

รายงาน
การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย
Synthesis of Long-term Care System for the Elderly in Thailand

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*
กนิษฐา บุญธรรมเจริญ**

*สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

มีนาคม 2553

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long-term Care) สำหรับประเทศไทย ฉบับนี้ เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา ทั้งของไทยเองและของต่างประเทศ ร่วมกับการศึกษาฐานและสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ที่มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน และการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการประชุมเวทีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและการนำเสนอข้อเสนอเบื้องต้นของงานชิ้นนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในไทย

ในปี 2552 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงจำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าหรือ 280,000 คนในปี 2567 ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรี ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน

ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดให้แก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันโรงพยาบาลยังเน้นการดูแลแบบการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันแล้วยังมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาอยู่มาก ระบบบริการปฐมภูมิก็มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพ แม้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตามพบว่า ยังขาดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขาดการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูและระบบข้อมูลในการติดตามประเมิน และยังคงมีลักษณะแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องของระบบ

สังคมไทยยังยึดถือค่านิยมเรื่อง “กตัญญูทดแทน” ถือว่าการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นบทบาทหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัวเป็นหลัก ระบบบริการด้านสังคมในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลมีจำกัดและมีลักษณะสงเคราะห์เป็นครั้งคราว (เมื่อออกรายการวางแผนชีวิตสู่ชีวิต) แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ แต่มีศักยภาพจำกัดและขาดการจัดกาในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม

ในปัจจุบันระบบการดูแลในสถาบันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีเพียงในภาคเอกชนสำหรับผู้มีความสามารถในการจ่ายเป็นหลัก ส่วนการดูแลในสถาบันของภาครัฐจำกัดอยู่ที่การดูแลให้ที่พักพิงสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อแรกรับเท่านั้น (แต่เมื่ออยู่ไปก็มีภาวะพึ่งพิงก็ดูแลตามอัตรา) ช่องว่างสำคัญคือ มีความหลากหลายของการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเอกชนเหล่านี้ และขาดการกำหนดมาตรฐานและกลไกในการกำกับตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของสถานบริบาลผู้สูงอายุ

2. บทเรียนจากการทบทวนประสบการณ์การดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

แนวคิดการจัดระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วแยกเป็นสองแนวทางหลักคือ แนวคิดสิทธิขั้นพื้นฐาน (Entitlement) จัดให้แก่ประชาชนทุกคน (Universalism) และแนวคิดให้เป็นความรับผิดชอบครัวเรือนและภาครัฐสนับสนุนเฉพาะรายที่ไม่สามารถรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายเองได้ (Selective, Means-test) อย่างไรก็ตามได้มีแนวคิดเรื่องการจัดการแบบถ้วนหน้าอย่างก้าวหน้า (Progressive universalism) มาช่วงหลังเพื่อให้การดูแลทุกรายแต่ในระดับที่แตกต่างกันตามความสามารถ

ในการจ่ายของครัวเรือนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเกื้อกูลกันมากขึ้นในสังคมขณะเดียวกันก็ลดการตีตราผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ (ผสมแนวคิดที่หนึ่งและสองเข้าด้วยกัน)

รูปแบบการคลังระบบการดูแลระยะยาวในประเทศที่ยึดแนวคิด “สิทธิขั้นพื้นฐาน” มักอาศัยระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance) ภาคบังคับเป็นหลัก มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ชัดเจนทั้งในด้านตัวเงินและที่ไม่ใช่ตัวเงินสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลทุกราย (เป็นพันธะผูกพันจากที่ได้จ่ายเบี้ยประกัน) และเข้มงวดในหลักเกณฑ์ภาวะพึ่งพิงของผู้มีสิทธิเป็นหลัก ส่วนประเทศที่ให้การช่วยเหลือเฉพาะรายมักอิงกับระบบภาษีเป็นหลัก ขณะเดียวกันมักกระจายความรับผิดชอบระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และครัวเรือน และเพื่อลดภาระการคลังภาครัฐ ทุกประเทศมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการ หรือกรณีที่จ่ายเป็นตัวเงิน (Long-term care allowance) ก็เป็นการชดเชยเพียงบางส่วน ไม่เต็มจำนวนค่าใช้จ่ายในการดูแล

ในการจัดบริการไม่จำเป็นต้องเป็นภาครัฐดำเนินการเอง รูปแบบบริการอาจเป็นบริการเฉพาะด้านหรือบริการที่หลากหลายในหน่วยเดียวกัน สำคัญคือจำเป็นต้องมีการบูรณาการการบริการระหว่างบริการทางการแพทย์และสังคมและในแต่ละระดับของหน่วยบริการ แม้การแข่งขันระหว่างหน่วยบริการจะเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา แต่ในความเป็นจริงอาจไม่เกิดขึ้น

ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมีหน่วยงานและกลไกในการกำหนดและกำกับมาตรฐานการจัดบริการ ทั้งในด้าน มาตรฐานกำลังคน สถานะบริการ และกระบวนการดูแล

ความต่อเนื่องเชื่อมโยงของบริการถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลระยะยาว ทั้งนี้มาตรการสร้างความเชื่อมโยงต่อเนื่องของบริการประกอบด้วย การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมโยงข้อมูล การจัดการบริการระยะกลางเพื่อเชื่อมต่อบริการทางการแพทย์ ระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะยาว การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน การจัดการภาวะแวดล้อมในบ้านและชุมชน และการจัดการบริการฟื้นฟูเชิงรุกในชุมชน

3. ข้อเสนอการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และระยะยาว (Long-term care)

ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางควบคู่ไปด้วย เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญในการทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันจนไปสู่ในชุมชนจนมีภาวะพึ่งพิงถาวรที่ต้องการการดูแลระยะยาวต่อไป ขณะเดียวกันการมีระบบการดูแลระยะกลางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งสามารถฟื้นกลับมาใช้ชีวิตอย่างอิสระในชุมชนได้ซึ่งเป็นการลดภาระสำหรับระบบการดูแลระยะยาวในอนาคต

แนวคิดหลักในข้อเสนอการพัฒนายังกับบริบทและต้นทุนทางสังคมที่มีในพื้นที่เป็นหลักดังนี้

3.1 การคลังระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาว สำหรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันจัดให้แบบถ้วนหน้าอยู่แล้ว แต่ควรต้องพัฒนารูปแบบการจ่ายให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทั้งการดูแลระยะกลาง และระยะยาว) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง เชื่อมโยงทั้งในชุมชนและในสถาบัน ส่วนการดูแลด้านสังคมในระยะแรกยังคงให้ครอบครัวเป็นหลักในการดูแลและจำกัดบทบาทภาครัฐ (ส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ในการให้การช่วยเหลือเฉพาะรายที่ขาดความสามารถในการดูแล ทั้งนี้อาจขยายบทบาทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลไปสนับสนุนการดูแล

ด้านสุขภาพในเรื่องนี้ และในอนาคตอาจพัฒนากองทุนสวัสดิการชุมชน หรือกองทุนบำนาญแห่งชาติที่กำลังจะตั้งขึ้นเพื่อมารองรับการประกันการดูแลระยะยาวต่อไป

3.2 การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง/ระยะยาว ควรต้องมีการพัฒนาให้เป็นระบบในพื้นที่ที่มีการเชื่อมโยงกันตั้งแต่ ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน การดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะยาว ทั้งในชุมชนและในสถาบัน รวมถึงกลไกในการสนับสนุนและกำกับในพื้นที่ในที่นี่เสนอให้มีการนำร่องในบางจังหวัดที่มีความพร้อมก่อนเป็นอันดับแรก และให้มีการประเมินเป็นระยะเพื่อหาข้อสรุปในการพัฒนาต่อไปทั่วประเทศ

3.3 รูปแบบบริการในพื้นที่นำร่องที่ควรพัฒนาขึ้น

3.3.1 การจัดการบริการในโรงพยาบาล

- โรงพยาบาลทุกแห่ง (โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) ควรมีเตียงหรือหอผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อประเมินและวางแผนการดูแลเฉพาะราย และเป็นการเตรียมญาติและผู้ป่วยก่อนส่งกลับไปอยู่ในชุมชน หรือรับผู้ป่วยจากในชุมชนกลับมาดูแลชั่วคราว
- มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นศูนย์กลางข้อมูลและการเชื่อมต่อการบริการกับหน่วยงานในระดับเดียวกันหรือต่างระดับในพื้นที่ และมีนักสังคมสงเคราะห์เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายด้านสังคมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว
- จัดให้มีหน่วยบริการเชิงรุกในชุมชนซึ่งปฏิบัติงานเต็มเวลา โดยมีทีมสหวิชาชีพวางแผนการดูแลร่วมกัน ทั้งนี้โรงพยาบาลควรจัดให้มีค่าตอบแทนแก่ทีมที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่

3.3.2 การจัดการบริการในชุมชน

- การออกปฏิบัติงานในชุมชนในครั้งแรก ควรประกอบด้วยทีมจากโรงพยาบาล สถานีอนามัย อปท. และอาสาสมัคร เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านสุขภาพและสังคม
- ในการออกให้บริการด้านสุขภาพ ควรมี นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด/ผู้ช่วย โดยเน้นการฝึกสอนญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- อปท.มีบทบาทหลักในการสนับสนุนการดูแลด้านสังคม สนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแลในรายที่ไม่สามารถจัดการเองได้ ทั้งนี้ควรต้องมีนักสังคมสงเคราะห์ทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดการบริการด้านสังคม ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการได้รับการสนับสนุนเฉพาะราย และทำหน้าที่จัดการระบบอาสาสมัครในการเข้าไปให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะรายที่ขาดคนดูแลในครอบครัว
- พื้นที่ที่มีความพร้อมอาจจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน หรือขยายบทบาทของศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุให้จัดการ Day care สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3.3.3 กลไกการอภิบาลระบบ

- ให้มีคณะกรรมการและศูนย์การดูแลระยะกลางและระยะยาวระดับจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน พมจ./สสจ.เป็นเลขา ร่วม โดยอาจขยายบทบาทของคณะกรรมการประสานงานผู้พิการ มีบทบาทในการประสานยุทธศาสตร์การทำงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง และให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดให้มีหน่วยงานหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน ทำหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูล ประสานกับหน่วยงานต่างๆ พัฒนาระบบบริการ ส่งเสริมการพัฒนาสถานบริบาลให้ได้มาตรฐานและเป็นกลไกกำกับมาตรฐานระดับจังหวัด จัดการความรู้ และติดตามประเมินการดำเนินงาน
- คณะกรรมการและศูนย์ประสานการจัดบริการระยะกลาง/ระยะยาวระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน มีตัวแทนภาคส่วนต่างๆ และ อปท. เป็นกรรมการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นเลขา มีบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์การจัดบริการในระดับอำเภอ และทำหน้าที่เชื่อมประสาน และบูรณาการบริการ ติดตามกำกับ และให้การช่วยเหลือเฉพาะรายในการจัดบริการในชุมชน

3.3.4 กลไกสนับสนุนจากส่วนกลาง

- กระทรวงมหาดไทย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กำหนดนโยบายให้ อปท. มีบทบาทในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน
- กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนามาตรฐานของสถานบริบาล ผู้ให้บริการที่มีวิชาชีพ แนวทางการให้บริการระดับต่างๆ ตลอดจนเครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน
- กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดตั้งหน่วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน และจัดให้มีอัตรากำลังด้านการฟื้นฟูและนักสังคมสงเคราะห์ สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการ และผลักดันให้สถาบันรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพชุมชน

คำนำ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมประชากรชราภาพ (Ageing population) แล้ว จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วขณะเดียวกันอายุขัยเฉลี่ยของประชากรรวมและผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ขณะเดียวกันประเทศไทยเรากำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของปัญหาสุขภาพ (Epidemiological transition) จากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคติดต่อไปยังการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ ทั้งสองเหตุการณ์นำไปสู่ลักษณะความจำเป็นด้านสุขภาพของคนไทยที่เปลี่ยนไปซึ่งต้องการการดูแลที่เปลี่ยนไปจากเดิมเช่นกัน ความต้องการบริการดูแลที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เช่น การดูแลระยะกลางและระยะยาว มีมากขึ้น ในขณะที่ระบบยังปรับตัวไม่ทัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่สังคมไทยต้องมีการพัฒนาระบบบริการรองรับกับสภาพดังกล่าวอย่างทันทั่วถึงและเหมาะสม

ข้อเสนอในรายงานชิ้นนี้มาจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนทำงานในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปดำเนินการในพื้นที่ได้ ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวอาจยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศไทยนอกจากจะนำไปพัฒนานำร่องในบางพื้นที่ก่อน

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ได้ให้ข้อมูลและความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบที่นำเสนอในร่างแรกๆ

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร.....	(1)
คำนำ	(5)
สารบัญ	(6)
สารบัญตาราง	(7)
สารบัญภาพ.....	(8)
1. บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
1.3 กรอบแนวคิดการศึกษา	2
1.4 นิยามศัพท์	3
1.5 ระเบียบวิธีการศึกษา	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. สถานการณ์และการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	8
2.1 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ	8
2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	8
2.3 การลดลงของศักยภาพการดูแลในครอบครัว	9
2.4 การจัดบริการสนับสนุนการดูแลที่บ้านในชุมชน	11
2.5 สถานการณ์การดูแลในสถานบริบาล	12
2.6 ศักยภาพและการดำเนินการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ	13
2.7 บริบท ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนา.....	14
3. บทเรียนและประสบการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ	16
3.1 ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว	16
3.2 การจัดบริการ	19
3.3 ความสัมพันธ์กับภาคส่วนอื่นๆ.....	20
3.4 มาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ	21
3.5 การบูรณาการของระบบการดูแลระยะยาว	23
3.6 สรุปบทเรียนจากการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ.....	25
4. ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care) และการดูแลระยะกลาง (intermediate care)	27
4.1 บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่พึ่งประสงค์.....	27
4.2 ข้อเสนอการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว/ระยะกลางในพื้นที่	32
5. เอกสารอ้างอิง	40
6. ภาคผนวก	44

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ประชากรไทย ปี 2493 – 2593.....	8
ตารางที่ 2 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ ระหว่างปี 2547 - 2567 (ล้านคน).....	9
ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงและต่ำ.....	10
ตารางที่ 4 ลักษณะของระบบการดูแลระยะยาวจำแนกโดยประเภทการคลังระบบการดูแลระยะยาว.....	18
ตารางที่ 5 บทบาทการจ่ายระหว่างรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น และประชาชนเปรียบเทียบของบางประเทศ....	19
ตารางที่ 6 ประเภทและชนิดบริการ/กิจกรรมที่ควรมีตามระดับภาวะพึ่งพิง.....	29
ตารางที่ 7 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2563.....	32

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดการศึกษา	3
ภาพที่ 2	บริบท ข้อจำกัดและโอกาสการพัฒนาระบบบริการระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง.....	15
ภาพที่ 3	กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวในพื้นที่.....	33

1. บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

- 1) ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 18 และ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและยี่สิบปีข้างหน้าตามลำดับ¹ ทั้งนี้อายุที่ยืนยาวขึ้นมักตามมาด้วยสมรรถภาพทางกายที่ลดลงจนก่อให้เกิดภาวะฟุ้งฟิงในที่สุดแม้จะไม่มีภาวะโรคภัยไข้เจ็บก็ตาม
- 2) การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ผ่านมาส่งผลต่อ ขนาด โครงสร้าง ความสัมพันธ์ และระบบการเกื้อหนุนกันในครัวเรือนและชุมชน โดยครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองเพิ่มขึ้น สตรีมีโอกาสในการศึกษาและบทบาททางเศรษฐกิจมากขึ้น ชุมชนเป็นเมืองมากขึ้น ผลโดยรวมทำให้ความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะฟุ้งฟิงในครอบครัวลดลง²
- 3) การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุขที่ผ่านมา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยา กล่าวคือสภาพปัญหาสุขภาพเปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลัน อนามัยมารดาและเด็ก และภาวะทุพโภชนาการ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอันเนื่องมาจากชราภาพ ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวมักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา จำนวนผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงทางกายมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะฟุ้งฟิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ใน 10 ปีข้างหน้า (ปี 2562)³
- 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ผู้พิการ และผู้มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้จึงต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พิกัดภัยให้เหมาะกับการดูแลหรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ การสร้างอาชีพและรายได้ รวมไปถึงการช่วยเหลือด้านการดูแลแก่ครอบครัว เป็นต้น
- 5) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมามุ่งให้บริการหลักแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะฟุ้งฟิง ไม่ว่าจะเป็นบริการในชุมชนหรือในสถานบริการ บริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะฟุ้งฟิงจำกัดมากไม่ว่าจะเป็นบริการสาธารณสุขหรือบริการด้านสังคม⁴ นอกจากนั้นลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมมักเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวเฉพาะหน้ามิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาระหลักในการดูแลผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องของครอบครัว ในขณะที่สถานบริบาลระยะยาวและระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร⁵ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรับบริการดูแลในสถานบริบาลโดยเฉลี่ยค่อนข้างสูงประมาณ 15,000 - 52,500 บาทต่อเดือน³ ขณะที่และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงผู้อื่นปานกลางถึงฟุ้งฟิงทั้งหมดของครัวเรือนที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไปอยู่ที่ 81,537 บาทต่อปี⁶ ขณะที่รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 187,000 บาทต่อปี⁷

นอกจากนี้ข้อมูลจากการประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในสามจังหวัดคือ กาฬสินธุ์ เลย และนครศรีธรรมราช⁸ พบว่า ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีนักกายภาพบำบัดให้บริการมานานแล้ว แต่กลับมี ผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเลยภายหลังจำหน่ายร้อยละ 60, 20, และ 75 ในแต่ละ จังหวัดตามลำดับ ส่วนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดให้บริการมีผู้รายงานว่า ไม่ได้รับบริการร้อยละ 20, 5, และ 28 ตามลำดับ

- 6) รายการวงเวียนชีวิต ทางช่อง 3 และสื่อบีบีซีทางช่อง 7 ที่มักนำผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่มีคนดูแลมาออกรายการ สะท้อนถึงปัญหาในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของไทยได้เป็นอย่างดี

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อจัดทำข้อเสนอระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุของไทย โดยอยู่บนปรัชญาพื้นฐานที่สอดคล้องกับแนวระรมมนุษยสภาพของไทย

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

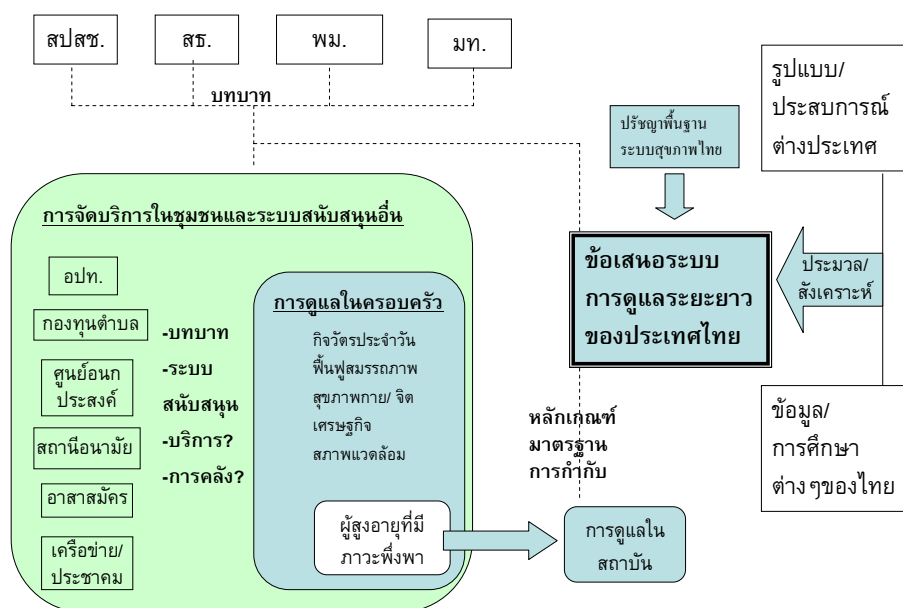
ในการสังเคราะห์ข้อเสนอระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามดังต่อไปนี้

- ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว
- ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวในอนาคตจะเป็นอย่างไร
- ใครควรเป็นผู้มีสิทธิได้รับการบริการ
- รัฐควรมีบทบาทอย่างไรในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว
- ระบบการดูแลระยะยาวควรประกอบด้วยบริการประเภทใดบ้าง (สิทธิประโยชน์ที่ควรมี)
- การประสานเชื่อมโยงระหว่างบริการดูแลระยะยาว บริการทางการแพทย์ บริการสังคม บริการสุขภาพในทุกกระดับ ควรเป็นอย่างไร

1.3 กรอบแนวคิดการศึกษา

เป้าประสงค์หลักของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ โดยครอบครัวสามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม และได้รับการเกื้อหนุนและสนับสนุนเป็นอย่างดี จากกระบวนการสนับสนุนและบริการในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลด้านสุขภาพ สังคม และการดูแลด้านจิตใจ อย่างไรก็ตามสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับสูง และครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ด้วยตนเอง หรือขาดผู้ดูแลก็จำเป็นต้องมีระบบการดูแลในสถาบัน เช่น สถานะนียบาล (Nursing home) รองรับอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ในการพัฒนาระบบดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นระดับชาติ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

กระทรวงมหาดไทย (มท.) ฯลฯ รวมถึงองค์กรในชุมชน เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) สถานีอนามัย ศูนย์เฝ้าระวังโรค กองทุนตำบล องค์กรอาสาสมัคร รวมถึงเครือข่ายประชาคมต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

1.4 นิยามศัพท์

การดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์⁹

การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) หมายถึง กลุ่มบริการที่อยู่ระหว่างบริการระยะเฉียบพลันเร่งด่วน (acute care) และบริการระยะยาว (Long-term care) ประกอบด้วยบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคมที่จัดโดยสหวิชาชีพ โดยมีแผนการให้บริการ และเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด ลดการนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ป้องกันการเกิดผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงบริการระยะยาวในรายที่ฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาได้ และรวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวร เป็นบริการที่มีระยะเวลาจำกัดปกติไม่เกิน 6 อาทิตย์ ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการที่บ้านหรือในสถานพักฟื้น โดยทั่วไปประกอบด้วยดูแลดังนี้¹⁰

- ทีมดูแลฉุกเฉิน (Rapid response teams) เป็นทีมที่ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแล นักกายภาพบำบัด และวิชาชีพอื่นๆ อีกหลายสาขาที่ทำงานและให้บริการเกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้าน และมีความต้องการการดูแลที่ไม่จำเป็นต้องเข้าไปรับการดูแลหรือรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล เป็นต้น
- บริการบำบัดฟื้นฟูร่างกายอย่างใกล้ชิด (Intensive rehabilitation services) เป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพและร่างกายให้เป็นปกติหลังจากการรักษาหรือการผ่าตัด ซึ่งปกติจะทำการบำบัดฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเท่านั้น
- บริการสิ่งอำนวยความสะดวกในช่วงพักฟื้น (Recuperative facilities) เป็นการให้บริการในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการพักฟื้นที่โรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยยังไม่แข็งแรงพอที่จะกลับบ้านได้ เป็นบริการดูแลพยาบาลระยะสั้นที่บ้านหรือบริการอื่นๆ ที่มีความเหมาะสมกับกรณีของผู้ป่วย
- การจัดการระดับแพทย์ทั่วไป และสังคมสงเคราะห์ (Arrangements at GP practice or Social Work) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one – stop service) ซึ่งรวมถึงการบริการหรือการประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานด้วย
- ทีมบูรณาการการดูแลที่บ้าน (Integrated home care teams) เป็นบริการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด เมื่อผู้สูงอายุถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เองที่บ้าน

ภาวะพึ่งพิง (dependency) หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ ในรายงานนี้แปลคำว่า “dependency” ว่า “ภาวะพึ่งพิง” ตามศัพท์บัญญัติจากราชบัณฑิตยสถานสาขาประชากรศาสตร์ (4 ก.พ. 2545)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง อันหมายถึง การดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิง (ที่อาจวัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทิลหรือดัชนี ADL) ที่สูง ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งรายงานฉบับนี้เน้นหนักที่ความยากลำบากในการทำกิจกรรมพื้นฐานเป็นหลัก

สถานบริการดูแลระยะยาว (Institutional long-term care) หมายถึง สถานที่ให้บริการทางเลือกตามชีวิตความเป็นอยู่ (life style) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดกระบวนการสูงอายุ โดยมีศักยภาพให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐหรือภาคเอกชน ทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล

การดูแลในชุมชน (Community-based care) หมายถึงการดูแลที่ใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสมาชิกในชุมชน อาจจัดโดยหน่วยบริการที่อยู่ในหรือนอกชุมชน

1.5 ระเบียบวิธีการศึกษา

1. ทบทวนงานวิจัยในประเทศที่ได้รับการสนับสนุนจาก มสส. มสช. สวรส. สปสช. Thai-EU HCRP รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- การค้นหารูปแบบบริการสุขภาพต่างๆที่มีความเหมาะสมในสังคมไทยทั้งในการดูแลโดยครอบครัว/ชุมชน และรูปแบบการดูแลในสถาบัน (good practice)
- รูปแบบบริการการดูแลระยะกลาง (intermediate care) หลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน
- กลไกการบูรณาการบริการทั้งด้านสังคมและสุขภาพในพื้นที่จากทุกภาคส่วน
- ภาระโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับต่างๆ และทิศทางของระบบบริการสุขภาพที่ควรเป็น
- การเงินการคลังในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลาง/ดี ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. ทบทวนเอกสารวิชาการของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการจัดบริการ การคลังระบบการดูแลระยะยาว การให้สิทธิในการได้รับการบเทาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

3. สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยดังกล่าว เพื่อจัดทำข้อเสนอระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศไทย

4. สังเคราะห์องค์ความรู้เพิ่มเติมจากกรณีตัวอย่างการดำเนินงานที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยเยี่ยมชมและศึกษารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งนี้พื้นที่ที่มีการศึกษาเยี่ยมชมการดำเนินงานประกอบด้วย

- การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ เยี่ยมชมการดำเนินงานของโรงพยาบาลกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลคำม่วง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลยางตลาด ระหว่างวันที่ 9-11 กันยายน พ.ศ. 2552
- เยี่ยมชมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนบางบัว เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2552
- การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครศรีธรรมราช เยี่ยมชมการดำเนินงานของโรงพยาบาลยุพราชฉวาง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชนวัดกระบี่ยอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหัวไทร โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช และ อบต.ปากพูน วันที่ 14-16 ตุลาคม พ.ศ. 2552

- การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกสำหรับผู้มีภาวะฟุ้งฟิง จังหวัดเลย เยี่ยมชมการดำเนินงานของโรงพยาบาลภูกระดึง โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลยุพราชด่านซ้าย วันที่ 26-28 ตุลาคม พ.ศ. 2552
- การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ เขตจังหวัดนครราชสีมา เยี่ยมชมการดำเนินงานของโรงพยาบาลขามสะแกแสง ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุเรือนลำตวน ศูนย์อนามัยที่ 5 ณ วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2552

5. จัดเวทีให้พื้นที่ได้มานำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ดำเนินการในพื้นที่และนักวิชาการ

- การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2552 ณ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
- เวทีการนำเสนอตัวแบบที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนและในชุมชน ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2552
- การประชุมสรุปผลเบื้องต้นการประเมินการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัด กาฬสินธุ์ เลย และ นครศรีธรรมราช และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละพื้นที่ในวันสุดท้ายของการลงพื้นที่ข้างต้นในข้อ 4
- ประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ณ อาคารสภากาญจนาภิเษก วันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2553

6. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารต่อข้อเสนอรูปแบบการจัดบริการระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยในการลงพื้นที่ตามข้อ 4 มีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่ง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (รพ.ภูจินารายณ์) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (รพ.ศ.นครศรีธรรมราช) นายก อบต. ปากพูน และสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติแต่ละโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ตัวแบบและข้อเสนอในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเริ่มสังเคราะห์ได้จากการลงพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังจากนั้นได้นำตัวแบบดังกล่าวไปทดสอบความคิดกับผู้บริหารอีกสองจังหวัด รวมถึงเวทีการนำเสนอที่ส่วนกลาง และมีการปรับรายละเอียดมาเป็นระยะๆ

7. จัดประชุมระดมความคิดเห็นจากคณะผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อข้อเสนอของนักวิจัย โดยมีกรอบประเด็นคำถามและทางเลือกเป็นข้อมูลนำเสนอในแต่ละครั้ง และพัฒนาจนได้ประเด็นที่เห็นร่วมกันหรือต่างกันในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

- เวทีวิชาการเพื่อสังเคราะห์ “ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ” ณ ศูนย์ประชุมสถาบัน วิจัยจุฬาภรณ์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2552
- นำเสนอข้อเสนอเบื้องต้นการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะฟุ้งฟิง แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยงานต่างๆ ผู้ให้บริการด้านวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์

ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ และนักวิชาการ ณ ห้องประชุมอาคารสภากาชาดพยาบาล วันที่
28 กันยายน พ.ศ. 2552

8. ปรับแก้ไข และจัดทำข้อเสนอฉบับสมบูรณ์

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อเสนอที่เป็นรูปธรรมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เหมาะสม
สำหรับประเทศไทย

2. สถานการณ์และการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอันเนื่องมาจากการลดลงของอัตราการตายและอัตราเกิดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการเพิ่มของอัตราตายในวัยแรงงานจากการระบาดของโรค HIV/AIDS ในช่วงต้นทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่งในปี 2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุ¹¹ ทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว¹²

ตาราง 1 ประชากรไทย ปี 2493-2593

ปี		2493	2503	2513	2523	2533	2543	2553	2563	2573	2583	2593
		1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
จำนวนประชากรรวม (ล้านคน)		20.6	27.7	37.2	46.8	54.3	60.7	65.1	68	69.2	68.9	67.4
อายุมัธยฐาน		18.6	18.4	17.8	19.9	25.1	30.1	34.7	38.2	41.2	43.1	44.3
ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	จำนวน (ล้านคน)	1	1.4	2	2.7	4.2	6.1	8.5	12.6	16.6	19.1	20.1
	ร้อยละ	5	5.1	5.4	5.8	7.8	10.1	13	18.5	24	27.6	29.8
ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป	จำนวน (ล้านคน)	0.08	0.09	0.14	0.22	0.34	0.6	1.1	1.6	2.3	3.7	4.7
	ร้อยละ	0.4	0.3	0.4	0.5	0.6	1	1.6	2.4	3.3	5.3	7

ที่มา : สถานการณ์ผู้สูงอายุ 2549

2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

มโนทัศน์เรื่องสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุขค่อนข้างมาก เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลสะสมจากปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย พฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ผ่านมา รวมถึงสิ่งแวดล้อม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะกระดูกพรุน รวมถึงการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม ฯลฯ ซึ่งภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม¹³

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ร้อยละ 46.8 ของผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีสุขภาพเกณฑ์ที่ดีดีมาก และร้อยละ 21.5 และ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมาก ส่วนโรคเรื้อรังพบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุรู้ตัวว่าเป็น 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจร้อยละ 32, 13 และ 7 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการ

สำรวจโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 – 52) พบว่าร้อยละ 48 และ 16 ของผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยร้อยละ 44 และ 22 ของผู้มีความดันโลหิตสูงและเบาหวานไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว¹⁴ โดยที่สาเหตุของการสูญเสียสุขภาพในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547¹⁵ อันดับ 1 คือ โรคหลอดเลือดสมอง สูงถึงร้อยละ 12.5 และ 13.5 ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ อันดับรองลงไป ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งตับ หัวใจขาดเลือด เบาหวาน สำหรับผู้ชาย ส่วนผู้หญิง ได้แก่ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด สมองเสื่อม และมะเร็งตับ

ด้านอัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันสำหรับการรักษาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและดูแลโรคเรื้อรังอยู่ที่ 4.4 ครั้งต่อคนต่อปีและการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีวันนอนเฉลี่ย 7 วัน¹⁶

แม้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ แต่อาจมีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอยู่ จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-7 พบว่าร้อยละ 95.6 และ 93.7 ของผู้สูงอายุชายและหญิง ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และร้อยละ 11.7 และ 17.5 ที่ต้องการความช่วยเหลือในงานบ้านในเพศชายและหญิงตามลำดับ จากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จากฐานความชุกในการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-7 โดยใช้แบบจำลองพหุสถานะ โดยสมมติให้การเพิ่มความจำกัดระดับสูงไม่มากกว่าร้อยละ 0.1 จากปีฐาน พบว่าปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี 2562 หรือประมาณ 20 ปีข้างหน้า ดังแสดงในตารางที่ 2¹⁷

ตารางที่ 2 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ ระหว่างปี 2547 - 2567 (ล้านคน)

ความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน	ชาย					หญิง				
	2547	2552	2557	2562	2567	2547	2552	2557	2562	2567
ไม่มี	2.36	2.87	3.55	4.42	5.35	2.51	3.46	4.49	5.67	6.91
เล็กน้อย	0.33	0.37	0.44	0.53	0.64	0.68	0.69	0.75	0.88	1.03
ปานกลาง	0.20	0.21	0.24	0.29	0.35	0.37	0.32	0.35	0.41	0.48
รุนแรง	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.04	0.05	0.06	0.08	0.10
รุนแรงมาก	0.01	0.02	0.03	0.04	0.04	0.02	0.03	0.04	0.05	0.07
ประชากรสูงอายุ	2.93	3.51	4.31	5.34	6.45	3.62	4.56	5.70	7.09	8.58

ที่มา: Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., (2009) Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand

2.3 การลดลงของศักยภาพการดูแลในครอบครัว

ผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นครอบครัว โดยผู้ดูแลร้อยละ 81.2 เป็นบุตรหลานและญาติ เหตุผลก็คือ อยู่ด้วยกันมาและดูแลกันไป ในขณะที่ผู้ที่ดูแลรับจ้างมีเพียงเล็กน้อยประมาณร้อยละ 0.3 เท่านั้น⁹ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มอัตราเจริญพันธุ์รวมของไทยลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนตั้งแต่ปี 2535 โดยลดจาก 4.9 คนในปี 2517 เหลือ 1.8 คนช่วงปี 2535 และเหลือ 1.6 คนในปี 2548 นอกจากนี้สตรีไทยยังมีแนวโน้มอยู่เป็นโสดมากขึ้น เพิ่มจากร้อยละ 23 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 32 ในปี 2543 และแต่งงาน

ข้าลง อายุเฉลี่ยเมื่อแรกสมรสของสตรีไทยจากสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2513–2543 พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 22.0 ปี ในปี 2513 เป็น 24.0 ปี ในปี 2543 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของกระแสนิยมและความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทำให้การดำเนินชีวิตมีทัศนคติและค่านิยมที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคลโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น รักอิสระ ไม่ชอบการมีภาระผูกพัน สามารถพึ่งตนเองได้ มีการออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้นเพื่อแสวงหาความก้าวหน้าให้กับตนเอง และจนเจือครอบครัวยุคใหม่^{2,12}

นอกจากนี้ ขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 5.2 คนต่อครัวเรือนในปี 2523 ลดลงมาเป็น 4.4 คนต่อครัวเรือนในปี 2533 และ 3.8 คนต่อครัวเรือนในปี 2543 และมีครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.0 ในปี 2531 เป็น 7.6 ในปี 2550 และครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยกับบุตรหลานลดลงจาก 76.9 เป็น 59.4 ในช่วงปีดังกล่าว

ขนาดของประชากรวัยแรงงานที่จะมาเป็นผู้เกื้อหนุนผู้สูงอายุในอนาคตก็ลดลง ดังจะเห็นได้จากอัตราส่วนศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (Potential Support Ratio)ⁱ มีแนวโน้มลดลงโดยตลอดและคาดว่าจะลดลงไปอีกในอนาคต จากประชากรวัยแรงงานประมาณ 9 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 1 คน ในปัจจุบัน เหลือเพียง 3 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปี พ.ศ.2583 แนวโน้มการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุนี้ทำให้เป็นที่วิตกกังวลกันว่า ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระที่หนักขึ้นในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ อันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและวัยแรงงานด้อยลง และผู้สูงอายุอาจประสบปัญหาความยากจนเพิ่มขึ้น¹⁸

การดูแลผู้สูงอายุที่พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแลนั้น เมื่อจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง พบว่าผู้ที่ให้การดูแลในกิจวัตรประจำวันเป็นผู้ที่รับจ้าง (รวมพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ลูกจ้าง) ถึงร้อยละ 4.8 โดยที่ร้อยละ 90.5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำเป็นผู้ดูแลตนเอง นอกจากนี้มีผู้สูงอายुर้อยละ 0.6 และ 1.0 ที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงและต่ำ

ผู้ดูแล	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง*	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำ
ดูแลตนเอง	12.6	90.5
ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการ	0.6	1.0
คู่สมรส	19.5	2.0
บุตรหลาน	58.4	5.8
ญาติ/เพื่อนบ้าน	4.1	0.5
ผู้รับจ้าง	4.8	0.2

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจผู้สูงอายุไทย 2550¹⁹

* คัดคะแนน ADL ใน 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว และเดินในที่ราบเท่านั้น และตัดคะแนน 0 ออกไป เนื่องจากข้อมูลมีความขัดแย้ง

ⁱ เป็นมาตรวัดอย่างคร่าวๆที่ใช้แสดงถึงจำนวนของประชากรในวัยแรงงานซึ่งเป็นฐานที่สำคัญของการผลิตและเกื้อหนุน (ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่น การดูแลบุพการี การเสียภาษีรายได้ให้แก่รัฐเพื่อนำมาจัดสรรหรือจัดสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ประชากรสูงอายุ) ต่อประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป)

ยิ่งไปกว่านั้น บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องอยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี “บทบาทเชิงซ้อน” (Sandwich Roles) คือ การที่ต้องรับบทบาทหลายด้าน ทั้งบทบาทของภรรยา แม่บ้าน และการทำงานเพื่อหารายได้ ดูแลบุตร และบุพการีพร้อมกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลโดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจนต้องประสบปัญหาในการดูแลทั้งการขาดความรู้ มีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลหากต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน⁹

2.4 การจัดบริการสนับสนุนการดูแลที่บ้านในชุมชน

แม้ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการดูแลรักษา ตลอดจนการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพก็ตาม แต่ข้อจำกัดที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขของไทยต่อการให้บริการ ได้แก่ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลันเป็นหลัก โดยเฉพาะระบบการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วยังมีช่องว่างในการให้บริการอยู่มาก¹⁰ ข้อมูลจากการประเมินการจัดบริการระยะกลางในสามจังหวัด กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ แต่กลับพบว่าได้รับการฝึกสอนทำกายภาพบำบัดเพียงร้อยละ 55 และได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพียงร้อยละ 22 (ไม่ถึงร้อยละ 1 ที่มีการระบุคะแนนชัดเจน) ก่อนจำหน่าย ทั้งๆที่บริการและข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนและตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ในระบบบริการปฐมภูมิก็มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในโรงพยาบาลและบริการเชิงรุก และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จัดทีมให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามจากการประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพียงสองในสามที่ได้รับการกายภาพบำบัดภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและส่วนใหญ่เป็นการทำให้โดยญาติ โดยผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตโรงพยาบาลอำเภอที่มีนักกายภาพบำบัดมีโอกาสดำเนินการกายภาพบำบัดสูงกว่า (ร้อยละ 77 – 87)

นอกจากนี้บทบาทการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันจำกัดอยู่เฉพาะบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ในขณะที่มิติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข อีกทั้งทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยและอาสาสมัครในชุมชน (อสม.และ ผสส.) ที่เคยประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพประชาชนจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันในอดีตนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการการบริการของชุมชนในปัจจุบันที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง รอบด้าน และบูรณาการทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคม นอกจากนี้อาสาสมัครก็คืออาสาสมัคร ที่ถึงแม้จะมีใจในการสนับสนุนการดำเนินการแต่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะทำงานได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง²⁰

ในด้านของการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการทั้งจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปแล้วนั้น บริการของรัฐที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในลักษณะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง ทั้งจากการไม่มี

บริการประเภทนี้ หรือการขาดบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการ⁸ นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสำรวจปี 2550 พบว่า เกือบร้อยละ 70 ของผู้ดูแลตอบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน และมีประมาณร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงที่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลแต่โดยลำพัง และแสวงหาบริการจากภาคเอกชนในกรณีที่มีความสามารถในการจ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลก็ต้องเผชิญชะตากรรมที่น่าเวทนาดังปรากฏในรายการที่วียู่เนื่อง ๆ เช่น รายการวงเวียนชีวิต รายการสกุ๊ปชีวิต เป็นต้น

ในขณะที่ความสามารถของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระดับสูงกลับมีแต่จะลดน้อยลงดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การให้การดูแลผู้สูงอายุซึ่งต้องการทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่สูงในระยะยาวจึงเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว หากปราศจากมาตรการเกื้อหนุนจากภาครัฐและชุมชนที่เหมาะสม

2.5 สถานการณ์การดูแลในสถานบริบาล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงซึ่งมีความจำเป็นต้องพักอาศัยในสถานบริบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการค่อนข้างสูงอยู่ระหว่าง 15,000 - 52,500 บาท²¹ ส่วนผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานดูแลระยะยาวที่หน่วยงานภาครัฐดำเนินการ เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล แต่รับเฉพาะผู้ที่ไม่มีความพึ่งพิงนั้น เมื่ออยู่ไประยะหนึ่งมักมีปัญหาสุขภาพตามมาซึ่งต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก ซึ่งจากการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ ในปี 2552⁵ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 15.9 อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด เมื่อพิจารณาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางถึงพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดพบถึงร้อยละ 52.3 โดยร้อยละ 55.6 พบในผู้สูงอายุที่พักอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแลถึง 20 - 27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสถานบริบาลยังมีโรคประจำตัว และภาวะพึ่งพิงจากการถดถอยของสมรรถภาพตามวัย ดังนั้นแนวโน้มของภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มมากขึ้นตามแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและโรคเรื้อรัง

สำหรับการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยนับว่ามีพัฒนาการที่สั้นมาก มีเพียงบางหน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุบางประเภท เช่น

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้มีการจัดทำมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เพื่อกำหนดและพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมและระดมสมองในการจัดทำตัวชี้วัด กำหนดเกณฑ์และพัฒนามาตรฐานโดยยึดประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นหลัก ตลอดจนเพื่อให้หน่วยงานมีแนวทางในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดและได้รับการรับรองตามเกณฑ์ แต่อย่างไรก็ตามยังเป็นมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะสถานสงเคราะห์เท่านั้น

2. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล โดยได้มีการยกร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ซึ่งมาตรฐานนี้มีขอบเขตเฉพาะในสถานพยาบาลเท่านั้น

เห็นได้ว่า ปัจจุบันยังไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานหรือรับรองคุณภาพสถานบริบาลผู้สูงอายุในภาคเอกชน ซึ่งจากการศึกษาของศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ⁵ พบว่า มีความหลากหลายของการขึ้นทะเบียนกับหลายหน่วยราชการ บางแห่งไม่ได้ขึ้นทะเบียน โดยที่ไม่มีมาตรการกำกับดูแลคุณภาพของสถานดูแลประเภทนี้ให้มีมาตรฐานแต่อย่างใด

2.6 ศักยภาพและการดำเนินการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และชุมชนจำนวนมากมีการตื่นตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินการและจัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน กองทุนสวัสดิการชุมชน และการริเริ่มจากภาครัฐโดยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน เป็นต้น

ในพ.ศ. 2551 มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) จากการริเริ่มของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 6,800 ราย และมีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจำนวน 75,597 คน ใน 75 จังหวัด ปัจจุบันมี อปท. จำนวน 133 แห่ง ที่สนับสนุนโครงการ อผส. นี้อย่างต่อเนื่อง

โครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” จัดโดยสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เป็นการจัดอบรมให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นอาสาสมัครเข้าช่วยเหลือดูแล เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชน ในปี พ.ศ. 2551 มีอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุจาก 367 ชมรม จำนวน 8,074 คน และอาสาสมัครวัยอื่นอีกจำนวน 2,936 คน²² มีผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจำนวน 7,360 คน

ในส่วนชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนที่พัฒนามาเป็นระยะเวลายาวนานโดยการริเริ่มของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีชมรมที่ขึ้นทะเบียนกับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ รวมทั้งสิ้น 19,970 ชมรมทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งโดยชุมชนเองหรือองค์กรอื่นๆ อีกจำนวนมาก ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้และมีศักยภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น

ในบางพื้นที่ มีการทำงานร่วมกันที่ดีระหว่าง อปท. กับภาคประชาสังคม โดยใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่มาจากเงินสมทบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ อปท. และในบางพื้นที่มีเงินสมทบจากชุมชนร่วมด้วย อีกทั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน ในการจัดบริการดูแลระยะยาวโดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยออกจากบ้านไม่ได้ มีบริการรถรับ-ส่ง มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ในหลายพื้นที่ยังมีวัดที่จัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น วัดทุ่งบ่อแป้น (ลำปาง) วัดกระเปียด (นครศรีธรรมราช) ฯลฯ ซึ่งเน้นการทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพในชุมชน เป็นต้น

อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้พิการ ถือเป็นต้นทุนทางสังคมในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนที่สำคัญ มีจำนวนมากและกระจายและครอบคลุมทุกพื้นที่ และเมื่อรัฐบาลมีนโยบายจ่ายค่าตอบแทนเดือนละ 600 บาทแก่อาสาสมัครกลุ่มนี้ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนดูแลและมอบหมายภาระกิจให้แก่อาสาสมัครกลุ่มนี้ไปดำเนินการ ดังนั้นหากมีการจัดการที่ดีจะเป็นต้นทุนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชนต่อไป

นอกจากนั้นชุมชนและพื้นที่หลายแห่งได้มีการจัดตั้ง ศูนย์เฝ้าระวังผู้สูงอายุ หรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมสนับสนุนผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตามบทบาทของศูนย์ในขณะนี้มุ่งไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่มีการพึ่งพิงเป็นหลัก

จากที่กล่าวมา เห็นได้ว่า ชุมชนและภาคประชาสังคมมีศักยภาพที่จะดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตาม กิจกรรมและการดำเนินการต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลชั่วคราว และเป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแม้จะมีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนช่วยเหลือเพื่อแผ้วถางระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันหรือที่เรียกว่า “เติมเต็มให้กัน”²³ แต่การดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการขับถ่ายและการกลืน ซึ่งต้องการการดูแลที่ใกล้ชิด อาจจะไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ อผส. หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจะทำได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะการช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้ดูแลภายในครอบครัว และการจัดการที่เป็นระบบมากขึ้น อีกทั้งพื้นที่ที่สามารถจัดการได้ยังมีจำนวนจำกัด ขึ้นอยู่กับความพร้อม และศักยภาพของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนจากภาครัฐที่รวมถึง อปท. อย่างจริงจังในการที่จะขยายผลให้ครอบคลุมทุกแห่ง

2.7 บริบท ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนา

การดูแลด้านการแพทย์และสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในประเทศไทยอยู่ภายใต้แนวคิดและความรับผิดชอบในการดูแลของต่างหน่วยงานกัน กล่าวคือ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันจัดให้ภายใต้แนวคิดเรื่อง “สิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองไทย” รัฐบาลจัดให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างถ้วนหน้าโดยอาศัยระบบภาษีและการประกันสังคม ครอบคลุมบริการอย่างรอบด้านทั้งด้าน การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั้งในและนอกสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม ระบบบริการในปัจจุบันยังอิงกับแนวคิดการให้บริการแบบโรคเฉียบพลันเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้มีภาวะทุพพลภาพ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัด ขณะเดียวกันบริการเชิงรุกอย่างเป็นระบบในชุมชนก็ยังมีพัฒนาอย่างจำกัด

การดูแลเกื้อกูลผู้สูงอายุในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความเป็นอยู่ ถือเป็นความรับผิดชอบหลักของครอบครัวในสังคมไทย สำหรับการจัดการบริการด้านสังคมที่เป็นทางการในปัจจุบันอยู่ภายใต้การดูแลของหลายหน่วยงาน โดยหน่วยงานหลักคือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการจัดการบริการที่เป็นอยู่มีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวให้เป็นวัตถุหรือตัวเงิน เช่น เบี้ยสงเคราะห์ต่างๆ มากกว่าการจัดการอย่างเป็นระบบ สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีที่อยู่ ภาครัฐมีการจัดบ้านพักคนชราให้แต่รับเฉพาะรายที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง แต่เมื่อเวลาผ่านไปคนกลุ่มนี้ก็จะมีความพึ่งพิงและดูแลกันตามอัตภาพ ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหากมีความสามารถในการจ่าย ก็ไปใช้บริการสถานบริบาลภาคเอกชน แต่สถานบริบาลเหล่านี้ยังขาดการดูแลกำกับด้านคุณภาพบริการ

การที่หน่วยงานที่ดูแลด้านการแพทย์และสาธารณสุขแยกส่วนกับหน่วยงานที่ดูแลบริการด้านสังคม ทำให้การเชื่อมประสานและความต่อเนื่องของการได้รับบริการมีข้อจำกัดระดับหนึ่ง จำเป็นต้องมีกลไกการเชื่อมประสานกันในการทำงานระดับพื้นที่มากขึ้น ทั้งนี้กลไกหลักด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการเข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในชุมชนคือ สถานีอนามัย ในขณะที่บริการด้านสังคมกลไกหลักที่จะเข้าถึงกลุ่มนี้คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาล

การทำงานเชื่อมกันของสององค์กรดังกล่าวจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งขณะนี้การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจะสร้างโอกาสในการทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น รวมถึงการมีงบประมาณสำหรับการดำเนินการในชุมชน

ค่านิยมของสังคมไทย ในเรื่อง “ความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการี” ถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ประสงค์จะอาศัยอยู่และได้รับการดูแลจากลูกหลานมากกว่าไปอาศัยในสถานบริบาล²⁴ ดังนั้นทิศทางการพัฒนาจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแล แต่ต้องพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชนเพื่อให้ครอบครัวสามารถทำบทบาทดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

ภาพที่ 2 บริบท ข้อจำกัด และโอกาส การพัฒนาระบบบริการระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข • แนวคิด : สิทธิบริการถ้วนหน้า รัฐจัดให้อย่างถ้วนหน้าโดยระบบภาษี/ประกันสังคม ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในและนอกสถานพยาบาล • สอ. และ รพช. เป็นหน่วยหลักในการให้บริการโดยเฉพาะในชนบท <u>แต่มีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง/ทุพพลภาพ</u> • บริการเชิงรุกที่บ้าน/ในชุมชนมีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงบริการลำบาก	บริการสังคมเพื่อดูแลกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีพ • แนวคิด : ภาระหน้าที่หลักครอบครัว • รัฐจัด เบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ • รัฐ/ท้องถิ่น สังคม ช่วยเหลือในลักษณะการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวเมื่อมีข่าว • บ้านพักคนชราของรัฐ สำหรับผู้ไม่มีที่อยู่ ยากจน และไม่มีภาวะพึ่งพิงขณะเข้าพัก • สถานบริบาลผู้สูงอายุ และผู้ช่วยผู้ดูแลที่บ้านภาคเอกชน สำหรับผู้ที่สามารถจ่ายได้
บริบท ข้อจำกัด โอกาส • บริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของต่างกระทรวงกัน (สธ. พม. มท.) • กลไกในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชน คือ สถานีอนามัย ในขณะที่ด้านสังคมมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต./เทศบาล • ค่านิยม <u>กตัญญู กตเวที</u> ยังเข้มแข็ง รวมถึงการเกื้อกูลในชุมชน (โดยเฉพาะชนบท) อาสาสมัคร/จิตอาสา (ขาดการจัดการ) • การกระจายอำนาจ/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ กองทุนประกันสุขภาพพื้นที่ (ตำบล)	

3. บทเรียนและประสบการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ประเด็นสำคัญในการทบทวนรูปแบบการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ คือ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาทางเลือกว่า ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่าง ๆ ให้บทเรียนอะไรที่จะนำมาประยุกต์และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในประเทศไทย ซึ่งจะพิจารณาในประเด็นของทางเลือกเชิงนโยบายและการคลังของระบบการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่าใครควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว การจัดบริการ ความสัมพันธ์กับภาคส่วนอื่นๆ มาตรฐานการดูแล และการบูรณาการของระบบ

ความแตกต่างหลักในประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา คือ ประเทศกำลังพัฒนาพึ่งพาการดูแลแบบไม่เป็นทางการ หรือการดูแลในครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก โดยมีระบบบริการจากภาครัฐให้การสนับสนุนที่น้อยมากหรือไม่มีเลย ขณะที่การดูแลระยะยาวในประเทศพัฒนาแล้วหรือประเทศอุตสาหกรรมที่มีรัฐสวัสดิการ มีจุดเริ่มต้นจากการดูแลในสถานเลี้ยงผู้สูงอายุที่รัฐเป็นผู้จัดให้ในอดีตมาสู่แนวทางการดูแลภายในบ้านและชุมชน โดยมีการจัดบริการให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยการดูแลแบบไม่เป็นทางการ^{25 26}

3.1 ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว

การแสดงบทบาทระหว่างภาครัฐ กับครัวเรือน ตลอดจนชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแต่ละประเทศนั้น มีความสัมพันธ์กับแนวคิดและรูปแบบเศรษฐกิจการเมืองของแต่ละประเทศ²⁷ รวมทั้งระบบโครงสร้างการปกครองของแต่ละแห่ง ดังจะเห็นได้ว่าประเทศอังกฤษที่มีระบบสวัสดิการที่มีรากฐานจากแนวคิดรัฐสวัสดิการของ Beveridge ใช้ภาษีเป็นกลไกในการระดมทุนเพื่อให้การดูแลผู้ด้อยโอกาสเช่นเดียวกับประเทศแคนาดาและออสเตรเลีย ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศในเครือจักรภพ ขณะที่ญี่ปุ่นซึ่งพัฒนาขึ้นมาเป็นประเทศอุตสาหกรรมใช้ระบบกองทุนประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance) ในการสนับสนุนสวัสดิการแก่ประชาชน สำหรับประเทศสิงคโปร์รัฐบาลให้การสนับสนุนเฉพาะกลุ่มที่ด้อยโอกาสเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมการออมส่วนบุคคลเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพและความพิการ คล้ายคลึงกับสหรัฐอเมริกาที่รัฐให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยระบบภาษีผ่าน Medicaid

ในประเทศแคนาดาและออสเตรเลียซึ่งมีการปกครองโดยรัฐบาลกลางและมลรัฐต่าง ๆ มีพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ขนาดใหญ่แต่มีประชากรเบาบาง ได้แบ่งความรับผิดชอบของรัฐบาลออกเป็น 2 ระดับโดยทั่วไปคือ รัฐบาลกลางกำหนดนโยบายและให้การสนับสนุนทุนโดยผ่านค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการสุขภาพและสังคม ขณะที่หน่วยงานภาครัฐในระดับเขตและรัฐมีหน้าที่สนับสนุนทุนและบริหารจัดการบริการดูแลชุมชนและครัวเรือน โดยอาจใช้การทำสัญญากับผู้ให้บริการภาคเอกชน อาสาสมัครหรือเอกชนไม่หวังผลกำไรหรือให้บริการเอง

ประเทศอังกฤษมีขนาดพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ใกล้เคียงกับไทย และจำนวนประชากรหนาแน่นพอสมควร แบ่งความรับผิดชอบงานบริการดูแลสุขภาพโดยรัฐบาลกลาง โดยเสนอทิศทางและแผนยุทธศาสตร์นโยบายสำหรับการดูแลสุขภาพ จัดมาตรฐานการบริการ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในภูมิภาคเป็นผู้รับผิดชอบในการพัฒนายุทธศาสตร์สำหรับการบริการสุขภาพ ส่วนการบริการทางสังคมอยู่ในความ

รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และจากพระราชบัญญัติการดูแลชุมชนและการบริการสุขภาพแห่งชาติปี 1990 ได้ปฏิรูปโครงสร้างองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการจัดส่งการบริการทางสังคมและความเกี่ยวพันกับการบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นผู้จัดซื้อหรือทำสัญญากับผู้ให้บริการเอกชน (ทั้งที่แสวงผลกำไรและไม่แสวงผลกำไร) และการจัดบริการบางชนิดให้โดยตรง เพื่อให้ได้ชุดการบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ รวมทั้งจัดกลไกและกระบวนการในการรับฟังการร้องทุกข์เกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการทางสังคม

ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่และมีการปกครองกระจายอำนาจระดับมลรัฐ รัฐบาลกลางเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านการให้ทุนในการจัดหาการบริการดูแลชุมชนและครัวเรือนของรัฐ โดยผ่าน Medicare และ Medicaid โดยรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์ และข้อบังคับ แต่ละรัฐมีความยืดหยุ่นในการกำหนดนโยบายสุขภาพและสังคมของตนเองได้ รวมถึงการออกแบบระบบการดูแลชุมชนและครัวเรือนของตนเอง อย่างไรก็ตามในหลายรัฐได้กำหนดความรับผิดชอบมาที่หน่วยงานท้องถิ่นในระดับที่แตกต่างกัน

ประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์มีความใกล้เคียงกันในด้านวัฒนธรรมแบบเอเชีย สิงคโปร์กำหนดความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุเป็นของครอบครัว รัฐให้การช่วยเหลือเฉพาะบางรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขณะที่ญี่ปุ่นมีระบบสวัสดิการที่ใช้ระบบจ่ายสมทบเข้ากองทุนประกันการดูแลระยะยาวแบบบังคับโดยการร่วมจ่ายระหว่างผู้มีรายได้ทุกคน รัฐบาลกลางและท้องถิ่น และการจ่ายเมื่อใช้บริการนับเป็นการเคลื่อนย้ายความรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวไปสู่รัฐมากขึ้น และผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบในการจ่ายเงินสมทบและค่าบริการ รวมทั้งขยายอำนาจการจัดการขององค์กรท้องถิ่นในการจัดบริการทางสังคม

โดยสรุปรูปแบบการคลังสำหรับการจัดบริการระยะยาวในผู้สูงอายุ อาจพิจารณาได้ 2 ทางเลือกหลักคือ (1) การคลังแบบระบบประกัน และ (2) การคลังแบบไม่ใช้การประกัน โดยที่ลักษณะอื่นๆ ของระบบที่เกี่ยวข้องแสดงในตารางที่ 4 ตัวอย่างประเทศที่ใช้ระบบประกันระยะยาว (Long-term care insurance) คือ ญี่ปุ่น เยอรมัน อิสราเอล (มีเฉพาะบริการในชุมชน) ออสเตรเลีย และ เนเธอร์แลนด์ ส่วนประเทศที่ใช้ระบบที่ไม่ใช้การประกัน คือ ใช้เงินจากระบบภาษี (Tax-based system) คือ ออสเตรเลีย แคนาดา (ควิเบค) นอร์เวย์ และสหราชอาณาจักร²⁸

ระบบประกันนั้น เบี้ยประกันมาจากการสมทบของฝ่ายต่างๆ เช่น นายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐ โดยอัตราการสมทบกำหนดไว้อย่างชัดเจน การให้บริการอยู่บนแนวคิดของการมีสิทธิในการรับบริการ และได้รับการบริการอย่างถ้วนทั่วทุกคน การบริหารจัดการส่วนใหญ่เป็นแบบรวมศูนย์โดยเฉพาะในด้านการกำหนดนโยบาย สิทธิประโยชน์ และการจัดการทางการเงิน ยกเว้นในญี่ปุ่นที่การจัดการการคลังเป็นลักษณะร่วมสมทบระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น สิทธิประโยชน์ที่ได้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์การมีสิทธิได้รับการบริการที่กำหนดชัดเจน โดยเกณฑ์ดังกล่าวจะคิดจากอายุ ความพิการ ทั้งนี้หลายประเทศจะไม่คำนึงถึงฐานะเศรษฐกิจและการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากถือว่าเป็นสิทธิที่ทุกคนได้มีการจ่ายเบี้ยประกันสมทบแล้ว²⁹ นอกเหนือการจัดบริการให้แล้วยังอาจจะจ่ายให้ผู้สูงอายุที่มีสิทธิหรือผู้ดูแลในรูปเงินสดเพื่อไปซื้อบริการเอง เช่นในเยอรมัน ออสเตรเลีย หรือให้เป็นรูปแบบคูปองเพื่อใช้ในการรับบริการ เช่นในญี่ปุ่น อิสราเอล

ส่วนระบบที่ไม่ใช่การประกันนั้น แหล่งที่มาของงบประมาณจะมาจากรายได้ของรัฐโดยทั่วไป การจำกัดค่าใช้จ่ายจึงขึ้นกับวงเงินงบประมาณของรัฐในช่วงเวลานั้นๆ ระบบแบบนี้มักจัดบริการให้บนพื้นฐานของการเลือกให้กับผู้ที่มีความจำเป็นหรือช่วยตัวเองไม่ได้เท่านั้น (Mean test) การบริหารมีลักษณะกระจายอำนาจในด้านการกำหนดนโยบายแต่มีการรับผิดชอบร่วมในเรื่องการคลังระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และครัวเรือนเอง สำหรับบริการที่จัดให้จะเป็นลักษณะ means-test ดังที่กล่าวมาแล้ว มีการกำหนดเกณฑ์การมีสิทธิสำหรับบริการดูแลในสถาบัน และมักจะไม่มีบริการในรูปแบบของการให้เป็นเงินสนับสนุน

ตารางที่ 4 ลักษณะของระบบการดูแลระยะยาวจำแนกโดยประเภทการคลังระบบการดูแลระยะยาว

	การคลังระบบประกันการดูแลระยะยาว	การคลังระบบภาษี
ประเทศ	ญี่ปุ่น เยอรมันนี อิสราเอล (เฉพาะบริการชุมชน) เนเธอร์แลนด์	ออสเตรีย คานาดา (รัฐควิเบค) นอร์เวย์ สหราชอาณาจักร ออสเตรีย ฝรั่งเศส เดนมาร์ก
แนวคิด	สิทธิขั้นพื้นฐาน ให้แก่ทุกคน	เลือกให้การช่วยเหลือเฉพาะราย หรือ progressive universal approach
การคลัง	เบี่ยงประกันที่กำหนด	ระบบภาษี
การกระจายอำนาจ	มีลักษณะรวมศูนย์ในการกำหนดนโยบายและการคลัง (ญี่ปุ่นภาครัฐสมทบร่วมโดยส่วนกลาง และท้องถิ่นร่วมรับผิดชอบ 1:1)	กระจายอำนาจในการกำหนดนโยบาย และให้ท้องถิ่นมีบทบาทร่วมสมทบด้านการคลัง
สิทธิประโยชน์	เงื่อนไขการได้รับสิทธิชัดเจนและเข้มงวด เช่น กำหนดอายุ ระดับการพึ่งพิง การมีคนดูแลหรือไม่ มี เป็นต้น กำหนดส่วนร่วมจ่ายก่อนข้างสูงสำหรับบริการในสถาบัน โดยอาจมีการลดหย่อนให้สำหรับรายที่มีความสามารถจ่ายจำกัด การจ่ายเป็นตัวแทนและไม่จำกัดการใช้ (เยอรมันนี ออสเตรีย); หรือจำกัดให้ใช้สำหรับซื้อบริการเท่านั้น (ญี่ปุ่น และ อิสราเอล)	ไม่ใช่สิทธิ ดังนั้นจะถูกจำกัดตามงบประมาณที่สามารถใช้ได้ อาศัยระบบการประเมินรายได้เพื่อกำหนดว่าใครควรได้รับการช่วยเหลือ รวมถึงมีการกำหนดเงื่อนไขในการได้รับการช่วยเหลือในการเข้ารับบริการในสถาบัน โดยทั่วไปไม่ค่อยมีการให้เป็นตัวแทนหรือหากมีก็จำกัด

ที่มา : ปรับจาก Brodsky, Habib, and Hirschfeld (2003) และ Fernandez, JL, et al (2009)

นอกจากสองระบบที่กล่าวมาแล้ว คือ รูปแบบที่รัฐจัดให้มีกลไกตาข่ายความมั่นคงทางสังคม (social safety net) ซึ่งจัดบริการหรือสนับสนุนให้เฉพาะผู้ที่มีความจำเป็นจริงๆ ที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเพื่อจัดหาบริการสำหรับตนเอง วิธีนี้สามารถจำกัดและประหยัดงบประมาณภาครัฐได้ แต่อาจทำให้มีผู้ที่มีความจำเป็นแต่ไม่ได้รับบริการ (unmet need) ได้จำนวนมาก และรูปแบบที่สองคือการมีระบบคุ้มครองถ้วนหน้า (universal system) ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายมาก โดยอาจมีการร่วมจ่ายสำหรับบริการได้ ซึ่งวิธีนี้มีทั้งแบบที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งทุนกับแบบที่เป็นการประกันสังคม ดังที่ได้อธิบายไปข้างต้นแล้ว ยังมีรูปแบบที่ผสมผสานรูปแบบแรกและรูปแบบที่สองเข้าด้วยกัน เป็นการคุ้มครองถ้วนหน้าแบบก้าวหน้า

(progressive universal approach) ²⁹ โดยเป็นรูปแบบที่ขยายการคุ้มครองไปยังกลุ่มที่ไม่เข้าเกณฑ์ได้รับการสนับสนุนในรูปแบบแรก กล่าวคือมีการให้การคุ้มครองพื้นฐานแก่ทุกคน ขณะเดียวกันมีการเพิ่มการคุ้มครองแก่ผู้มีความจำเป็นมาก โดยทั่วไปสิทธิประโยชน์ที่จัดให้เพิ่มขึ้นสวนกับรายได้ของผู้รับประโยชน์ ขณะเดียวกันก็ช่วยให้มีการพัฒนาบริการให้มากขึ้น และไม่เป็นการตีตราผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ไร้ความสามารถ รูปแบบดังกล่าวพบในประเทศที่อาศักระบบภาษีเป็นหลัก ขณะเดียวกันมุ่งตอบสนองต่อเป้าหมายเรื่องความเป็นธรรม สิทธิขั้นพื้นฐาน และพยายามจำกัดค่าใช้จ่ายภาครัฐไปในตัว ประเทศที่อาศักระบบนี้คือ ออสเตรเลีย เบลเยียม ฝรั่งเศส และกรีซ

ตารางที่ 5 บทบาทการจ่ายระหว่างรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น และประชาชนเปรียบเทียบของบางประเทศ

	สวีเดน	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	เยอรมนี
ภาษีระดับชาติ	สมทบ	ภาษีทั่วไป	สมทบ 25%	-
ภาษีท้องถิ่น	เป็นหลัก (20.6% ในปี 2002)	ภาษีทั่วไป	สมทบ 25%	-
เงินสมทบประกัน*	-	-	50%	เป็นหลัก
ร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ	5% ตามรายได้	ยกเว้นสำหรับผู้ได้รับการช่วยเหลือ	10% และ ค่าอาหาร	100% hotel cost 25% total cost

* ไม่รวมประกันภาคเอกชน

ตารางที่ 5 แสดงตัวอย่างแหล่งการคลังระบบบริการระยะยาวในบางประเทศ ทั้งที่อาศักระบบประกันภาคบังคับ (เยอรมนี และญี่ปุ่น) และระบบภาษี (สวีเดน อังกฤษ) ประเทศที่อาศักระบบประกันภาคบังคับมีทั้งอาศัยแหล่งคลังจากเบี้ยประกันอย่างเดียว (เยอรมนี) และมีการสมทบร่วมจากภาครัฐ ส่วนกลางและท้องถิ่น (ญี่ปุ่น) ในขณะที่ประเทศที่อาศักระบบภาษีจะมาจากภาษีที่จัดเก็บโดยทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น สิ่งที่เหมือนกันในเกือบทุกประเทศ คือมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการ แม้ในประเทศที่อาศักระบบประกันสุขภาพภาคบังคับมากน้อยแตกต่างกันไป ในขณะที่อังกฤษให้ชาวบ้านรับผิดชอบเองเป็นหลักอยู่แล้วและเลือกช่วยเหลือเฉพาะรายที่ไม่สามารถรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายเอง

3.2 การจัดการบริการ

ปัจจัยสำคัญสามประการในการจัดการบริการที่ควรพิจารณาในการเลือกรูปแบบการจัดการบริการ ³⁰ ได้แก่ 1) ความเป็นเจ้าของของผู้ให้บริการ (ของรัฐ องค์กรอาสาสมัคร หรือธุรกิจเอกชน) 2) ขอบเขตของบริการที่ผู้ให้บริการแต่ละแห่งจัดให้ (บูรณาการจนถึงเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน) และ 3) ลักษณะของการแข่งขันในระบบ

การจัดการบริการโดยรัฐบาลโดยตรงมีแนวโน้มลดลงในประเทศต่างๆ เนื่องจากต้นทุนที่สูงและข้อจำกัดจากกฎระเบียบทางราชการ การจัดการบริการโดยภาคเอกชนมักได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าและสามารถสนับสนุนให้เกิดขึ้นได้รวดเร็ว และหากเป็นบริการแบบสาธารณประโยชน์โดยภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรมักสามารถดึงคนในชุมชนให้มีส่วนร่วมได้มากและประสานงานกับผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการได้ดี ระบบที่ใช้ภาษีท้องถิ่นเป็นหลักอาจจ้างบริษัทเอกชน หรือจัดตั้งองค์กรสาธารณประโยชน์ในลักษณะผูกขาดในแต่ละพื้นที่ หรือผู้จัดการกองทุนเลือกซื้อบริการในลักษณะผสมกัน

ให้กับผู้รับบริการแต่ละคนได้จากผู้ให้บริการหลายประเภท โดยทั่วไปผู้รับบริการในระบบประกันสังคมสามารถเลือกใช้บริการได้อิสระมากกว่า แต่ไม่ว่ากรณีใดควรต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการ และระบบการควบคุมคุณภาพของแต่ละแห่งให้กับท้องถิ่นหรือผู้ซื้อบริการ

การให้บริการสามารถทำได้โดยองค์กรบูรณาการที่จัดบริการในลักษณะชุดสำเร็จที่ครอบคลุมบริการที่หลากหลาย หรือโดยองค์กรเฉพาะด้านต่าง ๆ ที่เป็นอิสระต่อกันในรูปของบริการเฉพาะแต่ละด้านการบูรณาการสามารถทำได้ทั้งโดยลักษณะจากบนลงล่างโดยการชี้แนะของรัฐบาล ให้มีการคลังและการวางแผนร่วมกัน หรือลักษณะจากล่างขึ้นบนโดยพัฒนาบริการรูปแบบใหม่และการรวมกลุ่มของผู้ให้บริการในระบบประกันสังคม สิ่งที่ต้องระมัดระวังคือการบูรณาการที่มากก็มีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้รับบริการไม่มีทางเลือกหรือไม่มีอำนาจต่อรอง แต่ไม่ว่าจะเป็นบริการในรูปแบบใด การบูรณาการในระดับรากหญ้าจำเป็นต้องมี ไม่ว่าจะเป็นการประเมินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนร่วมกัน และการฝึกอบรมร่วมกันของบุคลากร²²

การแข่งขันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานเป็นแนวคิดที่หลายประเทศพยายามส่งเสริมให้เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในบริบทที่อิงภาษีเป็นหลักและอาศัยหน่วยงานท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ อาจไม่มีการแข่งขันเลย เนื่องจากมีการผูกขาดของผู้ให้บริการในระดับพื้นที่ ขณะที่ระบบที่อิงกับการประกันสังคมโดยหลักการจะมีทางเลือกมากกว่าแต่ก็อาจไม่เป็นเช่นนั้นเสมอไป โดยเฉพาะในเขตชนบทเนื่องจากไม่มีผู้ให้บริการมารายนัก เช่น บางรัฐของสหรัฐอเมริกาที่บริการภาคเอกชนมีจำนวนน้อย หรือไอร์แลนด์เหนือที่เข้าถึงยากในพื้นที่ที่ห่างไกลและมีประชากรเบาบาง³¹ หรือมีกำแพงในการเข้าสู่ตลาดของผู้ประกอบการ

3.3 ความสัมพันธ์กับภาคส่วนอื่นๆ

การดูแลระยะยาวมีความคาบเกี่ยวกับบริการที่เป็นทางการอื่นๆ ได้แก่ บริการทางการแพทย์ บริการสังคม และการเคหะ ซึ่งทำให้มีความยากลำบากในการจัดการประสานงานกัน

ภายใต้ระบบที่มีการแยกแหล่งคลังระหว่างบริการทางการแพทย์และบริการสังคมชัดเจน เช่น ประเทศเยอรมัน และสวีเดน มักพบปัญหาการโยกภาระค่าใช้จ่ายจากระบบหนึ่งไปยังอีกระบบหนึ่งเพื่อลดค่าใช้จ่ายของตนเอง เช่น การบาดเจ็บเล็กน้อยๆ การดูแลเรื้อรังที่ซับซ้อน การดูแลระยะสุดท้าย รวมถึงบริการระยะหลังเจ็บป่วยหรือบริการฟื้นฟู ซึ่งเดิมจัดไว้ในโรงพยาบาลแต่มีแนวโน้มที่จะย้ายไปให้บริการที่สถานบริบาลหรือหน่วยงานบริการชุมชนแทน สำหรับประเทศที่ไม่มีการแยกแหล่งการคลังระหว่างสองระบบชัดเจน ก็มีโอกาสที่บริการดูแลส่วนบุคคลต่างๆไปสำหรับผู้สูงอายุถูกลดความสำคัญลงไปเนื่องจากความสำคัญของความต้องการทางการแพทย์ที่สูง เช่น ที่พบในแคนาดา³²

การที่จะรวมค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไว้ในระบบการดูแลระยะยาวหรือไม่ นั้นมีปัจจัยสองประการที่ต้องพิจารณา คือ 1) หากการดูแลระยะยาวสามารถทดแทนบริการทางการแพทย์ที่ต้นทุนสูงได้ ก็ควรจัดให้อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว 2) การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในกรณีแพทย์นั้นเป็นบุคลากรของผู้ให้บริการระยะยาวก็ไม่ควรแยกจ่ายบริการเป็นแบบการแพทย์หรือไม่ใช่การแพทย์ และไม่ควรจ่ายจากแหล่งงบประมาณที่แตกต่างกัน แต่ถ้าแพทย์ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากผู้ให้บริการดูแลระยะยาว เช่น แพทย์ที่ให้บริการแบบชุมชน ค่าตอบแทนในการให้บริการทางการแพทย์ก็ควรมาจากระบบการดูแลทางการแพทย์

ปัญหาที่ยากที่สุดคือความสัมพันธ์กับบริการทางสังคม ซึ่งสิทธิประโยชน์ปกติของการดูแลระยะยาวไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายจริงที่สูง ซึ่งผู้รับบริการที่ไม่สามารถจ่ายได้จะขอการสนับสนุนจากการสังคมสงเคราะห์แทน การแก้ไขปัญหาคือให้บริการการดูแลระยะยาวครอบคลุมแบบถ้วนหน้า (Universal coverage) หรือถ้วนหน้าแบบก้าวหน้า (Progressive universal coverage) แต่ให้ประเมินความสามารถสำหรับบริการที่นอกเหนือสิทธิประโยชน์ เช่น บริการสังคมที่ให้ความช่วยเหลือเป็นรายๆ

ในด้านที่อยู่อาศัย มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การจัดบริการเป็นไปได้ง่ายขึ้น ในหลายประเทศเส้นแบ่งระหว่างบริการแบบสถาบันกับบริการที่บ้านแทบจะแยกกันไม่ออก เนื่องจากมีการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น รูปแบบ Sheltered housing สำหรับผู้สูงอายุที่มีความพิการไม่มาก ในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวียมีการปรับปรุงที่อยู่อาศัยรวมทั้งมีนวัตกรรมของบ้านแบบกลุ่ม ร่วมกับบริการแบบชุมชนที่เข้มข้นในการให้การดูแลที่ใช้ต้นทุนไม่สูงมาก และด้วยพัฒนาการด้านที่อยู่อาศัยแบบรวมกลุ่มผนวกกับการจัดบริการในชุมชน ย่อมทำให้ความต้องการเข้าอยู่ในสถาบันอย่างสถานบริบาลลดลง จนกว่าผู้สูงอายุนั้นๆจะมีปัญหาในระดับรุนแรงที่จำเป็นต้องใช้บริการสถาบัน เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือผู้ป่วยระยะระยะพักฟื้นที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่ใกล้ชิด ทิศทางนี้ไม่เพียงช่วยลดค่าใช้จ่ายสาธารณะแต่ยังเพิ่มทางเลือกและความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตได้

3.4 มาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ

การกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อปกป้องผู้ที่มีภาวะเปราะบางจากการแสวงหาประโยชน์ การทารุณกรรม และการละเลยไม่ดูแลเอาใจใส่ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการมีมุมมองที่ชัดเจน เข้าใจว่าข้อกำหนดคืออะไร และเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ตรวจสอบ (Inspectors) ได้กระทำหน้าที่อย่างเท่าเทียมกันและมีความคล่องตัว ปกป้องเจ้าหน้าที่ในการทำงาน และเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลด้วยคุณภาพได้ให้บริการในสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ

ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการจำแนกระดับการดูแลเพื่อจัดบริการที่เหมาะสมให้ โดยในประเทศที่รัฐบาลสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริบาล จะมีการกำหนดระดับการดูแลของสถานบริการแต่ละแห่ง นอกจากนั้น การแบ่งระดับความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลยังช่วยให้ผู้ที่รับผิดชอบการดูแลสามารถจัดหาบริการทั้งในแบบบริการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน และบริการดูแลในสถาบัน

ประเทศสิงคโปร์ แบ่งระดับการดูแลออกเป็น 4 ระดับตามระดับการทำหน้าที่ของร่างกาย คือ ระดับที่ 1 ไม่มีภาวะพึ่งพิง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระดับที่ 2 ต้องการการช่วยเหลือเล็กน้อย ระดับที่ 3 ต้องการการช่วยเหลือปานกลาง อาจมีภาวะนั่งรถเข็น และระดับที่ 4 ต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด อาจมีภาวะนอนติดเตียง ส่วนประเทศญี่ปุ่น แบ่งเป็น 2 ระดับการช่วยเหลือ และ 5 ระดับการดูแล ส่วนประเทศเยอรมนี แบ่งเป็น 3 ระดับตามความช่วยเหลือเรื่องร่างกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย และการทำงานบ้าน²⁹

ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยกระทรวงสาธารณสุข แบ่งระดับการดูแลออกเป็น 3 ระดับคือ 1) ระดับการป้องกัน (Protective) 2) ระดับปานกลาง (Intermediate) และ 3) ระดับที่ต้องใช้ทักษะ (Skilled) รัฐโอไฮโอ นิยามการดูแลที่ต้องใช้ทักษะว่า เป็นการดูแลที่แต่ละคนได้รับบริการดูแลพยาบาลที่ต้องมีทักษะ (Skilled nursing service) อย่างน้อย 1 อย่างเป็นประจำ 7 วันต่อสัปดาห์ และ/หรือบริการฟื้นฟูสภาพที่ต้องมีทักษะ (Skilled rehabilitation service) อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยผู้รับบริการจะต้องมีคำสั่งจาก

แพทย์ และบริการนั้นจัดให้เนื่องมาจากภาวะที่ไม่คงที่และความซับซ้อนของบริการที่สั่งให้ หรือมี ภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ร่วมด้วย

ศิริพันธุ์และคณะ (2552)⁵ ได้ทบทวนมาตรฐานการให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลในประเทศ ต่างๆ พบว่าข้อมูลที่ใช้ในการทบทวนยังมีความจำกัดอยู่ อย่างไรก็ตาม พอจะสรุปแนวทางการกำกับ มาตรฐานของสถานบริบาลในบางประเทศดังนี้

ในสหรัฐอเมริกา มีการปฏิรูปข้อบังคับของสถานบริบาลและออกพระราชบัญญัติ เรียกว่า Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) เมื่อปี ค.ศ.1989 หลังจากนั้นมีการปฏิรูปอีกหลายประเด็น ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลในสถานบริบาล และ OBRA ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐาน ที่มีชื่อว่า Resident Assessment Instrument (RAI) เป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมเพื่อช่วยในการ พัฒนาการวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการทางคลินิกและการดูแล

ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ โดยพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพ (quality indicators: OIs) และสร้างเครื่องมือที่ชื่อว่า Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument (MDS-RAI) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวเป็นรูปแบบเดียวกัน ทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา และยังถูกนำไปใช้ใน ประเทศแคนาดา ประเทศไอร์แลนด์ และหลายประเทศ ในยุโรป ซึ่งการนำดัชนีชี้วัดคุณภาพไปใช้อย่างเป็นระบบ ทำให้ทราบถึงสภาพและต้นเหตุของปัญหาทาง คุณภาพสำหรับทั้งบุคลากรและผู้ประเมิน ผู้พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกๆ และสถานบริบาลทุก แห่งถูกกำหนดให้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมิน และบรรจุไว้ในโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพสถาน บริบาลของตนเอง

การขอใบอนุญาต ในแต่ละรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้สถานบริบาล ต้องขอทั้ง ใบอนุญาตให้ประกอบสถานบริการ (licensing) เปิดให้บริการ และใบประกาศนียบัตรสถานบริการ (certificate) เพื่อแสดงว่าสถานบริการนั้นมีคุณสมบัติในการได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนสาธารณะ Medicare และ Medicaid ซึ่งต้องมีมาตรฐานเฉพาะตามที่กำหนด แต่หากพบว่าสถานบริการนั้นได้รับการ ร้องเรียนมาก รัฐบาลสามารถยุติข้อตกลงกับผู้ให้บริการและไม่ยอมจ่ายเงินชดเชยนั้นๆ ได้ นอกจากนี้ยัง ต้องขอขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการ (registration) จากองค์กรบริหารด้านสุขภาพ (The Agency for Health Care Administration : AHCA) ผู้สมัครจะได้รับอนุญาตให้ประกอบสถานบริการเป็นระยะเวลา 2 ปี ซึ่งองค์กรบริหารด้านสุขภาพ (AHCA) จะเป็นผู้รับผิดชอบออกใบอนุญาตให้กับสถานบริการด้านสุขภาพ (health care licensure) การตรวจสอบ (inspection) และการบังคับใช้กฎหมาย การสอบสวนข้อร้องเรียน ที่เกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพและการจัดการแผนการรักษา การดำเนินการเป็นศูนย์เก็บรวบรวมสถิติ ของรัฐ การออกใบรับรองโปรแกรมตามความต้องการ การจัดการโปรแกรม Medicaid การรับรองศูนย์ ดำรงสุขภาพและการคลินิกที่จ่ายค่าบริการล่วงหน้า และบริการอื่นๆ ตามที่ตกลงไว้

ในประเทศอังกฤษ ได้มีการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำแห่งชาติ (National Minimum Standard : NMS) สำหรับผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชรา และสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ.1998 และมีผล บังคับใช้ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002 ซึ่งมาตรฐานนี้ได้ถูกออกแบบให้สามารถวัดได้ ใช้บังคับได้ และพิจารณาว่า สถานบริบาลใดสามารถให้การยอมรับได้เมื่อเทียบกับมาตรฐาน ปัจจุบันได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์ ของการปฏิบัติที่ดี (code of good practice) และคู่มือการประเมินตนเอง (self - assessment manual)

เพื่อเตรียมสถานบริบาลสำหรับระบบการตรวจสอบแบบใหม่ที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติมาตรฐานการดูแล ปี ค.ศ. 2000 (Care Standards Act 2000 : CSA) กฎหมายได้เห็นความสำคัญของอัตราเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้พักอาศัยว่ามีผลต่อคุณภาพการดูแลเป็นอย่างดี จึงได้มีการกำหนดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ คือ³³

เวอร์เช้า จะต้องมียัตรเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1 : 5

เวอร์บาย จะต้องมียัตรเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1 : 6/7

เวอร์ดิก จะต้องมียัตรเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1 : 10

อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการวัดระดับการช่วยเหลือตนเองหรือภาวะพึ่งพิงของผู้พักอาศัยก่อน น่าจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะบอกได้ว่าควรใช้เจ้าหน้าที่ในระดับไหนจำนวนเท่าใด

ในประเทศญี่ปุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนในด้านมาตรฐานการดูแล ผู้สูงอายุในสถานบริการ สิ่งที่พบเป็นเรื่องกว้างๆ เช่น มาตรฐานของจำนวนผู้ป่วยต่อ 1 ห้องรวม ไม่เกิน 4 คน อัตราพยาบาลต่อผู้พักอาศัย 1 : 35 จะต้องมีแพทย์ที่ทำงานบางเวลา (Part-time) 1 คนต่อผู้พักอาศัย 100 คน³⁴ สถานบริบาลที่มีคุณภาพสูงมักจะมีแพทย์ และพยาบาลที่ได้รับการอบรมโดยเฉพาะ

ในประเทศสิงคโปร์ กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) ได้ออกแนวปฏิบัติสำหรับสถานบริบาล สถานพักฟื้นกลางวัน เพื่อให้เงินอุดหนุนและให้มีสถานบริบาลเพิ่มมากขึ้นเป็นทางเลือกให้กับครอบครัว³⁵ โดยมุ่งเน้นไปที่สิ่งอำนวยความสะดวกและบุคลากรเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ให้บริการตอบสนองความต้องการ การปรับปรุงมาตรฐานการดูแลระยะยาวในสถานบริบาล ควรมีการปรับปรุงกระบวนการ (process) และผลลัพธ์การดูแล (outcome of care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย และคณะกรรมการระหว่างกระทรวงได้ให้เสนอแนะให้กระทรวงสุขภาพ ดำเนินการเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล 3 ประเด็น³⁶ คือ 1) การออกกฎข้อบังคับและให้การยืนยันคุณภาพของสถานดูแลระยะยาว รวมถึงการตรวจสอบและการประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ 2) ปรับปรุงหนังสือคู่มือการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวที่มีอยู่ โดยให้เพิ่มหัวข้อเรื่องการเทียบเคียงมาตรฐานการดูแล และใช้เป็นแนวทางในการดูแลระยะยาวชนิดต่างๆ และ 3) สถานบริบาลนำโปรแกรมการประกันคุณภาพใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการ และผลลัพธ์ในการดูแล

เห็นได้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและรับรองมาตรฐานของสถานบริบาล ในต่างประเทศ มีทั้งของภาครัฐและหน่วยงานเอกชนโดยมีรูปแบบเป็นหน่วยงานอิสระ ไม่หวังผลกำไร อย่างในสหรัฐอเมริกา หรือคณะกรรมการมาตรฐานการดูแลแห่งชาติในประเทศอังกฤษ ส่วนลักษณะที่กำหนดอยู่ในมาตรฐานประกอบด้วย มาตรฐานด้านสถานที่ กระบวนการดูแล และบุคลากรเป็นหลัก โดยมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลตามระดับภาวะพึ่งพิงและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

3.5 การบูรณาการของระบบการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวมีลักษณะสำคัญ คือต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน เพื่อทดแทนความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถกระทำหน้าที่ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ ทำให้กิจกรรมและ

การบริการมีความคาบเกี่ยวกับบริการที่ต่างประเภทกัน คือบริการสุขภาพและบริการสังคม และยังมีความแตกต่างภายในรูปแบบบริการต่างๆ ของการดูแลระยะยาวอีกด้วย การดูแลระยะยาวที่ดีจึงต้องสามารถประสานกิจกรรมและบริการจากหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน ต้องมีการบริหารการจัดบริการแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความจำเสื่อม ซึ่งต้องการบริการหลากหลายประเภทโดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันการออกแบบที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมและการจัดหารายได้สำหรับซื้ออุปกรณ์และเครื่องช่วยเหลือนต่างๆ ซึ่งเป็นบริการด้านสังคมก็มีความสำคัญต่อผู้รับบริการและเป็นเครื่องมือที่จะช่วยลดภาระของการดูแลระยะยาวลง

การศึกษาทบทวนโดยศศิพัฒน์ ยอดเพชร³⁷ ที่ทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานของต่างประเทศ ได้ค้นพบเทคนิคในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการหลากหลายวิธี ได้แก่ การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ การดูแลแบบ Intermediate Care และการทำงานร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคม การประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชน และหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านทรัพยากร การประสานการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ระหว่างองค์กรหรือสถาบันหลัก และหน่วยงานในชุมชน รวมไปถึงอาสาสมัคร เพื่อให้สามารถจัดบริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม เชื่อมโยง และทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ทั้งการประสานเพื่อให้ได้รับบริการระยะสั้นจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะยาวที่บ้านของผู้สูงอายุ

2) การจัดระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และทำงานร่วมกัน ถือเป็นกลไกสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคมและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งพ้นจากระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุด ในชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ทั้งนี้บริการดังกล่าวเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการระยะเฉียบพลันและบริการระยะยาว ขณะเดียวกันก็เป็นการลดหรือป้องกันภาวะพึ่งพิงถาวรที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี

3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับบริการหลากหลายทั้งในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคม ดังนั้นจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ ดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการเก็บรักษาความลับของข้อมูลของผู้รับบริการ และปกป้องให้ปลอดภัยจากการนำไปใช้ประโยชน์ในทางมิชอบ ทั้งนี้ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักต้องตกลงเรื่องแบบฟอร์มของข้อมูล และกำหนดเงื่อนไข และบุคคลที่จะเข้าใช้ข้อมูลให้ชัดเจน นอกจากนี้ควรมอบข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบด้วย

4) การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงการสร้างความมั่นใจแก่ญาติและผู้ดูแลว่าผู้สูงอายุจะได้รับบริการอย่างทันท่วงทีในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันหรือต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และผู้ที่เพิ่งถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและอยู่ในแผนการติดตามหลังจำหน่ายจะมีการบริการดูแลฉุกเฉินเฉพาะให้

5) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบริการด้านสุขภาพและสังคมสามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น การสร้างเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนแนวคิด ทักษะการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะการบูรณาการระหว่างเครือข่ายด้วย

6) การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชน เป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่เป็นการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7) การจัดการบริการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เป็นการจัดการบริการเชิงรุกเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายและเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ในการจัดการบริการมุ่งเน้นไปที่การฝึกอบรมญาติและผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง เนื่องจากมีเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุ นอกจากนั้นจำเป็นต้องดัดแปลงอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบทของการใช้งานด้วย

3.6 สรุปบทเรียนจากการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ

- 1) แนวคิดเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ยังคงแยกเป็นสองแนวทางหลัก คือ แนวคิดสิทธิขั้นพื้นฐาน (Entitlement) จัดให้แก่ประชาชนทุกคน (Universalism) และแนวคิดให้เป็นความรับผิดชอบครัวเรือนและภาครัฐสนับสนุนเฉพาะรายที่ไม่สามารถรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายเองได้ (Selective, Means-test) อย่างไรก็ตามก็ได้มีแนวคิดเรื่องการจัดบริการแบบถ้วนหน้าอย่างก้าวหน้า (Progressive universalism) มาช่วงหลัง เพื่อให้การดูแลทุกรายแต่ในระดับที่แตกต่างกันตามความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเกื้อกูลกันมากขึ้นในสังคมขณะเดียวกันก็ลดการตีตราผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ
- 2) ประเทศที่ยึดเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐาน มักอาศัยระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance) ภาคบังคับเป็นหลัก มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ชัดเจนทั้งในด้านตัวเงินและที่ไม่ใช่ตัวเงินสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลทุกราย (เป็นพันธะผูกพันจากที่ได้จ่ายเบี้ยประกัน) และเข้มงวดในหลักเกณฑ์ภาวะพึ่งพิงของผู้มีสิทธิเป็นหลัก ส่วนประเทศที่ให้การช่วยเหลือเฉพาะรายมักอิงกับระบบภาษีเป็นหลัก ขณะเดียวกันมักกระจายความรับผิดชอบระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และครัวเรือน
- 3) เพื่อลดภาระการคลังภาครัฐ ทุกประเทศมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการแม้ในประเทศที่อิงระบบประกันการดูแลระยะยาว หรือกรณีที่จ่ายเป็นตัวเงิน (Long-term care allowance) ก็เป็นการชดเชยเพียงบางส่วนไม่เต็มจำนวนค่าใช้จ่ายในการดูแล
- 4) ในการจัดการบริการไม่จำเป็นที่ภาครัฐต้องเป็นผู้ดำเนินการเอง ทั้งนี้ในการจัดการบริการอาจเป็นบริการเฉพาะด้านหรือบริการที่หลากหลายในหน่วยเดียวกัน สำคัญคือจำเป็นต้องมีการบูรณาการการจัดการบริการระหว่างบริการทางการแพทย์และสังคมและในแต่ละระดับของหน่วยบริการ แม้การแข่งขันระหว่างหน่วยบริการจะเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา แต่ในความเป็นจริงอาจไม่เกิดขึ้น

- 5) ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมีหน่วยงานและกลไกในการกำหนดและกำกับมาตรฐานการจัดบริการ ทั้งในด้าน มาตรฐานกำลังคน สถานะบริหาร และกระบวนการดูแล
- 6) การต่อเนื่องและเชื่อมโยงของบริการที่จัดแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลระยะยาว ทั้งมาตรการในการสร้างความเชื่อมโยงและต่อเนื่องของบริการประกอบด้วย การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมโยงข้อมูล การจัดการบริการระยะกลางเพื่อเชื่อมต่อบริการทางการแพทย์ระยะเฉียบพลันและบริการดูแลระยะยาว การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน การจัดการภาวะแวดล้อมในบ้านและชุมชน และการจัดการบริการฟื้นฟูเชิงรุกในชุมชน

4. ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care) และการดูแลระยะกลาง (intermediate care)

4.1 บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่พึงประสงค์

จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข³⁸ เสนอว่า ระบบบริการการดูแลระยะยาว เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งในสถาบันที่บ้าน และในชุมชน โดยที่บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ ทั้งในสถาบัน ที่บ้านและในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน และมีการรับรองโดยองค์กรวิชาชีพ หรือองค์กรด้านผู้สูงอายุที่มีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่พึงประสงค์ ต้องมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาได้จากระดับการพึ่งพิงเป็นหลัก เมื่อพิจารณาความจำเป็นของผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลจากภาวะพึ่งพิงในระดับต่างๆ บริการดูแลที่ควรมีจะเป็นบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมซึ่งมีความเข้มข้นแตกต่างกันไป

4.1.1 ปรัชญาแนวคิดในการพัฒนา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพึงได้รับการดูแลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี และหากไม่สามารถอยู่ในชุมชนต่อไปได้ด้วยข้อจำกัดด้านผู้ดูแล หรือมีภาวะพึ่งพิงหรือทุพพลภาพรุนแรง จะมีระบบการดูแลในสถานบันเข้ามารองรับ โดยต้องสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวให้มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นธรรม แนวคิดหลักในการพัฒนา ได้แก่

- 1) พัฒนาต่อยอดจากระบบที่มีอยู่
- 2) เน้นสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน โดยขยายบทบาทการให้บริการสุขภาพและบริการสังคมที่บ้านและในชุมชน
- 3) คำนึง กตัญญู กตเวที ผังรากอยู่ในระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย ถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่ควรรักษาไว้ โดยต้องมีระบบสนับสนุนจากชุมชน ท้องถิ่น และภาครัฐอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ
- 4) มีระบบบริการในสถาบันที่ได้มาตรฐานและเข้าถึงได้รองรับสำหรับรายที่เกินขีดความสามารถของครอบครัวในการดูแล

4.1.2 หลักการสำคัญในการพัฒนา

ระบบการดูแลระยะยาวควรพัฒนามบนพื้นฐานหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ การบริการแบบบูรณาการ มีการเชื่อมโยงระหว่างบริการต่างๆ มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบบริการที่เป็นธรรม

- 1) การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาครัฐ โดยเน้นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลจัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด³⁹ (Self care, self reliance) นั่นคือต้อง

ยึดหลักการสำคัญของการไม่เข้าไปแย่งความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
เกินความจำเป็น แต่มุ่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแล
ตนเอง สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถตัดสินใจเข้าใช้ระบบที่เป็นทางการได้
อย่างเหมาะสม และต้องพร้อมที่จะเข้าถึงเพื่อการช่วยเหลือและปกป้องบุคคลหรือ
ครอบครัวที่ล้มเหลวในการดูแลตนเอง ไม่สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม หรือไม่สามารถ
เข้าถึงระบบบริการที่เป็นทางการเมื่อมีความจำเป็น

- 2) ความครอบคลุม มีความครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยในด้านสุขภาพ
ยังบูรณาการทั้งสี่มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและปัญหาทางสุขภาพ
(พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย สภาพการทำงานที่ไม่ดี โรคต่างๆ
ความพิการ และปัญหาความรุนแรงในครอบครัว) การจัดการดูแลในระดับต้นสำหรับโรค
และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น การจัดการให้มีความต่อเนื่องการรักษา (Adherence to
management) ของกลุ่มโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับมี
สถานะสุขภาพหรือสมรรถภาพที่เหมาะสมอีกครั้ง นอกจากนี้จะต้องครอบคลุม
ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ³⁸
- 3) เนื่องจากความจำเป็นด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีมากกว่าหนึ่งมิติ จึงมีความจำเป็น
ในการเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการ (Linkage of activities) และดำเนินการให้เกิด
ความเป็นสหสาขา จัดการให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่อง และการดำเนินการติดตาม
ประเมิน และกำกับระบบการบริการ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้รูปแบบ
ความเชื่อมโยงต้องชัดเจน และบุคลากรทุกระดับต้องทราบ ภารกิจ และบทบาท
ที่แน่นอนของตน การเชื่อมโยงกิจกรรมที่ดีจะนำไปสู่คุณภาพบริการ ความต่อเนื่องใน
การให้บริการ และความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ นอกจากนี้ในกรณีที่มีการจัดระบบ
ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนความเชื่อมโยงดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการ
บริหารจัดการระบบการบริการ³⁸
- 4) ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ การจัดการบริการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและ
วัฒนธรรมชุมชนทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ส่งเสริมการประยุกต์และพัฒนาภูมิ
ปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการจัดบริการ
- 5) เป็นระบบบริการที่เป็นธรรมชาติ ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ และการใช้ระบบการเงินการ
คลังที่มีความเป็นธรรมในการจ่ายสมทบ โดยที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่สอดคล้องกับ
ความจำเป็นโดยไม่ถูกจำกัดด้วยความสามารถในการจ่าย

4.1.3 ขอบเขตบริการ

บริการดูแลระยะยาวที่ดีต้องอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์
และสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม บริการที่ควรมีการจำแนกได้ตามระดับภาวะพึ่งพิง ลักษณะการ
ดูแลรักษา และการพักอาศัย ตามตารางที่ 5 ทั้งนี้ได้หมายความว่าผู้ที่ไม่มีความพึ่งพิงจะไม่สามารถพัก
อาศัยในสถาบันได้ (เช่น กรณีบ้านสงเคราะห์คนชรา) ในทางกลับกันก็ได้หมายความว่าผู้ที่มีความพึ่งพิง
ระดับสูงจะต้องพักในสถานบริบาลทั้งหมด แต่การแยกระดับการพึ่งพิงกับลักษณะอาศัยบอกเพียงระดับ
ความจำเป็นและโอกาสในการพักอาศัยในสถาบันที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีระดับความรุนแรงของการพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลหลังจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ในระยะที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือยังมีภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลจากบุคลากรวิชาชีพ เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะกลาง ขณะเดียวกันการดูแลระยะยาวจะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลในกิจวัตรประจำวัน โดยอาจจะพักอาศัยในสถานบริการหรือในบ้านของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการทั้งด้านสุขภาพและสังคมไปอย่างเป็นองค์รวม แม้ว่าในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจะจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เน้นหนักทางด้านสุขภาพ หรือการดูแลส่วนบุคคล (Personal care) มากกว่าการนันทนาการ และต้องระวังในเรื่องการกลืนหรือ การขับถ่ายที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การสำลัก หรือแผลกดทับตามมา

ตารางที่ 6 ประเภทและชนิดบริการ/กิจกรรมที่ควรมีตามระดับภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง	ต่ำสุด สูงสุด		
สถานที่พักอาศัย	บ้าน/ชุมชน		
บริการด้านสังคม	กิจกรรมด้านเศรษฐกิจสังคม ภูมิปัญญา วัฒนธรรม	ส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวใน การดูแลผู้สูงอายุ	การดูแลในกิจวัตรประจำวัน
บริการด้านสุขภาพ	การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลโรคเรื้อรัง	การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน	การพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ
บริการ/กิจกรรมที่ควรมี	- ป้องกันภาวะพึ่งพิง - ร่วมจัด ร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการ ศาสนา ศิลปะ วัฒนธรรม - จิตอาสา - สร้างเสริมสุขภาพ - อำนาจความสะอาดด้านอาคาร สถานที่ การเดินทาง - การส่งเสริมอาชีพ รายได้ เบี้ยยังชีพ	- เพื่อนช่วยเพื่อน - เพื่อนบ้าน/อพส - ศูนย์ดูแลกลางวัน - ศูนย์ดูแลชั่วคราว - ผู้ช่วยงานบ้าน - การฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน - คลังอุปกรณ์ - แบ่งปันอาหาร - บริการเยี่ยมบ้าน - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน/สถานพยาบาล - เบี้ยยังชีพ	- เวรเพื่อนบ้าน/อพส - ผู้ช่วยดูแลที่บ้าน - ครอบครัวอุปถัมภ์ - บริการพยาบาลที่บ้าน (ทำแผล เปลี่ยนสาย) - การฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน - ทีมเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน - คลังอุปกรณ์ - แบ่งปันอาหาร - ศูนย์ดูแลกลางวัน/ชั่วคราว - การอาศัยในสถานดูแลระยะยาวแบบถาวร - เบี้ยยังชีพ/ เบี้ยผู้พิการ
ผู้ให้บริการ	- ครอบครัว - ศูนย์อเนกประสงค์ - ชมรมผู้สูงอายุ - สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- ครอบครัว - ชมรมผู้สูงอายุ - ชมรมอาสาสมัคร - สถานพยาบาลในพื้นที่ - ศูนย์อเนกประสงค์ - สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- ครอบครัว - อาสาสมัคร - ผู้ช่วยผู้ดูแล - สถานพยาบาลในพื้นที่ - ศูนย์อเนกประสงค์ - สถานบริบาลระยะยาว - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.1.4 ระบบการดูแลระยะยาว/ระยะกลางในชุมชน

ชุมชนให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุผ่านทางเครือข่ายทางสังคมหลายเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรในชุมชน โดยเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่ 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัด และองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และ 6) อาสาสมัคร กลุ่มต่างๆ รวมถึงอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการเกื้อหนุนที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นการเกื้อหนุนเป็นครั้งคราวสำหรับผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ และส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุกันเอง การรวมกลุ่มคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ⁴⁰

การดูแลระยะยาว/ระยะกลางในชุมชน ถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบที่จะสามารถทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ยังต้องการการดูแลระดับพื้นฐานไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเอง จำเป็นต้องมีการสนับสนุนที่มีลักษณะเป็นเครือข่าย ระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร และ อปท. ตลอดจนองค์กรต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริบาลผู้สูงอายุหรือสถานพยาบาลในกรณีที่ไม่สามารถดูแลได้ในชุมชน

ทั้งนี้หากพิจารณาจากโครงสร้างของชุมชนในปัจจุบัน องค์กรที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดคือ **“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”** ซึ่งมีงบประมาณและศักยภาพในการจัดการ รวมทั้งมีอัตรากำลังของนักสวัสดิการสังคม และ **“สถานพยาบาลปฐมภูมิในชุมชน”** ซึ่งมีผู้มีความรู้ด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย (Contracting Unit for Primary Care : CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และที่เกิดขึ้นใหม่คือ **“กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล”** ซึ่งมีการบริหารจัดการในลักษณะคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากทั้งฝั่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนฝั่งชุมชน และในบางพื้นที่มี **“ศูนย์อเนกประสงค์”** ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจาก อปท. มีพันธกิจในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุรวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ ดังนั้นจึงมีบทบาทหลักในการสนับสนุน/บริหารจัดการให้เกิดบริการในการสนับสนุนครอบครัวในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้อาจใช้กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่จัดตั้งขึ้นโดยการสนับสนุนของ สปสช. และ อปท. และในบางพื้นที่มีการลงขันของชาวบ้านร่วมด้วย เป็นกลไกในการจัดการและสนับสนุนให้เกิดบริการต่างๆในชุมชน โดยมีการบูรณาการทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน โดยท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ทั้งนี้ควรมีส่วนร่วมจากครอบครัว ชุมชน ชมรม/องค์กรอาสาสมัคร องค์กรสาธารณกุศลในชุมชน และสถาบันศาสนาอย่างเข้มแข็ง และมีส่วนในการกำหนดบทบาทและการดำเนินงานของผู้ให้บริการ โดยอาจใช้รูปแบบคณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพตำบลเป็นกลไกเชื่อมในการบริหารโครงการ รวมถึงการบริหารระบบการจัดบริการ ระบบอาสาสมัคร และผู้จัดการผู้ป่วย

4.1.5 ระบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

สถานบริการดูแลระยะยาว ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล ทั้งนี้ อาจจำแนกสถานบริการดูแลระยะยาวตามระดับความต้องการการดูแลได้เป็น 5 ประเภท⁵ คือ 1) บ้านพักคนชรา (residential home) หรือ ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (independent living

communities) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (retirement communities) 2) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting) สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ต้องการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างโดยไม่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์หรือการพยาบาล 3) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-stay hospital) 4) สถานบริบาล (nursing home) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ในการดูแล และ 5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตเพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ

แม้ว่าเราจะมีเป้าหมายเน้นการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นหลัก อย่างไรก็ตามความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในสถาบันยังคงมีอยู่โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถที่บ้นในชุมชนได้ โดยจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดสถานบริบาลระยะยาวที่ได้มาตรฐานและกระจายอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม แนวทางการพัฒนาการดูแลในสถาบันสำหรับประเทศไทย ควรพิจารณาดำเนินการในสองเรื่องใหญ่ๆ คือ (1) การกำหนดแนวทางการดูแลตามระดับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ (2) การกำหนดมาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว และการรับรองบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิง เพื่อให้มีการจัดหาบริการที่เหมาะสมรองรับ ประกอบกับในปัจจุบันบริการที่รองรับการดูแลส่วนบุคคลนี้และการดูแลต่อเนื่องหลังการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแล้วในประเทศไทยยังมีจำกัดมาก

นอกจากนี้ประเทศไทยยังไม่มีกำหนดมาตรฐานกลาง และการดูแลกำกับที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ควรมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับสถานบริการแต่ละประเภท ทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ครอบคลุมทั้งด้าน โครงสร้างทางกายภาพของสถานบริการ การบริหารจัดการการดูแล ประเภท และคุณลักษณะบุคลากรที่มีสหสาขา และระบบการตรวจสอบคุณภาพ

ทั้งนี้หน่วยงานที่จะเป็นผู้กำกับดูแล ควรเป็นหน่วยงานกลางที่เป็นอิสระ เช่น ในต่างประเทศหรือเป็นหน่วยงานภายในกระทรวงที่มีอยู่แล้ว⁵ สามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การดูแลในระดับพื้นฐานและการดูแลในระดับสูง โดยขึ้นทะเบียนกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในกรณีที่เน้นการดูแลด้านสังคมและกิจวัตรประจำวันทั่วไป หรือขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะในกรณีสถานบริการดูแลระยะยาวระดับสูงที่มีการพยาบาลและ/หรือการรักษา

4.1.6 ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

เนื่องจากขณะนี้ระบบการดูแลระยะยาวและระยะกลางสำหรับผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ได้มีการพัฒนาเท่าที่ควร ดังนั้นความสำคัญอันดับแรกจึงอยู่ที่การพัฒนาบบบริการให้เกิดขึ้นเพื่อรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะทุพพลภาพ ประเด็นเรื่องการคลังระบบการดูแลระยะยาวอาจยังไม่ใช่ว่าประเด็นหลัก เนื่องจาก ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ประชาชนไทยทุกคนได้รับการคุ้มครองจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้ว ทั้งบริการในโรงพยาบาลและในชุมชน ที่ยังขาดมีเพียงบริการด้านสังคม โดยในช่วงแรกเสนอให้เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น และรัฐบาลกลาง โดยผู้สูงอายุในครอบครัวที่สามารถดูแล

กันเองได้ก็ให้ครอบครัวดูแล ท้องถิ่นและชุมชนจัดระบบบริการสนับสนุนแก่ครอบครัวในการดูแล และเข้าไปมีบทบาทมากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรือเกินขีดความสามารถของครอบครัวในการดูแล โดยอาจอาศัยกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล รวมถึงการสมทบจากชุมชนร่วมด้วย ส่วนในระยะยาวอาจพัฒนาต่อยอดจากกองทุนสวัสดิการชุมชน หรือกองทุนบำนาญแห่งชาติเพื่อสนับสนุนการคลังในการพัฒนาระบบบริการระยะยาวต่อไป

4.1.7 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ในการเตรียมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สามารถเข้าถึงบริการ ให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณ การกระจาย และทักษะ ในการกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในที่นี้ครอบคลุมทั้งกำลังคนภาคไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ให้บริการในกระแสหลัก ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา โดยข้อมูลที่น่ามาใช้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนนี้ใช้ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนจากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) และข้อมูลผู้สูงอายุจากการรายงานของมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (2549) ทั้งนี้ผลการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพประเภทต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุ⁴¹ แสดงได้ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 7 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2563

กำลังคน	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563
ญาติ/ครอบครัว	499,873	741,766
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	71,410	105,967
พยาบาล -acute/chronic care	6,111	8,620
- กลุ่มฟุ้งฟิง	2,499	3,708
- IPD	15,278	21,552
รวม	23,888	33,880
สาธารณสุข	2,499	3,708
กายภาพบำบัด	2,499	3,708
นักจิตวิทยา/นักสังคมสงเคราะห์	1,528	2,155

4.2 ข้อเสนอการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว/ระยะกลางในพื้นที่

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กับระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย จนเกิดภาวะทุพพลภาพชั่วคราวและต่อเนื่องไปยังภาวะทุพพลภาพถาวร นอกจากนั้นหากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ไม่ได้รับบริการในระยะนี้ก็มีโอกาสสูงที่จะเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพถาวรซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวต่อไป ซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระกับระบบการดูแลระยะยาวในอนาคต ทั้งนี้การดูแลระยะกลางเน้นหนักไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก (บทบาทบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์) ในขณะที่การดูแลระยะยาว

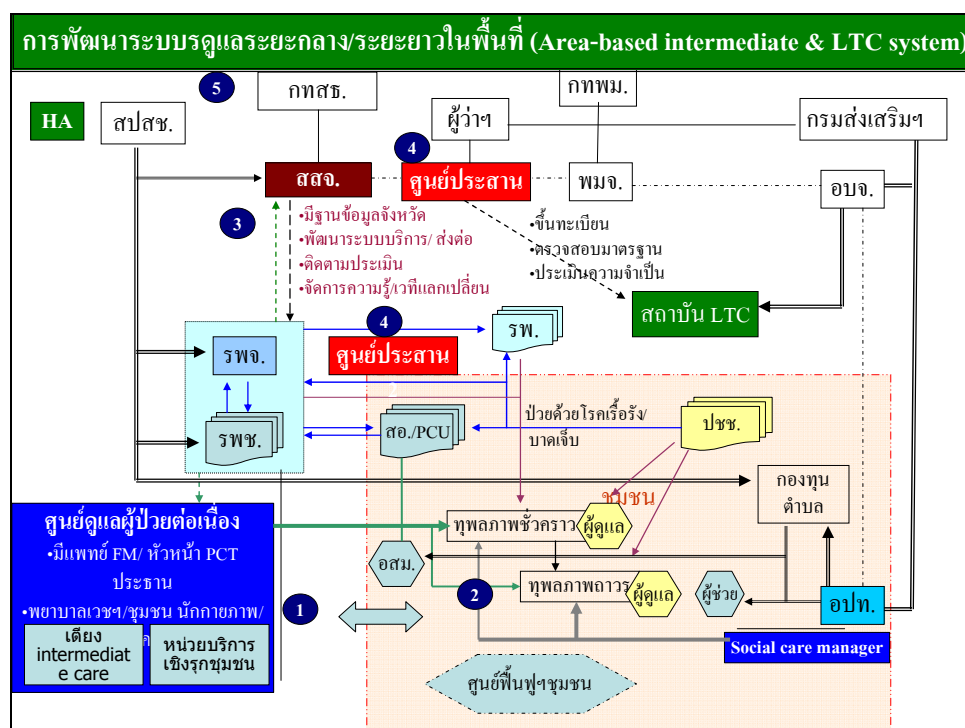
เน้นหนักไปที่การดูแลด้านสังคมในการดำรงชีวิตเป็นหลัก (บทบาทบุคลากรผู้ช่วยดูแล นักสังคมสงเคราะห์ และท้องถิ่น)

ทั้งนี้การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง/ระยะยาว จำเป็นต้องพัฒนาเต็มพื้นที่อย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่ในบ้าน ชุมชน และระบบบริการทั้งด้านการแพทย์ (ปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ- ตติยภูมิ) และบริการด้านสังคม รวมถึงการเชื่อมโยงบริการระหว่างอยู่ในชุมชนและเมื่อต้องส่งต่อไปรับบริการในสถาบัน ตลอดจนกลไกในการพัฒนา กำกับ ติดตาม และกลไกในการเชื่อมโยงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกับบริการด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการต่อเนื่อง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านการแพทย์และสังคมควบคู่กัน

พื้นที่สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวที่เหมาะสม เมื่อพิจารณาโครงสร้างระบบต่างๆ ที่มีและบริบทในปัจจุบัน เสนอให้ใช้พื้นที่ระดับจังหวัดในการพัฒนา เนื่องจากสามารถหาเจ้าภาพทั้งด้านสาธารณสุขและสังคมได้และต้องทำงานเชื่อมประสานกัน อีกทั้งมีกลไกด้านการปกครอง คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นตัวเชื่อมระหว่างภาคส่วนต่างๆ ส่วนในระดับอำเภอ อาศัยเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (CUP) เป็นตัวหลักภาคสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลไกชุมชน และทำงานร่วมกับ อปท. ในพื้นที่โดยมีกลไกมหาดไทยคือ นายอำเภอ เป็นตัวเชื่อม

ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกต่างๆในพื้นที่ดังแสดงในแผนภาพที่ 3

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวในพื้นที่



4.2.1 มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในโรงพยาบาล (CUP)

- 1) ให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีเตียงหรือหอผู้ป่วยสำหรับบริการระยะกลาง เพื่อรองรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันและเตรียมความพร้อมของญาติในการไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งมีผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด ทั้งนี้สามารถขยายบริการไปถึงการรับผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากในชุมชนมาดูแลชั่วคราว (Respite care) ขณะเดียวกันมีหน่วยให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยทีมประเมินความจำเป็นของผู้ป่วยในการดูแลในชุมชน
- 2) มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จันท. สาธารณสุข มีนักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด/ผู้ช่วย และนักสังคมสงเคราะห์ (ควรมีนักสังคมสงเคราะห์ในทีมเนื่องจากสามารถบูรณาการและเชื่อมโยงกับหน่วยงานด้านสังคมได้ดีกว่าจันท.สาธารณสุข) โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (FM) หรือหัวหน้า Patient Care team (PCT) เป็นหัวหน้าทีมหรือที่ปรึกษา มีบทบาทในการช่วยตัดสินใจ และร่วมออกดำเนินการใน case ยาก และมีพยาบาลเวช/ชุมชน เป็นผู้จัดการทีมเป็นแกนหลักในการประสานกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ในการจัดบริการ/แก้ปัญหาในการจัดบริการเชิงรุกแก่ผู้มีภาวะทุพพลภาพ/ผู้พิการในชุมชน
- 3) กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานประกอบด้วย ผู้มีภาวะทุพพลภาพ/ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้มีปัญหาทางสมอง เด็กพัฒนาการช้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้
- 4) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายร่วมกับ สอ. และ อบต.เดือนละครั้ง
- 5) ทั้งนี้โรงพยาบาลควรมีระบบค่าตอบแทน/แรงจูงใจในการออกทำงานในชุมชนสำหรับ จันท.โรงพยาบาล เนื่องจากการออกให้บริการในชุมชนนั้นมีความยากลำบากเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับการให้บริการในหน่วยบริการ ขณะเดียวกันผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากแต่เข้าไม่ถึงบริการ

4.2.2 บริการที่ควรมีในชุมชน

จำแนกได้ตามระดับภาวะพึ่งพิง ลักษณะการดูแลรักษา และการพักอาศัย ตามตารางที่ 5 ประกอบด้วยบริการด้านการเลี้ยงดู จัดให้มีปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อชีวิต บริการด้านฟื้นฟูสภาพ กายภาพบำบัด ด้านอาชีวะบำบัด ด้านนันทนาการ ด้านสังคมสงเคราะห์ บริการช่วยเหลือด้านงานบ้าน บริการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเคลื่อนที่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย การดูแลทางจิตใจ และบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การช่วยเหลือผู้ดูแล การปรับปรุงสภาพบ้าน การให้เช่าอุปกรณ์ การขนส่ง บริการสายด่วนและติดตั้งสัญญาณบอกเหตุ เป็นต้น (ดูรายละเอียดประเภทและชนิดบริการ/กิจกรรมที่ควรมีตามระดับภาวะพึ่งพิง ในตารางที่ 5)

ส่วนบริการในระยะกลางเน้นหนักในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุกในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ ให้บริการเฉพาะทางที่ต่อเนื่อง เข้มข้น และสม่ำเสมอ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล โดยมุ่งเป้าหมายไปที่การฝึกผู้ดูแลให้สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูได้อย่าง

เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถฟื้นตัวและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด รวมทั้งการป้องกันการสูญเสียหรือถดถอยของการทำงานของสมองและร่างกาย นอกเหนือจากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มนี้ก็ต้องการบริการและการสนับสนุนด้านสังคมเช่นกัน เช่น การช่วยเหลือในการปรับปรุงสภาพบ้านให้อื้อต่อการฟื้นฟูสภาพ การช่วยเหลือด้านรายได้ เป็นต้น

4.2.3 การจัดการบริการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวในชุมชน

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการ ดังนั้นเพื่อให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการที่จำเป็น ต้องเน้นการจัดการบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนและให้บริการถึงบ้าน โดยในการจัดการบริการควรเป็นดังนี้

- 1) **บทบาททีมเชิงรุกของโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP)** ในการออกให้บริการนั้น ไม่จำเป็นต้องออกเป็นทีมใหญ่ ขึ้นกับสภาพปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการทำ case conference ทั้งก่อนและหลังการออกปฏิบัติงาน มีนักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด/ผู้ช่วย ออกให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยบุคลากรต้องมีทักษะที่หลากหลายบูรณาการ ทั้งนี้ เป้าประสงค์หลักในการออกให้บริการทางการแพทย์คือการฝึกญาติให้สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเหมาะสมมากกว่าการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง (เนื่องจากผู้ดูแลหลักคือญาติหรือบุคคลในครอบครัว)
- 2) **การออกปฏิบัติงานครั้งแรกควรมี เจ้าหน้าที่ สอ. อาสาสมัคร (สาธารณสุข/ผู้พิการ/ดูแลผู้สูงอายุ) รวมถึงบุคลากรที่รับผิดชอบขององค์การปกครองท้องถิ่น** เพื่อร่วมกันประเมินและวางแผนการให้บริการผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะทุพพลภาพเฉพาะราย ส่วนการออกให้บริการครั้งต่อไป อย่างน้อยควรมีอาสาสมัครร่วมทีมด้วยในการให้บริการ
- 3) **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** มีบทบาทภารกิจในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลด้านสังคม เช่น เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กรณีไม่มีผู้ดูแล) สภาพแวดล้อม ทั้งนี้ อปท. ควรต้องจัดให้มี
 - นักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้จัดการการดูแลด้านสังคมในการทำงานเชื่อมและร่วมกับ จนท.สธ.
 - ฐานข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลทั้งที่มีคนดูแล และไม่มีคนดูแล และกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือจากท้องถิ่นและชุมชน
 - ให้ผู้จัดการการดูแลด้านสังคมเป็นผู้จัดการระบบอาสาสมัคร/ผู้ช่วยผู้ดูแล ในการจัดการบริการแก่ครอบครัวที่มีปัญหาด้านการดูแล ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้พิการได้รับค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในแต่ละเดือน ดังนั้นสามารถกำหนดหรือจัดการระบบอาสาสมัครได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ควรมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของอาสาสมัครในการดูแลผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้พิการให้ชัดเจนขึ้น เช่น กำหนดผู้ที่ต้องดูแลของอาสาสมัครแต่ละท่าน หรือการจัดเวรในการ

ดูแล ตัวอย่างเช่น อาสาสมัครดูแลผู้พิการของ อบต.ปากพูน หรือ อสม.จัดเวรกันมาช่วยอาบน้ำผู้ป่วยที่อัมพาตทั้งตัวและมีน้ำหนักมากทุกวันพระของ รพช.ด่านซ้าย

- 4) อาจจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน ในพื้นที่ที่มีความพร้อมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและทางจิตแก่ผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งขณะนี้มีวัดหลายแห่งได้จัดให้มีศูนย์ฯ ในลักษณะดังกล่าวในชุมชนโดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 5) อาจขยายบทบาทศูนย์อเนกประสงค์ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความพร้อม หรือโรงพยาบาลชุมชนให้จัดบริการ Day care สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเวลากลางวันให้แก่ญาติ

4.2.4 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institutional LTC)

- 1) ให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยุกระดับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในความรับผิดชอบให้สามารถเป็นต้นแบบสถานบริบาลระยะยาวต้นแบบ และสนับสนุนการพัฒนาสถานบริบาลระยะยาวในระดับจังหวัด
- 2) พัฒนาให้มีสถานบริบาลระยะยาวในระดับพื้นที่ (จังหวัดหรือโซนในจังหวัด) ของรัฐหรือเอกชนที่ไม่แสวงกำไร สำหรับรองรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพและไม่สามารถดูแลได้ในชุมชน
- 3) การคลังสำหรับบริการในสถาบัน ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมาจากระบบประกันสุขภาพ (universalism) ส่วนด้านสังคมสนับสนุนเฉพาะผู้มีรายได้น้อย (selective) โดยท้องถิ่น (อบจ.) ส่วนผู้ที่ครอบครัวสามารถจ่ายได้ให้เป็นหน้าที่ของครอบครัว ในระยะยาวอาจพัฒนาเป็นระบบประกันบริการระยะยาวต่อไป

4.2.5 กลไกการอภิบาลระบบ

1) คณะกรรมการและศูนย์ประสานการดูแลระยะยาว/ระยะกลางระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีบทบาทในการประสานยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อส่งเสริมสถานภาพของผู้พิการ ของหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัด โดยมีพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เป็นเลขานุการคณะกรรมการ ทั้งนี้ควรขยายบทบาทให้ครอบคลุมถึงผู้มีภาวะทุพพลภาพด้วย (การดูแลระยะกลาง) และเป็นคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวในสถาบันและไม่สามารถจ่ายเองได้ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดให้มีหน่วยงานหลักเพื่อรับผิดชอบการพัฒนา ระบบบริการดูแลต่อเนื่องระยะยาวและระยะกลาง อาจเป็นส่วนหนึ่งของสำนักพัฒนาระบบบริการ

- ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยงานต่างๆ เชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนา
- เป็นศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยทุพพลภาพ/พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ และจัดระบบการรับส่งข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ

- พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชน ทั้งด้านระบบและกำลังคน โดยมีงบประมาณสนับสนุน
- ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการระยะยาวในสถาบันให้ได้มาตรฐาน และเป็นกลไกกำกับมาตรฐานในระดับจังหวัด
- จัดการความรู้/จัดเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย
- ติดตามประเมินผลระบบในภาพรวมของจังหวัดและวางแผนการพัฒนา

3) คณะกรรมการและศูนย์ประสานการจัดบริการระยะยาว/ระยะกลางในระดับอำเภอ เนื่องจาก พมจ.ไม่มีแขนงในอำเภอและตำบล ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจึงเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน โดยให้มีคณะกรรมการประสานการดูแลผู้พิการ/ทุพพลภาพ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนภาคส่วนต่างๆและ อปท.ในพื้นที่ โดยมีผู้อำนวยการพ.และสาธารณสุขอำเภอเป็นทีมเลขานุการ เพื่อประชุมติดตามการจัดบริการในชุมชนแก่ผู้ต้องการบริการทางการแพทย์และบริการสังคม โดยเฉพาะกรณีรายมีปัญหาในการดูแล เช่น ไม่มีญาติดูแลจะมีการจัดระบบการดูแลอย่างไร จำเป็นต้องส่งไปอยู่ในสถาบันหรือไม่ ฯลฯ

4.2.6 กลไกการสนับสนุนจากหน่วยงาน/สถาบันส่วนกลาง

การพัฒนาระบบบริการระยะยาวและระยะกลางในชุมชนจะเกิดขึ้นได้ต้องการนโยบายงบประมาณ และการสนับสนุนทางวิชาการที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงาน/สถาบันส่วนกลางในการสนับสนุน ทั้งจาก กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งกระทรวงแรงงานและกระทรวงการคลัง ดังนี้

- 1) กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กำหนดนโยบายให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะทุพพลภาพ
- 2) กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนามาตรฐานสถานบริการผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีใช้วิชาชีพ และแนวทางการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนเครื่องมือการประเมินภาวะพึ่งพิง แผนการจัดการโรค (disease management) และแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อมีความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาแผนการดูแล (care plan) และการได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ(กรณี means test) ที่ใช้ร่วมกัน โดยมีแผนปฏิบัติการร่วมกัน และร่วมกันสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้มีทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจนและเสริมพลังกัน

3) กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายให้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดตั้งสำนักงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ/กายภาพบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับประชาชนเป้าหมาย (โดยมีบทบาทตามที่ระบุในข้อ 4.2)
- มีอัตรากำลังที่เพียงพอหรือเปิดให้มีการจ้างงานของโรงพยาบาลที่ยึดหยุ่นของนักกายภาพบำบัดและผู้ช่วยเพื่อจัดบริการเชิงรุกในชุมชน (เช่น ในพื้นที่มีนักกายภาพภาคเอกชนให้สามารถจ้างได้ หรือมีการอบรมผู้ช่วยของโรงพยาบาลเอง) และมีนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่และ รพ.จังหวัด เปิดกรอบให้มีนักสังคมสงเคราะห์ ใน รพช.เพื่อทำงานเชื่อมประสานกับเครือข่ายในการดูแลด้านสังคม
- สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและกายภาพบำบัดเชิงรุกในชุมชน พร้อมทั้งสนับสนุนด้านแนวคิด วิชาการ ตัวชี้วัดในการติดตามประเมิน และการจัดเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน
- ผลักดันให้สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) กำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพชุมชนเป็นเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริการ

4.2.7 การคลังระบบบริการระยะยาวและระยะกลาง

เนื่องจากระบบบริการระยะยาวและระยะกลางต้องการการบูรณาการบริการทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุขและด้านสังคม ดังนั้นจำเป็นต้องมีการทำงานในลักษณะของความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ดังนี้

- 1) งบประมาณด้านการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุก จากกระทรวงสาธารณสุข (ในระบายนาร่องอาจเป็นงบประมาณสนับสนุนของโครงการวิจัยและพัฒนา)
- 2) งบประมาณสนับสนุนบริการเชิงรุกในชุมชน จาก สปสช. และกองทุนที่เกี่ยวข้อง
- 3) งบประมาณสนับสนุนครอบครัวที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการรับบริการดูแลระยะยาวทั้งในสถาบันและในชุมชน จากงบประมาณจากส่วนกลางที่จะลงไปสมทบกับงบประมาณของท้องถิ่น
- 4) งบประมาณด้านการสนับสนุนวิชาการในการพัฒนาระบบบริการทางสังคม จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 5) ขยายบทบาทกองทุนประกันสุขภาพพื้นที่ (ตำบล) ในการสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชน และส่งเสริมให้กองทุนสวัสดิการชุมชนที่เกิดจากประชาชนร่วมสมทบในการจัดบริการด้านสังคมแก่ผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

- 6) งบประมาณในการดูแลระยะยาวในสถาบัน สำหรับครอบครัวที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นคนสนับสนุนตามระบบ means test สำหรับ ครอบครัวที่สามารถดูแลตนเองได้ให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง
- 7) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. หรือเทศบาล) สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสังคมในชุมชน ทั้งนี้ให้ อบจ. เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณตามความจำเป็น
- 8) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวทั้งในสถาบันและในบ้าน/ชุมชนโดยภาคเอกชนที่ไม่แสวงกำไร โดยปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 9) ในระยะยาวอาจพัฒนาให้มีกองทุนสำหรับการดูแลระยะยาว โดยการต่อยอดจากกองทุนบำนาญแห่งชาติที่รัฐบาลกำลังจะมีนโยบายให้มีการจัดตั้งขึ้น

5. เอกสารอ้างอิง

- ¹ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุ 2549.
- ² ชาย โพธิ์สิตา สุขาคา ทวีสิทธิ์ บรรณารักษ์ (2552) ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร นครปฐม สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม
- ³ Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., (2009) Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation for Health.
- ⁴ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสดี, ขวัญใจ อำนาจสดีชัย, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์. 2549. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ⁵ ศิริพันธ์ สาสดี, ทศนา ชูวรรณปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2552. โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ⁶ วรเวช สุวรรณระดา และคณะ. 2553. รายงานเบื้องต้นโครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. เอกสารอัดสำเนา.
- ⁷ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ⁸ จเร วิชชาไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วัชรารัฐ วัชรไพบูลย์, สุกัลยา คงสวัสดิ์, นทีรัตน์ ธรรมโรจน์, แพรวเอี่ยมน้อย, และ พัฒนวิไล อินใหม่. 2553. การจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ⁹ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนาภิษฐ์, ธนิกันต์ ศักดาพร. 2552. โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ¹⁰ Department of Health (2001) Intermediate Care: Health Service Circular 2001/001 Local Authority Circular. Available at http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4012269.pdf accessed on 13 March 2010
- ¹¹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. การคาดประมาณประชากรประเทศไทย พศ. 2543-2573.

-
- ¹² สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. รายงานวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. กันยายน
- ¹³ สัมฤทธิ์ ศรีธารังสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, อาทิตยา เทียมไพรวลัย. 2549. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ¹⁴ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553 รายงานผลสุขภาพผู้สูงอายุไทย ณ ห้องประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553
- ¹⁵ คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. 2552. รายงานการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พศ.2547. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- ¹⁶ นงลักษณ์ พะไยยะ. 2552. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ¹⁷ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ภัทรพรรณ อดทน. 2552. การคาดประมาณความต้องการการดูแลระยะยาวในประชากรสูงอายุ. ใน Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al. 2009. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation For Health.
- ¹⁸ วิพรรณ ประจวบเหมาะ. 2552. ทบทวนองค์ความรู้ด้านประชากรสูงอายุในประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ¹⁹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. การสำรวจผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ²⁰ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (ลุมพินี) สำนักอนามัย กทม., โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย, สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547. ระบบบริการสุขภาพชุมชน: โครงการกรุงเทพ 7. อ้างใน นงลักษณ์ พะไยยะ. 2552. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ²¹ Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al. 2009. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation For Health.
- ²² มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๑.
- ²³ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานการศึกษาโครงการระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) : บริษัทธันวา พรินท์ติ้ง จำกัด.

-
- ²⁴ วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2549) คำนิยม ความคาดหวัง ของผู้สูงอายุและพหุวัย กรุงเทพมหานคร, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ²⁵ Lamb HR. (1993). Lessons learned from deinstitutionalization in the US. *Br J Psychiatry*; 162: 587-590.
- ²⁶ Trieman, N, Leff, J, and Glover, G. (1999). Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study, *BMJ*, Jul; 319: 13 - 16.
- ²⁷ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2548) การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในประเทศต่างๆ. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- ²⁸ Brodsky, J., Habib, J., and Hirschfeld, M. 2003. Long-Term Care Strategies In Industrialized Countries: Case Studies Of Insurance Based and Non-Insurance Based Long-Term Care Systems. Myers-JDC-Brookdale Institute and WHO NMH/CCL., November 2003.
- ²⁹ José-Luis Fernández, Julien Forder, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosová and David McDaid (2009) How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? Denmark; WHO Regional Office for Europe.
- ³⁰ Ikegami N and Campbell JC (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social policy and administration*, 36:7, 719-734.
- ³¹ McCann S, Ryan AA, and McKenna H. (2005). The challenges associated with providing community care for people with complex needs in rural areas: a qualitative investigation, *Health and Social Care in the Community*, 13(5): 462-469.
- ³² Chappell NL (1998) We must protect the mouse from the elephant. In M Dector (Chair), National Conference on Home Care Proceedings, Ottawa. Ontario: Health Canada Publications.
- ³³ Masterson, A. (2004) Towards an ideal skill mix in nursing home. *Nursing Older People*. June 16(4) 14-16
- ³⁴ Lassey, W.R. and Lassey, M.L. (2001) Japan: Challenges of aging and culture change. In *Quality of life for older people: An international perspective* (pp. 286-316) New Jersey: Prentice Hall.
- ³⁵ Sitoh, Y.Y. (2003) Nursing home in Singapore: A quiet evolution. *Singapore Med J*, 44 (2) : 57-59

-
- ³⁶ Inter-Ministerial Committee, 1997 The Inter-Ministerial Committee on Health Care (IMC) (1997). Report of the inter-ministerial committee on health care for the elderly. Singapore: IMC.
- ³⁷ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) โครงการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย กรุงเทพมหานคร, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ³⁸ วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2545. การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข.
- ³⁹ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (ลุมพินี) สำนักอนามัย กทม., โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย, สถาบันวิจัย สังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547. ระบบบริการสุขภาพชุมชน: โครงการกรุงเทพ 7.
- ⁴⁰ ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2552. บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ. มุลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ⁴¹ นงลักษณ์ พะไยยะ. 2552. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. มุลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ภาคผนวก

1. สรุปรายงานการประชุมความก้าวหน้าโครงการ “สังเคราะห์ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย”
วันจันทร์ที่ 28 กันยายน 2552 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมสภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
2. สรุปผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
วันอังคารที่ 17 พฤศจิกายน 2552 เวลา 08.30-15.00 น. ณ ชั้น 2 สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
3. สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน วันศุกร์ที่ 29 มกราคม 2553 เวลา 8.30-12.00 น. ณ ห้องประชุม สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
4. สรุปการประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อข้อเสนอแนะเรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง” วันจันทร์ที่ 22 กุมภาพันธ์ 2553 เวลา 9.00 -12.00 น. ณ ห้องประชุม ตึกสภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

สรุปรายงานการประชุมความก้าวหน้าโครงการ
“สังเคราะห์ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย”
วันจันทร์ที่ 28 กันยายน 2552 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุมสภาการพยาบาล

ผู้มาประชุม

1. พญ.ลัดดา	ดำรงการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
3. ทพญ.กนิษฐา	บุญธรรมเจริญ	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
4. ดร.นงลักษณ์	พะไถยะ	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
5. นางภาณี	วัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
6. นางสาวพัชรา	เสถียรภักตร์	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
7. นพ.วินัย	ศรีสะอาด	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
8. รศ.ดร.วรรณภา	ศรีธัญญรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. รศ.ประคอง	อินทรสมบัติ	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
10. ผศ.ดร.พรทิพย์	มาลาธรรม	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
11. นางวิมล	บ้านพาน	กรมอนามัย
12. นางจรรยาวัฒน์	ทับจันทร์	ชมรมพยาบาลชุมชน
13. ผศ.ดร.นารัตน์	จิตมนตรี	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
14. นางสาวเวียณนารัตน์	ช่วงวิวัฒน์	กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ
15. ผศ.นารัตน์	สังวรพงษ์พนา	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา
16. ทพญ.ชื่นตา	วิชชาวุธ	สำนักอนามัย กทม.
17. นางสาวอินทิรา	เชื่อนขันท์สถิตย์	สำนักอนามัย กทม.
18. นางดุชนีย์	ทองเกลี้ยง	สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี
19. นางทัศนีย์	ญานะ	สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
20. นางสาวสัญญา	ศรีรัตนะ	สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน
21. นางศิริลักษณ์	สีบวงศ์แพทย์	สภาการพยาบาล
22. นายชัยภัทร	หมั่นกิจ	สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบล
23. นายยอดศักดิ์	สุขโรจมนิ	องค์การบริหารส่วนตำบลบางสีทอง
24. นายสมบัติ	ชูเถื่อน	ชมรมสถานีนอนามัย
25. นายสมหวัง	สุวรรณประเสริฐ	ชมรมสถานีนอนามัย
26. นายอเนก	ทิมทับ	ชมรมสถานีนอนามัย
27. นางสาวกมลาศ	ทองมีสิทธิ์	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
28. นางสาวอรรณณ	คุหา	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
29. นางสาววิภา	แก้วเกตุ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

30. นางสาวเยาวภา

สันติกุล

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

31. นางสาวธนกร

ทองศรี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

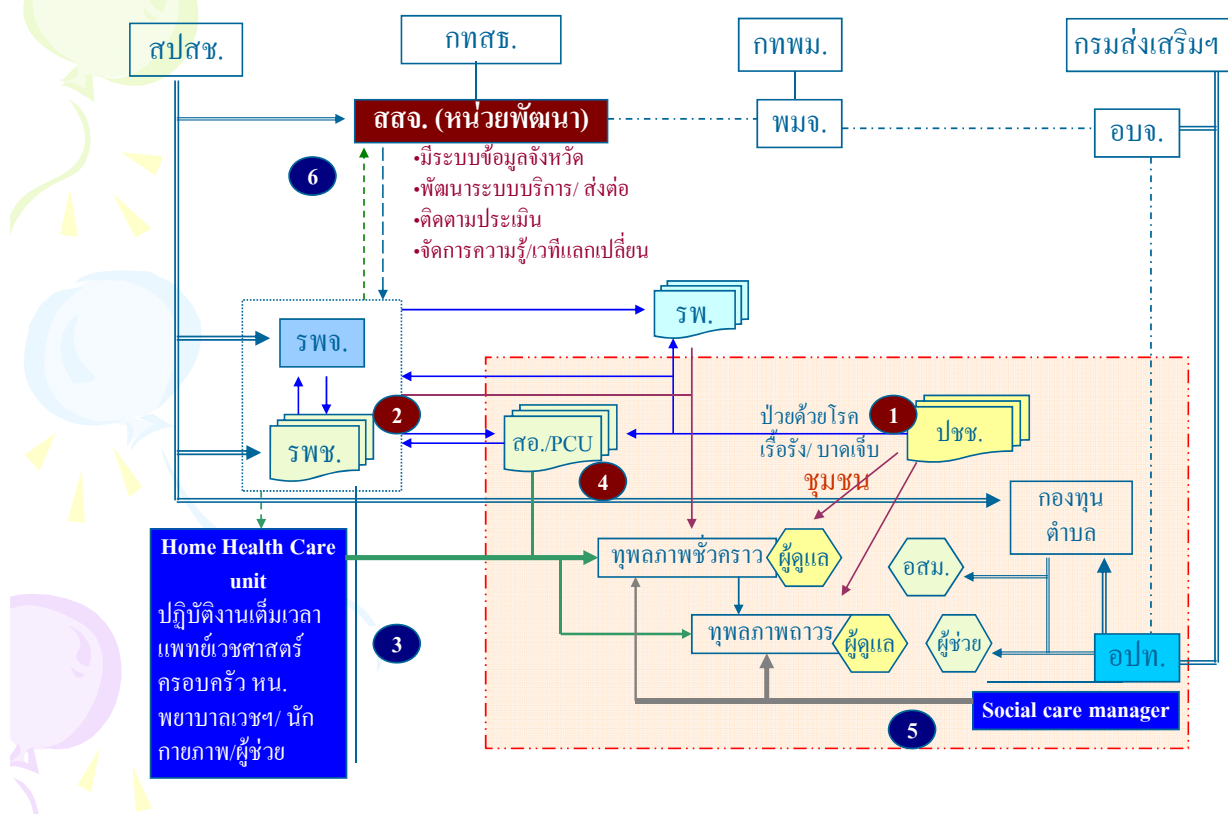
เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ ในฐานะประธานการประชุมแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการ “การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย” ในครั้งนี้ เพื่อจัดทำข้อเสนอระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุของไทย สำหรับประเทศไทย

นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธรรมสวัสดิ์ ในฐานะนักวิจัย นำเสนอรายงานผลความก้าวหน้าโครงการวิจัยในระยะแรก โดยกล่าวถึงสภาพปัญหา แนวคิด รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศและบริบทของประเทศไทย โดยมีข้อเสนอระบบบริการดูแลในชุมชนและสถาบันดังนี้

1. ระบบบริการดูแลระยะกลางและระยะยาวในชุมชนต้องพัฒนาดังนี้ (ภาพที่ 1)

1. กรอบพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลางและระยะยาวในชุมชน (Community-based services)



- (1) หน่วยบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล : จัดให้มีหน่วยและทีมบริการเชิงรุกของโรงพยาบาล/เวชกรรมสังคม (Home health care unit) ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาอย่างเป็นระบบ
- (2) หน่วยพัฒนาระดับจังหวัด: มีหน่วยพัฒนาระบบบริการระยะกลางและระยะยาวที่ สสจ. มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำฐานข้อมูล การจัดการบริการและการติดตามประเมินผล

- ต้องมีการบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคมควบคู่ไปด้วยกัน ซึ่งบริการทางสังคม เช่น การดูแลอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ใครจะเป็นผู้ดูแล ทำให้ที่บ้าน หลังกออกจากโรงพยาบาล
- ต้องแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 2 ประเด็น (1) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ กลุ่มไหนบ้าง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่ discharge ออกจาก รพ. ถ้ายากจนแล้วไปอยู่ที่ไหน ถ้าพอมีรายได้ไปอยู่ที่ไหน รวมกลุ่มให้อยู่ในจุดที่ใช้บริการร่วมกันได้หรือไม่ (2) รูปแบบการดูแลน่าจะให้ระดับท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ โดยมีผู้เกี่ยวข้องร่วมสนับสนุน เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมฯ กระทรวงสาธารณสุข
- ข้อเสนอเหมือนมองจากระบบบริการลงไป (Top down) แต่ถ้าหากมองจากระบบข้างล่างขึ้นมาว่าในชุมชนเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง ถ้ามีปัญหา แล้วเราต้องตั้งทีมขึ้นมาใหม่ HHC Unit มันจะเป็นจริงมากน้อยแค่ไหน เพราะตอนนี้กำลังคนก็มีจำกัด ควรใช้กลไกที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และงบประมาณ แต่ละฝ่ายควรจะสมทบให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น
- กองทุน สปสช. ขยายการดูแลครอบคลุมจากผู้พิการ ไปถึงผู้สูงอายุด้วย แต่บริการทางสังคม ยังไม่ทราบแหล่งงบประมาณ ตอนนี้รอผลการศึกษาดูการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาว ถ้าเห็นตัวเลขค่าใช้จ่าย น่าจะเป็นหน่วยร่วมสมทบชัดเจนขึ้นว่าใครจะจ่ายเท่าไร ในเรื่องอะไรบ้าง
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องการสนับสนุนด้านความรู้ และบุคลากร ตอนนี้มีแค่อาสาสมัครที่ช่วยงานด้านนี้ อปท. ก็ยังต้องพึ่งสถานีนอามัย ถ้า 2 หน่วยงานนี้ทำงานด้วยกันได้ดี ประชาชนก็จะได้รับประโยชน์ แต่ตอนนี้ส่วนใหญ่พื้นที่ยังทำงานแยกส่วนกันอยู่ เพราะเนื่องจากไม่ได้อยู่สังกัดเดียวกัน
- การออกแบบ setting ใหม่ ก็เพื่อต้องการให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ โดยมีทีมทำงาน ขณะนี้บุคลากรที่มีอยู่ก็น่าจะจัดมาทำงานที่มันได้ เช่น นักกายภาพที่จบใหม่ ซึ่งเป็นบุคลากรที่สนใจทำงานลงชุมชนก็น่าจะมีคนกลุ่มนี้อยู่ เพื่อมารวมตัวกันทำงานได้
- การหาพื้นที่ตัวอย่าง สำหรับ กทม. น่าจะหาสำนักงานเขตที่สนใจ มาทำร่วมกับสำนักอนามัย เพราะต้องทำเรื่องเบี่ยยังชีพอยู่แล้ว โดยทำเป็นโครงการนำร่อง เขตพื้นที่ และมีงบสนับสนุน เพราะข้อจำกัดของสำนักงานเขต ถ้าไม่มีนโยบายทางการเมืองลงไป ก็จะทำงานยากมาก
- ให้มีระบบ one stop service ตั้งแต่พยาบาลดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล/ระบบการจ่ายยา/ระบบสนับสนุนคลังกายอุปกรณ์ เช่น ผู้สูงอายุที่ยังสามารถไข่มื้อได้ ทำพุงผูกได้ ไม่นับว่าเป็นผู้พิการ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุสามารถขอเบิกจากกองทุนผู้พิการได้ ไม่เสียค่าใช้จ่าย
- การดำเนินงานจะต้องเป็นลักษณะแนวราบ ดูว่าแต่ละหน่วยงานจะสนับสนุนอะไรได้บ้าง คงไม่ใช่หน่วยไหนรับผิดชอบหลัก โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก และมีระบบการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันมองปัญหาและวางแผนการทำงานในระยะสั้น-กลาง-ยาว
- ความมองงานในเชิงป้องกันรวมด้วย ไม่ใช่แค่การรักษา เพื่อลดความเสี่ยง ในอนาคต เช่น เตรียมการผู้สูงอายุตั้งแต่วัย 50 ปี เพื่อให้เขาดูแลตนเอง ชะลอ หรือไม่ให้เกิดอยู่ในภาวะพึ่งพิง
- การพัฒนา สอ. และการถ่ายโอนบุคลากรไปอยู่ อปท. ควรมีระบบสนับสนุนที่ดีซึ่ง 2 หน่วยนี้ควรทำงานร่วมกันได้ เช่น ทำแผนดูแลคนไข้วร่วมกัน ว่าต้องดูแล/จัดบริการเรื่องอะไรต่อรายบุคคล เช่น กิจกรรมประจำกัน ชื่อของใช้ ทำความสะอาดบ้าน ให้อาหาร ฯลฯ

- กลไกควรมีอยู่ทุกระดับอำเภอ และจังหวัดด้วย แต่คนทำหลักอยู่ที่ระดับตำบล แต่ระดับอำเภอ /จังหวัด เป็นหน่วยสนับสนุน หน่วยงานเชิงรุก มีอยู่มาก ไม่น่าจะต้องตั้งทีมใหม่ เพราะงาน รพสต. ก็เอื้อให้ทำงานลงพื้นที่ และดูแลกลุ่มผู้สูงอายุด้วยอยู่แล้ว
- ควรมีการพัฒนาศักยภาพ และการเรียนรู้ของผู้ดูแล/ผู้ช่วยผู้ดูแล ซึ่งน่าจะทำโครงการพื้นที่นำร่อง โดยใช้การบูรณาการทุกหน่วย และทำ Mapping ของระบบในพื้นที่ ไม่เช่นนั้นจะมีโครงการเพิ่มขึ้นมากมาย
- ส่วนกลางน่าจะมีการจัดทำองค์ความรู้ และจัดเวทีระดับผู้บริหารของท้องถิ่นเพื่อรับทราบนโยบายและนำไปปฏิบัติ เพราะขณะนี้หน่วยงานมากมายที่ทำเรื่องผู้สูงอายุ เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน กองทุนสปสข. ถ้าหากมีคู่มือให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ อบท. ก็น่าจะเอาไปดำเนินในแต่ละท้องถิ่นได้ เพราะพื้นที่จะทราบว่าต้องจัดบริการอะไรบ้าง
- น่าจะมีการจัดตั้งคณะทำงานในการพัฒนาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อผลักดันเรื่องนี้ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม โดยมีการจัดกรอบในการพัฒนา และกำหนดงบประมาณในการพัฒนาให้ชัด รวมถึงการให้รางวัลเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่หน่วยงานหรือกลุ่มที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี
- ชมรมผู้สูงอายุ ภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง จะสามารถจัดกิจกรรมดูแลกันเองได้ เนื่องจากมีอาสาสมัครที่ยังมีศักยภาพไปช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ รวมถึงสามารถทำหน้าที่กำกับติดตาม
- ในการดูแลด้านบริการนั้น ในเรื่องงบประมาณต้องมีระบบ co payment เพื่อลดภาระด้านงบประมาณส่วนที่ยากจน ไม่มีญาติก็อาจจะเป็น welfare
- ระบบของผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต้องมีข้อตกลงร่วมที่ทุกองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม
- การทำโครงการนำร่อง แต่ละพื้นที่ควรมีกลไกที่หลากหลายแตกต่างกัน เช่น พื้นที่ที่ใช้ภาคประชาสังคมเป็นแกน พื้นที่ที่ใช้โรงพยาบาลเป็นแกน และควรเลือกพื้นที่ที่มีระดับความสามารถแตกต่างกัน ดี-ไม่ดี แล้วพื้นที่ที่ยังไม่ดี เค้ามีการพัฒนาอย่างไรให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อให้ได้ข้อเสนอไปปรับใช้ทั้งประเทศ

ข้อเสนอแนะ

- (1) เสนอน่าจะปรับจากการทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ไปทำพื้นที่นำร่อง พัฒนาโมเดล เช่น พื้นที่ภาพสินธุ์ ลำปาง ฯลฯ แล้วถอดบทเรียน มายกระดับเป็นข้อเสนอ จะมีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง
- (2) กองทุนสวัสดิการชุมชน มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ฉะนั้นในการประชุมครั้งต่อไป เห็นควรเชิญมานำเสนอ แลกเปลี่ยนข้อมูลด้วย

เลิกประชุมเวลา 16.30 น.

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ
น.ส.ธนกร ทองศรี
บันทึกการประชุม

**สรุปผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
วันอังคารที่ 17 พฤศจิกายน 2552 เวลา 08.30-15.00 น.
ณ ชั้น 2 สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข**

ตามที่มีมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดทำแผนงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว เพื่อพัฒนางานวิชาการเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย และแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อีกทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อสังเคราะห์ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำนโยบายสาธารณะ และเผยแพร่ต่อกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เช่น นักวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการ ชุมชน และเครือข่ายผู้สูงอายุ เป็นต้น

ทางแผนงานฯ เล็งเห็นว่าพื้นที่ของท่านได้มีการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในแบบวิชาชีพและแบบอาสาสมัคร ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดี ควรนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นครอบคลุมทั้งบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมนั้น จึงได้เชิญผู้มีความเชี่ยวชาญจากการปฏิบัติจริงและเป็นผู้กำหนดนโยบายขององค์กร เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดบริการการดูแลระยะยาวโดยมุ่งเน้นรูปแบบการบริการทางสังคม เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะนโยบายดังกล่าว ในวันอังคารที่ 17 พฤศจิกายน 2552 เวลา 08.30 – 12.00 น. ณ ห้องประชุมสภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ โดยมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรวม 34 ท่าน เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 24 ท่าน เช่น จังหวัดพะเยา จังหวัดลำปาง จังหวัดปทุมธานี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสุโขทัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดสงขลา เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 2 ท่าน เป็นนักวิชาการ 5 ท่าน และคณะทำงาน 3 ท่าน

โดยมีการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ของ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ จากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาลักษณะสุขภาพไทย เรื่อง “การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับประเทศไทย” เพื่อเปิดประเด็นนำไปสู่การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และข้อคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีผลจากการประชุมดังต่อไปนี้

- บทบาทระดับจังหวัด ยังขาดการเชื่อมโยงกับผู้ว่าราชการจังหวัด
- เหตุที่จำเป็นต้องมีนโยบายส่วนกลางรองรับ เพื่อเอื้อให้เกิดการประสานเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ได้ รวมทั้งการเอื้อให้หน่วยงานระดับปฏิบัติการสามารถทำงานได้ ซึ่งเป็นงานที่อยู่ในแผน/นโยบาย

- พมจ. มีหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมประสานงานกับส่วนกลาง แต่ ณ ปัจจุบันบทบาทนี้ยังไม่เห็นทำอย่างจริงจังมากนัก แต่ถ้าเป็นสาธารณสุขจังหวัด จะทำงานรู้สถานการณ์สุขภาพของคนในพื้นที่

ตัวอย่างการทำงานในพื้นที่

- ตัวอย่างตำบลหนองหล่ม จ.พะเยา ใช้แกนนำผู้สูงอายุ เชื่อมโยงกับ อบต. ลงสำรวจจัดกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ อสม. เวลาลงเยี่ยมชุมชน จะไปเป็นทีม เมื่อพบผู้สูงอายุป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้อยู่ที่บ้าน จะจัดอาสาสมัครประกบดูแล ว่าคนไหนดูแลใครบ้าง สอ. จะนำข้อมูลที่สำรวจได้รายงานให้กับ สสจ. รับทราบ (ข้อมูลรายกรณี เช่น อาการเจ็บป่วย ขาดคนดูแล/สถานการณ์สุขภาพชุมชน) เมื่อทราบข้อมูลแล้ว จึงจัดทีมดูแลผู้ป่วยสหวิชาชีพ (หมอ พยาบาล) ลงตรวจเยี่ยม ตอนนี้อยู่ สอ. ได้พัฒนาเป็น รพ.ตำบล นอกจากนี้ยังทำโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน จาก พม. ซึ่งก็ต้องนำผลการดำเนินงานไปรายงานให้แหล่งทุนทราบด้วย
- ศูนย์ HHC เป็นงานฝาก ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละ รพ. จะจัดงานนี้ไปอยู่แผนกใด
- โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนใน อ.แจ้ห่ม จ. ลำปาง มีการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ประชุมกลุ่ม conference ลงเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน มีการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เมื่อสำรวจข้อมูลแล้ว จะให้การช่วยเหลือดูแลเป็นรายกรณี (Case) เป็นเวลานานติดต่อกันจนเสียชีวิต เมื่อมีทีมสหวิชาชีพลงไปดูแลทั้งด้านสุขภาพ การกินอยู่ การปรับสภาพบ้าน เพื่อนบ้านก็สนใจหันมาช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ด้วย บางรายไม่มีญาติดูแลจนใกล้เสียชีวิตก็มี
- กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลปากแพรก จ. กาญจนบุรี ได้เล่าสถานการณ์พื้นที่ว่า ตอนนี้อยู่ระหว่างจดทะเบียนกองทุนสวัสดิการชุมชนทั่วประเทศ โดยมีคณะกรรมการสวัสดิการจังหวัดทำงาน ในงานด้านอาสาสมัคร ที่ ต.ปากแพรก ได้รับการอบรม อผส. รุ่นแรก มีอาสาสมัครอยู่ในพื้นที่ 100 กว่าคน สวมหมวกหลายใบ ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครชุดไหน ก็ต้องดูแลผู้สูงอายุด้วย มีกลุ่มอาสาสมัครจิตอาสาช่วยงาน รพ. ทุกวันจันทร์ เช่น อ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุฟัง เล่นดนตรีไทยให้ผู้ป่วยภายนอกฟัง หรือช่วยจัดคิวผู้ป่วยนอก ก็มีความสุขทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ แต่ก็ไม่ได้มาช่วยงานสันทนาการเป็นประจำ เนื่องจากบางวัน อาสาสมัครก็ติดงาน ทำกันแบบจิตอาสา
- กลุ่ม อสม. เขียนโครงการเสนอเทศบาล เช่น ได้กระเป๋ายาเพื่อนำไปตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ฯลฯ รวมทั้งเขียนโครงการของแต่ละหมู่บ้านว่าอยากจะทำอะไรเสนอต่อแหล่งทุน โดยมี สอ. พยาบาล เป็นพี่เลี้ยง ถ้า อสม.เข้มแข็งก็สามารถเขียนโครงการเสนอ อบต. ได้ โดยที่ จนท. ไม่ต้องเขียนโครงการแทน แกนนำอาสาสมัครต้องรู้ว่าเรื่องไหน หน่วยงานใดสนับสนุนอยู่ ก็สามารถเสนอโครงการให้สอดคล้องกับการสนับสนุนได้ เช่น พมจ. สนับสนุนเรื่องการพัฒนาครอบครัวเข้มแข็ง

ประเด็นแลกเปลี่ยน อาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุทำงานแล้ว เจอปัญหา ข้อจำกัดในการดูแลอะไรบ้าง ที่ต้องการได้รับการสนับสนุนเพิ่ม

- อาสาสมัคร (อสม.) จำเป็นต้องมีพี่เลี้ยง (สอ.) เพื่อประเมินการดูแลว่า สามารถทำเองได้หรือ จำเป็นต้องส่งต่อ (รพ.)
- จากประสบการณ์ทำโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน จ.กาฬสินธุ์ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีเพื่อนวัยเดียวกันมาเยี่ยมเยียน ได้ตามสารทุกข์สุกดิบ เช่น ตามชีวิตความเป็นอยู่ การกินยา การเคลื่อนไหว ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ฯลฯ อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน อาจจะไม่มีความรู้พื้นฐานทางสุขภาพมากนัก แต่สามารถช่วยดูแลสภาพจิตใจได้ ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้ต้องการเงิน เบี้ยยังชีพ เพราะลูกหลานก็เอาไปใช้หมด แต่อยากมีเพื่อนมีคนมาเยี่ยมเยียน แต่คนที่พอจะมีความรู้พื้นฐานทางสุขภาพ คือ อสม.
- งบประมาณด้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่ กระจายอยู่หลายหน่วยงานส่วนกลาง เช่น สปสช. สสส. และนำไปลงที่ อบต. ดังนั้นกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุต้องเขียนโครงการไปยัง อบต. เพื่อของบมาทำ
- งานส่วนใหญ่เป็นงานฝาก ไม่ใช่เป็นงานที่รับผิดชอบโดยตรง จึงเห็นด้วยว่า ควรมีระบบงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชัดเจน
- สภาสาขาฯ จ. พะเยา อาสาสมัครส่วนใหญ่มาจากข้าราชการบำนาญ
- อบต. ท่าข้าม จ.สงขลา ทำกองทุนสุขภาพตำบล และกองทุนสวัสดิการชุมชน มีการอบรม อผส. 5 รุ่น ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภูมิปัญญาชาวบ้าน มีการจัดแบ่งทีมอาสาสมัครดูแลตามบ้าน มีเบี้ยเลี้ยง อผส. คนละ 300 บาทต่อเดือน บางส่วนนำเบี้ยไปซื้อของเยี่ยมผู้สูงอายุป่วย อสม.ได้เบี้ยคนละ 600 บาทต่อเดือน แต่ละรุ่นจะอบรม อผส. 180 คน มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล 400 คน ทั้งตำบลมีอาสาสมัคร 1,500 คนต่อปี? สำหรับการดูแลผู้ป่วยมีภาวะทางสมอง ได้ประสานกับ มอ. อ.ท่าข้าม เป็นแหล่งเรียนรู้ 8 เรื่อง อาทิ ระบบเศรษฐกิจ และสวัสดิการ วิทยุชุมชน ระบบอาสาสมัคร ฯลฯ ทุกเรื่องล้วนเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุ เน้นความเป็นสุขในครอบครัว
- ต.โพธิ์ประจักษ์ จ.สิงห์บุรี รพ.มีการอบรมเยาวชนรุ่นใหม่ดูแลผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน ซึ่งน่าจะพัฒนาอาสาสมัครกลุ่มนี้ให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ชมรมผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7 คน ในที่นี้ ไม่มีคนดูแล 2 คน คนกลุ่มนี้ได้เป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการโดยชุมชนออมแทนให้ ทำให้ได้รับสิทธิประโยชน์ ผู้นำชุมชนบริการรถรับ-ส่งด้วยจิตอาสาที่ทำมานาน ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาจากชมรมผู้สูงอายุ ที่จัดกองทุนผ้าป่า และเงินบริจาค
- โครงการใกล้บ้านใกล้ใจทำการสำรวจข้อมูล ทำให้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงเข้าไปช่วยเหลือดูแลเป็นรายกรณีไป
- เทศบาลตำบลห้วยฉัตร จ.ลำปาง อยากให้มีการกำหนดวาระในระดับชาติ ลงมาถึงระดับท้องถิ่น ที่เทศบาลตำบลห้วยฉัตร จัดทำเป็น “วาระแห่งตำบล” ดูแลทั้งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ (ให้เข้ากองทุนสวัสดิการชุมชน) และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (จัดศูนย์ฟื้นฟูในวัด Day Care โดย

อปท. สมทบเงินสร้างศูนย์ฯ โดยใช้ อสม. เข้ามาทำหน้าที่ดูแลในศูนย์แห่งนี้ เพราะตอนนี้มีเบี้ยเลี้ยง 600 บาท ต่อไปอาจจะได้เบี้ยเพิ่มขึ้น)

- **ศูนย์ฟื้นฟูดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลห้วยจรเข้มัต** เริ่มมาจากการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ แบ่งตามกลุ่มผู้สูงอายุ (1-3) ในระดับอำเภอ และระดับตำบล ซึ่งพบว่า มีผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่ม 2 มาก ถ้าดูแลไม่ดี ก็จะกลายเป็นกลุ่ม 3 มีภาวะพึ่งพิง กระบวนการทำงานก็ใช้แกนนำ อาสาสมัครชมรมผู้สูงอายุ ที่อยู่ในวัยเกษียณ สามารถช่วยคิด และระดมทุน ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้ ด้าน รพ. ชุมชน ก็อยู่ระหว่างปรับระบบที่จะเชื่อมโยงส่งต่อถึงชุมชน จึงเห็นด้วยกับระบบ PCT ตอนนี้ที่ทำได้ คือ ส่งต่อจาก รพ. มาศูนย์ฟื้นฟู
- **รพ. สมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์** เริ่มกระบวนการทำงานจากการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจ (Case study) คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต่อมาคือ การพิจารณาว่า บริการสังคม และบริการสุขภาพจะช่วยเหลือแต่ละรายกรณีแค่ไหน อย่างไร การค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องใช้ อสม. และเครือข่ายชุมชน ต่อมาการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ
 - 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านพื้นที่ รู้ว่า ใครที่อยู่ไหน จะหาทรัพยากรจากไหนได้บ้าง ชี้จุดได้
 - 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านชีวิตคนป่วย รู้พื้นหลัง ว่าเขาทำอะไรได้บ้าง เกี่ยวพันกับครอบครัว
 - 3) ทีมสุขภาพ ที่เชื่อมโยงใน และนอกชุมชน

ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ อาจจะเป็นคน ๆ เดียวก็ได้ เช่น สอ. หรืออาจจะเป็นทีม
- การแพทย์อาจช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ทำให้การสงเคราะห์ทางสังคมลดลง บางกรณีไม่ต้องการบริการการแพทย์เลย ต้องการแค่ความรู้ วิธีการดำเนินชีวิตตนเองได้ เช่น การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยตาบอด
- การช่วยเหลือดูแล ต้องพิจารณาเป็นรายกรณี เช่น บางรายจำเป็นต้องมีแพทย์ พยาบาลดูแลก่อนในระยะแรก ต่อมาจึงส่งต่ออาสาสมัคร รวมทั้งการฝึกวิธีการดูแลจนถึงวาระสุดท้าย (จนเสียชีวิต)
- **กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคลองสาม จ.ปทุมธานี** มี อพส. ดูแลลงเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายกรณี เช่น ผู้ป่วยโรคไตจำเป็นต้องไปล้างไตที่ รพ. ก็ขอใช้บริการรถรับ-ส่ง อบต.
- ประเด็นข้อสังเกต คือ ข้อจำกัดเรื่องข้อมูลว่า มีทรัพยากรอะไรอยู่แล้วบ้างในชุมชนที่สามารถให้บริการได้ บางครั้งอาสาสมัคร หรือชาวบ้านก็ไม่ทราบ รู้จากวิธีบอกต่อ หรือพูดคุย สอบถามแทน ที่จะเป็นข้อมูลบริการที่รู้ทั่วถึงกัน
- การลงสำรวจข้อมูลหลายรอบ หลายหน่วยงานทำให้เป็นภาระของคนทำงาน และชาวบ้าน จึงอยากให้หน่วยงานที่ต้องการทำฐานข้อมูลหรือร่วมกันในส่วนกลางก่อนที่จะลงสำรวจข้อมูลในพื้นที่ เพื่อให้เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน

สรุป

- รูปธรรมที่เกิดขึ้น เช่น ระบบการเงินการคลังจากกองทุนสวัสดิการชุมชน ระบบอาสาสมัครด้วยจิตอาสา กลไกที่เกิดขึ้นแล้วและมีอยู่ สามารถนำไปสู่การออกแบบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้
- Care manager ควรจะเป็นบทบาทหลักของเจ้าหน้าที่ PCU ในการเชื่อมประสานหน่วยต่างๆ

ประเด็นหารือ

- การปรับสภาพบ้านเรือน มีค่าใช้จ่าย ยังคงจำเป็นที่จะต้องพึ่งโรงพยาบาล
- อปท. ยังมีข้อจำกัด ไม่ได้ทำงานเชิงรุก เป็นลักษณะการทำงานเชิงรับมากกว่า ทำให้กระบวนการทำงานล่าช้า
- กลไกหลักในการขับเคลื่อน คือ PCU ประเด็นอยู่ที่การกำหนดขอบเขตหน้าที่ อยู่ในระดับ CUP ทรัพยากรต่างๆ ส่วนใหญ่มาจาก รพ. → “CUP Based Management”
- ระบบค่าตอบแทนดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน (Pay for Visit) ควรเป็นการเหมาจ่ายค่าตอบแทนล่วงหน้าการทำงาน ถ้าจ่ายเป็นรายกรณี (Case) หรือ clam เป็นครั้งๆ ไป (ได้ไปเยี่ยมบ้านกี่ครั้ง) อาจจะไม่เหมาะ เพราะบุคลากรวิชาชีพจะมุ่งทำ Case เชิงปริมาณ และเป็นงานลักษณะที่ผู้ให้บริการต้องเข้าไปหาผู้ใช้บริการ
- บางส่วนยังไม่เห็นด้วยกับระบบค่าตอบแทน ควรจะเป็นการทำงานแบบจิตอาสา
- กรณีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เป็นการดูแลที่มีระยะเวลานาน แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ทีมดูแล ควรมีผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ อาจจะเป็น สอ.หรือกลไกอื่นๆ ที่อยู่ในพื้นที่ เช่น แกนนำชมรมผู้สูงอายุ อปท. ฯลฯ ถ้าใช้กลไกโรงพยาบาลผ่านลงไปชุมชน สามารถจะสร้างความร่วมมือกับ สอ. และ อปท. ได้ ถึงแม้ว่าแต่ละ อปท. จะให้ความร่วมมือดีหรือไม่ก็ตาม จะไม่ส่งผลต่อการจัดบริการสังคมมากนัก
- แพทย์ที่สนใจและผ่านการฝึกฝนการลงชุมชน (Community based) ยังคงมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอ
- บทบาทของ รพ. ชุมชน ควรจะเป็นการดูแลระยะยาว หรือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- นักกายภาพบำบัดที่ลงไปทำงานที่ รพ. ชุมชน จะต้องเปลี่ยนบทบาทใหม่ ไม่ใช่ทำงานอยู่แต่ใน รพ. แต่ต้องลงไปทำงานกับพื้นที่หรือชุมชนด้วย
- เดิมไม่มีตำแหน่งนักกายภาพบำบัด ใน รพ. อำเภอ แต่มีบุคลากรที่เรียนจบด้านนี้อยู่ ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีหรือไม่มีตำแหน่งราชการ ก็สามารถที่จะจ้างนักกายภาพบำบัดได้ และควรมาจากนโยบายของโรงพยาบาล

- จำเป็นจะต้องมีการสร้าง Core value ให้กับวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญอย่างมากในงาน Intermediate Care และ LTC
- อย่างไรก็ตามการทำงานในพื้นที่ด้านการดูแลระยะยาว ควรเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันของทีม (Skill- Mix)
- การทำ Mapping Case Study โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ (ทีม 4-5 คน) วางแผนปฏิบัติการช่วยเหลือ case หนักก่อน งานด้านการลงเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน จำเป็นต้องมี อสม. ร่วมด้วย เนื่องจาก อสม. จะเป็นระบบจิตอาสา/เครือข่าย เป็นเครือข่ายการดูแล (Helping Network) ผลัดเปลี่ยนช่วยเหลือดูแลกันและกันได้ เช่นบ้านนี้ ใครจะเป็นผู้ดูแล กรณี Case ที่ยากมากๆ จะใช้วิธีการเปลี่ยนทีมดูแลเป็นระยะ ไม่ดูแลแบบเกาะติดยาว
- ผู้ดูแลหลักในระยะยาว คือ ญาติ แต่ต้องวางระบบถ่ายทอดวิธีการดูแลในแต่ละระยะจากนักวิชาชีพ → อาสาสมัคร → ญาติ
- โรงพยาบาล ต้องถ่ายทอด Skill (เวชศาสตร์ครอบครัว/งานฟื้นฟู) ให้กับ สอ. มีองค์ความรู้สามารถทำได้ถูกต้อง
- ควรมีนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล ร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทในการประสานหน่วยงาน/เครือข่าย/อปท. จัดบริการเชิงสังคม
- Care Manager ยังคงต้องมีในโรงพยาบาล และในตำบล ภายใต้ CUP
- กองทุนการดูแลระยะยาว มาจาก 2 แหล่ง คือ กองทุนสุขภาพตำบล เป็นกลไกการเงินการคลังที่ใช้จัดบริการสุขภาพ และกองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นกลไกการเงินการคลังที่ใช้จัดบริการสังคม
- ควรแยก HHC Unit ออกมา

เยาวภา สันติกุล

ผู้สรุป

วิฐฐา แก้วเกตุ

ผู้ตรวจ

สรุปการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

โดยผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน

วันศุกร์ที่ 29 มกราคม 2553 เวลา 8.30 – 12.00 น.

ณ ห้องประชุม สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|----|-----------------------------|---|
| 1 | พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ | มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย |
| 2 | นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 3 | ผศ.ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4 | คุณชนกร ทองศรี | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) |
| 5 | คุณวิภา แก้วเกตุ | มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย |
| 6 | คุณจุฑารัตน์ ทนไชย | มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย |
| 7 | นางวัฒนา ฤทธิเดช | อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนศิลปเดช |
| 8 | คุณวัชร วิริยะชัยพร | อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนซอยอาทิตย์แม่พระประจักษ์ |
| 9 | นางสาวอรวิภากรณ์ ปานเดชอุดม | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ |
| 10 | นางผวน อันประเสริฐ | โรงพยาบาลบ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร |
| 11 | นางสาวศรีสุดา อุดลยโกศล | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร |
| 12 | นางรัตนา พุ่มเจริญ | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร |
| 13 | คุณสมัย พันทวี | อาสาสมัครสาธารณสุข จ.กาฬสินธุ์ |
| 14 | คุณจำปี สิบศิริ | อาสาสมัครสาธารณสุข จ.กาฬสินธุ์ |
| 15 | นางรุ่งสุรีย์ ทองจันทร์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุนีนารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ |
| 16 | นางสาวราตรี เตือนจำรูญ | องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช |

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ ผู้จัดการแผนแผนงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมการประชุม และได้เริ่มต้นประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับแต่ละพื้นที่ โดยเริ่มต้นจากโจทย์คำถามว่าทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงลดลง และการจัดการในเรื่องการดูแลได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนอย่างไร และภายในครอบครัวจัดการกันอย่างไร

องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช

คุณกระจาย ขวาลิทธิ์ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พบว่าแรงบันดาลใจที่อยากจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกิดจาก มีแม่ที่ป่วยเป็นโรคสมองฝ่อ รักษาตัว 4-5 ปี ไม่รับรู้ แต่ลูกนั่งทำกิจวัตรได้เอง จากนั้นแม่ก็เป็นลม ไม่สามารถรับรู้อะไรได้อีกเลย เป็นอัมพฤตติดเตียง ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง น้ำคั่งในสมอง เจาะท้อง แม่เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง แต่โชคดีที่มีลูกทั้งหมด 7 คน ลูกๆ ทุกคนก็ตกลงกันว่าให้พี่สาวคนหนึ่งมาดูแลแม่ แล้วพี่น้องคนอื่นก็ทำหน้าที่ดูแลครอบครัวในภาระหน้าที่ต่างๆ กัน และทุกคนก็ต้องช่วยดูแลแม่ด้วย จะพาแม่ไปหาหมอเฉพาะตอนที่หมอนัดเท่านั้น ที่บ้านได้ทำราวจับไม้ไผ่ เริ่มแรกใช้คน 3-4 คนช่วยกันจับไหล่ จับขา ผีกัดหัดเดิน จนแม่ลูกนั่งได้ เดินเองได้ หุงหาอาหารทานเองได้ พูดคุยกับลูกหลานได้ พี่สาวไม่ต้องดูแลใกล้ชิดอีกต่อไป ลูกๆ ทุกคนดีใจมาก เมื่อแม่หายดีขึ้น คุณกระจายเลยอยากทำงานดูแลผู้สูงอายุ จึงเข้ามาทำงานกับทางชุมชน

ต.ปากพูนมีผู้สูงอายุ 4,000 กว่าคน การดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญทั้งตำบล ไม่เฉพาะแต่ที่กลุ่มอผส. ดูแลอยู่เท่านั้น อผส. 1 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 5 คน เข้าไปดูดูแลอย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน ผู้สูงอายุในชุมชนมีความร่าเริงแจ่มใสขึ้น รู้จัก อผส. มากขึ้น อยากให้แะเวียนมาเยี่ยมเยียนพูดคุยกัน เข้าไปทำความสะอาดบ้าน ปัดกวาดที่นอน ให้ผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้เกิดประทับใจ แต่ในตำบล มี อผส. น้อย

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทาง อบต. มีรถบริการส่งต่อโรงพยาบาล บางคนไม่มีลูกหลานพาไป บางคนมีลูกหลาน แต่ไม่มีรถพาไป บางรายบ้านชำรุด ทาง อบต. ก็ส่ง อปพร. ไปช่วยซ่อมแซมบ้าน บางเรื่องที่ อผส. ช่วยเหลือเองได้ ก็ทำกันเอง โดยไม่ต้องส่งเรื่องถึง อบต.

มีกรณีศึกษาหนึ่งที่คุณยายเป็นโรคเบาหวาน มีแผลกดทับ อผส. เข้าไปช่วยดูแล ล้างแผล ทำแผล เช็ดตัว แต่ระยะหลังเป็นแผลมากขึ้น จน อผส. ไม่สามารถทำเองได้ จึงแจ้งสถานีอนามัยไปทำแผลทุกวัน และส่ง อผส. น้อยเข้าไปช่วยดูแลเช็ดตัว แต่งตัว ป้อนอาหาร อาสาสมัครเข้าไปช่วยดูแล 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ หลังจากนั้น เพื่อนบ้านก็ช่วยดูแลอีกทาง อผส. น้อย จะมีสมุดตรวจเยี่ยม และมีตารางปฏิบัติงาน เก็บไว้อยู่กับตัว สิ้นเดือนต้องส่งสมุดตรวจเยี่ยมให้กับ อบต. ถ้าตรวจเยี่ยมเสร็จแล้ว วันต่อไปไม่ได้มา ก็จะไปบอกเพื่อนบ้านฝากดูแลด้วย อบต. มีบทสนับสนุนหลัก ประกอบกับอาสาสมัครมีใจที่อยากจะดูแลผู้สูงอายุ

ตอนที่ดูแลแม่ ยังไม่มีระบบสนับสนุนจาก อบต. คิดทำกันเองในครอบครัว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์

คุณสมชัย พันทวี อาสาสมัครสาธารณสุข จ.กาฬสินธุ์ – มีแม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต้องฉีดยาให้ทุกวัน ต่อมาพ่อป่วยเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก้าวร้าว มีความรุนแรง โรงพยาบาลได้ช่วย แนะนำวิธีการดูแล แต่ตอนนี้แม่เสียชีวิตแล้ว แต่พ่ออาการดีขึ้น คุณสมชัยและสามีได้ช่วยกันดูแล ซึ่งสามีทำงาน อยู่กับบ้าน ต้องยกรถเข็นของพ่อเข้าออกห้องน้ำเป็นประจำ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะมาช่วยแนะนำให้ คุณสมชัยเข้าใจอาการผู้ป่วย ทำให้รู้สึกดีขึ้น ถ้าต้องไปนอกบ้าน ก็จะฝากสามี หรือพี่ชายที่อยู่ข้างบ้านดูแลแทน

ทาง อสม. ไม่ได้เข้าไปดูแลใกล้ชิด ส่วนใหญ่เป็นการแนะนำให้ความรู้ ชวนพูดคุย ไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึก เหนงา ซึ่ง อสม. จะดูแลผู้สูงอายุที่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้

เทศบาลจะเข้ามาช่วยเหลือบ่อยกว่าองค์กรอื่นๆ โดยมีรถบริการรับส่งผู้สูงอายุที่ป่วยไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ต้องนอนค้างในโรงพยาบาล จะสนับสนุนค่าเยี่ยมไข้ 100 บาท

ในส่วนของการทำงานดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ถ้าเจ้าหน้าที่ เห็น case บางรายที่ไม่มีคนดูแล ลูกหลานไปๆ มาๆ ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็ชวนพูดคุยกันในชุมชน หากเพื่อนบ้าน ทราบก็จะช่วยบอกได้ว่า รายนี้มีญาติอยู่ไหน ก็ติดตามญาติให้มาดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการจัดการ เจ้าหน้าที่ อสม. ในชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลให้สถานีอนามัย ทางสถานีอนามัยก็ส่ง ต่อให้โรงพยาบาล การบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุในส่วนของโรงพยาบาล จะมีการแบ่งออกเป็นทีม รอบใน - รอบนอกเขตเทศบาล ออกเยี่ยมผู้สูงอายุทุกวัน รอบนอกเขตเทศบาลไม่ค่อยมีปัญหา ทางอบต. ให้ ความร่วมมือดี รู้ว่าลูกบ้านเป็นอย่างไร แต่ในเขตเทศบาลจะทำงานได้ยากกว่า

การทำงานในทีมยังไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ มาทำงานร่วมด้วย

ขอยกตัวอย่าง case ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ตาบอด กินยาไม่ถูก โรงพยาบาลก็เข้าไปช่วยเหลือ จัดการให้ อสม. ก็ช่วยคิดวิธีกินยา โดยให้เขาสัมผัส รู้วันเวลาช่วงกลางวัน หรือช่วงกลางคืน ด้วยการทำให้ เป็นรูปพระจันทร์ พระอาทิตย์ และให้ผู้ป่วยสัมผัส ก่อนที่จะกินยา

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสงคราม

มีกรณีศึกษาที่เป็นคุณยาย อายุ 91 ปี แม่ 82 ปี พ่อ 88 ปี แม่ไม่สบาย เจาะคอ ความจำเสื่อม มือ เท้าแข็งแรง พ่อป่วยเป็นโรคพาร์คินสัน นอนกลางวัน ตื่นกลางคืน ให้น้องสาวลาออกจากงานมาดูแลตลอดเวลา ลูกมีทั้งหมด 6 คน มี 3 คนที่ช่วยดูแลต้องดูแลเต็มที่คอยอยู่ตลอด 24 ชม. คนละ 2 วัน 2 คืน จะไม่ได้นอน ลูกๆ ต้องทำให้เป็นเหมือนกันทุกคน ลูกอีกคนช่วยทำอาหาร ดูแลกันมา 7 ปี

ครอบครัวพอมีเงิน ซื้อเตียงยกระดับเอง แต่ถ้าไม่มีเงิน ทางโรงพยาบาลบ้านแพ้วจะมีบริการให้ยืมเตียงได้ ที่บ้านจะทำคันชักลอค และพยายามให้ผู้สูงอายุเดินตลอด 7 ปี จึงทำให้ไม่มีแผลกดทับ ถ้าผู้ป่วยเกิดมีความเครียด ก็จะพาออกนอกบ้าน พาหนังรถไปดูลิง แต่ระยะหลังนอนตอนกลางวันมากขึ้น จึงไม่ได้ไป

ช่วงแรกลูกจะหาข้อมูลทุกทาง หาหมอเฉพาะทางที่เก่ง พยายามเรียนรู้จากหมอว่าต้องทำอะไร เช่น ดูดเสม็ด สอน ใส่สายปัสสาวะ ฯลฯ ต้องใช้วิธีการสังเกต ทดลองทำ จนเก่ง ทาง โรงพยาบาลจะมีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุให้กับทางญาติ ทางครอบครัวโชคดีที่พ่อเป็นข้าราชการบำนาญ ลูกๆ จึงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก

การให้บริการในชุมชนของโรงพยาบาลได้จัดกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ เช่น โรคเรื้อรัง โรคจิตเวช โดยทำระบบให้ผู้ป่วยลงทะเบียนเพื่อขอให้ทางเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลออกไปเยี่ยมบ้าน มีการจัดทีมโดยมีพยาบาล 1 คน ผู้ช่วย 1 คน ออกเยี่ยมทุกวันในวันราชการ และวันเสาร์-วันอาทิตย์ หากมีเหตุฉุกเฉินสามารถโทรแจ้งได้ นักกายภาพบำบัดออกเยี่ยมทุกวันพุธ มีใบนัด/บันทึกประจำวันอยู่ที่คนไข้ และบันทึกลงคอมพิวเตอร์ไว้ที่โรงพยาบาลไว้ว่า อาการ/ยาที่ให้/วิธีการรักษา จะต้องทำอะไรบ้าง ผู้ป่วยสามารถนำบันทึกนี้มาโรงพยาบาลเพื่อให้สั่งยา หรือรักษาต่อได้ โรงพยาบาลจะส่งข้อมูลต่อให้สถานเฝ้าระวัง แต่ถ้าสถานเฝ้าระวังไม่ดูแล โรงพยาบาลก็ต้องลงไปทำเอง ตอนนี้มี 2-3 สถานเฝ้าระวังที่เริ่มเข้ามาดูแลภายในชุมชนบ้าง

นักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลที่ทำงานในชุมชนจะไม่มี จะมีแต่นักสังคมสงเคราะห์จาก พมจ. ที่ลงเยี่ยมชุมชนกับทีมพยาบาลในโรงพยาบาลบางครั้ง ถ้ามีนักสังคมสงเคราะห์ลงเยี่ยมบ้านด้วย จะได้เห็นสภาพที่แท้จริง และจะช่วยประสานส่งต่อหน่วยงานต่างๆ ให้ช่วยเหลือได้ง่ายขึ้น เช่น การซ่อมแซมบ้าน ฯลฯ ซึ่งที่ผ่านมาพยาบาลจะต้องมาทำหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์ด้วย เช่น ประสาน จัดทำเอกสารเพื่อช่วยเหลือ case ซึ่งเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น บางครั้งการประสานขอความช่วยเหลือจาก พมจ. มีความล่าช้า จึงประสานให้สโมสโรตารี หรือมูลนิธิพุทธรักษา เข้ามาช่วยเหลือซ่อมแซมบ้านให้ผู้ป่วยได้เร็วกว่า

ในส่วนของทางเอกชน มีมูลนิธิพุทธรักษา ที่พานักเรียนจากโรงเรียนรุ่งอรุณไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกเดือน ซึ่งทางโรงเรียนมีวิชาจริยศาสตร์ ฝึกให้นักเรียนได้รู้จักการทำงานในชุมชน เข้าใจเพื่อนมนุษย์ หากนักศึกษาออกมาดูงาน ก็จะพาลงชุมชนดูผู้ป่วยที่พิการ จากอุบัติเหตุ เป็นต้น

คุณอรวิทย์ ปานเดชอุดม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ

เป็นผู้ดูแลคุณแม่ที่ป่วยมา 16 ปี ซึ่งตอนนี้คุณแม่อายุได้ 69 ปี

ในช่วงแรก ต้องช่วยกันดูแลแม่ อยู่ 2 คน ตนเองกับน้องสาว ผลัดกันดูแล โดยต้องรอให้อีกคนกลับมาจากที่ทำงาน นอกจากนั้นก็หาวิธีฝึกให้แม่ช่วยเหลือตนเองให้ได้บ้าง ฝึกลุกยืน เดินพอได้บ้าง มีการทำกายภาพตลอดจนกลายเป็นชีวิตประจำวัน

ต่อมาจึงได้ตัดสินใจให้น้องสาวเรียนต่อสูงขึ้น ในระดับปริญญาตรี ส่วนตนเองก็ออกจากโรงเรียน และ มาดูแลแม่ที่ป่วย

ผู้ดูแลมีความเสียสละ ได้เรียนน้อยกว่าพี่น้องในครอบครัว และยอมสละเวลามาดูแลแม่ซึ่งเป็นผู้ป่วย ตนเองจึงเกิดความเครียดที่ไม่ได้ออกนอกบ้าน และเกิดความรู้สึกน้อยใจ ต้องพึ่งพระแม่ ปรับตัวและปรับใจ ตนเอง ซึ่งผู้ป่วยก็ติดผู้ดูแล ไม่ไว้วางใจให้คนอื่นทำ พี่น้องคนอื่นก็ไม่สามารถดูแลได้ดีเท่ากับผู้ดูแลหลัก ก็ต้องดูแลแม่ต่อไป ผู้ดูแลก็ต้องจัดการชีวิตตนเองทำอย่างอื่นในชีวิตด้วย เช่น เรียนเสริมในระดับปริญญาตรี กรณีที่มีความจำเป็น เช่น ต้องไปสอบ พี่น้องอีก 5 คน ก็ต้องจัดเวรกันไปดูแลแม่ จนกระทั่งเรียนจบ ม.รามคำแหง จึงรับงานทำบัญชีมาทำที่บ้าน โดยมีญาติช่วยเหลือให้งานทำ

การจัดการเงินภายในบ้าน ใช้ระบบกงสี คือ ให้ทุกคนที่ทำงานมีเงินเดือน ต้องมีหน้าที่เก็บเงิน กองกลางของครอบครัวร่วมกัน โดยนำไปทาวนบ้าน และเก็บเงินไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลแม่ ในอนาคต หากแต่ละคนแยกย้ายออกไปมีครอบครัว ก็ต้องตกลงกันเพื่อร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

คุณวัชร วิริยะชัยพร (เจ้าหลี่) อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนซอยอาทิตย์แม่พระประจักษ์ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 กรุงเทพฯ

เริ่มต้นจากการได้รับการประสานงานจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ดำเนินโครงการวิจัยพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่น ในเมื่อเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ต้องดูแลผู้สูงอายุอยู่แล้ว จึงได้รวมตัวกับเพื่อนๆ ในชุมชน ซึ่งโครงการนี้จะร่วมกันทำ 3 ชุมชน คิดว่าจะทำอย่างไร จึงจัดตั้งกลุ่ม “ขวัญใจผู้สูงอายุ” มีเอกลักษณ์ที่ให้ผู้สูงอายุเข้าใจ คือ เสือขวัญใจผู้สูงอายุ เริ่มทำกิจกรรมโดยการค้นหากลุ่มเป้าหมายว่ามีใครบ้าง ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประมาณ 10 คน แบ่งงานกัน ลงสำรวจผู้สูงอายุตามแบบคัดกรอง แบ่งออกเป็น 3 ชุมชน เช่น ชุมชนซอยอาทิตย์ ได้ไป 15 คน สำรวจหา case ผู้สูงอายุ พอสำรวจเสร็จก็เอาแบบคัดกรองไปถามผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เข้าไปจนให้เขาไว้วางใจ กิจกรรมที่ทำ คือ การวัดความดัน เจาะเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาลได้ ซึ่งทางคุณวัชร มีสามีป่วยเป็นโรคเบาหวาน จึงมีเครื่องเจาะอยู่ที่บ้านอยู่แล้ว จึงเข้าไปช่วยเหลือตรวจให้คนในชุมชนด้วย และส่งผลไปให้ ศูนย์บริการสาธารณสุข 29

มีกรณีศึกษาอยู่ 1 กรณีที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม จึงเข้าไปดูแล จนเขาเกิดความไว้วางใจ เป็นมิตรกับเขา เมื่อไม่นานมานี้ กรณีศึกษานี้หกล้มจากเตียง จนทำอะไรไม่ได้ เป็นแผลกดทับ เลยประสานงานกับทางพยาบาลเยี่ยมบ้านให้เข้ามาดูแล case นี้ เป็น case ของทางพระราม 2 แต่ว่าทางศูนย์ฯ ดูแลได้ ปกติจะเข้าไปดู case นี้อยู่ จนกระทั่งเมื่อวานเข้าไป case นี้สามารถพูดคุยได้ เราเลยประทับใจว่าสามารถทำให้เขาฟื้นตัวได้

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของที่นี่ จะเน้นการเข้าไปเยี่ยมบ้านในชุมชน ไปรักษาตามอาการ เช่น วัดความดัน ตรวจน้ำตาล เจาะเลือด อย่างเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เอาความจริงใจเข้าไป เข้าไปเอาใจใส่ดูแล จนกระทั่งผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น

การทำงานกับผู้สูงอายุทำให้ตนเองได้รู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุ แต่ละ case ก็ไม่เหมือนกัน ทำให้รู้สึกว่าแต่ละ case มีความสำคัญกับตนเองมาก ช่วงแรกที่เข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุก็บอกว่าทำงานกับกลุ่มขวัญใจผู้สูงอายุ เวลาเข้าไปก็ใส่เสื้อสีชมพู ไปทุกครั้ง มีอยู่วันหนึ่งใส่เสื้อสีเขียวไป เขาจำเราไม่ได้ คราวหลังจะไปหาเขาต้องใส่เสื้อสีชมพูไป

อาสาสมัครสาธารณสุขจะช่วยตรวจดูอาการผู้ป่วยเบื้องต้น ทั้งในส่วนของการกายภาพบำบัด โภชนาการ และอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ทาง อสส. ก็จะไปแจ้งพยาบาลที่ลงเยี่ยมชุมชนให้เข้ามาดูแล

นอกจากนั้น การทำงานกับผู้สูงอายุจะต้องมีเทคนิคการดูแล โดยการไต่ถามอาการ วิธีการกินการอยู่ ทุกครั้งจะมีการนำยาที่สามารถเบิกได้จากศูนย์ฯ ไปให้ผู้สูงอายุ เช่น ยานวดแก้ปวดเมื่อย และมีการคอยเตือนสื่อสารกับผู้ป่วย และสอนให้ญาติดูแลให้ถูกวิธี เช่น บางรายญาติดูแลไม่เป็น กระทำรุนแรงเกินไป ผู้ป่วยก็ไม่ชอบ เลยมีวิธีบอกให้ผู้สูงอายุว่า หากปวดขาอยากให้อีกคนนวดให้ ให้ตีที่ขาตนเอง เป็นสัญญาณบอกให้ลูกทราบ พอลูกเห็นจะได้มานวดให้ มิเช่นนั้น การสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับลูกก็จะไม่เกิดขึ้น ฯลฯ และมีกระบวนการทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุ

ในชุมชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน จะดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 2 คน ซึ่งในชุมชนมีผู้สูงอายุทั้งหมด 15 คน

เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้เข้าไปดูแลทุกวัน จะเข้าไปเยี่ยมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง หากวันไหนไม่ได้ไปเยี่ยมจะถามคนข้างบ้านให้ได้ข้อมูล เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเหล่านี้ จะมีญาติเป็นผู้ดูแล แต่จะไปทำงานช่วงเช้า กลับมาช่วงเย็น

คุณวัฒนา ฤทธิเดช (ป้าตึก) อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนศิลปเดช ศูนย์บริการสาธารณสุข 29
เป็นกรรมการชุมชน 23 ปี เป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข 21 ปี

การเข้าไปดูแลผู้ป่วยในชุมชนชาวบ้านจะเปิดโอกาสให้เข้าไปได้ตลอด ซึ่งเป็นคนพื้นที่ จะดูแลผู้ป่วยที่นอนติดเตียง ส่วนใหญ่จะไปดูแลทุกวัน ไปให้กำลังใจคนดูแลผู้ป่วยด้วย ตนเองไปเยี่ยมบ้านทุกวัน แต่ไม่ครบทุกคน ช่วงเวลาเดินผ่านไปตลาดนัดก็จะแวะเยี่ยมเยียน ไปสอนการอาบน้ำ สอนวิธีป้อนอาหาร กายภาพบำบัด เช่น สอนให้เหยียดขา เหยียดแขน ให้กับญาติของผู้สูงอายุ และให้กำลังใจญาติผู้ดูแล เพราะบางทีเขาก็เครียด การดูแลผู้ป่วย ต้องให้คำแนะนำ เช่น การให้อาหารตรงเวลา หากทานเองไม่ได้ต้องป้อน การป้อนอาหารต้อง

ยกศีรษะขึ้น การทานน้ำ ถ้าดูจากหลอดใต้ต้องให้ดู หรือตักใส่ปาก ภาพภาพบำบัดต้องทำเป็นประจำ ไม่อย่างนั้นข้อต่อจะยึดติด

มีกรณีศึกษาหนึ่งที่น้องสาวชายของ ให้พี่ชายเฝ้าแม่ที่ตาบอด 2 ข้าง น้องสาวต้องต้มข้าวต้มให้กิน ก่อน ออกไปขายของ พอกลับมาก็จะถามพี่ชายว่าทำอะไรให้แม่บ้าง ภาพภาพบำบัดใหม่ ทำอะไรให้กิน จะไม่มีการทิ้งให้นอนคนเดียว

การไปเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน มีอาสาสมัคร 6 คน โดยจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปเยี่ยมเยียนตนเอง จะลงเยี่ยมชุมชนทุกวัน ทั้งป้อนข้าว ตรวจเบาหวานทั้งที่บ้านและส่งโรงพยาบาล

นอกจากนั้น ทางอาสาสมัครสาธารณสุข จะช่วยประสานส่งต่อ ดำเนินเรื่องให้ เช่น การรักษาสิทธิให้ผู้ป่วย บัตรทอง บัตรผู้พิการ ส่งคนไข้ไปโรงพยาบาล บางรายช่วยเหลือตั้งแต่ส่งโรงพยาบาล และรับกลับมาดูแลต่อ เช่น ผู้ป่วยเจาะคอ ให้หมทางสายยาง ทางเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขทำทุกวันไม่ไหว จึงหาอาสาสมัครเพื่อนบ้านมาช่วยกัน ทำความสะอาดบ้านให้บ้าง อย่างเช่น คนเจาะคอ จะให้เขากรอกอาหารด้วยตนเอง โดยเราเป็นผู้ส่งอาหารไปให้

การเข้ามาให้ความช่วยเหลือจากสำนักงานเขตฯ จะให้เงินชุมชนจำนวน 5,000 บาท ต่อเดือน ใช้จ่ายทุกอย่าง เช่น เติมน้ำเคมี แบตเตอรี่ ค่าอาหาร ซื้อกระเบื้องหลังคา ฯลฯ จะมาจัดกิจกรรมวันสำคัญบ้างเท่านั้น แต่ทางสำนักงานเขตไม่ได้ลงเยี่ยมชุมชน แต่เนื่องจากกรรมการชุมชน/อาสาสมัครมีความเข้มแข็ง เข้มแข็ง ทางสำนักงานเขต จึงไม่ได้ลงเยี่ยมชุมชนมากนัก ให้กรรมการชุมชนทำกันเอง แต่ทางชุมชนก็อยากให้ทางสำนักงานเขตลงเยี่ยมคนในชุมชน ให้กำลังใจบ้าง

เมื่อก่อนทางชุมชนเคยเขียนโครงการของบประมาณจากสำนักงานเขต แต่ขอไปก็ไม่เคยได้รับ จึงเลิกเสนอโครงการ โดยชุมชนจะทำกันเอง แต่ก็ส่งรายงานให้สำนักงานเขตรับทราบอยู่ตลอด ในบางเรื่องก็อยากให้ทางสำนักงานเขตเข้ามาดูแลคนในชุมชน

ทางนพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ได้ให้ข้อเสนอเพิ่มเติมในประเด็นการทำงานของท้องถิ่นว่าในส่วน of กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา ซึ่งมีงบประมาณในการบริหารจัดการมากกว่าในส่วน of อบต./เทศบาล แต่สิ่งที่ทำให้เมืองใหญ่ไม่ประสบความสำเร็จในการทำงานกับชุมชน อาจจะมีผลมาจากการมีความเป็นเมือง มีพื้นที่ในการดูแลที่ใหญ่ หากเทียบกับทางอบต./เทศบาล มากกว่า ควรมีการจัดเวทีกระตุ้นให้ทาง กรุงเทพมหานครรับทราบงานที่คนในชุมชนทำ และต่างจังหวัดทำ

งานการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมและดำเนินการ

ในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและในชุมชน ระบบสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยากจะทำให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมมีอะไรบ้าง

- อยากรจะให้ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพูดคุยกัน เช่น โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ฯลฯ ให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

- ในกรณีของ ต.ปากพูน เงินค่าตอบแทนอาสาสมัครจะไม่สามารถจ่ายได้ ทาง อบต. จึงจ่ายเป็นค่าพาหนะให้แทน เช่น จ่าย อพส. 300 ซึ่งพบว่า บาง อบต. อ้างว่าการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครผิดระเบียบ ไม่ยอมจ่ายให้ แม้กระทั่งค่าพาหนะให้ แต่ อบต. นำงบประมาณที่มีอยู่ไปทำกิจกรรมอย่างอื่น เช่น ทักษะศึกษาดูงาน

- โรงพยาบาลควรอำนวยความสะดวก รักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังก่อน เพราะต้องรักษาหลายโรคหลายแผนก ควรมีระบบเชื่อมต่อระหว่างการรักษาเฉพาะโรค และ HHC (กรณีที่ต้องกินยาเดิม ต้องมีการรักษาแบบเดิมอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องเข้ามาพบหมอบ่อยมากนัก)

- จัดให้มีระบบเชื่อมต่อที่มีความสะดวก มีระบบที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ผู้พิการ ให้เข้าถึงบริการได้ เช่น กรรมการชุมชนไม่ต้องแบกหามผู้สูงอายุที่พิการเจ็บป่วยไปทำบัตร

นางสาวจุฑารัตน์ ทนไชย
ผู้บันทึกการรายงานการประชุม

นางสาววิภา แก้วเกตุ
ผู้ตรวจบันทึกการรายงานการประชุม

**สรุปการประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อข้อเสนอ
เรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง”**

วันจันทร์ที่ 22 กุมภาพันธ์ 2553 เวลา 9.00 -12.00 น.

ณ ห้องประชุม ตึกสภากาชาด โรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. คุณสมยศ สายจิตปริสุทธิ์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. คุณวิมล บำรุงพาน | กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 3. นพ.วิวัตร วิริยกิจจา | กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |
| 4. คุณนันท์นภัส ต้อยตั้ง | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. คุณมาลีรัตน์ อ่ำทอง | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 6. คุณนันทนา ศรีพินิจ | กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |
| 7. คุณสุรชาติพงษ์ จันทร์ภักษ์ | กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน (งาน อสม.)
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 8. คุณทัศนีย์ ญาณะ | สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน |
| 9. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ | สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน |
| 10. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 11. ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 12. นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 13. คุณวรารักษ์ สุวรรณเวลา | กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 14. คุณอรจิตรต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ | กลุ่มงานสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 15. คุณศิริลักษณ์ สีบวงศ์แพทย์ | สภากาชาด |
| 16. นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 17. พ.ญ. วัชรารัตน์ ไร่ไพบลูย์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 18. นายสุทธิพัฒน์ คงเพ็ชร | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 19. คุณธนกร ทองศรี | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 20. คุณจิตติมา นงจันกุล | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 21. คุณทัศนีย์ ตันทวีวงศ์ | กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีธัญญา |

22.คุณภาณี วัฒนา	สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
23.คุณชัยศ อัมสุวรรณ์	สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
24.คุณแมชวิน พุ่มมาลี	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ
25.คุณมุกดา อินทะสาร	คณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการจัดสวัสดิการชุมชนเครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน จังหวัดพะเยา
26.ศ. ศติพัฒน์ ยอดเพชร	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
27.รศ.ดร. วรรณภา ศรีธีรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
28.ผศ.ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัดย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
29.ผศ.สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
30.ผศ.ดร.นาริรัตน์ จิตรมนตรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
31.ทพญ.ชันทา วิชชาวุธ	ทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
32.คุณเสมา มีสมบุรณ์	มูลนิธิเพื่อการบริหารสังคม
33.คุณศิริพร ชันทวี	
34.คุณกุลพัฒน์ คมกฤษ	
35.คุณกิติมา อินทิแสง	
36.นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
37.พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
38.คุณวิภา แก้วเกตุ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
39.คุณจุฑารัตน์ ทนไชย	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
40.คุณชีวารัตน์ ดีวาจา	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
41.คุณสุชาดา วังอนันนท์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

ชี้แจงวัตถุประสงค์

การทำงานด้านนี้ยังไม่มีระบบที่เป็นทางการจากรัฐบาลที่เกื้อหนุน เพราะฉะนั้นระบบในเชิงนโยบายควรต้องพิจารณาว่าจะทำให้เกิดระบบเหล่านี้ได้อย่างไรโดยอาศัยต้นแบบหรือต้นทุนทางสังคมที่ภาคประชาชนหรือท้องถิ่นได้ปฏิบัติกัน การสังเคราะห์ระบบการดูแลระยะยาวได้รับความกรุณาจากนพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ ทำงานนี้ภายใต้สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ซึ่งเป็นเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีการเก็บรวบรวมทบทวนองค์ความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อสังเคราะห์รูปแบบเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งเวทีนี้เป็นเวทีที่ผู้กำหนดนโยบาย โอกาสนี้ทิศทางนโยบายก็เริ่มมีกลไกทางนโยบายแล้ว โดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตาม

ผลักดันระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วย ซึ่งกลไกเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยข้อเสนอความรู้ต่างๆ เพื่อให้กลไกสามารถดำเนินการได้

ข้อเสนอจากนักวิจัยการสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

มีข้อเสนอ 2 ชั้น บางเรื่องอาจไม่ใช่เรื่องใหม่มากบางท่านอาจเคยเห็นข้อเสนอเรื่องนี้บ้างแล้ว แต่ประเด็นคือยังไม่เกิดภาพที่เป็นรูปธรรม แทนที่เราจะเสนอเป็นนโยบายเราจึงเสนอเป็นรูปแบบการดำเนินงาน เรามองว่าในแง่ของการทำงานถ้าจะให้เกิดขึ้นนั้นซึ่งขณะนี้ยังไม่มีการทำงานที่เป็นระบบ ข้อเสนอที่ได้นั้นมาจากประสบการณ์การทำงานในการลงพื้นที่ เพื่อดูการดำเนินงานแล้วมาทำเป็นข้อเสนอ โดยเชิญ ทพญ. กนิษฐา บุญธรรมเจริญให้ข้อมูลดังนี้

ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ

โจทย์ที่ได้รับคือการทำงานสังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย เริ่มต้นโดย

การดูแลในสถาบัน พบว่าช่วงค่าใช้จ่ายในการดูแลอยู่ในช่วงประมาณ 4,000-52,500 บ./คน/เดือน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับการดูแล หมายถึง Nursing Home เป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

การดูแลในครอบครัว พบว่าต้นทุนเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายประมาณ 81,537 บ./คน/ปี

ภาวะพึ่งพิงระดับสูง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง เนื่องจากต้องมีผู้ดูแลและเป็นค่าใช้จ่ายในการเสียโอกาสของผู้ดูแล

ปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 8 ล้านคน และในปี 2562 จะมีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงประมาณ 100,000 คนในผู้ชาย และประมาณ 160,000 คน ในผู้หญิง ค่าใช้จ่ายของกลุ่มภาวะพึ่งพิงจะต้องไปอยู่ในสถานบริการรับดูแล

บทเรียน ประกอบด้วย 5 เรื่อง

1. การคลัง

1. การคลัง แหล่งที่มามาจากภาษีประชาชน จำกัดเฉพาะผู้ยากไร้ ต้องมีการประเมินความจำเป็นงบประมาณที่มาจากท้องถิ่นและจากส่วนกลาง และการจ่ายร่วมจากผู้รับบริการเอง การรวมทรัพยากรจะมีทั้งแบบภาคบังคับแบบประกันสังคม สมัครงใจหรือเงินที่มาจากภาษีของประชาชน

2. การเชื่อมโยงกับบำนาญ ค่าบำนาญจะถูกใช้จ่ายในการซื้อบริการ

3. สิทธิประโยชน์ มีได้หลายรูปแบบ

4. การสนับสนุนค่าใช้จ่าย

สำหรับการดูแลในสถาบัน จะมีค่าใช้จ่ายค่ากิน-อยู่ ค่าดูแล ค่าบริการพิเศษทางการแพทย์ต่าง ๆ

ประเภทของการคลัง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. การคลังที่มาจากระบบของประกัน คือ long term care insurance เช่น ญี่ปุ่น, เยอรมัน, Israel (Com. care only), ออสเตรีย, เนเธอร์แลนด์ (Austria-by gen revenue)

แนวคิด คือ ทุกคนที่มีการจ่ายสมทบก็จะได้รับสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม

การคลัง จะมีการกำหนดว่าต้องมีการจ่ายสมทบเท่าไร

การกระจายอำนาจ จะเป็นกองทุนระดับชาติ การบริหารจะเป็นในลักษณะรวมศูนย์ เช่น ญี่ปุ่น สิทธิประโยชน์ ต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะมีการประเมินจากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มี/ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว

2. การคลังที่ไม่ได้มาจากระบบประกัน

แนวคิด คือ จะให้เฉพาะผู้ที่มีความจำเป็น

การคลัง ไม่มีการจ่ายสมทบ เงินที่ได้มาจากภาษีของประเทศ

การกระจายอำนาจ เป็นการกระจายอำนาจให้กับรัฐบาลท้องถิ่น

สิทธิประโยชน์ จะจำกัดด้วยเงินงบประมาณจะสามารถจ่ายให้ได้มากหรือน้อยต้องขึ้นอยู่กับงบประมาณของประเทศ และจะมีการประเมินว่าเหมาะสมหรือไม่ที่จะได้รับการช่วยเหลือ

2. ผู้จัดการ ประกอบด้วย บทบาทของรัฐ มีทั้งการให้บริการ การกำกับดูแล การคุ้มครองผู้บริโภค แต่การที่รัฐเป็นผู้จัดการเองนั้นมักไม่ค่อยได้ผล เหลือเพียงไม่กี่ประเทศแล้วที่รัฐเป็นผู้จัดการ

3. ความเชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพและสังคม การดูแลระยะยาวต้องมีทั้งบริการทางการแพทย์และบริการทางด้านสังคม เช่น การเยี่ยมเยียน การให้กำลังใจ การดูแลที่ไม่ต้องการทักษะทางวิชาชีพ เช่น การทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว การช่วยเหลือในการลุกนั่ง การเชื่อมโยงประกอบด้วย

- การผลัดภาระ หน่วยบริการทางการแพทย์ก็พยายามจำหน่ายผู้ป่วยออกไปสู่หน่วยบริการทางสังคม แต่บริการทางสังคมก็ยังไม่พร้อมที่จะรับ จึงทำให้เกิดช่องว่างของบริการ

- ช่องว่างของบริการ ผู้ใช้บริการไม่รู้ว่าจะไปทางไหน

- ใครจ่ายอะไร ควรมีเกณฑ์ในการบอกว่าใครจะต้องจ่ายอะไรบ้าง

- Care manager กลไกที่จะสร้างความเชื่อมโยง คือผู้จัดการดูแลจะมีบทบาทสำคัญ ทำหน้าที่ประเมินความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลให้กับผู้สูงอายุแต่ละคน และต้องจัดทำแผนการดูแลให้กับผู้สูงอายุแต่ละคนจะต้องไปอยู่ที่ใด ในระดับไหน

- Point of entry เป็นจุดที่มีการประสานการให้บริการเป็นจุดเดียว และจุดนี้ก็จะส่งต่อว่าผู้สูงอายุจะต้องไปจุดไหนต่อ

4. การจำกัดต้นทุน ประกอบด้วย

- สิทธิประโยชน์ เช่น เยอรมนี มีเพดานของสิทธิประโยชน์และการจ่ายเงินสมทบ

- การจำกัดเกณฑ์เกณฑ์การได้รับการช่วยเหลือ

- ให้มีการจ่ายร่วม

5. ช่วยเหลือกันภายในครอบครัว/ชุมชน การช่วยเหลือไม่ได้ลดน้อยลง ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลจากครอบครัวและเครือญาติ ในบางประเทศมีการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว เช่น มีการจ้างงาน ให้หยุดงานเพื่อดูแลนานถึง 6 เดือน โดยกองทุนการดูแลจ่ายเงินสมทบประกันสังคมให้ และการให้หยุดงานฉุกเฉิน เป็นต้น

การสนับสนุนเป็นตัวเงิน

- เพิ่มความยืดหยุ่นให้กับผู้บริการ โดยให้เงินผู้พิการหรือผู้สูงอายุไปซื้อบริการเอง ให้เงินทดแทนสำหรับการดูแลเป็นเงินอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ และไม่สามารถโอนสิทธิให้ผู้ดูแลได้ แต่ผู้สูงอายุสามารถนำเงินนั้นสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวได้ มีบ้านอายุผู้ดูแลที่โสด และไม่สามารถหางานทำได้มากกว่า 5 ปี หลังจากผู้ได้รับการดูแลเสียชีวิต หรือถูกส่งต่อไปในสถาบัน มีการจ้างงานโดยท้องถิ่นเป็นผู้จ้างสมาชิกในครอบครัว กรณีนี้มักใช้ในพื้นที่ชนบทหรือในเขตที่ไม่มีบริการ

ระบบการดูแลระยะยาว

ในประเทศเยอรมันและญี่ปุ่น มีการคลังแบบ social insurance และมีเงินสมทบ ส่วนสวีเดนและอังกฤษจะเป็นรูปแบบของการจ่ายภาษี ในประเทศอังกฤษ จะมีการประเมินความสามารถในกรณีของผู้ที่จำเป็นจริง ๆ สำหรับระดับความรับผิดชอบ ในแบบ social insurance มักจะเป็นกองทุนรวมในระดับชาติ คือประเทศเยอรมัน ส่วนญี่ปุ่นเป็นระดับท้องถิ่นเข้ามาดูแล

ในเรื่องสิทธิประโยชน์ ประเทศเยอรมัน สวีเดน อังกฤษมีทั้งบริการและเงิน ส่วนญี่ปุ่นจะมีแต่บริการอย่างเดียว ส่วนค่าใช้จ่าย (%GDP) มีตั้งแต่ 1-3 %

บทบาทการจ่ายระหว่างรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น และประชาชนเปรียบเทียบของบางประเทศ

	สวีเดน	ญี่ปุ่น	อังกฤษ	เยอรมนี
ภาษีระดับชาติ	สมทบ	สมทบ 25%	สมทบ	-
ภาษีท้องถิ่น	เป็นหลัก (20.6% ในปี 2002)	สมทบ 25%	เป็นหลัก	-
เงินสมทบประกัน	-	50%	-	เป็นหลัก
ร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ	5% ตามรายได้	10% และ ค่าอาหาร	Means-test	100% hotel cost 25% total cost

ข้อเสนอแนะของประเทศไทย

ความจำเป็นของการดูแลระยะกลางและระยะยาว

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ข้อเสนอจำเป็นต้องมีการดูแลทั้งในระยะยาว ระยะกลาง และระยะสั้นด้วยเนื่องจากความสำเร็จด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต้องการการบริการ/การดูแลที่ต่อเนื่อง

เราพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน คือ เน้นเรื่องการฟื้นฟูและการบำรุงรักษาสถานภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ จุดเน้นการดำเนินการของระยะกลางและระยะยาวต่างกัน โดยระยะกลางจะเป็นการบริการทางการแพทย์ และระยะยาวเป็นเรื่องของสังคม

ความจำเป็นกับการบริการที่มีรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน

ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก

- พบว่าโดยกว่าครึ่งของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฝึกสอนกายภาพบำบัดก่อนจำหน่าย และพบว่า มีเพียง 7% ที่ได้รับการฝึกพูด การสื่อสาร 22% ได้รับการประเมิน ADL เนื่องจากการบริการระยะยาวระยะกลางจะฝึกในการฟื้นฟู

ความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วย Stroke เมื่อจำหน่าย

- ความจำเป็นของผู้ป่วย 72% ยังคงมีอัมพาตในซีกซ้ายและซีกขวา และเมื่อมีการจำหน่ายแล้วพบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัด และมีแนวโน้มสูงว่าจะได้รับทุพพลภาพที่ถาวรตามมา สำหรับส่วนที่เหลือก็พบว่ามีการทำจากญาติ

บทบาทท้องถิ่น/ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มุ่งไปที่ผู้ไม่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงมีลักษณะสงเคราะห์เป็นครั้งคราว

พบว่าท้องถิ่นมีการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างมากในบริบทที่เป็นปัจจุบัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง เรื่อง งานด้านศิลปวัฒนธรรม ชุมชนผู้สูงอายุ มุ่งไปที่ผู้สูงอายุไปที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงจะเป็นเรื่องการสงเคราะห์

ผู้มีภาวะพึ่งพิง ยากลำบากในการไปรับบริการ ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

- ต้องการทั้งบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข – สังคม
- ต้องการบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันทั้งแนวราบและแนวดิ่ง (ต้องพัฒนาทั้งระบบเชื่อมโยงกัน ไม่ใช่เฉพาะแห่ง)

ขณะนี้เราพบว่ามียุโรปหลายแห่งมีการที่มีการดำเนินการในด้านนี้ กรณี ของภูกระดึง หรือที่ภาพสินธุ์มีการจ้างนักกายภาพบำบัด เพราะมีความจำเป็นต้องการเชื่อมโยง คนไข้เมื่อไม่สามารถดูแลโดยชุมชนได้ ควรหน่วยรองรับ

ระบบที่ต้องพัฒนา

ระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสาธารณสุขที่เปลี่ยนไป ประกอบด้วย

-เรื่อง Intermediate Ward หรือ Intermediate Beds เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการดูแลระยะกลางก่อนถูกจำหน่าย

-การให้บริการเชิงรุก ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเนื่องจากค่าขนย้ายที่มีราคาแพง

การบูรณาการสุขภาพและสังคมในชุมชน

-บทบาทท้องถิ่น

-จัดระบบอาสาสมัคร ค่าตอบแทน หากเรามีการจัดการที่ดีและใช้ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ช่วยในการดูแลในชุมชนได้

บริการในสถาบันโดยเฉพาะภาครัฐและเอกชน

กลไกบูรณาการระบบการดูแล

หน่วยพัฒนาในระดับจังหวัด

ข้อเสนอเป็นแบบ Aria Bate และมีเจ้าภาพมาดูแล

จะพัฒนาระบบในบริบทของประเทศไทยได้อย่างไร

แนวคิด

ในการบริการสุขภาพ ให้สิทธิพลเมืองกับทุกคน ทางด้านสังคมเน้นเรื่องการช่วยเหลือผู้ยากไร้

การคลัง

ขณะนี้เรามีระบบบริการด้านสุขภาพถ้วนหน้ามีการส่งเสริมการดูแลอีก 2 กองทุนยังไม่มีในสาขาระบบกองทุนประกันสังคมมีงบสำหรับผู้พิการในแต่ละปีมีการใช้งบประมาณที่น้อยมากเพราะว่าผู้บริการต้องไปใช้บริการและจ่ายเงินเองและนำมาเบิกคืน ในแง่การเข้าถึงยังคงมีปัญหา

หน่วยงาน

ขณะเดียวกันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการสนับสนุนเรื่องนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระหว่างบริการสุขภาพกับสังคมเราแยกออกจากกัน บริการสุขภาพหลักจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข ด้านสังคมมีกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สำหรับด้านจังหวัดเรามีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์พัฒนาการจังหวัด (พมจ.)

สิทธิประโยชน์

UC ครอบคลุมหมด บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าไปในสถานบริบาลของผู้สูงอายุต้องครอบคลุมแต่ยังไม่มียกเว้นที่เข้าไปคุ้มครองที่ทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้ สำหรับบริการด้านสังคมยังไม่ได้กำหนดชัดเจน

กลไกประสาน/บูรณาการ

จะอย่างไรให้ 2 ส่วนนี้เข้ามาเชื่อมหากันได้

แนวคิดในการพัฒนา

- พัฒนาต่อยอดจากระบบที่มีอยู่ โดยเน้นพัฒนาระบบบริการให้เกิดขึ้นก่อน
- เน้นสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคมในชุมชน
- คำนึง “กตัญญู กตเวทิต์” ผังรากอยู่ในระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย เป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่ควรรักษาไว้ โดยต้องมีระบบสนับสนุนจากชุมชน ท้องถิ่น และภาครัฐ อย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ (mean test)
- มีระบบบริการในสถาบันที่ได้มาตรฐาน เข้าถึงได้ รองรับสำหรับรายได้เกินขีดความสามารถของครอบครัวในการดูแล

ขณะนี้เรามีสถานบริบาลหรือ Nursing Home ของภาคเอกชนก็ยังคงมีปัญหายุ่งยาก เราพบว่าการส่งเคราะห์ผู้สูงอายุในภาครัฐมีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาวศักยภาพขององค์กรยังไม่รองรับ

หลักการพัฒนา

- การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เน้นสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชน ดูแลจัดการเพื่อตนเอง และช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด โดยท้องถิ่นและภาครัฐพร้อมเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนแก่ครอบครัวที่ล้มเหลวในการดูแล
- ครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพและสังคม ครบทุกมิติ
- การเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการโดยสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
- ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่
- มีความเป็นธรรม

การพัฒนาจะเป็นการพัฒนาความสนใจแต่ละที่ สิ่งที่เราจะทำคือนำสิ่งดี ๆ ของแต่ละพื้นที่มาร้อยเรียงกัน จึงเห็นว่าควรมีสุนัขดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในโรงพยาบาล ควรมีพื้นที่ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและเมื่อจำหน่ายแล้วต้องมีการเตรียมเจ้าหน้าที่ในการดูแล ในชุมชนจะมีสถานเฝ้าระวังซึ่งเป็นจุดแข็งของระบบสาธารณสุขต้องมีการจัดการเพื่อทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล มีบางแห่งที่เราพบว่ามีศูนย์ฟื้นฟู เช่น วัด เริ่มมีบทบาท แต่มีข้อจำกัดว่าทำตามถนัดและความเชื่อของพระ

ในระดับอำเภอ เรามองภาพรวมของบริการในอำเภอเป็นตัวเดียวกันและให้โรงพยาบาลเป็นผู้ดูแล การเชื่อมระหว่างบริการสุขภาพกับสังคม เราพบว่าพื้นที่ที่มีการดำเนินการยังมีการเชื่อมที่ไม่เป็นทางการ เช่น ภาพสิทธิ์ ให้ข้อมูลว่าการออกเยี่ยมครั้งแรกเขาให้ท้องถิ่นเข้าร่วมด้วยเพื่อประเมินและวางแผนร่วมกันว่าจะดูแลคนไข้อย่างไร และจะทำให้ทุกที่ดำเนินการแบบนี้ได้อย่างไร โดยน่าจะมีจุดเชื่อมซึ่งมองว่าน่าจะเป็นทาง กระทรวงมหาดไทย ปัญหาคือท้องถิ่นในระดับอำเภอยังไม่มีเพียงระดับตำบลเท่านั้น คงต้องใช้โรงพยาบาลเป็นตัวหลัก

ในระดับจังหวัด

เรามองภาพว่าขณะนี้ เรามี พมจ.สสจ.ที่ต้องเข้ามาช่วยดูแล และศูนย์ประสานงานผู้พิการ หากต้องการให้ขยายมากขึ้นก็มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และพม.เป็นเลขา อาจจะช่วยขยายบทบาทตรงนี้เข้าไปได้

การจัดบริการในชุมชน

- บทบาททีมเชิงรุกของรพ. มีนักกายภาพ/ผู้ช่วยออกให้คำแนะนำฝึกสอนญาติในการดูแล
- ออกครั้งแรกควรมีทีม สอ./ ท้องถิ่น/ อสม. เพื่อประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกัน
- อปท. มีบทบาทในการให้การช่วยเหลือดูแลด้านสังคม
- มีนักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่เป็น case manger
 - จัดระบบอาสาสมัครในการให้การช่วยเหลือมีระบบค่าตอบแทน
 - มีระบบข้อมูล
- อาจมีศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน
- ศูนย์อเนกประสงค์ผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบการดูแลในสถาบัน

- ยกระดับสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ให้สามารถให้บริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้
- ส่งเสริมให้มีสถานบริบาลผู้สูงอายุในพื้นที่ (จังหวัด/ กลุ่มจังหวัด) อาจเป็นรัฐหรือเอกชน
- การคลังสำหรับบริการในสถาบัน ด้านการแพทย์ให้กองทุนประกันสุขภาพรับผิดชอบ ส่วนด้าน

สังคมให้ อบจ. ช่วยผู้ยากไร้ (mean test)

กลไกการอภิบาลระบบ

- คณะกรรมการและศูนย์ประสานการดูแลระยะยาว/ระยะกลางระดับจังหวัด
- ยกระดับจากศูนย์ประสานผู้พิการ
- ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน พมจ./สสจ. เป็นเลขาร่วม
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ประสานเชิงยุทธศาสตร์
- ศูนย์ข้อมูล และจัดระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ
- พัฒนาระบบบริการในชุมชนให้ได้มาตรฐาน
- ส่งเสริมการจัดบริการในสถาบันให้ได้มาตรฐาน
- จัดการความรู้

- ติดตามประเมิน

ระบบสนับสนุนจากส่วนกลาง

- กระทรวงมหาดไทย ร่วมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ อปท.มีบทบาทในการจัดการระบบบริการระยะยาว
- กระทรวง สธ. ร่วมกับ กระทรวง พม. ร่วมกันพัฒนา
 - มาตรฐานสถานบริบาลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลที่มีวิชาชีพ
 - มาตรฐานการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ
 - เครื่องมือประเมินภาวะพึ่งพิง
 - แผนการจัดการโรค แผนการดูแล แผนการจำหน่าย
 - สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา
 - มีนโยบายให้ สสจ. ตั้งสำนักพัฒนาระบบบริการระยะกลาง/ระยะยาว
 - มีนโยบายให้ทุก รพ.เปิดกรอบอัตราค่าจ้างให้มี
 - นักกายภาพบำบัดและผู้ช่วยเพื่อจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และมีนักกิจกรรมบำบัดใน รพช.ขนาดใหญ่และรพ.จังหวัด
 - นักสังคมสงเคราะห์ในรพช.
 - สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและกายภาพบำบัดเชิงรุกในชุมชน พร้อมทั้งพัฒนา แนวคิด วิชาการ ตัวชี้วัดในการติดตามประเมิน และการจัดเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน
- ผลักดันให้สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) กำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพชุมชนเป็นเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริการ

แหล่งงบประมาณ

- งบพัฒนามาจากกระทรวงสาธารณสุข/ สปสช. ในด้านสุขภาพ และ พม./อปท. ด้านสังคม
- งบบริการสุขภาพ มาจาก สปสช./ กองทุนอื่นๆ
- งบบริการสังคม – ครอบครัว/ ชุมชน/ อปท.
- ขยายบทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มาสนับสนุนการจัดบริการในชุมชน
- ให้อบจ. สนับสนุนงบประมาณช่วยผู้ที่ต้องเข้ารับบริการในสถาบันที่ไม่มีผู้ดูแลหรือยากไร้
- ในระยะยาวอาจขยายบทบาทกองทุนบำนาญแห่งชาติมาสนับสนุนการดูแลระยะยาว โดยสรุปเราพยายามจะเสนอให้ทำเป็นพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัด

ประธานที่ประชุม

เราพยายามสังเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมาว่าหน้าตาเป็นอย่างไร ต้องสังเคราะห์หน่วยงานที่รับผิดชอบสภาพพื้นที่ท้องถิ่น พม. สภาพพื้นที่ เคยตั้งโจทย์ Long Term Care มาพอสมควร จากการ Review ดูว่าพื้นที่ทำ

ได้ดีมาก Long Term Care มีคนเข้าใจว่าดูแลผู้สูงอายุ บางท่านบอกดูแลผู้ที่ต้องการความพิเศษเป็นกรณี วันนี้เราไม่ได้มาคุยกันเรื่องการดูแลผู้สูงอายุแต่มีระยะยาวและระยะกลาง เรื่องนี้ยังคงเป็นช่องว่างในสังคมไทย

เปิดเวทีระดมความคิดเห็น

นพ.วิวัฒน์ กระทรวงสาธารณสุข

มีการตั้งข้อสังเกต 5 ข้อ

1. ให้ทุกหน่วยงานบริการทางการแพทย์
2. Long Term Care เพื่อลดรายจ่าย 20,000 บาท/คน สามารถคุมราคากลางไม่ให้สูงเกินไป สร้างมาตรฐานการดูแล
3. มี Second Opinion ได้
4. Alternative Service สามารถเลือกได้
5. Portative Care สิทธิในการตาย

ข้อเสนอ

นอกจาก Policy Advocacy แล้ว ต้องคิดถึง Record Body and mind up grade เพื่อช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนระดับปัจเจกบุคคลเสนอเรื่องคุณธรรม กตัญญู อปท.ควรรับผิดชอบ และสื่อสารมวลชนเป็นตัวขับเคลื่อนที่ดีมาก เรียกว่าวักขึ้นกระตุ้นสังคม หากให้เกิดเป็นรูปธรรมควรมีระบบ kick off

ประธานที่ประชุม

มองได้ 3 ข้อดังนี้

1. Long Term Care เราหวังให้คนมามีส่วนร่วม
2. งบประมาณควรทำอย่างไร
3. ทำระบบหลักที่ต้องมีกลไก รัฐบาลต้องมีนโยบายอย่างไร ต้องมีทั้งการส่งเสริมและครอบคลุมหาสิ่งที่เรียกว่า Social Care

ทุกวันนี้เรามีบ้านผู้สูงอายุ กระทรวงพม.เป็นผู้จัดทำและยังไม่มีจุดเชื่อมโยงเท่าที่ควร คือทางออกหรือไม่สำหรับ 3 ทางนี้

คุณภาณี วัฒนา

ให้มองตัวเลขว่าหลังวัย 60 ปี จะมีภาวะพึ่งพิง มากน้อยแค่ไหน เราพูดจากตัวเลขที่ยังไม่รู้ หากประมาณได้ จะทราบว่าการบริการจริงคืออะไร ค่าประมาณของแต่ละชุมชนหรือจังหวัดทำให้เรากำหนดได้ชัดเจนว่าต้องการดูแลแบบใด คนประเภทใด หากเราดูตัวเลขคนป่วยจะทำให้เราแบ่งได้ชัด

เสนอแนวคิด ผู้สูงอายุทำประกันสุขภาพ คนที่สามารถจ่ายได้น่าจะมีระบบประกันที่สามารถจ่ายได้ในเชิงของสุขภาพ ทำให้ค่าใช้จ่ายนั้นมีการร่วมจ่าย การใช้ประโยชน์จากหมอและพยาบาลที่เกษียณอายุราชการ มาช่วยสอนงานในส่วนนี้

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จากการศึกษานิยามแตกต่างกันของผู้ใช้และผู้บริการหากเราจะจัดบริการระยะกลาง เราต้องครอบคลุมอะไรบ้างเป็นเรื่องที่เราต้องทำความเข้าใจและกำหนดเป็นประเด็น จากโมเดลของประเทศญี่ปุ่นยังคงไม่เห็นด้วยเพราะมีการส่งระบบต่อ แต่เห็นด้วยกับ Integrate ของอเมริกา ก่อนข้างเป็นระบบที่ดี ครอบคลุมคนพิการด้วย หากจะมีการสนับสนุนงบประมาณนโยบายต้องมาจาก Long Term Care ระดับประเทศ ระบบ

บริการขึ้นอยู่กับท้องถิ่น และไป Out Source กับเอกชน โดยมีกฎหมายรองรับเพราะจะทำให้เราสามารถใช้งบประมาณได้มองว่าให้เน้นเรื่องการเชื่อมประสาน มี 3 ข้อ

1. Link Grate ใช้จังหวัดเป็นตัวเชื่อม
2. Coordinator
3. Integrate

สำหรับอาสาสมัครการศึกษาพบว่าอาสาสมัครใช้กับประเทศที่กำลังพัฒนา เราควรมีผู้ช่วยที่สูงกว่าอาสาสมัครและส่งเจ้าหน้าที่ไป Training ในส่วนนักสังคมสงเคราะห์คาดว่าจะอีก 3 ปีน่าจะมีนักสังคมสงเคราะห์ในส่วนนี้ และเห็นว่าน่าจะมีการปรับปรุง “นโยบายกลาง” กฎหมายผู้สูงอายุ ให้ขยายกว้างขึ้น

ประธานที่ประชุม

เราน่าจะเห็น Social Care ผู้สูงอายุไปที่ท้องถิ่น ท้องถิ่นเข้มแข็ง ถ้าอยากให้เกิดบริการช่วยเหลือดูแลประชาชนในชนพื้นที่ เราควรหวังให้ท้องถิ่นจัดบริการหรือโดยให้คนอื่น ๆ

คุณมุกดา อินทะสาร เครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน จ.พะเยา

ในท้องถิ่นมีการดูแลสวัสดิการชุมชน เราดูแลตั้งแต่เกิดจนตายเงินสวัสดิการชุมชนใช้งบประมาณของชาวบ้านโดยให้ชุมชนเป็นผู้วิเคราะห์เอง สิ่งที่ผู้สูงอายุมีความกังวลคือการเจ็บและการแก่ ในชุมชนจะมีกองทุนของสปสช.และสวัสดิการโดยมีเครื่องมือในการดูแลซึ่งกันและกัน มีการจัดสวัสดิการชุมชน ทำงานแบบบูรณาการ เสนอว่าระบบบำนาญของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุสมทบร่วมกับรัฐบาล

ประธานที่ประชุม

1. ให้ชุมชนเป็นผู้ทำ โดยมีกองทุนชุมชนรวมพลังกองทุนโดยชุมชนดูแล
2. ตัวเลขจากที่รายงานพบว่าขนาดของเงินที่ต้องการใหญ่กว่าเงินที่มีอยู่
3. เปลี่ยนวิธีการใช้เงิน โดยมี 4 ตัวหลัก คือ ดูแลชาวบ้าน ผู้สูงอายุ ดูแลเงินออมสุขภาพ ดูแล

Long Term Care

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คณะทำงานเพื่อวางยุทธศาสตร์สวัสดิการสังคมแห่งชาติของผู้สูงอายุ มีกลไกในจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานมีการระดมกลุ่มเป้าหมาย 10 กลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของการบริการสังคม และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนมีกลไกด้านนี้อยู่ Long Term Care คือสวัสดิการสังคม

คุณอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เห็นว่าหากเป็นชุมชนท้องถิ่นควรส่งให้กระทรวงพม.ดูแล หากเกี่ยวกับสุขภาพก็เป็นกระทรวงสาธารณสุข เสนอ 2 ส่วนในการพิจารณา

1. การจัดการเชิงบริการ
2. การจัดการเชิงชุมชน

โดยเราต้องบูรณาการทรัพยากรและเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุ และกลไกกองทุนผู้สูงอายุน่าจะมีการจัดการเชื่อมกองทุนในพื้นที่

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มีข้อเสนอดังนี้

1. ฟังแล้วไม่มีพลัง หากหยิบไปจะทำอะไรก่อน หากจะให้ผ่านนโยบายหยิบไปยังพูดเป้าหมายไม่ชัดเจน ทำข้อมูลเชิงนโยบายออกมาในเชิงปริมาณให้ชัดว่าคนที่ได้รับคือใคร จำนวนเท่าไร
2. กระบวนการต้องหาเป้าให้ชัดเจน หาจำนวนการกระจายของคนเหล่านี้ อสม.มีการสำรวจข้อมูลด้านนี้เพื่อจัดลำดับว่าการดูแลใครเป็นคนแรก
3. Social Care ลงไปในอปท. Health Care จะหาจุดบูรณาการอย่างไร จะเชื่อมโยงอย่างไร การออกแบบเพื่อสุขภาพคิดว่าคนจะ Concern เรื่องการเจ็บป่วยมากกว่า
4. ทำอย่างไรให้กระบวนการ Donate ให้ Subsidize หรือทำให้เป็นกองทุนแห่งชาติ
5. การสร้างความเข้มแข็ง ในระดับพื้นที่ ต้องมีเจ้าหน้าที่ และคนในชุมชนมีการวางแผนที่ชัดเจนมีการ Train และมาตรฐานที่ยอมรับได้ใครจะเป็นคนจัดการ
6. สร้างบรรยากาศสร้างกระแสให้พื้นที่ให้เกิดการกระทำ ทำอย่างไรให้มีการขับเคลื่อนและเห็นจากพื้นที่ที่ทำ ทบทวนวิธีคิดในเชิงโครงสร้าง

คุณศิริลักษณ์ สภาการพยาบาล

หาข้อมูลในชุมชนโดยให้ครอบครัวตัดสินใจว่าใครจะดูแล ที่เป็นห่วงคือผู้ดูแลผู้ป่วย ทำอย่างไรให้อย่างมีความสุข ที่สภาการพยาบาลจัด Home Care Nursing โดยให้เอกชนทำเรื่องนี้และมีทีมประเมินผู้สูงอายุและมองว่าควรกำหนดให้ชัดเจนว่าจะมีหน่วยงานใดมาดูแล การติดตามดูแลหลังจากได้รับการช่วยเหลือ

ประธานที่ประชุม

เสนอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพลงทุนเรื่อง Primary Care โดยมีเรื่อง Long Term Care เป็น Focus

คุณทัศนีย์ ดันตวิวงศ์ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

- ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแล แต่ขาดองค์ความรู้บางรายขาดรายได้ บางครั้งผู้ดูแลหนักกว่าผู้ดูแล ชุมชนได้ที่มีการดูแลเรื่องสุขภาพจะไปได้ดี
- การติดตามหลังได้รับการดูแล เคยรับบริการทราบว่าไม่มีการดูแล สุดท้ายก็ถูกทอดทิ้งในภาวะพึ่งพิงตลอด
- อสม. ระยะแรกมีความตึกักในช่วงหลังเริ่มซบเซา เพราะขาดปัจจัยสนับสนุน
- บุคลากรควรมีความรู้เรื่องเหล่านี้ การทำงานด้วยใจให้คนในสังคมมีส่วนร่วมมากขึ้น
- อยากให้เติมเรื่องการป้องกันภาวะและส่งเสริม

ผศ.ร.อ.หญิง.ดร.ศิริพันธ์ สาสัติย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยบางรายไม่มีครอบครัวดูแล มีบุคลากรที่แตกต่างกัน ขาดบุคลากรระดับสูง การให้สถานสงเคราะห์เป็นต้นแบบจะมีปัญหาหรือไม่ สำหรับการ Integrate หากงบประมาณลงไปอปท. จะทำให้รวดเร็วกว่า ในโรงพยาบาลชุมชนมีความพร้อมในการบริการฟื้นฟูสภาพ และมีความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

กำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายดังนี้

1. Primary Care ยังไม่มีคนจัดระบบของบุคลากร
2. การจัดตั้งชมรม
3. จิตอาสาฟื้นฟูสุขภาพ ในพื้นที่มีโมเดลที่หลากหลาย
4. Intermediate Care ไม่ควรจัดตั้งที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อกระตุ้นให้เกิดในชุมชน คือรับจากโรงพยาบาลใหญ่สามารถใช้ได้ในเขตเมือง

นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

กระทรวงศึกษาธิการควรมีเรื่องนี้สอนให้กับเด็ก และมองว่าผู้สูงอายุควรใช้เวลาฟังฟังผู้อื่นให้น้อยที่สุด โรงเรียนควรสอนเด็กให้เข้าใจสภาพของผู้สูงอายุ เพราะโรงเรียนเป็นคำตอบของชุมชนและครอบครัว และเห็นด้วยที่จะมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

คุณนันทนา กรมสุขภาพจิต

จะอย่างไรให้ประชาชนทำโดยชุมชนเพื่อชุมชน ให้องค์ความรู้กับ อบต. อบจ. อสม. นำเงินตรงนั้นมาสนับสนุนอยากให้มีการจัดเวที กระทรวงพม. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ โดยนำความรู้มาทำงานร่วมกัน และอย่างไรให้เราพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การเพิ่มบุคลากรอยากให้มีเรื่อง Social Care ที่สำคัญควรมีนักวิชาการสุขภาพจิต เชื่อมโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลตำบล เพื่อเป็นตัวหลักในการดำเนินงาน

คุณสุณี สายสุพรรณผล สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

อบต.ควรเป็น Manager โดยมองว่าหน้าที่หลักอบต.ต้องมีข้อมูลผู้สูงอายุในมือ และทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ ติดตามดูสถานะผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลเรื่องแหล่งทุนจะทำให้มองภาพรวมเป็นรูปธรรม

ผู้แทนจากกระทรวงศึกษาธิการ

เราจะผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ คล้ายการศึกษานอกโรงเรียนส่งเสริมให้โรงเรียนเอกชนเปิดสอนการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระทรวงศึกษาธิการดูแลเรื่องหลักสูตร

ผศ.ดร.นาวิรัตน์ จิตรมนตรี คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล

ในแง่ของพยาบาล ภาระงาน ของพยาบาลที่จะทำน้อย หากมีระบบเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านจะเป็นตัวช่วย Long Term Care ได้อย่างดี

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ความเข้มข้นของการบริการทางการแพทย์กับสังคมอาจแตกต่างกัน เราต้องยอมรับว่ามันครอบคลุมมากกว่านี้ต้องมีการแบ่งระดับ

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

มีการทำมาหลายครั้งยังไม่ได้ในเชิงปฏิบัติ อยากให้ทำเป็นระบบ จึงมองไปที่พื้นที่จากพื้นที่เป็นจังหวัดอยากให้พื้นที่นำร่อง

นพ.ทงสรค์ สุทธธรรม รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุได้ตอบสนองแล้วหรือยังความต้องการเป็นเรื่องใหญ่ เห็นว่าควรทำคู่ขนานกับ 3 เรื่อง

1. พัฒนาศึกษาการการนำร่องหาความรู้และหารูปแบบ
2. Institutor การดำเนินงานต่างๆ การเตรียมระบบบริการ การส่งนักร่างกายภาพบำบัดดูแล การพัฒนาสถานเอนามัย และบทบาทในท้องถิ่น
3. สังคมรับรู้และดำเนินการได้

การปรับเปลี่ยนนโยบายให้มีแนวคิดหรือทักษะ Long Term Care ให้มากขึ้น ปรับระบบบริการระดับรพช. เตรียมความพร้อมระดมเงินทุน และการมีส่วนร่วมหน่วยบริการทางเลือก

ตัวแทนกรมอนามัย

กรมอนามัยร่วมกับ UNPA จัดกิจกรรม Long Term Care ในชุมชนโดยมีเงื่อนไขว่าทำงานร่วมกับท้องถิ่น มีตัวชี้วัด คือ

1. Home Health Care
2. จิตอาสา
3. ระบบติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ กลุ่ม 2 และ 3 มีการจัดทำตำบลต้นแบบ

สรุปประเด็น

ประเด็นแรก

1. ภาคเอกชนเข้ามาทำแต่คนจนเข้าไม่ถึง
2. เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต้องเห็นความสำคัญ
3. ชุมชนท้องถิ่นให้เขาเกิดความอยาก 3 ส่วนนี้คาดว่าจะมีการดำเนินการ

ประเด็นที่สอง

ถ้าจะลองทำเราจะทำอะไรได้บ้าง มี 3 จุดใหญ่ๆ คือ

1. ส่งเสริมการบริการสุขภาพ โดยมี การทำกับหน่วยบริการภาครัฐ และภาคเอกชน ที่เป็น Primary Care เท่านั้น และปรับระบบเงินให้มีประสิทธิภาพ
2. ชุมชนกับท้องถิ่น
3. การพัฒนากำลังคน วิเคราะห์กำลังคนของผู้สูงอายุคืออะไร การเพิ่ม Cattery

ทำอย่างไรให้มีบริการร่วมกัน และสังเคราะห์บริการเหล่านั้นเราน่าจะมีข้อเสนอร่วมกันจะนำเสนอต่อไปเพื่อให้เกิดนโยบาย