มาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559: การศึกษาเปรียบเทียบเพื่อยกระดับมาตรฐาน

LEGAL MEASURES FOR REGULATING ELDERLY CARE FACILITIES UNDER THE HEALTH ESTABLISHMENT ACT B.E. 2559: A COMPARATIVE ANALYSIS FOR ELEVATING STANDARDS

จิรัตน์ เขียวชอุ่ม[1,*] และ สุพรรณี เขียวชอุ่ม[2]
Chirat Keawchaum[1,*] and Supannee Keawchaum[2]

(**Received:** 17 May, 2026; **Revised:** 20 Aug., 2026; **Accepted:** 21 Aug., 2026)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ข้อจำกัดของโครงสร้างกฎหมายไทยในการกำกับดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้วิธีการวิจัยเอกสารและการวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายกับประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น และสหราชอาณาจักร ผลการศึกษาพบว่า กฎกระทรวงภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 มีลักษณะบังคับใช้เกณฑ์มาตรฐานแบบเดียวกันหมด ขาดการจำแนกประเภทตามระดับความเข้มข้นของการดูแล ขาดมาตรฐานสภาพแวดล้อมที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ขาดระบบการสอบวัดระดับวิชาชีพผู้ดูแล และมีโครงสร้างการจัดเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาตที่คำนวณจากขนาดพื้นที่ทางกายภาพ ซึ่งไม่สะท้อนมูลค่าทางเศรษฐกิจ ผู้วิจัยจึงเสนอแนะการพัฒนากฎหมายผ่านรูปแบบผสมผสาน โดยให้แก้ไขกฎกระทรวงเพื่อจำแนกกิจการเป็น 5 ประเภทตามความเข้มข้นของการดูแล กำหนดมาตรฐานสภาพแวดล้อมและการคุ้มครองสิทธิแบบแบ่งระดับ จัดระดับความสามารถวิชาชีพผู้ดูแลเป็น 3 ระดับ และปรับโครงสร้างค่าธรรมเนียมเป็นอัตราก้าวหน้าตามประเภทกิจการและจำนวนเตียง เพื่อยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการสู่สากล ควบคู่ไปกับการรักษาสมดุลทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ, สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ, การกำกับดูแลมาตรฐาน, การศึกษาเปรียบเทียบ

[1] อาจารย์, วิทยาลัยนวัตกรรมและการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา จังหวัดสตูล ประเทศไทย
[1] Lecturer, College of Innovation Management, Songkhla Rajabhat University, Satun Province, Thailand
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยนวัตกรรมและการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา จังหวัดสตูล ประเทศไทย
[2] Assistant Professor, College of Innovation Management, Songkhla Rajabhat University, Satun Province, Thailand
* Corresponding author. E-mail: chirat.ke@skru.ac.th

Abstract

This research aimed to examine and analyze the limitations of the Thai legal framework in regulating care facilities for the elderly and dependent persons. Employing documentary research and comparative legal analysis with Singapore, Japan, and the United Kingdom, the study revealed that the Ministerial Regulations under the Health Establishment Act B.E. 2559 (2016) impose a one-size-fits-all standard. They lack classification based on care intensity, environmental standards that respect human dignity, a professional grading system for caregivers, and feature a licensing fee structure based on physical area that fails to reflect actual economic value. The researcher proposed a hybrid model for legal reform, suggesting the amendment of Ministerial Regulations to classify facilities into five categories based on care intensity. Furthermore, it recommended implementing tiered environmental and rights protection standards, establishing a three-tier professional grading system for caregivers, and restructuring licensing fees into progressive rates based on facility type and bed capacity. These legal measures aim to elevate facility standards to an international level while maintaining a sustainable balance between economic and social considerations.

Keywords: Elderly Care Facilities, Health Establishments, Regulatory Standards, Comparative Study

บทนำ

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในระยะเวลาอันใกล้ (อาทิตยา ภวปัญญากุล, 2567) การเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ดังกล่าวสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเศรษฐกิจผ่านนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness Tourism) เพื่อดึงดูดชาวต่างชาติให้เข้ามาพำนักระยะยาว (Long-stay) (ปิติ เอี่ยมจำรูญลาภ และคณะ, 2564) การพัฒนาสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care Facilities) จึงมีความสำคัญยิ่งต่อระบบเศรษฐกิจ ควบคู่ไปกับการรักษาคุณภาพชีวิต สุขภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (Yanprapasiri & Jarutach, 2025) อย่างไรก็ตาม การสร้างความเชื่อมั่นในระดับสากลยังเผชิญปัญหาช่องว่างทางกฎหมาย เนื่องจากกฎหมายที่ควบคุมธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของไทยในปัจจุบันยังมีความซ้ำซ้อน ไม่ทันสมัย และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับขั้นต่ำที่ควรได้รับการยกระดับให้สูงขึ้นเพื่อรองรับมาตรฐานโลก (จิรัตน์ เขียวชอุ่ม และสุพรรณี เขียวชอุ่ม, 2565)

สถานะของกฎหมายไทยในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดและปัญหาในทางปฏิบัติภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎหมายลำดับรองที่สำคัญ 3 ฉบับที่ออกบังคับใช้ในปี พ.ศ.

2563 โดยประการแรก กฎกระทรวง กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563 (ต่อไปนี้เรียกว่า “กฎกระทรวงฉบับกำหนดประเภทกิจการ”) มีข้อจำกัดในการจัดประเภทบริการที่กว้างเกินไปและยึดเกณฑ์ระยะเวลาการพำนักเพียงมิติเดียว ซึ่งยังไม่ครอบคลุมบริบทสากลที่จำแนกตามระดับความเข้มข้นของการพึ่งพิงทางการแพทย์ (อนุราช เพิ่มสิน และคณะ, 2567) ประการที่สอง กฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563 (ต่อไปนี้เรียกว่า “กฎกระทรวงฉบับกำหนดมาตรฐานสถานที่”) มีลักษณะเป็นการบังคับใช้เกณฑ์ขั้นต่ำแบบเดียวกันหมด (One-size-fits-all) ทำให้ขาดการกำหนดมาตรฐานสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการใช้ชีวิตแบบเหมือนอยู่บ้านเพื่อเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Drobež & Bogataj, 2022; Kucharska, 2023) ละเลยความโปร่งใสทางราคาและกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน (ปิติ เอี่ยมจำรูญลาภ และคณะ, 2564) และไม่มีระบบการสอบวัดและจัดระดับวิชาชีพรวมถึงมาตรฐานเฉพาะสำหรับผู้ดูแลที่เป็นแรงงานข้ามชาติ (อาทิตยา ภวปัญญากุล, 2567) ประการที่สาม กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563 (ต่อไปนี้เรียกว่า “กฎกระทรวงฉบับกำหนดค่าธรรมเนียม”) มีปัญหาเชิงโครงสร้างที่พิจารณาจากขนาดพื้นที่ (ตารางเมตร) เป็นหลักเพียงประการเดียว ซึ่งไม่สะท้อนมูลค่าทางเศรษฐกิจและความซับซ้อนของการดูแล ทั้งที่กฎหมายแม่บทในมาตรา 4 วรรคสอง ได้เปิดช่องให้สามารถกำหนดค่าธรรมเนียมแตกต่างกันตามประเภทและขนาดควบคู่กันได้

แม้ว่างานวิจัยก่อนหน้าจะมุ่งเน้นแก้ปัญหาเฉพาะด้านหรือเสนอทางออกที่ต้องอาศัยกระบวนการทางนิติบัญญัติที่ใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากการแก้ไขพระราชบัญญัติต้องผ่านการพิจารณาของรัฐสภาหลายขั้นตอน (จิรัตน์ เขียวชอุ่ม และสุพรรณี เขียวชอุ่ม, 2565; อาทิตยา ภวปัญญากุล, 2567; อนุราช เพิ่มสิน และคณะ, 2567; Yanprapasiri & Jarutach, 2025) บทความวิจัยนี้จึงมีความใหม่ทางวิชาการด้วยการเสนอแนวทางการปรับปรุงกฎหมายลำดับรอง (กฎกระทรวงทั้ง 3 ฉบับ) ซึ่งเป็นแนวทางที่ครบวงจรและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและเป็นรูปธรรม (Practical approach) โดยบูรณาการข้อเสนอแนะทั้งในด้านการขยายประเภทกิจการตามระดับความเข้มข้นของการดูแล การยกระดับมาตรฐานสิ่งแวดล้อมและความโปร่งใส ควบคู่กับการควบคุมมาตรฐานผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนการปรับโครงสร้างค่าธรรมเนียมให้สอดคล้องกับประเภทและจำนวนผู้เข้ารับบริการสูงสุดโดยไม่ต้องตราพระราชบัญญัติใหม่ ซึ่งจะเป็นการยกระดับกลไกการกำกับดูแลเพื่อรองรับนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ได้อย่างมีผลในทางปฏิบัติทันที

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ข้อจำกัดของโครงสร้างกฎหมายไทยในการกำกับดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความนี้ใช้วิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการวิจัยหลักกฎหมาย (Doctrinal Legal Research) เป็นหลัก โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์กฎหมายที่บังคับใช้อยู่ในสถานการณ์เฉพาะเจาะจง ได้แก่ การวิเคราะห์ตัวบท พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎหมายลำดับรอง ได้แก่ กฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ฉบับ (พ.ศ. 2563) ซึ่งประกอบด้วย กฎกระทรวงฉบับกำหนดประเภทกิจการ กฎกระทรวงฉบับกำหนดมาตรฐานสถานที่ และกฎกระทรวงฉบับกำหนดค่าธรรมเนียม เพื่อค้นหาข้อจำกัดและปัญหาทางกฎหมายในโครงสร้างปัจจุบันที่ใช้กำกับดูแลมาตรฐานผู้ดูแลและสถานประกอบการในประเทศไทย

นอกจากนี้ บทความนี้ได้ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมาย (Comparative Legal Analysis) โดยผู้วิจัยได้คัดเลือก 3 ประเทศผู้นำ และระบุกฎหมายแม่บทที่ใช้เป็นฐานในการศึกษา ได้แก่ (1) ประเทศสิงคโปร์ (มีจุดเด่นด้านการจัดประเภทกิจการตามระดับความเข้มข้นของการดูแล) ศึกษาภายใต้พระราชบัญญัติบริการสถานพยาบาล ค.ศ. 2020 (Healthcare Services Act 2020) ซึ่งเปลี่ยนผ่านจากการกำกับดูแลอิงตามสถานที่ตั้งมาเป็นการกำกับดูแลอิงตามระดับความเสี่ยง (2) ประเทศญี่ปุ่น (มีจุดเด่นด้านมาตรฐานวิชาชีพผู้ดูแล) ศึกษาภายใต้พระราชบัญญัติประกันการดูแลระยะยาว ค.ศ. 1997 (Long-Term Care Insurance Act 1997) ซึ่งบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุเข้ากับระบบประกันสังคมแห่งชาติ และ (3) สหราชอาณาจักร (มีจุดเด่นด้านมาตรฐานสภาพแวดล้อมที่เหมือนบ้าน) ศึกษาภายใต้พระราชบัญญัติการดูแล ค.ศ. 2014 (Care Act 2014) ซึ่งขับเคลื่อนด้วยแนวคิดสิทธิมนุษยชนและการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบใน 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การจำแนกประเภทกิจการตามระดับความเข้มข้นของการดูแล 2) มาตรการกำกับดูแลมาตรฐานสถานที่และการคุ้มครองสิทธิ 3) มาตรการกำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงาน และ 4) โครงสร้างการจัดเก็บค่าธรรมเนียม เพื่อประเมินข้อจำกัดและเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายไทยต่อไป

ผลการวิจัย

1. สถานะและข้อจำกัดของกฎหมายไทยในปัจจุบัน โครงสร้างทางกฎหมายในการกำกับดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบัน อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ซึ่งให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการออกกฎหมายลำดับรองเพื่อควบคุมกิจการเฉพาะด้าน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณากฎกระทรวงทั้ง 3 ฉบับที่ออกมาบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2563 ในมิติของการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุชาวต่างชาติพำนักระยะยาว พบว่ายังมีข้อจำกัดและอุปสรรคทางกฎหมายที่สำคัญ ดังนี้

1.1 กฎกระทรวงฉบับกำหนดประเภทกิจการ ข้อ 4 ได้จำแนกประเภทกิจการออกเป็น 3 ลักษณะกว้างๆ ได้แก่ (1) การดูแลระหว่างวัน (2) การจัดให้มีที่พำนักอาศัย และ (3) การให้บริการโดยมีการพักค้างคืน ปัญหาสำคัญของการตีความตามตัวบทคือ กฎหมายไทยใช้ระยะเวลาและรูปแบบการพักอาศัยเป็น

เกณฑ์จำแนกประเภทเพียงมิติเดียว ซึ่งไม่ครอบคลุมบริบทสากลที่มักจำแนกตามระดับความเข้มข้นของการพึ่งพิงทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น สิงคโปร์มีการแยกสถานพยาบาลดูแลผู้สูงอายุทั่วไป ออกจากสถานดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเด็ดขาด เนื่องจากมีความต้องการการแทรกแซงทางการแพทย์ที่ต่างกัน (Samsudin et al, 2024)

การจำกัดประเภทกิจการไว้เพียง 3 ลักษณะถือเป็นอุปสรรคต่อการยกระดับสู่สถานประกอบการระดับพรีเมียมที่รองรับผู้สูงอายุชาวต่างชาติพำนักระยะยาว ซึ่งมักมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเฉพาะเจาะจง การขาดประเภทย่อยทำให้กิจการที่มีความเข้มข้นของการดูแลระดับสูงถูกจัดรวมอยู่ในประเภทพักค้างคืนและถูกบังคับใช้ด้วยมาตรฐานขั้นต่ำแบบเหมารวมเช่นเดียวกับสถานดูแลทั่วไป โครงสร้างที่ไม่สอดคล้องกับหลักการกำกับดูแลบนฐานความเสี่ยง (Risk-based Regulation) นี้ จึงไม่สะท้อนคุณภาพที่แท้จริงและไม่เพียงพอที่จะสร้างความเชื่อมั่นในระดับสากลเพื่อรองรับนโยบาย Medical Hub ได้ (อนุราช เพิ่มสิน และคณะ, 2567)

1.2 กฎกระทรวงฉบับกำหนดมาตรฐานสถานที่ มีข้อจำกัดและช่องโหว่ที่สำคัญต่อการยกระดับอุตสาหกรรมใน 3 มิติ ดังนี้

(1) มิติด้านสถานที่ กฎหมายมุ่งเน้นเพียงการกำหนดโครงสร้างทางกายภาพขั้นพื้นฐาน (เช่น ขนาดทางเดินและรูปแบบห้องน้ำ) ซึ่งมีลักษณะบังคับใช้โครงสร้างคล้ายสถานพยาบาล ขาดการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เหมือนอยู่บ้าน (Home-like Environment) ทั้งที่มาตรฐานสากลให้ความสำคัญกับการหลีกเลี่ยงบรรยากาศแบบโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมอิสรภาพ ความเป็นส่วนตัว และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (O'Neill et al, 2022)

(2) มิติด้านความปลอดภัย แม้กฎหมายจะบังคับให้มีอุปกรณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยทางวัตถุ แต่กลับละเลยความปลอดภัยเชิงสิทธิผู้บริโภค โดยขาดมาตรการความโปร่งใสทางราคาและกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนที่ชัดเจน แม้จะกำหนดให้แสดงอัตราค่าบริการ แต่ไม่ครอบคลุมถึงการบังคับแจ้งโครงสร้างค่าใช้จ่ายแอบแฝงหรือให้คำปรึกษาทางการเงินล่วงหน้า ซึ่งมาตรฐานสากลถือเป็นกลไกสำคัญในการลดข้อพิพาทข้ามชาติ (ปิติ เอี่ยมจำรูญลาภ และคณะ, 2564)

(3) มิติด้านการให้บริการและมาตรฐานผู้ดูแล กฎหมายกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำแบบเหมารวม (One-size-fits-all) โดยบังคับให้ผู้ดูแลผ่านการอบรมหลักสูตรเพียง 420 ชั่วโมง ทำให้เกิดปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ

ก. ขาดการสอบวัดและจัดระดับความสามารถวิชาชีพ ไม่มีระบบประเมินเป็นระดับชั้น (เช่น พื้นฐาน กลาง สูง) เพื่อรองรับความซับซ้อนของการดูแลทางการแพทย์ที่ต่างกัน (อาทิตยา ภวปัญญากุล, 2567)

ข. ขาดมาตรฐานเฉพาะสำหรับแรงงานข้ามชาติ ไม่มีการทดสอบทักษะภาษาและวัฒนธรรมสำหรับแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นกลุ่มหลักที่ขับเคลื่อนธุรกิจนี้ ทำให้ยากต่อการสร้างความเชื่อมั่นแก่นักท่องเที่ยวต่างชาติ (อาทิตยา ภวปัญญากุล, 2567)

(4) มิติการยกระดับสู่สถานประกอบการระดับพรีเมียม การปฏิบัติตามเกณฑ์ขั้นต่ำของกฎกระทรวงไทยยังไม่เพียงพอต่อการรองรับชาวต่างชาติ ตามเอกสารชี้แนะขององค์การอนามัยโลก (WHO) การดูแลระยะยาวต้องมีประสิทธิผล ปลอดภัย และยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (World Health Organization, 2024) สถานประกอบการระดับพรีเมียมจึงต้องอาศัยสภาพแวดล้อมที่เหมือนบ้าน (Yanprapasiri & Jarutach, 2025) มีบุคลากรสมรรถนะสูงที่ผ่านการสอบวัดระดับ (อาทิตยา ภวปัญญากุล, 2567) ตลอดจนมีความโปร่งใสทางราคาเพื่อความรับผิดชอบร่วมกัน (World Health Organization, 2024)

1.3 กฎกระทรวงฉบับกำหนดค่าธรรมเนียม ข้อ 1 กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตโดยพิจารณาจากขนาดพื้นที่การให้บริการ (ตารางเมตร) เป็นหลักเพียงประการเดียว โดยมีเพดานสูงสุดที่ 10,000 บาทสำหรับพื้นที่เกิน 400 ตารางเมตร โครงสร้างการจัดเก็บลักษณะนี้ก่อให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมในทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากขนาดพื้นที่ไม่สามารถสะท้อนความซับซ้อนของการดูแลทางการแพทย์และมูลค่าทางเศรษฐกิจที่แท้จริงได้ สถานประกอบการระดับพรีเมียมที่รองรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติอาจมีขนาดพื้นที่เท่ากับกิจการทั่วไป แต่มีศักยภาพในการสร้างรายได้สูงกว่ามาก การบังคับเก็บค่าธรรมเนียมเพดานสูงสุดเท่ากันจึงไม่สะท้อนต้นทุนความเสี่ยง

ปัญหาดังกล่าวเกิดจากความบกพร่องในการออกแบบกฎหมายลำดับรอง ทั้งที่กฎหมายแม่บท (พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 มาตรา 4 วรรคสอง) ได้เปิดช่องให้กำหนดค่าธรรมเนียมแตกต่างกันโดยคำนึงถึงประเภทและขนาดได้ ทว่ากฎกระทรวงฉบับกำหนดค่าธรรมเนียมกลับตีความคำว่าขนาดอย่างคับแคบ โดยจำกัดเพียงพื้นที่กายภาพ แทนที่จะพิจารณาถึงประเภทความเข้มข้นของการดูแล ผนวกกับจำนวนผู้เข้ารับบริการสูงสุด (Capacity) โครงสร้างกฎหมายที่ไม่สะท้อนมูลค่าทางเศรษฐกิจเช่นนี้ จึงทำให้รัฐเสียโอกาสในการจัดเก็บรายได้ และไม่สอดคล้องกับทิศทางการยกระดับอุตสาหกรรมเพื่อรองรับนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) อย่างเต็มประสิทธิภาพ

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบกับมาตรฐานสากล เพื่อทำให้เห็นภาพรวมของโครงสร้างทางกฎหมายได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยและประเทศผู้นำด้านสาธารณสุข 3 ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และสหราชอาณาจักร สรุปประเด็นสำคัญได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงสรุปการเปรียบเทียบรายละเอียดมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศไทย	สิงคโปร์	ญี่ปุ่น	สหราชอาณาจักร
1. การจำแนกประเภทกิจการ	จัดประเภท 3 ลักษณะ (ไป-กลับ, มีที่พำนัก, พักค้างคืน) โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาและรูปแบบการพักอาศัย	จัดประเภท 4 ระดับ ตามความต้องการการแทรกแซงทางการแพทย์ (เช่น บริการดูแลระหว่างวัน, สถานพยาบาล, บริการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย)	จัดประเภท 3 ระดับ โดยผูกกับระบบงบประมาณประกันการดูแลระยะยาว เพื่อให้การเบิกจ่ายของรัฐสะท้อนต้นทุนที่แท้จริง	จัดประเภท 3 ระดับ โดยแยกระดับการแทรกแซงทางการแพทย์ (เช่น สถานบริบาลพยาบาล 24 ชม.) ออกจากที่อยู่อาศัยทั่วไป (บ้านพักอาศัยเพื่อการดูแล) อย่างเด็ดขาด
2. มาตรฐานสถานที่และสิทธิ	บังคับใช้เกณฑ์กายภาพขั้นต่ำแบบเดียวกันหมด (เช่น ทางเดินกว้าง 90 ซม.)	บังคับใช้มาตรฐานเชิงประจักษ์ละเอียด (เช่น ระยะห่างเตียง 1.20 ม., ห้ามพักรวมต่างเพศ) และมีกลไกความโปร่งใสทางราคาเพื่อป้องกันข้อพิพาทข้ามชาติ	มุ่งเน้นการคุ้มครองสวัสดิภาพเชิงป้องกัน มีระบบรายงานและเยียวยาจิตใจผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดอันเป็นต้นเหตุของการทารุณ-กรรม	มุ่งเน้นสภาพแวดล้อมที่เหมือนอยู่บ้าน (Home-like) เพื่อเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และห้ามติดตั้งกล้องวงจรปิดในห้องพักส่วนตัว
3. มาตรฐานผู้ดูแล (Caregiver)	บังคับมาตรฐานเดียวคือผ่านการอบรม 420 ชั่วโมง	บังคับให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลต้องผ่านการขึ้นทะเบียนวิชาชีพกับสภาวิชาชีพอย่างเข้มงวด เพื่อรองรับอุตสาหกรรม Medical Hub	จัดสอบวัดระดับความสามารถระดับชาติ 3 ระดับ บังคับทดสอบภาษาสำหรับแรงงานต่างชาติ และให้อำนาจท้องถิ่นเพิกถอนใบอนุญาตเฉพาะรายบุคคลได้	จัดระดับความสามารถอย่างละเอียด 5 ระดับ ควบคุมโดยหน่วยงานส่วนกลาง (CQC และ HEE) เพื่อรับประกันมาตรฐานและสร้างเส้นทางความก้าวหน้าทางอาชีพ
4. โครงสร้างค่าธรรม-เนียม	จัดเก็บอิงตามขนาดพื้นที่ให้บริการ (ตารางเมตร) เป็นหลัก	จัดเก็บในรูปแบบอัตราก้าวหน้าบนฐานความเสี่ยง (Risk-based) อิงตามระดับความซับซ้อนทางการแพทย์และขนาดของกิจการ เพื่อสะท้อนต้นทุนรัฐ	ไม่เน้นรายได้จากใบอนุญาต แต่ใช้ระบบกระจายงบประมาณ ให้เทศบาลที่มีรายได้สูงโอนเงินสมทบเพื่อช่วยเทศบาลที่มีภาระดูแลผู้ป่วยสูง	กำหนดให้สถานพยาบาลรัฐ (NHS) เก็บค่าบริการจากชาวต่างชาติในอัตราร้อยละ 150 เพื่อนำกำไรมาอุดหนุนสวัสดิการของพลเมืองในประเทศ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 1 ข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนและช่องว่างที่สำคัญของกฎหมายไทยเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล กล่าวคือ

2.1 การจำแนกประเภทกิจการตามระดับความเข้มข้นของการดูแล ดังที่ได้สรุปไว้ในตารางที่ 1 ประเทศผู้นำด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างสิงคโปร์ ญี่ปุ่น และสหราชอาณาจักร ล้วนนำเกณฑ์ระดับความเข้มข้นของการดูแลทางการแพทย์ (Care Intensity) หรือความจำเป็นในการพึ่งพิงมาใช้เป็นแกนหลักในการจำแนกประเภทกิจการอย่างละเอียด เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงและการจัดการทรัพยากรทางการแพทย์สอดคล้อง

กับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ ในทางตรงกันข้าม กฎหมายไทยตามกฎกระทรวงฯ พ.ศ. 2563 ข้อ 4 ยังคงจำแนกกิจการออกเป็นเพียง 3 ลักษณะตามเงื่อนไขของเวลา ได้แก่ การให้บริการระหว่างวัน (ไป-กลับ) การจัดให้มีที่พำนักอาศัย และการให้บริการโดยมีการพักค้างคืน

2.2 มาตรการกำกับดูแลมาตรฐานสถานที่และการคุ้มครองสิทธิ การออกแบบมาตรการกำกับดูแลมาตรฐานทางกายภาพของสถานที่และการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุในระดับสากล มีจุดมุ่งเน้นและรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามบริบทและปรัชญาของแต่ละประเทศ โดยสหราชอาณาจักรให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมือนอยู่บ้าน (Home-like Environment) เพื่อลดทอนความเป็นสถาบันทางการแพทย์ตามแนวคิดชีวจริยธรรมตะวันตก (Fisher et al, 2018; Drobež & Bogataj, 2022) และมีการกำหนดมาตรการคุ้มครองความเป็นส่วนตัวที่เข้มงวด เช่น การห้ามติดตั้งกล้องวงจรปิดในพื้นที่พักอาศัยส่วนตัวอย่างเด็ดขาด ขณะที่ประเทศสิงคโปร์มุ่งเน้นการกำหนดมาตรฐานทางกายภาพเชิงประจักษ์เพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางการแพทย์เชิงพาณิชย์ โดยระบุเกณฑ์สิ่งแวดล้อมภายในอาคารไว้อย่างละเอียด เช่น การบังคับให้มีระยะห่างด้านข้างเตียงไม่น้อยกว่า 1.20 เมตร การห้ามผู้รับบริการต่างเพศพักร่วมห้องกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อและคุ้มครองความเป็นส่วนตัว ควบคู่กับการใช้กลไกคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคผ่านความโปร่งใสทางราคาเพื่อลดข้อพิพาทข้ามชาติ สำหรับประเทศญี่ปุ่นจะมุ่งเน้นการคุ้มครองสวัสดิภาพเชิงป้องกัน โดยมีกฎหมายเฉพาะในการควบคุม ตรวจสอบ และจัดการปัญหาความเครียดของผู้ดูแลอันเป็นต้นเหตุหลักของการทารุณกรรมผู้สูงอายุ

2.3 มาตรการกำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงาน (การสอบวัดระดับการตรวจสอบ) ดังที่ปรากฏในตารางที่ 1 ประเทศผู้นำอย่างสหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ไม่ได้มองผู้ดูแลเป็นเพียงแรงงานทั่วไป แต่มีกฎหมายยกระดับให้เป็นวิชาชีพเฉพาะทางที่มีการสอบวัดระดับและเส้นทางความก้าวหน้าทางอาชีพอย่างชัดเจน สหราชอาณาจักรมีการจัดระดับความสามารถถึง 5 ระดับภายใต้การกำกับของหน่วยงานส่วนกลางอย่าง CQC ในขณะที่ญี่ปุ่นมุ่งเน้นการสอบวัดระดับชาติ 3 ระดับ และมีกลไกควบคุมแรงงานต่างชาติอย่างเข้มงวด ควบคู่กับการให้อำนาจท้องถิ่นในการเพิกถอนใบอนุญาตเฉพาะบุคคลได้อย่างรวดเร็วเพื่อจัดการปัญหาการทารุณกรรม ส่วนสิงคโปร์บังคับให้บุคลากรในสถานพยาบาลดูแลผู้สูงอายุต้องขึ้นทะเบียนกับสภาวิชาชีพเพื่อรับประกันคุณภาพระดับ Medical Hub เชิงพาณิชย์

ในทางตรงกันข้าม โครงสร้างกฎหมายไทยตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวงฯ พ.ศ. 2563 ยังคงมีลักษณะเป็นการบังคับใช้เกณฑ์ขั้นต่ำแบบเดียวกันหมด (One-size-fits-all) โดยกำหนดให้ผู้ดูแลผ่านการอบรมเพียง 420 ชั่วโมง ขาดการจัดระดับความสามารถ และไม่มีการบังคับทดสอบทักษะภาษาต่างประเทศสำหรับแรงงานข้ามชาติ ดังที่ปรากฏในตารางที่ 1

2.4 โครงสร้างการจัดเก็บค่าธรรมเนียม ดังที่แสดงในตารางที่ 1 โครงสร้างการจัดเก็บค่าธรรมเนียมเป็นกลไกทางนิติเศรษฐศาสตร์ที่สำคัญในการบริหารทรัพยากรและสะท้อนต้นทุนของรัฐ ประเทศสิงคโปร์ใช้โครงสร้างบนฐานความเสี่ยง (Risk-based) โดยจัดเก็บตามความซับซ้อนทางการแพทย์และขนาดของกิจการ เพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนการกำกับดูแลที่รัฐต้องแบกรับ ในขณะที่ญี่ปุ่นไม่เน้นรายได้จาก

ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต แต่ใช้ระบบกระจายงบประมาณข้ามเทศบาลเพื่อเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่านกองทุนประกันการดูแลระยะยาว และสหราชอาณาจักรมีมาตรการให้โรงพยาบาลรัฐ (NHS) เรียกเก็บค่าบริการจากชาวต่างชาติในอัตราร้อยละ 150 เพื่อนำกำไรมาอุดหนุนสวัสดิการของพลเมืองตนเอง ในทางตรงกันข้าม กฎหมายไทยยังคงใช้เกณฑ์พื้นที่การให้บริการ (ตารางเมตร) เป็นตัวกำหนดค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเพียงมิติเดียว

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายของประเทศไทยกับประเทศผู้นำด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และสหราชอาณาจักร พบว่าแม้ประเทศไทยจะมีศักยภาพสูงในการก้าวขึ้นเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ และเป็นจุดหมายปลายทางของการพำนักระยะยาว แต่โครงสร้างทางกฎหมายภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ยังมีลักษณะเป็นการใช้มาตรฐานแบบเดียวกันหมด กฎหมายไทยยังขาดการจำแนกประเภทกิจการตามระดับความเข้มข้นของการดูแล ขาดการกำหนดมาตรฐานสภาพแวดล้อมที่เหมือนบ้าน สำหรับกิจการระดับพรีเมียม ขาดกระบวนการสอบวัดระดับและคุณสมบัติทางภาษาของแรงงานข้ามชาติ ขาดมาตรการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพผู้สูงอายุในเชิงป้องกันและมีโครงสร้างการจัดเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาตที่ไม่สะท้อนมูลค่าทางเศรษฐกิจที่แท้จริง ซึ่งปัญหาทางกฎหมายเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญในการยกระดับมาตรฐานสู่สากล

จากข้อค้นพบในการเปรียบเทียบมาตรฐานทางกฎหมาย สามารถนำมาอภิปรายข้อจำกัดของโครงสร้างกฎหมายไทยที่ส่งผลต่อการยกระดับมาตรฐานสู่สากล ได้ใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การจำแนกประเภทกิจการ การที่กฎหมายไทยมีโครงสร้างที่เหมารวมนี้ขัดต่อหลักการกำกับดูแลบนฐานความเสี่ยง (Risk-based Regulation) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการกำหนดความเข้มงวดของกฎหมายให้สอดคล้องและได้สัดส่วนกับระดับความเสี่ยงหรือความซับซ้อนของกิจกรรม ทำให้สถานประกอบการที่รับดูแลผู้สูงอายุทั่วไป ถูกบังคับใช้เกณฑ์ขั้นต่ำในหมวดพักค้างคืน เช่นเดียวกับสถานดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้รัฐไม่สามารถบังคับใช้มาตรฐานบุคลากรหรือโครงสร้างอาคารได้ตรงตามความเสี่ยง (อนุราช เพิ่มสิน และคณะ, 2567)

2. มาตรฐานสถานที่และการคุ้มครองสิทธิ กฎหมายไทยมีข้อจำกัดที่สำคัญคือการบังคับใช้เกณฑ์ขั้นต่ำแบบเดียวกันหมด ซึ่งแนวทางดังกล่าวขัดต่อแนวคิดการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Care) และแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน ที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะบุคคลและต้องเคารพสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการเป็นหลัก การบังคับใช้มาตรฐานที่เหมารวมนี้ทำให้กฎหมายไทยขาดการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เหมือนอยู่บ้านอันเป็นการละเลยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล นอกจากนี้ ในมิติด้านความปลอดภัยแม้จะกำหนดให้แสดงราคา แต่ก็ยังขาดกลไกความโปร่งใสทางราคาที่จะป้องกันการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแอบแฝง ซึ่งต่างจากมาตรฐานสากล อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อจำกัดในการนำมาปรับใช้กับประเทศไทย พบว่าการลอกเลียนมาตรฐานที่

เข้มงวดของทั้ง 3 ประเทศมาบังคับใช้ในทันทีจะเผชิญอุปสรรคทางโครงสร้างและเศรษฐกิจ เนื่องจากสถานประกอบการไทยจำนวนมากดัดแปลงมาจากอาคารพาณิชย์หรือบ้านพักอาศัย (Yanprapasiri & Jarutach, 2025) การบังคับใช้เกณฑ์ขั้นสูงเต็มรูปแบบย่อมส่งผลให้ต้นทุนการก่อสร้างและการบริหารจัดการพุ่งสูงขึ้นอย่างมหาศาล จนทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยที่พึ่งพาเงินบำนาญไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยในปัจจุบันยังขาดความพร้อมเชิงงบประมาณและบุคลากรในการบูรณาการระบบคุ้มครองสวัสดิภาพเชิงป้องกันแบบญี่ปุ่น

3. มาตรฐานวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงาน กฎหมายไทยยังขาดการจัดระดับความสามารถทางวิชาชีพที่รองรับความซับซ้อนทางการแพทย์ และไม่มีการบังคับทดสอบทักษะภาษาต่างประเทศสำหรับแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความเชื่อมั่นในระดับสากล อย่างไรก็ตาม การนำกฎหมายต่างประเทศมาบังคับใช้ในไทยทั้งหมดทันทีจะมีข้อจำกัด เช่น การจัด 5 ระดับแบบสหราชอาณาจักรอาจมีความซับซ้อนเกินไป หรือการบังคับสอบภาษาและมาตรฐานระดับชาติกับแรงงานต่างชาติทุกคนแบบญี่ปุ่นอาจทำให้ไทยเกิดภาวะขาดแคลนแรงงานอย่างเฉียบพลัน ดังนั้น ประเทศไทยจึงควรใช้รูปแบบผสมผสาน โดยนำโมเดล 3 ระดับของญี่ปุ่นมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการแบ่งระดับสถานประกอบการ เพื่อยกระดับมาตรฐานวิชาชีพโดยไม่ทำลายโครงสร้างธุรกิจที่พึ่งพาแรงงานข้ามชาติเป็นหลัก

4. โครงสร้างการจัดเก็บค่าธรรมเนียม การคำนวณจากขนาดพื้นที่ทางกายภาพเพียงมิติเดียวสะท้อนให้เห็นถึงความลักลั่นและปัญหาเชิงโครงสร้างตามแนวคิดทางนิติเศรษฐศาสตร์ (Law and Economics) เนื่องจากการคำนวณจากขนาดพื้นที่ทางกายภาพไม่สามารถสะท้อนต้นทุนทางสังคมและมูลค่าทางเศรษฐกิจที่แท้จริงของบริการระดับพรีเมียมได้ นอกจากนี้ การจัดเก็บในลักษณะดังกล่าวยังขัดต่อหลักการกำกับดูแลบนฐานความเสี่ยง (Risk-based Regulation) ที่รัฐควรออกแบบโครงสร้างค่าธรรมเนียมให้สอดคล้องกับระดับความซับซ้อนทางการแพทย์และภาระหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปตรวจสอบสถานประกอบการแต่ละประเภท สถานประกอบการระดับพรีเมียมที่รองรับชาวต่างชาติและสร้างรายได้มหาศาลกลับเสียค่าธรรมเนียมในอัตราเพดานสูงสุดที่ต่ำมากและเท่ากับสถานประกอบการทั่วไป อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาบริบทของประเทศไทย การลอกเลียนมาตรการเก็บค่าบริการชาวต่างชาติ 150% แบบสหราชอาณาจักรไม่สามารถทำได้ทั้งหมด เนื่องจากธุรกิจดูแลผู้สูงอายุในไทยถูกขับเคลื่อนโดยภาคเอกชนเกือบ 100% และไม่สามารถใช้กลไกโอนเงินอุดหนุนระหว่างเทศบาลแบบญี่ปุ่นได้ทันทีเพราะไทยยังไม่มีระบบกองทุนประกันการดูแลระยะยาวระดับชาติ ดังนั้น แนวทางที่เหมาะสมที่สุดคือการนำรูปแบบการจัดเก็บค่าธรรมเนียมตามความเสี่ยงของสิงคโปร์มาประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้สามารถนำไปปรับใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางเชิงนโยบายให้รัฐนำไปปรับปรุงกฎหมายเพื่ออุดช่องโหว่และสร้างรูปแบบผสมผสาน (Hybrid Model) สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการแก้ไขกฎกระทรวงฉบับกำหนดประเภทกิจการ เพื่อแก้ไขปัญหาการจัดประเภทกิจการที่เหมารวมและไม่สะท้อนความเสี่ยงทางการแพทย์ ตามที่ได้อภิปรายไว้ เสนอให้ปรับปรุงกฎกระทรวงโดยยกเลิกการใช้มาตรฐานแบบเดียวกันหมด และนำเกณฑ์ระดับความเข้มข้นของการดูแลมาเป็นแกนหลักเพื่อส่งเสริมการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Care) (Pot et al, 2023) โดยเสนอให้การจำแนกประเภทกิจการออกเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) กิจการดูแลระหว่างวัน สำหรับผู้สูงอายุไป-กลับ ที่ต้องการเพียงกิจกรรมสันทนาการและการฟื้นฟูเบื้องต้น 2) กิจการดูแลแบบพำนักอาศัย สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ต้องการเพียงที่พัก สิ่งอำนวยความสะดวก และการดูแลกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย 3) กิจการดูแลแบบพักค้างคืนระดับพื้นฐาน สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทั่วไปที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือส่วนบุคคลและการพยาบาลขั้นพื้นฐาน 4) กิจการดูแลแบบพักค้างคืนระดับพรีเมียม กลุ่มที่ตั้งขึ้นมาใหม่เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพชาวต่างชาติ (Long-stay) และผู้มีกำลังซื้อสูง โดยต้องผ่านการรับรองมาตรฐานสากล เช่น JCI หรือ ISO 22525:2020 (Samsudin et al, 2024; Raoofi et al, 2024) และต้องมีผู้ดูแลที่สอบผ่านเกณฑ์วัดระดับทักษะภาษาต่างประเทศ และ 5) กิจการดูแลผู้ป่วยที่มีความเข้มข้นของการดูแลระดับสูง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น ซึ่งต้องบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขที่เข้มงวดเป็นพิเศษ เช่น ต้องมีพยาบาลวิชาชีพหรือแพทย์กำกับดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การปรับโครงสร้างนี้จะช่วยให้หน่วยงานกำกับดูแลสามารถกำหนดมาตรฐานทางกายภาพและมาตรฐานวิชาชีพได้ตรงตามระดับความเสี่ยงของกิจการแต่ละกลุ่ม ส่งเสริมให้ประเทศไทยก้าวสู่การเป็น Medical Hub ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่สร้างภาระต้นทุนเกินความจำเป็นให้แก่สถานประกอบการระดับพื้นฐานที่รองรับผู้สูงอายุชาวไทย

2. ข้อเสนอแนะในการแก้ไขกฎกระทรวงฉบับกำหนดมาตรฐานสถานที่ เพื่ออุดช่องว่างด้านมาตรฐานสภาพแวดล้อมที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และการคุ้มครองสิทธิเชิงป้องกัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดหลักจากการบังคับใช้เกณฑ์ขั้นต่ำแบบเหมารวม เสนอให้ปรับปรุงกฎกระทรวงโดยนำแนวคิดมาตรฐานสิ่งแวดล้อมและการคุ้มครองแบบแบ่งระดับ (Two-tier Tiered Environmental and Protection Standards) มาบังคับใช้ โดยแยกระหว่างสถานประกอบการระดับพื้นฐานสำหรับชาวไทยออกจากกลุ่มระดับพรีเมียมและกลุ่มดูแลเข้มข้นระดับสูงสำหรับชาวต่างชาติ ในมิติด้านสถานที่ ควรกำหนดมาตรฐานทางกายภาพของสถานประกอบการระดับพรีเมียม (ประเภทที่ 4) ให้มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมือนบ้านเพื่อเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ส่วนสถานประกอบการดูแลระดับสูง (ประเภทที่ 5) ต้องมีโครงสร้างอาคารที่รองรับเครื่องมือทางการแพทย์ขั้นสูงและการกู้ชีพได้ ส่วนสถานประกอบการระดับพื้นฐาน (ประเภทที่ 1-3) ให้ใช้เกณฑ์ที่ผ่อนปรนตามความเหมาะสม ในมิติด้านการคุ้มครองสิทธิ ควรบังคับใช้กลไกความโปร่งใสทางราคา (Price Transparency) สำหรับกิจการระดับพรีเมียมเพื่อป้องกันปัญหาค่าใช้จ่ายแอบแฝง และเพิ่มมาตรการคุ้มครองสวัสดิภาพผู้สูงอายุเชิงป้องกัน รวมถึงระบบรายงานความเสี่ยงและดูแลจิตใจผู้ดูแลสำหรับกิจการดูแลระดับสูง การปรับปรุงนี้จะช่วยยกระดับสู่มาตรฐานสากลโดยไม่สร้างภาระต้นทุนที่เกินสมควรแก่สถานประกอบการระดับพื้นฐาน

นอกจากนี้ เพื่อยกระดับสมรรถนะบุคลากรให้สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการและแก้ไขปัญหาการขาดมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจน เสนอให้ปรับปรุงกฎกระทรวงโดยนำโมเดลของประเทศญี่ปุ่นมาประยุกต์ใช้เพื่อจัดระดับความสามารถของผู้ดูแลออกเป็น 3 ระดับ บูรณาการร่วมกับการแบ่งประเภทสถานประกอบการ โดย 1) ระดับพื้นฐาน ให้ปฏิบัติหน้าที่ในสถานประกอบการระดับทั่วไป (ประเภทที่ 1 ถึง 3) ซึ่งบังคับใช้เกณฑ์การผ่านการอบรม 420 ชั่วโมงตามเดิม 2) ระดับกลาง กำหนดเป็นมาตรฐานบังคับสำหรับบุคลากรในสถานประกอบการระดับพรีเมียม (ประเภทที่ 4) ที่รองรับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพชาวต่างชาติ โดยต้องผ่านการสอบวัดระดับทักษะภาษาต่างประเทศและความเข้าใจข้ามวัฒนธรรมอย่างเคร่งครัด และ 3) ระดับสูง เป็นมาตรฐานเฉพาะสำหรับบุคลากรในสถานประกอบการดูแลเข้มข้นระดับสูง (ประเภทที่ 5) ที่ต้องรับมือกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงขั้นสูงสุด โดยต้องผ่านการทดสอบทักษะเฉพาะทางและปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพอย่างใกล้ชิด การปรับปรุงนี้จะช่วยสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Path) และยกระดับคุณภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการโดยไม่ก่อให้เกิดภาวะขาดแคลนแรงงานเฉียบพลัน

3. ข้อเสนอแนะในการแก้ไขกฎกระทรวงฉบับกำหนดค่าธรรมเนียม เพื่อแก้ไขความลักลั่นทางเศรษฐศาสตร์และสะท้อนต้นทุนการกำกับดูแลที่แท้จริงของรัฐ ตามหลักนิติเศรษฐศาสตร์ เสนอให้แก้ไขกฎกระทรวงโดยยกเลิกการจัดเก็บค่าธรรมเนียมตามขนาดพื้นที่การให้บริการ (ตารางเมตร) และเปลี่ยนมาใช้เกณฑ์ระดับความเข้มข้นของการดูแลผนวกกับจำนวนผู้เข้ารับบริการสูงสุด (จำนวนเตียง) แทน โดยให้คงอัตราค่าธรรมเนียมในระดับต่ำสำหรับสถานประกอบการระดับพื้นฐาน (ประเภทที่ 1 ถึง 3) เพื่อไม่ให้กระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนชาวไทย แต่สำหรับสถานประกอบการระดับพรีเมียม (ประเภทที่ 4) และกิจการดูแลผู้ป่วยที่มีความเข้มข้นของการดูแลระดับสูง (ประเภทที่ 5) ควรบังคับจัดเก็บค่าธรรมเนียมในรูปแบบอัตราก้าวหน้า (Progressive rate) ตามจำนวนเตียง การปรับโครงสร้างนี้จะช่วยสะท้อนมูลค่าทางเศรษฐกิจที่แท้จริง และทำให้รัฐสามารถจัดเก็บรายได้ส่วนเพิ่มจากกลุ่มทุนและนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีกำลังซื้อสูงได้อย่างเหมาะสม

ท้ายที่สุดนี้ การปฏิรูปโครงสร้างทางกฎหมายด้วยรูปแบบผสมผสาน ถือเป็นก้าวสำคัญในการปลดล็อกข้อจำกัดของการใช้มาตรฐานเดียวกันหมด การจำแนกกิจการเป็น 5 ประเภทตามระดับความเข้มข้นของการดูแล การใช้มาตรฐานสถานที่แบบแบ่งระดับ การจัดระดับวิชาชีพผู้ดูแล 3 ระดับ และการปรับโครงสร้างค่าธรรมเนียมเป็นอัตราก้าวหน้า จะเป็นกลไกทางนิติศาสตร์ที่ช่วยรักษาสมดุลทางเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ รัฐสามารถคุ้มครองสวัสดิภาพของผู้สูงอายุชาวไทยและปกป้องผู้ประกอบการรายย่อยจากต้นทุนที่สูงเกินจำเป็น เนื่องจากสถานประกอบการขนาดเล็กมีศักยภาพในการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Regulatory Compliance) ได้ดีหากได้รับการสนับสนุนโครงสร้างที่เหมาะสม (Dunbar et al, 2023) ในขณะเดียวกัน รัฐก็สามารถยกระดับมาตรฐานกิจการระดับพรีเมียมและระดับสูงให้ทัดเทียมสากล ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเหล่านี้จึงเป็นรากฐานสำคัญในการขับเคลื่อนอุตสาหกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อผลักดันให้ประเทศ

ไทยก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและจุดหมายปลายทางของการพำนักระยะยาวได้อย่างยั่งยืนมั่นคง และเป็นธรรมแก่ทุกภาคส่วน

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้ปรับปรุงจากรายงานวิจัยโครงการศึกษาวิจัย เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกฎหมายกับการท่องเที่ยว ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม แผนงานคนไทย 4.0

เอกสารอ้างอิง

จิรัตน์ เขียวชอุ่ม และสุพรรณี เขียวชอุ่ม. (2565). ปัญหาและอุปสรรคด้านกฎหมายเกี่ยวกับสถานประกอบธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ. *วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, *15*(3), 105 - 123. doi: https://doi.org/10.14456/nulj.2022.12

ปิติ เอี่ยมจำรูญลาภ, อาชนัน เกาะไพบูลย์, คณพล จันทน์หอม, ศุภสิษฏ์ ทวีแจ่มทรัพย์, สุรัชดา รีคี และจุฑาภรณ์ ชัยเดชสุริยะ. (2564). มาตรการทางกฎหมายเพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, *14*(2), 49 - 85. doi: https://doi. org/10.14456/nulj.2021.9

อนุราช เพิ่มสิน, ศิวพร เสาวคนธ์ และสุธี อยู่สถาพร. (2567). กฎหมายต้นแบบว่าด้วยการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ*, *4*(2), 75 - 90. doi: https://doi.org/10.60027/iarj.2024.273799

อาทิตยา ภวปัญญากุล. (2567). มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาการกำหนดมาตรฐานของผู้ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารกฎหมายและสังคมรังสิต*, *6*(1), 29 - 42.

Drobež, E. & Bogataj, D. (2022). Legal Aspects of Social Infrastructure for Housing and Care for the Elderly - The Case of Slovenia. *Laws*, *11*(2), 16. doi: https://doi.org/10.3390/laws11020016

Dunbar, P., Keyes, L. M. & Browne, J. P. (2023). Determinants of Regulatory Compliance in Health and Social care Services: A Systematic Review Using the Consolidated Framework for Implementation Research. *PLOS ONE*, *18*(4), e0278007. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278007

Fisher, L. H., Edwards, D. J., Pärn, E. A. & Aigbavboa, C.O. (2018). Building Design for People with Dementia: A Case Study of a UK Care Home. *Facilities*, *36*(7/8), 349 – 368. doi: https://doi.org/10.1108/F-06-2017-0062

Kucharska, K. (2023). Long-term and Institutional Care: A Global Perspective and Imperative. *Review of European and Comparative Law*, *55*(4), 163 - 187. doi: https://doi.org/10.31743/recl.16345

O'Neill, M., Ryan, A., Tracey, A. & Laird, L. (2022). 'The primacy of 'Home': An Exploration of How Older Adults' Transition to Life in a Care Home towards the End of the First Year. *Health & Social Care in the Community*, *30*(2), e478 - e492. doi: https://doi.org/10.1111/hsc.13232

Pot, A. M., Schoonmade, L., Kok, J. & Bal, R. (2023). Regulation of Long-term Care for Older Persons: A Scoping Review of Empirical Research. *Ageing & Society*, *44*(2), 287 - 308. doi: https://doi.org/10.1017/S1041610223000704

Raoofi, S., Khodayari-Zarnaq, R. & Vatankhah, S. (2024). Healthcare Provision for Medical Tourism: A Comparative Review. *Journal of Education and Health Promotion*, *13*, 63. doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1740_22

Samsudin, M. F., Dahlui, M., Lim, Y. C. & Rochmah, T. N. (2024). Revisiting the Policy Implications of Medical Tourism in the Post-COVID-19 Pandemic from a Malaysian Perspective: A Qualitative Study. *Cureus*, *16*(7), e64308. doi: https://doi.org/10.7759/cureus.64308

World Health Organization. (2024). *Promoting Quality Management in Long-term Care: Principles, Key Components and Directions for Policy Action*. Retrieved 15 May 2026 from https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10957-50729-76831

Yanprapasiri, C. & Jarutach, T. (2025). A Review of Regulations and Standards for Long-term Care Facilities: A Case Study of Thailand. *Journal of Architectural/Planning Research and Studies (JARS)*, *22*(2), 275007-1. doi: https://doi.org/10.56261/jars.v22.275007