

การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบ

สวัสดิการผู้สูงอายุ ในประเทศไทย

โดย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การทบทวนองค์ความรู้และแนวทาง
การจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี
ดร. สาวิตรี ทยานศิลป์

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



บทสรุปผู้บริหาร

สังคมไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ในระยะเวลาอันสั้น ครอบครัวเดี่ยวมีมากขึ้น สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้หญิงไม่สามารถรับบทบาทดูแลผู้สูงอายุได้เหมือนในอดีต ส่วนผู้สูงอายุเองเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงมีภาวะพึ่งพิงประชากรในวัยทำงานมากขึ้น สภาพปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นความต้องการการช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

สวัสดิการสังคม (Social Welfare) เป็นระบบที่ให้บริการแก่ประชาชนเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขภาพอนามัย งานสวัสดิการสังคมแบ่งประเภทบริการได้ 3 ประเภทคือ 1) การประกันสังคม (Social Insurance) 2) การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) และ 3) การบริการสังคม (Social Services) ด้านต่างๆ ดังนี้ สุขภาพอนามัย การศึกษา ที่อยู่อาศัย การมีงานทำและการมีรายได้ การบริการสังคม และนันทนาการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อให้เกิดความชัดเจนขององค์ความรู้ และศึกษาแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับประเทศไทย เพื่อนำเสนอทางเลือกและข้อเสนอแนะของระบบสวัสดิการผู้สูงอายุระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ การพัฒนาระบบสวัสดิการให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย เป็นการเตรียมสังคมไทยเพื่อรองรับ “สังคมผู้สูงอายุ” ซึ่งย่อมนำไปสู่คุณภาพที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการรวบรวมความรู้ที่มีอยู่ 2 ประเภทคือ Explicit Knowledge (ความรู้ที่ชัดแจ้ง) เป็นความรู้เปิดเผยที่ถูกเก็บรวบรวมไว้ในหนังสือ เอกสาร และอินเทอร์เน็ต กับ Tacit Knowledge (ความรู้ที่ฝังลึก) ซึ่งเป็นความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล อันเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ ของแต่ละบุคคล ดำเนินการโดย 1) การค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ 2) การถอดบทเรียนด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึกบุคคลผู้ทำงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์โดยตรง จากนั้น 3) นำความรู้ทั้งหมดที่รวบรวมได้เสนอในเวทีสาธารณะ เพื่อเผยแพร่และระดมสมองจากทุกฝ่ายที่สนใจและเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สมบูรณ์และข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง สรุปผลการศึกษาประเด็นสำคัญมีดังนี้คือ



ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ผลการศึกษาพบว่าเป้าหมายระบบสวัสดิการผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่ตรงกัน คือ มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ความผาสุก (Well-being) และสุขภาพ (Health) แต่เน้นมาตรการแตกต่างกันไป อาทิ ประเทศญี่ปุ่นเน้นการดูแลระยะยาวที่ไม่ใช่เป็นการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์ แต่เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลที่บ้าน รัฐบาลของประเทศสิงคโปร์ก็มีความเด่นชัดในบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนและประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะองค์กรเอกชนกับภาคประชาชน ซึ่งทำให้งานสวัสดิการผู้สูงอายุดำเนินได้อย่างเข้มแข็ง ประเทศออสเตรเลียและอังกฤษเน้นการสร้างความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุโดยส่งเสริมการจ้างงานหลังเกษียณที่สอดคล้องตามศักยภาพ และในระยะหลังนี้เกือบทุกประเทศส่งเสริมการออมรูปแบบต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุ ในขณะที่การบริการด้านสุขภาพทุกประเทศก็ยังคงพยายามพัฒนาให้เหมาะสม สะดวก รวดเร็ว และผู้สูงอายุเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม

ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

สังคมไทยมีค่านิยมในเรื่องความกตัญญู ระบบสวัสดิการจึงถูกริเริ่มขึ้นมาตามแนวคิดแบบ “บรรเทาปัญหา” (Residual Model of Social Welfare) ในปีพ.ศ. 2483 มีการตั้งกรมประชาสงเคราะห์ ขึ้นมาเพื่อจัดสวัสดิการให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ รวมทั้งผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งหรือพึ่งพาตนเองได้ มีผลให้สังคมเกิดทัศนคติทางลบต่อกลุ่มผู้รับบริการคือ การถูกมองว่าเป็นภาระของสังคม เป็นคนไร้ค่า ขาดศักดิ์ศรี ต่อมารัฐเริ่มเปลี่ยนแนวคิดการจัดสวัสดิการมาเป็นลดการพึ่งพิงจากสถาบัน (Deinstitutionalization) สร้างความตระหนักเรื่องการพึ่งตนเอง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550b) ปัจจุบันการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีกำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และปรากฏอยู่ในกรอบการปฏิบัติงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ด้วย



ปัจจัยแห่งความสำเร็จในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย

1. การปรับกระบวนการทัศนคติจากการสงเคราะห์เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง และส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี
2. การริเริ่มและดำเนินโครงการโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เป็นการจตุสวัสดิการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ จึงนำมาซึ่งความสนใจและความร่วมมือ
3. การบูรณาการงบประมาณจากแหล่งทุน/งบประมาณต่างๆ และการแบ่งโครงการเป็นกิจกรรมย่อยๆ
4. การดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายก่อให้เกิดการคิดสร้างสรรค์การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
5. ผู้นำในชุมชนเข้มแข็งและเสียสละเป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการริเริ่มและดำเนินโครงการต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมาย
6. โครงการสัจจะวันละ 1 บาท มีปัจจัยแห่งความสำเร็จหลายประการคือ การออมในจำนวนเงินที่ไม่มาก ผู้ออมจึงไม่รู้สึกรู้ว่าได้รับผลกระทบจากการออม ความเชื่อมั่นของผู้ออมเกี่ยวกับผู้บริหารกองทุนและระบบการบริหารกองทุน หลักการปลดหนี้อย่างยั่งยืนด้วยระบบการยืมแทนการให้กู้ การสนองตอบความต้องการของคนตามวัฏจักรของชีวิต การใช้หลักสัจจะอย่างเคร่งครัด หลักความเท่าเทียมกันและไม่มุ่งหวังผลประโยชน์ส่วนตน การริเริ่มและดำเนินงานโครงการโดยประชาชนมีส่วนร่วม และเน้นการพึ่งพาตนเอง
7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของการศึกษานอกโรงเรียน เกิดจากการดำเนินงานโดยบุคคลในพื้นที่ จึงเข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ การยืดหยุ่นในการจัดการศึกษา การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การมีส่วนร่วม และทำงานเป็นเครือข่าย
8. การดำเนินงานของ “โรงพยาบาลตำบล” ประสบผลสำเร็จเพราะมีผู้นำชุมชนที่มุ่งมั่น การมีส่วนร่วมของประชาชนและทำงานแบบหุ้นส่วน การเสริมพลังภาคประชาชน และการบริหารกองทุนที่โปร่งใส
9. การจ่ายเบี้ยยังชีพโดยองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นบุคคลในพื้นที่ช่วยลดปัญหาการจ่ายเงินจากส่วนกลางที่อาจมีข้อมูลไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง



ปัญหาและอุปสรรคในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย

1. ขาดการบูรณาการของงานและความไม่ต่อเนื่อง งานสวัสดิการผู้สูงอายุดำเนินงานแยกส่วนระหว่างงานด้านสุขภาพกับงานด้านสังคม กระจายความรับผิดชอบอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐ จึงไม่เกิดงานในลักษณะบูรณาการและมีอุปสรรคอำนาจในการสั่งการ กลไกการขับเคลื่อนขาดความต่อเนื่องทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติจึงไม่บรรลุเป้าหมาย
2. ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง เนื่องจากความไม่ชัดเจนในแนวคิดและการปฏิบัติ และมีปัญหาของการปฏิบัติในสถานการณ์จริง
3. ความไม่พร้อมด้านงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากร ในระยะถ่ายโอนงานด้านผู้สูงอายุจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไปให้องค์กรปกครองท้องถิ่น
4. สวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริง ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมดและยังไม่สามารถกระจายได้ทั่วถึง รูปแบบบริการเป็นแบบเดียวกันทั่วประเทศและเน้นการสงเคราะห์มากกว่าการให้บริการตามสิทธิที่พึงได้รับของผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548, 2550b)
5. แนวคิดในการบริการเชิงสงเคราะห์ระดับรายบุคคล ไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้สูงอายุ ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน และการจัดให้ผู้สูงอายุอยู่แยกจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตไม่ดี
6. ขาดการรับรู้และความเข้าใจในสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมจึงจำกัด อีกทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินไม่มีประสิทธิภาพ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550b) นอกจากนี้ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เอื้อในการเบิกจ่ายอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
7. การจัดบริการที่ภาคประชาชนไม่มีส่วนร่วมทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือ
8. ชุมชนขาดความพร้อมในเรื่องของภาวะผู้นำ
9. ศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้ การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นลักษณะเชิงรับ ยังเข้าไม่ถึงครอบครัว
10. ขาดการส่งเสริมค่านิยมเรื่องความกตัญญูต่เวทีในสังคม และขาดการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว มีผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว
11. แรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันรายได้ มีปัญหาการออมเพื่วยุสูงอายุ
12. กองทุนสัจจะวันละ 1 บาทอาจประสบปัญหาทางการเงินในอนาคต เมื่อรายจ่ายสำหรับบำนาญมากกว่ารายรับจากสมาชิก



13. จุดอ่อนของสวัสดิการเบี้ยยังชีพคือ ในอนาคตเมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยอาจแบกรับภาระไม่ไหว การจ่ายเงินแบบรวบยอดทุก 3-6 เดือน วิธีการจ่ายเบี้ยยังชีพมีปัญหาในทางปฏิบัติ ไม่ได้บรรเทาความขัดสนอย่างแท้จริง การจัดสรรเบี้ยยังชีพในบางพื้นที่มีความไม่เป็นธรรมและไม่โปร่งใส และความไม่เข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรเบี้ยยังชีพก่อให้เกิดความขัดแย้งในชุมชน

14. ข้อจำกัดของกฎหมายสิ่งปลูกสร้างทำให้มีอุปสรรคในการปรับปรุงอาคารสถานที่ให้แก่ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตอย่างพึ่งพาตนเอง (Aged Friendly Environment)

ศักยภาพของชุมชนกับการดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุ

โดยภาพรวมชุมชนทั้งระดับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล มีศักยภาพในการดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกองทุนชุมชนเพื่อสวัสดิการภาคประชาชน ภายใต้เงื่อนไขการได้รับการเสริมศักยภาพเรื่องภาวะผู้นำและการบริหารงาน

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสวัสดิการที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบสวัสดิการ

ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเบี้ยยังชีพเป็นประโยชน์มากต่อผู้สูงอายุ แต่ไม่เชื่อใจในคุณภาพของยา ใช้เวลาในการขอรับบริการนาน มีปัญหาการเดินทางไปโรงพยาบาล และมีความไม่เข้าใจในเกณฑ์การจัดสรรเบี้ยยังชีพ เสนอแนะให้จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และประชาสัมพันธ์อย่างจริงจังเรื่องกฎเกณฑ์การรับเบี้ยยังชีพ เพื่อลดความขัดแย้งในชุมชน

ข้อเสนอแนะแนวทางการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติระบบสวัสดิการผู้สูงอายุไทย

1. ควรเน้นการสนับสนุนให้ชุมชนและผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเอง การจัดบริการแบบสงเคราะห์ควรดำเนินการเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ยากไร้

แนวทางปฏิบัติ คือ

1.1 หน่วยงานภาครัฐควรกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็งไว้ในแผนการดำเนินงาน ปรับบทบาทจากผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสวัสดิการและทำงานเป็นเครือข่าย



1.2 ประชาสัมพันธ์กองทุนผู้สูงอายุที่สนับสนุนโครงการเพื่อผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อกระตุ้นชุมชนให้เขียนโครงการเพื่อขอรับทุนเพิ่มขึ้น

1.3 สนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยประสานแหล่งทุนสนับสนุนและใช้วิธีเสริมพลังให้ อผส.

1.4 ส่งเสริมศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ และขยายผลการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

2. การจัดสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

แนวทางปฏิบัติ คือ

2.1 องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลควรจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

2.2 ผู้บริหารจากส่วนกลางควรลงพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติให้ชัดเจน เช่น การจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และศึกษาถึงความจำเป็นและช่วงระยะเวลาที่ควรไปตรวจตามนัดของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้ความคับคั่งในการรอพบแพทย์ของผู้สูงอายุลดน้อยลง

2.3 พัฒนาศักยภาพในการให้บริการของสถานเอนามัย หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ และกำหนดอัตรากำลังหรือตำแหน่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพดังกล่าวด้วย ทบทวนนโยบายการเบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. สร้างระบบการออมเพื่อวัยเกษียณ

แนวทางปฏิบัติ คือ

3.1 ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบบำนาญแห่งชาติ และศึกษาแบบจำลองทางเลือกของระบบการสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยเสนอแนะไว้ 3 แบบคือ 1) จ่ายบำนาญเดือนละ 600 บาท 2) จ่ายเดือนละ 900 บาท หรือ 3) เริ่มการออมตั้งแต่อายุ 25 ปี และจ่ายบำนาญเดือนละ 600 บาท

3.2 ศึกษาอย่างละเอียดรอบคอบถึงความคุ้มค่าในการสมทบเงินเข้ากองทุนสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อสนับสนุนชุมชนในการออมเพื่อวัยเกษียณและการจัดสวัสดิการภาคประชาชน



4. สร้างนโยบายส่งเสริมการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมอย่างเหมาะสมและมีศักดิ์ศรี

แนวทางปฏิบัติ คือ

4.1 กระทรวงศึกษาธิการควรกำหนดนโยบายให้หลักสูตรการศึกษาทุกระดับเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับความสูงอายุ เพื่อให้สังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

4.2 สร้างกระแสในสังคมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในสังคม โครงการศึกษานอกโรงเรียนควรปฏิบัติภารกิจเข้าไปให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุตามชมรมผู้สูงอายุ

4.3 ภาครัฐควรวางแผนระยะยาวในการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนใกล้ลูกหลาน ปรับสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาให้น้อยที่สุด

5. ทบทวนนโยบายการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลืออย่างแท้จริง

แนวทางปฏิบัติ คือ

5.1 ประชาสัมพันธ์ระดับท้องถิ่นอย่างจริงจังเกี่ยวกับกฎเกณฑ์การพิจารณาเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนและลดความขัดแย้งในชุมชน ตลอดจนกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมระบบการคัดเลือกผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพให้โปร่งใสและยุติธรรม

5.2 ศึกษาหาวิธีจ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

- จ่ายผ่านระบบ อพส. ในลักษณะเป็นกรรมการรับผิดชอบร่วมกัน
- จ่ายในลักษณะที่ไม่ใช่เงินแต่เป็นบัตรที่นำไปแลกซื้อเครื่องอุปโภคบริโภค
- ปรับงวดการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ถึงมือผู้สูงอายุให้เร็วขึ้น เป็นเดือนละครึ่งจริงๆ ไม่ใช่ทุก 3 - 6 เดือน



Executive Summary

Thai society has been moved to an “Aging Society” in a short period of time. There are more nuclear families. The changes of socioeconomic situation results in the role change of children and grandchildren. They, women in particular, are not able to take a caregiving role for their parents as in the past. The older persons trend to have more chronic illnesses and become dependent on persons in a work force. This situation shows the need of social welfare for older persons.

Social welfare is the system of providing services to people aiming at supporting them for social, financial, educational, and health needs. Social welfare can be categorized into 3 types 1) Social Insurance 2) Public Assistance, and 3) Social Services. The social services include services involving in health, education, shelter, employment and income, social activities, and recreation (Sasipat Yodpet, 2549).

This study reviewed literature related to social welfare system in Thailand as well as in other countries. This would advance knowledge in this area. The study also explored the suitable social welfare system for elders in Thailand. This would lead to alternatives and recommendations for policy makers and practitioners as well. The development of the social welfare system suitable for Thai elders is the mean to prepare Thailand for the “Aging Society”. This would result in high quality elders, families, and societies.



This study based on a conceptual framework that there are two sources of knowledge: Explicit Knowledge and Tacit Knowledge. Explicit knowledge comes from books, documents, and internet information, whereas tacit knowledge comes from people with various experiences. Data were collected by 1) reviewing literature relevant to social welfare system in Thailand as well as in a variety of countries 2) in-depth interviewing and analyzing lesson learned from persons experienced working relevant to social welfare as well as elders as beneficiaries of social welfare and 3) proposing the study findings to a public meeting and brain storming from all sectors to fill up knowledge gap and to make recommendations that can be practically implemented. The research findings are as follows.

Social Welfare System in Various Countries

The research finding revealed that the goals of providing social welfare services of most countries are similar. The system aims to promote quality of life, well-being, and health. However, strategies of each country in providing services are different. For example, Japan promotes a home care and focuses on a long-term care rather than an institutional care. The government of Singapore plays a significant role in supporting and coordinating private sectors with communities. This focus results in a successful social welfare services for older persons. Australia and United Kingdom emphasize the income security for older persons by promoting post retirement employment as their potential. Recently, most countries promote variety forms of retirement savings. Further, most



counties improve health services in terms of meeting elders' needs, convenience, taking less time, and accessibility.

Social Welfare System in Thailand

Thai society has the social value of “Katunyu”. The social welfare system in Thailand has been developed based on the concept of “alleviate problem” (Residual Model of Social Welfare). In 1980, a social service department was launched to provide social welfare services for dependent persons including elders. These services did not strengthen abilities of older persons to live independently. This results in negative attitudes towards elders as a burden of society, useless persons, and persons without dignity. Later, the government has changed the social welfare system to deinstitutionalization (do not depend on institutional care) as well as enhances an awareness of self care. (Sasipat Yodpet, 2550b). Currently, providing social welfare services is included in the law of Thailand 2550 and is also encompassed in a second long-term plan for elders (2545-2564).

Factors Contributing to Success of Social Welfare Services for Thai Older Persons

1. The paradigm shift from public assistance to self reliance of older persons and promotion of living with values and dignity.
2. The participation of older adults at all phases of projects, the met need of older persons gains their attention and cooperation.



3. The integration of various funds/ budgets and the arrangement of several subprojects in main projects.

4. The collaboration among various projects as a network. The sharing of experiences within a network enhances the creativities and the effectiveness of the projects.

5. The active and sacrificed community leaders play a crucial role in establishing and carrying out a project to success.

6. The success of the community saving (honest saving for 1 baht a day) stems from the following factors: little money saving without effect on daily life, the confidence of the saving person in the project manager and the management system, the inclusive debt reduction by a borrowing money system rather than that of making a loan, the responses to the need of persons during a hardship period of life, a seriously honest saving, the equality of saving for all people and not focusing on benefits for self, the community participation, and self reliance bases.

7. The extra curriculum learning projects are successful by many factors: operating by local staff understanding life style of older persons, flexibility of learning arrangement, integration of local wisdom, community participation, and networking.

8. The organizing of the “Subdistrict Hospital” is successful because of the active community leaders, the community participation, the partnership working process, the empowerment for working group, and the honest management.

9. The payment system of the old-age government subsistence allowance by the local administration organizations reduces the mistake of payment from the central government office that rely outdated data of older persons.



Problems and Barriers of Social Welfare Services for Thai Older Persons

1. Lack of an integration of services and continuity. The social welfare services are provided separately between health and social aspects. A number of government sectors are responsible for social welfare services. This causes the services provided without integration. There is a problem of an authority to enforce the plan and also the lack of continuity of enforcing process at a policy level and a practice level. These results in unsuccessful projects.

2. Lack of implementation of policies into practice due to unclear concepts and practice guidelines, and unpractical practices.

3. Lack of budget and staff during the transferring period of the social welfare services from the Ministry of Social Development and Human Security to the local administration organizations.

4. Insufficient social welfare services for older persons, not response to the actual needs, no coverage and distribution for all older persons, the same social welfare model for all parts of the country, the focus on public assistance rather than the rights of older persons (Sasipat Yodpet, 2548, 2550b).

5. The social welfare service as a public assistance at individual level cannot enhance self reliance for older person. Further, the housing arrangements for older persons living apart from their families make them live without quality of life.

6. Lack of perception and understanding of the rights by the old age law (BE 2546), the limitation of the accessibility to health and social services, the ineffective referral system of the emergency management system (Sasipat Yodpet, 2550b).



Moreover, the universal coverage scheme does not support home care- no reimbursement allowed for hospital supplies.

7. Providing social welfare services without community participation cannot gain cooperation from communities.

8. Lack of leadership in some communities.

9. A multi-purpose center for older persons does not provide services to home bound elders. The health promotion services are a passive form without a family reach program.

10. Lack of preserving a value of “Katunyu” in Thai society, lack of family preparation for elderly care leading to conflicts in families.

11. The informal workers without income security cannot access to retirement saving systems.

12. The community saving (honest saving for 1 baht a day) may face an economic crisis in the future as the payment for pension out weight the pooling money from members.

13. The weaknesses of the old-age government subsistence allowance are as follows. In the future, the country might not be able to take care of this burden as the increased number of older persons. The period of payment of the old-age government subsistence allowance as the 3-month or 6-month payment does not solve financial problems of older persons. For some communities, the selection of older persons for receiving the old-age government subsistence allowance is bias and ambiguous. The misunderstanding of criteria of selection of older persons leads to conflicts in



communities. There is a problem of the payment method of the old-age government subsistence allowance.

14. The construction law impedes the environment modification for independent living of older persons.

The Community Potential for Organizing Social Welfare Services

In over all, the communities at all levels, people, the local administration organizations, and municipals, have potential to arrange social welfare services for older persons. The community savings is the particular example of social welfare services managing by communities. However, the promotion for leadership and management in communities is needed.

The Comments and Recommendations of the Older Persons Receiving Social Welfare Services

The older persons in urban and rural areas indicated that the health care universal coverage and the old-age government subsistence allowance are very helpful for older persons. However, they are not confident for the quality of medication. They have a difficulty in transportation to a hospital. They also do not understand the criteria of selection older persons for receiving the old-age government subsistence allowance. They recommend set up an effective referral system in case of emergency. Further, they



suggest mitigate the conflicts in community by disseminating the information of the criteria for getting the old-age government subsistence allowance.

Recommendations for Policy Makers and Practitioners in Providing Social Welfare Services for Older Persons

1. The promoting for self reliance of community and older persons should be emphasised. The public assistance should be provided only for the older persons in need.

Practice Guidelines:

1.1 The government should include a strategy for strengthening community action in the strategic plan. The government officers should change the role from implementator to facilitator. They should enhance the participation of the community in social welfare services and promote networking.

1.2 The information of the aging fund should be disseminated widely to enhance more communities submit projects for support.

1.3 Support roles of caregiving volunteers for older persons by searching for supporting funds and empowering them.

1.4 Promote the potential of senior citizen clubs and set up more multi-purpose centers for older persons.



2. The social welfare for older persons' health

Practice Guidelines:

2.1 The local administration organizations/ municipals should set up an effective referral system in case of emergency.

2.2 The government officers from the central offices should supervise the local officers in implementing the plans as mandated such as a fast tract for older patients in a hospital. The duration of necessary doctor appointments for older persons with chronic diseases should be explored. This would relieve the crowded at doctor offices.

2.3 The potential of community health centers and primary care units in providing services should be promoted. The professional nurse positions in these units should be placed as well. The policy of the reimbursement for medical supplies for home care should be revised to increase the effectiveness of a home visit.

3. The mandatory retirement saving systems should be established.

Practice Guidelines:

3.1 The feasibility of a national pension fund and an income security for older person model (by the Thai Development Research Institute) should be investigated. There are 3 choices of the income security for older person model 1) 600 baht per month pension 2) 900 baht per month pension and 3) start the saving at the age of 25 with 600 baht per month pension.



3.2 The government should study thoroughly the cost effectiveness of pooling money to the community saving fund (honest saving for 1 baht a day) for retirement saving and community social welfare.

4. Policies for supporting older persons living with well-being and dignity should be developed.

Practice Guidelines:

4.1 The Ministry of Education should include the content relevant to aging to the curriculum at all levels. This would promote positive attitudes toward aging and also prepare people to be quality older persons in the future.

4.2 The life-long learning habit of older persons should be encouraged. This would promote self reliance and quality living of older persons in the society. The extra curriculum learning projects should be operating in senior citizen clubs.

4.3 A long-term plan for housing for older persons should be established. The location of the houses should be close to their families. The environmental modification should be emphasized to allow older persons living independently or partially dependently.



5. The policies for paying the old-age government subsistence allowance should be revised to make older persons get support as needed.

Practice Guidelines:

5.1 The understanding of the criteria of beneficiary selection should be promoted to mitigate the conflicts in the communities. The participation of the community in the process of beneficiary selection should be enhanced.

5.2 They also should seek an effective way to pay the old-age government subsistence allowance to the older persons.

- A group of caregiving volunteers bring the money to the older persons or food stamps are substituted for money.
- The old-age government subsistence allowance should be paid to the older adults once a month rather than every 3 or 6 months.



สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร

Executive Summary

บทที่ 1 บทนำ

1.1	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2	วัตถุประสงค์	3
1.3	กรอบแนวความคิดในการศึกษา	4
1.4	ความหมายของผู้สูงอายุและสวัสดิการสังคม	5
1.5	การดำเนินงานวิจัย	6
1.5.1	ประเด็นสำคัญที่ศึกษา	6
1.5.2	การเก็บรวบรวมข้อมูล	7
1.5.3	เครื่องมือในการวิจัย	8
1.5.4	การวิเคราะห์ข้อมูล	8
1.6	ข้อคำนึงด้านจริยธรรมในการวิจัย	8
1.7	ระยะเวลาในการวิจัย	8

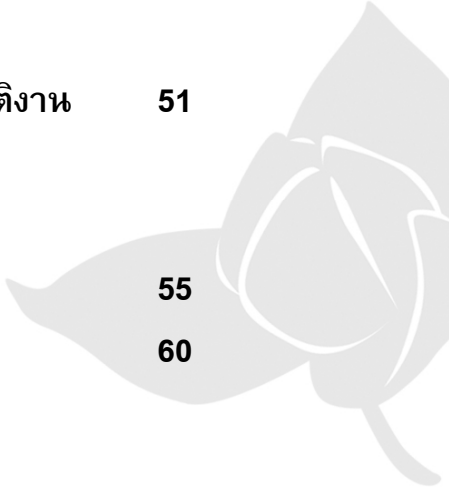
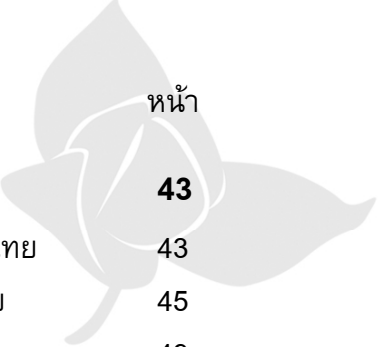
บทที่ 2 องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

2.1	ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในต่างประเทศ	9
2.1.1	ประเทศญี่ปุ่น	10
2.1.2	ประเทศสิงคโปร์	11
2.1.3	ประเทศสหรัฐอเมริกา	13
2.1.4	ประเทศอังกฤษ	14
2.1.5	ประเทศออสเตรเลีย	15
2.1.6	ประเทศอิตาลี	16
2.2	ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย	17
2.2.1	วิวัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ	17
2.2.2	การริเริ่มระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย	18
2.2.3	รูปแบบระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย	19



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 บทสังเคราะห์ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุไทย	43
3.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย	43
3.2 ปัญหาและอุปสรรคในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย	45
3.3 ศักยภาพของชุมชนกับการดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุ	49
3.4 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสวัสดิการที่ได้รับ และข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงระบบสวัสดิการ	50
 บทที่ 4 ข้อเสนอแนะแนวทางการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงาน ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุไทย	 51
 เอกสารอ้างอิง	 55
ภาคผนวก	60



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ในระยะเวลาอันสั้น ทั้งจำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรโดยรวมเพิ่มขึ้นมากและอย่างรวดเร็ว ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2528-2550) สัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อประชากรรวมได้เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 10.9 และคาดว่าจะยิ่งสูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นอีกสองเท่า คือร้อยละ 20 ในระยะ 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2568) (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และศรีจิตรา บุณนาค, 2541) ผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุขัยเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปียาวขึ้น ผู้ชาย 19.4 ปี และผู้หญิง 21.9 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2551) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและมีอายุขัยเฉลี่ยยาวขึ้น อัตราการพึ่งพา (Aging index) ก็สูงขึ้นด้วยจาก 12 เป็น 17.5 ในระยะ 20 ปีนี้ (พ.ศ. 2533-2553) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2549) ซึ่งผู้สูงอายุหญิงจะเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมาก เพราะปัจจุบันในจำนวนผู้สูงอายุ 6,823,400 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าครึ่ง คือ 3,736,400 คน

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยหลายประการ การเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม เป็นผลให้เกิดการย้ายถิ่นเข้าสู่สังคมเมือง ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2543 คาดว่ามีการอพยพย้ายถิ่นฐานของประชากรวัยทำงาน (อายุ 20-44 ปี) เข้ามาสู่ภาคกลางและกรุงเทพฯ มากกว่า 200,000 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2549) ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมากถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพังหรืออาจต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานด้วย และลักษณะของสังคมอุตสาหกรรมไม่เอื้อต่อการเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้สูงอายุ แม้ว่าอัตราการมีงานทำของผู้สูงอายุยังค่อนข้างสูง แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.6) ยังเป็นงานด้านเกษตรกรรม และร้อยละ 12 ทำงานในครัวเรือนหรือมีส่วนร่วมในการผลิต โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (ฉัตรสมน พฤทธิปัญญา และวาทินี บุญชะลิกษ์, 2547) ผู้สูงอายุร้อยละ 13.7 เป็นผู้ยากจน และในจำนวนนี้ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ (นภาพร ชโยวรรณ, 2548) ผู้สูงอายุที่ยากจนมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและไม่ครบถ้วน มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง นอนหลับและพักผ่อนไม่เพียงพอเพราะต้องทำงานและเครียดจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว อีกทั้งขาดการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน (สุธีรา อุ่นตระกูล และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2550)



นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังขาดคนดูแล จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า 1 ใน 4 ของจำนวนผู้สูงอายุ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ชินุทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2548) เนื่องจากสัดส่วนของประชากรสูงอายุกับประชากรวัยทำงานเปลี่ยนแปลงไป เพราะในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จำนวนประชากรวัยทำงานมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ผลที่ตามมาคือสัดส่วนของคนวัยแรงงานที่จะสามารถให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลง ซึ่งในระยะ 50 ปีมานี้ อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง จาก 11.3 เป็น 6.5 และคาดว่าจะลดลงไปเรื่อยๆจนเหลือเพียง 2 ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุ 1 คนจะมีคนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เพียง 2 คนที่ช่วยกันดูแล (ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล, 2549) นอกจากนี้ ขนาดของครอบครัวที่เล็กลง มีการแยกครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งมักได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง แต่ปัจจุบันคนมีบุตรจำนวนลดลง ดังนั้นจำนวนญาติที่จะมาดูแลผู้สูงอายุโสดอาจลดลง (รศรินทร์ เกรย์, 2548) วัฒนธรรมไทยที่ลูกหลานมีความกตัญญูต่เวที ยังคงมีอยู่ แต่สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้หญิงไม่สามารถรับบทบาทดูแลรับผิดชอบบุพการีได้เหมือนในอดีต เพราะต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เสริมมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุเองมีจำนวนมากกว่าครั้งที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (ชินุทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2548) ซึ่งสภาพความเจ็บป่วยมักบั่นทอนสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือทำงานได้ ประชากรในวัยทำงานจึงมีการละเลยการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ, 2547) สภาพปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นความต้องการการช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลครอบครัว อีกทั้งมีอายุชียยาวกว่าและมีจำนวนมากกว่าเพศชาย

สวัสดิการสังคม (Social Welfare) มีความหมายหลากหลาย ตามมิติที่มุ่งเน้นความสำคัญ โดยรวมเป็นระบบที่ให้บริการแก่ประชาชนเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขภาพอนามัย สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการให้บริการสังคม การสงเคราะห์ รวมทั้งการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2483 ที่มีการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้น จนกระทั่งปัจจุบันนโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้ถูกกำหนดไว้ในกฎหมายและแผนระดับชาติต่างๆ รวมทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ก็มีแผนการพัฒนาสังคมเชิงรุกที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดู (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) ปัจจุบันมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเข้ามาดำเนินงานด้านนี้มากมาย



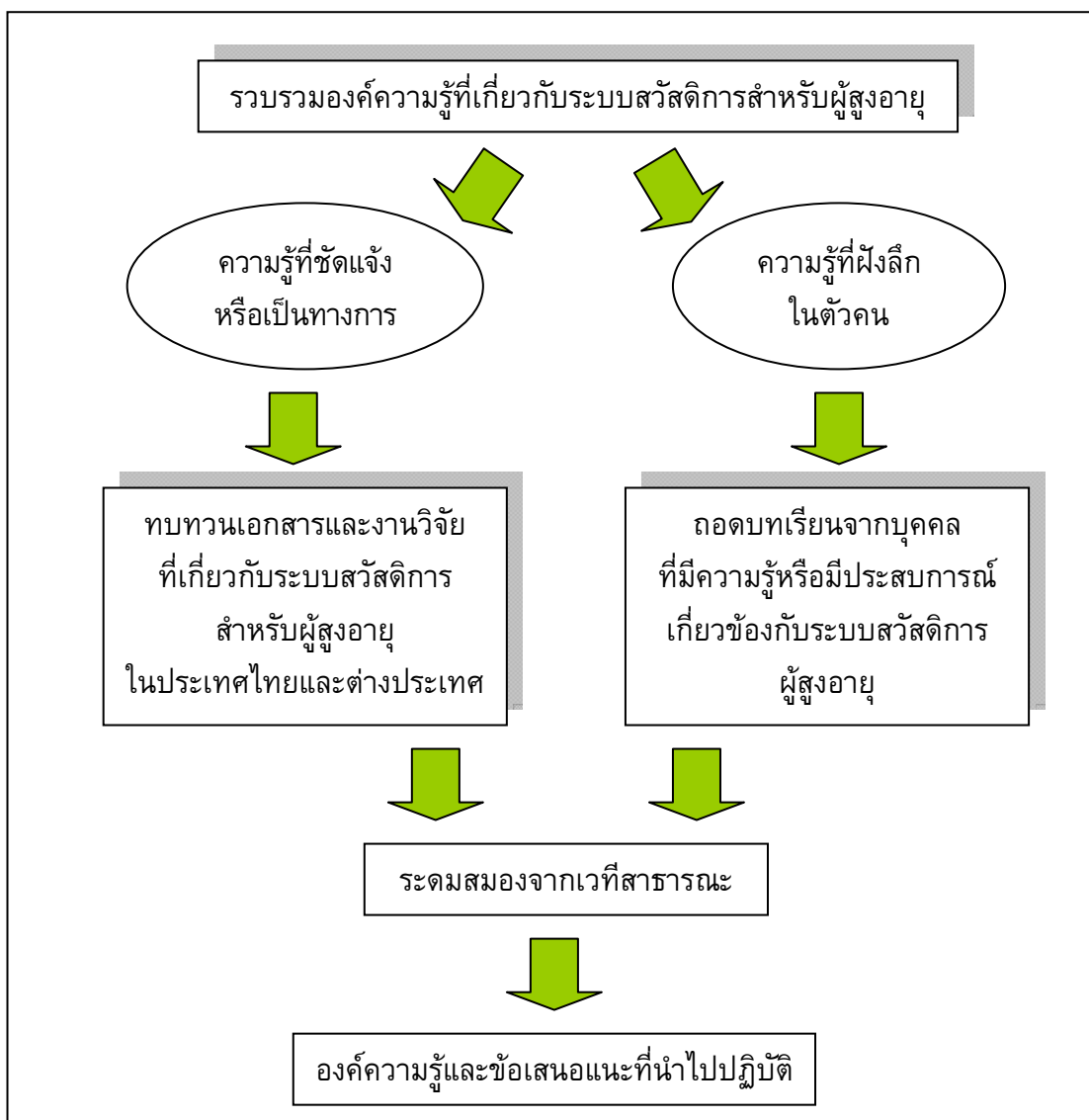
การศึกษาเกี่ยวกับระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย (ระพีพรรณ คำหอม, 2542; วิรัตน์ คำศรีจันทร์ และคณะ, 2550; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543, 2545) พบว่าสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุที่ปรากฏในพระราชบัญญัติ กฎหมาย และแผนระดับชาติ ยังขาดความสอดคล้องและความต่อเนื่อง มีความแตกต่างกันในความครอบคลุมและความชัดเจน ขาดความเป็นรูปธรรมของบริการ กลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่วัดได้และกรอบเวลา การกำหนดนโยบายเป็นลักษณะการใช้ปัญหาเป็นตัวตั้ง มิได้อิงแนวคิดทางทฤษฎี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) การจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นงานที่ต้องอาศัยความเชื่อมโยงของสหวิทยาการ อีกทั้งเป็นเรื่องที่ควรคำนึงถึงคุณค่าทางวัฒนธรรมและจิตใจ ส่วนด้านการปฏิบัติงานพบว่าขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง มีช่องว่างในการนำแนวคิดสู่การปฏิบัติ เช่น การใช้ชุมชนเป็นฐาน การมีส่วนร่วมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและประชาชน และการสนับสนุนผู้ดูแลนอกระบบ (Informal Caregiver) ทำให้งานสวัสดิการผู้สูงอายุยังไม่ครบถ้วนและต้องการการพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เครือข่ายนักวิจัยจาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol Elderly Research Institute Taskforce: MERIT) (วิรัตน์ คำศรีจันทร์ และคณะ, 2550) ได้ศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องนี้บ้างแล้ว คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในเครือข่ายจึงสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียดเกี่ยวกับระบบสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งการศึกษารูปแบบของระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศต่างๆที่มีประสบการณ์ เพื่อให้เกิดความชัดเจนขององค์ความรู้และแนวทางในการกำหนดนโยบาย ตลอดจนได้แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุไทยมากขึ้น การพัฒนาระบบสวัสดิการให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย เป็นการเตรียมสังคมไทยเพื่อรองรับ “สังคมผู้สูงอายุ” ซึ่งย่อมนำไปสู่คุณภาพที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ
- 2) ศึกษาแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับประเทศไทย
- 3) นำเสนอทางเลือกและข้อเสนอแนะของระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ ต่อผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา



โครงการทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดในการรวบรวมความรู้ที่มีอยู่ 2 ประเภท คือ Explicit Knowledge (ความรู้ที่ชัดเจน) เป็นความรู้เปิดเผยที่ถูกเก็บรวบรวมไว้อยู่ในหนังสือ เอกสาร และอินเทอร์เน็ต กับ Tacit Knowledge (ความรู้ที่ฝังลึก) ซึ่งเป็นความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล อันเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุทั้งหมด โดยเฉพาะความรู้ประเภท Tacit knowledge ซึ่งเป็นความรู้ที่ยังไม่ได้มีการสื่อสารหรือถ่ายทอดออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งอาจทำให้ความรู้อันมีคุณค่าของบางคนถูกละทิ้งไปอย่างน่าเสียดาย



การให้ได้ว่าซึ่งความรู้ทั้ง Explicit knowledge และ Tacit knowledge ดำเนินการโดย 1) การค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และ 2) การถอดบทเรียนด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึกและการสนทนากลุ่มจากบุคคลผู้ทำงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ บุคลากรของรัฐจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชน และประชาชนที่ทำงานด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ รวมไปถึงผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์โดยตรง จากนั้น 3) นำความรู้ทั้งหมดที่รวบรวมได้เสนอในเวทีสาธารณะ เพื่อเผยแพร่และระดมสมองจากทุกฝ่ายที่สนใจและเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สมบูรณ์และข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

1.4 ความหมายของผู้สูงอายุและสวัสดิการสังคม

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2550)

สวัสดิการสังคม (Social Welfare) หมายถึง ระบบการจัดบริการทางสังคม ซึ่งเกี่ยวกับการป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนาและการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ทั่วถึง เหมาะสมเป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับ และมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ (พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546)

สวัสดิการสังคม หมายถึง ระบบการจัดบริการสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากการที่ประชาชนไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ หรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับระบบของสังคม และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ ทั้งนี้โดยที่บริการดังกล่าวจะต้องตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ การศึกษา และความมั่นคงทางสังคมในระดับมาตรฐาน เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อให้เกิดภาวะอยู่ดีมีสุข (well-being) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)



การจัดระบบสวัสดิการสังคมมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และการศึกษาของประชาชน เพื่อให้เกิดภาวะอยู่ดีมีสุข (well-being) มีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้สูงอายุมีความพยายามสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ โดยพัฒนาขึ้นจากฐานแนวคิด 3 ประการคือ 1) การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุตั้งแต่วัยต้น 2) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ 3) การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหลักประกันประกอบด้วย 6 มิติคือ สุขภาพ การเงิน (รายได้) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล ความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, อัมพร เจริญชัย, สุขุมล หนาเศรษฐอังกุล และพรรณงาม พรหมเชษฐ์, 2545)

งานสวัสดิการสังคม แบ่งประเภทบริการได้ 3 ประเภท ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นระบบการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำเนินชีวิตและคุ้มครองลูกจ้าง
2. การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) เป็นระบบการให้ความช่วยเหลือแบบสงเคราะห์คือ ให้เปล่า
3. การบริการสังคม (Social Services) เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน ประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ ดังนี้
 - 3.1 สุขภาพอนามัย
 - 3.2 การศึกษา
 - 3.3 ที่อยู่อาศัย
 - 3.4 การมีงานทำและการมีรายได้
 - 3.5 การบริการสังคม
 - 3.6 นันทนาการ

1.5 การดำเนินงานวิจัย

1.5.1 ประเด็นสำคัญที่ศึกษา

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และข้อเสนอแนะต่อแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบประเด็นสำคัญๆดังต่อไปนี้

- ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในต่างประเทศ
- ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย
- ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุไทย



- ปัญหาและอุปสรรคของการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุไทย
- ศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุและรูปแบบในการดำเนินงาน
- แผนการดำเนินงานในอนาคตและความต้องการการสนับสนุนของชุมชน
- การได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบสวัสดิการ
- ข้อเสนอแนะแนวทางการกำหนดนโยบายการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ
- ข้อเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติงานสวัสดิการผู้สูงอายุ

1.5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ ใช้วิธีการเข้าถึงข้อมูลหลายวิธี ได้แก่

1. การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือ รายงานวิจัย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (แผน 10) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เอกสารและแผ่นบันทึกจากโครงการต่างๆ รวมทั้ง สิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นบันทึก (ซีดี) ต่างๆ
2. การสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการผู้สูงอายุและผู้รับสวัสดิการผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - ผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เช่น ผู้อำนวยการสำนัก สาขาสภาผู้สูงอายุ ประธาน/กรรมการ/สมาชิกศูนย์อเนกประสงค์เพื่อผู้สูงอายุ ประธาน/กรรมการ/สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.)
 - ผู้รับสวัสดิการผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตเมืองและผู้สูงอายุในเขตชนบท
3. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยการเข้าไปสังเกตการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง
4. การสนทนอย่างไม่เป็นทางการกับผู้ทำงานด้านผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป
5. การระดมสมองจากผู้เข้าร่วมประชุมเวทีสาธารณะ ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการจากหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง



1.5.3 เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ส่วนหนึ่งใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึก ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งได้รับการตรวจสอบความแม่นยำตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล

1.5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากเอกสาร หนังสือ การสัมภาษณ์ระดับลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม นำไปวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematic Analysis)

1.6 ข้อคำนึงด้านจริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ดำเนินการขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ซึ่งได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU 2007-241 โครงการได้ดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัย ดังนี้

- ส่งแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ระดับลึกให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาให้คำรับรองก่อนนำไปใช้จริง
- มอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตสัมภาษณ์
- เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาและลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจให้สัมภาษณ์
- สัมภาษณ์โดยใช้คำถามอย่างระมัดระวัง
- ยืนยันผลการศึกษาโดยการสะท้อนความคิดกับผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบความคิดกับผู้ทรงคุณวุฒิ
- ไม่เปิดเผยชื่อบุคคลผู้ให้ข้อมูล การอ้างอิงชื่อบุคคลกระทำเฉพาะกรณีที่ได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้น
- ดำเนินการขออนุญาตเข้าร่วมและสังเกตกิจกรรมของศูนย์/โครงการต่างๆ ก่อนทุกครั้ง

1.7 ระยะเวลาในการวิจัย

โครงการนี้เริ่มดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2551 และสิ้นสุดโครงการในวันที่ 31 สิงหาคม 2551 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน



บทที่ 2

องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในส่วนนี้ ได้รวบรวมและสรุปมาจากแหล่งข้อมูลหลายส่วน ประกอบด้วย

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทย
2. การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ปฏิบัติงานระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย
 - ผู้แทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - ผู้แทนจากองค์กรต่าง ๆ ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ชมรมการศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ หรือ Old People Playing Young Club (OPPY Club) ศูนย์ศึกษาสิทธิมนุษยชนและสันติภาพ
 - ประธานศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสิทธิผู้สูงอายุ ประธานสถาบันพัฒนาองค์กรการเงินและสวัสดิการชุมชนแห่งชาติ (พอ.สช.) ผู้แทนสภาผู้สูงอายุ ประธานชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
3. การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย
 - ผู้สูงอายุเขตเมือง 5 คน
 - ผู้สูงอายุเขตชนบท 5 คน
4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม คณะผู้วิจัยได้เข้าร่วมและสังเกตกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้
 - ศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสิทธิผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร
 - ศูนย์ศึกษาสิทธิมนุษยชนและสันติภาพ หรือแหล่งเรียนรู้บ้านดิน (ดอกแก้ว บ้านดิน) จังหวัดสระแก้ว
 - โครงการสัจจะวันละ 1 บาท อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา
 - โครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร
 - ชมรมการศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (OPPY Club)



5. การระดมความคิดเห็นจากเวทีสาธารณะ

การประชุมเวทีสาธารณะจัดขึ้นภายใต้หัวข้อเรื่อง “การเตรียมพร้อมระบบสวัสดิการสำหรับสังคมผู้สูงอายุ” เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2551 เวลา 8.00-16.00 น. ณ โรงแรมรอยัล ซิตี กรุงเทพมหานคร การประชุมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมประชุมจากทั้งกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่างๆ ใน 4 ภาคของประเทศ ประมาณ 120 คน ประกอบด้วยผู้แทนจากภาครัฐ 37 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 13 คน องค์กรอิสระ 11 คน ประธานศูนย์อเนกประสงค์ ประธานชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ 45 คน รวมทั้งนักวิชาการสาขาต่างๆ 14 คน บทสรุปข้อมูล ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมประชุมเวทีสาธารณะ ได้นำเสนอโดยจัดทำเป็นรายงานแยกเฉพาะอีก 1 เล่ม คือ “บทสรุปจากเวทีสาธารณะ: การเตรียมพร้อมระบบสวัสดิการสำหรับสังคมผู้สูงอายุ” (นาริรัตน์ จิตรมนตรี, สาวิตรี ทยานศิลป์ และสิริวัลย์ เรืองสุรัตน์, 2551)

รายละเอียดของการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกออกตามประเด็นหลักๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในต่างประเทศ

2.2 ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.2.1 วิวัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

2.2.2 การริเริ่มระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.2.3 รูปแบบระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.1 ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในต่างประเทศ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ได้สร้างความวิตกกังวลให้กับประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่ได้ก้าวล่วงเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “สังคมผู้สูงอายุ” ไปแล้ว เช่น ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลี ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา อิตาลี ความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจจะตามมาจากสถานการณ์เช่นนี้ ทำให้หลายประเทศได้กำหนดมาตรการแก้ไขปัญหามีการวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่อาจจะต้องเผชิญ ประสบการณ์จากประเทศเหล่านี้เป็นองค์ความรู้อันมีค่าที่จะเป็นแบบอย่างให้ประเทศไทยได้ค้นหาช่องทางในการตั้งรับและอุดรอยรั่วที่มีอยู่ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง



2.1.1 ประเทศญี่ปุ่น

ในฐานะเป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก ความกังวลในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นย่อมมีมากกว่าประเทศอื่นๆ การดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีอยู่อย่างมากมาย สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นปรากฏชัดเจนเมื่อปี ค.ศ. 1986 คือนโยบายให้มีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และพรรณงาม พรณเชษฐ์, 2545) นโยบายดังกล่าวนี้มุ่งให้ครอบคลุม 4 ระบบ ทั้งระบบประกันการจ้างงานและรายได้ ระบบสุขภาพและสวัสดิการสังคม ระบบการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบการสร้างที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ก่อนหน้าปี ค.ศ. 1986 ก็มีกฎหมายอื่นๆที่กำหนดออกมาเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่ก่อนแล้ว เช่น กฎหมายว่าด้วยบริการสุขภาพและการรักษาสำหรับผู้สูงอายุ การจัดตั้งระบบประกันเบี้ยบำนาญที่ครอบคลุมถ้วนหน้า มาตรการจ้างงานสำหรับคนวัยสูงอายุ กฎหมายประกันการจ้างงานถึงอายุ 65 ปี เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุญี่ปุ่นได้ทำงานตราบเท่าที่อยากทำโดยไม่ถูกกีดกันเนื่องจากอายุ

ด้วยเหตุเพราะผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีการเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวนมาก สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจึงเน้นที่การดูแลระยะยาวแต่เป็นการดูแลที่บ้าน โดยในปี ค.ศ. 1989 เกิดนโยบายแผนทอง (Gold Plan) ในปี ค.ศ. 1994 ปรับเป็นแผนทองใหม่ (New Gold Plan) และในปี ค.ศ. 2000 มีกฎหมาย Public Long-Term Care Insurance Law ออกมา เหล่านี้เพื่อส่งเสริมการขยายการให้บริการ การเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการด้านสุขภาพ การเพิ่มจำนวนผู้ดูแลที่บ้าน และพัฒนาคุณภาพผู้ดูแลทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแล ญี่ปุ่นได้ปฏิรูปหน่วยงานครั้งสำคัญในปี ค.ศ. 2001 โดยการรวมกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมกับกระทรวงแรงงานเข้าด้วยกัน เพื่อให้การดำเนินงานคล่องตัวขึ้น และตั้งหน่วยงานรับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรงเรียกว่า Health and Welfare Bureau for the Elderly มีเป้าหมายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่มีสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และพรรณงาม พรณเชษฐ์, 2545; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550a)

2.1.2 ประเทศสิงคโปร์

นโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง และมีความเด่นชัดในเรื่องความสำเร็จของการดำเนินงาน อันเป็นผลมาจากการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะความร่วมมือจากองค์กรอาสาสมัครที่ชื่อว่า Volunteer Welfare Organizations (VWO) เป็นองค์กรที่ทำงานร่วมกับภาครัฐมาโดยตลอดตั้งแต่ในระดับการสร้าง



นโยบายและการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดย VWO จะดำเนินบทบาทในฐานะผู้ดำเนินงาน ในขณะที่รัฐจะเป็นผู้ให้งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อลดบทบาทของรัฐบาลในการดูแลประชาชน และส่งเสริมบทบาทของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรเอกชน ขึ้นมาแทน (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และพรทิพา สมบัติ, 2545)

แนวความคิดการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์ ที่เด่นชัดปรากฏอยู่ใน 3 กรอบ ได้แก่ 1) Heart ware เน้นปรับทัศนคติของสังคมต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นความต้องการให้บุคคลคิดและเข้าใจว่าวัยมิใช่อุปสรรคในการทำสิ่งใด ผู้สูงอายุยังคงเป็นคนที่มีความรู้ความสามารถ และควรค่าแก่การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมอันมีประโยชน์ต่อสังคม 2) Soft ware เน้นการสร้างเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจการงานสังคม เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัคร การดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และที่สำคัญคือการส่งเสริมให้มีศูนย์อเนกประสงค์ (multi-service center) เพื่อให้บริการที่หลากหลายในชุมชนแบบครบวงจร 3) Hard ware เน้นการสร้างที่อยู่อาศัย การจัดการคมนาคมขนส่ง การสร้างสถานบริการต่างๆ ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตและการเข้าร่วมกิจกรรมและการรับบริการต่างๆ ของผู้สูงอายุด้วยตนเอง สอดคล้องตามแนวคิด Ageing in place (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และพรทิพา สมบัติ, 2545)

ระบบการเงินของผู้สูงอายุสิงคโปร์ รัฐจะเน้นให้บุคคลดูแลเรื่องการเงินด้วยตนเอง รัฐจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น ดังนั้น รายได้ของคนสิงคโปร์หลังเกษียณจึงมาจากเงินออมหรือบำนาญเป็นหลัก เพื่อสนับสนุนการออม รัฐได้จัดตั้งกองทุนเงินออมแห่งชาติ (Central Provident Fund) ซึ่งสมาชิกจะต้องออมเงินถึงร้อยละ 40 ของรายได้ในแต่ละเดือนเข้ากองทุน แต่สัดส่วนการออมนี้ก็จะลดลงตามอายุที่มากขึ้น เงินออมที่เข้ากองทุนนี้จะถูกแบ่งออกเป็น 3 บัญชี คือ 1) ร้อยละ 30 เข้าสู่บัญชีเงินออมปกติ (Ordinary account) ซึ่งสมาชิกที่อายุ 55 ปีขึ้นไปสามารถถอนเงินจากบัญชีนี้ไปลงทุนเพื่อให้เกิดรายได้มากขึ้น เช่น การลงทุนซื้อหุ้น หรือเพื่อนำไปใช้สร้างบ้าน ซื้อบ้าน หรือจ่ายค่าการศึกษาของบุตร 2) ร้อยละ 6-8 เข้าสู่บัญชีเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล (Medisave) การใช้เงินออมนี้ครอบคลุมการรักษาในโรงพยาบาล เช่น โรคทางจิตเวช การฟอกไต เคมีบำบัด 3) ร้อยละ 4 เข้าสู่บัญชีเงินออมเพื่อผู้สูงอายุ (Eldersshield) (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และพรทิพา สมบัติ, 2545)

สำหรับระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของสิงคโปร์ ประกอบด้วย การบริการทั้งในสถาบัน (residential care) การบริการนอกสถาบัน (non-residential care) และการบริการสนับสนุนในชุมชน (community-based support services) สำหรับการบริการในและนอกสถาบันก็จะมีกำหนัดการที่คล้ายๆกันในประเทศอื่นๆ คือเน้นคุณภาพของบริการ การเข้าถึง



และความต่อเนื่องของบริการต่างๆ แต่ในส่วนของการบริการสนับสนุนในชุมชน มีหลายโครงการที่น่าสนใจ เช่น Befriend service เป็นโครงการที่ให้อาสาสมัครไปพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่บ้านตามลำพัง เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว, โครงการ Meal service เป็นบริการอาหารและส่งอาหารกล่องฟรี หรือขายในราคาทุนให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นบริการที่คาดว่าจะเป็นที่ต้องการมากขึ้นเมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่ขาดผู้ดูแล หรือเป็นผู้สูงอายุโสด, โครงการ Senior citizen's club เป็นหน่วยงานที่ช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องนั้นๆ และการพักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และพรทิพา สมบัติ, 2545)

ด้านการทำงานของผู้สูงอายุ ประเทศสิงคโปร์มีระบบการทำงานทั้งแบบ part time และ flexi time เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีงานทำที่เหมาะสมตามวัยและศักยภาพ พร้อมกับมีระบบการจ่ายเงินเดือนตามอาวุโส ให้เงินเดือนตามคุณค่าของงาน และจัดให้มีโปรแกรมอบรมฝีมือแรงงานผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในตลาดแรงงานมีฝีมือเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และพรทิพา สมบัติ, 2545)

2.1.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบสวัสดิการสังคมของประเทศสหรัฐอเมริกา ครอบคลุมการประกันสุขภาพและการประกันทางสังคม ประกอบด้วย 2 ระบบคือ 1) ระบบรัฐบาลกลาง ให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้เกษียณอายุทำงาน 2) ระบบสนับสนุนมลรัฐ ให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ตกงานและขยายไปยังกลุ่มอื่นๆ โดยมีการขยายวงเงินค่าตอบแทนตามค่าครองชีพที่สูงขึ้น ขยายอายุของการให้ผลประโยชน์และเพิ่มเงินชดเชยด้วย ระบบประกันสังคมหลักได้แก่ ระบบ Medicare กองทุนมาจากภาษีรายได้ของคนวัยทำงาน และระบบ Medicaid กองทุนมาจากเงินภาษี ซึ่งอาจเกิดภาวะวิกฤติในการจ่ายเงินบำนาญให้กับผู้สูงอายุในยุค Baby Bloom ในอนาคตอันใกล้ (Health Care Financing Administration, 2001 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และมาริสา ไกรฤกษ์, 2545)

ระบบ Medicare ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ Part A (Hospital Insurance) เป็นประกันสุขภาพที่จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานบริการ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปได้รับประกันสุขภาพส่วนนี้ โดยไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมรายเดือนใดๆ อีกส่วนหนึ่งคือ Part B (Medical Insurance) เป็นโครงการจ่ายค่ารักษาที่ Part A ไม่จ่าย เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด การให้บริการที่บ้าน ผู้สูงอายุต้องซื้อประกันส่วนนี้



ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นบริการแบบต่อเนื่อง มีระบบการดูแลปฐมภูมิ (Primary Care) การป้องกัน การตรวจรักษา การส่งต่อการรักษา การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) การดูแลระยะยาวและการดูแลระยะสุดท้าย สำหรับการดูแลในชุมชนมีหลายรูปแบบดังนี้คือ ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Centers) การดูแลกลางวัน (Adult Day Care Services) การดูแลแบบทดแทนชั่วคราว (Respite Care) การช่วยงานบ้าน (Homemaker Services) การบริการส่งอาหาร บริการขนส่ง บริการติดตามทางโทรศัพท์ บริการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (Personal Emergency Response Systems: PERS) และอาสาสมัคร ซึ่งมีทั้งอาสาสมัครอย่างเป็นทางการ (Formal Volunteers) ที่มาจากสถาบันและองค์กรต่างๆ และอาสาสมัครอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Volunteers) ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง และเพื่อนบ้าน วิธีชีวิตครอบครัวและค่านิยมชาวอเมริกันที่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยอยู่กับลูกหลาน เป็นปัจจัยที่ทำให้ต้องการผู้ดูแลแบบทางการเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และมาริสา ไกรฤกษ์, 2545)

2.1.4 ประเทศอังกฤษ

แนวคิดในการจัดระบบสวัสดิการของประเทศอังกฤษ คือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตามความสามารถ ให้โอกาสแก่ผู้ที่ทุพพลภาพ และสร้างมาตรการให้ผลประโยชน์ในการอยู่ในระบบจ้างงาน เพื่อจูงใจให้คนทำงาน ระบบประกันสังคมของประเทศอังกฤษ มีวัตถุประสงค์ประการหนึ่งคือ ส่งเสริมความมั่นคงด้านการเงินหลังเกษียณ ส่งเสริมการจัดการกองทุนบำนาญและสนับสนุนให้มีการออมเงินที่เหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้ที่เกษียณมีรายได้หลังเกษียณที่เพียงพอ (DSS-Publications-The Changing Welfare, 2001 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545a) ความมั่นคงด้านรายได้ ประกอบด้วยระบบสวัสดิการ 3 แบบ ได้แก่ 1) ผลประโยชน์จากเงินเบี้ยประกันที่จ่ายเพื่อเป็น retirement pension 2) ผลประโยชน์ในกรณีที่ต้องได้รับ เช่น ทุพพลภาพ แหล่งเงินมาจากภาษีอากร 3) income related support benefits แหล่งเงินมาจากภาษีอากรและจ่ายให้กับผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่ทำงานต้องเข้าร่วมระบบบำนาญ retirement basic pension และเลือกเข้า second-tire portion โดยระบบบำนาญมี 2 ลักษณะคือ State Pension เป็นการร่วมจ่ายในอัตราที่คงที่ของพนักงานทุกคน เงินบำนาญจะเป็นอัตราคงที่ (flat rate) และให้กับผู้ชายอายุ 65 ปี ผู้หญิงอายุ 60 ปี ไม่ว่า จะเกษียณหรือไม่ ระบบบำนาญแบบที่ 2 คือ Second-tire pension เป็นการออมภาคบังคับ เพื่อให้มีเงินบำนาญมากขึ้น ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคเอกชน (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545a)



ระบบบริการสุขภาพมีกรอบการบริการแห่งชาติเพื่อผู้สูงอายุ (National Health Service Framework for Older People) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพและสังคม ลดความแตกต่างในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จัดการกีดกันในความเป็นผู้สูงอายุ จัดให้มีการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง สร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จัดบริการให้ครอบคลุมความต้องการและเน้นการดูแลเรื่องการหกล้ม สโตรค และสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย การบริการในโรงพยาบาล รวมทั้ง intermediate care ที่เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และการดูแลในชุมชนเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ แทนการไปอยู่ในสถานบริการ บริการมีรูปแบบเป็น Home Care Services คือการเยี่ยมบ้าน และ Home Help Services คือการดูแลเรื่องอาหาร การดูแลในเวลากลางวัน

การจัดบริการด้านสังคม เป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น ทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ วางแผนการดูแล เสนอและจัดซื้อชุดบริการ (Care Package) และติดตามประเมินผล เพื่อประกันว่าได้รับบริการที่เหมาะสม งานบริการสังคมรวมถึงการช่วยเหลืองานบ้านและการดูแลส่วนบุคคลด้วย นอกจากนี้ ยังมีการจัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว (Respite Care) ศูนย์ที่รับผู้สูงอายุไว้ดูแล 1-2 วันต่อสัปดาห์ และการจัดให้ผู้สูงอายุไปอยู่กับครอบครัวอาสาดูแลชั่วระยะเวลาหนึ่ง (Family Placement Schemes)

2.1.5 ประเทศออสเตรเลีย

ผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนหลัก รองมาเป็นเพื่อนและเพื่อนบ้านตามลำดับ ด้วยบริบทที่เป็นเช่นนี้ นโยบายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลียจึงเน้นที่การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน (Home-based care and Community-based care) นโยบายลักษณะนี้เด่นชัดมาตั้งแต่ที่ได้มีการประกาศนโยบาย Staying at Home-Care and Support for Older Australia (ปี ค.ศ. 1997-1999) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ที่บ้าน พร้อมสนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั่วประเทศ ด้วยการสนับสนุนงบประมาณค่าจ้างให้กับผู้ดูแลเต็มเวลา และมีการจ่ายค่าดูแลให้กับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพการดูแลเทียบเท่ากับระดับการดูแลใน nursing home (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์, และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545b; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550a)

ปี ค.ศ. 1999 ออสเตรเลียกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ National Strategy for an Ageing Australia ที่เน้นด้านผู้สูงอายุ 4 เรื่องคือ 1) การช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่พึ่งตนเองได้ ยึดการจ้างงาน ให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต และมีการเงินที่มั่นคง 2) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพด้วยการบริการรูปแบบใหม่ 3) ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุและความชรา รวมทั้ง



ปรับปรุงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต เช่น การมีบ้าน การขนส่ง ความปลอดภัย การพักผ่อน และให้การสนับสนุนชุมชน 4) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี เป็น healthy ageing (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545b)

เรื่องระบบความมั่นคงด้านรายได้ ชาวออสเตรเลียจะมีรายได้หลังเกษียณจากเงินบำนาญสำหรับผู้สูงอายุ (aged pension) ซึ่งเป็นเงินให้เปล่าที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานก่อนเกษียณ และเป็นเงินที่จ่ายให้กับผู้สูงอายุชายที่อายุ 65 ปีและผู้สูงอายุหญิงที่อายุ 60 ปี ในอัตราพื้นฐานที่พิจารณาตาม Consumer Price Index (CPI) ซึ่งการพิจารณาอัตราจ่ายโดยอิงกับดัชนี CPI นี้เป็นข้อดี เพราะทำให้แน่ใจได้ว่าจำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับนี้จะเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในภาวะที่ค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการยืดเวลาการจ้างงานหลังเกษียณที่เป็นอีกหนึ่งความช่วยเหลือด้านรายได้ของผู้สูงอายุ ในส่วนของระบบประกันด้านสุขภาพ เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับในหลายประเทศ (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545b)

สำหรับเรื่องที่อยู่อาศัย ประเทศออสเตรเลียมีนโยบายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในบ้านของตน โดยให้การส่งเสริมเรื่องการจัดที่อยู่อาศัยในรูปแบบที่ยืดหยุ่นเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมเรื่องสิ่งแวดล้อม การออกแบบบ้านและสถานที่สาธารณะในชุมชนให้สอดคล้องตามนโยบาย Aging in place เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีมาตรฐานและสามารถทำงานทำหน้าที่ได้ตลอดชีวิต (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545b)

สวัสดิการทางอ้อมสำหรับผู้สูงอายุอีกหนึ่งรูปแบบที่น่าสนใจคือ การตั้งองค์กรประเมินและควบคุมคุณภาพระบบบริการผู้สูงอายุ หรือ Aged Care Assessment Team (ACAT) ซึ่งเป็นทีมบุคลากรด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ในการประเมินความต้องการด้านการรักษา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาการจัดบริการต่างๆที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545b)

2.1.6 ประเทศอิตาลี

อิตาลีเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำหนดให้มีการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็น บ้านพักผู้สูงอายุ โรงแรมสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่ใช้เป็นพื้นที่สำหรับการพบปะสังสรรค์กันของผู้สูงอายุ การให้บริการด้านขนส่งมวลชนแบบไม่เสียค่าบริการ ธนาคารเวลา (Time banks) เป็นสถาบันออมเวลาการทำงานเพื่อสังคมแทนการออมทรัพย์ โดยการให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถฝากเวลาที่ได้ทำงานเพื่อสังคม และใช้เวลาที่สะสมได้นั้นมาแลกกับบริการด้านอื่นๆที่ตนต้องการ นอกจากนั้นเป็นบริการด้านการให้



ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ เช่น บริการส่งอาหารถึงที่พัก บริการช่วยงานบ้าน บริการพาไปทำธุระ งานบริการด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำด้านต่าง ๆ รวมไปถึงการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ต้องการจะเรียนต่อ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550a)

โดยสรุป พบว่าเป้าหมายระบบสวัสดิการผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ตรงกัน คือ มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ความผาสุก (Well-being) และสุขภาพ (Health) แต่เน้นมาตรการแตกต่างกันไป อาทิ ประเทศญี่ปุ่นที่เน้นการดูแลระยะยาวที่ไม่ใช่เป็นการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์ หากแต่เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลที่บ้าน รัฐบาลของประเทศสิงคโปร์ก็มีความเด่นชัดในบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนและประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะองค์กรเอกชน กับภาคประชาชน ซึ่งทำให้งานสวัสดิการผู้สูงอายุดำเนินได้อย่างเข้มแข็ง ประเทศออสเตรเลียและอังกฤษเน้นการสร้างความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุโดยส่งเสริมการจ้างงานหลังเกษียณที่สอดคล้องตามศักยภาพ และในระยะหลังนี้เกือบทุกประเทศส่งเสริมการออมรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุ ในขณะที่การบริการด้านสุขภาพทุกประเทศก็ยังคงพยายามพัฒนาให้เหมาะสม สะดวก รวดเร็ว และผู้สูงอายุเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม

2.2 ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.2.1 วิวัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2496 แต่มีความก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อ พ.ศ. 2525 หลังจากเข้าร่วมการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลก มีองค์กรดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเกิดขึ้นหลายองค์กร เช่น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สมาคมคลังปัญญาผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาผู้ประกอบการผู้สูงอายุ และองค์กรเอกชนอีกมากมาย มีการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544 เป็นแผนแม่บทให้หน่วยงานต่าง ๆ มีนโยบายและแผนที่ชัดเจน มีการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายมากขึ้น ทั้งองค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศและองค์กรภาครัฐ เช่น กรมอนามัยมีนโยบายในการสนับสนุนเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ นอกจากนี้ คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีตัวแทนจากกระทรวงต่าง ๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษา โดยเฉพาะสำนักนายกรัฐมนตรีที่มีนายกรัฐมนตรีมาทำหน้าที่ประธาน แผนงานต่าง ๆ จึงได้รับการรับรองและมีผลในการปฏิบัติ พ.ศ. 2542 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ มีการเรียกร้องและแสวงหาบริการมากขึ้นจากองค์กรเอกชนต่าง ๆ มีผลทำให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการระหว่างสหวิทยาการ รวมทั้งเกิดผลงานวิจัยด้านผู้สูงอายุอีกจำนวนมาก และที่สำคัญคือการ



สนับสนุนจากพรรคการเมือง 9 พรรค ทำให้ปรากฏปฏิญญาผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมขึ้นมา หลังจากใช้ระยะเวลาก่อนหน้านาน (วรรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนาศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และรัชมล คติการ, 2545) ในปี พ.ศ. 2545 มีการประกาศใช้แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2565 ประกอบด้วยมาตรการที่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจน พ.ศ. 2546 งานด้านผู้สูงอายุประสบความสำเร็จครั้งสำคัญ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ในราชกิจจานุเบกษา ตามมาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีผลให้มีการออกกฎหมาย ประกาศ ระเบียบในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงและหน่วยงานต่างๆอย่างกว้างขวาง

2.2.2 การริเริ่มระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

การจัดสวัสดิการสังคมในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ยุคคือ ยุคระหว่าง พ.ศ. 2475-2499 ยุคต่อมาอยู่ในช่วง พ.ศ. 2500-2534 และยุคปัจจุบัน ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา ด้วยเหตุที่สังคมไทยมีค่านิยมเรื่องของการมีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และมีความเชื่อในเรื่องความกตัญญูและบาปบุญคุณโทษ ระบบสวัสดิการจึงถูกริเริ่มขึ้นมาโดยตั้งอยู่บนแนวคิดแบบ “บรรเทาปัญหา” (Residual Model of Social Welfare) โดยมีรัฐเป็นผู้ส่งความช่วยเหลือให้แก่ กลุ่มคนที่ต้องการความช่วยเหลือ กลุ่มคนที่พึ่งตนเองไม่ได้ ในปี พ.ศ. 2483 จึงได้มีการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้นมา เพื่อรับผิดชอบด้านการจัดสวัสดิการให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ รวมทั้งผู้สูงอายุด้วย ปรัชญาพื้นฐาน 3 ประการที่ใช้เป็นแนวในการจัดสวัสดิการสังคมได้แก่ แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน (human rights) แนวคิดว่าด้วยความต้องการขั้นพื้นฐาน (basic needs) และแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นธรรมในสังคม (social justice) (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2550) การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 80 และปรากฏอยู่ในกรอบการปฏิบัติงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ด้วย

แม้ว่าระบบสวัสดิการที่รัฐมอบให้จะช่วยทำให้ปัญหาของผู้สูงอายุได้รับการบรรเทา แต่ระบบสวัสดิการแบบบรรเทาปัญหานี้ ไม่ได้ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งและสามารถพึ่งพาตนเอง ความต้องการการสงเคราะห์จึงเพิ่มมากขึ้นจนรัฐเองก็ยากที่จะตอบสนองได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งยังทำให้สังคมเกิดทัศนคติทางลบต่อกลุ่มผู้รับบริการ คือ การถูกมองว่าเป็นภาระของสังคม เป็นคนไร้ค่า ขาดศักดิ์ศรี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550b) ต่อมาสวัสดิการที่รัฐจัดให้จึงได้เปลี่ยนแนวคิด มาเป็นการลดการพึ่งพิงจากสถาบัน (Deinstitutionalization) สร้างความตระหนักถึงการพึ่งตนเอง และให้ความสำคัญกับปัจเจกชนว่ามีสิทธิเสรีภาพในการเลือกใช้บริการ แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2565 จึงพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานความเชื่อว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้นาน



ที่สุด ชุมชนและครอบครัวต้องเป็นหลักในการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบระบบบริการเสริม อย่างไรก็ตาม รูปแบบของการจัดบริการของรัฐในระยะหลังนี้ ก็ยังคงเน้นการให้ความช่วยเหลือในปัจจัยพื้นฐาน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2543)

2.2.3 รูปแบบระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามประเภทบริการ 3 ประเภท (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) สรุปได้ดังนี้

2.2.3.1 การประกันสังคม (Social Insurance)

การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตและคุ้มครองลูกจ้าง ปัญหาการขาดรายได้เมื่อเกษียณอายุการทำงาน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลง ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง ส่งผลให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548) เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญและอาจรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากไม่มีการวางแผนเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

การออมเพื่อเกษียณอายุ มีความจำเป็นในสังคมไทย เนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น มีอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน) สูงขึ้น การเกื้อหนุนจากครอบครัวอาจลดลง การออมจึงมีความสำคัญสำหรับวัยเกษียณ ปัญหาของการออมเพื่อเกษียณอายุ คือ การออมครัวเรือนต่ำ ระหว่างปี พ.ศ. 2536-2546 การออมภาคครัวเรือนของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่เป็นการออมแบบบัญชีออมทรัพย์ จึงควรพัฒนาและส่งเสริมรูปแบบการออมแบบผูกพันในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องเสถียรภาพของกองทุนประกันสังคม เนื่องจากระบบกองทุนเป็นการจ่ายเงินเข้ากองทุนโดยผู้ที่ยังทำงานและรัฐจ่ายเงินออกให้ผู้เกษียณอายุ โดยที่รัฐบาลไม่มีการเก็บเงินสะสมเพื่อเป็นกองทุน ดังนั้นเมื่อสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้น การจ่ายผลประโยชน์ให้กับผู้เกษียณจึงเพิ่มขึ้น คาดว่าปี พ.ศ. 2590 จะมีสถานะเงินสะสมติดลบ ปัญหาสุดท้ายของการออมเพื่อเกษียณอายุคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันเรื่องรายได้ เช่น แรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะแรงงานภาคเกษตรและแรงงานที่มีรายได้ต่ำ ไม่มีระบบการออมเพื่อเกษียณรองรับและไม่สามารถเข้าถึงการออมได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2551)



ประเทศไทยมีระบบประกันสังคมที่ดีคือ มีเสาหลัก 5 ต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2551) ได้แก่

1. Pillar Zero ระบบเบี้ยยังชีพ เป็นระบบประกันที่ไม่ต้องจ่ายสมทบ (Non-contributory pillar)
2. Pillar I ระบบบำนาญ/บำนาญข้าราชการ เป็นค่าตอบแทนที่ข้าราชการปฏิบัติหน้าที่มานานหรือเกษียณอายุราชการ และกองทุนประกันสังคม รวมทั้งระบบประกันสังคมกรณีชราภาพ เป็นกองทุนที่ให้ความคุ้มครองลูกจ้างที่ประกันตนในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย คลอดบุตร เสียชีวิต รวมทั้งชราภาพ เมื่อทำงานมาอายุครบ 55 ปี โดยเงินบำนาญชราภาพจ่ายเป็นรายเดือนตลอดชีวิต มีเกณฑ์ในการคำนวณตามระเบียบที่กำหนด และเงินบำนาญชราภาพจ่ายเป็นเงินก้อนครั้งเดียว
3. Pillar II กองทุนบำนาญบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการส่งเสริมการออมของข้าราชการเพื่อวัยเกษียณอายุราชการ ให้กับข้าราชการที่สมัครใจเป็นสมาชิก และกองทุนบำนาญบำนาญแห่งชาติ เป็นกองทุนภาคบังคับที่กำหนดเงินสะสมแน่นอน ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ผลการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี 2551 (คณะกรรมการจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุปี 2551 และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) ได้เสนอระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อการพัฒนาต่อไป จุดอ่อนของกองทุนนี้คือ มุ่งส่งเสริมการออมเฉพาะแรงงานในระบบเท่านั้น ไม่ได้แก้ไขแรงงานนอกระบบหรือผู้ด้อยโอกาส
4. Pillar III กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF) กองทุนรวมหุ้นระยะยาว (LTF) หรือระบบการออมผ่านบริษัทประกันแบบเงินได้ประจำ
5. Pillar IV ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รัฐรับผิดชอบค่าบริการด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทุกคน ตามเกณฑ์และขอบเขตที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (วรวรรณชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) พบว่าระบบหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยยังไม่เป็นแบบหลายชั้น (multi-pillar) อย่างถ้วนหน้า โดยมี 2 ลักษณะคือ 1) แบบเป็นระบบและมีกฎหมายรองรับ ได้แก่ ระบบบำนาญบำนาญข้าราชการ กองทุนบำนาญบำนาญข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชน กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ กองทุนหุ้นระยะยาว บริษัทประกันชีวิต และระบบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 2) แบบไม่เป็นทางการ เป็นระบบสวัสดิการภาคประชาชน เช่น กลุ่มสัจจะวันละ 1 บาท อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ข้อดีคือ ชุมชนรับรู้ปัญหาที่แท้จริง ผู้สูงอายุที่มีความเดือดร้อน



จริงจึงได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการ ข้อด้อยคือ หากชุมชนไม่เข้มแข็งและผู้นำไม่มีคุณธรรม ระบบนี้ก็อาจไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้ผลการวิจัยเสนอแนะการสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุแบบถ้วนหน้า โดยใช้หลักการ 5 ประการคือ 1) ผู้สูงอายุไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบำนาญชราภาพ 2) การได้รับบำนาญต้องมีการออม 3) เป็นจำนวนเงินขั้นต่ำเพื่อการดำรงชีพและในอัตราคงที่ 4) รัฐเริ่มต้นให้ 10,000 ล้านบาท (ปริมาณใกล้เคียงกับการจ่ายเบี้ยยังชีพ) 5) รัฐสนับสนุนเงิน 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายบำนาญแต่ละปี ในทางปฏิบัติผลการวิจัยได้จำลองทางเลือกไว้ 3 แบบดังนี้

แบบที่ 1 จ่ายบำนาญให้ผู้สูงอายุคนละ 600 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าอาหารขั้นต่ำตามเส้นความยากจน รัฐจะแบกรับภาระงบประมาณไม่เกิน 22,000 ล้านบาท

แบบที่ 2 เพิ่มบำนาญให้ผู้สูงอายุเป็นคนละ 900 บาทต่อเดือน จะครอบคลุมเรื่องที่อยู่อาศัย เสื้อผ้าและยารักษาโรค ภาระงบประมาณในอีก 40 ปีประมาณ 23,000-32,000 ล้านบาท

แบบที่ 3 เริ่มการออมตั้งแต่ 25 ปี จ่ายบำนาญให้ผู้สูงอายุคนละ 600 บาทต่อเดือน ซึ่งภาระงบประมาณเหมือนแบบที่ 1 ข้อด้อยของการชะลอการออมคือ เสถียรภาพทางการเงินของกองทุนจะลดลง เพราะอัตราการเกิดลดลงและอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น

ดังนั้น ทางเลือกแบบที่ 1 และ 2 จึงมีความมั่นคงทางการเงินค่อนข้างสูง และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบำนาญได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม กองทุนทั้ง 2 แบบอาจประสบปัญหาการขาดดุลในอนาคตหากโครงสร้างประชากรยังดำเนินต่อไปเช่นในปัจจุบัน (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551)

● **ระบบบำนาญแห่งชาติ** เป็นระบบที่การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2551 เสนอต่อรัฐบาล เนื่องจากปัจจุบันระบบบำนาญในประเทศไทย เป็นระบบบำนาญบนพื้นฐานอาชีพ ครอบคลุมบุคคลบางกลุ่มเท่านั้น เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคม ลูกจ้างเอกชน ครูเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการส่วนท้องถิ่นและส่วนกลาง ซึ่งยังมีประชาชนมากกว่า 30 ล้านคน ที่ยังไม่มีหลักประกันรายได้ในยามสูงอายุ (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) จึงควรจัดระบบบำนาญสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ ซึ่งการจัดการกับระบบที่ใหญ่เช่นนี้ รัฐบาลควรเข้ามาดำเนินการ ระบบบำนาญเพื่อผู้สูงอายุไทยไม่ใช่การให้เงินเปล่าๆ แต่ให้ทุกคนมีโอกาสเป็นสมาชิกร่วมออม ผู้ที่อายุน้อยอยู่ในระบบนาน ก็จะจ่ายน้อย และเงินบำนาญที่จะได้รับก็ขึ้นกับระยะเวลาที่อยู่ในระบบ ระบบบำนาญแห่งชาติอาจดำเนินการใน 2 ลักษณะแบบแรก ผู้รับบำนาญไม่ต้องสมทบร่วม เป็นระบบการให้เบี้ยยังชีพที่ขยายไปสู่ผู้สูงอายุทุกคน ข้อดีคือเป็นการต่อยอดจากระบบเดิมที่มีอยู่แล้ว ข้อเสียคือไม่ส่งเสริมการออมและเป็นภาระหนักทางงบประมาณของประเทศ สำหรับความเป็นไปได้และความยั่งยืนของระบบบำนาญแบบนี้ ยังต้องพิจารณาอีกมาก สำหรับระบบบำนาญอีกแบบหนึ่งเป็นแบบที่ผู้รับบำนาญต้องสมทบร่วม จึงเกี่ยวข้องกับการออมและศักยภาพของประเทศในระยะยาว ทั้งนี้ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงคือ



1) การมีส่วนร่วมในการออม ว่าเป็นแบบภาคบังคับหรือภาคสมัครใจ 2) ความครอบคลุม ว่ายึดฐานอาชีพหรือฐานพื้นที่ หรือเป็นระบบถ้วนหน้าทุกคน หรืออาจเป็นระบบเกื้อกูลระหว่างรุ่นที่คนวัยทำงานจ่ายเงินสำหรับช่วยเหลือผู้สูงอายุ ข้อดีของการสร้างระบบบำนาญรายอาชีพคือ การบริหารจัดการภายในกลุ่มอาชีพทำได้สะดวก แต่จะมีปัญหาการเกิดกองทุนย่อยมากมายเมื่อมีการเปลี่ยนอาชีพ และไม่ครอบคลุมคนที่ไม่มียาชีพ เมื่อเทียบกับกองทุนรายพื้นที่ที่จะปิดช่องว่างนี้ได้ แต่กองทุนรายพื้นที่ก็เป็นกองทุนขนาดเล็กที่บริหารจัดการให้เกิดผลประโยชน์ได้ยาก อีกทั้งความหลากหลายของกฎกติกาสำหรับพื้นที่ที่แตกต่างกัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา นักเศรษฐศาสตร์เสนอว่าควรใช้ระบบผสมผสานทั้ง 2 แบบเป็น แบบ กึ่งสะสมทรัพย์ โดยให้ผู้รับบำนาญเข้ามาออมระยะหนึ่ง กำหนดระยะเวลาที่ออม แล้วจึงรับบำนาญเมื่อถึงอายุที่กำหนด (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550)

ระบบบำนาญของประเทศไทยจะพึงพาภาษีรายได้จากประชากรที่ทำงานในระบบเช่นประเทศที่พัฒนาแล้วไม่ได้ เพราะแรงงานนอกระบบในประเทศไทยมีสัดส่วนที่มากกว่า จึงควรมีระบบการออมจากประชากรวัยทำงานทุกคน ระบบบำนาญแห่งชาติเป็นทางเลือกใหม่ของการคลังเพื่อสังคม ที่ภาครัฐสนับสนุนงบประมาณผ่านองค์กรภาคประชาชน เป็นการใช้จ่ายแข็งของภาครัฐในการกำกับดูแลด้วยระเบียบ และจุดแข็งของภาคประชาคมคือการอยู่ในพื้นที่รับทราบข้อมูลที่แท้จริงของประชาชน และต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ ทั้งนี้ต้องเสริมศักยภาพขององค์กรในชุมชน เช่น การจัดเก็บข้อมูล ระบบการทำบัญชี รวมทั้งการบริหารเงิน แนวทางการบริหารกองทุนบำนาญแห่งชาติ รัฐควรจัดตั้งกองทุนเป็นองค์กรใหม่และเป็นนิติบุคคล มีระเบียบที่ชัดเจน มีผู้บริหารกองทุนมืออาชีพและดำเนินงานอย่างโปร่งใส ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณ 1 ใน 3 ของบำนาญแต่ละปี (วรวรรณ ชามูญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) หากผู้รับบำนาญร่วมออมร้อยละ 3 และภาครัฐสมทบอีกร้อยละ 3 จะทำให้กองทุนมีปริมาณสูงในส่วนของ การออม ผู้รับผิดชอบการออมคือองค์กรที่ประชาชนทำงานอยู่ สำหรับแรงงานนอกระบบอาจมีระบบการออมผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะเข้าถึงประชาชนได้อย่างครอบคลุม ศักยภาพในการติดตามมีประสิทธิภาพมากกว่าส่วนกลาง การบริหารกองทุนตามแนวทางดังกล่าว มีความเป็นไปได้สูงกว่าและถูกกว่าการบริหารโดยส่วนกลาง ทั้งนี้ยังจำเป็นต้องศึกษาในรายละเอียดต่อไป (วรวรรณ ชามูญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) ประเด็นหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงคือศักยภาพการออมของประชาชน การศึกษาของ รศ.ดร.ศุภวัฒน์ นวสุต (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) พบว่าประชาชนกลุ่มวัยแรงงานร้อยละ 60 ระบุว่าไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เห็นด้วยที่จะเป็นสมาชิกกองทุน และมีศักยภาพในการออมเพื่ออนาคต โดยร้อยละ 77 มีความพร้อมที่จะจ่ายเงินเข้ากองทุน แต่ขาดการกระตุ้นจากภาครัฐ จะเห็นว่าโดยภาพรวม ระบบบำนาญแห่งชาติมีความเป็นไปได้ทางสังคมและทางเศรษฐกิจ แต่ความเป็นไปได้ทางการเมืองยังไม่แน่นอน



- **กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)** เป็นการส่งเสริมการออมของข้าราชการเพื่อวัยเกษียณอายุราชการ ให้กับข้าราชการที่สมัครใจเป็นสมาชิก และกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ เป็นกองทุนภาคบังคับที่กำหนดเงินสะสมแน่นอน ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ผลการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี 2551 (คณะกรรมการจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุปี 2551 และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) ได้เสนอระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อการพัฒนาว่าจุดอ่อนของกองทุนนี้คือ มุ่งส่งเสริมการออมเฉพาะแรงงานในระบบเท่านั้น ไม่ได้แก้ไขแรงงานนอกระบบหรือผู้ด้อยโอกาส

- **กองทุนผู้สูงอายุ** จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หน่วยงานหลักที่ดูแลกองทุนนี้คือ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของกองทุนเพื่อคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุและองค์กรที่ผู้สูงอายุรวมตัวกัน คือ ให้เงินอุดหนุนโครงการต่างๆ ที่ดำเนินงานโดยกลุ่มของผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ ให้กู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดแคลนและเดือดร้อน รวมทั้งเรื่องอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กองทุนนี้ได้รับงบประมาณ 30 ล้านบาท และจำนวนเงินที่ใช้ให้การสนับสนุนอยู่ระหว่าง 50,000-300,000 บาท โดยโครงการต้องมีเป้าหมายชัดเจน มีภาคีหลายภาคส่วนร่วมดำเนินงาน เป็นโครงการใหม่ของภาครัฐ เป็นโครงการขององค์กรผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับทุนสนับสนุนหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2551) กองทุนผู้สูงอายุเป็นกองทุนที่เพิ่งเกิดขึ้น กิจกรรมที่สนับสนุนโดยกองทุนนี้จึงยังมีค่อนข้างน้อย (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2550)

- **การขยายกำหนดอายุเกษียณ** เป็นการใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์ การที่ยังสามารถทำงานอันเป็นประโยชน์ได้นั้น นอกจากจะเป็นการเสริมความมั่นคงทางรายได้แล้วยังมีผลต่อสุขภาพจิตด้วย ผลการศึกษาผลกระทบของการขยายกำหนดอายุเกษียณต่อโครงสร้างตลาดแรงงาน ต่อเงินออมของกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการและกองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ และต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2551) พบว่าการขยายกำหนดอายุเกษียณมีผลทำให้กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพมีความมั่นคงทางการเงินมากขึ้น ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเด่นชัดคือผลต่อการจ้างงานภาครัฐ เพราะจะทำให้ภาครัฐลดจำนวนการรับข้าราชการใหม่เท่ากับจำนวนผู้ที่ชะลอการเกษียณ ซึ่งจะทำให้รัฐสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านบำเหน็จบำนาญได้ 31.7 พันล้านบาท ในช่วง 5 ปี ผลกระทบต่อลูกจ้างเอกชน (นอกภาคเกษตร) นั้นพบว่ามีน้อยมาก ส่วนผลกระทบต่อกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการพบว่า การชะลอการเกษียณอายุของข้าราชการจะช่วยชะลอการออกจากกองทุน แต่ไม่มีผลต่อความมั่นคงของกองทุน และการบริหารกองทุนของ



ข้าราชการที่เป็นแบบบัญชีออมทรัพย์ของแต่ละคนจะช่วยให้กองทุนมีกระแสเงินเพิ่มขึ้น 16,700 ล้านบาท ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555

- **กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ** การส่งเสริมการออมเพื่อให้ลูกจ้างมีเงินใช้หลังเกษียณอายุการทำงานเป็นการจัดสวัสดิการอีกรูปแบบหนึ่ง ที่จัดให้กับประชาชนตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ เป็นระบบสวัสดิการที่มีผลระยะยาวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นสวัสดิการสำคัญที่นายจ้างจัดให้แก่ลูกจ้างที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ. 2530 ที่มีหน่วยงานของรัฐคือ สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ทำหน้าที่กำกับดูแลในฐานะนายทะเบียน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานได้ส่งเสริมให้สถานประกอบการจัดระบบสวัสดิการนี้ให้แก่ลูกจ้าง นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้ใช้แรงงานจัดตั้ง “กองทุนเพื่อผู้ใช้แรงงาน” ในลักษณะสหกรณ์ออมทรัพย์เพื่อให้ผู้ใช้แรงงานกู้ยืมในอัตราดอกเบี้ยต่ำ เป็นการแก้ไขการกู้ยืมเงินนอกระบบ หรือการไม่มีหลักทรัพย์ค้ำประกันในการกู้ยืมเงินจากธนาคารพาณิชย์ กองทุนนี้เป็นเงินทุนหมุนเวียนตามพระราชบัญญัติเงินคงคลัง พ.ศ. 2491 สำหรับการปลูกฝังการใช้จ่ายเงินอย่างเหมาะสม ป้องกันการเป็นหนี้ กรมสวัสดิการฯ ได้จัดอบรมวิทยากรหลักสูตรการขับเคลื่อนแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เพื่อให้ผู้ที่ผ่านการอบรมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ใช้แรงงานทุกระดับได้

- **โครงการสัจจะวันละ 1 บาท** เป็นกองทุนการออมชุมชนที่ให้ความสำคัญคุ้มครองทางสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบ ประกอบด้วย 2 กลไกหลักคือ กลไกชุมชน และกลไกอาชีพ กลไกชุมชนเป็นความพยายามแก้ไขปัญหาการเงินของสมาชิกในชุมชน ด้วยการตั้งกองทุนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อพึ่งพาตนเองและสามารถครอบคลุมกลุ่มสมาชิกเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง ซึ่งนับว่าเป็นจุดแข็งของการออมเพื่อการเกษียณอายุการทำงานของแรงงานนอกระบบ (สถาบันพัฒนาสยาม, 2549 อ้างถึงใน มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2551)

โครงการสัจจะวันละ 1 บาท เป็นสวัสดิการภาคประชาชนที่ริเริ่มโดย ดร.ครูชบ ยอดแก้ว เป็นการพัฒนาระบบออมทรัพย์แบบยึดแนวคิดไม่นำเงินจากรายรับมาออม แต่นำเงินที่ลดจากรายจ่ายวันละ 1 บาทมาออม ผลกำไรที่เกิดขึ้นจากการบริหารเงินออมของสมาชิกจำนวนร้อยละ 50 นำมาปันผลตามหุ้น และอีกร้อยละ 50 นำมาจัดสวัสดิการให้สมาชิกโดยไม่ให้ตามมูลค่าของหุ้น แต่ให้ตามคุณค่าของคน ใช้**ความมีสัจจะ**เป็นตัววัด ระบบการจัดสวัสดิการใช้ฐานคิดแบบพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งเป็นการให้อย่างมีคุณค่าและรับอย่างมีศักดิ์ศรี และยังอยู่บนพื้นฐานครบวงจรชีวิต คือ “เกิด” ให้เงินทำขวัญลูกและช่วยเหลือค่าโรงพยาบาลในการคลอด “แก่” จ่ายบำนาญให้กับสมาชิกอายุ 60 ปีโดยคำนวณจำนวนเงินตามระยะเวลาของการมีสัจจะ “เจ็บ” ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลเมื่อนอนป่วยในโรงพยาบาล



“ตาย” ช่วยเหลือค่าทำศพ จำนวนเงินคำนวณตามระยะเวลาของการมีสัจจะเช่นกัน “ทุนการศึกษา” ยืมกองทุนร้อยละ 30 “คนด้อยโอกาส” กองทุนจะจ่ายให้เพื่อนำไปฝากสัจจะ “สวัสดิการคนทำงาน” จ่ายให้คนทำหน้าที่บริหารจัดการเงินทุนคนละ 130 บาทต่อวัน (วันที่นำเงินมาส่งกรรมการกลาง) “สวัสดิการเงินกู้” หากสมาชิกมีเงินกู้และเสียชีวิต กองทุนจะจ่ายให้แต่ไม่เกิน 30,000 บาท “สวัสดิการเงินฝาก” เสียชีวิตจ่ายให้ร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน 15,000 บาท (ชบ ยอดแก้ว, มปป.) โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนขยายผลให้ครอบคลุมจังหวัดสงขลา จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และภาคประชาชน และได้รับการกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดสงขลาเพื่อการแก้ไขความยากจนอย่างยั่งยืน ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามียากจนสัจจะวันละ 1 บาทกระจายทั่วประเทศมากขึ้น

โครงการสัจจะวันละ 1 บาทมีจุดแข็งที่เป็นการระดมทุนทางสังคมและส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม เช่น การสร้างรายได้ และการสร้างประโยชน์สาธารณะต่างๆ (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2550) นอกจากนี้ โครงการสัจจะวันละ 1 บาท ยังเป็นการออกแบบสมมติฐานที่เน้นช่วยเหลือสมาชิกแบบให้ “ยืม” เงิน ซึ่งไม่เสียดอกเบี้ย แทนการให้ “กู้” ที่ต้องเสียดอกเบี้ย เป็นระบบที่ช่วยแก้ปัญหาสมาชิกได้อย่างยั่งยืน การออมจากการลดรายจ่ายเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สอดคล้องตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” ที่ต้องการช่วยให้ประชาชนลดการใช้จ่ายเรื่องอามุขต่างๆมาเป็นเงินออม และเน้นการออมเพื่อแบ่งปันผลประโยชน์จากกองทุนไปช่วยเหลือผู้อื่นที่อยู่ในฐานะที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการออมที่ส่งเสริมคุณธรรมของประชาชนไปด้วยในตัว การออมที่เหมาะสมจึงควรเป็นเพียงวันละ 1 บาท ไม่ควรมากกว่านี้ เพื่อป้องกันระบบการออมเพื่อหวังผลกำไร ซึ่งไม่ได้ส่งเสริมคุณธรรมของประชาชนแต่อย่างใด

ผลการสัมภาษณ์ ดร.ครูชบ ยอดแก้ว ประธานโครงการและประธานสถาบันพัฒนาองค์การการเงินและสวัสดิการชุมชนแห่งชาติ (พอ.สช.) พบว่า โครงการสัจจะวันละ 1 บาท เกิดจากแนวคิดของครูชบในขณะเป็นครูโรงเรียนรัฐบาลที่ต้องการให้ประชาชนมีอำนาจในวัยสูงอายุเช่นเดียวกับข้าราชการ โดยมีหลักการลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นในแต่ละวันเพียงเล็กน้อย ไม่ให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เพื่อมาออมไว้สำหรับใช้ประโยชน์ในช่วงเวลาต่างๆของชีวิตที่มีความจำเป็นต้องใช้เงินเพิ่มขึ้น เช่น คลอดบุตร เจ็บป่วย ชราภาพ และเสียชีวิต ทำให้ประชาชนเห็นประโยชน์ ในขณะเดียวกันก็นำหลักการสัจจะมาใช้สนับสนุนการออม หากสมาชิกขาดการส่งเงินแม้แต่ครั้งเดียว ก็จะถูกตัดออกจากการเป็นสมาชิกทันที เป็นการฝึกความซื่อสัตย์ ข่มใจตนเอง อดทนอดกลั้น และอดออม ตลอดจนละวางความชั่ว ความทุจริต เป็นการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมของคนในชุมชนไปด้วยในตัว นอกจากนี้ ยังเน้นการช่วยเหลือผู้อื่นโดยการนำเงินครึ่งหนึ่งจากกองทุนมาจัดสวัสดิการให้กับสมาชิก เป็นการแบ่งปันให้ผู้เดือดร้อน โดยไม่เน้นการแสวงหาผลประโยชน์จากกองทุน ไม่เปิดให้สมาชิกส่งเงินเข้ากองทุนมากกว่าวันละ 1 บาท เพื่อรับเงินปันผลเพิ่มขึ้นเหมือนระบบออมทรัพย์ที่สมาชิกมุ่งเข้ามาแสวงหาผลกำไรใส่ตนเอง



รวมทั้งพยายามแก้ไขปัญหานี้สินให้สมาชิกโดยการให้ “ยืม” (ไม่เสียดอกเบี้ย) แทนการให้ “กู้” (เสียดอกเบี้ย) ซึ่งเชื่อว่าเป็นการปลดหนี้ได้อย่างยั่งยืน เพราะคนที่เป็หนี้คือผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย หากต้องหารายได้เพิ่มเติมมาเพื่อชำระดอกเบี้ยก็จะเป็นการช่วยปลดหนี้ที่แท้จริง

เรื่องระบบบริหารกองทุน หัวหน้ากลุ่มย่อยระดับหมู่บ้านที่เป็นผู้บริหารจัดการกองทุนเป็นคนในพื้นที่ที่สมาชิกร่วมกันเลือกขึ้นมา ดังนั้น จึงไม่เป็นปัญหาในเรื่องของความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในความสามารถ การบริหารกองทุนก็เป็นไปอย่างโปร่งใส ทุกคนไม่ว่ารวยหรือจนจะได้รับสวัสดิการเหมือนกันทุกประการ เพราะจ่ายเงินเข้ากองทุนเท่ากันคือวันละ 1 บาท การดำเนินงานก็มีสมุดบัญชีที่ชัดเจน สามารถให้สมาชิกตรวจสอบได้ หัวหน้ากลุ่มย่อยระดับหมู่บ้านจะต้องนำเสนอรายงานบัญชีของตน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานต่อที่ประชุมกลุ่มใหญ่ทุกเดือน กลยุทธ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการบริหารกองทุนคือ การไม่รับเงินบริจาคจากแหล่งอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อการบริหารกองทุน นอกจากเงินสนับสนุนจากภาครัฐที่เข้ามาอย่างเป็นระบบ

ครูชบมีข้อเสนอแนะว่า ภาครัฐไม่ควรเข้ามาเริ่มดำเนินการ เพราะอาจไม่ประสบผลสำเร็จ มีตัวอย่างความล้มเหลวของโครงการหลายโครงการที่ก่อตั้งและดำเนินงานโดยภาครัฐ เมื่อนโยบายเปลี่ยนไป โครงการก็หยุดชะงัก โดยกล่าวว่า

“ถ้าราชการทำ จะทำให้คนไม่พร้อมที่จะทำ แต่เกรงใจราชการก็ต้องทำ
ถ้าเกิดข้าราชการคนนี้ย้าย มันก็ล้มได้ เลิกได้ เพราะไม่ได้ทำด้วยใจ
ถ้าให้ประชาชนทำเอง ประชาชนทำด้วยใจ พอทำด้วยใจ ใครย้ายมาก็ไม่เกี่ยว
เพราะเป็นเรื่องของเรา ไม่ใช่เรื่องของราชการ ราชการมีหน้าที่สนับสนุน”

ครูชบยังเสนอแนะอีกว่าการออมควรเริ่มออมตั้งแต่วัยต้นๆ เพื่อให้รู้สึกมีความมั่นคงในชีวิต มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพกายที่แข็งแรงด้วย

กรณีการฯ สุขเกษม และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2548) ศึกษารูปแบบเครือข่ายเศรษฐกิจชุมชน พบว่าเครือข่ายที่สร้างรายได้ให้ชุมชนแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ เครือข่ายทางการเงิน เครือข่ายทางด้านธุรกิจ และเครือข่ายทางด้านสังคม ซึ่งแตกต่างกันที่การมุ่งเน้นรายได้ ทั้งนี้เครือข่ายทางการเงินมีจำนวนกลุ่มและจำนวนสมาชิกเข้าร่วมมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายระดับหมู่บ้าน นอกจากนี้ ยังพบว่าแกนนำของเครือข่ายทางการเงินมีความสามารถเด่นทางด้านการบริหารจัดการ การชักจูงกลุ่มสมาชิก มากกว่าเครือข่ายอื่นๆ ข้อดีของการทำงานเป็นเครือข่ายคือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกของเครือข่าย ช่วยลดต้นทุนในการบริหารจัดการ การประสานงานกันทำให้การดำเนินงานรวดเร็ว การร่วมกัน



ทำงานก่อให้เกิดพลัง เกิดแนวคิดหลากหลาย นำไปสู่การพึ่งตนเองได้ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ไปสู่กลุ่มอื่นที่ยังไม่เข้มแข็งได้อีกด้วย โดยภาพรวมเครือข่ายจะช่วยแก้ไขปัญหาคายากจน ส่งเสริมและสร้างอาชีพ กระจายรายได้ เกิดระบบสวัสดิการชุมชนและลดปัญหาพ่อค้าคนกลาง ปัญหาของการทำงานแบบเครือข่าย ได้แก่ การแบ่งปันทรัพยากรและความขัดแย้งในการจัดกิจกรรม และเครือข่ายด้านการเงินมักมีปัญหาในการหาคนมารับผิดชอบ เพราะเป็นภาระหนักที่ทำงานกับเงิน ความไม่ไว้วางใจกัน การผันแปรทางการเมือง ผู้นำไม่มีความพร้อมขาดทักษะ และขาดองค์การรองรับสถานภาพเครือข่าย ส่วนปัจจัยเอื้อแห่งความสำเร็จ คือ ความสามารถของผู้นำในการสร้างความนิยมในหมู่สมาชิก โดยที่เพศ อายุ และการศึกษาของผู้นำไม่มีผลต่อความเข้มแข็งของเครือข่าย นอกจากนั้น ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของเครือข่ายขึ้นอยู่กับ การได้รับการส่งเสริมจากภาครัฐ การสนับสนุนของนักการเมือง การมีองค์กรเอกชนเข้ามาเกี่ยวข้อง การมีแหล่งทุนสนับสนุน และการมีสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการพัฒนาเครือข่าย เป็นที่น่าสังเกตว่าเครือข่ายที่เริ่มต้นจากภาครัฐมักไม่ยั่งยืน การรวมตัวกันของเครือข่ายมักไม่เหนียวแน่น ผลการวิจัยนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่ารัฐควรส่งเสริมการรวมกลุ่มเป็นเครือข่าย พัฒนาศักยภาพของแกนนำ สร้างบรรยากาศทางการเมืองให้องค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนเครือข่าย จัดตั้งหน่วยงานพัฒนาและดูแลเครือข่ายชุมชน ให้การสนับสนุนด้านสถานที่ทำงานของเครือข่าย และกำหนดการส่งเสริมเครือข่ายไว้ในแผนการพัฒนาของจังหวัด

2.2.3.2 การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance)

เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ด้อยโอกาสทางสังคมและไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่ที่อยู่คือ

- **เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ** เป็นการจ่ายเงินแบบให้เปล่าตามระเบียบของกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน พ.ศ. 2536 สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้และประสงค์จะอยู่บ้านของตนเอง ปัจจุบันจ่ายให้รายละ 500 บาทต่อเดือนต่อคน และถ่ายโอนความรับผิดชอบให้องค์กรบริหารส่วนตำบล ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 1.76 ล้านคน เป็นเงินรวม 10,579 ล้านบาท การพยากรณ์รายจ่ายด้านเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุพบว่า ในอีก 15 ปีข้างหน้ารายจ่ายส่วนนี้จะสูงขึ้นเป็นประมาณ 25,000 ล้านบาท (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงแรงงาน, 2551) แม้ว่าการสงเคราะห์ด้วยเบี้ยยังชีพจะไม่สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมการพึ่งตนเอง อีกทั้งยังเป็นภาระหนักของรัฐบาลที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น แต่บุคคลหลายฝ่ายมีความเห็นว่าเป็นความช่วยเหลือที่ยังจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เดือดร้อน แม้เงินจะไม่มากสำหรับแต่ละคน แต่ก็ช่วยลดการพึ่งพาลูกหลานลงได้บ้าง ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจึงรู้สึกว่ามีศักดิ์ศรีมากขึ้น



การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและ อบต. เรื่องเบี้ยยังชีพพบว่า ผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุส่วนมากรู้จักสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุว่าคือเบี้ยยังชีพเท่านั้น แหล่งข่าวที่ผู้สูงอายุรับทราบเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพคือหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน บางท่านทราบข้อมูลเรื่องเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ที่ควรได้รับเบี้ยยังชีพ แต่บางท่านไม่ทราบ ปัญหาเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพที่ผู้สูงอายุสะท้อนให้ฟังสรุปได้ดังนี้

1. ความไม่ยุติธรรม ไม่โปร่งใส ในการคัดเลือกผู้ที่สมควรได้รับเบี้ยยังชีพ บางแห่งพยายามทำให้ผู้สูงอายุเข้าเกณฑ์การรับเบี้ยยังชีพ โดยการย้ายชื่อลูกออกจากทะเบียนบ้านเพื่อให้เป็นผู้ที่ไม่มีคนเลี้ยงดู หรือมอมบรดกบ้านที่อาศัยให้ลูกเพื่อให้เป็นบุคคลที่ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง นอกจากนั้น ความไม่รู้หรือไม่เข้าใจในเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพก็ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างชาวบ้านกับ อบต. หรือแม้แต่ในหมู่บ้านเอง ผู้สูงอายุท่านหนึ่งเล่าให้ฟังว่า

“บางหมู่บ้านมันไม่ค่อยยุติธรรม
คนลำบากมันไม่ค่อยได้ มันได้คนที่ไม่ลำบาก”

2. ปัญหาระบบการจ่ายเบี้ยยังชีพ

ความล่าช้าในการจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพทุก 3 หรือ 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาค่อนข้างนานสำหรับผู้ที่ขาดเงิน ผู้สูงอายุบางท่านจำเป็นต้องไปกู้ยืมเงินมาใช้ก่อน ทำให้เมื่อได้รับเบี้ยยังชีพก็ไม่พอใช้จ่าย เพราะต้องจ่ายดอกเบี้ยสำหรับเงินที่กู้มาใช้ก่อนแล้ว

การที่ อบต. นำเบี้ยยังชีพไปมอบให้ผู้สูงอายุที่บ้าน ทำให้เกิดข้อครหาว่าเป็นการหาเสียงทางการเมือง ดังนั้น จึงให้ผู้สูงอายุเดินทางมารับด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความลำบากในการเดินทาง หรือบางท่านจำเป็นต้องมอบหมายให้ลูกหลานหรือผู้อื่นไปรับแทน ซึ่งบางครั้งก็เกิดปัญหาการยกยอกเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ

แม้เบี้ยยังชีพจะเป็นประเด็นปัญหามาก แต่ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนมากยังเห็นว่า มีความจำเป็นสำหรับผู้ขาดเงิน ด้วยเหตุผลหลายประการคือ ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้จ่ายสำหรับปัจจัยสี่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีเพราะได้มาตามสิทธิ รวมทั้งเกิดความรู้สึกที่ดีว่าสังคมไม่ทอดทิ้ง และส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว จากการที่ปู่ย่าตายายได้หยิบยื่นค่าขนมให้ลูกหลาน นอกจากนี้ ยังส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณด้วย จากการได้นำเงินไปทำบุญ ชื่อของใส่บาตร ผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า

“อันนี้ประโยชน์ที่ได้ก็จริง ๆ เพราะว่าเค้าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
แม้ว่าเงินจำนวนมันจะไม่มาก หำร่อยนี้ก็ช่วยชีวิตเค้าไปอีกหลายวัน”



3. เป็นการแก้ปัญหาเพียงเฉพาะหน้า อาจทำให้ในอนาคตระบบการช่วยเหลือด้วยเบี้ยยังชีพนี้ไม่ยั่งยืน

- **กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง** โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่ดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งใน 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือนร้อนจากการถูกทารุณกรรม ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง (รายละเอียด 500 บาท อ้างอิงจากเอกสารเผยแพร่ ปี 2549) การสนับสนุนการจัดการงานศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน (รายละเอียด 2,000 บาท) และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือนร้อนเรื่องที่พำนักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม (รายละเอียด 2,000 บาท) (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2549)

2.2.3.3 การบริการสังคม (Social Services)

เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน ประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ 4 ด้าน ดังนี้

➤ ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

- **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** ถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐมอบให้เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยขอขยายการให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2549 เพื่อให้ประชาชนในทุกพื้นที่ได้รับหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนให้เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระดับท้องถิ่น โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมมือกันให้การสนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (คือองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล) ได้บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) บริการเชิงรุกของ สปสช. รูปแบบหนึ่งคือการจัดสรรงบประมาณให้ “กองทุนตำบล” เพื่อให้ผู้สูงอายุที่รวมตัวกันในลักษณะชมรมขอทุนสนับสนุนไปทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



- **การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข** พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) นำไปสู่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้จัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไป ในแผนกผู้ป่วยนอก (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2548) ในทางปฏิบัติ การจัดช่องทางด่วนหรือช่องทางสีเขียวสำหรับผู้สูงอายุ มีปัญหาในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะสถานพยาบาลหรือในแผนกที่มีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มากแต่กลับต้องมาเข้ารับบริการที่จำกัดในการช่องทางด่วนเพียงช่องเดียว ซึ่งบางแห่งหากบริหารจัดการไม่ดี อาจทำให้ต้องใช้เวลาในการรอรับบริการนานมากกว่าเดิม การจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุจึงเหมาะสำหรับแผนกที่มีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนไม่มากเท่านั้น

- **โรงพยาบาลตำบล** เป็นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดการระบบประกันสุขภาพระดับตำบล ในรูปแบบของกองทุนสุขภาพชุมชน บนพื้นฐานแนวคิด “หุ้นส่วนการดูแล” ที่ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ประชาชนในพื้นที่ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแนวทางของพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13(3) มาตรา 18(8) มาตรา 47 และมาตรา 48(4) ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนองค์กรที่ดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไรบริหารกองทุนในท้องถิ่นได้ (อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, ชนาทิพย์ มารมย์ และกฤตยาณัฐ พิณภูภาค, 2550) ตัวอย่างได้แก่ “โรงพยาบาล 2 บาท” ตำบลบึงคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร ระดมทุนจากประชาชนคนละ 2 บาทต่อเดือน หรือ 24 บาทต่อปี และได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพด้านบุคลากรและงบประมาณ ประกอบกับอบต.สามารถสนับสนุนงบประมาณโรงพยาบาลชุมชนที่จัดว่าเป็นหน่วยงานของภาครัฐได้โดยไม่ขัดกับระเบียบ เพราะสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมผ่านช่องทางกองทุนสุขภาพชุมชน กิจกรรมบริการสุขภาพของกองทุน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาโรคและการส่งต่อเพื่อการรักษา นอกจากนี้ ยังเสริมศักยภาพของสถานเอนกประสงค์ที่เพิ่มบทบาทเป็นโรงพยาบาลชุมชน ด้วยการให้ทุนการศึกษาแก่ลูกหลานของประชาชนในพื้นที่เพื่อเรียนการพยาบาลและกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลตำบลนั้น หากการบริหารงานของกองทุนในลักษณะนี้ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง จะเป็นช่องทางหนึ่งที่จะสนับสนุนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต (วณิ ปิ่นประทีป และคณะ, 2550a; วณิ ปิ่นประทีป และคณะ, 2550b)

- **การดูแลที่บ้าน (Home Care)** เป็นบริการสุขภาพที่จัดว่าเป็นสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบหนึ่ง เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักมีภาวะพึ่งพาและมีโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลและทีมสหวิทยาการ ซึ่งต้องมีความชำนาญทางคลินิก ประกอบกับมีทักษะในการบริหารจัดการและทักษะทางสังคม เพื่อให้บริการที่สอดคล้อง



กับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการภายในบริบทของครอบครัว ข้อดีของการเยี่ยมบ้าน คือ เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อาการไม่รุนแรงและไม่สะดวกในการเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เป็นการลดค่าเดินทางของผู้ใช้บริการ และผู้สูงอายุส่วนมากพึงพอใจที่จะรับการรักษายาบาลที่บ้าน อันเป็นผลดีต่อการหายของโรคด้วย นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้มาเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัวอยู่ในฐานะเจ้าบ้าน จะรู้สึกเป็นผู้มีอำนาจ พยาบาลสามารถใช้สถานการณ์เช่นนี้ส่งเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ให้บริการและครอบครัวได้ พยาบาลที่เยี่ยมบ้านสามารถนำข้อมูลข่าวสารไปให้ผู้ให้บริการและชุมชนได้ ในขณะเดียวกันเป็นโอกาสที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพ ความสามารถของผู้ให้บริการและชุมชน รวมถึงแหล่งทรัพยากรของชุมชนด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาความสามารถของผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชนในการแก้ปัญหาต่างๆ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2549)

รูปแบบใหม่ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) ระยะเตรียม เป็นการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่วินิจฉัยในโรงพยาบาล 2) ระยะเยี่ยมครั้งแรก (4 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) เป็นการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ และศักยภาพของผู้ดูแล 3) ระยะเยี่ยมประเมินซ้ำ (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย) เป็นระยะของการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และ 4) ระยะประเมินผล (หลัง 16 สัปดาห์) เป็นการประเมินผลจากทีมสหสาขาวิทยาการ (อุไรวรรณ จาริก, สุกัลยา มิ่งามดี และจอมขวัญ รินทะรีก, 2551)

อย่างไรก็ตาม นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่เอื้อต่อการดูแลที่บ้าน เนื่องจากไม่สามารถเบิกอุปกรณ์ที่ใช้ในโรงพยาบาล ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านได้ เช่น อุปกรณ์ทำแผล สายสวนปัสสาวะ สายยางดูดเสมหะ ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากกลับไปรักษาที่บ้าน หรือญาติหึงผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (นาริรัตน์ จิตรมนตรี และนวลชนินธุ์ ลิขิตลีธชา, 2549)

● **อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)** มีหลายหน่วยงาน/องค์กรที่ดำเนินงานด้านนี้ เช่น สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ ทำโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหามือสูงอายุน่าดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลยเพิกเฉย และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยอาศัยการสร้างอาสาสมัคร จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือประชาชนในชุมชนที่สมัครใจทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน โครงการนี้ดำเนินการโดยจัดฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัคร ซึ่งได้ดำเนินการนำร่องไปแล้วในปี พ.ศ. 2546-2547 ในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก เพชรบุรี สุพรรณบุรี ขอนแก่น ร้อยเอ็ด สุราษฎร์ธานี และสงขลา ทั้งนี้ อผส.จะมีบทบาทช่วยเหลือครอบครัว และชุมชนในการ



ดูแลผู้สูงอายุในกิจกรรม เช่น เยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุข ดูแลเรื่องของการอาหารการกิน เรื่องยาช่วยเหลือในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว ช่วยทำความสะอาดบ้าน ช่วยพาไปออกกำลังกาย พาไปพักผ่อนนอกบ้าน พาไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรืองานในชุมชน พาไปพบแพทย์หรือช่วยประสานให้บุคลากรทางการแพทย์มาตรวจรักษา รวมไปถึงการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดย อผส.จะต้องไปปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมเยียนทุกสัปดาห์และไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 วัน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547) นอกจากนี้ ยังมีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ที่ดำเนินงานโดยชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนจากสถานีนามัยหรือโรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ประธานสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เป็นองค์กรที่ติดตามประเมินโครงการเยี่ยมบ้านของ อผส. ขณะนี้ผลการดำเนินงานมีชมรมผู้สูงอายุ 369 ชมรม ที่ดำเนินการไปแล้ว และมีการรายงานผลมาแล้ว 190 ชมรม พบว่าอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีทั้งที่เป็นผู้สูงอายุและเป็นบุคคลวัยอื่น ชมรมผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีศักยภาพที่จะสามารถดำเนินโครงการต่อไปได้ด้วยดี ปัญหาในการดำเนินงานคือ อผส. ที่ไปเยี่ยมผู้สูงอายุขาดงบประมาณในการซื้อของไปเยี่ยมผู้สูงอายุ จึงต้องแบ่งปันจากค่าพาหนะหรือไปขอรับการสนับสนุนจากองค์กรภาคเอกชน เช่น บริษัท โรงงาน คู่มือสำหรับ อผส. ตัวอักษรเล็กเกินไป อผส. ประสบปัญหาในการกรอกข้อมูลในแบบรายงาน ขาดพี่เลี้ยงเมื่อมีปัญหาที่เกินความสามารถ และมีปัญหาเรื่องระเบียบการสนับสนุนงบประมาณของเทศบาล (ข้อมูลจากสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2551)

ตัวอย่างโครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนสามเหลี่ยม หนองแวง ตราขู จังหวัดขอนแก่น เริ่มต้นจากการจัดประชุมระดมสมองผู้สูงอายุในชุมชน ผู้นำและกรรมการชุมชน อสม. แพทย์ นักศึกษาพยาบาล และอาจารย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการจัดทำทำเนียบผู้สูงอายุ การปรับสิ่งแวดล้อมรอบๆศูนย์สุขภาพชุมชนสามเหลี่ยมให้เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น จัดทำทางลาด จัดช่องทางเดินสำหรับผู้สูงอายุ การให้ยืมกายอุปกรณ์ เยี่ยมบ้าน การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550)

ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน เรื่องสวัสดิการด้านการบริการทางสุขภาพ ผู้ให้สัมภาษณ์เล่าให้ฟังว่า เรื่องสุขภาพ รัฐจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกาย และการมีบัตรทองทำให้ได้ตรวจสุขภาพประจำปี บางท่านให้ความเห็นว่าการไปใช้บริการตรวจรักษาจากสถานบริการของภาครัฐใช้เวลานาน ไม่มีช่องทางด่วน และไม่แน่ใจในคุณภาพของยาที่ได้รับ จึงมักไปรับบริการที่คลินิกเอกชน นอกจากนี้ ทางด้านสุขภาพชาวบ้านต้องการความช่วยเหลือในการเดินทางไปโรงพยาบาล โดยต้องการคนพาไปและต้องการรถบริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน



โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ นอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว ด้านสุขภาพยังมีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อส.) ที่มีการอบรมบุคลากรวัยทำงานหรือผู้สูงอายุที่อายุไม่มาก ประมาณ 5 วัน เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น การพูดคุยกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีคู่มือการทำงานให้ อบต. ให้การสนับสนุนเป็นค่าน้ำมันรถหรือมีจักรยานให้ แต่บางแห่งการเข้าไปช่วยดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนเรื่องค่าน้ำมันรถเลย

➤ ด้านการศึกษา ประกอบด้วย

- **การศึกษานอกโรงเรียน** กระทรวงศึกษาธิการโดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษา
นอกโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกผ.) ได้พัฒนาแนวทางการจัดการศึกษานอกโรงเรียน
สำหรับผู้สูงอายุตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ มีแผนปฏิบัติการจัดการศึกษา
นอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554) การดำเนินงานประกอบด้วย
โครงการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (เช่น การให้การศึกษาขั้นพื้นฐานตั้งแต่
ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย หลักสูตรอาชีพระยะสั้น การให้ความรู้พื้นฐาน
คอมพิวเตอร์และการใช้อินเตอร์เน็ต การศึกษาตามอัธยาศัย) โครงการเสริมสร้างคุณค่าและการ
พัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ (เช่น จัดเวทีชาวบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมการถ่ายทอด
และเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น) โครงการเสริมสร้างความร่วมมือเพื่อความเข้มแข็งขององค์กร
ผู้สูงอายุ (เช่น จัดฝึกอบรมบริหารจัดการองค์กรผู้สูงอายุ ค่ายเรียนรู้จำลองกิจกรรมในชุมชน)
โครงการส่งเสริมเครือข่ายพัฒนางานผู้สูงอายุ และโครงการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้าน
ผู้สูงอายุ (เช่น ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องจิตวิทยาและการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น) ซึ่งผลผลิตการจัด
การศึกษานอกโรงเรียนเหล่านี้มีจำนวน 156,038 คน จากทั้ง 5 ภาค ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 32.4) รองลงมาคือผู้สูงอายุในภาคเหนือ (ร้อยละ
23.6) และภาคกลาง (ร้อยละ 21.6) (สำนักบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน, 2551) ทิศทาง
การพัฒนางานด้านผู้สูงอายุในปี 2551 (สำนักบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน, 2551) สรุปได้
ดังนี้

1. จัดกิจกรรมระยะสั้นและหลากหลายให้ผู้สูงอายุ
2. หน่วยงานภาครัฐควรสนับสนุนการศึกษาเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้สูงอายุ
3. บูรณาการการทำงานในลักษณะเครือข่าย
4. ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนด้านสิทธิในการศึกษาข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นใน
การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ



● **การศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์** การสนับสนุนด้านการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุไทยนั้น นอกจากภาครัฐจะเป็นผู้แสดงบทบาทหลักแล้ว ยังมีภาคเอกชนหนึ่งกลุ่มที่ตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ นั่นคือ “ชมรมการศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์” หรือที่รู้จักกันว่า OPPIY Club (Old People Playing Young Club) เป็นชมรมที่มุ่งเผยแพร่ความรู้และทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตให้แก่ผู้สูงอายุ ดำเนินงานภายใต้ความคิดที่ว่า “การเรียนรู้ไม่ได้มีอายุ” โดยเน้นวิธีการสอนที่เฉพาะเหมาะสมสำหรับผู้สูงวัย แต่ข้อจำกัดคือผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าบริการเอง ผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จริงๆ มักจะเป็นผู้ที่พื้นฐานระดับปานกลางถึงสูง อย่างไรก็ตาม วิธีการสอนที่พัฒนาตลอดเวลาเพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเป็นองค์ความรู้ที่น่าศึกษา ชมรมนี้นอกจากแสดงบทบาทเป็นแหล่งให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นสถานที่นัดพบแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้สูงอายุอีกด้วย (ชมรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเพื่อผู้สูงวัย, มปป.)

● **แหล่งเรียนรู้บ้านดิน (ดอกแก้วบ้านดิน) จังหวัดสระแก้ว หรือศูนย์ศึกษากสิกรรมธรรมชาติสระแก้ว** ภาคประชาชนมีบทบาทในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน คือ ศูนย์การเรียนรู้ของประชาชนที่ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการศูนย์เครือข่ายปราชญ์ชาวบ้านของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นหลักสูตรการพัฒนาเกษตรกรชาตีสู่ระบบเศรษฐกิจพอเพียง จัดการอบรมให้ประชาชนทุกวัย แต่ส่วนมากผู้เข้ารับการอบรมจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รุ่นละประมาณ 60-70 คน ระยะเวลาการฝึกอบรมคือ 5 วัน 4 คืน วิทยากรเป็นผู้มีภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่ผ่านการฝึกอบรมการเป็นวิทยากรมาแล้ว บางท่านเป็นผู้สูงอายุที่ยินดีถ่ายทอดความรู้ให้ชนรุ่นหลัง หลักสูตรการฝึกอบรมจัดเป็นฐานการเรียนรู้ 6 ฐานคือ “ฐานวิถีชีวิตชาวนา” ให้ความรู้เรื่องการปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์และฝึกการสีข้าวด้วยมือ “ฐานบ้านดิน” เป็นการฝึกหัดทำดินแทนอิฐเพื่อนำไปสร้างบ้าน เป็นการลดต้นทุนในการปลูกบ้านและเหมาะกับภาวะโลกร้อน “ฐานหมูหลุม” เป็นการเลี้ยงหมูเพื่อนำมูลของหมูไปทำปุ๋ย โดยการผสมกับแกลบ เพื่อใช้แทนปุ๋ยเคมี “ฐานน้ำส้มควันไม้” เพื่อนำไปใช้ไล่ยุง เป็นการเผาถ่านจากกิ่งไม้สดแล้วนำไอน้ำที่พุ่งออกมาหมักไว้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง สำหรับถ่านที่ได้จากการเผาให้นำไปใช้ติดไฟหุงต้มได้ “ฐานป่าสามอย่าง” เป็นการปลูกพืชนานาชนิดแบบป่าพอกอยู่ ป่าพอกิน ป่าพอใช้ “ฐานไบโอดีเซล” เป็นการเรียนรู้และฝึกหัดทำน้ำมันเชื้อเพลิงจากน้ำมันพืชที่ใช้แล้ว นอกจากการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติตามฐานต่างๆ แล้ว แหล่งเรียนรู้บ้านดินยังจัดกิจกรรมเชิดชูผู้สูงอายุในวาระสำคัญๆ เป็นศูนย์สร้างความเข้าใจเรื่องบัตรประกันสุขภาพให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย จะเห็นได้ว่าโครงการนี้เน้นให้ความรู้เพื่อการดำเนินชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียงและอนุรักษ์ธรรมชาติ โดยเริ่มต้นจากการเปลี่ยนแนวคิดการใช้ผลผลิตทางอินทรีย์มาแทนการใช้สารเคมีเพื่อสุขภาพที่ดี อีกทั้งยังเป็นโครงการที่ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุทั้งในบทบาทผู้ให้ความรู้และผู้มาเรียนรู้ เพื่อให้สามารถเป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและช่วยเหลือตนเองได้



➤ ด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย

- การสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยและการดูแล เป็นบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมความจำเป็นด้านปัจจัย 4 รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ งานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ของรัฐ 21 แห่งให้บริการได้ 3,000 คน ในจำนวนนี้มี 13 แห่งที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมเป็นผู้รับผิดชอบ และอีก 8 แห่งจัดเป็นศูนย์สาธิตสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาของบริการในสถานสงเคราะห์คือขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) นอกจากนี้ เกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุเข้ารับบริการ กำหนดให้เป็นผู้ที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ จึงขัดกับแนวคิดที่ควรช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพา และไม่มีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่อยู่นานจนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และแม้ว่าการดูแลจะครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นเวลานานจะรู้สึกเหงา คิดถึงลูกหลาน บางรายกลับไปอยู่บ้าน บางรายมีอาการซึมเศร้า และโครงการวัยทองนิเวศน์ที่เชียงใหม่ สว่างคนิवास ที่บริการที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุหลายคนที่อยู่ได้ไม่นาน ต้องย้ายที่อยู่ บ้างก็ย้ายกลับไปอยู่บ้าน เพราะน้อยใจลูกหลาน บางคนก็คิดถึงลูกหลาน ซึ่งผลการศึกษาความต้องการหลักประกันทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากอยู่กับครอบครัว (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ดังนั้น แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรมุ่งขยายบริการในรูปศูนย์บริการหน่วยสงเคราะห์เคลื่อนที่ และจำกัดจำนวนสถานสงเคราะห์ไว้เท่าที่จำเป็น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

➤ ด้านการมีงานทำและการมีรายได้ ประกอบด้วย

- กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช. เป็นผู้ใช้งบประมาณ 80 ล้านบาทในการพัฒนาระบบสวัสดิการผู้สูงอายุใน 76 จังหวัด โดยสนับสนุนจังหวัดละ 1 ล้านบาท เป็นโครงการที่ยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการกำหนดและตัดสินใจร่วมกันในการบริหารจัดการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุกันเอง ในขณะที่มี พอช. และกลไกพัฒนาในท้องถิ่นเป็นผู้ร่วมสนับสนุน ตัวอย่างจังหวัดที่เป็นที่รู้จักคือ “โครงการสวนปาล์ม” จังหวัดกระบี่เป็นจังหวัดหนึ่งที่ผ่านกระบวนการจัดทำโครงการจนเกิดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน โดยมีแนวคิดหรือมีปรัชญาร่วมกันคือ “ไม่แบ่ง ไม่ให้สูญ ต้องถึงมือผู้สูงอายุ” มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต อยากทำงาน ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ค่อยมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)



ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน เรื่องการส่งเสริมอาชีพและรายได้ ผู้สูงอายุให้ความเห็นว่า การส่งเสริมอาชีพโดยสนับสนุนให้ชาวบ้านทำอาชีพเสริมจากอาชีพหลักเป็นแนวคิดที่ดีและประสบผลสำเร็จ แต่อาชีพที่จะสนับสนุนให้ชาวบ้านทำควรมาจากความคิดเห็นของชาวบ้าน เช่น การทำผ่านวม ผ้าบาติก น้ำยาล้างจาน แชมพูสระผม ปุ๋ยชีวภาพ และการสอนการนวดแผนโบราณ บางโครงการที่ไม่ประสบผลสำเร็จเพราะไม่ได้สอบถามความคิดเห็นของชาวบ้าน ประโยชน์ของการรวมกลุ่มกันประกอบอาชีพเสริม นอกจากเป็นการเสริมรายได้แล้ว ยังเป็นการสังสรรค์กันทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวไม่เหงาและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าด้วย ผู้สูงอายุเสนอความคิดเห็นว่าต้องการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐเกี่ยวกับการตลาด เช่น แบ่งพื้นที่ในสำนักงานเขตจัดเป็นมุมขายสินค้าของชาวบ้าน เพราะมีคนจำนวนมากมาติดต่อราชการที่สำนักงานเขต และยังเป็นการประชาสัมพันธ์ผลงานของเขตด้วย

➤ ด้านการบริการสังคมและนันทนาการ ประกอบด้วย

- **ชมรมผู้สูงอายุ** รูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจและมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและมีคุณประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน แต่ผู้บริหารจัดการและดำเนินการหลักคือกลุ่มผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่าย ทำให้งานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมากขึ้น ดังเช่นโครงการพันธมิตรเครือข่ายผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ (Age Net) ที่เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง

- **ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ** (ศคิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550a) หมายถึง “สถานที่รวมสำหรับองค์การ ชุมชน และผู้สูงอายุ ใช้ในการจัดบริการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ” เป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมขององค์การ ชุมชน และผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สังคม จิต และปัญญา โดยแนวคิดในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ คือ

1. การใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ (Community-Based Approach) เป็นการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) เน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคม ส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ มุ่งใช้คุณลักษณะเด่นของชุมชนและทรัพยากรในชุมชน

2. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-Term Care System) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี



3. การจัดบริการแบบองค์รวม (ประเวศ วะสี, 2543) เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Spiritual Development)

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ สรุปได้ดังนี้คือ

1. เป็นแหล่งบูรณาการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม ในสถาบัน ชุมชน และบ้าน
2. เป็นสถานที่สำหรับส่งเสริมศักยภาพและความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ
3. เป็นศูนย์ที่ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิอย่างไม่เป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุ

ประโยชน์ของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งด้าน จิตวิญญาณ
2. เป็นแหล่งรวบรวม อนุรักษ์ และเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น
3. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นผู้สูงอายุที่ทันสมัยและก้าวหน้า
4. ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง
5. ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์และความรู้ใหม่จากการร่วมกิจกรรมกับบุคคลต่างวัย

รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในศูนย์อเนกประสงค์ฯ อาจมีลักษณะแตกต่างกัน 3 แบบดังนี้

1. รูปแบบอาสาสมัคร (Volunteer Model) เป็นศูนย์ที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุแบบเข้าไปเป็นกลับ (Day Center) บริการที่จัด เช่น การตรวจรักษาโรค การให้คำปรึกษา การฟื้นฟูสภาพ กายภาพบำบัด บริการนันทนาการ กิจกรรมเสริมรายได้ ตัวอย่างคือ ศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง

2. รูปแบบศูนย์บริการทางสังคม (Social Services Model) ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่มีความเดือดร้อน ขาดผู้ดูแล บริการที่จัดให้ เช่น บริการอาหาร การดูแลเมื่อเจ็บป่วย กายภาพบำบัด นันทนาการ บางแห่งมีรถรับ-ส่ง ตัวอย่างเช่น ศูนย์เฝ้าอาหารผู้สูงอายุ จังหวัดตราด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาภูมิปัญญาผู้สูงอายุ จังหวัดพัทลุง

3. รูปแบบศูนย์ที่บูรณาการจัดบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม เพื่อพัฒนาสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ให้เตรียมพร้อมสำหรับเป็นผู้สูงวัยและดูแลตนเองได้



การดำเนินงานของศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ หากสามารถขยายการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มการดูแลผู้ที่พอจะช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยจ้างเจ้าหน้าที่หรือสมาชิกศูนย์ช่วยดูแลในลักษณะการผสมผสานการดูแลกลางวัน (Day Care Center) จะเป็นการเสริมศักยภาพของศูนย์ฯ ให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์ควรให้ความสำคัญในเรื่องศักยภาพของชุมชน ผู้นำการปฏิบัติและคณะทำงาน และควรบูรณาการบริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม นอกจากนี้ ควรพยายามดำเนินกิจกรรมให้ต่อเนื่องโดยการพึ่งตนเองด้านงบประมาณ เช่น กองทุนสวัสดิการสังคม รวมทั้งมีระบบการติดตามและประเมินผลอย่างชัดเจน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณะควรดำเนินบทบาทหลัก ในการเชื่อมโยงเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาคมเข้าด้วยกัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550a)

การดำเนินงานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน วัด และโรงเรียน ซึ่งเป็นแหล่งสร้างเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) ปัจจุบันมีโครงการนาร่องอยู่ที่จังหวัดพัทลุง ขอนแก่น และสกลนคร ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จมากได้แก่ ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองสกลนคร ได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่นาร่องของภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมติที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ การสัมภาษณ์และการเข้าร่วมกิจกรรมแล้วสังเกตองค์ประกอบต่างๆ พบว่าศูนย์ฯ ได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย ได้แก่ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในฐานะ “ผู้เจ้ากี้เจ้าการ” มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเทศบาลเป็น “เจ้าภาพ” มีผู้สูงอายุในพื้นที่ ชมรมผู้สูงอายุ สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยประจำจังหวัดเป็น “เจ้าของ” และมีกองทุนผู้สูงอายุเป็น “เจ้ามือ” (เอกสารประกอบการให้สัมภาษณ์ของประธานศูนย์ฯ) กิจกรรมภายในศูนย์ฯ ประกอบด้วย การบรรยายธรรม การให้ความรู้ด้านสุขภาพและตรวจรักษา การออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมดนตรีไทยและศิลปะประพาราฟิออนของไทย กิจกรรมพบปะประชุมกัน กิจกรรมส่งเสริมด้านอาชีพ นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมภายนอกศูนย์ฯ เช่น การเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ดำเนินงานโดย คณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ ภาคประชาชน เทศบาลเมืองสกลนคร ร่วมกับเครือข่ายองค์กรภาครัฐเป็นที่ปรึกษา

คุณสมบัติ วรงค์ภาพสินธุ์ ประธานศูนย์ฯ เล่าให้ฟังว่าการก่อตั้งศูนย์ฯ แห่งนี้เกิดขึ้นตามความต้องการของประชาชน และมีความพร้อมหลายอย่าง กล่าวคือ พื้นที่ที่ตั้งศูนย์ฯ ติดกับโรงพยาบาลสกลนคร 2 และติดกับแพทย์แผนไทย กองสวัสดิการสังคม ศูนย์ผลิตและจำหน่ายของดีเมืองสกล นอกจากนี้ ยังได้รับความร่วมมืออย่างมากจากชุมชน ในการสมัครเข้ามาเป็นกรรมการบริหารศูนย์ฯ เป็นวิทยากรให้กับกิจกรรมต่างๆ หลายอย่าง และมีสมาชิกเข้าร่วม



กิจกรรมอย่างมากมาย โดยเฉพาะการออกกำลังกาย มีกระแสมานิยมการออกกำลังกายมากในเขตอำเภอเมืองสกลนคร มีชมรมออกกำลังกายแบบต่างๆ มากมาย เพราะมีสถานที่เอื้ออำนวยหลายแห่ง เช่น สวนสมเด็จพระศรีนครินทร์ ซึ่งติดกับหนองหาน ลานออกกำลังกายตามสถานที่ต่างๆ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสกลนครให้บริการตรวจสุขภาพ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ นำทำออกกำลังกายใหม่มาแนะนำ ตลอดจนจัดการประกวดหรือแข่งขัน เพื่อให้สมาชิกมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานของศูนย์ฯ มีหลักการสำคัญๆ หลายประการคือ

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิก กิจกรรมต่างๆ ให้เกิดจากความคิดของสมาชิกศูนย์ฯ ประธานศูนย์ฯ เล่าว่า
*“การออกกำลังกายของเค้า จะเอาความต้องการของสมาชิก
 เช่นเวลาจะเป็นดีห้าครึ่ง หรือว่าห้าโมงเย็น เขาจะตกลงกันเอง”*

ศูนย์เอนกประสงค์แห่งนี้ ประชาชนและตัวแทนจากทุกภาคส่วนมาร่วมเป็นกรรมการบริหาร ประชุมกันทุกเดือน การจัดกิจกรรมใดๆ ก็ทำประชาคมกันก่อน การบริหารจัดการโดยภาครัฐมักไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะเป็นการให้บริการประชาชนแบบตั้งรับ ประชาชนไม่อยากจะเข้าไปใช้บริการเพราะไม่เป็นไปตามความต้องการของเขา นอกจากนี้ ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกต่างวัย คือผู้ที่อายุไม่ถึง 60 ปี ก็สามารถมาร่วมเป็นกรรมการหรือเป็นสมาชิกประเภทวิสามัญได้ พบว่าบุคคลกลุ่มนี้ช่วยงานได้มากเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเขียนโครงการขอทุนสนับสนุน งานเอกสาร งานทะเบียน งานธุรการ งานติดต่อสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ ซึ่งงานเหล่านี้ต้องอาศัยความคล่องตัว ซึ่งเป็นข้อจำกัดของผู้สูงอายุ

2. มุ่งเน้นการพึ่งตนเอง ไม่พึ่งงบประมาณจากเทศบาลที่เป็นผู้ก่อตั้งแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยหางบประมาณมาทำกิจกรรมของศูนย์ฯ ด้วยตนเองจากหลายๆ แหล่ง เป็นการบูรณาการทุน โดยประธานแต่ละกลุ่มกิจกรรมในศูนย์ฯ เป็นผู้แสวงหางบประมาณมาดำเนินกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งแหล่งทุนที่เสนอขอของงบประมาณ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนสวัสดิการสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด/ตำบล/เทศบาล

3. การแบ่งปันแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น รถตู้ของเทศบาล เมื่อศูนย์ฯ ประสงค์ที่จะใช้ ก็ประสานไปยังเทศบาล ไม่จำเป็นต้องมีรถของศูนย์ฯ เอง



4. ดำรงความเป็นกลางทางการเมือง สร้างความเข้าใจกับชุมชนว่า แม้เทศบาลจะเป็นผู้ก่อตั้งศูนย์ฯ แต่การดำเนินงานทำในลักษณะองค์กรเอกชน สมาชิกจากหลายภาคีมาร่วมกันทำงานเพื่อชุมชนส่วนรวม หากการทำงานไม่มีความเป็นกลางทางการเมือง ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยก็อาจจะไม่ให้ความร่วมมือหรืออาจต่อต้าน

5. การดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายภาคีหลายฝ่าย เช่น ฝ่ายสาธารณสุข เทศบาล อบจ. อบต. กระทรวงการศึกษา (กศน.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ทำให้ได้เรียนรู้ร่วมกันและช่วยกันหาวิธีแก้ปัญหาต่างๆ

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คือ การกระตุ้นให้ชุมชนก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก แต่ชมรมเหล่านั้นต่างคนต่างทำ ไม่ได้รวมตัวกันเป็นเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน ทำให้กิจกรรมของชมรมไม่เข้มแข็ง และการได้รับการสนับสนุนตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุไม่เต็มที่ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ มาตรา 11 ระบุว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน) นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุในรูปแบบศูนย์บริการและศูนย์สงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาส ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะผู้สูงอายุเข้าไป ไม่รู้ว่าจะทำอะไร ไม่ได้ส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ

สิ่งที่ต้องการพัฒนาและการสนับสนุน ประธานศูนย์ฯ เสนอความเห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกเรื่องกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้มีความรู้กระบวนการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม และเป็นการเสริมพลังให้สมาชิก จากการที่มีความรู้มากขึ้น มีโอกาสได้แสดงศักยภาพของตนเอง นอกจากนี้ ยังต้องการให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นคนที่มีความรู้ มีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี ตลอดจนสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย

- **ศูนย์ชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ** ปัจจุบันมีศูนย์บริการสังคมผู้สูงอายุ 18 แห่ง ให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ บริการที่จัดให้ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด ออกกำลังกาย ศาสนกิจ กิจกรรมนันทนาการ ตลอดจนกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ

- **ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด** เป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยมีวัดหรือสถาบันทางศาสนาเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม กิจกรรมที่จัดขึ้นจะเป็นไปตามความต้องการของชุมชนนั้นๆ เช่น กิจกรรมส่งเสริมรายได้ กิจกรรมด้านการเกษตร กิจกรรมด้านการศึกษา รวมทั้ง การให้บริการ



ตรวจรักษาโรค กายภาพบำบัด ฟันสุขภาพ ปัจจุบันมีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดทั่วประเทศประมาณ 200 แห่ง

- **กองทุนผู้สูงอายุ** จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ในสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนทุนอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุหรือองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ มีความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยโครงการที่จะได้รับทุนอุดหนุนนี้จะต้องตอบสนองความต้องการหรือเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง ต้องมีแนวทางการดำเนินงานที่เน้นสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และที่สำคัญโครงการต้องมีวัตถุประสงค์และกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน นอกจากการให้ทุนเพื่อสนับสนุนโครงการด้านผู้สูงอายุแล้ว กองทุนผู้สูงอายุยังให้ทุนประกอบอาชีพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมถึงการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม ถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ และผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนต่าง ๆ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, มปป.)

- **ศูนย์เลี้ยงเด็ก** สวัสดิการสำหรับผู้ใช้แรงงานอีกรูปแบบหนึ่งที่มีผลทางอ้อมต่อผู้สูงอายุ คือ ศูนย์เลี้ยงเด็กในสถานประกอบการและชุมชน เป็นการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง 5 กระทรวงได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบสวัสดิการในลักษณะนี้ช่วยให้ลูกจ้างทำงานด้วยความสุข ไม่ต้องกังวลเรื่องการดูแลบุตรสามารถทำงานได้เต็มประสิทธิภาพและยังเป็นการส่งเสริมสถาบันครอบครัวอีกด้วย หากผู้ใช้แรงงานไม่มีสถานที่เลี้ยงดูบุตร ผู้ใช้แรงงานส่วนหนึ่งบอกว่าต้องนำบุตรไปให้ปู่ย่าตายายช่วยดูแล อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติก็มีอุปสรรค เช่น ศูนย์เลี้ยงเด็กต้องจดทะเบียนกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ดูแลเรื่องคุณภาพและมาตรฐานการเลี้ยงดูเด็ก โครงสร้างของสถานที่ต้องเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับเด็ก ผู้ดูแลเด็กต้องได้รับการรับรอง ซึ่งทำให้ผู้ประกอบการประสบกับปัญหาการลงทุนค่อนข้างสูง

ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้นำชุมชนเรื่องการบริการด้านสังคม ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นว่า รัฐควรสนับสนุนการปฏิบัติธรรมของผู้สูงอายุ เพราะการมาร่วมตัวกันปฏิบัติธรรม มีค่าใช้จ่ายเรื่องอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ผู้สูงอายุที่ยากไร้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เพราะไม่สามารถจ่ายเงินส่วนนี้ได้ ทั้งนี้แม้บางแห่งจะแจ้งว่าไม่ต้องจ่ายก็ได้ แต่ผู้สูงอายุก็รู้สึกไม่มีศักดิ์ศรีในการเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าการจัดงานในโอกาสวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันสงกรานต์ เป็นกิจกรรมทางสังคมที่ควรสนับสนุนเพราะเป็นโอกาสที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างไรก็ตาม



ผู้ให้สัมภาษณ์เล่าให้ฟังว่า มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายไม่สามารถเดินทางออกจากบ้านไปร่วมกิจกรรมได้ด้วยตนเอง กิจกรรมทางสังคมอีกอย่างหนึ่งคือการพาผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา เป็นโครงการที่มีประโยชน์มาก เพราะลูกหลานไม่ค่อยได้ดูแลผู้สูงอายุเรื่องนี้ ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนบรรยากาศ ได้สังสรรค์กับเพื่อนวัยเดียวกัน สำหรับเรื่องความปลอดภัยของผู้สูงอายุในการเดินทางไปทัศนศึกษาไม่เป็นปัญหา เนื่องจากผู้สูงอายุจะประเมินศักยภาพของตนเองว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้หรือไม่ จะมีระบบดูแลกันเองเกิดขึ้น เกิดบรรยากาศของการเอื้ออาทรระหว่างเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ดีจากการได้รับความเคารพ ความห่วงใย ผู้สูงอายุให้ข้อเสนอแนะว่าการไปทัศนศึกษาควรบูรณาการไปกับการศึกษาดูงานโครงการต่างๆที่เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อให้ได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้น

ผู้สูงอายุท่านหนึ่งให้ข้อคิดว่า การทำงานเพื่อชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ ปัจจัยเอื้อประการหนึ่งคือการรู้จักแหล่งประโยชน์ในชุมชนว่าเรื่องอะไรจะไปขอรับการสนับสนุนได้จากหน่วยงานใด ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วม และพิจารณาให้เหมาะกับบริบทของชุมชนนั้น โดยกล่าวว่า

“เราต้องมาคิดก่อน ไม่ใช่เราอยากทำอะไรเราก็ทำ
ต้องนึกถึงความเป็นไปได้ เหมาะกับสิ่งแวดล้อมของชุมชน”



บทที่ 3

บทสังเคราะห์ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุไทย

ในบทนี้นำเสนอผลการสังเคราะห์ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย
จำแนกตามประเด็นดังนี้

- 3.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย
- 3.2 ปัญหาและอุปสรรคในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย
- 3.3 ศักยภาพของชุมชนกับการดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุ
- 3.4 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสวัสดิการที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง
ระบบสวัสดิการ

3.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย

3.1.1 การปรับกระบวนการทัศนจากการสงเคราะห์เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพึ่งพา
ตนเอง และส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี

3.1.2 การริเริ่มและดำเนินโครงการโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เป็นการจัดสวัสดิการที่
สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และนำมาซึ่งความสนใจและความร่วมมือ

3.1.3 การบูรณาการงบประมาณจากแหล่งทุน/งบประมาณต่างๆ การดำเนินงานบาง
โครงการจำเป็นต้องใช้งบประมาณที่มาก ซึ่งแหล่งทุนเดียวอาจไม่สามารถสนับสนุนได้เพียงพอ
หรือการบูรณาการอีกรูปแบบหนึ่งคือ การแบ่งโครงการเป็นกิจกรรมย่อยๆ แล้วหางบประมาณ
จำนวนที่ไม่มากมาสนับสนุนแต่ละกิจกรรมนั้น

3.1.4 การดำเนินงานที่ได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย และทำงานในลักษณะ
เครือข่าย โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ นำมาซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย
เป็นประโยชน์ในการคิดสร้างสรรค์ การป้องกันปัญหาหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

3.1.5 ภาวะผู้นำของผู้รับผิดชอบโครงการ พบว่าหลายโครงการที่ประสบความสำเร็จ
มักเป็นผลมาจากการผลักดันของผู้นำโครงการเป็นหลัก ผู้รับผิดชอบโครงการที่มีความเป็นผู้นำ
เข้มแข็งจะสามารถเชิญชวนสมาชิกและคนในชุมชน ให้เข้าร่วมหรือสนับสนุนกิจกรรมได้มาก



สามารถสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง รวมทั้งสามารถระดมทุนจากภายนอกเพื่อนำมาใช้จ่ายในกิจกรรมของโครงการ ทำให้โครงการดำเนินต่อไปได้จนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

3.1.6 โครงการสัจจะวันละ 1 บาท มีปัจจัยแห่งความสำเร็จหลายประการ ดังนี้

- การออมในจำนวนเงินที่ไม่มาก จากการลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นในแต่ละวัน ทำให้ผู้ออมไม่รู้สึกรู้ว่าได้รับผลกระทบจากการออม
- ความเชื่อมั่นของผู้ออมเกี่ยวกับผู้บริหารกองทุนและระบบการบริหารกองทุน
- หลักการปลดหนี้อย่างยั่งยืน ใช้ระบบการยืมไม่เสียดอกเบี้ย แทนการให้กู้ที่ต้องเสียดอกเบี้ย
- การสนองตอบความต้องการของคนตามวิถีชีวิตของชีวิต โดยให้สวัสดิการเมื่อมีความจำเป็น
- การใช้หลักสัจจะอย่างเคร่งครัดเป็นกรอบบังคับที่ทำให้สมาชิกออมเงินได้สำเร็จ
- การริเริ่มโครงการเกิดจากความต้องการของประชาชน และดำเนินงานโดยประชาชน
- การพึ่งพาตนเอง สกัดปัญหาต่างๆที่จะมีอิทธิพลต่อการบริหารกองทุน
- หลักความเท่าเทียมกันและไม่มุ่งหวังผลประโยชน์ส่วนตน ทุกคนจ่ายเงินวันละ 1 บาทเท่ากัน รับสิทธิประโยชน์ที่เท่ากัน และไม่สามารถจ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อต้องการรับผลประโยชน์เพิ่มขึ้น

3.1.7 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของการศึกษานอกโรงเรียน ได้แก่ บุคลากรผู้ดำเนินการเป็นบุคคลในพื้นที่ เข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการยืดหยุ่นในการจัดการศึกษา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ นำภูมิปัญญามาสนับสนุนการศึกษานอกโรงเรียน และบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่าย

3.1.8 การดำเนินงานของ “โรงพยาบาลตำบล” ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชนเพราะประกอบด้วยปัจจัยสำคัญคือ การมีผู้นำชุมชนที่มุ่งมั่น การมีส่วนร่วมของประชาชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยความตระหนักในบทบาทหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเองและทำงานแบบหุ้นส่วนการดูแล การเสริมพลังภาคประชาชน ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม คือ ความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การลดค่าใช้จ่ายและความลำบากในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลห่างไกล รวมทั้งการส่งเสริมการศึกษาและการมีงานทำของเยาวชนในท้องถิ่น การบริหารกองทุนที่โปร่งใสแสดงให้เห็นที่มาของรายได้และค่าใช้จ่าย และดำเนินงานโดยกลุ่มบุคคลที่น่าเชื่อถือ



3.1.9 การจ่ายเบี้ยยังชีพที่มอบหมายให้องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกร่วมกับประชาคมในท้องถิ่น มีข้อดีคือบุคลากรในท้องถิ่นเป็นผู้คัดเลือกย่อมมีข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับจำนวนและสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยลดปัญหาการจ่ายเงินให้กับผู้ที่ไม่สมควรได้รับหรือการจ่ายเงินให้กับผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

3.2 ปัญหาและอุปสรรคในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย

3.2.1 ขาดการบูรณาการของงานและความไม่ต่อเนื่อง ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ ดำเนินงานแยกส่วนระหว่างงานด้านสุขภาพกับงานด้านสังคม ขาดการบูรณาการ จึงไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของกลุ่มคนได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร นอกจากนี้ งานสวัสดิการผู้สูงอายุยังกระจายความรับผิดชอบอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อุปสรรคในการดำเนินงานคือ ขาดการวางแผนร่วมกัน ขาดระบบการประสานงานที่ดี “ต่างคนต่างทำ” (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนาศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และรัชมล คติการ, 2545; สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) และที่สำคัญยังขาดความต่อเนื่องทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติ ไม่ผลักดันให้สังคมเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างแผนกับการปฏิบัติ ประกอบกับการขาดอำนาจในการสั่งการ กลไกการขับเคลื่อนจึงไม่บรรลุเป้าหมาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) นอกจากนี้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองหรือมีการย้ายตำแหน่ง โครงการของภาครัฐบางโครงการก็ไม่ได้ดำเนินการสานต่อ

3.2.2 ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง เนื่องจากความไม่ชัดเจนในแนวคิดและการปฏิบัติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มีนโยบายสนับสนุนครอบครัวให้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ระดับปฏิบัติมีกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมน้อย สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 มีนโยบายเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน จึงเริ่มมีรูปแบบบริการทางสังคมผ่านกิจกรรมในชุมชนเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม บริการที่เข้าถึงครอบครัวยังมีไม่มาก มีเพียงเบี้ยยังชีพเท่านั้นที่ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550a)

3.2.3 การปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ มีปัญหาในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง การจัดบริการดังกล่าวเหมาะสำหรับแผนกที่มีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนไม่มากเท่านั้น



3.2.4 ความจำกัดของงบประมาณและการขาดแคลนกำลังคน การถ่ายโอนงานด้านผู้สูงอายุจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้กำลังคนลดน้อยลง ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และที่สำคัญความพร้อมด้านงบประมาณยังไม่ชัดเจน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ทั้งหมด

3.2.5 การรับรู้และความเข้าใจในสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของกลุ่มผู้สูงอายุยังมีความจำกัด ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับต่างๆ

3.2.6 สวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ และยังไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริง ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมดและยังไม่สามารถกระจายได้ทั่วถึง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) บริการต่างๆเน้นการสงเคราะห์เพื่อบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการพัฒนาความเท่าเทียมกัน รูปแบบบริการที่เป็นแบบเดียวกันทั่วประเทศและเน้นการสงเคราะห์ผู้ยากไร้มากกว่าการให้บริการตามสิทธิที่พึงได้รับของผู้สูงอายุ เป็นผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับบริการที่ควรได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550b)

3.2.7 แนวคิดในการบริการที่เน้นการบริการในระดับรายบุคคล และเป็นการจัดให้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยากจนในรูปแบบบรรเทาปัญหา (Residual Welfare Model) นั้น ทำให้ไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว เพราะเป็นการให้เชิงสงเคราะห์ โดยไม่มีกระบวนการเสริมพลังหรือการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมืออื่นๆ อันไม่ได้นำไปสู่การพึ่งตนเองอย่างที่ต้องการจะเป็น

3.2.8 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมมีจำกัด แม้ผู้สูงอายุจะได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมด้วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในทางปฏิบัติผู้สูงอายุมักเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทที่มักใช้บริการที่สถานีนานามัย ทั้งนี้เพราะปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวกของการเดินทางไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม บริการด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับจึงถูกจำกัดตามศักยภาพของสถานพยาบาล อีกทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังขาดความคล่องตัวชัดเจน เมื่อผู้สูงอายุเกิดกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ก็ไม่สามารถได้รับบริการที่เหมาะสมได้ทันเวลาที่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550b) นอกจากนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้านขาดโอกาสในการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงสุด



3.2.9 การขาดความรู้เรื่องการรับบริการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้สูงอายุและครอบครัวจำนวนมากไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนาศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และรัชมล คดีการ, 2545) บ้างก็ไม่ทราบข้อมูลถึงบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ตามสิทธิ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่ควรจะได้รับ ผลการสำรวจของเอแบคโพลล์ (สำนักวิจัยเอแบค - เค เอส ซี อินเทอร์เน็ตโพลล์, 2546) ใน 13 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่ามีจำนวนประชาชนที่ใช้บัตรทองในการเข้ารับการรักษามากถึงร้อยละ 91.9 แต่ประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุจำนวนมากในชนบทยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

3.2.10 สวัสดิการที่อยู่อาศัยที่จัดให้ผู้สูงอายุอยู่แยกจากครอบครัว แม้จะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและได้รับความช่วยเหลือด้านปัจจัยสี่ แต่ผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ และมีผลต่อสุขภาพกาย ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้คุณภาพชีวิตไม่ค่อยดี

3.2.11 การจัดบริการที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการของประชาชน ไม่ให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การสำรวจความต้องการ การวางแผน และการดำเนินงาน ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชนเท่าที่ควร

3.2.12 ชุมชนในบางพื้นที่ขาดความพร้อมในเรื่องของภาวะผู้นำ ขาดความรู้และความคิดสร้างสรรค์ในการริเริ่มกิจการงานด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3.2.13 ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ พบปัญหาในเรื่องความจำกัดเขตพื้นที่ให้บริการ คือ ไม่สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตบริการ รวมทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือร่วมกิจกรรมต่างๆที่ศูนย์อเนกประสงค์ได้ นอกจากนี้ พบว่าศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เพราะมีปัญหาในการบริหารจัดการ

3.2.14 ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข ทั้งด้านอัตรากำลังและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ มีผลให้ภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นลักษณะเชิงรับ ยังขาดการส่งเสริมแบบเชิงรุกที่เข้าถึงครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย ไม่สามารถออกมาร่วมกิจกรรม และขาดโอกาสได้รับสวัสดิการด้านนี้



3.2.15 รัฐยังขาดในเรื่องการสร้างและส่งเสริมค่านิยมหรือทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวไม่ตระหนักในหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวในเรื่องนี้จึงยังคงอ่อนแอและขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในอนาคตจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและขาดผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้น ทั้งครอบครัวและชุมชนจะต้องเข้ามามีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของรัฐแต่ฝ่ายเดียว แต่ที่ผ่านมา รัฐยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการเตรียมผู้ดูแล การสนับสนุนจากรัฐที่ให้กับครอบครัวยังน้อยอยู่ บริการของรัฐด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลยังจำกัด ทำให้การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวขาดคุณภาพ อีกทั้งขาดความรู้ในเรื่องบุคลิกลักษณะ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกัน เกิดความขัดแย้งและต่อต้านผู้สูงอายุ (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549)

3.2.16 ปัญหาการออมเพื่อเกษียณอายุ คือ แรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันเรื่องรายได้ หรือแรงงานที่มีรายได้ต่ำ ยังไม่มีระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุรองรับและไม่สามารถเข้าถึงการออมได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2551) มีการเสนอระบบบำนาญแห่งชาติสำหรับประชาชนกลุ่มนี้ไว้หลายรูปแบบ (มูลนิธิสธารณสุขแห่งชาติ, 2550) แต่รูปแบบที่เหมาะสมยังต้องศึกษาอย่างรอบคอบต่อไป เพราะระบบบำนาญที่บุคคลวัยทำงานเป็นผู้จ่ายฝ่ายเดียว ไม่น่าจะประสบผลสำเร็จ เพราะผู้รับจะมากกว่าผู้จ่ายในอนาคต ตัวอย่างเช่นระบบในประเทศสหรัฐอเมริกาที่กำลังจะประสบปัญหาวิกฤติการจ่ายเงินบำนาญให้กับผู้สูงอายุในยุค Baby Bloom (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และมาริสสา ไกรฤกษ์, 2545)

3.2.17 ปัญหาที่คาดว่าจะอาจเกิดขึ้นกับกองทุนสัจจะวันละ 1 บาทคือ เมื่อกองทุนเริ่มจ่ายบำนาญให้กับสมาชิกในปี พ.ศ. 2565 รายจ่ายสำหรับบำนาญจะมากกว่ารายรับจากสมาชิกซึ่งบำนาญเฉลี่ยต่อคนก็สูงขึ้นด้วย หากจำนวนสมาชิกที่จะรับบำนาญมากกว่าประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนสมาชิกที่จ่ายเงินเข้ากองทุน และสถานการณ์ดำเนินไปเช่นนี้เรื่อย ๆ กองทุนอาจประสบปัญหาทางการเงิน อย่างไรก็ตาม หากลดจำนวนเงินบำนาญลงครึ่งหนึ่ง ภาระหนี้ผูกพันจนถึงปี 2570 จะลดลงร้อยละ 60 และหากตัดการจ่ายบำนาญออกไปเลย กองทุนก็จะปลอดจากภาระหนี้ และเหลือเงินสำหรับจ่ายเพื่อจัดสวัสดิการต่างๆทดแทน (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2550)

3.2.18 จุดอ่อนของสวัสดิการเบี้ยยังชีพ

- การเพิ่มจำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุ เป็นการแก้ไขปัญหาเชิงปริมาณที่ไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาในเชิงคุณภาพ ในอนาคตเมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยอาจถึงทางตัน เพราะไม่มีงบประมาณเพียงพอที่จะจัดสรรให้ได้อย่างครอบคลุม



- ปัญหาเรื่องการจ่ายเงินจากส่วนกลางล่าช้าและจ่ายแบบรวบยอดทุก 3-6 เดือน ทำให้ผู้สูงอายุบางรายต้องกู้เงินเสียดอกเบี้ยมาใช้ก่อน เมื่อได้รับเบี้ยยังชีพนำไปใช้หนี้จึงไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย
- แม้ว่าภาครัฐได้กำหนดหลักเกณฑ์สำหรับผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพไว้อย่างชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ บางพื้นที่การจัดสรรเบี้ยยังชีพในปัจจุบันยังคงมีความไม่เป็นธรรมและไม่โปร่งใส และที่สำคัญยังคงเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุที่ยากลำบากอย่างแท้จริงอีกจำนวนมาก ส่วนด้านชุมชนเองบางแห่งไม่ให้ความร่วมมือ ไม่เข้าร่วมประชุมในการคัดเลือกผู้สูงอายุ ทำให้เกิดข้อครหาและความไม่เข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดสรรเบี้ยยังชีพ ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ให้และในหมู่ผู้สูงอายุด้วยกันเอง
- ระเบียบที่กำหนดให้ อบต.เป็นผู้จ่ายเงินเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุโดยตรง แต่ในทางปฏิบัติ เกิดข้อครหาว่าเป็นการหาเสียงทางการเมือง จึงเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ไกลจาก อบต. หรือไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับเบี้ยยังชีพด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องมอบหมายให้ผู้อื่นไปรับแทน ซึ่งบางรายต้องเสียค่าจ้างในการให้ผู้อื่นไปรับแทน และบางรายถูกหักยอดเงินดังกล่าว

3.2.19 ข้อจำกัดอันเกิดจากกฎหมายเกี่ยวกับสิ่งปลูกสร้าง ทำให้มีปัญหาในการปรับปรุงอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเดิม ให้เหมาะกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Aged Friendly Environment) จึงไม่สามารถสนับสนุนการใช้ชีวิตอย่างพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุได้

3.3 ศักยภาพของชุมชนกับการดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุ

โดยภาพรวมชุมชนมีความตื่นตัวในการจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุพอสมควร ทั้งระดับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล หากได้รับการเสริมศักยภาพเรื่องภาวะผู้นำการบริหารงาน การเขียนโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุน และได้รับการสนับสนุนในระยะเริ่มต้นโครงการ ชุมชนก็จะสามารถดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนกองทุนในชุมชน ที่มีศักยภาพในการจัดสวัสดิการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอยู่แล้ว



3.4 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสวัสดิการที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบสวัสดิการ

การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จำนวน 10 คน ให้ความเห็นว่า การได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุมาก แต่มีปัญหาในการไปรับบริการเกี่ยวกับการรอนาน ความสะดวกและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความไม่เข้าใจในคุณภาพของยาที่ได้รับ ส่วนข้อเสนอคือขอความช่วยเหลือเรื่องรถพาไปโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะในเวลากลางคืน สำหรับสวัสดิการเรื่องเบี้ยยังชีพ ส่วนใหญ่เห็นว่าจำเป็นสำหรับผู้ที่ยากไร้ และเป็นห่วงว่าในอนาคตจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น รัฐบาลจะแบกรับภาระไม่ไหว และต้องการให้เจ้าหน้าที่ทำความเข้าใจกับประชาชน เรื่องกฎเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุที่สมควรได้รับเบี้ยยังชีพ เพื่อลดปัญหาข้อขัดแย้งที่มีอยู่ ผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า

“อยากให้รู้เกณฑ์กันจริงๆ ชาวบ้านจะได้ไม่ทะเลาะกัน”



บทที่ 4

ข้อเสนอแนะแนวทาง

การกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงานระบบสวัสดิการผู้สูงอายุไทย

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทย การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ปฏิบัติงานระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการระดมความคิดเห็นจากเวทีสาธารณะ คณะผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ และนำเสนอข้อเสนอแนะระดับนโยบาย และระดับการปฏิบัติงานดังนี้

4.1 ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย ควรเน้นการสนับสนุนให้ชุมชนและผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองมากกว่าการช่วยเหลือแบบสงเคราะห์ การจัดบริการแบบสงเคราะห์หรือให้เปล่า ดำเนินการเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ยากไร้

แนวทางปฏิบัติ ส่งเสริมศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มีดังนี้

4.1.1 หน่วยงานภาครัฐควรปรับบทบาทจากผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) สนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และส่งเสริมการทำงานเป็นเครือข่าย

4.1.2 หน่วยงานภาครัฐควรกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็งไว้ในแผนการดำเนินงาน โดยการพัฒนาภาวะผู้นำ การทำงานโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การรับรู้แหล่งประโยชน์/แหล่งทุนสนับสนุน และวิธีการเขียนโครงการเพื่อขอรับทุน

4.1.3 ประชาสัมพันธ์กองทุนผู้สูงอายุที่สนับสนุนโครงการเพื่อผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อกระตุ้นชุมชนให้เขียนโครงการขอรับทุนเพิ่มขึ้น

4.1.4 สนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โดยประสานแหล่งทุนสนับสนุนกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ค่าของเยี่ยมผู้สูงอายุ ค่าเดินทาง และเสริมพลังให้อผส. โดยการประกาศเกียรติคุณในรูปแบบต่างๆ



4.1.5 ส่งเสริมศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ อาจมีงบประมาณสนับสนุนชมรมที่ไม่เข้มแข็ง และสนับสนุนให้ทำงานเป็นเครือข่ายเพื่อให้เป็นศูนย์กลางของการดำเนินงานต่างๆสำหรับผู้สูงอายุ

4.1.6 ประเมินผลและขยายผลการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังผลกระทบสำหรับผู้สูงอายุ โดยประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และพิจารณาศักยภาพของชุมชนอย่างรอบคอบ

4.2 การจัดสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ควรทบทวนนโยบายเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน การจัดช่องทางด่วน/ช่องทางสีเขียวสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ และการดูแลที่บ้าน

แนวทางปฏิบัติ มีดังนี้

4.2.1 องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ควรจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เพื่อสร้างความรู้สึกรับประกันความปลอดภัยในชีวิตให้ผู้สูงอายุและประชาชน

4.2.2 ผู้บริหารจากส่วนกลางควรลงพื้นที่ เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติการเกี่ยวกับการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงหรือระเบียบต่างๆ เรื่องการจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติให้ชัดเจน

4.2.3 ศึกษาถึงความจำเป็นและช่วงระยะเวลาในการไปตรวจตามนัดของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังว่า ควรมาพบแพทย์ทุกกี่เดือน เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อาจให้ อพส. วัดความดันโลหิตหรือตรวจน้ำตาลในเลือดได้ในชุมชน หากไม่มีอาการผิดปกติ อาจจัดระบบไปรับยาโดยไม่ต้องไปพบแพทย์ หรือพบพยาบาลแทน อาจทำให้ความคับคั่งในการรอพบแพทย์ของผู้สูงอายุตามสถานบริการสุขภาพลดลง

4.2.4 ทบทวนนโยบายการเบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.2.5 พัฒนาศักยภาพในการให้บริการของสถานเฝ้าระวัง หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นสถานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนกำหนดอัตราค่าจ้างหรือตำแหน่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพดังกล่าวด้วย



4.3 สร้างระบบการออมเพื่อวัยเกษียณ

แนวทางปฏิบัติ มีดังนี้

4.3.1 ศึกษาความเป็นไปได้ทางด้านเศรษฐกิจของระบบบำนาญแห่งชาติ ตามที่นักเศรษฐศาสตร์เสนอแนะไว้ว่า ควรเป็นแบบกึ่งสะสมทรัพย์ โดยให้ผู้รับบำนาญมีส่วนร่วมในการออมระยะหนึ่งแล้วจึงรับบำนาญเมื่อถึงอายุที่กำหนด และศึกษาแบบจำลองทางเลือกของระบบการสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ ที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยเสนอแนะไว้ 3 แบบคือ 1) จ่ายบำนาญเดือนละ 600 บาท 2) จ่ายเดือนละ 900 บาท หรือ 3) เริ่มการออมตั้งแต่อายุ 25 ปี และจ่ายบำนาญเดือนละ 600 บาท

4.3.2 ศึกษาอย่างละเอียดรอบคอบถึงผลได้ ผลเสีย และความคุ้มค่าในการสมทบเงินเข้ากองทุนสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อเผยแพร่และสนับสนุนชุมชนให้เกิดการออมเพื่อวัยเกษียณและการจัดสวัสดิการภาคประชาชน

4.4 สร้างนโยบายส่งเสริมการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมอย่างผาสุกและมีศักดิ์ศรี

แนวทางปฏิบัติ มีดังนี้

4.4.1 กระทรวงศึกษาธิการควรกำหนดนโยบายให้หลักสูตรการศึกษาทุกระดับเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับความสูงอายุ เพื่อให้สังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

4.4.2 สร้างกระแสในสังคม ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในสังคม โครงการศึกษานอกโรงเรียน ควรปฏิบัติภารกิจรุกเข้าไปให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุตามชมรมผู้สูงอายุ และความรู้ที่ให้อาจเป็นเรื่องที่สนับสนุนการประกอบอาชีพในท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การตลาด การบรรจุหีบห่อผลิตภัณฑ์ การทำเกษตรอินทรีย์ตามแนวพระราชดำริ ขณะเดียวกันกระทรวงแรงงานหรือกระทรวงพาณิชย์ก็ควรเข้ามาช่วยสนับสนุนในการหาตลาดกระจายสินค้า



4.4.3 ภาครัฐควรวางแผนระยะยาว ในการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ โดยจัดให้อยู่ในชุมชนที่ลูกหลานจะมาเยี่ยมเยียนได้สะดวก หรือสร้างระบบแรงจูงใจให้ครอบครัวมาดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

4.4.4 ปรับสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้เอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาน้อยที่สุด โดยอาจประสานกับโรงเรียนอาชีวะต่างๆช่วยเหลือในการซ่อมแซมหรือปรับปรุงบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนให้นักศึกษาได้ฝึกงานและบำเพ็ญประโยชน์ไปด้วยในคราวเดียวกัน

4.5 ทบทวนนโยบายการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลืออย่างแท้จริง

แนวทางปฏิบัติ มีดังนี้

4.5.1 ประชาสัมพันธ์ระดับท้องถิ่นอย่างจริงจัง เกี่ยวกับกฎเกณฑ์การพิจารณาเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนและลดความขัดแย้งในชุมชน ตลอดจนกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมระบบการคัดเลือกผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพ

4.5.2 ศึกษาหาวิธีจ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

- ป้องกันข้อครหาทางการเมืองและการฉ้อโกงผู้สูงอายุ เช่น จ่ายผ่านระบบ อผส. ในลักษณะเป็นกรรมการรับผิดชอบร่วมกัน จ่ายในลักษณะที่ไม่ใช่เงินแต่เป็นบัตรที่นำไปแลกซื้อเครื่องอุปโภค/บริโภค
- ปรับงวดการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ถึงมือผู้สูงอายุเร็วขึ้น เป็นทุกๆ เดือน เดือนละ 1 ครั้งจริงๆ ไม่ใช่ทุก 3-6 เดือน



เอกสารอ้างอิง

- กรรมการ สุขเกษม และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2548). รายงานวิจัย กระบวนการเครือข่ายเศรษฐกิจชุมชนในการพึ่งตนเอง. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการวิชาการสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). *รวมกฎหมาย/ประกาศ/ระเบียบ ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). *กรณีศึกษาในวัดกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) : การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.
- คณะกรรมการจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุปี 2551 และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์. (2551). *เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี 2551 วันที่ 8 เมษายน 2551*. โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร.
- ฉัตรสุมน พฤทธิปัญญา และวาทีนี บุญชะลิกษ์. (2547). *การทำงานของผู้สูงอายุไทย*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2547. 25-26 พฤศจิกายน 2547. โดยสมาคมนักประชากรไทย.
- ชบ ยอดแก้ว. (มปป). *คู่มือโครงการสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชน*. สงขลา: โรงพิมพ์นำผล.
- ชมรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเพื่อผู้สูงอายุ. (มปป). “การเรียนรู้ได้ไม่รู้จบ”. แผ่นพับประชาสัมพันธ์. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ. (2548). *สุขภาพคนไทย 2548*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2550). *ข้อเสนอภาพรวมนโยบายการคลังเพื่อสังคมและสุขภาพและมาตรการเพื่อผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : ทีเค พรินติ้ง.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2548). กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*. 21 (1), 10-18.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี และนวลขนิษฐา ลิขิตลือชา. (2549). รายงานวิจัย การประเมินภาวะสุขภาพศักยภาพ ปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาว : กรณีผู้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี, สาวิตรี ทยานศิลป์ และสิริวัลย์ เรืองสุรัตน์. (2551). *บทสรุปจากเวทีสาธารณะ: การเตรียมพร้อมระบบสวัสดิการสำหรับสังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.



- ประเวศ วะสี. (2543). *คุณภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ: ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2549). *ประชากรไทยในอนาคต. ประชากรและสังคม 2549 “ภาวะการตาย...ภาพสะท้อนความมั่นคงทางประชากร”*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2551). *รายงานการวิจัย การขยายกำหนดเกษียณอายุ และการออมสำหรับวัยเกษียณอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2549). *เวทีนโยบายสาธารณะ : เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ บทบาทท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : เป้นไท่ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2550). *การประชุมระดับชาติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เรื่อง “ระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อผู้สูงอายุไทย”*. กรุงเทพฯ: บริษัทเป้นไท่ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- รศรินทร์ เกรย์. (2548). *การอยู่อาศัยร่วมกับบุตรของผู้สูงอายุไทย. ประชากรและสังคม 2548 “ประชากรของประเทศไทย ณ พ.ศ. 2548”*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2542). *การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย*. หนังสือประชุมวิชาการ “บทบาทรัฐ เอกชนและองค์กรชุมชน กับผู้สูงอายุไทย จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.
- วณิ ปิ่นประทีป และคณะ. (2550a). *โรงพยาบาล 2 บาท ชุมชนบ่คล้ำ จจริงที่ไม่ไกลเกินฝัน*. กรุงเทพฯ: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- วณิ ปิ่นประทีป และคณะ. (2550b). *1 ปี 24 บาท สร้างสุขภาพชุมชนศรีฐาน*. กรุงเทพฯ: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545a). *ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545b). *ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลีย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และมาริส ไกรฤกษ์. (2545). *ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนาศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และรัชมล คติการ. (2545). *ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย: นานาทศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, และพรทิพา สมบัติ. (2545). *ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.



- วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยปี. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนันทวิทยา.
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, อัมพร เจริญชัย, สุขุมาล ธนาเศรษฐ์อังกูล และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนันทวิทยา.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2549). รายงานการวิจัยโครงการค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- วรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ. (2551). รายงานวิจัย หลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- วเรศม์ สุวรรณระดา. (2550). กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและลำปาง: ระบบสวัสดิการภาคประชาชน นโยบายการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- วิรัตน์ คำศรีจันทร์ และคณะ. (2550). ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ. รายงานวิจัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2543). แนวคิดด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ. เอกสารรายงานการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ เรื่อง “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” จัดโดย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2542.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). รายงานการวิจัยโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). สวัสดิการผู้สูงอายุ: แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550a). ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550b). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. เอกสารรายงานการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550 เรื่อง “การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. จัดโดย สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ณ โรงแรมปรีณพาลาเลส กรุงเทพฯ วันที่ 21-23 พฤศจิกายน 2550.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568 มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับเดือนมีนาคม 2549. กรุงเทพฯ: บริษัทเอ็ดมันเพรสโปรดักส์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2551). สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 17 มกราคม 2551.



- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2549). รายงานการวิจัย โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). กรอบยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). การพัฒนาสังคมเชิงรุก มิติใหม่ของการพัฒนาในช่วงแผน 10 (2550-2554). สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2550 จาก http://www.nesdb.go.th.Postals/0/news/annual-meet/48/present/05_4.ppt
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ. (2551). กองทุนผู้สูงอายุ. มปท.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์รวบรวมข้อมูลและเผยแพร่.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล). กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงแรงงาน. (2551). รายงานสรุปผลการจัดประชุมสัมมนา เรื่อง “การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมขององค์กรด้านแรงงานก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ”. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค
- สำนักบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน. (2551). รายงานผลการดำเนินงานการจัดการศึกษาออกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2550. กรุงเทพฯ: รังสีการพิมพ์.
- สำนักวิจัยเอแบค - เค เอส ซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2546). ความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาตัวอย่างผู้ใช้บัตรทองอายุ 15 ปีขึ้นไป จาก 13 จังหวัดทั่วประเทศ ครั้งที่ 1/ 2546.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). คู่มือการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.). กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2549). “แผนการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2549”. เอกสารเผยแพร่.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2550). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (มปป). “กองทุนผู้สูงอายุ”. แผนพับประชาสัมพันธ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2543). ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการและบริการในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และศรีจิตรา บุนนาค. (2541). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย 2540*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2545). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธีรา อุ่นตระกูล และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2550). *แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ*. เอกสารประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ เรื่อง วิจัยทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ. 11-13 มิถุนายน 2550 ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรอง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care Service (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. มปท.
- อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, ชนาทิพย์ มารมย์ และกฤตยาณูชลี เพ็ญภาค. (2550). *คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล)*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. (2547). *การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพโดยครอบครัว*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2547. 25-26 พฤศจิกายน 2547. โดยสมาคมนักประชากรไทย.
- อุไรวรรณ จาริก, สุกัลยา มีงามดี และจอมขวัญ รินทะรีก. (2551). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา* (หน้า 89-99). ในหนังสือการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปี 2551 ครั้งที่ 19 จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 14-16 สิงหาคม 2551 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ .





ภาคผนวก



กำหนดการประชุมเวทีสาธารณะเรื่อง
“การเตรียมพร้อมระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ”

วันศุกร์ที่ 11 กรกฎาคม 2551 เวลา 8.30 - 16.00 น.

โรงแรมรอยัล ซิตี กรุงเทพมหานคร

ห้องกรุงเทพบอลรูม ชั้น 2

8.30 - 9.00 น.	ลงทะเบียน
9.00 - 10.00 น.	ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย....ทิศทางที่ควรเป็น คุณภาณี วัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
10.00 - 10.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.15 - 10.45 น.	นำเสนอผลการวิจัยเรื่อง “การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย” ● ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ● ดร. สาวิตรี ทยานศิลป์ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
10.45 - 12.00 น.	วิพากษ์ผลการวิจัยที่นำเสนอ โดยผู้เข้าร่วมประชุม
12.00- 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 14.30 น.	มองต่างมุมระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย ● คุณพิมล แสงสว่าง รองผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ ● คุณสมพร ไข่บางยาง อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ● คุณบุญเสริม ดวงจันทร์ กรรมการบริหารสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ● คุณเวียนนารัตน์ ช่วงวิวัฒน์ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ● คุณอุษา เขียวรอด องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ ผู้ดำเนินการอภิปราย รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
14.30 -16.00 น.	อภิปรายและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการจัดระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยผู้เข้าร่วมประชุม
16.00 น.	ปิดประชุมและรับประทานอาหารว่าง

รายชื่อหน่วยงานและองค์กรที่ให้สัมภาษณ์ระดับลึก

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3. กองสวัสดิการแรงงาน กระทรวงแรงงาน
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงแรงงาน
5. สำนักงานการศึกษานอกโรงเรียน(กศน) กระทรวงศึกษาธิการ
6. กรมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
7. สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (เชียงใหม่)
9. สาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย (เชียงใหม่)
10. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)
11. ศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลเมืองสกลนคร
12. ศูนย์ศึกษาสิทธิมนุษยชนและสิทธิสตรี (ดอกแก้วบ้านดิน)
13. โครงการสัจจะวันละ 1 บาท อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา
14. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค
15. ผู้สูงอายุ: ชุมชนชวนชื่น ชุมชนศิลปเดช ชุมชนบางขุนนนท์
อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
16. อบต.: เกาะเกร็ด สมุทรสงคราม