



รายงานการศึกษากลุ่ม
(Group Project)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย
ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

จัดทำโดย กลุ่มที่ GP ๑ รุ่นที่ ๘๘

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ ๘๘
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.
ประจำปี ๒๕๖๑
ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ.



รายงานการศึกษากลุ่ม (Group Project)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย
ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

จัดทำโดย กลุ่มที่ GP ๑ รุ่นที่ ๘๘

๑. นางกอบเพชร หาญพัฒน์พานิชย์ .
๒. นางศิริเนตร กล้าหาญ .
๓. นางสาวชุติมา ศรีปราชญ์
๔. นางสาวอรพินท์ ศักดิ์เอี่ยม
๕. นายรัฐกรณ์ บกแก้ว
๖. นายสาธิต สื่อประเสริฐสุข
๗. นางภารดี อินทชาติ
๘. ว่าที่ ร.ต.วุฒิพงษ์ เหล่าจุมพล
๙. นายธนู ขวัญเดช
๑๐. นายเกรียงศักดิ์ คำอ้อม
๑๑. นายนิรัตน์ ทรัพย์ทวีธรรม

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ ๘๘
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.
ประจำปี ๒๕๖๑

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน



(หน้าอนุมัติ)
สำนักงาน ก.พ.

เอกสารรายงานการศึกษากลุ่มนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรมของสำนักงาน ก.พ.

ลงชื่อ.....
(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....
(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนับวันจะมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้และพันภาวะวิกฤตต้องกลับไปอยู่ที่บ้านในความดูแลของครอบครัวจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ คาดว่าภายใน ๑๐ ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้ ไม่น้อยกว่า ๑.๕ ล้านคน อีกทั้งจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองก็มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย ส่งผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม ดังนั้น หากไม่มีการดำเนินการใด ๆ ปัญหา ก็จะสะสมและทวีความรุนแรงมากขึ้น

จากการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและการคาดการณ์ปัญหาในอนาคต จึงได้นำมากำหนดเป้าหมายหลักในการศึกษาคือ “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม” และกำหนดเป้าหมายรองเพื่อรองรับต่อความสำเร็จของเป้าหมายหลัก ๓ ประเด็นคือ

๑. มิติด้านเศรษฐกิจ มีมาตรการเพื่อสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต โดยการกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นวาระแห่งชาติ มีแนวทางสำคัญ ได้แก่ เพิ่มวงเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออาหารเหลว และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย/อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เพิ่มสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ป่วย/อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเพิ่มเบี้ยความพิการ ส่งเสริมให้มีระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance : LTCI) เพิ่มขึ้น

๒. มิติด้านสุขภาพ มีระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง มีแนวทางสำคัญ ได้แก่ สนับสนุนงบประมาณเพื่อสร้างนักบริบาลชุมชนมากขึ้นเพียงพอแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง ส่งเสริมให้มีการผลิตและสร้างนักบริบาลชุมชน โดยกำหนดเป็นหลักสูตรการศึกษา และจัดทำระบบฐานข้อมูลนักบริบาลชุมชน

๓. มิติด้านสังคมและสภาพแวดล้อม มีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน มีแนวทางสำคัญ ได้แก่ สนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และจัดบริการสาธารณะ โดยเฉพาะการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างกลไกเฝ้าระวัง เช่น มีระบบอาสาสมัครเยี่ยมบ้านหรือเข้าไปช่วยเหลือดูแลบางช่วงเวลาที่ยาติผู้ดูแลติดภารกิจหรือไปทำธุระจำเป็นเร่งด่วน ส่งเสริมให้มีบ้านต้นแบบที่มีอุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวก

สำหรับการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ได้กำหนดแนวทางหลักที่สำคัญคือการกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นวาระแห่งชาติ การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับมาตรการทางการเงินและมาตรการทางด้านภาษี ตลอดจนการเปิดช่องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานมากขึ้น การสนับสนุนทรัพยากร (งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี) โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคีหลัก ประกอบด้วย ภาครัฐ (ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ชัดเจน เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษากลุ่ม (Group Project) เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรนักบริหารระดับสูงต้องจัดทำตามที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด

ความสำเร็จในการจัดทำรายงานฉบับนี้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และประสบการณ์ในการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ ๘๘ ซึ่งได้รับความรู้หลักการทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติในการวางแผนจัดทำรายงานการศึกษากลุ่ม ที่ให้คณะผู้ศึกษาได้เรียนรู้ร่วมกันก่อให้เกิดแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการเสนอแนวทางการพัฒนาเชิงนโยบายที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

คณะผู้ศึกษา กลุ่ม GP ๑ ขอขอบคุณ ดร.รัฐ ธนาธิรช ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการกำหนดแนวคิด หลักการ และกลยุทธ์ในการนำเสนอรายงานให้มีความชัดเจน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งขอขอบคุณ อาจารย์ ธีรยุทธ์ หล่อเลิศรัตน์ และอาจารย์สุวพันธ์ บุสสเด็จ ที่ให้คำชี้แนะในการปรับปรุงเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

พร้อมทั้งขอขอบคุณ พระครูกาญจนสุตาคม เจ้าอาวาสวัดวังขนาบทยการาม จังหวัดกาญจนบุรี ผู้บริหารโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น จังหวัดนครปฐม และโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี รวมทั้งเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ บ้านใจเกื้อ จังหวัดนนทบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำรายงานฉบับนี้

ขอขอบคุณนายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ข้อมูลเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องดังกล่าว และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฐเดช ชุมปลั่ง ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ International University of Health and welfare กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่นในการให้ข้อมูลสถานการณ์และการดำเนินงานของประเทศญี่ปุ่น เพื่อประยุกต์ใช้กับแนวทางการดำเนินงานของประเทศไทยในอนาคต

ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สำนักงาน ก.พ. ผู้รับผิดชอบหลักสูตร นบส.๑ รุ่นที่ ๘๘ ทุกท่าน ที่ให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในการฝึกอบรมครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้นทั้งมิติทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม คลุมรวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต่อไป

คณะผู้จัดทำ กลุ่มที่ ๑

สิงหาคม ๒๕๖๑

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
๑. สภาพทั่วไปของปัญหาที่ต้องการแก้ไข	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ ผลกระทบของปัญหา	๑๑
๑.๓ บทบาทและความพยายามของภาครัฐที่ผ่านมา	๑๔
๑.๔ สรุปปัญหาและความท้าทายในอดีตที่ผ่านมา	๑๕
๒. การคาดการณ์ปัญหาและโอกาสการพัฒนาของประเทศไทยในอนาคต	๑๖
๒.๑ ทิศทางในอนาคต (อย่างน้อย ๑๐ ปี) ของปัญหา	๑๖
๒.๒ Potential Demand	๑๖
๓. แนวทางแก้ปัญหาและการพัฒนา	๑๘
๓.๑ เป้าหมายหลักที่ต้องการพัฒนาภายใน ๕ ปี	๑๘
๓.๒ เป้าหมายรองและแนวทางการบรรลุเป้าหมาย	๑๙
๔. การนำแนวทางสู่การปฏิบัติ	๒๐
๔.๑ สรุปภาพรวมของเป้าหมายหลัก เป้าหมายรอง และแนวทางการบรรลุเป้าหมาย	๒๐
๔.๒ แนวทางในการบรรลุเป้าหมายรอง	๒๐
๔.๓ ปัจจัยเสี่ยง/ความท้าทายและแนวทางบริหารจัดการความเสี่ยง	๒๘
๔.๔ สรุป	๒๙
๕. สรุปในภาพรวม	๓๑
บรรณานุกรม	๓๔
ภาคผนวก	๓๕
คณะผู้จัดทำ	๔๓

สารบัญตาราง

ตารางที่ ๑	จำนวนและร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรในประเทศไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๑	๖
ตารางที่ ๒	จำนวนและร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรในประเทศไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๑	๖
ตารางที่ ๓	จำนวนและร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรในประเทศไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๑	๗
ตารางที่ ๔	สรุปค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในปี พ.ศ. ๒๕๕๙	๑๓
ตารางที่ ๕	ประมาณการค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ล้านบาท) ในปี พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๙๐	๑๓

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ ๑	พีระมิดประชากร พ.ศ. ๒๕๒๙	๑
แผนภูมิที่ ๒	การคาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุ	๒
แผนภูมิที่ ๓	สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยและแนวโน้มในอนาคต	๒
แผนภูมิที่ ๔	อัตราการเพิ่มของจำนวนประชากรสูงอายุ	๓
แผนภูมิที่ ๕	อัตราการป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคต่างๆ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘	๕
แผนภูมิที่ ๖	อัตราการตายที่สำคัญต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๙	๘
แผนภูมิที่ ๗	สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีห้องนอนอยู่ชั้นบนของบ้าน	๑๐
แผนภูมิที่ ๘	สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ปี พ.ศ. ๒๕๕๕, ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๘	๑๐

๑. สภาพทั่วไปของปัญหา

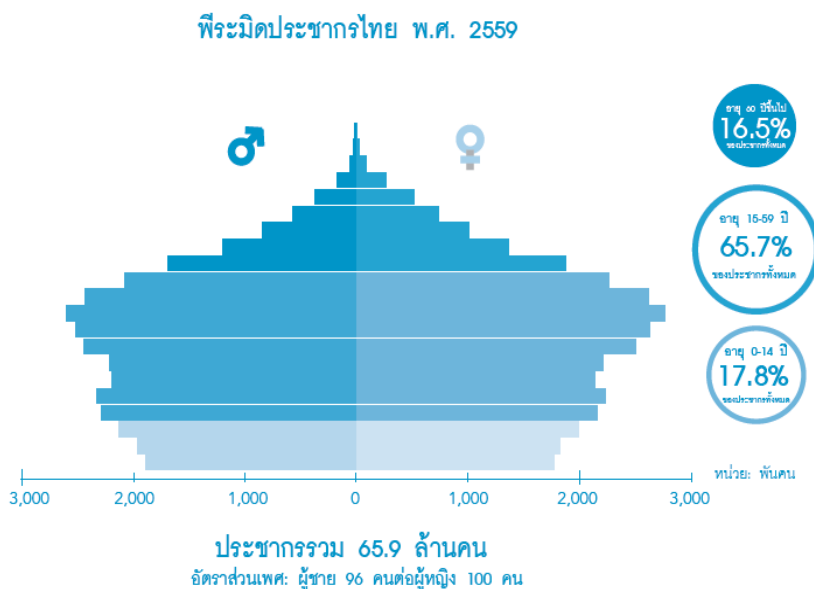
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

๑.๑.๑ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและแนวโน้มในอนาคต

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing Society) มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ระบุว่า ในปี ๒๕๕๙ มีประชากรไทยรวม ๖๕.๙ ล้านคน และมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ประมาณ ๑๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕ ของประชากรทั้งหมด (แผนภูมิที่ ๑)

นอกจากนี้ ยังคาดการณ์ว่า ในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society)” โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๓.๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด ในปี ๒๕๗๔ จะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปสูงถึง ๑๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งหมด และในปี ๒๕๘๓ จะมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปประมาณ ๒๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๒ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอาเซียน (แผนภูมิที่ ๒ และ ๓)

แผนภูมิที่ ๑ พีระมิดประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๙



ที่มา : การคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓, สศช. และรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

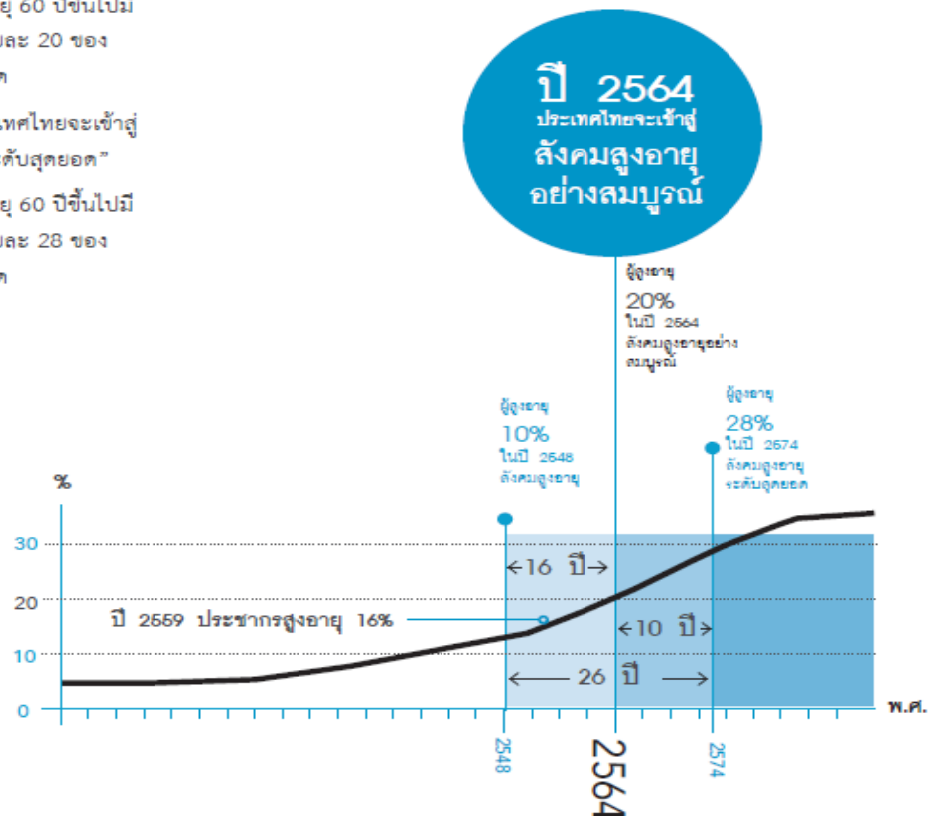
แผนภูมิที่ ๒ การคาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุ

ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่
"สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์"

เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมี
สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของ
ประชากรทั้งหมด

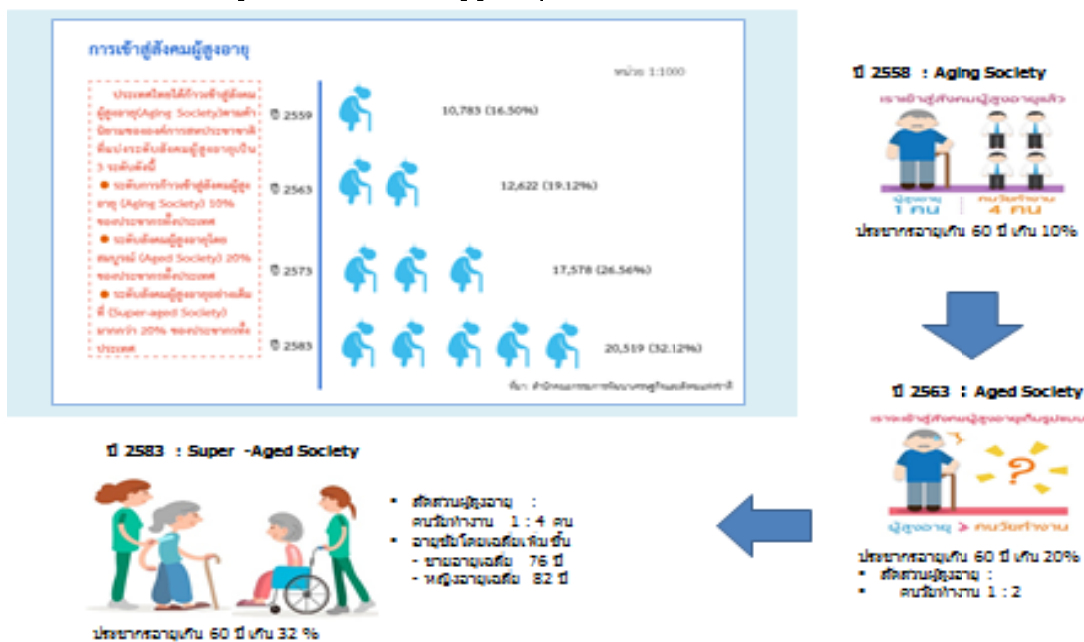
ในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่
"สังคมสูงอายุระดับสุดยอด"

เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมี
สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของ
ประชากรทั้งหมด



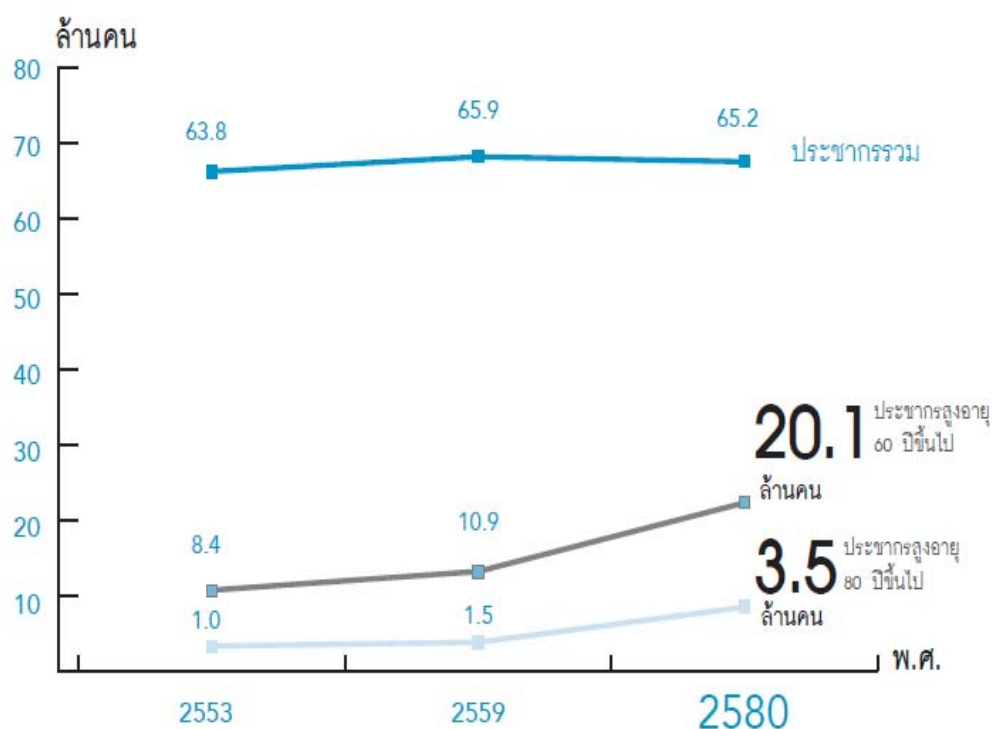
ที่มา : สำนักทะเบียนราษฎรและเคหะ พ.ศ. ๒๕๑๓, ๒๕๓๓, ๒๕๕๓, สศช. และการคาดประมาณ
ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๗๓, สศช.

แผนภูมิที่ ๓ สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยและแนวโน้มในอนาคต



ไม่เพียงแต่ จำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมากโดยเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ ๕ ต่อปี ประชากรอายุยิ่งสูงยิ่งเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงมากขึ้นด้วย โดยประชากรอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงกว่าร้อยละ ๖ ต่อปี (แผนภูมิที่ ๔)

แผนภูมิที่ ๔ อัตราการเพิ่มของจำนวนประชากรสูงอายุ



	2553		2559		2580
	จำนวน (ล้านคน)	% เพิ่ม (เฉลี่ยต่อปี)	จำนวน (ล้านคน)	% เพิ่ม (เฉลี่ยต่อปี)	จำนวน (ล้านคน)
ประชากรรวม	63.8	0.5	65.9	0.0	65.2
ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	8.4	4.9	10.9	4.0	20.1
ประชากรสูงอายุ 80 ปีขึ้นไป	1.0	6.5	1.5	6.3	3.5

ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๘๓, สศช.

๑.๑.๒ ภาวะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยกับการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในจำนวนผู้สูงอายุ ณ ปี ๒๕๕๙ ที่มีอยู่ประมาณ ๑๑ ล้านคน (เป็นเพศชาย ร้อยละ ๔๕ เพศหญิง ร้อยละ ๕๕) ซึ่งสามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น ๓ กลุ่มคือ

- ๑) กลุ่มติดสังคม มีสุขภาพดี และสามารถอยู่ตามลำพังได้ มีจำนวน ๗,๙๖๑,๖๙๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๕
- ๒) กลุ่มติดบ้าน ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในชีวิตประจำวัน มีจำนวน ๑,๙๐๒,๗๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙
- ๓) กลุ่มติดเตียง ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคม มีจำนวน ๑๕๐,๒๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๕

โดยผลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย (พ.ศ. ๒๕๕๗) พบว่า โรคที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต

อย่างไรก็ตาม จากสารณรงค์วันอัมพาตโลก ปี ๒๕๖๐ ที่จัดทำโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า อัมพาต หรือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ของโลก มีจำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ๑๗ ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๖.๕ ล้านคน












สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ ๑ ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ ๒ ในเพศชาย จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ เท่ากับ ๓๘.๖๓, ๔๓.๒๘ และ ๔๓.๕๔ ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น ๑.๕ - ๒ เท่าตัว

และจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Health at a Glance Thailand, ๒๐๑๖) ระบุว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘ เท่ากับ ๑,๙๓๘.๐๓ คน, ๑,๗๘๗.๑๕ คน และ ๒,๐๘๘.๙๑ คนต่อประชากรแสนคน

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ก็มีอัตราผู้ป่วยสูงมากด้วย โดยอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘ เท่ากับ ๘,๗๐๑.๕๒ คน, ๘,๑๕๐.๘๘ คน และ ๙,๔๘๙.๔๒ คนต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ ๕,๑๗๘.๕๙ คน, ๔,๘๒๙.๔๘ คน และ ๕,๕๓๕.๕๒ คนต่อประชากรแสนคน (แผนภูมิที่ ๕)

แผนภูมิที่ ๕ อัตราการป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคต่าง ๆ ในช่วงปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘

ปัญหาของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

		(อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน)		
		2556	2557	2558
โรคความดันโลหิตสูง		8,701.52	8,150.88	9,489.42
โรคหัวใจ		6,227.25	5,805.15	6,580.18
ไม่รวมโรคหัวใจขาดเลือด				
โรคเบาหวาน		5,178.59	4,829.48	5,535.52
โรคเมะเร็ง		2,898.22	2,653.21	3,190.57
โรคหัวใจขาดเลือด		2,447.56	2,233.46	1,950.21
โรคต้อกระจก		2,257.24	1,849.67	2,116.95
โรคหลอดเลือดสมอง		1,938.03	1,787.15	2,088.91
โรคข้อเสื่อม		267.45	236.58	295.60
โรคอัมพาต อัมพฤกษ์		208.33	181.64	218.75
โรคต้อหิน		149.15	128.20	155.40
โรคสมองเสื่อม		103.67	86.23	61.31

ที่มา: สำนักงานบริหารและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งข้อมูลล่าสุดจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบในคนไทยทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ต่ำกว่าอายุ ๑๕ ปี ถึงอายุเกินกว่า ๖๐ ปี โดยผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ พบว่า มีผู้ป่วยสูงถึงปีละกว่า ๒๓๕,๗๕๓ ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี และพบมากขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะอายุเกินกว่า ๖๐ ปี ซึ่งในปี ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง ๑.๖ แสนราย (ตารางที่ ๑)

ส่วนโรคความดันโลหิตสูง มีการเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มสูงมากขึ้นทุกปี และพบได้ทุกกลุ่มอายุ โดยในปี ๒๕๖๑ พบว่า มีผู้ป่วยถึง ๕,๗๗๗,๖๒๔ ราย โดยในกลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี และ ๖๐ ปี ขึ้นไป พบอัตราการเจ็บป่วยที่สูง เป็นอัตราส่วน ถึง ๑ ต่อ ๕ และ ๔ ต่อ ๑๐ ตามลำดับ หมายความว่าประชาชนกลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี จำนวน ๕ คน จะมีคนป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ๑ คน และถ้าอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ๑๐ คน จะมีคนป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ๔ คน เกือบครึ่งหนึ่งของประชาชนกลุ่มนี้จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรในประเทศไทย ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑

ปี	กลุ่มอายุ	<๑๕ ปี	๑๕-๓๙ ปี	๔๐-๔๙ ปี	๕๐-๕๙ ปี	๖๐ ปีขึ้นไป
๒๕๕๙	จำนวน (ราย)	๙,๑๘๔,๑๐๗	๑๖,๐๙๗,๙๑๐	๗,๒๗๖,๖๙๖	๖,๖๘๖,๗๓๒	๗,๖๐๓,๗๐๕
	ป่วย (ราย)	๑,๐๕๘	๘,๔๖๑	๑๕,๘๙๖	๓๙,๔๔๕	๑๓๗,๕๘๕
	ร้อยละ	๐.๐๑	๐.๐๕	๐.๒๒	๐.๕๙	๑.๘๑
๒๕๖๐	จำนวน (ราย)	๘,๙๐๙,๓๕๗	๑๕,๗๔๗,๕๙๐	๗,๐๙๓,๗๓๔	๖,๗๖๗,๐๗๗	๗,๙๐๑,๕๕๖
	ป่วย (ราย)	๙๔๐	๘,๘๒๗	๑๗,๐๘๒	๔๒,๔๕๐	๑๔๘,๗๑๖
	ร้อยละ	๐.๐๑	๐.๐๖	๐.๒๔	๐.๖๓	๑.๘๘
๒๕๖๑	จำนวน(ราย)	๘,๖๗๑,๕๕๗	๑๕,๕๕๒,๑๑๕	๖,๙๓๗,๑๙๐	๖,๘๔๘,๙๔๔	๘,๒๗๑,๕๕๔
	ป่วย(ราย)	๙๔๘	๙,๓๘๔	๑๗,๘๗๕	๔๕,๖๘๘	๑๖๑,๘๕๘
	ร้อยละ	๐.๐๑	๐.๐๖	๐.๒๖	๐.๖๗	๑.๙๖

ที่มาข้อมูล : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ประมวลผล : ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑ (ข้อมูลทั้งหมดไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรในประเทศไทย ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑

ปี	กลุ่มอายุ	<๑๕ ปี	๑๕-๓๙ ปี	๔๐-๔๙ ปี	๕๐-๕๙ ปี	๖๐ ปีขึ้นไป
๒๕๕๙	จำนวน (ราย)	๙,๑๗๗,๔๕๕	๑๖,๐๘๘,๓๕๔	๗,๒๗๕,๑๖๑	๖,๖๘๕,๔๐๗	๗,๖๐๑,๑๗๒
	ป่วย(ราย)	๑๐,๑๗๓	๑๙๔,๔๐๕	๖๒๖,๖๔๗	๑,๓๙๐,๘๙๕	๓,๐๒๙,๗๒๐
	ร้อยละ	๐.๑๑	๑.๒๑	๘.๖๑	๒๐.๘๐	๓๙.๘๖
๒๕๖๐	จำนวน(ราย)	๘,๙๐๒,๙๘๔	๑๕,๗๔๐,๓๔๐	๗,๐๙๒,๕๓๗	๖,๗๖๖,๒๑๗	๗,๙๐๐,๗๗๐
	ป่วย(ราย)	๙,๗๘๖	๒๐๐,๑๑๕	๖๓๓,๘๗๕	๑,๕๕๖,๑๕๗	๓,๓๐๘,๐๘๗
	ร้อยละ	๐.๑๑	๑.๒๗	๘.๙๔	๒๑.๕๒	๔๑.๘๗
๒๕๖๑	จำนวน(ราย)	๘,๖๕๖,๒๗๘	๑๕,๕๒๒,๒๗๑	๖,๙๓๑,๕๖๙	๖,๘๔๕,๐๐๔	๘,๒๖๘,๗๑๔
	ป่วย(ราย)	๗,๗๑๗	๑๘๘,๖๖๖	๖๑๐,๓๐๓	๑,๕๖๐,๒๙๓	๓,๕๑๐,๖๔๕
	ร้อยละ	๐.๐๙	๑.๒๒	๘.๘๐	๒๑.๓๓	๔๒.๔๖

ที่มาข้อมูล : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ประมวลผล : ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑ (ข้อมูลทั้งหมดไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

และโรคเบาหวานในประเทศไทย ก็มีการเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มสูงมากขึ้นทุกปี และพบได้ทุกกลุ่มอายุ เช่นเดียวกัน โดยใน ปี ๒๕๖๑ พบว่ามีผู้ป่วยถึง ๒,๓๔๔,๗๕๒ ราย โดยในกลุ่มอายุ ๕๐ -๕๙ ปี และ ๖๐ ปี ขึ้นไป พบอัตราการเจ็บป่วยที่สูง เป็นอัตราส่วน ถึง ๑ ต่อ ๑๐ และ ๑ ต่อ ๕ ตามลำดับ หมายความว่า ประชาชนกลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี จำนวน ๑๐ คน จะมีคนป่วยเป็นโรคเบาหวาน ๑ คน และถ้าอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ๕ คน จะมีคนป่วยโรคเบาหวาน ๑ คน (ตารางที่ ๓)

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรในประเทศไทย ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑

ปี	กลุ่มอายุ	<๑๕ ปี	๑๕-๓๙ ปี	๔๐-๔๙ ปี	๕๐-๕๙ ปี	๖๐ ปีขึ้นไป
๒๕๕๙	จำนวน (ราย)	๙,๐๕๔,๒๓๒	๑๕,๘๙๔,๘๔๗	๗,๑๗๗,๑๓๖	๖,๕๗๖,๙๔๗	๗,๔๖๑,๙๖๐
	ป่วย(ราย)	๕,๔๔๗	๑๐๔,๖๗๑	๓๓๐,๑๓๕	๗๑๐,๑๒๙	๑,๓๑๘,๐๗๓
	ร้อยละ	๐.๐๖	๐.๖๖	๔.๖๐	๑๐.๘๐๐	๑๗.๖๖
๒๕๖๐	จำนวน (ราย)	๘,๙๐๙,๓๓๓	๑๕,๗๔๗,๖๑๙	๗,๐๙๓,๗๐๓	๖,๗๖๗,๐๘๒	๗,๙๐๑,๕๖๓
	ป่วย (ราย)	๕,๕๘๐	๑๐๖,๘๗๕	๓๓๔,๗๑๑	๗๕๐,๓๕๙	๑,๔๖๕,๔๗๑
	ร้อยละ	๐.๐๖	๐.๖๘	๔.๗๒	๑๑.๐๙๐	๑๘.๕๕
๒๕๖๑	จำนวน(ราย)	๘,๖๗๑,๕๔๐	๑๕,๕๕๒,๒๓๘	๖,๙๓๗,๒๔๐	๖,๘๔๘,๙๗๔	๘,๒๗๑,๔๙๕
	ป่วย(ราย)	๔,๓๘๖	๑๐๑,๑๓๒	๓๒๓,๕๗๘	๗๕๕,๖๑๗	๑,๕๖๐,๐๓๙
	ร้อยละ	๐.๐๕	๐.๖๕	๔.๖๖	๑๑.๐๓๐	๑๘.๘๖

ที่มาข้อมูล : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ประมวลผล : 24 กรกฎาคม 2561 (ข้อมูลทั้งหมดไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และในจำนวนนี้ร้อยละ ๕๐ จะมีความพิการอย่างรุนแรง จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างน้อยในระยะ ๑ เดือนหลังอาการ (กรมการแพทย์, ๒๕๖๒) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองราว ๑ ใน ๓ จะเกิดความพิการถาวร โดยทั่วไปแล้วหลังป่วยร้อยละ ๒๐ ต้องพึ่งพาสถานพยาบาล และร้อยละ ๑๕-๓๐ พึ่งพิการถาวร (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, ๒๕๕๖)

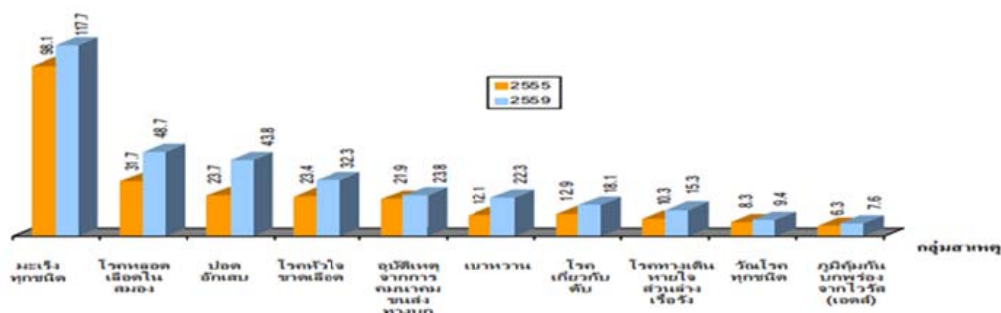
ผู้ป่วยซึ่งมีความพิการต้องการบริการฟื้นฟูถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนถึงเป้าหมายการฟื้นฟูถึงร้อยละ ๕๔ สะท้อนให้เห็นว่าระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นอยู่และความต้องการผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาลและตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเองมีความลำบากในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล (กัญญาลักษณ์ ณ รังสี และคณะ, ๒๕๕๕)

ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ([Http ://hdcservice.moph.go.th](http://hdcservice.moph.go.th)) ณ วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๑ ระบุว่า เขตสุขภาพ ๑๒ เขต ไม่รวมข้อมูลกรุงเทพมหานคร ปรากฏว่า มีผู้สูงอายุ (อายุเกิน ๖๐ ปี ขึ้นไป) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น ๔๔๒,๖๑๑ คน เสียชีวิต จำนวน ๒๔,๒๐๓ คน นั่นคือมีผู้สูงอายุที่ยังต้องรักษาต่อเนื่องทั้งสิ้น ๔๑๘,๔๐๘ คน

ส่วนอัตราการตาย หากจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๙ พบว่า สาเหตุการตายสิบอันดับแรกคือ มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุทางจราจร เบาหวาน ทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง วัณโรค และเอดส์ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับสอง แสดงในแผนภูมิที่ ๖

แผนภูมิที่ ๖ อัตราการตายที่สำคัญต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ และ ๒๕๕๙

ภาพ 2.3 ก : อัตราตาย จำนวนคนตามสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2555 และ 2559
Figure 2.3 A : Mortality Rates by Leading Cause of Death per 100,000 Population Thailand, 2012 and 2016



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
Source: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นที่คาดการณ์ว่า จะมีคนป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่ม ประมาณกว่าแสนคนต่อปี ประมาณ ๑ ใน ๓ เสียชีวิต และ ๒ ใน ๓ พิการ ซึ่งในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ คาดว่าจะมีผู้ป่วยสะสมที่ต้องดูแลประมาณ ๑.๕ ล้านคน

๑.๑.๓ สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับปัญหาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หากจำแนกตามระดับการดูแลรักษาออกเป็นด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและสภาพแวดล้อม สามารถสรุปสภาพปัญหาได้ดังนี้

(๑) การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute Care)

● ด้านเศรษฐกิจ

ปัญหาทางด้านภาระค่าใช้จ่าย ทั้งในส่วนของรัฐและของผู้ป่วย โดยภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ รัฐจะให้การช่วยเหลือผ่านหลักประกันสุขภาพ ๓ ระบบคือ ระบบสวัสดิการของข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการการเมือง ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม เฉพาะในส่วนของการรักษาทางตรงประมาณ ๔๒,๔๐๐ บาท/การนอนโรงพยาบาล ๑ ครั้ง ส่วนค่าใช้จ่ายการรักษาทางอ้อม ประมาณ ๔๘,๗๐๐ บาท/การนอนโรงพยาบาล ๑ ครั้ง ผู้ป่วยหรือญาติผู้ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่าย (Numfon Sribundit. Economic evaluation of stroke unit in Prasat Neurological Institute. {Dissertation}. Bangkok: Mahidol University; ๒๐๑๓.) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

● ด้านสุขภาพ

๑.๑) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่

๑.๑.๑) ผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงของโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรีบนำส่งผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

๑.๑.๒) โรงพยาบาลในพื้นที่ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต้องมีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการดูแล/รักษา/วินิจฉัย ประเมินและทำกายภาพบำบัดภายใน ๔๘ ชั่วโมง ให้ความรู้และศึกษาในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ รวมถึงการประเมินก่อนกลับบ้าน ทั้งนี้จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา ระบุว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีผลลัพธ์ทางการรักษาทางด้านคลินิกหรือมีประสิทธิผลการรักษาดีกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป (การแพทย์ไทย ๒๕๕๔-๒๕๕๗ First Edition)

- **ด้านสังคมและสภาพแวดล้อม (ที่อยู่อาศัย)**

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมักประสบปัญหาขาดผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยโรคนี้ต้องมีผู้ดูแลเป็นประจำทุกวัน ซึ่งหากไม่มีโรงพยาบาลหรือสถานบริการพยาบาลที่ให้บริการดูแลอย่างใกล้ชิด มีอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิต หรือเกิดการพิการหลังการรอดชีวิต

(๒) การดูแลรักษาในระยะกลาง (Intermediate Care)

- **ด้านเศรษฐกิจ**

เนื่องจากโรงพยาบาลภาครัฐยังไม่มีบริการดังกล่าว ดังนั้นหากผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแล อาจต้องใช้บริการของสถานบริการหรือศูนย์ฟื้นฟูของเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงเกินกำลังของผู้ป่วยสูงอายุ

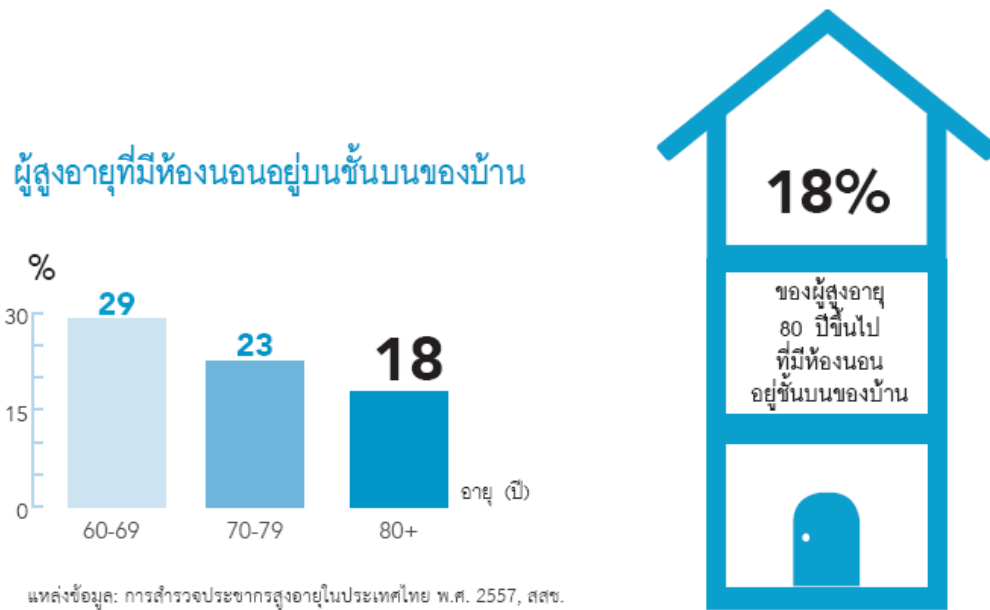
- **ด้านสุขภาพ**

การดูแลระยะกลาง เป็นบริการดูแลต่อเนื่องที่ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในขณะที่พ้นวิกฤติแล้ว ก่อนที่จะส่งกลับบ้านเพื่อลดการพึ่งพิงทางการแพทย์และนำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นใจ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีระบบการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลภาครัฐ เมื่อแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังพ้นวิกฤติ ผู้ป่วยสูงอายุจึงจำเป็นต้องกลับไปอยู่บ้านทั้ง ๆ ที่ยังมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อม

- **ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม**

สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิต ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๗ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีห้องนอนอยู่บนชั้นบนของบ้าน (แผนภูมิที่ ๗) ดังนั้น จำเป็นต้องมีการปรับสภาพที่เหมาะสมในการใช้ชีวิต และควรอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน

แผนภูมิที่ ๗ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีห้องนอนอยู่บนชั้นบนของบ้าน

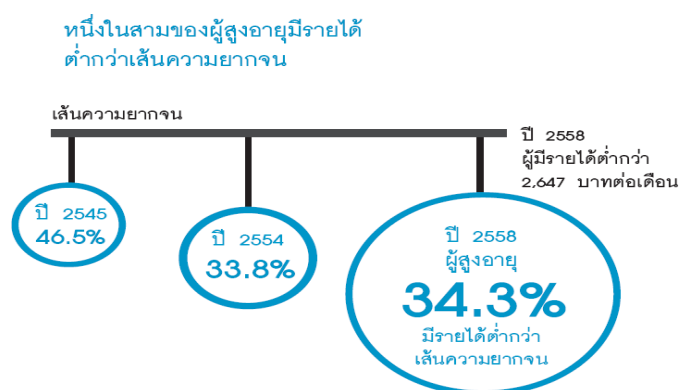


(๓) การดูแลรักษาในระยะยาว (Long-Term Care)

• ด้านเศรษฐกิจ

รายได้ของผู้ป่วยสูงอายุไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลระยะยาว ซึ่งผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติและจากระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่า ปี ๒๕๕๘ ผู้สูงอายุประมาณ ๓๔.๓ % มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน นั่นคือมีรายได้ต่ำกว่า ๒,๖๔๗ บาทต่อเดือน (แผนภูมิที่ ๘)

แผนภูมิที่ ๘ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ปี ๒๕๔๕, ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๘



แหล่งข้อมูล: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545, 2554 และ 2557, สสช.
ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต, สสช.

เส้นความยากจน คือ ตัวชี้วัดสถานะภาพทางเศรษฐกิจ และเป็นมาตรฐานการครองชีพขั้นต่ำที่เป็นจำนวนเงิน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลเพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารและสิ่งจำเป็นที่ไม่ใช่อาหารในขั้นพื้นฐานที่ทำให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้

นอกจากนี้ เนื่องจากการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลของภาครัฐยังมีน้อย ส่วนใหญ่ การดูแลระยะยาวหรือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของครอบครัวตามรากฐาน วัฒนธรรมประเพณีของสังคมไทยซึ่งผู้ดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว (Family Caregiver) ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ สามี/ภรรยา บุตร หรือ บุคคลที่มีบุญคุณระหว่างกัน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นจากหน้าที่เดิมและมีระยะเวลาจำกัดใน การเข้ารับบทบาทผู้ดูแล ภายใต้สถานการณ์ที่อัตราการเกิดต่ำและสภาวะทางเศรษฐกิจที่ต้องออกไป ทำงานนอกบ้าน การพึ่งพาสมาชิกในครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นข้อจำกัด ซึ่งในบางกรณีต้องจ้าง บุคคลภายนอกเข้ามาดูแล ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หรือในบางกรณีบุตรหลานที่อยู่ในวัยทำงานบางคน ต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแล ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง หรือบางกรณีดูแลไปตามเท่าที่ จะทำได้ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยในที่สุด

● ด้านสุขภาพ

จากข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจข้างต้น ประกอบกับโรงพยาบาลในท้องถิ่นหรือในพื้นที่ ที่ให้บริการดูแลระยะยาวมีค่อนข้างจำกัด รวมทั้งสถานพยาบาลบริการทั้งในรูปแบบของการดูแลแบบไป-กลับ (Day Care) ในระดับตำบล และการดูแลแบบประจำ (Home Nursing Care) ในระดับอำเภอ เพื่อให้บริการ ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียงที่ครอบคลุมและทั่วถึงยังมี ค่อนข้างจำกัดในบางพื้นที่เท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในตัวจังหวัด ขณะที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุๆ ไม่ได้รับการดูแลรักษา เท่าที่ควร แม้ว่าขณะนี้รัฐบาลได้มีการสร้างนักบริบาลชุมชน (Caregiver) เข้าไปดูแลถึงบ้านและชุมชน แต่ยังมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย (ในปี ๒๕๖๑ มีผู้สูงอายุที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ต้องได้รับการดูแลประมาณ ๔๒๐,๐๐๐ ราย ขณะที่นักบริบาลชุมชนประมาณกว่า ๕๐,๐๐๐ คน) อีกทั้ง การสร้างนักบริบาลชุมชน (Caregiver) ยังขึ้นอยู่กับได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ

● ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน และญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลาในระยะยาว เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบางส่วนถูกทอดทิ้ง

๑.๒ ผลกระทบของปัญหา

๑.๒.๑ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

๑) **รายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ** มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะรายจ่ายของ ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยล่าสุด พบว่า รายจ่าย ด้านสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้นจาก ๑๒๗,๕๓๔ ล้านบาท (ร้อยละ ๖๓ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด) ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๓๘๘,๙๓๙ ล้านบาท (ร้อยละ ๗๖ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด) ในปี ๒๕๕๕ หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๑๑.๙๘ ต่อปี โดยรายจ่ายส่วนใหญ่มาจากระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ประกอบด้วย ระบบสวัสดิการค่า รักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ๕๗,๘๒๐.๕๖ ล้านบาท ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๒๐๑,๓๑๙.๔๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๕ หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๑๕ ต่อปี โดยมีสัดส่วนรายจ่ายต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑.๐๖ เป็นร้อยละ ๑.๗๗ ในช่วง ระยะเวลาเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารายจ่ายระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐมีอัตราเพิ่มที่เร็วกว่าอัตรา การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

จากการคาดการณ์รายจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ พบว่า ในปี ๒๕๖๔ จะเพิ่มเป็น ๔๓๓,๖๖๔ ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๘.๙๔ ต่อปี ส่งผลให้รายจ่ายสุขภาพภาครัฐเพิ่มเป็น ๖๘๔,๒๗๕ ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๖.๖๔ ต่อปี ทั้งนี้ การที่ระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบมีแหล่งงบประมาณส่วนใหญ่จากภาครัฐ จึงอาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการคลังในอนาคต อีกทั้งแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ยังขาดประสิทธิภาพ กล่าวคือ กลไกการบริหารจัดการและระบบฐานข้อมูลยังคงแยกส่วนกันในแต่ละระบบ ส่งผลต่อการจัดบริการที่เป็นเอกภาพทั้งด้านสิทธิประโยชน์ อัตราการเบิกจ่าย และคุณภาพบริการ จึงเป็นความท้าทายในการสร้างความสมดุลระหว่างความยั่งยืนทางภาระการคลังภาครัฐและการจัดบริการที่มีคุณภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

๒) ด้านรายได้ครัวเรือนลดลง เนื่องจากผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะอยู่ในภาวะพึ่งพิงที่จะต้องมิดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัวทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มศักยภาพ หรือทำให้ต้องออกจากงานประจำมาเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว

๑.๒.๒ ผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ

๑) สุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ

ประชากรผู้สูงอายุจัดว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิด**ปัญหาด้านสุขภาพ** ซึ่งโดยมากเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคข้อ โรคกระดูก โรคสมองเสื่อม เป็นต้น โรคเหล่านี้ย่อมส่งผลให้ประชากรสูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ภาวะทุพพลภาพจะพบมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น ประชากรสูงอายุจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, ๒๕๕๒: ๑๕) ทำให้อัตราการมีคนพิการจากวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปัญหานี้จะทวีความรุนแรง เป็นปัญหาและภาระของคนรุ่นหลัง เป็นปัญหาครอบครัวในอีก ๑๐-๒๐ ปีข้างหน้าหากไม่มีมาตรการรองรับปัญหาดังกล่าว

๒) ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างสูง จากการศึกษาวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ระบุว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายใน ๓ ส่วนคือ

๒.๑) ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง

๒.๒) ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร และ

๒.๓) ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง

โดยการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงมีค่าใช้จ่ายต่อคนต่อเดือนเท่ากับ ๑๙,๑๒๙ บาท แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรหรือผู้ดูแล ๑๕,๐๐๐ บาท ด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ๓,๘๒๙ บาท ด้านการเดินทางผู้จัดการการดูแล ๓๐๐ บาท ส่วนค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านเท่ากับ ๙,๖๖๗ บาทต่อคนต่อเดือน แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายผู้ดูแลและค่าเดินทางของผู้ดูแล ๖,๗๕๐ บาท ด้านอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ๒,๗๖๗ บาท และด้านการเดินทางผู้จัดการการดูแล ๑๕๐ บาท (ตารางที่ ๔) ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายหลักของการดูแลระยะยาวของทั้งสองกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ค่าบุคลากรหรือค่าตอบแทนผู้ดูแล

ตารางที่ ๔ : สรุปค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในปี ๒๕๕๔

รายการ	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อคนต่อเดือน)	
	ติดเตียง	ติดบ้าน
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	15,000	3,750
— ค่าผู้ดูแล	15,000	3,750
ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง	3,829	2,767
— ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์	587	191
— ค่าใช้จ่ายวัสดุสิ้นเปลือง	3,242	2,576
ค่าใช้จ่ายการเดินทาง	300	3,150
— ผู้จัดการการดูแล	300	150
— ผู้ดูแล	-	3,000
รวม	19,129	9,667

นอกจากนี้ ยังได้มีผลสำรวจค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากงานวิจัยของ วรเวชม์ และคณะ ได้แบ่งค่าใช้จ่ายออกเป็นค่าใช้จ่ายในรูปตัวเงินสำหรับสิ่งของหรือบริการนั้นๆ เช่น ค่าอุปกรณ์ ค่าบริการด้านสุขภาพ และค่าจ้างผู้ดูแล และค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากการขาดรายได้เพราะไม่ได้ทำงานหรือออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายรวมประมาณ ๒๑,๐๐๐-๔๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๙๐ คำนวณโดยนำผลการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง คูณกับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวต่อเดือน (ค่าอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเดินทาง และค่าบุคลากร) และคูณ ๑๒ เดือนให้เป็นค่าใช้จ่ายต่อปี โดยสมมติให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวมีการปรับตามค่าคาดการณ์เงินเฟ้อทุกปีที่ร้อยละ ๒ (ค่าเฉลี่ยเงินเฟ้อย้อนหลัง ๕ ปี คือระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘) สรุปว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่บ้านของทั้งกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต (ตารางที่ ๕) ค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มจากประมาณ ๖ หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๓.๔ แสนล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๙๐ หรือเพิ่มขึ้นเกือบ ๕ เท่า ในเวลาเพียง ๓๐ ปี

อย่างไรก็ดี แม้ว่าจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านจะมีมากกว่ากลุ่มติดเตียง แต่ค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลระยะยาวของกลุ่มติดเตียงนั้นสูงกว่ากลุ่มติดบ้านอย่างมาก ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายรวมในการดูแลระยะยาวของกลุ่มติดเตียงสูงกว่ากลุ่มติดบ้านตลอดช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๙๐

ตารางที่ ๕ : ประมาณการค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ล้านบาท) ในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๙๐

ปี	ค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ล้านบาท)		
	กลุ่มติดเตียง	กลุ่มติดบ้าน	รวม
2560	32,001	27,842	59,843
2565	43,761	38,277	82,038
2570	59,716	51,549	111,265
2575	80,696	69,188	149,884
2580	108,292	92,523	200,815
2585	143,746	122,043	265,788
2590	184,358	155,838	340,196

จากข้อมูลประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในภาพรวมข้างต้น ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต้องดูแลระยะยาว จะมีแนวโน้มสูงขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นด้วย

๑.๓ บทบาทและความพยายามของภาครัฐที่ผ่านมา

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ภาครัฐได้ใช้ความพยายามในการแก้ไขปัญหา เพื่อควบคุมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและไม่เป็นภาระกับญาติและสังคม แต่ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง โดยได้ดำเนินการดังนี้

๑.๓.๑ ส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูง ในเส้นเลือด และโรคอ้วน โดยมีมาตรการในการคัดกรอง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ในประชาชนตั้งแต่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเป็นประจำทุกปี รวมทั้งให้ความรู้ แนวทางการปฏิบัติตัว จัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรัง และจัดทำ CVD Risk แต่การดำเนินการที่ผ่านมาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้ประชาชนป่วยเป็นโรคปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น รวมทั้งเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ จำนวน ๒.๓ แสนคน/ปี

๑.๓.๒ ภาวะการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต ผู้ป่วยในระยะนี้ต้องรีบเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว ดังนั้นภาครัฐด้านสาธารณสุข ได้จัดระบบบริการ Stroke Fast Track เพื่อการเข้าถึงอย่างรวดเร็วทันเวลา รวมทั้งการดูแลรักษาและผ่าตัด โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสามารถใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ ประกันสังคม หรือจ่ายตรงของกลุ่มข้าราชการ แต่ยังไม่มีการประกันรายได้ รวมทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ต้องอาศัยการนอนที่โรงพยาบาลอย่างเดียว

๑.๓.๓ การเจ็บป่วยในระยะกลาง (Intermediate Care) หลังจากที่พักจากภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจะดูแลต่ออีกไม่เกิน ๔๒ วัน เพื่อจัดทำกายภาพบำบัด รวมทั้งการฝึกการใช้ชีวิตประจำวันหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

๑) ด้านสาธารณสุข (สุขภาพ) ในปัจจุบันภาครัฐด้านสาธารณสุขได้ดำเนินการสนับสนุนการแก้ไขปัญหา ดังนี้

- จัดตั้งสถานพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางดังกล่าว เช่น โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง เป็นต้น
- อบรมญาติของผู้ป่วยให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในการใช้ชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง

๒) ด้านหลักประกันรายได้ โดยเป็นรายได้ของผู้ป่วยเอง และบางส่วนมีรายได้จากเบี้ยคนพิการ ซึ่งไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย

๑.๓.๔ การเจ็บป่วยในระยะยาว (Long Term Care) ภาครัฐได้ดำเนินการสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยดังนี้

๑) ด้านสาธารณสุข (สุขภาพ) ได้ให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ดูแล ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และนักบริบาลชุมชน (Caregiver) เข้าไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเป็นครั้งคราวตามรอบเวลา

๒) ด้านหลักประกันรายได้ ผู้ป่วยจะมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยคนพิการ เงินจากมาตรการช่วยเหลือการยังชีพผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ รวมเป็นเงินช่วยเหลือ ๑,๔๕๐-๑,๙๐๐ บาท/เดือน และลดค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ ๗๑๕-๘๑๕ บาท/เดือน

๓) ด้านหลักประกันที่อยู่อาศัย (สังคม/สิ่งแวดล้อม) รัฐยังไม่ได้จัดให้มีอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ มีเพียงบางพื้นที่และยังไม่มีกลไกสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดความช่วยเหลือ ดังนี้

- บ้านพักผู้ป่วย ยังไม่มีการสนับสนุนให้สร้างอย่างชัดเจน มีเพียงบ้านตัวอย่างสำหรับฝึกทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ที่โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง เท่านั้น

- Home Nursing Care ยังไม่มีการจัดสร้างจากภาครัฐมีเพียงภาคเอกชนที่จัดทำซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง สำหรับผู้มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้มีเพียงที่วัดวังขนาย จังหวัดกาญจนบุรี เท่านั้นที่รับดูแลผู้ป่วยประเภทอยู่ประจำ โดยใช้เงินจากตัวผู้ป่วยที่มีรายได้และเงินบริจาคสำหรับผู้ที่ไม่มียาได้

จากการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น ยังไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงมากเนื่องจากปัจจัยการดำรงชีพและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม หากไม่ได้จัดทำมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสังคมตามมาและรุกรามเป็นปัญหาระดับชาติและยากแก่การแก้ไขต่อไปในอนาคต

๑.๔ สรุปปัญหาและความพยายามในอดีตที่ผ่านมา

การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประเด็นสำคัญเชิงนโยบายเนื่องจากเป็นโรคที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง เป็นภาระทั้งของครอบครัวและภาครัฐ อีกทั้งนอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ แล้วจำนวนผู้ป่วยโรคที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก็มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน คณะผู้ศึกษา/กลุ่มจึงได้เลือกที่จะทำการศึกษาประเด็น “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อที่จะได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ต่อไป

๒. การคาดการณ์ปัญหาและโอกาสการพัฒนาของประเทศไทยในอนาคต

๒.๑ ทิศทางในอนาคต (อย่างน้อย ๑๐ ปี) ของปัญหา

- **ด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพ**

ดังที่กล่าวไว้ในบทก่อนว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยข้อมูลล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า เขตสุขภาพ ๑๒ เขต ไม่รวมข้อมูลกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุ (อายุเกิน ๖๐ ปี ขึ้นไป) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น ๔๔๒,๖๑๑ คน เสียชีวิต จำนวน ๒๔,๒๐๓ คน นั่นคือ มีผู้สูงอายุที่ยังต้องรักษาต่อเนื่องทั้งสิ้น ๔๑๘,๔๐๘ คน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งเป็นที่คาดการณ์ว่า ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและอยู่ในภาวะที่ต้องดูแลระยะยาวประมาณ ๑.๕ ล้านคน ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ในการรักษาต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ลดลง และค่าใช้จ่ายทางด้านงบประมาณรายจ่ายของภาครัฐ โดยจากข้อมูลวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย ได้ประมาณการภาพรวมค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว ที่บ้านของทั้งกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต โดยจะเพิ่มจากประมาณ ๖ หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๑.๑๑ แสนล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๗๐ และเป็น ๓.๔ แสนล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๙๐ หรือเพิ่มขึ้นเกือบ ๕ เท่า ในเวลาเพียง ๓๐ ปี

ส่วนค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยคาดว่า ในปี ๒๕๖๔ รายจ่ายสุขภาพภาครัฐจะเพิ่มเป็น ๖.๘๔ แสนล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๖.๖๔ ต่อปี และเป็น ๑.๒ ล้านล้านบาท ในปี ๒๕๗๐

- **ด้านสังคมและสภาพแวดล้อม**

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและพันภาวะวิกฤตส่วนใหญ่ต้องกลับไปอยู่บ้าน ภายใต้การดูแลของบุคคลในครอบครัว ซึ่งในอนาคตขนาดของครอบครัวจะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกในครอบครัวน้อยลงเรื่อย ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยฯ จึงมีแนวโน้มที่จะขาดคนดูแลหรือถูกทอดทิ้งมากขึ้น

ในส่วนของที่อยู่อาศัยที่ผู้สูงอายุจะต้องกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน หากไม่มีการปรับที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิต ก็ยิ่งจะเป็นปัญหาสะสมมากขึ้น

๒.๒ Potential Demand

จากทิศทางและแนวโน้มของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นประเด็นท้าทายที่ภาครัฐจะต้องบริหารจัดการและแก้ไขอย่างเป็นระบบให้ครอบคลุมทั้ง ๓ มิติ โดยทุกภาคส่วนจะต้องเข้ามามีบทบาททั้งในส่วนองสถานพยาบาลในระดับชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) สถานพยาบาล/บริการของเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ได้แก่ วัด ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต และเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมและสภาพที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน

สำหรับบทบาทภาครัฐที่จะขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรม สามารถดำเนินการได้ดังนี้

๒.๒.๑ สนับสนุนมาตรการทางการเงิน เพื่อสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งคลุมรวมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๒.๒ สนับสนุนมาตรการทางการเงิน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลรักษาระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ค่าอาหารทางสายยาง ค่าวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล

๒.๒.๓ สนับสนุนมาตรการทางด้านภาษีสำหรับผู้ดูแล/บุคคลในครอบครัว และผู้ดูแลที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายเลือด เพื่อนำไปลดหย่อนภาษีรายได้บุคคลธรรมดา

๒.๒.๔ ส่งเสริมให้มีสถานบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งในส่วนของรัฐและเอกชน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลก่อนกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งในภาคเอกชนอาจมีมาตรการจูงใจเพื่อให้บริการในราคาที่เหมาะสมและเป็นธรรม เช่น สนับสนุนเงินอุดหนุน (Subsidy) ในการจัดตั้งสถานบริการหรือมาตรการลดหย่อนภาษี เป็นต้น

๒.๒.๕ ส่งเสริมให้มีสถานบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ทั้งในส่วนของรัฐและเอกชนในระดับชุมชนทั้งในรูปแบบของการดูแลแบบไป-กลับ (Day Care) และการดูแลแบบประจำ (Home Nursing Care)

๒.๒.๖ สนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน

๓. แนวทางแก้ปัญหา และการพัฒนา

๓.๑ เป้าหมายหลักที่ต้องการพัฒนาภายใน ๕ ปี

จากสภาพปัญหาและความพยายามที่ผ่านมาของภาครัฐ ตลอดจนแนวโน้มของปัญหาที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต หากมิได้รับการแก้ไขหรือมีการดำเนินการใด ๆ ดังที่กล่าวแล้วในบทที่ ๑ และ ๒ ตามลำดับ คณะผู้ศึกษา/กลุ่มจึงได้กำหนดเป้าหมายหลักที่ต้องการบรรลุภายใน ๕ ปี ไว้ดังนี้

“คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม” โดยเป้าหมายดังกล่าว มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและนโยบายสำคัญของรัฐบาล ดังต่อไปนี้

๑) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ในประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี โดยมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การส่งเสริมรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สนับสนุนการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนารูปแบบการกีฬาเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย และ**ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม** ที่ให้ความสำคัญกับ การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ โดยบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ๓ กองทุน เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการ และลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย โดยเตรียมการด้านโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส และการสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชน โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน

๒) สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ได้แก่ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย ปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายและภาษีในการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาครัฐและปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เช่น ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพ และการพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย เช่น ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การกระจายการให้บริการภาครัฐทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง เช่น บริหารจัดการการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ผ่านการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับจังหวัด ภาค และระดับประเทศให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้

๓) สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ที่ให้ความสำคัญกับ มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และมาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ และมาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

๓.๒ เป้าหมายรองและแนวทางการบรรลุเป้าหมาย

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักที่ตั้งไว้ คณะผู้ศึกษา/กลุ่มได้กำหนดเป้าหมายรองเกี่ยวกับบทบาทของภาครัฐในการขับเคลื่อนแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำแนกออกเป็น ๓ มิติย่อยดังนี้

เป้าหมายรองที่ ๑ (มิติด้านเศรษฐกิจ) มีมาตรการเพื่อสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต

เป้าหมายรองที่ ๒ (มิติด้านสุขภาพ) มีระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง

เป้าหมายรองที่ ๓ (มิติด้านสังคมและสภาพแวดล้อม) มีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน

ทั้งนี้ทั้ง ๓ เป้าหมายจะต้องดำเนินการไปด้วยกัน เพื่อเสริมซึ่งกันและกัน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน

๓.๓ แนวทางการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย

แนวทางการดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายหลักและเป้าหมายรอง สามารถสรุปออกมาเป็น ๔ แนวทาง ดังต่อไปนี้

๑. การกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นวาระแห่งชาติ

๒. การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่รองรับมาตรการทางการเงินและมาตรการทางด้านภาษี

๓. กลไกการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคีหลัก ประกอบด้วย ภาครัฐ (ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ชัดเจน

๔. การสนับสนุนทรัพยากร ประกอบด้วย งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี

สำหรับรายละเอียดของแต่ละแนวทางจะนำเสนอ พร้อมปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ/หรือ ความท้าทายในทางปฏิบัติในบทที่ ๔ ต่อไป

๔. การนำแนวทางสู่การปฏิบัติ

๔.๑ สรุปภาพรวมของเป้าหมายหลัก เป้าหมายรอง และแนวทางการบรรลุเป้าหมาย

การศึกษาเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง” ได้ตั้งเป้าหมายหลักว่า “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม” และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักที่ตั้งไว้ คณะผู้ศึกษา/กลุ่มได้กำหนดเป้าหมายรองเกี่ยวกับบทบาทของภาครัฐในการขับเคลื่อนแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำแนกออกเป็น ๓ มิติย่อยดังนี้

เป้าหมายรองที่ ๑ (มิติด้านเศรษฐกิจ) มีมาตรการเพื่อสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต

เป้าหมายรองที่ ๒ (มิติด้านสุขภาพ) มีระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง

เป้าหมายรองที่ ๓ (มิติด้านสังคมและสภาพแวดล้อม) มีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน

ทั้งนี้ทั้ง ๓ เป้าหมายจะต้องดำเนินการไปด้วยกัน เพื่อเสริมซึ่งกันและกัน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน

๔.๒ แนวทางในการบรรลุเป้าหมายรอง

๔.๒.๑ เป้าหมายรองที่ ๑ (มิติด้านเศรษฐกิจ) มีมาตรการเพื่อสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต

แนวทางที่เสนอเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการนำไปสู่การปฏิบัติมีดังนี้

๑) การกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นวาระแห่งชาติ

การที่รัฐบาลให้ความสำคัญ โดยกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ พร้อมกับมีมาตรการในการช่วยเหลือผ่านการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี จะทำให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยแนวทางที่จะสร้างหลักประกันรายได้ให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังต่อไปนี้

๑.๑) เพิ่มวงเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออาหารเหลว และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย/อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

เดิมรัฐบาลได้ออกบัตรสวัสดิการแห่งรัฐเพื่อช่วยเหลือค่าครองชีพให้แก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย โดยกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า ๓๐,๐๐๐ บาทต่อปี จะได้รับเงิน ๓๐๐ บาท/เดือน ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ตั้งแต่ ๓๐,๐๐๐ บาท/ปี ขึ้นไป แต่ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท/ปี จะได้รับเงินจำนวน ๒๐๐ บาท/เดือน โดยนำบัตรฯ ไปซื้อสินค้าที่จำเป็นในร้านค้าที่กระทรวงพาณิชย์กำหนด และนำไปลดค่าก๊าซหุงต้มจากร้านค้าที่กระทรวงพลังงานกำหนด อีกคนละ ๔๕ บาทต่อ ๓ เดือน และหากผู้มีรายได้น้อยที่ลงทะเบียนไว้เข้าร่วมฝึกอาชีพ ก็จะได้รับวงเงินเพิ่มเติม จาก ๓๐๐ บาท/เดือน เป็น ๕๐๐ บาท/เดือน จาก ๒๐๐ บาท/เดือนเป็น ๓๐๐ บาท/เดือน ซึ่งต่อมา

รัฐบาลได้เพิ่มวงเงินให้อีกสำหรับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า ๓๐,๐๐๐ บาท อีกเดือนละ ๑๐๐ บาท และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า ๓๐,๐๐๐ บาทไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท อีกเดือนละ ๕๐ บาท เริ่มจัดสรร ๓ เดือนตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๑

นอกจากนี้ยังได้รับส่วนลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยสารสาธารณะ ทั้งรถเมล์ รถไฟฟ้า รถไฟ และรถ บขส. จำนวน ๕๐๐ บาท/เดือน

ดังนั้นในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง ก็อาจดำเนินการช่วยเหลือผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เพื่อลดค่าใช้จ่ายสำหรับค่าอาหารเหลว และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น จากร้านขายยาที่กำหนดได้เช่นเดียวกัน การช่วยเหลือในลักษณะดังกล่าวจะช่วยลดค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากในข้อเท็จจริง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศไทยมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน คือประมาณ ๒,๖๔๗ บาท/เดือน สูงถึง ๓๔.๓ % ขณะที่ค่าใช้จ่ายเมื่อพ้นภาวะวิกฤตและกลับมาอยู่บ้านจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ ๑๙,๑๒๙ บาท/เดือน (สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.๒๕๖๐.ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย.กรุงเทพ :สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.)

๑.๒) เพิ่มสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ป่วย/อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเพิ่มเบี้ยความพิการ

ปัจจุบันรัฐบาลได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนสวัสดิการสังคมแก่ผู้พิการและทุพพลภาพ โดยกำหนดให้ผู้พิการได้รับเบี้ยความพิการคนละ ๘๐๐ บาท/เดือน ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ซึ่งภายใต้สถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้ ประกอบกับภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและอยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องรับภาระอยู่ในอัตราที่สูงมาก ดังนั้นรัฐบาลอาจให้ความช่วยเหลือโดยปรับเพิ่มอัตราเบี้ยพิการดังกล่าวให้เหมาะสมมากขึ้น

๑.๓) ส่งเสริมให้มีระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance : LTCI) เพิ่มมากขึ้น

การประกันให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันในด้านความเสี่ยงจากความพิการอันเนื่องมาจากการเข้าสู่วัยสูงอายุหรือความพิการอื่น ๆ จะเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงให้แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยและอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องดูแลระยะยาว และครอบครัวให้สามารถจัดการ ความเสี่ยงได้

โดยในส่วนของภาครัฐ ปัจจุบันรัฐบาลได้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เป็นผู้จัดซื้อบริการด้านสุขภาพให้ประชาชนโดยตรงและสนับสนุนด้านการส่งเสริมป้องกันโรคแก่คนไทย ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น รัฐบาลอาจจัดตั้งกองทุนประกันการดูแลระยะยาวขึ้นภายใต้กลไกที่มีอยู่ และให้ สปสช.เป็นผู้บริหารจัดการ โดยอยู่ภายใต้การกำกับนโยบายและดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรัฐบาลให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ

ในส่วนของภาคเอกชน รัฐบาลอาจส่งเสริมด้วยการให้สิทธิประโยชน์ทางด้านการลดหย่อนภาษีสำหรับการซื้อประกันที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันในด้านความเสี่ยงจากความพิการอันเนื่องมาจากการเข้าสู่วัยสูงอายุหรือความพิการอื่น ๆ ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยและอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องดูแลระยะยาว ซึ่งจะเป็นการลดภาระให้แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยและญาติผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวได้อีกทางหนึ่ง

๒) การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับมาตรการทางการเงินและมาตรการทางด้านภาษี

ในการสนับสนุนมาตรการความช่วยเหลือทางการเงิน ทั้งในส่วนของการเพิ่มวงเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออาหารเหลว และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย/อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ และการเพิ่มเบี้ยความพิการ รวมทั้งการจัดตั้งกองทุนประกันการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนมาตรการทางด้านภาษีแก่ผู้ซื้อประกันคุ้มครองความเสี่ยงจากความพิการอันเนื่องมาจากการเข้าสู่ผู้สูงอายุ คลุมรวมถึงผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยและอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องดูแลระยะยาว จำเป็นต้องมีการออกกฎหมายและปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

๔.๒.๒ เป้าหมายรองที่ ๒ (มิติด้านสุขภาพ) มีระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งคลุมรวมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและรอดชีวิตหรือพ้นจากภาวะวิกฤต ก่อนที่จะกลับบ้านควรได้รับการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปอยู่บ้าน แต่เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลของรัฐ ขณะนี้มีโรงพยาบาลบางแห่งกำลังพยายามทำเป็นต้นแบบ ได้แก่ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นต้น ส่วนการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลที่บ้านโดยสมาชิกครอบครัว โดยภาครัฐให้การช่วยเหลือด้วยการสร้างนักบริบาลชุมชน (Caregiver) เพื่อเข้าไปช่วยเหลือดูแล

แนวทางที่เสนอเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการนำไปสู่การปฏิบัติ มีดังนี้

๑) การสนับสนุนทรัพยากร ประกอบด้วย งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี

จากการที่ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ผู้สูงอายุที่ป่วยต้องกลับไปอยู่บ้านเลยหลังจากพ้นภาวะวิกฤต และรัฐได้ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง ด้วยการสร้างนักบริบาลชุมชน (Caregiver) เพื่อเข้าไปเยี่ยมบ้านและช่วยเหลือดูแล โดยสนับสนุนงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย สร้างนักบริบาลชุมชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ เป็นจำนวน ๖๐๐,๙๐๐ และ ๑,๑๕๙ ล้านบาทตามลำดับ พร้อมทั้งให้นักบริบาลชุมชนไปดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้น จาก ๑๐๐,๐๐๐ รายในปี ๒๕๕๙ เป็น ๑๕๐,๐๐๐ รายในปี ๒๕๖๐ และ ๑๙๓,๒๐๐ ราย ในปี ๒๕๖๑ โดยมอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ว่าจ้างนักบริบาลชุมชน ซึ่งปัจจุบันมีนักบริบาลชุมชนรวมทั้งสิ้นประมาณ ๕๐,๐๐๐ คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าร่วม ๔,๒๖๔ แห่งจากทั้งหมด ๗,๘๕๒ แห่ง

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบจำนวนนักบริบาลชุมชนกับจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นปีละกว่า ๑.๕ แสนราย จะเห็นได้ว่ายังไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีแนวทางการดำเนินการเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

๑.๑) สนับสนุนงบประมาณเพื่อสร้างนักบริบาลชุมชนมากขึ้นเพียงพอกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง

๑.๒) ส่งเสริมให้มีการผลิตและสร้างนักบริบาลชุมชน โดยกำหนดเป็นหลักสูตรการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้มีบุคลากรเฉพาะทางในระบบมากขึ้น และสามารถลดข้อจำกัดทางด้านงบประมาณที่ต้องจัดสรรเพื่อสร้างนักบริบาลชุมชนในแต่ละปี

๑.๓) จัดทำระบบฐานข้อมูลนักบริบาลชุมชน เพื่อให้ทุกพื้นที่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าว ขณะเดียวกันควรมีการเก็บข้อมูลผลการปฏิบัติงานของนักบริบาลชุมชน เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทั้งในส่วนของนักบริบาลชุมชนและสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยและได้รับการดูแลด้วย

๒) การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒.๑) เปิดช่องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาดำเนินการจ้างนักบริบาลชุมชน (Caregiver) เพื่อเข้าไปดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งทำหน้าที่กำกับดูแล

เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จะกระจายอยู่ในส่วนต่างทั่วประเทศ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้หน่วยงานในท้องถิ่นหรือในพื้นที่เข้ามาดูแลหรือมีส่วนร่วม การเปิดช่องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาดำเนินการจ้างนักบริบาลชุมชน เพื่อเข้าไปดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งทำหน้าที่กำกับดูแล จะเป็นการเหมาะสมกว่าให้ส่วนกลางเป็นผู้ดำเนินการ

๒.๒) ปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบ เพื่อสนับสนุนมาตรการจูงใจแก่สถานพยาบาลดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และสถานพยาบาลดูแลระยะยาว (Long Term Care) ของเอกชนเพื่อให้บริการในราคาที่เหมาะสมและเป็นธรรม เช่น สนับสนุนเงินอุดหนุน (Subsidy) ในการจัดตั้งสถานบริการ หรือมาตรการลดหย่อนภาษี เป็นต้น

๓) กลไกการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคหลัก ประกอบด้วย ภาครัฐ (ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ชัดเจน

เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นภาวะวิกฤต และกลับไปอยู่บ้าน จะต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนอกจากญาติผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวแล้ว ยังประกอบไปด้วย โรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่เป็นของรัฐ และเอกชน รวมทั้งชุมชน ได้แก่ วัด ชุมชมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้น จะต้องเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

๓.๑) จัดให้มีสถานพยาบาลดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และสถานพยาบาลดูแลระยะยาว (Long Term Care) ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชนให้เพียงพอครอบคลุมทุกพื้นที่ตั้งแต่ในระดับชุมชน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ พร้อมทั้งจัดระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ โดยมีกลไกการบริหารทั้งในระดับพื้นที่ (Area) ระดับภารกิจ (Function) และระดับนโยบาย (Policy) ทั้งนี้ในส่วน of สถานบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ควรดำเนินการในระดับชุมชนทั้งในรูปแบบของการดูแลแบบไป-กลับ (Day Care) และการดูแลแบบประจำ (Home Nursing Care)

๓.๒) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นภาวะวิกฤต และกลับไปอยู่บ้านเพิ่มมากขึ้น โดยดำเนินงานร่วมกับชุมชน ได้แก่ วัด ชุมชมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ

๔.๒.๓ เป้าหมายรองที่ ๓ (มิติด้านสังคมและสภาพแวดล้อม) มีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน

เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่บนของบ้าน ดังนั้นกรณีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นภาวะวิกฤต และกลับไปอยู่บ้านโดยทันที สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยจะไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นต้องมีการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ซึ่งปัจจุบันรัฐบาลยังมิได้ดำเนินการในส่วนนี้มากนัก

แนวทางที่เสนอเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการนำไปสู่การปฏิบัติ มีดังนี้

๑) กลไกการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคหลัก ประกอบด้วย ภาครัฐ (คณะกรรมการปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ชัดเจน

๑.๑) สนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้





๑.๒) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และจัดบริการสาธารณะ โดยเฉพาะการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง






๑.๓) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างกลไกเฝ้าระวัง เช่น มีระบบอาสาสมัครเยี่ยมบ้านหรือเข้าไปช่วยเหลือดูแลบางช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลติดภารกิจหรือไปทำธุระจำเป็นเร่งด่วน เป็นต้น






๑.๔) ส่งเสริมให้มีบ้านต้นแบบที่มีอุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง เพื่อฝึกทักษะเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยและสร้างความมั่นใจให้แก่ญาติผู้ดูแล โดยอาจดำเนินการในโรงพยาบาลระดับชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล (รพ.สต.) หรือดำเนินการโดยวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน เป็นต้น





๔.๒.๔ แผนปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

สำหรับแนวทางในการบรรลุเป้าหมายเพื่อนำไปสู่เป้าหมายหลักในการที่จะพัฒนา “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม” ดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรม คณะผู้ศึกษา/กลุ่มขอนำเสนอ *พื้นที่เป้าหมายนำร่องที่เห็นควรดำเนินการในระยะเร่งด่วน (Quick Win) โดยดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๓ (๑ ปี) คือ จังหวัดนครราชสีมา* เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดในประเทศไทยคือ ๑๙,๗๖๕ ราย โดยในกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุ จำนวน ๑๓,๑๙๐ ราย เฉลี่ยวันละ ๕๐ – ๖๐ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๑) มีรายละเอียดโดยสรุป ดังนี้

ประเด็นข้อเสนอ	หน่วยงานเจ้าภาพ หลัก/เจ้าภาพ สนับสนุน	ระยะที่ ๑ (Quick Win) (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๓)	ระยะที่ ๒ (Short Term) (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)
มิติทางด้านเศรษฐกิจ :สร้างหลักประกันรายได้เพื่อให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต			
การกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นวาระแห่งชาติ			
๑.เพิ่มวงเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออาหารเหลว และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นฯ ผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	ก.สาธารณสุข/ก.การคลัง		
๒. เพิ่มเบี้ยความพิการแก่ผู้สูงอายุที่ป่วย/อยู่ในภาวะพึ่งพิง	ก.การพัฒนาสังคมฯ/ ก.การคลัง		
๓. ส่งเสริมให้มีระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance : LTCI) เพิ่มมากขึ้น - จัดตั้งกองทุนประกันการดูแลระยะยาวขึ้นภายใต้กลไกที่มีอยู่และให้ สปสช.เป็นผู้บริหารจัดการ - สนับสนุนสิทธิประโยชน์ทางด้านการลดหย่อนภาษี	ก.สาธารณสุข สปสช. ก.สาธารณสุข/ ก.การคลัง		
ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับมาตรการทางการเงินและมาตรการทางด้านภาษี			
๑. แก้ไขกฎระเบียบสนับสนุนมาตรการความช่วยเหลือทางการเงิน - การเพิ่มวงเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออาหารเหลว และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย/อยู่ในภาวะพึ่งพิงผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ - การเพิ่มเบี้ยความพิการ	ก.สาธารณสุข/ ก.การคลัง ก.พัฒนาสังคมฯ/ก.คลัง		

ประเด็นข้อเสนอ	หน่วยงานเจ้าภาพหลัก	ระยะที่ ๑ (Quick Win) (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๓)	ระยะที่ ๒ (Short Term) (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)
๒. สนับสนุนมาตรการทางด้านภาษีแก่ผู้ซื้อประกันคุ้มครองความเสี่ยงจากความพิการอันเนื่องมาจากการเข้าสู่ผู้สูงอายุ กลุ่มรวมถึงผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยและอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือดูแลระยะยาว	ก.สาธารณสุข/ ก.การคลัง		
มิติด้านสุขภาพ :มีระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง			
การสนับสนุนทรัพยากร ประกอบด้วย งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี			
๑.สนับสนุนงบประมาณเพื่อสร้างนักบริบาลชุมชนให้เพียงพอกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง/ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	ก.สาธารณสุข/ ก.การคลัง		
๒. ส่งเสริมให้มีการผลิตและสร้างนักบริบาลชุมชน โดยกำหนดเป็นหลักสูตรการศึกษา	ก.สาธารณสุข/ ก.ศึกษา		
๓. จัดทำระบบฐานข้อมูลนักบริบาลชุมชน	ก.สาธารณสุข		
ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง			
๑. เปิดช่องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาดำเนินการจ้างนักบริบาลชุมชน (Caregiver) เพื่อเข้าไปดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งทำหน้าที่กำกับดูแล	ก.สาธารณสุข/ ก.มหาดไทย		

ประเด็นข้อเสนอ	หน่วยงานเจ้าภาพหลัก	ระยะที่ ๑ (Quick Win) (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๓)	ระยะที่ ๒ (Short Term) (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)
๒. ปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบ เพื่อสนับสนุนมาตรการจูงใจแก่สถานพยาบาลดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และสถานพยาบาลดูแลระยะยาว (Long Term Care) ของเอกชน เพื่อให้บริการในราคาที่เหมาะสมและเป็นธรรม	ก.สาธารณสุข/ก.การคลัง		
กลไกการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคีหลัก ประกอบด้วย ภาครัฐ (กลุ่มรวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ชัดเจน			
๑. จัดให้มีสถานพยาบาลดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และสถานพยาบาลดูแลระยะยาว (Long Term Care) ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชนให้เพียงพอครอบคลุมทุกพื้นที่ตั้งแต่ในระดับชุมชน	ก.สาธารณสุข/ก.มหาดไทย		
๒. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นภาวะวิกฤตและกลับไปอยู่บ้านเพิ่มมากขึ้น	ก.สาธารณสุข/ก.มหาดไทย		
มิติด้านสังคมและสภาพแวดล้อม : มีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน			
กลไกการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคีหลัก ประกอบด้วย ภาครัฐ (กลุ่มรวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ชัดเจน			

ประเด็นข้อเสนอ	หน่วยงานเจ้าภาพหลัก	ระยะที่ ๑ (Quick Win) (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๓)	ระยะที่ ๒ (Short Term) (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)
๑. สนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิม	ก.พัฒนาสังคมฯ/ ก.มหาดไทย/ ก.การคลัง		
๒. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และจัดบริการสาธารณะ โดยเฉพาะการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต	ก.พัฒนาสังคมฯ/ ก.มหาดไทย		
๓. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างกลไกเฝ้าระวัง เช่น มีระบบอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน	ก.พัฒนาสังคมฯ/ ก.มหาดไทย/		
๔. ส่งเสริมให้มีบ้านต้นแบบที่มีอุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวก	ก.สาธารณสุข		

๔.๓ ปัจจัยเสี่ยง/ความท้าทายและแนวทางบริหารความเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของบทบาทภาครัฐที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้นทั้งในมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยฯ มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน มีอยู่ ๓ ประการหลักดังนี้

๑) **การทำงานแบบแยกส่วนของภาครัฐ** จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานของภาครัฐในเรื่องนี้จะเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายกระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงการคลัง ดังนั้นปัญหาสำคัญคือการบูรณาการการดำเนินงานของกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน

แนวทางบริหารจัดการความเสี่ยง คือ การกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ (National Agenda Policy) ของภาครัฐ และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งครอบคลุมถึงผู้ป่วยด้วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแผนหลัก(Master Plan) ในการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดให้มีกลไกการบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย (Policy) ระดับภารกิจ (Function) และระดับชุมชน (Area) ที่มีการประสานงานอย่างใกล้ชิดและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

๒) การจัดสรรงบประมาณ

ในการขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย จำเป็นต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสม ซึ่งปัญหาที่อาจเกิดขึ้นคือการปรับลดงบประมาณ และ/หรือการไม่ได้รับงบประมาณ

แนวทางบริหารจัดการความเสี่ยงคือ การเพิ่มช่องทางหรือแหล่งที่มาของงบประมาณให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ใช้กลไกประชารัฐ ให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมหนึ่งของความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) หรือการดำเนินโครงการร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

๓) การปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลายส่วนจะเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายกฎระเบียบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การกำหนดมาตรการทางการเงิน มาตรการทางด้านภาษี เพื่อสร้างหลักประกันทางด้านรายได้ หลักประกันทางด้านสุขภาพที่เน้นการดูแลระยะยาว รวมถึงมาตรการจูงใจต่าง ๆ ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นคือ การปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ เพื่รองรับมาตรการต่าง ๆ ลำช้า

แนวทางบริหารจัดการความเสี่ยงคือ ในการจัดทำแผนหลัก (Master Plan) นอกจากการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบแล้ว ควรมีการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานแต่ละกิจกรรมและระยะเวลาการดำเนินงานที่ชัดเจน (Action Plan)

๔.๔ สรุป

การพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเป้าหมายหลักเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายรอง ๓ ประเด็นคือ

เป้าหมายรองที่ ๑ (มิติด้านเศรษฐกิจ) มีมาตรการเพื่อสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต

เป้าหมายรองที่ ๒ (มิติด้านสุขภาพ) มีระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง

เป้าหมายรองที่ ๓ (มิติด้านสังคมและสภาพแวดล้อม) มีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน

คณะผู้ศึกษา/กลุ่มได้นำเสนอแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายรองทั้ง ๓ ประเด็น โดยนำหลักการ/แนวทางหลักเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรม ๔ แนวทาง ประกอบด้วย

๑. การกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นวาระแห่งชาติ

๒. การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับมาตรการทางการเงินและมาตรการทางด้านภาษี

๓. กลไกการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคีหลัก ประกอบด้วย ภาครัฐ (ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ชัดเจน

๔. การสนับสนุนทรัพยากร ประกอบด้วย งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี

ซึ่งการนำไปสู่การปฏิบัติในบางข้อมีความเสี่ยงที่อาจไม่ประสบผลสำเร็จ หรืออาจต้องใช้เวลาในการดำเนินการ อย่างไรก็ตามคณะผู้ศึกษา/กลุ่มก็ได้นำเสนอแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงไว้ด้วยแล้ว

๕. สรุปในภาพรวม

๕.๑ สรุปในภาพรวมจากหัวข้อที่ ๑ - ๔

จากการศึกษาสภาพทั่วไปของปัญหา การคาดการณ์ปัญหาและโอกาสการพัฒนาของประเทศไทย ในอนาคต แนวทางแก้ปัญหาและพัฒนา และการนำแนวทางสู่การปฏิบัติ คณะผู้ศึกษา/กลุ่มได้สรุป ผลการศึกษาในภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อรองรับกับยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี ของประเทศไทย ดังนี้

๕.๑.๑ สภาพทั่วไปของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ของโลก สำหรับประเทศไทย คาดประมาณในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society)” ซึ่งมี ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๓.๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด และในปี ๒๕๘๓ จะมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปประมาณ ๒๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๒ ของประชากร ทั้งหมด ซึ่งจะส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในอาเซียน จากข้อมูลของสำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘ เท่ากับ ๑,๙๓๘.๐๓ คน, ๑,๗๘๗.๑๕ คน และ ๒,๐๘๘.๙๑ คนต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมัก มีความพิการหลงเหลืออยู่ และในจำนวนนี้ร้อยละ ๕๐ จะมีความพิการอย่างรุนแรง จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองราว ๑ ใน ๓ จะเกิดความพิการถาวร โดยทั่วไปแล้วหลังป่วยร้อยละ ๒๐ ต้องพึ่งพาสถานพยาบาล และร้อยละ ๑๕-๓๐ พึ่งพิการถาวร ผู้ป่วยซึ่งมีความพิการ ต้องการบริการฟื้นฟูถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนถึงเป้าหมายการฟื้นฟูถึงร้อยละ ๕๔ สะท้อนให้เห็นว่าระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นอยู่และความต้องการผู้ป่วยบางรายไม่ได้ รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาลและตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเองมีความลำบากในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล

๕.๑.๒ การคาดการณ์ปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

คาดการณ์ว่าในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและ อยู่ในภาวะที่ต้องดูแลระยะยาวประมาณ ๑.๕ ล้านคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐกิจและ ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและสภาพแวดล้อม โดยเป็นค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการรักษาต่อเนื่อง ส่งผล กระทบต่อค่าใช้จ่ายทางด้านงบประมาณรายจ่ายของภาครัฐ โดยคาดว่า ในปี ๒๕๖๔ รายจ่ายสุขภาพ ภาครัฐจะเพิ่มเป็น ๖.๘๔ แสนล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๖.๖๔ ต่อปี และเป็น ๑.๒ ล้านล้านบาท ในปี ๒๕๗๐ และเมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพ้นภาวะวิกฤตต้องกลับไปอยู่บ้าน ภายใต้การดูแลของบุคคลในครอบครัว ซึ่งในอนาคตจะมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกใน ครอบครัวน้อยลงเรื่อย ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยฯ จึงมีแนวโน้มที่จะขาดคนดูแลหรือถูกทอดทิ้ง รวมทั้ง ในส่วนของที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยฯ ต้องกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน หากไม่มีการปรับที่อยู่อาศัยและ สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิต ก็ยิ่งจะเป็นปัญหาสะสมมากขึ้น

๕.๑.๓ แนวทางการแก้ไขปัญหหรือการพัฒนา

จากแนวโน้มของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งมิติ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นประเด็นท้าทายที่ภาครัฐจะต้องบริหารจัดการและแก้ไขอย่างเป็นระบบให้ครอบคลุมทั้ง ๓ มิติ จึงควรดำเนินการแก้ไขปัญห โดยให้ทุกภาคส่วนจะต้องเข้ามามีบทบาททั้งในส่วนองสถานพยาบาลในระดับชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) สถานพยาบาล/บริการของเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้ชีวิต และเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการดูแลรักษาได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และต่อเนื่อง รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมและสภาพที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน

๕.๑.๔ การนำแนวทางการแก้ปัญหาไปสูปฏิบัติ

การนำแนวทางข้อเสนอเพื่อบรรลุเป้าหมายหลัก “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม” มีมาตรการเพื่อสร้างหลักประกันรายได้ มีระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียง และมีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองมีความจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องกำหนด ดังนี้

(๑) การกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ซึ่งคลุมรวมถึงผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการ บูรณาการและการประสานการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

(๒) การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่รองรับมาตรการทางการเงินและมาตรการทางด้านภาษี

(๓) กลไกการมีส่วนร่วมของ ๓ ภาคหลัก ประกอบด้วย ภาครัฐ (คลุมรวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)ภาคเอกชน และภาคประชาชน/ชุมชน โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ชัดเจน

(๔) การสนับสนุนทรัพยากร ประกอบด้วย งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี

๕.๒ บทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการทำรายงาน

การจัดทำรายงาน เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ได้รับบทเรียนที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์โดยตรงและผู้ศึกษามีความตั้งใจอย่างสูงในการศึกษาเรื่องดังกล่าวเนื่องจากสมาชิกทุกคนในกลุ่มกำลังจะเข้าสู่ผู้สูงอายุในไม่อีกกี่ปีข้างหน้า ซึ่งจะส่งผลให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

๕.๒.๑ ด้านองค์ความรู้

ผู้ศึกษาได้รับทราบและรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ของผู้สูงอายุในประเทศไทย ทั้งในปัจจุบันและอนาคต สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงมาจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องและมีแนวโน้มที่ประชากรของประเทศไทยจะเป็นโรคทั้งสองดังกล่าวมากขึ้น ส่งผลให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับระยะของโรคที่มีตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (Acute

Care) ซึ่งต้องรีบเข้ารับการศึกษาย่างทันที รวมทั้งต้องมียอดความรู้ในการเฝ้าระวังโรคดังกล่าว และยังได้ทราบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง (Intermediate Care) และระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนด้านการรักษาโรคของภาครัฐยังมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เงินสวัสดิการที่ได้รับจากภาครัฐมีไม่เพียงพอในการที่จะดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระยะกลางและระยะยาว ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสังคม ในกรณีที่มีรายได้น้อย ลูกต้องส่ง พ่อ แม่ ที่เป็นโรคดังกล่าวไปฝากไว้กับสถานรับดูแล เช่น ที่วัดวังขนายทายิการาม กาญจนบุรี หรือถ้าพอมีรายได้อีกก็นำไปฝากไว้ที่สถานพยาบาลของเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และในอนาคตปัญหาดังกล่าวจะบานปลายและกลายเป็นปัญหาในระดับประเทศ ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหา ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในหลายรูปแบบ หลายทางเลือก และภาครัฐสามารถนำไปกำหนดเป็นนโยบายเพื่อรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้ พร้อมทั้งปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และการบริหารความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

๕.๒.๒ ด้านการทำงานร่วมกัน

ด้วยองค์ความรู้และประสบการณ์ของทีมงานศึกษาที่แตกต่างกัน การทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดภายในระยะเวลาที่จำกัด รวมทั้งมีภาระงานอย่างอื่น จึงไม่ใช่เรื่องง่าย แต่ด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจของทุกคนในกลุ่มโดยอาศัยหลักการแบ่งงานกันทำ การทำงานเป็นทีม ร่วมกันคิด ร่วมกันทำและร่วมกันแก้ไขปัญหา บนพื้นฐานการปรับตัวและความยืดหยุ่น ตลอดจนการเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน จึงสามารถนำพาให้การศึกษาของกลุ่มสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ซึ่งคุณสมบัติและลักษณะดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาตนเองเพื่อก้าวสู่การเป็นผู้บริหารระดับสูงต่อไปในอนาคต

บรรณานุกรม

๑. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือรายการอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการที่สอดคล้องกับความต้องการพิเศษของคนพิการ โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ๒๕๖๑
๒. กัญญาลักษณ์ ณ รังสี และคณะ. การพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
๓. คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔
๔. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๖๐
๕. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์ ระบบการประกันดูแลระยะยาว : ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย (TDRI)
๖. สุวารี เทพดารา.การพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี ๒๕๕๔
๗. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการความรู้กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : กรณีศึกษา ๕ หน่วยงาน (ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สว่างคนิवास สภาอากาศไทย ศูนย์สิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา.
๘. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๖๖๔.
๙. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ร่างยุทธศาสตร์ชาติ ฉบับเสนอสดานิติบัญญัติแห่งชาติ. (มิถุนายน ๒๕๖๑)
๑๐. arphawansopontammarak.เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ www.สสส. ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ภาคผนวก

รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง & ประเด็นการสัมภาษณ์ “ บ้านใจเกื้อ ”

รูปแบบ

สถานดูแลผู้สูงอายุเอกชน (Home Nursing Care)

สถานที่

บ้านใจเกื้อ เลขที่ ๙๘/๑๑ หมู่บ้านชวนชม ตำบลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โทร.
๐๒-๙๐๓-๗๖๙๖ , ๐๘๑-๙๒๐-๒๒๕๕

วันสัมภาษณ์

วันที่ ๘ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๑ เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๒.๐๐ น

ประเด็นการสัมภาษณ์

๑. แนวทางการดำเนินงานและการให้บริการในปัจจุบัน
๒. ความต้องการขอรับการสนับสนุนจากภาครัฐ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์

ลักษณะของสถานพยาบาล

- มีขนาด ๔๓ ตารางเมตรแบ่งเป็น ๒ ส่วน ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ ๑๖ ตารางเมตร ส่วนที่ ๒ สำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ ๒๗ ตารางเมตร
- เจ้าหน้าที่จำนวน ๒๐ คน (ผ.พยาบาล ช./ญ.) ให้การดูแล ๒๔ ชม. หมุนเวียนอยู่ประจำเข้าเวรคนละ ๑๒ ชม.
- มีรถรับส่ง ที่บ้านและส่งต่อไปยังโรงพยาบาล รถมอเตอร์ไซด์ ๘๐๐ บาท รถพยาบาล ๑,๒๐๐ บาท

การบริการ

- รับผิดชอบผู้ป่วยติดเตียงทั้งอยู่แบบประจำ และรายวัน อัตราการดูแล ตามอาการ เริ่มต้น ๑๖,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน และรายวัน วันละ ๗๐๐ บาท
- การดูแล กายภาพ บำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยอัมพาต อัมพฤกษ์ ผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยให้ออกซิเจน ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่ต้องการฟื้นฟูผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
- การตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้บริการเต็มตลอด

สาขาที่เปิดให้บริการ

- บ้านใจเกื้อท่าพระ ๑๖๔/๑๗๗-๘ ถนนเพชรเกษม ซอย ๑๔ แขวงวัดท่าพระ กรุงเทพฯ โทร ๐๒-๘๖๘-๐๕๑๕ และ ๐๘๙-๖๘๐-๒๕๑๙ รองรับผู้ป่วยได้ ๒๗ เตียง
- กำลังจะเปิดเพิ่มที่ อ.ไทรน้อย จ.นนทบุรี

ประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

- เป็นรูปแบบการดูแลฟื้นฟูที่สามารถแบ่งเบาภาระภาครัฐได้ สามารถลดภาระของครอบครัวในการดูแล ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้เพียงพอ รัฐควรส่งเสริมสนับสนุน

- ยังไม่มีความชัดเจนนโยบายของรัฐในการสนับสนุน โดยรัฐ/ท้องถิ่น อาจส่งเสริมสนับสนุนโดยมาตรการภาษี
- การดำเนินงานยังไม่ชัดเจนความเชื่อมต่อกับหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เช่น ท้องถิ่น โรงพยาบาลอำเภอ/ชุมชน ควรมีระบบเชื่อมโยงกัน ในด้านข้อมูลและการบริการ



รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง & ประเด็นการสัมภาษณ์ “โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง”

รูปแบบ

สถานพยาบาลของรัฐ (โรงพยาบาลชุมชน : รพช.)

สถานที่

โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง เลขที่ ๒ หมู่ ๒ ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัด นครปฐม ๗๓๑๒๐
โทร ๐-๓๔๒๗-๗๐๘๕-๘

วันสัมภาษณ์

วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๑ เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๒.๐๐ น

ประเด็นการสัมภาษณ์

- 1) สถานการณ์และปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่
- 2) แนวทางการให้บริการ
- 3) ความต้องการเชิงนโยบาย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์

ลักษณะของสถานพยาบาล

- เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก เกิดจากหลวงพ่อบึง (พระอุดมประชาณาล) สร้างจากเงินบริจาค และได้ยกให้กระทรวงสาธารณสุข สามารถพัฒนาในการดูแล
- สภาพปัญหาในพื้นที่ ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้เป็นเฉพาะผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มมีอายุน้อยลง จากพฤติกรรมการกิน และความเป็นอยู่

การบริการ

- ผู้ป่วยในระดับ Primary Care มีสถานที่สำหรับทำกายภาพบำบัด
- มีสถานที่รองรับผู้ป่วยและญาติที่มารักษา โดยเสียค่าใช้จ่ายค่าห้องพัก รองรับได้ ๔๕ วัน
- มีระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลนครปฐม และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลนครปฐม หมุนเวียนมาให้คำปรึกษาแนะนำ Case
- มีตัวอย่างแบบบ้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาและช่วยเหลือตนเองได้
- บริการทัวร์สุขภาพ ทุกวันเสาร์ อาทิตย์ มีการตรวจสุขภาพพร้อมจัดรายการท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ นวดแผนไทย เยี่ยมชมสินค้าและผลิตภัณฑ์

ประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

- สามารถใช้เป็นตัวแบบการดำเนินการโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยจัดระบบเชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเป็นแกนดำเนินการร่วมกัน



รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง & ประเด็นการสัมภาษณ์ “วัดวังขนายทายิการาม”

รูปแบบ

สถานที่พักฟื้น (Home Nursing Care) ดำเนินการโดยวัด ภายใต้แนวคิดของสมภาร

สถานที่

วัดวังขนายทายิการาม ตำบลวังขนาย อำเภอท่าม่วง กาญจนบุรี ๗๑๑๑๐

วันสัมภาษณ์

วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น

ประเด็นการสัมภาษณ์

- 1) แนวทางการให้บริการ
- 2) ความต้องการเชิงนโยบาย และการสนับสนุนจากภาครัฐ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์

ลักษณะของสถานพยาบาล

- มีอาคารหอพักอยู่ภายในบริเวณวัด โดยพระครูกาญจนสุตาคม เจ้าอาวาส เป็นผู้ริเริ่มจัดตั้ง และเป็นแกนดำเนินการ
- ศูนย์คนพิการวัดวังขนาย ดำเนินการโดยวัดดูแลผู้สูงอายุที่ญาติฝาก ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ๑๐๐ กว่าคน เคยรับสูงสุด ๑๕๐ คน

การบริการ

- รับผิดชอบผู้ป่วยสูงอายุ ลักษณะอยู่ประจำ (Home Nursing Care)
- ผู้ป่วยหรือญาติเสียค่าใช้จ่ายดูแล เดือนละ ๓,๐๐๐ บาท และ ๓,๓๐๐ บาท สำหรับผู้ที่ต้องซื้ออุปกรณ์รองขา ควบคู่กับเงินบริจาค
- ว่าจ้างคนในชุมชนช่วยดูแลผู้ป่วย การพลิกฟันทัน การป้อนข้าว/น้ำ ในกรณีที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยคิดตามอัตราค่าแรงขั้นต่ำ
- มีบ่อน้ำแร่อุณหภูมิ ๔๒ องศาเซลเซียส ช่วยกายภาพคนที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เหน็บชา ปวดตามร่างกาย โรคผิวหนัง โรคปวดกระดูกให้ดีขึ้นได้ จึงได้สร้างบ่อสำหรับให้คนใช้อาบแช่ตัว เป็นสถานที่ท่องเที่ยว ไม่เสียค่าใช้จ่าย แล้วแต่จะบริจาค

ประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

- เป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยวัด สามารถให้บริการกลุ่มผู้มีรายได้น้อย รูปแบบน่าสนใจ หากพัฒนาการสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น
- พระครูกาญจนสุตาคม เจ้าอาวาสมีข้อเสนอให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วย อำเภอละ ๑ แห่ง เพื่อให้เพียงพอ และรองรับผู้ป่วยที่นับวันจะมีมากขึ้นเกินศักยภาพของทางวัดรองรับ



รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง & ประเด็นการสัมมนา “โรงพยาบาลโพธาราม และผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข”

รูปแบบ

สถานพยาบาลรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานที่

โรงพยาบาลโพธาราม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

วันสัมมนา

วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๑ เวลา ๑๗.๐๐ – ๑๙.๐๐ น

ประเด็นการสัมมนา

- ๑) แนวนโยบายและการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง
- ๒) ขอบคิดเห็นต่อแนวทางดำเนินนโยบายการแก้ปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลที่ได้จากการสัมมนาและสังเกตการณ์

- กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมให้โรงพยาบาลดำเนินการรักษาฟื้นฟูดูแลตามความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล กรณีของโรงพยาบาลโพธารามเป็นกรณีตัวอย่างซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กแต่สามารถดำเนินการในเรื่องการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย
- กระทรวงฯ พยายามบริหาร กระจายและหมุนเวียนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรให้เหมาะสม ไม่ให้กระจุกตัว เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมทางทรัพยากร
- การป้องกันและดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่ดีที่สุด แต่ทำได้ยากในการเปลี่ยนพฤติกรรมของคน
- การส่งเสริมสถานพยาบาลขนาดเล็กของเอกชน ที่ดำเนินการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแพ่งมากนัก ในการดูแลผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน แต่กระทรวงสาธารณสุขยังไม่มียุทธศาสตร์ในเรื่องนี้
- การให้วัดและท้องถิ่นเข้ามาดูแลโดยจัดตั้งเป็นศูนย์ดูแลมีความเป็นไปได้ เนื่องจากสังคมไทยมีสถาบันศาสนาเป็นศูนย์รวม หากพื้นที่มีความพร้อม

ประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

- ส่งเสริมโรงพยาบาลในพื้นที่พัฒนาเป็นโรงพยาบาลฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย
- ส่งเสริมและสนับสนุนสถานพยาบาลของเอกชน



คณะผู้จัดทำ

ชื่อ – สกุล	รหัส	ตำแหน่ง/สังกัด
1. นางกอบเพชร หาญพัฒน์พานิชย์	๘๘๐๐๑	ผู้อำนวยการกองกลาง สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
๒. นางศิริเนตร กล้าหาญ	๘๘๐๑๓	ผู้อำนวยการกองติดตามและประเมินผลการพัฒนา ระบบราชการ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
๓. นางสาวชุติมา ศรีปราชน์	๘๘๐๒๑	ผู้อำนวยการสำนักบริหารที่ราชพัสดุกรุงเทพมหานคร กรมธนารักษ์
๔. นางสาวอรพินท์ ศักดิ์เอี่ยม	๘๘๐๓๑	ผู้อำนวยการกองคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมกิจการเด็กและเยาวชน
๕. นายรัฐกรณ์ บกแก้ว	๘๘๐๔๕	ปฏิรูปที่ดินจังหวัดอุทัยธานี สำนักงานการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม
๖. นายสาธิต สือประเสริฐสุข	๘๘๐๖๓	ผู้อำนวยการสำนักงานทรัพยากรน้ำภาค ๔ กรมทรัพยากรน้ำ
๗. นางภารดี อินทชาติ	๘๘๐๗๖	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
๘. ว่าที่ ร.ต. วุฒิพงษ์ เหล่าจุมพล	๘๘๐๘๓	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาบุคลากรด้านการ ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
๙. นายธนู ขวัญเดช	๘๘๐๙๖	ผู้อำนวยการสำนักนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
๑๐. นายเกรียงศักดิ์ คำอิม	๘๘๑๐๓	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๑. นายนิรัตน์ ทรัพย์ทวีธรรม	๘๘๑๓๑	ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาและวิจัย สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการ ประกอบธุรกิจประกันภัย