การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๑. **นิยาม : การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**[*]ในที่นี้ หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ **ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน** โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ(บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ(ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ

สถานการณ์ปัญหาและความจำเป็น

๒. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

๒.๑ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทย (๖๐ ปีขึ้นไป) เพิ่มเป็นร้อยละ ๑๑.๑ ในปี ๒๕๕๑ และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ หรือจำนวนประมาณ ๑๔.๕ ล้านคนในปี ๒๕๖๘ อันจะทำให้**ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว**[๒] นอกจากอัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็วแล้ว ผู้สูงอายุยังมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๑๐ ในปัจจุบันเป็นร้อยละ ๑๒ ในปี ๒๕๗๓ ในปี ๒๕๕๐ มีผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๑๐.๙ ของผู้สูงอายุทั้งหมดและอีกร้อยละ ๑.๑ ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี นอกจากนี้ร้อยละ ๒.๒ ของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน (๘๐ ปีขึ้นไป) ซึ่งต้องทุกข์ทรมานและเจ็บป่วยตามมาจากการเป็นผู้ดูแล[๒] ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก (มีประมาณ ๖๐,๐๐๐ - ๘๐,๐๐๐ คน) ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประสบภาวะทุพพลภาพหรือพิการต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน[**] โดยผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

๒.๒ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างรวดเร็วนี้ ทำให้ตระหนักถึงการเตรียมการเรื่องของผู้ดูแล ซึ่งพบข้อมูลที่น่าวิตกว่าเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุได้ลดลงอย่างมาก อันเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ส่งผลให้**ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว** มีถึงร้อยละ ๗.๕ ในปี ๒๕๕๐ ขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับสามีภรรยาก็เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๗.๐ และผู้สูงอายุที่อยู่กับหลานในลักษณะครอบครัวโดดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ๓.๑ ในปี ๒๕๕๐[๒] นอกจากนี้ **อัตราส่วนวัยแรงงานที่มีศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง**โดยตลอดและคาดว่าจะลดลงไปอีก จากประชากรวัยแรงงานประมาณ ๖ คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปหนึ่งคนในปี ๒๕๕๑ จะเหลือเพียง ๒ คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน ในปี ๒๕๗๓หรือใน ๒๐ ปีข้างหน้า [๕]

๒.๓ เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุนั้น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวภายใต้ภาวะที่จำกัดไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแล เงิน และวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ ๔.๘ มีภาวะเจ็บป่วย

---

[*] ปรับปรุงจากคำนิยามของWHO 2000

** หมายถึง การช่วยเหลือตนเองในการลุกนั่ง เดินไปมาในบ้าน ขึ้นลงบันได กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

เรื้อรังและรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ปรากฏการณ์สำคัญที่น่าวิตก คือ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ร้อยละ ๑๐ เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [๖]

๒.๔ นอกจากนั้น ในประเด็นผู้ดูแลพบว่า มีผู้ดูแลที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี **"บทบาทเชิงซ้อน" (Sandwich Roles)** คือ การที่ต้องรับบทบาทหลายด้าน ทั้งบทบาทของภรรยา แม่บ้าน และการทำงานเพื่อหารายได้ ดูแลบุตร และบุพการีพร้อมกัน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการในครอบครัวโดยเฉพาะที่มีฐานะยากจนต้องประสบปัญหาในการดูแลทั้งการขาดความรู้ มีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลหากต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน[๗]

๓. บทบาทของภาคประชาสังคม

๓.๑ ภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ เครือข่ายในชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล จึงจัดอาสาสมัครเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตามโครงการ***อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)*** ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยในพ.ศ. ๒๕๕๑ มีจำนวน ๖,๘๐๐ ราย และมีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจำนวน ๗๕,๕๙๗ คน ใน ๗๕ จังหวัด* ปัจจุบันมี อปท. จำนวน ๑๓๓ แห่ง ที่สนับสนุนโครงการ อผส. นี้อย่างต่อเนื่อง

๓.๒ ในส่วนของภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร เช่น สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้จัดทำ***โครงการ "เพื่อนช่วยเพื่อน"*** เป็นการจัดอบรมให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นอาสาสมัครเข้าช่วยเหลือดูแล เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุจาก ๓๖๗ ชมรม จำนวน ๘,๐๗๔ คน และอาสาสมัครวัยอื่นอีกจำนวน ๒,๙๓๖ คน[๕] มีผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจำนวน ๗,๓๖๐ คน ซึ่งการดำเนินงานนี้ แม้จะเป็นการเยี่ยมเยียนไต่ถามทุกข์สุขก็ตาม แต่ก็เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรและการใช้ทุนทางสังคมให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งปัจจุบันมี***"ชมรมผู้สูงอายุ"*** ที่ขึ้นทะเบียนกับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ รวมทั้งสิ้น ๑๙,๙๗๐ ชมรมทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งโดยชุมชนเอง หรือองค์กรอื่นๆ อีกจำนวนมาก จากบทบาทที่กล่าวมา เห็นได้ว่า ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนช่วยเหลือเผื่อแผ่ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน จึงถือเป็นการ "เติมเต็มให้กัน" ซึ่งจะช่วยทำให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินการอย่างได้ผล [๕] แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องความรู้ในการดูแล งบประมาณ และปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ อีกมาก ที่ต้องขอรับการสนับสนุนจากรัฐเพิ่มเติม

๓.๓ การทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. กับภาคประชาสังคม มีตัวอย่างที่ดีหลายแห่งจาก **กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล** ที่มาจากเงินสมทบของรัฐส่วนกลาง (สปสช.) อปท. และชุมชน เพื่อให้คนในชุมชน ซึ่งครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุมีสวัสดิการชุมชนรองรับ และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหลายแห่ง ได้ริเริ่มการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยออกจากบ้านไม่ได้ มีบริการรถรับ-ส่ง มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

๓.๔ จากข้อมูลที่กล่าวมา ทำให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวได้ริเริ่มขึ้นแล้วโดยภาคประชาชน ที่ใช้บ้านและชุมชนเป็นแหล่งในการให้บริการ แต่ภาคประชาชนก็สามารถทำได้ในระดับหนึ่ง

---

* มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๕๐ เห็นชอบให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินโครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ขยายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๖

เท่านั้น และยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และศักยภาพของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนอย่างจริงจัง

๔. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

๔.๑ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงมีความจำเป็นต้องเข้ามาอยู่ในสถาบันส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล หรือต้องการคนช่วยดูแลที่มีทักษะในการดูแล และต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวัน สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาคเอกชนส่วนใหญ่เป็นสถานบริบาล[๑] ให้บริการตั้งแต่การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันจนถึงการดูแลระยะสุดท้าย พบว่าสถานบริบาล**มีความหลากหลายในการขึ้นทะเบียนกับหลายหน่วยราชการ** บางแห่งไม่ได้ขึ้นทะเบียน และยัง**ไม่มีการกำหนดมาตรฐานและขาดมาตรการกำกับดูแลคุณภาพ**ของสถานดูแลประเภทนี้ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในสถานดูแลระยะยาวของภาคเอกชนนั้น มีราคาสูงอยู่ระหว่าง ๑๕,๐๐๐ -๕๒,๕๐๐ บาท และยังไม่มีการควบคุมราคา[๑๓] ฉะนั้น **ครอบครัวที่มีฐานะปานกลางหรือยากจนและไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ**จึงไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อผู้สูงอายุที่อาจถูกทอดทิ้ง และต่อสถานบริบาลที่ต้องประสบกับการขาดทุน

๔.๒ ส่วนผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุขแต่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพนั้น เมื่ออยู่ไประยะหนึ่งมักมีปัญหาสุขภาพตามมา ข้อเท็จจริงพบว่าร้อยละ๑๖ ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ดังนั้นผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือพิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำนวนหนึ่งจึงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งไม่มีจุดประสงค์เพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยตรง นอกจากนี้พบว่าสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด จึงไม่มีศักยภาพเพียงพอในการรองรับบริการดังกล่าว[๑๓]

นโยบายและกฎหมายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕. การดำเนินการจัดบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุนั้น มีกฎหมายหลายฉบับที่กล่าวถึงได้แก่***รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘๐*** “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม” ซึ่งในที่นี้ได้ระบุชัดถึงการพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัว และชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์ และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาตนเองได้”

๖. ในกฎหมายรองรับ อันได้แก่ ***พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑*** “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ” ซึ่งประกอบด้วยอนุมาตรา (๑)- (๑๓) อาทิเช่น การรับบริการด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขที่สะดวกรวดเร็วขึ้น การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง การให้คำแนะนำ ปรึกษา และช่วยเหลือแก้ไขปัญหาครอบครัว การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไปเพียงส่วนน้อยทราบถึงสิทธิ และการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุเหล่านี้[๕] อีกทั้งในมาตรา ๑๑

[๑] หมายถึง สถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากที่จะต้องเข้าโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ การดูแลต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล ๒๔ ชั่วโมง ดูแลการให้กินยา ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันบางอย่างแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ และหรือมีโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการหรือสมองเสื่อม

เป็นสิทธิการเข้าถึงบริการเพียงบางประการ ยังขาดความครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้ทุพพลภาพ หรือพิการ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากพึ่งพาตนเองได้น้อย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๗. นอกจากนี้ ***พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖*** ยังได้ระบุสิทธิและหน้าที่ไว้ว่า "สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้อง และเหมาะสมด้วย" จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งอาจเป็นทั้งผู้ยากไร้ ผู้ทุพพลภาพหรือพิการ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก คนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายตามกฎหมายนี้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวทั้งบริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคม

๘. ***แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ – ๒๕๖๔)*** ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีมาตรการเรื่องการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและสังคมที่สอดประสานกันและเน้นการบริการถึงบ้าน ใช้ชุมชนเป็นฐาน ผลการประเมินแผนฯ ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมาพบว่า งานด้านผู้สูงอายุ แม้จะมีการกำหนดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และมีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ หากในทางปฏิบัติยังขับเคลื่อนไปไม่ได้มาก เพราะไม่มีการกำหนดเป็น "วาระแห่งชาติ" ประกอบกับ พรบ. ผู้สูงอายุ ไม่มีการกำหนดบทลงโทษหากไม่มีการปฏิบัติตาม ผู้ปฏิบัติอาจทำก็ได้ไม่ทำก็ได้ ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลบ่อยๆ ทำให้นโยบายไม่มีความต่อเนื่อง ทั้งนักการเมืองในระดับชาติและระดับท้องถิ่นยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง และผู้สูงอายุเองก็ขาดพลังในการต่อรองให้รัฐ[๕]

๙. ภาพรวมของผลการประเมินแผนฯ มีข้อเสนอแนะสำคัญบางประการว่า ควรทำงานเชิงรุกโดยผลักดันให้แผนผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น โดยเป็นนโยบายที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเอง และดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านสภาผู้สูงอายุ และองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ควรจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในทุกชุมชน และเชื่อมโยงสู่ส่วนกลาง เป็นศูนย์รวมข้อมูลทั้งประเทศ และส่งเสริมศักยภาพการทำงานด้านผู้สูงอายุของท้องถิ่น โดยจัดให้มีพี่เลี้ยงหรือคณะที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือเชิงวิชาการและการบริหารจัดการ สำหรับงานผู้สูงอายุที่ควรเน้นการดำเนินการในช่วง ๕ ปี ข้างหน้า ประเด็นหนึ่ง คือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย เน้น "ความพอเพียง" และ "ความยั่งยืน" ของระบบบริการ[๖]

๑๐. **พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒** ได้มีผลบังคับใช้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ ในเรื่องของการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่นกำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัว ซึ่งได้ส่งผลให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านผู้สูงอายุหลายประการที่ภาคราชการส่วนกลางดำเนินการอยู่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในส่วนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็ได้มีการถ่ายโอนภารกิจการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้กระทรวงมหาดไทยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นรับไปดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ รวมทั้งในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้มีการถ่ายโอนภารกิจงานสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน ๑๓ แห่ง และศูนย์บริการผู้สูงอายุ จำนวน ๒ แห่ง ให้กรุงเทพมหานครและองค์กรปกครองท้องถิ่น(อบจ.)รับไปดำเนินการ[๗]

๑๑. ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ๖ ประการ ได้แก่ ๑) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ๒) มาตรฐานด้านรายได้ ๓) มาตรฐานด้านที่พักอาศัย ๔) มาตรฐานด้านนันทนาการ ๕) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง ๖) มาตรฐานการสร้างบริการทางสังคม และเครือข่ายการเกื้อหนุน ซึ่งได้แบ่งตัวชี้วัดเป็น ๒ ระดับ คือ ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน (Primary Indicators) เป็นภารกิจที่ต้องทำ เพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และตัวชี้วัดขั้นพัฒนา (Performance Indicators) เป็นภารกิจเลือกทำได้ตามศักยภาพของอปท.นั้นๆ เพื่อพัฒนายกระดับการให้บริการหรือสวัสดิการสูงขึ้น ก้าวหน้ายิ่งขึ้น[๓] การมีมาตรฐานงานกำหนดไว้ ถือเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ให้เป็นภารกิจหนึ่งของ อปท. ร่วมกับภาคส่วนต่างๆทั้งในระดับท้องถิ่น และส่วนกลาง

๑๒. แม้ว่าในทางปฏิบัตินั้นอปท.ยังคงมีจุดอ่อน และอุปสรรคด้านงบประมาณ บุคลากร ข้อมูล และความรู้ที่ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุตามมาตรฐาน แต่ยังคงมีจุดแข็งในด้านเครือข่ายความร่วมมือ ได้แก่ การประสานงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับคนในชุมชนและองค์กรในชุมชน โดยเฉพาะ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) สถานีอนามัย กลุ่มแม่บ้าน และอาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) ในชุมชน[๕] อปท.ที่สามารถพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง มีภาคประชาสังคมที่ดี ย่อมจะมีบทบาทอย่างยิ่งในการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่บ้าน และชุมชน เป็นฐาน

ปัญหาที่สำคัญ

๑๓. การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างรวดเร็วนี้ ทำให้ตระหนักถึงการเตรียมการเรื่องของผู้ดูแล ซึ่งพบข้อมูลที่น่าวิตกว่าเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุได้ลดลงอย่างมาก ทำให้คาดได้ว่าผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเผชิญกับความยากลำบากและขาดแคลนเครือข่ายการดูแลในอนาคต อย่างไรก็ตาม สำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานทำให้ขาดผู้ดูแลหลัก จำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลที่เรียกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการ ภายใต้หลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ หรือกระทรวงแรงงาน และอีกส่วนหนึ่งมาจากหน่วยบริการเอกชนที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมใดๆ ทำหน้าที่ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับค่าตอบแทน แต่ยังมีปัญหาคือขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมติดตามคุณภาพการทำงานของผู้ดูแลเหล่านี้[๑๒]

๑๔. โครงการ***อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)*** ในการจัดอาสาสมัครเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมาในการคือ อผส. มีความสามารถในการดูแลชั่วคราว และดูแลในเรื่องทั่วไป เช่น เยี่ยมเยียน พูดคุยมากกว่าการให้ความรู้ คำแนะนำอย่างจริงจัง ซึ่งศักยภาพของ อผส. ไม่สามารถรองรับการดูแลระยะยาวในอนาคตได้ นอกจากนี้แม้ว่าอาสาสมัครจะทำงานด้วยใจ แต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเกิดขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่าประสานงาน เป็นต้น จึงต้องการ[๕] การพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และการได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย

๑๕. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงหรือไม่มีผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องเข้ามาอยู่ในสถาบันหรือสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด จึงไม่มีศักยภาพเพียงพอในการรองรับบริการดังกล่าว และพบว่าความหลากหลายในการขึ้นทะเบียนของสถานดูแลระยะยาวกับหลายหน่วยราชการ และไม่มีการกำหนดมาตรฐาน ส่งผลให้ขาดมาตรการกำกับดูแลคุณภาพของสถานดูแล

๑๖. จุดอ่อน และอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบริการดูแลผู้สูงอายุด้านงบประมาณ บุคลากร ข้อมูล และความรู้ที่ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ สมควรที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมให้จัดบริการได้

แนวทางการแก้ปัญหาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

๑๗. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีลดความทุพพลภาพหรือพิการซ้ำซ้อนและเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี โดยการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการพึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ขณะเดียวกันก็มีรายได้เพียงพอที่จะช่วยตนเองได้

๑๘. ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องมีมาตรการให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ที่บ้านและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนและภาคประชาสังคมช่วยเหลือเกื้อกูลครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการสร้างจิตสำนึกร่วมไปสู่การเป็น “สังคมไม่ทอดทิ้งกัน” ควบคู่ไปกับการเร่งรัดพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ตระหนักเห็นความสำคัญและมีความพร้อมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมภาคเอกชนและองค์กรการกุศลให้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอทั้งกลุ่มที่เป็นวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ รวมทั้งกำหนดมาตรฐานและมาตรการกำกับดูแลสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาครัฐและเอกชน เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้

๑๙. แนวทางดังกล่าวนี้ได้เป็นข้อเสนอในการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ เมื่อวันที่ ๗ และ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้เร่งรัดการสร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนที่มีผู้จัดการรายกรณี(Care Manager) เพื่อให้มีบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดยการใช้ข้อมูลจากการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุมาวางแผนการดูแล

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๓

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.๒๕๕๑. การคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓.

๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ๒๕๕๐. Report on the ๒๐๐๗ survey of the older persons in Thailand. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

๓. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๔๙. และ ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

๔. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๑.

๕. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานการศึกษาโครงการระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) :บริษัทธันวา พริ้นท์ติ้ง จำกัด.

๖. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ภัทรพรรณ อดทน. ๒๕๕๒. การคาดประมาณความต้องการการดูแลระยะยาวในประชากรสูงอายุ. ใน Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al. 2009. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation For Health.

๗. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.๒๕๔๘.ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

๘. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวณิชย์, ธนิกานต์ ศักดาพร. ๒๕๕๒. โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

๙. นารีรัตน์ จิตรมนตรี,วิไลวรรณ ทองเจริญ,สาวิตรี ทยานศิลป์.รายงานตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

๑๐. ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์.ทบทวนองค์ความรู้ด้านการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

๑๑. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.๒๕๕๒. การศึกษาทบทวนนโยบายด้านผู้สูงอายุกับบริการปฐมภูมิ.

๑๒. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ , ประนอม รอดคำดี และเตือนใจ ภักดีพรหม. ๒๕๕๐. การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

๑๓. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ , ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. ๒๕๕๒ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

๑๔. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์.๒๕๕๑.ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. Rama Nurse J .September-December 2008 Vol.14 No.3.

๑๕. ศิริวรรณ ศิริบุญ. ๒๕๕๒. ทบทวนองค์ความรู้ด้านบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น . สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

๑๖. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. ๒๕๕๑. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. บริษัทกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

๑๗. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.๒๕๕๒. การศึกษาทบทวนนโยบายด้านผู้สูงอายุกับบริการปฐมภูมิ