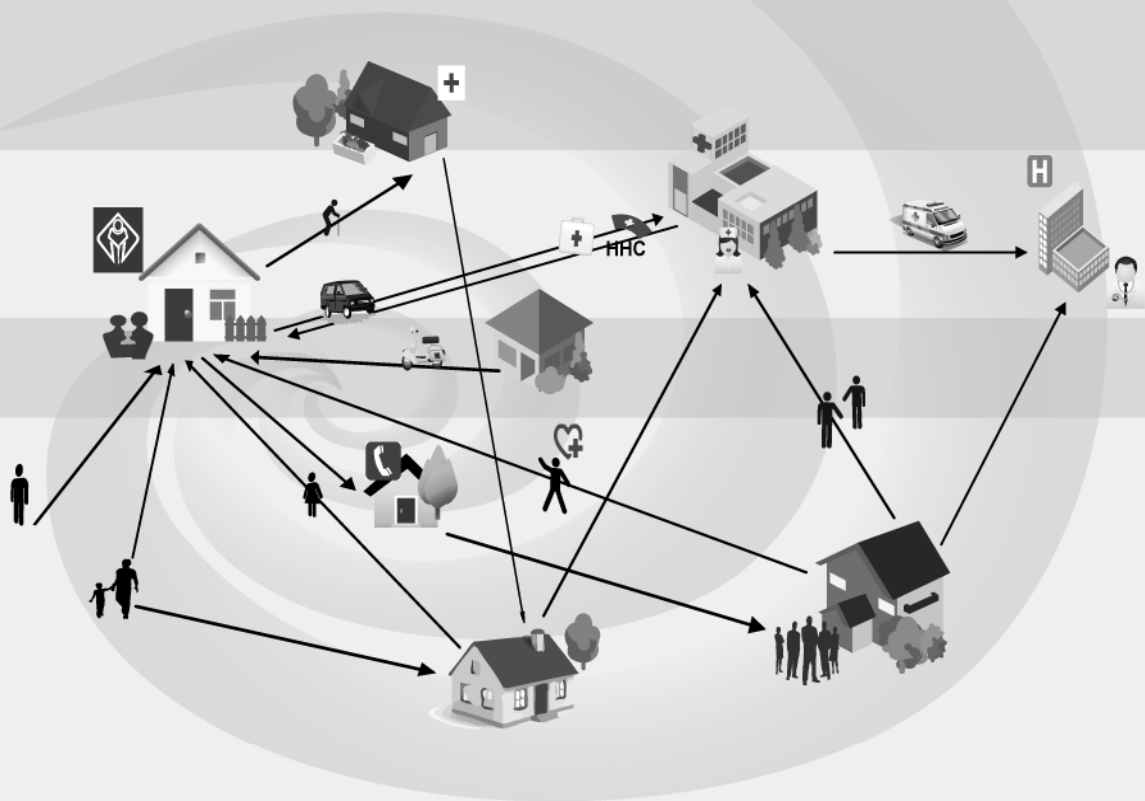


บูรณาการระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุไทย



ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.พส.)

บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

พิมพ์ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552)

สงวนลิขสิทธิ์โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

จัดพิมพ์โดย

โรงพิมพ์ เจพรีน 2

20 ท่าพระจันทร์ ท่าช้างยามหาธาตุ เขตพระนคร กรุงเทพฯ

คำนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยก่อให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อเตรียมระบบบริการให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุ สภาพปัญหา และความต้องการมากยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาเรื่อง “บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย” เกิดขึ้นจากความต้องการในการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย แต่เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย การศึกษาเรียนรู้จากประเทศอื่นที่มีการดำเนินงานมาก่อนจึงเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญ เพื่อนำความรู้เหล่านั้นมาเป็นบทเรียนในการสร้างและพัฒนาให้เกิดระบบที่ดีต่อไป ดังนั้นงานวิจัยเรื่องนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมการสำหรับการสร้างระบบบริการผู้สูงอายุของไทยในอนาคต ผลการศึกษาสามารถให้คำตอบสำหรับการพิจารณากำหนดนโยบายและบริการการดูแลระยะยาวในสังคมไทยได้ในระดับหนึ่ง

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำ และขอขอบคุณมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ในการสนับสนุนให้เกิดการศึกษาเรื่องนี้ ผู้ศึกษาหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุของไทยในอนาคต

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

บทคัดย่อ

การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและสังเคราะห์ วิธีการ แนวทาง และตัวแบบการบูรณาการ บริการสุขภาพและสังคมของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำมาประยุกต์และนำเสนอ ความเป็นไปได้ในการจัดระบบบูรณาการดูแลระยะยาวในประเทศไทย เป็นการวิจัยเอกสาร เก็บข้อมูลจากตำรา บทความ เอกสาร สิ่งตีพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการสัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้องในระบบการให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาโดยสังเขปมีดังนี้

การบูรณาการบริการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถาบัน บุคคลที่ให้บริการและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และความพึงพอใจ กลวิธีการ บูรณาการบริการสุขภาพและสังคมนั้น ต้องเริ่ม จากการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร การบริหารจัดการที่มุ่งเน้นท้องถิ่นเป็นหลัก การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาว ไปยังหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น การสนับสนุนให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้าน และ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่าง ผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาการกระจาย บริการ และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ ส่วนเทคนิคการบูรณาการที่ประเทศต่างๆ ใช้ คือ การสร้างระบบการเข้าถึงบริการ สร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย และรูปแบบ การดำเนินงานแบบเครือข่าย

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวของประเทศไทย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสั้น (1-5 ปี) ควรจัดทำโครงการทดลองขึ้นในท้องถิ่น /ชุมชน โดยมี องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแกนหลัก มีหน่วยงานด้านสุขภาพและสังคมเป็นหน่วยงาน สนับสนุน ร่วมพัฒนาทั้งระบบและทีมงาน ระยะกลาง (5 -10 ปี) กระจายความรับผิดชอบการ ดูแลระยะยาวลงสู่ท้องถิ่นให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นทำหน้าที่บริหาร และให้หน่วยงานภายใน ชุมชนทำหน้าที่เป็นจุดเข้าถึงบริการและระยะยาว ควรมีการสร้างระบบบูรณาการขึ้นใหม่ โดย ปรับโครงสร้างองค์กร และกำหนดนโยบายระดับชาติเป็นการจัดบริการภายใต้การจัดการของ องค์กรเดียว

ABSTRACT

The research on “The Integrations of Long term Care System for the Elderly in Thailand ” aims to Study and analyze methodologies, approaches and models of health and social services integration in foreign countries as well as and apply for propose the proper long term care system for the elderly in Thailand. The documentary research was applied and data was collected from textbooks, articles, documents, printings and electronic media, including interview of excusive offices relating to service systems. The study results are summarized as follows. The integration of services for the elderly means the support consistently provided by institutions, service providers and families so that the elderly are able to access to quality and efficient and satisfied services.

Regarding health and social service integration, it should begin with government policy and resource allocation. The management should be mainly focused at local level. Responsibilities on long term care should be transferred to local government agencies. The integration techniques applied by several countries are the Point of entry (POE) system, the Case Management system and the Care Network models. The integration health service and social service integration in Thailand has no specific model and is operated separately.

The recommendations are that, for short term (1-5 year) pilot project should be implemented in local areas or communities. Providing Sub-District Administrative Organization (SAO) As core term, health and social agencies should support system and manpower. For medium term (5-10 year) the delegation of responsibility on long-term care to the local administrative is recommended. Community units should act as the point of service entry. For long term (10 year +) the Integration system should being together organizations restructuring at national level.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ชื่อโครงการ บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

บทนำ

จากการที่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้ตระหนักต่อปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ ได้ร่วมกันเตรียมการวางแผนและดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว เจ็บป่วยเรื้อรัง และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง นับเป็นกลุ่มหนึ่งที่ประเทศได้ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและช่วยให้ผู้สูงอายุได้อยู่อย่างมีความสุข ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและต้องการระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care System) จำเป็นต้องมีรูปแบบเฉพาะในการให้บริการภายใต้การบูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน แต่เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย ซึ่งจำเป็นต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ การศึกษาจากประเทศต่างๆ ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก่อนประเทศไทย และมีประสบการณ์ในการบูรณาการการดูแลผ่านการพัฒนามาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เพื่อนำสิ่งเหล่านั้นมาเป็นแนวทางการเรียนรู้ และประยุกต์ใช้ในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้จึงมีการทบทวนองค์ความรู้และสังเคราะห์ข้อมูลการบูรณาการการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและสังเคราะห์วิธีการ แนวทาง และตัวแบบการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมของต่างประเทศ วิเคราะห์และประยุกต์การดูแลที่ดีในสังคมเมือง ชนบท และระดับสถาบันของประเทศไทยกับผลการศึกษาจากต่างประเทศ และนำเสนอแนวทางบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เก็บข้อมูลจากตำรา บทความ เอกสาร สิ่งตีพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระบบการให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษามีดังนี้

1. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นคำที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน และอาจกล่าวได้ว่าเป็นผลผลิตของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ และภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของประชากรโลก อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทุกคน ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิการ ต้องการบริการการดูแลระยะยาว แต่เนื่องจากผู้รับบริการการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลระยะยาวจึงกลายเป็นบริการของผู้สูงอายุไปโดยปริยาย การดูแลระยะยาวมีหน้าที่ที่ต้องกำหนดความต้องการใช้บริการ การพัฒนาการให้บริการและการกำหนดนโยบายระบบบริการ โดยการดูแลระยะยาวที่ดีต้องเป็นการประสานกิจกรรมและบริการจากหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน เนื่องจากต้องตอบสนองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการบริการหลากหลายประเภทเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ ขณะที่บริการด้านสังคมก็มีความสำคัญต่อผู้รับบริการ และเป็นเครื่องมือที่จะช่วยลดภาระของการดูแลระยะยาวลงได้เช่นกัน

ดังนั้นในการวิจัยเรื่องนี้จึงได้ให้ความหมายของ การดูแลระยะยาว ว่าหมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2. การดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ ความหมาย ประเภทและรูปแบบ

คำว่า “บูรณาการ” (Integrate) ได้ถูกนำมาใช้แพร่หลายในทุกวงการ เฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริหาร โดยทั่วไปมีความหมายว่า เป็นการผสมผสาน การรวมตัวเป็นกลุ่มก้อน และรวมถึงการประสานงานซึ่งกันและกันด้วย ในด้านบริหาร บูรณาการ หมายถึง การผสมผสาน/การรวมทรัพยากรเพื่อนำมาบริหารจัดการร่วมกัน เพื่อให้เกิดระบบบริการที่ดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นคำ

ว่า บูรณาการ เมื่อนำไปใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงกลายเป็นประเด็นหลักของการปฏิรูปด้านสุขภาพอนามัยของประเทศต่างๆ ที่ประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้วต่างปรับปรุงบริการด้านการดูแลสุขภาพเชิงบูรณาการ ซึ่งหมายถึง การจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถาบัน บุคลากรผู้ให้บริการและครอบครัว เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

การจะบูรณาการบริการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุนั้น ได้มีนักวิชาการแบ่งประเภทการบูรณาการออกเป็นมิติต่างๆ ได้หลากหลาย ได้แก่ 1) การเชื่อมโยงบริการ (Linkage) 2) ความร่วมมือ (Co-ordination) 3) การประสานบริการ (Cabinet Model) 4) การทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร (Umbrella Model) และ 5) การสร้างองค์กรขึ้นใหม่ (Consolidation Model) ซึ่งจะเห็นว่า รูปแบบการบูรณาการมีหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานมาจากมุมมองที่แตกต่างกัน โดยการบูรณาการเป็นเสมือนชุดของความร่วมมือการร่วมกิจ การเป็นหุ้นส่วน และการควมรวมระบบบริการการดูแล (Joint venture) เข้าด้วยกัน การกำหนดรูปแบบอาจไม่มีความสำคัญเท่ากับความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และผลลัพธ์ที่ต้องการ

3. การบูรณาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

จากกรอบการดำเนินงานของนักวิชาการต่างๆ สรุปได้ว่า การเริ่มต้นในการบูรณาการบริการการดูแลระยะยาวนั้น ควรเริ่มจากการแบ่งปันวิสัยทัศน์ และสร้างความเข้าใจในปรัชญาที่เป็นหลักพื้นฐานในการบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วย การเชื่อมั่นในผลประโยชน์ของระบบ มุ่งมั่นที่จะนำเสนอบริการและเงินทุนที่ยั่งยืน มุ่งมั่นต่อโมเดลด้านจิตวิทยาเชิงสังคมด้านการดูแลผู้สูงอายุ มุ่งมั่นด้านการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งมั่นต่อการตัดสินใจที่อิงกับหลักฐาน ส่วนของการดำเนินการนั้น ประเทศต่างๆ ได้มีพัฒนาการของระบบมาอย่างต่อเนื่อง และพยายามสร้างระบบบูรณาการบริการสุขภาพและสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ และมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นแกนหลักอยู่ 4 ประการ ได้แก่ 1) การวางแผนและการพัฒนานโยบาย 2) การจัดระบบการเข้าถึงบริการ การประเมินผู้รับบริการ และการกระจายบริการในระดับท้องถิ่น 3) การควบคุมค่าใช้จ่าย และการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และ 4) การประเมินคุณภาพและการคุ้มครองผู้รับบริการ

ส่วนกลวิธีการบูรณาการนั้น พบว่า การกำหนดให้มีหน่วยงานที่เป็นกลางในการกำหนดนโยบายและทรัพยากร เป็นการช่วยให้ระบบการบูรณาการดำเนินไปได้อย่างดี แต่ละประเทศได้มุ่งเน้นการบริหารจัดการในท้องถิ่นเป็นหลัก โดยถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างใกล้ชิดและตรงตามความต้องการ นอกจากนี้ ยังไม่สนับสนุนการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มเติม แต่ให้สนับสนุนการพัฒนาให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้านมากขึ้น โดยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการกับการดูแลภายในครอบครัว มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม และให้ความสำคัญกับผู้ดูแล โดยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาการกระจายบริการ และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ

เทคนิคการบูรณาการบริการที่เป็นที่สนใจของประเทศต่างๆ และนำมาใช้อย่างมากในปัจจุบัน คือ การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ การอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว โดยจัดบริการการดูแลระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันระหว่างองค์กร ซึ่งทำให้เกิดการทำงานเป็นเครือข่าย การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การปรับปรุงสภาวะแวดล้อมในชุมชน และการจัดบริการหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน

4. การบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมของประเทศไทย

การบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมของประเทศไทย ยังปรากฏรูปแบบไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่ให้บริการด้านสังคม คือ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังทำงานในลักษณะแยกส่วน โดยใช้ฐานของหน่วยงานที่แยกจากกันเป็นหลักในการดำเนินงาน รูปแบบของการให้บริการนั้นอาจมีลักษณะการให้บริการที่เป็นการดำเนินการตามแผนงานและพันธกิจของแต่ละองค์กรที่ได้รับมอบหมายในการให้บริการ โดยเป็นลักษณะการบูรณาการผ่านการจัดการดูแล ที่เป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลในโรงพยาบาล และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพทั่วไป ทางด้านสังคม บริการการจัดการดูแลเกิดขึ้นในสถานที่ให้บริการ เช่น สถานสงเคราะห์หรือสำนักงานด้านสงเคราะห์ช่วยเหลือ การติดตามเยี่ยมเยียนที่อยู่อาศัยของอาสาสมัคร ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยยังไม่มีการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และครบถ้วน

5. ข้อควรพิจารณาในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

ก่อนที่จะมีการกำหนดแนวทางการบูรณาการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยนั้น มีข้อควรพิจารณาที่ต้องทำความเข้าใจร่วมกัน ระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้วางแผน และผู้ปฏิบัติงาน ในประเด็นสำคัญต่างๆ ได้แก่ การทำความเข้าใจกับความหมายของการดูแลระยะยาวให้ชัดเจนและถ่องแท้ เนื่องจากความหมายของการดูแลระยะยาวได้ก่อให้เกิดข้อถกเถียงถึงขอบเขตความรับผิดชอบของระบบการดูแลระยะยาว โดยงานวิจัยเรื่องนี้สนับสนุนและหมายถึงกลุ่มผู้รับบริการ ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเอง หรือไม่สามารดูแลตนเอง หรือทำกิจกรรมตามปกติได้ ไม่ว่าจะเป็นภาวะทุพพลภาพด้านร่างกาย หรือด้านการรับรู้ก็ตาม ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุนั้นครอบคลุมผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้มีโรคความจำเสื่อม (Alzheimer) ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น หรือมีภาวะพึ่งพาในระดับ 3-4 ขึ้นไป * โดยสาระสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว คือ การบริหารจัดการระบบบริการต่างๆ ให้เหมาะสมที่สุด และให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการโดยง่าย นอกจากนี้ ปัญหาการกำหนดประเภทบริการและสถานที่ให้บริการค่อนข้างมีความสับสนและเกิดความเข้าใจผิดเช่นกัน เฉพาะอย่างยิ่งการนำคำเหล่านั้นมาใช้ในประเทศไทย เนื่องจากประเทศต่างๆ กำหนดชื่อเรียกประเภทบริการที่แตกต่างกัน ควรมีการร่วมกันบัญญัติศัพท์ขึ้นมาใช้ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของผู้สูงอายุไทย ประเด็นด้านการทำความเข้าใจนโยบายระดับชุมชนเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดการบูรณาการบริการที่ดีคือ การที่ชุมชนได้กำหนดนโยบายการดูแลโดยชุมชนขึ้น และการวางแผน การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ระหว่างนโยบายด้านสุขภาพและสังคม การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการระดับพื้นที่/ชุมชน เป็นเงื่อนไขหนึ่งของความสำเร็จของระบบบูรณาการ การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการในระดับรากหญ้า และความต้องการของประชาชนระดับล่าง เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการ เพื่อสร้างระบบบูรณาการที่สมบูรณ์ และสามารถเพิ่มการกระจายบริการ และควบคุมคุณภาพของระบบได้อย่างเหมาะสม

* ภาวะพึ่งพาในระดับ 3 หมายถึง การพึ่งพามาก มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

ภาวะพึ่งพาในระดับ 4 หมายถึง การพึ่งพาโดยสมบูรณ์ มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

6. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบบริการ

เนื่องจากบริการการดูแลระยะยาวที่เป็นระบบเฉพาะยังไม่เกิดขึ้นในประเทศไทย การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย ควรเริ่มจากการแยกประเภท ของ ผู้รับบริการออกอย่างชัดเจน และกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาเป็นกลุ่มหลักในการ ให้บริการ โดยการริเริ่มบริการประเภทนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งระยะเวลาเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 ระยะเริ่มต้น

ควรมีการจัดทำโครงการทดลองในระดับตำบล (ท้องถิ่น) เพื่อสร้างกระแส และ เรียนรู้ศักยภาพในการให้บริการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดโครงการทดลอง โดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นแกนนำ ให้องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหัวหน้าทีม มีกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุน วิชาการ และ /หรือศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) เป็นหน่วยงานสนับสนุน
2. พัฒนานโยบายร่วมกัน รวมทั้งพัฒนาทีมงานด้วย
3. พัฒนาระบบบริการเฉพาะอย่างยิ่งระบบการเข้าถึงบริการและส่งต่อ ผู้รับบริการ
4. ประเมินผล และถอดบทเรียน
5. เผยแพร่ความรู้ที่ได้ไปสู่สาธารณะ เพื่อสร้างการตระหนักรู้แก่ชุมชนและนำ ผลไปสร้างระบบบูรณาการต่อไป

ช่วงที่ 2 ระยะกลาง

เนื่องจากการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เป็นบทบาทหน้าที่หลักของท้องถิ่น ซึ่งหลังจาก การทดลองในระยะเริ่มต้นแล้วคาดว่า หน่วยงาน สังคม ชุมชน ผู้สูงอายุ และครอบครัว จะเกิด การรับทราบ และการเรียนรู้ในระดับหนึ่ง ดังนั้นช่วงระยะเวลากลาง ควรดำเนินการดังนี้

1. คัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีความพร้อม เช่น มีการจัดบริการ ผู้สูงอายุถึงบ้าน มีการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพและสังคมเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น
2. กำหนดคณะกรรมการบริหารระดับท้องถิ่น ที่มาจากหน่วยงานบริการด้าน สุขภาพ ด้านสังคม ท้องถิ่น ประชาชน ผู้แทนครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้แทนผู้ดูแล เพื่อทำ หน้าที่กำหนดนโยบายการจัดรวมบริการและการบริหารงาน

3. สร้างระบบการเข้าถึงบริการ (Point of Entry) ให้สามารถมีช่องทางเข้าถึงโดยง่าย สะดวก และหลากหลายวิธี
4. ประเมิน/ติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งการรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวผู้ใช้บริการด้วย
5. สร้างและพัฒนามาตรฐานการให้บริการ การพัฒนาที่มุงาน และบุคลากรอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง
6. ถอดบทเรียน และรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน
7. ถ่ายทอดความรู้สู่สาธารณะ

ช่วงที่ 3 ระยะพัฒนาสู่ระบบที่สมบูรณ์

ในโอกาสที่ประชากรสูงอายุไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 ขณะเดียวกันโครงสร้างครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง และเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุลดลง ความจำเป็นของการสร้างหน่วยงานรับผิดชอบการดูแลระยะยาวขึ้นโดยเฉพาะ เป็นสิ่งจำเป็นและหลีกเลี่ยงได้ยาก ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่สมบูรณ์ จึงควรเกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ปรับโครงสร้างองค์กร โดยสร้างระบบบูรณาการขึ้นใหม่ แยกส่วนออกมาจากระบบที่มีอยู่เดิม
2. จัดสร้างระบบการเงิน เพื่อให้การบริการขึ้นใหม่ โดยรวมงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการ
3. จัดทำระบบการเข้าถึงบริการ (POE)
4. กำหนดความรับผิดชอบ/ ประเภทบริการของแต่ละหน่วยงานที่มีความชำนาญอยู่เดิม ให้ยังคงให้บริการตามความเชี่ยวชาญ แต่ภายใต้การบริหารขององค์กรใหม่ โดยใช้ระบบ POE เป็นตัวเชื่อม เป็นการจัดบริการภายใต้การจัดการขององค์กรเดียว
5. พัฒนามาตรฐานการดูแลระยะยาว และสร้างเกณฑ์ในการบังคับใช้
6. ขยายบริการ โดยให้เอกชนร่วมรับผิดชอบภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรหลัก

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	i
บทคัดย่อ	ii
ABSTRACT.....	iii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	iv
สารบัญ	xi
บทที่	
1 บทนำ	
ความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	2
ขอบเขตการศึกษา.....	3
วิธีการศึกษา.....	3
2 ความหมาย ประเภท รูปแบบของการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบบูรณาการ	
ตอนที่ 1 ความหมายของการดูแลระยะยาว ประเภท รูปแบบ	5
ตอนที่ 2 ความหมายของการดูแลแบบบูรณาการ ประเภท และรูปแบบ.....	16
ตอนที่ 3 กรอบการดำเนินงานการดูแลแบบบูรณาการ	21
3 การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวและโครงการตัวอย่าง	
ตอนที่ 1 โครงสร้างการบริหารระบบการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกา.....	39
ตอนที่ 2 การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวของรัฐแคลิฟอร์เนีย.....	44
ตอนที่ 3 การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวของรัฐแมสซาชูเซตส์.....	68
ตอนที่ 4 องค์ประกอบของระบบการดูแลระยะยาวที่ประสบความสำเร็จ.....	87

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	กลวิธีและเทคนิคในการบูรณาการระบบบริการการดูแลระยะยาว และ กรณีศึกษา	
	ตอนที่ 1 กลวิธีและเทคนิคในการบูรณาการระบบบริการการดูแลระยะยาว.....	99
	ตอนที่ 2 กรณีศึกษาโครงการที่มีแนวปฏิบัติที่ดี.....	116
5	ระบบบริการดูแลระยะยาวของประเทศไทย	
	ตอนที่ 1 การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย.....	141
	ตอนที่ 2 ปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการจัดตั้งระบบการดูแลระยะยาวของไทย.....	157
	ตอนที่ 3 สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นในระบบการดูแลระยะยาวของไทย.....	169
6	ข้อควรพิจารณาและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย	
	ตอนที่ 1 ข้อควรพิจารณาในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว.....	179
	ตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย.....	188
	บรรณานุกรม	193
	ภาคผนวก	
	ผนวก 1 รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้บริหารระดับสูง/ นักวิชาการ ที่ขอคิดเห็นในการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย.....	205
	ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย.....	207
	ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์.....	217

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหา

จากการที่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้ตระหนักต่อปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ ได้ร่วมกันเตรียมการวางแผนและดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปีมาแล้ว แต่เนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ระบุว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปีแรกเมื่อ พ.ศ. 2548 แล้ว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเร่งกำหนดนโยบาย แผนงาน ปรับเปลี่ยนระบบสวัสดิการและการจัดบริการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประชากรดังกล่าว

ระบบสวัสดิการและบริการของประเทศกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่รูปแบบสวัสดิการแบบบูรณาการ (Welfare Mix) ซึ่งเป็นการจัดสวัสดิการที่เข้าถึงปัญหาและความต้องการของกลุ่มคนที่หลากหลาย จากฐานครอบครัวและชุมชนที่มีสถาบันศาสนาเป็นแกนยึดเหนี่ยว มีระบบความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกันของคนในภาคส่วนของสังคม ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรอาสาสมัคร องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชน มาดำเนินงาน ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ต่างฝ่ายต่างตอบแทนกัน บนฐานความสัมพันธ์ใหม่ที่เป็นหุ้นส่วนการพัฒนาสวัสดิการอย่างเท่าเทียมกัน โดยทุกฝ่ายต่างตระหนักว่าการให้การดูแลปัจเจกบุคคลนั้น ต้องผสมผสาน กาย จิต ปัญญา และสังคม นอกจากนั้น แนวคิดดังกล่าวนี้เมื่อนำมาใช้ในสถานการณ์ผู้สูงอายุแล้ว หมายถึงว่าระบบบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ ควรเป็นรูปแบบการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน

ระบบการบูรณาการการดูแลและบริการนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางกายภาพของผู้สูงอายุ เครือข่ายการดูแล และสถาบันที่ให้บริการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้นั้นมีรูปแบบหนึ่งซึ่งมีนักวิชาการได้ศึกษาและได้นำเสนอ รูปแบบสวัสดิการที่เน้นการเสริมพลัง

(Empowerment Welfare) เป็นระบบที่เหมาะสมกับการให้บริการผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และมีความต้องการระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care System) จำเป็นต้องมีรูปแบบเฉพาะ ซึ่งผลการศึกษาถึงตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัว ชุมชนและในสถาบันภายใต้บริบทของสังคมไทยทั้งเขตเมืองและชนบทพบว่า บริการสุขภาพและสังคมเป็นสิ่งที่เกื้อกูลให้ผู้สูงอายุและครอบครัว สามารถดำเนินชีวิตในช่วงการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ เป็นอย่างดี และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงนี้มีความต้องการบริการอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในระบบการดูแลระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การบูรณาการบริการในระบบการดูแลระยะยาวสามารถกระทำได้หลายรูปแบบภายใต้บริบทและเงื่อนไขที่แตกต่างกัน และนักวิชาการได้ให้ข้อคิดเห็นต่อการบูรณาการแตกต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องมีการทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยศึกษาจากประเทศที่มีการดำเนินงานด้านนี้มาก่อน ทั้งประเทศแถบทวีปยุโรป อเมริกา และทวีปเอเชีย เพื่อนำสิ่งเหล่านั้นมาเป็นแนวทางการเรียนรู้และนำมาประยุกต์เข้ากับผลการศึกษาที่ได้จากบริบทของสังคมไทย ดังนั้นจึงมีการทบทวนองค์ความรู้และสังเคราะห์ข้อมูลการบูรณาการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเด็น โดยมีโจทย์วิจัยว่า ความหมาย ประเภท รูปแบบของการดูแลระยะยาว และการดูแลแบบบูรณาการ การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวและโครงการตัวอย่าง แนวปฏิบัติที่ดีและนวัตกรรมในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสังคม กลวิธีและเทคนิคในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสังคม ระบบบริการดูแลระยะยาวของประเทศไทย ข้อเสนอแนะการบูรณาการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย และนำผลการศึกษาของประเทศไทยมาเป็นแนวทางเพื่อสร้างระบบบูรณาการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมของประเทศไทยต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- (1) เพื่อศึกษาและสังเคราะห์วิธีการ แนวทาง และตัวแบบการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ
- (2) เพื่อวิเคราะห์และประยุกต์การดูแลที่ดีในสังคมเมือง ชนบท และระดับสถาบันของประเทศไทยกับแนวคิดและผลการศึกษาจากต่างประเทศ

(3) เพื่อนำเสนอแนวทางบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย

3. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวกับการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมของประเทศต่างๆ เท่าที่มีข้อมูลปรากฏในเอกสารและสื่อ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมทุกประเทศ

4. วิธีการศึกษา

(1) การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการประมวลข้อมูลจากตำรา วารสารวิชาการ รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ และข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จากแหล่งข้อมูลในสถาบันการศึกษาต่างๆ ที่มีการศึกษาเกี่ยวข้องกับการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว โดยข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

(2) เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมาจัดระบบ แยกประเภทตามเนื้อหา ทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ให้เห็นภาพรวมในแต่ละเนื้อหา

5. การนำเสนอผลการศึกษา

ถึงแม้ว่าการทบทวนในครั้งนี้ ไม่สามารถครอบคลุมการศึกษาได้ทุกเรื่องก็ตาม แต่ผลงานสำคัญและน่าเชื่อถือหลายเรื่องได้ถูกนำมาใช้ เพื่อให้เห็นภาพการศึกษาอย่างสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยผู้ดำเนินงานได้แบ่งเนื้อหาออกเป็นทั้งสิ้น 7 บท

6. ประโยชน์ที่ได้รับ

(1) การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ เป็นการขยายองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้กว้างขวางและชัดเจนมากขึ้นกว่าเดิม

(2) ได้แนวทางการดำเนินงานบูรณาการบริการในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปขับเคลื่อนนโยบายและวางแผนบูรณาการระบบบริการดูแลระยะยาวต่อไป

7. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ระยะเวลา 7 เดือน (พฤศจิกายน 2551 – พฤษภาคม 2552)

8. ข้อจำกัดของการศึกษา

การสัมภาษณ์ผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง พบอุปสรรคในการติดต่อและการให้ข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารระดับสูง ซึ่งมีเวลาในการสนทนาค่อนข้างจำกัด และบางรายปฏิเสธการให้เวลาที่กะชั้นชิด ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อคิดเห็นใดๆ ได้ชัดเจน

บทที่ 2

ความหมาย ประเภท รูปแบบ ของการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบบูรณาการ

จากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมต่างๆ พบข้อมูลสำคัญที่จะนำเสนอในบทนี้ โดยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 3 ตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ความหมายของการดูแลระยะยาว ประเภท รูปแบบ
- ตอนที่ 2 ความหมายของการดูแลแบบบูรณาการ ประเภท และรูปแบบ
- ตอนที่ 3 กรอบการดำเนินงานการดูแลแบบบูรณาการ

ตอนที่ 1 ความหมายของการดูแลระยะยาว ประเภท รูปแบบ

1. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นคำที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลผลิตของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ และภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของประชากรโลก อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทุกคน ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิการ ต้องการบริการการดูแลระยะยาว แต่เนื่องจากผู้รับบริการการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป และมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลระยะยาวจึงกลายเป็นบริการของผู้สูงอายุไปโดยปริยาย ซึ่งความหมายที่แท้จริงของการดูแลระยะยาวนั้น มีดังนี้

1.1 ความหมาย

การให้ความหมายของคำว่า การดูแลระยะยาว ได้มีนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบและวิธีการในการดูแล ซึ่ง U.S Department of Health and Human Services ได้ให้ความหมายที่เน้นถึงการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง กล่าวคือ เป็นการให้บริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย หรือเป็นลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นเวลานาน (Brody, 1997,

p.14) หรือเป็นลักษณะของการดูแลสุขภาพแบบเต็มรูปแบบ ทั้งการบริการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และการบริการทางสังคม ซึ่งเป็นลักษณะที่ทำให้บริการที่บ้านและในชุมชนเป็นเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง และโดยมากจะเป็นการให้บริการแก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในการดูแลตนเองและต้องการพึ่งพาผู้อื่น (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2550) ทั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่ยังอยู่ในช่วงการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยเรื้อรังให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการดูแลระยะยาว ส่วนมากไม่จำเป็นต้องมีทักษะ ในการดูแลมากนัก เนื่องจากการให้บริการเป็นกิจกรรมทั่วไป เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียง หรือเก้าอี้ เป็นต้น

อีกความหมายหนึ่ง เป็นความหมายที่เน้นการจัดบริการ และระบบการบริหารจัดการ โดยคอฟฟ์ (Koff, 1982, p.1) มีมุมมองว่า ตั้งแต่ในช่วงต้น ค.ศ.1980 คำว่า การดูแลระยะยาว มีความเชื่อมโยงถึงบริการทางสังคมและสุขภาพที่มีความสัมพันธ์และต่อเนื่องกัน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องระหว่างการให้บริการโดยผ่านสถาบันกับการให้บริการโดยไม่ผ่านสถาบัน รวมทั้งการประสานระหว่าง นโยบายสาธารณะ งบประมาณ การจัดการรายบุคคล (case management) เพื่อจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการแก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังในรูปแบบบริการทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ (Kene, 2006)

ตามความเข้าใจโดยทั่วไปนั้น “การดูแลระยะยาว หมายถึง การให้ความช่วยเหลือระยะหนึ่งแก่บุคคลที่ประสบความยากลำบากเนื่องจากภาวะทุพพลภาพ โดยไม่มีการกำหนดประเภทของการช่วยเหลือ และจำกัดผู้ให้การช่วยเหลือ ผู้ให้การดูแลอาจเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อน และครอบครัว ก็เป็นได้ (ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษจัดว่า การให้ความช่วยเหลือโดยครอบครัว เป็นการให้ความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ โดยรัฐจะให้การช่วยเหลือส่วนเพิ่มเติมอย่างเป็นทางการ) บุคคลสามารถเข้ารับบริการการดูแลระยะยาวได้ หากไม่สามารถดูแลตนเองหรือกระทำกิจกรรมตามปกติได้ ไม่ว่าจะเป็ภาวะทุพพลภาพด้านร่างกายหรือการรับรู้ก็ตาม”

เช่นเดียวกัน โฮย์แมนและไคยัค (Hooyman and Kiyak, 2002, p.539) ได้ให้นิยามว่าการดูแลระยะยาว เป็นการกล่าวถึงภาพกว้างในระดับของการให้บริการสนับสนุน และการเตรียมการช่วยเหลือให้แก่บุคคลที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

นอกจากนั้น ยังมีผู้ให้ความหมายในมิติของความต้องการของบุคคล และบทบาทของนักวิชาชีพที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ซึ่ง โทมัส เดย์ (Tomus Day) ได้กล่าวว่า “การดูแลระยะยาว คือ ความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ต้องการให้อีกบุคคลช่วยเหลือเขาเกี่ยวกับด้านร่างกายหรืออารมณ์เป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยการช่วยเหลือดังกล่าวอาจมีความต้องการให้ช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆหรือในด้านสุขภาพ ซึ่งอาจรวมถึงการช่วยเหลือกิจกรรมดังต่อไปนี้ การเดิน การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การจัดการเรื่องการเงิน เป็นต้น และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548, น.94) ระบุว่า การจัดบริการระยะยาว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ สังคม และอื่นๆ หรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือประชาชนทั่วไป เพื่อให้บริการกับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการจัดบริการเพื่อให้บุคคลสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันให้อยู่ในสังคมได้ โดยมุ่งตอบสนองกิจกรรมพื้นฐานใน 6 กลุ่มด้วยกัน คือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อหาสินค้าบริโภคอุปโภค การเตรียมอาหาร และการดูแลที่พักอาศัย ซึ่งความหมายดังกล่าวนี้ไม่แตกต่างจากที่ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น.25) ได้อธิบายว่า การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการที่เป็นลักษณะการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน โดยให้เกิดการกระจายบริการด้านสุขภาพสังคมไปสู่กลุ่มเป้าหมายให้ทั่วถึงที่สุด ทั้งนี้เพื่อทดแทนความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถ กระทำหน้าที่ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

คำว่า บริการสุขภาพ (Health Service) นั้นองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง บริการที่ครอบคลุมการดำเนินการวินิจฉัย และรักษาโรค การส่งเสริม การบำรุงรักษา หรือการซ่อมแซมสุขภาพ บริการสุขภาพเป็นบริการที่มีหน้าที่ชัดเจนในระบบของสุขภาพ ทั้งผู้ใช้บริการและสาธารณสุขชนทั่วไป ขอบเขตการบริการครอบคลุมถึงปัจจัยนำเข้าต่างๆ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร เครื่องมือ และยารักษาโรค ต่างเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินการระบบบริการสุขภาพ

ส่วนการบริการสังคม (Social Services) นั้น คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม แห่งชาติ (2009) ให้ความหมายว่าหมายถึง หน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของรัฐบาล และเอกชนที่มีต่อประชาชนในการจัดสรรบริการ เพื่อสร้างเสริมชีวิตความเป็นอยู่และสวัสดิภาพ

ของประชาชน ด้วยจุดมุ่งหมายของการป้องกัน การบำบัดความเดือดร้อน การสร้างเสริมและ พัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ ตลอดเวลาได้อย่างเป็นสุข ตามควรแก่อัตภาพ ทั้งนี้ บริการสังคมจะแตกต่างจากบริการ สาธารณะและสาธารณูปโภค ด้วยปัจจัยของการเป็นบริการที่มุ่งเน้นสวัสดิภาพของบุคคล มากกว่าการจัดสรรบริการทางกายภาพเพื่อชุมชน และโครงสร้างปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ลักษณะของบริการสังคมในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุม การให้ คำปรึกษาทางสังคมและจิตใจ (Social counselling) การช่วยเหลือในที่พักอาศัย (Domiciliary care) เช่น การจัดการด้านอาหาร การช่วยดูแลบ้าน การช่วยเหลือส่วนบุคคล (Personal assistance) การช่วยเหลือบางช่วงเวลา (Respite care) ศูนย์ดูแลเวลากลางวัน (DayCare center) และบริการอื่นๆ ที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

จากความหมายที่หลากหลายของการดูแลระยะยาวนี้ ก่อให้เกิดข้อความพิจารณา ต่อหลายประการโดยการทำหน้าที่ที่แท้จริงคือ การกำหนดความต้องการใช้บริการการดูแล ระยะยาว การพัฒนาการให้บริการระยะยาวและการกำหนดนโยบายระบบบริการ โดยการดูแล ระยะยาวที่ดีต้องเป็นการประสานกิจกรรมและบริการจากหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน เนื่องจากกรณี หน้าที่บริหารจัดการผู้เจ็บป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความจำเสื่อม ต้องการบริการ หลากหลายประเภท เฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ ขณะที่การออกแบบที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม และรายได้สำหรับซื้ออุปกรณ์และเครื่องช่วยเหลือต่างๆ ซึ่งเป็นบริการด้านสังคมก็มีความสำคัญต่อผู้รับบริการและเป็นเครื่องมือที่จะช่วยลดภาระของการดูแลระยะยาวลง

ดังนั้นในการวิจัยเรื่องนี้จึงได้ให้ความหมายของ การดูแลระยะยาว ว่าหมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อ ตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อัน เนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าว มักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้ได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

1.2 ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาว

ดังที่กล่าวไว้ในความหมายว่า การดูแลระยะยาวมีความจำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือ ผู้พิการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากภาวะ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาภาวะเฉียบพลัน ที่ควรได้รับการบำบัดหรือฟื้นฟูภายหลังการรักษาทางการแพทย์ ผู้พิการ ทูพพลภาพ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

ในประเด็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ถูกจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความ จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวนั้น เป็นสาระสำคัญของประเทศต่างๆ ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น สหรัฐอเมริกา จากสถิติ U.S. Department of Health and Human Services ปี 2008 พบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 65 ปี มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาว ประมาณ 9 ล้านคน โดยในปี 2020 จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 12 ล้านคน ในขณะที่คนส่วนใหญ่ที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่ายังเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวดังกล่าว อย่างไรก็ตาม บุคคลที่ต้องการการดูแลระยะยาวสามารถมีอายุเท่าใดก็ได้ จากสถิติร้อยละ 40 ของประชากร ปัจจุบันคือผู้ได้รับการดูแลระยะยาว ประเทศญี่ปุ่น และสาธารณรัฐเยอรมัน โรงพยาบาลจะ จัดเตรียมทั้งการดูแลระยะยาวและการดูแลการป่วยแบบเฉียบพลัน/สาหัส (Acute care) ดังนั้นตัวเลขของผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ โดยผ่านสถาบัน/สถานพยาบาลจึงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และบุคคลเหล่านี้ต้องการการดูแลระยะยาวทั้งสิ้น (Hooyman and Kiyak, 2002, p.344)

สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ไม่มีการศึกษาสถิติโดยตรงแต่มีการเก็บข้อมูลและ งานวิจัยหลายเรื่องที่สามารถนำมาทำนายความต้องการการดูแลระยะยาวได้ กล่าวคือ การวิจัย เรื่อง “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์ และคณะ ปี 2542 พบว่า ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นภาวะของประเทศ โดยเฉพาะ ภาวะทุพพลภาพนับเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของผู้สูงอายุไทย ประมาณร้อยละ 7.0 ของประชากร สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล และร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยในจำนวนนี้ มากกว่าครึ่งต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลา

นอกจากนั้น หากพิจารณาจาก การคาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแสดง ว่าใน พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจำนวน 1,644,685 คน (ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีคนดูแล

ในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยจำนวน 412,910 คน (ร้อยละ 4.7 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนย้ายได้ จำนวน 78,622 คน (ร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุทั้งหมดที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตนจำนวน 602,316 คน (ร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) จากผลการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่าร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันประสบปัญหานี้ ประมาณว่าในปี พ.ศ.2558 จะมีผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมราว 291,633 คน (ร้อยละ 3.3 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) โดยประมาณร้อยละ 50.0 ของจำนวนนี้เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ , 2542)

นางลักษณีย์ พะโกยะ (2551) ได้ศึกษาความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้คาดการณ์นี้ คือ ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนใช้ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักจากสถิติแห่งชาติ (2551) โดยการคาดการณ์มีความสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากการรายงานของมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (2549) พบว่า ในการคาดการณ์ผู้สูงอายุพบว่า ในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุสูงมากถึง 7,639,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 499,873 คน (ร้อยละ 6.5) และในปี 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากถึง 10,776,000 คน และในจำนวนนี้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 741,766 คน (ร้อยละ 6.9) ดังรายละเอียดในตาราง

**ตารางการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้
และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปี 2553 และ 2563**

ปี	ดูแลตนเองได้	ต้องการคนดูแล	รวม
2553	7,139,127	499,873	7,639,000
2563	10,034,234	741,766	10,776,000

ที่มา : นางลักษณีย์ พะโกยะ , 2551.

จากสถิติดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ได้ว่าภาวะในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับประเทศไทยในอนาคต ดังนั้นแนวคิดการดูแลระยะยาวในครอบครัวจึงได้ถูกนำมาศึกษาและเตรียมการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ทันกับสภาพการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตไทย

การพิจารณาระดับความต้องการการดูแลระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวเป็นเพียงการประมาณจำนวนผู้ต้องการบริการอย่างกว้าง แต่บุคคลใดควรใช้บริการระดับใดนั้น เป็นเรื่องยากที่จะกำหนดให้ชัดเจน ซึ่งมีนักวิชาการกล่าวว่า ความต้องการบริการระยะยาวของบุคคลนั้น สามารถแบ่งได้หลายระดับ แต่ใครจะเป็นผู้เหมาะสมนั้น ไม่สามารถกำหนดได้ด้วยตัวชี้วัดตัวใดตัวหนึ่งเพียงลำพัง แต่ทิศทางของความต้องการและกระบวนการจัดระบบบริการ จะเป็นตัวช่วยกำหนดความต้องการเหล่านั้นด้วย (Leutz, 1999) ได้นำเสนอข้อเสนอดังนี้

1. ขอบเขตความต้องการครอบคลุมความยั่งยืนและความหลากหลายของสภาพการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ระยะเวลาที่ต้องการ เช่น ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว หรือช่วงสุดท้ายของชีวิต ความเร่งด่วนของการเข้าถึงบริการว่าเป็น ปัจจุบันทันด่วน วันนี้ สัปดาห์หน้า หรือเดือนหน้า ขอบเขตจำนวนความซับซ้อนของการให้บริการและระบบผลประโยชน์ และผู้ใช้บริการ หรือผู้ดูแลที่ต้องพิจารณาถึงความสามารถในการกำหนดความต้องการที่เหมาะสมของเขาเหล่านั้น

2. ในขอบเขตของการปฏิบัติงาน ควรมีความหลากหลายในโครงสร้างของระบบระบบที่จะสามารถจำแนกความพิการของบุคคล การจัดบริการระดับคลินิกที่จะตอบสนองความต้องการของบุคคล การจัดการส่งต่อไปรับบริการระหว่างหน่วยงาน การเก็บรวบรวมสารสนเทศ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการรายกรณี การจัดการของกองทุนจากแหล่งเงินหลากหลายแหล่ง รวมทั้งการเชื่อมประสานผลประโยชน์ระหว่างกัน

ซึ่งข้อแนะนำต่างๆ เหล่านี้ จะเห็นว่าเป็นการพิจารณาถึงประเด็นสำคัญของระบบบริการอย่างครอบคลุม ทั้งตัวผู้รับบริการ ผู้ดูแล และระบบการบริการต่างๆ ที่จะรองรับผู้ต้องการบริการเหล่านั้น ซึ่งมีรายละเอียดปลีกย่อยที่ต้องพิจารณาอีกหลากหลายประการ เพื่อให้ผู้ที่มีความต้องการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง

1.3 รูปแบบการดูแลระยะยาว

ลักษณะของการบริการที่จัดขึ้นตามแนวคิดการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย บริการหลายลักษณะ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000, p. 1) กล่าวว่า การดูแลระยะยาว เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในระบบสุขภาพและระบบสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลจากผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน) และผู้ให้การดูแลที่เป็นทางการ (นักวิชาชีพ และผู้ช่วย) ตลอดจนผู้ให้การดูแลตามประเพณี และอาสาสมัคร ส่วน คอฟฟ์ (Koff, 1982) ระบุว่า บริการสำหรับการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้บริการการส่งเรื่องต่อไปยังหน่วยงานอื่น การประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ และการให้บริการเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายมีความต้องการที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและแหล่งที่ให้การพึ่งพิง หรือให้การสนับสนุน การมีบริการดูแลระยะยาวจะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถทำกิจกรรมที่ต้องการในชีวิตประจำวันได้ เป็นการช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นของบุคคล รวมทั้งการได้รับบริการที่หลากหลาย และจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งไม่สามารถจัดการกับตนเองได้ กลุ่มผู้รับบริการที่อยู่ในข่ายของการได้รับการดูแลระยะยาวนี้ คือ บุคคลผู้ที่มีความสามารถในการทำหน้าที่เสื่อมถอยลงและต้องการบริการที่ใช้ระยะเวลายาวนาน ซึ่งการบริการเหล่านี้จะเน้นไปที่การฟื้นฟู การรักษาและรวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Sherwood, 1975) โดยการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่ของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก รวมทั้งประเทศไทยเป็นการดูแลในครัวเรือนสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นรูปแบบการดูแลระยะยาวจึงมีรูปแบบที่หลากหลาย

โดยหากพิจารณาว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวมีกี่ประเภทนั้นอาจกล่าวได้ว่า ขึ้นอยู่กับมิติของการพิจารณา หากพิจารณาตามมิติของลักษณะการให้บริการ คอฟฟ์ (อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, น.22) ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1) **รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการที่บ้าน (Integrated Home-Service Center Model)** เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ

ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ-ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์

2) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวมบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชราที่มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่ในสถาน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ-ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล

4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัดฟื้นฟู และการพักฟื้นภายหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการ คือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์ นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ โดยแบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1) **การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care)** หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่า ในสถานที่เดียวกัน

2) **การดูแลที่บ้าน (Home Care)** เป็นการเตรียมการดูแลในบ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด

3) **การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care)** เป็นการจัดบริการ โดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ

4) **การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care)** เป็นการดูแล โดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

ส่วนกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ุ์ สาสัจย์ (2550, น.43) ได้แบ่งรูปแบบการบริการระยะยาวตามมิติแหล่งให้บริการ ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

1) **บริการดูแลในสถานบริการ (institutional-based care)** เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน

2) **บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care)** เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านกายภาพบำบัด และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

จากข้อคิดเห็นของนักวิชาการ อาจกล่าวได้ว่า การดูแลระยะยาวมีรูปแบบการดูแลหลักอยู่ 3 รูปแบบ คือ การดูแลที่บ้าน (หรือในครอบครัว) การดูแลในชุมชน และการดูแลในสถาบัน โดย 3 รูปแบบนี้ สามารถอธิบายลักษณะการพึ่งพาแต่ละชั้นของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกัน อย่างไรก็ตาม การแบ่งประเภทและรูปแบบการดูแลระยะยาว ยังมีความสับสนและมีการจำแนกประเภทที่แตกต่างกัน โดยนิยมใช้มิติของแหล่งที่ให้บริการเป็นหลัก ในการกำหนด เช่น การพยาบาลที่บ้าน (Nursing Home Care : NH) หรือการดูแลที่บ้าน (Home Care) ซึ่งการกำหนดโดยวิธีนี้ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดต่อบริการการดูแลระยะยาวและก่อให้เกิดความสับสนในผู้รับบริการ ซึ่งสิ่งที่น่าสนใจไปสู่อุบัติการณ์นี้ เกิดจากความพยายามปรับปรุงบริการ

ของกลุ่มประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ที่ต่างประสบปัญหาที่ท้าทายในการให้บริการการดูแลระยะยาว เช่น ในประเทศอังกฤษการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน (Acute Care) เป็นความพยายามในการลดระยะเวลาการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ในขณะที่ความต้องการในการติดตามผลการรักษาและการฟื้นฟูยังคงมีอยู่ จึงนำสิ่งเหล่านี้ไปบวกรวมกับการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นบริการที่จัดให้หลังจากออกโรงพยาบาล บริการนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา เรียกว่า Post Acute Care เป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน และหน่วยการฟื้นฟูสุขภาพรูปแบบการบริการของการดูแลระยะยาวขึ้นอยู่กับสถานที่ในการให้บริการ การรักษาพยาบาลด้านกายภาพ อาชีพ และการฟื้นฟูการพูด การดูแลส่วนบุคคล การทำความสะอาดที่บ้าน ระบบการช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการฉุกเฉิน โทรศัพท์ติดต่อและการติดตามผล บริการ การจัดส่งอาหาร การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การขนส่ง การดูแลสุขภาพและสังคมทั่วไป ขอบเขตบริการรวมถึงพยาบาลเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือในที่อยู่อาศัย และการดูแลเป็นเพื่อน (ซึ่งบางครั้งเรียกว่าการดูแลในครอบครัว) และการดูแลอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในบ้านของผู้รับบริการนั้นๆ (Kane et al., 2000)

การแบ่งประเภทหรือขอบเขตของการดูแลระยะยาวค่อนข้างคลุมเครือและไม่สามารถแบ่งแยกประเภทได้โดยเด็ดขาด เช่น บริการดูแลทดแทน (respite care) บริการดูแลในครอบครัว (family care) การฟื้นฟู และการดูแลรายกรณี ต่างรวมอยู่ในบริการของการดูแลระยะยาว แต่เมื่อแยกประเภทบริการดูแลทดแทนให้ละเอียด พบว่าประกอบด้วย บริการดูแลที่บ้าน การดูแลช่วงเวลากลางวัน การดูแลค้างคืนชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีเวลาพักผ่อนส่วนตัว โดยบริการเหล่านี้สามารถกำหนดได้อย่างชัดเจนว่า จะให้บริการนี้แก่ผู้มีหน้าที่ดูแลกลุ่มใด โดยลักษณะบริการต่างๆ เหล่านี้ แตกต่างกันในแต่ละประเทศ และบางครั้งในประเทศเดียวกันแต่มีความแตกต่างกันในแต่ละรัฐ ซึ่งยากที่จะกำหนดหรือแบ่งประเภทและรูปแบบที่แน่นอน

เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมโดยยึดมิติของแหล่งบริการที่ผู้สูงอายุต้องไปใช้บริการแล้ว อาจกล่าวได้ว่า **การดูแลระยะยาวครอบคลุมแหล่งบริการที่บ้าน สถาบันที่ให้บริการ และชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว** ดังนั้น หากจะพัฒนาระบบบริการของการดูแลระยะยาวแล้ว การพัฒนาระบบบริการในครอบครัว ชุมชน และสถาบันจะเป็นองค์ประกอบหลักของระบบดังกล่าว

ตอนที่ 2 การดูแลแบบบูรณาการ ความหมาย ประเภท และรูปแบบ

2.1 ความหมาย

คำว่า “บูรณาการ” (Integrate) ได้ถูกนำมาใช้แพร่หลายในทุกวงการ เฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริหาร โดยทั่วไปมีความเชื่อว่า บูรณาการ หมายถึง การผสมผสาน การรวมตัวเป็นกลุ่มก้อน และรวมถึงการประสานงานซึ่งกันและกันด้วย ในด้านบริหาร บูรณาการ หมายถึง การผสมผสาน/การรวมทรัพยากรเพื่อนำมาบริหารจัดการร่วมกัน เพื่อให้เกิดระบบบริการที่ดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นคำว่า บูรณาการ เมื่อนำไปใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงกลายเป็นประเด็นหลักของการปฏิรูปด้านสุขภาพอนามัยของประเทศต่างๆ ที่ประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้วต่างปรับปรุงบริการด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งเชิงบูรณาการ ทั้งในประเด็นด้านการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการหลักของการปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการเพื่อมอบบริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นเป้าหมายของการบูรณาการการดูแลสุขภาพและสังคม คือ การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ คุณภาพของการให้บริการ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

คอดเนอร์ และคิเวียโคว์ (Kodner and Kyriacou, 2000) กำหนดนิยามของคำว่า “บูรณาการ” ว่าเป็นชุดของเทคนิคและโมเดลเชิงองค์การที่ออกแบบมา เพื่อสร้างความเชื่อมโยงแนวทาง และการร่วมมือระหว่างภาคการป้องกันและภาคการแก้ไข ทั้งระดับการจัดหาทุน การบริหาร และ/ หรือการจัดหา" หน่วยงาน The WHO European Office for Integrated Health Care Services ให้คำนิยามการดูแลแบบบูรณาการว่า "เป็นแนวคิดที่รวมเอาการป้องกัน ข้อมูล การนำส่ง การบริหาร และการจัดโครงสร้างของการบริการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย การรักษา การดูแล การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพ โดยการบูรณาการเป็นวิธีที่ช่วยปรับปรุงการบริการที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง คุณภาพ ความพอใจของผู้ใช้บริการ และประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ในปี 2001 โกรน และกราเซีย บราเบโร (Grone and Gracia-Barbero, 2001) ได้กล่าวว่า “จากการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการผ่านโปรแกรม Google Scholar พบว่ามีข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 983,000 ข้อมูล (Margant, 2008) ส่วนคำว่า การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ พบว่ามีข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 24,000 ข้อมูล ทั้งนี้ คำนิยามบางคำมีลักษณะคล้ายคลึงกับนิยามที่กำหนดโดย Scottish ได้แก่ "การทำงานร่วมกันอย่างมีเป้าหมายของหน่วยอิสระ โดยมีความเชื่อว่าผลลัพธ์โดยรวมจะสูงกว่าผลลัพธ์ที่ได้จาก

แต่ละหน่วยรวมกัน" (Woods, 2001) ลิทท์ (Leatt, 2002) ให้คำนิยามระบบการส่งแบบบูรณาการแบบกว้าง ได้แก่ "การสร้างสรรคระบบที่ทันสมัยและประหยัดต้นทุนเพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธิในการทำงานที่ใกล้ชิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาล สถานดูแลระยะยาว สถานดูแลสุขภาพเบื้องต้น การดูแลที่บ้าน สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สวัสดิการสังคม โรงเรียน, ตำรวจ และหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งให้บริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ" ส่วนคอนทราดิโพริส และคณะ (Contrandripoulos et al., 2003) เสนอคำนิยามว่า "การบูรณาการเกี่ยวข้องกับการจัดระบบสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ระหว่างระบบของคุณค่าโครงสร้างแบบองค์กรและระบบการรักษา เพื่อเสริมสร้างพื้นที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในเชิงปัจเจกและเชิงองค์กรให้รู้สึกว่ามีคความหมายและมีประโยชน์ที่จะร่วมกันทำงานภายใต้บริบทนั้น"

ตารางที่ 2.1 นิยามความหมายของคำว่า “บูรณาการ” และ“การดูแลแบบบูรณาการ”

นิยาม	หมายถึง
บูรณาการ (Kodner and Kyriacou, 2000)	เป็นชุดของเทคนิคและโมเดลเชิงองค์กรที่ออกแบบมาเพื่อสร้างความเชื่อมโยง แนวทาง และการร่วมมือระหว่างภาคการป้องกันและภาคการแก้ไข ทั้งระดับการจัดหาทุน การบริหาร และ/ หรือ การจัดหา
การดูแลแบบบูรณาการ (The WHO European Office for Integrated Health Care Services)	เป็นแนวคิดที่รวมเอาการป้อนข้อมูล การนำส่ง การบริหาร และการจัดโครงสร้างของการบริการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย การรักษา การดูแล การฟื้นฟู และการเสริมสุขภาพ โดยการบูรณาการเป็นวิธีที่ช่วยปรับปรุงการบริการที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง คุณภาพ ความพอใจของผู้ใช้บริการ และประสิทธิภาพ
การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ Scottish(Woods, 2001)	การทำงานร่วมกันอย่างมีเป้าหมายของหน่วยอิสระ โดยมีความเชื่อว่าผลลัพธ์โดยรวมจะสูงกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากแต่ละหน่วยรวมกัน"
ระบบการส่งต่อแบบบูรณาการ (Leatt, 2002)	การสร้างสรรคระบบที่ทันสมัยและประหยัดต้นทุนเพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธิในการทำงานที่ใกล้ชิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาล สถาน

นิยาม	หมายถึง
	ดูแลระยะยาว สถานดูแลสุขภาพเบื้องต้น การดูแลที่บ้าน สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สวัสดิการสังคม โรงเรียน, ตำรวจ และหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งให้บริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ"
การบูรณาการ (Contrandripoulos และคณะ, 2003)	การจัดระบบสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ระหว่างระบบของคุณค่าโครงสร้างแบบองค์กรและระบบการรักษา เพื่อเสริมสร้างพื้นที่ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในเชิงปัจเจกและเชิงองค์กร รู้สึกว่ามีความหมายและมีประโยชน์ที่จะร่วมกันทำงานภายใต้บริบทนั้น ๆ

จากคำนิยามดังกล่าว การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ จึงหมายถึง การจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถาบัน บุคลากรผู้ให้บริการและครอบครัว เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม คุณภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และประสิทธิภาพของบริการ

2.2 ประเภทการบูรณาการ

ความแตกต่างของสภาพแวดล้อม และความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อการกำหนดประเภทบริการของการบูรณาการ เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละราย จะมีความต้องการการดูแลแบบบูรณาการเหมือนกันเสมอไป ผู้สูงอายุบางรายได้รับการดูแลอย่างดีด้วยระบบการดูแลทั้งสุขภาพและสังคมที่มีอยู่ หรือระบบการดูแลที่ได้รับนั้นครอบคลุมความต้องการของเขาอย่างเพียงพอจึงไม่จำเป็นต้องพึ่งพาบริการอื่นที่หลากหลายขึ้นไปอีก ขณะที่ผู้สูงอายุบางรายต้องการการดูแลแบบต่อเนื่องจากหลากหลายประเภท ต้องการการส่งต่อไปรับบริการยังที่อื่น/เฉพาะด้าน ดังนั้นเขาจึงต้องการระบบบริการที่มีความร่วมมือกันอย่างดีจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มทนายผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในระดับสมบูรณ์ คือต้องพึ่งพิงผู้อื่นในทุกเรื่อง กลุ่มนี้ต้องการบริการแบบบูรณาการเต็มรูปแบบ ดังนั้นประเภทของบูรณาการ จึงแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Leutz, 1999) ดังนี้

1) **การเชื่อมโยงบริการ (Linkage)** เป็นการช่วยให้บุคคลที่มีการเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากจนถึงระดับปานกลาง หรือผู้ที่เริ่มพึ่งพาตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยระบบที่สามารถให้บริการได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาระบบภายนอก เช่น การเชื่อมระบบบริการสุขภาพบางระบบ (อาจน้อยไปถึงปานกลาง) ให้กับผู้รับบริการเป็นลักษณะบริการที่ทุกคนจะได้รับบริการโดยไม่มีเงื่อนไขแต่อย่างใด

2) **ความร่วมมือ (Co-ordination)** คือ การบูรณาการเชิงโครงสร้างที่ร่วมกันให้การดูแลในกรณีผู้สูงอายุต้องการบริการแบบฉุกเฉิน ความร่วมมือนี้อาจถูกกำหนดให้อยู่ในโครงสร้างขององค์กรและแยกออกจากระบบปกติทั่วไป โดยทั่วไปนิยมทำให้องค์กรที่มีการแบ่งโครงสร้างอย่างชัดเจน

3) **การบูรณาการอย่างเต็มรูปแบบ (Full Integration)** เป็นการสร้างรูปแบบบริการรูปแบบใหม่ โดยใช้ทรัพยากรจากหลายระบบร่วมกัน

2.3 รูปแบบการบูรณาการ

รูปแบบการบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ ได้มีผู้เสนอไว้ว่า (Banks, 2004, p.8) มีหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานมาจากมุมมองที่แตกต่างกัน โดยการบูรณาการเป็นเสมือน **ชุดของความร่วมมือการร่วมกิจการ** การเป็นหุ้นส่วน และการควมรวมระบบบริการการดูแล (Joint venture) เข้าด้วยกัน การกำหนดรูปแบบอาจไม่มีความสำคัญเท่ากับความสามารที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และผลลัพธ์ที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้รูปแบบการบูรณาการจึงมีดังนี้

1) **การแบ่งประเภทตามวิธีการบริหาร** แบ่งได้ 2 รูปแบบ คือ

1.1) **การบูรณาการแนวตั้ง (Vertical Integration)** หมายถึง การจัดบริการผ่านพื้นที่ให้บริการภายในโครงสร้างองค์กรเดียวกัน

1.2) **การบูรณาการแนวราบ (Horizontal Integration)** หมายถึง การปรับปรุงความร่วมมือในการดูแลร่วมกัน ภายใต้โครงสร้างหลายองค์กร

2) การแบ่งตามวิธีการให้บริการ แบ่งได้ 2 รูปแบบ คือ

2.1) การบูรณาการผ่านการจัดการดูแล (Integration Through Care Management) การจัดการดูแลเป็นวิธีการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับการแก้ไขปัญหาเฉพาะรายในงานสังคมสงเคราะห์ (Case Work) ที่นักสังคมสงเคราะห์มุ่งให้บริการและช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ปรับบริการยังหน่วยงาน ต่อมาได้พัฒนาสู่การให้คำแนะนำและปรึกษาผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการทำงานที่มุ่งสู่ชุมชนและบ้านในขอบเขตของการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และได้เกิดปัญหาในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความไม่เพียงพอของบุคลากร และการให้บริการที่ไม่เป็นรูปธรรม ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติทุกฝ่ายต่างยอมรับว่าการดูแลเฉพาะรายและการจัดการดูแล เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการให้บริการกับผู้สูงอายุ เพียงแต่ควรมีการปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน ดังนั้นแนวคิดการบูรณาการโดยผ่านวิธีการจัดการดูแลจึงเกิดขึ้น

การจัดการดูแล (Care Management) เป็นลักษณะของการบริหารการดูแลสำหรับผู้ที่มีปัญหาและผู้เจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการช่วยเหลือ การวางแผนอำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อช่วยให้บุคคลได้บรรลุถึงความต้องการ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการจัดการดูแลมีพื้นฐานมาจากการจัดเตรียมบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งภายในองค์กรและระหว่างองค์กร เป็นกิจกรรมที่เป็นการประสานงาน และเป็นกิจกรรมพิเศษที่ต่างไปจากบริการปกติ ซึ่งได้รับการประยุกต์ใช้ในหลากหลายหน่วยงานและหลากหลายลักษณะงาน เช่น การดูแลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลประชาชนที่พิการและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉียบพลัน รวมถึงบริการสวัสดิการเด็กและเยาวชน และบริการสำหรับกลุ่มผู้ถูกคุมประพฤติและผู้ถูกควบคุมตามคำสั่งของศาลด้วย

2.2) การบูรณาการผ่านระบบบริการ (Integration Through Service System) เป็นการจัดบริการผ่านโครงสร้างระบบบริการต่างๆ ที่มีอยู่เดิม ลักษณะของการประสานงาน ดังนั้น การบูรณาการระบบบริการแต่ละประเภทเข้าด้วยกันจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ และจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีและเหมาะสม

2.4 ระดับการบูรณาการ

แนวคิดอีกแนวคิดหนึ่งภายใต้คอนเซ็ปต์การดูแลแบบบูรณาการ คือ ระดับของกิจกรรมการบูรณาการ (Edwards และ Miller, 2003) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) **การบูรณาการของระบบ** ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การวางแผนกลยุทธ์ การเงิน และระบบการจัดซื้อ หน้าที่ของโครงการ และขอบเขตการให้บริการ ทั้งภายในเขตพื้นที่เดียวกันหรือทั่วประเทศหรือจังหวัด

2) **การบูรณาการเชิงองค์กร** หมายถึงการร่วมมือและบริหารของกิจกรรมพวก การดูแลฉุกเฉิน พี่นฟู ชุมชน และตัวแทนให้บริการการดูแล

3) **การบูรณาการเชิงคลินิก** เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลโดยตรงและการสนับสนุนที่มีให้กับผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

การขาดการบูรณาการในระดับใดระดับหนึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการในภาพรวม (Banks, 2004 ; Kodner และ Kyriacou, 2000) หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการตัดสินใจของระบบเกี่ยวกับขอบเขตของการบริการ การให้บริการ ข้อกำหนดด้านการใช้สิทธิ กลไกการหาเงินทุน และคุณภาพที่ต้องการต่างมีผลต่อความสามารถขององค์กรในด้านการร่วมมือภายในและระหว่างองค์กร ทั้งนี้คลินิกอาจได้รับการเสริมแรงหรือข้อจำกัดจากการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการ

ตอนที่ 3 กรอบการดำเนินงานการดูแลแบบบูรณาการ

กรอบการดำเนินงานการดูแลแบบบูรณาการนั้น มีนักวิชาการต่างประเทศนำมาสังเคราะห์เป็นกรอบบูรณาการ ได้แก่ Leutz (1999) Hollander และ Prince (2008) Kodner และ Speuwenberg (2002) และ Banks (2004) ได้ศึกษาและพัฒนากรอบการดำเนินงานเทคนิค และกลวิธีของการดูแลแบบบูรณาการ ดังต่อไปนี้

3.1 กรอบการบูรณาการของ Leutz

Walter Leutz (1999) ใช้พิจารณาการบูรณาการในประเด็นที่เป็นรากฐานของการคิดเกี่ยวกับกรอบการทำงานแบบบูรณาการ โดยได้พัฒนา “กฎ” ของการบูรณาการ 5 ข้อ ซึ่ง

อ้างอิงจากประสบการณ์ด้านการปฏิรูปในประเทศสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา โดยให้ความสนใจต่อประเภทของการตัดสินใจพัฒนาวิธีการดูแลแบบบูรณาการแบบใหม่ๆ

1) กฎข้อที่ 1 ข้อจำกัดของการจัดบริการ “เราสามารถบูรณาการบริการทุกประเภท หรือบูรณาการบริการบางประเภทสำหรับคนทุกกลุ่ม แต่ไม่สามารถบูรณาการบริการทุกประเภทสำหรับทุกคน” ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการบริการ โดยกล่าวถึงความแตกต่างระหว่างการเชื่อมโยง การร่วมมือ และบูรณาการ (ตารางที่ 2.2) แสดงความเชื่อมโยง การร่วมมือ และบูรณาการเต็มรูปแบบ โดยกำหนดงานหลักในระบบการบูรณาการเป็นกรอบในการพิจารณา เพื่อแสดงว่าการบูรณาการควรมีการเชื่อมโยงกันอย่างไร และระดับต่างๆ เหมาะกับแต่ละบุคคลซึ่งมีความต้องการแตกต่างกันอย่างไร ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 การเชื่อมโยง (Linkage) เริ่มต้นด้วยขั้นตอนการคัดกรองผู้รับบริการ เพื่อแบ่งระดับความต้องการว่ามีความเร่งด่วนประการใดบ้าง โดยอาจมีการสำรวจประชากร วิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้รับการรักษา และการจัดการข้อมูลเพื่อให้เห็นคุณลักษณะของประชากร และระดับความต้องการที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติงานเชิงคลินิก โดยทั่วไป ผู้ปฏิบัติงานระดับนี้ ได้รับการอบรมให้มีความเข้าใจความต้องการพื้นฐานของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาแล้ว ดังนั้นบุคลากรที่ไม่ได้มาจากกลุ่มแพทย์ก็สามารถดำเนินการเรื่องนี้ได้ นักวิชาชีพต่างๆ จะทราบว่า มีระบบใดบ้างที่เหมาะสมต่อผู้รับบริการแต่ละราย และสามารถดำเนินการส่งต่อผู้รับบริการได้ และการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานที่ที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังสามารถซักถามถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ กรณีที่ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวเขาเอง

ในระบบที่มีความเชื่อมโยง ผู้มีหน้าที่ให้บริการจากทั้ง 2 ฝ่าย ต่างเข้าใจว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่อบริการแต่ละประเภท และใครเป็นผู้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะได้รับบริการและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และต่างฝ่ายต่างพยายามปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ หรือข้อปฏิบัติที่จะต้องจ่ายเงิน มากกว่าพยายามที่จะขอยกเว้นค่าใช้จ่าย และปฏิเสธความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นภารกิจหลักของการเชื่อมโยงที่จะยิ่งเข้าไปก้ำก๋ายในรายละเอียดของบริการ อย่างไรก็ตามพบว่า ระบบการเชื่อมโยงทั้งในสหราชอาณาจักรและอเมริกายังไม่มีการดำเนินงานที่เต็มรูปแบบในปัจจุบัน ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาและแสวงหาแนวทางที่จะพัฒนาระบบนี้อย่างต่อเนื่องด้วย

ระดับที่ 2 การประสานงาน (Coordination) เป็นการดำเนินงานเพื่อประสานประโยชน์ และเชื่อมการดูแล ระหว่างการดูแลแบบเฉียบพลันและระบบอื่นๆ โดยการประสานงาน มีรูปแบบ โครงสร้างของการบูรณาการมากกว่าการเชื่อมโยง และมีการปฏิบัติงานกว้างขวาง ผ่านโครงสร้างของระบบปัจจุบัน การประสานงานให้ความสำคัญกับบุคคลผู้ได้รับผลประโยชน์อย่างต่อเนื่อง หรือเป็นขั้นต้นจากระบบการดูแล 2 ระบบ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลระยะสั้นหรือระยะยาว หน้าที่หลัก คือ การประสานผลประโยชน์ การประสานการให้บริการ การแบ่งปันข้อมูลเชิงคลินิกในลักษณะของแผนงาน การจัดการผ่านระบบต่างๆ และการมอบหมายความรับผิดชอบเบื้องต้นในการประสานการดูแล โดยเป็นการเชื่อมจากการพัฒนา และการกำหนดนโยบายภายใต้ขอบเขตนั้นๆ อาจกล่าวได้ว่า การประสานงานเป็นการจำแนกแยกแยะจุดของความขัดแย้ง ความยุ่งเหยิง หรือความไม่เชื่อมต่อกัน ระหว่างระบบและการสร้างโครงสร้างขึ้นใหม่ เป็นกระบวนการที่เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ (Social Services Inspectorate, 1995b)

ระดับที่ 3 การบูรณาการเต็มรูปแบบ (Full Integration) เป็นการสร้างโครงการหรือหน่วยงานใหม่ ที่มาจากการรวมทรัพยากรจากระบบต่างๆ เช่น การรวบรวมทีมสหวิชาชีพ และร่วมกันอำนวยความสะดวก การลดบริการจากสถาบัน และความท้าทายทางประชากรอื่นๆ มากกว่าการประสานบริการและผลประโยชน์ของระบบภายนอก โครงการบูรณาการเต็มรูปแบบจะควบคุมทรัพยากร เพื่อแสวงหาผลประโยชน์และบริการที่สามารถควบคุมได้โดยตรงมากกว่าการแบ่งปันข้อมูลข้ามระบบ การทำงานมีการบันทึกที่เป็นมาตรฐานระหว่างหน่วยงาน ข้อมูลจากตารางที่ 2.2 เป็นการระบุถึงประเภทของความต้องการที่ต้องมีบริการจากการเชื่อมโยง การประสานงาน และการบูรณาการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2.2 ระดับของการบูรณาการและประเภทการทำงานหลัก

ขั้นตอนการทำงาน	การเชื่อมโยง	การร่วมมือ	การบูรณาการเต็มรูปแบบ
การคัดกรอง	คัดกรองหรือสำรวจประชากรเพื่อระบุความต้องการเร่งด่วน	คัดกรองข้อมูลที่เป็นจุดสำคัญ (เช่น การออกจากโรงพยาบาล) ของผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ	ไม่จำเป็น นอกจากเพื่อรับการนำส่งที่ดี
การปฏิบัติงานเชิงคลินิก	เข้าใจและตอบสนองความต้องการพิเศษของ PWP's ในระบบการดูแล การให้การศึกษ	รับทราบและสามารถให้บุคลากรที่เหมาะสม กรณีที่จำเป็น	ทีมงานที่มีประสบการณ์หลากหลาย, บริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ
การกระจายบริการ	ส่งต่อและติดตามผล	การเปลี่ยนผ่านระหว่างกาหนดขอบเขตและความรับผิดชอบ	ควบคุมหรือให้การดูแลโดยตรงด้านที่มีความสำคัญ
ข้อมูลข่าวสาร	ให้เมื่อขอ, ขอเมื่อต้องการ	ระบุและกำหนดชนิด/รายงานโดยตรงในทั้งสองทิศทาง	ใช้รายงานเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและการบริหารงานประจำวัน
การจัดการรายกรณี	ไม่มี	Case Manager และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (ได้แก่ MD ของทีม)	ทีมหรือ "Super" Case Manager บริหารจัดการการให้

ตารางที่ 2.2 ระดับของการบูรณาการและประเภทการทำงานหลัก

ขั้นตอนการทำงาน	การเชื่อมโยง	การร่วมมือ	การบูรณาการเต็มรูปแบบ
		การจัดการ)	การดูแล
การเงิน	ควรทำความเข้าใจว่าผู้จ่ายเงินค่าบริการเป็นผู้ใด	ตัดสินใจว่าใครเป็นผู้จ่าย จ่ายในรายการใด จ่ายในกรณีทีจำเพาะ เจาะจงตามแนวทางปฏิบัติ	รวมศูนย์เงินทุนเพื่อซื้อ ของจากผู้ให้บริการ และบริการรายใหม่
ข้อดี	เข้าใจและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ความรับผิดชอบและขอบเขต	บริหารข้อดีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและขอบเขต	รวมข้อดี; เปลี่ยนและให้คำนิยามความรับผิดชอบใหม่
มิติความต้องการ			
ความรุนแรง	เบา/ปานกลาง	ปานกลาง/แรง	ปานกลาง/แรง
เสถียรภาพ	เสถียร	เสถียร	ไม่เสถียร
ระยะเวลา	ระยะสั้นถึงระยะยาว	ระยะสั้นถึงระยะยาว	ระยะยาวหรือจนกว่าจะสิ้นสุด
ความเร่งด่วน	งานประจำวัน /ไม่เร่งด่วน	ส่วนใหญ่เป็นงานประจำ	มักเป็นงานเร่งด่วน
ขอบเขตของบริการ	แคบ/ปานกลาง	ปานกลาง/ กว้าง	กว้าง

ตารางที่ 2.2 ระดับของการบูรณาการและประเภทการทำงานหลัก

ขั้นตอนการทำงาน	การเชื่อมโยง	การร่วมมือ	การบูรณาการเต็มรูปแบบ
การกำหนดทิศทางของตัวเอง	กำหนดทิศทางของตัวเองหรือการดูแลแบบไม่เป็นทางการ	กำหนดทิศทางของตัวเองในหลากหลายระดับ และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ	อาจกำหนดทิศทางของตัวเองแบบไม่เข้มงวดและการดูแลแบบไม่เป็นทางการ

ที่มา: Leutz, 1999

2) **กฎข้อที่ 2 การลดต้นทุน และการออกมาจากการบูรณาการเป็นเพียงความหวัง ภายใต้การที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการลงทุนได้** ดังนั้นควรมีการบูรณาการทุนหรืองบประมาณก่อนการดำเนินการ และควรระมัดระวังต่อการใช้จ่าย เนื่องจากผลสำเร็จหรือกำไรของระบบการดูแลระยะยาว คือการบริการที่ดีที่สุด ดังนั้นจึงมีการใช้ผลการตอบแทนมาเป็นจุดขายของระบบบริการ ซึ่งมักมีการแข่งขันกันในระดับสูง เพื่อให้เกิดคุณภาพที่พึงปรารถนา ทำให้ต้นทุนบริการเพิ่มขึ้น หากผู้บริหารตั้งเป้าหมายว่า ความสำเร็จของระบบบูรณาการคือการลดต้นทุนและการออมขององค์กรแล้ว ย่อมต้องมีการศึกษาและวิเคราะห์อย่างละเอียดถึงต้นทุนของการบูรณาการ ซึ่งอย่างน้อยมี 3 ประการ คือ พนักงาน และระบบสนับสนุนบริการ และการเริ่มต้นบริการ โดยมีรายละเอียดที่ต้องพิจารณา

พนักงานและระบบสนับสนุนบริการ พนักงานในองค์กรจะมีจำนวนมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับขอบเขตของการบูรณาการ โดยเจ้าหน้าที่ควรมีทุกระดับตั้งแต่ระดับคลินิกบริหาร และนโยบาย ในแต่ละระดับใช้เวลาค่อนข้างมากในการเรียนรู้เกี่ยวกับความสามารถของระบบอื่นๆ เพื่อวางแผนการทำงานให้สอดคล้องกัน และเพื่อการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน ซึ่งมีต้นทุนของจุดเริ่มต้น ที่เป็นการเตรียมการต้นทุนระหว่างการดำเนินงาน และต้นทุนในอนาคตที่ขึ้นอยู่กับภาระประเมิณและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

ต้นทุนในการบริการเป็นเรื่องสำคัญจากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า การระดมทุนจากแหล่งต่างๆ ช่วยให้การบูรณาการเกิดขึ้นได้ แต่เป็นการยากที่จะระดมทุนจากผู้ให้บริการ เนื่องจากประชาชนได้รับการเรียนรู้ และเข้าใจว่าระบบการดูแลระยะ

ยาวเป็นเรื่องของการช่วยเหลือตนเองด้วยการออกมาตั้งแต่หนุ่มสาว หรือเป็นเรื่องของการประกันการดูแลด้วยตนเอง การที่จะจ่ายเงินเพื่อดูแลผู้อื่นจึงเป็นเรื่องยากที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นต้นทุนในการเริ่มต้นของระบบบูรณาการ การที่ประสบความสำเร็จมักได้รับการช่วยเหลืองบประมาณในการเริ่มต้นจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

กล่าวโดยสรุป การบูรณาการไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นภายในองค์กร หรือระหว่างองค์กร ถ้าหากขาดการเริ่มต้นสนับสนุนทุน และสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง บุคลากรอาจไม่มีส่วนร่วมในการวางแผน ระบบสนับสนุนที่ราบรื่นไม่ได้รับการพัฒนาแล้ว การฝึกอบรมที่ไม่เพียงพอของบุคลากร อาจทำให้การบริการชะงัก ถ้าบุคลากรไม่ได้ถูกกำหนดหรือบังคับโดยนโยบายอย่างจริงจัง หรือการควบคุมด้านงบประมาณ หรือถูกหลอกล่อโดยวิธีการระดมทุนรูปแบบใหม่ อาจทำให้ระบบบริการไม่สามารถเรียกร้องความสนใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้

3) ฎข้อที่ 3 การบูรณาการ คือความไม่เป็นเอกภาพ การกระตุ้นความสนใจที่จะบูรณาการมาจากผู้ให้บริการ ผู้จัดการและนักวิจัย ผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดอย่างมากกับกลุ่มที่ต้องการบริการอย่างบูรณาการ เช่น ผู้สูงอายุที่อ่อนแอและเจ็บป่วยเรื้อรัง เด็กเล็กที่มีพัฒนาการบกพร่องอย่างรุนแรง รวมทั้งผู้มีปัญหาในกลุ่มอื่นๆ ผู้บูรณาการต้องคำนึงถึงความต้องการที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ของผู้รับบริการที่คาดว่าแพทย์จะมีความรู้ใหม่ๆ ใช้ข้อมูลและวิธีการดูแลแบบใหม่ๆ ซึ่งแพทย์ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษเพื่อให้แน่ใจว่าจะสามารถตอบรับอุปสงค์ใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับคนไข้เหล่านั้นได้ อย่างไรก็ตาม การบูรณาการการบริการ เป็นเพียงการเชื่อมประสานความร่วมมือในการทำงาน ไม่ใช่การเสริมสร้างเงื่อนไขการลงทุนในฎข้อที่ 2 แต่เป็นเพียงการเรียกร้องให้ผู้ให้บริการได้ขยายขอบเขตความรู้ มุมมองและความสนใจให้กว้างขวางขึ้น

กล่าวโดยสรุป ผู้บูรณาการมีความต้องการที่จะเข้าถึงความต้องการของผู้ใช้บริการด้านต่างๆ ขึ้นอยู่กับผู้จัดให้บริการ และได้มีการพิจารณาอย่างละเอียดเกี่ยวกับระดับของการบูรณาการความต้องการที่คาดหวัง และมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ แม้ว่าการจัดหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงความต้องการการดูแลให้ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ใช้บริการแต่ละกลุ่ม และวิธีการที่จะดำเนินการกล่าวอ้างถึงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การประสานงานต้องการการอบรมและประสานความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย การบูรณาการที่สมบูรณ์ คือ การลดปริมาณความต้องการของ

ผู้ให้บริการในภาคส่วนของการบริการในระบบบริการขนาดใหญ่ ซึ่งสามารถให้บริการได้ด้วยทีมบูรณาการ (ทีมสหวิชาชีพ) แต่การประสานงานและการเชื่อมโยงเครือข่าย มีความต้องการให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบการทำหน้าที่ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยทีมผู้ดำเนินหลักแต่อย่างใด

4) กฎข้อที่ 4 ท่านไม่สามารถจะนำบริการทุกอย่างมาผสมกลมกลืนให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน กลมกลืนกันได้ ดังคำที่ว่า ท่านไม่สามารถนำรูปสี่เหลี่ยมมาซ้อนกับรูปวงกลมให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกันได้ การบูรณาการเป็นเพียงแนวคิดที่สวยงามเท่านั้น เนื่องจากความแตกต่างระหว่างการดูแลในภาวะเฉียบพลัน และการดูแลระยะยาว ทำให้เกิดความยุ่งยากในการบูรณาการ เป็นอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศแคนาดา การดูแลเบื้องต้นและการดูแลเฉียบพลัน มีการบริหารโดยหลัก 5 ประการ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพของชาติ แต่บริการดูแลระยะยาว การดูแลสุขภาพโดยชุมชน และการดูแลด้านยา อยู่ในความรับผิดชอบระดับพื้นที่ ทำให้การบูรณาการและกฎระเบียบของการจ่ายเงินมีความแตกต่างกันมาก ระหว่างพื้นที่ Hollander and Prince (2001) ได้ศึกษาเรื่องนี้ และอธิบายว่า ความพยายามบูรณาการบริการของแต่ละพื้นที่ สำหรับผู้ที่ต้องการดูแลด้านสุขภาพไม่ได้รับการส่งเสริม เพราะผู้ให้บริการทำงานภายใต้กฎที่แตกต่างกัน และเป็นตัวขัดขวางการให้บริการที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังพบว่าปัญหาสำคัญและเป็นปัญหาใหญ่ที่สุด คือ การขาดการควบคุมกฎระเบียบ เช่นในสหราชอาณาจักร เกิดปัญหาความขัดแย้งอย่างรุนแรงระหว่างเป้าหมายการให้บริการของทีมงานสุขภาพและทีมงานด้านสังคม

5) กฎข้อที่ 5 บุคลากรด้านสังคม เป็นผู้ซึ่งถูกคาดหวังจากผู้รับบริการ โดยทั่วไปผู้รับบริการหรือผู้จ่ายเงินมักมอบหมายภาระของการพัฒนาระบบการบูรณาการระยะต้นให้แก่ผู้ให้บริการ โครงการขนาดใหญ่หลายโครงการในแคนาดา และสหรัฐอเมริกา กำหนดให้เป็นเพียงโครงการการดูแลระยะยาว เนื่องจากผู้ให้บริการมองเห็นว่า วิธีการให้บริการที่ไม่ใช่วิธีทางการแพทย์ สามารถช่วยดูแลผู้รับบริการได้ และยังช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายอีกด้วย เช่นเดียวกับผู้นำที่ไม่ใช่แพทย์สามารถดำเนินการเป็นได้ทั้งผู้วางแผนและผู้บริหารโครงการ ซึ่งประเด็นนี้เป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของแพทย์จำเป็นต้องได้รับการบริหารอย่างระมัดระวัง ประสบการณ์ระยะแรกในสหราชอาณาจักร ได้แสดงให้เห็นว่า แพทย์มีความสนใจค่อนข้างน้อยต่อความพยายามที่จะบูรณาการ และคล้ายกับว่าไม่มีความสนใจในงานที่กว้างขวางกว่าบริการด้านการแพทย์ เช่น ที่อยู่อาศัยและบริการทางสังคม

นโยบายสุขภาพที่กว้างกว่าหรือการแพทย์ การดูแลทางสังคมเชิงวัฒนธรรม ในประเทศอังกฤษ ได้กำหนดบทบาทของแพทย์อย่างระมัดระวังในการสร้างความเชื่อมั่นต่อบริการปฐมภูมิเป็นกระบวนการประสานระหว่างสหวิชาชีพในเครือข่ายการดูแลระดับท้องถิ่น จากการกำหนดแนวความคิด รวบรวมของกรอบการบูรณาการของ Leutz (1999) ได้กำหนดความหมายของการบูรณาการว่า เป็นการร่วมวางแผน การอบรม การตัดสินใจ การสร้างเครื่องมือ ระบบข้อมูล การจัดซื้อ การกลั่นกรอง การส่งต่อ การวางแผนการดูแล ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ การกระจายบริการ การติดตามและการสะท้อนกลับ มีความหมายที่กว้างขวาง มากกว่าบริการด้านการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นการมีบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้ดำเนินการจึงเหมาะสมกว่า

3.2 กรอบการบูรณาการของ Kodner และ Spreeuwenberg

Kodner และ Spreeuwenberg (2002) ตีพิมพ์เอกสารการอภิปรายเรื่อง การบูรณาการ การดูแล ซึ่งพวกเขาเสนอความต่อเนื่องของกลยุทธ์การดูแลแบบบูรณาการซึ่งดัดแปลงจากวรรณกรรมต่างๆ โดยกลยุทธ์ถูกแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (ได้แก่ การให้ทุน การบริหารจัดการ การจัดองค์กร การให้บริการ และการรักษาทางคลินิก) ต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่ง Kodner และ Spreeuwenberg แสดงวิธี 2 วิธีที่แตกต่างกันในการบูรณาการ หนึ่งในนั้นคือกระบวนการ “จากบนลงล่าง” ที่ผลักดันโดยความต้องการของผู้สนับสนุนเงินทุนหรือองค์กร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทางต้นทุนและการตอบสนองผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง อีกวิธีการหนึ่งคือ “จากล่างขึ้นบน” โดยใช้ความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการเพื่อกำหนดคุณลักษณะของการดูแลแบบบูรณาการ ดังตารางแสดงลักษณะของกรอบการทำงานต่อไปนี้

ตาราง 2.3 กรอบการทำงานของ Kodner และ Spreeuwenberg

การให้ทุน	การบริหารจัดการ	การจัดองค์กร	การกระจายบริการ	การรักษาคลินิก
- รวมศูนย์เงินทุน ในหลายระดับ	- มีความเข้มแข็ง และมีการ กระจายอำนาจ ความรับผิดชอบ	- ใช้พื้นที่การ ให้บริการ ร่วมกัน	- มีการฝึกปฏิบัติ ร่วมกัน	- มาตรฐานการ วินิจฉัย
- ให้การอุดหนุน รายหัวล่วงหน้า ในหลายระดับ	- มีการวางแผน ภายใน	- ไม่มีการ เปลี่ยนแปลง ข้อตกลง	- มีการกระจาย ข้อมูลจาก ส่วนกลาง	- กำหนดรูปแบบ ให้กว้างขวาง ครอบคลุม
	- ประเมินความ ต้องการดูแล จัดสรรอย่างเป็น ระบบ	- มีการวางแผน รายรับรายจ่าย	- มีการดูแล หรือมี การจัดการการ ดูแล	- มีแผนการ รักษาร่วมกัน
	- มีการจัดซื้อ ร่วมกันและมี ข้อตกลงร่วมกัน	- ทำสัญญาด้าน การให้บริการ	- มีเครือข่ายแบบ แผนการปฏิบัติ	- มีการแบ่งปัน ประวัติการ รักษา
		- ร่วมกันจัดการ วางแผน	- มีความเหมาะสม	- ดูแลคนไข้อย่าง ต่อเนื่อง
		- สร้างพันธมิตร เชิงกลยุทธ์หรือ เครือข่ายการดูแล	- ระบบข้อมูลของ การรวมตัวกัน	- เครื่องมือ สนับสนุนการ ตัดสินใจ
		- มีความแข็งแรง การรวบรวม กิจการ		- คนไข้ปกติ/ ติดต่อกับครอบครัวและ สนับสนุน อย่าง ต่อเนื่อง

ที่มา: Kodner และ Spreeuwenberg 2002

3.3 กรอบการบูรณาการของ Hollander และ Prince

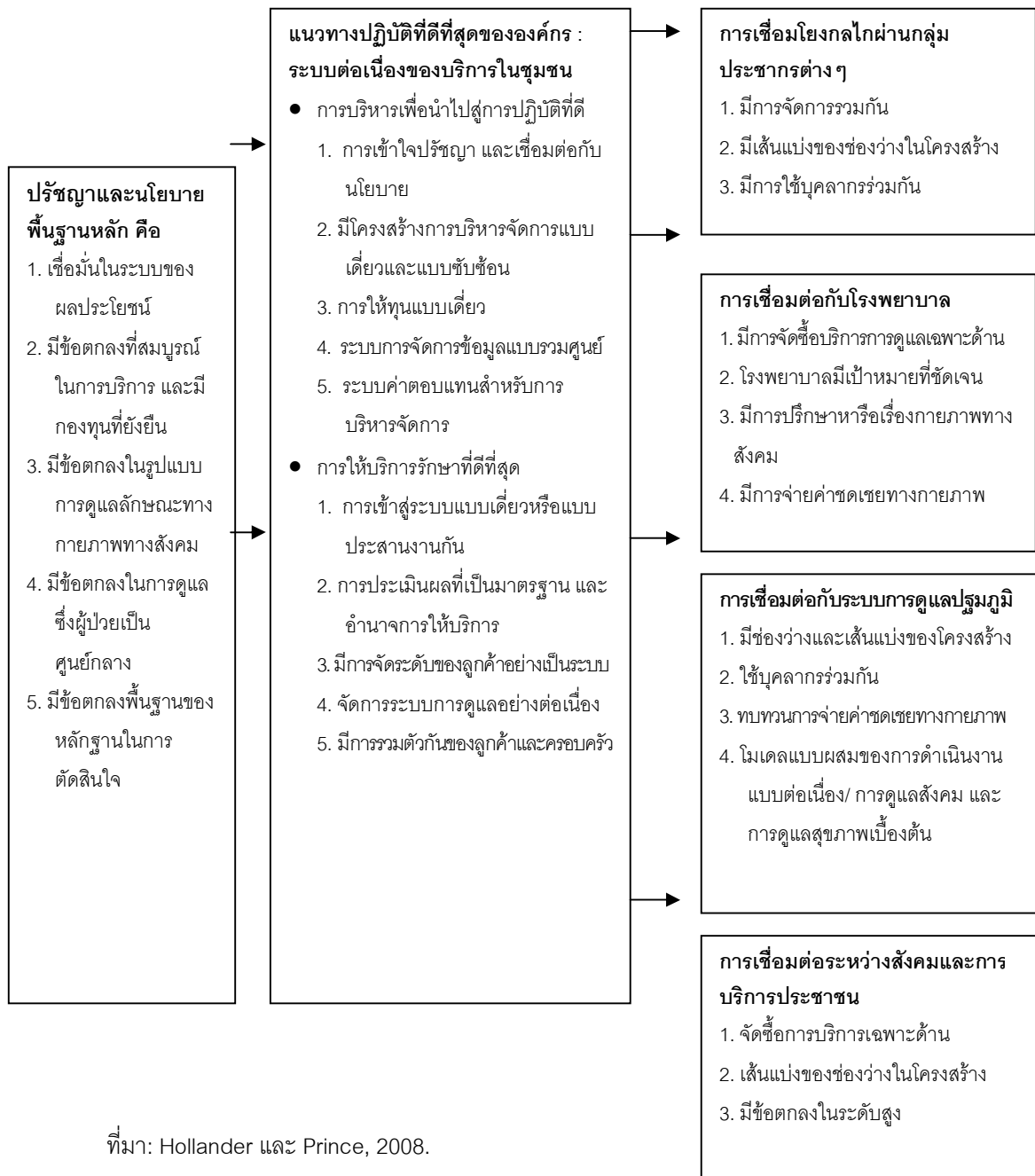
Hollander และ Prince (2001; 2008) พัฒนากรอบการทำงานสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ไร้ความสามารถ (ผู้สูงอายุ, ผู้มีอาการป่วยทางจิต, และเด็กและผู้ใหญ่ที่ไร้ความสามารถ) โดยกรอบการทำงานที่ดีที่สุดได้รับการพัฒนาจากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายระดับพื้นที่และผู้ให้บริการทั่วแคนาดา จำนวน 250 ราย และกำหนดกรอบการทำงานประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

(1) ส่วนของทฤษฎีและส่วนของนโยบายที่ต้องดำเนินการ เพื่อให้มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

(2) แนวทางที่ดีที่สุดขององค์กรในการส่งผ่านการให้บริการ

(3) กลไกสำหรับประสานงานระหว่างองค์กรและมืออาชีพที่เกี่ยวข้องกับการส่งผ่านบริการอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ ตารางการบูรณาการของ Hollander และ Prince แสดงกรอบการทำงานและการเชื่อมต่อข้ามระหว่างลักษณะต่างๆ



3.4 กรอบการบูรณาการของ BANKS

BANKS (2004) ได้ศึกษา เครือข่ายการจัดการดูแลและให้บริการผู้สูงอายุของยุโรป (CAREMEN) โดยได้รับสนับสนุนด้านการเงินภายใต้ข้อตกลงของประชาคมยุโรป เพื่อหาวิธีการบูรณาการการดูแลสุขภาพและการดูแลสังคมซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในยุโรป หนึ่งในผลงานของเครือข่าย ได้แก่การพัฒนากรอบนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการพัฒนาการเข้าถึงคุณภาพ และการสนับสนุนทางการเงินในระบบการดูแลระยะยาว กรอบการทำงานของ Bank ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 6 ประการคือ การแบ่งปันวิสัยทัศน์ การให้ความสำคัญกับหลักการพื้นฐานด้านการให้คุณค่าของผู้สูงอายุ การกำหนดมาตรฐานความสำเร็จ การเชื่อมโยงกับนโยบายอื่น การติดตามและประเมินผล การตรวจสอบ และการสนับสนุนนโยบาย

ตาราง 2.4 กรอบการทำงานของ Bank ที่พัฒนาจากเครือข่าย CARMEN

ประเด็นหลัก	แนวทางปฏิบัติ
1. วิสัยทัศน์ร่วม	1.1 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล
2. ความสำคัญของหลักการพื้นฐานและการให้คุณค่า	2.1 <u>หลักการ</u> (1) ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลเฉพาะภายใต้การควบคุม (2) ผู้สูงอายุคือศูนย์กลาง (3) การเข้าถึงการบริการแบบบูรณาการต้องมีความยุติธรรมและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (4) การพัฒนาการให้บริการจะต้องยั่งยืน
3. เกณฑ์สำหรับการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ	3. <u>ระบบบูรณาการที่ได้นำเสนอ</u> (1) มีความยืดหยุ่นและใช้นวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ (2) กำหนดบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน (3) มีการดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
4. การเชื่อมโยงกับนโยบายอื่น	4.1 เชื่อมโยงกับกองทุนอื่น 4.2 ส่งเสริมการพึ่งตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี 4.3 สนับสนุนการดูแลโดยครอบครัว 4.4 จัดระบบข้อมูลร่วมกัน

ตาราง 2.4 กรอบการทำงานของ Bank ที่พัฒนาจากเครือข่าย CARMEN

ประเด็นหลัก	แนวทางปฏิบัติ
5. การสนับสนุนและส่งเสริมในการบูรณาการการดูแล	5.1 การจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ 5.2 การรวมทรัพยากร 5.3 สร้างความตระหนักต่อความรับผิดชอบที่จะบูรณาการการดูแล 5.4 การกำหนดรางวัลและบทลงโทษ 5.5 การสนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกัน 5.6 กำหนดมาตรฐานในการทำงานร่วมกันและการเข้าถึงบริการ 5.7 การสิ่งอำนวยความสะดวกที่สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว
6. การติดตามและประเมินผล	6.1 พัฒนาประเด็นหลักที่จะต้องประเมินผล เช่น ผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผลที่เกิดจากการเปลี่ยนรูปแบบบริการ ประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับระบบ
7. กฎข้อบังคับและการตรวจสอบ	7.1 รวมการตรวจสอบและกระบวนการกำหนดนโยบายเข้าด้วยกัน เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อน
8. การสนับสนุนด้านนโยบายการดำเนินงาน	8.1 สนับสนุนการเตรียมการผู้สูงอายุ การเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการ การพัฒนาการทำงาน การพัฒนาผู้นำ และการพัฒนาเทคโนโลยีรวมถึงระบบข้อมูลสารสนเทศ

การเปรียบเทียบลักษณะของกรอบการทำงานดังกล่าว ไม่ได้มีความพิเศษแต่อย่างใด แม้ว่าจะนำไปใช้กับองค์กรที่แตกต่างกัน โดยสามารถเปรียบเทียบกรอบการทำงานทั้ง 4 กรอบตามเงื่อนไขและลักษณะพื้นฐานได้ ดังตาราง

ตาราง 2.5 การเปรียบเทียบกรอบของการบูรณาการ				
ประเด็น	Hollider & Prince	Leutz	Kodner & Spreuwen-berg	Banks
ปรัชญาและนโยบายพื้นฐานที่จำเป็นต้องมี				
1 เชื่อมมั่นในผลประโยชน์ของระบบ	✓	-	-	✓
2 มีความมุ่งมั่นที่จะนำเสนอบริการและเงินทุนที่ยั่งยืน	✓	-	-	✓
3 มีความมุ่งมั่นต่อโมเดลด้านจิตวิทยาเชิงสังคมด้านการดูแลผู้สูงอายุ	✓	-	-	✓
4 มีความมุ่งมั่นที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	✓	-	-	✓
5 มีความมุ่งมั่นต่อการตัดสินใจที่อิงกับข้อเท็จจริงที่ปรากฏ	✓	-	-	✓
การบริหารเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด				
6 กำหนดและสร้างความชัดเจนในปรัชญาและเคาระพตอนโยบาย	✓	-	-	-
7 มีโครงสร้างการบริหารจัดการแบบองค์กรเดี่ยวและแบบร่วมมือ	✓	-	✓	-
8 การให้ทุนจากแหล่งเดียว	✓	-	✓	จัดตั้งเป็นกองทุนรวม
9 ระบบการจัดการข้อมูลแบบรวมศูนย์	✓	✓	✓	✓
10 การบริหารจัดการแบบสร้างสิ่งจูงใจด้านค่าตอบแทน	✓	-	✓* มีเครื่องมือตัดสินใจพื้นฐาน	✓* มีการให้รางวัลและบทลงโทษ
การให้บริการระดับคลินิกที่ดีที่สุด				
11 การเข้าสู่ระบบทางเดียวหรือแบบประสานงานกัน	✓	✓	✓	-
12 มีระบบการประเมินผลและให้อำนาจในการจัดการดูแล	✓	✓	✓	-
13 มีการจัดระดับของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล	✓	-	-	-
14 การจัดการระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง	✓	✓	✓	-
15 การสื่อสารกับผู้รับบริการและครอบครัว	✓	-	✓	บริการที่สนับสนุนผู้ดูแล

ตาราง 2.5 การเปรียบเทียบกรอบของการบูรณาการ				
ประเด็น	Hollider & Prince	Leutz	Kodner & Spreeuwen-berg	Banks
กลไกการเชื่อมต่อ				
16 การบริหารร่วมกัน	✓	-	การแยก //รวม ความรับผิดชอบ	-
17 การแบ่งเขตในการจัดการ	✓	✓	✓	-
18 มีการใช้บุคลากรร่วมกัน	✓	-	✓	-
การเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล				
19 มีการจัดซื้อบริการการดูแลเฉพาะด้าน	✓	-	✓	-
20 โรงพยาบาลที่เข้าถึงได้โดยสะดวก	✓	-	-	-
21 มีบุคลากรให้คำปรึกษาในชุมชน	✓	-	การ จัดบริการ ร่วม	-
22 การบูรณาการทางการแพทย์ในบริการ ดูแลสุขภาพ	✓	-	การ จัดบริการ ร่วม	-
23 การแบ่งเขตในการจัดการ	✓	✓	✓	-
24 กำหนดแนวทางการประสานงานกัน	✓	-	สร้าง พันธมิตร หรือ เครือข่ายใน การดูแล	การรับผิดชอบ ต่อการให้บริการ ร่วมกัน
การเชื่อมต่อการดูแลระดับปฐมภูมิและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น				
25 การแบ่งเขตในการจัดการ	✓	-	✓	-
26 ใช้บุคลากรร่วมกัน	✓	-	✓	-
27 การทบทวนคำตอบแทนชุดเซตทาง กายภาพของแพทย์	✓	-	-	รวม ทรัพยากร
28 การผสมผสานรูปแบบการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง การดูแลในชุมชน และการดูแล ระดับปฐมภูมิ / การดูแลสุขภาพเบื้องต้น	✓	-	สร้าง พันธมิตร หรือ เครือข่ายใน การดูแล	-
การเชื่อมต่อบริการทางสังคมอื่น ๆ (Linkages with Other Social and Human Services)				
29 การจัดซื้อบริการพิเศษเฉพาะ	✓	-	มีข้อตกลงใน การจัดซื้อ ร่วมกัน	

ตาราง 2.5 การเปรียบเทียบกรอบของการบูรณาการ				
ประเด็น	Hollider & Prince	Leutz	Kodner & Spreeuwen-berg	Banks
30 การแบ่งโครงสร้างในการทำงาน	✓	-	✓	
31 กำหนดให้มีคณะกรรมการอำนวยการ	✓	✓	การวางแผน ระหว่าง องค์กร	-

จากการเปรียบเทียบกรอบการบูรณาการดังกล่าวจะเห็นว่า กรอบการบูรณาการของ Bank ได้รับการพัฒนาในระดับสูงและไม่ค่อยกล่าวถึงลักษณะของการดูแลร่วมกัน สำหรับ Hollender-Price และ Konder-Spreuwenberg นั้นกรอบการบูรณาการมีความชัดเจนในแง่ลักษณะของระบบ การดูแลร่วมกัน โดยมีทั้งลักษณะที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ส่วนที่แตกต่างคือ Konder-Spreuwenberg ไม่ได้กล่าวถึงนโยบายพื้นฐานที่จำเป็นต้องมี หรือโรงพยาบาลที่เข้าถึงได้และการจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรทางการแพทย์ แต่เขาให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน นอกจากนี้ Konder-Spreuwenberg กล่าวถึงความสามารถในการหาเงินทุนหรือการควมรวมกิจการซึ่ง Hollender-Price ไม่ได้กล่าวถึง นอกจากนี้ Hollender-price และ Bank ไม่ได้กล่าวถึงการวางแผนงานซึ่งเป็นลักษณะสำคัญที่กล่าวถึงโดย Leutz Kodnerc และ Spreuwenberg ซึ่งจะเห็นว่า กรอบการบูรณาการของแต่ละคน ไม่สามารถระบุได้ว่า กรอบใดดีกว่าหรือดีกว่า ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ และความสามารถในการนำไปประยุกต์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างเหมาะสม

สรุป

จากการทบทวนความหมาย ประเภท รูปแบบของการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบบูรณาการนั้น พบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกันเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในด้านสุขภาพและสังคม โดยการดูแลระยะยาวในที่นี้เป็นการจัดบริการสุขภาพและสังคม ที่มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการต่างๆ ที่จัดให้ใน

รูปแบบของการดูแลระยะยาวนั้นมีขึ้นมาเพื่อทดแทนความต้องการด้านต่างๆของผู้สูงอายุ ซึ่งมักเป็นบริการทางด้านสังคมที่มุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูและการบำบัด รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ และสำหรับการดูแลแบบบูรณาการนั้นเป็นลักษณะการให้บริการการดูแลระยะยาวเช่นกัน แต่จะมีการผสมผสานการดูแลทั้งในด้านสหวิทยาการ และการร่วมกันอำนวยความสะดวก การลดบริการจากสถาบัน และมีการประสานบริการและผลประโยชน์ของระบบภายนอกเข้ามาร่วมด้วย การบูรณาการเต็มรูปแบบในลักษณะนี้จะทำให้สามารถควบคุมทรัพยากร เพื่อแสวงหาผลประโยชน์และบริการที่สามารถควบคุมได้โดยตรง ที่มีบริการจากการเชื่อมโยง การประสานงาน และการบูรณาการเพื่อร่วมวางแผนและให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกความต้องการเท่าที่จะทำได้ ซึ่งได้มีการศึกษาและพัฒนากรอบการดำเนินงาน เทคนิค และกลวิธีของการดูแลแบบบูรณาการ มาจากประสบการณ์การทำงาน การบริการการดูแล จากหลายหลายรูปแบบ หลายวิธีการ ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อการให้บริการที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

บทที่ 3

การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวและโครงการตัวอย่าง

การศึกษากการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว (LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่า มีพัฒนาการของระบบอย่างต่อเนื่อง เฉพาะอย่างยิ่งการนำแนวคิดบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้ามาใช้ เพื่อให้บริการเกิดประโยชน์สูงสุดภายใต้โครงสร้างสถานการณ์และเงื่อนไขที่แตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่า หน่วยงานรัฐบาลหรือประเทศที่มีประสบการณ์ในการบูรณาการมาเป็นเวลานานนั้น มีพัฒนาการของการจัดระบบบูรณาการบริการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง มีการลองผิดลองถูก และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมเป็นระยะๆ โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและองค์ประกอบของระบบ เพื่อให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ ในการนำเสนอระบบบูรณาการบริการการดูแลระยะยาวในที่นี่ได้เลือก นำเสนอประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างในการศึกษา เนื่องจากมีการพัฒนาระบบอย่างรวดเร็ว ประสบความสำเร็จในหลายมลรัฐ และมีลักษณะที่ให้อำนาจกับท้องถิ่นในการจัดการซึ่งเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาและปรับใช้กับประเทศไทย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ตอน คือ

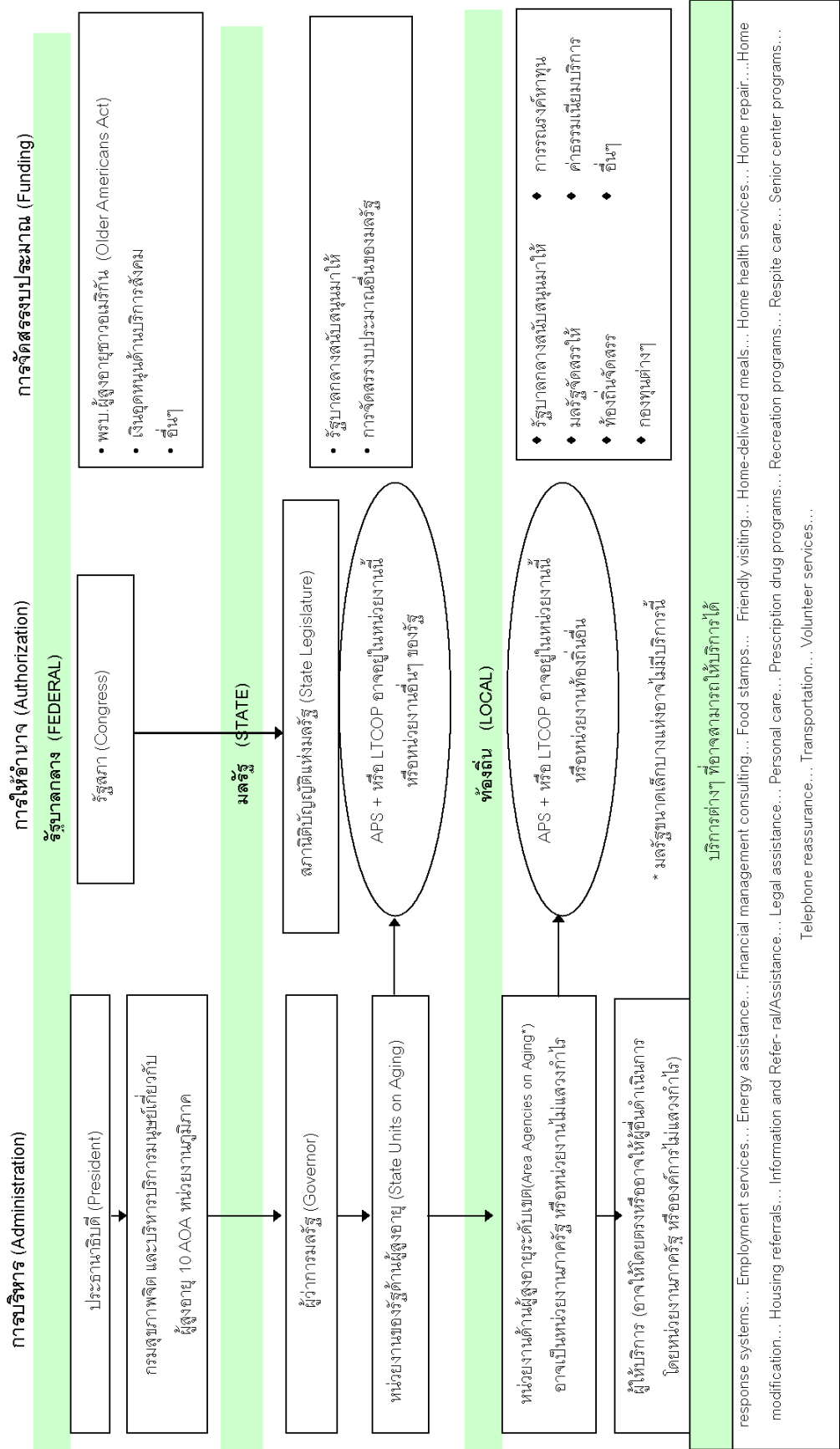
- ตอนที่ 1 โครงสร้างการบริหารระบบการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกา
- ตอนที่ 2 การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย
- ตอนที่ 3 การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวของมลรัฐแมสซาชูเซตส์
- ตอนที่ 4 องค์ประกอบของระบบการดูแลระยะยาวที่ประสบความสำเร็จ

ตอนที่ 1 โครงสร้างการบริหารระบบการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกา

การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา เริ่มเป็นรูปร่างชัดเจนใน ค.ศ.1965 เมื่อรัฐบาลได้ผ่านกฎหมายสำหรับการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเฉพาะขึ้นเป็นครั้งแรก กฎหมายดังกล่าว ได้แก่ รัฐบัญญัติว่าด้วยผู้สูงอายุชาวอเมริกัน (Older American Act) รัฐบัญญัติดังกล่าว ประกอบด้วย บทบัญญัติ และมาตรการสำคัญที่รัฐบาลกลางต้องรับผิดชอบ พร้อมทั้งมอบหมายความรับผิดชอบในการจัดระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไปยังรัฐบาลระดับมลรัฐและรัฐบาลท้องถิ่น ตลอดจนให้ชุมชนและครอบครัวเป็นสถาบันและองค์กร

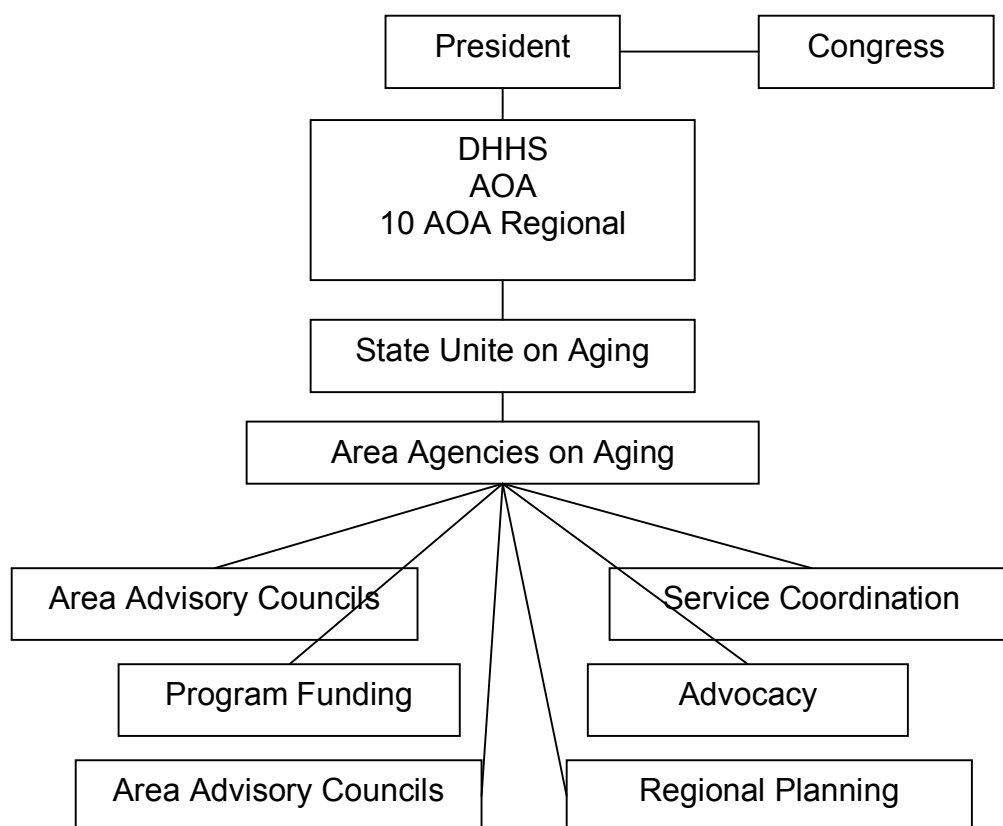
ที่มีหน้าที่ดำเนินการจัดบริการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเอง รัฐบัญญัติว่าด้วยผู้สูงอายุนี้ มีเจตนารมณ์ในมิติที่จะประกันคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุชาวอเมริกันอย่างถาวร โดยการให้การประกันความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งการประกันทางด้านสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง รัฐบัญญัติดังกล่าวมีบทบัญญัติที่สำคัญ ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณสมทบของรัฐบาลกลางให้แก่รัฐและท้องถิ่นต่าง ๆ ในการจัดบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งบริการดังกล่าวรวมถึงการเดินทาง การบริการภายในบ้าน บริการทางด้านกฎหมาย การจัดงบประมาณสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์บริการอาหารกลางวันให้แก่ผู้สูงอายุ มาตรการว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ มาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาตรการจ้างงานผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ในท้องถิ่นของตนเอง มาตรการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ และการช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมาตรการฝึกอบรม การวิจัย และการแสวงหาองค์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้มีการรวบรวมขึ้นอย่างครบถ้วน ภายใต้บทบัญญัติฉบับดังกล่าว (เล็ก สมบัติ ,วรรณลักษณ์ เมียนเกิด และเดชา สังขวรรณ, 2550 น.96) ซึ่งในการดำเนินงานและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละระดับนั้น มีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการตั้งแต่ระดับสูงสุด คือระดับประเทศไปจนถึงระดับท้องถิ่น ตามแผนภูมิภาพรวมของระบบบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกาต่อไปนี้

แผนภาพที่ 3.1 ภาพรวมของระบบบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา
เครือข่ายบริการผู้สูงอายุระดับชาติ (National Aging Services Network)



หน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา มีกระทรวงที่รับผิดชอบบริการทั้ง 2 ด้านนี้แก่ประชาชน อยู่ร่วมกันเรียกว่า Department of Health and Human Services (DHHS) ในด้านการบริหารได้ให้อำนาจแก่มลรัฐได้บริหารจัดการเอง(ภายใต้กฎหมาย Older Americans Act) จึงทำให้การบูรณาการต่างๆ เป็นไปได้ อย่างดี แต่ละมลรัฐดำเนินการโดย Area Agencies on Aging (AAA) ซึ่งมีหน่วยงานในการดำเนินงานอีกหลายฝ่าย ดังแผนภาพที่ 3.2 โครงสร้างการบริหารงานบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา ดังนี้

แผนภาพที่ 3.2 โครงสร้างการบริหารงานบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา



จากแผนภาพดังกล่าว จะเห็นว่าบริการการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกา ทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมอยู่ภายใต้หน่วยงานของรัฐหน่วยงานเดียว จึงทำให้นโยบายและการบริหารเป็นเอกภาพ (US Department of Health and Human Services: DHHS) โดยในระดับการบริหารนั้น มลรัฐต่างๆ ได้จัดโครงสร้างของตนขึ้นในลักษณะการบูรณาการแนวราบ

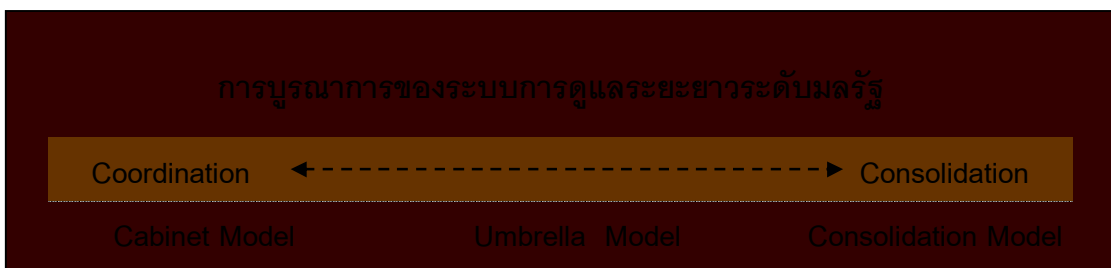
(Horizontally Integrated) โดยบูรณาการหน่วยงานการดูแลระยะยาวของส่วนงานต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานภายนอก และผู้ให้บริการเข้าด้วยกัน วิธีการดำเนินการเริ่ม จากการประสานงานซึ่งเป็นการดำเนินงานพื้นฐานที่สุดไปจนถึงการจัดสร้างองค์กรซึ่งในแต่ละ มลรัฐมีแตกต่างกัน (Allison Armour, 2004, pp. 2-3) โมเดลของการบูรณาการแบ่งเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1 Cabinet model ภายใต้โครงสร้างประเภทนี้ หน่วยงานระดับมลรัฐยังมีความ รับผิดชอบด้านการดูแลระยะยาว แต่การดำเนินการอยู่ภายใต้คณะกรรมการประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน (Interagency coordinating committee) กรณีศึกษาเมืองโคโลราโด (Colorado) คณะกรรมการชุดนี้มาจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายองค์กร โดยโมเดล ประเภทนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด แต่สะท้อนการประสานงานและการรวมเข้า ด้วยกันน้อยที่สุด การดำเนินงานจะสำเร็จได้หากได้รับการสนับสนุนจากผู้ว่าการมลรัฐ

1.2 Umbrella model ภายใต้โครงสร้างประเภทนี้ หน่วยงาน 1 แห่ง มีหน้าที่ ให้บริการการดูแลระยะยาวทุกประเภท เช่น Department of health social services โดยจะ แจกจ่ายงานและความรับผิดชอบให้แก่แต่ละกรม/ กอง เช่น มลรัฐอินเดียน่า และมลรัฐเมน เป็นต้น มีการพัฒนาแผนการประสานงานระหว่างกรม/กอง และร่วมกันพัฒนานโยบายและ จัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่

1.3 Consolidation model โครงสร้างประเภทนี้ก่อให้เกิดการปรับโครงสร้างองค์กร ครั้งใหญ่ เช่น การตั้งองค์กรใหม่ และการยุบองค์กรเดิม เป็นต้น เพราะต้องรวมหน้าที่ด้านการ ดูแลระยะยาวเข้ามาเป็นหน่วยงานเดียว เช่น มลรัฐเซาท์คาโรไลน่า และมลรัฐเท็กซัส เป็นต้น หรืออาจตั้งองค์กรใหม่ ซึ่งประกอบด้วยกรม/กองเดิม เช่น มลรัฐอิลลินอยส์ มลรัฐแมสซาชูเซตส์ และมลรัฐวิสคอนซิน โครงสร้างประเภทนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความรับผิดชอบที่มีต่อ ความสำเร็จของการดูแลระยะยาว แต่ก็พบว่าหลายมลรัฐที่ประสบกับปัญหาการรวมเงินทุน เข้าด้วยกัน

แผนภาพที่ 3.3 การบูรณาการของระบบการดูแลระยะยาวระดับมลรัฐ



จากการศึกษาการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้พัฒนาโครงการเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ พบว่ามลรัฐแคลิฟอร์เนีย และมลรัฐแมสซาชูเซตต์ มีแนวคิด และวิธีการดำเนินงานของโครงการต่างๆ ที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของไทย รายละเอียดมีดังนี้

ตอนที่ 2 การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย

2.1 การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย

มลรัฐแคลิฟอร์เนีย กล่าวได้ว่าเป็นมลรัฐหนึ่งที่มีพัฒนาการต่อเนื่องของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้นำแนวคิดการบูรณาการระบบการให้บริการต่างๆ เข้ามาเชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการให้บริการที่ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด ในการนี้มลรัฐแคลิฟอร์เนีย จึงได้มีการนำเอาจุดเด่นของการเข้าถึงบริการในระบบการดูแลระยะยาวเข้ามาพิจารณาและวางแผน เพื่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. พัฒนาการนโยบายและบริการดูแลระยะยาวของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย

นโยบายการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้รับการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลากว่า 30 ปี (Barbara et al., 2004 pp. 7-9) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะแรก มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ทำการกำหนดความต้องการของชุมชนในการสร้างทางเลือกในการเข้าสู่สถาบัน การประสานงานที่ดีระหว่างรัฐ ท้องถิ่น และความต้องการของประชาชน การพิจารณาถึงบทบาทหน่วยงานภาครัฐ ในการทำหน้าที่ประสานระหว่างบริการและเงินทุน มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้ออกกฎหมายหลายฉบับ เพื่อเพิ่มโครงการด้านการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบใหม่ๆ รวมทั้งประสานการทำงานของโครงการที่มีอยู่เดิม และส่งเสริมแนวคิดริเริ่มใหม่ๆ ของท้องถิ่น เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 2 ช่วงทศวรรษ 1970 มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้มีนโยบายการพัฒนาทางเลือกของสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) โดยดำเนินการจัดตั้งโครงการบริการที่สนับสนุนภายในที่พักอาศัย (In-Home Supportive Services program: IHSS) เพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ดูแลที่บ้านและผู้ที่ต้องการบริการการดูแลส่วนบุคคล เช่น ผู้ตาบอด ผู้สูงอายุ และ

ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ โครงการนี้ใช้เงินงบประมาณของรัฐ ครอบคลุมทั้งผู้ที่ใช้บริการตรง และองค์กรที่จัดบริการ นับเป็นโครงการที่จัดบริการถึงผู้ต้องการความช่วยเหลือโดยตรงที่เก่าแก่ที่สุดของรัฐ

ระยะที่ 3 ทศวรรษ 1980 โครงการบริการอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multi-Purpose Senior Service Program : MSSP) ได้ถูกจัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นอีกทางเลือกสำหรับการดูแลโดยชุมชน ให้ความช่วยเหลือผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี ที่เสี่ยงต่อการเข้าไปรักษาในสถาบัน ปัจจุบันโครงการนี้ได้ให้บริการการดูแลรายกรณี (Case Management Services) แก่บุคคลทั่วไปอีกด้วย นอกจากนี้ มลรัฐแคลิฟอร์เนียยังจัดตั้งศูนย์ Independent Living Centers เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะทุพพลภาพ ให้บุคคลเหล่านี้สามารถอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง และการจัดตั้งโครงการบริการดูแลในเวลากลางวัน (Adult Day Care programs) เพื่อให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ ได้แก่ บริการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การติดต่อสื่อสารกับสังคมเพื่อให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีเวลาหยุดพักชั่วคราว และท้ายที่สุดได้จัดตั้งกองทุนของรัฐว่าด้วย โครงการเชื่อมประสานบริการดูแลเฉพาะราย (LINKAGES) สำหรับผู้ป่วยและผู้ใหญ่ที่มีภาวะทุพพลภาพ (อายุ 18 ปีขึ้นไป) ผู้ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการรับเข้ารักษาในสถานพยาบาล แต่ขาดคุณสมบัติในการรับบริการการดูแลรายกรณี และในช่วงเวลาเดียวกันนี้ มลรัฐแคลิฟอร์เนียได้รวบรวมบริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งหมดไว้ที่แผนกผู้สูงอายุ (The Department of Aging)

ในช่วงทศวรรษ 1990 รัฐยังคงมีการขยายบริการด้านการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มงบประมาณสำหรับโครงการ IHSS และพัฒนาโครงการ Medicaid waiver program เพื่อให้บริการผู้สูงอายุได้รับบริการมากยิ่งขึ้น มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ให้เงินทุนเพื่อสนับสนุนการจัดทำมาตรฐานระดับรัฐเกี่ยวกับบริการเพื่อคุ้มครองสิทธิ (Adult Protective Services: APS) ซึ่งขยายคำจำกัดความของคำว่า การทารุณกรรม การทอดทิ้ง ให้รวมถึงการละเลย เพิ่มจำนวนของผู้ตรวจสอบ และรายงานการบริการ เพิ่มการดูแลรายกรณี การติดตาม และประเมินผู้ป่วย จัดให้มีระบบตอบรับ 24 ชั่วโมง และบริการอื่นๆ

ระยะที่ 4 ความเปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งในทศวรรษ 1990 คือการริเริ่มแนวคิด “ผู้สูงอายุที่มีเกียรติและศักดิ์ศรี” (Aging with Dignity) เพื่อที่จะเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ และริเริ่มกองทุนสำหรับโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาาระบบสารสนเทศ การปรับปรุงการคมนาคมขนส่ง และทางเลือกของสถานบริการผู้สูงอายุ นอกจากนี้มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ยังปรับปรุงสถานบริการดูแลระยะยาว โดยการเพิ่มจำนวนการตรวจสอบ และการเพิ่มสถานที่รับเรื่องร้องเรียน การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด

งบประมาณสำหรับสถานพยาบาล ขณะที่มีการกำหนดนโยบายต่างๆ ในระดับรัฐ นโยบายเหล่านี้จะถูกนำไปปฏิบัติโดยรัฐบาลของท้องถิ่น มลรัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นรัฐที่ให้ความช่วยเหลือโครงการภาครัฐเป็นอย่างดี ตั้งแต่ทศวรรษ 1990 มลรัฐแคลิฟอร์เนีย เริ่มรับผิดชอบด้านบริการสำหรับผู้สูงอายุจากรัฐบาลกลาง โดยจัดสรรรายรับจากภาษีให้แก่โครงการบริการด้านสังคม สุขภาพจิต และสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เงินทุนสำหรับบริการต่างๆ ลดลง และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมจัดการ

จากการนำเสนอพัฒนาการของ โครงการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวของ มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ทำให้เห็นได้ถึงการตระหนักในภาระหน้าที่ที่จะกระจายการดูแลไปสู่ประชาชนสูงอายุ และผู้เจ็บป่วย โดยได้มีการตกลงร่วมกันที่จะปฏิรูประบบการดูแลระยะยาว นครซานดิเอโก ได้เริ่มโครงการทดลองบูรณาการบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care Integration : LTCI) ขึ้นในปี 1995 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการบริการไปสู่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พึ่งตนเองไม่ได้ และผู้พิการต่างๆ โดยได้รับความร่วมมือจากเทศบาล และผ่านการเห็นชอบจากมลรัฐ มีการบูรณาการระบบการกระจายบริการด้านการแพทย์ เงินทุน และระบบต่างๆ ซึ่งในกระบวนการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1.1 กระบวนการวางแผนในระดับชุมชนและรากหญ้า

สิ่งที่เป็นเอกลักษณ์สำคัญของ LTCI คือ การให้ความสำคัญกับประชาชนในพื้นที่ หรือกลุ่มรากหญ้า และความต้องการของประชาชนระดับพื้นที่ มากกว่าการทำตามความต้องการของรัฐ โดยให้ระดับพื้นที่รับผิดชอบในการออกแบบระบบการดูแลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับท้องถิ่นทั้งหมด โดยพิจารณาร่วมกับทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน โครงสร้างสิ่งสาธารณูปโภค คุณลักษณะของผู้รับบริการและการพิจารณาถึงสภาพภูมิศาสตร์ และเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน รัฐยังได้จัดรางวัลเป็นเงินทุนหลากหลายลักษณะไปยังเทศบาล (ท้องถิ่น) ที่มีการดำเนินงาน LTCI อีกด้วย

การดำเนินโครงการ LTCI นี้ อยู่ภายใต้การจัดการของ Health and Human Services Agency (HHS) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เข้าร่วมเอาบางส่วนของกรมที่จัดบริการด้านสุขภาพ สังคม เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส เข้าด้วยกัน Aging and Independence Service (AIS) ได้ทำหน้าที่และรับผิดชอบริเริ่มโครงการร่วมกับเทศบาล (ท้องถิ่น) เนื่องจากมีเครือข่ายผู้สูงอายุอย่างกว้างขวาง และมีประสบการณ์ในการให้บริการที่บ้านและชุมชน ซึ่ง AIS ได้สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้มีส่วนได้เสียว่า โครงการนี้จะไม่ดำเนินงานแบบตามประเพณีดั้งเดิมทางการแพทย์ คือ การรับการรักษาเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เป็นเวลากว่า 2 ปี ที่เทศบาลเมืองซานดิเอโก ได้ทำงานประสานร่วมมือกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากกว่า 400 กลุ่ม ในการวางแผนระบบบูรณาการสำหรับการดูแลเฉียบพลัน และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่ตาบอด และผู้พิการ (Age, Blind and Disables: ABD)

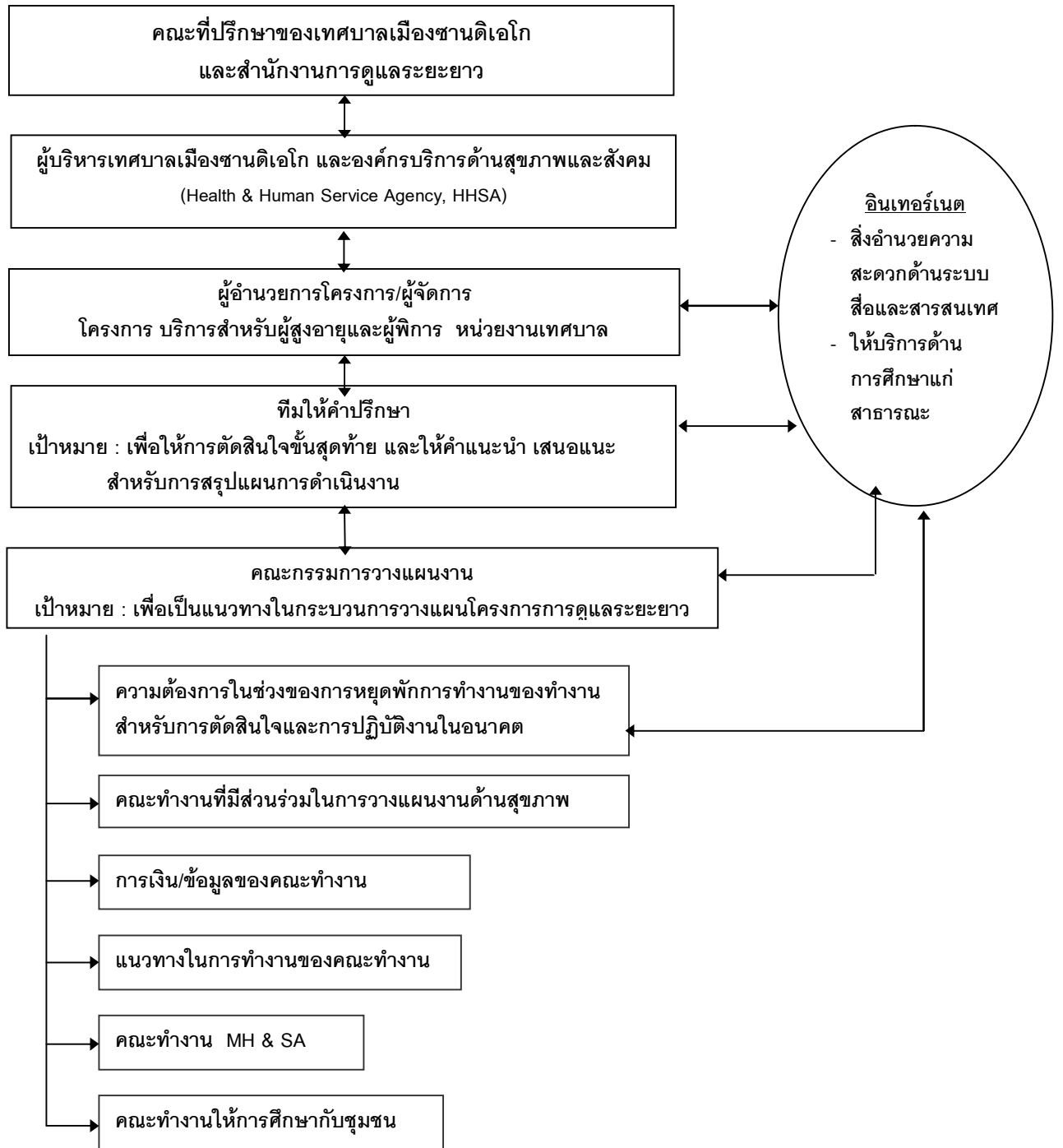
วิสัยทัศน์ของการทดลองการดูแลระยะยาว คือ การพัฒนาโครงการที่จะส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ สังคม และบริการสนับสนุน โดยการรวมงบประมาณเข้าด้วยกัน การดำเนินงานเป็นการผลักดัน ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การกระจายการเข้าถึงบริการ การตรวจสอบคุณภาพ และสนับสนุนการลงทุนอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งโครงสร้างการบริหาร และกำหนดกระบวนการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกและส่งเสริมการปฏิบัติงานระดับท้องถิ่น
2. เพื่ออำนวยความสะดวกการติดต่อสื่อสาร การเข้าถึงบริการ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่กระบวนการวางแผน
3. เพื่อพัฒนาแผนระบบบูรณาการ สำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ต้องการการดูแลระยะยาวอย่างครอบคลุมและกะทัดรัด

1.3 กำหนดโครงสร้างการบริการขึ้นใหม่

โครงสร้างนี้เกิดจากการที่ คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะทำงานวางแผน และกลุ่มผู้รับบริการ ได้ร่วมสร้างแนวทางของการดูแลระยะยาวในช่วงที่ร่วมกันวางแผนการจัดบริการ โครงสร้างการบริหารและกระบวนการตัดสินใจ มีลักษณะดังแผนภาพต่อไปนี้

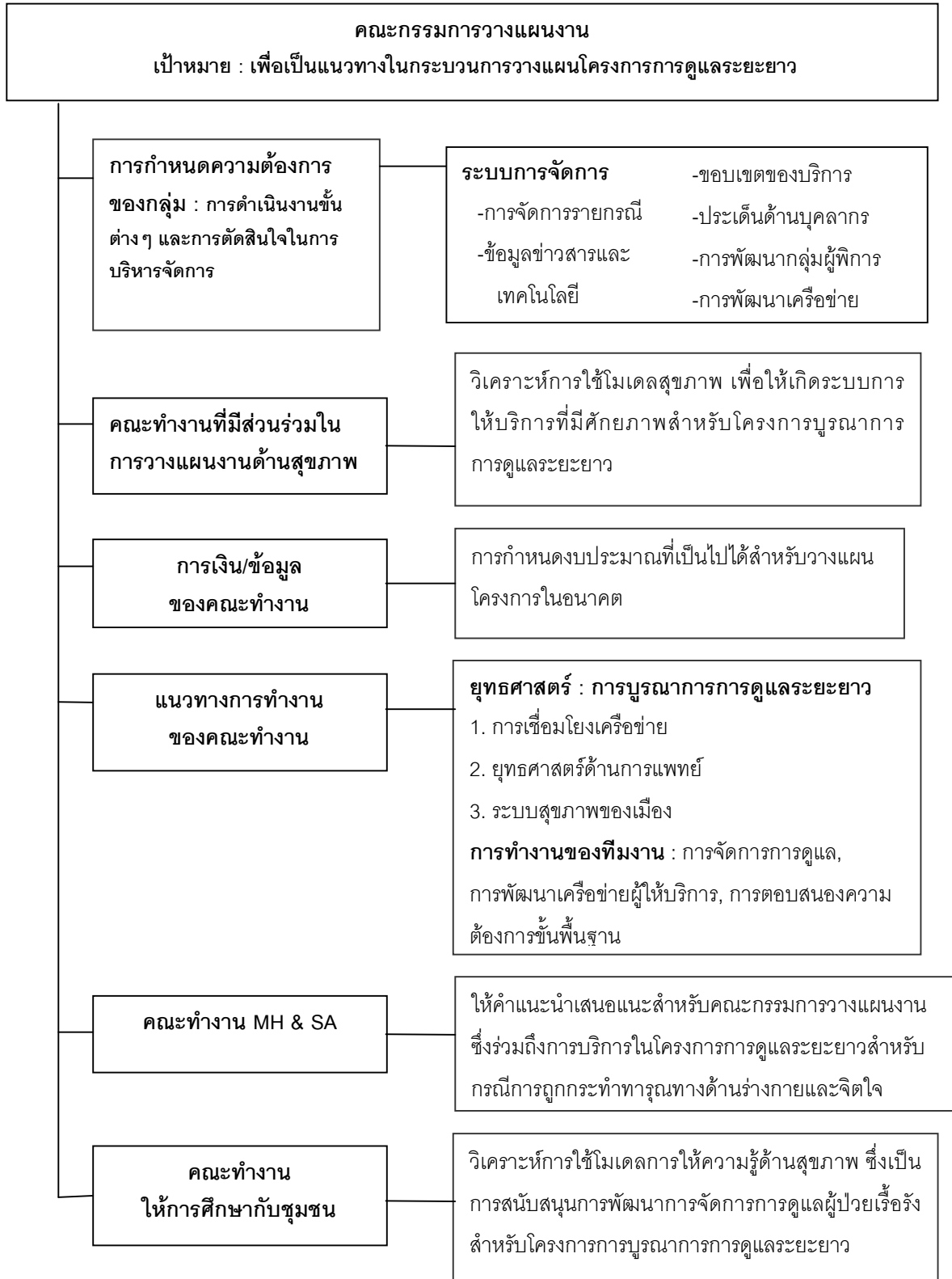
แผนภาพที่ 3.3 โครงสร้างการบริหารและกระบวนการตัดสินใจ



บทบาทของคณะกรรมการวางแผน (Planning Committee)

1. ให้การปรึกษาเกี่ยวกับเนื้อหาและเงื่อนไขของการบูรณาการ โดยกำหนดเงื่อนไขที่น่าจะเป็นไปได้ และวัตถุประสงค์ในการให้บริการ
2. จำแนก ชี้นำ อภิปราย และพิจารณาองค์ประกอบของโครงการ บัณฑิตที่นำไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และการตระหนักถึงการบรรลุตามวิสัยทัศน์ที่กำหนด
3. ผลักดันและศึกษาแนวทางที่เป็นไปได้ในการสร้างตัวแบบด้านสุขภาพของเมืองซานดีเอโก (Model Health San Diego) ในฐานะที่เป็นระบบกระจายบริการ (Service delivery system) ที่สำคัญในการดูแลระยะยาว โดยขอบเขตหน้าที่ของคณะกรรมการวางแผน มีดังนี้

แผนภาพที่ 3.4 ขอบเขตหน้าที่ของคณะกรรมการวางแผน



กลุ่มให้คำปรึกษา (An Advisory Group)

คณะทำงานวางแผน และคณะ Self-Direct 4 กลุ่ม ได้ถูกกำหนดขึ้น เพื่อช่วยกำกับการปฏิบัติงานให้เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น และช่วยกระตุ้นกลุ่มผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการพัฒนา โดยกำหนดระยะเวลาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวางแผนระยะที่ 1 วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และบรรลุผลดังนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา ที่มาจากตัวแทนของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ และกลุ่มผู้สนใจอื่นๆ เข้ามาทำงานในการแนะนำและวางแผนกระบวนการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care Integration Project :LTCIP)
2. ให้คำแนะนำในการบูรณาการ การตัดสินใจ และกำหนดบริการโครงการต่างๆ และงบประมาณในระยะแรก
3. การพัฒนาข้อมูลที่สำคัญ และเป็นที่ต้องการสำหรับการปฏิบัติงานโดยการทำงานร่วมกันกับผู้นำของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหน่วยงาน LTC ของภาครัฐ
4. จำแนก และกำหนดข้อยกเว้นในการบริหารจัดการสำหรับ LTCIP
5. พิจารณาช่องทางเข้าถึงความสามารถของเครือข่ายการให้บริการดูแลระยะยาวของเทศบาลเมืองซานดิเอโก
6. สร้างความเชื่อมโยงระหว่างแผนงานต่างๆ ด้านสุขภาพที่ให้บริการปฐมภูมิอยู่ในขณะนั้น และบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้อยู่ในเครือข่ายของ LTC

การวางแผนระยะที่ 2

กิจกรรมและขอบเขตการทำงานสำหรับแผนระยะที่ 2 ได้จัดทำขึ้นภายใต้การพิจารณาผลลัพธ์ และข้อเสนอแนะจากแผนระยะที่ 1 และได้กำหนดวัตถุประสงค์ของแผนระยะที่ 2 ได้ดังนี้

1. เพิ่มความตระหนัก และความเข้าใจของ LTCIP ให้ครอบคลุมผู้รับบริการให้กว้างขวางขึ้น รวมทั้งผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้นำของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการวางแผน
2. ยังคงให้มีคณะกรรมการต่างๆ และคงโครงสร้างเช่นเดิม เหมือนในแผนระยะที่ 1 เพื่อคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมและการเข้าไปสนับสนุนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการวางแผน LTCIP
3. ยังคงมีการทำงานเพื่อคัดเลือกโครงสร้างโมเดลของการบริหารจัดการระบบการกระจายบริการของเมืองซานดิเอโก

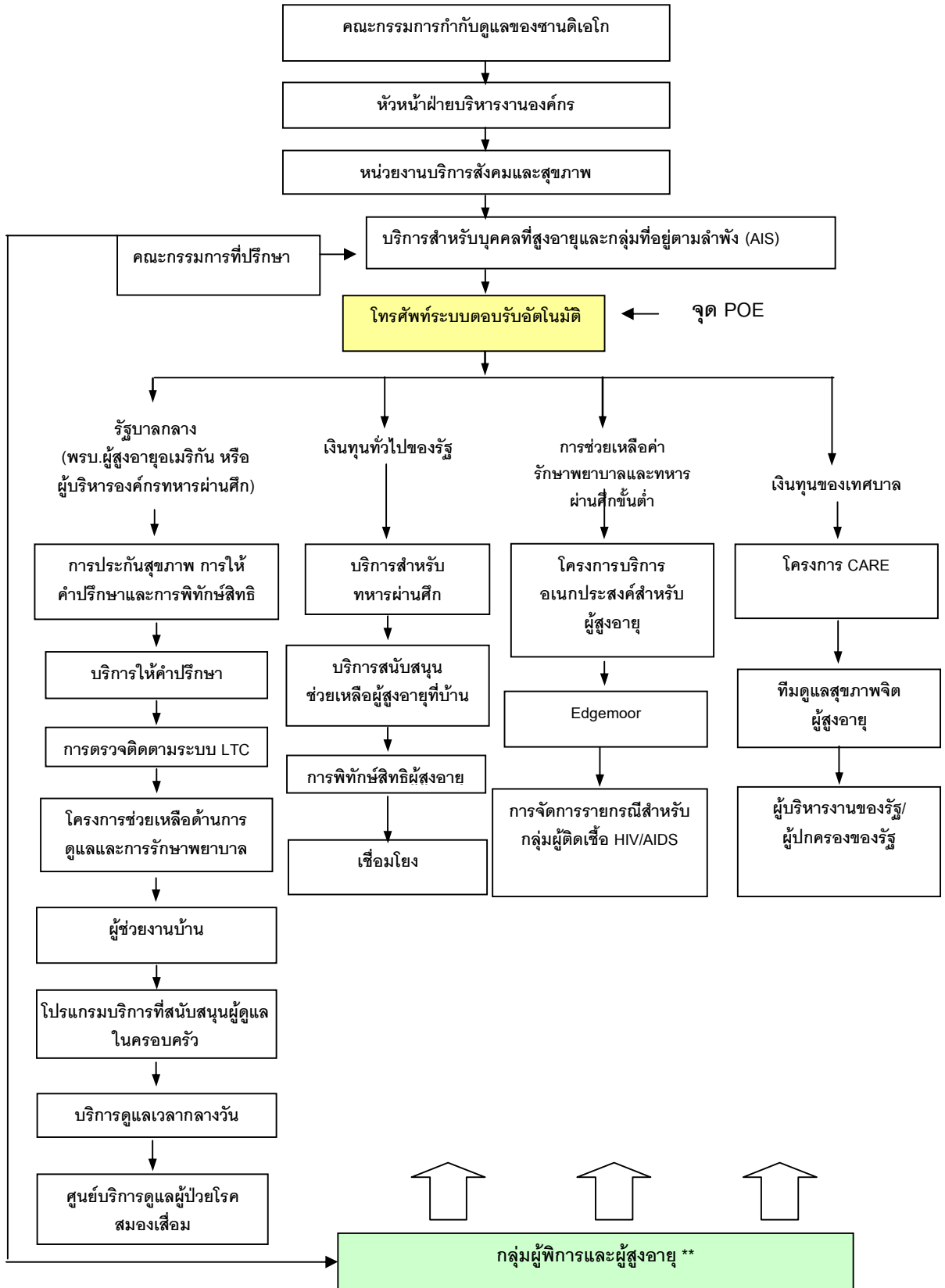
4. กำหนดและระบุถึงองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการจัดบริการดูแลรายกรณี ที่สนับสนุนการบูรณาการผ่านเครือข่ายและระบบการดูแล และการเสริมสร้างการเข้าถึงบริการ
5. ทำงานร่วมกับสำนักงาน LTC ของรัฐ เพื่อพัฒนาข้อมูลสารสนเทศของท้องถิ่น ที่รวมถึงการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ ในเรื่องงบประมาณและวิธีการพัฒนาการจัดเก็บภาษี ส่วนบุคคล (capitation state) สำหรับเทศบาลเมืองซานดิเอโก
6. กำหนด แยกแยะข้อมูล และเทคโนโลยีที่จำเป็น ที่ต้องใช้ในการสนับสนุน ระบบการกระจายการบูรณาการ LTC
7. กำหนดแนวทางในการคุ้มครองผู้รับบริการ การประกันคุณภาพให้เป็นไปตาม มาตรฐานและข้อกำหนดของโครงการ LTC

การกำหนดแผนระยะที่ 3

วัตถุประสงค์ของแผนงานระยะที่ 3 คือ การประเมินความเป็นไปได้ของ Health San Diego ในฐานะที่เป็นรูปแบบการกระจายบริการและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของ โครงการและพัฒนาแผนการปฏิบัติงานสำหรับโครงการในระยะต่อไป ซึ่งการดำเนินงาน ทดลองดังกล่าวได้ผลดี และกำลังพัฒนาต่อไป

ปี 1997 โครงการ AIS (Aging and Independence Services: AIS) มีการพัฒนาและ ปรับปรุงโครงสร้างครั้งใหญ่ให้เป็นโครงการที่บูรณาการ โดยรวบรวมโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และผู้ทุพพลภาพรวบรวมไว้หน่วยงานเดียว จัดให้เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานบริการสุขภาพและ สังคมทุกระดับของเทศบาล มีผู้บริหารมากกว่า 40 คนที่มาจากรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และ องค์การชุมชนกว่า 60 องค์กร ในปี 2003 AIS มีพนักงานร่วม 750 คน และได้รับงบประมาณราว 250 ล้านดอลลาร์ โครงการนี้ครอบคลุม AAA, ผู้บริหารท้องถิ่น, APS, IHSS, the County Nursing Facility (Edgemoor), Veterans Services and Mental Health Services. โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้บริหารจัดการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และปรับปรุงความร่วมมือในการให้บริการ และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ มุ่งให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ หรือผู้ที่ถูก ทารุณกรรม และผู้ที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ผู้ที่ติดเชื้อ HIV และผู้ที่ต้องการบริการดูแลที่บ้าน คุณสมบัติของผู้ที่จะได้รับการดูแลจากโครงการของภาครัฐ บริการการดูแลระยะยาวเป็นรายกรณี การส่งต่อไปยังผู้ให้บริการโดยตรง การจำแนกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม และถูกทอดทิ้ง ดังนั้น AIS จึงเป็นจุดรวมบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ โดยระบบบริการดูแล ระยะยาวของเมืองซานดิเอโก มีดังนี้

แผนภาพที่ 3.5 ระบบบริการดูแลระยะยาว เมือง ซานดิเอโก



หมายเหตุ: โครงการเหล่านี้กำหนดขึ้นตามแหล่งสนับสนุนเบื้องต้น แต่ส่วนมากยังได้รับเงินทุนจากแหล่งต่างๆ มากกว่าหนึ่งแหล่ง เป็นผู้รับบริการโดยการเยี่ยมบ้าน หรือการติดต่อทางโทรศัพท์

2. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานของโครงการ AIS ดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมาย (SB 2199) เพื่อรวบรวมบริการด้านการดูแลระยะยาวเข้าด้วยกัน ในกฎหมายฉบับนี้ริเริ่มโครงการบริการคุ้มครองผู้ใหญ่ (Adult Protective Service Program: APS) มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำและสนับสนุนเงินทุน กฎหมายฉบับนี้มีข้อบังคับ ดังต่อไปนี้

- (1) มีศูนย์ Hotline 24 ชั่วโมง เพื่อทำหน้าที่รับรายงานการทารุณผู้สูงอายุหรือผู้ใหญ่ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (dependent adult)
- (2) การจัดตั้งระบบเพื่อตอบสนองอย่างทันเวลาที่ ต่อรายงานการเกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ใหญ่ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- (3) การติดตามรายงานการทารุณผู้สูงอายุ หรือผู้ใหญ่ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- (4) การบริการดูแลรายกรณีอย่างครอบคลุม รวมถึงการประเมิน การพัฒนาแผนการบริการ และการติดตามกรณีต่างๆ
- (5) จัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็น เช่น อาหาร ยานพาหนะ บ้านพักฉุกเฉิน และการบริการที่บ้าน

นอกจากนี้ ยังมีการขยายขอบเขตการปกป้องการทารุณกรรมทางร่างกาย เพื่อให้ครอบคลุมการป้องกันการลักพาตัว การทอดทิ้ง การโดดเดี่ยว การรีดไถ และการไม่เอาใจใส่ ผู้มีหน้าที่จัดทำรายงานกรณีข้างต้น ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ หรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการให้บริการด้านโภชนาการ บริการแก่ชุมชน บริการดูแลผู้ป่วยรายวัน บริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งบุคคลที่ให้บริการด้านสังคมและสุขภาพแก่กลุ่มดังกล่าว

ด้านการสร้างโครงสร้างพื้นฐาน APS และแนวทางสำหรับการบริการผู้สูงอายุ และสร้างศูนย์กลางสำหรับให้บริการต่างๆ ตั้งแต่ข้อมูลสารสนเทศไปจนถึงการให้บริการจะต้องอยู่ภายใต้กรอบพระราชบัญญัติผู้สูงอายุอเมริกัน (The Older Americans Act: OAA) ซึ่งโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้ได้สร้างช่องทางทำให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการของ APS และผู้สูงอายุรายอื่นๆ ที่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การฟื้นฟู และการจ้างงาน การที่ AIS ทำหน้าที่บริหาร IHSS โครงการบริการดูแลระยะยาว บริการ APS และโครงการ Title III Programs ช่วยส่งเสริมให้ AIS สามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุครอบคลุมทุกกลุ่มรายได้ และสามารถให้บริการตามความต้องการได้ดียิ่งขึ้น

3. หน่วยงานหลักที่จัดบูรณาการบริการ

ศูนย์บริการ Call Center ของเมืองซานดิเอโก (San Diego's Call Center) ได้นำรูปแบบการทำงานเชิงธุรกิจ หรือรูปแบบการจัดสรรทรัพยากรพื้นฐาน (Triage Center Model) สำหรับปัญหาต่างๆ สู่ช่องทางการให้บริการของศูนย์บริการท้องถิ่น มี AAA และผู้จัดการรายการกรณี ซึ่งเป็นผู้รู้ถึงหน้าที่ที่หลากหลายและมีความสามารถในด้านงบประมาณ ที่จะสนับสนุนผู้รับบริการเหล่านั้น เป็นผู้ประสานช่องทางเข้ารับบริการในการจัดการไม่ว่าจะเป็น Medicaid State และการสนับสนุนของท้องถิ่นเอง

ศูนย์บริการ call center นี้ เป็นองค์กรพื้นฐานของ AAA มีทีมงานที่ได้รับการฝึกอบรมโดยนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นลูกจ้างของท้องถิ่นและเป็นผู้ที่จัดการให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งในระดับรัฐ เมือง ท้องถิ่น ผู้ใช้บริการจะถูกคัดกรองจากหลากหลายหลักเกณฑ์ของประเภทบริการ รวมไปถึงเหตุผลครั้งแรกที่ใช้บริการนี้ด้วย การแยกแยะปัญหา เพื่อลดการใช้บริการที่ซ้ำซ้อนในการเข้าไปบริการของสถาบันต่าง ๆ นอกจากนั้น ทีมงานที่ถูกฝึกมานั้นจะสามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้รับบริการใช้เวลารอน้อยที่สุด มีการแบ่งงานกันระหว่างทีมงาน ซึ่ง AAA นั้นจะมีการให้เจ้าหน้าที่ทำงานในเชิงรุกด้วย คือการออกหน่วยไปให้บริการในชุมชนที่มีความต้องการ การพัฒนาหุ้นส่วนที่มีความต้องการ และมีการกระจายข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบริการช่วยเหลือของ LTC ที่จะให้บริการได้ การพัฒนาบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ในชุมชนเกี่ยวกับเรื่องของการประชาสัมพันธ์ในเรื่องสุขภาพ สังคม และบทบาทขององค์กรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ช่วยให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีการให้ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน เพื่อการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ในชุมชนอย่างครอบคลุม

จุดเริ่มที่เชื่อมบริการการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ (Point Of Entry : POE) เริ่มต้นที่การโทรศัพท์ไปยังศูนย์ Call Center ของเมืองซานดิเอโก ที่ศูนย์นี้มีการทำสัญญากับผู้ให้บริการผู้สูงอายุกว่า 60 องค์กรในชุมชน ซึ่งจะมีนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้รับเรื่องราวลำดับแรกของการติดต่อไปยัง POE โดยนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพมีหน้าที่ที่สำคัญ 2 ประการ คือ การระบุถึงความต้องการของผู้รับบริการ และใช้ระบบบริการสายโทรเข้าแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Call management system) เป็นเครื่องมือในการส่งต่อความต้องการของผู้รับบริการ ไปยังนักสังคมสงเคราะห์คนอื่นที่เป็นผู้ประสานบริการในแหล่งบริการอื่น

ศูนย์ AIS Call Center หรือ POE ใช้วิธีการ “การเข้าถึงโดยเสรี” (No wrong door) และจัดรูปแบบให้เหมือน Call Center ของหน่วยงานภาครัฐกิจ โดยพนักงานจะรับสายเข้าและส่งต่อให้กับพนักงานที่เกี่ยวข้อง มีการบันทึกเวลาตอบรับโดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการแจ้งระยะเวลาการรอสายของแต่ละเดือนในจดหมายข่าวรายเดือนของ AIS ด้วย (ในปี 2004 ระยะเวลารอสายเฉลี่ยเท่ากับ 13 วินาที) ทั้งนี้ พนักงานของศูนย์เป็นนักสังคมสงเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถประเมินความต้องการของผู้รับบริการและสามารถเลือกบริการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการมากที่สุด เป็นการสร้างช่องทางในการเข้าถึงบริการเฉพาะต่างๆ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเพิ่มทรัพยากรที่มีอยู่ พนักงานส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับรายละเอียดและผลประโยชน์ของแต่ละโครงการ พนักงานมีหน้าที่วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการและโอนสายไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาต่อไป พนักงานเหล่านี้ได้รับเงินทุนสนับสนุนจากพรบ.ผู้สูงอายุอเมริกัน แผนด้านการดูแลรักษาของรัฐ เงินทุนของประเทศ และ APS ดังนั้นพนักงานจึงสามารถดูแลทุกความต้องการของผู้รับบริการ และสามารถนำเสนอบริการให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพได้อย่างดีที่สุดในที่สุด

ตัวอย่างโครงการของ AIS ได้แก่ บริการโภชนาการ การออกกำลังกาย และอาสาสมัคร โดยบริการเหล่านี้ได้รับการออกแบบสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เช่น โครงการ Brown Bag ซึ่งจัดส่งอาหารสด (ได้จากการบริจาคของประชาชน และบริษัทห้างร้านทั่วไป) ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือบริการ MoMeals ซึ่งจัดอาหารเข้าประมาณ 1,000 – 2,500 ที่ สำหรับผู้สูงอายุในวันหยุด

AIS ยังใช้เงินทุนบางส่วนสำหรับสร้างช่องทางในการเข้าถึงโปรแกรมด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการ AIS Wellness หรือหลักสูตรการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง AIS และวิทยาลัยชุมชนร่วมกันจัดหาผู้นำการออกกำลังกายมาประจำที่ศูนย์กว่า 23 แห่งทั่วประเทศ เพื่อให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ โดยบางโครงการ เช่น โครงการ Feeling Fit ได้รับรางวัลจาก American Society on Aging ในปี 2003 ในด้านความคิดสร้างสรรค์และคุณภาพ รวมทั้งได้รับการยกย่องจาก International Council on Active Aging (ICAA) ให้เป็นโครงการสำหรับผู้สูงอายุระดับสากล นอกจากนี้ AIS ยังให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยพยายามลดการอยู่อย่างโดดเดี่ยวและป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกแปลกแยกจากชุมชนของตน AIS ร่วมกับวิทยาลัยชุมชนและโครงการ Head Start ช่วยกันพัฒนาศูนย์อาสาสมัครและการจ้างงานผู้สูงอายุ หรือ Life Options ที่มีกลุ่มเป้าหมาย คือ “ผู้สูงอายุที่มีอายุวัยต้น” (young seniors) หรือผู้ที่มีอายุใกล้เคียงเกษียณโดย

มุ่งหวังจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการเกษียณอายุ ผู้สูงอายุแต่ละคนมีโอกาสเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ จากวิทยาลัยชุมชน และมีการจับคู่ผู้สูงอายุกับโรงพยาบาลใกล้เคียง สถานะที่ให้การดูแลในเวลากลางวัน โรงเรียน และโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม โอกาสเหล่านี้ช่วยพัฒนาทักษะหลังวัยเกษียณของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และ AIS ได้ส่งเสริมโอกาสการตลาดให้แก่ธุรกิจในพื้นที่ เช่น ธุรกิจที่บริจาคให้โครงการ MoMeals จะได้รับเกียรติในฐานะผู้สนับสนุนโครงการ ทำให้เกิดการตระหนักถึงความรับผิดชอบของชุมชน และได้รับการช่วยเหลือ

กล่าวโดยสรุป หัวใจสำคัญของศูนย์ AIS Call Center ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ส่วน ได้แก่

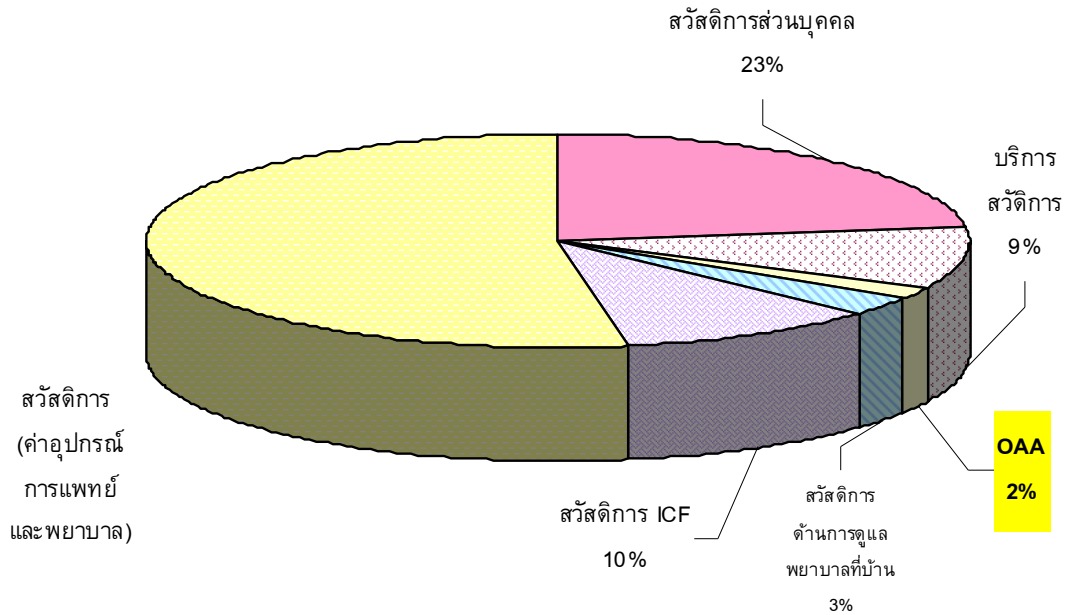
1. นักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการฝึกอบรม (Trained social workers)
2. ระบบการจัดการบริการสายโทรเข้าแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic call management system)

AIS ใช้เงินทุนของ APS ในการจัดซื้อระบบการบริการสายโทรเข้าแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Call management system) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ระบบนี้สามารถบันทึกสายเรียกเข้าลงในกระดานอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบรายละเอียดของสายเรียกเข้าสายถัดไปอย่างมีประสิทธิภาพ

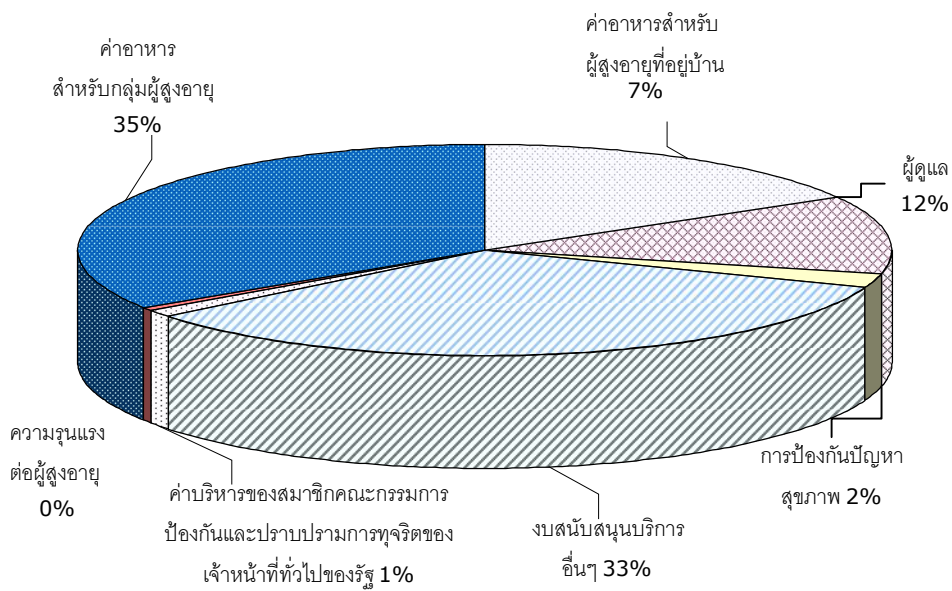
4. งบประมาณในการจัดบริการการดูแลระยะยาว

ค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการการดูแลระยะยาวของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย มาจาก 3 แหล่งหลัก ได้แก่ หลักประกันสุขภาพของรัฐ (State Medicaid Program) บริการสนับสนุนการดูแลที่บ้าน (State In-Home Supportive Services Program) และบริการที่จัดในชุมชน (County-Based Sources) ซึ่งมีบทบาทสำคัญมากในระบบการดูแลระยะยาวของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปหนึ่งคน เท่ากับ 1,424 เหรียญ และยอดค่าใช้จ่ายรวมในปี 2002 เท่ากับ 4.7 พันล้านเหรียญ และร้อยละ 40 ของงบประมาณนี้เป็นงบประมาณสำหรับการจัดบริการในชุมชน ขณะที่บริการในสถานพยาบาลก็ยังคงมีอยู่ เกือบ 2 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายถูกใช้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลส่วนบุคคล (personal care services) ดังนั้น ท้องถิ่นจึงได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดบริการดูแลส่วนบุคคล และการจัดบริการดูแลที่บ้าน เพื่อให้การดูแลระยะยาวให้บริการอย่างครบถ้วน (Barbara et al., 2004 pp. 5-6) โดยรายละเอียดงบประมาณในการจัดบริการการดูแลระยะยาว มีดังนี้

แผนภาพที่ 3.6 แสดงยอดค่าใช้จ่ายรวมสำหรับการดูแลระยะยาว



แผนภาพที่ 3.7 แสดงยอดค่าใช้จ่ายของ OAA (องค์กรด้านผู้สูงอายุของอเมริกา)



5. บริการของ AIS

AIS นำเสนอช่องทางสำหรับเข้าถึงบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ เช่น บริการบ้านพัก เป็นต้น บริการส่วนใหญ่มีไว้สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี สำหรับผู้ที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือผู้ป่วยโรคภาวะจิตเสื่อม และบริการที่สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่คำนึงถึงอายุและข้อกำหนดด้านรายได้ การเข้าถึงบริการแต่ละประเภทสามารถขอรับบริการผ่าน AIS Call Center เช่น บริการด้านข้อมูลทั่วไป การช่วยเหลือส่วนบุคคล (one-on-one assistance) การคัดเลือกเพื่อเข้าโครงการความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล และบริการการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ AIS ยังทำหน้าที่บริหารจัดการสัญญาที่ทำกับผู้ให้บริการในท้องถิ่นอีกด้วย บริการบางประเภทให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี ขณะที่บางบริการอาจมีการกำหนดเงื่อนไขด้านรายได้ของผู้รับบริการ และบางบริการจะให้บริการแก่บุคคลเฉพาะกลุ่มเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Alzheimer), ผู้ติดเชื้อ HIV หรือ AIDS, หรือผู้ที่ต้องการผู้ดูแล

(1) **ศูนย์บริการให้ความช่วยเหลือ Call Center** เป็นศูนย์กลางการให้บริการเกี่ยวกับบริการให้ความช่วยเหลือและข้อมูลต่างๆ สำหรับผู้รับบริการ ซึ่งจะมีพนักงานที่ให้บริการทำหน้าที่คัดกรองผู้รับบริการในแต่ละโปรแกรม โดยทำหน้าที่ในการตอบข้อซักถาม และให้ข้อมูลต่างๆ รวมถึงการส่งต่อผู้รับบริการไปยังศูนย์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางตรงด้วย และผู้รับบริการสามารถใช้บริการได้ทุกพื้นที่ สำหรับเงินทุนในการจัดบริการ ได้มาจาก OAA และการช่วยเหลือจาก AIS

(2) **บริการเฝ้าระวังสำหรับวัยผู้ใหญ่ (Adult Protection Services : APS)** เป็นการบริการเฝ้าติดตามผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ถูกกระทำทารุณกรรม มีความเจ็บป่วยด้านจิตใจ หรือถูกทารุณกรรมทางเพศ การประเมินการดูแลระยะสั้นในภาวะวิกฤตเป็นรายกรณี เป็นบริการที่ให้ความช่วยเหลือกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป หรือกลุ่มผู้สูงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ถูกทำร้ายหรือถูกคุกคาม บริการชนิดนี้สามารถให้บริการได้กับกลุ่มผู้รับบริการทุกพื้นที่ และสามารถที่จะใช้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านกระบวนการส่งต่อของระบบ Call Center ทั้งนี้โครงการนี้สามารถดำเนินการโดยใช้อำนาจตามกฎหมาย เพื่อความสะดวกในการเฝ้าติดตามกรณีที่ผู้สูงอายุถูกกระทำทารุณกรรม ผู้ที่รับบริการอาจได้รับบริการผ่าน IHSS, Public Guardian, AWP/ CMP /RW สำหรับเงินทุนในการสนับสนุนโครงการนี้ได้มาจากเงินกองทุนของรัฐ เงินช่วยเหลือของเมือง และเงินอุดหนุนบริการจากท้องถิ่น ซึ่งการให้บริการมีค่าใช้จ่ายรายหัวที่มีการกำหนดอัตราตามความเหมาะสมของการบริการ

(3) Senior Team เป็นการให้บริการในลักษณะของการให้ข้อมูลและการส่งต่อ การให้บริการ โดยที่มีการประเมินสภาพผู้รับบริการจากการเข้าไปเยี่ยมบ้านและประเมินการ ให้บริการ การประเมินนี้ดำเนินการโดยทีมพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่มี ใบอนุญาต ส่วนมากเป็นการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต โดยปกติมีโครงการ AIS เท่านั้นที่ ให้บริการประเมินด้านจิตวิทยา และการดูแลผู้รับบริการในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้ โดย Senior Team เป็นทีมเสริมขึ้นมา ทั้งนี้ผู้รับบริการอาจได้รับบริการจากหน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้อง เช่น IHSS, AWP/ CMP/ RWCA, MSSP, Linkages, MASH, Home Assist, Public Guardian เป็นต้น และสำหรับเงินทุนในการจัดบริการได้มากจากเงินกองทุนด้านการพัฒนา สุขภาพจิตของรัฐ และมีค่าใช้จ่ายรายหัวที่มีการจัดสรรตามความต้องการ

(4) ผู้ปกครองสาธารณะ/ผู้คุ้มครองสาธารณะ (Public Administrator /Public Guardian: PA) เป็นบริการเฝ้าติดตามและการบริหารจัดการทรัพย์สินของผู้เสียชีวิต ซึ่งเป็นตัว แทนที่ถูกต้องตามกฎหมาย มีหน้าที่ในการบริหารจัดการทรัพย์สินของผู้สูงอายุที่เสียชีวิต เช่น การขายทรัพย์สินและอสังหาริมทรัพย์ของบุคคล การบริการจัดการด้านการเงิน การบริการเป็น นายหน้า และการจัดการเรื่องงานศพ เป็นต้น ซึ่งในกรณีนี้หากมีการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นในพื้นที่ และผู้เสียชีวิตมีทรัพย์สิน และไม่มีใครรู้จักครอบครัว หรือญาติของผู้เสียชีวิต เจ้าของพื้นที่หรือผู้ที่รู้เห็นอาจเป็นผู้ที่รายงานการเสียชีวิต บริการนี้ให้บริการสำหรับกลุ่ม ผู้รับบริการทุกพื้นที่ โดยมีกระบวนการส่งต่ออย่างครบถ้วน และมีสำนักงานบริการที่สามารถ ติดต่อสอบถามข้อมูลได้โดยตรง ทั้งนี้ บริการลักษณะดังกล่าว ผู้รับบริการอาจขอรับบริการจาก หน่วยงานอื่นๆ ได้ในเวลาเดียวกัน เช่น จาก Edgemoor, APS, IHSS, MSSP, AWP/ CMP /RWCA, Linkages, MASH, Home Assist เป็นต้น สำหรับเงินทุนดำเนินการนั้นได้มาจาก ค่าธรรมเนียมตามที่ศาลสั่ง กองทุนของรัฐ, ภาษีที่ดิน, เงินค่าบริการ และเงินค่าชดเชยการ รักษาพยาบาล

(5) AIDS Waiver Program (AWP) เป็นบริการเพื่อวางแผนการดูแลรักษา การประสานงาน การให้การสนับสนุน การติดตามให้การศึกษา และการส่งต่อไปยังหน่วย ให้บริการอื่นตามความต้องการของผู้รับบริการ แต่ต้องชำระค่าบริการด้วย เช่น การบริการ จากพยาบาลวิชาชีพ การบริการผู้ดูแล บริการบ้านพัก บริการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ บริการขนส่งในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน เป็นต้น บริการดังกล่าวนี้ จัดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายทุกเพศทุกวัย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ AIDS หรือ HIV ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ทั้งนี้ ยังมี หน่วยงานอื่นที่ให้บริการเช่นเดียวกัน ได้แก่ IHSS, PG, APS, Senior Team สำหรับเงินทุนใน การดำเนินการนั้นได้มาจากกองทุนของรัฐเป็นหลัก

(6) AWP Ryan White Care (RWCA) เป็นบริการในลักษณะเดียวกันกับ AIDS Waiver Program (AWP) แต่ต่างกันในที่มีกระบวนการส่งต่อภายในระหว่างโปรแกรม ซึ่งสามารถให้บริการได้เฉลี่ย 30 รายต่อเดือน สำหรับเงินทุนนั้นได้มาจากกองทุนของรัฐเป็นหลัก

(7) Linkages เป็นลักษณะบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยมีการวางแผนการดูแลรักษา การติดตาม และสนับสนุนบริการต่างๆ ซึ่งบริการนี้จะให้บริการกับกลุ่มผู้รับบริการที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่มีร่างกายอ่อนแอและมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ยังมีอีกหลายหน่วยงานที่ให้บริการเช่นเดียวกัน ได้แก่ PG, IHSS, APS, Ombudsman, Senior Team สำหรับเงินทุนนั้นได้มาจากกองทุนของรัฐเป็นหลัก มีการคิดค่าใช้จ่ายรายหัวอยู่ที่ 33 เหรียญ/เดือน/คน

(8) โครงการบริการอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multi-purpose Senior Services Program : MSSP) เป็นลักษณะบริการเกี่ยวกับการประเมินในหลายๆด้าน เช่น การประเมินเพื่อการวางแผนการดูแลรักษา การจัดเตรียมบริการ การให้การสนับสนุนต่างๆ ซึ่งให้บริการกับกลุ่มผู้รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ยังมีอีกหลายหน่วยงานที่ให้บริการเช่นเดียวกัน ได้แก่ PG, IHSS, APS, Ombudsman, Senior Team สำหรับเงินทุนนั้นได้มาจากกองทุนของรัฐเป็นหลัก มีการคิดค่าใช้จ่ายรายหัวอยู่ที่ประมาณ 87.33 เหรียญ/เดือน/คน

(9) การบริหารและการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและสังคม (Management and Assessment of Social and Health Need : MASH) เป็นลักษณะบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ มีการประเมินเพื่อการวางแผนการดูแลรักษา การติดตามและการสนับสนุน ซึ่งจะให้บริการกับกลุ่มผู้รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับเงินทุนนั้นได้มาจาก OAA เป็นหลัก

(10) Title III Home Assist เป็นบริการเยี่ยมบ้านและการช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำงานบ้านด้านต่างๆ เช่น การจัดเตรียมอาหาร การดูแลด้านการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งให้บริการกับกลุ่มผู้รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีร่างกายอ่อนแอ และไม่สามารถจ่ายเงินสำหรับบริการบ้านพักได้ สำหรับเงินทุนนั้นได้มาจาก OAA เป็นหลัก ซึ่งมีการคิดค่าใช้จ่ายรายหัวจากเงินกองทุนสำหรับผู้รับบริการราว 230 รายในแต่ละช่วงเวลา

(10) Edgemoor เป็นการบริการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง โดยบริการที่มีได้แก่ กายภาพบำบัด สันทนากาญ เป็นต้น ซึ่งผู้ที่จะใช้บริการต้องเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลรักษาทางการแพทย์เป็นพิเศษ หรือเรียกว่าเป็นการดูแลในระดับที่สูงกว่าการรักษาพยาบาลปกติ สำหรับเงินทุนนั้นได้มาจากโครงการประกันสุขภาพของรัฐและจากผู้รับบริการเองด้วย

(12) บริการสนับสนุนภายในที่พักอาศัย (In-Home Supportive Services : IHSS) เป็นบริการการดูแลส่วนบุคคลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ผู้พิการทางสายตา และผู้ทุพพลภาพ โดยเงินทุนในการดำเนินการนั้นได้มาจากรัฐ และการช่วยเหลือจาก AIS

(13) Ombudsman เป็นลักษณะการให้บริการจากอาสาสมัครที่ได้รับการรับรอง เพื่อทำหน้าที่บริการและตอบสนองความต้องการ และแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ ซึ่งประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการด้านการดูแลดังกล่าวนี้ สำหรับเงินทุนนั้นได้มาจากรัฐ จาก OAA และจากกองทุนของท้องถิ่น

นับว่าบริการต่างๆ มีหลากหลาย ครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และใช้ความร่วมมือจากหลากหลายองค์กร เข้ามาทำงานและบูรณาการบริการร่วมกัน (รายละเอียดในผนวก) สรุป บริการ ข้อกำหนด และแหล่งเงินทุน ของ AIS มีดังนี้ (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 บริการแต่ละประเภทสำหรับบุคคลกลุ่มต่างๆ ของ AIS เมืองซานดิเอโก

ประเภทของการบริการ	ระดับรายได้			กลุ่มพิเศษ		
	60 ปีขึ้นไป	ไม่มีสวัสดิการ	มีสวัสดิการ	HIV/AIDS	โรคสมองเสื่อม	มีครอบครัวดูแล
ความรู้/ ข้อมูล						
Call Center	Y	Y	Y	Y	-	Y
บริการนอกสถานที่ (Outreach)	Y	Y	Y	-	-	-
ศูนย์ข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Alzheimer's Day Care Resource Center)	Y	Y	Y	Y	-	-
ระบบข้อมูลและบริการสำหรับผู้สูงอายุ (Older Adult Service and Information System :OASIS)	Y	Y	Y	-	-	-
โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver Program I&A)	-	-	-	-	-	Y
การช่วยเหลือ						
โครงการผู้ตรวจการด้านการดูแลระยะยาว (LTC Ombudsman Program)	Y	Y	Y	-	-	-
การให้คำปรึกษาด้านการประกันสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ	Y	Y	Y	-	-	-
การสนับสนุนด้านสุขภาพการศึกษา (Health Promotion/Education)	Y	Y	Y	-	-	-

ตารางที่ 3.1 บริการแต่ละประเภทสำหรับบุคคลกลุ่มต่างๆ ของ AIS เมืองซานดิเอโก

ประเภทของการบริการ	ระดับรายได้			กลุ่มพิเศษ		
	60 ปีขึ้นไป	ไม่มีสวัสดิการ	มีสวัสดิการ	HIV/AIDS	โรคสมองเสื่อม	มีครอบครัวดูแล
ผู้ปกครองท้องถิ่น (Public Administrator/ Public Guardian)	Y	Y	Y	-	-	-
โปรแกรมอาสาสมัครผู้สูงอายุหรือผู้เกษียณ(Retired & Senior Volunteer Program)	Y (55+)	Y	Y	-	-	-
การจ้างงานผู้สูงอายุ (Senior Employment)	Y	Y	Y	-	-	-
บริการกฎหมาย (Legal Services)	Y	Y	Y	-	-	-
บริการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Family Caregiver Program counseling, assistance)	Y	Y	Y	-	-	Y
การคัดกรองเข้ารับบริการ /การวินิจฉัยเบื้องต้น						
บริการที่เป็นประโยชน์ต่างๆ ต่อผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Service Program)	-	-	Y	-	-	-
ทีมดูแลสุขภาพจิต (Senior Mental Health Team)	Y (55+)	Y	Y	-	-	-
การดูแลรายกรณี (CASE MANAGEMENT)	-	-	-	-	-	-
การบริหารจัดการบริการที่เป็นประโยชน์ต่างๆ ต่อผู้สูงอายุรายกรณี (Multipurpose Senior Service Case Management)	-	-	Y	-	-	-
การจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมพื้นฐาน (Management & Assessment of Social & Health Needs)	Y	Y	Y	-	-	-
การติดต่อประสานบริการ (Linkages)	Y*(18+)	Y	Y	-	-	-
AIDS Medicaid Waiver	-	-	Y	-	Y	-
Ryan White Care Act	-	Y	-	-	Y	-
การให้บริการโดยตรง						
การดูแลส่วนบุคคล บริการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (Personal Care/ ADL Assistance Services * :IHHS)	Y*	Y	Y	-	Y	-
ผู้ช่วยงานบ้าน(Chore/Homemaker* :IHHS)	Y*	Y	Y	-	Y	-

ตารางที่ 3.1 บริการแต่ละประเภทสำหรับบุคคลกลุ่มต่างๆ ของ AIS เมืองซานดิเอโก

ประเภทของการบริการ	ระดับรายได้			กลุ่มพิเศษ		
	60 ปีขึ้นไป	ไม่มีสวัสดิการ	มีสวัสดิการ	HIV/AIDS	โรคสมองเสื่อม	มีครอบครัวดูแล
การป้องกันและพิทักษ์ให้แก่ผู้สูงอายุ (Adult Protective Services)	Y (65+)	Y	Y	Y	Y	Y
การดูแลในเวลากลางวัน (Adult Day Care)	Y	Y	Y	-	-	-
บริการอาหารเย็น (Senior Dining Centers)	Y*	Y	Y	-	-	-
บริการส่งอาหารถึงบ้าน (Home Delivered Meals)	Y*	Y	Y	-	-	-
อาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละเดือน (Monthly Surplus Food)	-	Y	-	-	-	-
บริการจัดส่งอาหารร้อนในวันหยุด ไปเยี่ยม และกรณีเร่งด่วน (Holiday delivery of hot meals, visits, and emergency supplies)	Y*	Y	Y	-	-	-
บริการพี่เลี้ยง (Escort & Respite Care)	Y*	Y	Y	-	-	-
ยานพาหนะ (Transportation)	Y*	Y	Y	-	-	-
บริการขนส่งทั่วไป	Y	Y	Y	-	-	-
สมุดประจำตัวผู้สูงอายุ (Senior Companion)	-	Y	-	-	-	-
โครงการ CARE	-	-	-	-	-	-
ระบบตอบรับกรณีฉุกเฉิน (Personal Emergency Response System)	Y*	Y	Y	-	-	-
บริการซ่อมบ้าน (Home Repairs)	Y*	Y	Y	-	-	-
อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน (Senior Volunteer Patrol Visits)	Y	Y	Y	-	-	-
Memory Impaired Identification & Safe Return	Y	Y	Y	Y	-	-
การเตือนจดหมายเข้า	Y	Y	Y	-	-	-
ข้อมูลที่เป็นแม่เหล็กติดตู้เย็นสำหรับกรณีฉุกเฉิน	Y	Y	Y	-	-	-
โครงการความร่วมมือระหว่างวัย (Intergenerational Program)	Y	Y	Y	-	-	-
ปู่ย่าตายายอุปถัมภ์ (Foster Grandparent)	Y	Y	Y	-	-	-

ตารางที่ 3.1 บริการแต่ละประเภทสำหรับบุคคลกลุ่มต่างๆ ของ AIS เมืองซานดิเอโก

ประเภทของการบริการ	ระดับรายได้			กลุ่มพิเศษ		
	60 ปีขึ้นไป	ไม่มีสวัสดิการ	มีสวัสดิการ	HIV/AIDS	โรคสมองเสื่อม	มีครอบครัวดูแล
อำนวยความสะดวกแก่พยาบาลที่มีทักษะการให้บริการ (Skilled Nursing Facility :Edgemoor)	Y*	Y	Y	-	-	-

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน

AIS ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ช่วยเพิ่มความรับผิดชอบที่มีต่อความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ และช่วยให้สาธารณชนมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น การเข้าถึงบริการจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นหากหลายฝ่ายให้ความสำคัญต่อบริการและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ ดังนั้นจึงเริ่มพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการท้องถิ่น องค์กรชุมชน และหน่วยงานของรัฐให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น ในลักษณะการเสริมสร้างเครือข่ายและสร้างหุ้นส่วนในการทำงาน เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุของเมืองซานดิเอโก ซึ่งประกอบด้วยองค์กรและประชาชนกว่า 500 ราย เป็นต้น นอกจากนี้ AIS ให้การสนับสนุนการประชุมประจำปี (Aging Summit) เพื่อเป็นช่องทางสำหรับระบุปัญหาและพัฒนาแนวทางในอนาคตของพันธมิตรและเครือข่ายอีกด้วย

พันธมิตรอีกรายหนึ่งคือ San Diego Union Tribune ซึ่งทำหน้าที่ตีพิมพ์ประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุรายสัปดาห์ และไดเรกทอรี่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุรายปี เพื่อแจกจ่ายฟรีให้กับประชาชนทั่วรัฐ (คิดค่าใช้จ่ายจากผู้ให้บริการ เมื่อมีผู้คลิกไปยังเว็บไซต์ของผู้ให้บริการรายดังกล่าวผ่านหน้าจอของไดเรกทอรี่) นอกจากนี้ AIS ยังเป็นพันธมิตรกับ Sharp Health Care หรือระบบดูแลสุขภาพท้องถิ่นขนาดใหญ่ซึ่งให้การสนับสนุนศูนย์ผู้สูงอายุ 3 แห่ง ศูนย์เหล่านี้ให้การดูแลด้านภูมิคุ้มกันโรคและการศึกษา รวมทั้งให้บริการรถขนส่งประชาชนไปยังศูนย์อีกด้วย

บริษัท San Diego Gas & Electric (SDG&E) ซึ่งเป็นบริการด้านพลังงานในท้องถิ่น นับว่าเป็นพันธมิตรของ AIS ในหลายด้าน SDG&E มีส่วนร่วมในโครงการ CARE โดยฝึกอบรมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอาการไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพัง SDG&E ให้การสนับสนุนโครงการ “Cool Zones” เพื่อสร้างพื้นที่ปรับอากาศให้กับผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพในช่วงที่มีคลื่นอากาศร้อน

AIS ส่งเสริมการเข้าถึงโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ และมีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Committee) ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานและผู้รับบริการที่มาจากหลากหลายอาชีพ รวบรวม 80–100 คน คณะกรรมการนี้แบ่งออกเป็น 10 กลุ่ม เพื่อรับผิดชอบประเด็นต่างๆ เช่น การบริหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การป้องกันการหกล้ม การใช้สารที่ไม่เหมาะสมและสุขภาพจิต และความเชื่อ เป็นต้น

7. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

AIS หาวิธีคิดแบบใหม่เกี่ยวกับการบริหารจัดการข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุ โดยฝึกฝนและพัฒนาผู้ชำนาญการที่มีความรู้หลากหลายและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สร้างเสริมการทำงานเป็นทีมระหว่างพนักงานจากหลากหลายหน่วยงาน และมุ่งสร้างช่องทางสื่อสารโดยจัดทำหนังสือพิมพ์ชื่อ Internal Aging and Independence โดยสรุป AIS สร้างความสำเร็จด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

(1) การลงทุนด้านการพัฒนาพนักงาน

AIS มีพนักงานประมาณ 750 คน พนักงานส่วนใหญ่เป็นพนักงานภาคสนาม AIS รับประทานการดำเนินงานมาจาก Gallup Organization โดยเน้นความเป็นเจ้าของ ความสำเร็จ การเน้นความเข้มแข็งของพนักงาน การกำหนดเป้าหมายแทนที่จะกำหนดวิธีการ และการจัดสรรงานให้เหมาะสมกับคน จัดให้มีการประชุมพนักงานทั้งองค์กรเป็นรายไตรมาส เพื่อเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี และมีการออกจดหมายเวียนภายในองค์กรทุก 2 เดือน ผลลัพธ์ที่ได้จากความมุ่งมั่นที่สูงขึ้นของพนักงาน คือ พนักงานมีจริยธรรมสูงขึ้น ผลลัพธ์มีคุณภาพดีขึ้น และอัตราการลาออกของพนักงานลดลง

(2) การใช้สถานที่ร่วมกันของโครงการต่างๆ

ปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของหน่วยงานอีกประการหนึ่ง ได้แก่ การใช้สถานที่ทำงานร่วมกันของโครงการต่างๆ ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและสามารถลดต้นทุนการบริหารและต้นทุนอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยให้การสื่อสารระหว่างพนักงานของโครงการต่างๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถแบ่งปันทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน ดังนั้น AIS จึงมีเงินทุนเหลือพอสำหรับจัดซื้อคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ เพอร์ซิเจอร์สำนักงาน และอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการทำงาน

(3) การมีส่วนร่วมของชุมชน

AIS หาช่องทางเพิ่มการช่วยเหลือด้านการเงิน โดยทำให้สาธารณชนตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเองที่มีต่อสังคม เช่น การจัดงานเลี้ยงประจำปีของชุมชน

เพื่อเรียกรายเงินสำหรับบุคคลไร้ที่อยู่อาศัยและผู้ยากจน ผู้ให้การสนับสนุนจะได้รับรางวัลและค่ายกย่องเป็นการตอบแทน นอกจากนี้ AIS ยังส่งจดหมายขอเรียกรายเงินค่าอาหารอีกเพื่อเพิ่มทรัพยากรสำหรับการสร้างช่องทางเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุ

(4) การเอาชนะอุปสรรค

AIS ประยุกต์ใช้กลยุทธ์หลากหลายรูปแบบ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุที่มีได้เป็นคนอเมริกัน เป็นคนเชื้อชาติอื่นที่อาศัยอยู่ในอเมริกาหรือเป็นเสมือนชนกลุ่มน้อยสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้เช่นเดียวกับคนอเมริกัน โดยได้ดำเนินการดังนี้

- การสร้างศูนย์ผู้สูงอายุในบริเวณที่มีชนกลุ่มน้อยอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก
- การติดต่อกับผู้ให้บริการแก่ชนกลุ่มน้อย
- การระบุข้อกำหนดลงในสัญญาการว่าจ้างผู้ให้บริการว่า ต้องเน้นการให้บริการชนกลุ่มน้อยและผู้มีรายได้น้อย
- การติดตามและทบทวนผลการดำเนินงานของผู้ให้บริการ ในด้านการให้บริการชนกลุ่มน้อย
- การกำหนดวัตถุประสงค์เกี่ยวกับชนกลุ่มน้อยลงในแผนท้องถิ่น
- การเก็บรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของชนกลุ่มน้อย
- การว่าจ้างผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย ผู้พิการทางสายตา และคัดเลือกอาสาสมัคร

AIS พยายามใช้วิธีการหลากหลายรูปแบบในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการระบุตัวผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพที่มีความต้องการในด้านต่างๆ จากนั้นจึงพัฒนาโครงการความช่วยเหลือ และหาแหล่งเงินทุน AIS สามารถขยายขอบเขตการให้บริการผ่านการมีส่วนร่วมของพนักงานและเครือข่ายของชุมชน AIS สามารถตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นโดยการรวมแหล่งเงินทุนและจัดสรรให้แก่โครงการต่างๆ และขอรับความช่วยเหลือจากภาคธุรกิจ วิทยาลัย เป็นต้น หลังจากผลักดันให้การให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นประเด็นของชุมชนแล้ว AIS สามารถเพิ่มความสามารถในการให้บริการ และสามารถลดความต้องการใช้บริการ รวมทั้งให้โอกาสผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพที่มีสุขภาพดีขึ้นกลับเข้าสู่ชุมชน

ตอนที่ 3 การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวของมลรัฐแมสซาชูเซตส์

มลรัฐแมสซาชูเซตส์ เป็นรัฐที่มีการจัดบริการการดูแลระยะยาวมาเป็นเวลานาน การพัฒนาและขยายเครือข่ายการให้บริการผู้สูงอายุ พัฒนาและปรับปรุงไปสู่โครงการพิเศษของรัฐและท้องถิ่น โดยพัฒนาการของนโยบายระยะยาวของมลรัฐแมสซาชูเซตส์ และการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ มีรายละเอียดและตัวอย่างของโครงการดังต่อไปนี้

1. พัฒนานโยบายและบริการดูแลระยะยาวของรัฐ

ทศวรรษ 1970 ระบบการดูแลระยะยาวของมลรัฐแมสซาชูเซตส์ ได้เริ่มขึ้นจากโครงการให้เงินทุนสำหรับการดูแลที่บ้าน และเพิ่มบริการการดูแลส่วนบุคคล และเริ่มทดลองใช้ระบบการดูแลระยะยาวเป็นครั้งแรก

ทศวรรษที่ 1980 มลรัฐแมสซาชูเซตส์ปรับเปลี่ยนการคัดเลือกการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานระดับกรม (The Department of Medical Assistance : DMA) ไปหน่วยงานระดับท้องถิ่น (Local AAAs)

ในปี 1997 รัฐได้ปรับโครงสร้างระบบบริการดูแลที่บ้านให้เป็นรูปแบบการเข้าถึงบริการ โดยผ่านจุดเข้าถึงบริการ (Ageing Services Access Points : ASAPs) ซึ่ง ASAPs เป็นแหล่งให้ข้อมูล การส่งต่อ ให้คำปรึกษา การบริการดูแลรายกรณี รวมทั้งการคัดกรองผู้สูงอายุที่จะได้รับการรักษาในสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการคิดวิธีการแบบใหม่ๆ ที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งดำเนินโครงการ และบริการภายนอกต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุยังคงอยู่ในชุมชน ทั้งนี้นวัตกรรมล่าสุด ได้แก่

- เพิ่มทางเลือกสำหรับชุมชน โดยเน้นการให้บริการที่บ้านและในชุมชนมากกว่า บริการสาธารณสุขของรัฐ (คำนวณค่าใช้จ่ายไม่เกิน 812 เหรียญ/ เดือน/ คน)

- โครงการ “money follows the person” มุ่งเน้นช่วยเหลือบุคคลที่เสี่ยงต่อการเข้าสู่สถานบริบาล โดยผู้สูงอายุจะได้รับเงินชดเชยค่าใช้จ่ายต่างๆ และสามารถขอรับบริการตามที่ต้องการ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้

- ทางเลือกที่ให้แก่ผู้รับบริการโดยตรง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และโปรแกรมช่วยค่ารักษาสำหรับผู้รับบริการที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการแพทย์โดยโครงการใดๆ ของ ASAPs

- วิธีการดูแลรักษาแบบองค์รวม เพื่อส่งมอบการดูแลรักษาและให้บริการบ้านพัก รวมถึงบริการให้การช่วยเหลือ 24 ชั่วโมง

ปี 2004 มลรัฐแมสซาชูเซตส์เริ่มนำตัวแบบการบูรณาการ การโอนบริการรูปแบบใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือด้านการแพทย์และการประกันสุขภาพ ผ่าน Senior Care Organizations (SCOs) โดย SCOs มีบริการครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลระยะยาวสำหรับผู้ลงทะเบียนขอรับบริการ ขณะที่ ASAPs ให้บริการดูแลรักษาพยาบาล (เรียกว่า Geriatric Support Services Coordinators) แก่ผู้สมัครเข้ารับบริการ SCO โดย ASAPs จะได้รับเงินจาก SCOs โดยตรง

2. หน่วยงานหลักที่จัดบูรณาการบริการ

จุดเข้าถึงบริการผู้สูงอายุของเมืองแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts' Aging Services Access Point (ASAPs)) ซึ่งเป็นจุดแรกของ AAA ในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การให้บริการการดูแลระยะยาว (ทั้งในสถาบันและในชุมชน) ทีมพยาบาล และทีมนักสังคมสงเคราะห์จะจัดให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการโดยการสนับสนุนของ OAA ตามแผน Medicaid ทั้งที่บ้านและชุมชน และกองทุนการดูแลที่บ้านของรัฐ ซึ่งที่กล่าวมาเป็นการรวมการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยให้บริการ ณ จุดเดียว สำหรับผู้สูงอายุที่อาจไม่เข้าใจในระบบที่มีอยู่ หรืออาจจะไม่ได้นัดหมายเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าใช้บริการต่างๆ ASAPs จึงได้จัดให้มีช่องทางเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มประชาชนที่หลากหลาย กับทรัพยากรที่มากมาย รวมทั้งอุปสรรคด้านวัฒนธรรม และสถานะทางสุขภาพ

Aging Services Access Points (ASAPs) เป็นหน่วยงานที่พัฒนาปรับปรุงสำหรับบริการการดูแลระยะยาว การบริหารจัดการโครงการผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ และสร้างทางเลือกใหม่ๆ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยพัฒนาการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในระดับรัฐ เช่น Executive Office of Elder Affairs (OMA), State Unit on Aging, และ Department of Medical Assistance (DMA) การศึกษาครั้งนี้อธิบายถึง ASAPs และตัวอย่างต่างๆ ของ ASAPs ทั้งหมด จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ Somerville-Cambridge Elder Services (SCES) ซึ่งเป็นองค์กรขนาดใหญ่ที่ให้บริการประชาชนที่มีรายได้น้อยในเมือง และ North Shore Elder Services (NSES) ซึ่งเป็นองค์กรที่เล็กที่สุด (อันดับ 7) ของรัฐ ซึ่งให้บริการแก่ประชาชนของเมืองต่างๆ 5 เมือง ทั้งในเขตเมืองและชนบท

Executive Office of Elder Affairs (EOEA) ได้รับการจัดตั้งขึ้นในปี 1971 เพื่อเป็นหน่วยงานด้านการให้บริการผู้สูงอายุของรัฐ เนื่องจากในเวลานั้นมีการจัดตั้งโปรแกรมที่ได้รับ

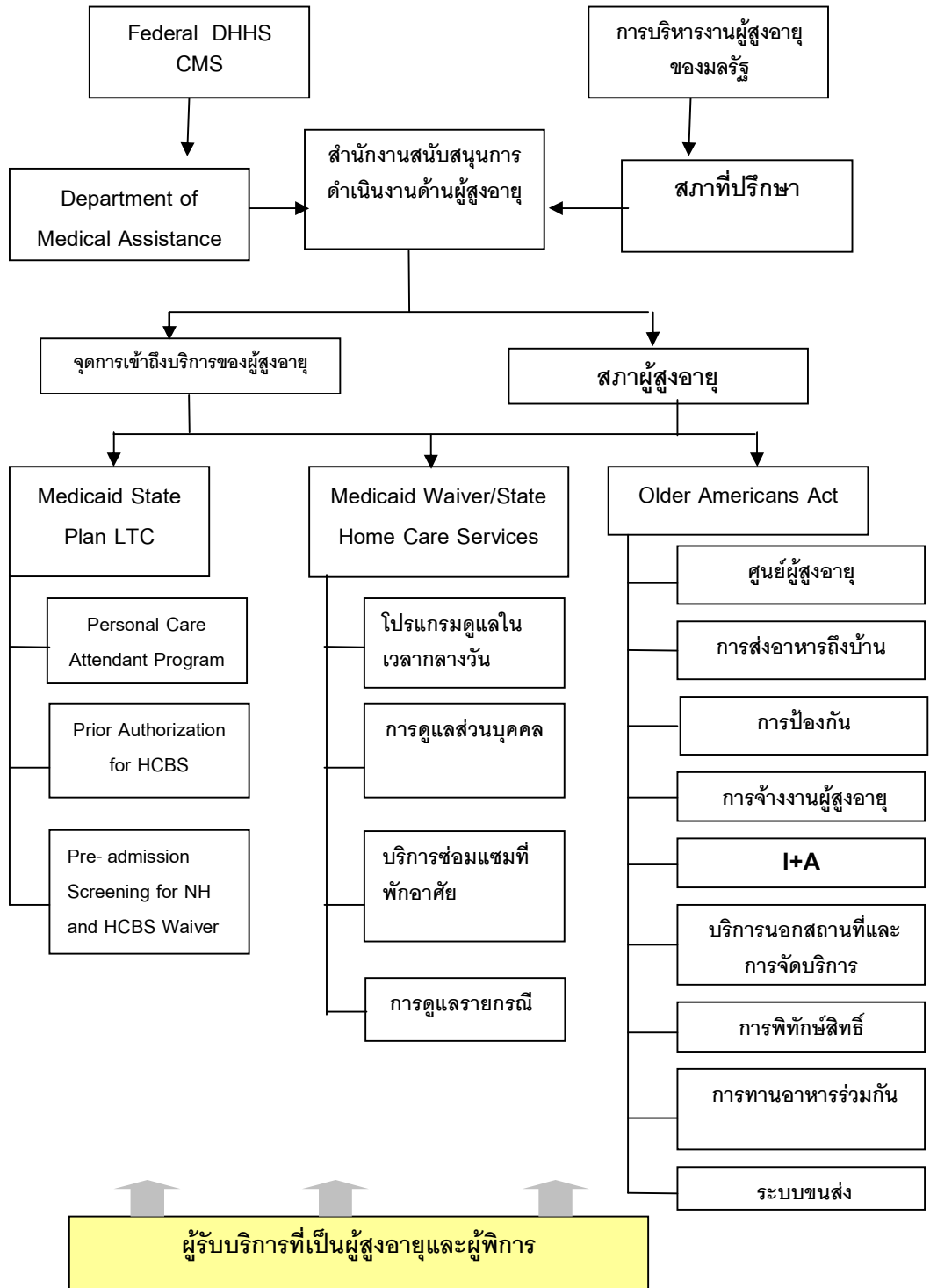
เงินทุนสนับสนุนจากรัฐเพื่อให้บริการแก่ผู้มีรายได้น้อย กรมผู้สูงอายุรับผิดชอบด้านการพัฒนาบริหารจัดการโปรแกรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือ เช่น การคัดเลือกผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือ การกำหนดเกณฑ์การผ่อนผัน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม งบประมาณที่เกี่ยวข้องยังอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานสวัสดิการสังคม

ASAPs เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายผู้สูงอายุแห่งมลรัฐแมสซาชูเซตส์ซึ่งทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่ให้ความช่วยเหลืออื่นๆ * Massachusetts Home Care Association (MHCA) และ Local Councils on Aging (COAs) เป็นองค์กรที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของ ASAPs เป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ซึ่งจัดตั้งขึ้นในปี 1983 เพื่อเป็นตัวแทนของ Home Care Corporations (ปัจจุบันคือ ASAPs)

เมืองแต่ละแห่งในมลรัฐแมสซาชูเซตส์จะมีสภาผู้สูงอายุ (Council on Aging :COA) ซึ่งได้รับเงินทุนสนับสนุนโดยตรงจากรวมผู้สูงอายุ(4.65 เหรียญ/ คน / ปี) และยังได้รับเงินทุนสนับสนุนจากเมืองต่างๆ และจากการระดมทุนในหลากหลายรูปแบบอีกด้วย โดยทำสัญญากับ COAs เพื่อให้บริการ เช่น การส่งอาหารตามบ้านผู้สูงอายุ ศูนย์ผู้สูงอายุ หน่วยเคลื่อนที่ต่างๆ บริการส่งต่อ บริการข้อมูล นันทนาการ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น COAs และ ASAPs จึงได้ร่วมเป็นพันธมิตรด้านการให้บริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (แผนภาพที่ 3.8)

* Elder Affairs , Massachusetts Home Care Association, AARP state office, Massachusetts Senior Action, Massachusetts Association of Older Americans, Massachusetts Association of Councils on Aging, Massachusetts Assisted Living Facilities Association, Alzheimer's Association, Gerontology Institute (University of Massachusetts

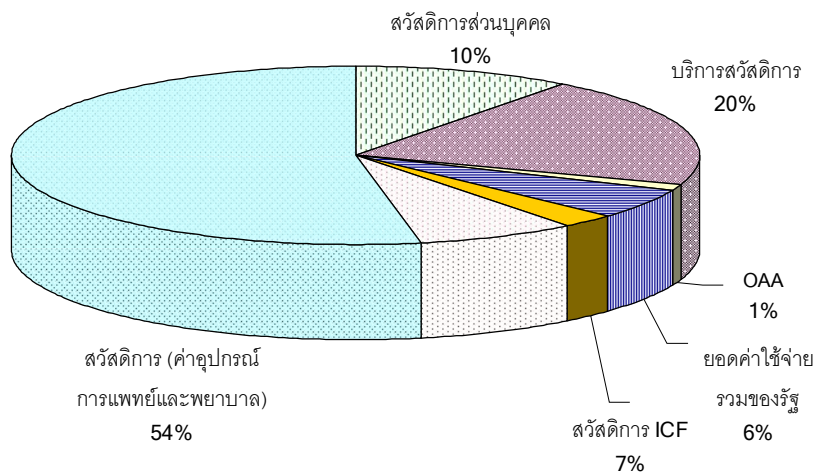
แผนภาพที่ 3.8 หน่วยงานหลักที่ให้บริการดูแลระยะยาวมลรัฐแมสซาชูเซตส์



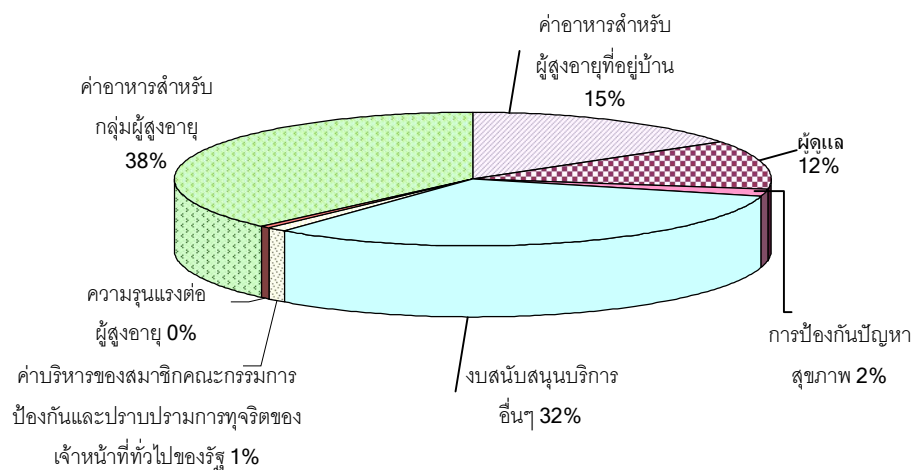
3. งบประมาณในการจัดบริการการดูแลระยะยาว

งบประมาณที่ใช้สำหรับการดูแลระยะยาวของมลรัฐแมสซาชูเซตส์ได้รับการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ นโยบายด้านประกันสุขภาพของรัฐ (Medicaid) ร้อยละ 70 สิทธิในการได้รับบริการดูแลที่บ้านและชุมชน (waivers) ร้อยละ 22 กองทุนทั่วไปของรัฐ ร้อยละ 6 และจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุอเมริกัน (OAA) ร้อยละ 1

แผนภาพที่ 3.9 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการดูแลระยะยาวของรัฐแมสซาชูเซตส์ ปี 2002



แผนภาพที่ 3.10 ค่าใช้จ่ายของ OAA (องค์กรด้านผู้สูงอายุของอเมริกา)



4. บริการของ ASAPs

ASAPs ให้บริการความช่วยเหลือด้านการเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง ASAPs ให้บริการในฐานะของศูนย์กลางของทรัพยากรต่างๆ เช่น ข้อมูลและการตระหนักถึงความรับผิดชอบ และให้คำปรึกษาเฉพาะกรณีแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยไม่คำนึงถึงระดับรายได้ นอกจากนี้ ASAPs ยังให้บริการการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม สำหรับโครงการความช่วยเหลือด้านการแพทย์ การบริหารจัดการรายกรณี และทำสัญญากับผู้ให้บริการในท้องถิ่นที่มีหน้าที่ให้บริการผู้สูงอายุ

ASAPs ยังให้บริการบางประเภทแก่ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 60 ปี โดยบริการบางประเภทต้องพิจารณาระดับรายได้ของผู้สูงอายุด้วย เช่น โครงการการดูแลที่บ้าน (Home Care Program) มีการกำหนดเงื่อนไขระดับรายได้ และให้แก่ผู้ที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการแพทย์ แต่ต้องการได้รับความช่วยเหลือเพื่อใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาที่บ้าน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เกินระดับที่กำหนด สามารถจ่ายเงินซื้อบริการเหล่านี้ได้ ส่วนกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือมีคุณสมบัติได้รับความช่วยเหลือด้านการแพทย์ ซึ่งประสงค์จะรับบริการส่วนเพิ่มสามารถเลือกบริการประเภทต่างๆ ได้อีก

ต้นทศวรรษ 1980 ASAPs ได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับแต่ละโครงการ เครื่องมือนี้จำแนก / จัดกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็นระดับ ตามลักษณะความเจ็บป่วยและการได้รับความช่วยเหลือ และพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุ และบริหารจัดการรายกรณีสำหรับผู้ที่อยู่ระหว่างรอรับความช่วยเหลือ โดยบริการต่างๆ มีดังนี้

(1) **เว็บไซต์ 800-AGEINFO (800-AGEINFO Web Database)** เป็นบริการพื้นฐานข้อมูลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในเว็บไซต์มีการให้บริการเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามเขตพื้นที่ เว็บไซต์นี้เป็นบริการที่ทุกคนสามารถเข้าไปสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ และเงินทุนของ OAA

(2) **ASAP Aging Information Centers (I&A)** เป็นบริการส่งต่อที่ไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับชุมชน โดยให้ข้อมูลและทรัพยากรด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ บริการนี้เป็นบริการที่ทุกคนสามารถเข้าไปสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุได้ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ และเงินทุนของ OAA

(3) Elder Care Advice Service เป็นการบริการด้านข้อมูล คำแนะนำ และการให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล โดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และที่สำนักงาน ส่วนงบประมาณนั้นได้จากเงินทุนของเมืองเคมบริดจ์ และเงินทุนของหน่วยงาน SCES

(4) SHINE มีลักษณะเป็นเครือข่ายของอาสาสมัคร (ทำงานให้คำปรึกษา) ผู้ที่ให้บริการจะได้รับการฝึกอบรมและได้รับการรับรองว่าสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว บริการดังกล่าวให้บริการกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ สำหรับงบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ และเงินทุนของ OAA

(5) LTC Ombudsman Program เป็นบริการอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกบริการที่เหมาะสมที่สุด ให้บริการกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ และเงินทุนของ OAA

(6) Community Care Ombudsman Program เป็นโครงการอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลที่บ้านและในชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บริการดังกล่าวให้บริการกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ และเงินทุนของ OAA

(7) Senior Community Service Employment Program เป็นบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ซึ่งจะจ้างงานผู้สูงอายุแบบชั่วคราว (part-time) ก่อนนำไปสู่การจ้างงานแบบถาวร โดยมีการจัดการฝึกอบรมต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมต้องเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีหน่วยงานให้บริการ และต้องเป็นผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 125% ของระดับรายได้ขั้นต่ำ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐบาลกลางผ่านกระทรวงแรงงาน

(8) Family Caregiver Support เป็นการจัดบริการเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดกลุ่มเฉพาะเพื่อให้การสนับสนุน จัดกิจกรรมให้ความรู้ และส่งต่อไปยังโครงการ Respite ซึ่งเป็นบริการที่จัดให้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม หรือวิกลจริต หรือผู้สูงอายุที่ดูแลบุตรหลานอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมีภาวะพิการ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของสมาคมผู้ดูแลในครอบครัวแห่งชาติ (National Family Caregiver) และเงินทุนของรัฐ

(9) Nutrition Consultation and Education เป็นบริการให้คำปรึกษาที่ไม่คิดค่าใช้จ่าย โดยจะมีนักโภชนาการ บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ภายในศูนย์ผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานอื่นๆ ของชุมชน รวมทั้งการให้บริการถึงที่พักอาศัย

และมีการพิมพ์จดหมายข่าวด้านโภชนาการเพื่อเผยแพร่ กลุ่มที่ใช้บริการดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ เงินทุนของ OAA และเงินทุนของท้องถิ่น

(10) **Care Consultation Service** เป็นบริการสำหรับครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลมากขึ้น บริการดังกล่าวจัดให้สำหรับบุคคลทั่วไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีหน่วยให้บริการ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ เงินทุนของ OAA และเงินทุนของสมาคมผู้ดูแลในครอบครัวแห่งชาติ (National Family Caregiver) เงินทุนของท้องถิ่น และเงินค่าบริการ

(11) **Case Management** เป็นบริการประเมินความต้องการบริการถึงที่บ้านโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย การวางแผนการดูแล และการติดตามบริการอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่บ้าน การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ การช่วยดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน หรือมีบริการที่แยกต่างหาก โดยจัดให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีหน่วยให้บริการ งบประมาณในการดำเนินการนั้นได้มาจากกาให้เงินทุนของหลักประกันสุขภาพภาครัฐ เงินทุนของ OAA และผู้รับบริการจ่ายค่าบริการ

(12) **Community CHOICES** เป็นบริการที่อยู่ระหว่างโครงการทดลอง โดยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับเงินช่วยเหลือ สำหรับการใช้บริการดูแลที่บ้านอย่างพอเพียง (มากถึง 1,200 เหรียญต่อเดือน) เพื่อเป็นการเลื่อนหรือยืดเวลาการไปอยู่ในสถานพยาบาล ซึ่งบริการนี้ให้บริการแก่ผู้ที่สมัครเข้าโครงการขอรับความช่วยเหลือด้านการแพทย์ที่บ้าน ที่มีความเสี่ยงด้านการจ้างผู้ดูแล งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐและจากเงินทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ

(13) **State Home Care Program** เป็นการจัดบริการต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนได้ โดยบริการที่จัดมีความหลากหลาย แบ่งตามความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น บริการส่งอาหารให้ผู้สูงอายุ การช่วยเหลืองานบ้าน และการดูแลส่วนบุคคล โดยให้บริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ หรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บริการ และมีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 20,351 เหรียญ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ และมาจากค่าบริการที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเอง

(14) **Personal Care Attendant Program (Consumer Directed)** เป็นบริการสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทุพพลภาพ หรือผู้พิการทางสายตา(ตาบอด) อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการในระบบการประกันสุขภาพภาครัฐ ผู้ซึ่งมีความต้องการพึ่งพิงในระดับ 2 ขึ้นไป โครงการมีบริการหลากหลาย โดยอาจขอใช้บริการจากผู้ดูแลส่วนบุคคล ทั้งดูแลเฉพาะเวลาหรือการ

ขอคำปรึกษา ผู้ที่ให้บริการมาจาก ASAP สามารถให้บริการช่วยเหลือด้านเทคนิคและการสนับสนุนต่อเองได้

(15) **Take Charge Program (Consumer Directed)** เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ แต่มีความจำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลประจำตัวและช่วยทำงานบ้าน บริการนี้สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บริการ มีคุณสมบัติและรายได้ตรงกับข้อกำหนด งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของรัฐ

(16) **Group Adult Foster Care Program** เป็นบริการความช่วยเหลือด้านการแพทย์ ซึ่งให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวัน เพื่อให้สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองได้ บริการนี้จะให้บริการแก่ผู้ที่สมัครเข้ารับความช่วยเหลือด้านการแพทย์ที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและได้รับการรับรองจากแพทย์ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากเงินทุนของหลักประกันสุขภาพของรัฐ

(17) **Personal Emergency Response System** เป็นบริการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์และการติดตามผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลที่ผ่านการรับรองจากแพทย์ มีการจัดเจ้าหน้าที่ช่วยดูแลในกรณีฉุกเฉิน ผู้สูงอายุจะได้รับอุปกรณ์สำหรับใช้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ ผ่าน Foster Care Program และ Home Care Program งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากหลักประกันสุขภาพของรัฐ เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

(18) **Adult Health Day Program** เป็นบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บริการบำบัด บริการดูแลส่วนบุคคล บริการด้านโภชนาการ และกิจกรรมทางสังคม รวมไปถึงบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะจิตใจเสื่อม โดยให้บริการผ่านทาง Home Care or Group Adult Foster Care Program งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

(19) **Home Maker Services** เป็นบริการด้านการดูแลที่บ้าน ให้บริการดูแลบ้าน ซ่อมข้าวของเครื่องใช้ และบริการทำงานบ้านอื่นๆ โดยให้บริการผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและผู้ทุพพลภาพหรือเป็นบริการแยกต่างหาก งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ เงินทุนของ OAA เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

(20) **Personal Care Homemaker** เป็นบริการความช่วยเหลือตามภาวะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ภายใต้การวินิจฉัยของพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการด้านงานบ้าน งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ เงินทุนของ OAA เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

(21) Transportation and Escort Services เป็นบริการด้านการคมนาคม โดยมีการนำรถแวนที่ติดตั้งอุปกรณ์ยกพิเศษ แท็กซี่ รถชัตเตอร์บัส หรือบัตรอดสำหรับการโดยสารพาหนะอื่นๆ บริการนี้จำกัดเฉพาะบางกรณี หรือให้บริการเฉพาะกรณีพิเศษ เช่น การไปซื้อของ การไปเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการรับรองจากแพทย์ว่า ไม่สามารถใช้บริการรถสาธารณะตามปกติได้ งบประมาณในการดำเนินการได้มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ เงินทุนของ OAA เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

(22) Adult Family Care เป็นบริการครอบครัวอุปถัมภ์สำหรับผู้ใหญ่ เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ เช่น การดูแลส่วนบุคคล การส่งอาหารถึงบ้าน การคมนาคม และการดูแลช่วงกลางวัน เป็นต้น สำหรับบริการนี้เป็นบริการที่จัดให้สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ และมีข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเองอย่างน้อย 1 ข้อ และมีผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ งบประมาณในการดำเนินการ ได้มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

ผู้รับบริการการดูแลที่บ้านของ ASAP ทุกราย มีสิทธิได้รับบริการอื่นๆ เพิ่มเติมอีก เนื่องจากระดับการให้บริการพื้นฐานของรัฐกำหนด ภายใต้ค่าใช้จ่ายจำนวน 232 เหรียญ/คน / เดือน ผู้รับบริการบางรายอาจได้รับบริการพิเศษเพิ่มเติม ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการรักษา เช่น Enhanced Community Options Program (ECOP) ช่วยสนับสนุนเงินช่วยเหลือเดือนละ 812 เหรียญ ผู้รับบริการต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด หากต้องการรับบริการอื่นๆ เช่น CHOICES program, Medicaid Personal Care Attendant program, และ Group Adult Foster Care Program เป็นต้น สรุปบริการที่มลรัฐแมสซาชูเซตส์จัดให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการ ดังนี้ (ตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 ประเภทของบริการที่มลรัฐแมสซาชูเซตส์จัดให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการ

ประเภทของบริการ	รายได้			กลุ่มเฉพาะ	
	60 ปีขึ้นไป	ไม่มีสวัสดิการ	มีสวัสดิการ	โรคสมองเสื่อม	มีผู้ดูแล
ความรู้/ ข้อมูล					
เว็บไซต์ 800-AGEINFO	Y	Y	Y	Y	Y
ศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุ ASAP (I&A)	Y	Y	Y	Y	Y
โครงการบริการผู้สูงอายุของท้องถิ่นที่อยู่อาศัย (Elders Count Outreach Program :SCES)	Y	Y	Y	-	-

ตารางที่ 3.2 ประเภทของบริการที่มลรัฐแมสซาชูเซตส์จัดให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการ

ประเภทของบริการ	รายได้			กลุ่มเฉพาะ	
	60 ปีขึ้นไป	ไม่มีสวัสดิการ	มีสวัสดิการ	โรคสมองเสื่อม	มีผู้ดูแล
การช่วยเหลือ					
โครงการประกันสุขภาพของรัฐ (State Health Insurance Program)	Y	Y	Y	-	-
โครงการผู้ตรวจการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC Ombudsman Program)	Y	Y	Y	Y	Y
โครงการผู้ตรวจการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Care Ombudsman Program)	Y	Y	Y	Y	Y
การพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ (Advocacy)	Y	Y	Y	-	-
โครงการการจ้างงานผู้สูงอายุในชุมชน (Senior Community Service Employment Program)	-	Y (55+)	Y	-	-
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Volunteering)	Y	Y	Y	-	-
การเหลือด้านกฎหมาย (Legal Assistance)	-	Y	Y	-	-
บริการที่สนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Family Caregiver Support)	Y* (all ages)	Y	Y	Y*	Y*
การให้ความรู้และคำปรึกษาด้านโภชนาการ	Y	Y	Y	-	-
การคัดกรองเข้ารับบริการ /การวินิจฉัยเบื้องต้น					
การดูแลที่บ้านของรัฐ (State Home Care Program)	-	Y	Y	-	-
NH Pre-Admission	Y	Y	Y	Y	
HCBS Medicaid Waiver	-	-	Y	-	-
บริการชุมชนที่รัฐจัดให้ (Medicaid State Plan Community Services)	-	-	Y	-	-
- การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health)	-	-	-	-	-
- การดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน (Adult Day Health Program)	-	-	-	-	-
- DME	-	-	-	-	-
บริการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Elder Care Advice Service (in-home visits))	Y	Y	Y	Y	-
การจัดการรายกรณี (Case Management)	Y*	Y	Y	-	-

ตารางที่ 3.2 ประเภทของบริการที่มลรัฐแมสซาชูเซตส์จัดให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการ

ประเภทของบริการ	รายได้			กลุ่มเฉพาะ	
	60 ปีขึ้นไป	ไม่มีสวัสดิการ	มีสวัสดิการ	โรคสมองเสื่อม	มีผู้ดูแล
การให้บริการโดยตรง					
บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (Care Consultation Service)	Y *#	-	-	-	-
การดูแลที่บ้านของรัฐ (State Home Care)	Y *	Y	Y	-	-
การให้การดูแลรายบุคคล	-	-	Y (18+)	-	-
บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการแพทย์	-	Y		-	-
Medicaid Waiver Group Adult Foster Care Program	-	-	Y (22+)	-	-
ระบบการช่วยเหลือเฉพาะรายในกรณีเร่งด่วน (Personal Emergency Response System)	Y *	Y	Y	-	-
การจัดการด้านการเงิน (Money Management)	-	Y	Y	-	-
อาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล (Senior Companion Program)	Y	Y	Y	-	-
บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Adult Day Health)	Y *	Y	Y	-	-
บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (Social Day Care)	Y *	Y	Y	-	-
บริการช่วยเหลืองานบ้าน (Homemaker, Personal Care, and Chore Services)	Y*	Y	Y	-	-
บริการการรถรับส่งและพี่เลี้ยง (Transportation and Escort Services)	Y	Y	Y	-	-
ครอบครัวอุปถัมภ์สำหรับผู้สูงอายุ (Adult Family Care)	Y*(18+)	Y	Y	Y	Y
การจัดส่งอาหารตามบ้านและชุมชน (Congregate and Home Delivered Meals)	Y *	Y	Y	-	-
บริการซ่อมแซมและปรับปรุงที่พักอาศัย (Home Repair and Modification)	Y *	Y	Y	-	-
วันหยุดพักผ่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Respite am)	Y*	Y	Y	Y	Y
บริการให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุในกรณีต่างๆ (Adult Protective Services)	Y	Y	Y	-	-

ตารางที่ 3.2 ประเภทของบริการที่มลรัฐแมสซาชูเซตส์จัดให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิได้รับบริการ

ประเภทของบริการ	รายได้			กลุ่มเฉพาะ	
	60 ปีขึ้นไป	ไม่มีสวัสดิการ	มีสวัสดิการ	โรคสมองเสื่อม	มีผู้ดูแล
โครงการทดลองการให้บริการช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุ (Supportive Living Services Pilot Program)	Y *	Y	Y	-	-

*บริการที่มีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ใช้บริการที่มีรายได้มากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ

*# ไม่มีค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายบริการ

Receive services through the same programs available to all elders.

Checks in this column indicate programs or services specifically targeting elders with Alzheimer's

5. บริการที่บ้านและชุมชน

ผู้รับบริการรับทราบเกี่ยวกับบริการของ ASAP โดยการสอบถามผ่านเบอร์ AgeInfo toll-free หรือการเข้าสู่เว็บไซต์ของ Elder Affairs หรือการโทรสอบถามกับหน่วยงาน ASAPs ในท้องถิ่น นอกจากนี้ ผู้รับบริการยังรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ ASAP จากพันธมิตร หรือผู้ให้บริการในชุมชน หรือรับทราบข้อมูลผ่านกิจกรรมของหน่วยเคลื่อนที่ที่จัดขึ้นในแต่ละท้องถิ่น เช่น การจัดอาสาสมัครไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน เพื่อแจ้งข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบ จัดให้มีผู้ประสานงานการรักษายาบาล การส่งต่อ การตอบคำถาม และการให้ข้อมูลกิจกรรมพิเศษต่างๆ ซึ่งผู้รับบริการที่บ้านส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำ (น้อยกว่า 20,778 เหรียญ/คน และ 29,402 เหรียญ/ครัวเรือน) และมักมีความบกพร่องด้านใดด้านหนึ่ง แต่พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงก็ได้รับบริการจาก ASAP เหมือนกัน เช่น การตรวจร่างกาย และการขอรับคำปรึกษาจากที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น ASAPs บางแห่งได้ให้บริการด้านการบริหารจัดการรายกรณี และให้บริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการที่มีฐานะค่อนข้างดีด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ASAPs ยังพร้อมให้บริการพิเศษแก่ประชากรซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยหรือผู้ที่มีเชื้อชาติต่างๆ โดยจัดจ้างเจ้าหน้าที่ที่สามารถพูดได้สองภาษาและทำสัญญากับผู้ให้บริการที่สามารถพูดภาษาของผู้รับบริการ เช่น รัสเซีย โปรตุเกส หรือจีน รวมทั้งทำสัญญากับบริษัทด้านการแปลและล่ามในกรณีที่เป็นด้วย

6. ช่องทางการเข้าถึงบริการสำหรับชุมชน

ช่องทางการเข้าถึงบริการ ASAPs จัดให้สำหรับกลุ่มประชาชนที่หลากหลาย ได้แก่

1. การให้ข้อมูลและการส่งต่อซึ่งครอบคลุมบริการด้านสังคมและสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนโดยไม่คำนึงถึงรายได้
2. การกำหนดคุณสมบัติด้านการรักษาพยาบาลต่าง ๆ
3. การกำหนดคุณสมบัติทางการเงิน สำหรับโครงการการดูแลรักษาที่บ้านที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ
4. การพัฒนาแผนการรักษาพยาบาล การกำหนด ติดตามการให้บริการของหน่วยงานต่างๆ
5. การประสานงานด้านบริการจากแหล่งเงินทุนต่างๆ

วิธีการส่งต่อผู้สูงอายุ ดำเนินการผ่านทางโทรศัพท์ โทรสาร อีเมลล์ หรือแบบออนไลน์ โดยการร้องขอของผู้สูงอายุ หรือสมาชิกในครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ รับบริการจะเข้าสู่ระบบนี้โดยเข้ารับการประเมินจาก ASAP ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่จะไปเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้านและประเมินความเหมาะสม และจัดเตรียมแผนการสำหรับผู้ผ่านการประเมิน

7. การมีส่วนร่วมของชุมชน

ASAPs มีพันธมิตรชุมชนหลากหลายประเภท โดยได้ติดต่อกับผู้ให้บริการในท้องถิ่นด้านต่างๆ เช่น แพทย์ โรงพยาบาล สภามหาวิทยาลัย ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุ และศูนย์ผู้สูงอายุ และเป็นพันธมิตรกับการเคหะ PACE programs และ COAs ท้องถิ่น รวมทั้งโรงพยาบาลท้องถิ่น ASAPs บางแห่งก้าวไปไกลกว่าการให้บริการดูแลระยะยาว ด้วยการประสานงานกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น หรือพบปะกับผู้รับบริการเพื่อรับทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ ตัวอย่างของกิจกรรมต่างๆ มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.3 การประสานงานด้านนวัตกรรมกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ

โปรแกรม	บริการ
House calls	โปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาโดย Cambridge Health Alliance โดยทีมงาน SCES และทีมงานบริการด้านสุขภาพจิตจะจัดประชุมกับแพทย์ที่ไปเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้าน เป็นประจำทุกสัปดาห์ เพื่อหารือเกี่ยวกับความต้องการของผู้รับบริการ และจัดทำแผนการให้บริการที่เหมาะสม
CHF Care Extenders	NSES case managers จะประเมินความเสี่ยงของผู้รับบริการที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการ Congestive Heart Failure (CHF) เป็นประจำ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการไปเยี่ยมผู้รับบริการรายไตรมาส ทำให้ทราบข้อมูลและวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการแต่ละรายที่ตนดูแล
Strength Training Program	Local visiting nurse association และโรงพยาบาลท้องถิ่นจะไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน โดยจะเน้นด้านการปรับภาวะสมดุล ความยืดหยุ่น และความแข็งแรงเป็นหลัก
Telemedicine Project	ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับการเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ และได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ พนักงานของ NSES staff จะเป็นผู้คัดเลือกผู้สูงอายุและจัดเตรียมพนักงานสำหรับดูแลผู้สูงอายุรายดังกล่าว
Geriatric Mental Health Services	SCES ทำงานใกล้ชิดกับโปรแกรม Cambridge Health Alliance's Geriatric Health Services เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยของ SCES ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต

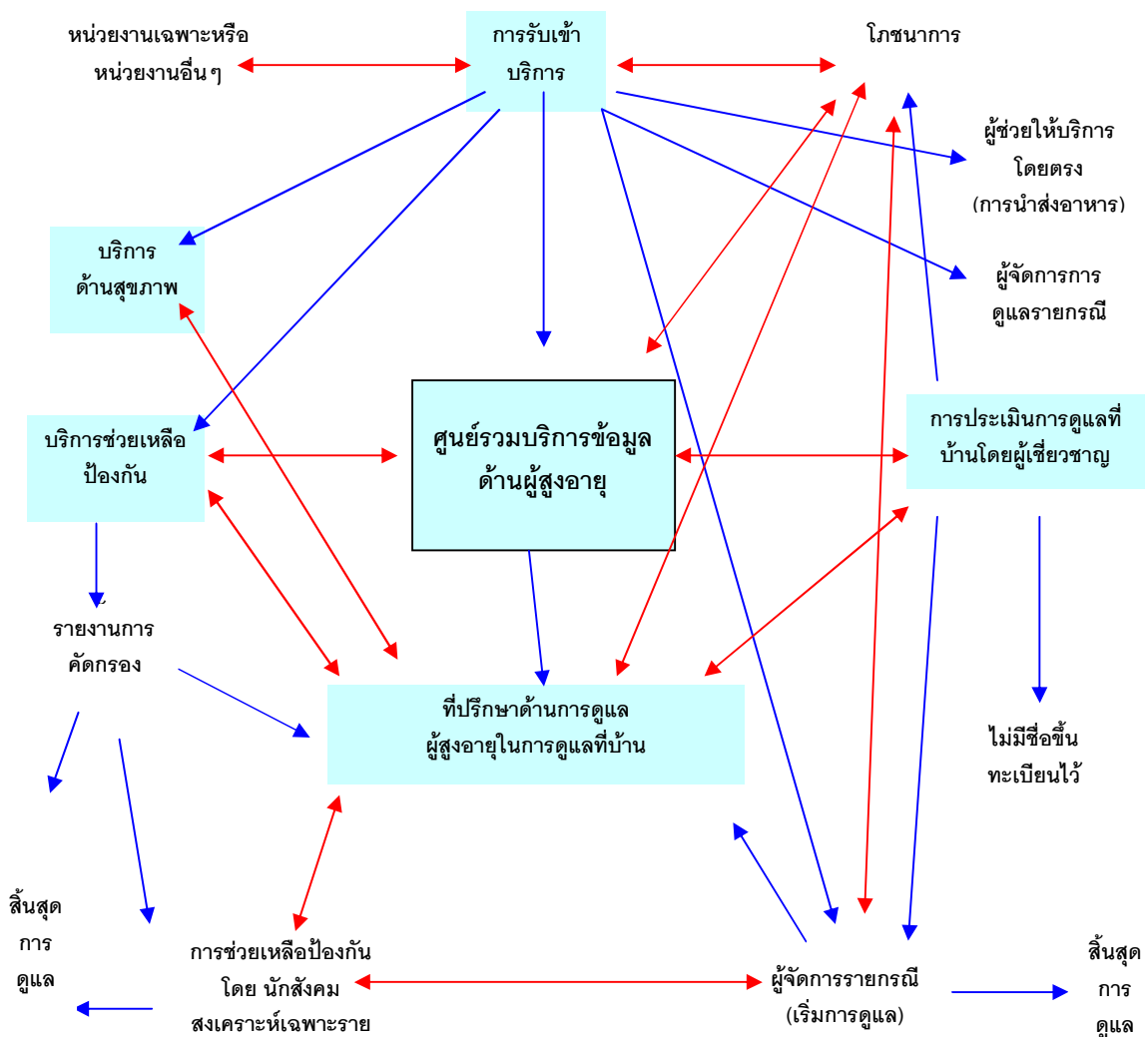
หนึ่งในพันธมิตรเครือข่ายผู้สูงอายุได้แก่ Somerville/Cambridge Interagency Task Force on Elder Issues (SCIT) ซึ่งได้รับเงินทุนบางส่วนจาก ASAP องค์การนี้ครอบคลุมผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต หน่วยงานให้บริการทางสังคมของเอกชน และ ASAP เดิม โดยได้จัดตั้งขึ้นเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง เน้นการสร้างเครือข่าย การให้การศึกษา และการประสานความร่วมมือระหว่างกัน และมีการแลกเปลี่ยนผู้รับบริการและร่วมมือกันด้านการวางแผนกับผู้ให้บริการรายอื่นๆ

การปรับปรุงสถานะแวดล้อม มลรัฐแมสซาชูเซตส์ได้เริ่มโครงการนำร่องเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานด้านที่อยู่อาศัยของท้องถิ่น และผู้ให้บริการด้านการดูแลผู้สูงอายุในหลายๆ ชุมชน โดยจัดเป็นโครงการบริการสนับสนุนในที่อยู่อาศัย (Supportive Living Services Program) มีการจัดเตรียมพนักงานให้บริการ 24 ชั่วโมง ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุ การเคหะช่วยจัดหาพื้นที่สำหรับผู้ประสานงาน (On-site coordinator หรือ ASAP case manager) พยาบาลของ ASAP และจัดหาสำนักงานและห้องพักสำหรับพนักงานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้สามารถทำงานได้อย่างคล่องตัว

จากที่กล่าวมา จะเห็นว่าความสมบูรณ์ของระบบการให้บริการในบางพื้นที่ของรัฐ ช่วยส่งเสริมการสร้างความร่วมมือของชุมชน เพื่อสร้างช่องทางเข้าถึงบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดบริการที่ดีที่สามารถสร้างการเรียนรู้และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่หน่วยงานอื่นๆ ต่อไป

แผนภาพที่ 3.11 อธิบายวิธีการเข้าสู่ระบบของผู้รับบริการ และวิธีการรับข้อมูลและการช่วยเหลือของโครงการ Somerville-Cambridge Elder Services (SCES) ดังนี้

แผนภาพที่ 3.11 การเข้าสู่ระบบของผู้รับบริการ



- ♦ ศูนย์รวมบริการข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ที่ปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ตรวจสอบการดูแลระยะยาว (Ombudsman Director) และผู้จัดการในชุมชนที่เกี่ยวข้อง
- ♦ ที่ปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุในการดูแลที่บ้าน แนะนำการดูแลทั่วไป, ผู้ที่มีปัญหาความจำเสื่อม, สนับสนุนผู้ดูแล
- ♦ บริการด้านสุขภาพ การดูแลในสถานสงเคราะห์, การดูแลในครอบครัว, การดูแลส่วนบุคคล, สถานะบริหาร การดูแลช่วงกลางวัน, การคัดกรองสุขภาพ, PC, บริการทางเลือกที่เกี่ยวกับการดูแล
- ♦ การประเมินการดูแลที่บ้านโดยผู้เชี่ยวชาญ (การส่งต่อ) บริการทางเลือก บริการดูแลที่บ้านของภาครัฐ และการส่งกลับ (บ้าน)
- ♦ บริการช่วยเหลือป้องกัน โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งพร้อมให้บริการเมื่อได้รับการติดต่อ (รายงานและให้คำปรึกษา)

กล่าวโดยสรุป หลักการดำเนินงานของ ASAPs มีดังนี้

1. ใช้หลักการทำงานผสมกันเป็นทีม เพื่อตอบสนองของผู้รับบริการแต่ละราย โดยพยาบาลจัดเป็นส่วนหนึ่งของทีม และมีบทบาทสำคัญมากขึ้น เพราะ ASAPs ได้รับมอบหมายให้ดูแลด้านการบริการและวางแผนบริการด้านการดูแลรักษา พยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่จัดการรายกรณี ในด้านการรักษาทางการแพทย์และด้านสุขภาพ รวมถึงการประเมินและวางแผนด้านการรักษาพยาบาลบางประเภท

2. พยาบาลทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างองค์กรกับโรงพยาบาลท้องถิ่น และคัดเลือกผู้รับบริการเข้ารับบริการในเบื้องต้น

3. แนวทางการบริหารจัดการข้างต้น ช่วยให้ ASAP สามารถผสมผสานการเข้าถึงบริการระยะยาวประเภทต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการมีพยาบาลเข้าร่วมเป็นทีมงาน เพราะพยาบาลมีความสามารถในการจำแนกผู้รับบริการได้ เป็นการผสมผสานผู้มีความรู้ความสามารถเข้าด้วยกันในลักษณะของสหวิชาชีพ หลักการผสมผสานนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย และกลายเป็นมาตรฐานระดับรัฐ

4. มาตรฐานบริการระดับรัฐ ครอบคลุมการบริหารจัดการรายกรณี การดูแลรักษา และเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะทำงานร่วมกันผ่านการประชุมหารือ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมที่สุด และมีการใช้ทรัพยากรชุมชนอย่างเหมาะสม

5. เป้าหมายของการดำเนินงานคือ การระบุความต้องการด้านสังคมและสุขภาพของผู้รับบริการ การดำเนินงานเริ่มต้นจากการปรึกษา และช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการ

6. พนักงานจะกำหนดคุณสมบัติของผู้ได้รับการช่วยเหลือหรือเข้าร่วมโครงการพิเศษ และมีการระดมความคิด เพื่อหาแนวทางสำหรับผู้รับบริการที่ไม่เข้าข่ายจะได้รับการช่วยเหลือ

7. เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจะพิจารณาผู้รับบริการรายที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือการส่งต่อแบบพิเศษไปยังองค์กรด้านสุขภาพ

8. พนักงานระดับบริการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนงานบริการ เพื่อช่วยให้มั่นใจได้ว่าการวางแผนมีประสิทธิภาพเต็มที่

9. มีหน่วยงานที่เรียกว่า “North Shore Elder Services (NSES)” ทำหน้าที่ตรวจสอบและเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ มีการจัดประชุมระหว่างหลายหน่วยงาน เพื่อตรวจสอบความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลง และต่างเพิ่มบริการเพื่อตอบสนองผู้รับบริการให้ได้มากที่สุด

10. NSES ตรวจสอบการใช้งบประมาณของแต่ละหน่วยงานอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ (ได้รับงบประมาณจากรัฐ รวบรวม 232 เหรียญ/คน/เดือน)

11. NSES เพิ่มการตอบสนองทุกความต้องการของผู้รับบริการ ในกรณีที่ต้องการรับบริการพิเศษเพิ่มเติม

12. เนื่องจากผู้รับบริการบางส่วนไม่ได้ใช้งบประมาณที่ตนได้รับ งบประมาณส่วนที่เหลือดังกล่าวจะถูกจัดสรรให้แก่หน่วยงานต่างๆ หรือให้แก่ผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม

องค์กร ASAP แต่ละแห่งอาจจัดบริการและการดำเนินงานภายในแตกต่างกันตามความเหมาะสม โดยผ่านศูนย์ข้อมูลข่าวสารผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับการตอบสนองสายโทรเข้าอย่างรวดเร็ว และโอนสายไปยังเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบอย่างเร่งด่วน

8. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

นับแต่การก่อตั้งในทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนาบริการจนมาเป็นตัวแบบที่สมบูรณ์ในปี 1997 เป็นการรวมโครงการความช่วยเหลือทางการแพทย์และบริการของรัฐเข้าด้วยกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ รวมทั้งเพิ่มความรับผิดชอบของ ASAPs กำหนดมาตรฐานของการทำงาน และกำหนดความคาดหวังที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ความสำเร็จดังกล่าวนี้เกิดจากปัจจัยสำคัญ กล่าวคือ

(1) การสนับสนุนและการทำให้เกิดการยอมรับ

ระบบ ASAP ได้รับกาสนับสนุนในระดับรัฐจากกรมผู้สูงอายุ และกรมส่งเสริมทางการแพทย์ ให้มีการเปลี่ยนโครงสร้างเป็น ASAPs และเพื่อเพิ่มบทบาทของพยาบาลในทีมบริการจัดการรายกรณี ให้ความสนใจต่อทางเลือกในการนำเสนอบริการที่มีต้นทุนต่ำที่สุด และต้องการเปลี่ยนแปลงแนวทางการให้บริการระยะยาว เพื่อให้เกิดทางเลือกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

(2) ความพยายามของท้องถิ่น

ความพยายามที่จะทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพและสมาชิกรายอื่นๆ ของสังคม เติบโตมาจากความคิดของ ASAP และเครือข่ายผู้สูงอายุที่ขยายใหญ่ขึ้น ช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถสร้างสรรค์ความคิดที่หลากหลาย และหลายๆ กิจกรรมเกิดขึ้นจากท้องถิ่น รวมทั้งการเพิ่มความรับผิดชอบด้านค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานอื่นๆ มารวมไว้ที่เดียว เพื่อเพิ่มความสามารถในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

โดยสรุป การเป็นผู้นำของรัฐ ความคิดสร้างสรรค์ขององค์กรท้องถิ่น และมุมมองของกรมผู้สูงอายุมีผลต่อความสำเร็จของ ASAP แม้ว่ายังมีสิ่งท้าทายหลายอย่าง แต่ ASAPs และกลุ่มต่างๆ จะเดินหน้าต่อไปเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงการให้บริการให้ดีขึ้น

ตอนที่ 4 องค์ประกอบของระบบการดูแลระยะยาวที่ประสบความสำเร็จ

จากข้อดีข้อเสียของระบบการดูแลระยะยาวของทั้ง 2 มลรัฐที่นำเสนอเป็นตัวอย่าง จะเห็นว่า ความสำเร็จของระบบเกิดจากปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

1. มีกฎหมายบัญญัติ

มลรัฐแคลิฟอร์เนีย และมลรัฐแมซซาชูเซตต์ ได้บริหารงานภายใต้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุอเมริกัน (The Older Americans Act (OAA)) ที่ได้บัญญัติเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลคุ้มครอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมการดูแลระยะยาว และได้กำหนดขอบเขตหน้าที่ การบริหารงาน และงบประมาณ ทั้งระดับรัฐบาลกลาง ระดับมลรัฐ และระดับท้องถิ่น ที่เชื่อมต่อกันอย่างชัดเจน โดยหน่วยงานของรัฐบาลกลางที่รับผิดชอบการบริการผู้สูงอายุนั้น มีกระทรวงที่รับผิดชอบบริการด้านสุขภาพและสังคมอยู่รวมกันเรียกว่า Department of Health and Human Services (DHHS) ด้านการบริหารกฎหมายได้ระบุให้ว่าเป็นอำนาจของมลรัฐที่สามารถบริหารจัดการได้เอง(ภายใต้กฎหมาย OAA) จึงทำให้การบูรณาการต่างๆ เป็นไปได้อย่างดี แต่ละมลรัฐดำเนินการโดย Area Agencies on Aging (AAA) ซึ่งมีหน่วยงานในการดำเนินงานอีกหลายฝ่าย

2. โครงสร้างระบบบริการจัดมีหน่วยงานรับผิดชอบในระดับรัฐ

มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้ให้หน่วยงานระดับท้องถิ่น(เทศบาล) รับผิดชอบบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเทศบาลเมืองซานดิเอโก ได้บูรณาการโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพรวบรวมไว้หน่วยงานเดียว ผ่านโครงการ AIS (Aging and Independence Services: AIS) เพื่อรวบรวมบริการด้านการดูแลระยะยาว และให้เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานบริการสุขภาพและสังคมของเทศบาล โดยมีการจัดตั้งสำนักงานการดูแลระยะยาวขึ้นโดยเฉพาะ และมีคณะกรรมการกำกับดูแลของซานดิเอโกซึ่งมาจาก AAA, ผู้บริหารท้องถิ่น, APS, IHSS, the County nursing facility (Edgemoor), Veterans Services and Mental Health Services เป็น

ผู้บริหารองค์กร และมีคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะทำงานวางแผน กลุ่มผู้รับบริการร่วม กำหนดบทบาทขององค์กรด้วย

รัฐแมสซาชูเซตส์ มี Local Ageing Services Access Points (ASAPs) เป็นหน่วยงานระดับมลรัฐที่รับผิดชอบบริการสำหรับผู้สูงอายุ มลรัฐแมสซาชูเซตส์ได้จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังได้ออกกฎระเบียบปรับปรุงคุณภาพด้วยการกำหนดมาตรฐาน Interdisciplinary Case Management Standards โดยกำหนดให้มีพยาบาลประจำ ณ ASAPs ทุกแห่ง และมีกิจกรรมที่เสริมสร้างคุณภาพ รวมทั้งจัดทำหลักสูตรมาตรฐานสำหรับการฝึกอบรมให้แก่ผู้จัดการใหม่ๆ และทบทวนวิธีการติดตามการดำเนินงานของผู้ให้บริการภายใต้สัญญาจ้าง

3. การจัดระบบช่องทางเข้าถึงบริการ

การจัดตั้งช่องทางเข้าถึงการดูแลระยะยาว (Point of Entry Systems for Long-Term Care: POE) แสดงให้เห็นถึงระดับของการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวในภาพรวมได้ระดับหนึ่ง แต่ไม่ได้หมายความว่า การจัดตั้ง POE เป็นสิ่งที่ครอบคลุมความสมบูรณ์ของการบูรณาการอย่างเต็มรูปแบบแต่อย่างใด

มลรัฐแคลิฟอร์เนีย เมืองซานดิเอโก มีศูนย์บริการ Call Center ของเมืองซานดิเอโก (San Diego's Call Center) ทำหน้าที่เป็น POE เป็นองค์กรของ AAA และมีทีมงานที่ได้รับการฝึกอบรม โดยนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นลูกจ้างของท้องถิ่นและเป็นผู้ที่จัดการให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งในระดับรัฐ เมือง ท้องถิ่น รูปแบบการบริหารงานของศูนย์ Call Center ทำงานเชิงธุรกิจ หรือลักษณะการลำดับความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือต่างๆ (Triage center model) ให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการของท้องถิ่น โดยผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถหลากหลาย และรู้แหล่งงบประมาณที่จะสนับสนุนผู้รับบริการเหล่านั้น ไม่ว่าจะเป็น Medicaid State และการสนับสนุนของท้องถิ่นเอง

มลรัฐแมสซาชูเซตส์ มี Aging Services Access Points (ASAPs) เป็นหน่วยงานสำหรับบริการดูแลระยะยาว การบริหารจัดการโครงการผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ และสร้างทางเลือกใหม่ๆ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในระดับรัฐ เนื่องจาก ASAPs จะไม่มีการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรง แต่จะทำหน้าที่ประสานไปยังหน่วยที่จัดบริการ และหาแหล่งทุนให้กับผู้รับบริการ

การจัดตั้งระบบ POE เป็นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมและเพื่อสร้างความสะดวกให้กับผู้รับบริการเท่านั้น โดยการบูรณาการระหว่าง POE และระบบการดูแลระยะยาวจะไม่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ต้องมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ประกอบด้วย

- (1) การตกลงเกี่ยวกับคู่มือการประเมิน เพื่อคัดเลือกผู้มีสิทธิได้รับบริการ
- (2) การประสานงานด้านระบบบริหารข้อมูลของการดูแลระยะยาว
- (3) การประสานงานด้านการวางแผน การพัฒนานโยบาย และการจัดสรร

ทรัพยากร

- (4) การใช้วิธีการประเมินและส่งมอบบริการสู่ผู้รับบริการเพียงวิธีเดียว

4. มุ่งประมาณมาจากหลายแหล่ง

งบประมาณที่ใช้ในการบริหารและการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย และมลรัฐแมซซาชูเซตส์ มีที่มา 3 แหล่งหลัก ได้แก่ จากรัฐบาลกลาง (ภายใต้ OAA) จากมลรัฐ (Medicaid) และจากเทศบาล (WAIVERS) นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนจากรุกิจเอกชน และตัวผู้สูงอายุโดยการจ่ายค่าบริการ

5. มีการให้บริการที่ยืดหยุ่น และการจัดบริการถึงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

โครงการ AIS ของเมืองซานดิเอโก มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้นำเสนอช่องทางสำหรับเข้าถึงบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่ถูกข่มเหงทารุณ ผู้ที่ติดเชื้อ HIV และบุคคลอื่นที่ต้องการการดูแล ผ่านศูนย์ Call Center ซึ่งเป็นแหล่งรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การบริการของ AIS ส่วนใหญ่เป็นบริการสังคมและเป็นบริการที่เข้าไปถึงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เช่น LTC Ombudsman Program, Public Administrator/ Public Guardian การให้คำปรึกษาด้านการประกันสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ โครงการอาสาสมัครผู้สูงอายุหรือผู้เกษียณ บริการกฎหมายโครงการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว การติดต่อประสานบริการ การดูแลส่วนบุคคล บริการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ผู้ช่วยงานบ้าน บริการส่งอาหารถึงบ้าน บริการจัดส่งอาหารร้อนในวันหยุด ไปเยี่ยม และกรณีเร่งด่วน ยานพาหนะ ระบบตอบรับกรณีฉุกเฉิน บริการซ่อมบ้าน อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

ASAPs เป็นแหล่งรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้บริการความช่วยเหลือด้านการเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง โดย ASAPs ทำหน้าที่คัดกรองและประเมินการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุแต่ละรายตามที่สิทธิที่มี และจัดทำ

สัญญากับผู้ให้บริการในท้องถิ่นที่มีหน้าที่ให้บริการผู้สูงอายุ บริการของ ASAPs ส่วนใหญ่เป็นบริการทางสังคมและเป็นบริการที่เข้าไปถึงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เช่น เว็บไซต์ 800-AGEINFO, ศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุ ASAP (I&A), Community Care Ombudsman Program, การพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ, การเหลื่อมด้านกฎหมาย, การให้การความรู้และคำปรึกษาด้านโภชนาการ บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ บริการการรถรับส่งและพี่เลี้ยง เช่น การดูแลที่บ้านของรัฐ บริการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล บริการช่วยเหลืองานบ้าน การจัดส่งอาหารตามบ้านและชุมชน บริการซ่อมแซมและปรับปรุงที่พักอาศัย บริการช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม บริการบางประเภทต้องพิจารณาในระดับรายได้ของผู้สูงอายุด้วย ตัวอย่างเช่น โครงการการดูแลที่บ้าน (Home Care Program) มีการกำหนดเงื่อนไขระดับรายได้ และให้บริการในกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาที่บ้าน นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เกินระดับที่กำหนดสามารถเลือกบริการประเภทต่างๆ ได้ การตรวจสอบและเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยงานที่จัดบริการ

6. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย

AIS ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ช่วยเพิ่มความสามารถที่สอดคล้องต่อความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ ซึ่งการเข้าถึงบริการจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นหากหลายฝ่ายให้ความสำคัญต่อบริการและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ AIS จึงพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการท้องถิ่น องค์กรชุมชน และหน่วยงานของรัฐ ดังนั้น Call Center จึงทำให้เกิดการเข้าถึงโปรแกรมเฉพาะต่างๆ ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ โครงการโภชนาการ การออกกำลังกาย และอาสาสมัคร เป็นต้น โครงการเหล่านี้ได้รับการออกแบบสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เช่นโครงการ Brown Bag ซึ่งจัดส่งอาหารสด (ได้จากการรับบริจาคจากประชาชน และบริษัทห้างร้านทั่วไป) ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือโปรแกรม MoMeals ซึ่งจัดอาหารเช้าราว 1,000 – 2,500 ชุด สำหรับผู้สูงอายุในวันหยุด เป็นต้น นอกจากนี้ AIS ให้การสนับสนุนการประชุมประจำปี (Aging Summit) เครือข่ายผู้สูงอายุของเมืองซานดิเอโก ซึ่งประกอบด้วยองค์กรและประชาชนกว่า 500 ราย เพื่อเป็นช่องทางสำหรับระบุปัญหาและพัฒนาแนวทางในอนาคตของพันธมิตรและเครือข่ายอีกด้วย

ASAPs ให้ความสำคัญกับการเผยแพร่บริการข้อมูลด้านผู้สูงอายุ โดยทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพและสมาชิกคนอื่นๆ ของสังคม การประสานงานกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น เช่น แพทย์ โรงพยาบาล สมาคมพยาบาล ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุ และศูนย์ผู้สูงอายุ และเป็นพันธมิตรกับการเคหะ PACE programs และ COAs และโรงพยาบาลท้องถิ่น หรือพบปะกับผู้รับบริการ เพื่อรับทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ สำหรับผู้รับบริการสามารถรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ ASAP จากพันธมิตร หรือผู้ให้บริการในชุมชน หรือรับทราบข้อมูลผ่านกิจกรรมของหน่วยเคลื่อนที่ที่จัดขึ้นในแต่ละท้องถิ่น เช่น การจัดอาสาสมัครไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน เพื่อแจ้งข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบ จัดให้มีผู้ประสานงานการรักษาพยาบาล การส่งต่อ การตอบคำถาม และการให้ข้อมูลกิจกรรมพิเศษต่างๆ ซึ่งผู้รับบริการที่บ้านส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำ

ตารางที่ 3.5 สรุปภาพรวมการบูรณาการระบบบริการดูแลระยะยาวของโครงการตัวอย่าง

เมือง	กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	โครงสร้างระบบบริการ LTC	หน่วยงานหลักที่จัดบริการบูรณาการ	งบประมาณ	ประเภทบริการ	การมีส่วนร่วมของเครือข่าย
ซานดีเอโก	พรบ. ผู้สูงอายุอเมริกัน (The Older Americans Act (OAA)) เป็นกฎหมายที่ครอบคลุมการดูแลระยะยาว และข้อบังคับในการปฏิบัติของมดรัฐ	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารโดยเทศบาล - ตั้งสำนักงานการดูแลระยะยาวขึ้นโดยเฉพาะ - มีคณะกรรมการหลายระดับ ได้แก่ คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการวางแผน คณะกรรมการกำกับดูแล - มีคณะทำงานต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานการดูแลระยะยาว - ศูนย์บริการ Call Center ทำหน้าที่เป็น POE 	<ul style="list-style-type: none"> - มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ - รัฐบาลกลาง (OAA) - มดรัฐ (Medicaid) - เทศบาล (WAVERS) - เอกชน - ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนใหญ่เป็นบริการทางสังคมที่เข้าไปถึงบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน - เครือข่ายผู้สูงอายุ
แมซซาชูเซตส์	พรบ. ผู้สูงอายุอเมริกัน (The Older Americans Act (OAA)) เป็นกฎหมายที่ครอบคลุมการดูแลระยะยาว และข้อบังคับในการปฏิบัติของมดรัฐ	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารงานโดยหน่วยงานของผู้สูงอายุของมดรัฐ - ตั้งสำนักงานสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ - มี ASAPs เป็นแกนหลัก 	<ul style="list-style-type: none"> - จาก 3 แหล่งหลักๆ ได้แก่ - รัฐบาลกลาง(OAA) - มดรัฐ (Medicaid) - เทศบาล (WAVERS) 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนใหญ่เป็นบริการทางสังคมที่เข้าไปถึงบ้าน - มีผู้ตรวจตอบบริการ - มี case manager 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความสำคัญกับการเผยแพร่บริการข้อมูลด้านผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3.4 การเปรียบเทียบบริการบูรณาการดูแลระยะยาวของเมืองไอโอและเมืองแมสซาชูเซตส์

	เมืองซานดิเอโก	เมืองแมสซาชูเซตส์
การบูรณาการบริการ	Aging and Independent Services (AIS) ก่อตั้งขึ้นในปี 1997 โดยเป็นการผสมผสานโครงการต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้พิการรวมเป็นหน่วยงานเดียว เพื่อรวบรวมบริการด้านการดูแลระยะยาวเข้าด้วยกัน	Aging Services Access Points หรือ ASAPs จัดตั้งขึ้นในปี 1971 เพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว และช่วยพัฒนาการทำงานระหว่างหน่วยงานด้านการให้บริการผู้สูงอายุต่างๆ ในระดับรัฐ
การเข้าถึงบริการ	บริการโทรศัพท์ระบบตอบรับอัตโนมัติ (Call Center) ซึ่งจะมีพนักงานรับสายเข้า และส่งต่อให้กับพนักงานที่เกี่ยวข้อง มีการบันทึกเวลาตอบรับโดยระบบอิเล็กทรอนิกส์	The Executive Office of Elder Affairs เป็นศูนย์รวมบริการ ที่มีสัญญาเกี่ยวกับ ASAPs ทั้ง 27 แห่งทั่วภูมิภาค โดย ASAPs ไม่มีบริการโดยตรง ซึ่ง ASAPs แต่ละแห่งกำหนดคุณสมบัติผู้ได้รับสิทธิช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล จัดบริการ และการดูแลแตกต่างกันไป
ผู้ให้บริการ	พนักงานของศูนย์ (นักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพ) จะเป็นผู้ทำหน้าที่ที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1. ระบุถึงความต้องการของผู้รับบริการ 2. ให้ระบบการบริการตอบรับแบบอัตโนมัติ เป็นครั้งแรกเมื่อในการส่งความต้องการของผู้รับบริการ ไปยังนักสังคมสงเคราะห์คนอื่นที่เป็นผู้ประสานบริการของแหล่งต่างๆ ต่อไป	พยาบาลจะได้นำคำแนะนำเจ้าหน้าที่ (Case management staff) ในด้านการรักษาทางการแพทย์และด้านสุขภาพ รวมถึงการประเมินและวางแผนการรักษาพยาบาลบางประเภท นอกจากนี้ พยาบาลยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างองค์กรกับโรงพยาบาลท้องถิ่น และคัดเลือกผู้ที่จะเข้ารับบริการในเบื้องต้น
การบริหารจัดการ	ศูนย์ Call Center มีรูปแบบเหมือน Call Center ของหน่วยงานธุรกิจ	สำนักงานแต่ละแห่งบริหารจัดการโดยบุคคลที่เลือกคณะกรรมการที่มาจากตัวแทนของผู้สูงอายุและผู้มีอาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 3.4 การเปรียบเทียบการบูรณาการบริการการดูแลระยะยาวของเมืองซานดิเอโกและเมืองแมสซาชูเซตส์

	เมืองซานดิเอโก	เมืองแมสซาชูเซตส์
การเงิน	การรวมเงินทุนทั้งจาก พ.ร.บ.ผู้สูงอายุอเมริกัน (OAA) เงินจากงบประมาณ และการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ยากไร้ (Medicaid) เงินทุนทั่วไปของมลรัฐ เทตบาล และเงินทุนจากเอกชน ทำให้สามารถจัดบริการดูแล ระยะยาวที่หลากหลายได้	ASAPs ได้รับเงินทุนผ่าน Elder Affairs เงินทุนเหล่านี้มาจาก 2 แหล่งใหญ่ ได้แก่ AoA funds และจากการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ยากไร้ (Medicaid) ซึ่งจะให้ทุนไปยังหน่วยงานผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการจัดบริการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล รวมถึงการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน การดูแลส่วนบุคคล และการดูแลในสถานพยาบาล จะอยู่ภายใต้หน่วยงานที่เป็นตัวแทนของรัฐเดียวกัน ในฐานเงินทุนของรัฐสำหรับการจัดบริการดูแลที่บ้านโดยตรง
เครือข่ายที่ จัดบริการร่วม	ประกอบด้วยผู้ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุกว่า 500 องค์กร เช่น ผู้ให้บริการ สถาบันการศึกษา หนึ่งสี่อิมพี บริษัท องค์กรทางสังคม ตำรวจ และนักดับเพลิง บริการไปรษณีย์ เป็นต้น ก่อให้เกิดการสนับสนุนการฝึกอบรม และการแบ่งทรัพยากรร่วมกัน	ASAPs เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายผู้สูงอายุแห่งมลรัฐแมสซาชูเซตส์ซึ่งทำงานร่วมกับ Elder Affairs, Massachusetts Home Care Association, AARP state office, Massachusetts Senior Action, Massachusetts Association of Older Americans, Massachusetts Association of Councils on Aging, Massachusetts Assisted Living Facilities Association, Alzheimer's Association, Gerontology Institute (University of Massachusetts) และองค์กรผู้ให้ความช่วยเหลืออื่นๆ
ความครอบคลุม ประชากร	ประชาชนชนกลุ่มน้อยในพื้นที่เขตเมือง พื้นที่รอบนอก และพื้นที่ชนบท ในปี 2000 มีผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด	ASAPs สามารถให้บริการผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับบริการดูแลจากครอบครัวและชุมชนจำนวนประมาณ 39,000 ราย

อย่างไรก็ตาม บทเรียนรัฐของสหรัฐอเมริกาได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีข้อด้อยในการทำงานร่วมกันขององค์กรระดับท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.5 เปรียบเทียบข้อดี-ข้อด้อยของการดำเนินงานของหน่วยงานบริการประเภทต่างๆ

องค์กร	จุดแข็ง	ความท้าทาย
องค์กรท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> - มีประสบการณ์ด้านการบริหารโปรแกรมด้านสุขภาพของรัฐ - มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากกว่าภาคเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดประสบการณ์ด้านการเงินสำหรับดำเนินโครงการเชิงความเสี่ยง - จำเป็นต้องจัดตั้งที่ปรึกษาทางการเงินเพื่อออกแบบระบบบริหารการคลัง
หน่วยงานด้านผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - มีประสบการณ์ด้านติดต่อกับบุคคลจากทุกกลุ่ม และมีพันธกิจที่กว้างกว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากภาครัฐ - พนักงานเพิ่มพูนความรู้จากการทำงานร่วมกับผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย และช่วยส่งเสริมการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องใช้เวลาเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร - องค์กรผู้สูงอายุที่ให้บริการ POEs ต้องแน่ใจว่าจะใช้เงินทุนของ Older Americans Act Funds สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น
หน่วยงานบริการด้านสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบครบถ้วน และมีการประสานสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้กำหนดเงินทุน ทำให้สามารถพัฒนา POE สำหรับโปรแกรมการดูแลระยะยาวของภาครัฐ 	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องปรับเปลี่ยนความคิดของภาครัฐที่ว่า POE เป็นส่วนหนึ่งของระบบสวัสดิการ - ต้องมอบหมายหน้าที่ของพนักงานอย่างรอบคอบ - จำเป็นต้องติดต่อกับโปรแกรมผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 3.5 เปรียบเทียบข้อดีข้อด้อยของการดำเนินงานของหน่วยงานบริการประเภทต่างๆ

องค์กร	จุดแข็ง	ความท้าทาย
องค์กร ภาคเอกชน	<ul style="list-style-type: none"> - มีประสบการณ์ด้านการบริหารระบบฐานข้อมูล และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ซับซ้อน - มีความยืดหยุ่นด้านการจัดการบุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าใช้จ่ายสูง - POE ไม่จำเป็นต้องมีที่ตั้งเพียงแห่งเดียว โดยสามารถสร้างทางเลือกให้แก่ลูกค้า ดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. การเยี่ยมเยียนที่บ้าน 2. เบอร์โทรศัพท์ฟรี - หน่วยงานภูมิภาคและท้องถิ่น แห่งเดียว แต่มีสาขาหลายแห่ง - "การเข้าถึงได้ โดยสะดวก" - หน่วยงานหลายแห่งต้องรับผิดชอบให้บริการผู้รับบริการ โดยประสานงานซึ่งกันและกัน เพื่อให้บริการแบบบูรณาการ

สรุป

จากการนำเสนอแนวทางการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว และโครงการตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการนำแนวคิดการบูรณาการระบบการบริการการดูแลมาใช้ เพื่อการพัฒนาประสิทธิผลของการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้เห็นได้ว่าแนวคิดนี้ได้สร้างให้เกิดแนวทางในการทำงานที่ผสมผสานกัน ทั้งในระดับรัฐ ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชน ซึ่งสามารถที่จะเชื่อมโยงสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาวิเคราะห์แนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า หลักการดำเนินการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวนั้น มีสิ่งสำคัญอยู่ที่การประสานงานและการร่วมงานกันเป็นหลัก เป็นส่วนที่สะท้อนไปสู่การทำงานที่มีการบูรณาการกันมากยิ่งขึ้น หากมีการวางแผนการดำเนินงานและขั้นตอนการทำงานที่ดีแล้ว ก็จะสามารถที่จะทำให้การพัฒนาการดูแลระยะยาวนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปเป็นแนวทางพัฒนา

ระบบการบริการด้านอื่นๆ ต่อไปได้เป็นอย่างดี แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของงานการบริการนั้นๆ ด้วยว่าต้องอาศัยส่วนใดเป็นพื้นฐานเพื่อหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงานจัดบริการให้มีศักยภาพได้มากที่สุด โดยมีเป้าหมายหลักเช่นเดียวกัน คือการทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการที่ดี มีคุณภาพ และครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในทุกระดับนั่นเอง

บทที่ 4

กลวิธีและเทคนิคในการบูรณาการ ระบบบริการการดูแลระยะยาวและกรณีศึกษา

กลวิธีและเทคนิคที่เป็นแนวทางในการบูรณาการการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ให้บริการ สามารถที่จะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำสิ่งที่ได้รับจากประสบการณ์และการดำเนินงานไปพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์นั้น ทำให้เกิดเป็นเทคนิคในการบูรณาการการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ดังนั้น ในบทนี้ได้นำเสนอกลวิธี และเทคนิคในการบูรณาการบริการ และกรณีศึกษาของต่างประเทศที่มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการด้านสุขภาพและสังคม มาเป็นเวลานานและประสบความสำเร็จเข้าด้วยกัน ซึ่งเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 กลวิธีและเทคนิคในการบูรณาการระบบบริการการดูแลระยะยาว

ตอนที่ 2 กรณีศึกษาโครงการที่มีแนวปฏิบัติที่ดี

ตอนที่ 1 กลวิธีและเทคนิคในการบูรณาการระบบบริการการดูแลระยะยาว

จากการศึกษากระบวนการปฏิบัติงานของต่างประเทศ ได้ค้นพบเทคนิคในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการหลากหลายวิธี ได้แก่ การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ มีบริการการดูแลระยะกลางและการทำงานร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคม การประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชน และการจัดบริการหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ

งานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัย การทำงานในลักษณะการเชื่อมประสานงานของระบบการบริการเพื่อการพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการประสานงานคือ การที่บุคคลหรือหน่วยงานใน

องค์กรทำงานร่วมกับบุคคลและหน่วยงานอื่นเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีลักษณะเป็นกระบวนการที่ต้องกระทำต่อเนื่องสอดคล้องกันไป เพื่อให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ (วัลภา ทับแก้ว สืบค้นจาก <http://202.29.55.4/General/pdf/m2.pdf>) ซึ่งการสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการนั้นมีหลากหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการประสานทรัพยากร การประสานการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน กล่าวได้ว่าเป็นการพัฒนาแนวทางที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแล และช่วยเหลืออย่างครอบคลุมและทั่วถึงมากที่สุด

จากการศึกษาพบตัวอย่างการบูรณาการการทำงานในลักษณะของการสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการหลากหลายรูปแบบ เช่น ประเทศเยอรมนีได้มีการนำเทคนิควิธีการสร้างระบบการเชื่อมประสานระบบบริการกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยในแต่ละรัฐต่างมีโครงการแบบจำลองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับประเด็นสำคัญและจุดมุ่งหมายของแต่ละรัฐ และทุกๆ รัฐต่างมุ่งส่งเสริมความโปร่งใสของบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยอาศัยการสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนการประสานความร่วมมือระหว่างภาคบริการมากยิ่งขึ้น เฉพาะอย่างยิ่ง การให้บริการแก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยปรับปรุงระบบบริการย่อยที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุที่ต้องดูแลมากยิ่งขึ้น มีการทดลองโครงการศึกษา ProNetz ซึ่งเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Solid cross-section (N = 58)) เพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี มีการรวบรวมองค์ประกอบด้านความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ และพบว่าเกือบทุกโครงการ มีขอบเขตการดำเนินงานครอบคลุมการสนับสนุนผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวด้วย ซึ่งจะเห็นว่าการให้บริการแก่ผู้สูงอายุนั้น ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากที่ต้องได้รับการดูแลและพัฒนา บทสรุปจากการศึกษาโครงการวิจัย ProNetz ช่วยให้พนักงานได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสังคม ทำให้พนักงานของบริษัทได้รับการประกันสุขภาพระยะยาว ทั้งนี้โครงการดังกล่าวสามารถกำหนดแนวความคิดด้านการดูแลและมีโมเดลต่างๆ เพื่อกระตุ้นการดำเนินงานโครงการได้เป็นอย่างดี ยกตัวอย่าง เช่น การส่งเสริมการวางแผนกิจกรรมการสร้างเครือข่าย และช่วยให้การสนับสนุนการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่โครงการต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น

รูปแบบของการประสานงานและระบบการประสานบริการในประเทศอังกฤษ ที่กล่าวถึงการทำงานของรัฐบาลในปัจจุบันว่า ได้มีข้อตกลงร่วมที่จะปฏิรูประบบบริการสาธารณะซึ่งต่างยอมรับว่าบริการสาธารณะนั้นค่อนข้างล่าช้า และหลังจากนั้นรัฐบาลได้มี

การคาดหมายและวางแผนที่จะเพิ่มการลงทุนในระบบบริการสาธารณะให้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การลงทุนจะไม่เสียเปล่า ถ้ามีการปฏิรูประบบการให้บริการต่างๆ ให้มีความทันสมัยและพัฒนาให้มีระบบการประสานงานและการจัดการบริการที่ดี มีการปฏิบัติงานร่วมกันการประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เริ่มตั้งแต่การดูแลผู้สูงอายุโดยการพัฒนาบริการพื้นฐานขั้นต้น การพัฒนาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นในระหว่างการประสานการทำงาน และคุณภาพในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศในแถบเอเชียที่พบว่า แต่ละประเทศได้มีการสร้างระบบการเชื่อมประสานระบบบริการที่เกี่ยวข้องเช่นกัน โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือการพัฒนากระบวนการดำเนินการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม วิธีการบูรณาการงานใช้การเชื่อมประสานเครือข่ายบริการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในประเทศสิงคโปร์มีการพัฒนาสาระสำคัญของนโยบายผู้สูงอายุคือ การให้การดูแลประชากรสูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ในทางปฏิบัติมีกระทรวงหลักที่ทำงานด้านผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ The Ministry of Community Development and Sports ซึ่งได้รับความร่วมมือจากกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานผ่าน Inter-Ministerial Population Committee on Ageing Population ที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและตัดสินใจดำเนินงาน คณะทำงานประกอบด้วยสมาชิกจากกระทรวงต่าง ๆ และหน่วยงานหลักในภาคสังคม เช่น รัฐ สหสมาคม ภาคประชาชน กลุ่มชมรม มูลนิธิและสมาคมวิชาชีพ เป็นต้น ทั้งนี้ นโยบายต่างๆ ได้ถูกขับเคลื่อนสู่ชุมชนด้วยการประสานงานกับหน่วยงานอาสาสมัคร หน่วยงานทางศาสนา หน่วยงานเฉพาะเชื้อชาติ เครือข่ายการดำเนินงานต่างๆ มีทั้งการให้ความร่วมมือด้านเงินทุน การให้เช่าที่ในราคาพิเศษ การฝึกอบรมบุคลากร และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ รัฐบาลสิงคโปร์เชื่อว่า การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้การแก้ปัญหาด้านผู้สูงอายุไม่กระทบถึงความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

จากตัวอย่างบริการต่าง ๆ ที่ได้จัดให้บริการแก่ผู้สูงอายุด้านสุขภาพและสังคมนั้น ทำให้เห็นได้ว่า การประสานบริการที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นองค์กรหรือสถาบันหลักและหน่วยงานในชุมชน รวมไปถึงอาสาสมัคร ทำให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีความทั่วถึงมากยิ่งขึ้น วิธีการประสานบริการดังกล่าวนี้ช่วยให้เกิดการบูรณาการการปฏิบัติงานในอนาคต และสามารถที่ตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุได้มาก และจะพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในเชิงรุกต่อไป

2. มีบริการการดูแลระยะกลางและการทำงานร่วมกัน

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) นั้นอาจยังไม่ค่อยมีความชัดเจนในการให้คำนิยามของคำดังกล่าว แต่ก็ยังเป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่ได้นำมาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพและสังคมเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลได้ครอบคลุมทุกด้าน และสามารถตอบสนองความต้องการได้มากที่สุด การดูแลระยะกลางนั้นสามารถอธิบายได้ถึงบริการที่มีความต้องการบริการโดยทั่วไปของโรงพยาบาล และมีขอบเขตกล่าวถึงที่มดูแลพื้นฐานโดยทั่วไป การดูแลระยะกลางจะทำหน้าที่แทนบริการบางอย่างของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบริการที่มีการบูรณาการบริการหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ผู้ใช้บริการทางการแพทย์ที่ต้องการเป็นศูนย์รวมบริการการดูแล (Complex Care) (Oxford and Anglia Intermediate Care Project, 1997) จากการศึกษางานด้านการดูแลแบบ Intermediate Care ในต่างประเทศพบว่าได้มีการนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้มากขึ้น เช่น ประเทศอังกฤษที่มียุทธศาสตร์ ในการพัฒนาระบบการบริการการดูแลสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ได้มีการจัดทำรูปแบบการให้บริการรูปแบบใหม่ขึ้นมา ใน ค.ศ. 1997 โดยใช้ชื่อเรียกว่า รูปแบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) โดยจัดงบประมาณให้สำหรับการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลประมาณ 300 ล้านปอนด์ เพื่อพัฒนาบริการในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกีดกัน และกรณีของผู้ป่วยนอนติดเตียง เป็นนวัตกรรมการดูแลที่มีการลดการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น หรือการช่วยอำนวยความสะดวกให้ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับไปพักที่บ้านได้ แต่ยังคงอาจมีความต้องการการดูแลในภาวะเฉียบพลันในโรงพยาบาล (Scriven et al., 1998; Doran, 1997) ซึ่งมีผลลัพธ์หลายๆ ประการที่เป็นการเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการดูแลในรูปแบบการดูแลระยะกลาง ได้มีการออกแบบการดูแล มีการสนับสนุนช่วยเหลือ และการพัฒนาคุณภาพสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (DoH, 2000a, p.71) การป้องกันหรือการลดอัตราการเข้ารับบริการการดูแลในภาวะเฉียบพลันในโรงพยาบาล หรือการให้บริการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกหลังจากการออกจากโรงพยาบาล คำว่า การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นชื่อทั่วไปที่ใช้ในการอธิบายขั้นของการบริการดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งหมายรวมถึงการบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ (เช่น ทีมบูรณาการการดูแลที่บ้าน) แต่ทั้งนี้ไม่ได้มีการบอกถึงรูปแบบของการดูแลระยะกลาง แต่มีแนวทางสำหรับการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งในแผนของ National Health Service ได้อธิบายถึงรูปแบบการบริการของการดูแลระยะกลางว่า ประกอบด้วยการดูแล ดังต่อไปนี้

2.1 ทีมดูแลฉุกเฉิน (Rapid response teams) เป็นทีมที่ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแล นักกายภาพบำบัด และวิชาชีพอื่นๆ อีกหลายสาขา ที่ทำงานและให้บริการเกี่ยวข้องกับทำให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้าน และมีความต้องการการดูแลที่ไม่จำเป็นต้องเข้าไปรับ การดูแลหรือรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล

2.2 บริการบำบัดฟื้นฟูร่างกายอย่างใกล้ชิด (Intensive rehabilitation services) เป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพและร่างกายให้เป็นปกติหลังจากการรักษาหรือการผ่าตัด ซึ่งปกติจะทำการบำบัดฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเท่านั้น

2.3 บริการสิ่งอำนวยความสะดวกในช่วงพักฟื้น (Recuperative facilities) เป็น การให้บริการในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการพักฟื้นที่โรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยยังไม่แข็งแรงพอที่จะกลับบ้านได้ เป็นบริการดูแลพยาบาลระยะสั้นที่บ้านหรือบริการอื่นๆที่มีความเหมาะสมกับกรณีของ ผู้ป่วย

2.4 การจัดการระดับแพทย์ทั่วไป หรือสังคมสงเคราะห์ (Arrangements at GP practice or Social Work) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one – stop service) ซึ่งรวมถึงการบริการหรือการประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานอื่นด้วย

2.5 ทีมบูรณาการการดูแลที่บ้าน (Integrated home care teams) เป็นบริการที่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด เมื่อผู้สูงอายุถูกจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล โดยมีการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เองที่บ้าน

การพัฒนากระบวนการให้บริการแบบการดูแลระยะกลางนั้น กล่าวได้ว่าเป็นการ จัดบริการที่ต้องมีการลงทุนด้านทรัพยากรจำนวนมาก ซึ่งแผนของ NHS นั้นได้มีตัวชี้วัดว่า การดำเนินการในช่วงปี 2003-2004 รัฐบาลจะต้องมีการลงทุนกับระบบดังกล่าวประมาณ 900 ล้านปอนด์ สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลในรูปแบบ Intermediate Care (DoH, 2000a , p.71)

จากตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่า รัฐบาลของอังกฤษได้ตระหนักถึงความสำคัญของระบบ การดูแลสุขภาพและสังคม โดยมีการแยกแยะสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบบูรณาการ การดูแลสำหรับผู้สูงอายุออกมา โดยโครงการหลักสำหรับการปฏิรูปนั้นได้มีการจัดทำขึ้นเมื่อปี 1997 และเริ่มดำเนินการในปี 2000 ครอบคลุมประเด็นหลักเกี่ยวกับการดูแลระหว่างสุขภาพ

และสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสู่ระบบการเงิน การประเมิน และการติดตามดูแลผลกระทบทางอ้อมจากการทำงานร่วมกัน เช่น การดูแลในรูปแบบการดูแลระยะกลาง ซึ่งอาจมีผลกระทบทางตรงต่อการร่วมทำงานร่วมกันและการที่จะสำรวจถึงพัฒนาการของระบบในรายละเอียดที่มากกว่านี้ในขั้นตอนต่อไป

การพัฒนาในรูปแบบในปัจจุบัน จากแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ บางประการ และกรอบแนวคิดในการจัดบริการระดับชาติสำหรับผู้สูงอายุ (DoH, 2001a) ประเทศอังกฤษ ได้เริ่มต้นพัฒนาและจัดให้มีบริการในรูปแบบต่างๆ ขึ้น ตัวอย่างเช่น การเริ่มต้นพัฒนาการบริการดูแลระยะกลาง ซึ่งพบว่าแผนการจัดการดูแลมีผลต่อการจัดบริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นมีความเป็นไปได้ที่จะแสวงหาวิธีการร่วมงาน และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเกี่ยวกับแผนการหรือโครงสร้างการจัดบริการพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น ส่วนแผนการจัดบริการอื่นๆ เช่น กระบวนการประเมินเฉพาะราย เป็นลักษณะการกระตุ้นให้เกิดการทำงานร่วมกัน ได้ถูกกำหนดให้มีการพัฒนาในขั้นต่อไป

ในการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพและสังคมนั้น การทำงานร่วมกันไม่ว่าจะเป็นการทำงานในลักษณะการทำงานร่วมกันในองค์กร ระหว่างองค์กร และ/หรือระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นับได้ว่าเป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้การจัดให้บริการสามารถพัฒนาแนวทางการจัดบริการได้เร็วยิ่งขึ้น เนื่องด้วยในลักษณะของการทำงานร่วมกัน จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพมากกว่าการทำงานแบบแยกส่วน และจากการศึกษาการทำงานในประเทศต่างๆ พบว่า วิธีการนี้ได้นำมาใช้เพื่อการพัฒนาระบบการทำงานเช่นกัน อาทิ ในประเทศอังกฤษมีวิธีการให้บริการที่มีมากมายและแตกต่างกันไปในแต่ละรูปแบบของการดูแล แต่การทำงานร่วมกันยังคงเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้งานดำเนินไปด้วยดี การนิยามคำว่า การดูแลในปัจจุบันนั้น ได้เน้นที่โครงสร้างหน้าที่หรือวัตถุประสงค์ของการดูแลเป็นหลัก ในปี 1997 Steiner ได้นิยามการดูแลว่าหมายถึง “ขอบเขตของการบริการที่มีการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกด้วยการจัดให้บริการถึงที่บ้าน และจากบริการด้านการแพทย์สู่การทำหน้าที่ดูแลตัวเองได้ของผู้ป่วย ซึ่งวัตถุประสงค์ของการดูแลไม่ใช่เป็นการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเพียงเท่านั้น” และจากการศึกษาพบว่า กระทรวงสาธารณสุขของอังกฤษเอง ได้มีการพัฒนาตามเป้าหมายการทำงานที่ต้องการทำให้การประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ หรือการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพนั้นมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ลักษณะของบริการดูแลแบบระยะกลาง

บริการดูแลแบบการดูแลระยะกลาง ควรมีลักษณะการดำเนินการ ดังนี้ (DoH, 2000 p: 71-71 อ้างถึงใน Andy Alaszewski and other, 2003 p.14)

1. ให้ความสำคัญหรือตั้งเป้าหมายไปยังประชาชนผู้ที่เผชิญกับความไม่สะดวกในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาอย่างเฉียบพลันในโรงพยาบาล หรือผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. ให้บริการบนพื้นฐานของการประเมินผล ที่ได้จากแผนการดูแลเฉพาะราย ซึ่งรวมถึงการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูด้วย

3. การออกแบบให้มีความยืดหยุ่นหรือเป็นอิสระมากที่สุด และทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสามารถที่จะพักรักษาอยู่ที่บ้านของตนเองได้

4. ผู้ที่จำเป็นต้องใช้บริการระยะกลาง ได้แก่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยแทรกซ้อนในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งอาจมากกว่า 6 สัปดาห์ และอาจมีความถี่อย่างน้อย 1-2 สัปดาห์หรือน้อยกว่านั้น

5. การทำงานประสานงานกันระหว่างวิชาชีพ ภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินขั้นตอนเดียว ซึ่งจะมีผู้บันทึกและกระจายข้อมูลขึ้นต้นระหว่างนักวิชาชีพที่มาทำงานร่วมกัน

จากลักษณะดังกล่าวนี้ องค์ประกอบสำคัญของบริการดูแลระยะกลาง คือ “ส่วนประกอบที่สำคัญของบริการการดูแลระยะกลางคือการทำงานที่พวกเขาควรบูรณาการระบบการดูแลทั้งหมดเข้าด้วยกัน ได้แก่ การดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ (Primary) และทุติยภูมิ (Secondary) การดูแลด้านสุขภาพและสังคม การกำหนดไว้เป็นพระราชบัญญัติ แนวคิดดังกล่าวนี้มีความท้าทายสำหรับการบริการ การจัดการ และการกำหนดรูปแบบของการดูแลที่รวมเอาการทำงานทุกส่วนเข้าไว้ด้วยกัน (DoH, 2001b: 43)”

3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

อาจกล่าวได้ว่า อุปสรรคสำคัญสำหรับการพัฒนาการรูปแบบการดูแลระยะกลาง คือ การแยกแยะการเก็บข้อมูล และการจัดเก็บและรักษาข้อมูล ซึ่งปัจจุบันนี้นักวิชาชีพแต่ละกลุ่มที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุต่างมีการรวบรวมข้อมูลในการปฏิบัติงานและบันทึกเก็บไว้ของตนเอง ซึ่งแท้ที่จริงแล้วข้อมูลเหล่านี้มีไว้เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินการช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุในกรณีที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการพัฒนาการประสานงานกันนั้นมีหลากหลายวิธี

ตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุขของอังกฤษ มีการพัฒนากระบวนการประเมินโดยอาศัยข้อมูลที่ได้ มีการเก็บรวบรวมไว้และข้อมูลที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้ดูแลหลักที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ในเดือนเมษายนปี 2002 อังกฤษนำเสนอกระบวนการประเมินสำหรับระบบการดูแลสุขภาพและสังคมในบันทึกที่รวม ซึ่งเป็นความเห็นเฉพาะระหว่างระบบการดูแลสุขภาพและสังคมที่เกิดขึ้นก่อนหน้าที่จะมีการนำเสนอวิธีการดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล เช่น กรณีของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่โดยลำพัง หรือผู้ที่กำลังจะออกจากโรงพยาบาล หรือผู้ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน (DoH, 2000 อ้างถึงใน Andy Alaszewski et al., 2003 p.18) ซึ่ง จอห์น ฮัดสัน (John Hudson, 2002) ได้ให้ข้อวิจารณ์ว่าทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมมีปัญหาเกี่ยวกับด้านเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารหลากหลายประการ ซึ่งรวมไปถึงเรื่องของการขาดทรัพยากร ข้อจำกัดด้านการสนับสนุนงบประมาณ และความขัดแย้งทางวัฒนธรรมในการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้วย

ในประเด็นด้านกฎหมายนั้น ข้อมูลของผู้รับบริการจะต้องถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและปกป้องให้ปลอดภัยจากการนำไปใช้ประโยชน์ในทางมิชอบ เนื่องจากข้อมูลที่มีการเก็บและแลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่ายบริการด้วยกัน เช่น ระหว่างโรงพยาบาล ชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ให้บริการด้านสังคม ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักควรมีการตกลงเรื่องแบบฟอร์มของข้อมูล กำหนดเงื่อนไข และบุคคลที่จะเข้าใช้ข้อมูลให้ชัดเจน นอกจากนี้ การบันทึกรายงานผลของการดูแลตามแผนที่กำหนด ควรมีการมอบให้ผู้รับบริการได้รับทราบด้วย

นอกจากนี้ ประเทศนอร์เวย์ ก็เป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีการพัฒนาเรื่องของระบบสารสนเทศ และให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่ทำงานในสายงานเดียวกัน ซึ่งในด้านงานพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุนั้น องค์กร The Norwegian Health Association เป็นองค์กร

อาสาสมัครระดับชาติที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเสื่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสรรคสภาพแวดล้อมที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเสื่อมและญาติของผู้ป่วย องค์กรนี้จัดตั้ง “Dementia Contacts” ขึ้นใน 19 แห่ง โดยมีองค์กรระดับท้องถิ่นกว่า 119 องค์กร ลงทะเบียนเป็นสมาชิก (พฤศจิกายน 2546) และจากการที่มีองค์กรเครือข่ายร่วมดำเนินการจำนวนมาก การประสานทรัพยากรด้านข้อมูลสารสนเทศต่าง จึงได้กลายมาเป็นเทคนิคหนึ่งที่ช่วยให้องค์กรเครือข่ายเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน องค์กรนี้ได้มุ่งเน้นการทำงานเพื่อให้ข้อมูลด้านภาวะจิตเสื่อม ความเครียดของผู้ดูแล และความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากสังคม และมีการจัดทำวารสารพิเศษ และให้บริการคำปรึกษาฟรีทางโทรศัพท์แก่ทุกคนที่ต้องการคำปรึกษาหรือพูดคุยเรื่องภาวะจิตเสื่อม โดย Dementia Forum การนำเสนอข้อมูลและโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านอินเทอร์เน็ตหรืออีเมล นอกจากนี้ ยังมีสมาพันธ์ผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia Federation) ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างการทำงานในระดับท้องถิ่นและระดับรัฐ โดยสมาพันธ์นี้ดำเนินการภายใต้หลักการโครงการ 10 ประเภท ที่ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ที่มีหน้าที่ดูแลครอบครัว เช่น การแทรกแซงและการติดตามครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเสื่อม และให้ข้อมูลและการฝึกอบรมแก่ทุกคน ภายใต้หลักการว่า การที่ครอบครัวดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ไม่ได้หมายความว่าภาครัฐไม่ต้องให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวนั้นแต่อย่างใด และให้คำแนะนำว่า เทศบาลต้องนำเสนอการบริการที่ยืดหยุ่นและเพียงพอ เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของแต่ละครอบครัว นอกจากนี้ ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเสื่อมควรได้รับเงินชดเชย เพื่อให้ครอบครัวดังกล่าวมีมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดี (www.nasjonalforeningen.no/)

4. การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย

จากการดำเนินการให้บริการที่ผ่านมา ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบแผนการดูแลเฉพาะรายขึ้น โดยมีการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพชั่วคราวหรือการดูแลระยะสั้น (Short-Term Care Service) ซึ่งเป็นงานให้บริการที่มุ่งช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงญาติหรือผู้ดูแล ที่มีปัญหาในการดูแลเป็นครั้งคราว รวมถึงในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ ซึ่งพบว่า นอกจากการสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะรายแล้ว กลวิธีสำคัญของการพัฒนาระบบบริการ คือ การสร้างความมั่นใจแก่ญาติและผู้ดูแลว่า ผู้สูงอายุจะได้รับบริการอย่างทันทั่วทั้งในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันหรือต้องการการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งผู้ที่พึ่งออกจากโรงพยาบาลและอยู่ในแผนการติดตามหลังจำหน่ายมีการบริการดูแลฉุกเฉิน บริการดังกล่าว

สามารถช่วยลดปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ และทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง นำไปสู่การบริการดูแลที่บ้านมากยิ่งขึ้น ส่งผลดีต่อผู้รับบริการและถือได้ว่าเป็นวิธีการที่เข้าถึงผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าวิธีการนี้เป็นการพัฒนาการปฏิบัติงานแนวใหม่ที่มีการบูรณาการการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น โดยเป็นส่วนที่ช่วยเสริมพลังและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ โดยมีผู้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนระหว่างผู้รับบริการและหน่วยงาน เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การศึกษางานของต่างประเทศ พบว่า ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้นำเทคนิคการสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะรายขึ้นมา เพื่อบริหารจัดการการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น การจัดตั้งบ้านพักอัมสเตอร์ดัม (Guest House Amsterdam) ขึ้นมา โดยบ้านพักดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรขนาดใหญ่ด้านการดูแลสุขภาพ ที่มีบ้านพักคนชราและบ้านพักมากมายในกรุงอัมสเตอร์ดัม บ้านพักเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยบรรเทาภาระหรือสร้างสภาพแวดล้อมให้กับชุมชนที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการจิตเสื่อม ซึ่งองค์กรนี้ประกอบด้วยหน่วยงานบริการและโรงแรม โดยผู้ให้บริการได้รับการดูแลวันละ 24 ชั่วโมง และมีการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุที่มีอาการจิตเสื่อม สำหรับหลักเกณฑ์การเข้าสูบ้านพัก ผู้สูงอายุต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเสื่อม (ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคในระยะรุนแรง ไม่สามารถเข้าพักที่บ้านแห่งนี้ได้) โดยนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพในบ้านพักนี้ทำหน้าที่เป็นผู้นำ ผู้ใช้บริการต้องร่วมออกค่าใช้จ่ายต่างๆ และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยความสำเร็จของบ้านพักแห่งนี้คือความยืดหยุ่น ได้แก่ กระบวนการรับผู้สูงอายุที่ไม่ยุ่งยาก ความหลากหลายของการพักอาศัย สภาพแวดล้อม และการดูแล (บ้านพักมีอาสาสมัครช่วยดูแลผู้สูงอายุ) รวมทั้งการติดต่อกับผู้ดูแล และบุคคลที่ให้ข้อมูลและความช่วยเหลือด้านอารมณ์

นอกจากนี้ยังได้มีการนำหลักการ POM (Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers) มาเป็นหลักการในการป้องกันเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและมีหลักการสำหรับการดูแลด้านสภาพจิตใจที่ถือความสำคัญมากต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้ดูแลจะได้มีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มแรก ตั้งแต่การเข้าชมบ้านพัก รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้สูงอายุ คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อป้องกันผู้ดูแลจากพฤติกรรมที่ก่อปัญหาต่างๆ และสภาพการเป็นอยู่ที่ไม่ดี โดยเน้นการเพิ่มทรัพยากรมนุษย์ เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของผู้ดูแล และสร้างความเข้มแข็งของทรัพยากรสังคม

และลดอุปสรรคสำคัญ ผ่านการอำนวยความสะดวกด้านการดูแลแบบชั่วคราว การดูแลรายวัน การช่วยเหลือของอาสาสมัคร โดยผลักดันดูแลระหว่างสมาชิกของเครือข่ายทางสังคม

การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะรายนั้น เกิดขึ้นหลังจากผู้สูงอายุได้ดำเนินการติดต่อหน่วยงานบริการสุขภาพแล้ว โดยผู้ดูแลร่วมกระบวนการตั้งแต่การสนทนาส่วนตัวระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุเพื่อหารือเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ (เช่น กับ EDIZ-scale) การจัดทำข้อมูลสรุปที่มีการปรับปรุงให้สอดคล้องกันกับความต้องการของผู้ดูแล ในการจัดทำคู่มือให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ของ POM อาจจัดให้ผู้ดูแลพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือหารือกับผู้สูงอายุอีกครั้ง และสองสัปดาห์หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ของ POM จะสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนการให้ความช่วยเหลือ หลังจากนั้นอีก 3 เดือนเจ้าหน้าที่จะสอบถามผู้ดูแลอีกครั้ง เพื่อจัดทำบันทึกสำหรับผู้ดูแลโดยเฉพาะ ซึ่งในการบริการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลนั้นจำแนกออกเป็น 4 หมวด ได้แก่

บริการช่วยเหลือผู้ดูแล	ลักษณะบริการ
1. ข้อมูล คำแนะนำ และ การให้ความช่วยเหลือ ด้านจิตใจ	กลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือ หลักสูตรสำหรับผู้ดูแล การประชุม ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร บริการด้านโทรศัพท์สำหรับผู้ดูแล ข้อมูลดิจิทัล การติดต่อกับหน่วยงานรัฐในท้องถิ่น ศูนย์ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล ผู้จัดการด้านการดูแล การดูแลตัวเองในช่วงสุดสัปดาห์ (การดูแลแบบชั่วคราว)
2. การให้ความช่วยเหลือ ด้านการปฏิบัติหน้าที่	บริการด้านอาหาร บริการจิตอาสา บริการระหว่างหยุดพักชั่วคราว
3. ความช่วยเหลือ ด้านวัตถุสิ่งของ	การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ เงินชดเชย และการหยุดพักร้อน

เช่นเดียวกันประเทศสหรัฐอเมริกาในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย มีการสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะรายมาเป็นระยะเวลานาน ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1970 โดยเน้นการพัฒนาสถานดูแลผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ทั้งนี้ได้ดำเนินการจัดตั้งโครงการ IHSS (In-Home Supportive Services Program) เพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ทำงานบ้าน และบริการดูแลคนตาบอด ผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ โครงการนี้ใช้เงินทุนของรัฐและจัดเป็นโครงการที่ส่งผ่านถึงผู้ได้รับการช่วยเหลือโดยตรงที่เก่าแก่ที่สุดของรัฐ และต่อมาในทศวรรษ 1980 รัฐแคลิฟอร์เนียได้จัดตั้งโครงการ MSSP (Multi-Purpose Senior Service Program) เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (อายุเกิน 65 ปี) ของชุมชน ซึ่งในปัจจุบันโครงการ MSSP ยังให้บริการดูแลรายกรณีแก่ประชาชนทั่วไปอีกด้วย นอกจากนี้รัฐแคลิฟอร์เนียยังจัดตั้ง Independent Living Centers เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้สามารถอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง และจัดตั้งโครงการ Adult Day Care Programs ขึ้นเพื่อให้บริการด้านต่างๆ ที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ เช่น บริการให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และบริการติดต่อสื่อสารกับสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีเวลาหยุดพักชั่วคราว

จากตัวอย่างที่ได้นำเสนอในการจัดการสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย ทำให้เห็นว่าโครงการที่ประสบความสำเร็จต่างใช้วิธีการจัดการรายกรณี (Case Management) และการช่วยเหลือเพื่อเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคม ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันบ้างในบางรายละเอียดของโครงการ เช่น ระบบการจ่ายเงินของโครงการ บทบาทของแพทย์และองค์กรที่มีส่วนร่วมในการให้บริการ การบริหารจัดการโครงการ เป็นต้น นอกจากนี้ ผลของการดำเนินการโครงการแสดงให้เห็นว่า แพทย์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพและสังคมแบบบูรณาการที่จะทำให้โครงการบรรลุผลสำเร็จ

5. การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคม

การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบริการด้านสุขภาพและสังคมสามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น การสร้างเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนแนวคิด ทักษะ การปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะการบูรณาการระหว่างเครือข่าย เรียกก๊ออย่างหนึ่งว่า การจัดการเครือข่ายการดูแล (Care Network Management)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดตั้งเป็นเครือข่ายการดูแลด้านสุขภาพขึ้น เป็นการรวมตัวและประสานการทำงานระหว่างกลุ่มขององค์กรและนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง วิธีการทำงานร่วมกัน เริ่มจากการมีระบบรวมความคิด การทำงานและการประสานงาน มีการจัดตั้งองค์กรหลักทำหน้าที่ในการประสานงานและควบคุมดูแลสมาชิกเครือข่ายทั้งหมด มีการจัดประเภทของกลุ่มเครือข่ายที่มีระบบการทำงานแบบเชื่อมประสานกันอยู่แล้วให้มาทำงานร่วมกัน โดยองค์กรหลักทำหน้าที่ประสานงานหลัก มีการจัดบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ และทำให้บริการมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการทำงานในเชิงบูรณาการสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ

จากการศึกษาตัวอย่างของต่างประเทศพบว่า หลายโครงการที่มีการบูรณาการการทำงานด้านการดูแลสุขภาพและสังคมมีวิธีการดำเนินการที่คล้ายคลึงกัน และมีเป้าหมายในการให้บริการที่ต้องการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการให้มากที่สุด โดยยึดหลักการทำงานในรูปแบบของการบูรณาการงานทุก ๆ ด้าน ทั้งนี้โครงการต่างๆ ได้ดำเนินการหาแนวทางที่จะทำให้บริการสามารถลดต้นทุนด้านการบริหารจัดการ และทำให้ผู้ใช้บริการซึ่งก็คือผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการได้มากที่สุด โดยบริการที่จัดให้ เป็นไปในลักษณะของการจัดบริการให้ถึงที่บ้านโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ ทีมงานสหวิชาชีพ เครือข่ายองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนต่างๆ มีการทำงานร่วมกันในลักษณะของเครือข่ายและมีการบูรณาการการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การสร้างเครือข่ายในลักษณะขององค์กรอาสาสมัครเป็นอีกกลวิธีหนึ่งในการปฏิบัติงานเพื่อการจัดการดูแลด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งโดยทั่วไปกลุ่มอาสาสมัครมักถูกวิพากษ์ในเชิงลบคือ มีลักษณะการทำงานที่ค่อนข้างแคบและขาดทักษะสำคัญหลายประการ ดังนั้นจึงเกิดการพัฒนาศูนย์กลางชุมชนขึ้น ศูนย์ฯ ดังกล่าวทำหน้าที่เป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างเครือข่ายเพื่อนบ้านรวมเป็นหนึ่งเดียว โดยพบว่า ในปี 1991 ประเทศนอร์เวย์ได้มีการจัดตั้งศูนย์อาสาสมัคร Norwegian Volunteer Centres (ปี 2001 มีศูนย์อาสาสมัครลงทะเบียนมากกว่า 200 แห่ง) โดยมีผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) เป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดทั้งผู้ใช้บริการและอาสาสมัคร ตัวอย่างของบริการช่วยเหลือที่มี เช่น อาหาร การเดินทางและการเป็นเพื่อน การเยี่ยมเยียน การทำสวน เป็นต้น และการช่วยเหลือดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากระบบบริการที่เป็นทางการและผู้ดูแล การดำเนินการดังกล่าวนี้ได้ลดภาพพจน์ทางลบขององค์กรอาสาสมัครลงไปมาก โดยรายงานล่าสุดแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงภาพพจน์ในทางที่ดีขึ้นของศูนย์อาสาสมัคร

ส่วนในประเทศเยอรมนีนั้นเมืองค็กร Albatros ที่กรุงเบอร์ลิน ได้จัดตั้งโครงการเครือข่ายสำหรับผู้สูงอายุ (Network for the Aged) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ที่ให้ความสนใจต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยโครงการดังกล่าว ได้มีการพัฒนาและทดสอบการบริหารจัดการรายกรณี พัฒนาระบบการส่งผ่าน และโครงการเครือข่าย (ซึ่งญาติจะเข้ามามีส่วนร่วมกับโครงการด้วย) และมีการจัดตั้งสำนักงานรับคำร้องเรียน ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าเครือข่ายนี้ สามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนให้แก่ผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวและยังช่วยเพิ่มสมรรถนะ/ ความสามารถของผู้ดูแลได้อีกด้วย

โครงการเครือข่ายสำหรับการฟื้นฟูผู้สูงอายุ (The Network for Geriatric Rehabilitation) ณ เมือง Wiesbaden ในเยอรมนี ก็เป็นอีกโครงการหนึ่งที่มุ่งเน้นปัญหาอันสืบเนื่องมาจากการทำงานทับซ้อนขององค์กร ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุและระบบการดูแลสุขภาพ โดยฝ่ายสังคมสงเคราะห์ (Department of Social Work) ของเมือง Wiesbaden นั้นได้นำเสนอโครงการฝึกอบรมชื่อ “อาสาสมัครเพื่อนผู้สูงอายุ” (Voluntary senior citizens companions) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัญหาด้านการดูแลสุขภาพและให้การช่วยเหลือแก่ผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว การบริการนี้เน้นการเป็นอาสาสมัคร และการให้ความช่วยเหลือเชิงจิตวิทยาสังคมแก่ผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลที่ต้องการเวลาว่างช่วงสั้นๆ (2-3 ชั่วโมง)

โครงการที่น่าสนใจอีกโครงการหนึ่ง ได้แก่ โครงการ ระยะเวลาสี่ของชีวิต (Fourth Phase of Life) ณ เมือง Stuttgart และ โครงการ KUNZ เป็นโครงการของโบสถ์ที่จัดตั้งโดยนักบวชในเมือง Bielefeld โครงการนี้เป็นอีกโครงการหนึ่งที่ได้นำแนวคิดอาสาสมัครและศูนย์กลางชุมชนมาปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม นอกเหนือจากความพยายามในการลดภาระของผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวผ่านกลุ่มอาสาสมัครแล้ว โครงการนี้ยังพัฒนาและส่งเสริมการบริการต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ตามลำพัง โดยมีสิ่งตอบสนองความต้องการอย่างครบครันด้วย เช่นเดียวกับกับโครงการ GeNa (a geronto-psychiatric network) ที่เป็นเครือข่ายผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายที่ผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวในเมือง Neustrelitz โครงการนี้เน้นการสร้างความสัมพันธ์ของบริการต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว และแสวงหาบริการที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ มีการจัดหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุให้แก่กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ป่วย เช่น หลักสูตรซึ่งจัดขึ้นที่เมือง Wiesbaden เพื่อผู้ป่วย

ชาวตุรกี (โดยใช้ภาษาตุรกีและเยอรมัน) และบริการที่ปรับให้เข้ากับความต้องการของกลุ่มผู้อพยพ

จากตัวอย่างโครงการในประเทศเยอรมนี ทำให้เห็นถึงศักยภาพในการสร้างระบบการเชื่อมประสานระบบบริการกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน แนวทางการปฏิบัติได้เน้นด้านการสร้างโครงสร้างของเครือข่าย การทำงานด้านการประสานงาน และความร่วมมือกัน ทั้งในระดับบุคคลและสถาบัน และจากการศึกษาพบว่า โครงการศึกษา ProNetz ที่ได้กล่าวแล้วในข้อ 1 มีการใช้เครือข่ายด้วยเช่นกัน โดยมีการจำแนกแนวทางสำหรับการสร้างเครือข่ายออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การสร้างเครือข่ายที่อิงชุมชน (community-based networking)
2. การสร้างเครือข่ายซึ่งมุ่งเน้นสถาบันต่างๆ (networking orientated towards institutions)
3. การสร้างเครือข่ายซึ่งมุ่งกลุ่มเป้าหมายต่างๆ (networking orientated towards target groups)

โดยทั้ง 3 ลักษณะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยปรับปรุงพัฒนาเครือข่าย ในระดับโครงสร้าง ได้แก่ ศูนย์กลางที่มีอยู่ (a designated centre)(สำนักงาน คาเฟ่ ห้องสัมมนา) ศูนย์กลางเสมือน (a virtual centre) (เว็บไซต์ เหตุการณ์ ใบบลิว เอกสาร) และศูนย์กลางบุคคล (a personal centre) (เช่น ผู้จัดการเครือข่าย ผู้จัดการด้านการดูแล เลขานุการ) และมีปัจจัยที่ช่วยปรับปรุงพัฒนาเครือข่าย ในระดับกระบวนการ ได้แก่ การให้คำจำกัดความของจุดมุ่งหมาย สัญญา ความรับผิดชอบแบบถาวรที่เชื่อถือได้ กระบวนการสร้างเครือข่ายโดยผู้ดำเนินการภายนอก การศึกษาผู้เชี่ยวชาญกลุ่มต่างๆ ในอนาคต และการจ่ายเงินชดเชย รวมถึงปัจจัยที่ขัดขวางกระบวนการสร้างเครือข่าย ได้แก่ การขาดเงินทุนสนับสนุน อัตราการลาออกของพนักงานอยู่ในระดับที่สูง การแข่งขันสูงระหว่างสถาบัน การขาดการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ความสับสนเกี่ยวกับความรับผิดชอบระหว่างบริษัทประกันและเทศบาล

ตัวอย่างโครงการที่ประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการเครือข่าย

(Margaret MacAdam, 2008 pp.5-8)

(1) โครงการ PACE ของสหรัฐอเมริกา เป็นโครงการการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อลดการเข้าใช้บริการโรงพยาบาล มีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลาย เช่น การจัดการรายกรณี การทำงานร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพ และการให้บริการดูแลในช่วงกลางวัน (day care) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้เห็นได้ว่า โครงการดังกล่าวสามารถลดอัตราการเข้าใช้บริการที่โรงพยาบาลได้มากขึ้น โดยให้บริการในลักษณะบริการเคลื่อนที่มากขึ้น ส่งผลให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และช่วยให้มีการพัฒนาสถานะสุขภาพและคุณภาพบริการได้มากขึ้นด้วย

(2) โครงการ SIPA ของแคนาดา เป็นระบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อลดการเข้าใช้บริการ และลดต้นทุนบริการในสถาบัน ซึ่งหมายรวมถึงการเข้าใช้บริการที่โรงพยาบาล การเข้าใช้บริการห้องฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการต่างๆ เพื่อจัดบริการให้มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดการรายกรณี การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การให้บริการดูแลตามบ้านอย่างใกล้ชิด การมีทีมรับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง และทีมหน่วยเคลื่อนที่ในภาวะฉุกเฉิน จากการดำเนินการได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ และโครงการนี้ผู้ใช้บริการไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

(3) โครงการ PRISMA ของแคนาดา เป็นโครงการศึกษาวิจัยเพื่อหาทางที่จะจัดบริการแบบบูรณาการด้วยตนเอง เป็นอีกหนึ่งช่องทางในการเข้าถึงบริการ และการบริหารจัดการรายกรณี โดยเครือข่ายบริการสุขภาพและสังคมสำหรับการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป การศึกษาทดลองครั้งแรกระหว่างปี 1997-1999 มีเป้าหมายเพื่อบูรณาการบริการการจัดส่งบริการถึงที่ให้กับผู้ป่วย

(4) โครงการ SA Health Plus ของออสเตรเลีย เป็นโครงการปฏิรูปด้านสุขภาพผ่านระบบการดูแล มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงการให้บริการของผู้ป่วย โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มาบริหารจัดการในหลากหลายกลวิธี เช่น การประเมินและการวางแผนการดูแล การหาแนวทางปฏิบัติเฉพาะโรค เป็นต้น ผลจากการดำเนินงานประสบความสำเร็จในการปรับปรุงความอยู่ดีมีสุขของผู้ใช้บริการ อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาด้านของต้นทุนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารจัดการตัวเองของโครงการด้านการดูแล

(5) โครงการ Hospital Admission Risk Program ของออสเตรเลีย เป็นการให้การดูแลแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความต้องการที่ซับซ้อน เพื่อลดอุปสงค์ของการ

เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล มีวิธีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบ เช่น การประเมินความร่วมมือ การให้การดูแลหรือการจัดการรายกรณี การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม รวมถึงการศึกษาด้วยตนเองด้วย ผลที่ได้จากการดำเนินการพบว่า การเข้าใช้บริการห้องฉุกเฉินลดลง 20.8% การเข้าใช้บริการโรงพยาบาลลดลง 27.9% เป็นต้น

6. การประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชน

การประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชน เป็นอีกเทคนิคหนึ่งในการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลภายหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน รูปแบบนี้เป็นหนึ่งในการพัฒนาที่ง่ายที่สุด ในการดูแลระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน (Intermediate Care) (Vaughan and Lathlean, 1999) โดยคาดหวังที่จะให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างแผนงานบริการต่างๆ โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นศูนย์กลางในการออกแบบบริการ และมีการเลือกให้บริการที่บ้านซึ่งแตกต่างจากปกติที่ได้จัดในสถานบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลที่ตั้งในชุมชนจะเป็นแหล่งบริการเบื้องต้นและหลังจากการรักษาในโรงพยาบาล

เทคนิคการประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชนนั้น มุ่งที่จะให้ชุมชนเป็นสถานที่รองรับก่อนที่จะถึงภาวะวิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยปกติทีมผู้ปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์ ได้ร่วมกันประเมินหรือวินิจฉัยกับผู้สูงอายุร่วมกัน ทั้งนี้จะมีนักวิชาชีพอยู่หนึ่งคนที่จะต้องมีบทบาทเป็นผู้นำทีม โดยขึ้นอยู่กับว่าการบำบัดแต่ละครั้งต้องการบริการมากน้อยแค่ไหน ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยคนหนึ่งมีความจำเป็นต้องรับการดูแล และได้รับการวินิจฉัยแนะนำว่าควรจะทำกายภาพบำบัดตามความเหมาะสม แพทย์เป็นผู้มีบทบาทนำในการวินิจฉัยและประเมินผลการบำบัดรักษา ส่วนบริการเสริมอื่นๆ เช่น การแก้ไขการพูด (Speech Therapy) การใช้ภาษาในการบำบัด การมีนักโภชนาการให้คำแนะนำการรับประทานอาหาร ต่างสามารถเข้าเป็นส่วนหนึ่งของทีมได้

7. การจัดบริการหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน (Residential Rehabilitation Units)

การจัดบริการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เป็นบริการที่ต่างจากการบำบัดฟื้นฟูแบบเดิมที่มีในโรงพยาบาลและทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากเทคนิคนี้มีการรวมของรูปแบบการดูแลที่หลากหลาย ตั้งแต่การให้บริการโดยโรงพยาบาลชุมชน การดูแลและพยาบาลที่บ้าน

การให้บริการในหน่วยพยาบาล และในหน่วยบริการทางสังคม ตามข้อกำหนดของนโยบาย การดูแลระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน นอกจากนั้น ยังมีมาตรฐานบริการควรที่จะมีการกำหนดระยะเวลาในการให้บริการการดูแลบำบัดฟื้นฟู หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน อย่างไรก็ตาม เทคนิคนี้ค่อนข้างสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ดังนั้น หน่วยบริการพื้นฐานด้านสุขภาพจึงมีการคิดค้นวิธีการต่างๆ อีกมากมาย และได้มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ทดสอบมาตรฐาน ซึ่งในปัจจุบันนี้ก็มีวิธีที่หลากหลาย และมีการเจรจากับหน่วยงานเทศบาลที่มีการจัดให้บริการด้านสังคมในท้องถิ่นด้วย

อาจกล่าวได้ว่า โครงการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เป็นโครงการที่มีความเหมาะสมมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการด้านการแพทย์ และมีความต้องการบำบัดรักษาอย่างเข้มงวดซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูอาการได้เร็วขึ้น บางครั้งอาจมีความต้องการใช้เวลาถึง 24 ชั่วโมง หน่วยงานให้บริการพยายามกำหนดให้เทคนิคนี้เป็นส่วนหนึ่งในการเข้ารับการรักษาตามคุณลักษณะของอาการ และส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้มากที่สุด

ตอนที่ 2 กรณีศึกษาโครงการที่มีแนวปฏิบัติที่ดี

จากกลวิธีและเทคนิคต่างๆ ที่นำเสนอ จะเห็นว่าเป็นกลวิธีที่เกิดจากการวางแผนงานอย่างประณีตและละเอียดอ่อน ให้ความสนใจกับทุกมิติในการบริหาร การรวมบริการ การทำงานเป็นเครือข่าย และการเอื้อประโยชน์ต่อกัน นับว่าเทคนิคสำคัญที่นำมาใช้ ทำให้ระบบบริการไม่ติดขัด เกิดการประสานกันอย่างดี โดยมีเป้าหมายการช่วยเหลือให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ในการสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อกลวิธีและเทคนิคในการบูรณาการ จึงได้นำเสนอกรณีศึกษาของประเทศต่างๆ 4 ประเทศ ได้แก่ กรณีศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเดนมาร์ก และประเทศไทย เพื่อชี้ให้เห็นถึงการใช้กลวิธีและเทคนิคต่างๆ ในการดำเนินงาน และการสร้างนวัตกรรมใหม่ในการดูแลระยะยาวที่เกิดขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในส่วนของโครงสร้างการจัดการบริการของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 3 แล้ว ดังนั้นจึงขอนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี(Best practice) และนวัตกรรม (Innovative practice) ดังนี้

แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่มีชื่อเสียงด้านความสามารถในการจัดการดูแลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านได้เป็นอย่างดี ซึ่งบริการโดยทั่วไปในชุมชนมีหลากหลายประเภท เช่น บริการสำหรับผู้สูงอายุ บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง บริการดูแลกลางวัน รวมทั้งบริการสนับสนุนต่อการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ และให้คำวินิจฉัยก่อนจะส่งไปรับบริการยังหน่วยงานเฉพาะด้านต่อไป

การทบทวนพระราชบัญญัติผู้สูงอายุอเมริกัน (The Older Americans Act) ในปี 2000 ได้ให้ความสำคัญกับโครงการใหม่เรียกว่า “โครงการเกื้อกูลผู้ดูแลในครอบครัวแห่งชาติ” (The National Family Caregiver Support Program) มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยสมาชิกในครอบครัว ที่ต้องดิ้นรนแสวงหาวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือพิการในบ้าน โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการดูแลระยะยาวของประเทศ และเชื่อมประสานกับหน่วยงานด้านผู้สูงอายุและชุมชน โดยงบประมาณการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกานั้น การบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งต่างมีความมุ่งหมายที่จะทำให้ระบบการบริการมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้มากที่สุด โดยในที่นี้พบว่า โครงการ Aging and Independence Services (AIS) เป็นโครงการหนึ่งที่ได้นำแนวคิดการบูรณาการบริการทั้งด้านสุขภาพและบริการสังคมมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้สามารถจัดการบริการแก่ประชาชนในเมืองให้ได้มากที่สุด

โครงการ AIS เมืองซานดิเอโก มีรูปแบบการบูรณาการในลักษณะการผสมผสานโครงการต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพรวมเป็นหน่วยงานเดียว โครงการนี้ครอบคลุม AAA, นักบริหารรัฐกิจ APS IHSS สาธารณูปโภคด้านการดูแลผู้สูงอายุ และบริการสำหรับทหารผ่านศึกและบริการด้านสุขภาพจิตด้วย ซึ่งโครงการ AIS ได้ดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมาย (SB

2199) เพื่อรวบรวมบริการด้านการดูแลระยะยาวเข้าด้วยกัน นอกจากนี้ กฎหมายฉบับดังกล่าว ยังได้ริเริ่มโครงการบริการการช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ (Adult Protective Service Program) โดยได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำและแหล่งที่สนับสนุนเงินทุน ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มี ข้อบังคับ ดังต่อไปนี้

1. มีการจัดตั้งศูนย์ Hotline สายตรง ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อทำหน้าที่รับรายงานการทารุณกรรมผู้สูงอายุ
2. มีการจัดตั้งระบบเพื่อตอบสนองอย่างทันที่ และการรายงานการเกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ
3. มีการติดตามรายงานการทารุณผู้สูงอายุ
4. มีการบริการดูแลรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุม รวมถึงมีการประเมิน การพัฒนาแผนการบริการ และการติดตามกรณีต่างๆ
5. มีการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น เช่น อาหาร การคมนาคม แหล่งพักพิงฉุกเฉิน และการบริการที่บ้าน ให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่างๆ
6. มีการขยายขอบเขตการปกป้องการทารุณกรรมทางร่างกาย เพื่อให้ครอบคลุม การลักพาตัว การทอดทิ้ง การโดดเดี่ยว การรัดไถ และการไม่เอาใจใส่
7. มีการให้บริการด้านโภชนาการ บริการแก่ชุมชน บริการดูแลผู้ป่วยรายวัน บริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งบุคคลที่ให้บริการด้านสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ภายใต้ อาณัติ

ทั้งนี้ ผู้มีหน้าที่จัดทำรายงานกรณีข้างต้น ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จากบริการต่างๆ ที่มีทำให้เห็นได้ว่าโครงการ AIS นั้นได้สร้างแนวทางสำหรับการบริการผู้สูงอายุ และสร้างศูนย์กลางสำหรับให้บริการต่างๆ ตั้งแต่ข้อมูลไปจนถึงการบริการ (รองรับโดย พรบ. ผู้สูงอายุอเมริกัน) ซึ่งโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้ช่วยให้สามารถสร้างช่องทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการทั่วไปและผู้สูงอายุรายอื่นๆ ที่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากสังคม การฟื้นฟู และการจ้างงาน ดังนั้นการที่ AIS ทำหน้าที่บริหาร IHSS, โครงการการดูแลระยะยาว, บริการ APS, และโครงการ Title III Programs นั้น ช่วยส่งเสริมให้ AIS สามารถให้บริการผู้สูงอายุจากทุกกลุ่มรายได้ และสามารถให้บริการตามความต้องการของผู้ใช้บริการได้ดียิ่งขึ้น

นวัตกรรมในการปฏิบัติงาน (Innovative practice)

ตัวอย่างโครงการที่มีการจัดบริการอย่างบูรณาการ เช่น การปฏิบัติงานของอายุรแพทย์ ที่เป็น Best Practice ในการบูรณาการบริการผ่านการจัดการเฉพาะรายของ South Carolina Hospital Association ชื่อโครงการ “การพัฒนาคุณภาพของการสนับสนุนผู้ดูแลและโครงการดูแลชั่วคราว” (Peg Lahmeyer and others) เนื้อหาการดำเนินงานร่วมกันของโครงการ The Ark Adult Respite Care Program และโครงการ Caregiver Alternatives to Running or Empty (C.A.R.E) เป็นความพยายามที่จะก้าวออกจากกรอบของการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว โดยเพิ่มการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การให้กำลังใจแก่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และสมองเสื่อม เมื่อการทดลองผ่านไป 3 ปี ผลประจักษ์พบว่า โครงการมีอัตราส่วนของอาสาสมัครเพิ่มขึ้น และผลการสำรวจความพึงพอใจมีค่าระดับที่สูงด้วยเช่นกัน โครงการนี้พัฒนาไปสู่โครงการการให้ความรู้ที่บ้าน เพื่อเตรียมความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และสอนเรื่องกลยุทธ์การใช้ทรัพยากรในชุมชนด้วย พัฒนาการของโครงการขยายต่อไปยังครอบครัวผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โดยได้รับการสนับสนุนจากกองทุน Aging Alzheimer’s Disease และเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันกับ 6 หน่วยงาน การดำเนินการมีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน เข้าไปเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วย และเมื่อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยรายใดมีภาวะเครียด และมีปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน ก็จะส่งตัวเข้ารับการรักษาหรือเข้าให้ความช่วยเหลือทันที การให้คำปรึกษาแนะนำโดยตรงของผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการสนับสนุนการพิทักษ์สิทธิ์ การสอนงาน และการให้ความรู้ที่ให้กับผู้ดูแลเป็นที่พอใจ และสอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว โดยส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสม และชอบวิธีการนี้มากกว่าการส่งผู้ป่วยไปในสถานพยาบาลหรือรับบริการในชุมชน

บริการ AIS เป็นบริการที่นำเสนอช่องทางสำหรับเข้าถึงบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ เช่น บริการบ้านพัก เป็นต้น บริการส่วนใหญ่มีไว้สำหรับผู้ที่ย่างเกิน 60 ปี สำหรับผู้ที่ติดเชื้อ HIV/AIDS หรือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมให้สามารถเข้ารับบริการได้ โดยไม่คำนึงถึงอายุและข้อกำหนดด้านรายได้

ประเภทของการบริการที่สามารถขอรับบริการผ่าน AIS Call Center เช่น บริการด้านข้อมูลทั่วไป การช่วยเหลือส่วนบุคคล การคัดเลือกเพื่อเข้าโครงการความช่วยเหลือด้านคำปรึกษาพยาบาล และบริการรายกรณี นอกจากนี้ AIS ยังทำหน้าที่บริหารจัดการสัญญาที่ทำกับผู้ให้บริการในท้องถิ่นอีกด้วย สำหรับผู้สูงอายุที่มีบริการบางประเภทที่จัดให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุ

เกิน 60 ปี ขณะที่บางบริการอาจมีการกำหนดเงื่อนไขด้านรายได้ของผู้รับบริการ และบางบริการจะให้บริการแก่บุคคลเฉพาะกลุ่มเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ผู้ติดเชื้อ HIV หรือ AIDS หรือผู้ที่ต้องการผู้ดูแล

ตัวอย่างของบริการ ได้แก่

1. บริการข้อมูล เป็นการให้บริการด้านข้อมูลเกี่ยวกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุอเมริกัน เพื่อช่วยให้ผู้ที่อายุเกิน 60 ปี สามารถเลือกบริการและผู้ให้บริการได้อย่างเหมาะสม
2. ความช่วยเหลือ เช่น โครงการที่ปรึกษาด้านการประกันสุขภาพ เพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าใจผลประโยชน์ของการทำประกัน บริการด้านกฎหมาย และผู้ตรวจการของระบบการดูแลระยะยาว (LTC Ombudsman)
3. การคัดเลือกและประเมินตามข้อกำหนดด้านรายได้ของรัฐ และการช่วยเหลือทางการแพทย์
4. การจัดการรายการกรณี เป็นโครงการที่จัดขึ้นสำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีลักษณะและความต้องการบริการที่แตกต่างกัน เช่น
 - 4.1 บริการโครงการอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Services Program: MSSP) ความช่วยเหลือด้านคำปรึกษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.2 บริการการจัดการและการประเมินความต้องการด้านสังคมและสุขภาพ (Management and Assessment of Social and Health Needs : MASH) เป็นบริการสำหรับผู้ที่อายุเกิน 60 ปีและผู้ทุพพลภาพที่อาจไม่ได้รับการดูแลในสถานรับดูแลและไม่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการการรักษายาบาลผู้ป่วยรายการกรณีอื่นๆ
 - 4.3 โครงการจัดการรายการกรณีสำหรับผู้ติดเชื้อ AIDS (Two AIDS Case Management Programs) เป็นบริการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV หรือ AIDS
 - 4.4 การเชื่อมประสาน (Linkages) เป็นการประสานแหล่งทุนของรัฐสำหรับการรักษายาบาลผู้ป่วยรายการกรณีสำหรับผู้ที่ยังไม่ถึงอายุ 18 ปี และอาจไม่ได้รับการดูแลในสถานรับดูแล และไม่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการการรักษายาบาลผู้ป่วยรายการกรณีอื่นๆ
 - 4.5 โครงการสนับสนุนบริการที่บ้าน (In-Home Supportive Services : IHSS) เป็นการให้บริการทางตรงที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ

5. สร้างช่องทาง การเข้าถึงโครงการเฉพาะต่างๆ (Call Center) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเพิ่มทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ โครงการโภชนาการ การออกกำลังกาย และอาสาสมัคร เป็นต้น โครงการเหล่านี้ได้รับการออกแบบสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เช่น โครงการ Brown Bag เป็นบริการจัดส่งอาหารสดที่ได้จากการรับบริจาคจากประชาชนและบริษัทห้างร้านทั่วไป ไปให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ หรือโครงการ MoMeals เป็นบริการจัดส่งอาหารเช้า 1,000 – 2,500 ชุด สำหรับผู้สูงอายุในวันหยุด

AIS ส่งเสริมการสร้างโอกาสให้แก่ธุรกิจท้องถิ่น เช่น ธุรกิจที่บริจาคให้โครงการ MoMeals ได้รับเกียรติในฐานะผู้สนับสนุนโครงการ ทำให้เกิดการตระหนักถึงความรับผิดชอบของชุมชนและได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างดี และ AIS ยังใช้เงินทุนบางส่วนสำหรับสร้างช่องทาง การเข้าถึงโครงการด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการสวัสดิภาพที่ดีของ AIS (AIS Wellness) หลักสูตรการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง โดย AIS และวิทยาลัยชุมชนร่วมกันจัดหาผู้แนะนำด้านการออกกำลังกายมาประจำศูนย์กว่า 23 แห่งทั่วประเทศ เพื่อให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งโครงการ Feeling Fit ที่เป็นหนึ่งในโครงการนี้ได้รับรางวัลจาก American Society on Aging ในปี 2003 ในด้านความคิดสร้างสรรค์ และคุณภาพ รวมทั้งได้รับการยกย่องจาก International Council on Active Aging (ICAA) ให้เป็นโครงการระดับสากลสำหรับผู้สูงอายุอีกด้วย นอกจากนี้แล้ว AIS ยังให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยพยายามลดการอยู่อย่างโดดเดี่ยวและป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกแปลกแยกจากชุมชนของตน ซึ่ง AIS ได้ร่วมกับวิทยาลัยชุมชนและโครงการ Head Start ร่วมกันพัฒนาศูนย์อาสาสมัครและการจ้างงานผู้สูงอายุ หรือ LifeOptions โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ “ผู้สูงอายุวัยต้น” (young seniors) หรือผู้ที่มีอายุใกล้เคียงเกษียณ โดยมุ่งหวังจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการเกษียณอายุ ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีโอกาสเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ จากวิทยาลัยชุมชน และมีการจับคู่ผู้สูงอายุกับโรงพยาบาลใกล้เคียง ศูนย์การดูแลรายวัน โรงเรียน และโครงการการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการให้โอกาสในการช่วยพัฒนาทักษะหลังวัยเกษียณของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

กรณีศึกษาที่ 2 ประเทศญี่ปุ่น

การจัดบริการสุขภาพและสังคมภาครัฐของประเทศญี่ปุ่นอยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสุขภาพ แรงงาน และสวัสดิการ (Ministry of Health, Labor and Welfare) มีการกำหนดนโยบาย งบประมาณ และบริหาร ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และแรงงานร่วมกัน ที่สำคัญทางด้านสุขภาพมีหน่วยงานด้านเภสัชกรรมและอาหารปลอดภัยรวมอยู่ด้วย ส่วนด้านสังคมมีหน่วยงานประกันสังคม และด้านแรงงาน ครอบคลุมการคุ้มครองแรงงานและความปลอดภัยในการทำงาน ผู้สูงอายุมีสำนักงานสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุรับผิดชอบอีกระดับหนึ่ง ส่วนการบริหารจัดการเป็นของรัฐบาลกลาง และท้องถิ่น ภายใต้กฎหมายประกันสังคมของญี่ปุ่น

การรักษาพยาบาล ญี่ปุ่นมีนโยบายการสบทบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลมาตั้งแต่ปี 1972 และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา และการรับภาระค่าใช้จ่ายอย่างเป็นธรรมทุกฝ่าย เช่น ด้านการรักษาพยาบาลมีการสำรองค่าใช้จ่ายดังนี้ ผู้ประกันสุขภาพ (70%) รัฐบาลกลาง (20%) ส่วนปกครองจังหวัด (5%) และส่วนปกครองท้องถิ่น (5%) ส่วนด้านของการตรวจสุขภาพหรือรับการป้องกันไม่ใช้การรักษาพยาบาลนั้น รัฐบาลกลาง ส่วนปกครองจังหวัด และส่วนปกครองท้องถิ่นรับภาระค่าใช้จ่ายในอัตราส่วนที่เท่ากัน ผู้สูงอายุที่สามารถใช้บริการรักษาพยาบาล ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และผู้ที่ไร้สมรรถภาพทางร่างกายที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี เป็นต้นไป ญี่ปุ่นมีความก้าวหน้าในระบบการดูแลระยะยาว นอกจากจะมีบริการอย่างครอบคลุมแล้ว ยังมีระบบประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอีกด้วย

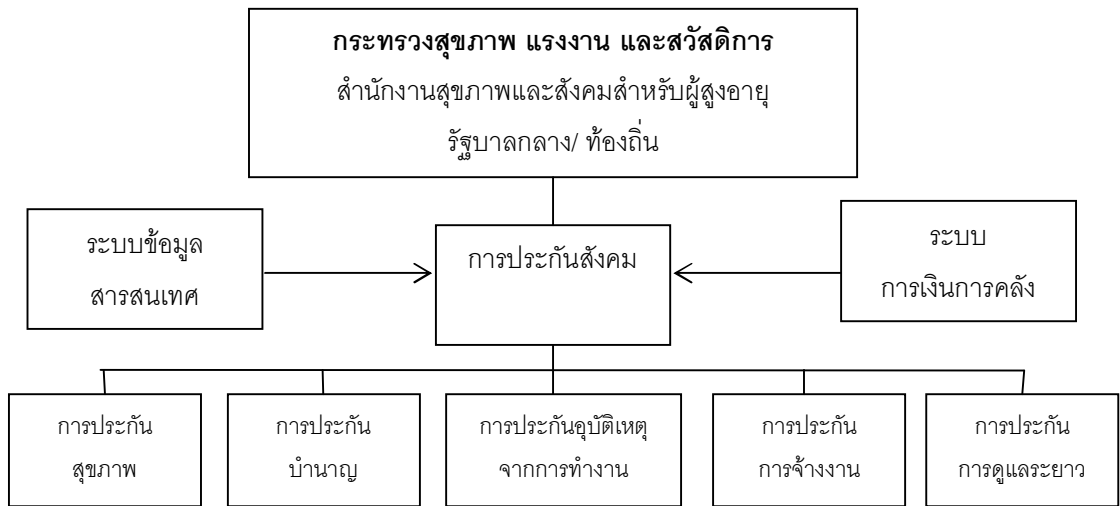
การคุ้มครองรายได้ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลักประกันด้านรายได้ ภายใต้ระบบประกันสังคม 2 ประเภท (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549, น.4-6) คือ

1. National Pension Insurance scheme (NPI) คือ ประกันสังคมภาคบังคับ แบบหามาจ่ายไป ที่ให้ประโยชน์ทดแทนในอัตราคงที่ผู้ประกันตนที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่ส่งเงินสมทบในอัตราที่กำหนดในแต่ละปี ผู้มีสิทธิรับบำนาญจะต้องมีอายุครบ 65 ปี หรือส่งเงินสมทบไม่ต่ำกว่า 25 ปี

2. Employee' Pension Insurance scheme (EPI) คือ ประกันสังคมภาคบังคับที่ให้ประโยชน์ทดแทนในอัตราที่แปรผันตามรายได้สำหรับลูกจ้าง ผู้ประกันตนและนายจ้างจะต้องส่งเงินสมทบฝ่ายละเท่าๆ กัน ผู้ที่มีสิทธิรับบำนาญต้องอายุ 60ปีขึ้นไป และส่งเงินสมทบ

ไม่ต่ำกว่า 25 ปี ประโยชน์ทดแทนสูงสุดหลังจากการปฏิรูปในปี 2004 คือ ประมาณร้อยละ 60 ของรายได้เฉลี่ย

แผนภาพที่ 4.1 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการของประเทศญี่ปุ่น



ปรับปรุงจาก สุวัฒน์ มโนเลิศทัศน์, 2546.

ระบบประกันการดูแลระยะยาว

ระบบประกันการดูแลระยะยาวได้ถูกสร้างขึ้น มีชื่อเรียกในภาษาญี่ปุ่นว่า “Kaigohoken” โดยได้รับแนวคิดมาจากประเทศเยอรมนี เป็นระบบประกันตนแบบบังคับ (compulsory system) อยู่ภายใต้สำนักงานสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (Health and Welfare for The Elderly) สังกัดกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วมในการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ และเพื่อสร้างระบบที่เป็นศูนย์รวมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่สำคัญๆ ได้โดยง่าย

ระบบประกันการดูแลระยะยาวมีจุดมุ่งหมาย (aims) ดังต่อไปนี้

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีอิสระในการเลือกบริการการดูแลตามที่ตนเอง โดยเป็นระบบที่ขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการเป็นหลัก
2. เพื่อบูรณาการบริการสังคม (social services) และบริการทางการแพทย์ (medical service) ให้อยู่ในระบบเดียวกัน

3. เพื่อส่งเสริมให้ภาคธุรกิจเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

4. เพื่อปฏิรูปโครงสร้างความมั่นคงทางสังคม (social security structure reform) โดยแบ่งแยกบริการดูแลระยะยาวออกจากระบบประกันสุขภาพ

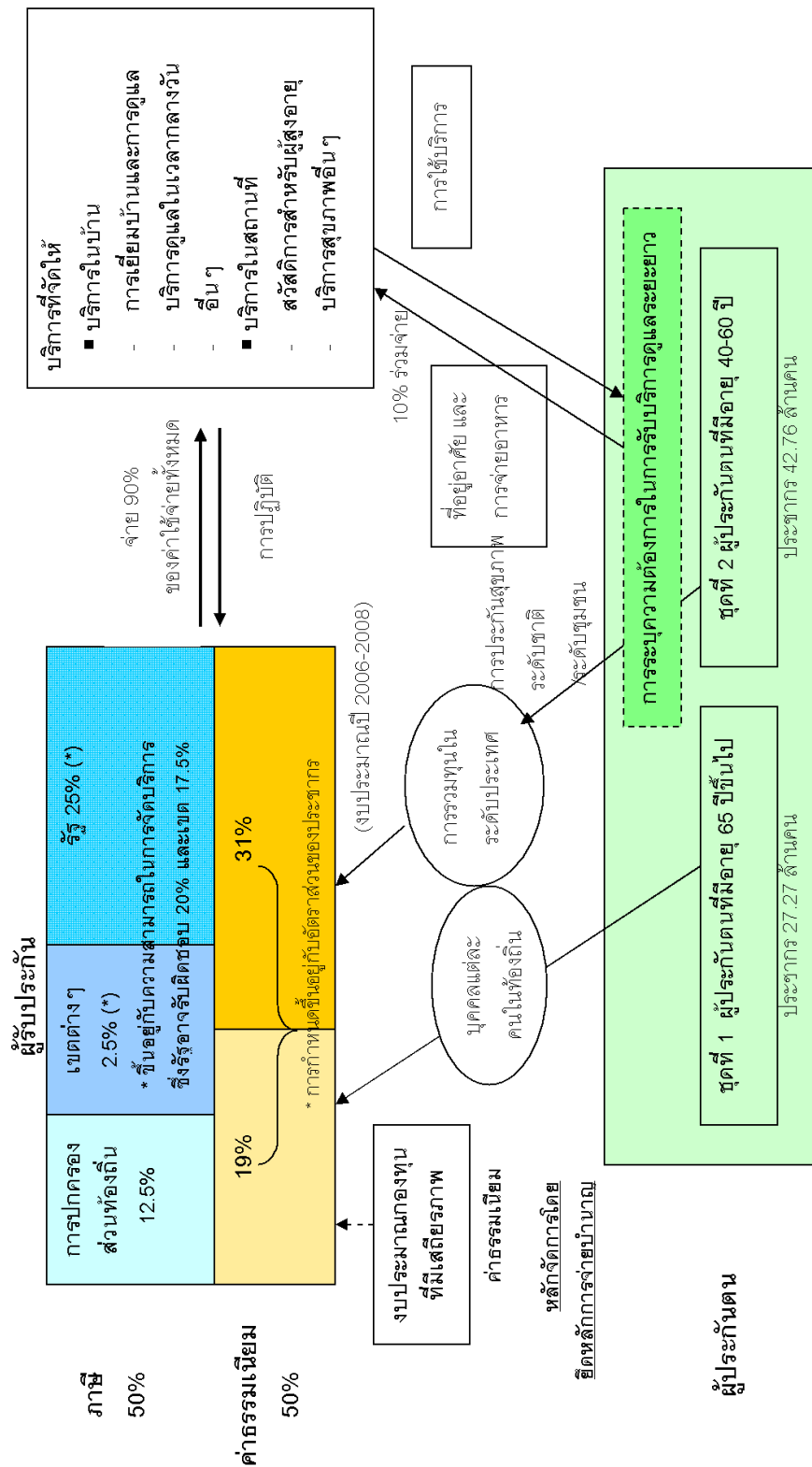
โครงสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น

การประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์การปกครองระดับท้องถิ่น รัฐบาลแห่งชาติ องค์การปกครองระดับจังหวัด และผู้ประกันตน ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีบทบาทแผนภาพ และโครงสร้างระบบ ตามแผนภาพที่ 4.2 และ แผนภาพที่ 4.3 ดังนี้

แผนภาพที่ 4.2 บทบาทองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆ ในระบบประกันการดูแลระยะยาว

<p>องค์การปกครองระดับท้องถิ่น (Municipalities) หน่วยงานหลักของระบบประกัน (Main Operators)</p>	<ol style="list-style-type: none"> ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับระบบประกัน (รับรองผู้ที่จะต้องได้รับการดูแล กำหนดประโยชน์ทดแทน อัตราเงินสมทบการเก็บเบี้ยประกัน เป็นต้น) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบริการของระบบ (บุคลากร และสถานบริการดูแล) รับภาระค่าใช้จ่ายเพื่อประโยชน์ทดแทน (12.5%) 	
<p>รัฐบาลแห่งชาติ (National Government)</p>	<p>องค์การปกครองระดับจังหวัด (Prefectures)</p>	<p>ผู้รับประกันบำนาญ (Pension Insures)</p>
<ol style="list-style-type: none"> กำหนดกรอบการดำเนินงานทั้งระบบ กำหนดมาตรฐานต่างๆ เช่น การรับรองผู้ที่ได้รับการดูแลประโยชน์ทดแทน ผู้ให้บริการ และสถานบริการดูแล เก็บรวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงานให้กับผู้รับประกัน ผู้ให้บริการ และสถานบริการดูแล เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการดำเนินงานให้เหมาะสม สนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินงานแก่องค์การปกครองระดับจังหวัดให้เกิดความมั่นคง ร่วมรับภาระค่าใช้จ่าย 25% 	<ol style="list-style-type: none"> ให้คำแนะนำการดำเนินงานที่เหมาะสมแก่องค์การปกครองระดับจังหวัด ผู้ให้บริการ และรับรองผู้ให้บริการ จัดตั้งกองทุนความมั่นคงทางการเงิน พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของ การบริการดูแล ดำเนินการตรวจสอบความต้องการของประชาชน ร่วมรับภาระค่าใช้จ่ายเพื่อประโยชน์ทดแทน 12.5% 	<p>เก็บเงินสมทบประกันการดูแลระยะยาวจากผู้ประกันตนประเภทที่ 1 (อายุ 65 ปีขึ้นไป) โดยหักเงินจากเงินประกันบำนาญ</p> <p>ผู้รับประกันสุขภาพ (Health Insures)</p> <p>เก็บเงินสมทบประกันการดูแลระยะยาวจากผู้ประกันตนประเภทที่ 2 (อายุ 40-64 ปี) โดยหักเงินจากเงินประกันสุขภาพ</p>

แผนภาพที่ 4.3 โครงสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวประเทศไทย



ที่มา : General Affairs Division, Health and Welfare Bureau For the Elderly .Ministry of Health, Labour and Welfare. <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html> .

การดูแลผู้สูงอายุจะมีทั้งบริการในบ้านและในสถาบัน บริการในบ้าน ประกอบด้วย บริการช่วยเหลือที่บ้าน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การแนะนำและให้คำปรึกษาทางการแพทย์ บริการดูแลกลางวัน และบริการให้เข้าอุปกรณ์ดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถรับบริการเหล่านี้ได้ที่บ้านตนเอง ส่วนบริการในสถาบันนั้นเป็นการรับผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ในความดูแลของบ้านพัก ศูนย์ดูแลสุขภาพ หรือสถานพยาบาลทางการแพทย์ ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ใช้บริการการดูแลผู้สูงอายุจะต้องออกค่าใช้จ่ายร้อยละ 10 ของต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านค่าบริการ ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนนั้น รัฐบาลได้กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมหรือเพดานสูงสุด ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและเบี้ยประกันไว้โดยเปรียบเทียบจากรายได้ต่อปีของผู้สูงอายุ

แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)

ประเทศญี่ปุ่น นับเป็นประเทศที่ต้องเผชิญกับปัญหาการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ รุนแรงกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคนี้ สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของญี่ปุ่นเป็นระบบการดูแลระยะยาว (Kaigohodken) โดยมีกฎหมาย Public Long-Term Care Insurance Law ประกาศใช้ในปี 2000 ซึ่งเป็นระบบประกันตนแบบบังคับ (Compulsory system) สำหรับผู้สูงอายุ 40 ปีขึ้นไป ภายใต้การดำเนินงานของหน่วยงานด้านสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (Health and Welfare Bureau for The Elderly) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการ (Ministry of Health, Labor and Welfare) (Japan Aging Research Center, 2000, p.113) บริการสำหรับผู้สูงอายุจึงเน้นให้บริการด้านสุขภาพ และดูแลกลางวัน เป็นลักษณะของบริการที่บ้าน เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในระดับสูง

บริการการดูแลในชุมชนได้เริ่มพัฒนาตั้งแต่ปี 1998 ได้แก่ การช่วยเหลือที่บ้าน การดูแลทั่วไป การบริการช่วยอาบน้ำสำหรับผู้สูงอายุ บริการให้ยืมเครื่องมือ เช่น แก้วขึ้นคนไข้ และการ ต่อเติมบ้าน งานประกันสุขภาพแบบดั้งเดิม เช่น บริการให้การดูแลผู้ป่วยตามบ้าน งานฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดการทางการแพทย์ และบางบริการที่หาได้จากทั้งสองส่วน เช่น การดูแลผู้ใหญ่ในช่วงกลางวัน และการพักอยู่ในสถานประกอบการดูแลชั่วคราวเข้ากับบริการแบบใหม่ เช่น บริการดูแลเคลื่อนที่ ที่เข้าถึงบ้านตลอด 24 ชั่วโมง การส่งเสริมการจัดตั้งบริการขนาดเล็ก เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้คำปรึกษาแบบครบวงจร การส่งเสริมการรักษาพยาบาลที่บ้าน การปรับปรุงมาตรฐานความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับแพทย์ การประเมินคุณภาพบริการจาก

ผู้ให้บริการ รวมทั้งการส่งเสริมการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายสำหรับผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายสุดท้ายมุ่งหวังที่จะส่งเสริมมาตรการในการเติมเต็มความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์แก่ผู้สูงอายุ

นวัตกรรมในการปฏิบัติงาน (Innovative practice)

ตัวอย่างสำคัญที่เป็นนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน คือ ชุมชนต้นแบบสังคมชราภาพ ของเมืองนิชิโน

โทคุ ทาเคมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิชิโนและที่มพยาบาลใจดี ชวนกันตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตระเวนให้บริการชุมชนผู้สูงวัยในหุบเขาชูโกกุในจังหวัดทอตตี เป็นประจำทุกป้าย บ้านของคุณยายทานูชิในย่านอิงกะที่คุณยายอยู่กับฟูจิโกะ ลูกสะใภ้วัย 75 ปี เป็นบ้านแรกที่คุณหมотаเคมิแวะเยี่ยมในวันนั้น

“ผมอยากให้คุณยายเป็นผู้หญิงที่อายุยืนที่สุดในญี่ปุ่น” หมอให้กำลังใจแต่ก่อนคุณยายกับลูกสะใภ้ต้องไหว้วานญาติให้ขับรถรับส่งเวลาที่ต้องไปโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อได้รับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตั้งแต่ 2-3 ปีมาแล้ว หญิงสูงวัยทั้งสองเลยสบายใจหายห่วงเรื่องนี้ ทุกวันหลังจากตรวจคนไข้รอบเช้าในโรงพยาบาลขนาด 99 เตียงเสร็จ คุณหมотаเคมิและเหล่าพยาบาลจะขึ้นรถพยาบาลออกตรวจคนไข้ในชุมชนใกล้เคียง บางครั้งต้องเดินทางกันวันละกว่า 100 หรือบางครั้งเลยออกไปตรวจในจังหวัดใกล้ๆ

นิชิโนเป็นชุมชนใหญ่ที่สุดในจังหวัดตอตตี มีพื้นที่ 340 ตารางกิโลเมตร อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่มีประชากรลดลงมากที่สุดแห่งหนึ่งของญี่ปุ่น ปี 1960 ที่นี้มีประชากรราว 15,000 คน แต่ปัจจุบันตัวเลขเหลือเพียง 6,300 คน ความถี่ 43% ของประชากรมีอายุ 60 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลนิชิโนจึงริเริ่มการตระเวนตรวจสุขภาพคนชราภายใต้สโลแกนว่า “เมืองคือโรงพยาบาลของเรา ถนน คือทางเดินในโรงพยาบาล และทุกบ้านคือเตียงคนไข้”

โรงพยาบาลนิชิโนประสานงานใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่สุขอนามัยและผู้จัดการด้านการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานสวัสดิการอื่นๆ ในภูมิภาค ทุกวันจันทร์ สมาชิกจะประชุมเพื่อแบ่งปันข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ปัจจุบัน คุณหมотаเคมิและหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตรวจเยี่ยมคนไข้ปีละ 2,000 คน และแม้ไม่ได้รับการร้องขอจากคนไข้ แต่ทีมของคุณหมотаเคมิจะแวะติดตามอาการผู้สูงวัยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อทุกๆ 3 เดือน สำหรับราษฎรอากุโสะ นั้นหมายถึง การมีเวลาใช้ชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยมากขึ้น คาเมอิโร ทากิตะวัย 88 ปี เคยเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลเป็นประจำก่อนได้รับอนุญาตให้กลับมารักษาตัวที่บ้าน” (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549 น.10 -11)

กรณีศึกษาที่ 3 ประเทศเดนมาร์ก

เดนมาร์กเป็นประเทศขนาดเล็กซึ่งมีประชากรเพียง 5.4 ล้านคน มีพื้นที่ 43,077 ตารางกิโลเมตร มีรูปแบบการปกครองระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภา อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขภายใต้รัฐธรรมนูญ ปัจจุบันประชากรสูงอายุของเดนมาร์กมีอายุเฉลี่ย 76 ปี เดนมาร์กมีประชากร 5.2 ล้านคน คาดประมาณว่า ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีประมาณ 790,000 คน หรือ ร้อยละ 16 อายุ 82 ปีขึ้นไปมีประมาณ 189,000 คน หรือร้อยละ 3.6 และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในอีก 19 ปีข้างหน้า รัฐบาลเดนมาร์กภายใต้/การนำของนายกรัฐมนตรี นายอันเดอร์ โฟค ราสมุสเซน (Mr. Anders Fogh Rasmussen) ได้แถลงนโยบายต่อรัฐบาล (2550) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม และการสาธารณสุข ดังนี้ (สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงโคเปนเฮเกน, <http://news.thaieurope.net/content/view/2701/115/>)

1. **แม่แบบของระบบสวัสดิการสังคม (welfare model)** รัฐบาลจะสร้างเดนมาร์กให้เป็นแม่แบบของระบบสวัสดิการสังคมในศตวรรษที่ 21 ซึ่งทุกคนล้วนได้รับสิทธิเสรีภาพอย่างไม่มีขีดจำกัด ดังนั้น รัฐบาลเดนมาร์กจึงได้จัดตั้งกระทรวงสวัสดิการสังคม (Ministry of Welfare) โดยใช้งบประมาณ 60 พันล้านโครนเดนมาร์ก ในการลงทุนและพัฒนาโรงพยาบาล โรงเรียน บ้านพักคนชราและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลแบบ day-care การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานให้บรรดาลูกจ้าง พัฒนาองค์กรของรัฐบาลให้มีความทันสมัยและลดความซับซ้อนและซ้ำซ้อนของกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการสังคม

2. **ด้านสาธารณสุข** พัฒนาการด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ โดยได้จัดสรรงบประมาณ 25 พันล้านโครนเดนมาร์กไว้แล้ว และจะกระตุ้นให้ประชาชนใส่ใจกับการรักษาสุขภาพมากขึ้น รวมทั้ง การจัดทำแผนป้องกันโรคติดต่อแห่งชาติในปีค.ศ.2009 เพื่อขยายการมีชีวิตอยู่ของประชาชนให้มีอายุยืนขึ้นอีก 10 ปีใน 3 ปีข้างหน้า

ประเทศเดนมาร์กเป็นสังคมแบบสวัสดิการ หมายความว่า ทุกคนต้องมีส่วนร่วมเกื้อหนุนให้กับส่วนรวมเท่าที่สามารถทำได้ โดยการได้รับการศึกษา ทำงาน เสียภาษี และเลี้ยงดูเงินเจือตนเองและครอบครัว ในขณะที่เดียวกันเมื่อมีความจำเป็น ประชาคมจะให้ความช่วยเหลือแก่พลเมืองแต่ละคน และให้การดูแลสมาชิกที่อ่อนแอที่สุดในสังคม นั่นก็หมายความว่า ทุกคนมี

สิทธิที่จะได้รับการดูแลทางการแพทย์และการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และประชากรผู้สูงอายุและผู้พิการ มีสิทธิได้รับการดูแลและช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษในการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้บุคคลที่ว่างงานสามารถได้รับ การช่วยเหลือทางการเงินภายในระบบสิทธิและภาวะรับผิดชอบ ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลนั้นได้รับการศึกษาและตั้งต้นใหม่ในตลาดแรงงาน บริการด้านสังคม และสุขภาพของเดนมาร์กเป็นบริการฟรีจากรัฐ (The Ministry of Refugee, Immigration and Integration Affairs, [http:// www. nyidanmark.dk/ th-TH/ Medborger_i_danmark_th_th /edborger.htm](http://www.nyidanmark.dk/th-TH/Medborger_i_danmark_th_th/edborger.htm))

การบริการด้านสาธารณสุขของเดนมาร์ก อยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและการป้องกันประเทศ (Ministry of Health and Preventional Measures) ดำเนินการเรื่องการป้องกันและการรักษาโรคอย่างเท่าเทียมกัน การป้องกันมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วย ขณะที่การรักษามีจุดมุ่งหมายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และบรรเทาความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยระบบบริการสุขภาพมีวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ บริการปฐมภูมิ และส่วนการรักษาของโรงพยาบาล ชาวเมืองเดนมาร์กทุกคนจะมีแพทย์ประจำตัวคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย แพทย์ประจำตัวคือบุคคลที่จะต้องติดต่อด้วยเป็นอันดับแรก แพทย์จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคและให้การรักษา แพทย์ยังเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่พิจารณาว่า ควรจะเข้ารับการรักษาประเภทอื่น หรือจำเป็นต้องได้รับการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทางหรือไม่

การจ่ายเงินรักษาค่ารักษาพยาบาล ประชาชนชนมีระบบประกันสุขภาพโดยผ่านเงินภาษี องค์การสาธารณสุข และหน่วยงานของโรงพยาบาล รัฐให้ความมั่นใจได้ว่า จะได้พบแพทย์หรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น ค่าบริการเหล่านี้ครอบคลุมอยู่ในเงินภาษีที่จ่ายไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงเข้ารับการรักษาฟรี อย่างไรก็ตาม บริการบางอย่างที่ผู้ใช้บริการต้องจ่าย เช่น ค่ายา แวนตา ค่าหมอฟัน และการรักษาประเภทอื่นๆ ที่ได้รับรับจากแพทย์หรือโรงพยาบาล แต่สามารถขอคืนค่ารักษาได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ และรายได้ ในประเทศเดนมาร์ก ประชาชนมีอิสระในการเลือกโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เลือกเอง ซึ่งอาจเป็นเพราะอยู่ใกล้บ้านญาติ หรือเป็นเพราะไม่ต้องการรอคิวนานกว่าจะได้รับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยต้องแจ้งให้แพทย์ของตนทราบว่าต้องการเข้ารับการ

รักษาพยาบาล หรือพักรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลใด โดยที่ผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงจะพักแยกห้องกัน

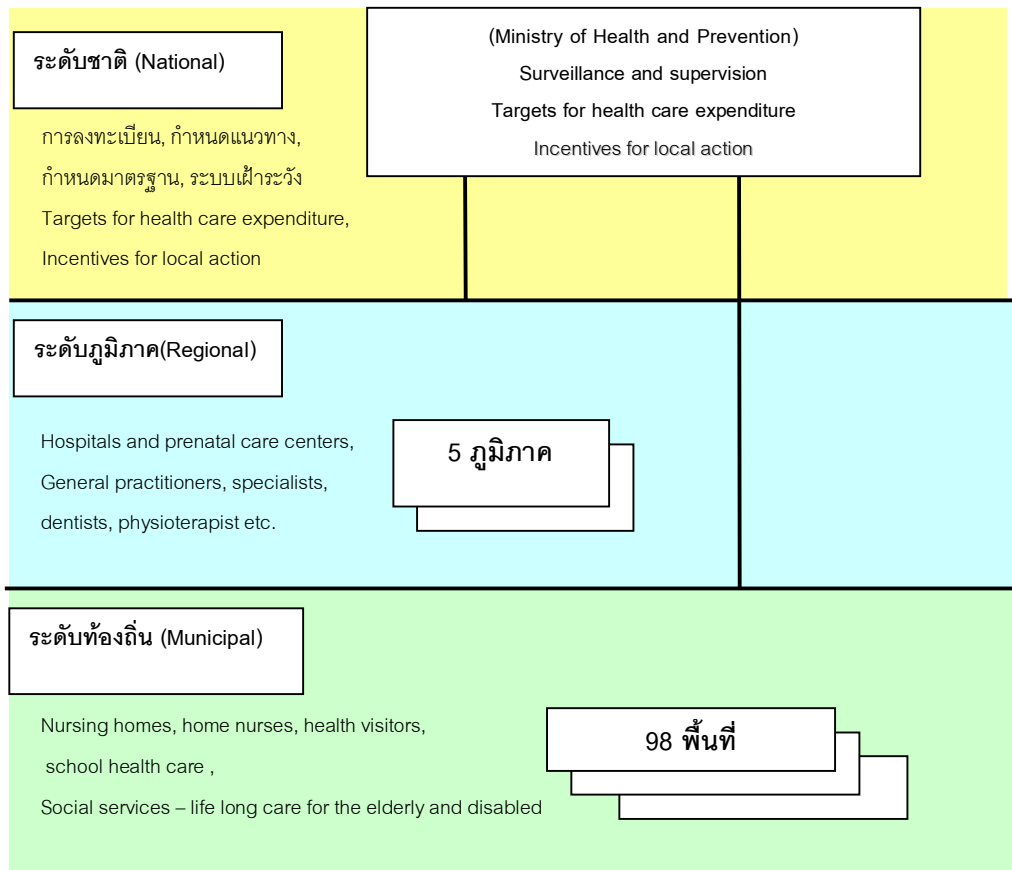
ระดับการบริหารด้านสาธารณสุขของเดนมาร์ก แบ่งเป็น 3 ระดับ (http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk_2008/kap01.htm) คือ

1. ระดับชาติ (National) รัฐสภาแห่งชาติของเดนมาร์กมีหน้าที่ผ่านร่างกฎหมาย รัฐบาลมีหน้าที่ปรับปรุงและกำหนดบังคับใช้กฎหมายต่างๆ โดยมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและการป้องกันเป็นผู้รับผิดชอบ

2. ระดับภูมิภาค (Regional) แบ่งเขตการปกครองระดับภูมิภาคออกเป็น 5 เขต ในแต่ละเขตปกครองบริหารโดยคณะผู้บริหารสภาเขตที่มาจากการเลือกตั้ง และอยู่ในวาระครั้งละ 4 ปี

3. ระดับท้องถิ่น (Municipal) มีจำนวนทั้งสิ้น 98 แห่ง แต่ละแห่งอยู่ภายใต้การปกครองของผู้ว่าราชการและหน่วยงานควบคุมการทำงานของเทศบาล ซึ่งมาจากการเลือกตั้ง ดังแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิ การบริหารงานระดับต่างๆ โครงสร้างหน่วยงาน และการบริหารงาน
ด้านสาธารณสุข ของประเทศเดนมาร์ก



source: The Ministry of Health and Prevention, 2008. [Health Care in Denmark](http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk_2008/ren.htm#1.1).
http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk_2008/ren.htm#1.1

การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับท้องถิ่น เทศบาล (Municipal) เป็นองค์กรหลักในการให้บริการสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยรับผิดชอบเกี่ยวกับสถานพยาบาล การดูแลด้านสาธารณสุข บริการสุขภาพในโรงเรียน บริการรักษาฟันสำหรับนักเรียน การป้องกันและการฟื้นฟู และรับผิดชอบด้านสังคมเกือบทุกประเภท เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและบุคลากรผู้ดูแล

ในส่วนของภูมิภาค (Regional) นั้น มีหน้าที่จัดบริการในโรงพยาบาล การบริหารโรงพยาบาล ในส่วนของผู้สูงอายุมีการจัดบริการในโรงพยาบาลและแยกเป็นแผนกต่างๆ เช่น

แผนกผู้ป่วยสมองเสื่อม แผนกโรคอัมพาต โรคกระดูก และอื่นๆ การปฏิบัติด้านการแพทย์ ส่วนในระดับรัฐนั้นมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ริเริ่มงานใหม่ ประสานงาน และให้คำปรึกษา รวมทั้งกำหนดเป้าหมายการทำงาน และจุดมุ่งหมายของนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)

เมือง Skaevinge เป็นเมืองชนบทที่มีประชากร 5,000 คน Skaevinge ได้เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลให้มีการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ โดยจัดตั้งทีมบริการขึ้นใหม่ โดยทีมใหม่มาจากตัวแทนของกลุ่มผู้ดูแลที่บ้าน กลุ่มพยาบาลที่บ้าน กลุ่มอนามัย/ สาธารณสุขและกลุ่มสถานพยาบาล มาตกลงร่วมกันในการให้บริการพยาบาลและการรักษาพยาบาลทั่วทั้งชุมชนตลอด 24 ชั่วโมง มีการแบ่งบทบาทและประสานบริการซึ่งกันและกัน และมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของสถานพยาบาล เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม และเครื่องอำนวยความสะดวกในการประกอบอาหาร และจัดหาที่พักสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่จะเข้าอยู่อาศัยต้องจ่ายเงินจากเงินเลี้ยงชีพที่ตนมีอยู่ จ่ายค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายส่วนตัวและยา ซึ่งรูปแบบนี้เป็นการบูรณาการโดยให้บริการด้านสุขภาพเป็นตัวนำ

การให้บริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้ ถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของรัฐสวัสดิการของเดนมาร์ก แต่ละพื้นที่มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเหมาะสม และประเภทของบริการที่ควรจัดให้มีขึ้น การดูแลที่บ้าน ทั้งงานพยาบาล การตรวจเยี่ยมทางสุขภาพ การช่วยเหลืองานบ้าน เป็นบริการที่จัดให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งปัจจุบันองค์กรท้องถิ่นเกือบทั้งหมดได้จัดให้มีบริการดูแลที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป จะได้รับสิทธิการเยี่ยมเยียนดูแลจากเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินความต้องการ วางแผนช่วยเหลือและบำบัดรักษา ทั้งนี้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง การให้บริการจะมีความเท่าเทียมกันทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านและในสถาบัน โดยทุกฝ่ายจะได้รับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหาร ที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ รวมทั้งบริการช่วยเหลือ เช่น การจัดหาอาหาร ระบบเตือนภัย การจัดสวนและการกวาดหิมะ เป็นต้น (Litwit and Lightman, 1996, pp.691-708)

นวัตกรรมในการปฏิบัติงาน (Innovative practice)

สิ่งที่เป็นนวัตกรรมในการปฏิบัติงานสำคัญของเดนมาร์ก มีดังนี้

- 1) การจัดทีมบริการขึ้นใหม่ มาจากตัวแทนของกลุ่มต่างๆ
- 2) การให้ความสำคัญต่อสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน
- 3) มีพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงประสานบริการซึ่งกันและกัน เปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของสถานพยาบาล
- 4) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น การดูแลที่บ้าน การตรวจเยี่ยมสุขภาพ และการช่วยเหลืองานบ้าน
- 5) การจัดสรรค่าใช้จ่ายและงบประมาณ ใช้เงินเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุ

จากนวัตกรรมในการปฏิบัติงานดังกล่าวนี้ ทำให้เห็นว่าประเทศเดนมาร์กให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้านและชุมชนอย่างบูรณาการ และชี้ให้เห็นว่าการดูแลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องเป็นที่นิยมในประเทศตะวันตก ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากร และต้นทุนด้านสวัสดิการที่ขยายเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อก้าวถึงการดูแลในชุมชน มีองค์ประกอบหลักของบริการคือ การพัฒนาบริการตามความจำเป็นรายบุคคล และการกระจายบริการในระดับท้องถิ่นไปยังที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น ผู้จัดบริการการดูแลในชุมชนมีความเชื่อว่า การรวมทรัพยากรอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นทางเลือกในการดำเนินงานที่คุ้มต้นทุน และเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการงบประมาณของรัฐ เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาที่ 4 ประเทศไทย

การบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมของประเทศไทยยังปรากฏไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการด้านสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่ให้บริการด้านสังคม คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังทำงานในลักษณะแยกส่วน โดยใช้ฐานของหน่วยงานที่แยกจากกันเป็นหลักในการดำเนินงาน มิได้ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ซึ่งรายละเอียดในการดำเนินงานนำเสนอในบทที่ 5 แต่ในที่นี้ ขอนำเสนอกรณีศึกษาซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ดี ดังนี้

แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice)

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นองค์การมหาชนในกำกับของรัฐที่ประสบผลสำเร็จในด้านการบริหารจัดการสามารถพึ่งตนเองได้ โรงพยาบาลมีความเปลี่ยนแปลงพัฒนาอย่างต่อเนื่องทุกยุคทุกสมัย จนกระทั่ง พ.ศ.2531 ได้มีการปรับปรุงคุณภาพบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชน โดยมีการริเริ่มแนวคิดในการนำรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลแบบรัฐ-กึ่งเอกชน เข้ามาใช้กับโรงพยาบาล กลวิธีหลักคือ กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ มีการจัดตั้งกองทุนมูลนิธิ เพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพบริการขยายบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ลดขั้นตอนการทำงานแบบราชการ ปรับภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลให้ทันสมัย สะอาด สุภาพ โดยยึดความต้องการของผู้มาขอรับบริการเป็นหลัก รวมทั้งส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมพิเศษและการศึกษาดูงานเพิ่มเติมแก่บุคลากรของโรงพยาบาล ที่สำคัญคือมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์และสร้างความสัมพันธ์กับผู้มาขอรับบริการตลอดจนประชาชนในพื้นที่ให้มากขึ้น การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรูปแบบการบริการโรงพยาบาลแบบรัฐกึ่งเอกชน (Semi-Privatization) ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วนำมาใช้ (ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ, 2547) ได้แก่

1. การแก้ไขกฎระเบียบ (Deregulation) ได้แก่ การแก้ไขกฎระเบียบในเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ให้สามารถใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลเพื่อจัดหาแพทย์เฉพาะทาง หรือแพทย์ทั่วไปจากโรงพยาบาลอื่นมาช่วยปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการอยู่เวรนอกเวลาราชการ

2. การจ้างเหมาบริการ (Contacting out) เป็นการจ้างเหมาให้เอกชนดำเนินการ เช่น การจ้างเหมาเรื่องอาหารของผู้ป่วย ระบบซ่อมบำรุงลิฟต์ ซึ่งช่วยให้สามารถประหยัดเงินได้มาก

3. การร่วมลงทุนกับภาคเอกชน (Joint public-private venture) ในการจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) โดยการจัดตั้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่บริหารโดยมูลนิธิโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เพื่อให้บริการต่างๆ กับผู้ป่วยทั้งภาครัฐและเอกชน

4. การดำเนินการด้านการตลาด (Marketing) โดยมีการดำเนินการเชิงรุก เช่น ใช้กลยุทธ์แบบขายตรง ในโครงการบัตรสุขภาพและโครงการประกันสังคม พัฒนาระบบบริการในแผนกผู้ป่วยนอกให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น และขยายสาขา (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 2) ที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก มีแพทย์ พยาบาลให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

โดยการดำเนินงานดังกล่าวมีเป้าหมายในกลุ่มคนที่ต้องการบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังที่เดินทางมาลำบาก HT./DM./CVA./CA./Asthma/ COPD./TB./PC จิตเวช, ล้างไต, ทำแผล Bed sore, แผลหลัง OR เปลี่ยนสาย NG, สาย Cath ฯ ผู้สูงอายุที่ต้องออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลังคลอด และติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน เพื่อให้สามารถดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจในการดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งพาตนเองมากขึ้น ลดอัตราการครองเตียง ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านครัวเรือนของผู้ป่วยและญาติขณะรักษาในโรงพยาบาล เป็นการสร้างความรักความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และโรงพยาบาลเป็นที่ศรัทธาของผู้ป่วยและญาติตลอดจนชุมชนมากขึ้น

นวัตกรรมในการปฏิบัติงาน (Innovative practice)

บริการของโรงพยาบาลถือว่าการดูแลระยะยาว ได้แก่ โครงการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care : HHC) ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี 2536 บริการนี้รับผู้ป่วยเป็นสมาชิกด้วยความสมัครใจ ในทีมมีพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักวิชาการ และพนักงานขับรถ ไปให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านด้วยรถยนต์หรือเรือ ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ในเวลาราชการ ภายใต้หลักการ การใช้บ้านเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วย (Home Base) ที่ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับทางโรงพยาบาล และกำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ดูแลทุกเรื่อง ต่อเนื่องถึงบ้าน ให้บริการแบบองค์รวม”

โดยวิธีการดำเนินงานมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) การออกเยี่ยมไปให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ วัตถุประสงค์ ตรวจเบาหวาน ทำแผล เปลี่ยนสายอาหาร เปลี่ยนสายปัสสาวะ รับยาแทน
- 2) การประเมินผลในผู้ป่วยแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยมประเมินความพึงพอใจ รวมถึงให้ความรู้เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละราย
- 3) ดำเนินการให้คำแนะนำการขึ้นทะเบียนแก่ผู้ป่วย รวมถึงเป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดหาอุปกรณ์ตามความเหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามความเหมาะสม

4) เป็นผู้ประสานงานดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านตามเขตรับผิดชอบ เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

5) สนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจเป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพ

6) จัดอบรมเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยด้านการรักษา พันฟูที่บ้าน และการดำเนินการประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ผลของการดำเนินงาน จากรายงานของโรงพยาบาล ได้สรุปผลการดำเนินงาน HHC ได้ดังนี้

1. **ด้านวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้** ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนในเขตอำเภอบ้านแพ้ว ได้รับบริการดูแลรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยทีมงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีการเฝ้าระวังภาวะอันตราย และโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ลดจำนวนผู้มารับบริการในกลุ่มเป้าหมาย และลดจำนวนวันที่ต้องรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมาย 1.5) ลดความสิ้นเปลืองด้านเศรษฐกิจของภาครัฐบาลและประชาชน

2. **ด้านเศรษฐกิจ** ได้แก่ ลดรายจ่ายของประชาชนที่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ต้องเหมารถ/เรือไปกลับ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดอัตราครองเตียงในโรงพยาบาล จากสมาชิกสุขภาพดีเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ประมาณ 500 คน หากต้องรักษาในโรงพยาบาล ต้องใช้เตียงอย่างน้อยประมาณ 100 เตียง ซึ่งลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐจำนวนมาก และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องมาพักรักษาที่โรงพยาบาล ภาระของญาติที่มาเยี่ยมเยียน ประหยัดในด้านอัตราค่าจ้าง จาก 100 เตียง หากต้องมีห้องสามัญเพิ่ม ต้องเพิ่มอัตราค่าจ้างทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่นๆ คิดเป็นงบประมาณจำนวนมาก ประชาชนที่ศรัทธาโรงพยาบาลได้ร่วมกันบริจาคเงินให้ทางโรงพยาบาลซึ่งเป็นการระดมกำลังจากภาคเอกชนมาสนับสนุน ภาครัฐบาลลดภาระของรัฐบาลไปได้ส่วนหนึ่ง ประชาชนยากไร้ด้อยโอกาสได้รับบริการอย่างทั่วถึง ทุกคนเข้าถึงบริการตามนโยบาย

ตัวอย่างค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล

ค่าอาหาร	120	บาท/วัน
ค่าบริการผู้ป่วยใน	100	บาท/วัน
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	X	บาท/วัน

รวมเฉลี่ยประมาณคนละ 220 บาท/วัน

คาดว่าจะมีผู้ป่วยประมาณ 50 รายที่จำเป็นต้องนอนรพ.

เพราะฉะนั้นจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้

ประมาณ = $220 \times 365 \times 50 = 4,015,000$ บาท/ปี

3. ด้านกำลังคน ทีมสุขภาพมีโอกาสเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ได้เข้าช่วยแก้ปัญหาตรงจุดมากขึ้น และได้มีโอกาสพบสภาพสิ่งแวดล้อมและสภาพครอบครัวผู้ป่วย มีโอกาสได้แนะนำความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ดีมากขึ้น และตรงกับประเด็นเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับครอบครัวส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต ญาติและผู้ป่วยได้มีความเข้าใจในการปฏิบัติตนเองและผู้ป่วย ญาติ และผู้ป่วยอบอุ่นใจที่มีทีมสุขภาพคอยเอาใจใส่อย่างต่อเนืองมั่นใจในการดูแลต่อที่บ้าน

4. ด้านเวลา ประหยัดเวลาของญาติในการต้องนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลหรือพักรักษาในโรงพยาบาลสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยไม่ต้องหยุดงาน ทีมสุขภาพได้มีโอกาสจัดสรรเวลาในการให้บริการผู้ป่วยอย่างคุณภาพโดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มอัตรากำลัง

สรุป

จากตัวอย่างกรณีศึกษาและเทคนิคที่นำเสนอจะเห็นได้ว่า แต่ละโครงการได้นำวิธีการบูรณาการการบริการเข้ามาใช้เพื่อการจัดให้บริการที่ครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยมีการสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างครอบคลุมและทั่วถึงมากที่สุด ลักษณะของการสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการนั้นมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การประสานทรัพยากร การประสานการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน มีบริการการดูแลระยะกลางซึ่งการให้บริการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกหลังจากการออกจากโรงพยาบาล การทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร และ/หรือระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมดูแลฉุกเฉิน บริการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย บริการสิ่งอำนวยความสะดวกในช่วงพักฟื้น การจัดการระดับแพทย์ทั่วไป และสังคมสงเคราะห์ และทีมบูรณาการการดูแลที่บ้าน นับได้ว่าเป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้การจัดให้บริการสามารถพัฒนาแนวทางการจัดบริการได้เร็วยิ่งขึ้น การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง ระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่ทำงานในสายงานเดียวกัน ช่วยให้องค์กรเครือข่ายเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน เป็นกลวิธีสำคัญวิธีหนึ่งที่จะช่วยประเมินการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในกรณีที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่น โรคอัลไซเมอร์ จากการดำเนินการให้บริการที่ผ่านมาทำให้เกิดการพัฒนาสู่กระบวนการสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะรายขึ้น ประเภทของบริการที่ช่วยเหลือ ได้แก่ ข้อมูล คำแนะนำ และการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ การให้ความช่วยเหลือด้านการปฏิบัติหน้าที่ ความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ และองค์กรผู้ป่วยและผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคม การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคม เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แนวคิด ช่วยลดต้นทุนในการบริหารจัดการ การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการได้มากที่สุด สิ่งสำคัญในการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคมคือ จะต้องมียุทธศาสตร์ทำหน้าที่เป็นองค์กรประสานงานหลัก และควบคุมดูแลสมาชิกเครือข่ายทั้งหมด การประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชนเป็นเทคนิคหนึ่งที่ต้องการให้ชุมชนเป็นสถานที่จัดบริการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำกายภาพบำบัด โดยมีแพทย์พยาบาลวิชาชีพ และ นักกายภาพบำบัด เป็นทีมในการปฏิบัติงาน และเทคนิคสุดท้ายคือ การจัดบริการหน่วยบำบัด ฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งเป็นบริการโดยโรงพยาบาลชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา อย่างเข้มงวดเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูอาการได้เร็วขึ้น

ส่วนกรณีตัวอย่าง ที่นำเสนอทั้ง 4 ประเทศที่นำมาเสนอเป็นตัวอย่างนั้น ชี้ให้เห็น ว่าเทคนิคและกลวิธีการบูรณาการ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ และ มุ่งสร้างระบบบริการให้มีประสิทธิผล ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการให้มากที่สุด โดยแนวปฏิบัติที่ดีนั้น เริ่มต้นจากการทบทวนกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาช่องทาง และความสามารถในการเอื้อประโยชน์แก่ผู้บริหาร มีการรวมทรัพยากร รวมกลุ่มเป้าหมาย ทั้งผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทูพพลภาพเข้าด้วยกัน การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งการเพิ่ม ทักษะ การสร้างมาตรฐาน และการช่วยแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบที่สำคัญที่สุดคือ การสร้างระบบการดูแลและบริการที่เข้าถึงบ้านของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

บทที่ 5

ระบบบริการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

จากที่กล่าวมาในบทก่อนๆ จะเห็นว่า จุดเริ่มต้นของระบบบริการดูแลระยะยาว คือ ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Health Care) ที่มีความครอบคลุมหลักการสำคัญคือ การให้บริการที่ครอบคลุมทั้งเชิงสุขภาพ สังคม การผสมผสานเทคนิคบริการ และการกระจายบริการให้ครอบคลุมสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการทั้งหมด การประสานบทบาทสถานบริการที่มีความเชื่อมโยงแต่ละระดับ เพื่อให้บริการการดูแลผู้สูงอายุมีความหลากหลายครอบคลุม สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ จากการศึกษาถึงการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต การบูรณาการระบบบริการในระบบการดูแลระยะยาวจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องมีการเตรียมการ ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงระบบบริการสุขภาพและสังคมของไทย เพื่อพิจารณาถึงสภาพการณ์ในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคด้านใดบ้าง เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาศึกษา วิเคราะห์ และหาทางออกต่อไป ดังนั้นในบทนี้ประกอบด้วย เนื้อหา 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

ตอนที่ 2 ปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการจัดตั้งระบบการดูแลระยะยาวของไทย

ตอนที่ 3 สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นในระบบการดูแลระยะยาวของไทย

ตอนที่ 1 การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

การดูแลระยะยาวเป็นบริการที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคม ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในประเทศไทยมีลักษณะบริการพอสังเขป ดังต่อไปนี้

1.1 บริการด้านสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพมีหน่วยงานรับผิดชอบ คือกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก ได้ขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ที่ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด นอกจากนี้ กรมอนามัย ได้มีการดำเนินการโครงการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน” โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวล ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548) โดยการให้บริการดูแลที่บ้านนั้นได้จัดขึ้นในพื้นที่บางแห่งเท่านั้น และเป็นการให้บริการกับผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น เป็นผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง มีท่อสายยางติดตัว เป็นผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งการให้บริการโดยทั่วไปของโครงการดังกล่าว คือ การจัดบริการโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การตรวจสุขภาพ การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การบริการพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงมีการบริการสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ (สมาคมพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2550) ซึ่งจะเห็นว่าบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่สามารถตอบสนองของกลุ่มผู้ต้องการบริการดูแลระยะยาวที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุได้ หากมีการดำเนินการแบบกระจาย ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและครอบคลุมพื้นที่มากที่สุด คือ **หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care)** ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล แต่หน้าที่หลักเป็นของสถานีอนามัย ปัจจุบันมีจำนวน 9,762 แห่ง อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการเหล่านี้ยังไม่สามารถให้บริการลงถึงบ้าน ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังตั้งรับอยู่ในสถานบริการ แต่เมื่อพิจารณาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความพิการแต่ละระดับ ความต้องการการดูแลทางการแพทย์ และความจำเป็นทางเศรษฐกิจ กับบริการที่มีของสถานบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านการแพทย์ที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด จะเห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงนอนติดเตียง ขาดบริการในลักษณะของการช่วยเหลือดูแลที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ โดยลักษณะบริการมีดังนี้

ตารางแสดง ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะความพึ่งพาแต่ละระดับ
กับบริการของสถานบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ปัญหา+ความต้องการ ของผู้สูงอายุ			บริการ/กิจกรรมสถานบริการปฐมภูมิ					
ภาวะ พึ่งพิง/ ความ พิการ	การดูแล ทางการ แพทย์	ความ จำเป็น ทาง เศรษฐกิจ	ที่บ้าน			ที่สถานบริการ		
			ส่งเสริม ป้องกัน	อผส, อสม เยี่ยมบ้าน	บริการดูแล ที่บ้าน (HHC)	ตรวจ รักษาโรค	เฝ้าระวัง ความเสี่ยง	เสริมสร้าง พลังอำนาจ
พึ่งพิง ระดับสูง/ นอนติด เตียง	+	+	✓		✓	✓	✓	
		-	✓		✓	✓	✓	
	-	+	✓	✓	✓		✓	
		-	✓	✓	✓		✓	
พึ่งพิง ระดับที่ ต้องการ การดูแล บ้าง	+	+	✓		✓	✓	✓	✓
		-	✓		✓	✓	✓	✓
	-	+	✓	✓				✓
		-	✓	✓				✓
ไม่แข็งแรง แต่ช่วย เหลือ ตัวเองได้	+	+	✓			✓	✓	✓
		-	✓			✓	✓	✓
	-	+	✓	✓				✓
		-	✓	✓				✓
สุขภาพ แข็งแรงดี	+	+	✓			✓	✓	✓
		-	✓			✓	✓	✓
	-	+	✓	✓				✓
		-	✓	✓				✓

ที่มา: ร่างข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข, 2551

ซึ่งจะเห็นว่า ระบบบริการปฐมภูมิไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่
ต้องการการดูแลระยะยาวได้อย่างครอบคลุม ในปี 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ได้สนับสนุนให้มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด และ
ต่อมาปี 2551 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้มีการทดลอง โครงการเสริมสร้าง
ระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

และดูแลระยะยาว (LTC) โดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นฐาน 12 จังหวัด ในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัย ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการทดลองและการสรุปผล

การดำเนินงานที่นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย คือ

การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลชุมชนมีการกำหนดพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน (catchment area) อย่างชัดเจน คือโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งต้องรับผิดชอบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ/ตำบล ในเขตรับผิดชอบและบริการอื่นๆ ที่มีความซับซ้อนขึ้น สำหรับประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในเขตเมืองนั้นจะไม่มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ การบริการส่วนใหญ่เป็นบริการด้านการรักษาพยาบาล ภายในโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 688 แห่ง มีนโยบายให้จัดคลินิกผู้สูงอายุเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้ให้อยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาลและอยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบริการนี้มีให้บริการด้านการดูแลระยะยาวโดยตรง

การจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้คือ การยกระดับศักยภาพของสถานีนอมาลัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีศักยภาพการทำงานเพิ่มขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรให้สามารถทำงานเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเพิ่มคุณภาพการรักษาระบบส่งต่อ ยา เวชภัณฑ์ต่างๆ ให้สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (มหกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขไทย, 2552: น.2) โดยมีแนวคิดงานบริการว่า “รพ.สต. จะคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่ควรได้รับการดูแล อย่างเท่าเทียม และเสมอภาค” ถึงแม้ รพ.สต. จะเป็นบริการในสถาบันก็ตาม แต่การปฏิรูปขึ้นใหม่ทำให้ รพ.สต. มีขอบเขตการดำเนินงาน ด้านบริการสาธารณสุขผสมผสานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้ง การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เป็นการขยาย

บทบาทของชุมชน ภาระหน้าที่หลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คือ การบริการเชิงรุก โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบริการ มีหน้าที่ในการช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ สามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นระบบที่กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตตามปกติของชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริง ที่มีมาตรฐาน และจริยธรรมที่ใกล้ชิดกับประชาชน และชุมชนมากที่สุด

บริการสำคัญของ รพ.สต. ที่เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวโดยตรง คือ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน ตามหลักการ การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้บริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบท การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วยที่บ้านแบบองค์รวม ร่วมกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อันจะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ได้มีที่มสุขภาพ ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการที่เข้มแข็ง ความต่อเนื่อง ครอบคลุมบุคคลกลุ่มเป้าหมาย และการติดต่อร่วมมือกับญาติ มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ประสานงานกับที่มสุขภาพ จัดระบบช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างที่มสุขภาพ อสม. ญาติ และผู้ป่วย ที่สะดวก เชื่อมโยงกับระบบส่งต่อ-รับกลับ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life Care)

ในหลักการทำงานของโรงพยาบาลรพ.สต. ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีภารกิจเชิงรุกในการร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด ใช้หลักการ PDCA ในการดำเนินงานแต่ละหมู่บ้าน /ชุมชน มีเครือข่ายสุขภาพรับผิดชอบอย่างชัดเจน สามารถเข้าถึงข้อมูลและมีระบบสื่อสารที่สะดวก นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทางในทุกสาขา ได้แก่ โรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่างๆ หรือหรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์

นอกจากงานด้านรักษาพยาบาลโดยตรงแล้ว กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่สังกัดจำนวน 92 แห่ง ได้จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่ง โดยให้บริการด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขข้อกระดูกเสื่อม ฯลฯ สำหรับผู้ที่เป็นโรคก็ให้บริการรักษาฟรี โดยจัดให้มีบัตรผู้สูงอายุ

2. ชมรมผู้สูงอายุ ให้ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และดำเนินการโดยผู้สูงอายุเอง มีการจัดตั้งคณะกรรมการชมรม โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงาน โรงพยาบาลอำนวยความสะดวกและจัดหาสถานที่ให้ดำเนินกิจกรรม และกิจการที่ดำเนินการคือ การหารายได้เพื่อสังคม ทอดกฐินหาเงินช่วยโรงพยาบาล โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน สังสรรค์ การออกกำลังกาย โดยใช้พื้นที่ของโรงพยาบาล ฝึกปฏิบัติธรรมะ

ทั้งบริการทุติยภูมิและบริการตติยภูมิถือว่าเป็นบริการในสถาบัน การจัดการดูแลระยะยาวในสถาบันมีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง (ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาความช่วยเหลือทุกด้าน) มีความสำคัญต่อการดูแลระยะยาวเป็นอย่างมาก จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีบริการดังกล่าวในภาครัฐ(ยกเว้นในโรงพยาบาล) แต่มีบริการนี้ในส่วนภาคเอกชน ส่วนการจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนมีหลายลักษณะ บริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพและลักษณะการจัดการบริการมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลและมาตรฐานสถานบริการผู้สูงอายุ ในภาครัฐพบว่ามีบริการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราสำหรับผู้พักอาศัยที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรจึงอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ (ศิริพันธ์ สาสัตย์ และเตื่อนใจ ภัคดีพรหม, 2552)

1.2 บริการด้านสังคม

การจัดบริการสังคมเมืองนครปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการให้บริการ และมีกระทรวงการพัฒนาสังคม รวมถึงหน่วยงานอื่นเป็นหน่วยสนับสนุน โดยบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ได้เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเมื่อประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ.2540 ในมาตรา 78 กำหนดว่า “รัฐจะต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง ระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้ง การพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนจังหวัดนั้น” จากข้อบัญญัติดังกล่าวนี้ นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของบริการสังคมที่ท้องถิ่นต้องมีบทบาทดูแลทุกข์สุขประชาชนของตน ปัจจุบันเมืองนครปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ จำนวน 7,853 แห่ง

ในส่วนของท้องถิ่นที่มีการปกครองรูปแบบพิเศษ เช่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งการทำงานด้านผู้สูงอายุนั้น ได้มีการแบ่งแยกงานไปตามสำนักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ สำนักพัฒนาสังคมและสวัสดิการเป็นหน่วยงานหลัก สำนักอนามัยทำหน้าที่ดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกของศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งมีอยู่ 68 แห่ง สำนักงานแพทย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยมีโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัด 9 แห่งและมีวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ทั้งสำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ มีเครือข่ายเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุผ่านสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุภายใต้การสนับสนุนทั้งหมด 257 ชมรม ส่วนสำนักพัฒนาสังคมเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในด้านการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ สำนักพัฒนาสังคมแต่เดิมคือสำนักพัฒนาชุมชน และได้เปลี่ยนชื่อภายหลังจากการปฏิรูปโครงสร้างหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2548 นอกจากดูแลงานด้านการพัฒนาชุมชนแล้ว สำนักพัฒนาชุมชนยังได้รับโอนงานในด้านผู้สูงอายุมาเป็นงานเพิ่มเติมจากสำนักสวัสดิการสังคมด้วย เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม พบว่างานด้านสุขภาพดูจะก้าวหน้าไปกว่าด้านอื่นๆ งานในด้านสังคมส่วนใหญ่จะเน้นในด้านการส่งเสริมหรือการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบกับปัญหาหรืออยู่ในภาวะยากลำบาก ปัจจุบันกรุงเทพมหานครให้ความสนใจกับประเด็นด้านผู้สูงอายุมากขึ้น โดย พ.ศ.2552 ได้มีการนำเสนอแผนบูรณาการผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร (พ.ศ.2553-2555) ขึ้น ซึ่งในทีนี้มีบริการดูแลระยะยาวรวมอยู่ด้วย

การจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุ การจัดบริการสาธารณะและการดูแลผู้สูงอายุนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดแผนงานจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ 4 แผนงาน ได้แก่

1. แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย
2. แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและการสร้างความเข้มแข็งด้านองค์การผู้สูงอายุ และคนพิการ
3. แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ
4. การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ

ส่วนของการปฏิบัติตามแผนนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากมิได้ดำเนินงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรง แต่ได้สนับสนุนงบประมาณแก่กลุ่ม หน่วยงานและองค์กรในชุมชน ให้มีการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนงบประมาณให้สถานเอนามัย และโรงพยาบาลให้การรักษาแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การสงเคราะห์ผู้สูงอายุยากไร้เป็นรายบุคคล โดยจ่ายเป็นเงินยังชีพเพิ่มเติมจากงบประมาณของส่วนกลาง การมอบสิ่งของอุปโภคบริโภค การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยสนับสนุนงบประมาณ จัดหาครูฝึก จัดหาเครื่องเสียง การอำนวยความสะดวกให้ใช้สถานที่ของหน่วยงานในการจัดกิจกรรมต่างๆ บางแห่งได้จัดให้ผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา และที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวโดยตรง คือ สนับสนุนการจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ต่อมาปี 2552 รัฐบาลนายกรัฐมนตรีนครินทร์ เวชชาชีวะ ได้มีนโยบายสร้างหลักประกันด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุ โดยการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทย และแสดงความจำนงขึ้นทะเบียนขอรับ ซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรงบกลางปีไปยังหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คือ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยาดำเนินการ ซึ่งมีผู้สูงอายุขึ้นทะเบียนที่ อบต. และเทศบาล จำนวน 3,142,188 คน ขึ้นทะเบียนที่กรุงเทพ 430,493 คน และขึ้นทะเบียนที่เมืองพัทยา 3,977 คนรวมมีผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 3,576,568 คน (รายงานการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ครั้งที่ 4/2552 ว23212 วันที่ 5 มิ.ย.2552)

จากลักษณะการจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัดสรรงบประมาณ อาจกล่าวได้ว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทในการดูแล

ผู้สูงอายุในชุมชนไม่มากนัก เฉพาะอย่างยิ่งการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นบทบาทหลัก ก็ปรากฏเพียงบางพื้นที่เท่านั้น ลักษณะบริการส่วนใหญ่เป็นการสงเคราะห์เฉพาะหน้าแบบบรรเทาปัญหาชั่วคราว

อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการสังคม ยังมี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รับผิดชอบให้บริการ โดยมีหน่วยงานภายในที่ให้บริการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3 ส่วน คือ

1. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ มีบทบาทรับผิดชอบงานปฏิบัติ คือ ให้บริการสวัสดิการสังคมและการสังคม ประเภทบริการที่ดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ (วาทีนี้ บุญชะลิกษ์ และยุพิน วรสีริอมร, 2548) มีดังนี้

1.1 จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นที่อุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อน และสมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ปัจจุบันมีศูนย์สาธิต จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแค กรุงเทพมหานคร / สถานสงเคราะห์คนชรabanบางละมุง ชลบุรี / สถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์เชียงใหม่ / สถานสงเคราะห์คนชรabanทักษิณ ยะลา / สถานสงเคราะห์คนชราวาระเนเวสต์ พระนครศรีอยุธยา / สถานสงเคราะห์คนชราภูเก็ต / และสถานสงเคราะห์คนชรabanบุรีรัมย์ โดยถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชราไปให้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 13 แห่ง

1.2 จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (Day Center) ที่มีการจัดบริการ ทั้งแบบบริการภายในศูนย์ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมเสริมรายได้ นันทนาการ กิจกรรมเสริมความรู้ เป็นต้น และบริการบ้านพักฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาเดือดร้อนเฉพาะหน้า หรือประสานเพื่อส่งไปรับความช่วยเหลือ จากหน่วยงานอื่น ปัจจุบันมี 7 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น / ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบางละมุง ชลบุรี / ศูนย์บริการผู้สูงอายุบางแค และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านทิพย์สุคนธ์ กรุงเทพมหานคร / ศูนย์บริการผู้สูงอายุปิยะมาลย์ และศูนย์บริการผู้สูงอายุเชียงใหม่ / ศูนย์บริการบ้านบุรีรัมย์

1.3 การสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่น ๆ ตามสภาพปัญหา ทั้งลักษณะเฉพาะครั้งคราว และลักษณะหน่วยเคลื่อนที่

1.4 การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ และประสานงานให้นายจ้างที่มีความประสงค์ต้องการต่อไป

2. **สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ** ในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) รับผิดชอบงานนโยบาย มาตรการ การส่งเสริมการคุ้มครอง พิทักษ์สิทธิ การส่งเสริมศักยภาพและกฎหมายผู้สูงอายุ และโครงการทดลองบริการใหม่ๆ ซึ่งประเด็นด้านการดูแลระยะยาวนั้น ได้จัดให้มีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ขึ้นมาตั้งแต่ปี 2545 ปัจจุบันได้มี อผส. อยู่ทั่วประเทศ และโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3. **สำนักงานปลัดกระทรวง** ซึ่งกำกับดูแลงานของสำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด จำนวน 75 จังหวัด ทำหน้าที่ดูแล ส่งเสริม และจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และสนับสนุนเงินอุดหนุนองค์กรเอกชน และมูลนิธิที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

ซึ่งบริการของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ที่กล่าวมา ครอบคลุมบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพียงส่วนน้อยในบางส่วนเท่านั้น และบริการส่วนใหญ่ยังเป็นบริการแบบตั้งรับในสถาบัน (Institution - based) มากกว่าการจัดบริการที่บ้านและชุมชน (Family-based and Community-based)

1.3 บริการการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ

การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง จากผลการวิจัยเรื่องตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่เขตเมือง ของ นาวิรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ (2552) และการศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ได้ข้อสรุปที่อธิบายถึงบทบาทของครอบครัวและบทบาทชุมชนในการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำมาสะท้อนความสามารถของครอบครัวและบทบาทชุมชน ว่ามีความสามารถในการจัดบริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้ดีในระดับหนึ่ง ดังนี้

(1) **การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน** ระบบบริการในชุมชน เป็นสิ่งที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ยิ่งขึ้น บริการดูแลในชุมชนประกอบด้วย บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การส่งเคราะห์เบี้ยยังชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเคราะห์อื่นๆ ซึ่งหากชุมชนมีการจัดบริการเหล่านี้อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การริเริ่มการบริการ การจัดทีมงาน การจัดสรรทรัพยากร การให้ข้อมูลข่าวสารและการติดตามประเมินผล

จะทำให้บริการในชุมชนมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ แก้ไขปัญหาและสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านดียิ่งขึ้น

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนเขตเมือง (นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ, 2552) บทบาทของชุมชนเข้มแข็งเนื่องจาก มีการรวมตัวกันเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน โดยการนำนโยบายจากภาครัฐมาบูรณาการร่วมทำให้ได้รับทุนสนับสนุนการทำกิจกรรมต่างๆ และในการรวมตัวกันได้จัดทำกฎเกณฑ์ ระเบียบข้อบังคับขึ้นสำหรับกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การแบ่งหน้าที่ที่เป็นฝ่ายต่างๆของกลุ่ม อสส./ อสม การกำหนดเกณฑ์จำนวนครั้งการขาดประชุม และการชักชวนกันมาร่วมทำงานเพื่อชุมชน (Team Building) อาศัยการรู้จักคุ้นเคยกันและมีเป้าหมายเดียวกันที่จะพัฒนาชุมชนที่ตนเองอาศัย ซึ่งความเกี่ยวพันกันทางสังคมในลักษณะเช่นนี้ พบได้ในชุมชนเขตเมืองที่ศึกษา เพราะคนในชุมชนได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมานาน ซึ่งหากเป็นชุมชนเมืองที่มีลักษณะเป็นชุมชนหมู่บ้านจัดสรรหรือชุมชนขนาดใหญ่ที่มีประชากรมากๆ การรวมตัวกันเช่นนี้อาจเกิดขึ้นได้ยาก ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนในชุมชนดังกล่าว คงต้องมีรูปแบบที่แตกต่างออกไป

ทุนทางสังคมอย่างหนึ่งของชุมชนเขตเมืองคือ มีแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่หลากหลายที่สามารถประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุได้ (Co-operation/ Partnerships) มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (Resource Mobilization) เช่น ประสานขอใช้สถานที่เพื่อจัดกิจกรรมจากองค์การทหารผ่านศึก เจริญวิทยากรจากศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน หรือผู้เชี่ยวชาญในชุมชนที่ทำอาหาร ตัดเย็บเสื้อผ้าได้ดี อีกทั้งชุมชนตัวแบบที่ศึกษายังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ทั้งด้านนโยบายของภาครัฐ และความรู้ด้านต่างๆจาก อบจ. สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากเขต เทศบาล นอกจากนี้การทำโครงการต่างๆ ยังมีการติดตามประเมินผล (Evaluation/ Feedback) ทั้งโดยชุมชนเองและจากภาครัฐ การบันทึกข้อมูลของโครงการต่างๆ ยังนำไปใช้ในการประกวด และขอทุนสนับสนุนจากภาคเอกชนได้ด้วย

รูปแบบบริการด้านสุขภาพ (Health Services) ของชุมชนเขตเมือง เป็นบริการของภาครัฐและภาคเอกชน คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อสส. ที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับค่าตอบแทนวันละ 140 บาท ส่วนบริการเสริมด้านกายภาพบำบัด

ผู้มารับบริการบริจาคใส่ตู้ตามศรัทธา และเงินบริจาคมานำมาใช้เพื่อกิจกรรมของศูนย์ฯ ศูนย์บริการสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและดูแลเรื่องเวชภัณฑ์ เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนคลองเตยล๊อค 4-5-6 จะประสบความสำเร็จในการให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพของคนในชุมชน แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ศึกษาได้ แม้บ้านจะอยู่ใกล้ศูนย์ฯ เพียง 200 เมตร โดยผู้สูงอายุรายหนึ่งไม่มาฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ เพราะกลัวว่าจะหกล้ม และได้ยื่นคำบอกเล่าว่า หากหกล้มแล้วจะเป็นอัมพาตและเดินไม่ได้อีกเลย รวมทั้งมีบุคลิกภาพไม่ชอบสังสรรค์กับผู้คนทั่วไป ดังนั้นการฝึกอบรมผู้ดูแลที่อยู่ด้วยเป็นประจำอาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุอีกราย ผู้ดูแลเคยพานั่งรถเข็นออกมาทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์ฯ อยู่เป็นประจำ แต่อาการไม่ดีขึ้นประกออบกับมีความยากลำบากในการอุ้มผู้ป่วยขึ้นรถเข็น ผู้ดูแลจึงหมกมุ่นใจในการพามา สะท้อนให้เห็นว่าแม้จะมีแหล่งบริการอยู่ใกล้ ทางเดินมีขนาดกว้างพอที่รถเข็นจะออกมาได้สะดวก หากผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่เห็นประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพ ก็จะไม่มารับบริการ การให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล และการจัดบริการช่วยเหลือการอุ้มยกพยุงผู้สูงอายุนั่งรถเข็นจึงเป็นบริการที่ควรพัฒนา สำหรับชุมชนในเขตเทศบาลนคร จังหวัดนครราชสีมา เครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Contracting Unit for Primary Care: CUP) จ้างนักกายภาพบำบัด 1 คน ให้ดูแล สถานเอนามัย หรือ PCU หลายแห่ง จึงไม่เพียงพอต่อบริการฟื้นฟูสภาพ

รูปแบบบริการด้านสังคม (Social Services) ของชุมชนเขตเมือง ได้แก่ อสส./ อสม. ไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุพูดคุยถามความเป็นอยู่และให้กำลังใจ ในการไปเยี่ยมผู้สูงอายุตามประเพณีไทยมักมีของไปฝาก เช่น ของกินเล็กๆน้อยๆ สบู่ ยาสระผม โดยไม่มีงบประมาณในส่วนนี้ต้องใช้เงินส่วนตัว หรือเงินรางวัลจากการประกวดโครงการต่างๆที่รวบรวมไว้เป็นส่วนกลาง ความถี่ในการไปเยี่ยมไม่แน่นอน ขึ้นกับเวลาว่างของ อสส./ อสม. นอกจากนั้นจะเป็นการแจกปัจจัยในวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ วันขึ้นปีใหม่ ซึ่งนับได้ว่าการบริการด้านนี้ยังน้อยมาก

(2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตชนบท การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนเขตชนบท เป็นความร่วมมือร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยมีบริการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชนทั้งบริการระดับชุมชนและครอบครัว มีสาระสำคัญดังนี้

2.1) การดูแลที่เป็นทางการ หมายถึง การดูแลโดยบุคลากรวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ว่าการอำเภอ อบต. และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ประกอบด้วย ลักษณะของการดูแลที่เป็นทางการที่เป็นตัวแบบการดูแลที่ดีของชุมชนชนบท เกิดจากการที่ผู้นำหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง เป็นผู้ริเริ่มจัดบริการผู้สูงอายุ ภายใต้บทบาทและขอบเขตภาระหน้าที่ของตน บางพื้นที่ริเริ่มโดยสถานบริการสาธารณสุข บางพื้นที่ริเริ่มโดยหน่วยงานท้องถิ่น ในภาพรวมการดูแลที่เป็นทางการมีดังนี้

บริการด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนเขตชนบท เช่น บริการตรวจสุขภาพนอกสถานที่ บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) บริการพยาบาลฉุกเฉิน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ และเครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ การให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพและอาการของโรค ส่วนบริการสังคมของชุมชนเขตชนบท เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. กองทุนชุมชน ได้แก่ สัจจะกองทุนวันละ 1 บาท กองทุนสวัสดิการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ การดูแลจากเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์เด็กเล็ก

สิ่งที่เป็นนวัตกรรมในการให้บริการการดูแลระยะยาวที่เกิดขึ้นในชนบทไทยคือ การที่ชุมชนได้รวมตัวกันและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวขึ้นมา ตัวอย่างเช่น วัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นวัดที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเริ่มจากกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ.2539 จากนั้นมีการดำเนินงานในการสร้างเสริมสุขภาพทั้งร่างกาย และจิตใจอย่างต่อเนื่อง รวมเป็นระยะเวลา 13 ปี และได้รับการคัดเลือกเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่นใน พ.ศ. 2547 จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันวัดห้วยเกียงได้กลายเป็นศูนย์รวมในการทำกิจกรรมสาธารณะประโยชน์เพื่อสร้างสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง กาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งเกิดภาคีเครือข่ายในการสร้างและดูแลสุขภาพ ของคนในชุมชน หนึ่งในกิจกรรมที่ทำให้ “วัดห้วยเกียง” เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ คือ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คนในชุมชนได้ดูแลสุขภาพกันเอง เกิดความเอื้ออาทร สร้างสายสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนโดยมี

อาสาสมัคร (พระสงฆ์ / ผู้สูงอายุ / อสม. / เยาวชน) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีหน่วยงานซึ่งประกอบด้วย ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ โรงพยาบาลสันทราย ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการมีชุมชนช่วยขับเคลื่อนให้เกิดกลไกการดูแลซึ่งกันและกัน ตามสภาพที่เป็นอยู่ของชุมชน เช่น เจ้าอาวาสวัดห้วยเกียงสนับสนุนของเยี่ยมมาให้กับอาสาสมัคร เป็นต้น

นอกจากนั้น บางชุมชนจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัว ได้แก่ การเยี่ยมเยียน ดูแลทุกข์สุข อาหาร การกินยา ทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดบ้าน พาไปออกกำลังกาย พาไปนอกบ้าน พาไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรืองานในชุมชน พาไปพบแพทย์หรือช่วยประสานให้บุคลากรทางการแพทย์มาตรวจรักษา รวมไปถึงการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ สิ่งเหล่านี้นับเป็นจุดแข็งของระบบบริการอย่างเป็นทางการที่เกิดขึ้น

2.2) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยครอบครัว เพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร ซึ่งส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีเพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร ช่วยเป็นครั้งคราว การศึกษาของ ศศิปัทธน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ระบุว่าครอบครัวที่มีการดูแลที่ดี ได้ดำเนินการดังนี้

1. การดูแลสุขภาพวิถียาส่วนบุคคล ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ทุกคนอยู่ในสภาวะช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ดังนั้นการที่จะมีสภาวะทางกายที่ดีได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลที่จะให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพวิถียาส่วนบุคคล ตั้งแต่การดูแลความสะอาดของร่างกายทุกส่วน ตั้งแต่การล้างหน้า ปาก ฟัน การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดเสื้อผ้า และเครื่องนอนซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาวะร่างกายที่สะอาดไม่มีกลิ่น และไม่เป็นสาเหตุไปสู่การรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการดูแลที่เป็นการดูแลด้านสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ การดูแลความสะอาด การล้างหน้า/ปาก/ฟัน การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย และการทำความสะอาดเสื้อผ้าและเครื่องนอน

2. การจัดเรื่องยา เนื่องจากกรณีศึกษาทั้งหมดเป็นกลุ่มที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาในระดับที่ 3 และ 4 โดยแต่ละรายต่างมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาด้วยยา ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และใช้ยาตาม

คำสั่งแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการแสดงออกที่เป็นการดูแลด้านการจัดเรื่องยา ได้แก่ การให้ยาถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งให้ยาถูกชนิด ให้ยาถูกเกณฑ์ และให้ยาถูกขนาด การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวจัดหายานอกบัญชียาหลัก ความสามารถชื้อยาให้ ผู้สูงอายุ และการใช้ยาสมุนไพรเสริมการรักษา ในบางครอบครัวจะมีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่ กับยาแผนปัจจุบัน

3. การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เป็นพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ช่วยทำให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างราบรื่น หรือทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย พฤติกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย การช่วยในการเดิน การจัดท่านอน และการพลิกตัวตะแคงตัว เป็นต้น ลักษณะการแสดงออกที่เป็นการดูแลด้านการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการเดิน การพาผู้สูงอายุออกไปเที่ยวนอกบ้าน และการช่วยพลิกตัว

4. การดูแลแผลกดทับ สิ่งที่จะช่วยให้เกิดการดูแลที่ดีนั้น เกิดจากความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ที่คอยสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และพยายามหาสิ่งของ หรือวิธีการดูแลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายและพึงพอใจ ลักษณะการแสดงออกที่เป็นการดูแลแผลกดทับ ได้แก่ การประยุกต์ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายมาช่วยในการดูแล การพลิกตัวตามเวลา และการรักษาแผลกดทับ

5. จัดทำอาหารที่เหมาะสม ในการดูแลด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุตามความต้องการ และความเหมาะสมกับสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ดังเช่นในบางครอบครัวผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้การให้อาหารทางสายยาง และผู้สูงอายุแต่ละรายจะมีความต้องการอาหารแต่ละมื้อแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ 3 มื้อ ถึง 4 มื้อ ดังนั้นการจัดทำอาหารจึงเป็นเรื่องที่แต่ละครอบครัวได้คิดค้น ปรับปรุงวิธีการให้เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ลักษณะการความสามารถจัดทำอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดทำอาหารสำหรับให้ทางสายยาง การจัดทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เคี้ยวอาหารได้เอง การจัดทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคประจำตัว และการเลือกซื้ออาหารที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ และครอบครัวยังมีความสามารถในการป้อนอาหาร เมื่อผู้ดูแลได้จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแล้ว ความสามารถในการป้อนอาหารให้แก่ผู้สูงอายุบางราย ถือว่ามีความสำคัญต่อการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และมีน้ำหนักตัวลดลง

ลักษณะการแสดงออกที่เป็นการดูแลด้านความสามารถในการป้อนอาหาร ได้แก่ การจัดหาอาหารเฉพาะตัว และการรับประทานอาหารเป็นเพื่อน

6. ดูแลด้านการขับถ่าย ในการดูแลด้านการขับถ่าย ผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวจะมีเทคนิคที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และควบคุมการขับถ่ายของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนด้วย ผู้สูงอายุบางรายที่อยู่ในภาวะพึ่งพาทุกอย่าง ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีการเจาะหน้าท้องเพื่อช่วยในการขับถ่ายปัสสาวะ นอกนั้นจะเป็นการดูแลที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ลักษณะการแสดงออกที่เป็นการดูแลด้านการขับถ่าย ได้แก่ การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อสะดวกต่อการขับถ่าย การใช้วัสดุใกล้เคียงตัวมาเป็นอุปกรณ์ช่วยดูแล การใช้สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกาย เทคนิคการช่วยในการขับถ่าย และการใช้สมุนไพรช่วยในการขับถ่าย

7. การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับค่านิยมทางสังคม เพราะค่านิยมจะเป็นบรรทัดฐานที่กำหนดการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในสังคม ค่านิยมของคนไทยมุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ต่างยึดถือปฏิบัติ ค่านิยมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความเคารพ เชื่อฟังคำสั่งสอน การให้ความดูแลเอาใจใส่และให้ความห่วงใย สนใจต่อความรู้และความต้องการของผู้สูงอายุ ลักษณะการแสดงออกที่เป็นการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การหาผู้ดูแลแทน การขอคำแนะนำ/ ขออนุญาตก่อนที่จะดำเนินการทำสิ่งใด และการสร้างอารมณ์ขัน

8. การดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ผู้ดูแลใช้เป็นเทคนิคการดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้ศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและจิตใจสงบ

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวในชนบทส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่ในครอบครัว มีครอบครัวทำหน้าที่ให้การดูแล และครอบครัวมีความสามารถในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลได้ในระดับหนึ่ง

ตอนที่ 2 ปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการจัดตั้งระบบการดูแลระยะยาวของไทย

การจะเริ่มสร้างและพัฒนาการดูแลระยะยาวให้เกิดขึ้นในระดับชุมชนหรือระดับจุลภาค (Micro Level) ได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1. หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับชุมชน 2. สถาบันที่ให้บริการด้านสุขภาพในชุมชน 3. ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหากมีการวางแผนและการพัฒนาสถาบันหลัก 3 ประการดังกล่าว น่าจะทำให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน แต่ขณะนี้พบว่า สถาบันหลักดังกล่าวมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสร้างระบบการดูแลระยะยาวดังนี้

2.1 ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินการดำเนินการดูแลระยะยาวของหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาถึงสถาบันให้บริการด้านสุขภาพในระบบการดูแลระยะยาวแล้ว บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนได้กลายเป็นสถาบันหลักที่จะมีบทบาทให้บริการอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากประชากรสูงอายุในเขตมีระดับความแตกต่างหลายนัยยะกับประชากรสูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง

การศึกษาด้านสถานะด้านสุขภาพและความจำเป็นในการดูแลระยะยาวในชนบท พบว่า ในขณะที่ประชากรในชนบท พบว่า ในขณะที่ประชากรในชนบทไม่มีความแตกต่างที่ระดับนัยยะสำคัญทางสถิติกับประชากรในเขตเมืองในประเด็นเกี่ยวกับการเกิดปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งทำให้เงื่อนไขทางการแพทย์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังในหลายๆ โรค arthritis ความดันโลหิตสูง diabetes และโรคหัวใจ มีผลกระทบอย่างเห็นได้ชัดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบมากในประชากรเขตชนบท ถึงแม้ว่าการเกิดขึ้นดังกล่าวจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้นในเขตชนบท แต่ผู้สูงอายุในชนบทเองก็มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองด้วย ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อรูปแบบกิจกรรมที่จะให้บริการในระยะสั้นของผู้สูงอายุในเขตชนบทจะมีภาวะ/ความยากลำบากเกี่ยวกับการไม่สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ และมีโรคเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ซึ่งหมายความว่าในเขตพื้นที่ชนบทมีความจำเป็นต้องมีการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยความต้องการการดูแลระยะยาวอาจขยายความต้องการมากขึ้น จะกลายเป็นปัญหาเข้มข้นในระดับชาติ

อย่างไรก็ตาม บทบาทของสถาบันให้บริการด้านสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องและคาบเกี่ยวกับบทบาทชุมชนค่อนข้างมาก จากการดำเนินงานในประเทศไทย พบปัญหาอุปสรรคดังนี้

(1) การจัดบริการแบบแยกส่วน

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ยังคงเป็นรูปแบบการแบ่งส่วนความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ให้บริการทางสังคม โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพ ส่วนการจัดบริการสังคมยังไม่มีการบูรณาการหน่วยงานในการจัดบริการ โดยบริการที่มีในปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงศึกษาธิการ มูลนิธิการกุศล องค์กรศาสนา ลักษณะของบริการที่จัดยังมีลักษณะจำกัด และเฉพาะบางประเภทเท่านั้น

ด้านการจัดบริการสังคม กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ และมีหน่วยงานอื่น เช่น กรุงเทพมหานคร สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงศึกษาธิการ (กรมการศึกษานอกโรงเรียน) ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงคมนาคม การรถไฟแห่งประเทศไทย ในการจัดบริการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมในลักษณะการรณรงค์ การให้การศึกษากการส่งเสริมความรู้และทัศนคติ การสงเคราะห์ครอบครัว และบริการอื่น ๆ ส่วนองค์การเอกชนที่ดำเนินงานด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีกระจัดกระจายในพื้นที่ต่าง ๆ และเน้นบริการเฉพาะพื้นที่

(2) บริการไม่สามารถตอบสนองต่อผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความต้องการในการใช้บริการสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากสุขภาพที่เสื่อมถอยลดลงตามกาลเวลา การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง หน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและครอบคลุมพื้นที่มากที่สุด คือหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล เป็นช่องทางและกลไกที่จะทำให้ชาวบ้านเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทั้งโครงสร้างประชากร วิธีการดำเนินชีวิต ทำให้ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ เนื่องจากบริการไม่ครอบคลุมความต้องการของชุมชน อุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอขาดแคลนงบประมาณ ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ สมรรถนะของผู้ให้บริการมีความจำกัด ขาดการประสานงานที่ดี ประชาชนขาดความศรัทธาในบริการ ทำให้มีการข้ามขั้นไปใช้บริการในโรงพยาบาล (อุไร หักกิจ และคณะ, 2544) เพื่อให้การบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการ

ตอบสนองต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ ควรมีการพิจารณาในประเด็น (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2545) ต่อไปนี้

1. ที่ตั้งและการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาล หน่วยบริการควรตั้งอยู่ในชุมชนอยู่ใกล้ชิดชุมชน ประชาชนสามารถใช้บริการได้สะดวก สำหรับการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาลควรคำนึงถึงความสะดวกในการไหลเวียนของผู้รับบริการ การจัดวัสดุอุปกรณ์ เครื่องใช้สำนักงานควรจะทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และสอดคล้องกับบทบาทและภาระของหน่วยบริการ

2. ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ช่วยให้หน่วยบริการสามารถดูแลประชาชนได้อย่างเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องของการดูแลทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ดังนั้นนอกจากหน่วยบริการจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพครอบครัวแล้ว ยังจำเป็นต้องจัดทำระบบข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ ให้สามารถดูแลประชาชนระหว่างการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งๆ ได้ ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องจัดทำข้อมูลของประชาชนไว้เพื่อการดูแลในระยะยาวต่อไป

3. การจัดการระบบการเงินการคลัง หลักการสำคัญของการจัดการระบบการเงินในหน่วยบริการปฐมภูมิก็คือการคิดค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการจะต้องไม่เป็นอุปสรรคกับการใช้บริการของประชาชนในขณะที่หน่วยบริการสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องก็ต้องไม่ส่งเสริมให้เกิดการให้บริการที่เกินจำเป็น

4. การเชื่อมโยงกับบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการระดับทุติยภูมิหรืออื่นๆ ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการทางห้องปฏิบัติการได้สะดวก การเชื่อมโยงด้านสังคมสงเคราะห์ เชื่อมโยงกับบริการของชุมชน หรือบริการด้านสังคมอื่นๆ

5. แบ่งภาระงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลให้ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน รวมถึงการปรับให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยพร้อมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยได้โดยไม่มีช่องว่างของการบริการ

อย่างไรก็ตาม จากข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทางในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะชนบท ทำให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการจัดบริการแบบเดี่ยวๆ (ชวลดา สิทธิพิรุฑ์ และคณะ, 2551) ดังนั้นแนวทางการพัฒนาในลักษณะเครือข่ายจึงมีความจำเป็น โดยมีแม่ข่ายคือโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการที่มีแพทย์

เวชปฏิบัติทั่วไป หรือเวชศาสตร์ครอบครัวประจำ และมีหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย เป็นลูกข่ายทำงานเชื่อมประสานและสนับสนุน

(3) **การขาดลักษณะการกระจาย** การกระจายของสถานบริการดูแลระยะยาว ยังคงยังคงมีความแตกต่างกันมาก ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ สถานบริการดูแลระยะยาวที่มีอยู่ทั่วประเทศ ทั้งหมด 138 แห่ง พบว่า สถานบริการดูแลระยะยาว ร้อยละ 44.00 เป็นประเภทสถานบริบาลผู้สูงอายุ รองลงมาคือ สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ร้อยละ 36.00 ลำดับถัดมา คือ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ร้อยละ 18.00 และประเภทสุดท้ายเป็น สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ร้อยละ 2.00 และเมื่อจำแนกตามภูมิภาค พบว่า กรุงเทพมหานครมีสถานบริการดูแลระยะยาวมากที่สุดถึงร้อยละ 49.27 ในขณะที่ภาคใต้มีสถานบริการดูแลระยะยาวเพียง ร้อยละ 3.62 ดังตาราง

ตาราง แสดงจำนวนและร้อยละของสถานบริการจำแนกตามรายภาคและประเภทของสถานบริการ

ประเภท/ภาค	รวม	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	กรุงเทพฯ	ใต้
1. สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	36.00	12.00	18.00	44.00	16.00	10.00
	50	6	9	22	8	5
2. สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล	18.00	8.00	12.00	8.00	72.00	0.00
	25	2	3	2	18	-
3. สถานบริบาล	44.00	3.33	0.00	28.33	68.33	0.00
	60	2	-	17	41	-
4. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	2.00	0.00	33.33	33.33	33.33	0.00
	3	-	1	1	1	-
รวม	100.0	7.24	9.43	30.44	49.27	3.62
	138	10	13	42	68	5

ที่มา: ปรับปรุงจากการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยของ ศิริพันธุ์ สาสิตย์ และคณะ, 2552

(4) การขาดบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

การลดลงของขนาดครอบครัวหมายถึงการลดลงของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย เช่น ทำให้บทบาทของภาครัฐต้องเข้ามารับส่วนนี้ แต่ปัญหาที่สำคัญคือ การขาดแคลน

บุคลากรที่จะให้บริการดูแลทุกระดับตั้งแต่แพทย์จนถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการประเมินสถานการณ์ด้านบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ปี 2548 ประเทศไทยมีแพทย์ 1 คน ต่อผู้ป่วย 2,500 คน ซึ่งถือว่ามีความน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ดังนั้น จึงได้มีการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยรัฐบาลได้มีการกำหนดนโยบายในการเพิ่มการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้มากยิ่งขึ้น ในปี 2549 ได้มีการเปิดรับนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล จำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาแพทย์ ที่มีการรับมากขึ้นเกือบร้อยละ 50 จากปี 2545 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2552 น.8)

ด้านกำลังคนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อยหรือแทบไม่เพิ่มเลย เมื่อเทียบกับจำนวนสถานีนอนามัยที่และประชากรที่เพิ่มขึ้น จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อหนึ่งสถานีนอนามัย เท่ากับ 2.9 คน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2547) ในปี 2549 มีเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย 30,441 คน ดำเนินงานเยี่ยมบ้านทั้งหมดในปี 2548 ประมาณ 8.97 ล้านคน ถ้าประมาณอย่างคร่าวๆ เจ้าหน้าที่แต่ละคนทำการเยี่ยมบ้านใน 1 ปีประมาณเกือบ 300 คน

(5) คุณภาพของบริการ

นอกจากสภาพปัญหาในระดับสถาบันที่กล่าวมาแล้ว คุณภาพบริการเป็นสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณา ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

5.1) คุณภาพของสถานบริการ สถานบริการที่ให้บริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย มีความหลากหลายของการขึ้นทะเบียนกับหลายหน่วยราชการ บางแห่งไม่ได้ขึ้นทะเบียน โดยที่ยังไม่มีมาตรการกำกับดูแลคุณภาพของสถานดูแลประเภทนี้ให้มีมาตรฐานแต่อย่างใด ส่วนผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานดูแลระยะยาวบริการที่หน่วยงานภาครัฐดำเนินการ เช่น สถานสงเคราะห์คนชราซึ่งจัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ แต่เมื่อผู้สูงอายุอยู่ไประยะหนึ่ง มักมีปัญหาสุขภาพตามมา มีต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก พบว่าร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ซึ่งการบริการที่พักอาศัยภาครัฐซึ่งไม่มีจุดประสงค์เพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยตรง เนื่องจากไม่มีศักยภาพเพียงพอในการรองรับบริการดังกล่าว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552)

5.2) คุณภาพของอาสาสมัคร อาสาสมัครเปรียบเสมือนผู้ช่วยสำหรับผู้สูงอายุมาจากบุคคลภายในครอบครัว ซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุในหลายๆ ด้าน การเข้าไปเป็นอาสาสมัครอาจไม่จำเป็นต้องมีคุณสมบัติอะไรมากมาย เป็นเพียงผู้ที่ต้องการให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ที่เดือดร้อนและต้องการการพึ่งพิง ซึ่งที่ผ่านมา

หน่วยงานภาครัฐได้มีการจัดโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขึ้นมาเพื่อให้การดูแลด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง อย่างไรก็ตาม ความสามารถของอาสาสมัครมีบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดขึ้นครั้งคราวตามฤดูกาล ในขณะที่เดียวกัน งานตามบทบาทของอาสาสมัครที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทที่ไม่จบไม่สิ้นและไม่เป็นเวลา เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือการรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น การให้บริการดูแลติดตามผู้ป่วยที่เป็นปัญหาโรคเรื้อรัง หรืองานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน จะเป็นงานที่อาสาสมัครทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นคราว ๆ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลติดตาม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ , 2550)

2.2 ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลระยะยาวของหน่วยงานรับผิดชอบระดับชุมชน

หน่วยงานรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุขและสวัสดิการในระดับชุมชน คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันสำคัญที่มีผลทางบวกต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นโดยรวมคือ นโยบายการกระจายอำนาจและภารกิจสู่ท้องถิ่น นโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นปัจจัยเอื้อหรือสนับสนุนให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทอย่างสำคัญในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวนั้น จากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่ง พบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ 2) งบประมาณ 3) บุคลากร 4) ฐานข้อมูล และ 5) การสร้างเครือข่าย ซึ่งการทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยในประเด็นดังกล่าวนี้ สามารถประมวลประเด็นที่เป็นสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

(1) การขาดระบบบริหารจัดการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ

การให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระดับชุมชนเป็นเรื่องที่มีการคาดการณ์กันว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นเทศบาล หรือ อบต. เป็นองค์กรที่ใกล้ชิดพื้นที่ ใกล้ชิดชาวบ้าน น่าจะเข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่และผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ผู้นำทางการเมืองท้องถิ่น มาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากชุมชนท้องถิ่น และเป็นสมาชิกของชุมชน จึงน่าจะเป็นตัวแทนของชุมชนที่เข้าใจปัญหา ความต้องการ และสามารถเข้าถึงปัญหาได้รวดเร็ว ง่าย และตรงจุดกว่าหน่วยงานอื่นๆ ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าไปมีบทบาทในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุก็คือ แผนงานและนโยบายขององค์กรภาครัฐและส่วนกลางที่มอบภารกิจด้านการดำเนินงานให้แก่ท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยในบางพื้นที่พบว่า การปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารงานโดยผู้บริหารที่มาจาก การเลือกตั้ง การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมักจะเปลี่ยนไปตามวิสัยทัศน์และความสนใจของผู้บริหาร การเปลี่ยนตัวผู้บริหารด้วยกระบวนการทางการเมืองทำให้นโยบายและแผนงานของผู้บริหารชุดหนึ่งขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (ธัญลักษณ์ นันทมนตรี, 2550) เทศบาล และ อบต. บางแห่งยังไม่ให้ความสนใจในงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง การดูแลงานด้านผู้สูงอายุจะให้ความสนใจเป็นครั้งคราว ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับความสนใจหรือถูกมองอย่างมีคุณค่าอย่างแท้จริง ถูกใช้เป็นเพียงฐานเสียงในการเลือกตั้งหรือใช้ประโยชน์เฉพาะเหตุผลทางการเมืองเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าในบางพื้นที่เทศบาล และ อบต. จัดลำดับความสำคัญของการบริหารจัดการไว้ที่งานโครงสร้างพื้นฐานเป็นลำดับต้น งานด้านคุณภาพชีวิตและงานด้านผู้สูงอายุเป็นประเด็นรองลงมา เพราะโดยภาพรวมแล้วคนในพื้นที่ยังต้องการความสะดวกสบายจากโครงสร้างพื้นฐาน อาทิเช่น ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา ฯลฯ ทำให้เป็นความลำบากใจของผู้บริหารที่จะจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพราะตัวชี้วัดด้านโครงสร้างพื้นฐานประเมินผลได้ง่ายกว่า ชัดเจนกว่าการบริการด้านคุณภาพชีวิต (จรัส สุวรรณมาลา, 2542)

นอกจากนี้ ประเด็นที่เป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ความซ้ำซ้อนของการจัดบริการซึ่งหมายถึงลักษณะการจัดบริการที่มีหน่วยงานมากกว่า 1 หน่วยงานทำหน้าที่จัดบริการสาธารณะประเภทเดียวกัน ในพื้นที่เดียวกันและกลุ่มประชากรเป้าหมายเดียวกันและดำเนินการในงบประมาณเดียวกัน ซึ่งพบได้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการจัดบริการซ้ำซ้อนกันระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้งนี้เป็นผลกระทบจากพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ที่มีประกาศยกฐานะสภาตำบลเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งทำให้พื้นที่ดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์การบริหารส่วนตำบลซ้อนทับกัน (สมคิด เลิศไพฑูรย์, 2547)

ผลการศึกษาของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า ในมุมมองของชมรมผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตกเป็นตัวอย่าง การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จได้ต้องไม่ดำเนินงานแบบ “สองมาตรฐาน” แต่ต้องใช้ระบบคุณธรรมไม่ใช่ระบบอุปถัมภ์ รวมทั้งต้องมีการดำเนินงานใน “เชิงรุก” ประเด็นหลักที่ต้องให้ความสำคัญคือ การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ต้องไม่สอนให้ผู้สูงอายุเป็น “ผู้รับ” เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดจะทำอะไรเพื่อผู้สูงอายุด้วยกันหรือเพื่อสังคม ผู้ให้บริการต้องทำงานในรูปแบบที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็น “ผู้ให้” โดยการให้ไม่ได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงการให้เงิน แต่รวมถึงการให้ความรู้ และให้บริการแก่สังคมในรูปแบบต่างๆ ด้วย ความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการด้วยความสามารถขององค์กรโดยลำพัง ควรเปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุ กลุ่ม หรือองค์กรผู้สูงอายุ อาทิเช่น ชมรมผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน นโยบาย หรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพราะจะเป็นหลักประกันว่า ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารท้องถิ่นแต่แผนนโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจะไม่เปลี่ยน และยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้คนในชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงาน (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2551)

(2) ปัญหาด้านงบประมาณ

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ นั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็น องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล หรือองค์กรการบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุได้ ซึ่งถือว่าการ “อุดช่องว่าง” หรือช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งได้ในระดับหนึ่ง (นพรัตน์ วรรณเทพสกุล, 2550) แต่ในทางปฏิบัติงบประมาณที่ได้รับยังมีน้อยมาก นอกจากนี้การขาดการบูรณาการด้านการจัดสรรงบประมาณระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้แต่ละหน่วยงานต่างก็จัดสรรงบประมาณของหน่วยงานตนให้ความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในกิจกรรมเดียวกัน อย่างไรก็ตาม งบประมาณด้านการดูแลระยะยาวในอนาคตอาจขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนสุขภาพตำบล หรือกองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนอื่นๆ ในลักษณะการประสานงบประมาณ

(3) ข้อจำกัดด้านบุคลากร

ผลการศึกษาด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลงานด้านผู้สูงอายุจากความคิดเห็นของผู้สูงอายุและจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรการบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลขนาดเล็กยังมีข้อจำกัด ทั้งในเรื่องจำนวนและขีดความรู้ความสามารถ รวมถึงทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน (ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ, 2547) การดำเนินงานยังขาดการติดตามและประเมินผล โดยเฉพาะการติดตามงานของเครือข่ายในพื้นที่ การทำงานเป็นเพียงแต่การส่งข้อมูล รับข้อมูล จัดเก็บข้อมูลและทำงานด้านเอกสารเป็นหลัก นอกจากนี้ การรับโอนบุคลากรจากหน่วยงานอื่น โดยเฉพาะองค์กรสาธารณสุข ยังมีข้อจำกัดเพราะปัจจุบัน อบต. รับโอนได้เฉพาะระดับ 3 ถึงระดับ 5 แต่บุคลากรสาธารณสุขมีระดับสูงกว่านั้น และการถ่ายโอนบุคลากรระดับสูงจะกลายเป็นปัญหาในการบริหารงาน เนื่องจากบุคลากรที่รับถ่ายโอนมา จะอยู่ระดับเดียวกับกับข้าราชการ อบต.ระดับผู้บริหาร (ระดับปลัดอบต.) นอกจากนี้ การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งก็มีข้อจำกัดเรื่อง “เพดานเงินเดือนต้น” และไม่มีค่าตอบแทนอื่นๆ ที่เป็นแรงจูงใจ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2551; ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2551)

(4) การขาดฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ

ฐานข้อมูลของผู้สูงอายุทั้งจำนวน คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ครอบครัว และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยองค์กรเองไม่ว่าจะเป็นเทศบาลหรือ อบต. จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน หรือจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายด้าน อย่างไรก็ตาม ในหลายพื้นที่ยังคงพบว่า การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุเท่าที่ดำเนินการอยู่ในหลายพื้นที่ในปัจจุบันเป็นเพียงข้อมูลที่เก็บตาม “รูปแบบ” ที่ได้รับการเสนอแนะจากองค์กรอื่นๆ ให้เก็บ “เก็บตามที่เขาให้เก็บ” ข้อมูลที่มีจึงเป็นเพียงแต่ตัวเลขของจำนวนผู้สูงอายุ ยังขาดความชัดเจน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่มีจึงถูกเก็บโดยไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงดูเหมือนถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการให้การสนับสนุนด้านเบี้ยยังชีพเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อมูลที่มีอยู่ไปใช้ในการให้ความช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุหลายรูปแบบ ทั้งในด้านการสนับสนุน เบี้ยยังชีพ และการแจกสิ่งของ อาทิเช่น เสื้อผ้า ผ้าห่มกันหนาว ฯลฯ แต่ข้อจำกัดก็คือในบางพื้นที่ไม่มีการจัดบันทึกข้อมูลว่าผู้สูงอายุคนใดเคยได้รับไปแล้วและคนใดที่ยังไม่เคยได้รับ ดังนั้นจึงพบว่า การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุทำได้ไม่ทั่วถึง ไม่เป็นธรรม หรือ ขาดความจริงจังและเป็นการดำเนินงานแบบ “อาบฉวย” เท่านั้น

ถึงแม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะ อบต. พยายามที่จะปรับปรุงฐานข้อมูลใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ลงลึกในเรื่องคุณสมบัติของผู้สูงอายุเพื่อจัดลำดับของผู้สูงอายุและประเภทของผู้สูงอายุ แต่กระบวนการรวบรวมข้อมูลต้องการบุคลากรมาเก็บข้อมูล แต่ อบต. ไม่สามารถใช้จ่ายงบประมาณเพื่อการจัดจ้างหรือให้ค่าตอบแทน “อาสาสมัคร” ที่มาร่วมในการจัดเก็บข้อมูลได้ เพราะระเบียบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) อาสาสมัคร คือผู้ที่อาสามาทำงาน ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อการจ้างได้ ดังนั้นจึงเป็นจุดอ่อนที่ทำให้ อบต. ไม่สามารถเก็บข้อมูลที่ลงลึกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และไม่สามารถจัดเก็บหรือปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัยได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับการเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งได้เสนอแนะว่า ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุยังไม่มีมีการเก็บรวบรวม และบางแห่งยังไม่ถูกนำมาใช้งาน การให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ไม่สามารถจัดทำในลักษณะที่ให้การดูแลแบบเดียวกันทั้งหมด ควรมีการจัดประเภทผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการ อย่างน้อยควรจำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้และต้องพึ่งพา ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้แต่ไม่สามารถช่วยคนอื่นได้ และผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้และสามารถช่วยคนอื่นได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานหรือการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2551)

(5) การมีเครือข่ายความร่วมมือที่จำกัด

องค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของความสำเร็จในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ การมีเครือข่ายความร่วมมือ ทั้งนี้เพราะวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมิมีมิติที่หลากหลาย การดำเนินงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงลำพังไม่อาจสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติได้ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2551) แต่จากข้อเท็จจริงพบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดเรื่องการขยายเครือข่าย ที่เกิดจากการขาดความเข้าใจต่อเทคนิคในการทำงานกับชุมชน การแบ่งพรรคแบ่งพวกทางการเมือง และการคาดหวังต่อสิ่งที่จะได้รับของประชาชนมากเกินไป

จากปัจจัยดังกล่าว ทำให้ต้องพิจารณาถึงอนาคตของท้องถิ่น ว่าเป็นเรื่องที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุง และขยายบริการอีกมาก เฉพาะอย่างยิ่ง หากมีการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมภายใต้การจัดการของท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องพิจารณาถึงลักษณะการจัดบริการ ให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างด้านการทำงาน ด้านการเมือง ด้านการปกครอง ด้านมนุษยธรรม และด้านการพัฒนาคุณค่าของมนุษย์ควบคู่กันไป

2.3 ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในครอบครัวและชุมชน ทั้งในเขตชนบท และเขตเมือง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2552; นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ, 2552) พบปัญหาของครอบครัวและผู้ดูแล ดังนี้

(1) ปัญหาด้านการความรู้ในการดูแล

การความรู้ในการดูแลหรือพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งยังไม่เคยได้เตรียมตัวที่จะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล การจัดการเรื่องการดูแลในระยะแรกจึงมักเป็นแบบพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ บ้างก็เรียนรู้จากการสังเกตหรือขอรับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาล หรือในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด หรืออาสาสมัครสาธารณสุข

(2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล

นับเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ระบุว่า กระทบต่อการดูแลและการดำรงชีพ ผู้ดูแลบางคนต้องสูญเสียรายได้ สูญเสียโอกาสความก้าวหน้าในการทำงาน สูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ดูแลบางคนนอกจากที่จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ยังต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านอย่างอื่นไม่ว่าจะเป็นค่าอาหาร ค่าเล่าเรียนของลูก อีกด้วย

(3) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยค่อนข้างมาก เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุต้องดูแลในทุกเรื่องทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง และส่วนใหญ่คนที่เป็นผู้ดูแลหลักต้องเป็นผู้กระทำเองทั้งหมด ยกเว้นครอบครัวที่ได้ว่าจ้างผู้ดูแลมาช่วย ซึ่งในช่วงแรกของการดูแลจะเป็นช่วงที่สร้างปัญหาและความเครียดให้กับผู้ดูแลมากที่สุด

ส่วนปัญหาด้านสุขภาพจิตนั้น การดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลายาวนาน ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และทอดถอย อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงมี

ภาวะอารมณ์และจิตใจปกติ มีบ้างที่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เจ็บป่วยที่มีความวิตกกังวลในสุขภาพของตน

(4) ปัญหาการขาดแคลนพาหนะในการเดินทาง

การขาดแคลนพาหนะในการเดินทางเพื่อนำผู้สูงอายุไปส่งโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญของผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เขตชนบท แม้ว่าบางพื้นที่จะมีบริการรถฉุกเฉินจากชุมชนและโรงพยาบาล แต่บริการดังกล่าวยังคงขาดความสะดวกและต้องรอคอยเป็นเวลานาน และยังมีเพียงบางพื้นที่เท่านั้น

(5) ปัญหาการขาดอุปกรณ์เสริมในการดูแล

อุปกรณ์เสริมในการดูแล เช่น ไม้เท้า รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน จะช่วยลดภาระในการดูแล อุปกรณ์เสริมเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดหาเอง แต่ในบางรายที่ผู้ดูแลมีฐานะยากจนไม่สามารถซื้ออุปกรณ์เสริมได้มีการประยุกต์นำวัสดุสิ่งของใกล้ตัวมาใช้ แต่ก็มีคุณภาพไม่เหมาะสมและบางครั้งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้

ส่วนความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้น จาก การประมวลทั้งเขตเมืองและเขตชนบท พบว่ามีความต้องการดังนี้

1) **ความต้องการเงินในการใช้จ่ายและดูแลผู้สูงอายุ** เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และผู้ดูแลต้องหยุดประกอบอาชีพ ทำให้ขาดรายได้ บางครอบครัวขาดแคลนอาหารที่รับประทาน ความต้องการของผู้ดูแลสอดคล้องกับสภาพปัญหาในการดูแลที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่

2) **ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุทุก ๆ** สิ่งที่เป็นความต้องการร่วมของผู้ดูแล คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ อาการ และลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากโรค นั้นๆ แนวทางในการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม

3) **สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแล** เช่น รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์ช่วยฟัง เสื้อผ้า เครื่องกันหนาว นอกจากนั้น เป็นความต้องการด้านการเงิน เช่น เบี้ยยังชีพที่เพิ่มจำนวนขึ้น ค่าอาหาร ค่าเสื้อผ้า และค่าเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น

4) **การสนับสนุนด้านจิตใจ** เป็นสิ่งหนึ่งที่คุณดูแลมีความต้องการ คือ ต้องการที่ฟังทางใจทั้งเมื่อมีความทุกข์และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย รวมทั้งเจ็บป่วยหนักด้วย โดยบุคคลที่คุณดูแลต้องการให้มาช่วยดูแลผู้สูงอายุนั้น ส่วนมากต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมาช่วยบ้าง

มาเปลี่ยนเวร มาแวะคุย หรืออยู่เป็นเพื่อน ต้องการมีบุคลากรทางการแพทย์ช่วยดูแลบางครั้ง โดยระบุว่า “เดือนละครึ่งก็ย้งดี” ส่วนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุนั้น ครอบครัวต้องการไม่มากนัก เช่นเดียวกับกลุ่มเพื่อนบ้าน/เพื่อน ที่จะมาช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล พบว่าผู้ดูแลต้องการน้อยที่สุด ซึ่งสิ่งที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ และน่าจะเป็นบริการที่สามารถจัดหาได้ให้แก่ผู้สูงอายุได้ง่าย คือ การสนับสนุนอาหารให้แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดีได้รับประทาน โดยอาหารควรสอดคล้องกับสภาพร่างกายและภาวะโรคของผู้สูงอายุด้วย

ซึ่งจะเห็นว่าปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก หากมีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหเหล่านี้ มิใช่เรื่องที่ยากและซับซ้อนแต่อย่างไร สามารถดำเนินการภายในท้องถิ่นและชุมชนนั่นเอง

ตอนที่ 3 สิ่งที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลระยะยาวของไทย

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย ไม่น่าจะเป็นเรื่องยากมากนัก เนื่องจากการดูแลในชุมชนบางแห่ง มีระบบการดูแลระยะยาวแฝงอยู่ และมีประสบการณ์ในการจัดบริการที่ดี ซึ่งหากนำสิ่งที่ดีเหล่านี้มาเป็นพื้นฐานในการขยายบริการต่อไปแล้ว จะสามารถทำให้เกิดการสร้างระบบใหม่ที่ดียิ่งในชุมชนได้ ข้อเสนอของการดำเนินงานที่ดีนี้ได้จากการศึกษาในชุมชนที่ได้รับการยกย่องว่ามีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิผู้บริหารระดับสูงและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคม ผลการศึกษามีดังนี้

3.1 ปัจจัยที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนสามารถสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

(1) บริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงครอบครัวผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนแต่ละพื้นที่ มีหน่วยงานดำเนินงานเป็นแกนหลัก จัดบริการ และเชื่อมประสานการดูแลสุขภาพ โดยระบบการให้บริการ มีความแตกต่างในการจัดระบบบริการ เช่น ในบางตำบลการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยโรงพยาบาลมีพันธกิจที่ต้องดูแลภาวะสุขภาพของประชากรในพื้นที่ ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย บริการสุขภาพของโรงพยาบาล นอกจากการ

รักษาที่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแล้ว หลังออกจากโรงพยาบาล มีบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยพยาบาลวิชาชีพออกไปติดตามผลการรักษา ให้การดูแลสุขภาพและรักษาอาการเบื้องต้น สอนญาติผู้ดูแล รวมถึงประเมินความต้องการด้านอุปกรณ์การดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย ซึ่งการจัดบริการเข้าถึงครอบครัวนี้เป็นการบริหารจัดการภายใต้ระบบของโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย โดยพยาบาลวิชาชีพ มีทีมเข้าไปเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำและดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังถึงที่บ้าน รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่าบางแห่งการให้บริการของสถานีนอนามัยส่วนใหญ่เป็นบริการภายในสถาบัน เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน หากผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยจะดำเนินการให้ความช่วยเหลือ โดยการส่งความต้องการและความจำเป็นในการดูแลต่อผู้สูงอายุไปยังโรงพยาบาลอำเภอต่อไป

นอกจากนั้นบางพื้นที่พบว่า มีหน่วยงานด้านการปกครองเป็นแกนหลัก โดย อบต. ซึ่งได้รับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นการบริหารจัดการจึงสามารถบูรณาการบริการได้มากกว่าที่อื่นๆ มีบริการที่เชื่อมต่อกับสถาบัน โรงพยาบาล และ อบต. ในระดับดี และมีบริการเยี่ยมบ้านโดย Home Health Care โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ทุกคนมีพื้นฐานการเป็น อสม.มาก่อนเข้าร่วมดูแลเยี่ยมบ้าน และการทำงานประสานกับสถานีนอนามัยในพื้นที่

(2) การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์

ทุนทางสังคมในเชิงนามธรรม หมายถึง ค่านิยม วัฒนธรรมของประชาชน ความไว้วางใจระหว่างกัน และเป็นชุดของความสัมพันธ์ที่อยู่บนความคาดหวัง และค่านิยมร่วมกัน หรือในเชิงรูปธรรมอาจมองสังคมจากตัวองค์กร สถาบัน หรือชุมชน ที่นอกเหนือจากระบบค่านิยม และวิถีปฏิบัติในองค์กร ชุมชน หรือสังคมเท่านั้น ทุนทางวัฒนธรรมได้ถูกยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในสังคมไทย และถูกมองในมิติที่เป็นพลังทางสังคม ที่เป็นพลังจากการรวมคน รวมความดี รวมความรู้ และปัญญา เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาสังคม (วรวิฑูมิ โธมรัตน์, มปป.) แนวคิดดังกล่าวนี้ ทุกชุมชนได้พยายามค้นหาทุนทางสังคมในชุมชนของตน เพื่อนำมาเสริมหรือผลักดันให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนของตน

สิ่งที่แต่ละชุมชนได้นำมาใช้มากที่สุดคือ การใช้ทุนมนุษย์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการให้โอกาสเด็กและเยาวชนเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น สร้างเด็กให้เป็น “อสม.น้อย” ทำงานควบคู่ไปกับ อสม.ผู้ใหญ่ การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)

นอกจากทุนมนุษย์แล้วในพื้นที่ๆ ศึกษา มีการใช้ทุนทางวัฒนธรรมร่วมด้วย คือ การที่สมาชิกในชุมชนมีการใช้วัฒนธรรมชุมชน ตั้งการแต่ความเป็นกลุ่ม/ พวก/ เครือญาติ ที่ตั้งรกรากอยู่ด้วยกันมานาน เป็นเครื่องมือในการดูแลและแสดงความเอื้ออาทรต่อกัน และใช้ความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ถึงแม้แต่ละพื้นที่จะมีวิถีของวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน แต่ทุกพื้นที่มีพื้นฐานของการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ภารกิจของอาสาสมัครคือ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สัปดาห์ละครั้ง เดือนละ 4 ครั้ง โดยมีหน้าที่ไปพูดคุยเป็นเพื่อน พาไปวัด ไปพบแพทย์ และประสานความช่วยเหลือต่างๆ

(3) มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ

สิ่งที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ คือ การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ (ด้านสุขภาพ) ตัวอย่างเช่น ตำบลปากพูน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช มีการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพ ที่เรียกว่าโปรแกรมประเมินสุขภาพครอบครัวและชุมชน(FAMILY AND COMMUNITY ASSESSMENT PROGRAM : FAP) เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นด้วยโปรแกรมจัดการฐานข้อมูล Microsoft Access และเชื่อมโยงข้อมูลเชิงแผนที่ด้วยโปรแกรม Google Earth ช่วยให้ผู้ใช้มีแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลครอบครัวและชุมชนอย่างง่าย รวดเร็วกว่าการประมวลผลด้วยมือ ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่มีอยู่กับภาพของแผนที่ที่ประชากรอาศัยอยู่ เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการตัดสินใจวางแผนเพื่อการบริการสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ข้อมูลที่จัดเก็บมีทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและสังคม ทำให้การวางแผนบริการเป็นไปอย่างบูรณาการ เกิดประสิทธิภาพทั้งด้านการบริหารและการให้บริการ นอกจากนี้ ยังเป็นระบบเฝ้าระวังปัญหาในชุมชนที่สำคัญ เนื่องจากการมีฐานข้อมูลของบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มยากจน เจ็บป่วยด้วยโรค เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ และผู้สูงอายุ ทำให้ได้ทราบสถานการณ์ของปัญหาและความรุนแรง และนำมาวางแผนแก้ไขอย่างบูรณาการได้ทันที่ การมีระบบฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บและเชื่อมประสานกับหน่วยงานให้บริการหลักอย่างเป็นระบบและสามารถเรียกใช้ได้อย่างสะดวก ยังเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ให้บริการ รวมทั้งเป็นการประสานระบบบริการสุขภาพและสังคมอีกด้วย

(4) การมีระบบสนับสนุนจากสถาบันที่ให้บริการอย่างเป็นทางการ

สถาบันต่างๆ ที่ให้บริการอย่างเป็นทางการในชุมชนมีบทบาทช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้เป็นการดูแลที่ดี ได้แก่ สถาบันทางด้านสาธารณสุข เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ดังกรณีตัวอย่างของโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่มีโครงการการดูแลสุขภาพที่

บ้าน (Home Health Care) ให้บริการผู้ป่วยโดยจัดทีมของโรงพยาบาลไปเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน ด้วยรถยนต์ หรือเรือ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ รวมทั้งให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารและยา การให้อาหาร การพลิกตัว การฝึกบริหารร่างกาย รวมทั้งการเจาะเลือด วัดความดันโลหิต การพูดคุยให้กำลังใจผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ กรณีของโรงพยาบาลแม่สรวย ได้จัดพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการด้านการบำบัดฟื้นฟูและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องและมีความมั่นใจ เช่นเดียวกับสถานีอนามัยปากพูนที่จัดเจ้าหน้าที่ออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุทุกราย เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

นอกจากนี้สถาบันทางการปกครองคือ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่ดีในครอบครัวและชุมชนด้วย โดยจัดสรรงบประมาณแก่หน่วยงานในพื้นที่และอาสาสมัคร เช่น อบต.แม่พริก สนับสนุนงบประมาณบางส่วนให้โรงพยาบาล อาสาสมัครในชุมชน และพัฒนาชุมชนแม่สรวย อบต.ปากพูนจัดโครงการ อสม.น้อย ทำให้เยาวชนและชุมชนตื่นตัวในการดูแลสุขภาพและเข้ามามีบทบาทในชุมชนมากขึ้น และที่ อบต.ยังมีรถบริการฉุกเฉินรับส่งผู้ป่วย ผู้สูงอายุไปรับบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

(5) การมีผู้นำที่มีจิตสวัสดิการ

จากการเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการของประเทศลงสู่ระบบสวัสดิการชุมชน โดยการจัดสวัสดิการเป็นเรื่องที่สมาชิกในชุมชนต้องเรียนรู้ปัญหาของชุมชน เสนอปัญหา กำหนดความต้องการและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง แต่เนื่องจากเรื่องนี้ค่อนข้างเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย เฉพาะอย่างยิ่งสังคมชนบทที่ประชาชน ไม่สามารถระบุปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาที่มาจากฐานรากของชุมชนเอง ประชาชนไม่กล้าแสดงความคิดเห็นและมอบการตัดสินใจต่างๆให้กับผู้นำในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน ดังนั้นหากชุมชนใดมีผู้นำที่เข้มแข็งและเป็นผู้นำที่มีจิตสวัสดิการที่มีความรู้ ความสามารถด้านการจัดสวัสดิการที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้เกิดระบบสวัสดิการที่ดีในชุมชน

3.2 ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

(1) ความคิดเห็นต่อบทบาทขององค์กรที่ให้บริการด้านสังคม

การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและช่วยตัวเองไม่ได้ในครอบครัวเปรียบเสมือนผู้ป่วยทั่วไปที่ต้องอาศัยผู้ดูแล ซึ่งเมื่อก้าวถึงระบบการดูแลระยะยาวโดยรวมต้องอาศัยกลไกในชุมชนเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุนั้นอาจต้องการการรักษาและการให้คำปรึกษา และองค์กรท้องถิ่นต้องเป็นผู้รับผิดชอบ เช่น อบต. และเทศบาล เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัตินั้นอาจเป็นอาสาสมัครทุกประเภทของหน่วยงานราชการ อาทิ อสม. ,อปม. ดังนั้น จึงต้องคิดว่าทำอย่างไรให้อาสาสมัครเหล่านี้เป็นกลไกในทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ และอาจจะต้องให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนอาสาสมัครในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพหลักก่อน แต่ช่วยให้อาสาสมัครมีความรู้ความเข้าใจ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และช่วยดูแลคนในชุมชน
2. การช่วยเหลือด้านเงินค่าตอบแทนสำหรับผู้ที่มาเป็นอาสาสมัคร (ซึ่งจำเป็นต้องมี แต่จะให้มากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับแต่ละกรณีด้วย)
3. การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ซึ่งอุปกรณ์ที่ว่าเป็นคืออุปกรณ์ที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ
4. การส่งเสริมให้อาสาสมัครรู้จักระบบการส่งต่อผู้รับบริการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการแบ่งเบาภาระ และช่วยให้สามารถส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้เชี่ยวชาญได้มากยิ่งขึ้น
5. การเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเน้นการพัฒนาให้มีทักษะมากกว่า อสม. ซึ่ง อผส. ต้องมีความเชี่ยวชาญและมีความรู้ด้านผู้สูงอายุมากกว่าอาสาสมัครปกติ
6. ท้องถิ่นต้องทำหน้าที่ในการสนับสนุนในอนาคต ซึ่งขณะนี้กำลังจัดอบรมให้ท้องถิ่น เพื่อให้ความรู้ร่วมกัน

ส่วนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ และยังไม่ได้มีการพัฒนาทักษะความรู้ ซึ่งถือได้ว่ามีจำนวนมากนั้น ก็ควรที่จะมีการพัฒนาศักยภาพด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจมีเทคนิคในการพัฒนาอาสาสมัครดังนี้

1. การเพิ่มลักษณะงานใหม่ๆ ให้แก่อาสาสมัครเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

2. การคัดกรองหรือการประเมินศักยภาพของอาสาสมัครที่มีอยู่ว่ามีความเข้าใจมากน้อยแค่ไหน

3. มีระบบการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น เช่น ต้องมีการกำหนดมาตรฐานผู้ดูแล ต้องมีวุฒิการศึกษาขั้นต่ำขึ้นใด ต้องมีการอบรมเป็นระยะๆ ทั้งก่อนการอบรม หลังการอบรม และระหว่างการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครเรียบร้อยแล้ว ซึ่งควรจะมีมาตรฐานที่สามารถชี้วัดได้ว่าเป็นอาสาสมัครที่มีศักยภาพเพียงพอต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องด้วยส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะต้องอาศัยทักษะในด้านจิตใจมากกว่าด้านอื่น

4. มีการส่งผู้ช่วยซึ่งเป็นนักวิชาชีพ เข้ามาช่วยในการสนับสนุนข้อมูลและพัฒนาทักษะต่างๆ ให้แก่อาสาสมัคร เช่น การทำหน้าที่ของนักวิชาชีพในการป้องกันโรค เรื่องสุขอนามัยในชุมชน การทำหน้าที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

บทบาทขององค์กรที่จะทำหน้าที่ประสานบริการ

กล่าวได้ว่าศูนย์พัฒนาสังคมหน่วยต่างๆ ซึ่งอยู่ในแต่ละเขตของกระทรวงการพัฒนาศังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) มีหน้าที่ในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนางานด้านการดูแลผู้สูงอายุอยู่แล้ว หากเพิ่มความรับผิดชอบในระบบการดูแลระยะยาว จะทำให้เขาสามารถรับผิดชอบได้มากขึ้น โดยขอบเขตความรับผิดชอบมี ดังนี้

1. การให้ความรู้ด้านวิชาการ และการให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ
2. การพัฒนากลไกในการเชื่อมต่อระหว่างองค์กรส่วนท้องถิ่น จังหวัด และส่วนกลาง
3. ทำหน้าที่ดูแลเรื่องของงบประมาณ มาตรฐาน กฎหมาย และข้อมูลทางวิชาการ
4. พัฒนาคณากรในศูนย์ ซึ่งในที่นี้หมายรวมถึงอาสาสมัคร ซึ่งจะทำหน้าที่เชื่อมโยงโดยลดการอาศัยเจ้าหน้าที่ของศูนย์โดยตรงเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะส่งผลให้ระบบท้องถิ่นนั้นมีการขยายตัวมากยิ่งขึ้น
5. มีการประสานเชื่อมโยงในลักษณะการสร้างนโยบายร่วมกันจากระดับล่างหรือระดับปฏิบัติสู่ระดับนโยบาย

(2) ความคิดเห็นต่อบทบาทขององค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพ

1. ระดับบูรณาการ

เห็นว่า ระบบการดูแลระยะยาวควรมีการบูรณาการในระดับท้องถิ่น คือ องค์กรบริหารส่วนตำบล โดยการดำเนินงานร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุข หรืออาจบูรณาการกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีศักยภาพ อาจดำเนินการด้วยตนเองได้ทั้งระบบ

2. ประเภทบริการ

นอกจากบริการการดูแลที่บ้าน บริการดูแลบางช่วงเวลาแล้ว การดูแลระยะยาวควรให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสุขภาพและกายภาพบำบัด เนื่องจากเป็นบริการที่มีความจำเป็นต่อการรักษาผู้สูงอายุและสามารถดำเนินการที่บ้านได้ บริการด้านสังคมที่ควรจัดขึ้นอย่างมาก คือ การดูแลเฉพาะรายและการจัดการเฉพาะรายโดยนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การดูแลได้ครอบคลุมและช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้โดยง่าย นอกจากนั้นควรมี “Friendly Elderly” ทำหน้าที่เป็นที่พึ่งพิงพาผู้สูงอายุออกนอกบ้านพักบ้าง

3. การกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะด้าน

3.1 เนื่องจากประเทศไทย ได้ผลึกภาวะความรับผิดชอบการดูแลให้ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบ ในอนาคตรัฐควรมอบหมายให้กรมฯ หนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การดูแลระยะยาว ต้องดูแลแบบครบวงจร ตั้งแต่เตรียมเกษียณจนถึงเสียชีวิต

3.2 หากเป็นไปได้ ควรยกระดับฐานะคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติให้เทียบเท่าหน่วยงานสนับสนุน เช่น สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีหน้าที่กำหนดกำกับนโยบาย โดยมอบหมายให้กระทรวงและหน่วยงานอื่นเป็นผู้ปฏิบัติ

3.3 หน้าที่ๆ ที่แท้จริงของท้องถิ่น ควรให้ท้องถิ่นมีอำนาจในการตัดสินใจได้ภายในขอบเขตของตน ส่วนกลางทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณให้ปฏิบัติตามนโยบาย และควบคุมกำกับให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด

4. ความจำเป็นในการสร้างระบบการดูแลระยะยาว

ประเทศไทยมีความจำเป็นค่อนข้างสูง เนื่องจากสถิติต่างๆ ได้แสดงให้เห็นถึงการขาดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งควรริเริ่มในการกำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวขึ้นโดยเฉพาะ เนื่องจากใช้เวลานานมากดังนั้นจึงควรริเริ่มได้แล้ว

3.3 ความคิดเห็นของหน่วยงานระดับท้องถิ่น

การบูรณาการเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับบริการ หน่วยงานมีการรวมบุคลากรบริการ และงบประมาณ จะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย ทางหน่วยงานท้องถิ่นส่วนใหญ่ต่างมีความต้องการพัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยกรณีศึกษา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ได้กล่าวถึงการดำเนินงาน ดังนี้

(1) **หน่วยงานควรจัดทำแผนการดำเนินงานและกลยุทธ์ในการทำงานที่ครอบคลุมทั้งปริมาณงาน บุคลากร และงบประมาณ** เพื่อให้การให้บริการจะสามารถทำได้ อย่างไม่มีอุปสรรค และทำให้สมาชิกในชุมชนและผู้สูงอายุ ได้รับรู้ว่าจะมีบริการชนิดใดบ้าง เมื่อไหร่ และอย่างไร

(2) **การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน** การจัดบริการผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ จะต้องเน้นการมีส่วนร่วมจากที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานที่รับผิดชอบ “หมอ อบต. ผู้นำ ผู้สูงอายุ ร่วมกันทำ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกิน ที่พักอาศัย เข้าไปช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ทุกฝ่าย” ดังนั้นหากผู้สูงอายุเจ็บป่วย “ทุกฝ่ายเป็นเครือข่ายกันช่วยเหลือกัน”

(3) **การเชื่อมประสานบริการสุขภาพและสังคม และการสร้างเครือข่าย** เนื่องจากโรงพยาบาล หน่วยงานราชการ อบต. มีที่ตั้งอยู่ใกล้กัน จะมีการพูดคุยกันร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาล หน่วยงานราชการ รวมทั้งอาสาสมัคร เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสานบริการต่างๆ แก่กัน ดังนั้น ควรร่วมมือกันสร้างระบบการประสานบริการสุขภาพและสังคมร่วมกัน รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกเครือข่าย การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน รวมถึงชุมชนควรเข้ามามีบทบาทร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งอาสาสมัครในชุมชนและจัดทำเป็นเครือข่าย

(4) **การสร้างบุคลากรที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ** ควรมีการกำหนดแนวทางการสร้างบุคลากรเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยการเพิ่มบุคลากรเฉพาะด้าน

บุคลากรที่ อบต. เห็นว่าจะทำให้การดำเนินงานช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนดียิ่งขึ้น บุคลากรในตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และแพทย์ ตามลำดับ จะช่วยเหลือการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้มากขึ้น และหากมีตำแหน่ง อบต. สามารถสนับสนุนงบประมาณได้ ในระยะยาว อบต. สามารถจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุวิชาชีพสำหรับชุมชน โดยมีแนวคิดที่จะส่งเด็กไปเรียนเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ หรือเป็นผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ที่ศูนย์ฝึกอาชีพที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ และเมื่อ เด็กเรียนสำเร็จแล้ว ทาง อบต. จะรับเข้าทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุของตำบล นอกจากนี้ สำหรับเด็กโตขึ้นระดับชั้นมัธยมศึกษาจะมีทุนการศึกษามอบให้ โดยมีคุณสมบัติว่าต้องเป็น อสม. น้อย ทำบันทึกข้อตกลงร่วมกับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์เพื่อผลิตพยาบาลชุมชน โดย อบต. สนับสนุนค่าเล่าเรียนแก่เด็กที่ได้รับทุนตลอดการศึกษา และเมื่อจบมาก็จะมีงานรองรับ

ในกลุ่มบุคลากรที่ไม่ใช่นักวิชาชีพ เช่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือ อสม. ควรมีการอบรมและส่งเสริมให้สามารถทำหน้าที่ได้มากกว่าที่เป็นอยู่ เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้ความรู้เฉพาะด้านเพิ่มขึ้น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เช่น สาธารณสุข พัฒนาสังคม และภาคเอกชน ควรร่วมมือด้านวิชาการและอื่นๆ

(5) ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อบต. ส่วนใหญ่เห็นว่า การให้บริการสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ ทั้งในด้านบุคลากรที่ให้บริการ งบประมาณด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต สิ่งอำนวยความสะดวก พัสตุ ครุภัณฑ์ต่างๆ ยังไม่พร้อม รวมทั้งความต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการ ซึ่งระดับนโยบาย คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ควรจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงาน และสนับสนุนทางด้านวิชาการ ทรัพยากร และสถานที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลและแหล่งรวมผู้สูงอายุ สำหรับองค์กรที่ให้ทุน เช่น สสส. ควรสนับสนุนงบประมาณที่นอกเหนือจากด้านสุขภาพโดยตรง อย่างไรก็ตาม อบต. บางแห่งเห็นว่า ความต้องการอันดับแรกคือ การสร้างความเข้าใจในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพราะหากมีส่วนร่วมแล้ว การดำเนินงานจะเกิดผลดี ประการสุดท้ายคือ ความต้องการสนับสนุนด้านงบประมาณ โดย อบต. สามารถสนับสนุนงบประมาณได้เป็นบางส่วน แต่ยังคงต้องการเพิ่มเติม

(6) ความคิดเห็นต่อการจัดบริการผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ อบต. ปากพูน ได้ให้ความหมายการจัดบริการผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จนั้น ผู้สูงอายุต้องได้รับบริการทั้งด้านความเป็นอยู่ สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ ฯลฯ โดยต้องเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทั้งหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ บริการสังคม และผู้บริหารท้องถิ่นมีการร่วมมือกัน มีการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร รวมถึงชุมชนร่วมกัน

นอกจากนั้นผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์ เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และบุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีจิตอาสา ดูแลงานด้านการให้บริการผู้สูงอายุ ทั้งการให้สวัสดิการและบริการอย่างทั่วถึง เสมอภาค เท่าเทียม ให้ความสำคัญเป็นธรรมกับผู้สูงอายุ และประชาชนทุกคน

สรุป

จากการนำเสนอบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย จะเห็นว่ารัฐยังไม่มี การจัดบริการประเภทนี้ขึ้นโดยเฉพาะ แต่เป็นการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยทั่วไป การดูแลระยะยาวจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวและชุมชนที่ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และบางแห่งสามารถพัฒนารูปแบบการดูแลของตนนั้นมาได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งหากในอนาคต เมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น รัฐจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้นมารองรับสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งในประเด็นความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวนั้น ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานบริการด้านสุขภาพและสังคมต่างให้ข้อคิดเห็นว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวมีความจำเป็นอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน และควรมีการบูรณาการในระดับท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน่วยงานสุขภาพคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน และหน่วยงานบริการด้านสังคม คือศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน ทำหน้าที่สนับสนุน ในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเช่นกัน และมีความเห็นว่าองค์กรของตนสามารถดำเนินการได้หากได้รับการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ บุคลากร และงบประมาณ และพร้อมที่จะพัฒนาระบบให้เข้มแข็งต่อไป

บทที่ 6

ข้อควรพิจารณาและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ความจำเป็นในการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการของประเทศไทย ได้ทวีความสำคัญตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความพยายามที่จะจัดบริการให้สามารถรองรับกับความต้องการการดูแลระยะยาวดังกล่าวนี้ เป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างมากต่อผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร และผู้จัดบริการด้านสุขภาพและสังคม ในการสร้างระบบการสนับสนุนให้เกิดการดูแลระยะยาวที่ดีในครอบครัว ให้เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการพัฒนาระบบบริการการดูแลให้สามารถตอบสนองของความต้องการบริการของผู้สูงอายุให้มากที่สุด พบว่าในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดการจัดบริการโดยครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐาน ช่วยลดภาระการดูแลในสถาบัน และมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้นในระดับหนึ่ง การจะบูรณาการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุด้านสุขภาพและสังคม ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสถาบันที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบจึงไม่ใช่เรื่องใหม่ หรือเป็นเรื่องยากสำหรับสังคมไทย ดังนั้นการสร้างระบบบูรณาการในบทนี้ จึงมีเนื้อหาที่สำคัญที่นำเสนอแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อควรพิจารณาในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

ตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ตอนที่ 1 ข้อควรพิจารณาในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ชุมชน และสถาบันในการจัดบริการการดูแลระยะยาวนั้น เป็นแนวทางหนึ่งในระยะเริ่มต้นของการบูรณาการ เป็นการผสานแนวคิดเพื่อการนำเสนอบริการที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุให้ครบทุกด้าน ซึ่งผู้สูงอายุโดยมากต้องการการดูแลในด้านสุขภาพและสังคมมากที่สุด สำหรับด้านสุขภาพนั้น พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว มักเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการรักษาอาการเจ็บป่วยทางร่างกายในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล สถานบำบัดฟื้นฟูต่างๆ และภายหลังจากได้รับการรักษาทางการแพทย์แล้ว ผู้สูงอายุส่วนมาก

จะต้องกลับมาพักผ่อน และฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องที่บ้านของตนเอง แต่ปัญหาที่พบคือ การขาดสถานบริการเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องกลับสู่ครอบครัว ในขณะที่ครอบครัวไม่มีความพร้อม ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความวิตกกังวล และขาดความสามารถทั้งความรู้และทักษะในการดูแล ดังนั้นประเด็นสำคัญคือการทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถในการดูแลเพื่อช่วยในการบำบัดฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุให้กลับคืนสภาพที่ดีโดยเร็ว ด้วยเหตุนี้แนวคิดในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบ้าน ชุมชน และสถาบันในการดูแลผู้สูงอายุ จึงได้กลายเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาแนวทางการจัดบริการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม การริเริ่มดำเนินการ ควรมีการพิจารณาถึงสาระสำคัญเกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวเป็นบางเรื่อง เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน

ดังนั้น ก่อนที่จะมีการกำหนดแนวทางการบูรณาการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยนั้น มีข้อควรพิจารณาที่ต้องทำความเข้าใจร่วมกันในระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้วางแผน และผู้เกี่ยวข้อง ในประเด็นสำคัญต่างๆ ดังนี้

1. การทำความเข้าใจกับความหมายของการดูแลระยะยาว

โดยความหมายของการดูแลระยะยาวนั้นในงานวิจัยนี้ได้นิยาม การดูแลระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งความหมายของการดูแลระยะยาวดังกล่าว ก่อให้เกิดข้อถกเถียงถึงขอบเขตความรับผิดชอบของระบบการดูแลระยะยาว โดยงานวิจัยเรื่องนี้สนับสนุนและหมายถึงกลุ่มผู้รับบริการ ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเอง หรือไม่สามารถดูแลตนเอง หรือทำกิจกรรมตามปกติได้ ไม่ว่าจะเป็นภาวะทุพพลภาพด้านร่างกาย หรือด้านการรับรู้ก็ตาม ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุนั้นครอบคลุมผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้มีโรคความจำเสื่อม (Alzheimer) ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นหรือมีภาวะพึ่งพาในระดับ 3-4 ขึ้นไป *

* ภาวะพึ่งพาในระดับ 3 หมายถึง การพึ่งพามาก มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

การดูแลระยะยาวที่ดีต้องเป็นการผสมผสานกิจกรรมจากหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน หน้าที่หลักของการดูแลระยะยาว คือบริหารจัดการบริการทุกประเภทสำหรับผู้รับบริการ ดังนั้น ประเด็นนโยบายของการดูแลระยะยาวจึงครอบคลุมสาระสำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ

(1) วิธีการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคืออะไร วิธีการบูรณาการบริการที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ กระทบได้อย่างไร

(2) การบริการดังกล่าวควรได้รับเงินทุนจากแหล่งใด / ค่าใช้จ่ายควรเป็น ค่าใช้จ่ายของรัฐ/หน่วยงาน หรือของบุคคล

จะเห็นว่า สาระสำคัญของระบบการดูแลระยะยาวคือ การบริหารจัดการระบบบริการต่างๆ ให้เหมาะสมที่สุด และให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการโดยง่าย

2. การกำหนดประเภทบริการและสถานที่

ปัญหาการกำหนดประเภทบริการและสถานที่ให้บริการค่อนข้างมีความซับซ้อน และเกิดความเข้าใจผิด เฉพาะอย่างยิ่งการนำคำเหล่านั้นมาใช้ในประเทศไทย เนื่องจากประเทศต่างๆ ทั้งในยุโรป สหรัฐอเมริกา และกลุ่มเอเชีย ต่างกำหนดชื่อเรียกประเภทบริการที่แตกต่างกัน รวมทั้งอาจแตกต่างกันในสถานที่ให้บริการด้วย ในอนาคตหากประเทศไทยมีระบบการดูแลระยะยาวที่สมบูรณ์แล้ว อาจร่วมกันบัญญัติศัพท์ขึ้นมาใช้ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของผู้สูงอายุได้

รูปแบบของบริการการดูแลระยะยาวมีหลากหลายลักษณะ อาทิ การดูแลการบำบัดโรคโดยแพทย์ การดูแลส่วนบุคคล การดูแลที่บ้าน ระบบการช่วยเหลือฉุกเฉิน บริการติดตามและเฝ้าระวังทางโทรศัพท์ การส่งอาหารถึงบ้าน การซ่อมแซมบ้าน บริการการเดินทาง การดูแลกลางวัน และบริการอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ ขณะที่สถานที่ให้บริการได้แก่ บ้านพัก สถานสงเคราะห์ สถานบริบาล โรงพยาบาล และสถานบริการอื่นๆ โดยนิยมใช้ชื่อตามสถานที่ที่ให้บริการ เช่น การดูแลที่บ้านแต่การใช้ชื่อดังกล่าวบางครั้งทำให้เกิดความสับสนและเกิดความเข้าใจผิด ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน (acute care) ซึ่งไม่สามารถระบุสถานที่ในการดูแลได้ นอกจากนี้ การพยายามลดเวลาการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้มีการผนวกการติดตามอาการและการฟื้นฟูเข้ากับการดูแลระยะยาว ตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา การดูแลหลังได้รับการรักษาจากภาวะเฉียบพลัน (Post acute-care) อยู่ในรูปการดูแลที่บ้าน โดยหน่วยงานหรือองค์กรด้านการฟื้นฟูผู้ป่วย ทั้งนี้ บริการการดูแลระยะยาวยังครอบคลุม

ภาวะพึ่งพาระดับ 4 หมายถึง การพึ่งพาโดยสมบูรณ์ มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

บริการระยะกลาง (Intermediate care) ในบางประเทศระบุถึง บริการดูแลทดแทน (Respite care) การฟื้นฟู และการจัดการรายกรณี (Case management) เป็นต้น บริการดูแลทดแทน (Respite care) ได้รับความนิยมจากผู้จัดบริการเพราะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้แน่นอน บริการประเภทนี้ประกอบด้วย บริการดูแลที่บ้าน การดูแลช่วงกลางวัน การดูแลค้างคืนชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้มีเวลาพักผ่อนส่วนตัว สามารถกำหนดได้อย่างชัดเจนว่าจะให้บริการนี้แก่ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มใด ในสหรัฐอเมริกามีความแตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ เช่น ในบางรัฐบริการนี้ครอบคลุมผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม แต่ไม่ครอบคลุมผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งทำให้ขอบเขตการดูแลระยะยาวกว้างขวางขึ้น

ในประเทศสหรัฐอเมริกานั้น บ้านพักคนชราเป็นส่วนสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว ขณะที่ประเทศอังกฤษให้ความสำคัญกับการดูแลโดยชุมชนมากกว่า อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่กลางทศวรรษ 1980 เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในประเทศอังกฤษ เมื่อจำนวนบ้านพักมีเพิ่มมากขึ้น แตกต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่จำนวนบ้านพักลดน้อยลงแต่มีบริการใหม่ๆ เพิ่มขึ้นแม้ว่าการให้บริการโดยทางการจะมีจำนวนมากขึ้น แต่การดูแลโดยครอบครัว (คู่สมรส และบุตรสาว) ยังคงมีสัดส่วนที่สูงกว่า (เท่ากับ 90% ของบริการการดูแลระยะยาวทั้งหมด) ตัวเลขดังกล่าวคงที่แม้ว่าในปัจจุบันผู้หญิงออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้น เป็นที่คาดการณ์ว่า การดูแลโดยครอบครัวจะมีสัดส่วนสูงในอนาคต เพราะอายุเฉลี่ยของประชาชนสูงขึ้นนั่นเอง ดังนั้นการนำชื่อต่างๆ มาเรียก ต้องทำความเข้าใจกับคุณลักษณะบริการแต่ละประเภทให้ชัดเจน มิเช่นนั้นจะเกิดการถกเถียงและความเข้าใจผิดขึ้นได้

เนื่องจากบริการการดูแลระยะยาวในต่างประเทศเป็นการจัดบริการโดยภาคเอกชน จึงเกิดการแข่งขันด้านการตลาดที่จะนำเสนอโครงการและบริการต่างๆ ให้มากขึ้น เช่น การใช้ชีวิตโดยได้รับการช่วยเหลือ (Assisted living) เพื่อแก้ไขปัญหาบางประการอันเกิดจากข้อจำกัดของการดูแลที่บ้าน ให้เงินอุดหนุนบริการสำหรับผู้มีรายได้น้อย โครงการการใช้ชีวิตโดยได้รับการช่วยเหลือ ครอบคลุมที่พักอาศัยที่มีห้องน้ำ ห้องครัว และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในตัว และมีอาหาร 3 มื้อ รวมทั้งมีบริการการดูแลระยะยาวประเภทต่างๆ เตรียมพร้อมบริการผู้เช่า (ผู้เช่าสามารถเช่าอยู่กับสามีภรรยาได้) ทำให้ผู้รับบริการต้องการระบบสำหรับจำแนกบริการ และเปรียบเทียบบริการและราคาเพื่อตัดสินใจว่าตนควรเลือกใช้บริการใดเพิ่มมากขึ้น

การขยายบริการเหล่านี้ ทำให้รูปแบบของการดูแลระยะยาวมีความหลากหลายชนิด และประเภทมากยิ่งขึ้น ดังนั้นไม่ควรยึดติดกับคำนิยาม และคำเรียกชื่อ แต่ควรพิจารณาว่าบริการนั้นๆ สามารถแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมหรือไม่

3. การทำความเข้าใจนโยบายระดับชุมชน

สิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดการบูรณาการบริการที่ดีคือ การที่ชุมชนได้กำหนดนโยบายการดูแลโดยชุมชนขึ้น ซึ่งการดูแลโดยชุมชน หรือการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) หมายถึง การบริการที่จัดให้ในชุมชนหรือที่บ้านของผู้รับบริการ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์ฟื้นฟูสภาพหรือศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ กลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางการแพทย์ บริการพยาบาล และบริการช่วยเหลืองาน บ้าน) บริการส่งอาหารถึงบ้าน บริการปรับปรุงบ้านเรือน (ติดตั้งราวยึดจับ พื้นผิวกันลื่น พื้นต่างระดับ) บริการสายด่วนสำหรับผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินและบริการให้คำปรึกษา และบริการอื่นๆ เช่น บริการซักผ้าสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ บริการเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัคร บริการเพื่อนบ้านช่วยเพื่อนบ้าน บริการคลายทุกข์และจัดการทำพิธีศพ และบริการสัญญาช่วยเหลือเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2550 น. 43-45)

บริการต่างๆ ที่จัดนั้นกล่าวได้ว่า เป็นการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งมีหน้าที่หลักในการให้บริการการจัดระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน รวมทั้งเพื่อเป็นการลดการพึ่งพาต่อระบบบริการในสถาบันซึ่งมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงมาก นอกจากบริการเหล่านี้แล้ว บริการในชุมชนยังมีการจัดบริการที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วย เช่น มีการจัดบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) สำหรับช่วงพักฟื้น หรือบริการการส่งต่อในระยะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน

บริการการดูแลโดยชุมชนเป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการของประชาชนหลากหลายรูปแบบ รวมทั้งเป็นการสร้างให้เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าในด้านจิตใจ และการดำรงชีวิตด้านสังคมรวมถึงด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลทั้งในด้านสังคมและจิตใจ และการดูแลด้านการพยาบาล แต่พบว่าในปัจจุบันการดูแลโดยชุมชนนั้นยังเน้นเพียงการดูแลด้านการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าการดูแลทางด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งทำให้ระดับและขนาดของความต้องการการดูแลมีเพิ่มขึ้น แต่นโยบายและบริการที่มีอยู่ มีข้อจำกัด และไม่เพียงพอ ขณะที่การให้บริการด้านสุขภาพมีรูปแบบ วิธีการใหม่ๆ ทรัพยากรมีจำนวนน้อย และมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทำให้บริการโดยชุมชน เฉพาะอย่างยิ่ง รูปแบบบริการที่ไม่เป็นทางการโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

ใดๆ ทำให้ไม่ค่อยได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ซึ่งบริการบางประเภทนี้มีมากในสังคมชนบทไทย และยังต้องมีการพึ่งพาบริการสนับสนุนอื่นๆ อีกหลากหลายบริการ

นอกจากนี้ การดูแลโดยชุมชนควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแล เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีได้ โดยข้อเท็จจริงพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มาจากเครือข่ายของครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ต้องทำหน้าที่ในการดูแลโดยลำพัง ไม่ค่อยได้รับการสนับสนุน รวมถึงได้รับความช่วยเหลือ ทั้งเรื่องเงินค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ หรือความช่วยเหลือด้านต่างๆ เท่าใดนัก ดังนั้นนโยบายการดูแลโดยชุมชนควรครอบคลุมการพัฒนาผู้ดูแลในทุกด้าน รวมทั้งการสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้ดูแล สำหรับประเทศไทย การวางแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนนั้น อาจกล่าวได้ว่าจะต้องมีการพัฒนาอีกหลายด้าน เริ่มตั้งแต่การศึกษาโครงสร้างประชากรซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ทั้งอัตราการเกิดที่ลดลง การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากร รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว โครงสร้างของเมือง การอพยพย้ายถิ่น ดังนั้นขอบเขตของนโยบายชุมชนจึงควรมีการวางแผนและการจัดสรรอย่างเหมาะสม ระหว่างนโยบายด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบเช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรพิจารณาและดำเนินการในเรื่องนี้ อย่างจริงจัง

4. การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการระดับพื้นที่ /ชุมชน

การจะพัฒนาระบบการบูรณาการบริการให้ประสบความสำเร็จนั้น จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ทำให้เกิดบทเรียนรู้สำหรับประเทศไทย ในกรณีที่จะพัฒนาระบบขึ้นใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการในระดับรากหญ้า และความต้องการของประชาชนระดับล่าง ร่วมกันรับผิดชอบในการออกแบบระบบการดูแลกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับท้องถิ่นทั้งหมด การออกแบบระบบต้องแตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่ โดยพิจารณาจากทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน คุณลักษณะของผู้รับบริการ ครอบครัว สิ่งสาธารณูปโภค และสภาพภูมิศาสตร์ โดยมีเป้าหมายให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว

นอกจากนั้น รูปแบบการบูรณาการควรพัฒนามาจากแนวคิดการผสมผสานระหว่างบริการสุขภาพและบริการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ซึ่งการจะบูรณาการอย่างสมบูรณ์นั้นต้องมีองค์ประกอบหลักในการประสานบริการต่างๆ รวมทั้งมีการประสานแผนงาน งบประมาณ และรูปแบบการประเมินและติดตามผลร่วมกัน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องสร้าง

ความเข้าใจกับผู้ใช้บริการและครอบครัวในเบื้องต้น เพื่อให้เข้าใจระบบวิธีการเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

5. การเพิ่มการกระจายบริการและควบคุมคุณภาพ

การสร้างบริการให้ครอบคลุมและเข้าถึงผู้รับบริการอย่างถ้วนหน้า เป็นเรื่องสำคัญการจะพัฒนาระบบบูรณาการให้มีความเหมาะสมนั้น Brodsky และคณะ (2001) ได้นำเสนอไว้ดังนี้

(1) ประเด็นเกี่ยวกับการจัดให้มีบริการที่เพียงพอเป็นเรื่องที่หลายๆ ประเทศได้ตระหนักถึงยุทธวิธีพื้นฐานที่ได้ดำเนินการเพื่อขยายบริการ คือการสนับสนุนหน่วยงานที่แสวงกำไร หรือกลุ่มธุรกิจให้เข้าไปสู่ตลาดการให้บริการระยะยาว เพื่อเป็นทางเลือกของกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้

(2) ในขณะที่หน่วยงานที่ให้บริการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การแข่งขันด้านคุณภาพก็เพิ่มขึ้น โดยแต่ละแห่งไม่คำนึงถึงราคาค่าบริการ (ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะกำหนดไว้ตายตัว) การแข่งขันด้านคุณภาพเช่นนี้ ทำให้บริการมีมาตรฐานและถูกตรวจสอบตลอดเวลา และบริการระหว่างคนรวยกับคนจนไม่ถูกแบ่งแยก

(3) หลายประเทศใช้การจัดระดับของวิธีการให้บริการ เพื่อกำหนดค่าบริการ โดยกำหนดราคาในระดับต่ำสุดสำหรับการให้บริการ และกำหนดระดับสูงสุดของสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ และการกำหนดผู้จ่ายค่าบริการร่วม นอกจากนั้นยังมีวิธีการอื่นๆ เช่น ประเทศอิสราเอล ใช้การทดสอบระดับความเหมาะสม (Mean Test) เพื่อกำหนดราคาค่าบริการ ในขณะที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้นำเรื่องบทบาทการสนับสนุนของครอบครัวมาพิจารณาร่วมด้วย

(4) ยุทธวิธีพื้นฐาน ที่ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศ คือ การกระจายบริการให้ครอบคลุมจำนวนประชาชนให้มากที่สุด มากกว่าที่จะเน้นการให้บริการที่เน้นเฉพาะเรื่อง และใกล้ชิดสำหรับประชาชนกลุ่มเล็กๆ โดยไม่มีหลักฐานยืนยันว่า ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและตรงตามความต้องการของเขา อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นสำหรับประเทศเนเธอร์แลนด์ซึ่งมีระบบการประเมินผลที่เหมาะสมในการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการอยู่ตลอดเวลา

ข้อแนะนำดังกล่าวนี้ ค่อนข้างมีความสำคัญต่อการวางระบบบริการการดูแลระยะยาว ซึ่งต้องพิจารณาถึงมาตรฐานในบริการและวางระบบการตรวจสอบไว้ล่วงหน้า อันเป็นการควบคุมทั้งคุณภาพและการพัฒนาวิธีการให้บริการไปพร้อมๆ กัน

6. การแก้ไขปัญหการให้บริการอย่างเป็นระบบ

ในการนำแนวคิดการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสังคมเข้ามาใช้นั้น นอกจากเทคนิคต่างๆ ที่จะช่วยให้การบริหารจัดการงานบริการมีประสิทธิภาพแล้ว กลวิธีการทำงานหรือเคล็ดลับเฉพาะในการทำงานก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่จะช่วยเติมเต็มให้ระบบการบริการสามารถขับเคลื่อนไปได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งในการแสวงหากลวิธีในการทำงานมักเกิดจากสภาพปัญหาในการให้บริการหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการบริหารจัดการ และด้านงบประมาณสำหรับให้บริการซึ่งมีเพียงเล็กน้อย ทำให้จัดบริการได้ไม่เต็มที่ เกิดภาพที่ไม่เหมาะสมต่อระบบบริการ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ อีกที่ส่งผลต่อการจัดระบบบริการ ซึ่งการพัฒนากระบวนการให้บริการแบบบูรณาการนั้น ควรคำนึงถึงปัญหาต่างๆ ที่คาดว่าจะก่อให้เกิดผลต่อการจัดบริการ ซึ่งกลวิธีในการพัฒนาระบบการให้บริการนั้นมักได้แนวทางมาจากปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการทำงาน ซึ่งได้แก่

(1) การมีความรู้เฉพาะด้านของผู้ให้บริการ ที่ไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาของผู้รับ บริการอย่างรอบด้าน

(2) การขาดความรู้ ข้อมูล และการฝึกอบรมที่จำเป็นในกลุ่มผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แต่ละฝ่ายมีความรู้ด้านวิชาชีพของตน แต่ขาดความรู้ด้านการประสานงาน และการบริหารบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

(3) การขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบริหารระบบดูแลสุขภาพโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบการส่งต่อผู้รับบริการที่มีภาวะของอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจากบ้านไปโรงพยาบาลและจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว เมื่อมีการวิเคราะห์หาเหตุและผลแล้ว ทำให้เห็นได้ว่าปัญหาต่างๆ เกิดจากการที่แต่ละหน่วยงาน ต่างแยกการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมออกจากกัน ในขณะที่ผู้รับบริการมีปัญหาและความต้องการที่หลากหลาย และควรได้รับบริการแบบองค์รวมไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นการแสวงหาแนวทางและวิธีการบูรณาการระบบบริการจึงเกิดขึ้น ซึ่งบัทเลอร์และคณะ (Butler and others, 1998) ได้เขียนบทความเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหการไม่บูรณาการบริการสำหรับประเทศต่างๆ สรุปได้ว่าควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการชี้แนวทางของนโยบายและทรัพยากรมุ่งเน้นการบริหารจัดการการดูแลในท้องถิ่นเป็นหลัก มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม สนับสนุนการให้บริการแบบบูรณาการ (Service Mix) และสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการกับการดูแลภายในครอบครัว

7. การเปลี่ยนแปลงนโยบายหลัก

การเปลี่ยนแปลงนโยบายหลักของประเทศ และการจัดการระบบต่างๆ จะต้องมีการผสมกันอย่างเหมาะสม โดยต้องเริ่มจากหน่วยงานหลักแล้วจึงเชื่อมโยงสู่ชุมชนและครอบครัว และเน้นความต้องการของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน (Butler และคณะ, 1998) ส่วน Coleman (1995) ได้เสนอบทความเรื่อง รูปแบบของยุโรปในการดูแลผู้ปวยระยะยาวที่บ้านและชุมชน (European Model of Long-Team Care in the Home and Community) ว่า รัฐบาลกลางของประเทศสวีเดน เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักรได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวโดยแก้ไขปรับปรุงคุณภาพการดูแล มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และควบคุมค่ารักษาพยาบาลให้ต่ำลง โดยมียุทธวิธีในการดำเนินการดังนี้ (Butler and others, 1998)

(1) ไม่สนับสนุนการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มเติมแต่หันไปสนับสนุนการพัฒนาให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้านมากขึ้น

(2) ถ้ายอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังส่วนการปกครองท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างใกล้ชิดและตรงตามความต้องการ

(3) พัฒนาเทคนิคในการบริหารจัดการการดูแล ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละรายได้

(4) ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาการกระจายบริการ และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ

แนวทางและกลวิธีดังกล่าว ให้ความสำคัญกับการมีหน่วยงานประสานบริการทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทรัพยากร โดยให้ความสำคัญกับหน่วยงานที่ใกล้ชิดผู้รับบริการมากที่สุด คือ หน่วยงานระดับท้องถิ่นว่าควรเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ประสานบริการเหล่านี้ สำหรับหน่วยงานที่ให้บริการอยู่แล้ว ควรมีการบูรณาการบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน ให้เป็นบริการทางเลือกสำหรับผู้รับบริการในหลายๆ ทาง พัฒนาระบบการให้บริการร่วมกัน และควรจะมีการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างบริการในสถาบัน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งประสานระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ดูแล และผู้รับบริการด้วย

ตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

เนื่องจากบริการการดูแลระยะยาวที่เป็นระบบเฉพาะยังไม่เกิดขึ้นในประเทศไทย สิ่งที่มีอยู่คือการจัดบริการรูปแบบต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยรวมผู้สูงอายุทุกลักษณะ ทั้งผู้ที่มีร่างกายปกติผู้เจ็บป่วย ผู้พึ่งพิงตนเองได้ และผู้เข้าสู่ภาวะพึ่งพาเข้าด้วยกัน ทำให้การจัดบริการไม่ได้ผลดีมากนัก การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย ควรเริ่มจากการแยกประเภท ของผู้รับบริการออกอย่างชัดเจน และกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาเป็นกลุ่มหลักในการให้บริการ โดยการริเริ่มบริการประเภทนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งระยะเวลาเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 ระยะเริ่มต้น

ควรมีการจัดทำโครงการทดลองในระดับตำบล (ท้องถิ่น) เพื่อสร้างกระแส และเรียนรู้ศักยภาพในการให้บริการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดโครงการทดลอง โดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นแกนนำ ให้องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหัวหน้าทีม มีกระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ และ/หรือศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) เป็นหน่วยงานสนับสนุน
2. พัฒนานโยบายร่วมกัน รวมทั้งพัฒนาทีมงานด้วย
3. พัฒนาระบบบริการเฉพาะอย่างยิ่งระบบการเข้าถึงบริการและส่งต่อผู้รับบริการ
4. ประเมินผล และถอดบทเรียน
5. เผยแพร่ความรู้ที่ได้ไปสู่สาธารณะ เพื่อสร้างการตระหนักรู้แก่ชุมชนและนำไปสร้างระบบบูรณาการต่อไป

ช่วงที่ 2 ระยะกลาง

เนื่องจากการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เป็นบทบาทหน้าที่หลักของท้องถิ่น ซึ่งหลังจากการทดลองในระยะเริ่มต้นแล้วคาดว่า หน่วยงาน สังคม ชุมชน ผู้สูงอายุ และครอบครัว จะเกิดการรับทราบ และการเรียนรู้ในระดับหนึ่ง ดังนั้นช่วงระยะเวลากลาง ควรดำเนินการดังนี้

1. คัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีความพร้อม เช่น มีการจัดบริการผู้สูงอายุถึงบ้าน มีการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพและสังคมเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น

2. กำหนดคณะกรรมการบริหารระดับท้องถิ่น ที่มาจากหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ด้านสังคม ท้องถิ่น ประชาชน ผู้แทนครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้แทนผู้ดูแล เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายการจัดรวมบริการและการบริหารงาน

3. สร้างระบบการเข้าถึงบริการ (Point of Entry) ให้สามารถมีช่องทางเข้าถึงโดยง่าย สะดวก และหลากหลายวิธี

4. ประเมิน/ติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งการรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวผู้ใช้บริการด้วย

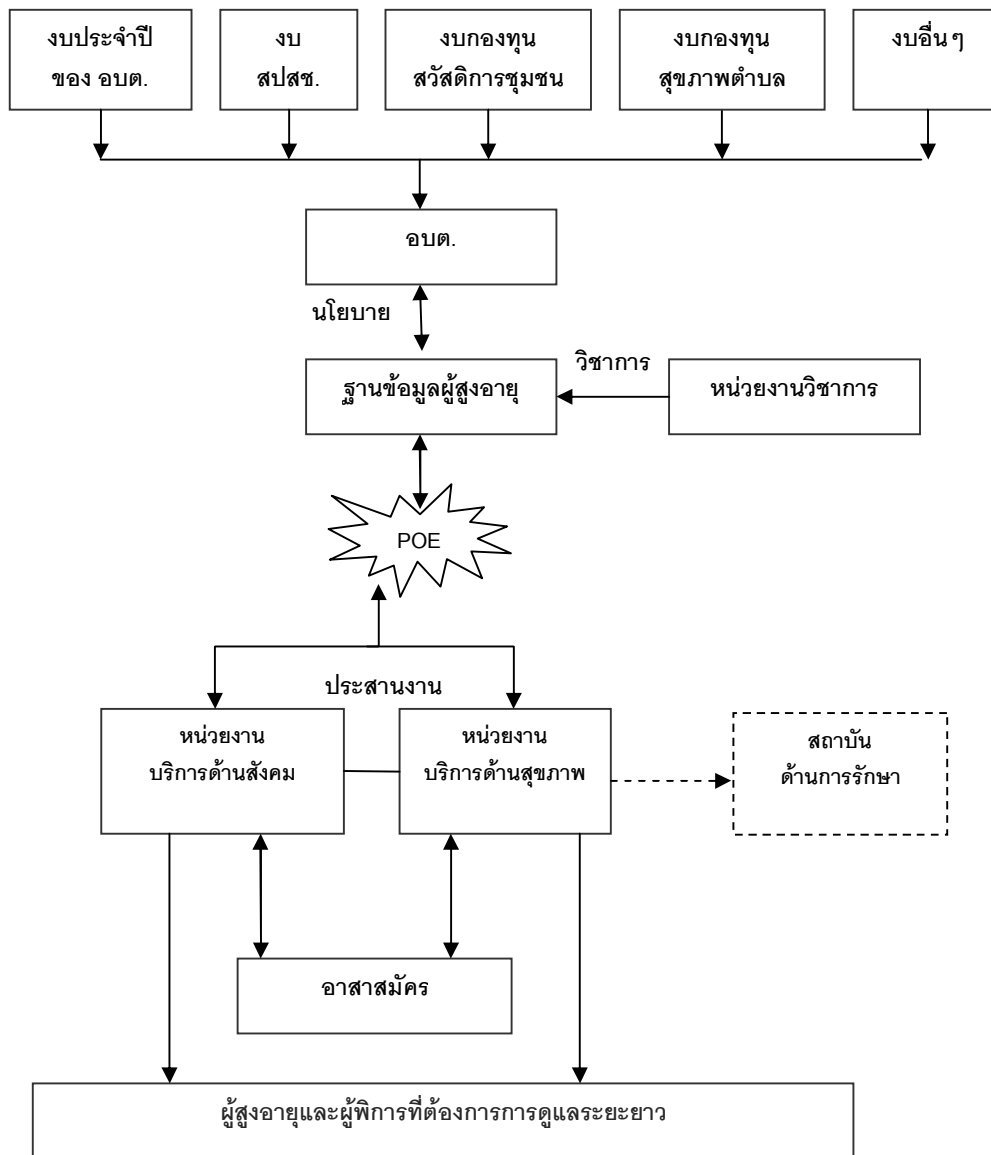
5. สร้างและพัฒนามาตรฐานการให้บริการ การพัฒนาทีมงาน และบุคลากรอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง

6. ถอดบทเรียน และรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน

7. ถ่ายทอดความรู้สู่สาธารณะ

(ผังแผนภาพ 6.1)

แผนภาพ 6.1 โครงสร้างการบูรณาการบริการผู้สูงอายุในตำบล



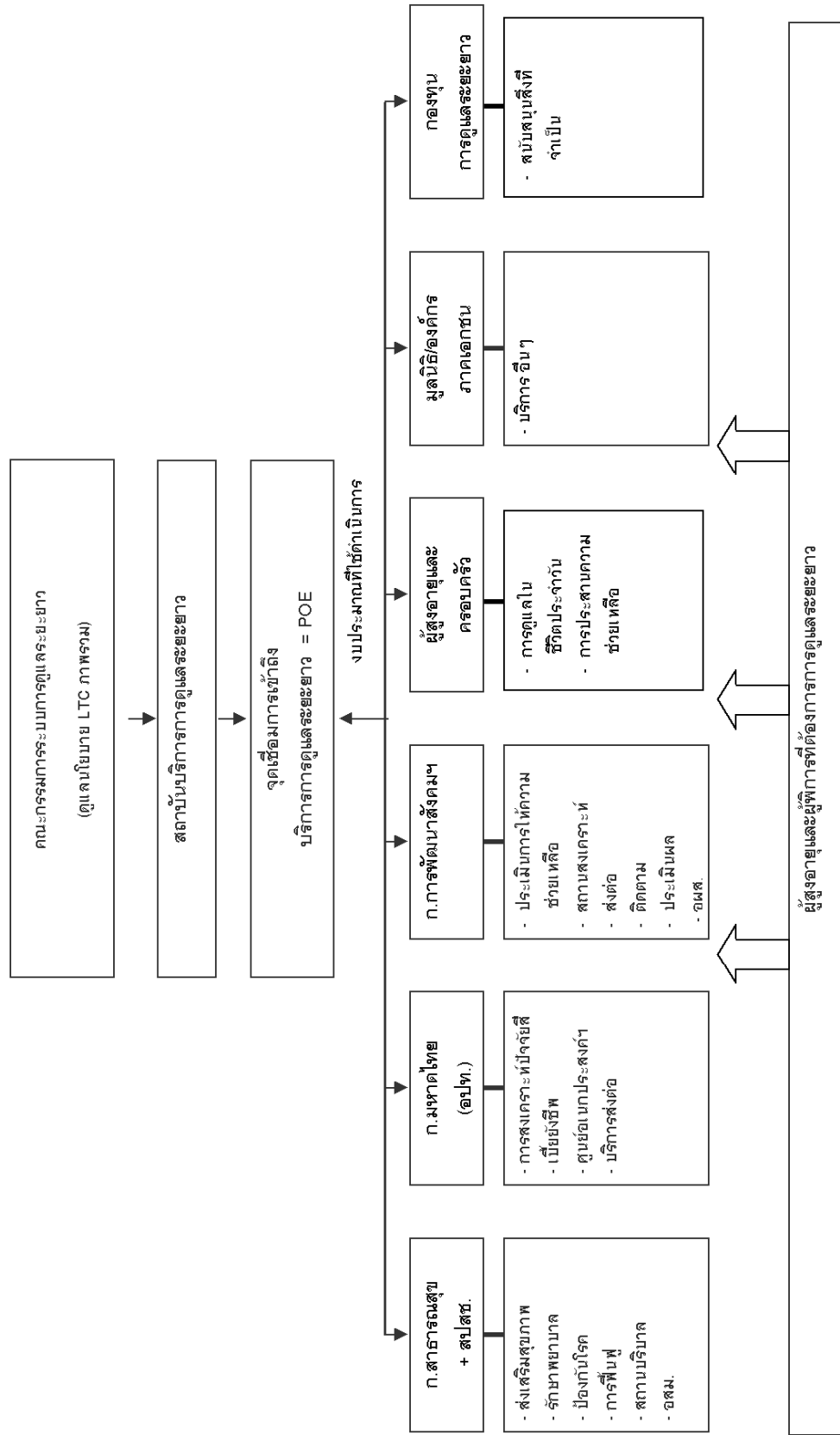
ช่วงที่ 3 ระยะเวลาสู่ระบบที่สมบูรณ์

ในอนาคตประชากรสูงอายุไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 ขณะเดียวกัน โครงสร้างครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง และเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุลดลง ความจำเป็นของการสร้างหน่วยงานรับผิดชอบการดูแลระยะยาวขึ้นโดยเฉพาะจะเป็นสิ่งจำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่ได้ยาก ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่สมบูรณ์ จึงควรเกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ปรับโครงสร้างองค์กร โดยสร้างระบบบูรณาการขึ้นใหม่ แยกส่วนออกมาจากระบบที่มีอยู่เดิม
2. จัดสร้างระบบการเงิน เพื่อให้การบริการขึ้นใหม่ โดยรวมงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการ
3. จัดทำระบบการเข้าถึงบริการ (POE)
4. กำหนดความรับผิดชอบ / ประเภทบริการของแต่ละหน่วยงานที่มีความชำนาญอยู่เดิม ให้ยังคงให้บริการตามความเชี่ยวชาญ แต่ภายใต้การบริหารขององค์กรใหม่ โดยใช้ระบบ POE เป็นตัวเชื่อม เป็นการจัดบริการภายใต้การจัดการขององค์กรเดียว
5. พัฒนามาตรฐานการดูแลระยะยาว และสร้างเกณฑ์ในการบังคับใช้
6. ขยายบริการ โดยให้เอกชนร่วมรับผิดชอบภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรหลัก

(ผังแผนภาพ 6.2)

แผนภาพ 6.2 โครงสร้างการทดลองการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย



บรรณานุกรม

หนังสือภาษาไทย

- จรัส สุวรรณมาลา, 2542. **รัฐบาล-ท้องถิ่น ใครควรจัดบริการสาธารณสุข** กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2551. **การคลังท้องถิ่น รวมบทความวิจัยเพื่อเพิ่มพลังให้ท้องถิ่น** กรุงเทพฯบริษัท พี.เอ. ดีฟวิง จำกัด
- ธัญลักษณ์ นันทมนตรี, 2550. **ปัจจัยนำไปสู่การบริหารจัดการที่ดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นศึกษากรณีเทศบาลนครปากเกร็ด** วิทยานิพนธ์ภาคศึกษารัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพนนท์ วรรณเทพสกุล, 2550. **นโยบายสาธารณสุขท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ บทวิเคราะห์ นโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพิมพ์เด็อนตุลา.**
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ, 2552. **รายงานวิจัยเรื่อง ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย**
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ, 2545. **“ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย”** ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- วาทินี บุญชะลิกษ์ และยุพิน วรสิริอมร, 2548. **รายงานวิจัยเรื่องภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ นภาพร ชโยวรรณ มาลินีวงศ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ สุคริน บางแก้ว และ ชเนตตี มลิินทางกูร, 2551 **“รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2(พ.ศ.2545-2564)”** กรุงเทพมหานคร วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552. **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจพรีน2

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549. **สวัสดิการผู้สูงอายุ : แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคม**

สงเคราะห์. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก็อปปี (ประเทศไทย)

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, ผ่อง

พรรณ อรุณแสง, 2552. **การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.**

ภายใต้การจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

ศิริวรรณ ศิริบุญ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ บุศริน บางแก้ว และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2547.

การศึกษาข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมโดยตรง (Direct stake holders) ต่อรูปแบบต้น

สังกัดของสถานีอนามัยในเขตอำเภอบ้านแพ้วภายหลังการออกนอกระบบ

ราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว. วิทยาลัยประชากรศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์

และคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2552. **สุขภาพคนไทย 2552 : เพื่อสุขภาวะแห่งมวล**

มนุษย์ หยุดความแรง. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549. **โครงการสร้างและขยายโอกาสในการ**

เข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน

ปลัดกระทรวงแรงงาน

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549. **โครงการสร้างและขยายโอกาสในการ**

เข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน

ปลัดกระทรวงแรงงาน.

สมคิด เลิศไพฑูรย์, 2547. **กฎหมายการปกครองท้องถิ่น** กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรี

และราชกิจจานุเบกษา.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548. **คู่มือการดำเนินงานการ**

ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542. **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ:

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2545. **ใกล้ใจ บริการสุขภาพใกล้บ้าน.** กรุงเทพฯ : สำนักงาน

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข,

อุไร หัตถกิจ และคณะ, 2544. รายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้ ภายใต้การสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทความ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ, 2550. "อสม. ศักยภาพและยุทธศาสตร์ใน
สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง" หมออนามัย ปีที่ 17 ฉบับที่ 3

ชลลดา สิทธิทูลย์ และคณะ, 2551 (กองบรรณาธิการ) "บทบรรณาธิการ" ในจดหมายข่าว
มสช. ปีที่ 6 ฉบับที่ 5 เดือนกันยายน-ตุลาคม.

เอกสารอื่น

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, 2550. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแล
ระยะยาว. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ ระหว่าง วันที่ 7-9 กุมภาพันธ์
กรุงเทพมหานคร.

รายงานการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กผส.ครั้งที่ 4/2552 ว23212 วันที่ 5 มิ.ย.
2552

สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2550. การประชุมวิชาการประจำปี 2550
เรื่อง การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย ระหว่างวันที่ 21
- 23 พ.ย. 2550. หนังสือประกอบการประชุม.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร ,2547. "ระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการ ภายใต้ระบบประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า". เอกสารวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุม
วิชาการ พลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 10-20. นนทบุรี.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข .

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2545. นโยบายเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บทเรียนจาก
ประเทศเพื่อนบ้าน. งานนำเสนอประกอบการบรรยาย สืบค้นจาก [http://dental.
anamai.moph.go.th/oralhealth/elderly/anamai/Richmond_Feb50/set1_
ageingpolicy.ppt](http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/elderly/anamai/Richmond_Feb50/set1_ageingpolicy.ppt),

นางลักษณ์ พะไถยะ, 2551. **ความต้องการ กำลังคนด้านสุขภาพ**. สืบค้นจาก

http://www.thainhf.org/document/media/media_677.pdf.

วัลภา ทับแก้ว สืบค้นจาก <http://202.29.55.4/General/pdf/m2.pdf>

Books and Journal

Allison Armour-Garb (2004) **Point of Entry Systems for Long-Term Care: State Case Studies**. DRAFT. prepared for the New York City Department for the Aging, April 30.

Andy Alaszewski and other. (2003) **Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom**, University of Kent at Canterbury

Brody, Elaine. (1977). **Long – Term Care for of Older Pelple**. New York: Human Sciences Press.

Contrandripoulos, A-P., J-L. Denis, N. Touati, and C. Rogriguez. (2003). **The Integration of Health Care: Dimensions and Implementation**. Working Paper No 4-01. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Montréal: Université de Montréal.

Fischer, L., C. Green, M. Goodman, K. Brody, M. Aickin, F. Wei, L. Phelps, and W. Leutz. (2003). *“Community-based care and risk of nursing home placement.”* **Medical Care** Vol. 41, No. 12 (December): 1407-1416.

Fisher, H., and S. McCabe. (2005). *“Managing Chronic Conditions for Elderly Adults: The VNS CHOICE Model.”* **Health Care Financing Review** Vol. 27, No. 1 (Fall): 33-45.

Hollander, M., and M. Prince. (2008) *“Organizing healthcare delivery systems.”* **Healthcare Quarterly** Vol. 11, No. 1: 44-54.

Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman (2002). **Social Gerontology**. Asimont Schuter Company: Needham Heights.

John Hudson, 2002. **Healing with Meditation A concise guide to clearing, focusing and calming the mind**. London : Southwater

- Kane, R. A. (2000). *“Long-term case management for older adults.”* In R. L. Kane and R. A. Kane, eds., **Assessing older persons: measures, meaning, and practical applications**. New York: Oxford University Press.
- Kane, R. L., P. Homyak, B. Bershadsky, and S. Flood. (2006). *“Variations on a Theme Named PACE.”* **The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical sciences** Vol. 61, No. 7: 689-694.
- Kodner, D. (2006). *“Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North American Models and Lessons.”* **Health and Social Care in the Community** Vol. 14, No. 5: 383-390.
- Koff, H. Theodore. (1982). **Long Term Care An Approach to Serving the Frail Elderly**. Canada: Little. Brown & Company.
- Leatt, Peggy(2002). **Integrated Service Delivery. Sharing the Learning: The Health Transition Fund**. Synthesis Series. Ottawa: Health Canada.
- Leutz, W. (1999). *“Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom.”* **The Milbank Quarterly** Vol. 77, No. 1: 77-110.
- Margaret MacAdam,2008. **Framworks of Integrated Care for the Elderly, A Systematic Review**, Canadian Policy Research Networks Inc.
- Margaret MacAdam(2008). **Framworks of Integrated Care for the Elderly, A Systematic Review**, Canadian Policy Research Networks Inc.
- Scrivens,E., Cropper, S., Beech, R. (1998) **Making Winter Monies Work: A Review of Locally Used Methods for Selecting and Evaluating supply-side Interventions** Keele University: Centre for Health Planning and Management.
- Sherwood, S. (1975). *“Long – Term Care : Issues, Perspectives and Directions.”*
Long – Term Care : A Handbook for Researchers, Planners, and Providers. Ed.S . Sherwood, New York : Spectrum Publications.
- Steiner, A. (1997) **Intermediate Care: A Conceptual Framework and Review of the Literature** London: King’s Fund

Vaughan, B. and Lathlean, J. (1999) **Intermediate Care: Models in Practice** London:

King's Fund Publishing

World Health Organization(2000). *Home-Based Long – Term Care, Report of a*

WHO Study group : Home – Based Long – Term Care. Geneva.

Web resources

“Analysis of the 2002-2003 Budget Bill. ”Health and Social Services CA - Legislative

Analyst's Office. In-Home Supportive Service. Available at http://www.lao.ca.gov/analysis_2002/healthss/healthss_20_IHHS_an102.htm

Administration on Aging, Massachusetts. Available at <http://www.aoa.gov>

/prof/Statistics/2002Pop/Stterr2002_files/sheet008.asp.

Administration on Aging, San Diego. Available at <http://www.aoa.gov/prof/Statistics/>

[2002Pop/Stterr2002_files/sheet008.asp](http://www.aoa.gov/prof/Statistics/2002Pop/Stterr2002_files/sheet008.asp).

Aging and Independence Services. Available at <http://www.sdcounty.ca.gov/ais>

Banks, P(2004). Policy Framework for Integrated Care for Older People. London:

King's Fund. London. Available at www.kingsfund.org.uk.

Barbara Gage, Joshua Wiener, Edith Walsh, Shulamit Bernard,David Brown,Galina

Khatutsky, Caren Kramer, Jan Maier, Amber Moore and Deborah

Osber(2004). Redesigning Long-Term Care Systems Through Integrated

Access & Services. Prepared for Administration on Aging. Available at

<http://www.aoa.gov/prof/agingnet/HSSSI/Final%20Access%20and%20Services%20Case%20Studies%207-20-04.pdf>

California Department of Aging. Available at <http://www.aging.ca.gov>

CARMEN - the Care and Management of Services for Older People in Europe

Network . Available at <http://www.ehma.org/projects/carmen.asp>

Center for California Long-Term Care Integration. Available at <http://www.ltci.ucla.edu>

Department of Health (2000a) The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform.

London: Department of Health. Available at <http://www.doh.gov.uk/coinh.htm>

- Department of Health (2001a) National Service Framework for Older People London:
 Department of Health . Available at <http://www.doh.gov.uk/coinh.htm>
- Department of Health (2001b) 'Intermediate Care' Health Service Circular Local
 Authority Circular HSC. Available at <http://www.doh.gov.uk/coinh.htm>
- Edwards, M., and C. Miller (2003). Two, Four, Six, Eight: How We Gonna Integrate?
 Office of Public Management LTD. Available at www.opm.co.uk.
- Elizabeth Mestheneos and Judy Triantafillou. "Services for Supporting Family Carers
 of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage" –
 EUROFAMCARE Selective cases drawn from the EUROFAMCARE , National
 Background Reports (NABARES) . Available at <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/presentations.html>
- EUROCARERS: European Organisation on Informal Care . Available at
<http://www.york.ac.uk/inst/spru/eurocarers.htm>
- Executive Office of Elder Affairs. Available at <http://www.ma-elderaffairs.org/>
- Gröne, O., and M. Garcia- Barbero (2001). "*Integrated Care: A Position Paper of the
 WHO European Office for Integrated Health Care Services.*" International
 Journal of Integrated Care Vol. 1 (April-June): e21. Available at www.ijic.org/.
- Hiroyuki SAKAMAKI, *Institute for Health Economics and Policy (IHEP) Tokyo, Japan* ,
http://www.apnhan.org/events/docs/Seoul2005/Seoul2005_RCSP_009.pdf
- Hollander, M., and M. Prince (2001). Analysis of Interfaces along the Continuum of
 Care. Final Report: "The Third Way": A Framework for Organizing Health
 Related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families.
 Victoria, BC: Hollander Analytical Services Ltd. Available at
www.hollanderanalytical.com.
- [http:// news.thaieurope.net/ content/ view/ 2701/115/](http://news.thaieurope.net/content/view/2701/115/)
- [http:// www.nyidanmark.dk/ th-TH/Medborger_i_danmark_th_th /edborger.htm](http://www.nyidanmark.dk/th-TH/Medborger_i_danmark_th_th/edborger.htm)
- <http://www.nasjonalforeningen.no/>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484411/figure/fg002/>

<http://www.nordemens.no/>

<http://www.sdcountry.ca.gov/cnty/cntydepts/health/ais/ltc/>

http://www.sum.dk / publikationer/healthcare_in_dk_2008/kap01.htm

Japan Aging Research Center, 2000. Available at http://ltc.duke.edu/occasional_5.htm

Kodner, D., and C. Kyriacou (2000). *“Fully Integrated Care for Frail Elderly: Two American Models.”* International Journal of Integrated Care Vol. 1 (October-December). Available at www.ijic.org/.

Kodner, D., and C. Kyriacou. 2000. *“Fully Integrated Care for Frail Elderly: Two American Models.”* International Journal of Integrated Care Vol. 1 (October-December). Available at www.ijic.org/.

Kodner, D., and C. Spreeuwenberg (2002). *“Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – A Discussion Paper.”* International Journal of Integrated Care Vol. 2 (October-December). Available at www.ijic.org/.

MASS AgeInfo . Available at <http://www.800ageinfo.com/>

MASS Home Care Corporation, Available at <http://www.masshomecare.org/>

National Aging I&R/A Support Center. National Association of State Units on Aging
*“The Key to Quality Older Americans Act Information and Assistance”*2003

North Shore Elder Services. Available at <http://www.nselder.org/>

Oxford and Anglia Intermediate Care Project (1997). Intermediate Care – Agreeing a Common Definition. Available at <http://www.jitscotland.org.uk/action-areas/intermediate-care/>

PROCARE – Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons: Issues , problems and solutions. Available at <http://www.euro.centre.org/procare/>

ProNetz Project “The Synopsis of Innovative Approaches for Integrated Care for the Elderly in Germany” . Available at <http://www.proneteurope.eu/>

Shiro Yamasaki. Revision of the Long-term-Care Insurance. Available at http://www.ilc-alliance.org/about_us/level5/5-3pdf/japan-2.pdf

Somerville-Cambridge Elder Services. Available at <http://www.eldercare.org/index.html>

The Ministry of Health and Prevention, 2008. Health Care in Denmark. Available at http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk_2008/ren.htm#1.1

The Ministry of Refugee, Immigration and Integration Affairs Available at [http:// www.nyidanmark.dk/th-TH/Medborger_i_danmark_th_th/edborger.htm](http://www.nyidanmark.dk/th-TH/Medborger_i_danmark_th_th/edborger.htm)

Thomas Day. About Long Term Care. Available at Available at http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care.htm

Woods, K (2001). *"The Development of Integrated Health Models in Scotland."*

International Journal of Integrated Care Vol. 1 (April-June). Available at <http://www.ijic.org/>.

ผนวก 1

ผนวก 1

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ/ ผู้บริหารระดับสูง/ นักวิชาการ ที่ให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

ด้านสังคม

นายวัลลภ พลอยทับทิม	ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
นายปกรณ์ พันธุ์	รองอธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ด้านสุขภาพ

นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข
ดร.อรสา โสมวิริยะ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข.

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
ความรู้และข้อมูล								
Call Center	เป็นศูนย์กลางการให้บริการเกี่ยวกับโปรแกรมให้ความช่วยเหลือและข้อมูลต่างๆ โดยพนักงานจะกรองผู้รับบริการของแต่ละโปรแกรม และตอบคำขอข้อมูลและการส่งต่อ	AIS Call Center ยินดีรับสาย ผู้รับบริการทุกสาย ผู้มีสิทธิ์เข้าโปรแกรม AIS กำหนดโดย Individual Case Management หรือ Entitlement Program	ทุกพื้นที่	Call Center	ไม่มีข้อมูล	ไม่ได้กำหนด	OAA, การช่วยเหลือของโปรแกรม AIS	ไม่มีข้อมูล
Adult Protection Services (APS)	การเฝ้าติดตามผู้ที่ถูกทอดทิ้ง ถูกทำทารุณกรรม มีความเจ็บปวดด้านจิตใจ หรือถูกทารุณกรรมทางเพศ การประเมินและการดูแลระยะสั้นในภาวะวิกฤตเป็นรายกรณี	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ถูกทำร้ายหรือถูกคุกคาม	ทุกพื้นที่	Call Center (24 ชม)	ไม่มีโปรแกรมอื่นที่มีอำนาจทางกฎหมายด้านการเฝ้าติดตามการทำทารุณกรรม ผู้รับบริการอาจได้รับบริการจาก IHSS,	ไม่มีการจำกัด	เงินกองทุนของรัฐ, Country Service Block Grant, เงินช่วยเหลือของเมือง	จำนวนรวมจัดสรรตามความต้องการ

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
	(Assessment and short-term crisis case management)				PublicGuardian ,AWP/CMP/RW CA, MSSP, Linkages,MASH, Home Assist			
Senior Team	ข้อมูลและการส่งต่อ, การประเมินที่บ้านโดยพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่มีใบอนุญาต, การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต, การประเมินด้านจิตวิทยา, การรักษาระยะไม่รู้สึกตัว หากจำเป็น	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ที่มีอาการทางจิต หรือแสดงพฤติกรรมผิดปกติทางจิต ซึ่งไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตมาก่อน	ทุกพื้นที่	Call Center	มีเพียงโปรแกรม AIS เท่านั้นที่ให้บริการประเมินด้านจิตวิทยาและการดูแลขณะไม่รู้สึกตัว ผู้รับบริการอาจได้รับการบริการจาก IHSS, AWP/CMP/RW CA, MSSP, Linkages, MASH, Home	300	เงินกองทุนของรัฐ (เงินกองทุนด้านการพัฒนาสุขภาพจิต)	จำนวนรวมจัดสรรตามความต้องการ ไม่เกิน 90,000 เหรียญ.

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
					Assist, Public Guardian			
Public Administrator/ Public Guardian	PA - การเฝ้าติดตามและการบริหารจัดการทรัพย์สินของผู้ตาย, ตัวแทนที่ถูกต้องตามกฎหมาย, การบริหารจัดการและการขายทรัพย์สินส่วนบุคคลและอสังหาริมทรัพย์, บริการด้านการเงิน, บริการนายหน้า, การจัดการงานศพ	PM – ห้องดับจิต, บริการด้านสาธารณสุข เจ้าของที่ดิน หรือประชาชน อาจเป็นผู้รายงานการเสียชีวิต กรณีที่ผู้เสียชีวิตมีทรัพย์สินและไม่รู้จักครอบครัวของผู้เสียชีวิต	ทุกพื้นที่	สำนักงาน PA/PG 858-694-3500 ทำการส่งต่ออย่างครบถ้วน สอบถามข้อมูลจาก PG โทร 1-800-510-2020	PA - ไม่ทับซ้อนกับโครงการ AIS อื่นๆ PG - ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในเวลาเดียวกันจาก Edgemoor, APS, IHSS, MSSP, AWP/CMP/RW CA, Linkages, MASH, Home Assist	ไม่มีการจำกัด	ค่าธรรมเนียมตามที่ศาลสั่ง, เงินกองทุนของรัฐ, Poded Estate, บริการรายการณี, ค่าชดเชยการรักษาพยาบาล	
การดูแลรายกรณี								
AIDS Waiver	การประเมินแบบหลายด้าน, แผนการดูแล	ผู้คนทุกเพศทุกวัยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า	ทุกพื้นที่	Call Center	ผู้รับบริการอาจได้รับบริการใน	270 (รวม CMP/	การช่วยเหลือด้านการแพทย์,	ไม่เกิน 13,209 เหรียญ. สำหรับ

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
Program (AWP)	รักษา, และการประสานงาน, การให้การสนับสนุน, การติดตาม การให้การศึกษ การส่งต่อไปยังบริการ และ บริการที่ต้องชำระเงิน (พยาบาลที่มีความชำนาญ, ผู้ดูแล, บ้านพัก, การให้คำปรึกษา, การปรับตัวเล็กน้อย, การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ, การขนส่งในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน) ตามความต้องการของผู้ป่วย	ติดเชื้อ AIDS หรือ HIV ประชาชนของเมืองซานดิเอโก้ ภายใต้การดูแลของแพทย์และการจัดเตรียมอย่างปลอดภัย โดยให้ความช่วยเหลือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความเต็มใจและความสามารถในการเข้าร่วมแผนการดูแล			เวลาเดียวกันจาก IHSS, PG, APS, Senior Team	RWCA)	เงินกองทุนของรัฐ	จ่ายค่าบริการ/ ปี / คน
AWP – Ryan White Care (RWCA)	เหมือนกับ AWP โดยไม่ต้องชำระค่าบริการ	เหมือนกับ CMP	ทุกพื้นที่	การเคลื่อนย้ายภายในระหว่าง	เหมือนกับ AWP	เฉลี่ย 30 รายต่อเดือน	การช่วยเหลือด้านการแพทย์, เงินกองทุนของรัฐ	ไม่ต้องชำระค่าบริการ

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
				โปรแกรม				
Linkages	การประเมินการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้าน, แผนการดูแลรักษา, นายหน้าบริการ, การเฝ้าติดตามและการสนับสนุน การจำกัดการซื้อบริการ	ผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ร่างกายอ่อนแอและมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาบริการที่ จะต้องอยู่ในความดูแลแพทย์ในระยะยาว และไม่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของ MSSP ผู้รับบริการที่ได้รับบริการการจัดการรายกรณีจาก Reg. Ctr., Dept. of Mental Health, or Dept. of Rehab ไม่มีสิทธิขอรับบริการนี้	เมืองซานดิเอโก, เซาท์เบย์, นอร์ทคันทรี (ยกเว้นเขตชนบททางด้านตะวันออก)	Call Center	ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในเวลาเดียวกันจาก PG, IHSS, APS, Ombudsman, Senior Team	200	เงินกองทุนของรัฐ, การจับคู่กับการบริหารจัดการรายกรณีโดย AIS, เงินสำหรับผู้ทุพพลภาพ	33 เหรียญ / เดือน / ผู้รับบริการ 1 ราย นอกจากนี้ อาจใช้บริการความช่วยเหลือที่บ้านหากจำเป็น

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
Multi-purpose Senior Services Program (MSSP)	การประเมินแบบหลายด้าน, แผนการดูแลรักษา, การจัดเตรียมบริการ, การจำกัดการซื้อบริการ, การให้การสนับสนุน, การติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง	ผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติที่จะได้รับความช่วยเหลือด้านการแพทย์ และมีความเสี่ยงที่อาจต้องได้รับการรักษาบริการที่จะต้องอยู่ในความดูแลแพทย์ในระยะยาว หรือการจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ทุกพื้นที่	Call Center	ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในเวลาเดียวกันจาก PG, IHSS, APS, Ombudsman, Senior Team	687	การช่วยเหลือด้านการแพทย์, เงินกองทุนของรัฐ	ประมาณ 87 33 เหรียญ./ เดือน / คน (อาจสูงกว่านี้หากได้รับการอนุมัติจากผู้กำกับดูแล)
Management and Assessment of Social and Health Need (MASH)	การประเมินการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้าน, แผนการดูแลรักษา, นายหน้าบริการ, การเฝ้าติดตามและการสนับสนุน การจำกัดการ	ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งร่างกายอ่อนแอและมีความเสี่ยงที่อาจต้องได้รับการรักษาบริการที่จะต้องอยู่ในความ	ทุกภูมิภาค ยกเว้นเขตชนบท ทางด้านตะวันออกเฉียง	Call Center	ผู้บริหาร MASH Case อาจจัดเตรียมบริการ Title III Home Assist Service	75	OAA – Title III	สามารถใช้เงิน OAA – Title III Home หากเหมาะสม

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
	ชื่อบริการ	ดูแลแพทย์ในระยะยาว และไม่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของ MSSP						
การให้บริการโดยตรง								
Title III Home Assist	การประเมินที่บ้าน เกี่ยวกับการทำงานบ้าน การจัดเตรียมอาหาร ผู้ดูแลด้านการแพทย์ การดูแลส่วนบุคคล หรือ การดูแลผู้สูงอายุแทนชั่วคราว บริการนี้ ให้บริการโดยทำสัญญาจ้างผู้ให้บริการ (H.A. ไม่ได้จัดเป็นโปรแกรมการรักษาพยาบาลรายการอื่น)	ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปซึ่งร่างกายอ่อนแอ และไม่มีคุณสมบัติตาม IHSS และไม่สามารถจ่ายเงินสำหรับบริการบ้านพัก	ทุกภูมิภาค (เป็นการยากที่จะหาผู้ให้บริการในพื้นที่ชนบท)	Call Center	ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในเวลาเดียวกันจากโปรแกรม AIS อื่น ยกเว้น IHSS	ผู้รับบริการประมาณ 230 ราย	OAA	เงินกองทุนสำหรับผู้รับบริการราว 230 รายในแต่ละช่วงเวลา

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
Edgemoor	การบริการดูแล 24 ชั่วโมงระยะยาว, ภาวะสุขภาพบำบัด, สันตนาการ, การรักษาโรคที่เกิดจากสภาพการทำงาน ภาวะสุขภาพ และการพูดสำหรับผู้ที่มีเงื่อนไขตามที่กำหนด	ผู้ที่ต้องการการดูแลรักษาทางการแพทย์เป็นพิเศษ ในระดับที่สูงกว่าการรักษาพยาบาลปกติ	ทุกพื้นที่	แพทย์หรือผู้วางแผนติดต่อผู้ประสานงานของ Edgemoor ทีมงานประเมินผู้รับบริการ	ผู้รับบริการอาจได้รับการบริการในเวลาเดียวกันจาก Guardian, Ombudsman (ผ่านความเห็นชอบของคนไข้), การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเฉียบพลัน/ การพยาบาลด้วยความชำนาญ เช่นเดียวกับผู้รับบริการที่ได้รับการบริการจาก AWP/CMP/RW CA Linkages, MASH, IHSS	ปัจจุบันมีผู้รับบริการราว 175 ราย	ความช่วยเหลือด้านการแพทย์, โครงการประกันสุขภาพของรัฐ, ผู้รับบริการจ่ายเงินเอง	บริการได้รับการสนับสนุนจากเงินทุนด้านสาธารณสุข, โครงการประกันสุขภาพของรัฐ, ผู้รับบริการจ่ายเงินเอง

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
In-Home Supportive Services (IHSS)	ประเมินความต้องการและคุณสมบัติสำหรับบริการดูแลในประเทศและบริการดูแลส่วนบุคคล ตามจำนวนชั่วโมงที่ต้องการ	บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ผู้พิการทางสายตา และผู้ทุพพลภาพ หากรายได้สูงเกินระดับ SSI ผู้รับบริการอาจได้รับบริการโดยต้องร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายบางส่วน	ทุกพื้นที่	หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานบริการสังคม, องค์การระดับชุมชน หรือสำนักงานท้องถิ่นอาจทำการส่งต่อเอง	ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในเวลาเดียวกันจาก Public Guardian, APS, AWP/CMP/RW, CA, MSSP, Linkages, MASH, Senior Team, Home Assist (เฉพาะการบริหารเงิน) ประชากรกลุ่มเดียวกัน รวมถึง Edgemoor	ไม่มีการจำกัด	ตรวจสอบความถูกต้อง, การช่วยเหลือด้านการแพทย์, เงินกองทุนของรัฐ, การช่วยเหลือจาก AIS	แตกต่างกัน, ไม่เกิน 283 ชั่วโมง/เดือน / คน ชั่วโมงการให้บริการขึ้นอยู่กับความต้องการของ ผู้รับบริการแต่ละราย

ผนวก 2 รายละเอียดบริการสำหรับผู้สูงอายุรัฐแคลิฟอร์เนีย

โปรแกรม	บริการสำหรับผู้รับบริการ	คุณสมบัติ	พื้นที่ให้บริการ	กระบวนการส่งต่อ	โปรแกรมอื่นๆ ของ AIS ที่บริการกลุ่มเดียวกัน	ความสามารถในการให้บริการ	เงินทุน	ค่าใช้จ่ายรายหัว
Ombudsman	อาสาสมัครที่ได้รับการรับรองเพื่อทำหน้าที่บริการและตอบสนองความต้องการ และแก้ไขปัญหา, พยานในการทำเอกสารทางกฎหมาย, สื่อกลาง, บริการให้ความรู้	ประชาชนทุกคนจะได้รับบริการด้านการดูแล และการบริการโดยทันทีสำหรับผู้สูงอายุ และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ใหญ่ รายงานการทารุณกรรมหรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับบริการ หรือความต้องการรับบริการ	ทุกพื้นที่	โทรศัพท์ท้องถิ่น 1-800-640-4661 หรือ โทรศัพท์ในประเทศ 1-800-231-4024 ประชาชนหรือครอบครัวสามารถพูดคุยกับอาสาสมัครตัวต่อตัว หรือทางโทรศัพท์	ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในเวลาเดียวกันจาก Public Guardian, MSSP, Edgemoor (contract Ombudsman), APS (ไม่ซ้ำซ้อน)	ไม่มีการจำกัด	OAA, เงินกองทุนของรัฐ, เงินกองทุนท้องถิ่น	ไม่คิดค่าบริการ บริการฟรีสำหรับผู้รับบริการ

ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์

โปรแกรม	บริการ	คุณสมบัติ	เงินทุน
ความรู้และข้อมูล			
800-AGEINFO Web Database	ฐานข้อมูล (ฟรี) ในเว็บไซต์เกี่ยวกับการช่วยเหลือและโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามพื้นที่	ทุกคนสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับบริการสำหรับผู้สูงอายุ	เงินทุนของรัฐและเงินทุนของ OAA
ASAP Aging Information Centers (I&A)	ข้อมูลและบริการส่งต่อ (ฟรี) สำหรับชุมชน โดยให้การช่วยเหลือ ข้อมูล และทรัพยากรด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพ	ทุกคนสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับบริการสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่	เงินทุนของรัฐและเงินทุนของ OAA
Elders Count Outreach Program (SCES) Assistance	โปรแกรมเยี่ยมเยียนที่บ้าน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมและบริการต่างๆ ของ ASAP	ประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่	เงินทุนของเมืองแควมบริดจ์ และเงินทุนของหน่วยงาน SCES
การให้ความช่วยเหลือ			
Elder Care Advice Service	บริการด้านข้อมูล คำแนะนำ และการให้การศึกษา แก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว โดยให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์และที่สำนักงาน	ประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่	เงินทุนของรัฐและเงินทุนของ OAA
SHINE Program	เครือข่ายของอาสาสมัคร (ด้านการให้คำปรึกษา) ซึ่งได้รับการฝึกอบรมและได้รับการรับรองว่า สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว	ประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่	เงินทุนของรัฐและเงินทุนของ OAA

ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์

โปรแกรม	บริการ	คุณสมบัติ	เงินทุน
LTC Ombudsman Program	อาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการเลือกบริการที่เหมาะสมที่สุด	ประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ และผู้ที่ต้องการทราบข้อมูล NF	เงินทุนของรัฐและเงินทุนของ OAA
Community Care Ombudsman Program	อาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลที่บ้านและในชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	ผู้รับบริการของ HCBS ที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่	เงินทุนของรัฐและเงินทุนของ OAA
Senior Community Service Employment Program	โปรแกรมที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ซึ่งจะจ้างงานผู้สูงอายุแบบ Part-time ก่อนจะนำไปสู่การจ้างงานแบบถาวร (เพื่อทำงานด้านบริการของชุมชนและของรัฐ) โดยให้การฝึกอบรมและผลประโยชน์ต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ	ประชากรที่อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ และมีรายได้ต่ำกว่า 125% ของระดับรายได้ขั้นต่ำ	เงินทุนของรัฐบาล (กระทรวงแรงงาน)
Family Caregiver Support	ให้บริการต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดกลุ่มเฉพาะเพื่อให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมให้ความรู้ และส่งต่อไปยัง Respite Program นอกจากนี้ยังเยี่ยมเยียนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกลุ่มชนกลุ่มน้อย	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความจำเสื่อมหรือ विकलจิต หรือป่วยตายายที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ดูแลบุตรหลานอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมีภาวะพิการ	โปรแกรมผู้ดูแลครอบครัวแห่งชาติและเงินทุนของรัฐ
Nutrition Consultation and Education	การให้คำปรึกษา (ฟรี) โดยนักโภชนาการที่ลงทะเบียนไว้ ณ ศูนย์ผู้สูงอายุหรือหน่วยงานอื่นๆ ของชุมชน (โดยมีการให้คำปรึกษาที่บ้านด้วย)	ประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่	เงินทุนของรัฐ เงินทุนของ OAA และเงินทุนของท้องถิ่น

ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์

โปรแกรม	บริการ	คุณสมบัติ	เงินทุน
	โปรแกรมให้ความรู้ซึ่งจัด ณ ห้องอาหารของผู้สูงอายุ และศูนย์ผู้สูงอายุ และจัดพิมพ์จดหมายข่าวด้านโภชนาการเพื่อเผยแพร่เป็นการทั่วไป		
การบริหารจัดการรายกรณีและการประสานงานด้านการดูแล			
Care Consultation Service	โปรแกรมสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจทางเลือกต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลมากขึ้น	ประชากรทุกระดับที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ (ไม่คิดค่าบริการสำหรับผู้ที่มาในสถาบัน แต่มีค่าธรรมเนียมสำหรับบริการอื่นๆ)	เงินทุนของ OAA, โปรแกรมผู้ดูแลครอบครัวแห่งชาติ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง
Case Management	ให้บริการประเมินสภาพที่บ้านโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย, การวางแผนการดูแล และการติดตามบริการอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่บ้าน การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ โปรแกรมช่วยดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลพักผ่อน หรือบริการที่แยกต่างหาก	ประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ ตามความจำเป็นและระดับรายได้	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ, เงินทุนของรัฐ, เงินทุนของ OAA และเงินที่ผู้รับบริการจ่าย
การให้บริการผู้รับบริการโดยตรง			
Community CHOICES	โปรแกรมสาธิตสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรงที่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายด้านการดูแล (ไม่เกิน 1200 เหรียญ/ เดือน) โดยอ้างอิงกับโมเดล “เงินตามคน”	ผู้สมัครเข้าโครงการความช่วยเหลือด้านการแพทย์ที่บ้าน ที่มีความเสี่ยงด้านการจ้างผู้ดูแลสูง	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ และ เงินทุนของรัฐ
State Home Care Program	โปรแกรมที่ให้บริการต่างๆ (ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐ) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรงสามารถอยู่ในชุมชนได้ เช่น บริการการส่งอาหารให้ผู้สูงอายุที่บ้าน และบริการการดูแลส่วนตัว	ประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปหรือทุพพลภาพ ที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ และมีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 20351 เหรียญ (28797 เหรียญ/ คู่สามีภรรยา) อ้างอิง	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ และ เงินทุนของรัฐ

ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์

โปรแกรม	บริการ	คุณสมบัติ	เงินทุน
		ตามความต้องการ หรือการร่วมกัน จ่ายเงิน	
Personal Care Attendant Program (Consumer Directed)	มีบริการหลากหลาย โดยอาจขอใช้บริการจากผู้ดูแลส่วนบุคคล ทั้งดูแลเฉพาะเวลาหรือการขอคำปรึกษา ผู้ที่ให้บริการมาจาก ASAP สามารถให้บริการการช่วยเหลือด้านเทคนิคและการสนับสนุนต่อเนื่องได้	ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทูพพลภาพ หรือผู้พิการทางสายตา(ตาบอด) อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการในระบบการประกันสุขภาพภาครัฐ ผู้ซึ่งมีความต้องการพึ่งพิงในระดับ 2 ขึ้นไป	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ และ เงินทุนของรัฐ
Take Charge Program (Consumer Directed)	โปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งต้องจ้างผู้ดูแลประจำตัวและช่วยทำงานบ้าน	ประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่ และมีคุณสมบัติและรายได้ตรงกับข้อกำหนด	เงินทุนของรัฐ
Group Adult Foster Care Program	โปรแกรมความช่วยเหลือด้านการแพทย์ ซึ่งให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือสำหรับกิจกรรมประจำวัน เพื่อให้สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองได้	ผู้สมัครเข้ารับความช่วยเหลือด้านการแพทย์ที่มีข้อจำกัดด้าน ADL และได้รับการรับรองจากแพทย์	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ
Personal Emergency Response System	ช่วยเหลือด้านอุปกรณ์และติดตามผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล โดยจัดเจ้าหน้าที่ช่วยดูแลในกรณีฉุกเฉิน โดยผู้สูงอายุจะได้รับอุปกรณ์สำหรับใช้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ โดยให้บริการผ่าน Foster Care Program, Home Care program	ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการรับรองจากแพทย์	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ , เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์

โปรแกรม	บริการ	คุณสมบัติ	เงินทุน
Money Management	บริการที่จับคู่อาสาสมัครกับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน บริการนี้จำแนกเป็น 2 ระดับ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ได้แก่ Bill Payer Service และ Representative Payee Service	ผู้สูงอายุหรือผู้ทุพพลภาพที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 20351 เหรียญ(28797 เหรียญ/ คู่สามีภรรยา) และมีทรัพย์สินที่มีสภาพคล่องไม่เกิน 30000 เหรียญ สรอ	เงินทุนของรัฐและเงินทุนของ OAA
Senior Companion Program	โปรแกรมอาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกล	ประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่	เงินทุนของ OAA
Adult Health Day Program	โปรแกรมที่นำเสนอบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บริการบำบัด บริการดูแลส่วนบุคคล โภชนาการ และกิจกรรมทางสังคม รวมถึงโปรแกรมเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะจิตเสื่อม โดยให้บริการผ่าน Home Care or Group Adult Foster Care programs	ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด สำหรับผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือด้านการแพทย์ต้องได้รับการรับรองจาก ASAPs	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ , เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง
Social Day Care Program	โปรแกรมด้านการสื่อสารกับสังคม กิจกรรม และอาหาร	ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง
Home Maker Services	บริการด้านการดูแลบ้าน ให้บริการดูแลบ้าน ซ่อมแซมของเครื่องใช้ และงานบ้านอื่นๆ โดยให้บริการผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและผู้ทุพพลภาพ หรือเป็นบริการแยกต่างหาก	ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติและระดับรายได้ตามที่กำหนด และต้องการความช่วยเหลือ หรือผู้สมัครเข้าใช้บริการความช่วยเหลือด้านการแพทย์	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ, เงินทุนของ OAA, เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์

โปรแกรม	บริการ	คุณสมบัติ	เงินทุน
Chore Services, Home Repairs	ช่วยเหลืองานบ้าน (เฉพาะงานหนัก) และการช่วยซ่อมบ้าน	ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติและระดับรายได้ตามที่กำหนด และต้องการความช่วยเหลือ หรือผู้สมัครเข้าใช้บริการความช่วยเหลือด้านการแพทย์	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ, เงินทุนของ OAA, เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง
Personal Care Homemaker	ความช่วยเหลือของ ADL ภายใต้คำสั่งของ ASAP RN เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการด้านงานบ้านโดยพนักงานของผู้ให้บริการ	ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติและระดับรายได้ตามที่กำหนด และต้องการความช่วยเหลือ หรือผู้สมัครเข้าใช้บริการความช่วยเหลือด้านการแพทย์	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ, เงินทุนของ OAA, เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง
Transportation and Escort Services	บริการด้านการคมนาคมโดยรถแวนที่ติดตั้งอุปกรณ์พิเศษ แท็กซี่ รถซ์ตเตอร์บัล หรือบัตรถสำหรับ MBTA โดยอาจจำกัดบริการเฉพาะสำหรับบางกรณีหรืออาจให้บริการสำหรับกรณีพิเศษ เช่น การไปซื้อของ การไปเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่รับการรับรองจากแพทย์ว่าไม่สามารถใช้บริการรถสาธารณะ จะได้รับบริการการเดินทางโดยแท็กซี่ ทั้งนี้ ASAPs ยังให้บริการการคมนาคมเพื่อช่วยชีวิตผู้รับบริการ เช่น การรับรองของเสียจากเลือดของคนไข้ การฉายรังสี เป็นต้น	ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติและระดับรายได้ตามที่กำหนด และต้องการความช่วยเหลือ หรือผู้สมัครเข้าใช้บริการความช่วยเหลือด้านการแพทย์	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ, เงินทุนของ OAA, เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง

ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์

โปรแกรม	บริการ	คุณสมบัติ	เงินทุน
Adult Family Care	โปรแกรมครอบครัวอุปถัมภ์ (Foster Care Program) สำหรับผู้ใหญ่ ซึ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้ เช่น การดูแลส่วนบุคคล การส่งอาหารถึงบ้าน การคมนาคม การดูแลช่วงกลางวัน การซื้อของชำ การบริการจัดการรายกรณี (มักให้บริการโดย RN)	ผู้ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ และมีข้อจำกัด ADL อย่างน้อย 1 ข้อ ซึ่งมีผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ	หลักประกันสุขภาพภาครัฐ และ ผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง
Nutrition Services	โปรแกรมนี้นี้ให้บริการด้านโภชนาการ ตั้งแต่การจัดหาอาหารให้ศูนย์ต่างๆ ไปจนถึงการจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุที่บ้าน	ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่	เงินทุนของ OAA, เงินทุนของรัฐ และ ผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเอง (เงินบริจาคหรือค่าธรรมเนียม)
Caregiver Respite Program	โปรแกรมที่นำเสนอวันหยุดพักผ่อนให้แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ รวมถึงการให้บริการด้านการจัดการรายกรณี จนถึงบริการสำหรับกรณีฉุกเฉิน	ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ต้องการการช่วยเหลือด้าน ADLs/ IADLs ซึ่งมีผู้ดูแลประจำตัว โดยไม่มีข้อจำกัดด้านรายได้	โปรแกรมผู้ดูแลครอบครัวแห่งชาติ, เงินทุนของ OAA, เงินทุนของรัฐ และ ผู้รับบริการชำระค่าใช้จ่ายเองในรูปการร่วมชำระค่าใช้จ่าย
Adult Protective Services	บริการให้ความคุ้มครองซึ่งติดตามรายงานการทารุณกรรม การทอดทิ้ง และการแสวงหาประโยชน์ด้านการเงินที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการบริหารจัดการรายกรณีในกรณีวิกฤตระยะสั้น เจ้าหน้าที่จะประสานงานกับหน่วยงานของชุมชน เพราะขจัด	ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาจประสบปัญหาการถูกทารุณกรรมและทอดทิ้ง	เงินทุนของ OAA และเงินทุนของรัฐ

ผนวก 3 รายละเอียดโครงการ ASAPs ของรัฐแมสซาชูเซตส์

โปรแกรม	บริการ	คุณสมบัติ	เงินทุน
	<p>ปัญหาการทารุณกรรมผู้สูงอายุ บริการครอบคลุม บริการด้านสุขภาพ สุขภาพจิต กฎหมาย และสังคม</p>		
<p>Supportive Living Services Program (SCES)</p>	<p>โปรแกรมนำร่องโดย Elder Affairs และ Dept. of Housing and Community Development โดย จัดหาเจ้าหน้าที่และให้บริการ 24 ชั่วโมงทุกวัน บริการนี้ครอบคลุมการช่วยเหลือของผู้ประสานงาน กิจกรรมทางสังคม การวัดความดันโลหิตรายเดือน การคัดเลือกผู้รับบริการ การจัดเตรียมอาหาร และ การให้ความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงโดยเจ้าหน้าที่ ของโครงการ (การดูแลและส่วนบุคคล ตารางบันทึก เกี่ยวกับการใช้ยา งานบ้าน การซื้อของชำ Supportive Living Services Program (SCES) การชั่งกัริด ระบบสำหรับกรณีฉุกเฉิน การคมนาคม และงานบ้าน (ที่เป็นงานหนัก))</p>	<p>บุคคลที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของ โครงการ หรือผู้ที่จ่ายค่าใช้จ่ายเอง</p>	<p>เงินทุนของรัฐ และผู้รับบริการชำระ ค่าใช้จ่ายเอง</p>