

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

## บริการสุขภาพผู้สูงอายุ: ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณา

เบญจพร สุธรรมชัย ป.พ.ส.\*

นภัส แก้ววิเชียร พย.บ., น.บ.\*

ธัญพร ชื่นกลิ่น ปร.ด.\*\*

วิชาญ เกิดวิชัย พ.บ.\*\*\*

ศักดิ์ชัย อธิวิทย์าคม พ.บ.\*\*\*\*

\* สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

\*\* วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

\*\*\* มหาวิทยาลัยบูรพาจังหวัดชลบุรี

\*\*\*\* โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ บริการและปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพ และข้อเสนอเชิงนโยบายและกฎหมายที่ส่งเสริมการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงสหวิทยาการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) ตามพื้นที่จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ เลือกจังหวัดและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภูมิภาคแบบเจาะจง จำนวน 655 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า หลายประเทศมีการบัญญัติกฎหมายว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุ จัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และจัดระบบการเงินการคลังเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยมีการบัญญัติกฎหมายหลายระดับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายพบว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับควรปรับปรุง บริการและปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายมีดังนี้ (1) การบริการสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร (2) ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ (3) ผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้ มีภารกิจอื่น และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (4) ผู้สูงอายุขาดความรู้ มีความไม่ทัดเทียมกันในการได้รับสวัสดิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (5) การประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ชัดเจน และมีปัญหาการเบิกจ่ายงบประมาณ ข้อเสนอเชิงนโยบายและกฎหมายมีดังนี้ (1) รัฐบาลควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมทุกมิติในแบบบูรณาการ (2) รัฐบาลควรปรับปรุงด้านการเงินการคลัง (3) ควรบัญญัติสาระสำคัญแห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุและอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมในส่วนค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (4) กระทรวงสาธารณสุข ควรประสานงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กฎกระทรวง และประกาศกระทรวง ที่เกี่ยวข้อง (5) ควรบูรณาการการทำงานดูแลผู้สูงอายุ และ (6) ควรนำยุทธศาสตร์ ระบบดูแลผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ

**คำสำคัญ:** บริการสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ประเด็นกฎหมาย, แหล่งการคลัง

## บทนำ

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยตั้งแต่ พ.ศ.2548 เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ประชากรสูงวัย พ.ศ.2557 มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.00 ของประชากรทั้งหมดและคาดว่าประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 20.00 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 5 ปีข้างหน้า และคาดว่าน่าจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (hyper-aged society) ในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้าเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28.00 ของประชากรทั้งหมด<sup>(1)</sup>

แม้ว่ารัฐบาลไทยจะให้ความสำคัญต่อสถานการณ์และแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ มีการวางแผนในการจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ คุณภาพชีวิตในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ.2525 เป็นต้นมา ตามมาด้วยพระราชบัญญัติ และกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุอีกหลายฉบับ ทั้งพยายามสร้างระบบและกลไกการบริหารจัดการที่คาดว่าจะสามารถเอื้อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินการที่ดี แต่พบว่าผลการดำเนินการด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสู่ระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีและยั่งยืนนั้น ไม่อาจบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์เท่าที่ควร<sup>(2)</sup> ควรต้องมีการปรับปรุงองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ดียิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการคือ active healthy aging

เมื่อพิจารณาบททวนผลสำเร็จที่พึงได้รับต่อการดำเนินการอันก่อปรด้วยปัจจัยพื้นฐานสำคัญด้านต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำเข้าในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่สำคัญมี 4 ปัจจัย ได้แก่ นโยบาย (policy) คน (people) ระบบ (system) และชุมชน (community)<sup>(2)</sup> ซึ่งปัจจัยด้านนโยบายรวมไปถึงมาตรการที่ชัดเจนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะรองรับการดำเนินงานให้สอดคล้องและสอดคล้องอย่างเป็นหนึ่งเดียวไปกับบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ประกาศ ข้อกำหนด

ระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ รวมทั้งกลไกที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ซึ่งสามารถผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดความร่วมมือที่ดีจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับแบบบูรณาการก่อให้เกิดการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

บทบัญญัติแห่งกฎหมายจึงเป็นกลไกอย่างหนึ่งในการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพนโยบายต่างๆ ของรัฐจะถูกนำไปปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดระบบการทำงานที่มีคุณภาพและมีกลไกการสร้างความร่วมมือกับชุมชนในการทำงาน ประเทศไทยมีการบัญญัติกฎหมายหลายระดับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งด้านการคุ้มครอง สวัสดิการ ความมั่นคงในชีวิต และการบริการสุขภาพ การศึกษาเนื้อหาสาระที่บัญญัติไว้ในกฎหมายต่างๆ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องทราบว่าที่ผ่านมาได้มีการบังคับใช้กฎหมายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องใดบ้าง รวมทั้งยังขาดหรือไม่ครอบคลุมประเด็นใด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถให้ความคุ้มครองและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เสมอภาคและเป็นธรรม จากผลการศึกษากฎหมายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย<sup>(3)</sup> พบว่า ทั้งประชาชนและผู้สูงอายุมีความต้องการทางกฎหมายที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพทางกายและจิตใจ ด้านสวัสดิการและสภาพแวดล้อม ด้านความมั่นคงในการดำเนินชีวิต ด้านสังคม วัฒนธรรม รวมทั้งด้านการเงินและเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันมีอาจเป็นเพียงการตอบสนองความต้องการเฉพาะด้านสุขภาพที่ดีเท่านั้น ควรครอบคลุมถึงกรณีความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลในระยะยาว ตลอดไปจนถึงการฟื้นฟูสภาพ อื่นๆ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความซับซ้อนเชื่อมโยงกับบุคลากรหลายสาขาที่รับผิดชอบร่วมกันในลักษณะสหวิทยาการ การศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทาง

กฎหมายต่อการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในชุมชนและที่บ้าน ปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและข้อเสนอเชิงนโยบาย และกฎหมายที่ส่งเสริมการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุจะเป็นสารสนเทศสำคัญที่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปส่งเสริมและพัฒนาให้การบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามบริบทที่แท้จริง เพื่อให้คนไทยเกิดความเชื่อมั่นได้ว่าสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมสูงวัยได้อย่างเป็นระบบ มีการวางแผนไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน และมุ่งสู่การมีสุขภาวะดีของผู้สูงอายุ

คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับปรุงระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเด็นการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในและต่างประเทศ
2. ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายแต่ละฉบับต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในชุมชนและที่บ้าน
3. ศึกษาบริการและปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย
4. ศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายและกฎหมายที่ส่งเสริมการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

### วิธีการศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้ดำเนินการทั้งในแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาทบทวนและวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับกฎหมายในการดูแลผู้สูงอายุของต่างประเทศและประเทศไทย แบบ archival research เพื่อศึกษาเนื้อหาสาระ

สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

2. ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพในชุมชนและที่บ้าน ด้วยการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้แบบสอบถาม

3. ศึกษาบริการและปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอทางกฎหมายที่ส่งเสริมการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบรายบุคคลด้วย structured questions และการประชุมกลุ่ม

ประชากร กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงสหวิทยาการ ได้แก่ ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกร นิติกร และบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) ตามพื้นที่จาก 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ และเลือกจังหวัดในแต่ละภูมิภาคแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือก คือ (1) เป็นจังหวัดที่มีผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล (3) เป็นจังหวัดนำร่องในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในปีงบประมาณ 2559 ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น นนทบุรี และนครศรีธรรมราช ประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 419 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 189 คน และทีมสหวิทยาการ จำนวน 47 คน รวมทั้งสิ้น 655 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม ประเด็นประชุมกลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของ

เครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้ โดยแบบ-สอบถามที่ใช้ประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 กำหนดเกณฑ์ในการตัดสินระดับความคิดเห็น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับควรปรับปรุงอย่างยิ่ง

1.50 – 2.49 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับควรปรับปรุง

2.50 – 3.49 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับพอใช้

3.50 – 4.49 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

4.50 – 5.00 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการศึกษา

### 1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทย

1.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ จากการศึกษาทบทวนพบว่า ทุกๆ ประเทศมีการใช้กลไกของกฎหมายเพื่อกำหนดแนวทางและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริง โดยจากการวิจัยพบว่ามีประเด็นซึ่งมีความสำคัญตามลำดับคือ การดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การจัดสวัสดิการและสภาพแวดล้อมความมั่นคงในการดำรงชีวิต การมีสังคมและวัฒนธรรมที่ดี สถานะทางการเงินที่ดี และการได้รับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจึงมุ่งตอบสนองประเด็นเหล่านี้ให้ดีที่สุด ดังนี้

1.1.1 ประเทศสหราชอาณาจักร มีพระราชบัญญัติสุขภาพและสังคม (Health and Social Care Act: HSCA

2008) กำหนดกรอบการกำกับดูแลและระยะยาวเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคม บริการทางสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (local authorities)<sup>(13)</sup>

1.1.2 ประเทศสวีเดน มีพระราชบัญญัติบริการทางสังคม (Social Service Act) พระราชบัญญัติสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (Health and Medical Services Act) เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงอายุและควบคุมกำกับมาตรฐานการบริการด้านสังคมและสุขภาพสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ<sup>(14,18)</sup>

1.1.3 ประเทศญี่ปุ่น มีพระราชบัญญัติประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance Act) เป็นกฎหมายเฉพาะสำหรับการปฏิรูประบบการดูแลระยะยาวสร้างความเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ<sup>(16)</sup>

1.1.4 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (Older American Act: OAA) กำหนดสิทธิที่จะได้รับบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว กำกับดูแลการจัดสรรงบประมาณ วางแผนชุมชนและโครงการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีแผนบริการสุขภาพเพื่อใช้ในการบริหารจัดการ 2 แผน คือ Medicare และ Medicaid<sup>(17)</sup>

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศ พบว่าทุกประเทศข้างต้นมีแนวคิดที่คล้ายกันกล่าวคือ การดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้านรวมทั้งการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดการให้มีคุณภาพโดยบัญญัติกฎหมายขึ้นมากำหนดแนวทางการจัดการและจัดระบบการเงิน-การคลังเพื่อให้มีเม็ดเงินเพียงพอสำหรับการดำเนินการ แต่ยังคงมีความแตกต่างกันบ้างในแหล่งที่มาของเงิน โดยกำหนดสัดส่วนจากเงินภาษีทั่วไป เงินจากการเก็บเบี้ย-ประกัน และการจ่ายเงินจากกระเป๋า (out - of - pocket) ที่แตกต่างกันออกไป ในขณะที่ระบบการดูแลสุขภาพ

จะมุ่งการดูแลที่บ้าน โดยการจักระบบ assisted home care ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้นในทุกมิติ เสริมด้วยบริการใน care facilities สำหรับผู้ที่ไม่สามารถดูแลที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ด้วยการจักระบบ day care, respite care, short-term or intermediate care, long-term care และ hospice care ทั้งในระดับชุมชน และในระดับสถาบัน แล้วแต่ความซับซ้อนของการดูแล โดยให้ care manager ติดตามจัดการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลใน setting ที่เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสถานะและปัญหาสุขภาพ

1.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยเพื่อรองรับสังคมสูงวัยประเทศไทยได้มีกฎหมายบัญญัติหลายลำดับ ดังนี้

1.2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 บทบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีบัญญัติไว้ในมาตรา 53 ว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์แล้วไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และมาตรา 80 กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ซึ่งรวมถึงการสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุด้วย

1.2.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553 บัญญัติให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยมาตรา 9 บัญญัติให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ (9) เสนอความเห็นและข้อสังเกตต่อคณะรัฐมนตรีให้มีหรือแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ และมาตรา 11 บัญญัติให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

1.2.3 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ เพื่อใช้จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า มีสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้จัดสรรเงินครอบคลุมบริการสุขภาพทุกวัยรวมถึงผู้สูงอายุ

1.2.4 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 6 วรรคสอง บัญญัติไว้ว่า ให้สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพ ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

1.2.5 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548 วรรคแรก (ข้อ 1) ให้หน่วยงานบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกแยกจากผู้รับบริการทั่วไป

2) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

1.2.6 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542<sup>(4)</sup> มาตรา 16 บัญญัติให้เทศบาลเมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองโดยให้การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิต เด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส มาตรา 17 บัญญัติให้ภายใต้บังคับมาตรา 16 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง มาตรา 18 บัญญัติให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา 16 และมาตรา 17 สำหรับ มาตรา 31 บัญญัติให้ในการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ของ อปท. ถ้ามีกฎหมาย

ได้บัญญัติไว้ในลักษณะที่เป็นผลทำให้ อปท. ไม่อาจดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ได้ด้วยตนเอง หรือมีลักษณะเป็นการซ้ำซ้อนกับการปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขระหว่างรัฐกับ อปท. หรือระหว่าง อปท. ด้วยกัน และคณะกรรมการพิจารณาเห็นสมควรให้มีการแก้ไขกฎหมายนั้น ให้คณะกรรมการรายงานต่อรัฐมนตรีเพื่อดำเนินการให้มีการแก้ไขกฎหมายข้างต้นต่อไป

**2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายแต่ละฉบับต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในชุมชนและที่บ้าน**

2.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 419 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 189 คน และทีมสหวิทยาการได้แก่ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ แพทย์แผนไทย เภสัชกร นิติกร และบุคลากรจาก อปท.) จำนวน 47 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 655 คน

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.01) สำหรับระดับการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.45) ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.61) ส่วนทีมสหวิทยาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 68.18) สำหรับการประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.46) และอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 79.60) ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 37.77) และอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ส่วนทีมสหวิทยาการส่วนใหญ่รับราชการ (ร้อยละ 42.55) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 419 คน ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ (ภาพที่

1)

2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายแต่ละฉบับต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุส่งผลให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุมีคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้ สำหรับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ยังไม่ส่งผลดีต่อคุณภาพของบริการสุขภาพผู้สูงอายุและอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง โดยเฉพาะในส่วนของบริหารจัดการกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบปฏิบัติ และหลักเกณฑ์ในระดับรองลงมา ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม การวิเคราะห์แยกกลุ่มเพื่อตอบแบบสอบถามพบว่า ทีมสหวิทยาการให้คะแนนผลของกฎหมายต่อคุณภาพบริการสุขภาพผู้สูงอายุต่ำกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกประเด็น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

2.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายแต่ละฉบับต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจำแนกรายด้านด้านการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล พบว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลต่อการให้บริการอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกฎหมายอื่น ๆ อยู่ในระดับควรปรับปรุง ด้านการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพในชุมชนและที่บ้าน มีเพียงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ที่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกฎหมายอื่น ๆ อยู่ในระดับควรปรับปรุง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

**3. บริการและปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ผลการศึกษาสรุปจากการประชุมกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิทยาการจากพื้นที่ 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ดังนี้**

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	ผู้สูงอายุ		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		ทีมสหวิทยาการ		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>								
ชาย	160	38.19	34	17.99	9	19.15	203	30.99
หญิง	259	61.81	155	82.01	38	80.85	452	69.01
รวม	419		189		47		655	
<b>การศึกษา</b>								
ไม่มีการศึกษา	34	8.52	4	2.34	0	0	38	6.42
ประถมศึกษา	313	78.45	76	44.44	3	13.64	392	66.22
มัธยมศึกษา	37	9.27	78	45.61	2	9.09	117	19.76
อนุปริญญา	12	3.01	11	6.43	1	4.55	24	4.05
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	0.5	0	0	15	68.18	17	2.87
อื่นๆ	1	0.25	2	1.17	1	4.55	4	0.68
<b>อาชีพ</b>								
ไม่ประกอบอาชีพ	224	53.46	32	17.02	4	8.51	260	39.76
เกษตรกร	76	18.14	71	37.77	1	2.13	148	22.63
รับจ้าง	48	11.46	45	23.94	2	4.26	95	14.53
ธุรกิจค้าขาย	13	3.1	20	10.64	1	2.13	34	5.2
รับราชการ	16	3.82	5	2.66	20	42.55	41	6.27
บำเหน็จบำนาญ	16	3.82	6	3.19	19	40.43	41	6.27
อื่นๆ	26	6.21	9	4.79	0	0	35	5.35
<b>อาศัย</b>								
อยู่โดยลำพัง	26	6.47	0	0	-	-	26	6.02
อยู่กับบุตร	320	79.6	1	3.33			321	74.31
อยู่กับญาติพี่น้อง	25	6.22	26	86.67			51	11.81
อื่นๆ	31	7.71	3	10			34	7.87

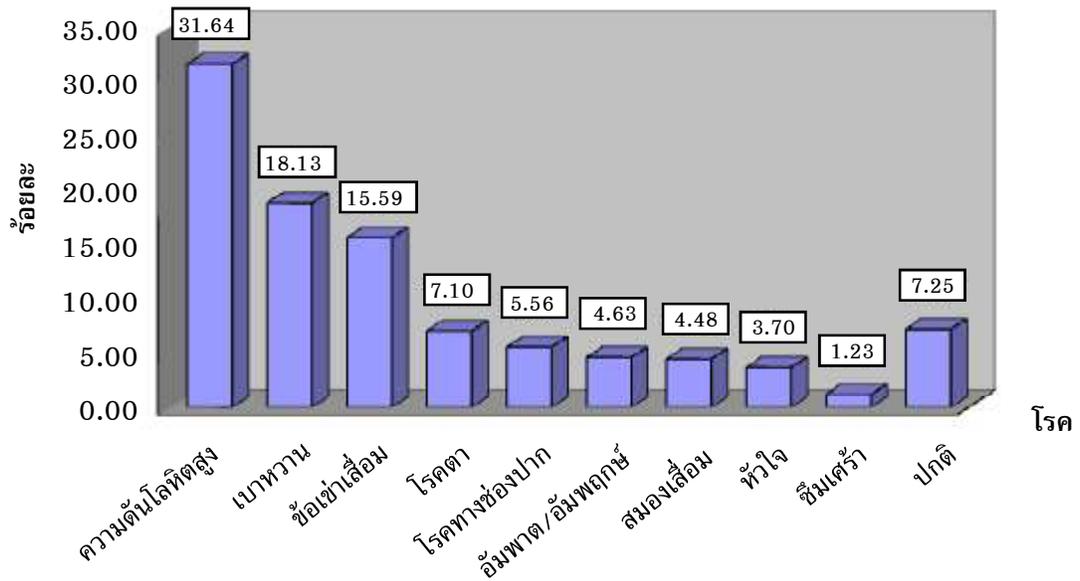
1) การบริการสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร  
 1.1 การบริการไม่ครบถ้วน ขาดความต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมบริการที่จัดให้ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ ในระยะเฉียบพลัน (acute care) แต่ขาดการจัดบริการที่เชื่อมโยงสู่ระยะการฟื้นฟูสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาพ้นระยะเฉียบพลันจะได้รับการส่งตัวไปฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งครอบครัวยังไม่มีความพร้อมต่อการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติ อันเป็นผลมาจากไม่มีระบบดูแล

ต่อเนื่องซึ่งควรจัดให้มีขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและสถานที่ให้บริการของชุมชน ทั้งแบบระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเตรียมความพร้อมระหว่างที่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุยังไม่สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ไร้รอยต่อ และครอบคลุมผู้สูงอายุ

1.2 ขาดแนวทางปฏิบัติ (guideline) และบริการต้นแบบเพื่อให้มีบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้มาตรฐานทั่วประเทศ

1.3 ขาดการประเมินผล ควรจัดให้ Care Manager

ภาพที่ 1 ร้อยละของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายโรค



ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายแต่ละฉบับต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยรวม

กฎหมาย	ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายที่มีต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ						
	ผู้ดูแล		ทีมสหวิทยาการ		รวม		ระดับ
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550	3.14	1.05	2.67	1.16	3.09	1.09	พอใช้
2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553	2.66	0.99	2.30	0.97	2.58	1.00	พอใช้
3. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	2.36	0.96	2.20	0.92	2.32	0.95	ควรปรับปรุง
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	2.52	1.00	2.29	1.02	2.46	1.01	ควรปรับปรุง
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ เป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548	2.52	1.05	2.28	1.08	2.46	1.06	ควรปรับปรุง
6. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542	2.40	1.06	1.95	0.91	2.29	1.05	ควรปรับปรุง

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายแต่ละฉบับต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน

กฎหมาย	ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายที่มีต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ								
	ด้านการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาล			ด้านการฟื้นฟูสภาพ ในสถานพยาบาล			ด้านการฟื้นฟูสภาพ ในชุมชนและที่บ้าน		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550	3.18	1.05	พอใช้	3.03	1.13	พอใช้	2.90	1.09	พอใช้
2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553	2.78	0.98	พอใช้	2.31	1.00	ควรปรับปรุง	2.44	1.01	ควรปรับปรุง
3. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	2.41	0.95	ควรปรับปรุง	2.32	0.97	ควรปรับปรุง	2.23	0.92	ควรปรับปรุง
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	2.58	1.02	พอใช้	2.43	1.01	ควรปรับปรุง	2.39	0.99	ควรปรับปรุง
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548	2.70	1.07	พอใช้	2.41	1.03	ควรปรับปรุง	2.28	1.07	ควรปรับปรุง
6. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542	2.39	1.04	ควรปรับปรุง	2.24	1.02	ควรปรับปรุง	2.25	1.08	ควรปรับปรุง

ติดตามดูแลปัญหาสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และจัดให้ผู้สูงอายุได้เข้ารับบริการสุขภาพในรูปแบบและสถานบริการที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล

2) ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องซึ่งจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ

2.1 ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ยึดหลักความเป็นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

2.2 ขาดแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุใน

คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และขาดแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในสวนโรงพยาบาลชุมชน โดยแพทย์เฉพาะทางข้างต้นนั้น เป็นส่วนสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านการดูแลรักษากลุ่มโรคผู้สูงอายุ และด้านการส่งเสริมป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ

3) ผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีภาระงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ และมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตามที่คาดหวัง

3.1 ขาดผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตามที่คาดหวัง

3.2 ขาดผู้ดูแลอาสาสมัครและผู้สูงอายุที่สามารถใช้เวลาดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีภาระงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ และมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ

4) ผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้รับความไม่เท่าเทียมกันในด้านการได้รับสวัสดิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

4.1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ของผู้สูงอายุยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากผู้สูงอายุสมาชิกในครอบครัว/ชุมชนยังไม่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ที่เพียงพอในด้านการดูแลสุขภาพ

4.2 การได้รับสวัสดิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายและจิตใจ เคลื่อนไหวได้ไม่ดีและท้อแท้ ประกอบกับขาดผู้ดูแล รายได้ลด หรือไม่มีรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาความไม่สะดวกต่อการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพ และสวัสดิการที่พึงได้รับ

5) การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุไม่ชัดเจน และมีปัญหาการเบิกจ่ายงบประมาณ

5.1 ขาดระบบประสานงานระดับสั่งการ เพื่อสร้างกระบวนการที่เป็นความร่วมมือระหว่างภาคีแต่ละภาคส่วนในระดับกระทรวงที่มีบทบาทภารกิจหลักขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ทำให้ขาดระเบียบข้อบังคับที่สามารถบูรณาการสู่การปฏิบัติจริง

5.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีความชัดเจน และไม่มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับกระทรวง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และ อปท. ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นแกนหลัก ด้านสุขภาพประสานงานระดับกระทรวงเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายรับทราบและดำเนินการ โดยควรแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและผลลัพธ์ที่ต้อันเกิดจากการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกัน

5.3 การดำเนินงานแบบบูรณาการของภาคีในพื้นที่

โดยเฉพาะภาคส่วนของ อปท. ยังขาดความเข้าใจกระบวนการทั้งในด้าน Day Care, Intermediate Care, LTC จึงนำงบประมาณส่วนนี้ไปใช้ในรูปแบบอื่นแทน

5.4 เกิดปัญหาการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อใช้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่ต่างๆ ในระดับปฏิบัติการ เนื่องจากระเบียบปฏิบัติด้านการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ชัดเจน

6) ขาดงบประมาณค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเพื่อเป็นสวัสดิการพื้นฐานให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าพาหนะรับส่ง ค่าเบี้ยเลี้ยง เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้มีประสบการณ์ในงานด้านนี้มานานและอายุมากขึ้นใกล้เคียงผู้สูงอายุที่รับการดูแล และรายได้ลดลง จึงเกิดปัญหาไม่สะดวกกับการเดินทาง กระทรวงสาธารณสุข ควรประสานกับกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย เพื่อแก้ไขกฎหมายในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติมเพื่อจัดงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับค่าพาหนะเดินทางไปดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยผ่านการประเมินผล และเร่งรัดให้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดทำกฎกระทรวงและระเบียบต่างๆ มาใช้แก่กรณีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ควรพิจารณาเพิ่มความตามพระราชบัญญัตินี้อีกหนึ่งวรรค ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายและกฎหมายที่ส่งเสริมการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้สูงอายุมีหลายมิติ ทั้งด้านวิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ จึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย โดยที่ปัญหาทุกด้านล้วนส่งผลสุดท้ายมาสู่ปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และพบว่า อปท. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับจัดสรรเงินสนับสนุนจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเป็นนิติบุคคล คงเหลือเบิกจ่ายจำนวนมาก บางแห่งเป็นจำนวนหลายล้านบาทที่ไม่สามารถเบิกจ่ายให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะไม่มีกฎระเบียบที่ครบถ้วนและชัดเจนรองรับให้เบิกจ่ายเงินดังกล่าวให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยถูกต้องตามกฎหมาย เนื่องจากมิได้มีการบัญญัติถึงเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบการดูแลสุขภาพควรประสานงานกับกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการปรับปรุงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กฎกระทรวง และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้อง นำกฎหมายสู่การปฏิบัติให้มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง กำหนดยุทธศาสตร์ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว เพื่อร่วมกันจัดการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีพลังในการสร้างประโยชน์ให้กับสังคม ตามเป้าประสงค์ active healthy aging โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

1) รัฐบาลควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติในแบบบูรณาการ ทั้งแผนระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว ประสานเชื่อมโยงการทำงานของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในระดับกระทรวง

2) รัฐบาลควรปรับปรุงด้านการเงินการคลัง รวมถึงการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายให้เพียงพอสำหรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ จัดทำระเบียบข้อบังคับการใช้จ่ายเงินอย่างเหมาะสม และทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวทางการจัดบริการที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

3) ควรบัญญัติสาระสำคัญแห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุเพิ่มเติม ในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ ค่าใช้จ่ายเพื่อการให้บริการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง กรณีค่าใช้จ่ายจำเป็นที่เกิดขึ้นจากการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (กลุ่มผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง) โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าพาหนะ รวมถึงค่าเบี้ยเลี้ยงของ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4) กระทรวงสาธารณสุขควรประสานงานกับกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการปรับปรุงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กฎกระทรวง และประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้องร่วมกัน เพื่อเป็นกลไกให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำกฎหมายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้อง

5) กระทรวงสาธารณสุขควรบูรณาการการทำงานดูแลผู้สูงอายุของกรม/กองต่าง ๆ ในกระทรวงให้ประสานสอดคล้องและเชื่อมโยงทุกมิติอย่างไร้รอยต่อ (Seamless care) ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์

6) กระทรวงสาธารณสุขควรนำยุทธศาสตร์ระบบการดูแลผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ โดยมอบหมายผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้นำยุทธศาสตร์ระบบดูแลผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ โดยจัดทำเกณฑ์มาตรฐานเพื่อการติดตามประเมินผลความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค และผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพตามที่พึงประสงค์

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่พบว่า แนวคิดของกฎหมายต่างประเทศในหลายประเทศเชื่อว่าการดูแลผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดการให้มีคุณภาพ โดยการบัญญัติกฎหมายกำหนดแนวทางการจัดการและจัดระบบการเงินการคลังเพื่อให้มีงบประมาณค่าใช้จ่ายเพียงพอต่อการดำเนินการ ในขณะที่ประเทศไทยมีการบัญญัติกฎหมาย

หลายระดับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่ผลการศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นที่มีต่อสภาพการใช้กฎหมายเหล่านั้นเพื่อบริการสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับควรปรับปรุงถึงพอใจ ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากบทบัญญัติของกฎหมาย ทั้งกฎหมายสารบัญญัติและอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องนั้น มิได้บัญญัติโดยครบถ้วนและชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับบริการและปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย พบว่า การบริการสุขภาพผู้สูงอายุไม่ครบถ้วน ขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ ขาดแนวทางปฏิบัติที่ดีและการติดตามผลทั้งการดูแลในสถานพยาบาล ในชุมชน และที่บ้าน ปัญหานี้ยังเกี่ยวเนื่องกับปัญหาการขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการการแก้ไขไปพร้อม ๆ กันเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ อันเป็นที่มาของข้อเสนอเชิงนโยบายและประเด็นทางกฎหมายที่ว่า กระทรวงสาธารณสุขควรประสานงานกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อดำเนินการปรับปรุงกฎหมายทุกลำดับเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้มีความครบถ้วนชัดเจน เป็นรูปธรรมที่จะเป็นกลไกให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง ทั้งนี้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุซึ่งบัญญัติให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการบริการ ทางแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548<sup>(5,6)</sup> ที่กำหนดไว้เพียงว่าจัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงกำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุจึงยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ ในขณะที่สังคมไทยได้เคลื่อนตัวเข้าสู่สังคมสูงวัยและใกล้จะถึงจุดอิมิตัวอย่างรวดเร็วในอนาคตข้างหน้า

ผลการศึกษาบริการและปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย พบว่า

ผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้ ไม่มีเวลาเพียงพอ มีภารกิจอื่น และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งปัญหาการขาดความรู้ของผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องกับการศึกษา<sup>(7)</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และรัฐบาลควรมีนโยบายในการพัฒนาหลักสูตรที่มีมาตรฐานเพื่อส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว<sup>(8)</sup> ในประเทศอังกฤษเน้นการดูแลโดยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ<sup>(9)</sup> ซึ่งหมายถึงการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เมื่อสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้น ประเทศอังกฤษจึงมีนโยบายที่มุ่งเน้นให้สังคมตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลในระยะยาวแบบไม่เป็นทางการเช่นเดียวกับสังคมไทยในปัจจุบันที่พบว่าผู้สูงอายุบางส่วนอาศัยอยู่ลำพัง โสดไม่มีบุตรหลาน บุตรหลานไปทำงานต่างถิ่นหรือคู่สมรสเสียชีวิตไปก่อน การอาศัยอยู่ลำพังส่วนใหญ่มีความต้องการสูงในด้านสุขภาพและบริการสังคม<sup>(10)</sup> ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มมากขึ้นในแต่ละปี เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบระยะยาว และต้องการผู้ดูแลที่สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครที่มีงานประจำ หรือหากเป็นบุตรหลานอาจต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำ จึงทำให้ขาดรายได้ แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550<sup>(11)</sup> และกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ<sup>(5,6)</sup> บัญญัติให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับสวัสดิการรวมทั้งเบี้ยยังชีพ แต่ไม่ครอบคลุมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายใดที่จะรองรับหรือชดเชย การให้สวัสดิการทั้งด้านค่าใช้จ่ายและด้านการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม แม้ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 เพื่อให้ดำเนินงานอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ<sup>(12)</sup> แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติเนื่องจากระเบียบการเบิกจ่ายยัง

ไม่สามารถรองรับได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับข้อเสนอของผลการศึกษาที่ว่า รัฐบาลควรปรับปรุงด้านการเงิน-การคลัง ทั้งการจัดหางบประมาณค่าใช้จ่ายให้เพียงพอต่อการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดทำระเบียบข้อบังคับการใช้งบประมาณดังกล่าวให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวทางการจัดบริการที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากการทบทวนกฎหมายในต่างประเทศจะพบว่า มีแหล่งที่มาของงบประมาณหลายช่องทาง ดังเช่น ประเทศสวีเดนมีแหล่งงบประมาณจากการเก็บภาษี ประเทศอังกฤษใช้การเก็บภาษีและการจ่ายร่วมจากผู้รับบริการ<sup>(9,13,14,18)</sup> ประเทศญี่ปุ่นใช้การประกันสังคมและการจ่ายร่วมจากผู้รับบริการ<sup>(16)</sup> ทั้งนี้การศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดของการบริหารจัดการงบประมาณจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงด้านการเงินการคลังที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

อนึ่ง ปัจจุบันระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยอาศัยกลไกการสร้างความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายดำเนินการร่วมในลักษณะภาคีเครือข่าย ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ ภาคประชาชนและภาคองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพเป็นไปแบบบูรณาการและบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าการประสานงานไม่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ และมีอุปสรรคในด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยการนำงบประมาณไปใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในส่วนของภาคีภาค อปท. รวมถึงในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขประสบปัญหาขัดข้องควรมีการประสานงานทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างหน่วยปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นกับหน่วยตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณ ได้แก่ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่องการบริหารจัดการ การจัดการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แม้ว่า

ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการประสานงานระหว่างผู้บริหารระดับสูงของภาคส่วนต่างๆ แต่ประเด็นการขาดบทบัญญัติแห่งกฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่ครบถ้วนชัดเจนอันจะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่พึงประสงค์อย่างเป็นรูปธรรมได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ จากการทบทวนกฎหมายในต่างประเทศพบว่า หลายๆ ประเทศใช้กลไกทางกฎหมายกำหนดแนวทางการทำงานดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศสวีเดน สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และญี่ปุ่น รวมทั้งมีการกระจายอำนาจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับองค์กรส่วนท้องถิ่น<sup>(4,8,9,14-16,18)</sup>

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์ นายแพทย์สุวรรณ์ชัย วัฒนา-ยิ่งเจริญชัย นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ แพทย์หญิงอรพรรณ เมธาติลกุล ศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ อาจารย์สุศักดิ์ ก้องเกียรติกุล อาจารย์ ภูมิพัทธ์ ศักดิ์ภิรมย์ อาจารย์ปัญญา ไบทอง ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุทั้ง 4 จังหวัด (เชียงใหม่ ขอนแก่น นครบุรี นครศรีธรรมราช) ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558
2. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24: 1017-29.
3. ภูมิ โชคเหมาะ, โชคชัย สุทธาเวศ, วิทย์ ชะนะภักย์, คะนิงรัตน์ บุศยบุตร. กฎหมายการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www1.nrct.go.th/Down->

- loads/ac/branch/08\_law/report\_Law\_for\_Quality\_of\_Life\_Promotion\_of\_the\_Old\_Age\_Persons\_in\_Thailand.pdf
4. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116, ตอนที่ 114 ก (ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2542).
  5. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 120, ตอนที่ 130 ก (ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2546).
  6. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127, ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 15 กันยายน 2553).
  7. เบลูจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร, นลินี เชื้อคำฟู. บทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;23:629-42.
  8. Dandi B. Quality assurance policies and indicators for long-term care in the European Union [Internet]. 2012 [accessed 2016 Jun 30]. Available from: [www.ancien-longtermcare.eu/.../ENEPRIIPBNo11%20\\_ANCIEN\\_%20QualityPoliciesandIndicatorsforLTC.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/.../ENEPRIIPBNo11%20_ANCIEN_%20QualityPoliciesandIndicatorsforLTC.pdf)
  9. Ervik R, Linden T.S. The making of ageing policy: theory and practice in Europe. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2013.
  10. สมคิด ตันติไวยทพันธ์, สุมณา ตันติไวยทพันธ์. ประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;23:619-28.
  11. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124, ตอนที่ 47 ก (ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2550).
  12. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 81 ง (ลงวันที่ 7 เมษายน 2559).
  13. Herrera AC, Pickard L, Wittenberg R, Malley J, King D. The long-term care system for the elderly in England. May, 2010 [Internet]. [accessed 2016 Jun 30]. Available from: [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/Default/files/ENEPRI%20\\_ANCIEN\\_%20RRNo%2074England.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/Default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo%2074England.pdf)
  14. Fukushima N, Adami J, Palme M. The long-term care system for the elderly in Sweden: ENEPRI research report No. 89. 2010 [Internet]. [accessed 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>
  15. วินัย ลิสมิทธิ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น: ความเป็นไปได้ของการบรรลุความครอบคลุมถ้วนหน้า. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.hisro.or.th/admin System%5>
  16. Ministry of Health, Labour, and Welfare, Japan. Health and welfare services for the elderly, 2013 [Internet]. [accessed 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/10e.pdf>
  17. Kelsen H. Principles of international law. New Jersey: The Lawbook Exchange; 2012.
  18. OECD. OECD reviews of health care quality: Sweden. Paris: OECD publishing; 2013.

**Abstract: Health Care Services for the Elderly: Legal Issue for Consideration**

**Benjaporn Suthamchai, Dip in Nursing Science\***; **Naphas Kaeowichian, B.N.S., LL.B.\***; **Thunyaporn Chuenklin, M.S.N., Ph.D.\*\***; **Wicharn Girdwichai, M.D.\*\*\***; **Sakchai Thravitayacom, M.D.\*\*\*\***

*\* The Supreme Patriarch Nyanasanwara Institute for Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health; \*\* Phrachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province; \*\*\* Thai Traditional Medicine Burapha University, Chonburi Province; \*\*\*\* Phra Nyanasanwara Geriatric Hospital. Chonburi Province*

*Journal of Health Science 2017;26:18-32.*

The purposes of this study were to explore the laws with regard to the elder, the opinions about health care services for the elderly: legal issue for consideration; services and the problems of health care services; and the recommendations on policy and law that promoted health care services for the elderly. It was conducted as a documentary research on law related to elderly care and a qualitative and quantitative survey. Altogether 655 subjects including the older people, caregivers, and multidisciplinary stakeholders were selected by cluster sampling from 4 regions of Thailand: North, Northeast, Middle, and South; then the 4 provinces in each region and subjects were selected by purposive sampling. Statistical analyses employed were content analysis, percentage, mean, and standard deviation. The findings demonstrated that many countries had legislate the laws for the older people, provided the elderly health care and financial system. In Thailand, there were many levels of legislation regarding elderly health care services. The study of opinions about health care services for the elderly showed that Constitution of the Kingdom of Thailand and the Act on Older Person could affect health care services for the elderly at the moderate level. The National Health Security Act, the National Health Act, the Notification of Ministry of Public Health RE: Elderly Service, and the Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act had an effect on health care services for the elderly at the low level. Services and the problems of health care service related to the laws were (1) low quality elderly health care services; (2) lack of the expert personnel; (3) caregiver and volunteers were lack of knowledge, had other job, and had problems on expenses; (4) the elderly were lack of knowledge, experiencing inequity, and inaccessible to the health services; and (5) unclear co-operation between the agencies and inappropriate of spending procedure. Recommendations of policy and law that promoted health care services for the elderly included: (1) the government should developed integrated strategic plan include all dimensions of care; (2) government financing should be revised; (3) the Act on Elderly Person and related subordinate legislations should be added about the expenditure of caregivers; (4) Ministry of Public Health should collaborated with Ministry of Social Development and Human Security, Ministry of Interior and related agencies in order to improve the Act on Elderly Person, and associated ministerial regulations and notifications; (5) the caring of older people should be integrated; and (6) the strategic plan of elderly health care system should be brought to practice.

**Key words:** health care, elderly, legal framework, financing source