

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
LEGAL MEASURE ON BEDRIDDEN PATIENT CARE SERVICE

อู่ทัช เจริญชนดล

AUTACH CHAROENTHANADHOL

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

กลุ่มวิชากฎหมายธุรกิจ

คณะนิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีปทุม

พ.ศ. 2563

ลิขสิทธิ์ของคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

LEGAL MEASURE ON BEDRIDDEN PATIENT CARE SERVICE

AUTACH CHAROENTHANADHOL

A THEMATIC PAPER SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE

OF MASTER OF LAWS

BUSINESS LAW

SCHOOL OF LAW

SRIPATUM UNIVERSITY

2020

COPYRIGHT OF SCHOOL OF LAW SRIPATUM UNIVERSITY

สารนิพนธ์เรื่อง	มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
คำสำคัญ	ธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง/ผู้ป่วยติดเตียง
นักศึกษา	อุทัย เจริญชนดล
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	ดร.เอกพงษ์ สารน้อย
หลักสูตร	นิติศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชากฎหมายธุรกิจ
คณะ	นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
พ.ศ.	2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ในการศึกษาเรื่องนี้ คือ เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาแนวคิดและความเป็นมาของธุรกิจรับดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อศึกษาปัญหาข้อกฎหมายของไทยและต่างประเทศในการคุ้มครองผู้บริโภคในธุรกิจการให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในธุรกิจการให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทย ตลอดจนเพื่อศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่เกี่ยวกับเรื่องกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาพบว่า การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทย เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งมีปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดหลายประการ เช่น กฎหมายดังกล่าวยังไม่สามารถบังคับใช้ได้ อย่างครอบคลุม ไม่สามารถการกำกับดูแลธุรกิจเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากได้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีบทบัญญัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลให้การประกอบกิจการดังกล่าวมีมาตรฐาน และเป็นกิจการที่เอื้ออำนวยประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและประชาชนได้

ในการนี้จึงมีข้อเสนอแนะทางในการแก้ไขปัญหา โดยควรมีการกำหนดให้สัญญาให้บริการผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงเป็นสัญญาที่คณะกรรมการว่าด้วยสัญญาประกาศให้เป็นธุรกิจควบคุม ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2552 เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญากับผู้ประกอบการและควรกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลที่ผู้ประกอบการให้บริการจัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง โดยควรกำหนดให้ใช้มาตรฐานกลางของกระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ที่กำหนดมาตรฐาน

ที่จำเป็นไว้สำหรับบ้านพักผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพในการให้บริการด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ
ติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง มีคุณสมบัติ ทักษะ และประสบการณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน
ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลด้วยวิธีที่ถูกต้องและปลอดภัย

THEMATIC TITLE	LEGAL MEASURE ON BEDRIDDEN PATIENT CARE SERVICE
KEYWORDS	BEDRIDDEN PATIENT CARE SERVICE/ BEDRIDDEN PATIENT
STUDENT	AUTACH CHAROENTHANADHOL
THEMATIC ADVISOR	DR. EGKAPONG SARNOI
LEVEL OF STUDY	MASTER OF LAWS BUSINESS LAW
FACULTY	SCHOOL OF LAW SRIPATUM UNIVERSITY
YEAR	2020

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the concept and background of bedridden patient care service, to study Thailand and international's legal issue for customer protection in bedridden patient care service, to analyze Thailand legal issue for customer protection in bedridden patient care service, also to research for an appropriate amendment of the customer protection law for bedridden patient care service.

The legal findings of this research found that engaging in bedridden patient care service should comply with the Customer Protection Act, B.E. 2522, and Public Health Act, B.E. 2535 which has issues, impediments, and limitations. For example, there is some legal loophole that may lead to an uncovered scope of a law or restriction and ineffective regulation of bedridden patient care service. Providing amendment of related regulation for having accurately up to date legislation, the business operation will be standardized and be beneficial to the elderly and citizen.

For the mentioned findings, the researcher suggests guidelines to solve the issues as followed. Firstly, the bedridden elder and patient care service contract should be defined as a contract-controlled business by the committee on contract as prescribed in Customer Protection Act, B.E. 2522 in order to protect the service receiver and maintain the right to a fair contract between them and the business operator. Secondly, the qualification of bedridden elder and patient caretaker employed by the business operator must be settled. In addition, the caretaker must meet the general qualification standard for nursing homes defined by the Ministry of Social

Development and Human Security. Complying with the standard, the caretaker will provide the service quality and have the qualification, skill, and experience which necessary to provide service to bedridden elder and patient. Therefore, the customer will receive an appropriate and safe service.

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากผู้เขียนได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากท่าน อาจารย์ ดร. เอกพงษ์ สารน้อยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าและ ให้ความช่วยเหลือ อีกทั้งยังให้คำแนะนำและความคิดเห็นต่าง ๆ ของการศึกษามาด้วยดีตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจนพล ทองยืน ที่กรุณาได้รับเป็นประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และ ท่านอาจารย์รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ มุลศิลป์ ซึ่งกรุณาเป็นกรรมการสอบสารนิพนธ์ ซึ่งท่านทั้งสองได้ ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้ ถูกต้องมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ท้ายที่สุดนี้ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

หากสารนิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า ผู้เขียนขอมอบความดีทั้งหมดนี้มาเป็นกตเวทีกุศลแก่ บิดา มารดา อาจารย์ ผู้วางรากฐานการศึกษาอันเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตให้กับผู้เขียน

อุทัย เจริญธนดล
มหาวิทยาลัยศรีปทุม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	I
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	III
กิตติกรรมประกาศ.....	V
สารบัญ	VI

บทที่

1	บทนำ.....	1
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
	1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	6
	1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	7
	1.5 วิธีดำเนินการศึกษา	7
	1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
	1.7 คำนิยามศัพท์.....	7
2	ความหมาย ความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจดูแล ผู้ป่วยติดเตียง.....	9
	2.1 ความหมายของ ผู้ป่วยติดเตียง.....	9
	2.2 ความเป็นมาของ ผู้ป่วยติดเตียง	10
	2.2.1 การประเมินภาวะติดเตียงในผู้สูงอายุ.....	13
	2.2.2 สาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุ	14
	2.2.3 ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC).....	15
	2.3 รูปแบบการให้บริการของธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง.....	16
	2.3.1 การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ.....	22
	2.3.2 การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	25
	2.4 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุและสถานะทาง กฎหมาย.....	28

บทที่	หน้า
2.4.1 ฝ่ายผู้ให้บริการ	29
2.4.2 ฝ่ายผู้รับบริการ	31
2.5 แนวคิด การคุ้มครองผู้บริโภค	33
2.6 แนวคิดด้านคุณภาพการดูแล	37
2.7 แนวคิดการดูแลระยะยาว	40
2.8 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน	41
2.9 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว	42
2.10 ทฤษฎีครอบครัว	46
2.11 ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Developmental family theory)	47
3 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากการใช้บริการธุรกิจ การให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของประเทศไทยและต่างประเทศ.....	50
3.1 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและ ผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของประเทศไทย	50
3.1.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535	51
3.2 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากการใช้บริการธุรกิจ การให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทย	58
3.2.1 การคุ้มครองฝ่ายผู้รับบริการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522	58
3.2.2 การคุ้มครองด้านสัญญาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองคุ้มครอง ผู้บริโภค พ.ศ. 2522	60
3.2.3 การคุ้มครองฝ่ายผู้รับบริการตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญา ที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540	61
3.2.4 การคุ้มครองผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องในสถานประกอบธุรกิจดูแลผู้ป่วย ติดเตียงที่บ้านขอต่างประเทศ	65
4 วิเคราะห์ปัญหาหากกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในธุรกิจการให้บริการ ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทย.....	86
4.1 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองด้านสัญญารับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและ ผู้ป่วยติดเตียงตามบ้าน	86

บทที่

หน้า

4.1.1	วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองด้านสัญญาับดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตามบ้าน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้บริ โภค พ.ศ. 2522 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562)	89
4.1.2	วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองด้านสัญญาับดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงตามบ้านตามพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการ ดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ของ สหราชอาณาจักร	91
4.2	ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลที่ผู้ประกอบการ ให้บริการจัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตาม. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2560) ของประเทศไทย	95
4.3	ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลที่ผู้ประกอบการ ให้บริการจัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตาม. พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ของสหราชอาณาจักร.....	96
5	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	101
5.1	บทสรุป.....	101
5.2	ข้อเสนอแนะ	103
	บรรณานุกรม.....	104
	ประวัติผู้เขียน	110

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติได้ประเมิน สถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2543 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับ ทั้งนี้ การคาดการณ์ว่าโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในศตวรรษแห่งผู้สูงอายุช่วงปี 2001-2100 นั้น แต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไป ตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางด้านการแพทย์ การโภชนาการ กล่าวได้ว่า ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น ความเป็นอยู่ที่ดี มีโภชนาการทางอาหาร ที่ถูกหลักอนามัย ประชากรมีมาตรฐานชีวิตที่ดี มีการศึกษา มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ ซึ่งจะส่งผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น อัตราการตายลดลง ประชากรมีอายุยืนยาวจน ทำให้โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ¹

ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นก็เนื่องจากการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จตามนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วเนื่องจากอัตราการเกิดลดลง ส่งผลให้วัยเด็กมีจำนวนลดลงด้วย เช่นนี้ อัตราส่วนวัยแรงงานก็มีอัตราส่วนที่เริ่มลดลง วัยผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2533 มีประชากรผู้สูงอายุ 7.5 ล้านคนเพิ่มจาก 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 และในปี พ.ศ.2568 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็น 14 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์² ในปี พ.ศ. 2557 จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด

¹ อัญชิษฐา สิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17, หน้า 236.

² มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: พีคิว พี จำกัด. หน้า 1-28.

และในปี 2558 ประชากรทั้งหมด³ 65.1 ล้านคนมีประชากร 60ปีขึ้นไป 11 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและแนวโน้มผู้สูงอายุของประเทศไทย จะอยู่ตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัวในสังคมไทย โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง

สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทำการสำรวจอัตราการ เป็นภาวะวัยสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 โดยพบว่า มีประชากรวัยแรงงาน 10 คน ทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุ 1 คน อัตราการเป็นภาวะวัยสูงอายุเท่ากับ 0.12 ปี ในปี พ.ศ. 2557 ประชากรวัยแรงงาน 43 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน⁴ และประมาณการ ในปี พ.ศ. 2563 ภาวะของประชากรวัยแรงงานต้อง รับภาระในการ ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้น เพราะผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ประมาณ 4 คน ต้องรับภาระ ในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 คน โดยมีอัตราการเป็นภาวะวัยสูงอายุเท่ากับ 0.24 ปี จึงเกิดปัญหา ทางเศรษฐกิจไม่ว่า จะเป็นผลผลิตมวลรวมของประเทศ (GDP) ที่ลดลงตามจำนวนแรงงานใน ขณะที่แรงงานต้องรับภาระ เลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้ระดับการออมลดลงรายได้ประชาชาติ (GMP) ลดลง มีผลกระทบต่อแหล่ง เงินทุนภายในประเทศซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนา เศรษฐกิจและหากรัฐบาลต้องเข้ามาโอบอุ้ม ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นทั้งในส่วนของเบี้ยยังชีพเงิน บำนาญสำหรับผู้เกษียณและการให้บริการด้าน สาธารณสุขพบว่าประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นแต่ มิได้หมายถึงประชากรผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นซึ่ง ช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้นเป็นช่วงชีวิตที่มีการ เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) คาดว่าไม่เกินในอีก 4 ปี ข้างหน้า เนื่องจากความเอาใจใส่ด้านการดูแลสุขภาพและวิทยาการทางการแพทย์ทำให้คนอายุยืนมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยความจริงที่ว่าคนยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยังมีโอกาส เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น จากรายงานข้อมูล สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 โดยกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมด้วยจำนวน 812,825 คน คิดเป็นร้อยละ 49.5 ของ คนพิการทั่วประเทศ โดยพบความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทาง ร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือความพิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย และทางการมองเห็น ตามลำดับ สาเหตุของความพิการส่วนใหญ่ร้อยละ 30.8 เกิดจากภาวะความเจ็บ ป่วยและโรคต่าง ๆ

³ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์ เจอร์นัลพับลิคชั่น จำกัด.

⁴ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. *อ้าวแล้วเชิงอรรถที่ 2*.

ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ ข้อสันหลังอักเสบ โรคติดเชื้อเบาหวาน และลมชัก ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมด้วยนั้น ส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าในปี พ.ศ.2557 ร้อยละ 34 ของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจนมาก โดยแหล่งรายได้หลักที่เคยได้จากบุตรลด ลงจากร้อยละ 52 ในปีพ.ศ. 2550 เหลือเพียงร้อยละ 34 ในปีพ.ศ. 2557 ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาการดูแลด้านสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ จากรัฐบาลมากขึ้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติถึงเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ในหมวดของสิทธิและเสรีภาพของ คนชาวไทยและหน้าที่ชนชาวไทยเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ และได้ตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย แผนงานและกิจกรรมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 114 ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ประกอบด้วย การสร้างบทบาทผู้สูงอายุในการถ่ายทอดประสบการณ์ และภูมิปัญญาแก่คนรุ่นใหม่ที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการสังคมต่าง ๆ อย่างทั่วถึง การพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ การสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ

ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถ ดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน และจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึง โดยมีลักษณะในเชิงรุก และมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้ยังต้อง ครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับ การสาธารณสุขมูลฐาน การบริการ ระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบ บริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการ ให้บริการควบคู่กันไป และจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแล ผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้ สูงอายุให้ มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่คำนึงถึงว่า ผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังแต่อย่างใด⁵

จากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น เช่นนี้จึงทำให้เกิดความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้ง มีแนวโน้มมากขึ้นทั้งจากการเพิ่มขึ้นของจำนวน

⁵ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ. *Chula Medical Journal*, 38 (2), หน้า 67-75.

⁶ สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2556). งานด้านผู้สูงอายุ: สมอองเลื่อมและอัลไซเมอร์. *Research Focus*, 7, หน้า 4.

ประชากรผู้สูงอายุ ภาวะโรคเรื้อรัง ในขณะที่เดียวกันยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ในสถานดูแลระยะยาวทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนและยังขาดองค์การที่รับผิดชอบในการ กำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการที่ชัดเจนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มี คุณภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาน บริการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงคุณภาพสถานบริการในระดับชาติ เพื่อยกระดับมาตรฐานการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

ในการประกอบกิจการสถานรับดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง สำหรับกิจการที่จัด ทะเบียนในรูปแบบสถานพยาบาลก็จะอยู่ในความควบคุม ดูแลของกองประกอบโรคศิลป์ กรม สนับสนุนและบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการควบคุม กำกับ ดูแลนี้มีได้เป็นการควบคุม โดยเหตุว่าเป็นการดำเนินกิจการของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ แต่การควบคุม กำกับ ดูแลดังกล่าว ก็ ด้วยจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 11.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 การประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล พบว่าจำนวน ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่ม ขึ้นตลอดจาก 3.7 แสนคนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 1.2 ล้าน คนในปี พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านคือกลุ่มที่ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จะมี จำนวนมากกว่ากลุ่ม ติดเตียงที่แทบจะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัว เองได้เลยตลอดช่วง การประมาณการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่บ้านประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุ สิ้นเปลืองที่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงใช้ประจำวัน ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล และ ค่าใช้จ่ายด้าน การเดินทางของผู้ดูแลสำหรับการมาให้ บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน⁷

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และ วัสดุสิ้นเปลืองเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 3,829 บาท สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านมี ค่าใช้จ่ายด้าน อุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 2,767 บาท การดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมีการ ให้บริการ โดยผู้ดูแลที่เข้ามาช่วยเหลือในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ในการใช้ชีวิตประจำวันและ งานเล็กน้อยในบ้าน ถือเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และจำเป็นต้องได้รับการบริการจากผู้ดูแลที่มี ทักษะและความเชี่ยวชาญซึ่งผ่านการ ฝึกอบรม งานดูแล ผู้สูงอายุตลอดเวลาเป็นงานที่เหนื่อยและเครียด⁸

สำหรับการกำกับดูแลธุรกิจการดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันมีหน่วยงานที่มีบทบาท สำคัญประกอบด้วย กรมกิจการผู้สูง อายุ กระทรวงพัฒนาสังคม

⁷ นุชดา ผลจันทร์. (2561). ระบบประกันการดูแลระยะยาว ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. *วารสารTDRI*. 138, หน้า 56-59.

⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 49.

และความมั่นคงของมนุษย์ กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนและบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานนายกรัฐมนตรีกองบังคับการสืบสวนสอบสวนคดีเศรษฐกิจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ซึ่ง แต่ละหน่วยงานก็มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลแตกต่างกันตามข้อบัญญัติของกฎหมาย แต่ในการกำกับดูแลธุรกิจ การดูแลผู้สูงอายุยังไม่มีกฎหมายโดยเฉพาะและยังไม่มีหน่วยงานหลักที่ควบคุมโดยตรงส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านกฎหมายดังต่อไปนี้

ประการแรก ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการของผู้ประกอบธุรกิจการให้บริการที่เป็นอันตรายไว้แต่อย่างใด ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 (ฉบับแก้ไขล่าสุด พ.ศ. 2562) พบว่า แม้พระราชบัญญัตินี้จะบัญญัตินิยามของคำว่า “บริการอันตราย” ไว้แต่ปรากฏว่าพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวไม่มิตบบัญญัติเกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการของผู้ประกอบธุรกิจการให้บริการที่เป็นอันตรายไว้โดยเฉพาะแต่ประการใด ซึ่งในปัจจุบันสภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป บุตรหลานต้องออกไปหางานทำเพื่อเลี้ยงครอบครัว และปล่อยทิ้งผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงไว้โดยลำพัง และเมื่อปริมาณผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมีเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันงบประมาณในด้านสวัสดิการของรัฐค่อนข้างมีจำกัด จึงทำให้หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมีไม่เพียงพอต่อความต้องการจึงทำให้เกิดธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงขึ้น และเป็นที่ยอมรับอย่างมากในปัจจุบัน ซึ่งการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นเป็นการให้บริการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อันควรต้องมีมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคจากธุรกิจดังกล่าว ซึ่งเห็นควรกำหนดให้สัญญาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นสัญญาทางธุรกิจที่ต้องควบคุม และควรกำหนดขอบเขตของการให้บริการไว้อย่างชัดเจนว่าการบริการใดที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ และการบริการใดควรอยู่ในความดูแลของแพทย์ เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยในการรับบริการและเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายฝ่ายผู้รับบริการจะได้ไม่เกิดข้อเสียเปรียบผู้ประกอบธุรกิจ

ประการที่สอง ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลและผู้ประกอบธุรกิจให้บริการจัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งกำหนดให้การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กฎหมายฉบับนี้กำหนดกฎเกณฑ์และข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุขไว้โดยกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่นและเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดังนั้น การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจึงเป็นกิจการที่เป็นอันตรายตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งราชการส่วนท้องถิ่นสามารถออก

ข้อกำหนดของท้องถิ่นเพื่อควบคุมการประกอบกิจการดังกล่าวในท้องถิ่นของตนได้ จึงทำให้แต่ละท้องถิ่นมีความเลื่อมล้ำกันอยู่ จึงอาจทำให้ท้องถิ่นที่มีความเจริญมาก ออกข้อกำหนดในเรื่องคุณสมบัติของผู้ดูแลได้รัดกุมกว่าท้องถิ่นที่เจริญน้อยกว่า จึงเห็นควรให้มีการเพิ่มข้อกำหนดในเรื่องคุณสมบัติของผู้ดูแลในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละท้องถิ่นให้มีมาตรฐานในเรื่องคุณสมบัติของผู้ดูแลเท่าเทียมกัน และเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับผู้รับบริการในการประกอบธุรกิจให้บริการจัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวคิดและความเป็นมาของธุรกิจรับดูแลผู้ป่วยติดเตียง
2. เพื่อศึกษาปัญหาข้อกฎหมายของไทยและต่างประเทศในการคุ้มครองผู้บริโภคในธุรกิจการให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในธุรกิจการให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทย
4. เพื่อศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่เกี่ยวกับเรื่องกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

แม้ว่าในปัจจุบันมาตรการทางกฎหมาย เกี่ยวกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ไม่ว่าจะเป็น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งบทบัญญัติตามกฎหมายดังกล่าว ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างครอบคลุม ไม่สามารถกำกับดูแลธุรกิจเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากได้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีบทบัญญัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลให้การประกอบกิจการดังกล่าวมีมาตรฐาน และเป็นกิจการที่เอื้ออำนวยประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและประชาชนได้

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้จะศึกษาถึงปัญหากฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคกรณีธุรกิจรับดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยศึกษาจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศอังกฤษและประเทศญี่ปุ่น

1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้เขียนได้ใช้วิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ด้วยการค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลทางด้านเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ จากกฎหมาย ตำรา ผลงานวิจัย บทความ วารสาร และข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต โดยนำข้อมูลเหล่านั้นมาศึกษาวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุป และจัดทำข้อเสนอแนะ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อได้ทราบถึงแนวความคิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจรับดูแลผู้ป่วยติดเตียง
2. เพื่อได้ทราบถึงกฎหมายและกฎเกณฑ์ข้อสัญญาที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อได้ทราบถึงข้อเปรียบเทียบจากกฎหมายต่างประเทศนำไปสู่ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขข้อกฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบัน
4. เพื่อที่จะสามารถหามาตรการคุ้มครองผู้ป่วยติดเตียงที่ใช้บริการธุรกิจรับดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เหมาะสมกับสภาพของสังคมไทยในปัจจุบันและอนาคตต่อไป

1.7 คำนิยามศัพท์

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงจนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งในบางรายอาจจะไม่รู้สึกรู้สียงเลย ในขณะที่บางคนอาจจะขยับตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่อง ได้อย่างเต็มที่ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลา คือ การเจ็บป่วยจากการเป็นโรค การประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ เป็นต้น

ธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง กิจกรรมที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ หรือประคับประคองผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยวิธีการจัดกิจกรรมในระหว่างวัน หรือการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต หรือการจัดสถานที่เพื่อพักอาศัย หรือสถานที่บริหารดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

บทที่ 2

ความหมาย ความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ในบทนี้ เป็นการศึกษาเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม ผู้เขียนได้อธิบายถึงความหมาย ความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีขั้นพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการศึกษาเบื้องต้นก่อนเข้าสู่บทอื่นและนำมาใช้เพื่อประกอบการวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายต่อไป

2.1 ความหมายของ ผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงจนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งในบางรายอาจจะไม่รู้สึกรู้สียงเลย ในขณะที่บางคนอาจจะขยับตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่อง ได้อย่างเต็มที่ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลา คือ การเจ็บป่วยจากการเป็นโรค การประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ เป็นต้น นอกจากนี้การนอนติดเตียงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยที่นอนติดเตียง และดูแลกันเองที่บ้าน ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และยังเป็นการช่วยป้องกันผู้ป่วยจากโรคแทรกซ้อนตามมาอีกด้วย ผู้ดูแลจึงถือเป็นคนสำคัญที่สุดในการปฏิบัติที่มีผลต่อสภาพกายและจิตใจของผู้ป่วย¹ หากผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีจะสามารถภาวะของโรคแทรกซ้อนและภาวะวิกฤตอื่น ๆ อันเกิดจากความเจ็บป่วยได้หากได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น พลัดตกเตียง แผลกดทับ ต้องรักษาตัวอีก มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิต

¹ สมชาย วิริกรรมย์กุล และคณะ. (2555). รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*, 8 (11), หน้า 112-126.

ผู้ป่วยแย่ง ผู้ดูแลเกิดการเพิ่มขึ้นและท้ายที่สุด ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแล ต้องปรับตัวอย่างมาก²

ดังนั้นผู้ดูแลจึงถือเป็นบุคคลที่สำคัญซึ่งจะต้องรับภาระหน้าที่หนักอย่างต่อเนือง อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ในสภาวะกดดันและเครียด ประกอบกับความรู้ที่มีในการดูแล อาจไม่ถูกต้องตามหลักการการดูแล ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยใช้กลไกทางสังคมเป็นสิ่งขับเคลื่อน ได้แก่ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อพัฒนาโยบายของภาครัฐ ในรูปแบบคู่ขนานอย่างแท้จริง

2.2 ความเป็นมาของ ผู้ป่วยติดเตียง

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ราว 10 ล้านคน จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ ร้อยละ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับ และสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตามนิยามของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2568 กล่าวคือ ทุก ๆ 5 คนที่เดินผ่านไป จะมีผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 1 คน และ ทุก ๆ 100 คนที่เดินผ่านไป จะมีผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปถึง 14 คน โดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583 ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อายุเฉลี่ยของหญิงไทยอยู่ที่ 78.4 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี³ ซึ่งจากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คนในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติดสังคม หรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และอีก ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม

จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อ

² กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ และคณะ. (2557). การบูรณาการวิจัย ชุมชนเป็นรากฐานการเรียน สุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25 (1), หน้า 125-132.

³ มุลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2558). *คู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: http://203.157.109.15/nont/file_upload/aging/bookLTC.pdf. [2563, 3 พฤศจิกายน].

เรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง และจากขนาดครัวเรือนที่เล็ก มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น โดยหากเปรียบเทียบ สัดส่วนของ ประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของ ภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า จากเดิมที่มี ประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 45 คนคอยดูแลประชากร วัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วน ดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือ ประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คนที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะ ทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น ภาพผู้สูงอายุที่ นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้ จำกัด ภาพผู้สูงอายุสมอง เสื่อมถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวเพราะ ลูกหลาน ต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล ก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่ น้อย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้ จากไปแล้วอาจส่งผลต่อการเสียโอกาสในด้านต่างๆทางสังคมของ ผู้ดูแลได้ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการ ด้านสังคมที่ผ่านมา อยู่ในภาวะตั้งรับ สามารถ ให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และเป็นในรูปการสงเคราะห์ชั่วคราว ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุตามสถิติและการประมาณการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไป โดยองค์การที่ให้การช่วยเหลือดูแลนั้นมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับการให้บริการ โดยภาครัฐจะมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงในสถานบริการและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง ที่บ้าน และมีหลายแห่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและในต่างจังหวัด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณทำให้การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาครัฐ มีจำนวนจำกัด ภาครัฐสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เพียงบางส่วนหรือประมาณร้อยละ 10 ของประชากร สูงอายุทั้งหมด ซึ่งประมาณเป็นจำนวนได้เพียง 1 ล้านคนเท่านั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาครัฐจึงมีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการของสังคม⁴ นอกจากนี้ การให้บริการดูแล

⁴ วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. (2544). *รายงานวิจัย เรื่อง ภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 2.

ผู้สูงอายุของภาครัฐยังมีข้อจำกัดประการอื่น ๆ อีก เช่น ระยะเวลาในการดำเนินการ ขั้นตอนในการดำเนินการ ตลอดจนความพร้อมของบุคลากร ในกรณีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อพส.) อาสาสมัครสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เพียงชั่วคราวและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในเรื่องทั่ว ๆ ไป เท่านั้น เช่น การเยี่ยมเยียนและการพูดคุยคลายเหงา แต่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างจริงจัง ศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถรองรับการดูแลผู้สูงอายุได้ อีกทั้งการให้บริการของภาครัฐในปัจจุบันไม่มีสถานบริการโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยและติดเตียง ซึ่งต้องการรักษาพยาบาล การให้บริการของภาครัฐจึงไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยภาครัฐจึงไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด⁵ ส่วนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคเอกชนที่ไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจนั้นก็มุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือเฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน⁶

ด้วยเหตุนี้เอง ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวจึงสนใจและหันมาใช้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคเอกชนที่ดำเนินการเชิงธุรกิจมากขึ้น ทางด้านองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินการเชิงธุรกิจเองเห็นตลาดธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นตลาดที่สามารถเจริญเติบโตได้ดี มีผู้ต้องการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้นประกอปกกับลูกหลานไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องทำงานนอกบ้าน จึงสนใจมาประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ประกอบการอาจมีแรงจูงใจจากประสบการณ์ในงานที่เคยทำ เช่น เคยทำงานเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลมาก่อน หรือเคยทำงานในสถานสงเคราะห์คนชรา หรือ อาจมาจากประสบการณ์โดยตรงในชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ผู้ประกอบการบางรายก็มีแรงจูงใจมาจากการศึกษาดูงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งทำให้เห็นการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ จึงเกิดแนวคิดและนำแนวคิดดังกล่าวมาประกอบธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุ⁷ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง

ในปัจจุบันการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุขยายตัวอย่างรวดเร็ว⁸ มีจำนวนผู้ประกอบการธุรกิจเพิ่มมากขึ้น⁹ โดยปัจจุบันมีผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง

⁵ มณฑนา แจ่มศรี. (2553). *การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง*. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 2 โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 17 ธันวาคม 2552 เวลา 12.30-14.00 น. ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ ถนนราชดำเนินนอก กรุงเทพมหานคร.

⁶ วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 33.

⁷ วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 42-43.

⁸ วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 3.

⁹ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และศิริพันธ์ สาสัดย์. (2552). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. หน้า 17.

และผู้ป่วยติดเตียง ในสถานบริการจำนวนประมาณ 138 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้เป็นสถานบริการในกรุงเทพมหานครถึง 68 แห่ง¹⁰ และมีผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่บ้านมากกว่า 500 แห่งทั่วประเทศ¹¹ และมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุไทยและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังปรากฏว่าธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะธุรกิจให้บริการที่พักอาศัยระยะยาวแก่ผู้สูงอายุกำลังเป็นที่ต้องการของชาวต่างชาติเนื่องจากภาวะค่าครองชีพในประเทศไทยมีค่าครองชีพต่ำ ผู้สูงอายุชาวต่างชาติในประเทศที่มีภาวะค่าครองชีพสูงกว่าจึงเลือกที่จะมาพักและใช้ชีวิตอยู่ในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก เช่น ชาวญี่ปุ่น เยอรมัน และสแกนดิเนเวีย เป็นต้น¹² ประกอบกับภายในปี พ.ศ. 2553 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) จะผลักดันและให้ความสำคัญกับธุรกิจบริการสุขภาพ โดยมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุนและแรงงานอย่างเสรี โอกาสในการขยายตลาดของธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุกับประเทศสมาชิกในอนาคตจึงเพิ่มมากขึ้น¹³ การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเจริญเติบโตสูง ทั้งกลุ่มผู้ใช้บริการชาวไทยและผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศ

2.2.1 การประเมินภาวะติดเตียงในผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ก็เพื่อการดูแลสิทธิประโยชน์ การให้บริการด้านสุขภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินดัชนี Barthel ADL index (Barthel activity of daily living index) ทั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตาม ศักยภาพของผู้สูงอายุ สำหรับสังคมไทยมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ การประเมิน ดังนี้

¹⁰ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *โครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย*. รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 15-16.

¹¹ วาทีนิ บุญชะลัดกะมี. (ม.ป.ป.). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต*. ม.ป.ท., หน้า 187.

¹² กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (2552). *คู่มือธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กระทรวงพาณิชย์. หน้า 15-16.

¹³ สำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ. (2553). *ธุรกิจบริการผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.dbd.go.th/mainsite/index.php?id=22486>. [2563, 2 พฤศจิกายน].

เกณฑ์แรก ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง 0-4 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับสูง กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่ 3 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง

เกณฑ์ที่สอง ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง 5-11 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับ ปานกลาง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม 2 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

เกณฑ์ที่สาม ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่ต้องการ การพึ่งพิง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม 1 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุติดเตียง จากแบบประเมินข้างต้นเป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก นั่ง การเคลื่อนไหว การเข้าห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบภาวะพึ่งพิง ความต้องการการดูแล และการจัดบริการการช่วยเหลือดูแล

สำหรับในประเทศไทย การวัดภาวะพึ่งพิงด้วยตัวชี้วัด Barthel ADL index มีการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 พบว่า สถานการณ์การพึ่งพิงในผู้สูงอายุชายมี ร้อยละ 1.7 ในผู้สูงอายุหญิงมี ร้อยละ 2.4 และมีจำนวน และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2547 มีการสูญเสียสุขภาพในผู้สูงอายุไทย ประมาณ 1.4 ล้านคน โดยมีสาเหตุเกิดจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคปอด ทำให้ ผู้สูงอายุไทยสูญเสียสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานส่งผลต่อการเป็นภาระพึ่งพิงที่ยาวนาน จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจนถึง วาระสุดท้ายของชีวิต เป็นนโยบายในการดูแลระยะยาว โดยมีการให้ความหมาย การนอนติดเตียง (Bed bound elder) หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพเสื่อมโทรม ต้องนอนอยู่ในเตียงตลอดเวลา อาจขยับตัวได้ เพียงเล็กน้อย แต่จะช่วยเหลือตัวเองอย่างอื่นไม่ได้ แม้แต่การขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อายุมากอาจเกิดจาก ภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรม การนอนติดเตียง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่รุนแรง ได้หลายอย่าง เช่น แผลกดทับ ภาวะขาดอาหาร รุนแรง การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ เป็นต้น¹⁴

2.2.2 สาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยสาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว 1-2 โรค หรือมีปัญหาทางสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ กิจวัตร

¹⁴ พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *โรคของตับ อุนน้ำดี ท่อน้ำดีและตับอ่อน*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.

ประจำวันได้ จากการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวและมีร้อยละ 7 ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในภาวะเจ็บป่วย ที่มีความบกพร่องหรือความพิการทาง ร่างกาย) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการหกล้ม¹⁵ ทั้งนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน บกพร่องทางการเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ และมีภาวะสมองเสื่อม

2.2.3 ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC)

การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาระให้แก่ บังเอิญบุคคล ครอบครัว และส่งเสริมมิติทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นวาระสำคัญที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามนโยบายของทุกภาคส่วน เพื่อให้ตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพประชาชนวัยสูงอายุ

จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมถอย ระบบสุขภาพที่ต้องพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุคนเดียวไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีผลกระทบต่อครอบครัวที่ดูแล โดยมีแนวคิดในการดูแลระยะ 6 ประการ ดังนี้¹⁶

ประการแรก เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพที่ทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและความพิการ

ประการที่สอง เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง

ประการที่สาม มีกิจกรรมที่มีความหลากหลายเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน

¹⁵ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และวิพุธ พูลเจริญ. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

¹⁶ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2548). *รายงานผลการศึกษาโครงการ:การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long term care) ในประเทศต่าง ๆ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

ประการที่สี่ เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบัน เช่น ครอบครัว สถานดูแล ผู้สูงอายุกลางวัน สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล Nursing home

ประการที่ห้า เป็นการจัดบริการที่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยด้านสุขภาพ

ประการที่หก มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะ ยาวในการดูแลฟื้นฟู การบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ บนพื้นฐานของการเคารพ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรัง และมีความพิการอย่างรุนแรง ซึ่งมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามอายุที่สูงขึ้น ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ การกั้นทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด การนอนติดเตียง ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจง บางคนต้องพึ่ง อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการอยู่รอดและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัญหาทางเดินหายใจ ต้องพึ่งพิงออกซิเจน อาจมีการใส่ท่อเจาะคอ การคาดการดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ การเตรียมอาหารเหลว การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับ การฉีดอินซูลิน การใส่ สายสวนปัสสาวะ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นต้น

2.3 รูปแบบการให้บริการของธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ในการเข้าใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง ผู้รับบริการแต่ละราย อาจมีเหตุผลที่ต่างกันออกไป สำหรับเหตุผลอันดับแรกของการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เนื่องจากต้องไปทำงานนอกบ้านจึงไม่มีผู้ใดอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านเพียงลำพัง ส่วนสาเหตุรองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัวไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น เป็นอัมพาต ต้องให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวไม่รู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุในกรณีดังกล่าวจะต้องปฏิบัติอย่างไร¹⁷ สมาชิกในครอบครัวจึงต้องการบุคลากรมาดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในยามที่ตนออกไปทำงานหรือดูแลเกี่ยวกับการพยาบาลที่ตนเองไม่สามารถ

¹⁷ บุญกร กุ้แสด. (2552, 7 กรกฎาคม). เนอร์สซิงโฮมดูแลคนชรา ธุรกิจโตเร็วรับกระแสอายุวัฒน์. *กรุงเทพธุรกิจ*, หน้า 7.

ดำเนินการได้ ความประสงค์ของการเข้าซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ซึ่งแบ่งประเภทการดูแลได้ดังนี้

การดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) โดยทั่วไปแล้ว การบริการพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลส่วนบุคคลซึ่งเป็นการดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน โดยประกอบด้วย การช่วยเหลือในการจัดการเรื่องอาหารและโภชนาการ การช่วยเหลือดูแลความสะอาดเสื้อผ้าและที่พัก การช่วยเหลือดูแลความสะอาดของร่างกาย การช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ เช่น การเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร การอาบน้ำ การพุงเดิน เป็นต้น¹⁸ ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลลักษณะนี้จะเป็น ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เพียงลำพัง ซึ่งเป็นผลมาจากความชราภาพหรือความสูงวัย เช่น มีการหลงลืม มีการหกล้ม หรือไม่ สามารถจัดเตรียมอาหารเองได้ โดยที่ผู้สูงอายุเหล่านั้นไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยและไม่จำเป็นต้องได้รับการ บริการที่ต้องใช้ทักษะด้านการพยาบาล¹⁹

การดูแลส่วนบุคคลจึงเป็นการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่ว ๆ ไป ไม่มีความซับซ้อนมากนัก อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลส่วนบุคคลจะไม่มีอาการ เจ็บป่วย และลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลจะไม่ซับซ้อนมากนัก แต่เนื่องจากระบบการทำงาน ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมโทรมลง เช่น ระบบกล้ามเนื้อ การมองเห็นการได้ยิน เป็นต้น สภาพร่างกายของผู้สูงอายุจึงอ่อนแอ และอาจเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายได้ง่ายกว่าบุคคลทั่ว ๆ ไป อีกทั้ง ความต้องการของผู้สูงอายุก็แตกต่างจากบุคคลทั่ว ๆ ไป เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ การพักผ่อน เป็นต้น การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงต้องใช้ความรู้เฉพาะบุคคลที่ให้การ ดูแลส่วนบุคคลแก่ผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้วย

การพยาบาล (Nursing Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพ นอกจากการดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุในภาวะเช่นนี้จะต้องได้รับการ พยาบาลด้วย เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุที่ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพติดเตียง

¹⁸ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553). *โครงการวิจัย ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. หน้า 7.

¹⁹ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). *รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). หน้า 9.

(BedRidden) การดูแลผู้สูงอายุในสภาพเช่นนี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งในส่วนของ การให้ยา การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน²⁰ สำหรับตัวอย่างของการพยาบาล ได้แก่ การช่วยทำแผลเรื้อรังหรือแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การเคาะปอด การดูแลเกี่ยวกับการให้ออกซิเจน การดูแลเรื่องการพ่นยาขยายหลอดลม การดูแลเสมหะ การฉีดอินซูลิน เป็นต้น²¹

การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นการดูแลระยะยาว กล่าวคือ เป็นการดูแลรักษาภาวะเรื้อรังซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน เป็นการรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง โดยที่มุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสภาพร่างกาย รักษาสุขภาพ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การดูแลระยะยาว จึงเป็นการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม ดังนั้น การพยาบาลในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงแตกต่างจากการรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลันซึ่งเป็นการดูแลรักษาให้หายจากโรค และมักเป็นการรักษาที่จำกัดอยู่บนเตียง เช่น การรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วยทั่วไป²²

จากลักษณะของการพยาบาลซึ่งเป็นการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยในการดำเนินการดังกล่าว อาจต้องมีการสอดสายหรืออุปกรณ์เข้าไปในร่างกายของผู้สูงอายุ หรือการทำแผล หรือการพ่นยา ซึ่งเป็นการกระทำที่ละเอียดอ่อนและมีความซับซ้อนมาก บุคคลที่ให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในกรณีนี้ เมื่อพิจารณาเทียบกับการดูแลส่วนบุคคลที่เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป การพยาบาล ซึ่งเป็นการดูแลสูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยจึงเป็นการดูแลที่มีระดับสูงกว่าการดูแลส่วนบุคคลที่ให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยทักษะและความรู้ความเชี่ยวชาญมากกว่าการดูแลส่วนบุคคลด้วย

เมื่อพิจารณาลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาลแล้ว ลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาล แม้จะมีระดับของการดูแลที่แตกต่างกัน แต่ทั้งการดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาลต่างมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ อันอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุได้ และจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะจึงจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันหรือลดการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุได้ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการ

²⁰ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2550). *โครงการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนเพื่อการวิจัย. หน้า 7.

²¹ เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการจัดงานจัดทำหลักเกณฑ์ มาตรฐานกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ครั้งที่ 1/2552 โดยสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

²² ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 20. หน้า 2-5.

เจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพอยู่แล้วนั้น การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมย่อมช่วยให้อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทรงตัว ไม่แย่ลงไปกว่าเดิมหรือเกิดโรคอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพอนามัยแย่ลงหรืออาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเจ็บป่วยหรืออาเจียนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งนั่นย่อมไม่ใช่ความประสงค์ของผู้สูงอายุตลอดจนสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นแน่แท้ เช่น ในกรณีของผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพติดเตียง ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการพลิกตะแคงตัวตามระยะเวลาที่เหมาะสมผู้สูงอายุเหล่านี้อาจเกิดแผลกดทับตามร่างกายได้ เป็นต้น นอกจากนี้ เนื่องจากสภาพร่างกายและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนก็แตกต่างกัน ลักษณะการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายเพื่อเสริมสร้างให้มีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีจึงอาจจะแตกต่างกันด้วย การพิจารณาว่าการดูแลในลักษณะใดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงต้องพิจารณาจากผู้สูงอายุเป็นราย ๆ ไป เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ในกรณีผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยซึ่งจะต้องได้รับการพยาบาลด้วยนั้น การดูแลด้านชีวิตประจำวันเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายก็อาจต้องการการดูแลในแต่ละด้านเป็นพิเศษแตกต่างจากผู้สูงอายุรายอื่น เช่น ในรายที่มีปัญหาการกลืนอาหาร ผู้ดูแลจะต้องให้ความระมัดระวังในการรับประทานอาหารเป็นพิเศษ ในขณะที่รายอื่นอาจไม่มีปัญหาดังกล่าว ดังนั้น การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงไม่ใช่เพียงการจัดให้มีผู้มาดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเท่านั้น แต่จะต้องเป็นการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและถูกหลักวิธีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ผู้ประกอบการและผู้ดูแลจึงต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ²³ และในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการการพยาบาล ผู้ประกอบการควรมีบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มเติมด้วย คุณสมบัติและมาตรฐานของบุคลากรจึงเป็นส่วนสำคัญในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ²⁴

นอกจากความเหมาะสมของบุคลากรแล้ว อาคารสถานที่ก็เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นกัน เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลง ผู้สูงอายุอาจมีปัญหากับกำลังแขนขา หรือการมองเห็น การมีอาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุย่อมช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุได้ เช่น การมีราวจับบันได ราวจับในห้องน้ำ ระดับความลาดชันของบันได เป็นต้น²⁵ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น

²³ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 12. หน้า 17.

²⁴ วาทีณี บุญชะลิกษะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 105.

²⁵ เขวรัตน์ ปรบักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ. (2543). *รายงานการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 106.

โภชนาการ และสภาพแวดล้อม ดังนั้น การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงมาตรฐานของอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนโภชนาการและสภาพแวดล้อมด้วย

การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันมีรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

รูปแบบแรก สถานดูแลผู้สูงอายุประจำวัน โดยทั่วไปการให้บริการรูปแบบนี้จะครอบคลุมการให้บริการที่พักค้างคืน บริการอาหาร การดูแลความสะอาดเสื้อผ้า และที่พักรวมถึงความสะอาดของร่างกาย พร้อมทั้งติดตามสุขภาพในเบื้องต้นอย่างใกล้ชิด เพียงแต่ไม่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุ²⁶

รูปแบบที่สอง สถานบริบาล คือ การให้บริการที่พักค้างคืน บริการด้านอาหาร พร้อมทั้งการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป โดยมีบริการด้านพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุด้วย การบริการในรูปแบบนี้จะมีพยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิด²⁷

รูปแบบที่สาม โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลทั่ว ๆ ไปที่มีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้วย โดยให้บริการที่พัก อาหาร เสื้อผ้า และให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป โดยมีบริการให้การพยาบาล (Nursing Care) แก่ผู้สูงอายุด้วย โดยบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุจะมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะต้องส่งไปรักษาที่แผนกอื่นของโรงพยาบาลหรือรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไป²⁸

รูปแบบที่สี่ ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ คือ การให้บริการที่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปเช่าซื้อบ้านในระยะยาว โดยมากเป็นระยะเวลา 30 ปี โดยผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ได้จนถึงสิ้นอายุขัย แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นได้ หากเสียชีวิตก่อนครบกำหนดก็สามารถให้ญาติเช่าอยู่จนครบกำหนดเวลาได้ เมื่อครบกำหนดแล้ว ก็ส่งคืนบ้านแก่เจ้าของโครงการ วัตถุประสงค์ของที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุคือ เพื่อให้เป็นชุมชนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยเน้นการออกแบบบ้านพักให้เป็นบ้านชั้นเดียว มีสาธารณูปโภคที่ครบถ้วนและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การให้บริการรูปแบบนี้เป็นบริการที่ดึงดูดผู้สูงอายุที่มีฐานะดีและผู้สูงอายุชาวต่างชาติ²⁹

²⁶ สำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ. (2553). *ธุรกิจบริการผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.dbd.go.th/mainsite/index.php?id=22486>. [2563, 2 พฤศจิกายน].

²⁷ วาทีณี บุญชะลิกษะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรธที่ 4. หน้า 34.

²⁸ วาทีณี บุญชะลิกษะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรธที่ 4. หน้า 31.

²⁹ วาทีณี บุญชะลิกษะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรธที่ 4. หน้า 36.

รูปแบบที่ห้า การส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ การให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุ ณ ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเอง ซึ่งพบว่ามีการให้บริการในรูปแบบนี้เป็นจำนวนมากเพราะเป็นธุรกิจที่มีการลงทุนน้อยและมีการบริหารจัดการที่ไม่ซับซ้อน³⁰

การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็น การให้บริการในรูปแบบใด ผู้ประกอบการจะเก็บค่าบริการเพื่อตอบแทนการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ค่าบริการนี้จะแตกต่างกันตามขอบเขตและประเภทของการบริการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ค่าบริการจะรวมค่าที่พัก ค่าอาหาร 3 มื้อ ค่ากิจกรรมนันทนาการ ค่าดูแล ซึ่งไม่รวมค่ายารักษาโรค ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่น ๆ และเครื่องใช้ส่วนตัว เช่น ค่าผ้าอ้อม แปรงสบู เป็นต้น³¹ โดยอัตราค่าบริการจะแบ่งตามประเภทของห้องพัก ซึ่งห้องพักประเภทห้องเดี่ยวที่มีเครื่องปรับอากาศจะมีค่าบริการสูงที่สุด³² ส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ประกอบการจะเรียกเก็บเฉพาะค่าดูแลเท่านั้น ส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าอาหาร ค่ายา ค่าเครื่องใช้ส่วนตัว ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบเอง โดยอัตราค่าบริการจะแบ่งตามเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ดูแลที่ไปปฏิบัติงาน ผู้ดูแลที่ได้รับใบประกาศนียบัตรจะมีค่าบริการที่สูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีประกาศนียบัตรแต่มีประสบการณ์หรือศูนย์จัดส่งอบรม นอกจากนี้ ผู้ประกอบการยังกำหนดค่าบริการ โดยใช้เกณฑ์ลักษณะอาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้วย ในกรณีของผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ค่าบริการจะต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย³³ ซึ่งในปัจจุบันนี้ ปรากฏว่ายังไม่มีการควบคุมอัตราค่าบริการของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในกรณีของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน³⁴ การคิดค่าบริการของผู้ประกอบการจึงเป็นไปตามกลไกการตลาด

ดังนั้น จากลักษณะของการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ความมุ่งหมายของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวในการเข้าไปใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแล โดยการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจะต้องถูกต้องตามหลักวิธี เหมาะสมกับผู้สูงอายุและช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดี ส่วนความมุ่งหมายของผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ ให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบแทนกับบริการที่จะได้รับ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุนั้น ไม่ว่าจะ

³⁰ สำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ. (2553). *ธุรกิจบริการผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.dbd.go.th/mainsite/index.php?id=22486>. [2563, 2 พฤศจิกายน].

³¹ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. *อสังแล้วเชิงอรรถที่ 12*. หน้า 37.

³² วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. *อสังแล้วเชิงอรรถที่ 18*. หน้า 78.

³³ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. *อสังแล้วเชิงอรรถที่ 18*. หน้า 80.

³⁴ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณปะภรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. *อสังแล้วเชิงอรรถที่ 19*. หน้า 184.

เป็นการดูแลส่วนบุคคลหรือการพยาบาลต่างต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จึงจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือผู้สูงอายุเองอาจไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ผู้รับบริการจึงยากที่จะตรวจสอบได้ว่าการให้บริการของผู้ประกอบการนั้นเป็นไปตามหลักวิธีและเหมาะสมกับผู้สูงอายุหรือไม่ อีกทั้งลักษณะของบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งการดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาลเป็นบริการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นการประกอบธุรกิจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้

จากรูปแบบการให้บริการจากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อพิจารณาจากสถานที่ให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุ สามารถแบ่งการให้บริการผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงได้เป็น 2 ประเภท คือ การให้บริการผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง ที่สถานบริการ และที่บ้าน³⁵ ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง

2.3.1 การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ เป็นการให้บริการที่พักรักษาตัว พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็น เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียงนอน เป็นต้น และการดูแลช่วยเหลือให้แก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการ โดยอาจเป็นการให้การดูแลส่วนบุคคลหรือการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการการดูแลอันเนื่องมาจากความชราภาพหรือเนื่องมาจากความเจ็บป่วย³⁶

เมื่อพิจารณาจากระดับของการดูแลที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการสามารถแบ่งได้อีก 2 ระดับ ได้แก่ สถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐานและสถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง³⁷ ดังนี้

สถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐาน สถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐานเป็นสถานบริการที่มีการให้บริการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) แก่ผู้สูงอายุ การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดและการเคลื่อนไหว เป็นต้น

³⁵ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2554). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานบททบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 63.

³⁶ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำวิภากรเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกษะ. (2552). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 13.

³⁷ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณระปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 180-181.

โดยไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ การดูแลในระดับนี้ส่วนใหญ่จะไม่มีแพทย์ประจำ เจ้าหน้าที่ประจำ จะเป็นนักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการประเภทนี้จะต้องช่วยเหลือตนเองได้ หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อทำการวินิจฉัยและรักษาอาการเจ็บป่วยดังกล่าว³⁸

สำหรับสถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐาน ได้แก่ บ้านพักคนชรา (Residential Home) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (Retirement Communities) และสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) ซึ่งสถานบริการแต่ละชนิดมีลักษณะ ดังนี้

บ้านพักคนชรา (Residential Home) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (Retirement Communities) เป็นสถานบริการที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตนเองได้³⁹ ผู้สูงอายุที่พักในสถานดูแลประเภทนี้จะต้องช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ และไม่ต้องการการพยาบาล ผู้ประกอบการจะให้บริการช่วยเหลือในด้านการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) เช่น การทำความสะอาดเสื้อผ้าและที่พังกาอศัย การเตรียมอาหาร เป็นต้น และบริการห้องพักแก่ผู้สูงอายุ สถานบริการดูแลผู้สูงอายุประเภทนี้จัดว่าเป็นสถานบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการดูแลต่ำที่สุด⁴⁰

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตเป็นสถานบริการที่ให้บริการที่พักและการดูแลส่วนบุคคลหรือการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ⁴¹ โดยไม่ได้มีการให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ผู้สูงอายุในสถานดูแลประเภทนี้จะเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถพังกาอศัยอยู่บ้านได้อย่างปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องมีคนคอยกำกับดูแล และไม่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางด้านทางการแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งในสถานที่แห่งนี้จะให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตมีห้องสำหรับประทานอาหารและระบบขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน⁴² ดังนั้น สถานบริการประเภทนี้จะมีระดับการดูแลที่สูงกว่าบ้านพักคนชรา หรือชุมชนคนเกษียณอายุ แต่ต่ำกว่าสถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง เนื่องจากไม่ได้ให้การดูแลทางด้านพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ตลอด 24 ชั่วโมง

³⁸ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 181.

³⁹ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 11.

⁴⁰ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะไถยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 13.

⁴¹ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะไถยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 13.

⁴² ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 12.

สถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง สถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูงเป็นสถานบริการที่ให้การดูแลด้านพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงซึ่งผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานบริการประเภทนี้มักเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย มีโรคเรื้อรังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความพิการทางกายหรือทางด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง⁴³ สถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูงได้แก่ สถานบริบาล (Nursing Home) โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (Long-stay Hospital) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสถานบริการแต่ละชนิดมีลักษณะดังนี้

สถานบริบาล (Nursing Home) เป็นสถานที่ที่ให้บริการด้านห้องพักและด้านการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน การดูแลสนับสนุนทางการแพทย์ เช่น กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การดูแลส่วนบุคคล การดูแลทางด้านจิตใจและสังคม สถานบริบาลส่วนใหญ่จะให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านสุขภาพจิต (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง โดยผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมักจะมีอาการเจ็บป่วยร่วมด้วย แต่ไม่ใช่อาการเจ็บป่วยรุนแรงขนาดที่จะต้องรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (Long-stay Hospital) เป็นสถานบริการที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป และมีบริการดูแลรักษาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปร่วมด้วย หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยก็จะถูกส่งไปรักษาอีกแผนกหนึ่งของโรงพยาบาล⁴⁴ โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาวนี้มีการให้บริการในลักษณะเดียวกับสถานบริบาล จะแตกต่างกันแต่เพียงสถานบริบาลไม่มีแผนกรักษาพยาบาลทั่วไปร่วมด้วย

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสถานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุก่อนเสียชีวิตเพื่อช่วยดูแลอาการเจ็บป่วย หรืออาการอื่น ๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ๆ เป้าหมายของการดูแลในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างสงบในวัยสุดท้ายของชีวิต โดยไม่มีการรักษาให้หายจากโรคดังกล่าว⁴⁵

ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการประกอบไปด้วย บ้านพักคนชรา (Residential Home) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (Retirement Communities) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) สถานบริบาล (Nursing Home) โรงพยาบาลที่ให้บริการ

⁴³ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 181.

⁴⁴ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 10. หน้า 32.

⁴⁵ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 180-181.

ดูแลระยะยาว (Long-stay Hospital) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) ซึ่งสถานบริการแต่ละประเภทให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทางด้านร่างกายแตกต่างกัน โดยเรียงระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการดังกล่าวจากต่ำไปหาสูงสุด กล่าวคือ บ้านพักคนชราเป็นสถานบริการที่มีระดับการดูแลต่ำที่สุดและสถานดูแลระยะสุดท้ายเป็นสถานบริการที่มีระดับการดูแลสูงสุด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีกฎหมายกำหนดประเภทของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุและระดับการดูแลของสถานบริการแต่ละประเภทไว้ชัดเจน สถานบริการหลาย ๆ แห่ง เช่น บ้านพักคนชรา และสถานบริบาล เป็นต้น มีการบริการในหลายระดับปะปนกัน ตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลไปจนถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางด้านการพยาบาล โดยไม่มีการแบ่งระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่รับบริการตลอดจนอายุของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ⁴⁶ สถานบริการทุกประเภทให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการช่วยเหลือตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงระดับสูงสุด⁴⁷

2.3.2 การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Residential Care) โดยทั่วไป หมายถึง การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ประกอบการทำหน้าที่จัดส่งผู้ดูแลไปยังบ้านหรือที่พักของผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการไม่ได้ให้ที่พักแก่ผู้สูงอายุ⁴⁸

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หมายถึง การประกอบกิจการที่ผู้ประกอบการให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ณ สถานที่ของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเป็นบ้านหรือที่พักอื่นของผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการไม่ได้ให้บริการที่พักแก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ประกอบการจะมีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการหรือมีสถานที่ฝึกอบรมผู้ดูแลด้วยหรือไม่ก็ตาม สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการให้บริการลักษณะนี้ จึงได้แก่ บ้านหรือที่พักของผู้สูงอายุหรือสถานที่ที่ผู้สูงอายุกำหนด

การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอาจมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันออกไป เช่น ศูนย์จัดส่งผู้ดูแล ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์บริการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์บริการจัดส่งผู้ดูแลตามบ้าน

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ประกอบการดำเนินการเป็นศูนย์จัดส่งผู้ดูแลไปปฏิบัติงาน ณ สถานที่ของผู้สูงอายุ ตามระยะเวลาที่ได้ตกลงกัน อาจจะเป็นการ

⁴⁶ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 18. หน้า 74.

⁴⁷ ศิริพันธ์ ศาสัตย์ ทศนา ชูวรรณปะภรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 174.

⁴⁸ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธ์ ศาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะไถยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 18.

ให้บริการดูแลแบบอยู่ประจำและค้างคืน แบบเข้าไป-เย็นกลับ หรือแบบดูแลเฉพาะในเวลากลางคืน⁴⁹ บุคคลที่ประสงค์จะใช้บริการดูแลผู้สูงอายุจะติดต่อและเจรจาตกลงกับศูนย์จัดส่งผู้ดูแลเกี่ยวกับรายละเอียดของบริการ เช่น ค่าบริการ วันทำงาน วันหยุด และขอบเขตการทำงานของผู้ดูแล เป็นต้น โดยศูนย์จัดส่งผู้ดูแลจะเก็บค่าบริการตามระยะเวลาที่ผู้รับบริการตกลงใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ หากผู้รับบริการไม่พอใจผู้ดูแลที่ถูกจัดส่งมา ผู้รับบริการสามารถติดต่อกับศูนย์จัดส่งผู้ดูแลเพื่อขอเปลี่ยนผู้ดูแลได้ ศูนย์ให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นผู้ควบคุมคุณภาพการบริการดูแลผู้สูงอายุที่ให้แก่ผู้รับบริการ⁵⁰ ในส่วนของเครื่องใช้จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ผู้รับบริการเป็นฝ่ายจัดเตรียม ส่วนใหญ่ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลจะไม่ได้จัดเตรียมให้ผู้รับบริการ จึงทำหน้าที่เพียงจัดส่งผู้ดูแลไปปฏิบัติงานเท่านั้น ทั้งนี้ เว้นแต่ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลและผู้รับบริการจะได้ตกลงกันไว้เป็นอย่างอื่น

นอกจากนี้ ยังมีกรให้บริการอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งผู้ประกอบการทำหน้าที่เพียงแนะนำและหาผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการ กล่าวคือ บุคคลที่ประสงค์จะใช้บริการดูแลผู้สูงอายุจะแจ้งความประสงค์ไว้กับศูนย์จัดส่งผู้ดูแล จากนั้นศูนย์จัดส่งผู้ดูแลจะติดต่อประสานงานและส่งผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการจะตกลงทำสัญญากับผู้ดูแลเอง โดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ขอบเขตของการดูแล ค่าบริการ วันทำงานและวันหยุด เป็นต้น โดยศูนย์จัดส่งผู้ดูแลไม่ได้มาเกี่ยวข้องในการทำสัญญาระหว่างผู้รับบริการกับผู้ดูแล เมื่อผู้รับบริการได้ตกลงทำสัญญากับผู้ดูแลเรียบร้อยแล้ว ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลจึงจะได้รับค่าบริการจากหารประสานงานดังกล่าว⁵¹ การให้บริการในลักษณะนี้ ผู้ดูแลไม่ขึ้นตรงต่อศูนย์จัดส่งผู้ดูแล⁵²

สำหรับผู้ดูแลที่จัดส่งไปปฏิบัติงานดูแลที่บนของผู้สูงอายุมีทั้งผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุจากโรงเรียนสอนผู้ดูแล และผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากผู้ประกอบการ นอกจากนี้ บุคลากรที่จัดส่งไปดูแลผู้สูงอายุอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพก็ได้ตามที่ผู้ประกอบการกับผู้รับบริการจะได้ตกลงกัน อย่างไรก็ตาม การจัดส่งพยาบาลวิชาชีพไม่มากนัก เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีค่าบริการสูงอีกทั้ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลเองก็ไม่ประสงค์จะปฏิบัติงานในลักษณะนี้ ด้วยเหตุที่ว่าการดูแลผู้สูงอายุมีขอบเขตการทำงานที่ไม่ชัดเจน บางที่ต้องทำงานอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก

⁴⁹ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 18. หน้า 75.

⁵⁰ วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 36-37.

⁵¹ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะไถยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 83.

⁵² ปิยะ เนอร์สซิงโฮม. (2553). *ศูนย์เบทเทอร์แคร์-เนอร์สซิงโฮม, บริการ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.bettercarenursing.home.com/condition.html>. [2563, 1 พฤศจิกายน].

การดูแลผู้สูงอายุด้วย เช่น ชักผ้า ล้างจาน เป็นต้น ซึ่งจะไม่มีเพื่อน และค่าตอบแทนที่ได้รับต่ำกว่าการทำงานในสถานพยาบาล ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ บุคคลดังกล่าวจะต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528⁵³ ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กฎหมายและสภาการพยาบาลกำหนด

สำหรับหลักเกณฑ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่รับบริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ประกอบการ ไม่ได้กำหนดอายุของผู้รับบริการไว้รวมถึงไม่ได้กำหนดระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้ประกอบการจะรับดูแลผู้สูงอายุเกือบทุกกลุ่มอายุ⁵⁴ ในการพิจารณารับผู้สูงอายุผู้ประกอบการจะใช้วิธีสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจากผู้ที่มาติดต่อขอรับบริการ เช่น อายุ น้ำหนักและส่วนสูง และสุขภาพและอาการของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ไหม อยู่ในสภาพติดเตียงหรือไม่ ต้องมีการให้อาหารทางสายยางหรือไม่ เป็นต้น เพื่อประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุและใช้ในการกำหนดผู้ดูแลที่จะส่งไปปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมการดูแลสำหรับผู้สูงอายุนั้น และค่าบริการที่จะเรียกเก็บจากผู้รับบริการ โดยไม่มีการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการแต่อย่างใด ซึ่งอัตราค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลยหรือต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องให้อาหารทางสายยางหรือต้องดูดเสมหะ เป็นต้น ค่าบริการจะสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ต้องดำเนินการดังกล่าว⁵⁵

ส่วนขอบเขตของการดูแลที่ให้แก่ผู้สูงอายุในการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยส่วนมากแล้วจะมีทั้งการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) และการพยาบาล (Nursing Care) เช่น การอาบน้ำ ป้อนอาหาร เดินทางไปนอกบ้าน การทำแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การดูแลเกี่ยวกับการให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ เป็นต้น⁵⁶ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น

⁵³ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528. มาตรา 27

“ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กระทำการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์ หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิประกอบวิชาชีพดังกล่าว โดยมีได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต”.

⁵⁴ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรุณที่ 18. หน้า 75.

⁵⁵ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรุณที่ 18. หน้า 78.

⁵⁶ ศิริพันธ์ สาสัตย์ ทศนา ชูวรรณะปกรณณ์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. อ่างแล้วเชิงอรุณที่ 10. หน้า 40.

สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ เพียงใด มีอาการเจ็บป่วยด้วยหรือไม่ และการตกลงกันของผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ

ในปัจจุบันนี้ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านกำลังเป็นที่นิยมและเติบโตอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการใช้บริการประเภทนี้ไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปยังสถานที่อื่น ผู้สูงอายุได้พักอยู่ที่บ้าน และอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่คุ้นเคย ซึ่งเป็นผลดีแก่สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ⁵⁷ อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวยังสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด โดยไม่มีความรู้สึกท้อแท้ของผู้สูงอายุเพียงแต่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมและวัฒนธรรมไทย

ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ คือ การให้บริการที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุ โดยในสถานที่ดังกล่าวจะมีผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ การให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุยังที่พักของผู้สูงอายุนอกจากนี้ ยังมีบริการอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งผู้ประกอบการให้บริการเพียงแนะนำผู้ดูแลให้แก่ผู้บริการเท่านั้น เมื่อพิจารณาลักษณะการให้บริการทั้ง 2 ประเภทแล้วจะพบว่า การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีทั้งส่วนที่เหมือนและต่างกัน สำหรับส่วนที่เหมือนกัน คือ การให้บริการทั้ง 2 ประเภทเป็นการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุโดยตรง อันอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุได้ สำหรับส่วนที่แตกต่างกัน คือ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ผู้ประกอบการจะให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุด้วย ส่วนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ประกอบการไม่ได้ให้ที่พักแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยังพักอยู่ในที่พักของตนเอง ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการผู้ประกอบการจึงต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของอาคารสถานที่ที่ใช้เป็นสถานบริการด้วย

2.4 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุและสถานะทางกฎหมาย

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการดูแล ผู้สูงอายุในสถานบริการหรือการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จะมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจดังกล่าว โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ให้บริการและฝ่ายผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้

⁵⁷ วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา. หน้า 60.

2.4.1 ฝ่ายผู้ให้บริการ

ฝ่ายผู้ให้บริการเป็นฝ่ายของผู้ที่ประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุเพื่อได้รับค่าบริการหรือผลประโยชน์อื่นเป็นการตอบแทน ซึ่งในฝ่ายผู้ให้บริการจะประกอบด้วย ผู้ประกอบการและผู้ดูแล

ผู้ประกอบการ คือ ผู้เป็นเจ้าของกิจการหรือผู้ลงทุนในธุรกิจให้บริการดูแล ผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการอาจเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ก็ได้ เช่น บริษัท หรือห้างหุ้นส่วนจำกัด เป็นต้น⁵⁸ ซึ่งในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็น นิติบุคคล นิติบุคคลนั้นเป็นอีกบุคคลหนึ่งแยกต่างหากจากบุคคลธรรมดาที่ก่อตั้งนิติบุคคลดังกล่าว สิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบก็จะแยกจากบุคคลธรรมดา⁵⁹

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ประกอบการอาจประกอบธุรกิจในรูปแบบของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ เช่น บ้านพักคนชรา โรงพยาบาลที่ให้บริการ ดูแลระยะยาว สถานบริบาล เป็นต้น หรือให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ได้รับค่าบริการเป็นสิ่งตอบแทนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการจะมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันและ/หรือการพยาบาล ซึ่งบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอาจได้รับค่าตอบแทนตามระยะเวลาการทำงาน เช่น รายเดือน จากผู้ประกอบการ หรืออาจได้รับค่าตอบแทนเป็นอย่างอื่นเมื่อได้ปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุตามที่ผู้ประกอบการมอบหมาย โดยผู้ประกอบการเป็นผู้ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ดูแลปฏิบัติงานบกพร่องหรือไม่เหมาะสม ผู้ประกอบการอาจดำเนินการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปตามที่ผู้ประกอบการ ได้ตกลงกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ ผู้ประกอบการอาจให้บริการในรูปแบบของการเป็นนายหน้าจัดหาผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการก็ได้ กล่าวคือ ผู้ประกอบการจะเป็นผู้แนะนำและประสานงานระหว่างผู้รับบริการกับผู้ดูแล เมื่อผู้รับบริการตกลงกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุได้แล้ว ผู้ประกอบการจึงจะได้รับค่าบริการในการประสานงานและจัดหาผู้ดูแลจากผู้รับบริการ⁶⁰ ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ประกอบการไม่ได้ควบคุมการทำงานของผู้ดูแลแต่อย่างใด

⁵⁸ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 12. หน้า 18.

⁵⁹ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. มาตรา 65 และ 66.

⁶⁰ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นางลักษณ์ พะโกยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 83.

ผู้ดูแล คือ บุคคลผู้ให้การดูแลหรือให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ โดยการดูแลนี้จะต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่อง⁶¹ ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุนี้อาจเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการหรือที่บ้านของผู้สูงอายุก็ได้

สำหรับผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาจากคุณสมบัติของผู้ดูแลแล้ว สามารถแบ่งผู้ดูแลได้เป็น 3 ประเภท คือ (1) ผู้ดูแลที่ได้รับ ประกาศนียบัตรรับรองจากโรงเรียนสอนผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล ผู้สูงอายุตามที่กฎหมายกำหนด (2) ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากโรงเรียนสอนผู้ดูแล แต่มีประสบการณ์ทางการดูแลมาก่อน ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน และ (3) ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับประกาศนียบัตร รับรองจากโรงเรียนสอนผู้ดูแล และไม่ได้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน แต่ทางผู้ประกอบการฝึกอบรมให้ ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ได้ในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลและไม่เคยทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน โดยก่อนที่จะออกปฏิบัติงานผู้ประกอบการได้ฝึกอบรมให้แก่ผู้ดูแลเอง⁶² โดยอัตราค่าบริการสำหรับผู้ดูแลแต่ละประเภทจะแตกต่างกัน สำหรับผู้ดูแลที่ได้รับ ประกาศนียบัตรจะมีอัตราค่าบริการสูงสุด ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากโรงเรียนสอนผู้ดูแลและไม่ได้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุมาก่อนจะมีอัตราค่าบริการต่ำสุด

โดยทั่วไปแล้ว การดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การจัดหาและดูแล เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ตลอดจนดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่าย การดูแลเกี่ยวกับการเคลื่อนที่ เช่น การช่วยเหลือการเดิน การป้องกันการ หกล้ม การดูแลเกี่ยวกับทำแผล การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลเกี่ยวกับออกซิเจน การดูแลเสมหะ เป็นต้น⁶³ การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลจึงมีทั้งส่วนที่เป็นการดูแลส่วนบุคคลและส่วนที่เป็นการพยาบาล⁶⁴ หากการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลมีลักษณะเป็นการพยาบาลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ผู้ดูแลจะต้อง

⁶¹ ศิริพันธุ์ สาสัดย์ ทศนา ชูวรรณะปกรณม์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 10. หน้า 4

⁶² วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 18. หน้า 75.

⁶³ ศิริพันธุ์ สาสัดย์ ทศนา ชูวรรณะปกรณม์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 10.

⁶⁴ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัดย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 40.

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีการกำหนดขอบเขตของการพยาบาลอย่างชัดเจนว่ากิจกรรมใดบ้างที่เป็นการพยาบาลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และกิจกรรมใดบ้างที่ไม่ใช่การพยาบาล ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนของขอบเขตการทำงานของบุคคลที่ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ และอาจส่งผลให้เกิดการก้าวล่วงวิชาชีพการพยาบาลได้⁶⁵

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ดูแลประจำของผู้ประกอบการ โดยได้รับค่าตอบแทนจากผู้ประกอบการโดยตรงซึ่งค่าตอบแทนนี้จะคำนวณตามระยะเวลาการทำงานของผู้ดูแล เช่น รายเดือน หรือผู้ดูแลอาจเป็นเพียงผู้ดูแลในสังกัดของผู้ประกอบการ กล่าวคือ เมื่อผู้ประกอบการตกลงให้บริการดูแลผู้สูงอายุกับผู้รับบริการแล้ว ผู้ประกอบการจะมอบหมายงานให้แก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลจะได้รับค่าตอบแทนการดูแลผู้สูงอายุจากผู้ประกอบการโดยตรงต่อเมื่อผู้ดูแลได้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุแล้ว โดยที่ผู้ดูแลไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตกลงให้บริการดูแลผู้สูงอายุระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการและจะไม่ทราบถึงค่าบริการทั้งหมดที่ผู้ประกอบการเรียกเก็บจากผู้รับบริการ⁶⁶ ในกรณีนี้หากผู้ดูแลไม่ได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงาน ผู้ประกอบการได้จัดเตรียมที่พักและอาหารให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติงานตามที่ผู้ประกอบการมอบหมายและภายใต้การจัดการของผู้ประกอบการ

นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจเข้าตกลงกับผู้รับบริการเองโดยตรงก็ได้ กล่าวคือ ผู้ดูแลกับผู้รับบริการจะตกลงเกี่ยวกับรายละเอียดของการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ค่าบริการ ขอบเขตของการทำงาน วันทำงาน วันหยุด เป็นต้น โดยผู้ประกอบการจะเป็นเพียงผู้แนะนำและประสานงานระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับบริการเท่านั้น ในกรณีนี้ผู้ดูแลจะได้รับค่าบริการจากผู้รับบริการโดยตรง⁶⁷

2.4.2 ฝ่ายผู้รับบริการ

ฝ่ายผู้รับบริการ คือบุคคลที่ประสงค์จะได้รับการดูแลผู้สูงอายุจากฝ่ายผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุเองหรือบุคคลอื่นที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จึงสามารถแยกพิจารณาได้ ดังนี้

⁶⁵ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกยะ. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 5.

⁶⁶ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *ระบบการประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. หน้า 4-6.

⁶⁷ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกยะ. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 5.

สมาชิกในครอบครัว ในการใช้บริการธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยมากสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน คู่สมรสของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความประสงค์ที่จะให้ผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับการดูแล มักเป็นผู้ติดต่อสอบถามรายละเอียดต่าง ๆ ของบริการดูแลผู้สูงอายุและเข้าตกลงกับผู้ประกอบการเพื่อให้ผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งอาจเป็นบุพการีหรือญาติได้รับการดูแล เนื่องมาจากตนเองไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เอง โดยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้เสียค่าบริการให้แก่ผู้ประกอบการเพื่อตอบแทนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ⁶⁸ ดังนั้น ในกรณีนี้ สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นผู้ซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุจากผู้ประกอบการ โดยที่ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมเป็นผู้ซื้อบริการในการตกลงระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ประกอบการ ผู้สูงอายุจึงเป็นเพียงบุคคลผู้ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามที่สมาชิกในครอบครัวได้ตกลงไว้

ผู้สูงอายุคือ บุคคลที่ได้รับการดูแลจากฝ่ายผู้ให้บริการ ซึ่งเมื่อพิจารณาสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับบริการดูแลผู้สูงอายุแล้ว สามารถแบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเนื่องจากความชราภาพ โดยไม่ได้มีอาการเจ็บป่วย และผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเนื่องจากความชราภาพ โดยที่ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) หรือการช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะต้องการการดูแลทั้งในระดับของการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) และในระดับของการพยาบาล (Nursing Care) ดังนั้น การดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และแต่ละรายจึงแตกต่างกัน

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากฝ่ายผู้ให้บริการตามที่สมาชิกในครอบครัวได้ตกลงไว้กับฝ่ายผู้ให้บริการ โดยที่ผู้สูงอายุเองมิได้เข้าตกลงซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุจากฝ่ายผู้ให้บริการแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรหลาน หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุอาจมีความประสงค์และเข้าตกลงซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุจากฝ่ายผู้ให้บริการด้วยตนเองก็ได้⁶⁹

⁶⁸ สืบพงศ์ บิรสุทธิบัวทิพย์. (2546). *การวิเคราะห์กฎหมายในเชิงเศรษฐศาสตร์ กรณีศึกษา: ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายเศรษฐกิจ, คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 26.

⁶⁹ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. *อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 12*. หน้า 11.

2.5 แนวคิด การคุ้มครองผู้บริโภค

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคมี 2 แนวคิด แนวคิดแรกเห็นว่า การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นส่วนหนึ่งของการค้าที่ไม่เป็นธรรม (Unfair Trade Practices) จึงถือว่า การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายที่กำกับการแข่งขันทางการค้า เช่น เครือรัฐออสเตรเลีย เป็นต้น แต่อีกแนวคิดหนึ่งเห็นว่าการคุ้มครองผู้บริโภคต้องใช้มาตรการเฉพาะ จึงแยกออกมาเป็นกฎหมายอีกฉบับหนึ่งต่างหาก เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไทย เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่ว่ากฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคตามแนวคิดใด การให้ความคุ้มครองผู้บริโภคของทุกประเทศจะมีลักษณะสำคัญร่วมกัน 2 ประการ คือ

ประการแรก การผลักระการพิสูจน์ (Onus of Proof) ในเรื่องทางเทคนิคให้แก่ผู้ผลิตหรือ ผู้ขายสินค้า โดยผู้บริโภคมีหน้าที่พิสูจน์เพียงว่าตนได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ชำระคบกพร่องหรือไม่ปลอดภัยอย่างไรเท่านั้น

ประการที่สอง การให้รัฐมีอำนาจดำเนินคดีแทนผู้บริโภค

มาตรการคุ้มครองผู้บริโภค มาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคแบ่งออกได้ 2 มาตรการ คือ มาตรการก่อนที่สินค้าจะ เข้าสู่ตลาด (Pre-market Control Measure) กับมาตรการหลังจากที่สินค้าเข้าสู่ตลาดแล้ว (Postmarket Control Measure)

สำหรับมาตรการก่อนที่สินค้าจะเข้าสู่ตลาด (Pre-market Control Measure) นั้น ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานจริยธรรม (Code of Conduct) ของผู้ประกอบการ และการกำหนดมาตรฐาน (Standard) ของกระบวนการผลิตและมาตรฐานของสินค้าที่จะผลิตขึ้น ซึ่งบังคับให้ ผู้ผลิตจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดเท่านั้น เทคนิคในการกำหนดมาตรฐานสินค้านั้นแบ่งออกได้เป็น 2 เทคนิค คือ การกำหนดมาตรฐานสินค้าตามประเภทของสินค้า (by item) และ การกำหนดมาตรฐานสินค้ากลาง (general standard)

สำหรับการกำหนดมาตรฐานสินค้าตามประเภทของสินค้าจะทำให้รัฐหรือ หน่วยงานกำหนดมาตรฐานเอกชนต้องทำงานตลอดเวลาเนื่องจากสินค้านั้นมีจำนวนมาก และเป็นการดำเนินงานในลักษณะกำหนดมาตรฐานหลังจากที่มีการผลิตสินค้านั้นขึ้นแล้ว แต่การกำหนดมาตรฐานสินค้ากลางจะลดภาระดังกล่าวได้มาก ทั้งยังกระตุ้นให้ผู้ผลิตพัฒนากระบวนการผลิตสินค้าไปในตัว ตัวอย่างของมาตรฐานกลางที่ใช้กันอยู่ เช่น⁷⁰ ที่กำหนดว่าสินค้าที่จะวางจำหน่ายในท้องตลาดได้ต้องเป็นสินค้าที่ปลอดภัย เท่านั้น (Only safe product can be placed on the market) เป็นต้น ส่วนมาตรการหลังจากที่สินค้าเข้าสู่ตลาดแล้ว (Post-market Control Measure) นั้น แยกเป็นการควบคุมระบบการจัดจำหน่าย (Supply chain) การตรวจสอบคุณภาพของสินค้า (Product Quality

⁷⁰ EU Directive on Product Safety (1995).

Control) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าอย่างถูกต้องและพอเพียง (Product Information Labeling) การควบคุมการโฆษณา การคุ้มครองอิสระในการตัดสินใจซื้อสินค้าของผู้บริโภค การเรียกค่าเสียหายอันเกิดจากความชำรุดบกพร่องของสินค้า (Compensation) และ การเรียกคืนสินค้าที่ไม่ปลอดภัยคืนจากผู้บริโภค (Product Recall Measure)

ในด้านการค้าระหว่างประเทศ มาตรการคุ้มครองผู้บริโภคมีผลอย่างสำคัญต่อความเชื่อถือของผู้บริโภคในภาวะที่โลกไร้พรมแดนเช่นในปัจจุบัน เพราะหากมาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศเป็นที่ยอมรับในระดับโลก ผู้บริโภคทั้งในและต่างประเทศย่อมมั่นใจในคุณภาพของสินค้าที่ผลิตขึ้น อันเป็นผลดีต่อภาคการผลิตและศักยภาพในการแข่งขันของประเทศโดยตรง บางประเทศ เช่น เครือรัฐออสเตรเลีย ถึงกับห้ามการส่งสินค้าที่ไม่ได้มาตรฐานหรือที่ไม่ปลอดภัย ออกไปขายต่างประเทศด้วยซึ่งเป็นการยกระดับสินค้าของเครือรัฐออสเตรเลียในตลาดโลกในทางอ้อม นอกจากนี้มาตรการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้บริโภคในประเทศ ช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในทางอ้อมด้วย ปัจจุบันเมื่อโลกเจริญมากขึ้นทั้งในด้านวิทยาศาสตร์ด้านอุตสาหกรรม และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้ระบบเศรษฐกิจ การค้าขายหรือการบริการต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปมีกระบวนการผลิตที่สลับซับซ้อนมากขึ้น การผลิตสินค้าใช้วัตถุดิบในการผลิตที่ทันสมัยเกินกว่าความรู้ธรรมดาของผู้ใช้หรือผู้บริโภคจะตามได้ทัน ผู้ผลิตต่างก็หาวิธีที่จะลดค่าใช้จ่ายในการผลิตและเพิ่มผลกำไรให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในบางกรณีการขยายกำลังการผลิตทำให้ความละเอียดรอบคอบและคุณภาพของสินค้าลดลง ประกอบกับการขยายตัวของการค้าพาณิชย์กว้างออกไปจากระดับหมู่บ้าน เมือง ไปสู่ระดับระหว่างประเทศ ทำให้สินค้าในตลาดมีการแพร่กระจายและเพิ่มประเภทหรือชนิดมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ผู้ซื้อในฐานะผู้บริโภคไม่อาจปรับตัวให้ทันกับความเจริญทางเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้ความระมัดระวังในระดับธรรมดาไม่อาจช่วยให้ผู้ซื้อหรือผู้บริโภคได้รับผลตอบแทนคุ้มค่ากับเงินที่เสียไป ซ้ำร้ายยังอาจทำให้เกิดอันตรายจากการบริโภคสินค้าที่ซื้อมาโดยคาดไม่ถึงด้วย

เมื่อสภาพความเป็นอยู่ของคนในสังคมเปลี่ยนไป กฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในสมัยอดีตก็เริ่มมีช่องว่างหรือขาดความเหมาะสม เนื่องจากกฎหมายในสมัยก่อน บัญญัติขึ้นเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาของสังคมในสมัยนั้นอันเป็นสังคมแคบและวิธีการผลิตยังไม่สลับซับซ้อนเท่าสังคมในปัจจุบัน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความเปลี่ยนแปลงของลักษณะการดำรงชีวิตในสังคม ทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในทางกฎหมายและการปรับปรุงบทบัญญัติของกฎหมายให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงในการ “บริโภค” สินค้าและบริการ ซึ่งในแต่ละประเทศมีวิธีการและบทบัญญัติที่เรียกว่า “กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค” ขึ้นใช้บังคับ นอกเหนือไปจาก

หลักเกณฑ์เดิม ๆ ที่มีอยู่ในกฎหมายทั่วไป ลักษณะของกฎหมายคุ้มครอง ผู้บริโภคอาจแตกต่างกัน มากบ้างน้อยบ้าง ขึ้นอยู่กับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความเจริญทาง เทคโนโลยี สำหรับการ คุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย นับแต่เปลี่ยนแปลงการปกครองมาเป็น ระบอบประชาธิปไตยนั้น เป็นมาตรการที่เน้นการป้องกันและปราบปราม โดยการออกกฎหมาย ให้หน่วยงานของรัฐควบคุม กำกับ แต่ไม่ได้เน้นวิธีการเยียวยาชดใช้ความเสียหายเป็นพิเศษ นอกเหนือไปจากการฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหายตามที่ได้บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและ พาณิชย์ลักษณะสัญญาหรือ ลักษณะละเมิด

แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการการคุ้มครองผู้บริโภค ในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของประชาชนมีความเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค หลายด้าน เช่น อาหาร เครื่องสำอาง ยา และผลิตภัณฑ์เครื่องใช้มีสารปนเปื้อนและไม่มีความปลอดภัยกับผู้บริโภค รวมทั้ง การใช้บริการ และการทำสัญญากับผู้ประกอบการที่มีลักษณะของ สัญญาต่างตอบแทนมีการ เอาเปรียบผู้บริโภค ทั้งนี้แม้จะมีหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบและทำ หน้าที่ดูแล แต่ก็ไม่สามารถ คุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึง โดยมีสาเหตุดังนี้

1) กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคยังมีความบกพร่อง จึงต้องมีการปรับปรุง แก้ไข โดยเปิด โอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ใช้กฎหมาย รวมทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนมี ส่วนร่วม ในการพิจารณากฎหมายด้วย

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค

3) การพัฒนาผู้บริโภคกับการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคไม่มีความสอดคล้องกัน ทำให้การบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ

แนวคิดในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภค ได้เริ่มพัฒนาขึ้นอย่างช้า ๆ ภายหลังจาก ปฏิวัติอุตสาหกรรมในสมัยศตวรรษที่ 18 เนื่องจากก่อนหน้านี้สินค้าต่าง ๆ ที่มีขายกันในท้องตลาด ล้วนเป็นสินค้าที่ผลิตขึ้นอย่างง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน เช่น มิด ขวาน จาน ชาม ช้อน โอง ไห เสื้อผ้า ฯลฯ ผู้ซื้อซึ่งเป็นผู้บริโภคสินค้าเหล่านี้จึงสามารถที่จะตรวจสอบความชำรุดบกพร่องของสินค้าได้ง่าย ๆ ด้วยตนเอง วิธีปฏิบัติเช่นนี้ได้กลายมาเป็นหลักประการหนึ่งของกฎหมายว่าด้วยการซื้อขาย นั่นคือ หลัก “ผู้ซื้อต้องระวัง” (Caveat emptor) โดยหากผู้ซื้อไม่ตรวจสอบสินค้าที่จะซื้อขายให้ดีหรือ เห็นได้ชัดเจนว่าสินค้านั้นมีความชำรุดบกพร่องแต่ก็ยังซื้อสินค้านั้นไป ถือว่าผู้ซื้อนั้นขาดความ ระมัดระวังเอง ผู้ขายไม่ต้องรับผิดชอบ หลักกฎหมายดังกล่าวปรากฏอยู่ในมาตรา 473 แห่งประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ภายหลังจากการปฏิวัติอุตสาหกรรม กระบวนการผลิตสินค้าต่าง ๆ เริ่มมี ความซับซ้อนมากขึ้น และมีการนำเทคโนโลยีที่ซับซ้อนมาใช้ในกระบวนการผลิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในปัจจุบันที่มีการนำเทคโนโลยีนาโน (Nanotechnology) เข้ามาใช้ในกระบวนการผลิตอย่างแพร่หลาย ซึ่งทำให้ผู้บริโภคไม่สามารถทราบได้เลยว่าสินค้านั้นมีความชำรุดบกพร่องหรืออาจไม่ปลอดภัย ในขณะที่ซื้อหรือไม่ โดยความชำรุดบกพร่องหรือความไม่ปลอดภัยของสินค้าเหล่านี้อาจเกิดขึ้นจากวัตถุดิบที่ใช้ไม่ได้คุณภาพ หรือความบกพร่องในกระบวนการผลิตเอง หรือวิทยาการในขณะผลิตสินค้านั้นไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าความชำรุดบกพร่องนั้นจะเกิดขึ้น (State of the art) นอกจากนี้ การเพิ่มจำนวนการผลิตเพื่อประหยัดต้นทุนการผลิต (Economic of Scale) และการขยายตัวอย่างรวดเร็วของตลาดโดยไม่มีพรมแดน ทำให้สินค้าหลากหลายชนิดกระจายไปยังผู้บริโภคอย่างรวดเร็ว ซึ่งในจำนวนนี้มีสินค้าที่ชำรุดบกพร่องและไม่ปลอดภัยอยู่ด้วยเป็นจำนวนมาก ผู้บริโภคจึงอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ⁷¹

การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยเริ่มเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น หลังจากที่รัฐบาลมีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา โดยกำหนดให้มีองค์กรของรัฐในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภค ได้แก่ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ทำหน้าที่พิจารณา เรื่องร้องทุกข์จากผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อนจากการกระทำของผู้ประกอบธุรกิจ และคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง เช่น คณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา ดูแลไม่ให้ใช้ข้อความโฆษณาที่ไม่เป็นธรรม (เช่น เป็นเท็จเกินจริงก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือเกิดความแตกแยก) คณะกรรมการว่าด้วยฉลากดูแลให้มีการเปิดเผยคุณสมบัติและลักษณะของสินค้าในฉลาก (เช่น ชื่อและเครื่องหมาย การค้าของผู้ผลิต ราคา ปริมาณและวิธีใช้) และคณะกรรมการว่าด้วยสัญญา กำหนดให้มีสัญญา มาตรฐานเพื่อความเป็นธรรมต่อผู้บริโภค (เช่น สัญญาบัตรเครดิตสัญญาเช่าซื้อ) รวมทั้งมีการจัดตั้ง สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ขึ้น เพื่อปฏิบัติงานตามนโยบายของรัฐ และ คำสั่งของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงดูแลผู้บริโภคที่ถูกละเมิดสิทธิก่อนนำเสนอ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้เนื่องจากสภาพการค้าและระบบเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วใน ปัจจุบัน กอปรกับมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการผลิตและบริการมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องคุณภาพของสินค้าและบริการ อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรองใน การเข้าทำสัญญาเกี่ยวกับสินค้าและบริการ ทำให้ผู้บริโภคถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ประกอบการอยู่เสมอ ด้วยเหตุนี้ ภาครัฐจึงได้ตระหนักถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 นับเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคไว้โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 57 “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็น

⁷¹ ปกรณ์ นิลประพันธ์. (2548). *การพัฒนามาตรการคุ้มครองผู้บริโภค*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.lawreform.go.th>. [2563, 4 พฤศจิกายน].

ผู้บริโภคมักรับความคุ้มครอง ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” แม้รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวจะถูกยกเลิกโดยคณะปฏิรูปการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข แต่ภาครัฐยังคงให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งจะเห็นได้จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ยังคงมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค โดยได้บัญญัติไว้ใน มาตรา 61 “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองในการได้รับข้อมูลที่เป็นจริง...”

2.6 แนวคิดด้านคุณภาพการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่อย่างมีคุณภาพการนั้นควรดูแลควบคู่กับการดูแลคุณภาพ สถานบริการด้วย เนื่องจาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัย ดังนั้นการให้บริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ ในสถานบริการต้องคำนึงถึงคุณภาพการดูแลเป็นสำคัญ ในประเด็นต่อไปนี้

คุณภาพการดูแล (Quality of care) หมายถึง การดูแลที่สนองความต้องการหรือมากกว่าความต้องการของผู้รับบริการตามมุมมองที่กำหนด โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ผู้รับบริการครอบคลุม ผู้ป่วย ครอบครัว

คุณภาพการดูแล เป็นการดูแลที่คาดหวังว่า มีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความอยู่ดีและความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้เป็นผลจากการประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้ผลเสียอันเป็นผลติดตามจากการดูแลนั้น ประกอบไปด้วย 3 มิติ คือ

มิติการเปรียบเทียบผลที่ได้และผลที่เสียหายหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ มิติทางบุคคล ความคาดหวัง ถึงผลผลที่ได้และผลที่เสียหายและ มิติด้านสังคม ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล

คุณภาพของการบริการ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกคำโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย⁷² ความถูกต้องตามมาตรฐาน ความถูกต้องตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ

องค์ประกอบและมิติของคุณภาพ

ด้วยคุณภาพการดูแล มีองค์ประกอบหรือมิติที่หลากหลายแตกต่างกันไป สามารถสรุปองค์ประกอบและมิติของคุณภาพ ตามมุมมองด้านวิชาชีพ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและตามผลการปฏิบัติงาน ได้ดังนี้

⁷² อังคณา ตันต์เอกคุณ. (2545). *คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คุณภาพการดูแลตามมุมมองจากผู้ประกอบวิชาชีพ อาจมองได้จาก 2 ด้าน คือด้านคุณภาพทางเทคนิค (Technical quality) เป็นคุณภาพที่ประเมินจากความถูกต้องของ บริการและความชำนาญของผู้ให้บริการ เป็นต้น ส่วนคุณภาพระหว่างบุคคลหรือคุณภาพการทำงาน (Interpersonal or functional quality) ประเมินจากคุณภาพการสื่อสาร ความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ivotต่อความเปลี่ยนแปลง

คุณภาพการดูแลตามมุมมองและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการจะถูกรวมและคาดหวังในด้านกระบวนการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การดูแลในหอผู้ป่วย รวมถึงการดูแลและบริการทั่วไป เช่น ห้องพัก สถานที่ อาหาร

คุณภาพการดูแลตามทฤษฎีระบบ ของ Donabedian (1985)⁷³ เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย

โครงสร้าง (Structure) คุณลักษณะของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น จำนวนและความสามารถของบุคลากร อาคาร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

กระบวนการ (Process) ส่วนประกอบต่าง ๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย เช่น ทรัพยากร รูปแบบการจัดการ งบประมาณ

ผลลัพธ์ (Outcome) สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

คุณภาพการดูแลตามผลการปฏิบัติงาน (Performance) ตัวชี้วัดประกอบด้วย

- 1) การเข้าถึงการบริการ (Accessibility)
- 2) ระยะเวลา (Timeline)
- 3) ประสิทธิภาพ (Effectiveness)
- 4) ความสามารถ (Efficacy)
- 5) ประสิทธิภาพ (Efficiency)
- 6) ความเหมาะสม (Appropriateness)
- 7) ความต่อเนื่อง (Continuity)
- 8) การดูแลปฐมภูมิ (Primacy of Care)
- 9) การเก็บความลับ (Confidentiality)

การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (Participation of patient and family in caring) ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในการดูแล (Safety of Care environment)

⁷³ Donabedian, A. (1985). Twenty year of research on the quality of medical care: 1964-1984. *Eval Health Prof*, 8, pp. 243-65.

การประกันคุณภาพ หมายถึง กลไก (Mechanisms) และกระบวนการ (Processes) ต่าง ๆ ที่นำไปสู่การรักษาและปรับปรุงคุณภาพของผลลัพธ์เพื่อช่วยให้ผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholders) มั่นใจในวิธีควบคุม คุณภาพและมั่นใจในมาตรฐานของผลผลิต รวมทั้งเป็นการรับประกันหรือรับรองว่าจะได้มาตรฐานตามที่ระบุ เพื่อให้บริการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถกำกับดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการพัฒนา มาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้นมา ซึ่งอาจต้องมีการประเมินและขั้นตอนการประเมินซ้ำ

มาตรฐาน หมายถึง กรอบในการพัฒนาการดูแลของสถานบริบาล เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความผาสุก ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ภายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้พักอาศัยมีสิทธิของตนเอง โดยมี เป้าหมายสูงสุดก็คือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในสถานบริการ

การกำหนดกรอบมาตรฐานด้านคุณภาพบริการ มีองค์ประกอบที่ครอบคลุม ทั้งด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้างและด้านสิ่งแวดล้อม มาตรฐานกระบวนการและการดำเนินงานต่าง ๆ และ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้มาตรฐานจะต้องสอดคล้องกัน ระหว่างมาตรฐานคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Perceive Quality) และมาตรฐานเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ (Quality of Conformance)

มาตรฐานการดูแลในประเทศไทย ได้มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มาอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาตรฐานเดิมประกอบไปด้วย 5 มาตรฐาน ได้แก่

มาตรฐานการบริหารจัดการ สุขภาพ ผู้ใช้บริการด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัยและ ระบบมาตรฐานภายในซึ่งระบบมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เป็นไป เพื่อการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานโดยตนเองเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ จึงได้ออก “ข้อกำหนดคณะกรรมการส่งเสริมการจัด สวัสดิการสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2550” และระเบียบคณะกรรมการ ส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2550 รวมทั้งให้ความเห็นชอบตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กรสวัสดิการสังคมนักสังคมสงเคราะห์และอาสาสมัคร

2.7 แนวคิดการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁷⁴ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ป่วยเรื้อรัง มีความพิการ หรือทุพพลภาพ ทำให้เกิดการสูญเสีย ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง ในด้านต่าง ๆ ที่ต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่อง ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่เกิดขึ้นที่บ้าน โดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และมีการสนับสนุนอย่างเป็นทางการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาว ในการดูแล พื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) มีปัจจัยดังต่อไปนี้ คือการสร้างระบบค่านิยม การมองประโยชน์ผู้อื่น ปลูกฝังความรักและความเมตตา และ จิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตัวเองและผู้อื่นซึ่งเป็นพื้นฐานของความรัก การสร้างความศรัทธาและความหวัง การมีชีวิตอยู่กับความจริง ซึ่งเป็นการสร้าง ความหวังและศรัทธา ความเชื่อในการดำเนินชีวิตบนโลกทั้งของตนเองและของผู้อื่นการปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ปลูกฝังการปฏิบัติ ทางจิตวิญญาณ การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ แห่งการช่วยเหลือเพื่อการดูแล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้าใจต่อผู้สูงอายุติดเตียง ความเห็นอกเห็นใจในการมีปฏิสัมพันธ์ อย่างอบอุ่นกับผู้สูงอายุที่ดูแลส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ การแลกเปลี่ยน ความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและทางลบ การแก้ปัญหาและตัดสินใจ อย่างเป็นระบบ ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล ที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแล ด้วยความรัก ส่งเสริมการเรียนการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับ ความเป็นหนึ่งเดียวกัน เอาใจใส่และคิดถึงความรู้สึกของผู้อื่น ประคับประครอง สนับสนุน และ แก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตสังคม และ จิตวิญญาณ การสร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการ บำบัด ความพึงพอใจต่อการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการ และการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่เกี่ยวกับการมีชีวิตและความตาย

⁷⁴ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โขจรนวมินชัย และธนิกันต์ ตักดาพร. (2552). ตัวแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวชุมชนชนบทในชนบทไทย. *วารสารพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10 (3), หน้า 13-24.

การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่สำคัญของระบบสุขภาพและบริการทางสังคม ผู้ดูแลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 กำหนดปรัชญาหลักในการดูแลไว้ 3 ด้าน คือ⁷⁵

ประการแรก ผู้สูงอายุมิใช่ผู้ด้อยโอกาส ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

ประการที่สอง ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ประการที่สาม สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อีกทั้งได้กำหนด ยุทธศาสตร์หลัก ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของประชากร การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ระบบคุ้มครองทางสังคม การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางาน และพัฒนานุเคราะห์ด้านผู้สูงอายุ การประมวล พัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตาม

2.8 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

Watson⁷⁶ กล่าวว่า การดูแลเป็นกระบวนการหรือปรากฏการณ์ที่มีอยู่แล้ว ในตัวมนุษย์ การดูแลนอกจากเป็นศาสตร์และศิลป์ แล้วยังเป็นธรรมชาติของมนุษย์ในโลกที่มี สัมพันธภาพ เชื่อมต่อกัน (Connectedness) เป็นหนึ่งเดียวกัน (Unity)

Leininger⁷⁷ กล่าวว่า การดูแลเป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ ให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนคำจูน การอำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถ ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกเพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่ง การมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินที่ผาสุก

คำว่า “Family caregiver” คือ ผู้ดูแลหรือ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน หรือ ผู้ดูแล ในครอบครัว นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ “Carers” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร เครือรัฐออสเตรเลีย และราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย⁷⁸

⁷⁵ ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

⁷⁶ Watson, J. (2000). Reconsidering caring in the home. *Journal of Geriatric Nursing*, 21(6), p. 330.

⁷⁷ Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: Theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

⁷⁸ ยูพาพิน สิริโพธิงาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามธิบดีเวชสาร*, 20 (10), หน้า 41-46.

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ

ผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย

สรุป ผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นรัฐบาลได้สนับสนุนนโยบายโดยดำเนินการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยเน้นการดูแลที่บ้าน ซึ่งได้ใช้คำว่า “Family caregiver” หรือ “Informal caregiver” หมายถึง สมาชิกครอบครัว ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ⁷⁹ ซึ่งมีการให้ความสำคัญในการดูแล ทั้งการดูแลโดยญาติผู้ดูแล อาจเป็น สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของร่างกายที่บกพร่องจิตใจ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันหรือ มีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยต้องได้รับการตอบสนองหรือ ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล การให้การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชน ในแหล่งที่อยู่อาศัยที่ไม่ใช่ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

2.9 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

แนวคิดที่เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบ เกื้อหนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ เป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่ทำหน้าที่ในการปกป้องสมาชิก รวมทั้ง เป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญ ที่จะตอบสนองความต้องการของ สมาชิกในครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือสมาชิกอย่างเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ การแสดงความเคารพ เป็นต้น⁸⁰ ซึ่งการให้การดูแลที่บ้านโดยครอบครัวนั้นสามารถจำแนกความรับผิดชอบในการช่วยเหลือได้ดังนี้

⁷⁹ สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์. (2557). *ทิศทางนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

⁸⁰ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Primary caregiver หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

Secondary caregiver หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ช่วยในการดูแล ซึ่งอาจจะช่วยทำกิจกรรม บางอย่าง ทำเป็นครั้งคราว ไม่ได้ช่วยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นประจำ

การแบ่งภาระการดูแลตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้อในการดูแล⁸¹ ได้แก่

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง โดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในภาวะที่ผู้สูงอายุ เจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจคิดเป็นชั่วโมงการดูแลต่อวันที่สูงสุดหรือ ยอมรับว่าตนเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลรอง หมายถึง ผู้ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล โดยอาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม บางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่า ผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น

การผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยครอบครัวยังเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา การจัดบริการการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม ในการดำเนินงานการดูแลได้มีการแบ่งประเภทของผู้ดูแลไว้ดังนี้

ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การดูแลช่วยเหลือ การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับ ผู้สูงอายุที่รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจ ของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัว ยังคงมีส่วนที่ใหญ่มากที่สุดของการดูแลระยะยาว เช่น ลูก หลาน ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้านโดยมุ่งเน้น การดูแลที่ไม่มีค่าตอบแทน

ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเฉพาะ และ การศึกษาสำหรับการดูแลโดยเฉพาะ ทั้งทางคลินิก ทางสังคม และการบริการทางสาธารณสุข ตามมาตรฐานการดูแล ซึ่งอาจจัดบริการให้ทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือในสถานบันต่าง ๆ การดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้นโดยสังคมไทย มองว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติ หรือสมาชิกใน ครอบครัว โดย National Center of Health พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจะตกเป็นหน้าที่รับผิดชอบ

⁸¹ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2553). ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 19 (1), หน้า 107-119.

ของสมาชิกครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ปัจจัยในการรับบทบาทผู้ดูแลที่บ้านของสมาชิกในครอบครัว⁸² มีดังนี้

ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมา โดยส่วนใหญ่ ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และร่วมเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยเฉพาะเพศหญิง จะได้รับการอบรมให้เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแล สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งคำสั่งสอนให้บุตรต้องดูแลบิดามารดา ในยามแก่ชรา หรือ ป่วยไข้ ซึ่งหากบุตรคนใดเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ ก็จะได้รับคำตำหนิจากสังคมภายนอกได้สัมพันธ์ภาพบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ จะมีความเห็นใจ สงสาร และ ห่วงใย ในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อป่วยนอนติดเตียง

ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจตัวผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแลเข้าในการดำเนินของโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น บุตรเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ก็มีแนวโน้มว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

การยอมรับของผู้สูงอายุที่สามารถบอกเพื่อเลือกผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ที่สามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น อายุ สถานภาพสมรส งานประจำ เช่น ผู้ที่ต้องทำงานประจำ สถานที่ทำงานอยู่ไกล ย่อมไม่ค่อยมีเวลาและให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่ใกล้

ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักต้องเป็นผู้รับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวน้อยลง

จากการทบทวนสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใด จะเป็นผู้ที่เหมาะสมหรือเป็นผู้รับบทบาทการผู้ดูแลที่บ้านประกอบด้วย ปัจจัยทาง อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ มีผลต่อความสามารถ ความพร้อม เวลา และความสะดวกในการดูแล จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตร เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การดูแลเป็นหน้าที่ของญาติ โดยบทบาทที่ถูกกำหนดไว้

⁸² ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม*. คุษณินิพนธ์พยาบาลศาสตร คุษณินิพนธ์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำหรับเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นแม่บ้าน ผู้ดูแลจะอยู่ในวัยกลางคนมากกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้นสามารถสรุปองค์ประกอบการดูแลได้ ดังนี้⁸³

ความรู้ (Knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้มีความเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ ความจริงใจ (Honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจ และแสดงออกถึงความรู้สึก ที่แท้จริงของตนเอง ที่ต้องการจะให้ความช่วยเหลือ ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความอดทน (Patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้คิด ตัดสินใจ ด้วยตนเอง และให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ความหวัง (Hope) เป็นการมองไปในอนาคตของผู้ให้การดูแล เพื่อเป็นแรงกระตุ้น ให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้ป่วยอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

แนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythms) ผู้ดูแลต้องแก้ปัญหา หลายแนว มีการประเมินการดูแล และปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอและในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงนั้นต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ดูแลให้มีชีวิต ความเป็นอยู่ที่มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลได้ 5 ด้าน⁸⁴

ด้านแรก ด้านการดูแลเป็นการดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ดูแลสิ่งแวดล้อมในการจัดของ เครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ด้านที่สอง ด้านการช่วยเหลือ เป็นการให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำได้ เช่น การป้อนอาหาร การเคลื่อนย้าย การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

⁸³ วรรณรัตน์ ลาวัจ, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล และเวชกา กลิ่นวิชิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาค ตะวันออก*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

⁸⁴ เขียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2544). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ด้านที่สาม ด้านการประทับประคอง เป็นการประทับประคองทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารและน้ำ การเลือกใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมตามฤดูกาล การประทับประคองทางจิตใจ เช่น การปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ใน การดูแล เป็นต้น

ด้านที่สี่ ด้านการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุต่าง ๆ ตามที่สามารถทำได้ ให้คำชมเชย ยกย่อง และสามารถทำกิจกรรมได้สะดวกและปลอดภัย

ด้านที่ห้า ด้านการเป็นผู้ประสานและเชื่อมโยงระหว่างสมาชิก ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

2.10 ทฤษฎีครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง การให้ความหมายครอบครัวโดยสมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย⁸⁵ ได้ให้ความหมายตามลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ ลักษณะทางชีววิทยา ครอบครัวถือเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต ส่วนลักษณะทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกันถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน ลักษณะทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์ และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกันโดยไม่จำเป็นต้องเป็นสายเลือดเดียวกัน และลักษณะ ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของ บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร ที่มีต่อกัน และกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

โครงสร้างบทบาทครอบครัว (Role structure) เป็นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่สามารถบอกถึงบทบาทและสถานภาพ ที่เป็นอยู่ เป็นการหล่อหลอมพฤติกรรมของบุคคล โครงสร้างบทบาทภายในครอบครัวที่สำคัญ จำแนกเป็นบทบาทเชิงเครื่องมือ (Expressive role) ได้แก่ บทบาทในการรับผิดชอบเกี่ยวกับระบบ เศรษฐกิจภายในครอบครัวและความรับผิดชอบโดยตรงต่อการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้สมาชิก ในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น บทบาทของสามีหรือพ่อ และบทบาทเชิงอารมณ์เป็นบทบาท เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย รวมทั้งการให้ การสนับสนุนด้านจิตใจ ครอบครัวที่ดีจำเป็นต้องมีโครงสร้างบทบาทที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก และสามารถตอบสนอง

⁸⁵ รุจา ภูไพบูรย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิเจพรินต์.

ความต้องการได้ ระบบย่อยของครอบครัว เป็นการแสดงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่มีการกำหนดค่านิยมบทบาทเฉพาะในครอบครัวทำให้เกิดระบบย่อยขึ้นในครอบครัว ซึ่งจำแนกตามบทบาทที่สังคมกำหนด และการทำหน้าที่เฉพาะ ได้แก่

ระบบย่อยคู่สามีภรรยา เป็นระบบที่บุคคล 2 คนมีความสัมพันธ์ กันในลักษณะของกลุ่มสมรส และในลักษณะที่ร่วมกันเป็นบิดามารดา ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร เป็นระบบย่อยที่มีการแสดงบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาที่จึงแสดงต่อบุตร และที่บุตรแสดงต่อบิดามารดา ระบบย่อยพี่น้อง เป็นระบบย่อยที่ลูก ๆ สัมพันธ์กันเอง โดยการแสดงบทบาทหน้าที่ของพี่น้องน้อง ระบบย่อยอื่น ๆ (Other subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีลักษณะความสัมพันธ์เฉพาะ เช่น ยายกับหลาน สะใภ้กับมารดาของสามี ลูกกับหลาน เป็นต้น

ความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ขึ้นอยู่กับความหมายที่แสดงออกถึงพฤติกรรม โดยทั่วไป จะแปลความหมายผ่านกระบวนการคิด การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ผ่านการยืนยันความหมาย จากการกระทำต่อผู้อื่น เมื่อมองในแง่การปฏิสัมพันธ์ การสื่อความหมาย ส่วนใหญ่เป็นผลของการใช้สัญลักษณ์ร่วมกัน ซึ่งมีทั้งที่เป็นตัวอักษร คำ และที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การแสดงกริยาท่าทาง

2.11 ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Developmental family theory)

ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงนั้น มีทุกช่วงระยะพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง และรับบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ตามระยะพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งต้องทำให้มีภาระหน้าที่ บทบาท และการปรับตัวที่ต่างกัน โดยระบบครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีลักษณะที่เป็นพลวัต (Dynamic) กล่าวคือ ชีวิตครอบครัวมักเริ่มต้นที่การแต่งงานของหญิงชายและสิ้นสุดลงเมื่อคู่แต่งงานสิ้นชีวิต ในช่วงของการดำเนินชีวิตครอบครัว ลักษณะของสมาชิกครอบครัวจะกำหนด กิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่จะผ่านระยะต่าง ๆ และกิจกรรมหลักที่คล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันถ้าลักษณะ โครงสร้างของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ระยะต่าง ๆ ของครอบครัว เรียกว่า วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) ในระยะต่าง ๆ ของชีวิตครอบครัวก็จะมี

กิจกรรมต่าง ๆ จนเข้าสู่วัยชราเหมือนกันทุกครอบครัว ในการแบ่งวงจรชีวิตครอบครัวแตกต่างตาม ลักษณะของการศึกษา โดยแบ่งพัฒนาการครอบครัวออกเป็น 8 ระยะ ดังนี้⁸⁶

ระยะแรก ครอบครัวระยะเริ่มต้น (Marital stage) เป็นการเริ่มครอบครัวใหม่หนุ่มสาวปรับตัว ในการอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส

ระยะที่สอง ครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร (Early childbearing families) เริ่มตั้งแต่มีบุตรคนแรก จนบุตรอายุ 30 เดือนหรือ 2 ขวบครึ่ง

ระยะที่สาม ครอบครัวระยะมีบุตรก่อนวัยเรียน (Families with preschool children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 2 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี

ระยะที่สี่ ครอบครัวระยะบุตรวัยเรียน (Families with school children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 6 ปี ถึง 13 ปี

ระยะที่ห้า ครอบครัวระยะบุตรวัยรุ่น (Families with teenagers) ระยะบุตรคนแรกอายุ 13 ปี ถึง 20 ปี

ระยะที่หก ครอบครัวระยะบุตรแยกจากครอบครัว (Launching center families) ระยะช่วงบุตรคนแรกถึงคนสุดท้ายแยกครอบครัวออกจากพ่อแม่ ซึ่งอาจเกิดภาวะ “รังร้าง” คือ เหลือแต่พ่อแม่

ระยะที่เจ็ด ระยะครอบครัววัยกลางคน (Families of middle years) เป็นช่วงที่บุตรแยกครอบครัว ออกหมดแล้ว พ่อแม่อยู่ในช่วงอายุ 45-55 ปี หรือจะเริ่มเข้าสู่วัยเกษียณ

ระยะที่แปด ครอบครัวระยะวัยชรา (Aging families) เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการครอบครัว เป็นช่วงที่เข้าสู่วัยชรา เริ่มสูญเสียคู่สามีภรรยา ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจากปัญหาทางสุขภาพและความเสื่อมของสมอง

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเรื่องครอบครัวนั้นเป็นที่ยอมรับกัน โดยทั่วไปว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรส ของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงชีวิตในลักษณะรูปตัวยู (U-SHAPE) ตามวงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) กล่าวคือ สามีภรรยาจะมีความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวมากที่สุดเมื่อเริ่มต้น ชีวิตครอบครัว จากนั้นความพึงพอใจจะเริ่มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อมีบุตรคนแรก และลดลง อย่างเรื่อย ๆ จนถึงระยะบุตรอยู่ในวัยเรียน และลดลงต่ำที่สุดเมื่อบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่น หลังจากนั้น ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวจะเริ่มมากขึ้นจนถึงระยะที่บุตรเริ่มมีครอบครัวและออก

⁸⁶ Duvall, E. M. (1977). *Marriage and families relationships* (5" ed.). Philadelphia: Lippincott. and Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones. E. G. (2003). *Family nursing Research, theory & Practice* (5 "ed.). NJ: Pearson Education.

จากบ้านไป จากทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผน ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวในช่วงระยะต่าง ๆ

จากรูปแบบการให้บริการจากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อพิจารณาจากสถานที่ให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุ สามารถแบ่งการให้บริการผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงได้เป็น 2 ประเภท คือ การให้บริการผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุติดเตียง

บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากการใช้บริการธุรกิจ การให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของประเทศไทยและต่างประเทศ

ในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยแต่เดิมนั้น สภาพครอบครัวอยู่อาศัยกันเป็นครอบครัวใหญ่ มีความอบอุ่น โดยบุตรหลานเป็นผู้ดูแล จึงทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงมีน้อย หรือแทบไม่มีเลย ดังนั้น นโยบายดูแลผู้สูงอายุในบ้านเราจึงมีน้อย แต่ต่อมาปรากฏว่าสภาพสังคม และเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป บุตรหลานต้องออกไปหางานทำเพื่อเลี้ยงครอบครัว และปล่อยทิ้งผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงไว้โดยลำพัง ซึ่งผู้สูงอายุได้แก่ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และรวมถึงผู้ป่วยที่มีไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่เมื่อปริมาณผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมีเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันงบประมาณในด้านสวัสดิการของรัฐค่อนข้างมีจำกัด จึงทำให้หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมีไม่เพียงพอต่อความต้องการจึงทำให้เกิดธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงในเวลาต่อมา

3.1 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของประเทศไทย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของประเทศไทยในปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้แก่ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (แก้ไขเพิ่มเติม 2560) และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562)

ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 2 การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงในสถานบริการและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ซึ่งการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการสามารถแบ่งสถานบริการได้ 2 ระดับ คือ สถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐาน และสถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ซึ่งเป็นการให้บริการจัดหาจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติด

เตียงที่บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง นอกจากนี้ผู้ประกอบการ ยังให้บริการแนะนำผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการอีกด้วย โดยในหัวข้อนี้จะ ศึกษากรณีธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

3.1.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

ในการประกอบธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านเป็นการ ให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านของผู้สูงอายุ โดยไม่ได้ให้บริการ ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุติดเตียงแต่อย่างใด ก่อนหน้านี้การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นบริการ ที่ไม่อยู่ภายใต้การกำกับดูแล ซึ่งปรากฏว่ามีการร้องเรียนจากผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก ทั้งปัญหา คุณภาพของผู้ดูแล ปัญหาการเอาเปรียบของ ผู้ประกอบการ และปัญหาการหลอกลวงของ ผู้ประกอบการ ภาครัฐได้ตระหนักถึงความสำคัญของ ปัญหาดังกล่าวจึงเห็นควรกำกับดูแล การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลสูงอายุที่บ้าน โดยกำหนดให้การประกอบธุรกิจให้บริการดูแล ผู้สูงอายุที่บ้านเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ดังนั้น กฎหมายที่กำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งต่อไปนี้ในสารนิพนธ์ฉบับนี้จะเรียกว่า

“พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2560)” โดยมีรายละเอียด ดังนี้

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2560) เป็นกฎหมายที่ ควบคุมดูแลด้านสาธารณสุข เนื่องจากการสาธารณสุขเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ อนามัย และสภาพแวดล้อมของมนุษย์อย่างใกล้ชิด หากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์เสื่อมโทรมหรือเกิด มลพิษย่อมส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น กฎหมายฉบับนี้จึงบัญญัติขึ้นเพื่อ กำหนดกฎเกณฑ์และข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดการความสมดุลของสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข¹

กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดกฎเกณฑ์และข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุขไว้ หลายด้านด้วยกัน ได้แก่ การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย สุขลักษณะของอาคาร เหนือราคา การควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์ และกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตลาด สถานที่จำหน่าย อาหารและสถานที่สะสมอาหาร และการจำหน่ายสินค้าในที่ หรือทางสาธารณะ โดยการดำเนินการ

¹ รัชชชัย สัตยสมบูรณ์. (2542). *กฎหมายสาธารณสุข*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรม ราชชนก. หน้า 93.

ดังกล่าว พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น และเจ้าพนักงานท้องถิ่น² ดังนั้น พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงเป็นกฎหมายแม่บทในการออก บทบัญญัติระดับรองลงมา เพื่อจัดระเบียบการอนามัยและสิ่งแวดล้อมในชุมชน

ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข มีอำนาจออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และมาตรการในการควบคุม หรือกำกับดูแลกิจการใด ๆ ตามกฎหมายฉบับนี้ โดยกฎกระทรวงดังกล่าวจะมีผลบังคับเป็นการทั่วไปทุกท้องถิ่น หรือใช้บังคับเฉพาะท้องถิ่นใดท้องถิ่นหนึ่งก็ได้³ ซึ่งเมื่อมีกฎกระทรวงใช้บังคับใน ท้องถิ่นใดแล้ว ราชการส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎกระทรวงกำหนด เว้นแต่เป็นกรณีที่มีความจำเป็นหรือมีเหตุผลพิเศษเฉพาะท้องถิ่น ราชการส่วนท้องถิ่นจึงอาจดำเนินการ แตกต่างไปจากที่กฎกระทรวงกำหนดได้แต่จะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ สาธารณสุข และได้รับอนุมัติจากรัฐมนตรีเสียก่อน⁴ ดังนั้น กฎกระทรวงนี้จึงมีสภาพบังคับให้ ราชการส่วนท้องถิ่นต้องปฏิบัติตาม เว้นแต่กรณีจำเป็นหรือเหตุผลพิเศษและได้รับอนุญาตแล้ว ราชการส่วนท้องถิ่นจึงจะสามารถไม่ปฏิบัติตามกฎกระทรวงได้

นอกจากนี้ รัฐมนตรียังมีอำนาจประกาศกำหนดให้กิจการใด ๆ เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ⁵ ตามที่กระทรวง สาธารณสุขได้ประกาศกำหนดนั้น ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออกข้อกำหนดของ ท้องถิ่นระบุให้ กิจการที่เป็นอันตรายดังกล่าวทั้งหมดหรือบางกิจการเป็นกิจการที่ถูกควบคุมในท้องถิ่นนั้น ๆ⁶ ทั้งนี้ เมื่อข้อกำหนดของท้องถิ่นใช้บังคับแล้ว ผู้ดำเนินกิจการที่ถูกควบคุมในท้องถิ่น ดังกล่าวจะต้องขออนุญาตประกอบกิจการดังกล่าวจากเจ้าพนักงานส่วนท้องถิ่นก่อนเริ่มประกอบการ⁷ ดังนั้น การกำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจะต้องมีประกาศกระทรวง สาธารณสุขกำหนดว่า กิจการใดบ้างที่เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเสียก่อน จากนั้นราชการ ส่วนท้องถิ่นค่อยออก ข้อกำหนดของท้องถิ่นกำหนดให้กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามที่ กระทรวงสาธารณสุข ประกาศเป็นกิจการที่ต้องมีการควบคุมภายในท้องถิ่นของตน เช่น ข้อบัญญัติ กรุงเทพมหานคร ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 98.

³ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. มาตรา 6.

⁴ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. มาตรา 7.

⁵ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. มาตรา 31.

⁶ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. มาตรา 32.

⁷ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. มาตรา 33 วรรคแรก.

ดังนั้น การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจึงเป็นกิจการที่เป็นอันตรายตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ตามมาตรา 32 ซึ่งบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้

มาตรา 32 เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลการประกอบกิจการที่ประกาศตามมาตรา 31 ให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออกข้อบัญญัติท้องถิ่นดังต่อไปนี้

(1) กำหนดประเภทของกิจการตามมาตรา 31 บางกิจการ หรือทุกกิจการให้เป็นกิจการที่ต้องมีการควบคุมภายในท้องถิ่นนั้นซึ่งราชการส่วนท้องถิ่นสามารถออกข้อกำหนดของท้องถิ่นเพื่อควบคุมการประกอบกิจการดังกล่าวในท้องถิ่นของตนได้

โดยปรากฏว่า ในปัจจุบันราชการส่วนท้องถิ่นหลายแห่งได้ออกข้อกำหนดบัญญัติให้การประกอบกิจการให้บริการ ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นกิจการที่ควบคุมในท้องถิ่นนั้น ๆ แล้ว เช่น ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะแก้ว จังหวัดภูเก็ต และเทศบัญญัติเทศบาลตำบลพลา จังหวัดระยอง เป็นต้น และหากท้องถิ่นใดไม่ออกข้อกำหนดตามกฎหมายกระทรวงเพื่อควบคุมการประกอบกิจการประเภทนี้ราชการส่วนท้องถิ่นนั้นจะต้องมีเหตุผลพิเศษและได้รับอนุมัติจากรัฐมนตรี

ความรับผิดชอบกฎหมายของผู้ประกอบการให้บริการรับดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามบ้าน

ผู้ที่ประกอบการให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตามบ้านนั้นมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ซึ่งแต่ละฝ่ายก็มีหลายคน แต่ละคนก็มีความสัมพันธ์กันในหลายลักษณะ ซึ่งแต่ละความสัมพันธ์ก็จะมีสิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบแตกต่างกันออกไป ซึ่งในหัวข้อนี้ผู้ศึกษาจะได้อธิบายสิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบของผู้ประกอบการ ผู้ดูแล และ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแลที่ผู้ประกอบการจัดส่งไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้นมี 2 กรณี กล่าวคือ กรณีแรก ผู้ดูแลประจำของผู้ประกอบการซึ่งได้รับค่าตอบแทนจากผู้ประกอบการโดยตรง ซึ่งค่าตอบแทนนี้จะคำนวณตามระยะเวลาการทำงานของผู้ดูแล หากผู้ดูแลได้รับมอบหมายให้ออกไปปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแลจะต้องไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่พักอยู่ในสถานบริการของผู้ประกอบการแทน ซึ่งในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลประจำ ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติงานตามที่ผู้ประกอบการมอบหมาย และอยู่ในการจัดการของผู้ประกอบการ ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ประกอบการที่จ้างผู้ดูแลประจำมักเป็นผู้ประกอบการที่มีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการร่วมด้วย ผู้ดูแลประจำจึงมีไม่มากนักในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

กรณีที่สอง คือ ผู้ดูแลในสังกัดของผู้ประกอบการกล่าวคือ เมื่อผู้ประกอบการตกลงให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านให้แก่ผู้รับบริการแล้วผู้ประกอบการจะมอบหมายงานให้ผู้ดูแล ผู้ดูแลจะได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุจากผู้ประกอบการโดยตรง เมื่อผู้ดูแลไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน โดยผู้ดูแลไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงและไม่ทราบค่าบริการที่ผู้ประกอบการเรียกเก็บจากผู้รับบริการ ในกรณีนี้หากผู้ดูแลไม่ได้ออกไปปฏิบัติงานก็จะไม่ได้ค่าตอบแทน โดยในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านนั้น ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย และอยู่ในการจัดการจากผู้ประกอบการ

จากลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ประกอบการกับผู้ดูแล ในกรณีของผู้ดูแลประจำที่ทำงานในสถานบริการและที่ปฏิบัติงานที่บ้านของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง ทั้งกรณีผู้ดูแลในสังกัด และผู้ดูแลประสงค์ทำงานให้แก่ผู้ประกอบการเพื่อได้รับเงินจ้างเป็นค่าตอบแทน และฝ่ายผู้ประกอบการก็มีความประสงค์ที่จะใช้แรงงานของผู้ดูแล กล่าวคือ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงโดยผู้ประกอบการตกลงจะให้เงินจ้างตอบแทนตลอดระยะเวลาที่ผู้ดูแลทำงานให้ตน แม้ในกรณีของผู้ดูแลในสังกัด ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ได้ออกไปปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านผู้ดูแลจะไม่ได้รับเงินค่าจ้างก็ตาม แต่ในระหว่างช่วงเวลานั้นผู้ประกอบการก็มีที่พักและอาหารให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งการให้ที่พักและอาหารแก่ผู้ดูแลดังกล่าว ผู้ประกอบการมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลอยู่กับตน ไม่ย้ายหรือออกจากสังกัดของผู้ประกอบการเมื่อผู้รับบริการมาติดต่อใช้บริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านกับผู้ประกอบการ ผู้ประกอบการจะได้มีผู้ดูแลเตรียมพร้อมสำหรับการออกไปปฏิบัติงานที่บ้านของผู้รับบริการ ซึ่งลักษณะของการกระทำเช่นนี้อาจพิจารณาได้ว่าเป็นการที่ผู้ดูแลทำงานให้แก่ผู้ประกอบการ โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงานของผู้ประกอบการ นอกจากนี้ ในการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ผู้ประกอบการมีอำนาจควบคุมบังคับบัญชาผู้ดูแลด้วย กล่าวคือ ในการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ผู้ประกอบการมีอำนาจควบคุมบังคับบัญชาผู้ดูแลด้วย กล่าวคือ ในการทำงานของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติตามระเบียบที่ผู้ประกอบการกำหนด หรือต้องไปปฏิบัติงานตามที่ผู้ประกอบการมอบหมาย หากผู้ดูแลไม่ปฏิบัติตามระเบียบ หรือมีการร้องเรียนเกี่ยวกับการทำงานของผู้ดูแล ผู้ประกอบการสามารถลงโทษหรือไม่มอบหมายงานให้แก่ผู้ดูแล หรือไล่ผู้ดูแลออกได้ เมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริงข้างต้น ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ประกอบการทั้งในกรณีของผู้ดูแลประจำและผู้ดูแลในสังกัดเป็นความสัมพันธ์ตามสัญญาจ้างแรงงานภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของสัญญาจ้างแรงงาน คือ การที่ฝ่ายหนึ่งตกลงทำงานให้อีกฝ่ายหนึ่งเพื่อเงินจ้างเป็นการตอบแทน

การทำงาน และอีกฝ่ายหนึ่งก็ตกลงให้เงินจ้างตอบแทนตลอดระยะเวลาที่อีกฝ่ายทำงานให้⁸ โดยในการทำงานของลูกจ้าง ผู้เป็นนายจ้างมีอำนาจบังคับบัญชาควบคุมการทำงานของลูกจ้างด้วย⁹

ดังนั้น การปฏิบัติการทำงานดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงทั้งในกรณีผู้ดูแลประจำที่ทำงานในสถานบริการและที่ปฏิบัติงานที่บ้านของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงจึงเป็นการทำงานในฐานะลูกจ้างของผู้ประกอบการซึ่งถือเป็นนายจ้าง ตามที่ผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามสัญญาจ้างดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง โดยที่ผู้ดูแลไม่ได้เป็นผู้เข้าทำสัญญากับฝ่ายผู้รับบริการเอง ผู้ดูแลกับฝ่ายผู้รับบริการจึงไม่มีนิติสัมพันธ์ต่อกัน หากเกิดความเสียหายขึ้น ผู้รับบริการสามารถเรียกให้ผู้ดูแลรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายได้ตามหลักกฎหมายละเมิด¹⁰ และเนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการกับผู้ดูแลมีลักษณะเป็นสัญญาจ้างแรงงาน ผู้ประกอบการในฐานะนายจ้างของผู้ดูแลอาจต้องร่วมรับผิดชอบในผลของการละเมิดกับผู้ดูแลด้วย

ในกรณีของฝ่ายผู้รับบริการ บุคคลที่ประสงค์จะซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงจากผู้ประกอบการแสดงเจตนาเข้าทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการอาจเป็นตัวผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเอง หรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการให้ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลก็ได้ ซึ่งในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้แสดงเจตนาเข้าทำสัญญาให้บริการดูแลกับผู้ประกอบการ ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการก็จะผูกพันเป็นคู่สัญญาในสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงโดยตรง ผู้สูงอายุในฐานะคู่สัญญาจึงมีสิทธิเรียกให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามสัญญาได้ ส่วนผู้ประกอบการก็มีสิทธิเรียกให้ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงชำระค่าบริการตามสัญญาได้เช่นกัน โดยสิทธิ หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ประกอบการ และผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงเป็นไปตามที่สองฝ่ายได้ตกลงกันในสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง

ในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ต้องการให้ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลเป็นผู้แสดงเจตนาเข้าทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการ โดยตกลงกับผู้ประกอบการให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ได้รับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงจากผู้ประกอบการ โดยผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้แสดงเจตนาเข้าทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการนั้น ในกรณีนี้สมาชิกจะผูกพันเป็นคู่สัญญากับผู้ประกอบการ และมีสิทธิเรียกให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามสัญญาได้เช่นกัน ซึ่งสิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบตามสัญญานั้นเป็นไปตามสัญญาที่ได้ตกลงกันในสัญญาบริการดูแล

⁸ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. มาตรา 575.

⁹ ไพทิต เอกจริยกร. (2552). *คำอธิบาย จ้างแรงงาน จ้างทำของ รับขน*. กรุงเทพฯ: วิญญชน. หน้า 37.

¹⁰ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. มาตรา 425.

ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงที่เข้ารับบริการดูแลนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเองนั้น ไม่ได้เข้าทำสัญญากับผู้ประกอบการจึงไม่ใช่ คู่สัญญากับผู้ประกอบการโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามหากสัญญาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงระหว่างผู้ประกอบการกับสมาชิกในครอบครัวเป็นสัญญาเพื่อประโยชน์ บุคคลภายนอกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงก็มีสิทธิ เรียกให้ผู้ประกอบการปฏิบัติชำระหนี้ได้โดยตรงตามสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง แม้จะไม่ได้เข้าเป็นคู่สัญญากับผู้ประกอบการก็ตาม

ตามมาตรา 374 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ สัญญาเพื่อประโยชน์ของ บุคคลภายนอก หมายถึง สัญญาที่คู่สัญญาตกลงกันทำขึ้น โดยให้คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งชำระหนี้ให้แก่ บุคคลภายนอก แทนที่จะให้ผลของสัญญาหรือการชำระหนี้ของคู่สัญญาตกแก่คู่สัญญาด้วยกัน โดยบุคคลภายนอกไม่ได้แสดงเจตนาเข้าทำสัญญากับคู่สัญญาฝ่ายที่ต้องชำระหนี้ให้แก่ตนแต่ ประการใด¹¹ บุคคลภายนอกในที่นี้ หมายถึง บุคคลอื่นใดนอกเหนือจากคู่สัญญาหรือนอกเหนือจาก บุคคลที่อาจอยู่ในฐานะเดียวกับคู่สัญญาในขณะที่คู่สัญญาทำสัญญา เช่น ทายาทผู้รับโอนและ ผู้สืบทิตจากคู่สัญญา เป็นต้น¹² แต่บุคคลภายนอกนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับคู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ที่ทำสัญญานั้นก็ได้ เช่น อาจจะเป็นญาติกับคู่สัญญาฝ่ายหนึ่ง แต่การที่บุคคลดังกล่าวได้รับประโยชน์ จากสัญญาไม่ได้รับในฐานะทายาทผู้สืบทิต แต่รับในฐานะบุคคลภายนอก¹³ ส่วนการชำระหนี้ที่ คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งต้องชำระหนี้ให้แก่บุคคลภายนอกนั้นอาจเป็นการกระทำการ งดเว้นกระทำการ หรือส่งมอบทรัพย์สินก็ได้¹⁴ โดยในระหว่างที่ทำสัญญา ลูกหนี้ได้รับรู้ถึงสิทธิของบุคคลภายนอกที่จะ รับประโยชน์จากสัญญาโดยตรง¹⁵

เมื่อพิจารณาสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงระหว่างผู้ประกอบการ กับสมาชิกในครอบครัว สัญญาดังกล่าวเป็นสัญญาที่คู่สัญญาตกลงให้ผู้ประกอบการปฏิบัติชำระ หนี้ตามสัญญาให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียง สัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

¹¹ จี๊ด เศรษฐบุตร แก้ไขเพิ่มเติมโดยดาราพร ธีระวัฒน์. (2552). *หลักกฎหมายแห่งลักษณะนิติกรรมและสัญญา*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 252.

¹² ศนันท์กรณ (จำปี) โสติดพันธ์. (2551). *คำอธิบายนิติกรรม-สัญญา*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน. หน้า 305.

¹³ อัครวิทย์ สุมาวงศ์. (2550). *คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยนิติกรรม สัญญา*. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ. หน้า 286.

¹⁴ ศักดิ์ สนองชาติ. (2551). *คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยนิติกรรมและสัญญา*. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ. หน้า 442.

¹⁵ จี๊ด เศรษฐบุตร แก้ไขเพิ่มเติมโดยดาราพร ธีระวัฒน์. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 11. หน้า 255.

และผู้ป่วยติดเตียงระหว่างผู้ประกอบการกับสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นสัญญาเพื่อประโยชน์บุคคลภายนอกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามสัญญาดังกล่าว เมื่อได้แสดงเจตนาเข้าถือเอาประโยชน์ตามสัญญาแก่ลูกหนี้ ซึ่งก็คือผู้ประกอบการแล้วผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงก็สามารถเรียกให้ผู้ประกอบการชำระหนี้ได้แก่ตนได้โดยตรง¹⁶ ตามสิทธิ และหน้าที่ที่ตกลงกันตามสัญญาให้บริการ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการที่อาจเป็นอันตราย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 เป็นกฎหมายที่หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคที่ถูกละเมิดสิทธิของตน และอาจจะได้รับความเดือดร้อนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากการใช้บริการธุรกิจรับดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน รวมทั้งบริการที่อาจเป็นอันตราย ดังจะเห็นได้จากเหตุผลในการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ที่ได้แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ซึ่งมีเหตุผลและความจำเป็นในการบัญญัติ คือ กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคในปัจจุบันยังไม่มียกเว้นข้อยกเว้นที่จะให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยหรือประนีประนอมข้อพิพาทเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคอันจะเป็นการช่วยลดปริมาณคดีที่จะไปสู่ศาลได้ และสำหรับมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น แม้จะมีบทบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคจากสินค้าและบริการที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภคก็ตาม แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมไปถึงการคุ้มครองทางด้านบริการที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภคในการคุ้มครองผู้รับบริการในส่วนของธุรกิจรับบริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงซึ่งสมควรมีมาตรการคุ้มครองเช่นกัน นอกจากนั้นสมควรกำหนดให้มีมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับการให้ผู้ประกอบการธุรกิจจัดเก็บหรือเรียกคืนสินค้า หรือสั่งระงับการให้บริการที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภค และให้มูลนิธิที่คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภครับรองมีสิทธิในการดำเนินคดีเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคเช่นเดียวกับสมาคม ซึ่งจะเป็นการขยายการคุ้มครองผู้บริโภคโดยภาคเอกชนด้วย สมควรแก้ไขกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มขึ้นจากกฎหมายปัจจุบัน

¹⁶ ศักดิ์ สนองชาติ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 14. หน้า 443.

3.2 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากการใช้บริการธุรกิจการให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทย

3.2.1 การคุ้มครองฝ่ายผู้รับบริการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 ซึ่งต่อไปในสารนิพนธ์ฉบับนี้จะเรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522” ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้มีขึ้นเพื่อมุ่งคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคจากการเอาเปรียบของผู้ประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง นอกจากนี้ผู้ประกอบการจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่กำกับดูแลการประกอบธุรกิจแล้ว ผู้ประกอบการจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อคุ้มครองผู้รับบริการด้วย

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้ให้นิยามความหมายของคำว่า “บริการ” “ผู้บริโภค” และ “ผู้ประกอบการธุรกิจ” และมาตรา 29/1 ได้ให้นิยามของคำว่า “บริการที่เป็นอันตราย” ไว้ดังต่อไปนี้

“บริการ” หมายความว่า การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใด ๆ หรือการให้ใช้หรือให้ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใด ๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่นแต่ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการและหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

“ผู้ประกอบการธุรกิจ” หมายความว่า ผู้ขาย ผู้ผลิตเพื่อขาย ผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อขายหรือผู้ซื้อเพื่อขายต่อซึ่งสินค้า หรือผู้ให้บริการ และหมายความรวมถึงผู้ประกอบการโฆษณาด้วย

“บริการที่เป็นอันตราย” หมายความว่า บริการที่ก่อหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพ อนามัย จิตใจ หรือทรัพย์สิน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบริการที่มีกฎหมายอื่นบัญญัติเรื่องนั้นไว้โดยเฉพาะแล้ว

จากนิยามของบริการ และบริการที่เป็นอันตรายข้างต้น จึงพิจารณาได้ว่าการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงเป็นการรับจัดทำกรงานอย่างหนึ่ง กล่าวคือผู้ประกอบการรับดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง โดยผู้ประกอบการเรียกเก็บค่าบริการเป็นการตอบแทน การประกอบธุรกิจให้บริการดูแล ผู้สูงอายุจึงเป็นบริการ และ

เป็นบริการที่เป็นอันตรายตามพระราชบัญญัตินี้ ดังนั้น ผู้ประกอบการซึ่งเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง จึงอยู่ในนิยามของผู้ประกอบธุรกิจตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

ในกรณีผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียง และสมาชิกในครอบครัว เมื่อพิจารณา นิยามของผู้บริโภครวม พระราชบัญญัตินี้แล้ว ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงหรือสมาชิกในครอบครัวที่เข้าทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการเป็นผู้บริโภครวมตามพระราชบัญญัตินี้ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงหรือสมาชิกในครอบครัวที่เข้า ทำสัญญากับผู้ประกอบการเป็นบุคคลที่เข้าเป็นคู่สัญญากับผู้ประกอบการในการใช้บริการดูแล ผู้สูงอายุ ส่วนกรณีที่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้เข้าทำสัญญากับผู้ประกอบการ และผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้ ได้รับการดูแลโดยที่ตนเองไม่ได้ทำสัญญากับผู้ประกอบการและไม่ได้เสียค่าบริการให้แก่ ผู้ประกอบการ ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงก็จัดว่าเป็นผู้บริโภคตามพระราชบัญญัตินี้เช่นกัน เนื่องจากคำว่า “ผู้บริโภค” นั้นครอบคลุมผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบการด้วย แม้ไม่ได้เข้าเป็นคู่สัญญากับผู้ประกอบการเองก็ตาม ดังนั้น ฝ่ายผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงและสมาชิกในครอบครัว จึงเป็นผู้บริโภคและย่อมได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้

สิทธิของผู้บริโภคที่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้ ได้แก่¹⁷

สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอ เกี่ยวกับสินค้าและบริการ สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา และ สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

ดังนั้น ในการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับการคุ้มครอง ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เช่น รายละเอียดของบริการ รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ดูแล ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับ ค่าบริการ เป็นต้น สิทธิที่ผู้รับบริการจะมีอิสระในการตัดสินใจเลือกซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงจาก ผู้ประกอบการรายต่าง ๆ สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงอย่างปลอดภัยและมี มาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญาระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะต้องไม่ถูกบังคับให้ทำสัญญาที่ผู้ประกอบการเอาเปรียบเกินควร และหากผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายจากการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงมีสิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายจากผู้ประกอบการ

¹⁷ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. มาตรา 4.

สิทธิต่าง ๆ ข้างต้นของผู้รับบริการ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มี 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่ การคุ้มครองด้านการโฆษณา การคุ้มครองด้านฉลาก การคุ้มครองด้านสัญญา และการคุ้มครองด้านอื่น ๆ ซึ่งในหัวข้อนี้ผู้เขียนจะศึกษาการคุ้มครองในด้านสัญญาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง

3.2.2 การคุ้มครองด้านสัญญาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

การคุ้มครองด้านสัญญา เป็นการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญากับผู้ประกอบการ ไม่ให้ผู้ประกอบการเอาเปรียบผู้บริโภค เช่น การ กำหนดขนาดของตัวอักษรของสัญญา กำหนดข้อความที่ต้องระบุในสัญญาหรือข้อความที่ห้ามระบุในสัญญา เป็นต้น ตามมาตรา 35 ทวิ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 คณะกรรมการว่าด้วยสัญญา มีอำนาจกำหนดให้ธุรกิจขายสินค้าหรือให้บริการเป็นธุรกิจที่ควบคุม สัญญาได้ หากสัญญาซื้อขายหรือสัญญาให้บริการในธุรกิจดังกล่าวมีกฎหมายกำหนดให้ต้องทำ เป็นหนังสือหรือตามปกติประเพณีทำเป็นหนังสือ ดังนั้น การที่คณะกรรมการว่าด้วยสัญญาจะ กำหนดให้ธุรกิจใดเป็นธุรกิจควบคุมสัญญาได้นั้น จะต้องปรากฏว่ามีกฎหมายกำหนดให้สัญญาซื้อขายหรือสัญญาให้บริการในธุรกิจดังกล่าวต้องเป็นหนังสือ เช่น สัญญาเช่าซื้อ เป็นต้น หรือมี ปกติประเพณีว่าต้องจัดทำเป็นหนังสือ ซึ่งเมื่อธุรกิจดังกล่าวเป็นธุรกิจที่ควบคุมสัญญาแล้ว คณะกรรมการว่าด้วยสัญญาสามารถพิจารณากำหนดข้อสัญญาที่ต้องระบุหรือข้อความที่ห้าม ระบุในสัญญาของธุรกิจที่ควบคุมได้

หากผู้ประกอบการไม่ปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการว่าด้วยสัญญา ในกรณีที่สัญญานั้น ไม่ใช่ข้อสัญญาตามที่กำหนดหรือใช้ผิดเงื่อนไข กฎหมายให้ถือว่ามิใช่ข้อสัญญาตามที่ กำหนดหรือมีเงื่อนไขตามที่กำหนดแล้ว¹⁸ ส่วนกรณีที่ถูกกฎหมายกำหนดว่าห้ามใช้ข้อสัญญาใดแล้ว ผู้ประกอบการกลับระบุข้อสัญญาต้องห้ามนั้นในสัญญา กฎหมายให้ถือว่าสัญญานั้น ไม่มีข้อสัญญาที่ห้ามใช้โดยปริยาย¹⁹ อย่างไรก็ตาม หากผู้บริโภคได้ปฏิบัติตามสัญญาที่ฝ่าฝืนหรือผิดหลักเกณฑ์ของประกาศคณะกรรมการว่าด้วยสัญญาไปแล้ว ผู้บริโภคยังคงต้องผูกพันตามสัญญาอยู่ เช่น หากมีการชำระราคาให้แก่ผู้ประกอบการไปแล้ว ผู้บริโภคต้องฟ้องเรียกคืนตาม กระบวนการทางศาล ผู้ประกอบการอาจถูกคณะกรรมการว่าด้วยสัญญาลงโทษ แต่ไม่มีบทบัญญัติให้คืนเงินที่ผู้บริโภคชำระไปแล้ว เป็นต้น ผู้บริโภคยังคงเสียหายเช่นเดิมและต้องฟ้อง เรียกเงินตามกระบวนการทางศาล

¹⁸ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. มาตรา 35 ตริ.

¹⁹ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. มาตรา 39 จัตวา.

มาตรการนี้จึงเป็นมาตรการด้านป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหาย แต่ไม่ได้เยียวยาหรือแก้ไขความเสียหายแก่ผู้บริโภค²⁰

ปัจจุบันธุรกิจที่คณะกรรมการว่าด้วยสัญญาประกาศให้เป็นธุรกิจควบคุม สัญญามีอยู่หลายธุรกิจด้วยกัน เช่น ธุรกิจบัตรเครดิต ธุรกิจให้เช่าซื้อรถยนต์และรถจักรยานยนต์ ธุรกิจขายห้องชุด ธุรกิจการให้บริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ ธุรกิจการให้กู้ยืมเงินเพื่อผู้บริโภคของสถาบันการเงิน ธุรกิจให้เช่าซื้อเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้เป็นธุรกิจควบคุมสัญญาตามพระราชบัญญัติฉบับนี้

ดังนั้น สัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงจึงไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการว่าด้วยสัญญาซึ่งก็ทำให้ผู้บริโภคจะต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อให้ศาลวินิจฉัยในเรื่องข้อสัญญาไม่เป็นธรรมตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 ซึ่งจะได้ศึกษาในหัวข้อต่อไป

3.2.3 การคุ้มครองฝ่ายผู้รับบริการตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540

พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 เป็นกฎหมายที่ บัญญัติขึ้นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างคู่สัญญา เนื่องจากในปัจจุบันนี้อำนาจต่อรองทาง เศรษฐกิจของคู่สัญญาต่างกันมาก คู่สัญญาฝ่ายที่มีอำนาจต่อรองเหนือกว่ามักอาศัยความ เหนือกว่าดังกล่าวเอาเปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งมีอำนาจต่อรองน้อยกว่า ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมและความไม่สงบสุขในสังคม หลักความศักดิ์สิทธิ์ของการแสดงเจตนาและเสรีภาพในการทำสัญญา จึงควรถูกจำกัด โดยให้ศาลมีอำนาจพิจารณาการมีผลบังคับของข้อสัญญาหรือข้อตกลงที่ไม่เป็นธรรมดังกล่าว และสั่งให้ข้อสัญญาหรือข้อตกลงเหล่านั้นมีผลใช้บังคับเท่าที่เป็นธรรมและพอสมควรแก่กรณี²¹

ข้อสัญญาที่อาจขอให้ศาลพิจารณาทบทวนความเป็นธรรม ได้้นั้นต้องมีองค์ประกอบทั้ง 3 ประการ²² ดังต่อไปนี้

1) เป็นข้อตกลงในสัญญาระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบธุรกิจการค้าหรือวิชาชีพ หรือสัญญาสำเร็จรูป

²⁰ สุขุม สุกนิษฐ์. (2557). การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการทำสัญญาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2541. *วารสารกฎหมาย*, 19, หน้า 11-14.

²¹ อธิราช มณีภาค. (2548). *คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์นิติกรรม-สัญญาและข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม*. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ. หน้า 427-428.

²² พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540. มาตรา 4.

องค์ประกอบข้อแรก คือข้อตกลงนั้นต้องเป็นข้อตกลงในสัญญาระหว่าง ผู้บริโภคกับผู้ประกอบการค้าหรือวิชาชีพ หรือข้อตกลงในสัญญาสำเร็จรูป หากเป็นข้อตกลงในสัญญา ระหว่างผู้ประกอบการค้าหรือวิชาชีพด้วยกัน หรือสัญญาระหว่างผู้บริโภค กับผู้บริโภค แม้ข้อตกลงดังกล่าวจะไม่เป็นธรรม ก็ไม่สามารถขอให้ศาลพิจารณาได้

ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 ผู้บริโภค หมายถึง ผู้ที่เข้าทำสัญญาในฐานะผู้ซื้อ ผู้เช่า ผู้เช่าซื้อ ผู้รู้ ผู้เอาประกันภัย หรือผู้เข้าทำสัญญาอื่นใดเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพย์สิน บริการ หรือประโยชน์อื่นใดโดยเสียค่าตอบแทน ซึ่งการเข้าทำสัญญานั้นบุคคลดังกล่าวจะต้องไม่ได้เป็นไปเพื่อการค้า ทรัพย์สิน บริการ หรือประโยชน์อื่นใดนั้น และให้หมายความรวมถึงผู้เข้าทำสัญญาในฐานะผู้ค้าประกันของบุคคลดังกล่าวซึ่งมิได้กระทำเพื่อการค้าด้วย²³ สาระสำคัญของการเป็นผู้บริโภค คือ บุคคลดังกล่าวเข้าทำสัญญาเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพย์สิน บริการ หรือประโยชน์อื่นใด โดยเสียค่าตอบแทนและมีได้ทำไปเพื่อการค้า และหมายความรวมถึงผู้ค้าประกันของผู้บริโภคด้วย โดยผู้ค้าประกันดังกล่าวจะต้องไม่ได้กระทำไปเพื่อการค้าเช่นกัน²⁴ ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ฝ่ายผู้รับบริการที่เข้าทำสัญญากับผู้ประกอบการ อาจเป็นผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเอง หรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลก็ได้ ฝ่ายผู้รับบริการเข้าทำสัญญากับผู้ประกอบการเนื่องจากต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยตกลงเสียค่าบริการให้แก่ผู้ประกอบการเป็นการตอบแทน ซึ่งในการเข้าทำสัญญาดังกล่าว ผู้รับบริการประสงค์จะใช้ บริการเอง โดยไม่ได้ทำเพื่อการค้า ผู้รับบริการที่เข้าทำสัญญากับผู้ประกอบการจึงเป็นผู้บริโภค ตามพระราชบัญญัตินี้

ส่วนผู้ประกอบการค้าหรือวิชาชีพ หมายถึง ผู้เข้าทำสัญญาในฐานะผู้ขาย ผู้ให้เช่า ผู้ให้เช่าซื้อ ผู้ให้เช่ากู้ ผู้รับประกันภัย หรือผู้เข้าทำสัญญาอื่นใดเพื่อจัดให้ซึ่งทรัพย์สินบริการ หรือประโยชน์อื่นใด ทั้งนี้ การเข้าทำสัญญานั้นต้องเป็นไปเพื่อการค้า ทรัพย์สิน บริการหรือ ประโยชน์อื่นใดนั้นเป็นทางค้าปกติของตน²⁵ สาระสำคัญของการเป็นผู้ประกอบการค้าหรือ วิชาชีพ คือ บุคคลนั้นต้องเข้าทำสัญญาเพื่อการค้า นั่นหมายถึงต้องมีการประกอบการค้าเป็นปกติ การให้บริการ เป็นเพียงครั้งแรก ไม่ถือว่าเป็นการค้าปกติ²⁶ ผู้ประกอบการเข้าทำสัญญากับผู้รับบริการเพื่อให้ บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการเข้าทำสัญญาดังกล่าวเพื่อการค้าบริการ ซึ่งผู้ประกอบการ

²³ พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540. มาตรา 3.

²⁴ สุพิศ ประณีตพลกรัง. (2541). *หลักและข้อสังเกตพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดจิรวชิการพิมพ์. หน้า 8-9.

²⁵ พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540. มาตรา 3.

²⁶ สุพิศ ประณีตพลกรัง. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 24. หน้า 10.

ให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นปกติการค้า ไม่ใช่เพียงครั้งคราวเท่านั้น ผู้ประกอบการ จึงเป็นผู้ประกอบธุรกิจการค้าหรือวิชาชีพตามพระราชบัญญัติฉบับนี้

ดังนั้น สัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุระหว่างผู้รับบริการกับผู้ประกอบการย่อมเป็นสัญญาระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบการค้าหรือวิชาชีพ และข้อตกลงในสัญญาดังกล่าว จึงเป็นข้อตกลงในสัญญาระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบธุรกิจการค้าหรือวิชาชีพตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 อันอาจขอให้ศาลพิจารณาความเป็นธรรมได้ ซึ่งข้อตกลงหรือสัญญาระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบการค้าหรือวิชาชีพนี้ กฎหมายไม่ได้กำหนดว่า ต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อตกลงหรือสัญญาดังกล่าวอาจเป็นการตกลงกันด้วยวาจาได้²⁷ ดังนั้น สัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในกรณีที่ทำเป็นลายลักษณ์อักษรและในกรณีที่ตกลงด้วยวาจา ก็อาจถูกตรวจสอบความเป็นธรรมได้ หากมีข้อตกลงที่ทำให้ผู้ประกอบการได้เปรียบ ผู้รับบริการเป็นสมควรถูก

นอกจากนี้ ในกรณีที่สัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุได้จัดทำขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้ประกอบการได้กำหนดสาระสำคัญของข้อสัญญาต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้าแล้ว สัญญาระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการดังกล่าวอาจพิจารณาได้ว่าเป็นสัญญาสำเร็จรูปตามพระราชบัญญัตินี้²⁸ ซึ่งหากในสัญญาดังกล่าวมีข้อตกลงใดที่ทำให้ผู้ประกอบการได้เปรียบ ผู้รับบริการเป็นสมควรถูกศาลอาจสั่งให้ใช้บังคับเท่าที่เป็นธรรมและพอสมควรแก่กรณีได้เช่นกัน

องค์ประกอบข้อที่สอง ข้อตกลงดังกล่าวต้องเป็นข้อตกลงที่ทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจการค้าหรือวิชาชีพ หรือผู้กำหนดสัญญาสำเร็จรูป หรือผู้ซื้อฝากแล้วแต่กรณีได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง

ข้อตกลงที่อาจพิจารณาได้ว่าเป็นการได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง คือ ข้อตกลงที่มีลักษณะหรือมีผลให้คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งต้องปฏิบัติการอย่างไรหรือต้องรับภาระใดที่หนักเกินกว่าวิญญูชนจะพึงคาดหมายได้ตามปกติ หากปรากฏว่าหนักเกินไปก็ถือว่าข้อตกลงนั้นทำให้คู่สัญญาฝ่ายผู้ประกอบการค้าหรือวิชาชีพหรือผู้กำหนดสัญญาสำเร็จรูปได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น ข้อตกลงยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดชอบที่เกิดจากการผิดสัญญาของตน ข้อตกลงให้ต้องรับผิดชอบ

²⁷ จริฎ ภักดิธนากุล. (2541). *พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540*. กรุงเทพฯ: หจก. พิมพ์อักษร. หน้า 15.

²⁸ พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540. มาตรา 3.

“สัญญาสำเร็จรูป หมายความว่า สัญญาที่ทำเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการกำหนดข้อสัญญาที่เป็นสาระสำคัญไว้ล่วงหน้า ไม่ว่าจะทำในรูปแบบใด ซึ่งคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดนำมาใช้ในการประกอบกิจการของตน”

หรือรับภาระมากกว่าที่กฎหมายกำหนด ข้อตกลงให้สัญญาสิ้นสุดลงโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรหรือให้สิทธิบอกเลิกสัญญาได้โดยอีกฝ่ายหนึ่งมิได้ผิดสัญญาในข้อสาระสำคัญ ข้อตกลงให้ สิทธิที่จะไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใดโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร หรือข้อตกลงให้สิทธิ คู่สัญญาฝ่ายหนึ่งเรียกร้องหรือกำหนดให้อีกฝ่ายหนึ่งต้องรับภาระเพิ่มขึ้นมากกว่าภาระที่เป็นอยู่ใน เวลาทำสัญญา เป็นต้น” ดังนั้น หากข้อตกลงในสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุกำหนดให้ ผู้รับบริการต้องปฏิบัติตาม ใดๆ หรือต้องรับภาระใดที่หนักเกินกว่าวิญญูชนจะพึงคาดหมายได้ตามปกติ เช่น ข้อตกลงว่า ผู้ประกอบการมีสิทธิเลิกสัญญาเมื่อใดก็ได้ ข้อตกลงให้ผู้ประกอบการไม่ต้องรับผิดชอบ ใดๆ จากการที่ ผู้ประกอบการไม่จัดส่งผู้ดูแลมาให้แก่ผู้รับบริการ หรือข้อตกลงว่าใน ระหว่างระยะเวลาของสัญญา ให้ผู้ประกอบการมีสิทธิปรับอัตราค่าบริการขึ้น ได้ทุกเมื่อ เป็นต้น ข้อตกลงเหล่านี้ก็อาจถูกพิจารณา ว่าเป็นการเอาเปรียบผู้รับบริการได้

จากการศึกษาตัวอย่างสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงพบว่าใน สัญญาดังกล่าวมี ข้อตกลงว่า “ผู้ประกอบการสงวนสิทธิที่จะปรับค่าบริการประจำปีตามความเหมาะสม” ข้อตกลง เช่นนี้เป็นข้อตกลงให้สิทธิผู้ประกอบการปรับขึ้นค่าบริการได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม จากผู้รับบริการ ข้อตกลงดังกล่าวอาจพิจารณาได้ว่าเป็นข้อตกลงที่มีลักษณะหรือมีผลให้คู่สัญญา อีกฝ่ายหนึ่งต้องปฏิบัติตาม ใดๆ หรือต้องรับภาระใดที่หนักเกินกว่าวิญญูชนจะพึงคาดหมายได้ ตามปกติ อันเป็นการได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง

องค์ประกอบข้อที่สาม การได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งในข้อสอง นั้นจะต้องเป็น การได้เปรียบเกินสมควรด้วย

นอกจากข้อตกลงนั้นจะเป็นการได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งแล้ว การได้เปรียบดังกล่าว จะต้องเป็นการได้เปรียบเกินสมควรด้วยจึงจะจัดว่าเป็นข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งการ พิจารณาว่า ข้อตกลงนั้นเป็นการได้เปรียบเกินสมควรหรือไม่ ศาลจะพิจารณาโดยพิเคราะห์ถึง พฤติการณ์ทั้งปวง เช่น ความสุจริต อำนาจต่อรอง ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ความเข้าใจของคู่สัญญา แนวทางที่เคยปฏิบัติ การรับภาระที่หนักกว่าของคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งเมื่อเทียบกับคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น²⁹

ดังนั้น หากใน สัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงระหว่าง ผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ ไม่ว่าจะมีการทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ตาม มีข้อสัญญาหรือ ข้อตกลงที่เป็นการเอาเปรียบ ผู้รับบริการเป็นสมควร ศาลอาจสั่งให้ข้อสัญญาดังกล่าวมีผลบังคับได้ เท่าที่เป็นธรรมและพอสมควรแก่กรณี ทั้งนี้ นอกจากข้อตกลงในสัญญาที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีข้อสัญญาอื่นๆ อีกที่ถือว่าไม่เป็นธรรม เช่น สัญญาที่มีการให้สิ่งใดไว้เป็นมัดจำ ข้อตกลง

²⁹ พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540. มาตรา 4 วรรคสาม.

³⁰ พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540. มาตรา 4 วรรคสี่ ประกอบมาตรา 10.

ประกาศหรือคำแจ้งความที่ได้ทำไว้ล่วงหน้าเพื่อยกเว้นหรือจำกัดความรับผิด และความตกลงหรือความยินยอมของผู้เสียหายในกรณีละเมิด เป็นต้น หากมีการกำหนดข้อตกลงหรือประกาศเช่นนี้ ข้อตกลงหรือคำประกาศ ดังกล่าวอาจไม่มีผลบังคับหรือใช้บังคับได้เท่าที่เป็นธรรมและพอสมควรแก่กรณี

ดังนั้น พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 เป็นกฎหมายที่กำหนดแนวทางให้ศาลเพื่อใช้ในการพิจารณาว่าข้อสัญญาหรือข้อตกลงใดที่ไม่เป็นธรรม และให้อำนาจแก่ศาลที่จะสั่งให้ข้อสัญญาหรือข้อตกลงที่ไม่เป็นธรรมดังกล่าวมีผลใช้บังคับได้เท่าที่เป็นธรรมและพอสมควรแก่กรณี ซึ่งการจะพิจารณาตัดสินว่าข้อสัญญาหรือข้อตกลงระหว่าง ผู้ประกอบการกับ ผู้รับบริการข้อใดไม่เป็นธรรม เช่น ข้อตกลงว่าผู้ประกอบการมีสิทธิเลิกสัญญา เมื่อใดก็ได้ ข้อตกลงให้ผู้ประกอบการไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ จากการที่ผู้ประกอบการไม่จัดส่งผู้ดูแลมาให้แก่ผู้รับบริการ หรือข้อตกลงว่าในระหว่างระยะเวลาของสัญญาให้ผู้ประกอบการมีสิทธิปรับ อัตราค่าบริการขึ้นได้ ทุกเมื่อ เป็นต้น ผู้รับบริการต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อให้ศาลเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดต่อไป

3.2.4 การคุ้มครองผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องในสถานประกอบการธุรกิจดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของต่างประเทศ

1) ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งประเทศอังกฤษได้มีพัฒนาการระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ยุคควิคตอเรีย ปี ค.ศ. 1908 มี Old Age Pension Act และมีระบบบำนาญของรัฐเกิดขึ้น แต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ต่อมา มี National Insurance Act ในปี ค.ศ. 1911 เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ก็ครอบคลุมเพียงสวัสดิการของรัฐที่ให้กับผู้ใช้แรงงานและคนยากจนเท่านั้น ต่อมา ปี ค.ศ. 1946 มี National Health Service Act พระราชบัญญัติการบริการทางด้านสุขภาพแห่งชาติ เป็นกฎหมายเพื่อบริการทางด้านสุขภาพอนามัย กำหนดหลักการดำเนินการบริการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลการแพทย์ และอนามัย สงเคราะห์ด้วยบริการแบบให้เปล่า ไม่คิดมูลค่า สำหรับผู้สูงอายุการบริการด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคมจะดำเนินการ โดย 2 องค์กรหลัก คือ รัฐบาลแห่งชาติซึ่งมีโครงการหลัก ได้แก่ บริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service) ให้บริการด้านการแพทย์ ให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการเยี่ยมเยียน เพื่อให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่วนองค์กรส่วนท้องถิ่นนั้น จะจัดบริการในลักษณะการช่วยเหลืองานบ้าน การบริการด้านอาหาร ศูนย์สงเคราะห์ในเวลา กลางวัน การให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รัฐบาลซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการ จัดระบบการดูแลในระยะยาว และการประกันสุขภาพผู้สูงอายุ

จากสถิติประชากรผู้สูงอายุที่สูงขึ้น คณะกรรมาธิการการดูแลระยะยาว (The Royal Commission on Long-Term Care) ได้ระบุว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ย้ายเข้าไปอยู่ในสถานรับดูแล (Nursing Home) เพิ่มขึ้น ถึงจำนวนคิดเป็นร้อยละ 8.7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จึงเห็นได้ว่ามีจำนวนของสถานรับดูแลผู้สูงอายุของเอกชน ได้เพิ่มจำนวนขึ้นและมีการจ้างงานเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ในสหราชอาณาจักรมีสถานรับดูแลทั้งหมดจำนวน 6,600 แห่ง และตั้งอยู่ในประเทศอังกฤษถึง 4,994 แห่งและมีจำนวนสถานดูแลผู้สูงอายุ (Residential Home) มากกว่า 14,600 แห่งและมีมากกว่า 2,000 แห่งที่ขึ้นทะเบียนให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุ

การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรมีมาตั้งแต่ก่อน พ.ศ. 2434 โดยเริ่มต้นจากการให้บริการสถานบริบาล (Nursing Home) และบ้านพัก (Residential Care Home)³¹ จากนั้นจึงพัฒนารูปแบบการให้บริการเรื่อยมา จนในปัจจุบันมีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นสถานบริบาล บ้านพักดูแล การให้บริการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดส่งพยาบาล สำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุของสหราชอาณาจักรก็มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2470 ได้ออกพระราชบัญญัติการจดทะเบียนสถานบริบาล พ.ศ. 2470 Nursing Home Registration Act 1927) มาควบคุมการให้บริการสถานบริบาล ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นกฎหมายฉบับแรกที่บัญญัตินิยามของคำว่า “สถานบริบาล” ไว้ และได้วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจดทะเบียนสถานบริบาลที่มี ลักษณะเดียวกันกับระบบการจดทะเบียนในปัจจุบัน กล่าวคือ มีการยื่นขอจดทะเบียน ค่าธรรมเนียม เหตุผลในการไม่รับจดทะเบียน การยกเลิกการจดทะเบียน การเก็บรักษาบันทึก การประกาศเมื่อมีผู้เสียชีวิต และอำนาจในการตรวจสอบสถานบริบาลของเจ้าหน้าที่ จากนั้นในปี พ.ศ. 2491 จึงได้มีการกำกับดูแลการให้บริการบ้านพัก โดยอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการช่วยเหลือแห่งชาติ พ.ศ. 2491 (National Assistance Act 1948) หลังจากนั้นได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติทั้ง 2 ฉบับอีกหลายครั้ง แต่การให้บริการบ้านพักและการให้บริการสถานบริบาลยังอยู่ภายใต้กฎหมาย คนละฉบับและแยกการกำกับดูแลเช่นเดิม จนกระทั่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติบ้านพักจดทะเบียน พ.ศ. 2527 (Registered Homes Act 1984) ซึ่งได้รวมการให้บริการสถานบริบาลและการให้บริการบ้านพักไว้ในกฎหมายฉบับเดียวกันเป็นครั้งแรก³²

³¹ Shella Peace. (2010). *The development of residential and nursing home care in the United Kingdom.* (Online). Available: <http://ids.oup.com/www.oup.co.uk/pd/0-19-851071-3.pdf>. [2020, November 2].

³² Shella Peace. (2010). *The development of residential and nursing home care in the United Kingdom.* (Online). Available: <http://ids.oup.com/www.oup.co.uk/pd/0-19-851071-3.pdf>. [2020, November 2].

ต่อมาเนื่องจากระบบกฎหมายที่ใช้อยู่ไม่สามารถคุ้มครองผู้รับบริการได้เพียงพอ การประกอบกับการให้ความสำคัญกับบริการด้านสังคมมากขึ้น จึงได้ปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม โดยประกาศใช้พระราชบัญญัติมาตรฐานการดูแล พ.ศ. 2543 (Care Standards Act 2000) ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้เปลี่ยนแปลงระบบการกำกับดูแล การประกอบธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลต่าง ๆ หลายประการ เช่น เปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ กำกับดูแลการให้บริการจากหน่วยงานระดับท้องถิ่นเป็นหน่วยงานระดับชาติ การกำกับดูแล การให้บริการที่ไม่ได้จัดตั้งสถานบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ พระราชบัญญัติมาตรฐานการดูแล พ.ศ. 2543 (Care Standards Act 2000) บัญญัติให้มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำแห่งชาติ (National Minimum Standards) สำหรับการให้บริการในแต่ละประเภทอีกด้วย

เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมในปี พ.ศ. 2551 จึงได้ปรับปรุงการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร โดยประกาศใช้พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ยกเลิกระบบการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติ มาตรฐานการดูแล พ.ศ. 2543 (Care Standards Act 2000) โดยระบบการจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติ การดูแลสุขภาพและการดูแลสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) มีผลบังคับใช้เมื่อ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ กฎเกณฑ์และมาตรฐานขั้นต่ำของการให้บริการตามพระราชบัญญัติ มาตรฐานการดูแล พ.ศ. 2543 (Care Standards Act 2000) ได้ถูกยกเลิกโดยระเบียบและมาตรฐาน ของการให้บริการตามพระราชบัญญัติการดูแล สุขภาพและการดูแลสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) เช่นกัน

ดังนั้น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรจากในอดีตจนถึงปัจจุบันที่สำคัญมีอยู่ 3 ฉบับด้วยกัน กล่าวคือ พระราชบัญญัติ บ้านพัก จดทะเบียน พ.ศ. 2527 (Registered Homes Act 1984) พระราชบัญญัติมาตรฐานการดูแล พ.ศ. 2543 (Care Standards Act 2000) และพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแล สังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) โดยในสารนิพนธ์ฉบับนี้จะศึกษา พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพ และการดูแลสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008)

พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกใน สาร นิ พ นธ์ ฉบับนี้ จะเรียกว่า “Health and Social Care Act” พระราชบัญญัติฉบับนี้มีขึ้นเพื่อจัดตั้งและกำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคุณภาพ การดูแล

(Care Quality Commission) และกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพและการดูแลด้านสังคม นอกจากนี้ ยังกำหนดบทบัญญัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคุณภาพ เช่น การสอบสวนตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2526 Mental Health Act 1983) การจัดตั้งสำนักงานวินิจฉัยการประกอบวิชาชีพสุขภาพ (Office of the Health Professions Adjudicator และระเบียบของผู้ประกอบวิชาชีพการดูแลคุณภาพ (Health Care Professions) เป็นต้น³³

ก่อนประกาศใช้ Health and Social Care Act ระบบการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจเกี่ยวกับสุขภาพของสหราชอาณาจักรอยู่ภายใต้การกำกับของ Care Standards Act และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยหน่วยงานที่กำกับดูแล คือ คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพบริการดูแลสุขภาพ (Commission for Healthcare Audit and Inspection) และคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพบริการดูแลด้านสังคม (Commission for Social Care Inspection) สำหรับการให้บริการที่อยู่ภายใต้ Care Standards Act ไม่รวมถึงการให้บริการโดยหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ประกอบกับการพัฒนาของรูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพ และสังคมต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจบริการดูแลสุขภาพ และสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ จึงได้บัญญัติ Health and Social Care Act ขึ้น โดยมีสาระสำคัญ คือ การจัดตั้งคณะกรรมการคุณภาพการดูแล (Care Quality Commission) และการปฏิรูประบบการจดทะเบียนการให้บริการดูแลสุขภาพและสังคม โดยกำหนดให้หน่วย บริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ต้องจดทะเบียนกับคณะกรรมการคุณภาพ การดูแลด้วย นอกจากนี้ Health and Social Care Act ยังบัญญัติเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพและสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องการสาธารณสุข การควบคุมโรค ตลอดจนการสนับสนุน ทางการเงินจากภาครัฐด้วย โดยในที่นี่จะขอกล่าวถึงเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น

การให้บริการที่อยู่ภายใต้ Health and Social Care Act

Health and Social Care Act และระเบียบที่ออกตาม Health and Social Care Act ได้บัญญัติควบคุมการให้บริการไว้ดังนี้³⁴ ได้แก่ การดูแลส่วนบุคคล การให้ที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล การให้ที่พักแก่ บุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดการใช้จ่ายเสพติด หรือการติดสุรา การให้ที่พักและการดูแลด้าน พยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคลในภาคการศึกษาต่อเนื่อง (Further education sector) การ รักษาโรค การผิดปกติหรืออาการบาดเจ็บ การประเมิน หรือการรักษาทางการแพทย์แก่บุคคลที่ ถูกควบคุมตัวภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2526 การดำเนินการเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยผู้ประกอบวิชาชีพการดูแลสุขภาพ การดำเนินการเกี่ยวกับ

³³ The forward of the Health and Social Care Act 2008.

³⁴ Health and Social Care Act 2008 (Regulate Activities) Regulations 2010. Regulation 3 and Schedule 1

การวินิจฉัยและการคัดกรองโดย การใช้ภาพถ่ายด้วยรังสีเอ็กซ์ (X-ray) และวิธีอื่น ๆ เพื่อตรวจร่างกายโดยการใช้อัลตราซาวด์หรือการอัลตราซาวด์ (การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดหาโลหิตและผลิตภัณฑ์จากโลหิต การบริการขนส่ง ผู้ป่วย การคัดแยกผู้บาดเจ็บและการให้คำแนะนำทางการแพทย์ ระยะไกล) การให้บริการสถาน ผดุงครรภ์และการบริการผดุงครรภ์ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ การให้บริการในสถานลดน้ำหนัก การพยาบาล และการวางแผนครอบครัว

กิจกรรมควบคุม (Regulated Activities) ตาม Health and Social Care Act ครอบคลุมการให้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคมอย่างกว้างขวาง ทั้งที่เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรค การดำเนินการเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิต ซึ่งมีทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและไม่ได้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ จะขอกกล่าวถึง เฉพาะการให้บริการที่เห็นว่าเกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) การพยาบาล (Nursing Care) และการให้ที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) การดูแลส่วนบุคคล (Personal Care)

การดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) คือ การให้การดูแลส่วนบุคคลแก่บุคคลซึ่งไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ด้วยตนเอง เนื่องจากความชรภาพ เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ โดยกิจกรรมดังกล่าวได้จัดให้ในที่พักของผู้รับบริการ³⁵ ซึ่งการดูแลส่วนบุคคลนี้ รวมถึง การบริการจัดส่งผู้ดูแล (Domiciliary Care Agency) ด้วย³⁶ แต่การให้บริการดูแลส่วนบุคคล ไม่รวมถึงการให้บริการที่พักแก่บุคคลที่ต้องการการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล³⁷

อย่างไรก็ตาม การให้บริการบางอย่างได้รับการยกเว้นไม่ต้องจดทะเบียน ได้แก่ การให้บริการแนะนำผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งผู้ประกอบการไม่ได้มีส่วนในการควบคุมผู้ดูแลที่แนะนำให้แก่ผู้รับบริการ (Introductory Agencies) และการให้บริการโดยผู้ที่ว่าจ้างโดยผู้รับบริการ

³⁵ Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010, Schedule 1 Clause 1 (1)

"Subject to sub-paragraphs (2) and (3), the provision of personal care for persons who, by reason of old age, illness or disability are unable to provide it for themselves, and which is provided in a place where those persons are living at the time the care is provided."

³⁶ Care Quality Commission. (2015). *A new system of registration: The scope of registration*. UK: Care Quality Commission. p. 15.

³⁷ Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010. Schedule 1 Clause 1 (2)

"This paragraph does not apply where paragraph 2 (accommodation for persons who require nursing or personal care) or paragraph 4 (accommodation and nursing or personal care in the further education sector) applies."

โดยตรง ซึ่งปฏิบัติงานภายใต้คำสั่งของผู้ว่าจ้างเพื่อการทำงานให้แก่ผู้ว่าจ้างนั้น (Direct Arrangement) โดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับตัวแทนจ้างงานหรือธุรกิจจัดหางาน³⁸

ทั้งนี้ ความหมายของการดูแลส่วนบุคคลตาม Health and Social Care Act มีความหมายกว้างกว่าการดูแลส่วนบุคคลตาม Care Standards Act กล่าวคือ การดูแลส่วนบุคคล ตาม Care Standards Act จำกัดเพียงการดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับระบบทางกายภาพ ส่วนการดูแลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ รวมถึง การช่วยเหลือทางกายเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารหรือการดื่มน้ำ รวมถึงการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ การเข้าห้องน้ำ การล้างหรือการอาบน้ำ การแต่งตัว การดูแลช่องปาก และการดูแลผิวหนัง ผมและเล็บ รวมถึงการกระตุ้น และการควบคุมดูแลบุคคลอื่นเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคลตามที่ระบุข้างต้นด้วย³⁹ การดูแลส่วนบุคคลตาม Health and Social Care Act ซึ่งไม่ได้จำกัดเพียงการช่วยเหลือเกี่ยวกับระบบกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการควบคุมดูแลผู้รับบริการให้ดำเนินการช่วยเหลือตนเองด้วย

จากนิยามของการดูแลส่วนบุคคลข้างต้นการให้บริการดูแลส่วนบุคคลจึงไม่ได้จำกัดเพียงการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่รวมถึงการให้บริการดูแลส่วนบุคคลแก่ผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ในลักษณะอื่นด้วย เช่น ทูพพลภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากลักษณะของการให้บริการดูแลส่วนบุคคลแล้ว การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในกรณีที่ผู้ดูแลที่จัดส่งไป ปฏิบัติงานไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ อยู่ในความหมายของการให้บริการดูแลส่วนบุคคลตาม พระราชบัญญัติฉบับนี้

(2) การพยาบาล (Nursing Care)

การพยาบาล หมายถึง การให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพและเกี่ยวข้องกับการดูแลหรือการวางแผน การกำกับดูแล หรือการมอบหมายการดูแลดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การบริการนี้ไม่รวมถึงการให้บริการใด ๆ ที่โดยสภาพของการกระทำและพฤติการณ์ ไม่จำเป็นต้องกระทำ

³⁸ Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010, Schedule 1 Section 1 (3)

“The following types of provision are excepted from sub-paragraph (1)

(a)....;

(b) the introduction of carers to an individual (other than a service provider) by a person (including and employment agency or an employment business) having no ongoing role in the direction or control of the service provided to that individual:

(c) the services of a carer employed by an individual, without the involvement of an undertaking acting as an employment agency or employment business, and working wholly under the direction and control of that individual in order to meet that individual's own care requirements; and

(d)... “

³⁹ Care Quality Commission. supra note 36. p. 15.

โดยพยาบาลวิชาชีพ⁴⁰ เช่นเดียวกับการดูแลส่วนบุคคล การให้บริการพยาบาลในบางลักษณะก็ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจดทะเบียน กล่าวคือ การให้บริการแนะนำพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ โดยผู้ประกอบการไม่ได้มีส่วนในการควบคุมพยาบาลที่แนะนำให้แก่ผู้รับบริการ (Introductory Agencies) หรือการให้บริการพยาบาลที่จ้างโดยผู้รับบริการโดยตรง ซึ่งปฏิบัติงานภายใต้คำสั่งของผู้ว่าจ้างเพื่อการทำงานให้แก่ผู้ว่าจ้างนั้น (Direct Arrangement) โดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับตัวแทนจ้างงานหรือธุรกิจจัดหางาน⁴¹

จากนิยามของการพยาบาลข้างต้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในกรณี ผู้ดูแลที่จัดส่งไปเป็นพยาบาลวิชาชีพจัดว่าเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการพยาบาลตาม พระราชบัญญัตินี้ อย่างไรก็ตาม หากผู้ดูแลที่ส่งไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ไม่ได้เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้ประกอบการอาจต้องจดทะเบียนเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการดูแลส่วนบุคคล

(3) การให้ที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล การให้ที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล คือ การให้ที่พักอาศัยพร้อมทั้งการดูแลส่วนบุคคลหรือการดูแลด้านพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดยกิจกรรมนี้ไม่รวมถึงโรงเรียน หรือสถาบันที่อยู่ในภาคการศึกษาต่อเนื่อง (Further Education Sector)⁴² ตัวอย่าง

⁴⁰ Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010. Schedule 1 Clause 14 (1)

"Subject to sub-paragraph (2), the provision of nursing care, including nursing care provided in a person's own home which is not

(a) provided as part of any other regulated activity; and

(b) exempted from being a regulated activity under any other paragraph in this Schedule."

⁴¹ Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010. Schedule 1 Clause 14 (2)

"The following types of provision are excepted from sub-paragraph (1) ---

(b) the introduction of nurses to an individual (other than a service provider) by a person (including an employment agency or an employment business) having no ongoing role in the direction or control of the service provided to that individual; and

(c) the services of a nurse employed by an individual, without the involvement of an undertaking acting as an employment agency or an employment business and working wholly under the direction and control of that individual in order to meet that individual's own nursing requirements"

⁴² Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010. Schedule 1 Clause 2

"(1) The provision of residential accommodation, together with nursing or personal care.

(2) Sub-paragraph (1) does not apply to the provision of accommodation

(a) to an individual by an adult placement carer under the terms of a carer agreement;

(b) in a school; or

ของกิจกรรมข้างต้น ได้แก่ บ้านพักดูแล (Care Homes) บ้านพักดูแลที่ให้การ พยาบาล (Care Homes with Nursing)⁴³ ทั้งนี้ การดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาลมีความหมาย เช่นเดียวกับที่ได้กล่าวข้างต้น

จากนิยามของการให้ที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคลข้างต้น ซึ่งเป็นการให้ที่พัก พร้อมทั้งการดูแลส่วนบุคคลหรือการพยาบาลแก่ ผู้รับบริการ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ทั้งสถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูงและสถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐานจึงเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการให้ที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติฉบับนี้

จากลักษณะของกิจกรรมควบคุมข้างต้น Health and Social Care Act ได้เปลี่ยนแปลงหลักการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจ จากเดิมที่ Care Standards Act ใช้วิธีการพิจารณาจากชื่อเรียกของการประกอบกิจการนั้น ๆ เช่น บ้านพักดูแล ผู้จัดส่งผู้ดูแล ผู้จัดส่งพยาบาล เป็นต้น เปลี่ยนเป็นกำกับดูแลโดยพิจารณาจากลักษณะของกิจกรรมที่ผู้ประกอบการ ได้จัดให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งการกำกับดูแลโดยพิจารณาตามลักษณะของกิจกรรมนั้นจะทำให้คณะกรรมการ คุณภาพการดูแลสามารถควบคุมการให้บริการได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น⁴⁴ โดยลักษณะของกิจกรรม ที่อยู่ภายใต้ Health and Social Care Act ครอบคลุมการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ทั้งสถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐานและสถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง เนื่องจากเป็นการให้บริการที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากการจัดหาจัดส่งผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการจัดเป็นกิจกรรม ควบคุมประเภทการดูแลส่วนบุคคล ส่วนการจัดหาจัดส่งพยาบาลจัดเป็นกิจกรรมควบคุมประเภท การพยาบาล อย่างไรก็ตาม การให้บริการเป็นผู้แนะนำผู้ดูแลหรือพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการเป็นผู้จ้างผู้ดูแลหรือพยาบาลเองโดยตรงไม่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ พระราชบัญญัติฉบับนี้

การกำกับดูแลการให้บริการภายใต้ Health and Social Care Act

Health and Social Care Act นำระบบใบอนุญาตมาใช้ในการกำกับดูแลการให้บริการกิจกรรมควบคุม (Regulated Activities) โดยแบ่งเป็นหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเริ่ม ประกอบการ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกอบการ และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเลิกประกอบการ เช่นเดียวกับ Care Standards Act โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

(c) in an institution within the further education sector."

⁴³ Care Quality Commission. (2010). *A new system of registration: The scope of registration*. London: Care Quality Commission. p. 20.

⁴⁴ Ibid, p. 2.

หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเริ่มประกอบกร ในการให้บริการกิจกรรมควบคุม (Regulated Activities) ข้างต้น ผู้ประกอบการจะต้องจดทะเบียนกับคณะกรรมการคุณภาพการดูแลตามลักษณะของกิจกรรมที่ให้บริการ นอกจากนี้ ในบางกรณีกฎหมายยังกำหนดให้ผู้จัดการของผู้ประกอบการต้องมาจดทะเบียนกับคณะกรรมการด้วย เช่น ผู้ประกอบการเป็นองค์กรหรือบริษัท หรือผู้ประกอบการเป็นบุคคลธรรมดา แต่คุณสมบัติไม่เหมาะสมที่จะบริหารจัดการกิจกรรมควบคุม หรือไม่ได้ดูแลการให้บริการทุกวัน⁴⁵ ซึ่งระบบการจดทะเบียนตาม Health and Social Care Act นี้จะนำมาใช้แทนที่ระบบการจดทะเบียนภายใต้ (Care Standard At ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป)⁴⁶ นับจากนี้บุคคลที่ประสงค์จะให้บริการกิจกรรมควบคุม (ผู้ประกอบการรายใหม่) จะต้องจดทะเบียนกับคณะกรรมการคุณภาพการดูแล สำหรับผู้ประกอบการที่ในปัจจุบันจดทะเบียนภายใต้ Care Standards Act (ผู้ประกอบการรายเดิม) ก็ต้องมายื่นขอจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติฉบับใหม่ นี้เช่นกัน เนื่องจากการจดทะเบียนตาม Care Standards Act ไม่มีผลเป็นการจดทะเบียน

⁴⁵ Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009, Regulation 5

"(1) Subject to paragraph (2), for the purposes of section 13(1) of the Act, the registration of a service provider in respect of a regulated activity must be subject to a registered manager condition where the service provider is

(a) a body of persons corporate or unincorporate; or

(b) an individual who—

(i) is not a fit person to manage the carrying on of the regulated activity, or

(ii) is not, or does not intend to be, in full-time day to day charge of the carrying on of the regulated activity.

(2) Paragraph (1)(a) does not apply where the service provider is a health service body.

(3) A service provider (P) is not a fit person to manage the carrying on of a regulated activity unless P

(a) is of good character:

(b) is physically and mentally fit to manage the carrying on of the regulated activity:

(c) has the necessary qualifications, skills and experience to do so; and

(d) is able to supply to the Commission, or arrange for the availability of, information relating to themselves specified in schedule 1."

⁴⁶ Health and Social Care Act 2008 regulations 2010. Regulation 3 (3)

"Subject to paragraph (4), until 1st October 2010, an activity is only a regulated activity if it is carried on by an English NHS body."

ภายใต้ Health and Social Care Act โดยปริยาย⁴⁷ ทั้งนี้ หากผู้ใดให้บริการกิจกรรมควบคุมโดยไม่ได้จดทะเบียน ผู้นั้นมีความผิดและอาจต้องรับโทษ⁴⁸

ผู้ประกอบการที่จะขอจดทะเบียนกับคณะกรรมการคุณภาพการดูแลนั้นจะต้องมีมาตรฐานการให้บริการตามที่คณะกรรมการคุณภาพการดูแลกำหนด ซึ่งมาตรฐานการให้บริการดังกล่าวนี้ คณะกรรมการคุณภาพการดูแลเรียกว่า “มาตรฐานสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัย”⁴⁹ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกอบการ เมื่อจดทะเบียนแล้ว ผู้ประกอบการจะต้องรักษามาตรฐานของตนเองให้เป็นไป ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการคุณภาพการดูแลประกาศกำหนด อยู่เสมอ ได้แก่ มาตรฐานสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยหากคณะกรรมการคุณภาพการดูแล พบว่าหรือได้รับการร้องเรียน ว่าการให้บริการของผู้ประกอบการรายใดไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ดังกล่าว คณะกรรมการคุณภาพ การดูแลมีอำนาจปรับ ระงับการดำเนินการ หรือเพิกถอนทะเบียนได้⁵⁰ ซึ่งมาตรฐานชุดนี้ใช้บังคับกับผู้จดทะเบียนการควบคุม (Regulate Activities) ทุกลักษณะไม่ว่ากิจการ ควบคุมนั้นจะเกิดขึ้นในสถานบริการหรือที่บ้านพักของผู้รับบริการเอง โดยไม่มีการแยกกฎเกณฑ์ และมาตรฐาน สำหรับการให้บริการต่าง ๆ เหมือนดังเช่น Care Standards Act ที่มีระเบียบและ มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการประกอบการแต่ละประเภท เช่น ระเบียบสถานดูแล พ.ศ. 2544 (Care Home Regulation 2001) และมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับสถานดูแลผู้สูงอายุ (National Minimum Standard for Care Home for Older People)⁵¹ ทั้งนี้ ระเบียบและมาตรฐานขั้นต่ำต่าง ๆ ภายใต้ Care Standards Act ได้ถูกยกเลิกโดยมาตรฐานสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยแล้ว⁵²

มาตรฐานสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 28 ข้อ โดยถูกบัญญัติไว้ในระเบียบ 2 ฉบับด้วยกัน กล่าวคือ ระเบียบว่าด้วยกิจกรรมควบคุม พ.ศ. 2553 ตามพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2561 (Health and Social Care Act 2008

⁴⁷ Care Quality Commission. (2010). *A new system of registration Guide for providers of healthcare or adult social care*. London: Care Quality Commission. p. 5.

⁴⁸ Health and Social Care Act 2008, Section 10 (1)

"Any person who carries on a regulated activity without being registered under this Chapter in respect of the carrying on of that activity is guilty of an offence."

⁴⁹ Care Quality Commission. (2010). *The essential standards of quality and safety you can expect*. (Online). Available: <http://www.cqc.org.uk/usingcareservices/essentialstandardsosqualityandsafely.cfm>. [2020, November 2].

⁵⁰ Care Quality Commission. supra note 47. p. 5.

⁵¹ Care Quality Commission. supra note 47. p. 4.

⁵² Care Quality Commission. supra note 47. p. 3-4.

(Regulated Activities) Regulations 2010) และระเบียบคณะกรรมการคุณภาพการดูแลว่าด้วยการจดทะเบียน พ.ศ. 2552 (Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009) ซึ่ง หลักเกณฑ์ 28 ประการข้างต้น สามารถแบ่งได้ 6 หัวข้อ ดังนี้

การมีส่วนร่วมและข้อมูล ประกอบด้วย การเคารพและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ผู้รับบริการต้องมีทางเลือก และเข้าใจทางเลือกของการดูแล และการรักษาพยาบาลดังกล่าว และผู้รับบริการยังต้องสามารถ แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเหล่านั้นด้วย นอกจากนี้ ผู้รับบริการจะต้องมีความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเป็นอิสระด้วย

ความยินยอมให้ดูแลและรักษาพยาบาล ก่อนที่ผู้ประกอบการดำเนินการ ดูแลหรือรักษาพยาบาลผู้รับบริการ ผู้ประกอบการจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการเสียก่อน หากผู้รับบริการต้องการเปลี่ยนแปลงความยินยอมที่ได้ให้ไปแล้ว ผู้รับบริการจะต้องทราบและเข้าใจถึงขั้นตอนเพื่อเปลี่ยนแปลงความยินยอมดังกล่าว

ค่าธรรมเนียม ก่อนที่จะให้บริการแก่ผู้รับบริการ ผู้ประกอบการจะต้องจัดทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่ผู้รับบริการที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับค่าบริการ อัตรา ค่าบริการ วันครบกำหนดชำระค่าบริการ วิธีการในการชำระค่าบริการ ตลอดจนรายละเอียดของ บริการที่ผู้รับบริการจะได้รับจากผู้ประกอบการ

การดูแลผู้รับบริการและการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย การดูแลและสวัสดิภาพของผู้รับบริการ ผู้ประกอบการจะต้องดำเนินการ เพื่อปกป้องผู้รับบริการจากการได้รับการดูแลหรือการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ปลอดภัย โดยผู้ประกอบการจะต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ และต้องมีการวางแผนการดูแลและให้การดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย นอกจากนี้ ผู้ประกอบการจะต้องมีกระบวนการสำหรับกรณีฉุกเฉินที่คาดหมายได้ว่าจะเกิดขึ้นจากการให้บริการของตน เพื่อที่ผู้รับบริการจะปลอดภัย ได้รับการดูแลส่วนบุคคล การรักษาพยาบาลและการสนับสนุนที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

โภชนาการ ในกรณีที่อาหารเป็นส่วนหนึ่งของการบริการ ผู้รับบริการ จะต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ได้รับอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ ซึ่งอาหารเหล่านั้น จะต้องมีความคุณค่าทางอาหารและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายของผู้รับบริการ ตลอดจน ผู้รับบริการจะต้องมีสิทธิ์เลือกอาหารและเครื่องดื่มตามความต้องการของผู้รับบริการที่อาจจะแตกต่างกัน

การร่วมมือกับผู้ประกอบการรายอื่น เมื่อต้องมีการเปลี่ยนผู้ประกอบการ หรือในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับการดูแลจากผู้ประกอบการหลายรายในช่วงเวลาเดียวกัน ผู้ประกอบการเหล่านั้น

จะต้องร่วมมือกันในการดูแลผู้รับบริการ เช่น ผู้ประกอบการจะต้องแบ่งปัน ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการแก่ผู้ประกอบการรายใหม่หรือรายที่ร่วมกันดูแลผู้รับบริการด้วย

ความปลอดภัยของผู้รับบริการ ประกอบด้วย การปกป้องคุ้มครองผู้รับบริการจากการทารุณกรรม ผู้รับบริการจะต้อง ได้รับการคุ้มครองจากการทารุณกรรม หรือความเสี่ยงจากการถูกทารุณกรรม อีกทั้ง สิทธิมนุษยชน ของผู้รับบริการจะต้องได้รับการเคารพและส่งเสริมจากผู้ประกอบการ โดยผู้ประกอบการจะต้อง ดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อระบุความเป็นไปได้ที่การทารุณกรรมนั้นจะเกิดขึ้น และป้องกันก่อนที่ เหตุการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้น

ความสะอาดและการควบคุมการติดเชื้อ ผู้รับบริการจะต้องได้รับการ ดูแลในสภาพแวดล้อมที่สะอาดและได้รับการป้องกันจากการติดเชื้อ โดยผู้ประกอบการจะต้อง รักษาให้สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ สะอาดอยู่เสมอ

การจัดการยารักษาโรค ผู้รับบริการจะต้องได้รับยารักษาโรคเมื่อ ผู้รับบริการต้องการ และยาที่ได้รับนั้นจะต้องปลอดภัย พร้อมทั้งได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับยาที่ ผู้รับบริการได้รับ โดยผู้ประกอบการจะต้องจัดให้มีการบันทึกการได้รับยา การใช้และการเก็บรักษา ยา ตลอดจนการทิ้ง หรือทำลายยาอย่างเป็นระบบ

ความปลอดภัยและเหมาะสมของสถานที่ ผู้รับบริการจะต้องได้รับการ ดูแลในสถานที่ที่ปลอดภัย หรือได้รับบริการในสถานที่ที่ปลอดภัยที่ล้อมรอบด้วยสิ่งที่ทำให้สุขภาพ ของผู้รับบริการดีขึ้น

จำนวน ความเหมาะสมและความปลอดภัยของอุปกรณ์ เมื่อผู้รับบริการ ประสงค์จะใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ อุปกรณ์เหล่านั้นจะต้องปลอดภัย มีจำนวนเพียงพอ สะดวกสบายและเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ

ด้านบุคลากร ประกอบด้วย ข้อกำหนดเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการจะต้องได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ความต้องการ สวัสดิภาพและสุขภาพของผู้รับบริการต้อง ได้รับการดูแลโดยผู้ปฏิบัติงาน ที่เหมาะสม ผู้ประกอบการจะต้องมีระบบการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ บุคคลที่จะมาปฏิบัติหน้าที่ในกิจกรรมควบคุมจะต้องมีคุณลักษณะที่ดี มีคุณสมบัติ ทักษะ และประสบการณ์ที่ จำเป็นในการปฏิบัติงาน และมีสุขภาพกายและจิตใจเหมาะสมกับงานที่ทำ

จำนวนผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการต้อง ได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ความ ต้องการ สวัสดิภาพ และสุขภาพของผู้รับบริการต้องได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เนื่องจากจำนวนผู้ปฏิบัติงานของผู้ประกอบการมีเพียงพอ

ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการจะต้องได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ความต้องการ สวัสดิภาพและสุขภาพของผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เนื่องจาก ผู้ปฏิบัติงานที่มีความสามารถในการทำงาน ได้รับการอบรมและควบคุมดูแลอย่างเหมาะสม

คุณภาพและการบริหารจัดการ ประกอบด้วย เอกสารแสดงวัตถุประสงค์ ผู้ประกอบการ จะต้องส่งเอกสารแสดงวัตถุประสงค์ ซึ่งมีรายละเอียดตามที่กำหนดให้แก่คณะกรรมการคุณภาพ การดูแล และต้องทบทวนและแก้ไขเอกสารแสดงวัตถุประสงค์ดังกล่าวให้สอดคล้องกับการ ให้บริการ ซึ่งหากมีการแก้ไขเอกสารแสดงวัตถุประสงค์ ผู้ประกอบการจะต้องบอกกล่าว คณะกรรมการคุณภาพการดูแล เป็นลายลักษณ์อักษรถึงการแก้ไขดังกล่าวด้วย

การประเมินและการติดตามคุณภาพของบริการ ผู้ประกอบการจะต้อง ดำเนินการเพื่อ ปกป้องผู้รับบริการจากการได้รับการดูแลหรือการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ปลอดภัย โดยผู้ประกอบการจะต้องมีระบบการทำงานที่ผู้ประกอบการสามารถประเมินและ ติดตามคุณภาพ การให้บริการ ได้อย่างสม่ำเสมอ และสามารถระบุประเมินและจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ สวัสดิภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการได้

การร้องเรียน ความคิดเห็นและข้อร้องเรียนของผู้รับบริการจะต้องได้รับ การรับฟัง และตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เมื่อได้รับการร้องขอจากคณะกรรมการ คุณภาพ การดูแล ผู้ประกอบการจะต้องส่งสรุปข้อร้องเรียน และคำตอบของข้อร้องเรียนนั้นให้แก่ คณะกรรมการด้วย

การบอกกล่าว (เมื่อมีผู้รับบริการเสียชีวิต) เมื่อมีผู้รับบริการเสียชีวิตผู้ประกอบการ จะต้องรายงานการเสียชีวิตของผู้รับบริการไปยังคณะกรรมการคุณภาพการดูแลเพื่อคณะกรรมการ คุณภาพการดูแลจะได้ดำเนินการที่จำเป็นต่อไป

การบอกกล่าว เมื่อผู้รับบริการซึ่งเป็นบุคคลที่ถูกควบคุมตัวภายใต้ พระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. 2526 เสียชีวิต หรือหายไป เมื่อผู้รับบริการที่อยู่ภายใต้การควบคุมตัวภายใต้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2526 เสียชีวิต ผู้ประกอบการจะต้องรายงาน การเสียชีวิตของ ผู้รับบริการ ไปยังคณะกรรมการคุณภาพการดูแล เพื่อคณะกรรมการคุณภาพการ ดูแลจะได้ดำเนินการ ที่จำเป็นต่อไป

ด้านการบันทึกหรือประวัติ ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ต้องถูกต้อง เหมาะสม ถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัย และเป็นความลับ ซึ่งหลักการเดียวกันนี้นำไปใช้กับ บันทึกอื่น ๆ ของ ผู้รับบริการที่ต้องได้รับการคุ้มครองด้วย

ความเหมาะสมของการบริหารจัดการ หลักเกณฑ์หัวข้อนี้ประกอบด้วย

(1) ข้อกำหนดในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็นบุคคลธรรมดาหรือหุ้นส่วน ในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็นบุคคลธรรมดาหรือหุ้นส่วน ผู้ประกอบการจะต้องมีคุณลักษณะที่ดี เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ และมีคุณสมบัติ ทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ กิจกรรมควบคุม

(2) ข้อกำหนดในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็นองค์กรที่ไม่ใช่หุ้นส่วน ในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็นองค์กรที่ไม่ใช่หุ้นส่วน ผู้ประกอบการจะต้องบริหารจัดการโดยบุคคลที่มีคุณลักษณะที่ดี มีความเหมาะสมกับหน้าที่ และมีคุณสมบัติ ทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นในการให้บริการกิจกรรมควบคุม

(3) ข้อกำหนดเกี่ยวกับการจดทะเบียนผู้จัดการ ผู้ประกอบการจะต้องมีผู้จัดการที่จดทะเบียน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะที่ดี เหมาะสมกับหน้าที่ และมีคุณสมบัติ ทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นในการให้บริการกิจกรรมควบคุม

(4) การฝึกอบรม การให้บริการนั้นจะต้องจัดทำโดยบุคคลที่มีความสามารถ ซึ่งได้รับการอบรมที่เหมาะสม

(5) สถานะทางการเงิน ผู้รับบริการจะต้องสามารถมั่นใจได้ว่าผู้ประกอบการมีแหล่งเงินทุนเพียงพอในการดำเนินงาน และเพียงพอที่จะจัดให้มีบริการที่ปลอดภัยและเหมาะสม

(6) การบอกกล่าว (เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง) เมื่อมีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้น หรือคาดหมายได้ว่าจะเกิดขึ้น ผู้ประกอบการจะต้องบอกกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังคณะกรรมการคุณภาพการดูแลโดยทันทีเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ถึงเหตุการณ์ดังกล่าว เช่น ชื่อของผู้จดทะเบียนเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนตัวผู้เป็นหุ้นส่วน ในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็นหุ้นส่วน เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับบริการจะสามารถมั่นใจได้ว่าคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการจะไม่ถูกรบกวนจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

(7) การบอกกล่าว (เหตุการณ์อื่น ๆ) ในกรณีที่มีเหตุการณ์อื่น ๆ เกิดขึ้น เช่น การบาดเจ็บของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการบาดเจ็บรุนแรง หรือส่งผลกระทบต่อโครงสร้างร่างกายของผู้รับบริการ หรือทำให้ผู้รับบริการอายุสั้นลง หรือการทารุณกรรมผู้รับบริการ เป็นต้น ผู้ประกอบการ จะต้องแจ้งไปยังคณะกรรมการคุณภาพการดูแลถึงเหตุการณ์ดังกล่าวโดยไม่ชักช้า

หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเลิกประกอบการ เมื่อผู้ประกอบการจะเลิกประกอบธุรกิจ ผู้ประกอบการจะต้องบอกกล่าวล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังคณะกรรมการคุณภาพการดูแล

เมื่อพิจารณาหลักเกณฑ์การกำกับดูแลการให้บริการตาม Health and Social Care Act ข้างต้นแล้ว หลักเกณฑ์ในการกำกับดูแลการให้บริการมีสาระสำคัญเช่นเดียวกับ Care Standards Act

กล่าวคือ มีการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเริ่มประกอบการ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของผู้ที่จะเข้ามาประกอบธุรกิจ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกอบการ ซึ่งวางมาตรฐานเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้รับบริการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถเลือกบริการที่เหมาะสมกับตนเองได้ การดูแลผู้รับบริการอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ความปลอดภัยของบริการ ทั้งความปลอดภัยจากการทารุณกรรมและความปลอดภัยของสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ คุณภาพของบุคลากรที่ดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อผู้รับบริการ การตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการและระบบการบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการมั่นใจได้ว่าการบริการของผู้ประกอบการเป็นไปตาม มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ตลอดจนความเหมาะสมของระบบการบริหารจัดการของผู้ประกอบการ โดยในการพิจารณาว่าผู้ประกอบการมีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่นั้น คณะกรรมการจะพิจารณาจากผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง (Outcomes) กล่าวคือ ประสิทธิภาพที่ทางคณะกรรมการคาดว่าผู้รับบริการจะได้รับจากการใช้บริการดังกล่าว โดยการรับฟังความคิดเห็น ของผู้รับบริการเกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับจากบริการดังกล่าว⁵³ ซึ่ง Health and Social Care Act จะมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการมากกว่าการมุ่งเน้นที่ระบบกระบวนการ และนโยบายที่ ผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามดังเช่น Care Standards Act⁵⁴

สำหรับหน่วยงานกำกับดูแลการให้บริการต่าง ๆ ตาม Health and Social Care Act นั้น ได้แก่ คณะกรรมการคุณภาพการดูแล (Care Quality Commission) เพื่อคุ้มครองและ ส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของประชาชนที่ใช้บริการการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม⁵⁵ โดยคณะกรรมการคุณภาพการดูแลเป็นหน่วยงานเดียวที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจดทะเบียน ทบทวน และการตรวจสอบการให้บริการดูแลสุขภาพและดูแลด้านสังคมที่ให้บริการ โดยหน่วยงานบริการสุขภาพแห่งชาติ และภาคเอกชนในสหราชอาณาจักร⁵⁶

Health and Social Care Act กำกับดูแลการให้บริการ โดยพิจารณาจากลักษณะของกิจกรรมที่ผู้ประกอบการให้บริการ ซึ่งกิจกรรมควบคุมตาม Health and Social Care Act ครอบคลุมการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ทั้งสถานบริการที่ให้การดูแล ระดับพื้นฐาน และ

⁵³ Care Quality Commission. supra note 47. p. 8.

⁵⁴ Care Quality Commission. supra note 47. , p. 4.

⁵⁵ Health and Social Care Act 2008, Section 3 (1)

" The main objective of the Commission in performing its functions is to protect and promote the health, safety and welfare of people who use health and social care services."

⁵⁶ Health and Social Care Act 2008. Section 2.

สถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง เนื่องจากเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการให้ที่พักแก่บุคคล ที่ต้องได้รับการพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นการ จัดหาจัดส่งบุคลากรไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะ ของการให้บริการ หากเป็นการให้บริการจัดส่งผู้ดูแลจัดว่าเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการดูแล ส่วนบุคคล หากเป็น การให้บริการจัดส่งพยาบาลวิชาชีพจะจัดว่าเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการพยาบาล ซึ่งเป็นการ ให้บริการคนละประเภทและมีหลักเกณฑ์ในการประกอบธุรกิจบางประการที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การให้บริการแนะนำผู้ดูแลหรือพยาบาลไม่ถูกควบคุมภายใต้ พระราชบัญญัติฉบับนี้ ผู้ประกอบการ ที่ให้บริการแนะนำผู้ดูแลหรือพยาบาลจึงไม่ต้องจดทะเบียน ซึ่งต่างจาก Care Standards Act ที่การกระทำในลักษณะดังกล่าวเป็นการให้บริการที่ถูกควบคุม และผู้ประกอบการต้องได้รับอนุญาต ในการให้บริการเช่นกัน สำหรับการกำกับดูแลการให้บริการ Health and Social Care Act ยังคงใช้ ระบบใบอนุญาตในการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจเพื่อคุ้มครองผู้รับบริการเช่นเดียวกับ Care Standards Act โดยกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเริ่มประกอบการ ซึ่งเป็นการพิจารณา ความเหมาะสมของผู้ที่เข้ามาประกอบธุรกิจ การกำหนด หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกอบการ เพื่อวางมาตรฐานของการประกอบธุรกิจ และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเลิกประกอบการ โดยหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการตาม Health and Social Care Act และ Care Standards Act มีสาระสำคัญเช่นเดียวกัน กล่าวคือ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับข้อมูลของบริการ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของบริการ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับบุคลากร หลักเกณฑ์เกี่ยวกับข้อร้องเรียน และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบ การบริหารจัดการ แต่แตกต่างกัน ตรงที่ตาม Health and Social Care Act การให้บริการกิจกรรม ควบคุมทุกลักษณะจะอยู่ภายใต้ระเบียบ และมาตรฐานชุดเดียวกัน ส่วน Care Standards Act นั้น ระเบียบและมาตรฐานสำหรับการให้บริการ แต่ละประเภทจะอยู่ภายใต้ระเบียบและมาตรฐานคนละฉบับกัน และ Health and Social Care Act จะมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการมากกว่า การมุ่งเน้นที่ระบบ กระบวนการ และนโยบายที่ ผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามดังเช่น Care Standards Act สำหรับหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแล การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ Health and Social Care Act กำหนดให้เป็นหน้าที่ของ คณะกรรมการคุณภาพการดูแลเพียงองค์กรเดียว การกำกับดูแลการให้บริการทุกประเภทจึงเป็น อำนาจของคณะกรรมการคุณภาพการ ดูแล เช่นเดียวกับ Care Standards Act ที่กำหนดให้คณะกรรมการ มาตรฐานการดูแลเป็นผู้มีหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งทำให้เกิดความเป็นเอกภาพในการใช้และตีความกฎหมาย ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการคุ้มครองในระดับเดียวกัน

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุของ สหราชอาณาจักร พบว่า การให้บริการสถานบริการที่ให้การดูแล ระดับสูง ซึ่งเป็นสถานบริการที่ให้

การพยาบาลแก่ผู้รับบริการเป็นการให้บริการที่ถูกกำกับดูแลในสหราชอาณาจักร ส่วนสถานบริการ ที่ให้การดูแลระดับพื้นฐาน และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นการให้บริการที่ถูกกำกับดูแล ภายใต้กฎหมายอังกฤษ สำหรับหลักเกณฑ์ในการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจให้บริการดูแล ผู้สูงอายุนั้น กฎหมายอังกฤษใช้ระบบใบอนุญาตในการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจดังกล่าว โดยกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเริ่มประกอบการ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกอบการ และ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเลิกประกอบการ กล่าวคือ ในการเริ่มประกอบการ มีการกำหนดเกี่ยวกับ คุณสมบัติของผู้ที่จะเข้ามาประกอบธุรกิจให้บริการดูแล ผู้สูงอายุ โดยจะพิจารณาถึงความเหมาะสม ของผู้ประกอบการ รวมทั้ง สถานที่ และบุคลากรที่ ให้บริการ ในส่วนหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการ ประกอบการ มีการกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานของการให้บริการด้านต่าง ๆ ซึ่งมีหลักการ คือ บุคลากร สถานที่ การดูแลผู้รับบริการ ความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กฎหมายอังกฤษกำหนดหน้าที่ของผู้ประกอบการไว้ เช่น การทำ สัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร ระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ รวมถึงรายละเอียดของสัญญา ดังกล่าวด้วยการทำประกันภัย การจัดทำระบบบัญชี เป็นต้น ในส่วนของหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเลิกประกอบการ กฎหมายอังกฤษนั้น มีหลักการในลักษณะที่กำหนดให้ผู้ประกอบการต้องแจ้งความประสงค์เลิกประกอบการ ให้แก่ หน่วยงานที่กำกับดูแลทราบล่วงหน้าก่อนเลิกประกอบการ เนื่องจากการเลิกประกอบการเป็นเหตุการณ์ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวโดยสรุป กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุของประเทศอังกฤษมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงมาหลายครั้งเพื่อให้สอดคล้อง กับการพัฒนาของสภาพเศรษฐกิจ สังคม และในการแก้ไขแต่ละครั้งล้วนแล้วแต่มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการคุ้มครองมากยิ่งขึ้น

2) สาธารณรัฐสิงคโปร์

สาธารณรัฐสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีขนาดเล็ก แต่มีความเจริญทัดเทียมกับประเทศ ตะวันตกทั้งทางด้านเทคโนโลยี อุตสาหกรรมเป็นอันดับสองของโลก จากการคาดการณ์สาธารณรัฐ สิงคโปร์มีสัดส่วนการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุตอนปลายเพิ่มสูงขึ้น และมีความต้องการการดูแล ในสถานรับดูแลเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานรับดูแล มักมีสาเหตุจากความต้องการ การช่วยเหลือ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาล ต้องการที่พักอาศัย และ ญาติไม่สามารถดูแลทางด้านร่างกาย หรือไม่สามารถทนต่อปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุซึ่งแก่ชรา หรือหลงลืมได้ ซึ่งกระทรวงสุขภาพในสาธารณรัฐสิงคโปร์ได้สร้างกรอบในการผสมผสาน การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Framework For Integrated Healthcare For The Elderly) เพื่อช่วย ในการวางแผนการผสมผสาน และการประสานการบริการ และยังเป็น การช่วยยกระดับคุณภาพ การฝึกอบรมและการให้บริการ สำหรับคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุใน

สถานบริการในแต่ละวิชาชีพได้อธิบายรายละเอียดดังนี้ แพทย์ที่ประจำในสถานรับดูแลอาจเป็นแพทย์ทางด้านอายุรกรรมทั่วไป แต่อาจมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุเป็นบางเวลา เช่น มาให้บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ 2 วันต่อสัปดาห์เนื่องจากสาธารณสุขรัฐสิงคโปร์ยังมีจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้จำกัด และแพทย์ส่วนใหญ่ยังให้ความสนใจเรียนทางด้านนี้น้อย

บุคลากรทางการแพทย์แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก พยาบาล (Enrolled Nurse) หรือเรียกว่า พยาบาลในสถานรับดูแล (Nursing Home Nurse) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพและได้รับการฝึกอบรมพยาบาลผู้สูงอายุ จะจัดการในด้านการพยาบาล สำหรับผู้พักอาศัยที่มีอาการตั้งแต่กระดูกหักไปจนถึงผู้มีอาการระยะอัลไซเมอร์ ถึงแม้ว่าจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในด้านบริหารจัดการและการนิเทศน์งาน แต่พยาบาลยังให้การประเมินภาวะสุขภาพผู้พักอาศัย วางแผนการให้การรักษานิเทศงานผู้ช่วยพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน และพนักงานผู้ช่วยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่ในระดับที่ยากขึ้นไป เช่น การให้สารน้ำทางเส้นเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำงานในแผนกที่ให้การดูแลเฉพาะด้าน เช่น การฟื้นฟูสภาวะระยะยาวสำหรับผู้ป่วย Stroke หรือ Head Injuries

กลุ่มที่สอง พนักงานผู้ช่วยการพยาบาล เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล หรือให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้การนิเทศน์งานของพยาบาลวิชาชีพ หากมีประสบการณ์การทำงานมานานจะมีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการว่า พนักงานผู้ช่วยการพยาบาลอาวุโส

กลุ่มที่สาม ผู้ดูแลเอาใจใส่สุขภาพ และมีชื่อที่ไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ช่วยการดูแลสุขภาพเดิมมีผู้สนใจทำงานในตำแหน่งนี้น้อยมาก เนื่องจากได้ค่าจ้างค่อนข้างต่ำ ต่อมาเมื่อโปรแกรมการฝึกอบรมที่ช่วยพัฒนาทักษะและทำให้มีโอกาสได้รับผิดชอบในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นตามทักษะที่เพิ่มขึ้น และได้รับค่าจ้างเพิ่มมากขึ้นส่งผลทำให้ผู้ดูแลเอาใจใส่สุขภาพมีความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้จะมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นก็ตาม เช่น การเฝ้าสังเกตระดับน้ำตาลในเลือด การดูดเสมหะทางปาก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การช่วยเหลือพยาบาลในการสวนปัสสาวะ เป็นต้น ผู้ดูแลเอาใจใส่สุขภาพสามารถได้รับการเลื่อนตำแหน่งไปเป็นพนักงานผู้ช่วยการพยาบาลได้จะต้องผ่านการประเมินโดยให้แบบประเมินสมรรถนะที่มีมาตรฐานซึ่งมาตรฐานการให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการนั้น การให้การรับรองคุณภาพ การบริการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและมีมาตรฐานตามความต้องการของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปกป้องประชาชนทั่วไป ด้วยบริการดูแลระยะยาวที่หลากหลายละมีจำนวนเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่กระทรวงสุขภาพจะต้องแน่ใจได้ว่าการบริการนั้นมีมาตรฐานขั้นต่ำที่ได้รับการรับรองและรัฐบาลให้การยอมรับ เพื่อให้เงินอุดหนุน และเพื่อให้มีสถานรับดูแลผู้สูงอายุ

เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นทางเลือกให้กับผู้บริโภคคณะกรรมการระหว่างครอบครัวจึงได้เสนอต่อกระทรวงสุขภาพว่า ควรมีการกำหนดแนวปฏิบัติที่เหมาะสมและมีโปรแกรมการตรวจสอบและประเมินที่เข้มข้น เพื่อให้เป็นที่แน่ใจได้ว่าผู้ให้บริการได้ปฏิบัติตามแนวทางการบริการขั้นต่ำ เพื่อเป็นการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลให้ดีขึ้นปัจจุบันกระทรวงสุขภาพได้ออกแนวปฏิบัติสำหรับสถานบริการ สถานพักฟื้นกลางวัน โดยมุ่งเน้นไปที่สิ่งอำนวยความสะดวกและบุคลากรเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้บริการตอบสนองต่อความต้องการและมีประโยชน์ที่เหมาะสม คณะกรรมการระหว่างกระทรวงได้เสนอแนะว่า กระทรวงสุขภาพควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติสำหรับการดูแลระยะยาว แต่ละประเภท และสามารถเทียบเคียงตามมาตรฐานการดูแลที่สร้างขึ้น

คณะกรรมการระหว่างกระทรวงได้เสนอแนะให้กระทรวงสุขภาพรับผิดชอบเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล 3 ประเด็น คือ

ประเด็นแรก ให้กระทรวงสุขภาพออกกฎ ขอบบังคับและให้การยืนยันคุณภาพของสถานดูแลระยะยาว ทั้งที่ให้การดูแลที่พักอาศัยและ ไม่ให้บริการที่พักอาศัย รวมถึงการตรวจสอบและการประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นที่สอง ให้กระทรวงสุขภาพปรับปรุงหนังสือคู่มือดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีอยู่ โดยให้เพิ่มหัวข้อเรื่อง การเทียบเคียงมาตรฐานการดูแลอยู่ด้วย และจัดทำคู่มือนี้ไว้สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลระยะยาวชนิดต่าง ๆ สำหรับผู้ที่ต้องการ

ประเด็นที่สาม สถานรับดูแลสงเคราะห์อาสาสมัคร จะให้การยืนยันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้โดยการนำโปรแกรมการประกันคุณภาพ ใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลสำหรับการรับรองมาตรฐานของสถานรับดูแลผู้สูงอายุใน สาธารณรัฐสิงคโปร์นั้น การรับรองมาตรฐานของสถานบริการทั้งฉุกเฉิน และสถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ให้ที่พักอาศัย จะอยู่ภายใต้การควบคุม และการออกใบรับรองของพระราชบัญญัติโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกแพทย์ มาตรา 248 ปี ค.ศ. 1980 และข้อบังคับ ปี ค.ศ. 1991 ซึ่งจะครอบคลุมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ บรรทัดฐานของเจ้าหน้าที่ โปรแกรมการให้บริการทางสุขภาพ และความต้องการในการจัดทำโปรแกรมควบคุมคุณภาพภายใน ส่วนสถานบริการที่ไม่ใช่ที่พักอาศัย หรือบริการระยะยาวที่ไม่ให้บริการที่พักอาศัยอื่น ๆ เช่นสถานพักฟื้นกลางวัน หรือบริการดูแลที่บ้าน จะอยู่ภายใต้การควบคุม รับรองคุณภาพ และการตรวจสอบของกระทรวงสุขภาพตามคำแนะนำของคณะกรรมการระหว่างกระทรวง (IMC)

การขออนุญาตประกอบกิจการนั้น ในสาธารณรัฐสิงคโปร์การขออนุญาตเปิดสถานบริการ จะต้องดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

การเปิดดำเนินการ โรงพยาบาล สถานผดุงครรภ์ สถานรับดูแล สถานบริการทางการแพทย์ ผู้ดำเนินการจะต้องขอใบอนุญาตประกอบกิจการจากกระทรวงสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกแพทย์ (PHMC)

การสมัครขอใบอนุญาต จะต้องกรอกใบสมัครพร้อมจ่ายค่าธรรมเนียม ให้กับแผนก ออกใบอนุญาตและการรับรองคุณภาพ จะต้องดำเนินการก่อน 2 เดือน ก่อนที่จะเปิดดำเนินการ และ ใบอนุญาตจะมีระยะเวลา 2 ปี หลังจากวันที่ออก สำหรับสถานบริการที่มีหลายสาขา แต่ละสาขา จะต้องมีการขออนุญาตเป็นของตนเอง

หน้าที่ผู้ประกอบการก่อนขออนุญาตจะต้องดำเนินการต่อไปนี้

การขึ้นทะเบียนบริษัท หากต้องการใช้ชื่อของบริษัทในใบอนุญาต ผู้ดำเนินการจะต้อง ขึ้นทะเบียนกับสำนักบัญชีและหน่วยงานรับผิดชอบออกกฏข้อบังคับ

ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย ผู้ดำเนินการจะต้องสมัครขอใบประกาศนียบัตรรับรอง ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย หรือการปรับปรุงสถานที่ในการจัดวางเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ ได้รับความปลอดภัย จากหน่วยงานความปลอดภัยด้านอัคคีภัยและสำนักที่פקอาศัยของ สาธารณรัฐสิงคโปร์

การก่อสร้างอาคาร อาคารจะต้องได้รับการรับรองจาก หน่วยงานอาคารและก่อสร้าง หรือหน่วยงานควบคุมอาคาร ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมอาคารและข้อบังคับ

การเตรียมการเรื่องการตรวจสอบ ผู้สมัครจะต้องเตรียมรับการตรวจสอบสถาน ประกอบกิจการ และหลักฐานจากพนักงานเจ้าหน้าที่

การออกใบอนุญาต ผู้ดำเนินการจะได้รับการติดต่อเมื่อใบสมัครได้รับการยอมรับ ซึ่งจะใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ภายหลังการตรวจสอบ

การต่อใบอนุญาต จะต้องดำเนินการไม่ต่ำกว่า 2 เดือนก่อนที่ใบอนุญาตจะหมดอายุ ผู้ที่ต่อใบอนุญาตซ้ำจะต้องเสียค่าปรับจำนวนร้อยละ 20 ของค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

การเปลี่ยนใบอนุญาต ใบอนุญาตที่ออกให้ไม่สามารถโอนให้ผู้อื่นได้ หากมีการ เปลี่ยนแปลงใบอนุญาต จะต้องสมัครขอใบอนุญาตใหม่

การเปลี่ยนผู้จัดการ หากมีการเปลี่ยนผู้จัดการ ไม่จำเป็นต้องสมัครขอใบอนุญาตใหม่ แต่ผู้ได้รับใบอนุญาตจะต้องแจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบทราบ

บทลงโทษ ผู้ที่จัดการหรือควบคุม โรงพยาบาลเอกชน สถานผดุงครรภ์สถานรับดูแล คลินิกแพทย์ หรือห้องปฏิบัติการ ที่ให้บริการโดยไม่ได้รับอนุญาตจะมีโทษปรับไม่เกิน \$20,000 หรือจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับการรับรองมาตรฐานสถานประกอบการ มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการจะต้องแต่งตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพ เพื่อเฝ้าระวังหรือประเมินคุณภาพ และความเหมาะสมของบริการที่ทำให้การปฏิบัติและกิจกรรมการดูแล ที่ให้ในสถานดูแลสุขภาพ ระบุปัญหาหรือแก้ไขปัญหาคืออาจเกิดขึ้น ที่เชื่อมโยงกับการบริการที่ให้ หรือการปฏิบัติและกิจกรรมการดูแลที่ให้ในสถานดูแลสุขภาพ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง คุณภาพการบริการตรวจสอบการนำข้อเสนอแนะ ไปปรับใช้

ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตจะต้องรายงานต่อผู้อำนวยการเกี่ยวกับกิจกรรม ข้อค้นพบและ ข้อเสนอแนะจากแต่ละคณะกรรมการประกันคุณภาพ

ผู้ที่เป็นหรือเคยเป็นสมาชิก ในคณะกรรมการประกันสุขภาพจะต้องไม่กระทำ หรือไม่ทำในสิ่งที่เทียบเคียงกับรัฐ ได้แก่ การเขียนหรือจัดเตรียมเอกสารตามคำขอร้อง หรือจัดทำ เพื่อคณะกรรมการประกันคุณภาพ การเปิดเผยข้อมูลที่รับรู้ในฐานะที่เป็นคณะกรรมการประกันสุขภาพ ในข้อย่อที่ 3 จะไม่ใช่หากเป็นความต้องการของศาล สิ่งที่ค้นพบหรือข้อเสนอแนะจาก คณะกรรมการประกันสุขภาพที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงที่เกี่ยวกับการบริการ ไม่ได้หมายความว่าบริการที่ให้อยู่ที่นั่นไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอสิ่งที่คณะกรรมการประกัน คุณภาพหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ภายใต้ข้อชี้แนะของคณะกรรมการประกันคุณภาพกระทำลงไป เพื่อวัตถุประสงค์ในการทดสอบการทำหน้าที่ของคณะกรรมการ ไม่ได้เป็นเรื่องที่สมาชิกใน คณะกรรมการแสดงออกเป็นการส่วนตัว แสดงความรับผิดชอบ การเรียกร้อง หรือแสดง ความต้องการ⁵⁷

ดังนั้น จะเห็นว่าระบบสวัสดิการในกรดูแลผู้สูงอายุของแต่ละประเทศที่กล่าวมา ก่อนข้างจะให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ส่วนระบบการจัดสวัสดิการในการ ดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย แม่ว่ายังไม่เพียงพอและครอบคลุม มีมาตรฐาน ดังเช่นต่างประเทศก็ตาม แต่ก็นับว่าปัจจุบันผู้สูงอายุได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น มีการส่งเสริมและจัดสวัสดิการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เช่น การจ่ายสวัสดิการเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ หรือการให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจึงถือเป็นนิมิตรหมาย อันดีที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐานเช่นเดียวกับต่างประเทศ

⁵⁷ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2550). *โครงการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาล ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนเพื่อการวิจัย.

บทที่ 4

วิเคราะห์ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในธุรกิจการให้บริการ ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทย

จากการศึกษาความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงจะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันสภาพสังคมเมืองไทยมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยวิถีชีวิตจากครอบครัวใหญ่เป็นครอบครัวเล็ก และคนในครอบครัวมีความจำเป็นที่จะต้องออกจากบ้านไปทำงาน ไม่มีเวลาที่จะดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง จึงทำให้เกิดธุรกิจสถานรับดูแลขึ้น ซึ่งผู้ประกอบการเหล่านี้ต่างแสวงหาผลกำไร หรือผลประโยชน์จากการประกอบธุรกิจ ทำธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงตามบ้านถือเป็นธุรกิจรูปแบบใหม่ และเป็นธุรกิจที่กำลังขยายตัวในวงกว้างในปัจจุบัน แต่เนื่องจากกฎหมายที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมต่อการทำธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตามบ้าน จึงทำให้เกิดปัญหาด้านกฎหมาย ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองด้านสัญญาสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตามบ้าน

การคุ้มครองด้านสัญญาซึ่งได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 3 เป็นการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญากับผู้ประกอบการ ไม่ให้ผู้ประกอบการเอาเปรียบผู้บริโภค ตามมาตรา 35 ทวิ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้ให้อำนาจคณะกรรมการว่าด้วยสัญญาที่มีอำนาจกำหนดให้ธุรกิจขายสินค้าหรือให้บริการเป็นธุรกิจที่ควบคุมสัญญาได้ หากสัญญาซื้อขายหรือสัญญาให้บริการในธุรกิจดังกล่าวมีกฎหมายกำหนดให้ต้องทำเป็นหนังสือหรือตามปกติประเพณีทำเป็นหนังสือ ดังนั้น การที่คณะกรรมการว่าด้วยสัญญาจะกำหนดให้ธุรกิจใดเป็นธุรกิจควบคุมสัญญาได้นั้น จะต้องปรากฏว่ามีกฎหมายกำหนดให้สัญญาซื้อขายหรือสัญญาให้บริการในธุรกิจดังกล่าวต้องเป็นหนังสือ เช่น สัญญาเช่าซื้อ เป็นต้น หรือมีปกติประเพณีว่าต้องจัดทำเป็นหนังสือ ซึ่งเมื่อธุรกิจดังกล่าวเป็นธุรกิจที่ควบคุมสัญญาแล้ว คณะกรรมการว่าด้วยสัญญาสามารถพิจารณากำหนดข้อสัญญาที่ต้องระบุหรือข้อความที่ห้ามระบุในสัญญาของธุรกิจที่ควบคุมได้ หากผู้ประกอบการไม่ปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการ

ว่าด้วยสัญญา ในกรณีที่ สัญญานั้น ไม่ใช่ข้อสัญญาตามที่กำหนดหรือใช้ผิดเงื่อนไข กฎหมายให้ถือว่า มีข้อสัญญาตามที่กำหนดหรือมีเงื่อนไขตามที่กำหนดแล้ว ส่วนกรณีที่กฎหมายกำหนดว่าห้ามใช้ ข้อสัญญาใดแล้ว ผู้ประกอบธุรกิจกลับระบุข้อสัญญาต้องห้ามนั้นในสัญญา กฎหมายให้ถือว่า สัญญานั้น ไม่มีข้อ สัญญาที่ห้ามใช้โดยปริยาย อย่างไรก็ตาม หากผู้บริโภคได้ปฏิบัติตามสัญญาที่ ผ่าฝืนหรือผิดหลักเกณฑ์ของประกาศคณะกรรมการว่าด้วยสัญญาไปแล้ว ผู้บริโภคยังคงต้องผูกพัน ตามสัญญาอยู่ เช่น หากมีการชำระราคาให้แก่ผู้ประกอบการไปแล้ว ผู้บริโภคต้องฟ้องเรียกคืนตาม กระบวนการทางศาล ผู้ประกอบธุรกิจอาจถูกคณะกรรมการว่าด้วยสัญญาลงโทษ แต่ไม่มีบทบัญญัติ ให้คืนเงินที่ผู้บริโภคชำระไปแล้ว เป็นต้น ผู้บริโภคยังคงเสียหายเช่นเดิมและต้องฟ้องเรียกเงินตาม กระบวนการทางศาล มาตรการนี้จึงเป็นมาตรการด้านป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหาย แต่ไม่ได้ เยียวยาหรือแก้ไขความเสียหายแก่ผู้บริโภค

การประกอบธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแลที่ผู้ประกอบการจัดส่งไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้นมี 2 กรณี กล่าวคือ

กรณีแรก ผู้ดูแลประจำของผู้ประกอบการซึ่งได้รับค่าตอบแทนจากผู้ประกอบการโดยตรง ซึ่งค่าตอบแทนนี้จะคำนวณตามระยะเวลาการทำงานของผู้ดูแล หากผู้ดูแลได้รับมอบหมาย ให้ออกไปปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแลจะต้องไป ปฏิบัติหน้าที่ ที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่พำนักอยู่ในสถานบริการของผู้ประกอบการแทน ซึ่งในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลประจำ ผู้ดูแลจะต้อง ปฏิบัติงานตามที่ผู้ประกอบการมอบหมาย และอยู่ในการจัดการของผู้ประกอบการ ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ประกอบการที่จ้างผู้ดูแลประจำมักเป็นผู้ประกอบการที่มีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและ ผู้ป่วยติดเตียงในสถานบริการร่วมด้วย ผู้ดูแลประจำจึงมีไม่มากนักในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

กรณีที่สอง คือ ผู้ดูแลในสังกัดของผู้ประกอบการกล่าวคือ เมื่อผู้ประกอบการตกลง ให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านให้แก่ผู้รับบริการแล้วผู้ประกอบการจะ มอบหมายงานให้ผู้ดูแล ผู้ดูแลจะได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุจากผู้ประกอบการโดยตรง เมื่อผู้ดูแลไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน โดยผู้ดูแลไม่ได้มีส่วน เกี่ยวข้องกับการทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงและไม่ทราบค่าบริการ ที่ผู้ประกอบการเรียกเก็บจากผู้รับบริการ ในกรณีนี้หากผู้ดูแลไม่ได้ออกไปปฏิบัติงานก็จะไม่ได้ ค่าตอบแทน โดยในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านนั้น ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติงาน ตามที่ได้รับมอบหมาย และอยู่ในการจัดการจากผู้ประกอบการ

เมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริงข้างต้นความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ประกอบการทั้งในกรณีของผู้ดูแลประจำและผู้ดูแลในสังกัดเป็นความสัมพันธ์ตามสัญญาจ้างแรงงานภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของสัญญาจ้างแรงงาน คือ การที่ฝ่ายหนึ่งตกลงทำงานให้อีกฝ่ายหนึ่งเพื่อสินจ้างเป็นการตอบแทนการทำงาน และอีกฝ่ายหนึ่งก็ตกลงให้สินจ้างตอบแทนตลอดระยะเวลาที่อีกฝ่ายทำงานให้ โดยในการทำงานของลูกจ้าง ผู้เป็นนายจ้างมีอำนาจบังคับบัญชาควบคุมการทำงานของลูกจ้างด้วย การปฏิบัติการทำงานดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงทั้งในกรณีผู้ดูแลประจำที่ทำงานในสถานบริการและที่ปฏิบัติงานที่บ้านของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง จึงเป็นการทำงานในฐานะลูกจ้างของผู้ประกอบการซึ่งถือเป็นนายจ้าง ตามที่ผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามสัญญาจ้างดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง โดยที่ผู้ดูแลไม่ได้เป็นผู้เข้าทำสัญญากับฝ่ายผู้รับบริการเอง ผู้ดูแลกับผู้รับบริการจึงไม่มีนิติสัมพันธ์ต่อกัน หากเกิดความเสียหายขึ้นผู้รับบริการสามารถเรียกให้ผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ตามหลักกฎหมายละเมิด และเนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการกับผู้ดูแลมีลักษณะเป็นสัญญาจ้างแรงงาน ผู้ประกอบการในฐานะนายจ้างของผู้ดูแลอาจต้องร่วมรับผิดชอบในการละเมิดกับผู้ดูแลด้วย

การเข้าทำสัญญากับฝ่ายผู้รับบริการนั้น สัญญาเกิดขึ้นเมื่อบุคคลที่ประสงค์จะซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงจากผู้ประกอบการแสดงเจตนาเข้าทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการอาจเป็นตัวผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเอง หรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการให้ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลก็ได้

ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้แสดงเจตนาเข้าทำสัญญาให้บริการดูแลกับผู้ประกอบการ ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการก็จะผูกพันเป็นคู่สัญญาในสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงโดยตรง ผู้สูงอายุในฐานะคู่สัญญาจึงมีสิทธิเรียกให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามสัญญาได้ ส่วนผู้ประกอบการก็มีสิทธิเรียกให้ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงชำระค่าบริการตามสัญญาได้เช่นกัน โดยสิทธิ หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ประกอบการ และผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงเป็นไปตามที่ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันในสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง

ในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ต้องการให้ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลเป็นผู้แสดงเจตนาเข้าทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการ โดยตกลงกับผู้ประกอบการให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ได้รับบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงจากผู้ประกอบการ โดยผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้แสดงเจตนาเข้าทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการนั้น ในกรณีนี้สมาชิกในจะผูกพัน

เป็นคู่สัญญากับผู้ประกอบการ และมีสิทธิเรียกให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามสัญญาได้เช่นกัน ซึ่งสิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบตามสัญญานั้นเป็นไปตามสัญญาที่ได้ตกลงกันในสัญญาบริการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงที่เข้ารับบริการดูแลนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเองนั้น ไม่ได้เข้าทำสัญญากับผู้ประกอบการจึงไม่ใช่ คู่สัญญากับผู้ประกอบการโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามสัญญาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและ ผู้ป่วยติดเตียงระหว่างผู้ประกอบการกับสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเป็นสัญญาเพื่อประโยชน์ บุคคลภายนอกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 374 ผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียง ก็มีสิทธิเรียกให้ผู้ประกอบการปฏิบัติภาระหน้าที่ได้โดยตรงตามสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง แม้จะไม่ได้เข้าเป็นคู่สัญญากับผู้ประกอบการก็ตาม

4.1.1 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองด้านสัญญาับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วย ติดเตียงตามบ้าน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562)

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 ซึ่ง พระราชบัญญัติฉบับนี้มีขึ้นเพื่อมุ่งคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคจากการเอาเปรียบ ของผู้ประกอบการธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง นอกจากผู้ประกอบการ จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่กำกับดูแลการประกอบธุรกิจแล้ว ผู้ประกอบการจะต้องปฏิบัติ ตามกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้วย

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้ให้นิยามความหมายของ คำว่า “บริการ” “ผู้บริโภค” และ “ผู้ประกอบการ” และมาตรา 29/1 ได้ให้นิยามของคำว่า “บริการที่เป็นอันตราย”ไว้ดังต่อไปนี้

“บริการ” หมายความว่า การรับจัดทำกรงาน การให้สิทธิใด ๆ หรือการให้ใช้หรือให้ ประโยชน์ในทรัพย์สินหรือกิจการใด ๆ โดยเรียกค่าตอบแทนเป็นเงินหรือผลประโยชน์อื่นแต่ ไม่รวมถึงการจ้างแรงงานตามกฎหมายแรงงาน

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบการหรือผู้ซึ่งได้รับการ เสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบการเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการและหมายความรวมถึง ผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบการโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

“ผู้ประกอบการ” หมายความว่า ผู้ขาย ผู้ผลิตเพื่อขาย ผู้ส่งหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักร เพื่อขายหรือผู้ซื้อเพื่อขายต่อซึ่งสินค้า หรือผู้ให้บริการ และหมายความรวมถึงผู้ประกอบการ โฆษณาด้วย

“บริการที่เป็นอันตราย” หมายความว่า บริการที่ก่อหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพ อนามัย จิตใจ หรือทรัพย์สิน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบริการที่มีกฎหมายอื่นบัญญัติเรื่องนั้นไว้โดยเฉพาะแล้ว

จึงสามารถพิจารณาได้ว่าการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง เป็นการรับจัดทำกรงานอย่างหนึ่ง กล่าวคือ ผู้ประกอบการรับดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง โดยผู้ประกอบการเรียกเก็บค่าบริการเป็นการตอบแทน การประกอบธุรกิจให้บริการดูแล ผู้สูงอายุจึงเป็นบริการ และเป็นบริการที่เป็นอันตรายเนื่องจากเป็นบริการที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตร่างกาย สุขภาพ อนามัย จิตใจ ของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง ตามพระราชบัญญัตินี้ ดังนั้น ผู้ประกอบการซึ่งเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง จึงอยู่ในนิยามของผู้ประกอบธุรกิจตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค

ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงหรือสมาชิกในครอบครัวที่เข้าทำสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ประกอบการเป็นผู้บริโภคตามพระราชบัญญัตินี้ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงหรือสมาชิกในครอบครัวที่เข้า ทำสัญญากับผู้ประกอบการเป็นบุคคลที่เข้าเป็นคู่สัญญากับผู้ประกอบการในการใช้บริการดูแล ผู้สูงอายุ ส่วนกรณีที่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้เข้าทำสัญญากับผู้ประกอบการ และผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้ได้รับการดูแลโดยที่ตนเองไม่ได้ทำสัญญากับผู้ประกอบการและไม่ได้เสียค่าบริการให้แก่ผู้ประกอบการ ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงก็จัดว่าเป็นผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติฉบับนี้เช่นกัน เนื่องจากคำว่า “ผู้บริโภค” นั้นครอบคลุมผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบการด้วย แม้ไม่ได้เข้าเป็นคู่สัญญากับผู้ประกอบการเองก็ตาม ดังนั้น ฝ่ายผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยติดเตียงและสมาชิกในครอบครัว จึงเป็น ผู้บริโภคและย่อมได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคฉบับนี้

ปัจจุบันธุรกิจที่คณะกรรมการว่าด้วยสัญญาประกาศให้เป็นธุรกิจควบคุม สัญญามีอยู่หลายธุรกิจด้วยกัน เช่น ธุรกิจบัตรเครดิต ธุรกิจให้เช่าซื้อรถยนต์และรถจักรยานยนต์ ธุรกิจขายห้องชุด ธุรกิจการให้บริการ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ธุรกิจการให้กู้ยืมเงินเพื่อผู้บริโภคของสถาบันการเงิน ธุรกิจให้เช่าซื้อเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงไม่ได้เป็นธุรกิจควบคุมสัญญาตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ดังนั้น สัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงจึงไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการว่าด้วยสัญญา ซึ่งก็ทำให้ผู้รับบริการจะต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อให้ศาลวินิจฉัยในเรื่องข้อสัญญาไม่เป็นธรรมตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 หากเกิดปัญหาว่าสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงนั้นผู้ประกอบการได้เปรียบผู้รับบริการเกินสมควร

ข้อตกลงที่อาจพิจารณาได้ว่าเป็นการได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง คือ ข้อตกลงที่มีลักษณะหรือมีผลให้คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งต้องปฏิบัติตามอย่างใดอย่างหนึ่งหรือต้องรับภาระใดที่หนักเกินกว่าวิญญูชนจะพึงคาดหมายได้ตามปกติ หากปรากฏว่าหนักเกินไปก็ถือว่าข้อตกลงนั้นทำให้คู่สัญญาฝ่ายผู้ประกอบการค้าหรือวิชาชีพ หรือผู้กำหนดสัญญาสำเร็จรูปได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น ข้อตกลงยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดที่เกิดจากการผิดสัญญาของตน ข้อตกลงให้ต้องรับผิดชอบหรือรับภาระมากกว่าที่กฎหมายกำหนด ข้อตกลงให้สัญญาสิ้นสุดลงโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรหรือให้สิทธิบอกเลิกสัญญาได้โดยอีกฝ่ายหนึ่งมิได้ผิดสัญญาในข้อสาระสำคัญ ข้อตกลงให้สิทธิที่จะไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใดโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร เป็นต้น

จากการศึกษารูปแบบของสัญญาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงนั้น พบว่าในสัญญาดังกล่าวมีข้อตกลงว่า “ผู้ประกอบการสงวนสิทธิ์ที่จะปรับค่าบริการประจำปีตามความเหมาะสม” ข้อตกลงเช่นนี้เป็นข้อตกลงให้สิทธิผู้ประกอบการปรับขึ้นค่าบริการได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการ ข้อตกลงดังกล่าวจึงอาจพิจารณาได้ว่าเป็นข้อตกลงที่มีลักษณะหรือมีผลให้คู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่งต้องรับภาระหนักเกินกว่าที่วิญญูชนจะพึงคาดหมายได้ตามปกติ อันเป็นการได้เปรียบคู่สัญญาอีกฝ่ายหนึ่ง ดังนั้น หากในสัญญาให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการไม่ว่าจะมีการทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ตาม มีข้อสัญญาหรือข้อตกลงที่เป็นการเอาเปรียบผู้รับบริการเกินสมควร ศาลอาจสั่งให้ข้อสัญญาดังกล่าวมีผลบังคับได้เท่าที่เป็นธรรมและพอสมควรแก่กรณี

4.1.2 วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการคุ้มครองด้านสัญญาับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตามบ้านตามพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ของสหราชอาณาจักร

กฎหมายสหราชอาณาจักร Health and Social Care Act ได้บัญญัติควบคุมการให้บริการไว้ดังนี้ ได้แก่ การดูแลส่วนบุคคล การให้ที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้านพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล การให้ที่พักแก่ บุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดการใช้ยาเสพติดหรือการติดสุรา การให้ที่พักและการดูแลด้าน พยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคลในภาคการศึกษาต่อเนื่อง (Further education sector) การ รักษาโรค การผิดปกติหรืออาการบาดเจ็บ การประเมินหรือการรักษาทางการแพทย์แก่บุคคลที่ ถูกควบคุมตัวภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2526 การดำเนินการเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยผู้ประกอบการดูแลสุขภาพ การดำเนินการเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการคัดกรองโดยการ ใช้ภาพถ่ายด้วยรังสีเอ็กซ์ (X-ray) และวิธีอื่น ๆ เพื่อตรวจร่างกายโดยการ ใช้รังสีหรือการอัลตราซาวด์) การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดหาโลหิตและผลิตภัณฑ์จากโลหิต การบริการขนส่งผู้ป่วย การคัดแยกผู้บาดเจ็บและการให้คำแนะนำทางการแพทย์ระยะไกล 11) การให้บริการ

สถานผดุงครรภ์และการบริการผดุงครรภ์ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ การให้บริการในสถานลดน้ำหนัก การพยาบาล และการวางแผนครอบครัว

ความหมายของการดูแลส่วนบุคคลตาม Health and Social Care Act มีความหมายอย่างกว้าง กล่าวคือ หมายรวมถึง การช่วยเหลือทางกายเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารหรือการดื่มน้ำ รวมถึงการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ การเข้าห้องน้ำ การล้างหรือการ อาบน้ำ การแต่งตัว การดูแลช่องปาก และการดูแลผิวหนัง ผมและเล็บ รวมถึงการกระตุ้น และการ ควบคุมดูแลบุคคลอื่น เกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคลตามที่ระบุข้างต้นด้วย การดูแลส่วนบุคคลตาม Health and Social Care Act ซึ่งไม่ได้จำกัดเพียงการช่วยเหลือเกี่ยวกับระบบกายภาพเท่านั้น แต่ ยังรวมถึงการควบคุมดูแล ผู้รับบริการให้ดำเนินการช่วยเหลือตนเองด้วย

จากนิยามของการดูแลส่วนบุคคลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการให้บริการดูแลส่วนบุคคลจึง ไม่ได้จำกัดเพียงการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่รวมถึงการให้บริการดูแลส่วนบุคคลแก่ ผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ในลักษณะอื่นด้วย เช่น ทูพพลภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากลักษณะของ การให้บริการดูแลส่วนบุคคลแล้ว การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในกรณีที่คุณดูแลที่จัดส่งไป ปฏิบัติงาน ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ อยู่ในความหมายของการให้บริการดูแลส่วนบุคคลตาม พระราชบัญญัติฉบับนี้

หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกอบกรณั้้นผู้ประกอบการจะต้องรักษามาตรฐานของตนเอง ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการคุณภาพการดูแลประกาศกำหนดอยู่เสมอ ได้แก่ มาตรฐาน สำคัญ ของคุณภาพและความปลอดภัยหากคณะกรรมการคุณภาพการดูแลพบว่าหรือได้รับการ ร้องเรียน ว่าการให้บริการของผู้ประกอบการรายใดไม่เป็นไปตามมาตรฐานดังกล่าว คณะกรรมการ คุณภาพ การดูแลมีอำนาจปรับ ระงับการดำเนินการ หรือเพิกถอนทะเบียนได้ ซึ่งมาตรฐานชุดนี้ ใช้บังคับผู้จดทะเบียนการควบคุม (Regulate Activities) ทุกลักษณะไม่ว่ากิจการควบคุมนั้นจะ เกิดขึ้นในสถานบริการหรือที่บ้านพักของผู้รับบริการเอง โดยไม่มีการแยกกฎเกณฑ์ และมาตรฐาน สำหรับการให้บริการต่าง ๆ และตามกฎหมายอังกฤษกำหนดหน้าที่ของผู้ประกอบการไว้ ในเรื่องการทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ รวมถึงรายละเอียด ของสัญญาดังกล่าวด้วย

หน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลการให้บริการต่าง ๆ ตาม Health and Social Care Act นั้น ได้แก่ คณะกรรมการคุณภาพการดูแล (Care Quality Commission) เพื่อคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของประชาชนที่ใช้บริการการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม โดยคณะกรรมการคุณภาพการดูแลเป็นหน่วยงานเดียวที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการ จดทะเบียน ทบทวนและการตรวจสอบการให้บริการดูแลสุขภาพและดูแลด้านสังคมที่ให้บริการ โดยหน่วยงาน

บริการสุขภาพแห่งชาติ และภาคเอกชนในสหราชอาณาจักร ซึ่งการกำกับดูแลการให้บริการนั้น พิจารณาจาก ลักษณะของกิจกรรมที่ผู้ประกอบการให้บริการ ซึ่งกิจกรรมควบคุมตาม Health and Social Care Act ครอบคลุมการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ทั้งสถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐาน และสถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง เนื่องจากเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการให้ ที่พักแก่บุคคลที่ต้องได้รับการพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นการจัดหาจัดส่งบุคลากร ไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของการ ให้บริการ หากเป็นการให้บริการจัดส่งผู้ดูแลจัดว่าเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการดูแล ส่วนบุคคล หากเป็นการให้บริการจัดส่งพยาบาลวิชาชีพจะจัดว่าเป็นกิจกรรมควบคุมประเภทการพยาบาล ซึ่งเป็นการให้บริการคนละประเภทและมีลักษณะในการประกอบธุรกิจบางประการที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการให้บริการแนะนำผู้ดูแลหรือพยาบาลไม่ถูกควบคุมภายใต้ พระราชบัญญัติฉบับนี้ ผู้ประกอบการที่ให้บริการแนะนำผู้ดูแลหรือพยาบาลจึงไม่ต้องจดทะเบียน

สำหรับการกำกับดูแลการให้บริการ Health and Social Care Act ยังคงใช้ระบบใบอนุญาต ในการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจเพื่อคุ้มครองผู้รับบริการ โดยกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเริ่ม ประกอบการ ซึ่งเป็นการพิจารณาความเหมาะสมของผู้ที่เข้ามาประกอบธุรกิจ การกำหนดหลักเกณฑ์ เกี่ยวกับการประกอบการ เพื่อวางมาตรฐานของการประกอบธุรกิจ และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเลิก ประกอบการ โดยหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการตาม Health and Social Care Act และ Care Standards Act มีสาระสำคัญเช่นเดียวกัน กล่าวคือ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับ ข้อมูลของบริการ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของบริการ หลักเกณฑ์ เกี่ยวกับบุคลากร หลักเกณฑ์เกี่ยวกับข้อร้องเรียน และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการ ซึ่ง Health and Social Care Act กำหนดให้การให้บริการกิจกรรม ควบคุมทุกลักษณะจะอยู่ภายใต้ ระเบียบและมาตรฐานชุดเดียวกัน สำหรับหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลการประกอบธุรกิจ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ Health and Social Care Act กำหนดให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการคุณภาพ การดูแลเพียงองค์กรเดียว การกำกับดูแลการให้บริการทุกประเภทจึงเป็นอำนาจของคณะกรรมการ คุณภาพการดูแล ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการคณะกรรมการคุณภาพการดูแล เป็นผู้ที่มีหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งทำให้เกิดความเป็นเอกภาพในการใช้และตีความกฎหมาย ส่งผลให้ผู้รับบริการ ได้รับการ คุ้มครองในระดับเดียวกัน

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุของ สหราชอาณาจักร และการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงใน ประเทศไทยนั้นสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

ประการแรก การประกอบธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรนั้น ได้กำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ และการจัดส่งคนดูแลไปให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านนั้น ถูกกำกับดูแลอยู่ภายใต้กฎหมายฉบับเดียวกัน คือ พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแล ด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่จัดให้การ ประกอบธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่สถานบริการนั้นถูกกำกับดูแลด้านกฎหมาย อยู่ในพระราชบัญญัติสถานประกอบพยาบาล และจัดให้การประกอบธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านถูกกำกับดูแลด้านกฎหมายอยู่ในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข ซึ่งทำให้ มาตรฐานของกฎหมายที่กำกับดูแลการประกอบธุรกิจในสองรูปแบบนั้นไม่เท่าเทียมกัน และ หน่วยงานที่กำกับดูแลเป็นคนละหน่วยงานกันจึงทำให้ธุรกิจทั้งสองรูปแบบนี้มีมาตรฐานการคุ้มครอง ในการให้บริการที่แตกต่างกัน

ประการที่สอง การประกอบธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรนั้น ได้กำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ และการจัดส่งคนดูแลไปให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านนั้น เป็นการดูแลส่วนบุคคลเช่นเดียวกันซึ่งถูกจัดให้เป็นกิจกรรมที่ต้องควบคุมตาม Health and Social Care Act ในเรื่องการทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ รวมถึง รายละเอียดของสัญญา จึงทำให้พระราชบัญญัตินี้คุ้มครองผู้รับบริการได้โดยเป็นการป้องกันไม่ให้ ผู้รับบริการเกิดการเสียเปรียบตั้งแต่ขณะเข้าทำสัญญา ซึ่งแตกต่างกับกฎหมายในประเทศไทย ซึ่งธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านไม่ได้เป็นธุรกิจควบคุมสัญญาตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคของไทย ซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้พระราชบัญญัตินี้คุ้มครอง ผู้บริโภคป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเสียเปรียบตั้งแต่ขณะทำสัญญา จึงทำให้เมื่อเกิดมีคดีข้อพิพาท ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะต้องนำคดีขึ้นสู่ศาลเพื่อให้ศาลวินิจฉัยในเรื่อง ข้อสัญญาไม่เป็นธรรมตามพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นการ เสียหายความเสียหายมากกว่าการป้องกัน

4.2 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลและผู้ประกอบธุรกิจให้บริการ จัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตามพระราชบัญญัติ การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2560) ของประเทศไทย

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2560) เป็นกฎหมายที่ควบคุมดูแลด้านสาธารณสุข เนื่องจากการสาธารณสุขเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ ออนามัย และสภาพแวดล้อมของมนุษย์อย่างใกล้ชิด หากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์เสื่อมโทรมหรือเกิดมลพิษย่อมส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น กฎหมายฉบับนี้จึงบัญญัติขึ้นเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์และข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดความสมดุลของสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดกฎเกณฑ์และข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุขไว้หลายด้านด้วยกัน ได้แก่ การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย สุขลักษณะของอาคาร เหนือราคา การควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์ และกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร และการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ โดยการดำเนินการดังกล่าว พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น และเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดังนั้น พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงเป็นกฎหมายแม่บทในการออก บทบัญญัติระดับรองลงมาเพื่อจัดระเบียบการอนามัยและสิ่งแวดล้อมในชุมชน

ดังนั้น การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจึงเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ตามมาตรา 32 ซึ่งบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้

มาตรา 32 เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลการประกอบกิจการที่ประกาศตามมาตรา 31 ให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออกข้อบัญญัติท้องถิ่นดังต่อไปนี้

(1) กำหนดประเภทของกิจการตามมาตรา 31 บางกิจการ หรือทุกกิจการให้เป็นกิจการที่ต้องมีการควบคุมภายในท้องถิ่นนั้นซึ่งราชการส่วนท้องถิ่นสามารถออก ข้อกำหนดของท้องถิ่นเพื่อควบคุมการประกอบกิจการดังกล่าวในท้องถิ่นของตนได้

ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข มีอำนาจออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และมาตรการในการควบคุม หรือกำกับดูแลกิจการใด ๆ ตามกฎหมายฉบับนี้ โดยกฎกระทรวงดังกล่าวจะมีผลบังคับเป็นการทั่วไปทุกท้องถิ่น หรือใช้บังคับเฉพาะท้องถิ่นใดท้องถิ่นหนึ่งก็ได้ ซึ่งเมื่อมีกฎกระทรวงใช้บังคับใน ท้องถิ่นใดแล้ว ราชการส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎกระทรวงกำหนด เว้นแต่เป็นกรณีที่มีความจำเป็นหรือมีเหตุผลพิเศษเฉพาะท้องถิ่น ราชการส่วนท้องถิ่นจึงอาจดำเนินการ แตกต่าง

ไปจากที่กฎกระทรวงกำหนดได้แต่จะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ สาธารณสุข และได้รับอนุมัติจากรัฐมนตรีเสียก่อน ดังนั้น กฎกระทรวงนี้จึงมีสภาพบังคับให้ ราชการส่วนท้องถิ่น ต้องปฏิบัติตาม เว้นแต่กรณีจำเป็นหรือเหตุผลพิเศษและได้รับอนุญาตแล้ว ราชการส่วนท้องถิ่น จึงจะสามารถไม่ปฏิบัติตามกฎกระทรวงได้

นอกจากนี้ รัฐมนตรียังมีอำนาจประกาศกำหนดให้กิจการใด ๆ เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศกำหนดนั้น ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออกข้อกำหนดของท้องถิ่นระบุให้กิจการที่เป็นอันตรายดังกล่าวทั้งหมดหรือบางกิจการเป็นกิจการที่ถูกควบคุม ในท้องถิ่นนั้น ๆ ทั้งนี้เมื่อข้อกำหนดของท้องถิ่นใช้บังคับแล้ว ผู้ดำเนินกิจการที่ถูกควบคุม ในท้องถิ่น ดังกล่าวจะต้องขออนุญาตประกอบกิจการดังกล่าวจากเจ้าพนักงานส่วนท้องถิ่นก่อนเริ่ม ประกอบการ ดังนั้น การกำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจะต้องมีประกาศกระทรวง สาธารณสุขกำหนดว่ากิจการใดบ้างที่เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเสียก่อน จากนั้น ราชการ ส่วนท้องถิ่นค่อยออกข้อกำหนดของท้องถิ่นกำหนดให้กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามที่ กระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็นกิจการที่ต้องมีการควบคุมภายในท้องถิ่นของตน เช่น ข้อบัญญัติ กรุงเทพมหานคร ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

4.3 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลที่ผู้ประกอบการให้บริการ จัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงตามพระราชบัญญัติการดูแล สุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ของ สหราชอาณาจักร

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้นว่า พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ของสหราชอาณาจักรนั้น การดูแลส่วนบุคคลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้บริการดูแลส่วนบุคคลนั้น ไม่ได้จำกัดเพียงการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่รวมถึงการให้บริการดูแลส่วนบุคคลแก่ผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ในลักษณะอื่นด้วย เช่น ทูพพลภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากลักษณะของการให้บริการดูแลส่วนบุคคลแล้ว การให้บริการดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน

หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกอบการ เมื่อจดทะเบียนแล้ว ผู้ประกอบการจะต้องรักษา มาตรฐานของตนเองให้เป็นไป ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการคุณภาพการดูแลประกาศกำหนดอยู่เสมอ ได้แก่ มาตรฐานสำคัญ ของคุณภาพและความปลอดภัยหากคณะกรรมการคุณภาพการดูแลพบว่า

หรือได้รับการร้องเรียน ว่าการให้บริการของผู้ประกอบการรายใดไม่เป็นไปตามมาตรฐานดังกล่าว คณะกรรมการคุณภาพ การดูแลมีอำนาจปรับ ระวังการดำเนินการ หรือเพิกถอนทะเบียนได้ ซึ่งมาตรฐานชุดนี้ใช้บังคับผู้จดทะเบียนการควบคุม (Regulate Activities) ทุกลักษณะไม่ว่ากิจการควบคุมนั้นจะเกิดขึ้นในสถานบริการหรือที่บ้านพักของผู้รับบริการเอง โดยไม่มีการแยกกฎเกณฑ์ และมาตรฐานสำหรับการให้บริการต่าง ๆ

สำหรับมาตรฐานสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการประกอบด้วย หลักเกณฑ์ 28 ข้อ โดยถูกบัญญัติไว้ในระเบียบ 2 ฉบับด้วยกัน กล่าวคือ ระเบียบว่าด้วยกิจกรรมควบคุม 2553 ตาม พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม 2551 (Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010) และระเบียบคณะกรรมการคุณภาพการดูแลว่าด้วยการจดทะเบียน 2552 (Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009) ซึ่งในบทนี้จะได้อธิบายเรื่องที่เกี่ยวข้องคุณสมบัติของผู้ดูแลดังนี้

การดูแลผู้รับบริการและการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย การดูแลและสวัสดิภาพของผู้รับบริการ ผู้ประกอบการจะต้องดำเนินการ เพื่อปกป้องผู้รับบริการจากการได้รับการดูแลหรือการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ ปลอดภัย โดยผู้ประกอบการจะต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ และต้องมีการวางแผนการดูแลและให้การดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย นอกจากนี้ ผู้ประกอบการจะต้องมีกระบวนการสำหรับกรณีฉุกเฉินที่คาดหมายได้ว่าอาจเกิดขึ้นจากการให้บริการของตน เพื่อที่ผู้รับบริการจะปลอดภัย ได้รับการดูแล ส่วนบุคคล การรักษาพยาบาลและ การสนับสนุนที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

ความปลอดภัยของผู้รับบริการ ประกอบด้วยการปกป้องคุ้มครองผู้รับบริการจากการทารุณกรรม ผู้รับบริการจะต้อง ได้รับการคุ้มครองจากการทารุณกรรม หรือความเสี่ยงจากการถูกทารุณกรรม อีกทั้ง สิทธิมนุษยชน ของผู้รับบริการจะต้องได้รับการเคารพและส่งเสริมจากผู้ประกอบการ โดยผู้ประกอบการจะต้อง ดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อระบุความเป็นไปได้ที่การทารุณกรรมนั้นจะเกิดขึ้น และป้องกันก่อนที่ เหตุการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้น

ความสะอาดและการควบคุมการติดเชื้อ ผู้รับบริการจะต้องได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่สะอาดและได้รับการป้องกันจากการติดเชื้อ โดยผู้ประกอบการจะต้องรักษาให้สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ สะอาดอยู่เสมอ

การจัดการยารักษาโรค ผู้รับบริการจะต้องได้รับยารักษาโรคเมื่อ ผู้รับบริการต้องการ และยาที่ได้รับนั้นจะต้องปลอดภัย พร้อมทั้งได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับยาที่ ผู้รับบริการได้รับ

โดยผู้ประกอบการจะต้องจัดให้มีการบันทึกการได้รับยา การใช้และการเก็บรักษา ยา ตลอดจนงานการทิ้ง หรือทำลายยาอย่างเป็นระบบ

ความปลอดภัยและเหมาะสมของสถานที่ ผู้รับบริการจะต้องได้รับการดูแลในสถานที่ที่ปลอดภัย หรือได้รับบริการในสถานที่ที่ปลอดภัยที่ล้อมรอบด้วยสิ่งที่ทำให้สุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น

จำนวน ความเหมาะสมและความปลอดภัยของอุปกรณ์ เมื่อผู้รับบริการ ประสงค์จะใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ อุปกรณ์เหล่านั้นจะต้องปลอดภัย มีจำนวนเพียงพอ สะดวกสบายและ เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ

ด้านบุคลากร ประกอบด้วย ข้อกำหนดเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการจะต้องได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ความต้องการ สวัสดิภาพและสุขภาพของผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลโดยผู้ปฏิบัติงาน ที่เหมาะสม ผู้ประกอบการจะต้องมีระบบการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ บุคคลที่จะมาปฏิบัติหน้าที่ในกิจกรรมควบคุมจะต้องมีคุณลักษณะที่ดี มีคุณสมบัติ ทักษะ และประสบการณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และมีสุขภาพกายและจิตใจเหมาะสมกับงานที่ทำ

จำนวนผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ความต้องการ สวัสดิภาพ และสุขภาพของผู้รับบริการต้องได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เนื่องจากจำนวนผู้ปฏิบัติงานของผู้ประกอบการมีเพียงพอ

ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลที่ ปลอดภัย ความต้องการ สวัสดิภาพและสุขภาพของผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานที่มีความสามารถในการทำงาน ได้รับการอบรมและควบคุมดูแลอย่างเหมาะสม

คุณภาพและการบริหารจัดการ ประกอบด้วยเอกสารแสดงวัตถุประสงค์ ผู้ประกอบการจะต้องส่งเอกสารแสดงวัตถุประสงค์ ซึ่งมีรายละเอียดตามที่กำหนดให้แก่คณะกรรมการคุณภาพ การดูแล และต้อง ทบทวนและแก้ไขเอกสารแสดงวัตถุประสงค์ดังกล่าวให้สอดคล้องกับการให้บริการ ซึ่งหากมีการแก้ไขเอกสารแสดงวัตถุประสงค์ ผู้ประกอบการจะต้องบอกกล่าว คณะกรรมการคุณภาพการดูแล เป็นลายลักษณ์อักษรถึงการแก้ไขดังกล่าวด้วย

การประเมินและการติดตามคุณภาพของบริการ ผู้ประกอบการจะต้องดำเนินการเพื่อปกป้องผู้รับบริการจากการได้รับการดูแลหรือการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ปลอดภัย โดยผู้ประกอบการต้องมีระบบการทำงานที่ผู้ประกอบการสามารถประเมินและติดตามคุณภาพ การให้บริการได้อย่างสม่ำเสมอ และสามารถระบุประเมินและจัดการความเสี่ยงที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สวัสดิภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการได้

การร้องเรียน ความคิดเห็นและข้อร้องเรียนของผู้รับบริการจะต้องได้รับ การรับฟัง และตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เมื่อได้รับการร้องขอจากคณะกรรมการ คุณภาพ การดูแล ผู้ประกอบการจะต้องส่งสรุปข้อร้องเรียน และคำตอบของข้อร้องเรียนนั้น ให้แก่ คณะกรรมการด้วย

ซึ่งหน่วยงานกำกับดูแลการให้บริการต่าง ๆ เพื่อให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ตาม Health and Social Care Act นั้น ได้แก่ คณะกรรมการคุณภาพการดูแลเพียงองค์กรเดียว

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของผู้ดูแลในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุของประเทศอังกฤษ และการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยนั้นสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

ประการแรก การประกอบธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรนั้น ได้กำหนดให้การจัดส่งคนดูแลไปให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านนั้น เป็นกิจกรรมที่ถูกลงโทษ ตามพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) มีหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลการให้บริการ ต่าง ๆ ตาม Health and Social Care Act นั้น ได้แก่ คณะกรรมการคุณภาพการดูแลเพียงองค์กรเดียว เพื่อคุ้มครองและ ส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย และสวัสดิภาพของประชาชนที่ใช้บริการการดูแลสุขภาพซึ่งทำให้เกิดความเป็นเอกภาพในการใช้ และตีความกฎหมาย ส่งผลให้ผู้รับบริการ ได้รับการคุ้มครองในระดับเดียวกัน ซึ่งแตกต่างกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุขของประเทศไทยที่ได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น และเจ้าพนักงานท้องถิ่น ออกข้อกำหนดของท้องถิ่นกำหนดให้กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็นกิจการที่ต้องมีการควบคุมภายในท้องถิ่นของตน ซึ่งทำให้ผู้รับบริการอาจไม่ได้รับความคุ้มครองในระดับเดียวกันทั้งหมด เนื่องจากแต่ละท้องถิ่น มีความเลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ จึงอาจทำให้ท้องถิ่นที่มีความเจริญมากออกข้อกำหนดกำหนด หรือกฎเกณฑ์ในเรื่องคุณสมบัติของผู้ดูแลได้รัดกุมกว่าท้องถิ่นที่เจริญน้อยกว่า ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันของข้อกำหนดในแต่ละท้องถิ่น

ประการที่สอง การประกอบธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรนั้น ได้กำหนดให้การจัดส่งคนดูแลไปให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านนั้น พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและการดูแลด้านสังคม พ.ศ. 2551 (Health and Social Care Act 2008) ได้กำหนดมาตรฐานสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการไว้ในเรื่องการบริการซึ่งในด้านบุคคลากรนั้น ได้กำหนดให้มีระบบการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ บุคคลที่จะมา ปฏิบัติหน้าที่ในกิจกรรมควบคุมจะต้องมีคุณลักษณะที่ดี มีคุณสมบัติ ทักษะ และประสบการณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และมีสุขภาพกายและจิตใจเหมาะสมกับงานที่ทำซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการนั้น ได้รับบริการที่เป็นไป

ด้วยคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งแตกต่างกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุขของไทยที่
ข้อกำหนดหรือกฎเกณฑ์นั้นออกโดยข้อกำหนดของท้องถิ่นที่กำหนดให้กิจการที่เป็นอันตราย
ต่อสุขภาพตามที่ กระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็นกิจการที่ต้องมีการควบคุมภายในท้องถิ่นของตน
ซึ่งก็จะเกิดความแตกต่างในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งแต่ละท้องถิ่นอาจจะมีกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลไว้
แตกต่างกันออกไป ทำให้คุณภาพในข้อกำหนดเรื่องคุณสมบัติของผู้ดูแลนั้น ไม่เท่าเทียมกัน
ทำให้ผู้รับบริการในแต่ละท้องถิ่นเสียประโยชน์ไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพในด้าน
ความปลอดภัยที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

จากการศึกษาพบว่า การประกอบธุรกิจให้บริการให้บริการผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง พบปัญหา ดังนี้

ปัญหาการคุ้มครองผู้รับบริการจากการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง จากการศึกษามาตรการคุ้มครองผู้รับบริการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พบว่า แม้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 จะมีบทบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคไว้ว่าผู้บริโภค มีสิทธิได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา แต่ปรากฏว่าพระราชบัญญัติดังกล่าว ไม่มีบทบัญญัติ เกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบของสัญญาในการดำเนินการของผู้ประกอบธุรกิจการให้บริการที่เป็น อันตรายไว้ โดยเฉพาะแต่ประการใด ซึ่งในปัจจุบันสภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป บุคลากรต้องออกไปหางานทำเพื่อเลี้ยงครอบครัว และปล่อยทิ้งผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงไว้ โดยลำพัง และเมื่อปริมาณผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมีเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันงบประมาณ ในด้านสวัสดิการของรัฐค่อนข้างมีจำกัด จึงทำให้หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้การสงเคราะห์ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงมีไม่เพียงพอต่อความต้องการจึงทำให้เกิดธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุและ ผู้ป่วยติดเตียงขึ้น และเป็นที่ยอมรับอย่างมากในปัจจุบัน ซึ่งการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ปวย ติดเตียงนั้นเป็นการให้บริการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อันควรต้องมีมาตรการคุ้มครองผู้รับบริการ จากธุรกิจดังกล่าว ซึ่งเห็นควรกำหนดให้สัญญาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นสัญญา ทางธุรกิจที่ต้องควบคุม และควรกำหนดขอบเขตของการให้บริการไว้อย่างชัดเจน เพื่อก่อให้เกิด ความปลอดภัยในการรับบริการและเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายฝ่ายผู้รับบริการจะได้ไม่เกิด ข้อเสียเปรียบผู้ประกอบธุรกิจ ซึ่งธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ไม่ได้ถูก กำหนดเป็นธุรกิจควบคุมสัญญาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคของไทย ซึ่งทำให้ไม่สามารถ ใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเสียเปรียบตั้งแต่ขณะทำสัญญา จึงทำให้เมื่อเกิดมีคดีข้อพิพาทระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้เสียหายต้องนำคดีขึ้นสู่ศาล เพื่อให้ศาลวินิจฉัยให้ผู้ประกอบการหรือผู้ดูแลรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหาย

มาตรการตามกฎหมายในเรื่องข้อสัญญาไม่เป็นธรรมจึงเป็นการเยียวยาความเสียหาย ซึ่งเป็นมาตรการในเชิงรับ ไม่ใช่มาตรการในเชิงป้องกัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากบริการดูแลผู้สูงอายุมักเป็นความเสียหายต่อสุขภาพ อนามัย ร่างกายและชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความเสียหายที่ไม่สามารถเยียวยาให้กลับคืนคืนดังเดิมได้ หลักกฎหมายว่าด้วยข้อสัญญาไม่เป็นธรรมจึงไม่สามารถคุ้มครองผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

ประการที่สอง ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลที่ผู้ประกอบการให้บริการจัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งกำหนดให้การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กฎหมายฉบับนี้กำหนดกฎเกณฑ์และข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุขไว้โดยกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น และเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดังนั้น การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจึงเป็นกิจการที่เป็นอันตรายตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งราชการส่วนท้องถิ่นสามารถออกข้อกำหนดของท้องถิ่นเพื่อควบคุมการประกอบกิจการดังกล่าวในท้องถิ่นของตนได้ จึงทำให้แต่ละท้องถิ่นมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการอาจไม่ได้รับความคุ้มครองในระดับเดียวกันทั้งหมด เนื่องจากแต่ละท้องถิ่นมีความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ จึงอาจทำให้ท้องถิ่นที่มีความเจริญมาก ออกข้อกำหนดกำหนดหรือกฎเกณฑ์ในเรื่องคุณสมบัติของผู้ดูแลได้รัดกุมกว่าท้องถิ่นที่เจริญน้อยกว่า ทำให้มาตรฐานในการคุ้มครองไม่เท่าเทียมกันในแต่ละท้องถิ่น

ดังนั้น จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่าบทบัญญัติแห่งกฎหมายไทยที่กำกับการประกอบธุรกิจให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงผู้ผู้ป่วยติดเตียงมีความไม่เหมาะสมและไม่สามารถให้การคุ้มครองผู้รับบริการได้อย่างเพียงพอ ในส่วนของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุของต่างประเทศ จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยของสหราชอาณาจักร พบว่า กฎหมายสหราชอาณาจักร ได้กำหนดหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบการ มีการกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานของการให้บริการด้านต่าง ๆ ซึ่งมีหลักการคือ บุคลากร สถานที่ การดูแลผู้รับบริการ ความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กฎหมายสหราชอาณาจักร ได้มีการกำหนดหน้าที่ของผู้ประกอบการไว้ ในการทำสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ รวมถึงได้กำหนดรายละเอียดของสัญญาไว้อีกด้วย

5.2 ข้อเสนอแนะ

ประการแรก ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการกำหนดให้สัญญาให้บริการให้บริการผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงเป็นสัญญาที่คณะกรรมการว่าด้วยสัญญาประกาศให้เป็นธุรกิจควบคุม ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อให้ผู้บริโภค ได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญากับผู้ประกอบการ ไม่ให้ผู้ประกอบการเอาเปรียบผู้บริโภค ซึ่งหากผู้ประกอบการไม่ปฏิบัติตามประกาศของคณะกรรมการว่าด้วยสัญญาในกรณีสัญญา นั้น ไม่ใช้ข้อสัญญาตามที่กำหนด หรือใช้ผิดเงื่อนไขของกฎหมายให้ถือว่ามิใช่ข้อสัญญาตามที่กำหนด หรือมีเงื่อนไขตามที่กำหนดแล้ว ทำให้ผู้ประกอบการที่หลีกเลี่ยงไม่ใส่เงื่อนไขตามที่คณะกรรมการ ว่าด้วยสัญญาได้กำหนด ยังคงต้องรับผิดชอบเงื่อนไขของคณะกรรมการว่าด้วยสัญญา และในสัญญา ให้บริการให้บริการผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงนั้นควรมีขอบเขตของการให้บริการไว้อย่างชัดเจน ว่าการให้บริการประเภทไหนผู้ดูแลสามารถทำได้เอง และการให้บริการประเภทไหนควรจะ ต้องอยู่ ในการกำกับดูแลของแพทย์เท่านั้น เป็นต้น

ประการที่สอง ผู้เขียนเห็นควรกำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลที่ผู้ประกอบการให้บริการ จัดส่งผู้ดูแลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง โดยควรกำหนดให้ใช้มาตรฐานกลางของ กระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ที่กำหนดมาตรฐานที่จำเป็นไว้สำหรับบ้านพักผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพในการให้บริการด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง มีคุณสมบัติ ทักษะ และประสบการณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลด้วยวิธีที่ถูกต้อง และปลอดภัย

ประการสุดท้าย ผู้เขียนเห็นควรให้การประกอบธุรกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงในประเทศกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงในสถานบริการ และการจัดส่งผู้ดูแลไปให้บริการผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านนั้น ถูกกำกับดูแลอยู่ ภายใต้กฎหมายฉบับเดียวกัน เช่น แก้ไขเพิ่มเติม นิยามในพระราชบัญญัติสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยกำหนดให้การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วย ติดเตียงในกรณีจัดส่งผู้ดูแลไปให้บริการตามบ้านนั้น เป็นกิจการอื่นในพระราชบัญญัติสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะทำการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจทั้งสองรูปแบบนั้นมีมาตรฐาน เท่าเทียมกัน และหน่วยงานที่กำกับดูแลเป็นหน่วยงานเดียวกันจึงทำให้ธุรกิจทั้งสองรูปแบบนี้มี มาตรฐานการคุ้มครองในการให้บริการที่ไม่เกิดความแตกต่างกัน และอยู่บนมาตรฐานเดียวกันหรือ ใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

บรรณานุกรม

กฎหมาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

กฎหมายต่างประเทศ

Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009

EU Directive on Product Safety (1995)

National Insurance Act

Health and Social Care Act 2008

The forward of the Health and Social Care Act 2008

หนังสือ

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2548). *รายงานผลการศึกษาโครงการ: การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long term care) ในประเทศต่าง ๆ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (2552). *คู่มือธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กระทรวงพาณิชย์.

จรัญ ภัคดีธนากุล. (2541). *พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540*. กรุงเทพฯ: หจก. พิมพ์อักษร.

จิต เศรษฐบุตร แก้ไขเพิ่มเติมโดยคาราพร ธีระวัฒน์. (2552). *หลักกฎหมายแห่งลักษณะนิติกรรมและสัญญา*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- เจียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2544). **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน** (พิมพ์ครั้งที่ 2).
 ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- รัชชชัย สัตยสมบุญ. (2542). **กฎหมายสาธารณสุข**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระ
 บรมราชชนก.
- ไพฑูริศ เอกจริยกร. (2552). **คำอธิบาย อ้างอิงงาน อ้างทำของ รับชน**. กรุงเทพฯ: วิทยุชุมชน.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). **โรคของตับ อุน้ำดี ท่อน้ำดีและตับอ่อน**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพฯ: พี
 คิว พี จำกัด.
- รุจา ภูไพบูรย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้** (พิมพ์ครั้งที่ 3).
 กรุงเทพฯ: วิเจ พรีเมียม.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). **การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอ
 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย**.
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล
 และเวรกา กลิ่นวิจิต. (2547). **สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแล
 ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออก**. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 บูรพา.
- วาทีณี บุญชะลัดกะมี และยุพิน วรสิริอมร. (2544). **รายงานวิจัย เรื่อง ภาคเอกชนกับการให้บริการ
 สุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย**. นครปฐม: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศันนักรัตน์ (จำปี) โสคติพันธ์. (2551). **คำอธิบายนิติกรรม-สัญญา**. กรุงเทพฯ: วิทยุชุมชน.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้**. กรุงเทพฯ: คณะสังคม
 สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. และศิริพันธ์ สาตย์. (2552). **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ:
 ทิศทางประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริธานี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และณิศร เต็งรัง. (2556). **ผลกระทบและภาวะการดูแล
 ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธ์ สาตย์. (2551). **ระบบการประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน**. กรุงเทพฯ:
 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2554). **ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานบททบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.** กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ สนองชาติ. (2551). **คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยนิติกรรมและสัญญา.** กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2557). **ทิศทางนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุพิศ ประณีตพลกรัง. (2541). **หลักและข้อสังเกตพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540.** กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดจิรวชิการพิมพ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และวิพุธ พูลเจริญ. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.** กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิคชั่น จำกัด.
- อชิราช มณีภาค. (2548). **คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์นิติกรรม-สัญญาและข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม.** กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.
- อัศววิทย์ สุมาวงศ์. (2550). **คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยนิติกรรม สัญญา.** กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.

วารสาร บทความ

- กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ และคณะ. (2557). การบูรณาการวิจัย ชุมชนเป็นรากฐานการเรียนรู้ สุขภาพผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25 (1).**
- นุชลดดา ผลจันทร์. (2561). ระบบประกันการดูแลระยะยาว ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. **วารสารTDRI. 138.**
- ยุพาพิน ศิริโพธิงาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. **รามาชิตีเวชสาร, 20 (10).**
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โขจรชนวนิชย์ และธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวชุมชนชนในชนบทไทย. **วารสารพหุฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 10 (3).**

- ศิริพันธ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2553). ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19 (1),
- สมชาย วิริภิมย์กุล และคณะ. (2555). รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*, 8 (11).
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2556). งานด้านผู้สูงอายุ: สมองเลื่อมและอัลไซเมอร์. *Research Focus*, 7.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ. *Chula Medical Journal*, 38 (2).
- สุขุม สุภนิศย์. (2557). การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการทำสัญญาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2541. *วารสารกฎหมาย*, 19.
- อัญชัชฐฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุโรป ประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17.

วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์

- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สืบพงษ์ บริสุทธีบัวทิพย์. (2546). *การวิเคราะห์กฎหมายในเชิงเศรษฐศาสตร์ กรณีศึกษา: ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายเศรษฐกิจ, คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา ตันท์เอกคุณ. (2545). *คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอกสารอื่น ๆ

- บุญกร ภู่อเส. (2552, 7 กรกฎาคม). *เนอร์สซิ่งโฮมดูแลคนชรา ธุรกิจโตเร็วรับกระแสอายุวัฒน์*. *กรุงเทพธุรกิจ*.
- มันทนา แจ่มศรี. (2553). *การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง*. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 2 โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 17

ธันวาคม 2552 เวลา 12.30-14.00 น. ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ ถนนราชดำเนินนอก กรุงเทพมหานคร.

เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ. (2543). **รายงานการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วาทีณี บุญชะลักษณะมี. (ม.ป.ป.). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยนโยบายและทิศทางการนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต**. ม.ป.ท..

วรวุฒินันท์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553). **โครงการวิจัย ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ**. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำภิรติส, อุบล หลิมสกุล และ นางลักษณะ พะไถยะ. (2552). **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย**. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2550). **โครงการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนเพื่อการศึกษาวิจัย.

_____. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เดือนใจ ภักดีพรหม และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). **โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย**. รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

_____. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). **รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย**. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์ มาตรฐานกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ครั้งที่ 1/2552 โดยสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

เอกสารภาษาต่างประเทศ

Care Quality Commission. (2010). *A new system of registration: The scope of registration*. London: Care Quality Commission.

- _____. (2010). *A new system of registration Guide for providers of healthcare or adult social care*. London: Care Quality Commission.
- _____. (2015). *A new system of registration: The scope of registration*. UK: Care Quality Commission.
- Donabedian, A. (1985). Twenty year of research on the quality of medical care: 1964-1984. *Eval Health Prof*, 8.
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and families relationships* (5" ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones. E. G. (2003). *Family nursing Research, theory & Practice* (5 "ed.). NJ: Pearson Education.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: Theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2000). Reconsidering caring in the home. *Journal of Geriatric Nursing*, 21(6).

ฐานข้อมูลออนไลน์

- ปกรณ์ นิลประพันธ์. (2548). *การพัฒนามาตรการคุ้มครองผู้บริโภค*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: www.lawreform.go.th.
- ปิยะ เนอร์สซิงโฮม. (2553). *ศูนย์เบทเทอร์แคร์-เนอร์สซิงโฮม, บริการ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.bettercarenursing.home.com/condition.html>.
- มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2558). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: http://203.157.109.15/nont/file_upload/aging/bookLTC.pdf.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ. (2553). *ธุรกิจบริการผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.dbd.go.th/mainsite/index.php?id=22486>.
- Shella Peace. (2010). *The development of residential and nursing home care in the United Kingdom*. (Online). Available: <http://ids.oup.com/www.oup.co.uk/pdf/0-19-851071-3.pdf>.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายอุทัย เจริญชนดล
วันเดือนปีเกิด	8 พฤษภาคม 2536
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2558	นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2559-2561	ทนายความ