

LONG-TERM CARE

FOR DEPENDENT ELDERLY IN THE NATIONAL HEALTH SECURITY SYSTEM



การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



อภิธานศัพท์

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน **BARTHEL ADL INDEX**

ใช้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ แบบประเมินฯ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้ผลการประเมินต่ำกว่าหรือเท่ากับ 11 ถือเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ที่มีภาวะติดบ้าน (home-bound elder) ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถเคลื่อนไหวได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือบางอย่าง และ 2) กลุ่มติดเตียง (bed-bound elder) เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ จึงต้องได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือทำกิจวัตรประจำวัน

โปรแกรม LTC

คือ เครื่องมือสำหรับดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด เริ่มตั้งแต่การตรวจสอบสิทธิ การนำเข้าสู่ข้อมูลของผู้ที่ได้รับพิจารณาให้การดูแลระยะยาว รวบรวมข้อมูลบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สิทธิประโยชน์ตามกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 รูปแบบ การเบิกจ่ายชดเชย จนกระทั่งผลการให้การดูแล นอกจากนี้ โปรแกรม LTC ยังช่วยในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้วย

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ **CARE MANAGER (CM)**

เป็นผู้มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ และมีหน้าที่ควบคุมดูแลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่จะต้องผ่านการอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ CAREGIVER (CG)

คือ บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ อย่างน้อย 70 ชั่วโมง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่มีหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและจัดการที่อยู่อาศัยให้เรียบร้อย

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) สำหรับดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง

สมาชิกในครอบครัวที่อายุเทียบเท่าหรือมากกว่า 15 ปี ที่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น จำนวน 18 ชั่วโมง เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียงในครอบครัว พร้อมถ่ายทอดความรู้ให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละชุมชนและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

ดำเนินการโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน การเฝ้าระวังและเตือนภัย และการสนับสนุนการจัดบริการและสวัสดิการสังคม โดยช่วยเหลือและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้ครบถ้วนทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ กายสุขภาพจิต ปัญญาและความทรงจำ เศรษฐกิจ สังคม และที่อยู่อาศัยและสภาวะแวดล้อม

TABLE OF CONTENTS

06	บทนำ
08	หลักการ แผนยุทธศาสตร์ และหน่วยงานที่รับผิดชอบ การจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
08	หลักการการดูแลระยะยาวฯ
10	แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวฯ
14	หน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์หลัก
17	ขั้นตอนการดำเนินงานการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
21	ผู้มีสิทธิรับการดูแลระยะยาวฯ
22	สิทธิประโยชน์
24	บุคลากรในระบบดูแลระยะยาวฯ

26	การจัดสรรค่าบริการสาธารณสุข
27	โปรแกรม LTC
28	การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
29	ปัญหาอุปสรรคและแผนการดำเนินงานในอนาคต
31	บทสรุป
32	ภาคผนวก
35	เอกสารอ้างอิง

1

บทนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยนำมาซึ่งความท้าทายใหม่ในการให้บริการสาธารณสุข ในปี 2561 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 18 ของประชากรทั้งประเทศ (≈ 11 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเมื่อ 50 ปี ก่อน ถึง 7 เท่าตัว และคาดการณ์ว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30¹ จำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นทำให้แบบแผนทางระบาดวิทยาเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเป็นการเปลี่ยนผ่านจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ชี้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 พิกการร้อยละ 6 และเป็นผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุประมาณ 1 หมั่น 3 พันคน² อย่างไรก็ตาม ศักยภาพของครัวเรือนไทยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลับลดถอยลง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากขนาดครัวเรือนที่เล็กลง โดยในปี 2523 ขนาดครัวเรือนเฉลี่ยของไทยอยู่ที่ประมาณ 5 คน และลดต่ำลงเหลือ 3 คน ในปี 2559 และผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 9 ในปี 2557³ ประกอบกับผู้หญิงซึ่งเดิมมีบทบาทหลักในการดูแลความเป็นอยู่ภายในครอบครัว ได้ออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น

การจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพและสังคมที่ผ่านมายังดำเนินการแบบแยกส่วน ไม่มีเอกภาพในการขับเคลื่อนและผลักดันระบบ การดำเนินงานอยู่ในภาวะตั้งรับและเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว และขาดกลไกสนับสนุนด้านการคลังที่มีประสิทธิผล นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลยังอิงกับการจัดบริการรักษาพยาบาลแบบเฉียบพลัน (acute care) เป็นหลัก ขาดการปรับตัวเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลแบบเรื้อรัง ตลอดจนขาดระบบบริการผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันหรือการดูแลระยะกลาง (intermediate care) และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care: LTC)^{4, 5}

ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาวขึ้นมารองรับ อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาระรายจ่ายทางสุขภาพ (ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน) สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของครัวเรือนได้⁶ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ด้วยกลุ่มคนเหล่านี้ประสบกับความยากลำบากแม้กระทั่งการหาเงินสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จึงต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินให้เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครัวเรือน จนทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁶ และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ถูกทอดทิ้งได้ในที่สุด นอกจากนี้ หากไม่สร้างระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ รัฐจะต้องแบกรับภาระด้านงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นจำนวนมากมหาศาล

ประเทศไทย
มีสัดส่วนผู้ที่มีอายุ
มากกว่า 60 ปี
ถึงร้อยละ 18
ของประชากรทั้งประเทศ

2

หลักการ แผนยุทธศาสตร์ และหน่วยงานที่รับผิดชอบ การจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1

หลักการการดูแลระยะยาวฯ

ภาวะถดถอยด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้พิการ และมีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องประสบกับความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันยังได้รับผลกระทบในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงต้องการมากกว่าเพียงบริการทางการแพทย์ แต่เป็นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะกับการดูแลหรือช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการช่วยเหลือด้านการดูแลให้แก่สมาชิกในครอบครัว⁵

มากกว่าเพียงบริการ
ทางการแพทย์
แต่เป็นการปรับปรุง
สภาพแวดล้อม
ที่พักอาศัยให้เหมาะ
กับการดูแลหรือช่วย
อำนวยความสะดวกใน
การดำเนินชีวิต
อย่างอิสระ

สถานบริบาลผู้สูงอายุเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับครอบครัวในการแบ่งเบาภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว แต่ส่วนใหญ่เป็นสถานบริบาลภาคเอกชนซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงมาก โดยค่าใช้จ่ายประจำ ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าดูแลทั่วไป อยู่ที่ประมาณ 15,000 -26,000 บาท/เดือน และค่าบริการเพิ่มเติม เช่น ค่ากิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกิจกรรมบำบัด อยู่ที่ประมาณ 1,000 -4,000 บาท/เดือน⁷ จึงทำให้กลุ่มที่มีรายได้ไม่มากนักเข้าไม่ถึงสถานบริบาล

จากข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้สูงอายุต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลที่มีราคาสูง ทำให้การดูแลระยะยาวในชุมชนได้รับความสำคัญมากขึ้น ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีความพยายามขับเคลื่อนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุผ่านหลายช่องทาง ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ การขับเคลื่อนผ่านสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ และการขับเคลื่อนโดยกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเน้นการจัดการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นหลัก พร้อมส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน⁵ ด้วยสังคมไทยมีจุดแข็งที่เอื้อต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหลายประการ ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัวและค่านิยมเรื่องความกตัญญูทวดเวที ซึ่งช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตน ส่วนผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ยึดต้นตัวในการจัดการดูแลตนเองและการรวมกลุ่มต่างๆ นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีต้นทุนทางสังคมสูง ซึ่งช่วยให้การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนประสบความสำเร็จได้เช่นการดำเนินงานแบบจิตอาสา กองทุนการออมในชุมชน เป็นต้น และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการบูรณาการโครงการต่างๆ จากส่วนกลางลงสู่ท้องถิ่น⁵

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้
สามารถดำรงชีวิต
ได้อย่างมีศักดิ์ศรี
ในครอบครัวและชุมชน
โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ
และบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2

แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ระบบดูแลระยะยาวฯ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำ “แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561” โดยเป้าประสงค์ของแผนฯ คือ สนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดหลักในการพัฒนา คือ เน้นการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้ป่วยที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียง) ในชุมชนเป็นหลัก และมีสถานพยาบาลเป็นฝ่ายสนับสนุนทางวิชาการและบริการ โดยแนวคิดนี้เป็นการพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งทรัพยากรบุคคลที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานด้านนี้ได้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) เป็นต้น การรวมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุซึ่งมีในทุกพื้นที่ และระดับองค์กรภาครัฐได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ ในชุมชน โดยมียกย่องทุนสุขภาพตำบลซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง สปสช. และอปท. มาแล้วกว่าหนึ่งทศวรรษ เป็นกลไกในการสนับสนุน^๑



**STRATEGIC PLAN FOR IMPLEMENTING
A SYSTEM OF LTC FOR THE ELDERLY**

แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวฯ

แผนยุทธศาสตร์ฯ
ประกอบด้วย
ยุทธศาสตร์หลัก
6 ด้าน ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1

คัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ทราบถึงสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม รวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในทุกชุมชน ดังนั้นจึงต้องพัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุ พร้อมจัดทำเกณฑ์และมาตรฐานการจำแนก ผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว จากนั้นพัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรองให้แก่ อสม. และ อพส. เพื่อทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุ โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เมื่อดำเนินการสำรวจเสร็จสิ้นก็จะได้ฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวและการจัดสวัสดิการและบริการต่างๆ⁵

ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาการจัดการบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล เพื่อให้มีระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชน ครอบคลุมทั่วทั้งพื้นที่และมีโครงสร้างพื้นฐานสำหรับสนับสนุนการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระบบและโครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวประกอบด้วย 1) การกำหนดมาตรฐานบริการและระบบสนับสนุนการบริการทั้งที่เป็นหน่วยจัดบริการ เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (day care) สถานดูแลผู้ป่วยแบบชั่วคราว (respite care) และสถานพักฟื้นในชุมชน (community nursing home) เป็นต้น การพัฒนาฐานข้อมูลบุคลากร เช่น ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ และผู้จัดการบริการระยะยาว เป็นต้น ตลอดจนมาตรฐานบริการทั้งในระดับชุมชน สถานบริบาลผู้สูงอายุ และมาตรฐานระบบส่งต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานบริบาล 2) มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน /ชุมชน และการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ)⁵

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาระบบการเงินการคลังและชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยใช้การบูรณาการงบประมาณการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ⁵

ยุทธศาสตร์ที่ 4

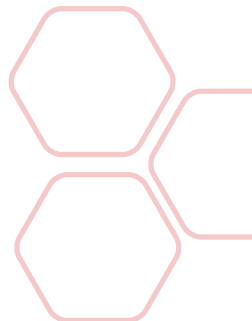
พัฒนากำลังคน เพื่อให้มีบุคลากรสำหรับดูแลผู้สูงอายุอย่างพอเพียงและผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และเอกชนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ พร้อมทั้งพัฒนาหลักสูตรและการอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Care Manager) และผู้ให้การดูแลระยะยาว (Caregiver) ตลอดจนสนับสนุนการผลิต การจ้าง และการสร้างแรงจูงใจแก่กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวทั้งในชุมชนและสถานพยาบาล⁵

ยุทธศาสตร์ที่ 5

จัดการความรู้และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนาและติดตามกำกับระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในด้านการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดบริการในชุมชนและการบริหารจัดการกองทุนระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจ่ายค่าบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการและเพิ่มคุณภาพบริการ ตลอดจนศึกษาและพัฒนาาระบบการประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการดูแลระยะยาว⁵

ยุทธศาสตร์ที่ 6

พัฒนามาตรฐาน ระเบียบ และการบริหารจัดการ เพื่อเอื้อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยแก้ไขระเบียบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในชุมชน กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล การจัดการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ และปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามบทบาทและทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลระยะยาว เช่น มาตรฐานและการกำกับสถานบริบาลเอกชน มาตรฐานและการกำกับการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน⁵



2.3

หน่วยงานที่รับผิดชอบ ในแต่ละยุทธศาสตร์หลัก

ในแผนยุทธศาสตร์ฯ ระบุให้หน่วยงาน
ภาครัฐหลายหน่วยงานรับผิดชอบ
ในแต่ละยุทธศาสตร์หลัก ประกอบด้วย

- 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
กระทรวงมหาดไทย
- 2) กระทรวงสาธารณสุข
- 3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- 4) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 5) กระทรวงศึกษาธิการ
- 6) สภาวิชาชีพด้านสาธารณสุข และ
- 7) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

นอกจากนี้ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนิน
งานศึกษาวิจัยและรวบรวมความรู้เกี่ยว
กับผู้สูงอายุ และหน่วยงานภาคเอกชน
ยังได้ร่วมดำเนินการอีกด้วย⁵

หน่วยงานดังกล่าวรับผิดชอบหน้าที่ตามยุทธศาสตร์หลักทั้ง
6 ข้อ ตามอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน อาทิ สปสช.
ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และ อปท. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมทั้งร่วม
กันออกแบบระบบการเงินการคลังและรูปแบบการจ่ายค่า
บริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน ส่วนการพัฒนา
มาตรฐานหน่วยจัดบริการ บุคลากร และการจัดบริการดูแล
ระยะยาวในชุมชน เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ อปท.
นอกจากนี้ การสำรวจเพื่อประเมินผู้สูงอายุและจัดทำฐานข้อมูล
เป็นหน้าที่ของ อปท. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.) เพราะเป็นหน่วยงานที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนใน
ท้องถิ่น⁵ รายละเอียดของหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละ
ยุทธศาสตร์แสดงไว้ในภาคผนวก ตารางที่ ผ. 1

นอกจากภารกิจด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแล้ว หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ยังช่วยดูแลผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ อีกด้วย เนื่องจาก พ.ร.บ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ได้ระบุไว้ว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนด้านสังคม อาชีพ เบี้ยยังชีพรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มตามความจำเป็น และการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่หรือบริการสาธารณะอื่นๆ เป็นต้น โดยใช้งบประมาณของหน่วยงานนั้นๆ ในการบริหารจัดการ⁹ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ภารกิจของหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ โดยสังเขป⁹⁻¹¹

หน่วยงานรับผิดชอบ	ภารกิจที่สำคัญ
กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	<ul style="list-style-type: none"> ปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ จัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราวในเวลากลางวันที่สถานสงเคราะห์คนชรา
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย	<ul style="list-style-type: none"> จัดเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุแบบขั้นบันได
กระทรวงแรงงาน	<ul style="list-style-type: none"> หลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ	<ul style="list-style-type: none"> จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ภาคเอกชน	<ul style="list-style-type: none"> สถานบริบาลภาคเอกชน
ภาคประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ ชมรมผู้สูงอายุ

กรอบที่ 1:

การดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น บทเรียนสำคัญสำหรับประเทศไทย

ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก ในปี ค.ศ. 2016 ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนประชากรอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ถึงเกือบร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ และยังมีอัตราเพิ่มของประชากรกลุ่มดังกล่าวเป็นสองเท่าโดยใช้เวลาเพียง 24 ปี เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเยอรมนีที่ใช้เวลา 40 ปี และฝรั่งเศส 115 ปี¹²

ในปี ค.ศ. 1961 ประเทศญี่ปุ่นได้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในปี ค.ศ. 1973 ได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนทุกคนแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย จนกระทั่งหลังปี ค.ศ. 1983 ได้เริ่มมีนโยบายการร่วมจ่ายโดยประชาชน อย่างไรก็ตาม ขนาดครอบครัวของชาวญี่ปุ่นมีแนวโน้มลดลง จึงทำให้ครอบครัวขาดศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุต้องนอนโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวมักทิ้งผู้สูงอายุไว้ที่โรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งปรากฏการณ์นี้ถูกเรียกว่า “social admission” ดังนั้นจึงทำให้ค่าใช้จ่ายสำหรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ในที่สุดประเทศญี่ปุ่นจึงได้เริ่มระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance: LTCI) ขึ้น เพื่อช่วยลดภาระรายจ่ายของครอบครัวและบูรณาการบริการทางการแพทย์และสวัสดิการสังคมเข้าไว้ด้วยกัน ผู้ที่มีสิทธิได้รับการดูแลระยะยาวแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-64 ปี แต่ประสบกับโรคที่สัมพันธ์กับอายุ 1 ใน 16 โรค^{12, 13}

การดำเนินงานมีทั้งการให้บริการในสถานบริบาล บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน¹⁰ แต่ไม่มีการสนับสนุนในรูปแบบการจ่ายชดเชยหรือการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเลย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในสถานการณ์ที่ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวในสถานบริบาลกำลังพุ่งสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม รัฐบาลญี่ปุ่นได้มีแผนสร้างระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ซึ่งเป็นการบูรณาการบริการทางการแพทย์ การพยาบาล การป้องกัน และการสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน ด้วยระบบเช่นนี้จะช่วยให้ ผู้สูงอายุใช้เวลาในช่วงท้ายของชีวิตในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย รวมถึงทำให้กองทุนการดูแลระยะยาว (LTCI) มีความยั่งยืนมากขึ้นด้วย¹²

ประสบการณ์ของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศญี่ปุ่นถือเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับประเทศไทย นอกจากนี้ องค์การในญี่ปุ่นไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลญี่ปุ่น และ Japan International Cooperation Agency (JICA) ยังได้เข้ามาช่วยเหลือประเทศไทยพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการทางการแพทย์และสวัสดิการสังคม ด้วยโครงการ CTOP, LTOP และ S-TOP ตลอดจนช่วยพัฒนาหลักสูตร care manager สำหรับประเทศไทยอีกด้วย

3

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แรกเริ่ม สปสช. ให้สิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง และเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ทั้งนี้ได้มีข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปให้เพิ่มการดูแลระยะยาว ครอบคลุมสิทธิอื่นๆ ด้วย¹⁴ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2563 สปสช. จึงได้ขยายสิทธิ การดูแลระยะยาวไปยังประชาชนทุกวัยที่มีภาวะติดบ้าน/ติดเตียง และขยายไปยัง ผู้สูงอายุทุกสิทธิการรักษา (รวมสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกัน สังคม)¹⁵ ทั้งนี้ สิทธิประโยชน์อาจแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด ในที่นี้จึงจะกล่าว ถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น

การให้บริการดูแลระยะยาวฯ เกี่ยวข้องกับ 3 หน่วยงาน ได้แก่ 1) อปท. 2) หน่วย จัดบริการ ได้แก่ รพ.สต., ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข, และ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ จัดตั้งโดย อปท. และ 3) สปสช. ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ของแผนยุทธศาสตร์ฯ ในด้านการสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการฟื้นฟูเฉพาะและสนับสนุนการดูแลในชุมชน โดยมีโปรแกรม LTC เป็นเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน^{5, 16}

ก่อนดำเนินการ อปท. มีหน้าที่ประสานความร่วมมือกับหน่วยจัดบริการ เพื่อจัด ตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองท้องถิ่น 2) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ 4) สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ 5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐ ในพื้นที่ 6) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Care Manager: CM) 7) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Caregiver: CG) และปลัดองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่น¹⁶

เมื่อจัดตั้งคณะอนุกรรมการ

ดังกล่าวแล้วจึงเข้าสู่กระบวนการดำเนินงาน

โดยมีขั้นตอนดังนี้

1

หน่วยจัดบริการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาวะติดบ้าน/ติดเตียง) ด้วยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม LTC

2

อปท. ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยจัดบริการได้ทำการสำรวจและประเมิน จากนั้นยืนยันตัวตนบุคคลลงในโปรแกรม LTC

3

หน่วยจัดบริการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan: CP) แล้วเสนอต่อ อปท. โดยมีคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำหน้าที่อนุมัติ จากนั้นจัดทำข้อตกลงการจัดบริการระหว่างกัน

4

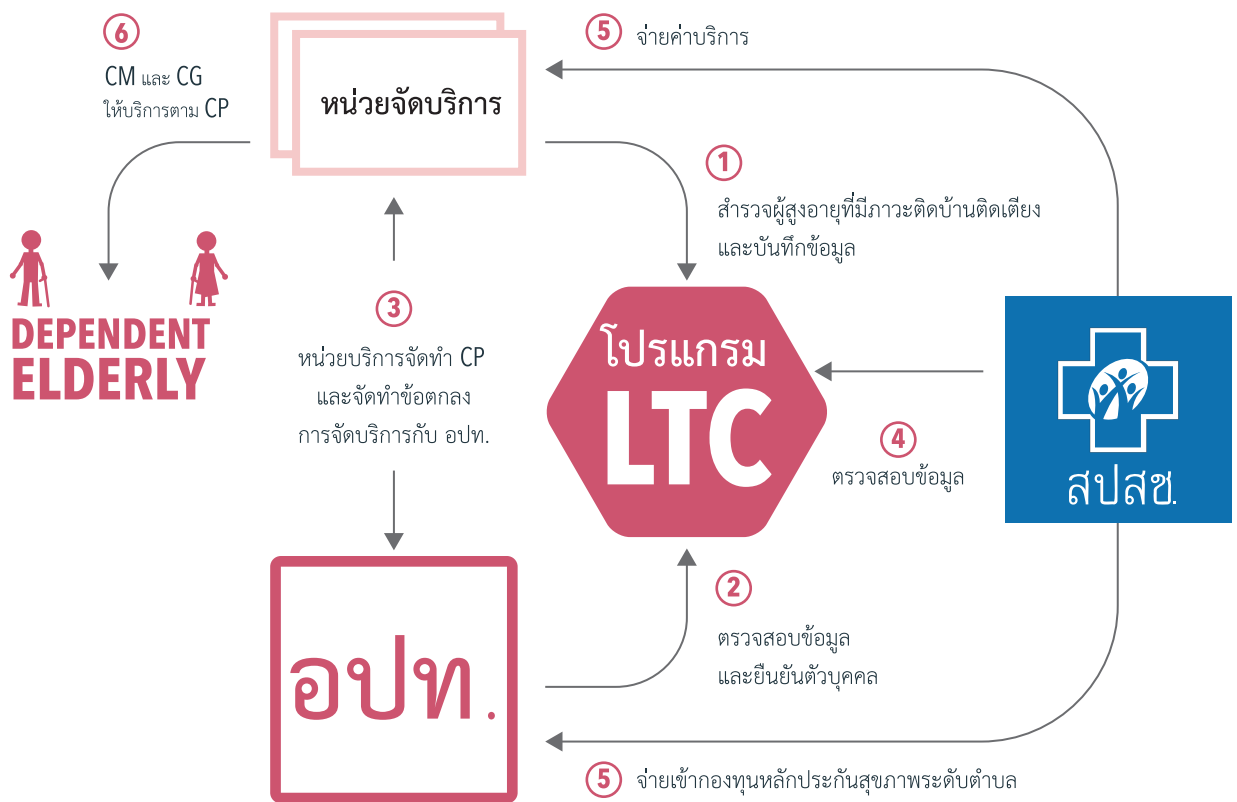
สปสช. ตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลที่ได้บันทึกลงในโปรแกรม LTC เพื่อจัดสรรค่าบริการ

5

สปสช. โอนงบบริการเป็นสองส่วน คือ จ่ายค่าบริการให้แก่หน่วยบริการและจ่ายให้กับอปท. โดยจ่ายเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

6

CM และ CG ในหน่วยจัดบริการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตาม CP



แผนภาพที่ 1
 ขั้นตอนการดำเนินงาน
 การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

FIGURE 1: STEPS IN IMPLEMENTING LTC FOR DEPENDENT ELDERLY

หลังจัดบริการตาม CP ไปแล้ว 9 เดือน หน่วยจัดบริการต้องประเมินผู้สูงอายุ
ติดบ้าน/ติดเตียง ด้วย Barthel ADL Index เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการให้
การดูแล จากนั้นบันทึกผลการประเมินลงในโปรแกรม LTC เพื่อขอรับงบการ
ดูแลในปีต่อไป นอกจากนี้ เมื่อดูแลครบ 1 ปีแล้ว ให้หน่วยบริการบันทึกผลการ
ให้บริการตาม CP และรายงานผลต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ต่อไป¹⁶

ในปี 2559 มี อปท. เข้าร่วมดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวฯ จำนวน
1,752 แห่ง และจำนวน อปท. ที่เข้าร่วมดำเนินงานได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
จนกระทั่งในปี 2562 มีจำนวน อปท. ที่ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวฯ
สะสมแล้ว 6,003 แห่ง ขณะที่จำนวน อปท. ทั่วประเทศมีทั้งสิ้น 7,852 แห่ง
ดังนั้น อปท. ที่ดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวฯ คิดเป็นร้อยละ 76 ของ
อปท. ทั่วประเทศ^{17, 18}

ในปี 2562 มีจำนวน อปท.
ที่ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาวฯ สะสมแล้ว

6,003 แห่ง

ขณะที่จำนวน อปท. ทั่วประเทศมีทั้งสิ้น

7,852 แห่ง

3.1

ผู้มีสิทธิรับการดูแลระยะยาว

ผู้ที่สามารถได้รับสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาว คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้ที่มีภาวะติดบ้าน (home-bound elderly) ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถเคลื่อนไหวได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือบางอย่าง ดังนั้น ผู้อยู่ในกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการฟื้นฟูและป้องกันเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาวะการดูแลในระยะยาว และ 2) กลุ่มติดเตียง (bed-bound elderly) เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ จึงต้องได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น กลุ่มนี้จึงต้องได้รับการฟื้นฟู ป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน^{19, 20}



**HOME-BOUND
ELDERLY**



**BED-BOUND
ELDERLY**

สปสช. ยังแบ่งกลุ่มผู้มีภาวะติดบ้าน/ติดเตียงออกเป็น 4 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL index ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีผลการประเมินต่ำกว่าหรือเท่ากับ 11 เพื่อให้สามารถจัดแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและยังช่วยให้จัดชุดสิทธิประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม กลุ่มทั้ง 4 มีรายละเอียดดังนี้¹⁹

3.2

สิทธิประโยชน์

สิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมการให้บริการด้านสาธารณสุข บริการดูแล ที่บ้านหรือชุมชน และการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งแตกต่างกันเล็กน้อย ตามความจำเป็นของผู้มีภาวะพึ่งพิง ความถี่ในการให้บริการ และอัตราจ่าย ชดเชยตามดังรายละเอียด ดังนี้



กลุ่มที่ 1

เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือขับถ่าย

กลุ่มที่ 3

เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือขับถ่าย หรืออาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4

เหมือนกลุ่มที่ 3 และ เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มที่ 2

เหมือนกลุ่มที่ 1 และมีภาวะสับสนทางสมอง ร่วมด้วย

ตารางที่ 2

สิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเภท	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
ประเมินเพื่อจัดทำ Care Plan โดย CM หรือบุคลากรสาธารณสุข			ปีละ 1 ครั้ง	
บริการสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำและฝึกสอนแก่ผู้ดูแลในด้านการพยาบาล การฟื้นฟูร่างกาย โภชนาการ เภสัชกรรม และด้านอื่นๆ ตามความจำเป็นของผู้ป่วย	อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	อย่างน้อย เดือนละ 2 ครั้ง
บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน โดย CG หรืออาสาสมัครดูแลสุชนามัยและที่อยู่อาศัย	อย่างน้อย เดือนละ 2 ครั้ง	อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดย อปท. / หน่วยบริการ / ภาคเอกชน	จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยตามสภาพของผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง			
ประเมินผลและปรับแผน โดย CM หรือบุคลากรสาธารณสุข	อย่างน้อย เดือนละ 6 ครั้ง	อย่างน้อย เดือนละ 3 ครั้ง	อย่างน้อย เดือนละ 3 ครั้ง	อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง
การจ่ายชดเชย อัตราจ่ายชดเชย (เหมาจ่าย/คน/ปี)	ไม่เกิน 4,000	3,000-6,000	4,000-8,000	5,000-10,000

ที่มา: คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพ โดย สปสช. (2559)

3.3

บุคลากรในระบบดูแลระยะยาวฯ

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (CARE MANAGER: CM)

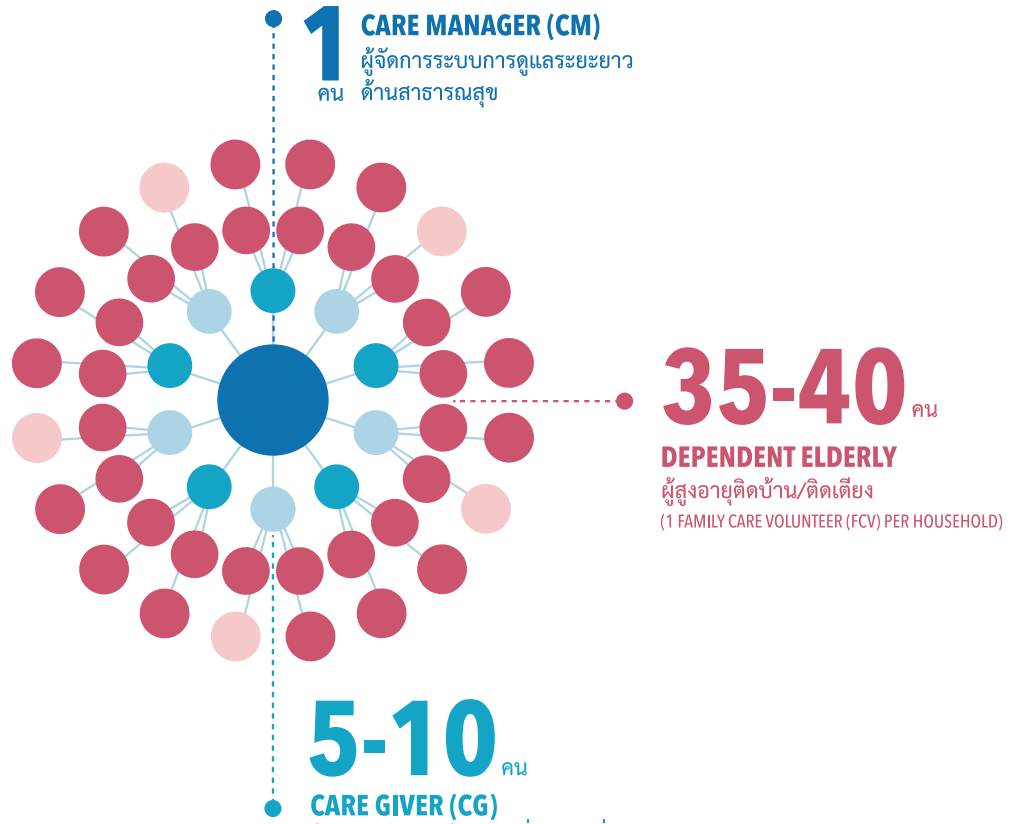
เป็นผู้มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการด้านสาธารณสุขตาม ชุดสิทธิประโยชน์ ด้วยการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ประกอบการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการ พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น คัดเลือกผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) และประสาน งานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถจัดบริการตาม Care Plan ได้ โดย CM 1 คน ดูแล CG 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35-40 คน ทั้งนี้ ผู้ที่เข้ามาทำหน้าที่ CM ต้องเป็นผู้ที่มีคุณวุฒิทางการ แพทย์ การพยาบาล หรือการสาธารณสุข มีประสบการณ์ ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ และผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า¹⁹

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CAREGIVER: CG)

บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่ สปสช. เห็นชอบ โดย ทั่วไป CG ต้องผ่านหลักสูตร 70 ชั่วโมง หน้าที่ของ CG คือ ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลที่พัก อาศัยให้ปลอดภัย ประกอบอาหาร และส่งต่อเมื่อเกิดเหตุ ฉุกเฉิน และต้องได้รับการดูแลควบคุมโดย CM²⁰ หาก CG ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นสูง จำนวน 420 ชั่วโมง จะสามารถประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุได้^{19, 21}

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) สำหรับดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง (FAMILY CARE VOLUNTEER: FCV)

สมาชิกในครอบครัวที่อายุเทียบเท่าหรือมากกว่า 15 ปี สามารถอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น จำนวน 18 ชั่วโมง เพื่อทำหน้าที่เป็น อสค. ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดบ้าน/ติด เตียงในครอบครัว พร้อมถ่ายทอดความรู้ให้กับสมาชิกคน อื่นๆ ในครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่ประสานงาน พัฒนาสุขภาพครัวเรือนและเป็นเครือข่ายร่วมกับอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยในครอบครัว หนึ่งๆ สามารถทำหน้าที่ อสค. ได้อย่างน้อยครอบครัวละ หนึ่งคน^{21, 23}



แผนภาพที่ 2

อัตราส่วน CG : CM : ผู้สูงอายุ

FIGURE 2: RATIO OF CARE GIVER (CG) TO CARE MANAGER (CM) TO DEPENDENT ELDERLY

CAREGIVER

หนึ่งคน ต้องรับผิดชอบ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ประมาณ **3** คน

ข้อมูลจากรายงานประจำปี 2562 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ชี้ว่า มีการผลิต CM ในปีงบประมาณ 2559-2561 จำนวน 2,714 คน 4,139 คน และ 5,990 คน ตามลำดับ ดังนั้น จึงมี CM สะสมรวมเท่ากับ 12,843 คน ส่วนการผลิต CG ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 27,696 คน 22,450 คน และ 27,707 คน ตามลำดับ จึงมีจำนวน CG สะสมรวมแล้วเท่ากับ 77,853 คน ทั่วประเทศ ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2561 ทั่วประเทศจำนวน 180,821 คน เมื่อเทียบอัตรา CG ต่อผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวแล้ว แสดงให้เห็นว่า CG หนึ่งคนต้องรับผิดชอบผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวประมาณ 3 คน²²

3.4

การจัดสรรค่าบริการสาธารณสุข

สปสช. จัดการค่าบริการสาธารณสุข
สำหรับการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง เป็น 2 ส่วน คือ

1

จัดสรรให้กับหน่วยจัดบริการ ซึ่งหมายรวมถึง
หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ
และสถานบริการ และ

2

สมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สปสช. จ่ายแบบเหมาจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่มี อพท. เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน แห่งละ 1 แสนบาท เพื่อจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงกับ อพท. คัดกรองผู้ที่ต้องได้รับการดูแล และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan: CP) และสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมตามจำนวนผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียงที่ได้รับอนุมัติ CP แล้ว ฉะนั้นหน่วยจัดบริการร่วมกับ อพท. จึงต้องทำการสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อคัดกรองหาผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index จากนั้น CM จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ เพื่อรับการพิจารณาแผนฯ เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการฯ แล้ว สปสช. จะจัดสรรค่าบริการเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการตามจำนวนผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง^{19, 20}

สปสช. ยังจ่ายค่าบริการการดูแลระยะยาวฯ ให้กับ อพท. โดยจ่ายเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามจำนวนผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งได้ผ่านการคัดกรองด้วย Barthel ADL Index จาก CM แล้ว ในอัตรา 5,000 บาท/คน/ปี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนด รวมถึงเป็นค่าตอบแทนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามอัตราที่หน่วยงานจัดบริการกำหนดและเป็นค่าตอบแทน CG ตามที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนด^{19, 20}



3.5

โปรแกรม LTC

สปสช. ได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาจัดการระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยการพัฒนาโปรแกรม LTC โปรแกรมนี้ใช้เป็นช่องทางในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวฯ ทั้งหมดเริ่มตั้งแต่การตรวจสอบสิทธิ การนำเข้าข้อมูลของผู้ที่ได้รับพิจารณาให้การดูแลระยะยาว การบันทึก Care Plan พร้อมระบุ CM และ CG สำหรับแต่ละราย สิทธิประโยชน์ตามกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 รูปแบบ การเบิกจ่ายชดเชย จนกระทั่งผลการให้การดูแล ดังนั้นโปรแกรมจึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้หน่วยบริการและ อปท. สามารถดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวฯ ได้สะดวกรวดเร็วขึ้น และช่วยให้ติดตามประเมินผลการดูแลได้¹⁹ นอกจากนี้ โปรแกรม LTC ยังช่วยในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้วย

4

การกำกับติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน

กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ร่วมกันกำกับ ติดตาม และประเมินผล ทั้งในระดับส่วนกลาง เขต และท้องถิ่น เป็นรายไตรมาสและรายปี แบ่งเป็นการกำกับติดตามข้อมูลและผลงานตามตัวชี้วัด โดยการกำกับติดตามข้อมูลเป็นการตรวจสอบจำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและงบประมาณค่าบริการสาธารณสุขและเงินสนับสนุนเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ส่วนการติดตามผลงานตามตัวชี้วัดเป็นการติดตามคุณภาพการให้บริการของทั้งหน่วยบริการและการจัดการของ อปท.¹⁹

ในปี 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประเมินศักยภาพของ อปท. ในการดำเนินงานตามระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ แนวทางการจัดการและการสนับสนุนด้านการเงินและต้นทุนที่เหมาะสมของระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่วางไว้ ผลการประเมินสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ จึงยังต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุงต่อไป^{19, 24}

กระทรวงสาธารณสุขและ
สปสช. ร่วมกันกำกับ ติดตาม
และประเมินผล
ทั้งในระดับส่วนกลาง
เขต และท้องถิ่น
เป็นรายไตรมาสและรายปี

5

ปัญหาอุปสรรคและ แผนการดำเนินงานในอนาคต

การดูแลระยะยาวฯ ในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นเท่านั้น
จึงยังคงพบปัญหาและ
ความท้าทายในการดำเนินงาน
อีกมาก ดังนี้

5.1

อปท. บางแห่งยังขาดความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ในปี 2562 ประเทศไทยมี อปท. ทั้งสิ้น 7,852 แห่ง และมี อปท. ที่ดำเนินการดูแลระยะยาวฯ จำนวน 6,003 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 76 ของ อปท. ทั่วประเทศ^{17, 18} ดังนั้น ยังคงมี อปท. จำนวน 1,849 แห่ง ที่ไม่สามารถดำเนินการดูแลระยะยาวฯ ได้ หรือคิดเป็นร้อยละ 24 ของ อปท. ทั่วประเทศ ขณะเดียวกันก็ยังคงขาดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นให้สามารถบริหารจัดการระบบ LTC ได้ด้วยตนเองในระยะยาว²³

5.2

ข้อถกเถียงระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแนวคิด “จิตอาสา และการจ้างงาน” ของ CG ทำให้เกิดความสับสน อันเนื่องจากหนังสือกระทรวงสาธารณสุขเรื่องค่าตอบแทน CG ในอัตรา 300 บาท/เดือน สร้างความสับสนในพื้นที่ โดยพื้นที่เข้าใจว่าเป็นระบบการจ้างงานและผู้เข้าอบรม CG ยังคาดหวังให้เป็นเช่นนั้น แต่ในทางปฏิบัติ พื้นที่ที่ยังมีความไม่มั่นใจต่อระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณ การดูแลระยะยาวฯ ทำให้พื้นที่ส่วนใหญ่ยังคงไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG อีกทั้งปัญหาจากข้อจำกัดของระเบียบการใช้จ่ายเงินทำให้การเบิกจ่ายงบก้อนนี้เป็นไปอย่างล่าช้ามาก²⁴

เรื่องแนวคิดจิตอาสา

และการจ้างงานของ CG

ทำให้เกิดความสับสน

5.3

การหาผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าอบรมเพื่อเป็น CG เป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยเฉพาะเมื่อระบบกำหนดว่าเป็น “จิตอาสา” ทำให้คนสนใจมารับการอบรมน้อยมาก เพราะคนเหล่านั้นต้องละทิ้งงาน นอกจากนี้ ยังพบว่าเมื่อผ่านการอบรม CG ไปแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ รวมถึงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ตนไม่ถนัดด้วย²³

สปสช. มีแผนที่จะปรับปรุงการจัดสรรค่าบริการการดูแลระยะยาวฯ โดยยกเลิกการจ่ายให้กับหน่วยบริการ แต่เป็นการจัดสรรให้ อปท. ทั้งหมด เพื่อช่วยให้ อปท. สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้สะดวกมากยิ่งขึ้น รวมทั้ง สปสช. พยายามทำให้การเบิกจ่ายค่าจ้าง CG ชัดเจนมากขึ้น ด้วยการเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อจัดงบประมาณอุดหนุนให้กับกองทุนฯ เพื่อนำไปจัดสรรให้ อปท. เป็นค่าจ้าง CG นอกจากนี้ยังมีแผนการสร้าง CG เป็นอาชีพ โดยนำผู้ที่ผ่านการอบรม CG หลักสูตร 70 ชั่วโมง มาอบรมเพิ่มเติมตามหลักสูตรอีก 50 ชั่วโมง เพื่อให้พร้อมสำหรับการทำงานแบบเต็มเวลา (8 ชั่วโมง/วัน และ 5 วัน/สัปดาห์) กำหนดให้ อปท. เป็นผู้กำกับกับการปฏิบัติงาน

6

บทสรุป

เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้แบบแผนทางระบาดวิทยาเปลี่ยนแปลงไป จากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น จึงทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพิ่มสูงขึ้น แต่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุกลับลดลง ด้วยขนาดครัวเรือนที่เล็กลงและผู้หญิงซึ่งเดิมเป็นผู้ดูแลความเป็นอยู่ในครอบครัว ได้ออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น ฉะนั้นการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง หากวางระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดภาระรายจ่ายทางสุขภาพของครัวเรือนได้ อีกทั้งยังช่วยให้ภาครัฐไม่ต้องแบกรับภาระสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากจนเกินไป

ตั้งแต่ปี 2559 ประเทศไทยได้เริ่มการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้ขยายเพิ่มเติมไปยังสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม ระบบการดูแลระยะยาว เกิดจากการขับเคลื่อนผ่านหลายช่องทาง ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ การขับเคลื่อนผ่านสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ และการขับเคลื่อนโดยกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยระบบการจัดการเน้นการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นหลัก พร้อมส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ด้วยจุดแข็งด้านค่านิยมของสังคมไทย ตลอดจนต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในชุมชน ทั้งทรัพยากรบุคคล การรวมกลุ่มทางสังคม การปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนสุขภาพตำบล

หน่วยงานหลัก 3 หน่วยงานในระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข, อปท. และ สปสช. ได้บูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อให้ระบบการดูแลระยะยาวดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทด้านการจัดบริการทางสาธารณสุข ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ควบคุมมาตรฐาน และกำกับติดตามประเมินผล ขณะที่ อปท. ทำหน้าที่บริหารโครงการ บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และกำกับติดตามผู้จัดบริการ ส่วน สปสช. มีหน้าที่หลักด้านการบริหารจัดการทางการเงินการคลัง นอกจากสามหน่วยงานดังกล่าวแล้ว หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมกันให้การดูแลผู้สูงอายุให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยนั้นยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นเท่านั้น จึงยังคงพบอุปสรรคและความท้าทายในการดำเนินงานอีกมากมาย โดย อปท. บางแห่งยังขาดความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยะยาว ดังนั้น การดำเนินงานจึงยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และปัญหาด้านระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ Caregiver ที่ยังไม่ชัดเจน จึงทำให้การเบิกจ่ายเป็นไปด้วยความล่าช้า อีกทั้งการหาบุคคลเพื่อเป็น Caregiver ยังเป็นไปด้วยความยากลำบากเพราะผู้ที่เข้ามาเป็น Caregiver อาจจะต้องสละงานประจำของตน นอกจากนี้ การจัดสรรค่าบริการการดูแลระยะยาว จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง เพื่อช่วยให้อปท. สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

ภาคผนวก

ตาราง ผ. 1

ยุทธศาสตร์	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 คัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน	
พัฒนาแบบประเมินและเกณฑ์มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none">• สปสช.• อปท.• กระทรวง พม.
ฝึกอบรม อสม. และ อผส. เพื่อทำหน้าที่คัดกรองผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none">• รพ.สต.• อปท.
สำรวจเพื่อประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none">• อผส.• อปท.
จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none">• อสม.• อปท.
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูผู้สูงอายุ	
พัฒนามาตรฐานและระบบสนับสนุนการบริการ (หน่วยบริการ บุคลากร และการบริการ)	<ul style="list-style-type: none">• กระทรวง สธ.• กระทรวง พม.• อปท.
จัดบริการดูแลเชิงรุกที่บ้าน/ชุมชน	<ul style="list-style-type: none">• รพ.สต.
มีโครงสร้างพื้นฐานสำหรับสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	<ul style="list-style-type: none">• โรงพยาบาลชุมชน• อปท.• กระทรวง พม.
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการฟื้นฟูเฉพาะและสนับสนุนการดูแลในชุมชน	<ul style="list-style-type: none">• อปท.• สปสช.• กระทรวง สธ.
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบการเงินการคลังและชุดสิทธิประโยชน์	
พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาว	<ul style="list-style-type: none">• สปสช.• กระทรวง สธ.• กระทรวง พม.• อปท.

ยุทธศาสตร์	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ออกแบบระบบการคลังและรูปแบบการจ่ายค่าบริการ	<ul style="list-style-type: none"> • สปสช. • กระทรวง พม. • กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จัดทำรูปแบบการจัดบริการและบูรณาการงบประมาณ	<ul style="list-style-type: none"> • สปสช. • กระทรวง พม. • กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ขยายความครอบคลุมกองทุนฟื้นฟูผู้พิการระดับจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> • อปท. • สปสช.
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนากำลังคน	
สนับสนุนทุนการศึกษาหรืออบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพื่อกลับมาทำงานในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> • อปท. • ภาคเอกชน
พัฒนาหลักสูตรและอบรมผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Care Manager: CM)	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวง สธ.
พัฒนาหลักสูตรและอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG)	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวง พม. • กระทรวง สธ.
จัดหา CM ระดับตำบล	<ul style="list-style-type: none"> • อปท.
จัดหา CG ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์/มาตรฐาน ระดับตำบล	<ul style="list-style-type: none"> • อปท. • กระทรวง พม.
เพิ่มพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. แห่งละ 1 คน สำหรับดูแลระยะยาว และนักกายภาพบำบัดใน รพช. แห่งละ 1 คน	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวง สธ. • สปสช. • อปท.
สนับสนุนการผลิตนักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวง สธ. • สปสช. • อปท. • กระทรวงศึกษาธิการ • สภาวิชาชีพด้านสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ยุทธศาสตร์ที่ 5 จัดการความรู้และการติดตามประเมินผล	
พัฒนารูปแบบการจัดการบริการและการจัดการกองทุนฯ ระดับท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> • สปสช.
พัฒนารูปแบบการจ่ายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการ และเพิ่มคุณภาพบริการ และความยั่งยืนด้านการคลัง	<ul style="list-style-type: none"> • สปสช.
ศึกษาวิจัยระบบการเงินด้านการดูแลระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> • มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
ศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานการจัดการบริการดูแลระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> • มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนากฎหมาย ระเบียบ และการบริหารจัดการ	
แก้ไขระเบียบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> • กรมบัญชีกลาง
กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้จัดการดูแลระยะยาว และปรับแก้กฎระเบียบของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> • กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลระยะยาว เช่น มาตรฐานและการกำกับสถานบริบาลเอกชน ฯลฯ	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวง สธ. • กระทรวง พม.

ที่มา: แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 โดย สปสช.

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. ราชบัณฑิตยบาลสาร (14)3.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561. เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2563. จากhttp://shi.or.th/upload/Download%20File/%E0%B8%A8%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%B2%2056/FridaySem57/5_plan%20LTC.pdf.
6. Chunharas S. and Boonthamcharoen K. Case-Study Thailand. (2004). In Brodsky J, Habib J, and Hirschfeld M (Eds.), Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies (pp. 359-414). World Health Organization.
7. Srithamrongsawat S. et al. (n.d.). Project of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation for Health.
8. หอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ปูมประวัติศาสตร์ 5 : กองทุนสุขภาพตำบล. เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2563, จาก<https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/history/detail5.aspx>.
9. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี. (29 ธันวาคม 2553) ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนพิเศษ 151 ง. หน้า 9.
10. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
11. ศูนย์การศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัยกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกพ.). โครงการจัดหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุกระทรวงศึกษาธิการ. เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2563. จาก<http://101.51.150.100/stg/index.php?name=news2&file=readnews&id=42>.
12. Iwagami, M. and Tamiya, N. (2019). The long-Term Care Insurance System in Japan: Past, Present, and Future. JMA Journal, (2)1. doi: 10.31662/jmaj.2018-0015.
13. วิชัย โชควิวัฒน์. (2562). เรียนรู้จากญี่ปุ่น ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอด้านกองทุนท้องถิ่น LTC และฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 26 ข้อ. เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2563. จาก <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTI5NA==>.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
18. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. สรุปข้อมูล อปท ทั่วประเทศ. เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2563. จาก <http://www.dla.go.th/work/abt/summarize.jsp>.
19. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
20. มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการสร้างเสริมสมรรถภาพของผู้สูงอายุ (ฉบับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล). เข้าถึง 9 พฤษภาคม 2563. จาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/16266>.
21. ประกาศกรมกิจการผู้สูงอายุ. (20 มิถุนายน 2562). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 157 ง.
22. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานประจำปีกรมอนามัย 2562. นนทบุรี: กลุ่มประเมินผลและนิเทศติดตาม กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
23. กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (36)4.
24. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชช เกษมทรัพย์, วิชชัย เอกพลากร, และ บวรศม สิริระพันธ์. (2561). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชอารี

นางสาวทวีศรี กรีทอง

นายวีระชัย ก้อนมณี

นางศศิธร ไชยสิทธิพร

นางสาวปวีณา ศรีบูรณ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นายแพทย์วินัย สวัสดิ์ดิวิ

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัชรนฤมล

นักวิจัย

นายมงคล ธงชัยธนาวุฒิ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

นางประทีป นัยนา

นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ

นางสาวปานฉัตร ทิพย์สุข



การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการจัดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมเผยแพร่ผลงานระบบหลักประกันสุขภาพฯ

ผู้แต่ง	มงคล ชงชัยธนาวุฒิ
บรรณาธิการ	วิชัย โชควิวัฒน์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วินัย สวัสดิ์วร, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ชินฤทัย กาญจนะจิตรา, วลัยพร พัชรนฤมล และ Anthony Bennett
ปีที่พิมพ์	2563
พิมพ์ครั้งที่ 1	e-book

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

Website: www.nhso.go.th