กรมการแพทย์
Department of Medical Services

สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ

แผนงานและทิศทางงานวิชาการและการวิจัย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566-2570) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 (2568)



กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2568)

แผนงานและทิศทางงานวิชาการและการวิจัย
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
(พ.ศ. 2566-2570)
ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 (2568)

กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีสุขภาพผู้สูงอายุ
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
(พ.ศ. 2568)

คำนำ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มีภารกิจในการพัฒนาวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงรองรับความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่นำไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ แผนงานและทิศทางงานวิจัยฉบับนี้ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเน้นการสร้างองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวทางการวิจัยในแผนฉบับนี้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมถึงส่งเสริมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังมีการบูรณาการองค์ความรู้ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัยและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดทำแผนงานฉบับนี้ให้ความสำคัญกับการขยายเครือข่ายความร่วมมือทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน อาทิ สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา และสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และทรัพยากรที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและยั่งยืน การขยายเครือข่ายดังกล่าวจะช่วยให้สามารถเข้าถึงประชากรสูงวัยได้อย่างทั่วถึง และเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพที่ตอบโจทย์ความต้องการของสังคมสูงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนทิศทางงานวิจัยนี้จึงเป็นกรอบแนวทางสำคัญในการพัฒนางานวิจัยด้านผู้สูงอายุ ที่ไม่เพียงแต่ตอบโจทย์ทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนให้เกิดระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต และมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะช่วยให้ประเทศไทยสามารถก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพได้อย่างแท้จริง

คณะทำงาน

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		**ก**
สารบัญ		**ข**
สารบัญภาพ		
สารบัญตาราง		
ส่วนที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความสอดคล้องของแผนงานและทิศทางงานวิชาการและการวิจัย	
	- แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	
	- แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (2566-2570)	
ส่วนที่ 2	**การพัฒนาวิชาการและการวิจัย**	**8**
	- สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	
	- สถานการณ์ภาวะสุขภาพ	
	- ภาระโรค (Burden of Disease)	
	- ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs)	
	- โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ	
ส่วนที่ 3	**การพัฒนาวิชาการและการวิจัย**	**19**
	- การวิเคราะห์สถานการณ์งานวิชาการและการวิจัยขององค์กร	
	- การวิเคราะห์ SWOT	
	- แผนปฏิบัติราชการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)	
	- แผนงานวิชาการและการวิจัย	
	- แผนปฏิบัติการระยะสั้นและระยะกลาง งานวิชาการและการวิจัยขององค์การ (Action plan)	
	- ผลการดำเนินงานด้านงานวิจัยและวิชาการ	
	- ระดับความสำเร็จของแผนงานวิชาการและการวิจัย	
ส่วนที่ 4	**แผนสนับสนุนด้านวิชาการและบริการเขตสุขภาพระยะ 5 ปี (2566-2570) สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ**	**52**
ส่วนที่ 5	**การวิเคราะห์ผลงานวิชาการ**	**63**
ภาคผนวก	ภาคผนวกที่1 คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	**74**
	ภาคผนวกที่2 ข้อมูลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบันฯ	
	ภาคผนวกที่3 ข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ	
บรรณาณุกรม		**82**

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 1	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มวัยและภาพรวม	8
ภาพที่ 2	อัตราการตายรวมทุกสาเหตุ วัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำแนกเพศชาย-หญิง ปี 2560- 2564	10
ภาพที่ 3	อัตราการรวมทุกสาเหตุ วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รายเขต ปี 2564	10
ภาพที่ 4	แผนภูมิวงกลมแสดงสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและหญิง	12
ภาพที่ 5	แผนภูมิวงกลมแสดงผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรอง 9 ด้าน ในด้านต่างๆ	13
ภาพที่ 6	แผนภูมิแสดงการเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน (แยกตามประเด็นการคัดกรอง) กับผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยง ทั้ง 12 เขตสุขภาพ ปี 2568	14
ภาพที่ 7	ตัวชี้วัดที่ 4 ในประเด็นที่ 6 จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ	28
ภาพที่ 8	แผนภาพการพัฒนาบุคลากรสุขภาพในประเทศไทย	49
ภาพที่ 9	แผนภาพแสดงระบบชีวาภิบาล	69

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
ตารางที่ 1	ตารางรายงานประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใน 13 เขตสุขภาพ	8
ตารางที่ 2	ตารางสิทธิการตรวจสุขภาพประจำปี ตามสิทธิ	15
ตารางที่ 3	ตารางแสดงการวิเคราะห์ SWOT ของหน่วยงาน	20
ตารางที่ 4	ตารางแผนการปฏิบัติราชการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)	23
ตารางที่ 5	ตารางวิเคราะห์ 6 Building box ตามบทบาทของสถาบันฯ	29
ตารางที่ 6	ตารางแผนการปฏิบัติการระยะสั้นและระยะกลาง งานวิชาการและงานวิจัยขององค์กร (Action plan)	30
ตารางที่ 7	ตารางผลการดำเนินงานด้านงานวิจัย	40
ตารางที่ 8	ตารางผลการดำเนินงานด้านวิชาการ	45
ตารางที่ 9	ตารางหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ	50
ตารางที่ 10	ตารางระยะการดำเนินงาน ปีพ.ศ. 2565-2567	52
ตารางที่ 11	ตารางระยะการดำเนินงาน ปีพ.ศ. 2568-2570	54
ตารางที่ 12	ตาราง Services Action Plan	55
ตารางที่ 13	Action plan แผนสนับสนุนด้านวิชาการและบริการเขตสุขภาพ ระยะ 5 ปี	56
ตารางที่ 14	ตารางการพัฒนาวิชาและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนการพัฒนา CoE ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	61
ตารางที่ 15	ตารางวิเคราะห์ 6 Building box ในด้านต่างๆ	62
ตารางที่ 16	ตารางผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ปีพ.ศ.2564 จำแนกตามเขตสุขภาพ	64
ตารางที่ 17	ตารางวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค	65
ตารางที่ 18	ตารางปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พ.ศ.2564-2566	67
ตารางที่ 19	ตารางแสดงการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนน ADL	69
ตารางที่ 20	ตารางสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564 -2567	71
ตารางที่ 21	ตารางแสดงเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	73

ส่วนที่ 1
บทนำ

ความสอดคล้องของแผนงานและทิศทางงานวิชาการและการวิจัย

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

จากยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศระยะยาว จำนวน 6 ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ยุทธศาสตร์

1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

เป้าหมาย

- คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21
- สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต

ตัวชี้วัด

- การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย
- ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- การพัฒนาสังคมและครอบครัวไทย

1.1 การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์ปฐมวัย วัยเด็ก วัยรุ่น วัยเรียน วัยผู้ใหญ่ วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุ เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ มีทักษะความรู้ เป็นคนดี มีวินัย เรียนรู้ได้ด้วยตนเองในทุกช่วงวัย มีความรอบรู้ทางการเงินมีความสามารถในการวางแผนชีวิตและการวางแผนทางการเงินที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า รวมถึงการพัฒนาและปรับทัศนคติให้คนทุกช่วงวัยที่เคยกระทำผิดได้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุขและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

-ช่วงวัยผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ส่งเสริมให้มีการทำงานหลังเกษียณ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับ***ผู้สูงอายุ*** และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม

1.2 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี

1.3 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นการสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย

-การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย การส่งเสริมนโยบายการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน การส่งเสริมสนับสนุนภาคเอกชน สถานประกอบการจัดบริการที่ส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และสนับสนุนครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลผู้สูงอายุ

การสนับสนุนบทบาทของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเข้ามาเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว รวมทั้งปรับปรุงกฎหมาย กำหนดบทบาทและจัดสรรทรัพยากรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเสริมพลังครอบครัว

2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

เป้าหมาย

- สร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ
- กระจายศูนย์กลางความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นกำลังของการพัฒนาประเทศในทุกระดับ
- เพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา การพึ่งตนเองและการจัดการตนเองเพื่อสร้างสังคมคุณภาพ

ตัวชี้วัด

- ความแตกต่างของรายได้และการเข้าถึงบริการภาครัฐระหว่างกลุ่มประชากร
- ความก้าวหน้าของการพัฒนาคน
- ความก้าวหน้าในการพัฒนาจังหวัดในการเป็นศูนย์กลางความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี
- คุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ

1) **การลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ**

- **สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย ทุกเพศภาวะและทุกกลุ่ม**

  เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทของสังคมสูงวัย รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตและการมีส่วนร่วมเป็นพลังในสังคมสำหรับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงวัย

2) **การเสริมสร้างพลังทางสังคม**

- **การรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ** โดยเตรียมความพร้อมในทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570

ได้กำหนดหมุดหมายการพัฒนา จำนวน 13 หมุดหมาย แบ่งออกเป็น 4 มิติ

มิติที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ มิติโอกาสและความเสมอภาคทางเศรษฐกิจและสังคม

หมุดหมายที่ 9 คือ ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และมีความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอเหมาะสม

สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 2 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาค)

ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอีกจำนวนหนึ่งยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่สามารถเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพียง ร้อยละ 54.20

เป้าหมายการพัฒนาเพื่อตอบสนองเป้าหมายหลัก ของแผนพัฒนาฯ ฉบับ 13 คือ การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม โดยการสนับสนุนให้กลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาสในการเลื่อนชั้นทางเศรษฐกิจและสังคมสูงขึ้น

เป้าหมาย ตัวชี้วัด: คนทุกช่วงวัยได้รับความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ความคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงวัย โดย สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2566

แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566 มีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

กำหนดกรอบการดำเนินงานขึ้นมารองรับ 4 เรื่อง (4 Excellence) **แต่ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ** มีดังนี้

1. ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และคุ้มครองครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพข

2. พัฒนาและส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ

กำหนดจุดมุ่งเน้นประเด็นที่สำคัญ เพื่อไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง” ดังนี้

1.ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ด้วยการคัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของโรค การดูแลระยะยาว (Long term care) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น แว่นสายตา ผ้าอ้อม ฟันปลอม **มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ**

นโยบายมุ่งเน้นด้านผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง
    - ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง
    - เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์
    - คัดกรอง ดูแลระยะยาว
    - ทุก รพ.มีคลินิกผู้สูงอายุ เพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567-2568

แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2567 มีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

กำหนดกรอบการดำเนินงานขึ้นมารองรับ 4 เรื่อง (4 Excellence) **แต่ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ** มีดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ภัยสุขภาพ และคุ้มครองครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

กำหนดจุดมุ่งเน้นประเด็นที่สำคัญ เพื่อไปสู่เป้าหมาย “"การยกระดับ 30 บาทพลัส เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน”

ผ่านการขับเคลื่อนนโยบาย โดยมุ่งเน้น 13 ประเด็น โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้

ประเด็นมุ่งเน้นที่ 8 เรื่อง สถานชีวาภิบาลพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน(Home Ward) จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมผู้สูงอายุและลดภาระบุตรหลาน

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2568

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีพ.ศ. 2568 “ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง” ในประเด็นที่ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในประเด็นที่ 5 นโยบายด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อกลุ่มเปราะบาง และพื้นที่พิเศษ โดยมีเป้าหมายคือ “ประชาชนกลุ่มเปราะบาง ผู้มีภาวะพึ่งพิง และประชาชนในพื้นที่ชายแดน พื้นที่พิเศษ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ”

มาตรการหลัก การยกระดับสถานชีวาภิบาล กุฏิชีวภิบาล โดยมี Key Activities ดังนี้

1. มีบริการสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาลตามแนวทาง/ มาตรฐาน
2. ให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
3. โรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for dying patient
4. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้รับการดูแลรักษา

แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (2566-2570)

เป้าหมายระยะ 5 ปี ประชาชนสุขภาพดีได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาคการแพทย์ไทย เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย

เป้าหมายระยะ 20 ปี ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค

วิสัยทัศน์ : The National Medical Services Total Solution Provider
เป็นองค์กรหลักในการจัดหาบริการทางการแพทย์แบบองค์รวมระดับชาติเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชน

พันธกิจ : สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่าและจัดบริการทางการแพทย์เฉพาะทางระดับตติยภูมิที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยใช้หลักการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน

เป้าประสงค์โดยมีแผนปฏิบัติราชการดังนี้

1. Value-Based Healthcare การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า
    - DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางงานวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง
    - Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ
2. Personal-Based Medical Services ระบบบริการทางการแพทย์ส่วนบุคคล
    - Open Platform Organization การทำงานที่เปิดกว้างและเชื่อมโยง
    - High Technology Medical Services การบริการทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีชั้นสูง
3. Organizational Excellence องค์การสมรรถนะสูง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง
    - DMS High Performance Organization บริหารจัดการเพื่อเป็นองค์การ สมรรถนะสูง

นโยบายมุ่งเน้น กรมการแพทย์ 2567

ในปี ๒๕๖๗ กรมการแพทย์มีนโยบายมุ่งเน้นคือ “FLASH” โดยมีวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรหลักในการจัดหาบริการทางการแพทย์แบบองค์รวมระดับชาติเพื่อคุณค่าชีวิตที่ดีของประชาชน เป้าหมาย การสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่าและจัดบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ระดับตติยภูมิที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยใช้หลักการบริหาราชการแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ดังนี้

- F: National health services system Facilitator: นำความเป็นเลิศทางการแพทย์สู่ระบบสุขภาพเพื่อประชาชน
- L: Advanced and appropriate medical services Leader: การแพทย์ก้าวหน้าทันสมัยด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ที่เหมาะสม
- A: National health policy Advocacy: ผลักดันนโยบายการแพทย์ก้าวหน้าเพื่อยกระดับระบบสุขภาพไทย
- S: Royal highness project’s integrated Supporter: สนับสนุนโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ โครงการในพระบรมวงศานุวงศ์ แบบบูรณาการหน่วยงานภาคี เครือข่าย ด้วยภารกิจกรมการแพทย์ที่สมบูรณ์แบบ
- H: Holistic success and happiness organization: องค์กรที่ประสบความสำเร็จด้วยความสุขทุกมิติ

นโยบายมุ่งเน้น กรมการแพทย์ 2568

ในปี 2568 กรมการแพทย์มีนโยบายมุ่งเน้นคือ “รวมความเชี่ยวชาญ ผสานภูมิปัญญา ใช้ข้อมูลอย่างมีคุณภาพ พัฒนาระบบสุขภาพไทย” โดยมีแนวทางการบริหารเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ AI^3 ดังนี้

A: Advance in core business ก้าวนำทุกความเชี่ยวชาญ

ตามภารกิจของกรมการแพทย์ ในการ วิจัย/นวัตกรรมทางการแพทย์ นำไปสู่การพัฒนาการรักษา บำบัด ฟื้นฟูผู้ป่วยเฉพาะทาง เพื่อสร้างมาตรฐานไปสู่เครือข่าย และเครือข่ายสามารถนำองค์ความรู้ ทักษะที่ได้ไปใช้ในการดูแลรักษาประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่สมคุณค่า

I: Integrated service ผสานการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ

1.Inter-hospital integrated บูรณาการการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.Inter-division integrated นำความเชี่ยวชาญผสามระบบสุขภาพอย่างครอบคลุม

3.Western-Oriental medicine integrated ผสามความเชี่ยวชาญเทคโนโลยีนวัตกรรมทางการแพทย์และภูมิปัญญาไทย เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน

I: Insight & data driven organization ขับเคลื่อนองค์กรด้วยคุณค่าจากข้อมูลคุณภาพ

I: Impact at country level สร้างผลลัพธ์เชิงประจักษ์เพื่อยกระดับสุขภาพประเทศไทย

- Training
- Research
- Technologies Assessment
- Model Development
- Policy Advocacy
- Innovation

แผนปฏิบัติราชการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2566-2570 ประกอบไปด้วยแผนปฏิบัติราชการสถาบันฯ 5 แผน โดยมีรายละเอียดดังนี้

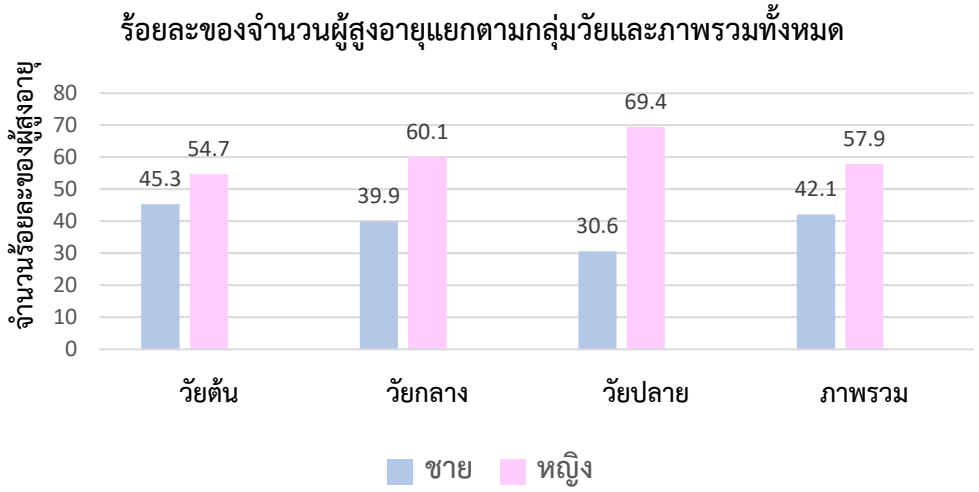
- แผนปฏิบัติราชการสถาบันฯ ที่ 1 ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการ สูงวัย (Center of Excellence in Geriatric Medicine and Gerontology)
- แผนปฏิบัติราชการสถาบันฯ ที่ 2 ศูนย์รวมวิทยาการและแหล่งอ้างอิงในการพัฒนานวัตกรรม เวชศาสตร์ผู้สูงอายุของประเทศ (Center of Geriatric Medical Innovation)
- แผนปฏิบัติราชการสถาบันฯ ที่ 3 การทำงานร่วมกับเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลแบบ มุ่งเป้า (Working Efficiently with Networks to Achieve Targeted Results)
- แผนปฏิบัติราชการสถาบันฯ ที่ 4 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอาการสูงอายุ ด้วยเทคโนโลยี ทางการแพทย์ที่เข้าถึงได้ (Accessible Technology Medical Services for Geriatric Syndromes)
- แผนปฏิบัติราชการสถาบันฯ ที่ 5 การบริหารจัดการองค์การเพื่อมุ่งสู่ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทาง ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัย (High Performance Organization towards

ส่วนที่ 2

ทิศทางการพัฒนางานวิจัยและวิชาการด้านผู้สูงอายุ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ

จากของมูลของ PRB ข้อมูลประชากร World population ปี ค.ศ.2024 รายงานว่าจากประชากรทั่วโลก 8,083 ล้านคนทั่วโลก จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็น ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดทั่วโลก ในทวีปเอเชียมีประชากร 4,773 ล้านคน จำนวนผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในทวีปเอเชีย (1) สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ.2567 โดยทำการเก็บข้อมูลจำนวน 86,880 ครัวเรือน ทุกจังหวัดทั่วประเทศ พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพื่อขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปีพ.ศ.2567 มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย อยู่ร้อยละ 57.9 และ 42.1 ตามลำดับ (2)



รูปภาพที่1 แสดงร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มวัยและภาพรวม

จากฐานข้อมูลรายงานประชากร แยกจำแนกเพศ กลุ่มอายุ จากฐานข้อมูล HDC พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละเขตบริการสุขภาพที่1 – 13 แสดงดังตาราง

จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละเขตสุขภาพ			
เขตสุขภาพ	**จำนวนผู้สูงอายุ (อายุ60ปีขึ้นไป)**		**รวม**
	ชาย (คน)	**หญิง (คน)**	**(คน)**
เขตสุขภาพที่1	553,684	665,978	1,219,662
เขตสุขภาพที่2	273,583	349,433	623,016
เขตสุขภาพที่3	242,575	315,598	558,173
เขตสุขภาพที่4	413,813	553,262	967,075

จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละเขตสุขภาพ			
เขตสุขภาพ	**จำนวนผู้สูงอายุ (อายุ60ปีขึ้นไป)**		**รวม**
	ชาย (คน)	**หญิง (คน)**	**(คน)**
เขตสุขภาพที่5	411,886	553,109	946,995
เขตสุขภาพที่6	399,026	529,305	928,331
เขตสุขภาพที่7	388,584	483,055	871,639
เขตสุขภาพที่8	397,260	477,038	874,298
เขตสุขภาพที่9	493,623	622,118	1,115,741
เขตสุขภาพที่10	319,588	385,147	704,735
เขตสุขภาพที่11	306,407	391,197	697,604
เขตสุขภาพที่12	299,535	395,363	694,898
เขตสุขภาพที่13	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล
		รวม(เขตสุขภาพที่1-12)	10,202,167

หมายเหตุ : ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC ประมวลผลวันที่ 30 ตุลาคม 2567

สถานการณ์ภาวะสุขภาพ

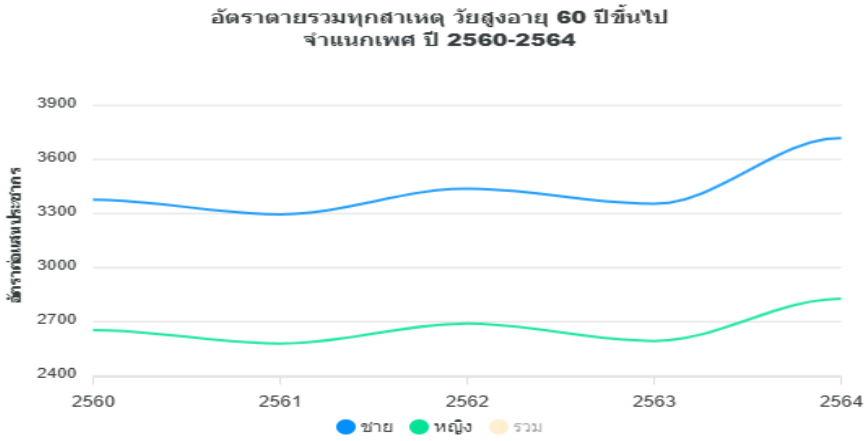
ความชุก (prevalent) ภาวะสุขภาพ

โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease: NCD) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสามารถเกิดได้กับคนทุกกลุ่มวัย และพบได้มากในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ความเสื่อมถอยของร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยโรคไม่ติดต่อที่พบในผู้สูงอายุได้บ่อย มีดังนี้ จากสถิติ ปีพ.ศ. 2566 พบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจำนวน 7,404,202 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อันดับ1 คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.91 อันดับ 2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.79 อันดับที่3 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.51 และโรคอื่นๆเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ,โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ,โรคมะเร็งเต้านม , โรคมะเร็งปากมดลูก ,โรคถุงลมโป่งพอง และ โรคมะเร็งปอด ตามลำดับ ถือว่าเป็น 10 อันดับโรคที่ผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นมาก ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มลพิษทางอากาศ ความเครียด และปัจจัยอื่นๆ หากไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพอาจก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะติดเตียง เป็นต้น

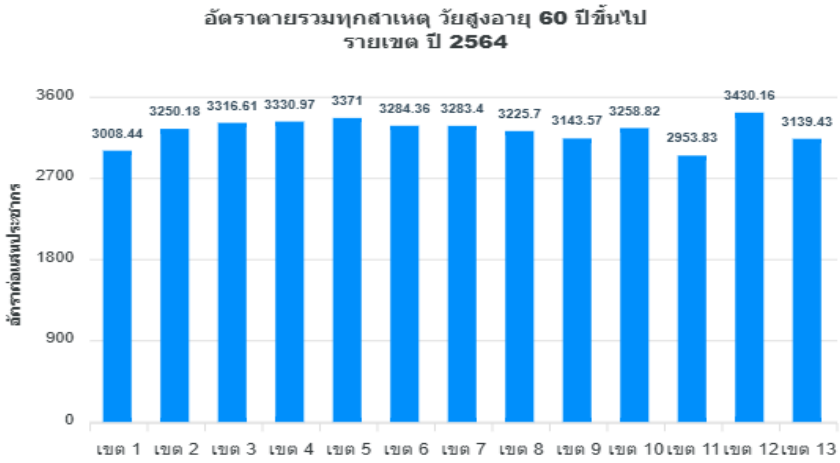
อุบัติการณ์ (incident) ภาวะสุขภาพ อัตราการตาย และการเจ็บป่วย

อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลการตาย จากข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ,ข้อมูลประชากรกลางปี จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ,การจำแนกพื้นที่ คิดตามที่อยู่ผู้ตาย พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2564 อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ จำแนกเพศเฉลี่ย ผู้ชาย 3,720 คน และผู้หญิง 3,222 ต่อประชากร 1 แสนคน แสดงดังกราฟต่อไปนี้



รูปภาพที่2 อัตราการตายรวมทุกสาเหตุ วัยสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำแนกเพศชาย-หญิง ปี 2560- 2564



รูปภาพที่3 อัตราการรวมทุกสาเหตุ วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รายเขต ปี 2564

ภาระโรค (Burden of Disease)

เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากร โดยประเมินจากภาระความสูญเสียทางสุขภาพ ที่มีหน่วยเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjust Life Years: DALYs) ที่ประกอบด้วยความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและพิการ(1) อันเป็นที่ยอมรับว่าเป็นเครื่องชี้วัดภาระที่สังคมประเทศต้องแบกรับจากการเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิต ที่สะท้อนปัญหาสุขภาพของประชากรได้ครอบคลุมทั้งเรื่องของการตาย ความเจ็บป่วย ความพิการ และมีหน่วยวัดเดียวกันระหว่างโรคหรือสาเหตุต่างๆ พัฒนาโดยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับธนาคารโลก (The World Bank Organization) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญและการวางแผนการลงทุนทางสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรในช่วงเวลาต่างๆ

ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability adjusted life years: DALYs)

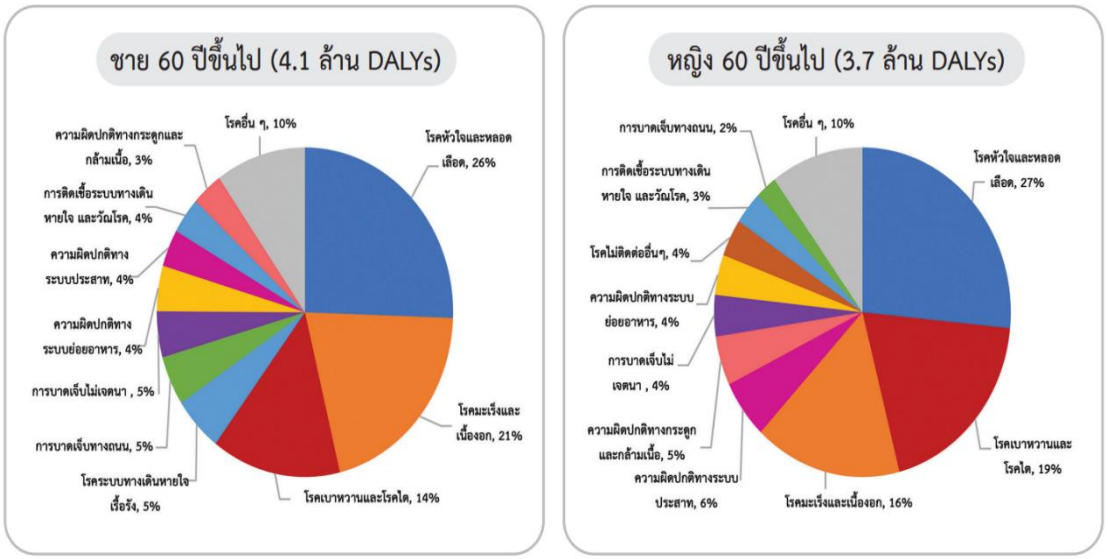
เป็นดัชนีวัดสถานีวัดสุขภาพประชากรแบบองค์รวม โดยวัดการสูญเสียทางสุขภาพจากความเจ็บป่วย พิการ และการตาย ในหน่วยการนับเป็นปี ซึ่งหนึ่งปีหน่วยสุขภาพที่สูญเสีย (1 DALY) เท่ากับการสูญเสียเวลาของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไป 1 ปี การสูญเสียนี้อาจเกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดจากการมีชีวิต
อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ DALYs จึงเป็นเครื่องชี้วัดภาวะโรคใช้บอกปัญหาภาพสุขภาพ ในภาพรวมของประชากรได้

DALYs = YLLs (Years of Life Lost due to premature mortality) + YLDs (Years Lost due to disability)

ปีที่สูญเสียสุขภาวะ = ปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร + ปีที่สูญเสียจากความป่วยหรือพิการ

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ในปีพ.ศ. 2562 ของประชากรไทย เมื่อแรกเกิดเท่ากับ 68.7 ปี โดยเพศชายเท่ากับ 66.4 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 71.2 ปี เมื่อมีอายุ 60 ปี ค่านี้ลดลงเหลือ 16.9 ปี (ชาย 16.2 หญิง 17.6 ปี) การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่ารวมทั้งสิ้น 7.8 ล้าน DALYs ซึ่งอัตราการสูญเสียของเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายสูญเสีย 4.1 ล้านDALYs และเพศหญิง 3.7 ล้านDALYs

จากแผนภาพวงกลมพบว่า สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและหญิง อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 26 และร้อยละ 27 ตามลำดับ ส่วนการสูญเสียรองลงมาในเพศชาย ได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอก คิดเป็นร้อยละ 21 และในเพศหญิง คือโรคเบาหวานและโรคไต คิดเป็นร้อยละ 19 และพบว่า 10 อันดับแรก จาก 175 รายโรคเฉพาะของสาเหตุที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะของกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป พบว่าในเพศชาย 2 อันดับแรกได้แก โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 11.8 และ 10.8 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงคือโรคเบาหวาน และหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 15.1 และ 12.9 ตามลำดับ



รูปภาพที่ 4 อัตราการรวมทุกสาเหตุ วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รายเขต ปี 2564

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการ และการคัดกรองผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้าน เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพเบื้องต้น นำไปสู่การวางแผนส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การดูแลตนเอง ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุได้อย่างตรงประเด็น โดยการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความคิดความจำ
2. ด้านการเคลื่อนไหวของรางกาย
3. ด้านการขาดสารอาหาร
4. ด้านการมองเห็น
5. ด้านการได้ยิน
6. ด้านภาวะซึมเศร้า
7. ด้านการกลั้นปัสสาวะ
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
9. ด้านสุขภาพช่องปาก

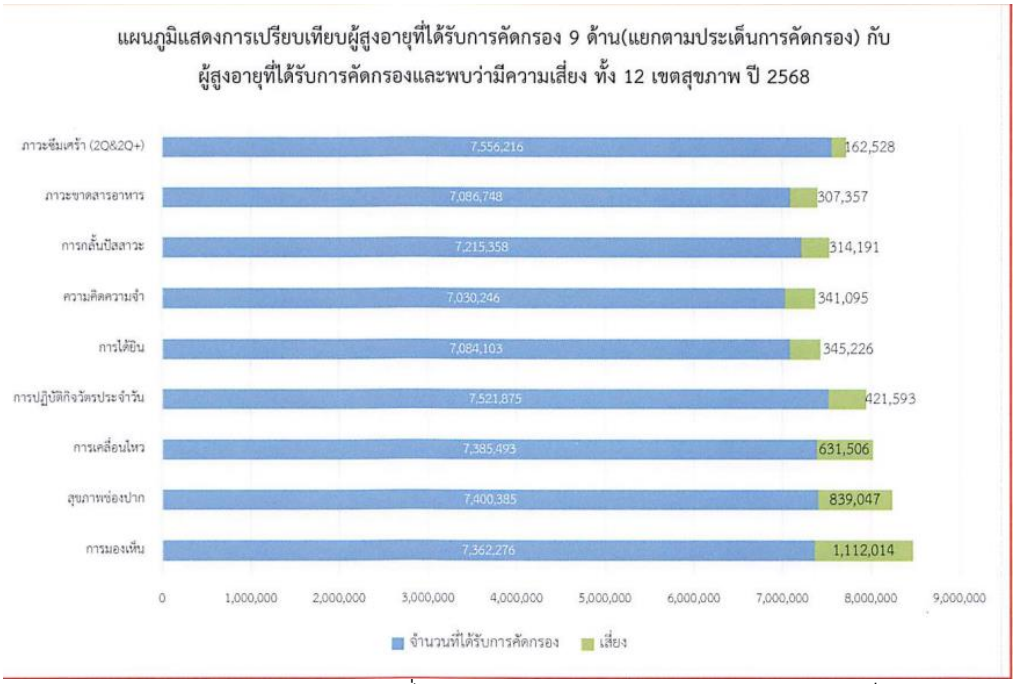
จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community Screening) ปี 2567 พบว่าการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน เป้าหมาย การคัดกรองอยู่ที่ 10,221,270 คน คัดกรองครบ 9 ด้าน จำนวน 8,423,556 คน คิดเป็นร้อยละ 82.41 ของเป้าหมายการคัดกรอง (ประมวลผลวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567)



รูปภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงการเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน (แยกตามประเด็นการคัดกรอง) กับผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยง ทั้ง 12 เขตสุขภาพ ปี 2567

โดยพบว่า 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงดังนี้ อันดับ 1 การมองเห็น จำนวน 558,055 คน อันดับที่ 2 สุขภาพช่องปาก จำนวน 336,274 คน และอันดับที่ 3 การเคลื่อนไหว จำนวน 301,919 คน

จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community Screening) ปี 2568 พบว่าการคัดดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน เป้าหมาย การคัดกรองอยู่ที่ 10,797,589 คน คัดกรองครบ 9 ด้าน จำนวน 6,972,359 คน คิดเป็นร้อยละ 64.57 ของ เป้าหมายการคัดกรอง (ประมวลผลวันที่ 5 มีนาคม 2568)



รูปที่ 6 แผนภูมิแสดงการเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน (แยกตามประเด็นการคัดกรอง) กับผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยง ทั้ง 12 เขตสุขภาพ ปี 2568

โดยพบว่า 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงดังนี้ อันดับ 1 การมองเห็น จำนวน 1,112,014 คน อันดับที่ 2 สุขภาพช่องปาก จำนวน 839,047 คน และ อันดับที่ 3 การเคลื่อนไหว จำนวน 631,506 คน

สวัสดิการด้านสังคมและสุขภาพ

ประชาชนไทยได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล โดยสิทธิการรักษาพยาบาลมี 3 ระบบ ใหญ่ คือ

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท คุ้มครองผู้ที่เป็นประชาชนไทย มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13หลัก ที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจหรือสิทธิอื่นๆ จากรัฐบาล ให้ได้รับบริการสาธารณสุข ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบ เพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทั่วถึงตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน)

2. สิทธิประกันสังคม คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนตามสิทธิ สามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียน โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ทำหน้าที่ดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

3. สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ทำหน้าที่ดูแลระบบ

สิทธิสวัสดิการของผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการและดูแลสุขภาพต่าง ๆ ผ่านช่องทางพิเศษ ติดต่อขอรับบริการได้ที่สถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ ตามสิทธิ์การรักษาของแต่ละบุคคล ประกอบไปด้วย สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สป.สช) สิทธิ์ข้าราชการและสิทธิ์ประกันสังคม ในการให้การให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยสิทธิ์ขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุประกอบด้วย การตรวจร่างกายประจำปี 14 รายการดังตารางต่อไปนี้

รายการ	**อัตราค่าบริการ (สปสช/สปส)**	**ค่าใช้จ่ายตามสิทธิ (บาท)**		
		บัตรทอง	**ประกันสังคม**	**ข้าราชการ**
1.การคัดกรองการได้ยิน (finger rub test)	50 บาท/ครั้ง/ปี	ฟรี	ฟรี	ฟรี
2.การตรวจเต้านมโดยแพทย์	50 บาท/ครั้ง/ปี	ฟรี	ฟรี	ฟรี
3.การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ (Snellen eye test)	50 บาท/ครั้ง/ปี	ฟรี	ฟรี	ฟรี
4.การตรวจปัสสาวะ (UA)	50 บาท/ครั้ง/ปี	ฟรี	ฟรี	ฟรี
5.การตรวจไต (Serum Creatinine)	50 บาท/ครั้ง/ปี	ฟรี	ฟรี	ฟรี
6.การถ่ายภาพรังสีทรวงอก	170 บาท/ครั้ง	ฟรี	ฟรี	ฟรี
7.การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรง	60 บาท/ครั้ง/ปี	ฟรี	ฟรี	ฟรี
8.การตรวจระดับน้ำตาล (FPGหรือFBS)	40 บาท/ครั้ง	ฟรี	ฟรี	ฟรี
9.การตรวจเม็ดเลือด (CBC)	65 บาท/ครั้ง	ฟรี	ฟรี	ฟรี
10.การตรวจระดับไขมัน (Total cholesterol& HDL cholesterol)	160 บาท/ครั้ง	ฟรี	ฟรี	ฟรี
11.เชื้อไวรัสตับอักเสบ HBsAG	50 บาท/ครั้ง	ฟรี	ฟรี	ฟรี
12.การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV	2สายพันธ์ 330 บาท 14สายพันธ์ 420 บาท	ฟรี	ฟรี	ฟรี
13.การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear	250 บาท/ครั้ง/3ปี	ฟรี	ฟรี	ฟรี
14.การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA	250 บาท/ครั้ง/5ปี	ฟรี	ฟรี	ฟรี

หมายเหตุ: ในช่องสิทธิประกันสังคมรายการที่ 1-6 เป็นรายการที่สปสช. ไม่ได้ กำหนดไว้ ใช้ได้เฉพาะผู้ประกันตนเท่านั้น รายการที่ 7-14 เป็นรายการที่ สปสช. กำหนดไว้ตรงกับ สำนักงานประกันสังคม ใช้ได้ทั้งผู้ประกันตน และผู้มีสิทธิสปสช.

การคัดกรองปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความคิดความจำ
2. ด้านการเคลื่อนไหวของรางกาย
3. ด้านการขาดสารอาหาร
4. ด้านการมองเห็น
5. ด้านการได้ยิน
6. ด้านภาวะซึมเศร้า
7. ด้านการกลั้นปัสสาวะ
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
9. ด้านสุขภาพช่องปาก

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะประคับประคอง หรือภาวะพึ่งพิง มีสิทธิ ได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตาม Care plan (ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)) จากหน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการ สถานบริการ หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ) โดยจะได้รับบริการ เช่น การประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) โดยผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager : CM) และการบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแล (Care giver : CG) รวมถึงการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) เพื่อติดตามอาการ การใช้ยา แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำกายภาพบำบัด ให้ยืมเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นเพื่อนำกลับมาใช้ที่บ้าน โดยหน่วยจัดบริการจะได้รับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในอัตราเหมาจ่าย 6,000 บาท/คน/ปี โดย สปสช.จะจัดสรรค่าบริการผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) ที่ดำเนินการร่วมกับ อบต./เทศบาลในพื้นที่

ในปี 2567 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เพิ่มงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จากเดิม 6,000 บาทต่อคนต่อปี เป็น 10,442 บาทต่อคนต่อปี การเพิ่มงบประมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และขยายการดูแลเพิ่มเติมไปยังกลุ่มเป้าหมายใหม่ เช่น ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะปานกลาง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการเบิกค่าใช้จ่าย LTC สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในหมวดหมู่หลักๆ ดังนี้

1. ค่าบริการดูแลระยะยาวในชุมชน เช่น ค่าจ้าง CG , บริการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ
2. ค่าบริการทางการแพทย์และพยาบาล เช่น ค่าตรวจเยี่ยมที่บ้าน , ค่าทำแผล ,ค่าฟื้นฟูร่างกายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ค่าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางยา เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สายสวน ไม้เท้า วอล์คเกอร์
4. ค่าปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ/ทางเดิน , การปรับพื้นบ้านให้เรียบลดความเสี่ยงในการล้ม

ด้านสิ่งแวดล้อม

การจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่นการปรับพื้นที่ตามหลักการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกและปลอดภัย เช่น การเพิ่มแสงสว่าง พื้นบ้านควรเป็นพื้นเรียบ บริเวณรอบๆบ้าน ไม่มีพื้นผิวขรุขระ ป้องกันการเสี่ยงหกล้มอุบัติเหตุต่างๆ พื้นห้องน้ำควรแยกพื้นที่เปียก-แห้ง มีราวจับสำหรับพยุงตัว หรืออาจมีสัญญาณฉุกเฉินสำหรับขอความช่วยเหลือ บริเวณบันได ควรติดตั้งราวจับทั้ง 2 ด้าน ให้สะดวกในการขึ้นลง ไม่ชันมาก ความสูงสม่ำเสมอกัน ห้องนอนควรจัดให้อยู่ในพื้นที่อากาศถ่ายเทสะดวก หรือมีมุมสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจทั้งในและนอกบ้าน มีป้ายสัญลักษณ์บอกอย่างชัดเจน

เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

Age – Friendly Communities/Cities หมายถึงเมืองหรือชุมชนที่มีการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โครงสร้างเดิมให้เหมาะสมเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง ตามองค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก (WHO) ดังนี้

1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces & buildings)
2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation)
3. ที่อยู่อาศัย (Housing)
4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation)
5. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect & social inclusion)
6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation & employment)
7. การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ (Communication & Information)
8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support & health services)

ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ

จากจำนวนประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ประชากรที่อายุที่ยืนยาวขึ้น ประชากรของโลก จำนวน 7,875 ล้านคน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (1) ในอาเซียนมีประชากร จำนวน 671 ล้านคน มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 80 ปีขึ้น จำนวนมากถึง 8.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด (1) ส่วนประเทศไทย ใน ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (1) ซึ่งประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีอายุเฉลี่ยแรกเกิด (หมายถึงปีเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตต่อไปอีกกี่ปี) ในเพศชาย 74.39 ปี และเพศหญิง 80.6 ปี (2) การจัดทำระบบหรือพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่จะรองรับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ควบคู่ไปกับการป้องกัน ชะลอความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย ส่งเสริมให้เกิดการคงศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตที่ดี

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

จำแนกเป็นโรคทางกายทางจิต ซึ่งโรคทางกายส่วนใหญ่เริ่มเป็นปัญหาในวัยกลางคน และต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุซึ่งมักเป็นหลายโรคพร้อมกัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ และโรคไตวายเรื้อรัง สำหรับโรคทางจิต ได้แก่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 17.7) พบประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ โรคเกาต์ (ร้อยละ 5.8) โรคหอบหืด (ร้อยละ 4.8) (3) และข้อมูลจาก สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค)** กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสาเหตุการป่วย 3 อันดับแรก ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตะบอลิกอื่นๆ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำและเบาหวาน ตามลำดับ **สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน (การวินิจฉัยโรคหลัก)** กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสาเหตุการป่วย 3 อันดับแรก ได้แก่ ปอดบวม ไตวาย ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่นๆ ตามลำดับ (5)

จากข้อมูลด้านสุขภาพเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนงานวิชการและการวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยมีแผนงานที่พัฒนางานด้านผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานทั้งในและนอกกรมการแพทย์ มุ่งเป้างานวิชาการที่ตอบสนองความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้สูงอายุ ครอบครัว

ส่วนที่ 3
การพัฒนาวิชาการและการวิจัย

การพัฒนาวิชาการและการวิจัย จะต้องมีแผนงานการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมีพันธกิจกรมการแพทย์ คือ สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co-Creation) ทางวิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล สถาบันฯ ต้องกำหนดทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ ดังนั้น การพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ ด้านวิชาการและการวิจัยต้องมีเป้าหมายและแนวทางชัดเจน สามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหา ด้านการแพทย์ มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ มีการติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการอย่างเป็นระบบ และการบริหารจัดการที่เหมาะสม ซึ่งข้อมูลด้านวิชาการและการวิจัยที่มีคุณภาพ จะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและนำไปใช้ประโยชน์ได้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์งานวิชาการและการวิจัยขององค์กร

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มีภารกิจการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน แก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ มีหน้าที่ความรับผิดดังนี้

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่สถานบริการสุขภาพ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
3. จัดให้มีบริการทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาวิชาการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4. ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่แพทย์และบุคลากรทางด้าน สุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
5. กำกับและดูแลการดำเนินงานของศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
6. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

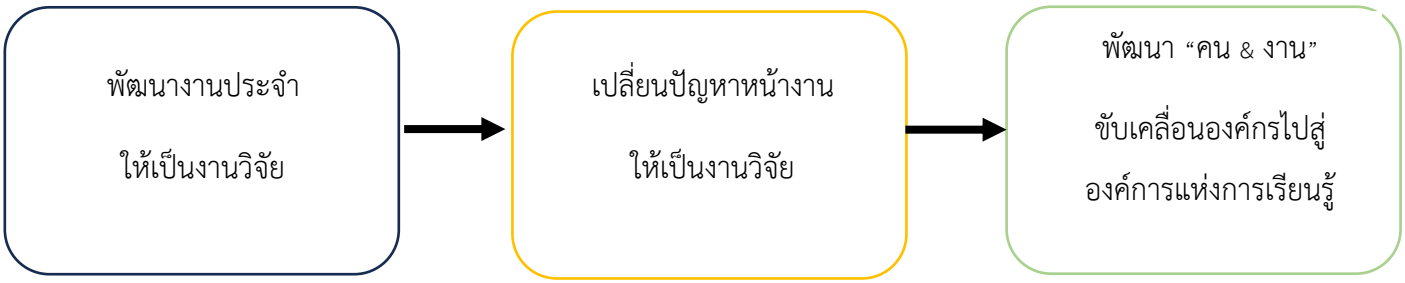
จากการวิเคราะห์ SWOT ในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ 5 ปี ของสถาบันฯ มีรายละเอียดดังนี้

Strength	Opportunity
1. สถาบันฯ มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตามราชกิจจานุเบกษา และผู้อำนวยการสถาบันฯ ยังเป็นเป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ ผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ทำหน้าที่ในการกำหนดแผนผู้สูงอายุของประเทศ และขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุของชาติในระยะยาว 2. สถาบันฯ ได้รับมอบหมายให้ช่วยจัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุในระดับอาเซียน (ACAI) และ ร่วมผลักดันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับอาเซียน 3. สถาบันฯ ดูแลคลินิกผู้สูงอายุทั่วประเทศ ซึ่งเป็นหน่วยงานบริการที่สามารถนำ องค์ความรู้และนวัตกรรมของสถาบันฯ ไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมทั่วประเทศ 4. สถาบันฯ มีฐานข้อมูลด้านการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในระดับประเทศ 5. สถาบันฯ มีผลผลิตทางวิชาการที่เป็นคู่มือและแนวทางเวชปฏิบัติที่มี Policy Impact สูง 6. สถาบันฯ มีภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันในหลากหลายภาคส่วน 7. สถาบันฯ เป็นหน่วยงานหลักในการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 8. สถาบันฯ มีโอกาสได้รับทุนวิจัยสูงจากการเป็นตัวแทนของประเทศด้านงานเวชศาสตร์ เพื่อผู้สูงอายุ และมีเครือข่ายหลายจังหวัด 9. สถาบันฯ มีการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ที่มีความหลากหลาย รวมถึง การมีนวัตกรรม และอุปกรณ์การออกกำลังกายเฉพาะที่เหมาะกับผู้สูงอายุ 10. สถาบันฯ มีบุคลากรที่มีความตั้งใจ และมุ่งมั่นในการทำงานสูง 11. สถาบันฯ จะมีพื้นที่ในการให้บริการเพิ่มขึ้น และมีความทันสมัยภายในบริเวณอาคารใหม่ โดยมีแนวคิดที่จะบริการดูแลแบบ Multidisciplinary	1. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุถูกจัดอยู่ในนโยบายระดับชาติ ทำให้ข้อเสนอโครงการและ การของบประมาณการทำงานมีความคล่องตัว อีกทั้งนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมสูงอายุ ทำให้ขยายโอกาสในการทำงานได้ครอบคลุม มากขึ้น 2. การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วช่วยอำนวยความสะดวก ให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพสูงได้ อาทิ การเชื่อมโยงฐานข้อมูล การใช้ Social Media ในงานสื่อสารมวลชน งานถ่ายทอดองค์ความรู้ และการมี Platform ที่ทำให้ เข้าถึงง่ายขึ้น ใช้งบน้อยลง 3. หน่วยงานภายนอกเป็นพันธมิตร และมีการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุร่วมกันที่ให้ ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและสร้างผลกระทบสูงในระดับชาติ รวมถึงสนับสนุนให้สถาบันฯ มีบทบาทสำคัญ คือ เป็นศูนย์กลางการเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่าง ๆ เป็นศูนย์อ้างอิงด้าน ผู้สูงอายุ และเป็นผู้ดูแลเรื่องการประเมินมาตรฐานเชิงคุณภาพในเรื่องต่าง ๆ 4. ความตื่นตัวของภาคประชาชนในสังคมสูงวัย ทำให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องสุขภาพมากขึ้น และจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์อยากมาเรียนเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น 5. นโยบายการมีคลินิกผู้สูงอายุทำให้สถาบันฯ เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ดังนั้น ควรเร่งสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุ

Weakness	Threats
1. สถาบันฯ ขาดการทบทวนข้อมูลสำคัญที่ควรนำเข้าไว้ในฐานข้อมูลระดับประเทศ รวมถึง ขาดการวิเคราะห์และการนำข้อมูลด้านการคัดกรองสุขภาพไปใช้ประโยชน์ 2. สถาบันฯ ยังไม่ได้นำองค์ความรู้ การวิจัย/งานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในระดับชาติเท่าที่ควร 3. สถาบันฯ มีจำนวนบุคลากรน้อย และยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 4. บุคลากรบางส่วนยังขาดความเข้าใจบทบาท และหน้าที่การทำงานที่จะนำไปสู่การขับเคลื่อน วิสัยทัศน์ 5. บุคลากรบางส่วนขาดประสบการณ์ในการทำและต่อยอดโครงการ ทักษะการเขียนงบประมาณ รวมถึงขาดทักษะในการนำแผนระดับชาติมาต่อยอด นอกจากนี้ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับ การทบทวนแผนฯ ร่วมกันทุกปีเท่าที่ควร 6. สถาบันฯ มีปัญหาด้านการจัดการบุคลากรที่พบได้โดยทั่วไป ได้แก่ ปัญหาช่องว่างระหว่างวัย ปัญหาการสื่อสารภายในองค์กร การถ่ายทอดนโยบายที่อาจเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน และ ความไม่สมดุลระหว่างภาระงานด้านวิชาการ กับภาระงานด้านบริการ 7. การรับรู้ในการดำเนินงานของสถาบันฯ จากภาคประชาชนยังมีค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ เอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ หรือองค์ความรู้ต่าง ๆ ของสถาบันฯ ยังไม่แพร่หลายถึงบุคลากร ทางการแพทย์ หรือเครือข่ายวิชาการเท่าที่ควร 8. สถาบันฯ ไม่มีหน่วยให้บริการขนาดใหญ่กับประชาชนจำนวนมาก ทำให้ขาดข้อมูลสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมของพื้นที่ปฏิบัติงาน นวัตกรรมหรืองานวิจัยยังมีข้อจำกัดของการใช้งานได้ เพียงบางพื้นที่ และยังขาดการนำนวัตกรรมไปใช้เป็นเชิงพาณิชย์	1. หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่น ๆ มีความตื่นตัวในการดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ทำให้งานของผู้สูงอายุถูกแบ่งออกเป็นส่วน ๆ ไม่ได้บูรณาการทำงาน ร่วมกัน นอกจากนี้งานด้านผู้สูงอายุจากแต่ละหน่วยงานอาจมีความทับซ้อนกัน ซึ่งหาก การดำเนินงานตามพันธกิจของสถาบันฯ ยังขาดจุดยืนที่ชัดเจน จะทำให้บทบาทของสถาบันฯ ถูกลดทอนลง 2. งานด้านสาธารณสุขที่อยู่ในระดับนโยบายยังเป็นแบบ Diseases Base ทำให้มีขั้นตอน การทำงานยุ่งยาก และไม่สะดวกต่อผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ 3. ประเด็นความท้าทายที่เกิดจากการเป็นสังคมสูงวัยมีความหลากหลายและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้สถาบันฯ อาจไม่สามารถพัฒนางานได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การพลัดตกหกล้ม การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) 4. กระแสการให้ความสำคัญเรื่องความคุ้มค่าทางสังคม ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment) 5. ภัยคุกคามทางไซเบอร์การรักษาความปลอดภัยของฐานข้อมูล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ทำให้การเพิ่มระดับความปลอดภัยของการเก็บข้อมูลและชั้นความปลอดภัยของข้อมูล เป็นเรื่องสำคัญ 6. การบูรณาการทั้งในและนอกหน่วยงานเป็นไปได้ยาก ทั้งการบูรณาการวิสัยทัศน์และ ฐานข้อมูล

จากผลการวิเคราะห์ SOWT และปัจจุบันสถาบันฯ ต้องเผชิญหน้ากับความท้าทายมากขึ้น จากประชากรด้านผู้สูงอายุมากขึ้น และการพัฒนางานด้านวิชาการและงานวิจัย ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ คือ บุคลากรทางสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้นจึงเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องปรับตัว เพื่อให้ทันกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ ที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้น สถาบัน ฯ จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของงานวิจัยและวิชาการ และพัฒนางานวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านงานวิจัยจึงมีแนวทาง มีที่จะพัฒนาและทำวิจัยแบบ R2R (Routine to Research) ซึ่งเปรียบเสมือนนวัตกรรม เป็นการสร้างงานวิจัยและการจัดการเรียนรู้และองค์ความรู้ใหม่เป็นกลไกเพื่อพัฒนาบุคลากร ในการศึกษาค้นคว้า นำหลักการทำวิจัยมาพัฒนางานวิชาการและเรียนรู้การทำงานหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการพัฒนาต่อยอดงานนั้นๆ เป็นวงจรแบบไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้บุคลากรสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองได้หลายด้าน เช่น การวางแผน การคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา การริเริ่มสร้างสรรค์ พัฒนาวิธีการทำงาน ฯลฯ ทำให้บุคลากรมีความภาคภูมิใจที่สามารถสร้างองค์ความรู้ได้จากงานที่รับผิดชอบ นำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้



และจากการปรับเปลี่ยนการจัดบริการด้านวิชาการและบริการวิชาการที่เป็นรูปแบบงานบริการด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้สถาบันฯ ได้ปรับแนวทางด้านงานวิจัยเพื่อหารูปแบบบริการสุขภาพภายในองค์กรมากขึ้น โดยมีแรงจูงในการการทำงานวิจัยในรูปแบบ R2R ซึ่งทำให้บุคลากรในองค์การสามารถทำบริการด้านสุขภาพคู่กับการการทำงานวิจัยและพัฒนางานด้านวิชาการคู่ขนานไปด้วย และจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานและทีมบุคลากรภายในองค์กร พบว่างาน R2R จะทำสำเร็จได้ต้องมีแรงจูงใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำ R2R สามารถแบ่งได้ 2 ประเด็นดังนี้

1. แรงจูงใจและปัจจัยจากองค์การและผู้บริหาร : การเปิดโอกาศให้บุคลากรได้รู้จักบาทและหน้าที่ของตนเองในการคิดวิเคราะห์ เน้นการบริหารงานแบบสีส่วนร่วม วางแผนตั้งแต่เริ่มต้น อำนวยความสะดวก สนับสนุนทรัพยากร ส่งเสริมและพัฒนาทักษะบุคลากร สร้างขวัญและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง ติดตามผล สร้างสังคมแห่งการเรียนรู้
2. แรงจูงใจและปัจจัยจากตัวบุคลากร : บุคลากรต้องมีความชำนาญในหน้าที่ของตน มีการพัฒนางานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ มีทัศนคติกับงานจองตนเอง มีการบูรณาการร่วมกันในส่วนงานต่างๆ ส่งผลให้เกิดเครือข่ายด้านการพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมในองค์กรได้

แผนปฏิบัติราชการรสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี(พ.ศ. 2566-2570)

วิสัยทัศน์	**องค์กรหลักของประเทศ ในการเสริมสร้างงานวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิทยาการสูงวัยรองรับสังคมผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ อย่างเสมอภาค**				
พันธกิจ	**สร้างและถ่ายทอดผลงานวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัยให้ทุกภาคส่วนนำไปใช้ป้องกันดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และผลักดันสู่การกำหนดนโยบายระดับชาติ**				
แผนปฏิบัติราชการสถาบัน ฯ	**แผนที่ 1** ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัย (Center of Excellence in Geriatric Medicine and Gerontology)	**แผนที่ 2** ศูนย์รวมวิทยาการและแหล่งอ้างอิงในการพัฒนานวัตกรรมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของประเทศ (Center of Geriatric Medical Innovation)	**แผนที่ 3** การทำงานร่วมกับเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลแบบ มุ่งเป้า (Working Efficiently with Networks to Achieve Targeted Results)	**แผนที่ 4** ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอาการสูงอายุ ด้วยเทคโนโลยี ทางการแพทย์ที่เข้าถึงได้ (Accessible Technology Medical Services for Geriatric Syndromes)	**แผนที่ 5** การบริหารจัดการองค์การเพื่อมุ่งสู่ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทาง ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัย (High Performance Organization towards COE in Geriatric Medicine and Gerontology

เป้าหมาย	1) เป็นศูนย์อ้างอิงด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัยของประเทศ 2) เป็นศูนย์กลางในการพัฒนาบุคลากรทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	1) มีการพัฒนานวัตกรรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัย เพื่อยกระดับบริการ ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง	1) ขยายเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัย 2) เป็นศูนย์กลางความร่วมมือด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัยของประเทศ 3) เกิดความเชื่อมโยง (การบูรณาการ) ในการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัยของหน่วยงานในทุกภาคส่วน	1) มีบริการทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีที่ครอบคลุมและทั่วถึง 2) เพิ่มสัดส่วนคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	1) สถาบันฯ เป็นศูนย์กลางการพัฒนาความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัยของประเทศ

กลยุทธ์	เป็นศูนย์อ้างอิงด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุและวิทยาการสูงวัยระดับ ประเทศและผลิตงาน วิชาการที่ได้รับการยอมรับ รวมถึงมีข้อเสนอเชิงนโยบาย เกี่ยวกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิทยาการสูงวัย	1.เสริมศักยภาพของ บุคลากรในการพัฒนา นวัตกรรมเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ	1.สร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุและ วิทยาการสูงวัยกับเครือข่าย	1. ส่งเสริม สนับสนุนให้ คลินิกผู้สูงอายุมี การให้บริการทางการแพทย์โดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	1. พัฒนาบุคลากรเพื่อ การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ของสถาบันฯ
	2. พัฒนาหลักสูตรการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	2. ส่งเสริมโครงการพัฒนานวัตกรรมเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ	2.พัฒนาและเชื่อมโยง ข้อมูลการให้บริการสุขภาพ ผู้สูงอาย	2. เสริมทักษะด้าน เทคโนโลยีทางการแพทย์ สมัยใหม่/เทคโนโลยีทาง การแพทย์ที่เข้าถึงได้ ให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	2.ปฏิรูปสถาบันฯ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ขององค์กร
	3. พัฒนาแพลตฟอร์มการเรียนรู้ E-Learning online เกี่ยวกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เข้าถึง ได้ง่าย	3. สร้างนวัตกรรมที่มีผลกระทบสูง			3. พัฒนาระบบติดตามประเมินผล

2. แผนงานวิชาการและการวิจัย

การพัฒนาทั้งงานวิชาการและวิจัยต้องสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะ 2566-25670 ซึ่งเป้าหมายที่การจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ โดยมุ่งเป้าไปที่ การยกระดับและพัฒนาสถานชีวาภิบาล เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพ และส่งเสริมการผลิตและจ้างงานผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver) มีความต่อเนื่องและเพื่อรองรับการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2567-2568 โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน วางระบบการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในระยะสุดท้ายของชีวิต และการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การคัดกรองและดูแลระยะยาว และให้ทุกสถานบริการมีการดำเนินงานสถานชีวาภิบาลเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น ในส่วนของกรมการแพทย์ จากนโยบายท่านอธิบายกรมการแพทย์ ปีงบประมาณพ.ศ. 2568 จะมุ่งเน้นการผสานการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ (Integrated services) บูรณาการการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผสานความเชี่ยวชาญเทคโนโลยีนวัตกรรมทางการแพทย์ และภูมิปัญญาไทย เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน

จากนโยบายระดับกระทรวงสู่แผนการพัฒนางานวิชาการและงานวิจัยที่สอดคล้องใน 7 ประเด็น ของการแพทย์ ที่มุ่งพัฒนาด้านวิชาการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น CoE เรื่องหนึ่ง ของกรมการแพทย์ ในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกรม ดังนี้

1. Model Development

การพัฒนา Model Development ด้านผู้สูงอายุ และการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุในหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ในกลุ่ม CR5GDNA ในปี พ.ศ. 2565-ปัจจุบัน เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จากการประชุมของคณะทำงานกลุ่ม CR5GDNA มีแผนงานด้านผู้สูงอายุในการพัฒนา Model services ในกลุ่มอาการและโรคผู้สูงอายุ 6 เรื่อง คือ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม สายตาเลือนลาง สุขภาพช่องปาก (รวมในประเด็นโภชนาการ) นอนไม่หลับ ชะลอความชรา เพื่อเป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะทาง เช่น สมองเสื่อม การนอนไม่หลับ ปัสสาวะเล็ดราด เป็นต้น และนำสู่ Model implementation ระดับสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ใน 13 เขตสุขภาพ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มุมพัฒนางานวิชาการและงานวิจัยที่จะตอบสนองความต้องการ และสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของทีมบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อนำใช้ในการจัดการและดูแลรักษาผู้สูงอายุในสถานบริการในระดับสถานบริการ และต่อเนื่องเชื่อมโยงในชุมชน โดยในแผนระยะสั้นและระยะกลาง สถาบันฯ จะดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ใน 9 ประเด็น เพื่อให้สอดคล้องกับแผนงานของระดับกระทรวง กรม และเกิดการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุกับกรมและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

2. TA, CPG (Technology Assessment, Clinical practice guideline)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางเมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยและที่มีปัญหาสุขภาพตามมา ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลรักษาบำบัดที่เฉพาะ สถาบันฯ มีแนวทางการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในแต่ละกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ที่จะสนับสนุนในด้านวิชาการให้บุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับสถานบริการ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางใน

จัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการพัฒนาและนำใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อเลือกและจัดการเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การเลือกเครื่องมือหาและแนวทางการดูแลรักษาในประเทศที่สามาถรถลดค่าใช่จ่ายที่จะเกิดจากการรักษาพยาบาล

3. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economic)

สถาบันฯ มีแนวทางการดำเนินงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อสนับสนุนและหาแนวทางด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการระบบสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเป็นความร่วมมือการดำเนินงานกับเครือข่ายทั้งในและนอกประเทศ เพื่อการพัฒนาและการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์นำสู่การกำหนดนโยบาย การวางแผน และการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ทรัพยากรที่ใช้ในด้านสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุด

4. Data health system (data tool)

สถาบันฯ จะมีแนวทางการการจัดการวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดทำข้อมูลการติดตามสถานการณ์สุขภาพ และแนวโน้มความก้าวหน้าและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ซึ่งแหล่งข้อมูลต้องมาจากหลายแหล่งเพื่อการสนับสนุนการวางแผนด้านนโยบาย การจัดบริการระบบสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งทางสถาบันฯ มีแนวทางการดำเนินงานร่วมกับหน่วนงานในกรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

5. นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข (ชุดองค์ความรู้ ชุดpackaging ชุดฐานข้อมูล)

สถาบันฯ มีแนวทางการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกกับผู้ให้บริการที่จะนำใช้ในระดับพื้นที่ โดยสิ่งที่พัฒนาขึ้นจะต้องตอบสนองทั้งในผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

6. Policy advocacy/ policy maker

สถาบันฯ มีบทบาทในการมีส่วนร่วมการเสนอและวางนโยบายด้านผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานด้านการวิชาการและการวิจัย จะจัดทำเป็นทำข้อเสนอแนะเชิงโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยร่วมกับหน่วยงานทั้งในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งงานวิชาการและการวิจัยที่จะนำมาสู่การนำใช้ในระดับพื้นที่ตอบสนองความต้องการในผู้ให้บริการที่จะต้องปฏิบัติ และผู้รับบริการ ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ทั่วถึงอย่างเป็นระบบ

สถาบันมีเป้าหมายในการพัฒนางานวิจัยและต่อยอดงานเดิมเพื่อผลักดันไปสู่การนำเสนอเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

7. Gerontology (ด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม)

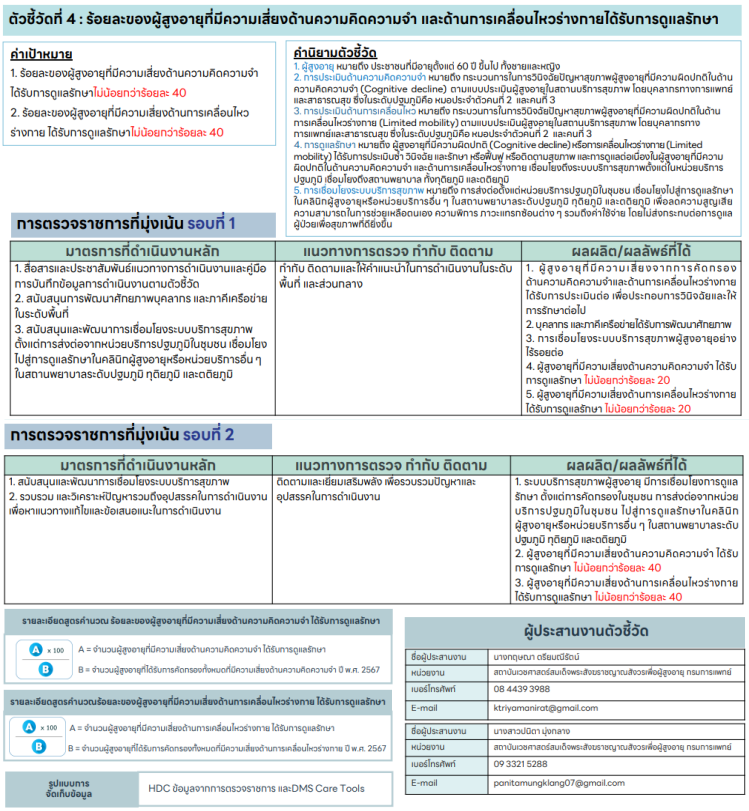
สถาบันฯ มีบทบาทด้านวิชาการและการวิจัยเพื่อสนับสนุนการจัดบริการระบบสุขภาพผู้สูงอายุการจัดบริการในผู้สูงอายุ ต้องครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม แนวทางการดำเนินงานของสถาบันฯ จะร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆในการพัฒนาวิชาการและการวิจัย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุครบมิติ อย่างเป็นระบบ

จาก 7 ประเด็น ดังกล่าว สถาบันฯ ได้มีการพัฒนางานวิชาการต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนด้านวิชาผู้สูงอายุและบูรณาการกับหน่วยงานนอกกรมการแพทย์ เช่น สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น และสถาบันฯ เองได้ปรับให้มีรูปแบบการจัดบริการเกิดขึ้น เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบด้านการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น day services มีรูปแบบบริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพ และการดูแลแบบองค์ ตามแนวทางของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อเป้าหมายในการดำเนินงานและขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ

1) บุคลากรทางสุขภาพ
2) หน่วยงาน/สถานบริการสุขภาพ
3) ผู้สูงอายุ และครอบครัว

และผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายปี 2568 เน้นการพัฒนาสถานชีวาภิบาล ระบบการดูแลที่บ้าน และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงการอบรมบุคลากรเพิ่มความครอบคลุมในเรื่องของสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย

ตัวชี้วัดที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความจำและการเคลื่อนไหว เพื่อต้องการผลลัพธ์ในเรื่องของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการคัดกรองและรักษาต่อเนื่อง ลดภาวะพิการ ความสูญเสียในการช่วยเหลือตนเอง ลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐ โดยใช้ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกัน มีเป้าหมายคือร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความจำและการเคลื่อนไหวได้รับการดูแลรักษา ≥ 40% ติดตามผลการรักษาผ่านฐานข้อมูลสุขภาพ HDC และการตรวจราชการ



ตัวชี้วัดที่ 4 : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้รับการดูแลรักษา

ค่าเป้าหมาย
1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำได้รับการดูแลรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 40

คำนิยามตัวชี้วัด
1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
2. การประเมินด้านความคิดความจำ หมายถึง กระบวนการในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในด้านความคิดความจำ (Cognitive decline) ตามแบบประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งในระดับปฐมภูมิคือ หมอประจำตัวคนที่ 2 และคนที่ 3
3. การประเมินด้านการเคลื่อนไหว หมายถึง กระบวนการในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Limited mobility) ตามแบบประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งในระดับปฐมภูมิคือ หมอประจำตัวคนที่ 2 และคนที่ 3
4. การดูแลรักษา หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ (Cognitive decline) หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย (Limited mobility) ได้รับการประเมินซ้ำ วินิจฉัย และรักษา หรือฟื้นฟู หรือติดตามสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เชื่อมโยงถึงระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยงถึงสถานพยาบาล ทั้งทุติยภูมิ และตติยภูมิ
5. การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อตั้งแต่หน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน เชื่อมโยงไปสู่การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อลดความสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความพิการ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงค่าใช้จ่าย โดยไม่ส่งกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยที่อาสุขภาพดีย่ิงขึ้น

การตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1

มาตรการที่ดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับ ติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
1. สื่อสารและประชาสัมพันธ์แนวทางการดำเนินงานและคู่มือการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 2. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ 3. สนับสนุนและพัฒนาการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพตั้งแต่การส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน เชื่อมโยงไปสู่การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ	กำกับ ติดตามและให้คำแนะนำในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และส่วนกลาง	1. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรองด้านความคิดความจำและด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการประเมินต่อ เพื่อประกอบการวินิจฉัยและให้การรักษาต่อไป 2. บุคลากร และภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพ 3. การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ 4. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 5. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

การตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 2

มาตรการที่ดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับ ติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
1. สนับสนุนและพัฒนาการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ 2. รวบรวม และวิเคราะห์ปัญหารวมถึงอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน	ติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อรวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	1. ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเชื่อมโยงการดูแลรักษา ตั้งแต่การคัดกรองในชุมชน การส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน ไปสู่การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ 2. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 3. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40

รายละเอียดสูตรคำนวณ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา

(A / B) x 100
A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา
B = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมดที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ปี พ.ศ. 2567

รายละเอียดสูตรคำนวณร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา

(A / B) x 100
A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา
B = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมดที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ปี พ.ศ. 2567

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล	HDC ข้อมูลจากการตรวจราชการ และDMS Care Tools

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อผู้ประสานงาน	นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์
หน่วยงาน	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
เบอร์โทรศัพท์	08 4439 3988
E-mail	ktriyamanirat@gmail.com

ชื่อผู้ประสานงาน	นางสาวปนิตา มุ่งกลาง
หน่วยงาน	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
เบอร์โทรศัพท์	09 3321 5288
E-mail	panitamungklang07@gmail.com

รูปภาพที่ 7 ตัวชี้วัดที่ 4 ในประเด็นที่ 6 จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ

บทบาทของสถาบันฯ กำกับและติดตามงานผู้สูงอายุในระดับกรม และกระทรวง ได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันฯ ที่กำหนดไว้ ซึ่งจะมีการทบทวนทุกๆ 3 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกรม กระทรวง และยุทธศาสตร์ 20 ปี โดยเฉพาะการพัฒนาเป็น CoE ในประเด็น ผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์ตาม 6BB เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้นและระยะกลางในการดำเนินงานและสนับสนุนงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตามรายละเอียด ดังนี้

กรอบ 6 building box	แผนงาน/โครงการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์
ด้านการให้บริการสุขภาพ	-ร่วมกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุระดับกรมฯ/กระทรวง -พัฒนาต้นแบบการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเฉพาะรายโรค/กลุ่มอาการ -โครงการที่สนับสนุนด้านวิชาการ -งานวิจัยที่สนับสนุนการดำเนินงาน	-รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับกระทรวง -จำนวนรูปแบบการจัดบริการ -Services mapping -จำนวนเอกสารทางวิชาการ -จำนวนงานวิจัย/ผลงานวิชาการที่นำไปอ้างอิงระดับชาติ/นานาชาติ
ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ	-หลักสูตรการพัฒนาบุคลากร -ความร่วมมือด้านวิชาการในประเทศ/ต่างประเทศ	-จำนวนหลักสูตรระยะสั้น -จำนวนหลักสูตรระยะยาว -Human mapping -จำนวนหน่วย/องค์กร ที่ร่วมมือทางวิชาการ
ด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ	-ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ	-จำนวนฐานข้อมูลรายโรค/กลุ่มอาการ -จำนวนข้อมูลที่สรุปนำเสนอระดับนโยบาย
ด้านการเข้าถึงยาที่จำเป็น	-ร่วมกำหนดนโยบายด้านยาสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ -ฐานข้อมูลด้านยา (ต้นแบบหน่วยบริการสถาบันฯ)	-เอกสารการเข้าร่วมฯ -รายงานผลการดำเนินงาน
ด้านการเงินการคลัง	-การนำเสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ	-โครงการที่เสนอขอประจำปีงบประมาณ -โครงการเฉพาะ/เร่งด่วน เสนอขอกองทุนวิชาการกรม
ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	-ผู้บริหารระดับกรม สนับสนุน -ผู้บริการระดับองค์กร สนับสนุน	-แผนงานของสถาบันฯ -กำหนดตัวชี้วัดผู้สูงอายุระดับกระทรวง -จำนวนข้อสรุปด้านนโยบายนำเสนอระดับผู้บริหาร

3. แผนปฏิบัติการระยะสั้นและระยะกลาง งานวิชาการและงานวิจัยขององค์การ (Action plan)

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	หมายเหตุ
Research and Development (CoE2)	**1. Model development**									
	แผนงานวิจัย Model Development -IGM -CR5GDNA -Academic -ระดับพื้นที่/นอกกระทรวง	การศึกษาวิจัยเชิงสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน เพื่อสร้าง service model ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านอารมณ์และจิตประสาท ด้านความคิดความจำ ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	√ พัฒนาโครงการช่องปาก+โภชนาการ (ส.สูงอายุ+ส.ทันตกรรม ช่องปาก/โภชนาการ *รพ.ราชวิถี *กรมสุขภาพจิต	√ พัฒนาด้านอารมณ์จิตประสาท (ส.สูงอายุ+กรมสุขภาพจิต	√ พัฒนาการเคลื่อนไหว+ADL ส.สิรินธร+ส.สูงอายุ	√ การมองเห็น+การได้ยิน	√ ความคิดความจำ+กลั้นปัสสาวะ			-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย หัวหน้าทีม คุณกมลาศ นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ ทีมกลุ่มวิจัย

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							หมายเหตุ
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	
	แผนงานวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อให้ได้ Service mapping -การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน -ภาระโรค (BOD)/สาเหตุการตาย -Gap analysis -Service mapping	ดำเนินการ 1 ปี เว้น 1 ปี	√		√		√			-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย
Comprehensive health care & High technology transfer (CoE1)	แผนงานโครงการแผนงานวิจัยที่ได้ผลลัพธ์นำไปสู่การ Implementation ในระดับพื้นที่ (เน้น action research)	ดำเนินการ 1 ปี เว้น 2 ปี			√	√	√	√	√	-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย
	แผนงานการพัฒนาระบบข้อมูล	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	√	√	√	√	√			-กลุ่มงานสารสนเทศ -กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -ส.ดิจิทัล -ศูนย์เทคฯ สป.

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							หมายเหตุ
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	
	แผนงานพัฒนาระบบ Telemedicine/Tele consult สำหรับการจัดการและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย -ส.ดิจิทัล (ภายในกรมฯ) -CR5GDNA (ภายในกรมฯ)
Comprehensive health care & High technology transfer (CoE1)	**2. TA, CPG (Technology Assessment, Clinical practice guideline)**									
	2.1 แผนงานการประเมินเครื่องมือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	การศึกษาวิจัยใน 9 เรื่อง คือ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลั้นปัสสาวะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่องปาก ด้านความคิดความจำ ดำเนินการ 1 ปีเว้น 2 ปี	←		√ -เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่จำเป็นใช้ในบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ (สวทช.) *กลุ่มสารสนเทศ+นวัตกรรม+ส.สิรินธร+ส.วิจัย	→		√		-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มงานวิจัย -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -สวทช./ส.วิจัย/.ส.สิรินธร (ภายในกรมฯ/ภายนอกกรมฯ)

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	หมายเหตุ
	2.2 แผนงานการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ สำหรับการจัดการและดูแลผู้สูงอายุ	-การสำรวจข้อมูล CPG ที่หน่วยงานพัฒนาขึ้น และศึกษาสถานการณ์การนำใช้ CPG (Rapid survey) -Public hearing	√	√		√		√		-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย
	3. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economic)									
	3.1 แผนงานการศึกษาการใช้ต้นทุน/ต้นทุนประสิทธิผลการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การดูแลกลางวัน (Day care) การดูแลระยะกลาง (IMC) และการดูแลเชิงรุกในสถานการณ์สงเคราะห์ เป็นต้น	การให้บริการดูแลสุขภาพเชิงรุก ใน 9 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลั้นปัสสาวะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่องปาก ด้านความคิดความจำ ดำเนินงานปีเว้นปี		√		√		√	√	-กลุ่มนวัตกรรมและการถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย -ส.วิจัย (ในกรมฯ)

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	หมายเหตุ
Collaboration Network (COE4)	**4. Health data system**									
	3.2 แผนงานการพัฒนา platform ด้านผู้สูงอายุ		√	√	√	√	√			-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มงานสารสนเทศ -ส.ดิจิทัล (ในกรมฯ) -ศูนย์เทคฯ สป. (นอกกรมฯ)
-Comprehensive health care & High technology transfer (CoE1) - Research and Development (CoE2)	**5. นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข -ด้านสุขภาพ -ด้านสังคม -เศรษฐกิจ -สิ่งแวดล้อม**									
Training and Reference (CoE3)	5.1 แผนงานการจัดชุดองค์ความรู้ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใน 9 ด้าน เพื่อเป็นศูนย์อ้างอิงทางวิชาการ				√		√		√	-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มงานสารสนเทศ -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							หมายเหตุ
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	
Training and Reference (CoE3)	5.2 แผนงานการจัดทำชุดฐานข้อมูล สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์อ้างอิงทางวิชาการ					√		√		-กลุ่มงานสารสนเทศ -กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย
Policy Advocacy (CoE5)	**6. Policy advocacy/ policy maker**									
	6.1 แผนงานวิจัยการทบทวนองค์ความรู้/ สังเคราะห์องค์ความรู้จากการพัฒนา Model Development (การสร้างองค์ความรู้ใหม่) (เป็นผลลัพธ์จาก CoE 1,2,3)			√	√	√	√	√	√	-กลุ่มงานวิจัย -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ
	6.2 แผนงานวิจัย ปัญหาสุขภาพที่เป็นงานนโยบาย/ เร่งด่วน (CoE5)	จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็นสำคัญๆของประเทศ/เป็นนโยบายของรัฐบาล	√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มนวัตกรรมและการถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	หมายเหตุ
ระบบสนับสนุน (CoE6)	**7.1 แผนงานการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านผู้สูงอายุ**									
	7.1.1 ช่องทางผ่านเวปไซต์สถาบันฯ/กรมการแพทย์		√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มอำนวยการ -กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มงานสารสนเทศ -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย
	7.1.2 ช่องทางการเผยแพร่ผลงานวิจัย นวัตกรรม ผ่านวารสารด้านผู้สูงอายุของค์การ	โครงการ การจัดทำวารสาร		√	√	√	√	√	√	-กลุ่มงานวิจัย -กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ
	7.1.3 ช่องทางผ่านการเผยแพร่วารสารระบบ TCI ของประเทศ		√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย
	7.1.4 ช่องทางผ่านการเผยแพร่ในวารสารต่างประเทศ						√		√	-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	หมายเหตุ
	7.2. แผนงานพัฒนาบุคลากรในองค์กร -พื้นฐานการวิจัยระยะสั้น ได้แก่ การอบรมต้นกล้าวิจัย/จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข/systematic review ที่จัดโดยกรมการแพทย์ -การอบรมระยะสั้น โดยสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)		√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มนวัตกรรมและถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย
	7.3 แผนงานการหาแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย -กองทุนสนับสนุนวิชาการกรมการแพทย์ -กองทุนสกสว./สวรส./วช. -กองทุนอื่นๆ		√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มงานวิจัย -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -ส.วิจัยฯ (ภายในกรมฯ)

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	หมายเหตุ
	7.4 แผนการพัฒนาเครื่องมือ ครุภัณฑ์/เทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนงานวิจัยและนวัตกรรม (สอดคล้องกับโครงการที่ทำศึกษา)		√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มงานวิจัย -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ
	7.5 แผนงานการจัดการ -คณะกรรมการ -ผังการปฏิบัติงาน		√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มงานวิจัย -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ
Training and reference (CoE3)	**3.แผนงานพัฒนาองค์การเป็นศูนย์กลางงานวิชาการและการวิจัยด้านผู้สูงอายุ (reference center)**									
	3.1 แผนงานการพัฒนาวารสาร/ web site /สื่อสิ่งพิมพ์ ต่างๆ			√	√	√	√	√	√	-กลุ่มนวัตกรรมและการถ่ายทอด -กลุ่มงานสารสนเทศ -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย

Center of Excellence (CoE)	แผนงานด้านวิชาการและการวิจัย	โครงการ	ระยะเวลาดำเนินงาน (5 ปี และ 10 ปี)							
			1 2566	2 2567	3 2568	4 2569	5 2570	6-7 2571-72	8-10 2573-75	หมายเหตุ
	3.3 แผนงานพัฒนาองค์การเป็นแกนนำในการสนับสนุนและพัฒนางานวิจัยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้ระดับพื้นที่		√	√	√	√	√	√	√	-กลุ่มนวัตกรรมและการถ่ายทอด -กลุ่มยุทธศาสตร์ฯ -กลุ่มงานวิจัย

4. ผลการดำเนินงานด้านงานวิจัยและวิชาการ

4.1 ผลการดำเนินงานด้านงานวิจัย

ลำดับ	โครงการงานวิจัย	ผู้วิจัยหลัก/กลุ่มงาน	แหล่งทุน	ผลการดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
				กำลังดำเนินการ	ดำเนินการเสร็จสิ้น	ตีพิมพ์วารสาร/ระดับ/ในประเทศ/ต่างประเทศ	2566	2567	2568	2569	2570
ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว (2567)											
1.	รายงานผลการศึกษาการศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการกรมการแพทย์		✓	รอตีพิมพ์ในวารสาร (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)	←	→			
โครงการวิจัยขอสนับสนุนงบประมาณ ปี 2569 (กำลังดำเนินการ)											
2.	การศึกษาสถานการณ์และประเมินภาวะความเปราะบางผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุ การศึกษาภาวะความเปราะบางผู้สูงอายุไทย ในคลินิกผู้สูงอายุและชุมชน*	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)	✓						← → (ระยะเวลา 3 ปี) ดำเนินการถึงปี 2572	
3.	การกระตุ้นสมรรถนะสมองหลายด้านด้วยชุดโปรแกรม Brain exercise และ Brain training ในการจัดบริการแบบกลุ่มและรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานบริการสุขภาพและชุมชน	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)	✓						← → (ระยะเวลา 2 ปี) ดำเนินการถึงปี 2571	

ลำดับ	โครงการงานวิจัย	ผู้วิจัยหลัก/กลุ่มงาน	แหล่งทุน	ผลการดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
				กำลังดำเนินการ	ดำเนินการเสร็จสิ้น	ตีพิมพ์วารสาร/ระดับ/ในประเทศ/ต่างประเทศ	2566	2567	2568	2569	2570
4	ผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดด้วยเทคนิคประยุกต์จากแนวความคิดของ Satir ต่อการ	กลุ่มงานนวัตกรรมและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ (พญ.ยินดี บุญตรา)	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการกรมการแพทย์ 2568	✓							
โครงการที่เตรียมโครงร่างตามแผนงานวิจัย											
5	การศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยในผู้สูงอายุ ชนิดติดตามไปข้างหน้าระยะยาวในสถานบริการสุขภาพและชุมชน	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	สกสว./กองทุนวิชาการ	✓						← → (ระยะเวลา 5 ปี) ดำเนินการถึงปี 2574	
6	การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษา ตำบลแม่ใส อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	สกสว./วช.	✓						← → (ระยะเวลา 2 ปี) ดำเนินการถึงปี 2571	

ลำดับ	โครงการงานวิจัย	ผู้วิจัยหลัก/กลุ่มงาน	แหล่งทุน	ผลการดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
				กำลังดำเนินการ	ดำเนินการเสร็จสิ้น	ตีพิมพ์วารสาร/ระดับ/ในประเทศ/ต่างประเทศ	2566	2567	2568	2569	2570
7	การศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้เครื่องมือคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน / Frail scale 5 ข้อ / Clinical Frailty Scale / Short Physical Performance Battery ในการประเมินภาวะความเปราะบางในผู้สูงอายุ	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์	✓						(ระยะเวลา 2 ปี) ดำเนินการถึงปี 2571	
8	การพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ในการคัดกรองภาวะความจำในชุมชน	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์	✓							
9	การศึกษาประสิทธิผลการนำใช้แผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ของทีมบุคลากรทางสุขภาพและอาสาสมัครในชุมชน	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์	✓						(ระยะเวลา 2 ปี) ดำเนินการถึงปี 2571	
10	การสำรวจภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่ดำเนินการโดยภาครัฐในประเทศไทย	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์	✓ เสนอของบประมาณ ไตรมาส 2/2568						(ระยะเวลา 2 ปี) ดำเนินการถึงปี 2571	

ลำดับ	โครงการงานวิจัย	ผู้วิจัยหลัก/กลุ่มงาน	แหล่งทุน	ผลการดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
				กำลังดำเนินการ	ดำเนินการเสร็จสิ้น	ตีพิมพ์วารสาร/ระดับ/ในประเทศ/ต่างประเทศ	2566	2567	2568	2569	2570
11	การศึกษาการกระตุ้นสมรรถภาพสมองหลายด้านด้วยดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุที่มารับบริการใน Day services	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์	✓ เสนองบประมาณไตรมาส 3/2568						←	→
12	การศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดระหว่างการฝึก Dual-task แบบเพิ่มน้ำหนักค่อยเป็นค่อยไป กับการกระตุ้นทางปัญญาในศูนย์บริการกลางวัน ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ: การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม	กลุ่มงานนวัตกรรมและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ (พญ.มานิตา กิตติเลิศวรกุล)	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์	✓ เสนองบประมาณไตรมาส 3/2568								
13	การศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม (F11)	กลุ่มงานนวัตกรรมและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้าน	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์	✓ เสนองบประมาณไตรมาส 3/2568							

ลำดับ	โครงการงานวิจัย	ผู้วิจัยหลัก/กลุ่มงาน	แหล่งทุน	ผลการดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
				กำลังดำเนินการ	ดำเนินการเสร็จสิ้น	ตีพิมพ์วารสาร/ระดับ/ในประเทศ/ต่างประเทศ	2566	2567	2568	2569	2570
		สุขภาพผู้สูงอายุและกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ									

4.2 ผลการดำเนินงานด้านวิชาการ

ลำดับ	โครงการงานวิชาการ	กลุ่มงาน	แหล่งทุน	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
					คู่มือ/แนวทาง	หลักสูตรอบรม	ข้อเสนอด้านนโยบาย	2566	2567	2568	2569	2570
1	โครงการสนับสนุนระบบการดูแลและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ.2568	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์		/				/		
2	โครงการพัฒนาระบบการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ เพื่อดูแลรักษากลุ่มอาการหรือโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	กลุ่มงานสารสนเทศระบบสุขภาพ ด้านผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ.2568	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์		/		/	/	/		
3	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสองเสื่อมครบวงจร เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (พ.ศ.2565-2569)	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ.2568	- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี - โรงพยาบาลขอนแก่น - โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	/	/		/	/	/	/	

ลำดับ	โครงการงานวิชาการ	กลุ่มงาน	แหล่งทุน	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
					คู่มือ/แนวทาง	หลักสูตรอบรม	ข้อเสนอด้านนโยบาย	2566	2567	2568	2569	2570
4	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับเพื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาส่งต่ออย่างเหมาะสม	กลุ่มงานสารสนเทศระบบสุขภาพ ด้านผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ.2568	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	/	/		/	/	/		
5	โครงการพัฒนาระบบ/รูปแบบเชิงนวัตกรรมการบริบาล รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่บ้าน/ชุมชน รวมถึงระบบ บริการรักษาพยาบาลทางไกลโดยใช้ telemedicine, tele pharmacy, telenursing, video call และระบบบริการของทีมแพทย์ประจำครอบครัว	กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ. 2566-67	- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี - โรงพยาบาลขอนแก่น - โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	/	/		/	/			

ลำดับ	โครงการงานวิชาการ	กลุ่มงาน	แหล่งทุน	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
					คู่มือ/แนวทาง	หลักสูตรอบรม	ข้อเสนอด้านนโยบาย	2566	2567	2568	2569	2570
6	โครงการการพัฒนาระบบการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพก่อนภาวะเปราะปาง (Pre-Frailty) อย่างครบวงจร (พ.ศ. 2568-2569)	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ. 2568-69	- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ - คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	/	/				/	/	
7	โครงการขับเคลื่อนนโยบายการยกระดับสถานชีวาภิบาลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ. 2568	- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ - โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์	/	/				/		
8	โครงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบและนวัตกรรมการดูแลสุขภาพ	กลุ่มงานสารสนเทศระบบสุขภาพ ด้านผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ.2567						/			

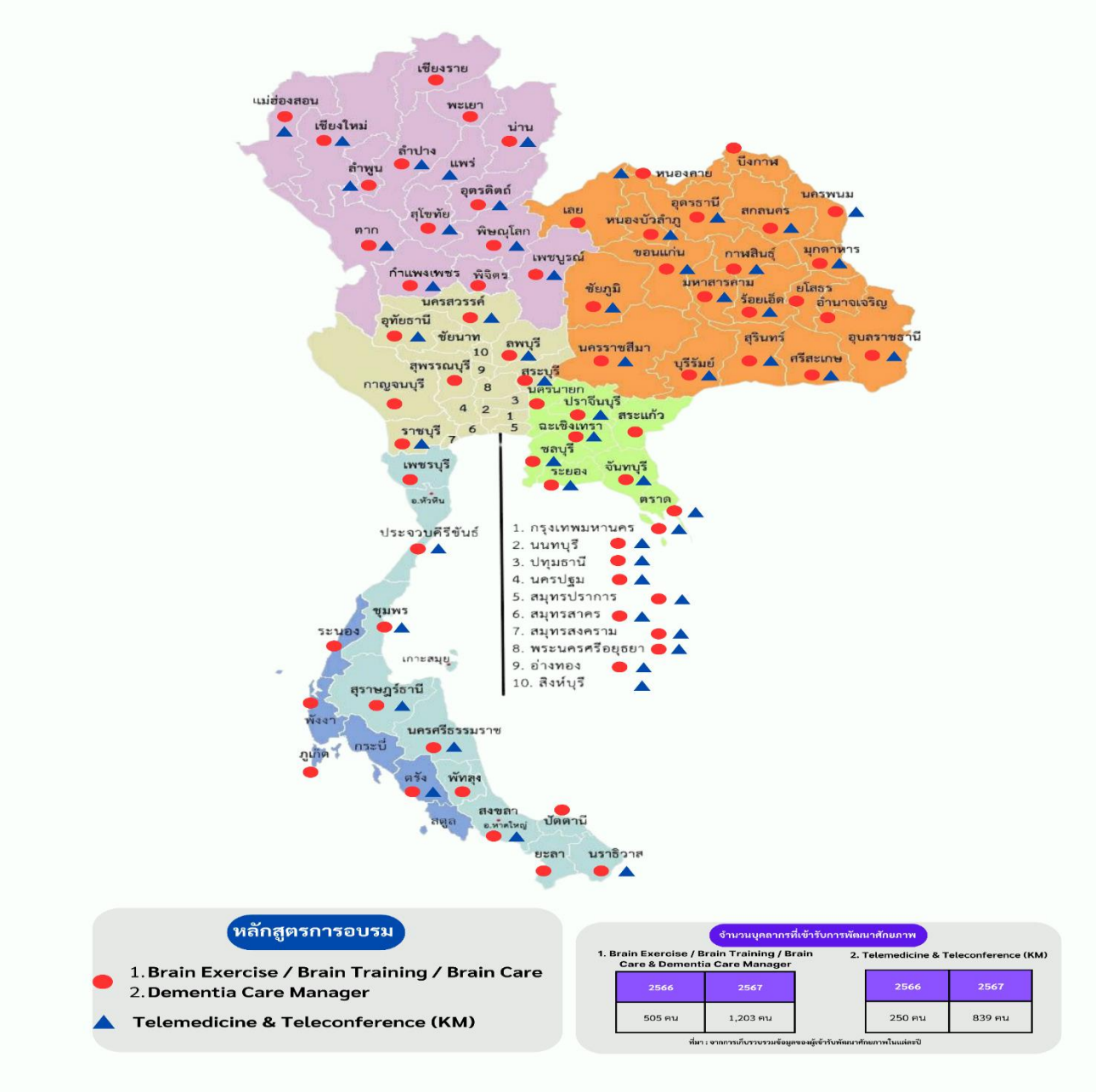
ลำดับ	โครงการงานวิชาการ	กลุ่มงาน	แหล่งทุน	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินงาน			ระยะเวลาดำเนินการ				
					คู่มือ/แนวทาง	หลักสูตรอบรม	ข้อเสนอด้านนโยบาย	2566	2567	2568	2569	2570
9	โครงการการจัดระบบรับปรึกษา ระบบส่งต่อและระบบติดตามการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดและผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	งบประมาณประจำปีประมาณ พ.ศ.2567		/	/		/	/			

ระดับความสำเร็จของแผนงานวิชาการและการวิจัย

กำหนดความสำเร็จเป็นขั้นตอน (milestone) เพื่อกำหนดเป้าหมายให้โครงการด้านวิชาการและงานวิจัยสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละประเด็นที่ทำการศึกษาวิจัย

5. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

5.1 การจัดทำ services mapping/Human mapping: ในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพเป็นกระบวนการวางแผนและกำหนดเส้นทางของงานบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความสอดคล้องระหว่างความต้องการของบุคลากรและทรัพยากร/บริการที่มีอยู่ เป็นการเพิ่มทักษะทางคลินิก พัฒนา Soft Skills ส่งเสริมภาวะผู้นำในการนำกิจกรรม และเป็นการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ทั้ง 13 เขตบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึงทุกเขตสุขภาพ ดังตัวอย่าง ตามภาพที่ 7 และในภาคผนวกที่ 2



รูปภาพที่ 8 Human mapping ผู้เข้ารับการอบรมโปรแกรมกระตุ้นสมอง

5.2 หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ

ลำดับ	วิชาชีพ	หลักสูตร	หน่วยงาน
1	แพทย์	1. หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรฯ เวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ 2565 2. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุพ.ศ. 2562 3. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความช านาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุพ.ศ. 2563 4. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอายุรศาสตร์ 2561 5. หลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ (Training Curriculum for Certificate of Medical Proficiency in Geriatric Family Medicine) ระยะเวลา 1 ปี	1.ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย 2.คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 3.คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 4.ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สถาบันหลัก) ร่วมกับฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (สถาบันสมทบ) 5.ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	พยาบาล	1. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการดูแลผู้สูงอายุ (4 เดือน) 3. หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (4 เดือน) 4. หลักสูตรฝึกอบรมสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (20 สัปดาห์)	1.คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 2.โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ร่วมกับสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี 3. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 4.ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ ร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลำดับ	วิชาชีพ	หลักสูตร	หน่วยงาน
		5. หลักสูตรฝึกอบรมสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ (4เดือน)	5.โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
		6. หลักสูตรฝึกอบรมสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (20สัปดาห์)	6.คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล
		7. หลักสูตรฝึกอบรมสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (24สัปดาห์)	7.คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยบูรพา รวมกับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
		8. หลักสูตรฝึกอบรมสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (24สัปดาห์)	8.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
		9. หลักสูตรฝึกอบรมสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (16สัปดาห์)	9.วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
		10. หลักสูตรฝึกอบรมสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (24สัปดาห์)	10.สำนักวิชาพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ
		11. หลักสูตรฝึกอบรมสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (24สัปดาห์)	11.คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร รวมกับฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร

5.3 เอกสารสนับสนุนด้านวิชาการและงานวิจัย

สถาบันฯ ได้จัดทำคู่มือ เอกสารด้านวิชาการ และวิดิโอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สามารถเข้ารับบริการด้านวิชาการ ผ่านเว็บไซต์สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ที่ http://agingthai.dms.go.th/agingthai/ และ และช่องทาง YouTube Channel ของทางสถาบันฯ ตาม QR Code ดังกล่าว

เว็บไซต์สถาบันฯ

YouTube สถาบันฯ

และสามารถเข้ามาศึกษาดูงานด้านบริการสำหรับผู้สูงอายุ ที่สถาบันฯ เพื่อต้องการแนวทางการพัฒนาเป็นต้นแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ สามารถประสานเข้ามาได้ที่ อาคารนวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพผู้สูงวัย เลขที่ 88/23 ถนน ติวานนท์ ตำบลบางเขน อำเภอเมืองนนทบุรี นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-0248481

ส่วนที่ 4
แผนสนับสนุนด้านวิชาการและบริการเขตสุขภาพระยะ 5 ปี (2566-2570)
สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ มีบทบาทและหน้าที่ทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิทยาการสูงวัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัยและนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติให้โรงพยาบาลทุกระดับมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมและการบูรณาการกับทุกภาคส่วน จัดแผนสนับสนุนด้านวิชาการและบริการเขตสุขภาพ ระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ. 2566-2570) สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนวิชาการและเพิ่มศักยภาพของทีมุขภาพในการดูแลและรองรับสังคมผู้สูงอายุมีอายุยืนอย่างมีคุณภาพ

เป้าหมายการพัฒนา : ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเป็นระบบ

1. กรอบแนวทางแผนสนับสนุนด้านวิชาการและบริการแก่เขตสุขภาพ

1. Services mapping ประกอบด้วย 1) Equipment mapping 2) Human resource mapping Quality mapping 3) Quality mapping และ 4) Capability mapping จาก 4ประเด็น นำมาวิเคราะห์แนวทางเพื่อให้การสนับสนุนวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกหน่วยงาน ดังรายละเอียดนี้

1.1 ระยะการดำเนินงานปี พ.ศ. 2565-2567

Services mapping	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
Equipment mapping	-แนวทางการจัดการคลินิกผู้สูงอายุ -การจัดทำ Flow management เรื่อง ภาวะสมองเสื่อม สุขภาพช่องปาก ภาวะหกล้ม - แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และชุด ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่อง ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปาก - เครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบ DMS Care Tool	-คู่มือ -E-learning -คู่มือ -ระบบ DMS Care Tools
Human resource mapping	-การอบรมแพทย์ -การอบรมพยาบาล -การอบรมหลักสูตร Dementia care manager	รายงานผลการดำเนินงาน (2566) -จัดอบรมแพทย์ หลักสูตร case base learning in Geriatric

Services mapping	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
	-การอบรมโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง - อบรมการใช้งานเครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ DMS Care Tools (Online) - อบรมการใช้เครื่องมือ DMS Care Tools ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ในด้านผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าด้านไอทีในพื้นที่ - การอบรม “Mini Coach Training 2024" ระบบ DMS Care Tools	ambulatory care ปี 2566 1รุ่น (รุ่น 7) 150 คน -จัดอบรมพยาบาล เป้าหมาย 200 คน -จัดอบรม DCM จำนวน 163 คน - 3 รุ่น จำนวน 116 คน - รายงานผลการดำเนินงาน รุ่นที่ 1 จำนวน 2,393 คน รุ่นที่ 2 จำนวน 1,965คน -รายงานผลการดำเนินงาน ครั้งที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 171 คน ครั้งที่ 2 จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 183 คน ครั้งที่ 3 จังหวัดนครปฐม ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 174 คน -รายงานผลการดำเนินการ กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน
Quality mapping	-โรงพยาบาลที่ผ่านประเมินคลินิกมาตรฐาน เขตสุขภาพที่ 1-12 ระดับ A/S ระดับ M1/M2 ระดับ F1/F2/F3 เขตสุขภาพที่ 13	รายงานผลการดำเนินงานจำนวนที่ผ่านมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ
Capability mapping	-พื้นที่จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ -พื้นที่นำใช้ DMS care tool	รายงานผลการดำเนินงานตามรอบตรวจราชการ 6/12 เดือน

1.2 ระยะการดำเนินงานปี พ.ศ. 2568-2570

Services mapping	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล
Equipment mapping	-แนวทางการจัดการคลินิกผู้สูงอายุ - แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และ ชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set) เรื่อง การได้ยิน การมองเห็น ภาวะซึมเศร้า ภาวะโภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ และการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน - เครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบ DMS Care Tools	-คู่มือฯ -คู่มือ -ระบบ DMS Care Tools
Human resource mapping	1) หลักสูตรการอบรมสำหรับ -แพทย์ -พยาบาล -สหวิชาชีพ	เวปไซต์สถาบันฯ
Quality mapping	1) ดำเนินงานคลินิกมาตรฐาน เขตสุขภาพที่ 1-13 2) ผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ 2.1 กลุ่มสมองเสื่อม 2.2 หกล้ม	รายงานผลการดำเนินงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ)
Capability mapping	-ร้อยละการดูแลกลุ่มสมองเสื่อมและหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ	รายงานผลการดำเนินงาน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ)

2. Services Action Plan ประกอบด้วย 1) Services 2) Academic และ 3) Research

Services Action Plan	**แนวทาง/การดำเนินงาน**
Services	การจัดบริการ 9 ประเด็นผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น -**Functional ability** ได้แก่ ADL/IADL/Fall -**ภาวะสุขภาพ:** ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก -**การรับรู้ :** ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า -**กลุ่มอาการอื่นๆ :** การมองไม่เห็น การได้ยิน การกลั้นปัสสาวะ ***Holistic care approach**
	การจัดบริการ -Smart Gem and Exercise (2566) -Day care (2567) -Hydro therapy and spa (2567)
Academic	**การทำ MOU** -เขตสุขภาพที่ 2: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (2566) -วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2567)
	หลักสูตร (Training) การอบรมแพทย์ การอบรมพยาบาล การอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (สหวิชาชีพ)
Research	แผนงานวิชาการและวิจัย ระยะ 5 ปี (2566-2570) -ผลงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง/ปี -ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ จำนวน 1 เรื่อง /ปี

2.1 Action plan แผนสนับสนุนด้านวิชาการและบริการเขตสุขภาพ ระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ. 2566-2570) สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อัปเดตข้อมูล ณ 2568)

GAP	Project	Services	Academic	Research	พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ					ค่าเป้าหมาย	กลยุทธ์
							2566	2567	2568	2569	2570		
Human resources	หลักสูตรอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (2566-2567)	/			Online และ E-Learning	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	390,720	4 แสน	4 แสน	4 แสน	4 แสน	ผู้อบรมสอบผ่านการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างน้อย ร้อยละ 80	
	อบรมพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับแพทย์ หลักสูตร case base learning in Geriatric ambulatory care				On site	แพทย์ที่ปฏิบัติงาน/รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ	1.5 ล.	1.5 ล.	1.5 ล.	1.5 ล.	1.5 ล.	ปีละ1รุ่น/150 คน	

GAP	Project	Services	Academic	Research	พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ					ค่าเป้าหมาย	กลยุทธ์
							2566	2567	2568	2569	2570		
	อบรมพยาบาลสำหรับการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพ/คลินิกผู้สูงอายุ หลักสูตร Case based Learning in Geriatric Ambulatory Care for nurse		/		On site	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	866,410	9 แสน	9 แสน	9 แสน	9 แสน	ปีละ1 รุ่น / 200 คน	
	หลักสูตรอบรม Dementia care manager (DCM)		/		On site/ On-line	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	452,212	5 แสน	5 แสน	5 แสน	5 แสน	1รุ่น/160 คน	
	หลักสูตรอบรมโปรแกรมกระตุ้นสมอง		/		On site/ E-learning	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	99,400/ รุ่น	3 แสน	3 แสน	3 แสน	3 แสน	3รุ่นๆละ 45-50 คน (135 คน)	
	การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับ User ผู้ใช้งาน DMS	/			On site	บุคลากรทางการแพทย์			/	/	/	รุ่นละ 100 คน	

GAP	Project	Services	Academic	Research	พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ					ค่าเป้าหมาย	กลยุทธ์
							2566	2567	2568	2569	2570		
	Care Tools (AHD) “DMS Care Tools Master Trainer”					และสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ไอที							
Quality	-โรงพยาบาลที่ผ่านประเมินคลินิกมาตรฐาน (2566-67)	/				รพ.ระดับ A/S M1/M1/ F1/F2F3						ร้อยละ 100	E-learning
Capability mapping	-ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ -การอบรมแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	/		/			/	/	/	/	/		
Equipment	-คู่มือแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ -E-leaning การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	/					/	/	/	/	/		

GAP	Project	Services	Academic	Research	พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ					ค่าเป้าหมาย	กลยุทธ์
							2566	2567	2568	2569	2570		
	แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และ ชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set)				สถานบริการสุขภาพทุกระดับ	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข		/	/	/	/		
	ระบบ DMS Care Tools				หน่วยงานตั้งแต่ระดับ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. สสอ. สสจ. อบจ. และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	ผู้บริหารหน่วยงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ไอที	/	/	/	/	/		

GAP	Project	Services	Academic	Research	พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ					ค่าเป้าหมาย	กลยุทธ์
							2566	2567	2568	2569	2570		
ประเด็นอื่นๆ	-การทำ Telemedicine/ Tele consult กลุ่มภาวะสมองเสื่อม -คู่มือการจัดกิจกรรมกระตุ้นสมอง	/	/		On-line	บุคลากรทางสุขภาพ	/	/	/	/	/		
	-Flow management (สมองเสื่อม/สุขภาพช่องปาก/หกล้ม)	/			Onsite On-line	โรงพยาบาลทุกระดับ	/	/	/	/	/		

4. การพัฒนาวิชาและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนการพัฒนา CoE ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

CoE	แผนการดำเนินงาน	เอกสารอ้างอิง
Comprehensive health care & High technology transfer	-แผนการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	-กลุ่มนวัตกรรมฯ
Research and Development	-แผนสถาบันฯ -แผนงานวิชาการและวิจัย ระยะ 5 ปี (2566-2570)	-งบประมาณประจำปี -งบกองทุนวิชาการ -จำนวนผลงานวิจัย -จำนวนผลงานที่ตีพิมพ์ในวารสารทั้งใน/นอกประเทศ
Training and reference	-หลักสูตรการอบรมบุคลากร -ความร่วมมือในการพัฒนาหลักสูตรการอบรมฯ	-จำนวนหลักสูตรการอบรมฯ -เว็บไซต์สถาบันฯ
Collaboration Network	-เครือข่ายวิชาการและวิจัยทั้งในและนอกประเทศ -เครือข่ายบริการทางสุขภาพ	-ผลการดำเนินงานประจำปีสถาบันฯ -เอกสารความร่วมมือด้านวิชาการและงานวิจัย -จำนวนเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ
Policy Advocacy	-กำหนดตัวชี้วัดด้านผู้สูงอายุ	-KPI team plate (ตัวชี้วัด)
Support system	-Human support: การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากร -การพัฒนาเครื่องมือการจัดการระบบข้อมูล (DMS care tool)	-หลักสูตรการอบรม -คู่มือ/แนวทาง -พื้นที่ศึกษาดูงานผู้สูงอายุ

เมื่อมาวิเคราะห์ตาม 6 Building block เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานและทิศทางของการพัฒนาด้านวิชาการและวิจัย รวมทั้งการสนับสนุนด้านวิชาการระดับเขตสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรมและตอบสนองความต้องการของหน่วยงาน/องค์กร ทั้งภายในและภายนอกกรมฯ

กรอบ 6 Building Block	ผลผลิต/ผลลัพธ์
ด้านการให้บริการสุขภาพ	จำนวนรูปแบบบริการ จำนวนรูปแบบบริการที่นำไปใช้ จำนวนงานวิจัยและวิชาการ จำนวนงานวิจัยและวิชาการที่นำไปอ้างอิง
ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ	Services mapping/Human mapping
ด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ	จำนวนฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
ด้านการเข้าถึงยาที่จำเป็น	จำนวนข้อมูลด้านยา
ด้านการเงินการคลัง	งบประมาณในการดำเนินงานในแต่ละปี งบประมาณต่อเนื่องสำหรับโครงการระยะยาว
ด้านภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล	จำนวนข้อมูลสรุปเสนอระดับผู้บริการ จำนวนข้อเสนอด้านนโยบาย

ส่วนที่ 5
การวิเคราะห์ผลงานวิชาการ

5.1 การวิเคราะห์ผลงานวิชาการในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2565-2567)

5.1.1 การวิเคราะห์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในปีที่ผ่านมา

จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุ ใน ระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2564-2566) เริ่มมีนโยบายของกระทรวงสาธารสุข ให้มีการดำเนินงานจัดตั้งคลินิก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ และในปีถัดมาด้านนโยบายเน้นข้อมูลเชิงคุณภาพ เรื่องการดูแลในคลินิก ในกลุ่ม Geriatric syndrome คือ สมองเสื่อม และภาวะหกล้ม พบว่าผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2564-2565 พบร้อยละ 72.4 และ 81 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2565 มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป พบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลร้อย 34.97 และภาวะหกล้ม ร้อยละ 80.29 จากข้อมูลพบว่าการจัดการภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุยังมีช่องวางได้พัฒนา จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกิดจากทีมบุคลากรยังขาดแคลนทั้งด้านปริมาณ และความรู้ในเรื่องนี้ จากข้อมูลใน 2 ปี ที่ผ่านมา นำมาสู่ความต่อเนื่องด้านนโยบาย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ ให้โรงพยาบาลทุกระดับ **มีคลินิกผู้สูงอายุ** เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

จากข้อมูลในการดำเนินงานระดับพื้นที่ พบว่ามีการปรับแนวทางแก้ไขการดำเนินงานให้สอดคล้องกับระบบบริการของระดับสถานบริการ และในช่วงของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ 4 รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พบว่าการแยกบริการคลินิกผู้สูงอายุออกจากคลินิกทั่วไป ไม่สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและสถานที่ โดยรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุเชื่อมโยงกับการจัดบริการสุขภาพที่มีการดำเนินการอยู่เดิม โดยไม่แยกคลินิกออกมาตั้งเฉพาะ ในขณะที่สถานบริการสุขภาพบางแห่งใช้การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานคลินิก 3 หมอ และ NCD คลินิก เป็นต้น

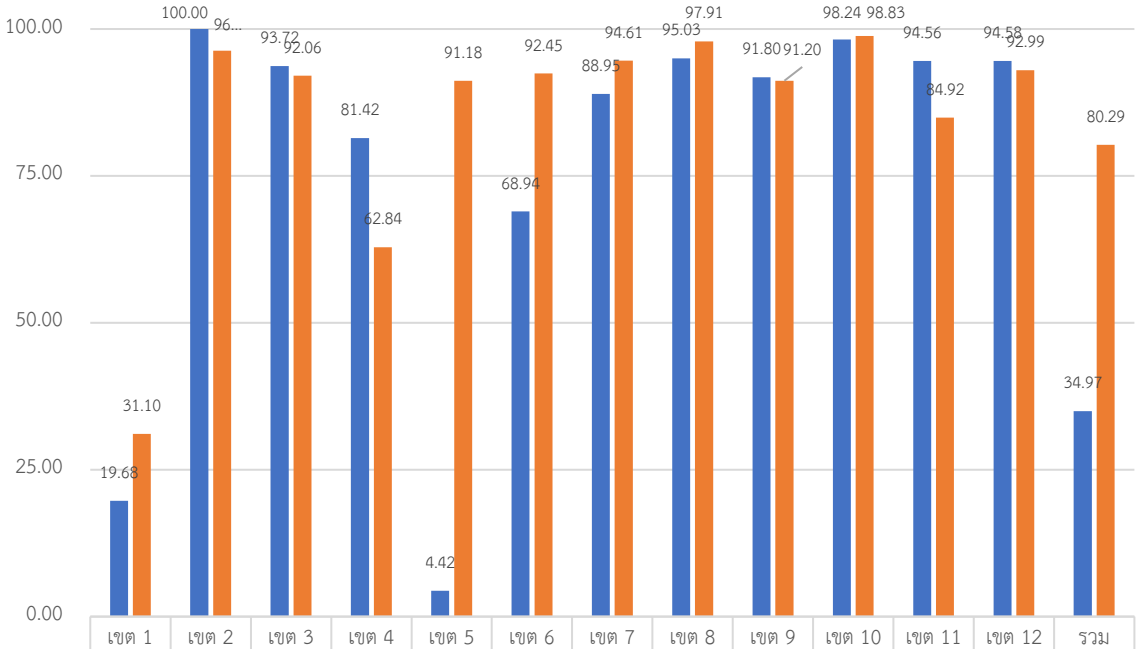
5.1.2 ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 จากข้อมูลการประเมินตนเองผ่าน website ของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ร่วมกับข้อมูลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไปทั่วประเทศจำนวน 210 แห่ง มีคลินิกในโรงพยาบาล ผ่านการประเมินจำแนกเป็นคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานจำนวน 64 แห่ง และคลินิกระดับคุณภาพจำนวน 88 แห่ง รวมคิดเป็นคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานขึ้นไปจำนวน 152 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.4 ของโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไปทั้งหมด โดยโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 3, 7, 9 และ 10 ทุกโรงพยาบาลผ่านการประเมิน ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2564 จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขต	จำนวน รพ. M2 ขึ้นไป (A)	จำนวนคลินิก ผู้สูงอายุผ่านการ ประเมิน ระดับพื้นฐาน (B)	จำนวนคลินิก ผู้สูงอายุผ่านการ ประเมินระดับ คุณภาพ ©	จำนวนคลินิก ผู้สูงอายุผ่านการ ประเมิน ระดับพื้นฐานขึ้นไป (B+C)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ที่ผ่านการประเมิน คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน ขึ้นไป (B+C)/A
1	19	1	5	6	31.6 %
2	13	4	4	8	61.5 %
3	8	7	1	8	100 %
4	18	5	2	7	38.9 %
5	22	11	9	20	90.9 %
6	20	0	12	12	60.0 %
7	20	8	12	20	100 %
8	17	0	15	15	88.2 %
9	23	7	16	23	100 %
10	15	10	5	15	100 %
11	21	8	6	14	66.7 %
12	14	3	1	4	28.6 %
รวม	**210**	**64**	**88**	**152**	**72.4 %**

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไปทั่วประเทศจำนวน 211 พบว่า มีคลินิกที่ผ่านการประเมินจำแนกเป็นคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน จำนวน 77 แห่ง และคลินิกระดับคุณภาพจำนวน 94 แห่ง รวมคิดเป็นคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานขึ้นไปจำนวน 177 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81 ของโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไปทั้งหมด ผู้สูงอายุผ่านการคัดกรอง และพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.97 และ ร้อยละ 80.29 ตามลำดับ



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ภาวะสมองเสื่อม	19.68	100.00	93.72	81.42	4.42	68.94	88.95	95.03	91.80	98.24	94.56	94.58	34.97
ภาวะหกล้ม	31.10	96.31	92.06	62.84	91.18	92.45	94.61	97.91	91.20	98.83	84.92	92.99	80.29

ตารางแสดง ผลผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตสุขภาพ

5.1.3 การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น (GAP)

จากนโยบายมุ่งเน้นด้านผู้สูงอายุ ให้มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) ที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้ถึงเป้าเหมายที่ผู้สูงอายุทุกคนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นระบบ และสถาบันฯ ได้มีการ***สนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนาบุคลากร*** ในระยะเวลา 3 ปี ที่มี ***นโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ*** ในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนงานวิชาการ เพื่อรองรับและสนับสนุนด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดดังนี้

การดำเนินงาน (ปี)	ปัญหา/อุปสรรค	การสนับสนุน
2564	1) แนวทางการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ / ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ยังขาดความเชื่อมโยง ของระบบส่งต่อ จากรพ.สต. ไปยังคลินิกสูงอายุ (ในโรงพยาบาลระดับสูงกว่า)	1) การอบรมแพทย์ (on-line) 2) การอบรมพยาบาล (online) 3) การอบรม Dementia care manager (online) 4) การอบรมโปรแกรมกระตุ้นสมอง

การดำเนินงาน (ปี)	ปัญหา/อุปสรรค	การสนับสนุน
	2) แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ไม่เพียงพอในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ	(on-line) 5) คู่มือวิชาการ
2565	1) มาตรฐานและแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุขาดความชัดเจน 2) การขาดบุคลากรที่จะรับผิดชอบหลัก (ได้แก่ แพทย์และพยาบาล) เพื่อรับผิดชอบจัดการและดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ 3) กระบวนของระบบการส่งต่อผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล ไปที่ชุมชน สู่ยังไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน และยังขาดการเชื่อมโยงของระบบข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละระดับ 4) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่รับผิดชอบขาดการบูรณาการ	1) การอบรมแพทย์ (on-line) 2) การอบรมพยาบาล (online) 3) การอบรม Dementia care manager (online) 4) การอบรมโปรแกรมกระตุ้นสมอง (on-line) 5) คู่มือวิชาการ
2566	1) บุคลากรในโรงพยาบาลระดับ F1-F3 ขาดประสบการณ์และความรู้ในการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ 2) การเชื่อมโยงระบบการส่งต่อภายในจังหวัดยังไม่ชัดเจน 3) รูปแบบการจัดบริการที่คลินิกผู้สูงอายุไม่ชัดเจน	1) การอบรมการจัดทำมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ -แนวทางการดูแลปัญกาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ 9 ด้าน -การบูรณาการด้านการนิเทศกับกรมวิชาการและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลให้เป็นมาตรฐาน 2) การอบรมแพทย์ 3) การอบรม Dementia care manager 4) การอบรมโปรแกรมกระตุ้นสมอง 5) คู่มือวิชาการ

ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานปี พ.ศ. 2564-2566 จากการติดตามผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุผ่านการประชุมฯ และอบรมพัฒนาศักยภาพทีมคลินิกผู้สูงอายุผ่านระบบออนไลน์ สรุปได้ดังนี้

ด้านนโยบาย	ด้านการพัฒนาบุคลากร	ด้านการพัฒนาเครือข่าย	แผนการพัฒนา
1. นโยบายด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนจากรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุข 2. ผู้บริการทุกระดับให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ 3. การบูรณาการแผนงานในส่วนกลางทั้งระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และระหว่างกรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข 4. การสื่อสารนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากส่วนกลาง ไปสู่พื้นที่ และความสามารถของพื้นที่ในการปรับใช้นโยบายจากส่วนกลางให้เข้ากับบริบทและปัญหาสำคัญของพื้นที่ 5. การสนับสนุนงบประมาณในรูปแบบที่มีความยืดหยุนสามารถนำไปใช้ขับเคลื่อนโครงการกิจกรรมที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ได้	1. ผู้บริการทุกระดับให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และให้การสนับสนุนการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของทีมบุคลากรในการดำเนินงาน 2. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่น และตั้งใจปฏิบัติงานเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้สูงอายุ	1. มีภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน อาทิ ภาคท้องถิ่น ภาคสังคม และภาคประชาชนร่วมมือกับในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ 2. มีการสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่ และระหว่างพื้นที่ต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ	1. แผนการพัฒนาบุคลากรทางสุขาภาพ 2. แผนการพัฒนาระบบข้อมูล เน้นการบูรณาการระบบสารสนเทศที่มีความหลากหลายของทั้งหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตลอดจนพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และเชื่อมต่อเข้ากับระบบการรายงานผลในระดับกระทรวง

จากการดำเนินงานในระยะปี พ.ศ 2564-2566 สถาบันฯ ได้สนับสนุนงานวิชาการด้านผู้สูงอายุผ่านโครงการและการอบรมสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ และการลงพื้นที่ร่วมกับทีมตรวจราชการของกรมการแพทย์ ในการกำกับติดตามตัวชี้วัดด้านผู้สูงอายุ และสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำเสนอระดับผู้บริการต่อไป

5.2 การวิเคราะห์ผลงานวิชาการในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2567-2569)

5.2.1 การวิเคราะห์การดำเนินงานจากการปรับเปลี่ยนนโยบาย

จากนโยบายด้านผู้สูงอายุ พบว่าในปี พ.ศ.2567 มีการปรับเปลี่ยนนโยบายของระดับกระทรวงสาธารณสุข เป็น 10 นโยบาย เน้นหนักมีเรื่องเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในประเด็น **สถานชีวภิบาล**

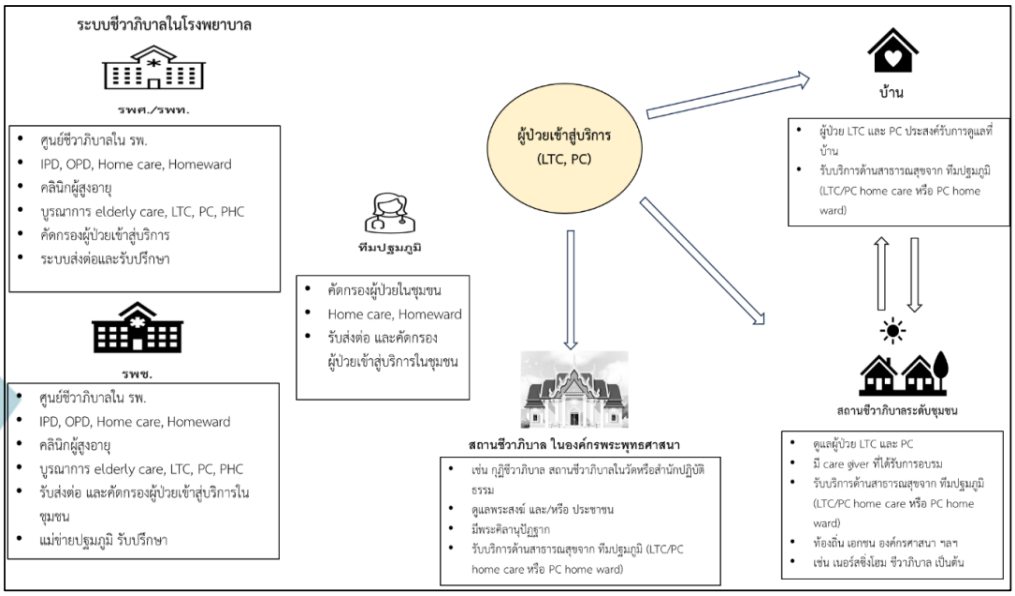
คำนิยาม จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลชีวิตของผู้ป่วย ตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการทำงานแบบองค์รวมเพื่อให้ได้รับการตอบสนองครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตปัญญา โดยเชื่อมโยงการดูแลตั้งในโรงพยาบาลถึงชุมชน/บ้าน แบ่งได้ 2 ระดับคือ ระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาล และ ระบบชีวาภิบาลในชุมชน

การดำเนินงาน เป็นการบูรณาการระบบการดูแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ผ่านทางงานตติยภูมิ ทุติยภูมิ และงานปฐมภูมิ ลงสู่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน โดยเชื่อมโยง เป็นเครือข่ายบริการ แบ่งเป็น

1) **สถานชีวาภิบาลในโรงพยาบาล** หมายถึง ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาล โดยบูรณาการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแล ประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) ตั้งแต่ การดูแลในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน/ชุมชน โดยมีทีมบุคลากร ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) โดยแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ และมีเภสัชกรในการร่วมทีม จะเรียกว่า ***ทีมบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ*** มีหน้าที่ดังนี้

1. คัดกรองผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องการการดูแลระยะยาว ตามเกณฑ์
2. พิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยใน เพื่อส่งกลับไปดูแลต่อที่บ้านหรือสถานชีวาภิบาลในชุมชน
3. ส่งต่อข้อมูลการดูแลทีมปฐมภูมิ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง
4. ฝึกอบรมบุคลากรในเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

2) **สถานชีวาภิบาลในชุมชน** หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) ที่อยู่ในชุมชน มีมาตรฐานด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านบริการตามมาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีทีมบุคลากรสหวิชาชีพที่มีศักยภาพ ด้านการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) ด้านการดูแล ผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) และบริการปฐมภูมิโดยเป็นแม่ข่าย การดูแลที่บ้านและชุมชน ดังแสดงในภาพที่ 8



ภาพที่ 9 แผนภาพแสดงระบบชีวาภิบาล

กลุ่มเป้าหมายสถานชีวาภิบาล ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกกลุ่มวัยที่ระดับ ADL ≤ 11 หรือ PPS ≤ 50% แบ่งเป็น 5 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่1	กลุ่มที่2	กลุ่มที่3	กลุ่มที่4	กลุ่มที่5
กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ไม่มีภาวะสับสนทางด้านสมอง	กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนทางสมองหรือภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางขึ้นไป	กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บปวดรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (ระยะเวลารอดเหลือประมาณ 6-12 เดือน)	กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อยู่ในระยะกำลังจะเสียชีวิต (ระยะเวลารอดชีวิตประมาณ 2 สัปดาห์)
คะแนน ADL 5 -11 คะแนน		คะแนน ADL 0-4 คะแนน		
LTC - ติดบ้าน	LTC - ติดเตียง	LTC - ติดเตียง	PC- end of life	PC- end dying
LTC Home care / สถานชีวาภิบาล			PC Home care / สถานชีวาภิบาล	PC Home ward / สถานชีวาภิบาล

จากนโยบาย ในปี พ.ศ. 2567 สถาบันฯ ได้ปรับแนวทางการและทบทวนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย ***ผู้สูงอายุอายุ ประเด็น สถานชีวาภิบาล*** โดยมุ่งเป้ายกระดับและพัฒนาการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เป็น ***คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ*** ดังนี้

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) หมายถึง การให้บริการทั้งหมด ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยมีสหสาขาวิชาชีพมารวมให้บริการอยู่ในสถานที่เดียวกัน ในลักษณะที่ส่งต่องานระหว่างกันทันที หรือเบ็ดเสร็จในขั้นตอน หรือเบ็ดเสร็จในจุดให้บริการเดียว

คลินิกผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) มี 3 องค์ประกอบ คือ

1. Comprehensive geriatric assessment มีการประเมินทั้งด้าน physical, psych omental, function และ social, caregiver, environment

2. Health promotion and disease prevention มีการดำเนินการด้าน screening, immunization,

3. chemoprophylaxis และแนะนำการดูแล

4. Multidisciplinary care team มีสหสาขาวิชาชีพและผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

4.1 การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับคลินิกอื่น หมายถึง การให้บริการผู้สูงอายุ โดยใช้สถานที่ร่วมกับคลินิก/แผนกอื่นๆ เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs) คลินิกกระดูกและข้อ (Orthopedics) ฯลฯ

4.2 การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยให้บริการคัดกรอง และส่งต่อเฉพาะทาง (Coordination
Service) หมายถึง การให้บริการคัดกรอง และประเมิน ปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ และมีการส่งต่อปรึกษาแผนกเฉพาะทางอื่น ๆ เมื่อพบความผิดปกติ โดยมีเกณฑ์แบ่งตามองค์ประกอบ ตามเอกสารภาคผนวกที่1

5.2.2 ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567

ในปีงบประมาณ 2564 สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ ได้ผลักดันการกำหนดตัวชี้วัดระดับการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คือ “ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ” ขึ้น โดยเริ่มต้นจากโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป และพัฒนาต่อเนื่องในการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ (A – F3) ในปีงบประมาณ 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนนโยบาย โดยตั้งเป้าหมายให้เป็นปีแห่งสุขภาวะผู้สูงวัยไทย มุ่งเน้นให้ “ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ” ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง บูรณาการการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองในชุมชนทั้ง 9 ด้าน ได้แก่ สุขภาพช่องปาก ความคิดความจำ การเคลื่อนไหว การขาดสารอาหาร การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลั้นปัสสาวะ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลภายใต้คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ ส่งผลให้ในปีงบประมาณ 2567 มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครอบคลุมในโรงพยาบาลทุกระดับ

นอกจากนี้สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ ยังให้ความสำคัญในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมพบมากขึ้นตามอายุ โดยเพิ่มมากขึ้น 2 เท่าทุก 5 ปี หลังอายุ 65 ปี ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อมในประทศไทย พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 2 – 10 โดยในปี พ.ศ. 2564 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 6.8 แสนคน (ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564) ในขณะที่จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี และกว่าครึ่งของการพลัดตกหกล้มเกิดการบาดเจ็บรุนแรง (ต้องพักเข้ารักษาในโรงพยาบาล) และกว่าหมื่นรายบาดเจ็บบริเวณต้นขา ข้อสะโพก และร้อยละ 20 ของผู้ที่สะโพกหัก มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี (ที่มา: กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค) ในปีงบประมาณ 2565 – 2567 จึงได้กำหนดตัวชี้วัดย่อยในการดำเนินงานคือ *“ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและภาะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ”*

ในปีงบประมาณพบว่าผลการดำเนินงาน มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 โดยมีโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการร้อยละ 89.0 ในขณะที่ ร้อยละ 55.9 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และร้อยละ 63.29 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564 -2567

ปีงบประมาณ / ระดับโรงพยาบาล	2564 *“ผู้สูงอายุคุณภาพ”*	2565 *“บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ”*	2566 *“ปีแห่งสุขภาวะผู้สูงวัยไทย”*	2567 *“สถานชีวาภิบาล”*
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ				
A - S	ร้อยละ 72.40	ร้อยละ 81.4	ร้อยละ 87.01	ร้อยละ 100
M1 – M2	152 แห่ง/210 แห่ง	171 แห่ง/210 แห่ง	(784 แห่ง/901 แห่ง)	902 แห่ง/902 แห่ง)
F1 – F3	-	-		
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและภาะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	-	ร้อยละ 34.97 (เป้าหมายร้อยละ 30)	ร้อยละ 40.28 (เป้าหมายร้อยละ 40)	ร้อยละ 55.9 (เป้าหมายร้อยละ 50)

ปีงบประมาณ / ระดับโรงพยาบาล	2564 *"ผู้สูงอายุคุณภาพ"*	2565 *"บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ"*	2566 *"ปีแห่งสุขภาวะผู้สูงวัยไทย"*	2567 *"สถานชีวาภิบาล"*
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	-	ร้อยละ 80.29 (เป้าหมายร้อยละ 30)	ร้อยละ 53.10 (เป้าหมายร้อยละ 50)	ร้อยละ 63.29 (เป้าหมายร้อยละ 60)

5.2.3 การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น (GAP)

สถาบันฯ การปรับตัวชี้วัดการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อสอดรับและสนับสนุนการดำเนินงาน ***ผู้สูงอายุ ภายใต้ ระบบสถาชีวาภิบาล*** ในปี พ.ศ. 2568 ตามรายละเอียดดังนี้

ใน **ประเด็นนโยบาย 5. จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้รับการดูแลรักษา**

เพื่อให้การจัดบริการผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ รวดเร็ว และเข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้

ชื่อตัวชี้วัด คือ

1.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40

1.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการเฉพาะทางได้ง่ายขึ้น ทำให้ลดขั้นตอนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลด การเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
4. เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข
2. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)
3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ
4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก
5. คู่มือการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
6. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่นๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่ สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website:http://agingthai.dms.go.th/

<table>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td colspan="4">รายงานเป็นรายไตรมาส</td></tr>
<tr><td colspan="5">เกณฑ์การประเมิน :
<table>
<tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและคู่มือการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40</td></tr>
<tr><td>3. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินด้านความคิดความจำและด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td colspan="4">เป้าหมายของร้อยละเป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับประเทศ</td></tr>
</table>

สถาบันฯ ติดตามการดำเนินงานพร้อมกับการตรวจราชการของกรมกาแพทย์เอง และรอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และจะนำผลมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยสนับสนุนและความต้องการของพื้นที่ในการดำเนินงสานเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และสะท้อนการจัดบริการจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการคือ ผู้สูงอายุ และครอบครัว

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1	คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ
ภาคผนวกที่ 2	ข้อมูลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรของสถาบันฯ
ภาคผนวกที่ 3	ข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ

ภาคผนวกที่ 1

คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

<u>องค์ประกอบที่ 1 สถานที่ สิ่งแวดล้อม (Structure)</u>

1.3 มีสถานที่ และป้ายคลินิกชัดเจน

1.1.1 สถานที่ มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก หรือสามารถใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกอื่นได้ เช่น การเปิดคลินิกผู้สูงอายุ ร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs), หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

1.1.2 ป้าย มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

1.2 มีห้องน้ำผู้สูงอายุหรือห้องน้ำผู้พิการที่อยู่ใกล้คลินิกผู้สูงอายุ

ห้องน้ำผู้สูงอายุหรือห้องน้ำผู้พิการ อยู่บริเวณใกล้ๆ คลินิกผู้สูงอายุ (บริเวณชั้นเดียวกัน*)

1.3 มีราวจับ ทางลาด หรือสิ่งอำนวยความสะดวกให้เข้าถึงคลินิกได้สะดวก

ราวจับหรือทางลาด ที่ได้มาตรฐานอาจไม่จำเป็นต้องมีตลอดทาง แต่มีในจุดที่จำเป็น เช่น ทางลาดในทางต่างระดับ เป็นต้น

สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ลิฟต์ รถเข็น ที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ/คนพิการ เป็นต้น

1.4 ภายในห้องตรวจมีขนาดกว้างสามารถนำรถเข็นเข้าไปได้สะดวก

มีประตูห้องตรวจกว้างเพียงพอ มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตรที่สามารถนำรถเข็นเข้าไปในห้องตรวจได้

<u>องค์ประกอบที่ 2 บุคลากร (Staff)</u>

2.1 มีหลักฐานการมอบหมายเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

สามารถใช้เอกสารคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งคณะกรรมการประกอบไปด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2 พยาบาลวิชาชีพ

2.2.1 มีพยาบาลปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ จัดให้มีพยาบาลประจำหรือหมุนเวียนปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

2.2.2 มีพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุ จัดให้มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำในคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีคำสั่งแต่งตั้งชัดเจน

2.2.3 มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุผ่านการอบรม<u>ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</u>ระยะสั้น การอบรมระยะสั้น ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 วัน ไม่เกิน 4 เดือน จากหน่วยงานต่าง ๆ (*หมายเหตุ หน่วยงานอธิบายไว้ด้านล่างสุดขององค์ประกอบที่ 2)

2.2.4 มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุผ่านการอบรมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป หรือปริญญาโท (ด้านผู้สูงอายุ) การอบรมหลักสูตรอย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป หรือปริญญาโท (ด้านผู้สูงอายุ) จากหน่วยงานต่าง ๆ (**หมายเหตุ หน่วยงานอธิบายไว้ด้านล่างสุดขององค์ประกอบที่ 2)

2.3 สหวิชาชีพอื่นๆ

2.3.1 มีสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาลอย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ จัดให้มีสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาล ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุหรือเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุจากคลินิกผู้สูงอายุร่วมกัน

2.3.2 มีสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาลผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จัดให้มีสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาลผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากหน่วยงานต่าง ๆ (***หมายเหตุ หน่วยงานอธิบายไว้ด้านล่างสุดขององค์ประกอบที่ 2)

2.4 แพทย์

2.4.1 มีแพทย์ปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน จัดให้มีแพทย์ประจำหรือหมุนเวียนปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

2.4.2 มีแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน จัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ จากหน่วยงานต่าง

2.5 มีผู้จัดการประสานงานคลินิกผู้สูงอายุ (Aging Coordinator) ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้จัดการประสานงานคลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยประสานให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ หรือส่งต่อคลินิกเฉพาะทาง หรือรับ-ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล-ชุมชน

<u>หมายเหตุ</u>

*หน่วยงานอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุระยะสั้นที่ยอมรับ เช่น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สถาบันที่ได้รับการรับรอง หรือเขตบริการสุขภาพ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

**หน่วยงานอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างน้อย 4 เดือนที่ยอมรับ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี คณะแพทยศาสตร์/คณะพยาบาลศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ เป็นต้น

***หน่วยงานอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับแพทย์ หรือทีมสหวิชาชีพที่ยอมรับ ได้แก่ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี คณะแพทยศาสตร์/คณะพยาบาลศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ สถาบันที่ได้รับการรับรอง หรือ เขตบริการสุขภาพ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

<u>องค์ประกอบที่ 3 รูปแบบและการจัดบริการ (Service)</u>

3.1 ความถี่ในการเปิดบริการ

3.2 คลินิกให้บริการคัดกรอง ประเมิน 9 ด้าน และดูแล รักษา

3.3 มีการให้บริการฉีดวัคซีน <u>(*ในข้อ 3.3.1 - 3.3.2 ตอบอย่างน้อยหนึ่งข้อ)</u>

3.4 มีการให้คำแนะนำ/การให้ความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

3.5 มีสื่อให้ความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น แผ่นพับ, สื่อ ฯลฯ

3.6 มีการติดตามการดูแลรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.7 มีการบันทึกข้อมูล

3.8. มีการให้บริการแบบ Teleconsultation หรือTelemedicine

3.9. รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย สำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน หรือ Aging mobile clinic หรือ การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ฯลฯ

3.10. มีระบบการรับ-ส่งต่อ

3.11. มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและชะลอความเสื่อม เช่น โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว โปรแกรมส่งเสริมด้านอื่นๆ เป็นต้น

<u>องค์ประกอบที่ 4 ด้านการบริหารจัดการคลินิก (System)</u>

4.1 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ หน่วยบริการสามารถนำแบบประเมินที่อยู่ในภาคผนวกไปใช้ หรือ จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจของหน่วยบริการเอง

4.2 มีการพัฒนานวัตกรรมการบริการ และ/หรือ นวัตกรรมทางการแพทย์ในคลินิกผู้สูงอายุ

4.3 มีการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management)

4.4 มีหลักฐานการวิเคราะห์ อัตรากำลัง และจัดสรรอัตรากำลังในคลินิกผู้สูงอายุ

4.5 มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

4.6 มีการประชุมวิเคราะห์ ทบทวน วางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

<u>บริการอื่นๆ</u>

1. มีการประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (Frailty)

คำนิยามภาวะเปราะบาง (Frailty) คือ กลุ่มโรค (medical syndrome) ที่เกิดจากหลายสาเหตุและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายมิติ อันส่งผลมีอาการถดถอยของความแข็งแรง ความทนทาน และการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย นำไปสู่ความอ่อนแอและเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะพึ่งพิงหรือเสียชีวิต โดยแบบประเมินภาวะเปราะบางในที่นี่แนะนำการคัดกรองภาวะเปราะบาง FRAIL scale ซึ่งถูกนำมาแปลงเป็นภาษาไทย และมีความง่ายต่อการนำมาใช้ในการประเมิน

มีการฉีดวัคซีนทางเลือก

2. มีการฉีดวัคซีนทางเลือก

ภาคผนวกที่ 3

ข้อมูลด้านการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ

ลำดับ	หลักสูตรการอบรม ปีงบประมาณ 2566-2567	จำนวนบุลคากรที่เข้ารับการอบรม
	หลักสูตรการอบรมสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และนโยบายผู้สูงอายุ “การดูแลกลุ่มสมองเสื่อม”	
	1. โปรแกรมกระตุ้นสมองสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Team V) ปีงบประมาณ 2566 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1.1 หลักสูตร On-site 4 วัน จำนวน 1 รุ่น 1.2 หลักสูตร Hybrid (Online 2 อาทิตย์+onsite 2 วัน) จำนวน 2 รุ่น	จำนวนทั้งสิ้น 151 คน ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน พยาบาล 98 คน แพทย์แผนไทย และ แพทย์แผนจีน 5 คน สหวิชาชีพ 41 คน
	2. โปรแกรมกระตุ้นสมองสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาความจำ(Healthy Brain) ปีงบประมาณ 2566 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 2.1 หลักสูตร On-site 4 วัน จำนวน 1 รุ่น 2.2 หลักสูตร Hybrid (Online 2 อาทิตย์+onsite 2 วัน) จำนวน 2 รุ่น	จำนวนทั้งสิ้น 113 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาล 75 คน แพทย์แผนไทย 3 คน สหวิชาชีพ 33 คน
	3. การประชุมเชิงปฏิบัติการการนำใช้โปรแกรมกระตุ้นสมองในกลุ่มที่มีปัญหาการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาความจำ (Healthy brain) ในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2567 แม่ข่าย ในเขตสุขภาพที่ 1-12 ณ ส่วนภูมิภาค จำนวน 3 พื้นที่ ดังนี้ 3.1 ดำเนินการจัด ณ จังหวัดนครศรีธรรมราช 3.2 ดำเนินการจัด ณ จังหวัดนราธิวาส 3.3 ดำเนินการจัด ณ จังหวัดตราด	จำนวนทั้งสิ้น 362 คน ประกอบด้วย แพทย์ 9 คน พยาบาล 158 คน แพทย์แผนไทย 12 คน สหวิชาชีพ 185 คน
	4. หลักสูตรการอบรมระยะสั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Manager) ปีงบประมาณ 2567 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 4.1 ดำเนินการจัดที่ส่วนกลาง จำนวน 1 รุ่น 4.2 ดำเนินการจัดที่ส่วนภูมิภาค จำนวน 1 รุ่น ณ จังหวัดอุดรธานี	จำนวนทั้งสิ้น 283 คน ประกอบด้วย แพทย์ 7 คน พยาบาล 226 คน แพทย์แผนไทย 2 คน สหวิชาชีพ 48 คน

ลำดับ	หลักสูตรการอบรม ปีงบประมาณ 2566-2567	จำนวนบุลคากรที่เข้ารับการอบรม
	5. โปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง Brain Exercise และโปรแกรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง Brain Training สำหรับทีมบุคลากรสุขภาพ ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 3 รุ่น	จำนวนทั้งสิ้น 127 คน ประกอบด้วย แพทย์ 4 คน พยาบาล 102 คน แพทย์แผนไทย และ แพทย์แผนจีน 2 คน สหวิชาชีพ 43 คน
	6. การอบรมการนำใช้และฝึกปฏิบัติการจัดทำแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ (Care plan) ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2 รุ่น	จำนวนทั้งสิ้น 123 คน ประกอบด้วย แพทย์ 24 คน พยาบาล 80 คน สหวิชาชีพ 19 คน
	7. โครงการพัฒนาระบบ/รูปแบบเชิงนวัตกรรมการบริบาลรักษาผู้สูงอายุที่บ้าน/ชุมชนรวมถึงระบบบริการรักษาพยาบาลทางไกล โดยใช้ Telemedicine, Tele pharmacy, Tele nursing, Video call และระบบบริการของทีมแพทย์ประจำครอบครัว ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 5 ครั้ง	จำนวนทั้งสิ้น 839 คน ประกอบด้วย แพทย์ 85 คน พยาบาล 637 คน แพทย์แผนไทย 1 คน สหวิชาชีพ 116 คน
	8.การอบรมภาวะเปราะบาง Intermediate care: The comprehensive model for frail and older persons	แพทย์ 11 คน พยาบาล 45 คน สหวิชาชีพ 47 คน รวม 103 คน
	9. อบรมการใช้งานเครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ DMS Care Tools (Online) ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2 รุ่น - แนวทางการให้บริการดูแลรักษา ส่งต่อผู้สูงอายุ และชุด ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Flow of Management and Data Set เรื่อง ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม และสุขภาพช่องปาก - เครื่องมือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบ DMS Care Tools	รุ่นที่ 1 จำนวนทั้งหมด 2,393 คน - แพทย์ 14 คน - พยาบาล 1447 คน - นวก สาสุข 560 คน - นวก คอม 88 คน - สหวิชาชีพอื่น 284 คน

ลำดับ	หลักสูตรการอบรม ปีงบประมาณ 2566-2567	จำนวนบุลคากรที่เข้ารับการอบรม
		รุ่นที่ 2 จำนวน1,965 คน -แพทย์ 14 คน -พยาบาล 1,276 คน - นวกสาธารณสุข 398 คน -นวกคอมพิวเตอร์ 68 คน สหวิชาชีพอื่น 209 คน
	10.อบรมการใช้เครื่องมือ DMS Care Tools ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ในด้านผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าด้านไอทีในพื้นที่ ปีงบประมาณ 2567	ครั้งที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 171 คน ครั้งที่ 2 จังหวัด นครศรีธรรมราช ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 183 คน ครั้งที่ 3 จังหวัดนครปฐม ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 174 คน
	11.การอบรม “Mini Coach Training 2024” ระบบ DMS Care Tools ปีงบประมาณ 2567 (On Site)	กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน
หลักสูตรการอบรมแพทย์		
	Case-Based Learning in Geriatric Ambulatory Care 3 ระยะ	แพทย์ 106 คน
	หลักสูตรการอบรมพยาบาล หลักสูตรการอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (Case based learning in geriatrc ambulatory care)	พยาบาล 271 คน

ลำดับ	หลักสูตรการอบรม ปีงบประมาณ 2566-2567	จำนวนบุลคากรที่เข้ารับการอบรม
	รวม	รวม 7,964 คน ประกอบด้วย แพทย์ 283คน พยาบาล 4,955 คน แพทย์แผนไทย และ แพทย์แผนจีน 23 คน สหวิชาชีพ 2,703 คน

บรรณานุกรม

1. Population Reference Bureau. *World population data 2024*. PRB; 2024.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *สำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
3. Health Data Center (HDC). *ฐานข้อมูลสุขภาพประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข. *ข้อมูลมรณบัตรและสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. World Health Organization (WHO). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: WHO; 2007.
6. The World Bank. *Burden of Disease Database*. Washington, DC: The World Bank; 2024.

กรมการแพทย์
Department of Medical Services

สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ

แผนงานและทิศทางงานวิชาการและการวิจัย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566-2570) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 (2568)

