



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประเมินและพัฒนา แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัย

อาจารย์ ดร.บพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
ศาสตราจารย์ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประเมินและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน
ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

อาจารย์ ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีรุ่งสวัสดิ์
ศาสตราจารย์ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัย

อาจารย์ ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
ศาสตราจารย์ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

พิมพ์ครั้งที่ 1

เมษายน 2562

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี
กรุงเทพ 10400

ออกแบบและพิมพ์ที่

บริษัท ดีเซมเบอรี จำกัด



คำนำ

จากการที่สังคมไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็วทำให้มีการขยายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนรวมถึงชุมชนเองกลับถดถอยลงในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน จากขยายครัวเรือนที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานไปสู่ระบบเศรษฐกิจนอกครัวเรือนและต่างถิ่นการขยายตัวของชุมชนเมือง เป็นต้น อุปสงค์ต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเพิ่มสูงมากขึ้นดังจะเห็นได้จากการขยายตัวของธุรกิจสถานบริบาลผู้สูงอายุและการส่งผู้ดูแล ไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 ถูกจัดทำขึ้นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งรัฐบาลเริ่มจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานการจัดระบบการดูแลระยะยาวในปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นมา เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกใกล้สิ้นสุดลงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงจัดให้มีการประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรก และพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานในระยะต่อไป

ในการนี้คณะผู้ประเมินและจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ได้ทำการประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมาและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ขึ้นเพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องต่อไป และเพื่อให้ช่วงเวลาการดำเนินงานของแผนสอดคล้องกับแผนแม่บทของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีในช่วง 5 ปีแรก แผนฉบับนี้จึงพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2565

คณะผู้จัดทำ

มีนาคม พ.ศ. 2562

กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยพลังสนับสนุนของหลายภาคส่วน ในการนี้คณะผู้จัดทำต้องขอขอบคุณทุกภาคส่วนมา ณ ที่นี้ ประกอบด้วย 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สนับสนุนงบประมาณในการให้ทำประเมินและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 2) ผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3) คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหลายที่ร่วมระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ 4) คณะทำงานพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ในร่างแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ และที่สำคัญคือ 5) ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่จัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ ทั้งภาคสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมผู้ช่วยเหลือดูแลระยะยาวในชุมชน ที่ได้ให้องค์ความรู้จากประสบการณ์จริงแก่คณะผู้จัดทำแผนแม่บทฉบับนี้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วและกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ตามมาด้วยการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการนี้คาดการณ์ว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงรวมกันในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 2.3 แสนคน และจะเพิ่มเป็น 2.6 แสนคนในปี พ.ศ. 2565 ในทางตรงกันข้ามศักยภาพครัวเรือนซึ่งเป็นหลักในการเกื้อหนุนและดูแลผู้สูงอายุมายาวนานกลับถดถอยลง จากขนาดครัวเรือนที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานไปทำงานในเมือง รวมถึงบทบาทของสตรีในระบบเศรษฐกิจนอกครัวเรือนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ศักยภาพของชุมชนเองในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชนก็ถดถอยลงเช่นกัน จากการขยายตัวของสังคมเมือง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนขึ้นเพื่อไปหนุนเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการเกื้อหนุนและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ท่านยังคงสามารถอาศัยอยู่ที่บ้านในชุมชนที่คุ้นเคยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักดิ์ศรี ในการนี้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 ขึ้น และต่อมารัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นมา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกัน คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ประกาศให้ “การได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” เป็นสิทธิผู้สูงอายุเพิ่มเติมตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (13) เมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2561 และในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคของสังคม เน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสร้างสภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพปลอดภัยรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกัน คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีประกาศกำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นซึ่งเป็นอำนาจและหน้าที่ของ อบต. เมื่อวันที่ 23 พ.ย. 2561 โดยกำหนดให้ท้องถิ่นต้องจัดให้มีบุคลากรและค่าใช้จ่ายของบุคลากร เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

ในการนี้จึงมีการประเมินบทบาทการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมาและจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2562 – 2565 เพื่อเป็นกรอบในการขับเคลื่อนและบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป เนื่องจากการจัดบริการดูแลระยะยาวนั้นต้องมีการบูรณาการกันทั้งบริการด้านสุขภาพ บริการด้านสังคม การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และเศรษฐกิจ

การดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวตามแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา

จากการประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในช่วงที่ผ่านมาพบว่ามีช่องว่างที่ต้องพัฒนาหลายประการ ประกอบด้วย 1) ขาดกลไกการขับเคลื่อนนโยบายที่มีประสิทธิภาพ 2) ทิศทางและการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดการบูรณาการกัน 3) การดำเนินงานยังขยายได้ไม่ทุกพื้นที่และยังจำกัดสิทธิให้เฉพาะผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4) อปท. มีข้อขัดข้องในระเบียบวิธีปฏิบัติ การบริหารจัดการ การจ่ายค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver) 5) การบูรณาการการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพและด้านสังคม ยังมีโอกาสให้พัฒนา และ 6) ระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการยังต้องพัฒนา

วิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน (SWOT Analysis)

จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคที่จะมีผลต่อการดำเนินการจัดระบบบริการดูแลระยะยาว พบว่า ประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติที่กำหนดให้ “การได้รับบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” เป็นสิทธิของผู้สูงอายุตามมาตรา 11(13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 เป็นกรอบกฎหมายสำคัญในการขยายบริการดูแลระยะยาวไปยังผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของทุกระบบประกันสุขภาพ ขณะเดียวกันประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีและคณะกรรมการกระจายอำนาจที่กำหนดให้เป็นบทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นปัจจัยเอื้อและสนับสนุนสำคัญให้ท้องถิ่นต้องมีการดำเนินการในเรื่องนี้ ทั้งนี้แม้ผู้ที่จะต้องได้รับบริการดูแลระยะยาวไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะผู้สูงอายุ แต่เพื่อให้สอดคล้องกับประกาศของหน่วยงานต่างๆข้างต้น แผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ที่พัฒนาขึ้นจึงยังคงเป็นแผนยุทธศาสตร์การจัดระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

แผนยุทธศาสตร์การจักระบบบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2562-2565

วิสัยทัศน์

ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ พึ่งได้รับการดูแลทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage) ตรงตามระดับความเสี่ยงหรือระดับการพึ่งพิง โดยอาศัยระบบการดูแลระยะยาวที่เน้นการดูแลที่บ้าน และส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้านร่วมกับการดูแลของภาคส่วนต่างๆ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลระยะยาวที่บ้านและในชุมชน ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) เพื่อให้มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
- 3) เพื่อให้ชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข
- 4) เพื่อให้สถานพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน

หลักการสำคัญ

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพึ่งพิง มีสิทธิและสามารถเข้าถึงบริการที่พึ่งได้รับโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- 2) ทุกพื้นที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาวที่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงสำหรับผู้สูงอายุทุกสิทธิ รวมถึงมีการเชื่อมต่อระหว่าง บ้าน ชุมชน สถานบริบาล และสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- 3) ท้องถิ่นมีหน้าที่ในการบริหารจัดการและชุมชนมีส่วนร่วมการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน
- 4) มีระบบข้อมูลที่เอื้อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ
- 5) ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุนท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 6) มีกองทุนในระดับท้องถิ่นในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวโดยบูรณาการแหล่งเงินต่างๆ

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ด้วยกัน 6 ด้านคือ 1) ขยายความครอบคลุมบริการดูแลระยะยาวในชุมชน 2) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่บูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง 3) การพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อบริการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ยั่งยืน 4) การพัฒนากำลังคนเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน 5) การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล และ 6) การแก้ไขกฎหมายและระเบียบ

โดยประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญในแผนแม่บทนี้ คือ 1) การขยายสิทธิไปยังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน 2) ขยายพื้นที่จัดบริการให้ครบทุกพื้นที่ 3) ให้มีนักบริบาลชุมชนที่ผ่านการอบรมได้รับการอุดหนุนจาก อปท. และ 4) อปท. สนับสนุนงบประมาณจัดบริการด้านสังคม

งบประมาณที่ต้องการ

การดำเนินการตามแผนแม่บทการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต้องการการสนับสนุนด้านงบประมาณสองส่วนหลัก คือ

- 1) งบประมาณระบบตามยุทธศาสตร์ จำนวน 67.5, 67.5, 62.66 ล้านบาท สำหรับปีงบประมาณ 2563, 2564, และ 2565 ตามลำดับ โดยเป็นงบพัฒนาบุคลากร (ผู้จัดการการดูแลระยะยาว ส่วนการพัฒนานักบริบาลชุมชน/ผู้ช่วยดูแลใช้งบ อปท.) และการวิจัยเป็นหลัก
- 2) งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเป้าหมายการดูแลในปีงบประมาณ 2563, 2564, และ 2565 จำนวน 1.92, 2.0, และ 2.08 แสนคน ตามลำดับ โดยต้องการงบประมาณสำหรับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจำนวน 1,152, 1,200, และ 1,248 ล้านบาท ตามลำดับ ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนงบประมาณการดูแลด้านสังคมและค่าตอบแทนนักบริบาลชุมชน

สารบัญ





สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ.....	4
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	5
ที่มาและความสำคัญ	5
การดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวตามแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา.....	6
วิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน (SWOT Analysis).....	6
แผนยุทธศาสตร์การจัดระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2562–2565.....	7
วิสัยทัศน์	7
วัตถุประสงค์.....	7
หลักการสำคัญ.....	7
ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน.....	8
งบประมาณที่ต้องการ.....	8
1. ที่มาและความสำคัญ	17
2. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยและแนวโน้ม	23
2.1 คาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 2562 – 2565.....	23
2.2 ลักษณะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย	24
2.3 ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุไทย	25
2.4 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ	25
3. สถานการณ์การมีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย	29
4. สถานการณ์การจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน.....	37
4.1 ความครอบคลุมพื้นที่ ประชากรผู้สูงอายุ และบริการดูแลระยะยาว.....	37
4.2 การพัฒนากำลังคนเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน.....	40
4.3 การบูรณาการด้านนโยบาย/ การบริหารระบบ/ การจัดบริการ.....	41

5. การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลและขยาย	
สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557–2561.....	45
5.1 จุดเด่นของแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับแรก.....	45
5.2 โอกาสพัฒนา.....	47
5.3 ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์.....	53
6. สภาพแวดล้อมการพัฒนา ระบบการดูแลและขยาย	
สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (SWOT Analysis).....	59
6.1 จุดแข็ง (Strengths)	59
6.2 จุดอ่อน (Weaknesses).....	60
6.3 โอกาสการพัฒนา (Opportunities)	62
6.4 อุปสรรค (Threats)	62
7. กรอบแนวคิดและหลักการสำคัญของแผนยุทธศาสตร์.....	69
7.1 วิสัยทัศน์.....	69
7.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ	69
7.3 หลักการสำคัญ.....	69
8. ยุทธศาสตร์ มาตรการ หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ดัชนี และเป้าหมาย.....	73
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ขยายความครอบคลุมบริการดูแลและขยายในชุมชน.....	74
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการดูแลและขยายในชุมชนที่บูรณาการและ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง.....	75
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อบริการดูแลและขยายในชุมชนที่ยั่งยืน	77
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคนเพื่อจัดบริการดูแลและขยายในชุมชน.....	78
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล.....	79
ยุทธศาสตร์ที่ 6 การแก้ไขกฎหมายและระเบียบ.....	80
งบประมาณที่ต้องการในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	80
ภาคผนวก.....	85
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์.....	85
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบการดูแลและขยาย พ.ศ. 2562–2565.....	86

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	คาดการณ์จำนวนประชากรไทย พ.ศ. 2562 – 2565 (หน่วย: พันคน).....	23
ตารางที่ 2	คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2547 – 2567 (จำนวนล้านคน)	30
ตารางที่ 3	จำนวนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในปี พ.ศ. 2560 – 2590.....	31
ตารางที่ 4	รายงานการดำเนินงานของกองทุนบริการดูแลระยะยาวในชุมชน 2559-2561.....	32
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ระหว่างปี 2562-2565 จากสองแหล่งการศึกษา (หน่วยพันคน).....	33
ตารางที่ 6	คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ ระหว่างปี 2562-2565 (หน่วยพันคน).....	34
ตารางที่ 7	จำนวนผู้จัดการการดูแลระยะยาว ผู้ช่วยผู้ดูแล และจำนวนผู้สูงอายุ ที่ขึ้นทะเบียนจำแนกรายเขต	40
ตารางที่ 8	สรุปความก้าวหน้าการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ระบบดูแล ระยะยาว (พ.ศ. 2559 – 2561)	55
ตารางที่ 9	สภาพแวดล้อมการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	64
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแผนแม่บทฉบับนี้ กับแผนยุทธศาสตร์ฯ เดิม	73

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	จำนวนและร้อยละขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่เข้าร่วมและยังไม่เข้าร่วม จัดบริการ LTC จำแนกรายเขต.....	38
ภาพที่ 2	ร้อยละของผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวจำแนกตามประเภท กลุ่มเป้าหมายและอายุ.....	39
ภาพที่ 3	ร้อยละพื้นที่ที่จัดบริการได้เป็นระบบและสม่ำเสมอเปรียบเทียบระหว่าง ที่จ่ายและไม่จ่ายค่าตอบแทน CG	39

1

ที่มาและความสำคัญ



1

ที่มาและความสำคัญ

1.1 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมสูงอายุเรียบร้อยแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เมื่อสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรไทยทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2561 ประชากรผู้สูงอายุไทยสูงถึงร้อยละ 18 ของประชากรรวม ขณะเดียวกัน ก็มีสัดส่วนมากกว่าประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และเรากำลังจะก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุเราสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรรวม ทั้งนี้ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ตามมาด้วยจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอันเนื่องจากการถดถอยของสมรรถนะของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายตามวัยและภาวะการเจ็บป่วยที่ประสบโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งความจำเป็นและอุปสงค์ต่อบริการดูแลระยะยาวที่เพิ่มสูงมากขึ้นในสังคมไทย ซึ่งตรงกันข้ามกับศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ถดถอยลงเป็นลำดับจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดลดลง ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น ว่างแรงงานเคลื่อนย้ายจากชนบทสู่เมือง และสตรีมีบทบาทในระบบเศรษฐกิจนอกครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น

1.2 แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลเริ่มจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวในปีงบประมาณ 2559 ในลักษณะให้ค่อยๆ ขยายในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครเข้าร่วมโครงการก่อน และจำกัดอยู่เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรายงานผลการดำเนินการจนถึงกันยายน พ.ศ. 2561 พบว่ามีองค์กรปกครองท้องถิ่นร้อยละ 73 แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ และจากการประเมินผลการดำเนินงานในปีแรกพบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 80 เท่านั้นที่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 71 กำหนดให้รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกันพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 11 ซึ่งในการนี้ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ประกาศให้ “การได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” เป็นสิทธิผู้สูงอายุเพิ่มเติมเมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2561¹ และได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี

1 ประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่องกำหนดสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 11(13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561 ประกาศ ณ วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2561

ลงวันที่ 20 กันยายน 2561 ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหนึ่งในหน่วยงานรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นไปตามมาตรา 24 แห่ง พรบ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546² ขณะเดียวกัน คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีประกาศเรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ อบท. จัดให้มีบุคลากรและค่าใช้จ่ายของบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่³

1.4 รัฐบาล พล.อ. นายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย⁴ ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ภายในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ชาตินี้ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการก้าวสู่สังคมสูงวัยของไทย และมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิด ร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดิน ในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยในมิติต่างๆ ให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ พึ่งตนเอง และทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพ อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง โดยตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานสำคัญคือ การสร้างสังคมคุณภาพในทุกๆ ด้าน ไปพร้อมกัน โดยไม่ทอดทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

1.5 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2564 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552⁵ มีการระบุให้มีระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้นเป็นครั้งแรก โดยกำหนดไว้ใน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการข้อ 4 ด้านระบบบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน ในข้อ 4.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมรวมทั้งระบบ การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการ

2 ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561 ประกาศ ณ.วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2561

3 ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชน ในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2561

4 ประกาศยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580) ณ. วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอน 82 ก. ลงวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2561

5 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553

1) สนับสนุนการดูแลระยะยาว 2) ระบบประกันสังคม 3) ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ 4) อาสาสมัครในชุมชน และ 5) สนับสนุนให้มีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

จากประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่องกำหนดสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 11 (13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561 ประกาศ ณ วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2561 ที่กำหนดให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นสิทธิของผู้สูงอายุ ดังนั้น ในการนี้จึงควรต้องขยายบริการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และสำหรับผู้สูงอายุภายใต้ทุกสิทธิต่อไป

2

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย และแนวโน้ม



2

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย และแนวโน้ม

2.1 คาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 2562 – 2565

ในปี 2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ คือผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสูงถึง 11.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรไทยรวมทั้งประเทศ⁶ ทั้งนี้ ข้อมูลรายงานคาดการณ์ประชากรของประเทศไทยตามกลุ่มวัยต่างๆ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระหว่างปี 2562 – 2565 พบว่า ประชากรไทยจะเพิ่มจาก 65.8 – 66.2 ล้านคน ในช่วงเวลาดังกล่าว ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มจาก 12.14 เป็น 13.60 ล้านคน หรือเพิ่มจากร้อยละ 18 เป็นร้อยละ 21 ในช่วงเวลาเดียวกัน⁷

ตารางที่ 1 คาดการณ์จำนวนประชากรไทย พ.ศ. 2562 – 2565 (หน่วย: พันคน)

กลุ่มวัย	2562	2563	2564	2665
0-14	11,214	11,082	10,955	10,834
15-59	42,501.2	42,293.57	42,049.69	41,771.14
60+	12,144.1	12,621.66	13,109.69	13,605.61
รวม	65,859	65,997	66,114	66,211
ร้อยละผู้สูงอายุ	18%	19%	20%	21%

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556)

6 ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561

7 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 กรุงเทพมหานคร, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

จากการเปลี่ยนโครงสร้างอายุประชากรอย่างรวดเร็วในหลายทศวรรษที่ผ่านมาของไทยมีผลให้ดัชนีการสูงอายุ (อัตราส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 100 คน) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือจากร้อยละ 22.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 82.6 ในปี 2557 และปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุไทยเรามากกว่าจำนวนเด็กเรียบร้อยแล้วโดยดัชนีการสูงอายุในปี 2562 เท่ากับร้อยละ 108 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 126 ในปี 2565 ขณะเดียวกัน อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ (อัตราส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี 100 คน) ก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกันจากร้อยละ 10.7 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 22.3 ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 33 ในปี 2565 หรือเพิ่มขึ้นสามเท่าในช่วงระยะเวลาสามทศวรรษ ในขณะที่ศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุของวัยทำงานถดถอยลงเป็นลำดับเมื่อดูจากอัตราส่วนเกื้อหนุน (อัตราส่วนของคนวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปีต่อผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปหนึ่งคน) มีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องจากวัยแรงงาน 9.3 คนเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน ในปี 2537 ลดลงเหลือ 4.5 คนในปี 2557 และคาดว่าจะลดเหลือวัยแรงงาน 3.1 คนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคนปี 2565

2.2 ลักษณะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย

ภาวะการมีงานทำของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545, 2550, 2554 และ 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุหนึ่งในสามยังคงทำงานอยู่และมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 32.2 ในปี 2545 เพิ่มเป็นร้อยละ 35.7, 38.3 และ 35.5 ในปี 2550, 2554 และ 2560 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุวัย 60-69 ปี มีแนวโน้มที่ยังคงทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.8 ในปี 2545 เพิ่มเป็นร้อยละ 51.4 ในปี 2560^{8 9 10 11}

แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการสำรวจเดียวกันพบว่า แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุที่เคยได้จากบุตรเป็นหลักนั้นมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ โดยลดลงจากร้อยละ 52.3 ในปี 2550 เหลือร้อยละ 35 ในปี 2560 ในขณะที่รายได้ที่มาจากการทำงานและคู่สมรสค่อนข้างคงที่ในช่วงเวลาดังกล่าวคืออยู่ที่ร้อยละ 35 - 36 ทั้งนี้ ในปี 2560 มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ที่รายงานว่ามีรายได้อื่นๆ ซึ่งผู้สูงอายุคือแหล่งรายได้หลักของตนเองซึ่งก็อนุมานได้ว่ากลุ่มนี้คือกลุ่มที่อยู่ภายใต้เส้นความยากจน ซึ่งข้อมูลการสำรวจในปี 2560 มีผู้สูงอายุร้อยละ 56 รายงานว่ามีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ในขณะที่ร้อยละ 25 รายงานว่ามีรายได้เพียงพอบ้างเป็นบางครั้ง และร้อยละ 18 รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ

8 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545, กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546

9 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551

10 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555

11 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560, กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561

2.3 ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุไทย

จากการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทยช่วงที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุไทยที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีหรือไม่ดีมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 24.4 ในปี 2550 เหลือร้อยละ 15.2 ในปี 2560 อย่างไรก็ตามจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือ มีผู้สูงอายุรายงานว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 8.3 ในปี 2545 เพิ่มเป็นร้อยละ 16.5 ในปี 2560 เช่นเดียวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 33.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพก็พบแนวโน้มทั้งที่ดีขึ้นและแย่ลง กล่าวคือแนวโน้มผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่เป็นประจำและดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำลดลง แต่การออกกำลังกายเป็นประจำก็ลดลงด้วย

2.4 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนและที่อาศัยอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 10.8 ในปี 2560 ขณะเดียวกันครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรสก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 21 ในปี 2560

3

สถานการณ์การมีภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุไทย



3

สถานการณ์การมีภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุไทย

ภาวะถดถอยของสมรรถนะด้านต่างๆ ของร่างกายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กับวัยสูงอายุ มีผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการดูแล ขณะเดียวกัน ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ และการบาดเจ็บก็นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพิงในที่สุด และจากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน¹² ตั้งแต่ 3 กิจกรรมขึ้นไปร้อยละ 4.1 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 4 ที่มีเพียงร้อยละ 1.43 ขณะเดียวกันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน (ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเองตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป หรือไม่สามารถกลืนอาหารหรือปัสสาวะได้อย่างใดอย่างหนึ่งได้) ก็เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 เทียบกับร้อยละ 15.5 ของการสำรวจครั้งที่ 4^{13 14}

ในปี 2552 สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ¹⁵ ทำการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ โดยอาศัยฐานข้อมูลการสำรวจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในผู้สูงอายุ¹⁶ จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ในปี 2547¹⁷ และคาดการณ์จำนวนประชาชนไทย พ.ศ. 2548 – 2567 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2550 โดยใช้

12 ประกอบด้วย การล้างหน้า สวมเสื้อผ้า กินอาหาร ลูกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ เดินภายในบ้าน การอาบน้ำ การขึ้นบันได และการกลืนปัสสาวะ กลืนอุจจาระ

13 วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551–2552 นนทบุรี, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554

14 วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559

15 Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation for Health, 2009

16 ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรพื้นฐาน 6 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหาร การลุกนั่งจากเตียง การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนที่ในบ้าน (คะแนน 0–2 ในแต่ละกิจกรรม) และ ความสามารถในการกลืนอุจจาระ และกลืนปัสสาวะ (คะแนน 0–3 ในแต่ละกิจกรรม) รวมคะแนนเต็ม 18

17 ยศวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (บรรณาธิการ) การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 – 2547. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549

เกณฑ์คะแนนที่ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็มเป็นตัวตัดสินว่ามีระดับการพึ่งพิงมากและต้องการการดูแล ในการนี้แบ่งระดับการพึ่งพิงเป็นห้าระดับ คือ ไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย (คะแนนเต็ม 18) พึ่งพิงเล็กน้อย (คะแนน ADL 15-17) พึ่งพิงปานกลาง (คะแนน ADL 11-14) พึ่งพิงมาก (คะแนน ADL 6-10) และ พึ่งพิงทั้งหมด (คะแนน ADL 0-5) และทำการคาดการณ์โดยใช้ multiple state modeling ตามแบบ การศึกษาของออสเตรเลีย¹⁸ พบว่า ในปี 2552 มีผู้สูงอายุจำนวน 1.4 แสนคนที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดและ พึ่งพิงมากซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.3 และ 2.8 แสนคน ในปี 2562 และ 2567 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.5 - 1.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

ตารางที่ 2 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2547 - 2567 (จำนวนล้านคน)

	2547	2552	2557	2562	2567
พึ่งพิงทั้งหมด	0.03	0.05	0.07	0.09	0.11
พึ่งพิงมาก	0.07	0.09	0.11	0.14	0.17
พึ่งพิงปานกลาง	0.57	0.53	0.59	0.70	0.83
พึ่งพิงเล็กน้อย	1.01	1.06	1.19	1.41	1.67
ไม่มีภาวะพึ่งพิง	4.87	6.33	8.04	10.09	12.26
รวม	6.55	8.07	10.01	12.43	15.03

ที่มา: Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., (2009)

ในปี 2560 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)¹⁹ ทำการศึกษาและคาดการณ์จำนวน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยฐานข้อมูลประชากรคาดการณ์จาก The Population Division of the United Nations: Population Projections 2015 Revision (medium-variant) และใช้ข้อมูลการมี ภาวะพึ่งพิงจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยใช้เกณฑ์ตัดที่คะแนน ADL ร้อยละ 60 และต่ำกว่าเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการดูแล โดยต้องมีการ ปรับตัวข้อคำถามของการสำรวจให้สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน 10 ข้อของกระทรวงสาธารณสุข และแยกผู้สูงอายุเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มติดเตียง (ADL <=4) กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) และกลุ่มติด ลังคม (ADL >=12) โดยกำหนดให้อัตราการพึ่งพิงในแต่ละช่วงอายุและเพศคงที่เท่ากับอัตราในปี 2557 (เฉลี่ยเพศชาย ติดเตียงร้อยละ 0.9 ติดบ้านร้อยละ 1.6, เพศหญิง ติดเตียงร้อยละ 1.4 ติดบ้านร้อยละ 2.3) คาดการณ์ว่าในปี 2560 มีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลและระยะยาวจำนวน 3.72 แสนคน และจะเพิ่ม เป็น 4.62 แสนคนในปี 2565 และ 8.37 แสนคนในปี 2580 (ตารางที่ 3)

18 Lueng, E. Projecting the needs and cost of long term care in Australia. Research paper no.110. University of Melbourne, 2003.

19 วรวรรธน์ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์ ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย กรุงเทพมหานคร, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2560

ตารางที่ 3 จำนวนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลในปี พ.ศ. 2560 – 2590

ปี	จำนวนผู้สูงอายุ (พันคน)	จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล (พันคน)		
		ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม (ร้อยละ)
2560	11,692	136.7	235.3	372.0 (3.18)
2565	12,198	169.3	293.0	462.3 (3.79)
2570	12,715	209.2	357.4	566.6 (4.45)
2575	13,236	256.1	434.5	690.6 (5.22)
2580	13,750	311.2	526.2	837.4 (6.09)
2585	14,263	374.2	628.7	1,002.9 (7.03)
2590	14,777	434.7	727.1	1,161.8 (7.86)

ที่มา: ปรับจากรวบรวมข้อมูล จากศูนย์วิจัย และ ยุค วัชรคุปต์ (2560)

ทั้งนี้ ในการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลระยะยาว (LTC) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) นั้น กำหนดให้ผู้มีสิทธิจำกัดอยู่เฉพาะผู้สูงอายุและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) เท่านั้น ขณะเดียวกัน ก็ดำเนินการในลักษณะค่อยๆ ขยายพื้นที่ตามความพร้อมและสมัครใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมโครงการ^{20 21} ดังนั้น จำนวนผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ขึ้นทะเบียนได้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงยังไม่ครอบคลุมผู้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวทั้งหมด ทั้งในแง่ กลุ่มอายุ สิทธิหลักประกันสุขภาพและพื้นที่ดำเนินการ จากการประเมินการดำเนินงานในปีแรกพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้สิทธิ UC มีเพียงร้อยละ 81 (ที่เหลือเป็นสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งมีทั้งข้าราชการบำนาญและพ่อแม่ของตัวข้าราชการ) ขณะเดียวกัน พบว่ายังมีผู้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งจำแนกตามสี่กลุ่มเป้าหมายของ สปสช. ที่ต้องได้รับการดูแล (ติดเตียง, ติดบ้าน, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้ป่วยระดับประคอง) ร้อยละ 20-30 ของผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวในแต่ละกลุ่มที่ยังไม่เข้าเกณฑ์ผู้สูงอายุ²²

ทั้งนี้ ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ได้รับสิทธิการดูแลระยะยาวของ สปสช. ณ วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2561 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการขึ้นทะเบียนดูแลระยะยาวสะสมตั้งแต่ปี 2559-2561 รวม 211,138 คน (ดังแสดงในตารางที่ 4) อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวได้มาจากการนำข้อมูลผู้สูงอายุ

20 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพฯ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2559

21 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2558 วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2558

22 สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และ บวรศม สิริพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560

ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในแต่ละปีมารวมกัน ยังไม่มีการตรวจสอบว่ามีผู้เสียชีวิตระหว่างปีจำนวนเท่าใด ดังนั้น ตัวเลขดังกล่าวจะมากกว่าที่มีอยู่จริง ทั้งนี้ ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีการส่งมาขอเบิกงบ LTC จาก สปสช. ในปีงบประมาณ 2561 มีเพียง 132,053 ราย (เป็นไปได้ว่าอาจมีบางส่วนที่ไม่ได้ส่งมาขอเบิกเนื่องจากงบเดิมที่ได้รับไปยังคงเหลืออยู่ หรือขึ้นทะเบียนช่วงปลายปีก่อนหน้านั้น) ในขณะที่ข้อมูลบนเว็บไซต์ LTC ของกรมอนามัยมีรายงานจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวจำนวน 143,567 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยระดับประคองร้อยละ 9²³

มีข้อสังเกตว่า ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่เฉลี่ยต่อแห่งของ อปท. ในปี 2559, 2560, และ 2561 เท่ากับ 46, 37, 26 รายตามลำดับ จำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเฉลี่ยต่อแห่งที่มีลักษณะถดถอยลงน่าจะอธิบายได้จากในปีแรกนั้นท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมทั้งในด้านการเงินและกำลังคนในการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งก็จะเป็นท้องถิ่นขนาดใหญ่เป็นหลัก ท้องถิ่นขนาดใหญ่กว่ามีประชากรและงบประมาณมากกว่าจึงน่าจะมีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการมากกว่าท้องถิ่นขนาดเล็ก จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลเฉลี่ยต่อแห่งจึงมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลต่อแห่งของ อปท. ที่เหลือน่าจะลดลงไปอีก

ตารางที่ 4 รายงานการดำเนินงานของกองทุนบริการดูแลระยะยาวในชุมชน 2559-2561

ปี	เป้าหมาย		พื้นที่การจัดสรรจาก สปสช. (แห่ง)			ผู้สูงอายุในโครงการ			
	งบ (ลป.)	ผู้สูงอายุ (คน)	อปท.	กทม.	หน่วยบริการประจำ	จำนวนที่จัดสรร (คน)	ใหม่ (คน)	เก่า (คน)	รวมสะสม (คน)
2559	600	100,000	1,752	-	889	80,826	80,826	0	80,826
2560	900	150,000	2,522	1	912	100,015	94,552	5,463	175,378
2561	1,159.20	193,200	1,368	1	912	132,053	35,785	96,268	211,138
รวม			5,639	1	912				

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2561

ข้อสังเกต: ข้อมูลจำนวนสะสมเป็นข้อมูลผู้สูงอายุรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละปียังไม่ได้หักจำนวนผู้เสียชีวิตไประหว่างปี

23 กรมอนามัย ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) <http://ltc.anamai.moph.go.th/> ข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2562

เมื่อเทียบเคียงข้อมูลการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาว (กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียงที่มีคะแนน ADL ≤ 11) ของแหล่งข้อมูลสองแหล่ง และข้อมูลการขึ้นทะเบียนจริงของ สปสช. แล้วจะเห็นว่า ข้อมูลคาดการณ์สองแหล่งแตกต่างกันมาก โดยข้อมูลคาดการณ์แหล่งที่สองสูงกว่าข้อมูลคาดการณ์แหล่งแรกเกือบเท่าตัวในช่วงเวลาเดียวกัน ความแตกต่างดังกล่าวคงมาจากฐานข้อมูลที่ใช้ในการคาดการณ์ต่างกันรวมถึงปีที่ใช้ทั้งฐาน อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุปีฐาน รวมถึงระเบียบวิธีในการคาดการณ์และสมมุติฐานที่ใช้ที่ต่างกัน ทั้งนี้ หากพิจารณาจากข้อมูลแหล่งแรกเทียบเคียงกับข้อมูลการขึ้นทะเบียนของ สปสช. อาจใกล้เคียงกว่าซึ่งหากจะต่ำกว่าความเป็นจริงบ้างก็อาจไม่มาก

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวระหว่างปี 2562–2565 จากสองแหล่งการศึกษา (หน่วยพันคน)

ปี	จำนวนคาดการณ์ของการศึกษาปี 2552 ¹			จำนวนคาดการณ์ของการศึกษาปี 2560 ²		
	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม	ติดเตียง	ติดบ้าน	รวม
2562	90	140	230	148.65	257.30	405.95
2563	94	146	240	154.32	267.04	421.36
2564	98	152	250	161.94	280.22	442.16
2565	102	158	260	169.28	293.0	462.28

ที่มา: ¹ Srithamrongsawat, S., et al., (2009) ² วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์ (2560)

โดยสรุปจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนน ADL ที่ระดับร้อยละ 60 และต่ำกว่า (11 คะแนนและต่ำกว่า) คือกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว ในที่นี้คือกลุ่มที่ติดเตียงและติดบ้าน ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวน 2.3 แสนคนในปี 2562 และเพิ่มเป็น 2.6 แสนคนในปี 2565 คน (ดังแสดงในตารางที่ 6) อย่างไรก็ตามก็จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเล็กน้อยถึงปานกลางอยู่ถึงจำนวน 2.11 ล้านคนในปี 2562 และเพิ่มเป็น 2.344 ล้านคนในปี 2565 ซึ่งกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการฟื้นฟูป้องกันก็จะกลายเป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียงไปในที่สุด จึงควรต้องมีการจัดระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันการเข้าสู่ภาวะติดบ้านติดเตียงสำหรับกลุ่มนี้ต่อไปโดยอาศัยงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ (กองทุนตำบล)

ตารางที่ 6 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังระดับต่างๆระหว่างปี 2562-2565 (หน่วยพันคน)

ปี	กลุ่มเป้าหมาย LTC		กลุ่มเสี่ยงที่ควรฟื้นฟูป้องกัน		กลุ่มติดสังคม	รวมทั้งหมด
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ฟังฟังปานกลาง	ฟังฟังเล็กน้อย	ไม่ฟังฟัง	
2562	90	140	700	1,410	10,090	12,430
2563	94	146	726	1,462	10,524	12,952
2564	98	152	752	1,514	10,958	13,474
2565	102	158	778	1,566	11,392	13,996

ที่มา: Srithamrongsawat, S., et al., (2009)

4

สถานการณ์การจัดบริการ ดูแลระยะยาวในชุมชน



4

สถานการณ์การจัดบริการ ดูแลระยะยาวในชุมชน

ข้อมูลส่วนนี้มาจากรายงานการประเมินการดำเนินงานในปีแรกตามนโยบายระบบการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ²² เป็นหลักร่วมกับข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบัน

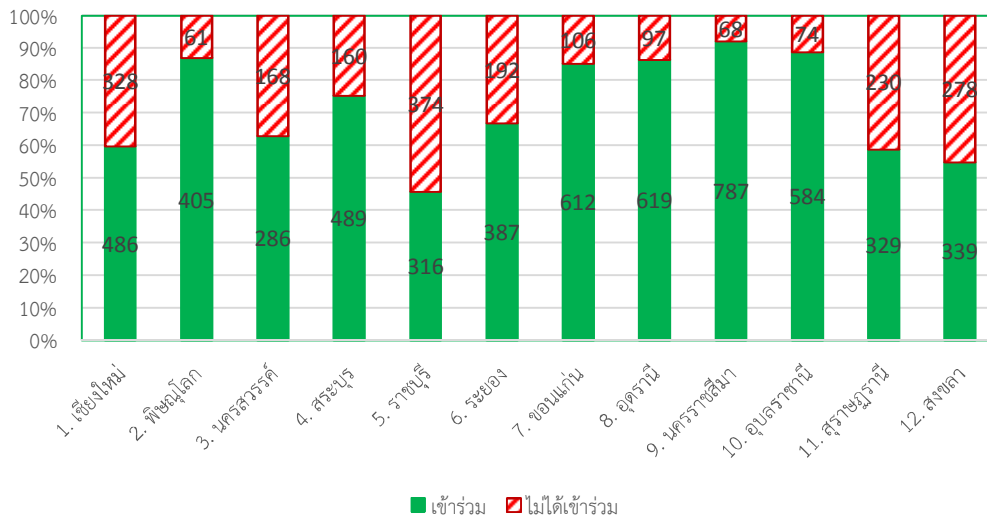
4.1 ความครอบคลุมพื้นที่ ประชากรผู้สูงอายุ และบริการดูแลระยะยาว

ในด้านความครอบคลุมพื้นที่ดำเนินการเนื่องจากการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวจะดำเนินการได้จำเป็นต้องมีบุคลากรที่พร้อมให้บริการ ทั้งผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (LTC manager: CM) และผู้ช่วยผู้ดูแล (Care giver: CG) ที่ต้องผ่านกระบวนการฝึกอบรมก่อนที่จะสามารถมาให้บริการได้ ต้องมีกระบวนการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภาควิชาศัลยกรรม และครอบครัวในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) รวมถึงต้องมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการดูแลระยะยาวในพื้นที่ภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น ดังนั้น จึงต้องขึ้นกับความพร้อมของพื้นที่และระบบด้วย ไม่สามารถดำเนินการได้ในทันที ในการนี้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเปิดดำเนินการโดยให้ท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมโครงการตามความพร้อมของบุคลากรและของกองทุนเอง ในการนี้ พื้นที่ดำเนินการในปีแรกจะเน้นไปที่ อปท.ขนาดใหญ่ เช่น เทศบาลและอบต.ขนาดใหญ่ ในการนี้ข้อมูล ณ 14 กันยายน 2561 มีท้องถิ่นที่เข้าร่วมจัดบริการแล้วทั้งสิ้น 5,640 แห่ง (รวมกรุงเทพมหานคร) จากจำนวนองค์กรปกครองท้องถิ่นทั้งสิ้น 7,775 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของพื้นที่ทั้งหมด โดยพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมสูงคือพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนพื้นที่ที่ดำเนินการได้ค่อนข้างต่ำคือพื้นที่เขตเขตราชบุรี รองลงมาคือเขตภาคใต้และเขตภาคเหนือตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1 อย่างไรก็ตามในพื้นที่ที่สมัครเข้าร่วมโครงการนั้นพบว่ายังมีถึงร้อยละ 25 ของ อปท. ที่เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่ได้มีการโอนงบประมาณ LTC แก่หน่วยบริการหรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในพื้นที่²⁴ ซึ่งหากอนุมานว่าพื้นที่ที่ยังไม่มีการโอนงบประมาณ LTC แก่หน่วย

24 วีระชัย ก้อนมณี ความคืบหน้าการดำเนินงาน LTC งบประมาณ 2559–2561 ไฟล์นำเสนอในการประชุมคณะทำงานพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2562 ห้องประชุมสุปัญญา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี, สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการหรือศูนย์พัฒนาฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการน่าจะยังไม่มีการดำเนินการ ความครอบคลุมพื้นที่ที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาวแล้วก็จะลดเหลือเพียงร้อยละ 54 เท่านั้น

ภาพที่ 1 จำนวนและร้อยละขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่เข้าร่วมและยังไม่เข้าร่วม จัดบริการ LTC จำแนกรายเขต



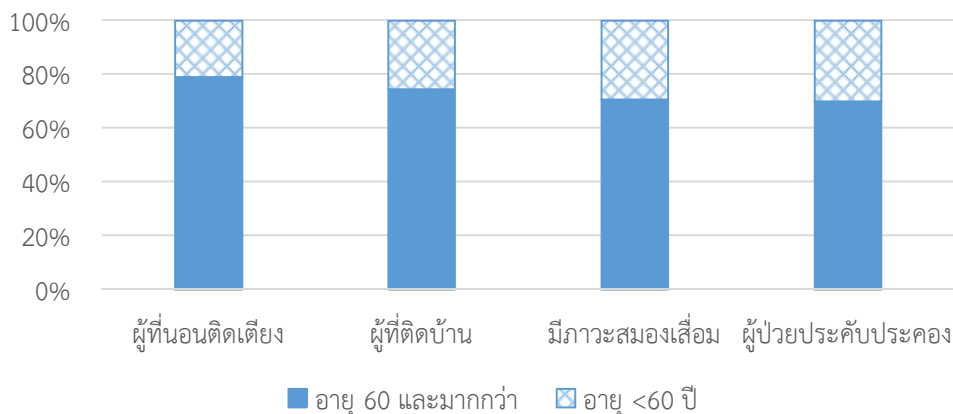
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2561

ในด้านความครอบคลุมประชากรที่มีความจำเป็นต้องได้รับการ LTC นั้น พบว่าเนื่องจากนโยบายดังกล่าวจำกัดอยู่ที่การดูแลเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้สามารถครอบคลุมผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการในสี่กลุ่มเป้าหมายที่ สปสช.กำหนด (กลุ่มติดเตียง กลุ่มติดบ้าน ผู้มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ป่วยระยะสุดท้าย) เพียงร้อยละ 70-80 เท่านั้น และการจำกัดให้เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ก็คาดว่าหากขยายโครงการไปทั่วประเทศ นโยบายนี้สามารถครอบคลุมผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการ LTC เพียงร้อยละ 80 เท่านั้น หรือเพียงร้อยละ 56-64 ของผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการ LTC ในทุกกลุ่มอายุเท่านั้น (ดังแสดงในภาพที่ 2)

ในส่วนของการจัดบริการดูแลระยะยาวนั้น พบว่า พื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ช่วยดูแล (Care giver: CG) สามารถจัดบริการได้อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอในสัดส่วนที่สูงกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG ในเกือบทุกประเภทบริการ กล่าวคือ บริการด้านสังคมในพื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG จัดได้เป็นระบบและสม่ำเสมอในสัดส่วนที่สูงกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG คือ บริการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ช่วยเหลืองานบ้าน, การคุ้มครองทางกฎหมาย, และการปรับสภาพบ้าน สำหรับบริการด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน พื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG มีสัดส่วนที่รายงานว่าสามารถจัดบริการทางการแพทย์ ทางกายภาพ การบริหารการให้ยา

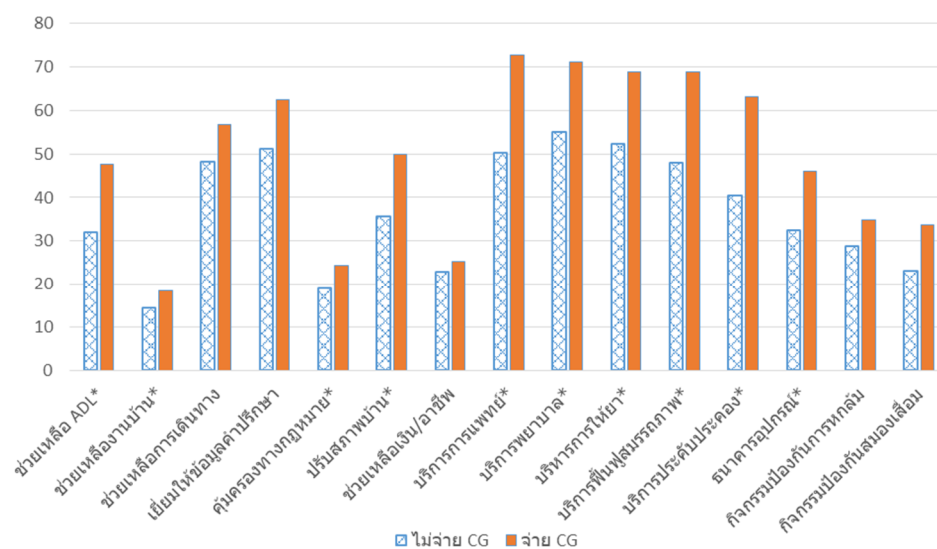
การฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการปรับระดับประคอง และธนาคารกายอุปกรณ์ ได้อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอสูงกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพที่ 3

ภาพที่ 2 ร้อยละของผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว จำแนกตามประเภทและอายุ



ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัช เอกพลากร, และ บวรศม ลีระพันธ์.(2560)

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละของพื้นที่ที่จัดบริการได้เป็นระบบและสม่ำเสมอระหว่างพื้นที่ที่มีการจ่ายและไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG



หมายเหตุ *แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัช เอกพลากร, และ บวรศม ลีระพันธ์.(2560)

4.2 การพัฒนากำลังคนเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

ผู้จัดการดูแลระยะยาว (Care Manager: CM) มีบทบาทสำคัญในการจัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ญาติเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวผู้สูงอายุ (case conference) และจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individual care plan) ร่วมกัน ซึ่งที่ผ่านมารวมอนามัยมีบทบาทสำคัญในการจัดทำหลักสูตรและจัดอบรม CM จากข้อมูลรายงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกรมอนามัย ณ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2562 มี CM ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 11,980 คน และมี CG ที่ผ่านการอบรมแล้วจำนวน 65,092 คน คิดเป็นสัดส่วน CM 1 คนต่อ CG 5.43 คน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีจำนวน CG ที่ CM ดูแลในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่ CG มีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลเฉลี่ยเพียง 2.1 คน

ตารางที่ 7 จำนวนผู้จัดการการดูแลระยะยาว ผู้ช่วยผู้ดูแล และจำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียน จำแนกรายเขต

เขต	จำนวน CM	จำนวน CG	จำนวนผู้สูงอายุ	สัดส่วน CM:CG	สัดส่วน CG: ผู้สูงอายุ
1. เชียงใหม่	908	5,645	9,982	6.22	1.77
2. พิษณุโลก	915	3,906	8,581	4.27	2.20
3. นครสวรรค์	676	3,489	7,660	5.16	2.20
4. สระบุรี	1,172	5,170	10,830	4.41	2.09
5. ราชบุรี	1,139	4,508	9,681	3.96	2.15
6. ระยอง	879	3,532	4,258	4.02	1.21
7. ขอนแก่น	951	8,296	20,609	8.72	2.48
8. อุตรดิตถ์	1,117	8,225	17,540	7.36	2.13
9. นครราชสีมา	1,240	9,634	18,481	7.77	1.92
10. อุบลราชธานี	1,339	6,252	24,400	4.67	3.90
11. สุราษฎร์ธานี	954	4,232	6,973	4.44	1.65
12. สงขลา	690	2,203	4,572	3.19	2.08
รวม	11,980	65,092	143,567	5.43	2.21

ที่มา: กรมอนามัย <http://ltc.anamai.moph.go.th/> ข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2562

อย่างไรก็ดี ในการจัดอบรมพบว่าขาดการเชื่อมประสานระหว่าง สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ อปท. ที่พร้อมเข้าร่วมและจัดสรรงบประมาณ LTC กับกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการให้โควตาและจัดอบรม CM ทำให้บางพื้นที่มี CM หลายท่านในขณะที่บางพื้นที่เป้าหมายดำเนินงานยังไม่มี CM ในส่วนของผู้ช่วยดูแล (CG)

นั้นเป็นการอบรมในพื้นที่เป็นหลักโดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชม. ซึ่งอาจจัดโดยศูนย์อนามัย เขต ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยในพื้นที่ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานในปีแรกพบว่าการพัฒนากำลังคนที่ผ่านมาอาจยังไม่ค่อยเป็นระบบและเป็นขั้นตอนเช่น มีการอบรม CG โดยที่ยังไม่มี CM เป็นต้น นอกจากนี้ พบว่าขาดกลไกและระบบสนับสนุนการทำงานของ CM ในระดับอำเภอ ตลอดจนกลไกเชื่อมโยงและบูรณาการการจัดบริการดูแลระยะยาวและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นที่จัดโดยทีมสหวิชาชีพ

ในส่วนของการบริหารจัดการผู้ช่วยดูแล (CG) นั้น แนวคิด “จิตอาสา และการจ้างงาน” ยังเป็นประเด็นถกเถียงสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ระหว่าง สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุข ความสับสนอันเนื่องจากหนังสือกระทรวงสาธารณสุขเรื่องค่าตอบแทน CG ตลอดจนความไม่มั่นใจต่อระเบียบการใช้จ่ายงบ LTC ทำให้พื้นที่ส่วนใหญ่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG ส่วนในพื้นที่ที่มีการจ่ายก็มีการจ่ายหลากหลายรูปแบบ โดยมีท้องถิ่นเพียงร้อยละ 23 ที่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ CG ในการประเมินการดำเนินงานในปีแรก และในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 15 ของกลุ่มที่มีการจ่ายค่าตอบแทนเท่านั้นที่จ่ายในอัตราที่กระทรวงกำหนด (300 บาท/เดือน) ประเด็นปัญหาสะท้อนจากพื้นที่มีตั้งแต่ เรื่องความยากลำบากในการหาคนที่มีความสัมพันธ์ตามที่กำหนด (จบมัธยมต้นหรือเทียบเท่า) มารับการอบรมการที่เป็นระบบจิตอาสายิ่งทำให้หาคนมารับการอบรมยากยิ่งขึ้นหากเขาต้องทิ้งงานที่ทำมาเป็นระยะเวลา นาน นอกจากนี้ ยังพบว่าพื้นที่ที่อิงระบบจิตอาสาต้องอบรม CG จำนวนค่อนข้างมาก มีปัญหาว่าอบรมมาแล้วหลายท่านไม่สามารถปฏิบัติงานได้ รวมถึง CG บางคนก็มีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ตนไม่ถนัด ส่วนระบบสนับสนุนหลักที่มีการจัดให้ CG ได้แก่ การอบรมให้ความรู้และทักษะ การเพิ่มพูนความรู้และทักษะระหว่างปฏิบัติงาน การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีช่องทางให้คำปรึกษา

4.3 การบูรณาการด้านนโยบาย/ การบริหารระบบ/ การจัดบริการ

ในการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายในขอบปีแรกนั้นพบว่า ทิศทางและการบูรณาการระดับนโยบายระหว่างหน่วยงานส่วนกลางไม่ราบรื่น มีความเห็นขัดแย้งกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ต่อแนวคิด “จิตอาสาหรือการจ้างงานสำหรับ CG” ตลอดจนยังคงมีความไม่ลงตัวในความเห็นต่อเรื่องระเบียบการใช้งบ LTC ระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง คือ สปสช. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ทำให้พื้นที่สับสนในเรื่องดังกล่าว แม้จะมีคู่มือและแนวทางการดำเนินงานของ สปสช. ออกมาแล้วแต่ อบต. ยังไม่คลายความกังวลต่อระเบียบการใช้จ่ายเงิน ยังมีหนังสือสั่งการของกระทรวงสาธารณสุขออกมาในเรื่องแนวทางการจ่ายค่าตอบแทน CG ยิ่งทำให้เกิดความสับสนมากขึ้น

การจัดอบรมผู้จัดการดูแลระยะยาว (CM) และผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ขาดการประสานงานกันที่ดีระหว่างหน่วยรับสมัครพื้นที่เข้าร่วม (สปสช. ส่วนกลางและเขต) และหน่วยจัดสรรโควตาและจัดอบรม (กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) มีผลให้การดำเนินงานตามนโยบายไม่ราบรื่นดังได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

ระบบและกลไกการสนับสนุนจากระดับเขตและจังหวัดมีบทบาทสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ตัวแทนโรงพยาบาลร้อยละ 67 รายงานว่าได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในระดับมากถึงมากที่สุด อย่างไรก็ตามมีร้อยละ 10 ที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ามีบางเขตสุขภาพและจังหวัดกำหนดเรื่อง LTC เป็นหนึ่งใน service plan และมีการจัดทำแนวทางการเบิกจ่ายบ LTC แก่พื้นที่เพื่อความชัดเจนในการดำเนินงาน

การสนับสนุนการดำเนินงานจากระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการในการดำเนินงาน พื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากโรงพยาบาลเป็นอย่างดี โดยตัวแทน อปท. ร้อยละ 84 รายงานว่าได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลในอำเภอระดับมากถึงมากที่สุด แม้จะมีร้อยละ 7 ที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ในขณะที่ร้อยละ 28.5 ของตัวแทน อปท. รายงานว่าได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากฝ่ายปกครองเป็นอย่างดีในการดำเนินงาน

โดยสรุป การขาดการบูรณาการด้านนโยบายและการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นข้อจำกัดสำคัญในการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยเฉพาะหน่วยงานในส่วนกลางระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน การจำกัดสิทธิไว้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและดำเนินการในลักษณะเป็นไปตามความพร้อมทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ในทุกพื้นที่และครอบคลุมได้เฉพาะกลุ่ม ข้อจำกัดด้านระเบียบการเงินและบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงความขัดแย้งในแนวคิดระหว่างการเป็นจิตอาสาหรือการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับผู้ช่วยดูแล การขาดการบูรณาการการดำเนินการทั้งในแนวนอนและแนวตั้งในพื้นที่เอง รวมถึงระบบข้อมูลสารสนเทศที่ยังต้องพัฒนา

5

การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561



5

การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557–2561

แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561²⁵ แม้จะผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมาแล้วเป็นลำดับ อย่างไรก็ตาม นโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเกิดขึ้นจริงจังในปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นมา เมื่อรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการนี้เป็นปีแรกในวงเงิน 600 ล้านบาท และเพิ่มเป็น 900 และ 1,159.20 ล้านบาท ในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ ในตอนนี้จะประมวลความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ผ่านมา โดยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น (รายชื่อผู้ให้ข้อมูลดูในภาคผนวก) และการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ และข้อมูลจากผลการประเมินการดำเนินงานตามนโยบายในปีแรก²² ซึ่งได้ปรากฏหลักฐานเกี่ยวกับวงจรนโยบาย (policy cycle) อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา ยุทธศาสตร์ในอนาคต ดังต่อไปนี้

5.1 จุดเด่นของแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับแรก

1. ทิศทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่มุ่งเน้นการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง (ADL=<11) ที่ครัวเรือนในชุมชนนั้นมิใช่ได้เปรียบอย่างน้อยสามประการได้แก่ 1) ประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการดูแลในโรงพยาบาลหรือสถานบริบาล ซึ่งข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนนั้นตั้งแต่ 15,000–30,000 บาท/เดือน ในขณะที่ภายใต้โครงการนี้รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้เพียง 6,000 บาท/คน/ปี 2) ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้านได้แทนที่จะต้องนอนพักในโรงพยาบาลเรื้อรังโดยไม่มีคามจำเป็นด้าน acute care ทั้งนี้ มีข้อมูลว่ามีผู้ป่วยจำนวน

25 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557–2561

ไม่น้อยที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่สามารถจำหน่ายออกได้เนื่องจากขาดระบบการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน และ 3) สร้างการจ้างงานใหม่ (อาชีพผู้ช่วยผู้ดูแล) ในท้องถิ่นและกระตุ้น ระบบเศรษฐกิจชุมชนให้เข้มแข็ง (หากมีการจ้าง CG ให้ทำงานเต็มเวลาตามแผนการเดิมที่วางไว้) ทั้งนี้ หากมีการจ้างงานในชนบทก็จะลดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองไปด้วยเป็นการชะลอ การถดถอยของศักยภาพครัวเรือนในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชนไปด้วยในตัว

2. ความพยายามสร้างเอกภาพระหว่างหน่วยงานระดับชาติที่เกี่ยวข้องเพื่อหวังให้เกิดบูรณาการ บริการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่ครัวเรือน โดยคาดหวังให้เทศบาล/อบต.เป็นกลไกประสาน กำกับ สนับสนุน บริการนั้น ความคาดหวังนี้มาจากประสบการณ์ของ สปสช. ในการดำเนินการเกี่ยวกับ กองทุนตำบลอันเป็นการร่วมทุนระหว่าง สปสช.กับ อบต. เพื่อสนับสนุนทางการเงินแก่ชุมชนในทุกมิติ ของการพัฒนาสุขภาพชุมชน การให้ความสำคัญกับบริการเชิงบูรณาการที่ครัวเรือนและกลไก อบต. ดังกล่าวสอดคล้องกับทิศทางของประเทศส่วนใหญ่ในกลุ่มประเทศ OECD ซึ่งดำเนินการมายาวนานกว่า สองทศวรรษจนได้บทเรียนว่าควรเน้นบริการที่ครัวเรือนเพราะมีความยั่งยืนทางการเงินมากกว่าบริการ ในสถานบริบาลหรือสถานพยาบาล และบริการเชิงบูรณาการสอดคล้องกับความจำเป็นของผู้สูงอายุ ซึ่งมีภาวะซับซ้อนทั้งทางการแพทย์และสังคม

3. มีการแจกแจงบทบาทและการจัดสรรงบประมาณของแต่ละหน่วยงานระดับชาติอย่างชัดเจน สอดคล้องกันโดยจัดกลุ่มบทบาทเป็นหกด้านของแผนยุทธศาสตร์ฯ อย่างรอบด้าน (คัดกรองผู้สูงอายุ ฐานข้อมูล การเงินการคลัง จัดบริการ กำลังคน สร้างและจัดการความรู้ และกฎกติกา)

4. มีการกำหนดเป้าหมายและดัชนีกำกับติดตามประเมินผลชัดเจนอย่างสอดคล้องระหว่าง หน่วยงานต่างๆ

5. มีการกำหนดกลไกประสาน สนับสนุน กำกับติดตามชัดเจน ตลอดจนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ นั้นคือ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องครบถ้วน

6. ในขั้นดำเนินการ ได้ปรากฏรูปธรรมตามแผนยุทธศาสตร์ฯ หกด้าน ด้วยความชัดเจนมากขึ้น ต่างกัน เช่น ด้านการเงินการคลัง สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเป็นทางการและเพิ่มขึ้น โดยลำดับ ด้านกำลังคน ได้เกิดการอบรมผู้ช่วยผู้ดูแลและผู้จัดการการดูแลระยะยาว ด้านบริการ ได้มีการคัดกรองผู้สูงอายุและขึ้นทะเบียน แล้วตามด้วยการจัดบริการโดยอาศัยการจัดทำแผนการดูแล (รายละเอียดจะได้กล่าวต่อไป)

5.2 โอกาสพัฒนา

1) ด้านการเงิน

ระบบงบประมาณแผ่นดิน เป็นระบบที่ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดบูรณาการ เพราะเน้นกิจกรรม (functional-based) แทนที่จะเน้นผลงาน (result-based) รวมทั้งไม่เน้นความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ (area-based) ซึ่งมีความหลากหลายมาก

“การบูรณาการหากต้องเขียนเมื่อตัวเองก็ไม่มีใครอยากทำ ตอนนี้มีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และมีบูรณาการที่มหาดไทยรับผิดชอบ ทั้งนี้ บูรณาการก็ไม่ต่างจากเดิม เพียงเอาบที่หน่วยงานต่างๆ ให้ท้องถิ่นมารวมด้วยกัน และมีอีกยี่สิบกว่าแผนงานที่ไปอยู่ที่แผนบูรณาการของสำนักงานงบประมาณ ทั้งนี้ บูรณาการของมหาดไทย เป็นเพียงการรวมตัวเลข... ขณะเดียวกัน อบท. มีรายได้แตกต่างกันมาก 1 แห่งรายได้ปีละหมื่นล้านบาท ร้อยละ 2 มีรายได้หลักพันล้านบาท อีก 60-70% ไม่เกิน 50 ล้านบาท”

ผู้บริหารกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ระเบียบการเงิน การจ่ายค่าชดเชยให้ผู้ช่วยผู้ดูแล ครอบคลุมได้จำกัดเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล เนื่องจากเหตุสำคัญสองประการได้แก่ การขาดระเบียบการเงินของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นรองรับ และ/หรือ การตรวจสอบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินที่สนใจเพียงความถูกต้องตามระเบียบ ไม่ได้คำนึงถึงการบรรลุผลงาน นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการตีความระเบียบที่แตกต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของสำนักงานตรวจสอบเงินแผ่นดินเอง ทำให้บางพื้นที่ดำเนินการได้ บางพื้นที่ดำเนินการไม่ได้ ประการหลังยังน่าจะเกี่ยวข้องกับวิธีการงบประมาณแผ่นดินที่มุ่งเน้นกิจกรรม (function-based budgeting) ซึ่งไม่เอื้อต่อการทำงานเชิงบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และยังเป็นกรอบอ้างอิงการตรวจสอบทางการเงินที่ไม่ได้มุ่งผลงานแต่เน้นกฎระเบียบและกิจกรรมจึงเป็นอุปสรรคต่อการริเริ่มกิจกรรม แผนงาน โครงการที่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้สูงอายุภายใต้บริบทการทำงานที่หลากหลายระหว่างพื้นที่ เจอนโซอันเป็นอุปสรรคเหล่านี้สะท้อนความท้าทายในการบรรลุเอกภาพทางนโยบายระหว่างหน่วยงานระดับชาติ แม้ว่า มีเวทีนโยบายร่วม (policy platforms) อย่างน้อยสามเวทีรองรับ ได้แก่ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ คณะกรรมการผู้พิการแห่งชาติ สัมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

2) ด้านกำลังคน

การกำหนดบทบาทผู้ช่วยผู้ดูแลที่เป็นอยู่ซึ่งไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลอย่างทั่วถึง เพราะการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงต้องการเวลาอย่างมากในแต่ละวันในประเทศพัฒนา ญาติที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีความเสี่ยงสูงที่จะต้องออกจากงาน ยากจนลง และมีปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากปรารถนาที่จะได้รับการดูแลจากญาติมากกว่าคนนอก²⁶

“LTC หากปล่อยให้อยู่ในมือ CG ทั้งหมดคงไม่สำเร็จ เพราะหากให้ CG เข้าไปดูเพียงเดือนละครั้งจะทำให้คุณภาพชีวิตเขาดีขึ้นได้อย่างไร หลักใหญ่ๆจะทำให้คนในครอบครัวมีองค์ความรู้และทักษะที่ดีในการสนับสนุนคนในครอบครัวให้มีศักยภาพในการจัดการและอุดหนุนคนในครอบครัว”

ผู้บริหาร คณะกรรมการการศึกษาออกโรงเรียน

ทัศนะดังกล่าวสอดคล้องกับผลการสังเกตและสัมภาษณ์ในภาคสนาม เช่น อำเภอลำสนธิ (ต.ลำสนธิ และ ต.กุดตาเพชร) อำเภอเมือง จ.ลพบุรี (ต.เขาพระงาม) เป็นต้น ตลอดจนองค์ความรู้ในสากล

การจ่ายชดเชย CG อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชน กล่าวคือ บางพื้นที่ปรากฏความขัดแย้งระหว่าง อสม. และ CG เนื่องจากบุคคลสองประเภททำงานเกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพบนหลักการที่ไม่ไปด้วยกัน ฝ่าย อสม. (ซึ่งดำรงอยู่ต่อเนื่องมานาน) ทำงานบนหลักอาสาสมัคร แต่ผู้ช่วยผู้ดูแล (เพิ่งเกิดขึ้นในชุมชน) ทำงานแลกกับค่าชดเชย ปรากฏการณ์นี้สะท้อนการเตรียมความพร้อมทางความคิดและการสื่อสารประชาสัมพันธ์นโยบายที่ไม่ได้คำนึงถึงความขัดกันของหลักการดังกล่าว แม้ว่าหลักคิดเกี่ยวกับการชดเชย CG อาศัยข้อเท็จจริงที่แตกต่างจากงาน อสม. กล่าวคือ เป็นการดูแลตลอดเวลาหรือเกือบตลอดเวลาเพื่อตอบสนองความจำเป็นอันซับซ้อนของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นภาระอย่างมากแก่ผู้รับผิดชอบไม่ว่าในฐานะผู้ดูแลหรือผู้ช่วยผู้ดูแลเมื่อเทียบงาน อสม.

การเพิ่มบทบาท care manager ให้พยาบาล รพช. ที่ได้รับมอบหมาย อาจจะไม่สอดคล้องกับขีดจำกัดของพยาบาลเหล่านั้นที่มีภาระงานประจำล้นมืออยู่แล้วในหลายอำเภอ ทำให้การทำ care plan ไม่ได้คุณภาพเพียงพอที่จะประเมินความจำเป็นของผู้สูงอายุอย่างตรงประเด็นรอบด้าน และทันสมัยเมื่อคำนึงถึงภาวะซับซ้อนทางสุขภาพ (multiple morbidity) ของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง การทำ care plan จึงต้องมีการปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นระยะตามแนวโน้มการคลี่คลายของภาวะพึ่งพิง

26 Columbo, F. Llena-Nozal, A., Mercier, J., and Tjadens, F. Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care – ISBN 978-92-64-097582 © OECD 2011

3) ด้านสารสนเทศ

ข้อจำกัดของระบบสารสนเทศเพื่อรองรับวงจรนโยบาย (policy cycle) ตั้งแต่การวางแผนเรื่อยไปจนถึงการกำกับติดตามประเมินผล อันเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หกด้านตามแผนยุทธศาสตร์ฯ กล่าวคือระบบสารสนเทศของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ทันสมัย ไม่ครอบคลุม และน่าเชื่อถือจำกัดเกินกว่าจะสามารถสะท้อนสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายจะสามารถยอมรับและเข้าใจร่วมกันได้โดยเฉพาะ การสะท้อนคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายอันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว หรือแม้แต่ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การดูแลภายใต้ระบบที่เป็นปัจจุบันที่ยังคงมีชีวิตอยู่ก็ยังมีข้อจำกัดดังกล่าวไปแล้วข้างต้น สำหรับ สปสช. ซึ่งมีบทเรียนมานานกว่าสิบปี มีตัวอย่างความสำเร็จในการเตรียมระบบสารสนเทศหลายเรื่องเช่น stroke fast track, ยา ARV ในขณะเดียวกันก็มีปัญหาในหลายเรื่อง เช่น บริการปฐมภูมิ กองทุนตำบล และก่อนหน้าดำเนินนโยบายมีบทเรียนที่จำเพาะกับการเตรียมการเรื่องดูแลระยะยาว คือการมีโครงการนำร่องหลายพื้นที่โดยภาคียุทธศาสตร์ของ สปสช. แต่ดูเหมือนความจำเป็นของระบบสารสนเทศยังไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร ความพร้อมของระบบสารสนเทศในการดำเนินนโยบายที่กล่าวมาบ่งชี้ โอกาสพัฒนาที่ควรทบทวนและให้ความสำคัญอย่างมากในอนาคตถ้าจะดำเนินนโยบายนี้ต่อไป

“หากเป็นประเด็นเรื่อง LTC นั้นก็สงสัยว่าตอนนั้นทำไมไม่ทำฐานข้อมูลกลางที่ส่วนกลาง เช่น ฐานข้อมูลผู้สูงอายุหรือระบบการติดตามกำกับอย่างเป็นระบบ ก็เป็นจุดอ่อน”
ผู้บริหาร สปสช.

4) ด้านองค์กรและการอภิบาลระบบ

ข้อจำกัดภายในของแต่ละหน่วยงาน หรือกลไกบูรณาการนโยบายระดับชาติ อันส่งผลให้การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ฯ กล่าวคือ

ภาวะการนำไม่ต่อเนื่องทำให้การประสานงานภายในและภายนอกหน่วยงานภายใต้โครงสร้างองค์กรแบบแนวดิ่งยังเป็นไปอย่างจำกัดเกินกว่าจะเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่ต้องการเวลามากในการตัดสินใจและดำเนินการ เช่น ระเบียบการเงิน การพัฒนาสารสนเทศ การเติมเต็มกำลังคน

“ในระดับพื้นที่ก็มีคณะอนุกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุจังหวัด ... แต่การดำเนินงานเหล่านี้ยังไม่สามารถสร้างพลังขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติได้เต็มที่ ดิดขัด ทั้งที่ทุกหน่วยงานมีตัวชี้วัดเฉพาะ และขาดกลไกประสาน บูรณาการงาน²⁷”

นอกจากภาวะการนำระดับสูงไม่ต่อเนื่องแล้ว ในระดับกลางก็เป็นไปทำงานของตัวเองกัน

“ผมมารับงาน LTC เป็นปีที่สองนะ ปลายๆ ปี60 ก็แปลกใจนะทำไมถึงเลือกผม เพราะ นายแพทย์สาธารณสุขจริงๆ ไม่มี Power นะ และผมก็ไม่รู้เรื่องเลย”

...ผู้บริหารระดับกลาง กระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้นภาวะการนำในระดับปฏิบัติจึงไม่แน่นอน แบบแผนความไม่ต่อเนื่องนี้ก็ปรากฏในระดับ อำเภอ ซึ่งผู้นำส่วนราชการเปลี่ยนบ่อย อย่างไรก็ตามความซับซ้อนของระบบการดูแลระยะยาวก็อาจนำไปสู่เงื่อนไขให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ เช่น เมื่อได้ผู้นำที่ตระหนักและใช้ความพยายาม บูรณาการงานด้วยการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สิ่งนี้คือ ตัวอย่างของ “หน้าต่างโอกาส” ในระบบอันซับซ้อน ถ้าจะใช้ประโยชน์ของ “หน้าต่างโอกาส” ได้ การสืบสาน “กลไกภูมิปัญญาที่ยั่งยืนในรูปแบบของกลุ่มบุคคล (continuing wisdoms)” น่าจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก

“การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ต้องอาศัยรัฐมนตรีอย่างที่ได้พูดจริง ให้ท่านรัฐมนตรีไปนั่ง บริหารจัดการ และมี Power สูงในหลายๆ เรื่อง ทุกเดือนท่านจะมานั่งตรงนี้ ท่านบอกว่า ท่านไม่ได้เป็นปลัดอย่างเดียว แต่เป็นอธิบดีด้วย และยังเป็นเลขาธิการด้วย ถือว่าท่าน happy นะ”

...ผู้บริหารระดับสูง สปสช.

กลไกบูรณาการนโยบายระดับชาติ (เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ) มีอิทธิพลเด่นชัดในการก่อรูปประเด็น (policy agenda) หรือ ยกร่างแผนยุทธศาสตร์ได้สำเร็จ แต่ไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้เกิดการดำเนินการหรือวางกลไกให้สอดคล้องกันจนเกิดรูปธรรม (multilevel system alignment) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของยุทธศาสตร์ยังทำได้จำกัดมากเกินไป

27 จากบทความชื่อ “กรรมการสุขภาพแห่งชาติ เร่งสานพลังรับมือสังคมสูงอายุ ย้ำผู้สูงวัยไม่ใช่ภาระ ต้องเป็นพลังสังคม” 15 พย 2015 <https://www.nationalhealth.or.th/node/802>

“ส่วนมากกลไกนโยบายเป็นกลไกที่ติดกับของหน่วยที่อยากสั่งให้คนอื่นเขาทำ....สั่งให้คุณทำๆ แต่ผมไม่ให้เงินนะ....ฝ่ายเลขาฯ จะเสียอะไรไว้ แล้วไปบังคับให้คนเค้าทำ...”

....ผู้บริหาร กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

ทัศนะนี้สอดคล้องกับทฤษฎีว่าด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของ Elinor Ostrom ซึ่งกล่าวถึงการวางบทบาทให้กับภาคีถ้าจะได้ผลจริงจึงควรยึดโยงกับอำนาจสารสนเทศ อำนาจควบคุมกลไกกติกา และอำนาจทางการเงิน²⁸

ทั้งนี้การแปลงสาระของยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอาจไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่หน่วยงานสามารถอ้างอิงระดมทรัพยากรได้ หรือ/และ นำสู่การปฏิบัติได้

“...แผนยุทธศาสตร์เห็นแต่เป้าหมาย อาจไม่สะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เป็นการคาดการณ์ในอนาคต...พอทำจริงมันทำได้หรือเปล่า...คณะกรรมการผู้สูงอายุต้องเป็นกลไกการกำหนดนโยบาย และขับเคลื่อนให้หน่วยปฏิบัติทำงานได้ กลไกนโยบายต้องดูด้วยว่าจะทำอย่างไรให้หน่วยปฏิบัติสามารถทำงานได้”

....ผู้บริหารกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ขณะเดียวกันผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ควรใช้ดุลยพินิจให้เหมาะสมตามสถานการณ์และขอบเขตอำนาจที่ตนมีอยู่

“...เหมือนตอนเอาประกันของผู้ประกันสังคม...คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมีอำนาจตัดสินใจได้อยู่แล้วแต่กลับส่งเรื่องให้กฤษฎีกาตีความ เรื่องเลยยืดยาวออกไป”

....ผู้บริหาร กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ความไม่ต่อเนื่องของการติดตามผลักดันประเด็นให้บังเกิดผลเป็นปัญหาอุปสรรคอีกประการที่ต้องพัฒนา กรณีตัวอย่างของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แต่ละปีมักเปิดประเด็นใหม่ๆ เรื่อย แทนที่จะเกาะติดกับความคืบหน้าของประเด็นที่ตนเสนอผ่านมา

28 Elinor Ostrom. Beyond Markets and States: Polycentric Governance of Complex Economic Systems. The American Economic Review, Vol. 100, No. 3 (JUNE 2010), pp. 641-672

“วันที่ 28 ธันวาคม 2552 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุม ครั้งที่ 5/2552 เห็นชอบต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ.2552 เรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” และได้เสนอมติดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ²⁹” หลังจากนั้น ก็ไม่มีวาระติดตามอีกจนปัจจุบัน (2561)

การเรียนรู้จากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องทั้งในอดีตและปัจจุบัน การสะสม continuing wisdom ดังกล่าวยังมีโอกาสพัฒนาชัดเจน เมื่อวิเคราะห์บทเรียนที่ผ่านมา ตัวอย่างเช่น ข้อจำกัดด้านระเบียบ การเงินที่กล่าวมาข้างต้นเคยเกิดขึ้นกับกองทุนตำบลตั้งแต่เริ่มดำเนินการเมื่อว่าสิบปีมาแล้ว การที่ยัง ประสบอุปสรรคนี้อีกในการดำเนินนโยบายการดูแลระยะยาวซึ่งอาศัยกองทุนตำบล ย่อมชี้ชัดว่า ยังมี ความท้าทายในการเตรียมความพร้อมด้านระเบียบทางการเงินและเงื่อนไขอื่นๆ สำหรับการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์เพื่อให้ อบท. แสดงบทบาทได้ โดยคำนึงถึงความเท่าเทียมในศักยภาพด้านการบริหาร และ ทรัพยากรของ อบท. ซึ่งมีความหลากหลายมาก

“เพราะมีมาตราหนึ่งใน พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ ว่าภารกิจหนึ่งคือไปทำให้ท้องถิ่นเขามี บทบาทในระบบประกัน การตรวจสอบมันเป็นการยืนยันเรื่องความถูกต้องของการทำงานไม่ว่า จะเป็นการตรวจสอบด้านต่างๆ ซึ่งการตรวจสอบในที่นี้คือการไปเสริมพลังอำนาจของหน่วย บริการและตนเอง ส่วนการจับมือกับท้องถิ่นเป็นอีกเรื่องที่ต้องดำเนินการ”

...ผู้บริหาร สปสช.

“มีความแตกต่างของความพร้อมของท้องถิ่นมากสมรรถนะการทำงานก็ไม่พร้อมกัน ก็ต้อง พิจารณาว่าหากจะให้เขาทำเรื่องนี้ต้องช่วยให้เขาทำงานได้อย่างไร (ผู้พูด) มาเข้าใจเรื่องนี้ ก็ต่อเมื่อได้คุยกับกรม (ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) ว่าจะทำอะไรต้องคุยกับเขาหน่อย ที่จริง ก็อาจมีการคุยแต่ไม่มีกระบวนการต่อเนื่อง ควรต้องคุยกับเขาและท้องถิ่นก่อน โดยเฉพาะ อบต.ขนาดเล็ก”

....ผู้บริหาร สปสช.

โปรดสังเกตว่า การเรียนรู้ในที่นี้ไม่ควรจำกัดขอบเขตเพียงการเรียนรู้จากการวิจัย แต่ควรให้ ความสำคัญกับการเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบ หลายระดับทั้งที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ

29 รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑
https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/report_61_01.pdf

5) ด้านการวิจัยและพัฒนา

การพัฒนารูปแบบบริการ (นำร่อง) สปสช. มีความยืดหยุ่นทางการเงินมากกว่าหน่วยราชการ จึงควรอาศัยจุดแข็งนี้พัฒนาต้นแบบการดำเนินงาน กฎกติการองรับ (rule of engagement) ตลอดจนกลไกกำกับติดตามซึ่งรวมระบบสารสนเทศโดยคำนึงถึงความหลากหลายของพื้นที่ ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน ตลอดจนข้อจำกัด-จุดเด่นของภาคียุทธศาสตร์

กล่าวโดยสรุป การดำเนินแผนยุทธศาสตร์ระบบการดูแลระยะยาวจึงมีผลในทางปฏิบัติอย่างจำกัด ในทศวรรษประกอบของแผนยุทธศาสตร์ฯ (ดังแสดงในตารางที่ 7) ที่เด่นชัดได้แก่

- ก) การขาดการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของของแผนยุทธศาสตร์ฯ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยปัจจัยต่างๆ
- ข) ความล่าช้าของกระแสเงินผ่าน อปท. ไปยังกิจกรรมบริการดูแลระยะยาว
- ค) การติดตามผลผลิตและผลลัพธ์การให้บริการดูแลระยะยาวไม่ทันสมัยไม่ครอบคลุม และน่าเชื่อถือจำกัดเพราะขาดการออกแบบระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพรองรับ
- ง) ขอบเขตดำเนินการยังเน้นไปในพื้นที่ชนบทเป็นหลัก พื้นที่ กทม. เขตเมือง หรือชนชั้นกลาง ยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร เช่นเดียวกับข้อจำกัดในการพิจารณาส่งเสริมบทบาทของหน่วยบริการเอกชน
- จ) แนวคิดด้านการเงินการคลังยังเน้นการระดมเงินจากภาครัฐเป็นหลัก

โปรดสังเกตว่าทั้งห้าประการนี้ คล้ายคลึงกับเรื่องการพัฒนาบริการปฐมภูมิซึ่งล้มลุกคลุกคลานมานานกว่า 20 ปี เพราะมุ่งเน้นการปรับตัวของกลไกภาครัฐซึ่งมีข้อจำกัดมากมาย และปรับตัวยาก เน้นระบบการเงินการคลังภาครัฐมากเกินไป ในขณะที่ประเทศร่ำรวยกว่าไทยอย่างเช่น กลุ่มประเทศ โออีซีดี ล้วนอาศัยแหล่งการเงินผสมผสานระหว่างภาษี เบี้ยประกันการดูแลระยะยาว หรือร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ เป็นต้น ^{26 30}

5.3 ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ผ่านมามียุทธศาสตร์ 6 ด้าน ด้วยกัน ทั้งนี้ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 8)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองและพัฒนาฐานข้อมูลผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงและกลุ่มเสี่ยง มี 3 ตัวชี้วัด คือ การมีเกณฑ์จำแนกผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง และจำนวน อปท. ที่มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลการดำเนินงานด้านนี้พบว่า การมีเกณฑ์คัดแยกผู้สูงอายุนั้นผ่านส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองนั้นจากรายงาน HDC ของกระทรวงสาธารณสุขคัดกรองได้ 6.67 ล้านคนหรือร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในส่วนของอปท. นั้นหากอนุมานว่า อปท. ที่เข้าร่วม

30 Schut, Frederik & Berg, Bernard. Long-Term Care Insurance in the Netherlands. Financing Long-Term Care in Europe: Institutions, Markets and Models. 2012. 103-124. 10.1057/9780230349193_7.

โครงการจะมีฐานข้อมูลด้านนี้ก็มีร้อยละ 54-73 (ร้อยละ 73 ของ อบท. แสดงความจำนงเข้าร่วม แต่มีร้อยละ 54 ที่มีกรโอนเงินให้แก่หน่วยบริการเรียบร้อยแล้ว ซึ่งกลุ่มหลังนี้จะต้องมี care plan และฐานข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงชัดเจน)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน มี 7 ตัวชี้วัด คือ มาตรฐานบริการ, การจัดการที่บ้านของ รพ.สต., การมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ, การมีศูนย์ดูแลกลางวัน, ผู้สูงอายุติดสังคม ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ, และผู้สูงอายุที่ติดบ้าน/ติดเตียงได้รับการดูแลระยะยาว ผลการดำเนินงานพบว่า มีการกำหนดมาตรฐานหลักสูตรการอบรม CM, CG ส่วน รพ.สต.ที่มีการจัดการก็เป็นไปตามพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ ส่วนเรื่องศูนย์ดูแลผู้สูงอายุนั้น ปัจจุบันพบว่า มีร้อยละ 54 ของท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการโอนเงินผ่านศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ โดยส่วนใหญ่เป็นศูนย์ในการจัดการไม่ใช่ศูนย์ในการให้บริการ ส่วนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมนั้นพบว่าที่ผ่านมา มีการคัดกรองความเสี่ยง 10 ด้านในผู้สูงอายุ ซึ่งสองด้านที่สำคัญและเกี่ยวพันกับการดูแลระยะยาว คือ การคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมซึ่งคัดกรองได้ร้อยละ 68 และการคัดกรอง ADL ดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 70 ส่วนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลร้อยละ 70

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลังและชุดสิทธิประโยชน์ มี 4 ตัวชี้วัด คือการมีชุดสิทธิประโยชน์ มีรูปแบบการจ่ายที่เหมาะสม การบูรณาการแหล่งเงิน และการมีกองทุนฟื้นฟูที่จังหวัด สำหรับความก้าวหน้าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นี้ไม่มากนัก และมีปัญหาด้านการใช้จ่ายเงินและยังขาดการบูรณาการแหล่งเงิน รวมถึงไม่มีกรมชยายกองทุนฟื้นฟูจังหวัดในช่วงที่ผ่านมา

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคน มีตัวชี้วัด 6 ตัว ตัวที่มีความก้าวหน้าจะเป็นเรื่อง CM, CG เป็นหลักส่วนที่เหลือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งไม่ปรากฏข้อมูล

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้าง/จัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล มี 5 ตัวชี้วัดในเชิงผลผลิต ยังไม่มีความก้าวหน้ามากนักโดยเฉพาะระบบข้อมูลสารสนเทศ ข้อเสนอด้านการเงินการคลังและรูปแบบการจ่ายที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากฎหมาย ระเบียบและการบริหารจัดการ มี 3 ตัวชี้วัด มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศให้บริการ LTC เป็นสิทธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจและประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีที่กำหนดให้ อบท.มีหน้าที่ในการจัดการดูแลระยะยาว ขณะเดียวกันกรมสนับสนุนบริการสุขภาพอยู่ระหว่างการออกระเบียบควบคุมกำกับสถานบริการผู้สูงอายุเอกชน (nursing home)

ตารางที่ 8 สรุปความก้าวหน้าการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ระบบดูแลระยะยาว
(พ.ศ. 2559 – 2561)

องค์ประกอบ ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	ผลงาน/ช่องว่าง
1. การคัดกรองผู้อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงและ กลุ่มเสี่ยง และ พัฒนาฐานข้อมูล ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง และกลุ่มเสี่ยงใน ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> มีเกณฑ์จำแนกผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองในปี 2561 เป้า 12.04 ล้านคน 100% อปท. จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ผ่าน รายงาน HDC³¹ ปี 61 6.67 ล้านจาก 8.13 ล้าน (85%) แต่คิดเป็น 55% ของเป้าหมาย 73% อปท. เข้าร่วม (54% มีการโอนเงิน) ยังมีข้อจำกัดด้านครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน
2. การพัฒนาการ จัดบริการในชุมชน เพื่อการป้องกันการ การดูแล และฟื้นฟู ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง และกลุ่มเสี่ยง โดยเชื่อมโยงกับ ระบบบริการใน สถานบริบาล	<ul style="list-style-type: none"> มีมาตรฐานหน่วยบริการ/บุคลากร/บริการ 100% ของ รพ.สต. จัดบริการที่บ้าน 100% ตำบลมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 100% ตำบลมี day care center 90% ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับบริการส่งเสริมป้องกัน 50% ผู้สูงอายุ ติดบ้านได้รับการฟื้นฟู 50% ผู้สูงอายุ ติดเตียงได้รับการดูแลระยะยาว 	<ul style="list-style-type: none"> มีเฉพาะมาตรฐานหลักสูตรอบรม CM/CG, มาตรฐาน CG 73 (54) % ตำบลจัดบริการ LTC 54% ของตำบลโอนเงินผ่านศูนย์ผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ไปถึงเป็นศูนย์จัดบริการ ไม่มีข้อมูล HDC ปี 61 ได้รับการคัดกรอง HT53%, DM 70%, CVD 33%, ช่องปาก, สมองเลื่อม, ซึมเศร้า, ข้อเข่า, ทกล้ม, ADL70%, BMI89% 70% ของ ผู้สูงอายุพื้นที่นาร่อง (คุณภาพ/ความถี่)
3. การพัฒนาระบบ การเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> มีชุดสิทธิประโยชน์ LTC มีกลไกการคลังและรูปแบบการจ่ายที่เหมาะสม มีรูปแบบการจัดบริการและการบูรณาการแหล่งการคลังระดับตำบล 100% จังหวัดมีกองทุนฟื้นฟู 	<ul style="list-style-type: none"> ผ่าน มีปัญหาด้านการใช้จ่ายเงิน และการจ่ายค่าตอบแทน CG ยังมีปัญหาการบูรณาการการจัดบริการ/แหล่งการคลัง 60% ของ อบจ. ยังไม่มีการขยาย
4. การพัฒนากำลังคน	<ul style="list-style-type: none"> 100% อปท. ให้ทุนเด็กไปเรียนหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง 100% ตำบลมี CMCG 100% รพ.สต. มีพยาบาลวิชาชีพ 100% รพช. มีนักร่างกายบำบัด 	<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีข้อมูล 73 % ของตำบลที่มีการดำเนินการ LTC ผ่าน รายงานทรัพยากร สธ.ปี 60 มีนักร่างกายฯ 2,735

31 รายงานตัวชี้วัดระดับกระทรวงปี 2561 ร้อยละของ Healthy Ageing ปีงบประมาณ 2561

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2018&source=pformatted/format1.php&id=bbcb40adb960e0564efba686c316c009

องค์ประกอบ ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	ผลงาน/ช่องว่าง
	<ul style="list-style-type: none"> 100% รพศ./รพท. มีนักกิจกรรมบำบัด 100% รพ. มีพยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีข้อมูลในรายงานทรัพยากร สธ. ไม่มีรายงาน
5. การสร้าง การจัดการ ความรู้ และการติดตาม ประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริม ป้องกันและการดูแลระยะยาว มีข้อเสนอการจัดการจัดบริการและการบริหารกองทุนให้เกิดการ บูรณาการการดูแล มีข้อเสนอรูปแบบการจ่ายที่เหมาะสม มีข้อเสนอด้านการคลังที่ยั่งยืน มีระบบการประเมินผลการ ดำเนินงานการจัดบริการ LTC 	<ul style="list-style-type: none"> มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแล ระยะยาว แต่บริการส่งเสริมป้องกัน ไม่ชัดเจน ยังขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการ ระหว่างบริการในแนวราบและแนวตั้ง ยังไม่มี มีงานวิจัย TDRI แต่ยังไม่ีผล ทางนโยบาย ขาดระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุน การตัดสินใจและเรียนรู้ทุกระดับ
6. การพัฒนากฎหมาย/ ระเบียบ และการบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุสิทธิข้าราชการสามารถเบิก ค่าบริการดูแลระยะยาวในชุมชนได้ บทบาทการจัดบริการ LTC ถูกกำหนดเป็นภารกิจของ อปท. มีกฎหมายกำกับการจัดบริการดูแล ระยะยาวในสถานบริบาลผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ยังไม่ปรากฏ มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เมื่อ 20 ก.ย. ให้ อปท.เป็นหน่วยรับผิดชอบ และ ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจ อยู่ระหว่างดำเนินงานของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

6

สภาพแวดล้อมการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (SWOT Analysis)



6

สภาพแวดล้อมการพัฒนาระบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (SWOT Analysis)

6.1 จุดแข็ง (Strengths)

S1. มีกฎหมายและแผนยุทธศาสตร์ชาติรองรับ และมีงบประมาณสนับสนุนชัดเจน กล่าวคือ “บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ถูกกำหนดเป็นสิทธิของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงได้รับเพิ่มเติม ตามมาตรา 11 (13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ประกาศเพิ่มเติมเมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2561 ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2564 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขณะเดียวกันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 และรัฐบาลก็ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างชัดเจนต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นมา

S2. กระทรวงสาธารณสุขมีโครงสร้างเครือข่ายการทำงานในชุมชนที่เข้มแข็ง กล่าวคือ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจายอย่างครอบคลุมทุกตำบล จำนวน 9,863 แห่ง เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ใกล้ชิดประชาชน ขณะเดียวกันมีอาสาสมัครสาธารณสุขกระจายอยู่ครอบคลุมทุกหมู่บ้านจำนวน 1,070,584 คน³² ถือเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการทำงานเชิงรุกในชุมชนมาช้านาน

S3. จากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ทำให้ปัจจุบันมี อปท. ทุกประเภทรวมกันจำนวน 7,852 แห่ง รับผิดชอบดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และเป็นกลไกหลักในการบูรณาการบริหารจัดการ

32 ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน รายงาน อสม. ระดับประเทศ <http://www.thaiiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/province.php> ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

ในพื้นที่ มีงบประมาณสนับสนุนรายปีชัดเจน และปัจจุบันในเกือบทุกพื้นที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือที่รู้จักกันในนาม “กองทุนสุขภาพตำบล” เกือบทุกพื้นที่แล้ว (7,767 แห่ง จากเทศบาล อบต. ทั้งหมด 7,775 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99³³) โดยกองทุนดังกล่าวเป็นการสมทบร่วมกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ อบต. และบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการในพื้นที่เพื่อใช้ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกและการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ซึ่งกองทุนสุขภาพตำบลนี้สามารถดึงการมีส่วนร่วมและบูรณาการการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี³⁴ และเมื่อมีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี กำหนดให้ อบต. เป็นหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ ในด้านต่างๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561 ประกาศ ณ วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2561 รวมถึงประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้ อบต. มีอำนาจและหน้าที่ด้านการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2561 ตามที่กล่าวไปก่อนหน้านี้ ทำให้ขอบเขตอำนาจหน้าที่ของ อบต. ในเรื่องนี้ชัดเจนขึ้น

S4. การจัดระเบียบตัวเองในท้องถิ่นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง เช่น กรณีลำสนธิโมเดล กองทุนชุมชนสุขภาพตำบล ถ้าเชื่อมโยงกับภาวะการนำระดับชาติซึ่งมักเกิดขึ้นชั่วคราวได้จะนำไปสู่ นวัตกรรมในภาพใหญ่ย้อนกลับไปเสริมการจัดระเบียบในท้องถิ่นต่อไป

S5. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ไปริเริ่มและพัฒนานวัตกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในลักษณะการนำร่องและให้ท้องถิ่นรับไปดำเนินการต่อ เช่น การจัดตั้ง ศูนย์พัฒนาอาชีพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้พิการ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้คือต้นทุนทางสังคมที่มีในการสนับสนุนการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

6.2 จุดอ่อน (Weaknesses)

W1. การจัดบริการดูแลระยะยาวนั้นต้องการการบูรณาการของบริการทั้งด้านสังคมและ บริการสุขภาพ ขณะเดียวกันต้องการความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ ในส่วนกลางมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงหลายหน่วยงานคือ กระทรวงสาธารณสุขทั้งกรมอนามัย ในการจัดอบรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการกำกับหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น รวมถึงสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบการใช้จ่ายเงิน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีการดำเนินการแบบแยกส่วนเป็นแนวตั้ง

33 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนและร้อยละของ อบต. ที่เข้าใช้งานโปรแกรม ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ http://obt.nhso.go.th/obtreport/obt_report ณ วันที่ 31 มกราคม 2562

34 สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์, พงศ์เทพ สุธีวรวิทย์, ภัทระ แสนไชยสุริยา, สงครามชัย สิทธิทองดี, และคณะ. การศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.

ตามสายการบังคับบัญชาของตน มีพันธกิจ ตัวชี้วัดและงบประมาณแยกส่วนของตนเอง ทำให้มีกำแพงสถาบัน/หน่วยราชการทำให้ยากต่อการบูรณาการ และยังขาดกลไกบูรณาการในส่วนกลางที่มีประสิทธิผล ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาในช่วงที่ผ่านมา

W2. การขาดระเบียบการใช้จ่ายเงินของ อปท. ในการสนับสนุนการจัดบริการ LTC เป็นข้อจำกัดหลักในการดำเนินงานที่ผ่านมา ทั้งนี้ ในการดำเนินการก่อนหน้านี้ยังมีปัญหาขาดความชัดเจนของขอบเขตอำนาจหน้าที่ของ อปท. ในเรื่องดังกล่าว แต่จากประกาศของสำนักนายกรัฐมนตรี และคณะกรรมการกระจายอำนาจ ที่กล่าวไปข้างต้นทำให้ขอบเขตอำนาจของ อปท. ในเรื่องนี้ชัดเจนขึ้นยิ่งขาดเพียงเรื่องระเบียบการใช้จ่ายของ อปท. ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไข

W3. ระบบบริการดูแลระยะยาวยังขยายไม่ครบทุกพื้นที่ เนื่องจากที่ผ่านมาดำเนินการไปตามความสมัครใจและความพร้อมของพื้นที่ ขณะเดียวกัน ก็ยังจำกัดอยู่เฉพาะผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) เท่านั้น ทั้งนี้ การมีประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นสิทธิของผู้สูงอายุเพิ่มเติมตามมาตรา 11(13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นั้น จะมีนัยคือ ทุกพื้นที่ควรต้องมีการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกคน นั่นคือ ทุกแห่งควรต้องมีบริการเช่นเดียวกันผู้สูงอายุในทุกสิทธิต้องได้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่จำเป็นต้องพิจารณาคือจะมีรูปแบบการดำเนินการอย่างไรในพื้นที่ของท้องถิ่นขนาดเล็กซึ่งอาจไม่มีประสิทธิภาพเชิงขนาด (economy of scale) ในการต้องไปจัดระบบบริการเรื่องนี้

W4. ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนั้นเป็นรูปแบบบริการที่พัฒนามาตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 ที่เน้นบริการดูแลระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลเป็นหลัก ในขณะที่ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปมากสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหลัก ซึ่งต้องการรูปแบบบริการที่มีความหลากหลายขึ้น เช่น บริการดูแลระยะกลาง (intermediate care) บริการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care) รวมถึงบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care) บริการประคับประคอง (Palliative Care) และบริการดูแลระยะสุดท้าย (End of Life Care) ซึ่งยังขาดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือกรอบอัตรากำลังของบุคลากรยังอิงกับระบบบริการในโรงพยาบาลเป็นหลักทำให้ดึงดูดให้ทรัพยากรกระจุกตัวในโรงพยาบาลบั่นทอนโอกาสเกิดนวัตกรรมบริการนอกโรงพยาบาล

W5. ภาวะการณำไม่ต่อเนื่องระดับองค์กรทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นอุปสรรคต่อการสืบสานการพัฒนาองค์กร

6.3 โอกาสการพัฒนา (Opportunities)

O1. ค่านิยมของคนในสังคมไทยที่ยึดถือและสืบทอดกันมาช้านาน “ความกตัญญู กตเวทิต์ต่อบุพการี” และความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนของสังคมไทย เป็นทุนประเดิมสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ทำให้การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่บ้านในชุมชนโดยเน้นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนเป็นไปได้

O2. ภาคส่วนต่างๆ ตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุจากการที่สังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วประกอบกับการถดถอยของศักยภาพครัวเรือนในการสนับสนุนและเกื้อหนุนผู้สูงอายุทำให้อุปสงค์ต่อบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการเกิดขึ้นของสถานบริบาลผู้สูงอายุของภาคเอกชน และบริการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน รวมถึงการมีช่องทางสื่อต่างๆ ในกรณีนี้ที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง

O3. กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและแผนพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care cluster) เพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการของบริการปฐมภูมิโดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ และทีมหมออนามัยประจำครอบครัวเป็นเครือข่ายในการให้บริการ เพื่อเป็นที่พึ่งของประชาชน ให้บริการแก่ประชาชนทุกสิทธิ บริการทุกที่ทั้งเชิงรับในหน่วยบริการและเชิงรุกในชุมชน บริการทุกอย่างรอบด้านต่อเนื่องและเชื่อมโยง และบริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ทั้งนี้การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิดังกล่าวจะมีอันส่งผลต่อการสนับสนุนจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

O4. ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและมีนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

6.4 อุปสรรค (Threats)

T1. การขยายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาวะสังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วรวมถึงภาวะการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขยายตัวมากขึ้น ด้วยสมรรถนะทางร่างกายของคนเราเมื่อพัฒนาได้เต็มที่ในวัยหนุ่มสาวแล้วก็จะถดถอยลงตามวัยที่สูงมากขึ้นและอัตราการถดถอยลงจะเพิ่มสูงมากขึ้นในวัยผู้สูงอายุนำมาซึ่งภาวะการพึ่งพิงในที่สุด ขณะเดียวกันการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ก็จะนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และตามมาด้วยภาวะทุพพลภาพในที่สุด ดังนั้นการขยายตัวของสังคมสูงอายุและภาวะโรคอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงมีผลต่อการขยายตัวของภาวะพึ่งพิงในวัยสูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

T2. ในขณะที่สังคมสูงอายุและการมีภาวะพึ่งพิงขยายตัวมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามศักยภาพครัวเรือนในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุกลับถดถอยลงเป็นลำดับจากปัจจัยต่างๆ คือ ขนาดครัวเรือนที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง การมีบทบาทของสตรีมากขึ้นในระบบเศรษฐกิจนอกครัวเรือน เป็นต้น ขณะเดียวกันการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมาก็ทำให้ชุมชน

กลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ประกอบกับการเคลื่อนย้ายของแรงงานทำให้ระบบการเกื้อหนุนกันของคนในชุมชนถดถอยลงเช่นกัน

T3. ระบบราชการแบบรวมศูนย์อำนาจผนวกกับระบบงบประมาณแบบเน้นกิจกรรมเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการดูแลหลายด้านที่บูรณาการกันทั้งในด้าน สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สภาพที่อยู่อาศัย การคมนาคม เป็นต้น ในขณะที่ระบบราชการมีลักษณะเป็นแท่งแยกส่วนกัน ประกอบกับงบประมาณแบบเน้นกิจกรรมอีก ทำให้ยากแก่การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน

T4. ระบบการตรวจสอบที่เน้นการตรวจสอบความถูกต้องของการใช้จ่ายเงินตามระเบียบเป็นหลัก และการจำกัดขอบเขตอำนาจหน้าที่ของ อปท. ให้ทำภารกิจได้เฉพาะที่มีการระบุไว้ในกฎหมาย เป็นการปิดกั้นนวัตกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบระเบียบที่เขียนไว้ให้มีอิสระในการดำเนินการถูกต้องความที่แตกต่างกันจากเจ้าหน้าที่ตรวจสอบทำให้บางพื้นที่สามารถดำเนินการได้ในขณะที่บางพื้นที่ดำเนินการไม่ได้

T5. ระเบียบการบริหารบุคลากรและนโยบายลดขนาดกำลังคนภาครัฐที่บังคับใช้อย่างไม่แยกแยะ ทำให้ยากแก่การแก้ปัญหาขาดแคลนกำลังคนในระบบบริการสาธารณสุข เช่น พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด ทั้งนี้การที่สังคมสูงอายุมากขึ้น ทำให้อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วยไม่ไปด้วยกันกับนโยบายลดกำลังคนของภาครัฐ

T6. ภาวะการนำไม่ต่อเนื่องระดับชาติทำให้ยากแก่การสืบสานนโยบายและกลไกระดับชาติ

T7. ช่องว่างทางสังคมเศรษฐกิจขยายต่ออย่างต่อเนื่อง ประกอบกับภาวะสังคมสูงอายุบั่นทอนความมั่นคงด้านเศรษฐกิจของประเทศ

ตารางที่ 9 สภาพแวดล้อมการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

Strengths	Weaknesses
<p>S.1 มีกฎหมาย แผนยุทธศาสตร์รองรับและมีระบบงบประมาณสนับสนุนชัดเจน</p> <p>S.2 กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยบริการสุขภาพกระจายอยู่ในทุกตำบลและมีอาสาสมัครสาธารณสุขทำงานในชุมชนมานาน</p> <p>S.3 มี อปท. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการบริหารจัดการในพื้นที่ มีกองทุนสุขภาพตำบลในการดึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการดูแลระยะยาว</p> <p>S.4 การจัดระเบียบตัวเองในท้องถิ่นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง</p> <p>S.5 มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ริเริ่มไว้โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</p>	<p>W.1 ขาดกลไกบูรณาการในส่วนกลางที่มีประสิทธิผล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานแบบแยกส่วน</p> <p>W.2 ยังไม่มีระเบียบการใช้จ่ายเงินของ อปท. ในการสนับสนุนการจัดระบบบริการ LTC รองรับ</p> <p>W.3 ระบบบริการ LTC ยังขยายไม่ครบทุกพื้นที่ และยังไม่จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุสิทธิ UC อบต. ที่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นท้องถิ่นขนาดเล็ก</p> <p>W.4 ระบบบริการสุขภาพยังเน้นบริการดูแลระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลตึงตูดให้ทรัพยากรกระจุกตัวในโรงพยาบาลบั่นทอนโอกาสเกิดนวัตกรรมบริการนอกโรงพยาบาล</p> <p>W.5 ภาวะการนำไม่ต่อเนื่องระดับองค์กรเป็นอุปสรรคต่อการสืบสานการพัฒนาองค์กร</p>
Opportunities	Threats
<p>O.1 ความกตัญญูทศวรรษที่ต่อบุพการี และความผูกพันในครอบครัวของสังคมไทย เป็นทุนประเดิมต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การพัฒนาโดยเน้นบทบาทของคนในครอบครัวเป็นไปได้</p> <p>O.2 ภาคส่วนต่างๆ ตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>O.3 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care cluster)</p> <p>O.4 ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p>	<p>T.1 ภาวะพึ่งพิงที่ขยายตัวตามภาวะสังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว</p> <p>T.2 ศักยภาพครัวเรือนและชุมชนในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง</p> <p>T.3 ระบบราชการแบบรวมศูนย์อำนาจผนวกกับระบบงบประมาณแบบเน้นกิจกรรมจนเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน</p> <p>T.4 ระบบการตรวจสอบที่เน้นการตรวจสอบความถูกต้องของการใช้จ่ายเงินตามระเบียบเป็นหลัก</p> <p>T.5 ระเบียบการบริหารบุคคลและนโยบายลดกำลังคนภาครัฐทำให้ยากแก่การแก้ปัญหาขาดแคลนกำลังคน</p> <p>T.6 ภาวะการนำไม่ต่อเนื่องระดับชาติ</p> <p>T.7 ช่องว่างทางสังคมเศรษฐกิจขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับภาวะสังคมสูงวัยบั่นทอนความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ</p>

โดยสรุป จากการวิเคราะห์บริบทแวดล้อมในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวมีประเด็นที่พอสรุปได้ดังนี้

1. จากประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่กำหนดให้เรื่องการได้รับบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นสิทธิตามมาตรา 11 (13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 นั้นถือเป็นกรอบกฎหมายสำคัญในการขยายสิทธิให้ครอบคลุมไปยังผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิไม่จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เมื่อบริการดูแลระยะยาวถูกกำหนดเป็นสิทธิของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นแสดงว่าทุกพื้นที่ต้องจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวสำหรับประชาชนในพื้นที่
3. สำหรับกลุ่มเป้าหมายของการดูแลระยะยาวภายใต้นโยบายและงบประมาณที่รัฐบาลสนับสนุนนั้น โดยหลักการไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำนวนไม่น้อยที่มีใช้กลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองหรือไขสันหลังหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม یرประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีและประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจที่กำหนดให้เป็นบทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาว ยังกำหนดเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อไม่ให้ยุ่งยากต่อระเบียบการปฏิบัติของท้องถิ่นในแผนฉบับใหม่ที่จะพัฒนาขึ้นนี้เสนอให้ยังเป็นแผนการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้สอดคล้องกับประกาศทั้งสองฉบับ ซึ่งเมื่อพัฒนาให้มีระบบบริการเกิดขึ้นแล้วก็สามารถให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่ม และค่อยผลักดันเชิงนโยบายให้มีการขยายงบสำหรับคนกลุ่มอื่นต่อไป
4. เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของการดำเนินงานของท้องถิ่นและชุมชนในเรื่องดังกล่าว ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและคนพิการในทุกพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ในการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน
5. เพื่อลดภาระการดูแลในระยะยาวในอนาคตควรมีมาตรการในการฟื้นฟูและป้องกันกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเข้าสู่ภาวะติดบ้าน/ติดเตียง เน้นในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการหกล้มและสมองเสื่อม
6. เพื่อให้เกิดการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่นักบริบาลชุมชนที่ทำหน้าที่ให้บริการเต็มเวลา ซึ่งจะช่วยให้ทำหน้าที่ได้เต็มที่และส่งเสริมให้เกิดรายได้และระบบเศรษฐกิจชุมชน
7. เสนอให้มีการพัฒนานวัตกรรมทางเลือกใหม่ทางด้านการเงินการคลัง การจัดบริการ รวมถึงนวัตกรรมในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

7

กรอบแนวคิดและหลักการสำคัญ ของแผนยุทธศาสตร์



7

กรอบแนวคิดและหลักการสำคัญของแผนยุทธศาสตร์

7.1 วิสัยทัศน์

“ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ พึ่งได้รับการดูแลทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage) ตรงตามระดับความเสี่ยงหรือระดับการพึ่งพิง โดยอาศัยระบบการดูแลระยะยาวที่เน้นการดูแลที่บ้าน และส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ร่วมกับการดูแลของภาคส่วนต่างๆ”

7.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูและการดูแลระยะยาวที่บ้านและในชุมชน ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) เพื่อให้มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
- 3) เพื่อให้ชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข
- 4) เพื่อให้สถานพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน

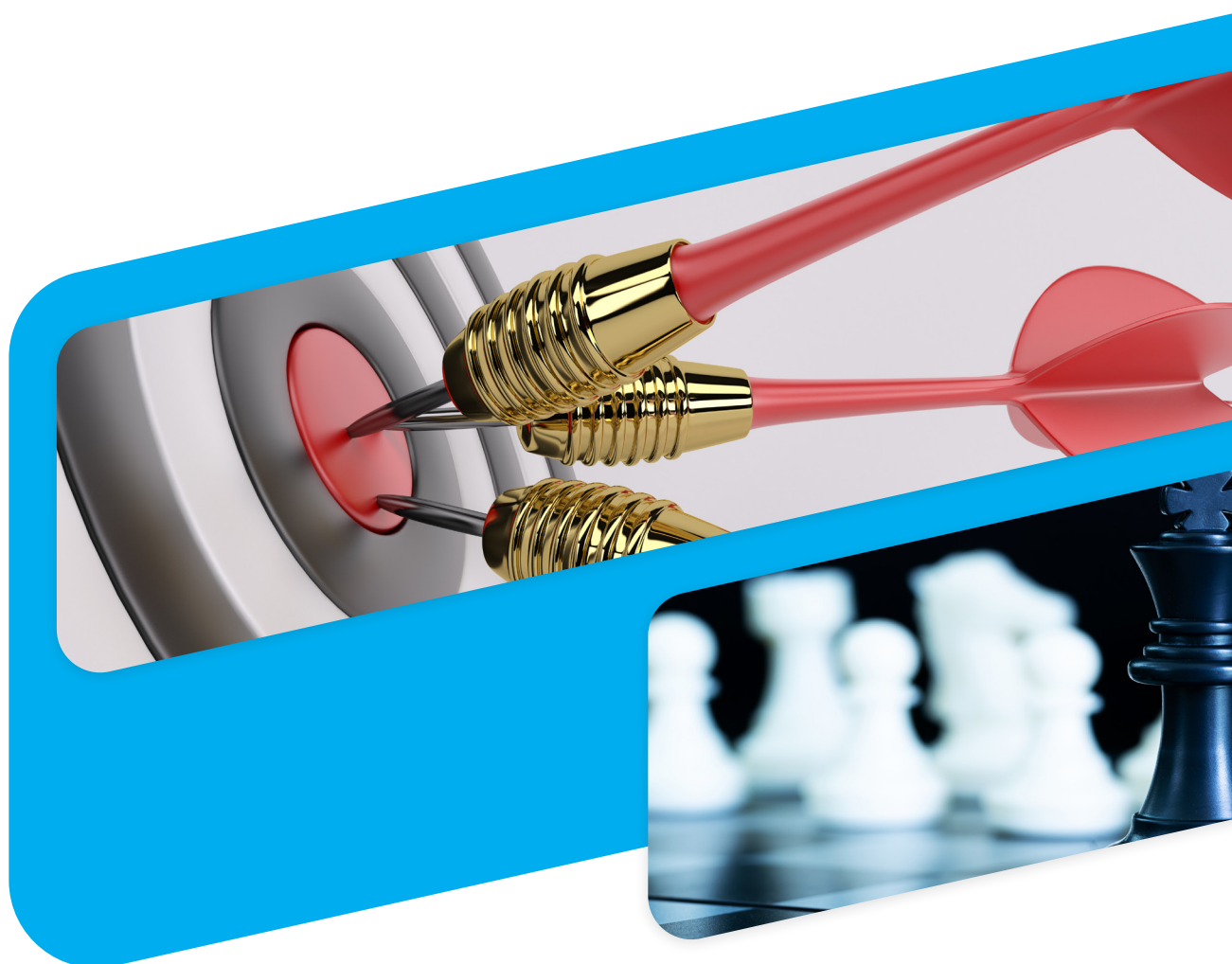
7.3 หลักการสำคัญ

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพึ่งพิง มีสิทธิและสามารถเข้าถึงบริการ ที่พึ่งได้รับโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Targeted Universalism)
- 2) ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาวโดยบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงสำหรับผู้สูงอายุทุกสิทธิ รวมถึงมีการเชื่อมต่อระหว่าง บ้าน ชุมชน สถานบริการ และสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- 3) ท้องถิ่นมีหน้าที่ในการบริหารจัดการและชุมชนมีส่วนร่วมการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

- 4) มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการดูแลระยะยาวในครอบครัว ชุมชน และในสถานบริการ
- 5) ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 6) มีกองทุนในระดับท้องถิ่นในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยมีการบูรณาการแหล่งเงินต่างๆ ที่ลงไปชุมชน

8

ยุทธศาสตร์ มาตรการ หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ ดัชนี และเป้าหมาย



8

ยุทธศาสตร์ มาตรการ หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ ดัชนี และเป้าหมาย

แผนแม่บทการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2562 – 2565 นี้ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ขยายความครอบคลุมบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่บูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อบริการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคนเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การแก้ไขกฎหมายและระเบียบ

ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ทั้งหมดคล้ายคลึงกับในแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 โดยมีการปรับยุทธศาสตร์ที่ 1 ให้สอดคล้องกับภารกิจใหม่ที่ต้องผลักดันให้เกิดขึ้นในแผนแม่บทฉบับนี้

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแผนแม่บทฉบับนี้กับแผนยุทธศาสตร์ เดิม

แผนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2557 – 2561	แผนแม่บทฯ พ.ศ. 2562 – 2565
1. การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน	1. ขยายความครอบคลุมบริการดูแลระยะยาวในชุมชน
2. การพัฒนาการจัดบริการในชุมชนเพื่อป้องกันการดูแล และฟื้นฟู ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล	2. การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนที่บูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
3. การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์	3. การพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อบริการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ยั่งยืน
4. การพัฒนากำลังคน	4. การพัฒนากำลังคนเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน
5. การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล	5. การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล
6. การพัฒนากฎหมาย ระเบียบ และการบริหารจัดการ	6. การแก้ไขกฎหมายและระเบียบ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ขยายความครอบคลุมบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

เป้าประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีภาวะพึ่งพิงหรือที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้รับบริการดูแลระยะยาวอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิผล ตรงตามระดับความเสี่ยงหรือระดับการพึ่งพิง

มาตรการ

- 1) ขยายบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบ
- 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนสำหรับการจ้างนักบริบาลชุมชนและบริการด้านสังคมและการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการดูแล
- 3) มีการคัดกรองและจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิง ภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และภาวะสมองเสื่อม เพื่อจัดบริการให้ตามระดับการพึ่งพิงและภาวะเสี่ยง

ดัชนี เป้าหมาย หน่วยงานรับผิดชอบ

ดัชนี	หน่วยงานรับผิดชอบ	เป้าหมายการดำเนินงาน			
		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบบบริการสาธารณสุขสนับสนุน (ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)	สำนักงบประมาณ, กรม.	152,800	192,000	200,000	208,000
ร้อยละ อปท. ตั้งงบประมาณอุดหนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นค่าตอบแทนนักบริบาลชุมชนและบริการด้านสังคม	อปท.	50	70	80	90
จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะพึ่งพิง, ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม, และสมองเสื่อม (ล้านคน คิดร้อยละ 80 ของประชากรสูงอายุ)	หน่วยบริการ สธ. / อปท.	9.72	10.10	10.49	10.88
ร้อยละของท้องถิ่นที่มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มและสมองเสื่อม	หน่วยบริการ สธ. / อปท.	70	80	90	100

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนที่บูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

เป้าประสงค์

ทุกพื้นที่ที่มีระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนที่บูรณาการต่อเนื่องและยึดผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

มาตรการ

- 1) พัฒนามาตรฐานการจัดบริการของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการสำหรับท้องถิ่นที่มีขนาดและความพร้อมแตกต่างกัน
- 2) ขยายการดำเนินงานจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนให้ครอบคลุมไปยังทุกพื้นที่
- 3) จัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนในการทำหน้าที่บริหารการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
- 4) จัดให้มีทีมหมอมครอบครัวไปดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่บ้านในลักษณะ home ward โดยทีมแพทย์และสหวิชาชีพ และระบบสนับสนุนทั้งบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม
- 5) มี Respite care สนับสนุนการดูแลในครอบครัวในระดับอำเภอตามความพร้อมของพื้นที่

ดัชนี เป้าหมาย หน่วยงานรับผิดชอบ

ดัชนี	หน่วยงานรับผิดชอบ	เป้าหมายการดำเนินงาน			
		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
มีมาตรฐานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ	สถ. สธ. พม.	√			
ร้อยละของตำบลจัดบริการดูแลระยะยาว	อปท.	70	80	90	100
ร้อยละตำบลมีหมอมครอบครัวจัดบริการเชิงรุก	หน่วยบริการสธ.	70	80	90	100
ร้อยละตำบลมีศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ	อปท./พม./สปสช.	20	30	40	50
ร้อยละอำเภอที่มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	รพ. แม่ข่าย	70	80	90	100
ร้อยละของอำเภอจัดบริการ respite care	รพ. แม่ข่าย	10	15	20	25
ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการ LTC	สปสช./สธ./อปท.	65	80	80	80

ดัชนี	หน่วยงาน รับผิดชอบ	เป้าหมายการดำเนินงาน			
		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
ร้อยละผู้สูงอายุที่เสี่ยงหกล้มได้รับการฟื้นฟู	สปสช./สธ./ อปท.	50	60	70	80
ร้อยละของผู้สูงอายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการฟื้นฟู	สปสช./สธ./ อปท.	50	60	70	80

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อบริการดูแลระยะยาว ในชุมชนที่ยั่งยืน

เป้าประสงค์

มีแหล่งการคลังในการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ยั่งยืน และมีรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่สร้างแรงจูงใจในการให้บริการที่เหมาะสม

มาตรการ

- 1) ทบทวนและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์รวมถึงแนวทางการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละกลุ่มเป้าหมายให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- 2) ทบทวนต้นทุนการจัดบริการและรูปแบบการจ่ายที่เอื้อให้เกิดการจัดบริการอย่างบูรณาการและยึดผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- 3) นำร่องรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการระดมทุนเพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของระบบในระยะยาว
- 4) มีการบูรณาการบริหารจัดการแหล่งเงินสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

ดัชนี เป้าหมาย หน่วยงานรับผิดชอบ

ดัชนี	หน่วยงานรับผิดชอบ	เป้าหมายการดำเนินงาน			
		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
ทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และแนวทางการให้บริการสำหรับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	สปสช./สธ./พม./สถ.		√		
มีการทบทวนต้นทุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละกลุ่ม	สปสช./ สถ.		√		
มีการพัฒนาแนวทางการให้บริการที่ยึดผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	สปสช./ สธ./พม./สถ.		√		
มีการนำร่องรูปแบบการคลังที่มีการระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดบริการเพิ่มเติม	สปสช./ สถ./		√	√	
มีข้อเสนอการบูรณาการการบริหารจัดการแหล่งเงินสำหรับการดูแลระยะยาวในชุมชน	สปสช./ สถ.			√	

ยุทธศาสตร์ 4 การพัฒนากำลังคนเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

เป้าประสงค์

เพื่อเตรียมกำลังคนให้พร้อมสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาว และมีการจัดทำแผนการพัฒนา
กำลังคนอย่างบูรณาการ

มาตรการ

- 1) จัดทำหลักสูตรมาตรฐานการอบรมนักบริบาลชุมชน และบทบาทหน้าที่ของนักบริบาลชุมชน
- 2) อบรมผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (CM) ผู้ช่วยดูแลระยะยาว (CG) นักบริบาลชุมชน และ
ผู้ดูแลในครอบครัว (Family Care Giver: FCG)
- 3) อบรมฟื้นฟูผู้จัดการดูแลระยะยาวและผู้ช่วยดูแลระยะยาว
- 4) อบรม coaching

ดัชนี เป้าหมาย หน่วยงานรับผิดชอบ

ดัชนี	หน่วยงาน รับผิดชอบ	เป้าหมายการดำเนินงาน			
		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
มีหลักสูตรมาตรฐานอบรมนักบริบาลชุมชน	สธ./ พม./ สธ.	√			
พื้นที่ดำเนินการใหม่ที่มีการอบรมผู้ช่วยเหลือ ดูแล (CG) รายใหม่ที่ผ่านการอบรมตาม มาตรฐาน (จำนวน อปท.)	อปท./สธ./กศน.	800	600	500	256
จำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลที่ผ่านการอบรม เพิ่มเติมเป็นนักบริบาลชุมชน	อปท./สธ.	5,000	5,000	5,000	5,000
พื้นที่ดำเนินการใหม่ที่มีการอบรมผู้จัดการ การดูแลระยะยาว (CM) ตามมาตรฐาน (จำนวน อปท.)	สธ.	800	600	500	256
จำนวนผู้จัดการการดูแลระยะยาว (CM) รายเก่าที่ได้รับการอบรมฟื้นฟู	สธ.	2,500	2,500	2,500	2,500
ร้อยละของอำเภอที่มีการจัดกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง CM	สธ./สปสช.	70	80	90	100

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล

เป้าประสงค์

เพื่อให้มีองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนาและติดตามประเมินผลการจัดบริการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิผล

มาตรการ

- 1) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงบูรณาการทั้งในแนวราบและแนวดิ่งสำหรับการจัดบริการ
- 2) การศึกษาวิจัยคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอีก 20 ปีข้างหน้า
- 3) การประเมินประสิทธิผลของการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน
- 4) การศึกษาแหล่งการคลังอื่นในการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว
- 5) ศึกษาทางเลือกใหม่ในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
- 6) ศึกษาวิจัยนวัตกรรมที่สนับสนุนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ดัชนี เป้าหมาย หน่วยงานรับผิดชอบ

ดัชนี	หน่วยงานรับผิดชอบ	เป้าหมายการดำเนินงาน			
		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
มีระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	สปสช./สธ./สส.	√	√	√	√
มีข้อมูลคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอีก 20 ปีข้างหน้า	สปสช.		√		
มีข้อเสนอการพัฒนาประสิทธิผลการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน	สวรส./ สปสช.		√		
มีข้อเสนอเชิงนโยบายแหล่งการคลังอื่นในการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน	สวรส./ สปสช.			√	
มีข้อเสนอทางเลือกใหม่ในการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน	สวรส./ สปสช.			√	
มีนวัตกรรมใหม่ในการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	สวทช./ วช.	√	√	√	√

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การแก้ไขกฎหมายและระเบียบ

เป้าประสงค์

กฎระเบียบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของเอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

มาตรการ

- 1) ปรับปรุงกฎระเบียบของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน
- 2) ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาว
- 3) ทบทวนกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการร่วมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการดูแลระยะยาว (PPP)

ดัชนี เป้าหมาย หน่วยงานรับผิดชอบ

ดัชนี	หน่วยงานรับผิดชอบ	เป้าหมายการดำเนินงาน			
		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
มีระเบียบการใช้จ่ายเงินของ อบท. ในการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน	สถ.	√			
มีกฎหมายกำกับธุรกิจการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้านและในสถานบริบาลเอกชน	สถ.		√		
มีกฎหมายร่วมทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนที่เอื้อต่อการจัดบริการดูแลระยะยาว	กค.		√		

งบประมาณที่ต้องการในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

ในการดำเนินการตามแผนแม่บทการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2562-2565 นั้น สำหรับในปีงบประมาณ 2562 ให้ใช้งบที่หน่วยงานต่างๆ ได้รับอยู่แล้ว ในที่นี้เสนอขอของบประมาณสนับสนุนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นไป โดยแยกเป็นสองส่วนคือ งบพัฒนาตามแผนแม่บท และงบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

1. งบพัฒนาระบบตามยุทธศาสตร์

ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีงบประมาณที่ต้องขอสนับสนุนเพิ่มเติมในสามยุทธศาสตร์ ส่วนอีกสามยุทธศาสตร์นั้นให้ใช้งบประมาณที่มีอยู่แล้ว ในระบบปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยในยุทธศาสตร์ที่ขอสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมเป็นในด้านการพัฒนาการเงินการคลัง การพัฒนาบุคลากร และการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ ในส่วนของ

การพัฒนาบุคลากรตั้งไว้สำหรับการจัดอบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาวรายใหม่ และฟื้นฟูสำหรับรายเก่ารวมถึงการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้จัดการการดูแลระยะยาว ส่วนการอบรมผู้ช่วยดูแล (CG) และนักบริหารชุมชนนั้นให้ใช้งบของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นหรืองบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ

โดยรวมขอสนับสนุนงบประมาณ 67.5, 67.5, 62.66 ล้านบาทสำหรับปีงบประมาณ 2563, 2564, และ 2565 ตามลำดับ

งบพัฒนาตามยุทธศาสตร์ของแผนแม่บท (ล้านบาท)	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
1. ขยายความครอบคลุมบริการดูแลระยะยาวในชุมชน	ตั้งไว้ในงบค่าบริการรายหัวและงบอุดหนุน อปท.			
2. การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน	ใช้งบของ อปท. /กองทุนตำบล/ งบบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค/ งบพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ			
3. การพัฒนาระบบการเงินการคลัง		5	4	
4. การพัฒนากำลังคนบริการดูแลระยะยาวในชุมชน		32.5	33.5	32.66
5. การสร้าง การจัดการความรู้ และติดตามประเมินผล		30	30	30
6. การแก้ไขกฎหมายและระเบียบ	ใช้งบหน่วยงาน			
รวมงบที่ต้องการ		67.5	67.5	62.66

2. งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สำหรับงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น โดยยังคงใช้อัตราค่าบริการที่ได้รับในปัจจุบันคือ 6,000 บาท/คน/ปี จนกว่าจะมีข้อมูลการศึกษาต้นทุนใหม่ และใช้เป้าหมายจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทุกสิทธิโดยคิดเพียงร้อยละ 80 ที่สามารถเข้าถึงและต้องการให้ผู้ช่วยเหลือหรือนักบริหารชุมชนเข้าไปสนับสนุนการดูแล ในกรณีนี้ต้องการงบประมาณสนับสนุนในปี 2563, 2564, และ 2565 จำนวน 1,152, 1,200, และ 1,248 ล้านบาทตามลำดับ ส่วนงบบริการด้านสังคมและค่าตอบแทนนักบริหารชุมชนให้ใช้งบของ อปท. ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ

งบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
เป้าหมายจำนวนผู้สูงอายุเป้าหมาย (คน)	152,800	192,000	200,000	208,000
งบบริการระยะยาวด้านสาธารณสุข (ล้านบาท)	916.8	1,152	1,200	1,248
งบบริการระยะยาวด้านสังคมและค่าตอบแทนนักบริหารชุมชน	สถ.ตั้งงบให้	อปท.หรือสถ.ตั้งงบหมวดเงินอุดหนุน		
รวมงบที่ต้องการ (ล้านบาท)	916.8	1,152	1,200	1,248

ภาคผนวก



ภาคผนวก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์

ที่	ชื่อ นามสกุล	หน่วยงาน
1	นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านผู้สูงอายุ
2	นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
3	นพ.สมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขต 4 กระทรวงสาธารณสุข
4	นพ.จักรกริช ใจศิริ	ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
5	นพ.วีระชัย ก้อนมณี	ผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
6	นางสาววาสนา โกสิย์วัฒนา	สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)
7	นางสาวสุภัทสร ให้อยุขิน	สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)
8	นายณัฐพล เทศขยัน	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
9	นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
10	นายธนา ยันตรโกวิท	รองอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
11	นายราม จินตมาศ	นักวิชาการกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
12	นพ.บรรลุ ศิริพานิช	คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
13	พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
14	นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
15	นางวิมล บ้านพวน	รองผู้อำนวยการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
16	นางรัชนี บุญเรืองศรี	หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
17	นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์	รองอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
18	นางสิรินทร์ พันธุ์เกษม	รองผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน
19	นางกุลิสราพ์ บุญทับ	ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการเงินที่ 18 สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน
20	นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว พ.ศ. 2562-2565

ระหว่างวันที่ 7-8 มกราคม 2562 เวลา 09.00 น. – 16.00 น.
ณ ห้องประชุมโรงแรมสามพรานริเวอร์ไซด์ จังหวัดนครปฐม

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/ที่อยู่
1	นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	รองประธานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
2	นพ.สมยศ ศรีจารนัย	สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 4
3	นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน	ที่ปรึกษา สปสช.
4	นพ.นพพร ชื่นกลิ่น	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
5	นางสาวเครือออน มานิตยกุล	หัวหน้างาน เขต 1 เชียงใหม่
6	นพ.ภูวนนท์ เอี่ยมจันทร์	ผอ.สปสช.เขต 2 พิษณุโลก
7	นางสาวกาญจนา แสงรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงาน เขต 2 พิษณุโลก
8	นายจินตศักดิ์ อุไทย	หัวหน้างาน เขต 2 พิษณุโลก
9	นายสมพงษ์ บรรณวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงาน เขต 3 นครสวรรค์
10	นางทิพาพรรณ หอคิวาลัย	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ เขต 5 ราชบุรี
11	นางจินตนา แวงสวัสดิ์	หัวหน้ากลุ่มงาน เขต 5 ราชบุรี
12	นายปรเมศร์ เพ็งสว่าง	หัวหน้างาน เขต 7 ขอนแก่น
13	นางสาวสกุลรัตน์ อภัยศรี	เจ้าหน้าที่อาวุโส เขต 9 นครราชสีมา
14	ทพ.วุฒิชัย ลำดวน	รองผู้อำนวยการ เขต 10 อุบลราชธานี
15	นายสิทธิวีร์ ทางามพรทวีวัฒน์	หัวหน้างาน เขต 10 อุบลราชธานี
16	นายเจี๊ยะ อับดุลลáh์ แดหวัน	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ เขต 12 สงขลา
17	นายชัยยุทธ หลักเมือง	หัวหน้างาน เขต 12 สงขลา
18	นายวีระชัย ก้อนมณี	ผอ.สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
19	นางศศิธร ไชยสิทธิพร	หัวหน้างาน สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/ที่อยู่
20	นางสาวใจเดียว โกมลเพชร	เจ้าหน้าที่อาวุโส สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
21	นางสาวรพีพรรณ อยู่เสียม	เจ้าหน้าที่อาวุโส สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
22	นางสาวเยาวภา สันติกุล	เจ้าหน้าที่อาวุโส สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
23	นายวิริส อิศรางกูร	เจ้าหน้าที่ สปสช.
24	นายสุเจตน์ ซาหมื่นไวย์	ลูกจ้าง สปสช.
25	นายสุรสิทธิ์ ไทรเกิดศรี	เจ้าหน้าที่ สปสช.
26	นายรังสรรค์ ฉินทอง	ลูกจ้าง สปสช.
27	นพ.กิตติ ลาภสมบัติศิริ	ผู้อำนวยการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
28	นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญรักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
29	พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เลขานุการมูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
30	รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	ที่ปรึกษาประจำสภาการพยาบาลฝ่ายวิชาการและโครงการเฉพาะกิจ
31	นายสกานต์ บุณมาศ	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
32	นางนิตติกุล ทองน่วม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
33	นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ	ผู้ช่วยนักวิจัย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
34	นางสาวนิสสร่า แผ่นศิลา	นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
35	นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี	นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
36	นายวัชรณัฐ แสงซัดิ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
37	นายภูวดล พิพชวัฒน์	นิติกรปฏิบัติการ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/ที่อยู่
38	นางสาววาสนา โกสิย์วัฒนา	ครูเชี่ยวชาญ ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกพ.)
39	นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมกิจการผู้สูงอายุ
40	นางสาวรติ สงวนรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
41	นางกอบกุล กวังซ้อน	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ กรมกิจการผู้สูงอายุ
42	นางนพวรรณ นวลมณี	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ กรมกิจการผู้สูงอายุ
43	นางสาวกนกวรรณ เหลืองมงคลเลิศ	ผ.กลุ่มระบบการดูแลและเฝ้าระวังทางสังคมผู้สูงอายุ
44	นางสาวศิริวรรณ เสมอแจ้ง	เจ้าหน้าที่ กรมกิจการผู้สูงอายุ
45	น.ส.มัญญาพร ทับถม	ทีมคณะทำงานท่าน รมว. กอบศักดิ์
46	นางขจิตร์รัตน์ ชุนประเสริฐ	นักวิชาการ กรมสุขภาพจิต
47	นายยศ วัชรคุปต์	นักวิจัยอาวุโส TDR
48	นางสาวกัญญาภัค เกาศรี	นักวิจัย TDR
49	นางรัชณี บุญเรืองศรี	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
50	นางสาวอังคณา ฉายวิริยะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
51	นายราม จินตมาศ	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
52	นางสิรินทร ฉันทศิริกาญจน	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
53	นางสาวปภาภัค นวลมณี	ปลัดเทศบาลตำบลบางสีทอง จังหวัดนนทบุรี
54	ศ.นพ.ไพฑูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
55	ดร.นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
56	นางสาวสุพัตรา สำราญจิตร	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
57	นางสาวณชชา ไตรโกมล	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
58	พญ.ดวงดาว ศรียากุล	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/ที่อยู่
59	นพ.สันติ ลากเบญจกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าแร่ จังหวัดลพบุรี
60	นางประไพศรี สุทธิผล	เทศบาลตำบลบ้านนา อ.บ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
61	นางชีพสมนธ์ เจริญผล	พยาบาลวิชาชีพ รพ.บ้านนาเดิม อ.บ้านนาเดิม จ.สุราษฎร์ธานี
62	นายสัมพันธ์ กองสวัสดิ์	นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ เทศบาลตำบลทุ่งตะไคร อ.ทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร
63	นายธวัชิต เจริญเกียรติ	ปลัดอบต.โคกมั่งงอย อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ
64	นางขวัญใจ แจ่มทิม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลเมืองบึงยี่โถ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี
65	นางพรทิพย์ พิทักษ์ไพบุลย์กิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลเมืองบึงยี่โถ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี
66	นางสกุลศิริ ศิริสงคราม	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลท่าช้าง อ.บางกล่ำ จ.สงขลา
67	นายธีระศักดิ์ โฆษณวุฒิ	เทศบาลบ้านหลวง อ.จอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

สรุปผลการประชุม
คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒
วันพฤหัสบดีที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐ น.
ณ ห้องประชุม ๓๐๑ ชั้น ๓ ตึกบัญชาการ ๑ ทำเนียบรัฐบาล

ระเบียบวาระ	มติที่ประชุม
ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ	มติที่ประชุม สถานการณ์การดำเนินงานผู้สูงอายุ ๑. การขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ ๒. การดำเนินงานด้านฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ๓. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ๔. การจัดการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior complex) ๕. การบริหารจัดการงบประมาณ จะต้องมีการจัดทำข้อมูลให้เป็นรูปธรรม เพื่อให้มีการดำเนินการที่ชัดเจน
ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม	มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง ๓.๑ รายงานผลการดำเนินงาน มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระ แห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ	มติที่ประชุม รับทราบการรายงานผลการดำเนินงานมาตรการขับเคลื่อน ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ และให้ดำเนินการ ดังนี้ ๑. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ เรื่อง การประกาศระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ อย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ (พมจ./จังหวัดทุกจังหวัด) ๒. ให้หน่วยงานหลักมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (Quick Win) อย่างเป็น รูปธรรมต่อไป
๓.๒ มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง รายงาน สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๐	มติที่ประชุม รับทราบมติคณะรัฐมนตรี เรื่อง รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๐
๓.๓ ความก้าวหน้าร่างกฎกระทรวง กิจการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	มติที่ประชุม รับทราบความก้าวหน้าร่างกฎกระทรวงกิจการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง
๓.๔ ความก้าวหน้าสำนักบริหารชุมชน	มติที่ประชุม รับทราบความก้าวหน้าสำนักบริหารชุมชน และมอบหมายให้ คณะอนุกรรมการบูรณาการขับเคลื่อนมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ พิจารณา หลักสูตรกับบริหารชุมชน คุณสมบัติ และบทบาทหน้าที่ของนักบริหารชุมชน และให้นำผลการดำเนินงานเสนอต่อที่ประชุม กผส. ต่อไป
ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อทราบ ๔.๑ การพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒	มติที่ประชุม รับทราบการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และให้ฝ่ายเลขานุการฯ รับข้อเสนอของ กผส. ไปดำเนินการ เชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความยั่งยืนในการจัดทำ ฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ต่อไป

ระเบียบวาระ	มติที่ประชุม
๔.๒ การจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๖๒	มติที่ประชุม รับทราบการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๖๒
๔.๓ การเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตามแผนพัฒนาศักยภาพกำลังคนภาครัฐให้พร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕	มติที่ประชุม รับทราบการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตามแผนพัฒนาศักยภาพกำลังคนภาครัฐให้พร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕
๔.๔ รายงานผลการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุ	มติที่ประชุม รับทราบรายงานผลการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุและมอบหมายฝ่ายเลขานุการ ดำเนินการปรับปรุงการดำเนินงานตามผลการศึกษาโครงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการที่ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานโครงการที่ขอรับการสนับสนุน และการกั๊ยมทุนประกอบอาชีพ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา ๕.๑ การปรับนิยามผู้สูงอายุ	มติที่ประชุม มอบหมายคณะอนุกรรมการพิจารณา ปรับปรุง และแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านผู้สูงอายุ นำข้อเสนอการปรับนิยามผู้สูงอายุ ตามมาตรา ๓ ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ไปศึกษาความเป็นไปได้ และผลกระทบในการเปลี่ยนแปลงนิยามผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทุกด้าน และนำเสนอต่อที่ประชุม กผส. ในครั้งต่อไป
๕.๒ การประกาศสดุดีเกียรติคุณผู้สูงอายุแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๒	มติที่ประชุม เห็นชอบการประกาศสดุดีเกียรติคุณยกย่องให้นายบรรลุศิริพานิช เป็นผู้สูงอายุแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๒
๕.๓ (ร่าง) แผนแม่บทการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕	มติที่ประชุม เห็นชอบและมอบหมาย ดังนี้ ๑. เห็นชอบในหลักการ (ร่าง) แผนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ๒. มอบหมายอนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพิจารณาปรับปรุงตามข้อเสนอของ กผส. โดยให้แล้วเสร็จในเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒ และนำเสนอ กผส. ต่อไป
๕.๔ การคัดเลือกคณะอนุกรรมการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ	มติที่ประชุม เห็นชอบและมอบหมาย ดังนี้ ๑. เห็นชอบให้ยกเลิกคำสั่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่ ๕/๒๕๕๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ ลงวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ๒. เห็นชอบคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ และขั้นตอนในการพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ องค์กรประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะอนุกรรมการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ

ระเบียบวาระ	มติที่ประชุม
	<p>๒. เห็นชอบวิธีการคัดเลือก โดยการประชุมกรรมการตามมาตรา ๔ (๑) – (๕) ลงคะแนนเสียงโดยวิธีลับ เพื่อให้ได้ชื่อยุติ จำนวนไม่เกิน ๕ คน โดยจัดประชุมเลือกต่อเนื่องหลังจากการประชุม กผส. ในเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒ โดยประชุมเฉพาะกรรมการ ตามมาตรา ๔ (๑) – (๕) เท่านั้น</p> <p>๓. เห็นชอบการกำหนดคุณสมบัติความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้</p> <p>๓.๑ คุณสมบัติ เป็นไปตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๖ และหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร ๐๕๐๘/ว ๒๑๓ เรื่อง การซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับเสนอเรื่องแต่งตั้งกรรมการ ผู้บริหาร และข้าราชการการเมือง ทั้งนี้ การแต่งตั้งบุคคลที่มีอายุ เกิน ๗๐ ปี บริบูรณ์ ซึ่งไม่สอดคล้องตามข้อสั่งการของ นายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๙ ที่ประชุมมีมติ เห็นว่าไม่ควรกำหนดอายุ แต่ควรพิจารณาความรู้ความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน และมีสุขภาพแข็งแรงสามารถปฏิบัติงานได้</p> <p>๓.๒ เห็นชอบความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จำนวน ๕ ด้าน คือ ด้านประชากรศาสตร์ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐศาสตร์/เศรษฐกิจ ด้านสังคมสงเคราะห์/สังคมศาสตร์ และด้านกฎหมาย หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอื่น ๆ ที่ กผส. เห็นชอบ</p>



(นางไพรวรรณ พลวัน)

อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400



<http://med.mahidol.ac.th/commed>