



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

A Model of Participation Health Public Policy Development of Long Term Care
Fund for the Elders In E-SAN Communities by Community Participation

คณะผู้วิจัย

ศิริณี	ศรียาภาค
ธรา	รัตนอำนาจศิริ
วัชร	อมรโรจน์วรวุฒิ
ปิยธิดา	คูหิรัญญรัตน์
นวลละออง	ทองโคตร

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ดร.นพ.โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์

ทุนสนับสนุนการวิจัยโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย โรงเรียนผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่ได้ร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งการให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์จนนำไปสู่ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของเขตสุขภาพที่ 7 ที่สำเร็จลงด้วยดี คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่ได้สร้างแรงบันดาลใจและให้โอกาสผู้วิจัยในการทำงานเพื่อผู้สูงอายุ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ ผู้จัดการการดูแลทุกท่าน ที่ทำหน้าที่เข้าร่วมในกระบวนการวิจัย และ ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการวิจัยในครั้งนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คณะผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณ และจะนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามวัตถุประสงค์ของผู้ให้ทุนสนับสนุน

คณะผู้วิจัย

เมษายน 2561

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	ช
บทคัดย่อภาษาไทย	ญ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฎ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ฏ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย	4
3. นิยามศัพท์เฉพาะ	4
4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
1. สถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทย	7
2. นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุประเทศไทย	11
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	19
4. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว	26
5. แนวคิดการมีส่วนร่วมชุมชนด้านสุขภาพ	35
6. แนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	39
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	48
1. วิธีดำเนินการวิจัย	48
2. พื้นที่วิจัย	50
3. ประชากรกลุ่มเป้าหมายงานวิจัย	52
4. เครื่องมือการวิจัย	59
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย	66
1. สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาว สถานการณ์กองทุนในชุมชน ต้นทุนทางวัฒนธรรม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับดูแลของผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนอีสาน	66
2. การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	97

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย (ต่อ)	
5. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	164
บทที่ 5 สรุปผลวิจัยและการอภิปรายผล	175
1. สรุปผลการวิจัย	175
2. อภิปรายผลการวิจัย	184
3. ข้อเสนอแนะการวิจัย	193
เอกสารอ้างอิง	196

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและภูมิภาค	8
ตารางที่ 2	อัตราการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและอายุ	11
ตารางที่ 3	ร้อยละ ภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะStroke และโรคเรื้อรัง	25
ตารางที่ 4	แสดงเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	37
ตารางที่ 5	แสดงข้อมูลลักษณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของ เขตสุขภาพที่ 7	51
ตารางที่ 6	พื้นที่การศึกษาวิจัย ในขั้นตอนที่ 2 - 5	52
ตารางที่ 7	กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมายการวิจัย เขตบริการสุขภาพที่ 7	56
ตารางที่ 8	ขนาดกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยจากการประมาณการณ้ตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่พึ่งพิงระยะยาว	57
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	67
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	69
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน	70
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ (ADL)	72
ตารางที่ 13	ความชุกของภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ	74
ตารางที่ 14	จำนวนและร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (IADL)	75
ตารางที่ 15	ความชุกของภาวะพึ่งพิงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้สูงอายุ	77
ตารางที่ 16	จำนวนและร้อยละอาการแสดงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ	78
ตารางที่ 17	ความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน	80
ตารางที่ 18	จำนวนและร้อยละอาการแสดงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ	80
ตารางที่ 19	ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน	81
ตารางที่ 20	ลักษณะวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในครอบครัว	83
ตารางที่ 21	จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว	85
ตารางที่ 22	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว	86
ตารางที่ 23	ระดับคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการวิจัย	88
ตารางที่ 24	วิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ	92
ตารางที่ 25	จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ ปีงบประมาณ 2559	95
ตารางที่ 26	จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัยก่อนการวิจัย	95
ตารางที่ 27	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัย	96

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 28	กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน	98
ตารางที่ 29	จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559 - 2560	102
ตารางที่ 30	จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในพื้นที่วิจัยปีงบประมาณ 2559 - 2560	104
ตารางที่ 31	อัตราส่วนของผู้จัดการดูแลต่อผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559	108
ตารางที่ 32	อัตราส่วนของผู้จัดการดูแลต่อผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ปีงบประมาณ 2559	108
ตารางที่ 33	กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	122
ตารางที่ 34	เปรียบเทียบลักษณะการบริหารจัดการและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ พื้นที่ต้นแบบ	132
ตารางที่ 35	จำนวนผู้สูงอายุในตำบลอาจสามารถที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ปีงบประมาณ 2560	148
ตารางที่ 36	เปรียบเทียบระดับภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุ ของตำบลอาจสามารถ หลังการวิจัย ปีงบประมาณ 2560	149
ตารางที่ 37	จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559 - 2560	150
ตารางที่ 38	จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย	151
ตารางที่ 39	จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559 - 2560	152
ตารางที่ 40	เปรียบเทียบผลลัพธ์การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัยและ หลังการวิจัย	153
ตารางที่ 41	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์กองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังการวิจัย	154
ตารางที่ 42	เปรียบเทียบผลลัพธ์การเข้าถึงบริการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการวิจัย	154
ตารางที่ 43	จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชนก่อนและหลังการวิจัย	155
ตารางที่ 44	เปรียบเทียบความชุกของการระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการวิจัย	155
ตารางที่ 45	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุจำแนกประเภทตามเกณฑ์ชุดสิทธิประโยชน์ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนและหลังการวิจัย	157
ตารางที่ 46	เปรียบเทียบผลลัพธ์ภาวะสุขภาพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนก่อนและหลังการวิจัย	158

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 47	เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการ	159
ตารางที่ 48	คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	163
ตารางที่ 49	การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน	191

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1	ประมาณการค่าดัชนีสูงวัย ของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2558 – พ.ศ.2573 8
แผนภาพที่ 2	เปรียบเทียบดัชนีสูงวัยประเทศไทยกับประเทศในภูมิภาคเอเชีย ปีพ.ศ.2556 9
แผนภาพที่ 3	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่างๆ ของการทำหน้าที่ ภาวะพึ่งพิง และสุขภาพ ตามการจำแนกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก 20
แผนภาพที่ 4	โมเดลกระบวนการภาวะพึ่งพิง (A model of the disablement process) 21
แผนภาพที่ 5	การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย 31
แผนภาพที่ 6	กรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 47
แผนภาพที่ 7	กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 98
แผนภาพที่ 8	กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 121
แผนภาพที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการ วิจัย 163
แผนภาพที่ 10	รูปแบบพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 164
แผนภาพที่ 11	แผนภาพความสัมพันธ์ระบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและ ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 170

รายงานการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

A Model of Participation Health Public Policy Development of Long Term
Care Fund for the Elders In E-SAN Communities by Community Participation

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (Participation Health Public Policy) กองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 11,109 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 660 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 15 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 264 คน และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการจัดเวทีแลกเปลี่ยน จำนวน 28 ครั้ง ระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 – พฤศจิกายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ประเด็น และแจกแจงความถี่ ร้อยละ 95%CI และ Mc NeMar Test

ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานการณ์ความต้องการการดูแลภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนอีสาน พบผู้สูงอายุมีความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.14 (95% CI 13.5 – 14.8) มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.20 (95%CI 14.6 – 15.9) ในขณะที่การดำเนินงานนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในพื้นที่นำร่อง มีพื้นที่เพียงร้อยละ 43 เท่านั้น ที่ผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลระยะยาว โดยปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือการเตรียมความพร้อมบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอและระเบียบปฏิบัติกองทุนระบบการดูแลระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน และภาระงานที่หนักเกินกำลังของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 2) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างองค์ความรู้เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ สามารถนำไปสู่การผลักดันนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้จริง และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ ซึ่งทำให้สามารถขับเคลื่อนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสู่การปฏิบัติและทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการระบบการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value <.001) และ ช่วยสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value <.001) อย่างไรก็ตามพบว่าความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการวิจัยพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะพึ่งพิงระยะยาวเป็นสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระยะยาวเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐที่มีความสำคัญให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

คำสำคัญ: การพัฒนานโยบายสาธารณะ, การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

A Model of Participation Health Public Policy Development of Long Term Care Fund for the Elders In E-SAN Communities by Community Participation

Abstract

This Research and Development research focused on developing the model of Participation Health Public Policy for the Elderly Care Fund in the community at Northeastern of Thailand (E – San) by community participation process. Data were collected by using both qualitative and quantitative methods including survey, observation, in-depth interview, focus group discussion, and documentation reviews. The participants consisted of 11,109 elders, 660 elderly caregivers, 15 elderly care managers, 264 involved people, and 28 observation participants. Data were collected from October 2016 to November 2017 and were analyzed by using content analysis, percentage distribution, 95%CI, and McNemar Test.

The study found that: 1) the situation of long-term dependency care needs of the elders had a prevalence of dependence in the elders 14.14% (95% CI 13.5 - 14.8), with dementia 15.20%. (95% CI 14.6 - 15.9). Only 43% of dependent elders had accessed to long-term care benefits which was followed the long-term care fund policy in the pilot area. The major obstacles were the problem of inadequate provision of personnel to local government organizations and the burden of care manager. 2) The process of driving long-term care policy into public policy to create public participation in elderly care consisted of 3 components: community involvement, creating knowledge for public policy of long term care, and integrating with the policy-making agency in the area that could lead to the public policy to practice in the area. 3) The community participation increased in every component. This enabled the long-term care fund to be implemented and encouraged the elders with dependency be accessed to long-term care services increased significantly (p -value $<.001$). The quality of life of caregivers was also improved significantly (p -value $<.001$). However, it was found the level of disability was no statistically significant difference in the elderly who received care services under long-term care fund before and after the study.

Long-term dependence is a problem and long-term care needs in the elders. Health Public Policy of the long-term care for the elderly is a social movement for the cooperation of network partners, especially local governments and primary health care, to drive important government policies, that can lead to practice in the area. This will lead to the development of long-term care for the elders in the community to support the elderly society in the future.

Keyword: Participation Health Public Policy, Long Term Care, Community Participation

รายงานการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในพื้นที่ 13 ตำบล 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ของ 4 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 –พฤศจิกายน พ.ศ.2560 รวมระยะเวลา 14 เดือน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ สัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากผู้สูงอายุจำนวน 11,109 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 660 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 15 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 264 คน และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการจัดเวทีแลกเปลี่ยน จำนวน 28 ครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) เพื่อสร้างบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95%CI และ Mc Nemar Test ซึ่งผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 สถานการณ์ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การดำเนินนโยบายกองทุนดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวระยะเปลี่ยนผ่าน มีข้อจำกัดและอุปสรรคในการขับเคลื่อนเนื่องจากการเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอ และ ภาระงานของผู้จัดการดูแล

จำนวนผู้สูงอายุตามทะเบียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่วิจัย มีจำนวนทั้งหมด 13,652 คน สามารถสำรวจข้อมูลได้ จำนวน 11,109 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 81.37 พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนอีสานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 70.47 ปี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 มีคู่สมรส 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุร้อยละ 5 อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง

ผู้สูงอายุร้อยละ 60 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง พบเกือบร้อยละ 28 รองมาคือโรคเบาหวาน พบร้อยละ 16 และพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกือบร้อยละ 40 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ชนิด และมีผู้สูงอายุ เกือบร้อยละ 2 มีความพิการ พบความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.14 (95%CI= 13.5-14.8) โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 0.62 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 7.80

ภาวะพึงพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.73 และยังพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.20 (95%CI=14.6 – 15.9)

ในขณะที่พบว่าในพื้นที่วิจัยปีงบประมาณ 2559 มีเพียงร้อยละ 20 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถเบิกงบประมาณ ทำให้มีผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 30.14 ส่วนของเขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนร้อยละ 43 สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2560) ซึ่งพบว่าปัญหาและอุปสรรคการสำคัญของการดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การเตรียมความพร้อมบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอและระเบียบปฏิบัติกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่านของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1.2 รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว: การพัฒนานโยบายสาธารณะสู่สู่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่

1) การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (2) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบจากการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัย (3) นำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ (4) ปรับปรุงข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนอีสาน

2) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน (2) การพัฒนาองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ (3) บูรณาการเชื่อมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ ภายใต้คณะทำงาน 3 ทีม ได้แก่ ทีมนโยบาย ทีมปฏิบัติการ และ ทีมวิชาการ

3) การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่การปฏิบัติ เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยประเมิน การบริหารจัดการกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คุณภาพระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

โดยมีกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วย 4 กลไก คือ

1) สมัชชาสุขภาพ: กลไกการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2) โรงเรียนผู้สูงอายุ: กลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

- 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น: กลไกการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 4) ผู้จัดการดูแล: กลไกการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

1.3 ประเมินผลลัพธ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผลจากการติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดการวิจัย มีดังนี้

1) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวช่วยสนับสนุนให้การบริหารจัดการกองทุนสามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้และทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่าก่อนการวิจัยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 20.00 หลังดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.67 และพบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์จากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84 ซึ่งจากการเปรียบเทียบการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หลังการวิจัย พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < .001$)

2) การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว ก่อนการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78 รองมาคือ คุณภาพชีวิตดี เกือบร้อยละ 17 และคุณภาพชีวิตไม่ดี เกือบร้อยละ 5 หลังได้รับการสนับสนุนระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่ามีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น และจากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนการวิจัยและหลังการวิจัยพบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.001$)

3) ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการวิจัยไม่มีความแตกต่างกัน

พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน จำนวน 777 คน หลังสิ้นสุดการวิจัยพบว่ามีผู้สูงอายุเสียชีวิต ร้อยละ 8 และมีอาการดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกือบร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามผลการเปรียบเทียบระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < .3831$)

3. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยสำหรับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรผลักดันให้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสู่การเป็นนโยบายสาธารณะและนโยบายเร่งด่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรทบทวนและปรับปรุง ระเบียบ ข้อบังคับ ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และแนวทางปฏิบัติของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้มีความ

ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทชุมชน ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) กระทรวงสาธารณสุขควรคงการพัฒนาอัตรากำลังและศักยภาพผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความเพียงพอเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และ ขยายการพัฒนาผู้จัดการดูแลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้าใจและช่วยแบ่งเบาภาระงานของผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุข

4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ควรร่วมมือกับพัฒนามาตรฐานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสร้างหลักประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

5) สถาบันการศึกษาควรร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ศึกษาด้วยกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยต่อไป

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกเปลี่ยนแปลง จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสังคมที่มีความต้องการการพึ่งพาที่เพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับประเทศไทย พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 และ ร้อยละ 14.9 ในปีพ.ศ.2550 พ.ศ.2554 และพ.ศ.2557 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550; 2553; 2557) และจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พบว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในปีพ.ศ.2563 และจังหวัดเกือบครึ่งหนึ่งของประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด ปีพ.ศ.2573 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) ทำให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย เพิ่มจากร้อยละ 18.1 ในปีพ.ศ.2554 เป็นร้อยละ 22.3 ในปีพ.ศ.2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ในขณะที่โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 6.3 ร้อยละ 5.5 และ ร้อยละ 4.5 ในปีพ.ศ.2550 พ.ศ.2554 และ พ.ศ.2557 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550; 2557) ทำให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.5 เป็นร้อยละ 8.6 ในปีพ.ศ.2550 และพ.ศ.2557 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.0 และร้อยละ 18.0 โรคเบาหวาน (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง ทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว (Lafortune and Balestat, 2007) จากการคาดประมาณในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุไทยมีความต้องการการดูแลระยะยาวในเพศชาย และ เพศหญิงเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน ตามลำดับ และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเพิ่มขึ้นจาก 90 - 11,354 ล้านบาท พ.ศ.2552 จะเพิ่มเป็น 2766 - 34,573 ล้านบาท ในปีพ.ศ.2567 (Srithamrongsawat et al., 2009)

ในขณะที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่มีปัญหาสภาพความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย โดยเกือบ 2 ใน 3 อยู่ในวัยสูงอายุ และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 70.0 ทำให้ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ มากกว่า 1 ใน 4 โดยร้อยละ 8 ต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเดิม และพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจากความล้าหลังในการปฏิบัติของ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, 2557) อีกทั้ง ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ อสม. อผส. มีความรู้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ คณะ, 2552) สภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ขนาดโครงสร้างของครอบครัว ที่มีขนาดเล็กลง ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวประสบกับการลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของ ครอบครัว ในขณะเดียวกันภาวะพึ่งพิงและความต้องการการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทยก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแลและครอบครัว และ อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งขาดระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคต

ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ปรับปรุงครั้งที่ 1 จึงกำหนด มาตรการเกี่ยวกับครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวให้ยาวนาน ที่สุด และส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553) การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุจึงถูกผลักดันให้เป็นนโยบายสำคัญของประเทศ โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีมติขอเสนอการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ประการ ได้แก่ การส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและยาวนานที่สุด การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การ ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ และการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ระบบการดูแลมีความทั่วถึง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ให้สังคมไทยเป็นสังคมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงวัยอย่างแท้จริง (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้กำหนด 6 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูล ผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแล และฟื้นฟู ผู้สูงอายุ โดย เชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์ การพัฒนากำลังคน การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล และการพัฒนากฎหมาย ระเบียบและการบริหารจัดการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2556) โดยเฉพาะใน ปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลมีการประกาศนโยบายตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 1,000 ตำบล เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10 จำนวนประมาณ 100,000 ราย โดยการทำบันทึก ความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดังกล่าวเป็น การขับเคลื่อนงบประมาณผ่านกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งมีเป้าหมายดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ 2561 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 1 ใน 3 ของประเทศ มีจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมากที่สุด มีผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอสูงสุดของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และเป็นพื้นที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่น (Knodel and Chayovan, 2008) อีกทั้งจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พบว่า พื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม และ จังหวัดกาฬสินธุ์ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ.2563 ก่อนพื้นที่อื่นของภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) ซึ่งจากการสำรวจในพื้นที่เขตชนบทจังหวัดขอนแก่น พบผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงและต้องการการดูแลระยะยาว ร้อยละ 12 ในขณะที่พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวถึงร้อยละ 59 และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเกือบร้อยละ 10 (Sihapark, Kahirunyaratn and Chen, 2014) ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ชุมชนอีสานจึงเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตและต้องการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว

นอกจากนี้หลังการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2559 ของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วม จำนวน 145 แห่ง โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแล จำนวน 11,635 คน อย่างไรก็ตามหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการ 1 ปี พบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 43 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง และมีมากถึงร้อยละ 57 ที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น, 2559) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินกองทุนสุขภาพตำบลที่ผ่านมา พบว่า คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความชัดเจนในเป้าหมายที่แท้จริงของกองทุนสุขภาพตำบล และพบว่าบทบาทของผู้แทนที่มาจากภาคส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีส่วนร่วมสูงกว่าภาคชุมชน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2554) แนวโน้มในอนาคตขนาดของปัญหาการพึ่งพิงระยะยาวจะมากขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และภาระการดูแลจะเพิ่มสูงขึ้น กระบวนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อนทางนโยบายและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมโดยเฉพาะการพัฒนา นโยบายสาธารณะซึ่งเป็นนโยบายที่มีกระบวนการเกิดจากการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของชุมชน ที่จะนำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน

โครงการวิจัยรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในพื้นที่ชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ของเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อผลักดันให้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคต สู่การเป็นนโยบายของสาธารณะเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวและสร้างหลักประกันการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะยาวในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ เพื่อนำมาสู่การตัดสินใจและการขับเคลื่อนนโยบายนโยบายสาธารณะ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการพัฒนานโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ตอบสนองกับความต้องการของชุมชน และการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของแต่ละชุมชน จะนำไปสู่การจัดชุดสิทธิประโยชน์เพื่อจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการสนับสนุนการดูแล และชุมชนเกิดการเรียนรู้การจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างยั่งยืนและเป็นบทเรียนสำหรับพื้นที่อื่นต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์รอง

- 1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาว วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน
- 2) เพื่อพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3) เพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 4) เพื่อประเมินผลลัพธ์นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน

3. นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ ความหมายตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย

การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้าน หรือในสถานบริการโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านสังคม และไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง คนอื่นๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบททางสังคมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 12 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ไม่มีปัญหาการกินหรือเจ็บป่วย และ กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต และมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์

กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการ ณ คริวเรือน หรือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ ที่ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อให้เกิดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งประเมินจากองค์ประกอบการมีส่วนร่วม 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินความต้องการ (Need assessment) การจัดการ (Management) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดองค์กร (Organization) การใช้ทรัพยากรในชุมชน (Resource Mobilization)

4. ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหาการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาว วัฒนธรรมการดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน รูปแบบนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประเมินผลลัพธ์นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน และ กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และ คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระสงฆ์ บุคลากรสาธารณสุข เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เป็นต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ที่มีส่วน

เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่หน่วยอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น การศึกษานอกโรงเรียน

ขอบเขตด้านพื้นที่วิจัย

พื้นที่ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 10 อำเภอ 13 ตำบล ในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีขอบเขตของพื้นที่วิจัยตามเขตการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีทั้งหมด 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าเป็น เทศบาลเมือง จำนวน 2 แห่ง เทศบาลตำบล 5 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 8 แห่ง

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการศึกษาวิจัยคาดว่าจะสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานภายใต้สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ ได้แก่

- 1) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเตรียมระบบการดูแลระยะยาวที่สอดคล้องกับสังคมไทยสำหรับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายระดับประเทศในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุและจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยในอนาคต
- 2) เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับชุมชนและท้องถิ่นในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 3) เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับรูปแบบและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้วัฒนธรรมไทย
- 4) พัฒนางองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ที่สามารถเป็นบทเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยและสากลได้

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัย เรื่องรูปแบบการพัฒนา นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน อีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยประเด็น ต่อไปนี้

1. สถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทย
2. นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
4. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
5. แนวคิดมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ
6. แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

1. สถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทย

1.1 สถานการณ์โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ

โครงสร้างประชากรโลกและของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ทำให้ประชากรผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญ และได้รับความสนใจและมีการศึกษาอย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ การระบุประชากรผู้สูงอายุ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจผู้สูงอายุ ซึ่งการให้นิยามความหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านมานิยามเกี่ยวกับความสูงอายุมิมีความแตกต่างกันตามฐานของความคิด เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ประสพการณ์ มุมมองของแต่ละบุคคล และแต่ละสังคม วัฒนธรรม อย่างไรก็ตามความเข้าใจเกี่ยวกับการให้นิยามของผู้สูงอายุที่ชัดเจนจะนำมาซึ่งเกณฑ์หรือวิธีการแบ่งประชากรผู้สูงอายุซึ่งได้ว่ามีความพยายามที่สรุปการให้นิยามคำว่าสูงอายุออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ คือ 1) ความสูงอายุมิมีความเป็นสากลที่ไม่มีใครที่จะหลีกเลี่ยงได้ (it is universal and inevitable) 2) ความสูงอายุเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไปตามเวลา และผลลัพธ์ทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงที่กลับคืนมาไม่ได้ (It is gradual progressing with time and resulting in an irreversible loss of fitness) ซึ่งความแข็งแรงของร่างกาย และการทำหน้าที่ของสรีระต่างๆ ในร่างกายจะเกิดการเสื่อมถอยอย่างค่อยเป็นค่อยไป การทำหน้าที่ของสรีระร่างกายลดลงตามอายุ เช่น การสูญเสียการรับรู้ แรงดันหัวใจที่น้อยลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถด้านจิตใจที่ลดลง เป็นต้น และ 3) ผลลัพธ์สุดท้ายของความสูงอายุคือการสูญเสียชีวิต (it ultimately leads to death) การสูงอายุทำให้โอกาสในการเสียชีวิตมีสูงขึ้นและการเสียชีวิตเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต (Wickens, 1998) ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความต้องการการพึ่งพิงสูง

สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งพบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 และ ร้อยละ 14.9 ในปีพ.ศ. 2550 2554 และ 2557 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550,2557) และข้อมูลสถิติผู้สูงอายุประเทศไทยปีพ.ศ.2559 พบว่าประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย พบร้อยละ 15.07 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และภาคที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคอีสาน

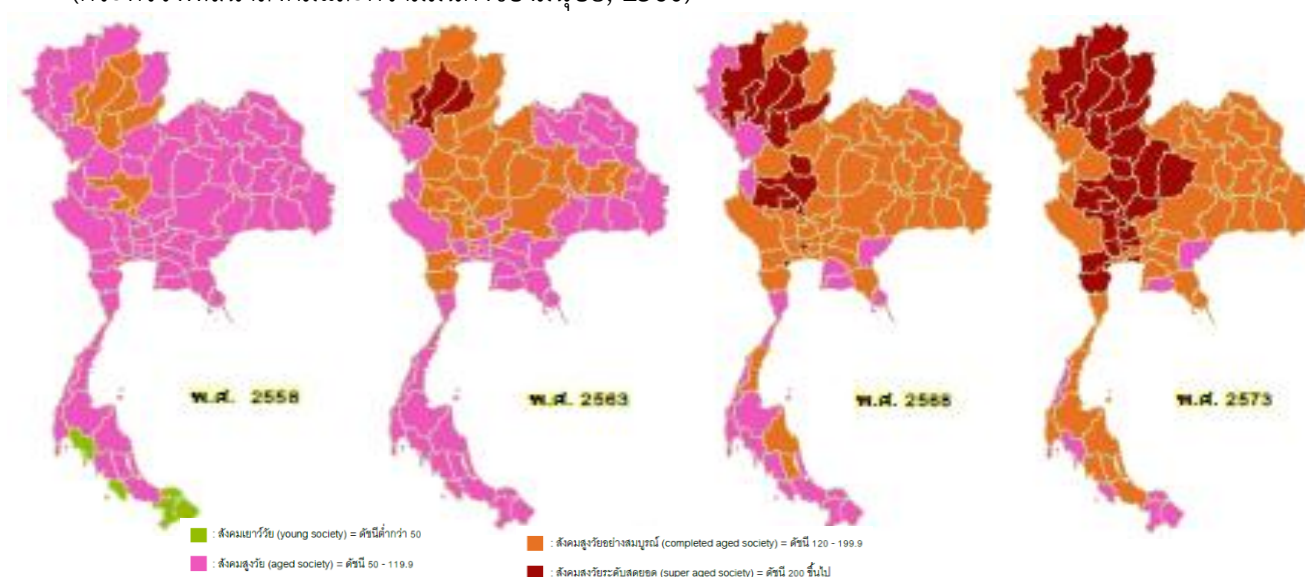
และภาคใต้ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 5 อันดับ คือ กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา ขอนแก่น เชียงใหม่ และ นครศรีธรรมราช(กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) โดยพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล และส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและภูมิภาค

ประชากร/ภูมิภาค	เพศชาย (คน)	เพศหญิง(คน)	รวม (คน)	ร้อยละ
ประชากรทั้งหมด	32,357,808	33,573,742	65,931,550	
ประชากรผู้สูงอายุ	4,479,138	5,455,171	9,934,309	15.07
ภาคเหนือ	907,626	1,092,675	2,000,301	16.56
ภาคกลาง	1,276,470	1,610,639	2,887,109	16.15
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,412,512	1,705,251	3,117,763	14.21
ภาคใต้	544,019	694,457	1,238,476	13.26
ภาคตะวันออก	338,511	352,149	690,660	14.72

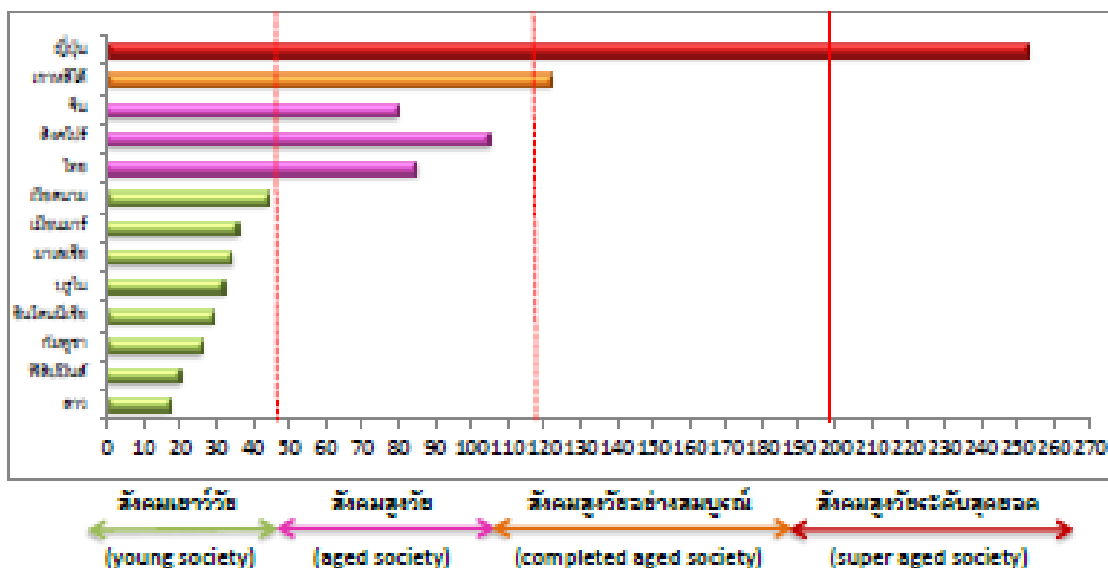
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลเดือน ม.ค.59 - ธ.ค.59, 2560

ซึ่งจากการประมาณประมวลผลจากข้อมูลประชากรผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจากทะเบียนราษฎรกรมการปกครอง พ.ศ. 2556 และข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2558 - 2573 ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) ในปีพ.ศ.2563 และโดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 7 เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ก่อนพื้นที่อื่นของภาคอีสาน และในปีพ.ศ.2573 พื้นที่ภาคเหนือและภาคกลางส่วนใหญ่จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)



ที่มา: กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2557

แผนภาพที่ 1 ประมาณการค่าดัชนีสูงวัย ของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2558 – พ.ศ.2573



ที่มา: ปราโมทย์ ปราสาทกุล “สถานการณ์ผู้สูงอายุ แนวโน้ม และผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน, 2556 แผนภาพที่ 2 เปรียบเทียบดัชนีสูงวัยประเทศไทยกับประเทศในภูมิภาคเอเชีย ปีพ.ศ.2556

ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคเอเชีย พบว่าปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยและมีดัชนีการสูงวัยเป็นลำดับที่ 4 รองมาจากประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ สถานการณ์สังคมสูงวัยทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ(ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2556)

1.2 สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ภาวะสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 จากการสำรวจตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7,365 คน โดยการกระจายของจำนวนตัวอย่างตามกลุ่มอายุ 60-69, 70-79, และ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 59.3, 30.7 และ 10.0 ตามลำดับ มีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน และกระจายของตัวอย่างครอบคลุมทุกภูมิภาคตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557)

พบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุ (ประมาณ 2.2 ล้านคน) รองลงมาคือโรคเกาต์ (ร้อยละ 5.4) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 4.6) โรคหอบหืด (ร้อยละ 4.6) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 2.6) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 1.6) โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดโรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย (>60 ปี) พบความชุกดังนี้

ความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชายและหญิงของกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีร้อยละ 47.2 และ 49.5 ตามลำดับ ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 58.7 และ 68.9 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี 2552 พบว่ามีความชุกใกล้เคียงกัน และพบว่าร้อยละ 24.5 - 39.9 ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

ไม่ได้รับการวินิจฉัย และร้อยละ 4.3 - 7.8 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 23.8-30.8 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการรักษา และมีร้อยละ 31.1 - 43.9 ที่สามารถควบคุมความดันเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ <140/90 มม.ปรอท เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 4 พบว่าสัดส่วนของคนที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาและควบคุมความดันเลือดได้เพิ่มขึ้น ส่วนความชุกของเบาหวาน ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 - 69 ปี เพศชายมีร้อยละ 16.1 เพศหญิงมีร้อยละ 21.9 ความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและลดเป็นร้อยละ 12.4 ในเพศชายและ 11.3 ในเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 80 ปี ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย ยกเว้นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่เพศชายมีความชุกมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย เมื่อพิจารณาผู้ที่เป็นเบาหวานจากการสำรวจโดยการตรวจน้ำตาลในเลือด พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีร้อยละ 21.1 - 50.7 มีร้อยละ 23.1 - 44.6 ที่รักษาแต่ยังคงน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ (FPG <130 มก./ดล.) และสัดส่วนที่สามารถควบคุมได้มีร้อยละ 18.5 - 38.4 อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 4 มีสัดส่วนของการวินิจฉัยและการควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ลดลงในการสำรวจครั้งที่ 5 นี้

ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามอายุ ในผู้สูงอายุชายความชุกมีร้อยละ 3.9, 4.2 และ 5.0 ในกลุ่มอายุ 60 - 69, 70 - 79 และ 80 ขึ้นไป ตามลำดับ ในขณะที่การเพิ่มของความชุกในผู้สูงอายุหญิงอยู่ในระดับที่สูงกว่าผู้สูงอายุชายถึงสองเท่า กล่าวคือ กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี เป็นร้อยละ 7.7 แล้วเพิ่มเป็นร้อยละ 8.5 ยกเว้นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ความชุกในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงเล็กน้อย

ภาวะสมองเสื่อม ผลการทดสอบคัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7,356 ราย ด้วยแบบประเมิน MMSE พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.10 พบในเพศชาย ร้อยละ 6.80 และเพศหญิงร้อยละ 9.20 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศจะเห็นได้ว่า ความชุกของความผิดปกติในผู้สูงอายุหญิงสูงกว่า ผู้สูงอายุชายในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความชุกต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จนอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 13.6 ในเพศชาย และร้อยละ 28.50 ในเพศหญิง ภาวะสมองเสื่อมกับระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่จบระดับประถมขึ้นไป และพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าในเขตฯ ร้อยละ 8.80 และ 7.10 ตามลำดับ

ส่วนความต้องการการภาวะพึ่งพิงการดูแลกิจวัตรประจำวัน จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะความต้องการการพึ่งพิงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 15.5 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) และจากการศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทจังหวัดขอนแก่น พบความชุกร้อยละ 12 (ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ, 2556) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการเกิดภาวะพึ่งพิงการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ ในแต่ละช่วงของอายุมีความแตกต่างกันดังนี้

ตารางที่ 2 อัตราการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและอายุ

ภาวะพึ่งพิงระยะยาว	Male				Female			
	All	60-69	70-79	80+	All	60-69	70-79	80+
Long-term disability	17.4	14.6	19.4	27.6	20.2	14.9	23.4	36
Total disability	22	19.5	22.9	33.3	27.2	22.7	30.6	39.7
Self-care Dependence	5.7	4	5.4	16.1	7.9	4.4	8.9	20.9

ที่มา: Jintapunkul, et al. 2003

ภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงตามจำนวนผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว ที่เป็นปัญหาใหญ่ที่มาพร้อมกับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะเพียงผู้สูงอายุเท่านั้น หากแต่ส่งผลกระทบต่อสังคมทั้งในระดับครอบครัวชุมชน รวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและประเทศชาติ

2. นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย

การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทยมีพัฒนาการมากกว่า 3 ทศวรรษ ซึ่งนโยบายและแผนงานผู้สูงอายุของประเทศไทยมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม หลังจากการจัดทำแผนงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 – 2544) ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากการประชุมผู้สูงอายุโลกครั้งที่ 1 (The First World Assembly on Aging) ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ทำให้ประเทศไทยได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นใน พ.ศ. 2529 และได้จัดทำแผนระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งในช่วงแรกของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 นโยบายของรัฐบาล (พ.ศ. 2523-2534) ให้ความสำคัญกับการสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะการให้บริการสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสเป็นหลัก มีกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผิดชอบ และในปี พ.ศ. 2532 มีการก่อตั้งสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จนกระทั่งช่วงท้ายของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2534 - 2535 รัฐบาลได้จัดทำ นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว มีนโยบาย ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการพื้นฐานด้านต่างๆ อย่างกว้างขวางและทั่วถึงโดยสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น จัดสวัสดิการสังคมและให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามความต้องการและความจำเป็น มาตรการจัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542) ได้แก่

1) ด้านสวัสดิการสุขภาพอนามัย

ให้การรักษายาบาลแบบให้เปล่าแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อย ในสถานพยาบาลของรัฐ ให้ค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการแก่บุคลากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) ด้านสวัสดิการสาธารณสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน

จัดสร้างที่นั่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุบนรถโดยสารประจำทาง รถไฟ และเรือ ลดอัตราค่าโดยสารรถประจำทาง รถไฟ และเรือ ในที่สาธารณะให้จัดทำราวบันไดทางเดินและราวที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุ

3) ด้านสวัสดิการเกี่ยวกับที่พักอาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และนันทนาการ

ในการสร้างอาคารให้มีการจัดสรรให้มีโครงสร้างที่อำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุ และให้มีห้อง/เนื้อที่เพิ่มอย่างเหมาะสมสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย การจัดบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ และไม่มีผู้อุปการะ การสนับสนุนหน่วยงานเอกชนในการจัดสร้างที่พักอาศัยตามความต้องการ และความเหมาะสมของผู้สูงอายุ การจัดบริเวณและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ ลดอัตราค่าผ่านประตูในการเข้าชมมหรสพและบันเทิง และส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การบันเทิง และการพักผ่อนหย่อนใจ

4) ด้านอื่นๆ ได้แก่ ดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีหลักฐานเพื่อสามารถรับสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการทางสังคม

ในช่วงปี 2542 ประเทศไทยได้ลงนามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) ซึ่งมีปฏิญญา 9 ข้อ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคม อันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถ ปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัย และตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในสังคมเป็นแหล่งภูมิปัญญาของคนรุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ ค้ำครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทย ที่เน้นความกตัญญูตักเตือนและเอื้ออาทรต่อกัน

ต่อมาในปีพ.ศ.2546 มีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546 กำหนดให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ มี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นรองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีเป็นรองประธานกรรมการ คนที่สอง และมีปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประธานสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขาธิการสภาการศึกษาเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

ซึ่งในมาตรา 11 กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็ว แก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต (3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม (4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน (5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง (9) การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว (10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง (11) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี และ (13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

และในมาตรา 13 กำหนดให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ เรียกว่า “กองทุนผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติ ต่อมาในปี พ.ศ.2560 มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อรองรับมาตรการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย พร้อมหาแหล่งเงินเข้ากองทุนผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ ซึ่งทำหน้าที่ให้เงินสนับสนุนโครงการด้านผู้สูงอายุและให้เงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพแก่ผู้สูงอายุ มีบทบาทในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยให้กองทุนผู้สูงอายุได้รับเงินบำรุงกองทุนในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บ

จากสินค้าสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต แต่ไม่เกินปีละ 4,000 ล้านบาท เพื่อค่าใช้จ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

หลังจากสิ้นสุดแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ขึ้นมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้พบว่าแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 มีลักษณะที่แตกต่างจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับแรก 3 ประการ คือ

1) มุมมองของแผนฉบับแรกเน้นว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่เคยทำคุณประโยชน์ให้กับสังคม และสมควรได้รับการตอบแทน” ในขณะที่แผนฉบับนี้มีวิสัยทัศน์ว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ตกอยู่ในสถานะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลได้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม”

2) การจำแนกมาตรการในแผนฉบับแรกมีลักษณะ “แยกส่วนตามสาขาต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านความมั่นคงทางรายได้และการพึ่งพิง ด้านการศึกษาสังคมและวัฒนธรรม ด้านสวัสดิการ เป็นต้น” แต่ในแผนฉบับนี้จัดทำยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะ “บูรณาการ” และ “แบ่งออกตามเป้าหมายทางยุทธศาสตร์เป็นหลัก”

3) แผนฉบับนี้ได้กำหนด “ดัชนีและเป้าหมาย” ของมาตรการต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการให้บรรลุจุดหมายและเพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินการ และในแผนยังได้ระบุถึง “มาตรการในการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง” อันเป็นจุดอ่อนที่พบในช่วงเวลาของแผนฉบับแรก ที่ไม่มีการระบุดัชนีและขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนอย่างเป็นรูปธรรม (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ได้กำหนดให้มีการติดตามประเมินแผน ระยะเวลาทุก 5 ปี ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) หลังการดำเนินงาน 5 ปี(พ.ศ.2550 - 2554) พบว่ายุทธศาสตร์ 3 ด้านที่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดเกินกว่าครึ่ง ส่วน 2 ยุทธศาสตร์ ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดไม่ถึงครึ่ง และมีข้อเสนอให้เร่งขยายระบบดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมมากขึ้น และ ควรเร่งกำหนดมาตรฐาน กำกับบริการต่างๆ ที่ให้แก่ผู้สูงอายุ จึงได้มีการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ในปัจจุบัน มีปรัชญา คือ ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลที่ด้อยโอกาส หรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วม เป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ดังนี้ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553, วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2553)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง

2) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม และส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด

3) เพื่อให้ประชาชนทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชนตระหนักและมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ

5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

- 1.1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
- 1.2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- 1.3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

- 2.1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น
- 2.2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
- 2.3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
- 2.4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

2.5) มาตรการ ส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

2.6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัย

3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

- 3.1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
- 3.2) มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ
- 3.3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
- 3.4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

- 4.1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
- 4.2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตาม

ประเมินผลการดำเนินการ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

5.1) มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

5.2) มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมอย่างเหมาะสม

5.3) มาตรการ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.4) มาตรการ พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นทิศทาง นโยบาย เพื่อใช้ในการขับเคลื่อน ควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงานต่างๆ ของหน่วยงาน องค์กร ชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งการนำทิศทางและนโยบายของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ลงสู่การขับเคลื่อนในการปฏิบัติของหน่วยงาน องค์กร ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทย มีจำนวนหน่วยงาน องค์กร ชุมชน จำนวนมากที่ร่วมขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกได้ 6 กลุ่มตามลักษณะการดำเนินงาน ดังนี้

1) การขับเคลื่อนแผนงานนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานที่มีพันธกิจสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้ (1) พัฒนาแผนงาน มาตรการ กลไก นวัตกรรม และบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริม สนับสนุนคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุให้มีความอยู่ดีมีสุข (2) การเตรียมความพร้อมสังคมเพื่อความอยู่ดีมีสุขเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (3) คุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุน และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุให้เข้าถึงระบบสวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (4) ส่งเสริม สนับสนุนภาคีเครือข่ายงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อร่วมขับเคลื่อนและพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ (5) พัฒนาองค์กรและทรัพยากรทางการบริหารงาน และองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กร

ส่วนกระทรวงแรงงาน มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับ การคุ้มครองแรงงาน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2560 ที่คณะกรรมการค่าจ้างสามารถกำหนดค่าจ้างขั้นต่ำรายชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการจ้างงานในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา คนพิการ และผู้สูงอายุ นายจ้างไม่ต้องส่งสำเนาข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงานให้เจ้าหน้าที่ เป็นการลดขั้นตอนการประกอบธุรกิจ กรณีลูกจ้างเกษียณอายุต้องได้รับค่าชดเชย

กระทรวงมหาดไทย บทบาทที่สำคัญของกระทรวงมหาดไทยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คือ ในปี พ.ศ. 2546 มีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ซึ่งได้ระบุไว้ในมาตรา 11(11) ว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุน การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม” ซึ่งเดิมมีการจ่ายเงินให้แก่ผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ในอัตรา 300 บาทต่อเดือนต่อคน โดยมติดังกล่าวได้สิ้นสุดเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2549 ได้ปรับเพิ่มเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุเป็นคนละ 500 บาทต่อเดือนอีกทั้งในทางปฏิบัติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพทางการคลังสามารถเพิ่มจำนวนเงินต่อเดือน แต่รวมแล้วไม่เกิน 1,000 บาท เพื่อให้เพียงพอต่อสภาวะการดำรงชีพในปัจจุบัน หรืออาจเพิ่มจำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพได้โดยใช้งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง คุณสมบัติพื้นฐานของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ คือ ประการแรกคือ ผู้สูงอายุมีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ประการที่สอง คือ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้โดยมีเงื่อนไขว่าผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

ต่อมาปี พ.ศ. 2553 มีการแก้ไขพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ในมาตรา 11 (11) “ให้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม” จึงทำให้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกคนที่เข้าหลักเกณฑ์ คือ 1) มีสัญชาติไทย และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน 2) มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ในกรณีที่ทะเบียนราษฎรระบุเฉพาะปีเกิดให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดในวันที่ 1 มกราคม ของปีนั้น) 3) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายการจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุให้เป็นไปตามแนวนโยบายของรัฐบาล เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ จึงปรับการจ่ายเบี้ยยังชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี โดยปรับเป็นขั้นบันได ดังนี้ ผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุ 60 - 69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 600 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุ 70 - 79 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 700 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุ 80-89 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 800 บาทต่อเดือน และ ผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุ 90 ปี ขึ้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 1,000 บาทต่อเดือน

ด้านกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานของรัฐบาลมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภายใต้สังกัด เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบในเรื่องของผู้สูงอายุ ได้แก่ กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รับผิดชอบทางด้านวิชาการบำบัดรักษาผู้สูงอายุ ด้านกรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพดูแลในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพกาย กรมสุขภาพจิต ดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สนับสนุนการวิจัยและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และ สถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ มีภารกิจรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มปกติ ซึ่งเน้นการดูแลเกี่ยวกับการคัดกรองโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มป่วย สถานบริการสุขภาพมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษา และ ฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

2) การขับเคลื่อนการดำเนินงานเกี่ยวกับข้อมูลและการวิจัยผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานที่มีบทบาท ได้แก่ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัย

ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถานศึกษาอื่นๆ ซึ่งยุทธศาสตร์การวิจัยประเด็นด้านผู้สูงอายุและสังคมสูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ.2555 - 2560 เป็นยุทธศาสตร์การวิจัยที่มีงบประมาณแบบมุ่งเป้าเป็นกรอบการขับเคลื่อนด้วยความร่วมมือกันของทุกภาคส่วน โดยมีเป้าหมายเพื่อใช้งานวิจัยพัฒนาประเทศ โดยมีเครือข่ายองค์กรบริหารงานวิจัยแห่งชาติ (คอบช.) เป็นเครือข่ายหลัก

3) หน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการวางแผนพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ขององค์กรเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร ที่ดำเนินงานตามพันธกิจของหน่วยงาน ได้แก่ มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุของคริสตจักร บ้านพัก สถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น

5) การดูแลผู้สูงอายุขององค์กรเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการเกี่ยวกับธุรกิจการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ สถาบันบริบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนบริบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลผู้สูงอายุ Nursing Home สถานดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

6) เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชน และ เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ ส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และ การช่วยเหลือผู้สูงอายุ และสังคม

อย่างไรก็ตามภายใต้สถานการณ์โครงสร้างประชากรของประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ทางสังคม และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป พบว่าการดูแลผู้สูงอายุในช่วงระยะหลังการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 พบว่ามีจุดเน้นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยสมัชชาสุขภาพ ได้มีการปรับปรุงการให้ความหมายของการดูแลระยะยาวขององค์การอนามัยโลกว่าหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคมสุขภาพเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

ซึ่งมิติที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 มติที่ 1.8 ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 มติที่ 11 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติที่ 2 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 มติที่ 10 เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ซึ่งทำให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบ

บริการสุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

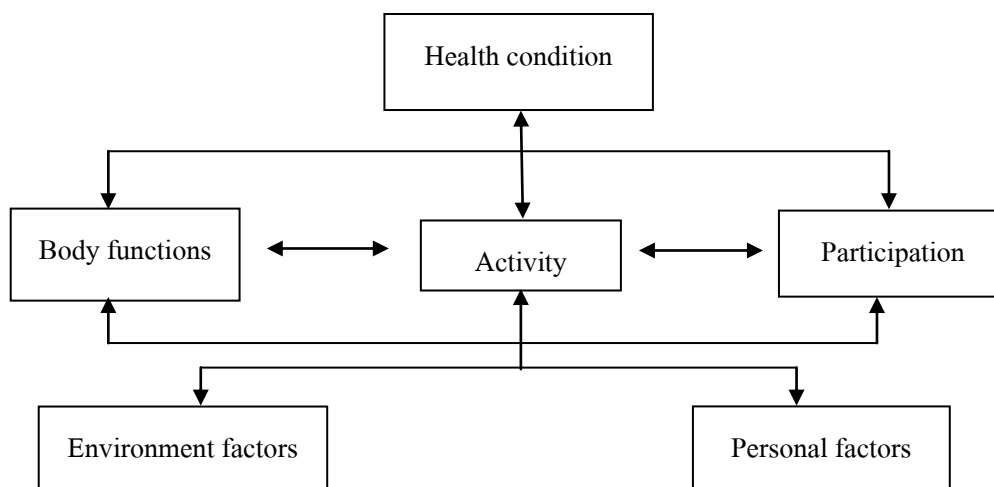
กระบวนการชราภาพเป็นเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของวัยผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น นำมาสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ที่มีแนวโน้มเป็นปัญหามหาชนใหญ่ของสังคมผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงระยะยาวไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น หากแต่ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน รวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและประเทศชาติ ภาวะพึ่งพิงระยะยาว จึงเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะไว้ (WHO, 2003) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่ผ่านมามีดังต่อไปนี้

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการพึ่งพิงระยะยาวมีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แนวคิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการศึกษาผ่านแนวคิดการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ที่ประเมินจากความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมหรือข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ (Jagger et al., 2001; WHO, 2001; Freedman et al., 2002; WHO, 2003; Tas et al., 2007) ซึ่งสามารถอธิบายผ่านแนวคิดของภาวะพึ่งพิง 2 แนวคิดที่สำคัญ ได้แก่

1) แนวคิดภาวะพึ่งพิงขององค์การอนามัยโลก

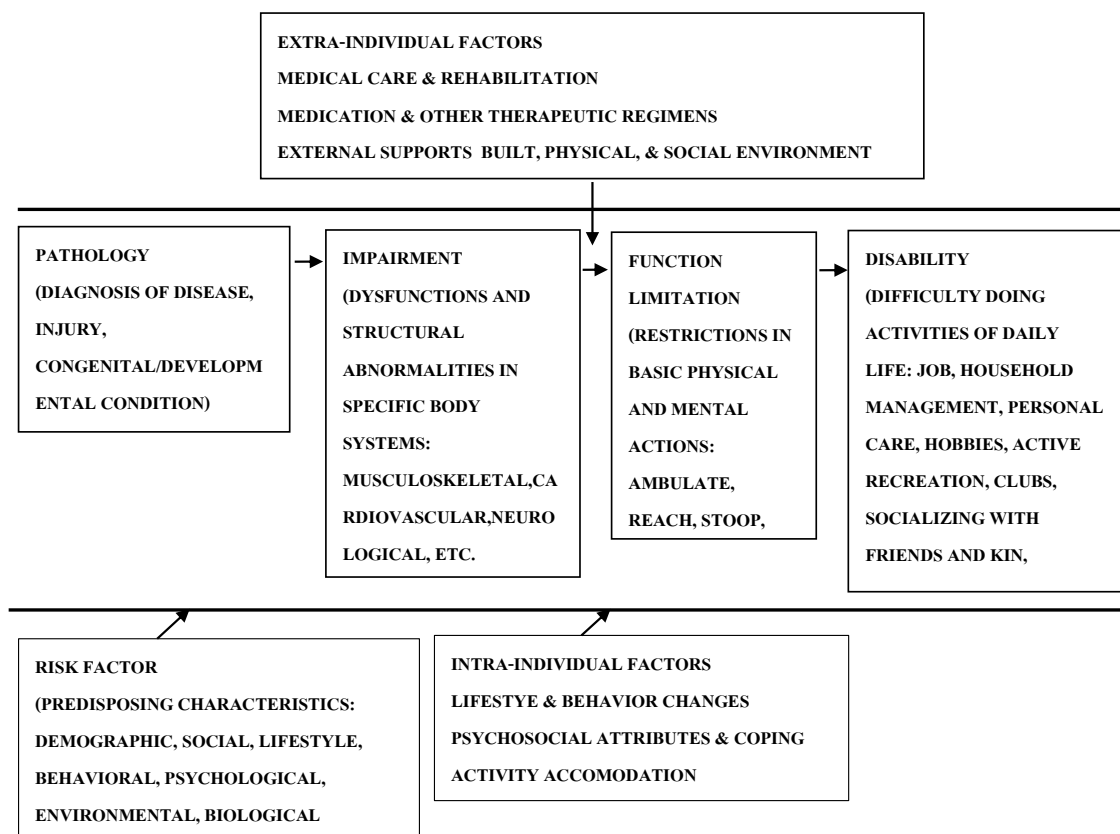
เป็นแนวคิดที่โดยองค์การอนามัยโลก กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นโครงสร้างการจำแนกโรคใหม่ ที่เรียกว่า International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH) โดยจัดแบ่งระดับความต่อเนื่องการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวสู่ความพิการ เป็น 3 ระดับ คือ ภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impairment) ภาวะพึ่งพิง (Disability) และภาวะพิการ (Handicap) อย่างไรก็ตามพบว่าแนวคิดนี้ประสบกับปัญหาของการนำมาใช้ เป็นการออกแบบการวิจัย รวมทั้งความชัดเจนของแนวคิด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความเป็นไปได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ ในปีค.ศ. 2000 องค์การอนามัยโลกจึงได้มีการปรับปรุงแนวคิดใหม่เป็น ICIDH-2 เพื่อช่วยอธิบายการจัดระดับที่มีเป้าหมายหลายอย่าง โดยการออกแบบให้กรอบแนวคิดง่ายต่อความเข้าใจมิติการพึ่งพิง และการสูญเสียหน้าที่ทั้ง 3 ระดับ คือ ร่างกาย บุคคล และสังคม ซึ่งมีประยุกต์ใช้กับ ICD อย่างแพร่หลาย มีแปลเป็นภาษาต่างๆ เพื่อใช้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพทั่วโลก มี 4 องค์ประกอบ คือ โครงสร้างและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล โมเดลภาวะพึ่งพิงที่ปรับปรุงใหม่มีดังนี้ (WHO, 2001; Yong, 2003)



แผนภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่างๆ ของการทำหน้าที่ ภาวะพึ่งพิง และสุขภาพตาม การจำแนกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก

2) โมเดลกระบวนการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว (A model of the disablement process)

แนวคิดภาวะพึ่งพิงแนวคิดนี้มีมุมมองหมายถึง เป็นประสบการณ์ความยากลำบากของการ ทำกิจกรรมหลักของชีวิต อันเนื่องมาจากสุขภาพหรือปัญหาด้านกายภาพ ซึ่งแยกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ เงื่อนไขการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลต่อการทำกิจกรรมหลัก จากสุขอนามัยจนถึงงานอดิเรก ภาวะพึ่งพิง เป็นความยากลำบากของการทำกิจกรรมที่เคยทำตามปกติที่มีองค์ประกอบหลัก 4 อย่าง การเกิดพยาธิสภาพ (pathology) ภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impairment) ภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) และภาวะพึ่งพิง (Disability) และองค์ประกอบภายนอก ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยภายในตัว บุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Verbrugge & Jette, 1994) ดังภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 4 โมเดลกระบวนการภาวะพิ้งพิ้ง (A model of the disablement process)

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาวะพิ้งพิ้งระยะยาวที่ผ่านจะเห็นได้ว่าการให้ความหมายถึง ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ซึ่งเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความสามารถของร่างกายและการทำกิจกรรมที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ ดังนั้นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการประเมินภาวะพิ้งพิ้งในผู้สูงอายุ ซึ่งการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต (Basic Activity of daily living, ADLs) เป็นการแสดงถึงความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่บ่งบอกสมรรถภาพทางกายที่แสดงถึงการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3.2 ความหมายและแนวคิดการดูแลระยะยาว

ภาวะพิ้งพิ้งในผู้สูงอายุ นำมาสู่ความต้องการการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าแนวคิดการดูแลระยะยาวที่ถูกนำมาใช้ และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มีความหลากหลาย ซึ่งการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้มีการปรับปรุงการให้ความหมายของการดูแลระยะยาวขององค์การอนามัยโลกว่าหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคมสุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ใน

ชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัวเพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ (สมาคมสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ซึ่งจากการวิจัยผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้สามารถสรุปแนวทางการดูแลระยะยาวได้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้ (ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิตร เต็งรัง, 2557)

- 1) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ
- 2) เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน อย่างต่อเนื่อง
- 3) กิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการกระทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียงหรือเก้าอี้
- 4) เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถาบัน เช่น ครอบครัว สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน โรงพยาบาล Nursing Home
- 5) เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น วิชาชีพ และ ผู้ช่วยด้านสุขภาพ สังคมและอาชีพอื่น
- 6) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวในการดูแล การฟื้นฟู การบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การดูแลระยะยาว จึงเป็นการดูแลที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและบริการทางสังคม รวมถึงกิจกรรมที่ดำเนินการสำหรับคนที่ต้องการการดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมามีการแบ่งประเภทของผู้ดูแลออกเป็นหลายประเภท ได้แก่ การแบ่งตามลักษณะการทำงาน 1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการดูแลชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วย ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางอารมณ์ หรือจากครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวยังคงมีส่วนที่ใหญ่มากที่สุดของการดูแลระยะยาว เช่น ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน 2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะและการศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ ทั้งทางคลินิก ทางสังคม และการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานของการดูแล ด้านการดูแลสุขภาพของวิชาชีพ ได้แก่ สร้างมาตรฐานของการดูแลที่ตรวจสอบการยึดมั่นในมาตรฐานของการดูแล และแบบบูรณาการดูแลด้านสุขภาพและด้านสังคมให้เข้ากับความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถาบัน (WHO, 2000, ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2544, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, ศิริพันธ์ สาสัจย์ และคณะ, 2552)

ซึ่งองค์การอนามัยโลกจำแนกรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4 ลักษณะ (WHO, 2000) คือ

1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่าในสถานที่เดียวกัน

2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการดูแลที่บ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น

3) การดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดบริการดูแลโดยองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยกลุ่มวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร

4) การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

ในประเทศไทยระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย แม้ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตามสามารถจำแนกรูปแบบการดูแลระยะยาวตามสถานที่ให้บริการเป็น 2 รูปแบบ (ศิริณี ศรีหาคะ, โภมาศ จิงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, 2557) ได้แก่

1) การให้บริการโดยใช้สถานบริการเป็นฐาน จำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

1.1) สถานสงเคราะห์คนชราที่ให้บริการฟรี ซึ่งจะจัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีญาติส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยมูลนิธิ หรือสถานสงเคราะห์ที่ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจนฟรีและเก็บเงินบางส่วน ดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนของสมาคมเครือข่ายต่างๆ ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ที่ไม่เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

1.2) บ้านพักคนชรา (Nursing home) ของเอกชน ซึ่งรับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นการ nursing care ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล สถานบริการดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล ในภูมิภาคพบในเขตเทศบาลของจังหวัดใหญ่ หรือโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เปิดหลักสูตรระยะสั้นสอนวิชาชีพการดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ มีการทำเป็นธุรกิจครบวงจร เช่น บ้านพักคนชรา สถานดูแลช่วยเหลือการดำรงชีวิต สถานบริบาล รวมทั้งสถานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาล และ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.3) บ้านพักคนชราที่ดำเนินการโดยรัฐ ซึ่งอยู่ในสังกัดของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่มีอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และในจังหวัดใหญ่ ซึ่งรับดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และประสภาวะยากไร้ ไม่มีญาติ

2) การดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นฐาน ซึ่งพบว่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลนั้นยังมีจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทในการดูแลหลักยังเป็นเรื่องของครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในบางพื้นที่แต่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลทั่วไป และขาดหน่วยงานในพื้นที่สนับสนุนการทำงานของอาสาสมัคร

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของสังคมไทยคือการดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลที่มีความสำคัญมากในสังคมไทย ส่วนใหญ่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็น ลูกสาว ภรรยา ลูกสะใภ้ (ศิริณี ศรีหาคะ, 2556, Caffrey, 1992) อย่างไรก็ตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในปัจจุบันที่โครงสร้างของครอบครัว

เปลี่ยนแปลงและวิถีชีวิตการทำงานของผู้ดูแลทำให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดผลกระทบและภาระแก่ผู้ดูแลและครอบครัว

3.3 ผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทย

จากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพารุนแรง ในปี 2552 พบว่ามีความต้องการการดูแลระยะยาว ในเพศชายประมาณ 60,000 คน เพศหญิง 100,000 คน และอีก 20 ปีข้างหน้า จะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน ในเพศหญิงและชายตามลำดับ และจากประมาณการค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของผู้ที่มีการพึ่งพารุนแรง ในปีพ.ศ. 2552 พบประมาณ 908 - 11,354 ล้านบาท และจะเพิ่มเป็น 2766 - 34,573 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2567 (Srithamrongsawat, et al, 2009) และการศึกษาภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน 9 จังหวัดของประเทศไทยในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อม และ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย โดย 1 ใน 3 อยู่ในวัยสูงอายุ และ 1 ใน 3 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเกือบร้อยละ 2 มีความพิการและมีปัญหาในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะมีความต้องการการพึ่งพา แต่ต้องแบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพดีออกไปทำงานนอกบ้าน และพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหน้าที่ภายในครอบครัวเดิม โดย 3 ใน 4 ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงทำให้ภาระเพิ่มขึ้นในขณะที่หน้าที่ภายในครอบครัวของผู้ดูแลยังคงเดิม นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 80 จึงต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง และการศึกษาพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุด เกือบ 4 ใน 5 รองมาคืออารมณ์ ด้านสังคม พบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย อย่างไรก็ตามพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบเกือบทุกด้านมากกว่า ร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะภาระและผลกระทบด้านจิตใจ และด้านสังคม (ศิริาณี ศรีหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, 2557) รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ร้อยละ ภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะStroke และโรคเรื้อรัง

ภาวะและผลกระทบ	ภาวะStroke และโรคเรื้อรัง (ร้อยละ)	ภาวะ สมองเสื่อม (ร้อยละ)	ภาวะและผลกระทบ	ภาวะStroke และโรคเรื้อรัง (ร้อยละ)	ภาวะ สมองเสื่อม (ร้อยละ)
1. ด้านร่างกาย	70.06	80.56	2. ด้านจิตใจ	73.94	86.11
1) เหนื่อยล้าร่างกาย	52.41	58.34	1) เครียด วิตกกังวล	72.19	94.45
2) ปวดหลังและเข่า	28.34	28.71	2) ซึมเศร้า	25.14	50.00
3) ปัญหานอนไม่หลับ	17.11	13.89	3) เครียดรุนแรง ทำร้าย	4.28	11.11
4) มีการเจ็บป่วย	4.80	6.93	ตนเองและผู้สูงอายุ		
3. ด้านสังคม	72.73	86.11	4. ด้านเศรษฐกิจ	79.68	75.00
1) กิจกรรมการพักผ่อน ลดลง	34.92	52.78	1) ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น	100.00	100.00
2) กิจกรรมทางสังคม ลดลง	29.63	27.78	2) รายได้ลดลง	25.11	30.55
3) ขัดแย้งกับญาติพี่น้อง และครอบครัว	41.28	19.43	3) เสียโอกาสในการ ประกอบอาชีพ	27.37	20.55
4) กิจกรรมทางศาสนา ลดลง	5.29	0.00	4) เงินไม่พอใช้ มีหนี้	13.41	8.33
			5) ลาออกจากงาน	5.30	11.11

ที่มา: ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, 2557

ในสถานการณ์ที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผลทำให้เกิดความต้องการการพึ่งพาระยะยาว เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรม ซึ่งเป็นการดูแลที่ใช้ระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง จึงต้องอาศัยผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ลักษณะครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรที่ทำบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดามีจำนวนน้อย อีกทั้งในแต่ละภูมิภาคของประเทศที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อรูปแบบการอยู่ร่วมกันภายในครอบครัว และจากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พบว่าความยากจนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัวและประชากรวัยแรงงานลดลง ภาวะพึ่งพาและความต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงขึ้น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2553) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการสำหรับสังคมไทย โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งเป็นต้นทุนทางสังคมของวัฒนธรรมไทยและเป็นรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ยังสามารถอยู่ในชุมชนที่คุ้นเคย อยู่ในความดูแลของลูกหลาน อีกทั้งยังมีต้นทุนการดูแลที่ต่ำกว่าการดูแลในสถาบัน

ทิศทาง นโยบาย ตลอดจนกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงเป็นสิ่งที่ต้องการการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมและตอบสนองกับบริบทของสังคมไทย

4. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

4.1 นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 กำหนดปรัชญาหลักไว้สามด้าน คือ 1) ผู้สูงอายุมีใช้บุคคลด้อยโอกาส ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และ 3) สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยกำหนดยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน คือ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากร 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) ระบบคุ้มครองทางสังคม 4) การบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) การประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แต่มุ่งเน้นไปที่การจัดบริการในชุมชนเป็นหลัก

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และมีการพัฒนาแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2554 - 2556) โดยสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้มีส่วนร่วมให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย มีตามลำดับดังต่อไปนี้

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับทราบการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการประชุมครั้งที่ 6/2556 เมื่อ 17 พ.ค. 2556

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 ยกเว้นในส่วนของงบประมาณเสนอให้คณะ อนุกรรมการการเงินการคลังพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง เมื่อ การประชุมครั้งที่ 9/2556 เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2556

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557– 2561 ในการประชุมเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2556

ซึ่งแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงบริการสุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ

และมีเป้าหมายเฉพาะ 1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน พันฟู และการดูแลระยะยาวในชุมชน ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร 3) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขเช่น มี respite care / nursing home และ 4) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

โดยมียุทธศาสตร์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)ดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าประสงค์ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองจำแนกตามกลุ่ม เพื่อรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทุกชุมชน

1.1) พัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุ และจัดทำเกณฑ์/มาตรฐานการ จำแนก ผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว

1.2) พัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรองให้แก่ อสม. /อผส.

1.3) ทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์/มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

1.4) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวและการจัดสวัสดิการและบริการต่างๆแก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแล ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริการ

เป้าประสงค์ มีระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่และมีระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวในชุมชนและระบบรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถพักอาศัยในชุมชนได้

2.1) พัฒนามาตรฐานบริการและระบบสนับสนุนการบริการ

มาตรฐานหน่วยจัดบริการ ; ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ,Day care , respite care, Community nursing home

มาตรฐานบุคลากร ; มาตรฐานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐานหลักสูตรผู้จัดการบริการระยะยาว

มาตรฐานบริการ ; ในระดับชุมชน ,ในสถานบริการผู้สูงอายุ และมาตรฐานระบบส่งต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานบริการ เป็นต้น

2.2) มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน /ชุมชน

2.3) มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ)

2.4) Day care center ในระดับตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์

เป้าประสงค์ มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน

3.1) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.2) ออกแบบระบบการเงินการคลัง และรูปแบบการจ่ายค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน

3.3) จัดทำข้อเสนอการบูรณาการงบประมาณการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ

3.4) ขยายความครอบคลุมกองทุนฟื้นฟูผู้พิการระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคน

เป้าประสงค์ กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ และผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

4.1) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เอกชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

4.2) การพัฒนาหลักสูตร และการอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long term care manager) ผู้ช่วยดูแล (Care assistant)

4.3) สนับสนุนการผลิต การจ้าง และการสร้างแรงจูงใจแก่กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาว

4.3.1) Community care ในชุมชน ได้แก่ อสม. ,อผส., ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long term case manager), ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care assistant)

4.3.2) Assistant care ใน รพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน) , นักจิตวิทยาคลินิก, หมอหนองไทย

4.3.3) Hospital care ในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล

เป้าประสงค์ มีองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนาและติดตามกำกับระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

5.1) ศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในด้านการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.2) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการในชุมชนและการบริหารจัดการกองทุนระดับต่างๆเพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการ

5.3) ศึกษาการพัฒนาแบบการจ่ายค่าบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการ และเพิ่มคุณภาพบริการ

5.4) ศึกษาแบบ Long-term care financing

5.5) ศึกษาและพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการดูแลระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

6.1) แก้ไขระเบียบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในชุมชน

6.2) กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล การจัดการบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ และปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามบทบาท

6.3) ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการดูแลระยะยาว เช่น มาตรฐานและการกำกับสถานบริการเอกชน มาตรฐานและการกำกับการจัดการบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีมติ สนับสนุนให้เกิดการดูแลในชุมชน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557 – 2561 ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2558 โดยมีเป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว เพื่อ “บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ”ภายใต้เป้าหมายเฉพาะ 5 ประการ คือ

- 1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟูและการดูแล ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
- 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
- 4) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขเช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (community LTC center) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)
- 5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ใน 3 ปี ระหว่างพ.ศ. 2559 – 2561 ปีที่ 1 (พ.ศ. 2559) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10 ประมาณ 1,000 ตำบล และ 100,000 ราย ปีที่ 2 (พ.ศ.2560) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 50 ประมาณ 5,000 ตำบล และ 500,000 ราย และ ปีที่ 3 (พ.ศ.2561) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 100 หรือ ทุก ตำบล ประมาณ 1,000,000 ราย โดยมีวงเงินเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศกองทุนที่กำหนดเพิ่มเติม เพื่อจัดให้มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน ซึ่งตัวชี้วัดบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ต่อมาวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2558 กระทรวงสาธารณสุข โดยนายโสภณ เหมธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย นายประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการ รักษาการแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย โดยนายเกรียงไกร ภูมิเหล่าแจ้ง นายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย โดย นายณภดล แก้วสุพัฒน์ นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ ณ “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ธันวาคม 2550” กรุงเทพฯ

วันที่ 14 กันยายน 2558 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เห็นชอบมติ ปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปีพ.ศ. 2559 จำนวน 600 ล้านบาท

วันที่ 4 มกราคม 2559 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 มีการประกาศนโยบายตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 1,000 ตำบล ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10 ประมาณ 100,000 ราย และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 จำนวน 600 ล้านบาท โดยจัดสรร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ดังนี้

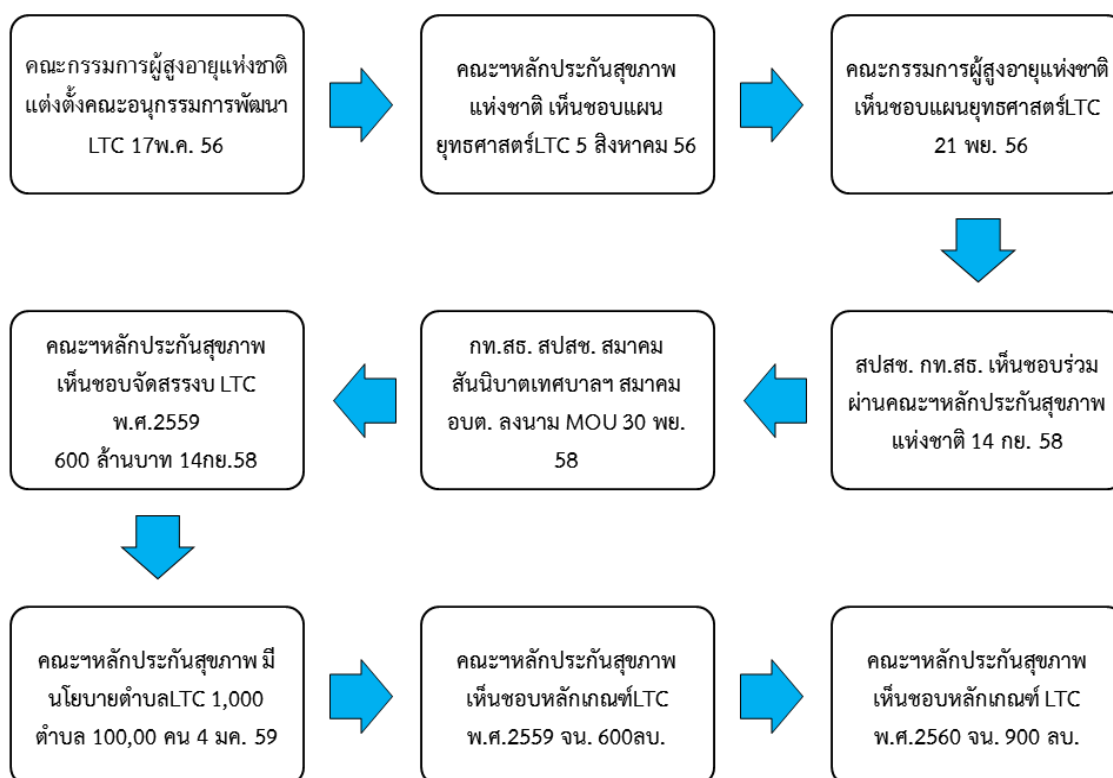
ส่วนที่ 1 จำนวน 500 ล้านบาทจัดสรรไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จำนวนประมาณ 1,000 แห่งที่มีความพร้อม เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวนประมาณ 100,000 คน วงเงินเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศกองทุนที่กำหนดเพิ่มเติม เพื่อจัดให้มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน โดยมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือ ศูนย์ที่เรียกชื่ออื่นเป็นศูนย์บริหารจัดการ และให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 จำนวน 100 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ประมาณ 1,000 แห่ง ะ ประมาณ 100,000 บาท เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานดังกล่าว รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่ต้องให้บริการในหน่วยบริการ

ปีงบประมาณ 2560 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 จำนวน 900 ล้านบาท โดยจัดสรรงบประมาณจำนวน 150 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และ จำนวน 750 ล้านบาทจัดสรรไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ปีงบประมาณ 2561 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 1,100 ล้านบาท

ซึ่งสามารถสรุปได้ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 5 การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ถูกกำหนดเป็นนโยบายสำคัญของประเทศ ได้ถูกผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนในระดับนโยบาย โดยหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดทิศทางนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศ และนำมาสู่การขับเคลื่อนลงสู่พื้นที่ปฏิบัติการทั้งประเทศ และมีเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกตำบลของประเทศไทยในปีพ.ศ.2561 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการ สุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกำหนดเป้าหมายเฉพาะให้มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร และให้ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข โดยมียุทธศาสตร์ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2559)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของประเทศ ซึ่งมีหลายหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดกลไกและการขับเคลื่อนในระดับชาติ อย่างไรก็ตามพบว่าแทบทุกกลไกต่างมีเป้าหมายคือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีกองทุนสุขภาพตำบลของแต่ละพื้นที่เป็นกลไกที่สำคัญของการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่

4.2 กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นหน่วยงานที่ทำสัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ "กองทุนสุขภาพตำบล" เกิดขึ้นภายใต้พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 เพื่อทำให้เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพที่สำคัญในกฎหมาย “มาตรา 38 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม...” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2445) กองทุนสุขภาพตำบล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

2) เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชน หรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่

4) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ

โดยกองทุนสุขภาพตำบลได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน และมีคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี ผู้ทรงคุณวุฒิ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาล หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรีมอบหมาย

ส่วนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า "กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว" เป็นกองทุนย่อยที่อยู่ภายใต้เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นใน พ.ศ.2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าบริการที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายประกาศ ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ

หรือสถานบริการ ที่จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามที่ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเห็นชอบ โดยให้ จ่ายเป็นค่าตอบแทนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามอัตราที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนดได้ และรวมถึง จ่ายเป็นค่าตอบแทนของผู้ช่วยเหลือและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอัตราที่แตกต่างกันได้ตามอัตราที่ หน่วยงานที่จัดบริการกำหนด หรือตามที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำหนดหรือเห็นชอบ แต่ต้องไม่เกินค่าแรงขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็น คณะอนุกรรมการที่ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมี องค์ประกอบดัง ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย เป็น ประธานอนุกรรมการ ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐใน พื้นที่หรือผู้แทน สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน หัวหน้า/ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐใน พื้นที่ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ผู้อำนวยการสำนักการคลัง และ นิติกร เป็นอนุกรรมการ โดยมี ปลัดองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือ เจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

ส่วนผู้สูงอายุที่จะได้รับการช่วยเหลือเป็น “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ที่มีคะแนนประเมิน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือ น้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม และมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ ในเอกสารแนบท้ายประกาศ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกินการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สืบสน กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสืบสน และอาจมีปัญหาการกินการขับถ่าย กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ แต่ไม่มีปัญหาการกิน หรือ การเจ็บป่วย กลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีการ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ซึ่งการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การ บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้าย ที่เป็นการให้บริการ ณ คริวเรือน หรือที่ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือที่หน่วยบริการ หรือที่สถานบริการ ที่ให้บริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือและผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้ช่วยเหลือและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ต้องเป็นบุคคลที่ผ่านการอบรมตาม หลักสูตรที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ คณะอนุกรรมการอื่น ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ

ซึ่งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านมายังไม่ปรากฏเผยแพร่ ใดๆไว้ ตาม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งเป็นกองทุนหลักที่ผ่านมามีดังนี้ การศึกษาปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน การบริหารจัดการ ผู้นำ การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะ กรรมการบริหารกองทุน การวางแผนสุขภาพชุมชน ความคาดหวังในประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับกองทุน การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการ

สุขภาพในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน การประชาสัมพันธ์กองทุน และพบว่าระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 ซึ่ง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นฯ ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ จำนวน 8 ปัจจัย เรียงลำดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมจากมากไปน้อย คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุน ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน ปัจจัยด้านการรับรู้ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน ปัจจัยด้านผู้นำ ปัจจัยด้าน การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการบริหารกองทุน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชน ตามลำดับ (รุ่งเรือง แสงโกษา เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ สมเจตน์ ภูศรี, 2557)

การศึกษาการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล พบว่า คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความชัดเจนในเป้าประสงค์ที่แท้จริงของกองทุนสุขภาพตำบลและมโนทัศน์ในการทำงานว่าจะมีทิศทางและพัฒนาการต่อไปอย่างไร ความครอบคลุมการมีระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนดีขึ้นแต่ยังจำกัดอยู่ที่ข้อมูลด้านสาธารณสุข การจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่พบว่ายังไม่ได้มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างเป็นระบบแม้จะมีการใช้กระบวนการประชาคมในการให้ชุมชนเสนอปัญหาและความต้องการก็ตาม และพบว่านโยบายของจังหวัดและส่วนกลางมีอิทธิพลแต่วิธีการคิดของท้องถิ่นและชุมชน ขณะเดียวกันท้องถิ่นและชุมชนยังขาดทักษะในการประยุกต์ใช้แผนงานดังกล่าวในการปัญหาในชุมชนได้อย่างเต็มที่ ผลการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งพิจารณาจากรายรับกองทุน ประสิทธิภาพการใช้เงิน ลักษณะโครงการและกิจกรรมที่ดำเนินการ พบว่า เทศบาลตำบล และ องค์การบริหารส่วนตำบลมีแนวโน้มการสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่าที่กำหนด แต่ยังคงมีเงินสะสมคงเหลือในกองทุนสุขภาพตำบลถึงร้อยละ 40 โดยมีการใช้จ่ายเงินเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด รองลงมาคือการซื้อบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2554)

จากการศึกษาเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพตำบลเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าความสำเร็จการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลยังคงเป็นโจทย์ที่ต้องการพัฒนาต่อ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งเป็นกองทุนย่อยภายใต้กองทุนสุขภาพตำบล จะมีระบบการบริหารจัดการกองทุนในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างไร เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผลักดันให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงเป็นการวิจัยเพื่อแสวงหาองค์ความรู้ในการสร้างความยั่งยืนให้เกิดขึ้นในการพัฒนากองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป

5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพ

5.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่สำคัญในพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และถูกนำมาใช้เป็นกลวิธีทางด้านสุขภาพในการออกแบบพัฒนาสุขภาพ ด้วยเหตุผลความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ 1) ช่วยเพิ่มความเป็นประชาธิปไตย 2) ส่งเสริมพลังอำนาจประชาชน 3) มีความครอบคลุมกลุ่มประชาชน 4) ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น และ 5) เกิดความยั่งยืน (Kahssay and Oakley, 1999; Oakley et al., 1991; Rifkin, 2001; WHO, 2002; Zakus and Lysack, 1998) การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน ที่ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถรับรู้ถึงอำนาจของตนเองที่สามารถควบคุม พัฒนา และปรับปรุงสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทยมายาวนาน

ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ทั้งทางด้านสังคม ด้านสุขภาพ และ การพัฒนาชุมชนมายาวนาน (Nelson and Wright, 1995; Oakley, 1989) ซึ่งสามารถจำแนกแนวคิดการมีส่วนร่วม ออกเป็น 2 มิติ คือ

1) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ (Participation as a mean) เป็นการให้ความหมายและแนวคิดการมีส่วนร่วมที่แสดงถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโปรแกรมสาธารณะ โดยการช่วยดำเนินงานพัฒนาประเทศของประชาชน แต่ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดโครงการ ที่วัดการมีส่วนร่วมจากกระบวนการประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ หรืออีกนัยหนึ่งคือเส้นทางการใช้ทรัพยากรทางสังคม และเศรษฐกิจของประชาชนในชนบทที่ประสบความสำเร็จตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์การมีส่วนร่วมในรูปแบบนี้จึงเป็นการออกแบบกำหนดกลุ่มเป้าหมาย มากกว่าการปฏิบัติการมีส่วนร่วม ที่รัฐบาลและองค์กรรับผิดชอบในการจัดบริการ และควบคุมทรัพยากร และมองการมีส่วนร่วมเป็นเพียงกระบวนการของการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการ การมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดนี้จึงเป็นสิ่งที่ตายตัว เป็นสถานการณ์เชิงรับ และรูปแบบการมีส่วนร่วมสามารถควบคุมได้ ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงวิธีหรือการอำนวยความสะดวกความสำเร็จของวัตถุประสงค์ของโครงการที่ประชาชนแทบจะไม่มีสิทธิโต้แย้งได้ (Nelson and Wright, 1995; Oakley, 1989; Oakley and Marsden, 1984)

2) การมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมาย (Participation as a end) เป็นแนวคิดคู่ตรงกันข้าม ซึ่งยอมรับว่าการมีส่วนร่วมเป็นจุดสิ้นสุดและเป้าหมายในตัวเอง ภายใต้แนวคิดนี้การมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด การตัดสินใจโครงการ และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาจากประชาชนระดับล่างสู่ระดับบน การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการมีความเป็นพลวัตไม่ใช่สิ่งที่จับต้องได้เป็นตัวเลข และที่ไม่สามารถคาดเดาได้ กระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นเหมือนสิ่งที่ถาวรและอยู่ภายในเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ในการขยายเป้าหมายของโครงการเพื่อทำให้เกิดกลไกการพัฒนาที่ถาวร ส่งเสริมให้ประชาชนให้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโดยตรง องค์กรประกอบของกระบวนการจึงเป็นการสร้างความตระหนักและการจัดการองค์กร ที่เป็นเงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังเป็นเป้าหมายด้วยตัวของมันเอง เป็นสมมติฐานที่สร้างขึ้น ผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับรูปแบบกิจกรรมการพัฒนาจากภายนอกหรือในส่วนของรัฐบาล และเกี่ยวข้องกับประชาชนระดับล่างในการจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงแสวงหาทางออก

ขององค์กร ซึ่งเป็นการพัฒนาการวิเคราะห์ และกระบวนการติดตามที่เป็นไปตามธรรมชาติ (Nelson and Wright, 1995; Oakley, 1989; Oakley and Marsden, 1984)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นสิ่งที่ทุกคนเห็นว่ามีสำคัญในด้านสุขภาพ ทั้งการช่วยเพิ่มความเป็นประชาธิปไตย (Increase democracy) ช่วยส่งเสริมพลังอำนาจประชาชน (Empowering people) ช่วยให้เกิดมีความครอบคลุม (Coverage) ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น (Efficiency and Effectiveness) และนำมาสู่การสร้างเกิดความยั่งยืน (Sustainability) ในการดูแลสุขภาพของประชาชน (Kahssay and Oakley, 1999; Oakley et al., 1991; WHO, 2002; Zakus and Lysack, 1998) แต่จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิเขตชนบท พบว่างานวิจัยที่มีคุณภาพสูงเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยทำให้มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่าไม่มีส่วนร่วมของชุมชนในสถานการณ์เดียวกัน (Preston, et al., 2010) และงานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน ระหว่างปี ค.ศ. 1985-2005 จำนวน 22 เรื่อง พบว่าการประเมินการมีส่วนร่วม เพียง 6 เรื่อง และพบว่าเพียง 4 เรื่อง ที่มีผลทางบวกกับการมีส่วนร่วม และรายงานการวิจัย 2 เรื่อง พบว่าการมีส่วนร่วมไม่สามารถชี้ชัดได้เพียงพอ (Sharma, 2007)

ส่วนในประเทศไทยการสร้างการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการพัฒนาสาธารณสุขไทย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ความสำเร็จอันโดดเด่นของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยเห็นได้จากการที่หน่วยงานต่างๆ มีการจำลองและประยุกต์รูปแบบ อสม. ไปใช้ในงานด้านอื่นๆ และที่สำคัญบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทยได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างไม่เคยปรากฏให้เห็นในประเทศอื่นๆ หลายประเทศ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยยังดำรงอยู่และมีบทบาทที่มีความหมายช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ถึงจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้หาก อาศัยลำพังแต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเท่านั้น อย่างไรก็ตามพบว่า จุดอ่อนที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศไทย คือ 1) แนวทางการทำงานอาสาสมัครที่เป็นอยู่เน้นที่การใช้เงื่อนไขความสัมพันธ์ ความคุ้นเคย และระบบอุปถัมภ์แบบราชการในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ขาดการพัฒนาจิตวิญญาณของการอาสาสมัครที่เข้มแข็ง 2) รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ชนบท 3) รูปแบบการระดมอาสาสมัครที่เป็นอยู่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถระดมการมีส่วนร่วมจากกลุ่มทางสังคมอื่นๆ 4) ระบบสนับสนุนและองค์กรในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรงต่องานอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีศักยภาพที่จะพัฒนาแนวทางการทำงานอาสาสมัครใหม่ ๆ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพที่แม้ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิดที่ดี แต่การแสวงหาแนวทางหรือเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบริบทของสังคมจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายบุคลากรด้านสุขภาพ

โดยเฉพาะหลังความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย ภายใต้พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ทำให้เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพที่สำคัญในกฎหมาย “มาตรา 38 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่าง

ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม...” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2445)

ได้นำมาซึ่งการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีในระบบหลักประกันสุขภาพขึ้น เพื่อส่งเสริม สนับสนุนประชาชน เครือข่ายองค์กรประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพและผู้ให้บริการ เข้าร่วมในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด คือ “ประชาชนทุกคนเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพ” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) การกำหนดให้ทุกภาคีมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นเป้าประสงค์ที่สำคัญของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเกิดขึ้นในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน

5.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

พัฒนาการและรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

Level of Participation	Typologies of participation				
	Arnstein (1969)	Rifkin (1988)	Oakley (1989)	Pretty (1995)	WHO (2002)
High	Citizen control	Wide very much excellent	Spontaneous participation	Self-mobilization	Has control
Continuum	Delegated power				Has delegated authority
	Partnership	Open, much good		Interactive participation Function participation	Plans jointly
	Placation	Mean, fair	Induced participation	Participatory for material incentives	Advice
	Consultation			Participatory by consultation	Is consulted
	Informing	Restricted, small		Passive participation	
	Therapy				
	Low	Manipulation	Narrow, nothing	compulsory participation	Manipulative participation

ที่มา: ศิราณี ศรีหาคาศ, 2556

Arnstein (1969) ได้อธิบายการมีส่วนร่วมจากรูปแบบของผู้นำการมีส่วนร่วม โดยจัดแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 8 ระดับ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมที่สามารถควบคุมได้โดยประชาชนเอง ส่วนด้านล่างสุดของการมีส่วนร่วมคือการจัดการและการบำบัด ทั้ง 2 ระดับดังกล่าวคือการไม่มีส่วนร่วมของประชาชน (Nonparticipation) ส่วนการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา และการให้คำแนะนำ ซึ่งทั้ง 3 ระดับเหล่านี้ เป็นเพียงการยินยอมให้รับฟังข้อมูลฝ่ายเดียวของประชาชนที่ไม่มีสิทธิมีเสียง (Tokenism) เมื่อการมีส่วนร่วมมากขึ้นระดับการตัดสินใจของประชาชนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ มีการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนซึ่งสามารถเจรจาต่อรองได้ มีอำนาจมากขึ้น จนกระทั่งถึงประชาชนสามารถควบคุมโครงการได้ด้วยตนเอง ผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจเป็นของประชาชน หรือมีอำนาจในการจัดการเต็มที่ จัดเป็นระดับการมีส่วนร่วมสูง (Citizen power)

ด้าน Rifkin (1988) แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนตามองค์ประกอบของการมีส่วนร่วม 5 ด้าน คือ การประเมินความต้องการ (needs assessment) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดองค์กร (organization) การระดมทรัพยากร (resource mobilization) และการบริหารจัดการ (management) ซึ่งระดับการมีส่วนร่วมมีตั้งแต่ระดับการมีส่วนร่วมแคบ (Narrow, nothing) มีข้อจำกัด (Restricted, small) มีส่วนร่วมปานกลาง (Mean, fair) มีส่วนร่วมมาก (Open, much good) และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง (Wide very much excellent) (Rifkin et al., 2007; Rifkin, 2001; Rifkin et al., 2000; Rifkin et al., 1988)

นอกจากนี้ Oakley ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมและได้แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 รูปแบบ คือ มีส่วนร่วมตามธรรมชาติ (Spontaneous participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เริ่มต้นในชุมชนซึ่งนำไปสู่ศักยภาพที่ทำให้เกิดความยั่งยืนด้วยตนเอง มีส่วนร่วมโดยการแทรกแซง (Induced participation) เริ่มต้นจากการแสวงหาการสนับสนุนจากกลุ่มคนภายนอก หรือ การเกิดจากแผนงานโครงการจากภายนอกเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม วางแผนเป็นผลจากการและมีส่วนร่วมแบบบังคับ (compulsory participation) เป็นกระบวนการที่ประชาชนถูกขับเคลื่อน หรือ ถูกจัดการภายใต้กิจกรรมที่พวกเขาไม่มีสิทธิพูด และไม่สามารถควบคุมอะไรได้ (Oakley, 1989)

Pretty (1995) ได้อธิบายการมีส่วนร่วมให้ชัดเจนขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 7 ระดับ เริ่มต้นจากการมีส่วนร่วมที่ถูกองค์กรด้านนอกเข้ามาจัดการ การเป็นเพียงผู้มีบทบาทเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนดไว้ และขยายการมีส่วนร่วมออกไปจนถึงประชาชนสามารถขับเคลื่อนกระบวนการต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างอิสระจากองค์กรภายนอก

WHO ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนออกเป็นเส้นความต่อเนื่องตั้งแต่ไม่มีส่วนร่วม (None) การรับข้อมูล (Receives information) รับคำปรึกษา (Is consulted) รับคำแนะนำ (Advice) วางแผนร่วมกัน (Plans jointly) ได้รับมอบอำนาจ (Has delegated authority) และสามารถควบคุมด้วยตนเอง (Has control) (WHO, 2002)

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดจนถึงมีส่วนร่วมสูงสุด ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนออกไปเรื่อยๆ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถขยายออกไปอย่างกว้างขวาง ประชาชนการมีอำนาจสูงสุด ซึ่งการส่งเสริมมีส่วนร่วมในกระบวนการไปสู่การมีส่วนร่วมสูงสุดของชุมชนจึงเป็นเป้าหมายสำคัญ ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

6. แนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

6.1 ความหมายนโยบายสาธารณะ

การมีส่วนร่วมจะเป็นเป้าหมายสูงสุดด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์กลวิธีด้านสุขภาพถึงความล้มเหลวของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งพบว่าเกิดจาก 4 ประเด็น 1) กลวิธีด้านสุขภาพในอดีตไม่ได้ส่งเสริมให้ประชาชนคิดหรือกระทำกับปัญหาสุขภาพของพวกเขาด้วยตัวเอง แต่ส่งเสริมให้ประชาชนต้องพึ่งวิชาชีพด้านสุขภาพคือผู้ตอบคำถามและเป็นผู้รักษา 2) การฝึกฝนชาวบ้านไม่เพียงพอสำหรับให้ชาวบ้านช่วยเหลือบริการสุขภาพที่ต้งขึ้นมา 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนมีข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากร คนที่มีความสามารถทางโครงการสุขภาพ แต่มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมมีเพียงเล็กน้อยในการออกแบบโปรแกรมสุขภาพและการลงมือปฏิบัติ และ 4) เกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการด้านสุขภาพโดยตรง ในมุมมองของวิชาชีพทางด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชาวบ้าน ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์คือการไม่เข้าใจกัน และชุมชนไม่ให้ความสนใจในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ (Oakley, et al, 1991)

ในปีค.ศ.1986 การส่งเสริมสุขภาพถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งในเป้าหมายของการมีสุขภาพดี ถ้วนหน้าและเปลี่ยนมุมมองการส่งเสริมสุขภาพ โดยแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่องค์การอนามัยโลกเสนอประกอบด้วยแนวทางการดำเนินกิจกรรมที่เรียกว่า กฎบัตรอตตาวา 5 ประการ คือ (WHO, 1986) ซึ่ง 1 ใน 5 กฎบัตร คือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build health public policy) ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้กำหนดนโยบายในทุกส่วนและทุกระดับโดยตรง ผลลัพธ์ของสุขภาพเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของพวกเขาและเป็นการรับผิดชอบต่อสุขภาพของทุกคนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับกฎหมาย มาตรการทางภาษี การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภาษี และการเปลี่ยนแปลงองค์กร ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าขึ้นพื้นฐานที่มีแนวทางชัดเจน

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) จึงความหมายว่า นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้ (WHO,) นโยบายสาธารณะถูกกำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมประกอบด้วยผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชน และประชาชนเอง ความหมายนโยบายสาธารณะของประเทศไทย จึงหมายถึง ทิศทางหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนที่ชุมชนหรือท้องถิ่นนั้นๆ เห็นพ้องต้องกันว่าควรดำเนินไปในทิศทางนั้นบนพื้นฐานของข้อมูล หลักฐานข้อเท็จจริงที่ทุกฝ่ายยอมรับและ เชื่อว่านำไปสู่ชุมชนสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ สภาพปัญหาหรือความต้องการของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ (สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) เป็นแนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพ นโยบายสาธารณะจึงเป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างหนึ่ง เช่น

นโยบายสาธารณะด้านการคมนาคมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนน มุ่งดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมเกษตรกรรมปลอดสารพิษนโยบายควบคุมเพื่อลดการใช้สารเคมีในการเกษตร นโยบายส่งเสริมให้ประชาชนทำงานใกล้บ้านหรือทำงานอยู่ในชุมชนท้องถิ่นของตนเอง ดังนั้นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ (ความสงบสุข) ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ควรประกอบด้วยผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรอิสระต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาครัฐกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชน และประชาชนเอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

6.2 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะ ไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นทางการแต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะมากกว่า โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบายเหล่านั้น ร่วมติดตามผลและร่วมทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาต่อเนื่อง (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552)

ศ.นพ.ประเวศ วะสี (อ้างถึงในอำพล จินดาวัฒนะ, 2552) กล่าวว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดี ควรประกอบด้วยกุศล 3 ประการ คือ

1) เป็นกระบวนการทางปัญญา คือ มีการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างดีจนเป็นความรู้ที่เรียกว่า เป็นการสร้างนโยบายบนฐานของความรู้ (knowledge – based policy formulation)

2) เป็นกระบวนการทางสังคม เนื่องจากนโยบายสาธารณะกระทบสังคมทั้งหมดอย่างรุนแรง ดังนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ สังคม ควรได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย โดยทำเป็นกระบวนการที่เปิดเผย โปร่งใส ทุกฝ่ายเข้าร่วมได้

3) เป็นกระบวนการทางศีลธรรม นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็นไป เพื่อความถูกต้องดีงาม และเพื่อประโยชน์สุขของคนทั้งสังคม ไม่แฝงเร้นเพื่อประโยชน์เฉพาะตนหรือเฉพาะกลุ่ม

ซึ่งกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้กำหนดไว้เพื่อใช้เป็นเครื่องมือภายใต้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การก่อตัวของประเด็นเชิงนโยบาย

กระบวนการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข หรือพัฒนาเกิดขึ้นจากข้อมูลทางวิชาการหลักฐาน ข้อเท็จจริงต่างๆ เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องและกระทบกับความทุกข์สุขของคนในสังคม หรือชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ อาจมีที่มาได้ 2 ทางคือ **จากภายนอก** เช่นจากนโยบาย ขององค์กรภาครัฐ นักวิชาการภายนอกชุมชนแหล่ง ทุนธรรมาณูสุขภาพจากมติสมัชชาสุขภาพข้อมูล ข่าวสารทางสื่อมวลชนหรือวิจัยที่เกี่ยวข้อง **จากภายใน** เช่นจากผลของการระดมปัญหาของคนในชุมชนจากภาพฝัน

ร่วมกันของคนในชุมชน ธรรมนูญสุขภาพของชุมชน ความต้องการขยายผลการทำงานในพื้นที่ให้กว้างขึ้นจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นต้น

ขั้นที่ 2 การก่อรูปนโยบาย

หรือการกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย กระบวนการวิเคราะห์ทางเลือก เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาอย่างสมเหตุสมผล บนฐานของข้อมูลและความรู้ที่เชื่อถือได้ ข้อมูลและความรู้เหล่านั้นอาจมาจากการจัดเวทีในชุมชน การระดมสมอง จัดเวทีประชาคมการดำเนินงานงานวิจัยชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประชาชนชาวบ้านความรู้จากงานวิจัย เป็นต้น โดยกระบวนการวิเคราะห์อาจทำในชุมชนหรือคนนอกชุมชนช่วยสนับสนุน

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจทางนโยบาย

กระบวนการตัดสินใจกำหนดทางเลือกที่เชื่อว่า จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนได้ที่มีฐานข้อมูลความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น การจัดเวทีสาธารณะ ประชาคม ประชุมสมัชชาสุขภาพลงประชามติ เป็นต้น รูปธรรม ของการตัดสินใจออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น ข้อบังคับ ตำบลเทศบาลบัญญัติระเบียบธรรมนูญสุขภาพชุมชน แผนแม่บทชุมชนแผนการทำงาน ข้อตกลงร่วมแนวทาง การทำงานบันทึกการประชุมประกาศเจตนารมณ์ ปฏิญญา

ขั้นที่ 4 การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

กระบวนการนำสิ่งที่ตัดสินใจในข้อ 3 ไปปฏิบัติโดยรูปธรรมอาจออกมาเป็นปฏิทินการทำงาน แผนการทำงาน แผนการจัดสรรงบประมาณ การกำหนดองค์กรผู้รับผิดชอบการประชุมปรึกษาหารือกัน การบันทึก และรายงานการประชุม เป็นต้น

ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผลนโยบาย

กระบวนการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ การติดตามผล (Monitoring) เพื่อ ติดตามการทำงานตามกระบวนการนโยบายสาธารณะ แต่ละขั้นตอนมีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง โดยการบันทึกความก้าวหน้าการประชุมปรึกษาหารือ หรือการติดตามงานการถอดบทเรียนการรายงานความก้าวหน้า และการประเมินผล (Evaluation) ประเมินนโยบายสาธารณะที่ดำเนินการนั้นมีผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร เกิดผลลัพธ์และผลกระทบอะไรบ้าง เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบท หรือยุค ทำโดยการถอดบทเรียน วิจัยหรือประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของนโยบายสาธารณะในประเทศไทยที่ผ่านมา (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552) พบว่า

- 1) ประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ เป็นเรื่องเฉพาะของฝ่ายการเมือง ฝ่ายรัฐบาล และฝ่ายราชการไปเสียส่วนใหญ่ ประชาชนอาจได้เข้าร่วมบ้างให้ดูพอเป็นพิธีเท่านั้น
- 2) ให้ความสำคัญของคุณค่าและมิติต่างๆ อย่างไม่สมดุลโดยนโยบายสาธารณะส่วนใหญ่ มุ่งไปที่เรื่องของเศรษฐกิจเป็นสำคัญเสมอ และการให้โอกาสแก่คนบางกลุ่ม ในขณะที่คนส่วนใหญ่เสียโอกาสและเสียเปรียบ เช่น นโยบายสาธารณะในการพัฒนาเส้นทางคมนาคมขนส่งที่มุ่งที่การขยายตัวทางเศรษฐกิจและความสะดวกสบายของคนที่มีโอกาสใช้รถใช้ถนนมากกว่า ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในชุมชน และผลกระทบต่อสุขภาพของมหาชน เป็นต้น

3) การสร้างนโยบายสาธารณะ ขาดข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีน้ำหนักเพียงพอสร้างนโยบายขึ้นจากผลประโยชน์ของคนบางกลุ่มบางหมู่ ขาดการคำนึงถึงผลกระทบที่รอบด้านอย่างเพียงพอ เช่น นโยบายการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม นโยบายการพัฒนาพลังงาน เป็นต้น

4) ขาดกระบวนการประเมินผลกระทบและการกำหนดทางเลือกที่หลากหลาย เมื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะและลงมือดำเนินการไปแล้ว ไม่มีกลไกวิธีการในการประเมินผลกระทบด้านต่างๆ และขาดการคิดทางเลือกที่หลากหลาย ที่สำคัญ คือ ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมเลือกทางเลือกเหล่านั้น เช่น นโยบายพัฒนาพลังงานไปสู่การพัฒนาพลังงานกระแสหลักที่มุ่งรับใช้การพัฒนาธุรกิจอุตสาหกรรม การพัฒนาที่ดิน การจัดการเมืองที่มุ่งไปในทางรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ มากกว่ารองรับการอยู่ร่วมกันอย่างผสมกลมกลืนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีสุขภาพะ เป็นต้น

5) ขาดระบบการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่เกิดขึ้นและได้ลงมือดำเนินการไปแล้ว ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะต่างๆ จึงสะสมพอกพูนเป็นปัญหารุนแรง และเรื้อรังไม่ได้รับการแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนนโยบายเท่าที่ควร

นโยบายสาธารณะสำหรับประเทศไทยในปัจจุบันอาจยังเป็นเรื่องใหม่ที่ประชาชนยังขาดความคุ้นชิน แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบและนโยบายต่างๆ ของรัฐบาล ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้ เพื่อให้ไทยนโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการขับเคลื่อนปัญหาต่างๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพของประชาชนต่อไป

6.3 สมัชชาสุขภาพเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้มีสมัชชาสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ความหมายของสมัชชาสุขภาพ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม (สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

สมัชชาสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการขับเคลื่อนพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งต้องจัดขึ้นปีละหนึ่งครั้งตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับดังกล่าว จนทำให้มีฉันทามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพร่วมกัน และมีหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายได้นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวไปปฏิบัติจนเกิดเป็นรูปธรรมในระดับหนึ่ง (สำนักงานคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2558) สมัชชาสุขภาพจึงเครื่องมือที่สำคัญ ที่เป็นทั้งกระบวนการและเป้าหมายของการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งบทความต่อไปนี้เป็น การนำเสนอบทบาทของสมัชชาสุขภาพภายใต้มิติการสร้างการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของสังคมไทย

สมัชชาสุขภาพถูกนำมาใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้วยบทบาทและมีสถานะที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพต่อสังคม 4 ประการ คือ 1) สมัชชาสุขภาพในฐานะเป็นกระบวนการของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process) 2)

สมัชชาสุขภาพในฐานะเป็นกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy Development) 3) สมัชชาสุขภาพในฐานะกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจภาคประชาชนและการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Empowerment) และ 4) สมัชชาสุขภาพในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติของคนในสังคมไทย (Interactive Learning Through Action)

สมัชชาสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วม ด้วยการเปิดพื้นที่ทางสังคมให้ประชาชน ภาคเอกชน และ ภาครัฐได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทำงานทางด้านสาธารณะร่วมกันทั้งในระดับพื้นที่ ระดับกลุ่มความสนใจหรือปัญหาร่วม และระดับชาติ ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชนทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีความสมบูรณ์และเด่นชัดขึ้น

สมัชชาสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชนทุกภาคส่วน ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่ต้อง จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ดังนั้น 3 รูปแบบของสมัชชาสุขภาพในช่วงต้นจึงเป็นแนวทางหลักของการสร้างการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งจากการรวบรวมการมีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2551 – 2557 พบว่าทำให้ได้มีฉันทามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติร่วมกัน จำนวน 64 มติ เพื่อขับเคลื่อนแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และมีหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายได้นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวไปปฏิบัติจนเกิดเป็นรูปธรรมในระดับหนึ่ง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

ดังกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย ซึ่งได้มีการเปิดรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมจากองค์กรภาคีเครือข่ายทั่วประเทศ แล้วจึงนำเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมใหญ่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสมาชิกร่วมประชุมกว่า 1,000 คน และที่ประชุมมีฉันทามติรับรอง “ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของคนไทย” และเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเสนอต่อรัฐบาลเพื่อประกาศเป็นนโยบายต่อไป ทำให้วันที่ 9 มิถุนายน 2552 คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบต่อยุทธศาสตร์ดังกล่าว และมีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำยุทธศาสตร์ดังกล่าวไปปฏิบัติให้เกิดผล (อำพล จินดาวัฒนา, 2554)

กรณีศึกษาการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในจังหวัดสกลนคร ใช้สมัชชาสุขภาพแก้ไขปัญห สุขภาวะทางเพศของเด็กและเยาวชน โดยการกำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร ปี 2553 ในประเด็น “สุขภาวะทางเพศของเด็กและเยาวชน” โดยผู้ที่มีประสบการณ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนมาเป็นคณะทำงานเพิ่มเติม เพื่อจัดทำแผนขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนครร่วมกัน รวมทั้งการทำหลักสูตรโรงเรียนสมัชชาสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับเยาวชน ทำให้มีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ 1) ให้องค์กรภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน ช่วยเหลือเยียวยาในกรณีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีการส่งเสริมสุขภาพ ให้ได้รับการศึกษาต่อและการประกอบอาชีพ 2) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมของเด็กและเยาวชนและการจัดการสุขภาพ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง 3) ให้หน่วยงานด้านการศึกษา รวมทั้งสถานศึกษาร่วมจัดทำหลักสูตรเพื่อใช้ในการเรียนการสอน เนื้อหาวิชาว่าด้วยมิติหญิงชาย ทักษะชีวิต การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การวางแผนครอบครัว ให้เหมาะสมกับวัย ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาหรือช่วงชั้นที่ 2 เป็นต้นไป และ 4) ให้สำนักงานพัฒนาสังคม

และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตำรวจภูธรจังหวัด สถานศึกษา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประกอบการหอพัก ควบคุมกำกับตรวจสอบการดำเนินการของหอพัก ให้เป็นไปตามระเบียบอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง (อำพล จินดาวัฒนา, 2554)

อย่างไรก็ตามการวิจัยติดตามประเมินผล พบว่ามิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามมติคือ มีแผนยุทธศาสตร์เป็นรูปธรรมสมบูรณ์ มีเครือข่ายดำเนินงานอยู่แล้วเป็นทุนเดิม และมีหน่วยงานราชการหรือกลไกเดียวระดับชาติรับผิดชอบโดยตรง และยังพบว่าน่าจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามมติ คือทักษะด้านการจัดการหรือเทคนิคปฏิบัติการของหน่วยงานองค์กร ผู้ปฏิบัติการหลัก(main actor) การต้องรายงานความก้าวหน้าต่อคณะรัฐมนตรี ในมิติที่เกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง หลายหน่วยงานข้ามกระทรวงซึ่งมักมีผลบวกหากเป็นการจัดการในส่วนกลาง แต่จะไม่เป็นปัจจัยบวก ต่อการดำเนินการในระดับพื้นที่ หากคณะรัฐมนตรี หรือส่วนกลางยังแก้ปัญหาให้ไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นเรื่องใหม่ที่มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรที่เพิ่งเข้ามารับบทบาทใหม่นี้ ในระยะที่หน่วยงานองค์กรใหม่กำลังพัฒนาความรู้ความเข้าใจและศักยภาพจะทำให้การดำเนินงานล่าช้า ขาดประสิทธิภาพ และไม่เป็นไปตามเป้าประสงค์ (เพ็ญแข ลาภยั้ง, 2555)

สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ที่นำไปสู่กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของประชาชน ในมิติที่มีการมีส่วนร่วมมิใช่เพียงแต่กระบวนการ แต่มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อการเสริมพลังอำนาจของประชาชน เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดำเนินกิจกรรม ในการผลักดันเรื่องของสาธารณะ ด้วยกระบวนการร่วมคิด ร่วมแสวงหาทางออก ร่วมการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ จนสามารถทำให้ควบคุมจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการก้าวข้ามแนวคิดการมีส่วนร่วมที่เป็นเพียงกระบวนการซึ่งความคุ้นชินเดิมมิใช่เรื่องที่ง่ายนัก การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของสังคมไทยผ่านเครื่องมือสมัชชาสุขภาพ จึงควรที่จะถูกพัฒนาในประเด็นต่อไปนี้ (ศิริภาณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2559)

1) การสร้างความเข้าใจเพื่อเปลี่ยนแปลงแนวคิดความเชื่อของบุคลากรด้านสุขภาพทั้งในระดับนโยบายและนักปฏิบัติการในพื้นที่เป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่ต้องการการเปลี่ยนผ่าน กระบวนการทำความเข้าใจในเรื่องสมัชชาสุขภาพจึงมิใช่แค่การประชุมชี้แจง หรือการอบรม แต่ควรเป็นกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงให้กับบุคลากรด้านสุขภาพ

2) ควรบูรณาการเครือข่ายสมัชชาสุขภาพกับเครือข่ายหรือโครงสร้างองค์กรเดิมของพื้นที่ เป็นการสร้างพันธมิตรการขับเคลื่อนปัญหาสุขภาพที่ได้เริ่มต้นจาก 1 แต่เป็นการต่อยอดและขยายแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมภายใต้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพสู่เครือข่ายในองค์กรชุมชน ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่

3) การสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับสมัชชาสุขภาพ โดยเฉพาะปฏิบัติการปะทะสังสรรค์ชุดความคิดของวิชาชีพด้านสุขภาพและชุดความคิดของท้องถิ่นในการขับเคลื่อนปัญหาสุขภาพร่วมกัน จะเป็นแนวทางปฏิบัติการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะเปลี่ยนผ่านของการใช้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพ

สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศทำให้ในช่วงปีงบประมาณ 2557 - 2561 เกิดการกำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาว และมีการจัดสรรงบประมาณดำเนินการผ่านกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อให้การพัฒนาระบบการเงินการคลังที่

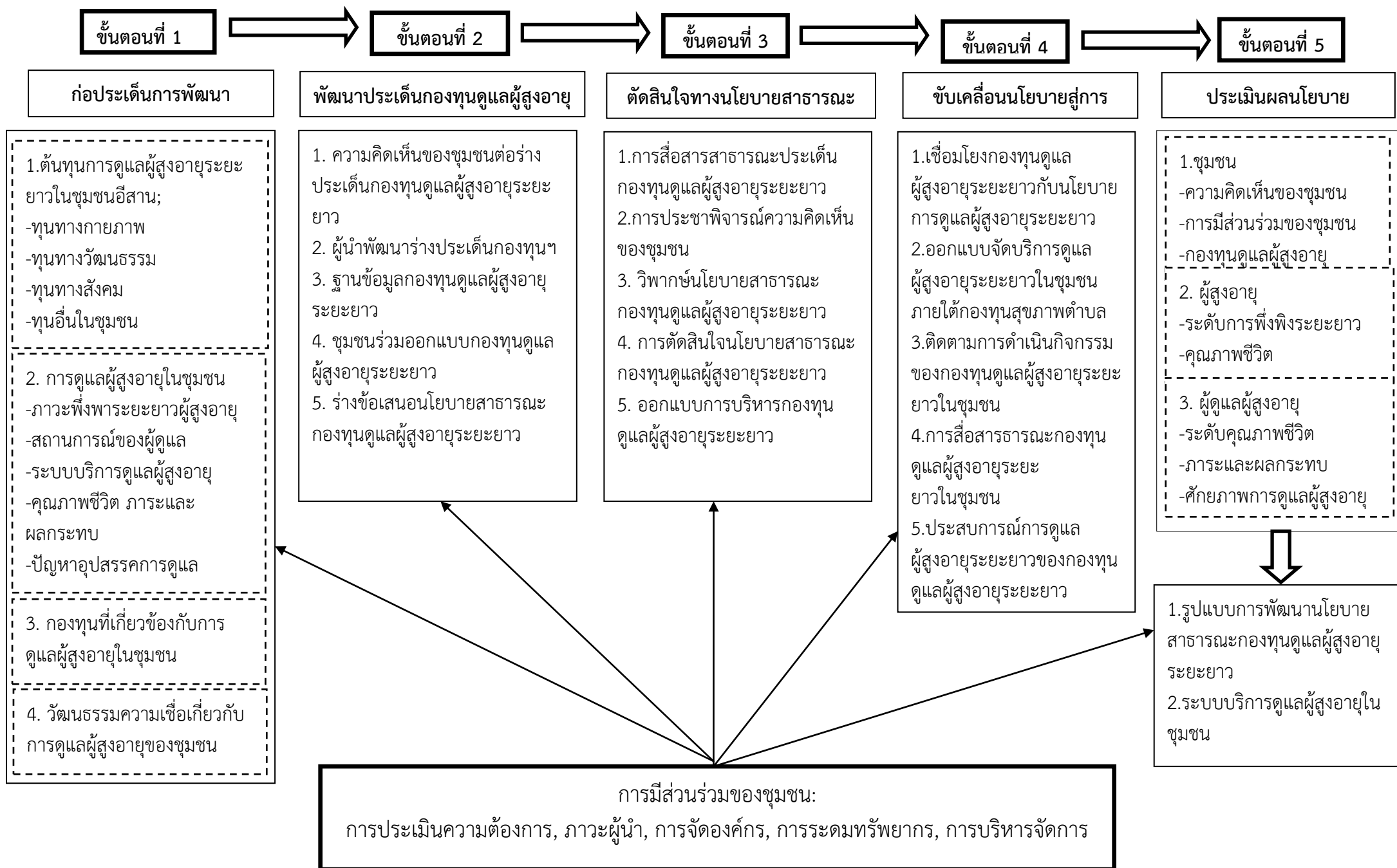
ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร และทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) อย่างไรก็ตามพบว่าแม้จะมีนโยบายและยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้าน และความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพ ทั้งสถานที่และระบบบริการของหน่วยงานไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามดูแลจากสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งที่ผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านมีความลักลั่นขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนจึงต้องการระบบสนับสนุนการดูแลที่ยั่งยืนและสอดคล้องกันตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

6.4 กรอบแนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในครอบครัว ในชุมชนจึงเป็นแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพที่ยั่งยืน แนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน เพื่อเป็นเครื่องมือและกระบวนการการสร้างการมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพของทุกฝ่ายในสังคมที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและดำเนินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลกระทบกับทุกคนทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อสร้างช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเสนอประเด็นปัญหาหรือแนวทางการพัฒนาสุขภาพต่างๆ ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความรู้ ความคิดเห็นต่างๆ ร่วมกันถกแถลง ปรึกษาหารือ เพื่อกำหนดข้อเสนอ ทิศทางหรือแนวนโยบาย หาข้อสรุปร่วมกัน ร่วมกันดำเนินการ ร่วมขับเคลื่อน ติดตามผลักดัน ร่วมปรับปรุงแก้ไข และร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐด้วย จนได้นโยบายสาธารณะที่ทุกฝ่ายเห็นและยอมรับตรงกันแล้วนำไปปฏิบัติจนเกิดผล จนทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรู้สึกว่าเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะเป็นการสร้างนโยบายของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชนภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพต่างที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่และเป็นแนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

กระบวนการมีส่วนร่วมภาคประชาชนด้านสุขภาพทำให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนากองทุนโดยอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุหรือประชาชนกลุ่มอื่นๆ มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการร่วมระดมทุนในชุมชนและบริหารจัดการงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน ซึ่งจากรายงานการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินงานกองทุนดูแลสุขภาพตำบล บ้านโคกเครือ จ.กาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2558 พบว่าชุมชนและเทศบาลตำบลมีความต้องการการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อให้เกิดกองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยผู้สูงอายุในชุมชนมีการออมเงินทุกเดือนร่วมกันภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศิริณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2558) ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งประกอบด้วย

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การก่อประเด็นการพัฒนา
 กองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) การพัฒนาประเด็นกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
 เป็นข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะ 3) ตัดสินใจทางนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดย
 ชุมชน 4) ขับเคลื่อนนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง 5) ประเมินและ
 พัฒนานโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การขับเคลื่อนในระดับประเทศ ซึ่งกรอบแนวคิดใน
 การศึกษา เรื่องรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วม
 ของชุมชน จังหวัดขอนแก่น ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

1. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (Participation Health Public Policy) ที่มีความสัมพันธ์กับบริบททางวัฒนธรรมชุมชน โดยมีช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่การเตรียมพื้นที่จนถึงสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 – พฤศจิกายน พ.ศ.2560 รวมระยะเวลา 14 เดือน ซึ่งกระบวนการวิจัยและการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว มี 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การก่อประเด็นการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย

1) เวทีโสหล่ ครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงโครงการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และสร้างความร่วมมือในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน

2) ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยนักวิจัย และ ผู้จัดการดูแลเกี่ยวกับทุนทางวัฒนธรรม และทุนทางสังคม และทุนอื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชน

3) สำรวจสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งหมดที่บ้าน และ สัมภาษณ์ผู้ดูแลที่บ้านโดยผู้จัดการดูแล และ นักวิจัย ซึ่งประกอบด้วยประเภทผู้สูงอายุตามชุดแบบประเมินภาวะพึ่งพาพึ่งยาว ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวอีสาน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

4) ศึกษากองทุนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ซึ่งประกอบด้วย ความเป็นมาของกองทุน กิจกรรม สมาชิก ความสัมพันธ์เชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยนักวิจัย และ ผู้จัดการดูแล

5) ศึกษาวัฒนธรรมความเชื่อ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานในครอบครัว ซึ่งมี ความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาว โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จากเครื่องมือ โดยนักวิจัย และ ผู้จัดการดูแล ด้วยเครื่องมือที่ดัดแปลงจากการวิจัยเรื่องภาวะและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย

6) เวทีโสหล่ ครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอข้อมูล ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน และสร้างความเห็นร่วมในการยกย่องประเด็นพัฒนางานเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน

7) วิพากษ์ร่างประเด็นพัฒนากองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาประเด็นกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นข้อเสนอนโยบายสาธารณะ

- 1) ประชาคมเพื่อร่วมรับฟังความคิดเห็นของชุมชนต่อ (ร่าง) ประเด็นกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและออกแบบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่วิจัย
- 2) แต่งตั้งคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อเป็นผู้นำขับเคลื่อนประเด็นกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพื้นที่วิจัย
- 3) พัฒนารฐานข้อมูลสำหรับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระยะยาวผู้ดูแลในชุมชน ต้นทุนค่าใช้จ่ายของกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- 4) เวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อรับฟังข้อเสนอการออกแบบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากชุมชนและผู้เชี่ยวชาญ
- 5) ร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ขั้นตอนที่ 3 ตัดสินใจทางนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยชุมชน

- 1) การเผยแพร่ข้อมูลทางสื่อสารสาธารณะในประเด็นกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 2) ประชาพิจารณ์ความคิดเห็นของครัวเรือนในชุมชน เรื่อง กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 3) วิพากษ์นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยผู้เชี่ยวชาญ
- 4) ประชาคมชุมชนในพื้นที่วิจัยเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและตัดสินใจนโยบายเรื่อง กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่
- 5) แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ขับเคลื่อนนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง

- 1) เชื่อมโยงกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอนแก่น เขต 7 กระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 2) คณะกรรมการบริหารกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนร่วมบริหารและออกแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้บริบททางวัฒนธรรมของชุมชน
- 3) คณะกรรมการบริหารกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ติดตามการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 4) การเผยแพร่ข้อมูลทางสื่อสารสาธารณะในประเด็นการดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 5) เวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินและพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การขับเคลื่อนในระดับประเทศ

- 1) สสำรวจความคิดเห็นของชุมชนในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน
- 2) ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวะพึ่งพาของระยะยาวของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวอีสาน
- 3) วิพากษ์ร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยผู้เชี่ยวชาญ
- 4) ปรับปรุงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนารูปแบบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเพื่อเผยแพร่และขยายองค์ความรู้และขับเคลื่อนในเวทีสาธารณะ

อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของการวิจัยในแต่ละพื้นที่วิจัยมีความเป็นไปได้ทั้ง 2 รูปแบบ คือ ประสบผลสำเร็จ และไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาคือ

- 1) มีการติดตามประเมินผลระหว่างการทำงานทุกกิจกรรมในทุกพื้นที่วิจัย และการเรียนรู้จากพื้นที่ต้นแบบ ในกรณีที่พบว่าระหว่างดำเนินการวิจัยหากมีแนวโน้มว่าจะไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยวางแผนให้มีการทบทวนประเมินผลการดำเนินงานและสะท้อนบทเรียนร่วมกันระหว่างชุมชนกับทีมนักวิจัย เพื่อร่วมปรับแผนการดำเนินงาน
- 2) ในกรณีหลังสิ้นสุดโครงการแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยวางแผนให้มีการทบทวนประเมินผลการดำเนินงานหลังดำเนินการวิจัยเชิงสร้างสรรค์ และสะท้อนบทเรียนร่วมกันระหว่างชุมชนกับทีมนักวิจัย เพื่อร่วมออกแบบวางแผนพัฒนาต่อไปโดยชุมชน

2. พื้นที่วิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชน ดังนั้นเพื่อสะท้อนภาพการพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและครอบครัว เป็นต้น หน่วยของการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงมีขอบเขตพื้นที่การวิจัย คือระดับตำบล ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับกองทุนสุขภาพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ โดยข้อมูลลักษณะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของเขตบริการสุขภาพที่ 7 มี ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลลักษณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของ เขตสุขภาพที่ 7

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	เทศบาลนคร/เมือง	เทศบาลตำบล	องค์การบริหาร ส่วนตำบล
ขอนแก่น	26	198	4	62	158
มหาสารคาม	13	133	1	17	131
ร้อยเอ็ด	20	192	1	95	137
กาฬสินธุ์	18	135	2	67	81
รวมทั้งหมด	77	658	8	241	507

ที่มา: วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ., 2558

การคัดเลือกพื้นที่วิจัย

การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย เป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 7 ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่วิจัยตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การก่อประเด็นการพัฒนากองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็น การวิเคราะห์สถานการณ์ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษา ต้นทุนการก่อร่างประเด็นการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ดังนั้นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อเป็นตัวแทนของเขตบริการสุขภาพที่ 7 จึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่วิจัย คือ

- 1) พื้นที่วิจัยได้จากการสุ่มอำเภอจากจังหวัดตามขนาดของจังหวัด
- 2) พื้นที่วิจัยครอบคลุมและกระจายทั้งในเขตเทศบาลเมืองและเขตชนบท ในเขตบริการสุขภาพที่ 7
- 3) พื้นที่ศึกษามีความหลากหลายตามมิติทางวัฒนธรรมและสังคมตามบริบทของชุมชนอีสาน
- 4) ข้อมูลมีความอิมตัว

ขั้นตอนที่ 2 – 5 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็น ข้อเสนอทางนโยบายสาธารณะจนกระทั่งนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ และนำ นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ชุมชนอีสาน และประเมิน ผลการวิจัย ในระยะนี้จึงมีเกณฑ์คัดเลือกพื้นที่ คือ

- 1) เป็นพื้นที่ที่ได้รับการประเมินต้นทุนในระยะที่ 1
- 2) ผู้นำสูงสุดขององค์กรหลักในพื้นที่ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และด้านสุขภาพมีความ สัมครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 3) พื้นที่ศึกษามีความหลากหลายตามมิติทางวัฒนธรรมและสังคมตามบริบทของชุมชนอีสาน
- 4) ข้อมูลมีความอิมตัว

ซึ่งพื้นที่วิจัยในครั้งนี้จึงประกอบด้วย 10 อำเภอ 13 ตำบล 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยพบว่าเป็นเทศบาลเมือง จำนวน 2 แห่ง เทศบาลตำบล 5 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 8 แห่ง รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 พื้นที่การศึกษาวิจัย ในขั้นตอนที่ 2 - 5

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
1.กาฬสินธุ์	ยางตลาด	อุ้มเม่า	เทศบาลตำบลโคกศรี
	เมือง	เมืองกาฬสินธุ์	เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์
	คำม่วง	เนินยาง	องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง
2.ขอนแก่น	ชุมแพ	นาหนองหุ้ม	องค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองหุ้ม
		วังหินลาด	องค์การบริหารส่วนตำบลวังหินลาด
		ข้าวเรียง	เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์
	คำสูง	บ้านโนน	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโนน
	พล	เมืองพล	องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล
		เมืองพล	เทศบาลเมืองเมืองพล
3.มหาสารคาม	ยางสีสุราช	บ้านกู่	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกู่
	โกสุมพิสัย	หัวขวาง	เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย
4.ร้อยเอ็ด	เกษตรวิสัย	เกษตรวิสัย	เทศบาลตำบลเกษตรวิสัย
			องค์การบริหารส่วนตำบลเกษตรวิสัย
	อาจสามารถ	อาจสามารถ	เทศบาลตำบลอาจสามารถ
รวมทั้งหมด		10 อำเภอ	13 ตำบล
			15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

3. ประชากรกลุ่มเป้าหมายการวิจัย

3.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมายการวิจัย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 7 ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

1) ผู้สูงอายุ ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งหมดที่มีรายชื่อตามทะเบียนข้อมูลรายงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่เป้าหมายของการวิจัย ณ วันที่สำรวจ

3) ผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3.1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้ดูแลหลักในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่กำลังทำหน้าที่ในปัจจุบันทุกคน

2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลอยู่ในภาวะความยากลำบาก มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index ในระดับทุพพลภาพรุนแรง (ต่ำกว่า 12 คะแนน) หรือมีภาวะบกพร่องทางเชาว์ปัญญา ที่เรียกว่าภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ MMSE - Thai ที่มีค่าคะแนนสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

3) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลมีสิทธิการรักษาภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4) อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล ได้แก่ บุตร เขย/สะใภ้ คู่สมรส หลาน ญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว หรือไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล

5) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

6) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.1.3 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี

โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้ที่มิพบทบทหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณีประจำสถานบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่จากหน่วยงาน

2) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี

3) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การติดตามประเมินผล ภายใต้โครงการวิจัย

4) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.1.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ซึ่งเลือกโดยวิธี Snowball Sampling จากบุคคลที่ถูกกล่าวถึงโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ได้รับการมอบหมายจากชุมชน หรือหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ อาสาสมัครอื่น ๆ

2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลอยู่ในภาวะความยากลำบาก มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index ในระดับทุพพล

ภาพรุนแรง (ต่ำกว่า 12 คะแนน) หรือมีภาวะบกพร่องทางเชาว์ปัญญา ที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินจาก เครื่องมือ MMSE - Thai ที่มีค่าคะแนนสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

3) ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล หรือไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล

4) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

6) สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.1.5 คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ที่มีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เลือกโดยวิธี Snowball Sampling จากบุคคลที่ถูกกล่าวถึง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมายมีดังต่อไปนี้

1) เป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรม สนับสนุน ส่งเสริม กระบวนการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วย

1.1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระสงฆ์บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เป็นต้น

1.2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

1.3) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยกระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ และผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยอื่นๆ ในพื้นที่ ได้แก่ การศึกษานอกโรงเรียน

2) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

3) สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.2 การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่างๆในพื้นที่วิจัยมีแนวทางดังนี้

3.2.1 ผู้สูงอายุ

1) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี และ ทีมนักวิจัย ชี้แจงให้ข้อมูลโครงการวิจัยแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2) ชี้แจงแบบคำชี้แจงอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยเป็นรายบุคคล

3.2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

1) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี และ ทีมนักวิจัย ชี้แจงให้ข้อมูลโครงการวิจัยแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี และ ทีมนักวิจัย ชี้แจงให้ข้อมูลโครงการวิจัยแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่บ้าน

3) ชี้แจงแบบคำชี้แจงอาสาสมัครสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยเป็นรายบุคคล

3.2.3 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี

1) ติดต่อประสานงานเพื่อให้ข้อมูลและชักชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย
2) การบันทึกลงนามความร่วมมือในการทำวิจัยของหน่วยงานราชการต้นสังกัดของพื้นที่วิจัยทุกพื้นที่ก่อนดำเนินการวิจัย

3) ชี้แจงแบบคำชี้แจงอาสาสมัครสำหรับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยเป็นรายบุคคล

4) อบรมพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยสำหรับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี

3.2.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี และ ทีมนักวิจัย ชี้แจงให้ข้อมูลโครงการวิจัยแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2) ชี้แจงแบบคำชี้แจงอาสาสมัครสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยเป็นรายบุคคล

3.2.5 คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน

1) ประเมินความร่วมมือและความต้องการการทำวิจัยในพื้นที่ โดยการสอบถามความร่วมมือ ความต้องการ และความเป็นไปได้ของการทำวิจัยในพื้นที่วิจัย

2) การบันทึกลงนามความร่วมมือในการทำวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานในพื้นที่วิจัยทุกพื้นที่ก่อนดำเนินการวิจัย

3) ผู้จัดการรายกรณี และ ชุมชนเสนอชื่อ คณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

4) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี และ ทีมนักวิจัย ชี้แจงให้ข้อมูลโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

5) ชี้แจงแบบคำชี้แจงอาสาสมัครสำหรับคณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยเป็นรายบุคคล

6) ทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

1) ขนาดกลุ่มผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจึงเป็นหัวใจสำคัญของสร้างนโยบายสาธารณะในครั้งนี้ ขนาดกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีเป้าหมายในกลุ่มผู้สูงอายุทุกคนพื้นที่วิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 7 กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมายการวิจัย เขตบริการสุขภาพที่ 7

จังหวัด	ผู้สูงอายุ*	อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุ*	ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ*
1.กาฬสินธุ์	63,180	เมือง	10,580	เมืองกาฬสินธุ์	1,520
		ยางตลาด	8,512	อุ้มเม่า	951
		คำม่วง	9,112	เนินยาง	1,169
2.ขอนแก่น	133,524	ชุมแพ	16,216	นาหนองทุ่ม	709
				วังหินลาด	609
				ข้าวเรียง	1,300
		คำสูง	5,212	บ้านโนน	402
		พล	12,357	เมืองพล	1,776
				พล	759
3.มหาสารคาม	64,853	ยางสีสุราช	3,360	บ้านกู่	527
		โกสุมพิสัย	13,234	หัวขวาง	1,954
4.ร้อยเอ็ด	91,922	เกษตรวิสัย	12,613	เกษตรวิสัย	1,012
		อาจ	9,424	อาจสามารถ	964
รวมทั้งหมด	353,479	10 อำเภอ	100,620	13 ตำบล	13,652

ที่มา: *สำนักงานสถิติจังหวัดขอนแก่น, 2556; สำนักงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด, 2556;
สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์, 2556; สำนักงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม, 2556

2) ขนาดกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว คือ ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะความยากลำบาก หรือ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index ในระดับทุพพลภาพรุนแรง (ต่ำกว่า 12 คะแนน) หรือ มีภาวะบกพร่องทางเข่าปัญญา ที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินจาก เครื่องมือ MMSE - Thai ที่มีค่าคะแนนสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งพบว่ามีอัตราการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวร้อยละ 10.9 (สมัชชาสุขภาพ, 2552) ดังนั้นขนาดของกลุ่มเป้าหมายผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จึงได้จากการประมาณการตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่คาดว่าจะเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวทุกคนพื้นที่วิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 8 ขนาดกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยจากการประมาณการณ์ตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่พึ่งพิงระยะยาว

จังหวัด	ตำบล	จำนวน ผู้สูงอายุ*	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	จำนวนผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง**	จำนวนผู้ดูแล ผู้สูงอายุ
1.กาฬสินธุ์	เมืองกาฬสินธุ์	1,520	เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์	94	94
	อุ้มเม่า	951	เทศบาลตำบลโคกศรี	18	18
	เนินยาง	1,169	อบต.เนินยาง	63	63
2.ขอนแก่น	นาหนองทุ่ม	709	อบต.นาหนองทุ่ม	153	153
	วังหินลาด	609	อบต.วังหินลาด	69	69
	ข้าวเรียง	1,300	เทศบาลโคกสูงสัมพันธ์	52	52
	บ้านโนน	402	อบต.บ้านโนน	70	70
	เมืองพล	1,776	เทศบาลเมืองเมืองพล	76	76
	พล	759	อบต.พล	40	40
3.มหาสารคาม	บ้านกู่	527	อบต.บ้านกู่	67	67
	หัวขวาง	1,954	เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย	141	141
4.ร้อยเอ็ด	เกษตรวิสัย	1,012	อบต.เกษตรวิสัย	25	25
			เทศบาลเกษตรวิสัย	36	36
	อาจสามารถ	964	อบต.อาจสามารถ	39	39
			เทศบาลอาจสามารถ	39	39
รวมทั้งหมด	13 ตำบล	13,652 คน	15 แห่ง	982 คน	982 คน

ที่มา: *สำนักงานสถิติจังหวัดขอนแก่น, 2556; สำนักงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด, 2556;
สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์, 2556; สำนักงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม, 2556

* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น, 2559

3.3.2 ขนาดกลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนคณะทำงานในชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายสาธารณะ การวิจัยครั้งนี้จึงมีประชากรเป้าหมายเพิ่ม คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน ซึ่งขนาดจำนวนกลุ่มเป้าหมายขึ้นอยู่กับเครื่องมือของข้อมูล และ จำนวนกลุ่มเป้าหมายในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index หรือ มีภาวะบกพร่องทางเข่าปัญญา ที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ประเมินจากเครื่องมือ MMSE – Thai 2002 โดยขนาดจำนวนกลุ่มเป้าหมายขึ้นอยู่กับเครื่องมือของข้อมูล

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ภายในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุเพื่อดูแลการทากิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ประสบภาวะความยากลำบาก หรือ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index มีคะแนนอยู่ในระดับทุพพลภาพรุนแรง (ต่ำกว่า 12 คะแนน) หรือ มีภาวะบกพร่องทางเข่าปัญญา ที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินจาก เครื่องมือ MMSE - Thai ที่มีค่าคะแนนสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งขนาดจำนวนกลุ่มเป้าหมายขึ้นอยู่กับเครื่องมือของข้อมูล

3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี

ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณีในพื้นที่วิจัยทุกคน ซึ่งมี จำนวน 1 – 2 คนต่อพื้นที่วิจัย ในการวิจัยครั้งนี้มีพื้นที่ทั้งหมด 13 ตำบล รวมจำนวนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี ทั้งหมดประมาณ 20 คน จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี ทุกคนในพื้นที่วิจัย

4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทุกคนในชุมชนเป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 – 15 คนต่อหมู่บ้าน และอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คนต่อหมู่บ้าน ในการวิจัยครั้งนี้มีพื้นที่ทั้งหมด 11 ตำบล 110 หมู่บ้าน รวมจำนวนอาสาสมัครทั้งหมดประมาณ 1,100 คน ทั้งหมดประมาณ 20 คน จำนวนกลุ่มเป้าหมายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นอยู่กับเครื่องมือของข้อมูล

5) คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน

คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชน อาศัยกลุ่มหรือคณะบุคคลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ มีจำนวนตำบลละประมาณ 20 คน ในการวิจัยครั้งนี้มีพื้นที่ทั้งหมด 11 ตำบล รวมจำนวนคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชนทั้งหมดประมาณ 220 คน จำนวนกลุ่มเป้าหมายเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชนทุกคน

4. เครื่องมือการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ เครื่องมือการประเมินภาวะพึงพาระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1) แนวทางการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม หน่วยงาน องค์กร และแกนนำในชุมชน

เป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนและประสบการณ์การทำงานที่ดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงาน องค์กร แกนนำชุมชน ที่ผ่านมา เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้อาศัยเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือ การศึกษาวิจัยเรื่อง ภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ซึ่งประเด็นการรอบคำถามของเครื่องมือการวิจัยมีดังต่อไปนี้

(1) สภาพสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน? นโยบาย แผนงาน และงบประมาณของหน่วยงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน? กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในรอบปีที่ผ่านมา? บริการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานในชุมชน? ประเภทการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน? เสียงสะท้อนจากชุมชน? ผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา? นโยบาย ทิศทาง แผนงานการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต?

(2) กองทุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ มีอะไรบ้าง? มูลเหตุของการเกิดกองทุน? สมาชิก แกนนำ และบทบาทที่ผ่านมา? กิจกรรม และสวัสดิการของกองทุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว? แผนงานโครงการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบล เป็นอย่างไร? งบประมาณในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร? ทิศทาง นโยบาย และแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุของกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน? ปัญหา อุปสรรคและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร?

(3) กรณีปีที่ผ่านมาได้ถูกคัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่องดูแลระยะยาว กระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นอย่างไร? มีหน่วยงาน องค์กร แกนนำ อะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง และมีบทบาทหน้าที่อย่างไร? การจัดสรรงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างไร? ผลลัพธ์ของการดูแลเป็นอย่างไร? เสียงสะท้อนจากชุมชน? ปัญหา อุปสรรคและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร?

(4) วัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร? บริบททางกาลเวลามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติอย่างไร? บริบททางสังคมวัฒนธรรมอะไรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ? การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและครอบครัวมีผลต่อวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร? มุมมองของชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเป็นอย่างไร? แบบแผนการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนไทยเป็นอย่างไร? ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างไร?

2) แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

เป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การทำบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้อาศัยเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต และเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือ การศึกษาวิจัยเรื่อง ภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ซึ่งประเด็นกรอบคำถามของเครื่องมือการวิจัยมีดังต่อไปนี้

เหตุผลของการเป็นผู้ดูแลคืออะไร? ประสบการณ์การดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร? ระยะเวลาการดูแลระยะยาวและเป็นอย่างไร? กิจกรรมการดูแลในรอบ 24 ชั่วโมง เป็นอย่างไร? ต้นทุนค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา? ความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลประจำวันเป็นอย่างไร? กิจกรรมการดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างไร? ผู้ช่วยผู้ดูแลกิจกรรมการดูแลประจำวันที่ต้องการ มีลักษณะเป็นอย่างไร? กิจกรรมการดูแลที่ไม่สามารถทำได้เอง เป็นอย่างไร? บุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคมที่การใช้บริการดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร? กิจกรรมการดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร? ปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลเป็นอย่างไร? ผลลัพธ์ที่ได้อะไรบ้างจากการเป็นผู้ดูแล?

3) แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาศักยภาพในการทำบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ใช่คนในครอบครัวแต่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน เครื่องมือในการศึกษาเป็นเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือ การศึกษาวิจัยเรื่อง ภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ซึ่งประเด็นกรอบคำถามของเครื่องมือการวิจัยมีดังต่อไปนี้

เหตุผลของการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว? อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเกิดขึ้นได้อย่างไร? บทบาทและการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (จำนวนผู้ป่วย กิจกรรมการดูแล ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ความถี่ของการทำกิจกรรมการดูแล) เป็นอย่างไร? ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? ความต้องการสนับสนุนเพื่อจะให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น? บทบาทขององค์กรภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น และ องค์กรเอกชน ที่ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? ปัญหา อุปสรรคและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร?

4) เครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน

เครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้เครื่องมือ Spidergram ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบการประเมิน 5 ด้าน มีคะแนนประเมินแคบสุดตั้งแต่ 1 คะแนน สูงสุด 3 คะแนน (Rifkin et al., 1988; Bjaras et al., 1991) รายละเอียดการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) การประเมินความต้องการ (Needs assessment) เป็นการประเมินความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และการตัดสินใจดำเนินการวิจัยในชุมชน ซึ่งการประเมินความต้องการและการตัดสินใจโดยนักวิจัยตามลำพังจะทำให้การมีส่วนร่วมมีมุมที่แคบ แต่การประเมินความต้องการที่สามารถเคลื่อนสู่กลุ่มคนส่วนใหญ่ของชุมชนจะทำให้การมีส่วนร่วมกว้างขึ้น

(2) ภาวะผู้นำ (Leadership) เป็นกระบวนการดำเนินการวิจัยและการตัดสินใจถูกการนำโดยกลุ่มคนในชุมชน หรือภายนอกชุมชน ภาวะผู้นำในชุมชนเกิดขึ้นกับกลุ่มไหนในชุมชน ซึ่งหากเป็นเพียงในกลุ่มเล็กๆ เฉพาะกลุ่มที่สนใจเท่านั้น เป็นการมีส่วนร่วมแคบที่สุด ตัวชี้วัดภาวะผู้นำจะขยายกว้างขึ้น ถ้าถูกขยายสู่กลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลายในชุมชน

(3) การจัดองค์กร (Organization) เป็นการจัดโครงสร้างองค์กร การจัดองค์กร การวางแผนจัดกิจกรรม การกำหนดเป้าหมายของการวิจัยของชุมชน ซึ่งหากออกมาจากคนภายในหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่ไม่ได้เกิดจากการจัดองค์กรจากชุมชนพบว่าจะมีความสำเร็จจากตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมจะแคบ แต่การจัดองค์กรชุมชนที่ขยายขอบเขตให้ครอบคลุมกลุ่มองค์กรในชุมชน และมีการทำงานร่วมกัน หรือการออกแบบกลไกด้วยตนเองจะทำให้การมีส่วนร่วมกว้างขึ้น

(4) การระดมทรัพยากร (Resource mobilization) ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน เครื่องมือ ที่นำมาใช้ในการวิจัยเป็นการระดมหรือการขับเคลื่อนทรัพยากรเพื่อความรับผิดชอบต่อกระบวนการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ถูกตัดสินใจหรือจัดสรรทรัพยากรกำหนดโดยใคร รวมถึงความยืดหยุ่นในการตัดสินใจใช้ทรัพยากรกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ และจำนวนปริมาณทรัพยากรที่เกิดจากการระดม หากเกิดจากอิทธิพลของคนภายนอก การมีส่วนร่วมของชุมชนมีคะแนนแคบ และกว้างเพิ่มขึ้นเมื่อแสดงให้เห็นว่ามีการระดมทรัพยากร การตัดสินใจ เกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน รวมถึงการได้รับผลประโยชน์ของการป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชนเอง

(5) การบริหารจัดการ (Management) เป็นการบริหารจัดการเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อองค์กรในโครงการวิจัย และรวมทั้งการบริหารจัดการและการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการวิจัยทั้งหมด ซึ่งโครงการที่การตัดสินใจและการจัดการ โดยผู้เชี่ยวชาญหรือนักวางแผนเป็นตัวชี้วัดความแคบของการมีส่วนร่วม ขณะที่การมีส่วนร่วมที่กว้างขวางขยายถึงขอบเขตการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ

เป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เพื่อประเมินภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งเครื่องมือในการประเมินเป็นเครื่องมือประเมินภาวะพึ่งพิงระยะยาว ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นสูง ภาวะสมองเสื่อม และ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

ใช้เครื่องมือ the Barthel index (Collin et al., 1988) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและง่ายในการสื่อสารกับผู้ตอบ ประกอบด้วยการประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากเตียง การใช้ห้องน้ำ การเข้าและออกจากห้องน้ำ การล้างหน้าหวีผม อาบน้ำ การเดินในทางราบ เดินขึ้นลงบันได แต่งตัว การกลืนอุจจาระ กลืนปัสสาวะ และเครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย (Jitapunkul, 1994) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินใจตัดสินภาวะทุพพลภาพรุนแรง คือเท่ากับหรือน้อยกว่า 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (Challis et al., 2000; Jitapunkul et al., 2003)

2) เครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

ใช้เครื่องมือ Physical Self Maintenance Scale หรือ Lowton Instrumental Activities of Daily Living Scale เนื่องจากเครื่องมือนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการวางแผนและ

ประเมินการรักษาหรือการปฏิบัติที่ใช้สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในชุมชน เครื่องมือนี้มีจุดดีคือ ประเมินง่าย ผู้ดูแลสามารถประเมินได้ เสรีใจสิ้นใจ ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที แสดงให้เห็นระดับการทำนายเกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็น มีเหตุการณ์เกี่ยวกับด้านจิตใจที่เป็นคุณสมบัติที่ดี และมีค่า Test-retest เท่ากับ 0.93-0.96 และ Inter-rater เท่ากับ 0.87-0.91 เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย (สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล, 2545; Jitapunkul, 1994)

3) เครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อม

ใช้เครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination (Folstein et al., 1975) พบว่าในประเทศไทยนั้นเครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในคลินิกและชุมชน และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย มีคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้จุดตัดตามระดับการศึกษา โดยต่ำกว่าประถมศึกษา ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 14 คะแนน ระดับการศึกษาชั้นประถม ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 17 คะแนน และสูงกว่าประถมศึกษา ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 23 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2545)

4) เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression)

ใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Geriatric Depression Scale ซึ่งมีทั้งหมด 15 ข้อ (Yesavage et al., 1982) ใช้วัดความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 0.92 มีค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 0.83 ค่าความถูกต้องทั้งฉบับ (Overall accuracy) เท่ากับ 0.87 และค่าสัมประสิทธิ์ Kappa เท่ากับ 0.74 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Geriatric Depression Scale ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทย (Jintapunkul et al., 1994)

5) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต

มีเป้าหมายเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เลือกใช้เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยการประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ และแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตดี คุณภาพชีวิตกลาง และคุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งจากการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2540)

4.3 การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

4.3.1 เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดของการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือวิจัย จำแนกตามประเภทของเครื่องมือดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การสร้างเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือโดย การกำหนดกรอบประเด็นให้ครอบคลุมเนื้อหาการวิจัย

2) คุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย (data collector)

นอกจากการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยแล้ว ในการวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย โดยที่เมื่อนักวิจัยมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท
- (2) ผ่านการฝึก (Training) การวิจัยเชิงคุณภาพ และ เทคนิคการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- (3) มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

3) การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลการวิจัย

3.1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งในกระบวนการวิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลด้านวิธีการ (Methods triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูลที่ใช้หลากหลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต ศึกษาเอกสาร การถ่ายภาพ การใช้ข้อมูลจากทุกแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) แหล่งข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จึงมี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นประชากรหลัก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

3.2) การสรุปบทวนการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย (Participant debriefing) เปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนมีการตรวจสอบ (Member check) ทบทวนข้อมูลดิบ การวิเคราะห์ รายงานผลที่เป็นผลลัพธ์ของการวิจัย เป็นสิ่งที่จำเป็น และทำให้การศึกษาความน่าเชื่อถือโดยการสนทนากลุ่มกับผู้รู้ในชุมชน

3.3) ใช้การวิเคราะห์กรณีศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย (Diverse case analysis) ของทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

3.4) การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลในภาคสนามที่มีความเพียงพอ (Referential adequacy) มีการอ้อมตัว มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปผลการวิจัย และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.5) ความสามารถในการยืนยันได้ของข้อมูล (Confirm ability) ได้ออกแบบการจัดเก็บข้อมูลดิบในการวิจัยทั้งหมดโดยการบันทึกทั้งสมุดและการลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่สามารถตรวจสอบข้อมูลแหล่งที่มาของข้อมูลได้โดยการจัดทำรหัสข้อมูลกำกับรายการข้อมูลทุกอย่างในกระบวนการวิจัย ซึ่งสามารถย้อนกลับหาแหล่งของข้อมูลได้อย่างชัดเจนและสะดวก

4.3.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ

1) การพัฒนาเครื่องมือเชิงปริมาณ

เครื่องมือการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาศัยเครื่องมือการวิจัยที่เป็นสากล มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศต่าง ๆ และถูกแปลมาเป็นภาษาไทย ได้แก่ เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน เครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า และ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของประเทศไทย จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบค่าความเที่ยงตรง (ศิริณี ศรีหาคาศ, 2556)

2) การควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย (Quality control data collector)

ในการวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย คือ ผ่านการฝึกอบรม (Training) ความรู้และเทคนิคการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพ เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า และเครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อม

3) การควบคุมคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Quality control data correction)

(1) ข้อมูลที่เก็บจากเครื่องมือเชิงปริมาณ จะถูกตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และความสมบูรณ์ของเนื้อหา

(2) ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพจากผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนทุกฉบับจะถูกตรวจสอบคุณภาพจากทีมผู้วิจัย

(3) ในช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จะมีทีมผู้วิจัยจะอยู่ในพื้นที่ตลอดและดูแลผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร จะถูกนำมาวิเคราะห์โดย

1) กำหนดตารางการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม ให้เป็นแนวทางเดียวกันและให้ครอบคลุมประเด็น

2) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง และข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาจัดพิมพ์ลงในแบบฟอร์มบันทึกการลงข้อมูลโดยใช้ตารางโปรแกรม excel ให้แล้วเสร็จเร็วที่สุด

3) ข้อมูลที่บันทึกเสร็จจะถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการตีความ (Interpretation) แล้วกำหนดรหัสของข้อมูล โดย นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นคนกำหนดรหัสข้อมูลที่ตนเองรวบรวมมาได้ในแต่ละฉบับโดยอิสระ

4) ตรวจสอบการกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละฉบับด้วยการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยลงรหัสข้อมูลซ้ำในบันทึกข้อมูลที่ไม่ใช่ของตนเองโดยอิสระ

5) นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยร่วมแลกเปลี่ยนการลงรหัสข้อมูล โดยการตีความ (Interpretation) ข้อมูล ตรวจสอบการลงรหัสข้อมูลและลงรหัสข้อมูลใหม่

6) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ วิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล

7) จัดกลุ่มของข้อมูลจากรหัสข้อมูล และนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อ แล้วจึงสร้างเป็นบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น (Thematic analysis) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

8) สร้าง Framework จากข้อมูลที่ได้ในภาคสนาม

9) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากการวิเคราะห์ ด้วยวิธีสะท้อนข้อมูลกับชุมชน เพื่อตรวจสอบยืนยันว่าข้อมูลที่ได้นำเชื่อถือสมบูรณ์ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

5.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์โดย

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ภาวะพึ่งพาระยะยาว ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้ดูแล การบริหารจัดการกองทุน การวิเคราะห์และนำเสนอผลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ตามระดับการวัดตัวแปร ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) การประเมินผลลัพธ์นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ความพึงพอใจของชุมชน ระดับความรุนแรงภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การบริหารจัดการกองทุน ระดับการมีส่วนร่วม วิเคราะห์และนำเสนอผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ตามระดับการวัดตัวแปร ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) เปรียบเทียบประเมินผลลัพธ์นโยบายสาธารณะก่อนและหลังการวิจัย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะพึ่งพาระยะยาว ระดับคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิต การบริหารจัดการกองทุน ด้วย Prevalence rate, 95%CI และ McNemar Test

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (Participation Health Public Policy) ในพื้นที่ 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ของ 13 ตำบล ในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยวิธีการสำรวจ สัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากผู้สูงอายุจำนวน 11,109 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 660 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 15 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 264 คน และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการจัดเวทีแลกเปลี่ยน จำนวน 28 ครั้ง ผลการศึกษาได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สถานการณ์กองทุนในชุมชน ต้นทุนทางวัฒนธรรม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน
2. การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน
4. ผลลัพธ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน
5. รูปแบบนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

รายละเอียดของผลการศึกษาที่มีดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สถานการณ์กองทุนในชุมชน ต้นทุนทางวัฒนธรรม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน

ผลการศึกษา สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาว สถานการณ์กองทุนในชุมชน ต้นทุนทางวัฒนธรรม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน

1) ลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุในชุมชน

จากจำนวนข้อมูลผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลตามทะเบียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่วิจัย มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 13,652 คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจได้ทั้งหมด จำนวน 11,109 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 81.37 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนอีสานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง ร้อยละ 59 และพบเพศชายร้อยละ 41 พบว่าส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 70.47 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ถึงร้อยละ 65 รองมาคือผู้สูงอายุตอนกลางซึ่งมีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี เกือบร้อยละ 27

และผู้สูงอายุตอนปลายซึ่งมีอายุ 80 ปีขึ้นไป เกือบร้อยละ 9 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 52 มีคู่สมรส และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพ โดย มากกว่าร้อยละ 50 ยังคงประกอบอาชีพในลักษณะเช่นเดิมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และเกือบร้อยละ 15 ประกอบอาชีพเดิมแต่ลักษณะความหนักของการทำงานลดลง ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร ได้แก่ ทำนา ทำไร่ รองมาคือ การรับจ้าง และ ค้าขาย โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศชายประกอบอาชีพทางการเกษตร และ รับจ้าง ส่วนเพศหญิงประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตร และค้าขาย ด้านรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ข้อมูลสะท้อนรายได้ที่ชัดเจนของผู้สูงอายุ คือ รายได้จากการรับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มอบให้ทุกเดือน และพบว่าประมาณร้อยละ 20 ผู้สูงอายุ ประเมินตนเองว่ามีรายได้ไม่แน่นอน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n =11109)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	4,514	40.63
หญิง	6,595	59.37
2. อายุ (mean 70.47 ปี, S.D. 7.36 ปี)		
60 - 69 ปี	7,167	64.52
70 - 79 ปี	2,966	26.70
80 ปีขึ้นไป	976	8.79
3. ศาสนา		
พุทธ	11,094	99.86
คริสต์	27	0.24
อิสลาม	3	0.03
4. สถานภาพสมรส		
มีคู่สมรส	5,812	52.32
ไม่มีคู่สมรส	5,297	47.68
โสด	478	4.30
หม้าย	3,061	27.55
หย่า/แยก	1,758	15.83
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1,961	17.65
ประถมศึกษา	7,397	66.59
มัธยมศึกษา	975	8.78
สูงกว่ามัธยมศึกษา	776	6.99

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n =11,109)	ร้อยละ
7. การประกอบอาชีพในปัจจุบัน		
หยุดประกอบอาชีพ	3,669	33.03
ยังประกอบอาชีพอยู่เหมือนเดิม	5,828	52.46
เกษตกรรม	3,295	29.66
รับจ้าง	1,413	12.72
ค้าขาย	1,120	10.08
ยังประกอบอาชีพแต่ไม่หนักเหมือนเดิม	1,612	14.51
8. รายได้เฉลี่ยต่อปี (mean 10,000 บาท. S.D. 8,437 บาท)		
ไม่เกิน 10,000 บาท	7,913	71.44
10,001 – 20,000 บาท	611	5.52
20,001 – 30,000 บาท	226	2.04
30,001 – 40,000 บาท	38	0.34
40,001 – 50,000 บาท	6	0.05
50,001 บาทขึ้นไป	65	0.59
ไม่แน่นอน	2,217	20.02

2) สถานะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 60 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบเกือบร้อยละ 28 รองมาคือโรคเบาหวาน พบร้อยละ 16 นอกจากนี้พบว่าโรคเรื้อรัง 5 อันดับในผู้สูงอายุ รองมาได้แก่ โรคข้อเสื่อม หรือ เก๊าท์ โรคหัวใจ และต่อกระเจก และพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกือบร้อยละ 40 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ชนิด และมีผู้สูงอายุ เกือบร้อยละ 2 มีความพิการ รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (n =11,109)	ร้อยละ
1. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	4,467	40.21
มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	6,642	59.79
1) โรคความดันโลหิตสูง	3,095	46.60
2) โรคเบาหวาน	1,781	26.81
3) โรคข้อเสื่อม/เก๊าท์	835	12.57
4) โรคหัวใจ	496	7.47
5) ต้อกระจก	403	6.07
6) ไทรอยด์	262	3.94
7) โรคหอบหืด	234	3.52
8) ตาบอด	183	2.76
9) อัมพฤกษ์/อัมพาต	163	2.45
10) โรคมะเร็ง	129	1.94
11) โรคหลอดเลือดสมอง	21	0.32
12) โรคไต	15	0.23
13) สมองเสื่อม	7	0.11
14) จิตเวช	7	0.11
15) วัณโรค	6	0.09
2. โรคประจำตัวรวมมากกว่า 1 โรค (n = 6,642 คน)		
มีโรคร่วม	2,640	39.75
ไม่มีโรคร่วม	4,002	60.25
3. มีความพิการ	207	1.87

3) ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

จากการประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558) ความเปราะบางด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 5 อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 35 ประเมินว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ และเกือบร้อยละ 10 ประเมินตนเองว่า มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ ส่วนความเปราะบางด้านการมองเห็นและการได้ยิน พบว่าเกือบร้อยละ 12 ความสามารถในการมองเห็นไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวันหรือไม่เห็นเลย และร้อยละ 10 ความสามารถในการได้ยินไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวันหรือไม่ได้ยินเลย ด้านภาวะหลงลืมและภาวะซึมเศร้า พบว่าเกือบร้อยละ 13 มีอาการหลงลืมหรือลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น และ เกือบร้อยละ 12 มีอาการหดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่วนความเปราะบางด้านร่างกาย พบมากที่สุดคือ การเดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 4.5 เมตร พบว่าเกือบร้อยละ 16

ใช้เวลา 7 วินาทีขึ้นไปหรือไม่สามารถเดินได้ รองมาร้อยละ 12 ผู้สูงอายุมีความอ่อนแอของกำลังมือ แขน ขา ชัดเจน เกือบร้อยละ 9 ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง และ ร้อยละ 8 มีน้ำหนัก ลดลงมากกว่า 4.5 กิโลกรัม ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละภาวะประปรายของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (n=11,109)	ร้อยละ
1. ด้านสังคม (การอยู่อาศัย ที่อยู่อาศัย รายได้)		
1) การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือมีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย	10,558	95.04
อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย	551	4.96
2) ลักษณะที่อยู่อาศัย		
มั่นคงแข็งแรง หรือ ไม่มั่นคง แต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิต	10,052	90.49
และสุขภาพ		
ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือ มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ	1,057	9.51
3) ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	7,198	64.79
ไม่เพียงพอ	3,911	35.21
2. ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน		
1) ความสามารถในการมองเห็น		
ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น/ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่น หรือ ไม่ชัดเจน	9,921	89.31
แต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน		
ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวันหรือไม่เห็นเลย	1,288	11.59
2) ความสามารถในการได้ยิน		
ชัดเจนโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง/ชัดเจนแต่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง/	9,963	89.68
ไม่ชัดเจนแต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน		
ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน/ไม่ได้ยินเลย	1,146	10.32
3. ภาวะหลงลืมและซึมเศร้า		
1) มีอาการหลงลืม/ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น		
ไม่มี	9,680	87.14
มี	1,429	12.86
2) ภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
2.1) หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง		
ไม่มี	9,811	88.32
มี	1,298	11.68

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (n=11,109)	ร้อยละ
3. ภาวะหลงลืมและซึมเศร้า (ต่อ)		
2.2) เปื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน		
ไม่มี	10,174	91.59
มี	935	8.42
4. ความเปราะบางด้านร่างกาย		
1) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาน้ำหนักลดลงมากกว่า 4.5 กิโลกรัม		
ไม่ใช่	10,174	91.59
ใช่	935	8.42
2) รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา		
ไม่ใช่	10,210	91.91
ใช่	899	8.09
3) ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง		
ไม่ใช่	10,143	91.30
ใช่	966	8.70
4) ให้ผู้สูงอายุเดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 4.5 เมตร จับเวลาเมื่อเริ่มเดิน		
ใช้เวลาน้อยกว่า 7 วินาที	10,143	84.48
ใช้เวลา 7 วินาทีขึ้นไป/ไม่สามารถเดินได้	1,724	15.52
5) ผู้สูงอายุมีความอ่อนแอของกำลังมือ แขน ขา ชัดเจน		
ไม่ใช่	9,797	88.19
ใช่	1,312	11.81

4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Activities Daily living, ADL)

จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต จำนวน 10 กิจกรรมพบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้สูงอายุประสบความยากลำบากมากที่สุดเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การใช้ห้องสุขา พบร้อยละ 22.22 การสวมใส่เสื้อผ้า พบร้อยละ 20.54 การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า พบร้อยละ 20.49 การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด พบร้อยละ 10.53 และการอาบน้ำ พบร้อยละ 9.65 ส่วนกิจกรรมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุมีจำนวนร้อยละของการประสบความยากลำบากในการทำกิจกรรมใกล้เคียงกัน คือ การลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้ พบร้อยละ 20.86 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน พบร้อยละ 20.22 และ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น พบร้อยละ 19.6 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 26 มีปัญหาในการควบคุมการปัสสาวะ และเกือบร้อยละ 23 มีปัญหาในการควบคุมการกลืนอุจจาระ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ (ADL)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต	จำนวน (n = 11,109)	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว		
1) ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	999	8.99
2) ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้ เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า	1,277	11.50
3) ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ	8,833	79.51
2. ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
1) ต้องการความช่วยเหลือ	1,170	10.53
2) ทำได้เอง(รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	9,939	89.47
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้		
1) ไม่สามารถนั่งได้(นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น	895	8.06
2) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	949	8.54
3) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย	473	4.26
4) ทำได้เอง	8,792	79.14
4. ใช้ห้องสุขา		
1) ช่วยตนเองไม่ได้	1,157	10.41
2) ทำเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	1,311	11.80
3) ช่วยเหลือตนเองได้ดี(ขึ้นนั่งและลุกจากส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	8,641	77.78
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน		
1) เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	930	8.37
2) ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้)และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	860	7.74
3) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	456	4.10
4) เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	8,863	79.78

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ (ADL)(ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต	จำนวน (n =11,109)	ร้อยละ
6. การสวมใส่เสื้อผ้า		
1) ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย	987	8.88
2) ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	1,295	11.66
3) ช่วยตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	8,827	79.46
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
1) ไม่สามารถทำได้	1,269	11.42
2) ต้องการคนช่วย	909	8.18
3) ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้ค้ำยันจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	8,931	80.39
8. การอาบน้ำ		
1) ต้องมีคนช่วย หรือทำให้	1,072	9.65
2) อาบน้ำได้เอง	10,037	90.35
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
1) กลั่นไม่ได้ หรือ ต้องการสวนอยู่เสมอ	927	8.34
2) กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	1,584	14.26
3) กลั่นได้ปกติ	8,598	77.40
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 วันที่ผ่านมา		
1) กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้	939	8.45
2) กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)	1,920	17.28
3) กลั่นได้เป็นปกติ	8,250	74.26

5) ความชุกของภาวะฟุ้งฟิงระยะยาว

จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต พบความชุกของการเกิดภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.14 (95%CI= 13.5-14.8) โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 0.62 ภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 7.80 ภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.73 โดยพบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม มากกว่าร้อยละ 20 คือ การกลั่นปัสสาวะ กลั่นอุจจาระ การใช้ห้องสุขา มากที่สุด การลุกนั่งจากที่นอน จากเตียงไปเก้าอี้ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนที่ภายในบ้าน

ตารางที่ 13 ความชุกของภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ (n=11,109คน)

การปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานชีวิต	จำนวน (คน)	ความชุก (ร้อยละ)	95%CI
1. ความชุกการพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ			
1) ไม่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (12-20คะแนน)	9,538	85.86	85.2 – 86.5
2) มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (0-11 คะแนน)	1,571	14.14	13.5 – 14.8
Moderately severe dependence (8-11 คะแนน)	636	5.73	
Severe dependence (5-7 คะแนน)	866	7.80	
Total dependence (0-4 คะแนน)	69	0.62	
2. ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานชีวิต			
1) การรับประทานอาหาร	2,276	20.49	19.7 – 21.2
2) ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด	1,170	10.53	9.9 – 11.1
3) ลูกนั่งจากที่นอน, จากเตียงไปยังเก้าอี้	2,317	20.86	20.1 – 21.6
4) การใช้ห้องสุขา	2,468	22.22	21.5 – 23.0
5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	2,246	20.22	19.5 – 21.0
6) การสวมใส่เสื้อผ้า	2,282	20.54	19.8 – 21.3
7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	2,178	19.61	18.9 – 20.3
8) การอาบน้ำ	1,072	9.65	9.1 – 10.2
9) การกลืนถ่ายอุจจาระ	2,511	22.60	21.8 – 23.4
10) การกลืนปัสสาวะ	2,859	25.74	25.0 – 26.6

6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (Instrumental Activities Daily Living, IADL)

จากการประเมินความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุประสบความยากลำบากในการปฏิบัติ เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ พบร้อยละ 33.82 การทำงานบ้าน พบร้อยละ 32.76 การใช้บริการขนส่งสาธารณะ พบร้อยละ 32.61 การซื้อของ พบร้อยละ 29.99 การรับประทานยาด้วยตนเอง พบร้อยละ 29.88 การขัดรีดผ้า พบร้อยละ 24.82 การเตรียมทำอาหาร พบร้อยละ 17.22 และการจัดการเงิน พบร้อยละ 11.9

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (IADL)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ (n=8,946)		
1) สามารถใช้โทรศัพท์เองตั้งแต่เริ่มต้น มองหา และหมุนหรือกดหมายเลข	5,932	66.18
2) สามารถบอกเบอร์โทรศัพท์ได้/กดต่อโทรศัพท์ได้เล็กน้อย	1,449	16.16
3) พูดได้ตอบทางโทรศัพท์ได้แต่กดต่อโทรศัพท์ไม่ได้	1,374	15.33
4) ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย	209	2.33
5) ไม่เคยทำ (n=11,109)	2,145	19.31
2. การซื้อของ (n=11,109)		
1) ซื้อสิ่งของที่ต้องการได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ	7,777	70.01
2) ซื้อของเล็กๆน้อยๆด้วยตนเองอย่างอิสระ	1,220	10.98
3) ต้องการผู้ช่วยเหลือในการซื้อของ	602	5.42
4) ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	1,510	13.59
3. การเตรียมทำอาหาร (n=9,166)		
1) วางแผน จัดเตรียม และทำอาหารได้ด้วยตนเอง	7,588	82.78
2) ตระเตรียมอาหารได้ถ้ามีอุปกรณ์และส่วนประกอบปรุงเรียบร้อยแล้ว	890	9.71
3) สามารถอุ่น และจัดวางอาหารที่เตรียมเสร็จแล้ว แต่อาหารที่เตรียมจะไม่เพียงพอที่จะรับประทาน	457	4.99
4) ต้องมีการจัดเตรียมอาหารให้	231	2.52
5) ไม่เคยทำ (n=11,109)	1,943	17.49
4. การทำงานบ้าน (n=9,472)		
1) ทำความสะอาดบ้านได้ด้วยตนเอง หรือต้องมีผู้ช่วยเหลือเป็นบางครั้ง	6,369	67.24
2) ทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น ล้างจาน ทำความสะอาดเตียง	1,460	15.41
3) ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ แต่ไม่สามารถทำให้สะอาดเหมือนเดิมได้	860	9.08
4) ต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำงานบ้านทุกอย่าง	234	2.47
5) ไม่สามารถทำงานบ้านได้ด้วยตนเอง	549	5.80
6) ไม่เคยทำ (n=11,109)	1,637	14.74
5. ซักเสื้อผ้า (n=9,133)		
1) ซักเสื้อผ้าได้สะอาดดีด้วยตนเอง	6,866	75.18
2) ซักเสื้อผ้าชิ้นเล็กๆ เช่น ถุงเท้า ถุงน่อง เป็นต้น	1,163	12.73
3) การซักเสื้อผ้าทั้งหมดต้องอาศัยคนอื่น	1,104	12.09
4) ไม่เคยทำ (n=11,109)	1,976	17.79

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (IADL) (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
	(n=11,109)	
6. ใช้บริการขนส่งสาธารณะ (n=9,523)		
1) เดินทางโดยรถขนส่งสาธารณะได้ด้วยตนเอง หรือ ขับรถได้ด้วยตนเอง	6,418	67.39
2) ใช้บริการรถแท็กซี่หรือรถรับจ้าง แต่ไม่สามารถใช้รถขนส่งสาธารณะได้	697	7.32
3) เดินทางโดยรถขนส่งสาธารณะได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ	659	6.92
4) เดินทางได้เฉพาะรถยนต์ หรือรถรับจ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือ	1,131	11.88
5) ไม่สามารถเดินทางได้เองทุกกรณี	618	6.49
6) ไม่เคยทำ (n=11,109)	1,586	14.28
7. รับประทานยาด้วยตนเอง (n=9,456)		
1) รับผิดชอบรับประทานยาถูกต้องทั้งชนิดยาและตรงเวลาด้วยตนเอง	6,631	70.12
2) รับประทานยาได้ด้วยตนเองหากมีการจัดเตรียมยาไว้ให้	1,049	11.09
3) ไม่สามารถรับประทานยาได้ด้วยตนเอง	1,776	18.78
4) ไม่มียาที่ต้องรับประทาน (n=11,109)	1,653	14.88
8. จัดการเรื่องเงิน (n=9,394)		
1) จัดการเรื่องเงินได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและเก็บรักษาเงินได้เอง	8,276	88.10
2) จัดการเงินได้เป็นรายวัน แต่ต้องการคนช่วยในการไปจัดเก็บจัดการ เล็กๆ น้อยๆ	807	8.59
3) ไม่สามารถจัดการเงินได้ด้วยตนเอง	311	3.31
4) ไม่เคยทำ (n=11,109)	1,715	15.44

7) ความชุกของการพึ่งพิงผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน พบความชุกร้อยละ 24.46 (95%CI=23.7 – 25.3) โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ร้อยละ 6.46 ภาวะพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 18.00 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนมากที่สุดเกือบร้อยละ 30 คือ การรับประทานยาด้วยตนเอง รองมาร้อยละ 18.37 คือ การใช้บริการขนส่งสาธารณะ และมากกว่าร้อยละ 10 คือ การเตรียมทำอาหาร การซื้อของ และการซักรีดผ้าตามลำดับ

ตารางที่ 15 ความชุกของภาวะพึ่งพิงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้สูงอายุ

การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน	จำนวน(คน)	ร้อยละ	95%CI
1.ความชุกการพึ่งพิงผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (n = 11,109 คน)			
1) ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ (7 – 8 คะแนน)	8,391	75.54	74.7 – 76.3
2) พึ่งพิงผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ (0 – 6 คะแนน)	2,718	24.46	23.7 – 25.3
Moderately dependence (4 – 6 คะแนน)	2,000	18.00	
High dependence (0 – 3 คะแนน)	718	6.46	
2.ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน			
1) ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ (n = 8,964 คน)	209	2.33	2.0 – 2.6
2) การซื้อของ (n = 11,109 คน)	1,824	16.42	15.8 – 17.1
3) การเตรียมทำอาหาร (n = 9,166 คน)	1,578	17.22	16.4 – 18.0
4) การทำงานบ้าน (n = 9,472 คน)	549	5.80	5.3 – 6.2
5) ซักรีดผ้า (n = 9,133 คน)	1,104	12.09	11.4 – 12.8
6) ใช้บริการขนส่งสาธารณะ (n = 9,523 คน)	1,749	18.37	17.6 – 19.2
7) รับประทานยาด้วยตนเอง (n = 9,456 คน)	2,825	29.88	29.0 – 30.8
8) จัดการเรื่องเงิน (n = 9,394 คน)	311	3.35	3.0 – 3.7

8) ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม

ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม จำนวน 11 ข้อ พบว่ารายการทดสอบที่ผู้สูงอายุส่วนมากทำได้คะแนนเต็มมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การบอกชื่อสิ่งที่เห็น พบร้อยละ 82.04 รองมาคือ การรับรู้สถานที่ วันเวลา พบร้อยละ 81.65 การบันทึกความจำ ร้อยละ 76.98 การอ่าน การเข้าใจความหมาย และสามารถทำตามได้ ร้อยละ 75.16 และการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน ร้อยละ 75.01 ส่วนรายการทดสอบที่ผู้สูงอายุได้คะแนนเต็มน้อยที่สุดเรียงลำดับ 5 อันดับ คือ ทดสอบความจำระยะสั้น พบร้อยละ 8.93 รองมาคือ สมาธิและการคิดเลขในใจ พบร้อยละ 44.68 การวาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง ร้อยละ 44.80 การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน ร้อยละ 59.17 การเขียนภาษาอย่างมีความหมาย ร้อยละ 61.50

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละอาการแสดงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

รายการทดสอบ	จำนวน (n=11,109)	ร้อยละ
1. ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน		
0 คะแนน	1,374	12.37
1 คะแนน	163	1.47
2 คะแนน	192	1.73
3 คะแนน	430	3.87
4 คะแนน	617	5.55
5 คะแนน	8,333	75.01
2. ทดสอบการรับรู้สถานที่ วันเวลา		
0 คะแนน	1,312	11.81
1 คะแนน	50	0.45
2 คะแนน	138	1.24
3 คะแนน	117	1.05
4 คะแนน	421	3.79
5 คะแนน	9,071	81.65
3. ทดสอบการบันทึกความจำ		
0 คะแนน	1,610	14.49
1 คะแนน	544	4.90
2 คะแนน	403	3.63
3 คะแนน	8,552	76.98
4. ทดสอบสมาธิและการคิดเลขในใจ		
0 คะแนน	2,908	26.18
1 คะแนน	1,317	11.86
2 คะแนน	866	7.80
3 คะแนน	672	6.05
4 คะแนน	382	3.44
5 คะแนน	4,964	44.68
5. ทดสอบความจำระยะสั้น		
0 คะแนน	6,527	58.75
1 คะแนน	3,570	32.14
2 คะแนน	20	0.18
3 คะแนน	992	8.93

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละอาการแสดงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (ต่อ)

รายการทดสอบ	จำนวน (n=11,109)	ร้อยละ
6. ทดสอบการบอกชื่อสิ่งที่เห็น		
0 คะแนน	1,467	13.21
1 คะแนน	528	4.75
2 คะแนน	9,114	82.04
7. ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน		
0 คะแนน	4,536	40.83
1 คะแนน	6,573	59.17
8. ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง		0.00
0 คะแนน	2,065	18.59
1 คะแนน	563	5.07
2 คะแนน	430	3.87
3 คะแนน	8,051	72.47
9. ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมายและสามารถทำตามได้		
0 คะแนน	2,760	24.84
1 คะแนน	8,349	75.16
10. ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย		
0 คะแนน	4,277	38.50
1 คะแนน	6,832	61.50
11. ทดสอบการวาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง		
0 คะแนน	6,132	55.20
1 คะแนน	4,977	44.80

9) ความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

จากการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนด้วยแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MMSE Thai version 2002 พบความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.20 (95%CI=14.6 – 15.9) ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 1.14 เรียนหนังสือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 11.66 และ เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 1.35

ตารางที่ 17 ความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (n=11,109)	ร้อยละ	95%CI
1. ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม	9,420	84.80	84.1 – 85.4
2. สงสัยภาวะสมองเสื่อม	1,689	15.20	14.6 – 15.9
1) ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	127	1.14	
(คะแนนรวม < 14 คะแนน)			
2) เรียนระดับประถมศึกษา	1,295	11.66	
(คะแนนรวม < 17 คะแนน)			
3) เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	150	1.35	
(คะแนนรวม < 22 คะแนน)			

10) ภาวะซึมเศร้า

จากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(9Q) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 90 ไม่มีอาการแสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าติดต่อกันเกิน 7 วัน ยกเว้น อาการแสดงภาวะซึมเศร้าที่พบ 3 อาการ ดังนี้ หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป พบร้อยละ 20 รองมาคือ อาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง พบร้อยละ 18 และ อาการเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป พบร้อยละ 16

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละอาการแสดงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

รายการประเมินภาวะซึมเศร้า	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน	เป็นบ่อย	เป็นทุกวัน
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร	10,203(91.84)	838(7.54)	43(0.39)	25(0.23)
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	10,044(90.41)	944(8.50)	100(0.90)	21(0.19)
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	8,855(79.71)	1,993(17.94)	208(1.87)	53(0.48)
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	9,209(82.90)	1,634(14.71)	207(1.86)	59(0.53)
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	9,557(86.03)	1,382(12.44)	134(1.21)	36(0.32)
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตนเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	10,375(93.39)	647(5.82)	69(0.62)	18(0.16)
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความต้องการ	10,251(92.28)	744(6.70)	79(0.71)	35(0.32)
8. พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	10,279(92.53)	721(6.49)	77(0.69)	32(0.29)
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือ หรือคิดว่าตายไปคงจะดี	10,660(95.96)	394(3.55)	39(0.35)	16(0.14)

11) ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

จากการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.95 (95%CI= 4.6 – 5.4) ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 0.17 สงสัยภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 0.50 และ สงสัยภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 4.28

ตารางที่ 19 ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน (n=11,109)	ร้อยละ	95% CI
1. ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 6 คะแนน)	10,559	95.05	94.6 – 95.4
2. สงสัยมีภาวะซึมเศร้า (มากกว่า 6 คะแนน)	550	4.95	4.6 – 5.4
1) ระดับน้อย (Mild Major Depression) (คะแนนรวม 7 – 12 คะแนน)	475	4.28	
2) ระดับปานกลาง (Moderate Major Depression) (คะแนนรวม 13 – 18 คะแนน)	56	0.50	
3) ระดับรุนแรง (Severe Major Depression) (คะแนนรวม > 19 คะแนน)	19	0.17	

1.2 วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1.2.1 วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชนอีสานโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีบทบาทและหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ถึงเกือบร้อยละ 56 รองมาคือเป็นสมาชิกในครอบครัว พบ ร้อยละ 33 และผู้อาศัย ร้อยละ 10 และพบว่าผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ผู้สูงอายุน้อยกว่าประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศชาย โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร ได้แก่ ทำนา ทำไร่ เพื่อเก็บเกี่ยวผลผลิตไว้บริโภคภายในครอบครัวมากกว่าการจำหน่าย ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงจะทำหน้าที่ช่วยในการประกอบอาชีพ เช่น ทำนา ทำไร่ ค้าขาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงทำหน้าที่ดูแลงานบ้านและรับหน้าที่ดูแลหลาน และผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ยังคงทำหน้าที่และมีบทบาทช่วยเหลืองานในชุมชน โดยเฉพาะงานบุญประเพณีต่างๆในชุมชน เช่น ทอดกฐิน ผ้าป่า บุญฮีต 12 งานศพ งานแต่งงาน พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนจะไปมาหาสู่กันในงานบุญประเพณี หรืองานบุญต่าง ๆ ในชุมชน ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีอายุมากที่ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ ไม่สามารถร่วมงานบุญประเพณีในชุมชนได้ ผู้สูงอายุจะหยุดการประกอบอาชีพแต่ยังคงทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อช่วยเหลือครอบครัว และเฝ้าบ้าน และในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้จะอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่มีคนดูแล และจะมีผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงแวะมาเยี่ยม

“ซุ่มไปไสมาไล่ได้ก็เฮ็ดเวียกคือเก่า แต่ผู้เฒ่าผู้ยังอาจเขาเวียก ก็มานั่งอยู่บ้านเฝ้าหลาน ซุ่มป่วยไปไสได้ก็หยุดเวียก อยู่เฝ้าบ้าน ก็มีหมู่ไปเล่นน้ำ ที่ไปไหนมาไหนก็ในการที่มาเห็นถือว่าเป็นเพื่อนด้วยกันเราเล่นอยู่ที่บ้านเราก็เล่นด้วยกันไปงานก็เห็นกันมีงานบุญคนนั้นคนนี้ก็เห็นกันอยู่” IGD -Age-KM- 6 มค. 60

1.2.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอีสาน พบว่า การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอีสานส่วนใหญ่อาศัยเป็นการดูแลในครอบครัว ซึ่งพบว่าครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ในสัดส่วนเกือบ 3 ต่อ 1 โดยมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.6 คน อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว แต่พบว่าส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ ลูกสาว พบร้อยละ 45 รองมาคือ คู่สมรส พบร้อยละ 28 และ ลูกสะใภ้ พบเกือบร้อยละ 14 ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวอีสาน พบว่าชุมชนมีวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับความกตัญญูต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องของการดูแลภายในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ บุตรที่อาศัยอยู่ร่วมในครอบครัวกับผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่ดูแล โดยเฉพาะบุตรสาวจะเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัว และ ถ้าครอบครัวไหนมีบุตรชายผู้ดูแลหลักก็จะเป็นบุตรสะใภ้ อย่างไรก็ตามจากผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 8.2 อาศัยอยู่คนเดียว และพบว่าผู้สูงอายุ เกือบร้อยละ 5 ไม่มีผู้ดูแล

“วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุอีสานบ้านเฮาก็คือการดูแลกันในครอบครัว ผู้เป็นลูกก็ทำหน้าที่ดูแลพ่อ ดูแลแม่ แต่ละบ้านก็มีลูกอยู่หน้าพ่อแม่ ปมีลูกสาวก็เป็นลูกสะใภ้ ลูกบ่อยู่ก็ผู้เฒ่าพ่อกันดูแลกันกับบ้าน มีน้อยรายที่สืบมีผู้พ่อกัน บ้านเฮานี้ก็มี สองสามราย” DI-Lead-MP-17 มกราคม 60

“ผู้เฒ่าผู้ชายก็เป็นหัวหน้าครอบครัวแหละบ้านเฮานี้ ผู้ยังก็สมาชิก ผู้อาศัย ส่วนคนดูแลก็คนอยู่เฝ้าลูกสาวนั่นแหละที่คอยเบี่ยง ถ้าบ่สบายเราก็พาไปหาหมอ หาอาหารมาให้ ส่วนมากบ้านเฮาก็ลูกสาวนี่แหละคอยเบี่ยงดู แต่บ้านไหนบ่มีลูกสาวก็ผู้เฒ่าพ่อกัน ถ้าเป็นลูกชายอยู่เฝ้าก็ลูกใภ้นั่นแหละ” IDI-WL-Age-7 เมษายน 60

รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 20 ลักษณะวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในครอบครัว

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 11,109)	ร้อยละ
1. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	8,170	73.54
ครอบครัวขยาย	2,939	26.56
2. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (mean 3.6 คน, S.D. 2.21 คน)		
1 คน	914	8.23
2 – 4 คน	7,256	65.32
5 – 7 คน	2,555	23.07
8 – 10 คน	353	3.19
11 คนขึ้นไป	31	0.28
3. สถานะบทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	6,156	55.58
สมาชิกในครอบครัว	2,763	33.97
ผู้อาศัย	1,157	10.45
4. ผู้ดูแลหลักในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ไม่มีผู้ดูแล	531	4.78
มี	10,578	95.22
ลูกสาว	4,976	44.79
คู่สมรส	3,141	28.27
ลูกสะใภ้	1,509	13.58
หลาน	530	4.77
ญาติพี่น้อง	336	3.02
ลูกชาย	38	0.34
เพื่อนบ้าน	26	0.23
จ้างผู้ดูแล	22	0.20

1.3 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนอีสาน

1) ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว

พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนซึ่งช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลเพียงหนึ่งคนที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้ดูแลจะทำหน้าที่ในการดูแลซึ่งเป็นการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตั้งแต่ตื่นนอน จนกระทั่งเข้านอน ประกอบด้วย ล้างหน้าแปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้าแต่งตัว จัดเตรียมอาหาร ป้อนอาหาร เปลี่ยนผ้าอ้อม การปัสสาวะ การอุจจาระ รวมทั้งการดูแลการรับประทานยาหรือการฉีดยา การพยุงเคลื่อนไหวภายในบ้าน และนอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลและทำงานบ้าน ได้แก่ ทำความสะอาดบ้าน ซักเสื้อผ้า ล้างถ้วย ทำอาหาร มีเวลาดูแลตัวเองน้อย จึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแล

ตนเอง รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาพัก และผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่ยังประกอบอาชีพต้องลาออกจากการงานเพื่อมาเป็นผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลขาดรายได้ จึงทำให้รู้สึกเป็นภาระหนักและเกิดความรู้สึกเครียด

“ตื่นนอนประมาณ 6 – 7 โมง ก็เช็ดตัว แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า ฉีดยา เสร็จประมาณ 8 โมง ก็ดูแลเจ้าของสักครึ่งชั่วโมง อาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน ประมาณ 8 โมงครึ่งก็เตรียมข้าวเอาอาหารให้แม่กิน เจ้าของกินข้าวประมาณ 9 – 10 โมง หลัง 10 โมงก็ดูแลบ้านทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ใกล้เคียงก็หากับข้าวให้แม่กินประมาณเที่ยง หลังกินข้าวประมาณบ่ายโมงก็อาบน้ำให้แม่ ประมาณบ่ายสองก็เตรียมกับข้าวเย็น ฉีดยาให้แม่ ประมาณ 5 – 6 โมงแลงก็กินข้าวเย็น เอาแม่เข้าในบ้าน แกจะดูทีวีจนถึงประมาณสี่ทุ่มเปลี่ยนแพมเพิร์ส เอาแม่เข้านอน กลางวันแกจะเฝ้าทุก 1 ชั่วโมง แต่กลางคืนต้องใส่แพมเพิร์ส ลุกไปไหน ประมาณเที่ยงคืนถึงตีหนึ่งเปลี่ยนแพมเพิร์ส ให้ แกจะตื่นตลอดเวลา ตื่นทุก 1 ชั่วโมง ประมาณ ประมาณตีสี่ ตีห้า แม่จะตื่นแล้ว เหาจะได้นอนก็ประมาณตีหนึ่งถึงตีสี่” IDI-FCG2-PL-10 มีนาคม 2560

“ทำงานบริษัทอยู่กรุงเทพพอป่วย ไม่มีคนดูแลต้องลาออกมาดูแลที่บ้าน ไม่มีรายได้ขาดรายได้ ตอนนี้ก็ทำขนมขายอยู่ที่บ้านด้วยดูแลพอไปด้วย เหนื่อย แต่ก็ต้องทำเพราะเป็นหน้าที่ลูก” IDI-FCG1-PL-13 มกราคม 2560

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

จากการสำรวจในพื้นที่วิจัย 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวและขึ้นทะเบียน จำนวน 982 คน และพบว่าผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการดูแลจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 777 คน โดยพบว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักในครอบครัว มีจำนวน 660 คน ที่สามารถให้ข้อมูล คิดเป็น อัตราการตอบกลับ (Respond Rate) ร้อยละ 85.71 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว เกือบร้อยละ 78 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54 ปีส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งหนึ่งสถานภาพไม่มีคู่สมรส และยังคงประกอบอาชีพ ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นลูกสาว พบถึงร้อยละ 45 รองมาคือ ภรรยา ลูกสะใภ้ และพี่น้อง ตามลำดับ

ด้านสุขภาพผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 60 ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณร้อยละ 41 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองมาคือ โรคเบาหวาน โรคไต โรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคเก๊าส์ และโรคหัวใจ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 29 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n =660)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	516	78.18
ชาย	144	21.82
2. อายุ (mean 54.01 ปี, S.D. 13.24 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	17	2.58
30 – 39 ปี	42	6.36
40 – 49 ปี	117	17.73
50 - 59 ปี	346	52.42
60 ปีขึ้นไป	138	20.91
4. สถานภาพสมรส		
มีคู่สมรส	293	44.39
ไม่มีคู่สมรส	367	55.61
โสด	56	15.26
หม้าย	208	56.67
หย่า/แยก	103	28.07
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	20	3.03
ประถมศึกษา	519	78.64
มัธยมศึกษา	102	15.45
สูงกว่ามัธยมศึกษา	19	2.88
6. อาชีพ		
1) ไม่ประกอบอาชีพ	137	20.76
2) ประกอบอาชีพ	523	79.24
เกษตรกร	313	47.42
รับจ้าง	97	14.70
ธุรกิจส่วนตัว	40	6.06
แม่บ้าน	27	4.09
ผู้สูงอายุ	20	3.03
รับราชการ	12	1.82
ค้าขาย	8	1.21
ข้าราชการบำนาญ	3	0.45
นักเรียน/นักศึกษา	3	0.45

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n =660)	ร้อยละ
7. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
1) ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	387	58.64
2) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	273	41.36
โรคความดันโลหิตสูง	182	27.58
โรคเบาหวาน	89	13.48
โรคไต	23	3.48
โรคข้อเสื่อม/เก๊าท์	15	2.27
โรคหัวใจ	19	2.88
โรคหอบหืด	9	1.36
ไทรอยด์	6	0.91
มีความพิการ	6	0.91
3) มีโรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด	192	29.09

3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

จากการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกฉบับย่อ พบว่าผู้ดูแลคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ 84.11 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และพบว่าการวิจัยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 78 ร้อยมาคือ คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 17 คุณภาพชีวิตไม่ดี เกือบร้อยละ 5 (95% CI=2.0864 - 2.1530) รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน	
	$\bar{X}$	SD
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.05	0.97
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	2.80	0.91
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม	3.11	1.01
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด	3.38	0.88
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต(เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	3.31	0.82
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.20	0.92
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน	3.40	0.92
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.59	0.82

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน	
	$\bar{X}$	SD
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.87	1.00
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.30	1.43
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.06	1.07
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด	3.29	0.99
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา แคไหน	3.60	0.80
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แคไหน	3.57	0.82
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.58	0.80
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	3.64	0.92
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	2.82	0.82
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด	3.59	0.78
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด	3.31	0.86
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.23	0.81
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.43	0.82
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	2.94	1.09
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	3.86	0.88
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.13	1.23
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแคไหน	2.11	1.12
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.29	0.75
คะแนนรวมทั้งฉบับ (คะแนน)	84.11	12.26

การจัดระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าก่อนการวิจัยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 78 รองมาคือคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 17 คุณภาพชีวิตไม่ดี เกือบร้อยละ 5 และพบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านที่ดีที่สุดของผู้ดูแล คือ ด้านจิตใจ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี เกือบร้อยละ 59 และ ร้อยละ 37 ตามลำดับ รองมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี ร้อยละ 74 และ เกือบร้อยละ 23 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับไม่ดีมากที่สุด รองมาคือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ดูแล รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 23 ระดับคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการวิจัย (n = 660)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	คุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตดี จำนวน (ร้อยละ)
1.คุณภาพชีวิตโดยรวม (26 – 130 คะแนน)	32 (4.45)	516 (78.18)	112 (16.97)
2.คุณภาพชีวิตรายด้าน			
2.1 ด้านสุขภาพกาย (7 – 35 คะแนน)	102 (15.46)	514 (77.88)	44 (6.67)
2.2 ด้านจิตใจ (6 – 30 คะแนน)	24 (3.64)	389 (58.94)	247 (37.42)
2.3 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 – 15 คะแนน)	115 (17.42)	468 (70.91)	77 (11.67)
2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (8 – 40 คะแนน)	22 (3.33)	489 (74.09)	149 (22.58)

4) การดูแลผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัย 15 แห่ง พบว่าเดิมผู้สูงอายุจะมีการรวมกลุ่มตามละแวกบ้านเพื่อไปมาหาสู่กันในช่วงกลางวัน และการรวมกลุ่มในสถานที่ทำกิจกรรมทางศาสนาในช่วงวันสำคัญ และวันพระ นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีการดูแลซึ่งกันและกัน ได้แก่ เยี่ยมเยียนถามข่าว อยู่เฝ้าเป็นเพื่อนผู้สูงอายุป่วยที่บ้านในช่วงกลางวัน สนทนาร่วมฟังธรรมจากวิทยุร่วมกัน จัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุป่วย รับประทานอาหารร่วมกัน ทำงานฝีมือร่วมกัน เช่น การจักสานในผู้สูงอายุชาย และพบว่าทุกพื้นที่มีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงอายุ และต่อมาชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ดำเนินกิจกรรมภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยโรงเรียนผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อ 1) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านกาย ใจ สังคมและสติปัญญา โดยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเอง 2) ให้ผู้สูงอายุได้มีการพบปะ และมีเวทีแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และประสบการณ์ ชีวิตของกันและกัน 3) ส่งเสริมการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าพื้นที่วิจัยมีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ ในรูปของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 10 แห่ง โดยโรงเรียนผู้สูงอายุ 8 แห่ง มีการดำเนินกิจกรรมก่อนมีโครงการวิจัย และ 2 แห่ง เปิดขึ้นในระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย ส่วนอีก จำนวน 4 แห่ง ยังคงดำเนินกิจกรรมในรูปแบบของชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ และพบว่าพื้นที่ที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ จะมีความสม่ำเสมอและมีความถี่ในการดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมากที่สุด 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่พื้นที่ที่คงดำเนินกิจกรรมในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงอายุการดำเนินกิจกรรมไม่สม่ำเสมอและมีความถี่ จำนวน 1 ครั้งต่อเดือน

กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ จากการถอดบทเรียนจากโรงเรียนจำนวน 6 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนอาวุโสขวัญเรียง โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านวังหินลาด อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น โรงเรียนสุขสมวัยตามอัธยาศัย ของเทศบาลเมืองเมืองพล โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโคกเครือ โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโคกศรี และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลเนินยาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าสามารถแบ่ง

ออกเป็น 5 วิชา ได้แก่ 1) วิชานันทนาการ กิจกรรมการเรียนการสอนได้แก่ การร้องเพลง การร้องคาราโอเกะ การรำวง หมอลำ การแสดง การแข่งขันกีฬา 2) วิชาด้านสุขภาพอนามัย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นต้น 3) วิชาพุทธศาสนา การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในวิชาพุทธศาสนา ได้แก่ การสวดมนต์ไหว้พระ ฟังพระเทศน์ การไปทัศนศึกษาตามวัดที่มีชื่อเสียง 4) วิชาการงานอาชีพ กิจกรรมจะเกี่ยวกับทักษะอาชีพ เพื่อสร้างรายได้ก่อให้เกิดการพึ่งตนเอง ของผู้สูงอายุ เช่น เย็บชั้นหมากเบ็ง ทำดอกไม้ ทอเสื่อ ทำไม้กวาด ทำพรมเช็ดเท้า การปลูกผักตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง 5) วิชาสังคมและวัฒนธรรม เนื้อหาเกี่ยวกับการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน รวมทั้งความรู้ใหม่ในสังคม เช่น ความรู้ทางกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุ วัฒนธรรมประเพณีของอีสาน รวมทั้งการเข้าร่วมในงานบุญประเพณีของชุมชน เป็นต้นซึ่งครูผู้สอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นครูใหญ่หรือผู้อำนวยการของโรงเรียน เชิญครูจากทางด้านนอกมาร่วมสอน เช่น รพ.สต. เทศบาล รพ.สต. หรือ อบต. ปราชญ์ในชุมชน มีครูการศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัย

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล ผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำชุมชน ไปศึกษาดูงานโรงเรียนผู้สูงอายุที่จังหวัดเชียงใหม่ กลับมาจึงเปิดโรงเรียนขึ้นในวันที่ 16 มิถุนายน 2556 สาเหตุเนื่องจากทุกคนอยากเปิดโรงเรียน โดยพระครูหลวงพ่อโสภณ เจ้าคณะอำเภอยางตลาด เจ้าอาวาสวัดโคกเครือ ท่านให้นโยบายไว้ว่าต้องไม่ตายก่อนอายุ 80 ปี และหมู่บ้านโคกเครือเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัญหาความดันโลหิต เบาหวาน ขับเคลื่อนโครงการ งดเหล้า งานบุญ ได้แก่ งานศพ งานสมรส งานกฐิน เป็นต้นแบบของจังหวัด เริ่มเปิดโรงเรียนครั้งแรกจึง มีการประชุมร่วมกันระหว่าง ผู้อำนวยการ รพ.สต.โคกสี นายกเทศมนตรี กำนัน เจ้าคณะอำเภอ ผู้ใหญ่บ้านโคกเครือจึงเป็นหมู่บ้านแรกที่มีการก่อตั้งโรงเรียน กำหนดกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งการออมเงิน ในระยะแรกมีรพ.สต.เป็นพี่เลี้ยง ต่อมาชุมชนสามารถดูแลโรงเรียนได้แก่ จึงให้บริหารกันเอง แต่งตั้งกรรมการบริหารการเงินเอง ปัจจุบันโรงเรียนมีจำนวนสมาชิก 110 คน เป็นผู้สูงอายุในบ้านโคกเครือจำนวน 93 คน และบ้านโคกศรี จำนวน 7 คน และมีสมาชิกประมาณ 30 คน เป็นกลุ่มคนวัยทำงาน จะมีกิจกรรมเปิดเรียนทุกวันพุธ โดยกิจกรรมของโรงเรียนประกอบด้วย เข้าแถวเคารพธงชาติช่วงเช้าก่อนเข้าเรียน ออกกำลังกาย เมื่อเสียงระฆังดัง ผู้สูงอายุมารวมกลุ่ม ออกกำลังกาย การเรียนที่นี่ มี 3 วิชา วิชาการดูแลสุขภาพ เช่น รับฟังความรู้ด้านสุขภาพวิชาการประกอบอาชีพ เช่น จักสาน การทำเทียนหอม และ วิชาพุทธศาสนา ทำงานฝีมือ เช่น จักสาน ทำพาน ทำดอกไม้ เทียนหอม กิจกรรมการออมเงิน และการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ป่วยในชุมชน” FGD-Lead-KK-15 ธันวาคม 2560

“มีการตกลงกันอยู่ว่าศพละ 20 บาทนะครับ ศพละ 20 บาทต่อครัวเรือนนะครับ คนในหมู่บ้านนั้นหลังคาไหนตาย ทุกหลังคาที่เป็นสมาชิกนะครับศพละ 20 บาท ช่วงปี 35 แล้วก็ต่อมาเรื่อยๆ ช่วงปี ช่วงสมัยพ่อใหญ่ยัง เป็นผู้ใหญ่บ้าน ช่วงสมัยพ่อใหญ่รองเป็นผู้ใหญ่บ้าน ก็เลยขยับมาเป็นเปลี่ยนเป็นปี 45 46 นี่แหละก็เลยขยับมาศพละ 50 บาทนะครับ จนฮอดปัจจุบันนี้ ตรงนี้ครับมาปนกิจหมู่บ้านเดี๋ยวนี้อีกตกประมาณแปดพันกว่าบาท” FGD-Lead-KS-17 ธ.ค. 59

“มาที่นี่มีความสุขถึงติดงานก็จะมา พอถึงวันพุธอยากหยุดแหละ มาออกเงิน มาเจอเพื่อน มาแลกเปลี่ยนความคิดมารวมกัน” FGD-KK-Age-7 ธันวาคม 60

“ตอนไปเยี่ยมให้เงิน 300 บาทต่อหนึ่งรายตอนเลิกเรียน หรือว่าพุดนี้พอใหญ่หน่อยคุ้มเรา เราจะมาบอกกับทางหัวหน้าห้องเรียนกับทางพ่อใหญ่หม่นนี่แหละ มื่อนี้คุ้มช่วยมีลูกหลานผู้นั้น ผู้นี้ นอนป่วย อยู่คุ้มเค้อ...ประกาศให้นักเรียนที่มาเรียนนำกันรู้ว่าหลังจากเราเลิกเรียนแล้วเค้อเขาจะไปเยี่ยม เพื่อเป็นขวัญกำลังใจคนในชุมชน ไปกับพี่น้อง อสม.” FGD-Age-KS-17 ธ.ค. 59

“ที่ใส่เสื้อสีชมพูเอามาตัดเสื้อให้นักเรียน อีกส่วนหนึ่งศึกษาดูงานรอบปี ที่หลักๆให้พระธาตุประจำปีทุกปี ... ปีนี้ไปจังหวัดนี้ หรือไปหม่องนั้น หม่องนี้ ประสานกับหลวงพ่อน้อยว่าสถานที่ได้เกี่ยวกับผู้สูงวัย หม่องได้เกิดประโยชน์สำหรับเรา ไปดูงาน แล้วก็ไปเที่ยว ไปเปิดหูเปิดตา ผู้สูงวัยอยู่ที่นี่ ตะกั่วเคยจับไม้ค และกั๊บเคยเว้า อายุเว้าง่าย ๆ พอแต่จัดศึกษาดูงาน ออกเที่ยว มีภารกิจ ขึ้นรถร้องเพลงก็เป็น เพลงที่เคยได้ยินยังผู้ใหญ่นบ้านเกิดบ้านที่ได้อิน” FGD-KK-CG-22 เมษายน 60

1.4 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

1.4.1 การช่วยเหลือด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรในชุมชน

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยที่ 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง ซึ่งสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นประจำสม่ำเสมอทุกเดือน คือ สวัสดิการเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ โดยการจ่ายเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได ซึ่ง ผู้สูงอายุ อายุ 60 - 69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 600 บาท/เดือน ผู้สูงอายุ อายุ 70 - 79 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 700 บาท/เดือน ผู้สูงอายุ อายุ 80 - 89 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 800 บาท/คน และผู้สูงอายุ อายุ 90 ปี ขึ้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 1,000 บาท/เดือน ซึ่งรูปแบบการแจกเบี้ยยังชีพมี 3 รูปแบบ คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าไปแจกเบี้ยยังชีพเป็นเงินสดในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ผู้สูงอายุเข้ามารวมกลุ่มตามวันที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดเพื่อรับเบี้ยยังชีพ ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบนี้ส่วนใหญ่ทำในองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลตำบล และการแจกเบี้ยยังชีพโดยการโอนเงินเข้าบัญชีของผู้สูงอายุโดยตรง ส่วนใหญ่ทำในเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลในเขตอำเภอ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังได้สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อน ในโอกาสหรือเทศกาลพิเศษ ได้แก่ วันสงกรานต์ โดยการสนับสนุนเงินเพื่อช่วยเหลือ และบางพื้นที่ได้ก่อสร้างบ้านหรือซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุที่ประสบภาวะความยากลำบากและไม่มีที่อยู่อาศัยหรือที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง เช่น เทศบาลเมืองเมืองพล องค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่ม รวมทั้งทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังให้การสนับสนุนกายอุปกรณ์ เช่น รถเข็น ไม้เท้า walker ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวลำบาก

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มองค์กรในชุมชนที่ร่วมให้ความช่วยเหลือสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ กาชาดอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ได้จัดตั้งกองทุนปลดทุกข์สร้างสุข ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองเมืองพล เพื่อช่วยเปลี่ยนส้วมแบบนั่งยอง เป็น ส้วมแบบนั่ง ให้ผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโคกศรี และ

องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล มีกองทุนอุปกรณ์ ที่ได้รับการบริจาค เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน และในชุมชนบางชุมชนมีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโคกเครือ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโคกศรี มีกองทุนธนาคารความดีที่เกิดจากการออมเงินของผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อจำเป็น นอกจากนี้พบว่าชุมชน จำนวน 8 พื้นที่มีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยโดยการเยี่ยม และพบว่าทุกบางชุมชนมีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุเสียชีวิตที่เรียกว่า กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ ซึ่งเกิดจากการกำหนดกติกาการระดมทุนในชุมชน เพื่อรวบรวมเงินมาช่วยเหลือครอบครัวผู้เสียชีวิตในหมู่บ้านในการจัดงานศพ

“ผมป่วยหนักต้องเข้าโรงพยาบาลแม้จะมีบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรคแต่มันก็มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ต้องการเงินในการรักษาตัวเองไม่รู้จะไปหาจากไหน ก็มีธนาคารนี้ช่วยชีวิตเขาไว้เขามากู้ธนาคารนี้ไป 2 หมื่น ซึ่งตอนนี้ก็สุขสบายแข็งแรงดีแล้ว” FGD-KS-CG-7 ธันวาคม 60

“ผู้สูงอายุทุกคนจะมีสมุดแบบนี้เป็นของตัวเอง ซึ่งเขาก็จะถือมาฝากแล้วก็จะจดใส่ว่าวันนี้มาฝากเป็นเท่าไร แล้วก็เอาไปรวมกันไว้ไปฝากธนาคาร ชื่อว่าบัญชีธนาคารความดีของผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นทุกคนที่ฝากเงินเขาก็จะมีเงินเป็นของตัวเอง แต่ว่าขณะเดียวกันเงินที่ได้รับบริจาคต่างๆตรงในส่วนนั้นก็จะเอาไว้ให้ชาวบ้าน” FGD-KS-CG-22 เมษายน 60

“สมาชิกเหล่ากาชาดขึ้นอยู่กับจังหวัดขอนแก่นอยู่แต่เราก็ได้รวบรวมเงินทุน โดยที่ที่เราจะบริจาคเงินส่วนตัวของเราเองแต่ละคน เพราะว่าสมาชิกของเรามีเกือบ 200 ก็เลยพอได้มีเงินทุนเราก็อยากจะทำบุญทำกุศลพอได้ข่าวว่าทางเทศบาลออกเยี่ยมชุมชนเราก็ติดตามไปด้วย เราก็เลยเห็นว่าการทุกข์ยากของชาวบ้านก็เป็นจริง ก็เลยช่วยว่าเราจะช่วยเป็นผู้สนับสนุนเป็นเงินทุนให้โดยให้เทศบาลช่วยสำรวจให้เราก็จะออกไปช่วยเหลือโดยที่ทุกคนก็มีความเต็มใจที่จะช่วย แต่ว่าทางคิดเงินเองก็เป็นกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัดขอนแก่นด้วย เพราะว่าเขาเห็นผลงานของเราว่าเราทำจริง เพราะว่าทุกเดือนเราก็จะออกหน่วยทั้งกับอำเภอด้วยโดยที่เรานำถุงยังชีพไปเยี่ยมราษฎรทุกเดือนกับทางอำเภอแต่ทางเทศบาลเราก็จะช่วยอยู่ 2 หน่วยงาน ปกติก็คิดว่าจะช่วยเรื่องพวกนี้อยู่แล้วก็คิดว่าจะไปตามโรงพยาบาล ก็เลยมาเจออย่างนี้รู้สึกว่ามันก็จะประทับใจกว่าพอส่วนนี้เดือดร้อนกว่าก็เอามาช่วยส่วนนี้ค่ะ แต่เรามีเงินทุนที่จะทำค่ะโดยที่ที่เราได้รวบรวมเงินแต่ละคนพอถามไปทุกคนก็ให้ช่วยกันเยอะค่ะ” IDI-PL-Lead-12 เมษายน 60

1.4.2 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้กองทุนสุขภาพตำบล

พบว่าหลังการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกพื้นที่วิจัยได้สนับสนุนงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนจะรวมกลุ่มกับในนามชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลที่อยู่ในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่ช่วยในการเขียนโครงการของงบประมาณให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้แกนนำในชุมชน หรือ โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล จะดำเนินโครงการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ โดยของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

นอกจากนี้พบว่าในบางพื้นที่ ได้แก่ เทศบาลตำบลโคกศรี องค์การบริหารส่วนตำบลวังหินลาด ผู้สูงอายุได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุจากการสนับสนุนของสำนักกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกองทุนดูแลสุขภาพตำบล พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีทุกองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น แต่พบว่างบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลของพื้นที่ถูกจัดสรรเพื่อสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมเกี่ยวผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน พบมีองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น ถึงจำนวน 9 แห่ง ที่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนน้อยกว่าร้อยละ 15 และมีเพียง 6 แห่งเท่านั้นที่งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนกิจกรรมและโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 15 อย่างไรก็ตามพบว่าองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นจำนวน 3 แห่งที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 50 รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 24 วิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

จังหวัด	งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล	งบประมาณจัดสรรเพื่อผู้สูงอายุ	ร้อยละการจัดสรรเพื่อผู้สูงอายุ
อบต.1	249,390	31,000	12.43
อบต.2	828,930	88,000	10.62
อบต.3	680,861.05	31,200	4.58
อบต.4	200000	195,000	97.50
อบต.5	243,264.33	17,500	7.19
อบต.6	382,540	43,000	11.24
อบต.7	285,235	31,600	11.08
อบต.8	250,821	15,000	5.98
เทศบาล 1	320,000	45,000	14.06
เทศบาล2	2,435,824.46	1,226,060	50.33
เทศบาล3	805,400	207,700	25.79
เทศบาล4	281,420.53	95,000	33.76

ตารางที่ 24 วิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

จังหวัด	งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล	งบประมาณจัดสรรสำหรับผู้สูงอายุ	ร้อยละการจัดสรรสำหรับผู้สูงอายุ
เทศบาล5	926,576	72,780	7.85
เทศบาล6	200,338.97	30,000	14.97
เทศบาล7	3,413,064	1,795,630	52.61

“ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายของการดูแลของกองทุนสุขภาพของเรา ทุกปีที่ผ่านมาเราให้การสนับสนุนโครงการมาโดยตลอด มากกว่าครึ่งหนึ่งของงบสนับสนุนโครงการเป็นโครงการของผู้สูงอายุโดยตรง” IDI-Lead-MP-17 ม.ค. 60

“ที่ผ่านมาส่วนมากก็ขอแบบฟอร์มเอามาเขียน และให้กำนันช่วยพิมพ์ หมออนามัย ช่วยพิมพ์ให้แล้วเจ้าของจะเอาไปเสนอเอง ที่ผ่านมาก็ไม่มีปัญหาเสนอของงบประมาณจากอบต. ก็ได้เอามาทำงาน” IDI-Age-CP- 8 ม.ค. 60

1.4.3 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ผู้จัดการการดูแลในพื้นที่วิจัย พบว่าในกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ภายใต้กองทุนดูแลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ “กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบดูแลกองทุน และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะหลังปีงบประมาณ 2559 สถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่วิจัยเข้าร่วมการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยเป้าหมายการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในลำดับแรกคือทำให้พื้นที่มี “ผู้จัดการดูแล (Care Manager)” ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยตรง นอกจากนี้พบว่าในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง คือ เทศบาลเมืองเมืองพล และ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีผู้จัดการดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของกรมอนามัย และทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย หลังจากพัฒนาผู้จัดการดูแลแล้วผู้จัดการดูแลทำหน้าที่ในการพัฒนาผู้ดูแล (Care Giver) ผู้สูงอายุโดยการอบรม หลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมง เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 5 – 10 รายต่อผู้ดูแล 1 คนซึ่ง ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ การค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อจัดประเภทตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและส่งรายชื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด การประชุมรับรองแผนการดูแล การเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายสัปดาห์ การกำกับติดตาม และ การประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแล ซึ่งมีทีมดูแลหลักในพื้นที่ ได้แก่ ผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม นอกจากนี้ยังมีทีมนอกพื้นที่ที่ผู้จัดการดูแลประสานการดูแลตามแผนการ

และผู้สูงอายุเฉพาะราย ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด โภชนากร ทีมดูแลด้านสวัสดิการสังคม เช่น นักพัฒนาชุมชน หรือ นักสังคมสงเคราะห์

“เป็นจิตอาสา อสม.ตั้งแต่ปี2536 ค่ะ ได้เข้ามาเป็นจิตอาสาทำทุกเรื่องค่ะ ไม่ว่าหลังคลอด ดูแลคนในพื้นที่ในชุมชน ทำเรื่อยมาจนกระทั่งคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ดูแลเรื่องการปฏิบัติของเขา ได้อบรมกับทางคุณหมอทางโรงพยาบาล รพ.สต....ค่ะ ต่อมาได้มาทำเป็น อพส.ก็ร่วมกับผู้สูงวัยออกไปเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง แล้วต่อมาก็มีโครงการ care giver เพราะว่าผู้ใหญ่บ้านจบ ป.4 นะคะ พูดภาษาอังกฤษไม่ได้เลย เป็นcare giver ไปอบรมอยู่โรงพยาบาลยางตลาด 70 ชั่วโมง พอออกมาก็ได้ไปเยี่ยมพ่อ...ท่านป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคความดัน ซึ่งตอนนั้นไปอบรมออกมาแล้วมีญาติพี่น้องเขาบอกว่าคุณตาจะไม่ไหวแล้วอยู่อย่างมากที่สุดประมาณ 7-8 วันแบบนี้ค่ะ แล้วขณะนั้นแกก็จะใส่ท่อปัสสาวะออกมาด้วย เราก็ได้ไปเยี่ยมก็เห็นแกนอนอยู่บนเตียงแล้วมีภรรยาแกด้วยพอได้ไปเยี่ยมก็ถามแต่ว่าแกจะพูดไม่ได้เวลาถามแกก็จะพยักหน้าแทน เราก็ถามว่าคุณลุงเหนื่อยไหม แกก็พยักหน้า ถามว่าคุณลุงกินข้าวไหม แกก็ส่ายหน้า เลยถามแกว่าคุณลุงลองขยับมือหน่อยซึ่งแกก็ขยับได้อยู่ ก็เลยบอกแกว่าโรคแบบนี้ถ้าคุณลุงไม่ทำเอาเองไม่มีใครช่วยคุณลุงได้ให้คุณลุงขยับมือบ่อยๆ แกก็พยักหน้า แล้วถามว่าคุณลุงร้อนไหมนอนบนเตียงแบบนี้ แกก็พยักหน้า แล้วที่เราไปอบรมมาคุณหมอก็สอนถึงวิธีการเช็ดตัว เราก็ได้ไปเช็ดตัวและบอกภรรยาแกด้วยว่า ถ้าคุณลุงแกร้อนให้เอาผ้าชุบน้ำสบู่มารีดตัวให้แก แล้วเราก็สระผมให้แกด้วย พอได้สระผมให้คุณลุงแล้วซึ่งเราก็ไปเยี่ยมกับคุณหมอทางโรงพยาบาลไม่ใช่เข้าไปเยี่ยมครั้งเดียวก็ไปบ่อยๆ คุณหมอทางโรงพยาบาล รพ.สต...ก็ไปด้วยกัน ก็ไปอาบน้ำสระผมให้แก พอสระผมแล้วแกก็จะสดชื่นขึ้น เราก็ถามว่ากำมือบ่อยๆไหม แกก็พยักหน้า อีก 2 สัปดาห์ต่อมาทางคุณหมอจากโรงพยาบาลยางตลาดก็ออกมาเยี่ยมแล้วถอดท่อปัสสาวะแกออก แกละลุกนั่งได้แล้วบอกให้แกแกว่งขาบ่อยๆ ซึ่งแกก็ทำตามแล้วภรรยาแกก็ช่วยออกกำลังกายด้วย นี่คือการคุณลุงวิบูลย์ซึ่งแกเคยป่วยและมีแต่คนบอกว่าแกจะตายตอนนี้แกทำกิจกรรมทุกอย่างได้ค่ะรดน้ำผักช่วยภรรยาได้หลายอย่าง นี่ก็คือหน้าที่จิตอาสา care giver ที่ได้ไปปฏิบัติมาค่ะ ขอขอบคุณค่ะ” FGD-KS-CG-22 เมษายน 60

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจากรายงานข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนดูแลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ “กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการในช่วงนำร่อง จำนวน 145 แห่งคิดเป็นร้อยละ 19 อย่างไรก็ตามพบว่าหลังสิ้นสุดปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีพื้นที่ที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้เพียงร้อยละ 43 มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวปีงบประมาณ 2559

จังหวัด	จำนวน อปท. (แห่ง)	พื้นที่สมัคร ร่วมโครงการ (แห่ง)	การเบิกจ่ายงบประมาณ	
			กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	
			สามารถเบิกจ่ายได้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ จำนวน (ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	224	44	22 (50.0)	22 (50.00)
จังหวัดที่ 2	149	26	11 (42.31)	15 (57.69)
จังหวัดที่ 3	233	40	13 (32.50)	27 (67.50)
จังหวัดที่ 4	150	35	16 (45.71)	19 (54.29)
พื้นที่ทั้งหมด (อปท.)	756	145 (19.18)	62 (42.76)	83 (57.24)

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น, มีนาคม 2560

ส่วนพื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพื้นที่ที่เข้าร่วมพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวโดยมีงบประมาณและกระบวนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 10 แห่ง ซึ่งมีเพียงจำนวน 3 แห่งเท่านั้นที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ และพื้นที่เข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 5 แห่ง

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัยก่อนการวิจัย

จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วม		รวมทั้งหมด	การเบิกจ่ายงบประมาณ ก่อนเข้าร่วมวิจัย
	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	4	2	6	2 (13.33)
จังหวัดที่ 2	2	1	3	1 (6.67)
จังหวัดที่ 3	2	2	4	0 (0.00)
จังหวัดที่ 4	2	0	2	0 (0.00)
พื้นที่ทั้งหมด	10	5	15	3 (20.00)

นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2560 ก่อนดำเนินการวิจัย พบว่าพื้นที่วิจัยทั้งหมด จำนวน 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลระยะยาวจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนทั้งหมด 982 คน โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกินการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน “ติดบ้านไม่มีภาวะสับสน” จำนวน 724 คน เกือบร้อยละ 74 รองมาคือ กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกินการขับถ่าย “ติดบ้านและมีภาวะสับสน” จำนวน 127 คน เกือบร้อยละ 13 กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ แต่ไม่มีปัญหาการกิน หรือ การเจ็บป่วย “ติดเตียงไม่รุนแรง” จำนวน 88 คน เกือบร้อยละ 9 และ กลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ใน

ระยะท้ายของชีวิต “ติดเตียงและมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือระยะสุดท้าย” จำนวน 39 คน ประมาณร้อยละ 4 รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

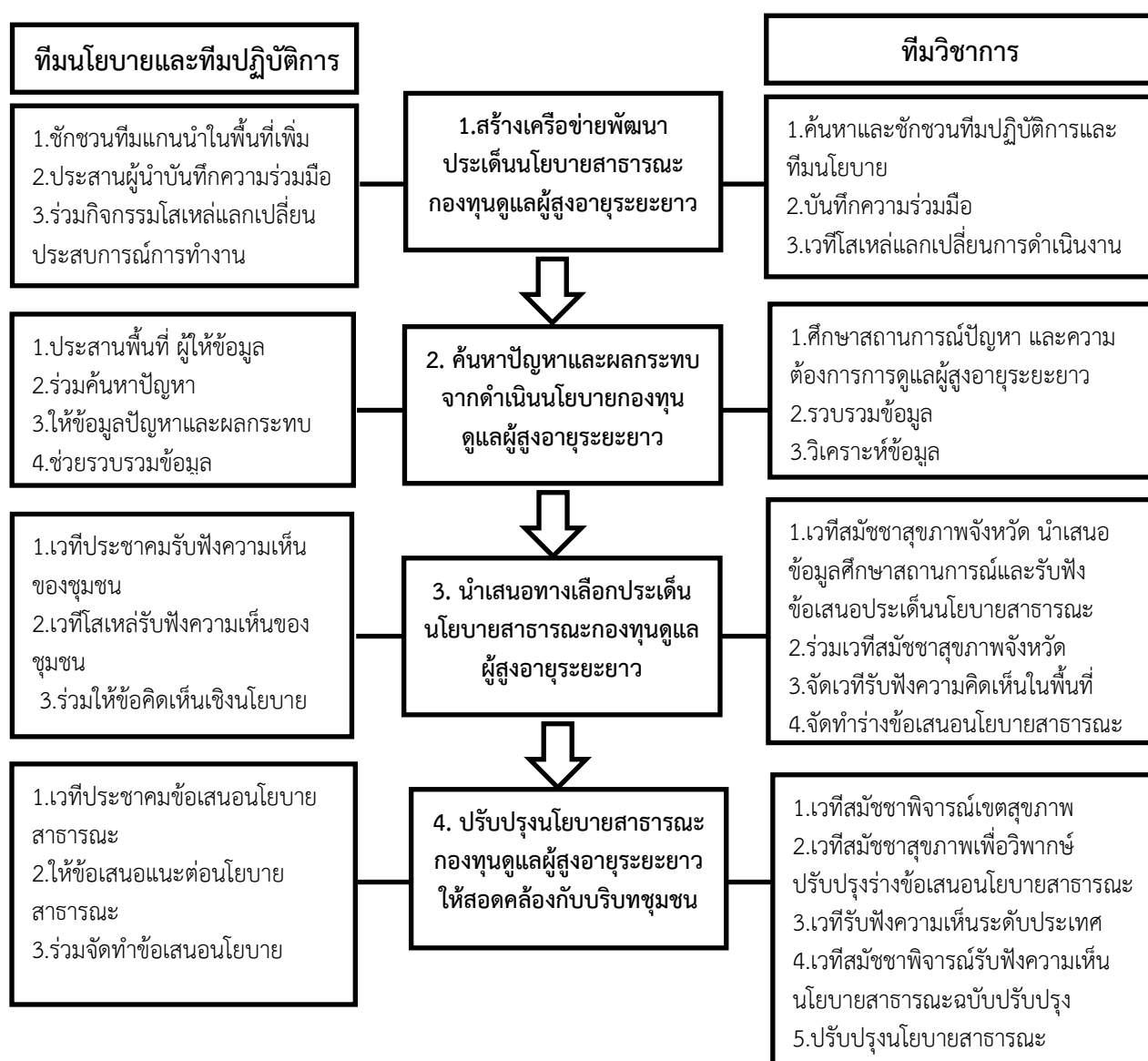
ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาวก่อนการวิจัย

องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	จำนวนผู้สูงอายุที่ขอรับการ สนับสนุนงบประมาณ ปีงบประมาณ 2560 (คน)	ประเภทผู้สูงอายุ			
		กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4
		คน	คน	คน	คน
เทศบาล 1	94	54	21	12	7
อบต. 1	63	50	7	4	2
เทศบาล 2	18	16	2	0	0
อบต. 2	153	127	4	15	7
อบต. 3	69	64	1	4	0
อบต. 4	70	59	7	0	4
อบต. 5	52	37	12	3	0
เทศบาล 3	76	55	11	8	2
อบต. 6	40	30	3	6	1
เทศบาล 4	141	114	13	8	6
อบต. 7	67	37	22	7	1
เทศบาล 5	36	17	9	6	4
อบต. 8	25	8	6	4	7
เทศบาล 6	39	28	5	5	1
อบต. 9	39	28	4	6	1
รวมทั้งหมด	982	724 (73.73)	127 (12.93)	88 (8.96)	43 (4.38)

2. การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2.1 กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ

กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ โดยมีกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะและวิธีการดำเนินงานมี 4 ขั้นตอน รายละเอียดดังแผนภาพและตาราง ต่อไปนี้



แผนภาพที่ 7 กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ตารางที่ 28 กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กระบวนการพัฒนา ประเด็นนโยบายสาธารณะ	วิธีการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา
1. สร้างเครือข่ายพัฒนา ประเด็นนโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว ซึ่งประกอบด้วย ทีม วิชาการ ทีมสนับสนุน และ ทีมปฏิบัติการในพื้นที่	1. ค้นหาและชักชวนทีมปฏิบัติการในพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และ ผู้นำชุมชน และทีมสนับสนุน จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าร่วมใน กระบวนการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะ	วันที่ 25 พ.ย. 2559 ณ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ขอนแก่น
	2. เวทีโศกหล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการ ดำเนินงาน รับฟังประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการ ดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว	วันที่ 15 ธ.ค. 2559 ณ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ขอนแก่น
	3. บันทึกความร่วมมือระหว่างผู้นำองค์กรที่ เกี่ยวข้องกับนโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดของกระทรวง สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ขอนแก่น สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข และ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี ขอนแก่น	วันที่ 15 ธ.ค. 2559 ณ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ขอนแก่น
2. ค้นหาปัญหาและ ผลกระทบจากนโยบาย กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว	1. ทีมวิชาการและผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ร่วม ศึกษาข้อมูล สถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ สภาพปัญหาของ ผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลระยะยาว การ ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 2. ทีมวิชาการ ร่วมกับ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลการวิจัยในชุมชน 3. ทีมวิชาการ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว	วันที่ 20 เม.ย. 2560 – 30 มิ.ย. 2560 ในพื้นที่วิจัย 4 จังหวัด

ตารางที่ 28 กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (ต่อ)

กระบวนการพัฒนา ประเด็นนโยบายสาธารณะ	วิธีการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา
3. นำเสนอประเด็น นโยบายสาธารณะกองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	1. เวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นร่วมของ ชุมชนเกี่ยวกับประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบาย กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	วันที่ 28 เม.ย.2560 โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโคกศรี จ.กาฬสินธุ์
	2. เวทีโสตล์รับฟังประเด็นปัญหาและข้อเสนอ เชิงนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวจากทีมปฏิบัติการและทีมนโยบาย ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้บริหารองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น	วันที่ 14 พ.ค.2560 วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ขอนแก่น
	3. เวทีสมัชชาสุขภาพรับฟังความคิดเห็นร่วมกับ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น โดย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทน ผู้สูงอายุ ตัวแทนกระทรวงพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ ตัวแทนกระทรวงศึกษา (กศน.) ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อร่วมให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ ต่อข้อเสนอเชิงนโยบายฉบับร่างที่จะเสนอต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น	วันที่ 26 พ.ค. 2560 ณ โรงแรมวิรัช จ.ขอนแก่น
	4. เวทีโสตล์รับฟังความเห็นประเด็นกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและสรุปประเด็น นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	วันที่ 7 มิถุนายน 2560 เทศบาลเมือง เมืองพล จ.ขอนแก่น
4. ปรับปรุงนโยบาย สาธารณะกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวให้ สอดคล้องกับบริบทชุมชน	1. เวทีสมัชชาพิจารณา รับฟังความคิดเห็นผู้ให้ และผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ระดับเขต ปี 2560 “ร้อยแก่นสาร สินธุ์” นำเสนอร่างข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว ต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จัดโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7	วันที่ 19 มิถุนายน 2560 ณ โรงแรม อวานี อ.เมือง จ.ขอนแก่น

ตารางที่ 28 กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (ต่อ)

กระบวนการพัฒนา ประเด็นนโยบายสาธารณะ	วิธีการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา
	2. เวทีสมัชชาสุขภาพเพื่อวิพากษ์ปรับปรุงร่าง ข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน จากหน่วยงานและผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัย 4 จังหวัด ซึ่งประกอบด้วย ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น และผู้เชี่ยวชาญจาก มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ร่วมให้ความเห็น ข้อเสนอเชิงนโยบาย	วันที่ 13 มิ.ย. 2560 ณ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ขอนแก่น
	3.ร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ ให้บริการและผู้รับบริการ ระดับประเทศ ประจำปี ๒๕๖๐ “ประเด็นการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว” จัดโดยสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	วันที่ 3 –4 ส.ค. 2560 ณ ศูนย์ ราชการและคอนเวน ชันเซ็นเตอร์ กรุงเทพมหานคร
	4.จัดเวทีสมัชชาพิจารณาเพื่อรับฟังความเห็น นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ฉบับปรับปรุง จากผู้ปฏิบัติ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทน ผู้สูงอายุจากในพื้นที่วิจัย 4 จังหวัด และ เครือข่ายนอกพื้นที่วิจัย ร่วมกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น	วันที่ 1 ก.ย. 2560 วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ขอนแก่น
	5.จัดทำข้อเสนอนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวชุมชน ของเขตสุขภาพที่ 7	

2.2 ผลลัพธ์การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2.2.1 สร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การสร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เริ่มต้นจากการสอบถามหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่วิจัยถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จำนวน 15 พื้นที่ พบว่าทุกพื้นที่ได้กล่าวถึงผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นจุดเชื่อมต่อ (Gatekeeper) เพื่อค้นหาทีมปฏิบัติการในพื้นที่ และ จัดเวทีโสหล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงาน รับฟังประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด ซึ่งในเวทีโสหล ได้เสนอให้มีการบันทึกความร่วมมือในการพัฒนา จึงทำให้เกิดการลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังทำให้ได้คณะทำงานเพื่อพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย 1) ทีมวิชาการ และ ทีมสนับสนุน ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการแก่ทีมปฏิบัติการในพื้นที่ และ จัดกระบวนการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะ ได้แก่ นักวิชาการสถาบันการศึกษา ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด 2) ทีมปฏิบัติการในพื้นที่ ทำหน้าที่ประสานงาน ดำเนินกิจกรรม และ ช่วยจัดกระบวนการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะในพื้นที่ของตนเอง ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้สูงอายุ และ ผู้นำชุมชน

2.2.2 สถานการณ์ ปัญหา และ ผลกระทบจากการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัย

1) กระบวนการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนการวิจัย

จากการสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 แห่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 พบว่า กระบวนการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังจากที่มีการบันทึกความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบล วันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 เขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการดำเนินกิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังต่อไปนี้

การประชุมชี้แจงพัฒนาการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลดูแลระยะยาว (Long Term Care) "รวมพลังขับเคลื่อน สังคมผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้" ณ โรงแรมพูลแมน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ในช่วงวันที่ 25 – 26 มกราคม 2559 ซึ่งผู้เข้าร่วมฟังการชี้แจงประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้เข้าร่วมประชุมครบทุกพื้นที่

เดือนมีนาคม - มิถุนายน 2559 ศูนย์อนามัยที่ 7 ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จัดอบรมผู้จัดการดูแลระยะยาว 70 ชั่วโมง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย ทำให้มีผู้จัดการดูแล จำนวน 159 คน และศูนย์อนามัยที่ 7 จัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้ผู้จัดการดูแลอบรมผู้ดูแลในพื้นที่ ทำให้มีผู้ดูแลจำนวน 1,481 คน

เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2560 ศูนย์อนามัยที่ 7 ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จัดอบรมผู้จัดการดูแลระยะยาว 70 ชั่วโมง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย ทำให้มีผู้จัดการดูแล จำนวน 359 คน และศูนย์อนามัยที่ 7 จัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้ผู้จัดการดูแลอบรมผู้ดูแลในพื้นที่ ทำให้มีผู้ดูแลจำนวน 1,026 คน

ปีงบประมาณ 2560 เริ่มมีกิจกรรมติดตามเยี่ยมเสริมพลังแก่พื้นที่ที่ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของแต่ละจังหวัด และจากการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนาร่อง ของ 4 จังหวัด การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดพบว่าผลลัพธ์การดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัยมีดังนี้

2) ผลลัพธ์การดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัย

พื้นที่ 4 จังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 7 ได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตามนโยบายของรัฐบาล ซึ่งผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนในระยะ 1 ปีที่พบว่ามีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการในช่วงนำร่อง ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 145 แห่ง โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแล จำนวน 11,635 คน อย่างไรก็ตามหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการ 1 ปี พบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 43 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง และมีมากถึงร้อยละ 57 ที่ไม่สามารถเบิกเงินได้ และในปี 2560 มีพื้นที่สมัครเข้าร่วม จำนวน 284 อบต. โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่จะได้รับการดูแลทั้งหมดจำนวนประมาณ 13,145 คน เกือบทั้งหมดยังไม่สามารถเบิกงบประมาณการดำเนินงานได้เนื่องจากไม่มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559 - 2560

จังหวัด	อปท. ที่เข้าร่วมปี 2559 (จำนวน)	เบิกจ่ายงบประมาณ จำนวน (ร้อยละ)	อปท. ที่เข้าร่วม ปี 2560 (จำนวน)	การเบิกจ่าย งบประมาณ จำนวน(ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	44	22 (50.0)	76	0 (0.00)
จังหวัดที่ 2	26	11 (42.31)	35	0 (0.00)
จังหวัดที่ 3	40	13 (32.50)	45	0 (0.00)
จังหวัดที่ 4	35	16 (45.71)	79	0 (0.00)
พื้นที่ทั้งหมด	145	62 (42.76)	235	0 (0.00)

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7, 2560 (เดือน มีนาคม 2560)

ซึ่งรายละเอียดของแต่ละจังหวัดมีดังนี้

2.1) จังหวัดขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่น มีพื้นที่ 26 อำเภอ และ 198 ตำบล เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 228 แห่ง พบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2559 จังหวัดขอนแก่น เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำร่อง จำนวน 44 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองและจะได้รับการดูแลระยะยาว ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 4,997 คน แต่หลังจากการติดตามเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีจำนวน 22 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น หรือร้อยละ 50.0 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการและสามารถเบิกจ่ายงบประมาณ จากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ ในขณะที่ครึ่งหนึ่งไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายได้ และในปีงบประมาณ 2560 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 99 แห่ง โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5,216 คน

2.2) จังหวัดร้อยเอ็ด

จังหวัดร้อยเอ็ด มีพื้นที่ 20 อำเภอ และ 192 ตำบล เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 233 แห่ง การดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในช่วงปีงบประมาณ 2559 จังหวัดร้อยเอ็ด เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข เข้าร่วม จำนวน 40 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น มีผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองและจะได้รับการดูแลระยะยาว จำนวน 1,748 คน แต่หลังจากการติดตามพบว่ามีจำนวน 13 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น หรือร้อยละ 32.5 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการและสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ ในขณะที่ครึ่งหนึ่งไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายได้ และในปีงบประมาณ 2560 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 48 แห่ง โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,605 คน

2.3) จังหวัดมหาสารคาม

จังหวัดมหาสารคาม มีพื้นที่ 13 อำเภอ และ 133 ตำบล เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 149 แห่ง นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดมหาสารคาม เริ่มในช่วงปีงบประมาณ 2559 โดยมีเมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นำร่อง จำนวน 26 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง และจะได้รับการดูแลระยะยาว ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 2,486 คน หลังจากการติดตามพบว่ามีจำนวน 11 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น หรือร้อยละ 42.31 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการและสามารถเบิกจ่ายงบประมาณ จากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ ในที่เกือบร้อยละ 58 ไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณได้ และปีงบประมาณ 2560 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข เข้าร่วมตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำร่อง จำนวน 45 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น มีผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลจำนวน 2,369 คน

2.4) จังหวัดกาฬสินธุ์

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพื้นที่ 18 อำเภอ และ 135 ตำบล เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 151 แห่ง ในช่วงปีงบประมาณ 2559 จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำร่อง จำนวน 35 เมืองครุปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองและจะได้รับการดูแลระยะยาว

จำนวน 2,404 คน แต่หลังจากการติดตามพบว่ามีจำนวน 16 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือร้อยละ 45.71 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการและสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้ ในขณะที่เกือบร้อยละ 55 ไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณได้ และในปีงบประมาณ 2560 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข เข้าร่วมตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนาร่อง จำนวน 92 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลจำนวน 2,052 คน

ส่วนพื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพื้นที่สมัครเข้าร่วมพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 8 แห่ง และมีเพียงจำนวน 3 แห่งเท่านั้นที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้หลังสิ้นสุดปีงบประมาณ และพื้นที่เข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 7 แห่ง พบว่าทุกพื้นที่ ยังไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากไม่มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย ปีงบประมาณ 2559 - 2560

จังหวัด	อปท. ที่เข้าร่วมปี 2559 (จำนวน)	เบิกจ่าย งบประมาณ จำนวน (ร้อยละ)	อปท. ที่เข้าร่วม ปี2560 (จำนวน)	การเบิกจ่าย งบประมาณ จำนวน(ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	4	2 (20.00)	2	0 (0.00)
จังหวัดที่ 2	2	1 (10.00)	1	0 (0.00)
จังหวัดที่ 3	2	0 (00.00)	2	0 (0.00)
จังหวัดที่ 4	2	0 (0.00)	0	0 (0.00)
พื้นที่ทั้งหมด	10	3 (30.00)	5	0 (0.00)

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7, 2560 (เดือน มีนาคม 2560)

จากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดได้สะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับความไม่พร้อมในการดำเนินงานการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายดังนี้

“จังหวัด....อบรม CM CG 145 ตำบลปัญหาคือการเบิกจ่าย ปัญหาภาระงานของผู้สูงอายุ ปัญหาคือ ไม่มีการประเมินที่เป็นระบบ ยังไม่มีพร้อม ทั้งคน แนวทาง ความชัดเจน องค์กรความรู้ บุคลากรไม่พร้อมในการทำบทบาทขับเคลื่อนในพื้นที่ และไม่มีแนวทางการดำเนินการ คู่มือปฏิบัติงาน ไม่มีชัดเจน นี่คือนโยบาย” FGD-Lead-RO-25 พฤศจิกายน 2559

“ปีนี้เรากำลังขยาย ออกประมาณ 120 กองทุน จากทั้งหมด 150 กองทุน เราได้มองเห็นว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพ มันจะทำให้เจ้าหน้าที่เราทำงาน ได้ จังหวัด... เราอยากให้อปท.เป็นเจ้าของอย่างเต็มที่ เรามี 2 พื้นที่ที่เป็น area base แต่ในการพัฒนาคนในเรื่อง CM จะให้เห็นชัดจากการทำ Care Plan เพราะมันต้องใช้ใจ กระบวนการสมัชชาสุขภาพตำบลน่าจะสามารถช่วยซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน”FGD-Lead-KS-15 ธันวาคม 2559

“เดิมมีปัญหาการขับเคลื่อนงานช้าในจังหวัด...รอบแรกเข้าร่วม 15 แห่ง พบว่ามี 1 ที่ ติด ม.44 ไม่สามารถทำอะไรได้ จะต้องมีคนมาทำงาน LTC ได้ ถึงจะมีการทำเบิกจ่ายในรอบ 2 และรอบ 3 ขอสมัครทั้งหมด 68 แห่ง และเราอบรม CM 32 คน /phase ส่งคนมา 100 คน ซึ่งถ้าไม่มี CM ไม่มี CG จะทำให้เกิดความชะงักงันทำไม่ได้ การทำ Care plan ก็ค่อนข้างยาก ส่วนในระดับจังหวัดจะมีปัญหาใน หมวดเงิน จังหวัด พร้อมเข้าสู่...LTC” FGD-Lead-MK-15 ธันวาคม 2559

3) ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ก่อนการวิจัย

พื้นที่ 4 จังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 7 ได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตามนโยบายของรัฐบาล ซึ่งผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ ซึ่งผลจากการศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ พบปัญหาและผลกระทบของการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังต่อไปนี้

3.1) การเตรียมความพร้อมบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอ และระเบียบปฏิบัติกองทุนระบบการดูแลระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน

จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ2559 พบว่าในช่วงระยะแรกของการสมัครเข้าร่วมโครงการ ได้รับการชี้แจงครั้งรวมกันทั้ง 4 จังหวัด จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ขอนแก่น ซึ่งผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้สะท้อนการประชุมชี้แจงว่ายังไม่เพียงพอต่อความเข้าใจในการปฏิบัติงานในระบบใหม่ที่เกี่ยวข้องกับระเบียบการเงินและพัสดุ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอ และความไม่ชัดเจนของระเบียบงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติตาม ทำให้ผู้รับผิดชอบงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องศึกษาและพัฒนาแนวทางด้วยตนเอง จึงมีผลทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ดำเนินการ ในขั้นตอนการบริหารส่วนตำบลขนาดเล็กไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานไม่สามารถดำเนินงานกองทุนด้วยตนเอง จะอาศัยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเจ้าภาพดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว

“...อีกสายหนึ่งสายตัวที่ สปสช. ออกแบบก็คือตัวเงินที่จะลงมาเขาต้องการให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมก็เลยส่งมาที่กองทุนหลักประกันสุขภาพ มันเลยกลายเป็นว่าสาธารณสุขก็ทำเตรียมความพร้อมซึ่งก็พร้อมแล้วนะครับแต่พอเงินมาที่ท้องถิ่น ท้องถิ่นก็พร้อมแบบไม่รู้วิธีไหนไหน ผมยังจำภาพของตัวเองได้ ณ เดือนมกรา กุมภาพันธ์ ปี 59 ได้ มีหนังสือมาฉบับเดียวแล้วก็เอกสารประกอบก็คือหนังสือขอเชิญเข้าร่วมจัดระบบระยะยาวด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนคน 77 คนของผม เป็นเงินสามแสนห้าหมื่นบาทจะต้องเซ็นตีในใบบันทึกข้อตกลงจะต้องตั้งอนุ LTC จะต้องเปิดบัญชีหลังจากนั้นเมื่อทำเสร็จส่งกลับไป สปสช. จากนั้นส่งไปจังหวัดด้วยเพื่อที่จะโอนเงินมาให้ อารามดีใจเนาะมีเงินมาช่วยเหลือผู้สูงอายุพอมานับตั้งอนุ LTC ตรงนั้น CM ยังไม่มีนะยังไม่ผ่านการอบรมด้วยซ้ำ เขาบอกว่าไปบอกว่ากะว่าจะเอาใครก็เอาคนนั้นมาเป็นกรรมการก่อน แล้ว CG ละ CG ก็ยังไม่มีกะว่าจะเอาใครเอาคนนั้นมาเป็นกรรมการก่อน ผมก็โอเคก็เลยได้เงินมาส่งกลับคืนไป หลังจากนั้นมาทาง สปสช. ในจังหวัดก็มีการจัดประชุมมาเป็นระยะๆว่าจะทำอะไรๆ ง่ายๆ สุดท้ายแบบนี้ละครับ จนมาถึงปัจจุบันก็ยังเป็นวิธีนี้อยู่ ก็คือนายกท้องถิ่นเซ็นตีในบันทึกข้อตกลงโดยไม่รู้ตัวและไม่รู้ว่าพร้อมที่แท้จริงอย่างไร เลยทำให้พอส่งไปปั๊บเงินมา บางทีพอเงินมาแล้วที่นี้ทำไมไม่เบิกเงินให้ผมเพราะว่า CM พร้อมแล้ว CG ก็พร้อมแล้วนะครับ มันเลยเป็นปัญหาผลพวงมาตอนนี้” IDI-PL-Lead2-12 เมษายน 2560

“ท้องถิ่นไม่ตัดสินใจดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ เนื่องจากข้อบังคับไม่ชัดเจนในการดำเนินงานและไม่เข้าใจแนวทางในการดำเนินงานที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชี้แจง ไม่สามารถมองไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน ก็ไม่เข้าใจเนาะว่าจะให้ทำอะไรไม่รู้จะทำอย่างไร กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คงต้องรอให้คุณหมอมาพาทำ ตอนนี้จะขยายโรงเรียนผู้สูงอายุเพิ่มอีก 1-2 หมู่บ้าน ค่ะเป็นความต้องการของชุมชน ใช้งบกองทุน” IDI-WL-Lead-วันที่ 9 เมษายน 2560

“อบต. ไม่มีคนรับผิดชอบโดยตรง อบต. บอกก็ให้คุณหมอทำก็แล้วกัน CM จึงต้องทำหน้าที่ทั้งหมดทั้งการอบรมผู้ดูแล สำรวจ จัดทำแผนการดูแล เยี่ยมบ้าน และทำเรื่องเบิกจ่าย รวมทั้งจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิต ก็ต้องทำเองทั้งหมด จัดทำรายงานเอกสารทุกอย่าง ทำเองหมด” IDI-NR-CM1-21 ธันวาคม 2559

นอกจากนี้พบว่าข้อเสนอแนะการจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการดำเนินการกองทุนดูแลระบบการดูแลระยะยาว แต่ไม่มีระเบียบและความชัดเจนเกี่ยวกับศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตฯ ทำให้พื้นที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตฯ ได้ และไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ จนกระทั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกประกาศ หลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ พ.ศ. 2560 เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2560

3.2) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอและภาระงานหนัก

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และการสนทนากลุ่ม ผู้จัดการดูแล ผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว เป็นบทบาทหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมี “ผู้จัดการดูแล (Care Manager)” ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย อย่างไรก็ตามพบว่า มี 2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คือ เทศบาลเมืองเมืองพล และ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีผู้จัดการดูแลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ เป็นของตนเอง

ผู้จัดการดูแลทำหน้าที่ในการออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อจัดประเภทตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและส่งรายชื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด การประชุมรับรองแผนการดูแล การเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายสัปดาห์ การกำกับติดตาม การประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแล และการพัฒนาสร้างทีมผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแล (Care Giver) ที่ผู้จัดการดูแลเป็นผู้จัดอบรม 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของกรมอนามัย นอกจากนี้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ยังมีบทบาทประสาน ทีมหมอครอบครัว เพื่อให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด โภชนากร ทีมดูแลด้านสวัสดิการสังคม เช่น นักพัฒนาชุมชน หรือ นักสังคมสงเคราะห์

“คนดูแลหลักก็เป็น ผอ.รพ.สต. แก่เป็น CM ด้วย ในงานที่กระบวนการดูแล เริ่มต้นจากการสำรวจผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย โดย ผู้ดูแล หรือ อสม. แล้วผู้จัดการดูแลจะลงประเมินซ้ำ ซึ่งบางครั้งจะออกเยี่ยมประเมินโดยทีมใหญ่ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมด้วย หรือ อาจเฉพาะผู้จัดการดูแล care manager กับทีมผู้ดูแล care giver แล้วนำมาจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วจึงกำหนดแผนการดูแล (care plan) ซึ่งจะมี ผู้ดูแล (care giver) ทำหน้าที่ดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ และบันทึกลายลักษณ์อักษรจาก care plan ทุกเดือน นอกจากนี้จะมีทีมหมอครอบครัวของแต่ละหมู่บ้านร่วมในการจัดทำและเขียนแผนการดูแลเนื่องจากเป็นงานของ รพสต. ที่ทุกคนต้องทำงานร่วมกัน และก็สรุปทำเรื่องเบิกจ่ายทำหลักฐานให้กับผู้ดูแลในตำบลส่วนอบต.ก็ทำหน้าที่จ่ายเงิน รพ.สต.เป็นหลัก” IDI-NT-CM1-12 กรกฎาคม 2560

จากการวิเคราะห์สัดส่วนของผู้จัดการดูแลต่อผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2559 พบมีอัตราส่วนของผู้จัดการดูแล 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 55.81 คน เมื่อวิเคราะห์รายจังหวัดพบว่า จังหวัดขอนแก่นมีผู้จัดการดูแลถึงร้อยละ 72.72 มีภาระงานการดูแลผู้สูงอายุเกินมาตรฐานที่กำหนด (ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุ 1: 40) โดยมีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.90 ต้องดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 100 คน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 32.5 ต้องรับภาระงานการดูแลผู้สูงอายุเกินมาตรฐานที่กำหนด จังหวัดมหาสารคาม พบว่าผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

ถึงร้อยละ 76.92 มีภาระการดูแลผู้สูงอายุเกินมาตรฐานที่กำหนด และมีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 30.77 ต้องดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 100 คน และ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 54.29 ต้องรับภาระงานการดูแลผู้สูงอายุเกินมาตรฐานที่กำหนด จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดมหาสารคาม มีอัตราส่วนที่เกินมาตรฐานถึงเกือบ ร้อยละ 16 และ ร้อยละ 25

ตารางที่ 31 อัตราส่วนของผู้จัดการดูแลต่อผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2559			ปีงบประมาณ 2560			รวมจำนวน ผู้จัดการ ดูแล	รวม จำนวน ผู้สูงอายุ	อัตราส่วน ต่อ ผู้สูงอายุ
	จำนวน** ผู้จัดการดูแล	จำนวน* ผู้สูงอายุ	อัตราส่วนต่อ ผู้สูงอายุ	จำนวน** ผู้จัดการดูแล	จำนวน* ผู้สูงอายุ	อัตราส่วนต่อ ผู้สูงอายุ			
จังหวัดที่ 1	44	4,997	1: 113.57	99	5,126	1: 51.78	143	9,390	1: 65.66
จังหวัดที่ 2	26	2,468	1: 95.62	45	2,961	1: 65.80	71	5,330	1: 75.07
จังหวัดที่ 3	40	1,748	1: 43.70	48	1,605	1: 33.44	88	3,444	1: 39.14
จังหวัดที่ 4	35	2,404	1: 68.69	92	3,453	1: 37.53	127	5,505	1: 43.35
รวมทั้งหมด	145	11,617	1: 80.40	284	13,145	1: 47.14	429	23,669	1: 55.81

ที่มา: *สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7, 2559 (เดือน พฤศจิกายน 2559)

**ศูนย์อนามัยที่ 7, 2559 (เดือน พฤศจิกายน 2559)

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวต่อสัดส่วนของผู้จัดการดูแลต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของพื้นที่วิจัย 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในครั้งนี้ พบว่า ในปีงบประมาณ 2559 มีอัตราส่วน 1 : 63.60 คน ปีงบประมาณ 2660 มีอัตราส่วน 1: 65.47 คน ซึ่งพบว่ามีความเกินอัตราส่วนที่สูงกว่าของเขตสุขภาพที่ 7 อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีพื้นที่ 3 ตำบล ผู้จัดการดูแล จำนวน 1 คน ต้องรับผิดชอบดูแลองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 32 อัตราส่วนของผู้จัดการดูแลต่อผู้สูงอายุของพื้นที่วิจัยในระหว่างปีงบประมาณ 2559

ข้อมูลการเปรียบเทียบ	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
1. จำนวนผู้จัดการดูแล (คน)	10	15
2. จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแล (คน)	636	982
3. อัตราส่วนของผู้จัดการต่อผู้สูงอายุ	1 : 63.60	1 : 65.47
4. จำนวนพื้นที่ที่มีอัตราส่วนของผู้จัดการดูแลต่อ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มากกว่า 1: 40 (แห่ง)	5	9

ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องมีภาระงานรับผิดชอบหลักในหน่วยบริการสุขภาพ ในหลายพื้นที่ที่ไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณและไม่บรรลุตามชีวิต ทำให้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุขอลาออกจากบทบาทผู้จัดการดูแลและขอเปลี่ยนงาน เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า การ

ค้นหาผู้ดูแลเพื่อเข้ารับการอบรมตามเกณฑ์ 70 ชั่วโมง ทำได้ยากลำบาก และผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ขอลาออก ทั้งในพื้นที่ที่ไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณและในพื้นที่ที่เบิกจ่ายงบประมาณได้

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการการดูแล พบว่าผู้จัดการดูแลทุกคนยังคงมีภาระงานเดิมในหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบเหมือนเดิม ได้แก่ การตรวจรักษา งานอนามัยแม่และเด็ก การตรวจคัดกรองโรค การให้บริการในหน่วยงาน การจัดทำรายงานต่างๆ ส่วนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวคืองานใหม่ที่เพิ่มขึ้นของผู้จัดการดูแล ทำให้ผู้จัดการดูแลทุกคนสะท้อนสภาพปัญหาการทำงานที่มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการสร้างระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนด้วยตนเอง ทั้งที่เป็นภาระงานใหม่ และเป็นงานใหญ่ที่มีความสำคัญ และเสี่ยงต่อระเบียบการปฏิบัติงานเนื่องจากความไม่ชัดเจนทางระเบียบและข้อกำหนดต่างๆ อีกทั้งไม่ได้มีค่าตอบแทนให้ ปัญหาภาระงานของผู้จัดการดูแลทำให้ต้องการได้รับการสนับสนุน และผู้ดูแลบางคนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้เกิดการขอย้ายงานซึ่งในพื้นที่วิจัย 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามี 1 พื้นที่ที่ผู้จัดการดูแลขอย้ายงานและเปลี่ยนผู้จัดการดูแลเป็นคนที่ 3

“หนูเองก็ย้ายมาได้ 4 เดือนอบรม CM แล้ว ภาระงานก็มีอย่างวันจันทร์ อังคาร ก็รับผิดชอบคลินิก ANC ก็ดูแลทั้งอำเภอ นะคะไม่ใช่เฉพาะตำบลคะ รับผิดชอบทั้งอำเภอประชากรก็แสนกว่าคนคะ แล้วก็งานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมะเร็งเต้านมเราก็ต้องรับผิดชอบ งานเยี่ยมบ้านทั้ง 8 กลุ่มวัยก็รับผิดชอบไม่ใช่รับผิดชอบกันเฉยเราต้องมาคุยข้อมูลใน 43 แฟ้มถ้า KPI ไม่ขึ้นผู้บริหารก็ดุ แล้วก็อย่างวันพุธเราจะมีเวลาที่จะออกเยี่ยมบ้าน อย่างวันพฤหัสบดีตรวจหลังคลอดวางแผนครอบครัว วันศุกร์ฉีดวัคซีนเด็ก ภาระงานมันเยอะเกินในฐานะพยาบาลคะ” IDI-KW-CM1- 28 ตุลาคม 2560

“ก็ช่วยได้อยู่ นะคะ แต่ care manager ส่วนมาก มี รพ.สต.ละแค่ 1 คน หนูว่าน่าจะให้เจ้าหน้าที่ทุกคนน่าจะให้ผ่านการอบรมหมดน่าจะดีกว่านี้...คนรับผิดชอบน่าจะไม่มีงานอย่างอื่นมาเสริม นะคะน่าจะให้มีโดยเฉพาะเลยคะคือทำเรื่องนี้เรื่องเดียวเลยดูเฉพาะผู้สูงอายุคะอาจจะป็นเจ้าหน้าที่ที่สามารถอบรมหรืออะไรแล้วก็มาทำงานอยู่ตรงนี้แล้วก็ดูแลเฉพาะเรื่องนั้นเลยคะ” IDI-NT-CM3-3 เมษายน 2560

“ผมว่าในเรื่องขององค์ความรู้ในเรื่องของมิติในการจัดทำ care plan แล้วก็การบริหาร care plan ให้ผู้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเรา ผมว่าน่าจะเยอะแล้วละ คือมิติตรงนี้นั้นเป็นมิติของทางด้านสาธารณสุข ขออนุญาตกลับไปแรกเริ่มเดิมทีในเรื่องของนโยบายตรงนี้ เริ่มมาจากนโยบายของท่านนายกรัฐมนตรี เพราะว่าตอนนั้นของเราเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วหลังจากนั้นเราก็เข้าใจว่ากระทรวงเราคือผมก็อยู่ในสายสาธารณสุขมาก่อน กระทรวงเรารับมาทุกอย่างอะไรเป็นนโยบายมาอะไรเกี่ยวข้องกับสาธารณสุขสาธารณะจริงๆรับมา ก็แน่นอนครับพอรับมาสาธารณสุขก็จะเป็นในเรื่องของแนวทางวิธีการที่นั่นคนถือเงินคือ สปสช.สาธารณสุขในเรื่องผู้จัดบริการแน่นอนมีสถานบริการมีตัวชี้วัดมีอะไรต่างๆนาๆนะครับ แล้วก็กองทุนในเรื่องของผู้สูงอายุฟื้นฟูเราก็มีนะครับก็รับมา แล้วทีนี้ในเรื่องของโมเดลที่เขาออกแบบนะครับผู้ให้บริการตัวนี้ก็คือจะมีอยู่ 3 กลุ่ม กลุ่มที่1 ก็แน่นอนหมอครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มที่2คือผู้ที่จะบริหารระบบตัวนี้คือ care manager แล้วก็ทีมตัวละครใหม่อีกตัวหนึ่งก็คือ care giver ซึ่งทั้ง3ส่วนนี้ในเรื่องหมอครอบครัวไม่ซีเรียสเพราะว่าเรามีอยู่แล้ว แต่ว่าในส่วน

ของ CM care manager กับ care giver มันจะต้องผ่านมาตรฐานที่ต้องมาตรฐานทั้งในเรื่องของ CM ก็คือว่าแผน care plan ออกมาจะต้องมีคุณภาพเพราะหลักบริหารตามระบบสาธารณสุขของเราจะเน้นในเรื่องของคุณภาพ ประสิทธิภาพแล้วก็ความเป็นธรรมก็คือคุณธรรม ทีนี้ก็ไปสอดคล้องกับตัวของการประกอบกิจการที่เป็นแรงต่อสุขภาพตาม พรบ.สาธารณสุข ซึ่งผู้ที่จะมาให้บริการผู้สูงอายุจะต้องผ่านการอบรมนะครับ มันจึงเป็นที่มาในเรื่องของการผลิตในเรื่องของ CM และ CG นะครับตัวละครตัวนี้จะเป็นสายสาธารณสุขทำ กระทรวงสาธารณสุขไม่ทำก็มอบหมายให้กรมอนามัย”FGD-PL-Lead2-12 เมษายน 2560

3.3) ความแตกต่าง การยอมรับ และแรงจูงใจมีผลต่อการคงอยู่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และผู้จัดการดูแล พบว่าผู้ดูแลได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนหมู่บ้านละ 2 – 3 คน ซึ่งพบว่าเกือบทุกพื้นที่ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างไรก็ตามพบว่าพื้นที่ที่ผู้ดูแลทั้งหมดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ต้องผ่านหลักสูตรการอบรม 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ซึ่งจัดอบรมโดยผู้จัดการดูแล หลังผ่านการอบรมผู้ดูแลจะทำหน้าที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 5 – 10 รายต่อผู้ดูแล 1 คน ที่บ้านตามแผนการดูแลที่ผู้จัดการดูแลกำหนดไว้เป็นรายสัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้แก่ การป้อนอาหาร การเช็ดตัว พลิกตะแคงตัว กายภาพบำบัด ผักเดิน ให้คำแนะนำ สนทนาพูดคุยแก้เหงา อยู่เป็นเพื่อน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จะอยู่ภายใต้การดูแลของผู้จัดการการดูแล และได้ค่าตอบแทนการดูแลจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามพบว่าในระยะแรกของการเข้าไปดูแลที่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง พบว่ามีบางครอบครัวที่ผู้สูงอายุและครอบครัวปฏิเสธไม่ให้ผู้ดูแลเข้าเยี่ยมที่บ้าน จะต้องผู้จัดการดูแลจึงจะสามารถให้การดูแลที่บ้านได้ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกลำบากใจในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

นอกจากนี้พบว่าในเขตพื้นที่ชนบทบางแห่งพบว่าเมื่อมีผู้ดูแลเข้าไปดูแลให้ที่บ้าน ทำให้ญาติผู้ป่วยบางครอบครัวไม่ยอมดูแลผู้สูงอายุ และมีมุมมองว่าผู้ดูแลเหล่านี้ได้รับเงินเดือนในการดูแลจากรัฐบาล จึงไม่ยอมดูแลผู้สูงอายุและยกภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับผู้ดูแลรับผิดชอบแทนครอบครัว และผู้ดูแลและครอบครัวบางส่วนสะท้อนสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมด้วย ทำให้พบว่าทุกพื้นที่เกิดปัญหาผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมขอลาออกจากการเป็นผู้ดูแลโดยให้เหตุผลปัญหาภาระหน้าที่ภายในครอบครัว รายได้จากการทำหน้าที่ผู้ดูแลที่มีจำนวนน้อยไม่สร้างแรงจูงใจ

“บางทีผู้ที่มีจิตอาสาที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุมีน้อยนะครับจะสังเกตเห็นว่าทุกวันนี้คนที่มีความจริงใจมีจำนวนน้อยนะครับ เพราะว่าปีที่แรกที่เราเริ่มผลักดันจำนวน 10 คนนะครับ ณ ปัจจุบันเหลืออยู่ประมาณ 8 คน สังเกตว่าทำงานปีหนึ่งเริ่มหายไปสอง ก็ด้วยทั้งภาระหน้าที่ทั้งครอบครัวและเป็นปัจจัยหลายๆอย่างนะครับ นี่คือปัญหาหนึ่งเกี่ยวกับบุคลากรเกี่ยวกับจิตอาสาที่จะมาช่วยงานเรา อีกอย่างหนึ่งถ้าเกิดให้ผมมองในฐานะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผมเห็นว่าค่ารายหัวที่รับมอบให้เรามาดูแลผมเห็นว่ามันน้อยเกินไป ถ้าเปรียบเทียบกับค่าดูแล

คนป่วยรายละ 5 พัน ถ้าถามว่าจำนวนยอดเงิน 5 พันถ้าคุยกับชาวบ้านเงิน 5 พันก็เป็นเงินที่เยอะพอสมควร แต่ว่าพอเอามาดูแลจริงๆผมเห็นว่ามันควรจะเยอะ ถ้าถามว่าคนที่ฐานะที่พอจะอยู่จะกินได้ จะสังเกตว่าการจ้างคนมาดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุมันต้องใช้เงินค่อนข้างสูง แต่ว่าเราทำในลักษณะจิตอาสา แต่ว่าทุกอย่างมันต้องขับเคลื่อนด้วยปัจจัยทางการเงินด้วยมาเป็นแรงกระตุ้นแรงผลักดันนะ ครับ” FGD-NR-Lead1-6 มีนาคม 2560

“ทีมงาน care giver พอมีทีมงานออกไปช่วยเหลือญาติเขามองว่าพอมีทีมไปช่วยเหลือเต็มที่เขายกภาระตรงนี้ให้เราเลยนะครับ ไม่รู้ว่าที่อื่นจะเป็นไหมนะครับ เพราะว่าบางครอบครัวพอเห็นทีมงานเราเข้าไปช่วยเหลือไปดูแลเขามอบภาระให้เราเลยนี่คือเป็นปัญหาใหญ่พอสมควร แต่ว่าเราก็มีแนวทางแก้ไขคือเราก็ได้เรียนเชิญทางญาติผู้ป่วยเข้ามาร่วมทำความเข้าใจนะ ครับก็ได้ผลบ้างไม่ได้ผลบ้าง เพราะว่าพูดตรงๆคือบางครอบครัวพื้นฐานก็ไม่เหมือนกันนะครับ ก็คือแต่ โดยส่วนใหญ่ก็เข้าใจเจตนาอยู่ว่าเรามาช่วยท้องถิ่นเรามีปัญหาไม่ใช่ว่าพอเห็นเรามาช่วยจะโยนภาระให้เราเลย” FGD-NR-CM1-6 กรกฎาคม 2560

“เข้าไปดูแลแรกๆ บางบ้านบิให้เข้าบ้าน เขาบ่ต้องการ บอกว่าเป็นเรื่องของ ลูกหลานภายในครอบครัว จนต้องมีหมอไปเยี่ยมนำ ถึงจะเข้าใจ จนตอนนี้ก็ถามหมอเขาไปเยี่ยมไป ดูแล” IDI-PL-CG-10 เมษายน 2560

3.4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการดูแลระยะยาวได้ ทุกคน

จากการสำรวจผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่วิจัยพบว่ามีอัตราการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำนวน 1,571 คน หรือ ร้อยละ 14.14 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้จำนวน 982 คน หรือร้อยละ 8.84 เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 590 คน ร้อยละ 5.31 ไม่มีระบบการดูแลระยะยาวรองรับยามชราภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบการดูแลระยะยาวจำกัดสิทธิผู้เข้าถึงบริการได้เฉพาะผู้สูงอายุตามหลักสิทธิประกันสุขภาพเท่านั้น จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษาอื่น เช่น ข้าราชการ ประกันสังคม มีความต้องการการเข้าถึง บริการระบบการดูแลระยะยาวแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้จัดการการดูแลและ ผู้ดูแล ที่มีความยากลำบากใจในการปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษา หลายประเภท บางครั้งทำให้ถูกต่อว่าถึงสิทธิการดูแลที่ควรเสมอภาคและเท่าเทียมกันทุกคน

“อันนี้CG ท่านรู้อยู่แล้วแต่ว่าท่านถามเพื่อผู้สูงอายุ เพราะว่ามิผู้สูงอายุบางคนถาม ว่าทำไมบ้านนั้นเข้าทำไมบ้านนี้ไม่เข้าอะไรประมาณนี้นะครับ มันก็เป็นปัญหาทุกพื้นที่อย่างเช่นเคสติด บ้านเหมือนกันแต่เป็นสิทธิข้าราชการแล้วไม่ค่อยได้เข้าบ่อยเหมือนสิทธิบัตรทองเขาก็จะถาม ผู้สูงอายุที่ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ นะครับก็ต้องเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินคือที่เราถามกันนะ ครับถ้าคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ก็คือถึงจะเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพิงจะได้เข้าโครงการ และยังมีอีกกรณีหนึ่งก็คือ ต้องเป็นสิทธิบัตรทองเท่านั้นถึงเป็นสิทธิข้าราชการก็ได้รับการดูแลเหมือนกันแต่จะไม่สิทธิเบิกจ่ายเงิน ก็มีผู้สูงอายุบางคนไม่เข้าใจยังงี้ก็ฝากไปบอกกันด้วยนะครับ” FGD-KM-CM-15 กรกฎาคม 2560

4) ต้นทุนการมีส่วนร่วมและการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะ พังพองระยะยาวของชุมชนภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ บุคลากรด้านสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีพื้นที่ 9 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่การดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และ 6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ยังไม่มีกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และพบว่าในพื้นที่ที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุมีกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนร่วมกันของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน โดยการสนับสนุนงบประมาณ วิทยากร การให้คำแนะนำ ช่วยดำเนินการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน และมีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอประมาณอาทิตย์ละครั้ง เช่น การให้คำแนะนำด้านดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย สันทนาการ ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่ป่วยที่บ้าน

จากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ บุคลากรด้านสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่างเห็นร่วมกันว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการดูแลที่ปลายเหตุและมีผลทำให้ชุมชนของเสียค่าใช้จ่ายและกำลังคนในการดูแล ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงควรเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ให้มีภาวะติดบ้านติดเตียง โดยเฉพาะโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดขึ้น และจากการสำรวจข้อมูลและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าในเทศบาลตำบลโคกศรี ซึ่งมีโรงเรียนผู้สูงอายุ 2 แห่ง ที่ดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องติดต่อกัน 5 ปี จนเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นๆ มีอัตราการเกิดภาวะพังพองระยะยาวประมาณร้อยละ 4 ซึ่งน้อยกว่าอัตราเฉลี่ยของพื้นที่วิจัยทั้งหมดที่จากการสำรวจพบประมาณ ร้อยละ 14 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพังพองระยะยาวภายใต้การดูแลของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 8.84

“ถ้าเราดูแลผู้สูงอายุให้มีความแข็งแรง ไม่มีภาวะติดบ้านติดเตียง ก็ไม่ต้องมาเป็นภาระของใครๆ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องจ้างคนดูแล โรงเรียนผู้สูงอายุช่วยเรื่องนี้ได้มาก” FDG-Lead2-PL-14 กรกฎาคม 2560

“จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและรายงานจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพังพองระยะยาวจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า เทศบาลตำบลโคกศรี มีรายงานผู้สูงอายุที่มีภาวะพังพองระยะยาว ซึ่งขอเบิกงบประมาณในการดำเนินการในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 18 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 3.42 ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 17 คน (ผู้ป่วยรายเก่า 17 คน เสียชีวิต 1 คน) คิดเป็นอัตราร้อยละ 3.61” โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศรี, 2560 และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น

2.2.3 นำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ในขั้นตอนการนำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และ สถานการณ์กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นร่วมของชุมชน และจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นร่วมกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดขอนแก่นเพื่อจัดทำประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องร่วมให้ความเห็นหลากหลายและมีทีมวิชาการทำหน้าที่สรุปประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีการเสนอเพื่อนำเสนอของเป็นร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะในครั้งแรกมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ จังหวัดขอนแก่น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้การบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

คณะผู้เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นร่างข้อเสนอ ประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้พิจารณาเอกสารหลักผู้สูงอายุ: การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ตระหนักดีว่า จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีผู้สูงอายุจำนวนมากติดอันดับสองของประเทศ รองจากจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุประมาณ เกือบร้อยละ 12 ต้องการ การพึ่งพิงระยะยาว ในขณะที่การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ยังไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายและมีแนวโน้มจะมีความยากลำบากในการขับเคลื่อนการปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลทำให้จังหวัดขอนแก่นต้องเผชิญกับสภาพปัญหาและผลกระทบทุกด้านในอนาคต หากไม่มีการเตรียมการและแก้ไข ปัญหาที่ดีพอ

รับทราบว่า จังหวัดขอนแก่น กำลังดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2557 ซึ่งมีพื้นที่ดำเนินการ ในปี พ.ศ.2559 จำนวน 44 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ ปี พ.ศ.2560 จำนวน 99 อปท. โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ได้รับการดูแลทั้งหมดจำนวนประมาณ 9,390 คน อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีเพียงพื้นที่ดำเนินการ จำนวน 22 อปท. เท่านั้น ที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาที่สำคัญ คือ การเตรียมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่เพียงพอ ทำให้การผลักดันให้เกิดศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ส่วนใหญ่จึงไม่สามารถดำเนินการได้ ตลอดจนสภาพปัญหาความล่าช้าในการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) รวมทั้งการต้องแบกรับภาระงานการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเกินมาตรฐานที่กำหนดและภารกิจภายในหน่วยงาน อีกทั้งภารกิจการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) แต่ขาดงบประมาณสนับสนุน ทำให้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีผลให้เกิดการขอลาออกจากการทำบทบาทของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชื่นชม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่สร้างความร่วมมือ ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จนทำให้สามารถ ดำเนินการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเป็นแบบอย่างที่ดีในระดับจังหวัดและระดับเขต สุขภาพที่ 7 เช่น เทศบาลเมืองเมืองพลร่วมกับโรงพยาบาลพล เทศบาลนครขอนแก่น และองค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่ม

อีกทั้งหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ศูนย์อนามัยที่ 7 วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีขอนแก่น ที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนด้านวิชาการ และการกำกับติดตาม รวมถึงสำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น และ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน

มีข้อวิตกกังวล เกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่จะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวน ประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่นในอนาคต ในขณะที่ยังขาดระบบการดูแลที่รองรับสังคมผู้สูงอายู รวมทั้งปัญหาการไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน พื้นที่ปฏิบัติการนำร่องของประเทศและพื้นที่ขยายในปี พ.ศ.2560 และภาระงานของผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุที่ทำให้มีผลต่อขวัญและกำลังใจในการทำงาน ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการเตรียมการและ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวรองรับสังคมผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่นในอนาคต

จึงมีร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. ผลักดันประเด็นสังคมผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่น ให้เป็นวาระการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและการบูรณาการภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน จังหวัดขอนแก่น โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่นเป็นประธาน และมีคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกในการติดตามและสนับสนุนนโยบายพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และประเมินประสิทธิภาพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2557

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สำคัญที่สุดของจังหวัดขอนแก่น คือ มีการสนับสนุนให้ สมาชิกในครอบครัว มีการดูแลภายในครอบครัวก่อน ถ้าเกินขีดความสามารถของครอบครัว จึงขอรับ การบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งบริการดูแลในชุมชนที่จัดขึ้นควรเป็นไปเพื่อเอื้อ ส่งเสริม หรือ สนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งไม่จำกัดสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแล มิได้ให้ เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพ(UC) เท่านั้น

3. ควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักของการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วม และการสนับสนุนของชุมชน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยตรวจสอบ ควรกำหนดคู่มือ ระเบียบ และชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และแนวทางปฏิบัติร่วมกันอย่างชัดเจน และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้เกิดการปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

5. มีการจัดตั้งกองทุนเสริมหรือสนับสนุนให้กองทุนอื่น ๆ ที่มีอยู่ในตำบล (ท้องถิ่น) ร่วมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยผู้สูงอายุหรือชุมชนมีส่วนร่วมด้านค่าใช้จ่าย เพื่อสร้างความเข้มแข็งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

6. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ กับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสังคมในจังหวัดขอนแก่น เพื่อเร่งพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อความต้องการในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการเพื่อพัฒนามาตรฐานและแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

7. ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย และขยายวงกว้างในกลุ่มเยาวชนในโรงเรียน จังหวัดขอนแก่น รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพหลัก

8. ในสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะพึ่งพิงระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความสำคัญและมีความจำเป็น โดยเฉพาะการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานอยู่ ควรเป็นในลักษณะการบูรณาการร่วมกันดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวโดยปราศจากภาวะพึ่งพิง

2.2.4 ปรับปรุงข้อเสนอนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน

กระบวนการปรับปรุงข้อเสนอนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประกอบด้วย

1) การปรับปรุงร่างนโยบายสาธารณะ ด้วย

(1) การนำเสนอร่างนโยบายสาธารณะใน เวทีสมัชชาพิจารณา รับฟังความคิดเห็น ผู้ให้และผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขต ปี 2560 “ร้อยแก่นสารสินธุ์” จากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่จัดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

(2) การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ เพื่อวิพากษ์และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ จากพื้นที่วิจัย 4 จังหวัด โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น และมหาวิทยาลัยขอนแก่น และปรับปรุงข้อเสนอ นโยบายสาธารณะ

2) การรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะฉบับปรับปรุง โดย

(1) ร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ระดับประเทศ ประจำปี 2560 “ประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” จัดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายของการวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของข้อเสนอของเขต 7 และ

(2) จัดเวทีสมัชชาพิจารณา รับฟังความคิดเห็นจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้สูงอายุจากในพื้นที่วิจัย 4 จังหวัด และ เครือข่ายนอกพื้นที่วิจัย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น เพื่อร่วมตัดสินใจต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งข้อเสนอแนะทั้งหมดได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

3) ปรับปรุงข้อเสนอนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป ซึ่งรายละเอียดของข้อเสนอ นโยบายสาธารณะมีดังต่อไปนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)

คณะผู้เข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นเห็นร่างข้อเสนอ ประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้พิจารณาเอกสารหลักผู้สูงอายุ: การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ตระหนักดีว่า พื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และ จังหวัดกาฬสินธุ์ เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแบบก้าวกระโดด โดยจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้สูงอายุมากติดอันดับสองของประเทศ รองจากจังหวัดนครราชสีมา และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุประมาณ เกือบร้อยละ 12 ต้องการการพึ่งพิงระยะยาว ในขณะที่การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ยังไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายและมีแนวโน้มจะมีความยากลำบากในการขับเคลื่อนการปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลทำให้ทั้ง 4 จังหวัด ต้องเผชิญกับสภาพปัญหาและผลกระทบทุกด้านในอนาคต หากไม่มีการเตรียมการและแก้ไขปัญหาคือ

รับทราบว่า ทั้ง 4 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 7 กำลังดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2557 ซึ่งมีพื้นที่ดำเนินการในปี พ.ศ.2559 จำนวน 145 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ทั้งหมดจำนวนประมาณ 11,635 คน อย่างไรก็ตาม พบว่ามีเพียงพื้นที่ดำเนินการ จำนวน 42 อปท. เท่านั้น ที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ ในขณะที่ปี พ.ศ.2560 มีพื้นที่เข้าร่วม จำนวน 284 อปท. โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ที่จะได้รับการดูแลทั้งหมดจำนวนประมาณ 13,145 คน ยังไม่สามารถเบิกงบประมาณการดำเนินงานได้

ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาที่สำคัญ คือ การสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาและระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนยังไม่เพียงพอ ทำให้การผลักดันให้เกิดศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้าง ระบบรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ส่วนใหญ่จึงไม่สามารถดำเนินการได้ ตลอดจนสภาพปัญหาความล่าช้าในการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) รวมทั้งการต้องแบกรับภาระงานการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเกินมาตรฐานที่กำหนดและภารกิจภายในหน่วยงาน อีกทั้งภารกิจการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) แต่ขาดงบประมาณสนับสนุน ทำให้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีผลให้เกิดการขอลาออกจากการทำงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชื่นชม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขและผลักดันสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จนทำให้สามารถดำเนินการตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเป็นแบบอย่างที่ดีในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพที่ 7 เช่น เทศบาลเมืองเมืองพลร่วมกับโรงพยาบาลพล และองค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่มร่วมกับรพสต.นาหนองทุ่ม และรพสต.วังยาว องค์การบริหารส่วนตำบลยางสีสุราชร่วมกับรพสต.บ้านโนนรัง

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ที่บูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ภายใต้การขับเคลื่อนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับศูนย์โฮมสุข ของพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ อีกทั้งในระดับตำบลพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายพื้นที่ได้สร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกันจนเกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลนาหนองทุ่มร่วมกับรพสต.นาหนองทุ่มและรพสต.วังยาว องค์การบริหารส่วนตำบลยางสีสุราชร่วมกับรพสต.บ้านโนนรัง

นอกจากนี้พบว่ามีพื้นที่ดำเนินการสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุจนเกิดเป็นชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง โดยการนำของผู้สูงอายุในชุมชนและการสนับสนุนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผลการติดตามในระยะ 2 ปี พบว่าไม่มีผู้สูงอายุติดเตียง และมีผู้สูงอายุติดบ้านเพียงแต่ 18 คน เช่น เทศบาลโคกศรี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

อีกทั้งหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัยที่ 7 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น ที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนด้านวิชาการและการกำกับติดตาม รวมถึงสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น และการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อวิตกกังวล เกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่จะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 และข้อจำกัดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคต ในขณะที่ยังขาดระบบการดูแลเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งสถานการณ์ปัญหาการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ปฏิบัติการนำร่องของประเทศและพื้นที่ขยายในปี พ.ศ.2560 ที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย และภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ส่งผลต่อกำลังคนในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการเตรียมการและการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวรองรับสังคมผู้สูงอายุของทั้ง 4 จังหวัด

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับบทบาทโดยตรงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานตรวจสอบ เพื่อทบทวนและกำหนดระเบียบ ข้อบังคับ ชุติลธิธิประโยชน์พื้นฐาน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และแนวทางปฏิบัติของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ความชัดเจนและปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ ข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุติลธิธิประโยชน์ของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนเข้าใจ รวมทั้งการเข้าใจบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ควรปรับปรุงระเบียบการให้งบประมาณบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เอื้อให้เกิดการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลโดยตรงสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงควรขยายสิทธิการเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าถึงสิทธิได้ ทั้งข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม รวมทั้งคนที่พิสูจน์สัญชาติไม่ได้ในราชอาณาจักรไทย เพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่จัดขึ้นโดยภาครัฐ มิใช่เพียงผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพเท่านั้น

5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ควรสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เพียงพอต่อความต้องการในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตลอดจนการทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการเพื่อพัฒนามาตรฐาน แนวทางปฏิบัติ และสร้างองค์ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน

6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสนับสนุนให้ทุกจังหวัดจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงสิทธิในการขอรับการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการสนับสนุนภาคีเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วม และการสนับสนุนของชุมชน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน การจัดตั้งกองทุนหนุนเสริมหรือกองทุนอื่น ๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่สนับสนุนกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างความเข้มแข็งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในอนาคต

3. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวโดยปราศจากภาวะพึ่งพิงระยะยาว เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มออกกำลังกาย

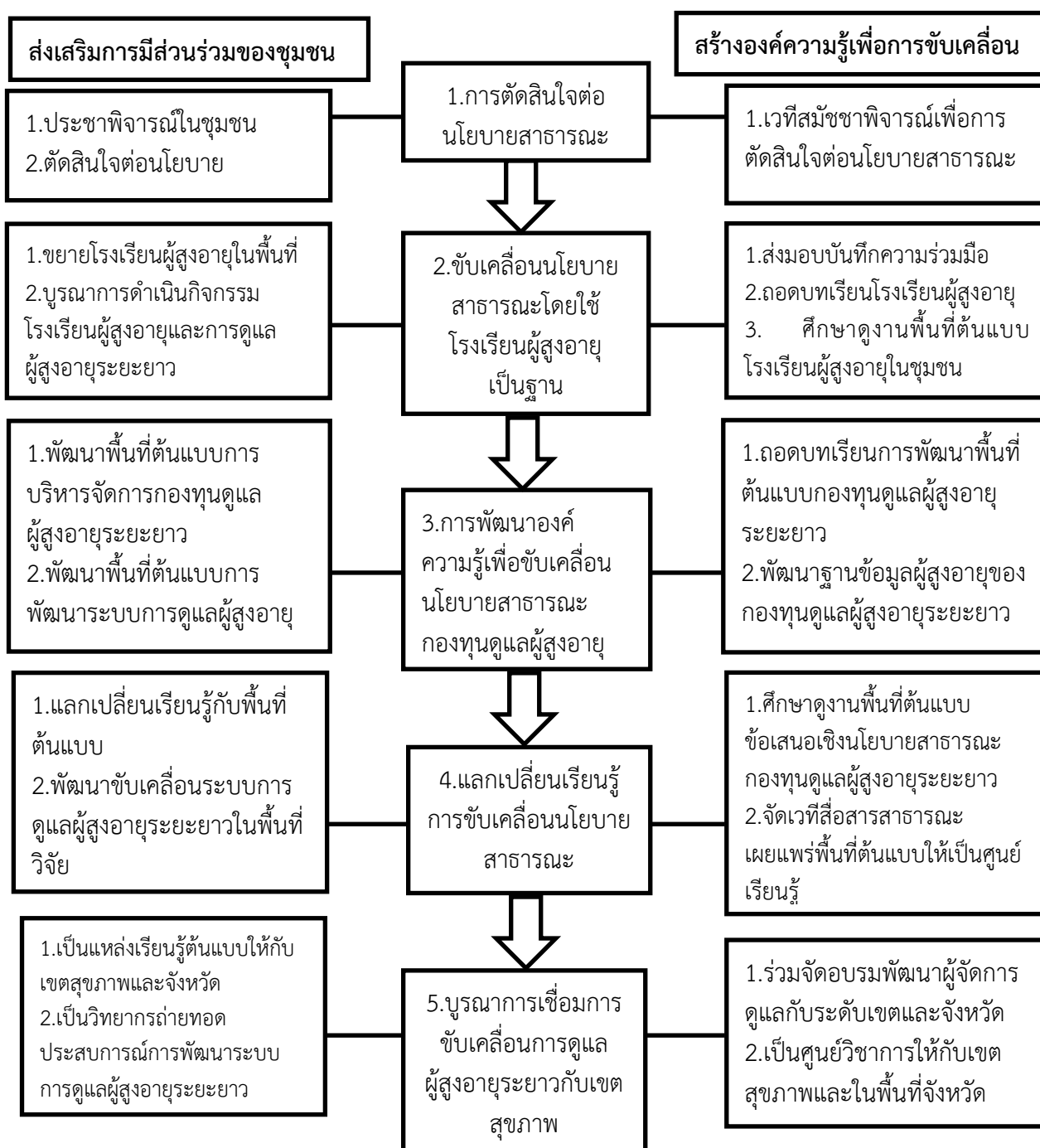
4. สนับสนุนการพัฒนากำลังของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการปฐมภูมิให้มีจำนวนเพียงพอสำหรับในอนาคต โดยเฉพาะผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และนักกายภาพบำบัด รวมทั้งการวางแผนพัฒนากำลังคนและการดำรงรักษาคนในระบบ ด้วยการสนับสนุนการจัดสรรค่าตอบแทนภาระกิจการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องแบกรับภาระและเป็นกลไกฟันเฟืองสำคัญของการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

5. ร่วมผลักดันประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นวาระการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภายใต้การบูรณาการภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และมีคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกในการติดตามและสนับสนุนนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น การบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

การพัฒนานโยบายสาธารณะระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของรัฐบาลในช่วงระยะเวลา เกือบ 2 ปี พบว่า ยังไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายและมีแนวโน้มจะมีความยากลำบากในการขับเคลื่อน การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ ที่สามารถตอบสนองปัญหาการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน ภายใต้กระบวนการรับฟังข้อมูลรอบด้าน จึงมีความสำคัญสำหรับการตัดสินใจในการพัฒนาปรับปรุงนโยบายสาธารณะให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบท และนำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ต่อไป

3. กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และ ผู้จัดการดูแล พบว่ากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในพื้นที่จริง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การตัดสินใจรับประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่ปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งพบว่าเกิดจาก องค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างองค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และการสื่อสารสาธารณะ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 8 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ตารางที่ 33 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กระบวนการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะ	วิธีการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา
1.การตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน	1.ประชาพิจารณ์ความคิดเห็นของประชาชนในชุมชน 2.จัดเวทีสมัชชาพิจารณ์เพื่อการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับ ภา ศี เครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3.ส่งมอบบันทึกความร่วมมือพร้อมข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะให้กับพื้นที่วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	วันที่ 13 - 30 มิถุนายน 2560 ในพื้นที่วิจัย วันที่ 13 กรกฎาคม 2560 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น วันที่ 13 กรกฎาคม 2560 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
2.ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐานการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	1. ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ 2. ศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน 3. บูรณาการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	วันที่ 13 - 14 มิถุนายน 2560 โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโคกเครือ-โคกศรี จ.กาฬสินธุ์ วันที่ 13 มิถุนายน - ตุลาคม 2560 ในพื้นที่วิจัย
3.การสร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	1.ถอดบทเรียนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบนโยบายสาธารณะกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2.พัฒนาพื้นที่ต้นแบบข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว -พื้นที่ต้นแบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว -พื้นที่ต้นแบบการพัฒนาระบบการดูแล 3.เผยแพร่พื้นที่ต้นแบบให้เป็นศูนย์เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเขตสุขภาพ	วันที่ 1 - 30 เมษายน 2560 เทศบาลเมืองเมืองพล จ.ขอนแก่น โรงพยาบาลอาจสามารถ จ.ร้อยเอ็ด วันที่ 1 - 30 เมษายน 2560 เทศบาลเมืองเมืองพล จ.ขอนแก่น โรงพยาบาลอาจสามารถ จ.ร้อยเอ็ด

ตารางที่ 33 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (ต่อ)

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ	วิธีการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา
4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ	1. ศึกษางานพื้นที่ต้นแบบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว - การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว - การจัดบริการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาระบบการดูแล 3. ติดตามเยี่ยมประเมินความก้าวหน้าการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะทุก 2 เดือน 4. บูรณาการการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายของเขตสุขภาพ 5. สื่อสารสาธารณะเผยแพร่พื้นที่ต้นแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตบริการสุขภาพที่ 7	วันที่ 13 - 14 มิถุนายน 2560 เทศบาลเมืองเมืองพล จ.ขอนแก่น วันที่ 17 พฤศจิกายน 2560 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น วันที่ 14 มิถุนายน - 17 พฤศจิกายน 2560 ในพื้นที่วิจัย วันที่ 1 เมษายน - 17 พฤศจิกายน 2560 เทศบาลเมืองเมืองพล จ.ขอนแก่น โรงพยาบาลอาจสามารถ จ.ร้อยเอ็ด อบต.นาหนองทุ่ม จ.ขอนแก่น
5. บูรณาการเชื่อมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเขตสุขภาพ	1. ร่วมจัดอบรมพัฒนาผู้จัดการดูแลกักระดับเขตและจังหวัด เพื่อให้มีจำนวนผู้จัดการดูแลที่เพียงพอและขยายผู้จัดการดูแลสู่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2. เป็นศูนย์วิชาการให้กับเขตสุขภาพและในพื้นที่ของจังหวัด เพื่อเชื่อมการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย 3. เป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบและเป็นวิทยากรถ่ายทอดประสบการณ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้กับเขตสุขภาพและจังหวัด	วันที่ 2 - 13 ตุลาคม 2560 รร.ลาวิลา จ.ขอนแก่น วันที่ 26 - 27 เมษายน 2560 โรงแรมโซะยะ จ.ขอนแก่น วันที่ 9 เมษายน - ตุลาคม 2560 อำเภอพล จ.ขอนแก่น

3.1 การตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่า ในกระบวนการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประกอบด้วยการตัดสินใจ 2 ระดับ คือ การตัดสินใจของชุมชน ซึ่งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยการพิจารณาพิจารณาความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะในพื้นที่และทีมวิชาการได้ร่วมกันจัดทำขึ้น และ การตัดสินใจของผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสาธารณะไปขับเคลื่อนในพื้นที่ต่อไป โดยกระบวนการจัดเวทีสมัชชาพิจารณาเพื่อการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการส่งมอบบันทึกความร่วมมือพร้อมข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะให้กับพื้นที่วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ซึ่งผลการพิจารณาพิจารณาพบว่าชุมชนทั้ง 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกชุมชนเห็นด้วยกับนโยบายสาธารณะทุกข้อ ส่วนผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 13 แห่ง เข้าร่วมเวทีสมัชชาพิจารณาเพื่อการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะและรับมอบบันทึกความร่วมมือและข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะครบทั้งผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้บริหารของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ส่วนพื้นที่ จำนวน 2 พื้นที่ มีผู้บริหารของหน่วยงานด้านสาธารณสุขแต่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้เข้าร่วม

3.2 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน

จากการการสนทนาแก่นำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่รพสต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2 แห่ง คือ โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโคกเครือ และ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโคกศรี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน ที่ทำให้กลุ่มคน องค์กร และหน่วยงานในชุมชน มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากรในชุมชน การดำเนินกิจกรรม ตลอดจนถึงการสนับสนุนการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งงบประมาณ วิทยากร การให้คำแนะนำ การช่วยดำเนินการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน อย่างสม่ำเสมออาทิตย์ละครั้ง เช่น การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย สันทนาการ รวมถึงการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ การเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้าน การสนับสนุนเงินสวัสดิการให้ผู้สูงอายุที่ป่วยนอนโรงพยาบาลและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้พบว่าในพื้นที่ ทั้ง 2 แห่ง มีอัตราการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวประมาณร้อยละ 4 เท่านั้น

“ผลงานที่ผ่านมาทำให้ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโคกศรี เป็น 1 ใน 22 แห่ง ชมรมเข้มแข็งระดับประเทศ และผ่านเกณฑ์การประเมินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว long term care ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555 ได้รับโล่จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จากสภาสมาคมชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ซึ่งชมรมผู้สูงอายุเทศบาลโคกศรี มีสาขา 4 แห่ง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลอุดม อำเภอยางตลาด ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองเป็ด ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองสองล้อ อำเภอนงนุชศรี ชมรมผู้สูงอายุตำบลลุ่มเม้า อำเภอยางตลาด โดยชมรมจะออกเยี่ยมติดตามสนับสนุนชมรมสาขาให้มีความเข้มแข็ง

นอกจากนี้ชมรมแห่งนี้ได้รับการเยี่ยมชมและศึกษาดูแลจากที่ต่างๆ ตลอดทั้งจากชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในสมเด็จพระศรีนครินทร์ทราบรมราชชนนี กระทรวงสาธารณสุข และเป็นแหล่งเรียนรู้จากพื้นที่ต่างๆ”FGD-KS-Lead 2-7 เมษายน 2560

“อันนี้เป็นจุดน่าสนใจเมื่อเรามีต้นทุนในเรื่องของโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่แล้ว โรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นต้นทุนในการไปต่อเรื่องของกองทุนก็สามารถที่จะไปจับได้ คือถ้ามีฐานของภาคประชาชนอยู่ส่วนท้องถิ่นเขาไม่มีปัญหา แต่ถ้าเมื่อไหร่ที่มันเป็นฐานที่แบบว่าระบบสุขภาพจะเข้าไปอันนั้นมันก็เป็นเรื่องธรรมชาตินะคือเราก็ไม่ใช่ภาคประชาชนเราก็คือหน่วยงานของภาครัฐเหมือนกันเมื่อต้องไปต่ออะไรต่างๆมันก็เกิดปัญหาแบบนี้ แต่ถ้าเป็นความต้องการของผู้สูงอายุถ้าเราคุย เราเชื่อมกับกลุ่มผู้สูงอายุแล้วกลุ่มผู้สูงอายุจะ เคลื่อนไหว เข้าไปเรื่องของการทำกองทุนให้เราได้ แล้วตัวของท้องถิ่นที่เขาแข็งแรงแบบนั้นเขายังจะยอมรับไว้นะคะ เพราะนั่นคือการ เคลื่อนไหว มันมีหลายช่องทางเราค่อยเข้าไปเรียนรู้ด้วยกัน”FGD-OS-CM-28 เมษายน 2560

“ก็สิ่งที่เห็นนะค่ะก็เป็นความเป็นเจ้าเข้าเจ้าของเป็นตัวของตัวเอง เมื่อมีความเป็นเจ้าเข้าเจ้าของแล้วเราก็จะไม่ได้รู้สึกว่าจะทำอะไรไปเพื่อใครก็แล้วแต่ ก็คือผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญแล้วก็ทำเพื่อตัวเองด้วยความภาคภูมิใจ มีพื้นที่ในสังคมมีจุดให้แสดงออกมีจุดให้ความสำคัญ โรงเรียนผู้สูงอายุก็มีความสำคัญตรงที่จะช่วยให้กลุ่มที่เป็นภาวะติดเตียงขึ้นมาเป็นกลุ่มที่ คือเป็นอีกอันหนึ่งที่จะช่วยให้เป็นกลุ่มติดสังคมนะค่ะ เพราะว่าก็คือความเข้มแข็งอย่างกรณีพื้นที่ที่น้องหนึ่งว่านี่นะค่ะก็คืออย่างกรณีของตำบลน้องหนึ่ง ทีมพัฒนาชุมชนที่เขาเห็นอำเภอเห็นจังหวัดคุยกันเขาก็จะไปคือกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเขาก็จะไปคืออันนี้เขาทำของเขาเองนะค่ะก็อย่างที่ว่าป็นเจ้าเข้าเจ้าของคือกลุ่มผู้สูงอายุเขาจะไปเยี่ยมกลุ่มผู้สูงอายุกันเอง ออกไปเยี่ยมให้กำลังใจเพื่อนแล้วออกมาสู่กลุ่มที่เป็นติดสังคมมาเข้าสู่โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งในอำเภอคำม่วงเราเหมือนว่าเราจะค่อยๆทำไปด้วยกันนะค่ะ แต่จะมีพื้นที่ที่โดดเด่นก็คือพื้นที่ปี59ที่ตำบลโนนสี ก็คือมีผู้ป่วยติดเตียงได้ขยับขึ้นมาเป็นติดสังคมได้ลดลงไป1คน ซึ่งมันทำให้เรารู้สึกประสบความสำเร็จมากถึงแม้เป็นแค่1คนนั้น ด้วยการขับเคลื่อนไม่ว่าจะเป็น care giver หรือว่า care plan ที่ทำและทุกอย่างเลยหรือแม้แต่ทีมกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ไปชักชวนไปเยี่ยมไปให้กำลังใจทำให้กลุ่มนี้อายากออกมานะค่ะ อีกอย่างหนึ่งก็คือความร่วมมือของแต่ละส่วนอันนี้ก็สำคัญจริงๆ จากที่ทำนายอำเภอได้เรียกที่ศูนย์เข้ามาคุยแล้วท่านก็ติดตาม ไม่ใช่ว่าจะประชุมเสร็จแล้วก็แล้วไปเลย เหมือนตำบลโนนทันซึ่งจะเป็น long term care ปี60นะค่ะ ก็คือเขาจะทำโรงเรียนผู้สูงอายุให้ครบทุกหมู่ ซึ่งตอนนี้มีโรงเรียนผู้สูงอายุแค่2แห่ง ซึ่งอำเภอคำม่วงก็มีโรงเรียนผู้สูงอายุประจำตำบลเพียง1แห่ง เพราะว่าคือเราทำไปด้วยกันใช้ไหมคะท้องถิ่นเขาก็มาทำทางสาธารณสุขก็ให้ความร่วมมือ เพราะฉะนั้นมันเป็นนโยบายที่ต้องทำนะค่ะ แต่เราอยากให้มีความเป็นเจ้าเข้าเจ้าของซึ่งทุกแห่งจะมีความสุขและผู้สูงอายุจะรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข อย่างกรณีตำบลน้องหนึ่งอยู่นะค่ะไม่ต้องไปจ้างอะไรเลยให้ผู้สูงอายุนี้แหละค่ะกิจกรรมมันมีมาเองวันเกษียณอายุอะไรแบบนี้ค่ะ คือมันมีบทบาททุกอย่าง เพราะฉะนั้นอันนี้ก็คือส่วนที่จะนำไปดำเนินการต่อก็คือว่า เราจะทำแบบนี้แหละค่ะแล้วก็พัฒนาต่อไป” FGD-NY-CM-28 เมษายน 2560

โรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นกลไกสำคัญและเป็นพื้นที่ของการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของ กลุ่มผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ชุมชน ซึ่งจากวิเคราะห์ต้นทุนโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยทั้ง 15 แห่งพบว่า มีการดำเนินกิจกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 9 แห่ง ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 3 แห่ง มีแกนนำผู้สูงอายุในชุมชนเจ้าภาพหลักในการดูแลและดำเนินกิจกรรมของโรงเรียน ในขณะที่โรงเรียนผู้สูงอายุ 7 แห่ง อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 4 แห่ง อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุทุกแห่งมีหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ผู้นำชุมชน และภาคีอำเภอ โรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นจุดเชื่อมและพื้นที่เปิดในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทำให้หน่วยงานราชการ องค์กร และกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนได้มีส่วนร่วมสนับสนุนกิจกรรมต่างของการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามพบพื้นที่ จำนวน 6 แห่ง ไม่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังนั้นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุสู่ปฏิบัติการในพื้นที่ มีดังต่อไปนี้

1) ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มและเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษาดูงานในโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ แกนนำผู้สูงอายุจากพื้นที่วิจัยที่ 14 แห่ง ในพื้นที่ต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านโคกเครือ และ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลโคกศรี พบว่าทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ และการสะท้อนผลการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนเองในพื้นที่มีการดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุร่วมกันเพื่อปรับปรุงและพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ ในขณะที่พื้นที่ที่ไม่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าเกิดแรงบันดาลใจกับผู้เข้าศึกษาดูงาน จำนวน 2 พื้นที่ ได้นำคณะแกนนำผู้สูงอายุในตำบลมาศึกษาดูงานซ้ำ และพบว่าในระหว่างดำเนินโครงการวิจัยมีพื้นที่ จำนวน 6 แห่ง เปิดโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานผู้สูงอายุในชุมชน

นอกจากนี้ในการมาศึกษาดูงานโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ พบว่าได้ทำให้เข้าใจบทบาทความร่วมมือของกลุ่มคน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ในชุมชน และนอกชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการทำงานผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างยั่งยืน ได้แก่ (1) เจ้าอาวาสวัด มีบทบาทสำคัญการให้คำปรึกษาเริ่มให้เกิดโรงเรียนผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรม “ถนนสายบุญ” ในตำบลช่วงวันสำคัญต่างๆ เพื่อนำสิ่งของที่บริจาคมาจัดแบ่งให้กับโรงเรียนผู้สูงอายุ (2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย อบต. แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำกองทุนในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และร่วมออกแบบการจัดกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้สูงอายุ (3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานราชการในชุมชนที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน ทั้งการดูแลผู้สูงอายุแก่ชุมชน การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และ การสนับสนุนติดตามการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงของกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข (4) อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยร่วมกับผู้สูงอายุ และร่วมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มปกติ (5) ผู้สูงอายุในชุมชน เป็นผู้นำของโรงเรียนผู้สูงอายุและสมาชิกทำ

กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ร่วมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง และติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วย (6) ลูกหลานและครอบครัวผู้สูงอายุ ทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และช่วยสนับสนุนการออมให้แก่ผู้สูงอายุ และ (7) เทศบาล ทำบทบาทหน้าที่สนับสนุนกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการให้งบประมาณสนับสนุนผ่านกองทุนสุขภาพ และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

“สิ่งที่เห็นก็คือได้เห็นการแบ่งปันระหว่างผู้ที่มาศึกษาดูงานแล้วก็ผู้ที่มาเรียนรู้ในการดูงาน ซึ่งแหล่งเรียนรู้บ้านโคกลี โคกเครือเขามองตัวเองว่า ผู้ที่มาศึกษาดูงานดูเป็นต้นแบบซึ่งก็มีสิ่งดีจากที่อื่นหลายอย่างนะค่ะ แต่ว่าบางอย่างเขาก็ยังต้องมีการพัฒนาต่อยังไม่ชัดเจน แต่ก็ชุมชนนี้ก็เข้มแข็ง ผู้นำเข้มแข็ง ซึ่งถ้ามีการเดินแล้วก็มีการพัฒนาไปเรื่อยๆก็รู้สึกว่าจะเกิดความยั่งยืน ส่วนหน่วยงานที่มาดูมาเรียนรู้ก็มีการเปิดใจการสะท้อนถึงจุดอ่อนของตัวเอง แล้วก็แนวทางที่จะนำไปพัฒนา ซึ่งสิ่งเหล่านี้บางท่านก็ไปพัฒนาต่อก็สามารถที่จะนำไปดำเนินงานที่มันชัดเจน ดำเนินงานที่เป็นรูปเป็นร่างขึ้นมาได้”FGD-KK-CM-28 เมษายน 2560

“...สำหรับทีมของเราขอออกตัวไว้ก่อนว่าสำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ยังไม่เกิดนะค่ะ แต่ว่าที่ผ่านมาประมาณปีครึ่งคือปี 2559 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ทีมพื้นที่ของเราได้ดำเนินการในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีคำจำกัดความเฉพาะก็คือ คนที่ป่วยหรือว่าคนที่มีปัญหาเท่านั้นเองนะค่ะ ในส่วนของผู้สูงอายุสุขภาพดีอย่างคุณแม่จากโกสุมและคุณแม่ทั้งหลายท่านในที่นี้ ขอออกตัวว่าเรายังไม่ได้ดูแลเท่าที่ควรเท่าที่ควรจะเป็นนะค่ะ ซึ่งเมื่อได้มาฟังการนำเสนอแล้วก็ได้มาศึกษาดูงานของเทศบาลตำบลโคกลีแล้วก็โคกเครือในช่วงบ่ายนะค่ะ ปรากฏว่าเกิดโจทย์ที่สำคัญในสมองของผมตอนนี้ก็คือ จะทำยังไงถึงจะทำให้กระบวนการสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุที่ได้เป็นรูปธรรมชัดเจนได้เกิดจากผู้สูงอายุเองเกิดจากตัวชุมชนเอง โดยที่เราไม่ได้เป็นตัวบ่อนอย่างที่เราอาจจะสามารถพูด ไม่ได้ฟังคุณหมอไม่ได้ฟังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือว่าหน่วยงานราชการเป็นตัวบ่อน เอาเงินไปให้แล้วก็ดำเนินการขึ้นประมาณนี้ครับ ซึ่งจากการดำเนินงาน long term care ที่ผ่านมาของพื้นที่ผมประมาณปีครึ่ง ถ้าเราใช้เงินเป็นตัวตั้งเช่น มีค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลสูงอายุลงไปทำนั่นทำนี่ให้ ปรากฏว่าสักระยะหนึ่งเมื่อมีการผิดของเงิน เช่น ระดับผู้บริหารโอนเงินลงมาไม่ทันหรือว่าติดขัดในการเบิกจ่าย ใจของผู้ดูแลหรือว่าผู้ทำงานจะออกทันที อันนี้เป็นโจทย์ที่ผมได้คำตอบในใจแล้วนะค่ะ แต่โจทย์ที่ผมยังไม่ได้คำตอบก็คือ ผมต้องไปดำเนินการในพื้นที่ตัวเองแล้วก็จะทำยังไงที่จะทำให้เกิดโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้นจากใจของคนในชุมชนเอง ที่จะดูแลทั้งตัวเองด้วยทั้งคนรอบข้างของตัวเองด้วยจนวาระสุดท้ายของชีวิตนะค่ะ ” FGD-YS-CM-28 เมษายน 2560

“เรามาเจอเราก็จะมาเห็นแต่สิ่งที่ดีๆ เราก็รู้สึกดีใจที่เอาท้องถิ่นมาด้วย คือเราก็คิดว่าเราทำได้ดีแล้วเหมือนกับโกสุม คือของเราอาจจะเริ่มจากที่เราอยากจะให้เขา แต่ที่นี้เริ่มจากผู้สูงอายุรวมกันเองเกิดขึ้นมาเอง แต่ของเราคือทางโรงพยาบาลอยากให้เกิดขึ้นมาแบบนี้แหละไม่ค่อยจะเท่าไหร่นะค่ะ เลยเกิดความรู้สึกว่าฟังฟังเราไม่ได้เข้มแข็งเหมือนแบบนี้ แต่เราก็เลยหาในเมื่อเราดำเนินการมาแล้วเราก็เกิดประกายว่า เราคุยกันกับท้องถิ่นว่าเราอยากจะพาทีมเรามาศึกษาดูงานที่นี้ก็ต้องให้ได้มาเห็นว่าคนอื่นเขาทำอย่างไร เราจะได้แนวคิดกลับไปดูแลตัวเองไปทำไปพัฒนาตัวเอง ให้เขาได้เห็นในสิ่งที่คนอื่นทำ ก็คุยกับทางเทศบาลแล้วว่าจะพาทีมผู้สูงอายุมาศึกษาดูงานนะค่ะ เราก็ได้

เห็นตั้งแต่เรื่องเงินนะค่ะเรื่องการออมซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เราก็ออยากให้เกิดแต่ว่าพอดีของเราที่ผ่านมามันเกิดปัญหาเรื่องของเงินฉาบฉวยที่มันเกิดแล้วมันล่มไป ตอนนี้อาจารย์ก็เลยเกิดไม่มั่นใจที่จะทำขึ้นมาอีก รอบแบบนี้ละค่ะ ก็คือพอพูดเรื่องเงินแล้วเขาก็จะเป็นอะไรที่ยากและอาจจะทะเลาะกัน เราก็เลยไม่กล้าจะไปยุ่งกับเขา ก็เลยคิดว่าต้องให้เขาอยากทำเองต้องให้เขาดำเนินการเอง เราก็เลยว่าถ้ามาดูงานมันก็จะได้ทุกอย่างนะค่ะ ส่วนเรื่องอื่นๆทางเทศบาลจะแสดงแนวคิดว่ายากได้อะไรนะค่ะ” FGD-OS-CM-28 เมษายน 2560

2) การบูรณาการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน

ผู้สูงอายุ

จากการเข้าร่วมสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุและการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มจิตอาสาในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุประกอบด้วยหลักสูตรและกิจกรรม 5 กลุ่มวิชา ได้แก่ การดูแลสุขภาพ ภูมิปัญญา วิถีชีวิต อาชีพ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพนอกจากการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมหลักของทุกโรงเรียนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีสุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้พบว่าทุกโรงเรียนมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และพบว่าเมื่อสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุป่วย หรือ ช่วยตนเองไม่ได้ มีภักดีของโรงเรียนผู้สูงอายุในการเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุและครอบครัว กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ และพบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุบางแห่งได้รับการสนับสนุนจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งมีภารกิจในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และ เพื่อปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในกลุ่มติดบ้านติดเตียง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแล การดูแลความสบายของผู้ป่วย แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งมีอาสาสมัครหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ การอบรมให้ความรู้ การคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้สูงอายุ การให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นกิจกรรมที่ถูก นำมาบูรณาการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่

“ประเด็นคือการเชื่อมต่อกับกองทุน long term care คิดว่าโจทย์ที่สำคัญก็คือว่า คือมันเป็นการเติมเต็มระหว่างกองทุน long term care กับกองทุนของชุมชนเอง ฉะนั้นบางชุมชนเขาทำของเขามาก่อนแล้ว แล้ว long term care มาทีหลังมันก็ไปเติมการทำงานของเขาส่งเสริมการทำงานได้ดียิ่งขึ้นได้ หรือบางทีเขามียังไม่เกิดกองทุนของเขาเองแต่เขามีกองทุน long term care มาก่อน เขาก็มีการพัฒนางานของเขาโดยเริ่มออก เริ่มมีฉาบฉวย มีการออมเงินซึ่งตรงนี้เป็นเติมเต็มเหมือนกับว่ามีสองทิศทางมาเติมเต็มกันก็จะทำให้การทำงานของเขามีความเข้มแข็งมีประสิทธิภาพสำเร็จยิ่งขึ้นไปได้ เป็นเรื่องคนที่มาช่วยกันทำงาน เป็นการดูแลผู้สูงอายุ ทีนี้การดูแลคนหรือว่าผู้สูงอายุ ตำบลโคกเครือ

เขาก็อายจากดูแลผู้สูงอายุไปที่กลุ่มคนที่เดือดร้อนในชุมชนได้ด้วยไปดูแลกลุ่มเด็กในชุมชนได้ด้วย” FGD-OS-CM-28 เมษายน 2560

“ชมรมผู้สูงอายุกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ มีการตรวจสุขภาพประจำปี การทดสอบความเสี่ยงของร่างกาย การส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจ และเยี่ยมบ้านโดยอสม.ร่วมกับ อพส. กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ตรวจสุขภาพประจำปีโดย อสม.และ อพส. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคม ลดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูความพิการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยญาติพึ่งตนเองได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ปรับมาอยู่กลุ่ม 1 หรือ กลุ่มติดบ้านให้ได้ และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 กิจกรรม ได้แก่ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิตจากปัญหาที่ป้องกันได้ ลดภาวะทุพพลภาพ ควบคุมโรค อารมณ์ ช่วยจัดระบบรับส่งผู้ป่วย ให้การดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างมีความสุข...” FGD-KK-Age-7 ธันวาคม 60

“โจทย์ของงานวิจัยของตอนแรกเหมือนที่คุยเมื่อกี้นะว่า เรื่องของการดูแลระยะยาว ตอนแรกเราไม่เคยคิดว่าเราจะมาดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ คิดว่าเราจะไปดูเรื่องของกลุ่ม care giver ที่ไปดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย แล้วก็ไปชักชวนเขาทำในเรื่องของการดูแลเพื่อไปเติมเต็มให้กับ สปสช. แต่ว่าจุดเปลี่ยนที่ไปเห็นตอนที่ไปอำเภอพล ตอนแรกๆ เกิดข้อคำถามเกิดขึ้นว่า โรงเรียนผู้สูงอายุมันช่วยอะไรได้ แต่ปรากฏว่าวันที่เราไปที่พล ก็เห็นเขาทำโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 14 ชุมชน แต่ว่าพอเขาทำทั้ง 14 ชุมชนแล้ว เราเห็นพลังของผู้สูงอายุที่มันงอกแล้วก็ทำให้ย้อนกลับมามองว่า โคกเคเรือแข็งแรง โคกเคเรือเขาก็ทำด้วยตัวเอง โคกสีทำด้วยตัวเอง โจทย์เมื่อประมาณอาทิตย์สองอาทิตย์ก็เลยกลับมาถามว่า คำว่า long term care มันคงจะไม่ได้หมายถึงว่า ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง แล้วก็ทำให้เกิดนโยบายในเรื่องของการดูแล มันคงต้องมีการขยายออกมาว่า ถ้ามันจะเกิดนโยบายสาธารณะนั้นมันต้องมาดูแลกลุ่มเหล่านี้ (หมายถึงกลุ่มแข็งแรง)” FGD-OS-CM-28 เมษายน 2560

“เทศบาลตำบลโคกศรี มีการอบรมผู้สูงอายุ อพส.ทุกปี อพส.ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ส่วนกลุ่มที่ 1 มาโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการออกเยี่ยม มอบกายอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุที่เดินไม่ค่อยสะดวก จัดตั้งกองทุนกายอุปกรณ์ และมีกิจกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุทุกเย็นที่ลานวัด นอกนั้นจะมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกผู้สูงอายุให้ความรู้มีการจัดอบรมผู้พิการผู้ด้อยคุณภาพ โดยงบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่สมาชิกชมรม เพื่อลด ละ เลิกเหล้าบุหรี่ การอบรมโดยโรงพยาบาล มีการณรงค์คัดเหล่าเข้าพรรษาหมู่บ้านรักษาศีล 5 ตำบลอุมเม่า” FGD-KS-CG-7 ธันวาคม 60

3) การระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการเข้าร่วมสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุและผู้จัดการดูแล และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าในการขับเคลื่อนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน อาศัยงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เป็นแหล่งทรัพยากรตั้งต้นของการดำเนินโรงเรียนผู้สูงอายุเกือบทุกแห่ง ซึ่งกระบวนการระดมทรัพยากรจากกองทุนสุขภาพตำบล พบว่าแกนนำผู้สูงอายุนำเสนอความต้องการของโรงเรียนผู้สูงอายุแบบไม่เป็นทางการ แล้วจึงนำเสนอแผนงาน โครงการ กิจกรรม เพื่อขอรับการสนับสนุนโครงการจากกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นโครงการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนถ้าเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุที่แกนนำเป็นอดีตข้าราชการจะเขียนโครงการและเสนอด้วยตนเอง แต่ถ้ามีข้อจำกัดในการจัดทำโครงการพบว่าเกือบทุกพื้นที่จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ เจ้าหน้าที่ รพสต. ช่วยในการจัดทำโครงการให้ นอกจากนี้พบว่าในโรงเรียนผู้สูงอายุยังมีการระดมทรัพยากรจากแหล่งทุนต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ พระสงฆ์ คหบดี กษัตริย์ โดยการรับบริจาค หรือ การจัดทำผ้าป่า และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ และพบว่ามีหน่วยงานในพื้นที่ได้หมุนเวียนช่วยจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน และใช้พื้นที่ดำเนินกิจกรรมเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศาลาประชาคมของชุมชน

การระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่าในพื้นที่ที่มีการดำเนินโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่เดิมการระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อการดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ทำเป็นประจำแต่เพิ่มเป้าหมายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนเพิ่มขึ้น ส่วนในกรณีของโรงเรียนผู้สูงอายุที่เพิ่งเปิดดำเนินการใหม่ทั้ง 5 แห่งในระหว่างดำเนินการวิจัยเป็นปรากฏการณ์ครั้งแรกที่มีการระดมทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

“...ทีนี้ถ้าเรามองในแง่ของ อบต. เรามีงบประมาณ ถ้าบางพื้นที่มีงบประมาณตรงนี้มาช่วยเราก็มีกองทุนสุขภาพตำบลแต่เราซื้อครุภัณฑ์ไม่ได้ แต่ว่า อบต.แต่ละแห่งรับผิดชอบก็สามารถที่จะหาอุปกรณ์ตัวนี้ไว้รองรับแต่ละพื้นที่นะครับ ในงบประมาณของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวไม่สามารถดำเนินการได้ เทศบาลเมืองเมืองพล ได้ดำเนินการโดยการจัดสรรจากงบประมาณของเทศบาลเมืองเมืองพลหรือกองทุนสุขภาพตำบลที่สามารถทำได้ตามระเบียบ และการระดมทุนในชุมชน จากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการกาชาดอำเภอพล ที่มีความเข้มแข็งและให้การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์เหล่านี้ภายใต้กองทุนปลดทุกข์สร้างสุข คหบดีในอำเภอพล ” IDI-PL-Lead1-22 มกราคม 2560

“จากการลงปฏิบัติจริงมาปีหนึ่งที่ได้สำเร็จได้ก็คือว่า ได้รับความร่วมมือจากส่วนราชการทุกส่วนในตำบลไม่ว่าจะเป็นทั้งโรงเรียน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถามว่าอย่างกรณีเรื่องสุขภาพ รพสต.จะมีหน้าที่ค่อนข้างชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ถามว่าโรงเรียนมีส่วนช่วยเหลือเกี่ยวข้องยังไงกับเรื่องผู้สูงอายุ บางทีเราได้รับความอนุเคราะห์จากโรงเรียน อย่างเช่น โรงเรียนจะมีรถรับส่งบางทีเราได้อาศัยทางท่านผอ.ในการใช้รถ แล้วถ้าถามค่าตอบแทนค่าน้ำมัน care giver บางทีเงินค่าตอบแทนไม่พอค่าน้ำมัน ซึ่งนี่คือความร่วมมือของปกครองท้องถิ่นเอง ท่านท่านนั้นท่านก็เวลาเราออกตรวจเยี่ยมท่านก็ให้ความร่วมมือนะครับคือทำงานด้วยกันคือจริงแล้วเป็นผู้เสียสละด้วยกัน คือ ผอ. รพสต ท่านก็ไปช่วยเหลือมีรับส่งน้องๆท่านช่วยเยอะมากเกี่ยวกับเรื่อง

สุขภาพของคนในตำบลบ้านกูเรานี้ก็คือประสบการณ์ที่เราได้ทำงานผู้สูงอายุดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา”FGD-KS-Lead1- 7 กรกฎาคม 2560

“งบประมาณได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลตำบลโคกศรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ จากสภาสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลตำบลโคกศรี และ กองทุนดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง จากเงินสนับสนุนของคนในชุมชน ได้แก่เงินสนับสนุนจากจากงานศพ ให้กับกองทุน เงินบริจาค จากผ้าป่า งานแต่ง และ ถนนสายบุญ ซึ่งเจ้าอาวาสวัดพาฬน้องโคกศรีมอบเงินทุกเดือน เดือนไหนมีวันสำคัญทางพุทธศาสนาที่ในวันนั้น หลังจากมอบเงินและสิ่งของที่ได้อวยพระเณรส่วนหนึ่ง ส่วนหนึ่งให้ทางโรงเรียนผู้สูงอายุเข้ามาเป็นกองทุน ได้แก่ เงินข้าวสารอาหารแห้ง การสนับสนุนจากเทศบาลโดยผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่ทำโครงการเสนอ เช่น โครงการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” FGD-KS-Lead2-28 เมษายน 2560

“สำหรับโกสุมพิสัยที่เราได้มาเรียนรู้ในวันนี้ต้องบอกว่าเป็นบุญนะค่ะ เพราะว่าจริงๆ แล้วชุมชนเราก็ไม่ใช่ว่าเป็นชุมชนที่เก่า แต่ก็มีมีการดำเนินการแบบนี้มาเรื่อยๆ แต่รูปแบบของที่นี่ก็กับการที่เราได้เห็นก็คิดว่าเป็นรูปแบบที่จะทำให้ความยั่งยืน ไม่ว่าจะเป็นทั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเองทั้งท่านผู้สูงอายุเป็นคนดำเนินการนะค่ะ อย่างของเราพอมีการเรียนจบแล้วเราเอารุ่นต่อมามาเรียนแต่ของเราไม่ใช่ว่าจะทิ้งรุ่นเก่าจะละ รุ่นเก่าก็มาเป็นคุณครู แต่ที่นี้รูปแบบแปลกจากของเราคือที่นี้ไม่มีวันเรียนจบมาด้วยกันทุกครั้ง พี่เลยคิดว่าอย่างการเรียนที่เราทราบคือการเรียนไม่มีวันสิ้นสุดการเรียน เรียนไปตลอดชีวิต เราก็เลยคิดว่าโรงเรียนผู้สูงอายุที่นี้ก็ตอบโจทย์แล้วว่าเรียนรู้ตลอดชีวิตนะค่ะก็ไปตลอดชีวิต พี่คิดว่าเราไปแล้วเราก็จะไปปรับใช้ทำให้เรียนรู้ตลอดชีวิตต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต คุณแม่กลายมาเป็นคุณครูถ้ามีคนใหม่คุณแม่ก็ต้องนั่งลงกลายมาเป็นนักเรียนให้คุณครูคนใหม่มาเพื่อที่จะแนะนำสิ่งดีๆ ให้พวกเราต่อเติมกันไปเรื่อยๆ เราคิดว่าได้ตรงนี้แล้วเราจะไปปรับใช้นะค่ะ รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่เราได้ที่พยายามทำที่นี้ คือที่นี้เราเห็น key word ที่ยั่งยืน ก็คือมีท่านผู้นำอย่างเช่นของโคกศรีเองนะค่ะ ท่านผู้นำคือท่านผู้ใหญ่บ้านมาเป็น care giver เอง ซึ่งตรงนี้ดิฉันคิดว่ามันเป็น key word ที่สำคัญ เพราะว่าบางครั้งนะค่ะอย่างเช่นของเราเองถ้าผู้นำได้มาเล่นเองนะค่ะ ซึ่ง care giver ต้องใช้พลังงานสูงมากในการที่จะไปทำให้ถึงแม้จะเรียนเกี่ยวกับ 70 ชั่วโมงก็ตามนะค่ะ แต่ว่าก่อนที่จะเดินเข้าไปบ้านซึ่งบางคนก็เป็นข้าราชการที่เป็นกลุ่มติดเตียงนี้แหละค่ะ แต่ว่าอยากจะไปดูเขาด้วยจิตของความอยากจะช่วยเหลือ แต่บางครั้งเขาว่า “คุณเป็นใคร คุณยังไม่ได้รับการยอมรับเลยคุณจะมาดูแลแม่ฉันยังงี้” นี่ก็จุดที่ตัวเองดูแลน้องๆก็เจอนะค่ะ แล้วพอที่นี้สร้างการมีจิตศรัทธาสร้างศรัทธาในชุมชนได้แล้วตัวผู้ใหญ่บ้านนะค่ะ มีตัว อสม. มาด้วยแล้วก็ลงไปมีการยอมรับก็ดูแลได้ดูแลได้ครอบคลุมก็เชื่อมโยงลงจากการเป็นจิตอาสาที่แท้จริง โดยยังไม่มีเงินตอบแทนก็ทำได้อะไรแบบนี้ละค่ะ ซึ่งของเราเองนะค่ะเกิดปัญหาอันนี้คือสิ่งที่เราต้องนำไปปรับนะค่ะ เขาเอาเองเกิดปัญหายังไงก็คือเรามี care giver 17 คน แล้วพอไปแล้วนะค่ะอย่าง อสม. ที่เคยไปดูอย่างดีกับกลุ่มนี้เพราะว่าเรามีกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เรามีโครงการที่ต้องไปเยี่ยมกันอยู่แล้ว แล้ว อสม. กลุ่มนี้ไม่ได้เงินแต่ care giver ได้เงินนะค่ะ” FGD-KSP-CM-28 เมษายน 2560

3.3 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการสำรวจพบว่าในปีงบประมาณ 2559 พื้นที่ที่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน มีจำนวน 3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ จึงเริ่มต้นจากการถอดบทเรียนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้สำเร็จ จากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและครอบครัว ของทั้ง 3 พื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสรุปได้ดังตารางและรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบลักษณะการบริหารจัดการและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพื้นที่ต้นแบบ

ประเด็น	เทศบาล 1	อบต.1	อบต.2
1. ข้อมูลทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสาธารณสุข			
1) ประเภทของอปท.	อปท.ขนาดใหญ่	อปท.ขนาดเล็ก	อปท.ขนาดเล็ก
2) บุคลากรด้านสาธารณสุข	-มีศูนย์สาธารณสุข -มีบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ นักวิชาการ สาธารณสุข	ไม่มีเจ้าหน้าที่ด้าน สาธารณสุข	ไม่มีเจ้าหน้าที่ด้าน สาธารณสุข
3) งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลที่สนับสนุนโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	ร้อยละ 50.34	ร้อยละ 4.58	ร้อยละ 7.19
4) หน่วยบริการสาธารณสุข	ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
2. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว			
1) การบริหารจัดการ	อปท. บริหาร จัด การ กองทุนด้วยตนเอง	อปท. เป็นเจ้าภาพ และมี รพสต.เป็นผู้ช่วย	อปท. เป็นเจ้าภาพ และมี รพสต.เป็นผู้ช่วย
2) การเบิกจ่าย	ผู้จัดการดูแลของ อปท.	ผู้จัดการดูแลของรพสต.	ผู้จัดการดูแลของรพสต.
3) หน่วยบริการ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตฯ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตฯ

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบลักษณะการบริหารจัดการและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพื้นที่ต้นแบบ (ต่อ)

ประเด็น	เทศบาล 1	อบต.1	อบต.2
3. การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว			
1) ผู้จัดการดูแล	ผู้จัดการดูแล 2 คน -ผู้จัดการดูแล ของ ศูนย์ สุขภาพชุมชน (รพ.) -ผู้จัดการดูแลของ อบต. -ประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 10 ปี	ผู้จัดการดูแล 1 คน -ผู้จัดการดูแล ของ รพ สต. -ประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 10 ปี	ผู้จัดการดูแล 1 คน -ผู้จัดการดูแล ของ รพ.สต. -ประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 10 ปี
2) การพัฒนาผู้ดูแล	ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับ อบต.	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
3) การจัดทำแผนการ ดูแล	ผู้จัดการดูแล ของ ศูนย์ สุขภาพชุมชน และ อบต.	ผู้จัดการดูแลของรพ.สต.	ผู้จัดการดูแล ของ รพ.สต.
4) การให้บริการ	ผู้ดูแล ผู้จัดการดูแล สหสาขาวิชาชีพ	ผู้ดูแล ผู้จัดการดูแล สหสาขาวิชาชีพ	ผู้ดูแล ผู้จัดการดูแล สหสาขาวิชาชีพ

3.3.1 การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เจ้าพนักงานบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นบทบาทและภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบกองทุนโดยตรง ซึ่งในการดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นกองทุนย่อยที่อยู่ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบลโดยการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทหน้าที่ในการรวบรวมหลักฐานและทำสัญญารับรองประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังจากได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแล้ว กองทุนสุขภาพตำบลมีหน้าที่ในการแต่งตั้งอนุกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ออกระเบียบคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลว่าด้วยกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รับทราบแผนงานโครงการของหน่วยบริการที่จะจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินให้หน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และ การควบคุมกำกับการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนให้อยู่ตามแผนการซื้อบริการ

ระยะแรกของการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากส่วนกลาง นอกจากนี้งบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่อยู่ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบล มีเป้าหมายที่แตกต่างจากกองทุนสุขภาพตำบล ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มั่นใจในระเบียบของกองทุน เจ้าหน้าที่จึงต้องเรียนรู้และพัฒนากิจการดำเนินงานด้วยตนเอง ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กมี

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มาช่วยให้คำแนะนำและช่วยในการจัดทำเอกสาร จนกระทั่งสามารถทำความเข้าใจระเบียบจึงเริ่มเดินการเบิกจ่ายและสามารถการบริหารจัดการกองทุนได้

“ให้เข้าใจตรงกันว่าเรื่องของกองทุนเป็นเรื่องของท้องถิ่น เรื่องของการจัดบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องของ รพ.สต. มาพูดถึงเรื่องของผู้สูงอายุ หน้าที่ของท้องถิ่นตาม พรบ.จัดตั้งและพรบ.กระจายอำนาจปี2542มีหน้าที่และอำนาจในการจัดกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในพื้นที่ กิจกรรมสาธารณะมีทุกมิติซึ่งในส่วนของผู้สูงอายุนั้นท้องถิ่นจะต้องมีส่วนรับผิดชอบผู้สูงอายุในทุกมิติ แต่จะทำในมิติใดได้นั้นขึ้นอยู่กับศักยภาพและกฎหมายที่เขามอบมา แนนอนละหลักที่ทำก็คือจากเบี้ยยังชีพครับ ถ้ามองงานสาธารณสุขงานสุขภาพเป็นหน้าที่ของท้องถิ่นหรือไม่ เป็นนะครับเป็นหน้าที่ทั้งจัดตั้งและกฎหมายกระจายอำนาจแต่ศักยภาพในการทำสาธารณสุขไม่ได้นะครับ ฉะนั้นเราต้องมีการเชื่อมโยงแล้วก็กระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับผิดชอบสุขภาพของพี่น้องประชาชนในเขตท้องถิ่นและทั้งประเทศ ถ้าจับมือกันทำได้ทั้งสองฝ่ายวินวินเหมือนกัน ฝ่ายท้องถิ่นมีผลงานไปกรอกLPAเพื่อเอาโบนัส ฝ่ายสาธารณสุข43แฟ้มหรือก็แฟ้มไม่รู้ละเราก็มีข้อมูลที่จะไปทำไปกรอกนะครับทั้งสองส่วนใช้ประโยชน์ได้ร่วมกันทั้งหมดนะครับถ้าเราจับมือแล้วก็เชื่อมโยงกันทำ ฉะนั้นอยากให้เข้าใจในส่วนของผู้สูงอายุในคนหนึ่งคนท้องถิ่นรับผิดชอบทั้งหมดนะครับ ส่วนสาธารณสุขก็รับผิดชอบเช่นเดียวกันแต่ในเรื่องของมิติสุขภาพตั้งแต่หัวจรดเท้า คือหาทางเชื่อมประสานกันให้ได้คือระบบเขาออกแบบมาเป็นแบบนี้ เราทำให้ระบบให้มันสามารถรันไปต่อได้” IDI-PL-Lead2-12 เมษายน 2560

“เทศบาลเมืองเมืองพลจึงทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ และมีหน่วยงานบริการสุขภาพคือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล ของกระทรวงสาธารณสุข และ ศูนย์สาธารณสุข ของเทศบาลเมืองเมืองพล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ โดยมีศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการทำหน้าที่บริหารจัดการและควบคุมการจัดบริการภายใต้คณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว บทบาทการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงเป็นบทบาทหลักของเทศบาลเมืองเมืองพลที่มีการแยกการจากกันอย่างชัดเจน” IDI-PL-Lead1-12 เมษายน 2560

2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ากองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นกองทุนใหม่ที่อยู่ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งตามระเบียบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ต้องประกอบด้วย ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธานอนุกรรมการ ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่หรือผู้แทน สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน หัวหน้า/ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเลขาธิการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ผู้อำนวยการสำนักการคลัง นิติกร และมีปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่น เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่ง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตามที่ระเบียบของกองทุนกำหนดไว้

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้จัดการการดูแล ซึ่งเป็นคณะกรรมการของกองทุน พบว่าคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีบทบาทหน้าที่ในการเห็นชอบ แผนงานโครงการและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรายบุคคล กำหนดอัตราบริการและค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการจัดหาหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของหน่วยจัดบริการ และดำเนินการเบิกจ่ายเงินจากบัญชีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อไปดำเนินกิจกรรมตามโครงการและแผนการดูแลพร้อมทั้งรายงานคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลให้รับทราบ

นอกจากนี้แล้วพบว่าระบบข้อมูลสารสนเทศของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความสำคัญ โดยเฉพาะฐานข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ที่อยู่ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่ได้จากการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ การประเมินภาวะสมองเสื่อม และจัดประเภทผู้สูงอายุตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็น 4 กลุ่ม ที่ใช้สำหรับการขออนุมัติเบิกงบประมาณ อย่างไรก็ตามพบว่ารายงานเอกสารของกองทุนที่ใช้ในการเบิกจ่ายมีจำนวนมากซึ่งได้สร้างภาระให้กับผู้จัดการดูแล ได้แก่ เอกสารการเบิกจ่าย เอกสารการทำโครงการมีจำนวนมาก

“เอกสารที่เราใช้จะมีแบบประเมินคัดกรองทั้งภาวะสุขภาพ TAI แล้วก็ เป็น KHEN KAEN PRIMARY INDEX นะคะ แล้วก็เรานำปัญหาที่เราได้นะคะจากผู้สูงอายุที่ได้มาจัดลำดับ แล้วก็แบ่งประเภทแล้วก็จัดลำดับความสำคัญ ว่าใครมีปัญหาที่เกี่ยวกับต่อการดำรงชีวิตแล้วก็มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุดที่ต้องการแล้วก็เข้าช่วยตามที่เรากำหนดไว้นะคะ เมื่อเราได้เราก็จะมาจัดทำ CARE PLAN ซึ่ง CARE PLAN ก็จะประกอบด้วยความต้องการของผู้ป่วยและญาติพร้อมที่จะให้เราช่วยเหลือนะคะ แล้วก็ประกอบด้วยปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับเขาที่จะมีอันตรายต่อการดำรงชีวิตแล้วก็ภาวะสุขภาพที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนนะคะ แล้วก็ประกอบด้วยเป้าหมายระยะสั้นที่เขาอยากให้มีสิ่งเกิดที่อยากให้เราช่วยเหลือนะคะ ซึ่งก็ระยะสั้นก็น่าจะประมาณ 3 เดือนที่เราจะช่วยได้ แล้วก็ก็เป็นเป้าหมายระยะยาวนะคะที่เราจะกำหนดให้ แล้วก็ก็มีข้อควรระวังที่อาจจะเกิดขึ้นกับเขาในการเข้าช่วยเหลือในครั้งนี้นะคะ ทั้งจะเป็น ผลกดทับ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม อุบัติเหตุ หรือการติดเชื้อต่าง ๆ นะคะ แล้วก็การวางแผนอื่นๆที่จะเข้าช่วยเหลือเขานอกจากแผนรายสัปดาห์ที่เราวางไว้นะคะ อาจจะจะเป็นการสนับสนุนอุปกรณ์การปรับสภาพแวดล้อมหรือแม้แต่เป็นการส่งต่อผู้ป่วยอันนี้เราก็ต้องเขียนลง CARE PLAN ให้ละเอียดนะคะ” FGD-PL-CM2-12 มกราคม 2560

3) ศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ

จากการสังเกตและสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้จัดการการดูแล พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่งมีอาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 แห่ง ไม่มีอาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ และได้ใช้อาคารของหน่วยงาน เป็นที่ทำการของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยภายในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จะมีการบริหารจัดการ ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ฯ ระเบียบการดำเนินงาน งบประมาณ ผู้รับผิดชอบดำเนินงานและผู้จัดการ ซึ่งคณะกรรมการศูนย์ฯ

ผู้สูงอายุ มีบทบาทหน้าที่พิจารณาให้ความเห็นชอบในการเสนอโครงการและ เสนอแผนการดูแล รายบุคคลเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งจากการสัมภาษณ์ เจาะลึกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้จัดการการดูแล พบว่าศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ มีความสำคัญเนื่องจากเป็นโครงสร้างที่ทำการ เป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มี เครื่องมืออุปกรณ์และวัสดุการแพทย์ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ เตียงนอน ที่ นอนลม สายน้ำเกลือ ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เพื่อใช้หมุนเวียนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ บ้าน รวมถึงเป็นสถานที่จัดประชุมของคณะกรรมการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งทำให้การดำเนินการ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสะดวกและเป็นรูปธรรม

“กองทุนระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวฯ ของเทศบาล... มีโครงสร้างระบบกองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเทศบาลเมืองเมืองพล จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพเทศบาลเมืองเมืองพล และจัดโครงสร้างภายใน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งมาจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาล เทศบาล และ ภาคประชาชน เช่น กรรมการชุมชน อสม. ผู้สูงอายุ คณะกรรมการกาชาด เพื่อพยายามเชื่อมโยงผู้ที่เกี่ยวข้องหลัก 2) โรงเรียนผู้สูงอายุ 3) กองทุนปลดทุกข์ สร้างสุขให้กับผู้สูงวัยและผู้พิการ และ 4) ผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแล ซึ่งการทำงานภายใต้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ทำให้การ เบิกจ่ายจะได้คล่องตัว” IDI-PL-Lead2-12 เมษายน 2560

“ในส่วนของเทศบาลเมืองพลรูปแบบการจ่ายเงินในส่วนของ CG เราจะจ่ายเงิน โดยผ่านทางศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะยาวฯ ซึ่งตรงนี้จัดตั้งโดยเราจะมีในส่วนของท่านประธาน พัฒนาชุมชนโดย ผอ.เครือข่ายระยะยาวฯ เข้าร่วม แล้วก็จะมีเลขาของศูนย์ก็คือตัวดิฉันเองระยะยาวฯ ในฐานะ หัวหน้าฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขแล้วก็ดูแลในส่วนของผู้ช่วยเหลืองานกองทุนด้วย แล้วก็จะมีน้อง ผู้ช่วยน้องหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล แล้วที่นี้น้องผู้ช่วยเป็นทั้ง CM และผู้ช่วยในส่วน ของศูนย์ด้วยแล้วน้องก็จะดูในเรื่องการเบิกจ่ายเงินตรงนี้นะคะ แล้วในส่วนของการเบิกจ่ายแต่ละรอบซึ่งเรา ได้มีการเบิกจ่ายไป ซึ่งเมื่อปี 59 เราได้เข้าร่วมระยะยาวฯได้มีการเบิกจ่ายไปทั้งหมดและก็ในปีนี้ เงินรอบสอง LPC ยังไม่โอนมาแต่เราโอนไปให้แผนต่างๆก่อนอนุมัติโดยอนุกรรมการเรียบร้อยแล้วก็จะเหลือเงินอีก รอบหนึ่งที่จะโอนไปให้ศูนย์ คือแผนอนุมัติไปแล้วแต่เงินยังไม่พร้อมระยะยาวฯโอนมาเราถึงจะ อนุมัติให้กับทางศูนย์อีกที ในเรื่องของการเบิกจ่ายก็เบิกจ่ายตาม care plan ที่อนุมัติโดยอนุกรรมการ LPC ค่ะ ในส่วนของคุณค่าชั่วโมงของ CG ตามหลักในประกาศของกองทุนสุขภาพฉบับที่ 2 จะกำหนดใน ส่วนของกลุ่มที่ 1 ค่าตอบแทนไม่เกิน 4 พัน กลุ่มที่ 2 5 พันหรือเท่าไรก็จำไม่ค่อยได้ตามอัตรานี้ แต่ว่า วิธีการคิดค่าชั่วโมงของเทศบาลเมืองพลใช้วิธีการถัวเฉลี่ยจากรายหัวในวงเงินที่ไม่เกินตามที่กำหนด ระยะยาวฯ เป็นลักษณะนั้น คือถัวเฉลี่ยจากงบประมาณที่เราได้มาโดยไม่เกินเพดานแต่ละกลุ่มอันนี้เพื่อจะให้ ครอบคลุมในส่วนตามงบที่เราได้มาค่ะ” IDI-PL-CM1-12 เมษายน 2560

3.3.2 การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและครอบครัว ใน 3 พื้นที่ที่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายได้ พบว่าการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นภารกิจหลักของหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในแต่พื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งจากการถอดบทเรียนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่าองค์ประกอบพื้นฐานด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1) ผู้จัดการดูแล (Care Manager)

จากการศึกษาพบว่าผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุกำลังคนสำคัญที่เป็นหลักในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งพบว่าผู้จัดการดูแลทุกคนมีคุณสมบัติที่สำคัญคือต้องผ่านการอบรมหลักสูตรตามมาตรฐาน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย และขึ้นทะเบียนเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุกับกรมอนามัย มีเป้าหมายเพื่อให้ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารระบบการดูแลระยะยาว และสามารถจัดทำแผนการดูแลที่มีคุณภาพออกมา ตามหลักบริหารตามระบบสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ต่อ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ยกเว้นเทศบาลเมืองเมืองพล ที่มีผู้จัดการดูแลของตนเอง ทำให้ผู้จัดการดูแลจำนวน 2 คน ซึ่งพบว่าผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ใน 3 พื้นที่ จำนวนทั้งหมด 4 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 คน และ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน

จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า บทบาทหน้าที่ ของผู้จัดการการดูแลประกอบด้วยการทำงานที่ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุและจัดประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะยาว จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เฉพาะรายบุคคลเป็นรายสัปดาห์ที่บ้าน พัฒนาทีมผู้ดูแลโดยการจัดอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย จัดประชุมนำเสนอแผนการดูแลเพื่อพิจารณาการรับรองแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่บ้านตามแผนการดูแลของผู้สูงอายุเฉพาะรายที่บ้าน ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเฉพาะราย ดำเนินการกำกับควบคุมการปฏิบัติงานตามแผนการดูแลของผู้ดูแล สรุปประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย และช่วยดำเนินการเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และพบว่าบางพื้นที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุจากหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลผ่านทางกลุ่มไลน์ ให้ผู้จัดการดูแลซึ่งเป็นพยาบาล รพสต. เป็นการเชื่อมระบบข้อมูลของโรงพยาบาลหลังจำหน่าย ซึ่งผู้จัดการดูแลจะรับทราบและไปติดตามเยี่ยม พร้อมส่งข้อมูลกลับเข้ามาในกลุ่มไลน์ ซึ่งเป็นการติดตามข้อมูลที่ผู้บริหารสามารถรับทราบข้อมูลผู้ป่วยทุกราย

“...โดยผู้ดูแล 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 4 รายต่อวัน รายละเอียดประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุที่ดูแลมีระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงแตกต่างกัน ซึ่งผู้จัดการการดูแลมอบหมายให้ผู้ดูแลทำงานเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุเป็นคู่ เพื่อความปลอดภัยของผู้ดูแลและเป็นเพื่อนช่วยเหลือกันในการดูแล และเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติงานเสร็จ ญาติหรือผู้สูงอายุจะเป็นผู้เซ็นรับรองการทำงานของผู้ดูแล เพื่อผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่รวบรวมส่งรายงานขอเบิกค่าตอบแทนจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากทางเทศบาล ...” IDI-PL-CM2-12 มกราคม 2560

“คนที่เป็อินชาร์ตประจำวันวอร์ดนั้นประจำวันนั้น เขาจะไลน์ถ่ายภาพ แล้วก็ไลน์ให้พยาบาล รพ.สต. ทุกๆครั้งทุกเคสเลยเพราะมันจะเป็นเหมือนกับการเชื่อมข้อมูลจากบอร์ดด้วย ปกติแต่ก่อนไม่มีการเชื่อมข้อมูลจากบอร์ด บอร์ดทำยังไงก็ดูอย่างนั้น พยาบาลชุมชนก็ดูตามข้อมูลของตัวเองที่มีไป คนเก่งอะไรก็ดูดีหน่อย คนไม่สนใจก็ไม่ได้ ตอนนี้เขาก็จะมีการติดตามกันเฉพาะในกลุ่มเลยคือส่งเข้ากลุ่มแล้วก็พยาบาลคนนั้นที่รู้ตัวต้องมารับ รับทราบต้องไปดูแลลงไปดูแล แล้วต้องถ่ายภาพกลับมาในกลุ่มให้ด้วย เหมือนเป็นการมอนิเตอร์แบบหนึ่ง แล้ว ผอ. ก็จะมาอยู่ทุกเคส ผอ. ที่เป็นหมอเพราะโรงพยาบาลแกก็จะรู้ตลอด แกจะชอบงานชุมชนแล้วเหมือนว่าเมื่อผมปรึกษาเข้าไปแกก็จะเข้ามาคุยด้วยตลอด เหมือนกับแกไม่ถือตัวเข้าหาง่ายครับ อันนี้ไม่มีแกจะสั่งการไปเลยว่าให้กลุ่มนี้ดูแล เพียงคนไข้ไม่มีก็ให้ไปเอาเตียงที่มันโล่งแล้วจากโรงพยาบาลก็ให้คนงานที่โรงพยาบาลขึ้นมาให้ เขาจะคุยกันในไลน์ตลอด” FGD-NR-CM-6 มิถุนายน 2560

“สถานการณ์ผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุสะสมยา และอาหารเสริม ซึ่งที่พบคือ ยาบางชนิดทาน ไม่ได้หรือไม่มี อย. CM จะเป็นผู้บันทึก care plan และทำ care conference เพื่อเชื่อมโยงกับผู้รู้สภาพเคสดังกล่าว เชื่อมประสานกับหน่วยงานสุขภาพในระดับชุมชนและตำบล ยกตัวอย่าง ผู้สูงอายุติดเตียง หากโทรศัพท์ติดต่อมาที่โรงพยาบาล CM จะทำหน้าที่ลงไปตามเคส ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเคสที่รับยาต่อเนื่อง และติดตามเป็นทีม เพื่อรวมข้อมูลไว้ ตามเดือนละ 1 ครั้ง ดังนั้น CM มีหน้าที่ คือ อธิบายให้ญาติผู้สูงอายุเข้าใจ และแนะนำ CG เป็นที่ปรึกษา/แก้ปัญหาให้กับ CG และเคส ประเมินต่าง ๆ และลงตารางเวร รวบรวมเอกสารเพื่อเบิกค่าใช้จ่าย และ พา CG ไปอบรมภายใน cup” IDI-PL-CM1-12 มกราคม 2560

2) แผนการดูแล (Care Plan)

จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการการดูแล และ ผู้ดูแล พบว่า ระบบการจัดบริการดูแลระยะยาว ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยงานระดับปฐมนุญมิของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่จัดบริการดูแลที่บ้าน โดยมีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ออกแบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ภายใต้แผนการดูแลที่เรียกว่า แผนการดูแล (Care Plan) รายบุคคล เป็นแผนการดูแลที่ถูกออกแบบสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นรายสัปดาห์ แผนการดูแลจึงเป็นเครื่องมือสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการการดูแล พบว่ากระบวนการจัดทำแผนการดูแล ผู้สูงอายุเฉพาะรายเริ่มต้นจากการประเมินปัญหาความต้องการการดำรงชีวิต ปัญหาสุขภาพ ความต้องการของผู้สูงอายุและญาติแต่ละราย แล้วนำมาวิเคราะห์สรุปประเด็นปัญหาความต้องการการดูแล ข้อควรระวัง และกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย แล้วจึงกำหนดกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและเป้าหมายการดูแล ซึ่งกิจกรรมต้องสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ที่ปรากฏอยู่ในระเบียบของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวันโดยผู้ดูแล ผู้สูงอายุ การดูแลด้านสุขภาพโดยผู้จัดการดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลด้านสวัสดิการสังคม และสิ่งแวดล้อมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแผนการดูแลนั้นจะถูกนำเสนอและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการยอมรับ

จากทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายจัดบริการการดูแล เช่น ทีมหมอครอบครัว ผู้ดูแล การยอมรับจากผู้สูงอายุและครอบครัว จึงจะได้รับการอนุมัติงบประมาณเพื่อไปดำเนินการดูแลตามแผนการดูแล

จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการการดูแล พบว่ากระบวนการจัดทำแผนการดูแล ผู้สูงอายุเฉพาะราย เป็นขั้นตอนที่ยากลำบากขั้นตอนหนึ่งของผู้จัดการดูแลเนื่องจาก ผู้ที่จะสามารถจัดทำแผนได้ต้องเข้าใจสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ต้องมีเวลาในการจัดทำแผนการดูแล และ ต้องประสานงานกับหน่วยงานต่างๆเพื่อให้เกิดการพิจารณาและผ่านความเห็นชอบแผนการดูแล

“พอตัวเรา care manager เองเขียนเสร็จแล้วเราก็ต้องประสานทางทีมที่เราได้ระบุไว้ใน care plan ทั้งจะเป็น พมจ. อบต. หรือแม้แต่สหวิชาชีพ ที่จะเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นจะเป็นรายๆไป รวมถึงญาติและ care giver ผู้ที่จะลงไปปฏิบัติต้องมารับทราบนะค่ะ เราประสานเขาก่อนแล้วก็ประชุมแล้วก็นำเสนอที่เราเขียนไว้จะค่ะว่า ถูกต้องไหม เหมาะสมไหม ฟังพอใจไหมกับสิ่งที่เราจะไปให้บริการนั้น ถ้าเขาหรือมีข้อโต้แย้งไม่ว่าจะเป็น อบต.หรือหน่วยงานอื่นหรือทางกายภาพโรงพยาบาล บอกว่ายังไม่ผ่านนะต้องไปปรับปรุงไปช่วยเหลือด้านนั้นด้านนี้ด้วยเราก็กกลับมาเขียนแผนใหม่ แต่ถ้าแผนที่เราเขียนไปทุกส่วนเห็นชอบเราก็นำไปปฏิบัติแล้วก็ให้ทุกส่วนลงนามรับรองนะค่ะ”
IDI-PL-CM2-12 มกราคม 2560

“ณ ที่นี้ที่เราทำ ณ ตอนนี้ก็คือเราประเมินคือเราเห็นแล้วซึ่งเราประเมินด้วยสายตาแล้วที่นี้เราก็อาเครื่องมือเราไปประเมินด้วย ว่าคนนี้น่าจะเป็นกลุ่มนี้ละ เสร็จแล้วเราก็จะไปทำ care plan แต่เวลาเราไปทำคือเรามี CG ของเราที่จะไปดูแลคนใช้คนนั้นด้วย คือก่อนหน้านี้เราประเมินเมื่อเดือนธันวาคมคะ ที่เราประเมิน ADL ก่อนหน้านี้ซึ่ง ณ ตอนนั้นมันผ่านมาแล้ว แต่พอวันที่เราไปทำ care plan จริงๆเราก็อาไปประเมินใหม่ให้ CG เขาได้เห็นแล้วเราก็จะพาไปดูด้วย เช่น ห้องน้ำเป็นแบบนี้ละ เติงตรงนั้นตรงนี้เราก็จะบอกเขา แล้วก็คนใช้ การกินยาหรืออะไรที่เขาเป็นปัญหาเหมือนกายภาพเหมือนเขาเคลื่อนไหวไม่ได้ข้อติดอะไรแบบนี้เราก็จะพาเขาไปดู แล้วก็บอก CG ว่าคุณต้องมาดูทุกเท่าไรเราต้องบอกเขา แล้วที่นี้เราก็บอกว่าเราจะทำแผนให้เราดูนะ เขาก็โอเคเขาจะรู้แล้วก็เห็นปัญหาของเขาเหมือนกันจะได้เข้าใจตรงกันว่าคนใช้รายนี้มีปัญหา เราก็จะทำ step นี้ที่เราออกไป คือทุกคนก็จะทำเหมือนกันน้องทุกคนก็จะทำ step เดียวกัน ที่เป็นเวลาออกไปทำ care plan เวลาไปช่วยกันก็จะทำแบบนี้ คือดูสิ่งแวดล้อมดูนี้ด้วยคือถ้าเคสไหนที่มันเป็นปัญหาที่น่าจะเป็นทีมใหญ่ที่มีความซับซ้อน เราก็จะรู้แล้วว่าต้องแบบนี้ เราก็จะมาใส่ข้อมูลเพื่อที่จะเข้าแผน เหมือนอย่างเคสเมื่อเข้าไปเป็นเคสที่ป่วยมานานแล้วคะ ก่อนหน้านี้เราไปดูแลลูกจนลูกเขาตาย เขาเป็น CA ตาย พอต่อมาก็มาดูแม่ต่อแบบนี้คะ เป็นเคสที่เราเจอในหมู่บ้านที่เรารับผิดชอบ แล้วที่นี้ต่อมาที่ได้ไปเร่งด่วนเพราะว่า CG มีปัญหาคือเขาฟัง CG เกินไปคือญาติเขาไม่ดูแลเลยมีแต่ให้ CGซึ่งเป็นคนอื่น CG ก็โทรมาเล่าให้ฟังว่าแบบนี้ละ ซึ่งอาทิตย์ก่อนเราก็บอกครั้งหนึ่งแล้วว่าโอเคเขามีปัญหาเยอะ เราก็กกลับมา consult ท่านผอ. เอรูบมาให้แกดูว่าอาจารย์มันเป็นแบบนี้แล้วนะ อาจารย์ก็บอกโอเคก็รีบไปดูเขา เราก็จะไปติดตามไปบ่อยๆคะ” IDI-OS-CM1-6 มิถุนายน 2560

“ผมว่าในเรื่องขององค์ความรู้ในเรื่องของมิติในการจัดทำ care plan แล้วก็การบริหาร care plan ให้ผู้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเรา ผมว่าน่าจะเยอะแล้วละ คือมิติตรงนี้นั้นเป็นมิติของทางด้านสาธารณสุข ขออนุญาตกลับไปแรกเริ่มเดิมทีในเรื่องของนโยบายตรงนี้ เริ่มมาจากนโยบายของท่านนายกรัฐมนตรี เพราะว่าตอนนี่ของเราเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วหลังจากนั้นเราก็เข้าใจว่ากระทรวงเราคือผมก็อยู่ในสายสาธารณสุขมาก่อน กระทรวงเรารับมาทุกอย่างอะไรเป็นนโยบายมาอะไรเกี่ยวข้องกับสาธารณสุข สาธารณะจริงๆ รับมา ก็แน่นอนครับพอรับมาสาธารณสุขก็จะเป็นในเรื่องของแนวทางวิธีการที่นี้คนถือเงินคือ สปสช. สาธารณสุขในเรื่องผู้จัดบริการแน่นอนมีสถานบริการมีตัวชีวิตมีอะไรต่างๆนาๆครับ แล้วก็กองทุนในเรื่องของผู้สูงอายุฟื้นฟูเราก็มีนะครับก็รับมา แล้วที่นี้ในเรื่องของโมเดลที่เราออกแบบนะครับผู้ให้บริการตัวนี้ก็คือจะมีอยู่ 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ก็แน่นอนหมอครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มที่ 2 คือผู้ที่จะบริหารระบบตัวนี้คือ care manager แล้วก็ตัวละครใหม่อีกตัวหนึ่งก็คือ care giver ซึ่งทั้ง 3 ส่วนนี้ในเรื่องหมอครอบครัวไม่ใช่เรียลเพราะว่าเรามีอยู่แล้ว แต่ว่าในส่วนของ CM care manager กับ care giver มันจะต้องผ่านมาตรฐานที่ต้องมาตรฐานทั้งในเรื่องของ CM ก็คือว่าแผน care plan ออกมาจะต้องมีคุณภาพเพราะหลักบริหารตามระบบสาธารณสุขของเราจะเน้นในเรื่องของคุณภาพ ประสิทธิภาพแล้วก็ความเป็นธรรมก็คือคุณธรรม ที่นี้ก็ไปสอดคล้องกับตัวของการประกอบกิจการที่เป็นแรงต่อสุขภาพตาม พรบ.สาธารณสุข ซึ่งผู้ที่จะมาให้บริการผู้สูงอายุจะต้องผ่านการอบรมนะครับ มันจึงเป็นที่มาในเรื่องของการผลิตในเรื่องของ CM และ CG นะครับตัวละครตัวนี้จะเป็นสายสาธารณสุขทำ”FGD-PL-Lead2-12 เมษายน 2560

3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้จัดการการดูแล พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน จะต้องเป็นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อช่วยทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการดูแลตามแผนการดูแล ซึ่งผู้ดูแลทุกคนต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกรมอนามัย และ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมง ตามมาตรฐานของกรมอนามัย ที่มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการจัดอบรมอย่างไรก็ตามพบว่ากระบวนการคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่า มี 1 พื้นที่กำหนดให้ผู้ดูแลต้องไม่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนอีก 1 พื้นที่คัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้สนใจในชุมชน ส่วนอีก 1 พื้นที่คัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ดูแล 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน 5 ราย โดยเป็นการดูแลที่บ้านซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงในการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยให้คำแนะนำ การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยเหลืองานบ้านที่จำเป็น รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่อยู่ภายใต้การมอบหมายของผู้จัดการดูแล ซึ่งพบว่าทุกพื้นที่มีการสื่อสารระหว่างผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลโดยกลุ่มไลน์ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแล (Care giver) ที่ผ่านการอบรมมีบางคนที่ยังขาดความเข้าใจ ด้วยเหตุผลภาระหน้าที่ในครอบครัว รายได้จากการทำหน้าที่ผู้ดูแลที่มีจำนวนน้อยไม่สร้างแรงจูงใจ นอกจากนี้พบว่าบางครอบครัว เมื่อมีผู้ดูแลในชุมชนทำให้ญาติผู้ป่วยยกภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับผู้ดูแล ผู้จัดการดูแลจึงต้องแก้ไขโดยเชิญทางญาติผู้สูงอายุทำความเข้าใจในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

“ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2558 มีนโยบายให้อบรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งขณะนั้นยังไม่มียกงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่เป็นนโยบายของเขตให้จัดอบรมซึ่งผู้บริหารของระบบสุขภาพอำเภออย่างลือราช กำหนดเกณฑ์ไม่ให้เป็น อสม. เพราะมีข้อกังวลเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำของการเบิกค่าตอบแทนของอสม. รายเดือน ทุกตำบลผู้ดูแลและ อสม. ต้องไม่ใช่คนเดียวกัน และใช้เกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนด คือ เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป มีจิตอาสา ไม่มีโรคประจำตัว โดยให้ อสม. ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายเสียงในหมู่บ้าน รับสมัครผู้สนใจ แต่ค่าตอบแทนยังไม่แน่นอน ซึ่งมีคนมาสมัครจำนวน 9 คน เป็นคนในหมู่บ้านละคน หลังจากนั้นจึงได้พัฒนาผู้ดูแลโดยการอบรม 70 ชั่วโมง รวมจำนวน 10 วัน ลักษณะการอบรมเป็นการให้ความรู้เชิงทฤษฎีภาคเช้า ภาคบ่ายออกไปฝึกปฏิบัติดูแลครอบครัวกลุ่มหลังจากได้รับการอบรมได้รับใบประกาศครบทั้งหมด” IDI-NR-CM-6 กรกฎาคม 2560

“ของเราเพิ่งประชุมกันเมื่ออาทิตย์ที่แล้ว มติที่ประชุมก็เลยทำให้ที่ 150 บาท ต่อ ครั้ง ต่อ3 ชม. ในการทำงานของ CG นะคะ ของเราเพิ่งเริ่มดำเนินการในเดือนมิถุนายน ยังไม่ได้เบิกจ่ายค่ะ ต้องรอถึงสิ้นเดือน สิ้นเดือนก็จะสรุปว่าไปทำอะไรบ้าง ดูแลใคร ก็ครั้งก็ตาม care plan ก็ตาม care plan แต่ละคนก็จะมีแผนว่าไปทำอะไรบ้าง ก็วัน ก็ครั้ง ต่อเดือน” IDI-OS-CG1-6 กรกฎาคม 2560

4) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Care)

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านเป็นฐานการดูแล กิจกรรมการเยี่ยมบ้านจึงเป็นกิจกรรมการบริการหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งบุคลากรที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลที่บ้าน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้กิจกรรมที่ถูกกำหนดไว้ในแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายโดยผู้จัดการดูแล ซึ่งกิจกรรมบริการได้แก่ การตรวจวัดความดัน การอาบน้ำเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า ป้อนอาหาร การฝึกบริหารข้อและกล้ามเนื้อ การให้คำแนะนำ การสนทนาอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่ออกแบบมีความถี่ของการดูแลตามระเบียบของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมโดยสหสาขาวิชาชีพ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้แก่ นักกายภาพบำบัด แพทย์ เภสัชกร โภชนากร เป็นต้น

“ในแต่ละชุมชนของเทศบาลเมืองเมืองพลจะกำหนด ผู้ดูแล มีทั้งหมดจำนวน 9 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจากโรค ผู้จัดการดูแล ของเทศบาลอำเภอพลให้ ผู้ดูแลทำงานในช่วงเวลาที่ไม่กระทบเวลาในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล คือทำงานช่วงเวลา 10:00 น. – 15:00 น. ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุที่เข้าไปดูแล โดยผู้ดูแล 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 4 รายต่อวัน รายละประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุที่ดูแลมีระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงแตกต่างกัน ซึ่งผู้จัดการการดูแลมอบหมายให้ผู้ดูแลทำงานเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุเป็นคู่ เพื่อความปลอดภัยของผู้ดูแลและเป็นเพื่อนช่วยเหลือกันในการดูแล และเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติงานเสร็จ ญาติหรือผู้สูงอายุจะเป็นผู้เซ็นรับรองการทำงานของผู้ดูแล เพื่อผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่รวบรวมส่งรายงานขอเบิกค่าตอบแทนจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากทางเทศบาล อย่างไรก็ตาม ใดๆก็อย่างไกรก็ตาม พบว่าต่อมามีผู้ดูแลลาออก 1 คนเนื่องจากปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ร่วมปฏิบัติการในระบบการ

ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ ทีมหมอครอบครัว และ สหสาขาวิชาชีพ ที่ผู้จัดการการดูแลจะทำหน้าที่ประสานการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้” IDI-PL-CM2-12 มกราคม 2560

“จริงๆแล้วการไปเยี่ยมบ้านถ้าทำไปสักพักมันเป็นอัตโนมัตินะครับคือเรื่องการแนะนำตัวอะไรพวกนี้มันเป็นธรรมชาติของคนทีลงไปชุมชนอยู่แล้ว เสร็จแล้วที่สำคัญที่สุดก็คือว่ามันก็เหมือนกับว่าเวลาเราถอดบทเรียนนะเพียงแต่ว่าตอนนี้ คนไข้จะต้องเป็นคนเล่าให้เราฟังแต่ทีนี้บางครั้งนะคนไข้พวกนี้พอติดเตียงบางคนพูดไม่ได้แล้ว เพราะฉะนั้น point ของการเยี่ยมบ้านจริงมันไม่มี goal นะไม่มี goal ว่าคาดหวังว่ามันจะมีอะไรเพิ่มขึ้น คือเราต้องพูดถึงเรื่องของ goal การไปเยี่ยมบ้านก่อนว่าคุณไปเยี่ยมบ้านเพื่ออะไร แต่ส่วนมากคุณไปเพื่อให้ได้นับเพิ่มอีกรายผมพูดจริงๆนะผมไม่เคยนับนับหรือกว่าไปก็รายแล้วแต่ผมให้ผู้จัดการดูแล record ไว้ตลอดนะว่าเราไปมากี่รายแล้ว แล้วเราต้องทำโปรไฟล์ไว้เผื่อจะมีคนมาดูแลนะแต่เวลาเราไปเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งเพื่อที่จะไปฝึกบางอย่าง อันที่หนึ่งนะอย่างเมื่อเข้ามามีคนมาหาผมเขาบอกว่าบางเคสเขาไม่ยอมให้ไปเยี่ยมเลยเขากลัวมีปัญหาแบบนั้นแบบนี้ ผมบอกมันไม่ใช่ประเด็นนะเพราะว่าที่เราไปเยี่ยมเราคาดหวังอย่างเดียวคือหวังว่าคนที่เราไปเยี่ยมหรือญาติหรือคนในบ้านนั้นมีความสุขมากขึ้นจะรู้สึกว่าเขาไม่ได้ทอดทิ้งเขา เราไม่ได้คิดว่าเขาหายหรือเขาจะหายได้เพราะคนในบ้านนะช่วยกันหรือ อสม.เข้าไปช่วยเขาด้วย บางทีทำไปไม่มีคนใส่ใจบ้านนี้เขาอาจมีบุคลิกลักษณะที่คนไม่กล้าเข้าใกล้เขาจนกระทั่งเราเข้าไปเหมือนเป็นการไปละลายให้ทุกอย่างผสมกันได้ เราไม่ได้ไปแบบจับผิดนะเราไปแบบหลักแอฟทิซิเอด(การชื่นชม) เราเห็นอะไรที่มันไม่ดีเราก็อ่าไปพูดเลยคือหลักสำคัญคือเราไม่ไปตราบาอะไรใครเพิ่ม เพราะว่าที่เราไปเยี่ยมมันเป็นความผิดพลาดของใครก็ไม่ว่าเราไม่มองแบบนั้น แต่เรามองแค่ว่าตอนนี้เขาเป็นทุกข์อยู่ทำยังไงให้เขากลายทุกข์แค่นั้นแหละ จุดประสงค์ที่เราไปเยี่ยมแต่ละครั้งนะ” IDI-OS-Lead1-6 มิถุนายน 2560

3.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และ การสะท้อนบทเรียนรู้ พบว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะประกอบด้วย 1) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับพื้นที่วิจัย และ 2) การสื่อสารสาธารณะเพื่อเผยแพร่พื้นที่ต้นแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งพบว่าทำให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อเรียนรู้แนวทางการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการจัดบริการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่พบว่าเกือบทุกพื้นที่จัดให้ทีมซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลเข้าร่วมเรียนรู้เชิงบริบทในพื้นที่ต้นแบบ

จากการติดตามพื้นที่วิจัย ทั้งหมดจำนวน 15 แห่ง เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนลงสู่ปฏิบัติการในพื้นที่วิจัย ระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้บริหาร และ ผู้รับผิดชอบงานทั้งในส่วนของการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ ผู้จัดการดูแล ที่มีบทบาทในการ

พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และพบว่าพื้นที่ที่เข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 9 ใน 10 แห่ง และ พื้นที่ที่เข้าร่วมปีงบประมาณ 2560 จำนวน 4 ใน 5 แห่ง สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังการศึกษาดูงาน ภายใน 2 เดือน หลังการศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ อย่างไรก็ตามพบว่าพื้นที่วิจัย จำนวน 2 แห่ง ที่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ เนื่องจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ชัดเจนและให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น

“...ในระยะแรกมีความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ เนื่องจากยังขาดความเข้าใจ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายเงิน หลังจากที่ได้รับผิดชอบงานการเงินของ อบต. ได้ร่วมศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน LTC ของเทศบาลเมืองพลจึงทำให้มีความเข้าใจในแนวทางการเบิกจ่ายเงินมากขึ้น ดังนั้น อบต.อาจสามารถจึงสามารถเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้ CG และบุคลากรสาธารณสุขได้ในเดือน สิงหาคม 2560 ส่วนเทศบาลตำบลอาจสามารถมีการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทน CG และบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 และในปัจจุบันกองทุน LTC ทั้ง 2 แห่งมีการเบิกจ่ายเป็นปัจจุบัน” IDI-OS-CM-

“ต้องบอกว่าการไปศึกษาดูงานที่เทศบาลเมืองเมืองพล ทำให้เห็นความชัดเจนของการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้สามารถกลับมาทำงานต่อไป ได้ประโยชน์มากจากการไปศึกษาดูงานครั้งนั้น เราพาทั้งอบต. นายก และ รพสต. ไปครบทีม” FGD-NY-CM1-14 กรกฎาคม 2560

“กิจกรรมต่างๆก็ได้รับการสนับสนุนเอื้อเฟื้อจากคณะกาชาดมีทั้งหมด 200 คน นะครับ ตรงนี้เป็นโอกาสดีที่เราได้มีเครือข่ายดูแลเยอะมากส่วนตัวผมเองก็มีโอกาสแลกเปลี่ยนหลายโรงเรียน มาในวันนี้ทราบว่ามีความมาศึกษาดูงานเพื่อที่จะเอาไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วก็ประยุกต์ปรับใช้ เมื่อมีกิจกรรมอะไรที่ดีๆ ก็จะได้เอาไปขยายต่อ แล้วขณะเดียวกันคนที่มาศึกษาดูงานคิดว่ามีอะไรที่ดีๆ ก็เอามาแลกเปลี่ยนให้โรงเรียนของเราได้ทำบ้างนะครับ อันนี้ก็จะเป็นอย่างกันในกลุ่มของชมรมร้อยจักสาน ซึ่งทุกๆ จังหวัดที่อยู่ในเครือข่ายกลุ่มจังหวัดก็จะมีพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันนะครับ...” IDI-PL-Lead1-13 มิถุนายน 2560

3.5 บูรณาการเชื่อมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่

การพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลักดันให้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งการเชื่อมโยงกับการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีความสำคัญและมีความจำเป็นที่นโยบายสาธารณะต้องเติมเต็มและมีความสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งจากการถอดบทเรียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนและเชื่อมนโยบายสาธารณะในพื้นที่วิจัยกับนโยบายของเขตสุขภาพที่ 7 และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบูรณาการเชื่อมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะ

ยาวกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเขตสุขภาพและในพื้นที่วิจัย มีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับระหว่างศูนย์อนามัยที่ 7 เป็นหน่วยงานกำกับติดตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเขตสุขภาพที่ 7 และ ทีมวิชาการของโครงการวิจัย เพื่อบริหารการแก้ไขปัญหาคือความไม่เพียงพอและภาระงานของผู้จัดการดูแล โดยการจัดอบรมพัฒนาผู้จัดการดูแลกับระดับเขตและจังหวัด ให้มีจำนวนผู้จัดการดูแลที่เพียงพอและขยายผู้จัดการดูแลสู่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเป็นศูนย์วิชาการให้กับเขตสุขภาพและในพื้นที่ของจังหวัด เพื่อเชื่อมการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย ทั้งการถอดบทเรียนและเป็นวิทยากร และ ใช้พื้นที่ต้นแบบในโครงการวิจัยเป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบและเป็นวิทยากรถ่ายทอดประสบการณ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้กับเขตสุขภาพและจังหวัด พบว่าทำให้โครงการวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเขตสุขภาพ และพื้นที่วิจัยสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่นได้

“สภาพปัญหาของเขตสุขภาพที่ 7 เราพบว่าผู้จัดการดูแล นื่องๆของเรารับภาระงานมาก เราต้องการความช่วยเหลือ ต้องสร้างผู้จัดการดูแลให้เพื่อขึ้นต้องมีผู้จัดการดูแลในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของเรา อยากให้วิทยาลัยเปิดอบรมผู้จัดการดูแลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะ ซึ่งเขตของเราต่างจากเขตอื่นตรงนี้แหละมีผู้จัดการดูแลอยู่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย” FGD-SO-Lead1- 4 เมษายน 2560

3.6 กรณีศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน: อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า

1) ข้อมูลทั่วไปก่อนการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

จากการศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าตำบลอาจสามารถ เป็นพื้นที่วิจัยในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลอาจสามารถ ซึ่งเป็นพื้นที่ในสังคมกึ่งเมือง และองค์การบริหารส่วนตำบลอาจสามารถ เป็นสังคมชนบท มีสถานบริการสุขภาพ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลอาจสามารถ โดยมีกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน ทำหน้าที่หน้าที่รับผิดชอบดูแลงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปีงบประมาณ 2560 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 2 แห่งสมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีผู้จัดการการดูแล จำนวน 1 คน ที่ผ่านหลักสูตรอบรม 70 ชั่วโมง และมีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมครอบคลุมทั้ง 17 หมู่บ้าน จำนวน 16 คน ผู้จัดการดูแล 1 คน จึงต้องทำหน้าที่ดูแลและขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งในเขตเทศบาลและ องค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนรับการดูแลระยะยาว จำนวนทั้งหมด 78 คน อย่างไรก็ตามในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ.2559 – กรกฎาคม พ.ศ.2560 พบว่าพื้นที่วิจัยยังไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากปัญหาความไม่เข้าใจในแนวทางการดำเนินงาน ทั้งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากระเบียบปฏิบัติไม่ชัดเจน และไม่มีแนว

ทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวบุคลากรไม่สามารถดำเนินการได้และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องการความชัดเจนของระเบียบปฏิบัติ

ส่วนการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โรงพยาบาลอาจสามารถได้มีการดำเนินงานหมอบรรลุ โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นหัวหน้าทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักการแพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงและผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อนต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ร่วมกับนายอำเภอหรือผู้แทน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ครอบคลุมทุกตำบลในอำเภออาจสามารถ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง

“เราสมัครเข้าร่วมปี 60 หนูไปอบรมผู้จัดการดูแลมา เราอบรมผู้ดูแลแล้ว การเขียน Care Plan อบรมมาแล้วยังเขียนไม่ได้ เขียนไม่เป็น ต้องไปเรียนรู้ใหม่ ทำงานมาแล้วแต่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ อบรม. ไม่นั่นใจ ไม่กล้าเบิกจ่าย ซึ่งหนูก็เข้าใจเพราะมันเป็นเรื่องใหม่ระเบียบไม่ชัดเจน” IDI-OS-Lead2-วันที่ 6 มิถุนายน 2560

“ในนามขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าจะถึงพุดนะค่ะ ต้องขอเรียนตรงๆ ว่าหลักประกันสุขภาพต้องใช้เวลาในการเรียนรู้จน ถึงจะทะลุปรุโปร่งในระดับหนึ่ง แต่พอมีกองทุนนี้มาใหม่ซึ่งในเขตเทศบาลของเรา เริ่มทำปี 60 ถ้าหากกองทุนมันเป็นของใหม่สำหรับเรา พอมารู้จุดนี้ที่บอกว่ามีปัญหาในการเบิกจ่าย ซึ่งอยู่ในการเบิกจ่ายเราก็ทำงานตามกระบวนการ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การจัดตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ เมื่อได้รับงบประมาณมา เราก็จะทำงานตามลำดับ ณ ตอนเราอนุมัติแผนที่ทางศูนย์ care plan ไป 22 ราย ล่าสุดก็คือเริ่มปฏิบัติการลงเยี่ยมคือ 1 มิถุนายน สิ้นเดือนมิถุนายนเราถึงจะทำเรื่องเบิกจ่ายนะค่ะ ถ้าหากตอนนี้ปัญหาของเราเบิกจ่ายได้ไหม เราก็เลยงงอยู่นิดหนึ่งว่าถ้างานเกิดปัญหาการเบิกจ่ายจะติดที่ตรงไหน ถ้างานเกิดจริงๆ นะค่ะคือเป็นตัวที่ดิฉันมองเองว่าไม่น่าจะเกิดปัญหา ไม่น่าที่จะมีปัญหา คือถ้าเนื้องานเรามี แต่อันนี้ก็ยังรู้สึกว่าจะไม่สื่อถึงตรงจุดนั้นนะค่ะ ที่นี้เรียนอีกอย่างหนึ่งก็คือ ที่หลายๆ ที่ที่อยู่ในไลน์กลุ่มของ ผอ.กองสาธารณสุข เขาบอกว่าเขาไม่มั่นใจใน. จากว่าท้องถิ่นเนี่ยจะสะดุดกับ สดงระเบียบการเบิกจ่ายเนื่อง” IDI-OS-Lead2-วันที่ 7 มิถุนายน 2560

“คือพุดง่ายๆว่าไม่ว่า อบรม.นะหรือเทศบาลนี้นะครับ เขารอเราไปพาเขาทำ เพราะบางที่เขาขาดเรื่องวิชาการ ในโรงพยาบาลนี้มีครบเลย พุดถึงเรื่องแปลกที่พวกเราไม่มีวิชาการอยู่แล้ว พุดถึงเรื่องกายภาพการวิเคราะห์ต่างๆ เรื่องสโติก อย่างกินข้าวไม่ถูกเราก็มีนักวิชาการอยู่แล้วใช้ไหม เพราะฉะนั้นเวลาเราออกไปสำหรับชาวบ้านพวกนี้เป็นเรื่องยิ่งใหญ่มากนะ คืออยู่ๆจะไปหาคนที่มาสอนได้อย่างมั่นใจว่ากินข้าวยังงู้นซึ่งสามารถจะอธิบายได้รู้เลยนะว่าประเด็นปัญหามันอยู่ตรงนี้นะเรามีนักวิชาการครบ ถ้าเปรียบเทียบกับที่มาอยู่วันแรกไม่มีสักคนเดียว ผมมาครั้งแรกผมไม่มีใครนะ เพราะฉะนั้นพุดถึงทุกวันนี้ผมมีแต่ความสุขเพราะได้ลูกน้องที่รู้เรื่องอันนี้มาแล้ว ไปทำงานนี้ผมชื่นชมอย่างกายภาพนี้เก่งมากผมไม่เคยคิดเลยว่ากายภาพบำบัดจะเก่งขนาดนี้” IDI-OS-Lead1-วันที่ 6 มิถุนายน 2560

2) การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าหลังจาก คณะทำงานซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงาน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาล อาจสามารถได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบในช่วง กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้เรียนรู้ วัตรธรรมของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งการบริหารจัดการกองทุนและการออกแบบบริการการดูแล ระยะยาว จากผู้บริหาร ผู้จัดการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้สูงอายุ ทำให้เจ้าหน้าที่ของอำเภออาจ สามารถมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนและมีตัวอย่างวัตรธรรมของการจัดโครงสร้าง ระเบียบปฏิบัติ และ การทำเอกสารประกอบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ ผู้รับผิดชอบงานสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นำร่องหลังจากการศึกษาดูงาน 1 เดือน

และหลังจากการนำบทเรียนจากการศึกษาดูงานมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่เทศบาลซึ่งมี ความพร้อมจนสามารถประสบผลสำเร็จและมองเห็นแนวทางชัดเจนของการดำเนินงานการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงได้นำมาขยายผล ในพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบล อาจสามารถ ซึ่งรับผิดชอบ 12 หมู่บ้าน โดยเริ่มจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายในกลุ่มติดบ้านติด เติง จำนวน 39 คน และนำเสนอในแผนการดูแลในการประชุมเพื่อรับรองแผนการดูแลรายบุคคล โดย ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งทำให้ได้รับการยอมรับและสามารถบริหาร จัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ทั้ง 2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยมีผู้จัดการดูแล เพียง 1 คน นอกจากนี้ทำให้มีการประยุกต์ใช้บทเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งเดิมจะจัดที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นแต่พบว่าคนเข้าร่วมน้อย จึงปรับให้เปิดโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนทุกชุมชนแทน ส่วนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นอีกแห่งหนึ่งที่ไม่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้เปิดโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนเพื่อให้เกิด การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น

ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามแผนการดูแล และกำกับ ติดตาม โดยองค์กรบริหารส่วนตำบลอาจสามารถ และ ผู้จัดการดูแล ด้วยการประชุมสรุปผลการ ดำเนินงานร่วมกับผู้ดูแลทุกวันพุธสัปดาห์สุดท้ายของเดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและหาแนวทางช่วยเหลือร่วมกัน ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ พักการในชุมชนและในการประชุมแต่ละครั้งมีผู้บริหารองค์กรบริหารส่วนตำบลเข้าร่วมประชุมด้วยทุก ครั้ง เพื่อรับทราบผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนี้ได้ จัดทำ Line กลุ่ม เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารและประสานงานดำเนินงานระหว่างผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล และผู้บริหาร ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการให้บริการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพตาม แผนการดูแลที่กำหนดโดยผู้จัดการดูแล และการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของ ผู้ดูแล รวมทั้งเพื่อสนับสนุนให้ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุร่วมกันดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลตามเกณฑ์ที่ กำหนด และในกรณีผู้สูงอายุที่มีปัญหาที่มีความซับซ้อนทางด้านการแพทย์ ด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือ ด้านอื่นๆ ผู้จัดการดูแล จะถูกนำเข้าแผนการเยี่ยมของทีมงานครอบครัวระดับอำเภอเพื่อให้ทีมสห วิชาชีพ ทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยและญาติ

“ตำบลอาจสามารถมีการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุน LTC ครบทั้ง 2 อบต. โดยในระยะแรกมีความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ เนื่องจากยังขาดความเข้าใจ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายเงิน หลังจากที่ได้รับผิดชอบงานการเงินของ อบต. ได้ร่วมศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน LTC ของเทศบาลเมืองพลจึงทำให้มีความเข้าใจในแนวทางการเบิกจ่ายเงินมากขึ้น ดังนั้น อบต.อาจสามารถจึงสามารถเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้ CG และบุคลากรสาธารณสุขได้ในเดือน สิงหาคม 2560 ส่วนเทศบาลตำบลอาจสามารถมีการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทน CG และบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 และในปัจจุบันกองทุน LTC ทั้ง 2 แห่งมีการเบิกจ่ายเป็นปัจจุบัน” IDI-OS-CM1-วันที่ 6 มิถุนายน 2560

“หลักการสำคัญในการขับเคลื่อนงาน LTC นั้น CM กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีการพูดคุยกันอย่างต่อเนื่อง มีการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นระยะ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CM เป็นคนที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงาน LTC ซึ่ง CM ต้องมีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์พบปะในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า ต้องมีอดทนและความมุ่งมั่นตั้งใจทำงาน มีการประสานงานที่ดีกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ CG เป็นผู้ฟังที่ดี พร้อมรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุและ CG และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน จึงจะทำให้งาน LTC สามารถขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี” IDI-OS-CM1-วันที่ 6 มิถุนายน 2560

3) ผลลัพธ์นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

3.1) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

พบว่าหลังจากศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้เปลี่ยนแปลงให้จัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ชุมชนสะดวกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมแทน ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่มีโรงเรียนผู้สูงอายุได้ร่วมมือกับชมรมผู้สูงอายุตำบลวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน โดยการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 2 แห่ง เพื่อสร้างพลังการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว และทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชนให้ความร่วมมือและช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ช่วยค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ไม่ได้รับการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และผู้สูงอายุที่อยู่ด้วยกันตามลำพัง เข้าสู่ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของผู้จัดการการดูแลมีความชัดเจน ทำให้การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุมีภาคีเครือข่ายนอกเหนือจากหน่วยงานสาธารณสุขมาร่วมดูแล ได้แก่ นายอำเภอหรือตัวแทน พัฒนาชุมชน ที่จะร่วมออกเยี่ยมผู้สูงอายุด้วยทุกครั้ง ทำให้มีการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการปรับสภาพบ้านการจัดการสิ่งแวดล้อม การอำนวยความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านอื่นเพิ่มขึ้น

“แต่ก่อนเราก็ไม่คิดว่าจะทำอะไร...มีชมรมผู้สูงอายุก็ไม่เคยทำอะไร...พอเห็นคนแก่ที่เขาไปไหนไม่ได้ต้องมีคนมาดูแล...มีหมอไปเยี่ยมบ่อยๆ....เราก็เลยเริ่มหันกลับมาคิดว่าทำไมต้องรอให้เจ็บป่วยจนไปไหนไม่ได้ขนาดนั้น..ทำไมพวกเราต้องไปทำตัวให้เป็นภาระของคนในครอบครัว

ลูกหลานและคนอื่นๆเขา...ก็เลยมาคุยกันว่าเราจะหาทางช่วยเหลือดูแลคนที่ยังไม่ป่วยให้แข็งแรงต่อไปไม่เป็นภาระของครอบครัวของลูกหลานได้ยังไง....ก็เลยจะทำโรงเรียนผู้สูงอายุนี้ละ...ให้คนแก่ทั้งหลายได้มาเจอกัน..มาพูดคุยกัน..สุนกสนานร่วมกัน..และที่สำคัญก็จะช่วยลดภาระของลูกหลานได้ด้วย” IDI-OS-Age1-วันที่ 6 มิถุนายน 2560

“ดีใจมากที่มีคนมาดูแล...ไม่เคยมีใครมาดูแลอย่างนี้มาก่อน...ขนาดลูกหลานตัวเองยังไม่เคยมาดูแล..นี่เขาเป็นคนอื่นแต่ๆเขายังมีน้ำใจมาดูแลเรา..พวกหมอก็คือนะเพิ่นก็มาเยี่ยม...เอารถมารับพาไปทำฟัน...เอายามาให้...ขนาดทำบุญบ้านก็มีไอ้ฮ้อย(CG) กับ อสม.และชาวบ้านนี่ละเป็นคนจัดการให้...ไม่คิดว่าจะมีใครมาดูแลเราขนาดนี้ (ร้องไห้)..ขอบคุณจริงๆ” IDI-OS-Age2-วันที่ 7 มิถุนายน 2560

3.2) ผลลัพธ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในพื้นที่ตำบลอาจสามารถพบว่า หลังจากที่ผู้รับผิดชอบงานการเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ร่วมศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกับพื้นที่ต้นแบบ ทำให้มีความเข้าใจแนวทางการเบิกจ่ายเงิน และสามารถเบิกจ่ายได้ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2560 เป็นต้นมา ครบทั้ง 2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทำให้มีการจัดทำแผนการดูแลและได้รับการอนุมัติแผนการดูแลทั้งหมดจำนวน 61 คน ซึ่งสามารถได้รับการสนับสนุนโดยกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 35 จำนวนผู้สูงอายุในตำบลอาจสามารถที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีพึงพิงระยะยาว ปีงบประมาณ 2560

เขต อบท.	กลุ่มติดบ้าน(คน)		กลุ่มติดเตียง (คน)		รวม (คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่ ได้รับการดูแลตาม แผนการดูแล (คน)
	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4		
อบต.	27	4	6	2	39	25
เทศบาล	28	5	5	1	39	36
รวม	55	9	11	3	78	61

จากการติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปีงบประมาณ 2560 พบว่า มีผู้สูงอายุเสียชีวิต จำนวน 2 คน จำหน่ายออกจากระบบเนื่องจากสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำนวน 2 คน เปลี่ยนแปลงจากกลุ่ม 3 เป็นกลุ่ม 1 จำนวน 3 คน เปลี่ยนจากกลุ่ม 1 เป็น กลุ่ม 3 จำนวน 1 คน และเปลี่ยนจากกลุ่ม 1 เป็นกลุ่ม 4 จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 36 เปรียบเทียบระดับภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุ ของตำบลอาจสามารถ หลังการวิจัย ปีงบประมาณ 2560

เขต อบต.	กลุ่มติดบ้าน (คน)		กลุ่มติดเตียง (คน)		เสียชีวิต	กลุ่มติดบ้าน (คน)		กลุ่มติดเตียง (คน)		จำหน่าย (คน)	รวม (คน)
	กลุ่ม1	กลุ่ม2	กลุ่ม3	กลุ่ม4		กลุ่ม1	กลุ่ม2	กลุ่ม3	กลุ่ม4		
อบต.	15	4	4	1	1	16	4	2	1	0	25
เทศบาล	24	5	4	0	1	23	5	2	0	2	36
รวม	39	9	8	1	2	39	11	4	1	2	61

4. ผลลัพธ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน

การประเมินผลลัพธ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน หลังสิ้นสุดดำเนินการวิจัย ซึ่งประเมินผลลัพธ์จาก การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และ การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการประเมินมีดังนี้

4.1 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในชุมชนช่วยสนับสนุนให้การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสามารถเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1) การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ระยะเปลี่ยนผ่านส่วนใหญ่ไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนได้ เนื่องจากความไม่เข้าใจและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติของกองทุนและภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

พบวก่อนดำเนินการวิจัยมีพื้นที่วิจัยจำนวน 10 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปีงบประมาณ 2559 มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้สูงอายุจำนวน 693 คน แต่หลังสิ้นสุดปีงบประมาณพบมีเพียง 3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้นที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้ และในปีงบประมาณ 2560 มีพื้นที่สมัครเข้าร่วม จำนวน 5 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จะได้รับการดูแล จำนวน 289 คน พบว่ายังไม่สามารถเบิกงบประมาณการดำเนินงาน ในขณะที่พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีพื้นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 145 แห่ง

มีกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแล จำนวน 11,635 คน พบว่าหลังสิ้นสุด มีจำนวน 62 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 43 ที่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ และในปีงบประมาณ 2560 มีพื้นที่สมัครเข้าร่วม จำนวน 284 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จะได้รับการดูแลทั้งหมดจำนวนประมาณ 13,145 คน และทั้งหมดยังไม่สามารถเบิกงบประมาณการดำเนินงานได้

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ของเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนเข้าร่วมวิจัย ปีงบประมาณ 2559 - 2560

จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 7 ที่เข้าร่วมกองทุน ในปีงบประมาณ*				องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่วิจัย ที่เข้าร่วมกองทุน ในปีงบประมาณ**			
	2559 (จำนวน)	เบิกจ่ายได้ จำนวน(ร้อยละ)	2560 (จำนวน)	เบิกจ่ายได้ จำนวน(ร้อยละ)	2559 (จำนวน)	เบิกจ่ายได้ จำนวน(ร้อยละ)	2560 (จำนวน)	เบิกจ่ายได้ จำนวน(ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	44	22 (50.0)	76	0 (0.00)	4	2 (20.00)	2	0 (0.00)
จังหวัดที่ 2	26	11 (42.31)	35	0 (0.00)	2	1 (10.00)	1	0 (0.00)
จังหวัดที่ 3	40	13 (32.50)	45	0 (0.00)	2	0 (00.00)	2	0 (0.00)
จังหวัดที่ 4	35	16 (45.71)	79	0 (0.00)	2	0 (0.00)	0	0 (0.00)
พื้นที่ทั้งหมด	145	62 (42.76)	235	0 (0.00)	10	3 (30.00)	5	0 (0.00)

*ที่มา; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7, วันที่ 30 มีนาคม 2560

**ที่มา; การสำรวจข้อมูล วันที่ 30 มีนาคม 2560

โดยพบว่าปัญหาอุปสรรคของการเข้าถึงงบประมาณของกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เนื่องจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับระเบียบข้อบังคับของกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มั่นใจต่อการตัดสินใจ ดำเนินการ และปัญหาภาระงานของผู้จัดการดูแลที่ต้องรับผิดชอบการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว และต้องรับผิดชอบภาระงานอื่นๆ ในหน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีการบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข ต้องอาศัยผู้จัดการดูแลของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้จัดการดูแลต้องรับผิดชอบดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการจัดทำเอกสารเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ครบ โดยเฉพาะแผนการดูแลรายบุคคล

2) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีส่วนสนับสนุนให้พื้นที่สามารถบริหารจัดการกองทุนเพิ่มขึ้นหลังดำเนินการวิจัย

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประกอบด้วย การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน การสร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จากการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนลงสู่ปฏิบัติการในพื้นที่วิจัย ระยะเวลา 6 เดือน พบว่าก่อน

ดำเนินการวิจัยมีพื้นที่ที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 20.00 หลังดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการในพื้นที่พบว่าสามารถดำเนินการตามนโยบายเพื่อเบิกจ่ายเพิ่มขึ้นจำนวนได้จำนวน 10 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยเป็นพื้นที่ที่สมัครเข้าร่วมกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวปีงบประมาณ 2559 สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ จำนวน 9 แห่ง จากทั้งหมด 10 แห่ง และพื้นที่เข้าร่วมกองทุน ปีงบประมาณ 2560 พบว่าสามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้จำนวน 4 แห่งจาก 5 แห่ง อย่างไรก็ตามพบว่ามีพื้นที่วิจัย จำนวน 2 แห่ง ที่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ เนื่องจากผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวให้ชัดเจนและให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย
ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย

จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วม		รวมทั้งหมด	การเบิกจ่ายงบประมาณ	
	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560		ก่อนเข้าร่วมวิจัย	หลังเข้าร่วมวิจัย
	จำนวน	จำนวน	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	4	2	6	2 (13.33)	1 (6.67)
จังหวัดที่ 2	2	1	3	1 (6.67)	3 (20.00)
จังหวัดที่ 3	2	2	4	0 (0.00)	4 (26.67)
จังหวัดที่ 4	2	0	2	0 (0.00)	2 (13.33)
พื้นที่ทั้งหมด	10	5	15	3 (20.00)	10 (66.67)

“...ในระยะแรกมีความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณ เนื่องจากยังขาดความเข้าใจ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายเงิน หลังจากที่ได้รับผิดชอบงานการเงินของ อบต. ได้ร่วมศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน LTC ของเทศบาลเมืองพลจึงทำให้มีความเข้าใจในแนวทางการเบิกจ่ายเงินมากขึ้น ดังนั้น อบต...จึงสามารถเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้ CG และบุคลากรสาธารณสุขได้ในเดือน สิงหาคม 2560 ส่วนเทศบาล...มีการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทน CG และบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่วันที่ เดือนกรกฎาคม 2560 และในปัจจุบันกองทุน LTC ทั้ง 2 แห่งมีการเบิกจ่ายเป็นปัจจุบัน”IDI-OS-CM-6 มิถุนายน 2560

ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์การเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังดำเนินการวิจัยในพื้นที่วิจัยและพื้นที่เขตสุขภาพ พบว่าในพื้นที่วิจัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 10 กองทุน พบว่า หลังสิ้นสุดการวิจัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้ จำนวน 9 กองทุน ร้อยละ 90.00 และ ไม่สามารถเบิกได้ จำนวน 1 กองทุน และในปี 2560 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม จำนวน 5 กองทุน พบว่า หลังสิ้นสุดการวิจัยสามารถเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ จำนวน 4 กองทุน ร้อยละ 80.00 และ ไม่สามารถเบิกได้ จำนวน 1 กองทุน

ในขณะที่พื้นที่ของเขตสุขภาพพบว่าพื้นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปีงบประมาณ 2559 หลังสิ้นสุดปีงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนได้ จำนวน 105 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 72.41 อย่างไรก็ตามพบว่าพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 38 กองทุน หรือ ร้อยละ 16.17 ที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณการดำเนินงาน

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ของเขตสุขภาพที่ 7 หลังเข้าร่วมวิจัย ปีงบประมาณ 2559 - 2560

จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 7 ที่เข้าร่วมกองทุน ในปีงบประมาณ*				องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่วิจัย ที่เข้าร่วมกองทุน ในปีงบประมาณ**			
	2559	เบิกจ่ายได้ (จำนวน) จำนวน(ร้อยละ)	2560	เบิกจ่ายได้ (จำนวน) จำนวน(ร้อยละ)	2559	เบิกจ่ายได้ (จำนวน) จำนวน(ร้อยละ)	2560	เบิกจ่ายได้ (จำนวน) จำนวน(ร้อยละ)
จังหวัดที่ 1	44	27 (61.36)	76	8 (10.53)	4	3 (30.00)	2	1 (20.00)
จังหวัดที่ 2	26	17 (65.38)	35	7 (20.00)	2	2 (20.00)	1	1 (20.00)
จังหวัดที่ 3	40	31 (77.50)	45	6 (13.33)	2	2 (20.00)	2	2 (40.00)
จังหวัดที่ 4	35	30 (85.71)	79	17 (21.52)	2	2 (20.00)	0	0 (0.00)
พื้นที่ทั้งหมด	145	105 (72.41)	235	38 (16.17)	10	9 (90.00)	5	4 (80.00)

*ที่มา; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7, วันที่ 31 สิงหาคม 2560

**ที่มา; การสำรวจข้อมูล วันที่ 31 เดือน สิงหาคม 2560

3) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนช่วยสนับสนุนให้พื้นที่สามารถบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการเปรียบเทียบผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าก่อนการวิจัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 3 กองทุน ร้อยละ 20.00 หลังดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ในระยะเวลา 6 เดือน พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถดำเนินการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้สามารถเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้น เป็นจำนวน 13 กองทุน ร้อยละ 86.67 และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ของการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001)

ตารางที่ 40 เปรียบเทียบผลลัพธ์การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการวิจัย

การบริหารจัดการกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว	ก่อนการวิจัย	หลังการวิจัย	χ^2	P value*
	N (%)	N (%)		
	(n = 15)	(n = 15)		
1) สามารถบริหารจัดการกองทุนได้	3 (20.00)	13 (86.67)	11.25	<0.001*
2) ไม่สามารถบริหารจัดการกองทุนได้	12 (80.00)	2 (13.33)		

*Mc Nemar Test, P value < 0.01

4.2 ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนระบบการดูแลระยะยาวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการระบบการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่าก่อนดำเนินการวิจัยพื้นที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถดำเนินการบริหารจัดการกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณสนับสนุนจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 296 คน หลังสิ้นสุดการวิจัยพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถบริหารจัดการกองทุนได้เพิ่มขึ้น จำนวน 10 กองทุน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวสามารถเข้าถึงบริการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้จำนวน 777 คน คิดเป็นร้อยละ 79.12 อย่างไรก็ตามพบว่ามี จำนวน 2 พื้นที่ ที่ไม่สามารถดำเนินการบริหารจัดการกองทุนเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังการวิจัย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับ การดูแลปีงบประมาณ 2560 (คน)	ประเภทผู้สูงอายุ				การเบิกจ่ายจากกองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	
		กลุ่ม 1 คน	กลุ่ม 2 คน	กลุ่ม 3 คน	กลุ่ม 4 คน	คน	ร้อยละ
เทศบาล 1	94	54	21	12	7	94	100.00
อบต. 1	63	50	7	4	2	23	36.51
เทศบาล 2	18	16	2	0	0	18	100.00
อบต. 2	153	127	4	15	7	153	100.00
อบต. 3	69	64	1	4	0	0	0.00
อบต. 4	70	59	7	0	4	70	100.00
อบต. 5	52	37	12	3	0	0	0.00
เทศบาล 3*	76	55	11	8	2	76	100.00
อบต. 6	40	30	3	6	1	40	100.00
เทศบาล 4	141	114	13	8	6	141	100.00
อบต. 7*	67	37	22	7	1	67	100.00
เทศบาล 5	36	17	9	6	4	22	61.11

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์กองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาวหลังการวิจัย (ต่อ)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับ การดูแลปีงบประมาณ 2560 (คน)	ประเภทผู้สูงอายุ				การเบิกจ่ายจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	
		กลุ่ม 1 คน	กลุ่ม 2 คน	กลุ่ม 3 คน	กลุ่ม 4 คน	ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คน	ร้อยละ
อบต. 8	25	8	6	4	7	12	48.00
เทศบาล 6	39	28	5	5	1	25	64.10
อบต. 9	39	28	4	6	1	36	92.31
รวมทั้งหมด	982	724	127	88	43	777	79.12

* หมายเหตุ: เบิกจ่ายก่อนเข้าร่วมการวิจัย

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าก่อนการวิจัย มีจำนวนผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงบริการ ร้อยละ 38 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84 ซึ่งจากการเปรียบเทียบการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังการวิจัย พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <0.001)

ตารางที่ 42 เปรียบเทียบผลลัพธ์การเข้าถึงบริการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก่อนและหลังการวิจัย

การบริหารจัดการกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว	ก่อนการวิจัย	หลังการวิจัย	χ^2	P value*
	N (%)	N (%)		
	(n = 777)	(n = 15)		
1) สามารถเข้าถึงบริการของกองทุน	296 (38.10)	656 (84.43)	351.19	<0.001*
2) ไม่สามารถเข้าถึงบริการของกองทุน	481 (62.93)	121 (15.57)		

*Mc Nemar Test, P value < 0.01

4.3 การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวหลังการวิจัยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว ก่อนการวิจัยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 78 รองมาคือ คุณภาพชีวิตดี เกือบร้อยละ 17 และคุณภาพชีวิตไม่ดี เกือบร้อยละ 5 โดยพบว่าคุณภาพชีวิตรายด้านที่ไม่ดีมากที่สุดคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม รองมาคือ ด้านสุขภาพกาย และหลังได้รับการสนับสนุนระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งประกอบด้วย การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย การเยี่ยมบ้านโดยผู้ดูแล การดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้จัดการดูแล และการติดตามประเมินการดูแลตามการดูแลเฉพาะรายที่กองทุนดูแลผู้สูงอายุกำหนดไว้ พบว่ามีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เกือบร้อยละ 71 รองมาคือ ระดับดี ร้อยละ 25 และระดับไม่ดี เกือบร้อยละ 4

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนและหลังการวิจัย

คุณภาพชีวิตรายด้าน	คุณภาพชีวิตก่อนการวิจัย			คุณภาพชีวิตหลังการวิจัย		
	ไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ดี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ดี จำนวน(ร้อยละ)
1.คุณภาพชีวิตโดยรวม (26 – 130 คะแนน)	32 (4.45)	516 (78.18)	112 (16.97)	27 (4.09)	468 (70.91)	165 (25.00)
2.คุณภาพชีวิตรายด้าน						
1)ด้านสุขภาพกาย (7 – 35 คะแนน)	102 (15.46)	514 (77.88)	44 (6.67)	86 (13.03)	525 (79.55)	49 (7.42)
2)ด้านจิตใจ (6 – 30 คะแนน)	24 (3.64)	389 (58.94)	247 (37.42)	18 (2.73)	386 (58.48)	256 (38.79)
3)ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 – 15 คะแนน)	115 (17.42)	468 (70.91)	77 (11.67)	87 (13.18)	488 (73.94)	85 (12.88)
4)ด้านสิ่งแวดล้อม (8 – 40 คะแนน)	22 (3.33)	489 (74.09)	149 (22.58)	20 (3.03)	486 (73.64)	154 (23.33)

และจากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อนการวิจัย และหลังการวิจัยพบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.001) รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 44 เปรียบเทียบความชุกของการระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังการวิจัย

ระดับคุณภาพชีวิต	ก่อนการวิจัย	หลังการวิจัย	χ^2	P value*
ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	n=660	n=660		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1) คุณภาพชีวิตไม่ดี	32 (4.85)	27 (4.09)	11.5947	<0.001*
2) คุณภาพชีวิตปานกลาง	516 (78.18)	468 (70.91)		
3) คุณภาพชีวิตดี	112 (16.97)	165 (25.00)		

*Mc Nemar Test, P value < .001

ซึ่งกรณีศึกษานาง พ. ผู้ดูแล อายุ 54 ปี เดิมมีอาชีพรับจ้างช่วยญาติค้าขายอยู่ที่ภาคใต้ เมื่อมารดาวัย 74 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องออกจากงานมาดูแลมารดา เพียงลำพัง ตั้งแต่ปีพ.ศ.2556 ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง อาศัยจากญาติทางบิดาที่ส่งมาใช้ใช้เดือนละประมาณ 5,000 บาท กิจวัตรทุกวันที่บ้านนางพ. ปฏิบัติมานานเกือบ 5 ปี คือ ตื่นนอนประมาณ 7.00 น. อาบน้ำ เช็ดตัว ฉีดยาเบาหวานให้มารดา 8.00 น. อาบน้ำผู้ดูแลตนเอง 8.30 น.

เตรียมอาหารให้มารดา 9.00 – 10.00 น. จัดเตรียมอาหารให้มารดารับประทานอาหาร และ ตนเองรับประทานอาหาร 10.00 – 12.00 น. ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน เตรียมอาหารกลางวัน 12.00 น. จัดเตรียมอาหารให้มารดารับประทานอาหาร และ ตนเองรับประทานอาหาร 13.00 น. ช่วยอาบน้ำให้มารดา และ พายายเข้าไปนอนดูทีวีในบ้าน 14.00 น. ฉีดยา 15.00 น. รับประทานอาหารและเตรียมอาหารเย็น 17.00 – 18.00 น. รับประทานอาหารเย็น พร้อมมารดา 19.00 น. อาบน้ำดูแลตนเอง 22.00 ใส่แอมป์ให้มารดา พามารดาเข้านอน ซึ่งมารดาจะปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง 24.00 น. เปลี่ยนแอมป์ให้มารดา ซึ่งมารดาจะเรียกตลอดถ้าตื่น และในระหว่างที่ดูแลมารดามีภาวะซึมเศร้า หลังจากที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลมาเยี่ยมมา วัดความดัน เจาะเลือด ทำกายภาพบำบัด มาอยู่เป็นเพื่อ ให้มารดาหายป่วยจากอาการซึมเศร้า และทำให้นางพ. มีเพื่อนคุย และมีเวลาสามารถสำหรับดูแลตนเอง เช่น ได้รับประทานอาหาร ได้ทำสีผม และ ไปตลาด

“ตอนดูแลยายตอนแรกบ่มีผู้ใด ต้องเบี่ยงอยู่ผู้เดียว งานก็บ่มี รายได้ก็บ่พอ เมื่อยล้า รู้สึกเบลอ ยายล้าส่ายหลุด ต้องไปหาหมอ บ่มีเวลาบ่ได้นอน เราเฝ้าทุกชั่วโมง กลางคืนบ่ได้นอน กว่าลีนอนก็ดีขึ้น ไป ตอนนี้อยู่หลังมีผู้ช่วยมาช่วยดูแลยายเราหายซึมเศร้า เรามีหมู่คุย อยู่ร่วมกันสองคนบ่อยู่ลี้ภัยอียังฉันก็สบายขึ้น มาช่วยทำให้มีเวลากินข้าว ฉันมีเวลาไปจ่ายค่าน้ำค่าไฟ ฉันอยากไปตรวจผม มีผู้มาช่วยดีมาก ดีขึ้นหลาย“ IDI-PL-FCG1-6 ตุลาคม 2560

4.4 ระดับการพึงพิงของผู้สูงอายุภายใต้การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ก่อนและหลังการวิจัยไม่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อนการวิจัย จำนวน 777 คน ที่สามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำแนกตามประเภทการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ พบมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดบ้านไม่สับสน จำนวน 561 คน ร้อยละ 72 รองมาคือกลุ่มที่ 2 ติดบ้านและมีภาวะสับสน จำนวน 101 คน ร้อยละ 13 กลุ่มที่ 3 ติดเตียงไม่รุนแรง จำนวน 76 คน เกือบร้อยละ 10 และ กลุ่มที่ 4 ติดเตียงและเจ็บป่วยรุนแรงหรือระยะสุดท้าย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 5

หลังการวิจัย 1 ปี พบว่ามีผู้สูงอายุเสียชีวิต จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 9 และ มีอาการดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำนวน 79 คน เกือบร้อยละ 10 ส่วนผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 จำนวน 487 คน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มอื่นอัตราส่วนลดลงโดยมีกลุ่มที่ 2 มีจำนวน 60 คน ร้อยละ 9 กลุ่มที่ 3 จำนวน 65 คน ร้อยละ 10 และ กลุ่มที่ 4 จำนวน 18 คน ร้อยละ 3

รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุจำแนกประเภทตามเกณฑ์ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนและหลังการวิจัย

องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	จำนวน	ประเภทผู้สูงอายุก่อนการวิจัย				ผู้สูงอายุไม่อยู่ในระบบ		จำนวน	ประเภทผู้สูงอายุหลังการวิจัย			
	ผู้สูงอายุ					ต่อ		ผู้สูงอายุ				
	ปีงบประมาณ 2560 (คน)	กลุ่ม 1 คน	กลุ่ม 2 คน	กลุ่ม 3 คน	กลุ่ม 4 คน	เสียชีวิต คน	หายพื้พิง คน	หลังการวิจัย คน	กลุ่ม 1 คน	กลุ่ม 2 คน	กลุ่ม 3 คน	กลุ่ม 4 คน
เทศบาล 1	94	54	21	12	7	8	13	73	38	17	14	4
อบต. 1	23	17	0	4	2	0	2	21	15	0	4	0
เทศบาล 2	18	16	2	0	0	1	0	17	15	1	1	0
อบต. 2	153	127	4	15	7	15	9	129	119	3	7	0
อบต. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
อบต. 4	70	59	7	0	4	14	10	46	41	2	0	3
อบต. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
เทศบาล 3*	76	55	11	8	2	0	27	49	31	6	10	2
อบต. 6	40	30	3	6	1	2	3	35	28	0	7	0
เทศบาล 4	141	114	13	8	6	15	5	121	101	9	6	5
อบต.7*	67	37	22	7	1	2	6	59	48	5	6	0
เทศบาล 5	22	7	8	3	4	1	1	20	7	8	3	2
อบต. 8	12	5	0	4	3	2	1	9	5	0	3	1
เทศบาล 6	25	15	5	4	1	2	0	23	23	5	2	0
อบต. 9	36	25	5	5	1	3	2	31	16	4	2	1
รวมทั้งหมด	777	561(72.20)	101 (13.00)	76 (9.78)	39 (5.02)	65 (8.37)	79 (10.17)	633	487 (76.94)	60 (9.48)	65 (10.27)	18 (2.84)

อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพึงพิงของผู้สูงอายุภายใต้การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ก่อนและหลังการวิจัยพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.3831)

ตารางที่ 46 เปรียบเทียบผลลัพธ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ก่อนและหลังการวิจัย

ประเภทผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนการวิจัย N (%)	หลังการวิจัย N (%)	เสียชีวิต	หายจากภาวะ พึ่งพิง	χ^2	P value*
ตามเกณฑ์ สปสช.	n=777	n=630	n=68			
1.กลุ่มติดบ้าน	662 (85.20)	547 (86.83)	68 (8.75)	79 (10.17)	0.76	0.3831
กลุ่มที่ 1	561 (72.20)	487 (76.94)				
กลุ่มที่ 2	101 (13.00)	60 (9.48)				
2.กลุ่มติดเตียง	115 (14.80)	83 (13.17)				
กลุ่มที่ 3	76 (9.78)	65 (10.27)				
กลุ่มที่ 4	39 (5.02)	18 (2.84)				

*Mc Nemar Test, P value < 0.01

4.5 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐานทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน กลุ่มผู้สูงอายุอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญและเป็นพื้นที่ของการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ แกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน ผู้นำชุมชน และกาชาดอำเภอ โรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นจุดเชื่อมและพื้นที่เปิดในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทำให้หน่วยงานราชการ องค์กร และกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินให้คะแนนการมีส่วนร่วมด้วยตนเอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนทั้งหมด 264 คน พบว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกองค์ประกอบอยู่ในวงจำกัดส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่จากผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคะแนนอยู่ในระหว่าง 1.53 - 2.21 คะแนน หลังสิ้นสุดกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 6 เดือน การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ขยายวงกว้างในทุกมิติขององค์ประกอบและมีภาคีเครือข่ายร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพิ่มมากขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.53 - 3.00 คะแนน โดยเฉพาะคะแนนการจัดองค์กรและการบริหารจัดการเพิ่มสูงขึ้น รายละเอียดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 47 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาว ก่อนและหลังการวิจัย

องค์ประกอบ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (ตุลาคม 2559)	หลังเข้าร่วมโครงการ (พฤศจิกายน 2560)
1. การประเมินความต้องการ (Need assessment)	1.พื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 พื้นที่ เริ่มต้นเข้าร่วมกองทุนดูแล ผู้สูงอายุด้วยการสมัครกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติด้วยมีงบประมาณ สนับสนุน ซึ่งในการดำเนิน กิจกรรมได้ถูกออกแบบและ กำหนดระเบียบปฏิบัติจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ แต่พบว่ามีเพียง 3 พื้นที่ใน 10 พื้นที่เท่านั้นที่ สามารถดำเนินการตามระเบียบ และเบิกจ่ายงบประมาณได้	1. พื้นที่วิจัยทั้ง 15 พื้นที่เป็นผู้กำหนด ประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ของตนเอง จากการประเมินสภาพปัญหา และความต้องการการดำเนินการดูแล ระยะยาวในชุมชน โดยประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน สาธารณสุข ผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในชุมชน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น และมีนักวิจัย ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล ร่างและสรุป ปัญหาความต้องการ และ ข้อเสนอ นโยบายสาธารณะ เพื่อทำร่างประเด็น นโยบายสาธารณะ 2.สภาพปัญหา ความต้องการเกี่ยวกับ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในชุมชนถูกจัดทำเป็นข้อเสนอ นโยบายสาธารณะและส่งต่อให้พื้นที่เพื่อ นำไปขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป
2. ภาวะผู้นำ (Leadership)	1.ระยะเริ่มต้นของกองทุน ผู้เข้าร่วมประกอบด้วยผู้จัดการ ดูแล และ ผู้นำหรือผู้บริหาร องค์กร จำนวนพื้นที่ละ 3-5 คน 2.การดำเนินงานระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ทุก พื้นที่เริ่มต้นจากบุคลากร สาธารณสุข จำนวน 12 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 แห่ง และมีโรงเรียน ผู้สูงอายุเป็นส่วนร่วม 9 แห่ง	1.ทุกพื้นที่วิจัยมีการขยายผู้มีส่วน เกี่ยวข้องมาร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ด้าน สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ อสม. ผู้ดูแล ทุกภาคส่วนในชุมชน และมี การสร้างเครือข่ายในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างพื้นที่ 2.ผู้จัดการดูแลทุกพื้นที่ทำบทบาทและ หน้าที่ในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่าย ในชุมชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการ พัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 47 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาว ก่อนและหลังการวิจัย (ต่อ)

องค์ประกอบ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (ตุลาคม 2559)	หลังเข้าร่วมโครงการ (พฤศจิกายน 2560)
2. ภาวะผู้นำ (ต่อ) (Leadership)		ระยะยาวและช่วยในการบริหารจัดการ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3. มีพื้นที่ 2 พื้นที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นไม่สามารถร่วมเป็นเจ้าภาพ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเนื่องจาก ความไม่เข้าใจในระเบียบของกองทุน
3. การจัดองค์กร (Organization)	1.การจัดโครงสร้างเกี่ยวกับกองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ อนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้จัดการ ดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี 3 ใน 15 พื้นที่ที่สามารถดำเนินการจัด องค์กรสามารถบริหารจัดการจน สามารถเบิกงบประมาณเพื่อการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากกองทุน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้สำเร็จ	1.มีการจัดโครงสร้างเกี่ยวกับกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ อนุกรรมการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิต ผู้จัดการดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครบทั้ง 15 พื้นที่ 2.พื้นที่ 13 ใน 15 แห่งสามารถดำเนินการ จัดองค์กรให้สามารถบริหารจัดการและ สามารถเบิกงบประมาณเพื่อการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวได้สำเร็จตามเป้าหมายของ แผนการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2560 3. เป้าหมายและแผนงานของแต่ละ แผนงานและเป้าหมายการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะของแต่ละพื้นที่ได้ถูก ปรับตามความต้องการของแต่ละพื้นที่ 4.มีการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ทาง Lineในการสื่อสารข้อมูลการขับเคลื่อน การดำเนินการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวของแต่ละพื้นที่

ตารางที่ 47 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาว ก่อนและหลังการวิจัย (ต่อ)

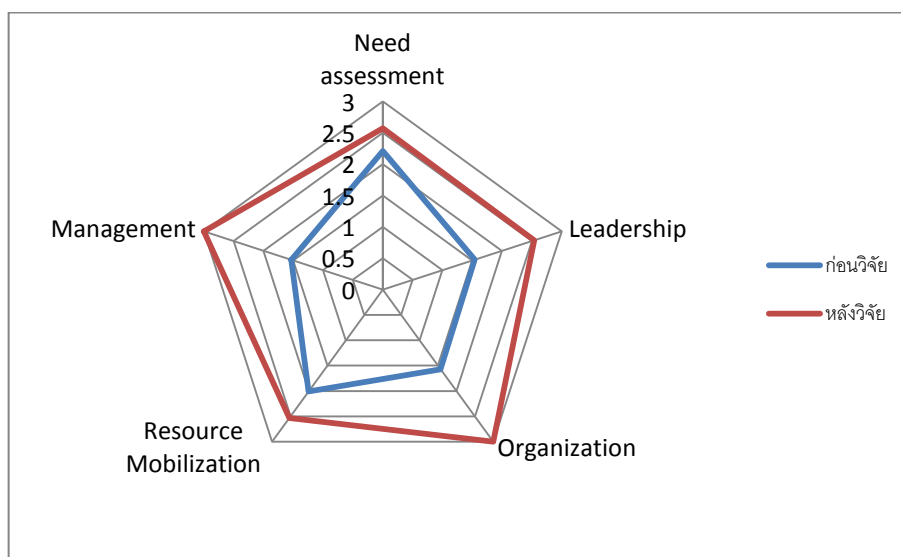
องค์ประกอบ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (ตุลาคม 2559)	หลังเข้าร่วมโครงการ (พฤศจิกายน 2560)
4. การระดม ทรัพยากรในชุมชน (Resource mobilization)	1.พื้นที่ 3 ใน 15 แห่ง สามารถ ดำเนินการบริหารจัดการ และ การ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน ชุมชน โดยความร่วมมือขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน สาธารณสุข และชุมชน เพื่อดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2.นักวิจัยร่วมสนับสนุนงบประมาณ บางส่วนในการดำเนินการวิจัยใน พื้นที่ซึ่งเกี่ยวกับการรวบรวมทำ ฐานข้อมูลการประเมินผู้สูงอายุ การ ดำเนินการจัดกิจกรรมในการพัฒนา นโยบายสาธารณะ	1.พื้นที่ 13 ใน 15 แห่ง สามารถ ดำเนินการบริหารจัดการ และ การ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนได้ สำเร็จในปีงบประมาณ 2560 2.พื้นที่ทั้ง 15 แห่ง มีการดำเนินการ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากกองทุนสุขภาพของตนเอง และมี ทรัพยากร งบประมาณสนับสนุนพื้นที่ใน การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 3.พื้นที่ 2 แห่งยังไม่ได้รับการอนุมัติ งบประมาณในการดำเนินการจากกองทุน ดูแลระยะยาว แต่มีการสนับสนุน งบประมาณการดูแลผู้สูงอายุจากกองทุน สุขภาพตำบล 4.ทีมวิชาการทำหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้ โดยการถอดบทเรียนและพัฒนาพื้นที่ ต้นแบบให้เป็นแห่งเรียนรู้การบริหาร จัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน ชุมชน เพื่อเป็นบทเรียนการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 47 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาว ก่อนและหลังการวิจัย (ต่อ)

องค์ประกอบ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (ตุลาคม 2559)	หลังเข้าร่วมโครงการ (พฤศจิกายน 2560)
5. การบริหารจัดการ (Management)	1.การบริหารจัดการพัฒนานโยบาย สาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในชุมชน 3 ใน 15 พื้นที่ เกิด จากการความร่วมมือของหน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกัน เพื่อให้การบริหารจัดการ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประสบผลสำเร็จ	1.มีการบันทึกความร่วมมือของหน่วยงาน ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนีขอนแก่น สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ และ ศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น 2. การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีทีม วิชาการ ทำหน้าที่รวบรวมประเด็น จัดเวที สมัชชา ร่างข้อเสนอนโยบายสาธารณะ และ ปรับปรุงนโยบายสาธารณะ ที่เกิดจาก กระบวนการสมัชชาสุขภาพของพื้นที่ 3. กระบวนการขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะในพื้นที่ มีทีมปฏิบัติการและทีม นโยบายในพื้นที่ทำหน้าที่ผลักดันให้เกิดการ ขับเคลื่อน การบริหารจัดการกองทุน และ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมี ทีมวิชาการทำหน้าที่ติดตาม จัดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ถอดบทเรียน 4. พื้นที่ 3 ใน 15 พื้นที่ สามารถขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะทำให้สามารถการบริหาร จัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ด้วยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นและ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และชุมชน ยกเว้น 2 ใน 15 พื้นที่ยังไม่ สามารถขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อเบิกจ่าย งบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ตารางที่ 48 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ก่อนและหลังการวิจัย

ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วม	ระยะเริ่มต้นโครงการ		หลังสิ้นสุดโครงการ	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. การประเมินความต้องการ (Need assessment)	2.21	0.754	2.57	0.576
2. ภาวะผู้นำ (Leadership)	1.54	0.673	2.54	0.724
3. การจัดองค์กร(Organization)	1.57	0.544	3.00	0.543
4. การระดม ทรัพยากรในชุมชน (Resource Mobilization)	2.01	0.318	2.53	0.432
5. การบริหารจัดการ (Management)	1.53	0.656	3.00	0.485



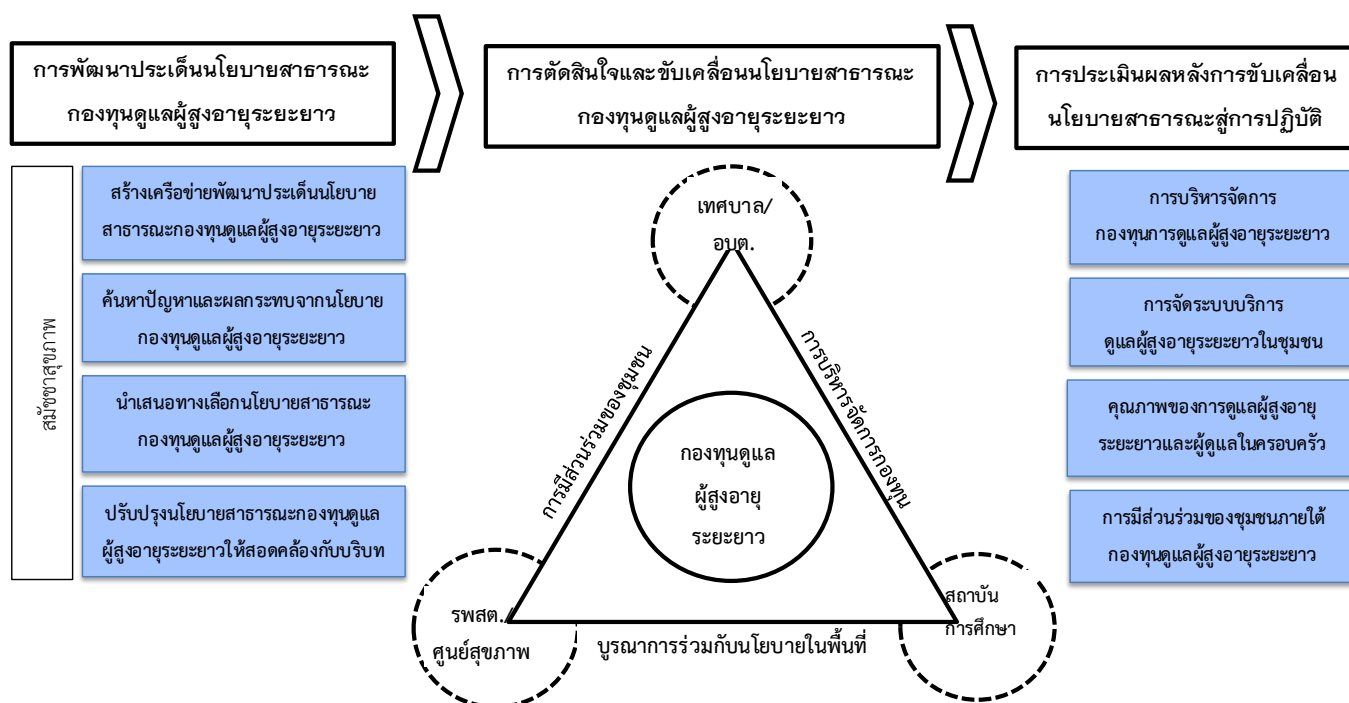
แผนภาพที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการวิจัย

“ปีงบประมาณ 60 เราก็เลยดำเนินการต่อ ณ ตอนนั้นก็เบิกจ่ายไปและตอนนี้เหลือเงินในกองทุนอยู่ประมาณ 2 หมื่นนะครับของปี 60 แต่ว่าปี 60 ทางรัฐยังไม่ได้อุดหนุนนะครับ หมายถึงว่าเราใช้เงินเดิมที่เรามียังเหลืออยู่เพราะว่าไม่มีการส่งคืน แล้วก็ ณ ปัจจุบันยังใช้เงินอุดหนุนตั้งแต่ปี 59 แล้วก็ ณ ปัจจุบันยังดำเนินการอยู่ยังได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่ครับ แต่จุดที่เห็นว่าเป็นประโยชน์กับพี่น้องในชุมชนจริงๆคือเริ่มแรกปี 59 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเราสำรวจมีจำนวน 94 ราย เราดูแลไปถ้าจะนำเรียนจริงๆก็สักประมาณ 6 เดือนคือครึ่งปีนะครับ ปี 60 เราสำรวจปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของปี 60 เหลืออยู่ 67 ราย แต่ว่าส่วนหนึ่งก็มีล้มหายตายจากไปบ้าง แต่ว่าสถิติ 67 รายที่เราเก็บมาในปี 60 บางรายที่อยู่ในกลุ่ม 1-4 ของปี 59 ปรากฏว่ากลายกลายเป็นคนที่มีภาวะปกติที่อยู่ในชุมชนสามารถเดินเหินไปร่วมทำกิจกรรมกับคนอื่นได้ปกตินี้คือสิ่งที่เราเห็นกับตาตัวเอง ว่าโครงการเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนจริงๆนะครับ”FGD-YR-Lead1-7กรกฎาคม 2560

5. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ภายใต้สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดดของประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายของรัฐบาลเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสำหรับรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายสาธารณะที่มีความสำคัญ อย่างไรก็ตามนโยบายดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงาน องค์กร และชุมชน หลากหลายภาคส่วน อีกทั้งยังเป็นนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ วัฒนธรรมการดูแล และ ระบบสุขภาพ ของประเทศในอนาคต ดังนั้นการผลักดันให้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะ โดยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับวิถีของชุมชน และนำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ปฏิบัติการจึงมีความจำเป็น

จากการสังเคราะห์ข้อมูลหลังดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 14 เดือน พบว่า สามารถสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตัดสินใจและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ การประเมินผลหลังการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 10 รูปแบบพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1 กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปรากฏขึ้นครั้งแรกหลังการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 โดยกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นมาตรการหนึ่งในการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ นำมาสู่นโยบายและการพัฒนาแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2554 - 2556) และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561 และทำให้เกิดบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 ของ 4 องค์กรหลักของประเทศไทย ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย โดยงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 600 ล้าน ในพื้นที่นำร่อง จำนวน 1,000 ตำบล

หลังการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปีงบประมาณ 2559 ของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 145 แห่ง มีเพียงประมาณร้อยละ 43 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีมากถึงร้อยละ 57 ที่ไม่สามารถเบิกงบประมาณได้ โดยพบว่าปัญหาและอุปสรรคหลักสำคัญ 2 ประการ ของการดำเนินการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระยะเปลี่ยนผ่าน คือ การเตรียมความพร้อมบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอและระเบียบปฏิบัติกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน และ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอและมีภาระงานหนัก ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามระบบเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการสังเคราะห์ข้อมูลวิจัยการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม และ ระบบสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน และเป็นนโยบายสาธารณะสุขของรัฐบาลที่มีความจำเป็นและสำคัญในสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุสู่การเป็นนโยบายสาธารณะ โดยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับวิถีของชุมชน พบว่าประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) สร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีพื้นที่ปฏิบัติการอยู่ในระดับตำบลโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ หน่วยงานสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ การสร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เริ่มต้นจากวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ วิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้เป็นไปตามภารกิจหน้าที่ของหน่วยงาน ซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ซึ่งพบว่าการมอบหมายบทบาทหน้าที่ของแต่ละทีมอยู่ภายใต้การทำงานที่อาศัยประสบการณ์ของทีมทำงานเพื่อ “ใช้ความเก่งของแต่ละทีม” ในการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะร่วมกัน ซึ่งเครือข่ายและภารกิจของเครือข่ายในการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้ คือ (1) ทีมนโยบาย เป็นผู้บริหารและปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการออกนโยบายและดำเนินกำกับนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้นำในพื้นที่ ให้ข้อเสนอแนะ และเป็นแกนนำกระบวนการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะในพื้นที่ (2) ทีมปฏิบัติการ เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน หรือ เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และ ผู้นำชุมชน เพื่อทำหน้าที่ประสานงาน อำนวยความสะดวก ดูแลด้านธุรการ ช่วยดำเนินกิจกรรม และ ช่วยจัดกระบวนการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะในพื้นที่ (3) ทีมวิชาการ เป็นนักวิชาการที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และมีประสบการณ์ในการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เวทีชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในสถาบันการศึกษา หรือ หน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ นักวิชาการสถาบันการศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการแก่ทีมปฏิบัติการ และทีมนโยบายในพื้นที่ และ จัดกระบวนการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะ เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจน การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนกระบวนการสร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วิถึวัฒนธรรมอีสาน ประกอบด้วย กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เพื่อรับฟังประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ เวทีโสเหล่ ซึ่งเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนสนทนาแบบไม่เป็นทางการ รับฟังประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด และการบันทึกความร่วมมือ

2) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบจากการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัย

การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบ เป็นกระบวนการศึกษาข้อเท็จจริงในพื้นที่ ซึ่งทำให้ทุกคนที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้เข้าใจและมองเห็นภาพของสถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปด้วยกัน โดยข้อมูลการศึกษาศถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค พิจารณาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สถานการณ์เกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นโยบายและการดำเนินการตามแนวนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลกระทบจากนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3) นำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความสำคัญ ที่จะทำให้ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมความต้องการและความคิดเห็นของทุกภาคส่วน กระบวนการนำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งสมัชชาสุขภาพเป็น

เครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดการรับฟังข้อเสนอนโยบายสาธารณะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบที่ทำให้ข้อเสนอสาธารณะมีความเห็นหลากหลาย และเป็นจุดเริ่มต้นของการรวบรวมประเด็นข้อเสนอสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การผลักดันประเด็นนโยบายสาธารณะให้เป็นประเด็นหนึ่งของสมัชชาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อีกทั้งการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นร่วมกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดขอนแก่นเพื่อจัดทำร่างประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จะทำให้ได้รับข้อเสนอสาธารณะที่มีความหลากหลาย นอกจากนี้เวทีประชาคมเพื่อรับฟังข้อเสนอสาธารณะจากความคิดเห็นร่วมของชุมชน ทำให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ ซึ่งครอบคลุมปัญหาในทุกมิติ โดยมีทีมวิชาการทำหน้าที่สรุปประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีการเสนอเพื่อนำเสนอของเป็นร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะในทุกประเด็น

4) ปรับปรุงข้อเสนอสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนอีสาน

นโยบายสาธารณะที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ต้องมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งกระบวนการปรับปรุงข้อเสนอสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและสามารถนำสู่การปฏิบัติในชุมชนอีสาน ต้องเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งหากสามารถขยายการมีส่วนร่วมให้มากที่สุดจะทำให้ได้รับข้อมูลรอบด้านเพื่อพัฒนาและปรับปรุงข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะให้มีความสอดคล้องกับบริบท ซึ่งกระบวนการปรับปรุงข้อเสนอสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การรับฟังความคิดเห็นร่างข้อเสนอสาธารณะ (2) การปรับปรุงร่างข้อเสนอสาธารณะหลังจากการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ และ (3) การรับฟังความคิดเห็นข้อเสนอสาธารณะที่ปรับปรุงแล้วจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ ในกรณีที่สามารถให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะได้จะนำไปสู่การตัดสินใจยอมรับนโยบายสาธารณะ

5.2 กระบวนการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กระบวนการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติในพื้นที่ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วยการตัดสินใจ 2 ระดับ คือ การตัดสินใจของชุมชน ซึ่งมีชุมชนสามารถส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยการประชาพิจารณ์ประชาคม เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะที่ถูกสร้างขึ้นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสาธารณะไปขับเคลื่อนในพื้นที่ต่อไป โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ การจัดเวทีสมัชชาพิจารณาเพื่อการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการส่งมอบบันทึกความร่วมมือ พร้อมข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะให้กับพื้นที่วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ

ซึ่งผลการประชาพิจารณ์พบว่าชุมชนทั้ง 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าทุกชุมชนเห็นด้วยกับนโยบายสาธารณะทุกข้อ ส่วนผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 13 แห่ง เข้าร่วมเวทีสมัชชาพิจารณ์เพื่อการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะและรับมอบบันทึกความร่วมมือและข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะครบทั้งผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้บริหารของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ส่วนพื้นที่ จำนวน 2 พื้นที่ มีผู้บริหารของหน่วยงานด้านสาธารณสุขแต่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้เข้าร่วม

5.3 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

พบว่ากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในพื้นที่ ของพื้นที่ต้นแบบในการขยายผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่อื่นๆ ประกอบด้วยกระบวนการขับเคลื่อน 3 องค์ประกอบหลัก คือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และการสร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.3.1 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน

การสร้างการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ภายใต้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน กลุ่มผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งพบว่าในวิถีชีวิตของชุมชนผู้สูงอายุอีสานมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุ ดังนั้นโรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นกลไกสำคัญและเป็นพื้นที่ของการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของ กลุ่มผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ชุมชน ซึ่งพบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุทุกแห่งมีหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ผู้นำชุมชน และกาชาดอำเภอ โรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นจุดเชื่อมและพื้นที่เปิดในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทำให้หน่วยงานราชการ องค์กร และกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนได้มีส่วนร่วมสนับสนุนกิจกรรมต่างของการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆเพื่อผู้สูงอายุ

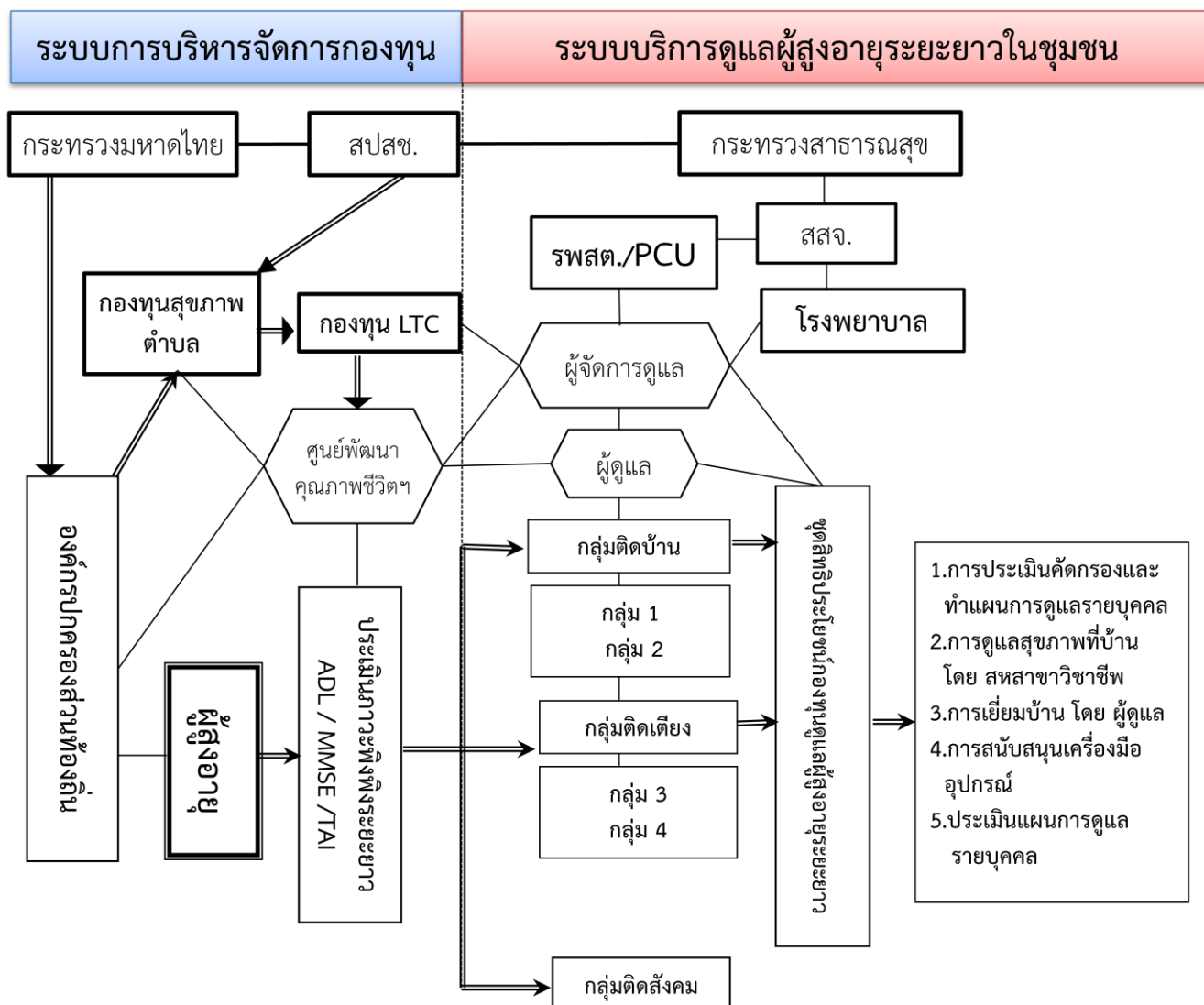
ซึ่งกระบวนการการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐานประกอบด้วย (1) ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มและเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การศึกษาดูงานในโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ และเกิดแรงบันดาลใจกับผู้เข้าศึกษาดูงาน และทำให้เข้าใจบทบาทและความร่วมมือของกลุ่มคนและหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน และนอกชุมชนเพื่อขับเคลื่อนการทำงานผู้สูงอายุในพื้นที่ (2) การบูรณาการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เป็นส่วนหนึ่งของ

โรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มจิตอาสาในชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกิจกรรมของทุกโรงเรียนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีสุขภาพแข็งแรง และทุกโรงเรียนมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังนั้น การบูรณาการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่จะทำให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน(3) การระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กระบวนการระดมทรัพยากรจากกองทุนสุขภาพตำบล การระดมทรัพยากรในชุมชน โดยเฉพาะในโรงเรียนผู้สูงอายุ

5.3.2 การพัฒนาองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาว

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่ากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการในพื้นที่ต้องประกอบด้วยกระบวนการขับเคลื่อน 2 กระบวนการ คือ ระบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ของการขับเคลื่อนดังกล่าว ดังแผนภาพและรายละเอียดต่อไปนี้



แผนภาพที่ 11 แผนภาพความสัมพันธ์ระบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

5.3.2.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กลไกการบริหารจัดการกองทุนดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาว

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับ ระบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าการขับเคลื่อนต้องอาศัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อน ซึ่งกระบวนการขับเคลื่อนการบริการจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กองทุนสุขภาพตำบล

กองทุนสุขภาพตำบล เป็นภารกิจหนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การกำกับดูแลโดยคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล กองทุนสุขภาพตำบล เป็นกองทุนที่เกิดขึ้นตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ในประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งของการดูแล ภายใต้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กองทุนสุขภาพตำบลเป็นกองทุนหลักที่เชื่อมโยงงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งหลังทำสัญญาจ้างงบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงเป็นกองทุนย่อยของกองทุนสุขภาพตำบล ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมและกำกับทิศทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ออกระเบียบคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลว่าด้วยกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รับทราบแผนงานโครงการของหน่วยบริการที่จะจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อซื้อบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และ การควบคุมกำกับการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนให้อยู่ตามแผนการซื้อบริการ

2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นกองทุนย่อยที่เกิดขึ้นใหม่ ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งมีผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธานอนุกรรมการ ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่หรือผู้แทน สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน หัวหน้าหรือผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเลขาธิการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ผู้อำนวยการสำนักการคลัง นิติกร และมีปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่น เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีบทบาทหน้าที่ในการเห็นชอบ แผนงานโครงการและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรายบุคคล กำหนดอัตราบริการและค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการจัดหาหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของหน่วยจัดบริการ และดำเนินการเบิกจ่ายเงินจากบัญชีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อไปดำเนินกิจกรรมตามโครงการและแผนการดูแลพร้อมทั้งรายงานคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

3) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เป็นสถานที่ตั้งของหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่รองรับงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยมีคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาน

บริการสาธารณสุข ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ ได้แก่ (1) การบริหารจัดการงบประมาณ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (2) เสนอโครงการและแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อขอรับการสนับสนุน งบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (3) สนับสนุนผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน (4) กำกับติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดูแล (5) สรุปและรายงานผลการดูแล แก่กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นอกจากนี้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความพร้อม สามารถ เป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีเครื่องมืออุปกรณ์และวัสดุการแพทย์ ที่จำเป็นสำหรับการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ เตียงนอน ที่นอนลม สายน้ำเกลือ ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เพื่อใช้ หมุนเวียนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน รวมถึงเป็นสถานที่จัดประชุมของคณะกรรมการเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสะดวกและ เป็นรูปธรรม

5.3.2.2 ผู้จัดการดูแล: กลไกการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะยาวในชุมชน

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับ การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน พบว่าเป็นภารกิจหลักของหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน โดยพบว่าเมืองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ ผู้จัดการดูแล แผนการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ การดูแล ที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้จัดการดูแล (Care Manager)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่าผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นอัตรากำลัง หลักที่สำคัญของการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งการผ่านการอบรมหลักสูตรตามมาตรฐาน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย มีความสำคัญและมีความ จำเป็นต่อการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งจากภายใน หน่วยงานและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทำให้สามารถจัดทำแผนการดูแลซึ่งเป็นองค์ประกอบ หนึ่งที่สำคัญ ซึ่งพบว่าผู้จัดการดูแลมากกว่าร้อยละ 90 เป็นพยาบาลวิชาชีพ และสัดส่วนของผู้จัดการ ดูแลต่อผู้สูงอายุที่กรมอนามัยกำหนดไว้ คือ 1 ต่อ 40 คน

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแล ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการและ การประสานการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการดูแลระยะยาว ตามชุดสิทธิประโยชน์ของ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แผนการดูแล (Care Plan) ได้แก่ ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล จัดประชุม กลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาหารายกรณี และ เชื่อมประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง และ (2) การ บริหารจัดการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริหารจัดการและการกำกับติดตามการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินแผนงาน และผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

2) แผนการดูแล (Care Plan)

แผนการดูแล (Care Plan) รายบุคคล เป็นแผนการดูแลที่ถูกรวบรวมสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นรายสัปดาห์ซึ่งถูกออกแบบโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ แผนการดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน ซึ่งถ้าแผนการดูแลรายบุคคลมีคุณภาพและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย จะทำให้มีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและตรงกับความ ต้องการ และ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย จึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและทำให้มองเห็นถึงศักยภาพในการบริหารจัดการและการประสานงาน และ องค์ความรู้ในความเข้าใจต่อสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเฉพาะรายของผู้จัดการดูแล ซึ่งกระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาความต้องการการดำรงชีวิต ปัญหาสุขภาพ ความต้องการของผู้สูงอายุและญาติแต่ละราย (2) วิเคราะห์สรุปประเด็นปัญหาความต้องการการดูแล ข้อควรระวัง และกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย (3) กำหนดกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและเป้าหมายการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งกิจกรรมต้องสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ที่ปรากฏอยู่ในระเบียบของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ การดูแลด้านสุขภาพโดยผู้จัดการดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลด้านสวัสดิการสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (4) การนำเสนอแผนการดูแลผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ และการยอมรับจากทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายจัดบริการการดูแล เช่น ทีมหมอครอบครัว ผู้ดูแล การยอมรับจากผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อรับการอนุมัติงบประมาณในการดำเนินการดูแลตามแผนการดูแลเฉพาะราย

3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าระบบบริการการดูแลที่บ้านจะสามารถดำเนินการได้ต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งถูกคัดเลือกโดยหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกรมอนามัย เพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมง ตามมาตรฐานของกรมอนามัย และสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่กรมอนามัยกำหนดไว้ คือ 1 ต่อ 5 คน

กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยให้คำแนะนำ การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยเหลืองานบ้านที่จำเป็น รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่อยู่ภายใต้การมอบหมายของผู้จัดการดูแล ซึ่งผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่ควบคุมกำกับและบริหารจัดการดูแลการปฏิบัติงานของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลจะได้รับค่าตอบแทนการดูแลจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้การรับรองของผู้จัดการดูแล

4) การดูแลที่บ้าน (Home Care)

พบว่าการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการจัดระบบบริการที่ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นฐาน ซึ่งกิจกรรมการบริการอยู่ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลภายใต้การทำหน้าที่ควบคุมกำกับติดตาม ของผู้จัดการดูแล ในรายกรณีที่มีปัญหาด้านสุขภาพผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่ประสานให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ให้การดูแล รวมทั้งการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน อย่างไรก็ตามพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านมีความหลากหลายและความแตกต่างกันตามทรัพยากรและแผนการดูแลของแต่ละพื้นที่

5.3.3 บุคลากรเชื่อมโยงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายสาธารณะสุข ที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่กำกับนโยบายในพื้นที่ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ ทำให้นโยบายสาธารณะเต็มเต็มและสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและทำให้มีการวางแผนการทำงานแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย ทำให้พื้นที่ต้นแบบในโครงการวิจัยเป็นแหล่งเรียนรู้ต้นแบบและเป็นวิทยากรถ่ายทอดประสบการณ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้กับเขตสุขภาพและจังหวัด และให้พื้นที่วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่

5.4 การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่การปฏิบัติ

การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเป็นกระบวนการสุดท้ายของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งการประเมินผลจาก 1) การบริหารจัดการกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การเบิกจ่ายงบประมาณการบริหารจัดการกองทุน ที่แสดงถึงการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีส่วนสนับสนุนให้การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประสบผลสำเร็จ และทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การประเมิน 2) คุณภาพระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ระดับการพึงพิงของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่อยู่ภายใต้การจักระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเป็นการประเมินผลลัพธ์คุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพบว่าระบบการดูแลภายใต้กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวช่วยสนับสนุน

ให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และถึงแม้ระดับการพึงพิงของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน แต่การประเมินคุณภาพของการบริการสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาระบบต่อไปในอนาคต และการประเมิน 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นการประเมินที่สะท้อนถึงความยั่งยืนของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในแต่ละพื้นที่ ซึ่งพบว่าในพื้นที่ที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกองค์ประกอบเพิ่มมากขึ้น ทำให้นโยบายสาธารณะสามารถนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้

บทที่ 5

สรุปผลวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (Participation Health Public Policy) ที่มีความสัมพันธ์กับบริบททางวัฒนธรรม ชุมชน ในพื้นที่ 13 ตำบล 15 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ของ 4 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่การเตรียมพื้นที่จนถึงสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 – พฤศจิกายน พ.ศ.2560 รวมระยะเวลา 14 เดือน ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ สัมภาษณ์ เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากผู้สูงอายุจำนวน 11,109 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 660 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 15 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 264 คน และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการจัดเวทีแลกเปลี่ยน จำนวน 28 ครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) จัดกลุ่มของข้อมูลจากรหัสข้อมูลและนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อย เพื่อสร้างบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น และสร้างกรอบแนวคิด จากข้อมูลที่ได้ในภาคสนาม ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95%CI และ Mc Nemar Test ซึ่งผลการศึกษาดำเนินการวิจัย สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 สถานการณ์ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การดำเนินนโยบายกองทุนดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวระยะเปลี่ยนผ่านมีข้อจำกัดและอุปสรรคในการขับเคลื่อน

1.1.1 ผู้สูงอายุในชุมชนอีสานเกือบหนึ่งในเจ็ดมีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาว

จำนวนผู้สูงอายุตามทะเบียนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่วิจัย มีจำนวนทั้งหมด 13,652 คน สามารถสำรวจข้อมูลได้ จำนวน 11,109 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 81.37 พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนอีสานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง ร้อยละ 59 และพบเพศชายร้อยละ 41 พบว่าส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 70.47 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 65 รองมาคือผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 70 – 79 ปี พบเกือบร้อยละ 27 และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป พบเกือบร้อยละ 9 และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 มีคู่สมรส 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพ และพบผู้สูงอายุร้อยละ 5 อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง

พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 60 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง พบเกือบร้อยละ 28 รองมาคือโรคเบาหวาน พบร้อยละ 16 และพบว่า

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกือบร้อยละ 40 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ชนิด และมีผู้สูงอายุ เกือบ ร้อยละ 2 มีความพิการ จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต พบ ความสุขของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.14 (95%CI= 13.5-14.8) โดยเป็น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 0.62 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 7.80 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.73 และยังพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.20 (95%CI=14.6 – 15.9)

1.1.2 การเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอ และระเบียบปฏิบัติกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นอุปสรรคของการบริหารจัดการกองทุน

จากการสำรวจพบว่าพื้นที่วิจัย จำนวน 15 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีจำนวน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดูแล จำนวนทั้งหมด 982 คน และใน ปีงบประมาณ 2559 มีเพียงร้อยละ 20 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถเบิกงบประมาณ ทำให้ มีผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 30.14 ในขณะที่การ ดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตามนโยบายของ รัฐบาล ในพื้นที่นำร่องของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 145 องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จำนวน 11,635 คน หลัง สิ้นสุดปีงบประมาณ 2559 พบว่า ร้อยละ 43 สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อให้การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง แต่มากกว่าร้อยละ 57 ไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้

ซึ่งพบว่าปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายของรัฐบาลที่สำคัญ ได้แก่ การเตรียมความพร้อม บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอและระเบียบปฏิบัติกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่านของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นกองทุนใหม่ ทำให้ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานไม่มั่นใจในการปฏิบัติ จึงมีผลทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ ดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็กมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ต้องอาศัยผู้จัดการดูแลของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปทุมภูมิในพื้นที่ช่วยในการบริหารจัดการกองทุน

1.1.3 ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อการพัฒนาระบบการจัดบริการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

พบว่าผู้จัดการดูแล (Care Manager) เกือบทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาท หน้าที่หลักในการออกแบบพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งประกอบด้วย การค้นหา ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อจัดประเภทตามเกณฑ์ของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย การประชุมรับรองแผนการดูแล การเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายสัปดาห์ การกำกับติดตาม การประเมินผลการดูแลตาม แผนการดูแล การพัฒนาสร้างทีมผู้ดูแล และ ประสานงานกับหน่วยงานหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ การดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยเฉพาะการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งพบว่าพื้นที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะยาวมีอาณาเขตบริเวณที่กว้างส่วนใหญ่เป็นบริเวณทั้งตำบล และถึงแม้จะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เป็นทีมงานที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผู้จัดการดูแลเป็นผู้กำหนดแต่ผู้จัดการดูแลต้องรับผิดชอบและกำกับติดตาม นอกจากนี้ผู้จัดการดูแลยังคงมีภาระรับผิดชอบงานอื่นในหน่วยงาน ได้แก่ การตรวจรักษาผู้ป่วย การคัดกรองโรค การให้ภูมิคุ้มกัน ส่งเสริมพัฒนาการ ตลอดจนจนถึงการจัดทำรายงานต่าง ๆ ในหน่วยงาน

จากการวิเคราะห์สัดส่วนของผู้จัดการดูแลต่อผู้สูงอายุ ซึ่งมาตามฐานที่กำหนดผู้จัดการดูแล 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 40 คน พบว่า ในปีงบประมาณ 2559 เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราส่วนของผู้จัดการดูแล 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 55.81 คน ในขณะที่พื้นที่วิจัย พบว่าสัดส่วนของผู้จัดการดูแลต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปีงบประมาณ 2559 มีอัตราส่วน 1: 63.60 คน ปีงบประมาณ 2660 มีอัตราส่วน 1: 65.47 คน ซึ่งพบว่ามีค่าเกินสัดส่วนที่สูงกว่าของเขตสุขภาพที่ 7 และพบว่าพื้นที่ 3 ตำบล ผู้จัดการดูแล จำนวน 1 คน ต้องรับผิดชอบดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง ปัญหาภาระงานของผู้จัดการดูแลทำให้ผู้จัดการดูแลบางคนไม่สามารถทำหน้าที่ของผู้ดูแลและไม่สามารถจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลได้ ทำให้เกิดการขอขยายงาน โดยพบว่ามี 1 พื้นที่ ผู้จัดการดูแลขอขยายงานและต้องเปลี่ยนผู้จัดการดูแลเป็นคนอื่นที่ 3

1.2 กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ภายใต้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

พบว่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายสาธารณะสุขของรัฐบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน่วยงาน องค์กรหลากหลาย และส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม และ ระบบสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน กระบวนการพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะ สอดคล้องกับวิถีของชุมชนพบว่าอาศัยกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1.2.1 สร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การสร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ พบว่าต้องอาศัยเครือข่าย 3 กลุ่ม ได้แก่ **ทีมนโยบาย** เป็นผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการออกนโยบาย กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ **ทีมปฏิบัติการ** เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานหรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ และ **ทีมวิชาการ** ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการแก่ทีมปฏิบัติการ และทีมนโยบายในพื้นที่ จัดเวทีสมัชชาสุขภาพ เวทีการรับฟังความเห็น ร่างและปรับปรุงข้อเสนอนโยบายสาธารณะ จากเวทีสมัชชาสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

1.2.2 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบจากการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัย

พบว่าเป็นการรวบรวมข้อมูลและข้อเท็จจริงในพื้นที่ เพื่อทำให้ภาคีเครือข่ายทุกคนเข้าใจและมองเห็นภาพของสถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยข้อมูลการศึกษาประกอบด้วย สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สถานการณ์เกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นโยบายและการ ดำเนินการตามแนวนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลกระทบจากนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว

1.2.3 นำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

พบว่า การรวบรวมประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง และผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความสำคัญ ที่จะทำ ให้ ข้อเสนอ นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมความต้องการและความคิดเห็นของ ทุกภาคส่วน ซึ่งสมัชชาสุขภาพ เวทีประชาคม เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดการรับฟังข้อเสนอ นโยบายสาธารณะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ ทำให้ข้อเสนอ นโยบายสาธารณะมี ความเห็นหลากหลาย โดยมีทีมวิชาการทำหน้าที่สรุปประเด็นข้อเสนอ นโยบายสาธารณะและจัดทำร่าง ข้อเสนอ นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1.2.4 ปรับปรุงข้อเสนอ นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้

สอดคล้องกับบริบทชุมชนอีสาน

พบว่า การเปิดโอกาสให้ชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับปฏิบัติการในพื้นที่ และ นักวิชาการมีส่วนร่วมในการวิพากษ์และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ จะทำให้ได้ นโยบายสาธารณะมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ กระบวนการรับ ฟังความคิดเห็นต่อข้อเสนอ นโยบายสาธารณะของผู้นำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติและนักวิชาการที่ มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งการรับฟังความคิดเห็นของชุมชน จะทำให้นโยบายสาธารณะ ได้รับการยอมรับและนำไปสู่การตัดสินใจยอมรับนโยบายสาธารณะ

1.3 การตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เกิดจากการตัดสินใจ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย การตัดสินใจ 2 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้มีส่วนได้รับ ผลกระทบในชุมชน โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครในชุมชน ภายใต้กระบวนการ ประชาพิจารณ์ ประชาคม และ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้บริหารหน่วยงานเพื่อนำนโยบาย สาธารณะสู่การขับเคลื่อนในพื้นที่ โดยการจัดเวทีสมัชชาพิจารณ์เพื่อการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะ ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับผู้บริหารสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งการส่งมอบ บันทึกร่วมมือและข้อเสนอ นโยบายสาธารณะให้กับพื้นที่วิจัยและผู้บริหาร

1.4 กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
และบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่กำกับนโยบายในพื้นที่

พบว่ากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงระยะยาวในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อ
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และ สร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาว และ บูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับนโยบายในพื้นที่ ซึ่งมี
รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4.1 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้ โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน อาศัย
กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลไก
สำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในพื้นที่ ด้วยเป็นจุดเชื่อมโยงและพื้นที่เปิดในการขับเคลื่อน
นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทำให้หน่วยงาน องค์กร และกลุ่มในพื้นที่ ได้แก่
แกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
โรงพยาบาลชุมชน ชุมชน ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ผู้นำชุมชน และกาชาดอำเภอ ซึ่งกระบวนการ
การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน
ประกอบด้วย ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มและเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน การบูรณาการกิจกรรมการ
ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุ และ การระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาว และจากการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินนโยบายกองทุน
ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังการวิจัยพบว่าทุกองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมขยายวงกว้างในทุกมิติของ
องค์ประกอบ

1.4.2 การพัฒนาองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

พบว่ากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่
ปฏิบัติการในพื้นที่ อาศัยชุดความรู้เพื่อช่วยในกระบวนการขับเคลื่อน 2 เรื่อง คือ

1) ระบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่ามีองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญ ซึ่งกระบวนการขับเคลื่อนการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาวภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ (1) กองทุนสุขภาพตำบล เป็น
กองทุนหลักที่เชื่อมโยงงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้การ
ดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่หน้าที่ควบคุมและกำกับทิศทางการดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ (2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นกองทุนย่อยในกองทุนสุขภาพตำบล
ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีบทบาทหน้าที่ในการบริหาร
จัดการกองทุนให้สอดคล้องกับพันธกิจและเป้าหมายของกองทุน (3) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
เป็นสถานที่ตั้งของหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน
ชุมชนภายใต้คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้มีมาตรฐานตามระเบียบของกองทุน

ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นไปตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล โดยการรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุต่อกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ กองทุนสุขภาพตำบลตามลำดับ

2) การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่าการจัดระบบ

บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นภารกิจหลักของหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่ (1) ผู้จัดการดูแล (Care Manager) เป็นอัตรากำลังหลักที่สำคัญในระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่พัฒนาปรับปรุงและจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ให้เป็นไปตามมาตรฐานของชุดสิทธิประโยชน์กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (2) แผนการดูแล (Care Plan) เป็นแผนการดูแลที่ถูกรวบรวมแบบสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นรายสัปดาห์ซึ่งถูกรวบรวมโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเครื่องมือสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เป็นบุคลากรในชุมชนที่ถูกพัฒนาเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายภายใต้การมอบหมายของผู้จัดการดูแล (4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) พบว่าการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการจัดระบบบริการที่ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นฐาน ซึ่งกิจกรรมการบริการอยู่ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุ

1.4.3 บูรณาการเชื่อมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่

พบว่าการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่กำกับนโยบายในพื้นที่ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกับการกำกับนโยบายในพื้นที่ ทำให้เห็นนโยบายสาธารณะเดิมเดิมและสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและทำให้มีการวางแผนการทำงานแก้ไขปัญหา ร่วมกัน และเกิดการเชื่อมเครือข่ายการทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่วิจัย ทำให้พื้นที่ต้นแบบในโครงการวิจัยเป็นแหล่งเรียนรู้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้กับเขตสุขภาพและจังหวัด และให้โครงการวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเขตสุขภาพ

1.5 การประเมินผลนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการในพื้นที่ ประด้วยการประเมินผลลัพธ์ 3 มิติ ได้แก่ การบริหารจัดการกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่อยู่ภายใต้การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งผลลัพธ์หลังสิ้นสุดการวิจัยมีดังนี้

1.5.1 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวช่วยส่งเสริมการบริหารจัดการกองทุนและทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่าก่อนการวิจัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 20.00 หลังดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถดำเนินการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้สามารถเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.67 และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ของการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value $< .001$) และพบว่าก่อนการวิจัยผู้สูงอายุเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์จากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 38 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลระยะยาวจากกองทุนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84 ซึ่งจากการเปรียบเทียบการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังการวิจัย พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value $< .001$)

1.5.2 การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนอีสาน พบว่าเป็นการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นลูกสาว มีอายุเฉลี่ย 54 ปี ร้อยละ 41 ของผู้ดูแลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 20 ปี เป็นผู้สูงอายุ และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว ก่อนการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78 รองมาคือ คุณภาพชีวิตดี เกือบร้อยละ 17 และคุณภาพชีวิตไม่ดี เกือบร้อยละ 5 หลังได้รับการสนับสนุนระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่ามีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เกือบร้อยละ 71 รองมาคือ ระดับดี ร้อยละ 25 และระดับไม่ดี เกือบร้อยละ 4 และจากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อนการวิจัยและหลังการวิจัยพบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.001)

ในขณะที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน จำนวน 777 คน โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ตัดบ้านไม่สับสน ร้อยละ 72 รองมาคือ กลุ่มที่ 2 ตัดบ้านและมีภาวะสับสน ร้อยละ 13 กลุ่มที่ 3 ตัดเตียงไม่รุนแรง เกือบร้อยละ 10 และ กลุ่มที่ 4 ตัดเตียงและเจ็บป่วยรุนแรงหรือระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 5 หลังสิ้นสุดการวิจัยพบว่ามีผู้สูงอายุเสียชีวิต ร้อยละ 8 และ มีอาการดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เกือบร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการวิจัยพบที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P value $< .3831$)

1.5.3 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐานทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินตนเอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 พบว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกองค์ประกอบอยู่ในวงจำกัดส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่จากผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคะแนนอยู่ในระหว่าง 1.53 - 2.21 คะแนน หลังสิ้นสุดกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 6 เดือน การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ขยายวงกว้างในทุกมิติขององค์ประกอบ และมีภาคีเครือข่ายร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพิ่มมากขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.53 – 3.00 คะแนน

1.6 รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.6.1 กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่ารูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่

1) การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กระบวนการสมัชชสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (2) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบจากการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนการวิจัย (3) นำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ (4) ปรับปรุงข้อเสนอ นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนอีสาน

2) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน (2) การพัฒนาองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (3) บูรณาการเชื่อมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนที่เกิดจากคณะทำงาน 3 ทีม เพื่อ“ใช้ความเก่งของทีม”ได้แก่ (1) ทีมนโยบาย ทำหน้าที่เป็นผู้นำในพื้นที่ ให้ข้อเสนอแนะ และเป็นแกนนำกระบวนการพัฒนาข้อเสนอ นโยบายสาธารณะในพื้นที่ (2) ทีมปฏิบัติการ ทำหน้าที่ประสานงาน อำนวยความสะดวก ดูแลด้านธุรการ ช่วยดำเนินกิจกรรม และ ช่วยจัดกระบวนการพัฒนาข้อเสนอ นโยบายสาธารณะในพื้นที่ (3) ทีมวิชาการ ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการแก่ทีมปฏิบัติการ และทีมนโยบายในพื้นที่ และ จัดกระบวนการพัฒนาข้อเสนอ นโยบายสาธารณะ เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจน การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3) การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่การปฏิบัติ เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยประเมินการบริหารจัดการกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คุณภาพระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1.6.2 กลไกการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่ากลไกการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการประกอบด้วย 4 กลไก ดังนี้

1) **สมัชชาสุขภาพ: กลไกการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน** พบว่าการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อาศัยกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะทุกขั้นตอน เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ เสนอประเด็นนโยบายสาธารณะ และ วิพากษ์ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะ ซึ่งพบว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบได้มีส่วนร่วม จนนำไปสู่การตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะ

2) **โรงเรียนผู้สูงอายุ: กลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ** พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเป้าหมายของพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนเป็นพื้นที่เปิดที่เชื่อมโยงให้หน่วยงาน องค์กร กลุ่ม และ ชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ และเพื่อชุมชนร่วมกัน

3) **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กลไกการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว** พบว่าระบบการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อาศัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อน ซึ่งกระบวนการขับเคลื่อนการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

4) **ผู้จัดการดูแล: กลไกการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน** พบว่าการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่าเป็นภารกิจหลักของผู้จัดการดูแล ซึ่งเป็นบุคลากรของหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของกรมอนามัย โดยการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะเกิดขึ้น จึงต้องมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ขับเคลื่อนให้เกิด องค์ประกอบ 3 ส่วน คือ แผนการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ การดูแลที่บ้าน

2. อภิปรายผลการวิจัย

2.1 ผู้สูงอายุในชุมชนอีสานเกือบหนึ่งในเจ็ดมีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต

จากการศึกษาพบความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 14.14 (95%CI= 13.5-14.8) และความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบร้อยละ 15.20 (95%CI=14.6 – 15.9) ซึ่งพบว่าภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุมีความชุกเพิ่มมากขึ้นจากการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ในปีพ.ศ.2556 พบร้อยละ 12 และพบความชุกการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.6 (Sihapark, Kuhirunyaratn and Chen, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกือบร้อยละ 40 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ชนิด โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองมาคือโรคเบาหวาน คล้ายคลึงกับผลสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชายและหญิงของกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีร้อยละ 47.2 และ 49.5 ตามลำดับ ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 58.7 และ 68.9 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และผลการสำรวจโดยการตรวจน้ำตาลในเลือด พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีร้อยละ 21.1 - 50.7 (วิชัย เอกพลากรและคณะ, 2557) อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุ เกือบร้อยละ 2 มีความพิการ และร้อยละ 5 อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง ทั้งนี้เนื่องจากสถิติจำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดมหาสารคาม และ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในปีพ.ศ.2563 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัดเป็นพื้นที่ที่จะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ก่อนพื้นที่อื่น ๆ ของภาคอีสาน (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557)

สถานการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ปัญหาภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ทำให้สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 ของประเทศไทย จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตสำหรับทั้งสังคมไทยและสังคมอีสาน

2.2 การเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอ และระเบียบปฏิบัติกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นอุปสรรคสำคัญของการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการสำรวจหลังสิ้นสุดการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำร่องของรัฐบาล 1,000 ตำบล ในปีงบประมาณ 2559 พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่วิจัย มีเพียง 3 ใน 10 แห่งเท่านั้น ที่สามารถดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลจนสามารถเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนได้สำเร็จ ทำให้มีผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาว ร้อยละ 30.14 ในขณะที่อัตราความสำเร็จของการดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 7 พบเฉลี่ยร้อยละ 43 ซึ่งถึงแม้จะออกประกาศ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2557 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น, 2559) แต่

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้สะท้อนปัญหา “ขาดการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอในการบริหารจัดการกองทุน” ซึ่งเป็นกองทุนใหม่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องรับผิดชอบบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไม่เข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน สอดคล้องกับผลการศึกษาดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลที่ผ่านมาพบว่า คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความชัดเจนในเป้าประสงค์ที่แท้จริงของกองทุนสุขภาพตำบลและหมอตันในการดำเนินงานว่าจะมีทิศทางและพัฒนาการต่อไปอย่างไร ความครอบคลุมการมีระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนดีขึ้นแต่ยังจำกัดอยู่ที่ข้อมูลด้านสาธารณสุข การจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่พบว่ายังไม่ได้มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างเป็นระบบแม้จะมีการใช้กระบวนการประชาคมในการให้ชุมชนเสนอปัญหาและความต้องการก็ตาม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2554)

นอกจากนี้ “ระเบียบปฏิบัติ และ แนวทางการทำงานที่ไม่ชัดเจน” ในระยะเปลี่ยนผ่านของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นอุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบาย ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องออกประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ พ.ศ.2560 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2560 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น, 2560) หลังการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบาย 1 ปี ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เข้าใจ ไม่มั่นใจในการดำเนินงานของกองทุนที่จะมีผลผูกพันและเกี่ยวข้องทางด้านกฎหมาย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จึงไม่กล้าลงนามอนุมัติดำเนินการที่เกี่ยวกับกองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อีกทั้งข้อจำกัดของกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน ทำให้ไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน การบริหารจัดการ ผู้นำ การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน การวางแผนสุขภาพชุมชน ความคาดหวังในประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับกองทุน การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน การประชาสัมพันธ์กองทุน (รุ่งเรือง แสนโกษา เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ สมเจตน์ ภูศรี, 2557)

2.3 ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผู้จัดการดูแล เป็นบุคลากรสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ถูกพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อทำหน้าที่หลักในการออกแบบพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และประสานการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอย่างมีคุณภาพ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นทีมงานที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายบุคคล ในขณะเดียวกันผู้จัดการดูแล ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ ยังคงต้องมีการรับผิดชอบงานเดิมในหน่วยงานด้วย ทำให้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุต้องรับทั้งภาระงานเดิมและภาระผู้จัดการดูแล รวมทั้งความคาดหวังของผู้บริหาร ผู้สูงอายุและครอบครัว และ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ยาว นอกจากนี้พบว่าสัดส่วนของผู้จัดการดูแลต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปีงบประมาณ 2559 มีอัตราส่วน 1: 63.60 คน ปีงบประมาณ 2660 มีอัตราส่วน 1: 65.47 คน ซึ่งพบว่ามีค่าเกินสัดส่วนที่สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปัญหาภาระงานของผู้จัดการดูแลทำให้บางคนไม่สามารถทำหน้าที่ของผู้ดูแลและไม่สามารถจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลได้ และมีผู้จัดการดูแล 1 พื้นที่ต้องเปลี่ยนผู้จัดการดูแลเป็นคนที่ 3

ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จในงาน และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานและ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวช ปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากปัจจัยดังกล่าว ได้ร้อยละ 50.4 (วีระวรรณ เหล่าวิฑูร และ ประจักษ์ บัวผัน, 2556) และการศึกษาในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน (ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และ ประจักษ์ บัวผัน, 2556)

ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและเป็นจุดเปลี่ยนของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน แต่ผู้จัดการดูแลต้องแบกรับภาระการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ท่ามกลางระบบการควบคุมกำกับติดตามของหน่วยงานด้านนโยบายและความคาดหวังของชุมชน ซึ่งถึงแม้ผู้จัดการดูแลจะสามารถประสบผลสำเร็จในการดำเนินการตามระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่ในอนาคตที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ภาระการดูแลผู้จัดการดูแลจะเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาระของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคต

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ปรากฏขึ้นใหม่ และเป็นทิศทางแนวโน้มของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตของสังคมไทย จึงมีความจำเป็นที่ต้องสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสุขภาพตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 6 ด้าน ได้แก่ การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยา และเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เพื่อให้ส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน ภายใต้กลไกการคลังที่เข้มแข็ง มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอและมีคุณภาพ มีความพร้อมในจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และมีระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมและเพื่อเป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ (WHO, 2010) ที่มีใช้เป็นบทบาทของผู้จัดการดูแลเท่านั้น แต่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทั้ง 6 มิติดังกล่าว เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกกระบวนของการกำกับนโยบายที่จะสนับสนุนให้ผู้จัดการดูแลซึ่งเป็นกำลังหลักของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้สามารถปฏิบัติงานตามแผนงานได้และไม่เกิดภาระการทำงานที่หนักเกินกำลัง

2.4 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวช่วยสนับสนุนให้การบริหารจัดการกองทุนสามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้และทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่าก่อนการวิจัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 20.00 หลังดำเนินกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อน และการบูรณาการกับหน่วยงานที่กำกับนโยบายในพื้นที่ พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถดำเนินการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้สามารถเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.67 และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ของการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001) และพบว่าก่อนการวิจัยผู้สูงอายุเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์จากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 38 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลระยะยาวจากกองทุนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84 ซึ่งจากการเปรียบเทียบการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังการวิจัย พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001)

สอดคล้องกับการศึกษาในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่น สารสินธุ์ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 8 ปัจจัยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุน ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน ปัจจัยด้านการรับรู้ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน ปัจจัยด้านผู้นำ ปัจจัยด้าน การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการบริหารกองทุน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชน ตามลำดับ (รุ่งเรือง แสนโกษา เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ สมเจตน์ ภูศรี, 2557)

2.5 การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนอีสานเป็นการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ร้อยละ 41 ของผู้ดูแลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 20 ปี เป็นผู้สูงอายุ และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78 รองมาคือ คุณภาพชีวิตดี เกือบร้อยละ 17 และคุณภาพชีวิตไม่ดี เกือบร้อยละ 5 หลังได้รับการสนับสนุนระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่ามีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น และจากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวก่อนและหลังการวิจัยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.001)

สอดคล้องกับผลการวิจัย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เยาวลักษณ์ ทวีกลีกรรม และคณะ, 2557) การศึกษาภาระดูแลผู้สูงอายุพบว่า ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุด รองมาคืออารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกาย(ศิริภาณี ศรีหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ เติ่งรัง, 2557) และการศึกษา ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีคะแนน ความเครียดเฉลี่ย 7.54 และมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 58 โดยมีความเครียดเรื่องการดูแลผู้ป่วยทำให้คนในครอบครัวต้องปรับตัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเวลาการทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน หรือทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว รองลงมาคือ ความเครียดเรื่องต้องให้เวลากับคนในครอบครัวมากขึ้น ส่วนความต้องการของผู้ดูแลในเรื่องการดูแลในระยะแรกๆ ที่เพิ่งกลับจากโรงพยาบาล พบว่ายังขาดความมั่นใจในการดูแลอยากให้พยาบาลมาช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้เอง (อรุณี ชุนหบดี และคณะ, 2556)

2.6 ความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงในผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การจ้ดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่าในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน จำนวน 777 คน หลังสิ้นสุดการวิจัยพบว่ามีผู้สูงอายุเสียชีวิต ร้อยละ 8 และ มีอาการดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เกือบร้อยละ 10 แต่จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < .3831$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การดูแลมีเงื่อนไขการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความแตกต่างกันเฉพาะรายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ravesloot et al. (2007) ที่ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะทุพพลภาพกับการพัฒนาและการประเมินผลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีด้วยโปรแกรมทุพพลภาพ พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดเงื่อนไขสุขภาพ ปัจจัยเกี่ยวกับโรคมีนัยสำคัญกับภาวะทุพพลภาพ OR 2.07 (95% CI 1.18-3.63) และแม้ว่าชุดบริการสิทธิประโยชน์ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการออกแบบบริการขั้นพื้นฐานเพื่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ประกอบ 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านโดยผู้ดูแล การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ และการติดตามประเมินแผนการดูแล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่าบริบทและข้อจำกัดขององค์กรปกครองท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความแตกต่างกัน จึงมีผลทำให้ความเข้มข้นของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนมีความแตกต่างกัน

นอกจากพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความแตกต่างกันทั้ง 4 กลุ่ม เป้าหมายการดูแลภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความแตกต่าง และอัตราการเสียชีวิตมีสูงถึงร้อยละ 8 การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตอาจมีความไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว กลุ่มที่ 4 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือ เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งทำให้ลดทอนคุณค่าของผู้ดูแลและผู้จัดการดูแลที่กิจกรรมการดูแลมีความหลากหลายและต้องรับภาระการดูแลหนักเกินกำลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ซึ่งศึกษาตัวชี้วัดของการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย พบว่าประกอบด้วย 9

ตัวชี้วัด ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแล ผลกตทัพบ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหารการดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคง ทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ในสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ และโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลง ผู้ดูแล ผู้สูงอายุในครอบครัวมีจำนวนจำกัด การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐานภายใต้ชุด สิทธิประโยชน์เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว โดยการดูแลหน่วยงาน สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ยังคงสามารถอยู่ในชุมชนที่คุ้นเคยและยังคงอยู่ในความดูแลของลูกหลาน ซึ่งแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 1 ได้กำหนดมาตรการหลักให้มี ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน และมี มาตรการย่อย คือ 1) จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกัน ระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการต่อไปนี้ (1) การสนับสนุนการดูแล ระยะยาว (2) ระบบประกันประคอง (3) ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ โรคหลอดเลือดสมอง (4) อาสาสมัครในชุมชน (5) สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กร สาธารณประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ โดยกระบวนการประชาคม และ 3) เกื้อหนุนให้เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดบริการด้านสุขภาพและสังคม ให้แก่ผู้สูงอายุที่ สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการ(คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) การสร้างมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ที่ต้องมีการกำหนดมาตรฐาน และตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบทการดูแลภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

2.7 รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่ารูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนานโยบาย สาธารณสุข สู่การเป็นนโยบายสาธารณะด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและ ผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบาย ซึ่งมีรูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) กระบวนการ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในพื้นที่ ด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้ โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน (2) การพัฒนาองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (3) บูรณาการเชื่อมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับ หน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ และ 3) การประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสู่การปฏิบัติ ซึ่งพบว่ากลไกการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาประเด็น นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการประกอบด้วย 4 กลไก ได้แก่ 1) สมัชชาสุขภาพ: กลไกการ

พัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) โรงเรียนผู้สูงอายุ: กลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น: กลไกการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ 4) ผู้จัดการดูแล: กลไกการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ซึ่งรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถสรุปกระบวนการ องค์ประกอบ กลไก และเงื่อนไขดังต่อไปนี้

ตารางที่ 49 การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการ	องค์ประกอบ	กลไก	เงื่อนไข
1. การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	1) สร้างเครือข่ายพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุ 2) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และผลกระทบจากการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3) นำเสนอประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4) ปรับปรุงข้อเสนอนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนอีสาน	1) สมัชชาสุขภาพ: กลไกการพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) โรงเรียนผู้สูงอายุ: กลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ	1) การเชื่อมโยงนโยบายสาธารณะให้เป็นประเด็นหนึ่งของสมัชชาสุขภาพจังหวัด ทำให้ได้ข้อเสนอแนะที่หลากหลายและครอบคลุมและนำไปสู่การพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะ 2) การบูรณาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ให้เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมกับนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบโดยตรงต่อตนเอง
2. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่ปฏิบัติการในพื้นที่	1) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 2) สร้างองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3) บูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่	1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกลไกการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) ผู้จัดการดูแล: กลไกการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	1) ความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ช่วยทำให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นก้าวข้ามอุปสรรคการบริหารจัดการกองทุน 2) การส่งเสริมให้ผู้จัดการดูแลมีเวลาในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ตารางที่ 49 การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ในชุมชนอีสานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

กระบวนการ	องค์ประกอบ	กลไก	เงื่อนไข
3. การประเมินผลการ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในชุมชนสู่การปฏิบัติ	1) การบริหารจัดการกองทุน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) คุณภาพระบบบริการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว 3) กระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนภายใต้กองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว		การประเมินผลลัพธ์การ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในชุมชน

1) การพัฒนานโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว: รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะสู่สนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความแตกต่างจากการพัฒนานโยบายสาธารณะโดยทั่วไปที่มีจุดเริ่มต้นจากภาคประชาชน เอกชน ชุมชน และสังคม แต่พัฒนานโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีจุดเริ่มต้นจากนโยบายสาธารณะสุขของรัฐบาล ที่มีผลกระทบต่อ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ระบบสุขภาพ เกี่ยวข้องกับ หน่วยงาน องค์กร และ กลุ่มคนที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามการพัฒนานโยบายนโยบายสาธารณะสู่สนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการขับเคลื่อนที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ได้รับผลกระทบ และชุมชน เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ ความหมายนโยบายสาธารณะของประเทศไทย หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนที่ชุมชนหรือท้องถิ่นนั้นๆ เห็นพ้องต้องกันว่าควรดำเนินไปในทิศทางนั้นบนพื้นฐานของข้อมูล หลักฐาน ข้อเท็จจริงที่ทุกฝ่ายยอมรับและ เชื่อว่านำไปสู่ชุมชนสุขภาวะและสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ สภาพปัญหาหรือความต้องการของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2554) และสอดคล้องหลักการของนโยบายสาธารณะที่ถูกกำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมประกอบด้วยผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชน และประชาชนเอง (สำนักงานคณะกรรมการการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

โดยการพัฒนาประเด็นและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อาศัยสมัชชาสุขภาพเป็นทั้งกระบวนการและกลไก ในการขับเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้ใช้สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่ง สมัชชาสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) สมัชชาสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชนทุกภาคส่วน มิใช่เพียง

แค่กระบวนการ แต่เป็นเป้าหมายสูงสุดเพื่อการเสริมพลังอำนาจของประชาชน เพื่อทำให้เกิดการพัฒนา ศักยภาพของประชาชนในการดำเนินกิจกรรม ในการผลักดันเรื่องของสาธารณะ ด้วยกระบวนการร่วม คิด ร่วมแสวงหาทางออก ร่วมการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ชุมชนเกิดการ เรียนรู้ จนสามารถทำให้ควบคุมจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง (ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ, 2559)

2) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงระยะยาวในพื้นที่อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์ความรู้ และบูรณาการกำกับ นโยบายสาธารณะในพื้นที่

กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประกอบด้วย การขับเคลื่อนของทีมงาน 3 ส่วน ได้แก่ ทีมผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการออก นโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทีมปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ และ ทีมวิชาการ ที่สนับสนุนด้านวิชาการแก่ทีมปฏิบัติการ และทีม นโยบายในพื้นที่ เพื่อให้เกิดองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน (2) การพัฒนาองค์ความรู้ในการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (3) บูรณาการเชื่อมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับหน่วยงานกำกับนโยบายในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี (อ้างถึงในอำพล จินดาวัฒนะ, 2554) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งประกอบด้วย ประชาชนและสังคม วิชาชีพและวิชาการ การเมืองและราชการ โดยกระบวนการนโยบายสาธารณะ ที่ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 3 ประการ คือ (1) เป็น กระบวนการทางปัญญา คือ มีการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างดีจน เป็นความรู้ที่เรียกว่า เป็นการสร้างนโยบายบนฐานของความรู้ (2) เป็นกระบวนการทางสังคม เนื่องจากนโยบายสาธารณะกระทบสังคมทั้งหมดอย่างรุนแรง ดังนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ สังคม ควร ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย โดยทำเป็นกระบวนการที่เปิดเผย โปร่งใส ทุก ฝ่ายเข้าร่วมได้ และ (3) เป็นกระบวนการทางศีลธรรม นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็นไป เพื่อความ ถูกต้องดีงาม และเพื่อประโยชน์สุขของคนทั้งสังคม ไม่แบ่งร้นเพื่อประโยชน์เฉพาะตนหรือเฉพาะกลุ่ม

ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ที่ตั้งเป้าหมายให้ผู้สูงอายุ ทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูและการดูแล ตามระดับความจำเป็นใน การดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร และ สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมสามารถทำให้เกิดความครอบคลุม (Coverage) ในกลุ่มประชาชน ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่ไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมสำหรับความ ต้องการทางด้านสุขภาพได้ทั้งหมด จะเข้าถึงได้เพียงกลุ่มที่มีข้อจำกัด และกลุ่มที่พิเศษ ทำให้มีการจำกัด จำนวนของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ บริการความช่วยเหลือที่ให้จึงมีเพียงคนจำนวนน้อยที่สามารถ เข้าถึงได้ แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการขยายความครอบคลุมในสิ่งต่าง ๆ ที่จะนำเข้าถึง ประชาชนอย่างทั่วถึงและขยายวงกว้างโดยตรงผ่านกิจกรรมการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงทำให้ เกิดความครอบคลุมของแผนงานหรือโครงการในชุมชน (Kahssay and Oakley, 1999; Oakley, et al., 1991; WHO, 2002; Zakus and Lysack, 1998)

3. ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยสำหรับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

3.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรผลักดันให้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสู่การเป็นนโยบายสาธารณะและนโยบายเร่งด่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้นตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ และข้อจำกัดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคต ในขณะที่สถานการณ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ “กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ซึ่งกำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อนให้เสร็จสิ้นในปีงบประมาณ 2561 แต่พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การเตรียมความพร้อมและกฎระเบียบเกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การสร้างความสำเร็จเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนและมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมในการรับฟังสภาพปัญหาและการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัญหา นอกจากนี้การผลักดันให้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายสาธารณะและวาระเร่งด่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด ระดับเขต และ ระดับประเทศ จะช่วยทำให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

3.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรทบทวนและปรับปรุง ระเบียบ ข้อบังคับ ขุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และแนวทางปฏิบัติของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทชุมชน ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครบตามเป้าหมายพบว่าปัญหาอุปสรรคสำคัญเกี่ยวกับระเบียบของกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และความกลัวต่อผลกระทบจากบทลงโทษของการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นหลังการดำเนินงานภายใต้ระเบียบของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นเจ้าภาพหลักในการทบทวน และ ปรับปรุง กำหนดระเบียบ ข้อบังคับ ขุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และแนวทางปฏิบัติของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของผู้ปฏิบัติงาน ในมุมมองของนักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามทุจริตแห่งชาติ ร่วม กับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ ข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามขุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสร้างความเข้าใจในหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และ ประชาชน

3.3 กระทรวงสาธารณสุขควรคงการพัฒนาอัตรากำลังและศักยภาพผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความเพียงพอเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และ ขยายการพัฒนาผู้จัดการดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้าใจและช่วยแบ่งเบาภาระงานของผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุข

สภาพปัญหาภาระการทำงานของผู้จัดการดูแลซึ่งเป็นอัตรากำลังคนในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ต้องรับผิดชอบทั้งงานประจำในหน่วยงานเดิม และ ต้องทำหน้าที่พัฒนาระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากปัญหาการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลที่ต้องถูกจัดทำโดยผู้จัดการดูแลที่ผ่านการอบรม และคุณภาพของการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ดังนั้นในช่วงระยะเร่งด่วนของการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพของผู้จัดการดูแล เช่น กรมอนามัย และ สถาบันการศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงยังควรคงสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของอัตรากำลังผู้จัดการดูแลเพื่อรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการปฐมภูมิให้มีจำนวนเพียงพอ และการดำรงรักษาอัตรากำลังผู้จัดการดูแลในระบบ ด้วยการสนับสนุนการจัดสรรค่าตอบแทนภาระกิจการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการปฐมภูมิ

สำหรับในอนาคตควรมีการวิเคราะห์อัตราส่วนของผู้จัดการดูแลและผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม และของการวางแผนพัฒนากำลังคนทั้งผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลให้มีสัดส่วนเหมาะสมและเพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ และ สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด นอกจากนี้ควรขยายการพัฒนาผู้จัดการดูแลให้มีอยู่ในหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้มีบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและลดภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเอกสารและการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุข

3.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ควรร่วมมือกับพัฒนามาตรฐานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อสร้างหลักประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนช่วยสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าระดับการพึ่งพิงตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การพัฒนามาตรฐานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงควรเป็นเป้าหมายของการออกแบบระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคต ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างมาตรฐานและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3.5 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

สถาบันการศึกษาควรร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวศึกษา ด้วยกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่

- 1) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย
- 2) ศึกษาการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เฉพาะโรค หรือ แต่ละกลุ่มประเภท เพื่อนำมาพัฒนามาตรฐานและกำหนดตัวชี้วัดการดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป
- 3) ศึกษาการป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มติดสังคมใน โรงเรียนผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). คำอธิบายพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546, พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: กองนิติกร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). ประชากรผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: กรุงเทพฯ
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2559. https://www.m-society.go.th/article_attach/20414/21054.pdf
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2556). สมัชชาสุขภาพ ปรัชญา แนวคิด และจิตวิญญาณ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ. (2550). รายงานการศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง: การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพที่ 7 .(2557). รายงานผลการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพที่ 7. (เอกสารอัดสำเนา).
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และ ประจักษ์ บัวผัน.(2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (บศ.). 13 (1) : ม.ค. –มี.ค: 99 – 111.
- ปราโมทย์ ปราสาทกุล.(2556). สถานการณ์ผู้สูงอายุ แนวโน้ม และผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. เอกสารการนำเสนองานสัมมนา ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น วันที่12. ธันวาคม 2556
- เพ็ญแข ลากยিং. (2555). การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555
- เยาวลักษณ์ ทวีสิกรม และคณะ. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 24(3) : 104-118.
- รุ่งเรือง แสนโกษา เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ สมเจตน์ ภูศรี, 2557. รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 8 (2) พฤษภาคม-สิงหาคม. 200 – 216.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2552). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.].

- วิชัย เอกพลากร และคณะ.(2557). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ คณะ.(2553) รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 . กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2542). ข้อมูลผู้สูงอายุที่น่าสนใจ. กรุงเทพฯ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ.(2557). แผนกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขต บริการสุขภาพที่ 7 ปี 2558. ขอนแก่น: เพ็ญพรันต์.
- วีระวรรณ เหล่าวิหวัธ และ ประจักษ์ บัวผัน.(2556). การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปใน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัย มข. (บศ.) 13 (2) : เม.ย. – มิ.ย.: 109-120.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการระบบการดูแลระยะยาวใน ครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ.มีสเตอร์ก็อปปี(ประเทศไทย). กรุงเทพฯ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ.(2552). โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชน ชนบทไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย.
- ศิริพันธุ์ สาสัติ.(2544). **ทุกภาระของผู้ดูแล.** ใน รายงานการประชุมวิชาการประจำปี. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัติ และคณะ.(2552). **โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริณี ศรีหาค.(2556). รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. **ปริญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- ศิริณี ศรีหาค โกมาตร จีเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง.(2557). **ผลกระทบและการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริณี ศรีหาค และคณะ.(2558). รายงานการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินงานกองทุน **ดูแลสุขภาพตำบล บ้านโคกเครือ จ.กาฬสินธุ์.** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.
- ศิริณี ศรีหาค และคณะ. 2559. **สมัชชาสุขภาพ: หนึ่งทศวรรษการสร้างการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ ในสังคมไทย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 19 (3): 230-235.**
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(2545). แบบทดสอบ สมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ.(2552). **การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2: 16 พฤศจิกายน 2552. (เอกสารอัดสำเนา)**
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ.(2556). **การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2: 16 พฤศจิกายน 2552. (เอกสารอัดสำเนา)**

- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ.(2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 1-2(มี.ค.-มิ.ย.), 22-31.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ.(2554). การศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล.(2545). มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 3(2), 49-62.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ.(2556). การสำรวจสุขภาพะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย.(2540). แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.(2545). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545.
<http://www.krisdika.go.th/wps/portal/general>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.
http://www.acfs.go.th/km/download/act_healthy_2550.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2558) รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ครั้งที่ ๗.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.): นนทบุรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2550). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2553). สำนะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2557). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- สำนักงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด.(2556). รายงานสถิติจังหวัด.
http://roiet.old.nso.go.th/nso/project/search/index.jsp?province_id=72&fid=3&pro_o_code=O-src-01&pro_year=2557&data_type=3
- สำนักงานสถิติจังหวัดขอนแก่น.(2556). รายงานสถิติจังหวัด.
http://khonkaen.old.nso.go.th/nso/project/search/index.jsp?province_id=64&fid=3
- สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์.(2556). รายงานสถิติจังหวัด.
http://kalasin.old.nso.go.th/nso/project/search/index.jsp?province_id=63&fid=3
- สำนักงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม.(2556). รายงานสถิติจังหวัด.
http://mahasarakham.old.nso.go.th/nso/project/search/index.jsp?province_id=69&fid=3
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2553). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2556). **คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557**. เอกสารดาวนโโหลดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2557). **แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561**.เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560). ประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริม ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ พ.ศ.2560 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2560 (เอกสารอัดสำเนา)**
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น.(2560). **รายงานผลการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ปี 2560.** (เอกสารอัดสำเนา)
- อรุณี ชุนหบดี และคณะ.(2556).ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**. 24(1): กันยายน 2555 - กุมภาพันธ์ 2556: 1-9.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2554). **เหลียงหลังแลหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2**. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- Berlau, D.J, et al.(2009). The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: findings from The 90+ Study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 24(11),1217-1225.
- Bjaras, G., Haglund, B.J.A., & Rifkin, S.B.(1991). A new approach community participation assessment. **Health promotion international**, 6(3), 199-206.
- Challis, D., et al.(2000). Dependency in older people recently admitted to care homes. **Age and Ageing**, 29(3), 255-260.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., and Horne, V. (1988). The Barthel ADL index: a reliability study. **Disability and Rehabilitation**, 10(2), 61–63.
doi:10.3109/09638288809164103.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., and McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, 12(3), 189–198.
- Freedman, V.A., et al.(2002). Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States: A Systematic Review. **JAMA**, 288(24), 3137-3146.
- Gill,TM, et al.(2004). Older Persons Hospitalization, Restricted Activity, and the Development of Disability Among Older Persons. **JAMA**, 292(17), 2115-2124.
- Gregg, W.E., et al.(2002). Diabetes and Incidence of Functional Disability in Older Women. **Diabetes care**, 25(1), 61-67.

- Harman, D.(1991). The aging process: major risk factor for disease and death. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, **88**(12), 5360-5363.
- Jintapunkul, S., et al.(1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. **Age and Ageing**, **23**(2), 97-101.
- Jintapunkul, S, et al.(2003). Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and epidemiologic transition. **Age and Ageing**, **32**(4), 401-405.
- Jagger, C., et al.(2001). Patterns of Onset of Disability in Activities of Daily Living with Age. **Journal of the American Geriatrics Society**, **49**(4), 404-409.
- Jagger, C., et al.(2007). Cohort differences in disease and disability in the young-old: findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC-CFAS). **BMC Public Health**, **7**, 156.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2008). Intergenerational Relationships and Family Care and Support for Thai Elderly. **Ageing International**, **33**(1-4), 15-27.
- Kahssay, H.M., & Oakley, P. (1999). **Community involvement in health development: a review of the concept and practice**. Geneva: WHO.
- Lafortune G. and Balestat G. (2007). **Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications**. OECD Employment, Labour and Social Affairs Committee. Health Working Papers, 0_1.
- Lang, I.A., et al. (2008). Neighbourhood deprivation and incident mobility disability in older adult. **Age and Ageing**, **37**(4), 403-410.
- Nelson, N., and Wright, S. (1995). **Power and participatory development : theory and practice**. London: Intermediate Technology Publications.
- Neuhauser, L., Schwab, M., Syme, S. L., Bieber, M., and Obarski, S.K. (1998). Community participation in health promotion: evaluation of the California Wellness Guide. **Health promotion international**, **13**(3), 211-222.
- Oakley, P. (1989). **Community involvement in health development: An examination of the critical issues**. Geneva: WHO.
- Oakley, P., et al. (1991). **Projects with people: the practice of participation in rural development**. Geneva: International Labour Office.
- Oakley,P. and Marsden, D. (1984). **Approaches to participation in rural development**. Geneva: International Labour Office.
- Pretty, J.N. (1995). Paticipatory learning for sustainable agriculture. **World development**, **23**(8), 1247-1263.

- Preston, R., Waugh, H., Larkins, S., and Taylor, J. Community participation in rural primary health care: intervention or approach? *Australian Journal of Primary Health*, 2010; 16(1), 4-16.
- Penninx, B.W., et al. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health*, 89(9), 1346-1352.
- Ravesloot, C.H., et al. (2007). Health promotion for people with disability: development and evaluation of the living well with a disability program. *Health education research*, 22(4), 522-531.
- Rifkin, S.B. (2001). Ten best readings on community participation and health. *African Health Sciences*, 1(1), 43-47.
- Rifkin, S., Hewitt, G., & Draper, A. (2007). **Community participation in nutrition programs for child survival and anemia**. London: Centre for Public Health Nutrition, School of Integrated Health, University of Westminster.
- Rifkin, S.B. (2001). Ten best readings on community participation and health. *African Health Sciences*, 1(1), 43-47.
- Rifkin, S.B., Lewando-Hundt, G., and Draper, A.K. (2000). **Participatory approaches in health promotion and health planning a literature review**. London: Health Development Agency.
- Rifkin, S.B., Muller, F., and Bichmann, W. (1988). Primary Health Care: On measuring participation. *Soc. Sci. Med*, 26(9), 931-940.
- Schoeni, et al. (2005). Trends in Old-Age Functioning and Disability in Japan:1993-2002. Trends Working Paper 05-03.
- Sharma, M. (2007). Community participation in community-based rehabilitation programmes. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 18(2), 146-157.
- Siranee Sihapark and Piyathida Kuhirunyaratn. 2012. **Risk Factors for Onset Disability in Community – Dwelling Elderly: A systematic review**. In: University of Porto and Burapha University. Editors. Proceedings of The Burapha university International Conference 2012 Global Change Opportunity & Risk. 2012 July 9 – 11; Jomtien Palm beach Hotel & Resort. (P.53 – 76). Pattaya: Thailand.
- Sihapark, Kuhirunyaratn and Chen. (2014) Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors. *Ageing International*. 39(3)210-220: DOI 10.1007/s12126-013-9190-7.
- Spiers, N.A., et al. (2005). Diseases and Impairments as Risk Factors for Onset of Disability in the Older Population in England and Wales: Findings From the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(2), 248-254.

- Srithamrongsawat, et al (2009) **Projection of demand and expenditure for institutional long term care in Thailand**. Health insurance system research office.
- Tas, U., et al. (2006). Incidence and risk factors of disability in the elderly: The Rotterdam Study. **Preventive Medicine**, **44(3)**, 272-278.
- Tas, U., et al. (2007). Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. **British Journal of General Practice**, **32(4)**, 319-323.
- Verbrugge, L.M., and Jette, A.M. (1994). The disablement process. **Soc Sci Med**, **38(1)**, 1-14.
- Vopato, S., et al. (2002). Progression of Lower-Extremity Disability in Older Women With Diabetes Diabetes and Incidence of Functional Disability in Older Women. **Diabetes care**, **26(1)**, 70-75.
- Wickens, A.P. (1998). **The causes of aging**. Amsterdam: Overseas Publishers Association.
- WHO. (1986). **Ottawa charter for health promotion**. Ama-Ata: WHO.
- WHO. (2001). **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**. Toronto: WHO.
- WHO. (2002). **community participation in local health sustainable development approaches and techniques**. Geneva: WHO.
- WHO. (2003) **What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?** Denmark: WHO.
- WHO. (2000) **Report of a WHO study group: Home-Based-long-Term-Care**. Genava: WHO.
- WHO. (2010). **Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies**. Geneva, Switzerland: WHO.
- Yesavage, J. A., et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res**, **17(1)**, 37-49.
- Zakus, J.D.L., and Lysack, C.L. (1998). Revisiting Community Participation. **Health policy and planning**, **13(1)**, 1-12.