

ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

โดย

เทคนิคนายแพทย์วิฑูรย์ อารยะพิพัฒน์กุล
รองประธานเจ้าหน้าที่บริหารสายงานบริหาร
บริษัท โพรเฟสชั่นแนล ลาโบราทอรี แมเนจเม้นท์ คอร์ป จำกัด

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๖๒
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๖๒ – ๒๕๖๓

หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ” ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา ของ ทนพ.วิฑูรย์ อารยะพิพัฒน์กุล เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๖๒ ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๖๒ – ๒๕๖๓

พลโท

(พิสิษฐ์ ปฐมเมธ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

บทคัดย่อ

เรื่อง ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย ทนพ. วิฑูรย์ อารยะพิพัฒน์กุล หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๒

ในปัจจุบันสภาพสังคมไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ นั่นคือจะมีประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมไปถึงปัญหาด้านสุขภาพ โดยพบว่าผู้สูงอายุมักมีอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพจากหลายสาเหตุหลายปัจจัย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาและวิเคราะห์ถึงงบประมาณของภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมกับค้นหาปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำไปหาแนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุและผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังทำแบบสอบถามเชิงปริมาณเพื่อให้ข้อมูลมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น จากการวิจัยพบว่า งบประมาณของภาครัฐยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องงบประมาณเฉพาะกลุ่ม มีเพียงงบประมาณเหมารวมทั้งกลุ่มประชากรไทยในแผนยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล หรือแม้กระทั่งในงบประมาณของ สปสช. ถึงแม้ว่าจะมีการให้บริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุจากการสัมภาษณ์เป็นเรื่องการเดินทาง สภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่ไม่เอื้ออำนวย และการรอรับบริการที่นาน ดังนั้นแนวทางที่จะทำให้เกิดความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุก็คือ การใช้หน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่เข้าไปบริการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างทั่วถึงโดยไม่ต้องเดินทาง ไม่ต้องรอคิวนาน หากภาครัฐยังไม่มีความพร้อม สามารถตั้งหน่วยงานที่เป็นสถานพยาบาลเอกชนหรือ ศูนย์ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานมาร่วมมือได้โดยมีการสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อเป็นการลดต้นทุน และลดภาระที่จะเกิดกับกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ทางภาครัฐควรมีนโยบายและงบประมาณที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สถานพยาบาลต่างๆ ก็ควรมีความพร้อมทั้งในด้านคุณภาพและความสามารถในการรองรับผู้ป่วยควรมีการออกตรวจเชิงรุกตามชุมชนและให้คำแนะนำในด้าน การป้องกันโรค เพราะต้นทุนของการป้องกันโรคนั้นถูกกว่าการรักษาโรค

Abstract

Title Preparation for health screening in elderly person

Field Social-Psychology

Name Mr. Witune Arayapipatkul

Course NCD

Class 62

At present, the Thai society has stepped into the aging society completely. There will be an increasing elderly population causing various social problems Whether it is economic, social and health problems. It is found that the elderly often has obstacles in screening health for many reasons and many factors. In this study, the researcher aims to study and analyze the government budget that is involved in screening the health of the elderly. While also finding problems and obstacles to find ways to prepare for screening for the health of the elderly By in-depth interviews with the elderly and relative person. In addition, quantitative questionnaires are also used to give more weight. From the research found that the government budget is not clear about the specific budget. There is only a budget including the Thai population in the national strategy, government policy or even the NCSO budget, although there are special services for the elderly. The factors that are the problems and obstacles in screening the health of the elderly from the interview are travel. Unfavorable physical condition of the elderly and the long service wait. Therefore, the way to make the readiness for screening the health of the elderly is using “a mobile health service unit” to provide health screening services for the elderly in the community so that the elderly can receive thorough services without having to travel. Do not wait in long queues. If the government is not yet ready Can pull the department that is a private hospital or Standardized laboratory analysis center that can cooperate with government support to reduce costs. And reduce the burden on the elderly Therefore, to prepare the screening for sustainable elderly health. The government should have a clear policy and budget for health care for the elderly. Healthcare facilities should be well-equipped in terms of quality and capacity to support patients, should have proactive examinations in the community, and advice on disease prevention because the cost of disease prevention is cheaper than treatment.

คำนำ

การศึกษาวิจัย เรื่อง “ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ” เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๖๒ มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาและสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมไทย ทั้งในส่วนที่เกิดจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในในกลุ่มผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเสริมด้วยเชิงปริมาณ พร้อมเสนอแนวทางใหม่ ๆ ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งช่วยลดปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทั้งยังสร้างความยั่งยืนในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาวิจัยฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ สังคม ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความสนใจในเรื่องบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

(ทนพ.วิฑูรย์ อารยะพิพัฒน์กุล)
นักศึกษาวិทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๒
ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
คำนำ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๒
ขอบเขตของการวิจัย	๒
วิธีดำเนินการวิจัย	๓
ข้อจำกัดของการวิจัย	๓
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	๔
คำจำกัดความ	๔
บทที่ ๒ แนวคิดทางยุทธศาสตร์ ทฤษฎีการบริหารจัดการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๕
กล่าวนำ	๕
ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๘๐)	๙
นโยบายรัฐบาล	๑๐
ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	๑๒
แผนงานโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)	๑๓
กลไก และมาตรการบริหารจัดการงบประมาณของ สปสช.	๑๕
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๑๙
กรอบแนวคิดของการวิจัย	๒๐
สรุป	๒๑
บทที่ ๓ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	๒๒
กล่าวนำ	๒๒
สภาพทั่วไปเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่อดีต – ปัจจุบัน	๒๒
กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง	๒๖
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๒๖
สรุป	๓๒

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๔ แนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	๓๔
กล่าวนำ	๓๔
วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค (จากบทที่ ๓)	๓๔
กำหนดแนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	๕๐
สรุป	๕๐
บทที่ ๕ สรุปและข้อเสนอแนะ	๕๑
สรุป	๕๑
ข้อเสนอแนะ	๕๒
บรรณานุกรม	๕๔
ภาคผนวก	๕๘
แบบสอบถามประเมินความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	๕๙
ประวัติย่อผู้วิจัย	๖๑

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
๒ - ๑ แสดงจำนวนประชากรไทยแยกตามช่วงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๒-๒๕๖๑	๖
๒ - ๒ แสดงจำนวนประชากร สถิติสาธารณสุข สถิติจำนวนและอัตราเกิดมีชีพ และตาย	๗
๒ - ๓ การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)	๙
๒ - ๔ แสดงแผนงานโครงการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ๑๖ แผนงาน ๔๘ โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence	๑๓
๓ - ๑ โครงสร้างประชากร ปี พ.ศ.๒๕๕๒ จำแนกตามช่วงอายุ	๒๒
๓ - ๒ ประชากรปี พ.ศ.๒๕๖๑ ทั้งหมด ๖๖,๔๑๓,๙๑๙ คน	๒๓
๔ - ๑ ผลการตอบแบบสอบถามแยกตามเพศ	๓๕
๔ - ๒ กลุ่มช่วงอายุ	๓๖
๔ - ๓ สถานภาพสมรส	๓๖
๔ - ๔ ระดับการศึกษา	๓๗
๔ - ๕ รายได้	๓๘
๔ - ๖ ลักษณะครอบครัว	๓๙
๔ - ๗ การมีผู้ดูแล	๔๐
๔ - ๘ มีโรคประจำตัว	๔๑
๔ - ๙ มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง	๔๒
๔ - ๑๐ สิทธิการรักษา	๔๓
๔ - ๑๑ สถานพยาบาลที่ใช้บริการ	๔๔
๔ - ๑๒ การเข้ารับบริการตามสถานพยาบาล	๔๕
๔ - ๑๓ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพ	๔๕
๔ - ๑๔ ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหนใน ๑ สัปดาห์	๔๖
๔ - ๑๕ สรุปจำนวนโรคที่กลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้	๔๘

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
๒ - ๑ แสดงโครงสร้างประชากรตามช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๓ ถึง พ.ศ.๒๕๘๓	๘
๒ - ๒ แสดงสัดส่วนประชากรไทยตามอายุ ปี พ.ศ.๒๕๕๗	๘
๒ - ๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๑๗
๓ - ๑ โครงสร้างของประชากรตามช่วงอายุ	๒๔
๓ - ๒ พีระมิดประชากรไทยในอีก ๔๐ ปี ข้างหน้า	๒๕
๔ - ๑ การตอบแบบสอบถามแยกตามเพศ	๓๕
๔ - ๒ กลุ่มช่วงอายุ	๓๖
๔ - ๓ สถานภาพสมรส	๓๗
๔ - ๔ ระดับการศึกษา	๓๘
๔ - ๕ รายได้	๓๙
๔ - ๖ ลักษณะครอบครัว	๔๐
๔ - ๗ การมีผู้ดูแล	๔๐
๔ - ๘ มีโรคประจำตัว	๔๑
๔ - ๙ มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง	๔๒
๔ - ๑๐ สิทธิการรักษา	๔๓
๔ - ๑๑ สถานพยาบาลที่ใช้บริการ	๔๔
๔ - ๑๒ การเข้ารับบริการตามสถานพยาบาล	๔๕
๔ - ๑๓ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพ	๔๖
๔ - ๑๔ ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหนใน ๑ สัปดาห์	๔๗
๔ - ๑๕ สรุปจำนวนโรคที่กลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้	๔๙

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรในประเทศไทยปัจจุบันมีมากถึง ๖๙,๖๒๖,๐๐๐ คน (องค์การสหประชาชาติ, ๒๕๖๓) ถือว่าเพิ่มขึ้นทุกปี แต่กลับพบว่า ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา อัตราการเกิดต่อ ๑,๐๐๐ คน มีแนวโน้มที่ลดลงจาก ๑๒.๑ เหลือเพียง ๑๐.๐ แต่อัตราการตายต่อ ๑,๐๐๐ คนนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ๖.๒ เป็น ๗.๑ ทำให้เห็นถึงอัตราการเพิ่มของประชากรนั้นลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ สถิติประชากรไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่าประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยราว ๑๑ ล้านคน นับเป็นร้อยละ ๑๗ ของประชากรทั้งหมดในประเทศ และกราฟโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่แสดงให้เห็นว่า กราฟช่วงของวัยทำงานช่วง ๓๕ เป็นต้นไปถึงราวช่วงอายุ ๕๙ ปี นั้นเป็นจำนวนประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ นั้นความถึงว่าในปัจจุบัน (ปี พ.ศ.๒๕๖๒) กราฟโครงสร้างประชากรนั้นจะขยับ (shift) มาเป็น ช่วงอายุ ๔๐ ถึง ๕๔ ปี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในอีก ๕ ปีข้างหน้าสังคมของประเทศไทยจะเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

เมื่อสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว นอกจากปัญหาทางด้านประชากร สภาพสังคม และเศรษฐกิจแล้ว ยังมีปัญหาสุขภาพตามมา โดยพบว่าในปี พ.ศ.๒๕๖๐ ผู้สูงอายุไทยกว่าร้อยละ ๑๖.๕ มีปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases; NCD) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๕ โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเกือบ ๒ เท่า และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ๑.๗ เท่า ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๒๖.๓ เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.๒๕๕๐ ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงถึงร้อยละ ๔๑.๒ ดังนั้นถือว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นถือเป็นปัญหาในระดับชาติที่มีอาจละเลยได้

สำหรับการดูแลทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยนั้น มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั่นคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเรียกโดยย่อว่า “สปสช.” เป็นองค์กรของรัฐ ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๔๕ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

สปสช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.๒๕๖๓ นี้ มีเงินจำนวนทั้งสิ้น ๑๙๐,๖๐๑.๗๑ ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๙๗ ได้จัดสรรแบ่งเป็น ๘ รายการ ดังนี้ ๑. บริการเหมาจ่ายรายหัวดูแลประชากร ๔๘.๒๖ ล้านคน จำนวน ๑๗๓,๗๕๐.๔๐ ล้านบาท ๒. บริการผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ จำนวน ๓,๕๙๖.๘๔ ล้านบาท ๓.บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน ๙,๔๐๕.๔๑ ล้านบาท ๓.บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน ๙,๔๐๕.๔๑ ล้านบาท ๕.บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนใต้ จำนวน ๑,๔๙๐.๒๙ ล้านบาท ๖.บริการผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑,๐๒๕.๕๖ บาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๐๘.๗๖ ล้านบาท ๗.บริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว จำนวน ๒๖๘.๖๔ ล้านบาท ๘.งบชดเชยวัคซีนป้องกันหัด คางทูมและหัดเยอรมัน เพื่อแก้ปัญหาการระบาดในภาคใต้ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ จำนวน ๒๗ ล้านบาท ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดในบทถัดไป

เมื่อมาวิเคราะห์งบประมาณปี พ.ศ.๒๕๖๓ ของสปสช. พบว่า งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และผู้ป่วยในทั่วไป จำนวน ๑,๒๕๑.๖๘ และ ๑,๓๗๑.๐๗ บาทต่อคนตามลำดับนั้น สูงกว่างบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน ๔๕๒.๖๐ บาทต่อคน นั้นหมายความว่างบในการรักษาโรคนั้นมากกว่าการป้องกันโรคถึงกว่า ๓ เท่า ทำให้สามารถอุปมาได้ว่า ต้นทุนของการป้องกันโรคนั้นถูกกว่าการรักษาโรค และยิ่งสอดคล้องกับแผนงานโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ก็มุ่งเน้นในเรื่องของการ ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรค เป็นหัวข้อที่สำคัญเป็นอันดับแรก

แต่ปัญหาที่พบในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุก็พบว่าจะยังไม่ทั่วถึง อาจเกิดจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเองที่มีอุปสรรคในการเดินทางที่ไม่เอื้ออำนวยให้ออกไปรับบริการที่สถานพยาบาลต่างๆ ประกอบกับสถานพยาบาลส่วนใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชนใช้กลยุทธ์ในการรักษาแบบตั้งรับหรือประจำอยู่ ณ สถานพยาบาล แม้ว่าจะมีการกระจายการรักษาไปตามโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของภาครัฐก็ตามที ก็ยังไม่มีหน่วยงานใดใช้กลยุทธ์การรักษาเชิงรุกหรือใช้หน่วยบริการเคลื่อนที่อย่างเต็มรูปแบบเพื่อเข้าไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงสนใจที่จะดึงศักยภาพของโรงพยาบาลรัฐ เอกชน หรือ ศูนย์ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับมาตรฐาน เข้ามาทำในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยในสังคมสูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ งบประมาณ ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
๒. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
๓. เพื่อหาแนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

๑. ขอบเขตด้านเนื้อหา

๑.๑ การวิจัยนี้เน้นการศึกษาวิเคราะห์ งบประมาณ ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น

๑.๒ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแนวคิด/หลักการระดับนโยบายจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) จะไม่ลงลึกในรายละเอียดการปฏิบัติ หรือการดำเนินการระดับปฏิบัติการ

๑.๓ การวิจัยจะเน้นเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพที่สามารถเปิดเผยได้เท่านั้น

๒. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปหรือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือ บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

๓. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ใช้เวลาศึกษา ๖ เดือน ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดังนี้

๑. การรวบรวมข้อมูล

๑.๑ ข้อมูลทุติยภูมิ ดำเนินการโดยการศึกษาทั้งในด้านความพร้อม ความพอเพียง จากตำราและเอกสารต่างๆ

๑.๒ ข้อมูลปฐมภูมิ ดำเนินการโดยสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

๒. การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Context Analysis) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ในกลุ่มที่ใช้สิทธิ์กรมบัญชีกลาง กลุ่มสปสข. กลุ่มประกันสังคม และสังเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี หลักการต่างๆ

๓. การนำเสนอข้อมูล

รายงานผลการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ นำเสนอแนวคิดใหม่ๆ จากการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มประชากร เป็นกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยซึ่งขนาดใหญ่ เป็นกลุ่มที่มีความหลากหลาย มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงหรือพลวัต (Dynamic) สูง ทั้งในเรื่องจำนวน อาชีพรูปแบบ ลักษณะงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ สภาพปัญหาที่มีความแตกต่างกัน จึงส่งผลให้ผู้ศึกษาไม่สามารถใช้หลักการสุ่มตัวอย่างได้ จึงทำการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. ทำให้ทราบงบประมาณ ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
๒. ทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
๓. ทำให้ทราบแนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

คำจำกัดความ

ผู้สูงอายุ	หมายถึง ประชาชน ที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป
สังคมสูงอายุ	หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด
สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์	หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด

บทที่ ๒

แนวคิดทางยุทธศาสตร์ ทฤษฎีการบริหารจัดการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประชากรในประเทศไทยปัจจุบันมีมากถึง ๖๙,๖๒๖,๐๐๐ คน (องค์การสหประชาชาติ, ๒๕๖๓) มีค่าใกล้เคียงกับสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่มีสถิติจำนวนประชากรไทยอยู่ ๖๖,๔๑๓,๙๗๙ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๓) ซึ่งถือว่าเพิ่มขึ้นทุกปี ถึงร้อยละ ๔.๓ จากปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ที่มีประชากรเพียงแค่ ๖๓,๕๒๕,๐๖๒ คน ตามตารางที่ ๒-๑ และ ๒-๒ แต่เมื่อพิจารณาอัตราการเกิดและอัตราการตายพบว่า อัตราการเกิดลดลงจากในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่มีอัตราการเกิด ๑๒.๔ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เหลืออัตราการเกิดเพียงแค่ ๑๐.๐ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ในขณะที่อัตราการตายเพิ่มขึ้น จากในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่มีอัตราการตาย ๖.๓ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ อัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น ๗.๑ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ตามตารางที่ ๒ จะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรนั้นสอดคล้องกับอัตราการเกิดและอัตราการตายที่เปลี่ยนแปลงไป แต่จะสังเกตได้ว่า หากคงแนวโน้มของอัตราการเกิดและอัตราการตายเป็นแบบนี้แล้วจำนวนประชากรไทยจะคงที่และเริ่มลดลงในไม่ช้า

สอดคล้องตัวเลขสถิติจำนวนประชากรไทยล่าสุดของ Worldometers พบว่า จำนวนประชากรไทยขณะนี้อยู่ที่ ๖๙,๓๑๐,๘๒๗ คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๐.๙ ของจำนวนประชากรทั้งโลก นับตั้งแต่ช่วงต้นปี ๒๐๑๙ ที่ผ่านมา จำนวนประชากรไทยเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๐.๑๘ ถือว่าน้อยที่สุดในอาเซียน ปัจจุบันแม้ไทยอยู่ในอันดับที่ ๒๐ ที่เป็นประเทศที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในโลก และครองอันดับที่ ๔ ในแถบอาเซียน มีการคาดการณ์ว่า ประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นสูงสุดเกือบ ๗๐ ล้านคน (๖๙,๖๘๕,๔๘๖ คน) ในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ ก่อนที่จะมีแนวโน้มลดลงเหลือ ๖๕,๓๗๒,๓๔๕ คน ในปี ๒๐๕๐ ทำให้ตกไปอยู่อันดับที่ ๓๑ ของโลก

เมื่อพิจารณาจำนวนประชากรตามช่วงอายุเพื่อประเมินโครงสร้างประชากรแล้วนั้น ยังพบว่าอัตราการเกิดที่ลดลงนอกจากจะส่งผลต่อจำนวนประชากรแล้วยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรของประเทศไทยด้วย ดูได้จาก แผนภาพที่ ๒-๑ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๓ โครงสร้างประชากรยังแสดงให้เห็นว่าประชากรไทยส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๓ โครงสร้างประชากรไทยเริ่มเปลี่ยนแปลงไปจะเห็นว่าประชากรส่วนใหญ่นั้นอยู่ในวัยทำงานในช่วงอายุราว ๔๐ ปีเป็นต้นไป และจะเห็นว่าผู้สูงอายุราวร้อยละ ๑๒.๙ ของจำนวนประชากรนั้นหมายถึงสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ คือมีประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปอยู่เกินร้อยละ ๑๐ และเมื่อดูแผนภาพที่ ๒-๒ เจาะจงลงไปเมื่อ ๕ ปีที่แล้วหรือราวปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่ากราฟโครงสร้างประชากรยังแสดงความเด่นชัดในเรื่องของสังคมสูงอายุ นอกจากนี้หากย้อนกลับมาดูแผนภาพที่ ๒-๑ ที่เป็นกราฟโครงสร้างประชากรคาดการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ แล้วพบว่าโครงสร้างประชากรเริ่มมีฐานที่แคบลงและประชากรส่วนใหญ่นั้นอยู่ในช่วงของปลายของวัยทำงาน และที่น่าตกใจคือจำนวนผู้สูงอายุนั้นมีอยู่มากถึงร้อยละ ๑๙ นั้นหมายความว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์

ตาราง ๒ - ๑ แสดงจำนวนประชากรไทยแยกตามช่วงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๖๑

กลุ่มอายุ (ปี)	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
รวม	๖๓,๕๒๕,๐๖๒	๖๓,๘๖๘,๒๖๗	๖๔,๐๖๖,๐๓๓	๖๔,๔๕๖,๖๕๕	๖๔,๗๘๕,๖๕๖	๖๕,๑๒๕,๖๕๖	๖๕,๔๖๕,๖๕๖	๖๕,๘๐๕,๖๕๖	๖๖,๑๔๕,๖๕๖	๖๖,๔๘๕,๖๕๖
๐-๔	๓,๘๘๗,๑๑๔	๓,๘๕๕,๖๑๒	๓,๘๒๓,๖๑๒	๓,๗๙๑,๖๑๒	๓,๗๕๙,๖๑๒	๓,๗๒๗,๖๑๒	๓,๖๙๕,๖๑๒	๓,๖๖๓,๖๑๒	๓,๖๓๑,๖๑๒	๓,๕๙๙,๖๑๒
๕-๙	๔,๐๖๗,๖๖๖	๔,๐๓๕,๖๖๖	๔,๐๐๓,๖๖๖	๓,๙๗๑,๖๖๖	๓,๙๓๙,๖๖๖	๓,๙๐๗,๖๖๖	๓,๘๗๕,๖๖๖	๓,๘๔๓,๖๖๖	๓,๘๑๑,๖๖๖	๓,๗๗๙,๖๖๖
๑๐-๑๔	๔,๖๖๗,๕๕๖	๔,๖๓๕,๕๕๖	๔,๖๐๓,๕๕๖	๔,๕๗๑,๕๕๖	๔,๕๓๙,๕๕๖	๔,๕๐๗,๕๕๖	๔,๔๗๕,๕๕๖	๔,๔๔๓,๕๕๖	๔,๔๑๑,๕๕๖	๔,๓๗๙,๕๕๖
๑๕-๑๙	๔,๘๐๗,๕๕๖	๔,๗๗๕,๕๕๖	๔,๗๔๓,๕๕๖	๔,๗๑๑,๕๕๖	๔,๖๗๙,๕๕๖	๔,๖๔๗,๕๕๖	๔,๖๑๕,๕๕๖	๔,๕๘๓,๕๕๖	๔,๕๕๑,๕๕๖	๔,๕๑๙,๕๕๖
๒๐-๒๔	๔,๕๖๗,๕๕๖	๔,๕๓๕,๕๕๖	๔,๕๐๓,๕๕๖	๔,๔๗๑,๕๕๖	๔,๔๓๙,๕๕๖	๔,๔๐๗,๕๕๖	๔,๓๗๕,๕๕๖	๔,๓๔๓,๕๕๖	๔,๓๑๑,๕๕๖	๔,๒๗๙,๕๕๖
๒๕-๒๙	๔,๖๖๗,๕๕๖	๔,๖๓๕,๕๕๖	๔,๖๐๓,๕๕๖	๔,๕๗๑,๕๕๖	๔,๕๓๙,๕๕๖	๔,๕๐๗,๕๕๖	๔,๔๗๕,๕๕๖	๔,๔๔๓,๕๕๖	๔,๔๑๑,๕๕๖	๔,๓๗๙,๕๕๖
๓๐-๓๔	๔,๗๖๗,๕๕๖	๔,๗๓๕,๕๕๖	๔,๗๐๓,๕๕๖	๔,๖๗๑,๕๕๖	๔,๖๓๙,๕๕๖	๔,๖๐๗,๕๕๖	๔,๕๗๕,๕๕๖	๔,๕๔๓,๕๕๖	๔,๕๑๑,๕๕๖	๔,๔๗๙,๕๕๖
๓๕-๓๙	๔,๘๖๗,๕๕๖	๔,๘๓๕,๕๕๖	๔,๘๐๓,๕๕๖	๔,๗๗๑,๕๕๖	๔,๗๓๙,๕๕๖	๔,๗๐๗,๕๕๖	๔,๖๗๕,๕๕๖	๔,๖๔๓,๕๕๖	๔,๖๑๑,๕๕๖	๔,๕๗๙,๕๕๖
๔๐-๔๔	๔,๙๖๗,๕๕๖	๔,๙๓๕,๕๕๖	๔,๙๐๓,๕๕๖	๔,๘๗๑,๕๕๖	๔,๘๓๙,๕๕๖	๔,๘๐๗,๕๕๖	๔,๗๗๕,๕๕๖	๔,๗๔๓,๕๕๖	๔,๗๑๑,๕๕๖	๔,๖๗๙,๕๕๖
๔๕-๔๙	๕,๐๖๗,๕๕๖	๕,๐๓๕,๕๕๖	๕,๐๐๓,๕๕๖	๔,๙๗๑,๕๕๖	๔,๙๓๙,๕๕๖	๔,๙๐๗,๕๕๖	๔,๘๗๕,๕๕๖	๔,๘๔๓,๕๕๖	๔,๘๑๑,๕๕๖	๔,๗๗๙,๕๕๖
๕๐-๕๔	๕,๑๖๗,๕๕๖	๕,๑๓๕,๕๕๖	๕,๑๐๓,๕๕๖	๕,๐๗๑,๕๕๖	๕,๐๓๙,๕๕๖	๕,๐๐๗,๕๕๖	๔,๙๗๕,๕๕๖	๔,๙๔๓,๕๕๖	๔,๙๑๑,๕๕๖	๔,๘๗๙,๕๕๖
๕๕-๕๙	๕,๒๖๗,๕๕๖	๕,๒๓๕,๕๕๖	๕,๒๐๓,๕๕๖	๕,๑๗๑,๕๕๖	๕,๑๓๙,๕๕๖	๕,๑๐๗,๕๕๖	๕,๐๗๕,๕๕๖	๕,๐๔๓,๕๕๖	๕,๐๑๑,๕๕๖	๔,๙๗๙,๕๕๖
๖๐-๖๔	๕,๓๖๗,๕๕๖	๕,๓๓๕,๕๕๖	๕,๓๐๓,๕๕๖	๕,๒๗๑,๕๕๖	๕,๒๓๙,๕๕๖	๕,๒๐๗,๕๕๖	๕,๑๗๕,๕๕๖	๕,๑๔๓,๕๕๖	๕,๑๑๑,๕๕๖	๕,๐๗๙,๕๕๖
๖๕-๖๙	๕,๔๖๗,๕๕๖	๕,๔๓๕,๕๕๖	๕,๔๐๓,๕๕๖	๕,๓๗๑,๕๕๖	๕,๓๓๙,๕๕๖	๕,๓๐๗,๕๕๖	๕,๒๗๕,๕๕๖	๕,๒๔๓,๕๕๖	๕,๒๑๑,๕๕๖	๕,๑๗๙,๕๕๖
๗๐-๗๔	๕,๕๖๗,๕๕๖	๕,๕๓๕,๕๕๖	๕,๕๐๓,๕๕๖	๕,๔๗๑,๕๕๖	๕,๔๓๙,๕๕๖	๕,๔๐๗,๕๕๖	๕,๓๗๕,๕๕๖	๕,๓๔๓,๕๕๖	๕,๓๑๑,๕๕๖	๕,๒๗๙,๕๕๖
๗๕-๗๙	๕,๖๖๗,๕๕๖	๕,๖๓๕,๕๕๖	๕,๖๐๓,๕๕๖	๕,๕๗๑,๕๕๖	๕,๕๓๙,๕๕๖	๕,๕๐๗,๕๕๖	๕,๔๗๕,๕๕๖	๕,๔๔๓,๕๕๖	๕,๔๑๑,๕๕๖	๕,๓๗๙,๕๕๖
๘๐-๘๔	๕,๗๖๗,๕๕๖	๕,๗๓๕,๕๕๖	๕,๗๐๓,๕๕๖	๕,๖๗๑,๕๕๖	๕,๖๓๙,๕๕๖	๕,๖๐๗,๕๕๖	๕,๕๗๕,๕๕๖	๕,๕๔๓,๕๕๖	๕,๕๑๑,๕๕๖	๕,๔๗๙,๕๕๖
๘๕-๘๙	๕,๘๖๗,๕๕๖	๕,๘๓๕,๕๕๖	๕,๘๐๓,๕๕๖	๕,๗๗๑,๕๕๖	๕,๗๓๙,๕๕๖	๕,๗๐๗,๕๕๖	๕,๖๗๕,๕๕๖	๕,๖๔๓,๕๕๖	๕,๖๑๑,๕๕๖	๕,๕๗๙,๕๕๖
๙๐-๙๔	๕,๙๖๗,๕๕๖	๕,๙๓๕,๕๕๖	๕,๙๐๓,๕๕๖	๕,๘๗๑,๕๕๖	๕,๘๓๙,๕๕๖	๕,๘๐๗,๕๕๖	๕,๗๗๕,๕๕๖	๕,๗๔๓,๕๕๖	๕,๗๑๑,๕๕๖	๕,๖๗๙,๕๕๖
๙๕-๙๙	๕,๐๖๗,๕๕๖	๕,๐๓๕,๕๕๖	๕,๐๐๓,๕๕๖	๔,๙๗๑,๕๕๖	๔,๙๓๙,๕๕๖	๔,๙๐๗,๕๕๖	๔,๘๗๕,๕๕๖	๔,๘๔๓,๕๕๖	๔,๘๑๑,๕๕๖	๔,๗๗๙,๕๕๖
๑๐๐ และมากกว่า	๑๓,๖๕๖	๑๔,๕๕๖	๑๖,๕๕๖	๑๗,๕๕๖	๑๘,๕๕๖	๑๙,๕๕๖	๒๐,๕๕๖	๒๑,๕๕๖	๒๒,๕๕๖	๒๓,๕๕๖
ไม่ทราบ/ระบุปีจักรคติ	๒,๒๕๖	๑,๓๖๗	๑,๒๕๖	๑,๑๔๕	๑,๐๓๔	๑,๐๓๔	๑,๐๓๔	๑,๐๓๔	๑,๐๓๔	๑,๐๓๔
ประชากรในทะเบียนบ้านกลาง	๖๐๗,๑๓๙	๕๙๖,๘๖๗	๖๐๗,๑๓๙	๖๑๗,๑๓๙	๖๒๗,๑๓๙	๖๓๗,๑๓๙	๖๔๗,๑๓๙	๖๕๗,๑๓๙	๖๖๗,๑๓๙	๖๗๗,๑๓๙
ประชากรที่มีสัญชาติไทย	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖	๓๘๖,๕๕๖
ประชากรอยู่ระหว่างการย้าย	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖	๓๓๑,๕๕๖

ที่มา : จำนวนประชากรแยกอายุทั่วประเทศ

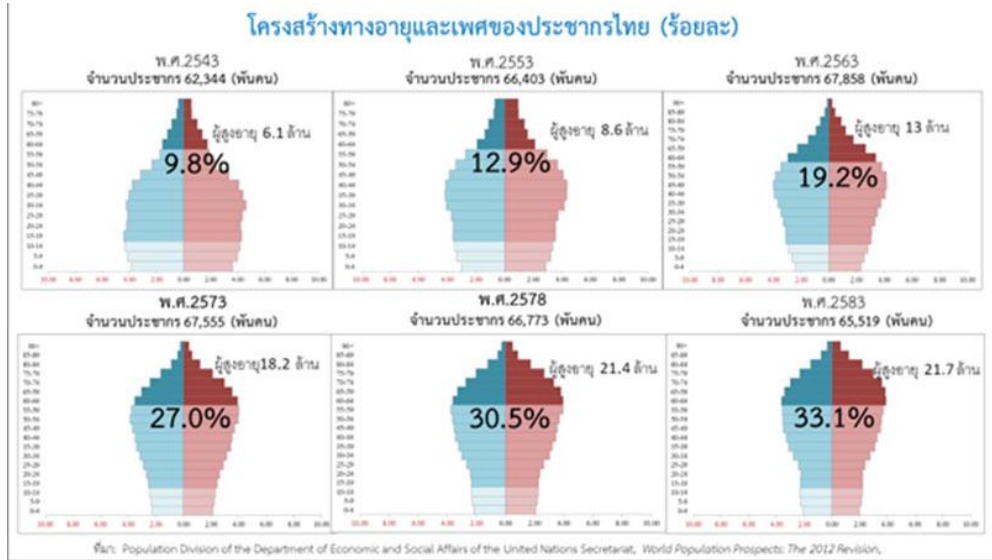
http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php

ตาราง ๒ - ๒ แสดงจำนวนประชากร สถิติสาธารณสุข สถิติจำนวนและอัตราเกิดมีชีพและตาย

ปี (พ.ศ./ ค.ศ.)	จำนวน ประชากร	จำนวนเกิด มีชีพ	จำนวน ตาย	จำนวนเพิ่ม ตาม ธรรมชาติ	อัตรากเกิดมี ชีพ (ต่อ ๑,๐๐๐ คน)	อัตรากตาย (ต่อ ๑,๐๐๐ คน)	อัตราเพิ่ม ตาม ธรรมชาติ (ต่อ ๑,๐๐๐ คน)	อัตราเจริญ พันธุ์รวม
๒๕๕๑/ ๒๐๐๘	๖๓,๓๘๘,๗๓๐	๗๘๔ ๒๕๖	๓๘๗ ๓๒๖	๓๙๖ ๕๓๐	๑๒.๔	๖.๓	๖.๑	๑.๕
๒๕๕๒/ ๒๐๐๙	๖๓,๕๒๕,๐๖๒	๗๖๕ ๐๔๗	๓๘๓ ๕๑๖	๓๗๑ ๑๓๑	๑๒.๑	๖.๒	๕.๙	๑.๕
๒๕๕๓/ ๒๐๑๐	๖๓,๘๗๘,๒๖๗	๗๖๑ ๖๘๘	๔๑๑ ๓๓๑	๓๕๐ ๓๕๘	๑๒.๐	๖.๕	๕.๕	๑.๕
๒๕๕๔/ ๒๐๑๑	๖๔,๐๗๖,๐๓๓	๗๕๕ ๐๓๑	๔๑๔ ๖๗๐	๓๘๐ ๓๖๑	๑๒.๔	๖.๕	๕.๙	๑.๕
๒๕๕๕/ ๒๐๑๒	๖๔,๔๕๖,๖๘๕	๘๐๑ ๗๓๗	๔๑๕ ๑๔๑	๓๘๖ ๕๙๖	๑๒.๔	๖.๕	๕.๙	๑.๕
๒๕๕๖/ ๒๐๑๓	๖๔,๗๘๕,๕๐๘	๗๘๘ ๐๘๑	๔๒๖ ๐๖๕	๓๖๒ ๐๑๖	๑๑.๖	๖.๖	๕.๐	๑.๖
๒๕๕๗/ ๒๐๑๔	๖๕,๑๒๔,๗๑๖	๗๑๑ ๘๐๕	๔๓๕ ๖๒๔	๒๗๖ ๑๘๑	๑๑.๐	๖.๗	๔.๓	๑.๖
๒๕๕๘/ ๒๐๑๕	๖๕,๔๒๕,๐๘๘	๖๗๕ ๕๐๒	๔๔๕ ๙๖๔	๒๓๓ ๕๓๘	๑๐.๔	๖.๙	๓.๕	๑.๖
๒๕๕๙/ ๒๐๑๖	๖๕,๘๑๑,๕๕๐	๖๖๖ ๒๐๗	๔๖๕ ๐๘๕	๑๙๗ ๑๒๒	๑๐.๒	๗.๒	๓.๐	
๒๕๖๐/ ๒๐๑๗	๖๖,๑๘๘,๕๐๓	๖๕๖,๕๗๑	๔๕๘ ๐๑๐	๑๙๘ ๕๖๑	๑๐.๐	๗.๐	๓.๐	
๒๕๖๑/ ๒๐๑๘	๖๖,๔๑๓,๙๗๘	๖๖๖ ๑๐๙	๔๗๓ ๕๔๑	๑๙๒ ๕๖๘	๑๐.๐	๗.๑	๒.๙	

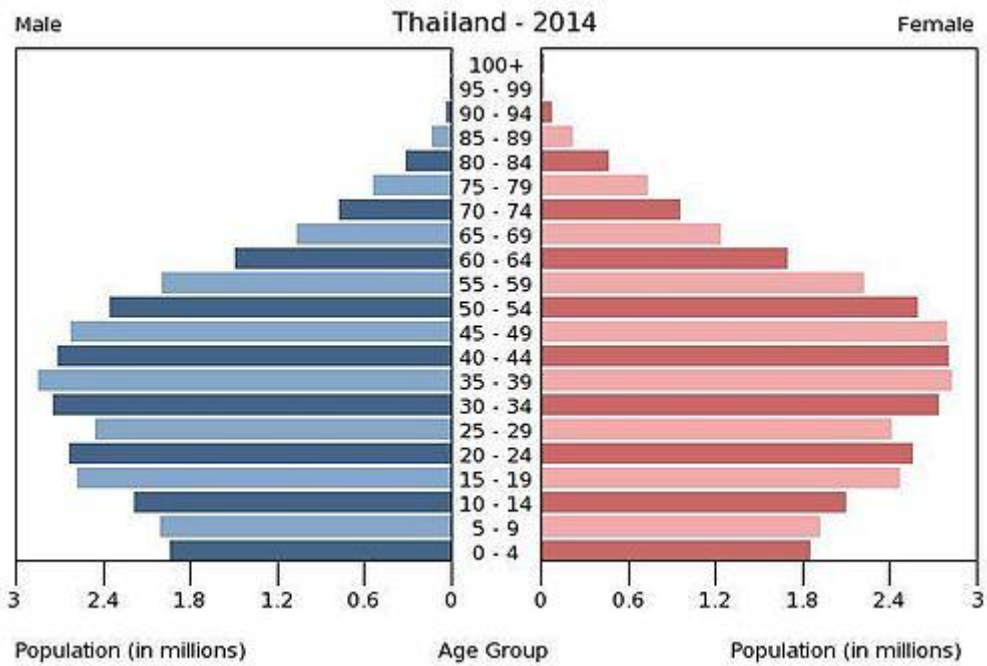
ที่มา : อัตราการเกิดและการตาย <https://th.wikipedia.org/wiki/ประชากรศาสตร์ไทย>

แผนภาพที่ ๒ - ๑ แสดงโครงสร้างประชากรตามช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๓ ถึง พ.ศ.๒๕๘๓



ที่มา : Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The ๒๐๑๒ Revision

แผนภาพที่ ๒ - ๒ แสดงสัดส่วนประชากรไทยตามอายุ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗



ที่มา : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/th.html>

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐)

เนื่องจากโครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นจากการคมนาคม ที่เชื่อมต่อกันทั่วโลก การบาดเจ็บจากการจราจร การโฆษณาสินค้ายาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ทางสื่อออนไลน์ที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพประชาชนไทย กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้จัดการประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทบทวน จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ (Retreat) ขึ้น เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) แบ่งออกเป็น ๔ ระยะ ช่วงละ ๕ ปี เพื่อให้จัดลำดับ ความสำคัญในการทำงานและการจัดสรรทรัพยากร แบ่งได้ เป็น ๔ ช่วง คือ ช่วงที่ ๑ ปฏิรูประบบ ช่วงที่ ๒ สร้างความเข้มแข็ง ช่วงที่ ๓ สู่อความยั่งยืนของเอเชีย ช่วงที่ ๔ เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย ตามตารางที่ ๒-๓ ดังนี้

ตาราง ๒-๓ การจัดลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)

ช่วงเวลา	จุดเน้นหลัก	รายละเอียด
๒๕๖๐ - ๒๕๖๔	ปฏิรูประบบ	การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา อีกครั้ง การวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบ การแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วย อย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น
๒๕๖๕ - ๒๕๖๙	สร้างความเข้มแข็ง	การจัดโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการ ให้เข้มแข็ง รวมไปถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัย สิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือการทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพ ของตัวเองได้
๒๕๗๐ - ๒๕๗๔	สู่อความยั่งยืน	เป็นช่วงที่ระบบสุขภาพของไทยต้องมีความยั่งยืนทางการเงิน การคลัง ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะด้านยาและเวชภัณฑ์ ต่างๆ พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด
๒๕๗๕ - ๒๕๗๙	เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย	ระบบสุขภาพไทยจะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ สังคมมีส่วนร่วมสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้จะต้องสามารถ แข่งขันหรือเทียบเคียงกับนานาชาติได้ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องเป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย ใน ๒๐ ปีข้างหน้า

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้แบ่งออกเป็น ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๖ แผนงาน ๔๘ โครงการ โดยมีรายละเอียดแผนงานดังนี้

๑. Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ)
 - ๑.๑ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
 - ๑.๒ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
 - ๑.๓ ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - ๑.๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
๒. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
 - ๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
 - ๒.๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 - ๒.๓ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
 - ๒.๔ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ
๓. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)
 - ๓.๑ การวางแผนความต้องการอัตรากำลังคน
 - ๓.๒ การผลิตและพัฒนากำลังคน
 - ๓.๓ การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
 - ๓.๔ การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ
๔. Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)
 - ๔.๑ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
 - ๔.๒ ระบบหลักประกันสุขภาพ
 - ๔.๓ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ และการคุ้มครองผู้บริโภค
 - ๔.๔ ระบบธรรมาภิบาล

นโยบายรัฐบาล

รัฐบาลของ พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ที่แถลงต่อรัฐสภา เอาไว้เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ มี นโยบายหลักอยู่ ๑๒ ด้านและ นโยบายเร่งด่วนอยู่ ๑๒ เรื่อง

นโยบายหลักทั้ง ๑๒ ด้าน มีดังนี้

๑. การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์
๒. การสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยของประเทศ และความสงบสุขของประเทศ
๓. การทำนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม
๔. การสร้างบทบาทของไทยในเวทีโลก
๕. การพัฒนาเศรษฐกิจและความสามารถในการแข่งขันของไทย
๖. การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจและการกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค
๗. การพัฒนาสร้างความเข้มแข็งจากฐานราก
๘. การปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของคนไทยทุกช่วงวัย
๙. การพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม

๑๐. การฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและการรักษาสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างการเติบโตอย่างยั่งยืน

๑๑. การปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐ

๑๒. การป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ และกระบวนการ

ยุติธรรม

นโยบายเร่งด่วน ๑๒ เรื่อง มีดังนี้

๑. การแก้ไขปัญหาในการดำรงชีวิตของประชาชน

๒. การปรับปรุงระบบสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

๓. มาตรฐานเศรษฐกิจเพื่อรองรับความผันผวนของเศรษฐกิจโลก

๔. การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรม

๕. การยกระดับศักยภาพของแรงงาน

๖. การวางรากฐานระบบเศรษฐกิจของประเทศสู่อนาคต

๗. การเตรียมคนไทยสู่ศตวรรษที่ ๒๑

๘. การแก้ไขปัญหาทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการ ทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่าย

ราชการประจำ

๙. การแก้ไขปัญหายาเสพติดและสร้างความสงบสุขในพื้นที่ชายแดนภาคใต้

๑๐. การพัฒนาระบบการให้บริการประชาชน

๑๑. การจัดเตรียมมาตรการรองรับภัยแล้งและอุทกภัย

๑๒. การสนับสนุนให้มีการศึกษา การรับฟังความเห็นของประชาชน และการดำเนินการ

เพื่อแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญ

จากนโยบายของรัฐบาลทั้ง ๑๒ ข้อนั้นพบว่า รัฐบาลก็ยังคงให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม โดยอยู่ในนโยบายข้อที่ ๙ โดยในนโยบายหลักนั้นประกอบด้วย

พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แพทย์สมัยใหม่ และแพทย์แผนไทย

โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้มีมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรงและลดอัตราการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งจัดให้มีสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสมและพอเพียง

ส่งเสริมการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

โดยการพัฒน่องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องของคนทุกกลุ่มวัย ส่งเสริมการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ สร้างระบบรับมือต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ทั้งระบบติดตาม เฝ้าระวัง และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างครบวงจรและบูรณาการ จัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลอย่างทั่วถึง และส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดีในทุกพื้นที่

พัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เร่งพัฒนา ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชากรทุกภาคส่วน ลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการบริการในแต่ละระบบ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการ

สาธารณสุข เพิ่มบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการยกระดับคุณภาพ การบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ประชาชนในทุกครัวเรือนทุกพื้นที่โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึง หน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว

สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมด้านการศึกษา สุขภาพ การมีงานทำที่ เหมาะสมกับประชากรทุกกลุ่ม

คุ้มครองแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบให้ได้รับ ความปลอดภัยและมีสุขอนามัยที่ดี ในการทำงาน ได้รับรายได้ สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ ที่เหมาะสมแก่การดำรงชีพ

นอกจากนี้สิ่งที่ทำให้เห็นว่ารัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพนอกจากนโยบายหลัก แล้วรัฐบาลยังมีนโยบายเร่งด่วน ๑๒ เรื่องซึ่งพบว่า ข้อ ๒ ในเรื่องการ **การปรับปรุงระบบสวัสดิการ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน** โดยมีการเร่งรัดการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ เพื่อลด ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการบริการในแต่ละระบบ ลดภาระการเดินทาง ไปสถานพยาบาลของ ประชาชน และลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พัฒนาโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระบบการแพทย์ทางไกล และภูมิปัญญาแพทย์แผน ไทย เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการ สาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี(ด้านสาธารณสุข) ไขกระบวนกรมีส่วนร่วมจากผู้ที่มี ส่วนเกี่ยวข้องของ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาครวมทั้ง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยวางกรอบแนวคิด ใหม่มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี แผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประเทศไทย ๔.๐ นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้าน สาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนยุทธศาสตร์ ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ความ เปนเลิศ ๔ ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข คือ

๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)
๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๓. ดานบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
๔. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

นอกจากนี้หมายรวมทั้ง ๑๕ แผนงาน ๔๐ โครงการ และ ๕๕ ตัวชี้วัด เพื่อสร้างความ เข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ให้ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด รวมทั้งได้กำหนดแนวทางการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุก ระดับในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง และมีการติดตาม ประเมินผลที่สะดวกรวดเร็วเพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอีกด้วย นอกจากนี้การทบทวนแผนยุทธศาสตร์กระทรวง

สาธารณสุขจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอยู่เสมอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชน สุขภาพดี เจาหนาที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

แผนงานโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)

แผนโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑. Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) ๒. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) ๓. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ ๔. Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) ครอบคลุม ๑๖ แผนงาน ๔๘ โครงการ ดังนี้

ตารางที่ ๒ - ๔ แสดงแผนงานโครงการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ๑๖ แผนงาน ๔๘ โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence

๑. Promotion & Prevention Excellence	๒. Service Excellence	๓. People Excellence	๔. Governance Excellence
๑.๑. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ย๔)	๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (ย๔)	๓.๑ การวางแผนความต้องการ อัตรากำลัง (HRP) (ย๓)	๔.๑ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (ย๖)
๑) โครงการพัฒนาศักยภาพคนไทย (P๓) ๒) โครงการลดการตายก่อนวัยอันควร (P๔) ๓) โครงการสร้างความเข้มแข็งและ ความอบอุ่นของครอบครัวไทย (P๑)	๑) โครงการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (P๑) ๒) โครงการบริหารจัดการการเงินการคลังระบบบริการปฐมภูมิ (P๓) ๓) โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) (P๒)	๑) โครงการคาดการณ์และ วิเคราะห์ อัตรากำลังบุคลากรทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค(P๑) ๒) โครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผลด้านกำลังคน(P๓) ๓) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนกำลังคน(P๔)	๑) การพัฒนาระบบบริการ ข้อมูลสุขภาพ (HIS) (P๒) ๒) การพัฒนาระบบข้อมูล สุขภาพส่วนบุคคล (PHR) (P๑) ๓) ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC) (P๓)
๑.๒. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (ย๑)	๒.๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ย๔)	๓.๒ การผลิตและพัฒนา กำลังคน (HRD) (ย๓)	๔.๒ ระบบหลักประกันสุขภาพ (ย๔)

ตารางที่ ๒ - ๔ แสดงแผนงานโครงการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ๑๖
แผนงาน ๔๘ โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence (ต่อ)

๑) โครงการการจัดการโรคและภัยสุขภาพ และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข (P๒) ๒) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน บนผืนแผ่นดินไทย (P๑) ๓) โครงการสร้างความรู้ด้าน สุขภาพ (P๓)	๑) โครงการระบบบริการสุขภาพ ๑๓ สาขาหลัก (P๓) ๒) โครงการพัฒนาระบบส่งต่อ (P๒) ๓) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร (P๒)	๑) โครงการผลิตกำลังคนด้าน สุขภาพ (P๒) ๒) โครงการพัฒนาทักษะ hard skill และ soft skill (P๔) ๓) โครงการพัฒนาบุคลากร สาธารณสุขด้าน Talent Management (P๒)	๑) โครงการลดความเหลื่อมล้ำ ของ ๓ ระบบ (P๔) ๒) โครงการสร้างความยั่งยืน ของระบบหลักประกันสุขภาพ (P๓) ๓) โครงการการเข้าถึงระบบ หลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (P๓)
๑.๓ ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ย๔)	๒.๓ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (ย๔)	๓.๓ การพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (HRM) (ย๓)	๔.๓ ความมั่นคงด้านยาและ เวชภัณฑ์และการคุ้มครอง ผู้บริโภค (ย๑)
๑) โครงการส่งเสริมและพัฒนาความมั่นคงด้านอาหาร (P๔) ๒) โครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรค (P๑) ๓) โครงการส่งเสริมการจัดการองค์ ความรู้ด้านอาหารศึกษา (P๒)	๑) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ ทาง การแพทย์ด้านบริการ (P๔) ๒) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทาง การแพทย์ด้าน การศึกษา (P๔) ๓) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทาง การแพทย์ด้านการวิจัย (P๔)	๑) โครงการบริหารจัดการกำลังคน (P๑) ๒) โครงการสร้างขวัญและ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (P๓) ๓) โครงการบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management System) (P๓)	๑) โครงการพัฒนาการผลิตยาวัคซีน และการสร้างเสถียรภาพ ด้านยาที่มีคุณภาพและมาตรฐานสากล (P๔) ๒) โครงการคุ้มครองผู้บริโภค (P๒) ๓) โครงการจัดซื้อร่วมยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา และวัสดุ วิทยาศาสตร์ (P๓)
๑.๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (ย๕)	๒.๔ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (ย๑) และเขตเศรษฐกิจพิเศษ	๓.๔ การพัฒนาเครือข่ายภาค ประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ (ย๔)	๔.๔ ระบบธรรมภิบาล (ย๖)

ตารางที่ ๒ - ๔ แสดงแผนงานโครงการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ๑๖
แผนงาน ๔๘ โครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence (ต่อ)

๑) โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม (P๑) ๒) โครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพภาครัฐ (P๔) ๓) โครงการบริหารจัดการมลพิษทางอากาศ (P๒)	๑) โครงการศูนย์กลางบริการเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) (P๑) ๒) โครงการศูนย์กลางบริการด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร ไทย (Product Hub) (P๑) ๓) โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ (SEZ) (P๓)	๑) โครงการพัฒนาเครือข่าย อสม. และอปท. (P๑) ๒) โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งตำบลจัดการสุขภาพ ด้วยตนเอง ๓) โครงการพัฒนาเครือข่าย	๑) ระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง (P๒) ๒) โครงการหน่วยงานคุณธรรม (P๑) ๓) โครงการประเมินคุณธรรม และความโปร่งใส (P๔)
--	---	--	---

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

กลไก และมาตรการบริหารจัดการงบประมาณของ สปสช.

โดยภาพรวมนั้นงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑๙๐,๖๐๑.๗๑ ล้านบาท เพิ่มขึ้น ๔.๙๗% สามารถจัดสรรแบ่งออกเป็น ๘ รายการ ดังนี้

๑. บริการเหมาจ่ายรายหัวดูแลประชากร ๔๘.๒๖ ล้านบาท จำนวน ๑๗๓,๗๕๐.๔๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๗,๓๐๕.๑๗ ล้านบาท หรือร้อยละ ๔.๓๙% หลังหักเงินเดือนบุคลากรหน่วยบริการภาครัฐ จำนวน ๔๙,๘๓๒.๕๘ ล้านบาท เป็นเงินสู่การบริหารโดย สปสช. เป็นจำนวนทั้งสิ้น ๑๒๓,๙๑๗.๘๒ ล้านบาท โดยอัตราเฉลี่ยปี ๒๕๖๓ อยู่ที่จำนวน ๓,๖๐๐ บาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดสรรแยกตาม ๙ รายการ ดังนี้

- ๑.๑. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จำนวน ๑,๒๕๑.๖๘ บาทต่อประชากร
- ๑.๒. บริการผู้ป่วยในทั่วไป จำนวน ๑,๓๗๑.๐๗ บาทต่อประชากร
- ๑.๓. บริการกรณีเฉพาะ จำนวน ๓๕๙.๒๔ บาทต่อประชากร
- ๑.๔. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน ๔๕๒.๖๐ บาทต่อประชากร
- ๑.๕. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ จำนวน ๑๗.๔๓ บาทต่อประชากร
- ๑.๖. บริการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๔.๘๐ บาทต่อประชากร
- ๑.๗. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน จำนวน ๑๒๘.๖๙ บาท

ต่อประชากร

- ๑.๘. เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จำนวน ๒.๔๙ บาทต่อประชากร
- ๑.๙. บริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน ๒ บาทต่อประชากร
๒. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ป่วยเอดส์ (AIDS) รวมการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ จำนวน ๓,๕๙๖.๘๔ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๕๕๐.๕๒ ล้านบาท หรือร้อยละ ๑๘.๑%
๓. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน ๙,๔๐๕.๔๑ ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๑๒๓.๖๒ ล้านบาท หรือร้อยละ ๑๓.๖%
๔. บริการป้องกันความแข็งแรงของโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในชุมชน จำนวน ๑,๐๓๗.๕๗ ล้านบาท ลดลงจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๙๗.๔๖ ล้านบาท หรือลดลงร้อยละ ๘.๖
๕. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ก้นดาร์ พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนใต้ จำนวน ๑,๔๙๐.๒๙ ล้านบาท จัดสรรเท่าปี ๒๕๖๒
๖. บริการผู้ป่วยติดเชื้อที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑,๐๒๕.๕๖ บาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๐๘.๗๖ ล้านบาท หรือร้อยละ ๑๑.๙%
๗. บริการเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว จำนวน ๒๖๘.๖๔ ล้านบาท จัดสรรเท่ากับปี ๒๕๖๒
๘. งบชดเชยวัคซีนป้องกันหัด คางทูมและหัดเยอรมัน เพื่อแก้ปัญหาการระบาดในภาคใต้ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ จำนวน ๒๗ ล้านบาท

แผนภาพที่ ๒ – ๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา : มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คำนึงถึงความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๗ มาตรา ๘ มาตรา ๑๘(๔) มาตรา ๓๘ มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๕ มาตรา ๔๖ และ มาตรา ๔๗ คำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ (คำสั่ง คสช.ที่ ๓๗/๒๕๕๙) ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔ และแผนแม่บท บูรณาการการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๔ ภายใต้แนวคิดหลัก ดังนี้

๑. การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
๒. การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
๓. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และการบริการสาธารณสุข

๔. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

๔.๑ ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถ เข้าถึง

บริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

๔.๒ แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนเป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุข และการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการและจ่ายตาม โครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช. กำหนดการกำกับการตรวจสอบและประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ

๔.๓ เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุน กรณีค่าใช้จ่ายสำหรับยาวัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (ยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ) ให้สามารถดำเนินการจัดหาและสนับสนุนยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษให้หน่วยบริการ และหรือจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายยาและอื่นๆ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามการใช้บริการ

๔.๔ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้หน่วยบริการที่เป็นแกนกลางหรือเป็นแม่ข่ายดำเนินการจัดหาและสนับสนุน ยา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ให้แก่หน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้ตามแผนและวงเงินการจัดหายา วัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ (แผนและวงเงินการจัดหายา) โดยให้เครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน เพื่อจัดหายาวัคซีน เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ ตามแผนและวงเงินการจัดหายา

๔.๕ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมความต้องการของภาครัฐ และแผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ให้สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน สำหรับรายการนวัตกรรมและหรือสิ่งประดิษฐ์และหรือผลงานจากการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ที่สนับสนุนหรือใช้ในการบริการสาธารณสุขที่ภาครัฐพัฒนาได้ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด

๔.๖ การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดและตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๔.๗ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้ หน่วยบริการเครือข่ายหน่วยบริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายให้นำกิจการในอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดโดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงหรือ โครงการดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

๔.๘ ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกระดับรวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

๔.๙ สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด เช่น รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว เฉพาะประเภทบริการกรณีเฉพาะ และบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และรายการค่าบริการ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้ สปสช. ติดตามกำกับและควบคุมประสิทธิภาพการดำเนินงานและ หากมีผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือเงินงบประมาณที่ได้รับใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่เพียงพอภายหลังการปรับประสิทธิภาพอย่างเต็มที่แล้วให้ สปสช. รวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอของบประมาณเพิ่มเติมตามความเหมาะสมต่อไป

๔.๑๐ ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่นให้ สปสช. ใช้จ่ายเงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่ายหรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ แล้วให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการ คืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยังจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ ของบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการใช้บริการหรือตามจำนวน ประชากรให้หน่วยบริการ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

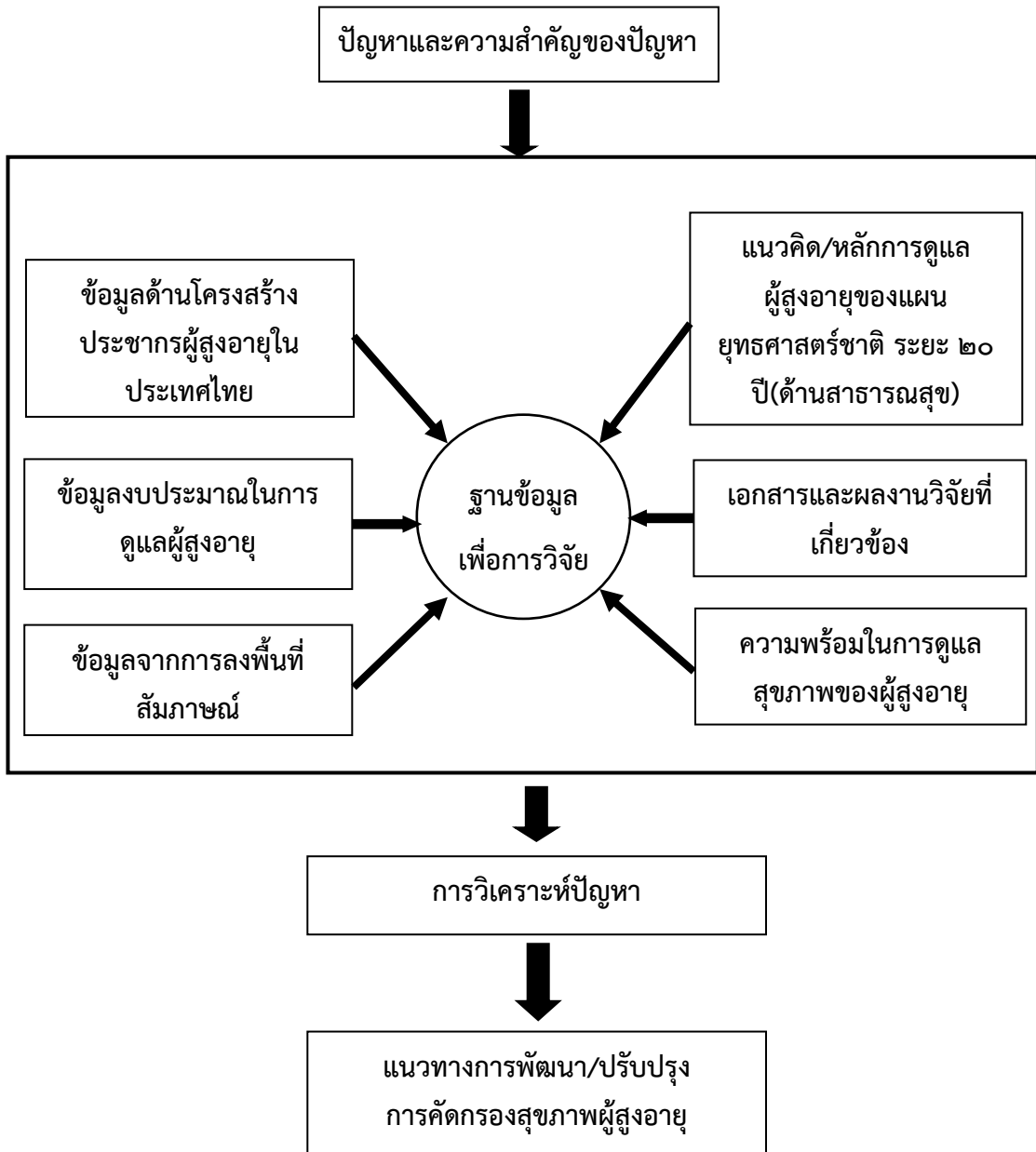
ดร.ขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ (๒๕๖๐) เสนอว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายและแผนโดยจัดกิจกรรมการอบรม ผู้ดูแลเพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นได้พัฒนาศักยภาพ ด้วยการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ของครอบครัว

กาญจนา ปัญญาธร (๒๕๕๗) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายทุกระบบและมีโรคประจำตัว ร้อยละ ๙.๓๘ ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินชีวิต ร้อยละ ๕๔.๗ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ต่อการดูแลที่ได้รับ อยู่ในระดับมากด้านครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัญหาความต้องการการดูแล ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ไม่มีคนดูแลการดำเนินชีวิต และเมื่อเจ็บป่วยไม่มีเงินในการรักษา ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพและไม่ได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้สูงอายุต้องการคนดูแลการดำเนินชีวิตและเมื่อเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความรู้ เรื่องโรคและการรักษา ปัญหาด้านผู้สูงอายุ คือ ไม่ให้ความร่วมมือ เอาแต่ใจตนเองดูแลยาก เจ็บป่วยซับซ้อนต้องดูแลพิเศษและขาดยานพาหนะในการเดินทางไป

เนติยา แจ่มทมิ (๒๕๕๙) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ ๐.๐๐๑ ผู้วิจัยเสนอแนะให้ทำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไปออกแบบการสอนแก่นักศึกษา

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อ พัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย



สรุป

สภาพสังคมไทยปัจจุบันเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ภายในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า จะเห็นว่าไม่ว่าจะเป็นนโยบายของรัฐบาล หรือยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ทั้งในแง่ยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุข แผนงานภายใต้โครงการยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี หรือแม้กระทั่งงานวิจัย จากเกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งจากหน่วยงาน ภาครัฐ และภาคเอกชน เริ่มมุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้สูงอายุ มากขึ้น ทั้งในการวิจัยการดูแลผู้สูงอายุ หรืองบประมาณที่เริ่มจัดสรรและนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ประชาชนโดยมุ่งเน้นเรื่องการป้องกันโรคมะเร็ง โดยเฉพาะกลุ่มคนสูงอายุ ทำให้เห็นว่าประเทศไทย นั้นเริ่มที่จะตื่นตัวกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย แต่ถึงอย่างไรก็ตามการนำงบประมาณและแผนยุทธศาสตร์ ต่าง ๆ มาใช้งานนั้นก็ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มของผู้สูงอายุได้เต็มที่มากนัก เนื่องจากปัญหาทางด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุเอง ทั้งในเรื่องการเดินทางก็มีส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับบริการทางด้าน สาธารณสุขได้เต็มที่เหมือนอย่างที่ว่าหน่วยงานต่าง ๆ นั้นคาดหวังไว้ นอกจากนี้ยุทธศาสตร์และแผน ต่าง ๆ ยังมุ่งเน้นอยู่ในเชิงตั้งรับ ในขณะที่งานวิจัยมุ่งเน้นนำระบบการดูแลสุขภาพไปถึงยังผู้สูงอายุ ทั้งตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ก็ยังไม่มีการวิจัยใด สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการ คัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุของประเทศไทย

บทที่ ๓

การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยเรื่องความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในครั้งนี้ ศึกษาอยู่ในบริบทของวัตถุประสงค์ของการวิจัยตั้งข้อที่ ๑. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ งบประมาณ ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และข้อที่ ๒. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีลำดับการศึกษาดังนี้

๑. สภาพทั่วไปเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่อดีต - ปัจจุบัน
๒. ภาวะเบี่ยงที่เกี่ยวข้อง
๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ
๕. สรุป

สภาพทั่วไปเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่อดีต - ปัจจุบัน

ข้อมูลที่จะสะท้อนสภาพทั่วไปเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่อดีต - ปัจจุบัน ได้ดีที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรจากโครงสร้างประชากรของประเทศไทยตั้งแต่อดีต - ปัจจุบัน ซึ่งถือว่าสภาพของสังคมไทยนั้นอยู่ในสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ แล้ว โดยพบว่ามีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ (ประชาชนที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ ปี) อยู่ ๗,๑๗๖,๘๑๙ คน จากประชากรไทย ณ ขณะนั้น ๖๓,๕๒๕,๐๖๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓ โดยมีรายละเอียดโครงสร้างประชากรจำแนกตามช่วงอายุจากสำนักงานสถิติแห่งชาติดังนี้

ตารางที่ ๓ - ๑ โครงสร้างประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน/คน	ร้อยละ
อายุ ๐ ถึง ๙ ปี	๗,๙๐๕,๐๗๗	๑๒.๔๔
อายุ ๑๐ ถึง ๑๙ ปี	๙,๔๗๗,๒๙๙	๑๔.๙๒
อายุ ๒๐ ถึง ๒๙ ปี	๙,๖๓๖,๙๒๕	๑๕.๑๗
อายุ ๓๐ ถึง ๓๙ ปี	๑๐,๖๖๘,๖๕๙	๑๖.๗๙
อายุ ๔๐ ถึง ๔๙ ปี	๑๐,๑๔๙,๕๔๑	๑๕.๙๘
อายุ ๕๐ ถึง ๕๙ ปี	๗,๑๘๐,๒๔๔	๑๑.๓๐
อายุ ๖๐ ถึง ๖๙ ปี	๓,๙๒๘,๗๓๖	๖.๑๘
อายุ ๗๐ ถึง ๗๙ ปี	๒,๓๔๗,๓๗๖	๓.๗๐

ตารางที่ ๓ - ๑ โครงสร้างประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำแนกตามช่วงอายุ (ต่อ)

อายุ ๘๐ ถึง ๘๙ ปี	๗๗๖,๖๒๘	๑.๒๒
อายุ ๙๐ ถึง ๙๙ ปี	๑๑๐,๓๘๗	๐.๑๗
อายุ ๑๐๐ ปี ขึ้นไป	๑๓,๖๙๒	๐.๐๒

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, พ.ศ. ๒๕๕๒

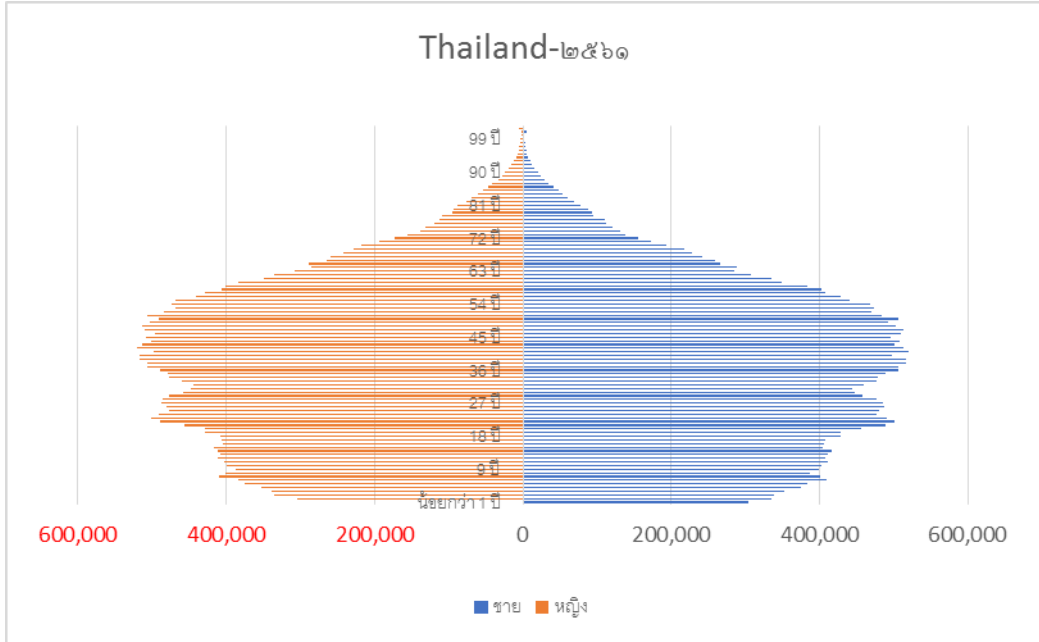
จะเห็นว่าลักษณะโครงสร้างประชากรแบบนี้เริ่มเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” ลักษณะของโครงสร้างประชากรเช่นนี้ เมื่อประกอบกับอัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปี และอัตราการตายที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้นสวนทางกันดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ ๒ แล้วนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร จะเห็นได้จากอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ถึง พ.ศ.๒๕๖๑ อยู่ที่ร้อยละ ๐.๔๐ ถึง ร้อยละ ๐.๘๐ เฉลี่ยร้อยละ ๐.๕๓ ต่อปี การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นโดยจะเห็นได้จากรายละเอียดโครงสร้างประชากรของประเทศไทยล่าสุดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ บันทึกไว้ว่า พ.ศ. ๒๕๖๑ มีรายละเอียดโครงสร้างของประชากรจำแนกตามช่วงอายุ ดังนี้

ตารางที่ ๓ - ๒ ประชากรปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ทั้งหมด ๖๖,๔๑๓,๙๑๙ คน

ช่วงอายุ	จำนวน/คน	ร้อยละ
อายุ ๐ ถึง ๙ ปี	๗,๑๖๖,๕๒๘	๑๐.๗๙
อายุ ๑๐ ถึง ๑๙ ปี	๘,๐๓๗,๒๘๒	๑๒.๑๐
อายุ ๒๐ ถึง ๒๙ ปี	๙,๔๖๓,๓๖๐	๑๔.๒๕
อายุ ๓๐ ถึง ๓๙ ปี	๙,๖๖๗,๔๙๔	๑๔.๕๖
อายุ ๔๐ ถึง ๔๙ ปี	๑๐,๓๗๔,๑๙๒	๑๕.๖๒
อายุ ๕๐ ถึง ๕๙ ปี	๙,๔๔๑,๒๒๐	๑๔.๒๒
อายุ ๖๐ ถึง ๖๙ ปี	๖,๐๖๘,๔๖๙	๙.๑๔
อายุ ๗๐ ถึง ๗๙ ปี	๓,๐๒๒,๓๘๒	๔.๕๕
อายุ ๘๐ ถึง ๘๙ ปี	๑,๓๒๘,๕๒๒	๒.๐๐
อายุ ๙๐ ถึง ๙๙ ปี	๒๒๙,๑๘๗	๐.๓๕
อายุ ๑๐๐ ปีขึ้นไป	๑๘,๒๔๓	๐.๐๓

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, พ.ศ. ๒๕๖๑

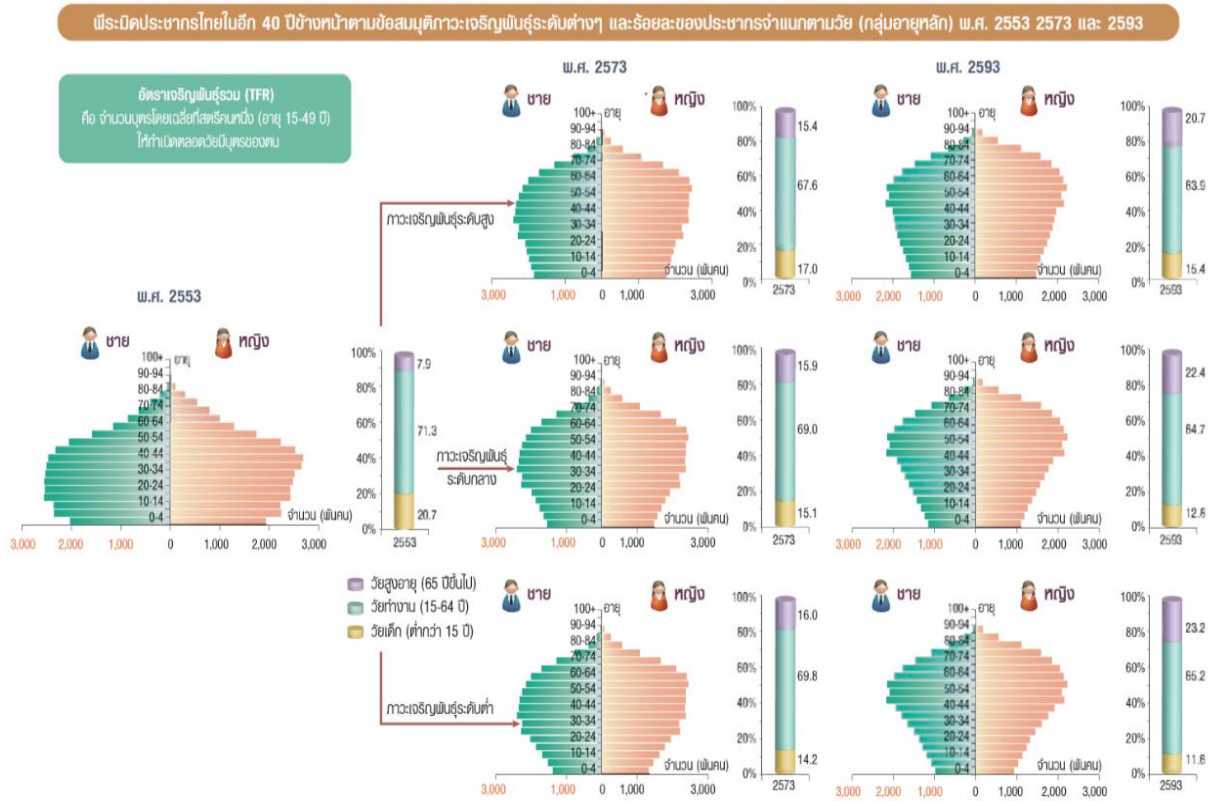
แผนภาพที่ ๓ - ๑ โครงสร้างของประชากรตามช่วงอายุ



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, พ.ศ. ๒๕๖๑

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ มีผู้สูงอายุอยู่ ๑๐,๖๖๖,๘๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๖ เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งถ้าอนุมานถึงโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๖๓) ได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุอาจจะอยู่ที่ร้อยละ ๑๘ ถึงร้อยละ ๑๙ อยู่ก็เป็นได้ ซึ่งจะนำสังคมไทยก้าวสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง ๒๕๖๕ การที่โครงสร้างประชากรเป็นเช่นนี้นั้นสอดคล้องกับงานวิจัยของศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และรองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๕๕ ที่พบอีกว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะมากกว่าประชากรที่เป็นเด็กถึง ๒ เท่า

แผนภาพที่ ๓ – ๒ พีระมิตประชากรไทยในอีก ๔๐ ปี ข้างหน้า



ที่มา : การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย,ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, พ.ศ. ๒๕๕๕

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ต้องเร่งตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร เนื่องจากมีผลกระทบต่อสภาพของสังคมไทยในหลายๆด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสาธารณสุข และสภาพทั่วไปในการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ในอดีตการคัดกรองสุขภาพอาจจะทำได้โดยไม่มีปัญหามาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีปริมาณไม่สูงทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสามารถทำหน้าที่ได้อย่างทั่วถึง ในขณะที่ในปัจจุบันหรือในอนาคตที่โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นแต่จำนวนผู้ที่สามารถให้บริการในการคัดกรองนั้นกลับลดลง (คนในวัยทำงานลดลง) ทำให้การดูแลและคัดกรองสุขภาพแบบในอดีตอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการที่มียิ่งมากขึ้น จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ให้สามารถมีชีวิตที่มีคุณภาพได้

กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุนั้น เห็นจะมีข้อที่เด่นชัดอยู่ในกฎหมายมาตรา ๑๑ ข้อ ๑ แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่ว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้าน การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ หมายถึงผู้สูงอายุนั้นมีสิทธิในการเข้าถึง บริการสาธารณสุขเป็นกรณีพิเศษจะเห็นได้จากการที่มีการจัดช่องทางพิเศษหรือคิวพิเศษสำหรับ ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่สะดวกและรวดเร็ว โดยในแผนกผู้ป่วยนอกใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวน ๔๑๙ แห่ง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวน ๒๓๗ แห่ง ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๑๙๕ แห่ง และมีโรงพยาบาล ที่มีการประชาสัมพันธ์ของ ทางพิเศษเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในระหว่างให้บริการในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวน ๓๖๓ แห่ง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๓๑๔ แห่ง จะเห็นว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดบริการให้ ผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน มีจำนวนโรงพยาบาลฯ ที่จัดบริการดังกล่าว ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ลดลง จากปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ทั้งนี้อาจมีผลมาจากบุคลากรของโรงพยาบาลมีจำนวน ไม่เพียงพอต่อผู้ใช้สถานที่ ของ โรงพยาบาลคับแคบ ไม่เพียงพอต่อการแยกบริการเฉพาะผู้สูงอายุ และงบประมาณ ที่ได้รับการ สนับสนุนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ใช้บริการรวมทั้งระบบบริหารจัดการไม่เอื้อต่อการดำเนินการ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีอยู่ด้วยกัน ๒ กระทรวงใหญ่ๆ ได้แก่

๑. กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์ มีกรมกิจการผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ดูแล สวัสดิภาพของผู้สูงอายุโดยรวม จัดทำคู่มือผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบสิทธิที่ตนพึงมี และสิทธิ ประโยชน์ต่างๆ ของผู้สูงอายุจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับ กระทรวงอื่นๆอีกหลายกระทรวงในแง่มุมมองต่าง ๆ ของการดูแลสิทธิและสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ

๒. กระทรวงสาธารณสุข ถือว่าเป็นหน่วยงานที่ดูแลในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพ การรักษาและป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ การคัดกรอง สุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยมีหน่วยงานที่ดูแลบริหารจัดการเรื่องงบประมาณในการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ปัญหาและอุปสรรคของการคัดกรองสุขภาพและการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ต้องคำนึงจากหลายปัจจัย หลายตัวแปร ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในที่ เกิดจากกลุ่มผู้สูงอายุเอง อาทิเช่น ปริมาณผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมากขึ้นทุกปี สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ สถานะทางสังคม ฐานะของผู้สูงอายุ หรือแม้กระทั่งปัจจัยภายนอก อาทิเช่น นโยบายภาครัฐ งบประมาณ เป็นต้น ซึ่งพอที่จะจำแนกได้ดังนี้

๑. ปัจจัยภายนอก

ในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่มีความเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและ แผนงานโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) จะมีส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ 1 แผนงานคือ แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย ในโครงการลดการตายก่อนวัยอันควร หนึ่งในยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ มีแผนงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ อีกเช่น โครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตและความปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรค อยู่ในแผนงานความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ แผนพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งได้กล่าวในรายละเอียดไปในบทที่ ๒ แล้วนั้น ยังไม่มีแผนงานหรือโครงการใดกล่าวถึงผู้สูงอายุอย่างเต็มที่นัก สำหรับการลำดับความสำคัญยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) แม้ให้ความสำคัญในระบบสาธารณสุข แต่ไม่ได้มีการลงลึกหรือสนใจในกลุ่มผู้สูงอายุ

ในนโยบายของรัฐบาล มีนโยบายการพัฒนาาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคมที่ดูจะมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพและชีวิตของผู้สูงอายุที่กล่าวโดยภาพรวม เมื่อเจาะลึกลงไปนโยบายดังกล่าว พบว่ามีหลายหัวข้อที่เอื้อต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุเช่น การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข การส่งเสริมการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ พัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ซึ่งเมื่อมาดูหน่วยงานที่ดูแลในเรื่องงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า งบประมาณที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจะมี งบค่าบริการเหมาจ่าย รายหัว ๑๗๓,๗๕๐.๔๐ ล้านบาทที่เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ ๔.๓๙ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาและ ที่จัดสรร ออกเป็น ๙ รายการนั้น มีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุ ๓ รายการคือ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการผู้ป่วยในทั่วไป และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้ยังมีงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุคืองบประมาณที่ใช้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน ๙,๔๐๕.๔๑ ล้านบาท พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๓.๖ บริการป้องกันความรุนแรงของโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน ๑,๐๓๗.๕๗ ล้านบาท ลดลงร้อยละ ๘.๖ นำแปลกที่พบว่างบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคไตนั้นสูงขึ้น แต่งบสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ลดลง อาจเป็นเพราะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคไตสูงขึ้นหรืออีกนัยหนึ่งคืองบประมาณดังกล่าวนำมาใช้ในภาพรวมมิได้จำเพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดารจำนวน ๑,๔๙๐.๒๙ ล้านบาท นั้นจัดสรรเท่ากับปีที่แล้วแสดงให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขยังไม่เน้นการออกไปรักษามากนัก บริการผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑,๐๒๕.๕๖ บาท เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑.๙ ตรงนี้อาจเรียกได้ว่าเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากที่สุดก็ว่าได้ เพราะผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้มีภาวะติดเตียงมากขึ้น

๒. ปัจจัยภายใน

สำหรับปัจจัยภายในนั้น ต้องเริ่มจากการหาข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรงโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาจุดร่วมของแนวคิดหรือประเด็นที่เป็นจุดเด่นเพื่อใช้ในการทำแบบทดสอบเชิงปริมาณเพื่อสนับสนุนจะนำข้อความบางส่วนของ การสัมภาษณ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ดังนี้

๒.๑ บทสัมภาษณ์ หญิง ผู้สูงอายุ อดีตกำนัน จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้วิจัย : อายุเท่าไรแล้วครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ๗๓ ปีแล้ว

ผู้วิจัย : เรียบจบชั้นอะไร ตอนนี้ประกอบอาชีพอะไรครับ แล้วรายได้พอหรือเปล่า

ผู้ให้สัมภาษณ์ : เรียบจบชั้น ม.๖ ตอนนี้ก็ไม่ได้ทำอะไรแล้วอยู่บ้านช่วยงาน

อาสาสมัคร เป็น อสม. ด้วย พอนะเงินเก็บจากเกษียณ

ผู้วิจัย : เป็น อสม. ด้วยหรือครับ แล้วแบบนี้เจ็บป่วยอะไรก็ไปที่ รพ.สต. สิครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ก็ไปบ่อยนะไปรับยา ไม่ค่อยไปโรงพยาบาลศูนย์หรือคนเยอะ

รอคิวนาน ยกเว้นหมอนัดจริง ๆ ถึงไป จะไปเอกซเรย์ก็ไม่มีเงิน

ผู้วิจัย : ไปรับยา และมีหมอนัดด้วย มีโรคประจำตัวอะไรบ้างครับตอนนี้

ผู้ให้สัมภาษณ์ : หลายโรคเลย เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง โรคคนแก่

ดีที่ไม่เป็นโรคไต

ผู้วิจัย : มีความคิดเห็นอย่างไรกับระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตอนนี้

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ตอนนี้หรือ จริงๆอยากได้หมอนะ ที่นี้ขาดแคลนหมอมามากเลย

อสม. ก็ไม่พอหรือ ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์เพิ่ม หมอที่รพ.สต.ก็มาไม่ได้ทุกวัน ถ้ามาทุกวันได้ คนไข้หลายๆคนก็ไม่ต้องไปโรงพยาบาลศูนย์ มันแออัด มันไกล ยิ่งผู้สูงอายุด้วย คนที่ยังพอไปได้ก็ไปคนที่ติดเตียงหรือไม่สะดวก ถ้าลูกหลานมีเงินก็ไม่มีปัญหา คนไหนยากจนก็หมดโอกาส รอ อสม. ไปหากี่ช่วยได้เล็กน้อยเท่านั้น

ผู้วิจัย : คิดว่าประเทศไทยมีความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุหรือยัง

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ก็คิดว่ายังไม่ค่อยพร้อมนะ เครื่องไม้เครื่องมือ หมอ พยาบาล

ยังไม่ค่อยเพียงพอเลย ไม่รู้ว่าเป็นแค่ที่นี้หรือเปล่า ถ้าคนไหนเป็นหนักๆ โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดก็ยังไม่รักษาไม่ได้ บางทีก็ไม่กล้ารักษา หมอมือใหม่บ้าง เครื่องมือไม่มีบ้าง ต้องไปอีกจังหวัดนึงไกลมากหลายชั่วโมง ถ้าให้คนแก่นั่งรถนานๆ คงไม่ไหวเหมือนกัน นี่ไม่ตัดคิดถึงค่าใช้จ่ายนะ บางทีค่ารถแพงกว่าค่าหมออีก

๒.๒ บทสัมภาษณ์ หญิงวัยกลางคน ผู้ดูแลผู้สูงอายุวัย ๘๐-๙๐ ปี ๒ คน

ผู้วิจัย : ตอนนี้ทั้ง ๒ ท่าน มีโรคประจำตัวอะไรบ้างครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ก็โรคคนแก่ หูตึง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ต้องไปหาหมอ

เป็นประจำเลย ทั้ง ๒ คน

ผู้วิจัย : แบบนี้ลำบากเลยสิครับไปพร้อมกัน ๒ คน อายุเยอะแล้วทั้ง ๒ คน

ผู้ให้สัมภาษณ์ : สมัยก่อนไม่ยากหรือตอน ๖๐ กว่าๆ ยังเดินไปด้วยกันประจำ

ไปที่โรงพยาบาลศูนย์นั้นแหละ ใกล้เคียงบ้านเดินไปนิดเดียว ที่ต้องไปด้วยเพราะแกอ่านภาษาไทยไม่ออก

พออายุเยอะแล้วเดินในบ้านได้ก็เก่งแล้ว ตอนนี้อาศัยผู้ให้สัมภาษณ์ไปรับยาอินซูลินมาฉีดให้แล้วก็มียา
ไขมัน ไปแค่ตอนที่หมอนัดจำเป็นๆ เท่านั้นที่ขับรถพาไป ไปครั้งหนึ่งก็ต้องรีบไปตั้งแต่มีด เพราะต้องไป
เอาคิวหมอ ไปเข้าคิวที่หลัง บางทีให้รอที่บ้านใกล้ๆ คิวแล้วค่อยขับรถมารับไปหาหมอ

ผู้วิจัย : มีความคิดเห็นอย่างไรกับระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตอนนี้

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ก็ถือว่าดีนะ แม้จะใช้สิทธิ์ 30 บาท หรือแม้จะไปรอคิวนานที่
โรงพยาบาล แต่ก็มีระบบคิวพิเศษให้ผู้สูงอายุ คนท้อง เด็ก ให้รักษาก่อน ตรงนี้ถือว่าช่วยได้เยอะ
เทียบกับสมัยก่อนที่ยังไม่มีตรงนี้ที่ทุกคนรอคิวเหมือนกัน บางทีเกือบเที่ยงกว่าจะได้หาหมอ แต่ก็ยังไม่
ค่อยอยากพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเลยร่างกายไปไม่ค่อยไหวแล้ว

ผู้วิจัย : คิดว่าประเทศไทยมีความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุหรือยัง

ผู้ให้สัมภาษณ์ : คิดว่าพร้อมนะ เครื่องมือในโรงพยาบาลเพียงพอต่อการดูแล
รักษาแล้ว ลำบากอย่างเดียวเรื่องพาไปหาคุณหมอ ถ้าอายุมากกว่านี้แล้วติดเตียงยังคิดอยู่เลยว่าต้อง
พาไปหาหมออย่างไร ถ้ามีหมอมาที่บ้านได้ก็จะดี

๒.๓ บทสัมภาษณ์ ชายสูงอายุ เจ้าของธุรกิจ สิ่งปลูกสร้างและอสังหาริมทรัพย์

ผู้วิจัย : อายุเท่าไรแล้วครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ๖๑ ปีครับ

ผู้วิจัย : ระดับการศึกษาอะไร และตอนนี้ประกอบยังทำธุรกิจอยู่ไหมครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : จบปริญญาตรี วิศวกรรม ตอนนี้ก็ยังทำอยู่ครับเป็นเจ้าของยัง
ไหวก็ยังทำครับ แต่อีกซักพักคงสืบทอดให้รุ่นถัดไปแล้ว อยากรักษาสุขภาพด้วยจะได้อยู่นานๆ

ผู้วิจัย : มีโรคประจำตัวอะไรบ้างครับตอนนี้

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ก็มีโรคเบาหวาน ความดัน และโรคหัวใจ ครับ

ผู้วิจัย : แล้วพบแพทย์ที่โรงพยาบาลไหนหรือครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : มีนัดแพทย์เป็นประจำที่โรงพยาบาลเอกชน (ขอสงวนชื่อ
โรงพยาบาล)

ผู้วิจัย : มีประกันชีวิตไหมครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : แน่นนอนครับ ผมมีครอบครัวอยู่ข้างหลังอีกหลายชีวิตเลยทำ
ประกันไว้ครับ ก็ใช้สิทธิ์ของประกันชีวิตนี้ละครับ

ผู้วิจัย : เคยไปใช้สิทธิ์หรือรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐไหมครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : เคยครับสมัยที่สร้างตัวใหม่นานมาแล้ว แต่จำได้ว่ารอนาน
มาก ตอนนี้ผมพอมีเงินและมีสิทธิ์ประกันจึงขอบริการที่รวดเร็วและบริการแบบเอกชนดีกว่าครับ เรื่อง
เงินผมไม่ห่วง ห่วงสุขภาพมากกว่าครับ

ผู้วิจัย : มีความคิดเห็นอย่างไรกับระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตอนนี้

ผู้ให้สัมภาษณ์ : สำหรับผมถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชนผมว่าเค้าปรับตัวแล้วนะ มี
ให้บริการตามบ้าน เช่น ตรวจสุขภาพถึงบ้าน บริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผมว่ามันก็ดีตรงที่
บางทีเราไม่ต้องพาตัวเราไปหาแพทย์หรือพยาบาล

ผู้วิจัย : คิดว่าประเทศไทยมีความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุหรือยัง
 ผู้ให้สัมภาษณ์ : ผมว่าประเทศไทยพร้อมนะ ตอนนี้มีหลายที่ที่เปิดเป็น
 โรงพยาบาลกึ่งบ้านพักด้วยสำหรับผู้สูงอายุ ให้ความรู้สึกเหมือนผมอยู่บ้านแล้วมีแพทย์และพยาบาล
 คอยดูแลอยู่ไม่ห่าง แต่ค่าใช้จ่ายก็ยังถือว่าค่อนข้างสูงนะผมว่า

๒.๔ บทสัมภาษณ์ ชาย เจ้าหน้าที่ห้องเจาะเลือดผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ

ผู้วิจัย : เรียนจบอะไรมา อายุเท่าไร ทำงานที่นี้มากี่ปีแล้วครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : เรียนจบปริญญาตรี เทคนิคการแพทย์ อายุ ๔๕ ปี ปฏิบัติ
 หน้าที่มาประมาณ ๑๔ ปีครับ

ผู้วิจัย : ที่แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละกี่รายครับ มีผู้สูงอายุเยอะ
 ไหมครับเทียบกับจำนวนผู้ป่วยนอก

ผู้ให้สัมภาษณ์ : สมัยก่อนมีแค่ ๓๐๐ คนต่อวันปัจจุบันเพิ่มมาเป็น ๗๐๐-๘๐๐
 คนต่อวันครับ ถ้าเทียบจำนวนผู้สูงอายุก็ประมาณร้อยละ ๖๐ เลยครับ

ผู้วิจัย : ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มารับบริการอายุประมาณไหนบ้างครับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ก็หลากหลายอายุครับ ถ้าเดินทางมาเองก็อายุประมาณไม่เกิน
 ๗๐ ปีนะครับมีบ้างนาน ๆ ครั้งที่อายุ ๘๐ กว่าๆมากขึ้นเองตายาย ๒ คน ส่วนใหญ่ถ้าอายุเยอะๆ เกิน
 ๗๐-๘๐ ปี ก็จะมีลูกหรือหลานพามั่งเปล่งหรือเปลนอนเข็นมาครับ

ผู้วิจัย : แล้วที่โรงพยาบาลมีช่องทางพิเศษบริการกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้โดยเฉพาะ
 ไหมครับ เจอปัญหาในการให้บริการไหม

ผู้ให้สัมภาษณ์ : มีครับช่องที่ผมให้บริการเลยครับ แต่ก็ไม่พอที่จะให้บริการแม้
 ตอนหลังจะเพิ่มช่องให้บริการพิเศษแล้ว เพราะผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและส่วนมากเจาะเลือดยาก
 ด้วยครับจึงทำให้ใช้เวลาในการให้บริการต่อคนมากกว่าปกติ ยิ่งผู้สูงอายุนอนติดเตียง หรือเปลนอนมา
 ผมต้องให้ผู้ช่วยลงมาช่วยเจาะแทนในจุดที่ผมบริการแล้วผมไปเจาะตามเปลเลยครับ แล้วถ้าเจอ
 ผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยรู้ว่าต้องทำอะไรที่ไหนต่อ หรือฟังเราไม่ค่อยเข้าใจยิ่งบริการยากเลยครับ กว่า
 จะอธิบายให้เข้าใจได้

ผู้วิจัย : มีความคิดเห็นอย่างไรกับระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตอนนี้

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ผมว่าปัจจุบันวิธีที่เราทำหรือที่เราใช้เริ่มไม่ค่อยตอบโจทย์ในการ
 ให้บริการแล้ว เห็นได้จากเมื่อก่อนผู้สูงอายุมาไม่ต้องรอคิวนานเพราะมีคิวพิเศษให้ แต่ตอนนี้ผู้สูงอายุ
 เยอะขึ้น กลายเป็นว่าทุกคนแทบจะมากิวพิเศษหมดเลยทำให้หมดความพิเศษไปเลยสุดท้ายก็รอนาน
 อยู่ดี ถ้าอยากได้เร็วต้องมาตี ๓ ตี ๔ มาก่อนผมอีกบางครั้งผมก็รู้สึกอายนายตาผู้มารับบริการเวลา
 มาไขประตูเปิดห้อง

ผู้วิจัย : คิดว่าประเทศไทยมีความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุหรือยัง

ผู้ให้สัมภาษณ์ : ถ้าสมัยก่อนผมว่าพร้อม แต่ตอนนี้ผมต้องคิดใหม่แล้ว เพราะ
 ปัญหาผู้มารับบริการที่เป็นผู้สูงอายุล้วนโรงพยาบาลมีให้เห็นทุกโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ
 จากที่ผมประสบและเคยได้คุยกับเพื่อนที่อยู่ต่างโรงพยาบาล ผมคิดว่าเราควรกระจายการรักษา
 ออกไปจากโรงพยาบาลศูนย์หรือทำโรงพยาบาลที่รองรับเพิ่ม ซึ่งตอนนี้โรงพยาบาลที่ผมทำก็มีเรื่องจะ

ขยายโรงพยาบาล และสร้างโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลลูกเพิ่ม เพื่อลดความแออัด รองรับผู้มารับบริการมากขึ้น

จากการสัมภาษณ์พบว่า มีประเด็นที่ก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพอสรุปได้ดังนี้

๑. ระดับการศึกษา

การศึกษานั้นมีผลกับการในการเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพ โดยระดับการศึกษามักสะท้อนถึงการอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากตามสถานพยาบาลหรือสื่อทางด้านสาธารณสุขที่ช่วยให้เข้าถึงระบบสุขภาพมักสื่อสารด้วยป้ายที่เป็นตัวอักษรทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ เช่น อังกฤษ จีน พม่า ลาว เวียดนาม มลายู อาหรับ เป็นต้น รวมไปถึงการกรอกเอกสารหรือทำธุรกรรมในสถานพยาบาล แม้ว่าในปัจจุบันจะมีเทคโนโลยีใช้บัตรประจำตัวประชาชนในการให้ข้อมูลพื้นฐานแล้ว แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุบางคนที่ไม่มีบัตรประชาชน หรือเมื่อไปถึงกระบวนการ เช่น การรับยา การลงลายมือชื่อในเอกสาร ภายในสถานพยาบาล แม้ว่าจะมีการแก้ไขให้ใช้การประทับลายนิ้วมือแทนแล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ไม่ค่อยสูงนักหรือไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ รู้สึกถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดังกล่าว

๒. รายได้และฐานะ

รายได้ หนี้สิน รวมถึง ฐานะของผู้สูงอายุถือเป็นปัจจัยที่เป็นปัญหาการเข้าถึงระบบการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุได้ หากผู้สูงอายุที่มีฐานะที่ไม่ค่อยดีนัก หรือมีภาระหนี้สินสูง มักเลือกสถานพยาบาลที่มีอัตราค่าบริการที่ไม่สูง ซึ่งส่วนมากมักจะใช้สิทธิ์ตามที่ทางรัฐบาลให้ไว้เช่น สิทธิ์บัตรทอง ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้สิทธิ์ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ห่างไกล จึงทำให้เป็นอุปสรรคในเรื่องของการเดินทาง ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายตามมา นอกจากนี้ยังอาจใช้เวลาในการไปสถานพยาบาลที่นานกว่าที่ควรจะเป็น ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่มีฐานะดี มักมีสิทธิ์ที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ดีกว่า โดยสามารถเลือกสถานพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลชั้นนำได้ โดยใช้สิทธิ์การจ่ายเงินเอง โดยไม่ต้องรอคิวการรับบริการนาน

๓. การมีผู้ดูแลและลักษณะครอบครัว

การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และลักษณะครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงระบบการคัดกรองสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ถดถอยไปตามกาลเวลา ทำให้การเดินทางไปรับบริการตามสถานพยาบาลนั้นเป็นไปได้ยาก และลำบากหากผู้สูงอายุเดินทางไปด้วยตนเอง อาจส่งผลถึงการไม่ยอมเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล ในทางกลับกันหากมีผู้ดูแลหรือมีบุคคลในครอบครัว ก็จะสามารถช่วยในการอำนวยความสะดวกในการพาไปรับบริการ ณ สถานพยาบาลได้

๔. โรคประจำตัวและสภาวะของผู้สูงอายุ

โรคประจำตัวและสภาวะของผู้สูงอายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงระบบการคัดกรองสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยที่มีความสอดคล้องกัน ยกตัวอย่างเช่น การเป็นโรคบางประเภทมีความรุนแรงและจำเป็นต้องเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลระดับ ทุติยภูมิหรือ ตติยภูมิ ซึ่งต้องรอคิวการรักษาานาน หรือมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง รวมถึงใช้เวลาในการรักษาต่อครั้ง

ยาวนาน บางกรณีอาจต้องเดินทางไกลเพื่อไปรับบริการ เนื่องจาก สถานพยาบาลใกล้บ้านไม่มีความพร้อมทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ หรือเวชภัณฑ์

๕. ประเภทสถานพยาบาล

ประเภทสถานพยาบาลถือเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงระบบการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆ ปัจจัยที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น การเข้าถึงสถานพยาบาลเอกชน ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะทางบ้านค่อนข้างดี ต้องการการดูแลสุขภาพอย่างดี มีผู้ดูแลหรือมีการจ้างพยาบาล มาดูแลส่วนตัว จึงเข้าถึงบริการสถานพยาบาลนี้ได้ ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีพหุมีฐานะแต่ยังไม่พหุที่จะไปยังสถานพยาบาลเอกชนได้ แต่ยังมีผู้ดูแล หรือมีญาติพาไปอาจพาไปยังโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งก็อาจจะแล้วแต่สิทธิ์ กับความหนักของโรค เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลอำเภอ หรือ โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด แต่ถึงอย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุบางคนแม้ต้องการการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐเพราะเนื่องด้วยความพร้อมทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ แต่ด้วยความที่โรงพยาบาลศูนย์เหล่านี้บางแห่งก็มีจำนวนผู้เข้ามาใช้บริการอย่างหนาแน่นไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามาได้ทั้งหมดจึงไม่สามารถรองรับการให้บริการของผู้สูงอายุได้

จะเห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ทั้งในส่วนสภาพโครงสร้างประชากรในประเทศไทย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยต่างๆ จากการสอบถามเชิงคุณภาพที่เป็นปัญหาในการเข้าถึงระบบการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ทางผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบสอบถามเชิงปริมาณ เพื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งจากการสอบถามผู้สูงอายุเองหรือสอบถามจากผู้ดูแล เพื่อเป็นการเสริมข้อมูลของผู้วิจัยให้เด่นชัดยิ่งขึ้นว่าปัจจัยใดบ้างที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อที่จะหาแนวทางยุทธศาสตร์ มาตรการเพื่อเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ตามแบบสอบถามประเมินความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในภาคผนวก ก

สรุป

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยและการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อ ๑ สรุปได้ว่า ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่งบประมาณที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนก็มากขึ้นตาม ยกเว้นบางส่วนที่ได้กล่าวในเนื้อหาของบทไปแล้ว ถือว่าภาครัฐเริ่มมองเห็นถึงสภาพสังคมที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว แต่ยังไม่ชัดเจนนักดูได้จากงบประมาณที่นำมาใช้ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ แม้จะถูกกล่าวถึงอยู่ในงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณหรือ นโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ แต่ก็ยังไม่ได้ระบุชัดเจนหรือจำเพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ยังสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อ ๒ สรุปได้ว่า ปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายนอกที่เป็นเรื่องของงบประมาณและนโยบายภาครัฐ ที่ยังไม่มีชัดเจนในการปรับตัวกับสังคมสูงอายุ และปัจจัยภายในที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง ที่เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการเดินทางไปโรงพยาบาลก็ลดลง ต้องการผู้ดูแลหรืออำนวยความสะดวกไปยังสถานพยาบาล ความรุนแรงของโรคถ้าเป็นโรคที่มีความรุนแรงก็เดินทางไปเข้ารับบริการไม่สะดวก

มีความต้องการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขมากขึ้นและต้องเข้าถึงได้รวดเร็วยิ่งขึ้น หรือแม้กระทั่งเรื่องของฐานะที่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องของสถานพยาบาลและของบริการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำแบบทดสอบเชิงปริมาณเพื่อขยายความในบทนี้ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยจะกล่าวถึงผลการทำแบบทดสอบในบทถัดไป

บทที่ ๔

แนวทางการเตรียมความพร้อม ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จะศึกษาอยู่ในบริบทของ วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ ๓ เพื่อกำหนดที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีลำดับการศึกษาดังนี้

๑. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค
๒. กำหนดแนวทางการเตรียมความพร้อมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
๓. สรุป

วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค

จากบทที่ ๓ พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ นั้นมีจากทั้ง ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน สำหรับปัจจัยภายนอกนั้น เกิดจากการที่ภาครัฐยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากนัก เห็นได้จากการที่มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพียงแค่ 1 โครงการ คือ โครงการลดการตายก่อนวัยอันควร แผนงานหรือโครงการที่เหลือในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) นั้นอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุแต่ก็ไม่ได้ระบุชัดเจน นอกจากนี้ในแผนงบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชากรไทยนั้นยังไม่มีส่วนใดกล่าวถึงงบประมาณที่นำมาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างชัดเจนจะมีกล่าวเพียงแค่องค์กรรวมของโครงสร้างประชากรเท่านั้น ยังไม่มุ่งเน้นการกระจายการรักษาสู่ชุมชน และจากบทสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้สูงอายุและผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในก็พอสรุปได้ว่า มีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษาถ้าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาไม่สูงมักไม่ทราบเกี่ยวกับเรื่องสิทธิของตนเองต้องอาศัยผู้ดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจหากผู้สูงอายุท่านใดมีฐานะไม่ดีมักต้องรอคอยสิทธิที่รัฐบาลให้ ความรุนแรงของโรคที่เป็นพบว่าเป็นส่วนมากที่สัมภาษณ์เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และความดัน ซึ่งโรคเหล่านี้จะต้องทำการรักษาติดตามอย่างสม่ำเสมอ ในระยะหลังอาการของโรคหนักขึ้น จะต้องย้ายไปโรงพยาบาลที่มีความพร้อมซึ่งอยู่ห่างไกลออกไปทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ สภาพร่างกายเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติเมื่อร่างกายเสื่อมสภาพทั้งจากอายุและโรคที่เป็นทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถไปตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยตนเองได้จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลหรือต้องได้รับการพิเศษ ระยะทางซึ่งสัมพันธ์กับโรคที่เป็นและสภาพร่างกาย หากเป็นโรคที่โรงพยาบาลใกล้เคียงรักษาไม่ได้จำเป็นต้องย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมในด้านบุคลากรและเครื่องมือ ผู้สูงอายุบางท่านเลือกที่จะไม่ไปรักษาเลยหากระยะทางนั้นไกลเกินกว่าจะไปไหว ระยะเวลารอคอยถือเป็นปัจจัยที่พบได้มากที่สุดที่พบในบทสัมภาษณ์ แม้ว่าจะมีเรื่องของ พรบ. ผู้สูงอายุมาช่วยในประเด็นนี้แล้วก็ตามแต่ แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับจำนวน

ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และสถานพยาบาลในหลายๆแห่งก็ยังไม่มีความพร้อมในการเพิ่มช่องบริการพิเศษอีกด้วย ประเภทสถานพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระดับฐานะ หากใครมีฐานะดีมักเลือกโรงพยาบาลเอกชนเพื่อลดความแออัดการรอคอยรวมถึงคุณภาพในการรักษา แต่หากผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่มากนัก จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐที่มีความแออัดของผู้ป่วย ปัจจัยที่ถูกกล่าวถึงมากจากการสัมภาษณ์จะเป็น เรื่องของการรอคอย และสภาพร่างกายผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อเป็นการเสริมข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้ทำการสอบถามในแบบสอบถามเชิงปริมาณขึ้นโดยจะสรุปเป็นหัวข้อตามแบบสอบถามจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๗๘ ท่าน ดังนี้

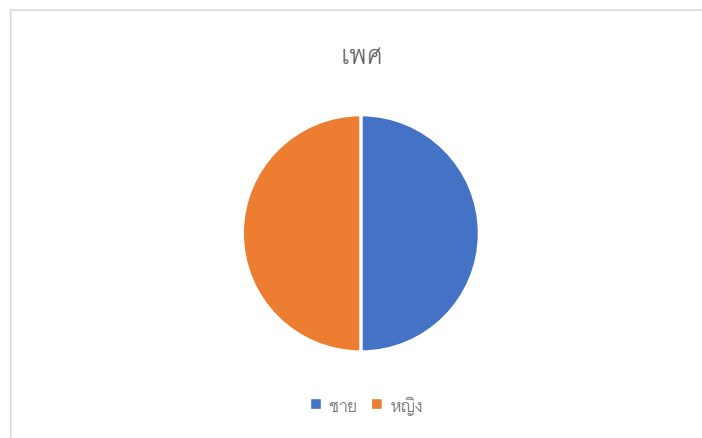
๑. เพศ

ตารางที่ ๔ - ๑ ผลการตอบแบบสอบถามแยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	๓๙	๕๐.๐%
หญิง	๓๙	๕๐.๐%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๑ การตอบแบบสอบถามแยกตามเพศ



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลจากการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งหมด ๗๘ คน เป็นเพศชาย จำนวน ๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๐ เป็นเพศหญิง ๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๐ เท่ากัน

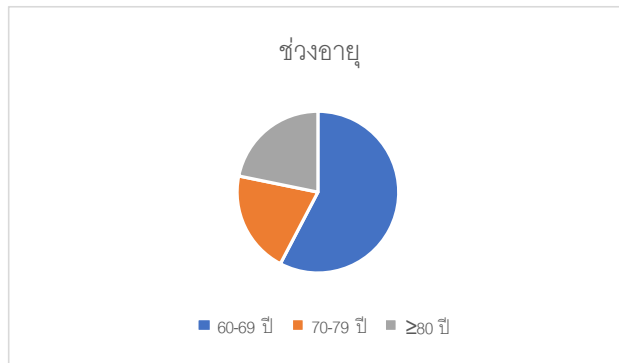
๒. อายุ

ตารางที่ ๔ - ๒ กลุ่มช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
๖๐-๖๙ ปี	๔๕	๕๗.๗%
๗๐-๗๙ ปี	๑๖	๒๐.๕%
≥๘๐ ปี	๑๗	๒๑.๘%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๒ กลุ่มช่วงอายุ



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลจากการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดเป็นช่วงอายุ ๖๐-๖๙ ปี จำนวน ๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๗ รองลงมาเป็นช่วงอายุ ๗๐-๗๙ ปี จำนวน ๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๕ น้อยที่สุดคือช่วงอายุมากกว่า ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๘

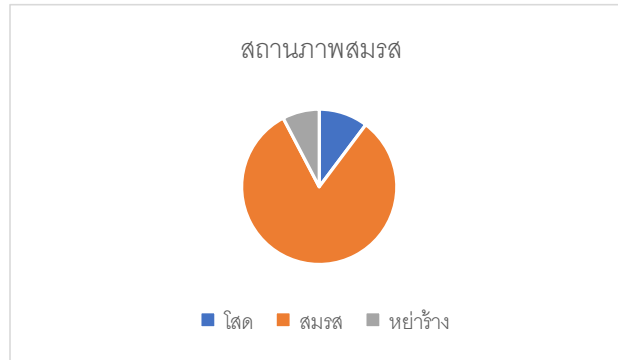
๓. สถานภาพสมรส

ตารางที่ ๔ - ๓ สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	๘	๑๐.๓%
สมรส	๖๔	๘๒.๑%
หย่าร้าง	๖	๗.๗%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๓ สถานภาพสมรส



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลจากการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดคือมีสถานะสมรสจำนวน ๖๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๑ รองลงมา มีสถานะโสด จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓ น้อยที่สุดคือ สถานะหย่าร้าง จำนวน ๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๗

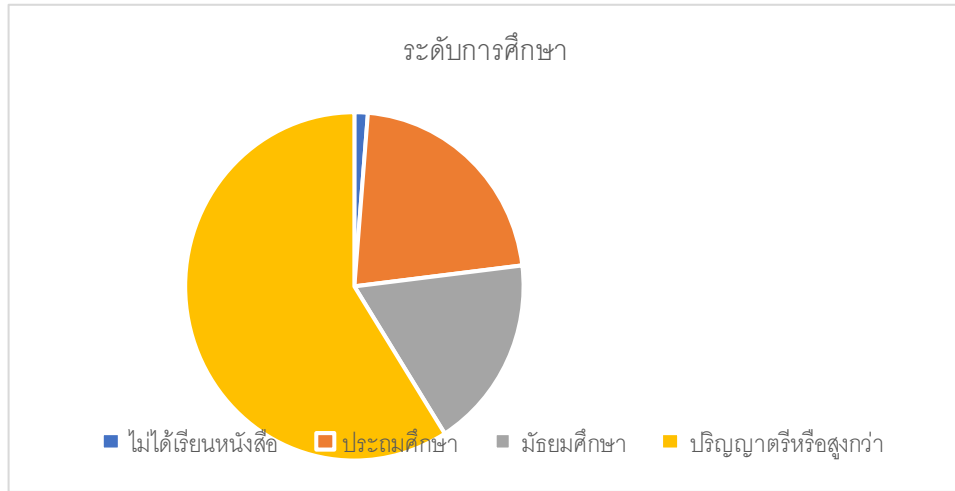
๔. ระดับการศึกษา

ตารางที่ ๔ - ๔ ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	๑	๑.๓%
ประถมศึกษา	๑๗	๒๑.๘%
มัธยมศึกษา	๑๔	๑๗.๙%
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	๔๖	๕๙.๐%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๔ ระดับการศึกษา



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลจากการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของระดับการศึกษา ทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดคือระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน ๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๐ รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา จำนวน ๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๘ รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา จำนวน ๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗ น้อยที่สุดคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๓

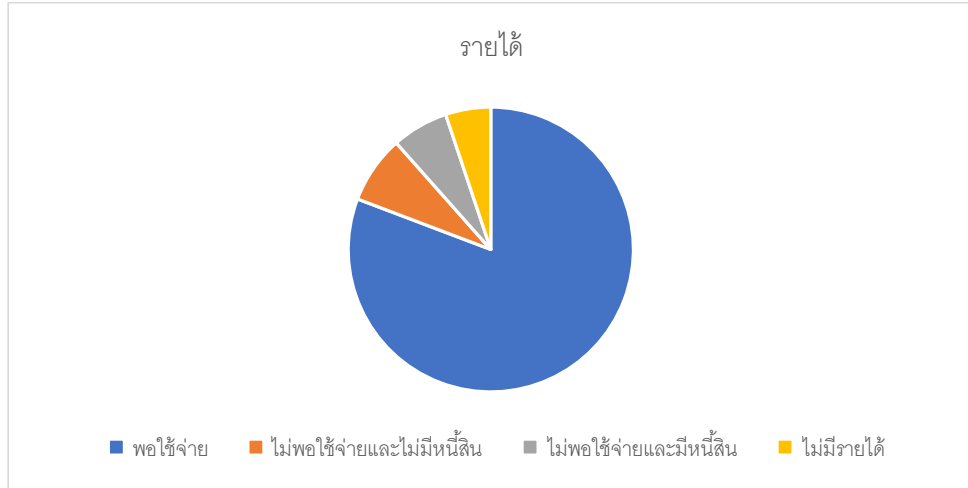
๕. รายได้

ตารางที่ ๔ - ๕ รายได้

รายได้เพียงพอหรือไม่	จำนวน	ร้อยละ
พอใช้จ่าย	๖๓	๘๐.๘%
ไม่พอใช้จ่ายและไม่มีหนี้สิน	๖	๗.๗%
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	๕	๖.๔%
ไม่มีรายได้	๔	๕.๑%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๕ รายได้



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของผู้มีรายได้ทั้งหมด ๓๘ คน มากที่สุดคือรายได้พอใช้จ่าย จำนวน ๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๘ รองลงมาเป็นรายได้ไม่พอจ่ายและไม่มีหนี้สิน จำนวน ๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๗ รองลงมาเป็นรายได้ไม่ได้พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๔ น้อยที่สุดเป็นไม่มีรายได้ จำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๑

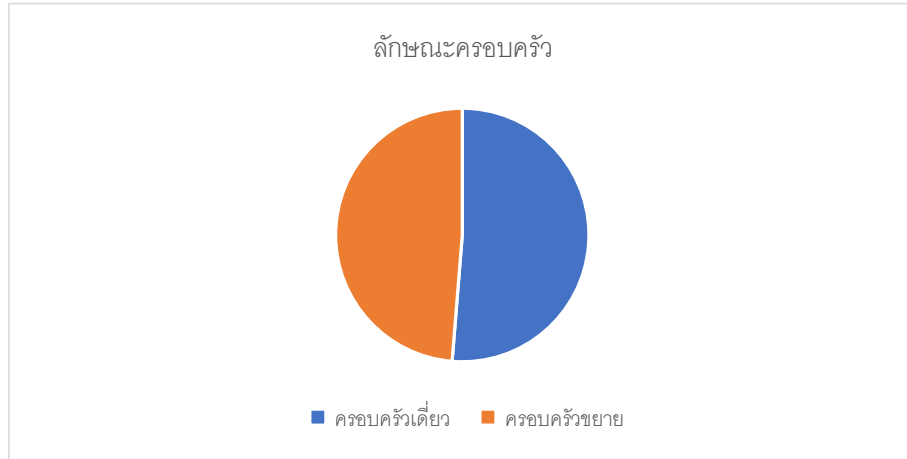
๖. ลักษณะครอบครัว

ตารางที่ ๔ - ๖ ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัวที่อยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวเดี่ยว	๔๐	๕๑.๓%
ครอบครัวขยาย	๓๘	๔๘.๗%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๖ ลักษณะครอบครัว



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของลักษณะครอบครัวที่อยู่อาศัย จำนวน ๗๘ คน มากที่สุดเป็นครอบครัวเดี่ยว ๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๓ น้อยที่สุดเป็นครอบครัวขยาย จำนวน ๓๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๗

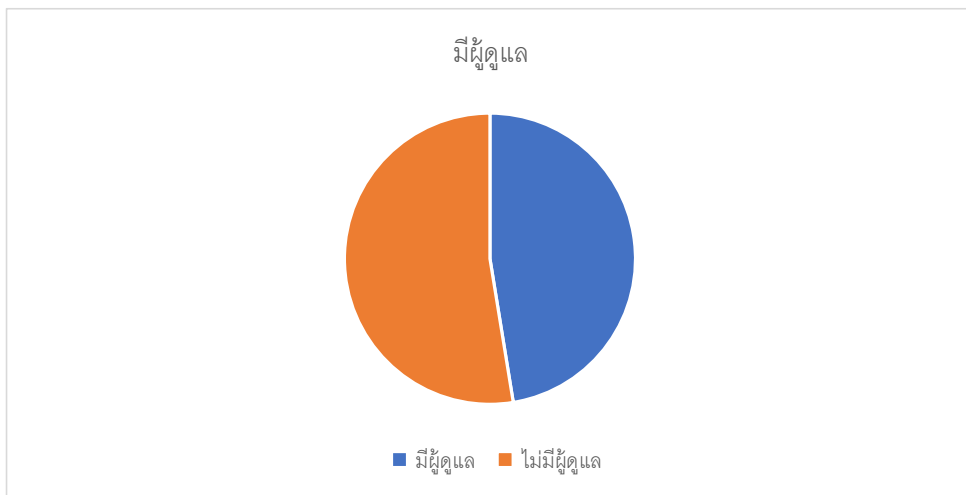
๗. การมีผู้ดูแล

ตารางที่ ๔ - ๗ การมีผู้ดูแล

มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
มีผู้ดูแล	๓๗	๔๗.๔%
ไม่มีผู้ดูแล	๔๑	๕๒.๖%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๗ การมีผู้ดูแล



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของมีผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดเป็นผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล จำนวน ๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๖ น้อยที่สุดเป็นผู้สูงอายุมีผู้ดูแล จำนวน ๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๔

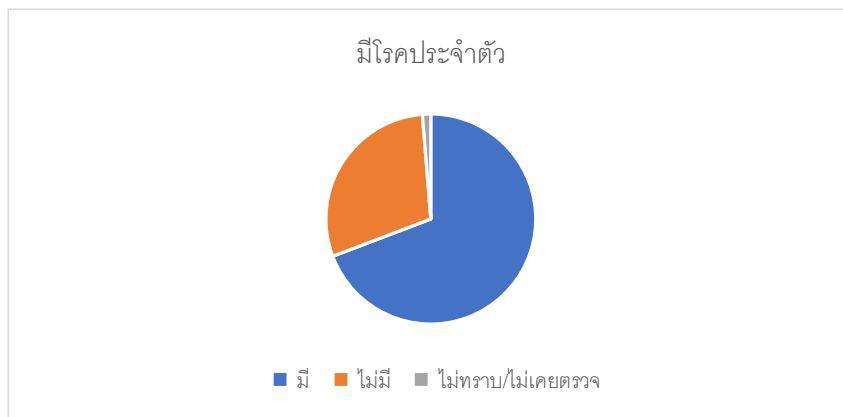
๘. มีโรคประจำตัว

ตารางที่ ๔ - ๘ มีโรคประจำตัว

มีโรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
มี	๕๔	๖๙.๒%
ไม่มี	๒๓	๒๙.๕%
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	๑	๑.๓%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๘ มีโรคประจำตัว



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

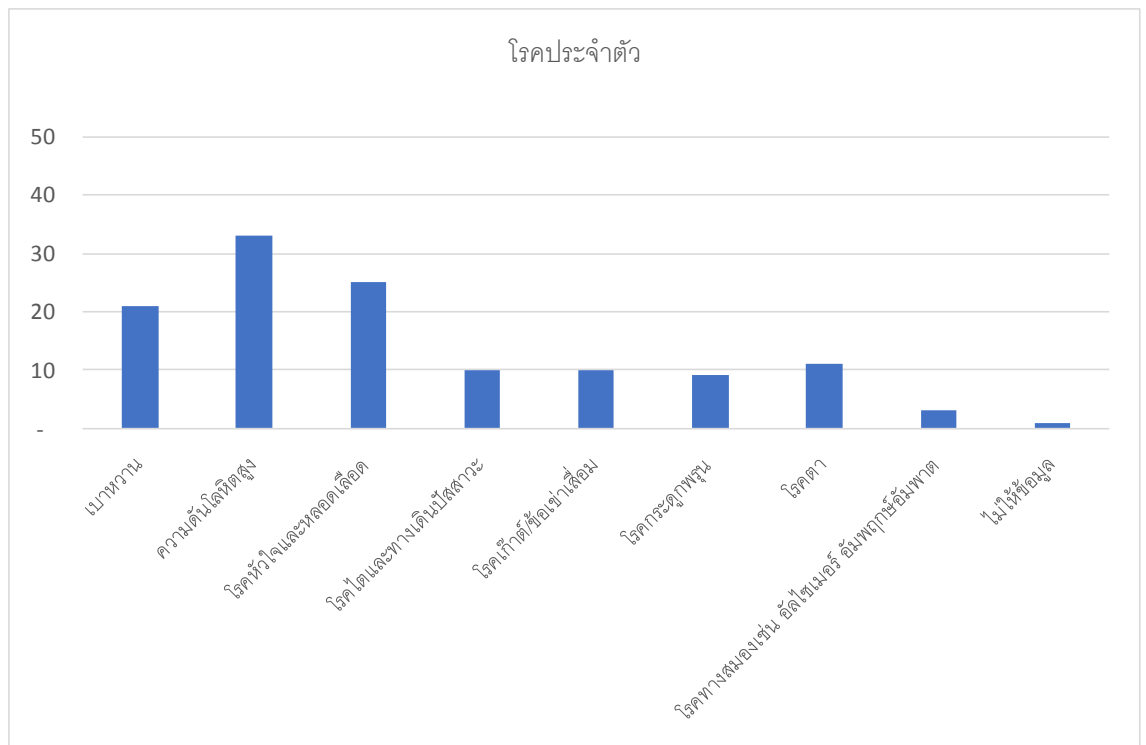
ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของผู้ที่มีโรคประจำตัว ทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดเป็นผู้มีโรคประจำตัว ๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๒ รองลงมาเป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๕ น้อยที่สุดเป็นไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๓

๙. มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง (เฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว)
 ตารางที่ ๔ - ๙ มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง

โรคประจำตัวที่เป็น	จำนวน	ร้อยละ
เบาหวาน	๒๑	๓๘.๙%
ความดันโลหิตสูง	๓๓	๖๑.๑%
โรคหัวใจและหลอดเลือด	๒๕	๔๖.๓%
โรคไตและทางเดินปัสสาวะ	๑๐	๑๘.๕%
โรคเก๊าต์/ข้อเข่าเสื่อม	๑๐	๑๘.๕%
โรคกระดูกพรุน	๙	๑๖.๗%
โรคตา	๑๑	๒๐.๔%
โรคทางสมองเช่น อัลไซเมอร์ อัมพฤกษ์อัมพาต	๓	๕.๖%
ไม่ให้ข้อมูล	๑	๑.๙%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๙ โรคประจำตัว



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของโรคประจำตัวที่มีโรคประจำตัว ทั้งหมด ๕๔ คน มากที่สุดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๑ รองลงมาเป็นโรคหัวใจแล้วหลอดเลือด จำนวน ๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๓ โรคเบาหวาน จำนวน ๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๙ โรคตา จำนวน ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๔ โรคเกาต์/ข้อเข่าเสื่อม จำนวน ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๕ โรคไตและทางเดินปัสสาวะจำนวน ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๕ โรคกระดูกพรุน จำนวน ๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ และน้อยสุดเป็นโรคโรคทางสมองเช่น อัลไซเมอร์ อัมพฤกษ์อัมพาต จำนวน ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๖ และไม่ได้ให้ข้อมูล ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๙

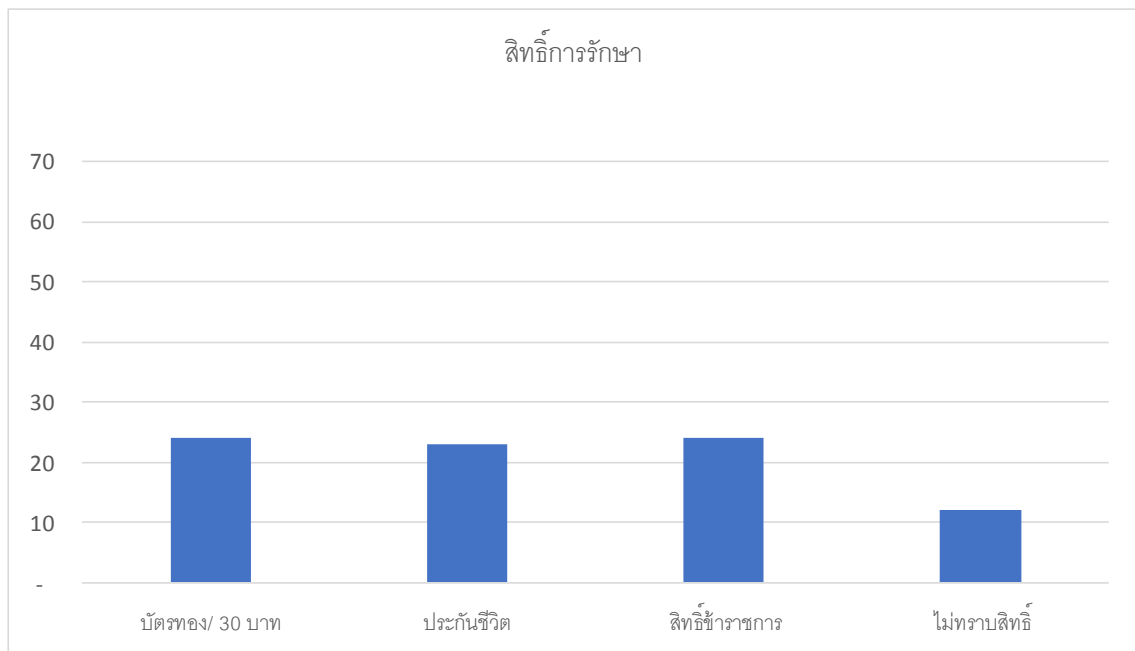
๑๐. สิทธิการรักษาที่ใช้

ตารางที่ ๔ - ๑๐ สิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
บัตรทอง/ ๓๐ บาท	๒๔	๓๐.๘%
ประกันชีวิต	๒๓	๒๙.๕%
สิทธิข้าราชการ	๒๔	๓๐.๘%
ไม่ทราบสิทธิ	๑๒	๑๕.๔%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๑๐ สิทธิการรักษา



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของสิทธิการรักษา ทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดเป็นสิทธิ์บัตรทอง/๓๐ บาท จำนวน ๒๔ คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๘ สิทธิ์ข้าราชการ ๒๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๘ เท่ากัน รองลงมาเป็นประกันชีวิต ๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๕ น้อยที่สุดเป็น ไม่ทราบสิทธิ์จำนวน ๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔

๑๑. ประเภทสถานพยาบาลที่ใช้บริการ

ตารางที่ ๔ - ๑๑ สถานพยาบาลที่ใช้บริการ

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐ	๕๔	๖๙.๒%
โรงพยาบาลเอกชน	๔๑	๕๒.๖%
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๕	๖.๔%
คลินิกเอกชน	๒	๒.๖%
ไม่ได้เข้ารับบริการ	-	๐.๐%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๑๑ สถานพยาบาลที่ใช้บริการ



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

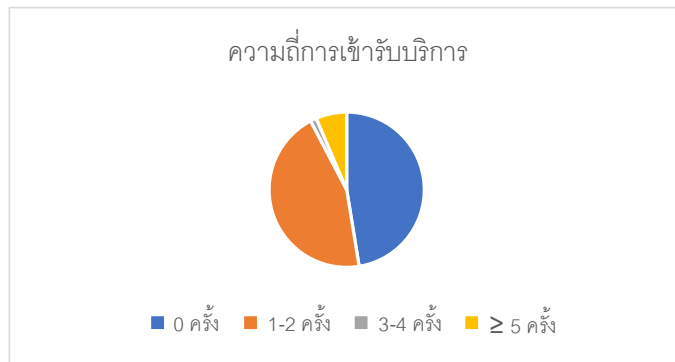
ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของประเภทสถานพยาบาล ทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐ จำนวน ๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๒ รองลงมาเป็นโรงพยาบาลเอกชน ๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๖ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๔ น้อยที่สุดเป็น คลินิกเอกชน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๖ ไม่ได้เข้ารับบริการ จำนวน ๐ คน

๑๒. ความถี่ในการเข้ารับบริการตามสถานพยาบาลใน ๑ เดือน
ตารางที่ ๔ - ๑๒ การเข้ารับบริการตามสถานพยาบาล

ความถี่	จำนวน	ร้อยละ
๐ ครั้ง	๓๗	๔๗.๔%
๑-๒ ครั้ง	๓๕	๔๔.๙%
๓-๔ ครั้ง	๑	๑.๓%
≥ ๕ ครั้ง	๕	๖.๔%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๑๒ การเข้ารับบริการตามสถานพยาบาล



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

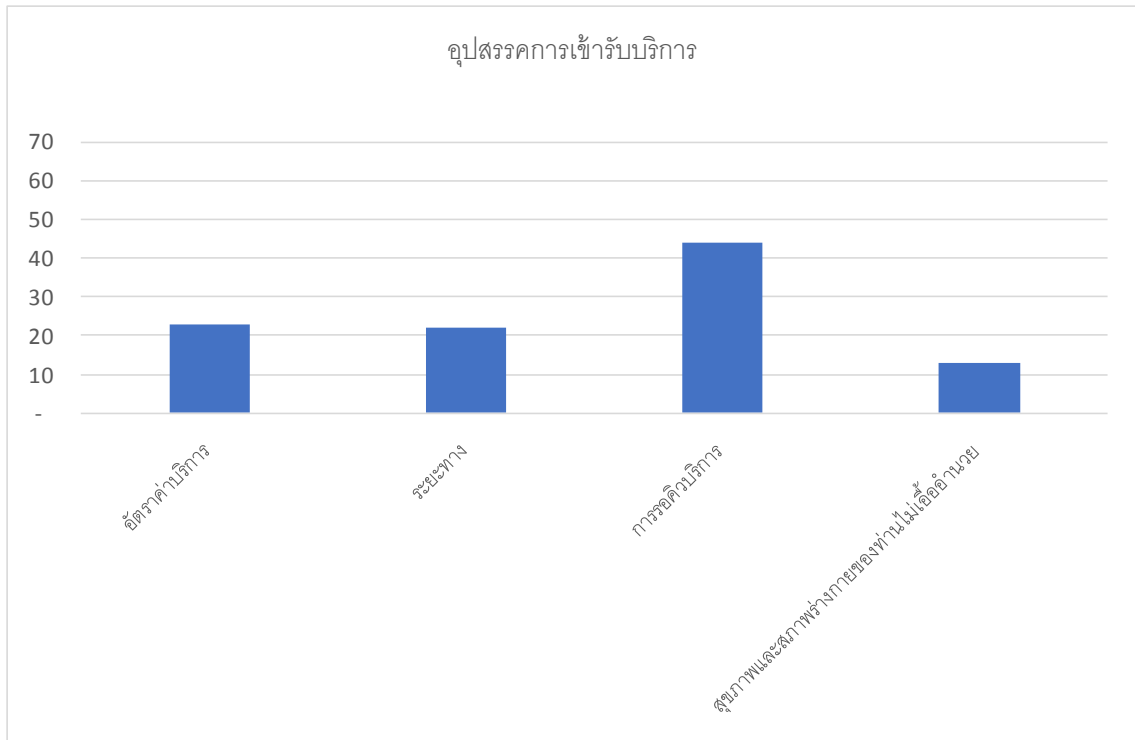
ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของความถี่ในการเข้ารับบริการตามสถานพยาบาลใน ๑ เดือน ทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดเป็น ๐ ครั้ง จำนวน ๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๔ รองลงมาเป็น ๑-๒ ครั้ง จำนวน ๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔ มากกว่า ๕ ครั้ง จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๔ น้อยที่สุดเป็น ๓-๔ ครั้ง จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๓

๑๓. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพ
ตารางที่ ๔ - ๑๓ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
อัตราค่าบริการ	๒๓	๒๙.๕%
ระยะทาง	๒๒	๒๘.๒%
การรอคิวบริการ	๔๔	๕๖.๔%
สุขภาพและสภาพร่างกายของท่านไม่เอื้ออำนวย	๑๓	๑๖.๗%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๑๓ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพ



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน ๗๘ คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพ ทั้งหมด ๗๘ คน มากที่สุดเป็นการรอคิวบริการ จำนวน ๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๔ รองลงมาเป็นอัตราค่าบริการ จำนวน ๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๕ ระยะทาง จำนวน ๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๒ น้อยที่สุดเป็นสุขภาพและสภาพร่างกายของท่านไม่เอื้ออำนวย จำนวน ๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗

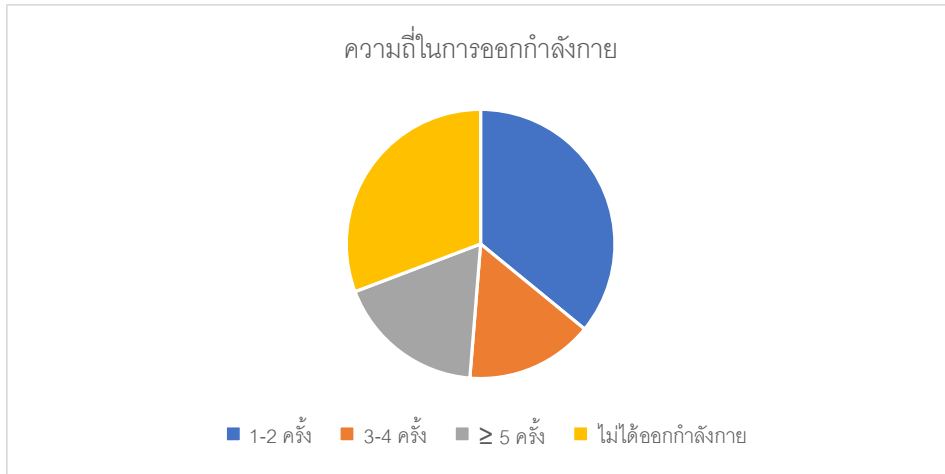
๑๔. ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหนใน ๑ สัปดาห์

ตารางที่ ๔ - ๑๔ ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหนใน ๑ สัปดาห์

ความถี่	จำนวน	ร้อยละ
๑-๒ ครั้ง	๒๘	๓๕.๙%
๓-๔ ครั้ง	๑๒	๑๕.๔%
≥ ๕ ครั้ง	๑๔	๑๗.๙%
ไม่ได้ออกกำลังกาย	๒๔	๓๐.๘%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๑๔ ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหนใน ๑ สัปดาห์



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเรื่องสุขภาพของออกกำลังกายบ่อยแค่ไหนใน 1 สัปดาห์ ทั้งหมด 78 คน มากที่สุดเป็น 1-2 ครั้ง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 รองลงมาเป็นไม่ได้ออกกำลังกาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมาเป็นมากกว่า 5 ครั้ง จำนวน 14 คิดเป็นร้อยละ 17.9 และน้อยที่สุดเป็น 3-4 ครั้ง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 จากข้อมูลที่ได้จากการสรุปแบบสอบถามนั้น สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง ๗๘ คน พบว่ามีเพศชายและเพศหญิง เท่ากัน ความเห็นในเรื่องของเพศจึงไม่มีผลกับการสรุปงานวิจัยนี้ อายุ พบว่า อายุของผู้ที่ให้ข้อมูลนั้นส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุระดับต้น คือมีอายุราว ๖๐-๖๙ ปี อยู่ราวร้อยละ ๕๗.๗ ดังนั้นข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลของผู้สูงอายุที่อายุยังไม่สูงมากนักและโรคในกลุ่มผู้สูงอายุอาจพบในงานวิจัยนี้ได้บ่อยและสอดคล้องกับกราฟประชากรในประเทศไทย ในเรื่องของสถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ราวร้อยละ ๘๒.๑ ดังนั้นเป็นไปได้สูงว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะมีผู้ดูแล หรือครอบครัวคอยดูแล มาดูที่ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า อยู่ถึงร้อยละ ๕๙ นั่นหมายถึงกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาอย่างดี สอดคล้องกับ รายได้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ ๘๐.๘ มีรายได้เพียงพอ ส่วนในเรื่องลักษณะครอบครัวนั้นพบว่า ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายจำนวนๆ ใกล้เคียงกัน เป็นไปได้ว่าครอบครัวเดี่ยวส่วนใหญ่แล้วลูกหลานอาจแยกตัวออกไปต้องจ้างหรือมีผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ เรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ดูแลและไม่มีผู้ดูแลมีจำนวนใกล้เคียงกัน แต่ก็พบว่าปัญหาในเรื่องโรคประจำตัวนั้นมีมากถึงร้อยละ ๖๙.๓ซึ่งโรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๑.๓ ๔๖.๓ และ ๓๘.๙ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีโรคอื่น ๆ อีกประปราย อาจหมายถึงสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง ที่เริ่มจะมีเป็นโรคต่าง ๆ สำหรับสิทธิ์การรักษาพบว่าใช้สิทธิ์ บัตรทอง ประกันชีวิต และสิทธิ์ข้าราชการ ใกล้เคียงกัน ที่น่าตกใจคือ มีผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ทราบสิทธิ์การรักษาของตนเองถึงร้อยละ ๑๕.๔ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าไม่ทราบสิทธิ์จริงหรือผู้ดูแลดำเนินการให้ระหว่าง

ไปสถานพยาบาล เรื่องการใช้สิทธิ์นั้นสอดคล้องกับสถานพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างใช้บริการ โดยพบว่าส่วนใหญ่ใช้บริการที่ โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน ส่วนน้อยที่จะไปใช้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกเอกชน ในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามาพบแพทย์เดือนละ ๑-๒ ครั้ง หรือมาพบแค่ตามรอบเดือนที่หมอนัด ร้อยละ ๔๔.๙ และ ๔๗.๔ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับโรคที่พบในกลุ่มดังกล่าวที่ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องของ การรอคิวตรวจ อัตราค่าบริการ และเรื่องของระยะทาง ร้อยละ ๕๖.๔ ๒๙.๕ และ ๒๘.๒ ตามลำดับ อุปสรรคในเรื่องของสภาพร่างกายยังไม่ปรากฏมากนัก สอดคล้องกับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงสูงอายุไม่มาก สุดท้ายในเรื่องของการออกกำลังกายพบว่าส่วนใหญ่ ออกกำลังกายเพียง ๑-๒ ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ ๓๕.๙ และ ๓๐.๘ ตามลำดับ

จากข้อมูลที่ได้ทำการสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างข้างต้นพบว่าโรคที่พบนั้นส่วนใหญ่สอดคล้องกับฐานข้อมูลที่ได้ศึกษาในกลุ่มประชากร โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคนี้เป็นโรคที่เกิดจากหลาย ๆ ปัจจัย แต่ปัจจัยหลักมาจากการใช้ชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยนั้นยังมีผู้สูงอายุที่มีโรคอื่น ๆ อีก เช่น โรคไตและทางเดินปัสสาวะ โรคเกาต์/ข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคตา โรคทางสมองเช่น อัลไซเมอร์ อัมพฤกษ์อัมพาต อีกด้วย หากปล่อยปละละเลยเรื่องการป้องกันและรักษาโรคล้วนนั้นย่อมมีโอกาสเป็นไปได้สูงว่าอาจก่อโรคอื่น ๆ ได้ตามมา

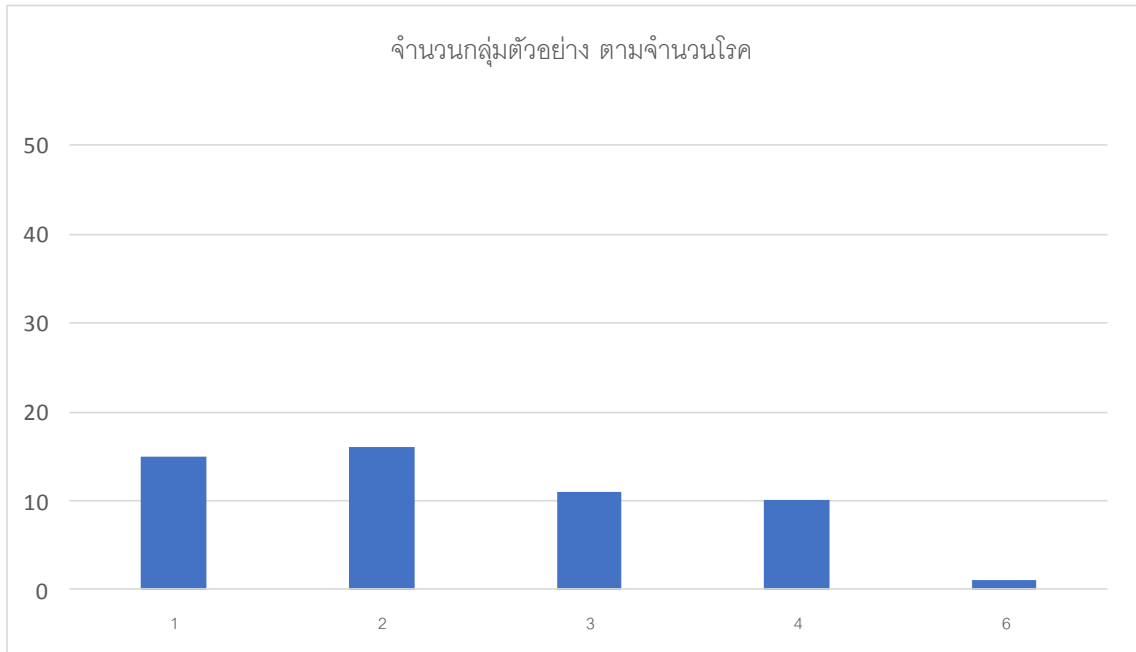
เป็นที่น่าสังเกตอีกว่าเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวนั้น ๑ คน ไม่ได้มีแค่โรคเดียว จากข้อมูลสามารถสรุปจำนวนโรคที่กลุ่มตัวอย่างเป็นได้ดังนี้

ตารางที่ ๔ - ๑๕ สรุปจำนวนโรคที่กลุ่มตัวอย่างเป็นได้

จำนวนโรคที่เป็น	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
๑	๑๕	๒๗.๘%
๒	๑๖	๒๙.๖%
๓	๑๑	๒๐.๔%
๔	๑๐	๑๘.๕%
๖	๑	๑.๙%

ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

แผนภาพที่ ๔ - ๑๕ สรุปจำนวนโรคที่กลุ่มตัวอย่างเป็นได้



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๓

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรค ๕๔ คน มีโรคประจำตัวมี ๓ กลุ่ม กลุ่มแรก มีโรคประจำตัว ๑-๒ โรค อยู่ ๑๕ และ ๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๘ และ ๒๙.๖ ตามลำดับ กลุ่มที่สอง คือกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ๓-๔ โรค อยู่ ๑๑ และ ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๔ และ ๑๘.๕ ตามลำดับ เป็นที่น่าตกใจคือมีผู้สูงอายุที่มีโรคมามากถึง ๖ โรคอยู่ในกลุ่มตัวอย่างด้วย ซึ่งเมื่อสืบค้นข้อมูลแล้วพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง ๗๐-๗๙ ปี ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างนั้นมีโรคประจำตัวอยู่หลายโรคส่วนมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว หากไม่มีการเข้าคัดกรองตรวจสุขภาพ รักษาและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องและบูรณาการแล้วนั้น ย่อมส่งผลร้ายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นแน่แท้

ข้อมูลแบบสอบถามเชิงปริมาณเพื่อประเมินความพร้อมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแล้วนั้น สามารถสรุปวิเคราะห์ข้อมูลออกมาได้คือ ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง มีครอบครัว มีการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีรายได้พอเพียง มีโรคประจำตัว เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต มีโรคตั้งแต่ ๑-๔ โรคต่อคน ส่วนใหญ่มีโรคประมาณ ๑-๒ โรค มักใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์ไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน มีปัญหาของการเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุคือ เรื่องรอคิวตรวจนาน ค่ารักษาที่สูง และ ระยะทางที่ไกล

กำหนดแนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

จากข้อมูลที่สรุปมาตั้งที่กล่าวข้างต้นนั้น แนวทางในการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ นั้นจะต้องตอบโจทย์ในเรื่องที่เป็นปัญหาและอุปสรรค นั่นคือจะต้องเข้าไปดูแลโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ความถี่ในการเข้าคัดกรองควรทำทุกๆ ๑-๓ เดือน แล้วแต่โรคที่พบ และการบริการในการคัดกรองนั้นจะต้องเป็นไปในรูปแบบที่เป็นหน่วยเคลื่อนที่ ที่สามารถเข้าถึงชุมชน เข้าถึงผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องตอบโจทย์ในส่วนที่เป็นอุปสรรค เรื่องการรอคิวที่ยาวนานตามโรงพยาบาลศูนย์ และเรื่องระยะทาง รวมไปถึงเรื่องสุขภาพะที่ผู้สูงอายุจะออกไปรับบริการตามสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลศูนย์ได้ลำบาก ส่วนในเรื่องของราคาค่าใช้จ่ายที่สูงนั้น อาจต้องตั้งศักยภาพของหน่วยงานของโรงพยาบาลของรัฐเข้ามาทำหรือใช้โรงพยาบาลเอกชนหรือศูนย์ตรวจวิเคราะห์ที่ได้รับมาตรฐาน โดยมีภาครัฐสนับสนุน ในเรื่องงบประมาณค่าใช้จ่าย เพื่อลดต้นทุนของภาคเอกชน และยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องใช้ในการเข้ารับบริการคัดกรองสุขภาพ นอกจากการเข้าคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าไปถึงที่แล้ว ยังต้องเพิ่มในส่วนของการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นการป้องกันโรคให้กับผู้สูงอายุด้วย ดังเห็นในข้อมูลสรุปว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญในการออกกำลังกาย ดังนั้นหน่วยออกตรวจคัดกรองสุขภาพเคลื่อนที่ นอกจากจะเข้าไปตรวจคัดกรองสุขภาพในเชิงรุกแล้ว ยังต้องสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงรุกด้วย ซึ่งจะเป็นการตอบสนองกับ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ที่ต้องเริ่มจากการ ปฏิรูประบบ หลังจากนั้นก็สร้างความเข้มแข็ง มุ่งสู่ความยั่งยืน ยังตอบสนองกับนโยบายรัฐบาลในเรื่องของการพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม หรือแม้กระทั่งยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และแผนงานของกระทรวงและของ สปสช. อีกด้วย ซึ่งจะส่งผลผลักดันให้เกิดนโยบายหรือแผนงานหรือแม้กระทั่งงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

สรุป

ผลการศึกษาจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยและการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพเสริมด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อ ๓ สรุปได้ว่า แนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุนั้น จะต้องสร้างหน่วยออกตรวจสุขภาพเคลื่อนที่จากหน่วยงานของรัฐบาล เช่นโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐ หรือหากภาครัฐยังไม่พร้อมในเรื่องของบุคลากรและอุปกรณ์สามารถตั้งศักยภาพของภาคเอกชนไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือศูนย์ตรวจวิเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับมาตรฐานมาช่วย โดยมีภาครัฐสนับสนุนในเรื่องงบประมาณค่าใช้จ่าย จะเป็นการทลายกำแพงอุปสรรคในการเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งยังเป็นการผลักดันทางภาครัฐให้เห็นถึงความสำคัญของการกำหนดนโยบายหรือแผนงานหรือแม้กระทั่งงบประมาณที่จะนำมาดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รองรับสังคมสูงอายุที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทยในอนาคต

บทที่ ๕

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ประชากรในประเทศไทยที่มีอยู่เกือบราว ๗๐ ล้านคนนั้น ในปัจจุบันถือว่าเข้าสู่สังคมสูงอายุและอีกไม่เกิน ๕ ปีข้างหน้าก็จะก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัญหาที่ตามมาคือปัญหาในเรื่องของสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในสังคม ที่นับวันจะยิ่งเพิ่มจำนวนผู้ป่วยจากโรคต่างๆเพิ่มขึ้นมากทุกวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกว่ากลุ่มโรค NCD ซึ่งผู้ป่วยต้องไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทำการรักษาและรับยาเป็นประจำแล้วแต่ความรุนแรงของโรคว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด หากรุนแรงมากก็พบบ่อยครั้งหากยังไม่รุนแรงก็เว้นระยะการพบได้ ๒-๓ เดือน สิ่งนี้ทำให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลและรอคอยการตรวจยาวนาน ถึงแม้ว่าทางภาครัฐจะกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ลงมาที่นโยบายรัฐบาล ที่มีในเรื่องของการพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ใดหรือยุทธศาสตร์ใดที่ตอบสนองต่อสภาพโครงสร้างประชากรไทยในปัจจุบัน หรือแม้กระทั่งงบประมาณของ สปสช. ที่จัดสรรมานั้นก็ยังไม่ได้ลงไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งยังตัดลดงบประมาณในด้าน การดูแลกลุ่มผู้ที่เป็นโรค NCD อีกด้วย และจากข้อมูลการสัมภาษณ์นั้น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรนั้นมีโรคประจำตัวอยู่ถึงร้อยละ ๖๙.๓ ส่วนมากเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรค NCD และมีโรคอยู่ ๑-๒ โรคต่อคน การใช้สิทธิ์และการเลือกใช้บริการสถานพยาบาล เรียกได้ว่า ใช้สิทธิ์บัตรทอง และประกันชีวิตใกล้เคียงกัน และการเลือกสถานพยาบาลส่วนใหญ่จะเลือกโรงพยาบาลศูนย์ไม่ว่าจะเป็นของภาครัฐหรือเอกชน พบอุปสรรคในการเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการรอคิวตรวจที่ยาวนาน น่าจะเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐบาล อัตราค่าบริการที่ค่อนข้างสูงในโรงพยาบาลเอกชน และเรื่องของระยะทางในการไปถึงโรงพยาบาลซึ่งโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์นั้นไม่ว่าจะเป็นรัฐหรือเอกชนล้วนแล้วแต่ตั้งอยู่บริเวณใจกลางตัวเมืองของแต่ละภูมิภาค ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่อยู่ห่างไกลออกไปจากตัวเมืองมองเห็นเป็นอุปสรรค ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องตอบโจทย์หลักทั้ง ๓ โจทย์ คือจะต้องลดระยะเวลาการรอคอยคิว ค่าบริการไม่สูงเกินไป และต้องเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุในทุกๆสถานที่อย่างทั่วถึง ดังนั้นการดึงศักยภาพของหน่วยงานต่างๆไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลของภาครัฐหรือเอกชนหรือศูนย์ตรวจวิเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้การรับรองมาตรฐาน จะเป็นตัวหนึ่งที่ต้องตอบโจทย์ได้ครบทั้ง ๓ ข้อ กล่าวคือเมื่อมีหน่วยตรวจคัดกรองสุขภาพเคลื่อนที่ไปตามชุมชนต่างๆเพื่อให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพกับผู้สูงอายุแล้วนั้น จะลดปัญหาเรื่องระยะทาง เพราะหน่วยเคลื่อนที่ไปหาผู้สูงอายุ และเป็นการกระจายผู้ป่วยไปตามหน่วยต่างๆไม่ต้องไปรวม ณ โรงพยาบาลศูนย์ ลดระยะเวลาการรอคอยและความแออัด หน่วยตรวจคัดกรองเคลื่อนที่นั้นหากได้รับการสนับสนุนส่วนหนึ่งจากภาครัฐในเรื่องค่าใช้จ่ายแล้วจะทำให้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจะลดลงส่งผลให้ราคาหรือค่าใช้จ่ายที่จะต้องตกเป็นภาระของ

ผู้บริโภคลดลงเช่นกัน ในการเข้าตรวจคัดกรองดังกล่าวนอกจากจะเป็นการเข้ารักษาโรคแล้วยังเข้าไปให้ความรู้และส่งเสริมการออกกำลังกายและการเสริมสร้างร่างกายเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุทำให้โรคที่เป็นอยู่ หรือที่กำลังจะเป็นนั้น หหมดโอกาสเป็นหรือลดโอกาสที่จะเป็นให้น้อยที่สุด ซึ่งผลสะท้อนสุดท้ายก็จะกลับสู่ตัวผู้สูงอายุเองทั้งลดค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องนำมารักษาโรคหลายเท่าตัว และคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ดังที่ว่า “ต้นทุนของการป้องกันโรครุนกว่าการรักษาโรค”

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.๑ รัฐบาลควรมีนโยบายที่เป็นรูปธรรมหรือนโยบายหลักที่ชัดเจนและรองรับกับสภาพโครงสร้างประชากรและสภาพสังคมที่กำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในประเทศไทยในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

๑.๒ รัฐบาลควรจัดตั้งหรือผลักดันให้มีหน่วยงานหรือองค์กรที่เข้ามาควบคุมคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือเปิดช่องทางให้ภาคเอกชนไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือศูนย์ตรวจวิเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๑.๓ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณประจำปีให้สอดคล้องกับจำนวนและโครงสร้างของประชากรที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณในการส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ

๑.๔ รัฐบาลควรสนับสนุนเงินบำนาญที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังพอที่จะนำเงินดังกล่าวไปดูแลรักษาสุขภาพ

๑.๕ งบประมาณที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรให้กรมกิจการผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแล โดยได้รับงบประมาณจาก สปสช. เพื่อให้กรมกิจการมีอำนาจหน้าที่บริหารงบประมาณส่วนนี้ให้กับผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่

๑.๖ รัฐบาลควรสนับสนุนโครงการโรงพยาบาลเสมือนจริง (Virtual hospital) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางสาธารณสุขกับผู้สูงอายุ

๒. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๒.๑ โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐควรเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ลดระยะการรอคอย หรือบริหารจัดการการนัดผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาล

๒.๒ โรงพยาบาลเอกชนควรลดค่าบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

๒.๓ ควรกระจายคุณภาพและความสามารถในการรักษาโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุสู่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นการลดภาระของโรงพยาบาลศูนย์

๒.๓ ควรจัดตั้งหน่วยบริการเคลื่อนที่ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เช่นการออกหน่วยตามชุมชน หรือการเยี่ยมตามบ้าน

๒.๔ หน่วยตรวจคัดกรองเคลื่อนที่นอกจากจะออกตรวจคัดกรองโรคแล้ว ควรให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคอีกด้วย

๒.๕ หน่วยตรวจคัดกรองเคลื่อนที่ควรทำงานร่วมกับสหวิชาชีพผ่าน Virtual hospital (กำลังวิจัย) เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างตรงจุดและเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องสุมหรือหว่านจุดในการตรวจที่กว้างเกินไป ซึ่งจะส่งผลให้ทำงานได้ดีขึ้น

๓. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ทำวิจัยต่อ

งานวิจัยนี้มุ่งเน้นในส่วนของการมองหาอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อหาแนวทางและเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุสำหรับสังคมสูงอายุในประเทศไทย ยังต้องศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของ

๓.๑ การเก็บข้อมูลให้มีจำนวนมากยิ่งขึ้นไม่จำกัดแค่ในส่วนของจำนวนของข้อมูลเท่านั้นแต่หมายรวมถึง คุณภาพของข้อมูลที่ได้รับนั้นจะต้องได้ข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรให้มากยิ่งขึ้น

๓.๒ ปรับปรุงแบบประเมินให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้ทุกกลุ่มอาชีพ ฐานะ ทุกช่วงวัย รวมไปถึงภูมิภาค เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรและสะท้อนข้อมูลออกมาได้ตรงกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมากที่สุด

๓.๓ เพิ่มการศึกษารายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลให้ลึกลงไปอีกว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้หลักสถิติขั้นสูงที่ต้องอาศัยโปรแกรมทางสถิติช่วยในการวิเคราะห์และประเมินความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เช่น อายุกับจำนวนโรค อายุกับโรคที่เป็น ฐานะทางการเงินกับอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพ เป็นต้น

๓.๔ นอกจากจะมองหาอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพและหาแนวทางในการรับมือแล้ว ยังเป็นการมองหาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กันและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะช่วยในการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในดียิ่งขึ้นไปอีก

๓.๕ ควรนำงานวิจัยนี้ไปศึกษาต่อยอดแบบบูรณาการกับงานวิจัยโครงการโรงพยาบาลเสมือนจริง (Virtual hospital) เพราะการตรวจสุขภาพทางห้องปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งในงานด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาล การมี virtual hospital จะช่วยประหยัดเวลาและชี้ชัดในจุดหรือบริเวณที่ต้องออกไปให้บริการนอกสถานที่ ทั้งยังตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติในยุทธศาสตร์ที่ ๔ คือยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมทางสังคม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), ๒๕๖๒.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, คู่มือสิทธิผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖. พิมพ์ครั้งที่ ๑๓, กรุงเทพมหานคร : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, พ.ศ. ๒๕๕๓.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ชุดความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, ๒๕๕๖.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๕๓.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๐. กรุงเทพฯ : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ๒๕๖๑.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒. พิมพ์ครั้งที่ ๑, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพปัญญาวิสัย, ๒๕๕๓.

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓. พิมพ์ครั้งที่ ๑, กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๒.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖. กรุงเทพฯ : เจ.เอส. การพิมพ์, ๒๕๔๗.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๐. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

วารสารหนังสือพิมพ์

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า. “แนวโน้มธุรกิจและบทสรุป”. ธุรกิจโรงพยาบาลและสถานบริการพยาบาล : บทวิเคราะห์ธุรกิจ ประจำเดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒. ๒๕๖๒. หน้า ๕.

กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. “แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)”. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔). พฤษภาคม ๒๕๖๐. หน้า ๑๑-๒๕.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. “แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข”. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒. พ.ศ. ๒๕๖๑. หน้า ๑-๑๑.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. “สถานะสุขภาพคนไทย (Health Status)”. Health at a Glance Thailand 2017. กันยายน ๒๕๖๐, หน้า ๗-๑๙.

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาพรวม”. หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓. กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓. หน้า ๒-๕

จุฑารัตน์ แสงทอง. “สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์)”, ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. ๓๘(๑), มกราคม-เมษายน ๒๕๖๐. หน้า ๖-๒๘.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย”. รามาศิริพยาบาลสาร. ๒๕๓๙ (๑), หน้า ๘๔-๙๓.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาชัย. “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๔๗”. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๐ (๒), กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๕๐, หน้า ๙๘-๑๑๕.

วัชริน สีนธวานนท์ “พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุคำตอบอยู่ที่ชุมชน”. สารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ๒๕๕๒ (๒), หน้า ๔๘-๕๑.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “แผนการดำเนินงานและแผนการเงิน งบประมาณ ๖ ปี(พ.ศ.๒๕๖๒)”. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๑. กรกฎาคม ๒๕๖๑. หน้า ๑-๓๖.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. “แผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี”. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข. พฤษภาคม ๒๕๕๙. หน้า ๒๗-๔๔.

เอกสารวิจัย

กาญจนา ปัญญาธร. “พฤติกรรมและการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ : กรณีศึกษาบ้านหนองตะไค้ อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี”. รายงานการวิจัย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, พ.ศ. ๒๕๕๕.

เบญจรัตน์ สัจกุล. “นโยบายสาธารณสุขและสวัสดิการผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย”. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมและสุขภาพ (ภาคพิเศษ), มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๘.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. “ทบทวนองค์ความรู้ด้านบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”. รายงานการวิจัย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๒.

บรรยาย

ประยุทธ์ จันทร์โอชา, พลเอก. ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี. แถลงต่อรัฐสภาเรื่อง “คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี”. ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖.

ศุภกิจ ศิริลักษณ์. ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษากระทรวง. บรรยายเรื่อง “การวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓”. ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. “ผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=test_Index_2014., ๒๕๖๒.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. “จำนวนประชากรแยกอายุทั่วประเทศ”. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php, ๒๕๖๓.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. “อัตราการเกิดและการตาย”. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatDefault_Final.aspx, ๒๕๖๒.

สำนักงานสืบสวนกลางสหรัฐอเมริกา. “ภาพแสดงสัดส่วนโครงสร้างประชากรไทยตามช่วงอายุ ปี ค.ศ. ๒๐๑๔/พ.ศ. ๒๕๕๗”. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-actbook/geos/th.html>, ๒๕๖๓.

ภาษาอังกฤษ

United Nations Department of Economic and Social Affairs. “ World Population Prospects 2 0 1 9 ” , Population Division, Population Estimates and Projections Section. 2019. สืบค้นเมื่อ 24-06-2019. Available at : [https://population.un.org/wpp/DataQuery/.](https://population.un.org/wpp/DataQuery/), 2020.

Worldmeters. “Thailand population”. (online). Available at :

<https://www.worldometers.info/world-population/thailand-population/>.,
2020.

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. “World Population Prospects: The 2012 Revision”.
2555.

ภาคผนวก

แบบสอบถามประเมินความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

No. _____

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย “√” ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

๑. เพศ

() ๑. ชาย () ๒. หญิง

๒. อายุ.....ปี

() ๑. ๖๐-๖๙ ปี () ๒. ๗๐-๗๙ ปี () ๓. ≥๘๐ ปี

๓. สถานภาพสมรส

() ๑. โสด () ๒. สมรส () ๓. หย่าร้าง

๔. ระดับการศึกษา

() ๑. ไม่ได้เรียนหนังสือ () ๒. ประถมศึกษา
() ๓. มัธยมศึกษา () ๔. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

๕. รายได้เพียงพอหรือไม่

() ๑. พอใช้จ่าย () ๒. ไม่พอใช้จ่ายและไม่มีหนี้สิน
() ๓. ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน () ๔. ไม่มีรายได้

๖. ลักษณะของครอบครัวในที่ท่านอาศัยอยู่

() ๑. ครอบครัวเดี่ยว () ๒. ครอบครัวขยาย

๗. มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ

() ๑. มีผู้ดูแล () ๒. ไม่มีผู้ดูแล

๘. มีโรคประจำตัวหรือไม่

() ๑. มี () ๒. ไม่มี () ๓. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

๙. จากข้อ ๘ ถ้ามีท่านมีโรคอะไรบ้าง (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

() ๑. เบาหวาน () ๒. ความดันโลหิตสูง () ๓. โรคหัวใจและหลอดเลือด
() ๔. โรคไตและทางเดินปัสสาวะ () ๕. โรคเก๊าต์/ข้อเข่าเสื่อม () ๖. โรคกระดูกพรุน
() ๗. โรคตา () ๘. โรคทางสมองเช่น อัลไซเมอร์ อัมพฤกษ์อัมพาต

๑๐. สิทธิการรักษาพยาบาลที่ท่านใช้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

() ๑. บัตรทอง/๓๐ บาท () ๒. ประกันชีวิต
() ๓. สิทธิข้าราชการ () ๔. ไม่ทราบสิทธิ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	ทนพ. วิฑูรย์ อารยะพิพัฒน์กุล
วัน เดือน ปีเกิด	๒๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๐๗
ประวัติการศึกษา	ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (เทคนิคการแพทย์) มหาวิทยาลัยมหิดล ปี ๒๕๓๐ ปริญญาโท บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี ๒๕๔๕ หลักสูตร พัฒนานักการตลาดยุคใหม่ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หลักสูตรอบรมผู้ตรวจประเมินรางวัลคุณภาพแห่งชาติ สำนักงานรางวัลคุณภาพ แห่งชาติ หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้บริหารระดับสูง รุ่นที่ ๖ (ปรพ. รุ่น ๖) หลักสูตรการบริหารจัดการด้านความมั่นคงชั้นสูง รุ่นที่ ๑๐ สมาคมวิทยาลัย ป้องกันราชอาณาจักร
ประวัติการทำงานโดยย่อ	พ.ศ. 2557-ปัจจุบัน ผู้ช่วยกรรมการผู้จัดการสายงานการตลาดและโครงการ บริษัท โพรเฟสชั่นแนล ลาโบราทอรี แมเนจเม้นท์ คอร์ป จำกัด (PROLAB) พ.ศ. 2544 – 2546 รองกรรมการผู้จัดการ บริษัท ไอเมด ลาโบราทอรี จำกัด (จำหน่ายและนำเข้าเครื่องมือแพทย์) พ.ศ. 2543 – 2545 ผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาธุรกิจ บริษัท โพรเฟสชั่นแนล ลาโบราทอรี แมเนจเม้นท์ คอร์ป จำกัด (PROLAB) พ.ศ. 2541 – 2543 ผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาธุรกิจ บริษัท กรุงเทพ อาร์ไอเอแอนด์ จำกัด (Bangkok R.I.A.) พ.ศ. 2540 – 2541 กรรมการผู้จัดการ บริษัท ดาร์ท ไอคอน เทคโนโลยี จำกัด (IT industry) พ.ศ. 2534 – 2539 ผู้จัดการทั่วไป บริษัท แฟมิลี เฮลท์ เซ็นเตอร์ จำกัด (Health care service) รองประธานบริษัท บริษัท โกร่วิงพ้อยท์ จำกัด (Medical device and IT solution) กรรมการผู้จัดการ บริษัท โกร่วิง พ้อยท์ โอเอ แอน เน็ทเวิร์ค จำกัด (IT industry) พ.ศ. 2532 – 2534 ผู้จัดการทั่วไป บริษัท พรีเมียร์ ไฮแอนติฟิค จำกัด (จำหน่ายและนำเข้าเครื่องมือแพทย์) พ.ศ. 2530 – 2532 หัวหน้าห้องปฏิบัติการ (สาขา รพ.เทพธารินทร์) บริษัท อาร์ไอเอ เซ็นเตอร์ จำกัด (ศูนย์ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ)
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองประธานเจ้าหน้าที่บริหาร

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
ผู้วิจัย ทนพ.วิฑูรย์ อารยะพิพัฒน์กุล หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62
ตำแหน่ง รองประธานเจ้าหน้าที่บริหารสายงานบริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรไทยในปัจจุบันเพิ่มขึ้นทุกขณะ แต่กลับพบว่าอัตราการเติบโตของประชากรมีแนวโน้มลดลงส่งผลให้เกิดสภาพโครงสร้างประชากรแบบสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านประชากรเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาทางด้านสาธารณสุข โดยผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่จะพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น แต่การออกกำลังกายลดลง แม้ว่าจะมีหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพของประชาชนอย่างเช่น สปสช. ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขแล้วก็ตาม แต่ก็ยังพบปัญหาในการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุที่ยังไม่ทั่วถึง ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจงบประมาณสุขภาพปัจจุบัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรค ที่เกิดขึ้นในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษา วิเคราะห์ งบประมาณ ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
- เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
- เพื่อหาแนวทางการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

- 1.1 การวิจัยนี้เน้นการศึกษาวิเคราะห์ งบประมาณ ความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น
- 1.2 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแนวคิด/หลักการระดับนโยบายจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จะไม่ลงลึกในรายละเอียดการปฏิบัติ หรือการดำเนินการระดับปฏิบัติการ
- 1.3 การวิจัยจะเน้นเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพที่สามารถเปิดเผยได้เท่านั้น

2. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปหรือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ หรือ บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ใช้เวลาศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 เมษายน พ.ศ. 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลทุติยภูมิ ดำเนินการโดยการศึกษาทิ้งในด้านความพร้อม ความพอเพียง จากตำราและเอกสารต่างๆ

1.2 ข้อมูลปฐมภูมิ ดำเนินการโดยสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Context Analysis) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ในกลุ่มที่ใช้สิทธิ์กรมบัญชีกลาง กลุ่ม สปสช. กลุ่มประกันสังคม และสังเคราะห์ข้อมูล ทฤษฎี หลักการต่างๆ

3. การนำเสนอข้อมูล

รายงานผลการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ นำเสนอแนวคิดใหม่ๆ จากการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ลักษณะโครงสร้างประชากรในประเทศไทยนั้นถือว่าเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 แล้วและในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้ปัญหาการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุจากเดิมจะไม่ค่อยมีปัญหาเท่าใดนักเพราะจำนวนผู้สูงอายุยังไม่เยอะ แต่ปัญหาจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุมากขึ้นแต่ผู้ให้บริการคัดกรองนั้นลดลง (คนวัยทำงานลดลง) ถึงแม้ว่าจะมีการจัดช่องทางพิเศษสำหรับบริการผู้สูงอายุก็ตามที่ ซึ่งในหลาย ๆ สถานที่วิธีนี้ก็ยังไม่ได้ผลลัพธ์ที่ดีนัก นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาและอุปสรรคของการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุมาจาก 2 ปัจจัยหลัก ๆ คือ ปัจจัยภายนอก จากการศึกษา แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) นโยบายรัฐบาล และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว เห็นจะมีส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้สูงอายุนั้นมีอยู่ 1 แผนงานคือ แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย ในโครงการลดการตายก่อนวัยอันควร ส่วนแผนงานอื่น ๆ มักไม่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ หรือมีให้ความสำคัญทางอ้อม แล้วจึงเมื่อมองในส่วนงบประมาณของ สปสช. กลับพบว่างบประมาณนั้นไม่ได้ลงลึกมาในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่เป็นงบประมาณที่เหมารวมมาในกลุ่มก่อนประชากร

ไทยทั้งหมด จะมีก็เพียงงบประมาณที่นำมาดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่ได้นำมารักษาเฉพาะผู้สูงอายุ ส่วนทางงบประมาณในการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น เบาหวานนั้นลดลงนั้นอาจหมายถึงงบประมาณส่วนนี้ไม่ได้คิดถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างจำเพาะเจาะจง สำหรับปัจจัยภายในข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่ามียุ่หลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะ การมีผู้ดูแล โรคประจำตัวและสุขภาพะ ประเภทของสถานพยาบาล ที่เห็นได้เด่นชัดจากการสัมภาษณ์คือเรื่องของ โรคประจำตัวและสุขภาพะ โดยเฉพาะการอควิตรวจที่ยาวนาน และสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยกับการเดินทางไปที่ และเรื่องรายได้ฐานะก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานภาคเอกชนหรือศูนย์ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเข้ามาจัดตั้งหน่วยคัดกรองสุขภาพเคลื่อนที่เพื่อให้บริการคัดกรองสุขภาพกับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีภาครัฐให้การสนับสนุนเพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพื่อเป็นการลดภาระที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้หน่วยบริการคัดกรองสุขภาพเคลื่อนที่นอกจากให้บริการคัดกรองสุขภาพแล้วควรให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายเพื่อเป็นการป้องกันโรคพร้อมกับเสริมสร้างสังคมสูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและยั่งยืน เพราะต้นทุนของการป้องกันโรคนั้นถูกกว่าการรักษาโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 รัฐบาลควรมีนโยบายที่เป็นรูปธรรมหรือนโยบายหลักที่ชัดเจนและรองรับกับสภาพโครงสร้างประชากรและสภาพสังคมที่กำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในประเทศไทยในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

1.2 รัฐบาลควรจัดตั้งหรือผลักดันให้มีหน่วยงานหรือองค์กรที่เข้ามาควบคุมคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือเปิดช่องทางให้ภาคเอกชนไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือศูนย์ตรวจวิเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.3 รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณประจำปีให้สอดคล้องกับจำนวนและโครงสร้างของประชากรที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณในการส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.4 รัฐบาลควรสนับสนุนเงินบำนาญที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังพอที่จะนำเงินดังกล่าวไปดูแลรักษาสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐควรเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ลดระยะการรอคอย หรือบริหารจัดการการนัดผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาล

2.2 โรงพยาบาลเอกชนควรลดค่าบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

2.3 ควรกระจายคุณภาพและความสามารถในการรักษาโรคต่าง ๆ ในผู้สูงอายุสู่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นการลดภาระของโรงพยาบาลศูนย์

2.3 ควรจัดตั้งหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การออกหน่วยตามชุมชน หรือการเยี่ยมตามบ้าน

2.4 หน่วยตรวจคัดกรองเคลื่อนที่ที่นอกจากจะออกตรวจคัดกรองโรคแล้ว ควรให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอีกด้วย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ทำวิจัยต่อ

งานวิจัยนี้มุ่งเน้นในส่วนของ การมองหาอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อหาแนวทางและเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุสำหรับสังคมสูงอายุในประเทศไทย ยังต้องศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของ

3.1 การเก็บข้อมูลให้มีจำนวนมากยิ่งขึ้นไม่จำกัดแค่ในส่วนของจำนวนของข้อมูลเท่านั้นแต่หมายรวมถึง คุณภาพของข้อมูลที่ได้รับนั้นจะต้องได้ข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรให้มากยิ่งขึ้น

3.2 ปรับปรุงแบบประเมินให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้ทุกกลุ่มอาชีพ ฐานะ ทุกช่วงวัย รวมไปถึงภูมิภาค เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรและสะท้อนข้อมูลออกมาได้ตรงกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมากที่สุด

3.3 เพิ่มการศึกษารายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลให้ลึกลงไปอีกว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้หลักสถิติขั้นสูงที่ต้องอาศัยโปรแกรมทางสถิติช่วยในการวิเคราะห์และประเมินความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เช่น อายุกับจำนวนโรค อายุกับโรคที่เป็น ฐานะทางการเงินกับอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพ เป็นต้น

3.4 นอกจากจะมองหาอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพและหาแนวทางในการรับมือแล้ว ยังเป็นการมองหาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กันและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะช่วยในการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในดียิ่งขึ้นไปอีก