

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทเรียนการดำเนินงานตามนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7

ราณี วงศ์คงเดช*, ดร.ณิ พวงพรพิทักษ์*, อติศร วงศ์คงเดช** ✉

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

✉ adisorntom@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการนำนโยบายดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) ในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2561 โดยใช้แนวคิด CIPP Model และรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยศึกษาบทเรียนในจังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านบริบทพบว่า เขตสุขภาพที่ 7 มีกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย กำกับติดตามและประเมินผลผ่านการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัยขับเคลื่อนร่วมกับเครือข่าย ทำให้ผลการดำเนินงานได้ 76.52% ในระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยจังหวัดกาฬสินธุ์ผ่านเกณฑ์สูงสุด (97.87%) และ จังหวัดมหาสารคาม (83.45%) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าอำเภอโนนสะอาด จังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่นำร่องจากรัฐบาลญี่ปุ่นโดย JICA สนับสนุนตั้งแต่ปี 2556 จึงเป็นพื้นที่ศึกษาดูงานในระดับประเทศและนานาชาติ 3) ด้านกระบวนการ เน้นการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ดูแล (Care Giver: CG) และกลุ่มผู้จัดการ (Care manager: CM) มีการสนับสนุนงบประมาณการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์และค่าตอบแทนผู้ดูแลตามเกณฑ์ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นวิธีการบริหารจัดการงบประมาณโดยเฉพาะช่วงเริ่มต้นโครงการ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่กล้าเข้าร่วมโครงการ แต่ปัจจุบัน สปสช. ได้มีการเรียนรู้และปรับปรุงพัฒนาเป็นคู่มือการทำงานที่ชัดเจน ทำให้เข้าร่วมโครงการถึง 90% 4) ด้านผลผลิต มีผลงานดีเด่นทั้งการบริหารจัดการ การทำงานของ CG และ CM แต่พบอุปสรรคในด้านงบประมาณที่จำกัด และการบริหารจัดการใช้จ่ายงบประมาณบางหมวดที่ยังไม่คล่องตัว

จากผลการดำเนินงานดังกล่าว สามารถเป็นข้อพิจารณาเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน LTC ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว, ซิปโมเดล, เขตสุขภาพที่ 7

Article info:

Received: Sep 5, 2020

Revised: Nov 23, 2020

Accepted: Nov 25, 2020

Original article

Health assessment for long term care program: policy implementation in Health Region 7, Thailand

Ranee Wongkongdech*, Daranee Puangpornpitak*, Adisorn Wongkongdech**✉

*Faculty of Medicine Mahasarakham University

**Faculty of Public Health Mahasarakham University

✉ adisorn.tom@gmail.com

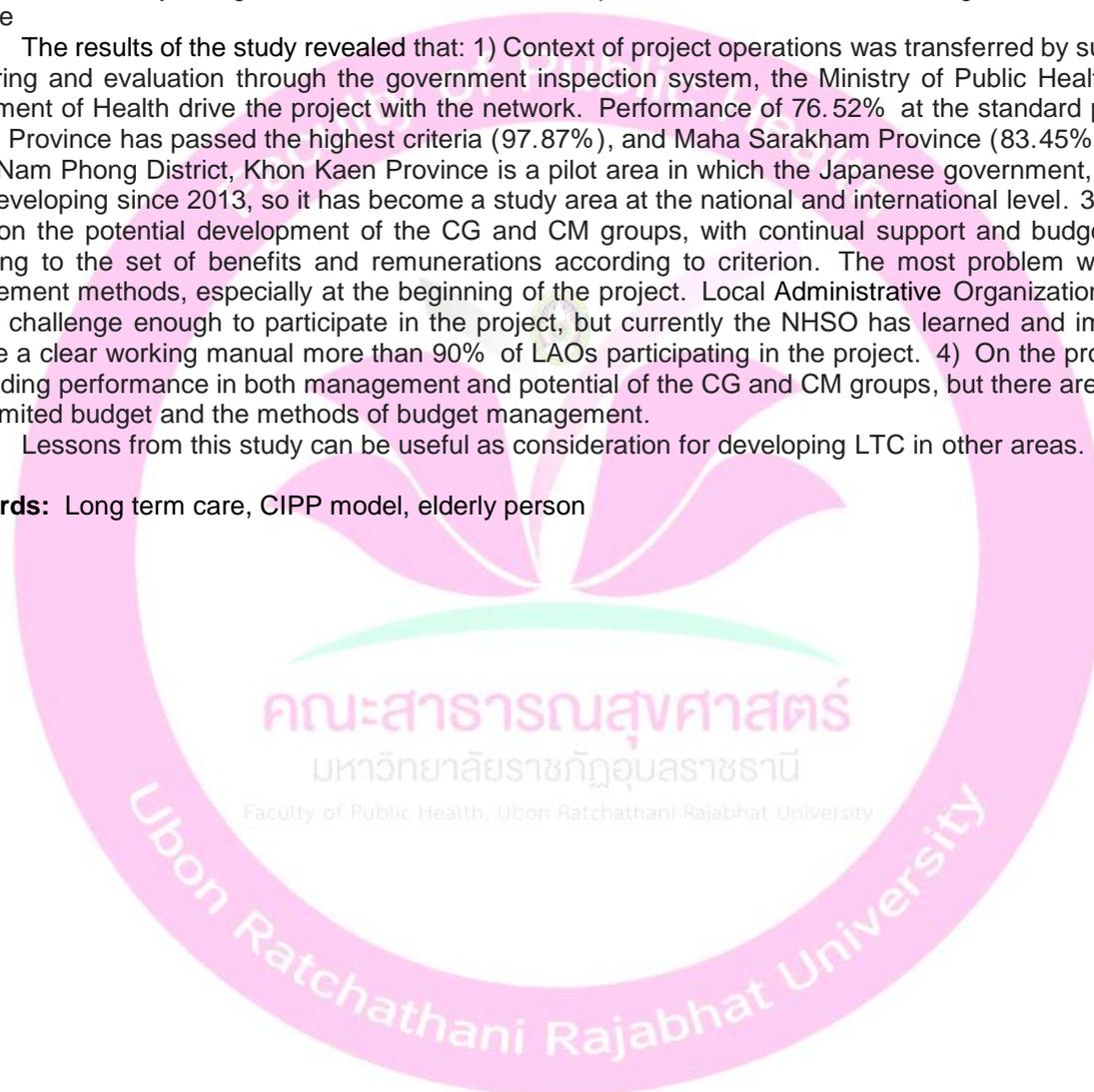
Abstract

This qualitative study evaluated the implementation of the long term care policy of elderly in the Regional Health 7 by using the CIPP Model and used qualitative method for collecting data at Khon Kaen province

The results of the study revealed that: 1) Context of project operations was transferred by supervising, monitoring and evaluation through the government inspection system, the Ministry of Public Health and the Department of Health drive the project with the network. Performance of 76.52% at the standard pass level, Kalasin Province has passed the highest criteria (97.87%), and Maha Sarakham Province (83.45%). 2) Input factor, Nam Phong District, Khon Kaen Province is a pilot area in which the Japanese government, JICA, has been developing since 2013, so it has become a study area at the national and international level. 3) Process: Focus on the potential development of the CG and CM groups, with continual support and budget for care according to the set of benefits and remunerations according to criterion. The most problem was budget management methods, especially at the beginning of the project. Local Administrative Organizations (LAOs) are not challenge enough to participate in the project, but currently the NHSO has learned and improved to become a clear working manual more than 90% of LAOs participating in the project. 4) On the product side, outstanding performance in both management and potential of the CG and CM groups, but there are obstacles in the limited budget and the methods of budget management.

Lessons from this study can be useful as consideration for developing LTC in other areas.

Keywords: Long term care, CIPP model, elderly person



บทนำ

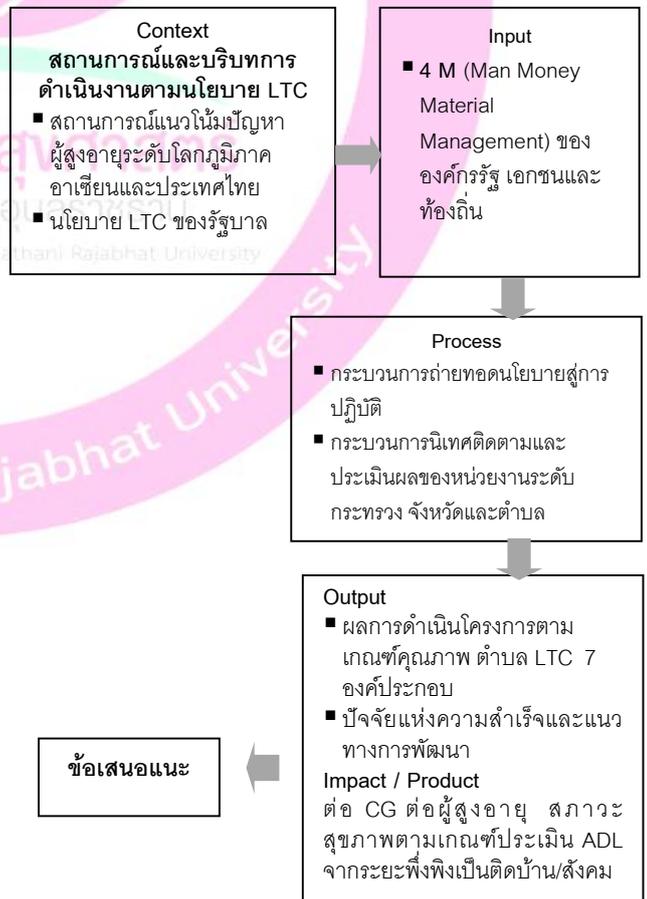
ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในกลุ่มอาเซียนประเทศไทยอยู่ในอันดับสองรองจากสิงคโปร์ในอัตราร้อยละ 16.5 (United Nations, 2017) จากประสิทธิภาพระบบการวางแผนดูแลสุขภาพทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลต่อการลดอัตราเกิดและตายอย่างต่อเนื่อง และสัดส่วนประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและคาดว่าในปี พ.ศ. 2562 จะมีจำนวนสูงกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) โดยปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากร โดยเฉพาะอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคนปี พ.ศ. 2560 เป็น 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2560) และพบผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานมากถึงร้อยละ 5 และกลุ่มวัยปลายมีถึงร้อยละ 19 โดย 1 ใน 3 มีรายได้ อยู่ได้เส้นความยากจน และพบว่าขนาดครัวเรือนลดลงเหลือเพียง 3 คนต่อครอบครัวในปี 2559 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) จึงส่งผลกระทบต่อภาระดูแลและค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่วนในเขตสุขภาพที่ 7 มีผู้สูงอายุร้อยละ 14.76 และทุกจังหวัดในเขตสูงกว่าร้อยละ 10 โดยจังหวัดขอนแก่นสูงที่สุดและเป็นอันดับ 4 ของประเทศ (ร้อยละ 16.6) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) ส่วนใหญ่สามารถจัดการปัญหาสุขภาพกายและใจได้ เมื่อยามเจ็บป่วย หรือการทรมาณด้วยโรคเรื้อรัง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (จิตติวรรณ แสงสิงห์, 2556) ซึ่งโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care: LTC) เกิดจากนโยบายรัฐบาลเพื่อรองรับการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ กระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจโดยรวม และจากปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยและขาดผู้ดูแล (Caregiver: CG) เกือบร้อยละ 90 รัฐบาลได้วางแผนแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2552) การกำหนดเป็นตัวชี้วัด (KPI) ของกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2562) และสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณให้กับภาคีเครือข่ายร่วมกับสหวิชาชีพ เชื่อมต่อกับเครือข่ายเอกชน ประชาชนในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาพื้นที่นำร่อง 1,000 ตำบล กระจายทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) และมีการขยายพื้นที่ดำเนินการครบทั้ง 660 ตำบลในปี พ.ศ. 2561 ที่ผ่านการประเมินเชิงคุณภาพร้อยละ 76.52 ซึ่งเกินเป้าหมายตัวชี้วัดระดับกระทรวง (ร้อยละ 60,70,80,95 ในปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563, 2564 ตามลำดับ) ดังนั้น เพื่อเป็นการ

ประเมินผลกระทบของโครงการต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) (สมบัติ เทสกุล, 2547) โดยใช้ CIPP Model ในการประเมินปัจจัยนำเข้าด้านนโยบาย (Context) ทรัพยากร (Input) และกระบวนการพัฒนา (Process) ตั้งแต่ระดับชาติ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอตำบลและชุมชน และผลที่เกิดขึ้น (Output/ Impact) ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลต่อสังคมของกลุ่ม CG CM และชุมชน ในพื้นที่เป้าหมายในการศึกษาได้จากการสุ่มอย่างง่ายคือจังหวัดขอนแก่น โดยใช้หลักการศึกษาระงับคุณภาพ เพื่อเสนอบทเรียนและประเมินผลการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ รวมทั้งอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการของนโยบาย LTC ในระดับเขตสุขภาพที่ 7 และเป็นตัวอย่างแก่พื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินนโยบาย LTC จากนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้ CIPP Model
2. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน LTC ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการ LTC เขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้ CIPP Model ศึกษาถึง 1) บริบทด้านนโยบาย (Context: C) 2) ปัจจัยนำเข้า (Input: I) 3) กระบวนการทำงาน (Process: P) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบลและชุมชนและ 4) ผลการดำเนินงานและผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม (Product/ Impact) ต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน โดยศึกษาใน เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมี 4 จังหวัดคือ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ และสุ่มเลือกอย่างง่าย ได้พื้นที่ศึกษาคือจังหวัดขอนแก่น และศึกษาข้อมูลระบบการถ่ายทอดนโยบาย การนิเทศ กำกับการดำเนินงานในระดับเขต การนำไปสู่การปฏิบัติของจังหวัด อำเภอ ตำบลและชุมชน จนถึงผลการประเมินเชิงคุณภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนและผู้สูงอายุ โดยศึกษา ระหว่างเดือน สิงหาคม- ตุลาคม 2561

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 099/2561 ลงวันที่ 19 สิงหาคม 2561 และมีการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยทุกประการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบาย LTC ที่เป็นเอกสารในเว็บไซต์

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

URL: <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTE1MQ==> ในหมวด “กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)” โดย ศึกษาเอกสาร: คู่มือ LTC, แนวทางการบริหารกองทุน LTC

- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 URL:

http://www.healtharea.net/?page_id=12131 ในหมวด

“ตรวจราชการ 62: เอกสารประกอบการตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 7”

- เว็บไซต์ที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการและประเมินผลโครงการ LTC

- ผู้ริเริ่มและขับเคลื่อนโครงการ LTC จากนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับภูมิภาค ได้แก่ 1) กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2) ผู้รับผิดชอบงาน LTC ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สสจ.ขอนแก่น 3) เทศบาลเมืองเมืองพล 4) AG จากงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลน้ำพอง 5) CM เทศบาลตำบลสะอาด 6) การสนทนากลุ่ม CG ในศูนย์บริการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสะอาด อ.น้ำพอง 0e0;o 7) ผู้สูงอายุและญาติที่มาใช้บริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุฯ

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการวิจัย ประกอบด้วย

การศึกษาริบทและปัจจัยนำเข้า (C-I) จากข้อมูลสถิติและสถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุ นโยบายและทิศทางการดำเนินโครงการ LTC การกำกับติดตามในระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ จังหวัดและผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด และงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ จากเอกสารและเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระบบการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (P-P) ที่แสดงถึงบทเรียนการทำงานทั้งอุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยใช้

การสัมภาษณ์ (In-depth Interview) โดยร่างประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลโครงการ LTC ระดับเขตสุขภาพ (ศูนย์อนามัยที่ 7) ระดับจังหวัด (งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น: สสจ.) เทศบาลเมืองเมืองพล และงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลน้ำพอง

การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพระยะยาว (CG) ที่ให้บริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสะอาด อำเภอเมือง และแกนนำชุมชน ญาติผู้สูงอายุที่มาใช้บริการจำนวน 10 คน ร่วมกับการการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในศูนย์บริการผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลสะอาด อำเภอเมือง และสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่ศูนย์ฯจำนวน 3 คน ร่วมกับการสังเกตบริบทพื้นที่กระบวนการทำงาน และใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม CG เพื่อแสดงที่มาของการทำงาน ผลที่ได้เทียบกับความคาดหวังและอุปสรรคในการทำงาน

การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของ เครื่องมือ โดยทีมผู้วิจัยเป็นเครื่องมือ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทน และตรวจสอบความ ถูกต้องแบบสามเ้าและคำนึงถึงความอิมตัวของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และแก่นสาระของเนื้อหา (Thematic Analysis)

สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

รายงานผลตามกรอบการศึกษา โดยใช้ CIPP Model ดังนี้

1. บริบทของการนำไปสู่การดำเนินงานตามนโยบาย LTC (Context)

สถานการณ์แนวโน้มปัญหาผู้สูงอายุในระดับโลกและประเทศไทย

นิยามของ “ผู้สูงอายุ” WHO (World Health Organization) และ UN (United Nation) ใช้คำว่า Older person/ elderly person โดย UN กำหนดที่อายุ 60 ปีขึ้นไปแต่ WHO ไม่ได้นิยาม ขึ้นกับแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศที่พัฒนา แล้วใช้เกณฑ์อายุ 65 ปีและในประเทศญี่ปุ่นเลื่อนเป็น 75 ปี (Tokuda Y. และ Hinohara S., 2008) สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554 หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้ระบุในกฎหมายมาตรา 53 ให้มี สิทธิได้รับสวัสดิการอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ อย่างสมศักดิ์ศรี โดยแบ่งตามความสามารถในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน ADL (Barthel Activities of Daily Living) ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการประเมินความน่าเชื่อถือแล้ว (บุษกร โลหะสุน, 2551) ประกอบด้วย 10 กิจกรรมมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็น 1) กลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) 2) กลุ่มติดบ้าน จะช่วยเหลือตนเองได้น้อย (ADL 5 – 11 คะแนน) และ 3) กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาในกลุ่มพึ่งพิงผู้อื่น เพื่อสร้างระบบการดูแลโดยครอบครัวชุมชน และระบบบริการจาก ภาครัฐ การบริหารจัดการโดยท้องถิ่น โดยมีการกำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ

สถานการณ์และแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุ

ในระดับโลก (WHO, 2562) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2050 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นสองเท่าจาก ร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 โดย ภายในปี ค.ศ. 2020 จะมีจำนวนมากกว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 80 อยู่ในแถบประเทศที่มีรายได้ต่ำและปาน กลาง โดยคาดว่าอาจถึง 2,000 ล้านคนจากที่มีอยู่ประมาณ 900 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015 และประมาณ 125 ล้านคนอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่ง WHO ได้เสนอแนะให้เตรียมการรองรับทั้ง ระบบบริการสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น ให้โอกาสในการเรียน การทำงานและการให้คุณค่าของสังคม ส่วนประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับสองใน ประเทศแถบอาเซียน (ร้อยละ 17) รองจากสิงคโปร์ (ร้อยละ 20) และเวียดนาม (ร้อยละ 11) ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 11 ล้านคนหรือร้อยละ 17 ของประชากร คาดประมาณว่าอีกไม่ เกิน 4 ปีจะสูงถึงร้อยละ 20 โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป จาก 1.5 ล้านคนเป็น 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่ง ส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพไม่สามารถดูแลช่วยเหลือ ตนเองได้ในกิจวัตรพื้นฐาน จากโรคเรื้อรังที่พบมากได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน อัมพาต ข้อเข่าเสื่อม สมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งคาดการณ์ว่าจะใช้ งบประมาณดูแลรักษาเพิ่มจาก 60,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2553 เป็น 220,000 ล้านบาทในปี 2565 สถานการณ์ในเขต สุขภาพที่ 7 มีโอกาสที่แนวโน้มเป็นไปในทางเดียวกับ ภาพรวมของประเทศไทยในด้านอัตราการเป็นภาระในวัย สูงอายุ (old-age dependency ratio) ที่เพิ่มขึ้นจาก 19.67 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 26.23 ต่อวัย แรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2560 (ฉัญญารัตน์ สติวิชงศ์, 2562) จึงควรมีการศึกษาในประเด็นนี้ในพื้นที่เพื่อความ ชัดเจนเพิ่มขึ้นนำไปสู่การวางกลยุทธ์ในการพัฒนาต่อไป

การจัดตั้งเขตสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562) เพื่อบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน เครื่องมือ แพทย์) ในการบริการสุขภาพสู่ภูมิภาคอย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน เป็นธรรม ใกล้เคียงกับและไม่ทับซ้อนกัน โดยส่วนกลางมีบทบาทในการกำกับติดตามในภาพรวม มี ทั้งหมด 12 เขต (กระทรวงปรับให้สอดคล้องกับเขตบริการ ของ สปสช.) และเขตสุขภาพที่ 7 รับผิดชอบพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและจังหวัด

กาฬสินธุ์ ส่วนสถานการณผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.76 จังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากรผู้สูงอายุสูงที่สุด (ร้อยละ 15.92) รองลงมาคือ กาฬสินธุ์ (ร้อยละ 14.41) ขอนแก่น (ร้อยละ 14.36) และมหาสารคาม (ร้อยละ 14.28) และจากการประเมินค่า ADL พบว่า ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 96 เป็นกลุ่มติดสังคม) โดยมีกลุ่มติดเตียงติดเตียงร้อยละ 0.57

นโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุของรัฐบาล

จากคำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้มีนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นข้อ 3 คือ “การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐข้อ 3.4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่ดีเหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้นและโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงิน การคลัง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ” จากนั้นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ปรับปรุงแผนผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 โดยกำหนดมาตรการใหม่เพื่อรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่ การสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัย การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้ท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมการดูแลในระยะยาว การสร้างเครือข่ายในระดับจังหวัดและท้องถิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ วิสัยทัศน์นอกจากให้คุณค่าผู้สูงอายุที่สามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมแล้ว ในกรณีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและชุมชนต้องดูแลเกื้อกูล โดยรัฐเป็นผู้จัดสวัสดิการเสริม มีการบูรณาการยุทธศาสตร์และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพื่อดำเนินการดูแลบริการผู้สูงอายุ 2 ประเภท คือ ดูแลในสถาบัน (Institutional Care) และการดูแลโดยชุมชน (Community Care)

2. ปัจจัยนำเข้า (Input) ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่

สู่การขับเคลื่อนงานด้วย 4 M (Management-Man-Money-Materials) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562)

การบริหารจัดการ (Management) งานพัฒนาผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข เคยได้รับการสนับสนุนโดยการทำวิจัยร่วมกับรัฐบาลญี่ปุ่นผ่านองค์กรไจก้า (JICA) ที่เคยประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแล จึงต้องการสนับสนุนประเทศในแถบอาเซียนให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการระยะยาวที่ยั่งยืน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือติดบ้านที่มีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อดูแลรักษา ฟื้นฟูและป้องกันไม่ให้อาการเจ็บป่วยแย่ลง โดยการพัฒนาศักยภาพญาติร่วมกับบุคลากรภาครัฐ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556-2560ในพื้นที่นำร่อง 6 แห่ง จังหวัดขอนแก่นดำเนินการที่ตำบลสะอาด อ.น้ำพอง ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับดี และเห็นควรพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงจะสามารถดูแลได้ครบถ้วนทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และจะนำผลการพัฒนาไปขยายในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีบริบทคล้ายกัน

ในการดำเนินตามนโยบาย LTC กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบหลักในยุทธศาสตร์ที่ 1 โดยหนึ่งในกลยุทธ์คือการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มวัยพึ่งพิง ที่มีข้อจำกัดของผู้ดูแลและปัญหาเศรษฐกิจ และสปสช. ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลเพื่อมาเป็นกลไกในการขับเคลื่อนโครงการร่วมกับหน่วยงานรัฐ เอกชน ท้องถิ่น ดำเนินการพัฒนา โดยกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการวิจัยและพัฒนา

สปสช. ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลจำนวน 600 ล้านบาท เพื่อดำเนินโครงการ LTC โดยเป้าหมายการพัฒนาอยู่ที่ระดับตำบลทั้ง 1000 แห่ง ซึ่งงบประมาณ 500 ล้านบาทผ่านกองทุนสุขภาพท้องถิ่นและ 100 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จะมีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจำนวน 100,000 คนครอบคลุมทุกจังหวัด โดยดำเนินการผ่านกลไกการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ และเชื่อมโยงกับระบบบริหารจัดการงบประมาณผ่านกองทุนสุขภาพระดับตำบล และ สปสช.เขต 7 ได้ร่วมกันพัฒนากับศูนย์อนามัยที่ 7 และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมวางแผนเพื่อสนับสนุนการดำเนินการ

กรมอนามัย (อุดม อัครุตมางกูร, 2562) ได้รับงบประมาณมาดำเนินการโครงการต่อ มีการจัดประชุมเพื่อวางแผนเสนอทบทวนและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องในแต่ละเขตซึ่งศูนย์อนามัยที่ 7 มีการทำวิจัยในพื้นที่ต้นแบบอีก 11 พื้นที่จนมีการสรุปทบทวนการทำโครงการ และจัดทำเป็นคู่มือการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบัน โดยมีหลักคิดของการออกแบบระบบคือ 1) เน้นการบูรณาการในระดับพื้นที่ (บริการทางการแพทย์โดย สธ. ด้านสังคมโดย พม. และ มท.) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและความเป็นไปได้ในการจัดสรรงบประมาณในอนาคต และ 3) การมีส่วนร่วมให้อปท. เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารระบบและสนับสนุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมถึงการขยายงานบริการดูแลในพื้นที่ โดยมีโครงสร้างของบุคลากรที่ชัดเจน (CM CG) มีระบบการทำงานและการวัดผลงานเพื่อรองรับการเบิกจ่ายงบประมาณ เมื่อสังเคราะห์ความรู้และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ได้รูปแบบ/ระบบดังนี้

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Man)

- ผู้บริหารจัดการโครงการ (Aging Manager: AM) โดยต้องเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดหรืออำเภอ มีบทบาทในการประสานแผนและถ่ายทอดยุทธศาสตร์ มาตรการระหว่างส่วนกลาง เขต จังหวัด อำเภอ และตำบล รวมทั้งการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบรายงานผลในระดับอำเภอ จังหวัดแบบบูรณาการโดยไม่แยกส่วน การนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล ตามยุทธศาสตร์ และให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน

- ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ได้แก่ พยาบาล/ นักกายภาพบำบัด/ นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ จะได้รับการอบรมทักษะการบริหารจัดการจำนวน 70 ชั่วโมงและต้องได้รับการขึ้นทะเบียน มีบทบาทหน้าที่ในการ 1) สำรวจและจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) วางแผนและออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ 3) ประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน ADL 4) อบรมแนะนำ ดูแลและกำกับการทำงานของ CG 5) จัดทำและตรวจแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) และ weekly plan 6) จัดทำ Care conference

เพื่อเสนอและปรึกษาหารือกิจกรรมการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะฉุกเฉิน 7) ประสานการปฏิบัติงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อปรับปรุงงาน

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จะได้รับการอบรมตามคู่มือ/ หลักสูตรที่กรมอนามัยพัฒนาหรือเทียบเท่า โดยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการ LTC อย่างน้อย 70 ชั่วโมง (ถึง 420 ชั่วโมง) และต้องได้รับการขึ้นทะเบียน โดยมีบทบาทคือ 1) การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ 2) สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพร่างกาย/ จิตใจและระยงานให้ญาติทราบ 3) การส่งเสริมสุขภาพด้านกายใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม 4) เขียนรายงานตามแผนการดูแล 5) ประกอบอาหารและดูแลการรับประทานอาหารให้สะอาดถูกสุขลักษณะ 6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยอย่างถูกต้อง 7) รายงาน CM และส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีพบว่ามีเหตุฉุกเฉินอย่างถูกต้อง

โดยสัดส่วนของการบริหารจัดการเพื่อการจัดสรรงบประมาณและวางแผนการพัฒนา CM: CG: ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เท่ากับ CM 1คน: CG 5-10 คน: ผู้สูงอายุ 5-10 คน แต่ทั้งนี้ CM จะจัดสรรผู้สูงอายุให้แก่ CG ตามศักยภาพและคละกลุ่มตามความเหมาะสม โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุขได้แก่ กลุ่มที่ 1: เคลื่อนไหวได้บ้างแต่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 2: มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 3: เคลื่อนไหวเองไม่ได้และมีปัญหาการกิน/ ขับถ่าย/ อาการเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่ 4: มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในระยะท้ายของชีวิต

นอกจากนี้ “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ LTC มีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราการผลิตค่าบริการและเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/ หน่วยบริการ/สถานบริการจัดบริการฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยให้มีองค์ประกอบอย่างน้อยดังนี้ (1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองท้องถิ่น/ ประธานอนุกรรมการ/ ผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย (2) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ (2 คน) (3) ผู้อำนวยการ รพ.รัฐในพื้นที่หรือผู้แทน (1 คน) (4) สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน (1 คน) (5)

หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ (1 คน) (6) CM ในพื้นที่ (1 คน) (7) CG ในพื้นที่ (1 คน) (8) ปลัดองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย (1 คน)

งบประมาณสนับสนุน (Money)

การจัดสรรงบประมาณโครงการฯ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดูแล LTC แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ค่าบริการสาธารณสุขที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จำนวน 100,000 บาท/ แห่ง โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้ในบริการเชิงรุกตาม Care plan 2) ค่าบริการสาธารณสุขที่จัดสรรให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 5,000 บาทต่อคนต่อปี โดยให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (ด้านการแพทย์ทั้งการคัดกรองส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รักษาและทางสังคม สิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรมต่างๆ) ในครัวเรือน/ที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/หน่วยบริการโดยบุคลากรสาธารณสุข หรือ CG และสามารถจ่ายค่าตอบแทนแก่ CM CG ได้ ในอัตราที่แตกต่างกันได้ตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ

สถานที่ เครื่องมือ วิธีการและวัสดุอุปกรณ์ (Materials)

ในชุมชนอาจมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (หรือชื่ออื่น) ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือที่คณะกรรมการเห็นชอบ โดยมีโครงสร้างของบุคลากรที่ทำงานได้แก่ CM CG ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ และให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์

3. กระบวนการดำเนินโครงการ (Process)

กระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการจัดประชุมและจัดตั้งคณะทำงานจากส่วนกลางและภูมิภาคที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย เขตสุขภาพ สสจ. สปสช. อปท. รวมทั้งจากพื้นที่ที่มีประสบการณ์เข้าร่วมสรุปบทเรียน แลกเปลี่ยนแนวคิด เพื่อสร้างคู่มือ/ วิธีการบริหารจัดการ เกณฑ์การประเมินคุณภาพ แนวทางการพัฒนากำลังคน (AM, CG, CM) และระบบบริการสุขภาพและการนิเทศกำกับติดตามการทำงานในแต่ละระดับและรายไตรมาส (Small success) โดยผลผลิตสุดท้ายต้องได้ตำบลจัดการสุขภาพ LTC ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน 7 ด้านได้แก่ 1) มีระบบการประเมิน คัด

กรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุเป้าหมายที่ต้องดูแล 2) มีชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์ 3) มี CM, CG/ อสม. ดูแลผู้สูงอายุ 4) มีบริการดูแลแบบ Home Health care จากทีมสหวิชาชีพ 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลโดยท้องถิ่นมีส่วนร่วมและมี Care plansรายบุคคลและ 7) มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ระบบนิเทศกำกับและประเมินผล ผ่านระบบการ

ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในรายไตรมาส โดยถูกกำหนดไว้เป็นตัวชี้วัด PA ระดับกระทรวงตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2559 และของกรมในปีพ.ศ.2561 จึงมีนโยบายและการกำกับที่ชัดเจน มีคณะกรรมการระดับเขตสุขภาพเพื่อกำกับดูแล นอกจากนี้ยังมีการกำกับติดตามผ่านไลน์กลุ่มระดับเขตและกลุ่มย่อย จึงสามารถดูแลให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา โดยมีคุณวสันต์ บุญหล้า ปลัดเทศบาลเมืองเมืองพล จังหวัดขอนแก่น ช่วยในการกำกับติดตามนิเทศ ร่วมกับคณะกรรมการ LTC และ CM ทุกหน่วยบริการ นอกจากนี้ยังถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่อยู่ใน ม.44 ด้วย ทุกจังหวัดจึงต้องรายงานในระบบทุกเดือน

4. ผลผลิต/ผลลัพธ์ (Product) (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2561)

4.1 ผลการดำเนินงาน LTC

จากตารางที่ 1 แสดงถึงผลการดำเนินงาน LTC ในระดับเขตและรายจังหวัด จากรายงานสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1/2562 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 31 มกราคม 2562) ของคณะที่ 1 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ของการดำเนินโครงการ LTC และการสัมภาษณ์พบว่า จากจำนวนตำบลทั้งหมด 660 ตำบล และ 718 อปท. ได้เข้าร่วมโครงการ LTC จำนวน 524 ตำบล (79.39%) 650 อปท. (90.53%) มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพเฉลี่ยร้อยละ 76.52 โดยทุกจังหวัดสูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 70) ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีผลการประเมินที่ดีขึ้น เปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน 211 คน จากกลุ่มติดบ้านเป็นติดสังคม 561 คน และจังหวัดที่มีผลงานสูงสุดได้แก่จังหวัดกาฬสินธุ์ (ร้อยละ 97.8) รองลงมาคือกาฬสินธุ์ (ร้อยละ 83.4) ขอนแก่น (ร้อยละ 71.36 และจังหวัดร้อยเอ็ด (ร้อยละ 70.83) ตามลำดับ

4.2 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (Best Practice)

แต่ละจังหวัด มีพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชุมชน และจังหวัด เพื่อเป็นพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่

- จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด เทศบาลตำบลท่าคันโท (ท่าคันโทโมเดล) อำเภอท่าคันโท เทศบาลเมืองบัวขาว อำเภอภูผินาจารย์ เทศบาลตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ เทศบาลตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง

- จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ เทศบาลเมืองพล ด้านการบริหารกองทุนดีเด่น อำเภอพล ศูนย์ Day Care ผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสะอาด อำเภอโนนพอง อบต.บ้านลาน อำเภอบ้านไผ่

- จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ อบต.หนองตาไก้ อำเภอโพธิ์ชัย อบต.เหล่าหลวง (อำเภอเกษตรวิสัย) อบต.ดงลาน (อำเภอเมือง) โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลมะอึ อำเภอธวัชบุรี อบต.ช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ

- จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่เทศบาลตำบลนาตูน อำเภอนาตูน เทศบาลตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย อบต.บ้านกู่ อำเภอขามศรีสุข โครงการดอกคำดวนวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม

นอกจากนี้ยังมีบุคคลที่เป็นต้นแบบการเรียนรู้ได้แก่ CM **ต้นแบบ** ได้แก่ นางสุทธิดา กล้าแข็ง (รพ.สต.ปอแดง ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์) CG **ต้นแบบ** ได้แก่ นางบำรุงรัตน์ บมขุนทด (เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์) **ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ** ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองผือ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ และผู้สูงอายุสุขภาพดีต้นแบบ ได้แก่ นายคำคู่ วรสาร อายุ 102 ปี (อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์)

เมื่อสรุปบทเรียนในการดำเนินโครงการตั้งแต่ปี 2559-2561 มีบทเรียนการทำงานของพื้นที่ดังนี้

บทเรียนจากการดำเนินโครงการ

1. กลไกกองทุนตำบลได้รับการยอมรับจากพื้นที่ดี น่าจะสามารถจัดการดูแลระยะยาวในชุมชนได้ดีโดยเฉพาะด้านสังคม หากไม่มีข้อจำกัดด้านระเบียบการเงิน

2. คำนึงถึงความหลากหลายของท้องถิ่น ควรมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

3. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ ต้องการความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ รูปแบบ และระเบียบการบริหารจัดการ

4. การพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้เกิดการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม ตลอดจนเชื่อมโยงบริการ โดยเฉพาะการบูรณาการงาน LTC กับ HCC รวมถึงการพัฒนาเพิ่มพูนทักษะ CM&CG

5. ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและบริการยังทำได้จำกัด จากข้อจำกัดของแนวทางดำเนินงานและระเบียบการเงินของ สปสช. รวมถึงรูปแบบจิตอาสา

6. การบูรณาการทิศทางนโยบายและการดำเนินนโยบายเพื่อพัฒนาระบบ ระหว่าง สธ. และ สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขเพื่อประสิทธิภาพประสิทธิผลของนโยบาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success)

ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอให้ความสำคัญนำประเด็นผู้สูงอายุมาขับเคลื่อน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มี AG ระดับอำเภอเป็นคณะกรรมการ กำหนดประเด็นตำบล LTC ให้เป็น KPI ในการประเมิน หน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP) มีการกำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ภาครัฐเครือข่ายในระดับพื้นที่มีความเข้มแข็ง รวมทั้งมีการจัดประชุมชี้แจงการบริหารกองทุน LTC โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนกองทุน LTC ของ สปสช.7

ปัญหา/อุปสรรคที่พบ

1. คณะกรรมการ LTC บางพื้นที่ ยังขาดความมั่นใจในการเบิกจ่ายงบประมาณ

2. CG มีการย้ายหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ทำให้งานขาดความต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

โครงการ LTC เป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการรองรับปัญหาผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการวางแผนทำงานอย่างเป็นระบบผ่านองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งการวางแผน การสร้างกระบวนการพัฒนา การจัดสรรงบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผล โดยให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ที่มีทั้งโครงสร้างการทำงานและการขับเคลื่อนด้วยกำลังคนแบบเครือข่ายอย่างเหนียวแน่น ตั้งแต่ระดับชุมชนโดยภาคประชาชน (แกนนำชุมชน อสม. ประชาชน)

ท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานสาธารณสุข (รพ.สต.) เป็นระบบ (ทั้งด้านวิชาการโดยมีคู่มือการทำงาน การบริหารจัดการ ด้านงบประมาณและเริ่มด้วยการพัฒนาในพื้นที่ต้นแบบ 6 แห่งตั้งแต่ปี 2556-2560 และนำมาสรุปบทเรียนและวางแผนการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ทั่วประเทศ) ระดับอำเภอ ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพทั้ง 12 เขต และประเทศ จากผลงานของเขตสุขภาพที่ 7 และจังหวัดขอนแก่น จะพบว่ามีบทเรียนเกิดขึ้นมากมาย และมีผลงานเด่นในแต่ละพื้นที่ที่นำมานำเสนอในเวทีต่างๆ มีการขยายพื้นที่ดำเนินโครงการจนในปัจจุบัน สามารถดำเนินการครบทุกตำบลทั่วประเทศปี 2561 จากจำนวน 7,255 ตำบลและผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ ร้อยละ 71.7 (เกณฑ์ เป้าหมายร้อยละ 60) (กระทรวงสาธารณสุข <https://kkhdc.moph.go.th/r7/>) ส่วนเขตสุขภาพที่ 7 จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปี 2562 มีจำนวนที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 637 ตำบล/700 อปท. คิดเป็นร้อยละ 96.52 ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านเปลี่ยน เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,671 คน จากกลุ่มติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 819 คน และจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ครบ 100% คือจังหวัดมหาสารคามและร้อยเอ็ด ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,143 คน จากกลุ่มติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 337 คน (เขตสุขภาพที่ 7, 2562) ซึ่งจึงถือว่าเป็นโครงการที่ก่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยตามนโยบายที่เกิดประสิทธิผลโดยใช้กลไกการทำงานทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและประชาชน

และจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก CG และผู้สูงอายุ ในประเด็นผลกระทบของโครงการต่อสุขภาพ พบว่า CG แต่ละคน แม้จะมีแรงจูงใจในการพัฒนาเป็น CG ไม่เหมือนกัน บางคนใฝ่ฝันอยากเป็นพยาบาลแต่ครอบครัวไม่พร้อมด้านเศรษฐกิจ บางคนเป็นอสม.มาก่อน เมื่อมีโอกาสมาเข้าร่วมอบรม ทำให้มีความสุขทำงานมาก และทุกคนมองเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง คือ “ได้บุญ ได้กุศลตามความเชื่อของคนไทย บุญนั้นจะส่งผลให้เกิดความสุขและสิ่งดีๆ ในชีวิตและครอบครัว และยังกว่านั้น ได้เห็นความสุข สภาวะร่างกายที่แข็งแรงขึ้นของผู้สูงอายุ คำขอบคุณ พรที่ให้ทุกครั้งหลังจากดูแล จึงไม่ใช่

แค่การทำหน้าที่ตามบทบาทเท่านั้น เป็นการดูแลญาติผู้ใหญ่ คนที่มีความเสี่ยงของร่างกายตามธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญ และบางคนซึมเศร้า ไม่ยอมทานอาหาร ไม่ออกกำลังกาย จนเป็นผู้ป่วยติดเตียง เมื่อมาที่ศูนย์ดูแล ทำให้มีเพื่อน มีกำลังใจ อากาศดีขึ้นตามลำดับ สามารถลุกเดินได้ คุยอย่างมีความสุขและไม่อยากหยุด ในวันที่เจ้าหน้าที่และ CG ต้องไปเยี่ยมเชิงรุกในชุมชน ตอนไปรับมาที่ศูนย์ จะตื่นแต่เช้า เตรียมอาหารมาเผื่อคนอื่น ๆ และนั่งรอหน้าบ้าน ” นอกจากนี้ยังได้รับความรู้จากการทำงาน จากการอบรม การฝึก จึงนำมาใช้กับครอบครัวได้ ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุและญาติ คิดว่า “เป็นประโยชน์และรู้สึกขอบคุณที่มีโครงการนี้มาก ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ จากเคยนอนติดเตียงและหมดหวัง ตอนนี้สามารถออกมาทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้ อยากมาทุกวัน แต่มีข้อจำกัดเรื่องเตียง และ CG ต้องออกไปให้บริการที่บ้านกลุ่มติดเตียงด้วย” ซึ่งจะมีการดูแลฟื้นฟูและบำบัดตามสภาพปัญหา เช่น การกายภาพด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ที่หาวัสดุได้ในพื้นที่ชุมชน ซึ่งลูกหลานในชุมชนจะทำแล้วนำมาบริจาคมากมาย และขายให้คนที่มาดูงานได้อีกด้วย การได้พูดคุยกับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการด้วยกัน กับ CG ที่เป็นลูกหลาน โดยอยู่แบบลูกหลาน และมีเวลาทั้งวัน ห่อข้าวและมากินข้าวด้วยกัน เหมือนครอบครัว และทำให้ลูกได้ไปประกอบอาชีพหาเงินได้ ดังนั้น CG จึงเปรียบเสมือนพันธมิตรสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลที่เฉพาะทาง ต้องมีความรู้และทักษะและสามารถดูแลในชุมชนได้ (ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561)สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรและงบประมาณที่มีอย่างจำกัด ภายใต้ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน home health care (HHC)(Srivaniachakorn S, Wasuthapitak P. , 2012) และควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพื้นฐาน เช่น เจาะเลือด วัดความดัน รับประทานยา แบบเดิม (Cabral L, Duarte J, Ferreira M, Dos Santos C. , 2014) และการอบรมกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกัน โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกันอย่างต่อเนื่อง ระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การส่งเสริมการจัดบริการเชิงรุกของทีมสหวิชาชีพ ให้มากขึ้น โดยเฉพาะในด้านกายภาพบำบัดและควรเสริมสร้างกำลังใจ ด้วยการมีนโยบายส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน (ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และ สัมฤทธิ์ ศรีอารังสวัสดิ์, 2561) และมีการสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและสมาชิก ในครอบครัวของผู้สูงอายุก็มีความสำคัญ (Promnoi C, Thaniwattananon P, Nupet P., 2005)

ข้อเสนอแนะ

จากพื้นที่

1. ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ต้นแบบให้กับคณะอนุกรรมการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการบริหารงบประมาณกองทุน LTC
2. ควรกำหนดเป็นตัวชี้วัดของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและควรมีระเบียบและกฎหมายรองรับการใช้จ่ายงบประมาณที่ใช้เฉพาะของกองทุน LTC

3. นำระบบสารสนเทศที่ทันสมัย มาใช้ในการกำกับติดตาม ประเมินผลมากขึ้น

จากการวิจัย

1. เป็นข้อมูลสำหรับพื้นที่ต้นแบบอื่นหรือพื้นที่ที่จะเข้าร่วมโครงการ LTC และนำข้อมูลทั้งโอกาส อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ มาเป็นบทเรียนในการพัฒนาให้เกิดความสำเร็จในพื้นที่ต่อไป
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้กำหนดนโยบายและวางกระบวนการทำงาน ในการทบทวนโครงการ LTC เมื่อลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนทุนวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้สนับสนุนการวิจัยรวมทั้งให้ข้อมูลบทเรียนและการดำเนินงาน LTC ในระดับชาติและเขตสุขภาพได้แก่ คุณไพจิตร วรรณจักร จากศูนย์อนามัยที่ 7 คุณวสันต์ บุญหล้า ปลัดเทศบาลเมืองเมืองพล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพองและคุณศิริพร เหลืองอุดม ผู้ร่วมขับเคลื่อนโครงการ LTC ในระดับพื้นที่ ทีม CG ของศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุต้นแบบตำบลสะอาดและผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์จนการศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Ubon Ratchathani Rajabhat University

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). **นโยบายรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ.**(ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก:
http://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152509145306_1.pdf ค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2562.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552.เข้าถึงได้จาก:
<http://www.dop.go.th/th/laws/1/28/766> ค้นเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2562.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)**
 เข้าถึงได้จาก: <http://eh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=LongTermCare> . ค้นเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2562.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2560 .** (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก
http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1552463947-147_0.pdf ค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2562.
- จิตติวรรณ แสงสิงห์. (2556). **การศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม: กรณีศึกษาชุมชนบ้านลือคำหาญ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพระพุทธศาสนา; บัณฑิตวิทยาลัย; มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; วิทยานิพนธ์ สัทธวงศ์, (2562). สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง. ใน วิวัฒน์ โรจนพิทยากร.(บรรณาธิการ). **การสาธารณสุขไทย 2559 – 2560.** (หน้า 38 – 83). กรุงเทพฯ :แสงจันทร์การพิมพ์ ; 2562.
- บุษกร โลหะขุนและคณะ. (2551). **ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย.**พุทธชินราชเวชสาร. 25 (3): 842-851.
- ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2562). **การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.** (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4939>; ค้นเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2562.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2562). **เขตสุขภาพ ความเป็นมาและความคาดหวัง.**(ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก
[:https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/4649](https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/4649) ค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2562.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2562). **เขตสุขภาพ ความเป็นมาและความคาดหวัง.** (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/4649> ค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2562.
- สมบัติ เทสกุล. **แนวทางการพัฒนาการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของกรมอนามัย. เอกสารประกอบการประชุมแนวทางการพัฒนาการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของกรมอนามัย มีนาคม2547.** กองสุขภาพิบาลชุมชน และประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. นนทบุรี; 2547.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. **เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 7.** (ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก:
http://www.healtharea.net/?page_id=12131. ค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2560.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.** กรุงเทพฯ; 2556.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 256.** (ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf. ค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2562.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523, 2533, 2543, และ 2553. ข้อมูลขนาดครัวเรือนเฉลี่ย พ.ศ. 2559** คำนวณจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC).** เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTE1Mg==>. ค้นเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2561.
- อุดม อัครุตมางกูร. **นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย.** http://dental2.anamai.moph.go.th/download/article/นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย13_14_12_59.pdf
- Cabral L, Duarte J, Ferreira M, Dos Santos C. (2014). Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Aten Primaria.*;46(Espec Cong 1):176-179.
- Promnoi C, Thaniwattananon P, Nupet P. (2005). Factor's predicting caregivers' participation in caring for hospitalized elderly: a case study at Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J.*; 23(6): 405-412. (In Thai))
- Srivanichakorn S, Wasuthapitak P. (2012). Integrated Care for the Elderly in the Community. Nakorn Phatom: Institute of Community Based Health Care Research and Development; 2012. (In Thai)
- Tokuda Y. & Hinohara S. (2008). "Geriatric Nation and Redefining the Elderly in Japan". *International Journal of Gerontology.* 2(4).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition*
- World Health Organization. **Aging and Health.** (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. ค้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2562.

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการ LTC เขตสุขภาพที่ 7 และรายจังหวัด (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7, 2560)

จังหวัด	การดำเนินงาน LTC				รวมทั้งเขต
	ร้อยเอ็ด	ขอนแก่น (19 ม.ค.2562)	มหาสารคาม (23 ม.ค.2562)	กาฬสินธุ์ (31 ธ.ค.2561)	
จำนวนผู้สูงอายุ	197,697 (15.92%)	272,926(19.21%)	144,965 (15.05%)	146,119 (14.8%)	761,707(14.76%)
ตรวจคัดกรอง	181,565 (91.84%)	259,281(14.36%)	126,240 (87.28%)	124,264 (85.0%)	691,350 (90.76%)
ติดสังคม	175,176 (96.78%)	231,919(96.05%)	120,979 (95.83%)	118,551(95.4%)	96.01%
ฟังฟัง	5,849(3.22%)	9,693(4.01%)	5,261 (4.17%)	5,773(4.7%)	25,731(4.00%)
ผลการดำเนินงาน					
• ตำบล LTC	192 (100%)	164(76.38%)	113(84.96%)	148 (98.7%)	660(93.48%)
• ผ่านเกณฑ์	136 (70.83%)	142 (71.36%)	113(83.45%)	132 (97.8%)	505(76.52%)
• อปท.ที่เข้าร่วม	199 (98.03%)	177(79.02%)	133(93.66%)	148(98.7%)	657(91.10%)

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Ubon Ratchathani Rajabhat University