

บทความวิจัย

ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย : ศึกษากรณีหน่วยบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ\*

The Problems of Elderly Care Protection by Thai law : A Case Study of Elderly Health Care Service under the National Health Security Act

ทัศนวรรณ สุมาลัย<sup>1</sup>

Tuchswan Sumalai<sup>2</sup>

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม 404 อาคารกระทรวงยุติธรรม  
ชั้น 6-7 แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

Department of Juvenile Observation and Protection 404 Chaengwattana  
Road, Toong Song Hong, Lak Si, Bangkok 10210

\*Corresponding author E-mail: tuch.saipan@hotmail.com

---

\* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย : ศึกษากรณีหน่วยบริการหรือศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” คณะนิติศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ , พ.ศ. 2565

<sup>1</sup> นางสาวทัศนวรรณ สุมาลัย นักศึกษาหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขากฎหมายมหาชน คณะนิติศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

<sup>2</sup> MissTuchswan Sumalai LL.D. in Public law School of Law National Institute of Development Administration, Thailand

บรรเจิด สิงคะเนติ<sup>3</sup>

Banjerd Singkaneti<sup>4</sup>

คณะนิติศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) ชั้น 5 อาคารบุญชนะอัทธการ  
118 หมู่ที่ 3 ถนนเสรีไทย แขวงคลองจั่นเขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240 School of Law

National Institute of Development Administration (NIDA)

Boonchana Attakhorn Bldg. 5th flr 118 MahaNakh, Khlong Chan, Bang Kapi

District, Bangkok 10240

E-mail: bsingkaneti@gmail.com

---

วันที่รับบทความ : 16 มกราคม 2566

วันที่แก้ไขบทความ : 25 กุมภาพันธ์ 2566

วันที่ตอบรับ : 10 มีนาคม 2566

วันที่เผยแพร่ : 11 มิถุนายน 2566

---

---

<sup>3</sup> ศาสตราจารย์ ดร.บรรเจิด สิงคะเนติ คณะนิติศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>4</sup> Professor Dr. Banjerd Singkaneti, School of Law, National Institute of Development Administration Ph.D. Adviser

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัญหาการคุ้มครองดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความเหมาะสมชัดเจนในการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการการจัดสวัสดิการและการคุ้มครองด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น

ผลการศึกษาพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง พบปัญหาในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ 4 ประการ ประการแรก คือ การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของสังคมไทย ที่ยังมีข้อจำกัดและไม่สอดคล้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ ประการที่สอง คือ ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ประการที่สาม คือ ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่น และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงซึ่งสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ และประการสุดท้าย คือ ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ยังคงขาดการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน

ดังนั้น ประเทศไทยจึงควรมีการปรับปรุง แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้เหมาะสมกับเหตุการณ์และสภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในระยะเวลาอันใกล้

**คำสำคัญ** การดูแลระยะยาว, การคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ, หน่วยบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

### ABSTRACT

This research aims to study the problems of health care protection and welfare provision for the elderly under local government organizations in order to ensure clearer measures for protecting the elderly's rights concerning the welfare provisions and protections at the local level.

According to the study of the National Health Security Act, B.E. 2545 (2002) and related laws, it found 4 problems in the protection of elderly care. Firstly, the care management of elderly in Thai society had limitations and was inconsistent with the actual elderly care protection. Secondly, the National Health Security Office and the management of the health security fund at the local or area level did not respond to the needs of the elderly. Thirdly, the local administrative organizations and the management of the elderly care center, other service units or and long-term care system for elderly dependency reflected the inequality access to public services among the elderly in each area. Finally, all related sectors failed to secure the integration and participation in managing and caring for the elderly health.

Consequently, Thailand laws on health care protection of the elderly in communities should be amended to ensure the appropriate measures for changing situation and society in order to fully support the aging society in the near future.

**Keywords:** Long-Term Care, Elderly Care Protection, Elderly Health Care Service

## ความนำ

ประเทศไทยมีปัจจัยหลายประการในการดำเนินชีวิตของคนไทยส่งผลให้อัตราของประชากรวัยเด็กมีจำนวนลดลง ในขณะที่อัตราประชากรวัยทำงานมีจำนวนที่คงที่ตรงกันข้ามกับอัตราประชากรวัยสูงอายุกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ประชากรส่วนใหญ่มีอายุที่ยืนยาวขึ้นและในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าสังคมไทยก็จะก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (กรมสุขภาพจิต, 2565) สำหรับผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งมักพบปัญหาสุขภาพมากกว่าปัญหาในการดำรงชีวิตด้านอื่น ๆ รวมทั้งปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่คนเดียวสูงขึ้นด้วยปัจจัยดังกล่าวปัญหาการคุ้มครองดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ต้องสนับสนุนบริการสาธารณะด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานของประเทศให้สอดคล้องกับสภาพสังคมเพื่อให้การบริการสาธารณะกับประชาชนทุกกลุ่มโดยเฉพะากลุ่มผู้สูงอายุบรรลุตามเจตนารมณ์ของการบริการสาธารณะจากการศึกษาผู้เขียนได้พบปัญหาในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ 4 ประการ ประการแรกคือ การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของสังคมไทย ที่ยังมีข้อจำกัดและไม่สอดคล้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ ประการที่สอง คือ ปัญหาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ประการที่สาม คือ ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงซึ่งสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณะของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ และประการสุดท้าย คือ ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ยังคงขาดการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน

ผู้เขียนจึงทำการศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมสนับสนุนจากรัฐ อันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตต่อไป

### สิทธิและการดูแลผู้สูงอายุ

ประเทศไทยให้คำนิยามผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้บัญญัติสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับในการรับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ไว้ในมาตรา 11 โดยผู้สูงอายุมีสิทธิตามกฎหมายที่จะได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ บนพื้นฐานของความจำเป็นที่ควรได้รับ โดยมีสิทธิเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นกรณีพิเศษ รวมไปถึงสิทธิด้านอื่น ๆ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565)

ขณะที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 ก็ได้บัญญัติหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 27 โดยเน้นย้ำถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุควรได้รับการคุ้มครองโดยมิถือเป็นการเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมแตกต่างจากบุคคลอื่น และมาตรา 71 ก็กำหนดให้รัฐให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและคุ้มครองป้องกันการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมด้วย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากสิทธิของผู้สูงอายุข้างต้นแล้วจะเห็นว่ากฎหมายได้กำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุพึงได้รับในชีวิตประจำวันแต่สิทธิพื้นฐานดังกล่าวถือเป็นสิทธิสำหรับประชากรผู้สูงอายุที่มีระดับของการใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ซึ่งสิทธิดังกล่าวอาจยังไม่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ควรได้รับการดูแลจากรัฐในระดับที่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป

## ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกับการดูแลระยะยาว

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะที่ต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ การจำแนกผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยจะใช้เกณฑ์ความสามารถและการตอบสนองต่อกิจกรรมทางสังคม ซึ่งการจำแนกผู้สูงอายุจะเป็นไปตามการคัดกรองโดยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธอร์เอดีแอล (Barthel ADL Index) (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565) ที่เป็นแบบประเมินสำหรับการจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว ซึ่งเกณฑ์นี้จะแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยคัดกรองผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพและอยู่ในเกณฑ์สภาวะพึ่งพิง คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน เมื่อเข้าสู่ระบบของการดูแลตามขั้นตอนแล้วก็จะได้รับสิทธิเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพที่จะมีความเหมาะสมกับสภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุนั้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลด้านสุขภาพและความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่เหมาะสม

การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่เน้นบริการด้านสาธารณสุขควบคู่ไปกับการบริการทางสังคมสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง องค์กรอนามัยโลกได้แบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวออกตามมิติของหน่วยงานหลักในการบริการและสถานที่โดยแบ่งการดูแลระยะยาวเป็น 4 รูปแบบ คือ (1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) คือ การเตรียมการดูแลบุคคลตั้งแต่สามคนขึ้นไปในสถานที่เดียวกัน (2) การดูแลที่บ้าน

(Home Care) คือ การเตรียมการดูแลในบ้านโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวไปทำงานหรือชุมชนแออัด (3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการดูแลโดยหน่วยงานหรือองค์กรที่มีนักวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ (4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) คือ การดูแลโดยครอบครัว เพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552, หน้า 13-14)

เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2561 มีการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติครั้งที่ 3/2561 ที่ประชุมมีมติกำหนดสิทธิการได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และได้ออกประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 11 (13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 11 กันยายน 2561 ขึ้น โดยเพิ่มเติมสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองดูแลจากบุคคลอื่นซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความดูแลทางด้านสุขภาพในระยะยาวการกำหนดสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงถือว่าสอดคล้องกับสถานะทางสังคมในปัจจุบันที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

## หน่วยบริการหรือศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ภาพ 1 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพืงพิงในชุมชน

ที่มา. จากคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564

การดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพืงพิงนั้น จากข้อเท็จจริงจะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่ในชุมชนปฐมภูมิซึ่งการดูแลสุขภาพนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้วางรูปแบบของการให้บริการไว้ในชื่อของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คือ การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของท้องถิ่นตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในส่วนที่

เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชุมชน นอกจากนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ยังก่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนที่เป็นผลผลิตจากการบริหารจัดการของท้องถิ่นเอง

การให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น ในทางปฏิบัติแล้วองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพโดยการจัดซื้อบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์จากหน่วยบริการต่าง ๆ โดยตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 ได้กำหนดความหมายของหน่วยบริการไว้ ดังนี้ (ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558, 2558)

1) “หน่วยบริการประจำ หมายความว่า สถานบริการหรือกลุ่มสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยต้องให้บริการด้านเวชกรรมด้วยตนเองและมีเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อการส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการสาธารณสุขในกรณีที่เกิดขีดความสามารถ ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำของตน ทั้งนี้หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด”

2) “หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นชื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจ

วินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้มีสิทธิของหน่วยบริการ ประจำดังกล่าวสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้ ทั้งนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำ หรือจากกองทุน ตามที่คณะกรรมการกำหนด”

3) “สถานบริการ หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทยหรือหน่วยบริการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถาน บริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม”

4) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อมีการซื้อชุดบริการแล้วหน่วย บริการที่ได้รับเลือกเพื่อซื้อชุดบริการจะให้บริการเชิงรุกที่บ้านกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงตามแผนการดูแล (Car Plan) ซึ่งหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านอื่น ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย (มท) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ (พม) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รวมไปถึง หน่วยงานเอกชนก็จะให้การดูแลตามบทบาทภารกิจ สำหรับการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายเงินในรูปแบบ เหมာจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่สมัครเข้าร่วมดำเนินการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา 6,000 บาท ต่อคนต่อปี ตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), 2564 , หน้า 109)

### องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ได้กำหนดให้รัฐกระจาย อำนาจให้แก่ท้องถิ่นในการดำเนินการด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดทำบริการสาธารณสุขรวม ไปถึงบริการด้านสุขภาพ และต่อมาในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติ

กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กำหนดให้มีการถ่ายโอนงานบริการสาธารณะที่เป็นการดำเนินการซ้ำซ้อนระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้มีการจัดทำแผนแม่บทการกระจายอำนาจขึ้นในปี พ.ศ. 2543 โดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2545 และฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2551 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง ได้แก่ แผนภารกิจด้านการสาธารณสุข ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล รวมทั้งแผนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น แผนภารกิจด้านสาธารณสุขโรคและสาธารณสุขการ แผนภารกิจด้านสวัสดิการสังคม แผนภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

สำหรับการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้บริการ โดยเป็นเจ้าของเงิน (เช่น เงินรายได้ของท้องถิ่นเองหรืองบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีการโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เป็นต้น และเป็นผู้ให้บริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกพื้นที่

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับส่วนกลางหรือภูมิภาค เช่น ลงทุนในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือร่วมกับสถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพ เป็นต้น

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน เช่น รับผิดชอบดำเนินการในด้านการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองทั้งหมด โดยเป็นเจ้าของสถานบริการสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด<sup>1</sup> “แนวทางการปฏิบัติงานด้าน

สาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.)”

### การดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ผู้เขียนได้ศึกษาข้อมูลการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศอังกฤษ และประเทศออสเตรเลีย พบว่า ทุกประเทศมีการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเห็นได้จากประเทศสิงคโปร์มีการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพโดยเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีการส่งเสริมการออมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ในขณะที่เดนมาร์กก็มุ่งเน้นการใช้ครอบครัวเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความอบอุ่นและรู้สึกมั่นคงในชีวิต ภายใต้แนวคิด Ageing-in-Place ประเทศญี่ปุ่นก็มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดภาระของครอบครัว โดยท้องถิ่น (เทศบาล) จะเป็นผู้รับประกันสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและผู้รับบริการจะเป็นผู้สมทบค่าใช้จ่ายซึ่งการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพนี้จะมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดสวัสดิการโดยให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์และการให้บริการด้วยตนเองซึ่งจะมีรูปแบบแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่โดยจะสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ประเทศอังกฤษการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจะเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทรุดโทรมเป็นหลัก โดยการให้บริการจะแบ่งเป็นการบริการด้านสุขภาพซึ่งจะอยู่ในความรับผิดชอบของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติและบริการด้านสังคม เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร การทำธุระส่วนตัว การใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น การให้บริการด้านสังคมจะอยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่นโดยร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน อาสาสมัครทำการประเมินการดูแลของผู้สูงอายุในพื้นที่โดยจะมีการเจรจาตกลงเรื่องค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับการให้บริการ ประเทศออสเตรเลียรัฐบาลจะเป็นผู้จัดบริการด้านสุขภาพไปให้กับชุมชน สำหรับการดูแลระยะยาวในออสเตรเลียนั้นจะมี

ลักษณะเป็นการดูแลแบบ “ถ้วนหน้า” โดยเน้นการดูแลโดยครอบครัว สำหรับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นจะได้รับการสนับสนุนเงินชดเชยจากรัฐ 2 ประเภท คือ การให้สิทธิประโยชน์เงินชดเชยกับผู้ดูแล และการลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแลโดยไม่มี การทดสอบรายได้ นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของออสเตรเลียจะดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุพร้อมทั้งส่งต่อเข้าสู่โปรแกรมการรักษารูปแบบต่าง ๆ ต่อไป

### วิเคราะห์ปัญหาในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ

ผู้เขียนได้ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาในการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวในประเทศไทยโดยวิเคราะห์สภาพปัญหาเป็น 4 ประการ ได้แก่

ประการที่หนึ่ง แม้ว่าปัจจุบันจะมีการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจในการบริการสาธารณะด้านสุขภาพไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในทางปฏิบัติแม้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จะกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่นในการจัดบริการด้านสุขภาพ แต่ข้อเท็จจริงแล้วท้องถิ่นก็ไม่สามารถดำเนินการได้เองตามลำพังเนื่องจากไม่มีความเชี่ยวชาญรวมถึงข้อจำกัดของทรัพยากรอื่น ๆ พบว่า ภารกิจในการจัดทำบริการสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพมีหลายหน่วยงานที่มีอำนาจและหน้าที่ในการบริการสาธารณะด้านสุขภาพ เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลรัฐ เป็นต้น จึงเกิดปัญหาเรื่องบทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นที่ได้รับมาตามกฎหมายการกระจายอำนาจว่ามีขอบเขตหรือข้อจำกัดในการดำเนินการมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาความทับซ้อนของอำนาจหน้าที่ระหว่างหน่วยงานอาจไม่สามารถแยกดำเนินการเพียงเฉพาะหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

ประการที่สอง ปัญหาการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและ  
บทบาทการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยการเข้าถึงบริการ  
สาธารณสุขด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังคงจำกัดเฉพาะผู้ที่พักอาศัยอยู่  
ในท้องถิ่นที่ได้สมัครเข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเท่านั้น จาก  
รายงานข้อมูลสถิติของ สปสช. พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีกองทุนตำบลทุกประเภทรวม  
ทั้งสิ้นจำนวน 7,853 แห่ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2565 )

โดยอยู่ในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรุงเทพมหานครที่อยู่ใน  
ความดูแลของ สปสช เขต 1-13 เมื่อก้าวถึงการรับการสนับสนุนงบประมาณในระบบ  
การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term  
Care, LTC) LTC ในปีงบประมาณ พ.ศ 2564 มีหน่วยจัดบริการที่ได้รับสนับสนุน  
งบประมาณ LTC รวม 3,937 แห่ง เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน  
หน้า (Universal Coverage: UC) จำนวน 3,619 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 91.92 เป็นศูนย์  
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ จำนวน 318 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.08 มีจำนวน  
ผู้รับบริการในหน่วยบริการที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณ LTC ทั้งสิ้น 186,284 คน  
แบ่งเป็นการรับบริการจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน  
105,657 คน คิดเป็นร้อยละ 56.72 รับบริการจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ  
จำนวน 11,266 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และผู้รับบริการที่ไม่ได้ระบุหน่วยจัดบริการ  
เนื่องจากอยู่ระหว่างการจัดทำ Care Plan ของหน่วยบริการเพื่อเสนอคณะกรรมการ  
LTC พิจารณานุมัติ Care Plan จำนวน 69,361 คน คิดเป็นร้อยละ 37.23

ขณะที่กรุงเทพมหานครมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพ  
มหานคร เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก  
สปสช. แต่พบว่าการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนยังมีปริมาณน้อย โดยมีข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่  
รับบริการในระบบ LTC ของกรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 708 คน  
คิดเป็นร้อยละ 0.62 จากจำนวนประชากรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งสถิติดังกล่าว

สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ประการที่สาม คือ ปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่นและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงปัจจุบันพบว่า ท้องถิ่นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ ในขณะที่การดำเนินการด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครจะอยู่ภายใต้ความดูแลรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แต่จากข้อเท็จจริงแล้วจะพบว่า การดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ยังคงเน้นบทบาทการให้บริการในเชิงรับ โดยเน้นการให้บริการประชาชนในพื้นที่ตั้งเป็นหลัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพความหลากหลายทางสังคมและความหลากหลายของประชากรทำให้รูปแบบการให้บริการยังไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในเขตพื้นที่เมืองอย่างแท้จริงซึ่งสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทได้เป็นอย่างดี

ประการสุดท้าย คือ ปัญหาการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ยังคงขาดการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน

### บทส่งท้าย

ผลการศึกษาผู้เขียนได้พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุทั้งปัญหาข้อกฎหมายที่กำหนดบทบาทของหน่วยงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย ปัญหาการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมไปถึงปัญหาการบูรณาการให้ความร่วมมือสำหรับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกรอบอำนาจหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ประเด็นปัญหาที่ศึกษามานั้นล้วนเป็นข้อเท็จจริงที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ประเทศไทยสามารถบริหารจัดการทางสังคมและมีความพร้อมในการก้าว

เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคตต่อไป อย่างไรก็ตามก็ควรตระหนักถึงความสำคัญและเร่งขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดการบูรณาการอย่างเป็นระบบทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อการขับเคลื่อนบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ประสิทธิภาพสูงสุด โดยประชาชนทุกคนก็ควรตระหนักและเตรียมความพร้อมกับการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพด้วยเช่นกัน

ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาในประเด็นปัญหาทั้ง 4 ประการที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ประการที่หนึ่ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่ละหน่วยงานควรมีการทบทวนระบบกฎหมายและโครงสร้างของหน่วยงานรวมทั้งกรอบอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งระบบ โดยยึดผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับให้สอดคล้องกับโครงสร้างที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ประการที่สอง ควรให้มีการแก้ไขระเบียบ ข้อกฎหมายที่ออกตามความในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 โดยปรับปรุงแบบของการให้การสนับสนุนเงินกองทุนในลักษณะของการสมทบเงิน เป็นรูปแบบการสนับสนุนเงินทุนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งอย่างเสมอภาคเพื่อให้ท้องถิ่นได้ดำเนินการจัดทำบริการสาธารณะตามบริบทของพื้นที่ของตนและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำกับติดตามความคืบหน้าและให้คำแนะนำในการดำเนินงานของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประการที่สาม ควรแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 โดยเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักที่ควรทำหน้าที่ให้บริการสาธารณะกับผู้สูงอายุอย่างครบวงจร โดยรูปแบบการบริหารจัดการบริการสาธารณะด้านสุขภาพท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้ตามแนวทาง ดังนี้

1) ควบรวมการดำเนินงานในการให้บริการการดูแลระยะยาวระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่นหรือพื้นที่ใกล้เคียง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อันเป็นการบริหารทรัพยากรและใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อลดภาระด้านงบประมาณ และปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร

2) หากท้องถิ่นใดมีหน่วยบริการอื่นที่มีความพร้อมรองรับการบริการอยู่แล้วก็สามารถพิจารณาซื้อบริการจากหน่วยบริการอื่นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ในพื้นที่ได้

3) สำหรับพื้นที่ใดที่มีความพร้อมก็สามารถดำเนินการจัดตั้งศูนย์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความเหมาะสมของบริษัทในพื้นที่ในการดำเนินการ

ประการที่สี่ ควรให้มีการปรับปรุงกฎหมายโดยระบุถึงรูปแบบของการบูรณาการระหว่างหน่วยงานโดยกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่และอำนาจในการร่วมกันจัดทำบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ควรมีการพิจารณากำหนดให้หน่วยงานภาคเอกชนหรือองค์กรไม่แสวงหากำไรเข้ามามีบทบาทในการให้บริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแทนรัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การให้สัมปทานหรือการร่วมลงทุนในการจัดทำบริการสาธารณะร่วมกับรัฐด้วย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม รัฐควรบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมโดยเน้นการวางแผนเชิงนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพื้นฐานสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ตามช่วงวัยให้ได้มากที่สุด เพื่อลดภาระที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพในอนาคต และลดความเสี่ยงและจำนวนของผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่การดูแลระยะยาวอันอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรในอนาคตต่อไป

## Reference

- Ministry of Public Health, Office of the Permanent Secretary for Public Health. (2019). Guidelines on Public Health Operations at the Local Level between Local Administrative Organizations (Subdistrict Administrative Organizations, Municipalities) and the Ministry of Public Health (Sub-district Health Promoting Hospitals). Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division.
- Sasipat Yodphet. (2009). Complete Report: Integrated Long-Term Care System for The Thai Elderly. Bangkok: Jayprint.
- National Health Security Office (NHSO). (2020). National Health Security Fund Management Guide, Fiscal Year 2021. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing.
- Department of Mental Health. (2022). 93 Days to “Aging” Society in 5 Provinces? The Most-Least Elderly. Retrieved on 20 March 2022, from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>.
- Ministry of Social Development and Human Security. (2022). Rights and Welfare of the Elderly. Retrieved on 4 June 2022, from [http://www.thungkhanan.go.th/news/doc\\_download/rights\\_and\\_welfare\\_of\\_the\\_elderly\\_020721\\_104714.pdf](http://www.thungkhanan.go.th/news/doc_download/rights_and_welfare_of_the_elderly_020721_104714.pdf)
- Regulations of the National Health Security Committee on Criteria, Methods and Conditions on Registration as Service Unit and Service Unit Network, B.E. 2558 (2015). (2015). Retrieved on 30 July 2022, from <https://www.nhso.go.th/storage/photos/832afb96606e2/pdf/Law.pdf>

National Health Security Office (NHSO). (2022). Service Provider Report and local government organization participating in Long Term Care operation. Retrieved on 30 July 2022, from <https://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public/ltc-report-pb>.