญและเงินช่วยเหลือ 5. ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับ สุขอนามัยและกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว การทำความสะอาดบ้าน รวมไปถึงการซื้อเครื่องอุปโภคและบริโภค และการดำเนินกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ 6. ด้านความมั่นคงส่วนตัว ได้แก่ การบริการดูแลด้านความปลอดภัย เช่น การดูแลบ้าน รวมไปถึงการ		7. การออกไปเที่ยวและกิจกรรมทางสังคมใหม่ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกไปใช้ชีวิตนอกร้าน		

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเด็น	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
	รับส่ง และติดตาม ผู้สูงอายุไปยัง สถานที่นัดหมาย และการทำ ธุรกรรมทาง การเงิน เป็นต้น 7. ด้านอื่นๆ เช่น การให้ข้อมูลทาง โทรศัพท์และ สอบถามบริการ สำหรับผู้สูงอายุ (BC Seniors' Line) หรือบริการส่ง ข้อความ เป็น จดหมายหรือ การ์ด ให้ผู้สูงอายุ เนื่องในโอกาส สำคัญๆ เช่น วัน เกิดหรือวัน ครบรอบแต่งงาน เป็นต้น ทั้งนี้ การ จัดสวัสดิการและ การบริการดูแล ผู้สูงอายุ ได้รับ งบประมาณ จากรายได้ของ รัฐบาลกลางและ รัฐบาลระดับ				

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเด็น	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
	จังหวัด ซึ่งแหล่ง หลักมาจากภาษี เงินได้บุคคล ธรรมดา ภาษีเงิน ได้นิติบุคคล และ ภาษีเพื่อการ บริโภค				
กลไกการบริหาร จัดการ	รัฐบาลในแต่ละ มณฑลมีอำนาจ ตามกฎหมาย ในการจัดตั้ง หน่วยงาน ควบคุมดูแล กิจการต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุ เช่น กระทรวง สาธารณสุข มี อำนาจดูแลและ ติดตามตรวจสอบ เกี่ยวกับสุขภาพ และสภาพความ เป็นอยู่ของ ผู้สูงอายุ	กฎหมาย ผู้สูงอายุเป็น กลไกขับเคลื่อน การจัดบริการ สำหรับผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลกลาง ทำหน้าที่ดูแล ผู้สูงอายุโดยตรง หรือเป็น ศูนย์กลางในการ บริหารจัดการ ได้แก่ การกำกับ ข้อมูลเกี่ยวกับ การบริการ โดยกองทุนหลัก ของรัฐ คือ แผน ประกันสุขภาพ ฟรี สำหรับคนมี รายได้น้อย ซึ่ง จะคุ้มครองด้าน สถานการณ์ดูแล ผู้สูงอายุ และ	การบริการ จัดการให้บริการ ทางสังคม ดำเนินการโดย กองทุน NHS	รัฐบาลและ หน่วยงาน ท้องถิ่นกำหนด ขอบเขตการ ให้บริการ เช่น บริการสถานดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น ผู้สูงอายุที่ ต้องการได้รับ การดูแลระดับสูง	เทศบาลตำบล มีหน้าที่บริหาร จัดการกองทุน ประกันดูแลระยะ ยาว ซึ่งเป็นเงิน จากเบี้ยประกัน ที่เก็บจาก ผู้ประกันตน และ จากภาษีหรือ รายได้ของ เทศบาลตำบล

ตารางที่ 3.2

เปรียบเทียบกฎหมาย นโยบาย และระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเด็น	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
		ดูแลที่บ้าน แต่ไม่ครอบคลุมการดูแลทางสังคมจะสนับสนุนเพียงค่าใช้จ่ายด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูแค่ 100 วัน			

ตอนที่ 2 การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง: ประสบการณ์จากต่างประเทศ

กว่าทศวรรษที่ผ่านมาการดูแลแบบบูรณาการได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปนโยบายสุขภาพทั่วโลก โดยปี 2003 องค์การอนามัยโลกเสนอว่า การบูรณาการเป็นการปรับปรุงการดูแลทำให้ระบบบริการการคุ้มครองทางสังคมมีความยั่งยืน การดูแลแบบบูรณาการให้สิทธิประโยชน์สำหรับประชากรทุกกลุ่มและสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องดูแลในระยะยาว เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คนที่มีความต้องการที่ซับซ้อน และผู้สูงอายุแต่ละคนต้องการวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับตัวเอง แม้บริการนั้นจะอยู่กับคนละหน่วยงาน จึงต้องมีการประสานการดูแลจะเป็นประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีวิธีการที่แตกต่างกันถูกนำมาใช้ร่วมกัน (Brigid Pike and Deirdre Mongan, 2004, p. 24)

ดังนั้น การบูรณาการการดูแลจำเป็นต้องมีการผลึกกำลังเพื่อให้เกิดการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการ การกำหนดกระบวนการในลักษณะของการวินิจฉัย การรักษา การดูแล การฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนบริการทางสังคม โดยต้องผลึกกำลังจากบุคลากรในองค์กรเดียวกัน หรือระหว่างองค์กร รวมถึงผู้ใช้บริการ และครอบครัวของผู้ใช้บริการ เพื่อให้สามารถเข้าสู่กระบวนการดูแลอย่างสะดวก ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ความพอใจของผู้ใช้บริการ (Grone Carcia-Barbero, 2001; Kodner and Spreuweng, 2002; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551, น. 19) นอกจากนี้การบูรณาการยังก่อให้เกิดระบบของการระดมทุน การบริหารจัดการระบบการให้บริการ และมาตรฐานการให้บริการที่ดีอีกด้วย

2.1 แนวความคิดเพื่อการบูรณาการการดูแล

เมื่อมีการสำรวจความต้องการการดูแลทางสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสังคมพบว่า ทั้ง 2 ส่วน มีความสัมพันธ์กันอยู่ อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ดีมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลทางสุขภาพจะมีประสิทธิภาพก็ขึ้นอยู่กับให้การดูแลทางสังคม

จากการศึกษาการบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมใน 5 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น พบวิธีคิดในการบูรณาการดูแลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เหตุผลประการสำคัญ คือ ระบบสวัสดิการและความเป็นรัฐสวัสดิการที่แต่ละประเทศมีระบบที่แตกต่างกัน Nolte and McKee กล่าวถึง วิธีคิดที่แตกต่างกันของการดูแลแบบบูรณาการในประเทศแถบยุโรปและในประเทศอเมริกาเกิดจากการได้รับอิทธิพลเรื่องการเตรียมกองทุน / งบประมาณที่แตกต่างกัน ในอเมริกามีระบบประกันสุขภาพทำให้การดูแลแบบบูรณาการได้สะท้อนให้เห็นถึง “มุมมองของการจัดการดูแลที่เข้มแข็ง ซึ่งเน้นไปที่การกำหนดผู้ที่ได้รับบริการไว้อย่างชัดเจน (แต่มีการเลือกสรรด้วย เช่น การลงทะเบียนเป็นสมาชิกของแผนสุขภาพ ซึ่งได้รับค่าใช้จ่ายที่กำหนดไว้เป็นรายเดือน) และในการบูรณาการงบประมาณและการดูแลสุขภาพ” ระบบสุขภาพในยุโรปส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ (การจัดหาเงินงบประมาณและการจัดส่งบริการ) (Pike and Mongan, 2014, p. 28)

MacAdam อธิบายเหตุผลสำหรับการบูรณาการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในแคนาดา เนื่องจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและระบาดวิทยา ระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่มีการพัฒนาในการตอบสนองความต้องการการดูแลสำหรับผู้เจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute Care) นั่นคือ มีความพยายามที่จะจัดการส่งมอบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่ต้องการเพียงแค่การบริการในระยะสั้น ดังนั้น จึงเห็นกระบวนการทัศนคติในแคนาดา ซึ่งดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นการดูแลระยะยาว ซึ่งครอบคลุมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง” (Brigid Pike and Deirdre Mongan, 2014, p. 28) สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น จึงได้นำเสนอวิสัยทัศน์ระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุในปี 2003 เรียกวิสัยทัศน์นี้ว่า Caring for Older people in 2015 จัดทำโดยรัฐบาล เพื่อเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ผู้สูงอายุ ในวิสัยทัศน์ดังกล่าวทำให้เกิดระบบการดูแลในชุมชนอย่างบูรณาการ และส่งผลให้เกิดการปฏิรูประบบการประกันในการดูแลระยะยาว ในปี 2006 (Reform of the Long-Term Care Insurance System) ทั้งนี้ จุดมุ่งหมายของการบูรณาการ คือ การตรวจสอบและแก้ปัญหาบริการที่แยกส่วนจึงเป็นที่มาของการนำบริการในทางการแพทย์และการดูแลทางสังคมจะถูกนำมารวมกัน (Tsutsui, 2014)

สำหรับรัฐบาลญี่ปุ่นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมถูกนำมาเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการครบถ้วน ทั้งนี้ วิสัยทัศน์ ปี 2025 การดูแลที่รวมความเป็นพื้นที่ (localized) และความเข้าใจการให้การดูแลที่จะจัดตั้งขึ้น ซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนการดูแลระยะยาว ความคิดริเริ่มในการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น โครงการการสนับสนุนที่อยู่อาศัยและการสนับสนุนการดูแล เทียบเท่ากับบริการสวัสดิการอื่น ๆ การบริการป้องกันเพื่อความปลอดภัย การประชาสัมพันธ์ และการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อม รวมถึงผู้สูงอายุสามารถคงอยู่ในชุมชนของพวกเขาได้ (Volker E. Amelung and other, 2001, p. 45) ถือเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เรามองมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม และบริหารจัดการบริการอย่างเป็นระบบมากขึ้น

2.2 รูปแบบการบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม

2.2.1 กระบวนการและระดับของการบูรณาการ

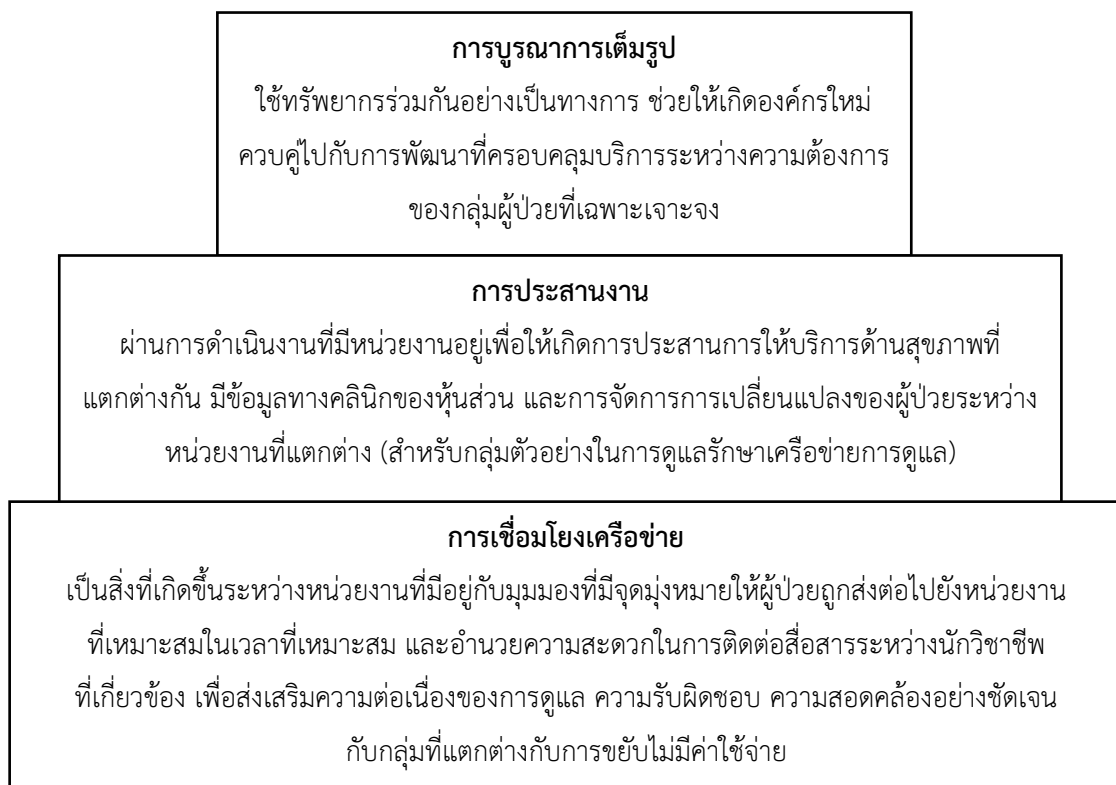
กระบวนการของการบูรณาการการดูแล คือ วิธีการที่นำไปสู่การจัดระบบการทำงาน การจัดองค์กร การรวมงบประมาณ บริการ ข้อมูลสารสนเทศ และมีกฎเกณฑ์ในการดำเนินการให้บริการ ร่วมกัน เมื่อมีกระบวนการบูรณาการการดูแลที่ดีแล้วก็จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะมีกลไกในการจัดบริการ เพื่อตอบสนองต่อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

ระดับของการบูรณาการ

สิ่งที่ทำให้กระบวนการบูรณาการการให้บริการแข็งแกร่งได้นั้นมีปัจจัยสำคัญอยู่ที่ระดับของการบูรณาการการดูแลที่จำเป็นต้องสร้างให้เกิดในกระบวนการบูรณาการ โดยมีการแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) บูรณาการเสมือน (Virtual Integration) ผู้ให้บริการทำงานร่วมกันผ่านเครือข่ายและพันธมิตร ซึ่งคล้ายกับการประสานงาน 2) การบูรณาการที่แท้จริง (Real Integration) หน่วยงานที่ให้บริการมีการผสานบริการของตน ซึ่งจะต้องมีผู้เข้าร่วมในการให้บริการที่แตกต่างกันเพื่อจะเปลี่ยนวิธีการทำงานของหน่วยงาน และ 3) การบูรณาการทรัพยากรร่วมกันอย่างเต็มรูปแบบ (Pike and Mongan, 2014, p. 25)

ภาพที่ 3.1

Intensity ของการบูรณาการ



จากภาพข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันอย่างเต็มรูปแบบอย่างเป็นทางการ ช่วยให้องค์กรใหม่ที่จะถูกสร้างขึ้นคู่กับการพัฒนาบริการที่ผสมผสานครอบคลุมความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง ในขณะที่การประสานงานที่มีหน่วยงานอยู่แล้วเพื่อประสานงานให้บริการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน การแบ่งปันข้อมูลทางคลินิกและการจัดการกรณีที่เป็นที่บริบทของผู้ใช้บริการจะต้องได้รับบริการจากระหว่างหน่วยงานที่แตกต่างกัน (ตัวอย่าง ช่วงเวลาของการดูแลเครือข่ายการดูแล) ส่วนการเชื่อมต่อที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยงานที่มีอยู่กับมุมมองที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม และอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 รูปแบบการบูรณาการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบการบูรณาการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่น่าสนใจมีหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่สำคัญ คือ การบูรณาการการดูแลแบบ PACE ของสหรัฐอเมริกา การบูรณาการการดูแลแบบ SIPA และแบบ PRISMA ของแคนาดาและรูปแบบ Nuffield Trust King's Fund ในประเทศอังกฤษโดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) PACE (US.)

PACE เป็นระบบการบูรณาการแบบครบวงจรที่ให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเฉียบพลันและการดูแลระยะยาว (Acute and Long-Term Care Services) ซึ่งส่วนใหญ่มีการประสานงานและการจัดระบบของการให้บริการ เช่น ศูนย์สุขภาพกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบที่มีเพิ่มเติมจากกรณีผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ศูนย์นวัตกรรมสำหรับผู้อาวุโส ที่เริ่มต้นในปี 1971 ค่อยๆ ปรับตัวเข้ากับวิธีการที่โรงพยาบาลทำให้บริการช่วงกลางวัน (Eng et al., 1997) การตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่รวมบริการทางสังคมและการบริการการพักผ่อน โดยหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นของแพทย์ซึ่งให้บริการกับผู้ป่วยนอกคลินิกที่เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการให้บริการอย่างต่อเนื่องทางคลินิก การกำกับดูแลและการจัดการดูแลอันเป็นบทบาทสำคัญ ภายใต้โปรแกรมที่ถูกออกแบบเพื่อผู้สูงอายุที่อ่อนแอในชุมชน เพื่อหลีกเลี่ยง หรือยืดระยะเวลาที่จะต้องเข้ารับการดูแลในสถาบันให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ (Bodenheimer, 1999) มีอาสาสมัครที่จะให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในชุมชนให้ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลที่บ้าน (Nursing Home) และครอบคลุมทั้ง Medicare (โปรแกรมประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ และ Medicaid (การร่วมมือกันของรัฐบาลกลางและมลรัฐ โดยทดสอบผู้ที่เข้าสู่โปรแกรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ที่มีรายได้ต่ำ และบริการทางการแพทย์สำหรับบุคคลที่ยากจน) การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะมีความสำคัญและให้การสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย แม้ว่าจะไม่ได้รับประโยชน์อย่างเป็นทางการ แต่มักจะถูกใช้เป็นแพคเกจเสริมสำหรับการดูแล (Kodner and Kay Kyriacou, 2000) PACE ดำเนินการเป็นโปรแกรมการสาธิตของรัฐบาลกลางระหว่างปี 1987 และปี 1997 และปัจจุบันเป็นโปรแกรมที่ให้บริการถาวรภายใต้ Medicare และเป็นตัวเลือกที่อยู่ภายใต้การประกันสุขภาพของรัฐ ในเดือนมกราคม 2005 มี 36 โปรแกรมในการดำเนินงานอย่างเต็มที่ใน 18 รัฐ การดูแลจะให้บริการสำหรับผู้ลงทะเบียนจำนวน 10, 523 (National PACE Association, 2005A) ตามที่ the National PACE Association ได้กำหนดผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยทั่วไปเหมือนกับค่าเฉลี่ยของชาวอเมริกันที่ได้รับบริการดูแลที่บ้าน นั่นคือเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี มีเงื่อนไขทางการแพทย์ระดับ 9.7 และสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้

ประมาณ 3 กิจกรรมและร้อยละ 49 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (National PACE Association, 2005b)

รูปแบบที่ประสบความสำเร็จในการบูรณาการการดูแลของ The PACE มีหลายระดับ

1. มีระบบการเงินผ่านการสมทบร่วมกันของ Medicare และ Medicaid พร้อมกับการควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโปรแกรมและอำนาจในการใช้จ่ายเงินเหล่านี้ รวมทั้งกองทุนมีความยืดหยุ่น
2. มีการจัดส่งบริการโดยส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขในช่วงกลางวันสำหรับผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการให้กับผู้รับบริการภายนอก สำหรับการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเฉพาะทางจะดำเนินการในโรงพยาบาลและการพยาบาลที่บ้าน
3. มีการจัดการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบในการประเมิน การให้บริการ และการจัดการประสานงานการดูแล และการตรวจสอบทางคลินิก
4. การให้ความสำคัญกับการคุ้มครองป้องกัน ฟื้นฟู และประสิทธิภาพทางคลินิกและระบบอื่น ๆ โดยได้แรงหนุนจากการส่งมอบบริการและการเก็บค่าทำเนียมตามระดับความเสี่ยง (Ansak, 1990)

การบริหารการดูแลสุขภาพและการเงินแห่งสหรัฐอเมริกา (ที่รู้จักกันในขณะนี้คือ ศูนย์สำหรับ Medicare และ Medicaid) รับผิดชอบที่การประเมินผลทั้งเชิงคุณภาพ (Kane et al., 1992) และเชิงปริมาณ ดำเนินการโดยทีมงานวิจัยที่ Abt Associates (1993-1998) งานที่ดำเนินการโดยไม่สุ่มตัวอย่าง (Non-Randomised) ออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ทั้ง Kane et al (1992) และ Zimmerman et al (1998) พบว่า รูปแบบของ PACE มีประสิทธิภาพมากในด้านมีกลไกการบูรณาการที่ดี

การมุ่งเน้นที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะวิกฤต/เจ็บป่วยรุนแรง การใช้บริการในศูนย์สุขภาพช่วงกลางวันของผู้สูงอายุได้กำหนดให้การดูแลร่วมกันทั้งในการดูแลทางการแพทย์แบบปฐมภูมิ การดูแลสุขภาพ การดูแลทางสังคม และการบริการสนับสนุน และด้านทีมงานของโปรแกรมได้แยกออกเป็นผู้รับผิดชอบมากที่สุดสำหรับโปรแกรมการดูแลส่วนบุคคลในระดับสูง และการประสานงานทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การลงทะเบียนใน PACE เป็นลักษณะการทำงานร่วมกันเพื่อลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล (ทั้งการเข้าเป็นคนป่วยในและคนป่วยนอก) การลดการเข้าสู่สถานประกอบการดูแล (ทั้งการเข้าอยู่ประจำและแบบกลางวัน) และการใช้ประโยชน์จากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

และการรักษาดีเท่า ๆ กับการดูแลที่บ้าน และใช้บริการในชุมชนเป็นฐานมีเพิ่มขึ้น (Chatterji et al., 1998)

ผลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า PACE คือ การรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เปราะบางที่ประสบความสำเร็จในชุมชน และมีการชดเชยให้กับบริการผู้ป่วยในที่ไปรักษาในราคาที่แพงกว่า (Eng et al., 1997; Chatterji et al., 1998) อย่างไรก็ตาม Kodner and Kay Kyriacou (2000) ชี้ให้เห็นคุณสมบัติที่เป็นเอกลักษณ์หลายอย่างที่มีผลต่อการกำหนดข้อจำกัดของมันเป็นเองต่อการเจริญเติบโตของโครงการ

ประการแรก หากปราศจากความช่วยเหลือของรัฐบาลกลาง และมลรัฐ เงินทุนที่สำคัญ และค่าใช้จ่ายเริ่มต้นที่เป็นเงินถึง 1 ล้านดอลลาร์ จึงเป็นการยากที่จะจัดตั้งกองทุนโดยเอกชน

ประการที่สอง ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นผู้สูงอายุบางคนไม่ได้จบลงด้วยการเข้าร่วมโครงการ เพราะพวกเขาจะไม่สะดวกสบายกับการจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุช่วงกลางวันหรือข้อเท็จจริงที่ว่าผู้สูงอายุต้องให้แพทย์ส่วนตัวดูแลในระดับปฐมภูมิ

ประการที่สาม ขนาดของศูนย์ในพื้นที่ที่เล็กเกินไป (เฉลี่ยมีผู้ลงทะเบียน 300 คน)ซึ่งคับแคบและให้บริการไม่เต็มที่สามารถสะท้อนขนาดของเศรษฐกิจในแง่ของการจำลองการให้บริการระดับชาติอาจนำไปสู่ปัญหาการให้บริการในอนาคต

2) SIPA (แคนาดา)

โปรแกรม SIPA เหมือนกับโปรแกรม PACE ในอเมริกา SIPA คือ ได้จำลองการบูรณาการสำหรับคนในควิเบก (Quebec-based) ที่ใช้เป็นตัวอย่างของรูปแบบการจัดการดูแลแบบครบวงจร ผู้สร้างรูปแบบนี้อยู่ที่มหาวิทยาลัย McGill/ Université de Montréal Research Group on Integrated Services for the Frail Elderly ซึ่งได้อธิบายว่า SIPA คือ การดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานได้รับการดูแลระดับปฐมภูมิ ถูกจัดการดูแลด้วยระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Bergman et al., 1997)

โครงการได้ดำเนินการที่ Montr'eal CLSCs เป็นแห่งที่ 2 (ในฝรั่งเศส, Centres de Locaux de Services Communautaires) ในช่วงระยะเวลามากกว่า 22 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายนปี 1999 และมีนาคม 2001 ทั้งนี้ CLSC อยู่ในท้องถิ่น คลินิกชุมชนที่ทำงานให้บริการแก่สาธารณชน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลที่บ้านในจังหวัดควิเบก (Trahan and Caris, 2002) ทั้งสองบริการ CLSC ขึ้นอยู่กับทีม SIPA แต่ละบริการดำเนินงานภายใต้การจัดการของตนเองทั้งงบประมาณและพนักงาน ซึ่งเป็นความรับผิดชอบให้เกิดการบูรณาการการดูแลสุขภาพและบริการสังคมในชุมชน และ

การประสานงานของโรงพยาบาลและการพยาบาลการดูแลบ้านสำหรับผู้ป่วย 160 คนต่อ 1 พื้นที่ (Bergman et al., 2003) การลงทะเบียนในโปรแกรมถูกจำกัดให้อยู่ในชุมชน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 64 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นำร่อง CLSC (CLSC demonstration) ที่มีผู้ที่พิการในระดับปานกลางจึงจะได้รับบริการ และผู้ดูแลที่จะเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่บริการดูแลสุขภาพและบริการในชุมชนจัดให้โดยตรงจาก CLSC กับโรงพยาบาล สถานพยาบาลและผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่สัญญาจะส่งมอบบริการที่มีความเฉพาะมากขึ้น (Hollander et al., 2002)

นอกจากนี้ ยังมีการออกแบบการจำลองการบริการขั้นพื้นฐานที่ระบุ รวมถึงรูปแบบอื่นๆ ที่สำคัญหลายๆ รูปแบบด้วย (Bergman, et al., 1997; Johri et al., 2003) คือ

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการพยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ (ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการ) นักบำบัด คนดูแลบ้าน และบางครั้งมีนักโภชนาการ และเภสัชกร อาจรวมถึงผู้ที่รับผิดชอบทางคลินิกในทีมสหสาขาวิชาชีพนี้ด้วย

2. ความรู้ทางเทคนิคของอายุรเวชผู้สูงอายรรวมถึงพันธสัญญาทางคลินิกของสหสาขาวิชาชีพ การดูแลที่บ้านอย่างเข้มข้นตลอด 24 ชั่วโมง ที่สามารถเรียกหาบริการได้ตลอดเวลาและรวดเร็วเพื่อระดมทีมเคลื่อนย้าย ลดการทำงานให้น้อยลง การลดการพึ่งพิงสถาบัน และการดำรงอยู่ชุมชนให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

3. การชำระเงินแบบเติมเงิน ถูกออกแบบมาเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นความรับผิดชอบที่ครอบคลุมโปรแกรมบริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างเต็มรูปแบบ (หมายเหตุ: เติมเงิน โดยการจัดหาเงินทุนที่ไม่เคยนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของแบบจำลองนี้ แม้ว่า SIPA ยังคงใช้ความยืดหยุ่นของเงินทุนสำหรับทุกชุมชนตามการดูแลทางการแพทย์และการดูแลทางสังคม และพนักงานได้รับรู้ถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องจึงพยายามที่จะจำลองผลกระทบของมัน)

การสาธิตโปรแกรม SIPA คือ การทดลองควบคุมแบบสุ่ม (RCT) ซึ่งเป็นรูปแบบบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุของอเมริกาเหนือ โดย B'eland et al (2006) ได้รายงานผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าเป็นโปรแกรมสามารถมีเพิ่มการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพและบริการทางสังคมในชุมชน และลดการเข้ารับการรักษาพยาบาลในภาวะเฉียบพลันในโรงพยาบาล (ร้อยละ 50) ของระดับทางเลือกอื่นของการดูแลผู้ป่วย (เช่น 'Bed Blockers' สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผลเชิงบวกในภาพรวมของโรงพยาบาลและการพยาบาลที่บ้าน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลหรือการพยาบาลที่บ้าน หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังไม่มีความแตกต่างในผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ หรือค่าใช้จ่ายรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่าพบเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจของผู้ดูแล และภาระ/อุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้น แม้จะมีการค้นพบในเชิงบวกเหล่านี้ ทำให้ SIPA ตัดสินใจว่าจะไม่ทำให้โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมถาวรเพราะการขาดฉันทามติทางนโยบาย อย่างไรก็ตาม รัฐบาลควิเบกจะพิจารณาองค์ประกอบบางอย่างของรูปแบบการเข้าสู่ระบบการให้บริการทางสุขภาพและทางสังคมที่มีอยู่ในจังหวัดนั้น (Hollander et al., 2002) ซึ่งหมายถึง การปรับปรุงระบบการให้บริการให้ดีขึ้น

3) PRISMA (Canada)

โปรแกรมนี้มีความแตกต่างจาก PACE และ SIPA เนื่องจากเป็นรูปแบบการบูรณาการการดูแลแบบประสานงาน โปรแกรมนี้เป็นโครงการนำร่องครั้งแรกในภูมิภาค Bois-Francs ของควิเบก (Bois-Francs region of Quebec) และในปัจจุบันถูกขยายไปยังภาคตะวันออกของเขตเมือง มีเป้าหมายที่จะบูรณาการการให้บริการเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ใช้บริการจะมีอิสระในการใช้บริการจะมุ่งไปยังคนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีลักษณะของความพิการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในระดับปานกลางถึงรุนแรง เพื่อมีศักยภาพที่ดีสำหรับการพักอยู่ที่บ้าน มีความต้องการบริการการดูแลทางสุขภาพหรือบริการสังคม 2 ประเภท หรือมากกว่านั้น และอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการ (H'ebert et al., 2005)

รูปแบบ PRISMA ประกอบด้วยองค์ประกอบของการบูรณาการ 6 ประการหลัก คือ (H'ebert et al., 2003)

1. การประสานงานภายในและระหว่างองค์กรที่ให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมกันในลักษณะที่ตั้ง คณะกรรมการในระดับการกำกับดูแล และคณะกรรมการประสานงานการให้บริการในระดับผู้บริหาร
2. มีกลไกในการเข้าถึงการดูแลครอบคลุมการดูแลสุขภาพและการดูแลสังคมในพื้นที่ให้บริการเพียงจุดเดียว (A Single Point of Entry)
3. การประสานบริการและบริหารงานทางคลินิก ผ่านทีมงานของผู้จัดการรายกรณีที่ทำงากับแพทย์ครอบครัวของผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการรายอื่นๆ
4. มีเครื่องมือการประเมินร่วมกัน มีแผนภูมิทางคลินิกและการวางแผนการดูแล
5. การจัดทำงบประมาณในการให้บริการ
6. ระบบสารสนเทศแบบบูรณาการ รวมทั้งเครื่องมือที่เป็นคอมพิวเตอร์ บันทึกทางคลินิกได้โดยอัตโนมัติ การอำนวยความสะดวกในการทำงานเป็นทีม และความต่อเนื่องของการดูแล ผู้เข้าร่วมติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิกและการจัดการข้อมูล

มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานโปรแกรม PRISMA ระหว่างปี 1997 ถึง 2003 จาก Tourigny et al (2004) โดยรวมการดูแลในสถาบันมีแนวโน้มลดลง นั่นคือ ผู้ใช้บริการมีจำนวนน้อยลงที่ได้รับการดูแลในสถาบัน การทำงานกับผู้ให้บริการที่เปราะบาง/อ่อนแอมีอิสระมากขึ้น

2.3 บทเรียนการบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคม

จากการทบทวนรูปแบบการบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคมจากต่างประเทศ ได้แก่ อเมริกา แคนาดา และอังกฤษ พบสาระสำคัญที่สามารถนำมาใช้ในการบูรณาการการดูแลในหลายประเด็น คือ การเรียนรู้ยุทธศาสตร์การบูรณาการกลไกการดูแลในหลายประเด็น คือ การเรียนรู้ยุทธศาสตร์การบูรณาการกลไกและมาตรการในการบูรณาการ ผลสัมฤทธิ์และปัญหาอุปสรรคในการบูรณาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ยุทธศาสตร์บูรณาการการดูแล

การบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมในระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่อย่างมีประสิทธิภาพมีความซับซ้อนอย่างมาก และเป็นประเด็นท้าทายเนื่องจากความยากในการดำเนินการ (Leutz, 2005) นอกเหนือไปจากการร่วมกันทำงาน และความสำเร็จในการดำเนินการที่เหมาะสมของการแก้ปัญหาในการออกแบบที่สามารถทำได้จริง เนื่องมาจากหน่วยงานราชการจำนวนมาก นักวิชาชีพจากหลากหลายสาขาและวัฒนธรรมที่จะต้องเอาชนะกัน หากข้ามพ้นปัญหาดังกล่าวก็จะสามารถบูรณาการการดูแลได้

2.3.2 กลไกและมาตรการในการบูรณาการ

เมื่อมีการบูรณาการบริการการดูแลทางสุขภาพและการดูแลทางสังคมแล้ว การขับเคลื่อนให้เกิดการกระจายบริการไปสู่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลได้นั้นย่อมมีความสำคัญยิ่ง จึงต้องมีการจัดระบบการควบคุม กำกับ และมอบหมายความรับผิดชอบในการจัดบริการที่มีคุณภาพ จากการศึกษาการจัดบริการแบบบูรณาการ The Health Service Executive หรือ HSE ซึ่งเป็นองค์กรหลักตามกฎหมายที่มีความรับผิดชอบโดยตรงในการจัดการดูแลด้านสุขภาพและสังคม ทั้งนี้ HSE ในไอร์แลนด์ มีการจัดเตรียมงบประมาณประจำปีมากกว่า 3 ล้านปอนด์ ให้กับหน่วยงานที่ไม่ได้อยู่ในส่วนราชการเพื่อให้บริการด้านสุขภาพและบริการทางสังคมส่วนบุคคล โดยอยู่ภายใต้การควบคุมจาก A New Service Arrangements and Grant Aid Agreements สำหรับความรับผิดชอบของ Social Care Division มีงบประมาณอยู่ 1.3 ล้านปอนด์ของงบประมาณในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ นอกจากนี้ A new Service Arrangement and Grant Aid Agreement ให้บริการในหน่วยงาน และจะดำเนินการต่อเนื่องตามหลักการในข้อตกลงที่มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างแผนกของ Hospital

Group CEOs และ Community Healthcare Organization Chief Officers ข้อตกลงดังกล่าวเกี่ยวกับมาตรการในการดูแลแบบบูรณาการ (การดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม) โดยพิจารณาจากงบประมาณ การจัดองค์กร ระดับของการให้บริการ เครื่องมือการตรวจสอบแบบครบวงจรและการวัดระดับของการบูรณาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การบูรณาการกองทุนเพื่อการดูแลสุขภาพและสังคม

การบูรณาการการเงินของระบบการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น อีกทั้งจะช่วยให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ให้บริการ และลดภาระเรื่องงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม ประโยชน์ของการรวมกองทุนในการดูแลเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ มีหลายประการ คือ

- (1) การรวมกองทุนในลักษณะบูรณาการสามารถอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ
- (2) สามารถเพิ่มการดูแลในชุมชน เนื่องจากนำเงินจากกองทุนมาใช้ซื้อบริการที่เหมาะสม ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาอันจะนำไปสู่ภาวะการณึ่งพึ่งพิงในระดับมาก
- (3) ลดการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเข้ารับการรักษาตัวซ้ำแบบที่ไม่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า ดังนั้น ชุมชนสามารถจัดหาชุดกิจกรรมของการดูแลในชุมชนอย่างเหมาะสม โดยซื้อบริการผ่านกองทุนบูรณาการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้
- (4) การส่งเสริมคุณค่าเชิงบวกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุ เนื่องจากการรวมกองทุนเชิงบูรณาการจะสามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อประสบการณ์การได้รับการดูแลที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้น การรวมกองทุนในลักษณะบูรณาการจะช่วยลดขั้นตอนทางการเงินจากบริการแต่ละบริการที่ค่อนข้างล่าช้า หรือมีค่าใช้จ่ายสูง

รูปแบบการบูรณาการกองทุนและการรวมเงินจากประเทศต่างๆ

จากการศึกษาของ Anne Mason et al (2015, p, 178) ได้ทบทวนแผนงานเกี่ยวกับการบูรณาการกองทุนการดูแล จำนวน 38 แผนงานจาก 8 ประเทศ โดยมีข้อมูลส่วนใหญ่ คือ ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา อังกฤษ สกอตแลนด์ ไอร์แลนด์เหนือ สวีเดน และสหรัฐอเมริกา

การบูรณาการทางการเงินที่แต่ละประเทศดำเนินการมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการบูรณาการ ประเภทของกองทุนที่มีอยู่และกลไกของการบริหารกองทุน พบว่า มีการบูรณาการทางการเงินถึง 8 รูปแบบ ได้แก่ การโอนย้ายการจ่ายเงิน การชาร์จค่าใช้จ่ายข้ามหน่วยงาน

งบประมาณที่ไปในแนวทางเดียวกัน การทดสอบระบบนำ กองทุน การวางระบบนำพร้อมกับแรงจูงใน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 3.3

รูปแบบการบูรณาการทางการเงินในประเทศต่างๆ

ประเภทของการบูรณาการด้านการเงิน	นิยาม	การทบทวนข้อค้นพบ: ลำดับที่ของแผนงาน + ตัวอย่าง
1. การโอนย้ายการจ่ายเงิน	รู้จักกันดีในฐานะของการโอนย้ายสิทธิ การโอนย้ายการจ่ายเงิน เป็นการยินยอมให้เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นในการทำภาษีบริการหรือการกระจายทุนเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางกายเพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะเพิ่มเติม และอื่นๆ	ไม่มี
2. การชาร์จค่าใช้จ่ายข้ามหน่วยงาน	สินไหมทดแทนประจำวันตามข้อบังคับ ค่าชดเชยจากการต้องเลื่อนวันออกจากโรงพยาบาลออกไปในการดูแลที่เข้มข้นเมื่อบริการทางสังคมสามารถรับผิดชอบและไม่สามารถจัดหาบริการอย่างต่อเนื่องได้	1 แผนงาน การชาร์จข้ามหน่วยงาน (ประเทศอังกฤษ)
3. งบประมาณที่ไปในแนวทางเดียวกัน	- หน้าที่ที่จัดวางทรัพยากรในตำแหน่งเดียวกัน กำหนดวิธีการของตัวเองโดยกำหนดเป้าหมายไปยังวัตถุประสงค์เดียวกัน การร่วมมือกันตรวจสอบการใช้จ่ายและพฤติกรรม การบริหารจัดการและภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในเรื่องกองทุนสุขภาพและการบริการทางสังคมที่ดำเนินการแยกส่วนกัน - หน้าที่ด้านหนึ่งนำเอาการทดสอบการใช้งานระบบมาใช้โดยอยู่บนพื้นฐานของความมุ่งหมายที่ได้รับความเห็นชอบร่วมกัน	3 แผนงาน North West London Integrated Care Pilot (ประเทศอังกฤษ) Somerset Partnership Health and Social Care Trust (ประเทศอังกฤษ) Community Health and Care Partnerships (ประเทศสกอตแลนด์)

ตารางที่ 3.3

รูปแบบการบูรณาการทางการเงินในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเภทของการบูรณาการด้านการเงิน	นิยาม	การทบทวนข้อค้นพบ: ลำดับที่ของแผนงาน + ตัวอย่าง
	- หุ้นส่วนแต่ละฝ่ายทำข้อตกลงร่วมกันกับการใช้กองทุนทั่วไปเพื่อนำมาใช้จ่ายในโครงการหรือบริการที่ได้รับความเห็นชอบ	
4. การทดสอบระบบนำ	แต่ละฝ่ายนำเอาทรัพยากร คน และโครงสร้างการบริหารจัดการมาองรวมกัน ฝ่ายหนึ่งรับบทบาทเป็นเจ้าของที่ผู้ก่อดบบทบาทหน้าที่ของอีกฝ่ายรวมถึง (แต่ไม่ได้คล้ายคลึงกับ) การดำเนินการะงานร่วมกัน ผ่านการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม	31 แผนงาน ได้แก่ Wye Valley NHS Trust (ประเทศอังกฤษ) Oxfordshire pooled budgets (ประเทศอังกฤษ) CareWorks (ประเทศออสเตรเลีย)
5. กองทุนรวม	ความรับผิดชอบด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมผสมผสานกันในเรื่องของสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการของหน่วยงานเดียว การเงินและทรัพยากรถูกนำมาบูรณาการผ่านการใช้ความยืดหยุ่นของพระราชบัญญัติสุขภาพ	20 แผนงาน ได้แก่ Hertfordshire Integrated specialist mental health service (ประเทศอังกฤษ) CareWorks (ประเทศอเมริกา) PACE (ประเทศอเมริกา)
6. การบริหารจัดการแบบบูรณาการ/การเตรียมการกองทุนรวม	“การจ่ายเงินเพื่อการลงทุนซ้ำ” ไปยังหน่วยงานผู้ให้บริการอยู่บนพื้นฐานของคุณภาพการดูแลและลดค่าใช้จ่ายจากการดูแลฉุกเฉิน	20 แผนงาน ได้แก่ Hertfordshire Integrated specialist mental health service (ประเทศอังกฤษ) CareWorks (ประเทศอเมริกา) PACE (ประเทศอเมริกา)

ตารางที่ 3.3

รูปแบบการบูรณาการทางการเงินในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเภทของการบูรณาการด้านการเงิน	นิยาม	การทบทวนข้อค้นพบ: ลำดับที่ของแผนงาน + ตัวอย่าง
7. การบูรณาการเชิงโครงสร้าง		9 แผนงาน ได้แก่ Care Trusts (ประเทศอังกฤษ) Integrated Health and Social services Boards (ประเทศไอร์แลนด์เหนือ) Social Health Maintenance Organizations (ประเทศสหรัฐอเมริกา)
8. การวางระบบนำพาร่วมกับแรงจูงใจร่วม		1 แผนงาน North West London Integrated Care Pilot (ประเทศอังกฤษ)

ที่มา: ดัดแปลงจาก Helen Weatherly, Anne Mason and Maria Goddard. (2010). FINANCIAL INTEGRATION ACROSS HEALTH AND SOCIAL CARE: EVIDENCE REVIEW. Centre for Health Economics, University of York: Crown Copyright, pp. 11-15.

ระบบกำกับและควบคุมบริการให้มีประสิทธิภาพ

โดยปกติรัฐบาลกลาง หรือองค์กรที่เกิดขึ้นตามกรอบตามกฎหมายมีหน้าที่ในการกำหนดทิศทางการจัดบริการ การควบคุมคุณภาพของบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุ ยกตัวอย่าง ในประเทศไอร์แลนด์ หน่วยงานที่เรียกว่า The Health Service Executive หรือ HSE เกิดขึ้นตามกลไกทางกฎหมายหน้าที่ประการหนึ่ง คือ การตรวจสอบการบูรณาการการดูแลโดยมีเครื่องมือที่เป็นแบบวัดผล การปฏิบัติงานแบบบูรณาการการดูแล จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแล การวัดประสิทธิภาพที่น่าเชื่อถือต้องได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อให้สามารถประเมินผลการดูแลแบบบูรณาการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

Hebert and Veil ได้อธิบายการพัฒนาวิธีการในการวัดการดำเนินงานของส่วนประกอบเฉพาะของระบบการบูรณาการบริการที่ครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการการประเมินการดำเนินงานที่มีขนาดใหญ่ และผลกระทบจากรูปแบบ PRISMA ระบบที่มี 6 องค์ประกอบสำคัญ คือ (1) การประสานงานขององค์กรทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในการส่งมอบบริการด้านสุขภาพและสังคม (2) จุดเข้าถึงบริการแบบจุดเดียว (A Single Entry Point)

(3) การจัดการรายกรณี (4) เครื่องมือการประเมินแบบเดียวกับระบบการจัดหมวดหมู่ผู้ใช้บริการที่หลากหลาย (5) แผนบริการของแต่ละบุคคล และ (6) แผนภูมิทางคลินิกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ชุดของตัวชี้วัดวัตถุประสงค์และการวัดผลการดำเนินงานได้รับการตรวจสอบโดยนักวิจัยทั้งสองทีมที่มาจากมหาวิทยาลัย Laval และ Sherbrooke ซึ่งสนใจในระบบ ISD, ผู้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและบริการสังคมจากควิเบก ผู้จัดการจาก 5 สถาบันด้านสุขภาพและหน่วยงานบริการทางสังคม และแพทย์ในระดับภูมิภาค กลุ่มที่ยังให้น้ำหนักความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบ และความสำคัญของแต่ละตัวบ่งชี้ น้ำหนักขององค์ประกอบที่กำหนดนั้นขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของนักวิจัย แพทย์ ผู้จัดการและผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการให้บริการ มีลำดับชั้นภายในองค์ประกอบเหล่านี้ คือการจัดการรายกรณีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปฏิบัติงานด้านการวางแผนบริการเป็นรายบุคคล เครื่องมือการประเมินและแผนภูมิทางคลินิกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ดังนั้น การประสานงานและการจัดการรายกรณีมีการให้ค่าน้ำหนักมากกว่าปัจจัยอื่นๆ จุดบริการจุดเดียวก็ยังมีน้ำหนักมาก เพราะมีความสำคัญ และความซับซ้อนของการดำเนินการโดยเฉพาะในเขตเมืองที่ประชาชนหลายหน่วยงานภาคเอกชน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.4

องค์ประกอบการประเมินการดำเนินงาน PRISMA

ตัวชี้วัด	อัตราส่วน (คะแนน)
ความร่วมมือ	20
1. การแสดงโครงสร้างที่ออกแบบมาเพื่อเสริมความร่วมมือระหว่างพันธมิตร	3
2. พันธมิตรทั้งหมดเป็นตัวแทนที่ทำงานเกี่ยวข้องกัน	3
3. ความมั่นคงเมื่อเวลาผ่านไป	3
4. ผู้แทนเข้าร่วมเป็นประจำ	3
5. พันธมิตรทราบถึงวิธีการให้บริการที่มีการเปลี่ยนแปลง (หรือไม่เปลี่ยนแปลง)	4
6. พันธมิตรวิพากษ์วิจารณ์องค์กรในขั้นตอนการให้บริการที่มีการเปลี่ยนแปลงได้	4
จุดเริ่มต้นที่จุดเดียว	20
1. การแสดงตนของจุดให้บริการจุดเดียวในแต่ละพื้นที่ท้องถิ่น	5
2. ทำหน้าที่โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ	5

ตารางที่ 3.4

องค์ประกอบการประเมินการดำเนินงาน PRISMA (ต่อ)

ตัวชี้วัด	อัตราส่วน (คะแนน)
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้เครื่องมือ การตรวจคัดกรอง การตรวจสอบเพื่อระบุสิทธิสำหรับผู้สูงอายุอ่อนแอ	5
4. การติดตามผลกับผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้	5
การจัดการกรณี	20
1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงระหว่างจำนวนของผู้จัดการกรณีที่จำเป็นและจำนวนตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในพื้นที่	10
2. การเปลี่ยนแปลง (ด้านบนหรือด้านล่าง) ระหว่างภาระงานเฉลี่ยที่เกิดขึ้นจริงและแนะนำให้มีภาระงานอยู่ที่ 45 คน	10
เครื่องมือการประเมิน	15
1. ร้อยละของผู้ใช้บริการภายใต้การจัดการกรณีการประเมินด้วยเครื่องมือ SMAF	5
2. ร้อยละของผู้ให้บริการอย่างเป็นระบบใช้เครื่องมือ SMAF กับผู้ป่วยผู้สูงอายุของพวกเขา	5
3a การใช้ระบบการจำแนกกรณีผสม (โปรไฟล์ ISO-SMAF) การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	5
3b การใช้มาตรฐาน ISO-SMAF ระบบประวัติของผู้ใช้บริการเป็นมาตรฐานใหม่สำหรับการบริการทางการเงิน	
แผนภูมิทางคลินิกด้วยระบบคอมพิวเตอร์	15
1. ความพร้อมของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการแบ่งปันข้อมูลทางคลินิกในเวลาจริง	5
2. จำนวนที่เพียงพอของเครื่องคอมพิวเตอร์ให้กับผู้ให้บริการ	5
3. การใช้ประโยชน์ของแผนภูมิคอมพิวเตอร์โดยพันธมิตร	5
แผนบริการเป็นรายบุคคล Individualised	10
1. ร้อยละของการใช้ประโยชน์ของแผนบริการเป็นรายบุคคลโดยผู้จัดการกรณี (ตามที่ระบุไว้ในแฟ้มคลินิกของผู้ป่วยภายใต้การจัดการกรณี)	10
รวม	100

2.3.3 ผลสัมฤทธิ์ในการบูรณาการการดูแล

โปรแกรม PACE ในสหรัฐอเมริกา และ SIPA และ PRISMA ในประเทศแคนาดา ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับวิธีการที่จะดำเนินการและเหตุผลที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ ทั้งการทำงานในลักษณะแบบจำลองเชิงระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับผู้ดูแลและผู้ให้บริการในขณะที่โครงการเหล่านี้ มีบทเรียนที่สำคัญสำหรับประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะประเทศไทย คือ

1. การลดอัตราการเข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเข้าไปเป็นคนไข้ในหรือแม้กระทั่งการต้องใช้การพยาบาลที่บ้าน โดยเฉพาะโปรแกรม PACE ในอเมริกา ซึ่งเท่ากับว่าผลจากโครงการนี้ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่บริการดูแลที่บ้าน และบริการชุมชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรม PRISMA และ SIPA ในแคนาดาที่มีผู้สูงอายุหยุดการใช้บริการในสถาบัน นอกจากจะส่งผลทางบวกกับค่าใช้จ่ายในการดูแลแล้ว ยังก่อให้เกิดการใช้ชีวิตอย่างอิสระของผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาเป็นของตนเองมากยิ่งขึ้นด้วย

2. ความสามารถบูรณาการบริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างครบวงจร สืบเนื่องจากยุทธศาสตร์ของการบูรณาการ คือ การพยายาม เชื่อมโยงเครือข่ายการให้บริการไว้ด้วยกัน หรือทำให้เกิดระบบของการประสานบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โปรแกรม PACE ในอเมริกา และ SIPA ในแคนาดา ที่สามารถบูรณาการบริการแบบครบวงจร เพื่อหลีกเลี่ยงหรือสกัดกั้นมิให้ผู้สูงอายุ ในชุมชนเข้าสู่การดูแลในสถาบัน ทว่า โปรแกรม PRISMA ในแคนาดา ถ้าเป็นแค่การส่งต่อผู้สูงอายุไปยัง หน่วยบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้

ทั้งนี้ บริการที่ครบวงจร คือ บริการที่ครอบคลุมบริการปฐมภูมิ นับตั้งแต่บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องรักษาแบบเฉียบพลัน จนกระทั่งบริการการดูแลระยะยาวการฟื้นฟูในที่พักอาศัย เป็นต้น

3. การกำหนดจุดของการเข้าถึงบริการแบบจุดเดียว หรือ Point of Entry จึงทำให้เห็นกลไกเชิงระบบในการพิจารณาคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่บริการหรือการใช้ชุดการเข้าถึงบริการในการประสาน และส่งต่อผู้สูงอายุไปยังหน่วยงานในการให้บริการด้านต่างๆ

4. การบริหารสำหรับการบูรณาการบริการ ส่วนใหญ่การบริหารจัดการที่ประสบความสำเร็จเกิดจากการมีแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐบาล ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากโปรแกรมการบูรณาการดูแลทั้งจากอเมริกา แคนาดา อังกฤษ เกิดจากการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลแทบทั้งสิ้น นอกจากนี้ ยังใช้รูปแบบการดำเนินการจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลทางการแพทย์

ปฐมภูมิรวมถึงรูปแบบการดูแลทางสังคมจากครอบครัวจะมีเพียงโปรแกรม PRISMA ของแคนาดา ที่ใช้ผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการบริหารจัดการดูแลเชิงบูรณาการ

อย่างไรก็ตาม การมีผู้จัดการรายกรณี หรือทีมสหวิชาชีพต้องทำหน้าที่ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และการวางแผนตามความต้องการของผู้ใช้บริการ เตรียมสัญญาแบบรายคน โดยประจำอยู่ที่จุดเข้ารับบริการจุดเดียวเพื่อพิจารณาผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพและระบบบริการสังคม จัดแพคเกจและการบริการร่วม และการคัดกรองหรือจัดสรรความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ

เพื่อให้เห็นภาพเชิงเปรียบเทียบผลการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จจากโปรแกรมการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคม ทั้งในประเทศอเมริกา แคนาดา และประเทศอังกฤษ สามารถพิจารณาจากตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.5

รายละเอียดและผลที่สำคัญของโปรแกรมการดูแลในอเมริกาเหนือและโครงการนำร่อง

	PACE (US)	SIPA (Canada)	PRISMA (Canada)	Nuffield Trust	King's Fund
คำอธิบายทั่วไป	ศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุช่วงกลางวัน ให้บริการด้านสุขภาพและโปรแกรมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง การจัดหาเงินทุนสำหรับผู้สูงอายุ การพยาบาลที่บ้าน	การใช้ชุมชนเป็นฐานการให้บริการ การดูแลแบบปฐมภูมิ การจัดการระบบสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนแอ โดยดำเนินงานออกจากศูนย์บริการชุมชนในท้องถิ่นแรงบันดาลใจจาก PACE	การใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ การจัดการรายกรณี การจัดจุดเข้าถึงเครือข่ายการให้บริการแบบจุดเดียว (single point)	ประสานงานในระดับนโยบายที่เน้นการประสานที่ดีขึ้นในการดูแลภายนอก โรงพยาบาล มีศูนย์สำหรับผลิตภัณฑ์ ผู้ให้บริการที่หลากหลาย พัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในระดับชาติ หรือแรงจูงใจทางการเงิน เพื่อเสริมการทดแทนที่ลดลง	การเชื่อมโยงกันของกฎและนโยบายในระดับองค์กร ทั้งหมด บางครั้งเรียกว่าเป็น “บูรณาการระบบการจัดส่ง”

ตารางที่ 3.5

รายละเอียดและผลที่สำคัญของโปรแกรมการดูแลในอเมริกาเหนือและโครงการนำร่อง (ต่อ)

	PACE (US)	SIPA (Canada)	PRISMA (Canada)	Nuffield Trust	King's Fund
รูปแบบ ประเภท โครงการ วัตถุประสงค์	บูรณาการแบบ ครบวงจรโดยการ รักษาผู้สูงอายุที่ เปราะบาง/ อ่อนแอที่อยู่ใน ชุมชนตราบเท่าที่ จะเป็นไปได้ เพื่อ หลีกเลี่ยงหรือ เลื่อนระยะเวลา การเข้ารับการดูแล ในสถาบัน	บูรณาการแบบครบ วงจรโดยการคงไว้ และส่งเสริมความ อิสระของผู้สูงอายุที่ เปราะบาง/อ่อนแอ และส่งเสริมการใช้ ประโยชน์ในเชิงบวก ของการจัดบริการใน ชุมชนในฐานะที่เป็น ตัวแทนสำหรับ โรงพยาบาลและ การพยาบาลที่บ้าน	การประสานงาน เพื่อการ บูรณา การบริการ ใน ลักษณะจัดส่ง บริการ เพื่อให้ แน่ใจว่าผู้สูงอายุมี การใช้ชีวิตอย่าง อิสระ	ประสานข้อมูล และการบริการ และบูรณาการ การดูแลผู้ป่วย ภายในขั้นตอน เดียว	การดูแลร่วมกัน โดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้ให้บริการ กับผู้ป่วยใน ขั้นตอนเดียว หรือเชื่อมโยง กันภายในและ/ หรือข้ามวิชาชีพ
ประชากร กลุ่ม เป้าหมาย	1. ผู้ใช้บริการที่ อยู่อาศัยชุมชน โดยให้บริการ สำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 2. อายุ 55 ปีขึ้นไป 3. การรับรอง สิทธิสำหรับ การดูแลโดย พยาบาล	1. ผู้ใช้บริการที่ อยู่อาศัยในชุมชน โดยให้บริการ สำหรับผู้สูงอายุใน พื้นที่สาธิต 2. อายุ 64 ปีขึ้นไป 3. ความพิการ ปานกลาง 4. มีสัญญา/ ข้อตกลง ของ ผู้ดูแลที่จะมี ส่วนร่วมใน การดูแล	1. ผู้ใช้บริการที่อยู่ อาศัยชุมชนโดยให้ บริการสำหรับ ผู้สูงอายุในพื้นที่ สาธิต 2. อายุ 65 ปีขึ้นไป 3. ให้บริการระดับ ปานกลางถึงรุนแรง 4. มีความต้องการ 2 บริการหรือมากกว่า สำหรับการดูแล สุขภาพหรือบริการ ทางสังคม 5. มีศักยภาพใน การพักอยู่ที่บ้าน	ผู้ให้บริการที่อยู่ อาศัยอยู่ในชุมชน ที่มีบทบาท ร่วมกันในการ ตัดสินใจ (เช่น คลินิกในชุมชน โรงพยาบาลและ ศูนย์ดูแลช่วง กลางวัน)	

ตารางที่ 3.5

รายละเอียดและผลที่สำคัญของโปรแกรมการดูแลในอเมริกาเหนือและโครงการนำร่อง (ต่อ)

	PACE (US)	SIPA (Canada)	PRISMA (Canada)	Nuffield Trust	King's Fund
	เริ่มดำเนินการในปี 1971 เป็นการปฏิบัติการของรัฐบาลกลางในการสาธิตระหว่างปี 1987 และปี 1997 เป็นโปรแกรมที่ถาวรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	1999-2001; ในสองขั้นตอน	การแทรกแซงแบบ Bosi-Franc (1997-1998 ถึง 1998-1999)		
บริการที่ครอบคลุม	ครอบคลุมบริการปฐมภูมิ บริการรักษาแบบเฉียบพลัน และการดูแลระยะยาว มีบริการการดูแลที่บ้านและบริการดูแลในชุมชนบนพื้นฐานการทำสัญญา/ข้อตกลง	มีการดูแลระยะยาวที่ครบวงจร การดูแลในภาวะเฉียบพลันทาง การแพทย์และ บริการทางสังคม รวมทั้งการพักฟื้นในที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่บนพื้นฐานของการทำข้อตกลง	การดูแลภาวะเฉียบพลัน การดูแลระยะยาว การฟื้นฟูและสนับสนุนบริการในภูมิภาค	การดูแลปฐมภูมิหรือเป็นหุ้นส่วนทางคลินิกในท้องถิ่น การเตรียมการกำกับดูแลระหว่างองค์กรที่เข้าร่วมเป็นต้น	

ตารางที่ 3.5

รายละเอียดและผลที่สำคัญของโปรแกรมการดูแลในอเมริกาเหนือและโครงการนำร่อง (ต่อ)

	PACE (US)	SIPA (Canada)	PRISMA (Canada)	Nuffield Trust	King's Fund
การบริหาร การจัด บริการ	ทีมสหสาขา วิชาชีพรวมถึง การดูแลทาง การแพทย์แบบ ปฐมภูมิ	ทีมสหสาขา วิชาชีพการทำงาน ร่วมกับการแพทย์ แบบปฐมภูมิและ การดูแลแบบอื่นๆ	ผู้จัดการรายกรณี ทำงานอย่าง ใกล้ชิดกับ การแพทย์ ครอบครัวและ การดูแลแบบอื่นๆ	การสนับสนุน หน้าที่ที่ไม่ใช่ทาง คลินิก และ การทำงานใน สำนักงานถูกทำ ให้มีการบูรณา การ เช่น มี ระเบียบผู้ป่วยทาง อิเล็กทรอนิกส์	ดำเนินการด้าน งบประมาณ และระบบ การเงินให้มี ความสอดคล้อง ทั้งหมดใน หน่วยของ การบูรณาการ
ขนาด	มี 36 สถานที่ใน การปฏิบัติงาน กับ 18 พื้นที่ รวมผู้ใช้บริการ จำนวน 10,523 คน	ผู้ใช้บริการจำนวน 1,254 คน ในสอง พื้นที่; ครึ่งหนึ่ง ได้รับบริการจาก SIPA	ผู้ใช้บริการ จำนวน 272 คน (จาก PRISMA): ผู้ใช้บริการจำนวน 210 คน (กลุ่ม ควบคุม)		
วิธีการ ส่งต่อ	ชุมชนที่อาสา: ลงทะเบียน อาสาสมัคร	ผู้ใช้บริการที่อยู่ใน บ้าน: ส่งต่อจาก โรงพยาบาล และ หน่วยงาน การแพทย์ หน่วยงานรัฐบาล กิจกรรมรณรงค์	บริการวิชาการ; จุดของการเข้าถึง บริการแบบจุด เดียว		
ผู้จ่าย	ค่าธรรมเนียม การชำระเงิน จากโปรแกรม Medicare และ	รัฐบาล	รัฐบาล	ระบบการชำระ เงินในองค์กรที่มี ส่วนร่วมในการบูร ณาการ	

ตารางที่ 3.5

รายละเอียดและผลที่สำคัญของโปรแกรมการดูแลในอเมริกาเหนือและโครงการนำร่อง (ต่อ)

	PACE (US)	SIPA (Canada)	PRISMA (Canada)	Nuffield Trust	King's Fund
	Medicaid ภาคเอกชน บางส่วนสมทบ จากผู้ให้บริการ				
ระเบียบ วิธีการ ประเมิน ผล	กึ่งทดลอง การออกแบบที่ ไม่สุ่มตัวอย่าง	การทดลองโดย ควบคุมการสุ่ม กับสองพื้นที่ทาง ภูมิศาสตร์	กึ่งทดลองที่ไม่ใช่ การออกแบบ การสุ่ม		
ผลลัพธ์	การลด การรักษาใน โรงพยาบาลใน การเป็นคนไข้ ใน และใช้การ พยาบาลใน บ้าน; การ ได้รับประโยชน์ จากการดูแล ทางการแพทย์ กับผู้ป่วยนอก การรักษาและ การดูแลที่บ้าน และบริการใน ชุมชนมากขึ้น; ผลกระทบเชิง บวกเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายใน Medicare	เพิ่มการเข้าถึงการ บริการที่บ้านและ บริการในชุมชน โดยลดการรักษา ในฐานะผู้ป่วยใน โรงพยาบาล (เช่น การนอนติดเตียง ลดการเข้าใช้ บริการ และ ค่าใช้จ่ายของ แผนฉุกเฉิน ลด ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลและ การพยาบาลที่ บ้าน (ไม่มีผล อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ) โดย เฉลี่ยค่าใช้จ่ายใน การดูแลในชุมชน	แนวโน้มการลดลง ของสถาบันและ ผู้ให้บริการใน สถาบัน ไม่มี การลดทอน ความเป็นอิสระ/ การทำหน้าที่ มีผลกระทบเพียง เล็กน้อยต่อการใช้ ประโยชน์จาก บริการ; มี ผลกระทบเชิง บวกต่อภาระของ ผู้ดูแล; ไม่มีส่งต่อ อัตราการเสียชีวิต (ความอยู่รอด)		

ตารางที่ 3.5

รายละเอียดและผลที่สำคัญของโปรแกรมการดูแลในอเมริกาเหนือและโครงการนำร่อง (ต่อ)

	PACE (US)	SIPA (Canada)	PRISMA (Canada)	Nuffield Trust	King's Fund
	เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ลงทะเบียนเพื่อเปรียบเทียบ; สถานะผลทางสุขภาพ; ภาพรวมความพึงพอใจการเตรียมการใช้การดูแล; ผลกระทบในการทำงานทางกายภาพที่ไม่สอดคล้องกัน ความแตกต่างในคุณภาพของชีวิต (ไม่สอดคล้องกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ)	ต่อคนสูงชันในกลุ่ม SIPA แต่ค่าใช้จ่ายในสถาบันต่ำกว่า ซึ่งไม่มีความแตกต่างเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดต่อคนในทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างจากผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพ ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยใน SIPA แต่ไม่ได้เพิ่มขึ้นในการเป็นภาระของการดูแลผู้ป่วยหรือต้องออกค่าใช้จ่าย			

3.4 สรุปเงื่อนไขความสำเร็จในการบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคม

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการบูรณาการดูแลพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว คือ

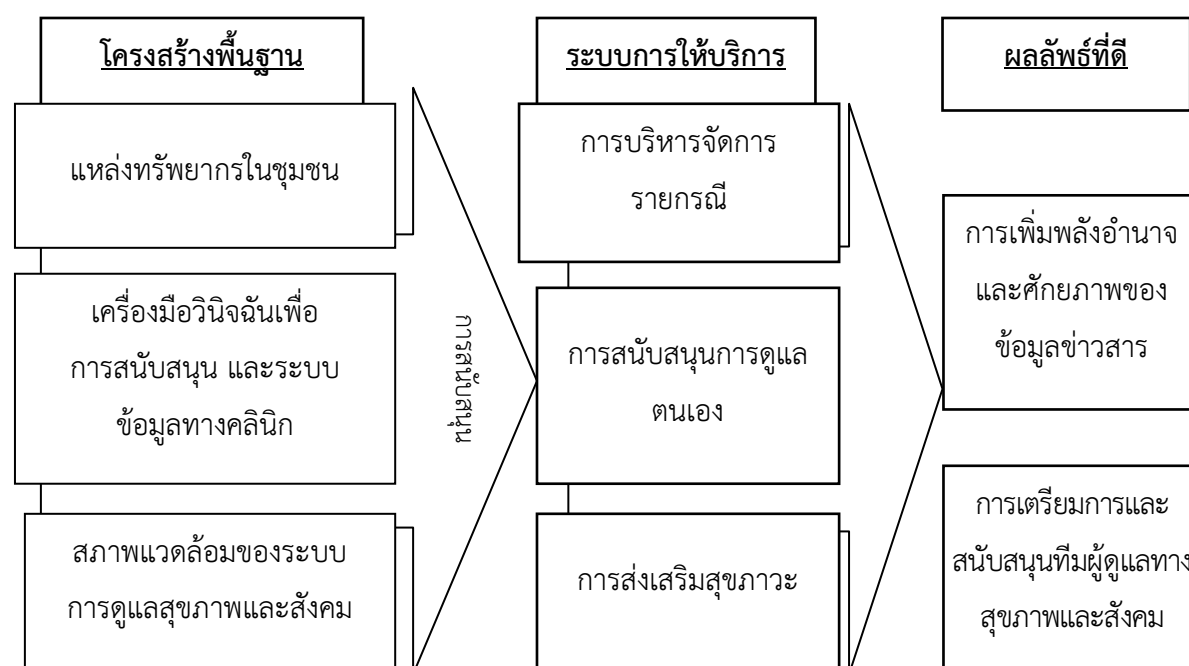
1. การให้คุณค่าและให้ความสำคัญของโครงสร้างพื้นฐานของระบบการดูแลสุขภาพที่แข็งแกร่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลปฐมภูมิและการดูแลในชุมชน ซึ่งช่วยทำให้เกิดสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีเงื่อนไขที่ต้องดูแลในระยะยาวดีขึ้น และนำไปสู่การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล

สุขภาพและการดูแลสังคมอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคมจะช่วยให้ประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งมอบการดูแล-รวมถึงการดูแลระดับรอง คือ การดูแลสังคมและการดูแลโดยอาสาสมัคร และองค์กรชุมชน-เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับการบริการที่ไร้รอยต่อระหว่างการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม

2. การมีระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบบริการที่ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ คือ การทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับที่เป็นแกนนำ คือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา รวมถึงการดูแล ระดับรอง คือ การดูแลสังคมและการดูแลโดยอาสาสมัคร และองค์กรชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับการบริการที่ไร้รอยต่อระหว่างการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม ระบบการจัดการดูแลกรณีที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุซึ่งมีความต้องการที่ซับซ้อนมากที่สุดได้รับการดูแล นอกจากนี้ ผู้จัดการรายกรณีช่วยส่งมอบบริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว และมีผลกระทบต่อการพัฒนาวิธีการทำงานระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 3.2

การบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคมในระบบการดูแลระยะยาว



ที่มา: An NHS and Social Care Model for improving care for people with long term conditions.

3.5 ปัญหาอุปสรรคในการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคม

1. **การจัดสรรงบประมาณจากกองทุนบูรณาการการดูแล** ความยากลำบากในการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมที่ปรากฏในหลายประเทศ คือ การบูรณาการด้านการเงิน แม้จะมีมาตรการด้านกฎหมายที่ให้การสนับสนุนแต่ก็ยังไม่สามารถจัดอุปสรรคนี้ได้มากนัก Mason et al (2015, p. 186) ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการทดลองการดูแลสุขภาพแบบร่วมมือกัน พบว่า ประเทศออสเตรเลียประสบความสำเร็จในการรวมกองทุน แต่ก็ประสบกับความล้มเหลวในการให้บริการหรือการทำให้ผู้จัดสรรงบประมาณสามารถควบคุม “การใช้บริการ” ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังเกิดกรณีที่ผู้สูงอายุจะสามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ ทว่าก็มีความพยายามที่จะจำกัดการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ เพราะหมายถึง การมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงตามไปด้วย

2. **ความซ้ำซ้อนของการให้บริการ** ปัญหาเรื่องผู้ใช้บริการได้รับบริการซ้ำซ้อนกัน ดังที่ปรากฏในประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา เนื่องมาจากผู้ให้บริการที่แตกต่างกันประเมินผู้สูงอายุ เพราะต้องการคงไว้ซึ่งสิทธิในการเป็นผู้ดูแลของตนเองต่อผู้สูงอายุที่ตนรับผิดชอบ ดังนั้น จึงเกิดปัญหาว่าผู้สูงอายุถูกประเมินซ้ำซ้อน และได้รับบริการจากหน่วยงานที่ต่างกัน

3. **ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและสังคม** อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการบูรณาการการดูแล โดยเฉพาะในหมุ่ นักวิชาชีพแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในการบูรณาการการดูแลทั้งในบริการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉับพลัน และการดูแลในระยะยาว เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประสานงานการดูแล (นักสังคมสงเคราะห์) และแพทย์ถูกพัฒนาไปในทางที่ไม่ดีนัก จำเป็นต้องหาวิธีการที่จะผูกสัมพันธ์กับแพทย์โดยตรง ในการสร้างความร่วมมือในการดูแล อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการผูกพันกับแพทย์นั้นได้รับรายงานในโครงการ Torbay (ประเทศอังกฤษ) ด้วย และในโครงการของออสเตรเลียพบว่า มีปัญหาในกระบวนการวางแผนตามระบบราชการ อุปสรรคที่เกิดจากค่าตอบแทนตัวแทนที่อยู่ในระบบสุขภาพและการดูแลทางสังคมไม่ได้อยู่ในระดับเดียวกัน แต่โดยตัวมันเองแล้วไม่สามารถจะกำหนดรายละเอียดได้ลึกๆ ได้

4. **ความไม่ชัดเจนในบทบาทหลักและบทบาทรอง** เมื่อต้องบูรณาการบริการสำหรับผู้สูงอายุ บางกรณีมีลักษณะหารประสานบริการจากหน่วยงานที่ให้บริการมากกว่า 2 หน่วยงาน จึงจำเป็นต้องกำหนดบทบาทหลักและบทบาทรองให้ชัดเจน เนื่องจากแตกต่างทางวัฒนธรรมระหว่างผู้มีอำนาจตัดสินใจในแต่ละหน่วยงาน ที่ยังคงดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ ข้อจำกัดและทัศนคติของหน่วยงานของตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงในการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ ยังสะท้อนให้เห็นถึง

การจัดลำดับความสำคัญในการจัดการที่แตกต่างกัน ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายในระบบการบูรณาการบริการอย่างไม่ได้อาจหลีกเลี่ยงได้

5. ความยากลำบากในการสร้างความรับผิดชอบการดูแลอย่างเหมาะสม การศึกษาอุปสรรคในการคัดคนเข้าทำงานได้รับการรายงานว่าเกิดขึ้นในโครงการ CCTs ของประเทศออสเตรเลีย PRISMA ของประเทศแคนาดา โครงการ S/HMO II และ PACE ของสหรัฐอเมริกา อาจเป็นตัวสะท้อนรูปแบบการดูแล ตัวอย่างเช่น ในศูนย์ดูแลช่วงกลางวันสำหรับผู้ใหญ่ในโครงการ PACE ไม่ได้พิจารณาถึงผู้ใช้บริการที่ได้รับคัดเลือกว่ามีคุณสมบัติที่เหมาะสมตามเกณฑ์หรือไม่ ดังนั้น จึงปรากฏว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการบางส่วนไม่ได้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จริง

6. ปัญหาในระบบเทคโนโลยี ความท้าทายในการบริหารจัดการข้อมูลและระบบเทคโนโลยีถูกพบในหลายแผนงาน เป็นปัญหาทางเทคนิค รวมถึงความไม่สอดคล้องกันของซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ ระบบรหัส และการเข้าถึงผู้ใช้บริการ แม้ว่าจะมีประสบการณ์มาจากการทดลอง แต่ก็ยังประเมินทรัพยากรและทักษะที่จำเป็นในการนำระบบที่มีความซับซ้อนสูงไปใช้ในระดับต่ำเกินไป การใช้ข้อมูล จำเป็นต้องคำนึงถึงอุปสรรคในการนำไปใช้ด้วย ตัวอย่างเช่น ในแผนงานหนึ่งของออสเตรเลียแม้จะประสบความสำเร็จในการสร้างบันทึกการใช้บริการให้กับหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนการดูแลแบบร่วมมือกัน แต่ก็พบข้อจำกัดจากผู้ไ้ระบบที่ไม่มีความเชี่ยวชาญ สร้างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ใช้บริการ จนกระทั่งผู้ใช้บริการถอนตัวออกจากการรักษากับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือไปปรึกษากับหน่วยงานให้บริการแห่งใหม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้กีดกันความมุ่งมั่นที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในแผนงานในเชิงของการบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม

ระบบการดูแลทางสุขภาพและสังคมเป็นระบบการจัดบริการสำหรับผู้ใช้บริการที่ประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และด้านสังคม ซึ่งการจัดบริการทั้ง 2 ระบบ เป็นการจัดบริการที่จะต้องบูรณาการของศาสตร์และศิลป์ในการดูแลทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ ของผู้ใช้บริการในรูปแบบองค์รวม โดยที่ระบบการดูแลดังกล่าวต้องทำงานที่มีการประสานความร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมเคราะห์ นักกฎหมาย นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เป็นต้น บุคลากรดังกล่าวมีหน้าที่รับผิดชอบในฐานะผู้ให้บริการที่ต้องปฏิบัติงานได้เชื่อมโยงกันในลักษณะของการวินิจฉัย การดูแล การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพ และรวมถึงกระบวนการในการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการ การส่งมอบบริการ ระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และครอบครัว เพื่อนำไปสู่การให้บริการการดูแลสุขภาพและสังคมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แต่ภายใต้การขับเคลื่อนงานในระดับปฏิบัติการแล้ว

ยังต้องคำนึงถึงกลไก และแบบแผนของการบริหารจัดการ เพื่อให้การบูรณาการการดูแลมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสำหรับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ตอนที่ 3 คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการการดูแลทางสังคม

ระบบการดูแลทางสังคมที่ดีนั้นเกิดจากการจัดองค์การและสร้างความร่วมมือในการให้บริการ รวมถึงการจัดการกับทรัพยากรการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงาน ทั้งนี้ มีหน่วยงานให้บริการหลายหน่วยงานที่ให้บริการทั้งที่บ้านและในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การเข้าสู่บริการและการช่วยเหลือที่บ้าน หรือการจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น

3.1 คุณภาพการให้บริการการดูแลทางสังคม

คุณภาพของการดูแลทางสังคมมีความสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยรวมแล้วผู้ใช้บริการการดูแลทางสังคมมีแนวโน้มที่จะรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลที่ทำให้เกิด ‘คุณภาพชีวิต’ (Reed, 2007; Osborne, 1992) ทั้งนี้ Juliette Malley and José-Luis Fernández (2010, p. 561) นำเสนอว่าคุณภาพของการดูแลทางสังคมมีองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ ผู้ให้บริการ เข้าถึงบริการ ความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ ทักษะและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ความสิ้นเปลืองของการสื่อสารในการดูแล ความยืดหยุ่นในการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริการแวดล้อม ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความน่าเชื่อถือและการตอบสนองของผู้ดูแล ทักษะ ความรู้และความน่าเชื่อถือของผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น (Qureshi and Henwood, 2000; Edebalk et al., Harding and Beresford, 1996; Qureshi et al., 1998; Henwood et al., 1998; Sinclair et al., 2000; Francis and Netten, 2004; Malley et al., 2006; Raynes et al., 2001)

สำหรับด้านคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับการให้บริการที่ช่วยปรับปรุงสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายด้วยกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รับประกันความปลอดภัยส่วนบุคคลและความมั่นคงเพื่อให้แน่ใจว่าสภาพแวดล้อมต้องเป็นระเบียบเรียบร้อยช่วยให้ผู้ใช้บริการอยู่อย่างตื่นตัวและทำกิจกรรมเพื่อให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีความมั่นใจว่าผู้ใช้บริการอยู่ภายใต้การใช้ชีวิตอย่างอิสระ มีทักษะ และมีความเชื่อมั่นทางศีลธรรมและมั่นใจในตัวเอง (Bamford et al., 1999; Qureshi et al., 1998; Miller et al., 2008) นอกเหนือไปจากมิติรายการ

เหล่านี้ ผู้จัดบริการและผู้กำหนดนโยบายต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพของการให้บริการด้วย (Donabedian, 1980)

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ จะเน้นไปที่คุณลักษณะในการให้บริการ คือ การเน้นหลักการประเมินคุณภาพที่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการ ในแง่นี้ ตัวชี้วัดเป็นมาตรการทางอ้อมในการวัดคุณภาพของบริการ เพราะโครงสร้างตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ไม่เพียงพอสำหรับการตรวจสอบคุณภาพของบริการ แม้ว่าจะมีหลักฐานบางอย่างจากประเทศอเมริกาชี้ให้เห็นว่า โครงสร้างบางลักษณะในการพยาบาลที่บ้าน (Nursing Homes) ซึ่งประกอบด้วยอัตราการพยาบาลผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการดูแลที่มีคุณภาพที่ดี (Sangl et al., 2005) ตัวอย่างจากประเทศอังกฤษ พบว่า มีคุณสมบัติอื่นๆ เช่น คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานการดูแลและชั่วโมงการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน และไม่สัมพันธ์กันในเชิงบวกกับการรับรู้ของผู้ใช้บริการกับคุณภาพการดูแลที่บ้าน (Netten et al., 2007) ความเหมาะสมของโครงสร้างตัวชี้วัด ซึ่ง QIS ต้องดำเนินการวิจัยต่อไปเพื่อให้ได้รายละเอียดอย่างเป็นธรรมชาติเพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดของคุณภาพการดูแลทางสังคม (Malley and José-Luis Fernández (2010, pp. 563-564)

องค์ประกอบในการพิจารณาคุณภาพของการดูแลทางสังคมจากมุมมองของผู้ใช้บริการมีหลายด้าน ดังที่ Malley and Fernández (2010, p. 564) ได้นำเสนอไว้ เช่น ความยืดหยุ่น ระดับพฤติกรรมความเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแล วิธีการสื่อสารที่ผู้ปฏิบัติงานการดูแลกับผู้ใช้บริการการดูแลแสดงต่อกันอย่าง ‘นุ่มนวล’ นอกจากนี้ ยังจะรวมถึงคุณภาพชีวิต เช่น ความรู้สึกถึงความปลอดภัย การควบคุมการใช้ชีวิตประจำวันและฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย แม้ว่าจะอยู่ในช่วงหลังจากการซื้อบริการ คุณสมบัติเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับเทคนิคของการบริการที่ผู้ใช้บริการไม่ได้มีความรู้ในการประเมินทักษะในกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไป ถึงแม้ว่าการดูแลทางสังคมจะมีส่วนประกอบเชิง ‘เทคนิค’ (เช่น ทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการส่งต่อผู้สูงอายุที่อ่อนแอ) โดยทั่วไปมีการเรียกร้องให้พิจารณาความสัมพันธ์กันระหว่างความรู้ทางเทคนิคในการแทรกแซงการดูแลทางสังคม (CF Donabedian, 1988) การดูแลทางสังคมอย่างเป็นทางการส่วนใหญ่ให้บริการโดยผู้ปฏิบัติงานกึ่งวิชาชีพ (Para-Professionals) เช่น ผู้ช่วยดูแลที่บ้าน เช่น คนงานในการดูแลทางสังคมและสุขภาพ โดยทั่วไปมักจะเป็นคนในครอบครัว เพื่อนและอาสาสมัครซึ่งไม่ได้ผ่านการฝึกฝนในเรื่องการดูแล ทั้งนี้ ในประเทศอังกฤษคาดกันว่าประมาณร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีความพิการ ที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาลภาคเอกชนได้รับการดูแลอย่าง ‘ไม่เป็นทางการ’ (Pickard et al., 2007) คุณสมบัติเชิงประสบการณ์จึงนำไปสู่การประเมินคุณภาพบริการการดูแลทางสังคมและเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างกระบวนการและผลตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล

3.2 กลยุทธ์ของการปรับปรุงการดูแลทางสังคม

สำหรับการปรับปรุงการดูแลทางสังคมให้ดีขึ้นนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงสภาพจริงในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้น ภาระด้านงบประมาณ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงเรียกร้องให้ดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลทางสังคมโดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ หาเงินทุนเพิ่มเติม ทำให้การดูแลทางสังคมเป็นบริการที่ครอบคลุมแบบถ้วนหน้า

Beresford and Hasler (2009, pp. 63-78) นำเสนอกลยุทธ์ของการปรับปรุงการดูแลทางสังคม 6 ประการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงบทบาทและสถานะของการดูแลทางสังคมให้ดีขึ้น

1. การเข้าใจแนวคิดของการดูแลทางสังคม (Changing the Nature of Social Care)

เริ่มต้นจากการทำให้ทุกคนเข้าใจว่ามีความเป็นไปได้ว่าทุกคนมีโอกาสจะได้รับการดูแลทางสังคมเมื่อถึงเวลาที่พวกเขาต้องการจริง ๆ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทางสังคมนี้กระทำโดย

1.1 การเข้าใจการดูแลทางสังคมแบบองค์รวม ทั้งนี้ มีข้อควรพิจารณา 3 ประการเกี่ยวกับการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทางสังคมให้กว้างขวางขึ้น คือ 1) การทำลายอุปสรรคที่ขวางกั้นระหว่างการดูแลทางสังคม และการดูแลด้านสุขภาพ 2) ต้องทำให้องค์ประกอบของการดูแลสังคมปรากฏอยู่ในนโยบายและการให้บริการทั้งหมดที่มีในระบบ 3) การเห็นบุคคลในลักษณะองค์รวม ไม่ใช่เป็นเพียงการตอบสนองความต้องการแบบแยกส่วน ทั้งนี้ เพื่อให้คนมี 'การใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ'

1.2 การเปลี่ยนทัศนคติที่เรื่องการดูแลทางสังคม สิ่งที่เชื่อมโยงทุกความคิดเห็นเหล่านี้คือ สิ่งที่คุณต้องการรูปแบบ และให้การสนับสนุนที่แตกต่างกันมากขึ้น อีกทั้งทัศนคติของผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางเพื่อหนุนการดูแลทางสังคม ถ้าการดูแลกลายเป็นกระแสหลักมากขึ้นในอนาคต ผู้คนจะเน้นไปที่รูปแบบ และค่านิยมที่เป็นเรื่องการใช้ชีวิตอิสระมากขึ้นด้วย

1.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนในการดูแลทางสังคม สำหรับการสร้างการดูแลทางสังคมที่เข้มแข็ง คือ ความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลทางสังคม การดำเนินการอย่างจริงจัง การสร้างนโยบายและการปฏิบัติการ การเปลี่ยนแปลงและการปฏิรูปบนพื้นฐานที่แข็งแกร่ง อันเกิดจากการวิจัย ประเมินผลและการมีประสบการณ์ตรงที่ได้รับการดูแลทางสังคม

นอกจากนี้ ยังรวมถึงการเพิ่มข้อมูลโดยรวมและสถานะของการดูแลทางสังคม เน้นการปรับปรุงคำศัพท์ให้ทันสมัย การออกกฎหมายใหม่ๆ การปรับปรุงระบบผลประโยชน์ที่เป็นธรรม ทำให้การดูแลสังคมน่าสนใจมากขึ้น และการการวางแผนที่ดี

2. การรณรงค์ (Campaigning) สำหรับประเด็นนี้ได้มีการแสดงความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ และผู้กำหนดนโยบายที่ต้องทำเส้นทางการปฏิรูปการดูแลสังคม โดยเน้นที่บทบาทสำคัญ คือ การรณรงค์ การวิ่งเต้น และการส่งเสริมให้เกิดการดูแลทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม โดยสร้างพันธมิตรในการดำเนินการร่วมกัน

3. การศึกษา (Education) การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลทางสังคม โดยมองว่าเป็นวิธีการที่สำคัญของการพัฒนาความเข้าใจและขยายให้เกิดการสนับสนุนให้ผู้คนเข้าใจแนวคิดการดูแลทางสังคม สิ่งนี้เป็นจุดเน้นที่มีคุณค่าสำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีบริบทที่แตกต่าง การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการที่มีศักยภาพถูกมองว่าเป็นกุญแจสำคัญที่จะเน้นให้เกิดขนาดที่แท้จริงของคนที่มีความต้องการบริการทางสังคม และสร้างความมั่นใจว่าจะได้รับการสนับสนุนตามที่พวกเขาต้องการ

4. สื่อ (The Media) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้การดูแลทางสังคมเป็นที่สนใจของประชาชน และช่วยปรับปรุงความเข้าใจของสาธารณชนและภาพลักษณ์ของการดูแลทางสังคมอีกด้วย

5. การท้าทายจากการถูกตีตรา และความไม่ยุติธรรมที่เกิดขึ้นกับการดูแลสังคม (Challenging the Stigma and Prejudice Attached to those Associated with Social Care) การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ใช้บริการการดูแลสังคมต้องเผชิญ ผู้ใช้บริการบางคนเห็นว่าปัญหาที่สำคัญที่จำกัดการสนับสนุน และให้ความสำคัญกับการให้บริการการดูแลสังคม คือ มักถูกตีตราว่ายากจน โดยจำเป็นต้องทบทวนว่าการดูแลทางสังคมต้องได้รับการปรับปรุง

6. การรับฟังเสียงที่แข็งแกร่งเพื่อจัดระเบียบผู้ใช้บริการ (A Stronger Voice for Service user Organizations) หัวใจสำคัญในการปรับปรุงการดูแลทางสังคมคือการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนี้ต้องได้รับการสนับสนุนทางการเงินเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันสร้างศักยภาพให้กับองค์กรมากขึ้น เมื่อมีการใช้บริการในองค์กรมากขึ้น องค์กรก็จะพัฒนาบริการเพื่อผู้ใช้บริการมากขึ้นด้วย

3.3. มาตรฐานการดูแลทางสังคม

มาตรฐานการดูแลเป็นประเด็นสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมาตรฐานเป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะ คุณภาพที่พึงประสงค์ และต้องการให้เกิดขึ้นเพื่อใช้เป็นหลักในการส่งเสริม สนับสนุน รับรอง ติดตาม ประเมินผลและการประกันคุณภาพในการให้บริการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คุณลักษณะที่พึงประสงค์นั้นอาจพิจารณาจากคุณภาพของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนข้อควรปฏิบัติแก่ผู้ใช้บริการหรือผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ และวิธีปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ คุณภาพของระบบงานในการให้บริการ ซึ่งหน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุ มีภาพลักษณ์ที่ดีแก่ผู้สูงอายุ หรือบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ การยึดมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างจริงจังนำไปสู่การปกป้องผู้สูงอายุที่มีภาวะ

เพราะบางจากการแสวงหาประโยชน์ การทารุณกรรม และการถูกเพิกเฉยไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสม ในส่วนนี้ได้นำเสนอข้อมูลตัวอย่างเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลจากประเทศอังกฤษ และประเทศอเมริกาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลที่มีมาตรฐาน

กรณีประเทศอังกฤษ

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุมียหลายกรณี ดังตัวอย่างจาก Department of Health (2012, p. 5) เสนอกรอบผลลัพธ์ในการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (The Adult Social Care Outcomes Framework หรือ ASCOF) เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการดูแลและการสนับสนุนการวัดผล ความก้าวหน้า และการเสริมสร้างความโปร่งใสและความรับผิดชอบในการให้บริการต่อผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการ ASCOF มี 3 ประการ คือ

1. คณะกรรมการของ ASCOF สนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพและสนับสนุนการดูแล โดยให้มีประสิทธิภาพจากการเทียบเคียงข้อมูลผลลัพธ์และประสบการณ์ของคนในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ ASCOF สนับสนุนการเปรียบเทียบระหว่างเทศบาล ที่ช่วยในการระบุลำดับความสำคัญในการปรับปรุงในท้องถิ่นและกระตุ้นให้เกิดการแบ่งปันการเรียนรู้และการปฏิบัติที่ดีที่สุด
2. ASCOF ส่งเสริมความโปร่งใสมากขึ้นในการส่งมอบการดูแลทางสังคม กลไกที่สำคัญสำหรับการดำเนินการ คือ สภาพเทศบาลต้องรับผิดชอบต่อคุณภาพของการบริการ โดยเก็บหลักฐานเพื่อรายงานความคืบหน้าของการให้บริการ
3. ASCOF ใช้มาตรวัดการปฏิบัติงานในระบบการดูแลทางสังคม โดยรวมและความสำเร็จในการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพสูง การดูแลส่วนบุคคลและการสนับสนุนการดูแล สำหรับกรอบจะให้การสนับสนุนในการปฏิบัติรัฐมนตรีรับผิดชอบกับประชาชนและรัฐสภาสำหรับระบบการดูแลสังคมและจะแจ้งให้ทราบและสนับสนุนการพัฒนา นโยบายแห่งชาติ

ASCOF รายงานผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ (Department of Health, 2012, p. 8) รัฐบาลจัดลำดับความสำคัญของการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุไว้ในลำดับต้นๆ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุทุกๆ คน (และอายุมากกว่า 65) ได้รับการดูแลและการสนับสนุนที่มีคุณภาพ และได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีและได้รับความเคารพในสิ่งที่ผู้สูงอายุควรได้รับ การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอิสระภายหลังที่ได้รับสนับสนุน สิ่งนี้เป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตเต็มที่ ในฐานะที่ผู้สูงอายุที่เป็นลูกค้าหลักของหน่วยงานท้องถิ่น ผู้ให้บริการต้องทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิอย่างเหมาะสม แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการดูแลที่ไม่ดี-และอาจมีผลลัพธ์ที่แย่ด้วย ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลให้ดีขึ้น

จากข้อมูลผลลัพธ์ที่ได้รายงานไปข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่ารัฐบาลประเทศอังกฤษให้ความสำคัญกับการวัดผลความก้าวหน้า และการเสริมสร้างความโปร่งใสและความรับผิดชอบใน

การให้บริการ ทั้งนี้ การนำเสนอกรอบมาตรฐานการให้บริการของ Department of Health ในประเทศ อังกฤษ เนื่องจากน่าจะเป็นตัวแบบในการพัฒนามาตรฐานการดูแลทางสังคมสำหรับประเทศไทย โดย Department of Health (2012, pp. 16-24) นำกรอบมาตรฐาน 4 ด้าน คือ (1) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุช่วยการดูแลและการสนับสนุนความต้องการ (2) การยืดระยะเวลาและการลดความต้องการการดูแล (3) ความเชื่อมั่นว่าประชาชนจะได้ประสบการณ์ของการดูแลในทางบวก และ (4) การปกป้องผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงและการปกป้องจากอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ ต่อไปนี้

ประการที่ 1 การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการดูแลและการสนับสนุนความต้องการ

1	การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการดูแลและการสนับสนุนความต้องการ
มาตรฐาน	
1A การดูแลทางสังคมสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต * (NHSOF 2)	
มาตรฐานผลลัพธ์	
การบริหารจัดการโดยการสนับสนุนผู้ใช้บริการดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้อยู่ในการควบคุมทั้งด้านประเภทวิธีการ และช่วงเวลาในการสนับสนุนบริการให้ตรงกับความต้องการ 1B สัดส่วนของผู้ใช้บริการที่ได้รับการดูแลในชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิด มีการปรับปรุงจาก 2014/15: 1C สัดส่วนของคนที่ใช้บริการดูแลทางสังคมที่ได้รับการสนับสนุนโดยตรง และผู้ที่ได้รับการอุดหนุนการชำระเงิน	
- ผู้ดูแลที่สามารถรักษาสมดุลในบทบาทการดูแลและการยังคงมีการดำเนินชีวิตตามความปรารถนาของตนเอง 1D ผู้ดูแลที่ต้องรายงานผลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต * (NHSOF 2.4)	
- คนมีความสามารถจ้างผู้ดูแลเมื่อพวกเขาต้องการรักษาความเป็นครอบครัว และชีวิตทางสังคมและมีวิถีชีวิตในชุมชน และหลีกเลี่ยงความเหงา หรือความโดดเดี่ยว 1E สัดส่วนของผู้ใหญ่ที่พิการต่อการได้รับการสนับสนุนให้จ้างคนดูแล *** (PHOF 1.8 NHSOF 2.2) 1F สัดส่วนของผู้ใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบริการสุขภาพจิตกับการจ้างผู้ดูแล *** (PHOF 1.8 NHS 2.5) 1G สัดส่วนของผู้ใหญ่ที่มีความพิการที่อาศัยอยู่ในบ้านหรืออยู่กับครอบครัวของตัวเอง** (PHOF 1.6) 1H สัดส่วนของผู้ใหญ่ที่มีสัญญาเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพจิตโดยไม่ได้รับการสนับสนุน ** (PHOF 1.6) มาตรการใหม่สำหรับปี 2013/14: 1I สัดส่วนของคนที่ใช้บริการและมีผู้ดูแลที่รายงานว่าพวกเขามีการติดต่อทางสังคมมากที่สุดเท่าที่พวกเขาต้องการ ** (PHOF 1.18)	

ประการที่ 2 การยืดระยะเวลาและการลดความต้องการการดูแลและการสนับสนุนการดูแล

2	การยืดระยะเวลา และการลดความต้องการการดูแลและการสนับสนุนการดูแล
มาตรฐาน	
วัด 2A การรับสมัครผู้อยู่อาศัยอย่างถาวรและที่อยู่อาศัยการดูแลรักษาพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน	
มาตรฐานผลลัพธ์	
ทุกคนมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีและสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตของพวกเขาและสามารถเข้าถึงการสนับสนุน และได้รับข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความต้องการดูแลของตนเอง	
ก่อนหน้านี้การแทรกแซงการวินิจฉัย และการกลับมามีความสามารถอีกครั้ง หมายความว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลของพวกเขาจะลดขึ้นอยู่กับบริการที่ได้รับ	
2B ความเข้มข้น สัดส่วนของผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป)	
- ยังคงอยู่ที่บ้าน 91 วันหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อีกครั้ง /บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ** (NHSOF 3.6i)	
มาตรการใหม่สำหรับปี 2014/15:	
2D ผลของการให้บริการในระยะสั้น: ผลสืบเนื่องที่จะให้บริการ	
2E: ประสิทธิภาพของการให้บริการเมื่อผู้ใช้บริการกลับมามีความสามารถในการดำเนินชีวิตอีกครั้ง	
เมื่อคนพัฒนาความต้องการการดูแลและการสนับสนุนที่พวกเขาได้รับเมื่อกำหนดคุณสมบัติที่เหมาะสมที่สุดและช่วยให้พวกเขากลับไปใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ	
2C การยืดระยะเวลาเพื่อเข้าสู่การดูแลจากโรงพยาบาลการดูแลสังคมใหม่ 2F คนที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อม มีมาตรวัดประสิทธิภาพของการดูแลหลังจากการวินิจฉัยว่าจะได้รับการสนับสนุนให้มีอิสระในการใช้ชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ** (NHSOF 2.6ii)	

ประการที่ 3 ความเชื่อมั่นว่าประชาชนจะได้ประสบการณ์ของการดูแลในทางบวก

3	ความเชื่อมั่นว่าประชาชนจะได้ประสบการณ์ของการดูแลในทางบวก
มาตรฐาน	
คนที่ใช้บริการดูแลทางสังคมและผู้ดูแลมีความพึงพอใจกับประสบการณ์และสนับสนุนในการดูแล	
3A ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ที่ใช้บริการกับการดูแลและการสนับสนุน	

3B ความพึงพอใจโดยรวมของอาชีพที่มีบริการทางสังคม สิ่งที่ยึดถือใหม่ 3E: การปรับปรุงประสบการณ์ของผู้คนที่อยู่ในการดูแลแบบบูรณาการ ** (NHS 4.9)
มาตรฐานผลลัพธ์
ผู้ดูแลรู้สึกว่าเขาได้รับความเคารพนับถือในฐานะหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกันในกระบวนการดูแล 3C สัดส่วนของผู้ดูแลที่รายงานว่าได้มีส่วนร่วมเข้าไปในกระบวนการ หรือมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับบุคคลที่พวกเขาดูแล
ประชาชนรู้ว่าตนมีทางเลือก/สิทธิที่ได้รับการดูแล และผู้ที่จะประสาน/ติดต่อเมื่อพวกเขาต้องช่วยเหลือคือใคร 3D สัดส่วนของคนที่ใช้บริการและผู้ดูแลที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนได้
ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทางสังคม การได้รับการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีการรับรู้ที่รวดเร็วต่อสถานการณ์ของบุคคลแต่ละคน สิ่งนี้สามารถนำมาจากการสำรวจดูแลทางสังคมสำหรับผู้ใหญ่ และใช้ในการวิเคราะห์การทำงานในระดับท้องถิ่น

ประการที่ 4 การปกป้องผู้ใช้บริการที่มีความเสี่ยงและการปกป้องจากอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้

4 การปกป้องผู้อยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้พวกเขามีความเสี่ยงและการปกป้องจากอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้
มาตรฐาน
4A สัดส่วนของคนที่ใช้บริการที่รู้สึกปลอดภัย * (PHOF 1.19)
มาตรฐานผลลัพธ์
ทุกคนมั่นใจกับความปลอดภัยทางกายภาพและรู้สึกมั่นคงในจิตใจ - ประชาชนจะไม่ตกอยู่ในสภาวะของการล่วงละเมิดทางร่างกายและอารมณ์ และปราศจากการทำร้ายตัวเอง - ประชาชนได้รับความคุ้มครองเท่าที่เป็นไปได้จากอันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ มิให้เกิดโรคและการบาดเจ็บ - ประชาชนได้รับการสนับสนุนในการวางแผนล่วงหน้าและมีอิสระในการบริหารจัดการความเสี่ยงตามที่ต้องการ 4B สัดส่วนของคนที่ใช้บริการที่บอกว่าบริการเหล่านั้นได้ทำให้พวกเขารู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นคง มาตรการใหม่ 4C: สัดส่วนของการอ้างอิงจะเสร็จสิ้นลง เมื่อมีการรายงานว่าพวกเขารู้สึกปลอดภัย

* Measure complementary with another framework

** Measure shared with another framework

*** Measure complementary with the NHS Outcomes Framework and Public Health Outcomes Framework

ในพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและสังคม (ด้านความปลอดภัยและคุณภาพ) 2015 ในประเทศอังกฤษ เป็นตัวอย่างกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและคุณภาพบริการ กฎหมายนี้มีเจตนารมณ์ 1) เพื่อเตรียมการให้เกิดความปลอดภัยในการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพและสังคม 2) เพื่อสร้างระบบการบูรณาการข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในบริการด้านการดูแลสุขภาพและสังคม 3) เพื่อแบ่งปันข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมส่วนบุคคล 4) เพื่อให้ดำเนินการจัดบริการทางวิชาชีพทางสุขภาพและสังคมให้เป็นไปตามกฎหมาย และหน่วยงานที่ให้บริการการดูแลทางสุขภาพและสังคมต้องดำเนินการไปตามมาตรฐานวิชาชีพ 5) เพื่อสมรรถภาพทางกายของบุคคล 6) เพื่อให้สามารถดำเนินการดูแลทางสุขภาพและสังคมได้ และเชื่อมโยงกับจุดมุ่งหมายของผู้ให้บริการ (Health and Social Care (Safety and Quality) Act 2015, 2015, pp. c25-27) สาระสำคัญของพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้กล่าวถึงมาตรฐานการดูแลสุขภาพและสังคมไว้หลายประการ ได้แก่

1. การลดอันตรายในการดูแล (Reducing Harm in Care) โดยกฎหมายได้กำหนดให้มีฝ่ายเลขานุการเพื่อกำหนดให้มีการพิจารณาถึงความปลอดภัย ซึ่งหน่วยงานที่ให้บริการจะดำเนินกิจกรรมด้านการให้การดูแล โดยคำนึงถึงกิจกรรมการดูแลที่หลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลที่มาใช้บริการด้วย

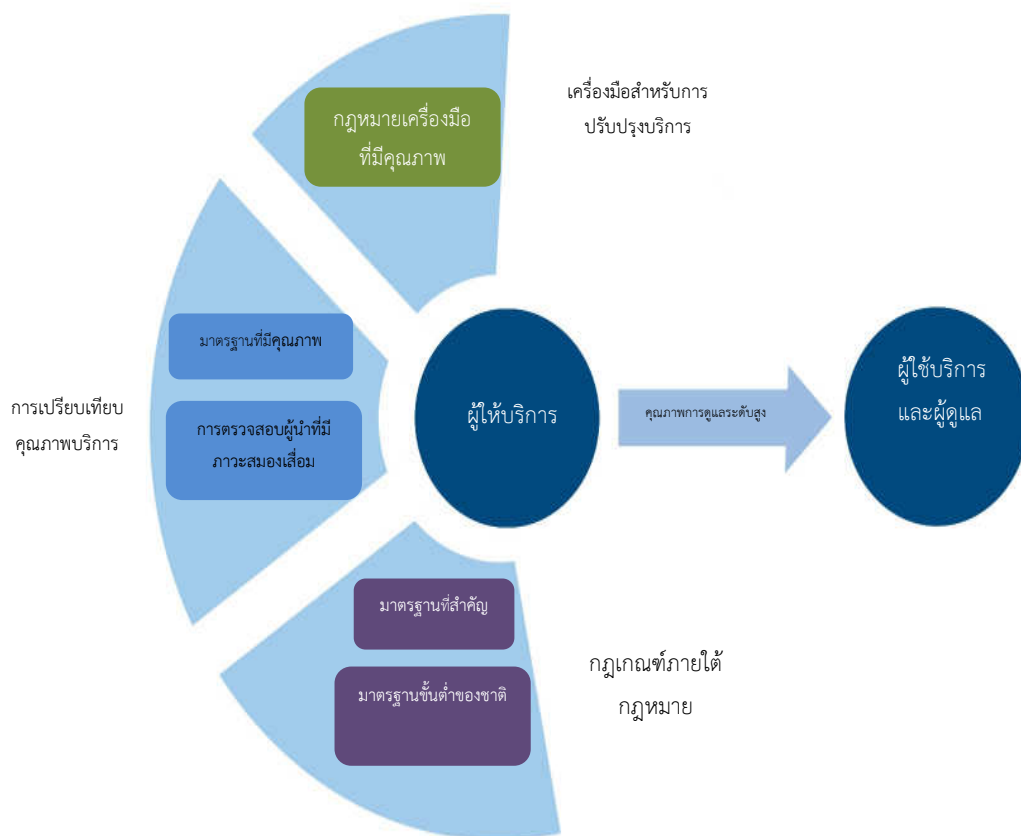
2. การให้ข้อมูลสารสนเทศที่ต่อเนื่อง (Continuity of Information) โดยในหมวดที่ 9 ของ พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและสังคม 2012 ระบุว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางสุขภาพและสังคมมีหน้าที่ หรือต้องเตรียมกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลสารสนเทศ โดยการอำนวยความสะดวกแก่บุคคลที่ต้องการบริการทางสุขภาพและสังคมให้ได้รับสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่สุด และส่งมอบข้อมูลที่ทำให้บุคคลต่าง ๆ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมได้อย่างสะดวก เป็นต้น

3. กำหนดวัตถุประสงค์ในการให้บริการที่ชัดเจน (Objectives) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายตามมาตรา 25 ของ the National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 (Professional Standards Authority for Health and Social Care) โดยหน่วยงานต้องดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของการให้บริการ ดังนี้ (1) การคุ้มครอง การส่งเสริม และการดำรงไว้ซึ่งการให้บริการสุขภาพที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ (2) การส่งเสริม และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานของนักวิชาชีพตามกฎหมาย (3) การส่งเสริมและรักษามาตรฐานทางวิชาชีพที่เหมาะสมและความประพฤติทางวิชาชีพที่เหมาะสม (4) การส่งเสริมและรักษามาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจอย่างเหมาะสม (5) การส่งเสริมและรักษามาตรฐานและพฤติกรรมของคนทำงานเกี่ยวข้องกับสายตา

นอกจากนี้ The National Institute for Health and Care Excellence หรือ NICE คือ สถาบันแห่งชาติเพื่อการดูแลสุขภาพและความเป็นเลิศ (NICE) ให้คำแนะนำในระดับชาติและคำแนะนำในการปรับปรุงการดูแลสุขภาพและสังคม โดยนำเสนอแนวทางการดูแลสังคมและมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งสามารถนำมาใช้สำหรับหลากหลายวัตถุประสงค์ ทั้งในประเทศและในระดับประเทศในการปรับปรุงคุณภาพของการบริการและการดูแลสุขภาพรวมทั้งการ ได้แก่

1. สนับสนุนให้การดูแลสามารถปฏิบัติได้จริงและมีค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ
2. ตรวจสอบวิธีการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกันกับการให้การดูแลทางสังคมทั่วประเทศมากขึ้น
3. สนับสนุนการพัฒนาของหน่วยงานให้มีการทำงานร่วมกันและมีความเป็นวิชาชีพ
4. ช่วยให้การดูแลทางสังคมสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นพันธมิตรที่สำคัญในการให้การดูแล
5. เพิ่มรายละเอียดของการดูแลสังคม

กรณีเมื่อมีการทำงานร่วมกับองค์กรระดับชาติ ต้องแน่ใจว่าผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงจึงต้องอาศัยความรับผิดชอบและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ผู้ให้บริการ คณะกรรมการ ผู้ใช้บริการที่หน่วยงานกำกับดูแล เช่น Ofsted และ Care Quality Commission (CQC) และหน่วยงานระดับชาติอื่นๆ รวมทั้ง NICE หน่วยงานรัฐบาลที่เป็นมืออาชีพ เช่น Association of Directors of Adult Social Services (ADASS) ผู้ให้บริการระดับชาติ เช่น การดูแลผู้ให้บริการและหน่วยงานพันธมิตรอื่น ๆ เช่น the Social Care Institute of Excellence (SCIE) นำไปสู่มาตรฐานที่มีคุณภาพเหมาะสมกับกรอบการกำกับดูแลและสร้างคุณภาพสำหรับการดูแลสังคม



ที่มา: Social care guidance and standards and the quality landscape
(<https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care/social-care-guidance-and-standards-and-the-quality-landscape>)

การวางแผนเชิงกลยุทธ์และการให้บริการการดูแลทางสังคมจะดำเนินการโดยหน่วยงานท้องถิ่น คณะกรรมการในองค์กรอื่นๆ ที่ให้บริการ กรอบการทำงานตามกฎหมายที่มีอยู่แล้วในการควบคุมการให้บริการ มาตรฐานคุณภาพของ NICE ถูกสร้างขึ้นและก้าวไปสู่การเป็นเครื่องมือในทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและอื่นๆ ที่จะช่วยให้การส่งมอบบริการการดูแลสุขภาพ บริการสังคม และคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่และเด็ก

ในประเทศอังกฤษ ได้มีการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำแห่งชาติ (National Minimum Standard: NMS) สำหรับผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชรา และสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ.1998

และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002 ซึ่งมาตรฐานนี้ได้ถูกออกแบบให้สามารถวัดได้ ใช้บังคับได้ และพิจารณาว่าสถานบริบาลใดสามารถให้การยอมรับได้เมื่อเทียบกับมาตรฐาน ปัจจุบันได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์ของการปฏิบัติที่ดี (Code of Good Practice) และคู่มือการประเมินตนเอง (Self- Assessment Manual) เพื่อเตรียมสถานบริบาลสำหรับระบบการตรวจสอบแบบใหม่ที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติมาตรฐานการดูแล ปี ค.ศ. 2000 (Care Standards Act 2000: CSA) กฎหมายได้เห็นความสำคัญของอัตราเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้พักอาศัยว่ามีผลต่อคุณภาพการดูแลเป็นอย่างยิ่ง จึงได้มีการกำหนดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ คือ

เวรเช้า จะต้องม้อตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1: 5

เวรบ่าย จะต้องม้อตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1: 6/7

เวรดึก จะต้องม้อตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1: 10

กรณีประเทศอเมริกา

ในอเมริกามีการปฏิรูปข้อบังคับของสถานบริบาลและออกพระราชบัญญัติเรียกว่า Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) เมื่อปี ค.ศ. 1989 หลังจากนั้นมีการปฏิรูปอีกหลายประเด็นส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลในสถานบริบาล และ OBRA ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐาน ที่มีชื่อว่า Resident Assessment Instrument (RAI) เป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมเพื่อช่วยในการพัฒนาการวางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการทางคลินิกและการดูแล

ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ โดยพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพ (Quality Indicators: OIS) และสร้างเครื่องมือที่มีชื่อว่า Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument (MDS-RAI) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวเป็นรูปแบบเดียวกัน ทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา และยังถูกนำไปใช้ในประเทศแคนาดา ประเทศไอร์แลนด์ และหลายประเทศในยุโรป ซึ่งการนำดัชนีชี้วัดคุณภาพไปใช้อย่างเป็นระบบ ทำให้ทราบถึงสภาพและต้นเหตุของปัญหาทางคุณภาพสำหรับทั้งบุคลากรและผู้ประเมิน ผู้พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวก และสถานบริบาลทุกแห่งถูกกำหนดให้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมิน และบรรจุไว้ในโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพสถานบริบาลของตนเอง

การขอใบอนุญาตในแต่ละรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้สถานบริบาลต้องขอทั้งใบอนุญาตให้ประกอบสถานบริการ (Licensing) เปิดให้บริการ และใบประกาศนียบัตรสถานบริการ (Certificate) เพื่อแสดงว่าสถานบริการนั้นมีคุณสมบัติในการได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนสาธารณะ

Medicare และ Medicaid ซึ่งต้องมีมาตรฐานเฉพาะตามที่กำหนด แต่หากพบว่าสถานบริการนั้นได้รับการร้องเรียนมากรัฐบาลสามารถยุติข้อตกลงกับผู้ให้บริการและไม่ยอมจ่ายเงินชดเชยนั้นๆ นอกจากนี้ยังต้องขอขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการ (Registration) จากองค์การบริหารด้านสุขภาพ (The Agency for Health Care Administration: AHCA) ผู้สมัครจะได้รับอนุญาตให้ประกอบสถานบริการเป็นระยะเวลา 2 ปี ซึ่งองค์การบริหารด้านสุขภาพ จะเป็นผู้รับผิดชอบออกใบอนุญาตให้กับสถานบริการด้านสุขภาพ (Health Care Licensure) การตรวจสอบ (Inspection) และการบังคับใช้กฎหมาย การสอบสวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพและการจัดการแผนการรักษา การดำเนินการเป็นศูนย์เก็บรวบรวมสถิติของรัฐ การออกใบรับรองโปรแกรมตามความต้องการ การจัดการโปรแกรม Medicaid การรับรองศูนย์ดำรงสุขภาพและการคลินิกที่จ่ายค่าบริการล่วงหน้า และบริการอื่นๆ ตามที่ตกลงไว้

การดูแลทางสังคมที่ได้มาตรฐานจำเป็นต้องมีการกำกับติดตาม และควบคุมให้ผู้ให้บริการคำนึงถึงการให้บริการอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง มาตรฐานที่ดีจะนำไปสู่การส่งมอบการดูแลที่มีคุณภาพสูงต่อไป หากพิจารณาข้อเสนอของ Andrea Sutcliffe ประธานคณะกรรมการกำกับดูแลคุณภาพการดูแลทางสังคมได้อธิบายวิธีการปรับปรุงมาตรฐานการให้บริการ โดยการตรวจสอบการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุได้ทดสอบตัวเองกับมาตรฐานคุณภาพแห่งชาติ กรมอนามัยจะทำงานร่วมกับผู้ให้บริการดูแลเพื่อพัฒนาและมีโครงการนำร่องใหม่ ที่ผ่านความเห็นชอบในระดับชาติ การตรวจสอบการดูแลสำหรับการใช้งานในท้องถิ่นในปี 2013 และปี 2014 การตรวจสอบดูแลโครงการนำร่องมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะทำให้ผู้ให้บริการเน้นการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยในภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณภาพสูง โดยให้พวกเขาทดสอบคุณภาพของการดูแลของพวกเขากับคุณภาพมาตรฐานในระดับประเทศตามที่ได้ตกลงร่วมกัน เป็นต้น

มาตรฐานสำหรับการดูแลทางสังคมสามารถพิจารณาใน 3 ประเด็น คือ การให้บริการของผู้ปฏิบัติงาน มาตรฐานของทีมผู้ปฏิบัติงาน และกิจกรรมของการให้บริการดูแลทางสังคม (Margaret Willcox, 2012, pp. 6-7)

มาตรฐานส่วนบุคคล

1. ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเข้าใจและทำงานภายใต้นโยบายบริการ ซึ่งมีการบูรณาการบริการแบบสหวิชาชีพ
2. ผู้ปฏิบัติงานต้องให้บริการด้วยความยืดหยุ่นภายใต้บริบทของความต้องการที่เปลี่ยนแปลงและข้อกำหนดในการให้บริการ

3. ผู้ปฏิบัติงานต้องคำนึงถึงความต้องการ ความรู้สึกของผู้ใช้บริการ และคำนึงว่าผลกระทบ
ต่อผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการอื่น หรือองค์กรในฐานะองค์รวมของการให้บริการโดยไม่คำนึงถึงภูมิหลังทาง
อาชีพของผู้ใช้บริการ

4. ผู้ให้บริการทุกคนจากทุกสาขาวิชาเพื่อให้แน่ใจว่าพวกเขากำหนดความต้องการ
พัฒนาทางวิชาชีพของตัวเองอย่างต่อเนื่อง และแบ่งปันแผนการให้บริการ และผลการดำเนินงานกับเพื่อน
ร่วมงาน

5. ผู้ให้บริการทุกคนให้บริการตามบทบาทและความรับผิดชอบของพวกเขาอย่างแข็งขัน
และทำงานเชิงบวกกับผู้บังคับบัญชาของพวกเขา และสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องตรงกัน

6. ผู้ให้บริการทุกคนให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ ทำงานภายใต้จรรยาบรรณและหลัก
จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาชีพของตน

7. ผู้ปฏิบัติงานทุกคนปฏิบัติตามขั้นตอนที่วางไว้และบันทึกการปฏิบัติอย่างเหมาะสม

ทีมผู้ปฏิบัติงานดูแลทางสังคม

1. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมเป็นรากฐานของการตอบสนองที่มีความยืดหยุ่นและ
ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และส่งเสริมความร่วมมือที่มีทิศทางที่ชัดเจนภายใน
ทีมปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนคุณภาพในการให้บริการที่ดีที่สุดกับประชาชน

3. ต้องจัดลำดับความสำคัญของทีมให้บริการ และการพัฒนาบริการอย่างแข็งขัน
ส่งเสริมการทำงานของทีมบริการ

4. ควรติดตามกิจกรรมภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดี ภายใต้กรอบการทำงานของ
กรมสุขภาพ (DH) คณะกรรมการดูแลคุณภาพ (CQC) สถาบันการดูแลทางสังคมสำหรับ ความเป็นเลิศ
(SCIE) และหน่วยงานระดับชาติอื่นๆ

บริการการดูแลทางสังคม

1. พิจารณาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแลอย่างเต็มที่ เมื่อมีการวางแผนการดูแล
2. จะช่วยให้บุคคลพัฒนาเครือข่ายของการสนับสนุนในชุมชนท้องถิ่นของตน และเพื่อ
เพิ่มช่องทางการประสานงานกับชุมชน

3. ควรทำงานร่วมกับบุคคล และครอบครัว หรือผู้ดูแลที่จะมุ่งเน้นการแก้ปัญหา หรือ
เอาชนะปัญหาวิกฤตต่าง ๆ

4. ควรทำงานร่วมกับบุคคล และครอบครัว หรือผู้ดูแล โดยกำหนดความเสี่ยงและ
วิธีการจัดการความเสี่ยงเหล่านี้ในเชิงบวกตามธรรมชาติของชุมชนพวกเขามากกว่าจะให้บริการโดย
หยุดขอบเขตการทำงานขององค์กรแต่เพียงฝ่ายเดียว

5. การปฏิบัติงานอย่างเปิดโปร่งใส และเห็นด้วยกับกระบวนการส่วนบุคคลที่จะสร้างคุณภาพชีวิตความแตกต่างของแต่ละบุคคลได้
6. การสนับสนุนโดยนำวัฒนธรรมชุมชนที่หลากหลายมาใช้ในการปฏิบัติงาน
7. ใช้ทรัพยากรและร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคำนึงถึงสิทธิและการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ
8. ต้องรับผิดชอบในการอธิบาย และบันทึกเหตุผลในการตัดสินใจในการปฏิบัติและวิธีการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล
9. ส่งเสริมให้ประชาชนและผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความตระหนัก หรือร้องเรียนการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม
10. ทีมผู้ปฏิบัติงานต้องรับฟังและเรียนรู้จากข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ให้บริการ และครอบครัวของเขา หรือผู้ดูแล และประชาชนที่จะปรับปรุงการให้บริการ รวมถึงการนำข้อเสนอแนะมาใช้ประโยชน์
11. ควรทำงานร่วมกับบุคคล และครอบครัว โดยเพิ่มความร่วมมือสระในการใช้ชีวิต และต้องบริหารความเสี่ยงในเชิงบวก

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและรับรองมาตรฐานของสถานบริการในต่างประเทศ มีทั้งของภาครัฐและหน่วยงานเอกชนโดยมีรูปแบบเป็นหน่วยงานอิสระไม่หวังผลกำไร อย่างในสหรัฐอเมริกา หรือคณะกรรมการมาตรฐานการดูแลแห่งชาติในประเทศอังกฤษ ส่วนลักษณะที่กำหนดอยู่ในมาตรฐานประกอบด้วย มาตรฐานด้านสถานที่กระบวนการดูแล และบุคลากรเป็นหลัก โดยมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลตามระดับภาวะพึ่งพิงและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

คุณภาพการให้บริการที่ดีมีมาตรฐานในการกำกับกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และมาตรฐานบริการจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องถือเป็นหน้าที่โดยตรงที่จะต้องพยายามกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้ คุณภาพบริการนำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการบริการ ที่ต้องคำนึงถึงการตรวจสอบดูแลให้บุคลากร รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ให้มีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา และทันใจเมื่อผู้ให้บริการต้องการการดูแล อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มคุณค่าของการบริการ และความคุ้มค่าสำหรับผู้ให้บริการ และที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน คือ ความมีประสิทธิภาพของการดำเนินงานบริการ นั่นคือการมีการกำหนดแผนการให้บริการและการพัฒนากลยุทธ์การบริการเพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพสม่ำเสมอ และทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

บทที่ 4

การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน ภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย

4.1 ทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ในรอบศตวรรษที่ผ่านมา ขนาดของประชากรในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นมากถึง 8 เท่าตัว จำนวนประชากร 8.3 ล้านคน จากที่สำมะโนประชากรทั่วราชอาณาจักรปี 2452 - 2453 ได้เพิ่มเป็น 65.9 ล้านคน ตามที่แจงนับได้ด้วยสำมะโนประชากรและเคหะครั้งสุดท้ายเมื่อปี 2553 ในปี 2556 ประมาณว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งหมดมีอยู่ประมาณ 66.7 ล้านคน โดยเป็นคนสัญชาติไทยและไม่ใช่นักสัญชาติไทย แต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร 64.6 ล้านคน และแรงงานข้ามชาติอีกประมาณ 2.1 ล้านคน ในระยะเวลา 20-30 ปีที่ผ่านมา ประชากรไทยเพิ่มด้วยอัตราที่สูงมาก คือ สูงกว่าร้อยละ 3 ต่อปี ปัจจุบัน ประชากรไทยเพิ่มด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 ต่อปี และมีแนวโน้มว่าอัตราเพิ่มจะลดต่ำลงไปอีก ในช่วงเวลา 30 ปีนับจากนี้ จำนวนประชากรไทย ไม่รวมแรงงานข้ามชาติจะอยู่ในราว 64 - 66 ล้านคน ในขณะที่ขนาดของประชากรไทยอยู่ในสภาพค่อนข้างคงตัว โครงสร้างอายุของประชากรได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จากที่เคยเป็นประชากรเยาว์วัยในอดีตได้กลายเป็นประชากรสูงอายุในปัจจุบัน และกำลังจะสูงวัยยิ่งขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต

จากการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (LTC) โดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นฐาน เป็นกรณีตัวอย่างของความพยายามบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ หน่วยงานที่เป็นหน่วยบริการที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีทั้งหน่วยบริการด้านสุขภาพและสังคมระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ สำหรับหน่วยให้บริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ซึ่งได้ยกระดับจากสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น บุคลากรซึ่งได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทเชิงรุกมากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง สนับสนุนครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจึงมีหน้าที่โดยตรงในระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ ยังมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุร่วมทำการประสานงานกับเจ้าหน้าที่หรือทีมสุขภาพ

สำหรับการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ เป็นหน่วยบริการทางสุขภาพที่มีหน่วยบริการในโรงพยาบาลทั้งในระดับชุมชน อำเภอ และระดับจังหวัด ทั้งนี้ บริการตอบสนองให้กับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อน และต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงซึ่งต้องอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเป็นการสนองต่อนโยบายของรัฐบาลที่กำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 92 แห่ง ได้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่ง เพื่อใช้เป็นหน่วยบริการให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่มาใช้บริการได้อย่างทั่วถึง การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุเป็นการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพในแบบองค์รวม ซึ่งกิจกรรมและบริการมีลักษณะป้องกันและส่งเสริมทางด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การจัดบริการของคลินิกผู้สูงอายุประกอบด้วย 7 ด้านที่สำคัญ คือ การหลีกเลี่ยงอบายมุขและพฤติกรรมเสี่ยง การออกกำลังกายที่เหมาะสม ด้านโภชนาการ ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมในสังคม การป้องกันโรคเฉพาะที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่ติดเชื้อมีสำคัญในวัยสูงอายุ ซึ่งการจัดบริการให้แต่ละด้านก็จะสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

การจัดบริการที่ช่วยป้องกัน และเสริมสร้างสร้างสุขภาพทางร่างกายจะมีลักษณะของการบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขข้อกระดูกเสื่อม ฯลฯ โดยทางคลินิกจะมีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ทำหน้าที่ประเมินสุขภาพ และคัดกรองผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะโรคเรื้อรังข้างต้น เพื่อได้รับการดูแลรักษาฟรีจากทางโรงพยาบาลที่สังกัด และจะมีการจัดทำบัตรผู้สูงอายุด้วย ส่วนกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมทางด้านสังคมมีลักษณะของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งดำเนินการโดยผู้สูงอายุเอง และมีการจัดตั้งคณะกรรมการชมรม โดยเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงาน โรงพยาบาลจะเป็นผู้อำนวยการความสะดวกและจัดหาสถานที่ให้ดำเนินกิจกรรม และกิจการที่ดำเนินการ คือ การหารายได้เพื่อสังคม ทอดกฐินหาเงินช่วยโรงพยาบาลโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน สังสรรค์ การออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติธรรมะ โดยใช้พื้นที่ของโรงพยาบาลในการดำเนินกิจกรรม

การบริการทุติยภูมิและบริการตติยภูมิถือเป็นการจัดบริการในสถาบัน การจัดการดูแลระยะยาวในสถาบันมีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง (ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาความช่วยเหลือทุกด้าน) มีความสำคัญต่อการดูแลระยะยาวเป็นอย่างมาก ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีบริการดังกล่าวในภาครัฐ (ยกเว้นโรงพยาบาล) แต่มีบริการลักษณะนี้ใน

ส่วนของภาคเอกชน โดยบริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพและลักษณะการจัดบริการที่มีรูปแบบแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ ทั้งนี้ยังไม่มีการระบุถึงสมรรถนะของผู้ให้บริการ บุคคลส่วนใหญ่ที่ให้บริการยังขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานการดูแลและมาตรฐานสถานบริการผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน ส่วนในภาครัฐจะมีบริการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราสำหรับผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร จึงทำให้การจัดบริการดูแลระยะยาวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553, น. 223-224)

เมื่อพิจารณากรอบแนวคิดการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ควรพิจารณาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริบาลเอกชนและในชุมชนมีประปรายในช่วงที่ผ่านมา การศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2553, น. 52-55) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนจำแนกได้สองประเภทหลัก คือ 1) ค่าใช้จ่ายประจำพื้นฐาน ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหารสามมื้อ และค่าดูแลทั่วๆ ไป และ 2) ค่าบริการเพิ่มเติม เช่น การเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆ ที่สถานบริบาลจัดให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ กิจกรรมบำบัด ทั้งนี้ ยังไม่รวมค่าวัสดุสิ้นเปลืองทั้งหลายที่ต้องใช้กับผู้สูงอายุและค่ารักษาพยาบาล โดยค่าใช้จ่ายประจำอยู่ระหว่าง 15,000-26,000 บาท/เดือน แปรตามสถานบริบาล และประเภทของห้องพัก เช่น ห้องเตียงเดี่ยวหรือเตียงรวม ห้องพัสดุหรือ ห้องปรับอากาศ เป็นต้น ส่วนค่าบริการเพิ่มเติมค่อนข้างแปรตามระดับภาวะพึ่งพิง และจำนวนชั่วโมงที่ต้องการการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ต้องใช้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายอยู่ระหว่าง 2-4 ชั่วโมง/วัน ขึ้นกับระดับภาวะพึ่งพิง และมีค่าใช้จ่ายระหว่าง 1,129-4,391 บาท/เดือน อย่างไรก็ตามพบว่าจำนวนชั่วโมงของการดูแลไม่เป็นไปตามหลักมาตรฐานของจำนวนชั่วโมงที่ต้องใช้ตามระดับภาวะพึ่งพิง มีเพียงกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดเท่านั้นที่เป็นไปตามเกณฑ์ส่วนระดับอื่นๆ มีทั้งที่ต่ำกว่าและสูงกว่าความต้องการ และเมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายต่อชั่วโมงการให้บริการ พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อยู่ที่ 35 บาท/ชั่วโมง ดังตาราง

ตารางที่ 4.1

การประเมินระดับการพึ่งพิงต่อจำนวนชั่วโมงของการดูแล

คะแนน Barthel index	ระดับการพึ่งพิง	จำนวนชั่วโมงการดูแล/สัปดาห์	
		ความต้องการที่ควรเป็น	จำนวนชั่วโมงที่ใช้จริงใน สถานบริบาลเอกชน 5 แห่ง
0-24	พึ่งพิงทั้งหมด	27.0	27.46
25-49	มีภาวะพึ่งพิงมาก	23.5	15.68
50-74	มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง	20.0	14.7
75-90	มีภาวะพึ่งพิงเล็กน้อย	13.0	13.65
91-100	ไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย	<10.0	14.14

ที่มา: Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., 2009.

สำหรับค่าใช้จ่ายต่อคนคิดค่าใช้จ่ายเป็นรายชั่วโมงของการสนับสนุนเนื่องจากการให้การสนับสนุนการจัดบริการที่บ้าน ดังนั้น ค่าใช้จ่ายหลักจะเป็นเวลาที่ต้องใช้ในการให้บริการที่สนับสนุนจากภายนอก และคิดให้ชั่วโมงละ 40 บาท (อิงราคาตลาดและอัตราค่าแรงขั้นต่ำ) และสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลในชุมชนได้ต้องไปรับบริการในสถานบริบาลให้การสนับสนุนกลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายประจำได้ครั้งหนึ่ง (<http://shi.or.th/upload/Download/LTC.pdf>)

ตารางที่ 4.2

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ ต่อคนต่อปี

	การดูแล		ค่าใช้จ่าย		
	จำนวนชั่วโมง/ สัปดาห์	การสนับสนุน	ค่ากินอยู่ รายปี	ชั่วโมงละ	บาท/คน/ปี
พึ่งพิงทั้งหมด	27	0.5		40	30,240
มีภาวะพึ่งพิงมาก	23.5	0.5		40	26,320
มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง	20	0.2		40	8,960
มีภาวะพึ่งพิงเล็กน้อย	13	0.2		40	5,824
ไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย	0.0428	1		40	96

งานวิจัยของ Srithamrongsawat et al (2009) มีกลุ่มตัวอย่าง คือ บ้านพักคนชราของภาครัฐ 2 แห่ง (บ้านบางแค 1 ในจังหวัดกรุงเทพฯ และบ้านเฉลิมราชกุมารีในจังหวัดนครปฐม) NGO 1 แห่ง (บ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียนโซเซียลเซอร์วิสในจังหวัดนครปฐม) และภาคเอกชน 5 แห่ง (นวศรีเนอสจิ่งโฮม ดวงใจเนอสจิ่งโฮม ประทีปเนอสจิ่งโฮม สถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ และศูนย์พชรภิบาล) ในปี พ.ศ. 2550 ในภาพรวมผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ตามด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อแบ่งตามภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของ NGO และของเอกชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65 และร้อยละ 69 ตามลำดับ) มีภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นสูง (Totally Dependent) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของรัฐบาลมากกว่าครึ่งไม่มีภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นเลย สามารถดำเนินชีวิตได้เอง (Independent) ในการคำนวณต้นทุนการให้บริการการดูแลและระยะยาวของบ้านพักคนชราของภาคเอกชน พบว่า ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับงานประจำ (Routine Expense) และใช้กิจกรรมเสริมนั้นโดยค่าใช้จ่ายของกิจกรรมเสริมจะอยู่ราว 35 บาทต่อชั่วโมง และต้นทุนเฉลี่ยของการดูแลระยะยาวของภาคเอกชนที่รวมบริการพื้นฐานและบริการของนักรักษาบำบัด มีค่าเท่ากับ 25,756 บาทต่อคนต่อเดือนสำหรับการคำนวณต้นทุนของบ้านพักคนชราของ NGO โดยเฉลี่ยต้นทุนของบ้านพักคนชราของ NGO เท่ากับ 9,354 บาทต่อคนต่อเดือน การคำนวณต้นทุนบ้านพักคนชราของภาครัฐก็ใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการเช่นเดียวกัน กรณีของบ้านเฉลิมราชกุมารี ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมาจากงบประมาณของรัฐ คือ 4.7 ล้านบาท และจากการบริจาคในรูปแบบต่างๆ อีก 4 ล้านบาท “ต้นทุน” การให้บริการเฉลี่ยเท่ากับ 8.7 ล้าน ซึ่งเท่ากับ 10,799 บาทต่อคนต่อเดือน สำหรับบ้านบางแค 1 ใช้ทรัพยากรร้อยละ 70 ในการให้บริการดูแลและระยะยาว และสามารถคำนวณ “ต้นทุน” ต่อผู้สูงอายุต่อเดือนออกมาได้เท่ากับ 12,450 บาท (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. 2558. น. 13-20)

สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีข้อเสนอเป็นแนวทางที่สำคัญในการออกแบบระบบไว้ 4 ประการ คือ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/ อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหาร ระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care-LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (Care Manager) (พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ฯ) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1: 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหาร

ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยการออกแบบระบบ LTC ดังกล่าวนำไปสู่บริการในหน่วยบริการและชุมชน <http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202.pdf> ดังนี้

ตารางที่ 4.3

การออกแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

บริการในหน่วยบริการ (Hospital Based)	บริการในชุมชน (Community Based)
1. มีศักยภาพ ความพร้อมในการจัดการและ บริการด้านการแพทย์	1. มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ร่วม สมทบ งบประมาณของ อปท. กับ สปสช. ทุกตำบลทั่ว ประเทศประเทศ ประสบการณ์ 9 ปี
2. ไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์บริการด้าน สังคม	2. บุคลากรได้ทั้งบริการด้านการแพทย์และด้าน สังคม
3. การบูรณาการกับงานอื่นและหน่วยงานอื่น มีข้อจำกัด	3. แนวโน้ม อปท. มีบทบาทและงบประมาณเพิ่ม มากขึ้น
4. ภาระทางการเงินสูงมาก(400 บาท x 365 วัน=146,000 บาท/คน/ปี)	4. ภาระทางการเงินไม่สูง (16,000 บาท/คน/ปี)

ที่มา: สรุป ใช้บริการในชุมชน (Community Based) เป็นหลักภายใต้การสนับสนุนทางวิชาการ และบริการจาก
หน่วยบริการ (Hospital Based) <http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202.pdf>

ดังนั้น การบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคมจึงเป็นวาระแห่งชาติเพื่อขับเคลื่อนการ
ดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม สอดคล้องปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัว และทำให้
ผู้สูงอายุได้รับการดูแล เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสมบูรณ์และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์การดูแลเชิง
บูรณาการจึงสามารถตอบโจทย์ตามหลักการของการพัฒนาระบบการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

4.2 หลักการในการพัฒนาระบบการดูแลเชิงบูรณาการ

1. การให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการจัดบริการโดยผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ มีความสามารถในการตัดสินใจ ได้รับการที่มีความปลอดภัย มีความพึงพอใจใน
บริการการดูแลแบบบูรณาการสามารถรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการที่มีความต้องการที่ซับซ้อน และ
ตอบสนองต่อหลายเงื่อนไขของผู้ใช้บริการในการประสานงานหลายขั้นตอน ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เลือกที่จะ

ดูแลในบ้านของตัวเอง จึงมีความต้องการการดูแลสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลที่บ้าน เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงที่จะต้องอาศัยอยู่คนเดียวมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การบูรณาการดูแลยังสามารถผสมผสานการดูแลสังคม และการดูแลในบ้านหรือในชุมชน ได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุและครอบครัวได้อย่างทั่วถึง

2. การเชื่อมโยงเครือข่ายทำงานในลักษณะทีมสหวิชาชีพ มีการจัดตั้งเป็นเครือข่ายการดูแลด้านสุขภาพขึ้น เป็นการรวมตัวและประสานการทำงานระหว่างกลุ่มขององค์กรและนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง วิธีการทำงานร่วมกัน เริ่มจากการมีระบบรวมความคิด การทำงานและการประสานงาน มีการจัดตั้งองค์กรหลักทำหน้าที่ในการประสานงานและควบคุมดูแลสมาชิกเครือข่ายทั้งหมด มีการจัดประเภทของกลุ่มเครือข่ายที่มีระบบการทำงานแบบเชื่อมประสานกันอยู่แล้วให้มาทำงานร่วมกัน โดยองค์กรหลักทำหน้าที่ประสานงานหลัก มีการจัดบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ และทำให้บริการมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการทำงานในเชิงบูรณาการสหวิชาชีพในการให้บริการ

3. ระบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุมุ่งเป้าหมายในการลดการใช้บริการ และลดต้นทุนการบริการในสถาบัน หมายถึงรวมถึงการเข้าใช้บริการที่โรงพยาบาล การเข้าใช้บริการห้องฉุกเฉิน โดยวิธีการต่างๆ เพื่อจัดบริการให้มีประสิทธิภาพ เช่น การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การให้บริการการดูแลตามบ้านอย่างใกล้ชิด การมีทีมรับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น โครงการเหล่านี้ผู้ใช้บริการไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

4.3 การบูรณาการดูแลทางสุขภาพและสังคม

การบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมถือเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีความต้องการบริการการดูแลทางสุขภาพและสังคมควบคู่กัน ทั้งนี้ การพัฒนาดูแลเชิงบูรณาการมีกระบวนการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การบูรณาการเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่สมควรได้รับการบริการตามสิทธิที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553) สามารถเข้ารับบริการอย่างสะดวกทั่วถึง และเสมอภาค อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้บรรลุผลในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม หรือการจัดบริการอย่างบูรณาการ เป็นสิ่งที่เป็หัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส) ครั้งที่ 2/2558 โดย ศ.ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์ รองนายกรัฐมนตรี เป็น

ประธานการประชุม ทั้งนี้ มีผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม และอธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน เป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งมีผลการประชุมสรุปสาระสำคัญ ดังนี้ ที่ประชุมได้พิจารณาและมีมติเห็นชอบข้อเสนอระบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมการทำงานต่อเนื่องของผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่ประชุมได้มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพดำเนินการ อีกทั้ง ที่ประชุมได้มอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินการแปรรูปนิติขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการดังกล่าว ในปีงบประมาณ 2559 จากการประชุมดังกล่าวจึงเกิดความร่วมมือในการบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะบริการด้านสังคมที่ไม่ใช่การสังเคราะห์เป็นครั้งคราว แต่ต้องสามารถจัดการในลักษณะการดูแลแบบต่อเนื่อง

แม้จะมีการพูดคุยกันในระดับนโยบาย แต่ยังไม่สามารถร่างแนวทางในการบูรณาการเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมีเพียงความพยายามของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่ส่งต่อนโยบายสู่หน่วยงานกลางและท้องถิ่นที่รับผิดชอบเท่านั้น จึงยังไม่มีกำหนดมาตรการ หรือมาตรฐานกลางในการขับเคลื่อนการดูแล การบริการ การควบคุม และกำกับดำเนินการเชิงบูรณาการที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ตัวอย่าง การบูรณาการเชิงนโยบายในปัจจุบัน

ระยะที่ 2 การบูรณาการระบบบริหารจัดการ ทั้งในเชิงการจัดการงบประมาณ บุคลากร และบริการดูแล

การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานเป็นวิธีหนึ่งในการช่วยให้การบริการด้านสุขภาพและสังคมสามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากการสร้างเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนแนวคิด ทักษะการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะการบูรณาการระหว่างเครือข่าย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การจัดการเครือข่ายการดูแล (Care Network Management) ซึ่งรูปแบบของการบูรณาการการทำงานจะต้องมีเป้าหมายในการบริการที่ต้องตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการให้มากที่สุด โดยยึดหลักการบูรณาการการทำงานในทุกด้าน เช่น การดำเนินโครงการที่สามารถลดต้นทุนด้านการบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการ นั่นคือ ผู้สูงอายุสามารถถึงบริการได้มากที่สุด โดยบริการที่จัดให้จะมีลักษณะของการจัดบริการให้ถึงที่บ้านโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายองค์กร

ทั้งภาครัฐและเอกชนต่างๆ มีการทำงานร่วมกันในลักษณะของเครือข่ายและมีการบูรณาการการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การบูรณาการงานเชื่อมประสานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหน่วยงาน ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้รัฐ สมาคม ภาคประชาชน กลุ่มชมรม มูลนิธิและ สมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันบูรณาการงานให้สอดคล้องกัน ซึ่งนโยบายต่างๆ ต้องถูกขับเคลื่อนสู่ชุมชนด้วยการประสานงานกับหน่วยงานในระดับท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ โดยบูรณาการงานในลักษณะการเชื่อมประสานเครือข่ายระหว่างกัน การประสานบริการที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นองค์กรหรือสถาบันหลัก และหน่วยงานในชุมชน รวมไปถึง อาสาสมัครจะทำให้การจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีความทั่วถึงมากยิ่งขึ้น การทำงานในลักษณะการเชื่อมประสานของระบบการบริการทำให้การพัฒนา การบริการมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการประสานงาน คือ การที่บุคคลหรือหน่วยงานในองค์กรทำงาน ร่วมกันและหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน ซึ่งการจัดระบบบริการก็ต้องมีลักษณะใน กระบวนการกระทำต่อเนื่องและมีความสอดคล้องกัน เพื่อความสำเร็จที่สูงสุดของบริการ

การบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคมต้องพัฒนาให้เกิดการดูแลที่เน้นในระบบของ “ทางเลือก ของผู้ใช้บริการ” และ “การกระจายความเสี่ยงของการให้บริการ” การให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการโดย ให้ “ทางเลือก” แก่ผู้ใช้บริการที่จะค้นหาผู้ให้บริการการดูแลได้ ซึ่งจากการศึกษาการดูแลในลักษณะนี้ สามารถพบได้ในบางประเทศ การแข่งขันของผู้ให้บริการจะเห็นได้จากรัฐบาลต่างๆ ได้กระตุ้นให้เกิด การปฏิรูป การนำไปสู่ความมีประสิทธิภาพ และการปรับปรุงคุณภาพบริการ บริการที่มีการส่งให้กับ ผู้ใช้บริการมีมากขึ้นโดยการผสมผสานผู้ให้บริการในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกลุ่มอาสาสมัคร ความหลากหลายก็จะมีเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้กำหนดนโยบายต้องมีความกระตือรือร้นที่จะส่งเสริมให้ เกิด “ทางเลือกแก่ผู้ป่วย” (Patient Choice) และต้องแน่ใจว่า การทดแทนของผู้ให้บริการไม่ได้ส่งผลกระทบต่อ การส่งมอบบริการ และทำลายส่วนของการเข้าถึง การดูแลแบบบูรณาการ

การกำหนดรูปแบบ วิธีการในการเข้าสู่บริการการดูแลทางสังคมมีขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ

1) การตรวจสอบสิทธิของผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่ได้รับการอนุญาตและมีหน้าที่ความ รับผิดชอบภายใต้พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบในการแจ้งหลักการสิทธิมนุษยชนของ ผู้ใช้บริการที่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษา การเข้าถึงบริการ สำหรับการได้รับการคุ้มครอง สิทธิและ ความรับผิดชอบของผู้รับการดูแล และรายละเอียดข้อมูลที่จะต้องให้แก่ผู้ให้บริการการดูแล

2) ประเมินผู้สูงอายุเพื่อพิจารณาชุดกิจกรรมการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และกายภาพบำบัด เป็นต้น ต้องมีหน้าที่ช่วยกันประเมิน เพื่อพิจารณาชุดกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ใช้บริการที่มีประสิทธิภาพ พร้อมการวางแผนบริการตาม ความต้องการของผู้ใช้บริการ การเตรียมสัญญาแบบรายคน การเข้าจุดรับบริการเพียงจุดเดียวเพื่อ ความสะดวกในการเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพและระบบบริการสังคม รวมถึงการจัดสรรผู้รับผิดชอบทาง กระบวนการในแต่ละชุดกิจกรรมหรือการให้บริการร่วมกันของชุดกิจกรรม

3) การชำระค่าใช้จ่ายในดูแล การดูแลแบบบูรณาการมุ่งเน้นให้การชำระค่าใช้จ่ายใน การดูแลเป็นไปในลักษณะการประเมินถึงสิ่งที่เป็น “ความสำคัญ” ของการดูแล และส่วนไหนที่เป็น ส่วนประกอบของการดูแลย่อยในการจัดบริการดูแลทางสุขภาพและสังคม โดยที่การชำระค่าใช้จ่ายในส่วน ของการดูแลควรได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสาธารณะ (Public Funds) หรือการอุดหนุนจากรัฐบาล รวมถึงการร่วมสมทบจากผู้ให้บริการโดยตรง

4) การใช้บริการ/รับบริการตามชุดกิจกรรมการดูแล การได้รับบริการดูแลระยะยาวด้าน สุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง (ผู้สูงอายุต้องพึ่งพา ความช่วยเหลือทุกด้าน) และการได้รับบริการในลักษณะการสนับสนุน (Support Services) ได้แก่ การช่วยเหลือการซักரிดเสื้อผ้า การทำความสะอาดบ้าน การทำสวน การบำรุงรักษาหรือซ่อมแซมบ้าน เล็กๆ น้อยๆ การปรับปรุงบ้านขึ้นอยู่กับความต้องการการดูแล การใช้พาหนะสำหรับช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ ไปจับจ่ายซื้อของ การไปพบแพทย์ หรือเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสังคม เป็นต้น

5) การติดตามและประเมินผล หลังจากผู้ปฏิบัติงานได้ช่วยเหลือ หรือประสานบริการให้กับ ผู้สูงอายุตามกระบวนการที่ได้วางแผนไว้ การติดตามผลและประเมินผลจากการให้บริการจะช่วยให้ ผู้ปฏิบัติงานทราบว่า ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวได้รับบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ มีความ พึงพอใจในบริการ หรือพบปัญหาอุปสรรคใดในการดำเนินชีวิต หรือประเมินต่อไปว่าผู้สูงอายุมี การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอีกหรือไม่ และหากมีอุปสรรคเกิดขึ้น ผู้ปฏิบัติงานอาจต้องมีการปรับ แผนการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

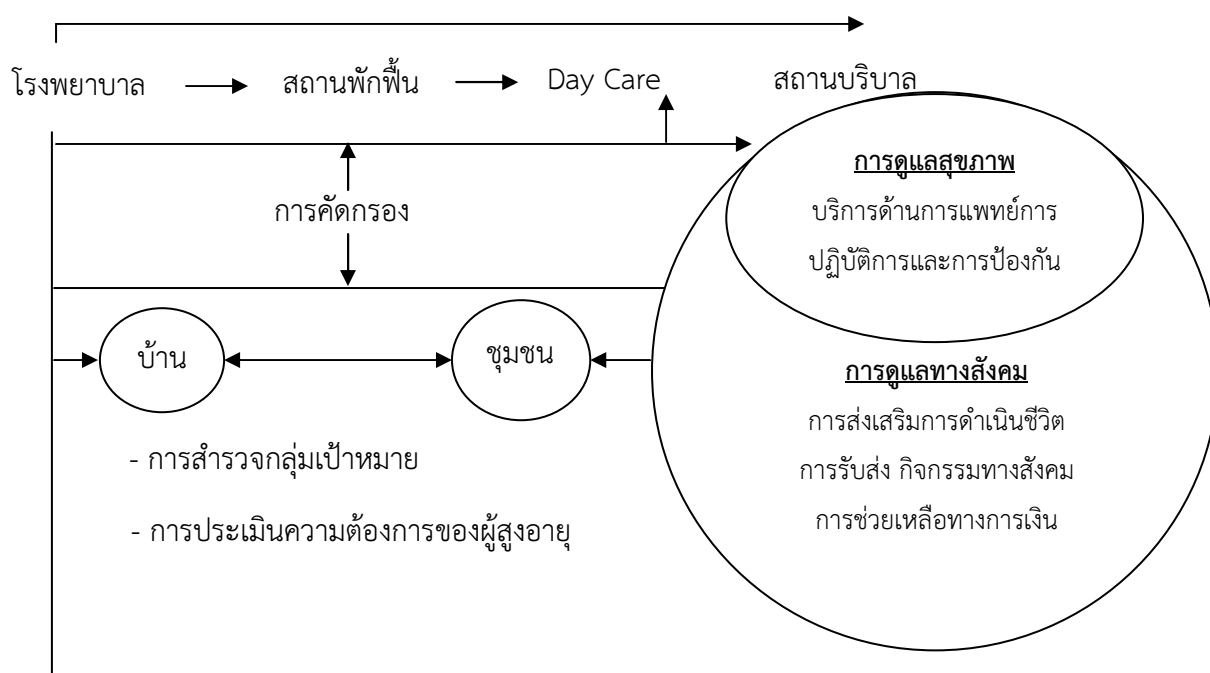
กรณีตัวอย่างการบูรณาการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุตำบลบ้านแพ้ว จังหวัด สมุทรสาคร เป็นพื้นที่จัดบริการในลักษณะทีมงานเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่มสำคัญ คือ

1) ทีมจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีบทบาทหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทั่วไป และ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) ทีมจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว บทบาทของผู้บริการหรือ การประสานกลยุทธ์ เพื่อให้เกิดการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการอบรมให้ความรู้ ฝึกอาชีพ

จัดกิจกรรมรวมกลุ่ม สงเคราะห์เบี้ยยังชีพ และ 3) ทีมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการดูแลด้านสุขภาพแหวัดล้อม การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ และบางครั้งอาจทำความสะอาดบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ เมื่อมีผู้สูงอายุต้องการการดูแลสุขภาพและสังคม ทีมจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เรียกว่า Home Health Care ซึ่งมีวิสัยทัศน์ว่า “ดูแลทุกเรื่อง ต่อเนื่องถึงบ้าน ในบริการแบบองค์รวม” ดำเนินการออกเยี่ยมเพื่อให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยโดยตรงทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ (8.00 – 16.00 น.) หากพบผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะเป็นผู้ประสานดำเนินการส่งต่อผู้สูงอายุให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนมัย ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านตามเขตรับผิดชอบ เพื่อเป็นการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต แต่หากพบมีการประเมินสภาพปัญหาและมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก็จะส่งไปที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และเมื่อออกจากโรงพยาบาลและต้องการความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของเครื่องใช้จะประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาผู้สูงอายุของตำบล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว เนื่องจากทั้ง 2 หน่วยงานมีการทำ MOU ไว้ ดังนั้น การประสานบริการจึงดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

การพัฒนาแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ กรณีโครงการ Eye on Eye ตำบลสะอาด จังหวัดขอนแก่นเป็นตัวอย่างของการส่งเสริมการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมบำบัดรักษา และบริการสังคม ซึ่งรวมไปถึงบริการรับส่งไปยังสถานพยาบาล อุปกรณ์ เช่น แว่นตา และความช่วยเหลือทางการเงิน ซึ่งแนวคิดหลักของโครงการนี้ คือ การจัดบริการให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพและสังคม สำหรับผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยบริการด้านการแพทย์เพียงอย่างเดียว และหัวใจสำคัญของโครงการ คือ ความพยายามปรับปรุงการเข้าถึงบริการทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพให้แก่ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ การดูแลทางสังคม ได้แก่ สำนักงานสวัสดิการสังคม และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุการดำเนินการโครงการเริ่มต้นจากการสำรวจกลุ่มเป้าหมาย การคัดกรองผู้สูงอายุ การให้บำบัดรักษา การให้บริการสังคม โดยมี การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจ VA วัดความโค้งกระจกตา ความดันลูกตา Pneuotonometer Autorefraction และตรวจ Fundus Camera โดยจักษุแพทย์ พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 74 คน ที่มีโรคต้อกระจก และมี 31 คน ที่มีต้อเนื้อร่วมด้วย ภายหลังจากการตรวจสอบสายตา แผนกตาของโรงพยาบาลขอนแก่นได้ออกใบนัดให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อทำการดูแลและรักษาโรค โดยส่งผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก เมื่อผ่าตัดเสร็จจะมีการส่งต่อให้ผู้ให้บริการทางสังคมดูแลโดยการรับ-ส่ง ไปโรงพยาบาล มีการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และมีกิจกรรมบำรุงรักษาตาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย (Japan International Cooperation Agency (JICA), 2554)

จากการประมวลผลการทดลองเกี่ยวกับการบูรณาการการดูแล ทำให้เกิดการเชื่อมโยงบริการ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และสร้างทีมงานในระดับพื้นที่ที่เข้มแข็งต่อไป



กระทรวง / ส่วนกลาง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	อาสาสมัคร
- กระทรวงสาธารณสุข	- ผู้บริหาร	- อสม.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	- นักพัฒนาสังคม	- อผส.
- กระทรวงมหาดไทย	- นักสังคมสงเคราะห์	- ครอบครัว
- กระทรวงการคลัง	- พยาบาล	- ภาคประชาชน
- ฯลฯ	- สาธารณสุข	

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลการบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคม

เมื่อมีการให้บริการผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ การติดตามประเมินผลการบูรณาการบริการ ระบบการให้บริการ และผลลัพธ์จากการบูรณาการ ทว่าการบูรณาการดูแลทางสุขภาพและสังคมในประเทศไทย ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมและยังไม่ปรากฏการติดตามประเมินผลการบูรณาการอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้

การประเมินผลการบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคม เป็นการประเมินผลภายใต้กรอบการประเมินผลใน 4 มิติ คือ

มิติที่ 1: ด้านประสิทธิผล แสดงถึงผลที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามแผนการบูรณาการที่กำหนด ซึ่งสะท้อนเอกลักษณ์และจุดเน้นขององค์กรหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ

มิติที่ 2: ด้านคุณภาพ แสดงถึงการให้ความสำคัญกับการให้บริการที่มีคุณภาพขององค์กรหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ

มิติที่ 3: ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน แสดงความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ การรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการ และการจัดทำต้นทุนต่อหน่วย

มิติที่ 4: ด้านการพัฒนาหน่วยงานบริการสำหรับผู้สูงอายุ แสดงความสามารถในการบริหารจัดการการบูรณาการนโยบาย กลไกการทำงาน และการเสริมสร้างระบบธรรมาภิบาลในการให้บริการ รวมถึงการจัดการระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศ การจัดการความรู้ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐาน

สำหรับการสร้างตัวชี้วัดประสิทธิภาพการดูแลแบบบูรณาการ หรือมาตรการการดูแลแบบบูรณาการ มีความซับซ้อนจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพและสังคมซึ่งอาจมีความคิดแตกต่างกันร่วมกันพิจารณาว่า “คุณภาพ” “ประสิทธิภาพ” “ประสิทธิผล” และ “การพัฒนาองค์กร” ของการให้บริการแบบบูรณาการ ควรมีตัวชี้วัดทั้งในเชิงความหมาย และการวัดที่นำเชื่อถือต้องได้รับการพัฒนาร่วมกันเพื่อให้สามารถการประเมินผลของการดูแลแบบบูรณาการได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.4 ปัจจัยความสำคัญของการบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคม

จากการติดตามการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพและสังคมจากหลายพื้นที่ พบว่า กลไกหรือตัวกลางที่ทำให้การบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคมในชุมชน ประสบความสำเร็จ คือ

1. การมีคณะกรรมการชุมชน ผู้นำองค์กรที่มีฐานปฏิบัติจริงในชุมชน และสามารถจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมบริการการดูแลสุขภาพและสังคม (ดังที่พบในตำบลบ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร ตำบลปากพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ชุมชนนาเวจ จังหวัดสกลนคร)

2. การสร้างความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะเป็นทีมงาน ทั้งทางด้านสุขภาพ และสังคม ทีมทำงานต้องมีคนทำงานทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ถือเป็นทีมงานเชิงบูรณาการ

3. การมีพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางการประสานบริการ หรือเรียกว่า Point of Entry ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุนั้น พบว่า หลายพื้นที่ใช้ศูนย์บริการทางสังคมเป็นจุดประสานบริการสำหรับผู้สูงอายุ ขณะที่หลายพื้นที่ใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานเอนามัย แต่ก็มีบางพื้นที่ใช้การบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคมเป็นกลไกในการจัดบริการที่เชื่อมประสานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้รัฐ สมาคม ภาคประชาชน กลุ่มชมรม มูลนิธิและสมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทุกฝ่ายต้องมีการทำงานที่อาศัยความร่วมมือกัน พร้อมทั้งการบูรณาการงานของแต่ละฝ่ายให้เกิดความสอดคล้องกัน เพราะการจัดบริการการดูแลสุขภาพและสังคมต้องเป็นการให้บริการที่มีความสอดคล้องและควบคู่กันไป การบูรณาการนั้นก็ต้องสามารถบูรณาการได้ในทุกด้านทั้งการ บูรณาการระบบบริหารจัดการในเชิงการจัดการงบประมาณ บุคลากร และบริการ เป็นต้น โดยเริ่มจากการสร้างเครือข่ายในการดูแลบริการด้านสุขภาพและสังคม เพราะการสร้างเครือข่ายสามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานให้เกิดเป็นวงกว้างและหลากหลายมากยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถสร้างประโยชน์ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนแนวคิด ทักษะการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน ดังนั้น การดูแลแบบบูรณาการสามารถรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการที่มีความต้องการที่ซับซ้อน และตอบสนองต่อเงื่อนไขที่หลากหลายของผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

แม้จะมีความพยายามขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการพัฒนาให้เกิดการบูรณาการบริการดูแลสุขภาพและสังคม ทว่ามีความยากลำบากในการจัดการให้เกิดการเชื่อมโยงกิจกรรมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ เมื่อต้องมีการบูรณาการบริการจริงๆ กลับพบปัญหาเรื่องการแยกแหล่งงบประมาณระหว่างบริการทางการแพทย์ และบริการทางสังคม ดังนั้น สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553, น. 50-51) กล่าวถึง ตัวอย่างในประเทศเยอรมัน และ สวีเดน มักพบปัญหาการโยกภาระค่าใช้จ่ายจากระบบหนึ่งไปยังอีกระบบหนึ่ง เพื่อลดค่าใช้จ่ายของตนเอง เช่น การบาดเจ็บเล็กๆ น้อยๆ การดูแลเรื้อรังที่ซับซ้อน การดูแลระยะสุดท้าย รวมถึงบริการระยะหลังเฉียบพลันหรือบริการฟื้นฟู ซึ่งเดิมจัดไว้ในโรงพยาบาล แต่มีแนวโน้มที่จะย้ายไปให้บริการที่สถานบริบาลหรือหน่วยงานบริการชุมชนแทน สำหรับประเทศที่ไม่มีการแยกแหล่งการคลังระหว่างสองระบบชัดเจน ก็มีโอกาสที่บริการดูแลส่วนบุคคลต่างๆ ไป สำหรับผู้สูงอายุถูกลดความสำคัญลงไป เนื่องจากความสำคัญ

ของความต้องการทางการแพทย์ที่สูง เช่น ที่พบในแคนาดา (Chappell NL, 1998) อีกทั้งปัญหาที่ยากที่สุด คือ ความสัมพันธ์กับบริบททางสังคม ซึ่งสิทธิประโยชน์ปกติของการดูแลระยะยาวไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายจริงที่สูง ซึ่งผู้รับบริการที่ไม่สามารถจ่ายได้จะขอการสนับสนุนจากการสังคมสงเคราะห์แทน การแก้ไขปัญหาคือ ให้บริการการดูแลระยะยาวครอบคลุมแบบถ้วนหน้า (Universal Coverage) แต่ให้ประเมินความสามารถสำหรับบริการที่นอกเหนือสิทธิประโยชน์ เช่น บริการสังคมที่ให้ความช่วยเหลือเป็นรายๆ

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่กล่าวมาน่าจะสามารถหาแนวทางทางแก้ไขได้ แต่ประเด็นที่สำคัญในปัจจุบัน คือ ประเทศไทยประชาชนทุกคนได้รับการดูแลเรื่องสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เรายังขาดบริการการดูแลทางสังคมอย่างเป็นระบบ ดังนั้น จึงเป็นที่มาของการพยายามทบทวนระบบการดูแลทางสังคมจากต่างประเทศ เพื่อไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศ ซึ่งจะนำเสนอในบทถัดไป

บทที่ 5

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในภาวะพึ่งพิงสำหรับประเทศไทย

การทบทวนความหมาย รูปแบบ การจัดบริการการดูแลทางสังคม และการบริหารจัดการ บริการการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการและแนวทางในการแก้ไข อันนำไปสู่การบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ซึ่งทำให้มีความชัดเจนในองค์ความรู้ต่างๆ จนเป็นที่มาของข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย

การดูแลที่ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน และดำรงอยู่ได้นั้น ประกอบด้วยกิจกรรมช่วยเหลืองานบ้าน การซักเสื้อผ้า จัดเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน การไปร่วมหรือทำกิจกรรมในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน จากการสืบค้นข้อมูลจากประเทศต่างๆ พบว่า ประเทศที่สามารถจัดบริการการดูแลทางสังคมได้หลากหลายมักเป็นประเทศที่เป็นรัฐสวัสดิการ แม้จะมีระบบภาษีที่ค่อนข้างแพง แต่รัฐสามารถดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถจัดสรรทรัพยากรในระบบของการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการดูแลทางสังคมต้องเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น แม้บางส่วนจะเป็นการมีส่วนร่วมจากองค์กรภาคเอกชน และภาคประชาชนก็ตาม ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และมีความต้องการที่ซับซ้อนหลากหลาย การดูแลทางสังคมจึงถูกเรียกร้องให้เข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถช่วยเหลือตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจำเป็นต้องปรับปรุง เปลี่ยนแปลงทั้งด้านกฎหมาย ระบบการเงินการคลัง และการบริหารจัดการระบบบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

5.1 ความท้าทายในการปรับปรุงกลไกทางเชิงกฎหมาย

การใช้กฎหมาย นโยบาย และแผนเป็นกรอบในการจัดบริการทางสังคม

กฎหมายที่สำคัญสูงสุดที่ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุ และสิทธิสำหรับผู้สูงอายุ คือ กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ดังรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ระบุถึงภาระหน้าที่ของรัฐที่ต้องให้การดูแล ช่วยเหลือ สงเคราะห์

นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายที่มีลักษณะเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ คือ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ทั้งนี้กฎหมายดังกล่าวได้นำไปสู่การจัดบริการรูปแบบต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจนฉบับหนึ่ง ทั้งการกำหนดรูปแบบหรือประเภทของบริการ กำหนดภาระหน้าที่ของหน่วยงานที่จัดบริการ

นอกเหนือจากกฎหมาย ยังมีนโยบายของรัฐบาลแต่ละยุคแต่ละสมัย ถึงแม้ว่านโยบายของรัฐบาลจะมีลักษณะประชานิยม ทว่าผู้สูงอายุล้วนได้รับประโยชน์จากนโยบายดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดให้เบี้ยยังชีพเป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุควรได้รับ (จากรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ถือว่าเป็นหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งนโยบายการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน โดยจัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร)

แม้หน่วยงานต่างๆ จะสามารถแปลงนโยบาย แผนไปสู่การปฏิบัติ หรือการยึดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เป็นกรอบในการปฏิบัติงาน แต่ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มิได้กำหนดบทลงโทษสำหรับหน่วยงานที่ไม่ปฏิบัติ หรือจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ จึงทำให้ไม่มีระบบการกำกับให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบมิได้ให้ความสำคัญอย่างเต็มที่ หรือก่อให้เกิดความล่าช้าในการจัดบริการอันเนื่องมาจากต้องรับผิดชอบต่อความต้องการอื่นที่เร่งด่วนกว่า และแม้จะมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ไปครั้งหนึ่งแล้ว แต่ก็น่าจับตาว่าจะสามารถพัฒนากลไกการกำกับติดตามได้มากน้อยเพียงใด

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมาย มาตรการและการบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกับประเทศต่างๆ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และญี่ปุ่น พบว่า ประเทศไทยสามารถดำเนินการใช้กฎหมาย หรือมาตรการต่างๆ กำหนดให้เกิดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่หลากหลาย เช่น เกิดระบบเงินบำนาญจากการทำงาน การดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้านที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ การให้ความคุ้มครองโดยมีกองทุนเพื่อรองรับบริการด้านการศึกษา นันทนาการ การโดยสารยานพาหนะ และการช่วยเหลือด้านการเงินและด้านกฎหมาย แต่ก็ยังพบว่าหลายกรณีที่ไม่มีความสอดคล้องต้องกัน ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และญี่ปุ่นมีกฎหมาย มาตรการและการบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ประเทศไทยไม่มีกฎหมาย มาตรการและการบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวอย่างในสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายต่างๆ ที่กำหนดการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ มาตรการเรื่องการเลือกปฏิบัติด้านอายุในการจ้างงาน เงินบำนาญจากการทำงาน รายได้เสริมเพื่อความมั่นคง การประกันด้านการแพทย์ การให้บริการพยาบาลที่บ้าน การบริการความปลอดภัย การตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันอาชญากรรม การป้องกันการล่วงละเมิดผู้สูงอายุ และการให้บริการ

อาสาสมัคร สำหรับประเทศอังกฤษมีกฎหมายที่กล่าวถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยบริษัทเอกชน หรือองค์กรไม่แสวงหากำไร ประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้รัฐบาลแห่งชาติ รัฐบาลท้องถิ่น บริษัท ชุมชนท้องถิ่น องค์กรไม่แสวงหากำไร ครอบครัว ปัจเจกชน ได้ร่วมมือกันดูแลผู้สูงอายุ การจ้างงานผู้สูงอายุ ศูนย์รวม บริการจัดหางานสำหรับผู้สูงอายุ และการบริการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแก่นายจ้าง หรือสถานประกอบการในเรื่องที่เกี่ยวกับการจ้างงานผู้สูงอายุหรือให้คำแนะนำแก่ลูกจ้างในการเตรียมความพร้อม สำหรับการเข้าสู่งานอาชีพในวัยสูงอายุ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามเพื่อให้เห็นรายละเอียดในบริบทเกี่ยวกับกฎหมาย และบริบทเชิงนโยบายที่เป็น ตัวขับเคลื่อนให้เกิดกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ จากประเทศต่างๆ เพื่อสามารถ เป็นบทเรียนสำหรับการขับเคลื่อนการดูแลทางสังคมในประเทศไทยต่อไป

ตารางที่ 5.1

บริบทเชิงนโยบายสำหรับกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

ประเทศ	ระบบสุขภาพและการดูแลทางสังคม: ภาพรวม	นโยบายและกฎหมาย
ออสเตรเลีย	การดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพเป็นวาระแห่งชาติ ครอบคลุมผู้อยู่อาศัยในออสเตรเลีย ทั้งหมดทั้งนี้ เงินทุนได้รับการสนับสนุน โดยการประกันสุขภาพของประชาชน แบบถ้วนหน้า(Medicare) (ระดับปฐม ภูมิ/การดูแลในโรงพยาบาล/การดูแล เรื่องยา) และมีการประกันโดยสมัครใจ กับภาคเอกชน (ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชน) (Moorin และ Holman, 2006) การดูแลสังคม การดูแลทางสังคมเป็นความรับผิดชอบ ของทั้งรัฐบาลกลาง และเครือจักรภพ /	ปี 1995 สภาของรัฐบาลออสเตรเลีย (COAG) ได้ปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพ และการบริการชุมชนในออสเตรเลียใน ลักษณะที่ให้ความสำคัญกับมุมมองเชิง ระบบ ทั้งนี้ การปรับโครงสร้างองค์กร การระดมทุน และการจัดการบริการ สุขภาพและการบริการในชุมชน เมื่อมีการ สำรวจกระบวนการปรับปรุงการดูแลที่ดี ขึ้นภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการ ปรับปรุงการให้บริการของตนเองและผ่าน การประสานงานที่ดีเมื่อต้องใช้บริการดูแล แบบเฉียบพลัน (โรงพยาบาล) และภาค ส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

ตารางที่ 5.1

บริบทเชิงนโยบายสำหรับกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเทศ	ระบบสุขภาพและการดูแลทางสังคม: ภาพรวม	นโยบายและกฎหมาย
	มณฑล/เขตปกครอง ด้วยการให้บริการที่ถูกส่งผ่านการผสมผสานของหน่วยงานรัฐบาลและองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ ในบางประเทศที่พวกเขาจะได้รับการสนับสนุนและผ่านการวางแผนสุขภาพแบบรายบุคคลและผ่านหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการประชาชน	เมื่อมีการเสริมพลังผู้ใช้บริการให้มากขึ้น เช่น การประสานงานดูแลกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์ นั่นคือการพัฒนาวิธีการที่ดีที่สุดในการปฏิบัติต่อการบริหารจัดการโรค และหลักฐานที่ใช้ คือ สัญญาสำหรับการดูแลจากหลากหลายวิชาชีพ; นอกจากนี้ มีการแสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์ในการพัฒนาความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและการดูแลในระดับปฐมภูมิที่ไม่ใช่แพทย์ และการดูแลในชุมชน ทั้งนี้ มีการสำรวจและพัฒนาเพื่อเตรียมการระดมทุนที่มีความยืดหยุ่น
แคนาดา	การดูแลสุขภาพ มีการผสมผสานแบบสาธารณะ (จากภาษี) และเงินทุนส่วนตัว เงินของรัฐบาลกลางกระจายระหว่าง 10 จังหวัด และ 3 เขตการปกครอง ทั้งนี้ โรงพยาบาลและการบริการแพทย์ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสาธารณะ กองทุนและองค์กรของชุมชน และการดูแลอย่างต่อเนื่องในสถาบันไม่ทำให้บริการคุ้มครองแบบเดียวกันและมีความแตกต่างกันมากระหว่างภายใน	ปี 2004 เป็นต้นไป โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะเฉพาะด้าน รวมทั้งโรงพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาว (LTC) และศูนย์บริการชุมชนท้องถิ่น (CLSCs) ในแต่ละเขตปกครองถูกเรียกร้องให้ประสานองค์กร และการประสานกิจกรรมกับผู้ให้บริการด้านอื่นๆ เช่น องค์กรชุมชน และหน่วยงานระดับภาค เช่น เทศบาล

ตารางที่ 5.1

บริบทเชิงนโยบายสำหรับกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเทศ	ระบบสุขภาพและการดูแลทางสังคม: ภาพรวม	นโยบายและกฎหมาย
	จังหวัด (Bergman et al., 1997) กองทุนให้บริการภาครัฐและบริการเอกชน (เช่น การดูแลระยะยาว, การดูแลเรื้อรัง) กองทุนเอกชน (เช่น การศัลยกรรมความงาม) การดูแลสังคม มีการกำกับดูแลใน 3 ระดับสำหรับเครือข่ายบริการแบบบูรณาการ (1) กระทรวงสาธารณสุขและบริการสังคมในระดับภูมิภาค (18 หน่วยงานในระดับภูมิภาค) (2) ระดับท้องถิ่น (3) มี 9 โครงการของการดูแล อย่างไรก็ตาม การดูแลระยะยาวและการดูแลที่บ้านได้รับเงินสนับสนุนในระดับจังหวัด และมีความหลากหลายในการระหว่างจังหวัดและภายในจังหวัด เมื่อพิจารณาจากเงื่อนไขสิทธิการให้บริการที่ครอบคลุมบริการและการจัดการเรื่องการใช้จ่ายร่วมกัน	
อังกฤษ	การดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสาธารณะ โดยการจัดเก็บภาษีจากส่วนกลาง NHS ให้บริการครอบคลุมการดูแล โดยทั่วไปเป็นการให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ จุดให้บริการ	วิธีการดูแล (Care Programme Approach: CPA) เป็นระบบที่ประสานการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้การบริการด้านสุขภาพจิตโดยผู้เชี่ยวชาญโดยถูกนำมาใช้ในประเทศอังกฤษในปี 1993 นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพ 1999 มาตรา 31 ว่าด้วยเรื่อง 'ความยืดหยุ่น' มีความอ่อนคลาในความ

ตารางที่ 5.1

บริบทเชิงนโยบายสำหรับกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเทศ	ระบบสุขภาพและการดูแลทางสังคม: ภาพรวม	นโยบายและกฎหมาย
	การดูแลสังคม สำหรับการบริการดูแลทางสังคม (สังคมสงเคราะห์ การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือที่บ้าน การให้อาหารบนรถเข็น การดูแลช่วงกลางวัน และการรักษาในที่อยู่อาศัย และการพยาบาลที่บ้าน) ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยหน่วยงานท้องถิ่น จากการผสมผสานการจัดเก็บภาษีทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น อีกทั้งรัฐบาลกลางรับรองผลการดำเนินงาน การจัดการและระบบการตรวจสอบ แต่บริการยังคงอยู่ภายใต้การควบคุมทางการเมืองในบางท้องถิ่น (Hultberg et al., 2005)	รับผิดชอบตามกฎหมายและเขตแดน ซึ่งเป็นสิ่งที่สมควรใจมากกว่าภาคบังคับ (Hultberg et al., 2005) ซึ่งถูกแทนที่และรวมงบการเงินจากพระราชบัญญัติการบริการสุขภาพแห่งชาติ 2006 (มาตราที่ 75) (Audit Commission, 2009) ความยืดหยุ่นมีถึง 3 ตัวเลือกสำหรับการทำงานร่วมกัน ซึ่งอาจจะเป็นการรวมกันในเรื่อง: (1) งบประมาณอาจจะนำมารวมกันระหว่าง NHS และหน่วยงานให้บริการสุขภาพส่วนท้องถิ่น (2) การว่าจ้างหน่วยงานให้บริการ: การว่าจ้างเป็น 2 หน่วยงาน โดยหน่วยงานหนึ่งจะมีบทบาทนำ (ทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพ) ในการว่าจ้างหน่วยงานให้บริการในนามของอีกหน่วยงานหนึ่ง เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ได้ตกลงตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน (3) การจัดการแบบบูรณาการ/การจัดหา (เช่น การจัดหากองทุนการดูแล): หน่วยงานให้บริการ 2 หน่วยงาน มีหน่วยงานหนึ่งทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการจัดบริการ; หรือหุ้นส่วนสามารถ

ตารางที่ 5.1

บริบทเชิงนโยบายสำหรับกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเทศ	ระบบสุขภาพและการดูแลทางสังคม: ภาพรวม	นโยบายและกฎหมาย
		รวมทรัพยากรเพื่อให้บริการด้านการดูแล สุขภาพและการดูแลทางสังคม และการจ้างเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสมในการดำเนินงาน (Bundred et al., 2001) ทั้งนี้ หุ้นส่วนในการให้บริการได้รับการสนับสนุนความร่วมมือจากข้อตกลงตามกฎหมายเพื่อทำให้เกิดความซื่อสัตย์ ในความร่วมมือและชี้แจงองค์กรพันธมิตรที่เกี่ยวข้องภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน นอกจากนี้ ยังรวมถึงกองทุนการดูแลที่ถูกสร้างขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติการดูแล สุขภาพและสังคม 2001 (มาตรา 45) โดยพระราชบัญญัติการดูแลในชุมชน 2003 (ความล่าช้าในการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน) (หมวดที่ 5) เกี่ยวข้องกับการชำระ เงินสำหรับการดูแลสุขภาพในวันที่ส่งตัว ล่าช้า ซึ่ง LAs จะเป็นผู้รับผิดชอบ ความ ล่าช้าในการส่งกลับบ้านจะมีงบประมาณ ดั้งเดิม ประมาณ 100 ล้านปอนด์ ที่โอนจาก NHS ไป LA (Henwood, 2006) แต่ใน ปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งของการจัดสรรโดย LA ตามพระราชบัญญัติ 2003 ซึ่งออก จากการบังคับตามพระราชบัญญัติสุขภาพ ปี 1999 เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น

ตารางที่ 5.1

บริบทเชิงนโยบายสำหรับกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเทศ	ระบบสุขภาพและการดูแลทางสังคม: ภาพรวม	นโยบายและกฎหมาย
		นอกจากนี้ นโยบายแห่งชาติ ปี 2006 เกิดขึ้นเพื่อเพิ่มการทำงานระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่นร่วมกับ NHS ได้รับการยืนยันในรายงานปกลีขาว Our Health, Our Care, Our Say: A new direction for community services” (Department of Health, 2006a) ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นและพระราชบัญญัติสุขภาพ 2007 ได้เข้ามาทำหน้าที่ใน PCTs และลา LAs เพื่อร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การประเมินความต้องการ (JSNA) (Walker, 2008)
สหรัฐอเมริกา	การดูแลสุขภาพ สหรัฐอเมริกามีการกระจายการชำระเงินหลายระบบที่มีส่วนผสมจากภาครัฐและเอกชน ค่าใช้จ่ายประมาณการว่าราวๆ ร้อยละ 44 ของการดูแลสุขภาพมาจากภาคประชาชน กับศูนย์การให้บริการแบบ Medicare และ Medicaid (CMS) ซึ่งดำเนินการที่สำคัญประการหนึ่งเกิดจากแผนการภาครัฐ ทั้งนี้ CMS ได้รับเงินคืนเนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งเป็นการจัดส่งโดยแผนประกันภาคเอกชน โดยปกติค่าธรรมเนียมทางการแพทย์จะเป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย ส่วนแผนบริการสุขภาพส่วนตัวจะแตกต่างกันในแง่ของความคุ้มครองและค่าใช้จ่ายใน	คณะรัฐมนตรีระดับกรมกิจการทหารผ่านศึกก่อตั้งขึ้นในปี 1989 กรมกิจการทหารผ่านศึกบริหารจัดการการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมโดยสนับสนุนโปรแกรมการผ่านหน่วยงานย่อย เช่น คณะผู้บริหารด้านสุขภาพของทหารผ่านศึก และคณะผู้บริหารผลประโยชน์ของทหารผ่านศึก นอกจากนี้ผู้บริหารในแผนกการให้บริการด้านสุขภาพและการบริการได้บริหารจัดการโครงการถึง 11 หน่วยงานย่อย (เช่นคณะกรรมการอาหารและยา ศูนย์ให้บริการ Medicare และ Medicaid และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค) ผลการดำเนินงานของรัฐบาลและกฎหมาย

ตารางที่ 5.1

บริบทเชิงนโยบายสำหรับกลไกการบูรณาการทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ประเทศ	ระบบสุขภาพและการดูแลทางสังคม: ภาพรวม	นโยบายและกฎหมาย
	การมาลงทะเบียน (เป็นบริการที่เสียบริการเพิ่มเติม, เป็นบริการที่หักลบได้ มีการร่วมกันออกค่าใช้จ่าย และมีเงื่อนไขการชำระเงินคืน) สำหรับบริการแบบ Medicare รัฐบาลกลางจะเป็นผู้บริหารงาน และเป็นโปรแกรมที่มีรูปแบบการประกันทางการแพทย์อย่างมาก และไม่ครอบคลุมถึงการดูแลที่บ้านหรือการดูแลอื่นๆ การดูแลสังคม การดูแลระยะยาวที่ให้บริการในลักษณะอำนวยความสะดวกในสถาบันเอกชนและการดูแลส่วนตัวที่บ้าน กรมกิจการทหารผ่านศึกเป็นหน่วยที่บริหารจัดการ โปรแกรมการดูแลสุขภาพและสังคมผ่านการสนับสนุนหน่วยงานย่อย เช่น หน่วยทหารผ่านศึก โปรแกรมการบริหารบริการแบบ Medicaid เป็นโปรแกรมที่รัฐบริหารงานและเป็นไปตามกฎหมายในเรื่อง “การชำระเงินสุดท้าย” (Ryan and Super, 2003) และบริการที่ครอบคลุมการดูแลระยะยาว (เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยบางราย เช่นผู้ป่วยนอก, การให้ยาตามใบสั่งแพทย์, การขนส่ง, การดูแลทันตกรรม และการมองเห็นและการได้ยิน	ผลการกระทำของ 199 ผลงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดตั้งขึ้นเพื่อการวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการวัดประสิทธิภาพการทำงานในรัฐบาลสหพันธรัฐ

ที่มา: Helen Weatherly, Anne Mason, Maria Goddard. (2010). Financial Interation Across Health and Social Care: Evidence Review. Centre for Health Economics, University of York: Crown Copyright.

เมื่อวิเคราะห์กลไก รูปแบบ และหน่วยงานในการบังคับใช้กฎหมายของผู้สูงอายุในประเทศไทย กับกฎหมายของต่างประเทศที่แตกต่างกัน กรณีประเทศไทย กลไก รูปแบบ และหน่วยงานในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีหลักการสำคัญ คือ รัฐบาลหรือฝ่ายบริหารเป็นกลไกสำคัญที่จะต้องดำเนินการตามแนวนโยบายต่างๆ ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย รวมทั้งพระราชบัญญัติของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 พระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2539 พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 ดังนั้น สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา เป็นกลไกในการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนั้น กฎหมายที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ได้บัญญัติให้ กระทรวง ทบวง กรม สำนักงานต่างๆ คณะกรรมการกองทุน องค์การในภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ดำเนินการ ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข กองทุนผู้สูงอายุและคณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุ กองทุนประกันสังคมและคณะกรรมการกองทุนประกันสังคม กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการและคณะกรรมการ

กรณีประเทศสหรัฐอเมริกา มีประเด็นที่คล้ายกับประเทศไทย คือ มีรัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบด้านนโยบายและสนับสนุนงบประมาณบางส่วน เช่น โครงการให้บริการผู้สูงอายุด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีระบบกองทุนต่างๆ เพื่อรองรับบริการที่หลากหลาย และกองทุนประกันสังคมเพื่อดูแลความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ข้อท้าทาย คือ การนำเสนอกฎหมายที่ครอบคลุมมิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่หลากหลายของผู้สูงอายุ หรือปรับปรุงกฎหมายที่มีอยู่ให้มีความครอบคลุมประเด็นการดูแลทางสังคมรวมถึงการบูรณาการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

5.2 ข้อท้าทายในการบริหารจัดการระบบการดูแลทางสังคม

การบริหารจัดการบริการทางสังคม ถือเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยสำเร็จในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดการประสานบริการสำหรับผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อเท็จจริงส่วนนี้ทำให้เห็นว่าการบริหารจัดการระบบการดูแลทางสังคมต้องเกี่ยวข้องกับรูปแบบองค์กร บุคลากร งบประมาณ คุณภาพบริการ และความคุ้มค่าในการจัดบริการ ดังนี้

5.2.1 การจัดองค์กรสำหรับการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยทั่วไปรัฐเป็นองค์กรหลักในการกำหนดแนวทางรูปแบบบริการอัตราบริการ กำกับดูแล แต่การที่รัฐเป็นผู้จัดบริการเองนั้น มักไม่ค่อยได้ผล ดังที่ สัมฤทธิ์ ศรีอำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553, น. 118) ระบุว่า มีไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่รัฐเป็นผู้จัดบริการเอง ดังนั้น จึงนำไปสู่การสนับสนุนแนวคิดที่ว่าด้วยการเป็นหุ้นส่วนในการจัดบริการของภาคีเครือข่ายแบบสังคมสวัสดิการ

การจัดองค์กรสำหรับการดูแลทางสังคมสำหรับกรณีประเทศญี่ปุ่น เป็นไปตามพระราชบัญญัติว่าด้วยมาตรการรับมือกับปัญหาสังคมผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการในการขับเคลื่อนงาน ในขณะที่ประเทศไอร์แลนด์ กฎหมายกำหนดให้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมีความรับผิดชอบในการกระจายบริการ รับผิดชอบทางการเงิน สอดคล้องกับประเทศอังกฤษที่อ้างอิงการจัดการองค์กรตามพระราชบัญญัติการดูแล 2014 ซึ่งกำหนดรายละเอียดไปยังรัฐบาลท้องถิ่นในการพิจารณาเกี่ยวกับค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุ และกำหนดให้ผู้จัดการดูแลทำหน้าที่ในการประเมินผู้สูงอายุให้เป็นไปตามคุณสมบัติการรับบริการ

ดังนั้น การจัดองค์กรเพื่อบริการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยควรมีหน่วยในการจัดบริการ 4 ภาคส่วนสำคัญ คือ ภาครัฐ องค์กรเอกชน และกลุ่มอาสาสมัคร/องค์กรที่ไม่แสวงหากำไรและภาคประชาชน ทั้งนี้ เมื่อเกิดหน่วยในการให้บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุสามารถกำหนดบริบทในการพิจารณา ในเรื่อง การเงิน ข้อบัญญัติ อำนาจในการบริหาร การกำหนด หรือแต่งตั้งผู้บริหารจัดการ และตัวคณะกรรมการ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5.2

การจัดองค์กรจากภาคส่วนต่างๆ

บริบท	ภาครัฐ	องค์กรเอกชน	ภาคประชาชน/กลุ่มอาสาสมัคร/องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร
การเงิน (Funding)	ภาษี การกู้ยืม การเก็บค่าบริการ	ธนาคาร การกู้ยืม การเก็บค่าบริการ	การบริจาค การระดมทุน กองทุน การกู้ยืม การเก็บค่าบริการ
ข้อบัญญัติ (Mandate)	การออกกฎหมายเพื่ออนุญาต และการบังคับ	หนังสือสัญญาและข้อบังคับขององค์กร	เครื่องมือทางการปกครอง รัฐธรรมนูญ

ตารางที่ 5.2

การจัดองค์กรจากภาคส่วนต่างๆ (ต่อ)

บริบท	ภาครัฐ	องค์กรเอกชน	ภาคประชาชน/กลุ่มอาสาสมัคร/องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร
โครงสร้างการบริหาร (Ultimate Authority)	ผู้มีอำนาจได้รับการเลือกตั้ง ผู้ได้รับการแต่งตั้ง ผู้มีอำนาจในมาจากหน่วยงาน	คณะกรรมการบริหาร	กรรมการบริหาร คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการบริษัท ตัวแทนภาคประชาชน
การแต่งตั้งผู้มีอำนาจ (Appointment of authority)	ได้รับการเลือกตั้ง ได้รับการแต่งตั้ง	การเลือกตั้งจากการประชุมประจำปี ได้รับการแต่งตั้ง	การเลือกตั้งจากการประชุมประจำปี ได้รับการแต่งตั้ง
คณะกรรมการ (Board Membership)	มีเบี้ยเลี้ยงกรรมการ	รายได้ค่าธรรมเนียม	ไม่จ่ายเงิน ไม่มีผู้บริหาร

ที่มา: ดัดแปลงจาก Malcolm Payne, 2009, p. 59.

5.2.2 ระบบการคลังและความรับผิดชอบในการจ่ายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระบบการเงินการคลังในการจัดบริการทางสังคมเกิดจากระบบการจัดเก็บภาษีของประเทศนั้นๆ ตัวอย่างจากการทบทวนเกี่ยวกับงบประมาณ ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางสังคมส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของรัฐ (เกิดจากการเก็บภาษีทั่วไป) ยกเว้นญี่ปุ่นที่มีระบบการประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับเป็นหลัก ดังนั้น การรับผิดชอบในการจ่ายค่าบริการจะเป็นของผู้ที่จ่ายเบี้ยประกัน อย่างไรก็ตามมีการร่วมกันรับผิดชอบในเรื่องงบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เห็นระบบการคลังและการจ่ายค่าบริการในแต่ละประเทศสามารถพิจารณาจากตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5.3

เปรียบเทียบระบบการคลัง และการจ่ายระหว่างรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น ภาคเอกชน และประชาชน

รายละเอียด	แคนาดา	อเมริกา	อังกฤษ	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น
ภาษีระดับชาติ	ภาษีทั่วไป	ภาษีทั่วไป บางส่วน	ภาษีทั่วไป	ภาษีทั่วไป	1/3 ของรายได้ มาจากเบี้ย ประกันของคน อายุ 40-64 ปี 1/6 จาก ผู้สูงอายุ 65 ปี
ภาษีท้องถิ่น	ภาษีทั่วไป		ภาษีทั่วไป		
เงินสมทบ		เป็นเงินจากเบี้ย ประกันสังคม		เป็นเงินจาก เบี้ยประกัน สุขภาพแบบ ถ้วนหน้า	เป็นเงินจาก เบี้ยประกัน สุขภาพ ระยะยาว
ชำระค่าบริการ บางส่วน		เฉพาะบาง บริการ แต่ ไม่ใช่บริการที่ ดูแลที่บ้าน	เฉพาะผู้ที่มี คุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่กำหนด		ชำระทั้งหมด สำหรับกรณี ต้องอาศัยใน สถานบริบาล
การประกันจาก ภาคเอกชน		ประชาชนที่มี ฐานะและวางแผนการ สุขภาพส่วนตัว	ภาคสมัครใจ ของผู้ใช้บริการ	ภาคสมัครใจ ของผู้ใช้บริการ	

ประเด็นงบประมาณ เป็นที่น่าสังเกตว่าในหลายๆ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย การจัดบริการทางสังคมเป็นหน้าที่ของรัฐ แต่การเงินการคลังมาจากภาษีของประชาชน บริการบางประเภทแม้จะถือว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับ แต่ก็มีเกณฑ์ หรือหลักเกณฑ์ในการได้รับบริการ เช่น กรณีการซ่อมแซมบ้าน ต้องมีเกณฑ์ว่าต้องเป็นผู้สูงอายุที่ยากไร้บ้านที่อยู่ในสภาพที่ไม่เหมาะสมสำหรับการดำรงชีพ เป็นต้น เมื่อสำรวจรายจ่ายสวัสดิการผู้สูงอายุในปัจจุบัน ประกอบด้วยรายจ่ายบำนาญประเภทต่างๆ ค่าใช้จ่าย ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ) และสถาน

สงเคราะห์คนชรา (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินสงเคราะห์จัดการศพ จีกรรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและการส่งเสริมการใช้ศักยภาพทางสังคม และกองทุนผู้สูงอายุ (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ) พบว่า เป็นรายจ่ายที่ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับผลการสำรวจของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2555, น. 43) พบว่า รายจ่ายสวัสดิการผู้สูงอายุในระบบปัจจุบันระหว่างปี 2550 ถึงปี 2554 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี 2552 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นแบบถ้วนหน้าซึ่งส่งผลให้รายจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งหมื่นล้านบาท และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกๆ ปี สำหรับสิทธิประโยชน์กรณีชราภาพของกองทุนประกันสังคมนั้นยังมีจำนวนไม่มากนัก เนื่องจากการจ่ายเงินบำนาญชราภาพจะเริ่มในปี 2557 ซึ่งในปัจจุบันยังเป็นเพียงการจ่ายเงินบำเหน็จอยู่ เป็นที่น่าสังเกตว่าสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลเรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุกลับได้รับงบประมาณเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายรวมสำหรับผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ เมื่อมีการประมาณการรายจ่ายสวัสดิการผู้สูงอายุภายใต้ระบบปัจจุบัน ซึ่งจะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะเพิ่มจาก 1.7 แสนล้านบาทในปี 2555 เป็น 4.6 แสนล้านบาทในปี 2564 โดยสวัสดิการที่เพิ่มขึ้นมากได้แก่การจ่ายประกันสังคมกรณีชราภาพ บำนาญข้าราชการ และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ เอื้อมพร พิชัยสนธิ (2552, น. 78) เกี่ยวกับงบประมาณที่จัดสรรไปสู่รายจ่ายด้านสวัสดิการสังคม เช่น การให้บริการทางด้านการสาธารณสุข การศึกษา การคมนาคม และการดูแลประชาชน ในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ไทย มาเลเซีย และสิงคโปร์ พบว่า รายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมอยู่ในระดับที่ต่ำมากจนไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วได้ เช่น ในปี 2003 สวีเดนมีรายจ่ายเพื่อสวัสดิการสังคมต่อ GDP มากกว่าประเทศไทยในปีเดียวกันถึง 15.28 เท่า และมีรายจ่ายเพื่อสวัสดิการทางสังคมต่อหัวมากกว่าไทย ประมาณ 600 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วพบว่าสวีเดนเป็นประเทศที่มีรายจ่ายเพื่อสังคมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมเป็นอัตราสูงที่สุด จากข้อมูลปี 2009 พบว่า สวีเดนมีรายจ่ายสาธารณะทางด้านสังคมมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 29.4 ของ GDP ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับประเทศฝรั่งเศส ซึ่งมีสัดส่วนอยู่ที่ ร้อยละ 29.2 ขณะที่ประเทศที่มีขนาดเศรษฐกิจที่ใหญ่ที่สุดของประเทศในกลุ่มองค์กรความร่วมมือและพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) คือ สหรัฐอเมริกา กลับมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 15.9 ของ GDP ในปีเดียวกัน

สิ่งนี้จึงเท่ากับว่าประเทศในแถบสแกนดิเนเวียและประเทศพัฒนาใน OECD มีภาระทางด้านสวัสดิการสังคมมากกว่าประเทศกำลังพัฒนาเมื่อพิจารณาสัดส่วนของงบประมาณ และนำไปสู่การช่วยเหลือทางการเงินจากภาครัฐในงานด้านสวัสดิการสังคมได้ แม้จะมีปัญหาในเรื่องขนาดรายจ่ายและการเติบโตทางด้านสาธารณสุขที่ค่อนข้างสูง ในกรณีต่างประเทศจึงพยายามสร้างความสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่ายด้านสวัสดิการ โดยการกำหนดงบประมาณในลักษณะการบูรณาการเครือข่ายในการให้บริการใน 2 ลักษณะ คือ การบูรณาการภาคส่วนที่เป็นเอกชนและภาคประชาชนในการจัดบริการ นอกจากนี้ มีการบูรณาการระหว่างรัฐบาลกลางและส่วนภูมิภาค แต่การจัดการงบประมาณในการให้บริการทางสังคมนั้น ในออสเตรเลียมีการจัดงบประมาณจาก commonwealth และรัฐบาลผสมผสานระหว่างการจัดของหน่วยงานรัฐบาลและเอกชน ในแคนาดามีรัฐบาล 3 ระดับในการบูรณาการเครือข่ายในการให้บริการ ซึ่งการที่มีการลงทุนร่วมกันของทุกภาคส่วน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและร่วมมือกันดำเนินการอย่างจริงจังในฐานะเจ้าภาพร่วม ซึ่งสามารถกำหนดสัดส่วนรายจ่ายของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอันเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายทางสวัสดิการที่มากจนเกินความสามารถของรัฐบาลแบกรับ

ทว่า การจัดสรรงบประมาณในลักษณะบูรณาการที่กล่าวมาข้างต้นยังไม่ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศไทย สืบเนื่องจากการมีระเบียบการจัดสรรงบประมาณคนละฉบับ และสืบเนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนกลางโดยเฉพาะกระทรวงไปที่องค์การบริหารส่วนตำบล ทำให้ไม่เกิดการบูรณาการในเชิงของการบริหารจัดการอย่างที่ควรจะเป็น อีกทั้งกลไกการดำเนินงานในการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยมักปรากฏอยู่ในลักษณะที่หน่วยงานส่วนกลางเป็นหน่วยงานเริ่มต้นดำเนินการ โดยหน่วยงานส่วนภูมิภาคทำหน้าที่สนับสนุน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ ทำให้สถานะของการดำเนินงานของหน่วยงานทั้ง 3 ระดับไม่เท่าเทียมกัน มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจแฝงอยู่ในกระบวนการขับเคลื่อนงาน ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินงานของคนในท้องถิ่น หรือผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นการจัดบริการที่อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน

5.2.3 บุคลากรในการปฏิบัติงานการดูแลทางสังคม

ในการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยทั่วไปเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการด้านสังคม เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาสังคม นักจิตวิทยา ครู/อาจารย์ อย่างไรก็ตาม บุคลากรในการปฏิบัติงานการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในหลายประเทศถูกเรียกว่า ผู้จัดการรายกรณี ซึ่งอาจหมายถึง แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น

โดยทั่วไปผู้ปฏิบัติงานดังที่กล่าวมาข้างต้นจะทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์หรือคุณสมบัติให้สอดคล้องกับบริการต่างๆ ทั้งนี้ ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาด้านกำลังคนในการดูแลทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรมมีเพียงการกำหนดเกณฑ์ความรับผิดชอบของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ว่าดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย สัดส่วน 1: 5 คน และหากเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง สัดส่วนอาสาสมัครผู้สูงอายุจะเป็น 1: 15 คน จึงเป็นประเด็นท้าทายในการศึกษาวิจัยต่อไป

5.3 การจัดการบริการการดูแลทางสังคม

จากปัจจัยความสำเร็จในการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพมักเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เช่น รัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น องค์กรไม่แสวงหากำไร และภาคประชาชน ทำให้รัฐบาลลดบทบาทในการจัดการบริการ และยกระดับขึ้นไปสู่การกำหนดทิศทางการให้บริการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ในลำดับแรกของระบบการให้บริการทางสังคม คือ การค้นหาผู้สูงอายุที่มีเงื่อนไขเฉพาะเจาะจง และมุ่งเป้าไปที่บุคคลที่มีความต้องการที่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการจัดการรายการกรณีคือ 1) ลดการใช้บริการในโรงพยาบาล 2) ปรับปรุงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดีขึ้น 3) เสริมสร้างประสบการณ์ของผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแล

อย่างไรก็ตามประเทศแคนาดา อเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย และประเทศญี่ปุ่นพิจารณาให้ผู้จัดการรายการกรณีจะเข้ามาดำเนินการจัดการบริการดูแลทางสังคม โดยพิจารณากลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงมากที่สุดที่รับเข้ามาในกรณีฉุกเฉิน สำหรับคนที่มีความเสี่ยงต่ำสามารถเข้าสู่โปรแกรมการจัดการโรคหรือการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ แต่ทั้ง 2 กรณีอาจเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการจัดการรายการกรณี ทั้งนี้ บทบาทของผู้จัดการรายการกรณี คือ

1. การค้นหาผู้ใช้บริการ
2. การประเมินผู้ใช้บริการ
3. การวางแผนการดูแล
4. การประสานการดูแล (มักจะดำเนินการโดยผู้จัดการรายการกรณีในบริบทของทีมสหสาขาวิชาชีพ) ในลักษณะต่อไปนี้ คือ (1) การจัดการยา (2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (3) การพิทักษ์สิทธิ และการเจรจาต่อรอง (4) การสนับสนุนการตรวจสอบทางจิตสังคม
5. การติดตามและทบทวนผลการให้บริการ

6. การยุติการให้บริการ

ผู้จัดการรายกรณีมักจะทำงานภายในทีมที่มีหลายสาขาอาชีพ และผู้จัดการรายกรณีต้องทำงานในเชิงรุก มีความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพทางด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคม และมีความสามารถในการสร้างเครือข่ายให้สมาชิกในวิชาชีพอื่นๆ เข้ามาอยู่ในทีม และเหนือไปกว่านั้นส่งเสริมให้บุคลากรในวิชาชีพต่าง ๆ มีส่วนร่วมในโปรแกรมด้วย โดยทั่วไปผู้จัดการรายกรณีมักจะถูกมองในเชิงบวก เนื่องจากเป็นบุคคลที่เป็นกลาง เป็นผู้ประสานเชื่อมโยงบริการทั้งสุขภาพและสังคม จึงไม่ใช่แสดงออกในบทบาทของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง การเข้าใจบทบาทของตนเองอย่างดียิ่งได้รับการชื่นชมว่าบทบาทของผู้จัดการรายกรณีสามารถสร้างความมั่นใจในการดูแล โดยเฉพาะการติดตามผู้สูงอายุเป็นประจำ การวินิจฉัยและการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแล การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่แยกตัวทางสังคมโดยใช้เวลากับพวกเขา ประสานงานขั้นตอนการดูแลโดยรวม เชื่อมโยงระหว่างการดูแลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และการดูแลสังคม

ผู้จัดการรายกรณีจึงน่าจะเป็นทางออกสำหรับการดูแลทางสังคม และโดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการดูแลไปสู่การดูแลระยะยาว ผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทที่สำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเป็นรายกรณีและมีหน้าที่กำกับดูแลแบบบูรณาการ) เพื่อให้การจัดการรายกรณีมีประสิทธิภาพ หน้าที่ส่วนต่างๆ ในการดูแลสุขภาพและดูแลทางสังคมจำเป็นต้องมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน เกี่ยวกับการดูแลผู้คนที่มีความต้องการบริการในระยะยาว ในทางกลับกัน โปรแกรมการจัดการรายกรณีต้องมีการพัฒนาเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ซึ่งจะต้องทำให้หน้าที่ส่วนต่างๆ เข้าใจแนวปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน

5.3.1 การพัฒนารูปแบบบริการทางสังคมที่หลากหลาย

การจัดบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุนั้น หากจะให้เกิดการจัดบริการที่ต่อเนื่อง และเสมอภาค อาจต้องพิจารณาบริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งในมิติทางภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจ เพื่อให้เกิดบริการที่สอดคล้องกับความแตกต่างหลากหลายของผู้สูงอายุแต่ละคน หรือแต่ละกลุ่ม ดังนั้น เพื่อให้เห็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตบริการควบคู่ไปกับการทำความเข้าใจผู้สูงอายุแต่ละคน แต่ละกลุ่ม เพื่อออกแบบบริการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน หรือแต่ละกลุ่มได้ ทั้งนี้ ยังสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการนั้นๆ ได้อย่างทั่วถึง แนวคิดการจัดกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์สำหรับการจัดบริการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม จากการค้นคว้าการจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่พบในปัจจุบัน ใช้แบบประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ADLs หรือใช้ IADL ร่วมด้วย โดยสามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การแบ่งกลุ่มตามอายุ การแบ่งกลุ่มตามระดับการพึ่งพา (ด้านสุขภาพ) การแบ่งกลุ่มทางสังคม และการแบ่งกลุ่มความต้องการบริการ กลุ่มต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลทางสังคมที่

เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาวะของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดบริการที่ตรงกับคุณลักษณะ และความต้องการของผู้สูงอายุได้ตรงจุด

ดั่งกรณีการแบ่งกลุ่มทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม (การศึกษาของวรรณภา ศรีธีรรัตน์ และ ลัดดา ตำริการเลิศ (2553) ทั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี หรือกลุ่มติดสังคม (Well Elder) เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างสูงสุด การให้บริการจะเป็นชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมโดยอาสาสมัครนั้น ได้แก่ ชุดการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้บูรณาการการให้ความรู้เรื่องสุขภาพและสังคมไว้ด้วยกัน รวมทั้งการประสานบริการ ติดตามและส่งต่อ เพื่อให้อาสาสมัครใช้เป็นหลักในการดำเนินการ ทั้งการให้ความรู้และการช่วยเหลือดูแล เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และอนามัย สมอง สิ่งแวดล้อม และความรู้เรื่องยา เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งเสริมเรื่องการทำกิจกรรม ทั้งนี้ จันทนา รณฤทธิ์วิชัย (2545, น. 46-48) ระบุว่า การรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้ ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ส่งเสริมให้มีเพื่อนใหม่ การจัดกิจกรรมควรเป็นลักษณะของการใช้สติปัญญา ความสามารถมากกว่าการใช้กำลัง การมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การดำรงการมีสุขภาพที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพแต่เริ่มต้น และป้องกันการเกิดโรค(ใหม่) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการมีส่วนร่วมในสังคมหรือใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้างสรรค์สังคม บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องเป็นบริการเชิงรุกที่เข้าถึงบ้าน เป็นจุดเน้นการให้บริการในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยการให้บริการเชิงรุกในรูปแบบที่คุ้นเคย คือ การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และบริการเชิงรับที่ รพ.สต. ในรูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุคลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกโรคทั่วไป (โรคเฉียบพลัน) และตัวอย่างที่อาจเลือกพิจารณาจัดตามความเหมาะสม เช่น ศูนย์การดูแลกลางวัน (Day Care Center) และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Center)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ยังสามารถแบ่งย่อยเป็นกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) และ กลุ่มระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder-End of Life) ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน เป้าหมายของการจัดบริการสำหรับกลุ่มติดเตียง คือ การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิด

ภาวะทุพพลภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพโดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวชุมชน สังคม ตามความต้องการ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับ เป้าหมายของการจัดบริการกลุ่มระยะสุดท้าย มุ่งประโยชน์ที่พึงเกิดแก่ผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลครอบครัวต่อเนื่องหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ บริการ ได้แก่ บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่มีชุดบริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การพัฒนาศักยภาพ และการประสานการบริการ

ลักษณะหรือประเภทบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในประเทศต่างๆ เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย อเมริกา แคนาดา และญี่ปุ่น มีบทบาทที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพอนามัย การมีที่อยู่อาศัย การมีความมั่นคงปลอดภัย นันทนาการ และบริการสังคมทั่วไป เมื่อทบทวนการดูแลทางสังคมน่าจะเป็นบทเรียนสำคัญในการพัฒนา สำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศที่ผ่านมา บริการการดูแลทางสังคมของไทยที่ควรจะมีในอนาคต เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น มีดังนี้

ตารางที่ 5.4

บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ประเภทบริการ	บริการที่ผู้สูงอายุควรได้รับ
การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน	- การอาบน้ำ แต่งตัว การเคลื่อนไหว - บริการอาหารกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ หรือกรณีส่งอาหารไปยังบ้านของผู้สูงอายุ - การสนับสนุนผู้ดูแลตามบ้าน และสถานพยาบาลและศูนย์ต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแล - ควรมีแนวทางพัฒนาระบบการบริการสุขภาพระยะยาวแบบครบวงจรในลักษณะ การดูแลส่วนบุคคล (โรงพยาบาล) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) สถานะบริบาล (Nursing Home) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-Term Care Hospital) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) เพื่อให้เกิดเป็นระบบการดูแลระยะยาวที่สามารถรองรับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 5.4

บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

ประเภทบริการ	บริการที่ผู้สูงอายุควรได้รับ
ที่อยู่อาศัย	- เน้นการจัดสภาพแวดล้อม/บ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ - ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่ง ถูกทอดทิ้งให้อยู่ใน “บ้านกลาง” ชุมชนของตนเอง
ความปลอดภัย / กฎหมาย	- การรณรงค์ในเชิงป้องกันอาชญากรรมและการป้องกันการล่วงละเมิดและการทารุณกรรมผู้สูงอายุ
นันทนาการ	การใช้กิจกรรมสร้างสรรค์ ได้แก่ ดนตรี และกิจกรรมศิลปะช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี การเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ สุนัข แมว
บริการสังคมอื่นๆ	- บริการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวที่บ้าน อุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ได้แก่ ไม้เท้า แวนตา อุปกรณ์ช่วยพยุงตัว - บริการการดูแลบ้าน หรือช่วยเหลืองานบ้าน ซึ่งอาจเป็นธุรกิจเอกชนหรือองค์กรไม่แสวงหากำไรก็ได้

ข้อท้าทายที่สำคัญ สำหรับการมีบริการทางสังคมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ คือ การเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุมีสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน การลดภาระการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งย่อหมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีอิสระในการใช้ชีวิต หรือทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น

5.3.2 การบูรณาการบริการดูแลสุขภาพและสังคม

จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552, น. 158-176) กล่าวถึง ปัญหาในการจัดบริการทางสังคมไว้อย่างน่าสนใจว่า มีการจัดบริการแบบแยกส่วน นั่นคือ การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยยังคงเป็นรูปแบบการแบ่งส่วนความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ให้บริการทางสังคม โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพ ส่วนการจัดบริการสังคมยังไม่มีบูรณาการหน่วยงานในการจัดบริการ โดยบริการที่มีในปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงศึกษาธิการ มูลนิธิการกุศล องค์กรศาสนา ลักษณะของบริการที่จัดยังมีลักษณะจำกัด และเฉพาะบางประเภทเท่านั้น สำหรับด้านการจัดบริการสังคม

กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ และมีหน่วยงานอื่น เช่น กรุงเทพมหานคร สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงศึกษาธิการ (กรมการศึกษานอกโรงเรียน) ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงคมนาคม การรถไฟแห่งประเทศไทย ในการจัดบริการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมในลักษณะการรณรงค์ การให้การศึกษา การส่งเสริมความรู้และทัศนคติ การส่งเสริมครอบครัวและบริการอื่นๆ ส่วนองค์การเอกชนที่ดำเนินงานด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีกระจัดกระจายในพื้นที่ต่างๆ และเน้นบริการเฉพาะพื้นที่จึงเสนอให้มีการเชื่อมประสานบริการสุขภาพและสังคม และการสร้างเครือข่าย เนื่องจากโรงพยาบาล หน่วยงานราชการ อบต. ที่ตั้งอยู่ใกล้กันจะมีการพูดคุยกันร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาล หน่วยงานราชการ รวมทั้งอาสาสมัคร เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสานบริการต่างๆ แก่กัน ดังนั้น ควรร่วมมือกันสร้างระบบการประสานบริการสุขภาพและสังคมร่วมกัน รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกเครือข่าย การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน รวมถึงชุมชนควรเข้ามามีบทบาทร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งอาสาสมัครในชุมชนและจัดทำเป็นเครือข่าย

ทางออกสำคัญในสถานการณ์ด้านการบริหารจัดการดูแลทางสังคมที่มีประสิทธิภาพมีหลายตัวอย่างที่เกิดจากประสบการณ์การจัดการการดูแลทางสังคมในต่างประเทศ และการบูรณาการการดูแลทางสุขภาพและการดูแลทางสังคมเข้าด้วยกัน เช่น PACE ของสหรัฐอเมริกา SIPA และ PRISMA ของแคนาดา นั่นคือ การบูรณาการการดูแลทางสุขภาพและสังคม

5.3.3 กองทุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลทางสังคมมีเงินกองทุนจากรายได้ภาษีอากรและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ใช้บริการ ในประเทศอังกฤษ และออสเตรเลีย มีกองทุนในลักษณะดังกล่าวและประชาชนที่มีฐานะมั่งคั่งจะชำระค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนด้วยตนเอง ในประเทศฝรั่งเศสเงินกองทุนของกองทุนประกันสุขภาพระยะยาวแบบถ้วนหน้าหรือ The Allocation Peronalisee Autonomie (APA) มาจากภาษีอากรทั่วไปทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นได้เงินในกองทุนทางสังคมมาจากเบี้ยประกันภัยของประชากรอายุ 40-64 ปี ประมาณ 1 ใน 3 (ดูจากตารางที่ 5.2 เพิ่มเติม)

สำหรับประเทศไทยการดูแลสุขภาพได้รับการคุ้มครองและสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่การดูแลทางสังคมมีลักษณะของการบริการและการสนับสนุนงบประมาณไม่ชัดเจน แม้ว่าจะมีการดูแลจากครอบครัว ชุมชน หรือการสนับสนุนจากกองทุนสวัสดิการชุมชนอยู่บ้างก็ไม่ได้ส่งเสริมหรือก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลทางสังคมอย่างจริงจัง นอกจากนี้ แม้ประเทศไทยมีกองทุนผู้สูงอายุ แต่เจตนารมณ์ของกองทุนยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ

ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เนื่องจากไปเน้นที่การคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในลักษณะเน้นการรวมกลุ่ม การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ อีกทั้ง เงินในกองทุนผู้สูงอายุยังไม่มากพอที่จะนำมาเพื่อจัดสรรสำหรับการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่

อีกทั้งกองทุนผู้สูงอายุยังประสบปัญหาหลายประการ คือ ไม่ได้รับความสนใจจากภาครัฐเท่าที่ควร ดังเห็นได้จากงบประมาณที่จัดสรรมักจะไม่ได้ตามที่ขอไปและมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกวัน การขาดการสนับสนุนอย่างจริงจังจากภาครัฐ โดยเฉพาะในด้านการเงิน ทำให้การบริหารงานของ กองทุนฯ ทำได้ไม่เต็มที่ มีบุคลากรไม่เพียงพอ โดยปัจจุบันบทบาทของกองทุนฯ มีเพียงการให้กู้ยืมซึ่งก็ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และบทบาทการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งก็ทำได้ไม่มากนัก (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2555, น. 67) สิ่งนี้ ย่อมยืนยันให้เห็นว่า กองทุนผู้สูงอายุยังไม่สามารถนำมาใช้สำหรับการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้เต็มที่

ข้อท้าทายสำหรับการจัดตั้งกองทุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1. การจัดตั้งกองทุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ กองทุนดังกล่าวอาจต้องได้รับทุนประเดิมจากรัฐบาล และต้องมีคณะบุคคล หรือการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อการบริหารจัดการกองทุน เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม และเมื่อมีระบบที่ชัดเจน ให้มีการสมทบเงินเข้ากองทุนภาคีอากร หรือเรียกเก็บค่าใช้บริการจากผู้ใช้บริการ

2. การปรับปรุง หรือขยายภารกิจของกองทุนผู้สูงอายุที่มีอยู่เดิมให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

5.3.4 การบูรณาการกองทุนสุขภาพและสังคมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

การบูรณาการกองทุนสุขภาพและสังคมเป็นทางออกที่ถูกนำเสนอไว้ในการศึกษาจากต่างประเทศ และประเทศที่มีการจัดบริการทางสังคมอย่างประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ อเมริกา แคนาดา นำมาทดลอง รวมถึงการพัฒนาไปสู่การบูรณาการกองทุนสุขภาพและสังคมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ทว่า การดูแลทางสังคมยังไม่มีกองทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ แต่หากสำรวจกองทุนที่ใช้เพื่อการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่ามีกองทุนอยู่หลายกองทุน ได้แก่ กองทุนด้านสวัสดิการสังคม กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนการออมแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุน สปสช. อาจต้องมาทบทวนว่ากองทุนดังกล่าวข้างต้นจะสามารถรวมกันเพื่อดำเนินการสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด

1. กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม กองทุนนี้จัดตั้งขึ้นในสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายในการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม

(มาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546) ประกอบด้วยเงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้ เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้เงินอุดหนุนจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ เงินหรือทรัพย์สินที่ตกเป็นของกองทุน หรือที่กองทุนได้รับตามกฎหมายหรือโดยนิติกรรมอื่น และดอกผลที่เกิดจากเงินหรือของกองทุน (มาตรา 25)

2. กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนดังกล่าวจัดตั้งขึ้นในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุ (มาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546) ประกอบด้วยเงินประเภทต่างๆ เช่นเดียวกับกองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม (มาตรา 14)

3. กองทุนการออมแห่งชาติ กฎหมายว่าด้วยกองทุนการออมแห่งชาติได้กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนการออมแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐและมีฐานะเป็นนิติบุคคลที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการออมทรัพย์ของสมาชิกและเพื่อเป็นหลักประกันการจ่ายบำนาญและให้ประโยชน์ตอบแทนแก่สมาชิก (ผู้สูงอายุ) เมื่อสิ้นสมาชิกภาพ (มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554) กองทุนดังกล่าวประกอบด้วย เงินสะสม (ซึ่งบุคคลสัญชาติไทยอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมซึ่งส่งเงินสมทบเพื่อได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ สมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น กองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน หรือเป็นสมาชิกกองทุนหรืออยู่ในระบบบำนาญอื่นตามที่กำหนดโดยกฎกระทรวง มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติตามมาตรา 30 และจ่ายเงินสะสมเข้าสู่กองทุนซึ่งเป็นจำนวนที่ต้องไม่น้อยกว่า 50 บาท แต่ไม่เกินจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 31) เงินสมทบ (ซึ่งรัฐบาลจ่ายเข้าสู่กองทุนตามระดับอายุของสมาชิกและเป็นอัตราส่วนกับจำนวนเงินสะสมตามบัญชีเงินสมทบท้ายพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ตามมาตรา 32) 10 เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้เงินที่รัฐบาลจัดสรรให้ รายได้อื่น และดอกผลของเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน (มาตรา 7)

4. กองทุนประกันสังคม กองทุนดังกล่าวจัดตั้งขึ้นในสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนและเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับคณะกรรมการต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานประกันสังคมตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (มาตรา 21 และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533) ทั้งนี้ หลักประกันด้านรายได้ที่มีก็ไม่ใช่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตภายหลังจากเกษียณ จากการศึกษาเรื่อง “แนวทางการขับเคลื่อน

ยุทธศาสตร์ การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ” (2552, น. 37) พบว่า กองทุนชราภาพของระบบประกันสังคมให้ผลตอบแทนค่อนข้างต่ำเฉลี่ยร้อยละ 38 ของเงินเดือนเดือนสุดท้ายเท่านั้น

5. กองทุนสุขภาพท้องถิ่น กองทุนนี้ ตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2549 ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการ ทางแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นตัวกำหนด ทั้งนี้ งบประมาณในการดำเนินงานก่อนหน้านี้ สปสช. สนับสนุนงบประมาณเป็นรายหัวประชากรในอัตรา 37.50 บาท/คน/ปี โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. จ่ายเงินสมทบ ภายใต้เงื่อนไขว่าเงินสมทบของ อบต. ขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจาก สปสช. และ อบต. ขนาดกลางไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 สำหรับ อบต. ขนาดเล็กไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ทั้งนี้ พบว่ากองทุนสุขภาพท้องถิ่นมีปัญหาและอุปสรรคหลักๆ คือ ความล่าช้าของการจัดตั้งกองทุนในบางพื้นที่ ระเบียบการเบิกเงินยังไม่คล่องตัว และคนในชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารน้อย (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และคณะ, 2555, น. 16)

ข้อท้าทาย คือ การทบทวนภารกิจของกองทุนที่มีอยู่ในขณะนี้ที่สามารถรวมกันเพื่อนำไปสู่การ บูรณาการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้ ซึ่งกองทุนที่มีอยู่สามารถรวมกันใน 2 ระดับ คือ 1) กองทุนระดับมหภาค เช่น กองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติ กองทุนสุขภาพท้องถิ่น กองทุนการออมแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนบำนาญแห่งชาติ และ 2) กองทุนระดับจุลภาค ได้แก่ กองทุนสุขภาพท้องถิ่น กองทุนสวัสดิการชุมชน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางสังคมสามารถนำมารวมกันทั้งภายใต้การประสานหน่วยงาน หรือการบูรณาการกองทุนแบบร่วมสมทบในการดูแลทางสังคม และอาจพัฒนาไปสู่ระบบการคลังในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

5.4 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ และระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุทำให้เห็นว่า การดำเนินการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุต่างประเทศ ทำให้เห็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งผู้ศึกษาประมวลเป็นข้อเสนอแนะได้ ดังต่อไปนี้

5.4.1 การสร้างแนวคิดพื้นฐานความสำคัญและความพร้อมของการดูแลทางสังคม

1. การขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสะท้อนความสำคัญของการดูแลทางสังคมในฐานะที่เท่าเทียมกับระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวม กระบวนการปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมเท่าเทียมกัน นำไปสู่การปรับกลไกทางกฎหมายเป็นพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการปรับโครงสร้างพื้นฐานของระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อการปรับปรุงคุณภาพของการดูแล และผลลัพธ์มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลกับผู้สูงอายุ

2. การสร้างความชัดเจนของรูปแบบ แหล่งของการให้บริการ หรือกลไกการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง เพื่อลดช่องว่างในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรือเกิดกรณีที่โรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาลในขณะที่ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่พร้อม หรือไม่มีบริการทางสังคมมารองรับ

3. การเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนากฎหมายการบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเชื่อมโยงให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน

5.4.2 แนวทางการพัฒนาระบบบริการทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบบริการดูแลทางสังคมจะเกิดขึ้นได้นั้นจำเป็นต้องมีกลไกระดับชาติและระดับปฏิบัติ และกลไกการสนับสนุนจากหน่วยงานให้บริการทั้งด้านกลางและส่วนภูมิภาค ดังนี้

1. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ควรกำหนดนโยบาย การวางแผนยุทธศาสตร์และติดตามประเมินผลการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และมีคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ในการทำหน้าที่ผลักดันให้เกิดการออกแบบบริการดูแลทางสังคมที่ทันสมัย และขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐบาล

2. กลไกการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งส่วนกลางและหน่วยงานท้องถิ่น

หน่วยงาน/สถาบันส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนงานตามสิทธิของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการกำหนดกลไกการปฏิบัติในระดับท้องถิ่น โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ส่งต่อบริการสู่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เช่น การกำหนดจุดเข้ารับบริการ พัฒนาระบบการประเมิน ระบบการติดตาม และตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการ

(1) กระทรวงมหาดไทย กำหนดนโยบายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยประสานความร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการพัฒนารูปแบบบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กำหนดแนวทางในการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม โดยมีการส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรการจัดการดูแลรายกรณี เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการดูแล (Care Plan) ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

3. การเชื่อมโยงบริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

(1) พัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมให้สามารถเชื่อมโยงในทุกระดับแบบบูรณาการกัน เพื่อให้เป็นระบบบริการทางสุขภาพและสังคมแบบครบวงจร ตั้งแต่การดูแลส่วนบุคคล สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) สถานะบริบาล (Nursing Home) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-Term Care Hospital) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) ซึ่งถือว่าการส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

(2) สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดกลไกและวิธีการจัดบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง ในลักษณะ “ให้บริการอย่างรู้ค่า รับบริการอย่างสมศักดิ์ศรี”

(3) ออกแบบบริการใหม่ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยดึงภาคส่วนธุรกิจ/เอกชนเข้ามาศึกษาความเป็นไปได้ วางระบบการแข่งขัน เพื่อให้เกิดบริการ และกำหนดราคาที่เหมาะสม เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุที่มีกำลังซื้อ และอยากได้บริการที่นอกเหนือไปจากที่รัฐจัดให้

5.4.3 การวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

1. ผู้ปฏิบัติงานต้องรับมือกับงานหลายด้าน (Multidimensional Work) มากกว่าที่จะรับมือกับงานด้านเดียว (Simple task) ทำให้การพิจารณาผลงานเน้นที่ความสามารถ (Ability) ของบุคคล จึงทำให้เกิดการพัฒนาผลงานอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในฐานะผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนในลักษณะการบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพและสังคม การใช้รูปแบบการจัดบริการในลักษณะโครงการ (Project) จึงต้องการ

ผู้ปฏิบัติงานที่มีภาวะผู้นำ และมีความรู้ ความเข้าใจด้านการบริหารจัดการอย่างยิ่ง ในลักษณะของการออกแบบการให้บริการ จัดการทรัพยากร ประสานงาน กำกับติดตามงาน เป็นต้น

3. เร่งผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักสูตรการจัดการดูแลรายกรณี เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักสวัสดิการสังคม พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักการศึกษา เป็นต้น เพื่อรองรับกับการเชื่อมโยงบริการทางสุขภาพและบริการในระบบการดูแลเพื่อมิให้เกิดช่องว่างของการบริการ

5.4.4 แนวทางการบริหารจัดการเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

1. การสนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับชุมชนให้ทันสมัย และมีมาตรฐาน เพื่อนำมาจัดกลุ่มตามศักยภาพ ความต้องการการดูแล เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายวางแผนการดำเนินการจัดโครงการ บริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ฐานข้อมูลดังกล่าวต้องสามารถเชื่อมโยงกันในระดับชุมชน และระดับประเทศ เพื่อสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐานต่อไป

2. การปรับเปลี่ยนบทบาทของรัฐบาลกลางในการจัดบริการมาเป็นผู้กำกับติดตามการจัดบริการจากภาครัฐกิจ/เอกชน และภาคประชาชนให้มีมาตรฐาน แต่ต้องมีกลไกในการกำกับติดตามในระดับท้องถิ่นที่ชัดเจน และเป็นระบบ ทั้งนี้ ควรมีหน่วยงานกลางเป็นผู้วางกรอบการทำงาน โดยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและมีภาคีเครือข่าย ในขณะที่หน่วยงานระดับภูมิภาคนำนโยบายสู่การปฏิบัติงาน เช่น เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร องค์กรภาคเอกชนเข้ามาเป็นแกนนำในการปฏิบัติงาน

3. การปฏิรูประบบภาษี เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับรัฐ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการจัดบริการดูแลทางสังคม หรือนำไปสู่การให้บริการแบบบูรณาการสุขภาพและสังคม นอกจากนี้ ยังสร้างความเสมอภาคทางภาษีในภาพรวมอีกด้วย การเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10 ซึ่งถือเป็นการเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มในอัตราปกติ เพื่อทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้น

5.4.5 การจัดตั้งและบูรณาการกองทุนสำหรับการดูแลสุขภาพและสังคม

1. การจัดตั้งกองทุนการดูแลทางสังคม ควรตั้งคณะกรรมการขึ้นทำงานเพื่อหาวิธีสร้างกองทุนการดูแลที่ยั่งยืนในอนาคตสำหรับการดูแลทางสังคม

2. การปรับปรุงกองทุนผู้สูงอายุ หรือการปรับภารกิจของกองทุนผู้สูงอายุให้ครอบคลุมการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุด้วย โดยต้องหาแนวทางในการเพิ่มเงินเข้าไปในกองทุนผู้สูงอายุ ควรกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนเพื่อการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากองค์กรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน อันจะ

ทำให้มีเงินสำหรับการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนั้น ควรสนับสนุนให้มีการบริจาคเงินเข้าสู่กองทุนดังกล่าวด้วย

3. การบูรณาการกองทุนสุขภาพและการดูแลทางสังคม

การบูรณาการกองทุน โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการด้านการเงิน โดยหลักการแล้วการบูรณาการทางการเงินจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการดูแลแบบบูรณาการ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งที่ต้องดำเนินการ คือ การบูรณาการด้านการเงินเพื่อบรรลุความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลที่ดีขึ้นในราคาที่ถูกลง ควรจัดทำแบบจำลองเพื่ออนาคต และทดลองปฏิบัติด้านการบูรณาการด้านการเงิน เพื่อเป็นรากฐานของกลไกทางการเงินสำหรับการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมต่อไป

5.5 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากระบบการดูแลทางสังคมผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจนดังเช่นระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จึงไม่มีแบบแผนการดูแลที่เชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จึงควรศึกษาประเด็นเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาชุดบริการการดูแลทางสังคมที่หลากหลายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
2. การประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลทางสังคมผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง
3. การพัฒนากำลังคนในระบบการดูแลทางสังคมในลักษณะผู้จัดการรายกรณีเพื่อออกแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล
4. การพัฒนาแบบประเมิน หรือการคัดกรองผู้สูงอายุที่จำเป็นในการรับบริการดูแลสุขภาพและสังคม รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของผู้ประเมินให้สามารถประเมินผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและตรงกับสภาพความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

บรรณานุกรม

หนังสือ

- กาญจนารณ์ อินทปิ่นต. (2548). *สวัสดิการของผู้สูงอายุตามกฎหมายของประเทศไทยออสเตรเลีย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
- จันทนา รณฤทธิ์ชัย. (2545). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). *การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (บทความ)*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ, สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ลัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ). (2553) *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (255). *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: เจพรีน 2.
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ. (2553). “การดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ” ใน *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552*. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัท คิว พี จำกัด.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2551). *คู่มือการดำเนินงานการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). *แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- เอกชัย เพียรศรีวัชรา. (2556). *รายงานผลการอบรมหลักสูตรนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ณ TIC JICA*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ
- เอี่ยมพร พิชัยสนธิ. (2552). *นโยบายเศรษฐกิจว่าด้วยสวัสดิการสังคม: บทวิเคราะห์ประสบการณ์ในประเทศไทยตะวันตก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Jupan International Cooperation Agency (JICA). (2554). *คู่มือโครงการ CTOP*. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

บทความวารสาร

สุตารัตน์ สุตสมบูรณ์. (มกราคม-มิถุนายน 2557). *สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. (บทความ).* วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ปีที่ 7 ฉบับที่ 1.

เอกสารอื่น ๆ

ภูมิ โชคเหมาะ และคณะ (2552). *กฎหมายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย.*

ทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546. เล่ม 120 ตอนที่ 96 ก 1. ตุลาคม 2546 หน้า 6. (อัดสำเนา).

วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553). *โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และ ผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.*

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2555). *โครงการวิจัยการประมาณการงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุและแหล่งที่มาของเงิน. รายงานวิจัย.*

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

พระราชบัญญัติว่าด้วยมาตรการการรับมือกับปัญหาสังคมผู้สูงอายุ ([http://Law.e-](http://Law.e-gov.go.jp/htmldata/H07/H07H0129.html)

[gov.go.jp/htmldata/H07/H07H0129.html](http://Law.e-gov.go.jp/htmldata/H07/H07H0129.html) Department of Social Services. 2013-14

Report on the Operation of the Aged Care Act 1997. (<https://www.dss.gov.au/our-responsibilities/ageing-and-aged-care/foils-and-resources/reports-on-aged-care>)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.* <http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202.pdf>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์
การดำเนินงานระบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561.
<http://shi.or.th/upload/Download/LTC.pdf>

Books

- Australian Institute of Health and Welfare. (2007). *Older Australia at a glance*. 4th edition. Cat. no. AGE 52. Canberra: AIHW.
- Beresford, P., and Hasler, F. (2009). *Transforming Social Care: Changing the future together*. Brunel University Press.
- Cantor, M. H., and Brennan M. (2000). *Social care of the elderly : the effects of ethnicity, class, and culture*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Cantor, M. H. (1977). *Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal system*. Paper presented at the Meeting of The Gerontological Society of America, San Francisco, CA.
- Cantor, M. H. (1980). *The informal support system, its relevance in the lives of the elderly*. In E. Borgotta & M. McCluskey (Eds.), *Aging and society* (pp. 111-145). Beverly Hills, CA: Sage.
- Cantor, M. H. (1994). *Family caregiving and social care*. In M. H. Cantor (Ed.), *Family caregiving: Agenda for the future* (pp. 1-8). San Francisco, CA: American Society on Aging.
- Curry, N., Holder, H. and Patterson, L. (2013). *Caring for an ageing population: Points to consider from reform in Japan*. Nuffield Trust.
- Department of Health, (2006). *The Quality Standards for Health and Social Care*. Social Services and Public Safety
- Department of Health. (2012). *The Adult Social Care Outcomes Framework 2013/14*. Leeds: Quarry House.

- Ekerdt, D. J. (Editor). (2002). *Imprint of The Gale Group. Inc.*, a division of Thomson Learning.
- Glasby, J., and Dickinson, H. (2009). *International Perspectives on Health and Social Care: Partnership Working in Action*. Blackwell Publishing Ltd.
- Ismail, S., Thorlby, R., and Holder, H. (2014). *Focus On: Social care for older people Reductions in adult social services for older people in England..* The Health Foundation and Nuffield Trust.
- Lalor, K., and Share, P. (2009). Understanding Social Care. In *Applied Social Care: An Introduction for Students in Ireland*. Dublin: Gill & Macmillan.
- Lewis, Jane, and Meredith, Barbara. (1988). *Daughters who care: daughters caring for mothers at home*. London: Routledge.
- Lewis, Jane (2002). The boundary between health and social care for older people. Bill bytheway et al., (Edited). *Understanding care, welfare and community a reader*. London: Routledge.
- Lloyd, J., and Wait, S. (2005). *Integrated Care A Guide for Policymakers*. London: Alliance for Health and the Future.
- Mears, J., and Garcia, E. (2010). ***Transformations of Care: Living the consequences of changing public policies in Australia***. Social Justice Social Change Research Centre, University of Western Sydney.
- Payne, M. (2009). *Social Care Practice in Context*. PALGRAVE MACMILLAN.
- Pike, B., and Mongan, D. (2014). *The Integration of Health and Social Care Services*. Health Research Board.
- Poldervaart, H. and Malenczuk, L. (2013). *Direct payments for social care: Options for Managing the Cash. How local authorities and financial institutions can make managing the finances easier for older people*. London: Tavis House.
- Productivity Commission. (2008). *Trends in Aged Care Services: some implications*. Commission Research Paper, Canberra.
- Restakis, J. (2009). *Co-op Elder Care in Canada: A Call to Action*. University of Victoria.

- Takao, Y. (2009). *Aging and Political Participation in Japan: The Dankai Generation in a Political Swing*. Asian Survey, Vol. 49, No. 5 (September/October 2009)
- Tompsetta, H. (2009). *Changing systems in health and social care for older people in Japan: observations and implications for interprofessional working*. Journal of Interprofessional Care, 15:3, 215-221.
- Tronto, J. C. (2001). An ethic of care. Martha B Holstein, Phyllis B Mitzen (Editors). *Ethics in community- based elder care*. Springer Publishing Company Inc. and American Society on Aging.
- Weatherly, H., Mason, A., and Goddard, M. (2010). *Financial Integration Across Health and Social Care: Evidence Review*. Centre for Health Economics, University of York: Crown Copyright .

Articles

- Cantor H, M. (May, 1989). Social Care: Family and Community Support Systems. *ANNALS, AAPSS*, 503.
- Cantor, M. H., & Johnson, J. (1978). The informal support system of the familyless elderly: Who takes over? Paper presented at the symposium, "Informal Supports: Implications of Research for Policy and Practice," at the 31st Annual Meeting of The Gerontological Society of America, November, Dallas, TX.
- Cantor, M. H., & Hirshorn, B. (1989). Intergenerational transfers within the family context: Motivating factors and their implications for caregiving. *Women and Health*, 14, 39-51.
- Malley, J., and Fernández, J. (2010). Measuring quality in social care services: theory and practice. *Annals of public and cooperative economics*, 81(4). pp. 559-582.

Online

Adult Social Care statistics team. (2013). *Personal Social Services Adult Social Care Survey, England 2012-13, Initial Findings on Final Data*. Health and Social Care Information Centre. 7 November 2013.

<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12631/per-soc-ser-adu-soc-car-sur-eng-2012-13-int-report.pdf>. 24 January 2014.

Age UK. (2013). *Paying for care and support at home*. April 2013.

http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Factsheets/FS46_Paying_for_care_and_support_at_home_fcs.pdf?dtrk=true. 24 January 2014.

An NHS and Social Care Model for improving care for people with long term conditions (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4965951)

Buckner L & Yeandle S. (2011). *Valuing Carers 2011 Calculating the value of carers' support* University of Leeds and Careers UK. May 2011.

<http://circle.leeds.ac.uk/files/2012/08/110512-circle-carers-uk-valuing-carers.pdf>.

Care Quality Commission. (2013). *The State of Health Care and Adult Social Care in England 2012/13*. London: The Stationery Office. November 2013.

http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/media/documents/cqc_soc_report_2013.pdf. 21 November 2013.

Care Quality Commission. (2013). *A Fresh start for the regulation and inspection of adult social care. Working together to change how we inspect and regulate adult social care services*. Newcastle upon Tyne:

http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/media/documents/20131013_cqc_afresh_start_2013_final.pdf. 24 January 2014.

- Commission on Funding of Care and Support. (2011). *Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding of Care and Support*. July 2011.
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130221130239/https://www.wp.dh.gov.uk/carecommission/files/2011/07/Fairer-Care-Funding-Report.pdf>. 16 December 2013.
- Disability Law Service. (2009). *Eligibility for Adult Social Care*.
http://www.dls.org.uk/advice/factsheet/community_care/eligibility_for_adult_social_care/Eligibility%20for%20Adult%20Social%20Care.pdf. 28 January 2014.
- Employment and Social Development Canada. *Addressing the challenges and opportunities of ageing in Canada*.
<http://www.esdc.gc.ca/eng/seniors/reports/aging.shtml#fnb53>
- Fact sheet 24, Age UK: www.ageuk.org.uk/publications/age-uk-informationguides-and-factsheets/
- Health and Social Care. (2015). *Health and Social Care (Safety and Quality) Act 2015*. TSO (The Stationery Office) and available. www.tsoshop.co.uk.
- Humphries R. (2013). *Paying for social care: Beyond Dilnot*. The King's Fund. May 2013.
http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf. 17 January 2014.
- Independent Commission on Whole Person Care for the Labour Party. (2014). *One person One Team One System*. The Labour Party. February 2014.
http://www.yourbritain.org.uk/uploads/editor/files/One_Person_One_Team_One_System.pdf.
- Isden R, Norton M & Abrahams C. (2013). *The 'Dilnot social care cap': making sure it delivers for older people*. Age UK. July 2013.
<http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/press%20releases/implementing%20the%20dilnot%20social%20care%20cap.pdf?dtrk=true>. 28 July 2014.

- Learner S. (2013). *Charities criticise Government's 'unrealistic threshold' on who should get help with care under new eligibility criteria*. carehome.co.uk. 2 July 2013.
Website. <http://www.carehome.co.uk/news/article.cfm/id/1560360/charities-criticise-government-for-setting-unrealistic-thresholds-on-who-should-get-help-with-care-under-new-national-eligibility-criteria>. 28 January 2014.
- Nuffield Trust. (2013). *Parliamentary Briefing: Care Bill: Second Reading, House of Commons*. December 2013.
http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/131213_care_bill_second_reading.pdf. 17 January 2014.
- Tian Y, The King's Fund. (2014). *Who should pay for social care services?* 13 January 2014.
<http://www.kingsfund.org.uk/blog/2014/01/who-should-pay-social-care-services>. 17 January 2014.
- Willcox, M. (2012). Gloucestershire Adult Services Social Care Governance Framework
<http://www.gloucestershire.gov.uk/CHttpHandler.ashx?id=51985&p=0>