

รายงานวิจัย

เรื่อง

การวิจัยประเมินผลการจัดการเชิงกลยุทธ์กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสู่ตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9

โดย

นางสาวสุชมาล พัฒนเศรษฐานนท์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดการเชิงกลยุทธ์กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริม การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สู่ตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 โดยการใช้การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award) ประกอบด้วย 1) การดำเนินการที่เป็นระบบ (Approach) 2) การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ (Deploy) 3) การติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาระบบและแบ่งปันขยายผลที่ดี (Learning) 4) การบูรณาการ เพื่อให้แผน ตัวชี้วัด กิจกรรม และผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย (Integration) และมีการประเมินผลลัพธ์ใน 4 มิติ ได้แก่ 1) ระดับปัจจุบันของผลลัพธ์ที่สำคัญและสื่อความหมายที่ชัดเจน (Level) 2) แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Trend) 3) การเปรียบเทียบ แสดงค่าผลลัพธ์เทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสม (Comparison) และ 4) การบูรณาการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด (Integration) ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ดำเนินการ พชอ. และมีตำบล Long Term Care ในเขตสุขภาพที่ 9 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลการดำเนินงานตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ และเข้าร่วมโครงการ Long Term Care และข้อมูลการดำเนินงานตำบล Long Term Care ของประเทศจากสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) จำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม ผลการศึกษาพบว่า การจัดการบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 มีการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่โรงพยาบาลจังหวัดเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยโรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง และมีศูนย์ดูแลผู้ป่วย / ผู้สูงอายุระยะยาว ให้การดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว มีผู้จัดการระบบดูแลโดยเฉพาะ สอน สาธิตญาติและผู้ดูแล มีระบบประสานข้อมูลการเยี่ยมบ้านโดยใช้โปรแกรม Thai COC (Thai continuing of care) ที่จัดทำขึ้น และมีการอบรม Care manager และ Caregiver เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุในชุมชน ปีงบประมาณ 2559-2560 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการตำบล Long Term Care ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 23,069 ราย สัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan เฉลี่ยเท่ากับ 1: 34.5 สัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan เฉลี่ยเท่ากับ 1:4.2 ราย ร้อยละของการจัดทำ Care plan เฉลี่ยเท่ากับ 39.3 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ 58.1) เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care ระหว่างเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยกว่าเขตอื่น จากผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่าการใช้การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการจัดการเชิงกลยุทธ์กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริม พชอ. ให้เป็นตำบล Long Term Care ในเขตสุขภาพที่ 9 นั้น ทำให้สามารถบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ และสามารถประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีความครบถ้วน ครอบคลุม และควรมีการพัฒนาสื่อการสอนในเรื่องการจัดทำ Care plan ให้แก่ Care manager ต่อไป

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น การที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บัณฑิตบุคคลหรือกลุ่ม บุคคล จะต้องสามารถที่จะป้องกัน และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะสนองตอบความต้องการต่างๆ สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยมีความเชื่อมโยงถึงบุคคล ครอบครัว บ้าน ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล สถานที่ทำงาน สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กฎหมาย และระบบบริการสังคม เพื่อให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ไม่เจ็บป่วย และมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประเทศชาติ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดคนเจ็บป่วยจึงเป็นบทบาทใหม่ที่ประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยให้ความสำคัญ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นวิถีทางที่ยั่งยืนในการลงทุนทางสุขภาพที่ต่ำและมีความคุ้มค่าที่สูง อนุบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ได้ระบุกิจกรรมหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ¹

ประเทศไทยได้นำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามอนุบัตรออตตาวา โดยคณะรัฐมนตรีมีมติให้พื้นที่ที่มีการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ภายใต้การบริหารจัดการที่ สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละพื้นที่ ให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วม เสริมสร้างความเป็นผู้นำ และเจ้าของร่วมกัน ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืน ซึ่งจากมติดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้จัดพิธีลงนามร่วมกันในวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559 โดยให้แต่ละอำเภอมิการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขา และมีการวิเคราะห์ปัญหา คัดเลือกปัญหาที่สำคัญมาจัดทำแผน ดำเนินการบริหารจัดการ สร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน² นอกจากนี้จากการที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงให้ความสำคัญและมีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มภายใต้การสนับสนุนงบประมาณผ่านสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง มีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาทให้แก่ สปสช. เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยปฐมภูมิ และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น และยังสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานของแต่ละท้องถิ่นที่มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะดำเนินงานภายใต้ตำบล Long Term Care โดยมีองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่

จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลระยะยาว 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3) มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home health care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) และ 7) มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล³

เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดำเนินการขับเคลื่อน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยเลือกปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ 5 เรื่องมาจัดทำโครงการ ได้แก่ 1) โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต 2) โครงการต้านครอบครัว รื้อแห่งความปลอดภัย 3) โครงการประชารัฐร่วมใจ ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างปลอดภัยในชุมชน 4) โครงการพัฒนาเมืองสะอาด สิ่งแวดล้อมดี และน่าอยู่อย่างยั่งยืน และ 5) โครงการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และจากการดำเนินโครงการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 ในปี พ.ศ.2559 มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care ของกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายของประเทศ และจากการที่ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาในฐานะเป็นหน่วยงานของกรมอนามัยที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุน สร้างการมีส่วนร่วมแก่ภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 9 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้มีการดำเนินการจัดการเชิงกลยุทธ์กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริม พหุ. ให้เป็นตำบล Long Term Care โดยการใช้การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) ซึ่งประกอบด้วย 1) การดำเนินการที่เป็นระบบ (Approach) 2) การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ (Deploy) 3) การติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาระบบ และแบ่งปันขยายผลที่ดี (Learning) และ 4) การบูรณาการ (Integration) เพื่อให้แผน ตัวชี้วัด กิจกรรม และผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย และทิศทางของการดำเนินงานตำบล Long Term Care ผู้วิจัยในฐานะทีมงานสนับสนุนการดำเนินงานโครงการฯ การประสาน พัฒนาระบบบริหารจัดการ และ ประเมินเกณฑ์มาตรฐาน ระบบ Long Term Care ในเขตสุขภาพที่ 9 จึงทำการวิจัยประเมินผลการจัดการเชิงกลยุทธ์ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสู่ตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการจัดการเชิงกลยุทธ์กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริม การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสู่ตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหาร และผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายในการวางแผนการดำเนินโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care ของกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2

บทบาทวาระกรรมการ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)²

คณะกรรมการ พชอ. เป็นคณะกรรมการที่ประกอบด้วยความร่วมมือกัน 3 ฝ่าย ได้แก่ฝ่ายปกครอง ฝ่ายวิชาการ (สาธารณสุข) และภาคเอกชน/ประชาชนในพื้นที่ ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานคร จะมีคณะกรรมการ พชอ. โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา ซึ่งคณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวน ไม่เกิน 20 คน ซึ่งนายอำเภอจะแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้ 1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 6 คน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ 2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 6 คน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ 3) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกิน 7 คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัคร ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเป็นกรรมการ ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นาย อำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม 1) 2) และ 3) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกิน 2 คน

คณะกรรมการ พชอ. มีบทบาท ดังนี้

1. กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ
2. ดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตอำเภอ
3. บูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ
4. สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
5. เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
6. ประสานงานกับ พชอ. ในอำเภออื่น หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) เพื่อให้เกิดการบูรณาการ ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ
7. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ
8. เรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของเอกชนในอำเภอ จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือ หลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ หรือการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในอำเภอ
9. ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตามระเบียบนี้ หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจ

ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้สูงอายุทุกรายมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สปสช. เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ และจะขยายงบประมาณให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้เต็มพื้นที่ภายใน 3 ปี (2559-2561) นโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน

หลักสำคัญในการออกแบบระบบ คือ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) โดยมี Care Manager ซึ่งได้แก่ พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และ Caregiver ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1: 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท.

ชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน ประกอบด้วย 1) บริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด 2) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอก บ้าน และอื่นๆ

การจัดสรรงบประมาณของปี 2559 กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ร่วมกันออกแบบการจัดสรรงบประมาณภายใต้การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ วงเงินจัดสรรงบประมาณจำนวน 600 ล้านบาท โดยจัดสรรดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน 500 ล้านบาทจัดสรรไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จำนวนประมาณ 1,000 แห่งที่มีความพร้อม เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวนประมาณ 100,000 คน วงเงินเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศกองทุนที่กำหนดเพิ่มเติม เพื่อจัดให้มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน โดยมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือศูนย์ที่เรียกชื่ออื่นเป็นศูนย์บริหารจัดการและให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 จำนวน 100 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ประมาณ 1,000 แห่งๆ ละประมาณ 100,000 บาท เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานดังกล่าว รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่ต้องให้บริการในหน่วยบริการ

ตำบล Long Term Care ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบข้อ ดังนี้

- 1) มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว
- 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
- 3) มี Care manager Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
- 4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่คุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ
- 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
- 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมี Care plan
- 7) มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุน

โดย

- ผ่านเกณฑ์หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ

- ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพหมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพคือ มีคณะกรรมการ มีกิจกรรมมีกองทุน และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

- บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ใน รพ.สต. หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.

รพ.สต.ติดดาว¹⁰

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งเป็น รพ.สต. ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการและกระบวนการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนมีการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน ทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามองค์ประกอบ UCCARE (U: Unity Team C: Customer focus C: Community Participation A:

Appreciation R: Resource Sharing and human development E: Essential care) ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ ตั้งแต่ระดับ รพ.สต. เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีการพัฒนาความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ

1) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) มีการกำหนดทิศทาง แนวทางการกำกับดูแลตนเองที่ดี ถ่ายทอด สื่อสารทิศทางและแผนไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้ง รพ.สต. และกำหนดวิธีการทบทวนผลการดำเนินการของ รพ.สต. เพื่อให้บรรลุพันธกิจของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างมีจริยธรรมและเป็น รพ.สต. ที่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของสังคม วางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ รพ.สต. ร่วมกับสภาพปัจจัยภายนอก ในการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะยาว และกลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นไปตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ของ รพ.สต. รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และ มีการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ในด้านการวัดการเลือก รวบรวม วิเคราะห์และจัดการข้อมูล สารสนเทศ เพื่อผลักดันให้เกิดการประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการ และกระบวนการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ

2) ระบบบริการ (Service Excellence) รพ.สต. รับรู้ เข้าใจ สถานการณ์สุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจ รับรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของประชากรเป้าหมาย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ทันสมัย เพื่อให้มั่นใจว่าจัดการดำเนินงานได้ตอบสนองและสอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความประทับใจต่อประชากรเป้าหมาย ชุมชนผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาการยอมรับ และความพึงพอใจในระบบบริการของ รพ.สต. โดยมีการจัด ระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

- การจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวม ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่อง
- การบริการปฐมภูมิระดับบุคคล และครอบครัวแบบผสมผสานเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง
- การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเชิงรุกอย่างครอบคลุม ทันการณ์
- การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน

3) การพัฒนาคน (People Excellence) ตรวจสอบประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร พัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกันการสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงาน สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศและความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต.

4) ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ประกอบด้วย

4.1 การจัดระบบสนับสนุนบริการ (ควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ)

- การจัด อาคารสถานที่ และพัฒนาสิ่งแวดล้อม
- ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ
- การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และคุ้มครองผู้บริโภค
- การจัดระบบการบริการด้านชั้นสุด
- การจัดหา บำรุงรักษา การซ่อม เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์

4.2 การสนับสนุนและมีมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่างๆ การตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน / วิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมีมิติด้านการพัฒนา รพ.สต. เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน

โดยมาตรฐานประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ บริหารดี ประสานงานดี ภาคมีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี จึงเป็นที่มาของคำว่า **รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี)**



การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award)¹¹

ประเทศไทยมีการใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติเพื่อช่วยให้องค์กรปรับปรุงขีดความสามารถในการแข่งขัน และผลลัพธ์ผ่านระบบการพัฒนาและประเมินองค์กรต่าง ๆ ได้แก่ ระบบการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ระบบการประเมินคุณภาพรัฐวิสาหกิจ (State Enterprise Performance Appraisal: SEPA) ระบบคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) เกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEX) และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (OBECQA)

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติมีเนื้อหาของข้อกำหนดและการประเมินที่เทียบเคียงได้กับรางวัลคุณภาพแห่งชาติต่าง ๆ ทั่วโลก เป็น ที่ยอมรับว่าเป็นกรอบการบริหารจัดการเพื่อนำองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศ คำถามของเกณฑ์ครอบคลุม 7 ด้านที่สำคัญในการจัดการและการดำเนินการขององค์กร (แบ่งย่อยออกเป็นกระบวนการ 6 หมวดที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และผลลัพธ์ 1 หมวด) ได้แก่

- 1) การนำองค์กร (Leadership)
- 2) กลยุทธ์ (Strategy)

- 3) ลูกค้า (Customers)
- 4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis, and Knowledge Management)
- 5) บุคลากร (Workforce)
- 6) การปฏิบัติการ (Operations)
- 7) ผลลัพธ์ (Results)

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติช่วยให้องค์กรตรวจประเมินและปรับปรุงกระบวนการตาม 4 มิติ และประเมินผลลัพธ์ตาม 4 มิติ ได้แก่

ประเมินกระบวนการ

- 1) แนวทาง: องค์กรมีวิธีการอย่างไรในการทำงานขององค์กรประสบความสำเร็จ ประสิทธิภาพของแนวทางที่สำคัญขององค์กรเป็นอย่างไร
- 2) การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ: องค์กรนำแนวทางที่สำคัญไปใช้อย่างคงเส้นคงวาในส่วนงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร
- 3) การเรียนรู้: องค์กรประเมินและปรับปรุงแนวทางที่สำคัญขององค์กรได้ดีเพียงไร การปรับปรุงต่าง ๆ มีการแบ่งปันภายในองค์กรได้ดีเพียงไร และองค์ความรู้ใหม่ ๆ ได้นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมหรือไม่
- 4) การบูรณาการ: แนวทางต่าง ๆ ขององค์กรสอดคล้องกับความจำเป็นขององค์กรทั้งในปัจจุบันและอนาคตอย่างไร ตัววัด สารสนเทศ และระบบการปรับปรุงเสริมซึ่งกันและกันระหว่างกระบวนการและหน่วยงานได้ดีเพียงใด กระบวนการและการปฏิบัติการทั่วทั้งองค์กรประสานสอดคล้องกันได้ดีเพียงใดเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ระดับองค์กรที่สำคัญ

ประเมินผลลัพธ์

- 1) ระดับ : ระดับผลการดำเนินการปัจจุบันตามตัววัดที่เหมาะสมเป็นอย่างไร.
- 2) แนวโน้ม : ผลลัพธ์มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น หรือเหมือนเดิม หรือแย่ลงกว่าเดิม.
- 3) การเปรียบเทียบ : ผลการดำเนินการขององค์กรเทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสมเป็นอย่างไร เช่น เทียบกับคู่แข่ง หรือระดับเทียบเคียง หรือผู้นำในธุรกิจ.
- 4) การบูรณาการ : องค์กรติดตามดูผลลัพธ์ที่สำคัญกับองค์กรหรือไม่ และพิจารณาถึงความคาดหวังและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญหรือไม่. องค์กรใช้ผลลัพธ์นั้นเพื่อการตัดสินใจหรือไม่.

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2559-2560 ได้แก่ 1) จำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย 2) การจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง 3) จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม และ 4) ตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ ใน 4 มิติตามเกณฑ์การประเมินรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ได้แก่ 1) ระดับปัจจุบันของผลลัพธ์ที่สำคัญและสื่อความหมายได้ชัดเจน (Level) 2) แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Trend) 3) การเปรียบเทียบ แสดงค่าผลลัพธ์เทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสม (Comparison) และ 4) การบูรณาการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด (Integration)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยพื้นที่ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและมี ตำบล Long Term Care ในเขตสุขภาพที่ 9

วิธีการศึกษา

1) ดำเนินการจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

1.1 การดำเนินการที่เป็นระบบ (Approach) โดยการ

- ประเมินสถานการณ์ข้อมูลของผู้สูงอายุทุกกลุ่มในเขตสุขภาพที่ 9 และมีการถ่ายทอดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้แก่ภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความเข้าใจ และให้พื้นที่นำไปปฏิบัติ ผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการ Node ผู้สูงอายุ โดยใช้งบประมาณจากโครงการพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9
- จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับเขตสุขภาพที่ 9 ตาม Six Key Function ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวัง (Surveillance) การวิจัยและพัฒนา (Research and development) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation) การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer protection) การสนับสนุนภาคีเครือข่าย (Provider support) ทั้งในระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่
- สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด และผู้เกี่ยวข้อง) ในการจัดทำแผนบูรณาการพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ และการกำหนดตัวชี้วัด ในการติดตามงานในพื้นที่

- ถ่ายระดับยุทธศาสตร์และมาตรการที่สำคัญลงสู่จังหวัด อำเภอ และตำบล มีแผนงานรองรับระดับจังหวัดและอำเภอ และแผนปฏิบัติการในระดับตำบล รวมทั้งใช้มิติที่ประชุมคณะกรรมการ Node ผู้สูงอายุในการมอบหมายงาน อาทิเช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นผู้รายงานข้อมูลตำบล Long Term Care และข้อมูลชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.เป็นผู้รายงานข้อมูลการประเมินและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.2 การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ (Deploy) โดยการ

- สนับสนุนการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาว และผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 9 โดยมีสาธารณสุขนิเทศเป็นประธาน
- จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาว และผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 9
- จัดอบรม Care manager และ Caregiver
- สนับสนุน 1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบล Long Term Care ต้นแบบ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) 4) คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care manager/ Caregiver กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- ประสานงบประมาณสนับสนุนและการเบิกจ่ายเกี่ยวกับตำบล Long Term Care กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 9

1.3 การติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาระบบ และแบ่งปันขยายผลที่ดี (Learning)

- นิเทศติดตามการดำเนินงานตำบล Long Term Care ในพื้นที่ โดยใช้เวทีการนิเทศตรวจติดตามงานของผู้ตรวจราชการประจำปี
- จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตำบล Long Term Care และถอดบทเรียน
- เยี่ยมเสริมพลังในการดำเนินงานตำบล Long Term Care ในพื้นที่
- คัดเลือกตำบล Long Term Care ที่มีผลงานดีเด่น เพื่อเข้าร่วมประกวด ตำบล Long Term Care ดีเด่นของกรมอนามัย

1.4 การบูรณาการ (Integration) เพื่อให้แผน ตัวชี้วัด กิจกรรม และผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายและทิศทางของการดำเนินงานตำบล Long Term Care

- ประสานความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติระดับจังหวัด และระดับอำเภอ
- ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.)
- ประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และศูนย์วิชาการต่างๆ ภายในพื้นที่

2) เก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน ตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2559-2560

3) วิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินรางวัลคุณ ภาพแห่งชาติ 4 มิติ ได้แก่ 1) ระดับปัจจุบันของผลลัพธ์ที่สำคัญและสื่อความหมายได้ชัดเจน (Level) 2) แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Trend) 3) การเปรียบเทียบ แสดงค่าผลลัพธ์เทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสม (Comparison) และ 4) การบูรณาการจำแนก ผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด (Integration) ซึ่งได้แก่ 1)

- จำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย 2) การจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง 3) จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม และ 4) ตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7
- 4) สรุปผล และจัดทำรายงาน
 - 5) เผยแพร่ผลการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ระบบฐานข้อมูลตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์กรประกอบ และเข้าร่วมโครงการ Long Term Care และระบบฐานข้อมูลการดำเนินงานตำบล Long Term Care ของประเทศจากสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) จำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สัดส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ประเมินโครงการ 4 มิติ คือ ระดับปัจจุบันของผลลัพธ์ที่สำคัญและสื่อความหมายได้ชัดเจน แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การเปรียบเทียบค่าผลลัพธ์เทียบกับองค์กรอื่น และ การบูรณาการ โดยมีการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด

บทที่ 4

ผลการศึกษา

เขตสุขภาพที่ 9 มีกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ตามนโยบายและแผนงานบูรณาการยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข คือการกำหนดให้มี Node วิชาการ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานบูรณาการตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขทุกประเด็น ทั้งนี้ให้แต่ละจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็น และมีการมอบหมายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน สำหรับการจัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care ของกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายของประเทศมอบหมายให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์เป็นประธาน และขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้การทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ทีมระดับอำเภอ ตำบล และพื้นที่ โดยในเบื้องต้นได้มีการสร้างกรอบแนวคิด และสาระสำคัญของร่างแผนยุทธศาสตร์ร่วมระดับเขตว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน สร้างความเข้าใจและความเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หน่วยปฐมภูมิ หน่วยทุติยภูมิ และศูนย์วิชาการต่างๆ เป็นต้น ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกพื้นที่ที่อยู่ติดกันรวมประชากรเป็น 10,000-30,000 คน 2) รวมแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามหลัก 3S ซึ่งประกอบด้วย Staff Structure และ System 3) สื่อสารเรื่อง คลินิกหมอครอบครัวลงสู่ชุมชน 4) จัดตั้ง Primary care cluster board (PCC Board) ซึ่งมีองค์หลัก คือ ท้องถิ่น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อกำหนดทิศทาง/เป้าหมายการดำเนินงาน 5) สำรวจครัวเรือน ค้นหาปัจจัยเสี่ยง /ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนที่เกิดขึ้นใหม่ใน PCC 6) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของ PCC โดย PCC Board และชุมชน และ 7) แปลงแผนยุทธศาสตร์เป็นแผนปฏิบัติการที่ท้องถิ่นและชุมชนเป็นเจ้าภาพ นอกจากนี้ได้มีการส่งเสริม สนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) พัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตามซึ่งประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี และประชาชนมีสุขภาพดี ผลการพัฒนา รพ.สต. ในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหมด จำนวน 952 แห่ง ได้พัฒนาและยกระดับเป็น รพ.สต. ติดตาม จำนวน 145 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 15.2 แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน รพ.สต.ติดตาม แยกตามรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 9

| จังหวัด | รพ.สต. ทั้งหมด (แห่ง) | รพ.สต. ติดตาม (แห่ง) | ร้อยละ |
|------------|-----------------------|----------------------|--------|
| นครราชสีมา | 347 | 35 | 10.09 |
| ชัยภูมิ | 167 | 18 | 10.78 |
| บุรีรัมย์ | 227 | 41 | 18.06 |
| สุรินทร์ | 211 | 51 | 24.17 |
| รวมทั้งหมด | 952 | 145 | 15.23 |

การจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 มีการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่โรงพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่เป็นเครือข่ายกับรพ.สต. โดยโรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง และมีศูนย์ดูแลผู้ป่วย /ผู้สูงอายุ ระยะยาว ให้การดูแลผู้ป่วย /ผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว มีผู้จัดการระบบดูแลโดยเฉพาะ สอน สาธิตญาติและผู้ดูแล เช่นการบริหารแขนขาป้องกันข้อติดโดยนักกายภาพ การให้อาหารทางสายยางและวิธีดูดเสมหะโดยพยาบาลฟื้นฟู เป็นต้น วางแผนการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุรายกรณี ให้เยี่ยมอุปกรณ์ไปดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน แท็งค์ออกซิเจนพร้อมเกย์และรถเข็น เครื่องวัดความดัน เครื่องปั่นอาหาร เป็นต้น ประสานการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุส่งกลับบ้านกับทีมหมอครอบครัว และหน่วยงานต่างๆ โดยการจำหน่าย ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุกลับบ้านจะมีรถส่งต่อผู้ป่วย รถกู้ชีพ และรถมูลนิธิไว้บริการ สำหรับระบบประสานข้อมูลการเยี่ยมบ้านจะใช้โปรแกรม Thai COC (Thai continuing of care) ที่ทางโรงพยาบาลสุรินทร์จัดทำขึ้น และนำมาใช้ทั้งเขตสุขภาพที่ 9 ส่วนการทำงานในชุมชน รพ .สต. เป็นผู้จัดการระบบดูแลในพื้นที่ วางแผนการดูแลผู้ป่วย /ผู้สูงอายุรายกรณีตามแผนร่วมกับทีมหมอครอบครัวและศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาว ประสานการจัดบริการทางสังคมร่วมกับ อปท . และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่านโปรแกรม ThaiCOC นอกจากนี้มีการอบรม Care manager และ Caregiver เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสามารถประเมินผลลัพธ์ใน 4 มิติตามเกณฑ์การประเมินรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ได้แก่

1) ระดับปัจจุบันของผลลัพธ์ที่สำคัญและสื่อความหมายได้ชัดเจน (Level)

1.1 ผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการตำบล Long Term Care ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแบ่งกลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.

ปีงบประมาณ 2559-2560 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการตำบล Long Term Care ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 23,069 ราย และเมื่อนำ มาแยกตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. พบเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 จำนวน 13,443 ราย (ร้อยละ 58.3) กลุ่ม 2 จำนวน 4,359 ราย (ร้อยละ 18.9) กลุ่ม 3 จำนวน 4,055 ราย (ร้อยละ 17.6) และกลุ่ม 4 จำนวน 1,212 ราย (ร้อยละ 5.2) และเมื่อนำมาแยกเป็นรายจังหวัด พบจังหวัดนครราชสีมาจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด จำนวน 8,821 ราย (ร้อยละ 38.2) จังหวัดบุรีรัมย์มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุดจำนวน 3,772 ราย (ร้อยละ 16.3) แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการตำบล Long Term Care ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแยกตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช . ในปีงบประมาณ 2559-2560 แยกตามรายจังหวัด

| เกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ | จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 | | | | รวม ราย (ร้อยละ) |
|--|----------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|
| | นครราชสีมา ราย (ร้อยละ) | ชัยภูมิ ราย (ร้อยละ) | บุรีรัมย์ ราย (ร้อยละ) | สุรินทร์ ราย (ร้อยละ) | |
| กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง | 5,119 (58.0) | 3,356 (61.3) | 2,000 (53.0) | 2,968 (59.0) | 13,443 (58.3) |
| กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่ม 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง | 1,712 (19.4) | 921 (16.8) | 753 (20.0) | 973 (19.3) | 4,359 (18.9) |
| กลุ่ม 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง | 1,551 (17.6) | 903 (16.5) | 801 (21.2) | 800 (15.9) | 4,055 (17.6) |
| กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต | 440 (5.0) | 296 (5.4) | 218 (5.8) | 258 (5.1) | 1,212 (5.2) |
| รวม | 8,821 (38.2) | 5,476 (23.8) | 3,772 (16.3) | 4,999 (21.7) | 23,069 (100) |

1.2 Care manager และ Caregiver เขตสุขภาพที่ 9

ปี 2559-2560 มีจำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงและ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวน 668 คน และ 7,435 คนตามลำดับ แต่ Caregiver ที่ปฏิบัติตาม Care plan มีจำนวนเพียง 5,491 คน แสดงตามตารางที่ 3 เมื่อดำเนินการคัดสรร Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan พบว่าจังหวัดนครราชสีมา มีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ 1:25.5 ราย และจังหวัดสุรินทร์มีสัดส่วนมากที่สุด คือ 1: 56.8 แสดงตามตารางที่ 4 โดยเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโครงการตำบล Long Term Care เท่ากับ Care Manager 1 คน : ผู้สูงอายุ 30 - 50 คน และเมื่อดำเนินการคัดสรร Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan พบว่าจังหวัดบุรีรัมย์มีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ 1:1.8 ราย และจังหวัดสุรินทร์มีสัดส่วนมากที่สุด คือ 1: 10.2 แสดงตามตารางที่ 5 โดยเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโครงการตำบล Long Term Care เท่ากับ Caregiver 1 คน : ผู้สูงอายุ 5-10 คน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ในปี 2559-2560 แยกตามรายจังหวัด

| จังหวัด | Care manager (คน) | | | Caregiver (คน) | | | Caregiver ที่ปฏิบัติตาม Care plan |
|------------|-------------------|---------|-----|----------------|---------|-------|-----------------------------------|
| | ปี 2559 | ปี 2560 | รวม | ปี 2559 | ปี 2560 | รวม | |
| นครราชสีมา | 133 | 213 | 346 | 1,005 | 792 | 1,797 | 1,797 |
| ชัยภูมิ | 39 | 86 | 125 | 1,129 | 334 | 1,463 | 1,159 |
| บุรีรัมย์ | 60 | 49 | 109 | 2,622 | 0 | 2,622 | 2,046 |
| สุรินทร์ | 64 | 24 | 88 | 660 | 893 | 1,553 | 489 |
| รวมทั้งหมด | 296 | 372 | 668 | 5,416 | 2,019 | 7,435 | 5,491 |

ตารางที่ 4 แสดงสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) แยกตามรายจังหวัด

| รายละเอียด | จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 | | | | รวม |
|---|-------------------------|---------|-----------|----------|---------------------------|
| | นครราชสีมา | ชัยภูมิ | บุรีรัมย์ | สุรินทร์ | |
| จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) (ราย) | 8,821 | 5,476 | 3,772 | 4,999 | 23,069 |
| จำนวน Care Manager (คน) | 346 | 125 | 109 | 88 | 668 |
| สัดส่วนของ Care Manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) | 1:25.5 ราย | 1:43.8 | 1:34.6 | 1:56.8 | ค่าเฉลี่ยรวมภาพเขต 1:34.5 |

ตารางที่ 5 แสดงสัดส่วนของ Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) แยกตามรายจังหวัด

| รายละเอียด | จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 | | | | รวม |
|--|-------------------------|---------|-----------|----------|---------------------------------|
| | นครราชสีมา | ชัยภูมิ | บุรีรัมย์ | สุรินทร์ | |
| จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) | 8,821 | 5,476 | 3,772 | 4,999 | 23,069 |
| จำนวน Caregiver | 1,797 | 1,159 | 2,046 | 489 | 5,491 |
| สัดส่วนของ Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) | 1:4.9 | 1:4.7 | 1:1.8 | 1:10.2 | ค่าเฉลี่ยรวม ภาพเขต 1:4.2 |

1.3 การจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ปี 2560 มีการจัดทำ Care plan จำนวน 9,809 ฉบับ โดยจังหวัดนครราชสีมามีการจัดทำมากที่สุดเท่ากับ 4,211 ฉบับ (ร้อยละ 47.7) และจังหวัดสุรินทร์มีการจัดทำน้อยที่สุดเท่ากับ 1,816 ฉบับ (ร้อยละ 36.3) แสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละการจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ปี 2560 แยกตามรายจังหวัด

| รายละเอียด | จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 | | | | รวม |
|--|-------------------------|---------|-----------|----------|--------|
| | นครราชสีมา | ชัยภูมิ | บุรีรัมย์ | สุรินทร์ | |
| จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) (ราย) | 8,821 | 5,476 | 3,772 | 4,999 | 23,069 |
| การจัดทำ Care plan (ฉบับ) | 4,211 | 2,369 | 1,413 | 1,816 | 9,809 |
| ร้อยละของการจัดทำ Care plan | 47.7 | 43.3 | 37.4 | 36.3 | 42.5 |

2) แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Trend)

2.1 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม

ปี 2560 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านจำนวน 168 ราย และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 405 ราย โดยจังหวัดชัยภูมิมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านมากที่สุดจำนวน 76 ราย (ร้อยละ 6.3) และจังหวัดบุรีรัมย์มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมมากที่สุดจำนวน 113 ราย (ร้อยละ 4.1) จังหวัดนครราชสีมามีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยที่สุด จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 0.3) และจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ แสดงตามตารางที่ 7 และตารางที่ 8

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านแยกตามรายจังหวัด

| รายละเอียด | จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 | | | | รวม |
|--|-------------------------|---------|-----------|----------|-------|
| | นครราชสีมา | ชัยภูมิ | บุรีรัมย์ | สุรินทร์ | |
| จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทั้งหมด (ราย) | 1,991 | 1,199 | 1,019 | 1,058 | 5,267 |
| จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน (ราย) | 7 | 76 | 62 | 23 | 168 |
| ร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน | 0.3 | 6.3 | 6.1 | 2.2 | 3.2 |

ตารางที่ 8 แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมแยกตามรายจังหวัด

| รายละเอียด | จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 | | | | รวม |
|--|-------------------------|---------|-----------|----------|--------|
| | นครราชสีมา | ชัยภูมิ | บุรีรัมย์ | สุรินทร์ | |
| จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งหมด (ราย) | 6,831 | 4,277 | 2,753 | 3,941 | 17,802 |
| จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม (ราย) | 40 | 167 | 113 | 85 | 405 |
| ร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม | 0.6 | 3.9 | 4.1 | 2.2 | 2.3 |

2.2 ตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ

ปี 2560 เขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ทั้งหมด 623 แห่ง และมีตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบจำนวน 523 แห่งคิดเป็นร้อยละ 83.9 แสดงตามตารางที่ 9 โดยเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ต้องผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบมากกว่าร้อยละ 50

ตารางที่ 9 แสดงตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ ปี 2560 แยกตามรายจังหวัด

| รายละเอียด | จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 | | | | รวม |
|--|-------------------------|---------|-----------|----------|------|
| | นครราชสีมา | ชัยภูมิ | บุรีรัมย์ | สุรินทร์ | |
| จำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ทั้งหมด (แห่ง) | 240 | 107 | 153 | 123 | 623 |
| จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบตำบล Long Term Care (แห่ง) | 211 | 94 | 124 | 94 | 523 |
| ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ ตำบล Long Term Care | 87.9 | 87.8 | 81.0 | 76.4 | 83.9 |

3) การเปรียบเทียบ แสดงค่าผลลัพธ์เทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสม (Comparison)

3.1 เปรียบเทียบผลการดำเนินการจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 กับเขตสุขภาพอื่น

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 กับเขตสุขภาพอื่นๆ ใน 12 เขตพบว่า 1) เขตสุขภาพที่ 9 มีตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์กรประกอบ อยู่ในลำดับที่ 6 เรียงลำดับจากมากมาน้อยคือร้อยละ 83.9 โดยเขตสุขภาพที่ 10 มีตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์กรประกอบมากที่สุด คือร้อยละ 99.0 เขตสุขภาพที่ 6 มีตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์กรประกอบน้อยที่สุด คือร้อยละ 65.1 แสดงตามตารางที่ 10 2) เขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวน Care manager อยู่ในลำดับที่ 5 เรียงลำดับจากมากมาน้อยคือจำนวน 668 คน (ร้อยละ 8.7) โดยเขตสุขภาพที่ 10 มีจำนวน Care manager มากที่สุด คือจำนวน 755 คน (ร้อยละ 9.9) เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวน Care manager น้อยที่สุด คือจำนวน 514 คน (ร้อยละ 6.7) แสดงตามตารางที่ 11 3) เขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวน Caregiver มากที่สุด คือ 7,435 คน (ร้อยละ 14.9) ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวน Caregiver น้อยที่สุด คือจำนวน 2,762 คน (ร้อยละ 5.6) แสดงตามตารางที่ 12 4) เขตสุขภาพที่ 9 มีสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan มากที่สุด คือ 1:34.5 และเขตสุขภาพที่ 12 มีสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan น้อยที่สุด คือ 1:9.0 แสดงตามตารางที่ 13 5) เขตสุขภาพที่ 9 มีสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan อยู่ที่ 1:3.1 ซึ่งเกินค่าเฉลี่ยของประเทศ คือ 1:2.9 และเขตสุขภาพที่ 10 มีสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan มากที่สุด คือ 1:4.9 เขตสุขภาพที่ 12 มีสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan น้อยที่สุด คือ 1:1.5 แสดงตามตารางที่ 14 6) เขตสุขภาพที่ 9 มีการจัดทำ Care plan อยู่ในลำดับที่ 11 เรียงจากมากมาน้อย จำนวน 9,062 ฉบับ (ร้อยละ 39.3) โดยเขตสุขภาพที่ 7 มีการจัดทำ Care plan มากที่สุดจำนวน 11,594 ฉบับ (ร้อยละ 81.2) และเขตสุขภาพที่ 11 มีการจัดทำ Care plan น้อยที่สุดจำนวน 3,392 ฉบับ (ร้อยละ 39.0) แสดงตามตารางที่ 15 7) เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน อยู่ในลำดับที่ 11 เรียงจากมากมาน้อย จำนวน 168 ราย (ร้อยละ 3.2) โดยเขตสุขภาพที่ 8 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านมากที่สุด คือ 224 ราย (ร้อยละ 10.7) และมีเขตสุขภาพที่ 11 ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านน้อยที่สุด คือ 22 ราย (ร้อยละ 0.9) แสดงตามตารางที่ 16 8) เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมอยู่ในลำดับที่ 11 เรียงจากมากมาน้อยจำนวน 405 ราย (ร้อยละ 2.3) โดยเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมมากที่สุด จำนวน 1,808 ราย (ร้อยละ 10.9) และเขตสุขภาพที่ 11 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยที่สุด จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 0.8) แสดงตามตารางที่ 17

4) การบูรณาการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด (Integration)

ผลลัพธ์ที่สำคัญในตำบล Long Term Care และเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2560 คือ 1) ตำบล Long Term Care ต้องมี Care manger 1 คน : ผู้สูงอายุ 30-50 คน และ Caregiver 1 คน : ผู้สูงอายุ 5-10 คน ซึ่งทางเขตสุขภาพที่ 9 มีค่าเฉลี่ยในภาพรวม Care manger 1 คน : ผู้สูงอายุ 34.5 คน และ Caregiver 1 คน : ผู้สูงอายุ 4.2 คน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโครงการ Long Term Care 2) ตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ร้อยละ 50 ซึ่งทางเขตสุขภาพที่ 9 มีตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Careเท่ากับร้อยละ 83.9

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ ปี 2559-2560 แยกตามรายเขต

| รายละเอียด | เขตสุขภาพ | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|-------|
| | เขต 1 | เขต 2 | เขต 3 | เขต 4 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 7 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 | รวม |
| จำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ทั้งหมด (แห่ง) | 421 | 268 | 264 | 433 | 391 | 324 | 276 | 442 | 623 | 413 | 328 | 251 | 4,434 |
| จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ องค์ประกอบตำบล Long Term Care (แห่ง) | 347 | 238 | 258 | 384 | 284 | 211 | 226 | 378 | 523 | 409 | 244 | 206 | 3,708 |
| ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ องค์ประกอบตำบล Long Term Care | 82.4 | 88.8 | 97.7 | 88.7 | 72.6 | 65.1 | 81.9 | 85.5 | 83.9 | 99.0 | 74.4 | 82.1 | 83.6 |

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน Care manager ที่ผ่านการอบรม ปี 2559-2560 แยกตามรายเขต

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย (คน) | ผลงาน (คน) | ผลงานจำนวน Care manager ที่ผ่านการอบรม แยกตามรายเขต (คน) (ร้อยละ) | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------|------------|---|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
| | | | เขต 1 | เขต 2 | เขต 3 | เขต 4 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 7 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 |
| ปี 2559 | 2,500 | 3,247 | 242 (7.4) | 325 (10.0) | 262 (8.1) | 238 (7.3) | 388 (12.0) | 334 (10.3) | 199 (6.1) | 249 (7.7) | 296 (9.1) | 379 (11.7) | 173 (5.3) | 162 (5.0) |
| ปี 2560 | 3,480 | 4,401 | 272 (6.2) | 328 (7.4) | 294 (6.7) | 421 (9.6) | 282 (6.4) | 400 (9.1) | 399 (9.1) | 290 (6.6) | 372 (8.4) | 376 (8.5) | 571 (13.0) | 396 (9.0) |
| รวม | 5,980 | 7,648 | 514 (6.7) | 653 (8.5) | 556 (7.3) | 659 (8.6) | 670 (8.8) | 734 (9.6) | 598 (7.8) | 539 (7.0) | 668 (8.7) | 755 (9.9) | 744 (9.8) | 558 (7.3) |

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน Caregiver ที่ผ่านการอบรม ปี 2559-2560 แยกตามรายเขต

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย (คน) | ผลงาน (คน) | ผลงานจำนวน Caregiver ที่ผ่านการอบรม แยกตามรายเขต (คน) (ร้อยละ) | | | | | | | | | | | |
|------------|------------------|---------------|--|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|
| | | | เขต 1 | เขต 2 | เขต 3 | เขต 4 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 7 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 |
| ปี 2559 | 10,000 | 27,696 | 2,547 (9.2) | 1,621 (5.9) | 1,233 (4.4) | 933 (3.4) | 1,738 (6.3) | 2,574 (9.3) | 2,707 (9.8) | 3,137 (11.3) | 5,416 (19.6) | 1,896 (6.8) | 2,214 (7.9) | 1,680 (6.1) |
| ปี 2560 | 13,920 | 21,753 | 2,430 (11.2) | 1,383 (6.4) | 2,394 (11.0) | 1,829 (8.4) | 1,590 (7.3) | 1,523 (7.0) | 1,495 (6.9) | 1,837 (8.4) | 2,019 (9.3) | 2,168 (10.0) | 1,421 (6.5) | 1,664 (7.6) |
| รวม | 23,920 | 49,449 | 4,977 (10.1) | 3,004 (6.1) | 3,627 (7.3) | 2,762 (5.6) | 3,328 (6.7) | 4,097 (8.3) | 4,202 (8.5) | 4,974 (10.1) | 7,435 (14.9) | 4,064 (8.2) | 3,635 (7.4) | 3,344 (6.8) |

ตารางที่ 13 แสดงสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) แยกตามรายเขต

| รายละเอียด | เขตสุขภาพ | | | | | | | | | | | | รวม |
|---|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | เขต 1 | เขต 2 | เขต 3 | เขต 4 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 7 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 | |
| จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) (ราย) | 12,317 | 7,664 | 8,586 | 13,146 | 10,726 | 10,487 | 14,281 | 11,026 | 23,069 | 20,017 | 8,694 | 5,020 | 145,033 |
| จำนวน Care Manager (คน) | 514 | 653 | 556 | 659 | 670 | 734 | 598 | 539 | 668 | 755 | 744 | 558 | 7,648 |
| สัดส่วนของ Care Manager ต่อการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการ ดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) | 1:24.0 | 1:11.7 | 1:15.4 | 1:19.9 | 1:16.0 | 1:14.3 | 1:23.9 | 1:20.4 | 1:34.5 | 1:26.5 | 1:11.7 | 1:9.0 | 1:19.0 |

ตารางที่ 14 แสดงสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) แยกตามรายเขต

| รายละเอียด | เขตสุขภาพ | | | | | | | | | | | | รวม |
|--|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | เขต 1 | เขต 2 | เขต 3 | เขต 4 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 7 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 | |
| จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) (ราย) | 12,317 | 7,664 | 8,586 | 13,146 | 10,726 | 10,487 | 14,281 | 11,026 | 23,069 | 20,017 | 8,694 | 5,020 | 145,033 |
| จำนวน Caregiver (คน) | 4,977 | 3,004 | 3,627 | 2,762 | 3,328 | 4,097 | 4,202 | 4,974 | 7,435 | 4,064 | 3,635 | 3,344 | 49,449 |
| สัดส่วนของ Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) | 1:2.5 | 1:2.6 | 1:2.4 | 1:4.8 | 1:3.2 | 1:2.6 | 1:3.4 | 1:2.2 | 1:3.1 | 1:4.9 | 1:2.4 | 1:1.5 | 1:2.9 |

ตารางที่ 15 แสดงร้อยละการจัดทำ Care plan ต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ปี 2560 แยกตามรายเขต

| รายละเอียด | จำนวนการจัดทำ Care plan ปี 2560 แยกตามรายเขต (ราย) | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | เขต 1 | เขต 2 | เขต 3 | เขต 4 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 7 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 | รวม |
| จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง | 12,317 | 7,664 | 8,586 | 13,146 | 10,726 | 10,487 | 14,281 | 11,026 | 23,069 | 20,017 | 8,694 | 5,020 | 145,033 |
| จำนวนการจัดทำ Care plan | 7,257 | 3,700 | 4,995 | 7,131 | 6,561 | 5,174 | 11,594 | 8,082 | 9,062 | 14,363 | 3,392 | 3,033 | 84,344 |
| ร้อยละของการจัดทำ Care plan | 58.9 | 48.3 | 58.2 | 54.2 | 61.2 | 49.3 | 81.2 | 73.3 | 39.3 | 71.7 | 39.0 | 60.4 | 58.1 |

ตารางที่ 16 แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน ปีงบประมาณ 2560 แยกตามรายเขต

| รายละเอียด | จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน ปีงบประมาณ 2560 แยกตามรายเขต | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| | เขต 1 | เขต 2 | เขต 3 | เขต 4 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 7 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 | รวม |
| จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทั้งหมด | 3,153 | 2,119 | 1,648 | 3,135 | 2,818 | 3,352 | 2,298 | 2,088 | 5,267 | 3,322 | 2,350 | 1,139 | 32,689 |
| จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน | 168 | 108 | 78 | 195 | 101 | 152 | 172 | 224 | 168 | 219 | 22 | 59 | 1,666 |
| ร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน | 5.3 | 5.1 | 4.7 | 6.2 | 3.6 | 4.5 | 7.5 | 10.7 | 3.2 | 6.6 | 0.9 | 5.2 | 5.1 |

ตารางที่ 17 แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม ปีงบประมาณ 2560 แยกตามรายเขต

| รายละเอียด | จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน ปีงบประมาณ 2560 แยกตามรายเขต | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | เขต 1 | เขต 2 | เขต 3 | เขต 4 | เขต 5 | เขต 6 | เขต 7 | เขต 8 | เขต 9 | เขต 10 | เขต 11 | เขต 12 | รวม |
| จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งหมด | 9,164 | 5,545 | 6,938 | 10,011 | 7,908 | 7,135 | 11,983 | 8,939 | 17,802 | 16,695 | 6,344 | 3,881 | 112,345 |
| จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม | 644 | 377 | 214 | 746 | 380 | 402 | 1,249 | 358 | 405 | 1,828 | 53 | 272 | 6,928 |
| ร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม | 7.0 | 6.8 | 3.1 | 7.4 | 4.8 | 5.6 | 10.4 | 4.0 | 2.3 | 10.9 | 0.8 | 7.0 | 6.2 |

บทที่ 5

อภิปรายผล

การใช้การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการจัดการเชิงกลยุทธ์ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริม พขอ . ให้เป็นตำบล Long Term Care นั้น ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการภายใต้กรอบที่มุ่งเน้นกระบวนการ และมุ่งเน้นผลลัพธ์ อย่างไรก็ตามจากการ สอบถามข้อมูลในเรื่องการรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิตอนนโยบายตำบล Long Term Care พบว่ารู้สึกกังวลกับตัวชี้วัดและภาระงานข้อมูลเอกสารที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้รู้สึกสับสนกับนโยบาย คลินิกหมอครอบครัว ที่ไม่แตกต่างจากนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family care team) เดิม (ไม่ได้แสดง ข้อมูล) ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานตำบล Long Term Care ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ คือการสร้างความเข้าใจและความเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างหน่วยงาน การมีกลไกการจัดการในการ ประสานสนับสนุนพื้นที่และชุมชน ใน 3 ระดับ คือ ระดับพื้นที่ (หมู่บ้าน ตำบล และอ งค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น) ระดับอำเภอ/จังหวัด และ ระดับประเทศ โดยเฉพาะการเพิ่มบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดและการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว หรือกลุ่มคนที่มี ความสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบเป็นทางการ เช่น กลุ่มเจ้าหน้าที่ องค์กรต่างๆ จะส่งผลให้บุคคลที่ได้รับการ สนับสนุนรู้สึกมีความสำคัญ มีคุณค่า และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป⁴⁻⁵

จากผลการศึกษาพบว่า การจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของเขตสุขภาพที่ 9 ยังไม่ถึงร้อยละ 50 จากการติดตามปัญหาพบว่า Care manager ที่ผ่านการอบรม ยังขาดประสบการณ์การ เรียนการสอนที่ใช้การสมมุติสถานการณ์ และไม่เข้าใจการตีความอย่างถ่องแท้ในแต่ละประเด็น/หัวข้อ โดยเฉพาะในเรื่องการวัดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ใน 4 ด้าน (Typology of the aged with illustration: TAI)⁶ ซึ่งในคู่มือการอบรมของกรมอนามัยมีแต่แบบฟอร์ม ไม่มีรายละเอียด ทำให้การทำ Care Plan เป็นเรื่องยาก ประกอบกับ Care manager ประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักกิจกรรมบำบัด และแพทย์แผนไทย เป็น ต้น ทำให้พื้นฐานความรู้แตกต่างกัน นอกจากนี้แนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณในการทำ Care plan ระหว่างสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) กับ สปสช. ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁷ จึงทำให้ Care manager ยังไม่ได้ทำ Care plan อย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามเพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย Care plan ศูนย์ อนามัยที่ 9 นครราชสีมาได้นำปัญหาที่พบในการทำ Care plan มาปรับกระบวนการสอน โดยเฉพาะสื่อการ สอนที่ประกอบการใช้เป็นคู่มือการอบรม เน้นการฝึกปฏิบัติการ ทำ Care plan ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนส่ง Care plan ให้อาจารย์ผู้สอนตรวจแก้ไข และส่งกลับให้ผู้ฝึกอบรม หลังอบรมมีการประเมินผลความพึงพอใจ การสอน และมีการติดตามการทำงานในพื้นที่ของ Care manager ที่ผ่านการอบรม มีการเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อให้ Care manager สามารถจัดทำ Care plan ให้เพิ่มขึ้นและมีประสิทธิภาพ

จังหวัดนครราชสีมาพบร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และ กลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 9 ถึงแม้จะมีสัดส่วน Care manager ต่อการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan เพียง 1:25.5 ราย และมีสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan เพียง 1:4.9 ราย ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมาเป็นชุมชนเขตเมือง

มากกว่าจังหวัดอื่น การขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในชุมชนที่อยู่ในเขตเมือง ทำให้ Caregiver ไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุม⁸⁻⁹

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care ระหว่างเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม น้อยกว่าเขตอื่น สาเหตุเกิดจากการรายงานข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 9 ได้กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งสรุปผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care จากโปรแกรม Thai COC ซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ทางเขตสุขภาพที่ 9 ได้จัดทำขึ้น โดยโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมากกว่า 22 กลุ่มโรคที่ส่งออกจากหน่วยบริการต่างๆ ของ รพศ. / รพท. / รพช. อาทิ เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มหญิงหลังคลอด กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กน้ำหนักน้อยคลอดก่อนกำหนด กลุ่มเด็กป่วย กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้พิการ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานมาก ดังนั้นที่ กข้อมูลผู้ป่วยทุกกลุ่มทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพก่อให้เกิดการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ระบบข้อมูลจากโปรแกรม Thai COC มีข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่ส่งออกจากหน่วยบริการต่างๆ ของ รพศ. / รพท. / รพช. เท่านั้น ดังนั้นข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมที่อยู่ในชุมชนไม่ได้ถูกนำมาสรุปและรวบรวมด้วย นอกจากนี้พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์กรประกอบเท่ากับร้อยละ 99 ซึ่งจากการสอบถามผู้รับผิดชอบงาน พบว่าเป็นนโยบายของผู้บริหารสูงสุดในพื้นที่ที่ให้ทุกตำบลดำเนินการเข้าร่วมตำบล Long Term Care

จะเห็นได้ว่าการใช้การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการจัดการเชิงกลยุทธ์กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริม พชอ. ให้เป็นตำบล Long Term Care ในเขตสุขภาพที่ 9 นั้น ทำให้สามารถบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ และสามารถประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบการจัดเก็บข้อมูลต้องให้มีความครบถ้วน และครอบคลุม นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพ Care manager ในการจัดทำ Care plan ต้องมีการพัฒนาสื่อการสอนให้ผู้เรียนเข้าใจง่าย และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องควรมีการจัดการทุนภายในชุมชน เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบการสนับสนุน จากหน่วยงานที่ให้บริการและภาคีเครือข่ายอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากชุมชนสู่ชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ลินคี้กดีซันมี อุ่นพรมมี. 2556. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
2. เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง บูรณาการระบบสุขภาพเขตเมือง . กระทรวงสาธารณสุข. 30 มีนาคม 2559.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.
4. จุฬารัตน์ โสตะ. 2554. แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. พรพิมล เพ็ชร บุรี ชมชื่น สมประเสริฐ ประนอม โอทกานนท์ . 2560. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(2): 188-97.
6. Okochi J. Increase of mild disability in Japanese elders: A seven year follow-up cohort study. BMC Public Health 2005. 5(55): 1-17.
7. เอกสารประชุมชี้แจงบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2560 . สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน 12 ตุลาคม 2559.
8. ปิยวัฒน์ เกตุวงศา . 2560. ลักษณะการอยู่อาศัยและความอยู่ดีมีสุขของครัวเรือนชนบทไทย. วารสารประชากร. 5(1) : 107-30.
9. อมรวิรัช นาคทรพรพ , และคณะ. 2551. การศึกษาในวิถีชุมชน: การสังเคราะห์ประสบการณ์ในชุดโครงการวิจัยด้านการศึกษากับชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข . 2560. คู่มือพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดตาม. กรุงเทพฯ. กระทรวงสาธารณสุข.
11. สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ . 2560. เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ 2559-2560. กรุงเทพฯ.