



รายงาน
เรื่อง
ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

ของ
คณะกรรมการการสาธารณสุข
วุฒิสภา



(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โทร. ๙๒๑๙ - ๒๐

ที่ สว ๐๐๑๙.๑๙/ร ๑๘

วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย”
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญประจำวุฒิสภา มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|---|--------------------------------|
| ๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี | เลขานุการคณะกรรมการ |
| ๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไขเกษ | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๗. พลโท อำพน ชูประทุม | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๘. พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๙. นายพิศาล มาณวพัฒน์ | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๐. พลเอก วินัย สร้างสุขดี | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๑. พลเอก จีระศักดิ์ ชมประสพ | |
| ๑๒. พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม | |
| ๑๓. นางทัศนียา ยิวานนท์ | |
| ๑๔. นายประสิทธิ์ ปทุมารักษ์ | |
| ๑๕. นายพิทักษ์ ไชยเจริญ | |
| ๑๖. พลเอก วรวิทย์ บุญญะสิทธิ์ | |
| ๑๗. พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข | |
| ๑๘. นางสุนี จึงวิโรจน์ | |

บัดนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย” เสร็จเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมวุฒิสภา เพื่อพิจารณา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙๘ ต่อไป

(ลงชื่อ) เจตน์ ศิรธรานนท์

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง

(นางสุภาพร วัชรเพชร)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง

วุฒิสภา

(นางพิมพ์วิทย์ สุจินตวัฒน์)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ คนที่สอง

วุฒิสภา

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข
สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙-๒๐

พิมพ์วิทย์ พิมพ์
นิติฎาภรณ์ กนิษฐา อภริดา ศุภกร ทาน ๑
สุภาพร ทาน ๒

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



นายเจตน์ ศิริรัตนนท์
ประธานคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เดลิมชัย บุญยะสิทธิ์รณ
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง



นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง



รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ทรูเวโซ
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม



นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี
เลขาธิการคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไช้เกษ
โฆษกคณะกรรมการ



พลโท อำพน ชูประทุม
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายพิศาล มาณวพัฒน์
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลเอก วินัย สร้างสุขดี
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



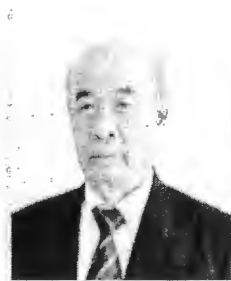
พลเอก จีระศักดิ์ ชมประสพ
กรรมาธิการ



พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม
กรรมาธิการ



นางทัศนียา ยูวานนท์
กรรมาธิการ



นายประสิทธิ์ ปทุมรักษ์
กรรมาธิการ



นายพิทักษ์ ไชยเจริญ
กรรมาธิการ



พลเอก วรार्ท บุญญะสิทธิ์
กรรมาธิการ



พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัย
กรรมาธิการ



นางสุนิ จิงวิโรจน์
กรรมาธิการ

คณะกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
เพื่อรองรับสังคมสูงวัย



พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม
ประธานคณะกรรมการ



รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ทรุฑเวช
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไข่มุก
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง



นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม



นางประนอม คำเพียง
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สี่



นางสาวสุพัตรา ศรีวิชชากร
อนุกรรมการ



นายอาคม ประดิษฐสุวรรณ
อนุกรรมการ



นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา
อนุกรรมการ



นางภรณ์ ภูประเสริฐ
อนุกรรมการ



นายภูชิต ประคองสาย
อนุกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม
อนุกรรมการและเลขานุการ



นางพิมพ์วิทย์ สุจินตวัฒน์
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะที่ปรึกษา
ในคณะกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
เพื่อรองรับสังคมสูงวัย



พระมหาสุเทพ สุทธิญาโน
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



ศาสตราจารย์กานทิณีจ กุลละวณิชย์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายนพพร ชีนกลั่น
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



ศาสตราจารย์คลินิกกฤษฎี รัตนวิจิตรศิลป์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



รองศาสตราจารย์ชชนวนทอง ธนสุกาญจน์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางอัมพร เเบญจพลพิทักษ์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายประกาศิต กายะสิทธิ์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางสาวนาฏ พองสมุทร
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายภาสกร วันชัยจรุญ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



พลอากาศโท อธิพร คณะเจริญ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางศิริรัตน์ ตันปิชาติ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายอภิชาติ ปานบุญสิริวงศ์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

**รายงานการพิจารณาศึกษา
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย”**

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 4/2565 วันพุธที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. 2562 ข้อ 78 วรรคสอง (20) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาขอโทษเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนาพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการเห็นสมควรตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดสุขอนามัยที่ดีทั้งด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ การดูแลรักษาสุขภาพทางด้านทันตกรรม และการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ แล้วรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น รับฟังข้อมูลจากผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการ เพื่อนำเสนอต่อวุฒิสภา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย” เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. 2562 ข้อ 98 ดังนี้

1. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ปัจจุบันประกอบด้วย

อนุกรรมการ

1) พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม

เป็นประธานคณะอนุกรรมการ

2) รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑโว

เป็นรองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่หนึ่ง

3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไช้เกษ	เป็นรองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
4) นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์	เป็นรองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สาม
5) นางประนอม คำเที่ยง	เป็นรองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สี่
6) นางสาวสุพัตรา ศรีวณิชชากร	เป็นอนุกรรมการ
7) นายภูษิต ประคองสาย	เป็นอนุกรรมการ
8) นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา	เป็นอนุกรรมการ
9) นายอาคม ประดิษฐสุวรรณ	เป็นอนุกรรมการ
10) นางภรณ์ ภูประเสริฐ	เป็นอนุกรรมการ
11) ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม	เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ
12) นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์	เป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
<u>ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ</u>	
1) พระมหาสุเทพ สุทธิญาโณ	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
2) ศาสตราจารย์ชานพินิจ กุลละวณิชย์	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
3) นายนพพร ชื่นกลิ่น	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
4) ศาสตราจารย์คลินิกอดุลย์ รัตน์วิจิตราศิลป์	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
5) รองศาสตราจารย์ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
6) นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
7) นายประกาศิต กายะสิทธิ์	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
8) นางสาวนาฏ ฟองสมุทร	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
9) นายภาสกร วันชัยจิระบุญ	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
10) พลอากาศโท อิทธิพร คณะเจริญ	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
11) นางศิริรัตน์ ต้นปิชาติ	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
12) นายอภิชาติ ปวบุญสิริวงศ์	เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

2. วิธีการพิจารณาศึกษา

2.1 การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น
ในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- 1) สำนักงานประมาณ สำนักงานกฤษฎามนตรี
- 2) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
- 3) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- 4) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
 - สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
 - มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ
 - จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - วิทยาลัยประชากรศาสตร์
 - คณะเศรษฐศาสตร์
 - คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์
 - มหาวิทยาลัยมหิดล
 - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - คณะสาธารณสุขศาสตร์
 - สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
 - สถาบันโภชนาการ
- 5) สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
- 6) กระทรวงแรงงาน
 - สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน
 - กรมการจัดหางาน
 - สำนักงานประกันสังคม
- 7) กระทรวงมหาดไทย
 - กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 - องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว
 - เทศบาลตำบลไทรโยค
- 8) กระทรวงสาธารณสุข
 - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - คลินิกหมอครอบครัว สาขาคลองศาลา โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเหมืองใหม่ อำเภอกำแพงแสน
 - จังหวัดสมุทรสงคราม
 - กรมการแพทย์
 - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 - กรมสุขภาพจิต
 - กรมอนามัย
 - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 9) กรุงเทพมหานคร
- 10) สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 11) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

- 12) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- 13) ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
- 14) แพทยสภา
- 15) ทันตแพทยสภา
- 16) สภาการพยาบาล
- 17) สภากายภาพบำบัด
- 18) สภาเภสัชกรรม
- 19) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- 20) สมาคมประกันชีวิตไทย

2.2 จัดสัมมนา จำนวน 1 ครั้ง

- สัมมนา เรื่อง “ระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ...วิกฤต ภาระ หรือโอกาส?” ในวันอังคารที่ 27 กันยายน 2565 ณ ห้อง Magic 3 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศเพื่อรองรับสังคมสูงวัย แสวงหาทางออกและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงและยั่งยืน และนำข้อสรุปผลการจัดสัมมนาและข้อเสนอแนะ เสนอไปยังรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันไปสู่ระดับนโยบายพิจารณาดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป

วิธีการดำเนินการสัมมนาโดยการอภิปราย และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ผลกระทบ ปัญหาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นเวทีรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการสัมมนาเพื่อนำมาวิเคราะห์และจัดทำสรุปผลการสัมมนา ทั้งนี้ ได้เชิญผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการสัมมนาประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสถาบันประสาทวิทยา ผู้แทนสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้แทนราชวิทยาลัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เครือข่ายผู้สูงอายุ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ซึ่งนับเป็นโอกาสอันดีที่คณะกรรมการกิจการจะได้รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมสัมมนาซึ่งมาจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้บทสรุปข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานผู้ปฏิบัติ นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิในการหารือเพื่อหาแนวทางร่วมกัน และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม และเป็นรูปธรรม อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า

2.3 การเดินทางศึกษาดูงาน จำนวน 1 ครั้ง

เมื่อวันอังคารที่ 20 กันยายน 2565 คณะกรรมการกิจการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการกิจการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการกิจการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ มูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร

3. ผลการพิจารณา

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย” โดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยดำเนินการพิจารณาศึกษากรณีดังกล่าว ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณารายงานฉบับนี้แล้ว และมีมติเห็นชอบกับรายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าว โดยถือว่าเป็นรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการ

จากการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการจึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ โดยมีรายละเอียดแนบท้ายนี้ เพื่อให้ที่ประชุมวุฒิสภาพิจารณา หากวุฒิสภาให้ความเห็นชอบกับผลการพิจารณาศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการขอได้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาและดำเนินการตามแต่จะเห็นสมควรต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบไป



(นายทวีวงศ์ จุลมนตรี)

เลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

หน้าว่าง

คำนำ

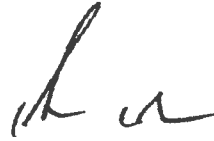
คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดสุขอนามัยที่ดี ทั้งด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ การดูแลรักษาสุขภาพทางด้านทันตกรรม และการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปสาระสำคัญ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางในการแก้ไขเพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ โดยคณะอนุกรรมการได้จัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย” ซึ่งสอดคล้องกับหน้าที่และภารกิจของวุฒิสภา ในการทำหน้าที่ติดตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 นโยบายภาครัฐและการขับเคลื่อนนโยบาย ผลการศึกษาทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ บทบัญญัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แนวทางและสาระในการพัฒนาและการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

โดยคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ได้พิจารณาศึกษาและเล็งเห็นความสำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ประชากรที่เคยอยู่ในวัยแรงงานได้มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบกับอัตราการเกิดของประชากรไทยมีสัดส่วนที่ลดลง ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบแรงงานของประเทศไทยในอนาคต กระทั่งทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือการเข้าสู่สังคมสูงวัยจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ท้องถิ่น บุคคลในครอบครัว ตลอดจนผู้สูงอายุเอง ควรพึงตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

ทั้งนี้ การพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการได้มีการเชิญผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ มาให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นเพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขในปัญหาดังกล่าว และเอกสารทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นต่าง ๆ

บัดนี้ คณะอนุกรรมการได้จัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ระบบบริการ
สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย” เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอเสนอรายงานการพิจารณา
ศึกษานี้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

พลอากาศตรี



(เฉลิมชัย เครื่องาม)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว สาเหตุสำคัญเนื่องจากอัตราการเกิดลดลงขณะที่อัตราการเสียชีวิตของประชากรโดยรวมก็ลดลงด้วย สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มจากร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2503 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.1 ในปี พ.ศ. 2573

จากความสำเร็จของนโยบายวางแผนครอบครัวที่เน้นการคุมกำเนิด (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513) เป็นประการสำคัญที่ส่งผลให้ประเทศไทยมีอัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่องบวกกับความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น จนส่งผลให้โครงสร้างประชากรในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้าอีกหลายสิบปี ประเทศไทยจะตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูงมาก เด็กเกิดใหม่น้อย ประเทศไทยจะประสบภาวะถดถอยด้านประชากรวัยแรงงาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและบริการสุขภาพ ขณะนี้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ประชากรสูงอายุมีถึง 1 ใน 5 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในอีก 13 ปี (พ.ศ. 2578) โดยประมาณการว่า จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงต้องพึ่งพารายได้จากบุตรหรือครอบครัวเป็นหลัก แม้จะมีเบี้ยยังชีพที่จัดสรรให้ครอบคลุมผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะเป็นแหล่งหลักในการดำรงชีวิต ขณะเดียวกันจากภาวะความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและการกระจุกตัวของการพัฒนา สภาพการณ์ดังกล่าวเป็นประเด็นท้าทายต่อคุณภาพชีวิตและการวางระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันผู้ป่วยสูงอายุจะมีลักษณะทางเวชกรรมและการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า คล้ายกับการดูแลผู้ป่วยวัยทารกและวัยเด็กที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ทั่วไป

ประเด็นด้านสุขภาพนั้น แม้ว่าประชากรไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่กลับพบว่า ผู้สูงอายุกลับต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น หากปล่อยให้เป็นเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว รวมถึงภาครัฐที่จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมหาศาลเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ การเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทยเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้และการเตรียมความพร้อมของระบบเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ จะทำให้เราเผชิญหน้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และทันการณ์

1. แนวคิดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) คิดเป็นประมาณร้อยละ 85 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 14 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ 1 ซึ่งส่วนใหญ่อายุมากกว่า 80 ปี นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26 เท่านั้น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถ

ดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) ต้องได้รับการหนุนเสริมในการสร้างเสริมสุขภาพภายในชุมชนโดยภาคส่วนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่น ท้องที่ รพ.สต. โรงเรียน สถาบันทางศาสนา และการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเอง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่เน้นการ “สร้างนำซ่อม” เพื่อยืดระยะเวลาการพึ่งตนเองให้ได้นานที่สุด

ในส่วนของท้องถิ่นที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรให้มีการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นสามารถให้การสนับสนุนได้เต็มที่ ซึ่งปัจจุบันท้องถิ่นดำเนินการในการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่ยังมีข้อจำกัดในการจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการอื่น ๆ เนื่องจากขาดเครื่องมือและกฎหมายรองรับในการใช้จ่ายงบประมาณได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนขาดกลไกการบูรณาการทั้งแนวนราบและแนวตั้ง (ด้านนโยบาย) ของหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2. ระบบด้านสุขภาพมีประเด็นสำคัญในด้านการสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน คือ

1) การส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งอย่างมีส่วนร่วม (Inclusive community) ในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพ โดยเน้นสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ส่งเสริมการทำงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงวัยมีศักยภาพสามารถจัดการดูแลสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพตนเอง เช่น เร่งรัดพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อความต้องการในชุมชน และรัฐบาลควรเร่งรัดให้มีการกระจายอำนาจเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถทำการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเต็มที่

2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในทุกระดับให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง ได้แก่ สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันก่อนการเจ็บป่วย และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงถึงขั้นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากการดูแลรักษาอย่างเข้มข้นไม่ว่าจะอยู่ใน ICU หรือหอผู้ป่วยทั่วไป จนพ้นภาวะเจ็บป่วยแล้ว แต่ยังคงมีความต้องการดูแลรักษาพยาบาลที่ลดระดับความเข้มข้นลงมา แต่เนื่องจากภาวะแออัดของเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงจำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องส่งกลับไปดูแลที่บ้านในสภาพที่ครอบครัวไม่พร้อม จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีระบบบริการสาธารณสุขระยะกลาง (Intermediate care) ซึ่งเป็นระบบบริการที่ลดระดับลงมาเป็นการดูแลที่ปิดช่องว่างระหว่างรอยต่อของการรักษาในสถานบริการสุขภาพกับบ้าน เป็นระบบบริการที่ลดระดับความเข้มข้นการดูแลจากการดูแลใน ICU และหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามลำดับ ช่วยลดการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดภาวะทุพพลภาพหรือพิการ

การดูแลระยะยาว (Long term care) และการบริการสุขภาพแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย (End of life/Palliative care) ควรมุ่งเน้นการใช้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานสำหรับการทำงาน โดยใช้การดูแลโดยครอบครัว (Home health care) และการดูแลโดยชุมชน (Community care)

3) การสร้างและจัดระบบดูแลสุขภาพชุมชนเมือง โดยจัดระบบผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง ทั้งการดูแลที่บ้านและในหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีการกำหนดมาตรฐานและกลไกที่มีกฎหมายรองรับในการกำกับมาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

3. การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ และความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการและผู้มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้จึงต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะกับการดูแล หรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก รวมไปถึงการช่วยเหลือด้านการดูแลแก่ครอบครัว เนื่องจากภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุต้องการคนช่วย ในการประกอบกิจวัตรประจำวันในขณะที่สมาชิกครอบครัวมีจำนวนลดลง จึงสามารถสรุปความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวได้ดังนี้ 1) บริการสุขภาพที่บ้านหรือในชุมชน ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การตรวจสุขภาพและการจ่ายยาหรือให้การรักษาพยาบาลตามปัญหา 2) บริการรับ-ส่งสำหรับผู้ป่วยที่เดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาล 3) บริการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล 4) สถานที่ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล 5) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน

การดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) รูปแบบที่เป็นทางการ (Formal network) เช่น บริการสุขภาพที่บ้าน (Home health care) โดยทีมสหสาขาทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งดำเนินการตามนโยบายของภาครัฐ และ 2) เครือข่ายไม่เป็นทางการ (Informal network) เป็นการดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน และเพื่อนบ้าน โดยการดูแลในระดับครอบครัวและเครือญาตินี้เป็นบรรทัดฐานที่ยึดถือปฏิบัติกันมา ซึ่งบริการสังคมเป็นการทำเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

4. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1) รูปแบบผสมผสานระหว่างบ้านและศูนย์บริการ (Integrated Home-Service Center Model) ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากครอบครัว โดยผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อม สถานที่จัดบริการ คือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ-ส่ง การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน รูปแบบนี้มีข้อเด่น คือ สะดวกแก่การรับบริการ อีกทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก

2) รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวมหลาย ๆ บริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานมากกว่า โดยครอบครัวเข้ามามีบทบาทน้อย เพราะมีสถาบันให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการ คือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา ให้บริการอาหาร นันทนาการ คนดูแลและรถรับ-ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล โดยมีความแตกต่างจากรูปแบบผสมผสานระหว่างบ้านและศูนย์บริการ รูปแบบนี้มีข้อเด่น คือ มีบริการที่ครบวงจรครอบคลุมทุกความต้องการของผู้รับบริการ แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการต่าง ๆ

3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Model) คือ การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รูปแบบการช่วยเหลือหรือลักษณะกิจกรรม การให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดต้องการความช่วยเหลือ เป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการ คือ บ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่

บริการอาหาร บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เยี่ยมบ้าน บริการรถรับ-ส่ง เพื่อไปรักษาพยาบาล รูปแบบนี้มีข้อเด่น คือ เป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน แต่มีข้อจำกัด คือ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การขาดการติดตามที่สม่ำเสมอและการไม่ให้ความร่วมมือของครอบครัว

4) **รูปแบบการบริการดูแลในสถานบริการ (Institution Care Model)** คือ บริการการดูแลในสถาบันเพื่อทำให้ระดับการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง สถานที่จัดบริการ คือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการ คือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์ นันทนาการ และบริการสังคมอื่น ๆ รูปแบบนี้มีข้อเด่น คือ ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพได้ครบถ้วน แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐมาก ดังนั้น จึงควรจะเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟันฟู และการพักผ่อนภายหลังเจ็บป่วย

สำหรับประเทศไทย ยังขาดข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย ที่ชัดเจน ในด้านจำนวน ประเภทของสถานบริการ และลักษณะการให้บริการ อีกทั้งสังคมไทยยังคงยึดถือความกตัญญูเป็นหลัก จะเห็นได้ว่า การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย ครอบครัวจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และมีบริการจากทางรัฐคอยสนับสนุนอยู่โดยทีมสหสาขาทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม จึงอาจเหมาะกับรูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Model) เน้นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นหลัก โดยมีบุคลากรทางการแพทย์คอยติดตาม ชี้แนะ และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการดูแล

5. หลักในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

1) **การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ** ประกอบด้วย การดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม ดังนั้น จึงต้องมีการประสานงานและบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านสังคม ทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาครัฐ และกำหนดบทบาทที่ชัดเจน เน้นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตโดยมีการพึ่งพาน้อยที่สุด และเมื่อเข้าสู่ภาวะที่ต้องพึ่งพา ก็ได้รับการดูแลในครอบครัวตามสภาพ สำหรับผู้ที่ขาดครอบครัว ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลเมื่อมีภาวะพึ่งพิง อาจสนับสนุนชุมชนให้เข้ามามีบทบาท และกลุ่มที่มีความจำเป็นจริงก็ควรได้รับการสนับสนุนให้เข้ารับการดูแลในสถานบริการของรัฐ

2) **มีความครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม** โดยการบูรณาการทั้งสี่มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและปัญหาทางสุขภาพ อันได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย สภาพการทำงานที่ไม่ดี การจัดการให้มีความต่อเนื่องการรักษาของกลุ่มโรคเรื้อรังและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้กลับมามีสภาวะสุขภาพที่เหมาะสมอีกครั้ง

3) **ความต่อเนื่องของการดูแล** มีความจำเป็นในการเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการและดำเนินการให้เกิดความเป็นสหสาขาจัดการให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องและการดำเนินการติดตาม ประเมินและกำกับระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4) **ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่** เนื่องด้วยบริบทของแต่ละพื้นที่ มีความแตกต่างกัน ดังนั้น การจัดบริการควรจัดให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน ทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

5) เป็นระบบบริการที่เป็นธรรม การจัดบริการควรมีความเป็นธรรมทั้งในด้านการเข้าถึงบริการและการใช้ระบบการเงินการคลังที่มีความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบ ให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นโดยไม่ถูกจำกัดด้วยความสามารถในการจ่าย

จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ระบบบริการสาธารณสุขไทยมีการจัดบริการให้แก่ประชาชนทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน โดยมีความสอดคล้องกับหลักการที่ได้กล่าวมาข้างต้น คือ มีการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมเข้ามาพัฒนางานการดูแลระยะยาว มีสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมกันดูแลสุขภาพ แต่อย่างไรก็ดี ปัจจุบันโรงพยาบาลยังเน้นการดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันแล้วยังมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาอยู่มาก แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งจะพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ก็พบว่า ยังขาดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขาดการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูและระบบข้อมูลในการติดตามประเมินบริการด้านสังคมในชุมชนแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลแม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุแต่ก็ยังมีศักยภาพที่จำกัดและขาดการจัดการในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม จึงควรมีการพัฒนาในการติดตามประเมินผลการดูแล รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มจำนวนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแล

การรองรับสังคมผู้สูงอายุนั้นต้องมีการบูรณาการในหลาย ๆ มิติ ทั้งมิติทางสังคม ทางเศรษฐกิจ และทางสุขภาพ ตลอดจนการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาร่วมในการเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการร่วมมือระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดโรคที่ร้ายแรงและเรื้อรังในผู้สูงอายุ ตลอดจนการรักษาโรคในผู้สูงอายุและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ภาวะทางสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน เนื่องจากเกิดการเสื่อมของหลาย ๆ ระบบในร่างกายพร้อมกัน ดังนั้น บุคลากรที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงควรมีสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ดังนั้น หากภาครัฐไม่ได้มีการเตรียมการป้องกันหรือดำเนินการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ประเทศไทยอาจต้องประสบกับปัญหาผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประชาชนในประเทศ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) รัฐควรกำหนดให้ประเด็นระบบสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นวาระแห่งชาติ ให้มีระบบการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ โดยเฉพาะความคืบหน้าการดำเนินงานของ 7 กระทรวง ที่ได้ร่วมลงนามความร่วมมือ 7 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง เมื่อเดือนมีนาคม 2565 เรื่อง การพัฒนากำลังคนทุกช่วงวัยซึ่งมีประเด็นระบบสุขภาพผู้สูงอายุเป็นส่วนสำคัญ

2) รัฐควรมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีภาวะสูงวัยสุขภาพดี (Healthy Aging) โดยลดปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ได้แก่

2.1) นโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

2.2) นโยบายสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมในท้องถิ่นอย่างทั่วถึง

2.3) นโยบายการให้ความรู้และการดูแลเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ดูแลเรื่องทันตสุขภาพและอนามัยช่องปาก

2.4) นโยบายในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น สวนสาธารณะ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ บริการขนส่งสาธารณะ การเข้าถึงข่าวสารและข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

3) รัฐควรมีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เป็นหน่วยประสานการจัดการเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างเป็นองค์รวมและบูรณาการ

4) รัฐควรมีนโยบายในการเพิ่มการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อายุรแพทย์ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกำหนดกรอบอัตรากำลัง ตำแหน่ง นายแพทย์อายุรกรรม เวชศาสตร์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ

5) รัฐควรออกมาตรการจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ เพื่อเพิ่มจำนวนให้รวดเร็วทันกับความต้องการของจำนวนผู้สูงอายุไทยที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

6) รัฐควรเตรียมการเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้สูงอายุ ทั้งระยะเจ็บป่วย ระยะพักฟื้น ระยะกลาง และการดูแลระยะยาว รวมถึงศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน หรือ Intermediate Care ที่จะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล โดยรัฐบาลควรสนับสนุน สร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นการลดภาระของภาครัฐ

7) รัฐควรออกกฎหมายอย่างเร่งด่วน เพื่อเอื้อต่อการมีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Nursing Home) ที่มีคุณภาพ ซึ่งปัจจุบันยังขาดแคลน ด้วยการเพิ่มเติมกฎหมายในพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ให้มีกิจการดูแลผู้สูงอายุในมาตรา 3 (3) เพื่อสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุจะได้ดำเนินการได้โดยการอ้างอิงพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

8) รัฐควรออกพระราชบัญญัติว่าด้วยการประกอบอาชีพผู้อภิบาล เพื่อเป็นกฎหมายกลางในการกำหนดคุณภาพมาตรฐานและหลักสูตรการฝึกอบรมตลอดทั้งจรรยาบรรณของผู้ประกอบอาชีพผู้อภิบาล เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

9) ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการคัดกรอง เพื่อแยกปัญหาและความต้องการ ทำให้เกิดระบบส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟู ในการดูแลระยะยาวในชุมชน ตามระดับความจำเป็น ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนดำรงชีพได้อย่างมีศักดิ์ศรี

10) ควรกำหนดให้มีเป้าหมายในการจัดระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร

11) ทุกชุมชนควรมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีการดูแลชั่วคราว (Respite Care) หรือสถานบริบาลที่นำผู้สูงอายุมาฝากไว้ชั่วคราว (Nursing Home) ซึ่งข้อมูลจากรายงานจะเห็นว่าศักยภาพของครอบครัวลดน้อยถอยลง เพราะฉะนั้นจึงต้องมีระบบสนับสนุนจากนอกครอบครัวเข้าไปช่วยพัฒนาระบบสนับสนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

12) สถานพยาบาลทุกแห่งควรมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และครอบครัวซึ่งเป็นระบบสนับสนุนจากภายนอกที่จะเข้าไปช่วยสนับสนุนครอบครัว

13) ควรมีการคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

14) ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวเพื่อส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพึ่งพิง ตลอดจนทำให้เกิดการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

15) การพัฒนากำลังคนเพื่อพัฒนาการจัดการบริการระยะยาวในชุมชน

16) การสร้างการจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล เพื่อจะนำไปสู่การขยายให้เต็มพื้นที่ ของประเทศไทย

17) การพัฒนากฎหมาย / ระเบียบ / มาตรฐาน และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการจัดการ ดูแลระยะยาวในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

18) การพัฒนาระบบบริการและกำกับการดูแลระบบสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุม สุขภาพภาวะต่าง ๆ อย่างบูรณาการ พัฒนาระบบการจัดการดูแล (Care Manager System) ให้มี ผู้จัดการ (Care Manager) ได้จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละราย ภายหลังจากการประเมินกิจวัตร ประจำวัน (ADL) อย่างเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย

19) รัฐควรจัดการ จัดสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดอันตรายที่จะก่อให้เกิด อันตรายกับผู้สูงอายุ

20) ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นระดับที่ทั้งผู้สูงอายุและ ประชาชนทุกช่วงวัยสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้สะดวก เพื่อตรวจสุขภาพและความเสี่ยงเป็นโรคต่าง ๆ

21) พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) คือ ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ ความชำนาญ และมีกำลังในการตอบสนองความต้องการของประชาชนให้เพียงพอ การสร้างบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน ให้มีกระบวนการส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่ในการประสานเครือข่ายต่าง ๆ

22) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health workforce) คือ ความพร้อมในการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับปัญหา แนวโน้ม ความต้องการ และการบรรลุตัวชี้วัดต่างๆ โดยการรับฟังเสียงของประชาชน ปัญหาและความต้องการต่าง ๆ รวมถึงจัดทำฐานข้อมูลประชากรในชุมชน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูล ระบบข้อมูลสุขภาพ

23) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Technology) จัดให้มียา เวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจและ เครื่องมือในการรักษาที่ทันสมัย ให้ความรู้ในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

24) งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) เนื่องจากงบประมาณในด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่ภาครัฐต้องดูแลและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ดังนั้น จึงต้องมีการประเมิน ติดตามและกำกับดูแลการใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ

25) รัฐควรให้มีหน่วยงานที่เป็นหลักในการกำกับดูแลติดตามประเมินคุณภาพและมาตรฐาน หลักสูตรและการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุและการประกันคุณภาพการศึกษาสถานฝึกอบรมและ การกำหนดคุณสมบัติของผู้สอนให้ชัดเจน และส่งเสริมให้อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นวิชาชีพมาตรฐาน ที่มีกฎหมายรับรอง

26) รัฐควรกำหนดให้กรณีที่ข้าราชการได้เข้ารับบริการดูแลจากสถานประกอบการรับดูแล ผู้สูงอายุเป็นสิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลังได้

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา	2
1.3 ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา	2
1.4 ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา	2
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.6 วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา	3
บทที่ 2 กรอบแนวคิด นโยบาย กฎหมาย เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 พหุฒพลัง (Active Ageing) ขององค์การอนามัยโลก	11
2.2 เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)	11
2.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560	12
2.4 นโยบายรัฐบาล	13
2.5 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)	14
2.6 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563	14
2.7 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580)	15
2.8 ข้อตกลงบูรณาการความร่วมมือระหว่าง 7 กระทรวง	17
2.9 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	17
บทที่ 3 ผลการพิจารณาศึกษา	25
3.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน	25
3.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุของบางประเทศในภูมิภาคเอเชีย	32
3.2.1 การดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น	32
3.2.2 การดูแลผู้สูงอายุในสาธารณรัฐสิงคโปร์	33
3.3 บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	38
3.4 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	50
3.4.1 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะกลาง (Intermediate Care)	50
3.4.2 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	54
3.4.3 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	60
3.4.4 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบประคับประคอง	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 รูปแบบและแนวทางระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	73
3.5.1 ระบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง	74
3.5.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว	74
3.5.3 ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการ โดยเครือข่ายชุมชน ท้องถิ่น และองค์กรในระดับพื้นที่ (ตำบล อำเภอ)	75
3.6 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ	95
3.6.1 บุคลากรทางการแพทย์	95
3.6.2 บุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์	99
3.6.3 บุคลากรอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ	100
3.6.4 อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)	100
3.6.5 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)	100
3.6.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	101
3.6.7 อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.)	101
3.6.8 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver)	102
3.6.9 ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)	103
3.6.10 ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาชีพ	104
3.6.11 บุคคลที่ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุของเอกชน	105
3.7 ระบบบริการสุขภาพด้านทันตสุขภาพ หรือสุขภาพช่องปากและฟัน สำหรับผู้สูงอายุ	108
3.8 ระบบการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ	117
3.9 ความรอบรู้สุขภาพในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัย	123
3.10 การพัฒนาระบบดิจิทัลภาครัฐด้านการสาธารณสุขรองรับสังคมสูงวัย	128
3.11 นวัตกรรมสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	134
บทที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ	139
4.1 ปัญหาและอุปสรรคของการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	139
4.2 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	143
บรรณานุกรม	151
ภาคผนวก	153
ภาคผนวก ก สรุปผลการจัดสัมมนา	155
ภาคผนวก ข สรุปผลการเดินทางศึกษาดูงาน	173
ภาคผนวก ค กรอบหลักการจัดทำร่างพระราชบัญญัติการประกอบอาชีพนักบริบาล	179

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 4/2565 วันพุธที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุม วุฒิสภา พ.ศ. 2562 ข้อ 78 วรรคสอง (20) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาขอหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนาพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการเห็นสมควรตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่งเพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. 2562 ข้อ 89 ประกอบกับระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งอนุกรรมการซึ่งมิใช่กรรมการในคณะ พ.ศ. 2562 คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงมีมติตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

โดยให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

1. พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดสุขอนามัยที่ดีทั้งด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ การดูแลรักษาสุขภาพทางด้านทันตกรรม และการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ

2. จัดทำสรุปลงสาระสำคัญ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางในการแก้ไขเพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

3. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ

4. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการ

1.2 วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา

- 1) พิจารณาศึกษาทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศเพื่อรองรับสังคมสูงวัย รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และยกระดับระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 2) จัดทำสรุปลงสาระสำคัญ ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางในการแก้ไข เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอ การแก้ไขกฎหมาย หรือกฏระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยให้ได้รับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง
- 3) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการธิการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

1.3 ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา

- 1) ศึกษานโยบายภาครัฐและการขับเคลื่อนนโยบาย ผลการศึกษาทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ บทบัญญัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
- 2) ศึกษาแนวทางและสาระในการพัฒนาและการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- 3) ศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- 4) จัดสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันเสนอไปสู่ระดับนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

1.4 ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา

ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนตุลาคม 2565

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) รับทราบสถานการณ์ การพัฒนา และการดำเนินงานในการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศ
- 2) รับทราบปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาและการดำเนินการบูรณาการของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 3) รับทราบข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาการพัฒนาและการดำเนินงาน
- 4) รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการ เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย” ของคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อเผยแพร่ไปยังรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.6 วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา

- 1) การศึกษารวบรวมข้อมูลเอกสารวิชาการในประเทศและต่างประเทศ
คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีการศึกษาทบทวนข้อมูลจากบุคคล เอกสาร รายงานการพิจารณาศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ การสืบค้นข้อมูล รวมทั้งการประชุมเพื่อหารือและแลกเปลี่ยนความเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- 2) การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเพื่อประกอบการพิจารณา
คณะอนุกรรมการได้มีการพิจารณาศึกษาในเรื่องต่าง ๆ โดยเชิญบุคคลที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น ดังนี้

สำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักงบประมาณ

- นางสาวเพ็ญแข จันทรวงศ์

ที่ปรึกษาสำนักงบประมาณ

กระทรวงการคลัง

กรมบัญชีกลาง

1. นางอรพรรณ อนันตพงษ์

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านวิเคราะห์การคลัง
กองบริหารรับ-จ่ายเงินภาครัฐ

2. นายสิทธิชัย งานเกียรติขจร

ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมกิจการผู้สูงอายุ

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. นางศิริลักษณ์ มีมาก | ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ |
| 2. นางสาวอาภา รัตน์พิทักษ์ | ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ |
| 3. นางสาวนพวรรณ นวลมณี | ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงานและงบประมาณ |
| 4. นางสาวชนภัทร พ่วงเกตุรา | ผู้อำนวยการกลุ่มระบบการดูแลและเฝ้าระวังทางสังคมผู้สูงอายุ |
| 5. นายสมบัติ จันทกวาด | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| 6. นางสาววิชณี ดอกบัว | นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ |

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

- | | |
|--------------------------|--|
| - นายกิตติ วงศ์ถาวรวัฒน์ | นักวิจัยอาวุโส
หัวหน้าทีมวิจัยนวัตกรรมและข้อมูลเพื่อสุขภาพ
ศูนย์วิจัยเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก
และเครื่องมือแพทย์ |
|--------------------------|--|

มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยาลัยประชากรศาสตร์

- | | |
|---|-----------------------------|
| - ศาสตราจารย์วิพรรณ ประจวบเหมาะ
คณะเศรษฐศาสตร์ | คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์ |
| - ศาสตราจารย์วรเวศม์ สุวรรณระดา
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ | อาจารย์ประจำ คณะเศรษฐศาสตร์ |
| - รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ | หัวหน้าภาควิชาเคหการ |

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัช เกษมทรัพย์ | อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน |
| 2. รองศาสตราจารย์ประพิมพ์พร ฉัตรานุกุลชัย | อาจารย์ประจำภาควิชาอายุศาสตร์ |
| คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | |
| - ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย | รองคณบดี คนที่ 2 |
| คณะสาธารณสุขศาสตร์ | |
| - รองศาสตราจารย์ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ | ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมหานคร
ย่านนวัตกรรมโยธี และที่ปรึกษาหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตร์ดุขฎิบัณฑิตสาขา
ส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ |

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

- ศาสตราจารย์เกียรติคุณปราโมทย์ ประสาทกุล ที่ปรึกษาอาวุโส

สถาบันโภชนาการ

1. รองศาสตราจารย์ประไพศรี ศรีจรรย์วาล

ที่ปรึกษาผู้อำนวยการสถาบันโภชนาการ

2. นางพิมพ์นภานัท ศรีดอนไผ่

นักปฏิบัติการวิจัยชำนาญการพิเศษ

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล

1. นางสาวกษมา กองสมัคร

ผู้ช่วยผู้อำนวยการใหญ่

2. นางสาวสุชญา สินธวถาวร

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และความมั่นคง

3. นางสาวภัทรพร เย็นบุตร

รักษาการผู้อำนวยการฝ่ายส่งเสริมและ

สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคง

หัวหน้างานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล

ฝ่ายส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา

คุณภาพชีวิตและความมั่นคง

กระทรวงแรงงานสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน

- นางสาวอังคณา คงศักดิ์

นักวิชาการแรงงานชำนาญการ

กรมการจัดหางาน

1. นางเจลา สุทธิรักษ์

นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ

2. นายนิติรุจน์ หิรัญรัตนกุล

นักวิชาการแรงงานปฏิบัติการ

สำนักงานประกันสังคม

1. นายนันทชัย ปัญญาสุรฤทธิ์

รองเลขาธิการ สำนักงานประกันสังคม

2. นางสาวเพลินจิตต์ บุญเขียว

นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ

3. นายสลิต แก้วละมุล

กองนโยบายและแผนงาน

นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ

4. นายณภูมิ สุวรรณภูมิ

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

นักวิชาการสถิติชำนาญการ กองวิจัยและพัฒนา

กระทรวงมหาดไทยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

1. นายสุรพล เจริญภูมิ

ผู้ตรวจราชการกรม

2. นางสาวสุจิตรา ดาวเรือง

หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

กองสาธารณสุขท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว

- นายนภดล ณ เชียงใหม่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว

อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

เทศบาลตำบลไทรโยค

- นางสุกัญญา ทิพย์สุขุม

รองนายกเทศมนตรีตำบลไทรโยค
อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. นายสมยศ แสงสุข

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัว สาขาคลองศาลา
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

2. นายนิพนธ์ เงินคงพันธ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านคลองเหมืองใหม่ อำเภออัมพวา
จังหวัดสมุทรสงคราม

กรมการแพทย์

1. นายไพโรจน์ สุรัตน์วณิช

รองอธิบดีกรมการแพทย์

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษชนินทร์ เวชชาภินันท์

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

3. นายอัครฐาน จิตนุยานนท์

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

4. นางสาวทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

สถาบันประสาทวิทยา

5. นางสาวอารดา โรจนอุดมศาสตร์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม

สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

6. นายเจษฎา เขียวขจี

นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- นางสาวสุวรรณ์ แนวจำปา

ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

กรมสุขภาพจิต

1. นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

2. นางสาวบุญศิริ จันศิริมงคล

นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

และที่ปรึกษากองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

กรมอนามัย

1. นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา

รองอธิบดีกรมอนามัย

2. นางสาววรางคณา เวชวิถี

ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข

3. นายนิธิรัตน์ บุญตานนท์

ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ

4. นางรัชณี บุญเรืองศรี

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

- นายนพพร ชื่นกลิ่น

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

- | | |
|---------------------|---|
| 1. นายอภิชาติ รอดสม | รองเลขาธิการ สปสช. |
| 2. นายดุสิต ศรีโคตร | ผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น |

กรุงเทพมหานคร**สำนักอนามัย**

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงภาวิณี รุ่งทนต์กิจ | รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย |
| 2. นายแพทย์ธีรวิทย์ วีรวรรณ | ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ |

สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- | | |
|--------------------------------|--|
| - นางสาวมนต์ทิพย์ สัมพันธ์วงศ์ | ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์
การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และสังคม |
|--------------------------------|--|

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

- | | |
|----------------------|---|
| - นางภรณ์ ภูประเสริฐ | ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเฉพาะ |
|----------------------|---|

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี | รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 2. นางสาวนงลักษณ์ ยอดมงคล | ผู้เชี่ยวชาญ
สำนักนโยบายยุทธศาสตร์และประเมินผล |

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

- | | |
|-----------------------|---|
| - นายพิเชษฐ์ หนองช้าง | ผู้ช่วยเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ |
|-----------------------|---|

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

- | | |
|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์คลินิกกมลทิพย์ หาญผดุงกิจ | ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
แห่งประเทศไทย |
| 2. นายปิ่นไทย เทพมณฑา | กรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์
ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย |

แพทยสภา

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณอมร ลีลารัศมี | ที่ปรึกษาเลขาธิการแพทยสภา |
| 2. พลอากาศตรี อิศพร คณะเจริญ | เลขาธิการแพทยสภา |

ทันตแพทยสภา

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| - นายธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล | อุปนายกทันตแพทยสภา คนที่หนึ่ง |
|---------------------------|-------------------------------|

สภาการพยาบาล

- | | |
|---------------------------------------|------------------|
| - รองศาสตราจารย์สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ | นายกสภาการพยาบาล |
|---------------------------------------|------------------|

สภากายภาพบำบัด

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| - นางสาวจิรวรรณ ดนัยตั้งตระกูล | อุปนายกสภากายภาพบำบัด |
|--------------------------------|-----------------------|

สภาเภสัชกรรม

1. นายปรีชา พันธุ์ติเวช
2. รองศาสตราจารย์สุณี เลิศสินอุดม

อุปนายกสภาเภสัชกรรม คนที่สอง
 เภรัญญิกสภาเภสัชกรรม

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

- นายภูษิต ประคองสาย

เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

สมาคมประกันชีวิตไทย

1. นางภาวิฉัตร ประเสริฐสิทธิ์
2. นายประมุข ทรงจักรแก้ว
3. นายสุพร พัทธระกุล
4. ร้อยเอก วุฒิวังศ์ สมบุญเรืองศรี
5. นายสมสกุล ศรีพิสุทธิ
6. นายสมมุติ ลูกอินทร์
7. นายจรง เชื้อจินดา

ประธานคณะแพทย์ที่ปรึกษา
 ที่ปรึกษาคณะแพทย์ที่ปรึกษา
 รองประธานคณะแพทย์ที่ปรึกษา
 รองประธานคณะแพทย์ที่ปรึกษา
 รองประธานคณะแพทย์ที่ปรึกษา
 ประธานคณะอนุกรรมการกฎหมาย
 รองผู้อำนวยการบริหาร สมาคมประกันชีวิตไทย

3) การจัดสัมมนา

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดสัมมนา เรื่อง “ระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ...วิกฤต ภาวะ หรือโอกาส?” ในวันอังคารที่ 27 กันยายน 2565 ณ ห้อง Magic 3 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร โดยสรุปสาระสำคัญ ดังนี้

หัวข้ออภิปราย “ทิศทางระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า”

วิทยากร : 1) นางสาวอาภา รัตน์พิทักษ์

ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสวัสดิการ
 และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ
 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2) นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา

รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3) นายอภิชาติ รอดสม

รองเลขาธิการ สปสช.

4) นายประกาศิต ภายะสิทธิ์

รองผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

5) นายภูษิต ประคองสาย

เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

6) ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย

รองคณบดี คนที่ 2 คณะแพทยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นายกสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

7) นายรังสรรค์ นันทกาวงศ์

นายกเทศมนตรีเมืองบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี

จังหวัดปทุมธานี

ผู้ดำเนินรายการ : 1) นางสาวสุพัตรา ศรีวณิชชากร

2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม

4) การเดินทางศึกษาดูงาน

เมื่อวันอังคารที่ 20 กันยายน 2565 คณะกรรมการการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดูงานเกี่ยวกับความก้าวหน้า การผลิตนวัตกรรม เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

หน้าว่าง

บทที่ 2

กรอบแนวคิด นโยบาย กฎหมาย เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 พหุพลัง (Active Aging) ขององค์การอนามัยโลก

จากแนวคิดพหุพลัง (Active Ageing) ขององค์การอนามัยโลก อธิบายถึงองค์ประกอบสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง ประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) มีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต (Security) และ 3) มีส่วนร่วม (Participation) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ เกือบทั่วโลก เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทำให้หลายประเทศต้องมีการเตรียมความพร้อมในด้านการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อรองรับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้ เพื่อมุ่งไปสู่การพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพ สามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคมได้ ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งตรงกับแนวคิด “พหุพลัง” หรือ Active Aging

2.2 เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)

ตามกระบวนทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยประเด็นสำคัญของวาระการพัฒนากายหลัง พ.ศ. 2558 คือ การจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ประกอบด้วย 17 เป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญ คือ

เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (SDG3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages)

การส่งเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับคนทุกช่วงวัยสำคัญต่อการพัฒนาประเทศและการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชน โดยต้องดำเนินการอย่างจริงจัง ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ภูมิภาค และประเทศผ่านการเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างถูกต้อง การกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอและครอบคลุม การสร้างระบบการบริการสุขภาพที่ทันสมัย เข้าถึงได้และมีคุณภาพ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขซึ่งเกิดจากโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติเหตุ และสาธารณสุขภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

จึงควรส่งเสริมการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมผ่านความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อปลูกฝังค่านิยมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนไทย อาทิ การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การลด ละ เลิกการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องพัฒนาระบบสาธารณสุขเชิงรุก มีคุณภาพ รวดเร็ว ตลอดจนการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อขยายโอกาสการเข้าถึงยาและการรักษาที่ครอบคลุม และการหมั่นกักล้างระหว่างหน่วยงาน โดยมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันในทุกระดับ โดยเฉพาะในประเด็นเชิงบูรณาการ อาทิ การแก้ไขปัญหามลพิษเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะตามมา อีกทั้งควรเร่งจัดสรรและเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร

สาธารณสุขและอาสาสมัครในระดับท้องถิ่น สร้างความเข้มแข็งของหน่วยสุขภาพปฐมภูมิเพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่ต้นเหตุและลดความแออัดในโรงพยาบาล ตลอดจนจัดหาแนวทางที่เป็นรูปธรรมเพื่อลดภาระทางการคลังและสร้างความยั่งยืนให้กับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ¹

2.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

บทบัญญัติที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

หมวด 1 บททั่วไป

- มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง และปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน”

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

- มาตรา 27 “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน” ประกอบกับวรรคสี่ “มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้น เพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครอง หรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม”

- มาตรา 48 วรรคสอง “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ”

หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ

- มาตรา 55 “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

- มาตรา 56 “รัฐต้องจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน”

หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ

- มาตรา 71 “รัฐพึงส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนากีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน”

¹ รายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563 (Thailand's SDGs Report 2016-2020)

วรรคสาม “รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าว ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด พิณฑุและเยียวยาผู้ถูกกระทำ ดังกล่าว”

2.4 นโยบายรัฐบาล²

รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มีนโยบายยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย

1) การวางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ โดยการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ

2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยการสร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขต แทนการกระจุกตัวที่ศูนย์กลาง รวมถึงการปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น นอกจากนี้ยังรวมถึงการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐบาลและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์

3) การเสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาด โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยเฝ้าระวัง หน่วยตรวจวินิจฉัยโรค และหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบาย ในการสกัดกั้นการแพร่กระจายได้อย่างทันท่วงที

4) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต

5) การส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพ ใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชนให้มีน้ำใจนักกีฬา ปฏิบัติตามกฎกติกา มารยาทและมีความสามัคคี อีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้มีศักยภาพสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อเสียงแก่ประเทศชาติ

6) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่น และปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมของการอัมบุนุการปลูกถ่ายอวัยวะและสเต็มเซลล์ (Stem Cell) โดยจัดให้มีมาตรการและกฎหมายที่รัดกุม โดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย

7) การพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย

² สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.5 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)³

การวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ

- 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) ได้แก่
 - (1) พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
 - (2) การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
 - (3) ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - (4) การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
- 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) ได้แก่
 - (1) การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
 - (2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 - (3) ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
 - (4) ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ
- 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) ได้แก่
 - (1) การวางแผนความต้องการอัตรากำลังคน
 - (2) การผลิตและพัฒนากำลังคน
 - (3) การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
 - (4) การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ
- 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) ได้แก่
 - (1) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
 - (2) ระบบหลักประกันสุขภาพ
 - (3) ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ และการคุ้มครองผู้บริโภค
 - (4) ระบบธรรมาภิบาล

2.6 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563

ตามที่สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีมติเห็นชอบในหลักการแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) โดยเห็นว่า แผนดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี การพัฒนาการเรียนรู้ พลังทางสังคม ความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม และการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนเป็นไปอย่าง

³ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มีประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 โดยควรมุ่งเน้นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ควรปรับดัชนีชี้วัด ได้แก่

(1) ดัชนีภาพรวม ควรปรับเป็นดัชนีที่สามารถวัดได้ง่าย รวมถึงเพิ่มเติมดัชนีด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เนื่องจากจะมีผลต่อการสูญเสียสุขภาพะค่อนข้างสูง

(2) ดัชนีหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ ควรครอบคลุมในมิติเรื่องความเพียงพอทางการเงินที่สามารถระบุไปถึงกลุ่มที่มีเงินออมไม่เพียงพอ

(3) ดัชนีอัตราการครอบคลุมการประกันยามชราภาพทั้งภาคสมัครใจ และภาคบังคับ ซึ่งกำหนดค่าเป้าหมายร้อยละ 95 ในปี 2565 อาจเป็นไปได้ยาก และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน จึงควรพิจารณาทบทวนความเป็นไปได้ของค่าเป้าหมายดังกล่าว

2) ควรจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่มที่มีศักยภาพ เน้นเรื่องการจ้างงานเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีรายได้ และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคม

(2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ครอบครัวยากจน ครอบครัวแห่งกลาง เน้นให้ลูกหลานกลับมาอยู่กับครอบครัวมากขึ้น โดยท้องถิ่นควรมีบทบาทสำคัญ และดำเนินการในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงและต้องการความช่วยเหลือ และจัดงบประมาณเข้าไปเสริมการทำงานของท้องถิ่น

3) การขับเคลื่อนการดำเนินงานควรให้ความสำคัญ ดังนี้

(1) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุโดยปรับงบประมาณ ทรัพยากรบางส่วนที่ใช้ในการดูแลพัฒนาเด็กเล็กและเยาวชนมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ ปรับเปลี่ยนโรงเรียนขนาดเล็กในต่างจังหวัดให้เป็นสถานที่พัฒนาผู้สูงอายุในชุมชน หรือเป็นศูนย์กลางในการรวบรวม และแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้สูงอายุ

(2) การดูแลผู้สูงอายุท้องถิ่น/ชุมชน ทั้งด้านสุขภาพ สวัสดิการ และการเงิน โดยทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับภาคราชการ

(3) การส่งเสริมการออม โดยแรงงานในระบบควรส่งเสริมการออมภาคบังคับควบคู่กับภาคสมัครใจ สำหรับแรงงานนอกระบบควรมีการศึกษาหาแนวทางอื่น ๆ เพิ่มเติมในการส่งเสริมการออมของแรงงานนอกระบบ และควรมีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานประกันสังคม กองทุนการออมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โดยให้ท้องถิ่นเป็นผู้ชี้เป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้มีการออม และหลักประกันชราภาพครอบคลุมถ้วนหน้าได้อย่างแท้จริง

2.7 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580)

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) ดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์ "ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม" โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

- 1) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
- 2) เพื่อเพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
- 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ
- 4) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก

โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 25 - 59 ปี ในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุในอีก 1 - 35 ปีข้างหน้า ให้ได้ตระหนักและเตรียมพร้อมการใช้ชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ สำหรับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ฉบับนี้ จะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ แผนปฏิบัติการระยะเร่งด่วนใน 5 ปีแรก (พ.ศ. 2566 - 2570) และแผนปฏิบัติการระยะ 15 ปี (พ.ศ. 2566 - 2580) ซึ่งประกอบด้วยแผนปฏิบัติการย่อย 4 แผน ดังนี้

- แผนปฏิบัติการย่อยที่ 1 เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนสูงวัย ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้

1) ส่งเสริมให้ประชากรอายุ 25 - 59 ปี เตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในมิติทางเศรษฐกิจ เช่น ส่งเสริมการออมเพื่อยามชราภาพ พัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติแบบหลายชั้น เป็นต้น

2) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการชราภาพ ตระหนักถึงคุณค่า ศักดิ์ศรีและมีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ

3) ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง รู้เท่าทันและสามารถเลือกใช้ประโยชน์จากสื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล

4) เร่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

5) ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ

- แผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประกอบด้วย 4 มาตรการ ดังนี้

1) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ เช่น ปฏิรูปหลักประกันยามชราภาพ เป็นต้น

2) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เช่น พัฒนาระบบสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เป็นต้น

3) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสังคม

4) ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสภาพแวดล้อม เช่น ปรับสภาพที่อยู่อาศัยทั้งภายในและภายนอก

- แผนปฏิบัติการย่อยที่ 3 ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย 8 มาตรการ ดังนี้

1) แปลงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติและผลักดันให้ทุกภาคส่วนขับเคลื่อนแผนอย่างมีบูรณาการตั้งแต่ระดับชาติสู่ระดับท้องถิ่น

2) ติดตามและประเมินผลนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ

3) ปฏิรูประบบกฎหมาย เพื่อรองรับการดำเนินงานของทุกภาคส่วน

4) วางระบบกำลังคนด้านผู้สูงอายุทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพในระดับชาติและระดับพื้นที่

5) เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาและการจัดการงานด้านผู้สูงอายุ

6) พัฒนาระบบพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

7) พัฒนาระบบปกป้องและฟื้นฟูผู้สูงอายุและครอบครัวในยามเกิดวิกฤต

8) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

- แผนปฏิบัติการย่อยที่ 4 เพิ่มศักยภาพการวิจัยการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย 2 มาตรการ ดังนี้

1) ส่งเสริมการผลิตงานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) ส่งเสริมการพัฒนาระบบข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและเป็นประโยชน์ต่อภาครัฐในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

2.8 ข้อตกลงบูรณาการความร่วมมือระหว่าง 7 กระทรวง

เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2565 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม เป็นประธานพิธีลงนามข้อตกลงบูรณาการความร่วมมือระหว่าง 7 กระทรวง ทำเนียบรัฐบาล ประกอบด้วย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เพื่อยกระดับการพัฒนาคน โดยใช้กรอบ 5H 4S ได้แก่

แนวทางการพัฒนาสำหรับเด็กใช้กรอบ 5H คือ Heart จิตใจดี มีวินัย Head เก่งคิด วิเคราะห์ เป็น Hand ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ Health สุขอนามัยดี สุขภาพแข็งแรง และ Hi-tech ทันสมัย ก้าวหน้ารู้เท่าทันเทคโนโลยี เพื่อให้เด็กเติบโตเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการบริการ และคุ้มครองอย่างทั่วถึงเท่าเทียม

ส่วนผู้สูงอายุ ใช้กรอบ 4S คือ Social Participation ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม Social Security ส่งเสริมความมั่นคง ปลอดภัย Strong Health ส่งเสริมสุขภาพแข็งแรง และ Smart Digital and Innovation ส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมอย่างชาญฉลาดภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม”

2.9 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.9.1 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2549

ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นควรมีสถานที่หรือกิจการเพื่อการดูแล โดยไม่จำเป็นต้องพักรักษาที่โรงพยาบาลแห่งเดียว การขออนุญาตดำเนินกิจการดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home) ซึ่งไม่มีกฎหมายรับรองโดยเฉพาะ หากดำเนินกิจการดูแลผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ต้องไม่ใช่เพื่อการรักษาพยาบาล แต่หากมีการรักษาพยาบาล หรือทำหัตถการ จะต้องดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

การดูแลผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายได้ 2 ช่องทาง คือ

1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 การดำเนินการกิจการดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home) เดิมเรียกว่า สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2545 ที่กำหนดว่า สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นสถานพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยเรื้อรังโดยวิธีการพยาบาล กายภาพบำบัด เวชกรรมทั่วไป และหรือมีบริการทันตกรรม โรคศิลปะอื่นร่วมด้วย ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1 หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด ต่อมากฎกระทรวงฯ พ.ศ. 2545 ถูกยกเลิกโดยกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 ซึ่งในกฎกระทรวงฉบับปัจจุบัน ได้กำหนดคำนิยาม คำว่า “โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย” ให้ดำเนินการโดยผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมเท่านั้น อีกทั้งในบทเฉพาะกาลข้อ 15 (8) กำหนดให้สถานพยาบาลเรื้อรัง ให้เป็นโรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วยขนาดเล็ก ซึ่งเป็นการกำหนดมาตรฐานให้สูงขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อ Nursing home ที่จะต้องเป็นโรงพยาบาล และมีแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ซึ่งเป็นภาระแก่ผู้ดำเนินการ เพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้เสนอปรับปรุงและยกร่างกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล (ฉบับที่ ..) พ.ศ. โดยแก้ไขให้ผู้ประกอบการวิชาชีพทุกวิชาชีพที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้

2) พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการได้โดยอาศัยมาตรา 3 (3) กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 9 (5) ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อเป็นช่องทางให้สถานประกอบการผู้สูงอายุอยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ซึ่งจะมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุจะได้ดำเนินการได้ตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัตินี้ ต้องไม่ใช่เพื่อการรักษาพยาบาล

2.9.2 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

มาตรา 16 บัญญัติว่า “ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนี้

..... ฯลฯ

(10) การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และ ผู้ด้อยโอกาส

..... ฯลฯ

(31) กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด”

จากบทบัญญัติดังกล่าว คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ออกประกาศ เรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีบุคลากรและค่าใช้จ่ายของบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ สนับสนุนการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่ดังกล่าว และการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนและอบรมบุคลากรดังกล่าว

2.9.3 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา 18 บัญญัติว่า “คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

..... ฯลฯ

(8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

(9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47

มาตรา 47 บัญญัติว่า "เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

..... ฯลฯ

จากบทบัญญัติดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชนร่วมดำเนินกิจกรรมการจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และกระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถตั้งงบประมาณรายจ่ายได้ครอบคลุมการจ่ายเงินที่จำเป็นต้องจ่ายในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องออกระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อให้การบริหารกองทุนมีประสิทธิภาพ

2.9.4 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

มาตรา 11 บัญญัติว่า “ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- (1) การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
- (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
- (3) การประกอบอาชีพหรือฝีกอาชีพที่เหมาะสม
- (4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจการทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
- (5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
- (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสาร ยานพาหนะตามความเหมาะสม
- (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
- (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- (9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไข ปัญหาครอบครัว
- (10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
- (11) การจ่ายเงินเบี้ยเลี้ยงยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
- (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
- (13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศตามกำหนด

..... ฯลฯ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 ซึ่งเหตุผลในการแก้ไข คือ โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 53 กำหนดให้บุคคลซึ่งมีอายุหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญดังกล่าว สมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สิทธิเรื่องเบี้ยเลี้ยงยังชีพของผู้สูงอายุ และอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมจากรัฐ

และในปี พ.ศ. 2560 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ซึ่งเหตุผลในการแก้ไข คือ โดยที่ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงมีนโยบายและมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยโดยการให้เงินช่วยเหลือ เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เพื่อให้ได้รับสวัสดิการที่จำเป็น แต่เนื่องจากกองทุนผู้สูงอายุที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว จึงสมควรเพิ่มบทบัญญัติเรื่องการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และบทบัญญัติเกี่ยวกับที่มาของเงินกองทุนเพื่อให้รวมถึงเงินบำรุงกองทุนที่ได้รับจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวกับสินค้าสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิตโดยให้เรียกเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวกับสินค้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละสองของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต และให้ผู้มีหน้าที่เสียภาษีดังกล่าวเป็นผู้มีหน้าที่ส่งเงินบำรุงกองทุน และให้กรมสรรพสามิตและกรมศุลกากรเป็นผู้ดำเนินการเรียกเก็บเงินบำรุงกองทุนเพื่อนำส่งเข้ากองทุน และในปีงบประมาณที่มีเงินบำรุงกองทุนส่งเข้ากองทุนเกินสี่พันล้านบาทให้กรมกิจการผู้สูงอายุนำเงินบำรุงกองทุนส่วนที่เกินนั้นส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน กำหนดให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจัดสรรเงินบำรุงกองทุน และเงินที่มีผู้บริจาคเข้ากองทุนซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจ่ายเป็นเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย สำหรับจ่ายเป็นเงินสงเคราะห์ดังกล่าว กำหนดกรณีการได้รับการยกเว้น ลดหย่อน หรือคืนเงินบำรุงกองทุน และกรณีที่ต้องเสียเงินเพิ่ม รวมทั้งเพิ่มบทกำหนดโทษ และการเปรียบเทียบคดี และแก้ไขเพิ่มเติมให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นผู้รักษาการตามกฎหมายด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง

สรุปนโยบาย กฎหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายด้านสุขภาพ	กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ
<p>1. นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุระดับโลก : เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย</p> <p>2. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ประเด็นยุทธศาสตร์ : ส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>4 กลุ่มวัย</p> <p>เป้าประสงค์ : ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>3. ระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุนหลัก คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างภาครัฐ และกองทุนประกันสังคม</p> <p>4. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ มาตรการที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย มาตรการย่อยที่ 1.3 ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคม</p>	<p>- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550</p> <p>- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560</p> <p>มาตรา 27, 48, 55, 56, 71, 74</p> <p>- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545</p> <p>- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546</p> <p>- พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550</p> <p>- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550</p> <p>- ประกาศและกฎกระทรวงต่าง ๆ</p>	<p>1. กระทรวงสาธารณสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรมอนามัย - สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - กรมการแพทย์ - กรมสุขภาพจิต - สำนักงานประกันสุขภาพ - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) - สำนักงานผู้สูงอายุ <p>2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ - จัดบริการสังคมดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> • สถานสงเคราะห์คนชรา • ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ • บริการหน่วยเคลื่อนที่ • การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ • การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนตนเอง • การสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่น ๆ

นโยบายด้านสุขภาพ	กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ
<p>ผู้สูงอายุ และมาตรการย่อยที่ 1.4 ปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ</p> <p>5. การบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต : Smart Citizen กลุ่มผู้สูงอายุ ตามกรอบความร่วมมือ 5 ปี (พ.ศ. 2565-2569) (MOU 7 กระทรวง คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ดีอีเอส) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ และเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม)</p> <p>6. การบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสามารถแบ่งการบริการออกเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชน : คลินิกผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ คือ การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน รพ.สต. หรือ ศสม. และผู้สูงอายุในชุมชน - การบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลของรัฐ : คลินิกผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ คือ การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน รพช. - หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลและองค์กรเอกชน <ul style="list-style-type: none"> • คลินิกผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ • คลินิกผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ • สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) • สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ • ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) • การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) 		<ul style="list-style-type: none"> • การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ • สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ <p>3. กระทรวงแรงงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานประกันสังคม - กรมการจัดหางาน - กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน <p>4. กระทรวงศึกษาธิการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำนักบริหารการศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) - สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (ส.ช.) <p>5. กระทรวงวัฒนธรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (สวช.) <p>6. กระทรวงมหาดไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรมการพัฒนาชุมชน <p>7. กระทรวงมหาดไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรมการพัฒนาชุมชน <p>8. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกีฬาแห่งประเทศไทย <p>9. สำนักนายกรัฐมนตรี</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรมประชาสัมพันธ์ <p>10. ภาคเอกชนต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลที่ไม่หวังกำไร สถานบริการสงเคราะห์ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับบริการฟรีทั้งหมดหรือต้องร่วมจ่ายบางส่วนแต่เป็นส่วนน้อย สถานที่พักคนชรา สถานพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนหรือสถานบริการที่เปิดสอนการดูแลผู้สูงอายุและสมาคมการค้า และการบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย เป็นต้น</p>

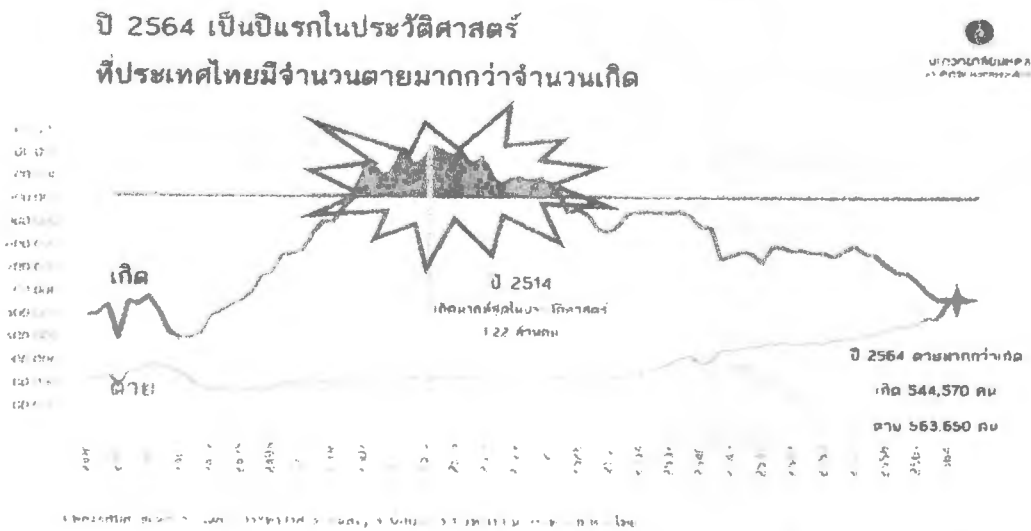
นโยบายด้านสุขภาพ	กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ
<p>• ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จหรือรูปแบบบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนและโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>7. ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (LTC manager) - ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care giver) เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน นอกเหนือจากบุคลากรที่มีอยู่แล้วในระบบอื่น ๆ - แผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) คือ การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อประเมินหาความต้องการด้านบริการสาธารณสุข จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย <p>8. โครงการ/กิจกรรมสำคัญอื่น ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โครงการชะลอชรา ชีวียืนยาว - โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ - โครงการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ - โครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังแบบบูรณาการ (Home Visit & Home Health Care) - โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2565 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long Term Care) 		

หน้าว่าง

บทที่ 3 ผลการพิจารณาศึกษา

3.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน

สถานการณ์ประชากรไทย ปี 2564 เป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทย มีจำนวนเสียชีวิตมากกว่าจำนวนเกิด โดยมีเด็กเกิดใหม่ จำนวน 544,570 คน และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 563,650 คน ในอดีตปี 2514 มีอัตราการเกิดมากที่สุดในประวัติศาสตร์ จำนวน 1.22 ล้านคน ซึ่งมีผลต่ออนาคตของประเทศอีก 20 ปีข้างหน้า จะเป็นสึนามิประชากร เป็นผู้สูงอายุจำนวนมาก และแนวโน้มของโลกที่มีการเกิดน้อยลง การเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ปี 2563 - 2564 มีจำนวนเสียชีวิต 5 แสนกว่าคน เนื่องจากโครงสร้างประชากรมีผู้สูงอายุมากขึ้น จำนวนเสียชีวิตก็เพิ่มมากขึ้น



การเปลี่ยนแปลงของประชากรที่การเกิดน้อยลง การเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เป็นโครงสร้างของประชากรอีก 50 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะน้อยลงและจะลดลงเรื่อย ๆ ประชากรยังมีอายุมากยิ่งขึ้นเพิ่มเร็วอีก 20 ปี ผู้ที่มีอายุ 60 ปี จะเพิ่มร้อยละ 4 - 5 ต่อปี แต่ประชากรอายุ 80 ปี จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 - 8 ต่อปี ประชากรเปราะบางวัย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้น จะตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ไม่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง



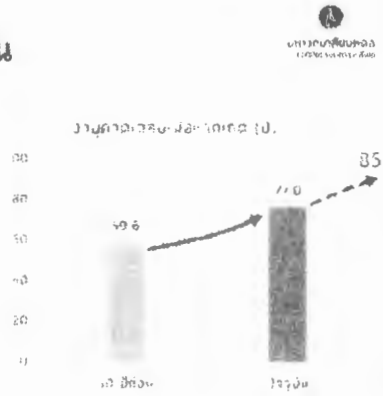
โครงสร้างประชากรไทย

	2514	2563	2613	2660
จำนวน	34.4 ล้านคน	66.4 ล้านคน	55.3 ล้านคน	27.6 ล้านคน
อัตราการเพิ่ม/ลดปี	3%	0.2%	-0.5%	-0.0%
0-14 ปี	15.5 ล้านคน (45.1%)	11.2 ล้านคน (16.9%)	7.0 ล้านคน (12.6%)	2.3 ล้านคน (8.4%)
15-59 ปี	17.2 ล้านคน (50.0%)	43.3 ล้านคน (65.0%)	26.2 ล้านคน (47.4%)	12.4 ล้านคน (44.8%)
60 ปีขึ้นไป	1.7 ล้านคน (4.9%)	12.0 ล้านคน (18.1%)	22.1 ล้านคน (40.0%)	27.6 ล้านคน (46.8%)
อายุเฉลี่ยฐาน	17.2 ปี	39.6 ปี	52.2 ปี	57.6 ปี

ทั้งนี้ ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น เมื่อ 50 ปีก่อน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 59.6 ปี แต่ปัจจุบันค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 77 ปี โดยเพศหญิงจะมีอายุยืนกว่า โดยเพศชายอายุ 73.5 ปี เพศหญิงอายุ 80.5 ปี ทำให้มีผลต่องบประมาณบำนาญสูงขึ้นไป

ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น

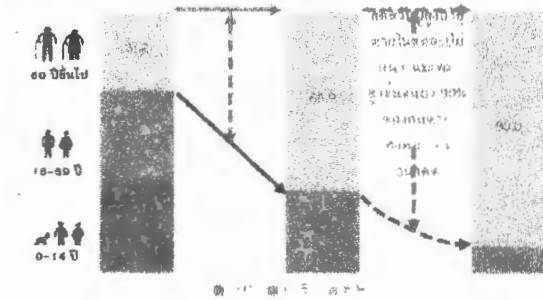
อายุคาดเฉลี่ย (ปี)	50 ปีก่อน	ปัจจุบัน
รวมชาย-หญิง	59.6	77.0
ชาย	57.7	73.5
หญิง	61.4	80.5



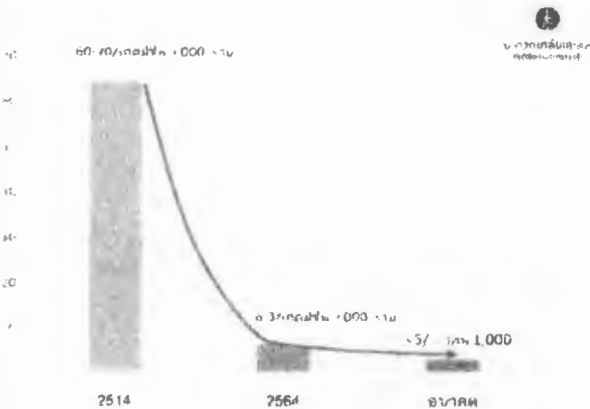
ในอนาคตสัดส่วนผู้สูงอายุเสียชีวิตในแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจนถึงร้อยละ 90 ของคนเสียชีวิตทั้งหมดในอนาคต และอัตราเสียชีวิตทารก จำนวนทารกที่เสียชีวิตก่อนมีอายุครบ 1 ขวบ ต่อเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปัจจุบันมีจำนวนลดต่ำลง



50 ปีก่อน 2563 อนาคต



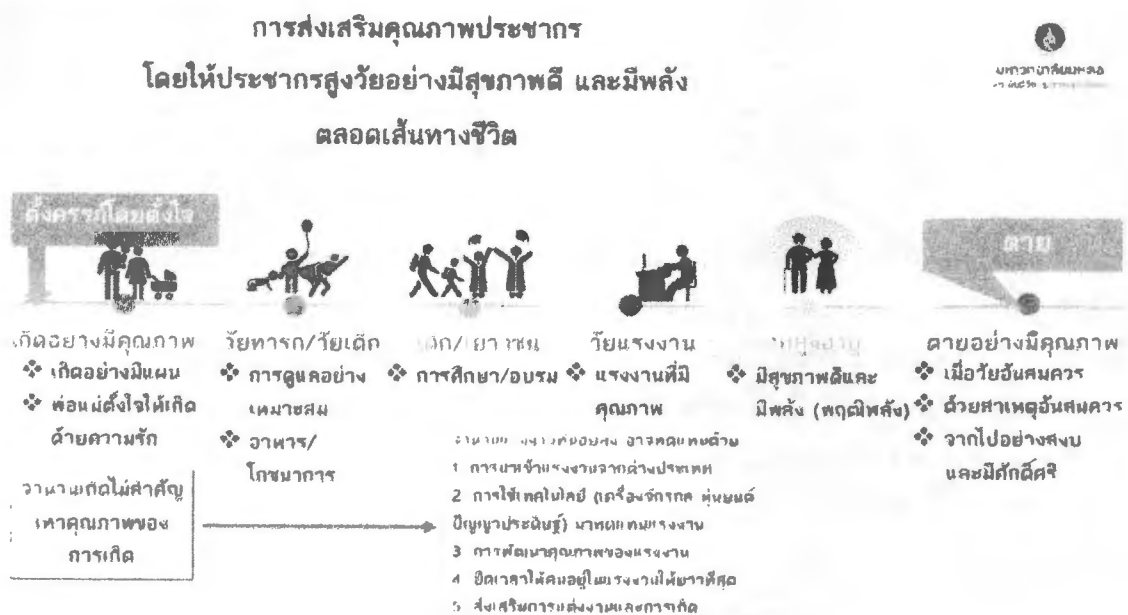
แหล่งข้อมูล: สหประชาชาติ, ธนาคารโลก, องค์การอนามัยโลก, กรมการปกครอง, กรมการทะเบียนราษฎร, กรมการทะเบียนการค้า



แหล่งข้อมูล: สหประชาชาติ, องค์การอนามัยโลก, กรมการทะเบียนราษฎร, กรมการทะเบียนการค้า

การส่งเสริมคุณภาพประชากรโดยเป็นประชากรสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและมีพลังตลอดเส้นทางชีวิต ควรเริ่มตั้งแต่เกิดอย่างมีคุณภาพ มีแบบแผน ในวัยทารก/วัยเด็กได้รับการอบรมดูแลที่เหมาะสม มีการศึกษาที่ดี เป็นแรงงานที่มีคุณภาพ และเป็นผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีพลัง จนเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพเมื่อถึงวัยอันสมควร สาเหตุเสียชีวิตอันสมควร และจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

จำนวนเกิดไม่สำคัญเท่าคุณภาพของเด็ก จำนวนแรงงานที่น้อยลงอาจทดแทนด้วยการนำเข้าแรงงานจากต่างประเทศ การใช้เทคโนโลยีมาทดแทนแรงงาน การพัฒนาคุณภาพของแรงงาน ยืดเวลาให้คนอยู่ในแรงงานให้ยาวที่สุด และส่งเสริมการแต่งงานและการเกิด



ทั้งนี้ สังคมผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. สังคมสูงวัย หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน ร้อยละ 10-20 ของประชากรทั้งหมด
2. สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน ร้อยละ 20-25 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14 - 21
3. สังคมสูงวัยระดับสุดยอด หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21 ขึ้นไป

การลดระดับเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วในช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นปัจจัยหลักที่นำประเทศไทยสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วและรุนแรง

การลดลงของเด็กไทยเกิดใหม่ปี 2564 เกิดต่ำสุดในประวัติศาสตร์ เหลืออยู่ที่ 5 แสนคน มีจุดที่น่ากังวล คือ การเกิดต่ำกว่าการตาย ซึ่ง 2 ปีที่ผ่านมา ประกอบกับปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้อง คือ โรคโควิด 19 ทำให้เกิดความกังวลในเรื่องการตั้งครภ์ แต่ก็มีการตั้งครภ์ไม่พร้อมเกิดขึ้น และโรคโควิด 19 ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุจำนวนมาก



ทั้งนี้ การส่งเสริมการเกิดต้องพิจารณาโดยไม่พิจารณาที่ตัวเลขเป็นอย่างเดียว แต่ต้องพิจารณาแยกอายุผู้ที่ให้กำเนิดด้วย ปัจจุบันผู้หญิงที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป มีอัตราการให้เกิตต่ำลงเรื่อย ๆ แต่ผู้หญิงที่มีอายุ 15 - 19 ปี กลับสูงขึ้นอยู่ในลำดับต้น ๆ ของโลก ดังนั้น นโยบายจึงต้องพิจารณาเรื่องวัยต่าง ๆ การศึกษาและทัศนคติ จึงต้องมีการศึกษาให้รอบคอบก่อนกำหนดนโยบาย

ความท้าทายจากสังคมสูงวัย ได้แก่

1. การเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยและตาย
2. เจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง
3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและของรัฐเพิ่มขึ้น
4. เศรษฐกิจถดถอย
5. ภาระวัยแรงงานเพิ่มขึ้น
6. เสถียรภาพทางการเงินการคลัง
7. ความเหลื่อมล้ำด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม

WHO พยายามเปลี่ยนมุมมองใหม่ว่า สังคมสูงวัยเป็นโอกาสไม่ใช่วิกฤต จึงเสนอแนวคิด พหุฒพลัง (Active Aging) การมีศักยภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจสามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้ตามความต้องการและศักยภาพที่มีอยู่ คือ

1. การมีสุขภาวะที่ดี ได้แก่ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต
2. มีส่วนร่วมทางสังคม ได้แก่ อาสาสมัคร/จิตอาสา ดูแลหลาน/ผู้ป่วย/คนพิการ มีส่วนร่วมทางการเมือง
3. ทำงานเชิงเศรษฐกิจ ได้แก่ การจ้างงาน
4. มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ได้แก่ มีหลักประกันทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความปลอดภัยในชีวิต และการเรียนรู้ตลอดชีวิต

สิ่งที่น่าเป็นกังวล คือ

1. สุขภาพ ผู้สูงอายุยิ่งอยู่นาน ยิ่งอมทุกข์อมโรค จากการติดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พบว่า ภายใน 15 ปี การมีติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว

2. การคาดประมาณสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2558 อยู่ที่ประมาณ 6 แสนคน และในปี พ.ศ. 2593 เพิ่มขึ้นประมาณ 1.4 - 1.6 ล้านคน สิ่งที่น่ากังวล คือ คนติดเตียง 1 คน ยากจนไป 2 รุ่น คือ ตัวผู้ป่วยเอง และลูกหลานที่ดูแล เพราะต้องหยุดงานเพื่อมาดูแล ขาดรายได้ ขาดการออม

3. ผู้สูงอายุไทยบางคนยังทำงานในเชิงเศรษฐกิจอยู่กว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย คิดเป็นเกือบร้อยละ 40 งานที่ผู้สูงอายุทำส่วนใหญ่จะเป็นงานนอกระบบ รายได้ไม่มั่นคง และเมื่อมีเทคโนโลยี นวัตกรรมใหม่ ๆ เข้ามา ทำให้โอกาสในการจ้างงานลดลง ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำมาก ร้อยละของผู้สูงอายุ ตามรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 30,000 บาทต่อปี

4. ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุไทยประมาณ 3 ใน 4 เป็นเจ้าของบ้านที่อาศัยอยู่กว่า 2 ใน 3 มีบ้านอยู่บนที่ดินที่ตนเองเป็นเจ้าของ และผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ เป็นเจ้าของบ้าน ร้อยละ 48.5 หรือเจ้าของที่ดินที่ปลูกบ้านน้อยที่สุด ร้อยละ 43 เมื่อเทียบกับภาคอื่น และมีผู้สูงอายุ อยู่ในบ้านเช่าหรือบ้านของคนอื่น หรือเช่าที่ดินหรือปลูกบ้านบนที่ดินของคนอื่นมากที่สุด ร้อยละ 27.9 และร้อยละ 34.7 ตามลำดับ

ปัญหาสภาพแวดล้อม เช่น

1) ลักษณะสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

2) ความแออัดของที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นประเด็นใหญ่ทำให้เกิดการระบาดของโรค

3) ถนน สะพานลอย ทางม้าลายที่ปลอดภัย

4) บริการสาธารณะ เช่น รถบริการสาธารณะ

5. การเตรียมการเมื่อยามสูงอายุในด้านต่าง ๆ

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเตรียมการให้พร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุนหลัง มีการเตรียมตัวมากกว่ารุ่นก่อน และมีการเตรียมการในด้านสุขภาพ และจิตใจมากที่สุด ส่วนด้านอื่น ๆ ยังมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เตรียมการไม่ถึงครึ่งหนึ่ง

6. ความเหลื่อมล้ำด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึง และรู้ไม่ทันเทคโนโลยี

การเตรียมพร้อมรับมือกับสังคมสูงวัย ตามกรอบแนวคิดเชิงนโยบายในการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ ต้องการสร้างพลพลง ได้แก่

1. ปัจจัยด้านสุขภาพและบริการ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ลดโรคเรื้อรัง ยืดระยะเวลาที่มีสุขภาพดี พฤติกรรมที่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย

3. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น การพัฒนาความรู้ ความสามารถ การปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลง ความมั่นคงทางจิตใจ

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น การลดความเหลื่อมล้ำ การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ
5. ปัจจัยด้านสังคม เช่น การศึกษา การเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต การคุ้มครองทางสังคม
6. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น สภาพที่อยู่อาศัย พื้นที่สาธารณะ

ทั้งนี้ ประเทศไทยได้เริ่มจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นแผนระยะยาว 20 ปี ครอบคลุมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 – 2544 ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการจัดทำและประกาศใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ซึ่งแผนดังกล่าวได้มีการปรับปรุงและติดตามประเมินผล การดำเนินงานเป็นระยะ โดยปัจจุบันได้ใช้แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 เป็นกรอบและแนวทางปฏิบัติทางด้านผู้สูงอายุของประเทศ และจะสิ้นสุด ภายในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีการกำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 5 ด้านคือ

1. การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เช่น หลักประกันสุขภาพ การมีความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิต
2. การส่งเสริมผู้สูงอายุในการมีศักยภาพในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพตนเอง มีองค์กรหรือชมรม ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเข้มแข็ง
3. การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่จะมีรายได้ที่พอเพียงมีระบบและบริการที่จะช่วยเหลือ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน
4. การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
5. การประมวลผลพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติ

และเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2565 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ แห่งชาติ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) เพื่อใช้เป็นกรอบในการบูรณาการและการทำงานเชิงรุก เพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยและนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) วิสัยทัศน์ คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม โดยมียุทธศาสตร์ ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ
2. ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
3. ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ
4. เพิ่มศักยภาพการวิจัยการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๘๐) วิสัยทัศน์ "ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม"			
เครื่องหมายของประชากรก่อนวัย สูงอายุ	อัตรากับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ ทกมี อย่างทั่วถึงและเป็น ธรรม	ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	เพิ่มศักยภาพการ วิจัยการพัฒนา เทคโนโลยีและ นวัตกรรมรองรับ สังคมสูงวัย
มาตรการ ๑ ส่งเสริมให้ประชากรอายุ ๒๕-๕๙ ปีเตรียมการก่อนวัยสูงอายุในมิติทางเศรษฐกิจ	มาตรการ ๑ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ	มาตรการ ๑ แปลงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติและผลักดันให้ทุกภาคส่วนขับเคลื่อนแผนอย่างบูรณาการตั้งแต่ระดับชาติสู่ระดับท้องถิ่น	
มาตรการ ๒ สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในกระบวนการชราภาพ สรรพวิถีคุณค่าศักดิ์ศรี และมีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ	มาตรการ ๒ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ	มาตรการ ๒ คิดค้นประเมินผลนโยบายและแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุในแต่ละระดับ	มาตรการ ๑ ส่งเสริมการผลิตงานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
มาตรการ ๓ ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ฟูเฟ่าฟันและสามารถเลือกใช้ประโยชน์จากสื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัล	มาตรการ ๓ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านสังคม	มาตรการ ๓ ปรับปรุงระบบกฎหมายเพื่อรองรับการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก	มาตรการ ๒ ส่งเสริมการพัฒนาระบบข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงได้ฟรีและเป็นประโยชน์ต่อภาครัฐในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ
มาตรการ ๔ ส่งเสริมเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	มาตรการ ๔ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านสภาพแวดล้อม	มาตรการ ๔ วางระบบกำกับดูแลด้านผู้สูงอายุทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ในระดับชาติและระดับพื้นที่	
มาตรการ ๕ ส่งเสริมความห่วงใยกับที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและเพิ่มโอกาสในการปรับสภาพที่อยู่อาศัย		มาตรการ ๕ เพิ่มขีดความสามารถในการใช้และบริหารจัดการงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรชุมชน/ท้องถิ่นและผู้นำชุมชน	
		มาตรการ ๖ พัฒนาระบบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและผู้สูงอายุ โดยสหภาคผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทั้งในฐานะผู้รับบริการ ผู้รับสวัสดิการหรือผู้บริจาค	
		มาตรการ ๗ พัฒนาระบบปกป้องและฟื้นฟูผู้สูงอายุและครอบครัวในยามที่เกิดภาวะวิกฤต	
		มาตรการ ๘ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ	

บริบทผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป

สัดส่วนผู้สูงอายุต่อผู้อยู่ในวัยแรงงานกัลลลดต่ำลงตามลำดับ จาก 1 : 4.4 ในปี พ.ศ. 2533 ไปเป็น 1 : 3.8 ในปี พ.ศ. 2543 และเป็น 1 : 3.1 ในปี พ.ศ. 2553 คาดว่า 1 : 2.2 ในปี พ.ศ. 2573

ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 34 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน คือ 2,572 บาทต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2557 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพังจากร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2557

ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่กับคู่ชีวิตเพียงสองคนจากร้อยละ 15.9 ในปี พ.ศ. 2546 ไปเป็นร้อยละ 18.8 ในปี พ.ศ. 2557

การส่งเสริมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงวัย

- 1) การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ
 - กิจกรรมทางกายแบบปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์
- 2) ขยับเดินเพื่อชีวิต
 - เดินวันละไม่น้อยกว่า 5,000 ก้าว ป้องกันการล้มในผู้สูงวัย
 - เดินวันละมากกว่า 7,000 - 10,000 ก้าว ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 3) การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงวัย

3.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุของบางประเทศในภูมิภาคเอเชีย

3.2.1 การดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุเกิน 65 ปี ประมาณ ร้อยละ 23 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 ในปี ค.ศ. 2050 ในการรองรับสังคมผู้สูงอายุรัฐบาลญี่ปุ่นได้ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านมาโดยตลอด ในเดือนธันวาคม ค.ศ. 1989 ประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดยุทธศาสตร์ 10 ปี เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุโดยเปลี่ยนจากการดูแลที่สถานให้บริการมาเป็นการดูแลที่บ้าน

ในปี ค.ศ. 1992 ประเทศญี่ปุ่นได้ปรับแก้กฎหมายการดูแลทางการแพทย์ (Medical Care Act) เพื่อให้บ้านเป็นสถานที่สำหรับการดูแลสุขภาพ และในปี ค.ศ. 2000 ประเทศญี่ปุ่นได้เริ่มใช้ระบบการประกันการดูแลระยะยาวตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายการประกันการดูแลระยะยาว (Long – Term Care Insurance Act) ในขณะที่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นประเทศญี่ปุ่นมีจุดมุ่งหมายที่จะจัดตั้งระบบการดูแลที่ครอบคลุมกว้างขวางภายในชุมชนในประมาณปี ค.ศ. 2025 โดยจัดระบบเรื่องบ้าน การดูแลสุขภาพ การดูแลระยะยาว การดูแลแบบป้องกัน และการให้การสนับสนุนชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตต่อไปในสถานที่ที่ตนคุ้นเคยให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนกระทั่งวันสุดท้ายของชีวิต

ระบบด้านการเงินสำหรับการประกันการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น การบริหารเงินทุนสำหรับการประกันการดูแลระยะยาวนั้น ครึ่งหนึ่งของเงินทุนมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายโดยพนักงานและผู้รับบำนาญ รวมถึงการเก็บภาษีโดยทั่วไปและภาษีท้องถิ่น ทั้งนี้ ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปจะต้องจ่ายค่าประกัน และผู้ใช้บริการก็ต้องช่วยจ่ายร่วม (Co – payments) ไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่าย ส่วนเงินทุนอีกครึ่งหนึ่งมาจากรัฐบาลทั้ง 3 ระดับของญี่ปุ่น ได้แก่ รัฐบาลแห่งชาติ รัฐบาลจังหวัด ทั้ง 47 จังหวัด และรัฐบาลเทศบาลท้องถิ่น 1,719 แห่ง โดยการได้รับสิทธิในการรับบริการถูกกำหนดโดยมาตรฐานกลางของประเทศ ซึ่งใช้คอมพิวเตอร์ที่มีโครงสร้างสลับซับซ้อนในการประเมินการได้รับสิทธิควบคู่ไปกับการคิดเห็นของแพทย์

นโยบายที่สำคัญที่มีต่อการการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นซึ่งดำเนินนโยบายหลัก 3 ประการ คือ (MHLW, 2012)

1) การสร้างระบบประกันสุขภาพระยะยาวอย่างยั่งยืน โดยเป็นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพชุมชน (Community care system) ให้เป็นหนึ่งเดียว ประกอบด้วย บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข การรักษาระยะยาว บริการการป้องกัน และการสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นหนึ่งเดียวกันในแต่ละชุมชน อีกทั้งเพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในชุมชนของตนเองจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องให้เทศบาลหรือองค์กรชุมชนเป็นฐานในการบริหารจัดการ

2) การอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนที่มีความปลอดภัยแม้กระทั่งคนในชุมชนเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นการบริหารจัดการชุมชนให้มีความปลอดภัยและรองรับกับผู้สูงอายุที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ ได้ออกนโยบายในการตรวจหาความเสี่ยงของผู้ที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการรักษาและคำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป

3) การดูแลรักษาระยะยาวร่วมกับการส่งเสริมให้ได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง กับความภาคภูมิใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานอย่างต่อเนื่องและที่เหมาะสม ให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเองทำอยู่

การสนับสนุนผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน

รัฐบาลท้องถิ่น (เทศบาล) กำลังจัดให้มีบริการเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่ง การดูแลระยะยาว และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันและฟื้นฟู ประกัน การดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการทางร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยอย่างชัดเจน และอาจต้องใช้บริการการดูแลระยะยาวในอนาคตอันใกล้ รัฐบาลท้องถิ่น (เทศบาล) ให้การสนับสนุน การใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาบริการระยะยาว โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น บริการพยาบาล ดูแลสุขภาพจากภาครัฐ พนักงานดูแลทางสังคมที่ได้รับการรับรอง และผู้จัดการในการให้บริการ เป็นต้น และตามสภาพของผู้สูงอายุ บริการดังกล่าวครอบคลุมถึง (1) การปรับปรุงการทำงานและการเคลื่อนไหว ของกล้ามเนื้อ (2) การปรับปรุงการทำงานของช่องปาก และ (3) ปรับปรุงด้านโภชนาการให้ดีขึ้น

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น การให้บริการโดยใช้ระบบการประกัน การดูแลระยะยาว แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (1) บริการที่สถานบริการ (2) บริการที่บ้าน และ (3) บริการภายในชุมชน รัฐบาลผู้มีอำนาจเต็มในท้องถิ่น (เทศบาล) เป็นผู้กำกับดูแล

สถานบริการอยู่ในรูปแบบของบ้านพักคนชราในประเทศญี่ปุ่น สำหรับการบริการที่บ้าน เป็นการสนับสนุนที่สำคัญอย่างยิ่งให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในบ้าน บริการที่บ้านที่เป็นแบบอย่าง คือ การเยี่ยม ให้การพยาบาลที่บ้าน และการให้บริการในช่วงกลางวัน ส่วนการบริการภายในชุมชน คือ การดูแล ระยะยาวในสถานที่ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย โดนคำนึงถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีโรคทางจิตใจหรือ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

3.2.2 การดูแลผู้สูงอายุในสาธารณรัฐสิงคโปร์

สาธารณรัฐสิงคโปร์ให้คำนิยาม “ผู้สูงอายุ” คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งแนวโน้ม จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ข้างต้นรัฐบาลจึงตั้งคณะกรรมการ ว่าด้วยผู้สูงอายุ (Ministerial Committee on Ageing) ในสังกัดของกระทรวงพัฒนาชุมชน เยาวชน และกีฬา (Ministry of Community Development, Youth and Sports: MCYS) โดยมีแนวคิดหลัก ในการจัดทำนโยบายต่อผู้สูงอายุว่า การเป็นผู้สูงวัยที่ประสบความสำเร็จในสาธารณรัฐสิงคโปร์ (Successful Ageing for Singapore) โดยมีหลักการดังนี้ (1) ส่งเสริมการจ้างงานและความมั่นคง ทางการเงิน (2) ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในราคาที่เป็นธรรมย่อมเยาและจะต้องให้ผู้สูงอายุเข้าถึง บริการด้านสุขภาพ (3) ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในสถานที่ต่าง ๆ รวมถึงการช่วยเหลืออื่น ๆ ด้วย และ (4) ส่งเสริมผู้สูงอายุตามแนวคิดพหุมิติพลัง (Active aging) ประกอบด้วย 2 แนวทาง คือ การดูแล ระยะกลางซึ่งเน้นการดูแลรักษาแบบไม่ค้างคินและการดูแลในระยะยาว ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟู ที่บ้านและการเตรียมเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต

รัฐบาลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น ปรับปรุง ห้องน้ำ ทางลาด ถนนและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ และในระดับชุมชนมีการนำเสนอ แนวคิด เมืองของทุกวัย (City For All Ages: CFAA) โดยมีความมุ่งหมายให้เป็นชุมชนผู้สูงวัยที่เป็นมิตร (Communities senior-friendly) นอกจากนั้นแล้วยังเห็นว่า จะต้องปรับปรุงบริการที่ดีมีคุณภาพ ในราคาที่เป็นมิตร (Better accessibility, quality and affordability) โดย (1) เพิ่มพยาบาลตามบ้าน

จัดให้มีสถานพยาบาลโดยเฉพาะ (Senior Care Centers) จัดให้มีหน่วยรักษาตามบ้าน (2) จัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุตามจุดต่าง ๆ ในชุมชน (3) จัดตั้งกองทุนสำหรับผู้สูงอายุ (Seniors' Mobility and Enabling Fund) (MSF, 2009; Lam Pin Min, 2013; Wong Kai Wen, 2013)

1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ในสาธารณรัฐสิงคโปร์มีการจัดระบบการดูแลระยะยาว แบ่งการดูแลระยะยาวเป็น 2 ประเภท คือ

1.1) บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Residential Services) หมายถึง บริการในสถานดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือที่บ้านไม่มีผู้ดูแล สถานดูแลดังกล่าว ได้แก่ บ้านพักคนชรา

1.2) บริการที่ผู้สูงอายุไม่อยู่ในสถานที่ดูแล (Non-Residential Services)

(1) บริการดูแลที่บ้าน (Home-based Services) หมายถึง บริการดูแลที่บ้านผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านั้นอ่อนแอไม่สามารถดูแลตนเองได้ บริการดังกล่าวตอบสนองความต้องการการดูแลทางสังคมและสุขภาพ และสนับสนุนครอบครัวผู้สูงอายุที่บ้านหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้ดูแลผู้สูงอายุที่ตนรักให้ดีที่สุดภายในบ้านของตน บริการดังกล่าว ได้แก่ การดูแลทางการแพทย์ที่บ้าน การดูแลทางการแพทย์ที่บ้าน การดูแลส่วนตัวที่บ้าน การบำบัดที่บ้าน การดูแลเพื่อบรรเทาอาการที่บ้าน การให้อาหารแก่ผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น และบริการช่วยเหลือเมื่อเดินทางหรือติดตามช่วยเหลือผู้สูงอายุ

(2) บริการดูแลที่ศูนย์ผู้สูงอายุ (Centre-based Services) หมายถึง บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุช่วงเวลากลางวันเป็นประจำที่ศูนย์ผู้สูงอายุซึ่งตั้งอยู่ภายในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและใกล้บ้าน ในช่วงเวลาที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่บ้านออกไปทำงาน บริการดังกล่าวได้ บริการบำบัดฟื้นฟู บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตใจในช่วงเวลากลางวัน และบริการพยาบาลจากการสนทนากับผู้สูงอายุเหล่านั้น หลายท่านต้องการใช้ชีวิตที่บ้านในสภาพที่คุ้นเคย และมีการติดต่อสัมพันธ์กับชุมชน ถึงแม้ร่างกายจะอ่อนแอช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังนั้น รัฐบาลสิงคโปร์จึงให้ความสำคัญในการพัฒนาการให้บริการที่ครอบคลุมกว้างขวางและเข้าถึงได้ ซึ่งเป็นบริการที่บ้านและภายในชุมชน อย่างไรก็ตาม สาธารณรัฐสิงคโปร์ตระหนักดีว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นและอ่อนแอลงกว่าเดิม จะมีผู้สูงอายุเหล่านั้นกลุ่มเล็กกลุ่มหนึ่งที่ต้องการการดูแลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น การบริการพยาบาลผู้ชำนาญการ ดังนั้นสาธารณรัฐสิงคโปร์ยังคงเพิ่มศักยภาพของบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Residential Services) ต่อไป เช่น บ้านพักคนชราเพื่อรองรับความต้องการบริการดังกล่าวที่เพิ่มขึ้น

2) ลำดับความสำคัญในการพัฒนาภาคส่วนที่ให้บริการการดูแลระยะยาวในสาธารณรัฐสิงคโปร์ การพัฒนาภาคส่วนที่ให้การดูแลระยะยาวในสาธารณรัฐสิงคโปร์ประกอบด้วยลำดับความสำคัญ 3 ประการ คือ

2.1) การเข้าถึง จากความต้องการบริการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้น สาธารณรัฐสิงคโปร์กำลังสร้างขีดความสามารถในการรับดูแลให้เพียงพอ เพื่อรองรับความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ นอกเหนือไปจากการพัฒนาบริการการดูแลระยะยาว สิงคโปร์ได้บูรณาการบริการดูแลต่าง ๆ เข้าด้วยกันทั้งทางด้านสังคมและด้านสุขภาพเพื่อให้บริการต่าง ๆ ไร้รอยต่อ โดยเอาคนไข้เป็นตัวตั้ง และเพื่อรองรับขีดความสามารถในการรับดูแลที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สาธารณรัฐสิงคโปร์ยังเพิ่มการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ตนรักที่บ้านให้ดีที่สุด

2.2) คุณภาพ ในปัจจุบันภาคส่วนในการให้บริการดูแลระยะยาวมีมากมาย ทั้งที่เป็นภาคเอกชนและหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไร ซึ่งทั้งหมดนี้มีความแตกต่างกันทั้งขนาดและขีดความสามารถในการรองรับการดูแล ในขณะที่สาธารณรัฐสิงคโปร์กำลังเพิ่มขีดความสามารถในการรับดูแลนั้น สาธารณรัฐสิงคโปร์เน้นการทำงานร่วมกับภาคธุรกิจดังกล่าวคู่กันไปเพื่อเพิ่มความสามารถของทุกภาคส่วนในเรื่องคุณภาพของการบริการให้ดีขึ้น

2.3) ความสามารถในการจ่ายเงินซื้อบริการ โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินการเพื่อให้มั่นใจว่าค่าบริการการดูแลระยะยาวดังกล่าวอยู่ในระดับที่ผู้สูงอายุจะจ่ายเงินซื้อได้

3) ความพยายามให้เข้าถึงจุดหมายตามแนวนโยบายของสาธารณรัฐสิงคโปร์

3.1) ความพยายามให้เข้าถึงจุดหมาย : การเพิ่มโอกาสและปริมาณของการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

(1) บ้านพักคนชรา กระทั่งวงสุขภาพเป็นผู้นำในการลงทุนสร้างบ้านพักคนชราที่เพิ่มขึ้นจากรูปแบบที่เรียกว่า “สร้าง – เป็นเจ้าของ – ให้เช่า” จากรูปแบบนี้กล่าว รัฐบาลเป็นผู้จ่ายค่าโครงสร้างพื้นฐาน แล้วเปิดให้มีการประมูลแก่ผู้ประกอบการที่ดีที่สุด ซึ่งสามารถให้บริการที่มีคุณภาพ ในราคาที่ผู้สูงอายุสามารถจ่ายเงินได้ จึงเป็นการดึงเอาความชำนาญจากทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชน ในการดำเนินการโดยไม่ต้องแบกภาระต้นทุนสร้างโครงสร้างพื้นฐานด้วยตนเอง

(2) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ตามที่สาธารณรัฐสิงคโปร์ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตภายในชุมชนของตนเอง รัฐบาลกำลังเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเป็น 2 เท่า จาก 2,800 แห่ง ในปัจจุบัน ให้เพิ่มเป็น 6,200 แห่ง โดยประมาณในปี ค.ศ. 2020

(3) การให้การดูแลที่บ้าน มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาศัยอยู่ภายในชุมชน ซึ่งอาจจะมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและอวัยวะบางส่วนไม่ทำงาน จึงต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้าน ทั้งด้านสุขภาพและการดูแลที่มีผู้ดูแลส่วนตัวโดยเฉพาะ เพื่อให้ตนเองแก่เฒ่าไปอย่างมีความสุขภายในบ้าน เพื่อเป็นการสนับสนุนผู้สูงอายุเหล่านี้ รัฐบาลได้พัฒนารูปแบบบริการการดูแลที่บ้านที่ครอบคลุมกว้างขวาง ได้แก่ บริการพยาบาลที่บ้าน บริการทางการแพทย์ที่บ้าน บริการแบบมีผู้ดูแลส่วนตัวที่บ้าน และบริการบำบัดที่บ้าน

(4) การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ การบูรณาการอย่างหนึ่งที่สาธารณรัฐสิงคโปร์ ดำเนินการ คือ การสนับสนุนร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและผู้ให้การดูแลระยะยาว เพื่อให้ช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลเพื่อจะกลับไปอยู่ในชุมชนเป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงที่ราบรื่นที่สุด ตัวอย่างหนึ่งคือ โครงการนำร่องสถานพักฟื้นในช่วงเปลี่ยนสถานที่ของผู้สูงอายุ (Transitional Convalescent Facility – TCF) ซึ่งได้เริ่มต้นในปี ค.ศ. 2011 สถานพักฟื้นดังกล่าวตั้งอยู่ในการจัดสภาพแวดล้อมแบบบ้านพักคนชราและให้บริการการดูแลเปลี่ยนสถานที่สำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อ่อนแอดูแลตัวเองไม่ได้ และต้องการบำบัดแบบฟื้นฟูแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่ให้เกิดหักโหม หรือให้บริการดูแลช่วงเปลี่ยนสถานที่หลังจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน จนกระทั่งมีสภาพร่างกายที่พร้อมจะกลับบ้านและกลับไปเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน อีกตัวอย่างหนึ่ง คือ การจัดตั้งบริการดูแลช่วงเปลี่ยนสถานที่ในโรงพยาบาล โดยจะมีทีมงานที่มีความชำนาญหลากหลายในการสนับสนุน

ด้านการแพทย์และสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่บ้านหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นตัวและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขภายในชุมชน โดยไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลและในกรณีที่บ้านพักคนชราอยู่ใกล้ชุมชน รัฐบาลสาธารณรัฐสิงคโปร์มองเห็นโอกาสที่จะพัฒนารูปแบบของบ้านพักคนชราให้เป็นประโยชน์มากขึ้นแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เช่น รัฐบาลกำลังพัฒนาบ้านพักคนชราให้เป็นศูนย์รวมบริการผู้สูงอายุที่ให้บริการในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้น เช่น การดูแลในช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้าน และการฝึกอบรมผู้ดูแล เป็นต้น

(5) การสนับสนุนผู้ดูแล การขยายขีดความสามารถในการรับดูแลที่บ้านและชุมชน จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลสอดคล้องกับงานหน้าที่ที่รับผิดชอบจากการขยายบริการดังกล่าว รัฐบาลจะขยายบริการเชิงรุกไปยังผู้ดูแลให้ดีขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลนำผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการที่ต้องการ โดยรัฐบาลได้ดำเนินการใน 3 เรื่อง คือ

เรื่องที่ 1 รัฐบาลจัดทำบริการโทรศัพท์ hotline สำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือ

เรื่องที่ 2 รัฐบาลได้จัดทำรูปแบบช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือด้านการฝึกอบรม โดยสนับสนุนช่วยเหลือค่าฝึกอบรมแก่ผู้ดูแล / คนงานในบ้าน เพื่อให้มีทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

เรื่องที่ 3 รัฐบาลได้จัดให้ผู้ดูแลสามารถหยุดพักผ่อนชั่วคราวได้เพื่อดูแลครอบครัวอื่นหรือทำงานรับผิดชอบด้านอื่น การดูแลให้ผู้ดูแลหยุดชั่วคราวจัดทำขึ้นในบ้านพักคนชรา นอกจากนี้รัฐบาลยังประสานงานกับศูนย์บริการผู้สูงอายุเพื่อนำร่องการหยุดทำงานในวันเสาร์และอาทิตย์ ผู้ดูแลที่ได้รับสิทธิ์สามารถใช้บริการหยุดงานชั่วคราวได้โดยได้รับเงินชดเชยจากทางรัฐบาล

3.2) ความพยายามให้เข้าถึงจุดหมาย 2 : การปรับปรุงคุณภาพ ในขณะที่รัฐบาลสาธารณรัฐสิงคโปร์ผลักดันให้มีการเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับการดูแลผู้สูงอายุนั้น รัฐบาลยังมีความพยายามต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับการบริการที่มีคุณภาพดีขึ้นและสอดคล้องกันในสภาพแวดล้อมการดูแลที่ต่างกัน เช่น กระทรวงสุขภาพ ได้ร่วมงานกับภาคเอกชนเพื่อร่วมกันพัฒนา “มาตรฐานเพื่อปรับปรุงบ้านพักคนชราให้ดีขึ้น” ซึ่งได้เริ่มต้นในปี ค.ศ. 2015 และบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2016 รัฐบาลได้จัดทำรูปแบบการสนับสนุน เช่น โปรแกรมการฝึกอบรม และการประเมินผลตามความสมัครใจ เพื่อช่วยให้ผู้บริการประสบความสำเร็จในการรักษามาตรฐานดังกล่าว

นอกจากนี้รัฐบาลยังได้ร่วมงานกับภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะสำหรับบริการการดูแลที่บ้านและบริการการดูแลที่ศูนย์ผู้สูงอายุ รัฐบาลได้รวบรวมความคิดเห็นต่อข้อเสนอแนะดังกล่าวจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ข้อเสนอแนะดังกล่าวใช้เป็นบรรทัดฐานสำหรับการฝึกอบรมและโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพสำหรับผู้ให้บริการดูแลที่บ้านและที่ชุมชน หลังจากการพัฒนาข้อเสนอแนะดังกล่าวจะมีการจัดทำแผนกลยุทธ์การฝึกอบรมและหลักสูตรเพื่อช่วยให้ผู้บริการสร้างศักยภาพในแนวทางที่กำหนดไว้ในข้อเสนอแนะ

3.3) ความพยายามให้เข้าถึงจุดหมาย 3 : การปรับปรุงความสามารถในการจ่ายเงิน
 ค่าบริการให้ดีขึ้น

ปัจจุบันชาวสิงคโปร์ได้รับการสนับสนุนจากระบบการเงินดูแลสุขภาพ โดยมีระบบป้องกันหลายชั้นซึ่งเกี่ยวข้องกับการช่วยทางการเงินจากรัฐบาล การออมเงิน และประกันสุขภาพ รัฐบาลได้ทุ่มเงินช่วยเหลืออย่างมากเพื่อให้เกิดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย โดยให้เงินสูงสุดถึงร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายจากการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับคนสิงคโปร์ที่ใช้บริการที่บ้านหรือที่ชุมชน และร้อยละ 55 สำหรับชาวต่างชาติที่อยู่อาศัยถาวรและใช้บริการที่บ้านหรือที่ชุมชน สำหรับผู้ใช้บริการที่บ้านพักคนชรา พลเมืองสิงคโปร์จะได้รับเงินช่วยเหลือถึงร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่าย ส่วนชาวต่างชาติที่อยู่อาศัยถาวรจะได้รับเงินช่วยเหลือร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่าย

3.3 บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

การดำเนินงานในด้านผู้สูงอายุ ได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคงตลอดช่วงชีวิต ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ซึ่งในปัจจุบันสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรกลุ่มวัยสูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเท่ากับ 74.75 ปี ในปี พ.ศ. 2557 (ของประเทศญี่ปุ่น 84 ปี ประเทศมาเลเซีย 75 ปี ประเทศสิงคโปร์ 83 ปี ข้อมูลจาก World Bank 2014) อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยก่อนที่จะใช้ระบบการรักษาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยอยู่ที่ 70.52 ปี (พ.ศ. 2544) หลังใช้สิทธิ UC อายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ 74.75 ปี (พ.ศ. 2557) ซึ่งมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ในมาตรา 27 มาตรา 48 และมาตรา 71 เพื่อให้มีมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้เป็นประธานพิธีลงนามข้อตกลงบูรณาการความร่วมมือระหว่าง 7 กระทรวง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2565 ณ ทำเนียบรัฐบาล ประกอบด้วย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เพื่อยกระดับการพัฒนากำลังคน ใช้กรอบ 5H 4S จากเด็กปฐมวัย จนถึงผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางการพัฒนาสำหรับเด็กใช้กรอบ 5H คือ Heart จิตใจดี มีวินัย Head เก่งคิด วิเคราะห์เป็น Hand ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ Health สุขอนามัยดี สุขภาพแข็งแรง และ Hi-tech ทันสมัย ก้าวหน้า รู้เท่าทันเทคโนโลยี เพื่อให้เด็กเติบโตเต็มศักยภาพพัฒนาการสมวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการบริการและคุ้มครองอย่างทั่วถึงเท่าเทียม ส่วนผู้สูงอายุใช้กรอบ 4S คือ Social Participation ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม Social Security ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย Strong Health ส่งเสริมสุขภาพแข็งแรง และ Smart Digital and Innovation ส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม อย่างชาญฉลาด ภายใต้วิสัยทัศน์ "ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม"

สำหรับบทบาทหน้าที่ของ 6 กระทรวง ในการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ได้กำหนดบทบาท ดังนี้

1) กระทรวงมหาดไทย ดำเนินงานสนับสนุนส่งเสริมให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่จัดการศึกษาระดับปฐมวัยให้มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานอาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยและกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านเด็กปฐมวัยให้สามารถดูแลพัฒนา คุ้มครอง ปันฟู ให้เด็กปฐมวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านระบบ e-learning และส่งเสริมศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุคุณภาพเป็นพื้นที่ต้นแบบการบูรณาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ

3) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ให้ความร่วมมือในดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุนพ่อแม่ผู้ปกครองได้เข้าถึงข้อมูลและบริการของภาครัฐที่เกี่ยวข้องด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างทั่วถึงและปลอดภัย รวมทั้งพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีควบคู่กับความรอบรู้ทางดิจิทัล และรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลอย่างสร้างสรรค์

4) กระทรวงแรงงาน ดำเนินงานคุ้มครองและส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอดให้ได้รับสิทธิและสวัสดิการที่เหมาะสม และสนับสนุนการจัดตั้งมมนแม่ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานประกอบกิจการ รวมทั้งพัฒนาฝีมือแรงงานและพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมให้แก่ผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมทักษะฝีมือและการประกอบอาชีพตามความต้องการของผู้สูงอายุ

5) กระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาครูและบุคลากรในการจัดการศึกษาปฐมวัยให้มีความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับหลักการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้าน รวมทั้งสนับสนุนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายรร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวในชุมชน และส่งเสริมการมีงานทำของประชากรวัยแรงงาน

6) กระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ดำเนินงานสนับสนุนความรู้และร่วมพัฒนาทักษะบุคลากรด้านการวิจัยและการผลิตนวัตกรรม สำหรับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและพัฒนาระบบเทคโนโลยี Digital platform ที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัย

มีพันธกิจในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี ภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบอนามัยยั่งยืน” เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน อย่างทั่วถึง เท่าเทียม เสริมสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคนไทยมีสุขภาวะที่ดี

การดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมาย ดังนี้

1. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน และจัดทำแผนการดูแลรายการบุคคล (Care Plan)
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
5. ส่งเสริมพัฒนาการรวมกลุ่มและชมรมผู้สูงอายุ

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข เป็นความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และกรมสุขภาพจิต โดยกรมอนามัยทำหน้าที่หลักในการอบรมพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ และส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนกรมอื่น ๆ ให้การสนับสนุนรวมทั้งการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งนโยบายสำคัญของรัฐบาล ที่รัฐบาลกำลังเร่งขับเคลื่อน เพื่อรองรับสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2565 โดยในปี 2563 ที่ผ่านมา รัฐบาลได้ขยายความครอบคลุม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีภาวะพึ่งพิงให้เข้าถึงระบบการดูแล ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาและการเข้าถึงหน่วยบริการ โดยเฉพาะบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และบริการฟื้นฟูสุขภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เน้นบูรณาการ ด้านการจัดบริการทางด้านสาธารณสุขและสังคม โดยให้ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง ในระดับท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและสังคมมากขึ้น

ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ปี 2563 พบว่า มีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์จำนวน 6,722 ตำบล จากทั้งหมด 7,255 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 92 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังได้รับการดูแลตาม Care Plan จำนวน 218,093 คน จากผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 245,907 คน คิดเป็นร้อยละ 88.69 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมี ADL เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.03 และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan เปลี่ยนกลุ่มจากติดเตียงเป็นติดบ้าน ร้อยละ 1.44 ซึ่งถือว่าบรรลุเป้าหมายและส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นและเข้าถึงระบบบริการ เพิ่มมากขึ้นด้วย

กรมอนามัยได้สนับสนุนนโยบายโดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการปฏิบัติงานและ การจัดทำหลักสูตรการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมง มีผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เป็น Care Manage จำนวน 16,167 คน และ Caregiver จำนวน 97,293 คน ได้ร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกันจัดทำ หลักสูตรอาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่น และในปีงบประมาณ 2564 กรมอนามัยได้ดำเนินการร่วมกับ กระทรวงมหาดไทยจัดอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ตลอดจนพัฒนาคู่มือแนวทางและสนับสนุนให้มี การดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจร โดยมีเป้าหมายให้มีตำบลที่มี ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95 และร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

กรมอนามัยทำหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ผู้สูงอายุ มีการดำเนินการ โดยใช้หลัก A²IM หรือ 3ป 1บ กล่าวคือ

1. Assessment จะมีการประเมินว่า ในกลุ่มวัยต่าง ๆ มีปัญหาใด โดยแยกกลุ่มให้คำปรึกษา และมีการแก้ไขปัญหในแต่ละกลุ่ม และประเมินผล โดยมีเป้าหมายอายุคาดเฉลี่ยโดยสถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (Life Expectancy – LE) เท่ากับ 80 ปี และโดยสำนักงาน พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health-Adjusted Life Expectancy – HALE) เท่ากับ 72 ปี
2. Advocacy จะมีการให้ข้อมูลข่าวสาร ให้การฝึกอบรม Care Manager และ Caregiver
3. Intervention การปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ และบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

4. Management การบริหารจัดการ และการอภิบาลระบบ ทั้งระดับประเทศ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นหรือชุมชน

การใช้งานโปรแกรม 3C กรมอนามัย ในระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2548 และมีการคาดการณ์ว่า อีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม อัตราส่วนภาระพึ่งพิงหรือภาระโดยรวมที่ประชากรวัยทำงานจะต้องเลี้ยงดูประชากรวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง และจากขนาดครัวเรือนที่เล็ก มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมืองสตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น โดยหากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะพึ่งพิงนั้น ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น ภาพผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม ถูกทอดทิ้ง และต้องอยู่บ้านคนเดียวเพราะลูกหลาน ต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแลก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่น้อย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้จากไปแล้ว อาจส่งผลต่อการเสียโอกาสในด้านต่าง ๆ ทางสังคมของผู้ดูแลได้ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการ ด้านสังคมที่ผ่านมา ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565 เหล่านี้ คือ ความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) ขึ้นมารองรับ

รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ให้ความสำคัญกับปัญหาสังคมผู้สูงอายุ จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ปี 2558 และขับเคลื่อนภายใต้กรอบคลุมทุกตำบล ภายใน 3 ปี (2559-2561) เน้นการพัฒนากำลังคนด้านผู้สูงอายุโดยสร้าง Care Manager, Caregiver และการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งการขับเคลื่อนส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อกำหนดดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์มีการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมีการคัดกรองกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อจัดจำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ โดยการให้องค์ความรู้ในเรื่องของโรคภัย โภชนาการ อนามัยสิ่งแวดล้อม โดยจะผ่านช่องทางชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ

2) กลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เริ่มมีการเจ็บป่วย จะให้บริการดูแลโดยสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข มีการบริการผู้ป่วยนอก โดยจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่มีขนาด 120 เตียงขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 115 แห่ง แต่มีการดำเนินการด้านดูแล

ผู้สูงอายุได้เพียง 81 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.4 ส่วนจำนวนที่เหลือ กระทรวงฯ มีนโยบายให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จทั้งหมดภายใน 5 ปี อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ก็จะก่อให้เกิดปัญหาการครองเตียงที่สูง ไม่สามารถรับผู้ป่วยในใหม่ได้ อีกทั้งเกิดปัญหาในเรื่องงบประมาณ ทางกระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มพัฒนาระบบ Intermediate Care เป็นการส่งต่อผู้ป่วยในส่งผ่านกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชนให้ดูแลฟื้นฟูต่อ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

3) กลุ่มติดเตียง กระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นว่า หากรับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มาดูแลจะต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก จึงปรับใช้ระบบ Long Term Care มีการอบรมอาสาสมัครเข้าไปช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัว ในปี 2559 ได้ดำเนินการเริ่มทำต้นแบบนำร่องใน 1,000 ตำบลทั่วประเทศ สามารถดูแลผู้สูงอายุทั่วประเทศได้ 100,000 คน และในปี 2560 มีการอบรมอาสาสมัครเพิ่มขึ้นเป็น 40,000 กว่าคน คาดว่าจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 50 และมีนโยบายขอความร่วมมือกับการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) จัดอบรมให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยมีประมาณ 11 ล้านคน และมีผู้สูงอายุในกลุ่มพึ่งพิงร้อยละ 1 - 1.2 ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ งบประมาณไม่เพียงพอกับการกิจ

3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

มีการดำเนินการในส่วนของการดำเนินการที่จะสนับสนุนการบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้นำเสนอ จะมี 3 ส่วนด้วยกัน กล่าวคือ

1) กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยผ่านกระบวนการเรื่องตำบลจัดการสุขภาพ สามารถที่จะดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย มีอาสาสมัครสาธารณสุขได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลประชาชน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการคัดกรอง การประเมินผู้สูงอายุในเบื้องต้น เพื่อที่จะช่วยงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพกับ Caregiver ที่อยู่ในระบบ นอกจากนี้ยังมีการอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขในปัจจุบันมีไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องฝึกอบรมบุคลากรในครอบครัว หรือครัวเรือน เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครัวเรือนได้ ซึ่งในอนาคตจะมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุ และภายใน 5 ปี มีความคาดหวังว่า จะผลิตอาสาสมัครประจำครอบครัวให้ได้ประมาณ 4 ล้านคน

3) การส่งเสริมให้ภาคเอกชนหรือองค์การสาธารณประโยชน์หรือองค์กรไม่มุ่งหวังกำไร ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริการใน 2 ด้านด้วยกัน กล่าวคือ

(1) เมื่อมีการเปิดเป็นสถานพยาบาลหรือมีการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จะเข้าข่ายการดูแลภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้ดูแล

(2) สถานประกอบการที่จะเข้ามาดูแลในเรื่องส่งเสริมสุขภาพและช่วยเหลือทางสังคม และการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาโดยแพทย์ ซึ่งยังไม่มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องนี้ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นำโดยกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นผู้รับผิดชอบและดูแลตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ซึ่งได้มีการดำเนินการเพื่อออกกฎกระทรวงให้กิจการดูแลผู้สูงอายุเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทหนึ่ง ทั้งนี้ เพื่อเป็นการจูงใจ

ให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ และเพื่อให้กิจการดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

ทั้งนี้ ในการสนับสนุนการจัดการเรื่องตำบลบริการสุขภาพ หรือตำบลที่มีการบูรณาการด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน จะมีการตั้งงบประมาณไว้ ซึ่งจะนำไปใช้ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีศักยภาพในการจัดการหรือในการช่วยเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จะเป็นการสอนฝึกโดยไม่ต้องใช้งบประมาณ และในการทำงาน จึงไม่มีเรื่องเกี่ยวกับการจ่ายค่าตอบแทน สำหรับระยะเวลาในการสอนหรืออบรมอาสาสมัคร จำนวน 18 ชั่วโมง

สำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่จะมีการประกาศให้กิจการผู้สูงอายุเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จะมีการใช้งบประมาณในการดำเนินการตามปกติของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพอยู่แล้ว

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการเสนอของบประมาณจากรัฐบาลเพื่อนำมาจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้ดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 ซึ่งมีความพยายามที่จะดำเนินการร่วมกับ 2 กองทุน คือ กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม แต่ยังไม่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการมากนัก ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการดำเนินการตามแผนแม่บทบูรณาการเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะเรื่องผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะนำมาบูรณาการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มียุทธศาสตร์ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่มีการดำเนินการต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งอยู่ในเป้าหมายการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ การทำให้การเงินการคลังมีความยั่งยืน และการมีระบบอภิบาลที่ดี ซึ่งการที่จะดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะมีการดำเนินการใน 5 Ensure คือ

- 1) การสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ
- 2) สร้างความมั่นใจในคุณภาพ มาตรฐานและความเพียงพอของบริการ
- 3.) สร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพการบริหารกองทุน
- 4) สร้างความมั่นใจในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- 5) สร้างความมั่นใจในธรรมาภิบาล

ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความเห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งอนุกรรมการภายใต้กรมการหลัก ได้มีการเสนอแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับกรมอนามัย ซึ่งเป็นการวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับกรมอนามัย โดยมีการดำเนินการใน 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- 1) เป็นการคัดกรองการพัฒนาฐานข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน
- 2) การพัฒนาระบบบริการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในชุมชน
- 3) การพัฒนาระบบการเงินการคลังและสิทธิประโยชน์
- 4) การพัฒนากำลังคนเพื่อการจัดบริการระยะยาวในชุมชน
- 5) การสร้างและการจัดการความรู้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล
- 6) การพัฒนากฎหมาย ประกาศ และระเบียบ

ทั้งนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เห็นชอบประเด็นที่จะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นการจัดทำงบประมาณขาขึ้นของ Long Term Care สำหรับแนวคิดในการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว มีการคำนึงถึงความยั่งยืนและความเป็นไปได้ของงบประมาณในอนาคต เน้นการบูรณาการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ที่มี Care Manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมและได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยท้องถิ่น จะเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่

สำหรับกรอบการบริหารงานงบประมาณ Long Term Care ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นกลุ่มเป้าหมาย ได้มีการส่งไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพประจำตำบลหรือท้องถิ่น สนับสนุนไปยังหน่วยบริการประจำของกระทรวงสาธารณสุข และส่งไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหรือท้องถิ่น โดยหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินจะต้องมีรายชื่อผู้สูงอายุ จำนวน ประเภทผู้สูงอายุ ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการสำรวจอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์ ซึ่งจะมีการส่งเงินให้ผู้สูงอายุไปยังกองทุนท้องถิ่นในลักษณะเหมาจ่าย รายละ 5,000 บาท ต่อคนต่อปี สำหรับเงินที่ส่งไปยังกองทุนท้องถิ่นจะมีคณะอนุกรรมการ Long Term Care ซึ่งมีองค์ประกอบจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ตัวแทนหน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ เพื่อร่วมกันพิจารณา Care Plan ที่หน่วยบริการ ทั้งนี้ เพื่อร่วมกันพิจารณาและช่วยกันบริหารจัดการบูรณาการด้านสาธารณสุขและด้านสังคม

ทิศทางเคลื่อนงาน Long Term Care ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระยะแรก (ปี พ.ศ. 2559 – 2561) หน่วยบริการเป็นหลักในการจัดบริการ และสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระยะเปลี่ยนผ่าน (ปี พ.ศ. 2562 – 2566) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดบริการดูแลระยะยาวเชิงรุกที่บ้านหรือที่ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายโดยมีความหวังในอนาคต ดังนี้

- 1) ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเป็นหน่วยให้บริการสาธารณสุขและสังคมภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่
- 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บริหารจัดการและบูรณาการบริการสาธารณสุขและสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจ้างงาน (CM, CG และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) ภายใต้นโยบายประชารัฐ
- 3) สปสช. พัฒนาระบบ Registration ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการขึ้นทะเบียนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ และหน่วยบริการภาคเอกชนเพื่อรองรับการจัดบริการ Long Term Care ในอนาคต โดยจะมีการมีภารกิจของผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นเจ้าภาพหลัก และร่วมกับกระทรวงมหาดไทย ซึ่งได้มีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ความร่วมมือการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ประเด็นท้าทาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพมีความเห็นว่า

1) สร้างระบบการจ้างงาน (CM, CG และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบบริการ Long Term Care

2) การถ่ายโอนภารกิจศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

การให้บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในส่วนของกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนประมาณ 960,000 คน คิดเป็นร้อยละ 17.01 ข้อมูลจากสำนักปกครองและทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม หน่วยงานในกรุงเทพมหานครที่มีหน้าที่ดูแลด้านสังคม มี 2 หน่วยงาน คือ สำนักการแพทย์ ดูแลผู้ป่วยในลักษณะของโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 9 แห่ง และมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในสังกัดทั้ง 9 แห่ง ซึ่งคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่งมีคุณภาพและเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน มีการตรวจรักษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ โดยดูแลรักษาผู้ป่วยในองค์รวม มีการคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีการประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ อาทิ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ พลัดตกหกล้ม โดยผู้ป่วยสูงอายุที่จะเข้าตรวจในคลินิกต้องมีอายุ 70 ปี ขึ้นไป และสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องเป็นผู้ที่มีอาการสงสัยกลุ่มอาการผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ ในส่วนของสำนักอนามัยจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 68 แห่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง คือ ไม่มีบริการผู้ป่วยใน และยังไม่มีคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แต่ก็ได้มีการวางแผนดำเนินการในอนาคต อย่างไรก็ตาม ได้มีการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจัดช่องทางด่วน (Fast Track) สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ กรุงเทพมหานคร ได้มีการจัดทำระบบส่งต่อผู้สูงอายุ ด้วยการจัดตั้งศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน (BMA Home Ward Center) ตั้งอยู่บริเวณกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานงานการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายกับศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ทั้ง 68 แห่ง ซึ่งปัจจุบันศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านได้รับการตอบรับที่ดีทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อีกทั้งมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ซึ่งที่ผ่านมาได้ดำเนินการอบรมไปแล้ว 2,400 คน ทั้งนี้ เมื่อทางศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านได้รับแจ้งข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน จะแจ้งศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ให้จัดส่งเจ้าหน้าที่ไปติดตามอาการและดูแลต่อไป ทั้งนี้ มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลบางขุนเทียนให้เป็นโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ ไม่มีกองทุนผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ อย่างไรก็ตาม กรุงเทพมหานคร ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่ก็มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับสิทธิดังกล่าว ต้องเป็นผู้ที่มีอายุในสิทธิการรักษาแบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) เท่านั้น

6. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมกิจการผู้สูงอายุมีการจัดทำโครงการจัดอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแผนที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การบูรณาการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณดำเนินการในปี 2560 จำนวน 29 ล้านบาท เพื่อนำมาใช้ในการอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายในการอบรมอาสาสมัคร จำนวน 40,000 คน ใน 76 จังหวัด ซึ่งในขณะนี้ได้มีการอบรมแกนนำ จำนวน 300 คน โดยจะขยายผลไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ในขณะเดียวกันได้มีการอบรมให้กับเด็กในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชน โดยมีเป้าหมายในการอบรม จำนวน 1,000 คน สำหรับอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วจะเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่มีความยากจน ตีตบ้าน ตีตเตียง โดยการดูแลจะเน้นในเชิงสังคมเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผู้สูงอายุ ตลอดจนการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ สภาพบ้านเรือน นอกจากนี้ยังมีบริการต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยมีการสำรวจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความยากจน และต้องการความช่วยเหลือ โดยจัดทำเป็นเล่มทะเบียนประวัติผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีหน่วยงานของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร่วมกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการ ต่อจากนั้นจะดำเนินการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความประสงค์ และตามความจำเป็น เช่น การให้เงินทุนสงเคราะห์ เงินทุนประกอบอาชีพ มีการจัดทำกองทุนผู้สูงอายุ โดยให้กู้ยืมเงินรายละ 30,000 บาท โดยไม่มีดอกเบี้ย มีการซ่อมแซมบ้านเรือนให้กับผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวจะเน้นในเรื่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยในภาพรวมยังติดปัญหาในเรื่องค่าตอบแทนของอาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันกรมกิจการผู้สูงอายุได้มีการตั้งคณะอนุกรรมการด้านบูรณาการการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลหลักสูตรที่เหมาะสมที่จะสอนกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสถานบริการผู้สูงอายุ โดยคณะอนุกรรมการประกอบด้วย หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถานที่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในส่วนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรียกว่า ศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งหมดทั่วประเทศ จำนวน 12 แห่ง อยู่ภายใต้การดูแลของกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยจะดำเนินการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 1,630 คน นอกจากนั้นยังได้มีการถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชราให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และกรุงเทพมหานคร จำนวน 13 แห่ง กระจายอยู่ทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2546 ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เท่านั้น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาเรื่องขอบเขตการให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุในพื้นที่เท่านั้น ส่วนสถานบริการหรือสถานประกอบการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่จดทะเบียนในรูปแบบเอกชน ซึ่งจดทะเบียนกับกรมธุรกิจการค้า ณ ปัจจุบันมีจำนวน 148 แห่ง และมีอีกส่วนหนึ่งที่จดทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนประมาณมากกว่า 1,000 แห่ง ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ กรณีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อโรงพยาบาลได้ประสานส่งกลับผู้ป่วยสูงอายุพร้อมข้อมูลมายังศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง ปรากฏว่ามีข้อจำกัด คือ ศูนย์ฯ ไม่มีเจ้าหน้าที่พยาบาล ไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงไม่สามารถรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้

ปัจจุบันกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่ง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 2 แห่ง ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และกรุงเทพมหานคร ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 - 2546 เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2546 ส่วนศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง ทางกรมกิจการผู้สูงอายุจะปรับเปลี่ยนเป็นศูนย์เรียนรู้ พัฒนาเป็นสถาบันในเชิงวิชาการในการให้ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ สถานสงเคราะห์ที่ถ่ายโอนไปแล้วในท้องที่จังหวัดต่าง ๆ มีข้อจำกัดในเรื่องการรับผู้สูงอายุเฉพาะในพื้นที่เท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ก็จะเป็นหน้าที่ของศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง นอกจากนี้ ยังมีภารกิจที่จะต้องดำเนินการถ่ายโอนให้ท้องถิ่น ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) จำนวน 878 แห่ง ตามจำนวนตำบลซึ่งเตรียมนำเสนอแผนการดำเนินการถ่ายโอนไปให้ท้องถิ่นดูแล ทั้งนี้ เพื่อให้ส่วนท้องถิ่นได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ และผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

แผนการดำเนินการในอนาคต

- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเป็นสถาบันหลักในการอบรมการดูแลผู้สูงอายุทุกมิติ
- ระบบ DAYCARE ในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ จำนวน 879 แห่ง
- ยกระดับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้เป็นผู้ดูแล (Caregiver)
- จัดทำมาตรฐานหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตรผู้ดูแล และสถานที่ให้การดูแล โดยขณะนี้

มีคำสั่งคณะกรรมการบูรณาการจัดทำมาตรฐานดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สำหรับรายละเอียดหลักสูตรการศึกษาอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาคนทุกช่วงวัย จึงได้ดำเนินการผ่านกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน โดยส่งเสริมการเรียนรู้ในการปรับตัวและการรวมกลุ่ม การขับเคลื่อนงานต่าง ๆ ทั้งหมด 7 โครงการ ดังนี้

- 1) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)
- 2) โครงการพัฒนาระบบการดูแลและคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- 3) โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง
- 4) การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ
- 5) โครงการเสริมสร้างศักยภาพศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ
- 6) โครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อคนทุกวัย
- 7) โครงการผู้สูงวัยใส่ใจสุขภาพ

ซึ่งทั้ง 7 โครงการจะอยู่ในแผนบูรณาการสร้างความปลอดภัยเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฯลฯ

7. สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

มีการดำเนินการฝึกอาชีพ และจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาชีพ ซึ่งแบ่งเป็น 2 หลักสูตร คือ

1) การฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น โดยมีเป้าหมายในการฝึกอบรมผู้สูงอายุ จำนวน 8,000 คน ต่อปี งบประมาณจำนวน 20 ล้านบาท เพื่อการฝึกอบรมอาชีพให้กับผู้สูงอายุตามความสนใจ (หลักสูตร 1 - 2 วัน) เช่น การทำงานประดิษฐ์ การทำของที่ระลึก การทำอาหาร โดยใช้สถานที่ของสถานศึกษา อาชีวะทั่วประเทศในการฝึกอบรม

2) จัดการเรียนการสอนในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประเภทวิชาคหกรรมศาสตร์ สาขาวิชาการดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตร 2 ปี) โดยร่วมกับสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจะเริ่มดำเนินการในปี 2560 สถานที่ดำเนินการ คือ สถานศึกษาที่มีการเรียนการสอนหลักสูตรคหกรรมศาสตร์ทั่วประเทศ จำนวน 45 แห่ง ซึ่งจะรับนักศึกษา จำนวน 30 คน ต่อ 1 สถานศึกษา แต่ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องความพร้อมของสถานศึกษา และ ค่านิยมในการเข้าเรียนหลักสูตรดังกล่าว โดยในขณะนี้มีสถานศึกษาที่มีความพร้อมจำนวนเพียง 1 แห่ง คือ วิทยาลัยอาชีวศึกษานครสวรรค์

8. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

ความเป็นมาและพัฒนาการของเบี้ยผู้สูงอายุจากอดีตถึงปัจจุบันเป็น ดังนี้

พ.ศ. 2536 กรมประชาสงเคราะห์ในขณะนั้น ได้ดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุที่มีความยากจน หมู่บ้านละ 5 คน ๆ ละ 200 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นไปตามระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน พ.ศ. 2536 โดยให้ผู้สูงอายุรับเป็น 'เงินสด' หรือ 'ผ่านบัญชี'

พ.ศ. 2544 กรมประชาสงเคราะห์ ออกระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2543 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2545 โดยให้จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จากเดิม 200 บาทต่อเดือน เป็น 300 บาทต่อเดือน เนื่องจากประสบปัญหาภาวะเศรษฐกิจถดถอย

พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้ และในมาตรา 11 (11) มีการกำหนดสิทธิของผู้สูงอายุในเรื่องของการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ โดยให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และถ่ายโอนภารกิจเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

พ.ศ. 2548 กระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 โดยยังคงหลักเกณฑ์ว่า ในการจ่ายเบี้ยยังชีพกับผู้สูงอายุนั้น ให้จ่ายเบี้ยยังชีพเฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนเท่านั้น และในอีก 1 ปีหลังจากนั้น คือ ในปี 2549 คณะรัฐมนตรีได้มีมติปรับเพิ่ม 'เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ' ของผู้สูงอายุ จาก 300 บาทต่อเดือน เป็น 500 บาทต่อเดือน แต่ยังคงหลักเกณฑ์เดิม คือ ให้เฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนเหมือนเดิม

จนกระทั่งในปี 2552 การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้มาถึงจุดเปลี่ยนสำคัญ เมื่อรัฐบาลในขณะนั้น ปรับเปลี่ยนนโยบายการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากเดิมที่เป็น “ระบบสงเคราะห์” มาเป็น “ระบบสวัสดิการ”

พ.ศ. 2552 รัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันรายได้ให้กลุ่มผู้สูงอายุ โดยจัดสรรเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป “ทุกคน” ที่ขึ้นทะเบียนฯ ในอัตราเดือนละ 500 บาท ต่อมาในปี 2553 มีการแก้ไขพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2446 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 กำหนดจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

พ.ศ. 2554 รัฐบาลมีนโยบายเร่งด่วน เรื่อง การยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2554 จัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบ “ขั้นบันได” สำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 600-1,000 บาทต่อเดือน จากเดิมที่เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ที่ 500 บาทต่อเดือน โดยเริ่มจ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ดังนี้ 1) อายุ 60-69 ปี ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ 600 บาทต่อเดือน 2) อายุ 70-79 ปี ได้รับผู้สูงอายุ 700 บาทต่อเดือน 3) อายุ 80-89 ปี ได้รับผู้สูงอายุ 800 บาทต่อเดือน และ 4) อายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับผู้สูงอายุ 1,000 บาทต่อเดือน

ทั้งนี้ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555-2564 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนเบี้ยผู้สูงอายุให้ อปท. กรุงเทพมหานคร (กทม.) และพัทยา รวมทั้งสิ้น 655,156 ล้านบาท

โดยปีงบประมาณ 2564 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเบี้ยผู้สูงอายุ จำนวน 79,300.15 ล้านบาท สำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 10.48 ล้านคน เทียบกับในปีงบประมาณ 2555 ที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเบี้ยผู้สูงอายุ 52,535.42 ล้านบาท สำหรับผู้สูงอายุ 6.78 ล้านคน

ส่วนในปีงบประมาณ 2565 รัฐบาลได้อนุมัติจัดสรรงบประมาณเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ วงเงิน 83,999 ล้านบาท สำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 10.58 ล้านคน และจัดสรรงบเพิ่มเติมอีก จำนวน 8,348.16 ล้านบาท สำหรับการปรับเพิ่มเบี้ยผู้สูงอายุชั่วคราว 6 เดือน ขณะที่ร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเบี้ยผู้สูงอายุไว้ที่ จำนวน 8.7 หมื่นล้านบาท

โดยในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนผู้มีสิทธิ์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 7,407,724 คน ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 58,000 ล้านบาท ทั้งนี้ ในอนาคตกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้มีการเตรียมการในเรื่องเบี้ยยังชีพ โดยมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเบี้ยยังชีพเพื่อรองรับการใช้เครื่องอ่านบัตรประชาชน (Smart Card) และพัฒนาระบบ Mobile Application เพื่อตรวจสอบสิทธิ์ของการได้รับเบี้ยยังชีพ

สรุปปัจจุบัน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นแบบอัตราขั้นบันได ดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 69 ปี จะได้รับเงิน 600 บาทต่อเดือน

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 – 79 ปี จะได้รับเงิน 700 บาทต่อเดือน

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 – 89 ปี จะได้รับเงิน 800 บาทต่อเดือน

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเงิน 1,000 บาทต่อเดือน

ทั้งนี้ มีข้อเสนอแนะจากนักวิชาการและภาคประชาชน ที่สะท้อนไปถึงรัฐบาลว่าถึงเวลาแล้วที่จะต้องมีการปรับเพิ่ม ‘เบี้ยผู้สูงอายุ’ จากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งรัฐบาลควรพิจารณาว่า จะมีการปรับนโยบายเบี้ยผู้สูงอายุหรือไม่และอย่างไร ท่ามกลางสถานการณ์ประเทศไทยมีการระดมกำลังในระดับสูง

3.4 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น และประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์ ทำให้มีผู้สูงอายุมากขึ้น เกิดการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทั้งจากร่างกายมีการเสื่อมถอย โรคประจำตัว และจากโรคระบาด นำมาซึ่งทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ และบุคคลในครอบครัวไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลจากเหตุปัจจัยต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่ภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วให้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพเท่าที่สามารถทำได้

3.4.1 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะกลาง (Intermediate Care)

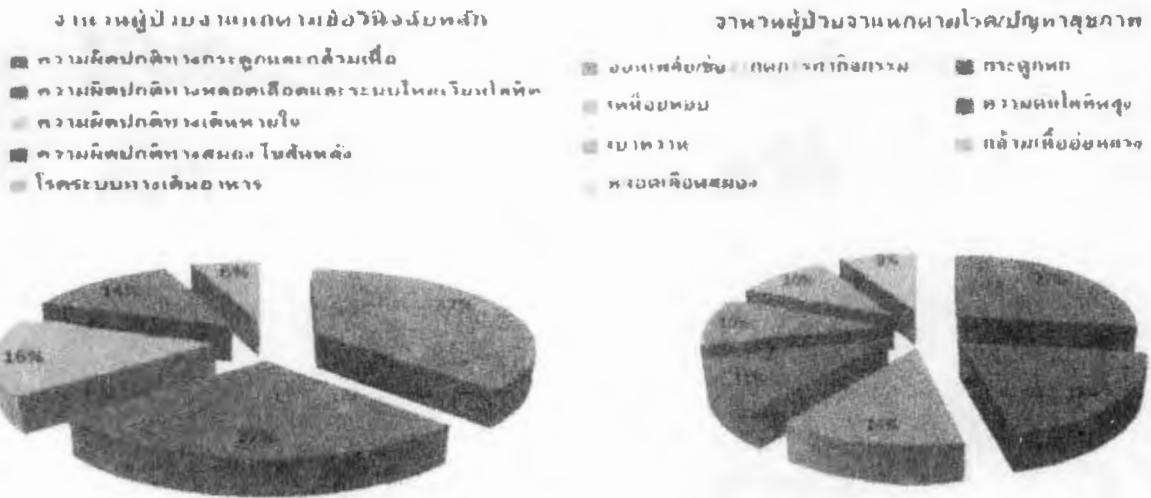
แบบแผนการเจ็บป่วยของประชากรสูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) อัมพาต/อัมพฤกษ์ โรคสมองเสื่อม ไตวาย โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จากความจำกัดในเรื่องทรัพยากร ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจะรับไว้รักษาประมาณ 7 - 10 วัน เมื่อภาวะเจ็บป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน การบริการที่มีก็จำกัดอยู่เฉพาะบริการฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหวมากกว่าจะเป็นการฟื้นฟูให้สามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งนี้ข้อมูลระบุว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความจำเป็นด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ อีกมาก

บทบาทของการดูแลระยะกลาง

การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาในการเชื่อมประสานช่องว่างระหว่างการดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute Care) ในสถานพยาบาล และการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ซึ่งการดูแลระยะกลางนี้ ถือได้ว่าเป็นขั้นตอนของการดูแลที่มีบทบาทอยู่ต่อเนื่องจากการดูแลรักษาแบบเฉียบพลัน เป็นบริการที่ช่วยลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นและลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น มีเป้าหมาย และกำหนดการดูแลบริการผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม เป็นบริการที่ต้องใช้ทีมสหวิชาชีพทั้งด้านสุขภาพและสังคม ไม่ใช่การบริการสุขภาพ สำหรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหรือบ้าน ช่วงระยะเวลาให้บริการชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์ระยะการดูแลไว้ไม่เกิน 6 สัปดาห์

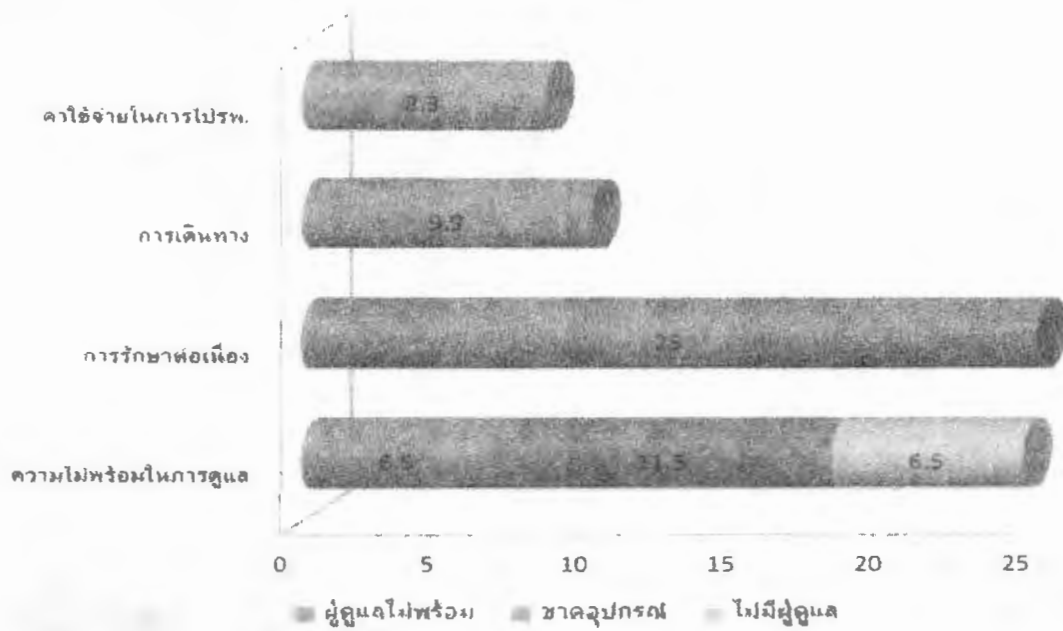
ได้มีการศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์ 10 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่งทั่วประเทศ จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน 1,186 ราย ร้อยละ 57.4 เป็นเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 42.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุคืออายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 40 รองลงมาคืออายุ 26 - 50 ปี ร้อยละ 31 อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 17.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 54.4 ปี มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.5 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คือ ร้อยละ 77.2 รองลงมาคือข้าราชการ และประกันสังคม ร้อยละ 13.6, 6.8 ตามลำดับ

ผู้ป่วยในการศึกษาได้รับการวินิจฉัยหลักที่มากที่สุด คือ ความผิดปกติทางกระดูก และกล้ามเนื้อ สัดส่วนร้อยละ 37 รองลงมา คือ ความผิดปกติทางหลอดเลือดและหัวใจ ความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ สัดส่วนร้อยละ 27 และ 16 ตามลำดับ และเมื่อจำแนกตามรายโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ พบว่าปัญหาสุขภาพสูงสุดคือภาวะอ่อนเพลียหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำ ร้อยละ 27 รองลงมาคือกระดูกหัก และอาการเหนื่อยหอบ ร้อยละ 19 และ 14



อุปสรรคของการกลับบ้านและต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น พบว่า ปัญหาสำคัญที่ต้องการการจัดการเชิงระบบ คือ ญาติและครอบครัวไม่พร้อมในการดูแล โดยที่ครอบครัวไม่มีผู้ดูแลหรือมีแต่ไม่มีความสามารถในการดูแลที่ซับซ้อน ซึ่งได้แก่ การทำแผล การฉีดยา-ป้อนยา การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ/การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การให้ออกซิเจนหรือพ่นยาทางเดินหายใจ เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาสำคัญรองลงมาในความไม่พร้อมของครอบครัว คือ การขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล และที่พักอาศัยไม่เหมาะสม

อุปสรรคของการกลับไปอยู่บ้านพบว่า ผู้ดูแลจำนวนประมาณหนึ่งในห้ามีความต้องการในการทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วย แต่ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลดังกล่าวไม่สามารถทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้



ความต้องการของผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน แม้ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน พบว่า ผู้ดูแลต้องการการช่วยเหลือ “การดูแลการขับถ่าย การพาไปห้องน้ำ การใส่หมอนอน หรือทำความสะอาดหลังการขับถ่าย” มากกว่าครึ่งคือ ร้อยละ 52 รองลงมาคือ “การพาไปรับการตรวจตามนัด” ร้อยละ 36.6 ซึ่งเป็นช่องว่างของระบบบริการที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการตอบสนอง ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ ผู้ป่วยก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้าอนโรพยาบาลซ้ำได้

ความต้องการบริการการดูแลระยะกลางก่อนกลับบ้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการบริการที่มีความซับซ้อนมากที่สุด หนึ่งในสามของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ต้องการระบบบริการการดูแลระยะกลาง

ความต้องการบริการ	ผู้ป่วยที่มีความต้องการ (ร้อยละ)
1. การดูแลที่ซับซ้อน	81.1
1.1 การจัดยา	32.6
1.2 การทำแผล	32.6
1.3 การดูแลสายสวนปัสสาวะ	5
1.4 การฉีดยา	4.1
1.5 การให้อาหารทางสายยาง	2.9
1.6 การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว	2.1
1.7 การดูดเสมหะ	1.8
2. การรักษาพยาบาล	16.6

ประเด็นและข้อเสนอในการให้บริการการดูแลระยะกลางไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็น	ข้อเสนอ	สำหรับ สปสช. ในการปรับ กลไกการเงิน การคลัง	สำหรับ กระทรวง สาธารณสุข	สำหรับ อปท.
ช่องว่างของระบบ บริการสุขภาพที่ทำให้ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล ต่อเนื่องเท่าที่ควรจน เกิดภาวะแทรกซ้อน และเข้ารับรักษาใน รพ. ชำ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง	รัฐควรกำหนดนโยบาย ให้มี ระบบบริการดูแลระยะกลาง	✓	✓	✓
ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ บริการที่มีความ ชับซ้อนมากที่สุด หนึ่งในสามของผู้ป่วย กลุ่มนี้ที่ต้องการระบบ บริการการดูแลระยะ กลาง แต่มีปัญหา ความไม่พร้อมของ ครอบครัวยุคใหม่ เนื่องจาก ไม่มีผู้ดูแล หรือมี แต่ไม่มีความสามารถ ในการดูแล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้จัดบริการการดูแล ระยะกลางที่ต้องการ การดูแลที่ซับซ้อนไว้ที่หน่วย บริการระดับ รพ.ชุมชน ให้พร้อมในการรองรับ การส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป 2. การบริการด้าน กายภาพบำบัดให้จัดบริการ ที่หน่วยบริการระดับ รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป หรือ รพ.ชุมชน ที่มีอัตรากำลัง นักายภาพบำบัด หรือ การแพทย์แผนไทย 3. การจัดตั้งคลังกาย อุปกรณ์ในการหมุนเวียน/ ยืมใช้ อย่างน้อยที่ระดับ รพ.ชุมชน 	จัดการระบบการ จ่าย (payment) กลุ่มโรค/ปัญหา สุขภาพร่วม (DRG) ของ ระบบใหม่ที่ไม่ใช่ โรคของการ เจ็บป่วยที่ต้อง นอน รพ. แบบในปัจจุบัน	รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป รพ.ชุมชน	
ผู้ป่วยต้องการบริการ ที่มีความซับซ้อน บางประเภท เช่น การทำแผล ฉีดยา การดูแลผู้ป่วยคาสาย	- ส่งเสริมให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรให้ มีความสามารถในการดูแล	จัดการระบบการ จ่าย (payment) กลุ่มโรค/ปัญหา สุขภาพร่วม (DRG) ของ	รพ. ผึก ทักษะ บริการ ให้ รพ.สต.	

ประเด็น	ข้อเสนอ	สำหรับ สปสช. ในการปรับ กลไกการเงิน การคลัง	สำหรับ กระทรวง สาธารณสุข	สำหรับ อปท.
ต่าง ๆ ผู้ป่วยเจาะคอ ให้ออกซิเจนฯ แต่ไม่ต้องการใช้ เทคโนโลยีขั้นสูงมาก		ระบบใหม่ที่ไม่ใช่ โรคของ การเจ็บป่วย เฉียบพลัน		
อุปสรรคของ การกลับไปอยู่บ้าน ยังมีอุปสรรคอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถ กลับไปอยู่บ้านได้ เช่น ที่พักอาศัยไม่เหมาะสม ในการดูแล ร้อยละ 1.8 ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น ร้อยละ 11.5	- ช่วยเหลือประชาชน ในพื้นที่ที่มีภาวะพึ่งพา เรื่องการจัดหาอุปกรณ์ ช่วยเหลือเพื่อการดูแลและ การปรับปรุงบ้านพักอาศัย			✓

3.4.2 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นบริการที่หลากหลายเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการทั้งด้านการแพทย์ และไม่ใช้การแพทย์ในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพไม่สามารถดูแลตนเองเป็นระยะเวลานาน (Wikipedia, 2551)

การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยได้กล่าวถึงกลวิธีในการบริการสุขภาพและสังคมประกอบด้วย

- 1) ควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการชี้แนะทางนโยบายและทรัพยากร
- 2) มุ่งเน้นการบริหารจัดการในท้องถิ่นเป็นหลัก การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างใกล้ชิดและตรงตามความต้องการ
- 3) ไม่สนับสนุนการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มเติม แต่ให้การสนับสนุนการพัฒนาให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้านมากขึ้น โดยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการกับการดูแลภายในครอบครัว

4) มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

5) ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาการกระจายบริการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ได้เสนอรูปแบบหรือเทคนิคบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว 7 ข้อ ได้แก่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

- 1) การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ
- 2) มีบริการการดูแลระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน
- 3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน
- 4) การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย
- 5) รูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่าย
- 6) การปรับปรุงสภาวะแวดล้อมในชุมชน
- 7) การจัดบริการหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน

การดูแลระยะยาวเป็นที่พูดถึงกันมากในสังคมโลกปัจจุบัน เนื่องจากปัจจุบันประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้น หลายประเทศให้ความสำคัญกับการออกแบบการดูแลระยะยาวเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนตนเอง สำหรับประเทศไทยการดูแลระยะยาวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการในปี 2559 เมื่อสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งกองทุนบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต่อมากองทุนนี้ได้ขยายการให้บริการครอบคลุมประชากรทุกวัยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ระยะยาว

การให้บริการ Long Term Care โดยทั่วไปสามารถแบ่งได้ 2 รูปแบบกว้าง ๆ ได้แก่

1) การดูแลที่บ้าน หรือชุมชน (Home/Community Based Care) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีครอบครัว หรือคนใกล้ชิดให้การดูแล และเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการกำลังใจจากคนในครอบครัวมากเป็นพิเศษ บริการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการ คือ การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADLs) ได้แก่ การอาบน้ำ ทานอาหาร แต่งตัว จัดการระบบขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกายที่หมายถึงการลุกจากเตียงไปห้องน้ำ เดินไปมาเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

นอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว กำลังคนสำคัญของการดูแลระดับนี้ คือ สมาชิกในชุมชนที่จะให้การสนับสนุน เช่น การเป็นไม้เท้าให้สมาชิกในครอบครัวในกรณีมีธุระ การช่วยดูแลจัดซื้อหรือเตรียมอาหาร การอยู่เป็นเพื่อนคุย หรือการสนับสนุนการเดินทาง เช่น การพาไปรับบริการในสถานบริการ รวมถึงการมีเครือข่ายสังคมเพื่อแบ่งปันสิ่งของที่จำเป็น เพื่อแบ่งเบาภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลระยะยาวต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก

2) การดูแลในระดับสถาบัน (Institutional Care) สำหรับรองรับผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีครอบครัวหรือชุมชนดูแล หรือผู้ที่ต้องการบริการทางการแพทย์ที่ไม่สามารถจัดให้บริการที่บ้านได้ สถานบริการที่ให้การดูแลระยะยาวมีหลายรูปแบบตามระดับความต้องการของผู้ป่วย เช่น สถานพยาบาลเพื่อการดูแลระยะยาว (LTC hospital) สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการบริการทางการแพทย์มาก ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน ต้องการบุคลากรระดับวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการ nursing home หรือสถานบริบาลสำหรับคนที่ต้องการบริการด้านการพยาบาล หรืออาจเป็น residential care

เช่น บ้านพักคนชรา ที่ต้องมีบริการทั้งด้านสังคมและสุขภาพ หรืออาจจะเป็นสถานบริการในลักษณะ day care คือ รับผู้ป่วยแบบเช้าไปเย็นกลับ เป็นต้น

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ปรากฏอื่น ๆ โดยผลการวิจัยของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2555 : 28-30) ที่เน้นการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง แบ่งเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้

1) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยตนเอง ด้วยการให้ความร่วมมือกับแพทย์ บุตรหลาน หรือญาติพี่น้องในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการทำกายภาพบำบัด นวดคลายกล้ามเนื้อ รับประทานอาหารและรับประทานยา เป็นต้น

2) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว/ผู้ดูแล ครอบคลุมกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ อาทิ ป้อนยาลูกอม พาไปรักษาพยาบาลแหล่งต่าง ๆ พื้นฟูสุขภาพ ทำกายภาพบำบัด จัดสถานที่และจัดหา เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น อาทิ รถเข็น เตียงคนไข้ ที่นอนลม ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รวมทั้งพูดคุย และให้กำลังใจ

3) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ถามสารทุกข์สุขดิบ ซื่อข้าวของ ให้เงินช่วยเหลือ หรือบางรายก็จะให้ความช่วยเหลือ ผู้พิการด้วยการจับนึ่งยong จับพลิกซ้ายขวา เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ

4) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้นำชุมชน ซึ่งจะมาเยี่ยมเยียน ถามสารทุกข์สุขดิบ และติดต่อประสานงาน ให้ข้อมูล และขอการสนับสนุนดูแลหรือช่วยเหลือจากองค์กรในพื้นที่ต่อไป

5) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยชมรมผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย และสงเคราะห์เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ อาทิ รถเข็น ไม้เท้า และเตียงคนไข้

6) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อสม. แบ่งออกเป็น 3 กรณี ได้แก่

กรณีที่ 1 ไม่มีผู้ดูแล อสม. จะดูแลหรือช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนแจ้งไปยัง อบต. หรือ รพ.สต. เพื่อประสานการส่งต่อไปยังสถานสงเคราะห์ต่อไป

กรณีที่ 2 มีผู้ดูแล อสม. จะเยี่ยมบ้าน พูดคุยถามสารทุกข์สุขดิบ ให้ความรู้คำแนะนำ แก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งการตรวจสุขภาพ วัดความดัน คัดกรองเบาหวาน และประสานการดูแลกับ อบต./รพ.สต. และหน่วยงานอื่น ๆ

กรณีที่ 3 มีผู้ดูแลแต่ปล่อยปละละเลยและไม่ยอมดูแล กรณีนี้ทาง อสม. จะเข้าไปดูแลแทน

7) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อบต. แบ่งเป็น 2 บทบาท ได้แก่

บทบาทหลัก คือ มอบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ จัดสวัสดิการสงเคราะห์และมอบ สิ่งของต่าง ๆ จัดสรรงบประมาณจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ถามสารทุกข์สุขดิบ พร้อมทั้งให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ บริการรถรับส่งไปโรงพยาบาล ตลอดจนประสานการช่วยเหลือแก่หน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

ส่วนบทบาทสนับสนุน คือ ให้การสนับสนุนงบประมาณหรือเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

8) การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยสถานบริการสุขภาพ คือ จะมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน เพื่อรับยาบำรุง ยาละลายไขมัน และยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ และทำกายภาพบำบัด ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง ร่วมกับตรวจสุขภาพ วัดความดัน และให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งมอบสิ่งของกระดาดชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รวมไปถึงการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย (แผนโบราณ)

บทบาทของบุคลากรและการบริหารจัดการกำลังคนในระบบการดูแลระยะยาว

บุคลากรที่ระบบการดูแลระยะยาวต้องการ สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

1. สหวิชาชีพ ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพและบริการทางการแพทย์
2. ผู้จัดการเคส (Care Manager : CM)
3. ผู้/นักรับบาล (Caregiver : CG)

สหวิชาชีพ การดูแลระยะยาวต้องการบุคลากรจากวิชาชีพด้านสุขภาพหลายสาขา เพราะผู้มีภาวะติดบ้านติดเตียงต้องการการดูแลที่หลากหลาย วิชาชีพที่สำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Fam Med) ที่เน้นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และวางแผนการเยี่ยมบ้านที่เชื่อมประสานวิชาชีพต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับการดูแลระยะยาว จากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) พบว่า พื้นที่ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะเป็นพื้นที่ที่มีระบบงานปฐมภูมิเข้มแข็งเป็นพิเศษ และเป็นพื้นที่ที่ระบบงาน LTC เข้มแข็ง เพราะสามารถนำไปเป็นกิจกรรมใหม่ต่อยอดจากฐานงานปฐมภูมิเดิมที่เข้มแข็งอยู่แล้ว

ผู้จัดการเคส (Care Manager : CM) การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่ต้องออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยรายบุคคล จึงต้องมีคนรับผิดชอบผู้ป่วยทุกเคส เรียกว่า ผู้จัดการเคส หรือ CM ทำหน้าที่วางแผนการให้การดูแลด้านสุขภาพ (care plan) ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นกรอบในการดูแลและเป็นแนวทางในการทำงานสำหรับนักรับบาล/ผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ผู้ที่จะมาทำหน้าที่ CM สามารถเป็นบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นเฉพาะวิชาชีพในระบบสุขภาพ เพราะทักษะที่จำเป็น คือ ทักษะด้านการบริหารจัดการและการวางแผน ส่วนการทำ care plan ต้องทำโดยปรึกษากับทีมสหวิชาชีพอยู่แล้ว ประเทศญี่ปุ่นให้นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นส่วนใหญ่ ในประเทศไทยพบว่า CM จะเป็นบุคลากรในสายงานสาธารณสุขทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ที่จะเป็น CM ได้ต้องเข้ารับการอบรมหลักสูตร CM ของกรมอนามัยก่อน และการทำ care plan ต้องนำเสนอกรมอนามัยทุกครั้ง

งาน LTC เป็นบริการใหม่ที่เพิ่มเติมเข้ามาในระบบบริการสุขภาพ โดยไม่มีการผลิตบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ CM เป็นการเฉพาะ สถานการณ์ปัจจุบันจึงกลายเป็นการเพิ่มหน้างานให้บุคลากรในระบบทำให้เกิดปัญหาภาระงานที่หนักขึ้น โดยทั่วไปพบว่า การแบ่งงานของ CM จะแบ่งการรับผิดชอบตามเขตพื้นที่ของสถานบริการปฐมภูมิ คือ สถานบริการ 1 แห่ง จะมี CM อย่างน้อย 1 คน รับผิดชอบประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตให้บริการ หลายครั้งเมื่อมีการย้ายพื้นที่ทำงานและกรมอนามัยยังไม่ได้เปิดการอบรม CM ใหม่ ทำให้บางพื้นที่ไม่มี CM

ผู้/นักรับบาล หรือผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregiver CG) เป็นกำลังคนกลุ่มใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง เป็นกำลังสำคัญของงาน community care ในระบบกองทุน LTC สำหรับในประเทศไทยบุคลากรที่เข้ามาทำหน้าที่ CG

ส่วนใหญ่เป็น อสม. เนื่องจากประเทศไทยสนับสนุนการใช้แนวคิดจิตอาสาในการทำงาน ผู้ที่จะเป็น CG ของกองทุน LTC ต้องผ่านการอบรมหลักสูตร CG ของกรมอนามัย โดยมี กศน. สนับสนุนการจัดอบรมร่วมกับสถานบริการในพื้นที่

หลักสูตร CG ในปัจจุบันมี 2 หลักสูตร คือหลักสูตร 70 ชั่วโมง และหลักสูตร 420 ชั่วโมง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 420 ชั่วโมง สามารถนำไปประกาศนียบัตรไปรับจ้างทำงานกับเอกชนได้

นอกจาก CG ตามกองทุน LTC ซึ่งเป็นบุคลากรของการจัดบริการใน public care แล้วพบว่า ในภาคเอกชน (private care) จำนวนมากทั้งที่เปิดบริการในลักษณะ day care, LTC hospital และอื่น ๆ ต่างมีกระบวนการผลิต CG ของตนเอง โดยส่วนใหญ่พบว่า เป็นการสร้างความร่วมมือกับแหล่งผลิตต่าง ๆ จัดทำหลักสูตรเปิดการอบรมเอง

การดูแลผู้สูงอายุควรเป็นจิตอาสา หรือการจ้างงาน ทั้งนี้ ปัจจุบันผู้ช่วยผู้ดูแล หรือนักบริบาลในฝั่งของ public care ของประเทศไทยมีการจ้างงานบนฐานของจิตอาสา หากพิจารณาจากกองทุน LTC ซึ่งเป็นตลาดงานที่ใหญ่ที่สุดของกำลังคนกลุ่มนี้ พบว่า มีการจ่ายเงินค่าตอบแทนใน 2 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับระบบการบริหารจัดการของกองทุนฯ ในแต่ละพื้นที่

พื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการโดยการลงนามร่วมมือกับสถานบริการในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น รพ.สต. ให้เป็นผู้บริหารจัดการงาน LTC ทั้งหมด ค่าตอบแทนของ CG ต้องเป็นไปตามอัตราที่กองทุนฯ กำหนด คือ CG ที่ดูแลผู้ป่วย 1 - 5 ราย ได้รับค่าตอบแทนรายเดือนเดือนละ 600 บาท ส่วน CG ที่ดูแลผู้ป่วย 6 - 10 ราย ได้รับค่าตอบแทนรายเดือน เดือนละ 1,500 บาท โดยงบประมาณมาจากกองทุน LTC ที่จะจัดสรรให้กับท้องถิ่นตามจำนวนผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงที่มีการขึ้นทะเบียนไว้รายละ 5,000 บาท ต่อปี

ส่วนพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขึ้นมาเพื่อบริหารจัดการงบประมาณของกองทุนฯ LTC ได้เอง กองทุนฯ ได้เปิดเงื่อนไขในการจ่ายเงินไว้กว้างกว่า โดยให้ อปท. สามารถกำหนดอัตราค่าตอบแทนได้เอง ทั้งนี้ ต้องไม่เกินอัตราค่าแรงขั้นต่ำของพื้นที่

จากการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) พบว่า พื้นที่ที่มีการตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จะสามารถจ่ายค่าตอบแทน CG ได้สูงกว่า และทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีและต่อเนื่องกว่าการบริหารจัดการกองทุนโดยผ่านสถานบริการในพื้นที่

ตารางแสดงความหลากหลายของการจ้างงาน Caregiver

ประเภท CG	ค่าตอบแทน	บริบท
อาสาสมัคร	ไม่มี	มีคนที่มีความสามารถ มีทั้งที่เป็น อสม. อยู่เดิม และที่ไม่ได้เป็น อสม.
CG ที่เป็น อสม. เดิม	ได้รับเงินสนับสนุนตามเงื่อนไขกองทุน LTC (1-5 ราย ได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 600 บาท /6-10 ราย ได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 1,500 บาท) พบว่า	พบในพื้นที่ที่มี อสม. ต้องการเป็น CG หลายคน และมีความเป็นจิตอาสาสูง และในกรณีที่ รพ.สต. ทำ MOU กับ อปท. นำเงินเข้า รพ.สต. และเบิกจ่ายตามระเบียบ กระทรวงสาธารณสุข

ประเภท CG	ค่าตอบแทน	บริบท
	บางพื้นที่นำเงินมาเฉลี่ยให้ CG ได้ค่าตอบแทนเท่ากัน เนื่องจาก CG ดูแลร่วมกัน	
	ได้รับค่าตอบแทนเหมาจ่าย รายเดือน โดยคำนวณจาก ค่าตอบแทนรายเดือนที่ต้องไม่ สูงกว่าค่าแรงขั้นต่ำในเขตพื้นที่	กรณีที่ อปท. ตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ และให้ศูนย์ เป็นผู้บริหาร จัดการกองทุนฯ
หมอโฮมซุก (อสม. ที่ผ่านการอบรม เป็นผู้ช่วยนักกายภาพ พบที่เขตจังหวัด กาฬสินธุ์)	เบิกจากกองทุนฟื้นฟูฯ จ่าย เป็นราย รายละ 50 บาท จำกัดที่คนละ 12 รายต่อเดือน	มีผู้สมัครเป็น CG ไม่มาก และ อปท. ให้การสนับสนุนการทำงาน เนื่องจาก เน้นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย กำหนดเวลาทำงานรายละ 45 นาที
CG อาชีพ ทำงานเต็ม เวลาในระบบรัฐ	3,000 – 9,000 บาท ต่อเดือน	อปท. สนับสนุนการจ้างงาน เหมาะกับ พื้นที่เขตเมือง หรือ อปท. ขนาดใหญ่ มีงบประมาณมาก (ไม่ใช่งบประมาณ กองทุน LTC)
CG อาชีพ ทำงานเต็ม เวลาในระบบเอกชน	XXXX	เป็น private care พบในเมืองใหญ่ ฐานะทางเศรษฐกิจดี เอกชนเปิด ให้บริการแต่ต้องการเชื่อมโยงกับระบบ บริการสุขภาพของภาครัฐ

อย่างไรก็ตาม ด้วยแนวความคิดการจ้างผู้ช่วยผู้ดูแล/ผู้บริบาลโดยอิงฐานของจิตอาสาที่พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งาน LTC ของประเทศไทยยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร เนื่องจากประชาชนไม่ได้รับ บริการที่ต่อเนื่อง เพราะ CG จะต้องให้ความสำคัญกับงานอื่นในชีวิตของตนเองรวมทั้งการหารายได้ และการทำหน้าที่อื่นตามบทบาท อสม. เมื่อมีเวลาว่างจึงจัดสรรมาทำหน้าที่ของ CG ได้ ความสม่ำเสมอ ของการดูแลผู้ป่วยจึงขาดหายไป ทำให้เกิดวิวัฒนาการระหว่างงานจ้างงานแบบจิตอาสากับการจ้างงาน เต็มเวลา รูปแบบใดจะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากกว่า ขณะเดียวกันก็ทำให้ CG มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

อาสาสมัครผู้บริบาล

ปี 2562 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ปรึกษากันเพื่อแก้ไขปัญหา จนได้ทางออกที่กระทรวงมหาดไทย ออกประกาศให้ อปท. ทุกแห่งต้องจ้างผู้บริบาลเต็มเวลาเพื่อมาเสริมการทำงานของผู้บริบาลจิตอาสา แห่งละอย่างน้อย 2 คน โดยเรียกกรอบอัตราการจ้างงานใหม่นี้ว่า “อาสาสมัครผู้บริบาล” กำหนดให้ เป็นการจ้างงานประจำได้รับค่าตอบแทนรายเดือน โดยกำหนดคุณสมบัติอาสาสมัครผู้บริบาล และเงื่อนไขการจ้างว่า ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร CG จำนวน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย

โดยจะได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 5,000 บาท และหากผู้ใดผ่านการอบรมทักษะเพิ่มอีก 50 ชั่วโมง จะได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 6,000 บาท โดยกำหนดว่า อปท. ทุกแห่งต้องจัดจ้างบุคลากรในตำแหน่ง อาสาสมัครผู้บริบาลให้ครบภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งปัจจุบันหลายแห่งเริ่มจ้างงานแล้ว

แนวคิดของการเปิดกรอบอัตรากำลังตำแหน่งอาสาสมัครผู้บริบาลเพื่อให้เป็น CG ประจำ ทำงานเสริมกับ CG จิตอาสาของกองทุน LTC ของ สปสช. และเป็นส่วนหนึ่งของความพยายาม สร้าง CG เพิ่มเวลาในระบบบริการของ public care

3.4.3 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ ทั่วประเทศ จำนวน 11,312,447 คน และมีผู้สูงอายุที่มีความต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 928,400 คน จากการประมาณการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 218,308 คน และ พ.ศ. 2565 มีจำนวน 226,809 คน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีความขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาคธุรกิจ และอาสาสมัคร จากสถานการณ์ดังกล่าว หน่วยงานรัฐ เอกชนภาคธุรกิจ และองค์กรสาธารณประโยชน์ ได้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหลายรูปแบบได้แก่

1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยการให้บริการกันเองในชุมชน จำแนกเป็น 4 ลักษณะ คือ

(1) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ให้การดูแล (Caregiver : CG) ในโครงการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) ซึ่ง CG ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ตัดบ้านและติดเตียง ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย CG ในชุมชนยังไม่ครอบคลุม ทุกตำบล มีตำบลที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ จำนวน 6,617 ตำบล จากทั้งหมด จำนวน 7,255 ตำบล ทั่วประเทศมี CG จำนวน 91,864 คน โดยมี CG จำนวน 5-10 คน ต่อตำบล ซึ่งจากข้อมูลผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2560 ดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในสัดส่วน ที่สูง หากคำนวณสัดส่วนของ CG ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง 1 : 5 จะต้องการจำนวนผู้ดูแล CG จำนวน 185,680 คน ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 มี CG จำนวน 91,864 คนเท่านั้น จำเป็นต้องเพิ่มจำนวน CG ให้ได้อีกหนึ่งเท่าตัว โดย CG ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน สามารถช่วยแบ่งเบา ภาระญาติในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้พักบ้าง แต่ CG ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ทำให้การจัดบริการ LTC ของประเทศขาดความเข้มแข็ง เพราะยังไม่มีหลักประกันว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอและขึ้นอยู่กับภารกิจกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ซึ่งบางพื้นที่พบว่า การดำเนินการอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังไม่มีกระบวนการสร้าง การเรียนรู้กันในชุมชน

(2) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ในโครงการภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 ขณะนี้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน 13,387 คน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6,830 แห่ง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ตำบลทั่วประเทศที่มีจำนวน 7,774 ตำบล โดยดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 56,044 คน จากเป้าหมายเดิม คือ 62,192 คน อาสาสมัครต้องผ่านการอบรม

หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานวันละ 8 ชั่วโมง เป็นจำนวน 20 วันต่อเดือน ซึ่งค่าตอบแทนที่ได้รับไม่สอดคล้องกับระยะเวลาการปฏิบัติงาน และบางครั้งเรือนมอบหมายภารกิจหน้าที่ที่ไม่เหมาะสม ทำให้อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องหยุดปฏิบัติหน้าที่ไปบางส่วน ส่งผลให้จำนวนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

(3) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครคนอื่น ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ซึ่ง อผส. ปฏิบัติหน้าที่โดยไม่มีค่าตอบแทน การดำเนินงานขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุและการช่วยเหลือกันของสมาชิก ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน คือ การขาดเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายปฏิบัติงานสำหรับ อสม. ปัจจุบันมีจำนวน 1.04 ล้านคน ได้รับค่าตอบแทน 1,000 บาทต่อเดือน มีทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10 - 15 หลังคาเรือน ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ อสม. ทำงานในพื้นที่ทั้งเชิงรับและเชิงรุกเป็นอย่างมาก มีบทบาทหน้าที่หลายประการ ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้ง อสม. ส่วนใหญ่ขาดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและไม่มีเวลาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ

(4) บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการให้บริการในรูปแบบอื่นที่เป็นนวัตกรรมบริการเพื่อสุขภาพเพื่อให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เช่น นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และนวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร่วมกับท้องถิ่นและชุมชน

2) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาครัฐ เช่น

(1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ภายใต้สังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้บริการแบบมีที่พักอาศัย โดยมีผู้สูงอายุต้องการเข้ารับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่มีที่ว่างเพียงพอ บุคลากรมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ ไม่มีแพทย์และพยาบาลประจำ โดยแต่ละแห่งมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่การดูแลของ ศพส. มีความใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ อีกทั้งหน้าที่หลักอย่างหนึ่งของ ศพส. คือ การพัฒนาวิชาการ มาตรฐานงานการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้อย่างเต็มพิกัด

(2) สถานสงเคราะห์คนชราในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้บริการแบบมีที่พักอาศัย บางแห่งไม่รับผู้สูงอายุข้ามพื้นที่จังหวัด และมีผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการของสถานสงเคราะห์คนชรา บุคลากรขาดองค์ความรู้ทักษะและวิทยาการสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยแต่ละแห่งมีความพร้อมดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน แต่มีการให้บริการดูแลที่มีความสะดวกและปลอดภัยทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่าหน่วยงานสังกัดส่วนกลาง

(3) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลราชพิพัฒน์) จัดให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

(4) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสภาภษาชาติไทย ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุสภาภษาชาติไทย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี มีหน่วยบริหารผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยให้บริการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร ให้บริการแบบรายวัน (ไป-กลับ) และพักค้างคืน 24 ชั่วโมง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ สภาภษาชาติไทยมีโครงการสวางคนิเวศ โดยให้บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ฐานะระดับกลางและมีสุขภาพดี ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับบริการที่ดี มีห้องส่วนตัว มีบริการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ ให้บริการที่มีคุณภาพแต่มีค่าบริการที่สูง

(5) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ภาครัฐ เช่น ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Senior Complex) ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมธนารักษ์ ภาคราชการคลัง บริษัท ธนารักษ์พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อันเป็นต้นแบบโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ออกแบบภายใต้หลักสถาปัตยกรรมเพื่อทุกคน มีบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลอย่างถูกต้อง และบริการส่งต่อการรักษาตามสิทธิของผู้สูงอายุ

3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการให้บริการในลักษณะสถาบันของภาคเอกชน เช่น

(1) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยวิสาหกิจเพื่อสังคม เช่น บริษัท บัดดี้โฮมแคร์ วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด จังหวัดเชียงใหม่ ให้บริการ 1) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ยากไร้ ชาติพันธุ์พหุวัฒนธรรมคนดูแลหรือลูกหลานทอดทิ้ง โดยไม่คิดค่าบริการ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยบริษัทได้นำผลกำไรมาจัดบริการตอบแทนสังคมร่วมกับโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุและกลไกเยี่ยมบ้านของชุมชนของรัฐ เช่น อสม. อพส. อาสาสมัครชุมชน และ Caregiver 2) สนับสนุนเยาวชนที่มีจิตอาสาและขาดแคลนทุนทรัพย์ในการเรียนให้ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นและพัฒนาเป็น Caregiver ตามที่กฎหมายกำหนด 3) สนับสนุนค่าใช้จ่ายเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน และ 4) การให้บริการผู้สูงอายุแบบคิดค่าบริการกับลูกค้า ทั้งการให้บริการรายวัน รายเดือน แบบอยู่ประจำและให้บริการรายเดือนแบบไปเช้า-เย็นกลับ

(2) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเอกชนภาคธุรกิจ มีการดำเนินงานให้บริการหลากหลายแบบ โดยให้การดูแลสุขภาพและกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ให้บริการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเวลากลางวัน หรือดูแล 24 ชั่วโมง 2) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบรายวัน Day Care Center ทั้งแบบรายวันหรือชั่วคราว โดยไม่มีการพักค้างคืน 3) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบประจำหรือรายเดือนโดยมีการพักค้างคืน และ 4) ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พักอาศัย แต่ปัจจุบันสถานประกอบการและผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง ซึ่งไม่สามารถผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เพียงพอับความต้องการของตลาด ทั้งนี้ สถานประกอบการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดเป็นที่สนใจกับครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีกำลังในการจ่ายเพื่อดูแล แต่พบว่า ยังมีสถานประกอบการ

เพื่อสุขภาพประเภทกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบางแห่งดำเนินการไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดจำนวนหนึ่ง ซึ่งให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐานเป็นอันตรายต่อประชาชน

ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ได้รับการบริการที่ดี ส่งเสริมสุขภาพและลดภาระโรคที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนส่งเสริมให้ได้รับบริการแบบองค์รวม และส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยง่ายและเท่าเทียม เห็นควรมีข้อเสนอ ดังนี้

1) ส่งเสริมให้มีระบบบริการสุขภาพที่สามารถรองรับค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการใช้บริการสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายค่าบริการดังกล่าว แต่เป็นภาครัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแทน เพื่อเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย

2) สามารถเบิกค่าบริการในการใช้บริการสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้จากกองหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกองทุนอื่นที่เกี่ยวข้อง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุไทยในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 พบว่า จำนวนประชากรไทยทั้งหมด 66,165,261 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งประเทศ จำแนกจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 56.5 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดของประเทศ และจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี จำนวน 3,522,778 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 29.1 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดของประเทศ อีกทั้ง มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.4 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดของประเทศ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2565) ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และศูนย์วิจัยธนาคารกสิกรไทยคาดการณ์ว่า มีจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพา จำนวน 1,272,202 ราย ทั้งนี้ จากข้อมูลการสำรวจสูงวัยเปราะบางผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะพึ่งพิง แบ่งเป็น ผู้สูงอายุที่มีความพิการและทุพพลภาพ โดยในปี 2557 มีอยู่ 6 แสนคน และจะเพิ่มเป็น 1.6 ล้านคน ในปี 2593 หรือในอีก 28 ปีข้างหน้า และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่แม้จะมีแนวโน้มลดลงในปี 2563 แต่การดูแลผู้ป่วยทางสมอง 1 คน ส่งผลต่อทั้งครอบครัวที่ต้องทุ่มทั้งเงินและเวลาในการดูแล (สสส., 2565) จากการสำรวจข้อมูลสถานดูแลผู้สูงอายุภาครัฐที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายมีจำนวนน้อยมาก ในทางเดียวกันสถานประกอบการภาคเอกชนที่เปิดให้บริการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด (ศูนย์วิจัยธนาคารกสิกรไทย, 2565) โดยสถานประกอบการดังกล่าวดำเนินการประกอบกิจการตามกฎหมายกระทรวงซึ่งกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่น ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563) ที่ประกาศไว้ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2563 และมีผลใช้บังคับในวันที่ 27 มกราคม 2564 เพื่อให้สถานประกอบการมีการให้บริการที่ได้มาตรฐานทั้งด้านสถานที่ การบริการ และมาตรฐานความปลอดภัยจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ ความสามารถตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน/มีคุณภาพชีวิตที่ดี/มีศักดิ์ศรีร่วม ทั้งได้รับความปลอดภัยเมื่อเข้ารับบริการจากสถานประกอบการที่ผ่านการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

โดยสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการที่ผ่านเกณฑ์ ตามที่กฎหมายกำหนดมีรายละเอียด ดังนี้

1. จำนวนการขออนุญาตประกอบการกิจการ สถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (ข้อมูล ณ วันที่ 27 กันยายน 2565)

สถานประกอบการกิจการการดูแลผู้สูงอายุยื่นขออนุญาตทั่วประเทศ จำนวน 682 แห่ง อนุญาตแล้ว จำนวน 671 แห่ง อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน 5 แห่ง และยกเลิกกิจการ จำนวน 6 แห่ง โดยแบ่งเป็นประเภทดังนี้

- ประเภท Day Care ยื่นเรื่องจำนวน 3 แห่ง ออกใบอนุญาตแล้ว จำนวน 3 แห่ง
- ประเภท Residential Home ยื่นเรื่อง จำนวน 13 แห่ง ออกใบอนุญาตแล้ว จำนวน 13 แห่ง

- ประเภท Nursing Home ยื่นเรื่องจำนวน 666 แห่ง ออกใบอนุญาตแล้ว จำนวน 655 แห่ง รอชำระเงิน จำนวน 5 แห่ง และยกเลิกกิจการ จำนวน 6 แห่ง

- จำนวนเตียงที่ได้รับอนุญาตในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 14,159 เตียง

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อมูล ณ วันที่ 27 กันยายน 2565

เขต	จังหวัด	ยื่นเรื่อง	ประเภท Day Care			ประเภท Residential Home			ประเภท Nursing Home			ผลการดำเนินการ (รายเขต/แห่ง)	ผลการดำเนินการ (ร้อยละ)	ผู้รับรางวัล (แห่ง)	ยกเลิกกิจการ (แห่ง)
			รอชำระเงิน อนุญาต	จำนวน	จำนวน	รอชำระเงิน อนุญาต	จำนวน	จำนวน	รอชำระเงิน อนุญาต	จำนวน	จำนวน				
เขตที่ 1		75	0	0	0	0	0	0	62	0	66	88.00	2		
เขตที่ 2		21	0	0	0	0	0	0	20	0	20	95.24	1		
เขตที่ 3		10	0	0	0	0	1	0	8	0	2	20.00	1		
เขตที่ 4		132	0	1	0	0	5	0	1	104	111	84.09	21		
เขตที่ 5		89	0	0	0	0	0	0	85	2	85	95.51	4	0	
เขตที่ 6		80	0	1	0	0	2	0	65	0	68	85.00	12		
เขตที่ 7		19	0	0	0	0	0	0	17	1	17	89.47	2	1	
เขตที่ 8		9	0	0	0	0	0	0	8	0	8	88.89	1		
เขตที่ 9		7	0	0	0	0	0	0	6	0	6	85.71	1		
เขตที่ 10		6	0	0	0	0	0	0	4	0	4	66.67	2		
เขตที่ 11		16	0	0	0	0	0	0	12	0	12	75.00	4		
เขตที่ 12		13	0	1	0	0	0	0	12	0	13	100.00	0		
กรุงเทพมหานคร		266	0	0	0	0	1	0	4	252	3	257	96.62	9	3
รวม (ทุกเขต)		743	0	3	0	0	13	0	5	655	6	676	90.98	67	6
รวม (แต่ละประเภท)			3	0		13	0		655	6					

2. จำนวนการขอขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (ข้อมูล ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2565) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการทั้งหมด จำนวน 9,340 คน
 - มีผู้ผ่านการรับรองเป็นผู้ให้บริการ จำนวน 6,850 คน
 - ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานจริง จำนวน 3,835 คน
- ในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
- ผู้ขอขึ้นทะเบียน (อยู่ระหว่างดำเนินการ) จำนวน 1,768 คน

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

พื้นที่	จำนวนผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการทั้งหมด (คน)	จำนวนที่อยู่ระหว่างดำเนินการตรวจสอบ (คน)	จำนวนผู้ผ่านการรับรองเป็นผู้ให้บริการ (คน)	จำนวนผู้ไม่ผ่านการรับรองเป็นผู้ให้บริการ (คน)
สบส. ที่ 1 เชียงใหม่	1,212	280	812	120
สบส. ที่ 2 พิษณุโลก	207	56	135	16
สบส. ที่ 3 นครสวรรค์	68	15	46	7
สบส. ที่ 4 นนทบุรี	1,520	189	1,245	86
สบส. ที่ 5 ราชบุรี	827	113	647	67
สบส. ที่ 6 ชลบุรี	746	101	590	55
สบส. ที่ 7 ขอนแก่น	333	50	281	2
สบส. ที่ 8 อุดรธานี	162	29	119	14
สบส. ที่ 9 นครราชสีมา	177	49	106	22
สบส. ที่ 10 อุบลราชธานี	269	95	156	18
สบส. ที่ 11 นครศรีธรรมราช	210	46	149	15
สบส. ที่ 12 สงขลา	202	61	83	58
กรุงเทพมหานคร	3,407	684	2,481	242
รวมทั้งสิ้น	9,340	1,768	6,850	722

หมายเหตุ ส่วนกลางกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรับผิดชอบ กรุงเทพมหานคร

- สบส.ที่ 1 ที่ทำการจังหวัดเชียงใหม่ รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา ลำปาง แม่ฮ่องสอน
- สบส.ที่ 2 ที่ทำการจังหวัดพิษณุโลก รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุดรดิตถ์ สุโขทัย
- สบส.ที่ 3 ที่ทำการจังหวัดนครสวรรค์ รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี
- สบส.ที่ 4 ที่ทำการจังหวัดนนทบุรี รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี
- สบส.ที่ 5 ที่ทำการจังหวัดราชบุรี รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี
- สบส.ที่ 6 ที่ทำการจังหวัดชลบุรี รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่ สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด
- สบส.ที่ 7 ที่ทำการจังหวัดขอนแก่น รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด
- สบส.ที่ 8 ที่ทำการจังหวัดอุดรธานี รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ
- สบส.ที่ 9 ที่ทำการจังหวัดนครราชสีมา รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์
- สบส.ที่ 10 ที่ทำการจังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ
- สบส.ที่ 11 ที่ทำการจังหวัดสุราษฎร์ธานี รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร
- สบส.ที่ 12 ที่ทำการจังหวัดสงขลา รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส

3. จำนวนการขออนุญาตเป็นผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (ข้อมูล ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2565) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ผู้ที่ได้รับใบอนุญาต จำนวน 2,261 คน
 - ผู้ดำเนินการที่ปฏิบัติงานจริง จำนวน 789 คน
- ในสถานประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
- ผู้ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน 172 คน

จากข้อมูลข้างต้น พบข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,272,202 ราย และสถานประกอบภาครัฐและภาคเอกชนกิจการการดูแลผู้สูงอายุได้รับอนุญาตประกอบกิจการตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด จำนวน 671 แห่ง จำนวนเพียงที่ได้รับอนุญาตในสถานประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 14,159 แห่ง มีผู้ให้บริการที่ผ่านการรับรองเป็นผู้ให้บริการจำนวน 6,850 คน เท่านั้น ซึ่งจำนวนสถานประกอบการและจำนวนเพียงดังกล่าว ไม่พอเพียงในการรองรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ อาจเกิดจากสภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการสถานประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้ภาวะสุขภาพแยลงได้และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น

อย่างไรก็ตาม การกำกับ ติดตาม ประเมินคุณภาพของสถานประกอบการ และผู้บริบาลมีความสำคัญยิ่งเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ซึ่งตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 กำหนดให้ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ แต่ตามพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมิได้กำหนดรายละเอียดในการกำกับ ควบคุม รวมทั้งจรรยาบรรณของผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นการเฉพาะ ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุม กำกับ และส่งเสริมจรรยาบรรณของผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เห็นควรมีกฎหมายกำหนดเรื่องดังกล่าวไว้เป็นการเฉพาะสำหรับการประกอบอาชีพนักบริบาล โดยกำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนและมีบัตรประจำตัวประกอบอาชีพนักบริบาล มีบทบัญญัติว่าด้วยการควบคุม กำกับ และส่งเสริมผู้ประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในสถานพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยกระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ และหน่วยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Based Care) เป็นหลัก

2. การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยจุดพลังในตำบล ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ (1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (2) ท้องที่ (3) องค์การชุมชน ภาคประชาสังคม องค์การสาธารณประโยชน์ ภาคเอกชน และ (4) หน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ โดยการสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ

ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันสนับสนุนการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในลักษณะพหุภาคีให้มากขึ้น

3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและลดบทบาทของภาครัฐ รัฐบาลโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนานโยบายและมาตรการส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมและเอกชนได้ใช้วิสาหกิจเพื่อสังคมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นรูปธรรมและกว้างขวาง โดยสนับสนุนงบประมาณบางส่วนเพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เขตเมือง

4. การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันการศึกษา ควรดำเนินการ ดังนี้

(1) ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยที่มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและวิถีชีวิตของประชาชนในปัจจุบัน เช่น จัดทำชุดสิทธิประโยชน์และบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและตามสภาพปัญหาและความจำเป็นด้านบริการสาธารณสุขและสังคมของผู้สูงอายุ (Care Model) การให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ การออกแบบเวลาการทำงานเพื่อให้บุตรหลานได้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

(2) พัฒนารูปแบบและแนวทางการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปเพื่อชะลอการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5. การกำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาระบบการกำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้มีเอกภาพและสร้างความร่วมมือ การกำกับดูแลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคีเครือข่าย โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพไม่ควรทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติเอง

6. การควบคุมกำกับดูแลสถานพยาบาลผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมกำกับดูแลสถานพยาบาลผู้สูงอายุที่ให้บริการดูแล รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพและมาตรฐานเป็นการคุ้มครองประชาชน และดำเนินการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเข้ามาร่วมรับผิดชอบ

ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ

1. ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนและสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรดำเนินการ ดังนี้

- (1) เพิ่มและพัฒนาศักยภาพ Caregiver และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทั้งปริมาณ และคุณภาพให้ครบทุกตำบล
- (2) ทบทวนหลักเกณฑ์การคัดเลือก Caregiver และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยพิจารณาบุคคล ที่อยู่ในวัยแรงงาน มีจิตบริการ จิตสาธารณะ
- (3) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีเส้นทาง ความก้าวหน้าในการทำงาน และปรับทัศนคติของสังคมและบุคคลให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ หน้าที่ของผู้ดูแลสูงอายุ เช่น ควรมีหลักสูตรเทียบโอนให้นักเรียนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล ผู้สูงอายุได้เรียนต่อยอดเป็นบุคลากรสายวิชาชีพได้ เป็นต้น
- (4) จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ โดยให้ Caregiver และครอบครัวได้ ร่วมดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ค่าใช้จ่ายที่ไม่สูง
- (5) ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรในชุมชนท้องถิ่นหรือบุคคลที่ประกอบอาชีพอิสระ ที่สนใจเข้ารับการศึกษาเพื่อเป็นนักบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน โดยหน่วยงานรัฐสนับสนุนค่าใช้จ่าย พื้นฐานตามความจำเป็น
- (6) เพิ่มนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวให้มากขึ้นในสถานพยาบาล เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก
- (7) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถาบันของรัฐ ควรเพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน ได้แก่ แพทย์ประจำหน่วยบริการ นักกายภาพ พยาบาลวิชาชีพและนักจิตวิทยา
- (8) จัดการอบรมให้ความรู้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องและทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้ การดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุได้มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำงานจริง เพื่อสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
- (9) ส่งเสริมการผลิตอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสร้างทักษะใหม่ที่จำเป็นต่อ การทำงานและการพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะที่มีให้ดีกว่าเดิมให้แก่แรงงานที่ว่างงานหรือเพิ่มทักษะ ให้แก่ผู้ประกอบการอื่นโดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเข้ามาร่วมอบรม หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งเป็นที่ต้องการ ของสังคมด้วย เช่น บุคคลที่สนใจในการดูแลผู้สูงอายุ แรงงานที่ว่างงาน บัณฑิตที่สำเร็จใหม่ เป็นต้น อีกทั้ง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ประสบปัญหาการว่างงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดต่อเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุแนวใหม่ เช่น การอบรมเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมจิตวิทยา (CG พันธุ์ใหม่) โดยทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบ Personal Assistant เช่น การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการขั้รถยนต์ไปโรงพยาบาล หรือสถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้ เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้นและเป็นการฟื้นฟูระบบเศรษฐกิจ อีกทั้งช่วยเติมเต็มการดูแลผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง

(10) สนับสนุนการผลิตบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุให้แก่สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น

2. ด้านการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

(1) หน่วยงานของรัฐที่มีศักยภาพสูง ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่และมหาวิทยาลัย ควรปรับนโยบายให้ความสำคัญกับการพัฒนาวิชาการ มาตรฐานงานบริการ การพัฒนาบุคลากรวิชาชีพ และกำลังคนระดับต่าง ๆ ตลอดจนการวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ

(2) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรประสานงานเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณสุข ประโยชน์และวิชาชีพเพื่อสังคมอย่างเป็นระบบและจริงจัง โดยควรสนับสนุนให้มีวิชาชีพเพื่อสังคมที่ทำงานด้านนี้ให้มากขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณด้วย

(3) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกระทรวงศึกษาธิการ ควรติดตามตรวจสอบสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุและโรงเรียนบริหารร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสาธารณสุข ประโยชน์ อาสาสมัครในชุมชน และภาคเอกชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมการค้าและบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย เป็นต้น เพื่อให้การประกอบกิจการเหล่านั้นเป็นไปอย่างได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

(4) จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้มีคุณภาพ โดยให้ Caregiver และครอบครัว ได้ร่วมดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจนถึงวาระสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี

(5) ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนงบประมาณดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายการรักษายาบาลชั้นสูงในระยะยาว

(6) การจัดการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยงานรัฐในชุมชนควรทำงานร่วมกับอาสาสมัคร องค์กรชุมชน องค์กรสาธารณสุข ประโยชน์ และภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อลดภาระงานของหน่วยงานรัฐและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างครัวเรือน ชุมชน และโรงพยาบาลในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาวัฒนธรรมการให้บริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ

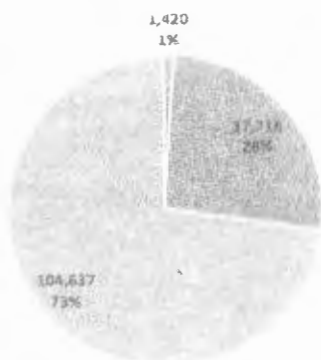
(7) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับบทบาทการพัฒนาวิชาการ สนับสนุนการจัดฝึกอบรมและพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ท้องถิ่นจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้ง ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้คนในชุมชนมี จิตอาสาและมีความเอื้ออาทรต่อกัน และช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชรา

(8) กองทุนที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและสวัสดิการสังคมของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ควรร่วมมือกันพัฒนานโยบายและมาตรการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีแผนบูรณาการร่วมกันในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีเอกภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

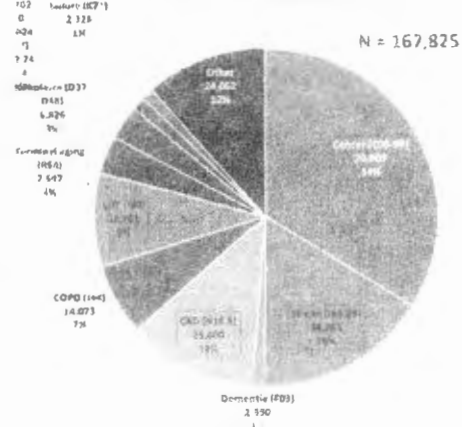
3.4.4 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

จากข้อมูลของกรมการแพทย์ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 123,773,887 ล้านคน โดยคิดเป็นอายุมากกว่า 65 ปี คือ ร้อยละ 12.6 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดเรื่องกิจวัตรประจำวัน และมีภาวะพึ่งพิง 3 แสนคน และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2574 ประเทศไทยจะเป็นประเทศที่ถือว่าเป็น Super aged Society คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 และคาดว่าในปี 2590 จะมีผู้สูงอายุที่ติดเตียง จำนวน 4.3 แสนคน ซึ่งในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีผู้ที่กลายเป็นระยะท้ายของชีวิตได้ ทั้งนี้ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2583 จะมีชายสูงอายุที่ครองตัวเป็นโสดมากขึ้น จากร้อยละ 3.4 เป็นร้อยละ 12.2 และหญิงสูงอายุจะมีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 เป็นร้อยละ 10.2 จากการสำรวจจะมีผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรและไม่มีหลักประกัน ประมาณร้อยละ 10 ทั้งในเขตเมืองและชนบท แสดงให้เห็นว่า จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลจากภาครัฐ ซึ่งจากรายงานของ Service Plan สาขา Palliative Care ในปีงบประมาณ 2564 ทำให้เห็นได้ว่า ผู้ที่เข้ารับบริการแบบประคับประคองส่วนใหญ่ร้อยละ 73 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งกลุ่มโรคที่มีการเข้าถึงบริการ Palliative Care มากที่สุดคือ มะเร็ง คิดเป็น ร้อยละ 34 และระบบหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 16

จำนวนผู้ป่วย PC ตามกลุ่มอายุ (เฉพาะกลุ่มโรคที่กำหนด) ปีงบประมาณ 2564 (N = 143,773)



จำนวนผู้ป่วย PC ตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ 2564 (exclude 0-14 ปี)



การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายให้มีประสิทธิภาพ

จากประกาศของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 เรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง ได้ให้คำนิยามคำว่า ความเจ็บป่วยระยะท้าย (terminal illness) หมายถึง โรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือฟื้นคืนสภาพเดิมได้ และคาดว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า ซึ่งการดูแลแบบประคับประคอง มี 3 ระดับ ได้แก่

1. การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ
2. การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

3. การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแลซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

โดยมีระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Service) คือ ระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะการดูแลอาจเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยพักค้างชั่วคราวเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพัก (Respite care) การดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้าน และการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) โดยสถานที่ดูแลดังกล่าวเรียกว่า สถานดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice) อีกทั้ง มีการแบ่งระดับของสถานดูแลแบบประคับประคอง คือ หน่วยงานที่ให้บริการแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต แบ่งได้เป็น 2 ระดับคือ (1) หน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Unit) ทำหน้าที่จัดบริการ (2) ศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Center) มีความสามารถในการฝึกอบรม และวิจัย นอกเหนือจากงานบริการ

โดยการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพ และพอเพียงโดยปราศจากข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ ทั้งภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และสถานะทางสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้ การให้ความหมายและคุณค่าของชีวิตตามความชอบ ความเชื่อ และความศรัทธาของบุคคลในทุก ๆ มิติของชีวิต รวมถึงสุขภาวะ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมทุกด้าน ซึ่งการให้ความหมาย และคุณค่านี้สามารถแปรเปลี่ยนไปตามบริบทได้ สุดท้ายคือ การตายดี (Good death) โดยที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่า ความต้องการของเขาได้รับการดูแลให้ปลอดจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ก่อนเข้าถึงช่วงใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพมีความเคารพและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอระบบการบริหารจัดการและแนวโน้มในปัจจุบัน

จากเนื้อหาข้างต้นจะแสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิตให้ดี ต้องอาศัยครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐและเอกชน เพื่อที่จะทำให้สามารถที่จะเป็นการตายดีได้ ทั้งนี้ จึงได้มีข้อเสนอแยกตามหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. บุคลากร

1) เพิ่มบุคลากรในการดูแลเข้าใจเรื่องการตายดี

2) เพิ่มหลักสูตรการดูแลอบรมให้กับชุมชน เพิ่มบุคลากรในชุมชนที่สามารถดูแลการตายดีได้

3) ส่งเสริมสนับสนุนการวางแผนระยะท้าย คือ Advanced Care Plan และ Living will

2. งบประมาณ

1) จัดสรรกองทุนตายดี/จากไปอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี ครอบคลุมนอกเหนือจากยา และผู้ดูแล เช่น ให้มีกองทุนความต้องการสุดท้าย (Last wish) เช่น สามารถพาไปเที่ยว หรือทำสิ่งสุดท้ายในชีวิตเพื่อทำให้เป็นการตายดี

2) ให้ครอบครัว ลูกหลาน สามารถเบิกค่าดูแลได้ เหมือนกับการลาคลอดบุตรที่ไม่ถือว่าเป็นวันลา ยังสามารถมีรายได้จากนายจ้าง ในกรณีที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่อยู่ในระยะท้าย

3) เพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่อง การทำให้ตายดีให้รวมอยู่ในสิทธิประกันชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือ

1) เพิ่มหน่วยงานในภาครัฐและเอกชนให้มีการให้บริการในการตายดี โดยในภาคเอกชน อาจจะสามารถนำมรดกหย่อนภาษีได้

2) มีการปรับปรุงสภาพชุมชนหรือบ้าน ให้อย่างน้อย 1 ตำบล ให้มีสถานที่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้ โดยสามารถเชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนา ปรัชญาของท้องถิ่นและผู้สูงอายุ

4. การจัดการ

1) เสนอการแก้ไขกฎหมายของการรณรงค์ ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ แต่ต้องอยู่ภายใต้การให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

2) ดำเนินการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวง โดยจัดตั้งเป็นศูนย์ช่วยเหลือ มีสายด่วนสามารถให้คำปรึกษาได้ 24 ชั่วโมง

3.5 รูปแบบและแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องอาศัยการพึ่งพิงมากขึ้น ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี หน่วยงานต่าง ๆ จึงมีการจัดบริการและสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ การบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น บริการในสถานบริการและในชุมชน โดยเน้นการบริการสุขภาพองค์รวม (holistic health care) ครอบคลุมสุขภาพทั้งมิติร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม การบริการสุขภาพแบบผสมผสาน (integrated health care) คือ บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง (continuous health care) คือ การดูแลทุกช่วงวัยของชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self-care) การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว (family care) การดูแลในชุมชน (community care) และการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ (professional care) ซึ่งผู้จัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมหรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร โดยระบบบริการสุขภาพที่จัดโดยเอกชน เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) ซึ่งเป็นบริการเสริมบริการภาครัฐสำหรับกลุ่มประชากรที่ไม่ต้องการใช้บริการของภาครัฐ

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สามารถจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

1. การบริการปฐมภูมิ คือ การบริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรคโดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัยเดิม) ที่กระจายอยู่ทุกตำบล (9,000 กว่าแห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชนที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (700 กว่าแห่งทั่วประเทศ) การบริการในรูปแบบนี้เน้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ และการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพ พบว่า มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) ศูนย์บริการชุมชนแบบเปิดเสรีหรือรูปแบบบริการแบบบูรณาการผู้สูงอายุในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันประจำตำบล ซึ่งผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการและบริหารจัดการระบบ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี

2. การบริการทุติยภูมิ คือ การบริการที่หน่วยบริการมีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาล โดยภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common problem) ตั้งแต่โรคที่ไม่ซับซ้อนจนถึงโรคที่ซับซ้อน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

3. การบริการตติยภูมิ คือ หน่วยบริการที่มีความสามารถในการรักษาพยาบาลโรค ที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (Sub-specialty) และยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ หน่วยบริการระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการนำร่อง รูปแบบการบริการเชิงบูรณาการไร้รอยต่อ (Seamless Health Services) ตั้งแต่สถานพยาบาลสู่ชุมชน ในพื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา นนทบุรี ชลบุรี สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร โดยเน้นส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ไขสันหลัง โรคจากอุบัติเหตุ จากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง ไปฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านในระยะหลังภาวะวิกฤต (Intermediate Care) เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดย Care Manager, Caregiver ทีมหมอครอบครัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการติดบ้านติดเตียง และให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด

รูปแบบและแนวทางระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.5.1 ระบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง

การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง หมายถึง จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคม เพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับกายกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุข คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ประการ ดังนี้ (เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม และคณะ, 2554 : 223-225)

1) การมีสุขภาพดี หมายถึง ประกอบด้วยสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย โดยยึดหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อูจจาระ/ปัสสาวะ อากาศ (แสง) อาทิตย อารมณ์ อดิเรก อนาคต อบอุ่น และอุบัติเหตุ

2) การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ ตามอัตภาพ โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่น ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอ่าน เขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด

3) มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย

(1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาว

(2) ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย รวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี

(3) ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือ มีครอบครัวที่ดี อยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุข รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

3.5.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัว ประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพพิทยาสวนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผล

สถานการณ์ของกลไกดำเนินงาน

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา รัฐบาลโดยหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย โดยมีมาตรการสำคัญที่ดำเนินการไปแล้วในหลายประเด็น รวมถึงมีการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญนอกเหนือจากการขับเคลื่อนมาตรการที่เป็นรูปธรรม ทั้ง 4 มิติ ดังที่กล่าวมาแล้ว รัฐบาลยังได้ขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุโดยการจัดทำงบประมาณแบบบูรณาการ ภายใต้ “แผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย” อีกด้วย โดยมีภารกิจ การผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นเจ้าภาพรับผิดชอบแผนงาน บูรณาการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 อย่างไรก็ตามก็สังเกตเห็นว่า แผนงานบูรณาการที่ผ่านมาจะเป็น การนำโครงการ/กิจกรรมหรือภารกิจที่กำลังดำเนินการอยู่แล้วมารวมกัน ไม่ได้มีการบูรณาการ เพื่อขับเคลื่อนเชิงระบบที่มีเนื้องานเป็นเอกภาพและเป็นเนื้อเดียวกัน

นอกจากนั้น ยังมีการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุโดยหน่วยงานภาครัฐที่ไม่ใช่เจ้าภาพหลัก ของงานผู้สูงอายุ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งขับเคลื่อนด้าน การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบและยกระดับการดำเนินการ การสื่อสาร สร้างความเข้าใจ การพัฒนานวัตกรรม การสนับสนุนโครงการ (Granting Agency) การพัฒนาองค์ความรู้ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการร่วมขับเคลื่อนนโยบายกับภาคี การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ในระดับพื้นที่ และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ รายประเด็น เช่น การดูแลระยะยาว สุขภาวะผู้สูงอายุ มีการจัดสมัชชาเฉพาะประเด็นว่าด้วยนโยบาย รองรับสังคมสูงวัย ร่วมในคณะทำงานจัดทำกฎหมายรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน จัดประชุม สมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ (จัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับจังหวัด ฯลฯ)

ผลการขับเคลื่อนมาตรการ และแผนการดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ มีการพัฒนาไปได้มากน้อยแตกต่างกัน และพบว่า การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่เป็นส่วนที่มีความสำคัญ ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด ภาพรวมของการขับเคลื่อนงาน ผู้สูงอายุในระดับพื้นที่สามารถสรุปออกมาเป็นประเด็นสำคัญได้ ดังต่อไปนี้

- 1) การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่มีหลายระดับ (ตามโครงสร้างการบริหารราชการ)
- 2) มีผู้เกี่ยวข้องหลากหลายทั้งหน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน สถาบันการศึกษา ฯลฯ
- 3) รูปแบบการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ มีทั้งแบบต่างคนต่างทำตามหน้าที่ ความร่วมมือ การบูรณาการเป็นเนื้อเดียวกัน
- 4) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องมีทั้งความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง และความสัมพันธ์ ในแนวระนาบ
- 5) เป้าหมายการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่มักจะย่อส่วนลงมาจากระดับชาติ
- 6) มีตัวอย่างหรือแนวปฏิบัติของการขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่ที่หลากหลายผ่านกลไกต่าง ๆ

ในช่วงที่ผ่านมา มีการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่ การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในพื้นที่ตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผสมผสานบูรณาการการพัฒนาในหลายด้านไปพร้อมกัน การขับเคลื่อนผ่านกลไกศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) การขับเคลื่อนผ่านระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ และการขับเคลื่อนงาน ผู้สูงอายุในระดับพื้นที่โดยหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่เจ้าภาพหลัก

การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในพื้นที่ตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านงานผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภท คือ

1) บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีของ อบต. และเทศบาล บทบาทหน้าที่ที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ บทบาทในการส่งเสริมการพัฒนาผู้สูงอายุ ด้านการศึกษาอบรม ด้านสุขภาพอนามัย (เฉพาะเทศบาลเมือง เทศบาลนคร) ส่วนบทบาทที่อาจจะดำเนินการ ได้แก่ การส่งเสริมการทำมาหากิน บทบาทด้านสาธารณสุข

2) บทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และฉบับแก้ไข บทบาทหน้าที่การถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร หรือสถานที่ (เฉพาะ กทม. เมืองพัทยา) การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในยานพาหนะ (เฉพาะ กทม.) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม (เฉพาะ กทม.) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง (เฉพาะ อบต. ที่ดูแลสถานสงเคราะห์คนชรา) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร สามารถจัดให้มีบุคลากร (อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น) และค่าใช้จ่ายของบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสามารถสนับสนุนการฝึกอบรม การพัฒนาบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่จังหวัด และอุดหนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

3) บทบาทหน้าที่ที่ดำเนินการจากการริเริ่ม (initiate) หรือการแนะนำ (guidance) โดยหน่วยงานราชการส่วนกลาง บทบาทหน้าที่ในลักษณะความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ/ภาคส่วนอื่น ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) และการปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (มีทั้งส่วนที่ อบต. ดำเนินการ และส่วนที่กรมกิจการผู้สูงอายุดำเนินการผ่านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และศูนย์พัฒนาสวัสดิการสังคมจังหวัด (ศพส.)) บทบาทหน้าที่ในลักษณะความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ/ภาคส่วนอื่น ได้แก่ การร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาคส่วนในพื้นที่ในการจัดระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่

ศักยภาพ และช่องว่างของระบบ

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนการพัฒนาผู้สูงอายุ ในมิติต่าง ๆ โดยหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงพบช่องว่างในการบูรณาการงาน และการแปลงแผนไปสู่ การปฏิบัติในระดับพื้นที่ แต่ก็พบว่า มีตัวอย่างที่ดีในการพัฒนาผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยหน่วยงาน ต่าง ๆ ทั้งที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และองค์กรภาครัฐ เป็นตัวอย่างที่ดีของการดำเนินการแก้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวม และการบูรณาการ ซึ่งหลายส่วน เห็นตรงกันว่า การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยเครือข่ายองค์กรระดับพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญ ของการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุให้มีความคืบหน้า และพัฒนาไปได้อย่างทั่วถึง แต่ระดับการพัฒนา สุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนในพื้นที่อีกจำนวนมากยังไม่มีการพัฒนามากนัก และยังดำเนินการได้ ไม่ทั่วถึง เนื่องจากแนวทางการสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนยังไม่ชัดเจน นโยบายของรัฐบาล มาตรการดำเนินงาน ระบบสนับสนุนงบประมาณ การพัฒนากำลังคน เพื่อสนับสนุนให้องค์กรพื้นที่ ดำเนินงานยังไม่มีแผนสนับสนุนที่ชัดเจน บางส่วนอาจจะยังไม่มีความสะดวก ซึ่งควรมีการพัฒนา ให้มีความเป็นเอกภาพ และพัฒนาไปพร้อม ๆ กันได้ดีขึ้น

จากแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนงานบริการสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อม โดยเฉพาะงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี) โดยในช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2563 ถ่ายโอนภารกิจไปรวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล 9,787 แห่งทั่วประเทศ และในปี พ.ศ. 2564 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีประกาศการถ่ายโอนให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด โดยให้องค์กร บริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยมี รพ.สต.ที่ประสงค์ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 3,264 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.5 จาก รพ.สต.ทั้งหมด 6,872 แห่งใน 49 จังหวัด และคิดเป็น ร้อยละ 33.39 ของ รพ.สต. จำนวน 9,775 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งในระยะต่อไปจะเริ่มทยอยถ่ายโอนภารกิจตามความพร้อม ของ อบจ. และ รพ.สต. ต่อไป

ดังนั้น บทบาทที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านการดูแลคุณภาพชีวิต และการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญนอกเหนือจากการที่เคยเป็นหน่วยงาน เชิงประสาน ดำเนินงานของแผนงาน/โครงการจากหน่วยงานอื่น มาเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ เป็นผู้จัดการสุขภาพแบบบูรณาการให้กับกลุ่มเป้าหมายโดยตรง โดยมีกลไกส่งเสริมและสนับสนุน ในระดับพื้นที่ คือ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งจะมี หน้าที่และอำนาจกำหนดนโยบายกำกับดูแลและพัฒนางานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ได้รับการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2)

ข้อเสนอการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนระดับพื้นที่แบบบูรณาการด้านผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสาร และประสบการณ์ ตัวอย่างการดำเนินงานที่เกิดผลสำเร็จได้ดี สามารถสังเคราะห์เป็นข้อเสนอ และแนวทางในประเด็นต่าง ๆ ได้ ดังนี้

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติ เพื่อการบูรณาการการจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่

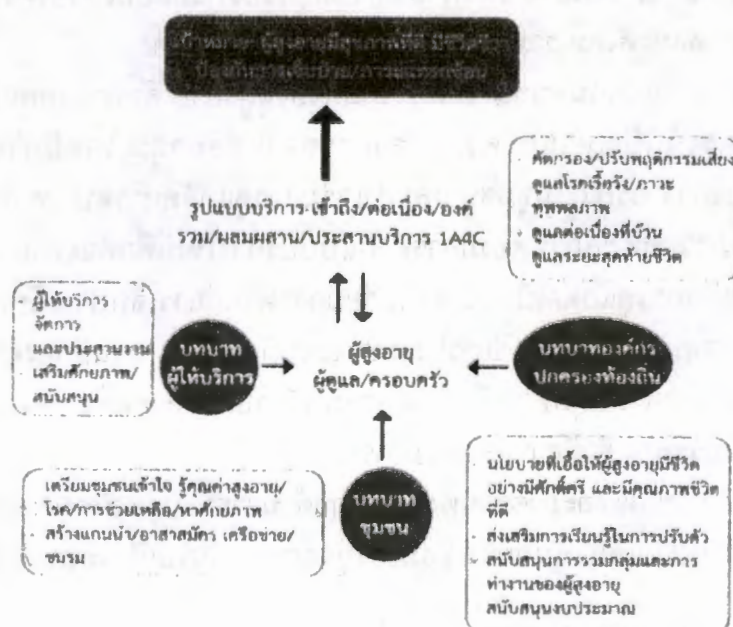
ระดับการปฏิบัติการเพื่อบูรณาการการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ คือ ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ที่จะเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่มีเป้าหมาย คือ ประชาชนในฐานพื้นที่นั้น ๆ เป็นศูนย์กลาง โดยที่แต่ละระดับจะมีขอบเขตการดำเนินงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ตามบริบท และทรัพยากรที่มีประสานให้การดำเนินงาน และบทบาทหลักเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งแนวทางปฏิบัตินี้สามารถนำไปดำเนินการได้โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน

1.1 ควรมีการพัฒนาวิสัยทัศน์ที่เป็นเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างที่ อ.ประเวศ วะสี ได้เสนอได้คือ “การดูแลผู้สูงอายุหมดทุกคนในอำเภอ โดยมีเป้าหมาย คือ

- ดำรงสุขภาพดีให้ได้มากที่สุด
- รักษาและควบคุมโรคในชุมชน
- การดูแลที่บ้าน
- การพัฒนาให้มีหมอประจำครอบครัว ดูแลทุกคนครบถ้วน
- การพัฒนา ระบบ palliative care โดยชุมชน และ โดย Hospice”

1.2 มีการออกแบบ ตกลงร่วมกัน กำหนดบทบาทของกลไกองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน และมีแผนการดำเนินงานตามบทบาท ได้มีข้อเสนอกรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ดังภาพ

แผนภูมิ แนวทางการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ



ที่มา : คู่มือการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ฉบับที่ 2) 2552

(แม้เป็นข้อเสนอแนะที่กำหนดตั้งแต่ปี 2552 แต่เมื่อทบทวนกับประสบการณ์ในพื้นที่จริง ก็พบว่ายังเป็นกรอบแนวทางที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากสถาบันวิชาการ ในปี 2565)

ในการออกแบบการทำงานกับผู้สูงอายุบนฐานของการทำงานในชุมชน เน้นให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยให้ชุมชนเป็นฐานและให้ผู้สูงอายุเป็นตัวตั้ง เป้าหมายสุดท้ายที่ต้องการคือ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตชีวา ป้องกันเรื่องภาวะการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน การทำงานต้องมาจากฐานราก คือ มีบทบาทของชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในแง่ของการทำให้ชุมชนมีความรู้ การให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ และทำให้เกิดการช่วยเหลือพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งทำให้มีระบบแกนนำอาสาสมัครเข้ามามีส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ในส่วนผู้สูงอายุเองก็ต้องพยายามพึ่งพาตนเองให้มากที่สุดทั้งด้านสุขภาพและสังคม การทำงานในชุมชนยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ทั้งจากองค์กรในท้องถิ่น หรือองค์กรในชุมชนเข้ามา มีบทบาทเป็นระบบสนับสนุน ทำให้เกิดนโยบายที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการรวมกลุ่มในการทำงาน ทำให้มีการเข้าสังคมของผู้สูงอายุ

ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีจุดเด่นที่มีโครงสร้างการบริหาร มีอำนาจหน้าที่ มีกำลังคนชัดเจน และแหล่งงบประมาณสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมได้หลายด้าน ทั้งด้านนโยบายสาธารณะ การส่งเสริมการรวมกลุ่ม การพัฒนาศักยภาพแกนนำ ประชาชน ซึ่งเมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเรียบร้อยแล้ว การดำเนินการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและการบูรณาการงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่ ในฐานะผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ที่จะทำหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การดูแลรักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสุขภาพ อีกทั้งทำหน้าที่เชื่อมประสานการจัดการด้านสุขภาพกับภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อเสริมศักยภาพ สนับสนุนให้พึ่งพาตนเองได้ตามหลักการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพที่ประกอบด้วย 1A 4C (accessibility, continuity, comprehensiveness, co-ordination and community based and participation) คือสามารถ เข้าถึงได้ง่าย มีความต่อเนื่อง ดูแลแบบเป็นองค์รวม มีการผสมผสานกันทุกมิติทางด้านสุขภาพและสังคม รวมทั้งการเสริมศักยภาพของชุมชน

ส่วนสาธารณสุขในชุมชน จะมีการคัดกรองผู้สูงอายุ คัดกรองกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อจะให้บริการได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของแต่ละกลุ่ม โดยมีบริการหลายรูปแบบ ทั้งให้บริการที่สถานบริการ บริการในชุมชน และส่งเสริมการดูแลจัดการตนเอง สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพต้องมีการออกแบบบริการใหม่เพื่อที่จะสามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริง ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง มีการเตรียมการหากมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วว่า ครอบครัวและสถานบริการในชุมชนจะรับมืออย่างไร ส่วนนี้ต้องออกแบบให้เหมาะสมกับพื้นที่บนหลักการของ 1A 4C สุดท้ายเมื่อหมดความหวังกับการหายแล้ว เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ก็ต้องดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีความสำคัญมากขึ้น

การบริการของแต่ละภาคส่วนทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข สังคม และกระทรวงมหาดไทย ควรทำงานกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกันอย่างเชื่อมโยงบูรณาการกันในเชิงระบบทั้งหมดที่อยู่ในชุมชน โดยไม่ต่างคนต่างทำ

สรุปกลไกการทำงานในพื้นที่

การทำงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จะเชื่อมต่อกับบทบาทที่เป็นกลไกการทำงานของแต่ละต้นสังกัดขององค์กรในแต่ละภาคส่วนแตกต่างกันได้ กลไกสำคัญขององค์กรที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) หน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลระบบสุขภาพของทุกกลุ่มวัยในชุมชน โดยมีศักยภาพและความพร้อมในบริบทที่แตกต่างกัน โดยโครงสร้างการทำงาน ซึ่งอาจมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน คลินิกอบอุ่น (เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล) คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยอื่น ๆ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นหน่วยยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่ที่ทำงานวางแผนและปฏิบัติการดูแลรับผิดชอบสวัสดิการสังคมและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นแกนกลางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มเป้าหมายและมีภารกิจทั้งในบทบาทของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ถ่ายโอนภารกิจด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแล้วนั้น จำเป็นต้องมีการปรับโครงสร้างหน่วยงานภายในองค์กร ให้มีฝ่ายและบุคคลากรที่รับผิดชอบบูรณาการการดำเนินงานผู้สูงอายุทุกด้าน

3) องค์กรผู้สูงอายุที่อยู่ในรูปแบบทางการและไม่ทางการ โดยมีหลายชื่อเรียก ประกอบด้วย กลุ่มคลังปัญญา กลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลไกการทำงาน

4) กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มจิตอาสา (ทั้งที่มีค่าตอบแทนและไม่มีค่าตอบแทน) ประกอบด้วย อาสาสมัครสุขภาพ อาสาสมัครดูแลคนพิการ อาสาสมัครป้องกันสาธารณสุข ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง และผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม 420 ชั่วโมง ในโครงการอบรมผู้ดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุขในระบบการดูแลระยะยาว รวมทั้งนักบริบาลที่มีรายได้เป็นค่าจ้างประจำเดือน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้สำนักสาธารณสุขท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ตลอดจนแกนนำทางการและไม่ทางการขององค์กรชุมชน

นอกจากกลไกหลักดังที่กล่าวในการทำงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่จะมีกลุ่มประชาสังคม หรือองค์กรสาธารณประโยชน์ที่มีในพื้นที่ องค์กรการศึกษาทั้งในและนอกพื้นที่มาร่วมดำเนินการเพิ่มเติมด้วย

ทั้งนี้ สถานการณ์การทำงานในเชิงนโยบายและแนวทางขององค์กรนโยบายในส่วนกลาง ที่ดูแลรับผิดชอบหลัก ส่งผลกับรูปแบบ แนวทางและบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังตาราง

ตารางสถานการณ์การทำงานแต่ละกลไกหลักและรูปแบบงานที่เกิดขึ้น

กลไกหลัก	แนวนโยบาย/ แนวทางดำเนินการ เพื่อเพิ่มความ ครอบคลุม	รูปแบบ/แนวทาง/บทบาท ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในงานผู้สูงอายุ	องค์กรรับผิดชอบ
หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care)	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี • บริการรักษาที่หน่วยบริการ และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> • จนท มีศักยภาพในการทำงาน (หลักสูตรการพัฒนาในการทำงานด้านผู้สูงอายุ) • พัฒนาศักยภาพความพร้อมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุตามความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน • อบรม และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับ กศน. 	กระทรวงสาธารณสุข
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> • เป็นหน่วยยุทธศาสตร์ในการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิต • จัดสวัสดิการสังคม (เบี้ยยังชีพ) และอื่น ๆ ตามแนวทาง ก.พม ครอบคลุมผู้สูงอายุในพื้นที่ • สร้างและสนับสนุนกิจกรรมศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ • จัดทำโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุ • พัฒนาสภาพแวดล้อมในพื้นที่ให้เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างความร่วมมือของชุมชนในการทำงานดูแลคุณภาพชีวิตโครงการที่เกี่ยวข้อง (กปท.- สปสช.) • เป็นที่ปรึกษาผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ อปท. • เชื่อมต่อข้อมูลสวัสดิการสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ) • อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุเป็นการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล 70 ชั่วโมงเพื่อปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ 20 วัน วันละ 8 ชั่วโมง ได้รับค่าตอบแทน 5,000 บาท/คน/เดือน เป็นระยะเวลา 12 เดือน 	กระทรวงมหาดไทย

กลไกหลัก	แนวนโยบาย/ แนวทางดำเนินการ เพื่อเพิ่มความ ครอบคลุม	รูปแบบ/แนวทาง/บทบาท ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในงานผู้สูงอายุ	องค์กรรับผิดชอบ
	<ul style="list-style-type: none"> • เป็นกลไกสำคัญของการพัฒนา Healthy city 		
องค์กรผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> • ชมรมผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกตำบล • โรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ • คลังปัญญาผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> • โรงเรียนผู้สูงอายุคุณภาพ โดยบูรณาการร่วมกับ ท้องถิ่น สาธารณสุข พัฒนา สังคมฯ กศน. ในระดับพื้นที่ • เสริมวิชาการในกิจกรรม ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและ ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ • สนับสนุนการทำงาน โครงการขององค์กรผู้สูงอายุ โดยกองทุนผู้สูงอายุ 	กระทรวงการ พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของ มนุษย์
อาสาสมัคร	<ul style="list-style-type: none"> • อาสาสมัครประจำ หมู่บ้าน (อสม.) • อาสาสมัครดูแล ผู้พิการ (อพก.)/สูงอายุ (อผส.) • ผู้ดูแลที่ผ่านการ อบรม 70 ชั่วโมงและ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม 420 ชั่วโมง • นักบริหาร 	ดูแล พัฒนาศักยภาพ เสริม พลังการจัดการเครือข่าย อาสาสมัครสุขภาพ อาสาสมัครดูแลคนพิการ อาสาสมัครป้องกันสาธารณสุข ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมงและผู้ดูแล ที่ผ่านการอบรม 420 ชั่วโมง ในโครงการอบรมผู้ดูแล ของกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ในระบบการดูแลระยะยาว รวมทั้งนักบริหารที่มีรายได้ เป็นค่าจ้างประจำเดือน จากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นภายใต้สำนัก สาธารณสุขท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวง มหาดไทย • กระทรวง สาธารณสุข • กระทรวง การพัฒนาสังคม และความมั่นคง ของมนุษย์

แนวการดำเนินงานด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยหน่วยงานที่ดำเนินงานในพื้นที่
อย่างบูรณาการ แสดงได้ ดังตาราง

ตารางแนวทางกิจกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมต่อเนื่องในระดับพื้นที่

กิจกรรมดำเนินงาน กับผู้สูงอายุ	กลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องการให้เข้าถึง บริการ	กิจกรรมการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบ
1) เตรียมความพร้อม พัฒนาสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพ ทั้งในด้าน อาหาร สภาพแวดล้อม การมีสวัสดิการพื้นฐาน	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม • กลุ่มที่กำลังเข้าสู่ เป็นผู้สูงอายุ 	1) อปท. ร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุ และภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ วางแผน พัฒนาสิ่งแวดล้อมด้านต่าง ๆ ที่เอื้อต่อ active aging เช่น สนับสนุนพื้นที่สาธารณะสำหรับ ออกกำลังกาย (ส่งเสริมสุขภาพ) พื้นที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาแหล่งอาหารปลอดภัยที่มีผลดี ต่อสุขภาพ ผักปลอดสารเคมี 2) เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ร่วมกับ ชุมชน อปท. จัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น (1) ตรวจสุขภาพประจำปี (2) คัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยง (3) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนวิถี สำหรับคนกลุ่มเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> • องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น • โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล • โรงพยาบาลชุมชน • สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ • สำนักงานพัฒนา สังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ จังหวัด
2) ส่งเสริมสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ ต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ ประเมินภาวะเสี่ยง ภาวะสุขภาพ และส่งต่อ เพื่อดูแลอย่างบูรณาการ รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพ ขององค์กรผู้สูงอายุ ในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม • ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเอง ได้ดี 	1) รพ.สต.และเครือข่าย จัดบริการ ในการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนในด้านต่าง ๆ การส่งต่อ ผู้สูงอายุเพื่อการรักษา และดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะติดบ้าน ติดเตียงร่วมกับอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ 2) สนับสนุนการบริการเชิงรุก ในชุมชน ทั้งที่เป็นรูปแบบการส่งเสริม และดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพที่ดี /ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการใน สถานพยาบาลได้อย่างสะดวก สบาย เท่าเทียม เช่น	<ul style="list-style-type: none"> • รพ.สต • อสม. • อปท. • รพช. • ชมรมผู้สูงอายุ • องค์กรผู้สูงอายุ ในชุมชน • กองทุน หลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่น

กิจกรรมดำเนินงานกับผู้สูงอายุ	กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้เข้าถึงบริการ	กิจกรรมการดำเนินงาน	หน่วยงานรับผิดชอบ
		<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีอย่างต่อเนื่อง (ทั้งที่ชุมชนและสถานบริการ) โดยครอบคลุมการซักประวัติ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจร่างกาย วัดดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว และจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ • ตรวจและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ • วัดและคัดกรองความผิดปกติหรือความบกพร่องทางการมองเห็น/ การได้ยิน/ภาวะสมองเสื่อม • กิจกรรมส่งเสริมเรื่องอาหารและสนับสนุนการออกกำลังกาย • กิจกรรมสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง สร้างนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพและประยุกต์งานแพทย์แผนไทย • กิจกรรมส่งเสริมด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมพื้นบ้าน การเรียนรู้ตลอดชีวิตในรูปแบบที่ผู้สูงอายุสนใจรวมทั้งการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม การสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ การพัฒนาอาชีพ รายได้และความสุข • เสริมพลังองค์กรผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยทำงานร่วมกับภาคีภาครัฐ และเอกชนที่สนับสนุนงานผู้สูงอายุ 	
3) จัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย	• ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม	1) รพ.สต /รพ. และเครือข่ายบริการ จัดให้มีการดูแลสุขภาพที่หน่วยบริการใกล้บ้าน รวมทั้งบริการต่อเนื่องไปที่บ้าน และในชุมชน	อปท. ร่วมกับหน่วยบริการ สาธารณสุขในพื้นที่ รพ.สต โรงพยาบาล

กิจกรรมดำเนินงานกับผู้สูงอายุ	กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้เข้าถึงบริการ	กิจกรรมการดำเนินงาน	หน่วยงานรับผิดชอบ
		2) อปท. ร่วมประสานกับเครือข่ายบริการทั้งรัฐ เอกชน ในพื้นที่ เพื่อให้บริการสุขภาพกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	
4) จัดบริการ กิจกรรมดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	กลุ่มที่มีโรคมีภาวะเจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	<p>สนับสนุนกิจกรรมเชิงรุก การดูแลเยี่ยมบ้าน และให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (เน้นการดูแลร่างกาย จิตใจ) • คัดกรอง และแก้ไขปัญหาในกรณีภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ • เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และติดตามดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง • จัดบริการศูนย์ผู้สูงอายุ (Day Care) ภายในพื้นที่ที่เหมาะสม หรือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน • ใช้แพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกในการดูแลผู้สูงอายุ • การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่สอดคล้อง เช่น แบบยืดเหยียด 	อปท. ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน
5) สนับสนุน และจัดบริการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	กลุ่มสูงอายุที่ป่วย ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีภาวะติดเตียง	<p>ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจิตอาสา</p> <ul style="list-style-type: none"> • บริการรถรับส่ง 24 ชั่วโมง เพื่อการรักษา ช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน • จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ) 	อปท. ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน

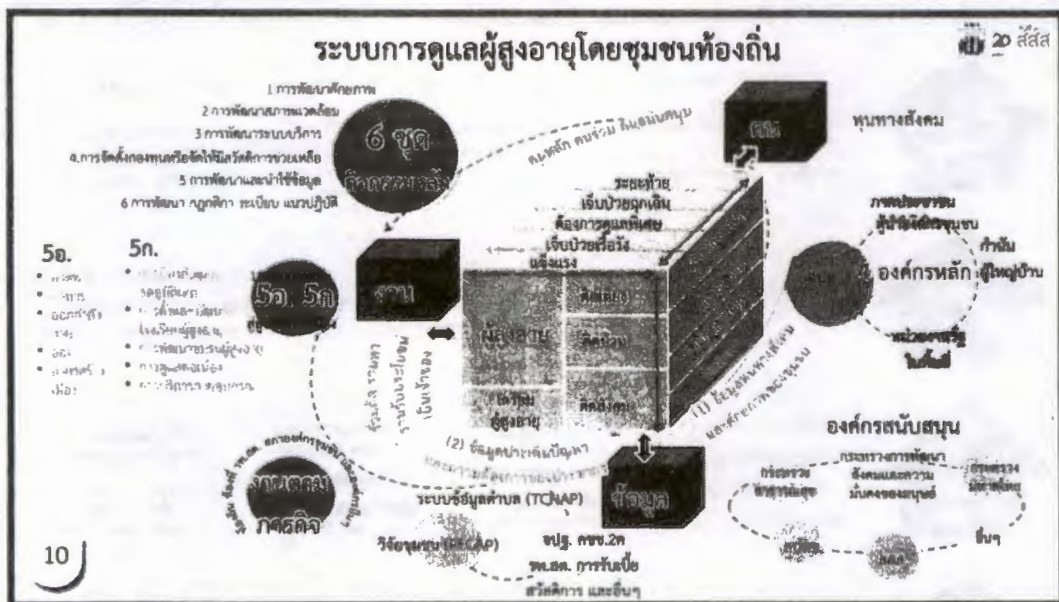
กิจกรรมดำเนินงานกับผู้สูงอายุ	กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้เข้าถึงบริการ	กิจกรรมการดำเนินงาน	หน่วยงานรับผิดชอบ
		<ul style="list-style-type: none"> จัดระบบบริการฟื้นฟูที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลเฉพาะ มีทีมดูแลสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่ รูปแบบกิจกรรมดูแลแบบมีส่วนร่วม “เพื่อนช่วยเพื่อน” เช่น กลุ่มติดสังคมร่วมกับ รพ.สต./ อสม. ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุ 	
<p>6) จัดระบบเครือข่ายบริการสำหรับ intermediate care ทั้งส่วนที่บริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้มีภาวะพึ่งพิง 	<ul style="list-style-type: none"> จัดระบบดูแล intermediate care ที่ร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลในพื้นที่ กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และ อปท. ที่มีกิจกรรมทั้งในด้านการฟื้นฟูสุขภาพ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัวในการพักอาศัยที่บ้าน มีการจัดบริการที่ให้คำปรึกษาในชุมชน และการให้คำปรึกษาเชื่อมโยงบริการกับหน่วยปฐมภูมิในพื้นที่ จัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สปสช. อปท. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
<p>7) การจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดให้มีระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย รพ.สต. และ รพ. จัดทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม โดยใช้งบจากกองทุน สปสช. การสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการสังคมที่พักอาศัยในกรณีที่เป็น 	<ul style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน อปท. สปสช. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

กิจกรรมดำเนินงานกับผู้สูงอายุ	กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้เข้าถึงบริการ	กิจกรรมการดำเนินงาน	หน่วยงานรับผิดชอบ
8) จัดทีมหมอครอบครัว (Family care team) สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง และส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา	ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีภาวะพึ่งพิงสูง	จัดระบบการเชื่อมโยงบริการกับทีมแพทย์ สหวิชาชีพ ในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการจัดระบบดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีทีมประจำแต่ละตำบล/ชุมชน ที่ชัดเจน มีระบบการส่งต่อข้อมูล การวิชาการให้บริการกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาสาสมัครในพื้นที่ได้	<ul style="list-style-type: none"> • สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด • โรงพยาบาลชุมชน • รพ.สต • สปสช. • สสป.
9) การฝึกอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) และฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> • เจ้าหน้าที่สาธารณสุข • เจ้าหน้าที่ อปท./ท้องถิ่น • อาสาสมัครในชุมชน 	จัดการฝึกอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) และฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) โดยหลักสูตรของกรมอนามัย	<ul style="list-style-type: none"> • รพช. • รพ.สต • กรมอนามัย • กรมการแพทย์ • องค์การวิชาชีพ • สปสช. • กรมกิจการผู้สูงอายุ
10) เผยแพร่ความรู้อบรม การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสำหรับผู้เตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ	ผู้กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ	ดำเนินการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสำหรับผู้เตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ	

จากบทเรียนการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบ ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ที่สรุปเป็น ตัวอย่างของรูปแบบการดำเนินงาน โดยเครือข่ายงานผู้สูงอายุ ดังภาพ



นอกจากนี้ยังมีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นตามสภาวะสุขภาพ และภาวะการพึ่งพิงที่แตกต่างกัน รวมทั้งการจัดการระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบข้อมูล การพัฒนาศักยภาพบุคคล ให้สอดคล้องบูรณาการกันได้ ดังภาพ



มีพื้นที่ ตำบล ชุมชน ที่มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในลักษณะที่หลากหลายทั้งด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ สวัสดิการสังคม ตามบริบท และทรัพยากรความพร้อมของพื้นที่ซึ่งสามารถค้นหา เรียนรู้ เป็นตัวอย่าง เพิ่มเติมได้ ทั้งในส่วนที่เป็นเอกสารจาก สสส. และ มสพข. ที่มีการถอดสรุปบทเรียนการดำเนินงาน ของแต่ละพื้นที่

1.3 กลไกการบูรณาการระบบดูแลสุขภาพ ระดับอำเภอ

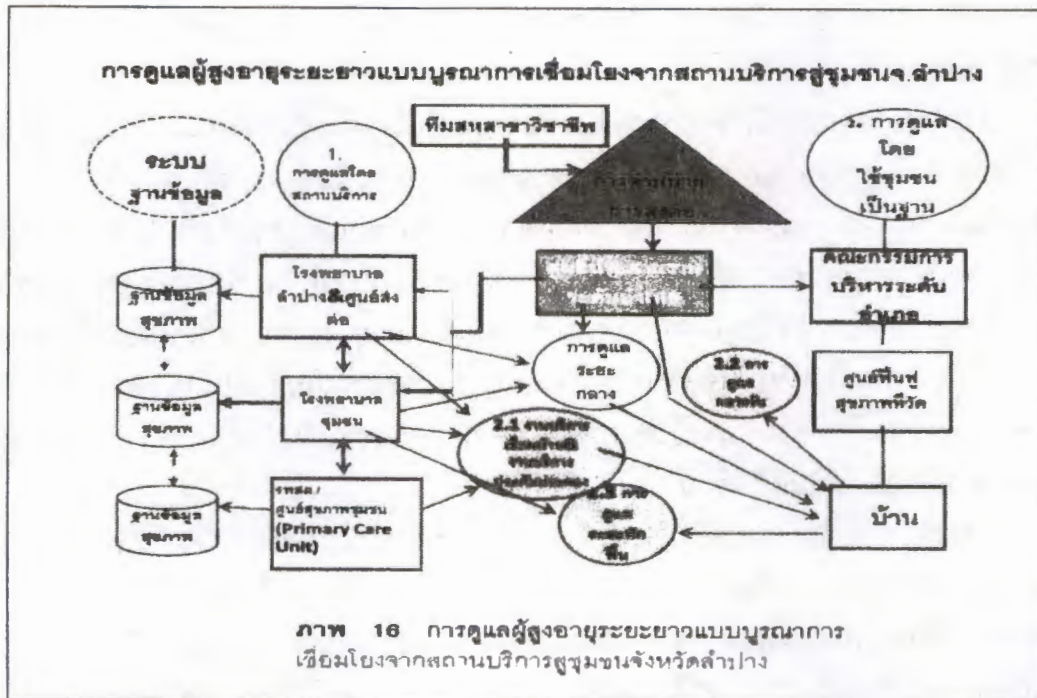
ในระดับอำเภอ จะมีกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐที่มีบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ที่ดูแลประชาชนที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อนมากขึ้น มีหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการสาธารณสุขในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อีกทั้งในระดับอำเภอ มีหน่วยงานรัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ได้แก่ นายอำเภอ พัฒนาการอำเภอ เกษตรอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ เป็นต้น และปัจจุบันได้มีกลไกการประสานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เรียกว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ซึ่งองค์ประกอบของกลไกที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีโอกาสนำการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนได้อย่างกว้างขวาง ครอบคลุมมากขึ้น ได้มีข้อเสนอกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับประชากรในระดับอำเภอ ซึ่งได้แสดงถึงบทบาทองค์ประกอบของการพัฒนาสุขภาพที่ครอบคลุมในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ การสร้างเสริมสุขภาพในขอบเขตที่กว้างขวางขึ้น การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน การดูแลเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการบริหารจัดการที่มีการพัฒนาในด้านวิชาการ การจัดระบบติดตาม ประเมินผลตามภาพ

องค์ประกอบการจัดการระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ

แผนภาพที่ 1: ความเชื่อมโยงกระบวนการจัดการ และการดำเนินงาน ในระดับอำเภอ เพื่อให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตามกลุ่มประชากรที่พึงประสงค์



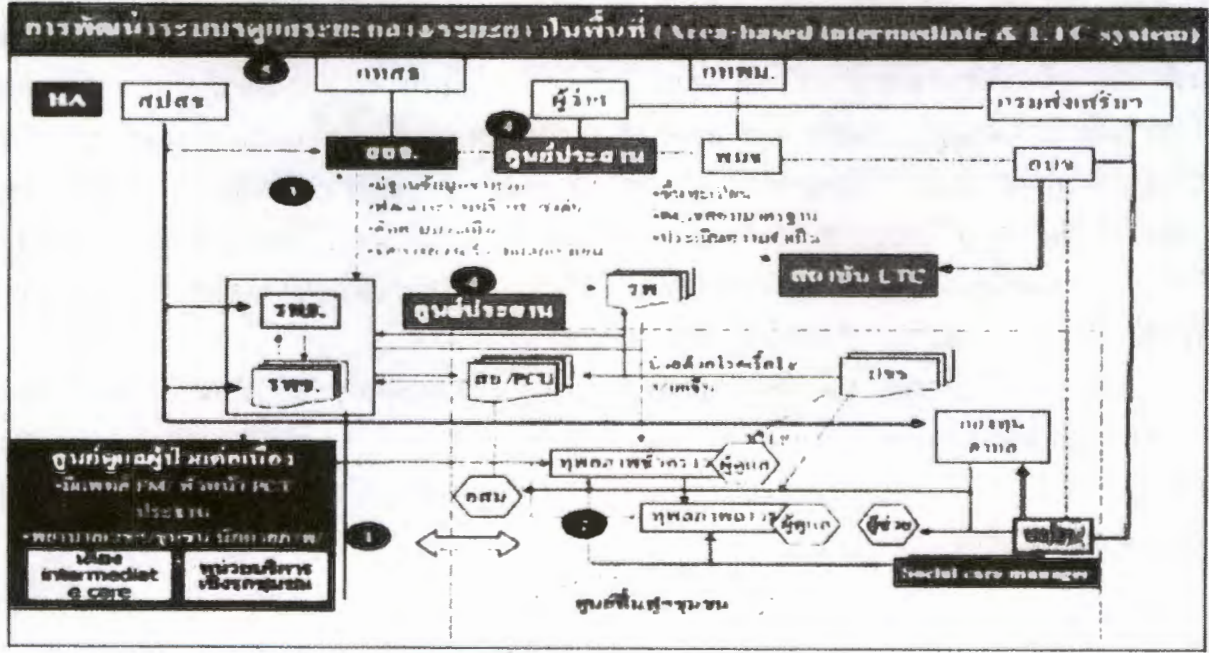
ได้มีตัวอย่าง ประสบการณ์การดำเนินงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ตัวอย่างของพื้นที่ในเขตจังหวัดลำปาง ดังภาพ



ภาพ 16 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชนจังหวัดลำปาง

มีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะกลาง และระยะยาวในระดับอำเภอ จังหวัด ที่เชื่อมโยงกับระดับสุขภาพพื้นฐานในระดับชุมชน เพื่อให้ดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง ดังภาพ

กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง / ระยะยาวในพื้นที่



1.4 ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุและสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีและพันธมิตรในพื้นที่ โดยเน้นให้เกิดคุณภาพบริการสำหรับรายบุคคล โดยเฉพาะมาตรการป้องกันความเสี่ยงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว ตลอดจนการรับรู้ข้อมูลและความครอบคลุมตามชุดกิจกรรม รวมทั้งมีการจัดระบบข้อมูลเพื่อการกำกับติดตาม ประเมินผลในแต่ละกิจกรรมที่ชัดเจนสำหรับทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย

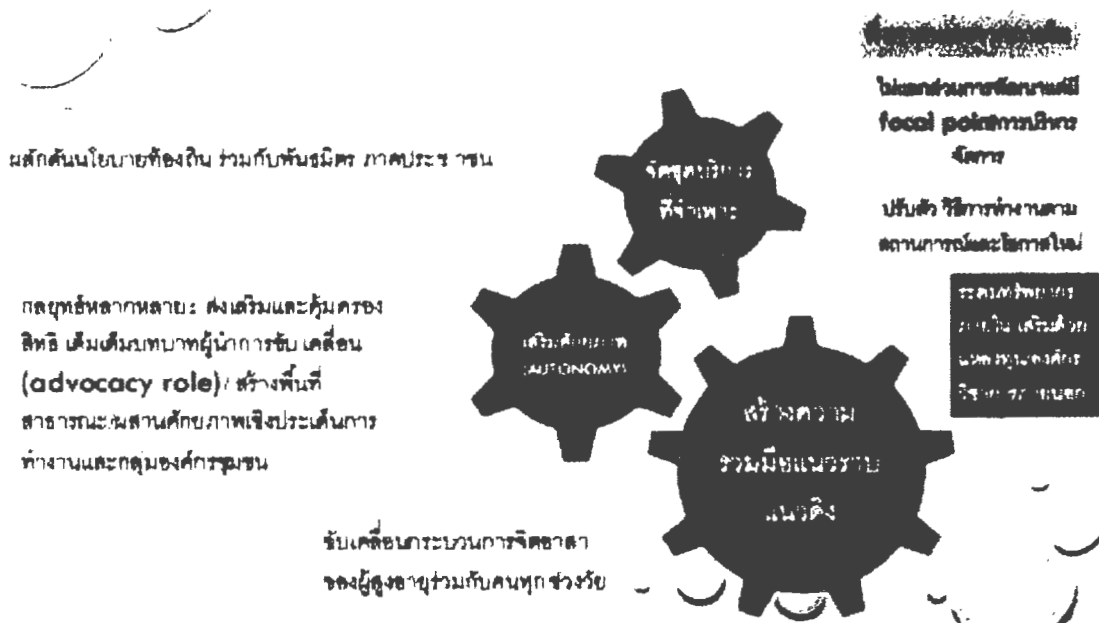
1.5 นอกจากการจัดชุดบริการและกิจกรรมของผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว จำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างชัดเจน เพื่อการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการจัดการลดความเสี่ยง หรือจัดการกับปัญหาเฉพาะที่เกิดขึ้นในพื้นที่ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งบางกรณีอาจต้องผลักดันนโยบายในประเด็นเฉพาะเพื่อแก้ไข ฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนร่วมด้วย เช่น ปัญหาอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ปัญหาการกินที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการของผู้สูงอายุ ปัญหาการใช้สารเสพติดหรือยาบางประเภทเกินจำเป็น ปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยในบ้านหรือที่สาธารณะในชุมชน รวมทั้งปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นของสมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือสมาชิกในครัวเรือน

2. ผลักดัน และจัดระบบสนับสนุนให้เกิดนโยบายท้องถิ่นและพันธมิตรในพื้นที่ที่เสริมพลังและศักยภาพองค์กรผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็นองค์กรผู้สูงอายุเป็นกลไกขับเคลื่อนดำเนินงานภายในพื้นที่ได้เอง โดยอาจเริ่มจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสนใจในด้านต่าง ๆ สร้างการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมที่สร้างประโยชน์ให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุลักษณะต่าง ๆ จัดให้มีทางเลือกการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพ ตลอดจนสามารถเข้าถึงและรักษาสิทธิประโยชน์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ จำเป็นต้องปรับตัวการจัดการองค์กรผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น รวมทั้งแสวงหาบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมได้ด้วย

3. พัฒนาระบบบริหารจัดการ และการจัดทำโครงการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) กองทุนกองทุนการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ให้สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้คล่องตัว ครอบคลุมมากขึ้นทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมถึงการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้องค์กรผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม และได้มีโอกาสเรียนรู้ การพัฒนา กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เชื่อมต่อกับกองทุนฯ ได้มากขึ้น (เอกสารแนวทางการจัดการเงินกองทุนฯ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่จัดทำโดย สปสช.)

4. ขับเคลื่อนกระบวนการจิตอาสาของผู้สูงอายุร่วมกับคนทุกช่วงวัยในพื้นที่ โดยใช้ประเด็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยเชื่อมโยงสู่มิติประเพณี วัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งมีการทำงานร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สูงอายุและคนต่างวัย รวมทั้งเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงอายุ ดั่งภาพ

ข้อเสนอเชิงกระบวนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
โดย อปท. ร่วมกับ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย



5. พัฒนาระบบสนับสนุน เพื่อการขยายผลการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ

1) ผลักดันให้มึนนโยบายของหน่วยงานในส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในการจัดการสนับสนุนพื้นที่ให้เป็นแผนที่ยืดหยุ่น กระจายอำนาจการจัดการที่ระดับพื้นที่ เอื้อต่อการบูรณาการในระดับพื้นที่ได้

2) พัฒนาระบบบูรณาการระบบข้อมูล เพื่อการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ได้แก่ ข้อมูลลงทะเบียนผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิสวัสดิการประเภทต่าง ๆ ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้สามารถเชื่อมโยงกันได้ และนำไปใช้ในการวิเคราะห์วางแผนพัฒนาต่อได้ ซึ่งควรมีนโยบาย และมีการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลสนับสนุนให้ อปท. นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้สะดวก

3) การพัฒนากระบวนการเบียด อำนาจหน้าที่ของ อปท. ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างคล่องตัว ยืดหยุ่นได้มากขึ้น

4) ระบบงบประมาณ การจัดการงบประมาณของหน่วยงานในส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีส่วนกระจายอำนาจการบริหารจัดการไปที่ระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของ อปท. และเครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ เช่น การจัดการกองทุนผู้สูงอายุ กองทุนการสนับสนุนช่วยเหลือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

5) การพัฒนากำลังคน การสนับสนุนทางวิชาการ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ และมีจำนวนได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น

5.1 พัฒนานักวิชาการที่บริหารจัดการในด้านผู้สูงอายุใน อปท. ให้มีข้อมูล มีความเข้าใจในการออกแบบเชื่อมโยงบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

5.2 การพัฒนานักบริหารผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ใช่กลุ่มที่เป็นวิชาชีพที่มีหลายรูปแบบมากขึ้น หรือมีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นเพิ่มเติมจากนักบริหารท้องถิ่นที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ และมีภาวะพึ่งพิงสูง ซึ่งสภาองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องน่าจะได้รับการสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตร และร่วมดำเนินการพัฒนานักบริหารได้มากขึ้น รวมทั้งปรับกฎระเบียบให้ อปท. สามารถสนับสนุนการฝึกอบรม และการจ้างนักบริหารในชุมชนได้

5.3 การสนับสนุนให้ อปท. สามารถสนับสนุนการผลิต หรือการจ้างงานกลุ่มวิชาชีพ เพื่อการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ เช่น พยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด หรือ การประสานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้มาร่วมดำเนินการได้เป็นบางเวลา

6) สนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-term care) โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ร่วมกับ อปท. ในลักษณะที่มีความหลากหลายตามลักษณะปัญหา และทรัพยากรในพื้นที่ได้มากขึ้นเพิ่มเติมจากระบบที่ดำเนินการในปัจจุบัน

3.6 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ

3.6.1 บุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น

แพทย์ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีแพทย์ จำนวน 72,070 คน แต่เสียชีวิต จำนวน 3,448 คน และอยู่ต่างประเทศ จำนวน 436 คน ดังนั้น จึงมีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ จำนวน 68,186 คน โดยเป็นอายุรแพทย์ จำนวน 7,461 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์จากอนุสาขาต่าง ๆ จำนวน 20 สาขา เช่น อายุรแพทย์ทั่วไป หัวใจ ปอด ระบบทางเดินอาหาร และผู้สูงอายุ เป็นต้น แต่มีแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมอายุรแพทย์สาขาผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน ซึ่งปี พ.ศ. 2559 มีสถานที่ให้การฝึกอบรมและสอบเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ จำนวน 2 แห่ง คือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี

สภาพปัญหา

1. การขาดแคลนบุคลากรแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุและแพทย์ผู้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุไม่ถึง 70 คน แพทย์ไทยส่วนใหญ่ไม่เคยเรียนวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับปริญญาตรี (หลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต)

สืบเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางการแพทย์ที่ไม่เหมือนผู้ใหญ่ทั่วไป 5 ประการ ได้แก่

1.1 ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมเนื่องจากความชราในทุกะบบอวัยวะ

1.2 ลักษณะอาการเจ็บป่วยที่ไม่ชัดเจน เช่น ทกล้ม ไม่เดิน นอนติดเตียง ไม่พูดคุย

สับสน ปัสสาวะราด เบื่ออาหาร

1.3 มีหลายโรคในเวลาเดียวกัน จึงต้องการการดูแลรักษาแบบองค์รวมเป็นหลัก ไม่ใช่การดูแลแบบแยกส่วนโดยแพทย์เฉพาะทางของแต่ละระบบอวัยวะเป็นหลัก และจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคโดยรวมในเวลาเดียวกันด้วย

1.4 ใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกันทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาได้ง่าย

1.5 ปัญหาด้านสังคมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่ทำให้มีผลต่อสุขภาพ

2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (1) กำหนดให้มีการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษ และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุภายใต้การติดตามควบคุมดูแลของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ได้กำหนดมาตรการให้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐในระดับดังกล่าวไม่ครบทุกแห่ง เนื่องจากขาดความพร้อมด้านบุคลากรและงบประมาณ และการบริการยังไม่เกิดความสะดวกและรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษ

3. การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษทั้งในระดับสาธารณะ ระดับบุคลากรทางการแพทย์ และระดับผู้บริหารองค์กรทางสุขภาพ

4. แพทยศาสตร์บัณฑิตไม่ได้บรรจุวิชาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุให้เป็นวิชาหลักในหลักสูตรสำหรับนักศึกษาแพทย์

แนวทางแก้ไขปัญหา

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องมีแพทยอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุและแพทย์ผู้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และการเพิ่มความตระหนักด้วยมาตรการต่อไปนี้

1. ระยะสั้น

1.1 อบรมแพทย์ให้มีความรู้และทักษะในด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศอย่างน้อย 1 คน เพื่อปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ ที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

1.2 แพทยสภา ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้สังคมได้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุหรือแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ เหมือนการดูแลผู้ป่วยเด็กด้วยกุมารแพทย์ โดยสามารถดำเนินการผ่านทางสื่อสาธารณะต่าง ๆ

2. ระยะกลาง

2.1 โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งต้องมีอาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อจัดการสอนด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ บูรณาการไปกับการสอนในทุกภาควิชาในหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิต

ผู้รับผิดชอบ : แพทยสภา และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ตลอดจนทุกราชวิทยาลัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุ

2.2 จัดตั้งกรอบอัตรา "นายแพทย์อายุรกรรมผู้สูงอายุ" เพื่อให้สามารถบรรจุแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุปฏิบัติงานในทุกโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั่วประเทศ

ผู้รับผิดชอบ : กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพ สภากาชาด และอื่น ๆ

3. ระยะยาว

3.1 จัดตั้งหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ : แพทยสภา และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

3.2 การกำหนดให้แพทย์ทุกคน (ซึ่งไม่เคยเรียนเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับแพทยศาสตร์บัณฑิต) ต้องได้รับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Medical Education : CME) ในด้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ครั้ง

ผู้รับผิดชอบ : แพทยสภา ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

3.3 สร้างแรงจูงใจให้แพทย์สนใจเป็นแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ : แพทยสภา สำนักงานประมาณ กระทรวงการคลัง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข

พยาบาล ในปี พ.ศ. 2565 มีพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนวิชาชีพ จำนวน 239,246 คน (ข้อมูลจากสภาการพยาบาล ณ วันที่ 18 เมษายน 2565) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดอัตราส่วนพยาบาลต่อการดูแลประชาชน คือ ประชาชน 350 คน ต่อพยาบาล 1 คน ทั้งนี้ สภาการพยาบาล ได้จัดการศึกษาพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและบุคลากรเพื่อเสริมการทำงานของพยาบาล ดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพทั่วไป ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี ด้านการพยาบาล สภาการพยาบาลได้ปรับปรุงหลักสูตรการสอนโดยเพิ่มหลักสูตรด้านการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อนักศึกษาเรียนสำเร็จปริญญาตรีแล้วจะต้องสอบใบอนุญาต 7 หมวด โดยมีหมวดดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ซึ่งสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง

2) พยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งต้องเรียนเพิ่มเฉพาะทางเป็นระยะเวลา 4 เดือน แต่ขณะนี้ สภาการพยาบาลไม่สามารถผลิตพยาบาลได้ทันต่อสถานการณ์ความต้องการของประชาชน จึงได้ปรับปรุง ให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมในระหว่างทำงานด้วย โดยได้ฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุให้เข้มงวดมากขึ้นในทุกแผนก สำหรับแผนกเวชปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ปัจจุบันมีจำนวน 962 คน

3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นบุคคลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท โดยพยาบาล ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ซึ่งบุคคลดังกล่าวสามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ได้ด้วย ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ เช่น ผู้จัดการการดูแลสุขภาพประชาชน ในชุมชน เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในชุมชนหรือที่บ้าน Long Term Care หรือ Nursing Home ปัจจุบันมีพยาบาลประกอบธุรกิจ Nursing Home และผลิตพนักงานช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งหลายแห่งดำเนินธุรกิจได้อย่างมาตรฐาน

4) ผู้ช่วยพยาบาล โดยในระบบ ปัจจุบันมีจำนวน 19,161 คน

5) พนักงานช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีผู้ดำเนินการผลิตหลายแห่งและหลากหลาย หลักสูตรการอบรม

สภาพปัญหา

1. ขาดแคลนพยาบาล เนื่องจากความต้องการการพยาบาลของประเทศมีมากขึ้น สาเหตุจาก

1.1 ปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและจากประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการเข้าสู่สังคมสูงอายุจึงมีความจำเป็น ในการขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การลดปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะยาว และการดูแลระยะท้ายของชีวิต และพบว่า ยังขาดบุคลากร เช่น แพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปฐมภูมิ

1.2 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีความซับซ้อน เช่น ป่วยด้วยหลายโรค (Multi Morbidity) อาการหนัก รุนแรง ต้องใช้เทคโนโลยี ดังนั้น จึงต้องการการดูแลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น เป็นอย่างมาก ซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเหล่านี้ส่วนใหญ่ อยู่ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนัก ตา หู คอ จมูก และออร์โธปิดิก โดยเฉพาะอายุรกรรม มีผู้ป่วยสูงอายุถึงประมาณ ร้อยละ 80

1.3 ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frailty) ในปัจจุบันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพก็ยังไม่กลับสู่ปกติเหมือนเดิม ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเสื่อมถอย ต้องการการรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน

ประกอบกับต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีเพื่อการรักษาพยาบาล การให้ยาเฉพาะและหัตถการต่าง ๆ

1.4 การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนทำให้ประเทศไทยต้องขยายการบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งประชาชนชาวไทย ชาวอาเซียนและนานาชาติ ในสถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิที่อยู่ในชุมชน จนถึงระดับเฉพาะทางหรือศูนย์ความเป็นเลิศ การประกาศนโยบาย Medical Hub ของประเทศส่งผลให้มีความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น

2. ระบบการดูแลผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ของโรงพยาบาลต่าง ๆ เริ่มมีคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะในบางแห่งเท่านั้น แต่ยังไม่เข้มแข็งพอ ผู้สูงอายุที่เปราะบางและเกิดภาวะฉุกเฉินยังคงต้องรับบริการร่วมกับผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น ๆ

3. วิชาชีพการพยาบาลได้ตระหนักถึงปัญหาประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและได้เตรียมพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่การศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยจัดให้มีการเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในหมวดการพยาบาลผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพทั่วไปมีความตระหนักและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่ปัญหาไม่ยุ่งยากซับซ้อน อย่างไรก็ตามเมื่อขาดแคลนพยาบาล ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วย

4. สภาการพยาบาลได้กำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุหรือเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ซึ่งฝึกอบรม 4 เดือน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Advanced Practice Nurse : APN) ซึ่งสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทหรือฝึกอบรมระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากสภาการพยาบาล ซึ่ง APN จะเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และเป็นผู้จัดการเชิงระบบ ปฏิบัติหน้าที่การสอน และให้การฝึกอบรม การทำวิจัย และใช้ผลการวิจัยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ การสร้างรูปแบบ นวัตกรรม แนวปฏิบัติ และโครงการ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่มีปัญหา คือ การขาดระบบรองรับทั้งเชิงโครงสร้างในเรื่องตำแหน่งที่ชัดเจน ค่าตอบแทน และการใช้พยาบาลดังกล่าวที่ไม่ตรงกับความต้องการ

5. ไม่สามารถรักษาพยาบาลไว้ในระบบสุขภาพเพื่อให้บริการพยาบาลโดยตรง พยาบาลส่วนหนึ่งลาออกจากราชการเมื่ออายุ 45 ปี หรืออายุการทำงาน 22.5 ปี เนื่องจากภาระหน้าที่ของพยาบาลมีจำนวนมากเกินไป

6. พยาบาลขาดความก้าวหน้าในอาชีพการทำงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรปรับปรุงระบบความก้าวหน้าของพยาบาล

7. ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเกินความจำเป็น เนื่องจากบุตรหลานไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุและในบางกรณีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง

แนวทางแก้ไขปัญหา

1. ควรให้พยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ตรงกับสายงานพยาบาล ไม่ควรมอบหมายงานธุรการให้พยาบาลทำด้วย

2. มาตรการสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลได้ทำงานในวิชาชีพได้นานที่สุด คือ

2.1 เพิ่มตำแหน่งราชการและบรรจุพยาบาลเป็นข้าราชการเป็นไปตามความต้องการที่แท้จริง

2.2 สร้างความก้าวหน้าในอาชีพให้แก่พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ

2.3 การสร้างความเป็นธรรมด้านค่าตอบแทน

2.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสวัสดิการให้มีความเหมาะสม

3. ขยายระยะเวลาการเกษียณอายุราชการเป็น 65 ปี และให้บุคคลที่เกษียณอายุราชการและมีศักยภาพได้เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยกำหนดให้มีค่าตอบแทน

4. กำหนดตำแหน่งให้ชัดเจนสำหรับพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว

5. แพทย์สภาและสภาการพยาบาลควรทบทวนให้พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญการทำหัตถการสามารถดำเนินการในสถานประกอบกิจการรับดูแลผู้สูงอายุ หรือการทำหัตถการควรอยู่ภายใต้การดูแลโดยแพทย์และมีอุปกรณ์การแพทย์ที่พร้อม เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยสูงอายุได้ทันสถานการณ์ และควรจัดระบบการเข้าถึงหน่วยให้ความช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยสูงอายุกรณีฉุกเฉินให้มีความสะดวกรวดเร็ว

6. สภาการพยาบาลกำหนดแผนการผลิตผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 5,000 คน/ปี ดังนั้นควรกำหนดตำแหน่งการทำงานของ ผู้ช่วยพยาบาลให้กระจายลงสู่ชุมชนให้ชัดเจน

7. ควรให้สภาการพยาบาลควบคุมมาตรฐานหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

8. ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมจากหลักสูตรฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่สภาการพยาบาลได้ให้การรับรองแล้ว สามารถที่จะศึกษาพัฒนาเป็นผู้ช่วยพยาบาล

9. พัฒนาระบบรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชนให้เป็นระบบมากขึ้น โดยควรให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรงหรือตามความจำเป็น เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกรณีจำเป็นและฉุกเฉินได้มากขึ้น

3.6.2 บุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์

บุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์ในการดูแลทางการแพทย์ผู้สูงอายุ คือ สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น ซึ่งแต่ละสหสาขาวิชาชีพล้วนมีความสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบองค์รวม (Holistic Care)

สภาพปัญหา ปัจจุบันในแต่ละสหสาขาวิชาชีพได้รับการพัฒนาองค์ความรู้วิชาการด้านผู้สูงอายุให้มีความก้าวหน้าทันสมัย แต่ยังคงขาดการประสานบูรณาการไปสู่ความเป็นสถาบันทางวิชาชีพและมาตรฐานวิชาชีพ

แนวทางแก้ไขปัญหา

1) รัฐควรส่งเสริมสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุมีความเป็นสถาบันทางวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ องค์ความรู้ วิชาการ หลักสูตร การศึกษาวิจัย ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นต้น

2) รัฐควรส่งเสริมสนับสนุนสร้างแรงจูงใจให้ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และให้สังคมมีทัศนคติที่ถูกต้อง และให้การยอมรับว่าเป็นอาชีพที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีอัตราค่าแห่งค่าตอบแทนที่เหมาะสม มีเส้นทางอาชีพ (Career Path) และมีความเจริญก้าวหน้าตามสายงานอาชีพ

3.6.3 บุคลากรอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

บุคลากรอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีจิตอาสา มีความเสียสละ เพื่อสังคมส่วนรวม โดยมีบทบาทสำคัญสนับสนุนภาครัฐในการดูแล เยี่ยมเยียน และช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.6.4 อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) คือ บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ที่ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว และได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นแกนนำในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างให้กับครอบครัวและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ได้ให้การดูแลบุคคลที่ป่วยโรคไต ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นการต่อยอดการดูแลสุขภาพจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าไปในครัวเรือนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้

คุณสมบัติเบื้องต้นของอาสาสมัครประจำครอบครัว

1. ญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส
2. ผู้สูงอายุทั่วไปที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือติดสังคม
3. บุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจและเลือกให้เป็น อสค. เช่น หัวหน้าครอบครัว แม่บ้าน บุตรหลาน ญาติ พี่น้องที่อาศัยในครอบครัว
4. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
5. เพื่อนบ้านใกล้ชิดหรือเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน กรณีอยู่คนเดียวในครอบครัว และมีภาวะพึ่งพิง

3.6.5 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือ บริการสวัสดิการสังคม พัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทุกคนในเขตพื้นที่ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญญาและความทรงจำ เศรษฐกิจ สังคม ที่อยู่อาศัย และสภาวะแวดล้อม โดยอาสาสมัครดังกล่าวไม่ได้รับค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ ปัจจุบันมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 80,000 คน โดยได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มสีแดง คือ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกข์ยากและเดือดร้อน 7 ประเภท ได้แก่ ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกทะเลยมพิภพเฉย ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง และยากจน

2) กลุ่มสีเขียว คือ ผู้สูงอายุอื่นในชุมชน

ทั้งนี้ อัตราส่วนการดูแลผู้สูงอายุของ อผส. 1 คน ต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การดูแลช่วยผู้สูงอายุกลุ่มสีแดงไม่น้อยกว่า 5 คน
2. การดูแลสอดส่องผู้สูงอายุกลุ่มสีเขียวไม่น้อยกว่า 15 คน

งบประมาณดำเนินการ : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

คุณสมบัติเบื้องต้นของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นบุคคลที่มีความสมัครใจหรือจิตอาสา และได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน มีวุฒิภาวะที่เหมาะสม ซึ่งขึ้นทะเบียนและผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานเพื่อเป็น อผส. ที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กำหนดจำนวน 18 ชั่วโมง

3.6.6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่มีหน้าที่ให้ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น เป็นแกนนำเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยอาสาสมัครดังกล่าวได้รับค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ 600 บาท/เดือน โดย อสม. 1 คน ต่อการดูแลประชาชน 15 ครั้วเรือน หรืออาจมีจำนวนน้อยกว่าหรือมากกว่า ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละชุมชน เช่น จำนวนอาสาสมัครและงบประมาณดำเนินการ เป็นต้น ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1,010,623 คน

งบประมาณดำเนินการ ดังนี้

1. กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. กระทรวงสาธารณสุข

คุณสมบัติเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่มีความสมัครใจและได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน มีวุฒิภาวะที่เหมาะสม ซึ่งขึ้นทะเบียนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 43 ชั่วโมง

3.6.7 อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.) คือ บุคคลที่มีหน้าที่ให้ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ให้บริการสาธารณสุขทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้แก่ประชาชน การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น เป็นแกนนำเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน ซึ่งการทำงานมีลักษณะและวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ อสส. ทำงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร อาสาสมัครดังกล่าวได้รับค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ 600 บาท/เดือน โดย อสส. 1 คน ต่อการดูแลประชาชนไม่น้อยกว่า 30 ครั้วเรือน

งบประมาณดำเนินการ ดังนี้

1. กรุงเทพมหานคร
2. กระทรวงสาธารณสุข

คุณสมบัติเบื้องต้นของอาสาสมัครกรุงเทพมหานคร เป็นบุคคลที่มีความสมัครใจและได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครกรุงเทพมหานครไม่น้อยกว่า 15 ชั่วโมง และความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ อีก 21 วิชา และขึ้นทะเบียน

3.6.8 ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ คือ บุคคลที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านและติดเตียงในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ตามนโยบายรัฐบาลเรื่องการพัฒนาาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) โดยมีบทบาทหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวัน สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบอาหาร จัดการสิ่งปฏิกูล และมูลฝอย และส่งต่อผู้สูงอายุเมื่อพบว่า มีเหตุฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย โดยได้รับค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ 300 บาท/เดือน ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 7 - 10 คน ปัจจุบันมี Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง จำนวน 97,293 คน

งบประมาณดำเนินการ ดังนี้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
2. กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. กระทรวงสาธารณสุข

คุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องจบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี และผ่านการอบรมไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของกรมอนามัย หรือหลักสูตรที่กรมอนามัยรับรอง หรือหลักสูตรเทียบเท่ากรมอนามัยของสถาบันการศึกษาที่มีอำนาจดำเนินการตามกฎหมาย

สภาพปัญหา

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีระเบียบรองรับการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถให้การสนับสนุนค่าตอบแทนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวได้
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีระเบียบที่กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้จ่ายเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่โอนไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้กรมการแพทย์อยู่ระหว่างเสนอให้ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้จ่ายเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

3. หน่วยงานต่าง ๆ จัดทำเนื้อหาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีวัตถุประสงค์ในการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน เช่น

- หลักสูตรของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่อาสาสมัครประจำครอบครัว ซึ่งเป็นหลักสูตร 18 ชั่วโมง อบรมให้แก่ญาติของผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน หรือบุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจให้มาเป็นผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัว โดยทำงานสนับสนุนประสานและเป็นเครือข่ายกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน แต่เป็นการอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยไม่ครบทุกโรค

- หลักสูตร 420 ชั่วโมงของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น หลักสูตรของกระทรวงแรงงาน ที่ได้ให้ความสำคัญกับการผลิตแรงงานไปทำงานต่างประเทศ ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยขณะนั้นยังไม่มีส่วนราชการใดเปิดการศึกษาอบรมหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการที่ให้ความสำคัญกับมิติสังคม และหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพอนามัย

แนวทางแก้ไขปัญหา

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมด้านงบประมาณ ควรให้การสนับสนุนค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการออกกฎหมายระดับอนุบัญญัติเพื่อกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมจากภาครัฐต้องออกจากระบบการช่วยเหลือภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือไปทำงานในภาคเอกชน

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุและเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะให้การดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติสังคม มิติเศรษฐกิจ มิติสภาพแวดล้อม และมิติสาธารณสุข

3. กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรับผิดชอบในกองทุนร่วมกัน โดยการจัดตั้งอีก 1 กองทุน เพื่อร่วมสร้างและให้ความสำคัญกับการใช้ประโยชน์จากกองทุนดังกล่าว นอกเหนือจากเงินที่รัฐให้การสนับสนุน ซึ่งในอนาคตอาจมีจำนวนลดน้อยลง ทั้งนี้ เพื่อให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) มีความยั่งยืน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายจำนวน 150,000 บาท/คน/ปี แต่การดูแลในชุมชนมีค่าใช้จ่ายจำนวน 16,000 บาท/คน/ปี การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนสามารถช่วยประหยัดงบประมาณรัฐได้มากกว่าการให้ผู้สูงอายุอยู่ในความดูแลของศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุเอกชน โดยพิจารณาได้จากสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งได้จัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุอยู่ในความดูแลของภาคเอกชน โดยจากการวิจัยพบว่าประเทศญี่ปุ่นจะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าว ประกอบกับประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น จึงทำให้รัฐไม่สามารถให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับดำเนินการดังกล่าวได้ในอนาคต

3.6.9 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ หรือ Care Plan ซึ่งผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งการดูแลผู้สูงอายุในภาครัฐและภาคเอกชน โดยตามนโยบายรัฐบาลเรื่องการพัฒนาาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) เรียกว่า ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นผู้มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 โดยการจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประเมินและทบทวน Care Plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงาน และผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา และจัดให้มี Caregiver รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม Care Plan โดย Care Manager 1 คน ต่อการดูแล Caregiver 5 - 10 คน และต่อการดูแลผู้สูงอายุ 35 - 40 คน ปัจจุบันมี Care Manager จำนวน 16,167 คน

งบประมาณดำเนินการ ดังนี้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
2. กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. กระทรวงสาธารณสุข

คุณสมบัติเบื้องต้นของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข

1. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือการพยาบาล และการผดุงครรภ์ หรือการสาธารณสุข หรือประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ
2. จบปริญญาตรีด้านอื่นหรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิค และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี
3. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย
4. ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager ไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า

สภาพปัญหา

1. บุคคลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนหรือค่าจ้างจากหน่วยบริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่มาก
2. ขาดแคลนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในภาคธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุ

แนวทางแก้ไขปัญหา

1. กำหนดให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเป็นวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
2. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุควรได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากเงินเดือนปกติโดยอนุมัติตามจำนวนแผนการดูแล และจ่ายเป็นค่าตอบแทนวิชาชีพรายเดือน

3.6.10 ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาชีพ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาชีพ คือ บุคคลที่ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ และทำงานดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ

บุคคลที่ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 คณะกรรมการสาธารณสุขจึงได้ออกคำแนะนำเรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ. 2553 เพื่อให้เป็นแนวทางแก่ส่วนราชการส่วนท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดท้องถิ่นต่อไป ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติและหลักเกณฑ์การปฏิบัติสำหรับพนักงานดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

คุณสมบัติพนักงานดูแลผู้สูงอายุ

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์
2. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า

3. มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือประกาศนียบัตรการพยาบาล

2) มีวุฒิการศึกษาระดับประกาศนียบัตร ผู้ช่วยพยาบาล ตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรอง

3) ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 420 ชั่วโมง ที่จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง หรือโรงเรียนเอกชน ที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการตามหลักสูตรที่กำหนด

4) ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมีหนังสือรับรองจากโรงเรียน สถาบันหรือสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง และผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง ที่จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง หรือโรงเรียนเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการตามหลักสูตรที่กำหนด

4. เข้ารับการอบรมฟื้นฟูด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านระหว่างปฏิบัติงานอย่างน้อยทุก 2 ปี ตามที่ผู้ดำเนินการจัดให้

5. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ

6. มีใบรับรองแพทย์ระบุว่า มีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นผู้วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด โดยมีผลการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง

3.6.11 บุคคลที่ประกอบอาชีพดูแลผู้สูงอายุในสถานรับดูแลผู้สูงอายุของเอกชน บุคคลดังกล่าวสามารถฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุได้จากหน่วยงานของรัฐที่จัดการฝึกอบรม เช่น กรมอนามัย หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน สถาบันการศึกษา สถานพยาบาล หรือ กศน. กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น และภาคเอกชนที่จัดการฝึกอบรม เช่น โรงเรียนบริบาล สถาบันการศึกษาอื่น หรือสถานพยาบาล เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันไม่มีกฎหมายกำหนดควบคุมมาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวในสถานประกอบกิจการรับดูแลผู้สูงอายุ เอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไร เช่น องค์กรสาธารณกุศล มูลนิธิ และวัด เป็นต้น จึงอาจมีผู้ดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวบางคนที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องเหมาะสมจากหน่วยงานหรือองค์กรที่จัดการฝึกอบรม

สภาพปัญหา

1. แรงงานต่างด้าวทำงานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในเนอร์สซิงโฮมหรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากอัตราค่าจ้างไม่เป็นที่พอใจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุและแรงงานที่เป็นคนไทย

2. บุคคลที่มีความสนใจเรียนหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถรับการอบรมได้จากหน่วยงานราชการหรือเอกชน แต่การจัดอบรมโดยภาคเอกชนมีค่าใช้จ่ายที่สูง จึงส่งผลให้บุคคลที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ ขาดโอกาสในการเรียนหลักสูตรดังกล่าว

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุของสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุ เมื่อได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรให้พัฒนาศักยภาพให้สูงขึ้นแล้ว ส่วนใหญ่จะลาออกจากองค์กรเพื่อไปทำงานกับสถานประกอบการอื่นที่ให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า เช่น โรงพยาบาล หรือทำงานต่างประเทศ เป็นต้น

4. หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีหลายหลักสูตร ซึ่งภาคเอกชนที่ดำเนินการฝึกอบรมมีความสับสนในการนำหลักสูตรไปใช้ฝึกอบรม

5. การอบรมหลักสูตร 420 ชั่วโมง มีระยะเวลาที่นาน ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมที่ไม่มีเงินทุน เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมมากขึ้น ทั้งนี้ บุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าวส่วนใหญ่จะทำงานในโรงพยาบาลและต่างประเทศซึ่งให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าการทำงานในสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะขณะนี้ประเทศไทยได้เปิดโอกาสให้มีอาชีพดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการให้แรงงานไทยไปทำงานดังกล่าว

6. สถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้สูงอายุของสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุต้องดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากขึ้น ซึ่งมีทั้งการฉีดอินซูลิน การใส่สายยางเพื่อให้อาหาร การดูดเสมหะ เป็นต้น ซึ่งตามกฎหมายว่าด้วยเวชกรรมได้กำหนดห้ามไม่ให้กระทำการดังกล่าวภายนอกสถานพยาบาล และแพทย์ต้องสั่งให้ดำเนินการ

7. ปัจจุบันไม่มีกฎหมายควบคุมกำกับดูแลการดำเนินธุรกิจสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้มีสถานประกอบการที่ไม่มีคุณภาพและมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่มีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งผู้ประกอบการธุรกิจสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุได้จดทะเบียนพาณิชย์เท่านั้น แต่ขณะนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการพิจารณาศึกษาการจัดทำกฎหมายเพื่อควบคุมกำกับดูแลธุรกิจดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. การรับรองมาตรฐานอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน และสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์กรมหาชน) ดังนั้น จึงควรกำหนดให้มีการทดสอบมาตรฐานอาชีพจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

2. ควรมีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นหลักในการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นหลักสูตรเบื้องต้น หลักสูตรระดับกลาง และหลักสูตรระดับสูง สำหรับอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกำหนดให้เป็นหลักสูตรแกนกลางของประเทศที่มีมาตรฐาน เพื่อให้เอกชนสามารถนำไปใช้ในการจัดฝึกอบรมต่อไปได้ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าวสามารถพัฒนาองค์ความรู้ขั้นสูงตามระดับต่อไป ตามสมรรถนะที่สูงขึ้นตามความต้องการของภาคธุรกิจ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุ

3. ควรมีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นหลักในการกำกับดูแลติดตามประเมินคุณภาพและมาตรฐานหลักสูตรและการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการประกันคุณภาพการศึกษา สถานฝึกอบรมและการกำหนดคุณสมบัติของผู้สอนให้ชัดเจน ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการมีระบบการควบคุมประกันคุณภาพการสอนหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุของโรงเรียนบริหาร ต้องเป็นพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพ

4. ควรกำหนดให้ผู้ประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับการอบรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้ผู้ประกอบอาชีพดังกล่าวต้องมีใบอนุญาตประกอบอาชีพ และกำหนดระยะเวลาการต่อใบอนุญาต เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพและมาตรฐาน แต่ในปัจจุบันอาจไม่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

5. ควรกำหนดให้มีบุคคลที่จบการศึกษาด้านวิชาชีพการพยาบาลประจำสถานประกอบการ รับดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นบุคคลที่สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้สูงอายุและให้การพยาบาล ที่ถูกต้องได้ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และทำหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างใกล้ชิดในสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปลอดภัย

6. ควรกำหนดให้กรณีที่ข้าราชการได้เข้ารับบริการดูแลจากสถานประกอบการรับดูแล ผู้สูงอายุเป็นสิทธิประโยชน์และสวัสดิการที่บุคคลดังกล่าวสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังได้

7. ควรมีกฎหมายควบคุมและกำกับการประกอบธุรกิจสถานรับดูแลผู้สูงอายุให้มีความชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย

8. กำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบขึ้นทะเบียนและตรวจสอบมาตรฐานการบริการ และการดำเนินงานของสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

9. ควรแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุและพยาบาลในสถานประกอบการ รับดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตามความจำเป็น เช่น การใส่หรือเปลี่ยนสายยาง การดูดเสมหะ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง

10. การควบคุมกำกับดูแลสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุควรกำหนดให้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องบูรณาการการทำงานร่วมกัน โดย

10.1 กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

10.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ

11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ควรให้การเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุหรือในหมู่บ้านจัดสรร เพื่อให้ การตรวจดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น เช่น การฉีควัคซีน เป็นต้น และเป็นการตรวจสอบคุณภาพ ของสถานประกอบการอีกทางหนึ่ง

12. ผู้สูงอายุป่วยติดเตียงมีจำนวนมากขึ้นในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลไม่มีเตียงรองรับ ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น รัฐควรสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุป่วยติดเตียงที่มีฐานะ ยากจนหรือให้การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานประกอบการรับดูแลผู้สูงอายุที่รับดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จากโรงพยาบาล หรือรัฐอาจจัดหน่วยบริการรูปแบบอื่นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และครอบครัวมีฐานะยากจนถึงปานกลาง ทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด

13. ระบบการส่งต่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุระหว่างสถานประกอบการกับโรงพยาบาล ต้องมีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้สะดวกรวดเร็ว

14. รัฐควรส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับด้านผู้สูงอายุให้มากขึ้น เช่น ข้อมูลสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างเหมาะสม

15. รัฐควรส่งเสริมให้อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นวิชาชีพมาตรฐาน

3.7 ระบบบริการสุขภาพด้านทันตสุขภาพ หรือสุขภาพช่องปากและฟันสำหรับผู้สูงอายุ

สถานการณ์ด้านผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน พบข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Demographic transition) อัตราเกิดและอัตรามรณะที่ลดลง กับอายุค่าเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของคนไทย ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระยะเวลาอันสั้น กล่าวคือ ประชากรสูงอายุในประเทศไทย ได้เพิ่มจาก 1.7 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งหมด ใน พ.ศ. 2513 เป็นจำนวนสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 11.8 ของประชากรทั้งหมดใน พ.ศ. 2553 และจำนวนและสัดส่วนดังกล่าวนี้ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกเรื่อย ๆ ดังที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ได้คาดประมาณไว้ว่า ในอีก 10-15 ปี จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 11-12.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.8-19.8 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ

สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565 พบมีจำนวนผู้สูงอายุ ปี 2565 จำนวน 12,249,848 คน (ร้อยละ 18.5) จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 66,147,354 คน (ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร สถิติประชากรรายจังหวัด กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565)

ทันตสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากและฟันนั้นเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการบดเคี้ยวอาหาร เพื่อสามารถรับสารอาหารที่จำเป็นเข้าสู่ร่างกาย และเป็นต้นทางของระบบการย่อยอาหาร การสัมผัสสารอาหาร รวมถึงการพูดออกเสียง บุคลิกภาพของแต่ละคน ดังนั้น เพื่อให้สามารถรองรับการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการพัฒนาการจัดการระบบบริหารงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย จำเป็นต้องมีการพัฒนา ยกระดับให้สอดคล้องกับสภาพโครงสร้างของประชากร สภาพปัญหาด้านสุขภาพในปัจจุบัน ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งทันตสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่ง ไม่อาจแยกจากกันได้ของผู้สูงอายุไทยทุกคนซึ่งมีเป้าหมายสำคัญที่จะสร้างให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเป็นเป้าหมายสำคัญของยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขไทย

การมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ หากจะนิยาม คือ การมีสุขภาพปากและฟันที่ดี ปลอดภัย สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี เพื่อให้ความมั่นใจว่า โครงสร้างพื้นฐานที่มีจะสามารถรองรับ ดูแลประชาชนทุกคนอย่างมีคุณภาพ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุข มีสุขภาพดีอย่างที่ควร การเตรียมและพัฒนาความพร้อมด้านทันตสุขภาพก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่จะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพองค์รวมที่ดีของกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต

สถานการณ์ทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การมีทันตสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุนั้น นอกเหนือจากการปลอดภัยช่องปากและฟัน อันนำมาซึ่งการเจ็บปวด การบวม การติดเชื้อทั้งฉุกเฉินหรือเรื้อรัง สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพนั้น ๆ เป็นอย่างมาก จนถึงกระทบต่อสุขภาพองค์รวมหรือการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ จะมีความเสี่ยงต่อภาวะเหล่านี้มากขึ้นแล้วยังสร้างปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร เพื่อรับสารอาหารที่จำเป็นรายวัน โรคช่องปากและฟันยังเป็นปัญหาในวงกว้างสำหรับทุกกลุ่มวัย เช่น จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุสูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นตามวัย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ

60-74 ปี และอายุ 80-85 ปี สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 8.7 และ 31.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีฟันแท้ใช้บดเคี้ยว เฉลี่ย 18.7 ซี่ ต่อคน แต่เมื่ออายุ 80-85 ปี มีฟันแท้เหลือในปากเฉลี่ยเพียง 10 ซี่ ต่อคน ผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นตลอดเวลา เนื่องจากยังมีปัญหาฟันผุ ปริทันต์อักเสบที่ยังไม่ได้รับการรักษาในประชากรสูงอายุมากกว่าครึ่ง นำไปสู่การสูญเสียฟัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย และอาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง โดยผู้สูงอายุ 60-74 ปี ที่มีปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา พบในเขตเมืองร้อยละ 51.4 เขตชนบท ร้อยละ 53.6 มีปัญหาปริทันต์อักเสบ พบในเขตเมืองร้อยละ 34.6 เขตชนบทร้อยละ 40.5 ปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปาก พบในเขตเมืองร้อยละ 7.9 เขตชนบทร้อยละ 9.4 (ข้อมูลจากการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2560 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย)

ตารางแสดงสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย ปี 2560

สภาวะสุขภาพช่องปาก	ฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ)	ปริทันต์อักเสบ (ร้อยละ)	มีฟันแท้ ≥ 20 ซี่ (ร้อยละ)	เสียฟันทั้งปาก (ร้อยละ)	มีการสูญเสียฟัน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุ 60-74 ปี	52.6 (ผุเฉลี่ย 1.8 ซี่/คน)	36.3	56.1	8.7	96.8 (เฉลี่ย 13.3 ซี่/คน)
ผู้สูงอายุ 80-85 ปี	52.6 (ผุเฉลี่ย 1.8 ซี่/คน)	16.5	22.4	31.0	99.4 (เฉลี่ย 22 ซี่/คน)

ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ข้อมูลที่พบ

1. ปัญหาการเข้าถึงการรับข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารข้อมูลด้านทันตสุขภาพถึงผู้สูงอายุ พบปัญหาข้อจำกัดการสื่อสารเพื่อการรับรู้ ความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน หรือทันตสุขภาพของตัวผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดมาก ทั้งช่องทาง ความต่อเนื่อง ความง่ายในการรับข้อมูลมีอยู่อย่างจำกัด และขาดความต่อเนื่อง ทั้งที่จริงแล้ว การดูแลทันตสุขภาพควรเป็นเรื่องที่ควรเข้าถึงง่าย เพราะเป็นกิจวัตรประจำวันส่วนหนึ่ง และควรดูแลมาตั้งแต่ต้น หรือตั้งแต่เด็ก หรือควรมีการพัฒนา ขึ้นตัวขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น วัยทำงาน เมื่อรับผิดชอบตนเองได้มากขึ้นก่อนจะเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะด้วยต้นทุนเดิมด้านทันตสุขภาพของแต่ละบุคคล ก็จะสะท้อนและส่งผลถึงระดับปัญหาของสุขภาพช่องปากและฟัน การถูกลามความรุนแรงของโรคในอนาคต และยังส่งผลถึงประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการรับทานอาหาร เพื่อรับสารอาหาร ซ่อมแซม ฟันฟูสภาพร่างกายที่ค่อย ๆ เสื่อมถอยตามอายุอยู่แล้ว รวมถึงการบดเคี้ยวอาหารยังเป็นต้นทาง เพื่อช่วยดูแลระบบการย่อยให้ทำงานอย่างปกติเหมาะสม ลดการเกิดโรคอื่น ๆ ซึ่งภาพสะท้อนจากความรู้ ความตื่นตัวในการดูแลทันตสุขภาพ เช่น ความถูกต้อง เหมาะสมของการแปรงฟันประจำวัน ทั้งการเลือกอุปกรณ์ วิธีการแปรงฟันที่ถูกวิธี การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันอย่างต่อเนื่อง หรือการเข้ารับบริการรักษาชุดหินปูนอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง การรับรู้ถึงวิธีการดูแลทันตสุขภาพ การบริการรักษาต่าง ๆ เมื่อมีปัญหา

ทันตสุขภาพและการดูแลทันตสุขภาพที่จำเป็นของแต่ละบุคคล เช่น การไปตรวจช่องปากและฟัน การขูดหินปูนเป็นประจำอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง การอุดฟันเมื่อทราบหรือเห็นฟันผุ หรือเป็นรู การถอนฟันที่มีความจำเป็นหรือการใส่ฟันปลอมเพื่อช่วยในการเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น การไปพบทันตบุคลากร เช่น ทันตแพทย์ตั้งแต่เนิ่น ๆ เมื่อพบว่า ตนมีความผิดปกติใด ๆ ในช่องปากหรือและฟันของตนเอง

การรับรู้ การตื่นรู้ การตระหนักเหล่านี้อาจเกิดจากการได้รับความรู้จากการเรียนในหลักสูตร การอบรมด้านสุขภาพต่าง ๆ การส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุจากหน่วยงาน หรือหน่วยบริการรักษา ด้านทันตกรรมต่าง ๆ ในช่องทางสื่อสารต่าง ๆ เช่น ทางออนไลน์ หรือ ณ สถานบริการ ซึ่งในส่วนต่าง ๆ เหล่านี้พบว่า มีข้อจำกัดทำให้สิ่งเหล่านี้ยังไม่เกิดการดำเนินการ การนำตนเองไปสู่กิจกรรมด้านทันตสุขภาพ ในทางที่ควรปฏิบัติอย่างที่เหมาะสม หรือยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล การรักษา การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคช่องปากและฟันและความจำเป็นในการรักษา การมีฟันเคี้ยวอาหารโดยเฉพาะในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งต่อการเสริมสร้าง ซ่อมแซม บำรุงสุขภาพที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพองค์รวมที่ดี

2. ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม ปัจจัยเรื่องความสะดวก หรือโอกาสการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะพิจารณาแยกเป็นประเด็น

2.1 การจัดการด้านสิทธิต่าง ๆ ทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการรักษา ด้านทันตกรรม โดยปัจจุบันสิทธิการรักษาด้านทันตกรรมของประชาชนไทยหลัก ๆ นั้นมีอยู่ 3 กลุ่มด้วยกัน ประกอบด้วย

1) กลุ่มสิทธิประโยชน์บริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือสิทธิบัตรทอง ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดของกลุ่มประชากรไทย โดยมีประชาชนใช้สิทธิกว่า 47 ล้านคน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจากข้อมูลที่มีนั้น การจัดการให้สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของ สปสช. ด้านทันตกรรมที่กำหนดให้สิทธิประชาชนค่อนข้างมีความครอบคลุมในด้านชนิดการรักษาหรือความจำเป็นขั้นต้นของประชาชนในการดูแลรักษา ด้านทันตกรรม อาทิ สิทธิการรักษาโดยการขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน การใส่ฟันปลอมหรือฟันเทียมแบบถอดได้บางส่วนหรือทั้งปาก ในสถานบริการของรัฐหรือโรงพยาบาลของรัฐที่กำหนดตามสิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่พบข้อจำกัด หรือปัญหาในภาพรวมการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนทุกกลุ่ม โดยจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี 2558 พบว่า ประชาชนมีการเข้าถึงบริการรักษาด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ 8.1 เท่านั้น และพบว่าอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ร้อยละ 8 ถึงร้อยละ 9 ในห้วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยข้อมูลจากสำรวจในปี 2552, 2554, 2556, 2559, 2562, 2564 มีร้อยละการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม ร้อยละ 9.12, 9.28, 9.47, 9.60, 8.40, 9.90 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงการจัดบริการด้านทันตกรรมที่ยังไม่สามารถบริการรองรับปัญหาด้านทันตสุขภาพของประชาชนอย่างเพียงพอ หรือยังทำได้น้อยมาก สอดคล้องกับสภาพปัญหาด้านทันตสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยรวมถึงผู้สูงอายุ แม้ชนิดของสิทธินั้น กำหนดไว้ค่อนข้างครอบคลุม แต่เมื่อจะเข้ารับบริการ พบว่า มีการเข้ารับบริการรักษาจริงได้น้อย ไม่สะดวก ไม่เพียงพอ ต้องนัดรักษายาวเป็นเวลานานจึงได้รับบริการ เช่น นัดนานหลายเดือน หรือเป็นปี ซึ่งปัญหาการเข้าถึงบริการนั้น ทำให้ปัญหาทันตสุขภาพหรือโรคช่องปากและฟันที่มีความจำเป็นในการที่จะต้องหรือควรได้รับการรักษาด้านทันตกรรมของประชาชนเกิดความล่าช้า เกิดการลุกลาม

ของโรคมามากขึ้น และทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียฟัน กระทบสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ สร้างปัญหาระบบการเคี้ยวอาหารที่ไม่สะดวกต่อการทานอาหารเกิดขึ้น หรือเกิดความลำบากในการบดเคี้ยว และเกิดการเจ็บปวดในช่องปากขึ้นได้ และในส่วนของทำฟันปลอมหรือฟันเทียมทดแทนฟันที่เสียไป เกิดข้อจำกัด ไม่ได้รับการรักษาในทันที ต้องรอเข้ารับการรักษาเป็นเวลานาน หรือในบางแห่งก็ไม่มี การรักษานั้น ๆ บริการแก่ประชาชน เกิดความไม่เพียงพอต่อสภาพปัญหาด้านทันตสุขภาพของ ประชาชน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันมากขึ้นและต้องการการรักษาโดยใส่ฟันปลอม หรือฟันเทียม

2) กลุ่มสิทธิผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ซึ่งครอบคลุมประชากร กลุ่มผู้ประกันตนประมาณ 13 - 14 ล้านคน ตามสิทธิด้านทันตกรรมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33, 39 ของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งปัจจุบันให้สิทธิด้านทันตกรรม 900 บาทต่อปี ในชนิดการรักษา ชุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด และการใส่ฟันปลอมแบบถอดได้บางส่วน ในอัตรา 1,300 -1,500 บาท ต่อชิ้น ต่อ 5 ปี หรือฟันปลอมทั้งปากหนึ่งชิ้นบนหรือล่าง ในอัตรา 2,400 บาท หรือฟันปลอมทั้งปากบน และล่าง ในอัตรา 4,400 บาท ในช่วง 5 ปี แก่ผู้ประกันตนตามมาตรา 33, 39 ซึ่งสิทธิของผู้ประกันตน มีข้อดี คือ ในส่วน 900 บาท ต่อปีนั้น ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่าย และมีความสะดวกในการสามารถ เลือกเข้ารับบริการรักษาจากคลินิกทันตกรรมของเอกชนได้ด้วย ทำให้เกิดความสะดวกในการเลือก เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นค่อนข้างมาก ไม่จำกัดว่าจะต้องเข้ารับบริการสถานบริการของรัฐ ซึ่งมักพบปัญหา รอคอยรักษาเป็นเวลานาน และพบปัญหาจากสิทธิที่ยังจำกัดปีละ 900 บาทนั้น ทำให้เกิดข้อจำกัด ในการเข้ารับรักษาด้านทันตกรรมค่อนข้างมาก เพราะหากจะใช้เฉพาะสิทธิ 900 บาท การรักษาก็จะทำได้ ไม่มาก อาจจำกัดเพียงชุดหินปูน หรืออุดฟัน หรือถอนฟัน 1 - 2 ซี่ต่อปี ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อสภาพ ปัญหาของบุคคลนั้น ๆ ทำให้การดูแลรักษาอย่างสมบูรณ์ภายใต้สิทธิทันตกรรมของสำนักงาน ประกันสังคมเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะหากผู้ประกันตนเริ่มมีปัญหาทันตสุขภาพมากขึ้นหลายด้าน เช่น โรคเหงือก โรคฟันผุพร้อม ๆ กันหลายซี่ ทำให้เกิดข้อจำกัดขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มนี้ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน จะต้องเตรียมตัวสู่การเป็นผู้สูงอายุในอนาคต และพบว่า มีการมาใช้สิทธิในจำนวนไม่มาก โดยในปี 2562, 2563, 2564 มีผู้ประกันตนมาใช้สิทธิทันตกรรมเฉลี่ยประมาณร้อยละ 25 - 30 ของจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมดเท่านั้น แสดงถึงกว่าร้อยละ 70 ที่ละทิ้งการใช้สิทธิด้านทันตกรรมในแต่ละปี ทั้งที่มีความสะดวกในการเข้ารับบริการที่คลินิกเอกชนกว่า 3,000 แห่ง ทั่วประเทศที่เปิดรับผู้ประกันตน

3) กลุ่มข้าราชการหรือผู้มีสิทธิตามสิทธิด้านทันตกรรมของกรมบัญชีกลาง ซึ่งครอบคลุม กลุ่มประชากรประมาณ 4.5 ล้านคน โดยสิทธิด้านทันตกรรมของกรมบัญชีกลางหรือส่วนใหญ่ คือ สิทธิ ของผู้รับราชการพบว่า การกำหนดสิทธิการรักษาด้านทันตกรรมค่อนข้างกว้าง ครอบคลุมการรักษา ด้านทันตกรรมที่จำเป็นค่อนข้างดี แต่พบปัญหาค่ารักษาตามสิทธิที่ให้นั้น มักกำหนดต่ำกว่าค่าใช้จ่าย จริงที่เกิดขึ้น เมื่อมารับบริการตามสิทธิในสถานบริการของรัฐ ทำให้เกิดส่วนต่างหรือต้องจ่ายเพิ่มเติม ด้วยตนเองเพิ่มขึ้นเอง เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เบิกได้ตามสิทธิไม่เพียงพอ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้ารับ บริการด้านทันตกรรม นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดหรือความไม่สะดวกในการนัดหมายการรักษาของสถาน บริการของรัฐ เนื่องจากอยู่ช่วงเวลาทำงาน ปฏิบัติงานภารกิจราชการแต่ละวัน

2.2 การขาดความชัดเจนของนโยบาย ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการด้านการรักษา ด้านทันตกรรมในผู้สูงอายุของหน่วยงานรับผิดชอบของรัฐ หรือกระทรวงที่รับผิดชอบด้านสุขภาพโดยเฉพาะ ด้านทันตสุขภาพต่อกลุ่มวัยผู้สูงอายุและประชาชนในการที่จะทำให้เกิด "การมีทันตสุขภาพที่ดี ของกลุ่มผู้สูงอายุ" จากข้อมูลที่พบในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านทันตกรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุชัดเจนมากยิ่งขึ้น อาทิ เป้าหมายสุขภาพช่องปากคนไทย 80 : 20 คือ อายุ 80 ปี มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยมีหน่วยงานหลัก คือ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์, ทันตบุคลากรในกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงาน ขับเคลื่อนงานด้านทันตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือจากหน่วยบริการด้านทันตกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และ รพ.สต. ทั่วประเทศ

จากข้อมูลพบว่า ในการจัดการด้านทันตสุขภาพผู้สูงอายุเริ่มมีเป้าหมายและความชัดเจนมากขึ้น จากนโยบาย "เป้าหมายสุขภาพช่องปากคนไทย 80 : 20" ซึ่งหมายถึง คนไทยอายุ 80 ปี มีฟันถาวรใช้ได้อย่างน้อย 20 ซี่ นั้น ยังคงขาดการกำหนดแผนงาน นโยบาย ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน ที่ความชัดเจนหรือเป็นรูปธรรมเพื่อทำให้เกิดความสำเร็จ เช่น การกำหนดแผนงาน กำหนดตารางเวลา การดำเนินโครงการอย่างเหมาะสม การจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากรต่าง ๆ การกำหนดหน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก การกำกับ ติดตามประเมินผล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่มี ความชัดเจน หรือเป็นรูปธรรมเพียงพอสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งคนไทยทั้งหมดควรที่จะต้องเตรียมตัว รับรู้ ตระหนัก และการฝึกนิสัยการดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเอง การมีความรู้ รับรู้แนวทางการแก้ปัญหาทันตสุขภาพ ของตนเอง ซึ่งต้องทำในทุกกลุ่มวัยตั้งแต่วัยเด็ก นักเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ เพื่อการมี ทันตสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยทุกคน ทำให้แม้จะมีเป้าหมายที่ดี แต่เนื่องจาก ขาดหน่วยงานหลักรับผิดชอบ ผลักดัน ขับเคลื่อน และการขาดองค์ประกอบในการขับเคลื่อนต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าว จึงทำให้โอกาสในการที่จะยกระดับพัฒนาทันตสุขภาพคนไทยให้มีทันตสุขภาพที่ดี ตามเป้าหมาย 80 : 20 ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร ความคาดหวังในความสำเร็จเป็นไปได้น้อย เพราะ การดำเนินการยังไม่มี ความแตกต่างกับงานปัจจุบันที่ดำเนินการอยู่ ในสถานะที่ประชาชนยังมีปัญหา การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้น้อย (ร้อยละ 8.1) ทั้งงานสุขภาพช่องปากและฟัน งานบริหารจัดการ ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ไม่ปรากฏในตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี 75 ตัวชี้วัด เป็นเสมือนคู่มือ ปฏิบัติราชการปี 2565 ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การขับเคลื่อนงาน จัดการบริการด้านทันตกรรม ผู้สูงอายุยังขับเคลื่อนได้ยาก ในการจะได้รับการสนับสนุนอย่างหนักแน่น

ข้อพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนาระดับการจัดการด้านทันตกรรมของผู้สูงอายุไทย

1. กำหนดหน่วยงานหลักผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการด้านทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุให้ชัดเจน เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน งบประมาณ ทรัพยากรเป้าหมาย การประเมินผลประสิทธิผล อย่างชัดเจน โดยการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน เป้าหมาย การประเมินผลงานทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย ให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม มีการพัฒนา คัดเลือก กำหนดหน่วยงานที่จะเข้ามารับผิดชอบ เป็นผู้ดำเนินการหลักในการขับเคลื่อนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุในทุกขั้นตอน ให้เกิดความก้าวหน้า

2. กำหนดแผนงาน บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของทั้งหน่วยงานหลักด้านทันตกรรมและหน่วยงานสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดความรับผิดชอบของหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานหลักด้านทันตกรรมที่จะเป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อน อาทิ สำนักทันตสาธารณสุข หน่วยบริการรักษาทันตกรรมในโรงพยาบาล สถาบันทันตกรรม เป็นต้น หน่วยงานด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่จะต้องเป็นส่วนสำคัญในการสื่อสารให้ข้อมูล กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ ท้องถิ่น ประสานการทำงานกับหน่วยงานหลัก อาทิ รพ.สต. อบต. เทศบาลท้องถิ่นในบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน

3. ประสานงาน พัฒนา ยกระดับสิทธิด้านทันตกรรมของผู้สูงอายุให้เกิดการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สอดคล้องแผนงาน ยุทธศาสตร์ ควรต้องมีการประสานการทำงาน การสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสิทธิด้านทันตกรรมของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่จะมีการยกระดับการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมให้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น ครอบคลุมสิทธิการรักษาที่จำเป็นต้องมี และทำให้สามารถเข้ารับด้านทันตกรรมจนสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ และการมีทันตสุขภาพที่ดี อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กรมบัญชีกลาง เป็นต้น

4. พัฒนาระบบสารสนเทศ การลงทะเบียน การจัดเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ได้เป็นแบบอย่างเดียวกันทั้งประเทศ มีความทันสมัย เป็นปัจจุบัน การใช้งานเข้าถึงง่ายในระบบออนไลน์ การมีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ในงานด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในระบบออนไลน์ เพื่อพัฒนาระบบการลงทะเบียน การตรวจสุขภาพช่องปากตั้งแต่ครั้งแรก สภาพด้านสุขภาพโดยรวม โรคประจำตัว โรคทางระบบยาที่รับประทาน อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และควรบันทึกทราบเพื่อประโยชน์ในการรักษา การวางแผนการรักษาเฉพาะบุคคล การบันทึกการรักษาในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงขั้นตอนการประเมินการบดเคี้ยวอาหาร การมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี เพื่อให้สามารถใช้ระบบข้อมูล การสื่อสารเดียวกัน และสามารถได้ทุกพื้นที่ของประเทศ

5. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย การประเมินผลที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ การกำหนดจำนวนคนที่เป็กลุ่มเป้าหมาย การดำเนินการทั้งจำนวนการลงทะเบียน การตรวจ การรักษาต่าง ๆ ในต่อปี การวางแผนการรักษา การรักษา จนถึงผู้สูงอายุเคี้ยวอาหารได้ ตามเป้าหมายโครงการ 80 : 20 เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการวางแผน กำหนดแผนงาน นโยบาย งบประมาณในการดำเนินงาน และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

6. การประชาสัมพันธ์โครงการอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการเข้าถึง รับรู้ข้อมูลด้านทันตสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุได้ง่าย สะดวก และต่อเนื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการสร้างความเข้าใจ การรับรู้ของผู้สูงอายุ เพื่อกระตุ้นและสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลใส่ใจสุขภาพช่องปากและฟัน ทั้งแก่ผู้สูงอายุญาติพี่น้อง ผู้ดูแล และให้ทราบช่องทางการเข้าถึงโครงการ บริการด้านทันตกรรมดังกล่าว โดยสามารถ walk in เข้ามาติดต่อ ณ โรงพยาบาล หน่วยบริการรักษาทันตกรรมที่กำหนด หรือประสานนัดหมายส่งตัวจากหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. ในชุมชน หรือท้องถิ่น

7. ดำเนินงานลงทะเบียนตามขั้นตอน เก็บข้อมูล นัดรักษาต่อเนื่อง ดำเนินการลงทะเบียนตามขั้นตอนรักษา วางแผนการรักษาตามเป้าหมาย 80 : 20 ดำเนินการนัดรักษาต่อเนื่อง

8. ดำเนินการประมวผล มีการเก็บข้อมูล ประมวผลความคืบหน้าโครงการเป็นระยะ ทุก 1 - 2 เดือน และทุก 6 - 12 เดือน เพื่อทราบผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา ตลอดจนเตรียมประเมินทรัพยากร งบประมาณ เพื่อสนับสนุนในการดำเนินงานในปีต่อ ๆ ไป

9. ดำเนินงานการประชุม สัมมนา รับฟังข้อเสนอแนะ บูรณาการงานร่วมกับงานสุขภาพอื่น ๆ จัดการประชุม สัมมนาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแจ้งความคืบหน้า สิ่งที่ได้คาดว่าจะได้รับ ของประชาชนจากโครงการ รับฟังข้อแลกเปลี่ยน เสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาและบูรณาการ กับการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดร่วมกันต่อไป

ข้อสังเกต ข้อพิจารณา ปัญหาอุปสรรค

1. ปัจจุบันการดำเนินงานการจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ยังขาดหน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบอย่างเป็นรูปธรรม หน่วยงานด้านทันตกรรมในกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และตำแหน่งทันตแพทย์ที่รับผิดชอบงานทันตกรรม ประสานงานในกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพียง 2 - 3 ตำแหน่ง ซึ่งไม่มีบทบาทหรือหน้าที่อย่างกว้างขวางเพียงพอที่จะกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขไทยอย่างสมบูรณ์ในหน่วยงานที่มีอยู่ได้ การทำงานในแต่ละกรมจะเป็นการขอข้อมูล ประสานงาน ขอความร่วมมือ และยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณของแต่ละหน่วยงานเป็นอย่างมาก ทำให้ยากต่อการหาผู้รับผิดชอบงานทันตสุขภาพที่มีลักษณะโครงการที่มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากถึง 12 - 13 ล้านคนที่กระจายอยู่ทั่วประเทศให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพได้จริง จึงควรมีการพัฒนาหน่วยงานหลักด้านทันตกรรม เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน งบประมาณ ประเมินผลได้ชัดเจนและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. จากการที่หน่วยงานด้านทันตกรรมขาดหน่วยงานหลักในการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน ทำให้เกิดปัญหา หรือขาดศักยภาพในการประสาน บูรณาการหรือขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ค่อนข้างน้อยมาก การสร้างความตระหนักในปัญหาด้านทันตสุขภาพ จึงมีโอกาสน้อยลง ขั้เคลื่อนได้น้อยกว่าที่ควรเป็น

3. สิทธิประโยชน์หลัก ๆ ด้านทันตสุขภาพ ยังมีปัญหาข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และเกิดความไม่สะดวกตามสิทธิที่กำหนดไว้ได้ เช่น สิทธิบัตรทองของ สปสช. บางสิทธิยังมีข้อจำกัดมากในส่วนค่าใช้จ่ายที่รองรับ และข้อจำกัดของชนิดการรักษา หากจะดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของบุคคล เช่น สิทธิผู้ประกันตนของ สปส. หรือบางสิทธิแม้ชนิดการรักษาค่อนข้างครอบคลุมแต่ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริงต้องจ่ายส่วนต่างค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเมื่อต้องการการรักษาดูแลมากในบุคคลนั้น ๆ เช่น สิทธิของข้าราชการ กรมบัญชีกลาง และยังมีสิทธิใด ๆ ที่มีแนวโน้มหรือการให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุในการที่จะให้เกิดการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมสะดวกขึ้นกว่าช่องทางปกติที่มีในปัจจุบัน และในการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย 80 : 20 ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

4. สถานการณ์งานด้านทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 พบประชาชนไทยมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมเพียงร้อยละ 8.1 แสดงถึงยังมีข้อจำกัด และความไม่สะดวกในการที่จะเข้ารับบริการด้านทันตกรรมอยู่ค่อนข้างมาก โดยพบปัญหาคิวยาว/ต้องรอนาน ข้อจำกัดของผู้ให้บริการ ความไม่เชื่อมั่นในสถานพยาบาล และอื่น ๆ จึงทำให้การเข้าถึงบริการทันตกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุจะทำได้ลำบากมากขึ้น ด้วยปัจจัยทางกายภาพที่เพิ่มขึ้นที่ต้องมารอนาน ปัญหาการเดินทางไป-กลับ และอื่น ๆ ดังนั้น หากไม่มี

การจัดการช่องทางที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการเข้าการรักษาด้านทันตกรรมเพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดี ก็อาจไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย 80 : 20

5. ปัญหาโครงสร้าง การขาดความสมดุลในการจัดการระบบบริการรักษาด้านทันตกรรมหลายประการ อันเกี่ยวเนื่องกับการจัดการทันตบุคลากร ในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ พบว่า อัตรากำลังในระบบมีจำนวนน้อยกว่าที่ควรเป็นเป็นอย่างมาก มีความไม่สมดุลกับจำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาล ที่ทำงานได้ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานรักษาได้เต็มศักยภาพของบุคลากรที่มี

6. ปัญหาการจัดการด้านสถานที่ของหน่วยบริการทันตกรรมที่หลาย ๆ แห่ง มีความคับแคบ พื้นที่จำกัด การขาดแผนงาน งบประมาณสนับสนุน อีกทั้งจำนวนเก้าอี้ทันตกรรมที่ต้องใช้ในการรักษาด้านทันตกรรมมีจำนวนน้อยกว่า หรือยังขาดแคลน ไม่สมดุลกับจำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาล ทำให้ไม่สามารถทำงานให้บริการรักษาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากมีการแก้ไขจะทำให้งานด้านทันตกรรมมีศักยภาพในการบริการประชาชนได้สะดวกมากขึ้น

7. ข้อจำกัด ความลำบากบางประการของกลุ่มผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการด้านทันตกรรม อาทิ เดินทางไม่สะดวก ห่างไกล ไม่มีผู้พาไปรับบริการ ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ ไม่มีเงินจ่ายค่าเดินทาง ไม่มีเวลาไปรับบริการ และอื่น ๆ ซึ่งยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่เริ่มไม่สามารถเดินทางได้ หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน-ติดเตียง ซึ่งต้องมีแผนงานเฉพาะในการที่จะต้องเข้ามาดูแลรักษาในส่วนนี้ด้วย ซึ่งจะต้องมีการพิจารณาการจัดเตรียมความพร้อมทั้งบุคลากร ทรัพยากร ในการทำงานดังกล่าว เพื่อเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลทันตสุขภาพได้มากขึ้น

ดังนั้น ปัญหาด้านทันตสุขภาพ หรือปัญหาโรคช่องปากและฟันสำหรับผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุก ๆ คน ด้วยสภาพปัญหามากหรือน้อยแตกต่างกัน อาจสร้างผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ความเจ็บป่วยทั้งฉุกเฉิน หรือเรื้อรัง หรือสร้างความเจ็บปวด ความไม่สบายตัวต่าง ๆ หรือปัญหาจากการบดเคี้ยวอาหาร ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บที่ฟันหรือเหงือก หรือเคี้ยวอาหารไม่ได้ อาจกระทบต่อสุขภาพองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และรุนแรง ปัญหาเหล่านี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ทราบวิธีการที่จะดูแลจัดการหรือบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ต้น จนทำให้ปัญหาลุกลาม เรื้อรัง หนักมากขึ้น จึงเข้ามารับบริการรักษาด้านทันตกรรม ซึ่งก็จะพบกับปัญหาควียว รอนาน หรือปัญหาอื่น ๆ ที่สร้างปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม ทำให้การรักษายังทำได้เฉพาะปัญหาเฉพาะหน้า เป็นครั้งคราว แต่ไม่ได้รับการรักษาในแบบการวางแผนรักษาทั้งปากจนถึงการฟื้นฟูสภาพการบดเคี้ยวให้สามารถทำงานได้สมบูรณ์ปกติอย่างสมควร ด้วยข้อจำกัดของหน่วยบริการรักษาด้านทันตกรรมในแต่ละแห่ง การพัฒนายกระดับระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้านทันตสุขภาพ จึงเป็นความท้าทายในการที่จะพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทยอย่างยั่งยืน ในการที่จะต้องหาแนวทางการส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพเพิ่มการรับรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง การรู้วิธีการ ช่องทางการเข้าถึงบริการด้านทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน การชูดหินปูน ปีละหนึ่งครั้ง และเข้ารับการรักษาด้านทันตกรรมอย่างทันที่ รวดเร็ว เมื่อพบปัญหาโรคช่องปากและฟันกับตนเอง และในส่วนหน่วยงานหลัก หรือกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการ ให้มีประสิทธิภาพ ศักยภาพที่จะสามารถรองรับการดูแลประชาชนด้านทันตสุขภาพ และสร้างการเข้าถึงบริการรักษาด้านทันตกรรม รวมถึงการส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟันอย่างทั่วถึงในทุกกลุ่มวัย และพัฒนายกระดับการบริหารจัดการ

ให้มียุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน งบประมาณ เป้าหมาย การประเมินผลงานด้านทันตสุขภาพของประชาชนอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม รวมถึงการกำหนดให้มีหน่วยงานหลักรับผิดชอบงานด้านทันตสุขภาพที่มีศักยภาพ ในการที่จะทำงาน บูรณาการงานทันตสุขภาพ ซึ่งเป็นสุขภาพของคนไทยทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่มากยิ่งขึ้น

จากการทำงานพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ พบว่า ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุชัดเจนมากยิ่งขึ้น อาทิ เป้าหมายสุขภาพช่องปากคนไทย 80 : 20 คือ อายุ 80 ปี มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการที่จะต้องพัฒนาระดับทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทยดีขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ มากมาย ซึ่งหากเกิดผลสำเร็จก็จะเป็นการสร้างสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าได้ทำงานให้กับสังคม และประเทศมาอย่างยาวนาน

3.8 ระบบการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

หน่วยงานของรัฐที่มีภารกิจและบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันและควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต โดยมีตัวชี้วัดเป้าประสงค์ คือ ผู้สูงอายุสุขภาพจิตดี (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85 ในปี 2565)

กรอบการดำเนินงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

กรมสุขภาพจิตขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานผู้สูงอายุ ใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การสร้างความรอบรู้การสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ
2. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต
3. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

(behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)

โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน แต่ละประเด็น ดังนี้

1. การสร้างความรอบรู้การสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ เป็นมิติของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีความรู้ มีทักษะ และสามารถปรับตัวให้ยังคงมีสุขภาพจิตดี มีความสุขที่ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ ตั้งแต่ 1) มิติความสุขสบายจากการมีร่างกายที่แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ 2) มิติความสุขสนุกจากการที่ทำกิจกรรมหรืออยู่ในที่ผ่อนคลาย ไม่เครียด รู้สึกสนุกสนาน 3) มิติสุขสง่าจากการที่ได้เอื้อเฟื้อ แบ่งปัน ช่วยเหลือผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจมีคุณค่า 4) มิติสุขสว่างจากการที่ฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชะลอความเสี่ยงของสมอง และ 5) มิติสงบ เป็นการเรียนรู้จัดการอารมณ์เพื่อให้เกิดความสงบ และปรับตัวได้ตามความเป็นจริงในรูปแบบในการดำเนิน ดังนี้

1.1 ขับเคลื่อนในชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมสุข 5 มิติ โดยมีบุคลากร รพช./รพ.สต./อปท. เป็นพี่เลี้ยง ในการดำเนินการ

1.2 สื่อสารผ่าน Social Media เช่น Line Official, Website ของกรมสุขภาพจิต และศูนย์สุขภาพจิต

1.3 สื่อสารผ่านเครือข่ายวิทยุท้องถิ่น หอกระจายข่าว แผ่นพับ โปสเตอร์

1.4 พัฒนาศักยภาพวิทยากรแกนนำในการดำเนินการ (รพ.สต., อปท., อสม., แกนนำผู้สูงอายุ)

2. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (โรคเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง) มีเป้าหมายเพื่อเข้าใจปัญหา ให้การช่วยเหลือทั้งสังคมและจิตใจ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ซึมเศร้าฆ่าตัวตาย) มีการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 พัฒนาศักยภาพ Care manager Caregiver และ อสม.ให้มีความรู้การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง (วิทยากรแกนนำ และผู้ปฏิบัติงาน)

2.2 สนับสนุนให้มีการดำเนินการในระดับตำบล โดยบูรณาการกับระบบ Long Term Care

3. การเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

3.1 คัดกรองซึมเศร้าในชุมชน ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม โดยบูรณาการร่วมภายในกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย กรมการแพทย์ เพื่อคัดกรองในผู้สูงอายุทุกคน และบันทึกในระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) โดยผู้คัดกรอง ได้แก่ อสม./ผู้สูงอายุ/ญาติ

3.2 ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินฆ่าตัวตาย 8 คำถาม โดยบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

3.3 ขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานในชุมชน และคลินิกผู้สูงอายุ และคลินิกโรคเรื้อรังตามแนวทางการช่วยเหลือจิตใจเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

3.4 พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชน และคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกโรคเรื้อรังให้สามารถดำเนินงานตามแนวทางการช่วยเหลือจิตใจเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

4. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ (behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)

4.1 การประเมินปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดย Care manager Caregiver ในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

4.2 พัฒนาศักยภาพ Care manager/Caregiver ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมอารมณ์/การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นสูง/การฟื้นฟูทักษะการรู้คิด

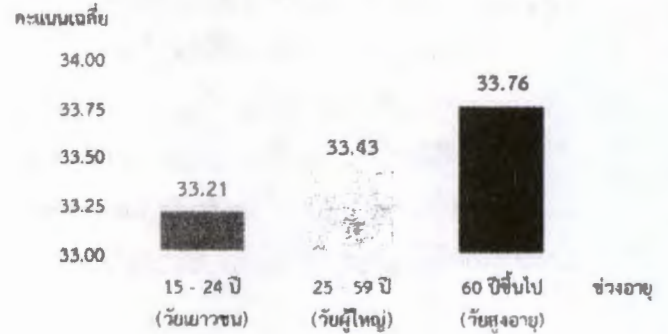
• โดยการมีกลไกในการขับเคลื่อน ได้แก่ คณะอนุกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ หน่วยบริการปฐมภูมิ และ 3 หมอ (หมอ อสม. หมอสาธารณสุข และหมอเวชศาสตร์ครอบครัว) ดังภาพ

การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในภาพรวม

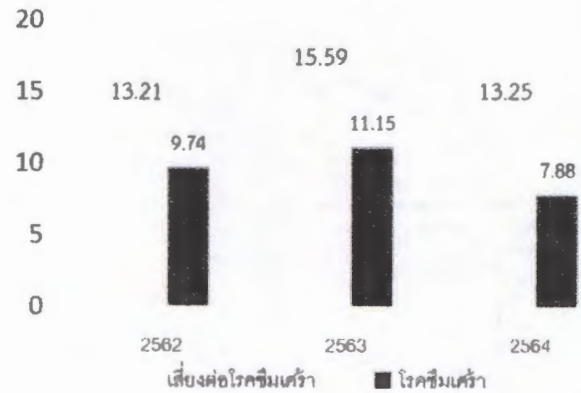
Goal	ผู้สูงอายุสุขภาพจิตดี (พ.ศ.๒๕๖๕-๒๕๖๖)				
service	มิติส่งเสริมสุขภาพจิต	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	รักษา	ฟื้นฟู	
Target	กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้	ติดบ้าน ติดเตียง โรคเรื้อรัง	Depression / Dementia with: BPSD		
Key activity	<ul style="list-style-type: none"> สำรวจความรอบรู้การตรวจสุขภาพจิต คัดกรองซึมเศร้า 	<ul style="list-style-type: none"> ดูแลสังคมจิตใจ (psychosocial care) คัดกรองซึมเศร้า การประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 	<ul style="list-style-type: none"> ประเมินโรคซึมเศร้า และ ดูแลรักษาตามแนวทางการวินิจฉัยและจัดการดูแลโรคซึมเศร้า ประเมินปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ (BPSD) การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นสูง/การฟื้นฟูทักษะการรู้คิด 		
ในสถานการณ์ Covid-19 (วัดจิตใจ) (เพิ่มเติม)					
setting	<ul style="list-style-type: none"> คัดกรองเชิงรุก (mental health check in) เครียด ซึมเศร้า ผ่าตัวตาย (burnout) สื่อสารความรู้การดูแลจิตใจในสถานการณ์ COVID-19 ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> บ้าน / คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ 	ดูแล รักษาตามปัญหาที่พบ		
ผู้รับผิดชอบ	รพ.สต./อสม./ สภ.พ./ แขนงนำผู้สูงอายุ	Care manager/ Caregiver อสม./ เจ้าหน้าที่ในคลินิก (NCD) และคลินิกผู้สูงอายุ	บุคลากรต้นสังกัดสุขภาพจิตและจิตเวช Care manager/ Care giver		
กลไกขับเคลื่อน	พชอ / หน่วยบริการปฐมภูมิ / 3 หมอ			หน่วยบริการทุติยภูมิ-ตติยภูมิ	

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ รวมถึงแนวทางป้องกันดูแล

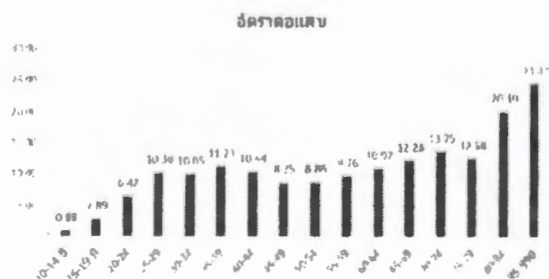
ผลการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในปี 2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย 33.76 ซึ่งดีกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบว่า ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 47 มีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป รองลงมาร้อยละ 41.1 มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป โดยทั้งนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 11 ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป



ข้อมูลภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น โดยเปรียบเทียบผลจากการรายงานข้อมูลใน ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ดังตาราง



ปัญหาฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยเปรียบเทียบปี 2562 - 2563 และในปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าวัยอื่น โดยที่มีอัตรามากที่สุดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ดังตาราง

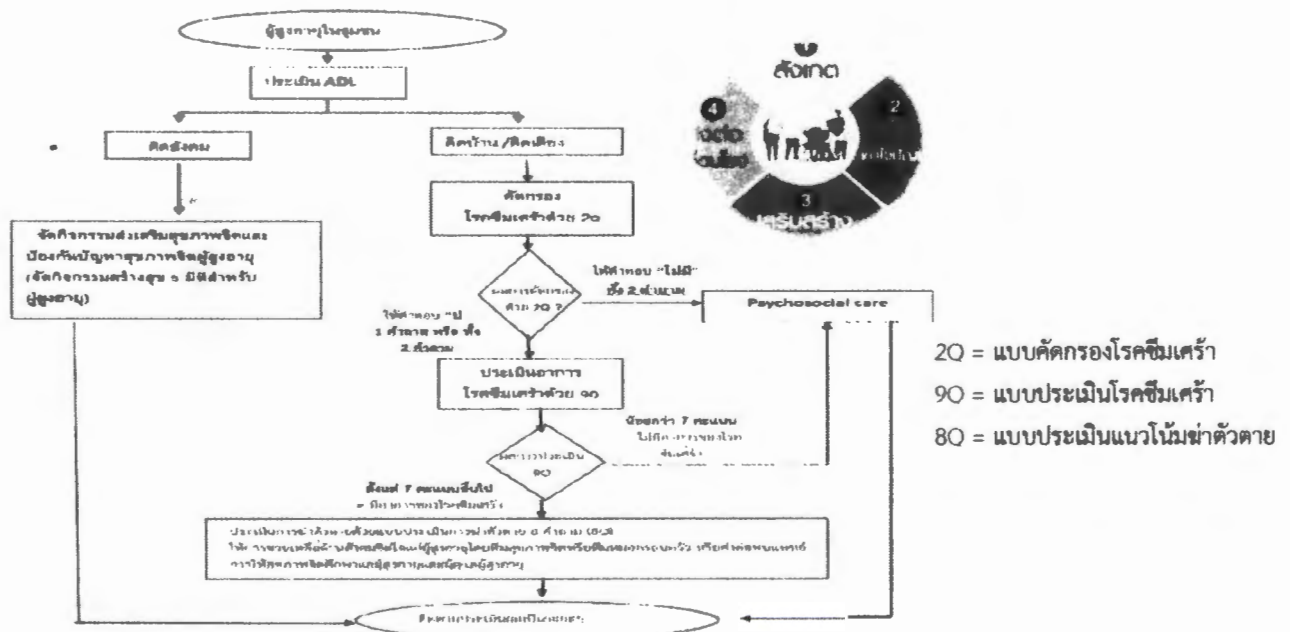


ปี 2564

แนวทางป้องกันปัญหาซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย

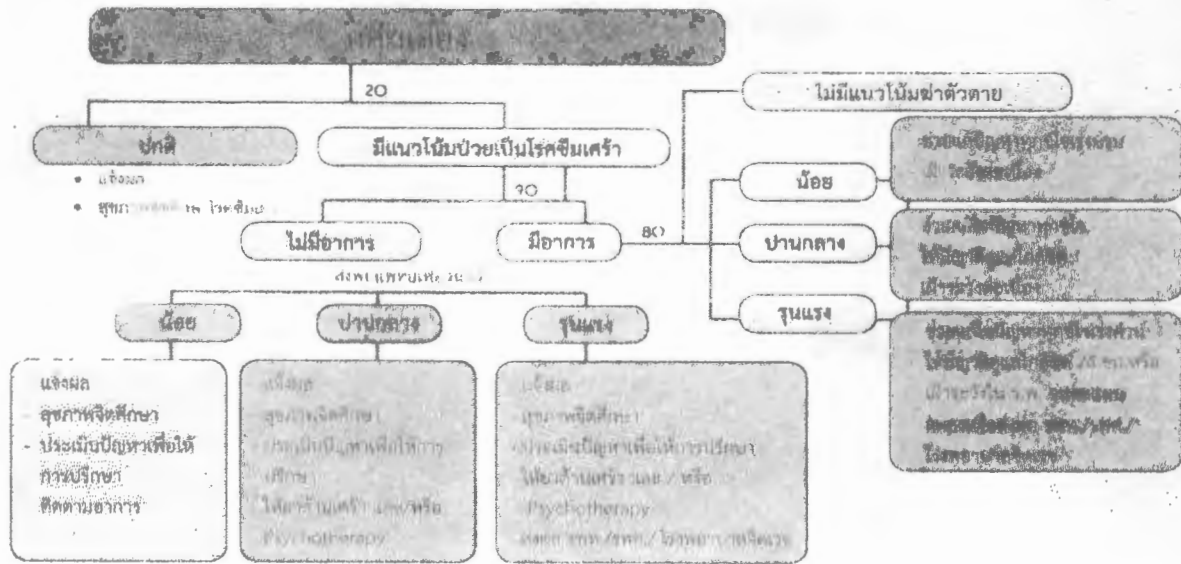
1. จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย / คู่มือการเยี่ยมบ้านดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้านติดเตียง
2. พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุขทุกระดับ (แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และเครื่องมือคัดกรอง)/พัฒนาศักยภาพ Care manager, Caregiver ในการเยี่ยมบ้านดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียง (Psychosocial care)
3. คัดกรองปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุทุกกลุ่มในชุมชน
4. สนับสนุนการเยี่ยมบ้านดูแลสังคมจิตใจ/คัดกรองปัญหาซึมเศร้า/ฆ่าตัวตาย ในผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียง และส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย รักษา
5. สนับสนุนคลินิกโรคเรื้อรัง คัดกรองซึมเศร้า และดูแลสังคมจิตใจสูงอายุ (Psychosocial care) และส่งต่อคลินิกสุขภาพจิตเพื่อประเมินวินิจฉัย รักษา ดังภาพ

แนวทางการดำเนินงาน Psychosocial Care ในชุมชน



แนวทางการช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนการดูแลเฟาะวังโรคซึมเศร้า



ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้า

1. การส่งต่อเพื่อประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม มีจำนวนน้อย ส่งผลทำให้ไม่เข้าถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องไม่ครอบคลุม
2. ระบบรายงานข้อมูลการดูแลสังคมจิตใจยังไม่ปรากฏในระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขและยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่รอบด้านทั้งร่างกาย จิตใจ
3. เนื่องด้วยปัญหาสุขภาพจิต ไม่ปรากฏเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานของระบบกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลต่อการให้ความสำคัญในมิติการทำงานสุขภาพจิตที่ลดน้อย

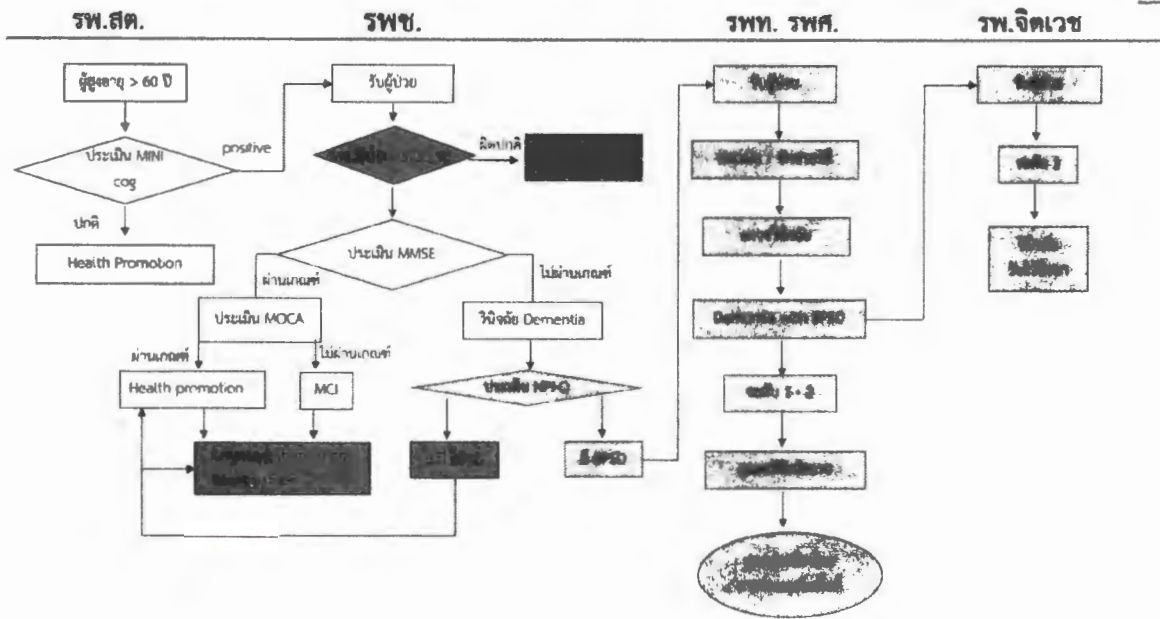
ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (BPSD) พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

แนวทางการดำเนินการเฟาะวังภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

จากแนวทางการดำเนินกรมสุขภาพจิต ร่วมกับกรมการแพทย์ โดยกรมสุขภาพจิต จะเน้นการประเมินใน รพช. โดยเป็นการประเมิน NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) 12 อาการในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia เพื่อส่งต่อและให้การรักษาฟื้นฟู ตามระดับอาการที่พบตามแนวทางการดำเนินงานฯ ตาม Flow การดำเนินงาน



แนวทางการเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (BPSD)



NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire)

พัฒนาโดยแพทย์หญิงโสฬสพัทธ์ เหมวีระชัยโรจน์ และคณะ

ประเมินผู้สูงอายุว่ามีอาการเหล่านี้ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ คิจารณาจาก

- ความรุนแรงของอาการ
 - 1 คะแนน = อาการเป็นเล็กน้อย สังเกตเห็นได้แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก
 - 2 คะแนน = อาการปานกลาง มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ
 - 3 คะแนน = อาการเป็นรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้เด่นชัด/รวดเร็วจากเดิมมาก
- ความยากลำบาก ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบ 5 ระดับ คะแนน



พัฒนาเป็น NPI-Clip 12 อาการ ประเมินอาการและให้คำแนะนำเบื้องต้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

1. ผู้สูงอายุไม่รับการวินิจฉัย Dementia ส่งผลให้เข้าไม่ถึงระบบ การเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
2. ยังไม่มีระบบฐานข้อมูลรองรับการคัดกรอง

3.9 ความรอบรู้สุขภาพในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

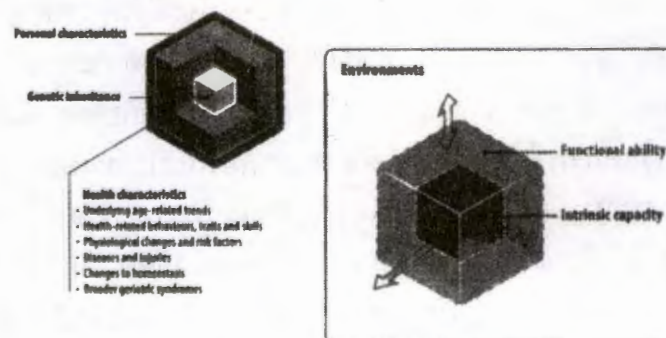
แนวคิดการดูแลจัดบริการผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก และประเทศไทย

การมีชีวิตยืนยาวถือเป็นความสำเร็จของการทำงานสาธารณสุข แต่ก็เป็นสิ่งท้าทายสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์แต่มีพลังถดถอยลงได้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และสามารถมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สังคมได้ต่อไป องค์การอนามัยโลกได้มีการกำหนดแนวนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่เรียกว่า Active ageing เป็นครั้งแรกเมื่อปีคริสต์ศักราช 2002 และประเทศไทยได้นำนโยบายดังกล่าวมาตั้งเป็นวิสัยทัศน์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ว่า “ผู้สูงอายุ คือ หลักชัยของสังคม” โดยการทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางสังคม มีสุขภาพดี มีส่วนร่วมที่ยังประโยชน์ให้บุคคลอื่นในครอบครัว ชุมชนและสังคม

ต่อมา ในปีคริสต์ศักราช 2021 องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จึงปรับแนวคิดการจัดบริการรักษาตามรายโรคเป็นแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี และอยู่ดีมีสุขด้วยกระบวนการพัฒนา และดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการประกอบกิจต่าง ๆ (functional ability) ตามวิถีการดำรงชีวิตที่ตนเองปรารถนาให้มากที่สุด (Well Being) องค์การอนามัยโลกได้อธิบายว่า “สมรรถนะในการประกอบกิจของผู้สูงอายุ” คือ คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่เกิดจากผลรวมของขีดความสามารถภายในของร่างกายและจิตใจของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ และความสัมพันธ์หรือบรรยากาศทางสังคม อันได้แก่นโยบาย กติกาข้อตกลงในการอยู่ร่วมกันหรือการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ชุมชน สังคม เป็นต้น

ขีดความสามารถภายในของร่างกายและจิตใจ ครอบคลุม (1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม และ (2) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีโอกาส หรือการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวหรือสังคม เช่น เพศ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ บทบาททางสังคม นอกจากนี้ สมรรถนะในการประกอบกิจ ยังคำนึงถึงสามารถผู้สูงอายุในมิติการเคลื่อนไหว เคลื่อนที่ เคลื่อนย้ายได้ การสร้างและคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับกลุ่มคนต่าง ๆ ในสังคม การตอบสนองความต้องการและจำเป็นของตนเอง การเรียนรู้ เติบโต และตัดสินใจได้ ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนส่งต่อความสำเร็จ ให้คนอื่นในสังคมได้

Fig. 2.1 Healthy Ageing



แนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกพิจารณาจัดระบบการดูแลทุกช่วยวัยโดยเริ่มตั้งแต่วัยแรกเกิด วัยรุ่น วัยทำงาน เพื่อให้มีขีดความสามารถภายในของร่างกายและจิตใจที่ดี แข็งแรง และการดูแลจัดการปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการมีสุขภาพดี เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งขีดความสามารถภายในมีการถดถอย ดังนั้น การดูแลปรับปรุงปัจจัยแวดล้อมและปรับระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการอื่น ๆ ในสังคม ตลอดจนการสรรค์สร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยการดำรงชีวิตของผู้สูงวัย จะทำให้เกิดสูงวัยสุขภาพดี มีอายุยืนยาวได้ตามเป้าหมาย

แนวคิดความรู้สุขภาพ (Health Literacy)

แม้ว่าแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมีการกล่าวถึงในกลุ่มนักวิชาการ ตั้งแต่ปีคริสต์ศักราช 1974 แต่องค์การอนามัยโลกทำการประกาศแนวคิด ความรู้สุขภาพอย่างเป็นทางการในการประชุมเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพระดับโลก เมื่อปีคริสต์ศักราช 2017 ที่นครเชียงใหม่ โดยถือว่าความรู้สุขภาพเป็นหนึ่งในสามเสาหลักสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องทำให้เกิดขึ้นในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ความรู้ด้านสุขภาพเป็นการทำให้คนมีพลังอำนาจ เชื่อมมันในการยืนยันสิทธิของตนเอง มีความสามารถในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือในบริการเพื่อการได้รับข้อมูล ทำความเข้าใจในข้อมูลและตัดสินใจนำข้อมูลไปใช้เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังแบ่งความรู้สุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้สุขภาพระดับแก่นหรือสาระสำคัญ (Core Literacy Level) ระดับการมีส่วนร่วมแบบผูกพัน (Engage Literacy Level) ระดับที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพตนเองและสังคม รวมถึงการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน หรือในภาวะวิกฤตภัยพิบัติต่าง ๆ (Influential Literacy Level) เมื่อพิจารณาแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ และแนวคิดความรู้สุขภาพขององค์การอนามัยโลกจะเห็นความเชื่อมโยงในประเด็นเดียวกัน คือ การทำให้เกิดสมรรถนะหรือคุณลักษณะผู้สูงอายุที่สามารถทำให้ตนเองมีการดำรงชีวิต ทำกิจกรรมที่ปรารถนาในชีวิตประจำวัน ในยามที่เกิดกรณีฉุกเฉิน แม้ขีดความสามารถของร่างกายและจิตใจเริ่มถดถอยหรืออาจมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคสมองเสื่อมที่พบมากในผู้สูงอายุ

คุณลักษณะผู้สูงอายุสุขภาพดีและมีความรู้สุขภาพที่ต้องการ คือ ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และตัดสินใจนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน จัดกิจกรรมดำรงชีวิตของตนเองได้ตามที่ปรารถนา และนำมาบอกต่อให้กับผู้อื่นได้ แม้จะมีเงื่อนไข ข้อจำกัด เช่น (1) ขีดความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การจำ การสื่อสารที่เสื่อมลง หรือแม้จะมีโรคทางกายที่ต้องได้รับการรักษาทั้งด้วยยา การฟื้นฟู หรือใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติม (2) ขีดความสามารถในการเคลื่อนไหว การเดินทางด้วยตนเองลดลง (3) ขีดความสามารถในการตัดสินใจที่ถดถอยลง อนึ่ง คุณลักษณะผู้สูงอายุสุขภาพดีและมีความรู้สุขภาพที่ต้องการข้างต้น สอดคล้องกับนิยามและกรอบแนวคิดการพัฒนาความรู้สุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างของขีดความสามารถภายในของร่างกายและจิตใจ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจัดหรือปรับปรุงปัจจัยแวดล้อมทั้งทางกายภาพและบรรยากาศทางสังคม หรือที่เรียกว่า ปัจจัยแวดล้อมหรือบริการที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ในด้าน

(1) โครงสร้างสิ่งแวดล้อมกายภาพ เช่น การจัดทางลาด การจัดป้ายบอกทาง บอกรับบริการ

(2) การให้ข้อมูลที่มีประเด็นตอบสนองสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง หรือฉุกเฉิน และการใช้ชีวิตประจำวัน หรือเทศกาลที่ผู้สูงอายุปรารถนา

(3) การมีจุดบริการให้ข้อมูลที่ชัดเจน มีการให้ข้อมูลที่กระชับ สั้น ด้วยสัญลักษณ์ ภาพ สี หรืออุปกรณ์กระตุ้นเตือน ความจำที่มีน้อยลง และ

(4) การจัดบริการที่ไม่เร่งรีบ การสื่อสารด้วยน้ำเสียงชัดเจน จังหวะช้า ๆ ท่าที่เป็นมิตร ใช้เวลานานขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถหรือมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจ หรือวางแผน การจัดการชีวิตประจำวันที่ปรารถนา และมีการทวนสอบความเข้าใจก่อนกลับบ้าน

นอกจากนี้ การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างของขีดความสามารถ ภายในของร่างกายและจิตใจ ผู้ให้บริการที่มีทั้งวิชาชีพสุขภาพ ผู้ให้บริการในสังคม จิตอาสา ตลอดจนคนในครอบครัว จึงจำเป็นต้องเข้าใจและยึดหลัก “ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง” คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ ผู้ให้บริการและผู้ดูแลนอกจากจะต้องมีความรู้วิชาการที่ถูกต้องทันสมัยแล้ว ยังจำเป็นต้องมีท่าทีที่ศรัทธา ทักทายการสังเกต สื่อสาร บันทึกและใช้ข้อมูลร่วมกัน เพื่อจะทำให้การจัดบริการแบบไร้รอยต่อ จากบ้านสู่โรงพยาบาล หรือจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน การที่ผู้ให้บริการทั้งที่เป็นวิชาชีพ และไม่เป็นวิชาชีพมีการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูลของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบดูแล และสามารถนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขีดความสามารถภายใน ทั้งทางกาย ใจ ทำให้มีชีวิตประจำวันได้ตามปรารถนา ถือเป็นผู้ให้บริการที่มีลักษณะรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Professional หรือ Caregiver) ที่การจัดบริการผู้สูงอายุต้องการ ดังนั้น หลักสูตรอบรมผู้ดูแลทั้งที่เป็นวิชาชีพสุขภาพ หรือผู้จัดบริการในชุมชน หรือที่บ้านต้องได้รับการพัฒนาแนวคิดและทักษะการเป็นผู้ให้บริการรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มเติมด้วย

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2564 มาตรา 11 ระบุให้ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนให้ได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น การจัดบริการนอกจากจะเป็นไปตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประเทศไทยแล้ว ยังควรประยุกต์แนวทางการพัฒนาสถานบริการรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Organization) เพิ่มเติม ในประเด็นดังนี้

1. มีการจัดบริการที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ด้วยการเก็บและใช้ข้อมูลผู้สูงอายุ

(1) ขีดความสามารถภายใน ได้แก่ ระดับสุขภาพทางกาย ทางใจ คุณลักษณะระดับบุคคล เพศ การศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ และคุณลักษณะความรอบรู้สุขภาพ คือ ความสามารถหรือความสนใจในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล การตัดสินใจนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนจัดการชีวิตตนเองตามที่ปรารถนา

(2) ปัจจัยแวดล้อม ที่บ้าน ที่ทำงาน ที่ชุมชน ทั้งทางกายภาพ สาธารณูปโภค การมีทรัพยากร เช่น เครือข่ายอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ โทรทัศน์ การมีแหล่งสนับสนุนเช่นผู้ดูแล ศูนย์ข้อมูล กองทุนสวัสดิการ และการมีบทบาททางสังคม

2. มีการออกแบบระบบบริการให้เชื่อมโยงและระบุดังกล่าวให้หรือให้บริการที่ออกแบบร่วมกัน ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบมากในพื้นที่ เช่น โรคเรื้อรัง โรคสมองเสื่อม และขีดความสามารถภายใน ปัจจัยแวดล้อมในสังคมของผู้สูงอายุ ระบบบริการควรจำแนกตามปัญหา ด้านความต้องการของสุขภาพ และด้านความต้องการ

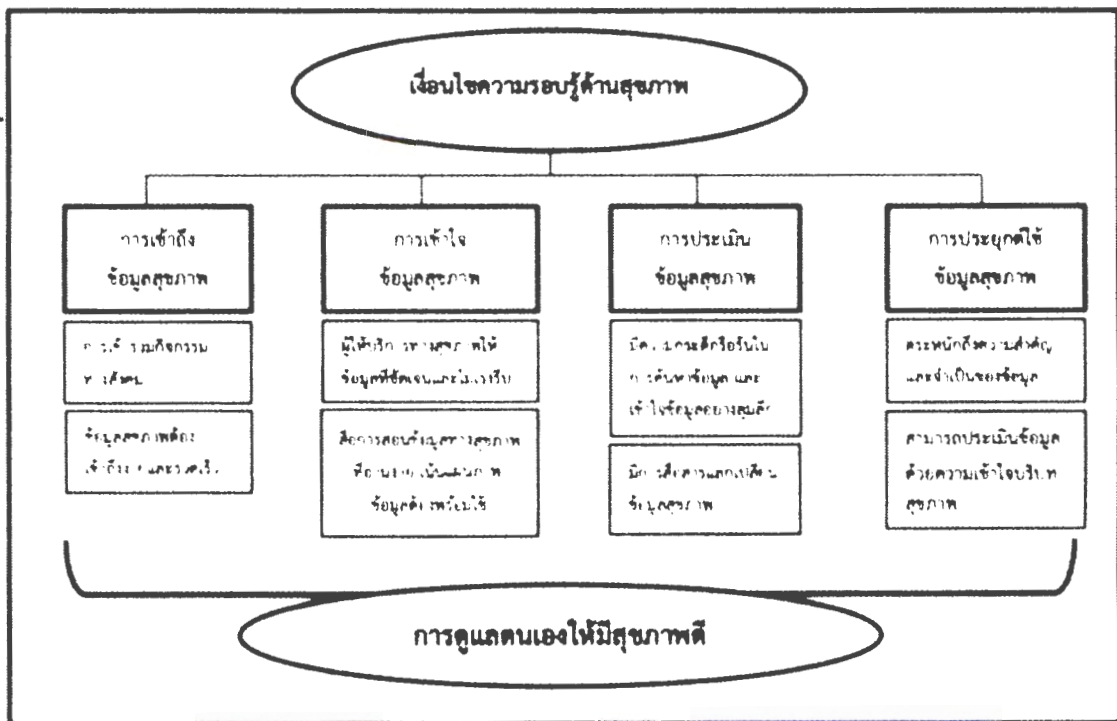
ตามคุณลักษณะ ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ การนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ และครอบครัว

3. มีระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ บริการที่จัดขึ้นอย่างทั่วถึง เข้าถึงได้ ง่ายต่อการเข้าใจ และนำไปใช้จริง ตลอดจนมีการกำหนดประเด็นสื่อสารสำคัญที่มุ่งเป้าไปที่ผู้สูงอายุที่มีระดับสุขภาพที่แตกต่างกัน มีปัญหาสุขภาพ บริบททางสังคม วัฒนธรรม การใช้ชีวิตประจำวันตามความปรารถนาที่แตกต่างกัน เนื้อหาที่สื่อสารต้องครอบคลุมสิทธิ ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ นั่นคือ การคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

4. มีระบบคุณภาพในการกำหนดนโยบาย กำกับติดตาม ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพบริการ ทั้งที่โรงพยาบาล บ้านและชุมชนแบบไร้รอยต่อ ยึดผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

5. มีระบบสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในด้านการเงิน งบประมาณ การพัฒนาบุคลากร การสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น แก้วอิเซ็น ผ้าอ้อม หรือสาธารณสุขโรค เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ แวนสายตา

6. มีการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยคำนึงถึงเงื่อนไขความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการจัดบริการผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยของวราภรณ์ ดินน้ำจืด และภัทร์ธนิศา ศรีแสง



ภาพประกอบ 1: เงื่อนไขของการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการจัดบริการผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการวิชาชีพสุขภาพและผู้ดูแลที่บ้านที่ชุมชน

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลคุณลักษณะผู้สูงอายุสุขภาพดีและรอบรู้สุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้ประกอบการออกแบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ชัดเจน

2. พัฒนาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่วนที่เป็นคุณลักษณะ ผลการคัดกรองตาม Blue Book ของกรมอนามัย แผนการดูแลรักษาและผลการรักษา ผลการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อใช้ข้อมูลเหล่านั้นมาประกอบการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างวิชาชีพผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และครอบครัวให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิผล

3. พัฒนาคู่มือการจัดบริการและคู่มือการสื่อสารที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และครอบครัวสำหรับท้องถิ่น เอกชน และโรงพยาบาล

4. พัฒนาระบบสื่อสารบริการที่จัดขึ้น และสื่อสารประเด็นหลักของการดูแลตนเอง และจัดการตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวตามหลักการแนวทาง หรือคู่มือการสื่อสารเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

5. พัฒนาศูนย์ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่เชื่อถือได้สำหรับประชาชนทุกกลุ่มในสังคม

6. พัฒนา หรือปรับเปลี่ยนเกณฑ์การรับรองคุณภาพการจัดบริการสุขภาพและบริการสังคม เพื่อการเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ ชุมชนรอบรู้สุขภาพ

7. พัฒนาและนำใช้นวัตกรรมดิจิทัล และนวัตกรรมสังคมที่ส่งผลให้เกิดกลุ่มผู้สูงอายุรอบรู้สุขภาพ และมีสุขภาพดี

8. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกต่อ เพื่อขยายผล และประกาศเกียรติคุณหน่วยงานที่จัดบริการผู้สูงอายุที่ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัว จนเกิดผลการมีสุขภาพดี บนเงื่อนไข หรือข้อจำกัดต่าง ๆ

9. ให้รางวัลหน่วยงาน ท้องถิ่น ชุมชน หรือครอบครัวที่มีคุณลักษณะผู้สูงอายุรอบรู้สุขภาพ และมีสุขภาพดีเกินร้อยละ 80 ของพื้นที่

10. จัดทำการวิจัยเพื่อประเมินผลนโยบายการจัดบริการผู้สูงอายุรอบรู้สุขภาพและสุขภาพดี

3.10 การพัฒนาระบบดิจิทัลภาครัฐด้านการสาธารณสุขรองรับสังคมสูงวัย

สถานการณ์ด้านสังคมและสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ โครงสร้างประชากรที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย ปัจจัยคุกคามสุขภาพและภาวะโรคของประชาชนที่มีแนวโน้มเป็นโรคติดต่อและโรคเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้การจัดการบริการด้านสุขภาพของไทยในปัจจุบัน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและชุมชนได้อย่างครอบคลุมและเท่าเทียม นอกจากนี้ กลไกการบันทึกและใช้ข้อมูลสาธารณสุขในภาพรวม ทั้งจากภาครัฐและเอกชนยังขาดมาตรฐานที่สามารถประสานงานกันได้ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอีกด้วย

สำหรับการแก้ไขอุปสรรคและความท้าทายด้านการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นหน่วยงานรัฐหลักที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพันธกิจหลักของกระทรวง คือ การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งหน่วยงานได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการและมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลด้านสาธารณสุขดังกล่าว ได้แก่

- **กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** เป็นหน่วยงานระดับกรมสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับให้มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนระบบคุ้มครองประชาชนด้านบริการสุขภาพ ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาร่วมกันของประชาชนและองค์กรภาคเอกชนเพื่อการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีบทบาทในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านระบบบริการสุขภาพ แก่องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา** สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นส่วนราชการ มีฐานะปกป้องและคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยผลิตภัณฑ์สุขภาพเหล่านั้นต้องมีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัย มีการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องด้วยข้อมูลวิชาการที่มีหลักฐานเชื่อถือได้และมีความเหมาะสม

- **สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข** เป็นองค์กรของรัฐที่มีไขส่วนราชการ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยมีโครงสร้างองค์กรและการบริหารที่เน้นความคล่องตัว เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายในการจัดการความรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนา ระบบสุขภาพได้ (Better Knowledge Management for Better Health Systems)

นอกจากนี้ หน่วยงานอื่น ๆ ที่มีส่วนสนับสนุน หรือเสนอแนะทิศทางการพัฒนารัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการสาธารณสุข ให้แก่หน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขของไทย (อันได้แก่ กระทรวงมหาดไทยและหน่วยงานในสังกัด) ได้แก่ **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ซึ่งมีการกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ทั้งนี้ จากการศึกษาการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลด้านการสาธารณสุขของประเทศผู้นำของโลก ในการพัฒนาด้านดังกล่าว พบว่า เขตปกครองพิเศษฮ่องกงถือว่ามีการพัฒนาขีดความสามารถเชิงดิจิทัล ภาครัฐด้านการสาธารณสุขสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก โดยมีตัวอย่างการพัฒนาที่สำคัญของฮ่องกง คือ การจัดทำระบบรวบรวมเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการบริการของสถานพยาบาล ให้สามารถบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม่นยำ และลดข้อผิดพลาดจากการระบุข้อมูลผู้ป่วย โดยระบบดังกล่าว คือ ระบบ Electronic Health Record Sharing System (eHRSS)

ระบบ eHRSS คือ ระบบกลางที่รวบรวมเอกสารอิเล็กทรอนิกส์บันทึกประวัติการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย และการให้การรักษาสถานพยาบาล ซึ่งเป็นระบบสมัครใจ (Voluntary System) ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ว่าจะเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของตนเองให้กับสถานพยาบาลใดบ้าง ในระบบ eHRSS ซึ่งการสมัครเข้าสู่ระบบนี้จะไม่มีการคิดค่าบริการใด ๆ โดยในส่วนของสถานพยาบาล จะสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ต่อเมื่อสมัครอยู่ในระบบ eHRSS และผู้ป่วยยินยอมเปิดเผยข้อมูล ให้แก่สถานพยาบาลนั้น ๆ โดยลักษณะการทำงานของระบบ eHRSS หลักเป็นดังนี้

1. ระบบความสมัครใจ : ประชาชนที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป และสถานพยาบาลสามารถเลือก เข้าสมัครในระบบ eHRSS หรือไม่ก็ได้

2. ข้อมูลผู้ป่วยได้รับความคุ้มครอง มีความเป็นส่วนตัว : มีการรักษาความปลอดภัย ของข้อมูล โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมจำเป็นต้องติดตั้ง secured communication modules เพื่อเชื่อมต่อกับ eHRSS และมีความเป็นส่วนตัวของข้อมูล โดยผู้ป่วยสามารถเลือกได้ว่าจะเปิดเผยข้อมูล ให้กับสถานพยาบาลในระบบแห่งใดบ้าง ไม่มีความจำเป็นต้องเปิดเผยทั้งหมด

3. ข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในระบบจะเป็นข้อมูลสุขภาพบางประเภทเท่านั้น : ข้อมูลผู้ป่วยที่จะถูก แบ่งปันอยู่ในระบบ ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้ (1) eHR ของคลินิก (2) eHR ของ Group Practice (3) eHR ของห้องทดลอง (4) ระบบการบริหารข้อมูลสารสนเทศของ Department Of Health (5) ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน และ (6) ระบบการบริหารจัดการคลินิกของ โรงพยาบาลรัฐ

4. ข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (eHR) จะถูกเข้าถึงภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาลนั้น (“Patient-under-care” และ “Need-to-know” basis)

ด้วยเหตุนี้ การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อตอบโจทยความท้าทายต่าง ๆ ของระบบสาธารณสุข ของไทย พร้อมทั้งยกระดับการให้บริการสุขภาพของประเทศ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนา ขีดความสามารถเชิงดิจิทัลภาครัฐด้านการสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งมีเป้าประสงค์หลัก คือ การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ให้บริการ สุขภาพ

โดยจากกรอบแนวคิดข้างต้น สามารถแบ่งกรอบการพัฒนาออกเป็น 3 ระดับ อันได้แก่

ระดับการพัฒนาที่ 1 : บูรณาการฐานข้อมูลสาธารณสุข โดยเริ่มที่บูรณาการฐานข้อมูล เชิงบริหารและคลินิกขั้นพื้นฐาน

ระดับการพัฒนาที่ 2 : เชื่อมโยงมาตรฐานข้อมูลคลินิกชั้นกลางให้ทำงานร่วมกันได้

ระดับการพัฒนาที่ 3 : แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงาน ได้ทั้งหน่วยงานภายใน และองค์กรภายนอก

1) ระดับการพัฒนาที่ 1 : การบูรณาการฐานข้อมูลสาธารณสุขโดยเริ่มที่บูรณาการฐานข้อมูลเชิงบริหารและคลินิกขั้นพื้นฐาน

ระดับแรกเป็นลำดับขั้นเริ่มต้นของระบบการบริการสาธารณสุขอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงและทำงานร่วมกันได้ระหว่างหน่วยงาน โดยเป็นการสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูลกันสองทาง ซึ่งคำสั่งและผลของคำสั่งในการบริการด้านสาธารณสุขสามารถแสดงผลแบบไป-กลับได้ทันที กล่าวคือ ฐานข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ของทั้งประเทศสามารถเชื่อมโยงเพื่อเพิ่มขีดความสามารถเชิงดิจิทัลในด้านการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ โดยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาการให้บริการข้อมูลเพิ่มสุขภาพในลักษณะที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ และมีระบบบริการทางการแพทย์ออนไลน์เบื้องต้น อาทิ การนัดหมายทางออนไลน์ ส่วนในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขในภาพรวมในระดับนี้หน่วยงานภาครัฐ ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการเชื่อมโยงคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Data Center) ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิมาอย่างส่วนกลาง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการบริหารจัดการภายในกระทรวงเพื่อเพิ่มขีดความสามารถเชิงดิจิทัลในด้านดังกล่าวในระดับนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภายใต้สังกัดจะต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ และตัวชี้วัดสุขภาพต่าง ๆ เพื่อเป็นข่าวสารสถิติสนับสนุนการทำงานของผู้บริหาร รวมถึงมีการรวบรวมฐานข้อมูลบุคลากรด้าน ICT ของทุกหน่วยงานในองค์กรด้วย

2) ระดับการพัฒนาที่ 2 : การเชื่อมโยงมาตรฐานข้อมูลคลินิกชั้นกลางให้ทำงานร่วมกันได้

ระดับที่สองเป็นลำดับการพัฒนาสาธารณสุขอิเล็กทรอนิกส์ที่ข้อมูลสุขภาพหรือข้อมูลสาธารณสุขที่มีรหัสชุดข้อมูลที่เหมือนกันของผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับรัฐ และระดับชาติ สามารถแลกเปลี่ยนและนำออกไปใช้งานระหว่างกันได้ โดยในส่วนของ การให้บริการแก่ผู้ใช้บริการนั้น ภาครัฐจำเป็นต้องมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพประชาชน (Personal Health Record) ระหว่างประชาชนและหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อเป็นฐานข้อมูลให้ประชาชนเข้าถึงได้โดยสะดวก รวมทั้งควรสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสาธารณสุขเบื้องต้น เพื่อการส่งต่อให้สถานพยาบาลภายในจังหวัดนั้น ให้ผู้รับบริการสามารถใช้บริการได้ต่อเนื่องในจังหวัดได้

ส่วนในการพัฒนาระบบสาธารณสุขในภาพรวม ในระดับนี้ภาครัฐควรพิจารณาการออกแบบจัดทำระบบการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และจัดการคลังข้อมูลสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมระบบข้อมูลครบถ้วน ให้เสนอข้อมูลได้อย่างถูกต้อง รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงได้บนอุปกรณ์สื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพในการรับส่งข้อมูลในทุกแพลตฟอร์ม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของผู้ให้บริการในสังกัดให้สูงขึ้น

สำหรับการบริหารจัดการภายในกระทรวง ควรมีการกำหนดมาตรฐาน ความรู้ และทักษะด้านดิจิทัลให้แก่บุคลากรในองค์กร พร้อมทั้งพัฒนามาตรฐานการรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นด้วย

3) ระดับการพัฒนาที่ 3 : การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงานได้ทั้งหน่วยงานภายในและองค์กรภายนอก

ระดับที่สามเป็นขั้นของการพัฒนาระบบสาธารณสุขอิเล็กทรอนิกส์ที่ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขที่สำคัญ อาทิ ข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วย ข้อมูลอ้างอิงของผู้ป่วยที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขได้

โดยการจะดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลมาถึงในระดับนี้ สำหรับการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ จำเป็นจะต้องมีการบริการให้ข้อมูลสุขภาพออนไลน์ ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วและสามารถส่งต่อข้อมูลไปภายนอกได้ รวมถึงระบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบแจ้งเตือนโรค หรือระบบติดตามเฝ้าระวังภัยสุขภาพที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี GIS กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ การบ่มเพาะความรู้ขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนให้มีความครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น ผ่านช่องทางการสื่อสารดิจิทัล เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ใช้บริการสามารถใช้บริการรัฐบาลดิจิทัลด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

สำหรับการเพิ่มขีดความสามารถเชิงดิจิทัลในด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุข จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุข เช่น การเชื่อมโยงกับข้อมูลคมนาคม เป็นต้น เพื่อพัฒนาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่รวดเร็วในสถานการณ์ฉุกเฉิน และพัฒนามาตรฐานในการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล ที่ทำให้คอมพิวเตอร์สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ในระดับสากล ส่วนการบริหารจัดการภายในกระทรวง จำเป็นจะต้องจัดทำแผนการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงาน สำหรับหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐและหน่วยงานอื่น ๆ รวมถึงพัฒนาระบบและช่องทางการส่งข้อมูลของโรงพยาบาลและข้อมูลในทุกระดับไปยังหน่วยงานระดับจังหวัดและส่วนกลาง รวมทั้งหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวในการพัฒนาขีดความสามารถเชิงดิจิทัลภาครัฐด้านการสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินงานโครงการพัฒนาที่สำคัญ (Flagship Projects) ดังต่อไปนี้

(1) โครงการระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (National Health Information System: NHIS) สำหรับหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐ

โครงการดังกล่าวเป็นการจัดทำระบบจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลข่าวสารด้านเทคโนโลยีเชิงสุขภาพสำหรับหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงข้อมูลที่ทันสมัยในการให้บริการต่าง ๆ ตลอดจนการพัฒนาระบบการให้บริการของหน่วยงาน โดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบการดำเนินงานหลัก ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเวชภัณฑ์ ซึ่งคาดว่าจะสามารถดำเนินโครงการดังกล่าวแล้วเสร็จภายในปี 2562 โดยจะต้องดำเนินการเชื่อมโยงฐานข้อมูลกันภายในกระทรวงโดยสมบูรณ์ภายในปี 2560 จากนั้นจึงเริ่มใช้งานระบบและขยายผลการใช้งานไปสู่ระบบวิเคราะห์สถานะสุขภาพของประชาชน ให้แล้วเสร็จภายในปี 2562

(2) โครงการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ สำหรับหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐ

โครงการดังกล่าวเป็นการจัดทำระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐ ให้มีระบบ มีมาตรฐาน ที่สามารถตรวจสอบสถานะ และปริมาณของยาและเวชภัณฑ์ของแต่ละหน่วยงานให้สามารถเชื่อมโยงกับคลังข้อมูลกลาง ซึ่งจะช่วยให้การบริหารจัดการจัดซื้อจัดหาทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบการดำเนินงานหลัก ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข อาทิ แพทยสภา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สมาคมต่าง ๆ รวมไปถึงหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น โดยการดำเนินโครงการมีแผนกำหนดให้แล้วเสร็จภายในปี 2562 ซึ่งการดำเนินการในระยะแรก จะเป็นการเชื่อมโยงฐานข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพของรัฐที่คาดว่าจะแล้วเสร็จภายในครึ่งปีแรกของปี 2561 จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการจัดทำระบบเผยแพร่ข้อมูลแก่ผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในปี 2562

(3) โครงการนำร่องจัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพประชาชน (Personal Health Record) ระหว่างประชาชนและหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ

โครงการดังกล่าวเป็นการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพประชาชนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ประชาชนสามารถติดตามสถานะสุขภาพของตนเอง โดยริเริ่มกับสถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบการดำเนินงานหลัก ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการปกครอง และกรุงเทพมหานคร ซึ่งคาดว่าจะสามารถดำเนินโครงการดังกล่าวแล้วเสร็จภายในครึ่งปีแรกของปี 2561 โดยการพัฒนาโครงการนำร่องการจัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพประชาชนให้แล้วเสร็จตามแผน

(4) โครงการระบบบูรณาการเชื่อมโยงคลังข้อมูลการบริการสุขภาพตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพอย่างมีความปลอดภัย ในระดับกระทรวง

โครงการดังกล่าวเป็นการจัดทำมาตรฐานการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นต่อการพัฒนาให้ระบบคอมพิวเตอร์สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้อย่างอิสระ โดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบการดำเนินงานหลัก ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งคาดว่าจะสามารถดำเนินโครงการดังกล่าวแล้วเสร็จภายในปี 2564 โดยจะต้องเชื่อมโยงฐานข้อมูลกันภายในกระทรวงโดยสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จภายในปี 2560 จากนั้นจึงเริ่มใช้งานและพัฒนาฐานข้อมูล และการให้บริการอย่างต่อเนื่องตามแผน

(5) โครงการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงาน Health Information Exchange (HIE) สำหรับหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐ

โครงการดังกล่าวเป็นการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีลักษณะข้อมูลแตกต่างจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลในระบบสารสนเทศสุขภาพ ให้แต่ละหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพในสังกัดสามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบการดำเนินงานหลัก ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการด้านสาธารณสุขภายใต้สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ (มหาวิทยาลัยและ

โรงพยาบาลในสังกัด) รวมไปถึงสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งคาดว่าจะสามารถดำเนินโครงการดังกล่าวแล้วเสร็จภายในปี 2562 ซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพบางส่วนภายในกระทรวงสาธารณสุขตามแผน

(6) โครงการบ่มเพาะความรู้ขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนให้มีความครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น ผ่านช่องทางการสื่อสารดิจิทัลหลายช่องทาง

โครงการดังกล่าวเป็นการจัดทำเว็บไซต์ฐานความรู้ทางการแพทย์ และโมบายแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงความรู้ทางสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบการดำเนินงานหลัก ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) กรมวิทยาศาสตร์บริการ และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ รวมถึงสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งคาดว่าจะสามารถดำเนินโครงการดังกล่าวแล้วเสร็จภายในปี 2560 โดยประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่มีประโยชน์ และการจัดทำเว็บไซต์เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัล

3.11 นวัตกรรมสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

"นวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ" หมายถึง สิ่งสร้างสรรค์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดจากตัวผู้สูงอายุ หรือผู้อื่นผลิตคิดค้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างสูงสุด เต็มศักยภาพ ซึ่งนวัตกรรมมีหลากหลายรูปแบบ เช่น นวัตกรรมที่เป็นผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) คือ การพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ทั้งด้านเทคโนโลยีหรือวิธีการใช้ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่เดิมให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น หรือนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) คือ การประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น เป็นต้น

ตัวอย่างนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เครื่องช่วยพยุงตัวนั่งชักโครก สำหรับโอสถภัณฑ์

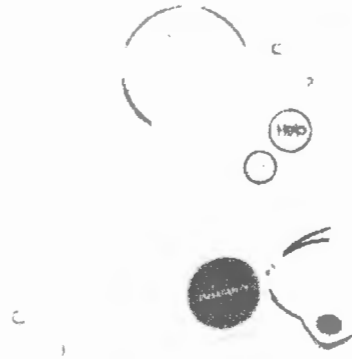


นวัตกรรมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ห้องน้ำ อุปกรณ์ช่วยพยุงสำหรับนั่งชักโครก ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อช่วยผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หรือผู้สูงอายุที่ลุกนั่งลำบาก ตัวอุปกรณ์จะนำไปติดตั้งกับชักโครกที่ใช้กันทั่วไปในห้องน้ำตามบ้านโดยไม่ต้องขุดเจาะ โดยเครื่องนี้จะช่วยดันสะโพกผู้ป่วยขึ้นลงทั้งก่อนและหลังใช้ชักโครก ทำให้ลดแรงในการลุกนั่งได้ ปรับองศาการเอียงของฝารองนั่งได้ รองรับน้ำหนักมากถึง 150 กิโลกรัม และยังสามารถลดงานของผู้ดูแลได้อีกด้วย

JOEY-Active Bed หรือ โจอี้ เตียงตื่นตัว

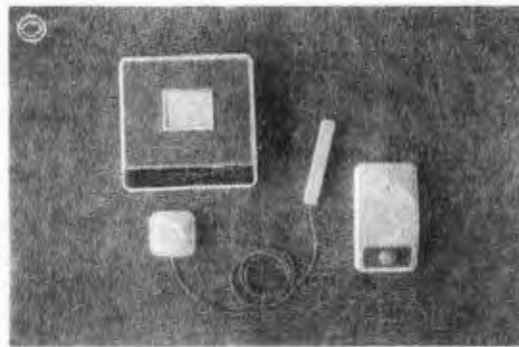


ระบบเซนเซอร์อัจฉริยะเพื่อการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน



เทคโนโลยีระบบเซนเซอร์อัจฉริยะเพื่อการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงต่อการล้ม เช่น ภายในห้องน้ำ ซึ่งระบบนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ใช้โทรศัพท์มือถือและไม่ต้องการพกพาอุปกรณ์ติดตัวใด ๆ อยู่ตลอดเวลา เมื่อผู้สูงอายุต้องการขอความช่วยเหลือ เช่น กรณีที่มีการลื่นล้ม ผู้สูงอายุสามารถกดปุ่มจากอุปกรณ์ที่ติดอยู่ในบริเวณบ้าน จากนั้นเครื่องจะส่งสัญญาณไปยังแอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือของลูกหลานที่บ้านทักไว้เพื่อขอความช่วยเหลือทันที

การใช้นวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

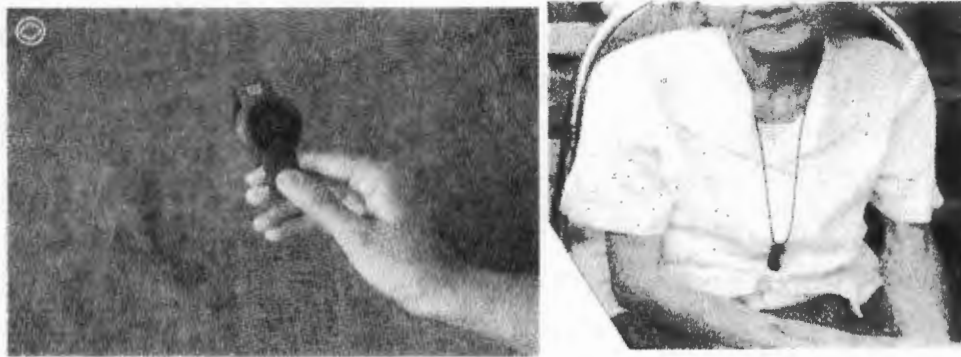


เมืองแสนสุข Smart City แห่งแรกของประเทศไทย ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับบริบทชุมชนเพื่อสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม จากการลงพื้นที่ของ นายณรงค์ชัย คุณปลื้ม นายกเทศมนตรี พบว่า ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมิแวนวโน้มต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้น เพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป บุตรหลานต้องออกไปทำมาหากิน ยิ่งผู้ป่วยติดเตียงหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตอาจเสียชีวิต เนื่องจากไม่มีใครดูแลหรือไม่ได้รับการรักษาทันทั่วถึง และอาจถูกละเลยด้วยสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว การดูแลเป็นเรื่องยุ่งยากและถูกปล่อยปละละเลย การแก้ไขปัญหาความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรระมัดระวัง จึงมีการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ "ริโมตคอนโทรล" โดยได้รับการพัฒนาจากคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่เห็นความสำคัญของปัญหาเช่นกัน ริโมตคอนโทรลเป็นอุปกรณ์ที่สร้างสรรค์ขึ้นมาเป็นพิเศษเฉพาะครัวเรือน นำมาช่วยในเรื่องความเป็นอยู่

ที่ปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการล้มในบ้านของผู้สูงอายุ โดยใช้สำหรับควบคุมการเปิด-ปิดไฟฟ้า และอุปกรณ์ไฟฟ้าในบ้านที่ซับซ้อน พร้อมทั้งมีปุ่มฉุกเฉินที่เชื่อมกับไซเรนหน้าบ้านสำหรับการแจ้งเตือน เหตุฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือกรณีที่ผู้สูงอายุหกล้มแล้วรีโมตอยู่ใกล้มือก็กดไซเรน เพื่อส่งสัญญาณแจ้งเตือน ทำให้เพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงสามารถเข้ามาดูแลและให้ความช่วยเหลือได้ทัน

อุปกรณ์อัจฉริยะที่ใช้ในแต่ละบ้าน ประกอบด้วย

- อุปกรณ์สายรัดข้อมือหรือสร้อยคอที่เป็นตัวส่งสัญญาณเตือน
- อุปกรณ์ตัวส่งสัญญาณเตือนที่ติดตั้งบนผนัง (อาจติดตั้งในห้องน้ำ ในกรณีที่ลื่นล้มสามารถดึงสายได้)
- กล้องควบคุมที่ทำหน้าที่รับและส่งสัญญาณพร้อมทำหน้าที่เป็นเซนเซอร์ตรวจจับแก๊สรั่วภายในบ้าน
- โปรแกรมเชื่อมต่อสัญญาณฉุกเฉิน สำหรับการติดตั้งบนโทรศัพท์มือถือของญาติ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ร่วมกันดูแลเหตุฉุกเฉิน



ระบบการทำงานของอุปกรณ์ คือ ผู้สูงอายุจะสวมใส่อุปกรณ์ ซึ่งอาจเป็นกำไลข้อมือหรือสร้อยคอที่ทำหน้าที่รับ - ส่งสัญญาณบลูทูธ สอดส่องการเคลื่อนไหว และแจ้งเตือนฉุกเฉินมายังผู้ดูแลระบบได้ ทั้งจากระบบตรวจจับกิจกรรมที่ผิดปกติ เช่น การลื่นหกล้ม หรือการกดปุ่มฉุกเฉิน เป็นต้น

หากมีเหตุฉุกเฉิน อุปกรณ์จะส่งสัญญาณไปยังกล่องควบคุมที่ติดตั้งในบ้าน และส่งสัญญาณไปยังเทศบาล ลูกหลาน หน่วยงานเฝ้าระวัง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเวลาเดียวกัน โดยหน้าจอคอมพิวเตอร์ของแต่ละหน่วยงานจะเห็นข้อมูลของเจ้าของเครื่องที่ส่งสัญญาณทันที ทั้งข้อมูลส่วนตัวที่อยู่ รวมถึงแผนที่นำทางไปยังที่อยู่ของเจ้าของอุปกรณ์

การส่งเสริมวัฒนธรรมเพื่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

สำหรับแนวทางการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จะเกี่ยวข้องกับรูปแบบกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

1) การทำงานควรพิจารณาหาวิธีช่วยให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการบาดเจ็บหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานน้อยที่สุด

2) การเคลื่อนไหวในเวลาว่าง ซึ่งแบ่งเป็นเรื่องการกีฬาหรือกิจกรรมนันทนาการควรมีการพิจารณาหารูปแบบที่มีความเหมาะสมในการเล่นกีฬาหรือกิจกรรมต่าง ๆ โดยควรมีการหารือ

เพื่อพิจารณาหาข้อสรุปในเรื่องดังกล่าวเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และควรมีการพิจารณาหาวิธีในการประเมินว่าจะใช้เครื่องมือใด แบบใด และผู้ใดเป็นผู้ประเมิน

3) การเดินทาง ควรมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการพิจารณากิจกรรมขณะเดินทาง จากบ้านไปอีกสถานที่หนึ่ง หรือจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง โดยวิธีการเดิน ขี่จักรยาน หรือการเดินทางโดยระบบขนส่งมวลชนสาธารณะ

4) การทำงานบ้าน ควรมีรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นลักษณะของกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่ทำในชีวิตประจำวัน หรือจากการว่างงานหลังจากการทำงานหรือกิจกรรม ได้แก่ งานบ้าน กวาดบ้าน เลี้ยงหลาน และการยกสิ่งของ เป็นต้น

การส่งเสริมนวัตกรรมหรือการจัดทำอุปกรณ์การออกกำลังกายต่าง ๆ ควรคำนึงถึงเรื่องการใช้งานที่สามารถนำไปใช้ได้ ทั้งการทดสอบและการฝึกร่างกาย เนื่องจากหากสามารถทำการทดสอบร่วมด้วยได้ ก็จะสามารถทำให้กำหนดโปรแกรมที่มีความละเอียดสำหรับกำหนดวิธีการออกกำลังกายได้มากขึ้น ทั้งนี้ การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งในแง่ของสุขภาพพื้นฐาน

การดำเนินการส่งเสริมนวัตกรรมการออกกำลังกายเป็นไปเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อทำให้มีสุขภาพแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ โดยเน้นเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกายเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สุขภาพ โดยควรดำเนินการดังนี้

1) ควรมีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการขับเคลื่อนและส่งเสริมนวัตกรรมการออกกำลังกายไปสู่เป้าหมาย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรบูรณาการทำงานร่วมกันเนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีศักยภาพในแต่ละด้าน ดังนั้น เมื่อร่วมมือกัน จะทำให้กลายเป็นกำลังในการขับเคลื่อนงานต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ โดยเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดพื้นที่ในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุให้ชัดเจน

2) ควรสร้างรูปแบบของกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความหลากหลายและแตกต่างกันตามกลุ่มที่มีการแบ่งประเภท ดังนั้น จึงควรพิจารณาเพื่อหาวิธีที่จะพัฒนานวัตกรรมในส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่และสามารถนำนวัตกรรมหรืออุปกรณ์ที่พัฒนาขึ้นนั้นไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงต่อไป

บทที่ 4

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

4.1 ปัญหาและอุปสรรคของการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่การบริการด้านสุขภาพยังคงมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ดังนี้

1. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและงบประมาณที่เพิ่มขึ้นภายใต้ความผันผวนของการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP growth) และวิกฤติเศรษฐกิจ

2. การแพร่ระบาดของ COVID-19 ตลอดช่วง 3 ปีที่ผ่านมา และบรรยากาศการเมืองที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3. ความเสี่ยงในการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์จากการโยกย้ายประชากร แรงงาน และเงินทุนระหว่างพื้นที่ส่วนกลางและชนบท และระหว่างประเทศ ทำให้มีแนวโน้มที่บุคลากรทางการแพทย์จะย้ายถิ่นไปยังประเทศปลายทางและพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้ประเทศขาดแคลนกำลังสำคัญในการให้บริการสาธารณสุข

4. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีความต้องการจำนวนบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น ประเทศไทยจึงมีความเสี่ยงต่อการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

5. การบริหารงานให้เกิดความสอดคล้องระหว่างนโยบายและการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพเพื่อให้การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรการเปลี่ยนแปลงและระบาดวิทยา ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ความต้องการรับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพของประชากร รวมทั้งผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6. ประเทศไทยยังคงมีความท้าทายในการให้บริการสุขภาพจากโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจะมาพร้อมกับโรคติดต่อที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะทางร่างกายที่ลดลง

7. ค่าใช้จ่ายทั้งสำหรับการดูแลและรักษากรณีเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่สูงกว่าวัยอื่น และงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเหล่านี้ รวมถึงความต้องการการดูแลในระยะยาว ทั้งนี้ แม้ประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่กลับพบว่า ยังคงปัญหาและอุปสรรคของการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐต้องดูแล : ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่อยู่ในความดูแลของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลฯ ซึ่งทั้งหมดมาจากงบประมาณของรัฐ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษายาบาลของผู้สูงอายุสูงกว่าวัยอื่น ๆ และมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลต่องบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GCP ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2565 (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน

สุขภาพไทย, 2558) ซึ่งค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมีปัจจัยมาจากอัตราค่าบริการและค่ายาที่เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ค่าใช้จ่ายก่อนการเสียชีวิต ตลอดจนอัตราการเพิ่มการใช้บริการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณของรัฐค่อนข้างมาก

ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุและต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล : ผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายค่ายาในสัดส่วนที่สูง กรณีของผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองต่ำ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาคิดเป็นประมาณร้อยละ 5 และมีค่าใช้จ่ายประเภทอื่น ๆ อีก เช่น ค่าบริการตรวจพิเศษ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ค่าจ้างทำกายภาพบำบัด ค่าใช้จ่ายด้านกายอุปกรณ์ ค่าจ้างผู้ดูแลบุคคล ที่ไม่ใช่สมาชิกในครัวเรือน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ เป็นต้น ทั้งนี้ จากสถิติผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุมีมากถึง 2 ใน 3 ที่ไม่มีเงินออม ส่วนที่มีเงินออมมากกว่า 1 ล้านบาทนั้น มีเพียงร้อยละ 5 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, 2564) และผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงรายได้จากคนอื่น (จากบุตร จากรัฐ และจากคู่สมรส) สูงถึงร้อยละ 55.8 และประมาณร้อยละ 34 ยังต้องทำงานหารรายได้เลี้ยงตัวเองต่อไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริบาลยังคงมีราคาสูงอยู่ประมาณ 15,000 – 52,500 บาท/เดือน ในขณะที่รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยที่อยู่ประมาณ 187,000 บาท/ปี หรือ 15,583.33 บาท/เดือน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลจากทางบ้าน ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลจากทางบ้าน แต่กลับพบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรลดลง และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส หรืออยู่ตามลำพังเพียงคนเดียวเพิ่มขึ้น ซึ่งต้นทุนค่าเสียโอกาสมีรายได้ของผู้สูงอายุที่ไม่สอดคล้องกับรายจ่ายด้านสุขภาพจึงเป็นปัญหาและความท้าทายที่สำคัญที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ

นอกจากนี้ พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุมีต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลสูง โดยจากผลการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีต้นทุนค่าเสียโอกาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.6 ดังนั้น ในอนาคตค่าต้นทุนค่าเสียโอกาสในอนาคตของประเทศไทยก็มีแนวโน้มสูงขึ้นจากการสนับสนุนการศึกษาภาคบังคับของไทยที่มีระดับสูงขึ้นนั่นเอง

8. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรังจากการรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.7 โรคไขมันโลหิตสูง ร้อยละ 40.2 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.2 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้ ในปีงบประมาณ 2553 ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 25 ที่สามารถเข้าถึงบริการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจร่างกายประจำปีไม่สามารถป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคได้

9. ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดเรื่อง จำนวนบุคลากรด้านการสาธารณสุขของประเทศไทยที่มียังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยที่ควรมี ดังนี้ แพทย์ มีจำนวน 15,403 คน (ควรมี 22,087 คน) ทันตแพทย์ มีจำนวน 4,599 คน (ควรมี 6,752 คน) เภสัชกร มีจำนวน 7,424 คน (ควรมี 9,486 คน) พยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 95,775 คน (ควรมี 126,989 คน) และนักกายภาพบำบัด มีจำนวน 2,091 คน

(ควรมี 5,105 คน) ซึ่งจัดว่าประเทศไทยยังคงขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ดังกล่าวในปริมาณมาก และรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น

10. ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหา ความท้าทายที่ภาครัฐต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันด้านรายได้และหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ความไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุยากจนได้อย่างแท้จริง และผู้สูงอายุในชนบทเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้น้อยกว่าผู้สูงอายุในเมือง นอกจากนี้ ยังพบว่า ประเทศไทยยังขาดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรมและชัดเจน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2552) และระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังขาดมาตรฐานในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยขาดการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูและระบบข้อมูลการติดตามประเมินผล อีกทั้งยังมีลักษณะบริการแบบแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องของระบบบริการ ซึ่งต้องการการพัฒนาคุณภาพของบริการเพิ่มขึ้น (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) อีกทั้งยังขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ (ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล, 2557) นอกจากนี้ วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ (2558) พบว่า ประเทศไทยยังขาดความชัดเจนในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (Home health care, HHC) หรือในชื่อของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care center, COC) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) และระบบการดูแลระยะยาว (LTC) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในหน่วยบริการยังคงมีเพียงภาคเอกชน สำหรับภาครัฐคงเป็นลักษณะการบริการบ้านพักอาศัย (residential home) เช่น บ้านบางแคสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังคงปล่อยให้ดำเนินไปตามศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ ยังไม่เห็นระบบที่ชัดเจน

11. ช่องว่างในการดำเนินงานของกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คือ ไม่มีแผนงานพัฒนาผู้สูงอายุเฉพาะด้านอย่างชัดเจน อาทิ การดูแลระยะยาวและการจัดการสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุ ไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและทั่วถึง และปัญหาการบริหารจัดการเรื่องเบี้ยยังชีพ ดังนั้น จึงมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพบุคลากร อาทิ การบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ทั้งชมรมผู้สูงอายุ อสม. และ รพ.สต.

12. ปัญหาในการดำเนินงานของสถานบริการทางสุขภาพทั้งโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ก็คือ บุคลากรไม่เพียงพอ และขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่ อาทิ อสม. เจ้าหน้าที่ อปท. และปัญหาระบบให้บริการสุขภาพ คือ ขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง และไม่ลงลึกหรือจำเพาะเจาะจงในการดูแลด้านจิตใจหรือภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไปด้วย ดังนั้น จึงมีความต้องการเพิ่มจำนวนบุคลากร และพัฒนาศักยภาพโดยอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ดูแล รวมทั้งประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ คือ ชมรมผู้สูงอายุ และ อสม. เพื่อให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างครอบคลุม และสม่ำเสมอ

13. จุดอ่อนของชมรมผู้สูงอายุ คือ บางแห่งไม่มีชมรมผู้สูงอายุ บางแห่งอยู่ระหว่างจัดตั้งใหม่หรือประสบปัญหาด้านต่าง ๆ ทั้งการจัดตั้งที่ซ้ำซ้อนระหว่าง รพ./รพ.สต. และ อปท. ไม่มีคณะกรรมการ ไม่มีกองทุน ขาดการประสานงาน/ประชาสัมพันธ์ ขาดการทำกิจกรรมที่หลากหลาย/ต่อเนื่อง

ขาดแกนนำผู้สูงอายุในการขับเคลื่อน และขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในเรื่องการจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ

14. กลุ่มจิตอาสา (อสม./อผส.) ยังเข้าไม่ถึงการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะไม่มีเวลาทำงาน เนื่องจากสวมหมวกหลายใบ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดปัจจัยสนับสนุนการทำงาน ดังนั้น จึงมีความต้องการได้รับการพัฒนาหรือเสริมศักยภาพการทำงานด้านต่าง ๆ อาทิ ค่าน้ำมันรด ของเยี่ยม และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้นานที่สุด

15. บางชุมชนไม่มีองค์กรศาสนาและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ กรณีที่มีก็ไม่มีบทบาทเด่นชัดเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากนัก ยกเว้นกิจกรรมศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และการศึกษาเด็กเยาวชน

16. ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ความเครียด ขาดเงิน/ขาดอุปกรณ์ในการดูแลของผู้ดูแล และขาดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชน ดังนั้น จึงมีความต้องการให้มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและลงมือทำกิจกรรม ต้องการให้ อปท. และ รพ.สต. ประสานความร่วมมือในการทำงาน ต้องการได้รับการดูแลทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ และจัดให้มีสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

17. ปัญหาด้านครอบครัว คือ ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพและมีปัญหาสภาพจิตใจ ผู้ดูแล/ครอบครัวหงุดหงิด เครียด เหนื่อย ท้อแท้ ไม่มีความรู้ในการดูแล ฐานะไม่ดี ขาดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ และไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องทำงานหรือประกอบอาชีพ

18. ปัญหาด้านบุคลากรบางสาขา คือ ขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลโดยตรง อาทิ นักกายภาพบำบัด หรือนักพัฒนาสังคม

19. ปัญหาด้านงบประมาณ คือ ขาดงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์หรือสิ่งของที่จำเป็นต่าง ๆ

โดยสรุป ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว 2) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 3) ความต้องการการดูแลที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ 4) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จึงได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายบูรณาการที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่างบ้านและศูนย์บริการ (Integrated Home-Service Center Model) บูรณาการบริการด้านกาย จิต ปัญญา และสังคมบนพื้นฐานของครอบครัว ชุมชน และผู้สูงอายุ ตลอดจนการบริหารจัดการที่ดีภายใต้ความสามารถของหน่วยงานและประชาชนในชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

4.2 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงกลไกของผู้ดูแลระบบสุขภาพ

ระบบการบริการด้านสุขภาพอนามัยมีความสำคัญ เนื่องด้วยสุขภาพอนามัยที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีความสุข ลดการพึ่งพิงและไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม การให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยต้องให้ครอบคลุมในทุกด้าน ทั้งด้านการให้บริการครบวงจร ภายใจ ปัญญา สังคมและสภาพแวดล้อม การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา บำบัด และฟื้นฟู การมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ส่งเสริมและบูรณาการ การให้บริการในทุกด้านทั้งครอบครัว ชุมชน สถาบันพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนกลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน

เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนที่ควรได้รับการพัฒนาและสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพพื้นฐานได้เอง

1.1) รัฐต้องส่งเสริมให้เกิดการสร้างครอบครัวอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความกตัญญูรู้บุญคุณ ตลอดจนการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านอย่างถูกต้อง

1.2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดย กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรร่วมกับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกท้องถิ่นตามความเหมาะสมและสนับสนุนให้การดำเนินงานมีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ควรสนับสนุนส่งเสริมให้จิตอาสา เครือข่ายชุมชน เครือข่ายอาสาสมัครกิจกรรมด้านผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีศักยภาพ และพร้อมที่จะช่วยสนับสนุน การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยการทำงานของกรมกิจการผู้สูงอายุ และการพัฒนา ผู้เข้ารับการอบรมเป็นวิทยากรเพื่อนำความรู้ไปเผยแพร่ให้แก่บุคคลอื่นในชุมชน เพื่อให้การทำงาน ด้านผู้สูงอายุประสบความสำเร็จและแบ่งเบาภาระของกรมกิจการผู้สูงอายุ

1.3) กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรมีระเบียบรองรับ การดำเนินงานของโครงการอาสาสมัครสนับสนุนด้านผู้สูงอายุ เช่น อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ เพื่อสามารถเบิกค่าตอบแทน ค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจและประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน

1.4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน ด้านงบประมาณ การดำเนินงานโครงการและกิจกรรมจิตอาสาต่าง ๆ ตลอดจนสนับสนุนอาสาสมัคร เยาววัยใส่ใจผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุ

2) การดูแลโดยภาครัฐ

2.1) เพิ่มสิทธิของผู้สูงอายุในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจ การคัดกรองโรคด้านสุขอนามัยช่องปากให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

2.2) ให้สถานพยาบาลภาครัฐมีแผนกที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบองค์รวม เป็นบริการที่ครบวงจรสะดวกมากขึ้น ทั้งด้านการรักษาพยาบาล และบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคด้วย

2.3) รัฐต้องส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานให้มีจำนวนมากขึ้นและพอเพียง กับความต้องการ เนื่องจากปัจจุบันเป็นอาชีพที่ขาดแคลนอย่างมาก

2.4) เพิ่มระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ครอบคลุมมากขึ้น และกำหนดมาตรฐาน กำกับบริการต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพทุกด้านของผู้สูงอายุ

2.5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานให้การสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในด้านอบรมความรู้ การให้คำแนะนำ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในระดับปฐมภูมิ

2.6) ให้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาสุขภาพผู้สูงวัยในชุมชนแบบเข้าไป-เย็นกลับ (Day care) โดยการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากรูปแบบของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) เป็นการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการดูแลในชุมชนร่วมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ช่วยลดปัญหาผู้สูงอายุป่วยติดเตียงที่ฝากให้อยู่ในความรับผิดชอบดูแลของโรงพยาบาล

2.7) กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมดำเนินการให้ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงได้รับการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันให้ครอบคลุมทุกตำบล

2.8) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2.9) กระทรวงสาธารณสุขต้องรณรงค์ส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้มีความรู้ ให้ความสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพทุกช่วงวัย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเกิดจากพฤติกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ

2.10) กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรพัฒนาให้มีหน่วยงานติดตามและควบคุมมาตรฐานวิชาชีพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ มูลนิธิ ตลอดจนที่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างถูกต้องและได้มาตรฐาน

2.11) รัฐต้องส่งเสริมองค์ความรู้และพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจิตอาสา ให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟู พัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ การเสริมสร้างศักยภาพ และการดูแลสุขภาพ

3) การดูแลโดยภาคเอกชน

รัฐควรส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟู การพัฒนาสุขภาพะ ด้วยมาตรการภาษี และสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อลดภาระงบประมาณภาครัฐ และส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนสังคมมีส่วนร่วม ดูแลผู้สูงอายุอย่างเข้มแข็ง มั่นคง และยั่งยืนในอนาคต

4) ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของ อปท. ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย

4.1) สนับสนุนให้ อปท. ได้มีหน่วยจัดการที่ชัดเจนรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างบูรณาการทั้งระบบ สามารถบูรณาการจัดการงบประมาณจากหน่วยงานส่วนกลาง และส่วนต่าง ๆ ให้มีความเป็นเอกภาพ และตอบสนองต่อการจัดระบบผู้สูงอายุในพื้นที่ได้มากขึ้น

4.2) สนับสนุนให้ อปท. มีบทบาทในการบูรณาการภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ในชุมชนทั้งหน่วยบริการสุขภาพ รพ.สต. เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนและแสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ทั้งวัด โรงเรียน และอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนการทำงาน และพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

4.3) ส่งเสริมและสนับสนุนด้านการพัฒนาและเสริมศักยภาพแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน โดย อปท. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ การดูแล ด้านร่างกายและจิตใจ การจัดสภาพแวดล้อม และการมีส่วนร่วมทางสังคมของครอบครัว/ชุมชน

5) ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของสถานบริการทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน คือ เน้นพัฒนาบริการเชิงรุกในชุมชน มีทีมบริการดูแลทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร ลงพื้นที่เยี่ยมเยียนที่บ้านหรือให้บริการในจุดศูนย์กลาง ของชุมชน โดยให้บริการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ อาทิ ตรวจความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลในเลือด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552 : 23) โดยเฉพาะอาจเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน และเข้าถึงยาก เป็นลำดับต้นก่อน

6) ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน คือ การจัดตั้งหรือรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเข้มแข็ง ส่งเสริมสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง และยกระดับหรือพัฒนาคุณภาพชมรมผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ตัวอย่างเช่น พัฒนาเป็นศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน (Day Care) เหมือนศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก ใช้สถานที่ในชุมชนและใกล้บ้าน

7) ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของกลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน คือ พัฒนาและเสริมศักยภาพแก่กลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยจัดอบรม ให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเรื่องต่าง ๆ อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพและการจัดการ/ดูแลโรคเรื้อรัง การออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการ เป็นต้น

8) ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทขององค์กรอื่น ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ พัฒนาบทบาทของวัด โรงเรียน และองค์กรอื่น ๆ ในการรองรับการทำงานด้านผู้สูงอายุ อาทิ ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงเรียนเชิญผู้สูงอายุไปสอนภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับเด็กนักเรียน พัฒนา และสร้างแรงจูงใจให้เด็กรุ่นใหม่ ๆ ได้เห็นคุณค่าและมีจิตสำนึกในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ

9) ข้อเสนอแนะที่มีต่อการพัฒนาบทบาทของครอบครัวและคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ พัฒนาและเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่ดี โดยจะต้องพึ่งพาตัวเอง/ดูแลตัวเอง และเก็บหอมรอมริบเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่ออนาคตข้างหน้า และสร้างความตระหนักแก่สถาบันครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน รวมทั้งแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมตลอดเวลา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552 : 23)

10) ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยภาพรวม คือ บูรณาการภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ในชุมชน ทั้ง อปท. สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน คนในชุมชน และองค์กรอื่น ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากร ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ อาทิ งบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ต่าง ๆ

4.2.2 ข้อเสนอแนะประเด็นเชิงระบบและประสิทธิภาพของระบบ

1) ควรมีการพัฒนาแผน และระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ติดตามภาพรวมทั้งในด้านความครอบคลุม และประเด็นการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับส่วนกลาง ที่ประกอบด้วย กรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข สปสช. ประกันสังคม โรงเรียนแพทย์ และสถาบันสุขภาพในสังกัดรัฐอื่น ๆ

2) เร่งดำเนินการให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ระบบการดูแลระยะกลาง ระบบการดูแลระยะยาว และระบบการดูแลระยะท้ายที่เหมาะสมที่มีประสิทธิภาพ สามารถรองรับกับผู้สูงอายุในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม โดยกำหนดให้มีหน่วยจัดการประสานระดับพื้นที่ (ซึ่งอาจเป็นหน่วยสาธารณสุขในระดับอำเภอ หรือจังหวัด) ที่ทำหน้าที่ดูแลระบบ และผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในภาพรวม เชื่อมประสานข้อมูล ติดตาม กำกับผลการดำเนินงาน เชื่อมการดำเนินการกับกลไกกรรมการต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

3) สนับสนุน ให้ อปท. เป็นหน่วยจัดการระบบดูแลสุขภาพในระดับตำบล เชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลกับชุมชน และครอบครัว เชื่อมโยงกับ รพ.สต.

4) สนับสนุนการศึกษาและออกแบบระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมเพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นจนเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดของประเทศไทย ซึ่งควรพัฒนาต่อยอดจากระบบเดิมที่ดำเนินการอยู่ และพร้อมที่จะยกระดับรองรับสังคมสูงอายุระดับสุดยอด

5) เสริมศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพในการจัดบริการที่ประยุกต์ใช้เครื่องมือดิจิทัล เทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างเหมาะสม เช่น Telemedicine หรือการสื่อสารด้วยระบบออนไลน์ต่าง ๆ ทั้งในด้านทักษะความรู้ในการใช้ระบบ และการจัดหาเครื่องมือที่สนับสนุนการดำเนินงานอย่างเหมาะสม มาเสริมต่อให้บริการเข้าถึง และครอบคลุมได้มากขึ้น

6) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเฉพาะประเด็นสำหรับผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพียงพอ เช่น ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระบบทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

7) ยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต. ให้สามารถรองรับ การดูแลผู้สูงอายุ พร้อมเร่งผลิต บุคลากรสาธารณสุข และสร้างความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

8) เน้นการบูรณาการเชื่อมโยง ส่งต่อจากชุมชนสู่การดูแลระยะกลางและระยะยาว โดยส่งเสริมให้เกิดการใช้เครือข่ายการบริหารคน เครื่องมือ ทรัพยากร และใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุทั้งทางไกลและทางไกล จัดให้มีการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและระบบ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และระบบการดูแลตามระยะที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญ กับการส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการดูแล

9) สนับสนุนการจัดระบบและสถานบริการดูแลผู้สูงอายุอย่างพอเพียงกับความต้องการ ของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังอย่างเหมาะสม โดยเน้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในที่พักอาศัย หรือชุมชนเดิม ได้ยาวนานที่สุด และเมื่อมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จึงจัดบริการให้ได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมในสถานบริการตามต้องการ

10) สนับสนุนการพัฒนากำหนดใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยเหลือในการดูแล ผู้สูงอายุต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ภายใต้ภาระค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดสรรงบประมาณสนับสนุนได้

11) ควรพิจารณาปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดำเนินงาน ต่อระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ การใช้งบประมาณของหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ในการจัดระบบบริการ สุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ และไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการจัดระบบ บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

4.2.3 ข้อเสนอแนะเชิงบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์

1) รัฐควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและ ยกระดับขึ้นเป็นแผนกรักษาผู้สูงอายุ ซึ่งในอนาคตจะมีผู้สูงอายุใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุจำนวนมาก และรัฐต้องมีการวางแผนในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์ เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการ อีกทั้งควรกำหนดให้มีแพทย์อายุรศาสตร์สาขาผู้สูงอายุหรือแพทย์ ที่มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประจำแผนกรักษาผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และสถาบันการศึกษา ต้องผลิตแพทย์ดังกล่าวให้มากขึ้นด้วย เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และบุคลากรสนับสนุน ทางทางการแพทย์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น เช่น พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางพยาบาลผู้สูงอายุ หรือเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักการสาธารณสุข โภชนากร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน สร้างแรงจูงใจการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นอาชีพที่มีความเป็นสถาบันทางวิชาชีพ มีมาตรฐานวิชาชีพ เช่น อาชีพการดูแลพิเศษ (Special Care) มีอัตราตำแหน่ง ค่าตอบแทนที่เหมาะสม มีความเจริญก้าวหน้าตามเส้นทางอาชีพ (Career Path)

3) ควรมีการศึกษาทบทวนสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพในการรองรับระบบสุขภาพผู้สูงอายุ และรองรับสังคมสูงอายุในอนาคต พร้อมทบทวน และวางแผนการพัฒนากำลังคนทั้งบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ และบุคลากรที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี และระยะยาวอย่างเหมาะสม

4) เร่งผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานระดับต่าง ๆ ให้มีจำนวนที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุและบริหารจัดการให้เกิดการกระจายจำนวน เพื่อครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ และความต้องการอย่างเหมาะสม เนื่องจากในปัจจุบันมีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานเพื่อรองรับระบบการดูแลระยะยาวที่ค่อนข้างเพียงพอ แต่ยังไม่กระจายลงไปตามพื้นที่ต่าง ๆ ตามความต้องการ เกิดปัญหาการกระจุกตัว

4.2.4 ข้อเสนอแนะประเด็นระบบการเงินและงบประมาณ

1) สนับสนุนการศึกษาภาระค่าใช้จ่ายของการดำเนินการระบบการดูแลระยะกลาง เพื่อนำไปประกอบการออกแบบระบบและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสามารถเบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพได้

2) ควรดำเนินการจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินการจัดระบบการดูแลระยะกลางให้สอดคล้องกับผลการศึกษา และความเหมาะสมสำหรับการดำเนินการระดับพื้นที่

3) ควรมีการพัฒนาระเบียบการจัดการด้านการเงินของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน (ประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการราชการ) ที่เอื้อให้สามารถจัดงบประมาณสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน และในชุมชน ไม่จำกัดเฉพาะบริการในโรงพยาบาล

4) ควรมีการพัฒนาทางเลือกของระบบงบประมาณที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นระยะกลาง และระยะยาวที่ประชาชนบางกลุ่มสามารถร่วมจ่ายได้ เช่น การจัดระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจสำหรับผู้สูงอายุ

5) ระบบการจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษาผู้สูงอายุจากกองทุนต่าง ๆ ในระบบประกันสุขภาพ ควรจะเป็นแนวทางเดียวกัน

6) สนับสนุนให้มีการประกันสุขภาพดี เพื่อเก็บเงินไว้ใช้ในวัยสูงอายุได้

4.2.5 ข้อเสนอแนะประเด็นด้านการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ

1) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมเพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ลดภาระการบริหารจัดการของภาครัฐที่มีข้อจำกัดทั้งในส่วน of บุคลากร และงบประมาณ เช่น การให้องค์กรภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มยากลำบาก หรือกลุ่มที่อยู่ตามลำพังในฐานะผู้ประสานงานกลางเพื่อระดมความช่วยเหลือในการจัดการดูแล การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการสนับสนุนงบประมาณ สิ่งของ อุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

2) สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมทางสังคมต่าง ๆ ที่จะมาช่วยหนุนเสริมการดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เช่น ระบบธนาคารเวลา ที่จะเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในระดับชุมชนสำหรับคนทุกวัย เป็นต้น

3) สนับสนุนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมในการสนับสนุนการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่าง ๆ

4.2.6 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการ

1) ควรผลักดันให้มีนโยบายของหน่วยงานในส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในการจัดการสนับสนุนพื้นที่ให้เป็นแผนที่ยืดหยุ่น กระจายอำนาจการจัดการที่ระดับพื้นที่ เอื้อต่อการบูรณาการในระดับพื้นที่ได้

2) ให้มีการพัฒนาการบูรณาการระบบข้อมูล เพื่อการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ได้แก่ ข้อมูลลงทะเบียนผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิ์ สวัสดิการประเภทต่าง ๆ ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลบริการสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถเชื่อมโยงกันได้ และนำไปใช้ในการวิเคราะห์วางแผนพัฒนาต่อได้ และมีการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลสนับสนุนให้ อปท. นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้สะดวก

3) ให้มีการพัฒนากฎระเบียบ อำนาจหน้าที่ของ อปท. ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างคล่องตัว ยืดหยุ่นได้มากขึ้น

4) ควรปรับปรุงระบบงบประมาณ การจัดการงบประมาณของหน่วยงานในส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีส่วนกระจายอำนาจบริหารจัดการไปที่ระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของ อปท. และเครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ เช่น การจัดการกองทุนผู้สูงอายุ กองทุนการสนับสนุนช่วยเหลือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

5) ควรพัฒนากำลังคน การสนับสนุนทางวิชาการ เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ และมีจำนวนได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น

5.1) พัฒนานักวิชาการที่บริหารจัดการในด้านผู้สูงอายุใน อปท. ให้มีข้อมูล มีความเข้าใจในการออกแบบ เชื่อมโยงบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้

5.2) การพัฒนานักบริหารผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ใช่กลุ่มที่เป็นวิชาชีพที่มีหลายรูปแบบมากขึ้น หรือมีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นเพิ่มเติมจากนักบริหารท้องถิ่นที่ร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ และมีภาวะพึ่งพิงสูง ซึ่งสภาองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรได้มีการสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตร และร่วมดำเนินการพัฒนานักบริหารได้มากขึ้น รวมทั้งปรับกฎระเบียบให้ อปท. สามารถสนับสนุนการฝึกอบรม และการจ้างนักบริหารในชุมชนได้

5.3) การสนับสนุนให้ อปท. สามารถสนับสนุนการผลิต หรือ การจ้างงานกลุ่มวิชาชีพ เพื่อการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ เช่น พยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด หรือการประสานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้มาร่วมดำเนินการได้เป็นบางเวลา

6) ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-term care) โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ร่วมกับ อปท. ในลักษณะที่มีความหลากหลายตามลักษณะปัญหา และทรัพยากรในพื้นที่ได้มากขึ้น เพิ่มเติมจากระบบที่ดำเนินการในปัจจุบัน

หน้าว่าง

บรรณานุกรม

หนังสือ บทความ วารสาร และเว็บไซต์

กรมการแพทย์. (2562, มกราคม). "รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง) Intermediate Care Model for Elderly People of Thailand". บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด.

คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2561).

เครือข่ายอำเภอเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. "เวทีเรียนรู้ เครือข่ายอำเภอเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ" ระหว่างวันที่ 20 - 21 มีนาคม 2557 ณ ห้องแกรนด์บอลรูม โรงแรมเซ็นจูรี่ปาร์ค กรุงเทพมหานคร.

ชาญชัย ลิ้มธงเจริญ. (2560, กันยายน - ตุลาคม). "แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน". ศรีนครินทร์เวชสาร, 32 (5).

ประเวศ วะสี, และเครือข่ายอำเภอเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. "เวทีเรียนรู้เครือข่ายอำเภอเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ" ระหว่างวันที่ 20 - 21 มีนาคม 2557 ณ ห้องแกรนด์บอลรูม โรงแรมเซ็นจูรี่ปาร์ค กรุงเทพมหานคร.

มสผส, กผส, และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). "สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย".

มสผส, สสส. "การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ" ของ สสส.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, และ สสส. (2565). "บทเรียนการสร้างเสริมสุขภาพ : ประเด็นผู้สูงอายุ".

วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2565, มกราคม). "รายงานฉบับประชาชน โครงการการทบทวนสังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุไทย".

ศรีณยา ยอดสุด. (2553). "ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ". สารนิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, และระพีพรรณ คำหอม. (2539). "แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคม โดยการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ". เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เรื่อง "การวิจัยทางสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาสังคม" 21 - 22 พฤศจิกายน 2539.

สพธ, และ สสส. "บทเรียนการสร้างเสริมสุขภาพประเด็นผู้สูงอายุ".

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัจย์, ขวัญใจ อำนางสัตย์ชื่อ, และอาทิตย์ยา เทียมไพรวัลย์. (2549). "รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน".

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักกรรมการ 3, และสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร” ของคณะกรรมการสาธารณสุข.

สำนักกรรมการ 3, และสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รายงานเรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย” ของคณะกรรมการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. "เอกสารนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ" ครั้งที่ 2/2565 วันที่ 1 มีนาคม 2565.

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. "การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน" เอกสารตีพิมพ์ เวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ 8, เมษายน 2555.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). "การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565". กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. "การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564".

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รายงานเรื่อง “บุคลากรในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ” ของคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สนช.

สำนักงานส่งเสริมวิชาการรัฐสภา สถาบันพระปกเกล้า. ร่างรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง "ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบบกิจการผู้สูงอายุรองรับสังคมสูงวัย".

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. "แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561".

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. "การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนด้วยนวัตกรรม 3 C : Care manager, Caregiver & Care Plan. 2562".

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, สพช, สปสช, และ สสส. (2558, มิถุนายน). "การจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการ".

สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (สรอ.), (ร่าง) แผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564.

ภาคผนวก

หน้าว่าง

ภาคผนวก ก

สรุปผลการจัดสัมมนา

เรื่อง

“ระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ...วิกฤต ภาวะ หรือโอกาส?”

หน้าว่าง

สรุปผลการจัดสัมมนา

เรื่อง “ระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ...วิกฤต ภาวะ หรือโอกาส?”

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดสัมมนา เรื่อง “ระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ...วิกฤต ภาวะ หรือโอกาส?” ในวันอังคารที่ 27 กันยายน 2565 ณ ห้อง Magic 3 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร โดยสรุปสาระสำคัญ ดังนี้

หัวข้ออภิปราย “ทิศทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า”

วิทยากร 1) นางสาวอาภา รัตนพิทักษ์ 2) นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา 3) นายอภิชาติ รอดสม 4) นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์ 5) นายภูษิต ประคองสาย 6) ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย 7) นายรังสรรค์ นันทกาวงค์	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รองเลขาธิการ สปสช. รองผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย รองคณบดี คนที่ 2 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นายกสมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย นายกเทศมนตรีเมืองบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
--	--

ผู้ดำเนินรายการ : 1) นางสาวสุพัตรา ศรีวิเศษชากร
 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม

ลำดับแรก นายภูษิต ประคองสาย เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น ดังนี้

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคที่เกิดจากความเสื่อมของสุขภาพ โดยโรคที่พบในผู้สูงอายุเพศชาย มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเสื่อม โรคปอดอุดตันเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนโรคที่พบในผู้สูงอายุเพศหญิง มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อมโรคต่อกระจาก โรคไตอักเสบและไตพิการ และโรคปอดอุดตันเรื้อรัง



มูลนิธิฯ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุในด้านการบริการทางด้านสังคมและสุขภาพ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีตามช่วงอายุวัยของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุในช่วงวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นวัยที่ยังสามารถทำงาน ทำกิจกรรมได้ บริการหรือความต้องการด้านสุขภาพจะมีลักษณะเป็นการสร้างสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การรอบรู้สุขภาพ จัดบริการสุขภาพและสังคมให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเริ่มมีเสื่อมถอย ต้องจัดบริการที่มีความเหมาะสม มีการตรวจคัดกรองโรค ประเมินสุขภาพ

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากโรค หรือทุพพลภาพ เป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) มีการทำกายภาพบำบัด ฟันฟู อาจมีการดูแลที่บ้าน/การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) หรือ OPD Care

4. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ต้องมีผู้บริบาล ผู้ดูแล การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ดังนั้น การจัดระบบบริการสุขภาพควรจัดให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่แตกต่างกัน ในอนาคตประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มากขึ้น ทำให้ความต้องการด้านสุขภาพมากขึ้นตาม เงื่อนไขสำคัญในระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของประเทศไทย ได้แก่

1. ไม่ทั่วถึง ระบบบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาค

2. เข้าไม่ถึง ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงด้วยเหตุมีแต่ไม่รู้ หรือมีแต่ไม่ทั่วถึง

3. ขาดความเชื่อมต่อ ขาดการบูรณาการ

4. ไม่ทันเวลา

การจัดการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society)

1. พัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัย ทั้งระบบสุขภาพ ระบบทางสังคม ระบบเศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะ

2. การเตรียมความพร้อมตัวบุคคล ตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ มีการออกกำลังกาย โภชนาการ ด้านเศรษฐกิจ มีการวางแผนการเงิน การออม และด้านสังคม ในเรื่องทัศนคติที่ดีด้านสุขภาพ มีการดูแลทันตกรรม สมองเสียม กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ด้านเศรษฐกิจ ให้มีอาชีพเสริม มีรายได้ ด้านสังคม มีกิจกรรมเรียนรู้ ความรุนแรง สิทธิ ทัศนคติ และจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม

1. การบริการด้านสุขภาพ

1) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงของผู้สูงวัย

2) ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงวัย

3) ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงวัยระดับท้องถิ่นอย่าง

เพียงพอและเหมาะสม

4) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่หลากหลาย

2. บริการด้านสังคม

1) การเตรียมบริการช่วยเหลือและส่งเสริมการดำรงชีวิตของผู้สูงวัย เช่น การคุ้มครองทางกฎหมาย การส่งเสริมรายได้และอาชีพ รวมทั้งการให้คำปรึกษา

2) ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงวัย

3) ส่งเสริมการปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงวัย

3. ด้านบูรณาการสร้างระบบขับเคลื่อน

1) การเตรียมบริการช่วยเหลือและส่งเสริมการดำรงชีวิตของผู้สูงวัย เช่น การคุ้มครองทางกฎหมาย การส่งเสริมรายได้และอาชีพ รวมทั้งการให้คำปรึกษา

2) ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงวัย

3) ส่งเสริมการปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงวัย

จากการศึกษาวิจัยของมูลนิธิ มีผลการศึกษา ดังนี้

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

คุณลักษณะของระบบการดูแลระยะกลางที่มีคุณภาพ คือ ทันทีที่ ผู้ป่วยที่ฟื้นอาการเจ็บป่วยวิกฤติได้รับการส่งตัวไปเข้าระบบการดูแลระยะกลางทันที เพียงพอ ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับตนเองไม่น้อยกว่า 15-20 ชั่วโมง ภายในระยะเวลา 2 เดือนแรกหลังมีอาการป่วย

ข้อเสนอการพัฒนา

1. การออกแบบการเชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการและลดโอกาสความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น

2. การจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

- รูปแบบที่ 1 รูปแบบการให้บริการแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล

- รูปแบบที่ 2 ระบบการให้บริการกายภาพบำบัดที่บ้าน

- รูปแบบที่ 3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาคลินิกกายภาพบำบัดในระดับ

ท้องถิ่น

3. การออกแบบระบบทางการเงินเพื่อรองรับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

4. การออกแบบและดูแลระบบข้อมูล ผู้ป่วยได้รับชั่วโมงกายภาพบำบัดที่ครบถ้วนตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบกับผลลัพธ์ที่ได้ควรมีค่าการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนในแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

5. การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นสิทธิของประชาชนคนไทยในการเข้าถึงบริการ ดังนั้น จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รู้จักบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในทุกรูปแบบ รวมถึงได้รู้ถึงช่องทางในการเข้าถึงบริการ

6. พัฒนาลิขสิทธิ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลอื่น ๆ ควรมีการพัฒนาบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับสิทธิรักษายาบาลประเภทอื่น ๆ ร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สามารถเข้าถึงบริการได้

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

แนวทางจัดการปัญหาจากโรคสมองเสื่อมแบบเชิงรุก

1. พัฒนาเครื่องมือตรวจวัดและระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรกเพื่อลดภาวะความเสี่ยง ผู้ป่วยได้ฟื้นฟู/ชะลอความเสื่อม และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2. สร้างความรู้ความเข้าใจโรคสมองเสื่อม

3. สร้างสังคมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

การดูแลระยะยาว (Long Term Care)

แนวโน้มที่ทำให้ระบบการดูแลระยะยาว ในปี 2560 มีผู้สูงวัยติดบ้าน จำนวน 2.3 แสนคน ผู้สูงวัยติดเตียง จำนวน 1.3 คน รวมผู้สูงวัยที่ต้องการการดูแล จำนวน 3.6 แสนคน คาดการณ์ว่า ในปี 2590 มีผู้สูงวัยติดบ้าน จำนวน 7.2 แสนคน ผู้สูงวัยติดเตียง จำนวน 4.3 แสนคน รวมผู้สูงวัยที่ต้องการการดูแล จำนวน 1.2 ล้านคน

ข้อเสนอการพัฒนา

1. สนับสนุนให้องค์กรปกครองท้องถิ่นร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยคนในชุมชน (Community-based long term care) ที่ให้ประชาชนในชุมชนช่วยดูแลกันเอง

2. ผลักดันให้เกิดหน่วยงานและผู้รับผิดชอบโครงการอาสาสมัครในท้องถิ่นที่ชัดเจน

3. สนับสนุนให้มี Care Manager สำหรับโครงการอาสาสมัครบริหารในระดับตำบลที่มีคุณภาพและเพียงพอ มอบหมายผู้ทำหน้าที่ Care Manager สำหรับ อสบ. หรือผลิต Care Manager ในสังกัดท้องถิ่นให้ครอบคลุมโดยร่วมมือกับสถาบันวิชาการในการจัดทำหลักสูตรและอบรม Care Manager

4. การแก้ไขกฎระเบียบเพื่อลดข้อจำกัด (Barrier) และเพิ่มแรงจูงใจ (Motivation)

การดูแลระยะท้ายของชีวิต (Palliative Care)

1. การเข้าถึงยา opioids

2. บุคลากรต้องได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมและต่อเนื่องในทักษะที่มีความจำเพาะและเป็นทักษะระดับสูง

3. เสริมพลังครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้การช่วยเหลือในการดูแลใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์

4. ฝึกลูกหลานแบบประคับประคองเข้าสู่การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ การตรวจคัดกรองในชุมชน การประเมิน และการวางแผนการดูแล รวมถึงการทำแผนดูแลล่วงหน้า

สิ่งที่สำคัญในปัจจุบัน คือ การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งระบบความช่วยเหลือของภาครัฐต่าง ๆ ปัจจุบันใช้ผ่านระบบดิจิทัล ผู้สูงอายุ จำนวน 4.29 ล้านคน หรือกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีการใช้งานอินเทอร์เน็ต 8 แสนคน ที่ค้นหาข้อมูลสุขภาพ ซึ่งในอนาคตจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรืออยู่ด้วยตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงมีข้อเสนอ “สูงวัยในถิ่นที่อยู่เดิม” (Ageing in place) และระบบบริการทางการแพทย์ทางไกล โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านเดิมของตนเองให้ได้มากที่สุดและนานที่สุด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีรายได้ที่สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด ต้องการให้มีการปรับปรุงที่อยู่ให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่ต้องการที่จะอยู่อาศัยในที่เดิมถึงร้อยละ 92 และพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์ทางไกล และระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีความหลากหลายตั้งแต่อายุ สภาพร่างกาย ดังนั้น การออกแบบสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรคำนึงถึงความหลากหลายของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มติดบ้านติดเตียง จนถึงการดูแลระยะสุดท้าย บางอย่างมีระบบเดิมที่ติดอยู่แล้วซึ่งอาจจะรองรับได้ แต่อาจต้องมีระบบหรือการออกแบบใหม่ ๆ มารองรับเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ทำอย่างไรให้สามารถเข้าถึง ทันเวลา ทั่วถึง และเชื่อมต่อ และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ และในเรื่องผู้สูงอายุมิใช่มีแต่มิติของการรักษา มีเรื่องการส่งเสริมป้องกัน การฟื้นฟู รวมถึงการมองถึงคุณภาพชีวิตที่อยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างมีความสุขในมิติต่าง ๆ ซึ่งมีใช่เป็นเพียงแค่อายุของผู้สูงอายุ และต้องเพิ่มคุณภาพชีวิตกับอายุที่ยืดยาวไปด้วย



นางสาวอาภา รัตนพิทักษ์ ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น ดังนี้

ปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคต คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรืออยู่กันเองของผู้สูงอายุ ดังนั้น ความท้าทาย คือ การอยู่ลำพัง และขาดผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุอยู่กันเองมากขึ้น

จากแนวโน้มและความท้าทายต่อการเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (ฉบับแรก)

ครอบคลุมระยะเวลาปี 2525-2544 ทำให้เกิดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 และคณะกรรมการขับเคลื่อนสุขภาพแห่งชาติ มาช่วยขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

ปี 2545-2565 มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุได้ดำเนินงานติดตาม ประเมินผลเป็นระยะในทุก 5 ปี มีการดำเนินงานของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามาร่วมดำเนินการให้บริการสังคมและสวัสดิการสังคมในรูปแบบต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุมากขึ้น อีกทั้งคณะรัฐมนตรีมีมติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2559 เช่น ส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ การส่งเสริมเรื่องที่อยู่อาศัย การเงินการออมของผู้สูงอายุ

ปี 2561 มีวาระขับเคลื่อนด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบสุขภาพที่ต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สวัสดิการสังคม การปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ

ปี 2564 มีการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “สังคมสูงวัย คนไทยอายุยืน” มีการดำเนินการในประเด็นขับเคลื่อน ดังนี้

1. การเสริมทักษะใหม่ อาชีพ ทางเลือก เพื่อสร้างรายได้ผู้สูงอายุในประเทศไทย
2. ระบบและกลไกการบูรณาการการจัดสวัสดิการสังคมและสุขภาพเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุไทยซึ่งไม่สามารถดำเนินการแยกส่วนได้

กรมกิจการผู้สูงอายุได้มีการดำเนินงานกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น

1. จัดทำโครงการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ มีการขับเคลื่อนเพื่อเตรียมการรองรับผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ มีการอบรมให้ความรู้ให้กับกลุ่มประชากรในวัยต่าง ๆ เพื่อเตรียมการทั้งในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพใจ การเงิน ด้านสังคม และการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ

2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในถิ่นเดิมอย่างมีความสุข (Aging in place) ซึ่งคำนึงถึงเรื่องสุขภาพใจของผู้สูงอายุให้อยู่อย่างมีความสุข ก็จะช่วยทำให้การดูแลในเรื่องต่าง ๆ ลดลง

3. โครงการซ่อมบ้านให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัย

4. ปรับชุมชนให้เป็นมิตรกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และปรับสภาพแวดล้อมสาธารณะ เช่น วัด ตลาด เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้อย่างปลอดภัย

5. ส่งเสริมการสร้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ประกาศมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุไว้ 3 มาตรฐาน คือ 1) มาตรฐานด้านสถานที่ 2) มาตรฐานหลักสูตรผู้ดูแลใน 3 หลักสูตร คือ หลักสูตร 18 ชั่วโมง เป็นหลักสูตรขั้นต้นในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ครอบครัวหรือตัวผู้สูงอายุเอง เพื่อดูแลคนในครอบครัว หรือคนในชุมชนในเบื้องต้นในลักษณะอาสาสมัคร หลักสูตร 70 ชั่วโมง ให้แก่ Caregiver โดยกรมอนามัย หลักสูตร 420 ชั่วโมง สำหรับผู้ประกอบอาชีพ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ 3) มาตรฐานผู้ดูแล นอกจากนี้ กรมกิจการผู้สูงอายุได้มีบริการรูปแบบใหม่ ๆ เช่น บริการรับ-ส่งผู้สูงอายุไปพบแพทย์

เป้าหมายของกรมกิจการผู้สูงอายุ คือ เตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานให้สามารถดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ มีโครงการต่าง ๆ ให้อยู่ในชุมชน ท้องถิ่น เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เป็นการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนรูปแบบหนึ่ง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การดำเนินงานในระยะต่อไปเมื่อสิ้นสุดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 จะมีแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ปี 2566 – 2580 ยังคงเน้นในเรื่องการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุ และได้มีการเพิ่มการส่งเสริม การพัฒนาความรู้และศักยภาพ การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงสื่อและนวัตกรรมมากขึ้น และมีการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีการเพิ่มเติมสิทธิในด้านการแพทย์ ทั้งในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้ผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูในท้องถิ่น กำหนดให้ท้องถิ่นมีภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่มากยิ่งขึ้น

นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์ รองผู้จัดการ
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น ดังนี้

วิกฤตปัญหาผู้สูงอายุจะเป็นภาระหรือโอกาส
ขึ้นอยู่กับ การแก้ปัญหาต่อวิกฤต หากแก้ปัญหาต่อ
วิกฤตได้ดีก็จะเป็นโอกาส แต่หากแก้ปัญหาวิกฤต
ไม่ดีก็จะเป็นภาระ การลดภาระระยะยาวอาจต้อง
ทำให้สังคมเห็นว่า การเตรียมความพร้อมรายบุคคล
ดีอาจจะเป็นโอกาส เช่น การมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็
สามารถทำงานได้ยาวนาน ผลผลิตของประเทศก็ดีขึ้น
หรือระบบบริการที่ออกแบบมาใช้ได้กับคนหลายกลุ่ม ก็จะกลายเป็นโอกาสได้



ทั้งนี้ ควรจัดทำ Mapping Customer Segmentation เป็นการออกแบบเพื่อลดภาระ หากพิจารณา
แก้ไขเป็นจุด ๆ ก็จะแก้ไขได้เพียงจุดนั้น จึงควรออกแบบเพื่อลดภาระให้มีลักษณะเหมือนรางรถไฟ
โดยมีการจัดทำ Mapping Customer Segmentation เพื่อจะได้เห็นความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม
และเวลาใดควรมีการเพิ่มหรือลดส่วนใด อย่างไร และจำนวนเท่าใด

สิ่งที่ต้องพิจารณาต่อไป คือ Service Delivery Model การกระจายอุปสงค์ให้ตรงตาม
อุปทานส่วนใด จำนวนเท่าไร หาก Service Delivery ดี ก็จะเป็นโอกาส หาก Service Delivery ไม่ดี
ก็จะเป็นภาระ ซึ่งประเทศไทยมีต้นแบบที่ดีจำนวนมากจากหลายหน่วยงานต่าง ๆ แต่จะกระจายให้
ครอบคลุมได้อย่างไร

ดังนั้น โจทย์ คือ 1. การเตรียมความพร้อมรายบุคคล และ 2. ระบบรองรับสังคมผู้สูงอายุ
ในรูปแบบต่าง ๆ หากมีความชัดเจนก็จะสามารถออกแบบวิธีแก้ไขได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ
แต่ละกลุ่มได้

การกระจาย Service Delivery Model สามารถกระจายได้ตามพื้นที่ หรือตามความหนาแน่น
ของประชากร ซึ่งหากระบบฐานข้อมูลการกระจายแบบเฉพาะเจาะจงน่าจะดีขึ้น การบริหารทรัพยากรก็ดีขึ้น

สสส. ได้มีการดำเนินงานบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและรองรับสังคมสูงวัย
ระดับพื้นที่ ทั้งนี้ หากใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง ก็จะมี 3 ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ ภาคประชาชน ภาครัฐ
และท้องถิ่น ได้แก่ การจัดการบริการด้านสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข ในระดับปฐมภูมิ การบริการ
ด้านสังคม โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งการจัดการแต่ละส่วน
ก็จะมีเครื่องมือ กลไกของตนเอง แต่การจัดการบางอย่าง เช่น การฟื้นฟู รัฐไม่สามารถจัดการ
ให้เพียงพอได้ แต่ผนวกกับภาคประชาชนในชุมชนมาช่วย ที่เรียกว่า Community Based Rehabilitation
(CBR) ก็จะได้บริการอีกรูปแบบหนึ่ง หรือภาคประชาชนผนวกกับท้องถิ่น ก็จะได้งานสันหนากการกิจกรรม
เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ หรือนำภาครัฐผนวก
กับท้องถิ่น จะได้ข้อมูล ได้ความต้องการของคนในพื้นที่ที่ภาครัฐจะสามารถจัดการบริการได้ตรงตาม
ความต้องการของประชาชน



ข้อเสนอในการสำคัญต่อการพัฒนาระบบสังคมสูงวัย และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ในประเด็นสุขภาพ

1. ข้อเสนอการจัดชุดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1) การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 2) การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และฝึกทักษะสมอง
- 3) การส่งเสริมป้องกันการหกล้ม

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง

1) ออกแบบการเชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีทีมสหวิชาชีพในการให้บริการเพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งผู้ให้บริการในระยะเฉียบพลัน ผู้ให้บริการในการดูแลระยะกลาง และตัวผู้รับบริการเอง รวมถึงญาติ

2) ออกแบบระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

รูปแบบที่ 1 รูปแบบการให้บริการแบบผู้ป่วยใน

รูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ผู้ป่วยรับบริการกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลในลักษณะ

ของผู้ป่วยนอก

รูปแบบที่ 3 พัฒนาระบบการให้บริการกายภาพบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย

รูปแบบที่ 4 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาคลินิกกายภาพบำบัด

ในระดับท้องถิ่น

3) จัดสรรบุคลากรวิชาชีพที่จะทำงานร่วมกับแพทย์ในการจัดบริการดูแลระยะกลางอย่างเหมาะสม รวมถึงจัดการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ

4) สปสช. กำหนดการเบิกจ่ายบริการระยะกลางที่เหมาะสมกับต้นทุน (ไม่ใช่ระบบ DRG

ปัจจุบันที่โรงพยาบาลขาดทุน เพราะการเข้าพักรักษาตัวของผู้ป่วยระยะกลางใช้เวลานานประมาณ 1 เดือน)

5) รพช. ที่มีศักยภาพพัฒนาเป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง และจัดปรับปรุง รพ.สต. ขนาดใหญ่ที่พร้อมให้บริการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วยในระดับตำบล จัดบริการระยะยาวในชุมชนในพื้นที่

ข้อเสนอต่อทิศทางระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า

1. ยกกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต. ให้สามารถรองรับการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมเร่งผลิตบุคลากรสาธารณสุข และสร้างความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการปฐมภูมิกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. เน้นการบูรณาการเชื่อมโยง ส่งต่อจากชุมชนสู่การดูแลระยะกลางและระยะยาว โดยส่งเสริมให้เกิดการใช้เครือข่ายการบริหารคน เครื่องมือ ทรัพยากร และใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ในการดูแล รักษาผู้สูงอายุทั้งทางใกล้และทางไกล จัดให้มีการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และระบบการดูแลตามระยะที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการดูแล



นายอภิชาติ รอดสม รองเลขาธิการ สปสช.

ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น ดังนี้

บทบาท สปสช. การจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 ปัจจุบันดูแลประชาชนที่อยู่ในระบบ จำนวน 1.6 แสนคน จากเป้าหมาย 300,000 คน

งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2565 จำนวน 198,891.79 ล้านบาท

มี อปท. เข้าร่วมโครงการ Long Term Care ทั้งหมด 7,850 แห่ง มีกองทุนตำบลทั้งหมด จำนวน 7,740 แห่ง กองทุน Long Term Care จำนวน 6,888 แห่ง งบประมาณ Long Term Care ประมาณ 1,000 ล้านบาท และสิทธิสวัสดิการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 3 ชิ้น/คน/วัน จากการประเมินถือว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ดี เพราะทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น ไม่ถดถอยไปกว่าเดิม ภายใต้กองทุนต่าง ๆ ของ สปสช. ร่วมกับท้องถิ่น ทำให้เห็นภาพว่า ท้องถิ่นมีความเป็นเจ้าของ สามารถบริหารจัดการ จัดบริการตอบสนองท้องถิ่นได้ดี นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอีกจำนวนมากที่ช่วยสนับสนุนได้ แต่จะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับอย่างทั่วถึง

ทั้งนี้ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรมีนักบริหารชุมชน โดยมีความร่วมมือกับท้องถิ่น ในการสร้างนักบริหารชุมชนประจำหมู่บ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในทุกชุมชนทั่วไป

ทิศทางระบบสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต คือ มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ โดยมีนโยบายที่ชัดเจน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการในพื้นที่ ส่งเสริมสนับสนุนสร้างความเข้มแข็งให้พื้นที่ดำเนินงาน เพื่อสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง คนในชุมชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

สปสช. มีงบประมาณและระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งการจัดการบริการในหน่วยบริการ การดูแลผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาทั้งใน Intermediate Care และ Long Term Care ขณะเดียวกันก็มีกองทุนต่าง ๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน และพยายามจัดบริการในเรื่อง Home Care/Community Care ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญ แต่ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ในชุมชนให้ทั่วถึง รวมถึงการพัฒนานักบริบาลในชุมชน

นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น ดังนี้

การดำเนินการด้านผู้สูงอายุ ได้มีการลงมือความร่วมมือ 7 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายสูงสุด คือ การเป็น Active Aging ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งผู้สูงอายุต้องเตรียมความพร้อม 3 ด้าน คือ การเงิน ที่อยู่อาศัย และสุขภาพ



กรอบการบูรณาการความร่วมมือ 7 กระทรวง
 การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต : กลุ่มผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2565-2569)



- ทิศทางระบบสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า ควรมี 4 เรื่อง คือ
1. ระบบประกันสุขภาพ ควรมีระบบประกัน Long Term Care หรือมีการร่วมจ่าย
 2. ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Preventive Long Term Care) เน้นระบบการส่งเสริม ป้องกันโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีให้นานที่สุด โดยเริ่มดูแลตั้งแต่วัยทำงาน
 3. ระบบบริการผู้สูงอายุแบบผสมผสาน โดยการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลควรจะเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น One Stop Service ไม่แยกเฉพาะทางมากเกินไป
 4. การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน (Community Based Integrated Care)

โดยทั้ง 4 ส่วนต้องดำเนินการเท่า ๆ กัน โดยมีครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน มีส่วนเข้ามาช่วยเหลือดูแล และภาครัฐ โดยทุกหน่วยงานบูรณาการอย่างจริงจัง

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ทำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายน้อยลง จากงานวิจัยพบว่า ปัจจัยความสำเร็จหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี คือ ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมผ่านชมรม/สมาคมผู้สูงอายุต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

การดำเนินงานของกรมอนามัยเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

1. แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เน้นกลุ่มก่อนผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยที่สุด รวมถึง Wellness Plan ในกลุ่มผู้สูงอายุด้วย เช่น อาหาร การนอน การดูแลช่องปาก สมอง ระบบการทรงตัว

2. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ งดเหล้า งดบุหรี่ ออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี นอนหลับเพียงพอ

3. Age-Friendly Communities โดยร่วมมือกับ 7 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุน ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบสาธารณสุขภาค การขนส่งคมนาคม ผู้สูงอายุมีงานทำ มีระบบส่งเสริมป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

4. ระบบฐานข้อมูล กระทรวงสาธารณสุขจะเชื่อมโยงข้อมูลกับทุกกระทรวง และภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้อง โดย Blue Book Application เป็นการบันทึกข้อมูลส่วนตัว เฝ้าระวังโดยตัวผู้สูงอายุ และญาติว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อย่างไร มีความเสื่อมในร่างกาย 9 ด้านหรือไม่ อย่างไร

โปรแกรม Long Term Care เริ่มดำเนินการมาได้ 3 ปี เพื่อรองรับระบบการเงิน การคลังของ สปสช. มีการลงทะเบียนของผู้สูงอายุที่ต้องการ Long Term Care ทั่วประเทศ จำนวน 4 แสนคน มีการทำ Care plan แล้วร้อยละ 90 มี Care Manager ลงทะเบียนในระบบ จำนวน 16,000 คน มี Caregiver ที่ผ่านการอบรมและอยู่ในระบบ จำนวน 90,000 คน เน้นดูแลในชุมชน



ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย รองคณบดี คนที่ 2 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และนายกสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น ดังนี้

ประชากรไทยที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2506 – 2526 ได้รับชื่อว่า “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” เนื่องจากในช่วงระยะเวลา 20 ปีดังกล่าว มีเด็กไทยเกิดมากกว่าปีละ 1 ล้านคนติดต่อกันเป็นเวลาถึง 20 ปี ปัจจุบันการเกิด

ไม่เกิน 600,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ซึ่งผู้ที่เกิดในปี 2506 จะกลายเป็นผู้สูงอายุในปีหน้า และในอีก 20 ปี จะมีผู้สูงอายุเต็มเข้ามาในระบบอย่างน้อยปีละ 1 ล้านคน

การดำเนินการที่สำคัญเพื่อผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ได้แก่

1. จัดระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (Align health systems to serve the needs of older people) ต้องพิจารณาว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไปอย่างไร โดยพิจารณา R-A-M-P-S

Reduced body reserve พลังสำรองร่างกายลดลงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสุขภาพของแต่ละคน เช่น งานวิจัยการวัดกล้ามเนื้อขา พบว่า กำลังกล้ามเนื้อขาจะลดลงเองตามธรรมชาติ

Atypical presentation อาการแสดงที่ไม่แน่นอน เป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะหกล้ม (Instability (Fall)) เดินหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ (Immobility) สติปัญญาเสื่อมถอย (Intellectual impairment) ปัสสาวะอุจจาระราด Incontinence เปื่ออาหาร (Inanition) เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย (iatrogenesis) ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

Multiple pathology มีหลายโรคในเวลาเดียวกัน ได้แก่

- โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและข้อ เช่น ข้อเสื่อม เก้า กระดูกพรุน
- โรคกลุ่มอายุกรรม เช่น ความดัน เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ ขาดสารอาหาร ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน โรคติดเชื้อ วัณโรคปอด
- โรคความเสื่อมของระบบประสาท

จากงานวิจัยความชุกของภาวะขาดวิตามินในผู้สูงอายุ 2,336 ราย จาก 4 ภาคของประเทศไทย พบว่า

- ขาด Betacarotene deficiency 83%
- ขาด Vitamin E deficiency 55.5 % (เปรียบเทียบต่างประเทศขาด 2.5%)
- ขาด Folate deficiency 38.8 % (เปรียบเทียบต่างประเทศขาด 3.3%)
- ขาด Vitamin B1 deficiency 30.1 % (เปรียบเทียบต่างประเทศขาด 3-15%)
- ขาด Vitamin C deficiency 9.9 % (เปรียบเทียบต่างประเทศขาด 25%)
- ขาด Vitamin A deficiency 6.1 % (เปรียบเทียบต่างประเทศขาด 0.3%)
- ขาด Vitamin B12 deficiency 0.6 % (เปรียบเทียบต่างประเทศขาด 20%)

Polypharmacy ได้รับยาหลายชนิด ผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพของประเทศจะแยกตามแผนก แพทย์จะให้ยาที่เกี่ยวข้องกับโรคที่รักษา โดยไม่มีส่วนกลางที่พิจารณาว่า ผู้ป่วยสูงอายุทานยาอะไรอยู่ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาได้ง่าย

Social adversity ปัญหาด้านสังคม

ประเด็นทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ที่มีการแยกกันอยู่มากขึ้น
- 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด
 - การกระทำทารุณกรรมทางกาย
 - การละเลยไม่ดูแลในด้านต่าง ๆ
- 3) เศรษฐฐานะ ผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และสวัสดิการ ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กองทุนผู้สูงอายุ
- 4) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ชุมชน ชุมรมผู้สูงอายุ

ข้อพึงระวัง คือ ผู้สูงอายุที่ยากจนและอยู่คนเดียว

การจัดระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (Align health systems to serve the needs of older people) ควรดำเนินการ ดังนี้

1) มีคลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric clinic) แบบ one stop service

2) การแพทย์ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ทางคลินิก ทั้งกายและจิต การฟื้นฟูบำบัด ด้านสังคม และการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงภาวะอ้วน มีสุขภาพจิต อารมณ์ดี ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ระวังอุบัติเหตุ หลีกเลี่ยงอบายมุข ตรวจสุขภาพประจำปี การปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ การใช้จ่ายอย่างถูกต้อง

การดูแลผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง มีผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ กายภาพบำบัด อาสาสมัคร (อสม.) นักกำหนดอาหาร กิจกรรมบำบัด

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care)

1) ความยั่งยืนของสามกองทุนด้านการรักษาพยาบาล โดย ดร. อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) ได้วิเคราะห์คาดการณ์ว่า อีก 30 ปีข้างหน้า 3 กองทุนด้านการรักษาพยาบาลจะไม่สามารถรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และคนทำงานส่งเงินสมทบเข้ากองทุนน้อยลง

2) หลายประเทศที่พัฒนาแล้วได้เริ่มโครงการประกันสุขภาพระยะยาว (Long Term Care Insurance) เช่น ประเทศญี่ปุ่น เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 หรือใช้หลักการร่วมจ่าย (Co-payment) และธนาคารเวลา (Time banking) เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศในทวีปยุโรป สิงคโปร์ และญี่ปุ่น เช่น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี แต่ยังมีสุขภาพแข็งแรงดี อาจใช้เวลาไปดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน แล้วลงทะเบียนเก็บสะสมเวลาไว้กับหน่วยงาน เมื่อถึงคราวตนเองก็ใช้เวลาที่สะสมไว้ เพื่อให้คนอื่นมาดูแลตนเองให้ครบเวลา

3. การมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly environment Healthy Aging) โดยการปรับอาคาร สถานที่ บริการ ป้ายบอกทาง จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ กระทรวงมหาดไทย ได้มีการออกกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564 เป็นการกำหนดให้อาคารต้องดำเนินการเพื่อเอื้อต่อผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา เช่น ขนาดของลิฟต์ ขนาดของบันได ลักษณะของห้องสุขา

4. การติดตาม ประเมินผล

ทั้งนี้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุจะได้รับสิทธิด้านสุขภาพ ในมาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ คือ “การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ เป็นกรณีพิเศษ”

นายรังสรรค์ นันทกาวงศ์ นายกเทศมนตรีเมืองบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น ดังนี้

การดำเนินงานของเทศบาลเมืองบึงยี่โถเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

- บริการเชิงรับ ได้แก่ คลินิกตรวจรักษาโรคทั่วไป คลินิกทันตกรรม คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกแพทย์แผนจีน คลินิกสุขภาพจีน

- บริการเชิงรุก ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพอนามัยโรงเรียน งานเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอด งานเยี่ยมบ้านกลุ่มวัยทำงาน/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ผู้พิการ งานลงพื้นที่คัดกรองโรค และงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน

2. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 3 ศูนย์ สำหรับผู้สูงอายุ Active Aging ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้านฟ้ารังสิต ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านสหพร ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้านปิยวารมย์ ซึ่งจากการถอดบทเรียน ทำให้ทราบว่า ผู้สูงอายุต้องการสถานที่ที่สามารถทำกิจกรรมได้ตลอดเวลา กำหนดตารางกิจกรรมตามความต้องการของผู้สูงอายุ

3. ศูนย์สันทนาการและฟื้นฟูผู้สูงอายุ (Day care)

4. งานบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Long Term Care)

5. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลบึงยี่โถ

ปัญหาที่พบ คือ งบประมาณที่จัดสรรมายังท้องถิ่น ไม่มีกฎระเบียบที่ชัดเจนในการใช้จ่าย งบประมาณว่า สามารถดำเนินการใดได้หรือไม่ อย่างไร ซึ่งท้องถิ่นมีความพร้อมที่จะดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

จากนั้น ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้ตั้งข้อสังเกต ข้อเสนอแนะ และร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น สรุปได้ ดังนี้

1. ในอดีตไม่มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งขณะนี้อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ ได้รับแต่เบี้ยผู้สูงอายุแต่ก็ต้องทำงาน มีอาชีพเสริมเพื่อให้มีรายได้ จึงควรมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้มีการเตรียมความพร้อมตนเองก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

2. ปัญหาเรื่องกฎระเบียบการใช้งบประมาณของหน่วยงานท้องถิ่นขาดความชัดเจน ทำให้หน่วยงานท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการให้แก่ผู้สูงอายุ ไม่สามารถจัดหาสถานที่ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

3. ผู้สูงอายุควรต้องรวมกลุ่มกันให้มีความเข้มแข็ง เพื่อจะได้จัดทำข้อเสนอยื่นต่อท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินกิจกรรม/โครงการได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ



4. การเสนอให้มีการร่วมจ่ายใน Long Term Care ควรต้องพิจารณาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากรัฐบาลยังใช้งบประมาณเกี่ยวกับ Long Term Care จำนวนน้อยมาก จึงไม่มีความจำเป็นที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย

5. หน่วยงานราชการควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แก่ประชาชนและผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ควรให้เกิดการตีความ และควรให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุไม่ใช่เป็นเพียง Health Education การถ่ายทอดนโยบายจากหน่วยงานต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติบางนโยบายไม่มีความชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน เกิดปัญหาในการตีความส่งผลให้ต้องทำงานหนักขึ้น

6. ควรมีการบูรณาการของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหน่วยงานหนึ่งเป็นศูนย์กลาง/ผู้นำในการบูรณาการ เพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ

7. การจัดกิจกรรม/โครงการ/บริการสำหรับผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่ผ่านมามีหน่วยงานต่าง ๆ มีการจัดกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ด้านผู้สูงอายุลงในพื้นที่ โดยไม่ได้พิจารณาถึงความต้องการของตนในพื้นที่ ดังนั้น จึงควรพิจารณาถึงความต้องการของคนในพื้นที่เพื่อผู้สูงอายุจะได้ทราบและเสนอความต้องการของตนเอง และควรมีช่องทางให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย

8. การเตรียมตัวของผู้สูงอายุ (Pre-Aging) มีความสำคัญ ควรมีความชัดเจน และมีการวางแผนระยะยาวให้ประชาชนเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

9. เทศบาลบึงยี่โถ มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจนประสบความสำเร็จ สามารถเป็นตัวอย่างให้แก่ท้องถิ่นอื่น ๆ ได้ จึงควรมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ แนวคิด การดำเนินงานไปยังท้องถิ่นอื่น

10. การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในช่วง Acute care และ Intermediate care เป็นสิ่งที่สำคัญมาก หากดูแลรักษาไม่ดี หรือให้รีบกลับบ้าน ผู้สูงอายุก็อาจจะเป็นผู้ป่วยติดเตียงต่อไปได้ ดังนั้น ในดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยช่วง Acute care และ Intermediate care ที่ดี อาจช่วยให้ผู้สูงอายุพื้นกลับมาได้

11. รูปแบบและระบบที่ดีในการรองรับผู้สูงอายุมีความสำคัญมาก จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

12. การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมสูงวัย ควรเริ่มตั้งแต่วัยเยาวชน และแต่ละวัยสนับสนุนซึ่งกันและกัน และควรมีเครื่องมือต่าง ๆ รองรับ เช่น ธนาคารเวลา เพื่อนำไปสู่การดูแลซึ่งกันและกันในระยะยาว

13. โมเดลชุมชนน่าอยู่ จุดสำคัญอยู่ที่ชุมชน สามารถตอบสนองผู้สูงอายุได้ แต่ควรเพิ่มกลไกและทรัพยากรที่เอื้อให้ชุมชนอยู่ได้อย่างยั่งยืน

14. ควรมีการคัดกรองโรคให้แก่ผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งมีนโยบายกำหนดอย่างชัดเจนว่า ผู้สูงอายุที่มี ADL ต่ำกว่า 5 ต้องได้รับการดูแล หลังจากนั้นท้องถิ่นหรือชุมชนก็รับไปดูแลต่อ ซึ่งอาจปรับให้เข้ากับบริบทแต่ละท้องถิ่น แต่ที่น่าห่วงใยคือ ผู้สูงอายุที่นอกเหนือจากกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ที่ควรมีนโยบายคัดกรองโรคที่น่าจะมีความเสี่ยง และเข้าสู่ระบบคล้ายกับ Long Term Care เพื่อไม่ให้เป็นผู้ป่วยติดเตียงต่อไป ทั้งนี้ อาจกำหนดเงื่อนไขให้ตรวจคัดกรองโรคก่อนจะได้รับสิทธิใดสิทธิหนึ่งจากรัฐบาลก็ได้

พลอากาศตรี นายแพทย์เฉลิมชัย เครื่องงาม ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา ได้อภิปรายแสดงความคิดเห็นดังนี้

การกำหนดชื่อสัมมนาเรื่อง “ระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ...วิกฤต ภาวะ หรือโอกาส?” ไม่ได้มองว่า ผู้สูงอายุเป็นวิกฤต หรือภาวะ แต่มองว่า จะเป็นโอกาสให้ผู้บริหาร/หน่วยงานหยิบยกขึ้นมาเป็นวาระแห่งชาติ และนำไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม ตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ แต่รัฐบาลก็มีข้อจำกัดในหลาย ๆ เรื่อง รวมถึงงบประมาณ และระยะเวลา ทั้งนี้ เรื่องผู้สูงอายุได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงของกระทรวงต่าง ๆ 7 กระทรวง ซึ่งได้มีความคืบหน้าในการดำเนินการ เช่น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการออกประกาศ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก็หวังว่า บันทึกข้อตกลงดังกล่าวจะเป็นหลักในการเป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคต ซึ่งในอนาคตปัญหาผู้สูงอายุอาจเป็นวิกฤต ดังนั้น จึงเป็นโอกาสที่จะวางรากฐานให้เป็นระบบในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการ และการสัมมนาครั้งนี้ สรุปสาระสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องการ เป็น 6 ร. คือ

1. รวดเร็ว ทันเวลา ทัวถึง กว้างขวาง
2. รองรับเทคโนโลยี ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพ เช่น Digital Health, Acute Care, Intermediate Care, Long Term Care, Palliative Care และ End of Life
3. รัฐจ่าย รัฐต้องวางแผนงาน วางนโยบาย งบประมาณ ให้เป็นวาระแห่งชาติ
4. รายการครอบคลุม ทั้งการดูแลรักษาที่บ้าน (Home Care) การดูแลที่ชุมชน (Community Care)
5. รู้รอบข้อมูล (Health literacy)
6. เราร่วม สภาสังคม/ชุมชน/ผู้สูงอายุต้องใช้ศักยภาพของตนเองในการกำหนดทิศทางของตนเอง

หน้าว่าง

ภาคผนวก ข

สรุปผลการเดินทางศึกษาดูงาน
ณ มูลนิธิทันตนวัตกรรม
ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร

สรุปผลการเดินทางศึกษาดูงาน

ณ มูลนิธิทันตนวัตกรรม

ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร

เมื่อวันอังคารที่ 20 กันยายน 2565 คณะกรรมการการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

นายวรวิทย์ กุลแก้ว กรรมการและเลขาธิการ มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้กล่าวต้อนรับ และกล่าวถึงประวัติการจัดตั้งมูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชบรมนาถบพิตร ได้มีพระราชดำริสถามทันตแพทย์ประจำพระองค์ ทำให้ทราบว่า ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เวลามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และฟันจะไม่มีทันตแพทย์คอยให้บริการรักษา เพราะทันตแพทย์จะมีเฉพาะโรงพยาบาลประจำจังหวัดเท่านั้น พระองค์ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานรถยนต์ทำฟันเคลื่อนที่พร้อมอุปกรณ์ เพื่อให้ทันตแพทย์อาสาสมัครสามารถออกให้บริการประชาชนในถิ่นทุรกันดาร ในนามของหน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ออกปฏิบัติงานให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ที่เป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2513 โดยระยะแรกการให้บริการส่วนใหญ่เป็นการถอนฟันและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจุบันหน่วยทันตกรรมพระราชทานฯ สามารถให้บริการตรวจฟัน วินิจฉัยด้วยภาพรังสี ถอนฟัน ผ่าตัดฟันคุด ชุดหินปูน อุดฟัน รักษาคลอง

รากฟัน ใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และให้ความรู้ด้านทันตสุขศึกษา

เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2552 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชบรมนาถบพิตร ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ โปรดกระหม่อมพระราชทานอนุญาตจัดตั้งมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินงานวิจัยพัฒนา



คิดค้นผลิตภัณฑ์นวัตกรรม เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ ตลอดจนงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรม สร้างโอกาสให้สาธารณสุขชนได้รับประโยชน์จากการวิจัยและพัฒนาทางทันตกรรมที่ผลิตขึ้นใช้ในประเทศ และนำไปสนับสนุนกิจกรรม การออกบริการประชาชนของหน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สอนองพระราชกระแสด้านทันตสาธารณสุข

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรที่สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบรมสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ร่วมกับภาคีเครือข่ายและสร้างโอกาสให้ประชาชนได้รับประโยชน์ จากการวิจัยและพัฒนาทางทันตกรรมที่ผลิตขึ้นในประเทศ

พันธกิจ :

1. เผยแพร่พระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร รัชกาลที่ 9 ที่มีต่อพสกนิกรด้านทันตสาธารณสุข
2. วิจัยและพัฒนาทางทันตกรรมเพื่อให้ได้นวัตกรรมที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานสากล เพื่อนำไปป้องกัน รักษา พื้นฟูโรคทางทันตกรรมแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
3. สนับสนุนการบริการด้านทันตสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้นวัตกรรมที่ผลิตขึ้นภายในประเทศ

4. การพัฒนาองค์กรเพื่อให้มีศักยภาพในการผลิตนวัตกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยแบ่งการดำเนินงาน เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล เพื่อนำไปให้บริการประชาชน
2. การศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ เพื่อสร้างนวัตกรรมใหม่ โดยร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานด้านทันตกรรมอย่างยั่งยืน สามารถพึ่งพาตนเองได้ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

การดำเนินงานด้านงานวิจัยพัฒนานวัตกรรม เช่น

1. โครงการออกแบบและพัฒนาระบบรากฟันเทียม
2. โครงการออกแบบและพัฒนาฐานเอียงรถเข็นผู้ป่วยทำฟัน
3. โครงการน้ำยาบ้วนปากฆ่าเชื้อจากหญ้าแฝก (Vetiver Mouthwash)
4. โครงการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์นวัตกรรมฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ
5. โครงการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์นวัตกรรมสารฉีกหุ้มร่องฟันชนิดเรซิน
6. โครงการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์นวัตกรรมน้ำลายเทียมชนิดเจล สำหรับผู้ที่มีภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย
7. โครงการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์นวัตกรรมอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก
8. โครงการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์การออกแบบและผลิตรากเทียมสำหรับอวัยวะเทียมบริเวณใบหน้า

การดำเนินงานตามแผนทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ มุ่งมั่นวิจัยและพัฒนานวัตกรรม เพื่อแก้ปัญหาโรคทางทันตกรรมในผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อนำมาสนับสนุนการบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565 ทั้งนี้ โรคทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ 7 โรค ได้แก่ 1) การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2) ฟันผุและรากฟันผุ 3) โรคปริทันต์ 4) แผล/มะเร็งช่องปาก 5) ภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อยในผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีมะเร็งช่องปาก 6) ฟันสึก และ 7) สภาวะช่องปากอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบ

เป้าหมายการดำเนินงานแผนทันตสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี สามารถรับประทานอาหาร หุด และเข้าสังคมได้ ช่วยส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป รวมทั้งมีความพึงพอใจในสภาพช่องปากตนเอง และให้มีนวัตกรรมที่นำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ใน 7 ประเด็น นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุแล้ว ปัจจุบันมูลนิธิฯ ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างภายในองค์กรให้มีความเหมาะสมขึ้น เพื่อรองรับภารกิจในการขับเคลื่อนการนำผลงานที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาเป็นนวัตกรรมผลิตภัณฑ์และบริการไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาให้กับประชาชนในทุกระดับต่อไป โดยกลุ่มนวัตกรรมและบริการที่มูลนิธิฯ ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มนวัตกรรมอาหารทางการแพทย์และเวชภัณฑ์
ดำเนินการโดยศูนย์พัฒนาอาหารทางการแพทย์และเวชภัณฑ์เฉลิมพระเกียรติ รัชกาลที่ 9

"เจลลี่โภชนา"

- 1) นวัตกรรมอาหารเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและผู้มีปัญหาการบดเคี้ยว
- 2) นวัตกรรมอาหารต้านมะเร็งช่องปาก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก
- 3) นวัตกรรมอาหารผสมสารพีอีไอทีซี (PEITC) กับการกำจัดพิษของสารก่อมะเร็ง

ในคนสูบบุหรี่

4) นวัตกรรมน้ำลายเทียมชนิดเจล "วันชุ่มปาก" สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อยหลังฉายรังสีรักษา และผู้สูงอายุ

- 5) นวัตกรรมอาหารวัตถุประสงค์พิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคไต
- 6) นวัตกรรมอาหารวัตถุประสงค์พิเศษสำหรับเด็ก
- 7) ผลิตภัณฑ์น้ำยาบ้วนปากฆ่าเชื้อในช่องปากจากหญ้าแฝก

2. กลุ่มนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์

ดำเนินการโดยศูนย์พัฒนารากฟันเทียมไทยเฉลิมพระเกียรติรัชกาลที่ 9

- 1) สารเคลือบหลุมร่องฟันเรซิน ชนิดแข็งตัวด้วยแสง
- 2) สารฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ
- 3) รากฟันเทียม
- 4) รากเทียมสำหรับยึดอวัยวะเทียมบนใบหน้า
- 5) แผ่นตามกระดูกและสกรูสำหรับยึดตรึงกระดูกแตกหักบริเวณศีรษะและใบหน้า

สำหรับมนุษย์

- 6) ระบบ Digital dentistry เพื่อสนับสนุนการป้องกันและรักษา
- 7) กระดูกเทียม

3. กลุ่มนวัตกรรมบริการทางการแพทย์

ดำเนินการโดยศูนย์พัฒนาระบบบริการและคลินิกทันตกรรม

- 1) การวิจัยทางคลินิก และให้บริการทันตกรรมทั่วไป
- 2) การฝึกอบรม ถ่ายทอดเทคโนโลยีทางทันตกรรมแก่ทันตบุคลากรที่เกี่ยวข้อง



หน้าว่าง

ภาคผนวก ค

กรอบหลักการจัดทำ
ร่างพระราชบัญญัติการประกอบอาชีพนักบริบาล

กรอบหลักการจัดทำร่างพระราชบัญญัติการประกอบอาชีพนักรบบริบาล

1. สภาพปัญหา

ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 กำหนดนิยาม “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” หมายความว่า สถานที่ที่ตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจการ (1) กิจการสปา (2) กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม (3) กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งต่อมาได้มีการออกกฎกระทรวง จำนวน 3 ฉบับ เพื่อกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจการที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 รวมทั้งกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการ รวมทั้งกำหนดค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1) กฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563

2) กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563

3) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563

โดยที่ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 กำหนดให้ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ แต่ตามพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมิได้กำหนดรายละเอียดในการกำกับ ควบคุม รวมทั้งจรรยาบรรณของผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นการเฉพาะ ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุม กำกับ และส่งเสริมจรรยาบรรณของผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จึงควรมีกฎหมายกำหนดเรื่องดังกล่าวไว้เป็นการเฉพาะ

2. องค์ประกอบของร่างพระราชบัญญัติ

1) นิยาม

“การบริบาล” หมายความว่า การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการผู้สูงอายุ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในที่พำนักของผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข หรือตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

“นักรบบริบาล” หมายความว่า ผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับบัตรประจำตัวการประกอบอาชีพนักรบบริบาล

2) หมวด 1 คณะกรรมการการประกอบอาชีพนักรบบริบาล

คณะกรรมการประกอบด้วย

(1) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นประธานกรรมการ

(2) กรรมการซึ่งเป็นผู้แทนจากหน่วยงานราชการ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น

(3) กรรมการซึ่งเป็นผู้แทนสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล สภากายภาพบำบัด เป็นต้น

(4) กรรมการซึ่งเป็นผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการกำหนดอาหาร สาขากิจกรรมบำบัด สาขาจิตวิทยาคลินิก สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย เป็นต้น

(5) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 1. ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 2. ด้านกฎหมาย 3. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

(6) อำนาจหน้าที่คณะกรรมการ

คณะกรรมการการประกอบอาชีพนักบริหาร ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายระดับประเทศ และประสานความร่วมมือกับส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการควบคุม กำกับ และส่งเสริมผู้ประกอบการอาชีพนักบริหาร

3) หมวด 2 การควบคุม กำกับ และส่งเสริมผู้ประกอบการอาชีพนักบริหาร

(1) กำหนดให้ผู้ประกอบการอาชีพนักบริหารต้องขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย เพื่อควบคุม กำกับ และส่งเสริมการให้บริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยกำหนดคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ จรรยาบรรณ และมาตรฐานการให้บริการของผู้ที่จะขอขึ้นทะเบียน ให้สอดคล้องกับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

(2) กำหนดให้ผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นนักบริหาร หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย ต้องออกบัตรประจำตัวนักบริหาร โดยในการให้บริการของนักบริหารทุกครั้งต้องแสดงบัตรประจำตัว แก่ผู้รับบริการ

(3) กำหนดมาตรการการพักใช้ การเพิกถอน และกระบวนการในการสอบสวนกรณีนักบริหาร กระทำการฝ่าฝืนจรรยาบรรณ

(4) ความเชื่อมโยงในการประกอบอาชีพของนักบริหารตามกฎหมายฉบับนี้และผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดข้อจำกัดและเงื่อนไข ในการให้บริการ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกันในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

4) หมวด 3 พนักงานเจ้าหน้าที่

ในการปฏิบัติหน้าที่ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจดังต่อไปนี้

(1) เข้าไปในสถานที่ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการดำเนินการอันเป็นการฝ่าฝืนต่อพระราชบัญญัตินี้

(2) ยึด หรืออายัดเอกสาร หลักฐาน หรือสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด ตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อประโยชน์ในการสืบสวนข้อเท็จจริงหรือการดำเนินคดี

5) หมวด 4 การอุทธรณ์

(1) กรณีไม่รับขึ้นทะเบียน

(2) กรณีการพักใช้

(3) กรณีการเพิกถอน

(4) วิธีการพิจารณาอุทธรณ์ อุทธรณ์ต่อปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง โดยคำวินิจฉัยของปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ถือเป็นที่สุด

(5) หลักเกณฑ์ และวิธีการยื่นอุทธรณ์ และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ให้เป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการ

6) หมวด 5 บทกำหนดโทษ

(1) กำหนดโทษสำหรับบุคคลที่ให้บริการบริบาลโดยไม่ได้ขึ้นทะเบียนและรับบัตรประจำตัวการประกอบอาชีพนักบริบาล

(2) กำหนดโทษสำหรับบุคคลซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียน แต่แสดงตนให้ผู้อื่นเข้าใจว่าเป็นนักบริบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับบัตรประจำตัวการประกอบอาชีพนักบริบาล

(3) กำหนดโทษสำหรับผู้ประกอบอาชีพนักบริบาลที่ไม่แสดงบัตรประจำตัวนักบริบาลแก่ผู้รับบริการ

7) บทเฉพาะกาล

ให้ผู้ซึ่งจบหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ดำเนินการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนและรับบัตรประจำตัวนักบริบาลภายใน ... วัน โดยในระหว่างนี้ให้สามารถให้บริการผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้

รายงานผลการพิจารณาศึกษา
เรื่อง “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย”
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

คณะผู้รับผิดชอบ

ในการจัดทำรายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นายเอกชัย บุตสีนนท์

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นางสุภาพร วิเชียรเพชร

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน

นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์

นิติกรชำนาญการ

นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก

นิติกรชำนาญการ

นางกนิษฐา กาวีหนู

นิติกรชำนาญการ

นางสาวอภิตา บัวทอง

วิทยากรชำนาญการ

นายศุภกร จันทร์ศรีสุริยะวงษ์

วิทยากรปฏิบัติการ

นางกนกพร สาดประดับ

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวผกามาศ มีแป้น

พนักงานสนับสนุนการประชุม

นางสาววรรณวิสา ไทยสกุล

พนักงานสนับสนุนการประชุม

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐**