

ข้อสรุปจากกระบวนการหารือเชิงนโยบาย



# การจัดการโครงสร้างเครือข่าย

## บริการสุขภาพระดับจังหวัด

Local Service Delivery Network



มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และ RISE IMPACT

# สารบัญ

โจทย์ตั้งต้น Challenge	1
เป้าหมาย Goal	2
ข้อสรุปจากกระบวนการหารือเชิงนโยบาย	3
นโยบายที่ 1 : การบูรณาการข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างรอบด้าน	4
นโยบายที่ 2 : การสร้างพื้นที่และบริการ respite care	10
นโยบายที่ 3 : การจัดกลุ่มสนับสนุนใจ (support group) ให้ผู้ดูแล	15
นโยบายที่ 4 : การจัดระบบบรรจับส่งให้เข้าถึงบริการสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง	18
เอกสารอ้างอิง	22

# โจทย์ตั้งต้น

## Challenge

สำหรับผู้สูงวัย การได้รับบริการสุขภาพที่ดีเป็นส่วนสำคัญที่กำหนดคุณภาพชีวิต เพราะอยู่ในช่วงวัยที่สุขภาพเป็นปัญหาและความท้าทายมากที่สุด เมื่อจะยังมีองค์ประกอบอื่นๆ เช่น สังคม รายได้ สิ่งแวดล้อม หากแต่ปัญหาที่กระทำต่อการใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด จะเป็นความสามารถในการรักษาและพึงพาตนเองได้ ทั้งนี้ การรับบริการสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุโดยมากจะพึ่งพิงกับระบบบริการของภาครัฐ

ผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐในหลายพื้นที่ได้เริ่ม และพัฒนาโมเดลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนอง ความต้องการให้กับผู้สูงวัย แต่เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการนำรูปแบบการจัดการในแต่ละพื้นที่ไปทำซ้ำ หรือขยายผล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ยังไม่ได้เกิดการแก้ปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงโดยไม่จำเป็น

จากการวิเคราะห์เบื้องต้น ทีมจัดทำโครงการพบว่ากลุ่มผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่องานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดมักเป็นกลุ่มเดียวกัน โดยทำงานซ้ำซ้อนในหลายบทบาทความรับผิดชอบ หรือมีงานที่ถูกเพิ่มภาระเข้าไปโดยไม่ได้ประเมินความเป็นไปได้ในการทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ จึงจำเป็นต้องเกิดการประสานงานสร้างเครือข่าย และปรับกลไกการส่งต่อข้อมูล เพื่อให้สามารถร่วมกันให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพต่อผู้สูงอายุได้อย่างราบรื่น โดยเฉพาะบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อการรองรับสังคมสูงวัย ได้แก่การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระยะยาว การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการดูแลแบบประคับประคอง

จะทำอย่างไรให้เราสามารถพัฒนาการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับจังหวัด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างน้อย 4 บริการสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อการรองรับสังคมสูงวัย

# เป้าหมาย

## Goal

“ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดโครงสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ครอบคลุมบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระยะยาว การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ก็จะช่วยลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงโดยไม่จำเป็น ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวและญาติที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ”

# ข้อสรุปจาก กระบวนการหารือเชิงนโยบาย

ทีมจัดทำโครงการได้ข้อสรุปข้อเสนอเชิงนโยบาย หัวข้อ การพัฒนาหน่วยประสานการดูแลเพื่อยกระดับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในระดับจังหวัด โดยสามารถถูกรายละเอียดได้ในเอกสาร “ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendation) การพัฒนาหน่วยประสานการดูแล เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยในระดับจังหวัด”

นอกจากข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว ทีมจัดทำโครงการได้ข้อสรุปจากการกระบวนการ policy dialogue ที่เป็นกลไกเสริมประสิทธิภาพการประสานงานดูแลและการจัดบริการสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและญาติ ที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียดที่สามารถนำไปศึกษาความเป็นไปได้เพิ่มเติมต่อไป

# นโยบายที่ 1 : การบูรณาการข้อมูล เพื่อการดูแลอย่างรอบด้าน

## ปัญหาที่พบและแนวนโยบายเบื้องต้น

แม้ในปัจจุบันระบบสาธารณสุขจะยกระดับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยการสื่อสารผ่านระบบ Smart COC, ThaiCOC และ ThaiRefer และ แต่ระบบดังกล่าวยังเน้นไปที่การส่งตัวเป็นครั้งๆ และดูแลเฉพาะโรค ทำให้ไม่เกิดการแบ่งปันข้อมูลอย่างทั่วถึง ตัวอย่างเช่น อปท. ไม่มีข้อมูลสุขภาพและภาวะต่างๆ ของผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน ส่วนหน่วยบริการสุขภาพ ก็ขาดข้อมูลทางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น อายุ ลำพังหรือไม่ และสภาพบ้านสภาพความเป็นอยู่เป็นอย่างไร ทำให้ตัดสินใจกำหนดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เมื่อยังนัก นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ยังได้สะท้อนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล ผ่านวงหารีอเชิงนโยบายไว้ในหลายด้าน ได้แก่

อปท. ไม่ทราบสถานะที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น เป็นผู้ป่วย IMC ที่ต้องมารับการกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล หรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง อปท. ต้องให้การดูแลและสร้างความเข้าใจแก่ชุมชนเป็นพิเศษผ่าน อสม. หรืออาสาสมัครบริบาล ทั้งถิน

เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลก็ยังจะทราบว่าอาการของคนไข้มีพัฒนาการอย่างไรบ้างแล้วในภาพรวม

- อปท. ไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้บริการอะไรจาก อปท. บ้าง เช่น ต้องการให้รถไปส่งเพื่อรับบริการที่ อปท. วันไหนบ้าง
- Caregiver ต้องส่งเอกสารเดียวกันให้กับทั้ง อปท. (เพื่อเบิกเงิน) และโรงพยาบาลชุมชน (เพื่อรายงานกับ care manager) ทั้งที่ควรส่ง อปท. ที่เดียวแล้วจบ

ดังนั้น ประเด็นสำคัญเชิงนโยบายหนึ่งคือการบูรณาการ และแบ่งปันข้อมูล ที่จำเป็น ใน การดูแลอย่างรอบด้านระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากการจัดวง หารือเชิงนโยบาย ผู้จัดโครงการพบว่า หลายจังหวัดได้พยายามบูรณาการข้อมูล กันแล้ว แต่ก็ยังไม่ได้เกิดขึ้นทั่วประเทศและยังมีข้อจำกัดหลายเรื่อง ตัวอย่างเช่น การเก็บข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย ใช้โปรแกรมที่มีลิขสิทธิ์ หน่วยให้บริการ สุขภาพและ อปท. จึงไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากฐาน ข้อมูลกระทรวงต่างๆ และหน่วยบริหารราชการส่วนภูมิภาคได้อย่างไร้รอยต่อ การขอข้อมูลต้องทำ เป็นครั้งๆ ไป เช่นหากจะใช้ข้อมูลผู้มีความพิการ ก็ต้องทำเรื่องขอจาก พมจ. ทำให้ อปท. ซึ่งเป็นหน่วยงานผู้จัดหน้าบริการที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด กลับไม่มีข้อมูล เป็นของตัวเอง ว่าสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างไร

ด้วยเหตุนี้ ผู้จัดทำโครงการจึงได้ร่างข้อเสนอเรื่องการบูรณาการข้อมูล เพื่อนำมา พูดคุยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้กำหนดนโยบาย โดยเน้นไปที่การบูรณาการ ฐานข้อมูลเรื่องผู้สูงอายุซึ่งแยกกันในสามที่ใหญ่ๆ คือ สาธารณสุข มหาดไทย และ พม. โดยใช้เลขบัตรประชาชน 13 หลัก เป็นช่องทางในการเชื่อมข้อมูล หากสามารถรวมฐานข้อมูลนี้ได้ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ก็จะเข้าถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่จะเป็น care manager หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่ใน CCU ตัวอย่างเช่น CCU หรือ CM อาจอยากรู้ว่าผู้ป่วยคนนี้ได้สิทธิและบริการอะไรบ้างแล้ว เพื่อให้ รู้ว่ามีสิทธิและบริการใดที่ควรได้แต่ยังไม่ได้รับ ถ้ามีชุดข้อมูลนี้อยู่กับ พม. หรือ มหาดไทย การดำเนินงานก็อาจง่ายและครบถ้วนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึง ข้อมูลเพื่อใช้ในเรื่องรถรับส่ง โครงเป็น CG โครงเป็นญาติผู้ดูแลหลัก เนื่องจาก ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ ผู้ปฏิบัติหน้าที่สามารถติดต่อผู้เกี่ยวข้องได้ในกรณีฉุกเฉิน เร่งด่วนด้วย

อย่างไรก็ดี เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่มีความอ่อนไหว การบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ จำเป็นต้องกำหนดลำดับขั้นของการเปิดเผยข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยเปิดเผยเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลและการให้บริการผู้ป่วยและผู้สูงอายุ และตรวจสอบการเข้าถึงข้อมูลได้ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลผู้ป่วยและผู้สูงอายุจะได้รับความคุ้มครองเต็มที่ ไม่ถูกนำไปใช้เพื่อผลประโยชน์อื่นใดนอกจากผลประโยชน์ของผู้รับบริการ ขณะเดียวกันก็ช่วยให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ปฏิบัติงานได้เต็มประสิทธิภาพ โดยกรอบกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลคือ พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และเนื่องจากประเด็นการบูรณาการเกี่ยวกับหลายหน่วยงาน หลายกระทรวง คุณภาพที่ควรช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้สูงอายุ สำนักงานพัฒนาธุรัฐบาลดิจิทัล สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

นอกจากนี้ อีกประเด็นคือเรื่องการขอความยินยอม (consent) จากประชาชนในการประสานข้อมูลทุกส่วนเข้าด้วยกันเพื่อสร้างฐานข้อมูลร่วมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลและให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้สูงอายุเอง ประเทศไทยฯ เป็นประเทศหนึ่งที่ทำฐานข้อมูลลักษณะนี้เพื่อบริการผู้ป่วยและสร้างองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการ โครงการดังกล่าวใช้ระบบที่ให้ผู้รับบริการถอนตัว (opt-out) ออกจากโครงการได้หากไม่ต้องการ ให้นำเสนอและบุคลากรผู้ให้บริการเข้าถึงข้อมูลอย่างสุขภาพ ยาที่ใช้ ประวัติการรักษา หรือโรคประจำตัว รัฐบาลหรือหน่วยงานที่ผลักดันการบูรณาการข้อมูลดังกล่าว จึงต้องสื่อสารกับประชาชน เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่ตัวเองจะได้รับจากการบูรณาการข้อมูล เพื่อไม่ให้ประชาชนถอนตัวออกจากโครงการ

## **สรุปความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อกังวลจากการหารือเชิงนโยบาย**

**ความสนใจของผู้เข้าร่วม** ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความรู้สึกเชิงบวกต่อข้อเสนอเจ้าหน้าที่จากการตรวจสอบสุขภาพรายบุคคล (Personal Health record) แต่เป็นเรื่องที่ต้องลงรายละเอียดและแจกแจงให้ได้ว่าต้องเก็บข้อมูลอะไรบ้าง ใช้ฐานอำนาจและความชอบธรรมในการเก็บ เพราะมีข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหวหลายเรื่อง เช่น ข้อมูลโรค และข้อมูลยาที่ใช้

อย่างไรก็ดี ผู้เข้าร่วมมองได้สะท้อนความคิดเห็นว่า การสื่อสารกับประชาชนในเรื่องนี้ และการได้รับความยินยอมจากประชาชนถือเป็นเรื่องสำคัญ โดยยกตัวอย่างที่แพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติสุขภาพข้ามหน่วยบริการได้ ครั้นเมื่อทีมปฏิบัติงานจาก รพ.สต. ลงตรวจเยี่ยมบ้านแล้วแจ้งกับพ่อแม่ว่า ลูกยังไม่ได้ฉีดวัคซีน คนเป็นพ่อแม่กลับเกิดความกังวลใจว่า คนของ รพ.สต. รู้เรื่องนี้ได้อย่างไร เนื่องจาก การบูรณาการข้อมูลส่วนบุคคลและเปิดให้เจ้าหน้าที่เข้าถึงข้อมูล ทั้งเรื่องสุขภาพครอบครัว และสิทธิประโยชน์ต่างๆ เป็นประเด็นที่อ่อนไหวอย่างมาก

เรื่องที่สำคัญ ที่สุดหากจะทำคือ การบูรณาการข้อมูลและกำหนดการเข้าถึงให้ สอดคล้องกับกรอบ พ.ร.บ. ข้อมูลคุ้มครองส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดย หน่วยงานต่างๆ ต้องระบุให้ได้ว่าใช้ฐานอำนาจอะไรในการเก็บและใช้ข้อมูลต่างๆ หากจะทำให้สำเร็จ ต้องมีองค์กรขึ้นมากำกับการบูรณาการข้อมูลนี้โดยเฉพาะ เพราะเกี่ยวพันกับหลายกระทรวง ทว่าการตั้งองค์กรหรือสำนักใหม่ขึ้นมาก็เป็นเรื่องยาก แนวทางที่ทำได้ต่อนี้คือการทดลองทำพื้นที่นำร่อง เพื่อให้ได้ผลมา ยืนยันเพิ่มเติมว่าทำเช่นนี้แล้ว ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและสังคมดีขึ้นอย่างไรบ้าง

## ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

### ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ภูมิคุ้มกันต่อการให้บริการ

- หากมี CCU ซึ่งเข้าถึงข้อมูลแบบบูรณาการนี้ ก็จะช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้นว่า ผู้ป่วยต้องได้รับสิทธิอะไรบ้าง ความพร้อมของครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างไร การให้บริการแบบใดจึงจะเหมาะสมที่สุด
- การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ จะทำได้ราบรื่นยิ่งขึ้น เพราะใช้ฐานข้อมูลชุดเดียวกัน
- ช่วยให้ผู้บริการ (แพทย์และพยาบาล) ทราบอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
- ผู้บริการทราบว่าผู้ป่วยได้รับยาตัวใดอยู่บ้าง เพื่อป้องกันการจ่ายยาที่มีปฏิกิริยาต่อกันในทางที่เป็นโทษแก่ผู้ป่วย
- ผู้ป่วยและญาติไม่จำเป็นต้องจำข้อมูลทุกอย่างเกี่ยวกับอาการและยาที่ตัวเองรับประทานอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการแทรกซ้อนหลายโรค และรับประทานยาถึง 10 ตัว
- ผู้ให้บริการมั่นใจได้ว่าการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยนั้นเหมาะสม เนื่องจากมั่นใจได้ว่าข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

## ระดับนโยบาย

- ช่วยให้เห็นว่าผู้คนที่มีลักษณะต่างกัน มีปฏิกริยาอย่างไรต่อการรักษา รูปแบบต่างๆ ช่วยให้ผู้ให้บริการใช้วิธีการรักษาที่ปลอดภัยที่สุด และมีโอกาสได้ผลมากที่สุดกับผู้ป่วยแต่ละคน
- เป็นข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบาย ทราบลักษณะการใช้บริการแต่ละประเภท รวมถึงลักษณะของผู้ที่มาใช้บริการ ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบาย (สปสช.) สามารถวางแผนและซื้อรูปแบบการบริการที่ตรงความต้องการของผู้ป่วย
- ช่วยให้เกิดงานวิจัยที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลลักษณะสำคัญของผู้ป่วย สภาพร่างกายและการ รวมถึงการรักษา ช่วยให้ค้นพบวิธีการรักษาใหม่ๆ ที่เปลี่ยนชีวิตคนไข้ได้
- เมื่อผู้ป่วยทราบว่าคนที่มีอาการเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน มากมีผลลัพธ์จากการรักษาได้โดยอย่างไร ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยวางแผนใจได้มากขึ้น และช่วยให้ดูแลตัวเองได้ดียิ่งขึ้น

## นโยบายที่ 2 : การสร้างพื้นที่และบริการ respite care

### ปัญหาที่พบและแนวนโยบายเบื้องต้น

หลายครั้งผู้ที่รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง เช่น ติดบ้าน ติดเตียง หรือมีภาวะสมองเสื่อม มักเป็นคนในครอบครัวหรือญาติที่ต้องทำหน้าที่ตลอด 24 ชม. 7 วันต่อสัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระอย่างหนักทั้งทางร่างกาย และจิตใจ อีกทั้งบางครั้งยังมีภาระด้านการทำงานหรือธุระจำเป็นที่ต้องไปทำ และไม่อาจหาคนมาดูแลผู้สูงอายุแทนได้ ดังนั้นการมีบริการดูแลชั่วคราว (respite care) สำหรับผู้สูงอายุที่เข้าถึงได้ง่ายในระดับตำบล ก็จะช่วยให้ญาติวางแผนได้ว่า จะมีคนช่วยดูแลผู้สูงอายุระหว่างที่ตนประกอบธุระ และเป็นช่องว่างให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก ป้องกันการหมดกำลังใจ (burnout) ได้

แนวทางการทำ respite care สามารถมีได้หลายรูปแบบ เช่น ให้ อปท. ลงทุนโดยตรง หรือให้ อปท. ร่วมมือกับเอกชนในการบริหารจัดการในลักษณะหุ้นส่วนภาครัฐ-เอกชน (public-private partnership - PPP) โดยอาจควบคุมคุณภาพตาม พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และเน้นให้เกิดการเข้าถึง อย่างเท่าเทียมและยั่งยืน เช่น หากจะให้เป็นบริการแบบร่วมจ่าย ก็ต้องคำนึงถึงคนยากจนที่ไม่มีกำลังทรัพย์ด้วย เมื่อเป็นเช่นนี้ อาจต้องมีระบบโควตาหรือไม่ เช่น เดือนหนึ่งสามารถนำผู้สูงอายุมาฝากไว้ได้ 96 ชั่วโมง (4 วัน) โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากจะนำมาฝากดูแลมากกว่านั้น ต้องเป็นแบบร่วมจ่าย

### สรุปความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อกังวลจากวงหารีอเชิงนโยบาย

ความสนใจของผู้เข้าร่วม ผู้เข้าร่วมทั้งหมดมองว่าเป็นแนวคิดที่น่าสนใจ และผู้เข้าร่วมวงหารีอเชิงนโยบายเกือบทุกคนมองว่าเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเป็นอันดับที่ 3 จากแนวนโยบาย 5 เรื่องที่ผู้จัดทำโครงการได้นำเสนอ (มีหนึ่งคนให้ความสำคัญเป็นอันดับ 2) เนื่องจากแม้จะมีนักบริบาลในชุมชนที่ทำงานเต็มเวลาแล้ว แต่ญาติก็ยังต้องเป็นผู้ดูแลหลัก ทั้งยังมีภาระมาก เกิดอาการล้า แม้ครอบครัวจะมีพื้นที่ของหลายคน แต่สุดท้ายก็มักมีคนดูแลจริงๆ คนเดียว ที่เหลือ

อาจช่วยเรื่องเงิน กระนั้น ถึงแม้มีเรื่องเงินมาจุนเจือแล้ว แต่สุดท้ายผู้ดูแลที่เป็นญาติก็ยังต้องการการพักผ่อน ต้องการเวลาส่วนตัว เพราะฉะนั้น ถ้าเรา ไม่มีอะไรช่วยเหลือเขาเลย สุดท้ายก็เกิดอาการหมดไฟ (burnout) และทึ่กคนให้ไป respite care จึงเป็นคำตอบที่จะช่วยให้ญาติได้มีโอกาสพักบ้าง โดยช่วยสนับสนุนการดูแลช่วงสั้นๆ ซึ่งเป็นโมเดลที่ดี เพราะช่วยแบ่งเบาภาระรับผิดชอบของครอบครัว ไม่ใช่รับมาดูแลทั้งหมด

อบจ. หล่ายที่เคยพยายามทำเรื่องนี้มาแล้ว ไม่ว่าจะร่วมมือกับ สปสช. โดยเป็นโครงการหนึ่งในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระดับจังหวัด หรือ “ศูนย์สร้างสุข” ของ อบจ. สาระบุรี ที่ทำข้อตกลงกับ อบต. และเทศบาลในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อ อบต. และเทศบาลถือเงินของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวอยู่ ส่วน อบจ. ถือเงินของการทุนฟื้นฟูฯ อยู่ โดยเงินจากสองกองทุนนี้ช่วยหนุนเสริมกัน ได้

นอกจากนี้ ภาครัฐเองก็พยายามผลักดันให้เกิดบริการลักษณะนี้อยู่แล้ว ผ่าน การขับเคลื่อนมาตรการสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ซึ่งเป็นมติ ครม. เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2563 โดยหนึ่งในประเด็นสำคัญเชิงนโยบายคือ ต้องมีศูนย์ respite care เกิดขึ้นในอนาคต ที่สุดแล้ว นี่เป็นแนวคิดที่ดีและมีความพยายามที่จะทำให้เกิดในสังคมขณะนี้ที่คนอายุยืนยาวขึ้น ร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ฉบับใหม่ก็กำหนดเรื่องนี้ไว้ด้วย โดยเขียนไว้ในมาตรา ๑๑/๒๕ ดังนี้

ให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ [ศพอส.] ระดับท้องที่ มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและคนทุกวัยได้มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมและให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก ปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุและทุกวัยในชุมชน

- (๕) สำรวจ รวบรวม ติดตามสภาพปัญหา และจัดทำระบบข้อมูล ให้บริการ  
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ และความช่วยเหลือตามที่ผู้  
สูงอายุร้องขอ
- (๖) จัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน . . .<sup>1</sup>

นอกจากนี้ยังได้กำหนดให้มี “ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อยอำเภอละหนึ่ง  
แห่งหรืออาจมีระดับตำบลหรือท้องที่อื่นตามความเหมาะสมได้” ตามความใน  
มาตรา ๑๑/๒๗ ของร่าง พ.ร.บ. ฉบับเดียวกันนี้ด้วย<sup>2</sup>

### ความท้าทายและแนวทางที่เป็นไปได้ในการดำเนินนโยบาย

1

การบริหารจัดการให้ได้ผลตามที่ตั้งไว้อย่างยั่งยืน เกรงว่าเมื่อรับผู้สูงอายุแล้ว  
ญาติ จะทิ้งไว้ให้พื้นที่ดูแลโดยไม่มารักกลับ โดยเฉพาะถ้าไม่มีระบบร่วม  
จ่าย แนวโน้มที่จะทิ้งเลิกจะสูงขึ้น ผู้เข้าร่วมท่านหนึ่งเห็นว่าไม่ควรกำหนด  
จำนวนวันที่หรือจำนวนชั่วโมงแบบตายตัว เช่น (4 วันต่อเดือน) เพราะคิดว่า  
คนในชุมชนสามารถตกลงและคุยกันได้ เช่นนี้จึงควรทำแนวทางบริการจัดการ  
ไว้ แต่ไม่ควรกำหนดตายตัว

อย่างไรก็ดี ผู้เข้าร่วมบางท่านเห็นว่าหากขาดบุคลากรหรือขาดโครงสร้างที่  
ชัดเจน การทำงานในพื้นที่ก็จะไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ออกแบบนโยบายคิดไว้ ทำให้  
กังวลใจว่าแต่ละพื้นที่มีการรับรู้และรูปแบบการเข้าถึงแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น  
respite care อาจไม่ตอบโจทย์ชุมชนในชนบท เพราะสามารถฝากเพื่อนบ้าน  
ดูได้ แต่อาจหมายความกับชุมชนเมืองมากกว่า

ทั้งนี้ กรรมการปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถออกแนวทางการบริหารจัดการ respite care แบบเบื้องต้นให้ อปท. นำไปปฏิบัติได้และเป็นเรื่องที่ควรทำ เพราะปัญหาที่ทำให้ไม่ค่อยเกิดการดำเนินการในลักษณะนี้ก็คือ การบริหารจัดการคนและความไม่แนใจเรื่องกฎหมาย ทำให้ อปท. ไม่กล้าเสียงดำเนินการเลย โดยในแนวทางเบื้องต้นที่จะจัดทำต้องໄລ่เนื้อหาดังแต่การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น จัดทำประชาคม จัดทำแผน จัดหาพื้นที่หรือสถานที่ รวมถึงการจัดการงบประมาณซึ่งเป็นเรื่องสำคัญ

นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ อปท. ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ("กองทุนตำบล") ของ สปสช. เพราะแนวโน้มรายของกองทุน เองก็ส่งเสริมการจัดตั้ง "ศูนย์พัฒนาและพื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ" ในชุมชนอยู่แล้ว\* โดย สปสช. สนับสนุนเงินเข้ากองทุนนี้ 45 บาทต่อหัวประชากร และ อปท. ร่วมสมทบทดตามอัตราที่กำหนด โดยกองทุนนี้ออกแบบมาให้ตอบสนองบริบทพื้นที่ คณะกรรมการระดับท้องถิ่นเป็นผู้ตัดสินใจนำเงินกองทุนไปทำโครงการอะไร

## 2

ขีดความสามารถของ ศพอส. และศูนย์พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ แม้จะระบุหน้าที่ของศูนย์พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและ ศพอส. ไว้แล้ว โดย ศพอส. มีลักษณะโครงสร้างคล้าย day care สามารถเพิ่มกิจกรรมหรือต่อยอดได้ เช่น อาจรับฝากครัวละ 2-3 วัน แต่ก็แยกตรงที่ต้องมีความพร้อมทั้งด้านอุปกรณ์ และคนมากขึ้นกว่าการเป็น day care ส่วนศูนย์พื้นฟูฯ ก็เปิดเฉพาะกลางวัน ปิดตอนกลางคืน ให้ญาติมาส่งเช้า แล้วรับกลับตอนเย็น ถ้าเป็น respite care ต้องรับฝากได้หลายวัน

อย่างไรก็ดี ผู้เข้าร่วมท่านหนึ่งได้เสนอว่า อบจ. อาจรับบทหัวเรือชวน อปท. หรือเทศบาลนำงบประมาณหรือเงินกองทุนมาร่วมกันทำก่อนได้ โดยมองว่า พื้นที่ไหนสะดวก มีความพร้อม และสามารถใช้งานได้ในชุมชน ก็ให้เริ่มทำก่อน

\*  
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ การสนับสนุน และส่งเสริมศูนย์พัฒนาและพื้นฟูคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ และคน พิการ พ.ศ. 2560 ใน คู่มือการปฏิบัติงานกองทุนหลัก ประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2561)

ได้เลย เพราะโดยอำนาจหน้าที่ อบจ. สามารถทำเรื่องการรักษาโรค หรือการให้บริการพื้นฐิตได้ เพราะกฎหมายทบทวนเขียนบทบาทหน้าที่ของ อบจ. ไว้ก็ว่างมาก ชุมชนเองก็รับฝากรดูแลกันอยู่แล้ว เช่น คนข้างบ้านช่วยดูแล ผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่คุณเดียว ไม่ว่าจะเรื่องอาหารหรือการทำความสะอาด ทั้งที่ไม่ใช่ญาติ ผู้สูงอายุเองก็อยากอยู่บ้าน ไม่อยากไปอยู่ที่อื่น แต่บางครอบครัว อาจจำเป็น เพราะญาติต้องการมีเวลาออกจากสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ เพื่อเติมพลังชีวิตให้จิตใจมั่นคงและมีแรงกลับมาดูแลใหม่ ทั้งนี้สามารถนำโครงการธนาคารเวลาภัยน้ำดื่มน้ำดื่ม ร่วมกับธนาคารความดีมาเชื่อมกับเรื่อง respite care โดยให้เพื่อนบ้านดูแลกันได้ด้วย

### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- ผู้ดูแลมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น เนื่องจากมีโอกาสได้พักและทำการกิจกรรมตัวส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีขึ้นไปด้วย
- ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทำร่วมกัน และป้องกันโรคสมองเสื่อม

# นโยบายที่ 3 : การจัดกลุ่มสนับสนุนใจ (support group) ให้ผู้ดูแล

## ปัญหาที่พบและแนวนโยบายเบื้องต้น

นอกจากการไม่มีเวลาพักหรือเวลาส่วนตัว สมาชิกครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงหลายคนตอกย้ำในภาวะวิตกกังวล ทั้งนี้ เพราะเมื่อประสบกับภาวะใหม่ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ หลายครั้งผู้ดูแลที่เป็นญาติจะมีความเครียดสะสมและสับสนกับสิ่งที่เกิดตรงหน้า เมื่อประสบปัญหาก็ไม่รู้จะอธิบายปัญหากับใคร ส่งผลให้ผู้ดูแลเสียเงินโรคซึมเศร้าจากทั้งการสูญเสียรายได้จากการทำงานและความเครียดในการดูแล

ด้วยเหตุนี้ ข้อเสนอหนึ่งจึงเป็นการให้ อบต. ช่วยจัดการให้เกิดกลุ่มสนับสนุนใจ (support group) สำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมนี้จะช่วยให้ญาติรับมือกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น โดย support group นี้จะเปิดโอกาสให้ญาติที่เพิ่งต้องดูแลผู้สูงอายุได้พบกับกลุ่มญาติที่มีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งช่วยให้คำปรึกษา แนะนำ และให้กำลังใจกันและกันได้

อบต. และเทศบาลควรสนับสนุนหรือดำเนินการจัดตั้ง support group ลักษณะนี้ โดยอาจนัดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนหรือปรึกษาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุกันสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง เป็นต้น นอกจากนี้ อบต. และเทศบาลอาจขอความร่วมมือจาก รพช. หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (primary care unit - PCU) เพื่อเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น นักจิตวิทยา มาร่วมให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ดูแล

support group เช่นนี้ จะเป็นแหล่งของคำแนะนำและการเสริมกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าอยู่คนเดียว ไม่รู้สึกเดียวดาย มีคนเคยให้กำลังใจกันและกัน ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดย support group เป็นแนวคิดที่มาควบคู่กับ respite care ซึ่งเน้นดูแลผู้ดูแลอีกทีหนึ่ง โดยระหว่างที่ผู้ดูแลมาเข้าร่วม support group ก็สามารถฝากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงไว้กับ respite care ในชุมชนได้

## สรุปความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อกังวลจากการหารือเชิงนโยบาย

### ความสนใจและข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม

ผู้เข้าร่วมมองหารือทุกคนสนใจและรู้สึกว่าข้อเสนอแนะนี้สร้างแรงบันดาลใจ จนผู้เข้าร่วมมองหาส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญอันดับที่สอง (รองจากการบูรณาการข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างรอบด้าน) เพราะเข้าใจดีว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิย่องก่อให้เกิดความเครียดตามมา หลายครั้งผู้ดูแลเองก็เป็นผู้สูงอายุด้วย การได้เข้าร่วมกับ support group ก็จะช่วยให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน รวมถึงอาจได้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้วย ผู้เข้าร่วมที่ทำงานด้านผู้สูงอายุมากก็เห็นปัญหาเรื่องความเครียดของผู้ดูแลค่อนข้างมาก และถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ชี้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลดีแค่ไหน

นอกจากนี้ เรื่องนี้ยังเป็นเรื่องที่ อปท. นำไปดำเนินการต่อได้ไม่ยาก อีกทั้งกรมกิจการผู้สูงอายุเองก็ต้องการสร้างระบบที่จะสนับสนุนผู้ดูแลด้วยเช่นกัน ตอนนี้กระทรวงสาธารณสุขเองก็มีนโยบายเรื่อง “3 หมู่” ที่สนับสนุนผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนี้ได้ โดยมีแรกคือ อสม. หมอที่สองคือ เจ้าหน้าที่รพ.สต. หมอที่สามคือ พแพทย์ประจำครอบครัวที่จบเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นคนดูแลองค์รวม ประเด็นนี้จะตรงกับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุไม่ได้เป็นคนที่นิ่งปัญหาด้านสุขภาพด้านเดียว ส่วนใหญ่จะมีหลายโรคที่ต้องดูร่วมกันเป็นองค์รวม นโยบายนี้จึงเข้ากับประเด็นนี้ได้พอดี เพราะมีโครงสร้างรองรับอยู่แล้ว แต่เรื่องสำคัญอีกเรื่องคือการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงต้องร่วมมือกับ พม. เพื่อนำ 3 หมอมาร่วมกับการดูแลทางสังคม และออกแบบโมเดล caregiver support ที่ครบถ้วนด้านสุขภาพ และสังคมเป็นแนวทางเริ่มต้นให้ อปท. ทั่วประเทศนำไปดำเนินการได้

เบื้องต้น อปท. ควรสำรวจให้ทราบว่า ในแต่ละหมู่บ้านมีโครงสร้างที่ต้องดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หรือเผชิญความเครียดในลักษณะนี้ กิจกรรมแบบแรกที่ทำได้ก็คือ การพาไปเยี่ยมกัน เข้าถึงบ้าน ช่วยกันดูแล ช่วยให้กำลังใจ เมื่อ

การเยี่ยมเยียนแบบสัญจร อีกแนวทางคือการจัดเวที เป็นพื้นที่ให้ได้มาเจอกัน เดือนละครั้ง เล่าสารทุกข์สุกดิบแก่กันและกัน เชิญผู้เชี่ยวชาญหรือนักจิตวิทยา มาช่วนคุยกับเป็นบางครั้ง เหล่านี้เป็นเรื่องที่ อปท. ทำได้ เพื่อให้ผู้ดูแลและ อาสาได้ให้กำลังใจกัน แลกเปลี่ยน และเสริมพลังกัน

เนื่องจากนี้เป็นเรื่องการจัดการระบบที่ไม่ต้องลงทุนทรัพยากรเพิ่มมาก การใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลหรือโครงสร้างที่มีอยู่เดิมอย่างชุมชนผู้สูงอายุ หรือ ศพอส. ก็จะช่วยให้กลไกการจัดการเข้มแข็งขึ้นได้ เรื่องที่สำคัญอีกเรื่องคือต้องสอดส่อง ดูแลไม่ให้คนใช้แพลตฟอร์มเหล่านี้แบบผิดวัตถุประสงค์ เช่น ใช้แพลตฟอร์มนี้ โฆษณาขายต้ม ยำหม้อ หรืออาหารเสริม

อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่จำเป็นและกระทรวง พม. ยังต้องการมากคือทีม ที่ปรึกษาด้านจิตวิทยา เพราะการทำงานแบบนี้ความเครียดเป็นประเด็นสำคัญ ที่ต้องบริหารจัดการ โดยได้พยายามให้วิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาหรือ จิตแพทย์มาให้คำแนะนำ อบรม และให้ความรู้กับทีมทำงานด้านนี้อยู่ เนื่อง จากความเครียดไม่ได้เกิดแต่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเท่านั้น แต่เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน และข้าราชการ ก็มีภาวะเครียดจากการทำงานด้านนี้เช่นกัน ซึ่ง ก็ต้องได้รับการบำบัดพื้นฟูจิตใจเพื่อจัดการสภาพจิตใจตัวเองด้วย

## ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- ผู้ดูแลมีสุขภาพใจดีขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากได้พูดคุยกับผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ได้มีพื้นที่ให้กำลังใจและคำปรึกษาแก่กันและกัน ซึ่งจะช่วยลดภาวะวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้ อาจได้รับคำปรึกษาจาก นักจิตวิทยา ซึ่งสามารถสังเกตภาวะจิตใจของผู้ดูแล เพื่อประสานต่อให้ พมจ. หรือ อปท. มาดูแลกันที่มีสภาวะจิตใจเปราะบางเป็นพิเศษได้
- ผู้ดูแลได้รับความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลตัวเองที่ถูกต้องตาม หลักวิชามากขึ้น หากมีผู้เชี่ยวmarówm ให้คำปรึกษา

## นโยบายที่ 4 : การจัดระบบดูแลสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง

### ปัญหาที่พบและแนวนโยบายเบื้องต้น

ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะพึงพิง ติดบ้านหรือติดเตียง ประกอบกับการที่ประเทศไทยในภาพรวมยังขาดชนส่งสาธารณสุขและโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น ทางเท้า) ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ต้องใช้กายอุปกรณ์อย่างรถเข็น ทำให้ผู้สูงอายุรวมถึงญาติผู้ดูแลจำนวนมากประสบความยากลำบากในการเข้ารับบริการสุขภาพ และมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคม ในปัจจุบันมี อบต./เทศบาล เพียงบางแห่ง เท่านั้นที่มีบริการรับส่ง กระนั้น จำนวนรถก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ และลักษณะของรถก็อาจไม่เหมาะสมกับการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะต่างๆ

ด้วยเหตุนี้ ทีมผู้จัดทำโครงการจึงเสนอให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ร่วมมือกันจัดบริการรถโดยสารสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เพื่อส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เช่น กิจกรรมของชุมชนผู้สูงอายุหรือศพอส. โดยเฉพาะกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อม รวมถึงบริการสุขภาพเชิงป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ อบท. มีแนวทางดำเนินการได้หลายวิธี เช่น พิจารณาจัดสื่อรณรงค์ 20 ที่นั่ง ซึ่งมีราคาไม่ถึง 2 ล้านบาท เพื่อให้บริการคนในพื้นที่ โดยจ้างคนในพื้นที่ที่มีใบขับขี่รถสาธารณะเป็นผู้ขับขี่ หรือจ้างเหมาคนในพื้นที่ในการให้บริการเป็นครั้งๆ

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ติดบ้านและติดเตียง อบท. อาจพิจารณาจัดหารถแต่งเติมพิเศษเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงเหล่านี้ได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น โดยเน้นไปที่การพาผู้สูงอายุไปรับบริการสุขภาพตามนัดหมายหรือ เข้ากิจกรรมทางสังคมตามเหมาะสม โดยอาจนำรถขนาด 6 ที่นั่งมาปรับแต่งเบาะด้วยระบบไฮดรอลิก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการขึ้น-ลงจากรถ โดยจ้างคนในท้องถิ่นเป็นผู้ขับขี่

ทั้งนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นควรช่วยกำหนดแนวทางเบื้องต้นในการดำเนินการ เพื่อให้แต่ละพื้นที่นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม พร้อมกับสร้าง

ความมั่นใจให้ อปท. ว่าการดำเนินการเช่นนี้ถูกระเบียบ

### สรุปความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อกังวลจากวงหารีอเชิงนโยบาย

ความสนใจและข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม การบริการรถรับส่งเป็นเรื่องที่สามารถทำได้แล้วในปัจจุบัน แต่ประเด็นสำคัญที่ทำให้ติดขัดคือเรื่องการใช้งบประมาณไม่ซ้ำซ้อนกัน ทำให้ อปท./เทศบาล ต่างๆ ต้องทำหนังสือส่งไปที่ พมจ. ก่อน หาก พมจ. ไม่มีงบประมาณให้ จึงค่อยยื่นหนังสือส่งมาที่ อปจ. เพื่อขอ การสนับสนุน ส่วนประชาชนเองก็ไม่ทราบว่ามีงบประมาณเพื่อบริการส่วนนี้อยู่ดังนั้นการมีศูนย์ประสานการดูแล ก็จะช่วยผลักดันให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยได้รับ บริการด้านการคุณภาพมากยิ่งขึ้น

อีกประเด็นหนึ่งที่ต้องประเมินคือความคุ้มค่า ตัวอย่างเช่น หากให้ อปท./เทศบาล ดำเนินการเรื่องนี้เองโดยใช้กองทุนตำบลฯ ก็อาจมีผู้ใช้บริการน้อยเกินไปจนไม่คุ้มค่า เพราะมีผู้ใช้บริการไม่มากพอในระดับตำบล จนสุดท้ายขยายเป็นระดับ จังหวัดจึงมีผู้ใช้บริการมากพอ นี้เป็นกรณีศึกษาที่เคยเกิดขึ้นในจังหวัดอุบลราชธานี โดยในปัจจุบัน โรงพยาบาลมหาเร็งอุบลฯ ร่วมกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสังค์ ไปของบจาก อปจ. มาจัดบริการรถรับส่งผู้ป่วยมะเร็งจากบ้านมาโรงพยาบาลใน กรณีที่มีปัญหาเรื่องการเดินทาง จึงคิดว่าสามารถนำโมเดลนี้มาประยุกต์ใช้กับ เรื่องผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมมองหารีอเชิงนโยบายยังได้แสดงความคิดเห็นประกอบข้อ เสนอแนะเพิ่มเติมไว้ดังต่อไปนี้

1. ควรดึงวิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise - SE) มาร่วมให้บริการด้วย
2. อาจจัดบริการคล้ายรถโรงเรียนที่รับส่งนักเรียนตามเส้นทาง ซึ่งผู้ปกครอง  
จ่ายค่าบริการรายเดือนตามศักยภาพ ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุในต่างจังหวัด  
ก็ต้องการเข้ามาในเมืองเพื่อประกอบกิจธุระต่างๆ เช่น ทำธุกรรมทาง  
การเงินที่ธนาคาร ติดต่อสำนักงานที่ดิน หรือจับจ่ายใช้สอยที่ตลาด  
หากมองให้ดีอบโจทย์สังคมสูงวัย ก็ต้องมองความอยู่ดีมีสุข (well-being)  
ของผู้สูงอายุในมิติเหล่านี้ด้วย
3. ปัญหา ณ ตอนนี้คือ อบต./เทศบาล ยังไม่กล้าจัดบริการ ทั้งที่มีระเบียบ  
ที่เอื้อให้ทำแล้ว อาจติดขัดเรื่องการปฏิบัติจริง จึงควรคิดกรอบวิธีการใน  
การจัดการเพื่อเป็นแนวทางแก้ปัญหาขึ้นมา ซึ่งเอื้อต่อการนำไปปฏิบัติจริง  
 เพราะทุกคนที่ร่วมวงนี้เห็นตรงกันว่าระเบียบให้ทำได้แล้ว
4. ในเมื่อต้องการออกแบบบริการทุกอย่าง เพื่อตอบโจทย์ความต้องการของ  
ผู้สูงอายุ ระบบนี้ก็ต้องออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูง  
อายุแต่ละกลุ่มด้วย จึงควรสำรวจกันอย่างเป็นกิจจะลักษณะว่าผู้สูงอายุ  
ต้องการบริการแบบไหน หากจะออกแบบบริการนี้ให้ละเอียดก็ต้องให้ผู้  
เชี่ยวชาญด้านการขับเคลื่อนสังคมฯ และการออกแบบเพื่อทุกคน (universal  
design - UD) มาร่วมคิดด้วย ซึ่งรูปแบบรถสำหรับผู้สูงอายุในภาวะต่างๆ  
ก็จะมีลักษณะแตกต่างกันไป เช่น มีชานต่ำ มีเก้าอี้รถเข็นที่ยกต่ำได้  
หรือเป็นรถที่ผู้มีความพิการกับผู้สูงอายุใช้ร่วมกันได้

โจทย์สำคัญอีกเรื่องคือความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว ตัวอย่างเช่น ใน  
บางพื้นที่ เมื่อจัดรถรับส่งนักเรียนแล้ว กลับมีเด็กเกิดน้อย บริการรับส่งอยู่  
ได้ไม่กี่ปีก็ต้องยกเลิกไป เพราะว่าไม่มีเด็กหรือครัวใช้บริการเลย แต่ถึงที่สุดก็  
ควรมีบริการรับส่งพร้อมที่ภาครัฐจัดให้แบบครอบคลุม เช่น มีบัตรสวัสดิการที่  
เชื่อมกับบริการสาธารณสุข สามารถใช้กับบริการรถสาธารณะได้ด้วย

## ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- ผู้สูงอายุมีอิสระในการเคลื่อนที่ไปในชุมชนของตัวเองและประกอบกิจธุริ่งตามที่ต้องๆ ได้มากขึ้น ได้ทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน ป้องกันภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม
- ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นมากขึ้น ทั้งด้านการรักษาและการป้องกันโรค รวมถึงการพื้นฟูสมรรถภาพ

# ເວັກສາຮອ້າງອົງ

1. ຮ່າງພຣະຣາຊບໍ່ຄູ່ມືຜູ້ສູງອາຍຸແລະບໍານາຄູພື້ນຖານແຫ່ງໝາດີ (ฉบັບທີ..) ພ.ສ. .... Available at: [https://www.parliament.go.th/section77/manage/files/file\\_20210329102839\\_1\\_139.pdf](https://www.parliament.go.th/section77/manage/files/file_20210329102839_1_139.pdf)
2. ຮ່າງພຣະຣາຊບໍ່ຄູ່ມືຜູ້ສູງອາຍຸແລະບໍານາຄູພື້ນຖານແຫ່ງໝາດີ (ฉบັບທີ..) ພ.ສ. .... Available at: [https://www.parliament.go.th/section77/manage/files/file\\_20210329102839\\_1\\_139.pdf](https://www.parliament.go.th/section77/manage/files/file_20210329102839_1_139.pdf)