



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การวิเคราะห์ข้อจำกัดของการให้บริการด้านการแพทย์
และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยของ
ประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

จัดทำโดย นางพุกกลิ่น ตรีสุโกศล
รหัส 10032

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 10 ปี 2561
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การวิเคราะห์ข้อจำกัดของการให้บริการด้านการแพทย์
และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุของ
ประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

จัดทำโดย นางพุกกลิ่น ตรีสุโกศล
รหัส 10032

หลักสูตรนักรับราชการทูต รุ่นที่ 10 ปี 2561
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักรับบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ.....
(เอกอัครราชทูต ดร. อภิชาติ ชินวรโรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. กฤตินี ณัฏฐวุฒิสัทธา)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทเรศ ศรีโชติ)
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเทศไทยมีประชากรสูงวัยเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ในขณะที่ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 10 หรือมากกว่า 7 ล้านคน และภายในปี 2583 ประชากรในกลุ่มนี้จะเพิ่มจำนวนเป็น 17 ล้านคน ซึ่งมากกว่า 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งครอบคลุมทั้งผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดี มีโรคประจำตัว หรือเป็นกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ต้องมีคนดูแล การวางแผน การเตรียมความพร้อมรองรับให้ครอบคลุมทุกด้านของการให้บริการ โดยมีการประสานความร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

รายงานฉบับนี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัดของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยของประเทศไทยโดยศึกษาเปรียบเทียบกับระบบของประเทศญี่ปุ่น ประเด็นการบริหารจัดการนโยบายลงสู่ชุมชนที่มีความชัดเจนของประเทศญี่ปุ่นในด้านการเพิ่มจำนวนและศักยภาพของบุคลากร ทำให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงวัยที่ติดบ้าน ติดเตียง ประเด็นความยุ่งยากซับซ้อนของการให้บริการร่วมกันของสถานพยาบาลด้านสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันโรคผิวหนัง โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) สถาบันทันตกรรม และสถาบันสูงอายุ ทั้งในด้านการให้บริการการรักษา การบริหารจัดการทรัพยากร การบริการจัดการงบประมาณ และการบริหารจัดการด้านเทคโนโลยี เพื่อนำผลมาเป็นแนวทางในการวางแผน ปรับปรุงการดำเนินงานในอนาคต การให้การรักษาด้าน Anti-aging Treatments ประเทศไทยควรมีการผลักดันให้เกิดการรองรับการรักษาในด้านนี้ โดยอาศัยการศึกษาวิจัยทางคลินิก และให้เป็นแหล่งเรียนรู้ระดับประเทศ และอาเซียน

จากผลการศึกษาพบว่า การให้การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยของประเทศไทยมีการวางแผนที่เป็นระบบ ขยายการดำเนินงานลงสู่พื้นที่ ครอบคลุมในทุกด้าน ทั้งทางด้านการให้การรักษาและการกำกับ ติดตามผล มีการให้บริการเยี่ยมที่บ้าน มีการสร้างสังคมผู้สูงวัยที่เอื้อในการใช้ชีวิตประจำวัน ให้มีความปลอดภัย ที่สำคัญยังมีแหล่งการเรียนรู้สำหรับผู้สูงวัยที่ครอบคลุมในหลายด้านขององค์ความรู้ในรูปแบบของมหาวิทยาลัย สำหรับของประเทศไทย มีการดำเนินการในโรงพยาบาลในส่วนของให้การรักษาที่ครอบคลุมอยู่แล้ว รวมถึงนโยบายการให้ความสำคัญของการเข้าถึงการรับบริการ การขยายการให้บริการในช่วงรุ่งอรุณ การนำรูปแบบของประเทศญี่ปุ่นในด้านการออกกฎหมายรองรับการรักษาด้วยการใช้ Stem cell การเพิ่มจำนวนบุคลากรในชุมชนท้องถิ่น และการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร นำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทย จะทำให้สามารถสร้างการเข้าถึงบริการได้ดีมากขึ้น สำหรับการให้บริการร่วมของสี่สถาบัน มีประเด็นเรื่องการรักษาที่มีความซับซ้อน เช่น ในส่วนของการรักษาที่มีความยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีสูง หรือต้องใช้พื้นที่ส่วนของห้องผ่าตัด ทำให้ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนกลับสู่สถาบันหลัก แต่ทั้งนี้โดยผ่านทางระบบส่งต่อและนัดหมาย ความไม่คล่องตัวของทรัพยากรบุคคลทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การบริหารจัดการระบบยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ระบบการจ่ายค่าบริการ ในรูปแบบของ one stop service เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย ต้องมีการสร้างระบบการส่งมอบรายได้กลับคืนสู่สถาบันหลัก การนำเทคโนโลยีดิจิทัล และข้อมูลดิจิทัลมาใช้สำหรับ

ผู้ป่วยในรูปแบบของการใช้ข้อมูลร่วมกันภายใต้มาตรฐานและความถูกต้องตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การนำเอาแอปพลิเคชันมาใช้ในการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงวัยด้วย

การยกระดับปัญหาของผู้สูงวัยและการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ เป็น “วาระแห่งชาติ” มีความจำเป็นเพื่อให้เกิดการวางนโยบายที่ครอบคลุมในทุกมิติ และมอบนโยบายลงสู่การปฏิบัติถึงสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของภาครัฐ รวมทั้งหน่วยงานระดับในชุมชน และภาคเอกชน

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้สำเร็จเรียบร้อยขึ้นได้ด้วยความกรุณาชี้แนะแนวทางการศึกษาอย่างต่อเนื่องจากอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสามท่าน ได้แก่ เอกอัครราชทูต ดร. อภิชาติ ชินวรรโณ รองศาสตราจารย์ ดร. กฤตินี ณัฏฐวุฒิสวัสดิ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทรเรก ศรีโชติ ทำให้รายงานมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการด้านการแพทย์และสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้นแบบของการร่วมให้บริการของหน่วยงานภาครัฐเป็นแหล่งเรียนรู้ รวมถึงสนับสนุนให้เป็นแหล่งส่งเสริมการบริการในลักษณะ Health Tourism ของประเทศกลุ่มอาเซียน และสามารถนำเสนอผลการศึกษานี้เพื่อเป็นแนวคิดสำหรับการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศ เสนอแนวทางขอความร่วมมือจากประเทศญี่ปุ่นในการพัฒนาด้านบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข บ้างไม่มากนัก

และในโอกาสเดียวกันนี้ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณแพทย์หญิงมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ์ ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ เพื่อนข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของสถาบันโรคผิวหนังทุกท่านที่กรุณาสับสนุนให้โอกาสและเวลาอย่างเต็มที่ ช่วยรับภาระงานในช่วงที่ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมหลักสูตรนักระบาดวิทยาที่ 10 รวมทั้งขอแสดงความขอบคุณท่านผู้บริหารกรมการแพทย์ที่กรุณาสละเวลาในการสนทนาและให้สัมภาษณ์ ให้ข้อมูล ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงผู้สูงอายุที่มารับบริการและกรุณาสละเวลาให้สัมภาษณ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณต่อบิดามารดา ญาติพี่น้อง คู่สมรสและบุตร ที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยความรักและความเข้าใจ พร้อมกันนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ เพื่อนข้าราชการและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของสถาบันฯ รวมทั้งเพื่อนผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรนักระบาดวิทยาที่ 10 ทุกท่านสำหรับการสนับสนุนด้วยไมตรีจิตอันดียิ่งตลอดการอบรมในหลักสูตรนี้

พุกกลีน ตรีสุโกศล

สิงหาคม 2561

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา	4
1.4 คำถามการศึกษา	4
1.5 สมมติฐานการศึกษา	5
1.6 ประโยชน์ของการศึกษา	5
1.7 นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 แนวคิดทฤษฎี	7
2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	15
2.3 สรุปกรอบแนวคิด	19
บทที่ 3 ผลการศึกษา	20
3.1 ประเด็นการจัดการด้านการรักษา	20
3.2 ประเด็นการจัดการด้านทรัพยากรและงบประมาณ	24
3.3 ประเด็นการจัดการด้านเทคโนโลยี	27
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	29
4.1 สรุปผลการศึกษา	29
4.2 ข้อเสนอแนะ	30
บรรณานุกรม	36
ประวัติผู้เขียน	39

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ	22
ตารางที่ 2	ข้อมูลของผู้มารับบริการ	23
ตารางที่ 3	จำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงาน	24
ตารางที่ 4	ประเด็นเปรียบเทียบการบริการผู้สูงวัยระหว่างประเทศไทย และประเทศญี่ปุ่น	32

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	ประมาณการประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2553–2583	2
ภาพที่ 2	Definition and Philosophy	9
ภาพที่ 3	Causes of Aging	10
ภาพที่ 4	ความเกี่ยวข้องกันในทุกระบบของร่างกาย (Holistic Approach)	10
ภาพที่ 5	การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านสาธารณสุข ในกลุ่มผู้สูงอายุ	14
ภาพที่ 6	Cause of Cerebral Hemorrhage is Lifestyle Disease	15
ภาพที่ 7	โครงสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น	26
ภาพที่ 8	การรวม Personal health record	28

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงวัย หรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในกลุ่มประเทศอาเซียน ช่วงปี พ.ศ. 2523–2593 โดยภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2558 ประเทศที่มีจำนวนประชากรสูงวัยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อินโดนีเซีย จำนวน 21.19 ล้านคน ไทย จำนวน 10.73 ล้านคน และเวียดนาม จำนวน 9.61 ล้านคน ตามลำดับ¹ ปัจจุบันสังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา และกำลังเปลี่ยนผ่านจากสังคมผู้สูงอายุไปสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยในขณะนี้ไทยมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 10 หรือมากกว่า 7 ล้านคน และภายในปี 2583 ประชากรในกลุ่มนี้จะเพิ่มจำนวนเป็น 17 ล้านคน ซึ่งมากกว่า 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ สิ่งที่น่ากังวลคือประเทศไทย ‘แก่ก่อนรวย’ รวมทั้งมีสัดส่วนผู้สูงวัยที่ ‘เรียนสูง’ น้อยกว่าประเทศอื่น²

ประเทศสิงคโปร์มีสัดส่วนของผู้สูงวัยใกล้เคียงกับประเทศไทย และเป็นสังคมผู้สูงอายุ แม้ประเทศสิงคโปร์จะเตรียมแผนรับมือกับความท้าทายนี้ตั้งแต่เนิ่นๆ แต่ก็ยังคงเผชิญกับปัญหาเรื่องการมีบุตรน้อยลงและผู้สูงวัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น³

ประเทศเกาหลีใต้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่มีการรองรับที่เป็นรูปธรรม และผู้สูงวัยจำนวนมากยังมีฐานะยากจน⁴

สำหรับประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงวัยมากที่สุดในโลก และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (Hyper-Aged Society) หรือสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และผู้สูงวัยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง⁵

การศึกษาเรื่องนี้มีความเป็นมาจากการที่มีการเจริญเติบโตของประชากรประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า จำนวนของประชากรผู้สูงวัยมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ การคาดประมาณประชากรพบว่า ในปี พ.ศ. 2571 จะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมากถึง 32,298.93 (หน่วย: 1,000) หรือ 32 ล้านกว่าคน การให้บริการด้านสุขภาพในรูปแบบของการรักษา อาจต้องปรับเปลี่ยนเป็นการให้ความรู้ แนะนำ รวมถึงปรับปรุงรูปแบบการให้บริการเป็นเชิงรุก และป้องกันการเกิดปัญหาด้าน

¹ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ประชากรสูงอายุอาเซียน [ออนไลน์], 2559, แหล่งที่มา: <http://www.m-society.go.th> [1 พฤษภาคม 2561].

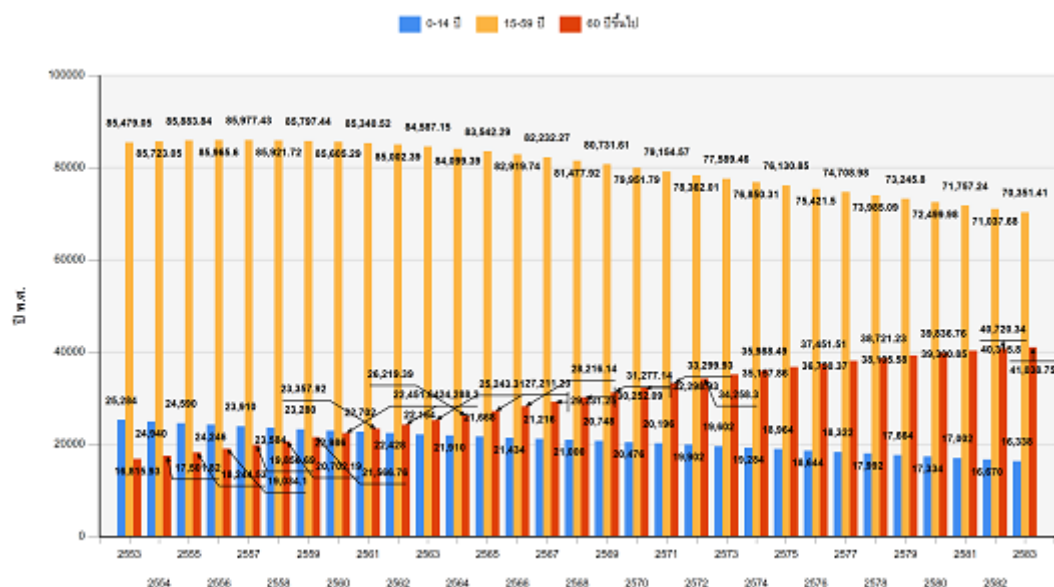
² กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์, รับมือสังคมผู้สูงอายุ: ตัวอย่างจากต่างประเทศ [ออนไลน์], 2560, แหล่งที่มา: <https://themomentum.co/happy-life-aging-society/> [1 พฤษภาคม 2561].

³ เรื่องเดียวกัน.

⁴ เรื่องเดียวกัน.

⁵ เรื่องเดียวกัน.

สุขภาพ การเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการเจ็บป่วย อีกทั้งในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก จึงควรมีการนำเอาเทคโนโลยีมาช่วยเป็นตัวกลางในการให้บริการในทุกๆ มิติของการให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข



หน่วย: 1,000

ภาพที่ 1 การคาดประมาณการประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2553–2583

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2561: ออนไลน์)

รัฐบาลมุ่งเน้นขับเคลื่อนประเทศไทยให้เป็น “ประเทศไทย 4.0” เป็นการมุ่งเน้นพัฒนาให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่งอย่างยั่งยืน พลเมืองของประเทศมีความเป็นอยู่ที่ดี มีขีดความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สร้างสรรค์ และสามารถสร้างสังคมที่ดี มีคุณค่าอยู่ร่วมกัน การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนจากภายใน ให้เป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงกับประชาคมโลก โดยใช้ความสามารถของ Domain⁶ หลักทั้งสามคือ Bio Domain, Physical Domain และ Digital Domain จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการขับเคลื่อนให้กับสังคมเพื่อเตรียมรับมือกับสถานการณ์นี้

จากการประชุมรัฐมนตรีอาเซียน-ญี่ปุ่น ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น เมื่อ 15 กรกฎาคม 2560 มีเป้าหมายสำคัญของการประชุม คือ การร่วมมือด้านประกันสุขภาพและการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงอายุในประเทศกลุ่มอาเซียน ประเทศไทยได้เข้าร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประเด็นสำคัญสองด้าน คือ การประกันสุขภาพและการพัฒนาระบบสุขภาพสู่สังคมสูงอายุ ประเทศไทยได้ร่วมลงนาม

⁶ สำนักประสานการพัฒนานวัตกรรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, Thailand 4.0 โมเดลขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความมั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืน [ออนไลน์], 2559, แหล่งที่มา: http://digital.forest.ku.ac.th/TFCC/TCERN2017/PW/Thailand_40_PM.pdf [29 กรกฎาคม 2561].

บันทึกความเข้าใจกับประเทศญี่ปุ่น ยกย่องความร่วมมือในระยะยาวสำหรับพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ รัฐบาลไทยได้สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการ รองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ได้อนุมัติงบประมาณให้หน่วยบริการ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น บริหาร และจัดสรรให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม รัฐบาลได้บูรณาการการทำงานของ 4 กระทรวง ประกอบไปด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการ ด้วยยุทธศาสตร์ 3S คือ

- 1) Strong การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง
- 2) Security การสร้างความมั่นคงปลอดภัยให้ผู้สูงอายุ
- 3) Social Participation การมีส่วนร่วมในสังคมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี บรรลุเป้าหมาย “ผู้สูงอายุคือหลักชัยของสังคม”⁷

ประเทศไทย-ญี่ปุ่นมีความร่วมมือกันโดยการนำประสบการณ์ของทั้งสองประเทศ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาขีดความสามารถด้านประกันสุขภาพให้กับประเทศต่าง ๆ ร่วมมือพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน รวมถึงความร่วมมือด้านการพัฒนาสุขภาพโลก

การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีมาเป็นตัวขับเคลื่อนในการให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นช่องทางการพัฒนา สร้างความเชื่อมโยงผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น การใช้ QR Code ในการให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค การจ่ายค่ารักษา การแจ้งเตือนการนัดรับการรักษาต่อเนื่องผ่านระบบมือถือ หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยั่งยืน ใช้ศาสตร์การรักษาที่มีความถูกต้อง ปลอดภัย Anti-aging Model Development เป็นโครงการความร่วมมือกันระหว่างสถาบันที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข 4 หน่วยงาน คือ สถาบันผู้สูงอายุ สถาบันทันตกรรม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และสถาบันโรคผิวหนัง เน้นการพัฒนาที่ร่วมกันสร้างขึ้น ปรับปรุง พัฒนาให้มีการดูแลรักษาในหลากหลายสาขาของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ใช้ทรัพยากรในด้านดูแลการรักษาร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นการให้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ และสามารถดำรงไว้ซึ่งการมีบุคลิกภาพที่ดี

เนื่องจาก Anti-aging Model Development เป็นการให้บริการร่วมกันของหลายสถาบัน จึงมีหลายมิติที่ต้องบริหารจัดการ เช่น การใช้สถานที่ร่วมกัน การแชร์ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ คลังเวชภัณฑ์และยา รวมถึงการบริหารทรัพยากรบุคคลและการบริหารการเงิน มิติของการทำงานร่วมกันมีความซับซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน ทำให้มีความท้าทายในการบริหารจัดการในมิติของการให้บริการแบบ Anti-aging มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ เนื่องจากการให้บริการรักษาบางอย่างยังไม่ผ่านการรับรองที่ถูกต้องจากแพทยสภา และมีข้อจำกัดหรือมีความยุ่งยากซับซ้อนของการให้บริการ เช่น การรักษาด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell) การรักษาด้วยวิธี Chelation เป็นต้น

⁷ มติชนออนไลน์. ไทย-ญี่ปุ่นผนึกกำลังพัฒนาประกันสุขภาพยั่งยืนสู่สังคมสูงอายุ [ออนไลน์], 2560, แหล่งที่มา: https://www.matichon.co.th/local/qualitylife/news_603319 [1 พฤษภาคม 2561].

การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาเรื่องข้อจำกัดของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยโดยเปรียบเทียบกับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยของประเทศญี่ปุ่นในมิติของการให้บริการด้านการรักษา การบริหารจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณการเงิน การบริหารจัดการด้านเทคโนโลยี

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาเพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัดและความซับซ้อน ของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยในมิติของด้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การกำหนดกลยุทธ์และทิศทางของโครงการ Anti-aging Destination Model Development มิติของการให้บริการด้านการรักษา การบริหารจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณการเงิน การบริหารจัดการด้านเทคโนโลยีของการให้บริการผู้สูงวัยของประเทศไทย เปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่น

1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์กลยุทธ์ รูปแบบการให้บริการและวิธีการให้การรักษา เทคนิคทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับใช้ในกลุ่มผู้สูงวัย การบริหารจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณการเงิน โดยการศึกษาข้อมูลจากการบริการของประเทศญี่ปุ่น การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วม (Stakeholders) ศึกษาความยุ่งยากซับซ้อน ข้อจำกัดของการให้บริการ รวมถึงการสืบค้นเครื่องมือทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการทางด้านสาธารณสุข เช่น การใช้ระบบ QR Code มาบริหารจัดการระบบนัดหมาย ระบบคิวเข้ารับบริการ และการสืบค้นรูปแบบการรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันจากวารสารทางการแพทย์ หน่วยงานในต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จในการให้บริการในส่วนของ Anti-aging Treatments และจะทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารที่เป็น Stakeholders ที่เข้าร่วมในโครงการ Anti-aging Destination Model Development และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในส่วนของการให้บริการ ผู้มารับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อให้ได้มุมมองจากผู้ที่กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงวัยที่มารับบริการที่สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

1.4 คำถามการศึกษา

อะไรคือข้อจำกัดและความยุ่งยากซับซ้อนของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยของประเทศไทย และในรูปแบบของ Anti-aging Treatments ในมิติของการกำหนดกลยุทธ์และทิศทางของโครงการ Anti-aging Destination Model Development มิติของการให้บริการด้านการรักษา การบริหารจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณการเงิน การบริหารจัดการด้านเทคโนโลยี

1.5 สมมติฐานการศึกษา

การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ และการให้บริการในเชิงของ Anti-aging Treatments ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพจะสามารถช่วยเสริมให้ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดี

1.6 ประโยชน์ของการศึกษา

ผลจากการศึกษานี้จะช่วยยกระดับการให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย สามารถเป็นต้นแบบของการร่วมให้บริการของหน่วยงานภาครัฐเป็นแหล่งเรียนรู้ รวมถึงพิจารณาสนับสนุนให้เป็นแหล่งส่งเสริมการบริการในลักษณะ Health Tourism ของประเทศกลุ่มอาเซียน และอีกทั้งสามารถนำเสนอข้อจำกัดนี้เพื่อเป็นแนวคิดสำหรับการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศ และสามารถนำมาพิจารณาเสนอแนวทางขอความร่วมมือจากประเทศญี่ปุ่นในการพัฒนา ด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

1.7 นิยามศัพท์

ผู้สูงวัย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ให้หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป บางครั้งมีผู้เรียกว่า ผู้สูงอายุ ซึ่งให้หมายถึงบุคคลกลุ่มเดียวกัน (ส่วนใหญ่ของประเทศที่พัฒนาแล้ว ยอมรับว่าผู้สูงอายุ หรือคนแก่ คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปี⁸)

สหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้ให้นิยามผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูง อายุเป็น 3 ระดับ ได้แก่^{9 10}

1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

⁸ World Health Organization. Health statistics and information systems [Online], 2002, Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en> /[1 พฤษภาคม 2561].

⁹ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, เรื่องเดิม.

¹⁰ กิตติพงษ์ สนธิสัมพันธ์, เรื่องเดิม.

องค์การอนามัยโลก WHO ให้คำนิยามของไว้ว่า Active aging เป็นคำที่ใช้อธิบายภาวะสูงอายุที่มีการคงอยู่ของการมีสุขภาพที่ดี ร่างกายแข็งแรง สุขภาพจิตดี สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและเข้าสังคม ได้อย่างมีความสุข ตลอดช่วงสูงอายุ¹¹

Successful aging (American English) หรือ Successful ageing (British English) หมายถึง การมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดี และการดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ¹²

การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การให้บริการด้านการรักษาที่เป็นมาตรฐานสากล และการป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ

Anti-aging Model Development เป็นโครงการความร่วมมือกันระหว่างสถาบันที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 4 สถาบัน คือ สถาบันผู้สูงอายุ สถาบันทันตกรรม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และสถาบันโรคผิวหนัง

Anti-aging Treatments หมายถึง รูปแบบการให้บริการที่อยู่บนพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย การให้ฮอร์โมนทดแทน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร อาหารเสริมการออกกำลังกาย

แผนทองคำ (Gold Plan) ของประเทศไทย เป็นแผนที่นำมาใช้กับการดูแลผู้สูงอายุในปี 2532 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ¹³

¹¹ ILIFESPAN, Active Aging [Online], Available from: https://www.ilifespain.org/?q=research/active_aging [2018, May 1].

¹² Wikipedia, Successful aging [Online], Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Successful_aging [2018, May 1].

¹³ สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, “การปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในประเทศไทย” ดุลยภาพดุลยพินิจ, มติชน (24 กรกฎาคม 2558).

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎี

ปัญหาผู้สูงอายุในหลายประเทศส่งผลให้เกิดการพัฒนาและมีการวางแผนปรับนโยบายในด้าน การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในหลายรูปแบบ การเรียนรู้จากการปรับเปลี่ยนจะทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ และมีนโยบายที่ชัดเจนมากขึ้น ประชาคมอาเซียนในปี ค.ศ. 2025 เน้นความสำคัญของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มเปราะบางภายในประเทศสมาชิก เนื่องจากการสูงวัยทางประชากรเป็นองค์ประกอบสำคัญของอาเซียน

ประเด็นหลักเพื่อการเตรียมตัวสำหรับสังคมสูงอายุของประเทศสมาชิกอาเซียน ประกอบด้วย

1) การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อเพิ่มความอยู่ดีมีสุขของ ประชาชนตลอดช่วงชีวิต แต่ละประเทศควรที่จะประกันความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงความครอบคลุม

2) การส่งเสริมและการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ ประเทศสมาชิกอาเซียนทุกประเทศควร ร่างนโยบายคุ้มครองผู้สูงอายุจากการถูกละเลย การกระทำรุนแรง การใช้กำลัง การขูดรีด และการเลือก ปฏิบัติ

3) การสร้างความแข็งแกร่งให้ครอบครัวและชุมชน ครอบครัวเป็นหน่วยขั้นพื้นฐานทาง สังคมในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ การเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จะส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ประชาคมอาเซียนควรสร้างเป้าหมายร่วมกัน มีกลไกในการร่วมมือ เพื่อ แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และทรัพยากร¹⁴

2.1.1 ประเด็นการจัดการด้านการรักษา

การประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนบวกสาม ครั้งที่ 7 ณ ประเทศบรูไน ดารุสซาลาม เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2560 ศาสตราจารย์ คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้หารือกับประเทศสมาชิกอาเซียนบวกสาม (จีน ญี่ปุ่น และ เกาหลีใต้) ภายใต้หัวข้อ “การพัฒนาสุขภาพทุกช่วงวัย” (Improving Health Throughout the Life-Course) มีการลงนามความร่วมมือในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตลอดช่วงชีวิตระหว่าง กระทรวง 4 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการ เน้นการนำนโยบายสุขภาพบูรณาการกับนโยบายด้านอื่นๆ

¹⁴ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, บทสรุปสำหรับผู้บริหาร โครงการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน: รายงานสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับภูมิภาคว่าด้วยเรื่อง ‘ASEAN+3: Are We Ready for Our Ageing Society ? [ออนไลน์], 2558, แหล่งที่มา: http://www.dop.go.th/download/implementation/work_th_20161107092854_2.pdf [1 พฤษภาคม 2561].

รวมถึงการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนไทยในทุกช่วงวัย และหวังว่าในอนาคตอันใกล้ ประชาชนในประเทศอาเซียนบวกสามจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นไม่ว่าจะอยู่ที่ใดก็ตามตลอดช่วงชีวิต และได้วางแผนจัดตั้งศูนย์เรียนรู้อาเซียนเพื่อพัฒนาผู้สูงวัยให้มีสุขภาพที่ดี (ASEAN Center for Active Aging and Innovation: ACAI) ภายในปี 2019 เพื่อเป็นแหล่งสร้างความรู้เพื่อพัฒนาผู้สูงวัยให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจที่ดี เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านผู้สูงวัยในประชาคมอาเซียนเพื่อเตรียมพร้อมสู่สังคมสูงอายุอย่างราบรื่น ทั้งนี้ ประเทศไทยหวังว่าประเทศอาเซียนบวกสามจะเข้ามาพัฒนาศูนย์การเรียนรู้แห่งนี้ร่วมกัน ทั้งนี้ รัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนภายใต้กรอบอาเซียนบวกสาม ได้ร่วมกันรับรองแถลงการณ์ร่วมของรัฐมนตรีสาธารณสุข โดยเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การพัฒนาระบบประกันสุขภาพและการเตรียมการสู่สังคมผู้สูงอายุ¹⁵

การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัย กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญของการให้บริการด้านการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐเป็นอันดับต้น มีการคัดกรองความรุนแรงของผู้สูงวัยในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการ แต่เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมาก จึงทำให้ในสถานพยาบาลบางแห่ง ยังมีปัญหาเรื่องการรอคอยการรับบริการที่นานกว่าที่ควรจะเป็น และอีกประเด็นที่เกี่ยวข้อง คือ การขาดแคลนทรัพยากรบุคคล

2.1.1.1 ประเทศญี่ปุ่น

Professor Hiroyuk (Hiro) Murata จาก Smart aging International Research center ประเทศญี่ปุ่น ทำการศึกษาเรื่อง Smart aging ได้กล่าวถึงความหมายของ Smart Aging ไว้ว่า เราสามารถ Smarter as we can แต่เราต้องมี Smarter solutions ทั้งนี้ Professor Hiroyuki (Hiro) Murata ได้ให้มิติของ Smart Aging ไว้ดังนี้ คือ¹⁶

Definition of the degree of Smart Ageing:

- 1) Cognitive aspect (crystallized intelligence) ความสามารถในด้านความคิด ความทรงจำ สามารถประมวลผลด้วยความเข้าใจ
- 2) Emotional aspect (emotion control) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด
- 3) Body aspect (activity level) ความสมบูรณ์ของร่างกายที่สามารถมีกิจกรรมในระหว่างวัน
- 4) Social aspect (social skill) ความสามารถของการอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว บุคคลอื่นๆ ในสังคม

¹⁵ สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ไทยตั้งศูนย์เรียนรู้อาเซียนพัฒนาสุขภาพผู้สูงวัย หัวใจเยี่ยมพลัง ภายในปี พ.ศ. 2562 ในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขกรอบอาเซียน ที่บรูไน [ออนไลน์], 2560, แหล่งที่มา: https://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=100255 [1 พฤษภาคม 2561].

¹⁶ Murata, Hiroyuki-Hiro, Smart Ageing: A strategy for the super-aged society [Online], Available from: http://www.anti-aging.gr.jp/english/scientific_m.phtml [2018, May 1].

5) Mental aspect (mental wellness) การมีสุขภาพทางด้านจิตใจที่ดี มีความสุข อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

โดยมีปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การมี Smart aging คือ

1) Socialization สังคมมีความอบอุ่น มีความเข้าใจ

2) Nutrition อาหารครบห้าหมู่ มีคุณภาพ

3) Cognitive stimulation ความสามารถของสมองด้านความจำ และการประมวลผล

4) Physical exercise การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

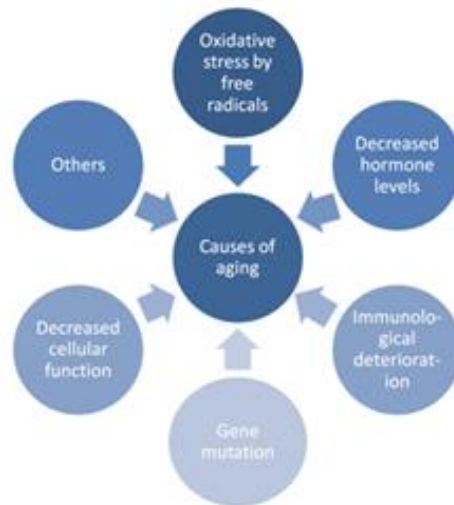
Japanese Society of Anti-aging Medicine ได้ให้คำนิยามของศาสตร์ชะลอวัย (Anti-aging) ไว้ว่าเป็นทฤษฎีและการปฏิบัติเพื่อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีบนพื้นฐานของสุขภาพที่ดีและมีอายุที่ยืนยาว คนสูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขได้แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวโดยการสร้างให้มีความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Definition and Philosophy

ที่มา: Japanese Society of Anti-Aging Medicine (ออนไลน์)

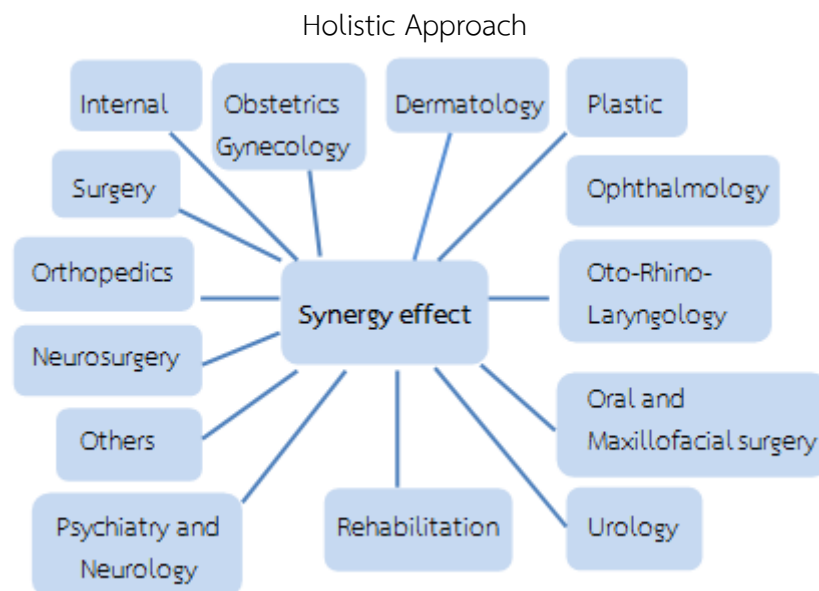
กลไกการเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็น Biologic process of aging หลายอันที่ยังไม่มีความชัดเจน แต่มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นสาเหตุร่วมกันในการเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 Causes of Aging

ที่มา: Japanese Society of Anti-Aging Medicine (ออนไลน์)

ดังนั้น การให้บริการด้าน Anti-aging Treatments จึงต้องเป็นการผสมผสานความเกี่ยวข้องกันในทุกระบบของร่างกาย (Holistic Approach) จึงจะทำให้เกิดผลการรักษาในด้านการชะลอวัย (Anti-aging)



ภาพที่ 4 ความเกี่ยวข้องกันในทุกระบบของร่างกาย (Holistic Approach)

ที่มา: Japanese Society of Anti-Aging Medicine (ออนไลน์)

2.1.1.2 ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

Clinic La Prairie, Montreux¹⁷ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์เป็นคลินิกที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่งของโลกที่มีรูปแบบการให้บริการในด้าน Aesthetic medicine โดยการให้บริการมีในสองลักษณะคือ

- 1) โปรแกรมพื้นฐาน และ (Basic program)
- 2) โปรแกรมเฉพาะบุคคล (Customized program)

ทั้งนี้การให้บริการด้าน Prevention and anti-aging check up/ treatments เป็นการให้บริการอยู่บนพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงวัยที่มีปัจจัยสำคัญ คือ มีการลดลงอย่างชัดเจนของฮอร์โมน และการที่มีการอักเสบ glycations oxidation และมีการทำลายของ DNA และ mitochondria ที่อยู่ภายในร่างกาย

2.1.1.3 ประเทศสิงคโปร์

รัฐบาลสิงคโปร์มีความตื่นตัวกับสังคมสูงอายุ เนื่องจากประเทศสิงคโปร์มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นทุกปี แต่อัตราการเกิดลดลง รัฐบาลจึงได้เริ่มใช้มาตรการและนโยบายต่าง ๆ และได้เริ่มการจัดการในเรื่องนี้โดยดำเนินการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาชุมชน เยาวชน และการกีฬา (MCYS) และแต่งตั้งรัฐมนตรีกระทรวงต่าง ๆ มาเป็นคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุโดยตรง มีรัฐมนตรีสำนักนายก รัฐมนตรีเป็นประธาน ภายใต้คำขวัญ "Successful Ageing for Singapore" และได้วางแนวนโยบายรองรับสังคมสูงอายุไว้อย่างครอบคลุมทั้งในด้านระบบ โครงสร้าง และการจัดการด้านงบประมาณ ดังนี้¹⁸

ในด้านโครงสร้างสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศสิงคโปร์ช่วยเหลือผู้สูงวัยในสังคมโดยภาครัฐเป็นผู้วางระบบโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ให้สามารถอำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุ เช่น การออกแบบอาคาร สถานที่สาธารณะ และระบบขนส่งมวลชนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการสนับสนุนให้ผู้สูงวัยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยไม่ควรเน้นด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่ควรให้ความสำคัญในด้านการป้องกันโรคร่วมด้วย เพื่อให้ครอบคลุมมิติของการรักษาและป้องกันให้ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2.1.2 ประเด็นการจัดการด้านทรัพยากร

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาครัฐของประเทศไทยมีไม่เพียงพอต่อการให้บริการ มีข้อจำกัดในเรื่อง เช่น อัตราจ้าง แรงจูงใจจากภาคเอกชนที่มีมากกว่า ทำให้บุคลากรที่มีอยู่มีภาระงานที่ไม่สมดุล

ประเทศญี่ปุ่นแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงวัยทั้งที่บ้านและในสถานบริบาลโดยการนำเอาแผนทองคำมาใช้ แผนทองคำของญี่ปุ่นมียุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนจากการอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานบริบาลนานๆ เป็นการให้อยู่บ้านและสถานบริบาลของชุมชน

¹⁷ INCORPORE Medical Center. *Clinique La Prairie Switzerland* [Online], Available from: <http://www.in-corpore.ch/clinics/laprairie-clinic/> [2018, May 1].

¹⁸ ชัชฎา กำลิ่งแพทย์, *เรียนรู้นโยบายเพื่อผู้สูงวัยของสิงคโปร์* [ออนไลน์], 2560, แหล่งที่มา: <http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/642520> [1 พฤษภาคม 2561].

ขณะเดียวกันก็กำหนดเป้าหมายจะขยายจำนวนเตียงในสถานบริบาลเป็นสองเท่า เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ในสถานบริบาลเป็นสามเท่า และเพิ่มศูนย์ดูแลกลางวันสิบเท่า¹⁹

ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่สามารถสร้างงานได้ ดังนั้นการดึงเอาศักยภาพของผู้สูงอายุออกมาไม่เพียงแต่ช่วยให้มีผลผลิตของงานที่เป็นประโยชน์ แต่ยังสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุด้วย ประเทศสิงคโปร์ไม่ได้มุ่งเน้นให้สวัสดิการกับผู้สูงอายุเป็นเพียงอย่างเดียว หากแต่ยังเน้นให้เกิดการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุออกมาใช้ไปพร้อม ๆ กันด้วย

ในปี 2538 ประเทศญี่ปุ่นมีการออกกฎหมาย “มาตรการสำหรับสังคมผู้สูงอายุ” เพื่อสร้างสังคมที่ประชาชนทุกกลุ่มอายุสามารถดำรงชีพได้ตลอดชีวิตอย่างมีความมั่นคง ต่อมาได้ประกาศใช้มาตรการต่าง ๆ ในปี 2544 มีการส่งเสริมให้ภาคเอกชนจ้างงานผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการออกกฎหมาย (2549) ให้ภาคเอกชนจ้างพนักงานจนอายุ 65 ปี แบบค่อยเป็นค่อยไป และนายจ้างสามารถลดเงินเดือนพนักงานที่สูงอายุได้ มีพนักงานไม่น้อยที่ถูกลดเงินเดือนครั้งหนึ่ง เมื่ออายุ 60 ปี โดยยังทำงานในตำแหน่งเดิม นอกจากนั้นยังมีมาตรการอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองมากขึ้น

2.1.3 ประเด็นการจัดการด้านงบประมาณ

การบริหารจัดการสังคมผู้สูงอายุ ตัวอย่างจากประเทศสิงคโปร์ มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในด้านการเงิน ดังนี้²⁰

1) การส่งเสริมการจ้างงานและเพิ่มความมั่นคงทางการเงิน จัดให้มีการเพิ่มทักษะและจัดหางานให้เหมาะสมกับแรงงาน เพื่อยกระดับผลิตภาพ และความสามารถในการเพิ่มรายได้ของแรงงานในระยะยาว ซึ่งภาครัฐจะมีส่วนสำคัญในการวางแผนจัดสรรรายได้และรายจ่ายอย่างสมดุล โดยเฉพาะกองทุน Central Provident Fund (CPF) เพื่อเป็นหลักประกันยามเกษียณ และเป็น การส่งเสริมการออม

2) การให้การดูแลสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้านในราคาย่อมเยา โดยเน้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care givers) สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และในทุกๆ ปีรัฐบาลจะใช้จ่ายเงินงบประมาณจำนวนหนึ่งเพื่อให้เกิดการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพและตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ

3) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืน โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เช่น การพัฒนางานด้านบริการเพื่อผู้สูงอายุ ปรับปรุงนโยบายด้านเงินอุดหนุนแก่อาสาสมัคร สนับสนุนการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ

นโยบายของรัฐบาลสิงคโปร์ที่ออกแบบมาสำหรับผู้สูงอายุนั้นวางอยู่บนหลักการของระบบประกันสังคมของสิงคโปร์ 3 ประการ ประการแรก คือ การพึ่งตนเองและมีความรับผิดชอบ ต่อสังคมประการที่สอง คือ การพึ่งพาครอบครัว และประการสุดท้ายคือ การอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งชุมชนและองค์กรต่างๆ ทั้งนี้รัฐบาลสิงคโปร์ได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม เพื่อสร้างระบบที่เน้นให้สมาชิกในครอบครัวรับหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูพ่อแม่ในยามชรา และหากไม่เลี้ยงดู

¹⁹ สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, เรื่องเดิม.

²⁰ ชัชฎา กำลังแพทย์, เรื่องเดิม.

พ่อแม่สามารถฟ้องร้องเรียกค่าเลี้ยงดูจากบุตรได้ ทั้งยังให้ความสำคัญกับองค์กรชุมชนท้องถิ่น เพื่อเป็นกลไกในการดูแลประชาชนที่ตกทุกข์ได้ยาก

นโยบายและมาตรการต่าง ๆ ของประเทศสิงคโปร์เน้นการมีส่วนร่วม และการประสานงานของหน่วยงานต่างๆ โดยมีแผนนโยบายแห่งชาติเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัยเป็นแนวทางหลัก ในการดำเนินการ และมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนนโยบายที่มีทิศทางสอดคล้องกัน ระหว่างกระทรวงต่างๆ

จากนโยบายสังคมสูงอายุของประเทศสิงคโปร์ เราสามารถสรุปหัวใจสำคัญได้ อย่างน้อย 3 ประการ คือ

- 1) มีความรอบด้าน ครอบคลุมหลายมิติของสวัสดิการสังคม
- 2) ไม่เน้นเพียงการให้สวัสดิการโดยผู้สูงวัยเป็นเพียงผู้รับอย่างเดียว หากแต่ยังเน้น การดัดศักยภาพของผู้สูงอายุก่อมาใช้
- 3) อาศัยการประสานงานกันระหว่างหลายภาคส่วน ไม่เน้นแต่ผู้สูงอายุเพียง อย่างเดียว แต่เน้นหลายมิติของครอบครัว เช่น เด็ก และการศึกษา เป็นต้น

2.1.4 ประเด็นการจัดการด้านเทคโนโลยี

การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานการให้บริการในด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีหลากหลายในโรงพยาบาลทั่วไป ตั้งแต่เรื่องข้อมูลพื้นฐานของผู้มารับ บริการ การรายงานผลแลป ไม่เฉพาะสำหรับผู้สูงวัยเท่านั้น แต่สำหรับผู้มารับบริการทั่วไปด้วยเช่นกัน

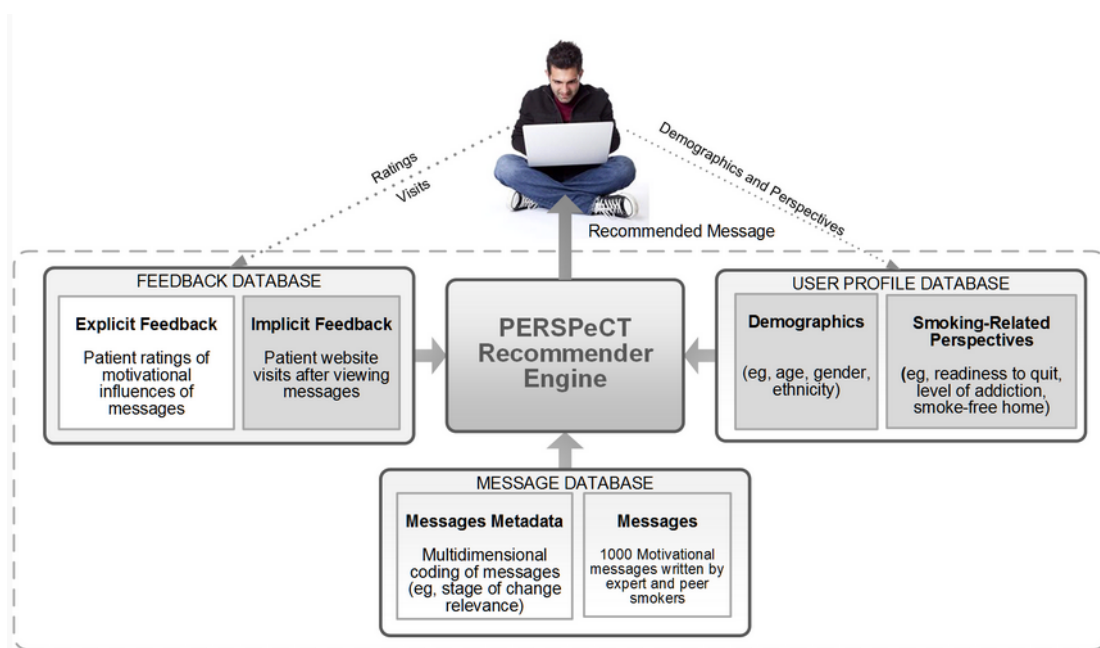
Clinic La Prairie, Montreux ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาทำให้ ผู้รับบริการใช้ในการลงทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิก โดยสามารถทำได้โดยผ่านทางเว็บไซต์ www.in-corpore.ch/clinics/laprairie-clinic/ ผู้รับบริการต้องให้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น เช่น ชื่อ สกุล วัน เดือน ปีเกิด อีเมล ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้ การวินิจฉัย ความต้องการของการรักษา รวมถึง วัน เวลาที่ต้องการมาเข้ารับการรักษา พร้อมบันทึกวันที่ของการสมัคร นอกจากนี้ยังมีบริการด้านวิชา สำหรับผู้มาขอรับการรักษาที่นี่ แบ่งประเภทของวิชาที่ต้องการรวมไปถึงโรงแรมที่พักเป็นการ ให้บริการที่ครบวงจร

ประชากรประเทศไทย 13% เป็นผู้สูงวัยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ในอนาคต 32% ของประชากรกลุ่มนี้ จะเป็นกลุ่มที่ถูกหลานต้องดูแลภายในปี 2040 เทคโนโลยีเป็น หัวใจของการปรับเปลี่ยน (Disruption)²¹ ดังนั้นการดูแลผู้สูงวัยต้องมีการผนวกเอาเรื่องของเทคโนโลยี ดิจิทัลมาใช้ เพื่อให้ลูกหลานสามารถร่วมดูแล พ่อ แม่ ผู้สูงวัยในครอบครัว เช่น การเตือนให้ทานยา การออกกำลังกาย เป็นต้น

การนำเอาเทคโนโลยีมาปรับใช้กับการให้บริการในกลุ่มนี้ มีตัวอย่างกรณีศึกษาจาก ทั้งในและต่างประเทศ กรณีศึกษาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ชีรณี อจลากุล รองคณบดีฝ่ายพัฒนา การศึกษา ภาควิชาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า เจ้าคุณทหารลาดกระบัง และผู้อำนวยการ Big Data Experience Center ได้ยกตัวอย่างของการนำ เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุที่แสดงในภาพด้านล่าง

²¹ ชัยธร ลิมาภรณ์วิชย์, การขับเคลื่อนนวัตกรรมเพื่อพัฒนาประเทศ (หลักสูตรนักบริหารทหารทุ. รุ่นที่ 10 สถาบันเทวะวงศัวโรปกการ กระทรวงต่างประเทศ, 2561).

HEALTH RECOMMENDER SYSTEM



ภาพที่ 5 การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูบบุหรี่
ที่มา: Rajani Shankar Sadasivam, PhD. (2016: ออนไลน์)

จากข้อมูลของสถาบันโรคผิวหนัง 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557–2560 พบว่าโรคผิวหนังที่พบบ่อยสามอันดับแรก คือ ภาวะผิวหนังอักเสบจากผิวแห้ง (Xerotic eczema) สะเก็ดเงิน (Psoriasis) ผิวหนังอักเสบ (Dermatitis) ตามลำดับ

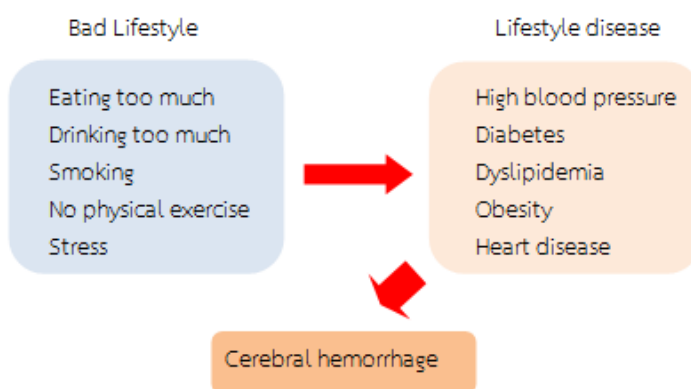
สำหรับโรคทางจักษุที่พบบ่อยในคนสูงวัย ได้แก่ ต้อกระจก (cataract) น้ำวุ้นลูกตาเสื่อม (vitreous degeneration) ภาวะตาแห้ง (dry eye) ต้อเนื้อ (pterygium) ต้อลม (pingecula)

การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในกลุ่มผู้สูงวัยของสถานพยาบาลที่มาร่วมให้บริการด้วยกันในรูปแบบของ Anti-aging Model Development ต้องมีการปรับในส่วน of ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยให้เป็นฐานเดียวกัน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานจริง และมีความสะดวกกับผู้มารับบริการที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการเพียงครั้งเดียว และสามารถเลือกรับบริการมากกว่าหนึ่งสถานพยาบาลได้ แต่อาจมีข้อจำกัดในการรวมร่างหรือเชื่อมต่อของฐานข้อมูลในระบบข้อมูลของแต่ละสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นรูปแบบทางดิจิทัลเดียวกัน จึงเป็นความท้าทายในการสร้างข้อมูลพื้นฐานทางดิจิทัลสำหรับการปฏิบัติงาน สำหรับ Anti-aging Model Development

2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของ Professor Hiroyuki (Hiro) Murata พบว่าความสามารถในด้านความคิด ความทรงจำ และการประมวลผล (Cognitive function) มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุซึ่งลดลงทั้งในด้านความสามารถของการปฏิบัติงาน (working memory), ในส่วนของการสื่อสารด้วยคำพูด (verbal knowledge) ไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงมากนัก อัตราการเกิดภาวะความจำเสื่อม (Dementia) จะเพิ่มมากขึ้นหลังจากอายุ 75 ปี การจัดการเอกสารการอ่านให้ตัวหนังสือมีขนาดโตขึ้น อ่านได้ง่าย ชัดเจนมากขึ้น การคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์แบบง่ายๆ ในความยากระดับอายุ 4 ปี จนถึง 2nd year elementary school พบว่า สามารถช่วยให้ภาวะ Dementia ของผู้สูงอายุดีขึ้นได้

นอกจากนี้ Professor Hiroyuki (Hiro) Murata ได้ยกตัวอย่างการศึกษาเรื่องของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (Cerebral Hemorrhage) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกันในหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบของการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ นำไปสู่ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แลนำไปสู่ภาวะเลือดออกในสมองในที่สุด ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 Cause of Cerebral Hemorrhage is Lifestyle Disease

ที่มา: Prof Hiroyuki (Hiro) Murata (ออนไลน์)

การศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อ Professor Hiroyuki (Hiro) Murata ได้กล่าวถึง ข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของกล้ามเนื้อพบว่า กล้ามเนื้อส่วนล่างของร่างกายจะมีมวลลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับส่วนบนของร่างกาย การออกกำลังกายด้วยวิธี Aerobic exercise เป็นการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกัน Lifestyle disease เช่น การเดิน การว่ายน้ำ ฯลฯ Prof Hiroyuki (Hiro) Murata ได้แนะนำให้มี Curves Fitness สำหรับผู้หญิง โดยขจัดปัจจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายออกไป เช่น No “M” คือ no man, no make-up, no mirror สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้รับบริการที่เป็นเพศหญิงมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง เช่น สำหรับผู้หญิงเท่านั้น ใช้บริการครึ่งละ 30 นาที อยู่ใกล้บ้าน ให้บรรยากาศของชุมชน ขจัดปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการออกกำลังกาย เช่น การอาบน้ำ พื้นที่การรับประทานอาหารออกไป มีผลสนับสนุนจากการทำการศึกษาวิจัยแบบ RCT (Randomized controlled trial) ในผู้รับบริการ

64 ราย บริการครั้งละ 30 นาที 3 กิจกรรมต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ทำให้มีความสามารถด้าน Cognitive function (ความสามารถในด้านความคิด ความทรงจำ และการประมวลผล) เพิ่มขึ้น ในด้าน executive function (การบริหาร) episodic memory (เรื่องราว ความทรงจำ) processing speed (ความเร็วของการจัดการ หรือการดำเนินการ) ตีขึ้น²²

ประเทศญี่ปุ่นนำแผนทองคำ (Gold Plan)²³ มาใช้กับการดูแลผู้สูงอายุ ในปี 2532 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ 10 ปี แผนทองคำ ประกอบไปด้วย

1) การปรับเปลี่ยนจากการอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานบริบาลนาน ๆ เป็นการให้อยู่บ้าน และสถานบริบาลของชุมชน

2) กำหนดเป้าหมายขยายจำนวนเตียงในสถานบริบาลเป็นสองเท่า เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ในสถานบริบาลเป็นสามเท่า และเพิ่มศูนย์ดูแลกลางวันสิบเท่า รวมทั้งสร้างโครงการใหม่ ๆ เช่น การให้องค์กรท้องถิ่นเป็นผู้ประสานงานสถานบริบาล ให้เทศบาลแต่ละแห่งมีการสำรวจผู้สูงอายุในเขตตนเพื่อปฏิบัติตามแผน รวมทั้งมีการจัดทำแผนปฏิบัติการของแต่ละเขตซึ่งช่วยให้ประชาชนให้ความสนใจและเป็นโอกาสให้สามารถผลักดันนโยบายระดับชาติ

ในปี 2537 ดำเนินนโยบาย “แผนทองคำใหม่” เพิ่มเป้าหมายจำนวนเตียง ศูนย์ดูแลกลางวันบริการถึงบ้าน

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน²⁴ โดยมีนโยบายหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องการให้การรักษาดูแลสุขภาพ มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนความรับผิดชอบจากครอบครัวไปสู่ภาครัฐ การรวมการรักษาโรคกับการให้บริการทางสังคม ผ่านระบบการเงินร่วมกัน การยืดหยุ่นสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการให้หลากหลายและเสรี พร้อมให้ผู้สูงอายุได้ร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย รวมทั้งให้รัฐบาลท้องถิ่นได้มีอิสระในการจัดการนโยบายด้านสังคมนี้ รวมถึงรัฐบาลประเทศญี่ปุ่นยังได้กำหนดกฎหมายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่เรียกว่า ‘ระบบให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ’ มีการจัดสรรภาษีเพื่อจัดทำศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การบริการดูแลที่บ้าน

นอกจากนี้ประเทศญี่ปุ่นยังมีหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ทั้งด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาล ให้ผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้ มีระบบสาธารณสุขของสังคมที่ปลอดภัย รองรับผู้สูงอายุตัวอย่างคือ Anti-aging Center, Kindai University เป็นศูนย์ที่ให้บริการการรักษาในด้านอายุรกรรม และยังมีหน่วยงานส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง คือ การเกษตร การกีฬา สถาปัตยกรรม และเภสัชกรรม โดยเน้นเรื่องของการป้องกัน (preventive medicine, cross-cutting) การฝึกฝนอาชีพ (practice)²⁵

ประเทศญี่ปุ่นมีการนำเอาเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell) มาใช้ในการรักษาทางการแพทย์ เช่น การนำเอาเซลล์ต้นกำเนิดของผิวหนัง (Autologous cultured epidermis) เซลล์ต้นกำเนิดของ

²² Murata, Hiroyuki-Hiro. *op.cit.*

²³ สราวุธ โพธิ์พวงษ์, *เรื่องเดิม*.

²⁴ เพ็ชรี รูปะวิเชตร, จิราพร ชมพิกุล และ พลอยไพลิน รูปะวิเชตร, “การจัดการสังคมผู้สูงอายุในโกเบ ประเทศญี่ปุ่น,” *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 14, 2 (พฤษภาคม/สิงหาคม 2559): 61-75.

²⁵ Kindai University, *Anti-aging Center* [Online], Available online: <https://www.kindai.ac.jp/english/> [2018, May 1].

กระดูกอ่อน (Autologous cultured cartilages) เซลล์ต้นกำเนิดของผิวกระจกตา (Autologous cultured corneal epithelium) มาใช้ในการรักษาที่เกี่ยวกับผิวหนัง กระจก และทางด้านจักษุ โดยมีกฎหมายที่เกี่ยวกับเซลล์ต้นกำเนิดรองรับ

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยตั้งแต่แรกเกิด 80 ปี และมีสุขภาพดีจนถึงอายุ 72 ปี คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ผ่านการเห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 และมอบหมายให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นำเสนอคณะรัฐมนตรี โดยคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติ เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553 มีระบบประกันสุขภาพในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายในสัดส่วน 86.6% มีอัตราครอบคลุมตำบลที่มีโครงการบริการเพื่อผู้สูงอายุ ยิ่งต่ำกว่า 50% ยกเว้นการบริการผู้สูงอายุที่บ้านที่ได้ 60.7%

นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย โดย นพ.อุดม อัครุตมางกูร ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ได้พูดถึงการขับเคลื่อนเรื่องพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่ครบวงจร เน้นเป้าหมายเรื่อง “80 ปียังแจ๋ว” มีประเด็นสำคัญ คือ²⁶

1) บูรณาการความร่วมมือกันระหว่าง 4 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวิสัยทัศน์ให้ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม และมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินงานผ่านยุทธศาสตร์ 3 ข้อ คือ สุขภาพแข็งแรง (strong) ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย (security) และการมีส่วนร่วมในสังคม (social participation)

2) ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC, Long Term care) ประเทศไทยเริ่มใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015 โดยเป็นประเทศที่ 2 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต่อจากประเทศสิงคโปร์ ทั้งนี้ ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่ใช้ระบบนี้ โดยเริ่มดำเนินการในปี ค.ศ. 2000 แนวคิดในการดำเนินการ คือ การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล/สถาบันเป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนขึ้น

3) เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Aged-friendly city) เป็นโครงการนำร่องเพื่อปรับปรุงและพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเรื่อง ดังนี้

3.1) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก เช่น รอบ ๆ บ้านต้องไม่มีแมลง ควรมีที่สำหรับออกกำลังกาย พื้นที่รอบ ๆ บ้านต้องเอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ มีทางเดิน มีราวจับบันได และมีขั้นต่างระดับ (step) ที่มีสีให้สังเกตได้ชัดเจน เป็นต้น

3.2) ที่อยู่อาศัย มีความสว่างที่พอเหมาะ พื้นต้องไม่ลื่นและมีขั้นต่างระดับน้อยที่สุด บ้านต้องไม่รก ห้องน้ำต้องเป็นส้วมแบบชักโครกและมีราวจับ เติงนอนต้องไม่สูงมาก เป็นต้น

3.3) การสื่อสาร และข้อมูลสารสนเทศ ต้องหาช่องทางการสื่อสารกับผู้สูงอายุให้เหมาะสม

²⁶ อุดม อัครุตมางกูร, นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย [ออนไลน์], 2560, แหล่งที่มา: http://dental2.anamai.moph.go.th/download/article/A213_14_12_59.pdf [1 พฤษภาคม 2561].

3.4) ระบบขนส่ง รถประจำทางไม่ควรสูงมาก และควรมีพื้นที่ให้สำหรับผู้ที่ใช้รถเข็น เป็นต้น

3.5) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ควรมีกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดภาวะสมองเสื่อมได้

3.6) การบริการชุมชนและสุขภาพ ต้องหาวิธีบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม รวมถึงระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วย

3.7) การให้ความเคารพและการยอมรับจากสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี

3.8) การจ้างงาน เนื่องจากผู้สูงอายุตอนต้นในปัจจุบันยังแข็งแรงและสามารถทำงานได้ ดังนั้น จึงต้องหางานที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ทำ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรม ไม่เบื่อ มีรายได้ และรู้สึกว่าคุณค่า

จากการสำรวจของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข²⁷ พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 พบในผู้ชาย ร้อยละ 6.8 และผู้หญิง ร้อยละ 9.2 และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ความชุกของภาวะสมองเสื่อมก็เพิ่มมากขึ้นด้วย ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพและภาวะสมองเสื่อม

กรมอนามัยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแนวคิดไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย หรือ 4 Smart ได้แก่

1) Smart Walk คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30-60 นาที ด้วยการบริหารร่างกายทำต่างๆ การเดินอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยวันละ 6,000-8,000 ก้าว ในผู้สูงอายุที่ปกติ สำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรงอาจจะเริ่มต้นที่ 3,000 ก้าว หรือเดินแบบสะสมเฉลี่ยวันละประมาณ 3 กิโลเมตร เพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม

2) Smart Brain คือ การดูแล ฝึกฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีการแนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกสมองด้วยการเล่นเกมต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ รณรงค์เรื่องไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ

3) Smart Sleep คือ การนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยนอนหลับในช่วงหัวค่ำและตื่นแต่เช้า หลีกเลี่ยงการกินอาหารและการออกกำลังกายก่อนนอน เพราะจะทำให้นอนไม่หลับและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และ

²⁷ ศูนย์สื่อสาธารณะ กรมอนามัย, เร่งคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงวัยชูแนวคิด 4 Smart เพื่ออายุยืนยาว สุขภาพดียอดเยี่ยม [ออนไลน์], 2560, แหล่งที่มา: http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=10519 [1 พฤษภาคม 2561].

4) Smart Eat คือ การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ เลือกอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลาทะเล ซึ่งมีกรดโอเมก้า 3 สูง ช่วย บำรุงประสาท สายตา และสมอง²⁸

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จัดให้มีการตรวจคัดกรองโดย อสม.ทั่วประเทศ ตรวจคัดกรอง สายตาเบื้องต้น ค้นหาผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ที่เสี่ยงตาบอดจากโรคตาต้อกระจก ให้เข้ารับการรักษาอย่างทันทั่วถึง ผลดำเนินงานในปี 2559 พบผู้สูงอายุสายตาผิดปกติและส่งตรวจต่อที่โรงพยาบาลเกือบ 4 แสนคน²⁹

2.3 สรุปกรอบแนวคิด

การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ สามารถทำได้ในหลายรูปแบบ ทั้งเพื่อการรักษาและการให้การป้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายที่แข็งแรง สุขภาพใจที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข เป็นประโยชน์กับครอบครัวและสังคม การศึกษาวิเคราะห์ข้อจำกัดของการให้บริการของ ประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่น ใน 4 ประเด็น จะช่วยให้สามารถนำมาปรับเป็นนโยบายที่ครอบคลุมในทุกประเด็น ตั้งแต่ (1) ประเด็นการจัดการด้านการรักษาและการให้การป้องกัน ในขณะเดียวกันการให้บริการในรูปแบบของ Anti-aging Treatments ยังมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และมีข้อจำกัด สำหรับประเทศไทยที่อาจไม่สามารถดำเนินการได้ในทุกรูปแบบที่ต่างประเทศให้บริการ แต่ควร ทำการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อให้เกิดข้อมูลเชิงประจักษ์ นำมาเป็นแบบอย่าง เพื่อการเรียนรู้ และเป็นมาตรฐานการรักษา (2) ประเด็นการจัดการด้านทรัพยากร การมีนโยบายเพิ่มจำนวนบุคลากรที่ ชัดเจนของประเทศญี่ปุ่นเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลเชิงระบบ การดึงเอาศักยภาพของผู้สูงอายุออกมาใช้ (3) ประเด็นการจัดการด้านงบประมาณ การสนับสนุนเรื่องการประกันระบบสุขภาพ ให้มีการร่วมจ่าย เป็นทางเลือกที่ช่วยลดและแบ่งเบาภาระของประเทศ และ (4) ประเด็นการจัดการด้านเทคโนโลยี การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เป็นตัวกลาง เชื่อมการบริการให้กับผู้รับบริการ และลูกหลาน หรือผู้ดูแล (Care givers) เป็นการสร้างความสะดวก ความผูกพัน และช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น ภาครัฐต้องมีส่วนร่วม มีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุน ผลักดันให้เกิดมิติของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ครอบคลุมในเชิงนโยบาย การบริหารจัดการด้านการเงิน ทรัพยากรบุคคล และเทคโนโลยีดิจิทัล

²⁸ ศูนย์สื่อสาธารณะ กรมอนามัย, เรื่องเดียวกัน.

²⁹ ประภาส จิตตาศิริวัฑฒ, สพส.ให้อสม.ตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุไทย [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <http://www.thansettakij.com/content/105682> [22 พฤษภาคม 2561].

บทที่ 3 ผลการศึกษา

โรงพยาบาลทุกแห่งของภาครัฐ และบางแห่งของโรงพยาบาลเอกชนมีการบริการสำหรับผู้สูงอายุในหลายรูปแบบ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ โดยมีนโยบาย “70 ปีไม่มีคว” ในโรงพยาบาลในสังกัด โดยให้ความสำคัญในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล มีช่องทางสำหรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ เช่น ช่องทางลงทะเบียนเข้ารับบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และการรับบริการตรวจรักษา

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีแนวคิดเรื่อง Anti-aging Model Development ที่จะเปิดการให้บริการร่วม 4 สถาบัน คือ สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันผู้สูงอายุ สถาบันทันตกรรม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เน้นการบริการกับกลุ่มผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป ในการศึกษาถึงความซับซ้อน ข้อจำกัดของการให้บริการร่วมกันทั้ง 4 หน่วยงาน จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง Stakeholders ผู้เชี่ยวชาญประเทศญี่ปุ่นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผลจากการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์พบว่า

3.1 ประเด็นการจัดการด้านการรักษา

3.1.1 ด้านจักษุ

จากสถิติโรคตาในผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ที่พบมาก 5 อันดับ ได้แก่ (1) ต้อกระจก (2) ต้อหิน (3) จุดภาพชัดที่จอตาเสื่อม (4) ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (5) ภาวะสายตาวาวสูงอายุ

จากบทสัมภาษณ์ Stakeholder และผู้ให้บริการด้านจักษุ ได้ข้อมูลว่า การให้บริการทางด้านจักษุ เป็นการให้การรักษาโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยมีสถิติการรักษาดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การให้บริการในลักษณะที่เป็น Anti-aging ทางด้านจักษุยังไม่มีให้บริการ ถึงแม้ว่าจะมีการกล่าวอ้างว่าการให้การรักษารูปแบบนี้สามารถช่วยให้ภาวะทางด้านจักษุที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นได้ก็ตาม เช่น การใช้ Fish oil น้ำมันฝ้าย ช่วยให้ภาวะตาแห้ง (Dry eye) ในผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้น การรักษาโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดของผิวกระจกตา (Limbal stem cell) จะใช้ในกรณีของโรคผิวกระจกตาเสื่อมมากกว่า

การให้บริการทางด้านจักษุมีความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ เช่น การตรวจวัดความดันในลูกตา (Intraocular pressure) การตรวจวัดลานสายตา (Visual acuity) ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้เป็นเครื่องมือที่มีสเกลละเอียด การเคลื่อนย้ายจะทำให้เกิดความเสี่ยงของการคลาดเคลื่อน และเกิดการชำรุดได้

ในด้านการบริการการรักษาสามารถให้บริการได้ แต่มีข้อจำกัดในด้านการบริการรักษาที่เป็นการผ่าตัดใหญ่ (Invasive treatments) เนื่องจากการปรับปรุงโครงสร้างของสถานที่ให้บริการแห่งใหม่ยังไม่เรียบร้อยสมบูรณ์

ข้อจำกัดของการให้บริการทางด้านจักษุ

- 1) การรักษาด้วยวิธีการแบบการผ่าตัดใหญ่ (Invasive treatments) ยังให้บริการไม่ได้
- 2) จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาเมื่อต้องใช้เครื่องมือพิเศษทางจักษุที่มีความจำเพาะมากขึ้น เช่น ต้องใช้เลเซอร์ในการรักษา หรือต้องทำการผ่าตัด
- 3) รายการยายังมีจำกัด
- 4) ระบบเวชระเบียนยังไม่สามารถเชื่อมกับโรงพยาบาลหรือสถาบันหลักได้ กรณีแยกโรงพยาบาลอาจไม่เชื่อมต่อกันระหว่างโรงพยาบาลได้ในระยะแรก)
- 5) ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร
- 6) ในเรื่องของรายได้ การรวมเก็บรายได้เป็นแหล่งเดียว อาจทำให้มีความไม่คล่องตัวของการจัดแบ่งรายได้ของแต่ละสถานพยาบาล

3.1.2 ด้านผิวหนัง

นอกจากสถาบันโรคผิวหนังจะจัดให้มีการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัย ตามนโยบาย “70 ปีไม่มีคว” ของกรมการแพทย์แล้ว สถาบันยังจัดให้บริการผู้สูงวัยที่มีอายุมากกว่าและเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป เป็นลำดับที่ต้องให้บริการก่อนผู้มารับบริการทั่วไป เพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการ พร้อมทั้งให้บริการด้านโรคผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงวัย เช่น ภาวะผิวหนังอักเสบจากผิวแห้ง (Xerotic eczema) สะเก็ดเงิน (Psoriasis) ผิวหนังอักเสบ (Dermatitis) ที่เป็นโรคผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงวัยแล้ว ยังให้การบริการด้านการรักษากับกลุ่มโรคผิวหนังที่มักพบในคนสูงวัยอื่น ๆ ได้แก่ โรคตุ่มน้ำพองใส (Vesiculobullous diseases, Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Bullous pemphigoid) รวมถึงให้บริการด้านผิวพรรณ (Aesthetic medicine: Facial rejuvenation, Facial contouring, Botox and Fillers) ควบคู่ไปด้วย ตามความต้องการของผู้มารับบริการ ในเบื้องต้นยังอยู่ในระหว่างการปรับพื้นที่การให้บริการ และคาดว่าจะสามารถเปิดให้บริการได้ประมาณเดือนตุลาคม 2561

ในส่วนของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง สถาบันโรคผิวหนังจะมีระบบนัดหมายในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อกลับบ้านไปแล้ว จะมีการติดตามทางโทรศัพท์ และระบบนัดหมาย

ข้อจำกัดของการให้บริการทางด้านผิวหนัง

- 1) การให้การรักษาทางด้าน Anti-aging ของด้านผิวหนัง มีการพัฒนาเทคโนโลยีการรักษาอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการพัฒนาของเครื่องมือเครื่องเลเซอร์ การเลือกซื้อเครื่องมือต้องเลือกให้เหมาะสมกับการให้บริการ และบริบทของสถาบันโรคผิวหนัง สามารถให้บริการได้ต่อเนื่อง ไม่ล่าสมัย คุ่มค่าในการลงทุน
- 2) ทรัพยากรบุคคลมีความไม่เพียงพอ ภาคเอกชนให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากกว่า ทำให้ไม่สามารถเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ตามภาระงาน
- 3) ส่วนมากของค่ารักษาพยาบาลในด้าน Anti-aging ไม่สามารถเบิกคืนจากหน่วยงานได้เนื่องจากเป็นเรื่องการรักษาด้านความสวยงาม

4) การเลือกใช้จ่ายในการรักษาโรค ในปัจจุบันมีข้อจำกัดในเรื่องการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องมีการปรับเปลี่ยนยา จะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น

3.1.3 ด้านทันตกรรม

การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทางด้านทันตกรรม อยู่ในระหว่างการปรับพื้นที่การให้บริการ เนื่องจากมีการปรับส่วนของพื้นที่การให้บริการทางด้านทันตกรรมเดิม จึงต้องมีการย้ายและติดตั้งเครื่องมือทางทันตกรรมใหม่ ในตอนนี้ส่วนการให้บริการของทันตกรรม จึงยังไม่สามารถเปิดให้บริการได้

3.1.4 สถาบันผู้สูงอายุ

ในด้านการให้บริการผู้สูงอายุ มีบริการการตรวจรักษาโรคทั่วไป การให้บริการฝังเข็ม การทำกายภาพ รวมทั้งสามารถให้บริการในลักษณะของ Day Care สำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น ต้องมีคนดูแล แต่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สามารถมาขอรับบริการได้

ประเด็นการให้บริการของสถานพยาบาลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ (Stakeholders) สรุปเป็นประเด็นได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

ประเด็นปัญหา	ประเด็นความยุ่งยาก	หมายเหตุ
การให้บริการด้านการรักษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาในมิติของ Anti-aging ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากยังเป็นในรูปแบบของการศึกษาวิจัยเป็นส่วนใหญ่ และไม่ครอบคลุมในแต่ละด้าน 2. การรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ที่ต้องใช้หน่วยงานอื่นมาสนับสนุนยังทำไม่ได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาในรูปแบบนี้จะเลือกใช้ในรายที่จำเพาะเท่านั้น 2. การรักษาบางชนิดต้องมีการตรวจทางพยาธิวิทยาไปพร้อมๆกับการวางแผน และการทำหัตถการการรักษา
ทรัพยากรบุคคล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 2. บุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานพยาบาลอยู่ห่างไกลจากสถาบันหลัก ต้องเดินทางไกล 2. ภาคเอกชนมีแรงจูงใจมากกว่า
งบประมาณ	งบประมาณสนับสนุนในการปรับปรุงพื้นที่ การจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมทุกสถาบัน	งบประมาณที่จัดสรรต้องรอตามวาระ ไม่เพียงพอ
เทคโนโลยี	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรวมข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นของผู้รับบริการมีความหลากหลายในรูปแบบของข้อมูล 2. การพัฒนาเครื่องมือทางดิจิทัลที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุ ต้องมีการเรียนรู้และขอความร่วมมือจากภาคเอกชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดึงเอาข้อมูลมาใช้ร่วมกันต้องมีการวางแผนเชื่อมข้อมูลทางด้านดิจิทัล ผู้รับบริการต้องอนุญาตให้นำ ข้อมูลมาใช้ร่วมกันระหว่างสถาบัน (Consent form) 2. ลักษณะการใช้งานมีความ จำเพาะ อาจไม่ตอบโจทย์ในภาพใหญ่ ต้องมีการปรับ

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้สูงอายุที่มารับบริการซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของการสัมภาษณ์

จำนวน	ผู้รับบริการ	25	คน
เพศ	M:F	13:12	Male: Female
อายุ	61.96 ปี	50-90	ปี
โรคประจำตัว	Cancer Thyroid DM Prostate HT Non	2 2 3 1 3 12	โรค
อาชีพ	ข้าราชการ บริษัทเอกชน แม่บ้าน ค้าขาย ทำนา ไม่มีอาชีพ	7 6 8 2 1 1	
สิทธิ์การรักษา	ข้าราชการ UC ประกันสังคม บริษัทประกัน จ่ายเอง	12 4 6 1 2	
ความคาดหวัง จากการบริการ	- ยินดีซื้อประกันสุขภาพรายปี - ระบบการรักษา (ไม่มีแพทย์ประจำ, ไม่ต้องการ เปลี่ยนแพทย์) - ระยะเวลารอคอยนาน, ระบบคิวไม่ดี ไม่ถูกต้อง - การสื่อสารของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ การใช้ คำพูดที่ไพเราะ - คลินิกที่ให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ - คลินิกที่ให้บริการผู้สูงอายุใกล้บ้าน - ระบบนัดหมายล่วงหน้า - ยกระดับ รพ.ชุมชนให้สามารถดูแลได้หลากหลาย - ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ - ระบบเยี่ยมบ้าน (เดินทางไม่สะดวก ไม่มีคนพามา รพ.) - ระบบยา (ไม่ครีทรานในยาที่ใช้) - อยากให้มีที่ออกกำลังกาย โรงเรียนผู้สูงอายุ	11 3 7 5 6 4 3 1 2 7 2 1	ราย

ความคาดหวังจากการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงวัยที่มารับบริการ มีครอบคลุมหลายประเด็นตั้งแต่ ระบบของการให้บริการ ระยะเวลาการรอคอย ระบบนัดหมาย การสื่อสารของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการ ยาที่ใช้ในการรักษาโรค นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเรื่องของค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการบางรายอาจมีสภาพของความสามารถทางการเงิน จากจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดจำนวน 25 ราย พบว่ามีจำนวน 1 ราย มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ในด้านการรักษา ต้องการให้มีคลินิกเฉพาะผู้สูงวัย 6 ราย ต้องการให้มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ 2 ราย ต้องการแพทย์ที่มีความชำนาญระดับอาจารย์แพทย์ 1 ราย ต้องการพบแพทย์ท่านเดิมเมื่อมาตรวจตามนัด 1 ราย ต้องการยาที่มีคุณภาพ 2 ราย ต้องการให้มีคลินิกผู้สูงวัยใกล้บ้าน 4 ราย ต้องการให้มีการเยี่ยมที่บ้าน 7 ราย มีความลำบากในการเดินทาง 1 ราย อยู่คนเดียว ไม่มีผู้พามาตรวจ ควรลดระยะเวลาการรอคอยในการรับยา 7 ราย และมีระบบนัดที่มีประสิทธิภาพ 3 ราย

ในด้านของทรัพยากร ต้องการการสื่อสารที่ดีจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และให้มีความอดทนที่จะพูดคุยกับผู้สูงวัยที่หูตึง พูดเสียงดัง อารมณ์ไม่คงที่ ควรได้รับการอบรมมาในด้านการสื่อสารกับผู้สูงวัยโดยเฉพาะ

3.2 ประเด็นการจัดการด้านทรัพยากรและงบประมาณ

ในการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลที่เป็นสถาบันหลักทั้ง 4 แห่งของ Anti-aging Model Development ยังมีความไม่คล่องตัวเนื่องจากสถานที่ในการปฏิบัติงานอยู่ไกลจากสถาบันหลัก ขาดแรงจูงใจ แต่ละแห่งมีจำนวนบุคลากรขั้นต่ำในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงาน

บุคลากร	รพ.เมตตาประชารักษ์	สถาบันโรคผิวหนัง	สถาบันทันตกรรม	สถาบันสูงอายุ
แพทย์	1	4	1 (ทันตภิบาล)	1
พยาบาลวิชาชีพ	3	2	1	3
เภสัช	1	2	-	1
เจ้าหน้าที่ (ไม่ใช่ สายวิชาชีพ)	10	4	1	4

การบริหารจัดการบุคลากรมีความไม่คล่องตัว เนื่องจากสถานที่ในการปฏิบัติงานไกลจากสถาบันหลัก ขาดแรงจูงใจ

การการขับเคลื่อนมาตรฐานของการจัดบริการผู้สูงอายุของประเทศไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ³⁰ จะเน้นหนักที่สถานประกอบการที่ให้การดูแลทั้งภาครัฐที่มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้อง

³⁰ วิศิษฐ์ ตั้งนภากร, กรม สบส. เร่งขับเคลื่อน 3 รูปแบบมาตรฐานบริการผู้สูงอายุไทย [ออนไลน์], แหล่งที่มา: http://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=795 [22 มิถุนายน 2561].

และภาคเอกชน กิจการประเภทนี้ไม่ใช่เรื่องการรักษาพยาบาล โดยจะใช้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 เป็นกลไกควบคุมมาตรฐาน เช่น เนิร์สเซอร์รี่ เนิร์สซิงโฮม หรือศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยกรม สบส.จะออกเป็นกฎกระทรวง ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ขณะเดียวกันจะส่งเสริมต่อยอดให้มีธุรกิจบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรายได้เข้าประเทศ ในรูปแบบการพำนักระยะยาวหรือ Long stay บริการผู้สูงอายุทั้งคนไทยและต่างชาติที่ต้องการมาใช้ชีวิตบั้นปลายในประเทศไทย เนื่องจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ขณะนี้ล้วนกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน แต่ต้นทุนการดูแลของต่างชาติสูงมาก และเชื่อว่าในอนาคตโลกอาจไม่มีพรมแดน จะมีการเคลื่อนย้ายบริการผู้สูงอายุไปในประเทศที่มีต้นทุนที่ต่ำกว่า จึงต้องเร่งออกแบบบริการทั้งแบบมาตรฐานทั่วไป และมาตรฐานที่สูงกว่าด้วย

การกำหนดประเภทของบุคลากรที่ดูแล เป็นประเด็นที่ต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน คือการจัดหลักสูตรพัฒนาเป็นการเฉพาะ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีแพทย์ พยาบาล ประจำ รวมทั้งยาที่จำเป็นต้องมีในสถานประกอบการประเภทนี้ และมีระบบการประสานงานดูแลในภาวะฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงป่วยฉุกเฉินสูงกว่าคนทั่วไปอยู่แล้ว จัดทำนโยบายที่มีการกำกับ ติดตามประเมินผลโดยภาครัฐ ที่ผ่านมารวมสนับสนุนบริการสุขภาพยังดำเนินการได้แค่การหารือ ประชุมร่วมกับผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

ตัวอย่างจากจังหวัดพังงา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง สร้างการมีส่วนร่วมในสังคม โดยมีชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 86 ชมรม ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 67.44 มีชมรมมาตรฐานต้นแบบ และมีโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 5 แห่ง นอกจากนี้ในส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ก็ดำเนินการขับเคลื่อนโดยการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในขณะนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลในจังหวัดพังงา รวม 51 แห่ง ได้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวครบ 100 % โดยเป็นจังหวัดเดียวในเขต 11 ที่ได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครบ 100 %³¹

สำหรับประเทศไทย รัฐบาลใช้ Long term care model กับชุมชนในชนบทเนื่องจากมีจุดแข็งของการที่พ่อแม่ได้รับการดูแลจากลูกหลาน มอบรายได้ 5,000 บาทต่อหัวให้กับท้องถิ่น ตำบลหมู่บ้านนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงวัย โดยจ่ายให้กับ อาสาสมัคร หรือ Care givers ซึ่งต้องผ่านการอบรมมาก่อน ทั้งนี้ท้องถิ่น (อบต.) ต้องสมัครเข้าโครงการ ซึ่งจะมีเกณฑ์ในการพิจารณาท้องถิ่นที่สมัครเข้าไปต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจึงจะได้รับการจัดสรรงบมาให้ ปัญหาที่เกิดขึ้น คือในบางท้องถิ่นไม่เข้าใจ กฎ ระเบียบ ทำให้ถูกท้วงติงจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน การเบิกจ่ายเงินจากสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่น ตำบล หมู่บ้านไม่ชัดเจน เงินไม่พอ

ในประเทศญี่ปุ่นมีการบริหารจัดการลงถึงระดับจังหวัด เช่น ตัวอย่างการจัดการสังคมผู้สูงอายุของท้องถิ่น เช่น เทศบาลเมืองโกเบ มีนโยบายและแผนการจัดการที่ออกแบบเพื่อให้คนสูงอายุของโกเบ ได้หันมาร่วมในหลักประกันสุขภาพระยะยาวอย่างทั่วถึง ด้วยการณรงค์เพื่อการดูแล

³¹ วสันต์พรพรช จำริญนุสิต, จ.พังงา จัดงาน “มหกรรมรวมพลัง สร้างคุณค่า ทนปัญญาผู้สูงวัย” [ออนไลน์], 2560, แหล่งที่มา: http://thainews.prd.go.th/website_th/archive/news_detail/WNSOC6008300010138/2/246450 [22 พฤษภาคม 2561].

ให้ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว รวมทั้งมีแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นอัลไซเมอร์และผู้สูงอายุที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว

‘หมู่บ้านแห่งความสุข’ เป็นสถานที่เทศบาลเมืองโกเบได้สร้างขึ้น เพื่อเป็นสถานที่เพื่อให้ผู้สูงอายุ คนพิการและทุกคนในครอบครัวได้มาใช้ร่วมกัน ไม่ว่าจะเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ มีที่พัก ห้องอาหาร ส่วนจัดงานนิทรรศการจำหน่ายสินค้าจากองค์กรผู้พิการ คนสูงอายุมาสาธิตงานหัตถกรรม นอกจากนี้ ยังจัดให้มี ‘วิทยาลัยสี่เงิน’ เป็นสถานศึกษาที่ให้ผู้สูงอายุที่มีความประสงค์จะเรียนรู้เพิ่มเติมในเรื่องการศึกษา กีฬา การจัดการสุขภาพ สวัสดิการสังคม ธรรมชาติ และการแลกเปลี่ยน นานาชาติ และศิลปะ สามารถมาเรียนรู้เพิ่มเติมได้³²

ประเทศญี่ปุ่นใช้นโยบายประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เริ่มบังคับใช้กฎหมายระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance: LTCI) ตั้งแต่เดือนเมษายน 2543 โดยเป็นระบบบังคับ LTCI จะเน้นให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการที่ตนต้องการได้ มีการให้สวัสดิการและบริการดูแลรักษาสุขภาพที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เช่น สถานประกอบการ สหกรณ์การเกษตร และองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร โดยให้บริการหลากหลายและมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญคือ ให้แยกการดูแลระยะยาวออกจากการประกันสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประกันตนและร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 10 ของจำนวนเต็ม

การคลังของ LTCI (Long-term Care Insurance: LTCI) เป็นแบบได้มาจ่ายไป (Pay-as-you-go) ระบบนี้อาศัยเงินครึ่งหนึ่งจากเบี้ยประกันที่เรียกเก็บจากผู้ประกันตนและอีกครึ่งหนึ่งจากรายได้ภาษี ระบบนี้แบ่งผู้ประกันตนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 อายุ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 40-64 ปี สัดส่วนของรายรับดังกล่าวมาจากกลุ่มที่ 1 สองส่วน จากกลุ่มที่ 2 สามส่วน และจากรัฐบาลห้าส่วน³³



ภาพที่ 7 โครงสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น

ที่มา: วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์ (2560: 25)

³² เพ็ชรี รูปะวิเชตร, จิราพร ชมพิกุล และ พลอยไพลิน รูปะวิเชตร, “การจัดการสังคมผู้สูงอายุในโกเบ ประเทศญี่ปุ่น,” วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 14, 2 (พฤษภาคม/สิงหาคม 2559): 61-75.

³³ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์, ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2560), หน้า 24.

3.3 ประเด็นการจัดการด้านเทคโนโลยี

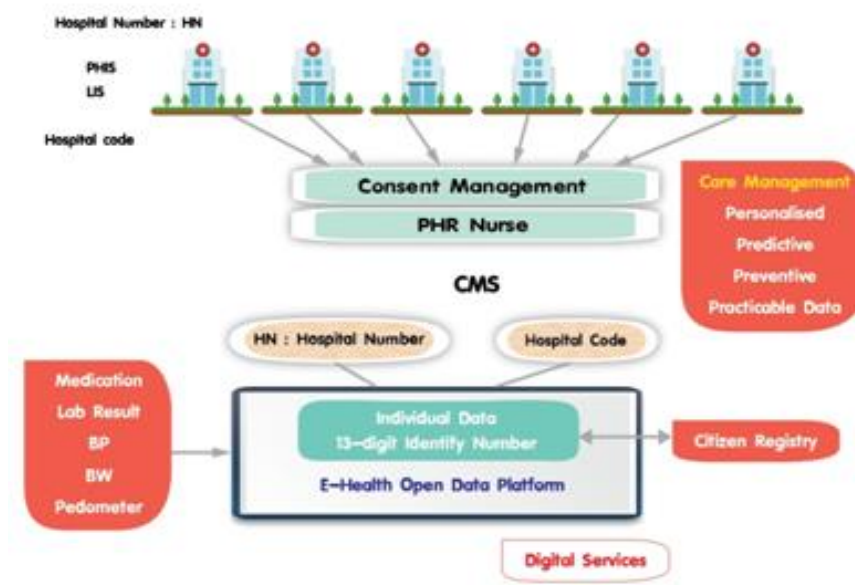
ในด้านการบริหารจัดการข้อมูลของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการทำงานร่วมกันของหลายสถานพยาบาล จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนฐานข้อมูลที่เป็นในการรักษา และในขณะเดียวกันต้องให้ความสะดวกกับผู้รับบริการด้วยเช่นกัน กรมการแพทย์ได้หารือประเด็นข้อเสนอด้านสูงวัย และมีแผนที่จะปรับเป็นรูปแบบของ Thailand digitalization คือ

- 1) จัดตั้งระบบจัดการข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ National health information system เป็นฐานข้อมูลหลักผู้สูงวัยด้านสุขภาพ
- 2) พัฒนาระบบ Telehealth
- 3) พัฒนาระบบ Smart home รวมเซ็นเซอร์สำหรับผู้สูงวัยทั้งหมดในบ้าน
- 4) พัฒนา Digital social interaction solution สำหรับผู้สูงวัย มี Platform และ Application เกี่ยวกับการใช้ชีวิต พัฒนาคุณภาพชีวิต

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแอปพลิเคชัน “ชราเฮโย” เพื่อช่วยประเมินแนวโน้มสุขภาพในอนาคตที่เป็นผลมาจากการใช้ชีวิตประจำวัน โดยการตอบคำถามง่าย ๆ และมีคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับการดูแลสุขภาพ และพร้อมที่จะให้กลับมาตรวจเช็คแนวโน้มสุขภาพอีกครั้ง ในอีก 3 เดือนหลังจากเริ่มใช้งานแอปพลิเคชันในครั้งแรก โดยจะมีข้อความเตือนพร้อมคำแนะนำในการดูแลสุขภาพให้ต่อเนื่องทุกสัปดาห์³⁴

กรมการแพทย์โดยความร่วมมือกับ IBM ได้ร่วมกันพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับผู้มารับบริการ (Personal health record) และปรับการบริการจากการให้บริการที่โรงพยาบาลเป็นหลัก (Hospital base) มาเป็นระดับบุคคล (Personal level) ข้อมูลส่วนบุคคลจะประกอบไปด้วยข้อมูลจากหลายโรงพยาบาลโดยผ่านระบบการลงทะเบียนกับ Aging-well Nurse Coordinator/nurse และ Consent form ดังแสดงในภาพที่ 8

³⁴ นคร เชื้อขันธ, “สุขภาพกับไอที แอปพลิเคชัน ชราเฮโย รองรับสังคมผู้สูงอายุ,” หมอชาวบ้าน 40, 469 (พฤษภาคม 2560): 35.



ภาพที่ 8 การรวม Personal health record

ที่มา: การประชุมหารือการพัฒนา ระบบ Personal health record กรมการแพทย์ (29 เมษายน 2561)

การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัย สามารถทำให้เกิด International trade in services ในด้าน Services by mode of supply 4 แบบ ได้แก่ cross-border supply การบริการข้ามพรมแดน, consumption abroad การให้บริการกับต่างชาติ, commercial presence การไปให้บริการกับต่างประเทศ, presence of natural persons การข้ามพรมแดนมาทำงานของประชากรประเทศเพื่อนบ้าน³⁵

ปัญหานักวิชาการคอมพิวเตอร์ที่ดูแลระบบ ได้รับค่าตอบแทนต่ำ ทำให้การคงอยู่ในระบบของบุคลากรไม่ยั่งยืนยาว ควรมีการพิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

³⁵ European Commission, International Trade in Service [Online], Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/international-trade-in-services/methodology/services-by-mode-of-supply> [2018, May 22].

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเพื่อวิเคราะห์ประเด็นข้อจำกัดและความยุ่งยากซับซ้อน ของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่น และการให้บริการของ Anti-aging Model Development ในด้านการรักษา ด้านทรัพยากร ด้านงบประมาณ และด้านเทคโนโลยี มีความคล้ายคลึงกันในบางประเด็น และมีความแตกต่างกันในบางประเด็น ดังแสดงในตารางที่ 4

ประเด็นความท้าทายการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข คือ

1) ศึกษาและวิจัยด้านการรักษาด้าน Anti-aging Treatments การศึกษาด้านนี้ยังเป็นประเด็นที่ต้องทำการศึกษาในรูปแบบของการวิจัยทางคลินิกโดยสถานพยาบาลภาครัฐ เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายรองรับที่ครอบคลุมทุกสาขาทางการแพทย์ ยังไม่มีความร่วมมือของแพทยสภา ราชวิทยาลัยต่างๆ

2) เพิ่มศักยภาพของบุคลากรในท้องถิ่น หรือชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหาเรื่องการเดินทางเพื่อมารับบริการในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ สอนให้สามารถตรวจคัดกรองเบื้องต้นที่สำคัญในด้านต่างๆ และสร้างเครือข่ายระบบการให้คำปรึกษาที่เข้มแข็ง โดยอาศัยเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การตั้งไลน์กลุ่มสำหรับให้คำปรึกษา ทั้งนี้การตอบรับการเป็นสมาชิกของกลุ่มไลน์ต้องได้รับการคัดกรอง และใช้เพื่อการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว มีการรักษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างเข้มงวด

3) เพิ่มจำนวนบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และการคงอยู่ในระบบของบุคลากร สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรรักองค์กรและรักการปฏิบัติงาน ทำให้การคงอยู่ในระบบมีความยั่งยืนมากขึ้น อาจโดยพิจารณาเพิ่มค่าตอบแทน ค่าวิชาชีพที่เพียงพอ

4) เพิ่มศักยภาพของระบบการส่งต่อ กรณีที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม แบ่งเขตการส่งต่อที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติ ทำความตกลงกับโรงพยาบาลเครือข่ายตามเขตสุขภาพ

5) ดูแลงบประมาณที่กระจายลงสู่ประชากรผู้สูงอายุไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในสิทธิการรักษา แต่ให้เป็นประโยชน์อย่างแท้จริง สร้างระบบการร่วมจ่ายเพื่อแบ่งเบาภาระด้านการดูแลรักษาพยาบาลของประเทศ

4.2 ข้อเสนอแนะ.

4.2.1 ประเด็นการจัดการด้านนโยบาย

1) รัฐบาลควรยกระดับปัญหาของผู้สูงอายุและการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยให้เป็น “วาระแห่งชาติ” วางนโยบายให้ผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และกระทรวงมหาดไทย วางนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุลงสู่การปฏิบัติ กำกับ ติดตาม ประเมินผล พร้อมจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกัน เพื่อให้ตอบโจทย์ในภาพใหญ่ระดับประเทศในการดูแลสังคมสูงอายุ

2) วางนโยบายด้านการป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ เช่น จักขุ ทันต กรรม หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น มอบนโยบายลงสู่การปฏิบัติไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน มีการให้ความรู้ผ่านสื่อช่องทางต่างๆกับผู้สูงอายุ

3) ขยายเวลาเกษียณอายุงาน นอกจากจะสามารถยืดระยะเวลาในการจ่ายบำนาญบำนาญสำหรับกลุ่มที่ใช้สิทธิข้าราชการบำนาญ ช่วยในเกิดการสร้างงานให้กับชุมชน เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัว

4) บริหารจัดการในมิติของโครงสร้างของพื้นที่ ดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ในทุกระดับ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงไปในทางเดียวกัน ให้มีพื้นที่ๆปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน พื้นที่การออกกำลังกาย การมีสังคมร่วมกันของผู้สูงอายุ การเรียนรู้ที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับสมาชิก คนในครอบครัวและคนในพื้นที่ สร้างความรู้สึกของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าของสังคม โดยจัดในลักษณะของเมืองสำหรับผู้สูงอายุที่มีการบริการครอบคลุมทุกด้าน

5) มีนโยบายการลดหย่อนภาษี กรณีที่มีผู้สูงอายุที่ต้องดูแล หรือให้สามารถลดหย่อนภาษีได้เพิ่มขึ้นในกรณีที่ต้องมีการซื้อประกันสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่ต้องดูแล ทำให้เกิดแรงจูงใจกับลูกหลาน

6) กำกับ ติดตามดูแล ศูนย์บริการในการดูแลผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรง ให้ศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรที่เป็นผู้ดูแล (Care givers) มีมาตรฐานที่เป็นสากล มีคุณภาพ รวมถึงมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เมื่อมีเหตุจำเป็น อุบัติเหตุเกิดขึ้น

7) พัฒนา Anti-aging Model Development ให้เป็นแหล่งการศึกษา วิจัยในเรื่องของ Anti-aging Treatments ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ระดับประเทศ และอาเซียน

8) จัดตั้ง ASEAN Center Aging Institute ดำเนินการแบบบูรณาการรอบด้านในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่เรื่องของข้อมูลผู้สูงอายุ ภาวะความเจ็บป่วย การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข แหล่งการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ สนับสนุนเรื่องการสร้างสังคมผู้สูงอายุที่สามารถให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีคุณค่าทางสังคมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

4.2.2 ประเด็นการจัดการด้านการรักษา

1) ทำการศึกษาวิจัยทางคลินิกในเรื่องของการรักษาต้าน Anti-aging Treatments ในโรงเรียนแพทย์ และสถาบันที่ให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีมาตรฐาน เชื่อถือได้ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการรักษาได้จริง พัฒนาให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ไปพร้อมกันด้วย

2) ผลักดันให้มีการร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาด้วยการใช้ Stem cell โดยความร่วมมือของสมาคมวิชาชีพแพทย์ ราชวิทยาลัยแพทย์ และแพทยสภา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการนำมาใช้กับประชาชน และผู้รับบริการทางด้านการแพทย์ กำกับ ติดตามการนำมาใช้อย่างเข้มงวด

3) ฝึกอบรมบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในเรื่อง Anti-aging Treatments ส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อด้านนี้โดยตรง โดยการใช้โอกาสจากการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนบวกสาม ครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2560 ที่ศาสตราจารย์ คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้หารือกับประเทศสมาชิกอาเซียนบวกสาม (จีน ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้) ภายใต้หัวข้อ “การพัฒนาสุขภาพทุกช่วงวัย” (Improving Health Throughout the Life-Course) ขอการสนับสนุนจากประเทศญี่ปุ่นที่มีการดำเนินการในด้านนี้อย่างเป็นรูปธรรม

4.2.3 ประเด็นการจัดการด้านทรัพยากรและงบประมาณ

1) บริหารจัดการงบประมาณสำหรับผู้สูงวัยตามจำนวนประชากรผู้สูงวัยลงสู่พื้นที่ โดยไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับสิทธิการรักษาอื่น

2) เปิดโอกาสให้ผู้สูงวัยได้มีส่วนในการดูแลตนเองร่วมกับภาครัฐตามความสมัครใจ ในรูปแบบของระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาครัฐ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นการแบ่งเบาภาระของประเทศในด้านการรักษาพยาบาล

3) เพิ่มอัตราการจ้างงานบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมถึงบุคลากรสายวิชาชีพ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ สร้างแรงจูงใจในเกิดการคงอยู่ในระบบของการทำงานภาครัฐ

4) ดึงเอาศักยภาพของผู้สูงวัยออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ เกิดการสร้างงาน สร้างรายได้ให้ครอบครัว ชุมชน เนื่องจากผู้สูงวัยบางกลุ่มยังมีความสามารถในการสร้างผลงานออกมาได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงวัยยังรู้สึกว่ามีคุณค่ากับครอบครัว สังคม

4.2.4 ประเด็นการจัดการด้านเทคโนโลยี

1) สร้างระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และนำมาใช้ในด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการหลักและเป็นผู้จัดการให้โรงพยาบาลในสังกัด ได้ใช้ระบบสารสนเทศที่เป็นรูปแบบเดียวกันในด้านการรักษา มีความสะดวกในการเชื่อมต่อข้อมูลพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติงาน การส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการลงทุนทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และเก็บสถิติโรคที่พบบ่อย สถิติในด้านการรักษา

2) สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการคงอยู่ในระบบที่ไม่ยั่งยืน เพื่อแก้ปัญหาเรื่องนักวิชาการคอมพิวเตอร์ที่มีไม่เพียงพอ หรือพิจารณาปรับอัตราจ้าง

3) สร้างความร่วมมือของภาครัฐและเอกชน ในการนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัล มาปรับใช้ในการร่วมกันดูแลผู้สูงวัยที่ติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งอาจทำในรูปแบบของความรับผิดชอบต่อสังคม

ตารางที่ 4 ประเด็นเปรียบเทียบการบริการผู้สูงวัยระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศไทย	ช่องว่าง/ความแตกต่าง	ข้อเสนอแนะ
<p>1. การจัดการด้านการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> มี Anti-aging Center, เช่น Kindai University เป็นศูนย์ให้บริการรักษาในด้านอายุรกรรม ครอบคลุมการ เกษตร การกีฬา สถาปัตยกรรม และเภสัชกรรม มีการรักษาในรูปแบบที่เป็น Anti-aging treatments และมีแนวคิดปรับเป็น “Science of appearance” และ “Anti-aging for Appearance” แผนทองคำ เพิ่มเป้าหมายจำนวนเตียง ศูนย์ดูแลกลางวันบริการถึงบ้านโดยกำหนดเป้าหมายจะขยายจำนวนเตียงในสถานบริบาลเป็นสองเท่า เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ในสถานบริบาลเป็นสามเท่า และเพิ่มศูนย์ดูแลกลางวันสิบเท่า 	<ul style="list-style-type: none"> การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัย ดำเนินการโดยสถานพยาบาลของทั้งภาครัฐและเอกชน คลินิกผู้สูงวัยโดยเฉพาะมีเป็นบางแห่งของสถานพยาบาล การรักษาในรูปแบบ Anti-aging treatments ส่วนมากดำเนินการโดยภาคเอกชน ตัวอย่างของการคัดกรองสายตาเบื้องต้น โดย อสม.ทั่วประเทศเพื่อตรวจค้นหาผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนที่เสี่ยงตาบอดจากโรคตาต่อกระจก การขับเคลื่อนมาตรฐานของการจัดบริการผู้สูงอายุที่กรม สบส.จะเน้นหนักที่สถานประกอบการที่ให้การดูแลทั้งภาครัฐที่มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้อง และภาคเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> Anti-aging Center ในภาครัฐยังไม่มีชัดเจน เป็นเพียงแค่หน่วยงานที่ให้การรักษาเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้มีการให้บริการที่ครอบคลุมในทั้งด้านที่เป็น Anti-aging Center การรักษาในรูปแบบของ Anti-aging treatments บางชนิด ไม่ได้ได้รับการรับรองโดยแพทยสภา ไม่มีนโยบายการคัดกรองที่สำคัญในแต่ละด้าน จำนวนเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่สามารถรองรับการดูแลผู้สูงวัยที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ภาครัฐควรมีการดำเนินการในรูปแบบที่เป็น Anti-aging Center เพื่อให้เป็นแหล่งเรียนรู้ และนำไปสู่การพัฒนา การรักษาในรูปแบบ Anti-aging treatments ควรดำเนินการในรูปแบบของการวิจัยทางคลินิก โดยสถานบริการภาครัฐ เพื่อให้เป็นต้นแบบของการรักษาที่สามารถนำมาใช้ได้จริง ควรจัดเป็นโครงการระยะยาวที่มีความต่อเนื่อง และให้ความหลากหลายสาขา ติดตามและประเมินเพื่อค้นหาผู้สูงวัยที่มีความเสี่ยงรายใหม่ และให้เป็นนโยบายระดับประเทศ นำข้อมูลมาพัฒนาแผนการดูแล ยกระดับการขับเคลื่อนมาตรฐานของการจัด บริการผู้สูงอายุ ประเภทที่ไม่ใช่เรื่องการรักษา พยาบาลให้เป็นนโยบายระดับประเทศ ควบคุมมาตรฐาน ศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ กำหนดประเภทของบุคลากรที่ดูแล การจัดหลักสูตรพัฒนาเป็นการเฉพาะซึ่งไม่จำเป็น ต้องมีแพทย์ พยาบาล ประจำ รวมทั้งยาที่จำเป็น สนับสนุน “ลองสเตย์” รับมือผู้สูงวัยต่างแดน

ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศไทย	ช่องว่าง/ความแตกต่าง	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> - กฎหมายระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance: LTCI) ตั้งแต่เดือนเมษายน 2543 ผู้ใช้ บริการสามารถเลือกใช้บริการที่ตนต้องการได้ มีการให้สวัสดิการและบริการดูแลรักษาสุขภาพที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน - ให้ความร่วมมือกับประเทศอาเซียน ในการจัดตั้ง ASEAN Center for Active Aging and Innovation (ACAI) 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเทศไทยใช้ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015 - วางแผนจัดตั้งศูนย์เรียนรู้อาเซียนเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดี (ASEAN Center for Active Aging and Innovation (ACAI)) ภายในปี 2019 เพื่อเป็นแหล่งสร้างความรู้เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจที่ดี แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านผู้สูงอายุในประชาคมอาเซียนเพื่อเตรียม พร้อมสู่สังคมสูงอายุอย่างราบรื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - กฎหมายระบบประกันการดูแลระยะยาว ยังไม่มี - นโยบายยังไม่ลงสู่การปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - วางแผนจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุด้วยหลักของการประกันที่จัดการโดยรัฐ เพื่อให้สังคมร่วมกันดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ - มอบนโยบายลงสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ตอบรับแนวคิด นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นถาวร

ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศไทย	ช่องว่าง/ความแตกต่าง	ข้อเสนอแนะ
<p>2. การจัดการด้านทรัพยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดสรรพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวให้สามารถมาใช้พื้นที่ร่วมกันอย่างครบวงจร ผู้สูงวัยรู้สึกมีคุณค่า เช่น ‘หมู่บ้านแห่งความสุข’ ผู้สูงวัยสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านหัตถกรรม - แผนทองคำมียุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนจากการอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานบริบาลนานๆ เป็นการให้อยู่บ้านและสถานบริบาลของชุมชน รวมทั้งสร้างโครงการใหม่ๆ เช่น การให้ห้องครัวท้องถิ่นเป็น ผู้ประสานงานสถานบริบาล - ‘วิทยาลัยสี่ เงิน’ ให้ผู้สูงวัยได้เรียนรู้เพิ่มเติมในเรื่องการศึกษา กีฬา การจัดการสุขภาพ สวัสดิการสังคม ธรรมชาติและการแลกเปลี่ยน นานาชาติ และศิลปะ 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดพื้นที่สำหรับผู้สูงวัยยังมีจำกัด ไม่ครอบคลุม และส่วนมากเป็นเรื่องของทางเดิน ห้องน้ำ แต่ในรูปแบบที่เป็นสังคมผู้สูงวัยที่ครอบคลุมทุกด้านยังไม่มีชัดเจน แต่มีแผนพัฒนาพร้อม 4 กระทรวง - การขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง โดยการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็น ให้เป็นมาตรฐาน และมีนโยบายการขับเคลื่อนเรื่องพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่ครบวงจร เน้นเป้า หมายเรื่อง “80 ปี ยังแจ๋ว” โดยความร่วมมือของ 4 กระทรวง - มีรูปแบบของการเรียนรู้ในระดับชุมชน และเป็นเชิงหัตถการพื้นบ้านเป็นส่วนใหญ่ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีพื้นที่สำหรับส่งเสริมหัตถกรรมพื้นบ้านในเชิงพาณิชย์ โดยการรวมตัวกันเองของสมาชิกภายในหมู่บ้าน การพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำเสนอผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ ซึ่งในบางพื้นที่ได้รับการยก ระดับให้เป็นแหล่งเรียนรู้ระดับมหา วิทยาลัย - ให้เทศบาลแต่ละแห่งมีการสำรวจผู้สูงอายุในเขตตนเพื่อปฏิบัติตามแผน รวมทั้งมีการจัดทำแผนปฏิบัติการของแต่ละเขต เป็นโอกาสให้สามารถผลักดัน เป็นนโยบายระดับชาติ - ศูนย์การเรียนรู้ที่เป็นแหล่งเรียนรู้ของผู้สูงวัยและสามารถถ่ายทอดให้เยาวชนรุ่นหลังได้ศึกษาหาความรู้ยังไม่มีที่เป็นในรูปแบบของมหาวิทยาลัย 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลักดันให้แผนผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติกำหนดนโยบายระดับชาติและท้องถิ่น ไม่เน้นการให้ในรูปแบบของวัตถุ ภาครัฐควรมีการให้การสนับสนุนด้านพื้นที่ ทรัพยากรบุคคล การบริหารจัดการเชิงระบบ - ดำเนินการให้ครอบคลุมทุกจังหวัดของประเทศ มีการกำกับเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด - ภาครัฐควรให้ความสำคัญในการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สำหรับผู้สูงวัย เนื่องจากความรู้บาง เรื่องเป็นการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นในรูปแบบภูมิปัญญา นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงวัย มีความภาคภูมิใจ

ประเทศญี่ปุ่น	ประเทศไทย	ช่องว่าง/ความแตกต่าง	ข้อเสนอแนะ
<p>3. การจัดการด้านงบประมาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้สูงอายุได้ร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย - รัฐบาลได้กำหนดกฎหมายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่เรียกว่า ‘ระบบให้ บริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ’ มีการจัดสรรภาษี เพื่อจัดทำศูนย์ดูแลผู้ สูงอายุ การบริการดูแลที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีระบบที่ผู้รับบริการร่วมจ่าย - มีเบี้ยผู้สูงอายุ ค่ารักษาสำหรับผู้ป่วย บางกลุ่ม เมื่อเป็นผู้สูงวัยก็ยังคงได้รับ สิทธิร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการมีความไม่เข้าใจ แม้ว่ามีกลุ่ม ผู้รับบริการที่ยินดีร่วมจ่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีระบบที่ให้ผู้สูงวัยได้ร่วมจ่ายเพื่อเป็น ทางเลือก ลดภาระของภาครัฐ และเพิ่ม ประสิทธิภาพของการดูแล
<p>4. การจัดการด้านเทคโนโลยี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินการของสถานพยาบาล ส่วนมากเป็นระบบข้อมูลดิจิทัล แต่ ในส่วนของการลงทะเบียนเข้ารับ การรักษายังอาจมีส่วนที่ต้องใช้ ระบบเอกสาร - มีการใช้หุ่นยนต์ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นเพื่อนสนทนา 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมการแพทย์โดยความร่วมมือกับ IBM ได้ร่วมกันพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับผู้มา รับบริการ (Personal health record) และปรับการบริการจากการให้บริการที่ โรงพยาบาลเป็นหลัก (Hospital base) มาเป็นระดับบุคคล (Personal level) - มีการนำเอาหุ่นยนต์มาใช้ในการส่งสิ่งส่ง ตรวจและเอกสารในโรงพยาบาลเอกชน - จัดทำแอปพลิเคชันที่ช่วยในการดูแล เช่น เรื่องการทานยา การตรวจวัดความดัน โลหิต ช่วยให้สมาชิกในครอบครัว หรือ Care giver ได้ช่วยกันดูแลผู้สูงวัย ร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการด้านข้อมูลพื้นฐานของผู้มารับ บริการด้านสาธารณสุขมีความแตกต่าง กันไปตามบริบทและข้อจำกัดของแต่ละ สถานพยาบาล การรวมข้อ มูลจึงมีความ ยุ่งยากซับซ้อน - การใช้งานขึ้นอยู่กับสถานะทางการเงิน และความไม่คล่องตัวของผู้ปฏิบัติงานของ สถานพยาบาลนั้นๆ - การนำแอปพลิเคชันมาใช้เป็นการลงทุน ด้านเทคโนโลยี มีค่าใช้จ่ายในการ ดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและ ภาคเอกชน นำเอาเทคโนโลยีมาใช้และพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง และเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของการส่งต่อเพื่อการรักษาของ ผู้รับบริการ

บรรณานุกรม

หนังสือ/บทความ

- ชัยธร ลิมาภรณ์วิชย์. การขับเคลื่อนนวัตกรรมเพื่อพัฒนาประเทศ. หลักสุนทรนักรบริหารทหารทุต.
รุ่นที่ 10 สถาบันเทวะวงศัวโรปการ กระทรวงต่างประเทศ, 2561
- นคร เชื้อนขันธ. “สุขภาพกับไอที แอปพลิเคชัน ชราเฮโย รองรับสังคมผู้สูงอายุ.” หมอชาวบ้าน 40,
469 (พฤษภาคม 2560): 35.
- เพ็ชรี รุ ปะวิเชตร, จิราพร ชมพิกุล และ พลอยไพลิน รูปะวิเชตร. “การจัดการสังคมผู้สูงอายุใน
โกเบ ประเทศญี่ปุ่น.” วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 14, 2 (พฤษภาคม/สิงหาคม
2559): 61–75.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชระคุปต์. ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับ
ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2560.
- สรารุช ไพฑูรย์พงษ์. “การปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในประเทศไทย.” ดุสิตภาพดุสิตพินิจ,
มติชน (24 กรกฎาคม 2555).
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. “โรคตาในผู้สูงอายุ.” โดย ฝ่ายประชาสัมพันธ์
กรมการแพทย์, 25 สิงหาคม 2559 (08:48:21).

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.
2552. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: [http://www.dop.go.th/download/laws/
law_th_20152309144546_1.pdf](http://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf) [1 พฤษภาคม 2561].
- กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์. รับมือสังคมผู้สูงอายุ: ตัวอย่างจากต่างประเทศ. [ออนไลน์]. 2560. แหล่งที่มา:
<https://themomentum.co/happy-life-aging-society/> [1 พฤษภาคม 2561]
- ชัชฎา กำลั้งแพทย์. เรียนรู้นโยบายเพื่อผู้สูงวัยของสิงคโปร์. [ออนไลน์]. 2560. แหล่งที่มา:
<http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/642520> [1 พฤษภาคม 2561].
- ธนภรณ์ จิตตินันท์ และ ณิชนางค์ กุลนาถศิริ. ถอดบทเรียนนโยบายรับมือสังคมสูงวัยจาก
ต่างประเทศ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/
EconomicConditions/AAA/4HyperAgedSociety.pdf](https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/EconomicConditions/AAA/4HyperAgedSociety.pdf) [6 พฤษภาคม 2561].
- ประภาส จิตตาศิริวัตต์. สบส.ให้อสม.ตรวจคัดกรองสายตาสายตาผู้สูงวัยไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://www.thansettakij.com/content/105682> [22 พฤษภาคม 2561].
- มติชนออนไลน์. ไทย-ญี่ปุ่นผนึกกำลังพัฒนาประกันสุขภาพยั่งยืนสู่สังคมสูงวัย. [ออนไลน์]. 15
กรกฎาคม 2560. แหล่งที่มา: [https://www.matichon.co.th/local/qualitylife/
news_603319](https://www.matichon.co.th/local/qualitylife/news_603319) [1 พฤษภาคม 2561].

- วสันต์พรพรช จำเริญนุสิต. จ.พังงา จัดงาน “มหกรรมรวมพลัง สร้างคุณค่า ทนปัญญาผู้สูงวัย”. [ออนไลน์]. 2560. แหล่งที่มา: http://thainews.prd.go.th/website_th/archive/news_detail/WNSOC6008300010138/2/246450 [22 พฤษภาคม 2561].
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร โครงการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน: รายงานสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับภูมิภาคว่าด้วยเรื่อง ‘ASEAN+3: Are We Ready for Our Ageing Society?’. [ออนไลน์]. 2558. แหล่งที่มา: http://www.dop.go.th/download/implementation/work_th_20161107092854_2.pdf [1 พฤษภาคม 2561].
- วิศิษฐ์ ตั้งนภากร. กรม สบส. เร่งขับเคลื่อน 3 รูปแบบมาตรฐานบริการผู้สูงอายุไทย. [ออนไลน์]. 2560. แหล่งที่มา: http://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=795 [22 มิถุนายน 2561].
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรสูงอายุอาเซียน. ใน เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม. [ออนไลน์]. มิถุนายน 2559. แหล่งที่มา: <http://www.m-society.go.th> [1 พฤษภาคม 2561].
- ศูนย์สื่อสารธารณะ กรมอนามัย. เร่งคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชุมชนแออัด 4 Smart เพื่ออายุยืนยาวสุขภาพดียอดเยี่ยม. [ออนไลน์]. 2560. แหล่งที่มา: http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=10519 [1 พฤษภาคม 2561].
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ข้อมูลบัญชีประชาชาติ (O1/2561). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatLineChart> [1 พฤษภาคม 2561].
- สำนักประสานการพัฒนาวัตกรรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. Thailand 4.0 โมเดลขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความมั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืน. [ออนไลน์]. 2559. แหล่งที่มา: http://digital.forest.ku.ac.th/TFCC/TCERN2017/PW/Thailand_40_PM.pdf [29 กรกฎาคม 2561].
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ไทย ตั้งศูนย์เรียนรู้อาเซียนพัฒนาสุขภาพผู้สูงวัยหัวใจเปี่ยมพลัง ภายในปีพ.ศ. 2562 ในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขกรอบอาเซียน ที่บรูไน. [ออนไลน์]. 8 กันยายน 2560. แหล่งที่มา: https://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=100255 [1 พฤษภาคม 2561].
- อุดม อัครุตมางกูร. นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย. [ออนไลน์]. 2560. แหล่งที่มา: http://dental2.anamai.moph.go.th/download/article/A213_14_12_59.pdf [1 พฤษภาคม 2561].
- European Commission. International Trade in Service. [Online]. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/international-trade-in-services/methodology/services-by-mode-of-supply> [2018, May 22].
- Incorpore. Clinique La Prairie Switzerland. [Online]. Available from: <http://www.incorpore.ch/clinics/laprairie-clinic/> [2018, May 1].

- Japanese Society of Anti-aging medicine. Scientific Meetings. [Online]. Available from: http://www.anti-aging.gr.jp/english/scientific_m.phtml [2018, May 1].
- Kindai University. Anti-aging Center. [Online]. Available from: <http://www.kindai.ac.jp/antiaging/> [2018, May 1].
- Murata, Hiroyuki-Hiro. Smart Ageing: A strategy for the super-aged society. [Online]. Available from: http://www.anti-aging.gr.jp/english/scientific_m.phtml [2018, May 1].
- Sadasivam RS. Impact of a Collective Intelligence Tailored Messaging System on Smoking Cessation: The Perspect Randomized Experiment. [Online]. 2016. Available from: <https://www.jmir.org/2016/11/e285> [2018, May 29].

การสัมภาษณ์

- ชานินทร์ สนธิรักษ์. ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศ กรมการแพทย์. สัมภาษณ์, 25 พฤษภาคม 2561.
- มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ์. ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง. สัมภาษณ์, 9 พฤษภาคม 2561.
- พิมพ์ใจ หัสชู. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ. สัมภาษณ์, 18 มิถุนายน 2561.
- ปิติ ทั้งไพศาล. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สัมภาษณ์, 9 กรกฎาคม 2561.
- Yamada, H. Professor. Division of Dermatology, Kindai University, Nara Hospital, Anti-aging Center, Kindai University. Interview, 11 June 2018.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางพุกกลิ่น ตรีสุโกศล
ประวัติการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล - ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางการแพทย์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล - วุฒิบัตรตจวิทยา สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข - Contact Dermatitis (Cutaneous Allergy), Department of Dermatology, University Hospital Leiden, The Netherlands - การบริหารโรงพยาบาล โรงเรียนการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล - Fellowship Training in Cutaneous and Laser Surgery, Institute of Dermatology
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2530	นายแพทย์ 4 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
พ.ศ. 2531	นายแพทย์ 4 โรงพยาบาลส่องดาว อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร
พ.ศ. 2532	นายแพทย์ 5 โรงพยาบาลส่องดาว อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร
พ.ศ. 2533	นายแพทย์ 5 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
พ.ศ. 2533-2536	ลาศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน สาขาทจวิทยา
พ.ศ. 2536	นายแพทย์ 5 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
พ.ศ. 2537	นายแพทย์ 5 สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
พ.ศ. 2537	นายแพทย์ 6 สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
พ.ศ. 2540	นายแพทย์ 7 วช ด้านเวชกรรม สาขาทจวิทยา กลุ่มงานการรักษา สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
พ.ศ. 2443	นายแพทย์ 8 วช ด้านเวชกรรม สาขาทจวิทยา สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
พ.ศ. 2445	นายแพทย์ 8 วช ด้านเวชกรรม สาขาทจวิทยา กลุ่มบริการเฉพาะทาง สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

- พ.ศ. 2548 นายแพทย์ 9 วช ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา กลุ่มภารกิจวิชาการ
สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
- พ.ศ. 2551 นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา ประเภทวิชาการ
กลุ่มภารกิจวิชาการสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

ตำแหน่งปัจจุบัน

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ สถาบันโรคผิวหนัง
Director Diploma Course of Dermatology and
Dermatosurgery, Institute of Dermatology
ประธานองค์กรแพทย์ สถาบันโรคผิวหนัง
เลขาธิการสมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง
ประธานคณะกรรมการพิจารณาทุน
สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย