

แบบฟอร์มสมัครประเภทพัฒนาบริการ

โปรดกรอรายละเอียดเกี่ยวกับผลงานที่ขอรับรางวัล ดังนี้ (กรุณา ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมให้ครบถ้วน)

- เป็นผลงานการให้บริการที่เป็นการพัฒนา/ปรับปรุงงานบริการ หรือเปลี่ยนแปลงแบบแผนการประสานงาน เชื่อมโยงกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฝ่ายต่าง ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม
- ผลงานที่เสนอไม่เป็นรูปแบบเดียวกับที่หน่วยงานเคยได้รับรางวัลมาแล้ว
- ผลงานมีรูปแบบคล้ายคลึงกับผลงานที่เคยได้รับรางวัล (โปรดระบุ)
 - ชื่อผลงานที่ได้เคยรับรางวัล และนำมาพัฒนาต่อยอด
.....
.....
- เป็นผลงานที่นำไปใช้แล้วจริง และมีผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถตรวจสอบได้ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี (ในวันที่ปีรับสมัคร)
 - นำผลงานไปใช้แล้วจริงเมื่อ ปี พ.ศ.2559 ถึง ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2562

ชื่อผลงาน : การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ด้วยนวัตกรรม 3 C : Care manager, Caregiver & Care Plan

ชื่อส่วนราชการ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานที่รับผิดชอบผลงาน : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

ชื่อผู้ประสานงาน นางวิมล บ้านพวน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สำนัก/กอง สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

เบอร์โทรศัพท์ 0 2590 4793, 0 2590 4508

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 09 7241 9729

เบอร์โทรสาร 0 2590 4500

E - Mail : vimol.b@anamai.mail.go.th

รายงานผลการดำเนินการ

ประเด็นที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรของประเทศต่างๆทั่วโลก ในปี 2559 พบว่าโลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ ประชากรของอาเซียนที่กำลังมีอายุสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศได้กลายเป็น สังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) ประเทศที่กำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุในอีก 2-3 ปีข้างหน้า ได้แก่ มาเลเซีย (ร้อยละ 9.5) และ เมียนมา (ร้อยละ 9.2)

ประเทศไทยมีประชากรอาศัยอยู่ประมาณ 68.9 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรไทย 65.9 ล้านคน และเป็นแรงงานข้ามชาติอีกประมาณ 3 ล้านคน ในจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 16.5 ประเทศไทยจึงเป็น ประเทศ“สังคมสูงอายุ” (Aged society) คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมาก จนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปีในปัจจุบัน ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ประชากรอายุยิ่งสูงยิ่งเพิ่มเร็ว ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราสูงมากกว่า ร้อยละ 6 ต่อปี 4 และในอนาคตอันใกล้ จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกมาก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกประมาณ 5 ปีข้างหน้า เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20

มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจจัดอยู่ในภาวะเปราะบาง หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุตรซึ่งเคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรือตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 เป็นผู้พิการถึงร้อยละ 6 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีโรคและปัญหาสุขภาพ (รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 (กรมอนามัยร่วมกับ สปสช.และ HITAP) และ มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงประมาณ 4 แสนคน และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคนใน ปี 2559 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน และ ผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทมีสภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน ยังมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัย ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมแก่ผู้สูงอายุไทยทุกคน

1.2 ปัญหาข้อบกพร่องหรือผลกระทบในระดับใด

ปัญหาข้อบกพร่องและผลกระทบในระดับประเทศ ผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ทั้งประเด็นงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ปัจจุบันภาครัฐ ใช้งบประมาณดูแลผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากทั้งงบประมาณสำหรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยพบว่า ในปี 2559 มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ 8 ล้านคน รัฐบาลจ่ายเบี้ยยังชีพสูงถึง 63,219 ล้านบาท และงบประมาณด้านสุขภาพโดยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ จากรายงานผลการศึกษาคำแนะนำโครงการการประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากผลของการสร้างเสริมสุขภาพ TDR สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในอดีตถึงปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยในอีก 15 ปีข้างหน้า ตามหลัก OECD จะมีค่าประมาณ 4.8 - 6.3 แสนล้านบาท เมื่อผนวกกับปัจจัยสังคมผู้สูงอายุส่งผลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไปถึง 1.4 - 1.8 ล้านล้านบาท ประชากรยังมีอายุสูงขึ้น

ก็ยังมีความเปราะบางและเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น ขณะเดียวกันกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 56.7 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีภาระงานที่หนักมากขาดความสมดุล โดยพบว่าแพทย์ 1 คน มีสัดส่วนต่อประชากร 1, 292 คน พยาบาล 1 คนต่อสัดส่วนประชากร 419 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คนต่อสัดส่วนประชากร 2,416 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุและการเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน โดยมีเป้าหมาย “ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” จึงได้มีนโยบาย “พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ด้วยนวัตกรรม 3 C : Care manager, Caregiver & Care Plan” ขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ สร้างสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ สังคมแห่งความสุขไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ/โอกาสในการพัฒนา

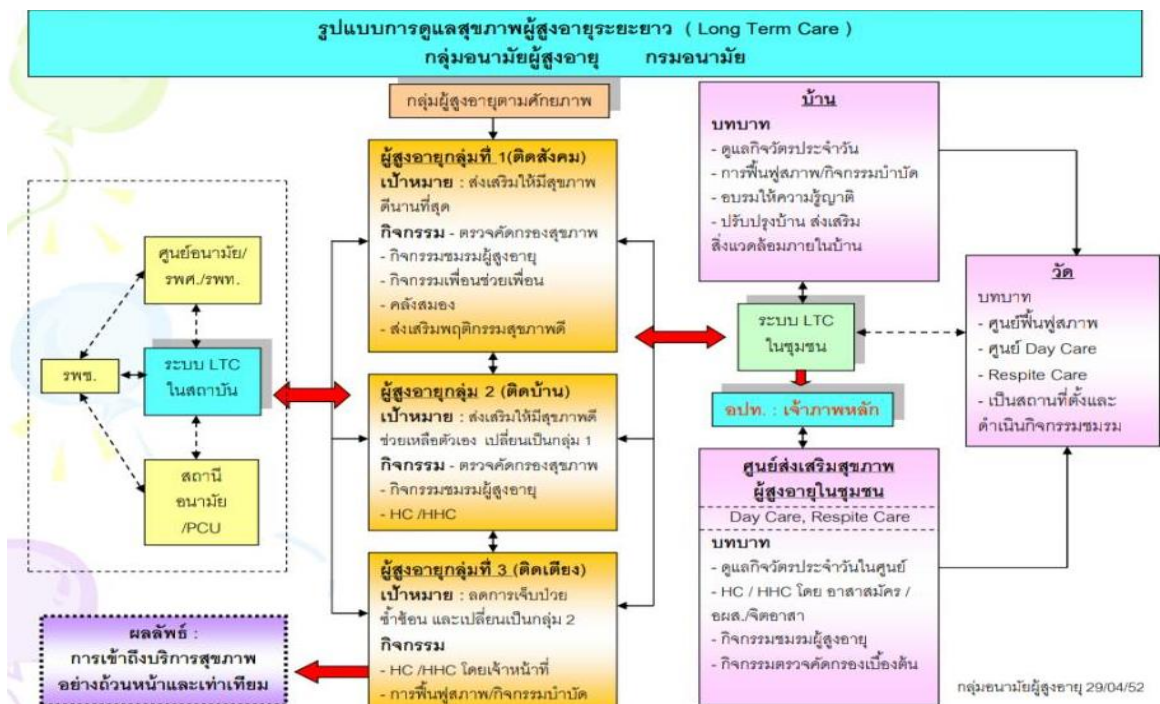
2. อธิบายแนวคิด/นวัตกรรมในการแก้ไขปัญหา หรือโอกาสในการพัฒนาจากปัญหา โดยเน้นแนวคิด/นวัตกรรมที่มีความแตกต่างจากหน่วยงานอื่นๆ หรือหน่วยงานในสังกัดเดียวกันแต่ต่างพื้นที่

สิ่งที่ไม่มีใครอยากได้ ไม่มีใครอยากเป็น แต่หนีไม่พ้น คือความเจ็บป่วยเป็นมาบ้างน้อยบ้างแล้วแต่กรรมของแต่ละคน ความแก่ชราล้วนเป็นทุกข์ พระพุทธองค์ทรงเคยตรัสสอนให้ทำใจไว้ว่า “ถึงแม้ร่างกายของเราเจ็บป่วย ฆราภาพแต่ใจของเราจะไม่ป่วยไปด้วย” เรียกว่าใช้สติรักษาใจ “สูงวัยอย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีศักดิ์ศรี”

แนวคิดในการแก้ไขปัญหา กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจากหลายประเทศเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของประเทศไทย ที่มีจุดแข็ง “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ...สยามเมืองยิ้ม”

ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2554 – 2564) แผนบูรณาการพัฒนสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2557 – 2566) โดยความร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เดิม



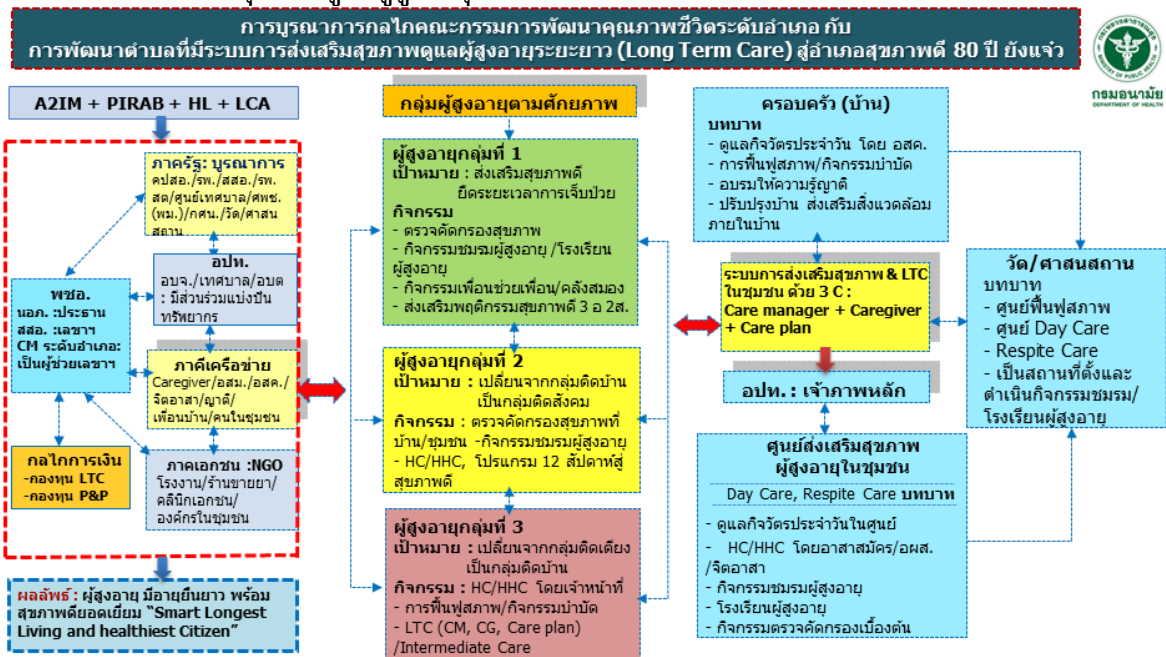
จากสภาพปัญหาเดิมพบว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถสูงทั้งการดูแลด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและสังคม ซึ่งยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านที่เชื่อมต่อในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุทั้งระบบในชุมชน หลังจากได้ไปอบรมหลักสูตร Activity Management in Community ณ Tokyo International Center ประเทศญี่ปุ่นและหลักสูตร Care Management and Skill Training ณ ประเทศญี่ปุ่น จึงได้พัฒนาองค์ความรู้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของประเทศไทยขึ้น โดยอาศัยฐานความรู้จากประเทศญี่ปุ่น การรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยจากต่างประเทศ และการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบของประเทศไทย

พัฒนากระบวนการภายใต้แนวคิดการทำงานแบบบูรณาการตาม WHO คือหลัก PIRAB เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดการรอคอยในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเสมอภาค “ด้วย Concept เปลี่ยนหอผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเป็นการดูแลที่บ้านในชุมชน” เปลี่ยนพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็น Care manager จัดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือชุมชนด้วยแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มี Caregiver ซึ่งเป็นจิตอาสา ผ่านการอบรม มีความรู้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan ที่ Care manager มอบหมายตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุไทยทุกคน

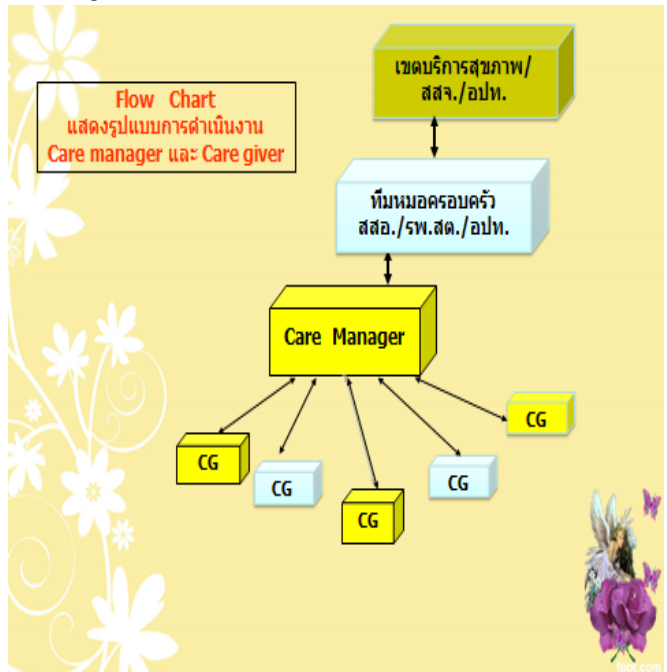
นวัตกรรมหลักสูตร Care manager เป็นสิ่งที่ไม่เคยมีในประเทศไทยพัฒนาจากหลักสูตร Care manager 44 ชั่วโมง ของประเทศญี่ปุ่นเป็นหลักสูตร 70 ชั่วโมงตามบริบทและปัญหาของประเทศไทย การสร้างและพัฒนาหลักสูตรให้เกิดการยอมรับในเชิงนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนเป็นสิ่งที่ยากมาก ผู้รับผิดชอบงานเขียนหลักสูตรเริ่มแรกด้วยความหวังและแรงบันดาลใจในการดูแลผู้สูงอายุ ได้เสนอให้ผู้บริหารเห็นชอบด้วยกลไกการอธิบายถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับประเทศไทย พัฒนาการเรียนการสอนตามหลัก P - D - C - A โดยผู้เข้ารับการอบรมรุ่นที่ 1 จำนวน 100 คนจากพื้นที่นำร่อง มีการวัดผล ประเมินผล ถอดบทเรียน เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญทั้งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. และ รัฐบาล พัฒนาแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จนเกิดการยอมรับนำไปสู่การขยายผล โดยเฉพาะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เห็นความสำคัญสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน และบรรจุให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุไทยพึงได้รับ

การพัฒนา Care Plan จากการเขียนรายงานเป็นกระดาษที่ใช้เวลาเขียนรายงานยุ่งยากสิ้นเปลืองมาเป็น Care Plan ออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่ายลดเวลาการเขียนรายงานจาก 20 - 30 นาที ลงเหลือ 3 - 4 นาที ทำให้มีเวลาในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ เข้าถึงได้ง่ายและตรวจสอบได้

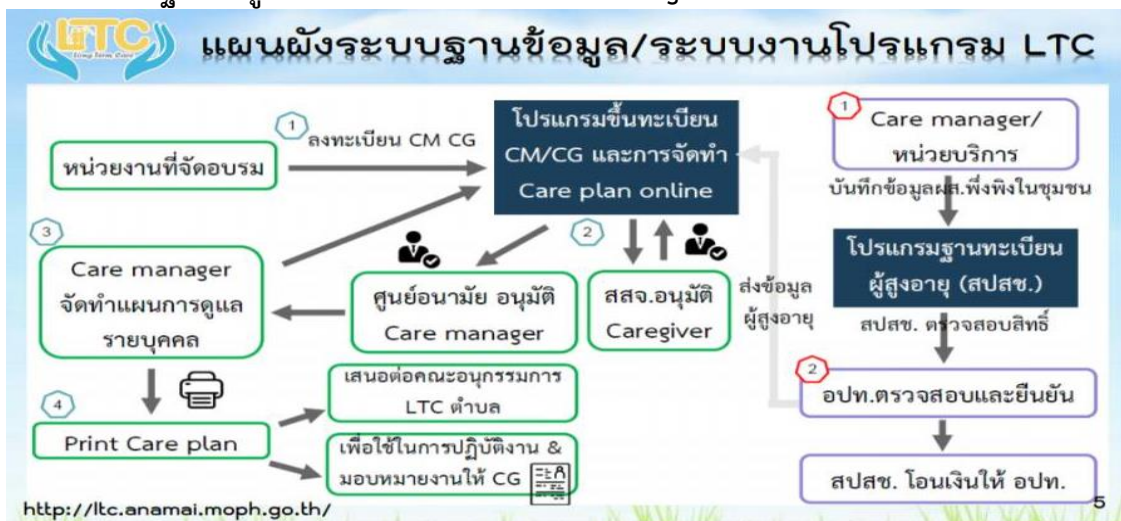
แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใหม่



โครงสร้างการทำงานของ Care manager และ Care giver



การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และระบบรายงานโปรแกรม Long Term Care



3. วิธีการนำไปปฏิบัติ

กลยุทธ์และกระบวนการที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการให้ประสบผลสำเร็จ

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม โดยได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีคุณภาพ สม่าเสมอ ที่บ้าน และในชุมชน เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์
2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน

กลยุทธ์หลัก มี 3 กลยุทธ์ ได้แก่

- กลยุทธ์ที่ 1 สร้าง พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- กลยุทธ์ที่ 2 จัดให้มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

กลยุทธ์ที่ 3 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสม่ำเสมอที่บ้านและในชุมชนตามชุดสิทธิประโยชน์

กลยุทธ์ที่ 4 สร้าง พัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ขั้นตอนสำคัญวิธีดำเนินการและการบริหารจัดการ

1. สร้าง พัฒนาการรอบแนวคิดและเสนอนโยบาย “ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนด้วยนวัตกรรม 3 C & Care manager, Caregiver & Care Plan”

2. สร้างหลักสูตร Care manager หลักสูตร Caregiver ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

3. การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย ได้มีการประชุมชี้แจง ถ่ายทอดจากนโยบายในทุกระดับ ทั้งระดับส่วนกลาง เขตสุขภาพ จังหวัดและระดับพื้นที่

4. จัดอบรมหลักสูตร Care manager แก่พื้นที่ต้นแบบ และ ครู ก โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย และศูนย์อนามัยเขตร่วมกับเขตสุขภาพดำเนินการอบรม Care manager และ Caregiver ในระดับพื้นที่

5. สนับสนุนให้ Care manager และทีมออกประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมจัดทำ Care Plan โดยใช้งบประมาณจาก สปสช. ที่โอนให้ CUP

6. แต่งตั้งคณะทำงานระดับชาติ(บูรณาการกระทรวง) เพื่อกำหนดนโยบายประเทศปรับปรุงกฎหมายพระราชบัญญัติ จัดทำมาตรฐาน กลไกการดำเนินงาน และการประเมินผล คณะกรรมการระดับกระทรวง /กรม/เขต เพื่อรับนโยบายไปดำเนินการ กำกับดูแล ตรวจสอบประเมินผล คณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อทำหน้าที่ในการประชุมชี้แจง แนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน สนับสนุนงบประมาณจากแหล่งอื่นๆในพื้นที่ สนับสนุนองค์ความรู้ ควบคุมกำกับประเมินผลและรายงานส่วนกลาง

คณะกรรมการระดับพื้นที่ โดยมี Care manager หรือ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจาก รพช./รพ.สต. เป็นเลขานุการ บูรณาการการทำงานในระดับพื้นที่ ดำเนินการสำรวจค้นหา ประเมินผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และจัดลำดับความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผนการดูแล และดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุรายบุคคล ตาม Care plan โดยดำเนินงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว

7. สร้างและพัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับ สปสช.และมหาวิทยาลัยแม่โจ้

8. จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบรางวัลเชิดชูเกียรติแก่พื้นที่ต้นแบบ Care manager และ Care giver ต้นแบบ ถอดบทเรียนและขยายผลการดำเนินงาน

9. ควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล จัดทำสรุปรายงานเพื่อเสนอต่อผู้บริหารในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานทรัพยากรบุคคลจากหน่วยงานบูรณาการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ / กระทรวงศึกษาธิการ / กรมต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข / สปสช. / สสส. / มหาวิทยาลัยแม่โจ้ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง งบประมาณการดำเนินงานหลักจากรัฐบาล

ประเด็นที่ 3 ผลผลิต/ผลลัพธ์ เชิงประจักษ์

4. ผลผลิตและผลลัพธ์ที่สำคัญจากการดำเนินโครงการ

ผลผลิตที่สำคัญ

1. ประเทศไทยมีระบบการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ โดยได้รับเชิญให้นำเสนอในเวทีการประชุมสัมมนาในระดับภูมิภาคอาเซียนในประเด็นการดูแลระยะยาว (National Seminar and Regional Seminar on Long Term Care) การขอศึกษาดูงานการพัฒนานโยบายดูแลผู้สูงอายุจากประเทศจีน ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเวียดนาม พม่า และการศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบจากหลายประเทศ

2. มีหลักสูตร Care manager, Caregiver & Care Plan ที่สามารถเป็นต้นแบบทั้งภายในประเทศ และภายในภูมิภาคอาเซียน และมีความพร้อมที่จะเป็นศูนย์ฝึกอบรมในภูมิภาคอาเซียน

3. ตัวชี้วัดที่สำคัญประกอบด้วย

3.1 จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าถึงหรือใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

(นวัตกรรม 3 C : Care manager, Caregiver & Care Plan) : จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียงเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรม จำนวน 187,890 คน

3.2 จำนวน Care manager ที่ผ่านการอบรม : จำนวน 12,279 คน

3.3 จำนวน Caregiver ที่ผ่านการอบรม : Caregiver ผ่านการอบรม 74,833 คน

3.4 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล : ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan จำนวน 187,890 คน มีสุขภาพที่ดีขึ้น กลุ่มติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน 1,952 คน กลุ่มติดบ้าน เปลี่ยนเป็นติดสังคม 7,412 คน

3.5 มีระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และ Care Plan ออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย

5. ประโยชน์ที่ประชาชน/ผู้รับบริการได้รับจากโครงการ มีอะไรบ้าง

จากการดำเนินงาน “พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ด้วยนวัตกรรม 3 C : Care manager, Caregiver & Care Plan” มีผู้สูงอายุทั่วประเทศได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพแล้ว จำนวน 7,001,490 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 6,769,907 คน (ร้อยละ 96.69) กลุ่มติดบ้าน 188,979 คน (ร้อยละ 2.70) กลุ่มติดเตียง 42,604 คน (ร้อยละ 0.61) (ที่มาของ ข้อมูล HDC 4 เมษายน 2561) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลรายบุคคล จำนวน 187,890 คน ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น จากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน 1,952 คน และจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 7,412 คน มีตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ จำนวน 4,797 ตำบล (ร้อยละ 66.1) จากจำนวนตำบลทั้งหมดทั่วประเทศ 7,255 ตำบล การ “พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ด้วยนวัตกรรม 3 C : Care manager, Caregiver & Care Plan” จึงเป็นนวัตกรรมที่สร้างความมีคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายทั้งภาคประชาชน สังคม และภาครัฐ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีงานทำและอยู่กับชุมชนถึง 74,833 คน อีกทั้งยังเป็นการสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง อย่างยั่งยืน ตามแผนพัฒนา THAILAND 4.0

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน โดยได้ประกาศเป็นนโยบายของขั้วรัฐบาลใหม่ที่รัฐบาลมอบให้ประชาชน ในปี 2557 – 2558 และเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลต่อมา

กิจกรรม	2559		2560		2561		ผลงานสะสม
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	
ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 (Small Success รวม 6 เดือนแรก เป้าหมายร้อยละ 50)	1,652 ตำบล	1,569 ตำบล	2,783ตำบล	2,140 ตำบล	ร้อยละ 50 (ทุกตำบลทั่วประเทศ)ตาม Template ตรวจราชการ	- ตำบล LTC ทั้งหมด 7,255 ตำบล - ตำบลที่ผ่าน เกณฑ์ 4,797 ตำบล - ร้อยละ 66.1	- ตำบล LTC ทั้งหมด 7,255 ตำบล - ตำบลที่ผ่าน เกณฑ์ 4,797 ตำบล - ร้อยละ 66.1
Care Manager ผ่านการอบรม	2,500	2,714 คน	3,480 คน	4,139 คน	4,500 คน	5,426 คน	12,279 คน
Caregiver ผ่านการอบรม	10,000 คน	27,696 คน	13,920 คน	22,450 คน	18,000 คน	24,687 คน	74,833 คน
ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ตาม Care Plan	67,023 คน	57,939 คน	99,495 คน	83,598 คน	166,518 คน	161,349 ฉบับ	161,931 ฉบับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล (เป้าหมายตามแผน เสนอภาครองรับสังคมผู้สูงอายุ สธ.)	100,000 คน	67,023 คน	150,000 คน	99,495 คน	180,000 คน	187,890 คน	187,890 คน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามเป้าหมายการจัดสรรงบประมาณ LTC สปสช.	100,000 คน	80,826 คน	150,000 คน	91,252 คน	193,200	188,298 คน (3 เม.ย. 61)	188,298 คน (3 เม.ย. 61)
ผู้สูงอายุสุขภาพดีขึ้น: กลุ่มติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน 1,952 คน ,กลุ่มติดบ้านเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม 7,412 คน							

6. มีการประเมินผลที่เป็นทางการจากหน่วยงานเองหรือหน่วยงานภายนอกหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ด้วยนวัตกรรม 3 C เป็นโครงการที่สำคัญและมีการติดตามประเมินผลจากรัฐบาลอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดให้เป็นประเด็นการติดตามในการนิเทศงานและตรวจราชการของกรมอนามัย และกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประมาณ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน สภานิติบัญญัติแห่งชาติ รวมถึงภาคประชาชน โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุได้รายงานผลการดำเนินงานให้รัฐบาลเป็นรายเดือน และรายงานตามรอบการรายงาน 3, 6, 9 และ 12 เดือน นำผลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการให้บริการและปรับปรุงแก้ไขในเชิงนโยบายเช่นการปรับปรุงระเบียบการจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ระเบียบการเงินที่ไม่เอื้ออำนวยแก่ผู้ปฏิบัติรัฐบาลได้ให้ความสนใจและนำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น รวมถึงการลงเยี่ยมติดตามของผู้บริหารระดับกระทรวง ผู้บริหารระดับประเทศ การประเมินจากการเสนอข่าวของสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ซึ่ง“ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ด้วยนวัตกรรม 3 C : Care manager, Caregiver & Care Plan” ประชาชนให้การตอบรับเป็นอย่างดี

7. มีแนวทางการจัดการผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการอย่างไร

ผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากโครงการ

- 1) ผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ จากการดูแลที่ไม่มีคุณภาพ
 - 2) ผลกระทบต่อ Care manager, Caregiver ที่เข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือในชุมชนอาจมีความเสี่ยงในด้านความปลอดภัย
 - 3) Caregiver ยังเป็นระบบจิตอาสาถึงแม้รัฐบาลจะจ่ายค่าป่วยการในการดูแลแต่เป็นงบประมาณเพียงเล็กน้อย Care manager ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรในภาครัฐ มีงานประจำต้องรับภาระงานเพิ่ม
 - 4) กฎระเบียบการเงินที่ไม่เอื้อต่อการทำงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- แนวทางการจัดการที่สำคัญ ใช้หลัก “PIRAB” คือ

- 1) Partner and Build alliances ใช้กลไกคณะกรรมการร่วมสาธารณสุข และสปสช. “คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่

2) Invest ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พัฒนาทักษะกายใจ ซึ่งเป็นการลงทุนที่ยั่งยืนในระบบสุขภาพ

3) Regulate and legislate ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

4) Advocacy สร้างการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่าย ร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทย เป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ

5) Build Capacity อบรม Care manager/ Caregiver ตามมาตรฐานการอบรม

ประเด็นที่ 4 ความยั่งยืนของโครงการ

8. การพัฒนากิจกรรมอย่างยั่งยืน ปัจจัยที่สำคัญ

1) **ต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน** ชุมชนมีความสำคัญต่อการสร้างผลกระทบให้ยั่งยืน การดูแลผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรม 3 C เป็นการทำงานที่ต้องอาศัยชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ Caregiver มาจากลูกหลานของคนในชุมชน คนในชุมชนร่วมคิดร่วมทำร่วมดูแลผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลข่าวสารสร้างการรับรู้ สร้างการมีส่วนร่วม ร่วมบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นแนวคิดที่สำคัญของนวัตกรรมนี้

2) **การบูรณาการการทำงานในการดูแลผ่านกลไกต่างๆ** ในระดับนโยบายซึ่งมีความร่วมมือ MOU ระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการที่จะสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ มีคณะกรรมการในระดับเขตและจังหวัด

3) **การกำหนดบทบาทหน้าที่** การทำงานของ Care manager ในพื้นที่ให้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ Care manager มีบทบาทในการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan จัดทำ Care Conference ประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผน Term Building บริหารจัดการและควบคุมกำกับการทำงานของ Caregiver การประเมินแผนและผลการปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงพัฒนา ในส่วนของ Caregiver มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้สูงอายุรวมทั้งเรื่องสุขภาพ ต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบทุกวัน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กำจัดสิ่งปฏิกูลมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อน ติดเชื้อการแพร่กระจายของโรคหรือก่อให้เกิดความรำคาญต่อบ้านเรือน ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉิน และรายงานต่อ Care manager

4) **การเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลและการบรรจุให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ** จึงเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน และสอดคล้องตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติและ 15 ประเด็นเร่งด่วนของรัฐบาลในการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ

9. อธิบายผลงานว่ามีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGs) ขององค์การสหประชาชาติอย่างไร

กรมอนามัยผลักดันและขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ด้วยนวัตกรรม 3 C ให้เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล บรรจุเป็นแผนและยุทธศาสตร์การทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ภายใต้ยุทธศาสตร์ 3 S คือ

1) Social (Family and community as a strong institution)

2) Strong Health (The elderly have good health)

3) Security (The welfare system and support services with quality standards access)

เพื่อการสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายของวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน 2030 ในประเด็นเป้าหมายที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชากร (Good Health and well – Being) และประเด็นเป้าหมายที่ 10 ลดความเหลื่อมล้ำ (Reduce inequality within and among countries)
