

การขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนากระบวนการส่งเสริมดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

Assessment

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและดูแลระยะยาว โดยกิจกรรมที่สำคัญ คือ การพัฒนาหลักสูตรอบรมและดำเนินการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ได้ดำเนินการจัดการอบรมดังกล่าว มาตั้งแต่ปี 2558 ถึงปัจจุบัน มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 14,423 คน ครอบคลุม 6,783 ตำบลทั่วประเทศ จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ครอบคลุมถึงร้อยละ 92.45 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในส่วนของกรุงเทพมหานคร มีดังนี้

data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา – ปัจจุบัน (ปีงบประมาณ พ.ศ.)		
		2562	2563	2564
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan พื้นที่กรุงเทพมหานคร	ราย	3,001	1,580	- 2,374 (กองการพยาบาล) - 1,483 (เขต 13 สปสช.)

จะเห็นได้ว่าการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดำเนินการภายใต้หน่วยบริการสาธารณสุขเพียงหน่วยบริการเดียว จำเป็นต้องมีภาคีเครือข่ายและพลังทางสังคมที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันพัฒนาอย่างรอบด้านทั้งทางด้านบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว ชุมชน ภาคีทุกภาคส่วนในชุมชน

1.2 ผลการวิเคราะห์ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัด

จากการสอบถามข้อมูลเรื่องการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโครงการ LTC จากผู้ปฏิบัติงาน ในศูนย์บริการสาธารณสุข พื้นที่กรุงเทพมหานคร ช่วงเดือนตุลาคม 2564

พบ GAP/ความต้องการ/ความคาดหวัง ที่เป็นข้อจำกัดในการดำเนินงานในเขตพื้นที่ ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่มี CG ดูแล เนื่องจากบริบทของผู้พักอาศัยในกทม. เป็นแบบต่างคนต่างอยู่ CG ที่จะมาดูแลผู้ป่วยไม่ได้มีความสนิทรู้จักกัน ญาติผู้ป่วยจึงไม่ต้องการ CG ในการดูแล
2. ผู้ป่วยหนัก ADL \leq 4 พยาบาลหรือ CM เป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลทั้งหมด จึงไม่เลือกให้เป็น Case ที่เข้าโครงการ LTC เนื่องจากพยาบาลลงเยี่ยม ไม่สามารถเบิกค่าตอบแทนได้
3. ถ้า Case ใดมีการเบิก Home Health Care ก็ไม่สามารถเข้าโครงการ LTC ได้อีกเพราะเป็นการเบิกซ้ำซ้อน (ไม่ได้เป็นปัญหาแค่ส่วน กทม.) เนื่องจากระเบียบการเบิกจ่ายเหมือนกันทั่วประเทศ
4. แบบฟอร์ม Care Plan ฉบับเสนอต่อคณะกรรมการฯ LTC ของกทม. ออกโดยผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ไม่เหมือนกับแบบฟอร์มในระบบ Program LTC (3C) ต้องปรึกษา IT ทีมพัฒนา ถ้าสามารถนำเข้า แบบฟอร์ม Care Plan ของ กทม. โดยเฉพาะได้ ก็ไม่ต้องทำเรื่องนำเสนอต่อผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

5. ในส่วนของผู้ปฏิบัติงาน ให้ความคิดเห็นว่า “ถ้านำข้อมูลที่ต้องเขียนมือ มาลงอยู่ในระบบ IT ได้จริงถือว่าช่วยลดภาระผู้ปฏิบัติงานได้ แต่ไม่ช่วยให้เพิ่มยอดผู้ป่วยให้เข้าโครงการ LTC ของ กทม. เนื่องจากไม่เข้าเงื่อนไข การเบิกจ่าย”

ข้อเสนอแนะ จากการปรึกษาหารือ ผู้บริหารกองการพยาบาลสาธารณสุข และทีมผู้รับผิดชอบโครงการ LTC สำนักอนามัย กทม.

1. เรื่อง ความเป็นไปได้ของการเชื่อมข้อมูลของโปรแกรม BMA Home ward กับ โปรแกรม LTC กรมอนามัย (3C) โดยต้องนัดหมาย ทีม IT ที่พัฒนาโปรแกรมของแต่ละหน่วยงาน ทางกองการพยาบาลใช้ โปรแกรมเมอร์เอกชน ขอเป็นวันเสาร์-อาทิตย์ และต้องขอดูว่าข้อมูลส่วนไหนที่จะนำมาเชื่อมโยงกัน โดยขอให้ผู้ปฏิบัติเข้าไปทำในโปรแกรม BMA Home ward เป็นหลัก
2. เรื่อง การนัดหมายแลกเปลี่ยน และจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) เพื่อการขับเคลื่อนตัวชี้วัดร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ของเขตสุขภาพที่ 13 ในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2564 ณ ห้องประชุมทับทิม ชั้น 2 สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ดังนั้น กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ จึงนำข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเข้าปรึกษา ท่านรองอธิบดีกรมอนามัย และทีมสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย สรุปประเด็นแนวทางการขับเคลื่อนประสานภาคีเครือข่ายได้ ดังนี้

ประสานสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 13

1. เรื่อง ข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติงาน และบริบทการดำเนินชีวิตของเขตเมืองที่แตกต่างจากต่างจังหวัด ทำให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ กทม. เป็นภารกิจหลักของพยาบาล (CM) จากข้อมูล GAP ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นข้อ 1-2 จึงเรียนปรึกษาว่าจะเป็นไปได้ไหมที่จะคลายล็อก โดยการนำจ่ายค่าตอบแทนที่จะต้องจ่ายให้ CG มาจ่ายให้ CM แทน

ข้อเสนอแนะ จากผู้บริหาร สปสช.เขต 13 มีดังนี้

หลักการของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) คือ

- ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งพิงได้เป็นอย่างดีเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว
- การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ หรือชุมชนไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และระดับการพึ่งพิง
- ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล
- ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครวัด และโรงเรียน เป็นต้น

2. เรื่อง ความต้องการ และแนวคิดบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลของระบบ LTC สปสช.เขต 13 ระบบ LTC กรมอนามัย (3C) และ BMA Home ward เพื่อจะได้มีข้อมูลในภาพรวมทั้งประเทศ (เขตสุขภาพที่ 1- 13) และลดภาระงานในการบันทึกข้อมูลหลายโปรแกรม ยุ่งยากและซ้ำซ้อนของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ ขอข้อมูลที่จะบูรณาการเชื่อมโยงกัน และให้ประสานโปรแกรมเมอร์ วางระบบร่วมกันอีกที่

3. เรื่อง การนัดหมายแลกเปลี่ยน และจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) เพื่อการขับเคลื่อนตัวชี้วัดร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ของเขตสุขภาพที่ 13 ในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2564 ณ ห้องประชุมทับทิม ชั้น 2 สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ตอบรับ โดยมอบ ผู้อำนวยการกอง กลุ่มภารกิจระบบบริการปฐมภูมิ และสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และทีมเข้าร่วมการประชุม

1.3 ทำเนียบผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

Customer : ผู้สูงอายุ
: Care giver
: อาสาสมัครสาธารณสุข

Stakeholders : สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร
: สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 13
: กองตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 13
: สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
: กรมกิจการผู้สูงอายุ
: สถานดูแลผู้สูงอายุ (ภาครัฐ/เอกชน)