

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

ประเสริฐ เก็มประโคน^{*}, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์^{**}, วิไลพร คลีกร^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการเดือนมกราคม 2560 ถึงกันยายน 2563 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาตามกรอบแนวคิด PIRAB 2) ออกแบบพัฒนาระบบโดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ 3) ดำเนินการตามระบบที่วางไว้ 4) ปรับปรุงระบบ 5) นำระบบไปใช้จริง ประเมินประสิทธิผล และปัจจัยแห่งความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการทางสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวบรวมข้อมูลโดยรายงานการจัดทำแผนรายบุคคลของผู้สูงอายุ เกณฑ์ตำบล Long Term Care (LTC) แบบประเมิน Activities of Daily Living (ADL) และแบบสอบถามเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) กระบวนการนำเข้า: ระบบการเงินการคลัง การบริหารทรัพยากร การบริหารจัดการกำลังคน การบริหารจัดการ และระบบฐานข้อมูล (2) กระบวนการดำเนินงาน: กลไกการขับเคลื่อนของท้องถิ่น การจัดบริการในหน่วยบริการและในชุมชน และระบบพี่เลี้ยง (3) กระบวนการประเมินผล: ประเมินประสิทธิผลจาก (1) ผู้สูงอายุมี ADL เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.29 เป็นร้อยละ 33.27 (2) การดำเนินงานตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 99.47 (188/189 ตำบล) (3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบ LTC เพิ่มขึ้นจาก 373 คน เป็น 6,307 คน และ (4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นจาก 51 แห่งเป็น 207 แห่ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแล 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา และ 4) การติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงควรพัฒนาความร่วมมือทุกภาคส่วน และสนับสนุนกำลังคนในการดูแล เพื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; การเข้าถึงบริการ

^{*} นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

^{***} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

^a ผู้เขียนหลัก ประเสริฐ เก็มประโคน Email: sertkem@gmail.com

รับบทความ: 20 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 5 ม.ค. 65; ตอปรับตีพิมพ์: 5 ม.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 5 มี.ค. 65

Development of a Long-Term Care System and Access to Service for Dependent Elderly in Buriram Province

Prasert Kempakon^{*a}, Monthichar Chenphanitsub^{**}, Wiliporn Kleekorn^{***}

Abstract

This research and development project aimed to develop and evaluate the effectiveness of the long-term care (LTC) system for dependent elderly in Buriram province. The study was implemented during January 2017 and September 2020 with the following five steps: 1) studying and analyzing of problems according to PIRAB framework, 2) designing and developing a system based on system-theory concepts, 3) piloting the developed system, 4) evaluating and making adjustments to improve the system, and 5) implementing the system and evaluating on effectiveness of the system and key success factors. The samples were health care providers, responsible persons at local administrative organizations, and dependent elderly. The data were collected through care plan reports, LTC data based on sub-district criteria, activities of daily living (ADL) assessment forms, and a qualitative questionnaire. The collected data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results showed that **(1) Input process** included the fiscal and financial system, resource management, manpower management, management and service arrangement and database system; **(2) Operation process** was consisted of mechanism at the local levels, providing services at the service center and in the communities, and mentoring system; **(3) Evaluation process** showed that (a) elderly in LTC had ADL increased from 14.29% to 33.27%, (b) the LTC program at sub-district operations passed the criteria at 99.47% (188 out of 189 districts), (c) dependent elderly receiving services from the LTC program had increased from 373 to 6,307 individuals, and (d) local administrative organization joining LTC Fund increased from 51 to 207 sites. Success factors included 1) mechanism to improve the quality of life through District Health Board, 2) improvement of caregivers' confidence in taking care of the elderly, 3) having a mentoring system in counseling, and 4) continuous follow-up of site visits. It was recommended from this study that, the development of the LTC system for elderly

* Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

^a Corresponding author Prasert Kempakon Email: sertkem@gmail.com

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

^{***} Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

Received: Dec. 20, 21; Revised: Jan. 5, 22; Accepted: Jan. 5, 22; Published Online: Mar. 5, 22

should be cooperated with all sectors and manpower in caring for the elderly should be supported for the elderly to have good care and reach quality of life.

Keywords: Long-Term Care; Dependent Elderly; Access to services

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนทั้งโลก สหประชาชาติคาดประมาณว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ⁽¹⁾ การที่ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ จำเป็นต้องตระหนักในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะระบบสุขภาพที่จะมีผลกระทบกับผู้สูงอายุโดยตรง สังคมไทยต้องเผชิญกับประเด็นท้าทายต่อคุณภาพของประชากรสูงอายุ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ มลนิธิผู้สูงอายุไทย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังเป็นประจำตัว⁽²⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมีอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง กลายเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง และเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวมากที่สุด รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อไม่ให้เป็นการของครอบครัวยิ่งได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัวปกติเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ว่าเป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁽⁴⁾ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย⁽⁵⁾ พบว่ามีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนานาชาติ โดยเน้นการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพระหว่างครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่างๆ ร่วมกันดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวยังต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มเติมจากการดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลัน⁽⁶⁾ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมาอยู่ในภาวะตึงรับ สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และเป็นในรูปแบบการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565 เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาวขึ้นมารองรับ⁽⁷⁾

ระบบการดูแลระยะยาว คือการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐาน

การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁽⁸⁾ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีการนำนโยบายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2558 มีพื้นที่ 2 ตำบลนำร่องต่อมาในปีงบประมาณ 2559 มีพื้นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวน 51 แห่ง⁽⁹⁾ ในช่วงแรกของการดำเนินงานพบปัญหาและอุปสรรค เช่น ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) เนื่องจากเกิดความไม่มั่นใจในต่อระเบียบการใช้จ่ายงบ LTC ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กับกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้หากคนที่มีคุณสมบัติตามกำหนดมารับการอบรม CG ค่อนข้างยาก หรือปัญหาการอบรมแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ไม่ได้ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การเบิกจ่ายงบประมาณมีความซับซ้อน เกิดความไม่เข้าใจ ทำให้การเบิกจ่ายล่าช้า ผู้รับผิดชอบงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่เข้าใจระบบ ขาดการประสานงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการประเมิน ตกหล่นจากบัญชี เป็นต้น ทำให้พื้นที่อื่นเกิดความลังเล ไม่สนใจเข้าร่วมกองทุน LTC^(9,10) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อการจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระหว่างท้องถิ่นในพื้นที่ สถานบริการสาธารณสุข บุคลากรที่ให้บริการและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพมีประสิทธิภาพและความพึงพอใจ ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการเพิ่มการเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว และพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

คำถามในการวิจัย

1. ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์เป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์เป็นอย่างไร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2560–กันยายน 2563 ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ใบรับรองเลขที่ BRO 2016-018 ภายหลังจากการรับรอง ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตามเกณฑ์ที่กำหนด มีจำนวน 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มบุคลากรที่รับผิดชอบงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรรับผิดชอบงานเกี่ยวข้องกับตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนี้

- ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานจากองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “ตำบลต้นแบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว” ในปีงบประมาณ 2559 ทุกระดับฯ ละ 2 ตำบล ได้แก่ ระดับ ดีเด่น ระดับดีมาก ระดับดี และระดับพื้นฐาน จำนวน 8 ตำบล รวมจำนวน 24 คน

- ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ที่สมัครเข้าระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “ตำบลต้นแบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว” ในปีงบประมาณ 2559 ระดับดีเด่น จำนวน 15 ตำบล ได้แก่ ผู้บริหาร อปท. หรือตัวแทน ผู้จัดการการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสาธารณสุขจังหวัด รวมจำนวน 60 คน

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่ระบบ LTC และได้รับการยืนยันจาก สปสช. คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ช่วงเดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560 จำนวน 1,093 คน ช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561 จำนวน 373 คน ช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 จำนวน 2,778 คน และช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 จำนวน 6,307 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี โดยผ่านการตรวจสอบเชิงโครงสร้างและเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานตำบล LTC จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามในการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และระบบการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) ตามกรอบแนวคิดกลยุทธ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพ คือ PIRAB⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย P-Partner, I-Invest, R- Regulate and Legislate, A- Advocate และ B-Build Capacity และวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของระบบที่ดำเนินการผ่านมา

1.2 แบบสอบถามในการออกแบบระบบและพัฒนาระบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ 1) ข้อมูลนำเข้า (Input) เป็นข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค 2) กระบวนการทำงาน (Process) และ 3) ผลผลิต (Output) เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ/อุปสรรค ในการดำเนินงานของพื้นที่ต้นแบบ

1.3 แบบสอบถามในการปรับปรุงระบบฯ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามรูปแบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น และผลการจัดเก็บตัวชี้วัด

1.4 แบบสอบถามในการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดในการวิเคราะห์

2. แบบประเมินตามเกณฑ์ตำบล LTC แบบประเมิน Activities of Daily Living (ADL) แบบรายงานการจัดทำ Care Plan ของกรมอนามัย

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของการดำเนินงาน เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาในช่วงแรกของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที ดำเนินการช่วงเดือนมกราคม 2560

ขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว เป็นการออกแบบและพัฒนาระบบการทำงานผ่านการประชุมระดมสมอง ดำเนินการช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560–เดือนมีนาคม 2560

ขั้นที่ 3 ดำเนินการตามระบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน ดำเนินการช่วงเดือนเมษายน 2560–เดือนกันยายน 2560

ขั้นที่ 4 ปรับปรุงระบบและดำเนินการตามระบบครั้งที่ 2 หลังจากดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที ใช้ระยะเวลาอีก 12 เดือนในการดำเนินการตามระบบดังกล่าว ดำเนินการช่วงเดือนตุลาคม 2560–เดือนกันยายน 2561

ขั้นที่ 5 การนำระบบไปใช้จริง เป็นการศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง และ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 24 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ (1) ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยติดตามประเมินจากพื้นที่ที่สมัครใจเข้าร่วมระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ทั้งหมดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559–ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 207 แห่ง ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2561–กันยายน 2563 (2) สรุปและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดูแลสุขภาพระยะยาวการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนสิงหาคม–กันยายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งการปกครองออกเป็น 23 อำเภอ 189 ตำบล มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 208 แห่ง ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2560-2563 มีสัดส่วนร้อยละ 14.41, 18.86, 19.87 และ 20.48 ตามลำดับ ผลการวิจัยนำเสนอตามขั้นตอนการศึกษา 5 ขั้นตอน ดังนี้

ผลการศึกษาขั้นที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน โดยใช้กรอบแนวคิด PIRAB โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 30-39 ปี ผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด PIRAB (P-Partner I-Invest R- Regulate and Legislate A- Advocate B-Build Capacity) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตามหลักการของ PIRAB

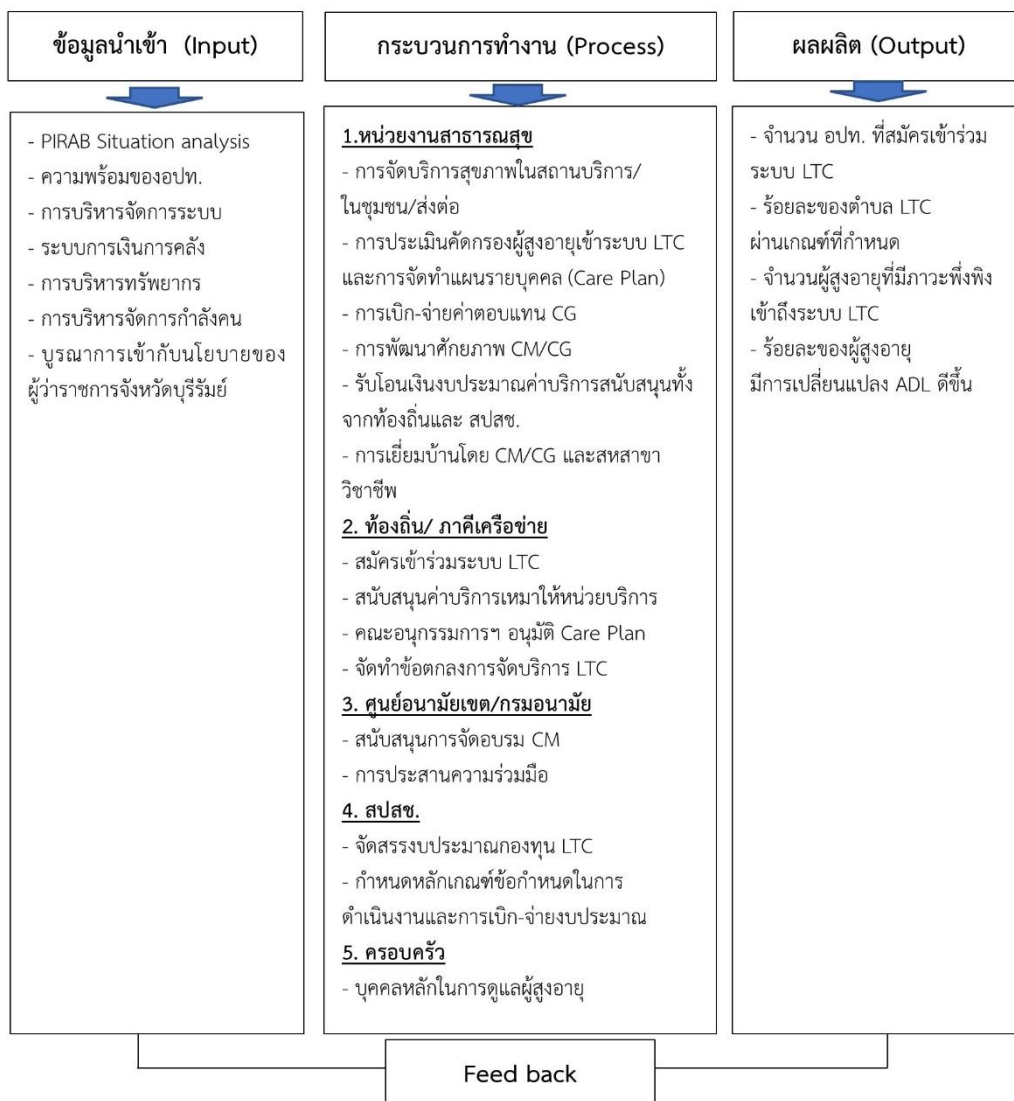
PIRAB	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
1. P-Partner	● มีคณะกรรมการกองทุนขับเคลื่อนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ● ขาดความชัดเจนของบทบาท อปท. ในระบบดูแลระยะยาว และศักยภาพของอปท. เอง
2. I-Invest	● ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกองทุน Long Term Care เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ ● มีความหลากหลายของรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนของ CG ● กระบวนการและขั้นตอนการเบิกจ่ายงบ Long Term Care ที่ค่อนข้าง ● ซับซ้อนและต้องเชื่อมประสานกัน ● กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ครอบคลุมทุกสิทธิ์ (ได้เฉพาะสิทธิ์ UC)
3. R-Regulate and Legislate	● คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขเรื่องค่าตอบแทน CG ทำให้เกิดความสับสนของพื้นที่ ● ขาดความชัดเจนของระเบียบการใช้งบ Long Term Care และระเบียบการใช้งบจาก อปท. ในการสนับสนุนการจัดบริการ
4.A- Advocate	● จังหวัดบุรีรัมย์มีคณะทำงานระดับพื้นที่อำเภอ/ตำบล ในการติดต่อสื่อสารการทำงาน ● ขาดประสานความร่วมมือและทำความเข้าใจกับ อปท. ในเรื่องแนวทางและสิทธิประโยชน์ ● ประสานเชื่อมโยงการทำงานระหว่าง อปท. สาธารณสุข และชุมชน ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
5.B-Build Capacity	● มีการพัฒนาศักยภาพ CM และ CG มีจำนวน CM ที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัย 10 คน และ จำนวน CG ที่ผ่านการอบรม หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย 477 คน ● CM และ CG ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ● ขาดกลไกการสนับสนุน และพัฒนาศักยภาพการทำงานของ CM อำเภอ ● การอบรม CG มีผู้สนใจสมัครเข้าร่วมอบรมน้อย เนื่องจากคุณสมบัติไม่ผ่านเกณฑ์ (จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3) ● ปัญหา CG ที่ผ่านการอบรมแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ รวมถึง CG บางคนมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ตนไม่ถนัด

สำหรับระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา พบว่า จุดแข็งคือ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอ มองเป้าหมายเดียวกัน บุคลากรด้านสาธารณสุขมีศักยภาพสูง ซึ่งเอื้อต่อการดูแลและบำบัดรักษาผู้สูงอายุ และมีการจัดทำตัวอย่างโครงการเพื่อความสะดวกในการดำเนินงาน LTC ในส่วนของจุดอ่อน คือ ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการมีข้อจำกัดทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ CM มีการงานเยอะ CG ขาดความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ และสมัครเข้าร่วมอบรมน้อย ผู้รับผิดชอบของอปท. ไม่เข้าใจระบบการเตรียมความพร้อมของ อปท. ไม่เพียงพอ อปท.บางแห่งยังคิดว่าเป็นงานของสาธารณสุข ขาดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในบางพื้นที่ แนวทาง/ระบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน การกำหนดแนวทางการใช้งบประมาณยังไม่ชัดเจน ซ้ำซ้อน ยุ่งยากต่อการใช้ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการประเมินตกหล่นจากบัญชี

ผลการศึกษาขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ ดังนี้ นำปัญหาที่ได้จากขั้นที่ 1 เข้าสู่การระดมสมอง เพื่อหาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จังหวัดบุรีรัมย์ สรุปดังภาพที่ 1 ดังนี้ (1) ข้อมูลนำเข้า ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิด PIRAB ความพร้อมของ อปท. ในการสมัครใจเข้าร่วมในระบบ LTC การบริหารจัดการระบบ: มีเจ้าภาพรับผิดชอบชัดเจน ระบบการเงินการคลัง: ศึกษาระเบียบกองทุน การเบิก-จ่ายงบประมาณ ระยะเวลาในการเบิก-จ่าย การบริหารทรัพยากร: การจัดหาอุปกรณ์ต่างๆให้กับผู้สูงอายุ การบริหารจัดการกำลังคน: ความพร้อมของ CM การหา CG ในพื้นที่ ครอบคลุมของจำนวน CM/CG และการบูรณาการงาน LTC เข้ากับนโยบายจากผู้ว่าราชการจังหวัด โดยจังหวัดบุรีรัมย์มีการพัฒนาจังหวัดด้วยตัวแบบระบบการบริหารจัดการรายกรณี (B-CM Model: Buriram Case Manager Model) ซึ่งมีคณะกรรมการชุมชน เป็นกลไกในการปฏิบัติในพื้นที่และบัญญัติไว้ในธรรมนูญหมู่บ้าน ในหมวด 5 ข้อ 37 “คนในครอบครัวต้องไม่ทอดทิ้งเด็ก คนชรา ผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้ป่วยจิตเวช” (2) กระบวนการทำงาน ประกอบด้วยหลายภาคส่วน ทั้งในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุข ท้องถิ่น/ภาคีเครือข่าย ศูนย์อนามัย/กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และครอบครัวผู้สูงอายุ (3) ผลผลิต วัดจาก จำนวน อปท. ที่สมัครเข้าร่วมระบบ LTC ร้อยละของตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบ LTC ร้อยละของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ADL ดีขึ้น และร้อยละการจัดทำ Care Plan ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษาขั้นที่ 3 ดำเนินการตามระบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นใช้ระยะเวลา 6 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน พบว่า จำนวน อปท. ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นอีก 102 แห่ง รวมจำนวน อปท.ทั้งหมดที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เป็น 153 แห่ง (153/208 แห่ง) จำนวนตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 137 ตำบล (137/189 ตำบล) จำนวน CM 29 คน จำนวน CG 1,495 คน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบ LTC 1,093 คน (744 คน ในปีงบประมาณ 2559) แต่เนื่องจากในปีงบประมาณ 2560 ยังไม่มีระบบฐานข้อมูล ยังเป็นการจัดทำรายงานแบบกระดาษ หรือใช้ไฟล์ข้อมูลบันทึกผ่านโปรแกรม Microsoft Excel ทำให้เกิดปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนของข้อมูลทั้งทางท้องถิ่นและทางสาธารณสุข ขาดความน่าเชื่อถือของข้อมูล สำหรับการเบิก-จ่าย-โอนเงิน ยังไม่เป็นไปตามข้อกำหนด หน่วยบริการเกิดความสับสน ไม่กล้าเสนอ Care plan เพื่อขอสนับสนุนงบ LTC จากอปท. นอกจากนี้บางครั้งผู้สูงอายุเสียชีวิตก่อนที่จะเบิก-จ่ายเงินดูแล เนื่องจาก สปสช.

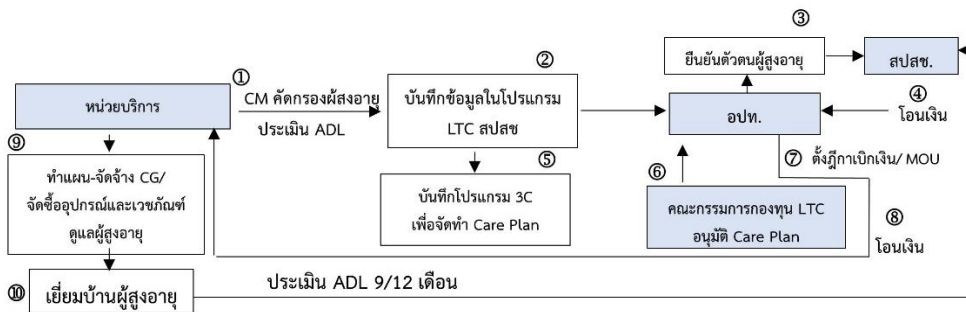
ไม่มีการกำหนดเวลาในการโอนเงิน หรือต้องบันทึกผู้สูงอายุทดแทน ทำให้การเบิก-จ่ายล่าช้า จึงมีการปรับปรุงระบบที่พัฒนาขึ้น แล้วนำไปใช้เป็นระยะเวลา 12 เดือนต่อมา



ภาพที่ 1 การออกแบบและพัฒนาระบบตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ

ผลการศึกษาขั้นที่ 4 ปรับปรุงระบบและดำเนินการตามระบบครั้งที่ 2 หลังจากดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวฯ ในปีงบประมาณ 2561 เริ่มมีระบบฐานข้อมูลเข้ามาช่วยในการบันทึก จัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบ LTC ได้แก่ โปรแกรมในการบันทึกข้อมูล LTC ของ สปสช. โดยใช้บันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขอรับงบประมาณดูแล และ อปท.จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ยืนยันตัวตนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ให้กับ สปสช.

โดยใช้โปรแกรมเดียวกัน และโปรแกรม 3 C ของกรมอนามัย ใช้สำหรับบันทึกกิจกรรมการจัดทำ Care Plan ในระบบเพื่อเสนอขอรับงบประมาณกับ อบต. แต่พบปัญหาในการบันทึกในโปรแกรมคือ (1) ทั้งสองโปรแกรม ซึ่งยังไม่สามารถเชื่อมโยงรายชื่อผู้สูงอายุเข้าหากันได้ ทำให้ต้องบันทึกรายชื่อผู้สูงอายุ 2 ครั้ง ตามขั้นตอนที่ 2 และ 5 (ภาพที่ 2) ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บันทึกไม่ครบถ้วน (2) บุคลากรที่ใช้โปรแกรมยังไม่เข้าใจในระบบบันทึกของทั้ง 2 โปรแกรม (3) ขาดการประสานข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานของ อบต. และการโอนเงินงบประมาณดูแลของ สปสช. ในช่วงต่อมาเริ่มมีระบบที่เลี้ยงกองทุน LTC และ สปสช. เข้ามาช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษา ลงเยี่ยมติดตาม จนสามารถลดปัญหาต่างๆ ผลจากการใช้ระบบ ที่ปรับปรุงเป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่า จำนวน อบต. ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นอีก 51 แห่ง รวมจำนวน อบต. ทั้งหมดที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เป็น 204 แห่ง (204/208 แห่ง) จำนวนตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 170 ตำบล (170/189 ตำบล) จำนวน CM 183 คน จำนวน CG 254 คน จำนวน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบ LTC จากระบบฐานข้อมูล สปสช. 373 คน (ตารางที่ 2) จำแนกเป็นกลุ่ม ติดบ้าน 102 คน (ร้อยละ 27.35) กลุ่มติดเตียง 271 คน (ร้อยละ 72.65) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ADL ดีขึ้น ร้อยละ 14.29 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 80.62



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการขอรับงบประมาณจากกองทุน LTC

ผลการศึกษาขั้นที่ 5 การนำระบบไปใช้จริง (ภาพที่ 3) ผลลัพธ์หลังจากการนำระบบการดูแลระยะยาวฯ ไปใช้จริงเป็นระยะเวลา 24 เดือน ดังนี้

ผลการดำเนินงานในปีที่ 1 ของการนำระบบการดูแลระยะยาวฯ ใช้จริง พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบ LTC เพิ่มขึ้นเป็น 2,778 คน (ตารางที่ 2) จำแนกเป็นกลุ่มติดบ้าน 677 คน (ร้อยละ 24.37) กลุ่มติดเตียง 2,101 คน (ร้อยละ 75.63) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ADL ดีขึ้น ร้อยละ 28.50 จำนวน อบต. ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง รวมจำนวน อบต. ทั้งหมดที่เข้าร่วมกองทุน LTC เป็น 206 แห่ง (206/208 แห่ง) (ตารางที่ 3) เหลือ อบต. ที่ยังไม่เข้าร่วมระบบ LTC จำนวน 2 แห่ง จำนวน ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 187 ตำบล (187/189 ตำบล) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 96.11

ผลการดำเนินงานในปีที่ 2 ของการนำระบบการดูแลระยะยาวฯ ใช้จริง พบว่า จำนวนผู้สูงอายุฯ เข้าถึงระบบ LTC เพิ่มขึ้นเป็น 6,307 คน (ตารางที่ 2) จำแนกเป็นกลุ่มติดบ้าน 1,961 คน (ร้อยละ 31.09) กลุ่มติดเตียง 4,346 คน (ร้อยละ 68.91) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ADL ดีขึ้น ร้อยละ 33.22 จำนวน อบต.

ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นอีก 1 แห่ง รวมจำนวน อปท.ทั้งหมดที่เข้าร่วมกองทุน LTC เป็น 207 แห่ง (207/208 แห่ง) (ตารางที่ 3) เหลือ อปท.ที่ยังไม่เข้าระบบ LTC จำนวน 1 แห่ง จำนวนตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ 188 ตำบล (188/189 ตำบล) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 98.61

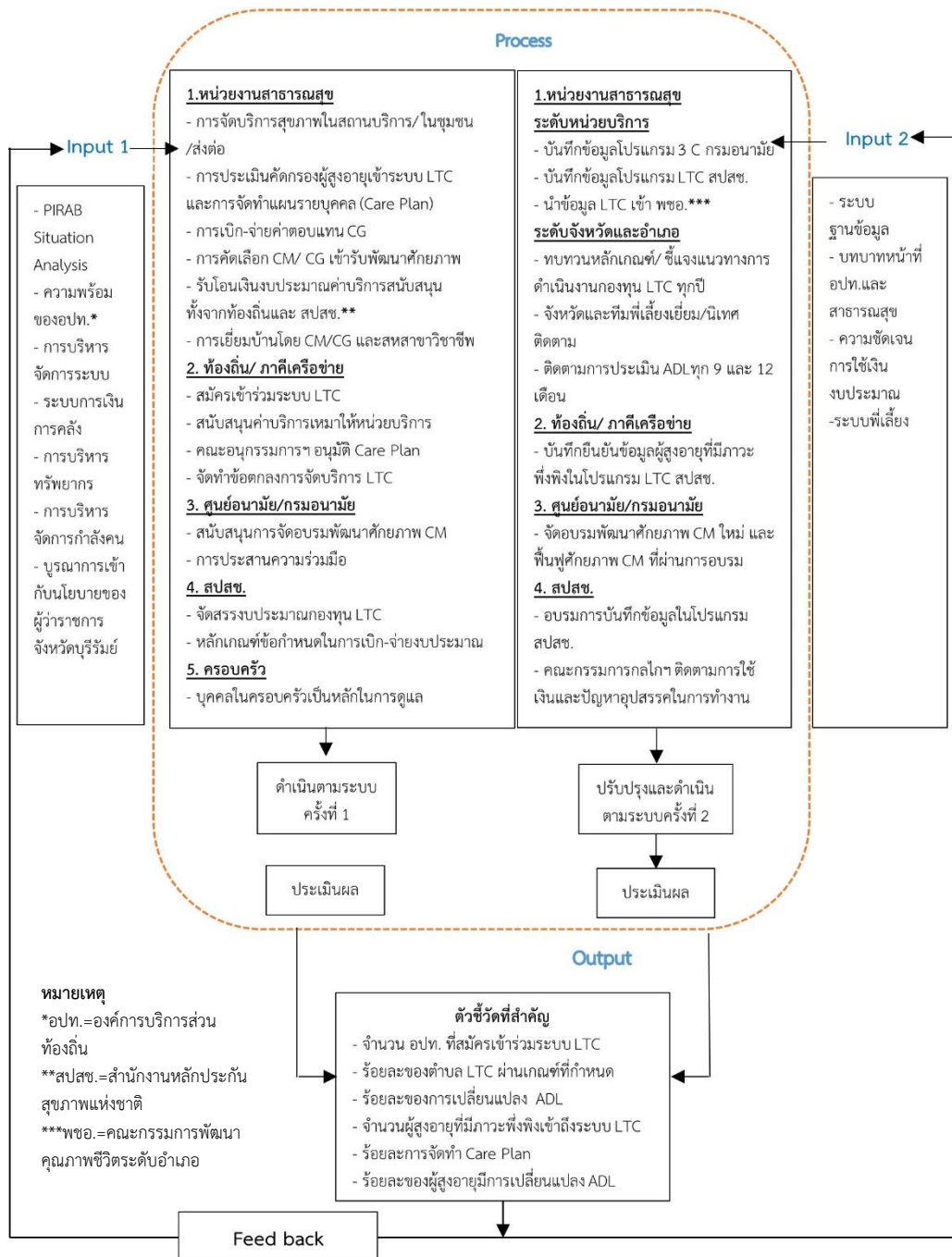
สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในครั้งนี้ พบว่า 1) มีกลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยในปีงบประมาณ 2562-2563 มีอำเภอเสนอเรื่อง LTC เข้าสู่ พชอ. ร้อยละ 39.13 (9 อำเภอ) และ ร้อยละ 47.82 (11 อำเภอ) ตามลำดับ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการปรึกษา มีการประชุมทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน LTC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนจาก อปท. ในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 3 คนคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงาน LTC และลงเยี่ยมพื้นที่ 4) การลงเยี่ยมติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ หลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน (ร้อยละ)		
	หลังปรับปรุงระบบฯ	นำระบบฯ ไปใช้จริงปีที่ 1	นำระบบฯ ไปใช้จริงปีที่ 2
	(ต.ค.60-ก.ย. 61) N=373	(ต.ค.61-ก.ย. 62) N=2,778	(ต.ค.62-ก.ย. 63) N=6,307
เพศ			
ชาย	133 (35.66)	969 (34.88)	2,321 (36.80)
หญิง	240 (64.34)	1,809 (65.12)	3,986 (63.20)
อายุเฉลี่ย$\pm$SD	81.84 $\pm$ 9.756	82.30 $\pm$ 25.863	77.74 $\pm$ 26.496
การจำแนกตามความต้องการบริการ			
กลุ่มที่ 1	166 (44.51)	1,486 (53.49)	2,993 (47.45)
กลุ่มที่ 2	105 (28.15)	615 (22.14)	1,353 (21.45)
กลุ่มที่ 3	61 (16.35)	485 (17.46)	1,323 (20.98)
กลุ่มที่ 4	41 (10.99)	192 (6.91)	638 (10.12)
การจำแนกตาม ADL			
กลุ่มติดบ้าน (ADL 0-4)	102 (27.35)	677 (24.37)	1,961 (31.09)
กลุ่มติดเตียง (ADL 5-11)	271 (72.65)	2,101 (75.63)	4,346 (68.91)
ADL เฉลี่ย$\pm$ SD	7.40 $\pm$ 3.243	7.79 $\pm$ 3.278	7.02 $\pm$ 3.556

ที่มา: <http://ltc.nhso.go.th>⁽¹²⁾

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข เป็น 4 กลุ่ม : กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และ กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต



ภาพที่ 3 ระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

ตารางที่ 3 จำนวนอปท. ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC และเงินงบประมาณกองทุน LTC ที่ สปสช. จัดสรรให้กับ อปท. ปีงบประมาณ 2559-2563

ปีงบประมาณ พ.ศ.	อปท. ที่สมัครเข้าร่วม กองทุน LTC (แห่ง)	เงินงบประมาณกองทุน LTC ที่ได้รับ จัดสรรรวมทั้งจังหวัด (บาท)
2559	51	6,370,000
2560	102	12,725,000
2561	51	24,430,000
2562	2	5,820,000
2563	1	27,390,000
รวม	207	76,735,000

ที่มา: ข้อมูลรายงานงบประมาณกองทุน LTC สปสช.

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดียิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ จะพบว่า ท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการ แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนยังน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับศึกษาการประเมินการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾ พบว่าการดูแลระยะยาว ที่มีแนวโน้มว่าท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการและระดมทรัพยากร แต่คาดว่าจะทำให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการได้อย่างเหมาะสม อาจเนื่องมาจากบทบาทส่วนใหญ่ยังเป็นของโรงพยาบาลและท้องถิ่นจัดบริการให้ แต่อาจมีข้อจำกัดด้านศักยภาพของท้องถิ่นในด้านนี้ จึงต้องอาศัยกลไกโรงพยาบาลในการสนับสนุนและพัฒนา ทำให้ชุมชนยังมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย

สำหรับกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน LTC ในครั้งนี้ ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁰⁾ กลไกในการขับเคลื่อนระบบ LTC ภายใต้การสนับสนุนของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ส่วนการจัดบริการในหน่วยบริการและในชุมชนนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ พะไยยะ⁽¹³⁾ ที่พบว่ารูปแบบการจัดระบบบริการมีทั้งการบริการในชุมชน เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และบริการในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลรัฐและเอกชน คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น ระบบที่เลี้ยงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ สปสช. ที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงให้เกิดการรับรู้และสร้างความเข้าใจในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดบทบาทที่เลี้ยงกองทุนเป็นทีมสนับสนุนและกำกับติดตาม⁽¹⁴⁾ สำหรับผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว พบว่า อปท.สมัครเข้าร่วมโครงการ LTC ร้อยละ 99.52 เขตเพียงแห่งเดียว (เทศบาลตำบลห้วยราช อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์) ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอาจต้องลงพื้นที่เพื่อช่วยพิจารณาหาสาเหตุที่ อปท. ยังไม่เข้าร่วมกองทุน LTC และช่วยให้คำปรึกษาแนะนำการเข้าร่วมกองทุนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ที่เข้าสู่ระบบ LTC

เป็นกลุ่มติดเตียงมากกว่ากลุ่มติดบ้าน ค่า ADL เฉลี่ยอยู่ในช่วง 7.02-7.79 คะแนน สำหรับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังพัฒนาระบบ (ขั้นที่ 3) ได้จากรายงานที่แต่ละกองทุนส่งรายงานเป็นระบบ manual เข้ามาจำนวน 1,093 คน ต่อมาหลังปรับปรุงระบบฯ (ขั้นที่ 4) รายงานจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้จากการบันทึกเข้าระบบโปรแกรมมีเพียง 373 คน ซึ่งมีจำนวนน้อย กับการรายงานแบบ manual เนื่องมาจากการในช่วงแรกของการบันทึกโปรแกรม CM ขาดความเข้าใจในการบันทึกในโปรแกรม และโปรแกรมในการบันทึกข้อมูล LTC โดย สปสช. และโปรแกรม 3 C โดยกรมอนามัย ทั้ง 2 โปรแกรมยังไม่สามารถเชื่อมโยงรายชื่อผู้สูงอายุเพื่อใช้ทำ Care Plan ได้⁽¹⁵⁾ ทำให้ต้องบันทึกรายชื่อผู้สูงอายุ 2 ครั้ง จึงเกิดความสับสน และการทำงานของโปรแกรมในช่วงแรกยังไม่เสถียร⁽¹⁵⁾ ทำงานช้า ทำให้ CM ไม่บันทึกเข้าระบบหลังจากนาระบบฯไปใช้จริง (ขั้น 4) ทั้งสองโปรแกรมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าด้วยกัน ปรับความเสถียรของโปรแกรม จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น 2,778 คน และ 6,307 คน ตามลำดับ

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการพัฒนา สอดคล้องกับหลายการศึกษา^(11,16,17) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอและระเบียบปฏิบัติกองทุนระบบการดูแลระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน และภาระงานที่หนักเกินกำลังของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ พื้นที่ที่ยังไม่มี CM ผ่านการอบรม ยังไม่สามารถดำเนินการและเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุน ซึ่งทำให้ CM ต้องแบกรับภาระงานการดูแลผู้สูงอายุเกินมาตรฐานที่กำหนด⁽¹⁸⁾

ดังนั้น ระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีกลไกในการขับเคลื่อน ระบบการดำเนินงานที่ชัดเจน กำลังคนที่เพียงพอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมทั้งครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นชุมชน หรือภาคีเครือข่าย อาจมีการปรับระบบที่พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่
2. ควรผลักดันประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นวาระการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของจังหวัด ภายใต้การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนนโยบายการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
3. ควรบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวฯ กับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมืองและเขตชนบท
3. ควรทำการศึกษาต้นทุนการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. ศิราณี ศรีหามาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วัชร อมรโรจน์วรูณิ, ปิยะดา คูหิรัญญรัตน์, ธารา รัตนอำนายศิริ, นวลละออง ทองโคตร. ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC). ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. เขาวลิต นาคสวัสดิ์, อภิชัย คุณิพงษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาสังคมตำบลไทรทอง อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง. 2563;34(2):30-7.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนงบประมาณปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2560 มกราคม 19]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc03.pdf
4. Hfocus. วิจัยเสนอ 6 ข้อ พัฒนาระบบ LTC ระเบียบใช้เงินต้องชัด-ขยายครอบคลุมทุกสิทธิไม่เฉพาะแค่บัตรทอง [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 1]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2018/10/16485>
5. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. Long Term Care การดูแลระยะยาว เพื่อพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2563.
6. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, นงลักษณ์ พะไยยะ, วาสนิ วิเศษฤทธิ์. การประมาณการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2562;19: 9-21.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี. คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สระบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี; 2559.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. เอกสารประกอบการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2559. (เอกสารอัดสำเนา)
10. สัมฤทธิ์ ศรีอรรถสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลาก, บวรคม สิริพันธ์. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเอ็มเบอรี่ จำกัด; 2561.
11. ขนวนทอง ธนสุกาญจน์. องค์การแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC). [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 2]. เข้าถึงได้จาก: <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/login>

13. นงลักษณ์ พะโกยะ. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 1]. เข้าถึงได้จาก:
<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2544/hs1573.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
14. GNews. สปสช. จัดเวทีระดมสมอง “พี่เลี้ยง กปท.” ปี 63 เร่งรุก 3 กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก:
<https://gnews.apps.go.th/news?news=51057>
15. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าความร่วมมือการพัฒนาระบบข้อมูลและผลการดำเนินงานตามโปรแกรม LTC (3C) [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-5.3-%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%9B%E0%B9%82%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1-LTC.pdf>
16. ศิราณี ศรีหาภาค, ธารา รัตนอำนวยศิริ, วัชร อมรโรจน์วรุตม์, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, นวลละออง ทองโคตร. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4888?locale-attribute=th>
17. ยศ วัชรคุปต์, วรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจณา, สาวินี สุริยันรัตกร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4):608-24.
18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ปี 2560. (เอกสารอัดสำเนา)