

การเปรียบเทียบการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

Comparison of Health Service Delivery for Dependent Older Adults between
Subdistrict Health Promoting Hospitals Participating and Not Participating
in the Long-Term Care Fund in Lampang Province

ปาจริย์ แชไข¹, นกชา สิงห์วีระธรรม^{2*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล²

Pajaree Kaekai, Noppcha Singweratham^{2*}, Pallop Siewchaisakul²

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, ² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Lampang Provincial Public Health Office, ²Faculty of Public Health Chiang Mai University

(Received: February 23, 2026; Revised: May 30, 2026; Accepted: June 11, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีโดยเลือกใช้แบบคู่ขนานเข้าหากัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการจัดบริการ และ 2) เปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 วิจัยเชิงคุณภาพศึกษาแบบการจัดบริการ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 12 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 วิจัยเชิงปริมาณเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการปีงบประมาณ 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุน ประกอบด้วย ค่าวัสดุและค่าเย็บผ้า และแบบบันทึกข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มตัวอย่าง 292 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน สถิติ Sign Test และ สถิติ Mann-Whitney U-Test ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการจัดบริการ ทั้ง 2 กลุ่ม เน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นหลักและมีการประเมิน ADL ตลอดจนมีระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม COC ในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีกลไกการบริหารจัดการและงบประมาณเหมาะสมที่ชัดเจน 10,442 บาทต่อคน/ต่อปี มีผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนและเย็บผ้าสม่ำเสมอตามแผนการดูแลรายบุคคล ในขณะที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีนโยบายสนับสนุนที่ไม่ชัดเจน ไม่มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและใช้งบประมาณภายในร่วมกับการระดมทรัพยากรจากภาคประชาสังคม

2. ต้นทุนการจัดบริการ พบว่า มีค่ามัธยฐานของต้นทุนรวมทั้งหมดระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$) และประสิทธิผลการจัดบริการ พบว่า ค่ามัธยฐาน คะแนน ADL ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังได้รับบริการ พบว่าไม่แตกต่างกัน

การบริหารจัดการภายใต้กองทุน LTC สามารถระดับคะแนน ADL ได้เท่าเทียมกับการดูแลแบบปกติแต่ใช้ต้นทุนรวมทั้งหมดต่ำกว่า ถือว่าระบบมีประสิทธิภาพทางต้นทุนที่คุ้มค่ามากกว่า จึงควรสนับสนุนให้ รพ.สต. ที่ยังไม่เข้าร่วมกองทุน LTC เข้ามาบริหารจัดการภายใต้กองทุนนี้เพื่อความยั่งยืนทางการเงินของระบบสาธารณสุข

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้นทุน ประสิทธิภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

Abstract

This mixed-methods study employed a convergent parallel design. The objectives were to examine models of health service delivery and compare the costs and effectiveness of health service delivery for dependent older adults between Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) participating and not participating in the Long-Term Care (LTC) Fund for Older Adults with Dependency under the National Health Security System in Lampang Province. The study was conducted in two phases. Phase 1 involved a qualitative investigation of service delivery models among long-term care system managers or personnel responsible for services for older adults with dependency. A purposive sample of 12 participants was recruited. Data were collected through in-depth interviews, using a semi-structured interview guide, and analyzed using content analysis. Phase 2 involved a quantitative comparison of the costs and effectiveness of service delivery during fiscal year 2024. Data were collected using cost-recording forms, covering material and home-visit costs together with records of Activities of Daily Living (ADL) scores. The sample consisted of 292 older adults with dependency. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, as well as median and inferential statistics, including the Sign Test and the Mann-Whitney U Test. Results were as follows:

1. Service delivery models: Both groups primarily emphasized home-based health care, conducted ADL assessments, and provided continuity of care through the Continuity of Care (COC) program. SHPHs participating in the LTC Fund had clearly defined management mechanisms and a fixed annual bundled budget of 10,442 baht per person. Paid caregivers conducted regular home visits in accordance with individualized care plans. In contrast, SHPHs not participating in the LTC Fund had unclear supportive policies, did not develop individualized care plans, and relied on internal budgets supplemented by resource mobilization from civil society organizations.

2. Service delivery costs: The median total cost differed significantly between SHPHs participating and not participating in the LTC Fund ($p\text{-value} < .001$). Regarding effectiveness, the median ADL scores showed no significant differences within or between the two groups before and after receiving services.

In conclusion, management under the LTC Fund maintained ADL scores at a level comparable to that achieved through usual care while incurring lower total costs, indicating greater cost-effectiveness. Therefore, local administrative organizations that have not yet participated in the LTC Fund should be encouraged to participate in it, and promote the public health system's financial sustainability.

Keywords: Dependent Older Adults, Long-Term Care Fund, Cost, Effectiveness

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) มีรายงานการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งทวีปเอเชียจะเป็นภูมิภาคที่มีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก (WHO, 2022) สำหรับประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่ามีแนวโน้มจะเพิ่มสูงถึงร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2578 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ผู้สูงอายุ

(2/16)

เป็นวัยที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสภาวะโดยรวม (WHO, 2020) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและทุพพลภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่าผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 4 – 5 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งในด้านการรักษาพยาบาลซ้ำ (Re-admit/Re-visit) ซึ่งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมาก (สุนิษา มะลิวัลย์, 2567) และต้นทุนการจัดบริการที่ครอบคลุมทั้งค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ทีมหมอบรรเทา (Family Care Team: FCT) รวมถึงค่าวัสดุอุปกรณ์และค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงมักสูงกว่างบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ (ศรีเรือน ดีพูน, 2562)

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบ โดยในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมกันขับเคลื่อนนโยบาย โดยตั้งกองทุนผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี อปท. เข้าร่วมตามความสมัครใจและความพร้อม ทั้งนี้ การดำเนินงานต้องมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และ CG หลักสูตร 70 ชั่วโมง ในระยะแรกมีงบประมาณสนับสนุนประมาณ 5,000 บาทต่อคนต่อปี (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม สิริพันธ์, 2561) และต่อมาได้ปรับเป็นงบเหมาจ่าย 10,442 บาทต่อคนต่อปี (ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังพบปัญหาการจัดบริการที่แยกส่วน ขาดการบูรณาการระหว่างการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการดูแลระยะยาว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม สิริพันธ์, 2561) อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 712 แห่ง ยังไม่เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากปัญหาด้านการบริหารจัดการและข้อจำกัดด้านระเบียบงบประมาณ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงการดูแลตามแผนรายบุคคล (Care Plan) ได้อย่างทั่วถึง (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2565)

จังหวัดลำปางเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 29.88 ซึ่งสูงที่สุดในประเทศไทยและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 21.44 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2568) จากข้อมูลผลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2568 พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ร้อยละ 81.15 โดยจำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 97.47 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.06 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.47 เมื่อคัดกรองสุขภาพแล้วจะมีการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยเชื่อมโยงการดูแลกับสถานพยาบาลผ่านระบบการทำงานของทีมสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงจัดระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายในพื้นที่ระบบการบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์และคลังอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชน (Home Health Care) แม้ว่า อปท. ในจังหวัดลำปางส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) แต่ยังมีอีก 17 แห่ง ที่ไม่ได้เข้าร่วมซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องในการดูแลที่บ้าน (อังคณา จำปาวาน, กรกช วิจิตรจรัสแสง, ปาจารย์ แสงไข, 2568) และการวิจัยเชิงประเมินผลที่ครอบคลุมถึงด้านรูปแบบ ต้นทุนและประสิทธิภาพการจัดบริการยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งไม่สามารถหาข้อมูลในเชิงปริมาณได้ เพื่อวิเคราะห์บริบทการจัดบริการในพื้นที่ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์ข้อมูลหัตถ์ภูมิเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม JHCIS รพ.สต. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นดังกล่าว เพื่อนำผลการวิจัยไปวางแผนกำหนดนโยบายสาธารณสุขและปรับปรุงระบบบริการให้

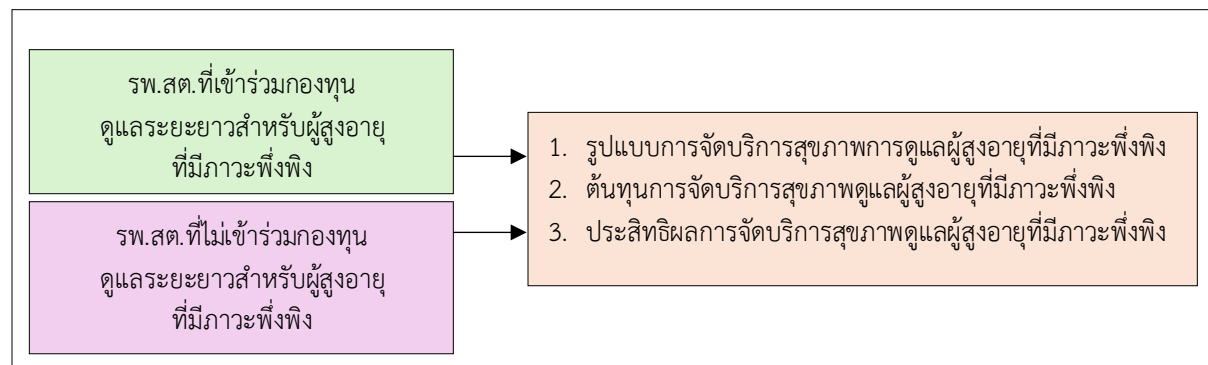
มีประสิทธิภาพเป็นแนวทางในการบริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมีความคุ้มค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบ เปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดลำปาง ทั้งในและนอกสถานบริการใช้แนวคิดการประเมินจากมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบต้นทุนร่วมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยมุ่งเน้นการจัดเก็บและคำนวณค่าใช้จ่ายค่าวัสดุ ประกอบด้วย เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและวัสดุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการและค่าเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ไม่ได้นำต้นทุนทางอ้อมมานับรวมในการวิเคราะห์ (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2567) ประกอบด้วย รพ.สต.ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดลำปาง ในการศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะรูปแบบการจัดบริการของ รพ.สต. ในจังหวัดลำปางที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) โดยเลือกใช้แบบคู่ขนานเข้าหากัน (Convergent Parallel Design) (Creswell, Creswell, 2018) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC จังหวัดลำปาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ที่มีการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 65 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ รพ.สต. ที่มีการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากขนาดของ รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) และกลาง (M) อย่างละ 3 แห่ง ทั้งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ในพื้นที่ 3 อำเภอ จังหวัดลำปาง กลุ่มละ 6 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวหรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์มากกว่า 2 ปี แห่งละ

1 คน รวม 12 คน การศึกษาครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่าง (Data Saturation in Sampling) จึงยุติการสัมภาษณ์

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วยแนวคำถาม ดังนี้ 1) นโยบายการดำเนินงาน 2) กลไกการบริหารจัดการ 3) บุคลากรในการปฏิบัติงาน 4) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริการ 5) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกสถานบริการ และ 6) ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC จังหวัดลำปาง รวม 21 ข้อ

2. เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึกและแฟ้มข้อมูลของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลการดูแลสูงอายุและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67 – 1.00 (Rovinelli, Hambleton, 1977) แล้วนำไปทดลองใช้ (Pilot Test) กับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวหรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะที่พบมาปรับปรุงแก้ไขในแนวคำถามให้มีความสมบูรณ์และเข้าใจง่ายก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นทางการ นัดหมายเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

2. ประสานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุเพื่อยืนยันเวลา สถานที่นัดสัมภาษณ์ล่วงหน้าก่อนวันและเวลานัดแต่ละแห่ง 2 - 3 วัน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 – 60 นาที ทั้งนี้ หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปประเด็นและรวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล (Trustworthiness and Validity) โดยใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (Denzin, 2017) เพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูล 2 แหล่ง คือ จากเอกสารบันทึกทางการแพทย์ (Medical Records) และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ (Providers)

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีวิทยา (Methodological Triangulation) ใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมวิธีทั้งเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกคู่ขนานไปกับเชิงปริมาณ ได้แก่ การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยและประสิทธิภาพ โดยใช้คะแนน ADL

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วย 1) จัดทำแฟ้ม 2) กำหนดรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) แบ่งหมวดหมู่ประเภทของข้อมูล 4) แยกประเภทเป็นหัวข้อย่อ 5) เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) ตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย (Report) ที่ได้จากการคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจนและมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

ขั้นตอนที่ 2 เปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC จังหวัดลำปาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) โดยอิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตในงานด้านบริการสาธารณะของกรมบัญชีกลาง (กรมบัญชีกลาง, 2557) ตามคู่มือการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และวิเคราะห์ประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้คะแนน ADL ปิงปิงประมาณ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลต้นทุนและผลลัพธ์การประเมินกิจวัตรประจำวันการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากฐานข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง มีคะแนน ADL เท่ากับ 0 - 4 คะแนน และผู้สูงอายุประเภทติดบ้านมีคะแนน ADL เท่ากับ 5 - 11 คะแนน
2. มีประวัติได้รับการดูแลสุขภาพจาก รพ.สต. เช่น การคัดกรองสุขภาพ การให้คำแนะนำสุขภาพ และการเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีข้อมูลประวัติการรับบริการหรือข้อมูลคะแนน ADL ไม่สมบูรณ์
- ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม JHCIS รพ.สต. ในจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2567
- กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลต้นทุนการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) เท่ากับ 0 - 11 คะแนน และผลลัพธ์จากฐานข้อมูลหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิ โปรแกรม JHCIS รพ.สต. ทั้ง 12 แห่ง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มอิสระ ภายใต้สมมติฐานแบบ two-tailed และเงื่อนไขของขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งได้จากการผลการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เท่ากับ 0.33 (Crocker, Young, Forster, Brown, Goodwin, Wright, 2013) ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of Test, $1 - \beta$) เท่ากับ .80 ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ด้วยความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 292 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC กลุ่ม ๆ ละ 146 ราย แล้วทำการคำนวณสัดส่วนตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละ รพ.สต. จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ได้แก่ ค่าวัสดุ ประกอบด้วยเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและวัสดุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการและค่าเยี่ยมบ้าน โดยเก็บจำนวนครั้งการเยี่ยมบ้านรายบุคคลของผู้สูงอายุเป็นค่าจ้าง CG และค่าเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/CM ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
2. แบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ กรอกรายละเอียดข้อมูลทุติยภูมิผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการจากฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม JHCIS รพ.สต. ซึ่งเป็นข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา และข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยใช้ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2564) ประกอบด้วยคะแนน ADL ก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพจาก รพ.สต. ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและสร้างแบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์และแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลต้นทุนสำหรับศึกษาวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
3. ผู้วิจัยประสานกลุ่มงานสุขภาพจิตใจ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และรพ.สต. เพื่อดึงข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลและข้อมูลต้นทุนในการจัดบริการ
4. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality Test) ด้วยวิธี Shapiro-Wilk Test แล้วพบว่าข้อมูลมีความไม่สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการกระจายของข้อมูลมีความเบ้และไม่ได้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ดังนั้น เพื่อรักษาความถูกต้อง แม่นยำและป้องกันอคติทางสถิติ (Statistical Bias) จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนมาใช้สถิติแบบนอนพารามิเตอร์ (Non-parametric test) ซึ่งมีความเหมาะสมและสะท้อนความจริงของข้อมูลมากกว่า

1. การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนการจัดบริการด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 และโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ประกอบด้วย Median และ Mean และสถิติเชิงอนุมาน Mann-Whitney U-Test โดยมีรายละเอียดการคำนวณดังนี้

การคำนวณต้นทุนทางตรงต่อคน ประกอบด้วย ผลรวมของต้นทุนค่าวัสดุและค่าเยี่ยมบ้านต่อคนหารด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556)

$$\text{ต้นทุนทางตรงต่อคน} = \frac{\text{ผลรวมค่าวัสดุต่อคน} + \text{ผลรวมค่าบริการเยี่ยมบ้านต่อคน}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง}}$$

โดยอัตราค่าวัสดุทางการแพทย์แต่ละรายการอ้างอิงจากผลสืบราคาวัสดุทางการแพทย์ร่วมจังหวัดลำปาง สำหรับปีงบประมาณ 2568 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2568) ส่วนอัตราค่าบริการเยี่ยมบ้าน CG อ้างอิงจากการประมาณการค่าตอบแทน CG ตามที่ระบุในแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ซึ่งผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ LTC ระดับท้องถิ่นและอัตราค่าบริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568 (กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลในการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เปรียบเทียบคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังภายในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Sign test เนื่องจากตรวจสอบลักษณะสถิติพรรณนาพบว่า ผลต่างของคะแนน ADL มีความเบ้อย่างรุนแรงและไม่มีความสมมาตรของการแจกแจง (Asymmetric distribution) อีกทั้งข้อมูลมีค่าสุดโต่ง (Extreme Outliers) ปรากฏอยู่จำนวนหนึ่ง หากใช้สถิติ Wilcoxon จะให้ผลลัพธ์ที่บิดเบือนได้ ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน ใช้สถิติ Mann-Whitney U-Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ ET041/2568 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

ตาราง 1 รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

ประเด็น	กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 6)	กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 6)
นโยบายการดำเนินงาน	นโยบายของผู้บริหารมีความชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ	ทิศทางนโยบายในการสนับสนุนต่อการเข้าร่วมกองทุน LTC ยังไม่ชัดเจน
กลไกการบริหารจัดการ	- มีกลไกการบริหารกองทุนอย่างชัดเจน - มีคำสั่งคณะกรรมการกองทุน LTC และแต่งตั้ง CM และ CG ที่ได้รับคำตอบแทนตามแผนการดูแล - จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยทีมสหวิชาชีพ - มีการติดตามและรายงานผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนผ่านกลุ่มไลน์และรายงานการเยี่ยมบ้านของ CG โดยมี CM เข้ามามีส่วนร่วมติดตาม	- มีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต., อสม. และญาติ/ผู้ดูแลหลักในการดูแลโดยมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติและอสม. ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ด้วยตนเอง - มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในบาง รพ.สต. - รูปแบบการกำกับติดตามและการรายงานผลยังไม่ชัดเจนแต่มีการติดตามร่วมกับการประชุม อสม. ประจำเดือน
บุคลากรในการปฏิบัติงาน	มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ได้แก่ CM และมี CG ได้รับคำตอบแทนในการดูแล	- มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพ.สต. และ อสม. ในการดูแล - บางแห่งมี CM และมี CG แต่ไม่ได้รับคำตอบแทน
การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริการ	- สำรวจและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ประเมินคัดกรอง ADL และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม LTC สปสช. - จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) และประชุมคณะกรรมการฯ - ประชุมและวางแผนบริหารจัดการและควบคุมกำกับ CG - ประเมิน ADL ซ้ำ 9 เดือนและ 12 เดือน - บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านและทำหัตถการในโปรแกรม JHCIS - จัดทำ Case conference ทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลใหม่ - รับ-ส่งต่อผ่านโปรแกรม COC จาก รพ.ลำปาง รพช. และ รพ.สต. - ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ	- สำรวจและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ประเมินคัดกรอง ADL บันทึกในโปรแกรม JHCIS และคัดกรอง 9 ด้านผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. - มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในบาง รพ.สต. - มีการติดตามงานพร้อมกับการประชุม อสม. ในทุกเดือน - รับ-ส่งต่อผ่านโปรแกรม COC จากรพ.ลำปาง รพช. และ รพ.สต. - ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ
การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกสถานบริการ	- มีการเยี่ยมบ้านและการประเมินสุขภาพ โดย CM และ CG หรือทีมสหวิชาชีพ - ความถี่ในการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามแผนการดูแลรายบุคคล - ระบบการส่งต่อคนไข้จากโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต. ผ่านโปรแกรม COC และมีบริการรถรับ-ส่ง โดยเชื่อมประสานกับผู้ป่วยจาก รพ.สต.	- มีการเยี่ยมบ้านและการประเมินสุขภาพ โดยพยาบาลร่วมกับ อสม./CG ในบางพื้นที่/ทีมสหวิชาชีพ - ความถี่ในการเยี่ยมบ้านไม่สม่ำเสมอตามภาระงานและเหตุจำเป็นเร่งด่วนหรือเมื่อได้รับแจ้งจาก อสม. /ญาติ/ลงเยี่ยมพร้อมกับทีม COC - ระบบการส่งต่อคนไข้จากโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต. ผ่านโปรแกรม COC และส่วนใหญ่ไม่มีบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยจากอปท.
ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- งบประมาณเฉพาะจากกองทุน LTC รายบุคคลต่อปี - การสนับสนุนอุปกรณ์ได้รับการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นผ่านกองทุน LTC และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง	- งบประมาณปกติของ รพ.สต.หรือเงินบำรุงของโรงพยาบาลแม่ข่าย - การสนับสนุนอุปกรณ์จากการบริจาค/จัดซื้อเองโดยผู้ป่วย/งบ กปท. และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

ประเด็น	กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 6)	กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 6)
ปัญหาอุปสรรค	- ขั้นตอนเบิกจ่ายซับซ้อน/ล่าช้า - งบประมาณที่ได้รับมาและค่าตอบแทน CG ไม่เพียงพอ - ปัญหาโปรแกรม LTC ไม่เสถียร - บางแห่งมีการดำเนินงานไม่ต่อเนื่องเนื่องจากผู้รับผิดชอบงานโยกย้ายหรือมี CG ไม่เพียงพอ	- บุคลากร รพ.สต.และอปท.งบประมาณไม่เพียงพอ - สิ่งสนับสนุนไม่เพียงพอ เช่น ผ้าอ้อม วัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็น - ของที่ได้มาจากการบริจาคไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ขนาดผ้าอ้อมผู้ใหญ่ - ประชาชนยังมีความรู้ LTC ไม่เพียงพอ จึงไม่ได้รับสิ่งสนับสนุนตามสิทธิที่ควรได้รับ - บางแห่งมีการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร
ข้อเสนอแนะ	- ลดขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ - เพิ่มค่าตอบแทน CG หรือมีการจ้างนักบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม - มีงบประมาณถึงผู้สูงอายุโดยตรง - เพิ่มการอบรม CM และ CG ใหม่ให้มีจำนวนมากขึ้น และฟื้นฟูศักยภาพ - แจ้งปิดปรับปรุงโปรแกรมฯ ล่วงหน้า	- ผลักดันแกนนำผู้สูงอายุให้ช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ - มีการจ้างนักบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม - มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และ CG เดิม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หมายเหตุ : LTC = Long Term Care, CM = Care Manager, CG = Caregiver, อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ADL = Activities of Daily Living, กปท. = กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น, อปท. = องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากตาราง 1 รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต.ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ในจังหวัดลำปาง มีประเด็นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ เน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นหลัก (Home Health Care) โดยการเยี่ยมบ้านและการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนมีระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม COC (Continuity Of Care: COC) เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชุมชน จนถึงรพ.สต. ทั้งนี้ มีความแตกต่าง ได้แก่ กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีนโยบายและกลไกการบริหารจัดการที่ชัดเจนจาก อปท. และใช้แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในการกำกับดูแลโดย CM และมี CG ในการเยี่ยมบ้านซึ่งมีความสม่ำเสมอตามแผนการดูแลรายบุคคลได้รับค่าตอบแทนตามระเบียบกองทุน LTC พร้อมมีระบบรับ-ส่งจาก อปท. ในการไปรักษาตามนัดที่โรงพยาบาล รวมถึงมีงบประมาณสนับสนุนรายหัวเพิ่มเติมจากงบดำเนินงานปกติ แต่กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ยังคงมีข้อจำกัดด้านความพร้อมของบุคลากรในสังกัด อปท. และ รพ.สต. รวมถึงทิศทางนโยบายที่สนับสนุนต่อการเข้าร่วมกองทุน LTC ยังไม่ชัดเจน มีการดูแลเยี่ยมบ้านโดยทีมบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต.และอสม. ไม่มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในบางพื้นที่ ซึ่งมีความถนัดในการเยี่ยมบ้านไม่แน่นอนและขาดแคลนระบบสนับสนุนรับ-ส่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในส่วนของงบประมาณใช้งบประมาณภายในหน่วยบริการร่วมกับการระดมทรัพยากรจากการบริจาคและกองทุนอื่น ๆ

2. การเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

ข้อมูลทั่วไป	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=292)				ทั้งหมด	ร้อยละ
	กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วม		กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วม			
	กองทุน LTC (n = 146)		กองทุน LTC (n = 146)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	52	35.62	53	36.30	105	35.96
หญิง	94	64.38	93	63.70	187	64.04
อายุ (M = 79 ปี)						
60 - 69 ปี	18	12.33	41	28.08	59	20.21
70 - 79 ปี	48	32.88	45	30.82	93	31.85
80 - 89 ปี	45	30.82	40	27.40	85	29.10
90 ปีขึ้นไป	35	23.97	20	13.70	55	18.84
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	141	96.58	134	91.78	275	94.18
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ ประกันสังคม	5	3.42	12	8.22	17	5.82
กลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนน ADL						
ติดบ้าน (5 - 11 คะแนน)	111	76.03	97	66.44	208	71.23
ติดเตียง (0 - 4 คะแนน)	35	23.97	49	33.56	84	28.77

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง ในช่วงปีงบประมาณ 2567 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกัน ในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 79 ปี ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อแยกกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนน ADL พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้านโดยกลุ่ม รพ.สต.ที่เข้าร่วมกองทุน LTC พบร้อยละ 76.03 และกลุ่ม รพ.สต.ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC พบร้อยละ 66.44

ตาราง 3 การเปรียบเทียบต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต.ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดลำปาง (บาท)

ระดับภาวะพึ่งพิง	ค่าวัสดุ	ค่าเยี่ยมบ้าน	ต้นทุนรวม	ต้นทุนต่อคน			
				Min	Max	Median	Mean
กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)							
ติดบ้าน (n = 111)	560,394.66	1,014,600.00	1,574,994.66	7,527.50	31,543.90	13,649.00	14,189.14
ติดเตียง (n = 35)	430,494.42	368,400.00	798,894.42	15,391.68	40,581.30	20,599.50	22,825.55
รวม	990,889.08	1,383,000.00	2,373,889.08	7,527.50	40,581.30	16,224.25	16,259.51
กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)							
ติดบ้าน (n = 97)	914,097.14	1,165,200.00	2,079,297.14	6,927.50	43,302.90	16,573.50	21,436.05
ติดเตียง (n = 49)	613,238.62	738,600.00	1,351,838.62	13,820.68	61,835.18	18,525.06	27,588.54
รวม	1,527,335.76	1,903,800.00	3,431,135.76	6,927.50	61,835.18	17,212.68	23,500.93

จากตาราง 3 ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานต้นทุนรวมต่อคนอยู่ที่ 16,224.25 บาท และกลุ่ม รพ.สต.ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ค่ามัธยฐาน 17,212.68 บาท เมื่อแยกกลุ่มตามคะแนน ADL พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีต้นทุนรวมต่อคนสูงสุดทั้งในกลุ่ม รพ.สต.ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC คือ 20,599.50 บาท และ 18,525.06 บาท ตามลำดับ

ตาราง 4 การเปรียบเทียบต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง ด้วยการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U Test (บาท)

ระดับภาวะพึ่งพิง	กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วม LTC (n = 146)	กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วม LTC (n = 146)	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)	
กลุ่มติดบ้านต้นทุนรวม	13,649.00 (12,632.02)	16,573.50 (17,098.84)	< .001
กลุ่มติดเตียงต้นทุนรวม	20,599.50 (6,898.84)	18,525.06 (20,936.02)	.475
ต้นทุนรวมทั้งหมด	16,224.25 (13,084.30)	17,212.68 (20,991.42)	< .001

จากตาราง 4 จากการเปรียบเทียบต้นทุนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง พบว่า ในภาพรวมค่ามัธยฐานของต้นทุนรวมทั้งหมดระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$) โดยพบว่า รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานต้นทุนรวมเท่ากับ 17,212.68 บาท สูงกว่า รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC เท่ากับ 16,224.25 บาท เมื่อจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิงพบว่า กลุ่มติดบ้านมีค่ามัธยฐานของต้นทุนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนกลุ่มติดเตียง พบว่า ค่ามัธยฐานต้นทุนรวมไม่แตกต่างกัน

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังภายในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดลำปาง ด้วยการทดสอบสถิติ Sign test

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนการให้บริการ LTC		หลังการให้บริการ LTC		p-value
	Med	IQR	Med	IQR	
กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)	8	6	8	6	.215
กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)	8	6	7.5	7	.280

จากตาราง 5 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่า กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 8 ทั้งก่อนและหลัง ขณะที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ลดลงจาก 8 เป็น 7.5 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตาราง 6 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จังหวัดลำปาง ด้วยการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U-test

คะแนน ADL	กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)		กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)		p-value
	Med	IQR	Med	IQR	
ก่อนการให้บริการ LTC	8	6	8	6	.326
หลังการให้บริการ LTC	8	6	7.5	7	.058

จากตาราง 6 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง พบว่า ก่อนได้รับการบริการ ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากันที่ 8 คะแนน และไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับหลังได้รับการบริการ พบว่า กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานคะแนน ADL เท่ากับ 8 คะแนน ขณะที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานคะแนน ADL ลดลงอยู่ที่ 7.5 คะแนน อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังได้รับการบริการ พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนน ADL ของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผล

รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC จังหวัดลำปาง ด้านการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกสถานบริการเน้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยการเยี่ยมบ้านและประเมิน ADL มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อผ่านโปรแกรม COC เป็นไปในทิศทางเดียวกันระหว่าง รพ.สต. ทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลระยะยาวในการจัดบริการแบบบูรณาการระหว่างสุขภาพกับสังคมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) รวมถึงนโยบายหมอบริการและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่มุ่งเน้นการดูแลใกล้บ้านใกล้ใจและการเยี่ยมบ้านเชิงรุก (Home Visit) โดยทีมสหวิชาชีพ (คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2562) และแนวทางพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดูแลใกล้บ้าน ใกล้ใจ ไร้รอยต่อ เชื่อมโยงกับระบบดูแลในปฐมภูมิผ่านกลไก 3 หมอ โดย อสม. ประเมิน/คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แม้ในพื้นที่ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567) ทั้งนี้ มีความแตกต่างกันด้านนโยบายกลไกการบริหารจัดการ บุคลากรในการปฏิบัติงานและต้นทุนการดูแลที่ชัดเจนในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีระเบียบของกองทุน LTC ในการแต่งตั้ง CM และ CG รวมถึงการทำ Care Plan อย่างเป็นระบบใช้ในการพิจารณาเบิกจ่ายงบประมาณเฉพาะจากกองทุน LTC รายบุคคลต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) ส่วนกลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีการให้บริการตามความจำเป็นโดยบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. และ อสม. หรือครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่ดูแลแทน Caregiver เป็นไปตามรูปแบบการให้บริการปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2563) อีกทั้ง กลุ่มที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอมากกว่า เนื่องจากระบบกองทุน LTC มีกลไกค่าตอบแทน CG เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดความถี่ในการจัดบริการเชิงรุก (ยศ วัชรคุปต์, วรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจนา, สาวีณี สุริยันต์กร, 2561) ที่ส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ต้นทุนรวมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดย รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานต้นทุนรวม 17,212.68 บาท สูงกว่า รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC 16,224.25 บาท เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการและการทำงานของกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีกลไกการบริหารจัดการทรัพยากรผ่านแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่ชัดเจน ซึ่งเป็นเครื่องมือควบคุมการใช้ทรัพยากรให้เป็นไปตามความจำเป็นของชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้การเบิกจ่ายค่าวัสดุและค่าเยี่ยมบ้านเป็นไปอย่างเป็นระบบมากกว่า สอดคล้องกับระเบียบของกองทุน LTC บังคับให้ต้องมีการแต่งตั้ง CM และ CG รวมถึงการทำ Care Plan อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการเบิกจ่ายงบประมาณเฉพาะจากกองทุน LTC รายบุคคลต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) ในขณะที่รูปแบบการจัดบริการและการทำงานของกลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีกระบวนการจัดการที่มีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในบางแห่งเท่านั้น รวมถึงแนวทางด้านการใช้จ่ายงบประมาณไม่ชัดเจนเป็นไปตามสถานการณ์เงินบำรุง รพ.สต. หรือโรงพยาบาล การบริจาคอาจจะไม่แน่นอนหรือไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ขนาดผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เมื่อพิจารณาในมุมมองผู้ให้บริการต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC จะถูกจำกัดด้วย

งบประมาณชุดสิทธิประโยชน์ทำให้ผู้ให้บริการต้องบริหารจัดการภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด สอดคล้องกับแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ว่า การเปลี่ยนจากการจ่ายเงินตามรายการมาเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายตามแผนการดูแล (Care Plan) ช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความตระหนักด้านต้นทุนและพยายามจัดการบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้งบประมาณที่ได้รับให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลที่กำหนด (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart, Torrance, 2015) ทำให้ อบท. และ รพ.สต. บริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อแยกกลุ่มตามระดับภาวะพึ่งพิงที่เป็นไปตามคะแนน ADL พบว่า กลุ่มติดบ้านมีค่ามัธยฐานของต้นทุนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการและการทำงานของกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC จะมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่ชัดเจน ทำให้เกิดการวางแผนการใช้วัสดุสิ้นเปลืองและตารางการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพมากกว่าและกิจกรรมพื้นฐานจะส่งต่อให้ CG ทำหน้าที่ดูแลทำให้ค่าบริการเยี่ยมบ้านลดลง ซึ่งพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพจะให้บริการในบางกรณีที่มีภาวะพึ่งพิงซับซ้อน อย่างไรก็ตาม กลุ่มติดเตียงมีต้นทุนรวมของกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการและการทำงานส่วนใหญ่ใช้บุคลากรในการให้บริการเยี่ยมบ้านที่มีความถี่มากกว่าและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีการใช้วัสดุเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและวัสดุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการที่มากกว่า สอดคล้องกับต้นทุนต่อหน่วยจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มติดเตียงกลุ่มที่ 4 ซึ่งมีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 มีค่ามากที่สุดต้นทุน เท่ากับ 7,758.06 บาท (ณภัฏ รัตนวิชัย, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2561) ทั้งนี้ ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนั้นอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว โรคร่วม ลักษณะทางเศรษฐกิจ การมีผู้ดูแลและภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการในช่วงเวลานั้น ๆ ดังนั้น ควรจัดบริการตามแนวทางการจัดสรรทรัพยากรที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุและความต้องการรายบุคคลที่ให้ความสำคัญกับความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรและการบริหารต้นทุนในระดับชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการได้รับบริการไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการระบบการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน (อนันต์ คำอ่อน, 2565) และการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการดูแลเชิงสังคม (Social Care) เพื่อประคับประคองไม่ให้สุขภาพแย่ลงมากกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในการเพิ่มคะแนน ADL ให้สูงขึ้น (สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม สิริพันธ์, 2561) ทั้งนี้ เนื่องจากจังหวัดลำปางมีรูปแบบการจัดบริการและการทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันในการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นหลักโดยการเยี่ยมบ้านและประเมิน ADL ตลอดจนมีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดูแลใกล้บ้าน ใกล้ใจ ไร้รอยต่อ เชื่อมโยงกับระบบดูแลในปทุมภูมิผ่านกลไก 3 หมอ เข้ามาทดแทนบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567) ถึงแม้จะขาดงบประมาณเฉพาะบุคคล แต่ในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีความถี่ในการจัดบริการที่มากกว่า มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบและมีการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล ควรส่งผลต่อประสิทธิผลที่ดีกว่าแต่คะแนน ADL หลังการดูแลและระหว่างกลุ่มของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 71.23 ซึ่งมีสภาวะความเสี่ยงตามวัยสูง ทำให้การเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL ทำได้ยากกว่ากลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันแล้วรับการฟื้นฟู ทั้งนี้ การดูแลมักเป็นการประคับประคองสถานะเดิมไม่ทำให้ทรุดลงมากกว่าการฟื้นฟูให้กลับมาดีขึ้นและประสิทธิผลของการดูแลระยะยาวไม่สามารถวัดด้วยคะแนน ADL เพียงอย่างเดียวแต่ควรครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ (อนันต์ คำอ่อน, 2565) ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงการที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับหรือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะถือเป็นประสิทธิผลที่สำคัญยิ่งกว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL (ศิริณี ศรีหาคา, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วชิร อมรโรจน์วรวุฒิ, ปิยธิดา คูทธิบุญรัตน์, ธารา รัตนอำนาจศิริ, นวลละออง ทองโคตร, 2561)

ข้อจำกัดในงานวิจัย การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ครอบคลุมหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. หรือ อบต. ซึ่งอาจมีบริบทการบริหารจัดการที่แตกต่างกันและเป็นการวิเคราะห์จากมุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลักโดยยังไม่ได้คำนวณต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่าเสียโอกาสของญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงการวิเคราะห์ประสิทธิผลใช้คะแนน ADL เพียงอย่างเดียวอาจไม่สะท้อนมิติด้านคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจและระยะเวลาติดตามผล 1 ปี อาจสั้นเกินกว่าจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกายที่ชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สนับสนุนให้ อบต. ที่ยังไม่เข้าร่วมกองทุน LTC เข้ามาบริหารจัดการภายใต้กองทุนนี้ เพื่อความยั่งยืนทางการเงินของระบบสาธารณสุขเนื่องจากการดูแลภายใต้ระบบกองทุนมีประสิทธิภาพทางต้นทุนสูงกว่าการดูแลแบบปกติ
2. ควรพัฒนา CG หรือเน้นการฝึกทักษะให้ญาติหรือผู้ดูแลในการทำกายภาพบำบัดพื้นฐาน เพื่อให้ผลลัพธ์สุขภาพคงที่โดยไม่ต้องใช้ทรัพยากรสูงเกินความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. ควรมีการจัดทำคลังวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระดับตำบลหรืออำเภอ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงจะช่วยลดการสำรองวัสดุซ้ำซ้อนในแต่ละ รพ.สต.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในมิติด้านคุณภาพชีวิต เช่น ภาระของผู้ดูแล เพื่อประเมินประสิทธิผลเชิงลึก
2. ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลและต้นทุนระหว่าง รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ
3. ควรศึกษาต้นทุนให้ครอบคลุมทั้งต้นทุนทางตรงและทางอ้อม (Indirect Costs) เพื่อให้เห็นภาพรวมภาระต้นทุนที่แท้จริงของครอบครัวและสังคม

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มิได้ประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดัดแปลง ปรับปรุง หรือแก้ไข ในกระบวนการใดๆ ตลอดการจัดทำ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยขอยืนยันว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ในการเผยแพร่บทความนี้

รายการอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2568). สถิติจำนวนประชากร ปี พ.ศ. 2568. กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
- กรมบัญชีกลาง. (2557). แนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานบริการสาธารณะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. สำนักมาตรฐานด้านการบัญชีภาครัฐ.
- กรมอนามัย. (2563). แนวทางการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 142 ตอนพิเศษ 58 ง.
- คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2562). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา.

- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2567). แนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ณปักษ์ รัตนวิชัย และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2561). การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 259-268. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/164720>
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. ส่วนที่ 2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หน้า 34. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/download?id=121916&mid=33527&mkey=m_document&lang=th&did=18939
- ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลัสรัฐ พังนา, และสาวิณี สุริยันต์ตรกร. (2561). ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(4), 608-624. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5000>
- ศรีเรือน ดีพูน. (2562). ต้นทุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34(2), 275-289. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/210094>
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วัชร อมรโรจน์วรฤดี, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, ธารา รัตนอำนวยศิริ, และ นวลละออง ทองโคตร. (2561). ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2564). คู่มือการประเมินคัดกรองความถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/10/book_1.pdf
- สุนิษา มะลิวัลย์. (2567). ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตอีก 20 ปี. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198>
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิษั เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และบรรคม ลิระพันธ์. (2561). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2568 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4850?locale-attribute=th>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost). กลุ่มประกันสุขภาพ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2568 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_94190.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2567). การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดลำปาง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2568). ผลการสำรวจควา้สุขภาพการแพทย์ร่วมจังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *คู่มือการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* ปีงบประมาณ 2567. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2565). ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัดและความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ 3.15 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/3-15-66/download?id=100722&mid=37729&mkey=m_document&lang=th&did=30783
- อนันต์ คำอ่อน. (2565). *การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นำร่องอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น*. โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
- อังคณา จำปาวาน, กรกช วิจิตรจรัสแสง, และปจรรย์ แผลไข. (2568). การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติรอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crocker, T., Young, J., Forster, A., Brown, L., Goodwin, M., & Wright, J. (2013). The effectiveness of physical rehabilitation for older people living in long-term care: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Age and Ageing*, 42(Suppl. 1), i30–i31. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft083>
- Denzin, N. K. (2017). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods* (5th ed.). New York, NY: Routledge.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4th ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Journal of Educational Research*, 2(2), 49–60.
- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Retrieved June 5, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. Retrieved June 5, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>