

รูปแบบและกระบวนการในการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อยกระดับ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย
Formats and Processes for Coordinating Cooperation Between the Public
and Private Sectors to Enhance the Quality of Life of the Elderly
in Public and Private Elderly Care Facilities in Thailand

ศิริสิทธิ์ ตั้งจิตกมล^{1*}, และจอมเดช ตริเมฆ²

Sirasit Tangjitgamol^{1*}, and Jomdet Trimek²

¹ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาผู้นำทางสังคม ธุรกิจ และการเมือง วิทยาลัยผู้นำและนวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยรังสิต

²วิทยาลัยผู้นำและนวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยรังสิต

¹Doctor of Philosophy in Leadership in Society, Business and Politics, College of Leadership and
Social Innovation, Rangsit University

²College of Leadership and Social Innovation, Rangsit University

*Corresponding Author E-mail: sirasit.tangjitgamol@gmail.com

(Received: March 25, 2025; Revised: May 8, 2025; Accepted: May 27, 2025)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาแบบการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการภาครัฐและเอกชน 2) ศึกษาแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศ 3) นำเสนอแนวทางบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยภาครัฐและเอกชน โดยงานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม รวมถึงการหาหน้าที่บริหารสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนเป็นระยะเวลา 9 ปี โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก 9 คน จาก 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ สถานประกอบการภาครัฐ สถานประกอบการภาคเอกชน นักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุและญาติที่ใช้บริการสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยจากผลการศึกษาพบว่า การจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการภาครัฐมีระดับคุณภาพชีวิตที่ครบถ้วนภายใต้ข้อกำหนดของแต่ละสถานที่ ในขณะที่สถานประกอบการภาคเอกชนมีมาตรฐานการดูแลที่ยืดหยุ่นและคุณภาพสูงกว่าทางภาครัฐ นอกจากนี้ผลการศึกษาแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น พบว่า ระบบการจดทะเบียนและบริหารงบประมาณของภาครัฐเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาสวัสดิการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากข้อมูลดังกล่าว งานวิจัยได้นำเสนอแนวทางบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเน้นการสร้างระบบชะลอความเสื่อมของสุขภาพ การยกระดับบริการด้านสุขภาพ การเอื้อสิทธิแก่ภาคเอกชนให้มีบทบาทมากขึ้น และส่งเสริมการลงทุนร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมถึงการใช้ระบบ

"ร่วมกันจ่าย (Co-pay 50-50)" หรือ BONUS's Model เพื่อพัฒนาระบบดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ทัดเทียมมาตรฐานเทียบเท่าสากล

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, สังคมสูงอายุ, คุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย, ผู้สูงอายุชายขอบ

Abstract

This qualitative research examines the "models and processes for public-private collaboration to enhance the quality of life of elderly residents in public and private elderly care facilities in Thailand." The primary objectives are: (1) to investigate the quality-of-life management models for elderly individuals in public and private elderly care facilities; (2) to explore approaches to elderly care management in other countries; and (3) to propose an integrated public-private model for elderly care in Thailand. This study employs qualitative research methods, including in-depth interviews and participant observation, alongside nine years of private experience in managing a private elderly care facility. The key informants consist of nine individuals from four main groups: representatives from public elderly care facilities, private elderly care facilities, academics specializing in elderly care policies, and elderly residents and their families utilizing these services in Thailand. The results reveal that public elderly care facilities adhere to standardized quality-of-life criteria within institutional regulations, while private facilities exhibit greater flexibility and higher service quality. Additionally, a comparative analysis of elderly care models in Sweden, the United States, and Japan highlights the crucial role of government taxation and budget management in developing welfare policies and enhancing elderly well-being. Based on these insights, this study proposes an integrated framework for improving the quality of life of the elderly in Thailand. The proposed model emphasizes health deterioration prevention, enhancement of healthcare services, increased private sector involvement, and joint public-private investments. Furthermore, the study introduces the "Co-pay 50-50" or BONUS's Model, a cost-sharing approach aimed at advancing elderly care systems in Thailand to align with international standards.

Keywords: Elderly, Aging Society, Quality of Life in the Elderly, Marginal Elderly

บทนำ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2567) ได้รายงานจำนวนประชากรโลก ด้วยอัตราจำนวนประชากร 8,045 ล้านคนในปี พ.ศ. 2566 โดยแบ่งเป็นประชากรชาย 4,043 ล้านคน และประชากรหญิง 4,002 ล้านคน โดยที่จำนวนประชากรสูงอายุหรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบนโลกนั้น มีจำนวน 1,144 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 14.2 ของประชากรโลกทั้งหมด

นอกจากนี้สถาบันข้างต้นยังได้ทำการคาดการณ์ว่า จำนวนประชากรโลกจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา 60 ปีถัดไป จาก 8,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 สู่ 10,300 ล้านคนในปี พ.ศ. 2623 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นก้าวกระโดดจาก 350 ล้านคนในปี 2518 เป็น 1,100 ล้านคนในปี 2568 อันเป็นผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีรวมถึงนวัตกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ที่สามารถยืดเวลาและรักษาชีวิตของมนุษย์ให้ยืนยาวยิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตที่น้อยลงและนโยบายควบคุมประชากรหรือค่านิยมในสังคมปัจจุบันทำให้อัตราการเกิดใหม่และประชากรวัยเยาว์และวัยทำงานลดลง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนสังคม ย่อมส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตในทุกปัจเจกบุคคลสังคมวงกว้าง (United Nations, 2024)

โดย ในปี พ.ศ. 2565 นั้น ทวีปที่มีอัตราส่วนผู้สูงอายุในประเทศมากที่สุดคือ ทวีปยุโรป อเมริกาเหนือ และภาคพื้นสมุทร โดยมีอัตราร้อยละ 26, 23 และ 17 ตามลำดับ ทว่าสำหรับทวีปอาเซียนนั้น มีจำนวนผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 649 ล้านคน จากประชากรอาเซียนทั้งหมด 4,723 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13.74 ของประชากรทั้งหมดในทวีปอาเซียน โดยมีประเทศ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22.96) ไทย (ร้อยละ 18.86) เวียดนาม (ร้อยละ 13.84) มาเลเซีย (ร้อยละ 11.43) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10.86) และเมียนมา (ร้อยละ 10.76) ของประชากรทั้งหมดในทวีปอาเซียน โดยมีประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการเติบโตของ สังคมผู้สูงอายุแบบรวดเร็วที่สุดในทวีป ด้วยอัตราส่วนประชากรสูงอายุในประเทศอยู่ที่ร้อยละ 35.84 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย ที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 หรือกล่าวได้ว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 10.4 ตามเกณฑ์ จากการคาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2565 คือ มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด โดยใช้เวลาเพียงแค่ 17 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาอันสั้นหากเทียบกับอัตราการเติบโตเชิงจำนวนของสถานการณ์ผู้สูงอายุหลายประเทศทั่วโลก (กันยารัตน์ จันทรสว่าง, 2564)

องค์การสหประชาชาติได้นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไว้ว่า เป็นทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุเกิน 65 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป (United Nations, 2024) อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกที่จริงจังไม่นิยามและตั้งเกณฑ์อายุกับนิยามของผู้สูงอายุ เนื่องจาก ผู้ที่มีอายุมากยังสามารถประกอบอาชีพและช่วยเหลือตนเองได้อย่าง

หลากหลายอย่าง เพราะฉะนั้น การนิยามเฉพาะเจาะจงคำว่าผู้สูงอายุ นั้น เป็นเรื่องที่ยังสามารถถกเถียง และยังสามารถขยายคำจำกัดความได้อย่างไม่สามารถจำแนกเฉพาะเจาะจงได้อย่างชัดเจน โดยมีปัจจัยอย่างการแบ่งตาม สังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional Markers) ตามบริบทในแง่ของกฎหมาย เงินทุนสนับสนุน และนโยบายของประเทศนั้น ๆ ที่เป็นตัวกำหนดภายใต้บทบัญญัติกฎหมายของแต่ละประเทศเป็นหลัก

สำหรับประเทศไทยนั้น ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดบริบทและบทบาทสมรรถภาพของประชาชนผู้ถือสัญชาติไทยหรือวัยเกษียณไว้ที่ 60 ปี หรือมีความหมายว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” โดยอายุที่ถูกกำหนดโดยราชบัญญัติฉบับนี้สามารถตีกรอบ ปัจเจกบุคคลที่ถือสัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในประเทศไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะถูกเรียกว่า ผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับสิทธิพิเศษบางอย่างเหนือพลเมืองอื่น ๆ เช่น เงินบำนาญ บำนาญ เบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ที่จอดรถพิเศษสำหรับผู้สูงอายุสำหรับสถานที่ราชการ และการจัดลำดับคิวเพื่อรับบริการในโรงพยาบาล เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ผู้สูงอายุในประเทศที่มีจำนวนมากเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผลที่ตามมา หลายประการ คือ ระบบสาธารณสุขโรค การรองรับเชิงเศรษฐกิจ สถานที่อยู่อาศัย และสถานที่บริการจากภาครัฐไม่เพียงพอต่อการบริการผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) นอกจากนี้ วัฒนธรรมครอบครัวเดี่ยวในปัจจุบัน ซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิกในครอบครัวเพียงพ่อ แม่ และลูก หรือปัจจัยค่าครองชีพที่ทุกคนต้องหางานทำ ต่างจากอดีตที่แต่ละครอบครัวจะมีลูกหลานจำนวนมาก จึงทำให้มีสมาชิกในครอบครัวบางท่านสามารถให้เวลามาดูแลผู้สูงอายุหรือประกอบกิจกรรมช่วยเหลือการดำรงชีวิตเองได้ ตามค่านิยมเชิงวัฒนธรรมในสังคมไทยที่มีแนวคิดที่ว่า “ลูกหลานผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความกตัญญู ใครไม่เลี้ยงดูพ่อแม่เป็นผู้กตัญญู” ย่อมส่งผลกระทบต่อภาระดูแลและเวลาที่ให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ด้วยข้อจำกัดของสังคมไทยในปัจจุบันของลักษณะการเพิ่มจำนวนของครอบครัวเชิงเดี่ยว (จิระวัฒน์ ปั่นเปี่ยมรัชฎ์ และคณะ, 2559) ส่งผลให้ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น

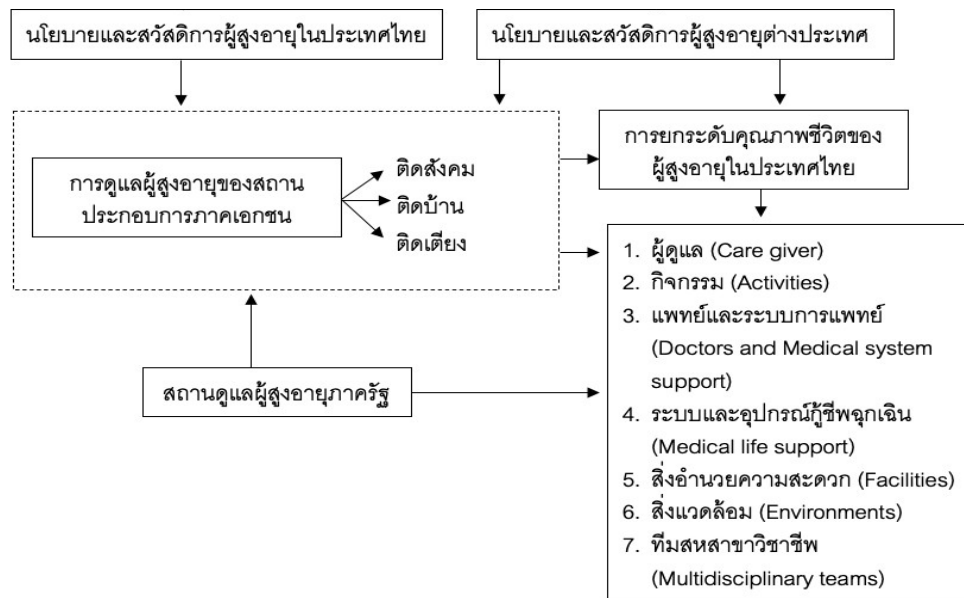
แม้จะมีสถานประกอบการภาครัฐในการให้บริการดูแลผู้สูงวัยในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างจากความเหลื่อมล้ำทางสังคม คือ มีผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการของภาครัฐได้อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้สูงวัยส่วนใหญ่ยังคงต้องต่อสู้ทางสังคมในการรับบริการภาครัฐ ส่งผลให้เกิด “ผู้สูงวัยชายขอบ” เช่น ต้องไปรอรับการบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลตั้งแต่เช้า เงินสนับสนุนภาครัฐไม่เพียงพอ หรือการที่ผู้สูงวัยที่ไม่มีลูกหลานดูแลไม่มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม (ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ, 2558) แม้ภาครัฐจะมีการจัดการปัญหาดังกล่าว เช่น บ้านพักบางแคที่เป็นหนึ่งในสถานดูแลผู้สูงวัยของภาครัฐ มีอัตราการะยะเวลารอจองคิวที่ 30 ปี จำนวนอัตรารอคิวคงที่ 2,900 คิว หรือโครงการกึ่งเอกชน ได้แก่ คอนโดสวาทคนเฒ่าที่สามารถรองรับผู้สูงวัยได้เพียง 250 คน โดยผู้พักอาศัยต้องจ่ายเงินแรกเข้า 300,000 บาท จึงอาจกล่าวได้ว่า จำนวนสวัสดิการภาครัฐเชิงที่อยู่อาศัยไม่สามารถตอบโจทก์ต่อจำนวนผู้สูงวัยที่มีความจำเป็น (ณัฐกานต์ อมาตยกุล, 2561) จากช่องว่างของการบริการจากภาครัฐดังกล่าว ส่งผลให้มีกิจการการลงทุนในสถานดูแลผู้สูงวัยภาคเอกชน ซึ่งสามารถเป็นผู้เติมช่องว่าง

โดยช่วยลดปัญหาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย ความเหลื่อมล้ำทางสังคมต่อผู้สูงวัยในการเข้าถึงสวัสดิการภาครัฐ และสถานดูแลผู้สูงวัยภาครัฐที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของสังคมผู้สูงวัย โดยสถิติของอัตราการก่อตั้งธุรกิจดูแลผู้สูงวัยรายใหม่ที่เกิดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 79.31 ของจำนวนธุรกิจดูแลผู้สูงวัยทั้งหมด ผลประกอบการเชิงรายได้ของสถานประกอบการภาคเอกชนทั้งประเทศมีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายได้ ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 อยู่ที่ 460.07, 772.23 และ 1,008.56 ล้านบาทตามลำดับ ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าภาคเอกชนได้มีการลงทุนในการเตรียมความพร้อมของสังคมสูงวัยที่เติบโตขึ้นโดยรองรับความต้องการของผู้สูงวัยในเชิงที่อยู่อาศัยและการดูแล (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า, 2564)

กระทรวงสาธารณสุขจะออกพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 เพื่อใช้ควบคุมดูแลมาตรฐานของสถานดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนให้ดำเนินการตาม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถานประกอบการภาคเอกชนสามารถเป็นผู้แก้ปัญหาสังคมสูงวัยระยะยาวจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย ความเหลื่อมล้ำทางสังคมต่อผู้สูงอายุชายขอบในการเข้าถึงสวัสดิการภาครัฐ สถานดูแลผู้สูงอายุภาครัฐไม่เพียงพอต่อความต้องการในการรองรับการเติบโตเชิงจำนวนของสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ ภาครัฐยังคงไม่มีนโยบายที่ส่งเสริม ช่วยเหลือ และบูรณาการร่วมกับสถานประกอบการเอกชนดังกล่าว และการเติบโตเชิงจำนวนของสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนโดยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐ

ดังนั้น สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาว่า สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและภาคเอกชนแตกต่างกันอย่างไรภายใต้บริบทที่หลากหลาย รวมถึงเราจะมีวิธีและกระบวนการร่วมมือกันในการที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยได้อย่างไร

โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดหลักเรื่องคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัย หลักการจากนโยบายสาธารณะและกฎหมายของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบรัฐสวัสดิการในประเทศไทยรวมเข้ากับแนวคิดการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในกิจการของรัฐ (Public-Private Partnerships) ในการอธิบายคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัยที่อาศัยในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศไทยภายใต้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัย ได้แก่ องค์ประกอบด้านร่างกาย องค์ประกอบด้านจิตใจ องค์ประกอบด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมและสถานที่ ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัต ซึ่งสามารถนำไปสู่กรอบความคิดการวิจัยได้ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

ดังนั้น การที่สังคมไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีประชากรสูงวัยเป็นตัวกำหนดอนาคตของประเทศผ่านคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัย สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาและทำความเข้าใจว่า รูปแบบไหนที่จะเหมาะสมกับการยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านการจัดการแบบบูรณาการจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยแบบเป็นรูปธรรมที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของสถานประกอบการภาครัฐและเอกชน
2. เพื่อศึกษารูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศ
3. เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดการแบบบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Methodology) โดยมุ่งเน้นการศึกษาทัศนคติและความคิดเห็นจากประสบการณ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเรื่องนโยบาย มาตรการ วิธีการดูแล และรูปแบบการจัดการของสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศไทย ผวนกเข้ากับศึกษาวิธีการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศอย่าง ประเทศสวีเดน สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น โดยใช้หลักการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ภายใต้การสัมภาษณ์แต่ละสถานที่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ผู้วิจัยได้เลือกสถานประกอบการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีจุดเด่นและแตกต่างในประเทศไทย โดยผู้วิจัยมีจุดประสงค์มุ่งเน้นศึกษาถึงกลุ่มผู้บริหารสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย กลุ่มนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายผู้สูงอายุในประเทศไทย และกลุ่มผู้สูงอายุและญาติที่ใช้บริการสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมีผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 9 คน แบ่งออกเป็น 6 กลุ่มย่อยได้แก่

- 1) การศึกษาระบบการดูแลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
- 2) การศึกษาระบบการดูแลโครงการคอนโด สว่างคนิเวศ
- 3) การศึกษาระบบการดูแลบ้านพักผู้สูงอายุ เพชรเกษมเนอร์สซิ่งโฮม
- 4) การศึกษาระบบการดูแลบ้านพักผู้สูงอายุ ชันไชนเนอร์สซิ่งโฮม
- 5) การศึกษาและสอบถามนักวิชาการด้านนโยบายผู้สูงอายุในไทย
- 6) การศึกษาและวิเคราะห์ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุผู้ใช้บริการสถานประกอบการเอกชน

และรัฐบาล

โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลสามารถแบ่งเป็นตามจำนวนได้ดังต่อไปนี้ ผู้บริหารศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคจำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารโครงการคอนโด สว่างคนิเวศ 1 ท่าน ผู้บริหารบ้านพักผู้สูงอายุ เพชรเกษมเนอร์สซิ่งโฮม 1 ท่าน ผู้บริหารบ้านพักผู้สูงอายุ ชันไชนเนอร์สซิ่งโฮม 1 ท่าน นักวิชาการด้านนโยบายผู้สูงอายุในไทย 2 ท่าน ไทย และกลุ่มผู้สูงอายุและญาติที่ใช้บริการสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย 3 ท่าน

เทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Techniques)

ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อแสวงหาประเด็นหลักและประเด็นรองของผลลัพธ์การวิจัย จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-dept Interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการนำตัวเข้าไปมีประสบการณ์โดยตรงจากการบริหารงานของสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน

โดยการเลือกใช้วิธีการ การเก็บข้อมูลโดยตรงจากผู้เกี่ยวข้องในหลายฝ่ายและหลายระดับเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงมากกว่าข้อมูลข่าวสารที่มีการเผยแพร่ในสื่อต่าง ๆ นอกจากนั้น คำถามที่ใช้อย่างสามารถศึกษาได้ในหลายแง่มุม รวมทั้ง คุณภาพชีวิตที่มีหลายองค์ประกอบทั้งทางร่างกาย ความรู้สึก จิตใจ ทัศนคติการนึกคิด และสัมพันธภาพทางสังคมทำให้เห็นภาพรวมจากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยได้นำคำถามการวิจัยปรึกษาและพัฒนา กับอาจารย์ที่ปรึกษา อีกทั้งผู้วิจัยได้ทดลองลงพื้นที่และทำงานภาคบริหาร เพื่อศึกษานำร่อง (Pilot Study) ซึ่ง

ได้นำคำถามการวิจัยไปทดลองสัมภาษณ์กับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชน รวมถึงมีโอกาสได้สัมภาษณ์พูดคุยกับกลุ่มแพทย์ที่โรงพยาบาลวชิระพยาบาล เมื่อวันที่ 5-10 มกราคม พ.ศ. 2568

จริยธรรมการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการแจ้งพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยมีหนังสือขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลจากการวิจัยได้รับความร่วมมือในบางส่วนสำหรับการเปิดเผยชื่อ นามสกุล และรายละเอียดที่ระบุตัวตนเป็นอย่างดี

กระบวนการวิเคราะห์ตีความของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) โดยใช้กระบวนการและวิธีการวิเคราะห์ตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพอันได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยแสงประเด็นหลัก (Major Themes) จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด มาพิจารณาแบ่งออกเป็นประเด็นย่อย (Sub-themes) และหัวข้อย่อย (Categories) โดยการเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ภาพรวมไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นย่อย ในระหว่างที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการกระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนั้น ผู้วิจัยยังได้ดำเนินการกระบวนการสะท้อน (Reflection) ควบคู่ไปด้วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการตรวจสอบ พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจของผู้วิจัยต่อเนื้อหาและการตีความตามกรอบแนวคิดทฤษฎีในการแสวงหาข้อค้นพบหรือคำตอบของการวิจัยนี้

ผลการวิจัย

รูปแบบและแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของสถานประกอบการภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 ประเภทตามลักษณะการใช้ชีวิตด้านกายภาพ คือ 1) ติดสังคม โดยบุคคลสามารถใช้ชีวิตในสังคม 2) ติดบ้าน ผู้ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน และ 3) ติดเตียง คือ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา ซึ่งการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุตามลักษณะข้างต้นนั้นเกี่ยวข้องกับ “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” โดยตรง ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships Domain) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Domain)

ตามหลักเกณฑ์จากพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยพระราชบัญญัติฯ ที่บังคับใช้นั้นกำหนดอัตราส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ คือ 1 คนต่อ 5 คน ตามลำดับ ผลจากการวิจัยด้านสถานภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุในสถานประกอบการนั้น อัตราส่วนดังกล่าวมีความแตกต่างกันระหว่างสถานประกอบการภาครัฐและภาคเอกชน โดยพบว่า อัตราส่วนของผู้ช่วยพยาบาลซึ่งเป็นพนักงานดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการบ้านพักบางแคมป์อัตราส่วน 1 ผู้ดูแล ต่อ 10-15 ของผู้สูงอายุในบ้านพักฯ นอกเหนือจากข้อจำกัดทางจำนวนผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอและต่ำกว่าที่กำหนดไว้แล้ว ด้านนโยบายและงบประมาณจากหน่วยงาน

ภาครัฐยังคงค่อนข้างจำกัด ในสถานประกอบการบ้านพักบางแค มีงบประมาณอยู่ที่ 57 บาทต่อผู้สูงวัยต่อคนต่อวัน ซึ่งจำนวนดังกล่าวต้องบริหารจัดการอาหารให้ครบ 3 มื้อและของว่าง ตามข้อบังคับของพรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ส่วนในสถานประกอบการโครงการสว่างนิเวศนั้นมีพันธกิจในการดูแลเฉพาะผู้สูงวัยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีกำลังทรัพย์ในระดับหนึ่งเท่านั้น จึงไม่มีปัญหาของจำนวนผู้ดูแล และงบประมาณค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ส่วนสถานประกอบการดูแลผู้สูงวัยภาคเอกชนได้ทำตามกฎหมายภายใต้มุมมองการดูแลตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงวัยที่ใช้บริการตามมาตรฐานกฎหมายพรบ. ข้างต้นได้เป็นอย่างดี โดยมีจำนวนผู้ดูแลตรงตามเกณฑ์ขั้นต่ำ หรือมากกว่า รวมทั้งไม่มีข้อจำกัดของงบประมาณด้านอาหารเนื่องจากการบริหารจัดการจากค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากครอบครัวผู้สูงวัยโดยตรง

ส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมภายใต้ขอบเขตคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในสถานประกอบการนั้น จากการวิจัยพบว่า ทุกสถานประกอบการดูแลผู้สูงวัยในภาครัฐและภาคเอกชนนั้น มีมาตรฐานที่ค่อนข้างดี เนื่องจากการออกแบบห้องและตัวตึก พื้นที่ใช้สอย และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้สูงวัยสามารถใช้งานได้ ในแต่ละสถานประกอบการมีครบถ้วนตามพรบ.ฯ ซึ่งให้ประโยชน์ต่อผู้สูงวัยในการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย

ส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนั้นพบว่า ทั้งสถานประกอบการภาครัฐและภาคเอกชน มีการให้บริการครบแบบมีเงื่อนไข กล่าวคือ ผู้สูงวัยที่อาศัยในสถานประกอบการภาครัฐและภาคเอกชนนั้น มีปฏิสัมพันธ์อันดีจากกลุ่มผู้สูงวัยที่อาศัยในสถานประกอบการเดียวกัน เนื่องจากมีอายุและฐานะใกล้เคียงกันเลยมีทัศนคติ การพูดคุย แบบแผนการใช้ชีวิต ลักษณะครอบครัว และปัญหาทางชีวิตค่อนข้างคล้ายกัน ส่งผลให้การเข้าถึงสังคมของผู้สูงวัยในสถานประกอบการเดียวกันนั้น มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนกิจกรรมด้านปฏิสัมพันธ์โดยผู้ดูแลนั้น ยังมีเงื่อนไข 2 ประการ คือ ผู้ดูแลในสถานประกอบการภาครัฐที่มีจำกัดทำให้การสนับสนุนเป็นไปได้จำกัด ในขณะที่ไม่มีข้อจำกัดดังกล่าวในสถานประกอบการภาคเอกชน เงื่อนไขอีกประการที่พบในสถานประกอบการทั้ง 2 แห่ง คือ กิจกรรมปฏิสัมพันธ์นั้นเป็นไปตามลักษณะของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ติดเตียงนั้น จะเป็นข้อจำกัดด้านคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงวัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงวัยที่อาศัยในสถานประกอบการภาครัฐอย่าง “บ้านพักผู้สูงวัยบางแค” และ “โครงการสว่างนิเวศ” นั้น มีคุณภาพชีวิตที่ครบองค์ประกอบแต่มีเงื่อนไข หรือกล่าวได้ว่า ภาครัฐได้ดำเนินการด้านนโยบายและภาคปฏิบัติแบบครบองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยที่อาศัยในสถานประกอบการด้วยคุณภาพที่ดีกว่าทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ ปฏิสัมพันธ์ในสังคม และสิ่งแวดล้อม หากเปรียบเทียบกับสถานฯ ภาคเอกชนอย่างบ้านพักผู้สูงวัยเพชรเกษมเนอร์สซิงโฮม และบ้านพักผู้สูงวัยซันไซน์เนอร์สซิงโฮม ที่ซึ่งมีการให้บริการและการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยแบบครบองค์ประกอบคุณภาพชีวิตแบบดีตามความต้องการของผู้อยู่อาศัยเป็นหลัก

รูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในต่างประเทศ

จากการศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงวัยจากภาครัฐและเอกชนในประเทศสวีเดน สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่นนั้น สามารถสรุปนโยบายโดยการเปรียบเทียบกับนโยบายการดูแลผู้สูงวัยในประเทศไทยได้ดังต่อไปนี้

1) ประเทศสวีเดน

ประเทศสวีเดนเป็นประเทศที่มีคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัยอันดับต้นๆของโลก ทั้งนี้ เป็นผลจากการที่ประเทศเป็นรัฐแบบสังคมนิยมประชาธิปไตย (Social Democratic) โดยภาครัฐจะจัดสรรสวัสดิการแก่ประชากรทุกคนอย่างเท่าเทียมและครบถ้วน ค่าใช้จ่ายสวัสดิการได้มาจากการบริหารระบบภาษี ระบบรัฐสวัสดิการ รวมถึงระบบบำนาญและระบบประกันสังคมที่ดี โดยอัตราการเก็บภาษีของประชากรอยู่ที่ 50% ของรายได้ทั้งหมดของประชากร โดย 30% ของอัตราการเก็บภาษีจะถูกส่งไปที่ท้องถิ่นเพื่อพัฒนา และอีก 20% ของอัตราการเก็บภาษีจะเข้าสู่รัฐบาลกลาง ส่วนระบบบำนาญของประเทศสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ บำนาญจากรายได้ทั่วไป บำนาญจากการทำงาน และบำนาญจากการลงทุนส่วนตัว

โดยที่ประชากรสูงวัยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะได้รับรัฐสวัสดิการตามอัตราการจ่ายภาษี ทว่าสำหรับประชากรที่มีรายได้ไม่ถึงเกณฑ์ที่เสียภาษีนั้นจะได้รับเงินช่วยเหลือทดแทนจากรัฐบาลกลาง สวัสดิการที่นอกเหนือจากเงินบำนาญข้างต้นนั้น ทางรัฐยังได้จัดสวัสดิการให้แก่ประชากรสูงวัย คือ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เงินอุดหนุนผู้สูงวัย การให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ตามที่อยู่อาศัยและสถานประกอบการดูแลผู้สูงวัย สิ่งพื้นฐานในการดำรงชีวิต และส่วนลดในการเดินทางของผู้สูงวัย

หากเปรียบเทียบรัฐสวัสดิการและเงินเกษียณตอนสูงวัยระหว่างประเทศสวีเดนและประเทศไทย สามารถสรุปได้ว่า ระบบรัฐสวัสดิการของไทยนั้นไม่สามารถเทียบกับระบบรัฐสวัสดิการของประเทศสวีเดนได้เลย โดยผู้สูงวัยในประเทศไทยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สามารถขอรับบริการต่าง ๆ จากภาครัฐได้ แต่การเข้าถึงสิทธิพิเศษต่าง ๆ ของผู้สูงวัยเป็นได้ยากและไม่ทั่วถึง เนื่องจากรัฐสวัสดิการในประเทศไทยนั้น เป็นรัฐสวัสดิการประเภทเสรีนิยม (Liberal) ที่หากประชาชนผู้เข้าไม่ถึงรัฐสวัสดิการ ต้องรับผิดชอบด้วยการซื้อประกันจากภาคเอกชนหรือหาทางเลือกในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการจากรัฐด้วยทางอื่นแทน ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจมาจากการดูแลหลังเกษียณของผู้สูงวัยที่ไม่เสียภาษีไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เช่น เบี้ยช่วยเหลือผู้สูงวัยอยู่ที่ 600 -1,000 บาทต่อเดือน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงวัย หรือการเข้ารักษาที่โรงพยาบาลที่ต้องรอคิวและระยะเวลาการนัดเพื่อพบแพทย์ที่ใช้เวลาดีก่อนช้านาน ส่วนผู้สูงวัยที่มีฐานะปานกลางถึงฐานะดีในประเทศไทยนั้นจะเลือกอยู่ที่สถานพยาบาลหรือสถานประกอบการดูแลผู้สูงวัยภาคเอกชน ซึ่งต่างจากประเทศสวีเดนที่ภาครัฐได้คุมอำนาจบริหารแบบเบ็ดเสร็จภายใต้นโยบายสนับสนุนผู้สูงวัยในประเทศอย่างมีคุณภาพ

2) ประเทศสหรัฐอเมริกา

การให้ความสำคัญต่อสิทธิผู้สูงวัยในประเทศมหาอำนาจของโลกอย่างสหรัฐอเมริกา ที่เป็นดินแดนอิสระ (The Land of the Freedom and Independence) ส่งผลให้อุดมคติในการใช้ชีวิตของ

ประชากรในประเทศมีแนวคิดที่อิสระต่อการกระทำทุกอย่าง ทั้งทางด้านความคิด การดำเนินชีวิตภายใต้กรอบของกฎหมาย การหาเงินที่ใช้ช่องว่างของกฎหมายในการกระทำธุรกรรม รวมทั้งอิสระด้านการเลือกที่อยู่อาศัยในการใช้ชีวิตในช่วงท้ายของประชากรสูงวัย โดยสามารถแบ่งที่อยู่อาศัยออกเป็น 6 รูปแบบ คือ การอยู่บ้านของตนเอง บ้านเช่า ที่พักเฉพาะผู้สูงวัย สถานประกอบการดูแลผู้สูงวัย การส่งผู้ดูแลตามบ้าน และศูนย์ดูแลผู้สูงวัยที่มีสมองเสื่อมโดยเฉพาะ

นอกเหนือจากแนวคิดในการใช้ชีวิตของประชากรแล้ว การที่พลเมืองเสียภาษีถูกต้องตามกฎหมายระบบประกันสังคม ระบบบำนาญและระบบประกันสุขภาพ ทำให้มีสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพทั้งจากโปรแกรมช่วยเหลือด้านการแพทย์ เครื่องนุ่งห่ม การช่วยเหลือด้านอาหาร ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย กล่าวคือ พลเมืองสูงวัยที่เสียภาษีถูกต้องตามกฎหมายสามารถพึ่งพิงทางการเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลตอนเกษียณในการดูแลชีวิตทั้งหมด หรืออยู่ด้วยทุนทรัพย์ของตนเองสำหรับประชากรสูงวัยที่มีฐานะค่อนข้างดี อุดมคติด้านอิสระการใช้ชีวิตข้างต้นนั้นได้นำไปการบริหารรัฐสวัสดิการภายในประเทศสู่ระบบบริหารงานสวัสดิการแบบเสรีนิยม (Liberal) ที่มีกลไกทางการจัดสรรสวัสดิการแห่งรัฐขึ้นพื้นฐานเพียงพอต่อประชากรให้เข้าถึง

เมื่อเปรียบเทียบกับสวัสดิการรัฐในประเทศไทยกับข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ระบบประกันสังคมและรัฐสวัสดิการสำหรับพลเมืองสูงวัยที่เสียภาษีถูกต้องตามกฎหมายนั้นอยู่ในเกณฑ์ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นไปทางเศรษฐกิจ ร่วมกับระบบการให้บริการภาครัฐโดยเฉพาะการให้บริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบโดยบริษัทประกัน ที่ซึ่งเป็นหน้าที่เชิงบังคับของพลเมืองที่ต้องจ่ายภาษีและประกันควบคู่ภายใต้การบังคับใช้ทางกฎหมาย ส่งผลให้พลเมืองสูงวัยที่เสียภาษีนั้น มีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่ามากหากเปรียบเทียบกับรัฐสวัสดิการในประเทศไทย ที่แม้ว่าจะจ่ายภาษีแบบมีลำดับขั้น ผู้สูงวัยทุกระดับฐานะในประเทศไทยยังคงต้องพึ่งพางบประมาณส่วนตัวเป็นหลักในการดำรงชีวิต

3) ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศตัวอย่างการศึกษาสุดท้ายของงานวิจัย คือ ระบบจากประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่มีความสอดคล้องและมีนโยบายคล้ายคลึงกับประเทศไทยมากที่สุด เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัยอย่างกระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้งบประมาณส่งผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงวัยไปดูงานที่ประเทศดังกล่าวบ่อยที่สุด จากการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆของประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสังคม ระบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานประกอบการดูแลผู้สูงวัยภาครัฐและเอกชนที่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ มีระบบบำนาญ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ระบบบำนาญแห่งชาติและระบบบำนาญพนักงาน ที่เป็นภาคบังคับในการได้รับเงินสนับสนุนและการดูแลจากภาครัฐเพื่อดูแลผู้สูงวัยระยะยาว ส่วนการดูแลค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลทั้งหมดดำเนินการภายใต้ระบบประกันสุขภาพแบบร่วมจ่าย (Co-payment) โดยประชาชนสูงวัยต้องร่วมจ่าย 10% ของรายจ่ายด้านการใช้บริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้งที่ใช้บริการ

จากการที่จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมาก ประเทศญี่ปุ่นจึงมีนโยบายสำคัญในการชะลอปัญหาด้านสุขภาพ คือ มีเบี้ยให้ผู้สูงอายุถนอมร่างกายของตนเอง เพื่อประหยัดงบประมาณจากการดูแลสุขภาพในระยะยาวรวมถึงการรักษาประชากรผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประเทศญี่ปุ่นสามารถประหยัดงบประมาณด้านการแพทย์และสามารถชะลอการป่วยของประชากรสูงอายุได้ในเวลาเดียวกัน

รูปแบบการจัดการแบบบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ

จากข้อมูลที่ศึกษา พบว่า ประเทศไทยนั้นยังคงมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงระบบการให้บริการด้านสุขภาพจากสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ที่ดูแลและกำกับโดยหน่วยงานภาครัฐ ผู้วิจัยจึงนำเสนอปัญหาที่พบและวิธีการแก้ปัญหาภายใต้รูปแบบการจัดการแบบบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ใน 5 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

1) รูปแบบการชะลอการสูงอายุ (การแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ)

ระบบสาธารณสุขในประเทศไทยยังคงเน้นการดูแลรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วย คือ แก้ปัญหาที่ปลายเหตุแต่ไม่ได้เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน หรือเน้นการใช้ชีวิตที่ถูกสุขลักษณะ มีการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อป้องกันโรค การตรวจโรคประจำปีของบุคคลเพื่อป้องกันหรือการรักษาเบื้องต้นก่อนพบโรค ทำให้ผู้สูงอายุที่ร่างกายเสื่อมสภาพลงจึงมีโอกาสเจ็บป่วยค่อนข้างสูงโดยเฉพาะใน กลุ่มประชากรที่อาจไม่ได้มีการถนอมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ระบบดังกล่าวนี้ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุอันประกอบไปด้วยร่างกาย จิตใจ ปฏิสัมพันธ์ในสังคม และสิ่งแวดล้อมนั้น ได้รับผลกระทบในวงกว้างและหลายมิติ

ดังนั้น การดูแลสุขภาพและการชะลอการสูงอายุในประชากร หรือ “การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของประชากรสูงอายุจากนโยบายและภาคปฏิบัติจากภาครัฐ” จึงมีความสำคัญ โดยเป็นการป้องกันหรือแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ซึ่งจะช่วยรักษาสุขภาพ ชะลอปัญหาและลดปัญหาสุขภาพประชากรสูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สามารถงบประมาณและยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุ

2) รูปแบบการบูรณาการระบบให้บริการสุขภาพ (การแก้ไขปัญหาที่กระบวนการ)

จากข้อมูลที่พบ หน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยไม่สามารถเติมเต็ม หรือให้บริการด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทียบเท่ากับประเทศชั้นนำได้อย่างมีคุณภาพและเพียงพอสำหรับการดูแลคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุ ปัญหาที่ประเทศไทยยังไม่สามารถพัฒนาได้อย่างสมบูรณ์อาจเป็นจากหลายปัจจัย ซึ่งอาจเป็นผลต่อเนื่องหรือเกี่ยวข้องกันของการดูแลรักษาสุขภาพ ปัญหาในการเข้าถึงระบบการให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล นำไปสู่ความต้องการในการช่วยเหลือในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาเรื่องสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ปัญหาเรื่องจำนวนหรือที่ตั้งของโรงพยาบาลและ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ปัญหาเรื่องพาหนะและอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน ปัญหาเรื่องนโยบายและงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และปัญหาเรื่องการประเมินผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อสถานประกอบการภาครัฐ ส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐต้องวิเคราะห์เพื่อแก้ไขและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุในสังคมต่อไป

แนวทางหนึ่งของการแก้ไขปัญหาข้างต้นจากผลสรุปของงานวิจัยนี้นั้น สามารถทำได้โดย “พัฒนาสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการของประเทศไทยแก่ผู้สูงวัยในการยกระดับคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม” โดยอาจนำรูปแบบและองค์ความรู้จากต่างประเทศมาใช้กับประเทศไทย เช่น ระบบการเก็บภาษีเฉพาะในช่วงวัยทำงาน เป็นเบี้ยสะสมเพื่อใช้ในวัยสูงวัย ระบบร่วมจ่ายในการดูแลสุขภาพ (co-payment) การเชื่อมต่อข้อมูลสำคัญด้านการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อยกระดับการดูแล สิทธิการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ การเพิ่มและคำนวณจำนวนโรงพยาบาลให้เหมาะสมแก่ประชากรในแต่ละพื้นที่ การออกกฎหมายที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของประชากรสูงวัยให้อยู่ในระดับมาตรฐานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น ให้บริการยานพาหนะและอุปกรณ์แก่ผู้สูงวัย การหาผู้ดูแลจากรัฐหรือจิตอาสาไปที่บ้านผู้สูงวัยที่มีความต้องการ ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการด้านการแพทย์ในประเทศไทยยกระดับได้ทัดเทียมกับต่างประเทศที่มีคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัยอยู่ในเกณฑ์ที่ดีอย่างยั่งยืน

3) รูปแบบที่ภาครัฐให้สิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชน เพื่อดึงมาร่วมพัฒนา (การแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ)

ข้อมูลในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลและสถานประกอบการดูแลผู้สูงวัยภาครัฐนั้น ไม่พร้อมและเพียงพอต่อความจำเป็นของประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมสูงวัยในปัจจุบัน ทั้งนี้ อาจเกิดจากการบริหารเชิงนโยบาย งบประมาณ ทำให้มีข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการและจำนวนบุคลากร จากความไม่พร้อมดังกล่าวนี้ ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงวัย และอยู่ในเกณฑ์ต้องเร่งพัฒนา

แนวทางที่สามารถแก้ปัญหาได้ง่าย มีความรวดเร็ว ประหยัดงบประมาณ และสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในสังคม คือ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงวัย ในรูปแบบ “การเอื้อสิทธิแก่ภาคเอกชน” โดยการเชิญภาคเอกชนมาร่วมช่วยเหลือหน่วยงานภาครัฐในการขยายขอบเขตด้านการให้บริการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการให้สิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการออกกฎหมายเพื่อเอื้อประโยชน์แก่สถานประกอบการดูแลผู้สูงวัยภาคเอกชนเพื่อเชิญให้ภาคเอกชนสนใจเข้าร่วมในการช่วยยกระดับการบริการด้านการแพทย์ของหน่วยงานภาครัฐ เช่น สิทธิประโยชน์ด้านการยกเว้นหรือลดหย่อนภาษี การเชื่อมต่อระบบข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลและสถานประกอบการดูแลผู้สูงวัย การให้อำนาจแพทย์ในสถานประกอบการฯ เท้าเทียมกับแพทย์ในโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงวัย และ/หรือการเชื่อมต่อการให้บริการทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลและสถานประกอบการฯ

ทั้งนี้ ผู้รับประโยชน์สูงสุดจากการที่ภาครัฐให้สิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชน เพื่อดึงมาร่วมพัฒนาดังกล่าวนั้น คือ ประชากรสูงวัยที่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตจากการเข้าถึงสวัสดิการได้ง่ายขึ้น ซึ่งแม้จะไม่ได้รับจากภาครัฐโดยตรงแต่เป็นการสนับสนุนพิเศษโดยอ้อมจากภาครัฐผ่านทางภาคเอกชน

4) รูปแบบการลงทุนร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน (การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน)

การแก้ไขปัญหาทั้ง 3 ประการข้างต้น ได้แก่ การถนอมสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพ และการเอื้อสิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชนนั้น เป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุระหว่างกระบวนการ และปลายเหตุตามลำดับ มิได้เป็นการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างด้านการให้บริการในระยะยาว

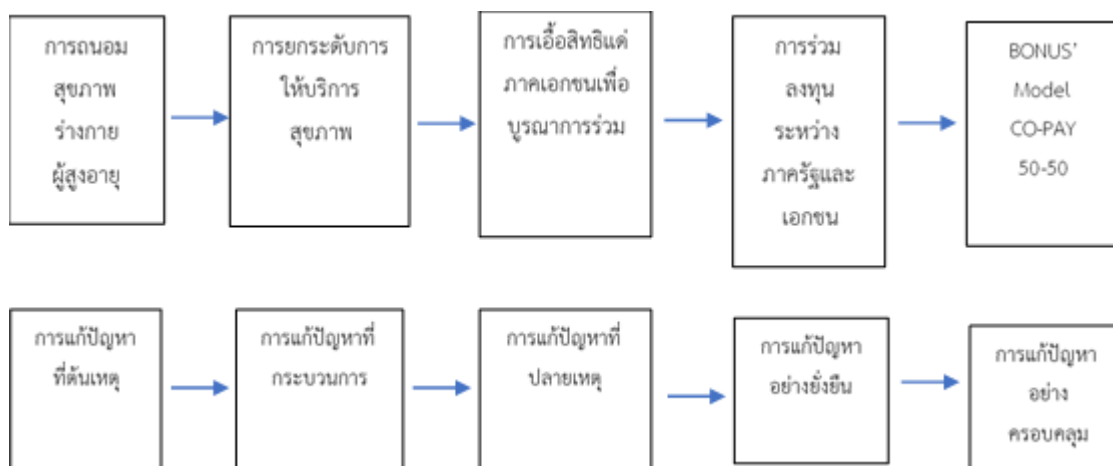
การแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุอย่างยั่งยืนนั้น อาจสามารถทำได้โดยการจัดการในรูปแบบแบบ “การร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (Public-Private Partnerships)” โดยลักษณะการร่วมลงทุนดังกล่าว ได้แสดงออกถึงการวางแผนในระยะยาวเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการ ให้มีมาตรฐานที่คล้ายคลึง หรือสามารถลดช่องว่างของความเหลื่อมล้ำด้านบริการและจำนวนระหว่างสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถตอบโจทย์ที่สำคัญด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นอย่างมาก หากพิจารณาจากสถานการณ์สังคมสูงอายุภายใต้บริบทเชิงจำนวนที่เพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุ และลักษณะครอบครัวเดี่ยวในประเทศไทย

ประโยชน์ที่จะได้จากการร่วมลงทุนดังกล่าว คือ ทุกฝ่ายต่างได้ประโยชน์ โดยหน่วยงานภาครัฐได้ขยายขอบเขตการให้บริการอย่างมีคุณภาพ และภาคเอกชนได้ทำธุรกิจเชิงบวก ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำเนินนโยบายในแต่ละองค์กร (กมลมาลย์ ไชยศิริธัญญา, 2558) รูปแบบการร่วมลงทุนดังกล่าว จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีความต้องการในการเข้ารับบริการในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ ที่ภาครัฐไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอและการบริการจากบุคลากรที่มีจำกัดจากปัญหาด้านงบประมาณ ประโยชน์ที่ได้ คือ ประชากรสูงอายุสามารถเข้าถึงสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในราคาที่จับต้องได้และเพียงพอต่อความต้องการ แต่ในขณะเดียวกัน ประชากรสูงอายุยังสามารถรับบริการที่มีมาตรฐานเทียบเท่ากับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน มีการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน คือ นับเป็นการแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพชีวิตประชากรสูงอายุในระยะยาว

5) รูปแบบ BONUS's Model Co-pay 50-50 (การแก้ไขปัญหาย่างครอบคลุม)

อ้างอิงจากผลการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอรูปแบบของการแก้ไขปัญหารูปแบบที่ 5 โดยเป็นแนวคิดที่ถูกคิดค้นโดยผู้วิจัยเอง ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาย่างครอบคลุม เพื่อปรับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุเชิงคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นรูปธรรม

การนำระบบการดูแลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริงด้วย “ระบบร่วมกันจ่าย (Co-pay 50-50)” ที่ครอบคลุมประชากรสูงอายุทุกคนในสังคมไทย จากการที่ให้ประชากรสูงอายุต้องร่วมจ่ายด้วยอัตราร้อยละ 50 และภาครัฐร่วมจ่ายด้วยอัตราร้อยละ 50 ดังตัวอย่างจากประเทศญี่ปุ่นที่ให้ประชากรผู้สูงอายุต้องร่วมจ่ายกับรัฐบาลด้วยในอัตราร้อยละ 10 ในขณะที่ภาครัฐร่วมจ่ายในอัตราร้อยละ 90 อย่างไรก็ตามในประเทศไทยซึ่งมีเศรษฐกิจและอัตราการเก็บภาษียังไม่ดีเท่าประเทศญี่ปุ่น ดังนั้น อัตราดังกล่าวอาจพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เช่น มีการร่วมจ่ายร้อยละ 50สำหรับค่าบริการด้านการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาล สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐ เอกชน ผลที่ออกมาจะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมทุกชนชั้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทย



รูปที่ 2 แผนผังแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบและกระบวนการในการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐ และเอกชนในประเทศไทย” สามารถอภิปรายผลจากการวิจัยและสัมภาษณ์ ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- 1) เพื่อศึกษารูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของสถานประกอบการภาครัฐและเอกชน
- 2) เพื่อศึกษารูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศ
- 3) เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดการแบบบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ

การตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของสถานประกอบการภาครัฐและเอกชน

World Health Organizations (2021) เริ่มต้นด้วยความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือมนุษย์หลากหลายเพศที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมของแต่ละปัจเจกบุคคลที่มีอายุ 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ภายใต้นิยามตามมุมมองสภาพสังคมและสภาพร่างกายเป็นหลัก

โดยผู้สูงอายุสามารถจำแนกเป็น 3 ประเภทตามลักษณะการใช้ชีวิตด้านกายภาพ คือ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ที่สามารถใช้ชีวิตในหมู่สังคม ใช้ชีวิตที่บ้าน และมีลักษณะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แบบติดเตียง ของผู้สูงวัยแต่ละท่านตามลำดับ

ทว่าการยกระดับความสำคัญในผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตตามลักษณะข้างต้นนั้น เกี่ยวข้องกับ “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” โดยตรง ที่ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต คือ 1) องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical Domain) 2) องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological Domain) 3) องค์ประกอบด้าน

ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships Domain) และ 4) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Domain) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยดังกล่าว สามารถแยกลักษณะคุณภาพภายใต้มุมมองด้านคุณภาพชีวิตได้ตามสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและภาคเอกชนได้อย่างชัดเจน (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.)

จากการวิจัยด้านสถานภาพด้านร่างกายของผู้สูงวัยในสถานประกอบการนั้นพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการภาครัฐบาลนั้น แตกต่างกับสถานประกอบการภาคเอกชนที่จำนวนผู้ดูแลที่ต้องมีการดูแลตามหลักเกณฑ์ที่บังคับใช้ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 แบบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ต้องมีการดูแลอัตราส่วน 1 คนดูแลต่อ 5 ผู้สูงอายุ เนื่องจากอัตราส่วนของผู้ช่วยพยาบาลซึ่งเป็นพนักงานดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการบ้านพักบางแคมีอัตราส่วน 1 ผู้ดูแล ต่อ 10-15 ของผู้สูงอายุในบ้านพักฯ และด้วยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานประกอบการโครงการสว่างนิเวศที่มีพันธกิจในการดูแลเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ส่งผลให้มีมิติคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุจากอัตราส่วนคนดูแลไม่เพียงพอตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนั้น ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ค่อนข้างต้องการการช่วยเหลือทั้งในด้านนโยบายใหม่และงบประมาณ ให้เพียงพอต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของคุณภาพชีวิต

ซึ่งเป็นผลกระทบต่อเนื่องแก่ทางคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงวัยในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐเช่นเดียวกัน เนื่องจากข้อจำกัดทางพนักงานดูแลผู้สูงอายุและงบประมาณรายจ่ายค่าดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการบ้านพักบางแคในแต่ละวัน อยู่ที่ 57 บาทต่อผู้สูงอายุในแต่ละท่าน ที่ต้องบริหารให้ครบทั้งอาหาร 3 มื้อและของทานเล่น ตามข้อบังคับของพรบ. สถานประกอบเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุในสถานประกอบการภาครัฐบ้านพักฯนั้นมีอัตราที่ไม่มั่นคง จากการต้องแบ่งรับแบ่งสู้ด้านงบประมาณจากมูลนิธิบ้านพักบางแคที่ซึ่งมีงบประมาณค่อนข้างจำกัดจากปัญหาด้านนโยบายและงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ

แต่ในขณะเดียวกันนั้น สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน ได้ทำตามกฎหมายภายใต้มุมมองการดูแลองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงวัยที่ใช้บริการได้เป็นอย่างดีและตามมาตรฐานกฎหมายพรบ.ข้างต้น

ส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตอย่างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของสถานประกอบการนั้นพบว่า ทั้งสถานประกอบการภาครัฐบาลและเอกชน มีการให้บริการครบองค์แบบมีเงื่อนไข หรือกล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานประกอบการภาครัฐและเอกชนนั้น มีปฏิสัมพันธ์อันดีจากกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานประกอบการเดียวกัน เนื่องจากมีอายุและฐานะใกล้เคียงกันเลยมีทัศนคติ การพูดคุย แบบแผนการใช้ชีวิต ลักษณะครอบครัว และปัญหาทางชีวิตค่อนข้างคล้ายกัน ส่งผลให้การเข้าสังคมของผู้สูงอายุในสถานประกอบการเดียวกันนั้น มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างดี โดยมีเงื่อนไขตามลักษณะของสภาพร่างกายยังใช้ได้คือ ส่วนลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียงนั้น จะเป็นข้อจำกัดด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยที่หลีกเลี่ยงมิได้

ด้านสภาพแวดล้อมภายใต้ขอบเขตคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในสถานประกอบการนั้น จากการวิจัยพบว่า ทุกสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในภาครัฐและเอกชนนั้น มีมาตรฐานที่ค่อนข้างดีเยี่ยม เนื่องจากการออกแบบห้องและตัวตึก พื้นที่ใช้สอย และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้ ในแต่ละสถานประกอบการมีครบถ้วนตามพรบ.ฯ ซึ่งให้ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างเต็มที่

จากการอภิปรายผลการวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานประกอบการภาครัฐอย่าง “บ้านพักผู้สูงอายุบางแค” และ “โครงการสว่างนิเวศ” นั้น มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ค่อยครบองค์ประกอบหรือกล่าวได้ว่า ภาครัฐได้ดำเนินการด้านนโยบายและภาคปฏิบัติแบบครบองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานประกอบการด้วยคุณภาพที่ดีกว่าทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ ปฏิสัมพันธ์ในสังคม และสิ่งแวดล้อม หากเปรียบเทียบกับสถานภาคเอกชนอย่างบ้านพักผู้สูงอายุเพชรเกษมเนอร์สซิงโฮม และบ้านพักผู้สูงอายุซันไชน์เนอร์สซิงโฮมที่มีการให้บริการและการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยแบบครบองค์ประกอบคุณภาพชีวิตแบบดีเยี่ยมตามความต้องการของผู้อยู่อาศัยเป็นหลัก

การตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษารูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในต่างประเทศ

จากการศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุจากภาครัฐและเอกชนในประเทศสวีเดน สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่นนั้น สามารถสรุปนโยบายโดยการเปรียบเทียบกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ดังต่อไปนี้

1) ประเทศสวีเดน

เริ่มต้นที่ประเทศสวีเดน เป็นประเทศที่มีคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัยอันดับต้นๆของโลก ผลจากการบริหารระบบรัฐสวัสดิและประกันสังคมที่ดีเยี่ยม โดยอัตราการเก็บภาษีของประชากรอยู่ที่ 50% ของรายได้ทั้งหมดของประชากร โดย 30% ของอัตราการเก็บภาษีจะถูกส่งไปที่ท้องถิ่นเพื่อพัฒนา และอีก 20% ของอัตราการเก็บภาษีจะเข้าสู่รัฐบาลกลาง ซึ่งเป็นรัฐสวัสดิการแบบสังคมนิยมประชาธิปไตย (Social Democratic) โดยการที่ภาครัฐได้จัดสรรสวัสดิการแก่ประชากรทุกคนอย่างเท่าเทียมและครบถ้วน (โกชม โกยทอง, 2565)

นอกจากนี้ระบบบำนาญของประเทศยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ บำนาญจากรายได้ทั่วไป บำนาญจากการทำงาน และบำนาญจากการลงทุนส่วนตัว ซึ่งประชากรสูงวัยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะได้รับรัฐสวัสดิการตามอัตราการจ่ายภาษี ทว่าสำหรับประชากรที่มีรายได้ไม่ถึงเกณฑ์ที่เสียภาษีนั้นจะได้รับเงินช่วยเหลือทดแทนจากรัฐบาลกลาง (Larsson & Thorslund, 2020)

นอกเหนือจากเงินบำนาญข้างต้นนั้น ทางรัฐยังได้จัดสวัสดิการให้แก่ประชากรสูงวัย คือ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เงินอุดหนุนผู้สูงอายุ การให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ตามที่อยู่อาศัยและสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ สิ่งพื้นฐานในการดำรงชีวิต และส่วนลดในการเดินทางของผู้สูงวัย (Swedish Pensions Agency, 2021)

หากเปรียบเทียบรัฐสวัสดิการและเงินเกษียณตอนสูงวัยระหว่างประเทศสวีเดนและประเทศไทย สามารถสรุปได้ว่า ระบบรัฐสวัสดิการของไทยนั้นไม่สามารถเทียบกับระบบรัฐสวัสดิการของประเทศสวีเดน

ได้เลย โดยผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สามารถขอรับบริการต่างๆจากภาครัฐได้ แต่ด้วยเหตุผลสำคัญในการเข้าถึงสิทธิพิเศษต่างๆของผู้สูงวัยที่สามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการฯได้ยาก เนื่องจากรัฐสวัสดิการในประเทศไทยนั้น เป็นรัฐสวัสดิการประเภทเสรีนิยม (Liberal) ที่หากประชาชนผู้เข้าไม่ถึงรัฐสวัสดิการ ต้องรับผิดชอบด้วยการซื้อประกันจากภาคเอกชนหรือหาทางเลือกในการเข้าถึงสิทธิรัฐสวัสดิการด้วยทางอื่นแทน (โกชม โกยทอง, 2565)

ผนวกเข้ากับการดูแลหลังเกษียณของผู้สูงวัยที่ไม่เสียภาษีไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ยกตัวอย่างเช่น เบี้ยช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่ที่ 600 -1,000 บาทต่อเดือน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงวัย หรือการเข้ารักษาที่โรงพยาบาลที่ต้องรอคิวและระยะเวลาการนัดเพื่อพบแพทย์ที่ใช้เวลาค่อนข้างนาน ส่วนผู้สูงวัยที่มีฐานะปานกลางถึงฐานะดีในประเทศไทยนั้นจะเลือกอยู่ที่สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน ซึ่งต่างจากประเทศสวีเดนที่ภาครัฐได้คุมอำนาจบริหารแบบเบ็ดเสร็จภายใต้นโยบายสนับสนุนผู้สูงวัยในประเทศ

2) ประเทศสหรัฐอเมริกา

การให้ความสำคัญต่อสิทธิผู้สูงวัยในประเทศมหาอำนาจของโลกอย่างสหรัฐอเมริกา ที่เป็นดินแดนอิสระ (The Land of the freedom and independence) ส่งผลให้อุดมคติในการใช้ชีวิตของประชากรในประเทศมีแนวคิดที่อิสระต่อการกระทำทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นอิสระด้านความคิด อิสระด้านการกระทำภายใต้กรอบของกฎหมาย อิสระด้านการเงินที่ใช้ช่องว่างของกฎหมายในการกระทำธุรการ และอิสระด้านการเลือกที่อยู่อาศัยในการใช้ชีวิตบั้นปลาย (Russell, 2024)

จากการเลือกรูปแบบการดำรงชีวิตบั้นปลายของผู้สูงวัยในประเทศนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 6 รูปแบบ คือ การอยู่บ้านของตนเอง การอยู่บ้านเช่า ที่พักเฉพาะผู้สูงอายุ สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ การส่งผู้ดูแลตามบ้าน และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมโดยเฉพาะ

ผนวกเข้ากับสิทธิประโยชน์แต่ละเมืองที่เสียภาษีถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งจากหลักประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพ ระบบบำนาญ โปรแกรมช่วยเหลือด้านการแพทย์ เครื่องนุ่งห่ม การช่วยเหลือด้านอาหาร ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย ส่งผลให้ประชากรสูงวัยสามารถเลือกชีวิตบั้นปลายได้อย่างอิสระ หรือกล่าวคือ พลเมืองสูงวัยที่เสียภาษีถูกต้องตามกฎหมายสามารถพึ่งพิงพาเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลตอนเกษียณในการดูแลชีวิตทั้งหมด หรืออยู่ด้วยเงินตัวเองสำหรับประชากรสูงวัยที่มีฐานะค่อนข้างดี อุดมคติด้านอิสระการใช้ชีวิตข้างต้นนั้นนำไปสู่การบริหารรัฐสวัสดิการภายในประเทศสู่ระบบบริหารงานสวัสดิการแบบเสรีนิยม (Liberal) ที่มีกลไกทางการจัดสรรสวัสดิการแห่งรัฐขั้นพื้นฐานเพียงพอต่อประชากรที่เข้าถึงเท่านั้น (โกชม โกยทอง, 2565)

จากข้อมูลด้านรัฐสวัสดิการของประเทศสหรัฐอเมริกาข้างต้น หากเปรียบเทียบกับรัฐสวัสดิการในประเทศไทยสามารถสรุปได้ว่า ระบบประกันสังคมและรัฐสวัสดิการสำหรับพลเมืองสูงวัยที่เสียภาษีถูกต้องตามกฎหมายนั้นอยู่ในเกณฑ์ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นไปทางเศรษฐกิจ ร่วมกับระบบการให้บริการภาครัฐ

โดยเฉพาะการให้บริการทางการแพทย์ที่มีการจ่ายให้โดยบริษัทประกัน ที่ซึ่งเป็นหน้าที่เชิงบังคับของพลเมืองที่ต้องจ่ายภาษีและประกันควบคู่ภายใต้การบังคับใช้ทางกฎหมาย ส่งผลให้พลเมืองสูงวัยที่เสียภาษีนั้น มีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่ามากหากเปรียบเทียบกับรัฐสวัสดิการในประเทศไทย ที่แม้ว่าจะจ่ายภาษีแบบมีลำดับขั้น ผู้สูงอายุทุกระดับฐานะในประเทศไทยยังคงต้องพึ่งพางบประมาณส่วนตัวเป็นหลักในการดำรงชีวิต

3) ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศตัวอย่างการศึกษาสุดท้ายของงานวิจัย คือนโยบายจากประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่มีความสอดคล้องและคล้ายคลึงกับนโยบายในประเทศไทยมากที่สุด เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัยอย่างกระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้งบประมาณส่งผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุไปดูงานที่ประเทศดังกล่าวบ่อยที่สุด จากการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ของประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสังคม ระบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชนที่มีความคล้ายคลึงกัน

โดยวิวัฒนาการจากระบบการดูแลค่าใช้จ่ายทั้งหมดภายใต้ระบบประกันสุขภาพสู่การร่วมจ่าย (Co-payment) จากประชาชนสูงวัยที่ 10% ของรายจ่ายด้านการให้บริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้งที่ใช้บริการด้านการแพทย์ ผนวกเข้ากับนโยบายที่สำคัญในการชะลอด้านจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมากอย่างมีนัยยะด้วยการออกนโยบายเบี่ยงป้องกันการดูแลระยะยาวให้ผู้สูงอายุดูแลร่างกายของตนเอง เพื่อการชะลอปัญหาด้านสุขภาพและประหยัดงบประมาณจากระบบการรักษาจากประชากรผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประเทศญี่ปุ่นสามารถประหยัดงบประมาณด้านการแพทย์และสามารถชะลอการป่วยของประชากรสูงวัยได้ในเวลาเดียวกัน (สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ ประเทศญี่ปุ่น, 2562)

ส่วนระบบบำนาญของประเทศญี่ปุ่นนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ระบบบำนาญแห่งชาติและระบบบำนาญพนักงาน ที่เป็นภาคบังคับในการได้รับเงินสนับสนุนและการดูแลจากภาครัฐเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Takayama, 2011)

จากการศึกษารูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่นนั้นสามารถสรุปได้ว่า การจัดการแนวทางการดูแลคุณภาพชีวิตของประเทศสวีเดนนั้น เป็นการจัดการแบบรวมอำนาจการบริหารรัฐสวัสดิการแบบสังคมนิยมประชาธิปไตย (Social Democratic) ไว้ที่ภาครัฐ ที่จะกระจายการให้บริการรัฐสวัสดิการแบบเท่าเทียม โดยมีพื้นฐานการจ่ายภาษีที่ค่อนข้างสูงเพื่อสนับสนุนงบประมาณด้านการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศหลังเกษียณ

ซึ่งแตกต่างกับแนวทางการดูแลประชากรสูงวัยในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีการบริหารรัฐสวัสดิการแบบเสรีนิยม (Liberal) ที่ประชากรสูงวัยในประเทศสามารถมีอิสระในการเลือกใช้ชีวิตบั้นปลายที่หลากหลาย และจำกัดประชากรสูงวัยแค่เพียงบางกลุ่มในการเข้าถึงบริการรัฐสวัสดิการจากภาครัฐ

นอกจากนี้ รูปแบบการจัดการคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในประเทศญี่ปุ่นนั้น เป็นรูปแบบของการบริหารแบบนโยบายสอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริงของจำนวนประชากรสูงวัยและงบประมาณของ

ประเทศในขณะนั้น ส่งผลให้การบริหารงานและนโยบายของประเทศที่มีการดูแลด้านการให้บริการทั้งหมดจากภาครัฐสู่การออกนโยบายร่วมกับจ่าย (Co-payment) จนถึงการสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลแก่ประชากรสูงวัยในการถนอมร่างกายเพื่อลดการป่วยและประหยังบประมาณในประเทศระยะยาว

การตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดการแบบบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันนี้ต้องยอมรับความจริงที่ว่าประเทศไทยนั้นยังคงมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงระบบการให้บริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลและสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ที่ดูแลและกำกับโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น การรอคิวของผู้ป่วยที่นัดหมอเพื่อตรวจในโรงพยาบาลภาครัฐ การรอคิวของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ หรือการเข้าถึงรัฐสวัสดิการสิทธิที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยระหว่างการรอนั้น ยังคงเป็นคำถามที่ไม่มีคำตอบว่าจะจบสิ้นหรือมีการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยเมื่อใด ทั้งที่มีการบริหารจากรัฐบาลและกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแลนโยบายและภาคปฏิบัติต่อประชากรสูงวัยในประเทศไทยโดยเฉพาะ

จากปัญหาหลากหลายสาเหตุไม่ว่าจะเป็นการผิดเปลี่ยนรัฐบาลในแต่ละยุคสมัย จึงทำให้นโยบายและการปฏิบัติของพนักงานภาครัฐเปลี่ยนไปตามผู้บริหาร งบประมาณของประเทศที่ไม่สามารถเก็บภาษีได้ในอัตราที่เหมาะสมกับจำนวนประชากร ปัญหาด้านการคอร์รัปชันในหน่วยงานรัฐบาล และการออกนโยบายไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่มีผู้ปฏิบัติหน้างานให้ความคิดเห็นนั้น ได้ส่งผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตประชากรในประเทศโดยเฉพาะประชากรสูงวัย

นอกจากนี้ หากมองย้อนไปที่จุดเริ่มต้นของปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัยในประเทศนั้น กลุ่มประชากรดังกล่าวมิได้มีการถนอมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี การแก้ปัญหาของระบบสาธารณสุขในประเทศไทยยังคงเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ หรือกล่าวคือ ประชากรสูงวัยมีโอกาสป่วยค่อนข้างสูง เนื่องจากจากนโยบายและการเข้าถึงการให้บริการสุขภาพของภาครัฐที่ไม่ได้เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงการตรวจโรคประจำปีเพื่อป้องกัน หรือเป็นการรักษาเบื้องต้นเพื่อหาแนวทางการใช้ชีวิตก่อนพบโรคร้ายแรง โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดคือการการชะลอความสูงวัยในประชากร ส่งผลให้วิธีการแก้ปัญหาอันดับแรกคือ “การเตรียมความพร้อมด้านสภาพร่างกายและจิตใจของประชากรสูงวัยจากนโยบายและภาคปฏิบัติจากภาครัฐ” โดยมีจุดประสงค์ในการชะลอปัญหาและยืดเวลาการเจ็บป่วยของประชากรสูงวัย ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัยได้เป็นอย่างดี

การแก้ไขปัญหาวិธีการที่ 2 นั้นเป็นการยกระดับในช่วงกระบวนการของการแก้ไขปัญหา เป็นสาเหตุจากผลกระทบต่อเนื่องด้านการเข้าถึงระบบการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งสามารถชี้ให้เห็นได้ชัดว่า หน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยไม่สามารถเติมเต็ม หรือให้บริการด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยเทียบเท่ากับประเทศชั้นนำที่มีระดับรัฐสวัสดิการต่อผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

ด้วยปัญหาที่หลากหลายและไม่ได้แก้ไขอย่างถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาเรื่องสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ปัญหาเรื่องจำนวนและค่าตอบแทนของบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาเรื่องจำนวนโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ปัญหาเรื่องพาหนะและอุปกรณ์สำหรับผู้สูงวัยมีภาวะฉุกเฉิน ปัญหาเรื่องนโยบายและงบประมาณไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง หน่วยงานภาครัฐต้องเร่งแก้ไขเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงวัย ยกตัวอย่างเช่น การขาดบุคลากรทางการแพทย์มากเกินไปในแต่ละโรงพยาบาล ส่งผลให้บริการด้านการแพทย์ต่อประชากรผู้สูงวัยมีปัญหาไม่ครอบคลุมหรือเข้าถึงยาก ซึ่งเป็นผลกระทบต่อเนื่องจากการใช้งบประมาณไม่เพียงพอจากหน่วยงานภาครัฐสู่โรงพยาบาล (วรธา มงคลสืบสกุล, 2565)

ส่วนการแก้ไขปัญหาข้างต้นจากผลสรุปของงานวิจัยนี้ สามารถทำได้โดย “พัฒนาสิทธิขั้นพื้นฐานและรัฐสวัสดิการของประเทศไทยสำหรับผู้สูงอายุในการยกระดับคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม” โดยเน้นการสร้างระบบ Co-payment (สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ ประเทศญี่ปุ่น, 2562) และการนำองค์ความรู้จากต่างประเทศมาใช้กับประเทศไทยอย่างยั่งยืน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการระบบการเก็บภาษี การเชื่อมต่อข้อมูลสำคัญด้านการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อยกระดับการดูแล สิทธิการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ การเพิ่มเงินค่าตอบแทนให้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อดึงดูดบุคลากร การเพิ่มและคำนวณจำนวนโรงพยาบาลให้เหมาะสมแต่ละพื้นที่ การออกกฎหมายเพื่อเอื้อต่อคุณภาพชีวิตประชากรผู้สูงวัยในระดับมาตรฐาน และการให้บริการยานพาหนะและอุปกรณ์สำหรับผู้สูงวัยภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการด้านการแพทย์ในประเทศไทยให้ยกระดับได้ทัดเทียมกับต่างประเทศที่มีคุณภาพชีวิตประชากรผู้สูงวัยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

การแก้ไขปัญหาวิธีการที่ 3 ทำได้โดย “การเอื้อสิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชน” สาเหตุจากการต้องยอมรับความจริงของหน่วยงานรัฐบาลที่ว่า สถานประกอบการภาครัฐทั้งโรงพยาบาลและสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุนั้น ไม่พร้อมต่อการตอบโจทก์ของปัญหาด้านสังคมผู้สูงวัยในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักในการตอบคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในประเทศไทยที่อยู่ในเกณฑ์ต้องเร่งพัฒนา จากการไม่พร้อมด้านการบริหารเชิงนโยบาย งบประมาณ จำนวนบุคลากรและภาคปฏิบัติ ส่งผลลัพท์ต่อประชากรผู้สูงวัยจากการที่หน่วยงานดังกล่าว ได้แก้ปัญหาและวางแผนอย่างไม่ยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม หนึ่งในวิธีการแก้ปัญหาที่เร็วที่สุด คือการให้สิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชน เพื่อเป็นแรงจูงใจในการดึงภาคเอกชนมาร่วมช่วยเหลือหน่วยงานภาครัฐในการขยายขอบเขตและสถานบริการเพื่อให้บริการทางการแพทย์ หรือกล่าวคือ ออกกฎหมายเพื่อเอื้อประโยชน์แก่สถานประกอบการภาคเอกชนเพื่อดึงให้ภาคเอกชนสนใจเข้าร่วม ไม่ว่าจะเป็นสิทธิประโยชน์ด้านการยกเว้นภาษี การเชื่อมต่อระบบข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลและสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ การให้อำนาจแพทย์ในสถานประกอบการเท่าเทียมกับแพทย์ในโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ และ/หรือการเชื่อมต่อการให้บริการทางการแพทย์ระหว่าง

โรงพยาบาลและสถานประกอบการฯ โดยมีจุดประสงค์สูงสุด คือการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

จากการแก้ไขปัญหาทั้ง 3 ประการข้างต้นได้แก่ การถนอมสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพ และการเอื้อสิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชนนั้น เป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุระหว่างกระบวนการ และปลายเหตุตามลำดับ ทว่าการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างยั่งยืนนั้น ทำได้โดย “การร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน” เป็นการแก้ไขปัญหาข้อที่ 4 โดยการลงทุนลักษณะดังกล่าวจะแสดงออกถึงการวางแผนในระยะยาวเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในสถานประกอบการที่มีมาตรฐานคล้ายคลึงกันระหว่างสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นการตอบโจทก์ที่สำคัญของสังคมสูงวัยในประเทศไทยเป็นอย่างมาก จากสถานการณ์ด้านจำนวนประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะ และการเพิ่มจำนวนของลักษณะครอบครัวเดี่ยวในสังคม

ผนวกเข้ากับผลประโยชน์ที่จะได้จากการร่วมลงทุนดังกล่าว ที่ต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์จากการที่หน่วยงานภาครัฐได้ขยายขอบเขตการให้บริการ และภาคเอกชนได้กำไร ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำเนินนโยบายในแต่ละองค์กร (กมลมาลย์ ไชยศิริธัญญา, 2558)

ส่งผลให้การแก้ปัญหายั่งยืนจากการลงทุนสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชนนั้น มีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูง หากคำนึงถึงบริบทแวดล้อมภายใต้สถานการณ์อย่าง ภาวะเศรษฐกิจ และภาวะสังคมสูงวัยในประเทศไทย

การแก้ไขปัญหาสุดท้าย หรือการแก้ไขปัญหาข้อที่ 5 คือการแก้ปัญหาย่างครอบคลุม เนื่องจากการแก้ปัญหาลักษณะทั้ง 4 ข้อนั้น ยังก่อให้เกิดประชากรสูงวัยชายขอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรสูงวัยที่ยังเข้าไม่ถึงการให้บริการด้านสุขภาพ และหน่วยงานภาครัฐไม่มีงบประมาณเพียงพอต่อการให้บริการทุกความต้องการของประชากรสูงวัย ส่งผลให้การนำวิธีการที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพประชากรสูงวัยในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นการจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพจากประชากรสูงวัย และการร่วมกันจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยให้ประชากรสูงวัยร่วมรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลร่วมกับภาครัฐที่อัตราส่วนร้อยละ 10 ต่อ ภาครัฐร้อยละ 90 ของค่ารักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง (สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ ประเทศญี่ปุ่น, 2562) มาปรับประยุกต์อัตราส่วนของการร่วมกันจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เข้ากับบริบททางเศรษฐกิจและนโยบายจากหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยนั้น เป็นเรื่องที่ เหมาะสม และน่าจะสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงหากดำเนินนโยบายและการบริหารจากหน่วยงานภาครัฐใกล้เคียงที่สุดที่ โดยกำหนดอัตราส่วนของการร่วมกันจ่ายอยู่ที่ร้อยละ 50 ต่อ ภาครัฐ 50 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ซึ่งจะถูกเรียกตามการคิดค้นของผู้วิจัยว่า BONUS's Model (CO-PAY 50-50)

ด้วยวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ จะสามารถทำให้หน่วยงานภาครัฐที่ไม่มียงบประมาณเพียงพอ สามารถประหยัดงบประมาณต่อหัวในการให้บริการด้านการแพทย์ รวมถึงเพิ่มและขยายขอบเขตการให้บริการด้านการแพทย์สู่ประชากรสูงวัยให้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านการแพทย์มากขึ้นอีกด้วย

สรุปได้ว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยจากองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ร่างกาย จิตใจ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม นั้น พบว่า สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐนั้นยังมีช่องว่างของการพัฒนาและปรับปรุง โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งต่างจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนที่มีองค์ประกอบอันครบถ้วน

นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตจากการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศอย่าง สวีเดน สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่นนั้น อยู่ในเกณฑ์ดีมาก จากการเปรียบเทียบคุณภาพประชากรสูงวัยในแต่ละประเทศ ทั้งในด้านรัฐสวัสดิการขั้นพื้นฐานปัจจัย 4 การให้บริการและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ระบบบำนาญ ระบบประกันสุขภาพ การให้เงินสนับสนุนอย่างเพียงพอสำหรับผู้เสียภาษี อีกระบบการเลือกในชีวิตรับบำนาญ ความเพียงพอของสถานที่และบุคลากรต่อความต้องการจากประชากรสูงวัย และการเสนอองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน

ผนวกเข้ากับข้อสรุปของแนวทางการร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐบาลและเอกชนที่สามารถสรุปได้จากการแก้ปัญหาดังกล่าวของปัญหา กระบวนการของปัญหา ปลายทางของปัญหา การแก้ปัญหายั่งยืน และการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุม จากการถนอมร่างกายและสุขภาพของประชากรสูงวัย การยกระดับบริการทางการแพทย์ การเอื้อสิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชนเพื่อบูรณาการร่วมกัน การลงทุนร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และการเสนอระบบการร่วมกันจ่ายภายใต้ BONUS's Model ตามลำดับ

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่องนี้ มีจุดประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการแสวงหาคำตอบเชิงนโยบาย และวิธีการแก้ไขปัญหายุกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย จากปัญหา 3 ด้านที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชน ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านการเข้าถึงระบบและการบริการให้บริการด้านสุขภาพ และปัญหาที่หน่วยงานภาครัฐเสนอสถานที่และบริการไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชากรสูงวัย

โดยจากการศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย 6 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) การศึกษาระบบการดูแลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 2) การศึกษาระบบการดูแลโครงการคอนโด สว่างคิโนเวส 3) การศึกษาระบบการดูแลบ้านพักผู้สูงอายุ เพชรเกษมเนอร์สซิงโฮม 4) การศึกษาระบบการดูแลบ้านพักผู้สูงอายุ ชันโซเนอส์ซิงโฮม 5) การศึกษาและสอบถามนักวิชาการด้านนโยบายผู้สูงอายุในไทย และ 6) การศึกษาและ

วิเคราะห์ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุผู้ใช้บริการสถานประกอบการเอกชนและรัฐบาล เพื่อให้ได้คำตอบพร้อมกับการนำตัวเข้าไปทำงานด้านการบริหารสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนของผู้วิจัยเอง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษารูปแบบแนวทางการจัดการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่นที่มีอัตราคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัยในประเทศอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ผนวกเข้ากับการทบทวนคำตอบในการแก้ปัญหาจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และเจียรนัยข้อมูลข้างต้นออกมาเป็น วิธีแก้ปัญหาด้านการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

โดยผลงานวิจัยพบว่า ปัจจุบันนี้ปัญหาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัยในประเทศไทยได้อยู่ในระดับที่คงที่ต่อการเปลี่ยนแปลง หรือกล่าวคือหน่วยงานภาครัฐยังคงไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัยอันประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสถานที่ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อประชากรสูงวัยในการดำรงชีวิต จากการศึกษาคุณภาพชีวิตประชากรสูงวัยที่อาศัยในสถานประกอบการภาครัฐและเอกชนในประเทศ การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุจากภาครัฐและเอกชนในต่างประเทศ และแนวทางการร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบคำตอบของการแก้ปัญหาในงานวิจัยภายใต้หัวข้อ “รูปแบบและกระบวนการในการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐ” ว่าการชะลอสุขภาพของประชากรสูงวัย การบูรณาการและปรับปรุงระบบการให้บริการด้านสุขภาพ การเอื้อสิทธิแต่ภาคเอกชนในการดึงมาช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต การลงทุนร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และการนำเสนอระบบร่วมกันจ่าย (Co-pay 50-50)” (BONUS’s Model) คือคำตอบที่สามารถปฏิรูประบบสุขภาพและสร้างนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยให้ทัดเทียมกับต่างประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

1) จากกรณีศึกษาในครั้งนี้ ได้อธิบายถึงแนวทาง วิธีการ และรูปแบบ อันเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการรังสรรค์แนวคิด นโยบายการลงทุน และนวัตกรรมใหม่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานประกอบการภาครัฐและเอกชน แต่ภายหลังจากที่เกิดการยกระดับดังกล่าวแล้ว ควรมีการศึกษาค้นคว้าเพื่อต่อยอดด้านนวัตกรรมที่ยั่งยืนในการถนอมและประยุกต์ใช้กับคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในประเทศไทยให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อประเทศชาติตามยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2565)

2) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ได้ถูกนำไปใช้ให้เกิดรูปธรรมได้จริง แต่ยังคงมีช่องว่างสำหรับการปรับเปลี่ยนเพื่อพัฒนาได้อีกมาก โดยเฉพาะช่องว่างอย่าง การห้ามหมอนิพนธ์ปรับเปลี่ยนขนาดการให้ยา การนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีเข้ามาในศูนย์ที่ต้องขออนุญาตกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ การบริหารพนักงานในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การไปดูลานของราชการในต่างประเทศแต่ก่อให้เกิดประโยชน์ไม่ได้ตามความคาดหวังของประชาชน และการเชื่อมต่อฐานข้อมูลผู้สูงวัยระหว่างภาครัฐ

และเอกชน ยังคงเป็นคำถามของผู้ใช้บริการในสถานประกอบการสุขภาพจวบทุกวันนี้ ส่งผลให้การวิจัยค้นคว้า ครั้งถัดไปเพื่อแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการยกระดับคุณภาพชีวิตนั้นจำเป็นอย่างยิ่งยวด

3) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไปในเรื่องของความยั่งยืนในนโยบาย งบประมาณ และ กฎกระทรวงทุกกระทรวงให้สอดคล้องกัน เพื่อการบูรณาการร่วมกันให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงใน สังคมไทย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2566) ยกตัวอย่างเช่น เบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็น จริงทางเศรษฐกิจ หรือระบบประกันสุขภาพที่ยังคงเป็นคำถามต่อการรอคิวเข้ารับบริการของผู้สูงวัยในการใช้ บริการกับโรงพยาบาลและสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุภาครัฐ เพื่อมีเป้าหมายสุดท้ายคือการยกระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในประเทศอย่างร่างกาย จิตใจ สังคม ปฏิสัมพันธ์และ สภาพแวดล้อมของผู้สูงวัยได้อย่าง แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2565). *อว. พาไปดู 6 นวัตกรรมสำหรับสังคมสูงวัย ที่ตอบโจทย์ไลฟ์สไตล์ของ "คนวัยเก๋า" พัฒนาโดย NIA*. สืบค้นจาก

<https://www.mhesi.go.th/index.php/en/all-media/infographic/7552-650630general.html>

กันยารัตน์ จันทน์สว้าง. (2564). การจัดสวัสดิการของรัฐเพื่อรับรองสังคมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น: กรณีศึกษาเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารนิติศาสตร์และสังคม ท้องถิ่น*, 6(1), 163-184.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า. (2564). *ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ ยังขยายขึ้นต่อเนื่อง 3 ปี เล็งโอกาสขยายธุรกิจที่เกี่ยวข้อง*. สืบค้นจาก https://www.dbd.go.th/news_view.php?nid=469420217

กมลมาลัย ไชยศิริธัญญา. (2558). การบริหารจัดการศึกษาแบบรัฐร่วมเอกชน. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 8(1), 95-108.

จิระวัฒน์ ปิ่นเปี่ยมรัชฎ์, วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, ยศ วัชรคุปต์, พลอย ธรรมภิรานนท์, นุชพนิต นาคพิทักษ์, พลิชฐ์ พัจนา, . . . และวรรัตน์ บุญรัตนกรกิจ. (2559). *โครงการการสังเคราะห์งานวิจัยว่าด้วยการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ในมิติการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและความมั่นคงทางการเงินของ ประชากร*. สืบค้นจาก https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:58424

ณัฐกานต์ อมาตยกุล. (2561). *รายงาน: บ้านหลังสุดท้าย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)*. สืบค้น จาก <https://knowledgefarm.tsri.or.th/the-last-home/>

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2567). *Aging Focus: จัปตาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นจาก https://thaitgri.org/?p=40236&fbclid=IwY2xjawKD0TlleHRuA2FlbQlXMAbicmlkETfkdEtvUEp6dmw1bUI3RIEyAR4BBG4FOTOVXHmlnFKQHYIQ4JVLwRzZ6Pq62ABSzqJKPBM-CVHP1YqTA3msiA_aem_lqAUjeNMw5ozjIY2MQVxLA
- ราชกิจจานุเบกษา. (2559). *พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559*. เล่ม 133 ตอนที่ 22 ก หน้า 1-16 ประกาศใช้ 27 มีนาคม 2559.
- วรธา มงคลสืบสกุล. (2565). การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์*, 6(1), 55–69. สืบค้นจาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/saujournalssh/article/view/257255>
- สำนักข่าว Thai PBS. (2568). *ประกันสุขภาพเปลี่ยน! Copayment คืออะไร ทำไมต้องจ่ายร่วม?* สืบค้นจาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/348438>
- สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ ประเทศญี่ปุ่น. (2562). *วิวัฒนาการระบบประกันสังคม ผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น*. สืบค้นจาก www.ditp.go.th/contents_attach502424502424.pdf
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2566). *การบูรณาการความร่วมมือ 7 กระทรวง: การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มผู้สูงอายุ) พ.ศ. 2565 – 2569*. สืบค้นจาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/download/?did=209360&id=103506&reload=>
- Larsson, K., & Thorslund, M. (2020). Aging in Sweden: Local and national perspectives on care for older people. *International Journal of Social Welfare*, 29(4), 324–333. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12411>
- United Nation. (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of Results*. Retrieved from <https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2024-summary-results>
- Russell, N. (2024). *Why this aging millennial still loves America, even if Gen Z doesn't get it? Our constitutional freedoms, coupled with America's free market, have propelled our nation to extraordinary success by most metrics*. Retrieved from <https://www.usatoday.com/story/opinion/columnist/2024/07/03/america-freedom-fourth-of-july-patriot/74269852007>
- Swedish Pensions Agency. (2021). *The Swedish pension system*. Retrieved from <https://www.pensionsmyndigheten.se/other-languages/english/the-swedish-pension-system>

Takayama, N. (2011). Pension coverage in Japan. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 36(4), 662-677.

World Health Organizations. (2021). *Ageing and Health*. Retrieved from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>