สมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี ๒๕๖๔ : สังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน **เอกสารหลัก**

ระเบียบวาระที่ ๒

ระบบและกลไกการบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุไทย

๑. นิยาม /คำจำกัดความ

๑.๑ ระบบและกลไกการบูรณาการ

แนวคิดการจัดการสมัยใหม่ให้ความสำคัญกับการรวมทรัพยากรทุกอย่างเข้าด้วยกัน เป็นการรวมกันตั้งแต่ระดับนโยบายและระดับแนวทางกลไกการดำเนินงาน ซึ่งทางวิชาการเรียกว่า การบูรณาการ (Integration) โดยเป้าหมายของการบูรณาการ คือ การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ การพัฒนาคุณภาพและการสนับสนุนบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การบูรณาการจึง**มี*ความหมายในระดับนโยบายและการบริหาร หมายถึง "การพัฒนาระบบการจัดการขององค์กร ให้มีการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานและบริการที่แตกต่างกัน และความหมายในระดับคลินิก คือ การจัดหาบริการเพื่อให้สมาชิกในชุมชนเกิดการเข้าถึงบริการ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม จิตใจ และปัญญาอย่างมีคุณภาพ เกิดทั้งความพึงพอใจและประสิทธิภาพในการให้บริการของหน่วยงาน*"** จากนิยามนี้จะเห็นว่า การบูรณาการเป็นวิธีที่มุ่งให้เกิดการให้บริการที่ดี ภายใต้การบริหารจัดการอย่างเป็นภาพรวมทั้งนโยบาย แผนงาน บุคลากร และการปฏิบัติ โดยนำมาจัดระบบการให้บริการแก่ประชาชนขึ้นใหม่ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังที่กล่าวไปแล้ว

๑.๒ บริการสังคมและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

คำว่า บริการสังคม (Social Services) มีความหมายครอบคลุมบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชน สำหรับประเทศไทยบริการสังคม หมายถึง บริการที่รัฐหรือองค์กรภาคเอกชน ภาคประชาชน ที่รัฐเปิดโอกาสให้จัดบริการแทนรัฐ ครอบคลุมบริการ ๗ สาขา คือ ๑) สุขภาพอนามัย ๒) การศึกษา ๓) ที่อยู่อาศัย ๔) การมีงานทำและการมีรายได้ ๕) บริการส่วนบุคคล ๖) กระบวนการยุติธรรม และ ๗) นันทนาการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ๒๕๖๓)

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบการป้องกัน วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพสำหรับประชาชน โดยระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย บริการ ๓ ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

๑.๓ เป้าหมายการพัฒนาผู้สูงอายุไทย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO, ๑๙๙๐) ได้นำเสนอแนวคิดการพัฒนาผู้สูงอายุแก่ประเทศต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน คือ ***การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing) หมายถึง ให้มีสุขภาพดี มีความตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความสามารถในทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนมีความสามารถในการพึ่งพิงตนเองเท่าที่จะทำได้ และใช้ความสามารถนั้นช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และสังคม*** (WHO, ๒๐๐๒ อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ภาวนา พัฒนศรี และธนิกานต์ ศักดาพร, ๒๕๖๐) นอกจากนั้น WHO ยังได้มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็น ***ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ (Healthy Ageing) ซึ่งหมายถึงการเป็นผู้สูงอายุที่ปราศจากโรค มีความสามารถในการใช้ร่างกาย สรีรวิทยา จิตใจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราภาพที่เกิดขึ้นในการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม***

การพัฒนาสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลังและอย่างมีสุขภาวะจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยกำหนดที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ นโยบายบริการของรัฐ และสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ (๑) ระบบบริการสุขภาพ (๒) ด้านพฤติกรรม (๓) ด้านปัจจัยส่วนบุคคล (๔) ด้านสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ (๕) ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม (๖) ด้านเศรษฐกิจ และยังมีปัจจัยตัดขวาง (Cross-cutting Determinants) ได้แก่ เพศ และวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลังอีกด้วย

๒. สถานการณ์ /ความเป็นมา

๒.๑ สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๒ (มูลนิธิสถาบันพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๖๓, น.๔๘-๕๓) ระบุว่า ตามประกาศของกระทรวงมหาดไทย เมื่อสิ้นปี ๒๕๖๒ ประเทศไทยมีประชากรรวมทั้งสิ้น ๖๖,๕๕๘,๙๓๕ คน เป็นชาย ๓๒,๖๐๕,๑๐๐ คน และหญิง ๓๓,๙๓๕,๘๓๕ คน อัตราการเกิดของประชากรไทยที่ลดลงตั้งแต่ ทศวรรษที่ ๒๕๑๐ ทำให้สัดส่วนของประชากรวัยเยาว์ลดลงอย่างมาก ประกอบกับการที่คนไทยมีอายุยืน ทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุสูงขึ้น ประเทศไทยเคยมีประชากรเด็กคิดเป็นสัดส่วนมากถึงเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดเมื่อ ๕๐ ปีก่อน กลับกลายเป็นประชากรที่มีวัยเด็กเพียงไม่ถึง ๑ ใน ๕ ในปัจจุบัน โดยปี ๒๕๖๒ เป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากกว่าเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ปี)

ปี ๒๕๖๒ ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากถึง ๑๑.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕ ของประชากรทั้งหมด อาจแบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มย่อย ได้ดังนี้

ประชากรสูงอายุไทยปี ๒๕๖๒ มีผู้สูงอายุจำนวน ๑๑.๖ ล้านคน	
ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี)	ร้อยละ ๖๐.๔
ผู้สูงอายุวัยกลาง (๗๐-๗๙ ปี)	ร้อยละ ๒๘.๐
ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป)	ร้อยละ ๑๑.๖

ในปี ๒๕๘๒ คาดประมาณว่าประเทศไทยจะมีประชากร ๖๕.๒ ล้านคน ในจำนวนนี้จะเป็นประชากรชาย ๓๑.๑ ล้านคน และประชากรหญิง ๓๔.๑ ล้านคน คิดเป็นอัตราส่วนเพศเท่ากับมีประชากรชาย ๙๑ คน ต่อประชากรหญิง ๑๐๐ คน

เมื่อพิจารณาอายุคาดเฉลี่ยของคนไทย ปัจจุบันคนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ ๗๖ ปี (ผู้ชาย ๗๓ ปี และผู้หญิง ๘๑ ปี) และคาดว่าอีก ๒๐ ปีข้างหน้า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยจะยืนยาวถึง ๗๙ ปี (ผู้ชาย ๗๕ ปี และผู้หญิง ๘๓ ปี) ซึ่งแสดงว่าคนไทยมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาถึงครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว และที่อยู่กับคู่สมรสด้วยกันนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอยู่ลำพังร้อยละ ๘ และอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ ๑๖ ในปี ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้นเป็นอยู่ตามลำพังร้อยละ ๑๑ และอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ ๒๑ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในอนาคตผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่มีอายุยืนยาวขึ้นและแนวโน้มอยู่เพียงลำพังสูงขึ้นเช่นกัน (มูลนิธิสถาบันพัฒนาผู้สูงอายุไทย , ๒๕๖๐)

๒.๒ การบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพของประเทศไทย

การจะจัดระบบบริการสังคมและสุขภาพให้สามารถตอบสนองปัญหาประชากรสูงอายุในอนาคตดังที่กล่าวมานี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนา /รื้อสร้างระบบบริการสังคมและสุขภาพขึ้นใหม่ คือ การบูรณาการระบบบริการ โดยการบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพได้มีการดำเนินงานมาเป็นเวลานานและมีรูปแบบวิธีการดำเนินงานที่ต่างกัน แต่ยังขาดการบูรณาการในระดับมหภาค คือ บูรณาการระบบ และได้มีการทดลองดำเนินงานหลายครั้ง โดยมีหน่วยงานรัฐ และองค์กรเอกชนเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงาน เอกสารหลักนี้ได้เสนอผลการทดลองจากหน่วยงานด้านสังคมและสุขภาพที่มีการดำเนินงานมาแล้ว ๓ องค์กร เพื่อเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ต่อไป

การทดลองบูรณาการระดับพื้นที่ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินการบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพในชุมชน ๘ ชุมชนทั่วประเทศ ผ่านศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเมื่อปี ๒๕๕๐ โดยให้ศูนย์ฯ ทำหน้าที่เป็นแกนกลางหรือเป็นที่ตั้งสำนักงานดำเนินงานโดยชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนโดยหน่วยงานส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, ๒๕๕๑) ผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จในหลายศูนย์ฯ เกิดการจัดบริการผ่านโครงสร้างระบบบริการเดิมที่มีอยู่และเป็นการบูรณาการแนวราบภายใต้โครงสร้างหลายองค์กร และอีกหลายศูนย์ฯ ดำเนินงานได้ดี

ในระดับหนึ่ง แต่ที่ไม่สามารถดำเนินงานได้คือ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตาม ด้วยการที่นโยบายของรัฐมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ศูนย์ฯ มีการพัฒนาขึ้นเปลี่ยนเป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) และรูปแบบดำเนินงานมีความหลากหลายในปัจจุบัน

ในปี ๒๕๖๐ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการส่งเสริมพัฒนากลไกและแนวทางการดำเนินงานบูรณาการเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง” โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อการเสริมพลังและหนุนเสริมการพัฒนาระบบการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงาน และองค์กรภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อน โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพื้นที่ต่างๆ สามารถใช้ศักยภาพในการจัดการตนเอง โดยใช้ชุมชนและท้องถิ่นเป็นฐานการพัฒนาและใช้วิธีบูรณาการในรูปแบบองค์รวม ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เพื่อสุขภาวะผู้สูงอายุในสังคมไทย ลักษณะการดำเนินงานเป็นการบูรณาการผ่านการจัดการดูแล (Integration through services system) ภายในแต่ละพื้นที่

ปี ๒๕๖๒ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้จัดทำโครงการสร้างเสริมการขับเคลื่อนระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ มีวัตถุประสงค์หนึ่งคือการสนับสนุนการยกระดับการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนและนำผลไปสู่การพัฒนานโยบายในระดับต่างๆ ต่อไป โดยมีการทดลองเชื่อมโยงการทำงานของ พชอ. และกลไกระดับจังหวัด ๓ จังหวัด ซึ่งเป็นการทำงานกับประชากรในพื้นที่ทุกกลุ่ม ไม่เฉพาะผู้สูงอายุ และใช้ประเด็นสุขภาพเป็นตัวขับเคลื่อนภายใต้รูปแบบการเชื่อมประสาน (Linkage) ผลการทดลองพบประเด็นร่วมคือการเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างส่วนราชการและความเป็นเครือข่ายที่แน่นแฟ้นขึ้น ก่อให้เกิดบริการในชุมชนหลากหลายประเภท

การทดลองทั้งของหน่วยงานและองค์กร ๓ ประเภทที่นำเสนอเป็นตัวอย่างนี้ แสดงให้เห็นว่าในพื้นที่ชุมชนมีกลไกการบูรณาการและมีองค์กรที่เป็นแกนนำในการดำเนินงานอยู่แล้ว สามารถพิจารณาที่จะนำไปใช้ประโยชน์ ริเริ่มใหม่หรือต่อยอดดำเนินการได้

๒.๓ การสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ได้กำหนดดัชนีการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุไทย มีองค์ประกอบ ๔ ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคง และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพฤฒพลัง ผลการศึกษาระดับการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลังพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีค่าดัชนีพฤฒพลังเท่ากับ ๐.๖๘๕ หรืออยู่ในระดับปานกลาง โดยมีดัชนีด้านสุขภาพเท่ากับ ๐.๗๙๗ ด้านการมีส่วนร่วมเท่ากับ ๐.๕๐๒ ด้านความมั่นคงเท่ากับ ๐.๗๕๑ และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพฤฒพลังเท่ากับ ๐.๖๙๑ ซึ่งทำให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยมีดัชนีด้านสุขภาพสูงกว่าด้านอื่น และด้านการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, ๒๕๖๐)

ซึ่งจะเห็นว่า ควรจะมีการเพิ่มการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุไทยให้เป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเด็นการสร้างการมีส่วนร่วมต่อไป

๓. กฎหมายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ กฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้อง

การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและบริการของประเทศไทยอยู่ภายใต้บทบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ เฉพาะที่สำคัญ คือ

มาตรา ๒๗ การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคลฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้

มาตรา ๔๗ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ

มาตรา ๔๘ บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา ๕๕ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

มาตรา ๗๑ รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรีผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำการดังกล่าว

นอกจากนั้นยังถูกกำกับโดยยุทธศาสตร์ระดับชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ภายใต้วิสัยทัศน์ ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๘๐) และที่สำคัญคือ มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ที่ครอบคลุม ๕ มิติ ประกอบด้วย

๑) มิติเศรษฐกิจ โดยตัวชี้วัดที่สำคัญคือ การสร้างหลักประกันยามรายได้ยามสูงวัย การส่งเสริมการทำงานในยามสูงวัย กระจายแหล่งจ้างงานใกล้ชุมชนชนบท การจูงใจให้ต่างชาติที่มีคุณภาพและต้องการทำงานในไทยอย่างถาวรได้มีโอกาสาทำงานและพำนักในไทย

๒) มิติสภาพแวดล้อม เน้นปรับปรุงกฎหมายเดิมเพื่อกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคาร สถานที่ เพื่อให้สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

๓) มิติสุขภาพ ให้ความสำคัญกับบทบาทของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ในการจัดกิจกรรมและทรัพยากรสำหรับผู้สูงอายุ

๔) มิติชุมชนสังคม เพิ่มบทบาท อปท. ในการพัฒนาระบบต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัย การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ (บ้าน วัด โรงเรียน วิสาหกิจ ชมรม โรงพยาบาล)

๕) เทคโนโลยีและนวัตกรรม ให้ความสำคัญกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินภารกิจด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุป ประเทศไทยกำหนดให้มีมาตรการและกลไกเพื่อการพัฒนาสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลังและมีสุขภาวะอย่างรอบด้านแล้ว แต่ยังพบปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาบางประการที่จำเป็นต้องแสวงหาความร่วมมือในการแก้ไขต่อไป

๓.๒ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนที่ดำเนินการจัดบริการหลักแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่มีหน้าที่ในการดำเนินงานเกือบทุกกรมและส่วนงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงวัฒนธรรม ส่วนภาคเอกชน ได้แก่ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ และภาคประชาชน คือ ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

หากพิจารณาตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑ เกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุที่ได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ พบว่า มีหน่วยงานภาครัฐ ระดับกระทรวง กรม สำนักงานรับผิดชอบถึง ๑๗ หน่วยงาน ซึ่งนอกจากหน่วยงานที่กล่าวมาแล้ว มีเพิ่มเติม ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงคมนาคม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการคลัง และสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นต้น และมีรัฐวิสาหกิจ เช่น บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) การรถไฟฟ้าแห่งประเทศไทย การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย องค์กรขนส่งมวลชนกรุงเทพ บริษัทขนส่งจำกัด และบริษัทท่าอากาศยานไทยจำกัด (มหาชน) ส่วนภาคเอกชน และประชาชนมีเพิ่มเติม ได้แก่ สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยฯ สภาทนายความ เป็นต้น (กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ, ๒๕๖๓)

๔. สภาพปัญหา ข้อจำกัด และแนวทางบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพ

๔.๑ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาผู้สูงอายุ มีดังนี้

๑. ปัญหาระดับนโยบายที่ขาดการมองมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม (Holistic) มีการจัดบริการแบบแยกส่วน เป็นด้านกาย จิต ปัญญา สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้เกิดบริการทั้งไม่ครอบคลุมประเภทของความต้องการทั้งขาดแคลนและขาดเป้าหมายที่ชัดเจน เมื่อพิจารณาในระดับเชิงพื้นที่ การจัดบริการสวัสดิการสังคมเป็นหน้าที่หนึ่งที่องค์กรภาครัฐต้องจัดให้มีขึ้น ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบขององค์กรนั้นๆ การที่หน่วยงานมีสังกัดแตกต่างกันและแยกส่วนในการจัดบริการในพื้นที่ ก่อให้เกิดปัญหาด้านการจัดการ เช่น ขาดบุคลากรวิชาชีพเฉพาะ เกิดการใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลือง ขาดความพอดี ขาดแคลนและขาดการประสานงานเชิงระบบในพื้นที่ เป็นต้น

๒. ปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการของตนเองของผู้สูงอายุได้ถูกนำมาถกเถียงและหาทางแก้ไขในหลายประการ บางครั้งสามารถแก้ไขได้แต่ไม่ยั่งยืน ในทัศนะและความเชื่อของผู้เขียนเห็นว่า ปัญหาสำคัญเกิดจากฐานคิดของผู้กำหนดนโยบายที่ยังขาดความเข้าใจที่แท้จริงต่อแนวคิดบริการสังคมและสวัสดิการสังคมซึ่งถือเป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามรัฐธรรมนูญ แต่การให้บริการถูกจัดขึ้นภายใต้แนวคิดแบบบรรเทาปัญหา (Residual Model of Social Welfare) มุ่งตอบสนองผู้ประสบปัญหาด้านต่างๆ ในลักษณะการสงเคราะห์เฉพาะหน้า ให้ความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว ขาดการวางแผนแก้ไขปัญหาในระยะยาว ทำให้ปัญหาอื่นเกิดขึ้นตามมาเป็นลูกโซ่ และผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาให้มีความเข้มแข็ง ให้มีส่วนร่วมและกำหนดความต้องการของตนเองค่อนข้างน้อย จึงไม่สามารถตอบกำหนดรูปแบบ วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองอย่างรอบด้านได้

๓. ปัญหาที่เกิดจากผู้สูงอายุ ที่ขาดแคลนความรู้และทักษะการสื่อสารออนไลน์ รวมทั้งเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้การเข้าถึงบริการบางประเภทของรัฐเป็นไปด้วยความยากลำบาก การรับสวัสดิการบางประเภท เช่น สิทธิประโยชน์จากบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องให้สมาชิกในครอบครัวหรือวานผู้อื่นดำเนินการให้ การขาดทักษะการสื่อสารออนไลน์จึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

ดังนั้น ทางออกหนึ่งของปัญหา คือ การรวมบริการหรือการบูรณาการบริการ เพื่อสร้างการเข้าถึงบริการอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุต่อไป

๔.๒ แนวทางการแก้ไขปัญหา

๔.๒.๑ การปรับรูปแบบบริการ

หากมีความเชื่อในแนวคิดบูรณาการว่าเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาผู้สูงอายุได้อย่างดีแล้ว การทำความเข้าใจแนวทางการบูรณาการในเชิงระดับการดำเนินงาน การบริหาร และการให้บริการจึงมีความสำคัญและจำเป็น การบูรณาการมีการแบ่งต่างวิธีการต่างๆ ดังนี้

๑) การแบ่งประเภทตามวิธีการบริหาร แบ่งได้ ๒ รูปแบบ คือ

๑.๑) การบูรณาการแนวตั้ง (Vertical Integration) หมายถึง การจัดบริการผ่านพื้นที่ให้บริการภายในโครงสร้างองค์กรเดียวกัน

๑.๒) การบูรณาการแนวราบ (Horizontal Integration) หมายถึง การปรับปรุงความร่วมมือในการดูแลร่วมกัน ภายใต้โครงสร้างหลายองค์กร

๒) การแบ่งตามวิธีการให้บริการ แบ่งได้ ๒ รูปแบบ คือ

๒.๑) การบูรณาการผ่านการจัดการดูแล (Integration Through Care Management) การจัดการดูแลเป็นวิธีการให้บริการแก่ประชาชนที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับการแก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคล

๒.๒) การบูรณาการผ่านระบบบริการ (Integration Through Service System) เป็นการจัดบริการผ่านโครงสร้างระบบบริการต่างๆ ที่มีอยู่เดิม

๓) การแบ่งตามวิธีการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น ๓ ประเภท (Leutz, ๑๙๙๙) ดังนี้

๓.๑) การเชื่อมโยงบริการ (Linkage) เป็นการช่วยให้บุคคลที่มีความต้องการระดับสูงจนถึงระดับปานกลาง เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรงมากจนถึงปานกลาง ผู้ที่มีความต้องการบริการสังคมระดับสูงเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยระบบที่สามารถให้บริการได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาระบบภายนอก เช่น การเชื่อมระบบบริการสุขภาพบางระบบ (อาจน้อยไปถึงปานกลาง) ให้กับผู้รับบริการเป็นลักษณะบริการที่ทุกคนจะได้รับบริการโดยไม่มีเงื่อนไขแต่อย่างใด

๓.๒) การประสานงาน (Co-ordination) คือ การบูรณาการเชิงโครงสร้างที่ร่วมกันให้การดูแลในกรณีผู้สูงอายุต้องการบริการแบบฉุกเฉิน หรือต้องการบริการสังคมเร่งด่วน ความร่วมมือนี้อาจถูกกำหนดให้อยู่ในโครงสร้างขององค์กรและแยกออกจากระบบปกติทั่วไป โดยทั่วไปนิยมทำให้องค์กรที่มีการแบ่งโครงสร้างอย่างชัดเจน

๓.๓) การบูรณาการอย่างเต็มรูปแบบ (Full Integration) เป็นการสร้างรูปแบบบริการรูปแบบใหม่ โดยใช้ทรัพยากรจากหลายระบบร่วมกัน

ซึ่งในเอกสารหลักนี้มุ่งเน้นการบูรณาการวิธีการดำเนินงาน ๓ ประเภทนี้

๔.๒.๒ กรณีตัวอย่างการบูรณาการบริการสำหรับผู้สูงอายุ

จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในช่วงระยะเวลา ๒ ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน นับเป็นสถานการณ์วิกฤตที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนทั่วไปรวมถึงผู้สูงอายุด้วย หน่วยงานทุกภาคส่วนได้ช่วยกันจัดบริการแก่ผู้ประสบปัญหาในลักษณะบริการสังคมทางเลือก (Alternative Social Services) ในหลากหลายรูปแบบภายใต้แนวคิดการบูรณาการบริการในระดับต่างๆ กรณีศึกษาที่จะนำเสนอในที่นี้ คือ การบูรณาการบริการอาหารแก่ผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา ดังนี้

๑) กรณีตัวอย่างประเทศออสเตรเลีย : การเชื่อมโยงบริการ (Linkage)

ในชุมชนออสเตรเลียตะวันตก มีองค์กรให้ความช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ประชาชนที่ประสบปัญหาการเงิน ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค และบริการอื่นๆ ที่จำเป็น มีบริการประเภทหนึ่งที่เกิดขึ้น คือ บริการจัดส่งสินค้าแบบไม่เสียค่าบริการและปลอดภัย โดย Cahoots Connects ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมชุมชน จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และขาดแคลนผู้ให้ความช่วยเหลือ อยู่โดดเดี่ยวผู้พิการ ผู้ป่วยโควิด ผู้เปราะบาง และชาวอะบอริจิน /กลุ่มพื้นเมืองที่ไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ บริการนี้ได้เชื่อมโยงข้อมูลของผู้สูงอายุกับหน่วยงานระดับท้องถิ่นเพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิที่มีหรือที่ได้รับจากรัฐและเชื่อมต่อข้อมูลกับธนาคาร องค์กรดูแลสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ กรณีอยู่ในภาวะยากลำบากมาก ก็เชื่อมไปยังองค์กรบรรเทาทุกข์ เพื่อขอทราบบริการที่ผู้สูงอายุนั้นๆ ควรจะได้รับจากองค์กรฯ Cahoots Connects ได้เชื่อมประสานไปยังร้านค้าห้างที่ขายสินค้า และหน่วยงานอาสาสมัครในชุมชนเพื่อจัดหาอาสาสมัครมาร่วมให้บริการ ผู้สูงอายุสามารถสั่งสินค้าออนไลน์หรือทางโทรศัพท์ไปยังหมายเลขที่กำหนด หรือสั่งผ่านศูนย์บริการตอบรับทางโทรศัพท์ได้ ประเภทของสินค้าที่ให้บริการ ได้แก่ อาหารแช่แข็ง ยกเว้นแอลกอฮอล์ (อาหารปรุงสุกจัดส่งให้เฉพาะผู้ยากลำบากเท่านั้น) บริการส่งยา เวชภัณฑ์พื้นฐาน จำกัดสั่งได้สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง และมีบริการพิเศษเมื่อขอร้องกรณีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการแกะหีบห่อ หรือแช่อาหารในตู้เย็น โดยองค์กรจัดทีมส่งสินค้าเข้าไปให้บริการดังกล่าว การส่งสินค้านี้ทางองค์กรจะเรียกเก็บเงินจากธนาคารหรือหน่วยงานที่ผู้สูงอายุได้รับสิทธิ หรือองค์กรจะประสานความช่วยเหลือในเรื่องการสงเคราะห์ด้านการเงินไปยังองค์กรบรรเทาทุกข์ให้

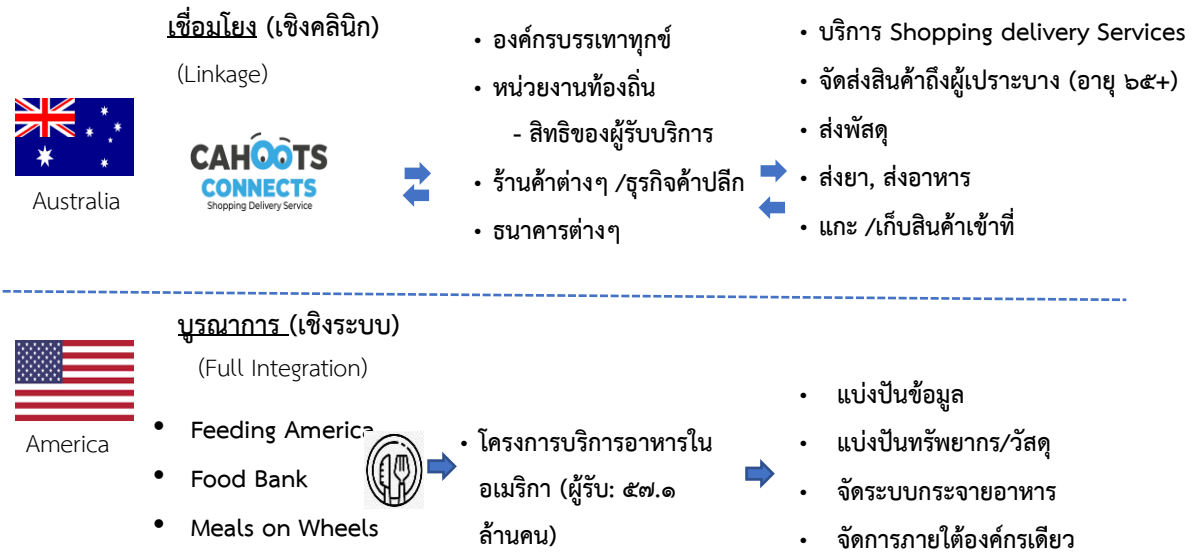
การดำเนินงานดังกล่าวนี้ จะเห็นว่ามีการเชื่อมประสานทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยให้ความสำคัญกับผู้รับบริการซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ เป็นแกนกลางในการบริการ (Client Center) และก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ โดยใช้สิทธิที่พึงได้รับของผู้รับบริการเป็นหลักในการดำเนินงาน

๒) กรณีตัวอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา : การประสานงานและบูรณาการเชิงระบบ

โครงการแจกจ่ายอาหารเพื่อแก้ไขปัญหาความหิวโหยที่มีชื่อเสียงของสหรัฐอเมริกา และเป็นที่รู้จักทั่วไป คือ โครงการ Feeding America, Food Bank และ Meals on Wheels ต่างให้บริการในขอบเขตบริการประชาชนปีละประมาณ ๔๐ ล้านคน ของแต่ละโครงการในภาวะปกติทั่วไป แต่เมื่อมีสถานการณ์วิกฤตการ

แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ประชาชนมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น มีผู้ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นอีก ๑๗.๑ ล้านคน องค์กรต่างๆ เหล่านี้จึงได้บูรณาการบริการร่วมกัน โดยเริ่มจากการแบ่งปันข้อมูล แบ่งปันทรัพยากร /วัสดุ จัดระบบการกระจายอาหารและจัดโครงสร้างการบริหารองค์กรขึ้นใหม่ โดยมอบหมายให้ Feeding America ซึ่งเป็นองค์กรที่มีเครือข่ายใหญ่ที่สุดและกระจายทั่วสหรัฐอเมริกา มีความมั่นคงและมีทุนทรัพยากรมากกว่า ทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการบริหารงานโดย Food Bank และ Meals on Wheels มาร่วมดำเนินงานภายใต้การจัดการขององค์กรเดียว ทำให้การจัดบริการสามารถกระจายได้อย่างทั่วถึง ประหยัดทรัพยากร ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างรวดเร็ว สม่ำเสมอ และมีความพึงพอใจ ปัจจุบันชาวอเมริกันนิยมเรียกชื่อองค์กรทั้ง ๓ แห่งรวมกันว่า Feeding America Food Bank and Meals on Wheels

สรุปกรณีตัวอย่างการบูรณาการบริการของต่างประเทศ



ที่มา : ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ๒๕๖๓. **การจัดบริการสังคมทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์วิกฤต : กรณีศึกษาช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙.**

๕. ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการบูรณาการ

จากกรณีศึกษาทั้งของต่างประเทศและประเทศไทย พบตัวแบบการดำเนินงานเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางบูรณาการ มีข้อเสนอในการดำเนินงานเป็น ๒ ระดับ คือ ระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

๕.๑ ระดับนโยบาย ได้แก่

๑) การปรับวิสัยทัศน์ และทัศนคติของผู้กำหนดนโยบาย

จากปัจจัยความสำเร็จหลากหลายประการที่กล่าวมา ทำให้เห็นว่า การบูรณาการที่ดีต้องเริ่มจากการมีวิสัยทัศน์ที่ดีต่อการจัดบริการของผู้บริหารองค์กร เฉพาะอย่างยิ่ง การมองมนุษย์หรือผู้รับบริการแบบองค์รวม จะทำให้การจัดการร่วมทั้งการรวมองค์กร การรวมการบริหาร และการรวมบริการเกิดความเป็นไปได้ และสามารถกระทำได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม การบูรณาการไม่สามารถกระทำได้ในระยะเวลาอันสั้น บทเรียนจากประเทศต่างๆ ชี้ให้เห็นว่า กว่าจะเกิดระบบบูรณาการบริการที่เหมาะสม มีการลองผิดลองถูก และใช้เวลาพัฒนามาเป็นเวลานาน ดังนั้นการมีวิสัยทัศน์ร่วมของผู้กำหนดนโยบาย คือ การสร้างสวัสดิภาพที่ดีแก่ประชาชนจึงควรเป็นจุดมุ่งหมายร่วมที่สำคัญ

๒) การปรับปรุงระเบียบและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

จากการที่แต่ละหน่วยงานต่างมีระเบียบและแนวปฏิบัติในการให้บริการที่แตกต่างกัน เมื่อเข้าสู่กระบวนการบูรณาการบริการ ทุกฝ่ายควรร่วมกันสร้างระบบและแนวปฏิบัติใหม่ร่วมกัน ตั้งแต่การริเริ่มโครงการให้บริการใหม่ๆ การจัดตั้งระบบบริการ การติดตามรายงาน การประเมิน การพัฒนาแผนงาน รวมทั้งการเตรียมทรัพยากรที่สำคัญ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร ทั้งวิชาชีพและผู้ให้บริการทั่วไป อาหาร ยานพาหนะ บ้านพักฉุกเฉิน และอื่นๆ ที่จำเป็น การตัดทอน ผ่อนคลาย กฎระเบียบที่ปฏิบัติบางประการ และสร้างขึ้นใหม่ภายใต้ข้อตกลงและความเห็นพ้องร่วมกัน จะช่วยให้การบูรณาการบรรลุผล

สิ่งที่ควรพิจารณาในการปรับปรุงระเบียบและแนวปฏิบัติดังกล่าวนี้ ควรให้ความสำคัญกับการริเริ่มบริการใหม่ๆ ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตการให้บริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของประชาชนสูงอายุ และการใช้สถานที่ทำงานที่เป็นศูนย์กลางชุมชนเช่นองค์กรระดับท้องถิ่นจะทำให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๓) การกำหนดโครงสร้างการบริการขึ้นใหม่

เพื่อให้การจัดบริการมีความคล่องตัว จึงควรพิจารณาให้มีการจัดโครงสร้างการบริการขึ้นใหม่ โดยบูรณาการระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทุกระบบเข้าด้วยกัน และมีคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่ได้รับการกำหนดบทบาทหน้าที่ และแต่ละชุดมีผู้แทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมอยู่ด้วย ให้คณะกรรมการมีการประชุมและรายงานผลงานทุกไตรมาส จะช่วยให้เกิดการประเมินและติดตามผลบริการได้

๔) การบูรณาการงบประมาณ

การจัดการงบประมาณเชิงบูรณาการเป็นเทคนิคการบริหารงานสมัยใหม่ที่ใช้ในการประสานเชื่อมโยงบริการต่างๆ สำหรับประชาชนเข้าด้วยกัน การจัดการงบประมาณเชิงบูรณาการ หมายถึง “งบประมาณที่จัดสรรให้กับงานที่หลายหน่วยงานทำงานร่วมกัน ภารกิจในเชิงกระบวนการทำงานร่วมของหน่วยงานระหว่าง

กระทรวง หรือมิติงานตามยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่ซึ่งมีการบูรณาการภารกิจที่ตอบสนองความต้องการในพื้นที่และตามมิติยุทธศาสตร์ที่สำคัญ และทำให้ผลลัพธ์มีคุณค่า หรือมูลค่ามากกว่าให้ต่างหน่วยงานต่างทำ (ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ และสุขยืน เทพทอง, ๒๕๕๘) ซึ่งในที่นี้หากหน่วยงานต่างๆ มีแผนปฏิบัติการร่วมกัน และบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในกิจการการจัดบริการสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุแล้ว จะช่วยให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

๕) มีการจัดระบบช่องทางการเข้าถึงบริการ (Point of Entry : POE)

หลังจากบูรณาการโครงสร้างการบริการแล้ว สิ่งสำคัญของระบบการเข้าถึงบริการ คือ **“การจัดให้มีระบบการเชื่อมต่อบริการ โดยใช้ช่องทางเข้าถึงบริการช่องทางเดียว (POE)”** เพื่อความสะดวกในการใช้บริการและการส่งต่อผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล โดยประชาชนผู้ใช้บริการสามารถเรียกเข้าจุด POE ได้ทั้งระบบฉุกเฉินและระบบบริการปกติ เจ้าหน้าที่ที่รับเรื่องควรเป็นบุคลากรวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี ทำหน้าที่สอบถามความต้องการบริการและตัดสินใจส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยงานที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ และสิทธิต่างๆ ที่ผู้รับบริการมีอยู่

๕.๒ ระดับปฏิบัติ ได้แก่

๑) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและตัวชี้วัด

จุดเริ่มต้นในการกำหนดนโยบายที่ดี คือการมีความรู้ความเข้าใจต่อประชาชนและพื้นที่ที่จะดำเนินการ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ การรื้อสร้าง พัฒนาระบบข้อมูลและตัวชี้วัดที่ตรงกับข้อเท็จจริงและเป็นปัจจุบัน จะช่วยให้การกำหนดทิศทางที่ควรจะดำเนินการ และการประเมินความสำเร็จของงานเป็นไปอย่างเหมาะสม ดังนั้น ควรมีการศึกษาข้อมูลและบริการของแต่ละพื้นที่ และมีการบูรณาการข้อมูลจากแต่ละหน่วยงานเข้ามาใช้ประโยชน์ร่วมกัน

๒) การวางแผนและออกแบบระบบบูรณาการในระดับพื้นที่

การออกแบบระบบในระดับพื้นที่โดยให้โอกาสประชาชนมาหารือร่วมกัน พิจารณาถึงข้อจำกัดและข้อเด่นที่มีในพื้นที่ พิจารณาทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ โครงสร้างสาธารณูปโภค คุณลักษณะและเศรษฐานะของประชาชนและลักษณะภูมิศาสตร์ประกอบกันอย่างรอบด้าน จะก่อให้เกิดความเข้าใจต่อปัจจัยสนับสนุน และเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการ จะทำให้การวางแผนสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในทุกระบบและทุกระดับ

๓) การพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน

บุคลากรที่ทำหน้าที่หลักในการให้บริการแบบบูรณาการ คือ นักวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านใดด้านหนึ่ง การมีความรู้เฉพาะด้านของผู้ให้บริการ การมีข้อมูลต่างๆ อย่างเพียงพอ และการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดการให้บริการที่ดี การเสริมสร้างความเข้าใจต่อวิธีการให้บริการแบบใหม่ ควรมีการ

ฝึกฝนและพัฒนาผู้ชำนาญการที่มีความรู้หลากหลายและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สร้างเสริมการทำงานเป็นทีม และการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้พนักงาน บุคลากรสามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสม

๔) ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การทำงานประสานความร่วมมือกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มเพื่อร่วมกันวางแผนบูรณาการสำหรับบริการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการสำหรับประชาชนที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้ การที่ทุกฝ่ายมาร่วมกันพูดคุย ปรึกษาหารือ และกำหนดทิศทางร่วมกัน เป็นการผลักดันทั้งผู้ให้บริการซึ่งหมายถึงบุคลากรภาครัฐและผู้รับบริการซึ่งหมายถึงประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายให้เกิดการเข้าถึงบริการ การตรวจสอบคุณภาพ และสนับสนุนการลงทุนอย่างมีประสิทธิผล

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งส่วนใหญ่คือ บุคคลและองค์กรในชุมชน กรณีผู้สูงอายุควรเป็นองค์กรด้านผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุต่างๆ เป็นเรื่องที่ระบบราชการควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เป็นการช่วยเพิ่มความรับผิดชอบที่มีต่อความต้องการของประชาชน และช่วยให้สาธารณชนมีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ การจัดการ และข้อจำกัดต่างๆ จะช่วยให้การเข้าถึงบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นหากหลากหลายฝ่ายให้ความสำคัญต่อบริการและความต้องการ ดังนั้น ภาครัฐจึงควรเริ่มพัฒนาความสัมพันธ์กับองค์กร หน่วยงานที่ให้บริการในท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรชุมชน และหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ให้แน่นแฟ้น ในลักษณะการเสริมสร้างเครือข่ายและสร้างหุ้นส่วนในการทำงาน เพื่อเป็นช่องทางสำหรับรับรู้ปัญหาและพัฒนาแนวทางในอนาคต

๕) ควรมีการทดลองตัวแบบบริการเชิงบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพ

เนื่องจากรูปแบบ วิธีการ และบริการเชิงบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยยังไม่ได้ถูกจัดทำอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่เชิงนโยบายไปจนถึงการให้บริการในพื้นที่ โดยสามารถออกแบบโครงสร้างการบูรณาการในระดับพื้นที่ ดังนั้นควรมีการทดลองตัวแบบเรื่องนี้อย่างจริงจังในทุกระดับ และนำผลไปพัฒนา Digital Platform ที่หน่วยงานสามารถนำไปใช้ร่วมกัน โดยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ศูนย์อำนวยการขจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืน ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (ศจพ.) และสถาบันการศึกษา นำความรู้มาพัฒนาเป็นรูปแบบ วิธีการ และบริการเชิงบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุไทยภายใต้กรอบแนวคิดที่กล่าวมา

๖) ควรมีการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุด้านเทคโนโลยีดิจิทัล

ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งในการส่งเสริมการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในโลกอนาคต ผู้สูงอายุจำนวนมากขาดทั้งความรู้ ทักษะ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่

จำเป็นต่อการติดต่อสื่อสารออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสิทธิอื่นๆ ที่พึงได้รับ ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างความรู้และทักษะแก่ผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบทั้งการเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดกลุ่มอบรมเฉพาะ การแบ่งปันอินเทอร์เน็ต และการให้ยืมอุปกรณ์ดิจิทัล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (๒๕๖๓). **รายงานผลการดำเนินงานรองรับสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒**. กรุงเทพฯ : เจ. เอส. การพิมพ์.

เดชา สังขวรรณ และคณะ. (๒๕๕๘). **การเข้าถึงและความพึงพอใจต่อบริการตามสิทธิของผู้สูงอายุฯ.** กรุงเทพฯ : จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.

เดชา สังขวรรณ วรรณลักษณ์ เมียนเกิด และรุ่งนภา เทพภาพ. (๒๕๖๑). **กลไกการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ**. สนับสนุนทุนโดย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.).

ทัศนีย์ ญาณะ, บรรณาธิการ. (๒๕๖๐). **บูรณาการคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.** นนทบุรี : สหมิตรพริ้นติ้งแอนพับลิสชิ่ง จำกัด.

ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ และสุขยืน เทพทอง. (๒๕๕๘.) .**งบประมาณเชิงบูรณาการเพื่อการพัฒนา: กลไกการบูรณาการ ยุทธศาสตร์ของ ๕ กระทรวงหลักด้านเศรษฐกิจ**. เข้าถึงจาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/pajournal/article/viewFile/๔๕๘๑๙/๓๗๘๙๔

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖. (๒๕๔๖, ๓๑ ธันวาคม). **ราชกิจจานุเบกษา.** เล่ม ๑๒๐ ตอนที่ ๑๓๐ ก. หน้า ๕

มูลนิธิสถาบันพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (๒๕๖๑). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๐.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

_____. (๒๕๖๒). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๑.** นครปฐม: พริ้นเทอรี่ จำกัด.

_____. (๒๕๖๓). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๒.** นครปฐม: พริ้นเทอรี่ จำกัด.

วิลาวัณย์ เสนารัตน์ จรัส สิงห์แก้ว และเดชา ทำดี. (มิถุนายน ๒๕๖๓). **บทเรียน พชอ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ**. เอกสารอัดสำเนา.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ภาวนา พัฒนศรี และธนิกานต์ ศักดาพร. (๒๕๖๐). **การถอดบทเรียนตัวอย่างที่ดีของโรงเรียน และชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้**. สนับสนุนทุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (๒๕๕๓). **บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ : เจพริ้นท์.

_____. (๒๕๖๓). **การจัดบริการสังคมทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์วิกฤต : กรณีศึกษาช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙**. กรุงเทพฯ : จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (๒๕๕๑). **คู่มือการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน**. กรุงเทพฯ : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

Kai Leichsenring. (๒๐๐๔). *"Developing integrated health and social care services for older persons in Europe"*. **Int J Integr Care**. Jul-Sep; ๔: e๑๐. Published online ๒๐๐๔ Sep ๓. Available at https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC๑๓๙๓๒๖๗/

Kodner, D. (๒๐๐๖). "*Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North American Models and Lessons."* **Health and Social Care in the Community.** Vol. ๑๔, No. ๕

Leutz W. (๑๙๙๙). "*Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom."* **The Milbank Quarterly**. Vol. ๗๗, No. ๑.

Margaret MacAdam. (๒๐๐๘). **Framworks of Integrated Care for the Elderly, A Systematic Review**, Canadian Policy Research Networks Inc.