



Quick win แล้วสิ้นใจ?

ประคับประคองศูนย์ชีวภินาลอย่างไรให้อยู่รอด?

พิชชากร เรืองเดชาวิวัฒน์, สรัช สินธุประมา

Highlights

- นโยบายชีวภินาลมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ‘ตายดี’ ในสถานที่ที่เหมาะสมและสบายใจ แต่ปัญหาพื้นฐานของนโยบาย quick win คือการขาดบุคลากรและงบประมาณ ทำให้ยังคงเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึง
- แม้มีการตั้งศูนย์ชีวภินาลมากถึง 2,385 แห่งใน 1 ปี แต่บุคลากรทางการแพทย์และ caregiver ต้องทำงานหนักขึ้น ดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มเกินกำลัง โดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมและระยะประคับประคองที่ต้องการการดูแลใกล้ชิดกว่าเดิม
- รัฐต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และ caregiver ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย และจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับนโยบายชีวภินาลกับทุกภาคส่วน



ที่มา: freepik

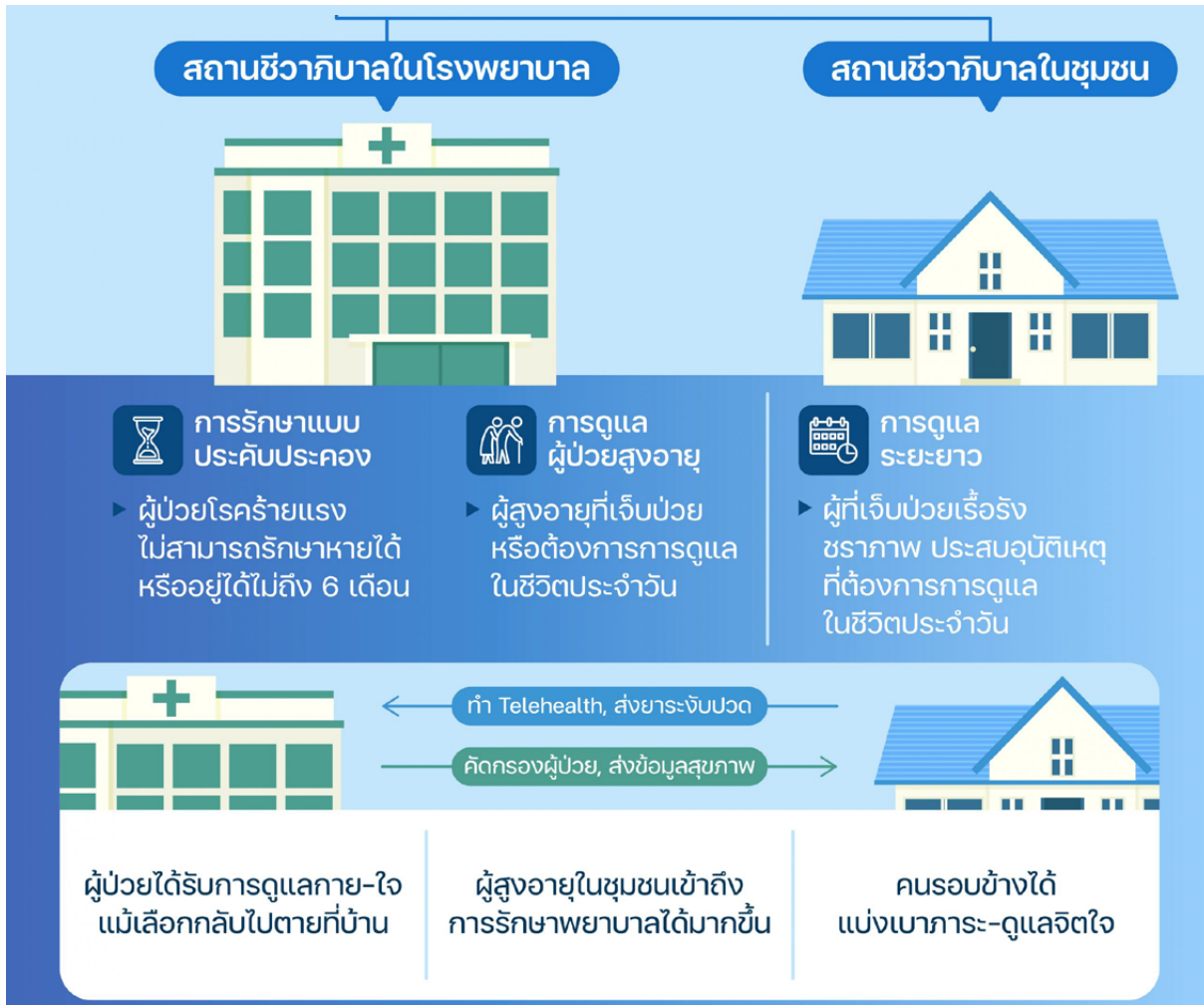
คุณลุงวัย 63 ปี ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา และญาติก็ตัดสินใจที่จะยุติการรักษา เพื่อให้คุณลุงจากไปอย่างสงบ กลับถูกนำมานอนรอความตายที่ศาลาตั้งศพในวัด เนื่องจากเจ้าของบ้านเช่าไม่ยอมให้มีคนตายในบ้านเช่าของตน¹ กรณีเช่นนี้ทำให้เห็นถึงช่องโหว่ของการรักษาพยาบาลที่ไม่มีพื้นที่ให้คนป่วยที่ต้องการยุติการรักษาและเลือกที่จะกลับมาตายในพื้นที่ที่สบายใจที่สุด นั่นก็คือ ‘บ้าน’

ในปัจจุบันไทยกำลังดำเนินนโยบายที่เรียกว่า ‘สถานชีวาภิบาล’ เพื่อรองรับคนที่อยู่ในสถานการณ์เหล่านี้ ให้คนป่วยที่ยุติการรักษาหรือ

คนชราที่เป็นไม่ว่างเฝ้าเข้าสู่การเตรียมตัวไปสู่ ‘การตายดี’ โดยที่ยังมีการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานที่ซึ่งเรียกว่า ‘ศูนย์ชีวาภิบาล’

แต่นโยบายชีวาภิบาลที่ทำมาแล้วหนึ่งปีกว่าๆ อาจยังไม่ใช่คำตอบของการเตรียมตัวไปสู่เชิงตะกอน ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) โดยความร่วมมือของ สสส. กับ 101 PUB เชิญร่วมติดตามผลงานนโยบายชีวาภิบาลที่ยังมีแต่ปัญหารอให้แก้ไขรอบด้าน





ที่มา

ThaiPBS (2024), WHO (2024), Elder (2024), สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์

ชีวาภิบาล = การดูแล เพื่อให้ตายดี

‘สถานชีวาภิบาล’ ตามคำนิยามของรัฐคือ สถานที่สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกินหกเดือน ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นได้ตายดี ตายสงบ และตายอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นโยบายดังกล่าวเป็นหนึ่งในนโยบาย quick win ของรัฐบาล

เพื่อไทย มีเป้าหมายคือการให้มีสถานชีวาภิบาลในทุกจังหวัด ทั้งรูปแบบศูนย์ในโรงพยาบาลและศูนย์ในชุมชน²

สถานชีวาภิบาลเป็นการเชื่อมโยงการดูแล 3 รูปแบบ คือการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (elderly care) และ

การดูแลระยะยาวในชุมชน (long-term care)
เข้าด้วยกัน

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึงการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญหน้ากับโรคร้ายแรงถึงชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจในระยะท้าย ซึ่งการรักษาแบบปกติอาจเป็นเพียงการยืดชีวิตมากกว่าการช่วยให้หาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่มีการตกลงกับแพทย์และพยาบาลไว้ตั้งแต่ที่ยังมีสติรับรู้ดี ตลอดจนเป็นการตัดสินใจร่วมกับญาติสนิท³ การดูแลแบบประคับประคองยังช่วยลดความเสี่ยงที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยต้องสูญเสียเงินจำนวนมาก โดยพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาที่โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตอยู่ที่ 44,974 บาท แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 26,821 บาท⁴

การดูแลแบบต่อมาคือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (elderly care) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเต็มที่ หรือผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษในชีวิตประจำวัน โดยดูแลตั้งแต่เรื่องอาหาร ไปจนถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ⁵ โดยอยู่ในรูปแบบของหน่วยดูแลในโรงพยาบาล ทั้งหน่วยบริการผู้สูงอายุ รวมถึงตึกอายุรกรรมผู้สูงอายุ

ท้ายสุดคือการดูแลระยะยาว (long-term care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนคนที่ทำกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตัวเองได้น้อยหรือป่วยเรื้อรัง ซึ่งโดยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ⁶ การดูแลรูปแบบนี้เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานะสังคมสูงวัย โดยรัฐอุดหนุนให้มีผู้ดูแลเข้าไปคอยติดตามดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมี

สุขภาพดีและประวิงเวลาที่จะต้องใช้บริการ
สองแบบแรกออกไปให้นานที่สุด

การทำงานในอุดมคติของสถานชีวาทิบาลมีโรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในชุมชนหรือที่บ้าน ส่งยารักษาอาการ รวมถึงติดตามและรองรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา เพื่อให้เกิดการวางแผนในระยะท้ายของชีวิต หรือที่เรียกว่า advance care plan

ศูนย์ในชุมชนจะทำหน้าที่เสมือนประตูด่านแรกที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงการรักษาและการวางแผนในโรงพยาบาล และยังทำหน้าที่เป็นสถานที่ดูแลกายใจของผู้ป่วยในสถานชีวาทิบาล มีการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยกับโรงพยาบาล และมีอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต และผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ



ที่มา : Unsplash

จะเห็นได้ว่า หากนโยบายนี้ประสบความสำเร็จ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้อยู่ในสถานที่ที่เหมาะสมและสบายใจ ลดการเข้าห้องฉุกเฉินและเข้าโรงพยาบาลซ้ำ และยังทำให้เจ้าหน้าที่สามารถรับรู้อาการโดยละเอียดของผู้ป่วยได้ ซึ่งทำให้การรักษาต่อไปแม่นยำมากขึ้น⁷ และยังช่วยลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย เพราะมีการติดตามอาการโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

แม้โดยหลักการนโยบายนี้จะเพิ่มคุณภาพชีวิตบั้นปลายให้กับคนไทยได้อย่างมาก ทว่าในทางปฏิบัติ การผสมผสานการดูแลระดับรองลงไปสู่การดูแลในชุมชนก็อาจสร้างปัญหาตามมา หากการออกแบบและดำเนินนโยบายไม่รอบคอบเพียงพอ จากงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าเจ้าหน้าที่ที่อยู่หน้างานเสี่ยงเกิดความเครียดจากการต้องดูแลกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม และความเสียใจจากการสูญเสียคนไข้ที่ใกล้ชีวิต⁸ การสนับสนุนบุคลากรที่เพียงพอจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบายนี้



ตั้งศูนย์ได้เพียบ แต่กำลังคนยังไม่พอ

เป้าหมายของสถานชีวาภิบาลใน 100 วันแรก คือการตั้งศูนย์ชีวาภิบาลจังหวัดละหนึ่งแห่ง hospital at home จังหวัดละหนึ่งแห่ง และคลินิกผู้สูงอายุในทุกโรงพยาบาล รวมอย่างน้อย 1,645 แห่งทั่วประเทศ⁹ ในปัจจุบันประเทศไทยมีศูนย์ชีวาภิบาลอยู่แล้ว ปรากฏว่าหลังจากผ่านมาหนึ่งปี สามารถจัดตั้งได้มากถึง 2,385 แห่ง¹⁰ โดยแบ่งออกเป็น ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล 609 แห่ง คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 630 แห่ง สถานชีวาภิบาลในชุมชน 454 แห่ง และ บ้านสำหรับดูแลผู้ป่วยใน (hospital at home) 692 แห่ง

เพื่อให้เสร็จทัน 100 วันตามเป้าหมายของนโยบาย quick win การตั้งศูนย์ชีวาภิบาลใน

โรงพยาบาล จำนวนหนึ่งอาศัยการเปลี่ยนชื่อศูนย์หรือเดิมชื่อทำศูนย์ที่มีอยู่เดิม เช่น กรณีโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เปลี่ยนชื่อจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องเดิมมาเป็นศูนย์ชีวาภิบาล¹¹ ส่วนศูนย์ที่ตั้งขึ้นมาใหม่ ในทางปฏิบัติมักนำไปรวมไว้กับศูนย์ระดับรองหรือศูนย์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอยู่เดิมโดยไม่ได้มีการตั้งกรอบอัตรากำลังเพิ่ม

การผสมและเชื่อมโยงระบบดูแลระดับรองลงไปสู่ส่วนงานต่างๆ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์หน้างานโดยเฉพาะพยาบาลต้องทำงานหนักมากขึ้น ทั้งการต้องดูแลผู้ป่วยครอบคลุมหลายกลุ่มมากขึ้น เช่น เดิมเคยดูแลผู้ป่วยสูงอายุก็ต้องมาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่ม และอาจมีการส่งต่อจากชุมชนเข้ามามากขึ้น และ

เมื่อส่งผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปที่บ้านหรือชุมชน ก็ต้องติดต่อประสานงาน กับหน่วยงานสาธารณสุข ชุมชน เช่น กุฎิชีวภิบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อติดตามอาการและ

คอยให้คำแนะนำเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน อาทิ ความดันตกกะทันหัน และยังต้องมีการลงพื้นที่เพื่อตรวจเยี่ยมคนไข้และตรวจสอบการทำงานของสถาน ชีวภิบาลในชุมชน อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์¹²



ที่มา
 ThaiPBS (2024), กรมอนามัย

Caregiver เสี่ยงไม่พอดูแลคนป่วยตามความต้องการของรัฐ

นอกจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่สำคัญมากอีกส่วนหนึ่งคือ

ผู้ที่ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (caregiver) หรือ CG โดยพบว่า ในปัจจุบันมี CG รวมถึงอาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานจริงอยู่ 106,085 คน¹³ ดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม care plan ของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

454,355 คน¹⁴ โดยเฉลี่ยแล้ว CG หนึ่งคนจะต้องดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง 4.2 คน ซึ่งถือว่ามียาจำนวน CG เพียงพอตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งไว้ให้มีสัดส่วนไม่เกิน 1:5¹⁵

ในปัจจุบันมีการเพิ่มจำนวน caregiver เฉลี่ยปีละ 2,608 คน¹⁶ และมีการเพิ่มอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทยขึ้นมาด้วย แต่ยังคงไล่ไม่ทันจำนวนผู้ป่วยที่จะเพิ่มขึ้นตามนโยบายชีวภาพการขยายการดูแลจากผู้มีภาวะพึ่งพิงเดิมให้กินความถึงผู้ป่วยสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะกลางและผู้ป่วยระยะประคับประคอง จะทำให้มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเป็น 600,000 คน¹⁷ ซึ่งหากยังเพิ่มผู้ดูแลได้ในอัตราเท่าเดิมจะทำให้ผู้ดูแลหนึ่งคนต้องดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงตามนิยามใหม่ 5.8 คน เกินกว่าสัดส่วนที่ดีที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข

ยิ่งไปกว่านั้นผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ป่วยระยะประคับประคองต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้มีภาวะพึ่งพิงในนิยามเดิม โดยต้องการผู้ดูแลหนึ่งคนต่อผู้ป่วยสามคน¹⁸ กล่าวคือหากต้องการให้การดูแลในชุมชนเกิดขึ้นได้อย่างมีคุณภาพ จะต้องเพิ่มจำนวนผู้ดูแลทั้ง

สองกลุ่มให้มีส่วนร่วมอย่างน้อย 200,000 คน หรือเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า

นอกจากนี้ยังมีผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีความต้องการพิเศษ เช่น พระสงฆ์อาพาธติดเตียงที่ต้องการการดูแลแบบ 24 ชั่วโมง จากการสัมภาษณ์พระภิกษุรูปหนึ่ง ในจังหวัดพิจิตร พบว่าภิกษุชีวาภิบาลที่วัด มีพระคิลานุปัฏฐาก ซึ่งเป็นพระอาสาสมัครที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธ รวมทั้งสิ้นห้ารูปดูแลพระสงฆ์อาพาธติดเตียงสิบรูป และพระสงฆ์ทุกพลภาพอีกสามรูป ซึ่งไม่เกินจากสัดส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดก็จริง แต่เนื่องจากไม่สามารถจัดให้มีการดูแลและดื่กได้ในทางปฏิบัติ กลับพบว่าในตอนกลางคืนต้องให้การสังเกตอาการผ่านกล้องวงจรปิด¹⁹





ที่มา

peacefuldeath, ThaiPBS (2024), Kunakornvong and Ngaosri (2020), HDC

งบไม่มา คนไม่เข้าใจ ปัญหาคลาสสิกของนโยบาย quick win

การเร่งตั้งศูนย์ชีวาทิบาลทั้งในโรงพยาบาล
 และในชุมชนให้ครบตามเป้าหมายของกระทรวง
 สาธารณสุขอาจไม่ใช่เรื่องยาก โดยอาศัยบุคลากร
 เดิมของโรงพยาบาลและชุมชนดำเนินการเป็น
 ส่วนใหญ่ แต่การจะทำให้ศูนย์ที่ตั้งขึ้นมาใหม่นี้
 สามารถทำงานได้ต่อเนื่อง ยังต้องอาศัยงบประมาณ

และการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย
 ให้กับทั้งผู้ปฏิบัติการและประชาชนไปพร้อมๆ กัน

ทว่าเรื่องงบประมาณในโรงพยาบาลก็ยัง
 มีปัญหา จากการสัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์ชีวาทิบาล
 ที่ตั้งขึ้นใหม่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

พบว่าไม่มีการตั้งงบประมาณให้กับศูนย์ชีวภิบาล ทำให้การจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเป็นไปได้น้อย เพราะต้องอาศัยการพึ่งพิงไปกับหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาล เช่น ดิเกบรีบาล ผู้สูงอายุ

“ไม่มีการตั้งงบประมาณเกี่ยวกับศูนย์นี้เลย ทั้งเรื่องงบประมาณบุคลากร หรือว่า เรื่องการส่งคนไปเทรน ทำให้กังวลว่า ถ้าเกษียณไปแล้วจะไม่มีคนรับช่วงต่อ เพราะว่าพยาบาลที่ดูอยู่มีน้อยมาก แล้วก็ไม่มีให้ไปศึกษาเรื่องนี้เพิ่ม”

หัวหน้าศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

กรณีของโรงพยาบาลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าศูนย์ชีวภิบาลที่ตั้งขึ้นมีความไม่มั่นคงอย่างยิ่ง เพราะการดำเนินงานในปัจจุบันผูกอยู่กับตัวบุคคลและยังขาดระบบที่จะช่วยให้ทำงานได้ในระยะยาว บุคลากรที่ปฏิบัติงานจึงรู้สึกไม่มั่นใจว่าศูนย์จะดำเนินงานต่อไปได้อีกนานเท่าไร²⁰

สถานชีวภิบาลในชุมชนได้เงินสนับสนุนจากรัฐอย่างไม่ตรงจุด-ไม่ยืดหยุ่น

สถานชีวภิบาลในชุมชนจำนวนมากอยู่ในรูปแบบของมูลนิธิชีวภิบาลซึ่งเผชิญปัญหางบประมาณที่ไม่เพียงพอและใช้จ่ายไม่คล่องตัว ทำให้ต้องพึ่งพาเงินบริจาค เช่น วัดที่บักลือที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (กองทุน LTC) 48,000 บาทต่อปีสำหรับการดูแลพระสงฆ์อาพาธทั้งสิ้น 13 รูป แต่เงิน

สนับสนุนที่ได้ถูกกำหนดไว้แล้วให้แบ่งเป็นเงินสำหรับพระคิลานุปัฏฐากสามรูป รูปละ 600 บาท 12 เดือน รวมเป็นเงิน 21,600 บาท และที่เหลือเป็นเงินสำหรับการเบิกซื้อของใช้ เช่น ผ้าอ้อม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่ในความเป็นจริงมูลนิธิชีวภิบาลยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีกมาก อาทิ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำมันสำหรับรถพยาบาล ซึ่งไม่สามารถนำงบประมาณดังกล่าวไปจ่ายได้ แต่ต้องให้จ่ายได้เมื่อรวมแล้วค่าใช้จ่ายต่อเดือนก็ยังสูงถึงราว 200,000 บาท เกินกว่าจำนวนที่รัฐสนับสนุนมาให้ทั้งปีไปมาก

อย่างไรก็ดี ประธานมูลนิธิชีวภิบาลดังกล่าวได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าทางวัดได้รับการสนับสนุนของใช้จากโรงพยาบาลสงฆ์อยู่แล้ว แต่เงินจำนวนดังกล่าวก็ไม่เพียงพอที่จะจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อดูแลสงฆ์อาพาธ ทำให้ต้องมีการรับบริจาคโดยการเดินธรรมาตราเพื่อระดมทุนซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์รวมถึงรถพยาบาลที่ใช้สำหรับรับส่งพระอาพาธเพิ่ม²¹

ปัญหาการสนับสนุนงบประมาณที่ไม่ยืดหยุ่นเป็นปัญหาในสถานชีวภิบาลชุมชนทั่วประเทศ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการดูแลแบบระยะยาวมีการตั้งกองทุนเงินสนับสนุนต่างหากออกจากกัน การสนับสนุนผู้ป่วยในระยะประคับประคอง เป็นการให้เงินสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้เป็นเวลา 6 เดือน สูงสุดไม่เกิน 9,000 บาท และการจ่ายเงินก็แบ่งเป็น 2 ก้อนหลักๆ คือ ก้อนที่จ่ายขณะยังมีชีวิตอยู่ และก้อนที่จ่ายเมื่อเสียชีวิต²²

แต่การสนับสนุนผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจะอาศัย “กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ

ท้องถิ่นหรือพื้นที่” ในการจ่ายเงินให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6,000 บาท/คน/ปี เพื่อนำไปจ่ายให้กับผู้มีหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในการดำเนินการสนับสนุนผู้มีภาวะพึ่งพิงต่อไป²³

ถึงแม้ว่านโยบายรัฐจะพยายามประสานการดูแลเข้าด้วยกัน แต่การที่กองทุนทั้งสองยัง

แยกขาดจากกันทำให้ประชาชนยังต้องเลือกรับประโยชน์จากทางใดทางหนึ่ง เช่น ในกรณีที่เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ก็ต้องเลือกว่าจะรับการสนับสนุนเป็นเงินอย่างผู้ป่วยประคับประคอง หรือรับการสนับสนุนแบบผู้มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถประสานรวมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ตามที่จำเป็นได้



ขบวนเดินธรรมยาตรา ระยะทาง ๕๔.๘ กิโลเมตร
เพื่อจัดซื้อ รถพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์
และ เพิ่มจำนวนห้องในการดูแลพระภิกษุอาพาธ
ณ สถานชีวภิกบาลพระภิกษุอาพาธ วัดทับคล้อ (สวนพระโพธิสัตว์)

ร่วมทำบุญได้ที่ ธนาคาร : กรุงเทพ
ชื่อบัญชี : สถานชีวภิกบาลพระภิกษุอาพาธ วัดทับคล้อ (สวนพระโพธิสัตว์)
เลขที่บัญชี : 612-0-32760-6 (ลดหย่อนภาษีด้วยระบบ e-Donation)

การประชาสัมพันธ์การเดินธรรมยาตรา เพื่อจัดซื้อรถพยาบาลและอุปกรณ์การแพทย์ในสถานชีวภิกบาล

การถ่ายทอด-สื่อสารนโยบายยังมีปัญหา

อีกหนึ่งปัญหาที่นโยบายชีวภิกบาลต้องเผชิญจากการเร่งเปิดศูนย์ชีวภิกบาลจำนวนมาก คือการสื่อสารทั้งระหว่างหน่วยงานที่ปฏิบัติงานร่วมกัน และหน่วยงานรัฐกับประชาชน

“ปัญหาคือไม่มีการอบรม CG หรือมีก็เป็นการอบรมออนไลน์ แล้วก็ส่งไปฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาล จึงทำให้เกิดข้อสงสัยว่าการอบรมออนไลน์ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่”

หัวหน้าศูนย์ชีวภิกบาล โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

จากการสัมภาษณ์พยาบาลในศูนย์ชีวภิบาลพบว่า พยาบาลยังมีความกังวลในหลักสูตรการอบรม caregiver โดยเฉพาะการอบรมออนไลน์ โดยกังวลว่าจะไม่สามารถปฏิบัติงานได้จริง หรือดูแลได้ไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร²⁴ แม้ว่าหลักสูตรตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจะให้มีการเรียนภาคปฏิบัติ 40 ชั่วโมง และเรียนภาคทฤษฎี 30 ชั่วโมงก็ตาม²⁵

“หลวงพี่ไม่รู้ว่าการเบิกงบประมาณมาใช้ในศูนย์อย่างเต็มที่ที่สามารถทำแบบไหนได้บ้าง จึงอยากให้มีหน่วยงานเข้ามาให้ความรู้กับพระในเรื่องนี้ เพื่อくんงบประมาณที่ใช้ไปในแต่ละเดือน”

พระบุญแยกร ปสาโท (ภู่ทอง) ประธานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธและภูมิชีวภิบาลจังหวัดพิจิตร

กรณีของภูมิชีวภิบาลเองก็ยังคงขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่มีหน้าที่สนับสนุนกับพระในศูนย์ จากการสัมภาษณ์พบว่าพระที่ทำงานในศูนย์ดังกล่าวยังไม่มีความรู้ในเรื่องของการเบิกงบประมาณได้อย่างเต็มประสิทธิภาพมากพอ ส่งผลให้ต้องมีการเปิดรับบริจาคจากประชาชนผู้มีจิตศรัทธาแทน

ในส่วนของการสื่อสารกับประชาชน พบว่าคนไทยยังเข้าถึงสิ่งที่เรียกว่าการดูแลแบบ

ประคับประคองซึ่งเป็นแกนหลักของนโยบายชีวภิบาลได้น้อย งานวิจัยในปี 2020 พบว่าจากการสำรวจประชาชนใน 9 จังหวัดทั่วประเทศ มีเพียง 24% เท่านั้นที่รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง และมีเพียง 33% เท่านั้นที่เคยคุยเรื่องระยะสุดท้ายของชีวิตกับครอบครัว²⁶ ซึ่งอาจส่งผลให้การทำงานของบุคลากรด้านการดูแลประคับประคองทำเป็นไปอย่างยากลำบาก

ในจำนวนผู้ที่เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองเองก็ยังมีบางส่วนที่ไม่ได้รับทำ advance care plan หรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนที่จะอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้²⁷ โดยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยระยะประคับประคอง 68.3% ที่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์²⁸ กล่าวคือผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เหลือ แม้จะเข้าถึงการรักษาแต่ก็ยังเข้าไม่ถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งอาจส่งผลถึงการรักษาในช่วงวิกฤตในระยะสุดท้ายของชีวิตตามมา



ที่มา: Unsplash



บทส่งท้าย

สิ่งสำคัญของการออกแบบนโยบายแบบ quick win คือการสร้างส่งแรงกระตุ้นให้การดำเนินนโยบายสามารถขับเคลื่อนไปข้างหน้าต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ใช่แค่การฉาบหน้าด้วยความสำเร็จตามเกณฑ์ประเมินที่เน้นแต่ปริมาณ การเร่งเปิดสถานชีวภิบาลเพื่อให้ทันการประเมินนโยบาย quick win 100 วันแรกยังคงขาดความยั่งยืนทั้งในด้านบุคลากร ระบบสนับสนุนการทำงาน และงบประมาณ รวมถึงการสื่อสารกับประชาชนผู้ได้รับประโยชน์จากนโยบายนี้อย่างเต็มที่

การประคับประคองให้สถานชีวภิบาลเหล่านี้ยังดำเนินต่อไปได้ รัฐต้องเร่งแก้ไขรอยร้าวทั้งเรื่องบุคลากรที่ไม่เพียงพอ งบประมาณที่ทั้งไม่พอและไม่ยืดหยุ่น ไม่เอื้อประโยชน์สูงสุดให้ผู้ที่ต้องการการดูแล และสุดท้ายคือรัฐต้องเร่งสร้างความเข้าใจให้กับทั้งหน่วยงานรัฐและประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินนโยบาย เพื่อให้คนป่วยที่ยังมีลมหายใจและคนชราที่ยังเป็นไม้ใกล้ฝั่งได้เข้าถึงการตายที่ดีสมกับชื่อนโยบายของรัฐอย่างแท้จริง



เชิงอรรถ

1. Matichon. “ลูกสาวรื้อให้ พาพ่อป่วยหนัก นอนรอความตายในศาลาวัด หลังเจ้าของบ้านเช่าไม่ให้ไปตายที่บ้าน”, 13 มิถุนายน 2024.
2. Thai PBS. “นโยบายสถานชีวาภิบาลกับความท้าทายสู่ สิทธิการตาย”. สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2024.
3. WHO. “Palliative Care”. สืบค้น 15 ตุลาคม 2024.
4. TDRI. “พร้อมรับสังคมสูงวัย: วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาว กับ ทางเลือกระยะท้ายของชีวิต”. TDRI: Thailand Development Research Institute, 20 กันยายน 2016.
5. Newman, Joe. “What Is Elder Care?” Elder (blog), 11 สิงหาคม 2023. <https://www.elder.org/elderly-care/what-is-elder-care/>.
6. สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. “รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย (Synthesis of long-term care system for the elderly in Thailand)”. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, มีนาคม 2553. <https://thaitgri.org/?p=37464>.
7. Carpenter, Joan G., Karissa Lam, Ashley Z. Ritter, และ Mary Ersek. “A Systematic Review of Nursing Home Palliative Care Interventions: Characteristics and Outcomes”. Journal of the American Medical Directors Association 21, ฉบับที่ 5 (พฤษภาคม 2020): 583-596.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.015>
8. Chiang, Shu-Wan, Shu-Chen Wu, และ Tai-Chu Peng. “The Experience to Implement Palliative Care in Long-Term Care Facilities: A Grounded Theory Study of Caregivers”. Asian Nursing Research 15, ฉบับที่ 1 (กุมภาพันธ์ 2021): 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.10.006>. และ Liu, Xuan, Yun-Chen Chang, และ Wen-Yu Hu. “The Effectiveness of Palliative Care Interventions in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review”. Journal of Personalized Medicine 14, ฉบับที่ 7 (28 มิถุนายน 2024): 700. <https://doi.org/10.3390/jpm14070700>.
9. 101 PUB คำนวณจากจำนวนจังหวัดในประเทศไทยรวมกรุงเทพมหานครและจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทยจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน).
10. Thai PBS. “นโยบายสถานชีวาภิบาลกับความท้าทายสู่ สิทธิการตาย”. สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2024.
11. Hfocus.org. “รพ.ลิซล เปิด ‘ศูนย์ชีวาภิบาล’ รองรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พร้อมให้บริการครบวงจร”. สืบค้น 12 พฤศจิกายน 2024.

12. สัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์ชีวาศรัณยวาท โรงพยาบาลจังหวดัแห่งหนึ่ และ พระบุนยกร ปสาโท (ภู่ทอง) ประธานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพดี วิถีพุทธ และ ภู่ชีวาศรัณยวาทจังหวดัพิจิตร

13. “LTC ผู้สูงอาย”. สืบค้น 14 พฤศจิกายน 2024.

14. “ร้อยละของผู้สูงอายที่มีภาวะ ฟังฟังได้รับการดูแลตาม Care Plan”. สืบค้น 14 พฤศจิกายน 2024. หมายเหตุ: ไม่นับรวม กรุงเทพมหานคร

15. กรมอนามัย. “คู่มือระบบการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข (2559)”. สืบค้น 11 พฤศจิกายน 2024.

16. รายงานประจำปี กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข.

17. สำนักรงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). “สปสช. แจ้งข่าวดี อปท. ทั่วประเทศ ปี 2567 เพิ่มบเบหมาจ่ายผู้ที่มีภาวะฟังฟัง 10,442 บาท”. สืบค้น 21 พฤศจิกายน 2024.

18. Stephenson, Bobby. “Memory Care Requirements: What to Expect from Staff and Caregivers”. สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2024.

19, 21. สัมภาษณ์ พระบุนยกร ปสาโท (ภู่ทอง) ประธานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธ และภู่ชีวาศรัณยวาทจังหวดัพิจิตร เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2024.

20,24. สัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์ชีวาศรัณยวาท โรงพยาบาลจังหวดัแห่งหนึ่ เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2024.

22. สำนักรงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “บริการ Palliative care การดูแลแบบ ประคับประคอง ปีงบประมาณ 2566”

23. สำนักรงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). “สปสช. แจ้งข่าวดี อปท. ทั่วประเทศ ปี 2567 เพิ่มบเบหมาจ่ายผู้ที่มีภาวะฟังฟัง 10,442 บาท”. สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2024.

25. กรมอนามัย. “คู่มือแนวทางการอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอาย หลักสูตร 70 ชั่วโมงฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2567”.

26. Kunakornvong, Wannapha, และ Kanyaphak Ngaosri. “Public Awareness and Attitude toward Palliative Care in Thailand”. Siriraj Medical Journal 72, ฉบับที่ 5 (20 กรกฎาคม 2020): 424–30. <https://doi.org/10.33192/Smj.2020.57>.

27. สำนักรงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). “นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับ ประเทศไทย พ.ศ 2563” .

28. กระทรวงสาธารณสุข. HDC – Dashboard.



ผู้วิจัยหลัก

พิชชากร เรืองเดชาวิวัฒน์

ติดต่อ

pitchakorn.ruang@gmail.com

contact.101pub@gmail.com

นักวิจัยนโยบายสาธารณะ 101 PUB สนใจในเรื่องกฎหมายมหาชน ประวัติศาสตร์ และแมวขึ้นชอบการวิเคราะห์กฎหมาย และตั้งข้อสงสัยในเรื่องการพัฒนากฎหมายให้ทันสมัย



ผู้วิจัยหลัก

สรัช สินธุประมา

ติดต่อ

taoverymuch@gmail.com

contact.101pub@gmail.com

นักวิจัยนโยบายสาธารณะ 101 PUB อยากทำให้ตัวเลขเชิงนโยบายมีความหมายกับชีวิตของคุณ



101 PUB หรือ 101 Public Policy Think Tank - ศูนย์ความรู้นโยบายสาธารณะ
เพื่อการเปลี่ยนแปลง มุ่งทำงานวิจัยด้านนโยบายสาธารณะไทยในบริบทโลกใหม่
เราทำงานวิเคราะห์ ออกแบบ ขับเคลื่อน และสื่อสารนโยบายสาธารณะ บนฐาน
วิชาการ ฐานการพัฒนา และฐานประชาธิปไตย



www.101pub.org



101PUB



@101_PUB



@101_pub



contact.101pub@gmail.com