

คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559



คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
 เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
 ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
 โทรศัพท์ 02 1414000 โทรสาร 02 1439730-1 เว็บไซต์ www.nhso.go.th

ที่ปรึกษา

นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายประทีป ธนกิจเจริญ	รองเลขาธิการรักษาการแทน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นายสัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์	รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นายณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร	รองอธิบดีกรมอนามัย
นายเอกชัย เพียรศรีวีระชา	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
นายประสิทธิ์ชัย มั่งจัต	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข
นายสันติ ลาภเบญจกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำชนิ
นายศุภมล ศรีสุขวัฒนา	ที่ปรึกษาสำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

คณะผู้จัดทำ

นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
นางวิมล บ้านพวน	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและ เครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข
นายวีระพงศ์ เจริญเกตุ	สำนักกฎหมาย สปสช.
นายเสกสรรค์ กัญญาสาย	สำนักกฎหมาย สปสช.
นายอาทิตย์ วสุรัตน์	สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
นางศศิธร ไชยสิทธิ์พร	สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
นางเพียงพร สันทัต	สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.
นางสาวเยาวภา สันติกุล	สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช.

สารบัญ

สารบัญจาก ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง นโยบายการพัฒนาาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care)

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้าน
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 4 ล้านคน
(ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน
(ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 และในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพ
ผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็น
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม
ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21

ในปี 2559 รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่ม
ติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจน
ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
ดังนั้นรัฐบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้าน
บาท ให้แก่สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เป็นพิเศษสำหรับดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิ
ประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) และ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนินการ เป้าหมายการดำเนินงาน ในปี2559 คือผู้สูงอายุ
กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 100,000 ราย ในพื้นที่ประมาณ 1,000 ตำบล ในทุกจังหวัด รวม
กรุงเทพมหานคร

คาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียงจะได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วย
บริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่าง
ต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ชุมชนและท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการ
อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความ
ร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อ
“สังคมไทยสังคมผู้วัยวัย เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคม และมี
คุณภาพชีวิตที่ดี

สารบัญ

	หน้า
1. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long-term care) คืออะไร?	1
2. ทำไมต้องพัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่	1
3. ทำไมต้องค่อยๆ ขยายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่	2
4. เป้าประสงค์การพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่	3
5. หลักการสำคัญในการพัฒนา	4
6. กรอบแนวคิดการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ	5
7. การคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงจำเป็นแค่ไหน?	6
8. ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ	8
9. บุคลากรที่จำเป็นสำหรับการจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ	8
10. ภาควิชาข้อแองและทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลระยะยาวเฉพาะราย (Case conference and setting care plan)	10
ภาคผนวก	
ก. สรุบบบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการสนับสนุนงบประมาณปี 2559	19
ข. ชุดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่	25
ค. บันทึกความร่วมมือ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ระหว่าง กระทรวง สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่ง ประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย	31

1. ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) คืออะไร?

ระบบการดูแลระยะยาว(Long-term care) หมายถึงการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ(ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ(ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

โดยสรุปคือ เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่า และมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การขับถ่ายในบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น

2. ทำไมต้องพัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับรวมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากขนาดครัวเรือนที่ลดลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมมากขึ้น.....

.....ภาพผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้จำกัด หรือภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวในช่วงกลางวันเพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานในช่วง

กลางวัน.....แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล..ก็มีปัญหาภาระของผู้ดูแลไม่น้อยรวมถึงมีผลกระทบต่อโอกาสในด้านต่างๆทางสังคมของผู้ดูแลโดยเฉพาะเมื่อท่านได้จากไปแล้ว.....

จากสภาพดังกล่าวในครอบครัวที่มีฐานะดีหน่อยก็อาจเลือกไปใช้บริการผู้ดูแลที่จ้างมาหรือบางครอบครัวก็เลือกส่งผู้สูงอายุเหล่านี้ไปอยู่ในเนอร์สซิ่งโฮม ในขณะที่ครอบครัวที่ฐานะไม่ดีก็คงต้องดูแลกันไปตามอัตภาพ แต่หากไม่สามารถดูแลได้ก็กลายเป็นความรันทดของผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิต...

ทั้งนี้พื้นที่บางแห่งได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาดังกล่าว และได้ช่วยเหลือกันภายใต้แนวคิด“คนในชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน” โดยอาจมีจุดเริ่มต้นจากทางทีมโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือองค์กรปกครองท้องถิ่นตระหนักในสภาพปัญหาและเริ่มต้นจัดบริการขึ้น แต่ยังคงมีลักษณะเป็นหย่อมๆบางพื้นที่ขึ้นกับความสนใจของบุคลากรและชุมชนในพื้นที่นั้นๆเป็นหลัก อย่างไรก็ตามความต้องการบริการคงมีอยู่ทุกพื้นที่ ดังนั้นจึงควรต้องพัฒนาระบบการดูแลดังกล่าวขึ้นเพื่อให้ความจำเป็นด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม ไม่น่าจะปล่อยให้ขึ้นกับความสนใจของบุคลากรเป็นหลัก....

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ต่างล้วนเป็นความพยายามในการที่จะร้อยเรียงดอกไม้ที่สวยงามที่ผลิขึ้นเป็นหย่อมๆเหล่านี้ให้เป็นพวงมาลัยที่มีความงดงาม.....

ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ล้วนต้องการอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง เนื่องจากที่นั่นคืออาณาจักรของท่าน เป็นที่ที่ท่านคุ้นเคยอาศัยอยู่มาช่วงชีวิต มีญาติ พี่น้อง ลูกหลาน เพื่อนบ้านที่รู้จัก และที่สำคัญคือได้อาศัยอยู่กับลูกหลานที่รักท่าน ดังนั้นการพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน จึงเป็นความสำคัญลำดับแรกที่ต้องพัฒนาขึ้น....

3. ทำไมจึงต้องค่อยๆ ขยายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งระบบ ทั้งในด้าน ระบบบริการ ระบบการเงินการคลัง ระบบกำลังคน ระบบการอภิบาลและบริหารจัดการ รวมถึงระบบข้อมูล ทั้งนี้ได้มีความพยายามในการขับเคลื่อนในทุกเรื่องไปพร้อมๆกัน ทั้งนี้แม้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแล

ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับความเห็นชอบในหลักการจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วก็ตาม แต่คณะกรรมการฯมอบหมายให้คณะอนุกรรมการด้านการเงินการคลังฯไปพิจารณาด้านความเหมาะสมของงบประมาณที่ต้องใช้ และมีข้อสังเกตและประเด็นคำถามหลายประเด็นที่จำเป็นต้องทำให้มีความชัดเจนก่อนจะขยายไปทั่วประเทศ โดยประเด็นที่ถูกตั้งคำถามคือ 1) รูปแบบการจัดระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นมาตรฐานเป็นอย่างไร โดยใคร 2) รูปแบบการอภิบาลระบบและการบริหารจัดการในพื้นที่เป็นอย่างไร 3) ชุดสิทธิประโยชน์จะประกอบไปด้วยอะไรบ้าง 4) เครื่องมือต่างๆรวมถึงหลักสูตรในการพัฒนาบุคลากรที่เป็นมาตรฐาน

4. เป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

“บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ”

4.1 เป้าหมายเฉพาะของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

1. ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแล ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
3. มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
4. ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขเช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว(respite care)/ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน(communitary LTC center)/การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)
5. สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

4.2 เป้าหมายเฉพาะของการนำร่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขในพื้นที่

สำหรับพื้นที่ที่มีการดำเนินการนำร่องในระยะแรกนั้นเป็นการทดลองรูปแบบการดำเนินการ เพื่อสร้างความชัดเจนของระบบก่อนที่จะมีการขยายไปยังพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายเฉพาะดังนี้

1. พัฒนาและทดสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการคัดกรองและประเมินความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
2. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เป็นรูปธรรมและเป็นไปได้เหมาะสมสำหรับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่
3. พัฒนาหลักสูตรการอบรมทั้งผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Long Term Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care Giver) ที่จะไปสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวในชุมชน
4. พัฒนารูปแบบการอภิบาลและการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

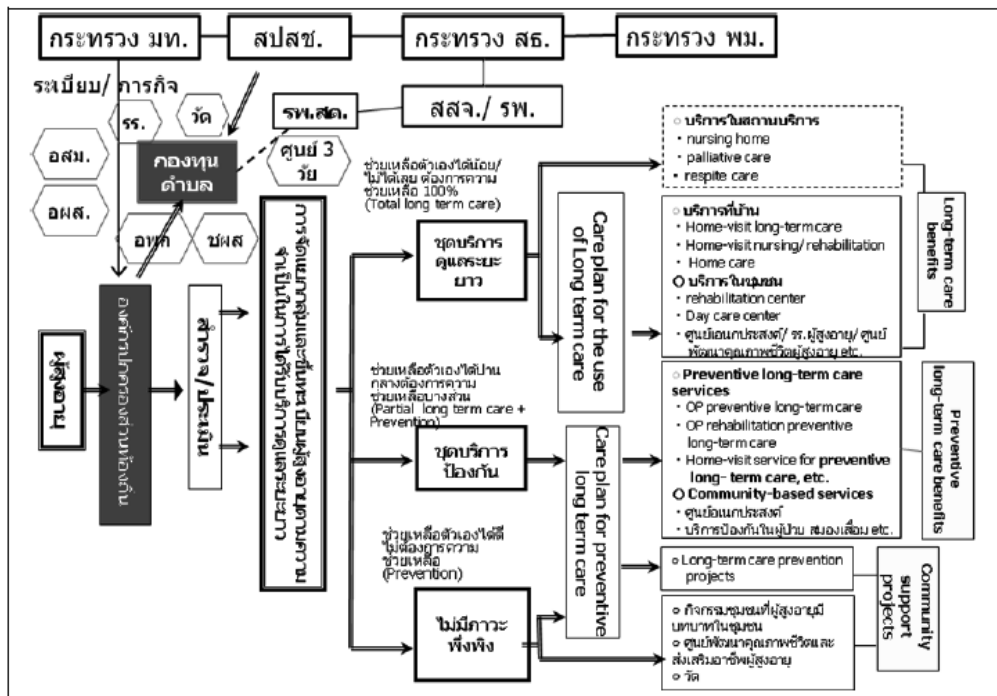
5. หลักการสำคัญในการพัฒนา

1. ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งพิงได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว
2. การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชนไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง
3. ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล
4. ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาล
ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

6. กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่



1. แนวคิดหลักในการพัฒนา คือ พัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ ยอมรับกันทั่วไปว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ ที่ลงไปสู่ชุมชน ขณะเดียวกันในปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง สปสช. และ อปท. เป็นกลไกหลัก ในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันเรามีทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถ สนับสนุนการดำเนินงานเรื่องนี้ได้ เช่น อสม. อพส. อผก. ผู้ช่วยเหลือดูแลรวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจและจำแนกผู้สูงอายุโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยจำแนก

ผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน และกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย 2) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

3. ต้องมีการประเมินระดับการพึ่งพิงและความต้องการสนับสนุนในการดูแลระยะยาวซ้ำทั้งสี่กลุ่ม โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่(LTC manager) เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุแต่ละรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขอะไรบ้างและจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น ขณะเดียวกันก็ทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะๆเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ

4. ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุมร่วมกับภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทว่าภาคีภาคส่วนใดต้องเข้าไปสนับสนุนและช่วยเหลือการดูแลอย่างไรบ้าง

5. ระบบการดูแลที่จัดครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้ (ติดเตียง) มุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาและการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง (ติดบ้าน) มุ่งเน้นการฟื้นฟูป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระในการดูแลในระยะยาว

7. การคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงจำเป็นแค่ไหน?

การคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นสำหรับ “การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม” มิได้ทำเพื่อเพียงให้มีข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น ขณะเดียวกันการคัดกรองจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อมีบริการสาธารณสุขรองรับเมื่อพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากไม่มีบริการก็ไม่มีความหมายใดๆกับในผู้สูงอายุในการคัดกรอง ทั้งนี้การคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัยและผ่านการทดสอบมาแล้ว ซึ่งเมื่อทำการตรวจคัดกรองแล้วจะสามารถจำแนกผู้สูงอายุได้เป็นสามกลุ่มคือ

1. ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (**กลุ่มติดสังคม**) ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีคะแนนรวมความสามารถทาง ร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5/8 คะแนน
2. ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง(**กลุ่มติดบ้าน**) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกาย อยู่ในช่วง 5-11/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน
3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (**กลุ่มติดเตียง**) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุร่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเมื่อผ่านการคัดกรองจำแนกข้างต้นแล้วต้องได้รับการประเมินโดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) เป็นระยะๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรอง ร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและได้รับบริการ
2. เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย(care plan) สำหรับผู้ต้องได้รับบริการสาธารณสุขและการดูแล
3. ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นของผู้สูงอายุเมื่อมีการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว

ทั้งนี้ข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการหารือประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักของคนในชุมชนท้องถิ่นและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายนั้นๆร่วมกัน

8. ชุดสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเห็นได้ว่าจำเป็นต้องได้รับบริการทั้งในด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคม ทั้งนี้ ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขปรากฏตามภาคผนวก ข.

ทั้งนี้ระดับการดูแลและความถี่ในการจัดบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามระดับความจำเป็นด้านสุขภาพ/สังคม และศักยภาพในการดูแลของครอบครัว

9. บุคลากรที่จำเป็นสำหรับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

จากที่ได้เกริ่นไปบ้างแล้วข้างต้น ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่นั้น จำเป็นต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดการระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (LTC manager) ขณะเดียวกันก็ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care Giver) เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน นอกเหนือจากบุคลากรที่มีอยู่แล้วในระบบอื่นๆ เช่น บุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขและอาสาสมัครต่างๆ ในที่นี้จะเน้นหนักในบุคลากรสองประเภทใหม่ที่จำเป็นต้องมี คือ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข(LTC manager)

เป็นบุคคลสำคัญที่จำเป็นต้องมี มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม โดยทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน นอกจากนี้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยังมีบทบาทในการมอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ รวมถึงการกำกับกรเข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปประเมินผลการดำเนินงาน

คุณสมบัติของบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการควรต้องจบปริญญาตรีเป็นอย่างน้อยและมีองค์ความรู้และประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น หรือหากไม่ใช่บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ก็ควรมีประสบการณ์ในการดูแล

ผู้สูงอายุ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เบื้องต้นเพื่อความสะดวกน่าจะเป็นบุคลากร สาธารณสุข เช่น พยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หรือ บุคลากรสาธารณสุขของท้องถิ่น (ท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีสถานพยาบาล/กองสาธารณสุข) นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

โดยจำนวนของผู้จัดการระบบฯ ขึ้นกับขนาดของประชากรผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลเป็นหลัก ในสัดส่วน ผู้จัดการระบบ 1 คนต่อผู้ช่วยเหลือดูแล 5-10 คน

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Trained Care Giver)

หมายถึงผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยเป็นผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้ อาจพัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มารับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ เนื่องจากบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นเป็นบริการที่จำเป็นต้องมีการจัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่เหมาะสำหรับการจัดในลักษณะอาสาสมัครเพราะอิงกับความสะดวกของผู้อาสา

บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สายสวนต่างๆ การให้อาหารทางสาย การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ) การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม โดยในปัจจุบันมีหลักสูตรการอบรมที่จัดโดยหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงศึกษา กระทรวงแรงงาน และปัจจุบันมีของกรมอนามัยร่วมด้วย ทั้งนี้หลักสูตรมาตรฐานตามที่กรมแรงงานกำหนดคือ 420 ชั่วโมง ซึ่งเมื่ออบรมหลักสูตรนี้แล้วสามารถมาสอบขึ้นทะเบียนได้ หากสอบได้จะได้รับประกาศนียบัตรและได้รับการคุ้มครองด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน) ดังนั้นเพื่อรักษาสิทธิแก่ผู้ช่วยเหลือดูแล จึงควรจัดการอบรมให้ได้ตามมาตรฐานกฎหมายแรงงานกำหนด อย่างไรก็ตามในการอบรมนั้นควรอบรมเป็นระยะและให้ปฏิบัติงานไปด้วย เช่น อาจจะมีที่ 70 ชั่วโมงและให้ไปทำงาน และฝึกอบรมเฉพาะเพิ่มเติมเมื่อมีผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะ เป็นต้น และสะสมให้ได้ครบ 420 ชั่วโมง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 ราย คณะระดับของการมีภาวะพึ่งพิง

นอกเหนือจากบุคลากรทั้งสองประเภทที่กล่าวข้างต้นแล้ว ต้นทุนทางสังคมหลักที่ทุกพื้นที่มีคือ อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ/วัด/โรงเรียน ซึ่งสามารถนำมาสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

10. ภาควิชาที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเฉพาะราย (Case conference and setting care plan)

เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการบริการสาธารณสุขที่หลากหลายและจำเพาะเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละคน และไม่สามารถจัดบริการได้เบ็ดเสร็จในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง อย่างน้อยก็ต้องมีการบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคม ซึ่งในการจัดบริการดูแลให้แก่ครอบครัวจำเป็นต้องระดมภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมหารือและวางแผนการดูแลเฉพาะราย

1. การระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง

ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการสำรวจต้นทุนด้านสังคมของพื้นที่ว่า ในชุมชนมีต้นทุนทางสังคมอะไรอยู่บ้าง เพื่อนำมาใช้ให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) โดยทั่วไปภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อบต. รพ.สต. รพ.แม่ข่าย อสม./อผส. ชมรมผู้สูงอายุ ในบางพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทในแต่ละพื้นที่ อาจมีการขยายการมีส่วนร่วมไปยัง วัดและโรงเรียน ตลอดจนขยายบทบาทหน้าที่ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงพัฒนาสังคมฯ ได้ริเริ่มไว้ในพื้นที่ให้มาจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีต้นทุนทางสังคมบางประเภทอาจอยู่นอกพื้นที่ อาทิ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด สปสช. พมจ. สภาผู้สูงอายุ ฯลฯ ซึ่งจะเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญที่จะสนับสนุนการดูแล

2. การประชุมร่วมเพื่อวางแผนการดูแล

เมื่อสำรวจต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ และกำหนดภาคีหลักแล้ว การจัดประชุมเพื่อระดมความเห็นจากภาคีที่เกี่ยวข้องในการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจัดทำผังการดูแล (Care Map) กำหนดบทบาทของภาคีหลัก และระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อมาบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแล โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้าน

สาธารณสุข (LTC manager) จะเป็นบุคคลสำคัญ ที่มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผนและบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ติดบ้าน/ติดเตียง) เข้าถึงบริการ สาธารณสุขและบริการด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม

3. การวางแผนการดูแลเฉพาะราย(Care Plan)

ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข(LTC manager) จะทำการ ตรวจสอบประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (รายละเอียดตามแบบประเมินในภาคผนวก) และ ศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อประเมินหาความต้องการด้านบริการสาธารณสุข จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) อาจจัดทำ เป็นแผนงานรายสัปดาห์(Weekly Plan)/รายเดือน(Monthly Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด

จากนั้นผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) นำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีเกี่ยวข้อง โดยจัดการประชุม การจัดการดูแลเฉพาะราย(Case Conference) ร่วมกับภาคีหลัก เพื่อร่วมอภิปรายแผนการ ดูแล ให้มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และกำหนดตารางการดูแล ผู้รับผิดชอบการดูแลบริการ ด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นัก กายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักการแพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน รวมทั้งการมอบหมายภารกิจแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลภาคทางการ (Care Giver) ก่อนที่จะมีการดำเนินการตามแผนการดูแล ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข (LTC manager) ต้องมีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยอมรับในแผนการดูแล

กล่าวโดยสรุปผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข(LTC manager) จะมีหน้าที่ประเมินปัญหา จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานงาน/สนับสนุน/จัดสรร ทรัพยากร ภาคีเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด

4. การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล

การควบคุมติดตามกำกับ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่ง ในการตั้งเป้าหมายการดูแลนั้น จะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการด้านสาธารณสุข ของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว เมื่อมีการ มอบหมายบทบาทภาคีเกี่ยวข้องตามแผนการดูแล ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข(LTC manager) มีหน้าที่ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และ

ประเมินซ้ำเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม ประชุมร่วมภาคีเกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลแผนการดูแล เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการประเมินผลระบบการดูแลในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาให้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5. บทบาทหน้าที่ของส่วนต่างๆ

สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานส่วนกลาง

1. จัดทำกรอบแนวทาง ประกาศ ระเบียบ พื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขตและกระทรวงสาธารณสุข
2. จัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุน อปท.ในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงาน
3. สนับสนุนด้านข้อมูลวิชาการ องค์กรความรู้ และเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้
4. กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนตามชุดสิทธิประโยชน์
5. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
6. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลาง เขตและพื้นที่
7. จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
8. ติดตามและประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผล

สปสช.สาขาเขต และเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

1. ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน แก่กองทุน อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
2. บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การฝึกอบรม Care Manager Care Giver เป็นต้น
3. ประสานสนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
5. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

หน่วยบริการปฐมภูมิ(เช่น รพศ./รพท. และ รพ.ชุมชน)

1. จัดบริการ/บริหารการจัดบริการ ตรวจสอบคัดกรอง ตรวจสอบประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
2. จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับอำเภอ กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม
3. สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนวิชาการแก่ รพ.สต. ดำเนินกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. ปรับระบบการจัดบริการของสถานพยาบาล เพื่อรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป(จาก acute care oriented เป็น chronic care oriented) ซึ่งต้องมีการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนโมเดลทัศน์การจัดบริการ
5. แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยบริการ หน่วยบริหารจัดการ อปท. อสม. อพส. รวมถึง สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชนร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ
6. พัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในชุมชนที่มีความเชื่อมโยงกับสถานพยาบาล และบูรณาการระหว่างบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(เช่น รพ.สต.)

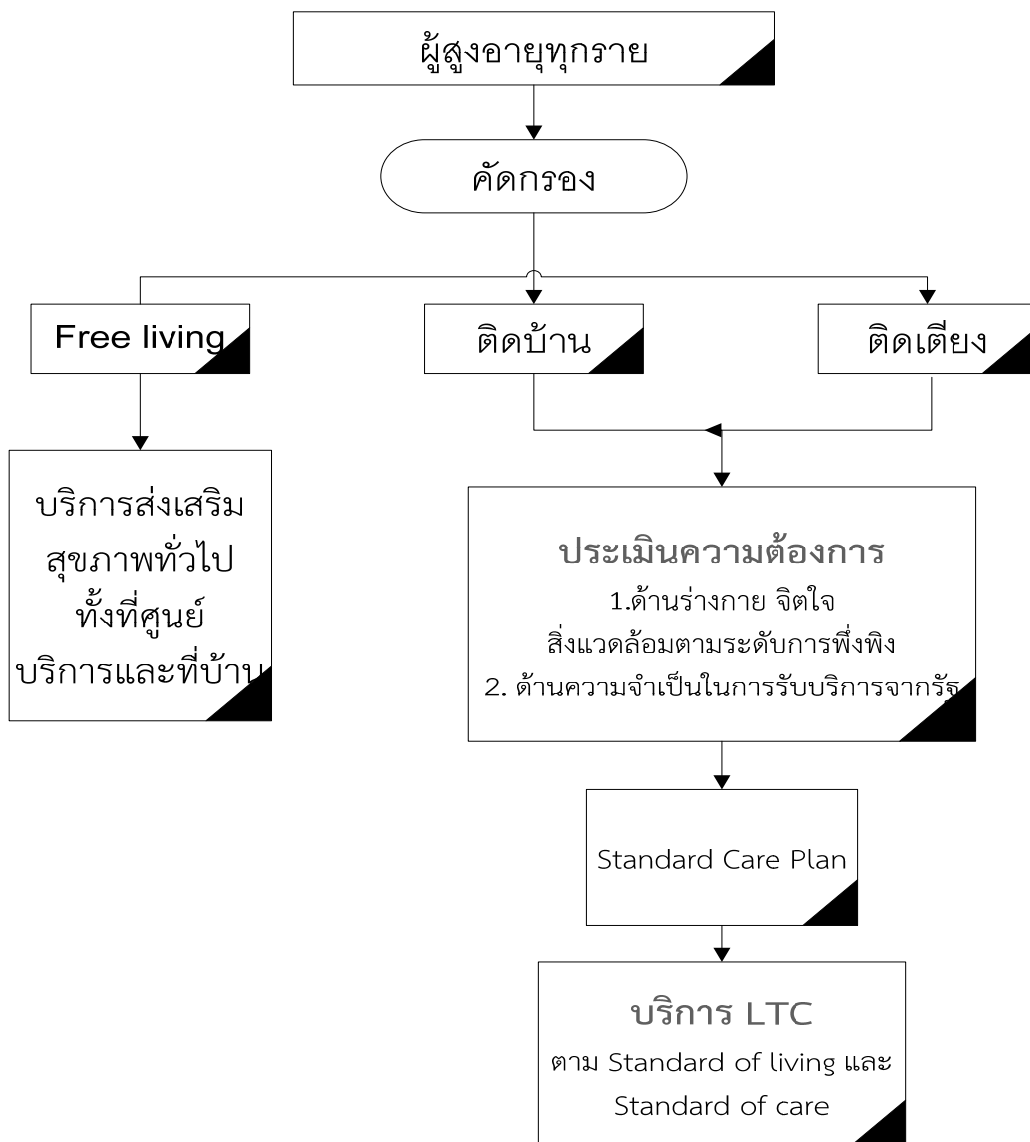
เป็นหน่วยบริการที่เป็นจุดเชื่อมต่อจากชุมชนเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่(ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. จัดบริการเชิงรุก/บริหารการจัดบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม
2. จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่
3. จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม
4. ประสานงานกับผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ควบคุมกำกับการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
5. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อปท./ภาคประชาชน ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
6. ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ทั้งการนิเทศติดตาม การให้คำปรึกษาทั้งทางด้านดูแลและการทำงาน เช่นปัญหาด้านสัมพันธภาพด้านความเครียด
7. เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ
8. แสวงหา ประสานความร่วมมือจาก รพช. สสอ. อปท. รวมถึง สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ. ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ
9. ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

มีบทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้ง ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกำกับติดตามประเมินผลการทำงาน

แผนภาพขั้นตอนการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขผู้สูงอายุ



ตาราง สรุปรายละเอียดด้านบุคลากรในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

รายการ	Care Giver	Care Manager
แหล่งเงิน	ค่าตอบแทนจากกองทุน อปท.	เงินเดือน/ค่าจ้างจากหน่วยบริการหรือ อปท.หรือกองทุน ฯ อปท.
วิทยากร	ศูนย์อนามัยเขต/บุคลากรจาก CUP	ศูนย์อนามัยเขต/บุคลากรจาก CUP
ระยะเวลาการอบรม	เริ่มต้น 70 ชม. ขยายให้ผ่าน 420 ชม.	70 ชม.
คุณสมบัติผู้เข้ารับ การอบรม	1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ 2. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่า 3. เป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์ 2. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือการพยาบาลหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์หรือประกาศนียบัตรการพยาบาล 3. จบปริญญาตรีด้านอื่น หรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี
ทักษะที่คาดหวัง(สามารถทำอะไรได้บ้าง)	1. ดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ 2. สังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติ ของผู้สูงอายุทราบทุกวัน	1. จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2. ประเมินคัดกรอง 3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan , Weekly plan 4. จัดทำ Case Conference 5. ประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผน

รายการ	Care Giver	Care Manager
	<p>3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ</p> <p>4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด</p> <p>5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุงประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ</p> <p>6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อน กับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง</p> <p>7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและ วิธีการอย่างถูกต้อง</p> <p>8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อ Care Manager</p>	<p>6. ทำงานเป็นทีม (Team building)</p> <p>7. บริหารจัดการ และควบคุมกำกับ (รวมถึงการควบคุมกำกับการทำงานของ Care Giver)</p> <p>8. การประเมินแผนงาน และผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา</p>
จำนวนที่เหมาะสม	สัดส่วนจำนวน Care Giver : ผู้สูงอายุ = 1: 5-10 คน	สัดส่วนจำนวน Care Manager: Care Giver = 1: 5-10 คน

ภาคผนวก ก.

สรุประบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนงบประมาณปี 2559

1. ที่มา : ความสำคัญ

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้สูงอายุทุกรายซึ่งมีจำนวนประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ คาดว่าจะเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1 ล้านคน มีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมอยู่ในลักษณะตั้งรับ สามารถให้บริการหลักแก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง บริการมีจำกัด และมักเป็นในรูปการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ถดถอยลง จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง การทำงานนอกบ้านของสตรี โดยคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็น 2.8% ของ GDP ในปี 2565

2. กรณีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

นโยบายสำคัญคือการทำอะไรไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอะไรให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ และจะขยายงบประมาณให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้เต็มพื้นที่ภายใน 3 ปี

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี

เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน

3. หลักสำคัญในการออกแบบระบบ

1. เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว)
2. คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต
3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท.(เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้ การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่
4. พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care-LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล(Care Manager) (พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1 : 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)

ทางเลือกการออกแบบระบบ LTC

บริการในหน่วยบริการ (Hospital based)	บริการในชุมชน (Community based)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีศักยภาพ ความพร้อมในการจัดการและบริการด้านการแพทย์ 2. ไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์บริการด้านสังคม 3. การบูรณาการกับงานอื่นและหน่วยงานอื่นมีข้อจำกัด 4. ภาระทางการเงินสูงมาก(400 บาทx365 วัน=146,000 บาท/คน/ปี) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ร่วมสมทบงบประมาณของ อปท. กับ สปสช. ทุกตำบลทั่วประเทศประเทศ ประสพการณ์ 9 ปี 2. บูรณาการได้ทั้งบริการด้านการแพทย์และด้านสังคม 3. แนวโน้ม อปท.มีบทบาทและงบประมาณเพิ่มมากขึ้น 4. ภาระทางการเงินไม่สูง (16,000 บาท/คน/ปี)

สรุป ใช้ บริการในชุมชน (Community based) เป็นหลักภายใต้การสนับสนุนทางวิชาการ และบริการจากหน่วยบริการ (Hospital based)

4. ชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน ประกอบด้วย

1) บริการด้านสาธารณสุข เช่น

- บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล
 - บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย
- ทางการแพทย์ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด

2) บริการด้านสังคม เช่น

- บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอก บ้าน และอื่นๆ

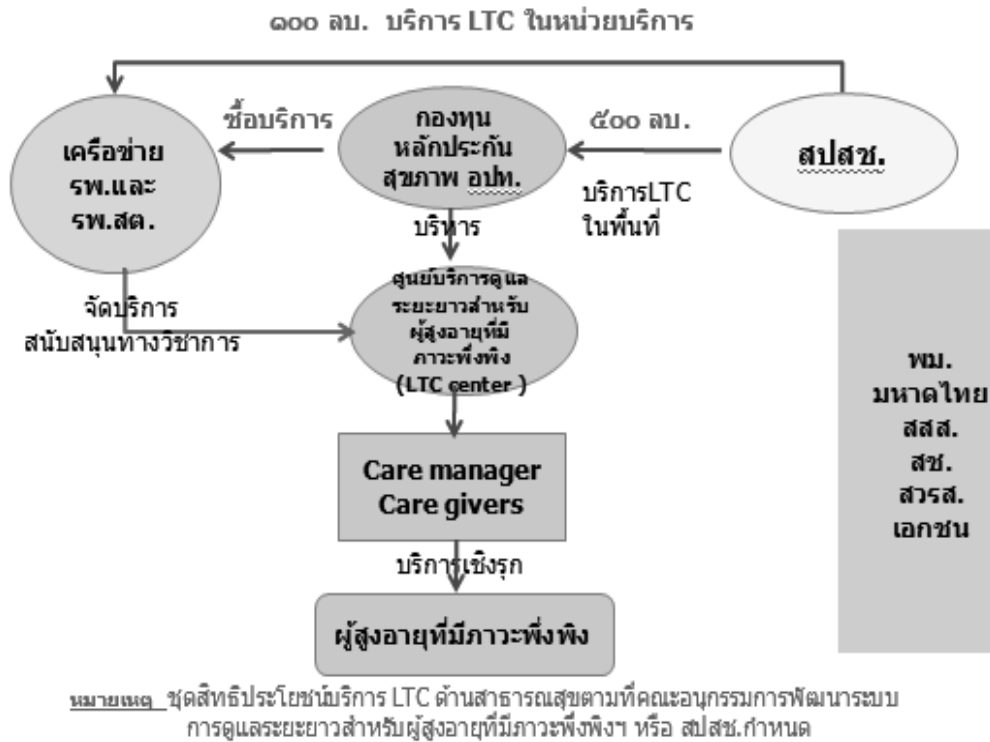
5. การจัดสรรงบประมาณของปี 2559

กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ร่วมกันออกแบบการจัดสรรงบประมาณภายใต้การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ งบประมาณจัดสรรงบประมาณจำนวน 600 ล้านบาท โดยจัดสรรดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน 500 ล้านบาทจัดสรรไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จำนวนประมาณ 1,000 แห่งที่มีความพร้อม เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวนประมาณ 100,000 คน งบประมาณเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศกองทุนที่กำหนดเพิ่มเติม เพื่อจัดให้มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน โดยมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์ที่เรียกชื่ออื่นเป็นศูนย์บริหารจัดการและให้บริการอย่างต่อเนื่อง

และส่วนที่ 2 จำนวน 100 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ประมาณ 1,000 แห่งๆ ละ ประมาณ 100,000 บาท เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานดังกล่าว รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่ต้องให้บริการในหน่วยบริการ

สรุประบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการ
สนับสนุนงบประมาณปี 2559



**6. ศูนย์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุ** มีบทบาทหน้าที่

1. จัดให้มีผู้จัดการดูแลประจำศูนย์ (Care Manager) ที่อาจเป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care giver) ที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐานที่กำหนด
2. จัดทำข้อมูลและแผนดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เป็นรายคน ชี้้นทะเบียนและจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (In service training) และบริหารจัดการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care giver) ให้บริการเชิงรุกที่บ้าน รวมทั้งให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่ศูนย์ (Day care)

7. พื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานและหลักเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย

ครอบคลุมทุกจังหวัดรวมกรุงเทพมหานคร และทุกอำเภอทั่วประเทศ อำเภอละ 1-2 ตำบล ประมาณ 1,000 แห่ง ได้แก่เทศบาลนคร เทศบาลเมืองและ อบต.ขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมเข้าร่วมดำเนินงาน มีความเข้มแข็ง และเป็นพื้นที่ที่มีการนำร่องดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยงานต่างๆ ในปัจจุบัน และดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการที่ดี สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดำเนินการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

8. กลไกการดำเนินการและการบริหารจัดการ

มีกลไกการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

1.คณะกรรมการนโยบายและกำกับทิศทางในส่วนกลาง มีหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนา จัดทำแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล 2.คณะกรรมการสนับสนุนระดับจังหวัด มีหน้าที่คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน ประสานงานด้านงบประมาณ สนับสนุนวิชาการ ควบคุมกำกับประเมินผลและรายงานส่วนกลาง 3.คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ มีหน้าที่ บูรณาการการดำเนินงานระดับพื้นที่ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ 4.คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนและดำเนินการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

9. เป้าหมายการดำเนินงานใน 3 ปี (ทั่วประเทศ)

ช่วงเวลา	เป้าหมาย
ปีที่ 1 (2559)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 10% ประมาณ 1,000 ตำบล และ 100,000 ราย
ปีที่ 2 (2560)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 50% ประมาณ 5,000 ตำบล และ 500,000 ราย
ปีที่ 3 (2561)	ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 100% หรือ ทุก ตำบล ประมาณ 1,000,000 ราย

10. ตัวชี้วัด (KPI) ของงบค่าบริการ LTC ปี 2559

- KPI หรือบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - มีระบบบริการ LTC ภายในหน่วยบริการ
 - มีทีมหมอครอบครัวให้บริการ LTC เชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ
 - มีการให้การสนับสนุนและติดตามประเมินการบริการ LTC ของ อปท.
- KPI หรือบทบาทของ อปท.ในการจัดบริการ LTC
 - มีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท. ในระดับได้อย่างต่อเนื่อง

- 2.2 มีการจัดตั้งและจัดบริการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน
- 2.3 มีการทำงานและพัฒนาระบบบริการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่
- 2.4 มีข้อมูล มีแผนการบริการ LTC ของกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคล และมีการจัดบริการเชิง รุกตามชุดสิทธิประโยชน์

ตัวชี้วัด (KPI) ด้านผลผลิตในภาพรวม

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
2. สัดส่วนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
3. จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ที่มีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม(ตัวชี้วัดระดับพื้นที่)

11. การควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล

มีการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านการบริหาร การจัดการ การดำเนินงาน การใช้จ่ายงบประมาณ ระดับผลสัมฤทธิ์ของงาน ให้เป็นไปตามแผน เพื่อปรับปรุงให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามเป้าหมาย โดยมีคณะกรรมการร่วม ดังนี้

- 1) คณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ทั้งในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ เป็นการติดตามประเมินผลในระบบปกติ ผ่านระบบการตรวจราชการ ซึ่งเป็นการติดตามการดำเนินงานรายไตรมาสโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดและให้รายงานตามระบบรายงาน
- 2) การกำกับติดตาม และประเมินผลโดยหน่วยงานภายนอก ทั้งด้านตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ แนวทางที่กำหนด และ ด้านประสิทธิภาพประสิทธิผลการดำเนินงาน

ภาคผนวก ข.
ชุดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

ประเภทบริการ	การดำเนินงานกลุ่มประชากรให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์	
	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
การดูแล	1.กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3)	2.กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มี ภาวะสับสน และอาจมีปัญหา การกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2)
การประเมิน วางแผนการดูแล และการรักษาและดูแล ทางกายภาพ	- ร่วมประเมิน วางแผนการดูแล กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้คำปรึกษา - เยี่ยมดูแลที่บ้านตามความ จำเป็น	- ร่วมประเมิน วางแผนการดูแล กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้คำปรึกษา - นำทีมทำcase conference เยี่ยมดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง
การดูแลทางการแพทย์	3.กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วย รุนแรง (TAI : I3)	4.กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต (TAI : I 2 , 1)
การดูแลทางการแพทย์	- ร่วมประเมิน วางแผนการดูแลกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้คำปรึกษา - นำทีมทำcase conference เยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมฯอย่างน้อย 1 ครั้ง และเยี่ยมตามความจำเป็น	- ร่วมประเมิน วางแผนการดูแลกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้คำปรึกษา - นำทีมทำcase conference เยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมฯอย่างน้อย 1 ครั้ง และเยี่ยมตามความจำเป็น

การจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์				
ประเภทบริการ	กลุ่มติดบ้าน			
	กลุ่มติดเตียง			
การดูแล	<p>1.กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3)</p>	<p>2.กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มี ภาวะสับสน และอาจมีปัญหา การกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2)</p>	<p>3.กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วย รุนแรง (TAI : I3)</p>	<p>4.กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต (TAI : I 2 , 1) หมายเหตุ : มีงบบริการ ประคับประคองฯ</p>
	การดูแลด้านเภสัชกรรม	<p>- แนะนำการใช้ยาตามภาวะโรค</p>	<p>สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม</p>	<p>สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ ผู้ดูแล - การป้องกันและดูแลแผล กัดทับ</p>
	<p>- แนะนำการใช้ยาตามภาวะโรค</p>	<p>- แนะนำการใช้ยาตามภาวะโรค ให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยา แก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้ – การเก็บรักษา-ผลข้างเคียง)</p>	<p>- แนะนำการใช้ยาตามภาวะโรค ให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยา แก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้ – การเก็บรักษา-ผลข้างเคียง)</p>	<p>- วางแผน/กำกับ/รายงานการใช้ยา สดปวดและอื่นๆ ที่จำเป็น โดย บุคลากรสาธารณสุข - การให้ยาลดปวดและอื่นๆ ที่ จำเป็น โดยบุคลากรสาธารณสุข - ให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยาแก่ ผู้ดูแลและญาติ</p>

ประเภทบริการ		การจัดแผนกลุ่มประเภทการใช้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์			
		กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง	
การดูแล	1. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3)	2. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2)	3. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกินหรือเจ็บป่วย รุนแรง (TAI : 13)	4. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI : 12 , 1)	
การฟื้นฟูสมรรถภาพ	- ประเมินระดับความบกพร่อง/ความพร้อมของร่างกาย - วางแผน/ให้ความรู้เพื่อเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ - แนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตได้อย่างปกติ - ประเมิน/ป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุอื่น - สนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยเพื่อการฟื้นฟูอย่างเต็มศักยภาพ	- ประเมินระดับความบกพร่อง/ความพร้อมของร่างกาย - วางแผน/ให้ความรู้เพื่อเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ - แนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตได้อย่างปกติและปลอดภัย - ประเมิน/ป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุอื่น - ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและญาติตามความจำเป็นรายการณีสสนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์	- ประเมินระดับความบกพร่อง/ความพร้อมของร่างกาย - วางแผน/ให้ความรู้เพื่อเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ - แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตได้อย่างปกติและปลอดภัย - ประเมิน/ป้องกันอุบัติเหตุเช่นตกเตียง - ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและญาติตามความจำเป็นรายการณีสสนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์	- วางแผน/ให้ความรู้เพื่อเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ - แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตให้สบาย - ประเมิน/ป้องกันอุบัติเหตุ - ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและญาติตามความจำเป็นรายการณีสสนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์	
หมายเหตุ : มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์				(การใช้ - การเก็บรักษา- ผลข้างเคียง) - ให้คำปรึกษา- - ประเมิน/ป้องกันอุบัติเหตุ - ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและญาติตามความจำเป็นรายการณีสสนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์	

การจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์			
ประเภทบริการ	กลุ่มติดเตียง		
	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3)	กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2)
การดูแล	1.กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3)	2.กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2)	3.กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกินหรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : 13)
		เครื่องมือช่วยเพื่อการฟื้นฟูอย่างเต็มศักยภาพ	เครื่องมือช่วยเพื่อการฟื้นฟูอย่างเต็มศักยภาพ - ป้องกันกลุ่มอาการอวัยวะไม่ได้ใช้งาน
การดูแลด้านสุขภาพจิต	- ประเมินด้านสุขภาพจิต - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลตามอาการ - ป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อม - ป้องกันภาวะซึมเศร้า	- ประเมินด้านสุขภาพจิต - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลตามอาการ - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ - ป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหา - ป้องกันภาวะสมองเสื่อม - ป้องกันภาวะซึมเศร้า	- ประเมินด้านสุขภาพจิต - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลตามอาการ - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ - ป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหา - บริการด้านจิตสังคมผู้สูงอายุและผู้ดูแล/ครอบครัว - เน้นการให้บริการแบบองค์รวมพร้อมเผชิญการตายอย่างมีศักดิ์ศรี

		การจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์			
		กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง	
ประเภทบริการ		1.กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ ไม่มีภาวะล้มต่น (TAI : B3)	2.กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มี ภาวะล้มต่น และอาจมีปัญหา การกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2)	3.กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วย รุนแรง (TAI : 13)	4.กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต (TAI : 12 , 1)
				ในมิติของแต่ละความเชื่อ/ศาสนา - ป้องกันภาวะซึมเศร้า	
การดูแลด้านสุขภาพ		- ให้บริการด้านทันตกรรมตาม ชุดสิทธิประโยชน์ PP	- ให้บริการด้านทันตกรรมตาม ชุดสิทธิประโยชน์ PP - ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติ สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุได้	- ให้บริการด้านทันตกรรมตาม ชุดสิทธิประโยชน์ PP - ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติ สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุได้	- ให้บริการด้านทันตกรรมตามชุด สิทธิประโยชน์ PP - ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติ สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุได้
ช่องปาก		- ให้บริการด้านทันตกรรมตาม ชุดสิทธิประโยชน์ PP	- ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติ สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุได้	- ประเมินสุขภาพช่องปากโดย บุคลากรสาธารณสุข - จัดบริการที่บ้านตามความ จำเป็น	- ประเมินสุขภาพช่องปากโดย บุคลากรสาธารณสุข - จัดบริการที่บ้านตามความจำเป็น
การดูแลด้าน		- ประเมินความสามารถในการ กลืน การบดเคี้ยวและอื่นๆ	- ประเมินความสามารถในการ กลืน การบดเคี้ยวและอื่นๆ	- ประเมินความสามารถในการ กลืน การบดเคี้ยวและอื่นๆ	- ประเมินและดูแลความสามารถใน การกลืน การบดเคี้ยวและอื่นๆ
โภชนาการ		- ประเมินและให้ความรู้ด้าน	- ประเมินและให้ความรู้ด้าน	- ประเมินและให้ความรู้ด้าน	- ประเมินและให้ความรู้ด้าน

การจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์	
ประเภทบริการ	กลุ่มติดบ้าน
	การดูแล
	<p>โภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกระวัง วางแผนด้านโภชนาการ โภชนาการรายบุคคล - แนะนำและประสานเพื่อแก้ไขภาวะขาดอาหาร
การดูแลด้านการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก	<p>โภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน/ให้ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล - แนะนำการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยตามชุดสิทธิประโยชน์ - จัดบริการที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ
การดูแลด้านการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก	<p>โภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและวางแผนการให้บริการตามความจำเป็น - แนะนำ/สอนผู้ดูแลหรือญาติ ให้บริการพื้นฐานได้ - จัดบริการที่บ้านโดยเน้นการดูแล เพื่อความสุขสบายของผู้สูงอายุ

ภาคผนวก ค.



บันทึกความร่วมมือ

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่

ระหว่าง

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

บันทึกความร่วมมือ ที่ /๒๕๕๘

บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ จัดทำขึ้น ณ “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ธันวาคม ๒๕๕๐” กรุงเทพฯ วันที่ ๓๐ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๘ ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข โดย นายโสภณ เหมธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายหนึ่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย นายประทีป ชนกิจเจริญ รองเลขาธิการ รักษาการแทนเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฝ่ายหนึ่ง สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย โดย นายเกรียงไกร ภูมิเหล่าแจ้ง นายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ฝ่ายหนึ่ง และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย โดย นายนพดล แก้วสุพัฒน์ นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสี่ฝ่ายจะร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการบริการด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเชิงรุกในพื้นที่โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่

บันทึกความร่วมมือนี้ ทั้งสี่ฝ่ายมีความเห็นร่วมกันในการกำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของทุกฝ่าย ดังต่อไปนี้

๑. กระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วน

ตำบลให้สามารถดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบดูแลและขยายด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความพร้อมความเหมาะสมและตามภารกิจที่ตกลงกัน

๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๑) ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้จัดตั้งระบบการดูแลและขยายด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ และสามารถบริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

(๒) จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการดูแลและขยายด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ ตามภารกิจที่ตกลงกันตามกรอบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

(๓) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลอันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปด้วยความรวดเร็ว ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

๓. สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการบริหารจัดการระบบดูแลและขยายด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

บันทึกความร่วมมือนี้ ทำขึ้นสืบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ โดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

(นายโสภณ เมฆธน)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(นายเกรียงไกร ภูมิเหล่าแจ้ง)
นายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

(นายนพดล แก้วสุพัฒน์)
นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

