

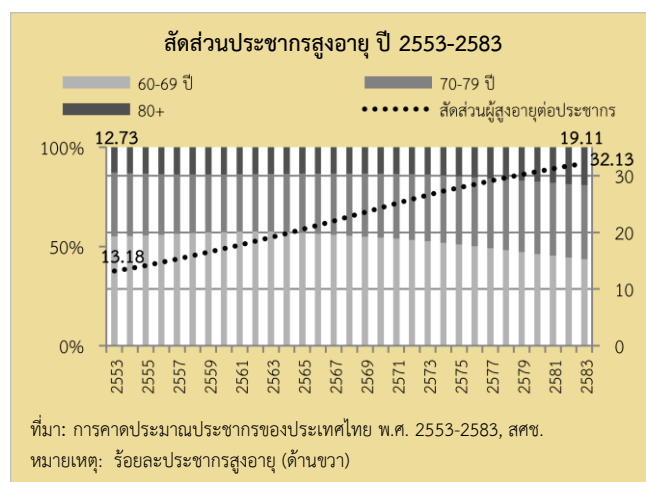
ส่วนที่สอง: บทความเรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย”

การที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ขณะที่ขนาดของครอบครัวที่เล็กลง การย้ายถิ่นเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน ทำให้มีความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาและจัดบริการ อาทิ การสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน การจัดบริการดูแลของสถานบริการต่างๆ เช่น สถานบริบาล บ้านพักผู้สูงอายุ การดูแลระยะท้าย ฯลฯ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รูปแบบของการจัดบริการ นโยบาย ยุทธศาสตร์และแนวทางการจัดบริการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สังคมสูงวัยกับความจำเป็นที่ต้องเตรียมระบบการดูแลระยะยาว

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี 2548 โดยในปี 2560 มีผู้สูงอายุประมาณ 11.23 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.13 ของประชากรทั้งประเทศ และเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในปี 2564 (13.1 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 20) โดยคาดว่าในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 20.5 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ถึงร้อยละ 56.3 โดยเป็นผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 37.2 และ 19.1 ตามลำดับ

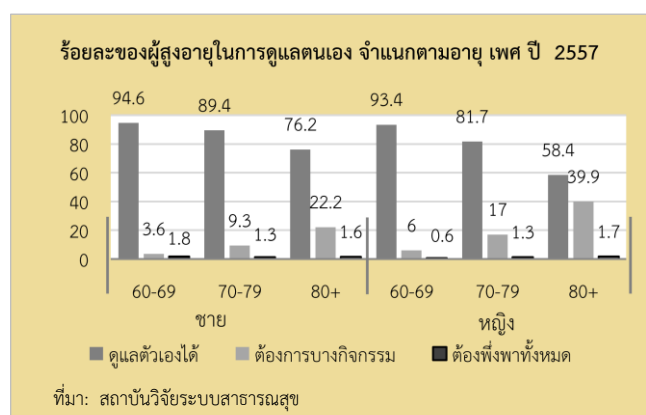
ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและความต้องการบริการสุขภาพมากขึ้น รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Livings, ADL) 10 ด้าน ของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง¹⁷ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2557 โดยเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ และเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 16.0 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นร้อยละ 31.2 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในการประกอบกิจกรรมมากที่สุดคือ การขึ้นลงบันไดและการเคลื่อนที่ภายในบ้าน ส่วนการกลืนปัสสาวะหรือกลืนอาหาร ร้อยละ 16.6 และ 11.8 ตามลำดับ ขณะที่การดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.4 สามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 11.4 ต้องการการดูแลในบางกิจกรรม และร้อยละ 1.3 ต้องพึ่งพาทั้งหมด



ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน จำแนกตามกลุ่มอายุปี 2552 และ 2557

กลุ่มอายุ	2552	2557
60-69 ปี	12.6	16.0
70-79 ปี	17.5	24.9
80+ ปี	24.7	31.2
รวม	15.5	20.7

ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



¹⁷ ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันหมายถึงการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) โดยการทำกิจกรรมต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือหรือใช้อุปกรณ์ หรือทำเองไม่ได้เลยตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป ในหมวดกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) หรือไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรือกลืนอาหารได้อย่างใดอย่างหนึ่ง

นอกจากนี้ ด้านภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย พบผู้สูงอายุที่มีความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 เป็นต้อกระจก ร้อยละ 22.3 สำหรับโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้ออักเสบ/ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือด สมอง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต รวมถึง ปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยพิการ หรือทุพพลภาพและอยู่ในภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต

ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวลดลง
จากขนาดของครอบครัวที่ลดลง จากร้อยละ 5.2 ในปี 2537 เหลือ ร้อยละ 3.1 ในปี 2558 และครัวเรือนคนเดียวมีมากถึงร้อยละ 18.3 โดยผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็น ร้อยละ 8.7 ในปี 2557 และอยู่ลำพังคู่สมรสถึงร้อยละ 19 ในปี 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ทำให้ผู้สูงอายุยังขาดผู้ดูแล โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายร้อยละ 4 ต้องการคนดูแลแต่ยังขาดผู้ดูแล

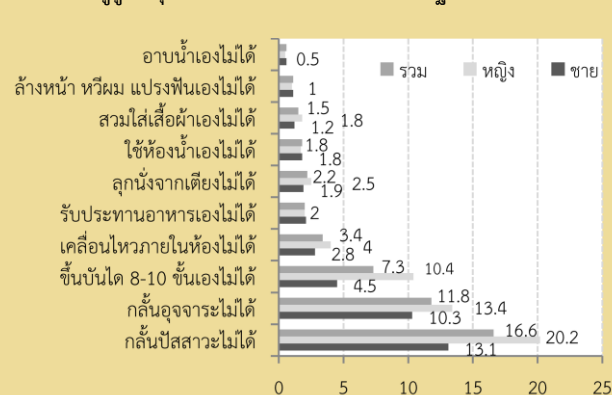
ภาวะการณดังกล่าวข้างต้นทำให้ความต้องการบริการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดบริการมีภาระ ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงทั้งในส่วน of ครอบครัวและงบประมาณ รัฐบาล ดังนั้น การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงจำเป็นต้อง มีการพัฒนาระบบให้สนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และมีความเหมาะสม กับบริบทของประเทศ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการจัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายใต้กรอบ การดูแลที่ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยัง แข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยสูงอายุ พ.ศ. 2557-2566 กระทรวงสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

การดำเนินงานได้มีการทำบันทึกความร่วมมือ 4 หน่วยงาน คือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ในพื้นที่เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 มุ่งเน้นร่วมมือกันสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดระบบการดูแล ระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการบริการด้านการแพทย์เชิงรุกในพื้นที่ โดยในปี พ.ศ. 2559 มีการบริหารจัดการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประมาณ 1,000 แห่ง รวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐาน (ADL) ปี 2557



ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

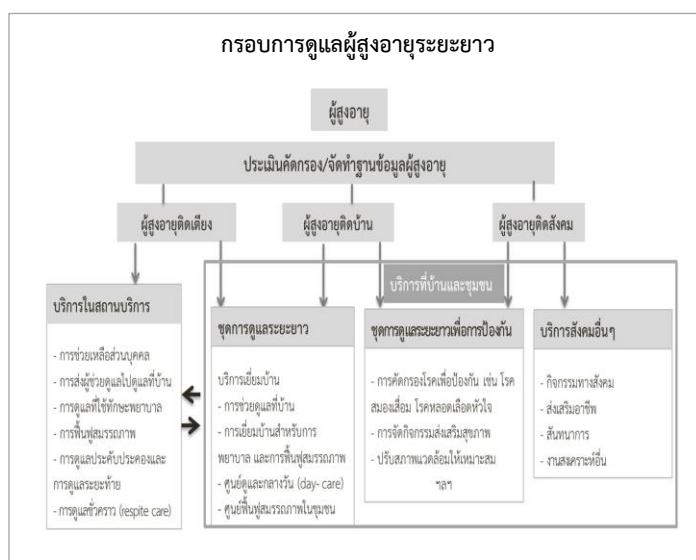
ร้อยละผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล ปี 2557



ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558

การขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาตำบลนำร่องในการจัดบริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ มีตำบลเข้าร่วมกระบวนการและผ่านเกณฑ์ 3,013 แห่ง การผลิตผู้จัดการดูแล (Care Manager) 4,577 คน และผู้ดูแล (Care Giver) 18,308 คน จัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Care Plan) 53,880 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล 106,710 ราย จัดทำหลักสูตรผู้ดูแล และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินการฝึกอบรมผู้ดูแล และดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ซึ่งปัจจุบันมีประมาณ 50,000 คน และจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) 878 แห่ง เพื่อเป็นศูนย์การดูแลและส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเชื่อมโยงท้องถิ่นในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ สปสช. เพื่อจัดบริการให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวเกินไป

กรอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มติดเตียง คือช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้เลย (2) กลุ่มติดบ้าน คือช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง และ (3) กลุ่มติดสังคม คือช่วยเหลือตนเองได้ดี ซึ่งในกลุ่มที่ 1 จัดบริการดูแลระยะยาว ได้แก่ บริการดูแลในสถานบริการต่างๆ บริการดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้านสำหรับการพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ฯลฯ ส่วนกลุ่มที่ 2 และ 3 อยู่ในชุดบริการป้องกันและไม่มีภาวะพึ่งพิง โดยชุดบริการป้องกัน ได้แก่ การคัดกรองโรคเพื่อป้องกันและการฟื้นฟูผู้ป่วยเพื่อป้องกันหรือชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ประสบอุบัติเหตุ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ตลอดจนบริการสังคมอื่นๆ เช่น ส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เบี้ยยังชีพ สันทนาการต่างๆ



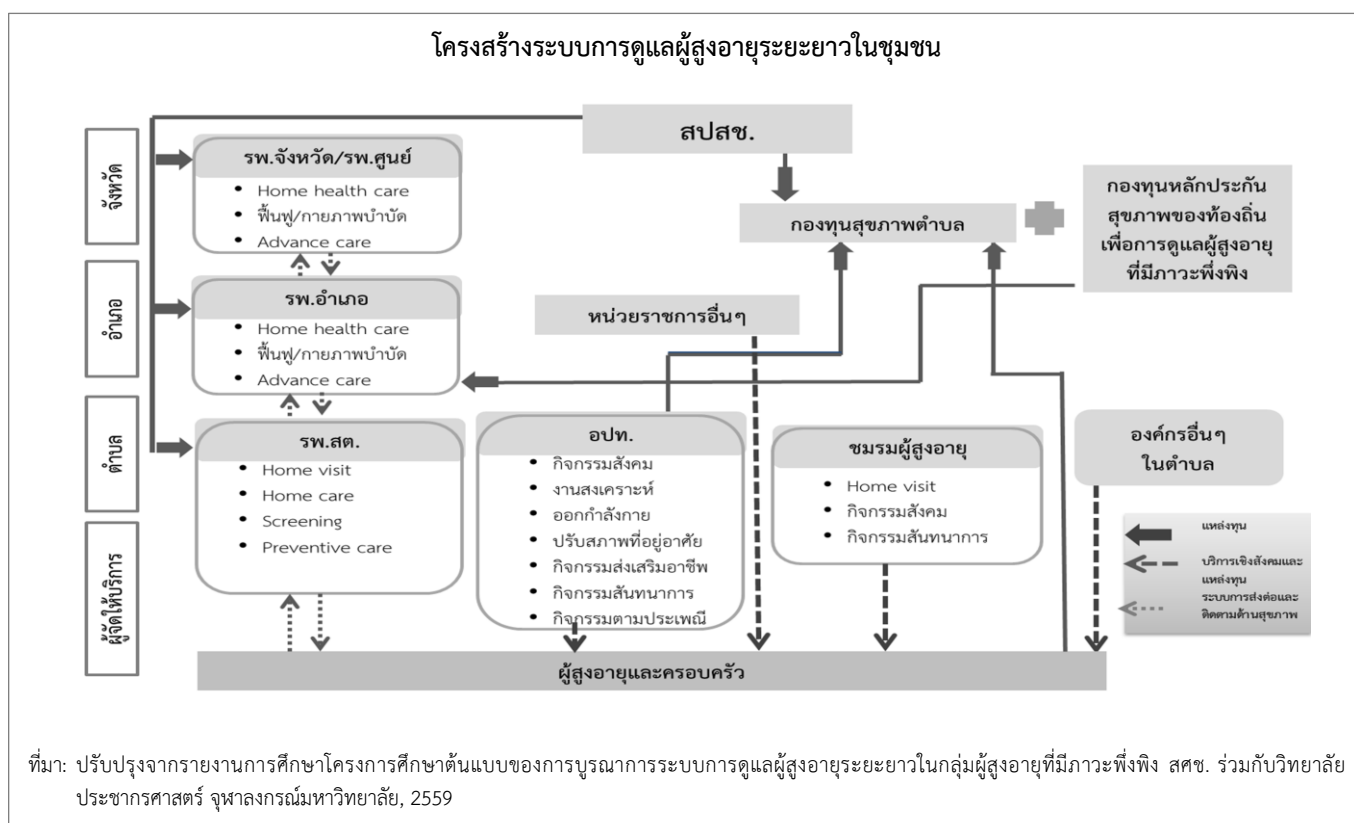
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกได้ทั้งตามสถานที่ ได้แก่ ในสถาบันและนอกสถาบัน และระดับของการดูแล ได้แก่ การดูแลทางสังคม การดูแลทางการแพทย์ (Nursing Care) และการดูแลที่ซับซ้อน (Complex Care)

การดูแลนอกสถาบัน เป็นการจัดการบริการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและชุมชน มุ่งใช้ชุมชนเป็นฐานการให้บริการ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เป็นการจัดการที่สอดคล้องกับแนวคิดการให้ผู้สูงอายุอาศัยในที่เดิม (Aging in Place) คือ การให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระในบ้านตนเองโดยไม่ย้ายการดูแลไปยังสถาบันหรือสถานบริการ ซึ่งจำเป็นต้องให้ชุมชนหรือเครือข่ายในชุมชน อาทิ ครอบครัว เพื่อนบ้าน บริการสาธารณสุข บริการด้านอื่นๆ พัฒนาระบบรองรับเพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยภาครัฐสนับสนุนให้มีการดำเนินงาน ดังนี้

(1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แนวทางการดูแลประกอบด้วย **บริการด้านการแพทย์** เช่น การจัดทำระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ บริการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นทั้งการเยี่ยมผู้เจ็บป่วย ผู้ป่วยระยะท้าย เยี่ยมเพื่อการประเมินผู้สูงอายุและติดตามหลังการรักษา บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด อุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ เป็นต้น และ **บริการด้านสังคม** เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้านและบริการอื่นๆ เป็นต้น การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและชุมชน รวมทั้งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การกำหนดชุดบริการที่เหมาะสม ได้แก่ ชุดบริการป้องกัน สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง และช่วยเหลือตนเองได้ดี และชุดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้เลย

(2) การดูแลผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน โดยการจัดให้มีคนดูแลเพื่อเป็นทางเลือกให้ชุมชนสามารถใช้บริการ การมีสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการพักฟื้นและมีกิจกรรมมุ่งให้มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีการควบคุมและแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเฉพาะให้การดูแลและอำนวยความสะดวก มีอาสาสมัครที่จะให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ให้คำแนะนำและข่าวสารด้านสุขภาพ ปฐมพยาบาล วัดความดันโลหิต ตรวจหาระดับน้ำตาล

(3) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้านอาชีพ รายได้ กิจกรรมสังคมและสภาพแวดล้อม เช่น การส่งเสริมอาชีพและการออมในผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ บริการบ้านพักฉุกเฉิน การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในบ้าน เช่น ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำ ถนนทางเชื่อมทางเดินต่างๆ มุมพักผ่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุออกมาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น



หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก (Main Actors) คือ รพ.สต. หรือศูนย์สุขภาพบริการ “เจ้าภาพ” รับผิดชอบ ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ อปท. “เจ้ามือ” สนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อดำเนินงานและจัดกิจกรรม และสมาชิก ชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ “เจ้าของ” เป็นผู้อยู่ในพื้นที่และเกี่ยวข้องกับตนเองและสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลรองมีบทบาท สนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกโดยเป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ อสม. อพส. วัด โรงเรียน ฯลฯ กลุ่มที่อยู่นอกชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลระดับต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับพื้นที่และส่วนกลาง สถานบันการศึกษา ภาคเอกชน

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้ชุมชนมีการดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ คือ (1) **การมีพื้นที่สาธารณะ** เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เกิดการร่วมมือด้านกำลังคนและงบประมาณ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานหลักที่อยู่ในระดับชุมชนทำงานกันอย่างมีบูรณาการ (2) **การบริหารจัดการแบบปรับเปลี่ยน (Adaptive Management)** ตั้งแต่การกำหนดประเด็น ปัญหา การกำหนดแผนการแก้ปัญหา การดำเนินงาน การประเมินและการปรับแก้ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติและภาคี เครือข่าย เกิดความเป็นเจ้าของ (Ownership) ที่จะเสริมให้การบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุเกิดความยั่งยืน (Sustainability) (3) **ระบบการเงินที่สนับสนุนการดูแลระยะยาวแบบองค์รวม** ซึ่งแหล่งเงินมีการดำเนินงานไม่เฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การจะประสบความสำเร็จในการดึงดูดทรัพยากรมาใช้ต้องมีความร่วมมืออย่างดี ทั้งนี้ ในปี 2559 ได้มีการจัดตั้งกองทุนระบบดูแลระยะยาวซึ่งจะช่วย

ส่งเสริมการบูรณาการการทำงานระหว่างผู้ปฏิบัติที่มีใช้หน่วยงานด้านสุขภาพกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และ (4) **การจัดการฐานข้อมูล** โดยการแบ่งปัน เชื่อมโยงข้อมูล นำไปใช้จริงและมีการคืนข้อมูลกลับชุมชน เพื่อนำไปสู่การกำหนดประเด็นปัญหาและกระบวนการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กระบวนการดำเนินงาน ไปจนถึงการประเมินติดตามผลการดำเนินงานและปรับปรุงการดำเนินงาน (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

การดูแลในสถาบัน เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมในสถานบริการ โดยสถานบริการมีหลายประเภทแบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การดูแลระยะยาวในสถานบริการยังขาดการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั้งในด้านจำนวน ประเภทและลักษณะการให้บริการ ตลอดจนคุณลักษณะของผู้รับบริการ นอกจากนี้ สถานบริการหลายๆ แห่ง ได้จัดให้มีการบริการหลายระดับตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ จึงทำให้ยากต่อการจัดประเภทสถานบริการได้อย่างชัดเจน

การจัดบริการดูแลระยะยาวที่เป็นสถาบันมีการดำเนินงานของทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไร แบ่งเป็น

(1) บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ การจัดบริการที่จัดโดยภาครัฐส่วนใหญ่เป็นการสงเคราะห์สำหรับคนไร้ที่พึ่ง ต่อมาผู้ที่มีที่อยู่อาศัยแต่ต้องการผู้ดูแลหรืออยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอื่นเพื่อความสะดวกต่างๆ จึงมีการเช่าซื้อบ้านหรือห้องเช่าระยะยาวและอยู่จนสิ้นอายุขัย การดูแลมุ่งเน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น มีจำนวน 25 แห่งทั่วประเทศ สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 12 แห่ง (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ”) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12 แห่ง และกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง แม้จะเป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ แต่มีการให้บริการระยะยาวร่วมด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้นทำให้สถานสงเคราะห์คนชราบางแห่งมีลักษณะเป็นสถานบริการแบบการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตด้วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2552) ซึ่งสถานสงเคราะห์คนชรายังมีข้อจำกัดเรื่องปริมาณและความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพและเพียงพอ

ปัจจุบันรัฐบาลขยายการจัดบริการที่อยู่อาศัยเพิ่มขึ้น โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 เห็นชอบให้มีโครงการก่อสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุหรือซีเนียร์คอมเพล็กซ์ซึ่งจะมีที่อยู่อาศัย คลินิก และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ส่วนภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไรเริ่มมีการขยายการจัดบริการเพิ่มขึ้นจากความไม่เพียงพอและความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น อาทิ บ้านพักผู้สูงอายุสวนสนวน 555 สภาอากาศไทย โครงการที่อยู่อาศัยของภาคเอกชนสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการเช่าซื้อบ้านหรือห้องพักในระยะยาว แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นเมื่อเสียชีวิต ฯลฯ

(2) สถานบริการ ส่วนใหญ่มีการจัดบริการโดยภาคเอกชน จากข้อมูลกรมพัฒนาธุรกิจการค้าผู้ประกอบการธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 800 ราย แบ่งเป็น นิติบุคคล 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 และบุคคลธรรมดา 631 ราย คิดเป็นร้อยละ 79 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2560) โดยธุรกิจดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเดย์แคร์ (Day Care) การดูแลระยะยาว (Long Stay) ครอบคลุมการพักค้างคืน บริการอาหาร ทำความสะอาดเสื้อผ้าและร่างกาย พร้อมทั้งติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้น การบริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และสถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ให้บริการตรวจสุขภาพและคำแนะนำในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ เป็นต้น

(3) โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว มีการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ หอผู้ป่วยสูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ปัจจุบันสถานบริการของรัฐได้ให้ความสำคัญมากขึ้น โดยมีการจัดตั้งศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลสวนดอก รวมทั้งจัดตั้งโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน สังกัดกรุงเทพมหานคร

การดูแลระยะยาวในสถาบัน ประกอบด้วย

- 1) บ้านพักคนชรา (Residential Home) หรือชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ (Independent Living Communities)
- 2) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีพ (Assisted Living Setting) สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง โดยไม่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์หรือการพยาบาล
- 3) โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (Long-Stay Hospital) หมายถึง สถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
- 4) สถานบริการ (Nursing Home) เป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ในการดูแล
- 5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Care) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวดหรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

(4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ยังมีผู้น้อยซึ่งอาจตั้งอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานที่ทางศาสนา เช่น หอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลสงฆ์ ศูนย์มหาวิทยาลัยรังสิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข วัดคำประมงคณ จ. สกลนคร เป็นต้น ปัจจุบันได้เริ่มดำเนินงานโดยพัฒนาทั้งรูปแบบและแนวทางการดูแล ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดตั้งศูนย์รองรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย การก่อตั้งหน่วยงานดูแลประคับประคองและหน่วยดูแลคุณภาพชีวิตในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ส่วนภาคเอกชนจะเป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้านจนถึงระยะท้าย

ข้อจำกัดและโอกาสของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1. **การดูแลโดยครอบครัว** ครอบครัวยังมีหน้าที่หลักโดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากค่านิยมเรื่องความกตัญญู แต่มีข้อจำกัดด้านความรู้ อุปกรณ์การดูแลและปัญหาทางการเงิน รวมทั้งผู้ดูแลจำนวนมากมีบทบาทเชิงซ้อน (Sandwich Roles) คือต้องดูแลทั้งลูกและพ่อแม่ และการทำงานเพื่อหารายได้ ขณะที่ผู้ดูแลมีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุด้วยกันมากขึ้นทั้งจากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ผู้ดูแลที่เป็นบุตรโอรสเป็น/เป็นผู้สูงวัยเอง ดูแลบุพการีที่เป็นผู้สูงอายุวัยปลายโดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง การจัดการบริการจึงควรครอบคลุม/คำนึงถึงผู้ดูแลเพื่อบรรเทาภาวะอารมณ์ จิตใจ ความเครียด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุ

2. **การดูแลโดยชุมชน** ปัจจุบันภาครัฐได้ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างกว้างขวาง การจัดการบริการครอบคลุมทั้งกลุ่มติดเตียง ติดบ้าน และติดเตียง ซึ่งมีแนวทางดำเนินงานโดยการเร่งผลิตบุคลากรเพื่อรองรับความต้องการบริการดูแลในชุมชน ทั้งนี้ การจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนมีบริบทที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ โดยชุมชนในชนบทมีวิถีชีวิตและทุนทางสังคมที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน รวมทั้งมีบุคคลและองค์กรที่รับผิดชอบในการดูแลในทุกระดับแต่ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรดูแลโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ชุมชนในเมือง บุคลากรด้านการแพทย์มีศักยภาพในการดูแล แต่ระบบอาสาสมัครยังมีข้อจำกัดทำให้การเยี่ยมบ้านหรือดูแลที่บ้านทำได้น้อย และขาดสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ¹⁸ ในการดูแลระยะกลาง ส่วนชุมชนในกรุงเทพฯ การจัดการบริการเกิดขึ้นจากผู้นำชุมชน แต่ผู้สูงอายุไม่มั่นใจบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบกับมีโอกาสเข้าถึงสถานบริการทำให้เลือกใช้สถานบริการระดับตติยภูมิ ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขาดความเชื่อมโยงระหว่างการดูแลในชุมชนกับสถานบริการ และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจขาดโอกาสได้รับการดูแล (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

3. **คุณภาพของสถานบริการและผู้รับจ้างดูแลที่บ้าน** ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงและครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ด้วยตนเอง หรือขาดผู้ดูแลจำเป็นต้องมีระบบการดูแลในสถาบันรองรับอย่างเหมาะสม ทั้งในรูปแบบบริการจ้างผู้ช่วยดูแลมาดูแลที่บ้าน และการเข้ารับบริการดูแลในสถานบริการต่างๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันยังขาดการกำกับและควบคุมคุณภาพ แม้ว่าจะมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2553 และแนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ. 2553 เพื่อเป็นแนวทางแก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดและบังคับใช้ในท้องถิ่น แต่ในทางปฏิบัติพบว่ายังมีส่วนน้อยที่ดำเนินการ สำหรับบริการการพักผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุได้มีการจัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555 เพื่อเป็นแนวทางการจัดการบริการบ้านพักผู้สูงอายุให้มีลักษณะที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน รวมถึงมาตรฐานการจัดการบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เพื่อรองรับการจัดสวัสดิการในสถานสงเคราะห์ซึ่งมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. **การพัฒนาการดูแลระยะกลาง**¹⁹ แม้ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม การให้บริการยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลัน (Acute Care) เป็นหลักโดยเฉพาะระบบการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วยังมีช่องว่างในการให้บริการ โดยงานศึกษาหลายชิ้นพบว่าผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลยังไม่ได้รับการฟื้นฟู

¹⁸ สถานพยาบาล แบ่งตามระดับบริการ ได้แก่ (1) การให้บริการปฐมภูมิ (Primary Care) คือ ให้บริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ เช่น โรงพยาบาลสาธารณสุขตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสาธารณสุข (2) การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และ (3) การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่างๆ โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ เป็นต้น

¹⁹ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤตแต่ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลและการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองและลดภาระการพึ่งพาผู้ดูแล การบริการสุขภาพนี้มีความจำเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเข้าสู่สถานพยาบาลและได้รับการรักษาจนรอดชีวิตแล้ว ช่วง 3-6 เดือนนับจากออกจากสถาบันหรือโรงพยาบาล เป็นระยะโอกาสทอง (Golden Period) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้กลับมาเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงสภาพเดิมหากไม่ได้รับการฟื้นฟูก็จะตกอยู่ในภาวะพิการตลอดชีวิต

สมรรถภาพ รวมทั้งบริการที่มีอยู่ในชุมชนยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างเหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือพิการจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลแล้ว ขณะที่บริการปฐมภูมิ มีข้อจำกัดของจำนวนและศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ แม้จะมีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและจัด ทีมให้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อรองรับผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องพัฒนาการดูแลระยะกลาง ควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและต่อเนื่องของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงระยะพึ่งพิงที่ต้องดูแลระยะยาว ซึ่งการดูแลระยะกลางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอย่างอิสระ ลดภาระการดูแลระยะยาวในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

การเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลต่อการดูแลหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง รูปแบบการดูแลระยะยาวมีส่วนสำคัญในการชะลอภาวะพึ่งพิงที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ สามารถฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยภาครัฐและผู้เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งทาง เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการสนับสนุนการดูแลที่บ้านและในชุมชน การพัฒนาและขยายการจัดบริการในสถาบัน ที่เหมาะสมเพียงพอ โดยการดำเนินงานมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนและพัฒนากิจการดำเนินงานที่มีปัจจุบัน ได้แก่

- การสนับสนุนการดูแลในชุมชน โดยออกแบบการบริการที่คำนึงถึงลักษณะของพื้นที่ สร้างพลังภาคีเครือข่ายชุมชน เปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงกันในทุกระดับเพื่อสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่ที่ยังขาดศักยภาพ ตลอดจนเร่งการทำงานเชิงรุกของสถานบริการในระดับตติยภูมิร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชนกรุงเทพฯ เนื่องจากสามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้ง่าย รวมทั้งสนับสนุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพงาน โดยการพัฒนาระบบข้อมูล สนับสนุนทีมหมอครอบครัว และเพิ่มกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อขยายระบบการจัดการการดูแลแบบรายกรณี (Care Manager) ที่สามารถจะวางแผนและติดตามแผนการรักษาได้ และสามารถเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่มีทั้งในและนอกชุมชน ตลอดจนการปรับปรุงกฎระเบียบข้อบังคับด้านการเงินและสนับสนุนงบประมาณในท้องถิ่นที่มีรายได้ไม่เพียงพอเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้
- การส่งเสริมและสนับสนุนการให้บริการในชุดบริการป้องกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิงที่จะเกิดขึ้น เช่น โรคสมองเสื่อม การพลัดตกหกล้ม โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและความดัน รวมทั้งเพิ่มศักยภาพของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพและช่วยกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง
- การส่งเสริมพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเชื่อมโยงผ่านระบบ การดูแลและติดตามการรักษาระยะไกล จะช่วยลดการพึ่งพาและการเข้าสู่สถานบริบาลก่อนความจำเป็น ซึ่งแบ่งเทคโนโลยีได้เป็น เพื่อการป้องกันการบาดเจ็บ เทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพและติดตามการบำบัดรักษา

2. การกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคเอกชน โดยการกำหนดมาตรฐานการดูแล ตามระดับการดูแล รวมทั้งออกกฎระเบียบเพื่อขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

3. การสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะกลาง โดยใช้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นฐาน จัดให้มีสถานที่สำหรับผู้ป่วยระยะ กลางเฉพาะเพื่อประเมินและวางแผนการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมแบบเฉพาะราย รวมทั้งการจัดการดูแลในช่วงกลางวัน (Day Care) เพื่อช่วยรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมและติดบ้าน ซึ่งจะช่วยเหลือการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มศักยภาพ ของครอบครัวสามารถทำงานในช่วงกลางวันและใช้ชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุได้หลังจากเลิกงาน ตลอดจนเพิ่มบริการที่จำเป็นในการดูแล ระยะยาวอย่างบูรณาการ ได้แก่ การจัดทำแผนการดูแลเชิงสังคมเข้ากับแผนการดูแลทางการแพทย์ เพื่อให้มีการดูแลแบบครบทุกมิติ

4. การผลักดันกฎหมายและสร้างเครื่องมือทางการเงินในการจัดบริการ อาทิ การผลักดันกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในทุกหน่วยงานและแนวทางเดียวกัน การพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมในประเด็นการดูแลระยะยาว การใช้พันธบัตรเพื่อสังคม (Social Impact Bond) ที่ลงทุนโดยเอกชนหรือภาคประชาสังคมซึ่งมีเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อสังคม