



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
Development of long-term care policies
for the elderly in Thailand

สุธิดา แจ่มประจักษ์

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัย เงินรายได้ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
2568

สัญญาเลขที่ Huso05/2565

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
Development of long-term care policies
for the elderly in Thailand

สุธิตา แจ้งประจักษ์
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการและกระบวนการเข้าสู่วาระของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย โดยใช้ตัวแบบหลายกระแสของคิงตัน ผ่านการวิเคราะห์เอกสารนโยบายและสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้การวิเคราะห์เชิงอุปนัยและการวิเคราะห์แก่นสาระในการตีความข้อมูล

ผลการศึกษาแบ่งพัฒนาการนโยบายออกเป็น 3 ช่วงสำคัญ ได้แก่ ช่วงแรก (พ.ศ. 2496–2541) เป็นระยะที่รัฐให้การดูแลในลักษณะสงเคราะห์ผ่านสถานสงเคราะห์ ช่วงที่สอง (พ.ศ. 2542–2558) เป็นระยะเปลี่ยนผ่านที่เริ่มลดการพึ่งพาสถานบริการ และส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชน ภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐ และช่วงที่สาม (ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา) เป็นระยะของผสมผสานรูปแบบการให้บริการทั้งในสถาบันและครอบครัว ชุมชน ซึ่งเน้นการเชื่อมโยงบริการจากทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ โดยรูปแบบการให้บริการสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทหลัก คือ การดูแลในสถาบัน (Institutional Care) และการดูแลโดยครอบครัวหรือชุมชน (Community/Home Care) ซึ่งกำลังพัฒนาไปสู่ระบบการดูแลแบบผสมผสานที่ตอบสนองต่อความหลากหลายของความต้องการผู้สูงอายุ

กระบวนการเข้าสู่วาระนโยบาย พบการบรรจบกันของสามกระแส คือ กระแสปัญหา ได้แก่ การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพ ภาวะพึ่งพิง และข้อจำกัดของระบบบริการกระแสการเมือง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและกลไกการกำหนดนโยบาย อารมณ์ของสังคม และโอกาสทางการเมือง และกระแสนโยบาย ได้แก่ การวางรากฐานทางกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุ ข้อเสนอเชิงระบบจากเวทีสาธารณะและแผนยุทธศาสตร์ของรัฐ ซึ่งนำไปสู่การออกประกาศในปี พ.ศ. 2559 ที่กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ข้อค้นพบสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากแนวคิดแบบสงเคราะห์ไปสู่การพัฒนาาระบบบริการที่ยึดหลักสิทธิและความเสมอภาค พร้อมเสนอให้รัฐวางโครงสร้างนโยบายที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: นโยบาย, การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุ, การเข้าสู่วาระนโยบาย, ตัวแบบหลายกระแส

Abstract

This qualitative study aims to examine the development of long-term elderly care policies in Thailand and analyze the policy agenda-setting process. It employs Kingdon's Multiple Streams Model as a conceptual framework. Data were collected through policy document analysis and purposive in-depth interviews. Inductive and thematic analysis methods were used to interpret the data.

Findings indicate that long-term care policy in Thailand has evolved through three key phases. The first phase (1953–1998) was characterized by a state-led, institutional-based welfare approach. The second phase (1999–2015) marked a transition toward reducing reliance on institutional care and promoting the role of families and communities, with state support. The third phase (from 2016 onward) reflects a mixed model in which all service modalities are interconnected across families, communities, and formal care institutions. The long-term care service system can be categorized into two main models: institutional care and community/home-based care. These models are increasingly being integrated into a comprehensive continuum of care to better address the diverse needs of the elderly.

The agenda-setting process reveals the convergence of three streams. The problem stream includes the increasing number of older persons, health problems, dependency, and limitations of the service system. The political stream consists of structural changes and policymaking mechanisms, national mood, and political opportunities. The policy stream comprises the establishment of legal and policy foundations on aging, systematic proposals from public forums, and the state's strategic plans. This led to the policy announcement in 2016, which designated local governments as the primary mechanism for providing long-term care for dependent older persons. The findings reflect a transition from a welfare-oriented concept to the development of a service system based on rights and equity and further propose that the state establish a policy structure that continuously supports the participation of all sectors.

Keywords: Policy, Long-term care, Elderly, Agenda-setting, Multiple Streams Framework

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัย เงินรายได้ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เลขที่สัญญา Huso05/2565 ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มอบทุนสนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทกท่านที่ให้และข้อเสนอแนะอย่างมีคุณค่าในทุกขั้นตอนของการศึกษารวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าสัมภาษณ์และให้ข้อมูลและเอกสารสำคัญเพื่อประกอบการวิเคราะห์ทำให้วิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณะและผู้สูงอายุ ที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครั้งนี้

สุธิดา แจ้งประจักษ์

2568

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่.....	9
1 บทนำ.....	9
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	9
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	11
1.3 ขอบเขตการศึกษา.....	11
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	13
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	16
2.3 แนวคิดการกำหนดนโยบายสาธารณะ.....	20
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	25
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	27
2.6 นิยามศัพท์.....	28
3 วิธีการวิจัย.....	30
3.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30
3.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัย.....	31
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
4 ผลการศึกษา.....	34
4.1 พัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	34
4.2 การเข้าสู่วาระนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.....	62

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	77
5.1 สรุปผลการศึกษา	77
5.2 อภิปรายผลการศึกษา.....	82
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก	97
ภาคผนวก ข	99
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	100

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 สรุปสาระสำคัญของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	57
2 พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.....	60
3 สรุปหน้าต่างแห่งโอกาส.....	76

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 ระบบการดูแลระยะยาว.....	20
2 กรอบแนวคิดเบื้องต้นของการวิจัย.....	28
3 พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	54

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในพ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) กล่าวคือ มีประชากรอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 12.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และ คาดประมาณว่าในพ.ศ. 2575 สังคมไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ขณะที่ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลงจาก 43.26 ล้านคน หรือ 65 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2563 เป็น 36.5 ล้านคน หรือ 56 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2583 ส่งผลให้อัตราส่วนของวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี 2563 มีวัยแรงงาน 3.6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือวัยแรงงาน 1.8 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในปี 2583 ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานเพิ่มขึ้นจาก 27.7 ต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2563 เป็น 56.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2583 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2565) อีกทั้งอัตราส่วนเกื้อหนุนที่คนทำงานจะสามารถดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก ปี 2557 วัยแรงงาน 4.5 คนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ 1 คน เป็นปี 2560 วัยแรงงาน 3.9 คนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ 1 คน สะท้อนให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นไม่สมดุลกับวัยแรงงานส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นในขณะที่อัตราส่วนเกื้อหนุนลดลง

ส่วนลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.6 และเพิ่มขึ้นเป็น 7.7 8.6 และ 8.7 ในปี 2545 2550 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุอยู่ลำพังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.8 ส่วนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครัวเรือนมีร้อยละ 89.2 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 23.3 มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยกันอย่างพร้อมเพรียง คือ คู่สมรส บุตรและญาติ (บุตรเขย/บุตรสะใภ้ พี่/น้อง/ญาติ) ร้อยละ 20.4 อยู่กับบุตรและญาติ 15.8 อยู่กับคู่สมรสและบุตรร้อยละ 13.7 และอยู่กับคู่สมรสและญาติ ร้อยละ 9.4 นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเกิดความถดถอย ส่งผลต่อความแข็งแรงของร่างกายและการโรคประจำตัวสูงขึ้น เห็นได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551- 2552) (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 48 และร้อยละ 16 มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยผู้มีความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 44 และ ร้อยละ 22 ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว รวมทั้งยังมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง อย่างไรก็ตามสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) ได้สำรวจสถานการณ์ด้านของสุขภาพผู้สูงอายุจากการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.2) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง รองลงมา มีสุขภาพดี และ(ร้อยละ 39.3 และ 13.5 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองมีสุขภาพดีมากและไม่ดีมาก มีเพียงร้อยละ 1.6 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในสังคมไทยมีทั้งกลุ่มที่มีศักยภาพสามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพแต่ยังช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอยู่ในภาวะพึ่งพิง

ประเทศไทยมีการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. 2525 คือ แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ หลังจากนั้นมีการกำหนดนโยบายอย่างต่อเนื่อง เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มาตราการรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ พ.ศ. 2561 เป็นต้น นโยบายดังกล่าวมุ่งเน้นการสร้างระบบบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในทุกด้าน อาทิ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการมีงานทำ และรายได้ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านกระบวนการยุติธรรม ด้านความมั่นคงทางสังคม เป็นต้น ซึ่งส่วนหนึ่งมีการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นการสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care System) โดยรัฐบาลได้การมอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน ทำหน้าที่หลักในการนโยบายเหล่านี้ไปกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ตามภารกิจที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในมิติด้านสุขภาพ เห็นได้จาก ศศิปพัฒน์ ยอดเพชร (2552, 150-151) กล่าวว่า ระบบบริการในชุมชนจัดขึ้นตามนโยบายของกรมอนามัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ในสังคมไทยจะเป็นการให้บริการการดูแล สุขภาพ โดยมีคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านหรือให้คำแนะนำเรื่องการ ดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้าน ซึ่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วยบุคลากรหลายด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และอาจมีผู้ช่วยฯ ดูแลสุขภาพที่บ้าน คนทำงานบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน

ในส่วน “มิติสังคม” ของผู้สูงอายุ มักถูกให้ความสำคัญน้อยกว่ามิติด้านสุขภาพ โดยมิติสังคมในที่นี้หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ บทบาทในครอบครัวและชุมชน การมีส่วนร่วมทางสังคม รวมถึงการได้รับการยอมรับและคุณค่าในสังคม ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงอยู่ของผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งในบริบทของสังคมไทยยังพบจุดอ่อนในด้านมิติสังคมของผู้สูงอายุหลายประการ เช่น การถูกลดบทบาทในครอบครัว การขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคม และการถูกมองว่าเป็นภาระ มากกว่าจะเป็นทรัพยากรทางสังคม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564) นอกจากนี้ยังขาดกลไกเชิงระบบที่จะสร้างพื้นที่หรือเวทีให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงศักยภาพและมีบทบาทในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและมีความหมาย แนวทางในการพัฒนาจึงควรมุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาเครือข่ายสังคม และการสร้างวัฒนธรรมการยอมรับคุณค่าของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทางสังคม

จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พบว่า ส่วนใหญ่นักวิจัยมุ่งศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในมิติสุขภาพ ผลงานวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC : Long Term Care) เนืองด้วยภาพลักษณ์ต่อผู้สูงอายุของสังคม คือ ผู้ที่มีสุขภาพเสื่อมโทรม และมีโรคภัยไข้เจ็บ และต้องการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้กำหนดนโยบายจึงมุ่งเน้นการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขเป็น

หลัก อย่างไรก็ตามมีการกลุ่มของผู้สูงอายุตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living : ADL) สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ติดสังคม) สุขภาพทั่วไปดี ช่วยเหลือตนเองได้ อาจมี โรคเรื้อรัง แต่ควบคุมได้ 2 กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ช่วยตนเองได้ในบางเรื่อง ต้องการการ ช่วยเหลือบางส่วน อาจมีโรคเรื้อรัง และ โรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวกลุ่ม 3 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวหลายโรค มีโรค แทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยระยะ สุดท้าย (ไพฑูรย์ พัชรอาภา, 2559) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการศึกษาโยบายในมิติสังคมเพื่อเป็นการชะลอหรือคงศักยภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 และ 2 ให้นานที่สุด

จากข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในมิติสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจถึงกระบวนการเข้าสู่วาระนโยบาย โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย เช่น สถานการณ์ทางการเมือง กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย สถานการณ์ทางสังคม ณ ห้วงเวลานั้นที่มีส่วนผลักดันทำให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเข้าสู่วาระนโยบาย ทั้งนี้ตัวแบบหลายกระแส (Multiple Streams Model) ของคิงคือนถือเป็นตัวแบบหนึ่งที่ใช้ในการศึกษากระบวนการเข้าสู่วาระนโยบายที่เกิดขึ้นกระแสการเมือง (Politics stream) กระแสตัวปัญหา (Problem stream) และ กระแสนโยบาย (Policy Stream) มาบรรจบกันจนนำไปสู่การกำหนดนโยบาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ตัวแบบหลายกระแสเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนสำคัญต่อการเข้าสู่วาระนโยบาย รวมทั้งศึกษาสาระสำคัญของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อนำไปสู่การสร้างความเข้าใจและนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขในกระบวนการนโยบายของประเทศต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาการเข้าสู่วาระนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

1.3 ขอบเขตการศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตเนื้อหาการศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยในช่วงปีพ.ศ. 2525- 2561 เนื่องจากเป็นปีที่เริ่มมีการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุเป็นครั้งแรก โดยมุ่งเน้นศึกษากระบวนการเข้าสู่วาระนโยบายของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กรณีศึกษา ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 เนื่องจากเป็นแนวทางที่เกิดขึ้นมาเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ

ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเอกสาร โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทั้งแนวคิดทฤษฎี พระราชบัญญัติ ระเบียบข้อบังคับ นโยบาย รวมถึงบันทึกการประชุมทั้งที่เกี่ยวข้องกับนโยบายผู้สูงอายุในระหว่างปีพ.ศ.2525 – 2561 รวมทั้งศึกษาข้อมูล

ทฤษฎีที่ได้จากรวบรวมงานวิจัย วิทยานิพนธ์ การประเมินผลการดำเนินโครงการจาก
ฐานข้อมูลต่าง ๆ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานภาพการทางนโยบายเกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประเทศไทยในเชิงพัฒนาการ นำไปสู่การกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในอนาคตได้ และเข้าใจกระบวนการในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย สามารถนำไปสู่พัฒนาแนวทางในการกำหนดบทบาทที่เหมาะสมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแนวคิดเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในกระบวนการกำหนดนโยบาย โดยอธิบายถึงกระบวนการเข้าสู่ วาระนโยบาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
3. แนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายสาธารณะ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (older person) หรือคนชรา โดยทั่วไปหมายถึง ผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีลักษณะทางกายภาพที่เห็นได้อย่างชัดเจนว่ามีความเสื่อมโทรมของร่างกาย เช่น ผิวหนังเหี่ยวแห้ง มีผมเป็นสีขาว หรือ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างกระฉับกระฉ่ง หรือไม่สามารถทำงานประจำ ได้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้นิยาม ผู้สูงอายุว่าเป็น บุคคล หรือกลุ่ม ประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็น เกณฑ์อายุเริ่มต้นเดียวกับขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุ (WHO, 2001) แต่ในทางปฏิบัติมีความแตกต่างระหว่าง ประเทศ กล่าวคือกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว แม้ส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดอย่างเป็นทางการหรือระบุชัดเจน ทางกฎหมาย แต่มีกฎอ้างอิงหรือตกลงไว้ที่เกณฑ์ อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนา หลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย กำหนดไว้ หรือตกลงไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (รศรินทร์ เกรย์ และคนอื่นๆ, 2556)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2021) กำหนดให้บุคคลที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปถือเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และ สังคม โดยมีความต้องการการดูแลเฉพาะด้าน ทั้งในเรื่องสุขภาพ รายได้ และการมีส่วนร่วมในสังคม

สำหรับประเทศไทยพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

จากการพิจารณานิยามผู้สูงอายุจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ จะ เห็นได้ว่าการใช้เกณฑ์อายุเป็นหลักในการจำแนก โดยทั่วไปจะหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่ง ถือเป็นช่วงวัยที่เริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งยังเป็นวัยที่ต้องการ การดูแลที่เหมาะสมตามบริบททางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และกฎหมายของแต่ละประเทศ ดังนั้นใน การศึกษาวิจัยหรือกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จึงควรพิจารณาทั้งเกณฑ์อายุ มิติด้าน

สุขภาพ และบริบททางสังคมควบคู่กันอย่างรอบด้านเพื่อให้เกิดความเข้าใจและตอบสนองต่อความจำเป็นเฉพาะของกลุ่มประชากรสูงอายุได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

2.1.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การทำความเข้าใจผู้สูงอายุในบริบทของนโยบายและการพัฒนา จำเป็นต้องพิจารณาจากมโนทัศน์ (concept) ที่สะท้อนวิธีการมอง “ผู้สูงอายุ” ของรัฐ สังคม และนักวิชาการในห้วงเวลาที่ต่างกัน โดยมโนทัศน์เหล่านี้มิได้เป็นเพียงมุมมองเชิงทัศนคติ แต่ยังมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย กลไก และมาตรการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง

จากการศึกษาพัฒนาการนโยบายผู้สูงอายุในประเทศไทยและแนวคิดสากล สามารถจำแนกมโนทัศน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุออกเป็น 3 แนวหลัก ดังนี้

1. มโนทัศน์ผู้สูงอายุในฐานะผู้พึ่งพิง (Dependency Concept)

แนวคิดนี้เป็นมโนทัศน์ดั้งเดิมที่มองว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจากมีความเสื่อมถอยทางร่างกาย ไม่มีรายได้ และไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่ จึงจำเป็นต้องได้รับการสงเคราะห์จากครอบครัวหรือรัฐ แนวนโยบายในยุคนี้นี้จึงมุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือเฉพาะกรณี เช่น การจัดสถานสงเคราะห์ หรือการให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้ที่ยากไร้ (สุธิตา แจ่มประจักษ์ และพิชาย รัตนติลล ฦ ฎุเกีต, 2566)

แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎี "Disengagement Theory" ซึ่งเสนอว่าผู้สูงอายุควรถอยบทบาทจากกิจกรรมทางสังคม เพื่อเปิดพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่ อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้มักถูกวิพากษ์ว่าเป็นการลดทอนศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยมองข้ามความสามารถที่ยังคงมีอยู่

2) มโนทัศน์ผู้สูงอายุแบบกระตือรือร้น (Active Aging)

แนวคิดนี้เน้นศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้เสนอกรอบแนวคิด Active Aging ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ สุขภาพดี (healthy), การมีส่วนร่วม (participation) และความมั่นคง (security) มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ มองว่าผู้สูงอายุไม่ควรถูกจำกัดบทบาท แต่ควรได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ชุมชน และสังคม

ในบริบทของประเทศไทย แนวนโยบายในช่วงนี้ได้ขยายกลุ่มเป้าหมายจากผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไปสู่ผู้สูงอายุทั่วไป โดยส่งเสริมการมีบทบาททางสังคม การทำงานหลังเกษียณ และการจัดบริการที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีคุณค่า แนวคิดนี้ยังเน้นการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในทุกมิติ นอกจากนี้ยังเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมและบริการที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุข

กรอบแนวคิดนี้ถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่น สวีเดน และเยอรมนี เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและลดภาระต่อรัฐ แนวคิด Active Aging ยังเป็นรากฐานของนโยบายผู้สูงอายุในประเทศไทย เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างสร้างสรรค์ (สำนักงานผู้สูงอายุ, 2562)

3) มโนทัศน์ผู้สูงอายุแบบสิทธิมนุษยชน (Rights-based Approach)

แนวคิดนี้เน้นว่าผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกับประชากรกลุ่มอื่น โดยเฉพาะสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณะ การมีส่วนร่วมทางการเมือง และการได้รับการคุ้มครองจากการเลือกปฏิบัติ (United Nations, 2020) แนวคิดนี้มีพื้นฐานจากกรอบสิทธิมนุษยชนสากลที่ผลักดันให้เกิดการเคารพสิทธิของผู้สูงอายุอย่างเสมอภาค เช่น สิทธิในการได้รับการบริการสาธารณะ การปกป้องจากการเลือกปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในสังคม รวมทั้งและสิทธิในการได้รับการปกป้องจากการเลือกปฏิบัติตามอายุ (ageism)

การที่ผู้กำหนดนโยบายมีมโนทัศน์ต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อการกำหนดแนวทางในการดูแลและจัดบริการที่มีลักษณะหลากหลาย สะท้อนถึงวิถีคิดของรัฐและสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุในฐานะ "ผู้พึ่งพิง" หรือ "ผู้มีความพิการ" อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความแตกต่างด้านแนวคิด แต่สิ่งที่ภาคส่วนต่าง ๆ ยอมรับร่วมกันคือ ความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพทั้งกายและใจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเสื่อมถอยตามวัยและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้น การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้กำหนดระดับความช่วยเหลือด้านสุขภาพและสวัสดิการที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ได้พัฒนาระบบการจำแนกผู้สูงอายุตามระดับศักยภาพ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ผ่านดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ทั้งนี้การประเมินดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดูแลสุขภาพและออกแบบบริการที่ตอบสนองต่อภาวะพึ่งพิงในระดับต่าง ๆ อย่างเหมาะสม จำแนกผู้สูงอายุตามคะแนนออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เรียกว่า “ติดสังคม” คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้มี คะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5/8 คะแนน

2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เรียกว่า “ติดบ้าน” คือผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีคะแนน รวมความสามารถทางร่างกาย อยู่ในช่วง 5-11/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เรียกว่า “ติดเตียง” คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจ น้อยกว่า 5/8 คะแนน

กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดข้างต้นมาใช้ในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อกำหนดแนวทางในการจัดบริการให้เหมาะสมไปตามศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพราะการเป็นกลุ่ม ติดเตียง ติดบ้าน หรือติดสังคมจะมีความแตกต่างกันออกไป และมีความพยายามในการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านให้กลายเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคมโดยการเสริมสร้างกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่ติดเตียงจะมีแนวทางในการบำบัด เยียวยา รักษาอาการเจ็บป่วย คือพยายามจัดบริการให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่สุด

2.1.3 หลักการจัดบริการสังคมให้ผู้สูงอายุ

ส่วนหลักการจัดบริการสังคมให้ผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2534 องค์การสหประชาชาติออกเอกสารหลักการสำหรับผู้สูงอายุ (United Nations, 1991) โดยเน้นว่าควรให้ความสำคัญกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุโดยเฉพาะใน 5 ประเด็นต่อไปนี้ (Cox, C. B., 2015, 11)

1. ความเป็นอิสระ (Independence) ผู้สูงอายุควรเข้าถึงอาหารน้ำที่อยู่อาศัยเสื้อผ้าและการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอโดยการจัดหารายได้ครอบครัวและชุมชนและการช่วยเหลือตนเอง ผู้สูงอายุควรมีโอกาสที่จะทำงานและมีส่วนร่วมในการกำหนดเวลาที่จะเกษียณ ผู้สูงอายุควรสามารถอาศัยอยู่ที่บ้านได้นานที่สุด

2. การมีส่วนร่วม (Participation) ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในสังคมมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการกำหนดและการใช้นโยบายที่มีผลต่อความเป็นอยู่และแบ่งปันความรู้และทักษะกับเยาวชนรุ่นใหม่ ผู้สูงอายุควรสามารถทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความสนใจและความสามารถของตนและเพื่อสร้างความสัมพันธ์

3. การดูแลผู้สูงอายุ (Care) ควรได้รับประโยชน์จากการดูแลครอบครัวและชุมชนและสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและเหมาะสม ผู้สูงอายุควรเข้าถึงบริการทางสังคมและกฎหมายเพื่อเพิ่มความเป็นเอกเทศการป้องกันและการดูแลของตนเอง

4. การทำให้ตัวเองสมบูรณ์ (Self-fulfillment) ผู้สูงอายุควรสามารถติดตามโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้เต็มที่ ผู้สูงอายุควรเข้าถึงทรัพยากรด้านการศึกษาวัฒนธรรมจิตวิญญาณและทรัพยากรที่เกิดขึ้นใหม่ของสังคม

5. ศักดิ์ศรี (Dignity) ผู้สูงอายุควรสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและความมั่นคงและปลอดภัยจากการใช้ประโยชน์และการทารุณกรรมทางร่างกายหรือจิตใจ

ดังนั้นในการกำหนดนโยบายจึงมีแนวทางในการจัดบริการสังคมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุอายุในแต่ละกลุ่มโดยคำนึงถึงอายุและความสามารถในการดำรงชีวิตเป็นหลัก การจัดบริการเหล่านั้นจะต้องคำนึงหลักการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุด้วย

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2.2.1 ความหมายของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

WHO (n.d.). นิยามการดูแลระยะยาวว่าเป็นบริการที่จัดให้กับบุคคลที่มีหรือมีความเสี่ยงที่จะสูญเสียความสามารถทางกายภาพหรือจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกัน ลด หรือฟื้นฟูการเสื่อมสภาพของหน้าที่การทำงาน ซึ่งบริการเหล่านี้สามารถจัดได้ในหลายรูปแบบ เช่น การดูแลที่บ้าน การดูแลในชุมชน การดูแลในสถานพยาบาล หรือการดูแลในโรงพยาบาล

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะถดถอยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548, 94) ระบุว่า การจัดบริการระยะยาว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ สังคม และอื่น ๆ หรือ

สมาชิก ในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือประชาชนทั่วไป เพื่อให้บริการกับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการจัดการบริการเพื่อให้บุคคลสามารถ ประกอบกิจวัตรประจำวันให้อยู่ในสังคมได้ โดยมุ่งตอบสนองกิจกรรมพื้นฐานใน 6 กลุ่มด้วยกัน คือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อหาสินค้าบริโภคอุปโภค การเตรียมอาหาร และการดูแลที่พักอาศัย

คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ให้ความหมายของการบริการสังคม (Social Services) นั้น ว่าหมายถึง หน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของรัฐบาล และเอกชนที่มีต่อประชาชนในการจัดสรรบริการ เพื่อสร้างเสริมชีวิตความเป็นอยู่และสวัสดิภาพของประชาชน ด้วยจุดมุ่งหมายของการป้องกัน การบำบัดความเดือดร้อน การสร้างเสริมและ พัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ ตลอดเวลาได้อย่างเป็นสุข ตามควรแก่อัตภาพ ทั้งนี้ บริการสังคมจะแตกต่างจากบริการ สาธารณะและสาธารณูปโภค ด้วยปัจจัยของการเป็นบริการที่มุ่งเน้นสวัสดิภาพของบุคคล มากกว่าการจัดสรรบริการทางกายภาพเพื่อชุมชน และโครงสร้างปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ลักษณะของบริการสังคมในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุม การให้คำปรึกษาทางสังคมและจิตใจ (Social counselling) การช่วยเหลือในที่พักอาศัย (Domiciliary care) เช่น การจัดการด้านอาหาร การช่วยดูแลบ้าน การช่วยเหลือส่วนบุคคล (Personal assistance) การช่วยเหลือบางช่วงเวลา (Respite care) ศูนย์ดูแลเวลากลางวัน (Day Care center) และบริการอื่น ๆ ที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

จากนิยามของการดูแลระยะยาวที่หลากหลาย พบว่าการดูแลระยะยาวมิได้หมายถึงเพียงการจัดบริการสุขภาพเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมถึงบริการทางสังคมที่หลากหลาย ทั้งในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระให้มากที่สุด การดูแลระยะยาวจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลายของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

2.2.2 แนวทางการดูแลผู้สูงอายระยะยาว

OECD (2007) ได้แบ่งระบบบริการ LTC เป็น 2 ประเภท คือ การดูแลระยะยาวด้านสุขภาพ (long-term health care) กับ การดูแลระยะยาวด้านสังคม (long-term social care) โดยการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพมุ่งดูแลกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น การ อาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหาร หรือการเคลื่อนย้ายตัวเอง รวมถึงการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการ สนับสนุนจากบุคลากรในวิชาชีพสาธารณสุขและการแพทย์ ขณะที่การดูแลระยะยาวด้านสังคมเน้นสนับสนุนปัจจัยหรืออุปกรณ์ เครื่องมือที่จะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานเหล่านั้นให้ผู้ป่วยได้ก้าวพ้นข้อจำกัดทางกาย เช่น การ ให้การช่วยเหลือด้านการซื้อของ การสนับสนุนทางการเงิน การ ดูแลทำความสะอาดที่อยู่อาศัย และบริการทางสังคมอื่น

นอกจากนี้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) (๒๕๕๔) ได้แบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวเป็น 2 รูปแบบได้แก่

1) การดูแลระยะยาวที่บ้าน หมายถึง การให้บริการดูแลระยะยาวที่จัดบริการที่บ้านให้กับผู้รับบริการซึ่งมีภาวะพึ่งพิง โดยรวมถึงการจัดบริการดูแลระยะยาวในสถาบันแบบชั่วคราวเพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน ศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน (day-care centers) รวมถึงการดูแลในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (respite care) การดูแลระยะยาวที่บ้านยังรวมถึงการออกแบบระบบบริการอย่างต่อเนื่องที่จะช่วยเหลือหรือปรับวิธีการใช้ชีวิตในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดูแลตนเองได้

2) การดูแลระยะยาวในสถาบัน หมายถึง การจัดบริการดูแลระยะยาวและที่พักในสถานพยาบาลหรือบ้านพักสาธารณะสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลด้านการแพทย์และการพยาบาลเนื่องจากภาวะโรคเรื้อรัง และการต้องการความช่วยเหลือในเรื่องกิจกรรมพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต (ADL) ซึ่งรวมถึงการจัดบริการอื่นเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิงปานกลางและผู้ที่มีการพึ่งพิงมาก

จากแนวคิดขององค์การเพื่อความร่วมมือและพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) จะเห็นได้ว่าระบบการดูแลระยะยาว (LTC) มีความหลากหลายและจำเป็นต้องตอบสนองทั้งมิติด้านสุขภาพและสังคมอย่างบูรณาการ โดยแบ่งออกเป็นการดูแลด้านสุขภาพที่เน้นการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการรักษาพยาบาล และการดูแลด้านสังคมที่มุ่งสนับสนุนการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกตามสถานที่ให้บริการ ได้แก่ การดูแลระยะยาวที่บ้านซึ่งส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และการดูแลในสถาบันซึ่งให้บริการดูแลอย่างเข้มข้นสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ระบบการดูแลระยะยาวจึงควรได้รับการออกแบบให้ยืดหยุ่น ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.3 หลักการและเป้าหมายของการจัดบริการดูแลระยะยาว

เป้าหมายของการดูแลระยะยาวคือ การสนับสนุนบุคคลที่มีความสามารถในการทำงานจำกัดและเสื่อมถอยให้ยังคงใช้ชีวิตที่มีความหมายต่อไปได้อย่างอิสระและปลอดภัยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ พร้อมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของพวกเขา ในขณะที่เดียวกันก็เคารพสิทธิในความเป็นอิสระและการตัดสินใจด้วยตนเอง รวมถึงหลักความเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งมีหลักการดังต่อไปนี้ (World Health Organization, 2022)

- 1) จัดให้บริการอย่างต่อเนื่องและบูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพและบริการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) สอดคล้องอย่างใกล้ชิดกับคุณค่าและความต้องการ ของผู้ใช้บริการ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ครอบครัว และชุมชน
- 3) จัดบริการในสถานที่ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและมีส่วนร่วมในเครือข่ายสังคมท้องถิ่นให้ได้มากที่สุด

ทั้งนี้การบริการดูแลช่วยเหลือ (Assistive care services) ในชีวิตประจำวันและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ควรครอบคลุม 3 ด้านหลัก ได้แก่

1. การดูแลส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) เช่น การอาบน้ำหรืออาบฝักบัว การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุกจากหรือขึ้นเตียงหรือเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ และการเดินในระยะสั้น

2. การจัดการโภชนาการและงานบ้าน ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมในชีวิตประจำวันขั้นสูง (IADL) เช่น การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมและจัดเสิร์ฟอาหาร การจัดการยา การทำความสะอาดบ้าน การบำรุงรักษาที่อยู่อาศัย และการจัดการด้านการเงินและค่าสาธารณูปโภค

3. การสนับสนุนด้านความเป็นอยู่ที่ดีและการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น การจัดการการเดินทาง การให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา การส่งเสริมการสนับสนุนระหว่างกลุ่มเพื่อน การจัดการกิจกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม กีฬา และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมกับชุมชน

บริการดูแลช่วยเหลือเหล่านี้มีลักษณะแยกจากบริการด้านการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เนื่องจากมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการให้การสนับสนุนและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง แม้ว่าบริการดังกล่าวจะถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลระยะยาวอย่างเป็นทางการ แต่ในความเป็นจริง บริการดูแลช่วยเหลือส่วนใหญ่ยังคงได้รับการจัดให้โดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ชุมชนท้องถิ่น หรือผู้ดูแลส่วนตัวที่พักอาศัยร่วมกับผู้รับบริการดูแล แม้กระทั่งในประเทศที่มีระบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาแล้ว

2.2.4 ขอบเขตของระบบการดูแลระยะยาว

World Health Organization (2022) ระบุว่า ระบบการดูแลระยะยาวประกอบด้วยองค์กรบุคคล และกิจกรรมต่าง ๆ ที่มุ่งส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูคุณภาพชีวิต สุขภาพ และความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจอย่างต่อเนื่อง ระบบนี้มีขอบเขตที่ครอบคลุมหลากหลายและเชื่อมโยงกันอย่างลึ้นไหลระหว่างระบบสุขภาพ ระบบคุ้มครองทางสังคม และการให้บริการดูแลทั้งในรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ ดังแสดงในภาพที่ 1

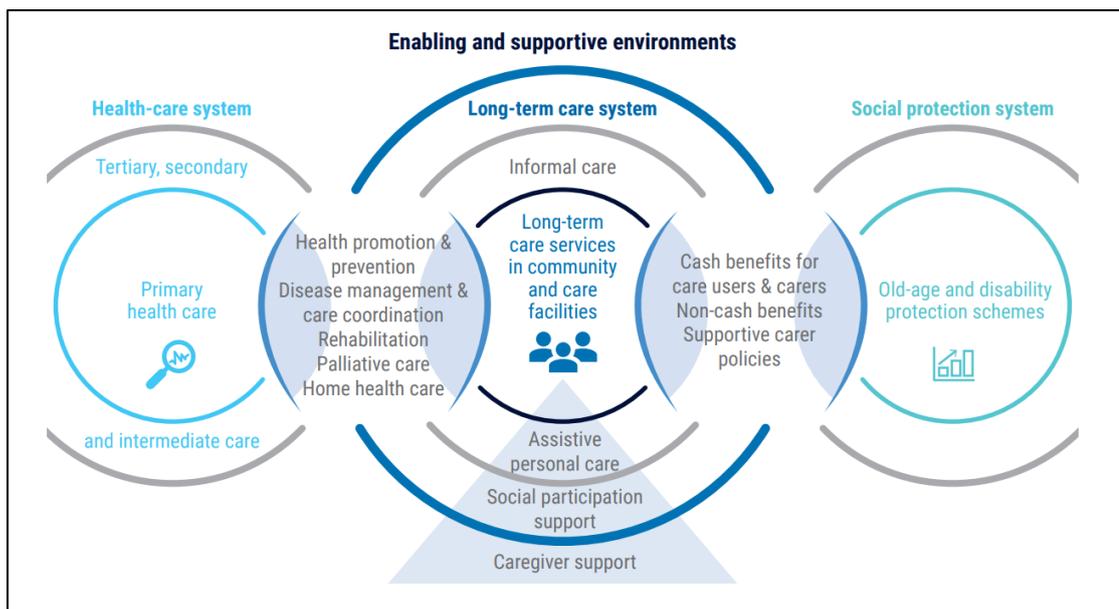
ศูนย์กลางของระบบการดูแลระยะยาวคือบริการดูแลในชุมชนและสถานบริการ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากการดูแลทั้งอย่างเป็นทางการ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลแบบประคับประคอง และการจัดการโรคเรื้อรัง รวมถึงการดูแลอย่างไม่เป็นทางการโดยครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งมักเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของระบบนี้

ขณะเดียวกัน สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น การสนับสนุนด้านสังคม การช่วยเหลือส่วนบุคคล และการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแล ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดสามารถดำรงชีวิตอย่างมีอิสระได้นานขึ้น ลดหรือชะลอความจำเป็นในการรับบริการดูแลที่เข้มข้น

แม้องค์ประกอบหลักทั้งสาม ได้แก่ การดูแลอย่างเป็นทางการ การดูแลไม่เป็นทางการ และสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย จะพบได้ในทุกระบบการดูแลระยะยาวทั่วโลก แต่สัดส่วนและบทบาทของแต่ละองค์ประกอบอาจแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศ บางประเทศมีบริการดูแลอย่างเป็นทางการที่พัฒนาแล้ว ขณะที่บางประเทศยังคงพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวหรือชุมชนเป็นหลัก

นอกจากนี้ ระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพขั้นต้น มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนบริการดูแลระยะยาวในชุมชน ผ่านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลฟื้นฟู ในขณะที่ระบบคุ้มครองทางสังคม เช่น โครงการคุ้มครองผู้สูงอายุและผู้พิการ มีบทบาทในการสร้างความมั่นคงด้านรายได้และทรัพยากรที่จำเป็นแก่ผู้ที่ต้องการการดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1 ระบบการดูแลระยะยาว



หมายเหตุ. จาก World Health Organization, 2022, Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region, page 8 <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5330-45095-64318>

2.3 แนวคิดการกำหนดนโยบายสาธารณะ

2.3.1 ความหมายของนโยบายสาธารณะ

“นโยบายสาธารณะ” ถือว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่รัฐได้กำหนดทิศทางในการพัฒนาประเทศและวางแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ โดยที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการโธมัส อาร์ ดาย (Thomas R. Dye, 1978) ได้กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ คือสิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ ทั้งนี้การกำหนดนโยบายของรัฐจะมีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบสังคม เช่น สภาพเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาของประชาชน องค์กรประกอบทางด้านประชากร นอกจากนี้ยังมีระบบการเมือง เช่น สถาบันทางการเมือง พรรคการเมือง หรือ กลุ่มผลประโยชน์ที่จะส่งผลต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ

ดังนั้นการที่จะสามารถเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญและแนวทางการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis) โดยทำความเข้าใจถึงระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการก่อเกิดนโยบาย การกำหนดนโยบายการนำนโยบายไปปฏิบัติและการประเมินผล โดยจะต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้รัฐต้องกำหนดนโยบาย รวมทั้งการวิเคราะห์ถึงการขับเคลื่อนนโยบาย (Policy Advocacy) และข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Information for Policy) ที่จะแสดงให้เห็นถึงบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบายนั้น ๆ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ถึงผลกระทบของนโยบายจะสามารถนำไปสู่การกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้ เนื่องจากเป็นแนวทางที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนในประเทศ โดยได้มีนำสถานการณ์ที่ผู้คนให้ความสำคัญในการนำมาซึ่งการกำหนดนโยบายเพื่อดำเนินการต่าง ๆ ต่อปัญหาเหล่านั้น

นักวิชาการทางด้านรัฐศาสตร์ได้เสนอตัวแบบในการวิเคราะห์นโยบายในแง่มุมต่าง ๆ อย่างหลากหลาย อาทิ

การศึกษาขบวนการนโยบายขั้นตอนของกระบวนการนโยบายเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเกิดขึ้นของนโยบาย รูปแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ หรือการประเมินผลการดำเนินงานของนโยบาย ได้แก่ ตัวแบบการกำหนดนโยบายที่เน้นศึกษาตัวแสดงที่มีบทบาท เช่น ตัวแบบชนชั้นนำ (The Elite Model) โดยโรมัส อาร์ ดาย (Thomas R. Dye) กล่าวว่านโยบายสาธารณะเป็นผลมาจากความต้องการหรือค่านิยมของผู้นำทางการเมืองซึ่งลักษณะทิศทางของการกำหนดนโยบายจะเป็นแบบบนลงล่าง ซึ่งแตกต่างกับ Robert A. Dahl ที่เสนอตัวแบบพหุนิยมกลุ่มผลประโยชน์ (The Pluralist Model) ที่กล่าวว่านโยบายจะเกิดมาจากกลุ่มผลประโยชน์ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย เพราะมีการกระจายอำนาจ ดังนั้นกลุ่มเหล่านี้จะมีบทบาทเจรจาต่อรองผลประโยชน์กับกลุ่มผู้นำเพื่อนำเสนอแนวคิดของตนเองไปสู่การกำหนดนโยบายรูปแบบการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (The Incremental Model) เป็นตัวแบบที่เสนอโดย ลินบลอม (Lindblom) อธิบายนโยบายสาธารณะว่าถูกกำหนดขึ้นมาจากการปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงจากนโยบายเดิมที่มีอยู่เพียงเล็กน้อย เนื่องจากไม่สามารถแสวงหาทางเลือกของนโยบายที่ดีกว่าเดิมได้ หรือตัวแบบแบบสมเหตุสมผล (The Rational-Comprehensive) ที่กล่าวว่าในการกำหนดนโยบายจะขึ้นอยู่กับกรกกำหนดเป้าหมาย เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณะโดยมีการเปรียบเทียบถึงต้นทุน และผลประโยชน์ ข้อดี ข้อเสียอย่างมีหลักการและเลือกทางเลือกของนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาสูงสุด

ความเข้าใจในสาระสำคัญและแนวทางการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis) อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องทำความเข้าใจระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการก่อเกิดนโยบาย ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ จนถึงการประเมินผลการดำเนินงาน (Weimer & Vining, 2017)

การวิเคราะห์นโยบายต้องครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญหลายประการ ได้แก่ การวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้รัฐต้องเข้ามาแทรกแซงผ่านการกำหนดนโยบาย การศึกษาบทบาทของการขับเคลื่อนนโยบาย (Policy Advocacy) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ใช้ในการส่งเสริมหรือต่อต้านนโยบายใดนโยบายหนึ่ง การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Information for Policy) ที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทและผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบายนั้น รวมทั้งการวิเคราะห์

ผลกระทบของนโยบายทั้งในด้านบวกและลบ เพื่อนำไปสู่การกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dunn, 2015)

การศึกษา นโยบายสาธารณะในยุคปัจจุบันต้องคำนึงถึงความซับซ้อนของสังคมสมัยใหม่ที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลาย ตั้งแต่หน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน องค์กรภาคประชาสังคม สื่อมวลชน และประชาชนทั่วไป ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความสนใจ ความต้องการ และอำนาจในการมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายแตกต่างกัน การนำสถานการณ์หรือปัญหาที่ผู้คนให้ความสำคัญมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดนโยบายจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้นโยบายสามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนในประเทศได้อย่างแท้จริง

2.3.2 ตัวแบบในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

นักวิชาการทางด้านรัฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะได้พัฒนาตัวแบบในการวิเคราะห์นโยบายในแง่มุมต่างๆ อย่างหลากหลาย เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเกิดขึ้นของนโยบาย รูปแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลการดำเนินงานของนโยบาย แต่ละตัวแบบมีจุดเน้นและมุมมองที่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนและพหุมิติของกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

ตัวแบบชนชั้นนำ (The Elite Model)

Thomas R. Dye และ Harmon Zeigler (2012) ได้นำเสนอตัวแบบชนชั้นนำ อธิบายว่า นโยบายสาธารณะเป็นผลมาจากความต้องการ ค่านิยม และมุมมองของผู้นำทางการเมืองและสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มคนจำนวนน้อยที่มีอำนาจและอิทธิพลสูง ลักษณะทิศทางการกำหนดนโยบายตามตัวแบบนี้ เป็นแบบบนลงล่าง (Top-down) โดยชนชั้นนำจะเป็นผู้กำหนดวาระและแนวทางนโยบาย ขณะที่ประชาชนทั่วไปมีบทบาทรับนโยบายเป็นหลัก ตัวแบบนี้สะท้อนให้เห็นถึงการกระจุกตัวของอำนาจในสังคม โดยเฉพาะในระบบการเมืองที่มีการรวมอำนาจ อย่างไรก็ตาม ตัวแบบนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่สามารถอธิบายความซับซ้อนของสังคมประชาธิปไตยสมัยใหม่ที่มีช่องทางการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่หลากหลาย

ตัวแบบพหุนิยมกลุ่มผลประโยชน์ (The Pluralist Model)

ตัวแบบพหุนิยมกลุ่มผลประโยชน์ ที่พัฒนาโดย Robert A. Dahl (1961) และ David Truman (1951) เสนอมุมมองที่แตกต่างจากตัวแบบชนชั้นนำ โดยกล่าวว่านโยบายจะเกิดมาจากการปฏิสัมพันธ์และการต่อรองระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบายนั้น ตัวแบบนี้อยู่บนสมมติฐานที่ว่าในสังคมประชาธิปไตยมีการกระจายอำนาจ และกลุ่มต่างๆ สามารถเข้าถึงกระบวนการกำหนดนโยบายได้

กลุ่มผลประโยชน์เหล่านี้จะมีบทบาทในการเจรจาต่อรองผลประโยชน์กับผู้นำทางการเมือง การแข่งขันและความขัดแย้งระหว่างกลุ่มต่างๆ จะนำไปสู่การประนีประนอมและการสร้างสมดุลในการกำหนดนโยบาย ความหลากหลายของกลุ่มผลประโยชน์ทำให้เกิดการตรวจสอบและถ่วงดุลซึ่งกันและกัน ป้องกันไม่ให้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมีอำนาจเบ็ดเสร็จ

ตัวแบบการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (The Incremental Model)

ตัวแบบการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ที่เสนอโดย Charles E. Lindblom (1959) อธิบายว่า นโยบายสาธารณะมักถูกกำหนดขึ้นมาจากการปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงจากนโยบายเดิมที่มีอยู่เพียง

เล็กน้อย แทนที่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ข้อจำกัดด้านข้อมูล เวลา ทรัพยากร และความไม่แน่นอนของผลลัพธ์

Lindblom เสนอว่าผู้กำหนดนโยบายมักใช้วิธีการ "เศษส่วนๆ" (Muddling Through) ในการตัดสินใจ โดยไม่สามารถแสวงหาทางเลือกของนโยบายที่ดีกว่าเดิมได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากความซับซ้อนของปัญหาสาธารณะและข้อจำกัดในการประมวลผลข้อมูล การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปจึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมและปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์ส่วนใหญ่

ตัวแบบเหตุผลสมบูรณ์ (The Rational-Comprehensive Model)

ตัวแบบเหตุผลสมบูรณ์ ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีการตัดสินใจและเศรษฐศาสตร์ กล่าวว่า การกำหนดนโยบายควรเป็นกระบวนการที่มีเหตุผลและเป็นระบบ โดยเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณะ การระบุทางเลือกนโยบายทั้งหมดที่เป็นไปได้ การประเมินและเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์ของแต่ละทางเลือกอย่างมีหลักการ และการเลือกทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาสูงสุด (Simon, 1957; Allison & Zelikow, 1999)

แม้ว่าตัวแบบนี้จะดูเหมาะสมในเชิงทฤษฎี แต่ในทางปฏิบัติมักพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ความซับซ้อนของปัญหาสาธารณะ และอิทธิพลของการเมืองและผลประโยชน์ต่างๆ ที่ทำให้การตัดสินใจอย่างสมบูรณ์แบบเป็นไปได้ยาก

ตัวแบบหลายกระแส (Multiple Streams Model)

การกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นหน้าที่ของรัฐและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เรียกว่าเป็นตัวแสดงในการการกำหนดนโยบาย ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาวาระหรือหัวข้อทางนโยบายให้ประชาชนหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเกิดความสนใจของจนนำมาสู่การเข้าสู่วาระนโยบาย (Agenda Setting) ก่อนที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบาย จึงเลือกใช้ตัวแบบหลายกระแส (Multiple Streams Model) เป็นกรอบในการศึกษา

John W. Kingdon (1995) ได้เสนอตัวแบบหลายกระแส (Multiple Streams Model) ซึ่งพัฒนามาจากแบบจำลองถังขยะแห่งทางเลือกองค์กร (Garbage can of organizational choices) เพื่อทำความเข้าใจถึงกระบวนการที่นโยบายสาธารณะเกิดขึ้น ตั้งแต่ความเป็นมาของนโยบาย อิทธิพลของกลุ่มผลประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย รวมไปถึงตัวผู้ผลักดันนโยบายอีกด้วย ภายใต้ระบบการเมืองและสังคม แนวคิดนี้เน้นการทำความเข้าใจว่าการเกิดนโยบายใหม่ไม่ใช่เพียงแค่ผลจากปัญหาสังคมหรือความต้องการทางการเมืองเท่านั้น แต่เป็นผลจากการบรรจบกันของ 3 กระแสหลัก คือ กระแสปัญหา (Problem Stream) กระแสการเมือง (Political Stream) และกระแสนโยบาย (Policy Stream) อย่างลงตัวทำให้ “หน้าต่างแห่งโอกาส” (Windows of opportunity) เปิดออกนำไปสู่การตัดสินใจนโยบายอย่างเป็นทางการ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) กระแสปัญหา (Problem Stream) คือ เป็นการรับรู้และยอมรับว่ามีปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยปัญหาจะถูกเน้นเมื่อสังคมหรือผู้มีอำนาจรับรู้ถึงความสำคัญหรือวิกฤติ เช่น ข้อมูลสถิติที่แสดงถึงปัญหาสาธารณะ เหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือแรงกดดันจากประชาชน กระแสนี้สะท้อนถึง "สิ่งที่เกิดขึ้นจริง" ที่กระตุ้นให้มีการเรียกร้องหานโยบายตอบสนอง

Kingdon (1995) ชี้ให้เห็นว่าการที่ปัญหาจะเข้าสู่ความสนใจของผู้กำหนดนโยบายนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปัญหาเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับว่าปัญหานั้นถูกนำเสนอและกำหนด

กรอบ (Framing) อย่างไร การใช้ตัวชี้วัด (Indicators) การเกิดเหตุการณ์สำคัญ (Focusing Events) และข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) จากนโยบายที่มีอยู่ส่วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ปัญหาได้รับความสนใจ การวิเคราะห์กระแสปัญหาจึงต้องพิจารณาถึงลักษณะของปัญหา ความรุนแรง ขอบเขตผลกระทบ และวิธีการที่ปัญหาถูกนำเสนอต่อสาธารณะ

2) กระแสการเมือง (Political Stream) เป็นกระแสจากการเปลี่ยนแปลงภายในระบบราชการ และระบบการเมือง เช่น การเปลี่ยนแปลงการบริหารราชการแผ่นดิน หรือพรรคใหญ่ในสภา การเลือกตั้ง การลงประชามติ ทิศนคติทางการเมือง และสภาพอารมณ์โดยทั่วไปของผู้มีสิทธิเลือกตั้งในขณะนั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกระแสอื่นๆ ด้วยในเวลาเดียวกันด้วยก็ได้ ทั้งนี้ กระแสการเมืองยังรวมถึงการรับรู้ของประชาชนต่อปัญหาสาธารณะ (National Mood) การกิจกรรมของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ และการเปลี่ยนแปลงในชุมชนนโยบาย (Policy Community) เมื่อพิจารณากระแสการเมืองควบคู่กับกระแสปัญหา จะพบว่าทั้งสองกระแสมีอิทธิพลต่อการผลักดัน "วาระนโยบาย" เป็นอย่างมาก เพื่อเปิดหน้าต่างนโยบาย (Policy Window) ก่อนเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย (Decision Agenda) ภายในระบบการเมือง กระแสนี้สะท้อนถึง "ความพร้อมทางการเมือง" ที่เอื้ออำนวยให้นโยบายใหม่ได้รับการพิจารณา การวิเคราะห์กระแสการเมืองจึงต้องพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมทางการเมือง ความสัมพันธ์ระหว่างพรรคการเมือง อำนาจและอิทธิพลของกลุ่มต่างๆ และโอกาสทางการเมืองที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

3) กระแสนโยบาย (Policy Stream) เป็นกระแสที่เกิดขึ้นหลังจากกระแสปัญหาและกระแสการเมืองได้ร่วม ผลักดันวาระนโยบายดังกล่าวจนสามารถจัดระเบียบวาระการตัดสินใจหรือระบุรายละเอียดทางเลือกที่ใช้ในการตัดสินใจก่อนออกนโยบายอย่างเป็นทางการ เช่น การออกกฎหมายหรือกฎเกณฑ์ข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา การมีเทคโนโลยี เพื่อรองรับการแก้ไขปัญหา เป็นต้น ทั้งนี้แนวทางหรือทางเลือกนโยบายที่ถูกพัฒนาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ หน่วยงานรัฐ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ซึ่งคั้งตั้งเปรียบเทียบกระบวนการกำหนดนโยบายกับ "ซุปรดึกดำบรรพ์" (Policy Primeval Soup) ที่มีทั้งแนวคิดและทางเลือกต่าง ๆ ที่หมนเวียนอยู่ในระบบมากมาย เมื่อมี "หน้าต่างแห่งโอกาส" เปิดขึ้นทางเลือกนโยบายเหล่านี้สามารถรวมกันเป็นนโยบายที่นำไปใช้ได้ ดังนั้นจึงเกิดการวิเคราะห์ และกลั่นกรอง เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสม โดยกระแสนโยบายนี้ต้องมีความเป็นไปได้ทางเทคนิคและความเหมาะสมทางการเมือง

การพัฒนากระแสนโยบายเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและไม่ขึ้นอยู่กับปัญหาเฉพาะใดปัญหาหนึ่ง แนวคิดและทางเลือกนโยบายต่างๆ จะถูกทดสอบ ปรับปรุง และพัฒนาผ่านกระบวนการ "การคัดเลือกโดยธรรมชาติ" (Natural Selection) ในชุมชนนโยบาย โดยทางเลือกที่จะอยู่รอดและได้รับการพิจารณาต้องมีคุณสมบัติสำคัญ ได้แก่ ความเป็นไปได้ทางเทคนิค (Technical Feasibility) ความสอดคล้องกับค่านิยมและความยอมรับทางการเมือง (Value Acceptability และ Political Feasibility) และความคาดหวังเรื่องข้อจำกัดด้านงบประมาณ (Budgetary Constraints)

การบรรจบกันของสามกระแสและหน้าต่างแห่งโอกาส

เมื่อสามกระแสมาบรรจบกันในช่วงเวลาเดียวกัน หน้าต่างแห่งโอกาส (Windows of Opportunity) ก็จะเปิดออกจึงทำให้ข้อเสนอหรือปัญหานโยบายเข้าสู่วาระนโยบายและนำไปสู่การกำหนดนโยบายจุดแข็งของแนวคิดนี้ สามารถอธิบายองค์ประกอบต่าง ๆ ของนโยบายว่าเกิดขึ้นได้

อย่างไรโดยมีการแยกแยะให้เห็นถึงทางเลือกนโยบายอย่างชัดเจน ว่าในขณะนั้นมีกระแสปัญหาที่อยู่ในความสนใจของสังคม สภาพการเมืองที่เอื้อต่อการกำหนดนโยบาย และมีกระแสนโยบายอย่างไรบ้างที่เป็นปัจจัยสำคัญผลักดันให้เกิดนโยบายได้

หน้าต่างนโยบายอาจเปิดขึ้นได้จากสองสาเหตุหลัก ได้แก่ การเปิดจากกระแสปัญหา (Problem Window) เมื่อมีปัญหาใหม่เกิดขึ้นหรือปัญหาเดิมกลายเป็นที่สนใจ และการเปิดจากกระแสการเมือง (Political Window) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่สำคัญ เช่น การเปลี่ยนรัฐบาลหรือการเกิดวิกฤติการณ์ทางการเมือง (Kingdon, 1995; Baumgartner & Jones, 2009)

บทบาทของผู้ผลักดันนโยบาย (Policy Entrepreneurs) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเชื่อมโยงกระแสเข้าด้วยกัน ผู้ผลักดันนโยบายเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ ทักษะ และความมุ่งมั่นในการส่งเสริมนโยบายเฉพาะ พวกเขาจะคอยติดตามโอกาสและใช้ประโยชน์จากการเปิดของหน้าต่างนโยบายเพื่อผลักดันวาระของตนเอง

ตัวแบบหลายกระแส (Multiple Streams Model) ของ Kingdon มีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เนื่องจากนโยบายในด้านนี้ต้องอาศัยการประสานงานและความพร้อมในหลายมิติ ทั้งการรับรู้ปัญหาของสังคม เช่น ความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (กระแสปัญหา) การมีแนวทางหรือทางเลือกนโยบายที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เช่น ระบบบริการดูแลระยะยาวที่หลากหลายและยั่งยืน (กระแสนโยบาย) รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางการเมืองที่เอื้อต่อการสนับสนุนการลงทุนและการจัดสรรทรัพยากรในด้านนี้ (กระแสการเมือง)

การที่ตัวแบบนี้เน้นการจับจังหวะของ “หน้าต่างแห่งโอกาส” ทำให้นักพัฒนานโยบายสามารถเตรียมความพร้อมทางเลือกนโยบายและผลักดันวาระนโยบายเมื่อสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง ทำให้โอกาสในการผลักดันนโยบายดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำเร็จมีมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้นักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายสามารถวิเคราะห์องค์ประกอบต่าง ๆ ของนโยบายได้อย่างรอบด้าน ทั้งด้านสังคม เทคโนโลยี และการเมือง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการออกแบบและปรับปรุงระบบดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของประชากรสูงวัยได้อย่างแท้จริง

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข และด้านสังคม โดยมุ่งเน้นการศึกษาถึงกระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการศึกษานโยบาย

งานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อาทิ งานวิจัยของภาสกร สอนเรือง อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561) ได้วิจัยเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการมีนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผลการศึกษาพบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือ

ดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบาย คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีระบบพี่เลี้ยงและบัดดี้ มีรูปแบบในการทำงานที่ชัดเจนขึ้น หรือการวิจัย เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย ของ ศิริพันธ์ สาสัตย์; ทศนา ชูวรรณระปกรณ์; เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2552) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต บุคลากรประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่า นอกจากนี้ยังมีนักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัดและนักโภชนาการ 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะเปราะบาง ต้องการการช่วยเหลือดูแล ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลและการรักษาจากแพทย์

ส่วนงานที่ศึกษาในเชิงนโยบาย อาทิ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ได้ศึกษาเรื่อง การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมามีของไทยเองและของต่างประเทศ ร่วมกับการศึกษาดูงานและสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ที่มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน และการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประชุมเวทีต่างๆ พบว่า 1) สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในไทยในปี 2552 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงจำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าหรือ 280,000 คนในปี 2567 ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรี ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน 2) บทเรียนจากการทบทวนประสบการณ์การดูแลระยะยาวในต่างประเทศ แนวคิดการจัดระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วแยกเป็นสองแนวทางหลักคือ แนวคิดสิทธิขั้นพื้นฐาน (Entitlement) จัดให้แก่ประชาชนทุกคน (Universalism) และแนวคิดให้เป็นความรับผิดชอบครัวเรือนและภาครัฐสนับสนุนเฉพาะรายที่ไม่สามารถรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายเองได้ (Selective, Means-test) อย่างไรก็ตามได้มีแนวคิดเรื่องการจัดบริการแบบถ้วนหน้าอย่างก้าวหน้า (Progressive universalism) มาช่วงหลังเพื่อให้การดูแลทุกรายแต่ในระดับที่แตกต่างกันตามความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเกื้อกูลกันมากขึ้นในสังคม ขณะเดียวกันก็ลดการ ตีตราผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ (ผสมแนวคิดที่หนึ่งและสองเข้าด้วยกัน) รูปแบบการคลังระบบการดูแลระยะยาวในประเทศที่ยึดแนวคิด “สิทธิขั้นพื้นฐาน” มักอาศัยระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance) ภาครัฐบังคับเป็นหลัก

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยในเชิงนโยบายในระดับพื้นที่ เช่น งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนา นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน ของศิริภาณี ศรีหามาศ ธารา รัตนอำนวยศิริ วชิรี อมรโรจน์วรฤทธิ ปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์และ นวลละออง ทองโคตร (2561) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณสุขระดับด้านสุขภาพ (Participation Health Public Policy) กองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และ ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็น นโยบายสาธารณสุขเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างองค์ความรู้เพื่อการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณสุข และบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ สามารถนำไปสู่ การผลักดันนโยบายสาธารณสุขสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้จริง และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นทุก องค์ประกอบ

ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศที่ว่าด้วย การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีย่างหลากหลาย ตามบริบทของสังคม อาทิ

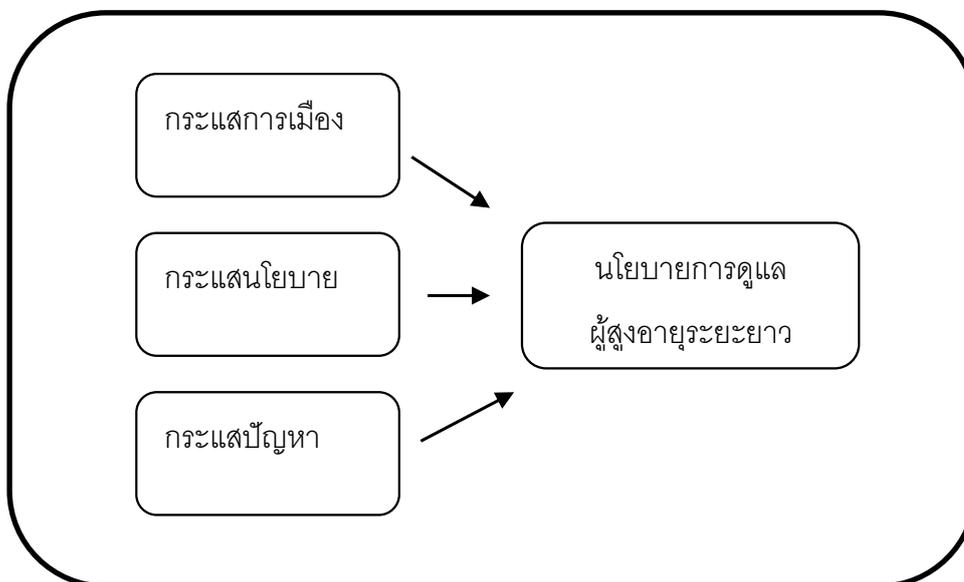
Mot (2010) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งเป็นหนึ่งใน ประเทศที่มีระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การศึกษาพบว่าการพัฒนานโยบายในด้านนี้เกิดจากการรวมตัวของปัจจัยหลายประการ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทาง ประชากรศาสตร์ การพัฒนาแนวคิดใหม่เกี่ยวกับการดูแลในชุมชน และการมีฉันทามติทางการเมืองใน การลงทุนระบบสวัสดิการสังคม ทั้งนี้การพัฒนานโยบายในด้านนี้เกิดจากการรวมตัวของปัจจัยหลาย ประการ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ การพัฒนาแนวคิดใหม่เกี่ยวกับการดูแลใน ชุมชน และการมีฉันทามติทางการเมืองในการลงทุนระบบสวัสดิการสังคม

Chen, X, et al. (2022) กล่าว การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศจีน ประสบกับการ เปลี่ยนแปลงทางประชากร เช่น อัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงและการอพยพย้ายถิ่นฐานของบุตรหลาน จากชนบทเข้าเมือง ทำให้ระบบการสนับสนุนครอบครัวแบบดั้งเดิมตกอยู่ภายใต้ความตึงเครียดอย่าง มาก ส่งผลให้เกิดความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างรุนแรง ทั้งนี้การดูแลในสถาบัน ในอดีตมีน้อยและจำกัดเฉพาะผู้รับสวัสดิการของรัฐ แม้ภาคเอกชนจะเติบโตขึ้น แต่คุณภาพการดูแล ยังไม่สม่ำเสมอ และสถานดูแลในชนบทมีอัตราการเข้าพักรักษา เนื่องจากสภาพที่ไม่ดี บริการและสิ่ง อำนวยความสะดวกน้อย และยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้บริการเหล่านี้ ส่วนการดูแลในชุมชน ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตมหานคร ในชนบท บริการมักจำกัดอยู่เพียงกิจกรรมนันทนาการและ บางครั้งก็เป็นอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถมาร่วมได้

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้ตัวแบบตัวแบบหลายกระแส (Multiple Stream Model) เพื่อศึกษาการเข้าสู่วาระนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย อีกทั้งยังได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในวิเคราะห์พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย สามารถสรุปเป็น ภาพกรอบแนวคิด ดังนี้

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเบื้องต้นของการวิจัย



หมายเหตุ. โดย สุธิดา แจ้งประจักษ์, ออกแบบเมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2566

2.6 นิยามศัพท์

พัฒนาการนโยบายนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินไปของนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ตั้งแต่เริ่มมีการกำหนดแนวนโยบาย การจัดทำแผน จนถึงการทำดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง มาตรการหรือแนวทางที่กำหนดขึ้นเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของการดูแลโดยครอบครัว ชุมชน หรือบริการภาครัฐ อาทิ บริการผู้ดูแล (Caregiver) ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน หรือการให้เงินอุดหนุน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

การเข้าสู่วาระนโยบาย (Agenda Setting) หมายถึง กระบวนการที่ประเด็นปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้รับความสนใจจากผู้กำหนดนโยบายและได้รับการผลักดันให้เข้าสู่การพิจารณาในระดับนโยบายอย่างเป็นทางการ ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษาผ่านกรณีศึกษาตามกรอบแนวคิดของหลายกระแสของคิงด็อน ประกอบด้วย

กระแสปัญหา (Problem Stream) หมายถึง ปัญหาที่ปรากฏหรือได้รับการยอมรับจากสังคม

กระแสนโยบาย (Policy Stream) หมายถึง ข้อเสนอเชิงนโยบายหรือทางเลือกต่าง ๆ ที่เสนอโดยนักวิชาการ หน่วยงาน หรือผู้เชี่ยวชาญ

กระแสการเมือง (Politics Stream) หมายถึง บริบททางการเมืองที่มีผลต่อการตัดสินใจ ข้อเสนอทางนโยบายเข้าสู่วาระนโยบาย เช่น ท่าทีของรัฐบาล ความเห็นของสาธารณชน กลุ่มผลประโยชน์

ระบบบริการในครอบครัวและชุมชน หมายถึง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชน โดยผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยของตนเองหรือในชุมชน ประกอบด้วย การดูแลโดยสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลรับจ้าง บริการเยี่ยมบ้าน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายอาสาสมัคร

ระบบบริการในสถาบัน หมายถึง ระบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย โดยมีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง อาทิ สถานสงเคราะห์คนชรา สถานพยาบาลเรื้อรัง บ้านพักคนชรา และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบวัน

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องพัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย และศึกษาการเข้าสู่วาระนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

3.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 รูปแบบ ดังนี้

1. วิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญจากแหล่งเอกสารหลักมาจากนโยบายรัฐบาล เป็นข้อมูลปฐมภูมิ ใช้วิธีการรวบรวมเอกสารที่เป็นหลักฐานโดยตรง เช่น เอกสารทางราชการ กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี บันทึกการประชุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบาย

นอกจากนี้ได้รวบแนวคิดและทฤษฎี วิจัย วิทยานิพนธ์ บทความ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบายประกอบไปด้วยการก่อตัวของปัญหา นโยบาย การเข้าสู่วาระนโยบาย การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบายการวิเคราะห์เอกสารในการศึกษาจะมาจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1) เอกสารทางราชการ มาจากแหล่งกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประมาณ สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

2) ข่าว และบทความจากหนังสือพิมพ์

3) ข้อมูลออนไลน์

4) รายงานการประชุม รายงานการศึกษา และเอกสารนโยบายจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร

5) หนังสือ เอกสาร วิจัย วิทยานิพนธ์ สรุปผลการประเมินการดำเนินโครงการ เอกสารเหล่านี้มุ่งเน้นเพื่อทำความเข้าใจ บริบท ปัจจัยนำเข้า และขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย จำนวน 2 ท่าน

3.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แบบ เจาะจง วัตถุประสงค์ (purposive sampling) โดยมีเป้าหมายหลักคือการรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในมิติของกระบวนการกำหนดและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 2 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปปฏิบัติ โดยกำหนดคุณสมบัติสำคัญว่าผู้ให้ข้อมูลจะต้องมีประสบการณ์ทำงานด้านผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีบทบาทสำคัญขับเคลื่อนนโยบายเชิงพื้นที่ รวมถึงมีความเข้าใจในบริบทและความเป็นมาของนโยบาย เพื่อให้สามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับพัฒนาการของนโยบาย และบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับนโยบายในแต่ละช่วงเวลา ได้แก่

1. ผู้แทนจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง
2. ผู้แทนจากศูนย์สวัสดิการผู้สูงอายุบ้านนครพนม

แม้จะมีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพียง 2 ท่าน แต่การวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว (data saturation) ในระดับที่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจบริบท ปัจจัย และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการวิจัยเชิงเอกสารที่มุ่งเน้นความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแหล่งที่มาเป็นหลัก การนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาเสริมจึงทำให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกและครบถ้วนสมบูรณ์เพียงพอต่อการตอบคำถามวิจัยในขอบเขตของการวิจัยครั้งนี้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ เอกสารหลักฐานต่างๆ และเสริมด้วย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และมีมิติเชิงลึกมากยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้

แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview Guide) ถูกสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกำหนดนโยบาย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่ไม่สามารถหาได้จากเอกสาร โดยมีประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เช่น ชื่อ ตำแหน่ง อายุ บทบาทหรือความเกี่ยวข้องกับนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์เรื่อง กระบวนการของนโยบายผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การก่อเกิดนโยบาย เช่น สถานการณ์ทางการเมือง สถานการณ์ทางด้านสังคม และนโยบายที่เกี่ยวข้องหรือปรากฏอยู่ การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงอุปนัย (Inductive Analysis) ที่มีการค้นพบรูปแบบ ประเด็น และหมวดหมู่ในข้อมูลของการวิจัยทำให้เกิดข้อค้นพบจากข้อมูลที่วิเคราะห์ผ่านการจัดกระทำระหว่างข้อมูลด้วยกัน (Patton, 2002, 453) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูล ผู้มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และจัดแยกประเภทข้อมูล แล้วจึงใช้วิธีการตีความ (Interpretation) เพื่อตีความข้อมูลจากเอกสารและการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2017) กระบวนการวิเคราะห์ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์เนื้อหาเบื้องต้น (Initial Content Analysis) ผู้วิจัยได้ทำการอ่านและ ทบทวนข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด เพื่อระบุหมวดหมู่และประเด็นสำคัญที่ปรากฏขึ้นซ้ำๆ ในข้อมูล จากเอกสารและการสัมภาษณ์

2. การวิเคราะห์แก่นสาระเชิงลึก (In-depth Thematic Analysis): หลังจากได้หมวดหมู่ เบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกโดยใช้ขั้นตอนของการวิเคราะห์แก่นสาระ ซึ่ง ประกอบด้วย การทำความเข้าใจข้อมูล การสร้างรหัสเบื้องต้น การค้นหาและทบทวนแก่นสาระ รวมถึงการกำหนดและให้ชื่อแก่นสาระอย่างเป็นระบบ เพื่อทำความเข้าใจความหมายที่ลึกซึ้งและ รูปแบบที่ซ่อนอยู่ในแต่ละประเด็นที่ค้นพบ

ในการตีความและเชื่อมโยงข้อค้นพบ ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นการวิเคราะห์ตามประเด็นหลักของ คำถามวิจัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับ กระบวนการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการพิจารณา พัฒนาการของนโยบาย ผ่านการแบ่งกลุ่มประเด็นหลักๆ ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ สาระสำคัญของ นโยบาย ที่เกิดขึ้น รวมถึงปัจจัยและเงื่อนไขที่นำไปสู่ การเข้าสู่วาระนโยบาย เพื่อทำความเข้าใจบริบท ปัจจัย และกลไกในการกำหนดนโยบายอย่างครอบคลุม

3.5 ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

ผู้วิจัยจะใช้การตรวจแบบหลักการสามเส้า (Triangulation) จากการตรวจสอบจาก แหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยใช้ข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์ และการสังเกตการณ์มา เปรียบเทียบ ว่าถ้าหากแหล่งข้อมูลที่ได้รับมานั้นแตกต่างกันไปหรือข้อมูลมาจากหลายๆแหล่ง จะมี ความคลาดเคลื่อนหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลว่าเหมือนกันหรือ ต่างกันมากน้อยเพียงใดส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการตีความหมายปรากฏการณ์ทางสังคมใน ลักษณะต่าง ๆ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการเปรียบเทียบระหว่างกรณี (Cross-case Synthesis) และการ ตรวจสอบความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ เพื่อให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ และสามารถอธิบาย ความเชื่อมโยงเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติในด้านนโยบายการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างรอบด้านส่วน จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการประเมินและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลข IRB2-008/2566 โดยผู้วิจัยจะปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการ วิจัยอย่างเคร่งครัด ทั้งในด้านการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การได้รับความยินยอมอย่างเป็น ลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และการนำเสนอข้อมูลอย่าง

ซื่อสัตย์และไม่ปิดป้อง ทั้งนี้เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือและสามารถเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการปฏิบัติในด้านนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
จริยธรรมการวิจัย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ประเทศไทยได้มีการกำหนดแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 มีชื่อว่าแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 โดยสาระสำคัญเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ หลังจากนั้นได้มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลายมิติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในบทนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย โดยมีจัดแบ่งประเภท และวิเคราะห์สาระสำคัญของนโยบายนั้น ๆ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจถึงพัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

4.1 พัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเทศไทยได้มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมานาน โดยเฉพาะในปีพ.ศ. 2496 ปรากฏเป็นรูปธรรมคือการก่อตั้ง “บ้านบางแค” เป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุแห่งแรกที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล โดยมีการให้บริการที่พัก ในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม และได้การขยายแนวคิดในการสร้างสถานสงเคราะห์กระจายไปตามภูมิภาคต่าง ๆ หลังจากนั้นมีการกำหนดนโยบายในระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง อาทิ แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 -2544) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546

ในการศึกษาพัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้วิจัยได้จัดกระบวนการวิเคราะห์ออกเป็นสองมิติหลัก ได้แก่ มิติช่วงเวลา และ มิติการบริการ เพื่อให้สามารถสะท้อนทั้งแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายตามบริบททางสังคมและการเมืองในแต่ละช่วงเวลา รวมถึงรูปแบบการให้บริการที่หลากหลายและมีพลวัตต่อการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

4.1.1 มิติช่วงเวลา

งานวิจัยนี้มุ่งวิเคราะห์พัฒนาการของนโยบายในระดับมหภาค โดยใช้กรอบแนวคิด Multiple Streams Framework เป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจการเปลี่ยนผ่านของนโยบายโดยมุ่งเน้น "จุดเปลี่ยนสำคัญของรูปแบบการดูแลและผู้ที่มีบทบาทหลัก" ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้คือ "หน้าต่างแห่งนโยบาย" (policy window) ที่เกิดขึ้นเมื่อกระแสปัญหา กระแสนโยบาย และกระแสการเมืองมาบรรจบกัน ทำให้ทิศทางการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น การนำเสนอผลการศึกษาก็แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงที่ 1 การดูแลในสถาบัน (พ.ศ. 2496–2541) ช่วงที่ 2 การดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก (พ.ศ. 2542–2558) และ ช่วงที่ 3 การผสมผสานรูปแบบบริการ (พ.ศ. 2559–ปัจจุบัน) โดยแต่ละช่วงเวลาจะสะท้อนพัฒนาการที่ชัดเจนและมีหลักฐานเชิงนโยบายรองรับอย่างเป็นระบบ ดังนี้

4.1.1.1 ช่วงแรก: การดูแลในสถาบัน (พ.ศ. 2496–2541)

ช่วงนี้ให้ความสำคัญกับการดูแลในรูปแบบสถาบัน (Institutional Care) ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่มีพื้นฐานจากแนวคิดด้านการสงเคราะห์ โดยมุ่งจัดบริการผ่านสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีการกำหนดนโยบายในการจัดตั้งสถานสงเคราะห์เพื่อรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง

1) นโยบายการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

การจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเริ่มต้นจากพระราชบัญญัติควบคุมขอทาน พ.ศ. 2484 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมจำนวนขอทาน จึงได้มีการส่งตัวผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลไปยังสถานสงเคราะห์เพื่อฝึกอาชีพ โดยกรมประชาสงเคราะห์ได้ทำหน้าที่ในการควบคุมและดำเนินการเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2485 ได้มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุแห่งแรกที่อำเภอปากเกร็ด หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2496 ได้มีการสร้างบ้านบางแค ซึ่งถือเป็นสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุแห่งแรก และเป็นจุดเริ่มต้นในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในรูปแบบสถาบัน โดยสถานสงเคราะห์ได้ขยายไปยังภูมิภาคต่างๆ เช่น บ้านธรรมปกรณ์ วัดม่วง ในจังหวัดนครราชสีมา (ปี พ.ศ. 2498) และบ้านธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ (ปี พ.ศ. 2498) รวมถึงสถานสงเคราะห์ในจังหวัดอื่นๆ เช่น ชลบุรี ยะลา เป็นต้น ปัจจุบันสถานสงเคราะห์เหล่านี้ได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุได้ดูแลสถานสงเคราะห์ทั้งหมด 12 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ และจังหวัดต่างๆ เช่น ปทุมธานี ชลบุรี เชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น และนครพนม เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีสถานสงเคราะห์คนชราที่ถ่ายโอนให้กับท้องถิ่นจำนวน 13 แห่ง รวมถึงศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุอีก 2 แห่ง

การบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นการเลี้ยงดู โดยสนับสนุนปัจจัยสี่ ได้แก่ ที่พัก อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และการรักษาพยาบาล รวมถึงการให้บริการในด้านกายภาพบำบัดและอาชีพบำบัดเพื่อช่วยฟื้นฟูสุขภาพ และกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต รวมถึงบริการด้านนันทนาการ สังคมสงเคราะห์ และการฅาปนกิจ นอกจากนี้ยังมีการให้บริการในเชิงบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยผู้รับบริการแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ผู้ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ผู้ที่ต้องเสียค่าบำรุง ผู้ที่ไปกลับ และผู้ที่พักฟื้นชั่วคราว ทั้งนี้ กรมกิจการผู้สูงอายุได้กำหนดระเบียบการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558 เพื่อเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน ทั้งในเรื่องของคุณสมบัติผู้ใช้บริการ ประเภทบริการ การเข้าใช้บริการ ข้อกำหนดและข้อห้ามต่างๆ รวมถึงบทลงโทษและการฟื้นฟูสภาพของผู้ใช้บริการ

2) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 -2544)

แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 -2544) แผนผู้สูงอายุฉบับแรกของประเทศไทยๆ ที่เกิดมาจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2521 โดยมีการกำหนดให้มีคณะดำเนินการกำหนดแผน คือ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

สาระสำคัญของแผนเน้นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพอนามัย คือ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพทั้งกายและจิตสำหรับผู้สูงอายุในด้านการป้องกันการส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก รวมทั้งการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยจัดให้

มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งเผยแพร่ วิธีการดูแลต่อผู้สูงอายุด้วยการให้การศึกษา ฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านสวัสดิการสังคม คือ มุ่งเน้นให้ขยายบริการในรูปแบบศูนย์บริการและหน่วยสงเคราะห์ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โดยจำกัดการสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ไว้เพียงผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งที่แท้จริงเท่านั้น ตามนโยบายด้านสวัสดิการสังคม ที่มุ่งเน้น การขยายบริการในรูปแบบศูนย์บริการและหน่วยสงเคราะห์ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ให้มากขึ้นโดยจะจำกัดการสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ไว้ให้น้อยที่สุด เพียงเพื่อผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งอย่างแท้จริง และจะได้รับความร่วมมือจากเอกชนให้มาช่วยจัดบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ ให้เพียงพอและทั่วถึง

นโยบายด้านการศึกษา มีนโยบาย เร่งรัดการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะ การศึกษานอกระบบให้รูปแบบและเนื้อหาสาระที่ผู้สูงอายุจะมาร่วมกิจกรรมและได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ในแผนยังมีการกำหนดบทบาทให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ ผู้สูงอายุควรได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับการเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้และไม่รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสังคม

ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ตามความถนัดและความสามารถแต่ละบุคคล โดยเฉพาะบทบาทที่ปรึกษาซึ่งจะถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ต่าง ๆ ให้ผู้อื่นยอมเป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง

ผู้สูงอายุควรได้รับข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งคำแนะนำถึงวิธีการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้

ในแผนฉบับนี้จะมุ่งเน้นให้ครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ โดยมีการไม่มีแนวคิดในการสร้างสถานสงเคราะห์เพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรูปแบบ จึงกล่าวได้ว่านโยบายนี้ได้จำกัดขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเท่านั้น

3) นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)

นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว เกิดขึ้นเมื่อนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี นโยบายนี้เน้นการส่งเสริมให้มีการจัดบริการดูแลและสวัสดิการที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุขตามวัย ส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับการได้รับการคุ้มครองจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือที่จำเป็นต่าง ๆ ตลอดจนการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง (อังกูณ นพวรรณ จงวัฒนา, 2542, หน้า 128)

ยุทธศาสตร์ของนโยบายมีการแบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

2. ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
3. ด้านระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
4. ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ

ทั้งนี้มาตรการในการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ อาทิ ด้านสุขภาพอนามัย มีการดำเนินโครงการการสงเคราะห์ประชาชนผู้สูงอายุในด้าน การรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าโดยรัฐแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อย ให้คำตอบแทนพิเศษ และสวัสดิการแก่บุคลากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ด้านสวัสดิการสาธารณสุขบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การจัดสำรองที่นั่ง พิเศษสำหรับผู้สูงอายุบนรถโดยสารประจำทาง รถไฟ และเรือ การลดอัตราค่าโดยสารรถประจำทาง รถไฟ และเรือ รวมทั้งการจัดทำราวจับบนโถงทางเดินและราวห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ

ด้านสวัสดิการเกี่ยวกับที่พักอาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และนันทนาการ เช่น โครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน การขยายโครงการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จัดบริเวณและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ การลดอัตราค่าผ่านประตูในการเข้าชมมหรสพและบันเทิง

ด้านอื่น ๆ ที่ทำสำคัญคือ โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัว ในชุมชน ซึ่งถือเป็นรากฐานในการพัฒนาเป็นโครงการเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ในนโยบายนี้สะท้อนให้เห็นถึงการส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่จะให้ ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัว การดูแล รักษาสุขภาพ อนามัย การป้องกันโรค และการออกกำลังกายที่ ถูกต้อง รวมทั้งให้มีความสามารถที่จะดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุขโดยไม่ได้ มุ่งเน้นด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ

4.1.1.2 ช่วงที่สอง: การดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก (พ.ศ. 2542–2558)

ช่วงนี้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน ประเทศไทยได้เริ่ม พัฒนา “ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน” (Community-Based LTC) อย่างเป็นระบบ ซึ่งนับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของทิศทางนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการวางรากฐานผ่าน การตรากฎหมายที่รับรองสิทธิของผู้สูงอายุ และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อสนับสนุน การดูแลที่บ้านและในชุมชน โดยเฉพาะการเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวและเครือข่ายท้องถิ่นให้มี ส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้ได้มีการกำหนดนโยบายสนับสนุนหลายประการ ดังนี้

1) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542

นโยบายนี้เป็นการสร้างพันธกรณีเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อให้ รัฐบาล องค์กรเอกชน ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าผู้สูงอายุ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553: 2) ดังนี้

ข้อ 1. ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้ รับการพิทักษ์ และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดย เฉพาะผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2. ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพรัก ความเข้าใจ ความเอื้อ ออาทร การดูแลเอา ใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิด

ความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4. ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5. ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกันรวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

ข้อ 6. ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย

ข้อ 7. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชนสถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้าน ผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตาม เป้าหมาย

ข้อ 8. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชนสถาบันสังคม ต้องตรากฎหมาย ว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ ค้ำครองสวัสดิภาพ และจัด สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชนสถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมที่เน้นความกตัญญูต่อบุคคล

สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถ เข้าถึงบริการด้านสุขภาพพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

ปฏิญญาฉบับนี้วางรากฐานแนวคิดการดูแลระยะยาว ที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลสุขภาพทั่วไปจนถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งสะท้อนถึงมิติใหม่ของการดูแลที่ไม่เพียงคำนึงถึงร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงจิตใจและคุณภาพชีวิตในบั้นปลาย

2) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ถูกจัดทำขึ้นในช่วงรัฐบาล พันตำรวจโท ดร. ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2544–2549 โดยแผนนี้เริ่มมีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งตรงกับช่วงต้นวาระแรกของรัฐบาล ทักษิณ ชินวัตร รัฐบาลในช่วงนั้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาเชิงรุกในด้านสังคม รวมถึงการจัดสวัสดิการและการวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

อย่างชัดเจน และจำเป็นต้องมีนโยบายรองรับในทุกมิติ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพประเทศไทย
 ขณะนั้นประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่โครงสร้างประชากรแบบผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว
 รัฐบาลจึงได้จัดทำ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ขึ้น เพื่อรับมือกับผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม
 และสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงประชากร (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
 สังคมแห่งชาติ, 2545) โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงในวัยสูงอายุ ควบคู่กับการสนับสนุน
 ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนของตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี

แผนดังกล่าวมีรากฐานทางปรัชญาที่เน้นการมองผู้สูงอายุในฐานะทรัพยากรของ
 สังคม มากกว่าการเป็นภาระ และยืนยันว่าผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้มีบทบาทและมีส่วนร่วมใน
 สังคมตามศักยภาพของตน (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุ
 แห่งชาติ, 2545) ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่า “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิด
 การสร้างหลักประกันในทุกมิติของชีวิตผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ รายได้ หรือสังคม

ในด้านยุทธศาสตร์ แผนแบ่งออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ เช่น การประกันรายได้ การให้ศึกษาและ
 การเรียนรู้ตลอดชีวิต การสร้างจิตสำนึกในสังคม ตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของ ผู้สูงอายุ
2. การส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแล
 ตนเองเบื้องต้นส่งเสริมการอยู่รวมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านการ
 ทำงานและการ ทหารายได้ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสนับสนุนสื่อทุกประเภท ให้มี รายการเพื่อ
 ผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย
 และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย

3. การพัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการคุ้มครองด้านรายได้
 ด้านครอบครัว และการคุ้มครองระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4. การพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการ พัฒนาบุคลากร
 ด้านผู้สูงอายุ การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ ส่งเสริมและสนับสนุนการ
 พัฒนา บุคลากร

5. การวิจัยและติดตามประเมินผล ซึ่งครอบคลุมทั้งมาตรการเชิงป้องกัน การส่ง
 ส่งเสริม และการจัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละระดับจุดเด่นสำคัญ
 ของแผนคือ การเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างรัฐ เอกชน และชุมชน โดยเฉพาะครอบครัว
 และชุมชนที่ถือเป็นกลไกพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการเน้นให้ทุกภาคส่วนตระหนัก
 และเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองและมีชีวิตที่
 มีคุณค่า

อย่างไรก็ตามคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการ
 ติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ.2545 – 2549 จากการประเมินผล
 พบว่า แผนฉบับนี้ยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดข้อมูลฐานในการกำหนดตัวชี้วัด
 การประเมินผล และความไม่แน่นอนของบริบททางการเมืองและเศรษฐกิจ รวมถึงความท้าทายด้าน
 การบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ยังคงมองว่างานด้าน
 ผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของหน่วยงานเฉพาะกลุ่ม ไม่ได้ถือเป็นภารกิจร่วมของทุกภาคส่วน อีกทั้งยังขาด

การเผยแพร่ข้อมูลแผนผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้แผนไม่ได้ถูกบูรณาการในแผนพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ การทำงานในระดับพื้นที่ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เน้นการทำงานแยกส่วนตามโครงการที่รับผิดชอบโดยขาดความเชื่อมโยงกัน การกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่นยังไม่สมบูรณ์ ขณะที่ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุยังไม่มี การเชื่อมโยงทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น ส่งผลให้การติดตาม ปรับปรุง และพัฒนางานตามแผนเป็นไปอย่างล่าช้า และไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

ทั้งนี้ แผนได้กำหนดให้มีการปรับปรุงทุก 5 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงเป็นนโยบายที่มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุและเตรียมรองรับสังคมสูงอายุแบบบูรณาการ จากที่ในระยะแรกมีการกล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในมิติสุขภาพในยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ได้รับการปรับปรุงครั้งแรกโดยมี 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ มีเป้าหมายให้ประชากรทุกช่วงวัยเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพโดยมีมาตรการสำคัญ ได้แก่ ขยายหลักประกันสุขภาพ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมรณรงค์สร้างจิตสำนึกในคุณค่าผู้สูงอายุ

มาตรการการให้ศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ถือเป็นประเด็นที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการส่งเสริมผู้สูงอายุในกลุ่ม Active Aging ที่มีความสามารถในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะมีอายุเท่าไร เห็นได้จากข้อ 2.1

“ 2.1 ส่งเสริมการเข้าถึง และพัฒนาการจัดบริการการศึกษา และการเรียนรู้ ต่อเนื่องตลอด ชีวิตทั้งการศึกษาในระบบ นอกกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อความเข้าใจ ชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม”

นอกจากนี้ใน มาตรการ 3 การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ถือเป็น การสร้างความตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุให้กับสังคม อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องไม่มีญาติผู้สูงอายุเป็นภาระที่ครอบครัวและสังคมต้องรับผิดชอบ ซึ่งนำไปสู่การจัดบริการที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุในฐานะการเป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคม ดังปรากฏในมาตรการที่ 3

“3.1 ส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุ ในครอบครัวและชุมชน

3.2 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัย โดยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬา

3.3 รณรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ”

2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพิ่มศักยภาพและ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มาตรการสำคัญ ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง ส่งเสริมการรวมกลุ่ม และสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่งเสริมการทำงานและรายได้ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพ ส่งเสริมการเข้าถึงสื่อและกิจกรรมทางสังคม และปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ

3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อ สร้าง ระบบสวัสดิการและบริการที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม มาตรการสำคัญได้แก่ คุ้มครองด้านรายได้ สวัสดิการรายได้พื้นฐาน ประกันสุขภาพและอุปกรณ์จำเป็นการสนับสนุนครอบครัว/ผู้ดูแลระบบดูแล ระยะเวลาและบริการถึงบ้าน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 นี้ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาวเห็นได้ชัดในมาตรการ 4 ระบบ บริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ทั้งในด้านสังคม คือ ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถ อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม บุคคล และด้าน สุขภาพ ดังปรากฏในข้อ 4.2 ดังนี้

“จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและสังคม โดยควรครอบคลุมบริการ การดูแลระยะ ยาวระบบ ระบบประคับประคอง การดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง อาสาสมัครในชุมชน และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ”

โครงการที่เป็นรูปธรรม อาทิ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long – term care) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) การจัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ 2555 เป็นต้น

4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ ระดับชาติ และพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาระบบการบริหารและทรัพยากรบุคคลให้ รองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงวัย ด้วยการจัดระบบบริหารงานระดับชาติ พัฒนา ศักยภาพบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมด้านสูงวัย

5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวผล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุเน้นการสร้างฐานข้อมูล องค์ความรู้ และ ระบบติดตามเพื่อพัฒนานโยบายสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) เป็นแนวนโยบายระดับชาติที่ รัฐบาลไทยจัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองต่อโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมี เป้าหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพ รายได้ และสังคม โดยเฉพาะในเรื่อง “การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ” (Long-term care: LTC) ซึ่งถือเป็นหัวใจ สำคัญของการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับผลกระทบระยะยาวจากการเปลี่ยนแปลงประชากร จุดเด่นของแผนฯ คือ ปรัชญาที่มองผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม มิใช่ภาระ โดยเน้นการส่งเสริม

บทบาทของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมทางสังคม และการดำเนินชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ผ่านการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ครอบครัวยุทธศาสตร์ที่ 3 (ด้านระบบคุ้มครองทางสังคม) ที่มีการกล่าวถึงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างชัดเจน เช่น การจัดบริการสุขภาพและสังคมแบบเข้าถึงได้ บริการถึงบ้าน การดูแลโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนผู้ดูแลอาทิ โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ซึ่งเป็นรูปธรรมของการส่งเสริมการดูแลระยะยาวแบบชุมชนเป็นฐาน รวมทั้งการเชื่อมโยงกับแนวคิด Active Aging และ Lifelong Learning แผนฯ ได้เน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรทุกวัย โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมถึงการปลูกฝังจิตสำนึกในคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นการวางรากฐานทางสังคมสำหรับการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืน

3) พระราชบัญญัตินี้ถือเป็นกฎหมายหลักที่วางกรอบแนวทางด้านนโยบาย และการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสิทธิ ความคุ้มครอง และสวัสดิการของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม รองรับ ส่งเสริม คุ้มครองและสนับสนุนผู้สูงอายุตามสิทธิขั้นพื้นฐาน โดยมีหลายมาตราที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการวางรากฐานของระบบการดูแลระยะยาวเป็นนโยบาย

หนึ่งในบทบัญญัติสำคัญที่สะท้อนการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะระยะยาว คือ มาตรา 9 (1) ซึ่งระบุว่า

“(1) กำหนดนโยบายและแผนหลักเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ... ทั้งนี้ ต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ”

ข้อความนี้แสดงถึงการวางกรอบนโยบายในระดับชาติที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลระยะยาวที่ยั่งยืน

ข้อความนี้แสดงถึงการวางกรอบนโยบายในระดับชาติที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลระยะยาวที่ยั่งยืน นอกจากนี้ ใน มาตรา 11 ยังได้ระบุถึงการดำเนินการหลายด้านที่เป็นกลไกในการสนับสนุนการดูแลระยะยาวอย่างชัดเจน เช่น

(10) “การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง”

(11) “การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม”

(13) “การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด”

ข้อความข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงการคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ผ่านการจัดสวัสดิการด้านพื้นฐานและการจ่ายเงินอุดหนุนอย่างต่อเนื่อง

อีกประเด็นที่สำคัญคือ การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ ตาม มาตรา 20 – 22 เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายและแผนต่างๆ อย่างมีเสถียรภาพ ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมของ

ภาครัฐและเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ

บทบัญญัติดังกล่าวถือเป็นองค์ประกอบของระบบการดูแลระยะยาว (long-term care system) และเป็นหลักการพื้นฐานในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุที่ต้องคำนึงถึงคุณค่า ศักดิ์ศรี และสิทธิผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถต่อยอดเพื่อสร้างระบบดูแลที่มีมาตรฐานและไม่เลือกปฏิบัติ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553 มีจุดแข็งสำคัญคือการให้กรอบนโยบายระดับชาติที่ครอบคลุมการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม มีการส่งเสริมกลไกทางการเงินผ่านกองทุนผู้สูงอายุ และมีมาตรการสวัสดิการพื้นฐานที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาวอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะการขาดนิยามที่ชัดเจนเกี่ยวกับ “การดูแลระยะยาว” และการบูรณาการด้านบริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการพัฒนาบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การกระจายอำนาจสู่ระดับพื้นที่และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนยังมีช่องว่างที่ควรพัฒนาให้มากยิ่งขึ้น

4) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัตินี้ถือเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น เป็นบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจ เป็นการจัดบริการที่คำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการภายใต้ระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้วางหลักการสำคัญเกี่ยวกับสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพของประชาชน โดยใน มาตรา 5 ระบุว่า

“บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง...”

ข้อความนี้สะท้อนถึงเจตนารมณ์ของกฎหมายในการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม รวมถึงผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ใน มาตรา 9(2) และ มาตรา 9(3) ได้บัญญัติหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยให้รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว

พระราชบัญญัตินี้ถือเป็นกลไกด้านงบประมาณที่ทำให้การจัดบริการการดูแลระยะยาว มีความเป็นไปได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณเฉพาะเพื่อการดูแลระยะยาว (Long-term care fund) ระดับพื้นที่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการวางรากฐานสู่การดูแลระยะยาวแบบชุมชน และช่วยให้สามารถออกแบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นได้

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่มีบทบาทสำคัญในการรับรองสิทธิด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม การนำกฎหมายนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในเชิงโครงสร้าง ทรัพยากร และความเข้าใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น หากมีการปรับปรุงเชิงนโยบายและสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอ กฎหมายนี้สามารถเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและมีคุณภาพในระยะยาว

5) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2553

ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้กำหนดให้เพิ่มกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และกำหนดไว้ในข้อ 2 ว่า

“การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปี พ.ศ.2553 การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน หมายถึง การประกอบกิจการที่ให้บริการส่งพนักงานไปดูแลผู้สูงอายุ (ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) ที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะประกอบกิจการนั้นจะมีสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุหรือสถานที่ฝึกอบรมพนักงานอยู่ด้วยหรือไม่ก็ตาม”

ต่อมาคณะกรรมการสาธารณสุขได้มีมติให้ออกคำแนะนำเรื่องแนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปี พ.ศ.2553 เพื่อเป็นแนวทางแก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดของท้องถิ่นต่อไป

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2553 ถือเป็น การควบคุมคุณภาพบริการ: การกำหนดให้ต้องมีการขออนุญาตและตรวจสอบสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ ช่วยลดความเสี่ยงจากการละเลยหรือบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน แล ส่งเสริมความปลอดภัยด้านสุขภาพ: ผู้สูงอายุที่มีภูมิภาวะเปราะบางทางสุขภาพจะได้รับการดูแลภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ

4.1.1.3 ช่วงที่สาม: การผสมผสานรูปแบบบริการ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา)

ระยะนี้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “การผสมผสานรูปแบบการให้บริการ” โดยมุ่งขยายขอบเขตการดูแลให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ รัฐได้ดำเนินมาตรการรองรับผู้สูงอายุในทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่ยังสามารถดูแลตนเองได้และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผ่านการวางโครงสร้างของระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาว (Mid-Long Term Care) พร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน โดยมีองค์ประกอบของนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559

ก่อนหน้าฉบับปี 2559 มีประกาศประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ฉบับที่ 1 ในปี 2557 ซึ่งวางหลักการเบื้องต้นของการจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อกระจายอำนาจและส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยมีกองทุนฯ ที่จะสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น หรือสนับสนุนกลุ่มหรือองค์กรประชาชนให้ดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม 16 (เพิ่มการสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น และกลุ่ม/องค์กรประชาชนอย่างชัดเจน) ซึ่งประกาศฉบับที่ 1 ไม่ได้ระบุถึงผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 ประกาศนี้ประกาศฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยเน้นให้มีการบูรณาการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อให้การจัดบริการสาธารณสุขมีความครอบคลุมและตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถร่วมจัดบริการสุขภาพหรือสนับสนุนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้กองทุนฯ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ในลักษณะเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลกลุ่มเปราะบางการกำหนดกรอบการใช้เงินกองทุน อย่างยืดหยุ่น โดยให้สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็นในแต่ละพื้นที่ การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการวางแผนและติดตามการใช้กองทุน และการตรวจสอบและติดตามประเมินผลเพื่อความโปร่งใสในการดำเนินงาน

ประกาศฉบับนี้ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ การนิยาม "การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" หมายถึง "การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" ที่บ้านหรือชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ

ในข้อ 8 ระบุว่า

“กรณีที่สำนักงานส่งเสริมการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมและสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

ข้อความนี้สะท้อนถึงการสนับสนุนให้มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว อย่างเป็นระบบ โดยเน้นการสนับสนุนภาคีในพื้นที่ เช่น หน่วยบริการสุขภาพและอาสาสมัคร โดยมีการสนับสนุนให้มีการจ้างผู้ดูแล (Caregiver) และจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นกลไกที่ “อยู่ในพื้นที่” และใกล้ชิดกับครอบครัว มากกว่าการแยกผู้สูงอายุออกไปอยู่ในสถานดูแลแบบสถาบัน

ประกาศฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 จึงถือเป็นการ “ยกระดับ” แนวทางปฏิบัติ โดยเพิ่มความชัดเจนในด้านการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการกำหนดให้สามารถสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลในระยะยาวได้ ต่อมาในปี 2563 และ 2565 มีการทบทวนประกาศใหม่ (ฉบับเพิ่มเติม/แก้ไข) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” และ “การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเชิงพื้นที่” เช่น การปรับกระบวนการจัดสรรเงินให้ยืดหยุ่นมากขึ้น การเปิดกว้างให้มีการบริหารงานร่วมกับภาคประชาสังคม โดยเน้นการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามผล

2) มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559

นโยบายนี้ให้คำสำคัญกับการสนับสนุนปัจจัยด้านเงินทุนและที่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ คือ การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Complex) มุ่งเน้นการสร้างที่พักอาศัยที่ปลอดภัย มีอุปกรณ์ใช้สอยที่เหมาะสมและอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาล ถือเป็นสถานดูแลแบบพักอาศัยต่อเนื่อง เป็นการอาศัยอยู่อย่างอิสระไม่ต้องการพึ่งพิง (Independent Living, IL) ซึ่งมีลักษณะดังนี้

- เป็นที่พักอาศัยที่ออกแบบเฉพาะเพื่อผู้สูงอายุ เช่น ไม่มีขั้นบันได พื้นกันลื่น ห้องน้ำปลอดภัย
- มีบริการพื้นฐาน เช่น พยาบาลเวร อุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน การเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด
- เป็นสถานดูแลแบบร่วมจ่าย มีทั้งรูปแบบซื้อ เช่า หรือร่วมจ่ายในอัตราต่ำ โดยเฉพาะในบริเวณสถานสงเคราะห์ภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุรายได้น้อยแต่เสียค่าใช้จ่ายในอัตราต่ำ เงื่อนไขการเข้าอยู่อาศัย คือ เป็นผู้มียาได้น้อยบริการนี้มีแพทย์อยู่ในสถานสงเคราะห์ของภาครัฐบางแห่ง เช่น บ้านบางแค และบ้านวาสนะเวศน์ เป็นต้น

แม้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมักหมายถึงการดูแลในภาวะพึ่งพิงสูง (เช่น ผู้ป่วยติดเตียง) แต่มาตรการนี้เน้นกลุ่ม “พึ่งพิงน้อย” ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการป้องกันการเสื่อมถอยทางสุขภาพในระยะยาว โดยมีลักษณะสอดคล้องกับแนวคิด “Aging in Place” และ “Pre-LTC” ซึ่งมีประโยชน์ในการลดภาระระบบสุขภาพในอนาคต เนื่องจากเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว คือ การจัดที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสมช่วยลดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม หรือการถูกทอดทิ้งในบ้านของตนเอง การดูแลแบบพึ่งพิงน้อยสามารถป้องกันการเสื่อมสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง

3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีความต่อเนื่องจากแผนเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 คือยังคงให้ความสำคัญในการกำหนดให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เห็นได้จากหลักสำคัญคือ

“ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย พัฒนาคอนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์มีวินัย ใฝ่รู้ มีความรู้ มีทักษะ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่ดี รับผิดชอบต่อสังคม มีจริยธรรมและคุณธรรม พัฒนาคอนทุกช่วงวัย และเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างมีคุณภาพ รวมถึงการสร้างคนให้ใช้ประโยชน์ และอยู่กับสิ่งแวดล้อมอย่างเกื้อกูล อนุรักษ์ฟื้นฟู ใช้ประโยชน์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม”

แสดงให้เห็นถึงการตระหนักรู้ในระดับนโยบายต่อแนวโน้มดังกล่าว และได้บูรณาการแนวทางการพัฒนาที่มีผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายสำคัญอย่างชัดเจน โดยยึดหลัก “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรทุกช่วงวัย ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

จุดเน้นและประเด็นพัฒนาหลักในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 12 คือ ข้อ 4) การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเป็นเครือข่ายระหว่างสถาบันวิจัย สถาบันการศึกษา ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน เพื่อร่วมพัฒนานวัตกรรมทางสังคมให้เป็นที่กลไก ในการลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส อาทิ เทคโนโลยีเพื่อผู้สูงอายุ อุปกรณ์ช่วยผู้พิการ ในข้อ

“2.2.3 การเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นทุนมนุษย์ที่มีศักยภาพสูง ภายใต้เงื่อนไข การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงไปสู่โครงสร้างประชากรสังคมสูงวัยสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 จำนวนประชากรวัยแรงงานลดลงต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2558 และเกิดการขาดแคลนแรงงาน ผลผลิตภาพแรงงานต่ำ คุณภาพคนยังมีปัญหาในทุกช่วงวัยและส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงกันตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ พัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัย ผลลัพธ์ทางการศึกษาของเด็กวัยเรียนค่อนข้างต่ำ แรงงานมีปัญหาทั้งในเรื่อง ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ไม่ตรงกับความต้องการของตลาดงาน และผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพโดยที่จำนวนไม่น้อยต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำเนินชีวิต เป็นต้น ดังนั้น จุดเน้นการพัฒนาคนที่สำคัญในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12”

และ

“ข้อ 2) การสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนในเรื่อง การสร้างอาชีพ รายได้ และให้ความช่วยเหลือที่เชื่อมโยงการเพิ่มผลิตภาพสำหรับประชากรกลุ่มร้อยละ 40รายได้ต่ำสุด ผู้ด้อยโอกาส สตรี และผู้สูงอายุ อาทิ การสนับสนุนธุรกิจขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดย่อม วิสาหกิจชุมชนและวิสาหกิจเพื่อสังคม การพัฒนา

องค์การการเงินฐานรากและการเข้าถึงเงินทุนเพื่อสร้างอาชีพ และการสนับสนุนการเข้าถึง ปัจจัยการผลิตคุณภาพดีที่ราคาเป็นธรรม และในขณะเดียวกันก็ต้องเพิ่ม ประสิทธิภาพการใช้งบประมาณเชิงพื้นที่และบูรณาการเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำ”

แผนฯ ฉบับนี้ได้สะท้อนแนวคิดของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และนวัตกรรม โดยเฉพาะใน ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนาทักษะ ความรู้ และศักยภาพของประชากรทุกช่วงวัย รวมถึงผู้สูงอายุวัยต้น ให้สามารถเข้าสู่ตลาดงานได้อย่างเหมาะสม สอดรับกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระและลดการพึ่งพิงในระยะยาวอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวคือ การพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ซึ่งมีแนวนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ 1) ผลักดันให้มีกฎหมายรองรับการดูแลระยะยาว 2) พัฒนาระบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ที่ต้องพักฟื้น และ 3) ส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้ยังเน้นการบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับท้องถิ่น และศึกษารูปแบบการคลังที่เหมาะสม เช่น ระบบประกันการดูแลระยะยาว ดังจะเห็นได้ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

เป้าหมายที่ 2 คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น

ข้อ 2.4 ผู้สูงอายุวัยต้นมีงานทำและรายได้ที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ

เป้าหมายที่ 4 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น

ตัวชี้วัด 4.7 ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นร้อยละ ๒๐

ข้อ 3.2 พัฒนาศักยภาพคนให้มีความรู้และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า โดยพัฒนาคุณภาพของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นให้สามารถเข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้น

3.3 ยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยการปรับปรุงแหล่งเรียนรู้ในชุมชนให้เป็นแหล่งเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์และมีชีวิต อาทิ พิพิธภัณฑ์ ห้องสมุด โบราณสถาน อุทยานประวัติศาสตร์ โรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้มีระบบการ จัดการความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น

3.6 พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย 1) ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคมและระบบการเงินการคลัง 2) พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็นต้องพักฟื้นก่อนกลับบ้านให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมืองรวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

นอกจากนี้ แผนฯ ฉบับที่ 12 ยังให้ความสำคัญกับ นวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยีเพื่อผู้สูงอายุ ผ่านยุทธศาสตร์ที่ 8 ว่าด้วยการพัฒนาเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม โดยตั้งเป้าหมายให้เกิดนวัตกรรมภายในประเทศที่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น

อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ และระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้ดังนี้

ส่วนที่ 4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมเป้าหมายที่ 2 เพิ่มความสามารถในการประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมเพื่อ ยกระดับความสามารถการแข่งขันของภาคการผลิตและบริการ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

ตัวชี้วัด 2.4 นวัตกรรมทางสังคมและนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการที่ผลิตได้เอง ภายในประเทศ มีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 1 เท่าตัว มีการลงทุนวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน อาทิ เทคโนโลยีการศึกษา เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เทคโนโลยีเพื่อผู้พิการ เทคโนโลยีเพื่อผู้สูงอายุ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (ยาและวัคซีน อุปกรณ์และเครื่องมือ ทางกายภาพ) โดยอาศัยกลไกการดำเนินงานอย่างเป็นเครือข่ายระหว่างสถาบันการศึกษา สถาบันการวิจัย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนหรือชุมชน

นอกจากนี้แนวทางการพัฒนาเพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจให้กระจายตัวอย่างทั่วถึง กรณีศึกษาของภาคเหนือมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุรองรับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของภาคเหนือที่เร็วกว่าระดับประเทศ 10 ปี ส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีรายได้และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการในรูปแบบของกลุ่มอาชีพและกลุ่มวิสาหกิจชุมชน พัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ สร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัวและชุมชน

สรุปได้ว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 นับเป็นหนึ่งในแผนระดับนโยบายที่มีความทันสมัยและตอบรับกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเด่นชัด โดยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทุนมนุษย์ การลดความเหลื่อมล้ำ และการสร้างระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และนวัตกรรม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย มีความโดดเด่นตรงที่สามารถเชื่อมโยงการพัฒนาหลายมิติเข้ากับประเด็นการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเน้นการบูรณาการของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันวิจัย สถาบันการศึกษา และชุมชน ซึ่งถือเป็นโครงสร้างการทำงานที่สำคัญของระบบการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ แผนฯ ยังมีการกำหนดเป้าหมายเชิงรูปธรรมในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุวัยต้นสามารถมีงานทำ การพัฒนาเทคโนโลยีช่วยเหลือ และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อีกทั้ง แผนฯ ยังผลักดันให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวผ่านกลไกด้านกฎหมาย บริการ และการคลัง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการจัดตั้งระบบดูแลที่ยั่งยืนในระยะยาว ทั้งในรูปแบบบริการพักพิง การดูแลในชุมชน และการส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองอย่างมีมาตรฐาน ทั้งนี้ยังได้เปิดพื้นที่ให้มีการพัฒนานวัตกรรมภายในประเทศ เช่น เทคโนโลยีเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งมีศักยภาพในการลดภาระของระบบสุขภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ควรพิจารณาอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะในด้านการแปลงแผนสู่การ

ปฏิบัติจริงที่ยังขาดความต่อเนื่องและการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ แม้จะมีการวางยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุม แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีเครื่องมือหรือกลไกที่สามารถประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การขาดแคลนบุคลากรผู้ดูแลที่มีทักษะเฉพาะทาง และข้อจำกัดด้านงบประมาณในบางพื้นที่ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในเชิงพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึงเท่าที่ควร

4) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)

นโยบายนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข มีเป้าหมายคือเพิ่มอัตราของ Healthy Ageing (ADL มากกว่า 12 คะแนน) โดยการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 1: เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก

“เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข” (กระทรวงสาธารณสุข, 2560, หน้า 42)

กล่าวได้ว่าถือนโยบายนี้เป็นการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการให้ความสำคัญกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) คือ ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan : CP) ในชุมชน มีการสนับสนุนให้ชุมชนมีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยมีความรู้และมีส่วนร่วม ในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูในระดับท้องถิ่นและการดูแลในบ้าน เรียกว่าเป็นการ ขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และบริการระยะยาวในชุมชน เพื่อลดภาระโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิต

แผนฯ ฉบับนี้ระบุว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องเป็นระบบที่เกิดจาก ความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล โดยต้องมีความพอเพียงและเหมาะสมต่อ การเข้าถึงบริการ ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและความสามารถในการอยู่ร่วมในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี (กระทรวงสาธารณสุข, 2560, หน้า 42)

อย่างไรก็ตามแผนนี้มีข้อจำกัด อาทิการบูรณาการข้อมูลและการส่งต่อยังไม่เป็นระบบมีข้อเสนอให้ “สร้างกลไกระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพให้เกิดเอกภาพ” (หน้า 51) แต่ในทางปฏิบัติยังมีความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน การกำหนดบทบาทของท้องถิ่นในระบบดูแลผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน แม้แผนจะกล่าวถึงการบูรณาการบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

แต่ยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานร่วม

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีความก้าวหน้าด้านการวางแผนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเน้นความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ แม้จะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและระบบการบริหารจัดการ แต่หากได้รับการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องและบูรณาการทุกภาคส่วน จะเป็นรากฐานสำคัญของการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยอย่างมั่นคงและยั่งยืน

5) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) เป็นกรอบทิศทางการพัฒนาประเทศระยะยาวที่กำหนดเป้าหมายเพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยหนึ่งในประเด็นสำคัญคือการเตรียมรับมือกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปสู่วัยสูงอายุ ในนโยบายนี้ได้มีการวางยุทธศาสตร์โดยตรงใน 3 ด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว ได้แก่

ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

เน้นการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุให้สามารถ “มีพัฒนาการที่ดีรอบด้านและมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัย” (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี, 2561, หน้า 10) หมายถึงการได้รับการดูแลที่เหมาะสมทั้งด้านสุขภาพ กาย จิต และสังคม โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและการดูแลแบบบูรณาการร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนระบบสวัสดิการและการจัดการตนเองของชุมชน โดยระบุว่า “รัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง” (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี, 2561, หน้า 10) โดยชี้เฉพาะถึงการเตรียมความพร้อมประชากรในทุกมิติ ซึ่งรวมถึงระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูดูแลรายวัน (Day care) ระบบผู้ดูแล (Caregiver) และการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว

ยุทธศาสตร์ด้านการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

สนับสนุนให้ใช้พื้นที่เป็นฐานการพัฒนา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากชุมชนและภาคประชาชนในการจัดระบบบริการที่ตอบโจทย์กลุ่มเปราะบางในสังคม รวมถึงผู้สูงอายุ ซึ่งเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของการมีชุมชนเข้มแข็งและระบบดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิต

ในบริบทของสังคมผู้สูงอายุที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ได้แสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรของประเทศไทยอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการสร้างความเสมอภาคทางสังคม อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในมิติของ “การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” หรือ Long-Term Care (LTC) พบว่าการขาดความชัดเจนในเชิง “กลยุทธ์เฉพาะด้าน” เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาว แม้จะมีการกล่าวถึงผู้สูงอายุในระดับภาพรวมของสังคม แต่ไม่มีแผนงานหรือแนวทางดำเนินการเฉพาะที่ชัดเจนว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุจะดำเนินไปในทิศทางใด แต่อย่างไรก็ตาม นโยบายนี้การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะ “องค์รวม” โดยยุทธศาสตร์ไม่ได้แยกผู้สูงอายุออกจากกลุ่มเป้าหมายอื่น แต่รวมอยู่ในกรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรทุกช่วงวัย

6) ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ พ.ศ. 2561

นโยบายเกิดขึ้นในสมัยที่พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี เป็นช่วงที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมสูงอายุ โดยมีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวคือ มาตรการหลักที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย มาตรการย่อยที่ 1.3 ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ มีการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญ การดูแลระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้าย รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นเฉพาะกลุ่ม และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ เห็นได้จาก

“การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดบริการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบาย ปฏิบัติ เขตเมือง และพื้นที่ท้องถิ่น โดยเฉพาะการให้บริการแก่กลุ่ม “ผู้สูงอายุติดเตียง” และผู้มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561, หน้า 12)

“การสร้างและพัฒนาระบบเพื่อจัดบริการรองรับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมุ่งเน้นที่จะสร้างและพัฒนาหลากหลาย ๆ ที่มีอยู่ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ ทั้งในเขตเมือง และในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง... โดยเฉพาะบริการด้านการดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง” (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561, หน้า 12)

นโยบายมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ พ.ศ. 2561 มีจุดเด่นสำคัญด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยอย่างเหมาะสม โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561, หน้า 12) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน นโยบายนี้ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน ลดภาระของสถานพยาบาล นอกจากนี้ ยังมุ่งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรดูแล เช่น การฝึกอบรมอาสาสมัครและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ในชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังใช้ทรัพยากรในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์ เช่น การปรับใช้โรงเรียนขนาดเล็กเป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การดำเนินนโยบายยังอยู่บนพื้นฐานของการบูรณาการทุกภาคส่วนให้ทำงานร่วมกันอย่างยั่งยืน สะท้อนถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยในระยะยาว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561)

7) กฎกระทรวง กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563

ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ได้มีการกำหนดนิยามของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพว่าเป็นสถานที่ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจการประเภทต่าง ๆ ได้แก่ 1) สปา 2) นวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อความงาม และ 3) กิจการอื่น ๆ ตามที่บัญญัติไว้ใน

กฎกระทรวง ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศกฎกระทรวงฉบับใหม่ เพื่อระบุให้ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในขอบข่ายของกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกฎกระทรวงฉบับนี้ หมายถึง การให้บริการด้านการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัด ด้านสุขภาพ โดยรูปแบบการให้บริการอาจเป็นการจัดกิจกรรมดูแลในช่วงกลางวันโดยไม่มีที่พักค้างคืน การให้บริการพร้อมที่พักอาศัย หรือการให้บริการแบบครบวงจรที่รวมการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟู ร่างกาย และการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้กิจการดังกล่าวจะไม่รวมถึงสถานพยาบาลตามที่ กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (กฎกระทรวงฯ พ.ศ. 2563)

กฎกระทรวงดังกล่าวได้กำหนดมาตรฐานสำหรับกิจการที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือ บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงไว้อย่างชัดเจน โดยระบุว่า ผู้ประกอบกิจการรายใหม่ทุกแห่งจะต้องได้รับ ใบอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มดำเนินงาน ขณะที่ผู้ดำเนินกิจการจะต้องผ่านการอบรม สอบผ่าน และได้รับใบอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) นอกจากนี้ บุคลากรที่ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุทุกคนจะต้องผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากกรม สบส. และต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการอย่างเป็นทางการก่อนเริ่มปฏิบัติงาน

ในด้านกายภาพ สถานที่ตั้งของกิจการต้องอยู่ในบริเวณที่ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิด อันตรายต่อสุขภาพ มีระบบทางเข้าออกที่สะดวก และต้องมีอาคาร สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการ ให้บริการ เช่น อุปกรณ์ปฐมพยาบาล เครื่องหมายหรือข้อความแจ้งเตือนในพื้นที่เสี่ยง ระบบแสงสว่าง ที่เพียงพอในบริเวณทางเดิน รวมถึงมีบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการช่วยชีวิตเบื้องต้น (CPR) อยู่ ประจำ

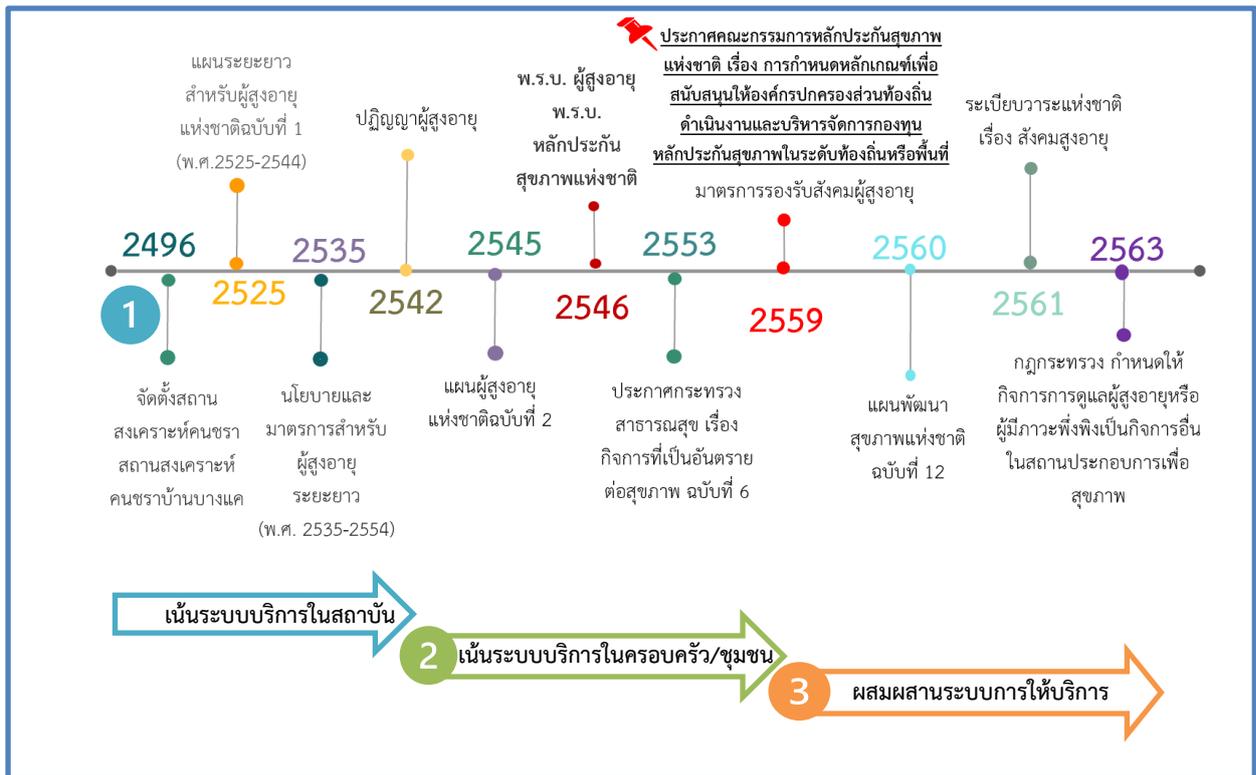
สำหรับมาตรฐานด้านการให้บริการ กำหนดให้มีการจัดทำทะเบียนประวัติ ผู้รับบริการ การประเมินความต้องการอย่างเป็นระบบ การวางแผนทางการส่งเสริมสุขภาพและการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนมีการกำหนดมาตรฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ เป็นไปอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

กฎกระทรวงฯ พ.ศ. 2563 ฉบับนี้ ถือเป็นหนึ่งในนโยบายระดับโครงสร้างที่สำคัญ ของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย โดยเฉพาะในยุคที่โครงสร้างประชากรกำลัง เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จุดแข็งของกฎหมายฉบับนี้อยู่ที่การกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ บุคลากร และระบบบริการที่เน้นคุณภาพ ความปลอดภัย และความต่อเนื่องของการดูแล หากมีการบังคับใช้ อย่างเข้มงวดและมีการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างจริงจัง กฎหมายฉบับนี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการ สร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) มีประสิทธิภาพและครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มใน ระยะยาว

โดยสรุปพัฒนาของนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุสามารถแบ่งออก 3 ช่วงได้แก่ ช่วงเริ่มต้นของการดูแลแบบสถาบัน (2496-2541) เน้นการให้การดูแลระยะยาวให้สถาบันกับกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ส่วนกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ รัฐส่งเสริมให้มีการดูแลในครอบครัว ลดการพึ่งพาสถานสงเคราะห์ ช่วงที่สองคือ ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน (พ.ศ. 2542- 2558) เริ่มพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในชุมชน สนับสนุนงบประมาณผ่านหลักประกันสุขภาพ และ

ออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และช่วงที่สามพัฒนาไปสู่ระบบการดูแลแบบบูรณาการ (พ.ศ. 2559–ปัจจุบัน) รัฐได้ขยายการดูแลให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน พัฒนาระบบระยะกลาง และผลักดันกฎหมายเฉพาะด้าน ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว



หมายเหตุ. โดย สุธิดา แจ้งประจักษ์, ออกแบบเมื่อวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2568

จากนโยบายผู้สูงอายุที่ปรากฏในสังคมไทยอย่างหลากหลาย พบว่าการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มีความมุ่งเน้นให้บริการครอบคลุมด้านสุขภาพ การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และกิจวัตรประจำวัน และด้านสังคม ซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและอยู่ตามลำพังต้องการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและจรรโลงภาวะสุขภาพดีให้คงอยู่ได้ตามอายุโดยอิสระ 2. ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน และการเฝ้าระวังทางสุขภาพ และ 3. ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ เวชปฏิบัติ ฟันฟู รักษา พยาบาลและสวัสดิการสังคม โดยมีรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งในมิติของสังคม และสุขภาพ โดยสถาบันที่มีบทบาทในการดูแล ซึ่งมีปรากฏอยู่ในสาระสำคัญของนโยบายที่มีความแตกต่างกันตามยุคสมัย สามารถแบ่งพัฒนาการของนโยบายตามมิติของการจัดการได้ดังนี้

4.1.2 มิติการจัดบริการ (Service Model Dimension)

เป็นการจำแนกนโยบายตามลักษณะของการให้บริการออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ นโยบายด้านระบบบริการในสถาบัน (Institutional Care) และระบบบริการในครอบครัวและชุมชน (Community/ Home Care) ซึ่งนอกจากจะสะท้อนวิธีการให้บริการที่แตกต่างกันแล้ว ยังชี้ให้เห็นถึงมุมมองของรัฐกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” มีสาระสำคัญดังนี้

4.1.2.1 นโยบายด้านระบบบริการในสถาบัน (Institutional Care)

นโยบายด้านระบบบริการในสถาบันเป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในระดับมาก มีความจำเป็นต่อใช้ทักษะทางการแพทย์และต้องการการดูแลในระยะยาว สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย อาทิ บ้านพักผู้สูงอายุ (Home for Age) สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานบริบาล (Nursing Home) ที่พักอาศัยเพื่อดูแลผู้สูงอายุ (Residential Care Home) หรือบ้านที่มีการดูแลเป็นส่วนตัว (Personal Care Home) โรงพยาบาลผู้สูงอายุที่ให้บริการดูแลระยะยาว และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) นโยบายที่สำคัญได้แก่

- 1) นโยบายในการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
- 2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2553
- 3) มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559
- 4) กฎกระทรวง กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563

สรุปนโยบายด้านระบบบริการในสถาบัน (Institutional Care) ไม่ว่าจะเป็นกฎกระทรวง กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563 และ มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term Care: LTC) มีจุดเน้นหลักในการการจัดระบบบริการที่อยู่อาศัยและดูแลแบบต่อเนื่องเช่น การสร้าง Senior Complex หรือสถานดูแลที่พักอาศัยระยะยาว ซึ่งมีลักษณะเป็นบริการแบบพักอาศัยถาวรหรือกึ่งถาวร โดยเน้นความปลอดภัย ความสะดวกสบาย และการมีระบบดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผ่านการกำหนดมาตรฐานการบริการและคุณสมบัติของผู้ให้บริการทั้งในด้านใบอนุญาต สถานที่ บุคลากร และการดำเนินงานที่ต้องผ่านการอบรมและได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งพัฒนารูปแบบบริการแบบมีส่วนร่วม (Co-payment) คือ การที่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสามารถร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราต่ำได้ โดยมีการพิจารณารายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจเป็นเกณฑ์

4.1.2.2 นโยบายเกี่ยวกับระบบบริการในครอบครัวและชุมชน (Community/ Home Care)

นโยบายที่มุ่งส่งเสริมระบบการให้บริการผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน ด้วยการให้บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การมีศูนย์บริการผู้สูงอายุการฟื้นฟูสุขภาพโดยมีชุมชนทำหน้าที่ในการให้บริการ จัดทีมงาน หรือมีการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้สูงอายุ และบริบททางสังคม มีนโยบายที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 -2544)
- 2) นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)
- 3) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542
- 4) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)
- 5) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553
- 6) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- 7) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

- 8) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)
- 9) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)
- 10) ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ พ.ศ. 2561
- 11) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)
- 12) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 ประกาศนี้ถือเป็นนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการในครอบครัวและชุมชนที่เป็นรูปธรรมมาก เนื่องจากมีการกองทุนที่สนับสนุนให้ชุมชน ครอบครัวยุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดูแลผู้สูงอายุของตนเอง นโยบายนี้จึงสะท้อนแนวทาง “Aging in Place” หรือ “การมีชีวิตรอบบ้านและชุมชนอย่างมีคุณค่า” ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลทำหน้าที่สนับสนุนด้านงบประมาณ เครื่องมือ และบุคลากร เช่น Care Manager หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

จากการวิเคราะห์นโยบายตามรูปแบบการจัดบริการ สรุปได้ว่า นโยบายการดูแลในสถานบริการ (Institutional Care) แสดงถึงบทบาทหน้าที่ของรัฐในการให้บริการโดยตรงผ่านหน่วยงานหรือสถานสงเคราะห์ ขณะที่การดูแลโดยครอบครัวหรือชุมชน (Community/ Home Care) สะท้อนถึงการผลักดันบทบาทของครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทหลักในการดูแล โดยที่รัฐทำหน้าที่สนับสนุนในเชิงทรัพยากร กฎหมาย และกลไกเชิงนโยบาย ซึ่งปัจจุบันทิศทางการให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไม่ได้ทำในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งแต่เป็นการผสมผสานรูปแบบการให้บริการที่เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบททางสังคมของผู้สูงอายุแต่ละราย

จากข้างต้นสามารถจัดกลุ่มและสรุปสาระนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

พ.ศ.	นโยบาย	สาระสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
นโยบายด้านระบบบริการในสถาบัน		
2496	นโยบายในการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ	ให้บริการของสถานสงเคราะห์ คือ ให้ที่พัก และการเลี้ยงดูโดยสนับสนุนด้านปัจจัยสี่แก่ผู้สูงอายุ
2553	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2553	การกำหนดกฎเกณฑ์ในการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ การประกอบกิจการที่ให้บริการส่งพนักงานไปดูแลผู้สูงอายุ (ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) ที่บ้านของผู้รับบริการ
2559	มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559	โครงการการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Complex)
2563	กฎกระทรวง กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563	ข้อกำหนดเป็นมาตรฐานกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
นโยบายด้านระบบบริการในครอบครัวและชุมชน		
2525-2544	แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1	ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว ลดการสร้างสถานสงเคราะห์
2535-2554	นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว	ดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมด้านรายได้ การรักษาพยาบาลและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม
2542	ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย	หลักการพื้นฐานในการปฏิบัติให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
2545-2564	แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2	สร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน
2545	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มาภาวะพึ่งพิง
2546	พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546	การกำหนดสิทธิของผู้สูงอายุ ไม่ได้กล่าวถึงการดูแลระยะยาวโดยตรง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พ.ศ.	นโยบาย	สาระสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2559	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2)	ประกาศฉบับนี้กำหนดให้สามารถใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุน “ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” โดยเน้นการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน ผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หน่วยบริการสาธารณสุข หรือผู้ดูแลในชุมชน (Caregiver) โดยมีคณะกรรมการในพื้นที่เป็นผู้พิจารณาแผนการดูแลรายบุคคลและอนุมัติค่าใช้จ่ายตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด
2560-2564	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12	ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคมและระบบการเงินการคลัง พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็นต้องพักพิงก่อนกลับบ้านให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาว
2561-2580	ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2560-2564	แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12	เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ
2561	ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ	ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ เชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญ การดูแลระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้าย

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากมิติของ “รูปแบบการจัดบริการ” ถือเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงแนวคิดของรัฐต่อบทบาทของผู้ให้บริการ สถานที่ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งนี้เมื่อนำมาจำแนกร่วมกับพัฒนาการในมิติช่วงเวลาที่แบ่งออกเป็น 3 ระยะสำคัญตามลักษณะการจัดบริการที่เปลี่ยนไปอย่างต่อเนื่อง สรุปพัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยดังตารางที่ 2 ได้ว่า

ใน **ช่วงแรก (พ.ศ. 2496–2541)** ระบบการดูแลผู้สูงอายุถูกกำหนดให้มีลักษณะเป็น “รูปแบบเดียว” (Single Model) โดยรัฐเป็นผู้จัดบริการหลักผ่านสถานสงเคราะห์หรือสถานบริการในลักษณะของ “การดูแลในสถาบัน” (Institutional Care) ซึ่งมุ่งตอบสนองต่อกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พึ่งหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ บทบาทของครอบครัวและชุมชนยังคงอยู่ในระดับรอง และไม่ถูกระบุไว้ในเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการ

ช่วงที่สอง (พ.ศ. 2542–2558) นโยบายการดูแลเริ่มเข้าสู่ระยะ “เปลี่ยนผ่าน” (โดยมีการลดการพึ่งพาการดูแลในสถานบริการ และเริ่มให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวและชุมชน (Community/ Home Care) มากขึ้น ผ่านการตรากฎหมายและแผนยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนการจัดบริการดูแลในบ้านและชุมชน ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม สถานบริการยังคงมีอยู่ในระบบเพื่อรองรับกรณีที่ไม่สามารถพึ่งพาครอบครัวได้

ช่วงที่สาม (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยเข้าสู่ระยะ “การผสมผสานรูปแบบการให้บริการ” มีลักษณะเด่นคือ การผสมผสานการดูแลในสถาบันเข้ากับระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ การบูรณาการบริการทุกประเภทให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและมีความเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน สถานพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นโยบายในช่วงนี้เน้นการสร้างระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยไม่แยกบทบาทของแต่ละภาคส่วนออกจากกันอย่างชัดเจนอีกต่อไป ผลักดันให้เกิดความร่วมมือ และเชื่อมโยงทรัพยากรในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

ช่วงเวลา	รูปแบบ	นโยบาย/กฎหมายสำคัญ	สาระสำคัญของกฎหมาย/นโยบาย	จุดเน้น
ช่วงที่ 1 (พ.ศ. 2496-2541)	การดูแลในสถาบัน (Institutional Care)	1. การจัดตั้งสถานสงเคราะห์ "บ้านบางแค" (พ.ศ. 2496) 2. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) 3. นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554)	• สถานสงเคราะห์แห่งแรกสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย • เน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ • ลดการพึ่งพาสถานสงเคราะห์ • จำกัดการใช้สถานสงเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่ไม่มีที่พึ่ง	การสงเคราะห์ในสถานบริการ • เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง • แนวคิดแบบสงเคราะห์ • เริ่มส่งเสริมบทบาทครอบครัว
ช่วงที่ 2 (พ.ศ. 2542-2558)	การดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก (Community-Based Care) รูปแบบสถาบันยังคงมีอยู่แต่ลดบทบาท	1. ปณิญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) 3. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม 2553 4. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2553	• ย้ำสิทธิผู้สูงอายุในการได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต • วางแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เน้นการส่งเสริมบทบาทของครอบครัว พ.ศ. รับรองสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ สนับสนุนครอบครัวในการดูแล รองรับการจัดบริการดูแลระยะยาวทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน 6 กำหนดมาตรฐานสถานบริการ	การส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชน วางรากฐานระบบดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบ ครอบครัว-ชุมชน-ท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง รัฐมีบทบาทสนับสนุนด้านทรัพยากร บุคลากร และกฎหมาย -เริ่มมีข้อกำหนดสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการ เริ่มขยายการดูแลให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ช่วงเวลา	รูปแบบ	นโยบาย/กฎหมายสำคัญ	สาระสำคัญของกฎหมาย/นโยบาย	จุดเน้น
ช่วงที่ 3 (พ.ศ. 2559- ปัจจุบัน)	“การผสมผสานรูปแบบการ ให้บริการ” (mixed model of elderly care) ผสานระหว่างการดูแลใน สถาบัน ชุมชน และที่บ้าน ให้ทำงานร่วมกันอย่าง เชื่อมต่อ	1. ประกาศ สปสช. เรื่องการกำหนด หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 2. มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559 >3. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) 4. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) 5. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561- 2580) 6. ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ พ.ศ. 2561 7. กฎกระทรวง พ.ศ. 2563	• สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ของตน • สนับสนุนที่พักอาศัยปลอดภัย เช่น Senior Complex สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงน้อย • ผลักดันให้มีกฎหมายเฉพาะด้านการดูแล ระยะยาว พัฒนาระบบดูแลแบบเชื่อมต่อ ระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน • พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวโดยเน้น ความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และ สถานพยาบาล กำหนดกรอบนโยบายระดับชาติ กำหนดให้กิจการดูแลผู้สูงอายุเป็นกิจการ เพื่อสุขภาพที่ต้องได้รับใบอนุญาต	มีความพยายามบูรณาการรูปแบบ ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ • ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการ ที่เหมาะสมตามระดับความต้องการและ สภาพการพึ่งพิงของตน • พัฒนาระบบดูแลระยะกลาง-ระยะยาว • ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม • ยกระดับจากการสงเคราะห์ไปสู่ระบบ รองรับระดับประเทศอย่างมีมาตรฐาน

4.2 การเข้าสู่วาระนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

การพัฒนา นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญด้านสาธารณสุขในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ของสังคมไทยในปัจจุบัน โดยรัฐได้มีความพยายามผลักดันแนวทางการดูแลในระยะยาวเพื่อรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษานโยบายสาธารณะครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด "ตัวแบบพหุกระแส" (Multiple Streams Model) ของจอห์น ดับเบิลยู คิงด็อน (John W. Kingdon) ซึ่งอธิบายว่า นโยบายจะสามารถเข้าสู่วาระสาธารณะได้ก็ต่อเมื่อสามกระแสสำคัญ ได้แก่ กระแสปัญหา (Problem Stream) กระแสการเมือง (Political Stream) และกระแสนโยบาย (Policy Stream) มาบรรจบกัน จึงก่อให้เกิด "หน้าต่างแห่งโอกาส" (Window of Opportunity) สำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย

เพื่อวิเคราะห์กระบวนการเข้าสู่วาระของนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้วิจัยเลือกกรณีศึกษา *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559* ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวได้รับการบูรณาการในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ครั้งนี้จึงมุ่งทำความเข้าใจพัฒนาการของนโยบายในเชิงโครงสร้างและบริบททางสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วาระสาธารณะ

4.2.1 พัฒนาการของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

นับตั้งแต่มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หลักเกณฑ์การดำเนินงานของกองทุนนี้ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาเป็นระยะๆ ดังที่ปรากฏในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลายฉบับ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการและความพยายามในการปรับปรุงกลไกการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ถูกกล่าวถึงมาอย่างต่อเนื่อง จุดเริ่มต้นของระบบประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ปรากฏในประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2549 ซึ่งกำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้ระบุกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนรวมถึง กลุ่มผู้สูงอายุ ในระยะแรกนี้ แนวคิดการดูแลยังคงอยู่ในกรอบกว้างของบริการสาธารณสุขเชิงรุก ในปี พ.ศ. 2551 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เริ่มต้นดำเนินงานพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยเน้นแนวคิดการบูรณาการ "สุขภาพ-สังคม" เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการจัดบริการถึงบ้าน ทั้งด้านสุขภาพ อาชีพ และ

สิ่งแวดล้อม ตลอดจนมีการแต่งตั้ง Care Manager (ผู้จัดการรายกรณี) เพื่อวางแผนการดูแลแบบรายบุคคลตามบริบทของแต่ละพื้นที่ แนวทางนี้ถือเป็นการนำร่องที่สำคัญของแนวคิด “การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน” หลังจากนั้นได้มีการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นได้มีการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวดังนี้

แนวคิดเรื่องระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเริ่มเข้าสู่วงนโยบายสาธารณะผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ระเบียบวาระที่ 3.3 เรื่องรายงานการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีมติ ๑๑ รับทั้ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงคมนาคม และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์มีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และให้การรับรองหลักการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก โดยมีการดูแลในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ และขอให้รัฐบาล กำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นวาระแห่งชาติ

ในปี 2553 รัฐบาลได้มีตอบสนองในระดับนโยบายรัฐบาลและการจัดทำแผนปฏิบัติการ เมื่อคณะรัฐมนตรีในสมัยนายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ มีมติรับทราบข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ทั้งในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2553 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้เห็นชอบ “แผนปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2554–2556) ซึ่งกำหนดบทบาทภาครัฐไว้อย่างชัดเจนในการสนับสนุนการดูแลในระดับท้องถิ่น และพัฒนาเครื่องมือสำหรับการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

หลังจากนั้นได้มีการลงมือปฏิบัติในระดับพื้นที่และการพัฒนาบุคลากร (พ.ศ. 2554–2556) ในปี พ.ศ. 2555 กรมอนามัยได้พัฒนาตำบลนำร่องเพื่อดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ พร้อมจัดทำ หลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่มีระยะเวลา 420 ชั่วโมง เพื่อยกระดับทักษะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในระดับชุมชน

เมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2556 มีการจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติและกลไกขับเคลื่อน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีพ. วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน ทำหน้าที่พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ LTC พ.ศ. 2557–2561 โดยได้รับความเห็นชอบจากทั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ได้มีการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ได้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นนอกเหนือจากองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล เข้ามาดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นได้ และเพื่อเพิ่มความเหมาะสมและประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งยังคงเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และระบุผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมาย

ในปีพ.ศ. 2558-2559 ได้มีการขยายความร่วมมือและสนับสนุนจากรัฐ เห็นได้จากวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 มีการลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาล และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยเพื่อร่วมมือกันพัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบ บูรณาการในพื้นที่ แบบบูรณาการในพื้นที่ ต่อมาเมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2558 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อนุมัติ งบประมาณ 600 ล้านบาท (ในปีงบประมาณ 2559) เพื่อรองรับการจัดบริการ LTC ในพื้นที่ 1,000 ตำบล ครอบคลุมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงกว่า 100,000 ราย และในวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2559 ได้มี ประกาศหลักเกณฑ์ฉบับที่ 2 เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการกองทุน LTC อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอิงตามแนวคิดที่ได้พัฒนามาตั้งแต่ปี 2551 หลังจากนั้นมีการออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่พ.ศ. 2559 ซึ่งมีการเพิ่มเติมการนิยามเกี่ยวกับ “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” “การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” รวมทั้ง “ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขยายขอบเขตของการสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ปรากฏในบริบทของการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมและการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นฯ ก่อนที่จะมีการรวมและปรับปรุงหลักเกณฑ์ต่างๆ อย่างเป็นทางการในประกาศฉบับปี 2561

สรุปได้ว่าประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 จึงถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการ “ขยายขอบเขต” ของนโยบายให้ครอบคลุมการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยระบุรายละเอียดทางเทคนิคและนิยามใหม่ๆ ที่ส่งผลต่อทิศทางการดำเนินนโยบายในระดับพื้นที่ ประกาศฉบับนี้เกิดขึ้นภายใต้บริบทของแรงผลักดันจากทั้งปัญหาเชิงโครงสร้าง (เช่น สังคมสูงวัย) นโยบายของรัฐในภาพรวม ตลอดจนความพร้อมของเครือข่ายในพื้นที่ นอกจากนี้จากพัฒนาการของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของรัฐในการปรับกลไกการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางและมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

4.2.2 การวิเคราะห์การเข้าสู่วาระนโยบายตามกรอบแนวคิดหลายกระแส (Multiple Streams Framework)

เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการที่ทำให้นโยบายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกองทุนท้องถิ่นสามารถเข้าสู่วาระนโยบายอย่างเป็นทางการได้อย่างไร การวิเคราะห์ภายใต้กรอบแนวคิด Multiple Streams Framework (MSF) ของ Kingdon จึงเป็นแนวทางสำคัญในการอธิบายว่า “ปัญหา”

“นโยบายทางเลือก” และ “การเมือง” มาบรรจบกันอย่างไร จึงจะนำไปสู่การผลักดันนโยบายดังกล่าวให้เกิดขึ้นได้จริงในประกาศฯ ปี 2559 นี้ สามารถอภิปรายดังนี้

1) กระแสปัญหา (Problem Steam) คือ ประเด็นปัญหาหรือสิ่งที่สังคมให้ความสนใจ และได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากสาธารณชน รัฐบาลจึงแสวงหาแนวทางในการสถานการณ์นั้น ๆ โดยนำไปสู่วาระนโยบาย ทั้งนี้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2552 เป็นนโยบายที่มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องจากนโยบายอื่น ๆ เป็นลักษณะนโยบายแบบเพิ่มเติม (incremental model) ดังนั้นเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจของกระแสปัญหา ผู้วิจัยจึงได้อภิปรายถึง กระแสปัญหาของนโยบายเกิดขึ้นในช่วงเวลาแรกที่มีการกล่าวถึงประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสมัชชาสุขภาพ แบ่งจากสถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1) สถานการณ์ด้านประชากรสูงอายุ

จำนวนผู้สูงอายุในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2551 มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 11.1 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคนในปี 2568 ขณะเดียวกันอายุเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เห็นได้จากในปี 2552 มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 12 สำหรับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เท่ากับ ร้อยละ 15.9 ของประชากรรวม

นอกจากนี้อัตราส่วนของประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเคยอยู่ที่ 6:1

มีแนวโน้มลดลงเหลือ 2:1 (สมัชชาสุขภาพ, 2552) ในปี 2573 ปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 3.3:1 ส่งผลให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนเพิ่มขึ้น และแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะอยู่อย่างโดดเดี่ยวก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน

1.2) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในช่วงปี 2552-2559 พบว่าผู้สูงอายุเผชิญกับโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ มะเร็ง และโรคกระดูกข้อ ซึ่งล้วนส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living –ADL) เช่น การเดิน การลุกนั่ง การสวมใส่เสื้อผ้า การแต่งตัว การขึ้นลงบันไดการเคลื่อนที่ภายในบ้าน การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ และการดูแลตนเอง นำไปสู่ภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีแนวโน้มต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวันและ ขาดการฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุล้มและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงยิ่งขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทำให้เกิด ภาระด้านเศรษฐกิจ ต่อผู้ดูแลมากที่สุด

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังประสบกับปัญหาด้านนภาวะสุขภาพทางจิต โดยใช้ดัชนีจากการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย สภาพปัญหาทางจิตเวชและสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่วนภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549-2551 พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงมี ภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้สูงอายุชายทุกปี แต่ สัดส่วนในผู้สูงอายุเพศเดียวกันไม่แตกต่างกันมาก นัก สำหรับ พ.ศ.2551 ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10,683 ราย ผู้สูงอายุชายร้อยละ 39.9 ผู้สูงอายุหญิง

ร้อยละ 60.1 ผู้สูงอายุชายมีปัญหา ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่า ผู้สูงอายุหญิง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

การมีโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพและกลายเป็นผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรสูงอายุหญิงในช่วงวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) พบว่าระยะเวลาที่ประชากรเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เพิ่มขึ้นจาก 0.9 ปี ในปี พ.ศ.2545 เป็น 1.1 ปี ในปี พ.ศ. 2550 ส่วนของประชากรเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวนปีที่ต้องพึ่งพาเพิ่มจาก 0.5 ปี เป็น 0.6 ปี

1.3) ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีความพร้อมต่อการรับสถานการณ์

การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของทุกครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ครอบครัวยังคงเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้ลูกหลานและเครือญาติในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ สอบถามทุกข์สุข หรือมาเยี่ยมเยียน การพูดคุยทางโทรศัพท์สม่ำเสมอเป็นสิ่งที่คุณสูงอายุส่วนใหญ่ปรารถนาเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงระยะยาวในสังคมไทยส่วนใหญ่อยู่ใน สภาวะไร้อำนาจ มีปัญหาด้านสุขภาพและต้องการการพึ่งพิงด้านสุขภาพ และมีภาระดูแลเพียงลำพัง

ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุปะ 2558 พบว่า ชุมชนมีโครงสร้างองค์กรที่รองรับการทำงานด้านผู้สูงอายุ ทั้งด้านสวัสดิการและสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ทีมหมอครอบครัว และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง บทบาทของชุมชนรวมถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อพูดคุยคลายเหงา การจัดกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกาย และบางแห่งมีการช่วยซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบางสีทองแสดงให้เห็นว่ามีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านคอยดูแลผู้สูงอายุที่ ติดบ้าน ติดเตียง หรือพอช่วยเหลือตัวเองได้ โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านบางส่วนได้รับการอบรมจนสามารถทำหน้าที่เสมือนผู้ช่วยพยาบาล ช่วยนำผู้สูงอายุติดเตียงออกมาทำกายภาพบำบัดได้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนคือ การสนับสนุนอย่างเต็มที่จากผู้นำชุมชนและความร่วมมือของคนในชุมชน อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนยังขาดหลักประกันคุณภาพ การดูแลที่บ้านและความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพ และขาดกลไกขับเคลื่อนและบูรณาการงานผู้สูงอายุระยะยาวเชิงรูปธรรม

ดังนั้นการดูแลในสถานบริการเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา หรือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ให้บริการผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ที่สามารถเข้ารับบริการได้ ซึ่งมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง สามารถผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยได้ จำนวนประมาณ 1,500 คน ในทุกภาคทั่วประเทศ ได้แก่

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุผู้สูงอายุบ้านทักซิณ จังหวัดยะลา
5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวสม์ฯ จังหวัด

พระนครศรีอยุธยา

6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปาง
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลาจังหวัดสงขลา
12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

นอกจากนี้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นยังได้ดำเนินการ “สถานสงเคราะห์คนชรา” จำนวน 13 แห่ง ซึ่งถ่ายโอนมาจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 สถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 13 แห่ง ประกอบด้วย สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร, สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี : หลวงพ่อลำไยจังหวัดกาญจนบุรี, สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี : หลวงพ่อเป็นอุปถัมภ์ จังหวัดนครปฐม, สถานสงเคราะห์คนชรารบ้าน เขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์, สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี, สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี, สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่, สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านธรรมปกรณ์(วัดม่วง) จังหวัดนครราชสีมา, สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านธรรมปกรณ์(โพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา, สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม, สถานสงเคราะห์คนชรารบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง, สถานสงเคราะห์คนชรารอุทอง-พนักตัก จังหวัดชุมพร (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553)

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่ขาดผู้ดูแล ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการของรัฐ อีกทั้งยังการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น เช่น จังหวัดภูเก็ตมีการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัย "ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ" พบว่าใน ปี พ.ศ. 2553 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (ประเภทที่ไม่เป็นทางการ เช่น กำลังคนในครอบครัว และอาสาสมัคร) มีความต้องการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมากถึง 71,410 คน ซึ่งถือว่ามียังมีจำนวนมากที่มียังมีอยู่มาก

นอกจากนี้ยังมีโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเริ่มใน 7 จังหวัดนำร่อง เป็นสถานที่กลางสำหรับจัดกิจกรรมหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทุกวัย ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ส่งเสริม

อาชีพ การถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาผู้สูงอายุ บันเทิง และศาสนา

งานวิจัยปี พ.ศ. 2551 ของ ศิริพันธ์ สาสัตย์ เรื่อง "การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย" พบว่ามีสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด จำนวน 138 แห่ง ในประเทศไทย โดย 113 แห่ง เป็นภาคเอกชน โดย ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นประเภทสถานบริบาล (Nursing Home) ให้บริการดูแลครบวงจร ได้แก่ การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุ ที่พึ่งพาตนเองไม่ได้หรือเป็นผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่จัดบริการมีลักษณะเป็นประเภทบ้านพัก/สถาน สงเคราะห์คนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการ ดำรงชีวิต สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีความพร้อมต่อการรับสถานการณ์ เช่น ระบบการดูแลผู้สูงอายุของไทยยังมีข้อจำกัด ทั้งในด้านมาตรฐานสถานดูแล การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการเข้าถึงบริการสุขภาพพระระดับชุมชน เช่น ระบบดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครอบคลุม รัฐจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ทั้งบริการ การเงิน บุคลากร การบริหารจัดการ และระบบข้อมูล เพื่อรองรับภาระด้านสุขภาพและสังคมในระยะยาว เป็นข้อจำกัดของระบบงบประมาณและบุคลากรในท้องถิ่น แม้จะมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพในพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ชัดเจนในการบริหารจัดการเรื่อง LTC ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องจากภาคประชาชนและองค์กรด้านสุขภาพที่ต้องการให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการและความยั่งยืนของระบบดูแลสถานดูแล

2) กระแสการเมือง (Political Stream)

กระแสการเมือง (Political Stream) เป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ซึ่งได้รับความสนใจจากรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เช่น การเลือกตั้ง การแต่งตั้งคณะรัฐมนตรี และการจัดทำแผนพัฒนาประเทศ มีผลต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้กระแสการเมืองของนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีกระบวนการในการก่อตัวอย่างยาวนาน สามารถอธิบายดังนี้

หลังจากการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐบาลมีการพัฒนานโยบายและกลไกการดูแลผู้สูงอายุได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เห็นได้จากในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อเสนอแนะนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ต่อมาพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน ซึ่งสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 2 นี้ส่งผลเกิดเป็นประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 มีกระบวนการในการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย ทั้งนี้กระแสการเมือง (Political Stream) ได้แก่

2.1) การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในการกำหนดนโยบาย

การปฏิรูปรัฐธรรมนูญปี 2540 เปิดทางให้เกิดกลไกการมีส่วนร่วมในเชิงนโยบายจากหลายภาคส่วน การออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ถูกกำหนดขึ้น โดยแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ... พ.ร.บ. ทั้งสองฉบับนี้กำหนดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นผ่านสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกในการสร้างเวทีนโยบาย เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) เป็นกลไกสำคัญที่เกิดขึ้นภายใต้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็น “เวทีสานพลัง” ระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน ในการกำหนดทิศทางนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของประเทศโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนตามแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเทศไทย

องค์ประกอบของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยผู้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วย 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่

- ภาคราชการ: ได้แก่ หน่วยงานของรัฐในระดับกระทรวง กรม องค์กร

อิสระ หรือรัฐวิสาหกิจที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิต เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

- ภาควิชาการ: ได้แก่ นักวิจัย นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย สถาบันวิจัย และองค์กรด้านวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล สมาคมวิชาชีพต่าง ๆ รวมถึงหน่วยงานวิชาการที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงหรือโดยอ้อม

- ภาคประชาชน: ได้แก่ องค์กรชุมชน องค์กรประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน ชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายอาสาสมัคร องค์กรผู้บริโภค และกลุ่มประชาชนที่มีความสนใจด้านสุขภาพ รวมถึงผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดองค์ประกอบในลักษณะนี้เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้แสดงความคิดเห็นอย่างรอบด้าน และมีสิทธิ์เท่าเทียมในการกำหนดมติร่วมกัน ส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยด้านสุขภาพ โดยอำนาจหน้าที่ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 มิติหลัก คือ เิงกระบวนการ: เป็นเวทีกลางที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ โดยใช้หลักการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ รับฟังเหตุผล และใช้ฉันทามติ (Consensus) ในการมีมติร่วมกัน เิงนโยบาย: มีหน้าที่จัดทำและเสนอ “มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายระดับประเทศ ระดับกระทรวง หรือระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ แม้มติของสมัชชาสุขภาพจะไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายโดยตรง แต่มีสถานะเป็น “มติสาธารณะ” ที่มีน้ำหนักทางจริยธรรม สังคม และวิชาการ ทำให้หลายหน่วยงานนำไปใช้เป็นกรอบการดำเนินงานและปรับปรุงนโยบายในทางปฏิบัติ

การดำเนินงานของสมัชชาสุขภาพยังได้รับการสนับสนุนโดยตรงจาก สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของสมัชชา รับผิดชอบประสานงาน ส่งเคราะห์ประเด็น จัดกระบวนการประชุม และติดตามผลการขับเคลื่อนมติในแต่ละปี

2.2) มิติช่วงเวลาและโอกาสทางการเมือง

ช่วงเวลาและโอกาสทางการเมืองในการเข้าสู่วาระนโยบาย คือ

การตอบสนองของคณะรัฐมนตรีรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (พ.ศ. 2551–2554) (ปี 2553) รับข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพ และสั่งการให้หน่วยงานดำเนินการ และรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา (พ.ศ. 2557–2566) มีเสถียรภาพสูง และต่างให้ความสำคัญกับนโยบายผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยุครัฐบาลประยุทธ์ที่มีการกำหนดเป็น วาระแห่งชาติ เห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณจากรัฐในปี 2559 จำนวน 600 ล้านบาท เพื่อรองรับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 1,000 ตำบล

นอกจากนี้ตัวแสดงทางนโยบายที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบาย ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยเฉพาะ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ มีบทบาทนำมติเสนอคณะรัฐมนตรีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทสำคัญในการจัดสรรงบประมาณและวางระบบ Long-Term Care นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้ผลักดันเชิงยุทธศาสตร์ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นผู้เห็นชอบและจัดทำแผนขับเคลื่อนนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รับบทบาทภาคปฏิบัติและเป็นเจ้าภาพในระดับพื้นที่ องค์กรวิชาชีพ ภาคประชาสังคม และมหาวิทยาลัยเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบแผนยุทธศาสตร์ และฝึกอบรมบุคลากร

2.3) มิติอารมณ์ของสังคม (National Mood)

อารมณ์ของสังคมคือการสะท้อนถึงความรู้สึกโดยรวมของประชากรต่อสถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถส่งผลต่อการกำหนดนโยบายและทิศทางของประเทศ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุปีพ.ศ. 2558 พบว่า สังคมไทยมีความตื่นตัวเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุอย่างมาก เห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของการนำเสนอในสื่อมวลชนมีจำนวนรายการที่เกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุมีจำนวน ถึง 7,194 รายการ แสดงให้เห็นถึงการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนต้องการข้อมูลและมีความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับประเด็นนี้ นอกจากนี้ยังมีการแพร่กระจายข้อมูลข้ามแพลตฟอร์มมากขึ้นความตื่นตัวดังกล่าวไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในสื่อดั้งเดิม แต่ขยายไปสู่สื่อออนไลน์และแพลตฟอร์มดิจิทัลต่างๆ การติดตามจาก Search Engine อันดับต้นอย่าง Google, Bing และ Yahoo แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนถึงการแพร่กระจายของความสนใจข้ามแพลตฟอร์มและกลุ่มประชากรที่หลากหลาย

สิ่งที่น่าสนใจคือ National Mood นี้ไม่ได้หยุดอยู่ที่การรับรู้เพียงอย่างเดียว แต่ได้พัฒนาไปสู่การแสวงหาทางออกและการสร้างสรรค์นวัตกรรม การเติบโตของธุรกิจที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและการพัฒนานวัตกรรมเฉพาะทางเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าสังคมไม่เพียงแต่ตระหนักถึงปัญหา แต่ยังพร้อมที่จะลงทุนและดำเนินการเพื่อหาทางแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าเกิดการรับรู้ปัญหาในระดับสังคม (Social Recognition) สื่อและประชาชนมีความตื่นตัวทำให้ประเด็นผู้สูงอายุกลายเป็น "ปัญหาสาธารณะ" ที่ต้องการการ

แก้ไขอย่างเป็นระบบ นำไปสู่การความสนใจของนักการเมืองและผู้ที่กำหนดนโยบายให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบายเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อฐานเสียงและความนิยม การให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะสามารถสร้างความชอบธรรมในการสนับสนุนจากนักการเมืองได้โดยลดการถูกวิพากษ์วิจารณ์จากสังคม

3) กระแสนโยบาย (Policy Stream)

กระแสนโยบาย (Policy Stream) หมายถึง การเสนอแนวทาง แผนงาน หรือ มาตรการเชิงนโยบายที่ตอบสนองต่อปัญหาเชิงประจักษ์ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ข้าราชการ และภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำหน้าที่กลั่นกรองนโยบายผ่านการวิเคราะห์เชิงหลักฐาน (evidence-based policy) และกลไกต่าง ๆ เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในระดับรัฐ ในกรณีของ “การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง” กระแสนโยบายเกิดจากการสังสมองค์ความรู้ ความตระหนักรู้ และข้อเสนอแนะที่ตกผลึกผ่านกลไกต่าง ๆ ดังนี้

3.1) การวางรากฐานทางกฎหมายและนโยบาย

กฎหมาย ข้อบังคับ และนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้าน สุขภาพ สังคม และสวัสดิการ ได้วางรากฐานสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และเป็นกรอบกฎหมายหลัก (Primary Legal Framework) กฎหมายที่สำคัญคือ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ทำหน้าที่เป็นกฎหมายหลัก (Primary Legislation) กำหนดกรอบทางกฎหมาย (Legal Framework) สำหรับสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ และภาระผูกพันของรัฐต่อผู้สูงอายุ ประกอบกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่สร้างกลไกทางการเงิน (Financial Mechanism) ผ่านระบบการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) เพื่อรองรับการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มีความสำคัญในฐานะกฎหมายที่กำหนดโครงสร้างพื้นฐานทางสถาบัน (Institutional Infrastructure) สำหรับการพัฒนานโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและกลไกสมัชชาสุขภาพสร้างพื้นที่ทางการเมือง (Political Space) ที่เอื้อต่อการผลิตนโยบายร่วม (Co-production) ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของการบริหารจัดการแบบเครือข่าย (Network Governance) ในการจัดการปัญหาสาธารณะที่ซับซ้อน

นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์ระดับชาติ (Strategic Policy) การพัฒนาในระดับนโยบายเชิงยุทธศาสตร์แสดงความซับซ้อนของการแก้ปัญหา (Policy Solution) ที่ต้องการบูรณาการข้ามภาคส่วน ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี บรรจุการพัฒนาาระบบดูแลผู้สูงอายุไว้ในสองยุทธศาสตร์หลัก คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ที่เน้นแนวทางการดูแลตลอดช่วงชีวิต (Life Course Approach) และยุทธศาสตร์ที่ 4 ความเสมอภาคทางสังคมที่มุ่งสู่สังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Society) การจัดวางดังกล่าวสะท้อนการรับรู้ว่าปัญหาการดูแลผู้สูงอายุเป็นประเด็นข้ามสาขา (Cross-cutting Issue) ที่ต้องการการตอบสนองหลายภาคส่วน (Multi-sectoral Response) นอกจากนี้ยังมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) ได้ผลักดันแนวนโยบายการจัดบริการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมทั้งระบบบริการสาธารณะ

ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม โดยให้ความสำคัญกับการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาาระบบดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพักฟื้นก่อนกลับเข้าสู่ชุมชน

3.2) ข้อเสนอเชิงนโยบายจากเวทีสาธารณะ

การจัดเวทีประชุมเพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประชุมสมัชชาสุขภาพ การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพื้นที่สำหรับการอภิปรายเรื่องต่างๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และพัฒนาข้อเสนอทางนโยบายที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งการประชุมวิชาการระดับชาติ ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุและสุขภาพโดยมีมติเรื่องระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่องได้ทำหน้าที่รวบรวมปัญหา ประเด็น และข้อเสนอจากภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงภาคประชาชนและวิชาการ เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเฉพาะใน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2552 ซึ่งถือเป็นหมุดหมายสำคัญของการผลักดันประเด็นการดูแลระยะยาวเข้าสู่นโยบายสาธารณะข้อเสนอกับที่ก่อกำเนิดจากเวทีนี้ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ เช่น

- ยอมรับบทบาทของรัฐในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก และภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนแบบบูรณาการ
- ผลักดันให้ การดูแลระยะยาวเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างเป็นระบบ

- ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รับผิดชอบในการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ พร้อมกับจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิง สนับสนุนปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จัดสวัสดิการครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ และช่วยเหลือค่าครองชีพสำหรับผู้สูงอายุพึ่งพิง

- สนับสนุนการฝึกอบรมอาสาสมัคร (เช่น อพส.) และผู้ดูแลมืออาชีพ รวมทั้งการจัดบริการดูแลภายในชุมชน เช่น ศูนย์ดูแลกลางวันและศูนย์ฟื้นฟู เปิดโอกาสให้ชมรมผู้สูงอายุและองค์กรภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุ เช่น จัดทำเทศบัญญัติ ตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผล

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง (มหาดไทย, สาธารณสุข, ศึกษาธิการ, วัฒนธรรม, แรงงาน, คมนาคม, เกษตรฯ): พิจารณาปรับเปลี่ยนซีพีผู้สูงอายุที่พึ่งพิง จากอัตราปกติ เป็นไม่น้อยกว่าเส้นความยากจนร่วมกันพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดบริการดูแล และการบริหารบุคลากร-งบประมาณ เพื่อให้สามารถจัดบริการดูแลระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ให้สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องการบริการทางการแพทย์/พยาบาลขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาหรือสภาการพยาบาล เพื่อกำกับดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน

- ส่งเสริมฝึกอบรมความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ญาติและอาสาสมัคร รวมทั้งพัฒนาผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนให้ได้รับการฝึกอบรมภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรวิชาชีพ แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ประจำท้องถิ่นเพื่อบริหารจัดการการดูแลระยะยาว โดยคำนึงถึงความแตกต่างและความต้องการที่หลากหลาย

3.3) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ

แนวทางเชิงนโยบายดังกล่าวได้รับการแปลงเป็นยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในระดับหน่วยงาน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการสนับสนุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดงบประมาณสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการ รวมถึงการส่งเสริมการมี Care Manager ในพื้นที่ ซึ่งเป็นการสร้างโครงสร้างสนับสนุนเชิงระบบ เพื่อให้ข้อเสนอจากเวทีนโยบายสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมอนามัย และกรมกิจการผู้สูงอายุ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น แผนระยะยาว (Long-Term Care) ที่บูรณาการกับกองทุนสุขภาพตำบล โครงการนำร่องเพื่อจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่จัดโดยกรมอนามัย รวมถึงการดำเนินงานพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มต้นมาตั้งแต่ปี 2551 และต่อมาได้พัฒนาเป็นแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2557–2561 “โครงการนำร่อง” นี้สามารถนำไปสู่การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ตัวอย่างเช่น โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดเชียงใหม่ นครปฐม หรือขอนแก่น แสดงให้เห็นว่านโยบายการดูแลระยะยาวที่ใช้ชุมชนเป็นฐานนั้นสามารถดำเนินได้จริงและให้ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม จึงเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนการขยายผลในระดับชาติได้

การมีอยู่ของแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเหล่านี้มิได้เป็นเพียงกรอบกำกับการดำเนินงานในเชิงบริหารเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึง "ความพร้อมเชิงเทคนิค" ที่ช่วยเสริมความชอบธรรมให้กับข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระแสนโยบาย (policy stream) ตามแนวคิด Multiple Streams Framework (Kingdon, 1995) กล่าวคือ แพลนดังกล่าวทำหน้าที่เป็นกลไกแสดงให้เห็นว่านโยบายที่เสนอมีแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถบูรณาการกับกลไกที่มีอยู่ และมีศักยภาพในการดำเนินงานจริง โดยเฉพาะเมื่อได้รับการสนับสนุนทางงบประมาณและความร่วมมือจากหน่วยงานระดับต่าง ๆ ทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่อิงจากงานวิชาการหรือการผลักดันของเครือข่ายทางสังคม มีแนวโน้มเข้าสู่วาระนโยบายสาธารณะได้มากขึ้น นอกจากนี้ การจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล และตำบลต้นแบบ ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้เชิงระบบ (system learning) ซึ่งยิ่งตอกย้ำถึงความเป็นไปได้ในการขยายผลนโยบายในระดับประเทศในระยะต่อมา

นอกจากนี้แผนยุทธศาสตร์ยังทำหน้าที่เป็นเวทีสร้างฉันทามติระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกระบวนการจัดทำแผนดังกล่าว มักมีการประชุมหารือและระดมความคิดเห็นจากหลากหลายฝ่าย ทั้งภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดการบูรณาการความเห็น ลดความขัดแย้ง และนำไปสู่การยอมรับร่วมกัน (shared ownership) เมื่อหน่วยงานต่าง ๆ มีความเห็นพ้องต้องกัน แนวนโยบายที่เสนอก็มีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน และมีพลังเพียงพอในการผลักดันเข้าสู่วาระนโยบาย

3.4) การศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย

การศึกษาวิจัยเชิงนโยบายมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนกระบวนการกำหนดและพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความซับซ้อนและ

ต้องการความเข้าใจเชิงลึก การวิจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยวิเคราะห์สภาพปัญหาและนำเสนอแนวทางการแก้ไขที่เป็นรูปธรรม แต่ยังช่วยประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และผลกระทบของนโยบายที่ถูกนำเสนอ รวมถึงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของนโยบายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความน่าเชื่อถือและมีน้ำหนักมากพอที่จะเข้าสู่วาระของผู้กำหนดนโยบายได้ (Kingdon, 1995; สวรรส., 2552) บริบทการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของไทย มีงานวิจัยในช่วงปี 2552–2559 สำคัญหลายชิ้นที่ได้ก่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกและส่งผลกระทบต่อทิศทางการพัฒนานโยบาย ได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุ รวมถึงศักยภาพของระบบสุขภาพและชุมชนในการรองรับการดูแลระยะยาว อาทิ

งานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรรส.) ที่ศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย (พ.ศ. 2556) พบว่าภาวะสมองขาดเลือดและสมองเสื่อมเป็นสาเหตุหลักของการพึ่งพาระยะยาว ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะไร้อำนาจและมีปัญหาสุขภาพ ขณะที่ระบบบริการขาดหลักประกันคุณภาพและความต่อเนื่อง งานวิจัยนี้นำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลระยะยาวและส่งเสริมบทบาทองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลระยะยาวโดยชุมชนในระยะต่อมา

ปี 2557 การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ต้องมีกระบวนการพัฒนาที่สร้างแรงจูงใจในการทำงาน มีการพัฒนาศักยภาพคนอย่างเป็นระบบ เน้นการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกันทุกขั้นตอน

ผลงานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Policy) ในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเฉพาะการเข้าใจบริบทวัฒนธรรมไทย ความต้องการของชุมชน และความซับซ้อนของปัญหาการดูแลระยะยาว ซึ่งนำไปสู่การพัฒนา นโยบายที่มีความเหมาะสมและสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น การศึกษาวิจัยเชิงนโยบายจึงไม่ใช่เพียงแค่กระบวนการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างความเข้าใจร่วม (shared understanding) และฉันทามติในการดำเนินงาน ส่งผลให้กระแสนโยบาย (policy stream) มีความแข็งแกร่งและพร้อมที่จะถูกผลักดันเข้าสู่วาระนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ งานวิจัยยังช่วยเชื่อมโยงแนวคิดนโยบายกับความเป็นจริงในพื้นที่ ทำให้การวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการมีความเหมาะสมและตอบโจทย์บริบทของประเทศอย่างแท้จริง

4) หน้าต่างแห่งโอกาส (Policy Window)

หน้าต่างแห่งโอกาส หรือที่ในกรอบแนวคิด Multiple Streams Framework (MSF) ของ Kingdon กล่าวถึงช่วงเวลาที่กระแสสำคัญสามกระแส ได้แก่ กระแสปัญหา กระแสนโยบาย และกระแสการเมือง มาบรรจบกันอย่างเหมาะสม ทำให้นโยบายใหม่ได้รับการผลักดันเข้าสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติได้จริง ในกรณีของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) ในประเทศไทย หน้าต่างแห่งโอกาสนี้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงปี 2558–

2559 ในช่วงเวลาดังกล่าว กระแสปัญหาได้รับการตระหนกอย่างชัดเจนจากสังคมและภาครัฐว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ระบบดูแลและบริการที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้เกิดแรงกดดันต่อการแก้ไขปัญหานี้ในเชิงนโยบาย กระแสนโยบายเองก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการจัดทำต้นแบบตำบลต้นแบบสำหรับระบบ LTC ที่ใช้ฐานชุมชนเป็นหลัก และแผนยุทธศาสตร์ระบบดูแลระยะยาว (พ.ศ. 2557-2561) ที่ได้ถูกจัดทำและพร้อมสำหรับการนำไปปฏิบัติจริง โดยมีการระบุเป้าหมาย กลยุทธ์ และโครงการสนับสนุนที่ชัดเจน ในด้านกระแสการเมือง การสนับสนุนจากรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็เป็นที่ไปอย่างเข้มแข็ง โดยเฉพาะมติคณะรัฐมนตรีในปี 2553 ที่เห็นชอบยุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนาระบบ LTC พร้อมกับการอนุมัติงบประมาณ 600 ล้านบาทในปี 2559 เพื่อขยายและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่

เมื่อกระแสทั้งสามนี้มาบรรจบกันอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิด “หน้าต่างแห่งโอกาส” ที่เปิดทางให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2559 ที่กลายเป็นเครื่องหมายสำคัญของจุดเปลี่ยนเชิงนโยบาย ซึ่งขยายขอบเขตของระบบ LTC จากแนวคิดสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมด้วยการรวมพลังของกระแสปัญหา กระแสนโยบาย และกระแสการเมืองนี้ การดำเนินงานระบบ LTC จึงได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการและกลายเป็นส่วนหนึ่งของวาระนโยบายสาธารณะที่สำคัญของประเทศ สามารถสรุปเป็นตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปหน้าต่างแห่งโอกาส (Policy Window)

ช่วงเวลา	ลักษณะนโยบายหลัก	กระแสปัญหา (Problem Stream)	กระแสนโยบาย (Policy Stream)	กระแสการเมือง (Politics Stream)	Policy Window/ การเปลี่ยนผ่านสำคัญ
2496- 2541	เน้นการสงเคราะห์ผ่าน สถานสงเคราะห์ (Institutional Care)	- ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็น “ผู้ด้อยโอกาส” ที่ต้องการการ สงเคราะห์ - ขาดระบบสนับสนุนครอบครัวและ ชุมชน	- รูปแบบบริการจำกัดอยู่ในสถาบัน - ยังไม่มีการออกแบบระบบแบบ บูรณาการ	- บทบาทรัฐแบบสวัสดิการ/ สงเคราะห์ - ยังไม่มีนโยบายชัดเจน ระดับประเทศ	ยังไม่เปิดหน้าต่างนโยบาย แต่เป็นพื้นฐานของการรับรู้ ปัญหา
2542- 2558	ช่วงเปลี่ยนผ่าน: ส่งเสริม ครอบครัว/ชุมชนเข้ามามี บทบาท	- จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น - ข้อจำกัดของสถานสงเคราะห์ - ความต้องการการดูแลระยะยาว	- มีข้อเสนอจากภาคประชาชน - เริ่มมีนโยบายส่งเสริมบทบาท ชุมชน - ยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติ เริ่ม จัดทำ	- การปฏิรูประบบราชการ - กระแสประชาธิปไตยและ การกระจายอำนาจ	ช่องหน้าต่างเริ่มเปิด บางส่วน เกิดการทดลองแนวทาง ใหม่ เช่น โครงการนำร่อง
2559- ปัจจุบัน	ระบบผสมผสาน (Integrated Long-Term Care): เชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ	- ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ - ความไม่เท่าเทียมของการเข้าถึง บริการ	- ข้อเสนอชัดเจนจากเวทีนโยบาย - แผนยุทธศาสตร์ชาติ - แนวคิด “สิทธิ” และ “ความเสมอภาค”	- ประกาศปี 2559: กำหนด บทบาทท้องถิ่น - ระบบราชการเอื้อต่อการ กระจายอำนาจ - รัฐบาลให้ความสำคัญกับ สังคมสูงวัย	Policy Window เปิด เต็มที่: ออกประกาศให้ท้องถิ่น เป็นกลไกหลัก ส่งผลต่อการ ปฏิรูปเชิงระบบ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งวิเคราะห์พัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และศึกษากระบวนการเข้าสู่วาระนโยบายในประเทศไทย ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากเอกสารเชิงนโยบาย กฎหมาย แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงของนโยบายในช่วงเวลาต่าง ๆ รวมทั้งการเปิดพื้นที่นโยบายในระดับท้องถิ่น โดยผลการศึกษาที่ได้สะท้อนให้เห็นพัฒนาการเชิงนโยบายของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและกลไกการเข้าสู่วาระนโยบาย สามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 พัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

ในการศึกษาพัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้วิจัยได้จัดกระบวนการวิเคราะห์ออกเป็นสองมิติหลัก ได้แก่ มิติด้านพัฒนาการเชิงช่วงเวลา (Temporal Development) และ มิติตามรูปแบบการจัดบริการ (Service Model Dimension) เพื่อให้สามารถสะท้อนทั้งแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายตามบริบททางสังคมและการเมืองในแต่ละช่วงเวลา รวมถึงความหลากหลายของแนวทางการจัดบริการดูแลระยะยาวที่รัฐเลือกใช้ในแต่ละช่วง สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

5.1.1.1 มิติช่วงเวลา แบ่งออกเป็น 3 ช่วงดังนี้

ช่วงที่ 1 การดูแลในสถาบัน (พ.ศ. 2496–2541) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เน้นการดูแลในสถาบัน (Institutional Care) เป็นช่วงที่ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยเริ่มต้นจากแนวคิดแบบสงเคราะห์ โดยเน้นการจัดบริการในรูปแบบสถานสงเคราะห์ สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ ประกอบด้วย นโยบายการจัดตั้งสถานสงเคราะห์เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เริ่มจัดตั้งก่อตั้ง “บ้านบางแค” ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์แห่งแรกสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยในพ.ศ. 2496 แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525–2544) เน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ลดการพึ่งพาสถานสงเคราะห์ และจำกัดการใช้สถานสงเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่ไม่มีที่พึ่งจริง ๆ นอกจากนี้ยังมีนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)

ในช่วงนี้ แม้นโยบายจะยังเน้นการดูแลแบบสถาบันเป็นหลัก แต่ก็เริ่มมีแนวโน้มสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลมากขึ้น

ช่วงที่ 2 การดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก (พ.ศ. 2542–2558) ช่วงส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน เริ่มพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน (Community-Based LTC) เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ประเทศไทยเริ่มวางรากฐาน “ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” อย่างเป็นทางการ โดยเริ่มจากการตรากฎหมายที่ว่าด้วยสิทธิของผู้สูงอายุ รวมทั้ง

จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่สนับสนุนการดูแลในครอบครัว ชุมชน และบ้านของผู้สูงอายุ มีนโยบายประกอบด้วย

- 1) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ย้ำสิทธิผู้สูงอายุในการได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- 2) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) วางแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เน้นการส่งเสริมบทบาทของครอบครัว และสนับสนุนผู้ดูแล
- 3) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553 รับรองสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ สนับสนุนครอบครัวในการดูแล
- 4) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 รองรับการจัดบริการดูแลระยะยาว ทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน
- 5) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2553

ช่วงนี้ถือเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างระบบดูแลระยะยาวที่มี “ครอบครัว-ชุมชน-ท้องถิ่น” เป็นศูนย์กลาง โดยรัฐมีบทบาทสนับสนุนด้านทรัพยากร บุคลากร และกฎหมาย

ช่วงที่ 3 การผสมผสานรูปแบบบริการ (พ.ศ. 2569-ปัจจุบัน) ช่วงพัฒนาการดูแลระยะยาวไปสู่การผสมผสานระบบการบริการในสถาบันและการบริการในครอบครัวและชุมชน ให้มีครอบคลุมทุกภาคส่วน และพัฒนาระบบดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบ ช่วงนี้รัฐได้ขยายการดูแลให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือยังพึ่งพาตนเองได้ โดยพัฒนา “ระบบดูแลระยะกลาง-ระยะยาว” และส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

- 1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ของตน

- 2) มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559 สนับสนุนที่พักอาศัยปลอดภัย เช่น Senior Complex สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงน้อย

- 3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ผลักดันให้มีกฎหมายเฉพาะด้านการดูแลระยะยาว พัฒนาระบบดูแลแบบเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน และส่งเสริมธุรกิจบริการ LTC

- 4) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวโดยเน้นความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล

- 5) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)

- 6) ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ พ.ศ. 2561

- 7) กฎกระทรวง พ.ศ. 2563 กำหนดให้กิจการดูแลผู้สูงอายุเป็นกิจการเพื่อสุขภาพที่ต้องได้รับใบอนุญาต

ช่วงนี้มีความพยายาม “ยกระดับ” การดูแลจากการสงเคราะห์แบบปัจเจก ไปสู่การสร้างระบบรองรับระดับประเทศอย่างมีมาตรฐาน มีการกำหนดกรอบนโยบายชัดเจน เช่น ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และระเบียบวาระแห่งชาติด้านสังคมสูงวัย

สรุปได้ว่าพัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยจากเดิมที่การดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุถูกจำกัดอยู่ในกรอบของ “การสงเคราะห์” และ “สถานสงเคราะห์” (Institutional-based) ค่อย ๆ ขยายมาสู่ “การดูแลในครอบครัวและชุมชน” (Family & Community-based) และในปัจจุบันมีแนวโน้มสร้าง “ระบบดูแลแบบบูรณาการทุกภาคส่วน” (Integrated Long-Term Care System)

5.1.1.2 มิติการจัดบริการ

จากการวิเคราะห์นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามลักษณะของการจัดบริการสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ระบบการบริการในสถาบัน (Institutional Care) และระบบการบริการในครอบครัวหรือชุมชน (Community/Home Care) ซึ่งทั้งสองรูปแบบสะท้อนมุมมองของรัฐในการกำหนดบทบาทหลักของผู้ให้บริการดูแลระยะยาว

ระบบการบริการในสถาบัน เน้นการจัดบริการภายใต้การกำกับของรัฐหรือภาคเอกชนในรูปแบบสถานสงเคราะห์ บ้านพักผู้สูงอายุ หรือสถานบริบาล โดยเน้นมาตรฐาน ความปลอดภัย และการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง มีการกำหนดเกณฑ์และระเบียบรองรับ เช่น กฎกระทรวง พ.ศ. 2563 และมาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559

ระบบการบริการในครอบครัวหรือชุมชน มุ่งเน้นการกระจายบทบาทการดูแลไปยังครอบครัว องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรัฐทำหน้าที่สนับสนุนเชิงโครงสร้างผ่านกฎหมาย งบประมาณ และบุคลากร เช่น อสม. และ Care Manager นโยบายสำคัญในกลุ่มนี้ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) สะท้อนแนวคิด "Aging in Place" ซึ่งให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนของตนอย่างมีคุณค่า ถือเป็นความพยายามพัฒนาบูรณาการรูปแบบการดูแลในสถาบันและการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเข้าด้วยกันโดยมีรัฐทำหน้าที่สนับสนุน

การจัดนโยบายในสองลักษณะนี้ไม่เพียงแต่สอดถึงแนวทางการให้บริการที่แตกต่างกัน แต่ยังสะท้อนพัฒนาการเชิงกระบวนการของรัฐในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุจากการดูแลโดยตรงไปสู่การสนับสนุนระบบที่มีฐานชุมชนเป็นศูนย์กลาง

5.1.2 การเข้าสู่วาระนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

การศึกษาครั้งได้วิเคราะห์การเข้าสู่วาระนโยบายของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 สามารถสรุปได้ดังนี้

การผลักดันให้ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเข้าสู่นโยบายสาธารณะของประเทศไทยมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญจากเวที สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกระบวนการนโยบายที่เปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาและกำหนดทิศทางด้านสุขภาพของประเทศ โดยประเด็นการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเริ่มถูกหยิบยกขึ้นมาอย่างเป็นทางการครั้งแรกในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 ผ่าน มติที่ 11 เรื่อง “การจัดระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ” เนื่องจากหลายภาคส่วน ได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีทรัพยากรจำกัด หรือในชุมชนที่ขาดระบบสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคม ประเด็นดังกล่าวได้รับการสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์จากโครงการศึกษาและการดำเนินงานนำร่องหลายพื้นที่ หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อเนื่อง และในที่สุดได้ขยายผลสู่การร่างหลักเกณฑ์และกรอบนโยบายเชิงปฏิบัติ ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นพื้นฐานของ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

ประกาศฉบับนี้มีสาระสำคัญคือ การกำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหลักในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ของตน โดยสามารถใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในการจัดบริการ เช่น การจัด Caregiver, การเยี่ยมบ้าน, การฟื้นฟูผู้สูงอายุ, การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และการสนับสนุนศูนย์บริการผู้สูงอายุ โดยมีคณะกรรมการในพื้นที่เป็นกลไกพิจารณาและกำกับการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม

ในการศึกษากระบวนการเข้าสู่วาระนโยบาย ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด Multiple Streams Framework (MSF) ของ John W. Kingdon มาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายว่า นโยบายสาธารณะจะสามารถเข้าสู่วาระของรัฐบาลได้เมื่อ “สามกระแส” ที่สำคัญ ได้แก่ กระแสปัญหา (problem stream), กระแสนโยบาย (policy stream) และกระแสการเมือง (politics stream) ไหลมาบรรจบกัน ณ ช่วงเวลาหนึ่งที่เรียกว่า “หน้าต่างแห่งโอกาส” (policy window) สามารถสรุปได้ดังนี้

5.1.2.1 กระแสปัญหา (Problem Stream)

ภายใต้กรอบ Multiple Streams ของ Kingdon กระแสปัญหาคือสถานการณ์หรือประเด็นที่สังคมยอมรับว่าเป็นปัญหาสาธารณะที่ต้องเร่งแก้ไข สำหรับนโยบายดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของไทย ปัญหาเริ่มชัดเจนจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2552) ที่ยอมรับว่าประเทศกำลังเผชิญความท้าทายด้านการดูแลผู้สูงอายุและต้องการมาตรการเชิงระบบรองรับ ปัญหาดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 มิติสำคัญ คือ

1) สถานการณ์ประชากรสูงอายุ ไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัว อัตราส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่อัตราส่วนแรงงานต่อผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้ภาระการดูแลเพิ่มขึ้น รวมถึงแนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมากขึ้น

2) ปัญหาสุขภาพและภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุจำนวนมากมีโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิงสูงอายุวัยปลายที่ต้องการการดูแลระยะยาวมากขึ้น ทั้งยังมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม

3) ความไม่พร้อมของระบบบริการสุขภาพและสังคม ระบบบริการดูแลระยะยาวยังขาดความครอบคลุมและประสิทธิภาพ ขาดการบูรณาการระหว่างภาคสุขภาพและสังคม ทั้งจำนวนและคุณภาพสถานสงเคราะห์และศูนย์ดูแลยังไม่เพียงพอ และกำลังคนดูแลในระดับชุมชนขาดแคลนอย่างมาก

สรุปแล้ว ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดของระบบบริการ ได้กลายเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางและถูกบรรจุเข้าสู่วาระนโยบายสาธารณะโดยผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงนโยบายต่อไป

5.1.2.2 กระแสการเมือง (Political Stream)

1) การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในการกำหนดนโยบาย หลังประกาศใช้

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบายได้รับการส่งเสริมอย่างชัดเจน ผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2546) และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2550) รวมถึงการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นเวทีสาธารณะที่เปิดโอกาสให้ภาคราชการ ภาควิชาการ และภาคประชาชนร่วมกำหนดนโยบายอย่างเสมอภาคและมีส่วนร่วมในเชิงกระบวนการ

2) อารมณ์ของสังคม (National Mood) สังคมไทยเริ่มตระหนักถึง

ความสำคัญและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดแรงกดดันและแรงสนับสนุนเชิงนโยบายจากตัวแสดงหลากหลายกลุ่มในสังคม รวมทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน ที่ร่วมผลักดันให้ประเด็นดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเข้าสู่วาระนโยบายสาธารณะ

3) ช่วงเวลาและโอกาสทางการเมือง นโยบายดูแลผู้สูงอายุได้รับการ

สนับสนุนอย่างเด่นชัดในช่วงเวลาที่รัฐบาลมีเสถียรภาพ เช่น รัฐบาลอภิสิทธิ์ (2551–2554) และรัฐบาลประยุทธ์ (2557–ปัจจุบัน) ซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณและขับเคลื่อนมาตรการรองรับระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยในปี 2559 มีการจัดสรรงบประมาณ 600 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 100,000 ราย นอกจากนี้ ตัวแสดงทางนโยบายสำคัญ เช่น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่ขับเคลื่อนและปฏิบัติในระดับนโยบายและพื้นที่

5.1.2.3 กระแสนโยบาย (Policy Stream)

กระแสนโยบายหมายถึงการเสนอแนวทางและมาตรการเชิงนโยบายที่ตอบสนองปัญหาอย่างเป็นระบบ ผ่านการวิเคราะห์หลักฐานโดยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และภาคประชาสังคม ในกรณีการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

1) การวางรากฐานทางกฎหมายและนโยบาย มีการตรากฎหมายและนโยบาย

ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และ พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดสิทธิและสวัสดิการ รวมถึงบริการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบ

2) ข้อเสนอเชิงนโยบายจากเวทีสาธารณะ เวทีประชุมและสมัชชาต่าง ๆ เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่รวบรวมและพัฒนาข้อเสนอที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยรัฐ สนับสนุนชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน พร้อมส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม

3) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ มีการแปลงข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นแผนยุทธศาสตร์และโครงการนำร่อง เช่น แผนการดูแลระยะยาวของ สปสช. และกรมอนามัย ซึ่งสร้างโครงสร้างสนับสนุนและยืนยันความพร้อมทางเทคนิคและงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน

4) การศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย ในช่วงเวลานั้นมีการวิจัยเชิงนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุออกมามากอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยวิเคราะห์ปัญหา ประเมินความเหมาะสม และติดตามผลการดำเนินงาน ทำให้นโยบายมีความน่าเชื่อถือและมีน้ำหนักในการผลักดันเข้าสู่วาระสาธารณะ

ตามกรอบแนวคิด Multiple Streams Framework ของ Kingdon หน้าต่างแห่งโอกาส หมายถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมปัญหา กระแสนโยบาย และกระแสการเมือง มาบรรจบกันอย่างเหมาะสม ทำให้นโยบายใหม่ถูกผลักดันเข้าสู่การตัดสินใจและปฏิบัติ สำหรับระบบดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของไทย หน้าต่างแห่งโอกาสนี้ชัดเจนในปี 2558-2559 กระแสปัญหาคือจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลเพิ่มขึ้น ในขณะที่ระบบบริการยังไม่เพียงพอ กระแสนโยบายพัฒนาต้นแบบตำบลและยุทธศาสตร์ดูแลระยะยาวที่พร้อมปฏิบัติ ส่วนกระแสการเมืองได้รับการสนับสนุนจากมติกรม.และงบประมาณการบรรจบกันของทั้งสามกระแสเปิดทางให้นโยบายระบบดูแลระยะยาวเข้าสู่วาระสาธารณะและปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะประกาศจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2559 ที่ขยายขอบเขตระบบนี้ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยอย่างเป็นลำดับ และกระบวนการเข้าสู่วาระนโยบายที่มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านประชากร สุขภาพ ระบบบริการ และกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ผู้วิจัยจึงมุ่งอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

5.2.1 มิติของนโยบาย

แนวทางการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยมีลักษณะจำแนกออกได้เป็นสองแนวทางสำคัญ ได้แก่ การดูแลผ่านระบบบริการในสถาบัน (Institutional Care) และการดูแลผ่านระบบบริการในครอบครัวและชุมชน (Community/Home Care) ซึ่งสะท้อนถึงการตอบสนองต่อความหลากหลายของบริบทผู้สูงอายุและศักยภาพในการดูแลของครอบครัวหรือท้องถิ่น โดยเฉพาะในระยะหลังที่รัฐได้ปรับบทบาทจาก “ผู้ให้บริการโดยตรง” ไปสู่ “ผู้สนับสนุนระบบดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่” โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นโยบายที่สนับสนุนระบบดูแลผ่านครอบครัวและชุมชนได้ถูกวางรากฐานไว้ในเอกสารนโยบายระดับชาติหลายฉบับ เช่น แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 แผนผู้สูงอายุ

แห่งชาติฉบับที่ 2 รวมถึงพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งได้สร้างกลไก กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถออกแบบบริการดูแลผู้สูงอายุได้เองตามความเหมาะสม โดยมีหน่วยงานรัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้สนับสนุนทรัพยากร ความรู้ และบุคลากรผ่านการทำงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม (Caregivers)

ผลจากการดำเนินนโยบายในลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์ (2561) ซึ่งศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข พบว่า ผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมมีความรู้ ทักษะ และรูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล และการแก้ปัญหาด้านสุขภาพในบ้านของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังพบว่าการทำงานเป็นทีม การมีพี่เลี้ยง (mentors) และระบบบัดดี้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและสร้างความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครได้อย่างยั่งยืน

รูปแบบนโยบายที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนนี้ไม่เพียงสอดคล้องกับลักษณะทางสังคมไทยที่ยังมีทุนทางสังคมเข้มแข็ง เช่น ความไว้วางใจและสายสัมพันธ์ในชุมชนเท่านั้น แต่ยังช่วยแบ่งเบาภาระของระบบสาธารณสุข ลดการใช้ทรัพยากรจากส่วนกลาง และสร้างความยืดหยุ่นในการออกแบบบริการตามบริบทเฉพาะพื้นที่อีกด้วย โดยในระดับนานาชาติ แนวทางนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศฟินแลนด์ ซึ่งได้เปลี่ยนผ่านจากระบบการดูแลโดยรัฐแบบรวมศูนย์ไปสู่การดูแลโดยครอบครัว ชุมชน และสถานดูแลภาคเอกชน เพื่อลดภาระงบประมาณสาธารณสุขอันเป็นผลสืบเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2551 (Greve, 2017)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า รัฐได้ให้การสนับสนุนระบบการดูแลผ่านครอบครัวและชุมชนผ่านการดำเนินการของกองทุนสุขภาพตำบลผ่านการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สะท้อนถึงการกระจายอำนาจและการส่งเสริมการปกครองในระดับท้องถิ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pavolini และ Ranci (2008) ในประเทศยุโรปพบว่า การกระจายอำนาจการจัดบริการดูแลระยะยาวไปยังระดับท้องถิ่นส่งผลให้เกิดความหลากหลายและความยืดหยุ่นในการตอบสนองความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องมีกลไกการกำกับดูแลและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในบริบทประเทศไทย มีผลศึกษาของสุรีย์พร ธนาคุณ และคณะ (2562) พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุมักเป็นองค์กรที่มีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ

ส่วนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุผ่านสถาบันนั้นมีความจำเป็นสำหรับผู้ที่ไม่ใช่ครอบครัวหรือมีภาวะพึ่งพิงสูง โดยนโยบายในส่วนนี้มุ่งเน้นไปที่การกำหนดมาตรฐาน การควบคุมคุณภาพสถานบริการ และการขยายบทบาทภาคเอกชน โดยเฉพาะหลังปี พ.ศ. 2563 ที่มีการออกกฎกระทรวงเพื่อกำกับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน ทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร และการดำเนินงาน สะท้อนถึงแนวโน้มที่รัฐให้ความสำคัญกับการสร้างระบบการดูแลแบบมืออาชีพที่สามารถตอบสนอง

ต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสังคมสูงวัยในระยะยาว

ประเด็นนี้ยังมีความสอดคล้องกับข้อเสนอในระดับสากล เช่น ในกรณีศึกษาของประเทศจีน ซึ่งพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care: LTC) มีความต้องการสูงและเร่งด่วน โดยเฉพาะในภาคเอกชนที่สามารถขยายบริการได้หลากหลายและเข้าถึงได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนของระบบ LTC ในจีนนั้นยังต้องพัฒนา LTCI (Long-Term Care Insurance) ของรัฐให้แข็งแกร่งขึ้น พร้อมทั้งปรับปรุงระบบของภาคเอกชนเพื่อเป็นทางเลือกและแรงสนับสนุนเพิ่มเติมในการรองรับความต้องการด้านการดูแลในอนาคต (Chen, X, et al., 2022)

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของนโยบายสามารถกล่าวได้ว่ารูปแบบการพัฒนา นโยบาย เป็นการพัฒนาแบบเพิ่มเติม (Incremental Evolution) ที่การพัฒนาต่อเนื่องโดยการเพิ่มเติมรูปแบบ การดูแลใหม่ๆ เข้าไปในระบบเดิม ทำให้เกิดความซับซ้อนและความซ้อนทับของรูปแบบการให้บริการ โดยเฉพาะในช่วงที่ 2 และ 3

5.2.2 ระดับของนโยบาย

นโยบายส่วนใหญ่จะเป็นนโยบายในระดับชาติ ที่มุ่งให้แนวคิดเชิงนามธรรมในการดูแล ผู้สูงอายุ เป็นนโยบายมุ่งเน้นเนื้อหาสาระ (Substantive Policy) อาทิ พระราชบัญญัติสุขภาพ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เป็นต้น การกำหนดไว้ใน แผนระดับชาตินี้ถือรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับประเด็นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมาก ทั้งนี้ การกำหนดเป็นกฎหมาย ส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐไม่ว่าจะเป็นกระทรวงต่าง ๆ ได้มีกำหนดนโยบาย ในระดับหน่วยงาน ไม่ว่าจะกฎกระทรวง หรือระเบียบต่าง ๆ เพื่อการสร้างมาตรฐานและแนวทางในการ ดูแลผู้สูงอายุ ในสถานประกอบการเนื่องจากมีสถานประกอบการมีความหลากหลาย และต้องการ ควบคุมทางด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพันธ์ุ สาสัตย์; ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์; เพ็ญ จันท์ เลิศรัตน์ (2552) ที่พบว่า ประเด็นสำคัญของสถานบริการดูแลระยะยาว คือ ความไม่ชัดเจน ในวัตถุประสงค์ หลักเกณฑ์การรับผู้สูงอายุและขอบเขตของบริการที่ให้สถานดูแลความคาบเกี่ยวกัน ระหว่างสถานดูแลประเภทต่าง ๆ สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั่วประเทศ

นโยบายในระดับหน่วยงานนี้ถือนโยบายมุ่งเน้นขั้นตอนการปฏิบัติ (Procedural Policies) ที่ จะกำหนดวิธีการในการดำเนินนโยบายว่าจะดำเนินการอย่างไร (how) และใครจะเป็นผู้ดำเนินการ (who) จะมีลักษณะครอบคลุมองค์การที่จะต้องรับผิดชอบการบังคับใช้นโยบาย ขั้นตอนบังคับใช้ นโยบาย กระบวนการ และระเบียบขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้มาตรการบรรลุเป้าประสงค์ (สมบัติ อารังธัญวงศ์, 2549) ซึ่งเป็นผลดีต่อติดตามประเมินผลนโยบายเนื่องจากทำให้ทราบว่าหน่วยใดเป็นผู้ รับผิดชอบโครงการนั้น ๆ

จากระดับของนโยบายจะเห็นได้ว่ารัฐมีการปรับบทบาทจาก "ผู้ให้บริการโดยตรง" เป็น "ผู้ อำนวยความสะดวกและกำหนดมาตรฐาน" เป็นผู้กำหนดนโยบาย สร้างกรอบการทำงาน สนับสนุน ทรัพยากร และควบคุมมาตรฐานการบริการ

5.2.3 กระบวนทัศน์ที่มีต่อผู้สูงอายุในนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

พัฒนาการของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง เชิงกระบวนทัศน์ของรัฐที่มีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 ช่วงหลัก โดยแต่ละช่วงมีมโนทัศน์ ที่แตกต่างกันเกี่ยวกับสถานะและบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม นโยบายในแต่ละช่วงจึงไม่เพียง

สะท้อนบริบททางประชากรและระบบบริการเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์โดยตรงกับ “กรอบคิด” ที่รัฐและสังคมมีต่อผู้สูงอายุในช่วงเวลานั้น

ในช่วงแรก (พ.ศ. 2496–2544) ประเทศไทยมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะการสงเคราะห์ ผ่านการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ สถานพยาบาล และการให้บริการพื้นฐาน เช่น ที่พัก อาหาร และการพยาบาลขั้นต้น ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับมโนทัศน์ “ผู้สูงอายุในฐานะผู้พึ่งพิง” (Dependency Concept) ซึ่งมองว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ประสบกับความเสื่อมถอยของร่างกายและไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ลดลงมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ยากลำบากจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ (สุธิดา แจ่มประจักษ์ และพิชาย รัตนดิลล ก ภูเก็ต, 2566) แนวคิดนี้ส่งผลให้การกำหนดนโยบายในยุคนั้นเป็นไปในลักษณะของการจัดสวัสดิการเพื่อทดแทนความสามารถที่เสื่อมถอย เช่น การให้เบี้ยยังชีพ การสร้างบ้านพัก และการดูแลโดยรัฐเป็นหลัก

ต่อมาในช่วงกลาง (พ.ศ. 2545–2564) แนวคิดเรื่อง “การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ” ได้รับการผลักดันอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะภายใต้กรอบแนวคิด “Active Aging” ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่มองว่าผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ทั้งทางร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม ผู้สูงอายุในฐานะผู้มีศักยภาพจึงควรได้รับโอกาสในการทำงาน มีส่วนร่วมในกิจกรรม และสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง แนวคิดนี้ปรากฏชัดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ซึ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแล พร้อมกับพัฒนาระบบการดูแลที่บ้านและการสนับสนุน caregiver ในพื้นที่ ซึ่งยังสอดคล้องกับการจำแนกศักยภาพผู้สูงอายุตามแบบของกรมอนามัย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ที่แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม “ติดสังคม” “ติดบ้าน” และ “ติดเตียง” เพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับความสามารถในการดำเนินชีวิตของแต่ละกลุ่ม

ในช่วงปัจจุบัน (พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา) แนวโน้มด้านสิทธิมนุษยชนเริ่มมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะการมองผู้สูงอายุในฐานะ “พลเมืองที่มีสิทธิ” เท้าเทียมกับประชากรกลุ่มอื่น ตามแนวคิด “Rights-based Approach” ซึ่งเน้นการเข้าถึงบริการสาธารณะ การมีส่วนร่วมทางการเมือง และการคุ้มครองจากการเลือกปฏิบัติ (United Nations, 2020) แนวทางนี้สอดคล้องกับการที่รัฐไทยเริ่มวางระบบดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิตอย่างรอบด้าน เช่น การจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน การให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุผ่าน พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ และการผลักดันให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค

ทั้งนี้ การเปลี่ยนผ่านของกระบวนทัศน์ที่มีต่อผู้สูงอายุจาก “ผู้พึ่งพิง” ไปสู่ “ผู้มีศักยภาพ” และ “พลเมืองที่มีสิทธิ” มีผลต่อทิศทางนโยบายในเชิงโครงสร้างอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ รัฐเริ่มออกแบบบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการจำเพาะของผู้สูงอายุตามศักยภาพรายบุคคล โดยใช้ดัชนีการประเมิน ADL (Activities of Daily Living) เป็นเกณฑ์วินิจฉัยสำหรับการจัดสรรทรัพยากร และการวางระบบดูแลแบบรายกรณี ซึ่งไม่เพียงสะท้อนความเข้าใจในความหลากหลายของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาเชิงคุณภาพของนโยบายที่เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์

อย่างแท้จริง ดังนั้นการพัฒนานโยบายจึงมีการขยายการให้บริการจากเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งไปสู่ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยคำนึงถึงระดับความต้องการและภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ หากพิจารณาร่วมกับหลักการจัดบริการสังคมผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 1991; Cox, 2015) ที่เน้นความเป็นอิสระ การมีส่วนร่วม การได้รับการดูแล การเติมเต็มตนเอง และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่านโยบายไทยในช่วงหลังได้พยายามเคลื่อนเข้าสู่ทิศทางเดียวกันผ่านการออกแบบระบบบริการที่ยืดหยุ่น เชื่อมโยงหลายภาคส่วน และส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน แม้จะยังมีความท้าทายในการปฏิบัติจริง แต่ก็สะท้อนถึงวิวัฒนาการของนโยบายที่ขยับจากมิติการสงเคราะห์พัฒนาเป็นการรับรองสิทธิของผู้สูงอายุทุกคนมีความเสมอภาค และในที่สุดเป็นการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแล การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนถึงการพัฒนาของแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนและการพัฒนาสังคม

แม้ว่านโยบายในช่วงปัจจุบันจะมุ่งเน้นการบูรณาการ แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีความท้าทายในการเชื่อมโยงระบบดูแลต่างๆ ให้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว

5.2.4 การเข้าสู่วาระนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

กระบวนการเข้าสู่วาระนโยบายของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย สามารถอธิบายผ่านกรอบแนวคิด “หลายกระแส” (Multiple Streams Framework – MSF) ของคิงด็อน (Kingdon, 1984) ซึ่งเสนอว่าวาระนโยบายจะสามารถเข้าสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะได้ก็ต่อเมื่อกระแสทั้งสาม ได้แก่ กระแสปัญหา (Problem Stream), กระแสนโยบาย (Policy Stream) และกระแสการเมือง (Politics Stream) ไหลมาบรรจบกัน ณ ช่วงเวลาแห่งโอกาส (policy window)

กรณีของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึงการบรรจบกันของสามกระแสดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือ กระแสปัญหา ได้รับการตระหนักในวงกว้างจากแนวโน้มโครงสร้างประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลให้ระบบบริการของรัฐไม่สามารถรองรับได้อย่างทั่วถึง สถานการณ์นี้ได้รับการขับเคลื่อนผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 และมติที่ 11 ที่สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดระบบบริการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ งานวิจัยของภาสกร สวนเรือง และคณะ (2561) ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (caregiver) มีบทบาทสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในระดับเชิงระบบเพื่อรองรับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

กระแสนโยบาย ในกรณีนี้เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวทางและข้อเสนอจากผู้ประกอบการทางนโยบายในหลายระดับ เช่น นักวิชาการด้านผู้สูงอายุ นักวิจัยด้านสาธารณสุข เครือข่ายภาคประชาสังคม รวมถึงเวทีสาธารณะ เช่น สมัชชาสุขภาพและสมัชชาผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการผลิตนโยบายในยุคปัจจุบันมิได้จำกัดอยู่ที่ข้าราชการระดับสูงหรือฝ่ายการเมืองอีกต่อไป แต่เปิดโอกาสให้ “ผู้ประกอบการทางนโยบาย” (Policy Entrepreneurs) จากภายนอกกระบวนราชการมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทางเลือกนโยบาย สอดคล้องกับงานของธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์ (2565) ที่พบว่า การปฏิรูปนโยบายในระดับพื้นที่ เช่น กรณีเชียงใหม่ สามารถเกิดขึ้นได้จากการรวมพลังของกระแสนโยบายที่หลากหลาย โดยเฉพาะการใช้เวทีวิชาการและกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นเครื่องมือในการสร้างทิศทางนโยบาย การวิเคราะห์กรณีศึกษานี้เผยให้เห็นบทบาทสำคัญของเวทีสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติในฐานะกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบาย งานวิจัยของ Rowe และ Frewer (2005) ยืนยันว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านเวทีสาธารณะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความชอบธรรมและความยั่งยืนของนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะนโยบายที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของประชาชน ซึ่งมีข้อค้นพบไปทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Fischer (2003) เกี่ยวกับการใช้เวทีสาธารณะในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในประเทศเยอรมนีพบว่า เวทีดังกล่าวไม่เพียงแต่เป็นช่องทางในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน แต่ยังเป็นกลไกในการสร้างฉันทามติและการยอมรับร่วมกันในเรื่องทิศทางนโยบาย ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนั้นการกำหนดนโยบายสามารถเกิดขึ้นได้จาก "ล่าง-ขึ้น-บน" ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ดังนั้นเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงเป็นเครื่องมือการรับฟังความคิดเห็น แต่เป็นกลไกการสร้างอำนาจต่อรองใหม่ของภาคประชาชน

กระแสการเมือง พบว่าการผลักดันนโยบายดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องภายใต้รัฐบาลที่มีเสถียรภาพ โดยเริ่มเห็นความชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 และนำไปสู่การจัดทำแผนงานร่วมกันระหว่างกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ก่อนจะมีการออก ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 (ฉบับที่ 2) ซึ่งเปิดให้สามารถใช้งบประมาณหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้โดยตรง กระบวนการนี้ใช้ระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานกว่า 7 ปี จึงสามารถผลักดันเข้าสู่การดำเนินการจริงได้ ความต่อเนื่องทางการเมืองเป็นปัจจัยหนึ่งของการเข้าสู่วาระนโยบาย กระบวนการที่ใช้เวลา 7 ปี (พ.ศ. 2552-2559) จึงสำเร็จได้เพราะมีเสถียรภาพทางการเมืองที่เพียงพอ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 ที่เปิดให้ใช้งบประมาณหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เป็นเครื่องพิสูจน์ว่าเมื่อกระแสการเมืองเอื้ออำนวย วาระนโยบายสามารถก้าวข้ามขีดจำกัดของความเป็นไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับมุมมองของประสงค์ชัย เศรษฐสุรวิชัย (2557) ที่ระบุว่าการเมืองที่มีเสถียรภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเปิดโอกาสให้วาระนโยบายเข้าสู่กระบวนการกำหนดนโยบายของรัฐ

การบรรจบกันของสามกระแสดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานศึกษาของ Howlett et al. (2016) ซึ่งยืนยันว่า ปัจจัยสำคัญในการเข้าสู่วาระนโยบาย คือการมีปัญหาสาธารณะที่ชัดเจนทางเลือกนโยบายที่มีความเป็นไปได้ และสภาพแวดล้อมทางการเมืองที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย

กรณีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นต้นแบบที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานของกระบวนการกำหนดนโยบายไทย จากระบบแบบรวมศูนย์สู่ระบบที่เปิดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายกลุ่มมีบทบาท การที่แนวคิดหลายกระแสของคิงด้อมสามารถอธิบายกรณีนี้ได้อย่างแม่นยำ แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีการกำหนดนโยบายตะวันตกสามารถนำมาใช้เข้าใจบริบทไทยได้ หากมีการปรับใช้อย่างเหมาะสมที่สำคัญที่สุด กรณีศึกษานี้เผยให้เห็นว่าการกำหนดนโยบายในยุคปัจจุบันต้องอาศัยการบรรจบกันของพลังจากหลายภาคส่วน การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ใช่เพียงข้อกำหนดตามหลักประชาธิปไตย แต่เป็นเงื่อนไขสำคัญของการสร้างนโยบายที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Howlett et al. (2016) ที่เน้นความสำคัญของการมีทั้งปัญหาที่ชัดเจน ทางเลือกที่เป็นไปได้ และบรรยากาศการเมืองที่เหมาะสมนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ

จึงไม่เพียงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แต่เป็นการปูทางสู่ระบบการกำหนดนโยบายที่ทันสมัย โปร่งใส และตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า “ระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ในประเทศไทย แม้จะมีพัฒนาการต่อเนื่องทั้งในเชิงโครงสร้างและแนวคิด แต่ในทางปฏิบัติยังมีความไม่สม่ำเสมอในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีศักยภาพแตกต่างกันอย่างมาก นอกจากนี้ ยังพบว่ากลไกสนับสนุน เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แม้จะมีบทบาทสำคัญ แต่การบริหารจัดการยังมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากร การติดตามผล และการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพอื่น ๆ อย่างบูรณาการ

5.4 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรจัดทำ “แผนแม่บทการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับท้องถิ่น” ที่สอดคล้องกับแผนระดับชาติ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประเมินความต้องการจริง
2. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน โดยสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาสังคม และครอบครัว พร้อมออกแบบ “ระบบประสานงานในพื้นที่” เช่น กลไกประชุมประจำเดือน หรือศูนย์กลางข้อมูลร่วม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบของการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่จริง โดยเน้นการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ รวมถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัว
2. ควรมีการศึกษาความยั่งยืนทางการเงินของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนในระบบดังกล่าวเพื่อการวางแผนระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ศึกษากลไกการติดตามประเมินผลนโยบายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนา “คู่มือการประเมิน” ที่ใช้งานได้จริงในระดับพื้นที่และสามารถสะท้อนผลกระทบของนโยบายอย่างเป็นระบบ
4. ควรศึกษารูปแบบความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับภาคเอกชนในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นกรณีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นสามารถนำไปใช้ได้ทันที

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรท้องถิ่นด้านการบริหารจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการบริหารจัดการ การจัดซื้อบริการ การกำกับคุณภาพ และการใช้เทคโนโลยีดูแลผู้สูงอายุ
2. ส่งเสริมการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

สำหรับผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ

1. จัดตั้งกลไกการติดตามและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาโยบายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ควรมีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชาติ เพื่อให้การให้บริการในแต่ละพื้นที่มีคุณภาพที่สม่ำเสมอและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม
3. ควรสนับสนุนการออกแบบระบบ Long-Term Care Insurance (LTCI) อย่างยั่งยืน เพื่อให้เกิดความมั่นคงในระยะยาว

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ* (ฉบับปรับปรุง). บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). *แผนกลยุทธ์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560-2564*. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *รายงานผลการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี 2566*.
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1688693691-2408_0.pdf
- กระทรวงแรงงาน. (2558). *รายงานสรุปการขับเคลื่อนและเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล* (รอบ 12 กันยายน 2557 – 31 ธันวาคม 2558). https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2019/03/report_policy12sep57-31dec58update.pdf
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2542). *หนังสือราชการเลขที่ รส 0412/0529 เรื่องขอความเห็นชอบคณะรัฐมนตรี เรื่องปฏิญญาผู้สูงอายุไทย*. https://resolution.soc.go.th/PDF_UPLOAD/2542/P_132420_10.pdf
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2543). *ผลงานตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม*. http://lib.doe.go.th/ebookdoc/020400009119_1.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)* (น. 42-45). คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2559). *รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทยยุคเกิดน้อย*. https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State%20of%20Thailand%20Population%20report%202015-Thai%20Family_th.pdf
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2561). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)*. โรงพิมพ์สามลดา.
- คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. (2525). *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544*. กรมการแพทย์.
- ชาย โปธิสิตา. (2554). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2546). *บทสังเคราะห์ภาพรวมการพัฒนาาระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย*. ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐภัทร ถวัลย์โพธิ์ และคณะ. (2555). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุของไทยและต่างประเทศ เพื่อการปรับปรุงกฎหมายไทย*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ฉันทวัฒน์ รัตนศักดิ์. (2565). การเข้าสู่วาระนโยบาย: กรณีศึกษาการปฏิรูปการศึกษาเชียงใหม่. *วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง*, 11(1), 10-23.

- ปณิธี บราวน์. (2557). พหุพลัง: บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุและ “ทุน” ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ. *วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์*, 31(3), 97-120.
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (ฉบับที่ 2). (2559, 7 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 14-16.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุ แนวโน้ม และผลกระทบ การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. <http://hp.anamai.moph.go.th/download.pdf>
- ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). (2560). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชนวนวัน และกาญจนา เทียนลาย. (2555). ผู้สูงอายุ: คนวงในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ (Elderly: Inner People to Be Marginalised). ใน *ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย* (หน้า 105-124). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประสงค์ชัย เศรษฐสุริวิชญ์. (2557). *การเข้าสู่วาระนโยบายระบบขนส่งทางรางในประเทศไทย: กรณีศึกษาโครงการรถไฟความเร็วสูงโดยใช้ตัวแบบของคิงด้อม*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]
- _____. (2557). *กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะในระบบการเมืองไทย*. วิทยาลัยการเมืองการปกครอง.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2546). *นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]
- พรวัลย์ สรรพอาษา. (2557). *ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาตามนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2535-2554 ขององค์การบริหารส่วนตำบลดงขวาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนม*. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม]
- พิศิษฎ์พงศ์ ปัญญาศิริพันธ์. (2553). *การบริหารจัดการนโยบายผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาโง่งเหนือ อำเภอนาโง่ง จังหวัดตรัง*. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- _____. (2553). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- รศรินทร์ เกรย์ และคนอื่นๆ. (2556). *มนต์คนใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนารักษ์ ทรงกลด. (2554). *การดำเนินงานตามนโยบายสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ*. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]

- วิชัย เอกพลากร และคณะ (2552). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2542). *ข้อมูลผู้สูงอายุที่น่าสนใจ*.
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2: มติที่ 11*.
<https://www.samatcha.org/site/resolution/b4b762cf-0522-47a9-82a7-f9215625f511/detail>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *สุขภาพคนไทย 2559: ตายดีวิถีที่เลือกได้*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถิตพงษ์ ธนวิริยะกุล. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ นิยามผู้สูงอายุและการขยายอายุเกษียณ*.
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2544). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธิดา แจ่มประจักษ์ และพิชาย รัตนติลก ณ ภูเก็ต. (2566). *พัฒนาการนโยบายผู้สูงอายุไทย: การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของนโยบาย*. *วารสารการเมืองการปกครอง*, 13(1), 46-62.
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jopag/article/view/253885>
- สุรีย์พร ธนาคูณ, วิภาวี จันทรัตน์, และ อัจฉรา ศรีสว่าง. (2562). *การพัฒนากระบวนการดูแลแบบผสมผสานสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารนโยบายสุขภาพ*, 15(2), 123-145. <https://thaidatabase.org/health-policy-journal/volume15/issue2/>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)*. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573*. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580)*. <https://nscr.nesdc.go.th>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง*. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 8(4), 252-253.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. *คณะกรรมการการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติ*. (2560). *รายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่อง การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ*. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- สำนักงานผู้สูงอายุ. (2562). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). *เอกสาร*

- แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). รายงานผลการดำเนินงานการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2557). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2558). รายงานความร่วมมือด้านการจัดระบบการดูแลระยะยาวระดับพื้นที่ (LTC MOU 2558). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2559). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2563). แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557-2561 http://shi.or.th/upload/Download%20File/ศุกร์เสวนา%2056/FridaySem57/5_%20plan%20LTC.pdf
- Albright, E. A. (2011). Policy Change and Learning in Response to Extreme Flood Events in Hungary: An Advocacy Coalition Approach: Albright: Policy Change and Learning. *Policy Studies Journal*, 39(3), 485–511.
- Barrett, G., & McGoldrick, C. (2013). Narratives of (in) active ageing in poor deprived areas of Liverpool, UK. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 33(5/6), 347-366.
- Baumgartner, F. R., & Jones, B. D. (1993). *Agendas and instability in American politics*. University of Chicago Press.
- Birkland, T. A. (2005). *An introduction to the policy process: Theories, concepts, and models of public policy making*. M.E. Sharpe.
- Breunig, C., & Koski, C. (2006). Punctuated equilibria and budgets in American states. *Policy Studies Journal*, 34(3), 363–380.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Carter, L. M. (2005). *The impact of image and venues on social welfare policy outcomes: A case study of community health centers (1985–2002)* (Order No. 3185047) [Doctoral dissertation, University of Maryland, Baltimore County]. ProQuest Dissertations & Theses Global. (305440949). <https://search.proquest.com/dissertations-theses/impact-image-venues-on-social-welfare-policy/docview/305440949/se-2?accountid=44809>
- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*,

12(3), 297–298.

- Cho, S., & Kim, H. (2020). Integrated care models in aging societies: A comparative analysis. *Journal of Health Policy Research*, 15(3), 45-62.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1234567>
- Chen, X., Giles, J., Yao, Y., Yip, W., Meng, Q., Berkman, L., ... & Zhao, Y. (2022). The path to healthy ageing in China: a Peking University–Lancet Commission. *The Lancet*, 400(10367), 1967-2006.
- Cox, C. B. (2015). *Social policy for an aging society: A human rights perspective*. Springer Publishing Company.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage Publications, Inc.
- Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The handbook of qualitative research*. Sage Publications, Inc.
- Dunn, W. N. (2015). *Public policy analysis: An introduction* (6th ed.). Routledge.
- Dye, T. R. (1978). *Understanding public policy* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Dye, T. R., & Zeigler, L. H. (2012). *The irony of democracy: An uncommon introduction to American politics* (16th ed.). Wadsworth Cengage Learning.
- Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2016). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems* (4th ed.). Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/studying-public-policy-9780195428025>
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd ed.). Harper Collins College Publishers.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications—A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4), 1-6. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Lindblom, C. E. (1959). The science of muddling through. *Public Administration Review*, 19(2), 79–88.
- Marsh, D., & Smith, M. (2000). Understanding policy networks: Towards a dialectical
Mot, E. (2010). *The Dutch long-term care system: An analysis of the transformation process*. Health Policy. https://www.researchgate.net/publication/239806322_The_Dutch_System_of_Long-Term_Care
- Nelson, T. D. (Ed.). (2004). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. MIT Press.
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive*. Springer Publishing Company.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage.

- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246-259. <https://doi.org/10.1177/0958928708091058>
- Rowe, G., & Frewer, L. J. (2005). A typology of public engagement mechanisms. *Science, Technology, & Human Values*, 30(2), 251-290. <https://doi.org/10.1177/0162243904271724>
- United Nations. (2020). *Global report on ageism*. <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva, Switzerland: WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Health Organization. (n.d.). *Long-term care*. <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). *Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5330-45095-64318>
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก การวิจัยเรื่อง พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

คำชี้แจง แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกจัดทำขึ้นเพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยด้านการเข้าสู่วาระนโยบายและการวิเคราะห์พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ประกอบด้วย แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 1 นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 รวมทั้งนโยบายย่อย หรือโครงการต่าง ๆ ที่ถูกบรรจุไว้ภายใต้การดำเนินการตามนโยบายหลักข้างต้น

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

แนวทางการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1.ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2. การเข้าสู่วาระนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3.บทบาทในการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ชื่อ- สกุลผู้ให้สัมภาษณ์.....
ประวัติการศึกษา
ประวัติการทำงาน
วันเวลาที่สัมภาษณ์

ส่วนที่สอง การเข้าสู่วาระนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

- ที่มาของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นอย่างไร
- การกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดใด
- สาระสำคัญของนโยบายในแต่ละช่วงเป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
- สถานการณ์หรือบริบททางสังคมที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย เช่น การเมือง ความสนใจของสังคม นโยบายอื่น ๆ

ส่วนที่สาม บทบาทของกลุ่มหรือองค์กรในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

- กลุ่มหรือองค์กรใดมีบทบาทในการกระบวนการกำหนดนโยบาย
- บทบาทในการกำหนดนโยบายหรือวิธีการในการผลักดันนโยบายขององค์กรเป็นอย่างไร
- ผลที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายเป็นไปปฏิบัติเป็นอย่างไรบ้าง
- ข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว



BUU-IRB Approved

1 Feb 2023

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำเนา

ที่ IRB2-008/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : HU109/2565
โครงการวิจัยเรื่อง : พัฒนาการนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย
หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสุธิดา แจ่มประจักษ์
หน่วยงานที่สังกัด : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ
- 6.1 หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในงานวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

วันที่รับรอง : วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ลงนาม อาจารย์เจนวิทย์ นวลแสง

(อาจารย์เจนวิทย์ นวลแสง)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุดที่ 2 (กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)