

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาร่างกฎหมายและการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ
เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีโดยประชาชนมีส่วนร่วม

โดย นายชัชชล อัจฉนาภิตติ

เสนอต่อ

องค์กร Peaceful Death

เดือนมีนาคม พ.ศ.2568

คำนำ

รายงานฉบับนี้เป็นนำเสนอเนื้อหาจากการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจาก “โครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาร่างกฎหมายและการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีโดยประชาชนมีส่วนร่วม” ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ได้แก่ 1.เพื่อรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ทางกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีทั้งในไทยและต่างประเทศ 2.เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาร่างกฎหมายและการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีโดยประชาชนมีส่วนร่วม และ 3.เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักต่อการพัฒนาร่างกฎหมายและการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีด้วยการสื่อสารสาธารณะ โดยใช้วิธีการศึกษาเอกสารและข้อมูลในสื่อสาธารณะเป็นหลัก ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย อาทิ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้กำหนดนโยบาย ตลอดจนผู้ปฏิบัติในภาคประชาสังคมทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น จำนวน 10 คน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 - เดือนมีนาคม พ.ศ.2568 อย่างไรก็ตาม รายงานฉบับนี้ถือเป็นการสำรวจเบื้องต้นในระยะเวลาจำกัด ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ ช่องว่างและความท้าทายของระบบการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันในมิติต่าง ๆ ขณะเดียวกัน ผู้เขียนก็ได้ประมวลและนำเสนอความเป็นไปได้ทิศทางในอนาคต ซึ่งยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงลึกในรายละเอียดต่อไป

รายงานฉบับนี้ แบ่งเนื้อหาการนำเสนอออกเป็น 4 บท ได้แก่ บทที่ 1 ประมวลช่องว่างนโยบายกฎหมาย และข้อเสนอแนะ ซึ่งจะนำเสนอให้เห็นสถานการณ์ช่องว่างทางนโยบายและกฎหมาย รวมถึงข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารวิชาการ สื่อสาธารณะ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้เขียน บทที่ 2 ประมวลกรณีศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลประคับประคองในต่างประเทศ กรณีศึกษาประเทศสก็อตแลนด์และสิงคโปร์ ซึ่งจะนำเสนอให้เห็นเส้นทางการพัฒนาและรูปแบบการบริการของประเทศที่ถือเป็นต้นแบบในการขบคิดเพื่อออกแบบระบบการดูแลในประเทศไทยต่อไป บทที่ 3 ประมวลกรณีศึกษาเทียบเคียงการขับเคลื่อนกฎหมายและนโยบายจากภาคประชาชน โดยเป็นการศึกษา 2 กรณีตัวอย่างในประเทศไทย ได้แก่ 1.สภาองค์กรของผู้บริโภค (องค์กรมหาชน) และ 2.พระราชบัญญัติสมรสเท่าเทียม เพื่อศึกษาเส้นทางการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายระดับชาติที่ภาคประชาชนมีบทบาทสำคัญ และบทสุดท้าย บทที่ 4 ความเป็นไปได้และข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนโยบาย ซึ่งจะสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเพื่อนำเสนอทิศทางในการขับเคลื่อนให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายสร้างเสริมคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีโดยประชาชนมีส่วนร่วม

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 ประมวลข้อวางนโยบาย กฎหมาย และข้อเสนอแนะ	1
บทที่ 2 ประมวลกรณีศึกษาการพัฒนาระบบดูแลประคับประคองในต่างประเทศ กรณีศึกษาประเทศสก็อตแลนด์และสิงคโปร์	22
บทที่ 3 ประมวลกรณีศึกษาเทียบเคียงการขับเคลื่อนกฎหมาย และนโยบายจากภาคประชาชน	34
บทที่ 4 ความเป็นไปได้และข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนโยบาย	45
บรรณานุกรม	55
ภาคผนวก	58

บทที่ 1

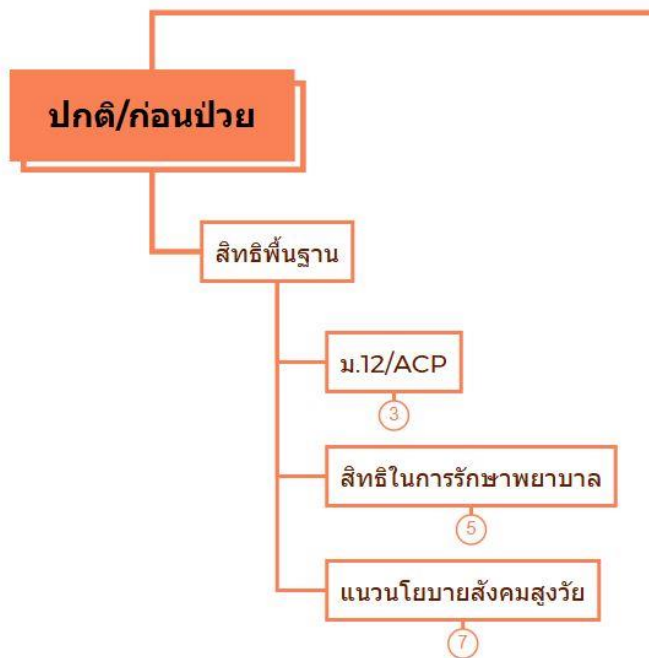
ประมวลช่องว่างทางนโยบาย กฎหมาย นโยบาย และข้อเสนอแนะ

บทนี้เป็นการประมวลและเรียบเรียงข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร บทความ และสื่อต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้เขียน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับกฎหมาย นโยบาย รวมถึงช่องว่างและข้อเสนอแนะในประเด็นเรื่องการดูแลประคับประคอง การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตช่วงท้าย และการตายดีในสังคมไทย โดยในขั้นต้น ผู้เขียนได้จัดการข้อมูลต่าง ๆ ให้อยู่ในรูปแบบตารางที่ประยุกต์ขึ้นจากแผนผังเส้นทางการรักษาของ病患 (patient journey mapping) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกใช้อย่างแพร่หลายในการทำความเข้าใจประสบการณ์การรักษาและการดูแลของ病患เพื่อการพัฒนาและออกแบบบริการหรือนโยบาย (Mussar, 2017) ซึ่งในที่นี้ เป็นการประยุกต์เส้นทางการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวมาใช้ โดยไล่เรียงไปพร้อมกับกฎหมายและนโยบายด้านการดูแลประคับประคองในรูปแบบของ Palliative Care Policy Journey ดังแผนภาพด้านล่าง (ดูแผนผังฉบับสมบูรณ์ใน ภาคผนวก)



ผู้เขียนจะได้เรียบเรียงและหมวดประเด็นสำคัญของข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการจัดทำแผนผังดังกล่าว โดยจะนำเสนอช่องว่างของกฎหมาย-นโยบาย รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ ไปตามลำดับของเส้นทางการรักษาใน 6 จุดปะทะ (touchpoint) ได้แก่ 1.ช่วงปกติ/ก่อนป่วย 2.การดูแลในโรงพยาบาล 3.การดูแลในชุมชน 4. การดูแลที่บ้าน 5.เสียชีวิต 6.การจัดการความโศกเศร้า ดังนี้

1.ช่วงปกติ/ก่อนป่วย



ในช่วงเวลาที่ผู้คนมีสุขภาพปกติ แข็งแรงดี หรือเป็นช่วงก่อนที่จะป่วยนั้น กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระดับประเทศจะเป็นเรื่องของการให้และรับรองสิทธิที่สำคัญ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1.สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์การรักษา 2.สิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์การรักษา

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์การรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิต หรือเป็นการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์และไม่จำเป็น มีกฎหมายฉบับสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ซึ่งมีสาระสำคัญส่วนหนึ่งระบุว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้...” กล่าวได้ว่ามาตราดังกล่าวเป็นการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญให้บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้เกิดการตายดีได้ตามความประสงค์ของแต่ละบุคคล ซึ่งนำมาสู่การส่งเสริมให้เกิดการทำพินัยกรรมชีวิต การเขียนแผนการดูแลล่วงหน้า หรือการทำสมุดบาใจ เป็นต้น

นอกจากกฎหมายหลักที่รับรองสิทธิพื้นฐานดังกล่าวแล้ว การส่งเสริมสิทธิพื้นฐานในการมีสุขภาพที่ดีและการใช้ชีวิตช่วงท้ายที่มีคุณภาพยังปรากฏในนโยบายต่าง ๆ จำนวนมาก โดยเฉพาะในด้านการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย อาทิ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมถึงนโยบายของรัฐบาลที่นำโดยพรรคเพื่อไทยที่มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยการกำหนดให้มีสถานชีวาภิบาลในท้องถิ่น (คณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566) เหล่านี้นับเป็นนโยบายระดับชาติที่แสดงให้เห็นสิทธิพื้นฐานในการอยู่ดีและตายดีทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

ช่องว่างและความท้าทาย

สำหรับช่องว่างนโยบายและความท้าทายในช่วงปกติ/ก่อนป่วย มี 2 ประการ ดังนี้

1.นโยบายต่าง ๆ โดยมากยังเป็นการกำหนดทิศทางและหลักการกว้าง ๆ ในภาพรวม โดยเฉพาะการเน้นพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลระยะท้ายอย่างเฉพาะเจาะจง และยังไม่มีมีการกล่าวถึง “ความตาย” เป็นการเฉพาะ (พิสิษฐ์, 2564) รวมถึงยังไม่มีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติสำหรับเรื่องนี้ (คณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566) ดังนั้น การนำแนวนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการมุ่งเป้าไปที่การดูแลระยะประคับประคองที่มีความชัดเจนมากขึ้นในระดับชาติ จึงยังเป็นสิ่งที่มีความท้าทายเป็นอย่างมาก ซึ่งช่องว่างดังกล่าวสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลายคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นโยบายล่าสุดอย่างนโยบายสถานชีวาภิบาล ซึ่งมีเสียงสะท้อน อาทิ

ทุกวันนี้ผมมองว่าหน่วยงานต่าง ๆ โครงการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมา มันต่างคนต่างทำ สุดท้ายแล้วคนทำงานก็จะทำงานเพื่อจะให้โครงการของตัวเองเป็นไปตามเป้าหมายเท่าที่เขาคิดว่าเขาอยากได้ แต่มันไม่เห็นว่ามันจะตอบโจทย์กับประชาชนได้อย่างตรงกับความต้องการของเขา เองง่าย ๆ เช่นตัวอย่างของ ชีวาภิบาล ก็เหมือนทุกจังหวัดต้องมี แต่มันมีแต่มี หรือมันมีแล้วมันสามารถที่จะเป็นที่พักพิงหรือมีหน่วยงานเจ้าหน้าที่ที่พร้อมจะดูแลให้เกิดเป็นผลอย่างเป็นรูปธรรม [สมชาย (นามสมมติ) ผู้อำนวยการภาคประชาชน, สัมภาษณ์, 21 กุมภาพันธ์ 2568]

สมมตินโยบายชีวาภิบาลลงมาอย่างนี้ เขาก็รับเหมือนสั่งโดนคำสั่งสั่งลงมาให้ทำ แต่ว่าไ้มันกลายเป็นการเพิ่มงานที่เขาอยู่มากอยู่แล้ว ในขณะที่เดียวกันปัญหาที่เจอก็คือเขาไม่มาม Palliative Care มันไม่ได้มีเส้นทางการเติบโตทางสายงาน อันนี้ก็เป็นปัญหาส่วนหนึ่งแล้วพองานที่มันมากขึ้น เพราะต้องมาทำอะไรเยอะขึ้น มันก็ทำให้บุคลากรเกิดภาวะเบิร์นเอาท์แล้วก็ลาออกเยอะ [สุขใจ (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาชน, สัมภาษณ์, 26 ธันวาคม 2567]

ตอนนี้ สปสช.มุ่งที่จะครอบคลุมชีวาภิบาลให้มิดชิดแน่น แล้วสิ่งที่กระทรวงทำเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ไม่ได้ ไม่ effective มันเป็นการลู่หน้าปะจุมูก ชีวาภิบาลต้องการ quick win ทุกจังหวัดต้องมีสถานชีวาภิบาล เขาก็ไม่รู้จะไปหาสถานชีวาภิบาลได้จากที่ไหน ก็เอาวัดนี้แหละมาทำ

แต่เวลาที่พ่อบรมพระเรื่องชีวาภิบาลไปแล้ว มันไม่ได้ทำได้อย่างที่คิดหรอก จะเอาพระไปดูแลชาวบ้าน อาบน้ำ ป้อนข้าว แล้วผู้หญิงนี้จะทำยังไง คนแก่อะไรก็แล้วแต่ มันไม่ตอบโจทย์ แต่ถ้าจะดูแลพระอาพาธ อันนี้ตอบโจทย์ ดีมาก แต่จะมาดูชาวบ้านเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ และเขาก็พยายามจะให้แต่ละที่สร้างสถานชีวาภิบาล นึกภาพออกไหม nursing home เวลาที่เขาจะประกอบกิจการเขาต้องจ้าง caregiver มาดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ค่าใช้จ่ายตรงนี้นั้นสูง แล้วจะให้ อบจ.แต่ละที่ตัวเอง ใหญ่ระดับ 40-50 เตี้ยง มันเป็นไปได้ไม่ได้ ต้องใช้เงินมหาศาล หรือทำได้ ก็อาจอยู่ไป ๆ เดียวก็แตกดับ เดียวก็อะไร คุณภาพก็แย่ โดยส่วนตัวคิดว่ายังไม่ตอบโจทย์ จะตอบโจทย์ดีที่สุดสำหรับบ้านเราที่คนยังยากจน คือ ต้องทำระบบ LTC ที่ effective มี caregiver ที่มีประสิทธิภาพ แล้วลงเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มที่ไม่มีคนดูแลจริง ๆ เป็นคนเร่ร่อน ไร้ญาติขาดมิตร ค่อยมาคิดถึงสถานชีวาภิบาล [สมวัย (นามสมมติ) อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคอง, สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2568]

ชีวาภิบาล มันก็พูดยากครับ ว่าเป็นนโยบายที่ดี หรือนโยบายที่หืดหัว หากเรามองว่ามันเป็นการ integrate แปลว่ารวมแล้วต้องดีขึ้น ถ้าเรามองว่าเป็นการเชื่อมโยง แต่ละตัวต้องมีแกนของตัวเองแล้วมาเชื่อมกัน อาจจะมองภาพสามห่วงก็ได้ แต่ตอนนี้บางที่ไม่ได้เป็นภาพนั้น บางที่คือการปลูกต้นไม้สามต้นในกระถางเดียว เบียด แล้วมันก็ตาย [อากร (นามสมมติ) อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคอง, สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2568]

2.การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในประชาชนทั่วไปยังทำได้จำกัด เนื่องจากวัฒนธรรมไทยยังมองว่าความตายเป็นเรื่องไม่มงคล เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมที่จะนำมาพูดคุยกัน โดยเฉพาะในครอบครัว ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ยังมีไม่มากนัก นอกจากนี้ ยังมีค่านิยมเรื่องความกตัญญูในการรักษาพยาบาล ซึ่งโดยส่วนมากลูกหลานยังคงให้ความหมายกับการเลือกยื้อชีวิตและรักษาอย่างเต็มที่มากกว่าเลือกการดูแลประคับประคองเพื่อแสดงความกตัญญูต่อบุพการี (ชลธิชา, 2567) แต่ถึงกระนั้นก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการจัดทำในรูปแบบของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan, ACP) ซึ่งสะดวกกว่าการจัดทำในรูปแบบของพินัยกรรมชีวิตตามมาตรา 12 ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ทำให้สะดวกมากขึ้น รวมถึงการสร้างกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ต้องทำควบคู่กัน ดังคำให้สัมภาษณ์ของอาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคองและเจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาชนที่สนับสนุนการวางแผนการตายดีในกลุ่มผู้สูงอายุ

โดยส่วนตัว advance directive หรือมาตรา 12 ถึงปัจจุบันนี้ มีคนใช้ที่เขื่อนน้อยมาก จากประสบการณ์ของตัวเองนะ และคิดว่าโรงพยาบาลทุกแห่งเหมือนกัน แต่ ACP ทำได้ถึง 80-90 เปอร์เซ็นต์ เพราะคนไข้ไม่ต้องลงชื่อก็ได้ แต่ว่าบอกความต้องการของตัวเองไว้ และยินยอมให้บันทึกเป็นเอกสารของการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยส่วนตัวมองว่าจริง ๆ เรา

ไปเรื่องมาตรา 12 ไม่ได้ เลยมาผลักดันเรื่อง ACP แต่ตอนนี้เรากำลังจะย้อนกลับไปผลักดันเรื่องมาตรา 12 อีก ซึ่งเรารู้ว่ามันไม่ได้ผล อย่าง electronic living will ที่ สข.จะทำ ควรจะเก็บในรูปของ ACP หรือมี AD ด้วยก็ได้ แต่ format ต้องทำให้ ACP เข้าไปอยู่ตรงนั้น การรณรงค์เรื่องนี้ก็ยังมีน้อย แต่ถ้าเราสามารถทำให้เป็นแพ็คเกจที่อยู่ในการ screening ผู้สูงอายุได้ [สมวัย (นามสมมติ) อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลระดับประคอง, สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2568]

ผู้สูงอายุมาเข้าเวิร์กช็อปประมาณร้อยคน แล้วตอนแรกพี่ก็ถามคนที่จัดว่าพูดเรื่องความตายได้ใช่ไหม เพราะเวิร์กช็อปตอนเช้าเลยจะพูดความตายดีไหม พี่ก็ถามในห้องประชุมเลย ผู้สูงอายุทุกคนก็ยกมือบอกได้เลยฉันไม่กลัวตาย แต่ฉันน่าจะอยากรู้ว่าทำยังไงฉันถึงจะตายแบบไม่ทรมาน แล้วในขณะเดียวกัน พอเล่าเรื่องของ living will อะไรอย่างนี้ ทุกคนก็สนใจมากเลยว่ายอยากรู้ว่ามันคืออะไร จะทำยังไง อะไรอย่างนี้ค่ะ คือฟังจริง ๆ เราอาจจะประเมินกลุ่มคนเหล่านี้ผิดไปก็ได้ เขาอาจจะไม่ได้กลัวที่จะพูดถึงเลยก็ได้ แต่มันจะพูดว่าไงดี มันต้องมีนั้นอาจจะกระบวนกรบางอย่าง มีองค์ประกอบของบรรยากาศ หรืออะไรที่ชวนให้เขาเข้ามาเรียนรู้แล้วเขาก็จะกล้าเปิดใจที่จะจะพูดเรื่องนี้กันมากขึ้น [สุขใจ (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาชน, สัมภาษณ์, 26 ธันวาคม 2567]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จัดทำนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพระยะท้ายของชีวิต และมีความจำเป็นในการพัฒนาระเบียบ กฎเกณฑ์ระดับรอง เพื่อแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เข้มข้นมากขึ้น (คณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566)

2. ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะและการวิจัยเพื่อสร้างความรู้และการรับรู้ในวงกว้าง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการวางแผนการดูแลและการเตรียมตัวในวาระท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและบุคคลรอบข้าง (คณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566; ชลธิชา, 2567)

2. สิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในช่วงปกติ/ก่อนป่วย สิทธิสำคัญที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของประชาชนไทยคือสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ มีกฎหมายหลัก 3 ฉบับ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้รับสิทธิประโยชน์ในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ 1.พรก.เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 ซึ่งเป็นสิทธิข้าราชการ 2.พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ที่มีประกันสังคม และ 3.พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพในแต่ละปี ซึ่งเป็นสิทธิของประชาชนทั่วไป

ช่องว่างและความท้าทาย

พบว่ายังมีความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในกลุ่มต่าง ๆ กล่าวคือ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่าเป็นสิทธิบัตรทองหรือสิทธิสามสิบบาท กำหนดสิทธิในการเบิกจ่ายได้ทั้งในการดูแลที่โรงพยาบาล ที่ชุมชน และที่บ้าน ซึ่งมีความครอบคลุมมากกว่าผู้ใช้สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ซึ่งเบิกจ่ายได้เฉพาะการดูแลในโรงพยาบาลเท่านั้น (คณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566; พิสิษฐ์, 2564) ทั้งนี้ สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของสิทธิการรักษาพยาบาลข้างต้นสะท้อนผ่านประสบการณ์ของคนที่ทำงานในพื้นที่จริง โดยเฉพาะในมุมมองของอาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคอง ดังคำให้สัมภาษณ์

อันนี้ที่ขาดคือ ประชาชนยังไม่รู้สิทธิที่พึงมีพึงได้ เขาไม่รู้ว่าเขาควรจะได้รับบริการเยี่ยมบ้าน หรือได้อะไรบ้าง แค่ว่าที่ได้ทุกวันนี้ก็ดีแล้ว ชาวบ้านเขาไม่ได้รีเคสเหมือนคนในเมือง ไม่มีคนเยี่ยม ไม่รู้ ไม่เป็นไร ไม่ใช่แค่ชาวบ้านด้วยครับ ผู้ปฏิบัติหน้างานเองก็ไม่รู้ จะบอกว่าผู้ปฏิบัติหน้างานก็ไม่ได้แอคทีฟที่จะดึงให้มันเกิดทุนเข้ามาในชุมชน LTC ไม่ได้มีทุก รพ.สต. นะครับ เพราะเขาต้องเขียนโครงการ แล้วเขาต้องทำ บางที่เขากลัวที่จะใช้งบ จริง ๆ การเยี่ยมบ้าน สิทธิข้าราชการกับประกันสังคม สิทธิยังไม่ครอบคลุม คือเขาไม่ได้เลย การเยี่ยมบ้านมีเฉพาะคนไข้ที่มีสิทธิ UC (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) [อากร (นามสมมติ) อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคอง, สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2568]

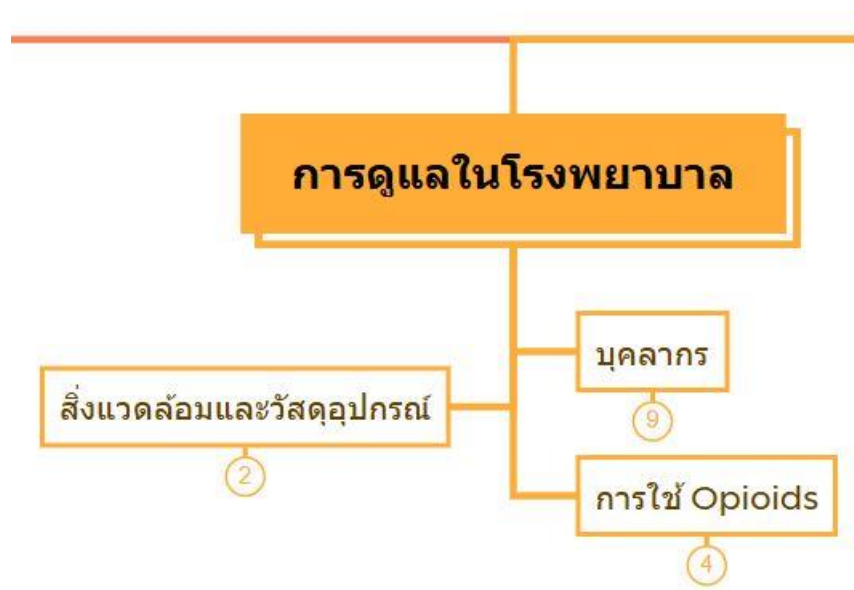
ส่วนตัวมองว่าในช่วงก่อนป่วย รัฐถึงจุดที่ต้องมาคิดแล้วว่าระยะยาวจะทำให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้อย่างไร แค่เอาเงินตรงนั้นมาแปะตรงนี้ ระยะยาวมันจะไปไม่ได้ กองทุน Long Term Care ซึ่งจะสนับสนุนผู้สูงอายุตอนป่วย ตรงนี้ไม่เพียงพอที่จะซัพพอร์ตผู้สูงอายุตอนป่วยได้ ที่นี้ สปสช.เคยให้ทีมทำงานคณะหนึ่งศึกษา ก็มีความเห็นว่าดีที่สุดจะต้องมีการรวมกองทุน จากสาธารณสุข พัฒนาสังคมฯ จากมหาดไทย เอามารวมกันเลย เป็นกองทุนของ LTC ซึ่งตรงนี้ก็เห็นภาพชัดขึ้นแล้ว เราก็ยอมรับว่า LTC รวมกับ Palliative Care แล้วตอนนั้นมันไปอยู่ได้ อบจ. นึกภาพออกไหมคะ แล้ว รพ.สต.เป็นคนดูแล ที่นี้มันจะต้องดึงเงินจากมหาดไทย พัฒนาสังคมฯ มาช่วยกันโปะ การรวมกองทุนจะทำให้เงินก้อนนี้มันใหญ่ขึ้นสามารถพัฒนา caregiver ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อจะตอบโจทย์การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงได้ และเราก็ต้องยอมรับว่าการที่เรามี caregiver มาดูแล จะเป็นการสร้างงาน ถ้าเราพัฒนาผู้ดูแลที่มีคุณภาพ จะสร้างงานในชุมชน [สมวัย (นามสมมติ) อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคอง, สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2568]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์กลาง ซึ่งมีความเหมาะสมกับการดูแลในสถานพยาบาลแต่ละระดับ และสามารถนำสิทธิไปใช้ในชุมชนหรือการดูแลนอกสถานพยาบาลได้ (คณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566; พิสิษฐ์, 2564)

2.ส่งเสริมให้ธุรกิจประกันชีวิตพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับการดูแลระยะประคับประคอง

2.การดูแลในโรงพยาบาล



การดูแลในโรงพยาบาลถือเป็นจุดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพราะเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะเข้าไปรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ไปจนถึงสิ่งแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงระบบการบริหารจัดการซึ่งส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อคุณภาพการดูแล สำหรับประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในจุดนี้ แบ่งออกได้เป็น 3 ประการ ได้แก่ 1.บุคลากรทางการแพทย์ 2.สถานที่ สิ่งแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์ 3.การใช้ยา ดังนี้

1.บุคลากรทางการแพทย์

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบัน นโยบายที่เกี่ยวข้องโดยตรงโดยตรงกับการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และการดูแลระยะประคับคอง คือ นโยบายสถานชีวาภิบาล ซึ่งเริ่มต้นในรัฐบาลพรรคเพื่อไทยที่นำโดยนายกรัฐมนตรี “เศรษฐา ทวีสิน” มาจนถึงนายกรัฐมนตรี “แพทองธาร ชินวัตร” โดย นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มประกาศมาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 โดยหลักสำคัญของนโยบายนี้ คือการพัฒนาบริการที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะยาว และผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้า

ด้วยกัน โดยการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และบ้าน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของบุคลากรทาง การแพทย์และสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง (policywatch, 2567)

ช่องว่างและความท้าทาย

สำหรับช่องว่างและความท้าทายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งที่ดำรงอยู่มา ก่อนหน้าและภายหลังการดำเนินนโยบายสถานชีวาภิบาล แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. หลักสูตรการเรียนการสอนยังมีชั่วโมงการเรียนเรื่องการดูแลระยะประคับประคองน้อย โดยเฉพาะ ในการเรียนระดับอุดมศึกษา ทำให้แพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ Intern มีความรู้ความเข้าใจที่จำกัด ส่งผล ต่อการคัดกรอง วินิจฉัย และส่งต่อผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (พิสิษฐ์, 2564; policywatch, 2567)

2. ขาดกรอบโครงสร้างที่ชัดเจน ทำให้ในสายงานของบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีการจัดการดูแล ประคับประคอง ซึ่งจุดนี้ส่งผลอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อดำเนินนโยบายสถานชีวาภิบาล ทำให้ บุคลากรที่ดูแลงานด้านนี้ได้รับ “งานฝาก” เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากเดิม บุคลากรที่มีจำนวนไม่มากอยู่แล้ว ต้องแบกรับภาระงานหนักที่ขยายออกไปครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้ป่วยระยะยาวและระยะประคับประคอง นอกจากนี้ เมื่อไม่มีกรอบโครงสร้างที่ชัดเจน ทำให้การเบิกจ่ายค่าตอบแทนมีข้อจำกัดและไม่ชัดเจน รวมถึงการตั้งตัวชีวิต และนิยามการดูแลที่ยังคลุมเครือระหว่าง Palliative Care และ Long-Term Care (พิสิษฐ์, 2564; policywatch, 2567) รวมถึงการคำนึงถึงภาระงานและการสนับสนุนคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย และใจของบุคลากร

กล่าวได้ว่าช่องว่าง 2 ประการหลักข้างต้นถือเป็นความท้าทายประการสำคัญที่แพทย์ อาจารย์แพทย์ และบุคลากรที่ทำงานด้านการดูแลประคับประคองสะท้อนให้เห็นตรงกัน ดังคำให้สัมภาษณ์

หมอที่ไม่ใช่หมอ Palliative Care หรือหมอที่สนใจเรื่องนี้จริง ๆ ก็จะไม่เข้าใจเลยว่า Palliative Care คืออะไร แล้วส่วนส่วนใหญ่ที่เจอประมาณ 90% จากทุกคนที่มาปรึกษา ทั้งตัวเองด้วยนะที่เจอคุยกับหมอนี้ก็คือหมอก็จะคิดว่า Palliative Care คือต้องระยะสุดท้าย แล้วจริง ๆ คือหมดทางในการรักษาทุกอย่าง ส่วนใหญ่มันก็จะทำให้แล้วก็จะไม่ยอมส่ง ปรึกษาหน่วย Palliative Care แต่เนิ่น ๆ เพราะเขามองว่ามันยังไม่ใช่ ยังต้องสู้จนสุดทาง ก็ เลยทำให้ที่ต้องวางแผนว่าจะสื่อสารในส่วนของ content ให้คนเข้าใจมากขึ้นว่า Palliative Care มันไม่ได้เป็นทางเลือกแบบคุณต้องเลือกหนึ่งหรือสอง แต่มันสามารถเข้ากับการที่คุณ จะรักษาแบบ Palliative Care ไปด้วยก็ได้ มันเป็นการไปเติมคุณภาพชีวิต [สุขใจ (นาม สมมติ) เจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาชน, สัมภาษณ์, 26 ธันวาคม 2567]

ถามว่าในการเรียนการสอนได้มีพื้นฐานทาง PC (Palliative Care) ไหม ต้องบอกว่าน้อยมาก เพราะว่าปัจจุบัน PC ไม่ได้มีการเขียนว่าเป็นวิชาบังคับ สถาบันบางแห่งอาจจะเรียนเยอะ เรียนน้อย ไม่ได้บังคับว่าต้องบรรจุ เช่น ที่รามฯ ผมก็ถาม นศพ.แพทย์ ทั้งหมดหกปี มี

ประมาณสามสัปดาห์ แต่ถือว่าเยอะ บางแห่งถ้าไปตาม เขาบอกสองชั่วโมง เป็นบรรยาย introduction หรือว่าตอนที่ เป็น intern ผมผ่านมาสองชั่วโมง ไม่รู้ว่าจะบรรยายยังไ พยาบาลก็คล้าย ๆ กัน เป็น introduction เราต้องยอมรับว่าตรงนี้หนักมาก เพราะถ้าดู ประชาชนทั่วไทย แพทย์จบใหม่ พยาบาลจบใหม่ กระจายไปอยู่ใน รพ.ทั่ว ๆ จังหวัดต่าง ๆ แล้วจบใหม่มา แต่ละปี มาแบบไม่ค่อยรู้เยอะ ประชาชนก็ต้องมาเจอ intern ที่ OPD ถ้ามี ปัญหาค่อยส่งเฉพาะทาง แล้ว Intern ที่เจอคนไข้ ถ้าเขา approach ไม่ได้ แล้วจะตายดิกัน ยังไง ผมคิดว่ามันยาก อันนี้พูดถึงบุคลากรทั่วไป

ที่นี้พอเขาจบแล้ว ไปเป็นเฉพาะทาง สมมติเขาไปต่อหมอตา หมอสูติฯ หมอศัลฯ หมอเด็ก มี PC บรรจุอยู่ในนั้นไหม ก็อาจจะมีส่วน ๆ บางเคส เพราะฉะนั้น เขาจะเป็นหมอเฉพาะทาง ที่รู้ทางนี้ไหม ก็อาจจะไม่ หรือบางคนกลายเป็น ผอ. สายบริหาร แล้วเขาจะรู้ไหม เขาก็ไม่รู้ ตรงนี้ บางคนพอเป็นสายบริหาร ต้องมาดูแลนโยบายต่าง ๆ ชีววิถีบาลอะไร โอเค เอา service plan อื่นขึ้นมาพูดเลยละกัน Advance Care Plan ผ่าน เพราะสมัยเรียนเขาอาจจะไม่ได้ เรียนเลย ซึ่งจะมีผลต่อเรื่องนโยบายต่อกัน เพราะมันมาจากความรู้ basic ที่ทุกคนยังไม่รู้ ผม เลยมองว่านี่เป็นปัญหาของบุคลากร

ต่อไปเป็นเรื่องตำแหน่ง อันนี้หนักสุด ปัจจุบัน ถ้าไปดูตามโครงสร้างของโรงพยาบาลที่เขียน ไว้ในกระทรวง มันจะมีกรอบอัตรากำลังต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งของแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ทุกจังหวัด จะต้องมีการอบ มีแพทย์แผนไทยมาบรรจุ ต้องมี หน่วยงานนี้ แต่มีการอบใหม่ว่าเป็นชีววิถีบาล หรือ palliative care ไม่มี ดังนั้น โรงพยาบาล จะทำยังไง บางแห่งก็เอาหมอเวชศาสตร์ครอบครัวมาช่วยสักวันหนึ่ง หรือที่ ๆ ผมอยู่ เอา พยาบาลสูติฯ คนนี้ละกัน เห็นเขาสนใจ พอเอาพยาบาลสูติฯ มาช่วย ช่วยได้สองวัน หรือหนึ่ง วัน ออก OPD แต่บางวันมีพยาบาลสูติฯ คนหนึ่งลา คนนี้ก็โดนดึงกลับ ตอนโดนดึงกลับทำไ งก็ต้องไปหาอีกคนมาช่วย วังไปวิ่งมา

พูดได้เต็มปากว่าเป็นงานฝาก แล้วบางครั้งสมมติว่าเขาบอกว่าให้มาช่วย แต่หัวหน้าเขาไม่ให้ มา หัวหน้าแผนกจะดึงกลับ บางทีเจ้าตัวก็จะไปว่าเขาไม่ได้ เขาจะขัดหัวหน้าก็ไม่ได้ เพราะฉะนั้นเรื่องตำแหน่ง กรอบอัตรากำลังมันเป็นปัญหาที่กระทรวงจะต้องกำหนดออกมา เป็นกรอบ มีอัตรากำลังชัดเจน [เมธา (นามสมมติ) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบ ประคับประคอง, สัมภาษณ์, 3 มกราคม 2568]

ทุกวันนี้ข้างบน กระทรวงเอง พยายามที่จะทำอะไรก็แล้วแต่ที่จะบริหารจัดการงบประมาณ สร้างตึกโน่นนี่ แต่ในขณะเดียวกัน เราลืมนดูแลพยาบาลที่มีความเครียด burn out มีปัญหา ทางด้านจิตใจเยอะมาก มันก็ตามมาเรื่องสุขภาพด้วย ไม่มีใครดูแล ไม่มีใครให้ความสำคัญ แล้วทุกคนก็เข้าไปอยู่ในพื้นที่การทำงานที่ไม่มีเวลาที่สนใจว่า คนทำงานต้องแบกรับอะไรบ้าง เหนื่อยมากแค่ไหน เกือบจะไม่มีเวลาที่จะมีชีวิตอยู่แบบปกติสุขได้ แล้วก็ในแง่ของพยาบาลที่

ต้องทำงานรับใช้ระบบ [สมชาย (นามสมมติ) ผู้นำองค์กรภาคประชาชน, สัมภาษณ์, 21 กุมภาพันธ์ 2568]

เมื่อก่อนผมไม่ได้กลัวมากเท่าไรหรอก แต่ตอนนี้ผมกลัวมากแล้ว เรื่องอัตรากำลัง เพราะว่ารุ่นเก่าเกษียณแล้ว รุ่นใหม่ขึ้นมาไม่ทัน เห็นข่าวไหมครับ ปีนี้สาธาฯ ลาออกไป 5,000 กว่าคน ในมุมผู้บริหารเขาคงมองภาพใหญ่ ถ้าคนหาย เราจะเติมตรงไหนก่อน ส่วนของเราที่เราโฟกัสในการทำงาน Palliative เราบอกได้เลยว่าเรายังไม่มีเลย ขอแค่ 1 ก่อนได้ไหม โครงสร้างกรอบการทำงานที่ชัด ไม่มี ถ้าถามว่าเรายังดีตรงนี้ได้ คนหนึ่งก็เหมา ๆ เยอะ ๆ ไปก่อนอย่างตัวชีวภิบาล ถ้ามองในอีกมุมหนึ่ง มันคือ 3 งานนะ งานผู้สูงอายุ งาน LTC Rehab งาน PC งานชุมชน primary care อีกรนะ เราถึงบอกว่าสรุปเราปลูกต้นไม้ก็ต้นในกระถางหนึ่งใบ ถ้าเขาบอกคนเดียวกินรวบทุกงานได้หมด ก็โอ้โห คนนี้ effective มาก แต่ถ้าทำไม่ได้ คนนี้เขาก็จะหายไป และผมเห็นหลายที่ รุ่นเกษียณก็จบไป รุ่นใหม่ไม่พร้อมจะมาดูแลงาน [อากร (นามสมมติ) อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคอง, สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2568]

จริง ๆ หมอว่าในภาคเอกชน หมอก็ยินดีเข้าไปซัพพอร์ตในบางจุดนะ รัฐก็ทำไม่ทันแหละ เคสเยอะบุคลากรน้อยไม่มีโครงสร้างทำไม่พอ คือเราก็เข้าไปซัพพอร์ต บางจุดได้ที่มันทำให้คนเข้าถึงได้มากขึ้นนะ เราก็ไม่ได้อยากให้มาดูแลแต่แบบคนมีดั่งค์ ก็อยากให้มีคนเข้าถึงให้มากกว่านี้ แต่ว่าทุกวันนี้โรงพยาบาลเอกชนมันก็ยังเป็นธุรกิจอยู่ ก็จำกัดด้วยหลายอย่างที่มีมันทำให้เราไปดูแลคนไม่ทั่วถึงอย่างที่ตัวเราเองอยากให้มีเป็น [นิตา (นามสมมติ) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองประจำโรงพยาบาลเอกชน, สัมภาษณ์, 23 ธันวาคม 2567]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.บรรจุหลักสูตร Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษา (คณะกรรมการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566; พิสิษฐ์, 2564; policywatch, 2567)
- 2.พัฒนารอบโครงสร้างและเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ (คณะกรรมการวิชาการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566; พิสิษฐ์, 2564; policywatch, 2567)
- 3.ส่งเสริมให้เกิดการวิจัยด้านการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลอย่างจริงจัง (policywatch, 2567)

2.สถานที่ สิ่งแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

เช่นเดียวกับประเด็นด้านบุคลากรทางการแพทย์ ในปัจจุบัน นโยบายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานที่ สิ่งแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลระดับประคอง คือ นโยบายสถานชีวาภิบาล

ช่องว่างและความท้าทาย

ช่องว่างและความท้าทายหลักในประเด็นเรื่องสถานที่ สิ่งแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์ คือ ข้อจำกัดด้านอาคารสถานที่ของโรงพยาบาล และงบประมาณในการจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อไม่มีกรอบโครงสร้างงานที่ชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อ การขออนุมัติงบประมาณจากฝ่ายบริหาร (policywatch, 2567)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.กำหนดกรอบโครงสร้างงาน (policywatch, 2567)

3.การใช้ยา

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

การใช้ยาเพื่อการดูแลระดับประคองจะเป็นยากกลุ่ม opioids ซึ่งอยู่ในการควบคุมโดยกฎหมาย 3 ฉบับ ได้แก่ 1.พรบ.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ.2535 ซึ่งกำหนดให้ opioids เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 2.พรบ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งกำหนดให้ opioids เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2 และ 3.พรบ.ยา พ.ศ.2510 ซึ่งกำหนดให้ opioids เป็นยาอันตราย

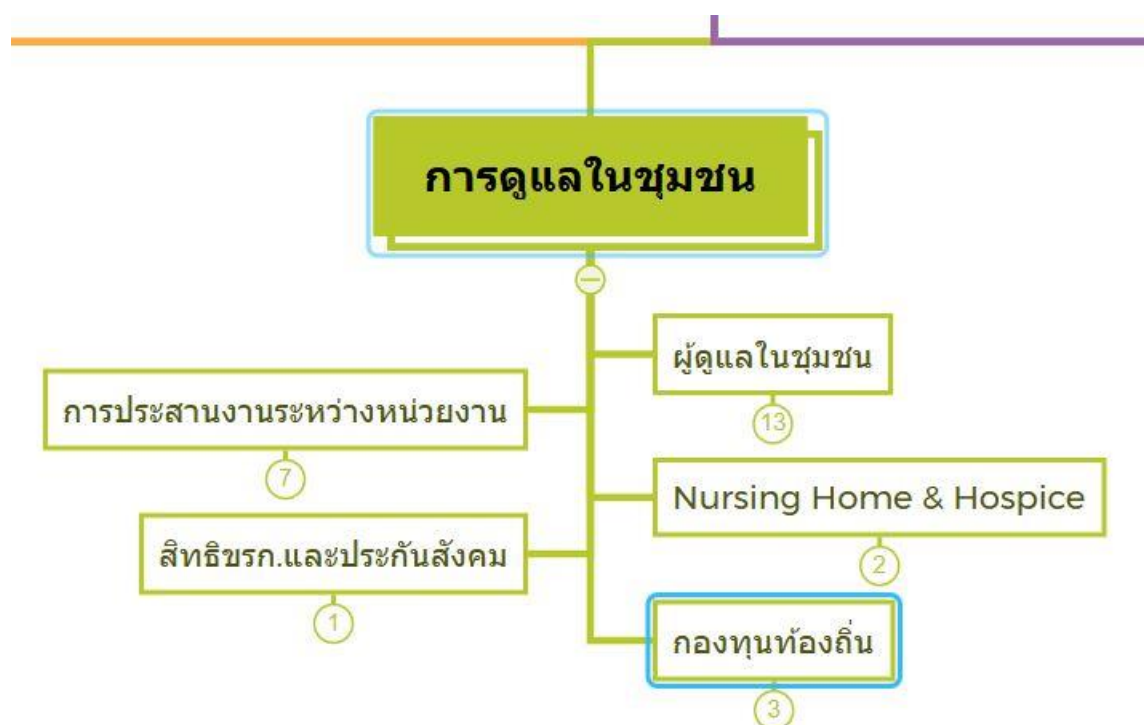
ช่องว่างและความท้าทาย

พรบ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กำหนดให้ห้ามจำหน่ายยาเสพติดประเภท 2 นอกสถานที่ที่ได้ใบอนุญาต ดังนั้น การบริหารจัดการยาระหว่างโรงพยาบาลจึงมีข้อจำกัด เช่น ไม่สามารถ "ยืม" ยาระหว่างโรงพยาบาลได้ ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนอาจไม่มีศักยภาพในการสต็อกยา นอกจากปัญหาด้านการบริหารจัดการแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจ เช่น บุคลากรสาขาอื่นขาดความเข้าใจต่อการใช้ยา opioids จึงมีความไม่เชื่อมั่นที่จะแนะนำให้คนไข้เข้ารับการดูแลระดับประคอง (พิสิษฐ์, 2564; คณะกรรมการการพัฒนาระบบฯ วุฒิสภา, 2566)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปลดล็อกข้อจำกัดการเข้าถึงยา - พัฒนากฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง ยึดหยุ่นให้มีการยืมยาระหว่างสถานพยาบาล ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดการ และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องของทั้งบุคลากรและประชาชน (คณะกรรมการการพัฒนาระบบฯ วุฒิสภา, 2566)

3.การดูแลในชุมชน



การดูแลในชุมชนถือเป็นอีกหนึ่งพื้นที่หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองซึ่งส่วนมากต้องการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนของตน การดูแลในชุมชนจึงเป็นรูปแบบการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล และยังเกี่ยวพันกับหน่วยงานและกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนซึ่งจะมีบทบาทสำคัญไม่น้อยในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนจึงมีความเฉพาะเจาะจงและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการสร้างความร่วมมือในหลายมิติ สำหรับประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในจุดนี้ แบ่งออกได้เป็น 2 ประการ ได้แก่ 1.ผู้ดูแลในชุมชน 2.การบริหารจัดการและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ดังนี้

1.ผู้ดูแลในชุมชน

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันผู้ดูแลในชุมชน หรือที่เรียกกันว่า Caregiver (CG) ทำหน้าที่เป็นผู้เข้าไปเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน โดยมีผู้จัดการพยาบาลดูแล (Care Manager; CM) เป็นผู้ดูแลและบริหารจัดการการทำงานของ CG อีกชั้นหนึ่ง โดยผู้ทำหน้าที่ CM ในที่นี้มักจะเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนหรือใน รพ.สต. ส่วน CG ส่วนใหญ่จะมาจาก อสม.ที่ทำหน้าที่ลักษณะนี้อยู่เดิมในชุมชน แต่ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร CG เพิ่มเติม สำหรับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานโดยตรงของผู้ดูแลในชุมชน คือ การสนับสนุนการทำงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ด้วยนโยบายทางการเงินระดับท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วย 1.ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลประคับประคอง ซึ่งให้งบเหมาจ่ายต่อรายให้หน่วยบริการ

(โรงพยาบาล) ที่ลงทะเบียน จ่ายค่าบริการดูแลที่บ้าน 6 เดือน อัตราเดือนละ 1,000 บ. และจ่าย fix cost 3,000 บ. เมื่อเสียชีวิต 2.กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สนับสนุนงบประมาณกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งในปัจจุบันจะมีกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบ (คณะกรรมการการพัฒนาระบบสุขภาพ, 2566)

ช่องว่างและความท้าทาย

สำหรับช่องว่างและความท้าทายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1.หลักสูตรและคุณภาพการอบรม CG ยังมีข้อจำกัด ทำให้ทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร รวมถึงการจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน (พิชชากร, 2567) สำหรับประเด็นนี้ ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนยังเต็มไปด้วยความท้าทาย โดยเฉพาะการสนับสนุนศักยภาพและค่าตอบแทนที่เหมาะสม ดังเช่นคำให้สัมภาษณ์ของบุคลากรที่ทำงานในหน่วยงานระดับท้องถิ่น

ในชุมชนมันก็น่าจะเจอกับปัญหาคล้ายๆกัน อย่างกลุ่มอสม. หรือ อสส. แทบจะไม่มีใครให้องค์ความรู้อะไรแบบกิจจะลักษณะ ปีหนึ่งอาจจะได้คุยกันเล็ก ๆ น้อย ๆ ประชุมกันก็ด้วยลักษณะการรวมตัวกันของ อสม. น่าจะเริ่มมาจากหัวหน้า หมายถึง ผู้นำกลุ่มที่จะคอยจัดสรรในแต่แต่ละชุมชน อาจจะเอาเอาญาติพี่น้องหรือเอาคนที่ทำมาด้อยอยู่แล้ว หรือมีการส่งต่อทายาท อสม. กันอะอย่างนี้ ผมว่ามันไม่ได้เป็นปัญหา แต่ปัญหามันคือ เจ้าภาพที่จะมาเอาทรัพยากรมาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่อะมันยังไม่มี แต่ที่ไปสัมผัสมา มันมีตัวจริง เสียจริงเขาก็ทำงานอย่างโดดเด่นทำงานแบบปิดทองหลังพระอยู่บ้าง แต่ก็คือมันก็เป็นส่วนที่ไม่ถูกมองเห็น ไม่ถูกได้รับการรับรู้ว่าเป็นคนที่เราควรที่จะนำขึ้นมาเป็นตัวช่วยให้คนอื่น ๆ ในชุมชน [สมชาย (นามสมมติ) ผู้นำองค์กรภาคประชาชน, สัมภาษณ์, 21 กุมภาพันธ์ 2568]

ทุกวันนี้ที่เขาทำก็คือจ้าง อสม.ไปเยี่ยมไข้ ได้ครั้งละ 50 บาท แต่มันไม่อะไรเป็นรูปธรรมและไม่รู้ว่าช่วยผู้ป่วยติดเตียงระดับไหน อย่างไร เพราะส่วนใหญ่ อสม.ไม่มี skill มากพอในแง่ของการดูแลคนไข้ติดเตียงและ palliative ส่วนการเยี่ยมดูแลจิตใจ ก็ไม่รู้อะไรจะได้มากนัก แค่นั้น พี่คิดว่ากองทุนที่มีอยู่ตรงนี้นั้นน้อยเกินไป มันทำอะไรไม่ได้เป็นรูปธรรม [สมวัย (นามสมมติ) อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคอง, สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2568]

ระบบการเบิกจ่ายของรัฐมีเงื่อนไขค่อนข้างจำเพาะเกินไป แล้วในระบบของ long term care เองให้เบิกเป็นค่าดูแล มันก็น้อยเหลือเกินนะกับความทุ่มเทที่เขาต้องไปทำ มันให้เป็นปีให้ตามเคส เคสนี้สมควรให้ 6,000 ต่อปี เป็นเคสรุนแรง ADL ต่ำกว่า 5 ดูแลเยอะหน่อย แต่ก็

ถามว่าเพียงพอมั้ย พี่มองว่ามันน้อยมากกับความเป็นจริงที่เขาไปทำสำหรับบุคลากรที่เขาเสียสละ บางทีเรานัดเขาก็เกรงใจนะ เขาก็ขาดงาน แต่ด้วยว่าบทบาทหน้าที่ส่วนหนึ่ง แต่ก็ดีกว่าไม่ได้ แต่ถ้าได้มากกว่ายิ่งดี [โสภา (นามสมมติ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับท้องถิ่น, สัมภาษณ์, 15 พฤศจิกายน 2567]

สมมติทำให้ผู้ดูแลเป็นอาชีพจริง เขาจะรับเงินจากไหน ใครตรวจสอบว่าเขาทำงาน ทำได้ดีไหม มีมาตรฐาน มีการสอบหรือเปล่า มีการคอยติดตามผลงาน เหมือนหมอพยาบาลที่ก็ต้องมีคนคอยมาคุมว่าเขาทำได้ไหม ถูกต้องหรือเปล่า ถ้าทำได้ ดีมาก ผมคิดว่าจะตอบโจทย์ไม่ว่าจะเป็นต่างจังหวัดหรือในเมือง ในเมืองนี้สำคัญ ต่างจังหวัดเขาอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ พี่น้องอยู่ใกล้ ๆ บ้าน เดินมาถึง แต่ในกรุงเทพฯ ครอบครัวอยู่กระจายกัน สมมติผมอยู่คอนโด วันดีคืนดีจะเอาแม่ผมมานอนให้ออกซิเจน แล้วผมจะไปทำงานยังงี้ ผมต้องการใครเข้ามาดูคุณแม่ตอนผมไปทำงาน แบบนี้น่าสนใจ [เมธา (นามสมมติ) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง, สัมภาษณ์, 3 มกราคม 2568]

2.มีความซ้ำซ้อนของการสนับสนุนโดยกองทุนต่าง ๆ ในระดับชุมชน รวมถึงศักยภาพของการบริหารระบบสุขภาพชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (คณะกรรมการธิการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566; policywatch, 2567) ซึ่งประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจการดูแลสุขภาพท้องถิ่นในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม บางแห่งที่ผู้บริหารท้องถิ่นมีความสนใจในประเด็นนี้ ก็จะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำให้สัมภาษณ์

เราออกเป็นนโยบายที่ผู้บริหารขับเคลื่อน โดยท่านนายกทุกที่มีสิทธิ์ที่จะประกาศนโยบายแล้ว ก็ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนเมืองตามเขาเรียกว่าตามวิสัยทัศน์ที่ผู้บริหารตั้งไว้และก็สามารถนำข้อเหล่านี้ไปขับเคลื่อนผ่านแผนยุทธศาสตร์ของเทศบาล แล้วก็มีการทำประเมินผ่านตัวชี้วัดอย่างยกตัวอย่างนะคะ ท่านนายกฯ ชัดเจนมากเลย ท่านนายกฯ ก็จะมี kpi ของแต่ละกองฝ่าย โดยเฉพาะเรื่องของการดูแลด้วยใจชุมชนกรุณา ท่านนายกบอกเลยนะว่าเป็น kpi ชีววัดที่นี้ว่า คุณทำขนาดไหน แล้วก็ในขณะเดียวกันคะ เครือข่ายจิตอาสาที่มาช่วยทำงานพวกเรามีจำนวนเท่าไร แล้วมีใครบ้างแต่ละคนช่วยเหลืออะไรบ้าง เป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจนในเชิงนโยบายหรือประมาณคะ แล้วอีกอันนึงถ้าเกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพเป็นหลัก ท่านนายกฯ เป็นหัวโตะของประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ก็คือท่านมีมีสิทธิ์อนุมัติโดยคณะกรรมการต่าง ๆ ต้องร่วมยกมือด้วยนะคะว่าโครงการน่าสนใจ [ดรุณ (นามสมมติ) หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 27 ธันวาคม 2567]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.พัฒนาคุณภาพผู้ดูแลในชุมชน และบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ให้คำแนะนำ อาสาสมัคร โดยสนับสนุนเส้นทางความก้าวหน้า จัดสวัสดิการ และสร้างอาชีพผู้ดูแล (คณะกรรมการการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา, 2566; พิษชากร, 2567; policywatch, 2567)

2.บูรณาการกองทุนระดับชุมชน (policywatch, 2567)

2.การบริหารจัดการและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ดังนี้

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

การดูแลในชุมชนนั้นมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานทั้งภาคสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม ในเบื้องต้น การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแต่ละระดับที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ-ทุติยภูมิไปสู่การดูแลระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญ อย่างไรก็ตาม พบว่าการส่งต่อข้อมูลสุขภาพภายในหน่วยงานด้านสาธารณสุขด้วยกันเองยังไม่ราบรื่น อาจมีความแตกต่างกันระหว่างซอฟต์แวร์ที่ใช้เก็บข้อมูลซึ่งแต่ละหน่วยบริการอาจใช้งานซอฟต์แวร์ต่างชนิดกัน หรือการถ่ายโอน รพ.สต.ให้ไปอยู่ในการกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็อาจส่งผลกระทบต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ไม่ได้ทำงานด้วยกันอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกันการประสานงานและส่งต่อข้อมูลข้ามหน่วยงานในระดับท้องถิ่นก็ยังมีข้อจำกัด

ช่องว่างและความท้าทาย

สำหรับช่องว่างและความท้าทายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและประสานงาน แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1.ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับ และระหว่างหน่วยงาน ส่งผลต่อการส่งต่อผู้ป่วย (policywatch, 2567)

2.ขาดการประสานงานเพื่อการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว (พิสิษฐ์, 2564)

อย่างไรก็ดี ในประเด็นนี้ หากขยับออกมามองภาพใหญ่ของการดูแลอย่างไร้รอยต่อจะเห็นว่าการทำงานร่วมกันทุกมิติระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเป็นสิ่งจำเป็น ดังคำให้สัมภาษณ์

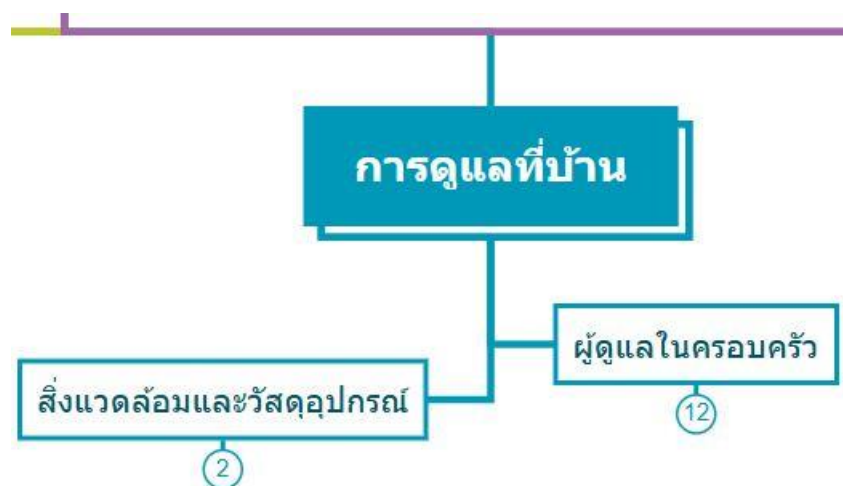
ประเด็นของผมนั้นก็คือว่า PC ในทางปฏิบัติ เราควรจะมีโมเดลที่โรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัวทำงานด้วยกัน แล้วก็อย่างที่พวกเราพบ โรงพยาบาล บุคลากรก็จำกัด career path ก็ไม่มี ถ้าพูดสั้น ๆ ผมจะบอกว่า demand over supply ในวงเล็บถ้าจะทำ good supply เราทำอย่างไร ก็จะมีคนในชุมชนที่พร้อมทำหน้าที่นี้ เราควรจะให้ระบบในชุมชนด้านหนึ่งก็ proactive นะ แต่อีกด้านก็ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลด้วยดีไหม เพื่อทำให้โรงพยาบาลดูแลคนไข้ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเพิ่มสต๊าฟ เพราะได้กระจายงานจำนวนหนึ่งไป

ที่ชุมชน ในทางกลับกัน ชุมชนก็ไม่ต้องรอโรงพยาบาลเท่านั้น ชุมชนก็รับคนไข้ได้ และอาจจะ มีที่ให้อยู่ด้วย กรณีที่ไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวไม่มั่นใจ แล้วก็ทำได้ตามกฎหมายด้วย เพราะมีคนไปรับรองคุณภาพหรืออะไรก็แล้วแต่ แล้วพอเกินความสามารถ ญาติก็รู้สึกว่าจะต้อง ไปโรงพยาบาลแล้ว เขาก็สามารถส่งไปโรงพยาบาล ความสัมพันธ์แบบนี้มันยังไม่มีในระบบ ปัจจุบัน ถ้าสร้างความสัมพันธ์นี้ให้ดีขึ้น patient journey อาจจะดีขึ้นก็ได้ [สมบัติ (นาม สมมติ) อดีตแพทย์และผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 13 มีนาคม 2568]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.ปรับปรุงกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล และพัฒนาระบบการจัดการและการบริหารทรัพยากรระหว่างหน่วยงาน (พิสิษฐ์, 2564)
- 2.พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดำเนินการตาม ม.12 แบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงทั่วประเทศ (คณะกรรมการการพัฒนาระบบสุขภาพ, 2566)
- 3.บัตรประชาชนใบเดียวรู้ข้อมูลเลย (policywatch, 2567)

4.การดูแลที่บ้าน



การดูแลที่บ้านนับเป็นพื้นที่ที่อาจเรียกว่าสำคัญที่สุด ผู้ป่วยระยะประคับประคองจำนวนมากมีความปรารถนาที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน เนื่องจากพวกเขาจะได้ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่และมีผู้คนที่คุ้นเคยคอยดูแล อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่มีความพร้อมหรือไม่สะดวกในการกลับไปใช้ชีวิตระยะท้ายที่บ้าน หรือ

บางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ อาจใช้ชีวิตอยู่ในสถานที่ดูแลคนชรา ดังนั้น การดูแลที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละรายจึงมีเงื่อนไขที่แตกต่างกัน แต่พื้นที่ “บ้าน” ก็ถือเป็นพื้นที่หลักที่ผู้ป่วยมักจะใช้เวลาของชีวิตในจุดนี้ยาวนานมากที่สุดเมื่อเทียบกับจุดอื่น ๆ ในเส้นทางการรักษา สำหรับประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในจุดนี้ แบ่งออกได้เป็น 2 ประการ ได้แก่ 1. ผู้ดูแลในครอบครัว 2. สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ ดังนี้

1. ผู้ดูแลในครอบครัว

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันการดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการสนับสนุนผ่านระบบการดูแลในชุมชนและโรงพยาบาล หากแต่ยังไม่มีกฎหมายหรือนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรง หรืออาจกล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองยังถูกทำให้เป็นเรื่องส่วนตัวที่แต่ละครอบครัวต้องรับผิดชอบด้วยตัวเองมากกว่าจะเป็นประเด็นสาธารณะที่มีโครงสร้างทางสังคมรองรับและสนับสนุน โดยเฉพาะประสบการณ์และชีวิตของคนที่เข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว (family caregiver) ซึ่งยังถูกละเลยและไม่ได้รับการมองเห็น

ช่องว่างและความท้าทาย

สำหรับช่องว่างและความท้าทายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. ผู้ดูแลในครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแล หรือไม่มีต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมมากพอที่จะดูแลได้อย่างเต็มที่ และเมื่อเข้ามารับหน้าที่ผู้ดูแลแล้วทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือหารายได้เลี้ยงตัวเองได้ ส่งผลให้ต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมถึงภาระการดูแลที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต (policywatch, 2567)

2. แนวโน้มของสังคมสูงวัยที่ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพังมีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น สถานการณ์ “แก่คนเดียว ตายคนเดียว” ผู้สูงอายุใช้ชีวิตโดยปราศจากผู้ดูแล และอาจต้องแสวงหาการดูแลในรูปแบบของบ้านพักคนชราหรือจ้างผู้ดูแลเอกชนจึงเป็นปรากฏการณ์ที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญมากขึ้น (ประชาไท, 2567)

3. ความแตกต่างของบริบททางสังคมส่งผลต่อการตัดสินใจดูแลโดยครอบครัว โดยเฉพาะในชุมชนเมือง ครอบครัวมีลักษณะปิดและมีความเป็นส่วนตัวสูง ทำให้เข้าไม่ถึงระบบการรักษาพยาบาล บางกรณีไม่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ ขาดเครือข่ายทางสังคม ภาระหนักจึงตกไปที่สมาชิกครอบครัวเพียงลำพัง ขาดการสนับสนุนจากระบบการดูแลโดยชุมชนและภาครัฐ (ประชาธิป, 2566)

ความท้าทายของการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งยังคงถูกละเลยเป็นสิ่งที่เริ่มได้รับการพูดถึงมากขึ้น เพราะพวกเขามีความสำคัญและควรเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลอย่างเป็นระบบ ดังคำให้สัมภาษณ์

“การลากตัณยู” ในต่างประเทศมีวันที่ให้ลาไปเพื่อดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วยหรือคนผู้สูงอายุในครอบครัวที่ใกล้เสียชีวิต ซึ่งในแต่ละประเทศก็จะมีกำหนดที่แตกต่างกัน ในขณะที่ประเทศไทย มีลาคลอด แต่ทำไมเราดูแลตอนเกิด แต่ตอนตายเราไม่สามารถลาไปดูแลได้ ถ้าเราทำ

เป็นต้นแบบตรงนี้ได้มันก็จะทำให้สังคมมีความเข้าใจกันมากขึ้น เราก็จะเราก็จะไม่ต้องกังวลเรื่องว่าเราจะผลิต caregiver ที่มีคุณภาพได้เพียงพอหรือเปล่า เพราะยังงั้นที่เชื่อว่าต่อให้เราเร่งผลิตมากแค่ไหนก็ไม่มีวันพอค่ะ สำหรับในความคิดพี่นะ ไม่มีวันพอ และอาจจะไม่ได้ตอบโจทย์ด้วย เพราะไม่ใช่ทุกคนจะมีเงินในการมาจ้าง caregiver มาดูแลที่บ้าน หรือแม้กระทั่งจะผลิตเพื่อเป็นอาสาสมัครก็ไม่มีทางที่จะเพียงพอที่จะรองรับ คนที่มันจะเป็นผู้สูงอายุแล้วเจ็บป่วยมากขึ้น ตรงนี้จะช่วยตอบโจทย์ หนึ่งก็คือเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวแน่นอน มันทำให้คนได้กลับไปดูแลพ่อแม่ที่บ้านโดยที่เขาไม่ต้องลาออกจากงาน องค์กรก็ไม่ต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจของประเทศก็ไม่ถูกระทบ ไม่ต้องเสียเงินในการที่จ้างคนดูแลแพ่งอะไรก็แล้วแต่ พ่อแม่ก็รู้สึกดีด้วยที่ถูกได้กลับมาดูแล ประมาณนี้ คือพี่มองในมุมที่ที่มันแบบมันน่าจะได้ประโยชน์มากกว่า [สุขใจ (นามสมมติ) เจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาชน, สัมภาษณ์, 26 ธันวาคม 2567]

ลองคิดว่าตอนนี้เมื่อเป็นผู้ป่วยระยะท้ายขึ้นมา เขาได้เงินช่วยเหลืออะไรไหม แต่เขาจะมีค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายในการดูแลรักษา เช่น ถ้าผมเป็นผู้ป่วยระยะท้ายขึ้นมา นอกจากขาดงานขาดรายได้แล้ว ไม่มีเบี้ยสูงอายุ เบี้ยพิการ แล้วสุดท้ายยังตายอีกด้วย เสพหลักหายไปเลยจากครอบครัว แล้วกลายเป็นว่าครอบครัวอาจมีหนี้สินจากการดูแลรักษา พาไปโน่นไปนี่ แนนอนว่ารักษาฟรี มันไม่ได้ฟรีค่าเดินทาง ค่าแอมเฟรสิส สุดท้ายแล้วครอบครัวอาจติดหนี้ด้วย ตายอีกด้วย ผมเลยมองว่าตรงนี้น่าจะมีอะไรที่ช่วย ยกตัวอย่าง เมื่อไหร่ก็ตามที่คุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง แทนที่จะต้องรอให้สูงอายุก่อนถึงจะได้ หรือพิการก่อนน่าจะมีเบี้ยผู้ป่วยประคับประคองขึ้นมาชดเชย เช่น แม่พอจะได้เบี้ยประคับประคอง ลูกจะได้ไม่ต้องสายตัวแทบขาด หรือว่าลูกที่ต้องลงงานมาดูแล ไม่ได้ไปตัดยาง เขาจะได้มีตรงนี้น่าจะเจอทำให้ไม่หนักเกินไปในช่วงที่แม่เขาใกล้เสียชีวิต พ่อแม่จากไป เขาก็ยังพอมีเงิน [เมธา (นามสมมติ) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง, สัมภาษณ์, 3 มกราคม 2568]

ในอนาคต เนื่องจากสภาพสังคมของบ้านเราที่คนไม่มีลูกหลาน คนแก่อยู่ด้วยกันสองคน พอใกล้ตาย อีกคนจะดูแลที่บ้านลำบาก เราคงต้องทำสองอย่างคือ ช่วยให้เราอยู่บ้านให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ คือส่ง caregiver ลงไปดูแล และพอถึงจุดที่กำลังจะ dying สองอาทิตย์ก่อนเสียชีวิตอะไรก็แล้วแต่ อาการจะเยอะ การดูแลที่บ้านด้วยคน ๆ เดียวอาจจะรับไม่ไหว ก็เข้ามาตายในโรงพยาบาล เพราะฉะนั้น ในอนาคตโรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องพัฒนาให้มี palliative ward ที่ดูแลคนไข้ ก็จะมีรองรับผู้ป่วยที่อยู่บ้านแต่ไม่สามารถตายที่บ้านได้ หรือบางคนอยู่ nursing home ที่ไม่ยอมให้ตายในสถานที่ของเขา ก็ให้มาตายที่โรงพยาบาล แต่ตรงนี้ การเปิดเวิร์ด PC จะเป็นจุดที่ทำให้เกิดกลุ่มงานเกิดขึ้น ในกระทรวงสาธารณสุข ตรงนี้ก็จะจุดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ รพ.ต่าง ๆ ต้องพัฒนาให้เปิดเวิร์ด และพิกัดโรงพยาบาลเยอะ

มากขึ้นแล้วที่เริ่มเปิดเวิร์ด และเวิร์ดที่ที่เคยไปดูตาม รพ.ต่าง ๆ หลีกเลียงไม่ได้ที่จะมี LTC อยู่在那นั้น ตอนนี้เราต้องยอมรับเลยว่า อบจ. อบต. แต่ละที่เขายังไม่ให้ความสนใจ ที่คิดว่าตรงนี้เป็นหัวใจสำคัญ ถ้าเรากำลังจะทำยุทธศาสตร์ตรงนี้ เราต้องทำเรื่องนี้ให้ได้ ให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญและเห็นบทบาทของเขา และ allocate เรื่องกองทุน เรื่องการงาน ให้เขาไปเต็มที่เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านและชุมชน [สมวัย (นามสมมติ) อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลประคับประคอง, สัมภาษณ์, 20 กุมภาพันธ์ 2568]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. พัฒนาสิทธิการลาของข้าราชการ พนักงานของรัฐ และลูกจ้างตามกฎหมายแรงงาน เพื่อการดูแลบุคลากรหรือบุคคลในครอบครัวในช่วงระยะสุดท้าย รวมถึงพัฒนาโมเดลการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานดูแลให้กับสมาชิกครอบครัวหรือชุมชน และยอมรับแนวปฏิบัติที่หลากหลายในการดูแล (คณะกรรมการการพัฒนาระบบฯ วุฒิสภา, 2566; ประชาธิป, 2566)

2. พัฒนาคุณภาพและการเข้าถึง hospice และ nursing home (policywatch, 2567)

2. สถานที่และวัสดุอุปกรณ์

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

การดูแลที่บ้านต้องอาศัยความพร้อมของสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ที่จะต้องปรับปรุงให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กับการใช้ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว แต่กฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนในเรื่องนี้ก็ยังไม่มีความชัดเจนมากนัก เช่น มีการสนับสนุนโดยอ้อมจากกองทุนระดับชุมชน

ช่องว่างและความท้าทาย

1. รัฐยังไม่มีกฎหมายหรือนโยบายในการให้ยืมเครื่องมือไปใช้ที่บ้าน แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลบางแห่งมีการจัดทำศูนย์เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยยืม รวมถึงมีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปรับปรุงบ้าน ในกรณีผู้ป่วยยากไร้ (ภคพงศ์, 2559) ระบบดังกล่าวถือเป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญในการสนับสนุนให้การดูแลที่บ้านเป็นไปได้ ขณะที่คนทำงานยังคงเผชิญความยากลำบากในการบริหารจัดการภายใต้งบประมาณที่มีอย่างจำกัดในระดับท้องถิ่น ดังคำให้สัมภาษณ์

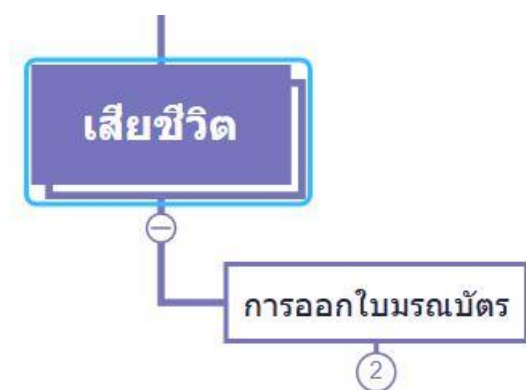
แม้แต่การยืมอุปกรณ์ คือ ผู้ป่วยที่เขาไปที่บ้านเขาไม่มีเงินซื้อหรือห่อหุ้มอุปกรณ์ เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม เตียง หรือแม้แต่โซฟาเตียง เขาไม่มีเงินซื้อ โรงพยาบาลของเราที่ทำผ้าป่าต่อลมหายใจ แล้วก็มีอุปกรณ์นี้ได้ 10 ชุด แล้วก็ทุกรพ.สต. อีกรพ.สต. ละหนึ่งก็เป็น 18 ชุดคะ แล้วเราก็เอาไว้ที่ตึกสงฆ์ ห้องพิเศษ เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ 24 ชั่วโมงคะ ตึกสงฆ์พิเศษมีหน้าที่จ่ายอุปกรณ์เหล่านี้ให้กับผู้ที่เขาร้องขอเข้ามา เพราะว่าเรามีผู้ป่วยระยะท้ายนะ เราจะยืมอุปกรณ์อันนี้เราก็บูรณาการทั้งหมดเลยคะ ไม่มีงบอุปกรณ์เลย คนนี้ทำแผลต้องเบิกเท่านั้น ไม่มีให้คะ คนนี้ให้อาหารทางสายยาง ต้องดูแลหะ เราใช้งบปกติของ

เราเข้าไปให้ผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมดเลย ไม่ได้รับจากรัฐบาลค่ะ เครื่องผลิตออกซิเจนเครื่องละ 40,000 เครื่องละ 60,000 เราก็ต้องหาเงินโรงพยาบาลตัวเอง หาเงินบริจาคซื้อค่ะ [นภา (นามสมมติ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ดูแลงานด้านการดูแลระดับประคอง โรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์, 27 ธันวาคม 2567]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. พัฒนากฎหมายหรือนโยบายสนับสนุนการปรับปรุงสถานที่และวัสดุอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (ภคพงศ์, 2559)

5.การเสียชีวิต



เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นอีกจุดปะทะหนึ่งที่มีความสำคัญในทางกฎหมายเป็นอย่างมาก เพราะถือเป็นการสิ้นสุดสถานะทางกฎหมายของบุคคล ดังนั้น จึงเกี่ยวข้องกับการจัดการผลประโยชน์หรือมรดกต่าง ๆ ทั้งนี้ ประเด็นสำคัญในจุดนี้ คือ การออกใบมรณบัตร

1.การออกใบมรณบัตร

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

การเสียชีวิตของบุคคลนั้นเกี่ยวข้องโดยตรงกับประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา และพรบ. ทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534

ช่องว่างและความท้าทาย

การออกใบมรณบัตรมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก กรณีผู้ป่วยถูกนำมาดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน เจ้าบ้านต้องไปแจ้งตายที่ฝ่ายปกครอง แต่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองมักจะให้ญาติไปแจ้งความและนำบันทึกแจ้งความมาออกใบมรณบัตร เมื่อไปแจ้งความ เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่ทราบข้อมูลว่าผู้ป่วยถูกนำมาดูแลและเสียชีวิตที่บ้านจริงหรือไม่ จึงต้องมีการนำไปชันสูตรศพ จึงกลายเป็นการตายไม่ปรากฏเหตุตาม กม.ป.วิอาญา ขั้นตอนเหล่านี้ทำให้ญาติยุ่งยากทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย หลายกรณีญาติจึงไม่อยากนำผู้ป่วยมาดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน

(พิสิษฐ์, 2564)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานเมื่อมีผู้ป่วยกลับมาดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน (พิสิษฐ์, 2564)

6. การจัดการความโศกเศร้า



แม้ว่าผู้ป่วยจะจากไปแล้ว หากแต่คนในครอบครัวที่ใกล้ชิดอาจจะยังคงมีความโศกเศร้าจากการสูญเสียอยู่ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้เสียชีวิตตามความประสงค์ หรือผู้ดูแลยังคงรู้สึกติดค้างในการดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต การช่วยเหลือผู้ที่ยังคงมีความโศกเศร้าสูญเสียจึงเป็นประเด็นสำคัญในจุดสุดท้ายของการดูแลแบบประคับประคอง

กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ยังไม่พบกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ ทีมแพทย์มีการให้บริการ grief and bereavement care แต่กลับไม่ถูกนับเป็นงานในระบบ

ช่องว่างและความท้าทาย

จำเป็นต้องมีการสำรวจและทำความเข้าใจสถานการณ์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พัฒนารอบโครงสร้างงาน

โดยสรุป ในบทที่ 1 ผู้เขียนได้ประมวลให้เห็นภาพกว้างของช่องว่างทางนโยบาย กฎหมาย และข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสาร สื่อสาธารณะ ประกอบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งทำให้มองเห็นสถานการณ์ของระบบการดูแลประคับประคองในปัจจุบันในจุดปะทะหลักต่าง ๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การมองเห็นสถานการณ์ในแต่ละจุดย่อยนั้นก็มีข้อดี หากต้องระมัดระวังและต้องจำเป็นต้องทำความเข้าใจการเชื่อมต่อกันของแต่ละส่วนย่อย โดยเฉพาะในการสร้างความเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่หวังผลให้เกิดผลกระทบเชิงระบบ มิฉะนั้น จะเป็นเพียงการมองเห็นภาพใหญ่ที่แตกกระจาย (fragmented) และมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะจุด ที่อาจไม่สามารถสร้างผลกระทบที่มีนัยสำคัญของระบบการดูแลประคับประคองในภาพใหญ่ได้

บทที่ 2

ประมวลกรณีศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลระดับประคับประคองในต่างประเทศ

กรณีศึกษาประเทศสกอตแลนด์และสิงคโปร์

ในบทที่ 2 นี้ จะเป็นการประมวลกรณีศึกษาระบบการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ ซึ่งเป็นการศึกษากระบวนการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองทั้งในเชิงนโยบาย กฎหมาย และมิติทางสังคมวัฒนธรรม ตลอดจนการออกแบบบริการ รวมถึงจุดแข็งและจุดอ่อนที่น่าสนใจ โดยผู้เขียนได้เลือกกรณีศึกษาจาก 2 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสกอตแลนด์และประเทศสิงคโปร์ สำหรับประเทศแรก เป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ เนื่องจากมีการพัฒนากระบวนการดูแลประคับประคองในระดับชาติอย่างจริงจังและดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาอย่างยาวนานและเป็นส่วนหนึ่งของประเทศในเครือสหราชอาณาจักร (United Kingdom) ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีความก้าวหน้าเป็นลำดับต้น ๆ ของโลกในการดูแลประคับประคอง เช่น จากการประเมินคุณภาพการเสียชีวิต (Quality of Death and Dying) ในปี ค.ศ.2021 สหราชอาณาจักรได้รับการประเมินให้อยู่ในอันดับที่ 1 (Banks, 2022) ขณะที่ประเทศสิงคโปร์ ถือเป็นประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีความก้าวหน้าและพัฒนาระบบการดูแลประคับประคองอย่างก้าวกระโดดภายในระยะเวลาประมาณสิบปีที่ผ่านมา และหากอ้างอิงตามการประเมินคุณภาพการเสียชีวิตข้างต้น สิงคโปร์ก็ถือเป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคนี้ (สิงคโปร์ในอันดับที่ 23 ตามมาด้วยไทยในอันดับที่ 36) ดังนั้น ทั้งสกอตแลนด์และสิงคโปร์จึงถือเป็นประเทศต้นแบบที่น่าศึกษาเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลประคับประคองของประเทศไทยต่อไป ทั้งนี้ ผู้เขียนจะนำเสนอรายละเอียดแต่ละกรณีศึกษาอย่างกระชับ โดยจะนำเสนอผ่านการนำเสนอให้เห็นพัฒนาการ ระบบบริการและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และในตอนท้าย ผู้เขียนจะนำเสนอบทเรียนที่มีประโยชน์ต่อการนำมาช่วยขบคิดในการพัฒนาระบบการดูแลประคับประคองในประเทศไทย

1. ประเทศสกอตแลนด์

เส้นทางการพัฒนาระบบดูแลประคับประคอง

ในปี ค.ศ. 2007 แผน Better Health, Better Care Action Plan เป็นแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขครั้งสำคัญของสกอตแลนด์ โดยหลักการพื้นฐานของแผนดังกล่าวคือการมองว่าประชาชนคือหัวใจของระบบสุขภาพ ดังนั้น ระบบสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องทำให้ประชาชนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งอย่างแท้จริง ความเป็นตัวแทนและเสียงของพวกเขาก็ต้องได้รับการรับฟัง ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีความมุ่งมั่นในการทำให้คนไข้และผู้ดูแลมาเป็นหุ้นส่วนในการวางแผนและการส่งมอบการดูแลร่วมกับทุกภาคส่วน ไม่เพียงแต่บุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่รัฐเท่านั้น แต่ยังรวมถึงภาคประชาชนและจิตอาสา กล่าวได้ว่าแนวทางดังกล่าวในแผนปฏิบัติการ Better Health, Better Care ได้วางแนวทางสำคัญในการสร้างการ

เข้าถึงระบบสุขภาพที่เท่าเทียมตามพื้นฐานความต้องการของประชาชน และยังให้บริการฟรีในทุกจุดการเข้าถึง ดังนั้น ทิศทางของการพัฒนาระบบการดูแลระดับประคองและการดูแลในช่วงท้ายของชีวิตที่จะถูกพัฒนาขึ้น จึงเติบโตขึ้นในเส้นทางนี้ (The Scottish Government, 2008)

ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 จึงได้มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการดูแลระยะประคับประคอง และการดูแลในช่วงท้ายของชีวิตขึ้น แผนดังกล่าวมีชื่อว่า *Living and Dying Well* ซึ่งเป็นการทำให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงในการพัฒนาระบบดูแลด้านนี้ ซึ่งถือเป็นครั้งแรกที่มีการพัฒนาแผนระดับชาติซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั่วทั้งประเทศสกอตแลนด์ โดยหลักพื้นฐานของแผนดังกล่าว วางอยู่บนการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน ทั้งในระดับชุมชนและหน่วยงานจิตอาสา โดยรัฐบาลเป็นแกนนำในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาที่รวดเร็วและเข้มแข็ง เพื่อสร้างระบบการดูแลที่เข้าถึงได้ง่าย มีคุณภาพสูง และตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียม

ข้อสังเกตประการหนึ่งที่น่าสนใจ คือ ในกระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการระดับชาติ *Living and Dying Well* ซึ่งถือเป็นแผนระดับชาติแผนแรกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระดับประคอง การได้มาซึ่งแผนดังกล่าวมีที่มาจากรายงานข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของคณะทำงานที่เป็นการรวมตัวกันของผู้เชี่ยวชาญทั้งในภาครัฐและภาคประชาชนที่ชื่อว่า the Scottish Partnership for Palliative Care ซึ่งได้นำเสนอรายงาน เรื่อง Palliative and end of life care in Scotland: the case for a cohesive approach ในปี ค.ศ.2007 รายงานฉบับดังกล่าวได้กลายเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแผนระดับชาติ ซึ่งต่อมาได้มีกระบวนการเพิ่มเติมอื่น ๆ เช่น การจัด workshop และการรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่หลากหลายทั่วประเทศสกอตแลนด์ กระบวนการดังกล่าวยังช่วยสร้างการสนับสนุนที่เข้มแข็งให้การผลักดันเป้าหมายและการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุผลตามแผนปฏิบัติการนี้ โดยเฉพาะการสร้างระบบการดูแลที่ดีและมีคุณภาพที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั่วประเทศอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

การหันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างจริงจังเกิดขึ้นจากการตระหนักถึงสถานการณ์เชิงโครงสร้างประชากรที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของประเทศสกอตแลนด์ นั่นคือการเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยมีการคาดการณ์ว่าระหว่างปี ค.ศ.2004-2031 โครงสร้างจำนวนประชากรแยกตามอายุจะเปลี่ยนไปอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปีจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณ 39 เปอร์เซ็นต์ ขณะที่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะเพิ่มขึ้นถึง 75 เปอร์เซ็นต์ นั่นแสดงให้เห็นว่าอายุขัยของประชากรมีแนวโน้มจะยืนยาวขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การมีอายุยืนยาวก็ตามมาด้วยแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของการใช้ชีวิตร่วมกับสภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ขณะเดียวกัน หากพิจารณาอัตราการตายจะพบว่าในอดีตสาเหตุการตายของประชากรส่วนใหญ่มาจากโรคติดเชื้อที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตฉับพลันหรือในระยะเวลาอันสั้น แต่ในปัจจุบัน สาเหตุการตายในคนส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป คือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือการเสื่อมถอยของร่างกาย ด้วยเหตุนี้ จากสถานการณ์ทั้งหมดจึงบ่งชี้ว่าระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบันของประเทศสกอตแลนด์จะต้องถูกปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองปรากฏการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น

นอกจากหลักการพื้นฐานที่เน้นการเป็นส่วนหนึ่งและมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด (cohesive and collaborative approach) โดยเน้นการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางแล้ว กรอบการทำงาน (framework) ภายใต้แผนปฏิบัติการนี้ที่พัฒนาตามมาอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย การประเมินและทบทวนสถานการณ์ (assessment and review) การวางแผนและการส่งมอบการดูแล (planning and delivery of care) การสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูล (communication and information sharing) นอกจากนี้ ในแผนปฏิบัติยังได้นำเสนอความจำเป็นในการสร้างการศึกษาและการฝึกอบรมเพื่อสร้างทักษะให้กับผู้คนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานที่จะช่วยสนับสนุนให้การนำแผนปฏิบัติการนี้ไปทำงานจริงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งคณะทำงานระยะสั้น (short-life working group) ในประเด็นต่าง ๆ ข้างต้น เพื่อให้คำแนะนำ ขณะเดียวกันก็มีการก่อตั้งกลุ่มแกนนำผู้ขับเคลื่อนที่จะนำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติการจริงอีกด้วย ซึ่งท้ายที่สุดแล้ว เป้าหมายปลายทางสุดท้ายที่แผนปฏิบัติการนี้คือการทำให้แน่ใจว่าระบบการดูแลระยะประคับประคองและช่วงท้ายของชีวิตในประเทศสกอตแลนด์จะมีคุณภาพสูงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และทำให้ระบบการดูแลสะท้อนคุณลักษณะสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1.ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centred) 2.ปลอดภัย (safe) 3.มีประสิทธิภาพ (effective) 4.efficient (มีศักยภาพและความสามารถ) 5.เท่าเทียม (equitable) 6.ทันเวลา (timely)

ต่อมาในปี ค.ศ.2015 รัฐบาลสกอตแลนด์ได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิบัติการด้านการดูแลระยะประคับประคองและระยะท้าย ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ ค.ศ.2016-2021 (Strategic Framework for Action on Palliative and End of Life Care) ซึ่งเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากแผนปฏิบัติการ Living and Dying Well และเป็นการตอบสนองต่อทิศทางที่เกิดขึ้นในการประชุมขององค์การอนามัยในปี ค.ศ.2014 ที่มีข้อสรุปว่ารัฐบาลในประเทศต่าง ๆ จำเป็นต้องตระหนักถึงการให้บริการด้านการดูแลระยะประคับประคองและจัดให้นโยบายระดับชาติในด้านนี้ รัฐบาลสกอตแลนด์จึงต่อยอดจากรากฐานของแผนปฏิบัติการเดิมที่ริเริ่มไว้ในปี ค.ศ.2008 โดยในแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณ 3.5 ล้านปอนด์ต่อปี เพื่อสนับสนุนขับเคลื่อนให้การพัฒนาในภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะการมุ่งเป้าไปที่การฝึกอบรมและการศึกษา และเป็นกรอบการทำงานที่ต้องการทำให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ในการเปิดกว้างต่อการทำความเข้าใจความตายและความสูญเสีย (The Scottish Government, 2015)

สำหรับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวถือว่าเป็นหมุดหมายสำคัญในเส้นทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะประคับประคองของประเทศสกอตแลนด์ โดยเฉพาะวิสัยทัศน์ของแผนดังกล่าวซึ่งระบุว่า “ภายในปี ค.ศ.2021 ทุกคนในประเทศสกอตแลนด์ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจะต้องเข้าถึงระบบบริการ” ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ ได้แก่

- 1.การเข้าถึงระบบการดูแลระยะประคับประคองและระยะท้ายมีความพร้อมในการให้บริการทุกคนที่จะได้รับประโยชน์จากการดูแล โดยไม่เลือกปฏิบัติต่ออายุ เพศ การวินิจฉัยโรค กลุ่มทางสังคม หรือพื้นที่

- 2.ประชาชน ครอบครัว และผู้ดูแลได้รับการให้คำปรึกษาที่ชัดเจนและทันเวลาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะ เพื่อช่วยเหลือในการวางแผนการดูแลและการสนับสนุนในระยะท้ายของชีวิต และเพื่อให้แน่ใจว่าสอดคล้องกับความประสงค์ของพวกเขา

3.ชุมชน กลุ่ม และองค์กรต่าง ๆ เข้าใจความสำคัญของการมีระบบการดูแลระยะประคับประคองและระยะท้ายของชีวิตซึ่งหมายถึงการมีสุขภาวะที่ดีของสังคมโดยรวม

ข้อที่น่าสนใจคือเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายดังกล่าว ในแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ระบุอย่างเป็นรูปธรรมว่า “เราจะบรรลุสิ่งนี้ได้ โดย”

- กระบวนการระบุตัวผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนามากขึ้น
- การทำงานในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพและการดูแลระยะประคับประคองอย่างกว้างขวาง ได้รับการสนับสนุน
- ความรู้สึกในกลุ่มบุคลากรว่าตนได้รับการฝึกฝนและทักษะที่เพียงพอในการดูแลนั้นเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะความเข้าใจที่ดีขึ้นในการจัดการกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- การเปิดกว้างมากขึ้นเกี่ยวกับเรื่องความตายและความสูญเสียในระดับชาติ
- การรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ภายในชุมชน ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดการอยู่ดีและตายดี
- ความสำคัญที่เด่นชัดของแผนยุทธศาสตร์ กิจกรรมการวิจัย และโปรแกรมสนับสนุนการพัฒนาที่ส่งเสริมให้การเข้าถึงและคุณภาพของระบบการดูแลระยะประคับประคองและระยะท้าย

ขณะเดียวกัน รัฐบาลสกอตแลนด์ในฐานะแกนนำหลักในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวก็ได้ประกาศคำมั่นสัญญา (commitment) 10 ประการ ในการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ และสนับสนุนกระบวนการดังกล่าวอย่างเต็มที่ อาทิเช่น สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาใหม่ด้านการดูแลประคับประคองและระยะท้ายของชีวิต สนับสนุนและรณรงค์การดูแลระยะประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 0-25 ปี สนับสนุนการก่อตั้งกลุ่มวิจัย Scottish Research Forum for Palliative and End of Life Care สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องความตายและความสูญเสียในพื้นที่สาธารณะ ตลอดจนก่อตั้ง National Implementation Support Group เพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผล ซึ่งกลุ่มสนับสนุนดังกล่าวจะทำหน้าที่ดูแลกระบวนการทำงานด้านต่าง ๆ รวมถึงสร้างกลไกให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงช่วยสนับสนุนการออกแบบแผนการพัฒนาในระดับท้องถิ่น ไปจนถึงจัดให้มีการประชุมประจำปีและนำเสนอรายงานสถานการณ์การพัฒนาที่เกิดขึ้น ที่สำคัญ กระบวนการผลักดันให้เกิดแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นโดยภาครัฐเพียงลำพัง แต่เกิดขึ้นผ่านการให้คำปรึกษาของสมาชิกในกลุ่ม The Palliative and End of Life Care National Advisory Group และ Stakeholder Group ซึ่งเป็นกลุ่มที่ร่วมผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคการศึกษา และภาคประชาชนไว้อย่างครอบคลุม กล่าวได้ว่ากระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์เป็นสิ่งที่มีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

และล่าสุด ในเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 2024 รัฐบาลสกอตแลนด์ได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์ Palliative Care Matters for All ซึ่งเป็นแผนการพัฒนาระบบการดูแลระยะประคับประคองฉบับล่าสุด ครอบคลุมระยะเวลาระหว่างปี ค.ศ.2025-2030 โดยยังคงต่อยอดทิศทางของการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพ และการดูแลประชาชนทุกกลุ่มอายุที่เผชิญกับความเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต โดยเฉพาะภายใต้สถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2040 อัตราการเสียชีวิตจะมีมากกว่าอัตราการเกิดอย่างมีนัยสำคัญ (The Scottish Government, 2024)

แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้มีการปรับปรุงเป้าหมายที่จะต้องบรรลุ ภายในปี ค.ศ. 2030 ไว้ 3 ประการ ได้แก่

- ผู้ใหญ่และเด็กในประเทศสกอตแลนด์สามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างเท่าเทียม โดยที่ระบบบริการนั้นมีการประสานงานกันเป็นอย่างดี ทันเวลา และมีคุณภาพสูง และมีการสนับสนุนการดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิตและความสูญเสียที่ตรงความต้องการ ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วย
- สกอตแลนด์เป็นประเทศที่ผู้คน ครอบครัว และชุมชนสามารถช่วยสนับสนุนกันและกัน ลงมือปฏิบัติ และพูดคุยอย่างเปิดกว้างเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าต่อการดูแลความเจ็บป่วยที่ร้ายแรง การเสียชีวิต และความสูญเสีย
- ผู้ใหญ่และเด็กมีโอกาสดำเนินการเปลี่ยนแปลงในอนาคตของพวกเขาเอง ทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิต สุขภาพ และการดูแลร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแล

ทั้งนี้ ในแผนยุทธศาสตร์ได้กำหนดหลักพื้นฐานสำคัญ (cornerstone) 4 ประการ ได้แก่

1. ทำงานร่วมกันเพื่อส่งมอบการดูแลที่เหมาะสมให้กับผู้ใหญ่หรือเด็ก รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลของพวกเขา
2. ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพประชากรอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยข้อมูลและประสบการณ์ของผู้คน
3. ทำให้แน่ใจได้ว่าการเข้าถึงระบบบริการจะทั่วถึงและเป็นธรรม ไม่ว่าสำหรับบุคคลใดก็ตามที่มีความต้องการรับบริการ
4. สร้างความเป็นผู้นำที่เชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพและสังคม ทำงานร่วมกับหน่วยงานที่หลากหลาย รวมถึงองค์กรภาคประชาชนหรือหน่วยงานการกุศล

สำหรับการติดตามและสนับสนุนการทำงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์นี้ ได้มีการกำหนดให้มี Strategic Networks ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการส่งมอบการดูแลในแต่ละประเด็น โดยมี Strategy Steering Group (SSG) ซึ่งมีตัวแทนจากผู้เชี่ยวชาญและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องคอยดูแลและให้คำปรึกษาอีกชั้นหนึ่ง สำหรับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีผลต่อการวางแผนและการจัดรูปแบบระบบบริการด้านการดูแลระยะประคับประคองและระยะท้ายในสกอตแลนด์ในปัจจุบัน ซึ่งผู้เขียนจะได้นำเสนอในส่วนถัดไป

รูปแบบการจัดระบบบริการ

สำหรับการจัดการเพื่อส่งมอบระบบบริการได้ถูกปรับปรุงขึ้นใหม่ตามกฎหมาย Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014 ซึ่งเป็นผลจากการทำงานร่วมกันระหว่างระบบบริการสาธารณสุขและระบบการดูแลทางสังคม (social care) โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวกำหนดให้มีการบูรณาการความร่วมมือด้วยการมอบหมายบทบาทและอำนาจให้ตัวแทนจากคณะกรรมการสุขภาพ (Health Board) และเจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น (Local Authorities) ทำงานร่วมกันในรูปแบบของหน่วยบูรณาการ (Integration Authorities) โดยที่หน่วยดังกล่าวมีชื่อว่า IJB หรือ Integration Joint Board ซึ่งจะรับผิดชอบดูแลทั้งการวางแผน การปฏิบัติการ การบริหารงบประมาณ เพื่อดูแลสุขภาวะของผู้คนทั้งทางกายและสังคมในพื้นที่ของพวกเขา ทั้งหมด 31 พื้นที่รับผิดชอบ

หากพิจารณาให้ละเอียดลงไปในระดับพื้นที่ซึ่ง IJB รับผิดชอบ หน่วยบูรณาการดังกล่าวมีหน้าที่ในการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรในระบบดูแลระดับรองทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน IJB จำเป็นต้องทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ภาครัฐไปจนถึงภาคประชาชนที่อยู่ภายใต้เขตพื้นที่ โดยที่มี hospice เป็นอีกหนึ่งหน่วยบริการสำคัญที่เป็นแกนนำในการทำงาน ทั้งนี้ ในระดับปฏิบัติการจะมีการจัดโครงสร้างภายในที่เรียกว่า Health and Social Care Partnership (HSCP) ซึ่งเป็นทีมบูรณาการระบบบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน มีตัวแทนจากฝ่ายสุขภาพและท้องถิ่นมาทำงานร่วมกันภายใต้การกำกับดูแลของ IJB ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีเป้าหมายพื้นฐานร่วมกัน นั่นคือ การดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน และกรณีเฉพาะสำหรับระบบการดูแลระดับรอง การบริการจะถูกส่งมอบให้ประชาชนในรูปแบบของการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาสังคม

หากพิจารณาลงไปในเชิงปฏิบัติ การดูแลจะเป็นหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันของทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีความหลากหลาย และเป็นการดูแลทั้งที่บ้าน ในโรงพยาบาล ตลอดจนถึงสถานที่ดูแลในรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งเรียกรูปแบบนี้ว่าเป็นระบบการดูแลระดับรองแบบทั่วไป (general palliative care) สำหรับกรณีผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่อาจมีความซับซ้อน จะมีรูปแบบการดูแลเฉพาะทางสำหรับผู้ใหญ่ (adult specialist palliative care) ซึ่งจะให้บริการโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือที่จำเป็นมากขึ้น เช่น การจัดการอาการปวด มีปัญหาความวิตกกังวลในครอบครัว หรือการดูแลที่ต้องมีวิธีการและแผนการดูแลที่ซับซ้อน ระบบการดูแลเฉพาะทางนี้จะให้บริการทั่วไปในระดับพื้นที่ผ่าน HSCP ซึ่งในบางพื้นที่อาจบูรณาการข้ามเขตรับผิดชอบ เพื่อให้แน่ใจว่าจะมีการดูแลครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ทั้งนี้ ในระบบการดูแลเฉพาะทางของประเทศสก็อตแลนด์ มี hospice อิสระ จำนวน 14 แห่งที่ให้บริการในพื้นที่ของ 7 คณะกรรมการสุขภาพ และมีหน่วยบริการเฉพาะทางด้านการดูแลระดับรองของรัฐ (NHS specialist palliative care unit) อีกจำนวน 7 แห่ง ที่ให้การดูแลในพื้นที่ของ 8 คณะกรรมการสุขภาพ และนอกจากการดูแลเฉพาะทางในกลุ่มผู้ใหญ่แล้ว ยังมีการจัดบริการดูแลระดับรองเฉพาะทางในเด็กอีกด้วย กล่าวได้ว่าการให้บริการของหน่วยบริการเฉพาะทางฯ เป็นหัวใจสำคัญในการสนับสนุนบุคลากรด้านอื่น ๆ ซึ่งทำหน้าที่

ดูแลแบบทั่วไปในระดับชุมชนและโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเข้าไปมีบทบาทเพิ่มเติมในการให้คำปรึกษาและฝึกอบรม

โดยสรุป หากพิจารณากรณีของประเทศสกอตแลนด์จะพบจุดแข็งที่น่าสนใจหลายประการ ตั้งแต่การขับเคลื่อนผ่านข้อมูลที่ชัดเจน โดยเฉพาะความเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรที่ทำให้เกิดความตระหนักในการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงอย่างทันทั่วทั้งที่ และเริ่มดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน นอกจากนี้ จุดแข็งประการสำคัญอีกข้อหนึ่งคือการพัฒนาที่อาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากภาคส่วนต่าง ๆ ผ่านการตั้งคณะกรรมการที่พิจารณาระดับชาติไปจนถึงกลไกสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ประเทศสกอตแลนด์ก็ยังเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ เช่น ปริมาณความต้องการการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น รวมถึงความซับซ้อนของความเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น (Funicane et. al., 2021) ซึ่งนั่นมีนัยสำคัญของการเพิ่มจำนวนและคุณภาพของบุคลากรให้เหมาะสม การบูรณาการการดูแลในพื้นที่ชุมชนที่มีประสิทธิภาพ (gov.scot, 2024) รวมถึงความมั่นคงทางการเงินของ hospice อิสระ (Kernan, 2024) เป็นต้น

2.ประเทศสิงคโปร์

เส้นทางการพัฒนาระบบดูแลระดับประคอง

ประเทศสิงคโปร์เริ่มหันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบดูแลระดับประคอง เนื่องจากสถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยภายในปี ค.ศ.2030 มีการคาดการณ์ว่าประชากรจำนวน 1 ใน 4 จะมีอายุมากกว่า 65 ปี เช่นเดียวกัน การปรับปรุงระบบการดูแลจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการดูแลเพื่อตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งประชากรมีอายุยืนขึ้น พร้อม ๆ กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไต โรคหัวใจ และโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็นระบบการดูแลที่ยังมีความต้องการเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน จากข้อมูลการสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับความตายของประชากร พบว่าคนสิงคโปร์ส่วนใหญ่ ประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์ ต้องการใช้เวลาช่วงสุดท้ายที่บ้าน ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ขนาดของครอบครัวที่เล็กลง ทำให้ภาระการดูแลเพิ่มสูงขึ้น ด้วยเหตุผลทั้งสองประการข้างต้น การพัฒนาระบบการดูแลระยะประคับประคองจึงเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วน โดยมีเป้าหมายสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลระยะท้าย (NSPC, 2023)

สำหรับการวางรากฐานระบบการดูแลระดับประคองในประเทศสิงคโปร์นั้นมีมาตั้งแต่ทศวรรษ 1980 และรัฐบาลก็ได้ให้งบประมาณสนับสนุนการดูแลระยะประคับประคองในชุมชนมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ขณะเดียวกัน ความรู้ด้านการดูแลระดับประคองก็ได้รับการยอมรับให้เป็นหนึ่งในความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีการผลิตบุคลากรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถึงกระนั้น การพัฒนาอย่างเข้มข้นจริงจังเริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ.2011 เมื่อรัฐบาลได้มอบหมายให้ Lien Center for Palliative Care (LCPC) จัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการดูแลระดับประคอง (National Strategy for Palliative Care; NSPC) ฉบับแรกขึ้น โดย

ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ และจากแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว จึงนำมาสู่การประกาศใช้ National Guidelines for Palliative Care (NGPC) ตามมา แนวทางการปฏิบัติระดับชาติข้างต้น ถูกพัฒนาขึ้นผ่านหน่วยงาน Singapore Hospice Council (SHC) ที่เป็นหน่วยงานสำคัญในการดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลประคับประคองในสิงคโปร์ โดยในก้าวแรกได้เน้นการสร้างมาตรฐานใน 3 มิติหลัก ได้แก่ 1.การดูแลผู้ป่วย 2.การสนับสนุนผู้ดูแล 3.การจัดการบุคลากรและอาสาสมัคร ก่อนจะค่อย ๆ พัฒนาโปรแกรมและตัวแบบการดูแล (care model) ใหม่ขึ้นมาในโรงพยาบาลและชุมชน ตลอดจนการสร้างบริการใหม่ ๆ รวมถึงการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและยอมรับเกี่ยวกับการดูแลระยะประคับประคองในวงกว้าง (NSPC, 2023)

จากการปฏิบัติการผ่านแผนยุทธศาสตร์และแนวปฏิบัติที่เริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 2011 เป็นต้นมา พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การเพิ่มขึ้นของปริมาณหน่วยให้บริการด้านการดูแลประคับประคองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะสมรรถภาพ (capacity) ในการดูแลผู้ป่วยในของ hospice ที่เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ขณะเดียวกัน การให้บริการดูแลระยะประคับประคองที่บ้านก็เพิ่มขึ้นมากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ การให้บริการดูแลรายวันใน hospice ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการดูแลระยะประคับประคองโดยรวม และมีการให้บริการดูแลชั่วคราว (respite care) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงมีการสนับสนุนการปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการดูแลที่บ้าน นอกจากนี้ แนวทางการดูแลที่เกิดขึ้นจากองค์กรภาคประชาชนก็ได้รับการยอมรับและถูกนำมาปรับปรุงและได้รับความสนใจในระดับประเทศ (NSPC, 2023)

สำหรับการพัฒนาต่อเนื่องในปัจจุบัน สิงคโปร์ได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการดูแลประคับประคอง ระหว่างปี ค.ศ.2023-2027 ในชื่อ National Strategy for Palliative Care 2023-2027 (Singapore Hospice Council, 2024) ซึ่งมีวิสัยทัศน์ คือ การทำให้มั่นใจว่าประชาชนสิงคโปร์ทุกคน รวมถึงผู้ดูแล สามารถเข้าถึงระบบการดูแลประคับประคองที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม และมีความเชี่ยวชาญ และได้รับการสนับสนุนด้วยสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแล ทั้งนี้ ในเชิงปฏิบัติการ ได้มีการแบ่งการทำงานที่เข้มข้นใน 3 มิติหลัก ได้แก่

1.การเข้าถึง (access) ผู้ป่วยทุกคนจะต้องสามารถเข้าถึงระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของพวกเขาได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา โดยมีแนวปฏิบัติ ได้แก่ เพิ่มสมรรถภาพในการดูแลและฝึกอบรมบุคลากรให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พัฒนาตัวแบบการดูแล (care model) ในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีความยั่งยืนและรับประกันว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงได้อย่างทันเวลา ทำให้แน่ใจว่าปัญหาด้านการเงินจะไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและสุดท้าย สนับสนุนสามารถเข้าถึงยาควบคุมที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลประคับประคอง

2.คุณภาพ (quality) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลระยะประคับประคองที่มีคุณภาพและผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาให้เหนือกว่ามาตรฐานขั้นต่ำอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวปฏิบัติ ได้แก่ ประยุกต์ใช้หลักการดูแลทั้งจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในแนวปฏิบัติระดับชาติ มีการวัดผลลัพธ์และติดตามคุณภาพการทำงานระหว่างหน่วยงาน นำเกณฑ์วัดประสิทธิภาพระดับชาติ (national benchmark) มาใช้เพื่อวัดกระบวนการและผลลัพธ์ในการทำงาน

3. สิ่งแวดล้อมในการดูแลประคับประคอง (palliative care environment) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด อาทิ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ดูแล และสาธารณชน สามารถยกระดับและทำให้สิ่งแวดล้อมในการดูแลประคับประคองเติบโตขึ้นได้ โดยมีแนวปฏิบัติ ได้แก่ เพิ่มความเข้มแข็งในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว เช่น ระบบดูแลชั่วคราว (respite care) การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น การสร้างความตระหนักและส่งเสริมให้เกิดการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า การพัฒนาและส่งเสริมการนำระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และสุดท้าย จัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยด้านการดูแลควบคู่ไปกับนโยบายระดับชาติ

ทั้งหมดนี้ เป็นไปเพื่อเป้าหมายที่พึงปรารถนา 3 ประการ ได้แก่

1. ในประเด็นด้านการเข้าถึง ชาวสิงคโปร์ในอัตราส่วนมากกว่า 3 ใน 4 สามารถเข้าถึงระบบการดูแลประคับประคอง

2. ในประเด็นด้านคุณภาพ ผู้ดูแลในอัตราส่วนมากกว่า 4 ใน 5 สะท้อนว่าพวกเขาได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ

3. ในประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแล สาธารณชนในอัตราส่วนมากกว่า 7 ใน 10 ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลประคับประคอง

รูปแบบการจัดระบบบริการ

สำหรับการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นผู้มีบทบาทหลักในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย ระบบบริการจึงเน้นการจัดหาทรัพยากรและระบบสนับสนุนที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลภายใต้สถานการณ์และสถานะของโรคที่เปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ให้กับผู้ป่วย และในขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญกับความต้องการทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กัน ตามหลักการดูแลระยะประคับประคองที่วางอยู่บนแนวทางที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered approach) ที่ครอบคลุมทุกมิติของความเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Singapore Hospice Council, 2025)

สำหรับการดูแลระยะประคับประคองในสิงคโปร์จะอยู่ในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อให้การดูแลทั้งทางร่างกายและสังคม ทีมดูแลจะให้การดูแลผ่านการจัดทำแผนการดูแลอย่างละเอียดและเป็นแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวร่วมด้วย โดยเฉพาะการสนับสนุนในผู้ดูแลในทุก ๆ ระยะ ตั้งแต่พวกเขาเริ่มเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล

สำหรับรูปแบบการให้บริการดูแลระยะประคับประคอง ประกอบด้วย 4 รูปแบบ ได้แก่ 1. การดูแลที่บ้าน (palliative home care) 2. การดูแลรายวัน (palliative day care) 3. การดูแลผู้ป่วยใน (inpatient palliative care) และ 4. บริการให้คำปรึกษา (consultative services) ทั้งนี้ ในรูปแบบการดูแลแต่ละประเภทมีรายละเอียดอย่างกระชับ ดังนี้

การดูแลที่บ้าน ถือเป็นทางเลือกที่เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยมักจะเลือกการดูแลในพื้นที่ที่ตนคุ้นเคย โดยจะมีทีมสหวิชาชีพเข้าไปดูแลด้วยการทำงานร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว

ซึ่งจะร่วมกันจัดการอาการที่รุนแรงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเวลาเหลืออีกไม่เกิน 1 ปี สามารถใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่พวกเขาคุ้นเคยได้ยาวนานที่สุด เมื่อเข้าสู่การดูแลในรูปแบบนี้ ผู้ป่วยแต่ละราย จะมีพยาบาลหนึ่งคนที่รับผิดชอบดูแลในการเข้าไปเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสมของสถานการณ์โรค โดยมีโรงพยาบาลหรือ hospice หลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรายนั้น และมีบริการให้คำปรึกษานอกเวลาตลอด 24 ชั่วโมง และผู้ดูแลจะได้รับการฝึกฝนทักษะในการดูแล รวมถึงสนับสนุนการเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็น และการสนับสนุนการส่งต่อการดูแลเมื่อถึงสถานการณ์ที่จำเป็น รวมถึงการดูแลความสูญเสียเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้ มีจำนวนโรงพยาบาลหรือ hospice ที่ให้บริการ home hospice ทั้งหมด 9 แห่ง ซึ่งครอบคลุมแต่ละพื้นที่ทั่วประเทศ

การดูแลรายวัน เป็นโปรแกรมที่รัฐบาลเข้ามาบริการให้ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับหนึ่ง ที่อาจจะต้องการดูแลในสถานที่ที่เหมาะสมระหว่างวัน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวอาจจะต้องทำงานหรือมีกิจธุระไม่สามารถดูแลได้ โดยสถานที่ดูแลคือ hospice ที่มีผู้เชี่ยวชาญและอาสาสมัครเข้ามาช่วยดูแลทั้งการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมบำบัดอื่น ๆ เช่น งานศิลปะ การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำอาหาร งานไม้ โดยทั่วไปจะให้การดูแลระหว่างเวลา 9.00-15.00 น. และมีบริการอาหารกลางวันและรถรับส่ง อีกด้านหนึ่ง ระบบการดูแลรายวันชั่วคราวไม่เพียงดูแลคนไข้โดยตรงเท่านั้น แต่ยังช่วยสนับสนุนผู้ดูแลให้มีโอกาสพักอีกด้วย

การดูแลผู้ป่วยใน เป็นระบบบริการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเวลาเหลืออยู่น้อยกว่า 3 เดือน และต้องการการดูแลเฉพาะทาง (specialist care) ซึ่งไม่สามารถทำได้ที่บ้าน โดยปรึกษาทีมดูแลในการเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่มีหอผู้ป่วยระดับประคองหรือ hospice ที่อยู่ใกล้บ้าน และเดินทางสะดวก และที่สำคัญจะไม่มีภาระค่าใช้จ่ายเนื่องจากเหตุผลทางการเงิน เนื่องจากมีระบบช่วยเหลือทางการเงินโดยรัฐบาล สำหรับบริการในการดูแล คนไข้และครอบครัวสามารถมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลจากทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดการอาการและความปวด ทำให้ร่างกายรู้สึกสะดวกสบายมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ รวมถึงการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการดูแลในหอผู้ป่วยในจะเป็นการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจะบริการทั้งการดูแลทั่วไปและการดูแลเฉพาะทาง

บริการให้คำปรึกษา เป็นระบบบริการโดยทีมสหวิชาชีพที่จะคอยสนับสนุนทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ โดยบริการนี้ถูกออกแบบมาเพื่อให้การช่วยเหลือในการจัดการอาการที่ซับซ้อน หรือการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจและการสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายในการดูแลและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลระยะประคับประคองของประเทศสิงคโปร์ เป็นบริการที่ถูกออกแบบมาให้ทุกคนที่ต้องการใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ โดยรัฐบาลจะมีเงินอุดหนุนให้โดยการประเมินรายได้รายเดือนของประชากรเพื่อระดับการสนับสนุน โดยผู้มีรายได้น้อยจะได้รับการช่วยเหลือมากกว่าผู้มีรายได้มาก และในขณะเดียวกัน นอกเหนือจากเงินอุดหนุนโดยรัฐแล้ว ผู้ป่วยสามารถส่งเงินเข้ากองทุน Medisave เพื่อสนับสนุนการดูแลประคับประคองของตัวเองได้ในยามที่ตัวเองต้องกลายเป็นผู้ป่วยและจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ทั้งนี้ การสนับสนุนจากกองทุนดังกล่าว สามารถใช้บัญชี

ของตนเอง หรืออาจเป็นบัญชีของคนในครอบครัว และหากมีความกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ประจำโรงพยาบาลหรือ hospice แต่ละแห่ง

โดยสรุป กรณีสึกษาของประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศในภูมิภาคเดียวกับประเทศไทย และหันมาพัฒนาระบบบริการอย่างจริงจังในช่วงเวลาสิบกว่าปีที่ผ่านมา แต่สามารถพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว พบจุดแข็งที่น่าสนใจหลายประการ อาทิ การวางแผนยุทธศาสตร์และแนวปฏิบัติระดับชาติที่ชัดเจน และสามารถติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดการงบประมาณที่สนับสนุนให้ประชาชนที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการดูแลที่เชื่อมโยงแต่ละระดับอย่างชัดเจนและสามารถตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและครอบครัวที่หลากหลายทั้งการดูแลที่บ้าน การดูแลรายวัน และการดูแลในหอผู้ป่วย และที่สำคัญ ไม่เพียงแต่ดูแลผู้ป่วย หากแต่ระบบยังออกแบบมาเพื่อดูแลผู้ดูแลในครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน อย่างไรก็ดี แม้จะประสบความสำเร็จและมีความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีช่องว่างและข้อท้าทายรออยู่ เช่น การพัฒนาการค้นหาและระบุตัวผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะในชุมชน หรือในแง่ค่าใช้จ่าย แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนโดยรัฐส่วนหนึ่ง แต่ประชาชนยังรู้สึกว่าการใช้จ่ายยังเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการ นอกจากนี้ ยังมีความท้าทายในแง่การประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้เวลานาน และผู้ดูแลในครอบครัวก็ยังคงต้องการให้มีการช่วยเหลือที่เพียงพอมากยิ่งขึ้น เป็นต้น (NSPC, 2023)

บทเรียนที่น่าสนใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลประคับประคองในประเทศไทย

ในส่วนนี้ ผู้เขียนจะนำเสนอบทเรียนที่น่าสนใจจากกรณีศึกษาทั้งสองโดยเปรียบเทียบและเสนอความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลประคับประคองในประเทศไทย โดยใช้ตาราง ดังนี้

ประเด็น	สก๊อตแลนด์	สิงคโปร์	ไทย
แผนงานและนโยบาย	มีแผนยุทธศาสตร์และแนวปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น ซึ่งเกิดจากคณะทำงานโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้เสียที่ครอบคลุมกว้างขวาง	มีแผนยุทธศาสตร์และแนวปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น ซึ่งเกิดจากคณะทำงานโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้เสียที่ครอบคลุมกว้างขวาง	จำเป็นต้องพัฒนาแผนยุทธศาสตร์และแนวปฏิบัติระดับชาติ โดยการพัฒนาคณะทำงานหรือคณะที่ปรึกษาที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้เสีย
กลไกการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	มีการจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อ	มีการจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อ	จำเป็นต้องมีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแล

	ดูแลและให้ปรึกษาในการ นานโยบายไปปฏิบัติอย่าง ได้ผล โดยเน้นการบูรณา การข้ามหน่วยงาน และ ครอบคลุมตั้งแต่ระดับชาติ ไปจนถึงท้องถิ่น	ดูแลและให้ปรึกษาในการ นานโยบายไปปฏิบัติอย่าง ได้ผล โดยเน้นการบูรณา การข้ามหน่วยงาน และ ครอบคลุมตั้งแต่ระดับชาติ ไปจนถึงท้องถิ่น	และสนับสนุนการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติ และเปิดกว้างต่อการมี ส่วนร่วม
รูปแบบการให้บริการ	ระบบดูแลที่ครอบคลุมทั้ง ที่บ้าน ในชุมชน และใน โรงพยาบาล รวมถึงการ ดูแลผู้ดูแลและจัดการ ความสูญเสีย โดยให้ ท้องถิ่นและภาค ประชาชนเข้ามาบทบาท สำคัญ นอกจากนี้ยังให้ ความสำคัญกับการสร้าง ความเข้าใจต่อสาธารณะ	ระบบดูแลที่ครอบคลุมทั้ง ที่บ้าน ในชุมชน และใน โรงพยาบาล รวมถึงการ ดูแลผู้ดูแลและจัดการ ความสูญเสีย โดยให้ ความสำคัญกับการสร้าง ความเข้าใจต่อสาธารณะ	จำเป็นต้องทำความเข้าใจ สถานการณ์การ ดูแลที่เชื่อมโยงระหว่าง บ้าน ชุมชน และ โรงพยาบาล และความ เป็นไปได้ในการ ออกแบบตัวแบบการ ดูแลที่หน่วยงานส่วน ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาท สำคัญ
งบประมาณ	รัฐบาลโดย NHS สนับสนุนงบประมาณให้ การดูแลไม่มีค่าใช้จ่าย และในระดับท้องถิ่น หน่วยงานส่วนท้องถิ่นก็ สนับสนุน อย่างไรก็ตาม อาจ มีค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่า เดินทาง ค่าปรับปรุงบ้าน หรือหากเข้ารับการดูแล ในบางเอกชนบางส่วน เช่น การดูแลรายวัน	รัฐบาลอุดหนุนตามระดับ เงินได้ ร่วมกับระบบ ประกันผ่านกองทุน Medisave	จำเป็นต้องทบทวน สถานการณ์การจัดการ กองทุนและบูรณาการ กองทุนที่มีความชัดเจน ทั้งในระดับชาติและ ท้องถิ่น
การวิจัยและพัฒนา	สนับสนุนให้เกิด คณะทำงานด้านการวิจัย และพัฒนาความรู้ควบคู่ ไปกับการนำเสนอ นโยบาย	สนับสนุนให้เกิด คณะทำงานด้านการวิจัย และพัฒนาความรู้ควบคู่ ไปกับการนำเสนอ นโยบาย	การส่งเสริมให้เกิดการ วิจัยและพัฒนาควบคู่ ไปกับการสร้างนโยบายจะ มีส่วนในการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติ ที่ได้ผลมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

ประมวลกรณีศึกษาเทียบเคียงการขับเคลื่อนกฎหมายและนโยบายจากภาคประชาชน

ในบทที่ 3 จะเป็นการประมวลข้อมูลกรณีศึกษาในการผลักดันร่างกฎหมายและการขับเคลื่อนนโยบายที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อเป็นกรณีศึกษาที่สามารถนำมาใช้เทียบเคียงและเรียนรู้สำหรับการผลักดันร่างกฎหมายและนโยบายด้านการดูแลระดับประเทศ ในที่นี้ ผู้เขียนได้เลือก 2 กรณีศึกษา ได้แก่ 1.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค และ 2.การผลักดันกฎหมายสมรสเท่าเทียม ซึ่งแต่ละกรณีมีแง่มุมที่น่าสนใจ ซึ่งโดยพื้นฐานทั้งสองกรณีศึกษามีจุดร่วมประการสำคัญ คือ เป็นการสร้างความเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายระดับชาติและมีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ขณะเดียวกันก็มีความแตกต่างที่น่าสนใจ กล่าวคือ กรณีการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภคนั้นเป็นการสร้างองค์กรใหม่ขึ้นมาเพื่อบริหารจัดการภารกิจสาธารณะที่มีความเฉพาะเจาะจง นั่นคือ การปกป้องสิทธิและเสริมพลังให้ผู้บริโภค ขณะที่การผลักดันกฎหมายสมรสเท่าเทียมจะเป็นการสร้างความเปลี่ยนแปลงเรื่องสิทธิการแต่งงานของผู้มีความหลากหลายทางเพศผ่านการแก้ไขกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ ทั้งนี้ ผู้เขียนจะนำเสนอรายละเอียดแต่ละกรณีศึกษาอย่างกระชับ โดยจะนำเสนอผ่านการนำเสนอให้เห็นที่มาที่ไป เหตุการณ์สำคัญ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และบทเรียนที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการผลักดันร่างกฎหมายและนโยบายด้านการดูแลระดับประเทศ

1.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค

ความเป็นมาและโครงสร้างองค์กร

สภาองค์กรของผู้บริโภค หรือที่เรียกกันสั้น ๆ ว่า “สภาผู้บริโภค” เป็นองค์กรที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันขององค์กรผู้บริโภคตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ.2562 ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ถูกกำหนดไว้ในมาตรา 46 ของรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ.2560 โดยองค์กรแห่งนี้มีสถานะเป็นนิติบุคคล เป็นตัวแทนของผู้บริโภคที่มีความอิสระ และมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ภายใต้วิสัยทัศน์องค์กรที่ว่า “เป็นกลไกผลักดันนโยบายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความเป็นธรรม”

หากไล่เรียงประวัติความเป็นมาจะพบว่า การเกิดขึ้นของสภาฯ ใช้เวลาถึง 23 ปี ผ่านการขับเคลื่อนขององค์กรภาคประชาชนที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีลำดับเหตุการณ์สำคัญที่ระบุไว้ในเว็บไซต์ขององค์กรดังนี้

ปี	เหตุการณ์
พ.ศ.2540	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 57 ระบุว่า สิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับการคุ้มครองตามที่กฎหมายบัญญัติ
พ.ศ.2550	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 61 บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในฐานะผู้บริโภค มีสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค

พ.ศ.2552	ประชาชน 13,000 คนเข้าชื่อเสนอร่างกฎหมายองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค แต่ท้ายที่สุด รัฐบาลในขณะนั้นยุบสภา ทำให้ร่างกฎหมายนี้ตกไป
พ.ศ.2560	ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 46 รับรองสิทธิของประชาชนที่จะรวมกันจัดตั้งองค์กรของผู้บริโภค
พ.ศ.2561	วันที่ 5 มิถุนายน 2561 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบหลักการร่างกฎหมายตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 46 โดยใช้ชื่อกฎหมายว่า “สภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติ” ตามที่เครือข่ายองค์กรผู้บริโภคเสนอ ที่ต้องการให้มีสภาเดียว และเป็นตัวแทนของผู้บริโภคที่เป็นทางการ โดยส่งร่างกฎหมายดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเพื่อตรวจแก้ คณะกรรมการกฤษฎีกาตั้งคณะพิเศษขึ้น เพื่อตรวจแก้ร่างกฎหมาย เปลี่ยนเนื้อหาและชื่อกฎหมายใหม่ เป็น “พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค” โดยแก้ไขหลักการให้มีสภาองค์กรผู้บริโภคแห่งชาติสภาเดียว เป็นให้เกิดได้หลายสภา พร้อมกับให้ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีและผู้ว่าราชการจังหวัดต่าง ๆ เป็นนายทะเบียนรับจดทะเบียนสถานะองค์กรของผู้บริโภค
พ.ศ.2562	วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เห็นชอบให้ออกกฎหมาย “พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ.....” ด้วยคะแนนเสียงเอกฉันท์ 159 เสียง งดออกเสียง 3 เสียง และไม่ลงคะแนนเสียง 1 เสียง วันที่ 22 พฤษภาคม 2562 พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ.2562 ถูกประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้ในวันที่ 20 กรกฎาคม 2562
พ.ศ.2563	วันที่ 8 ตุลาคม 2563 องค์กรของผู้บริโภคที่ผ่านการจดทะเบียนจากทางกรจำนวน 152 องค์กรร่วมกันเข้าชื่อยื่นหนังสือต่อปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีในฐานะนายทะเบียนกลาง แสดงตนตามกฎหมายเป็นผู้เริ่มก่อการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค วันที่ 9 ธันวาคม 2563 ราชกิจจานุเบกษา ประกาศจัดตั้ง “สภาองค์กรของผู้บริโภค” ให้สาธารณชนรับทราบ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้บริโภคในทุกด้าน

พันธกิจของสภาฯ มีด้วยกัน 6 ประการ ได้แก่

- 1.ส่งเสริมให้ผู้บริโภคคุ้มครองสิทธิตนเองได้ และสภาองค์กรของผู้บริโภคเป็นกลไกเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค
- 2.ผลักดันนโยบาย กฎหมาย และมาตรการ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค
- 3.สนับสนุนองค์กรสมาชิกและองค์กรของผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพและได้รับความเชื่อถือ
- 4.สร้างวัฒนธรรมและมุมมองใหม่ว่าการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นประโยชน์กับทุกฝ่าย

- 5.สนับสนุนให้มีการบริโภคที่ยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
- 6.สื่อสารและสร้างเครือข่ายกับทุกภาคส่วนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

สภาฯ จะทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้บริโภคใน 8 ด้าน ได้แก่

- 1.การเงินและการธนาคาร
- 2.การขนส่งและยานพาหนะ
- 3.อสังหาริมทรัพย์และที่อยู่อาศัย
- 4.อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- 5.บริการสุขภาพ
- 6.สินค้าและบริการทั่วไป
- 7.การสื่อสาร โทรคมนาคม และเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 8.บริการสาธารณะ พลังงานและสิ่งแวดล้อม

สำหรับโครงสร้างสภาผู้บริโภคนั้น โดยหลักจะมี “คณะกรรมการนโยบายสภาองค์กรของผู้บริโภค” เป็นกลไกในการกำหนดนโยบายขององค์กร ซึ่งมีกรรมการจำนวนไม่น้อยกว่า 17 คน ประกอบด้วยประธาน รองประธาน ตัวแทนองค์กรผู้บริโภคจากเขตพื้นที่ และตัวแทนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ที่จะต้องได้รับการเลือกจากที่ประชุมสามัญของสมาชิก มีวาระ 4 ปี โดยในปัจจุบัน นางสาวบุญยืน ศิริธรรม ดำรงตำแหน่งเป็น ประธานสภาองค์กรของผู้บริโภค และประธานกรรมการนโยบายฯ ส่วนด้านการขับเคลื่อนงานนั้นจะมี “สำนักงานสภาองค์กรของผู้บริโภค” เป็นหน่วยสำคัญในการทำงานปฏิบัติการ ปัจจุบัน นางสาวสารี อ๋องสมหวัง เป็นเลขาธิการสำนักงานฯ ทั้งนี้ สำหรับโครงสร้างองค์กรของสภาฯ เป็นดังแผนภาพด้านล่าง



แผนภาพโครงสร้างสภาผู้บริโภค (ที่มา : tcc.or.th)

การดำเนินงานของสภาฯ ยังมีการจัดตั้งหน่วยงานระดับเขตพื้นที่และหน่วยงานประจำจังหวัดเพื่อให้งานครอบคลุมไปในพื้นที่ต่าง ๆ อีกด้วย ทั้งนี้ สำหรับหน่วยงานระดับเขตพื้นที่ในปัจจุบันจัดตั้งแล้วใน 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันตก โดยบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเขตพื้นที่ มีดังนี้

1. สนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้หน่วยงานประจำจังหวัด สามารถดำเนินงานได้ตามบทบาทหน้าที่
2. สนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่สมาชิกเพื่อพัฒนาเป็นหน่วยงานประจำจังหวัด
3. สนับสนุนให้องค์กรของผู้บริโภค สามารถจัดตั้งสถานะองค์กรของผู้บริโภค ตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562
4. สนับสนุนสำนักงานในการติดตามการทำงานของหน่วยงานประจำจังหวัด
5. สนับสนุนการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในเขตพื้นที่และประชาชน เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานของรัฐ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกับสำนักงาน
6. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ส่วนหน่วยงานประจำจังหวัด ปัจจุบันมีจำนวน 19 หน่วย ครอบคลุมพื้นที่ในหลายภูมิภาค เช่น เชียงใหม่ เชียงราย ร้อยเอ็ด กรุงเทพฯ สงขลา สตูล กาญจนบุรี สุรินทร์ เป็นต้น โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. เสนอแนะนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคต่อหน่วยของรัฐในระดับจังหวัด
2. สนับสนุนและดำเนินการตรวจสอบ ติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ปัญหาสินค้าและบริการ แจ้งหรือโฆษณาข่าวสาร เตือนภัยเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการที่อาจกระทบต่อสิทธิของผู้บริโภค อาจก่อให้เกิดความเสียหาย หรือเกิดความเสียหายแก่ผู้บริโภคในระดับจังหวัด โดยจะระบุชื่อสินค้า บริการ หรือชื่อของผู้ประกอบธุรกิจด้วยก็ได้
3. รายงานการกระทำหรือการละเลยการกระทำ อันมีผลกระทบต่อสิทธิของผู้บริโภคไปยังหน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานอื่นที่รับผิดชอบในระดับจังหวัด และเผยแพร่ให้ประชาชนทราบ
4. สนับสนุนการรวมตัวและช่วยเหลือองค์กรของผู้บริโภคภายในจังหวัด เพื่อรักษาประโยชน์ของผู้บริโภค
5. ร่วมกับสมาชิกและองค์กรของผู้บริโภคอื่นในจังหวัด “จัดให้มีสภาจังหวัด” โดยให้หน่วยงานประจำจังหวัดทำหน้าที่เป็นเลขานุการ
6. รับเรื่องร้องเรียน โกล่เกลี่ยหรือประนีประนอมยอมความข้อพิพาทเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้บริโภค
7. ดำเนินคดีในนามของสภาได้ เมื่อได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสภาจังหวัด ตามที่กำหนดในหมวดว่าด้วยการฟ้องคดี เว้นแต่หน่วยงานประจำจังหวัดนั้น เป็นองค์กรที่ได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ให้ดำเนินคดีแทนผู้บริโภคได้
8. จัดทำแผนการปฏิบัติงานและแผนงบประมาณรายปี และราย 6 เดือน

9. จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอต่อสำนักงานเป็นประจำทุก 6 เดือน โดยอย่างน้อยรายงานต้องมีเนื้อหาครอบคลุมผลงานที่เป็นความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ
10. ดำเนินการใช้จ่ายงบประมาณและจัดทำรายงานการเงินและบัญชีให้เป็นไปตามระเบียบ สภาผู้บริโภคว่าด้วยการงบประมาณ การบัญชี การเงิน และการสอบบัญชีของ สภาผู้บริโภค
11. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

สำหรับที่มาของงบประมาณของสภาฯ ได้ระบุไว้ใน พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562 มาตรา 19 มีเนื้อหาส่วนหนึ่งระบุว่า “ให้รัฐบาลจัดสรรเงินอุดหนุนไว้ที่สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นการจ่ายขาดเพื่อเป็นทุนประเดิมเบื้องต้นให้แก่สภาองค์กรของผู้บริโภคที่จัดตั้งขึ้นดังกล่าวเป็นจำนวนไม่น้อยกว่าสามร้อยห้าสิบล้านบาท” กล่าวคือ ในการจัดตั้งสภาฯ รัฐจะเป็นผู้อุดหนุนเงินทุนตั้งต้นจำนวนไม่น้อยกว่า 350 ล้านบาท และหลังจากนั้นจะมีการจัดสรรงบอุดหนุนเป็นรายปี ดังที่ระบุไว้ใน มาตรา 16 “ให้เป็นหน้าที่ของสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีที่จะเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาจัดสรรเงินอุดหนุนเป็นรายปีเป็นการจ่ายขาดให้แก่สภาองค์กรของผู้บริโภคตามที่สภาองค์กรของผู้บริโภคเสนอ” นอกจากนี้ สภาฯ ยังมีที่มาของรายได้อีก 2 ช่องทาง ได้แก่ 1.เงินค่าใช้จ่ายและค่าป่วยการ ที่ศาลสั่งให้ผู้ประกอบธุรกิจชำระแก่สภาผู้บริโภค 2.เงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินงานของสภาผู้บริโภค

สุดท้าย ในส่วนของวิธีการตรวจสอบและประเมินการทำงานของสภาฯ ได้ถูกกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562 มาตรา 17 ส่วนหนึ่ง ระบุว่า “ให้สภาองค์กรของผู้บริโภคจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของสภาองค์กรของผู้บริโภคตามระยะเวลาที่สภาองค์กรของผู้บริโภคกำหนด แต่ต้องไม่เกินสามปี” ทั้งนี้ ปัจจุบันองค์กรที่สภาฯ เลือกมาประเมิน คือ ทีดีอาร์ไอ นอกจากนี้ ในมาตรา 18 ยังระบุให้สภาฯ ต้องจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีเผยแพร่ให้ประชาชนและเสนอต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาอีกด้วย

2.การผลักดันกฎหมายสมรสเท่าเทียม

ความเป็นมา

การแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เพื่อสมรสเท่าเทียมเป็นกระบวนการต่อสู้ของภาคประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ในการปรับปรุงกฎหมายเพื่อรับรองสิทธิการแต่งงานและการก่อตั้งครอบครัวเพื่อให้มีสิทธิเท่าเทียมกับบุคคลที่มีเพศชาย-หญิง จนเป็นผลสำเร็จ โดยในวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2567 ราชกิจจานุเบกษาเผยแพร่พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567 หรือ “กฎหมายสมรสเท่าเทียม” ซึ่งมีเนื้อหารับรองการสมรสระหว่างบุคคลโดยไม่จำกัดเฉพาะชาย-หญิง มีผลบังคับใช้เมื่อพ้น 120 นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา ดังนั้น ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2568 เป็นต้นไป กฎหมายแพ่งใหม่จึงจะมีผลใช้บังคับ อย่างไรก็ตาม เส้นทางของการต่อสู้เพื่อผลักดันกฎหมายดังกล่าวไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ แต่ผ่านการเดินทางอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี ทั้งนี้ ใน

เว็บไซต์ policywatch ได้รวบรวมลำดับเหตุการณ์ไว้อย่างละเอียด ซึ่งผู้เขียนขอเลือกมาบางเหตุการณ์เพื่อนำเสนออย่างกระชับ

วันที่	เหตุการณ์
20 ม.ค. 2568	ราชกิจจานุเบกษาเผยแพร่ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจดทะเบียนครอบครัว (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2568
20 ม.ค. 2568	กรมการปกครองในฐานะนายทะเบียนกลาง เตรียมความพร้อมซักซ้อมการปฏิบัติกับสำนักทะเบียน และอำเภอ 878 แห่ง พร้อมสำนักงานเขตใน กทม. 50 เขต รวมทั้งสถานเอกอัครราชทูต สถานกงสุลไทยในต่างประเทศ 94 แห่ง
2 ธ.ค. 2567	บางกอกไพรด์ และณมิตรไพรด์ พร้อมคณะทำงานสมรสเท่าเทียมภาคประชาชนและกรุงเทพมหานคร(กทม.) ร่วมประกาศปักหมุดวันสมรสเท่าเทียม 22 ม.ค. 68 พร้อมจัดงานใหญ่จดทะเบียน 1,448 คู่
24 ก.ย. 2567	ราชกิจจานุเบกษา ประกาศใช้พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567 หรือกฎหมายสมรสเท่าเทียม
13 ส.ค. 2567	เศรษฐา ทวีสิน นายกรัฐมนตรี ประกาศเจตนารมณ์ของไทยในการเสนอตัวเป็นเจ้าภาพการจัด InterPride World Conference 2025 และเตรียมเสนอเป็นเจ้าภาพ WorldPride 2030
18 มิ.ย. 2567	ที่ประชุมวุฒิสภา มีมติเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.แก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือร่างกฎหมายสมรสเท่าเทียม วาระที่ 3 ด้วยคะแนนเสียง เห็นชอบ 130 เสียง ไม่เห็นชอบ 4 เสียง และงดออกเสียง 18 เสียง
14 มิ.ย. 2567	กรรมาธิการวุฒิสภา พิจารณาร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่...)พ.ศ....(สมรสเท่าเทียม)
1 มิ.ย. 2567	งาน Bangkok Pride Festival 2024 เทศกาลแห่งการเฉลิมฉลอง Pride Month
2 เม.ย. 2567	วุฒิสภา เห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สมรสเท่าเทียม วาระ 1 ด้วยคะแนน 147 ต่อ 4 ตั้งกมธ. พิจารณาร่าง 27 คน
27 มี.ค. 2567	สภาฯ เห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สมรสเท่าเทียม วาระ 3 ด้วยคะแนน 400 ต่อ 10

3 ม.ค. 2567	กรม. รับทราบข้อเสนอแนะคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ กรณี สมรสก่อนวัยอันควร ปรับแก้เกณฑ์อายุเป็น 18 ปี
21 ธ.ค. 2566	เข้าที่ประชุมสภาฯ วาระแรก 4 ฉบับ สภาฯ ผ่านวาระแรก 369 ต่อ 10 เสียง รับหลักการร่างกฎหมายสมรสเท่าเทียมทั้ง 4 ฉบับ ตั้ง กมธ. พิจารณาวาระสองโดยใช้ร่าง กรม. เป็นหลัก
21 พ.ย. 2566	กรม.รับรองร่างประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เพื่อใช้รับรองสมรส เท่าเทียม ให้สภาผู้แทนราษฎรพิจารณา
7-10 พ.ย. 2566	รับฟังความคิดเห็นร่วมกับผู้แทนกลุ่มศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลามทุก ภูมิภาคทั่วประเทศ จำนวน 4 ครั้ง
31 ต.ค. 2566	กฎหมายสมรสเท่าเทียมเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (กรม.)
11 ก.ย. 2566	แถลงนโยบายต่อสภาฯ จะผลักดันกฎหมายสนับสนุนสิทธิและความเท่า เทียมของกลุ่มหลากหลายทางเพศ
15 มิ.ย. 2565	สภาผู้แทนราษฎร รับหลักการร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความเท่าเทียม ทางเพศ 4 ฉบับ
5 มิ.ย. 2565	Bangkok Naruemit Pride 2022 จัดขบวนฉลอง Pride Month ครั้ง แรกของ กทม. เรียกร้องสิทธิเท่าเทียม สิทธิทางกฎหมาย
28 พ.ย. 2564	“กลุ่มภาคีสี่รัฐเพื่อการสมรสเท่าเทียม” จัดชุมนุมสี่แยกราชประสงค์ พร้อมเปิดเข้าชื่อเพื่อนำเสนอร่างกฎหมายสมรสเท่าเทียมภาคประชาชน ผ่าน www.support1448.org
17 พ.ย. 2564	ศาลรัฐธรรมนูญ มีมติ “เอกฉันท์” ว่า มาตรา 1448 ประมวลกฎหมาย แพ่งฯ ไม่ขัดรัฐธรรมนูญ แต่แนะนำให้ทุกภาคส่วน เร่งตรากฎหมายเพื่อ รับรองสิทธิเพศหลากหลาย
2564	“เพชร-ดาว” คู่รักเพศหลากหลาย ถูกปฏิเสธจดทะเบียนสมรส ทั้งคู่จึง ยื่นคำร้องต่อศาลรัฐธรรมนูญ ขอให้วินิจฉัยว่า การสมรสเพียงเพศชาย และหญิง ตามประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา 1448 ขัดต่อรัฐธรรมนูญ
31 ธ.ค. 2563	ดลวัฒน์ ไชยชมภู ครูหญิงข้ามเพศ สูญเสียคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยไม่สามารถมอบสิทธิ สวัสดิการ เบิกจ่ายยา ค่ารักษาพยาบาล ให้กับ คนรักได้ เนื่องจากเป็นคู่รักเพศเดียวกัน
2563	แนวคิด “พ.ร.บ. คู่ชีวิต” ถูกนำกลับมาปิดฝุ่นใหม่ใน รัฐบาล พล.อ. ประยุทธ์ ภายใต้คำใหม่ “สมรสเท่าเทียม” ร่างกฎหมายภาคประชาชน ชน และ พรรคก้าวไกล ผ่านได้แค่วาระ 1 ทำให้กฎหมายตกไปในที่สุด
2557	การผลักดันร่าง พ.ร.บ.คู่ชีวิต ยุติลง ภายหลังเกิดรัฐประหาร

2556	เริ่มดำเนินการร่างกฎหมาย “พ.ร.บ.คู่ชีวิต” ในสมัย รัฐบาล ยิ่งลักษณ์ แต่ไม่ได้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการ ขณะที่ตะวันตก มี พ.ร.บ.คู่ชีวิต ออกมาบังคับใช้ ไทยจึงเริ่มขับเคลื่อนอย่างจริงจัง
2554	เกิดกรณีคู่รักเพศหลากหลายถูกปฏิเสธการจดทะเบียนสมรส จึง ร้องเรียนไปยังหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง

สาระสำคัญของกฎหมายและความเปลี่ยนแปลง

การจดทะเบียนสมรสตามกฎหมายแพ่งแก้ไขใหม่ เริ่มได้ตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม พ.ศ.2568 เป็นต้นไป โดยในกฎหมายใหม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดการหมั้น-การสมรสที่เดิมระบุให้เป็น “ชาย-หญิง” ได้แก้ไข เป็น “บุคคลสองฝ่าย” เพื่อให้เปิดกว้างต่อผู้มีความหลากหลายทางเพศ นอกจากนี้ยังปรับอายุขั้นต่ำในการ หมั้น-การสมรสจากเดิม 17 ปี เป็น 18 ปีบริบูรณ์ และอนุญาตให้คนไทยจดทะเบียนสมรสกับชาวต่างชาติโดย ใช้กฎหมายไทยได้ นอกจากนี้ยังได้รับรองสิทธิต่าง ๆ เช่น รับบุตรบุญธรรมร่วมกันได้ มีสิทธิได้รับมรดกหากคู่ สมรสอีกฝ่ายเสียชีวิต และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายอื่น ๆ อาทิ ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลคู่สมรส ได้ สิทธิตามกฎหมายประกันสังคม เช่น ค่าทดแทน-เงินบำเหน็จชราภาพ กรณีคู่สมรสเสียชีวิต สิทธิประโยชน์ ทางภาษี เช่น การลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

กล่าวได้ว่า การปรับแก้กฎหมายเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในเรื่องนี้ได้ส่งผลกระทบในเชิงบวกต่อสิทธิ ขั้นพื้นฐานของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทั้งโดยตรงและโดยอ้อม แน่นอนว่าเป็นการสร้างความสะดวก ให้ง่ายแก่กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ก่อนหน้านี้ถูกเบียดขับและเข้าไปถึงสิทธิพื้นฐานด้านนี้ และใน ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความตระหนักและความเข้าใจในสังคมให้มีทัศนคติที่เข้าใจและยอมรับความ แตกต่างหลากหลายทางเพศอีกด้วย และกล่าวได้ว่าการจดทะเบียนสมรสหลังจากมีกฎหมายใหม่ถือเป็นสิ่งที่ ใฝ่ฝันของคู่รักผู้มีความหลากหลายทางเพศ เช่น กุ้ง ผู้ให้สัมภาษณ์กับสื่อปีซีไทยว่า “ในเรื่องของกฎหมาย สิ่งที่ยืนยันได้หลังจากนี้เรายังไม่เห็น แต่เท่าที่เรารู้สึกได้ คืออนาคตเราจะมั่นคงกันมากขึ้น ไม่ว่าในเรื่อง ของสวัสดิการ หรือเรื่องภาษีก็แล้วแต่ ที่เราอาจจะมามีสิทธิที่จะได้เข้าไปใช้หลังจากที่เราเสียไปเยอะแล้ว เราก็ อาจจะได้อำนาจมากขึ้น หรือว่าในเรื่องของอนาคตนานไปอีกก็เรื่องของวิชา ที่จะสามารถใช้วิชาแต่งงาน ได้หรือไม่ อะไรอย่างนี้ค่ะ คือในข้อย่อย ๆ อย่างนี้ เราต้องดูหลังจดทะเบียนไปอีกทีว่าเขาจะมีรายละเอียดอื่น ๆ เพิ่มอีกไหม”

บทเรียนที่น่าสนใจต่อการผลักดันร่างกฎหมายและนโยบายด้านการดูแลระดับประเทศ

ในส่วนนี้ ผู้เขียนจะนำเสนอบทเรียนที่น่าสนใจจากกรณีศึกษาทั้งสองโดยเปรียบเทียบและเสนอความคิดเห็นต่อการผลักดันร่างกฎหมายและนโยบายด้านการดูแลระดับประเทศควบคู่ไปด้วย โดยใช้ตาราง ดังนี้

ประเด็น	สภาองค์กรของผู้บริโภค	กฎหมายสมรสเท่าเทียม	การผลักดัน PC
การสร้างความเข้าใจต่อสาธารณะ	การทำงานด้านผู้บริโภคมาอย่างยาวนานขององค์กรเครือข่ายทำให้ได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง	มีการรณรงค์เพื่อสร้างความเข้าใจต่อผู้มีความหลากหลายทางเพศทั้งในแง่ของความเข้าใจพื้นฐานและเทคนิคทางกฎหมาย รวมถึงการจัดกิจกรรมที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้ เช่น งานพาเหรดที่มีความบันเทิงและดึงดูดใจ	งาน PC มีการริเริ่มมาอย่างยาวนานไม่น้อยกว่า 3 ทศวรรษ เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การสร้างความรู้ในสื่อสาธารณะอาจจะยังมีจำกัด อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มที่ประเด็นนี้จะได้รับการความสนใจมากขึ้น ภายใต้สถานการณ์สังคมสูงวัย อาจจำเป็นต้องผลิตสื่อที่ง่ายขึ้นเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสื่อบันเทิงกระแสหลัก รวมถึงจัดกิจกรรม/อีเวนท์ที่คนทั่วไปสามารถเข้าร่วมได้ง่ายและสนุก
เครือข่ายสนับสนุน	มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายขององค์กรที่ทำงานปกป้องสิทธิของผู้บริโภคในมิติต่าง ๆ ทำให้มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง	มีการรวมตัวของเครือข่ายภาคประชาชนที่ทำงานกับผู้มีความหลากหลายทางเพศในมิติต่าง ๆ อย่างเข้มแข็งเช่นกัน	จำเป็นต้องมีการสร้างการรวมตัวขององค์กรเครือข่ายเพื่อสร้างจินตนาการร่วมกันในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีเอกภาพและมีพลัง
การผลักดันกฎหมาย	สามารถอ้างอิงย้อนกลับไปถึงบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญเพื่อยืนยันถึง	มีเคสต่าง ๆ ที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการที่คู่รักไม่สามารจจด	อาจต้องย้อนกลับไปยึดโยงกับหลักการสำคัญบางข้อที่เกี่ยวข้องกับ

	เจตนารมณ์ในการก่อตั้งองค์กรทำให้การขับเคลื่อนมีน้ำหนัก และมีการรวมตัวประชาชน 13,000 คน เพื่อเสนอร่างกฎหมาย แสดงให้เห็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงกฎหมายจากภาคประชาชนที่ชัดเจน	ทะเบียนสมรส ทำให้เห็นปัญหาที่เกิดจากช่องว่างของกฎหมายที่ไม่เสมอภาค จากปัญหาที่จับต้องได้ทำให้เกิดการผลักดันกฎหมายในหลายช่องทาง และมีร่างหลายฉบับ มีทั้งร่างฉบับภาคประชาชน และพรรคการเมืองต่าง ๆ มีข้อดี คือ ทำให้เกิดการถกเถียงในสาธารณะอย่างกว้างขวาง	การดูแลสุขภาพประชาชนในรัฐธรรมนูญ และ/หรือกฎหมายฉบับอื่น ๆ (เช่น พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ) ร่วมกับการนำเสนอสถานการณ์ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม จากนั้นจึงยกร่างกฎหมาย ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีร่างเดียว
การจัดการองค์กร	องค์กรอิสระ ที่ได้รับทุนตั้งต้นจากรัฐบาลและได้รับเงินอุดหนุนรายปีจากรัฐบาล โดยต้องมีการส่งรายงานปฏิบัติการให้กรม.และสภาตรวจสอบ พร้อมกับการประเมินโดยองค์กรภายนอก	ไม่มี เพราะเป็นการเพิ่มสิทธิให้ประชาชน โดยที่มีองค์กพเดิมเป็นกลไกในการบังคับใช้กฎหมายอยู่แล้ว	กรณีตัวอย่างขององค์กรสภาผู้บริโภคเป็นตัวอย่างหนึ่งที่น่าสนใจ เพราะทำหน้าที่เป็น platform ที่สนับสนุนการทำงานให้องค์กรเครือข่ายอย่างไก็ดี การทำงานในระบบสุขภาพมีความซับซ้อนและแตกต่างจากงานดูแลผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจงอย่างไก็ดี การมีองค์กรที่เป็นอิสระที่ได้รับทุนตั้งต้นและงบประมาณอุดหนุนรายปีจากรัฐเพื่อความมั่นคงและยั่งยืนในการทำงาน ถือเป็น

			ทางเลือกที่น่าสนใจ (แต่การตั้งองค์กรนี้ จำเป็นต้องมีกฎหมาย แยกต่างหาก จาก พร บ.อยู่ดีตายดี หรือไม่?)
ปัญหาและอุปสรรค	ความผันผวนและความไม่ แน่นอนทางการเมืองทำให้ การผลักดันกฎหมายใช้ เวลายาวนาน อย่างไรก็ตาม เลขาฯ สภาฯ ได้ให้ สัมภาษณ์ว่าสืบเนื่องจาก งบประมาณที่รัฐจะ อุดหนุนรายปี มีความไม่ แน่นอน ทำให้มีข้อจำกัด ในการวางแผนการทำงาน และการบริหารจัดการ	ความผันผวนและความไม่ แน่นอนทางการเมือง ส่งต่อการพิจารณาร่าง กฎหมาย อย่างไรก็ตาม เสียงกระแสเชิงบวกใน สังคมทำให้กฎหมายผ่าน ในที่สุด	การสร้าง public awareness และ เครือข่ายขับเคลื่อนที่ เข้มแข็งเป็นจุดเริ่มต้น สำคัญของการผลักดัน กฎหมายและนโยบาย ในระยะยาว

บทที่ 4

ความเป็นไปได้และข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนโยบาย

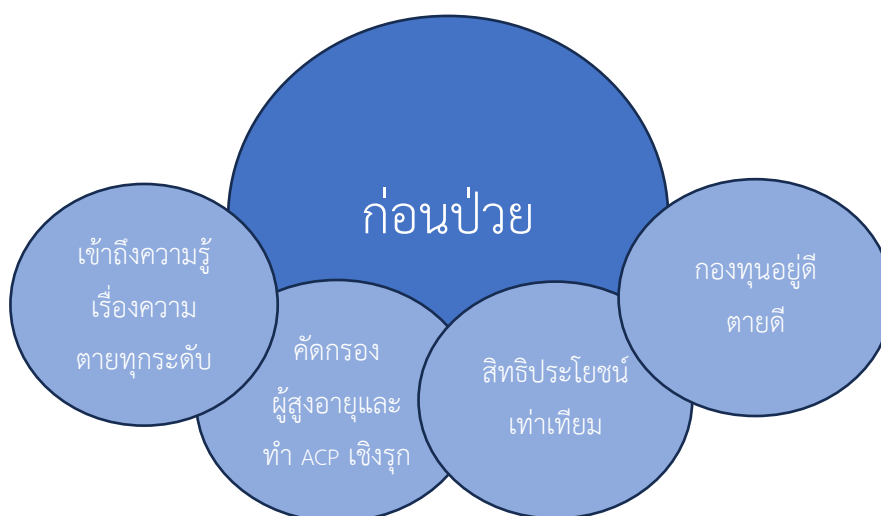
ในบทสุดท้าย ผู้เขียนจะนำเสนอความเป็นไปได้และข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตช่วงท้ายและการตายดีโดยประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งมีรากฐานจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจาก 3 บทก่อนหน้า ทั้งนี้ ผู้เขียนจะแบ่งการนำเสนอความเป็นไปได้และข้อเสนอแนะใน 2 มิติหลักที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1.ตัวแบบระบบการดูแลระดับประคับประคองที่พึงปรารถนา (desirable palliative care model) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบคิด “เส้นทางการรักษาของผู้ป่วย” (patient journey) ซึ่งเปรียบได้กับเป้าหมายปลายทาง และ 2.แนวทางการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ซึ่งจะนำเสนอกระบวนการผลักดันเพื่อให้การเกิดขึ้นของตัวแบบที่พึงปรารถนาปรากฏขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว อย่างไรก็ตาม ความเป็นไปได้และข้อเสนอแนะในที่นี้ยังถือว่าเป็นเพียงจุดเริ่มต้นหรือร่างความคิดซึ่งยังต้องอาศัยกระบวนการปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อพัฒนาตัวแบบและแนวทางการขับเคลื่อนเชิงนโยบายต่อไปในอนาคต

1.ตัวแบบระบบการดูแลระดับประคับประคองที่พึงปรารถนา



สำหรับตัวแบบระบบการดูแลระดับประคับประคองที่พึงปรารถนาในที่นี้จะนำเสนอผ่านกรอบคิดเส้นทางการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการวิเคราะห์ช่องว่างเชิงนโยบายในบทที่ 1 ประกอบกับข้อมูลในบทที่ 2 และ 3 โดยพื้นฐานของระบบการดูแลระดับประคับประคองที่พึงปรารถนาในที่นี้ ตั้งอยู่บนหลักการสำคัญ ได้แก่ 1. การบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะยาว และผู้ป่วยระยะประคับประคอง ซึ่งจำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อกัน แต่ในที่นี้จะเน้นภาพของระบบการดูแลระยะประคับประคองเป็นหลัก และอาจเกี่ยวพันกับระบบอื่น ๆ บางส่วน 2.เน้นการมีส่วนร่วมจาก 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ หน่วยงานรัฐส่วนกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน 3.เน้นการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดูแลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในฐานะที่เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ นอกจากนี้ ยังต้องดูแลทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ ตลอดจนปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้ ผู้เขียนจะไล่เรียงระบบการดูแลที่พึงปรารถนาไปตามลำดับ หากแต่ต้องตระหนักว่าเส้นทางการดูแลในแต่ละจุดเชื่อมโยงกันและไม่อาจตัดขาดหรือมองแบบแยกส่วน

ก่อนป่วย



สำหรับในช่วงก่อนป่วย จะเป็นช่วงเวลาสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนจะเข้าสู่เส้นทางการดูแลระยะประคับประคอง หรืออาจเรียกให้ง่ายว่าเป็นเส้นทางการตายดี ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในมิติต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่

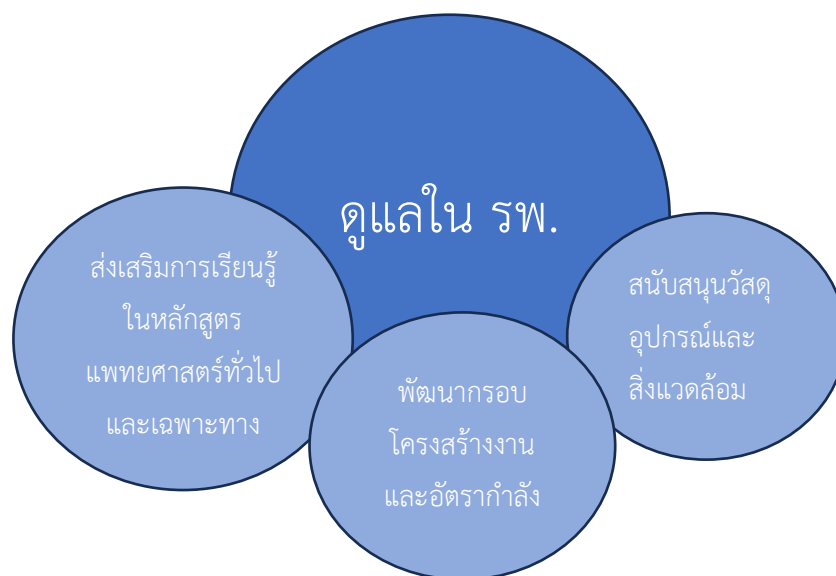
1.การเข้าถึงความรู้เรื่องความตายทุกระดับ มีการนำความรู้ว่าด้วยการอยู่ดีและตายดีเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนในทุกระดับ และเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารสาธารณะผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยเฉพาะการดัดแปลงให้เป็นส่วนหนึ่งของสื่อกระแสหลัก เช่น ภาพยนต์ ละคร วรรณกรรม เป็นต้น

2.คัดกรองผู้สูงอายุและทำ ACP เชิงรุก การบูรณาการให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการใช้กลไกเชิงรุกผ่านการดูแลในระดับชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการฝึกฝนทักษะด้านนี้เพิ่มเติมให้กับบุคลากรสุขภาพในท้องถิ่น

3.สิทธิประโยชน์เท่าเทียม มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ให้กับกลุ่มคนต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกัน ครอบคลุมทั้งการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลในชุมชน และการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ประชาชนทุกคนที่ต้องการดูแลระยะประคับประคองมั่นใจว่าพวกเขาจะได้รับการดูแลโดยไม่มีอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ

4.กองทุนอยู่ดีตายดี เกิดการพัฒนากองทุนระดับชาติที่สมาชิกสามารถจ่ายเงินสมทบเพื่อเป็นหลักประกันว่าพวกเขาจะได้รับการดูแล ร่วมกับการมีสิทธิประโยชน์พื้นฐานในข้อ 3. ทั้งนี้ การสมทบเงินจากกองทุนจะสามารถช่วยพัฒนาและสนับสนุนระบบการดูแลของภาครัฐให้มีศักยภาพและคุณภาพในการดูแลสูงขึ้น หรือคุ้มครองผู้ป่วย กรณีเข้ารับการรักษาในภาคเอกชน หรือกรณีที่มีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าปรับปรุงบ้าน หรือค่าเดินทาง เป็นต้น

การดูแลในโรงพยาบาล



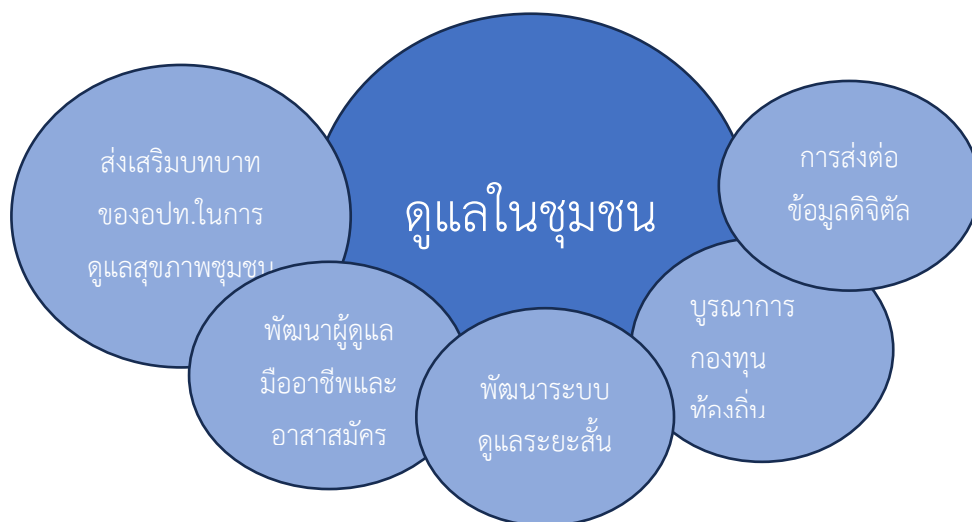
สำหรับในช่วงการดูแลในโรงพยาบาล จะเป็นช่วงแรกของเส้นทางการดูแลระยะประคับประคองที่เข้มข้นจริงจังมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาในส่วนของบุคลากรที่สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งแบบทั่วไปและแบบเฉพาะทาง ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาหลัก ๆ ดังนี้

1. ส่งเสริมการเรียนรู้ในหลักสูตรแพทยศาสตร์ทั่วไปและเฉพาะทาง โดยเฉพาะการปูพื้นฐานในหลักสูตรแพทย์ระดับอุดมศึกษา นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้านการดูแลระยะประคับประคอง และการดูแลผู้สูงอายุควบคู่กันไปอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมให้แพทย์ทั่วไปสามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในระยะประคับประคองได้อย่างทันเวลา ขณะเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลในทีมสหวิชาชีพก็จำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกอบรมเช่นเดียวกัน

2. พัฒนารอบโครงสร้างงานและอัตรากำลัง ในภาคปฏิบัติการดูแล ประเด็นถือว่ามีความเร่งด่วนและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะการกำหนดกรอบโครงสร้างงานและอัตรากำลังที่เหมาะสมจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพการดูแล อาทิ การดูแลนอกเวลาราชการ หรือการดูแล 24 ชั่วโมง ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

3. สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม การพัฒนารอบโครงสร้างงานที่ชัดเจน ย่อมนำมาสู่การจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องเปิดหอผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลที่บ้านได้อีกต่อไป

การดูแลในชุมชน



สำหรับในช่วงการดูแลในท้องถิ่น จะเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญระหว่างการดูแลที่โรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน เรียกว่าเป็นโซ่ข้อกลางที่ทำหน้าที่ยึดโยงและทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีคุณภาพเป็นไปได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาหลัก ๆ ดังนี้

1.ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพชุมชน มีการเสริมองค์ความรู้ และทักษะที่จำเป็นให้กับเจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่นในการทำความเข้าใจ วางแผน บริหารจัดการ และจัดสรรทรัพยากร โดยการสนับสนุนจากภาครัฐส่วนกลางอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในห้วงเวลาของการถ่ายโอน รพ.สต. ให้เป็นส่วนหนึ่งขององค์การบริหารส่วนจังหวัดต่าง ๆ

2.พัฒนาผู้ดูแลมืออาชีพและอาสาสมัคร มีการพัฒนาระบบการคัดกรอง การฝึกอบรม และวางแผนผลิตผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) ในปริมาณที่เหมาะสมและมีศักยภาพในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะระดับประคองอย่างเข้มข้นจริงจัง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเปราะบางและจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งทางกาย ใจ จิต วิญญาณ โดยผู้ที่มีทักษะ นอกจากนี้ การพัฒนาอาชีพผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมจะเป็นการสร้างงานในระดับชุมชน ขณะเดียวกัน ควรสนับสนุนให้กลุ่มอาสาสมัครหรือจิตอาสาที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทร่วมด้วย

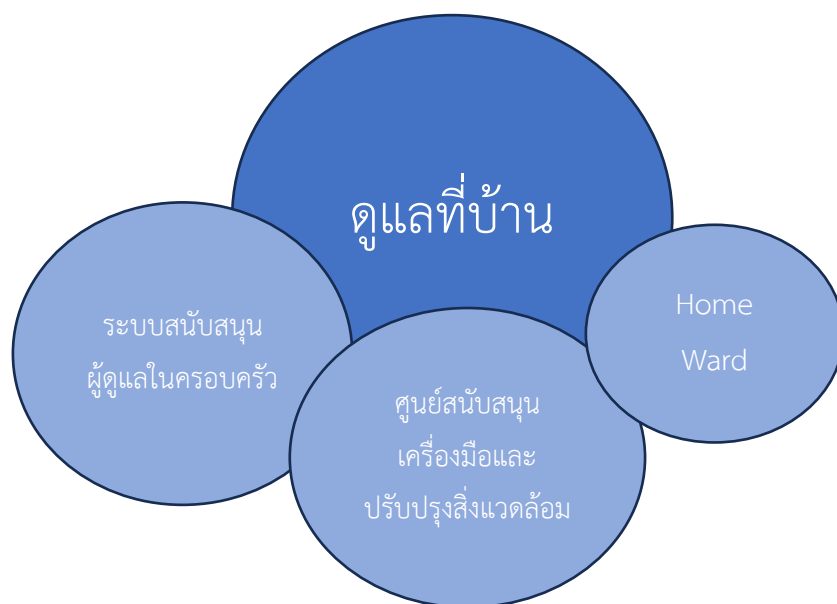
3.พัฒนาระบบดูแลระยะสั้น มีการบริหารจัดการผู้ดูแลในการเข้าไปพลัดเปลี่ยนเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการ เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ในท้องถิ่นที่มีศักยภาพ อาจพิจารณาการสร้างสถานรับดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะระดับประคองที่มีบริการรับส่งและดูแลผู้ป่วยรายวันไปจนถึงรายเดือน

4.บูรณาการกองทุนท้องถิ่น เพื่อให้ระบบการดูแลในท้องถิ่นเป็นไปได้จริง จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การบูรณาการกองทุนท้องถิ่นต่าง ๆ ให้มีความสอดคล้องและ

เหมาะสมกับการดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ ภาครัฐส่วนกลางอาจจำเป็นต้องช่วยอุดหนุนงบประมาณเพิ่มเติม

5.การส่งต่อข้อมูลดิจิทัล เพื่อให้การเชื่อมโยงการดูแลเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานท้องถิ่น จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้ระบบการส่งต่อรวดเร็ว แม่นยำ และมีประสิทธิภาพ

การดูแลที่บ้าน



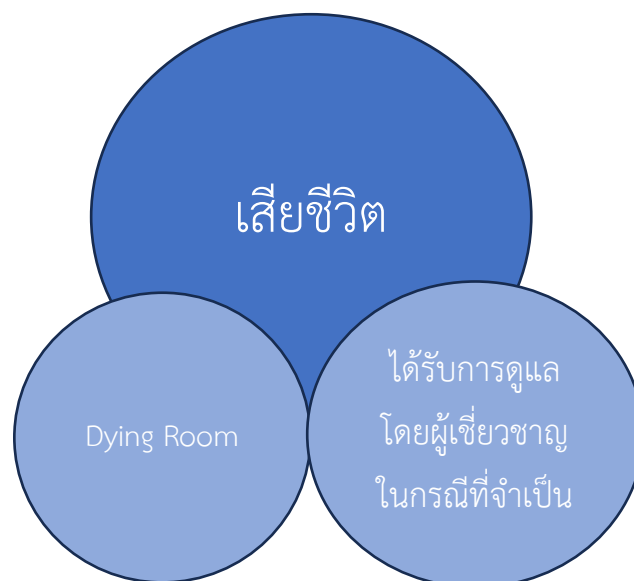
สำหรับในช่วงการดูแลที่บ้าน จะเป็นจุดที่สำคัญที่สุดในระบบการดูแลประคับประคอง เนื่องจากถ้าเป็นไปได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องการใช้เวลาช่วงสุดท้ายกับครอบครัวในสถานที่ ๆ พวกเขาคุ้นเคย ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลกันบ้านได้ยาวนานและมีคุณภาพมากที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญลำดับต้น ๆ ของการพัฒนาการดูแลประคับประคอง และเพื่อให้การดูแลในรูปแบบดังกล่าวเป็นไปได้ ควรมีการพัฒนา ดังนี้

1.ระบบสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว สำหรับผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างคุณภาพการดูแล อย่างไรก็ตาม คนกลุ่มนี้มักถูกมองข้ามหรือละเลย และไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวอย่างจริงจัง ตั้งแต่การให้คำปรึกษาสำหรับการเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล ระบบติดตามและช่วยเหลือทั้งด้านกาย ใจ และสังคม-เศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ จำเป็นต้องมีการสร้างระบบดูแลระยะสั้นในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในครอบครัว นอกจากนี้ อาจยังสามารถพัฒนาสิทธิการลาเพื่อดูแลระยะท้าย หรือตัวแบบการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแลในครอบครัว

2. ศูนย์สนับสนุนเครื่องมือและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม คุณภาพการดูแลที่ดีที่บ้านไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ดูแลในชุมชนเท่านั้น แต่การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและจัดหาเครื่องมือที่เหมาะสมกับการดูแลมีส่วนช่วยให้การดูแลที่บ้านเป็นไปอย่างสะดวกสบายและราบรื่น ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง รัฐบาลควรมีนโยบายจากส่วนกลางในการสนับสนุนศูนย์เครื่องมือฯ อย่างชัดเจน เพราะแม้ว่าในปัจจุบัน โรงพยาบาลหรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่นจะพยายามเข้ามาสนับสนุน แต่ก็ยังพบอุปสรรคด้านงบประมาณและการบริหารจัดการ

3. Home Ward ถือเป็นนวัตกรรมใหม่ในการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างบ้านและโรงพยาบาล โดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยทำให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นได้สะดวกมากขึ้น ทิศทางดังกล่าว สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่การดูแลที่บ้านมีความสำคัญ ดังนั้น การพัฒนาระบบ home ward ที่มีคุณภาพจะช่วยให้การดูแลที่บ้านทำได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะช่วยลดการเดินทางไปโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งถือเป็นความยากลำบากของผู้ป่วยระยะประคับประคอง

เสียชีวิต

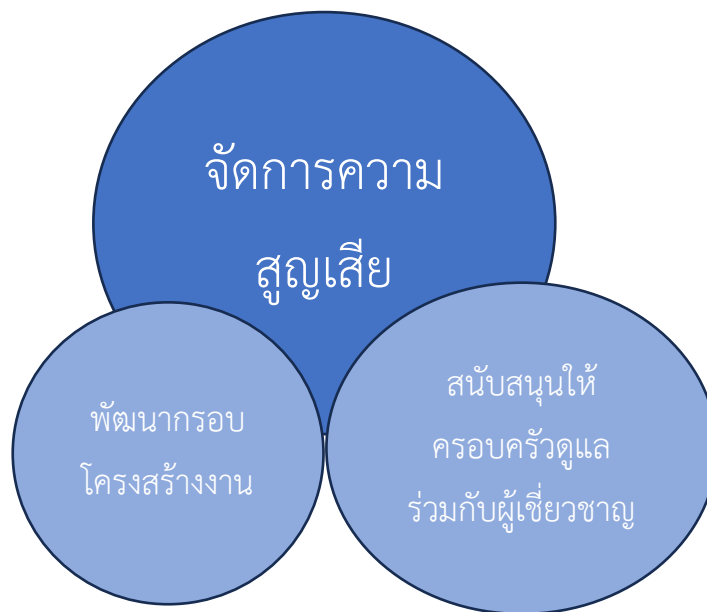


สำหรับช่วงเสียชีวิต นับเป็นช่วงเวลาสุดท้ายที่สำคัญและมีค่าต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น เพื่อให้การตายดีในช่วงเวลาสุดท้ายเป็นไปได้ ควรมีการพัฒนา ดังนี้

1. ได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่จำเป็น ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลระยะประคับประคองอยู่ที่บ้าน โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่น หากในช่วงเวลาใกล้เสียชีวิต มีสถานะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมาน ระบบการดูแลระยะประคับประคองต้องมีความพร้อมในการสนับสนุนอย่างทันเวลา

2.Dying Room ในหลายกรณี โดยเฉพาะในพื้นที่เมือง ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ใกล้เสียชีวิตไม่สามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ เช่น อาจจะต้องอยู่ในคอนโดมิเนียม บ้านเช่า หรือในสถานที่อื่นใดที่ไม่มีความพร้อม ดังนั้น พวกเขาควรได้รับการส่งต่อให้เข้ามาใช้เวลาในช่วงท้ายสุดของชีวิตในโรงพยาบาลหรือสถานที่ที่เหมาะสมและเป็นส่วนตัว ซึ่งในปัจจุบัน บางโรงพยาบาลได้จัดทำห้อง Dying Room ขึ้นเป็นการเฉพาะ หรืออาจใช้พื้นที่ของหอผู้ป่วยประคับประคอง

จัดการความสูญเสีย



สำหรับการจัดการความสูญเสียหลังจากผู้ป่วยจากไปแล้ว ความรู้สึกโศกเศร้าหรือค้ำคาใจนั้นถือเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่ในขณะเดียวกัน บางกรณีครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยก็อาจต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ดังนั้น จึงควรพัฒนาการดูแลในส่วนนี้ ดังนี้

1. พัฒนารอบโครงสร้างงาน เพื่อให้การดูแลจัดการความสูญเสียถือเป็นงานหนึ่งที่จะขาดไม่ได้ในระบบการดูแลประคับประคอง เพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการฝึกอบรมทักษะด้านนี้เพิ่มเติมให้บุคลากร

2. สนับสนุนให้ครอบครัวดูแลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ กล่าวได้ว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดการความเศร้าโศกอาจไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเสมอไป หากแต่คนในครอบครัวควรได้รับการให้คำปรึกษาและสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญให้มีบทบาทสำคัญในการช่วยบรรเทาและดูแลกันภายในครอบครัว

2.แนวทางการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

การนำเสนอตัวแบบการดูแลที่พึงปรารถนาข้างต้น เปรียบได้กับเป้าหมายปลายทางหรือภาพในอุดมคติ หากแต่ในทางปฏิบัติ การจะผลักดันให้เกิดขึ้นจริงจำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญและร้อยเรียงกระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ซึ่งกล่าวได้ว่าจำเป็นต้องใช้ความพยายามและแรงสนับสนุนอย่างกว้างขวาง เนื่องจากระบบการดูแลระยะประคับประคองที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในประเทศใดก็ตาม ถือเป็นการปรับโครงสร้างระบบสุขภาพ และอาจรวมถึงการบริหารจัดการภาครัฐ โดยเฉพาะในระดับปณมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ ในที่นี้ ผู้เขียนขอเสนอแนวทางการขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายปลายทางในระยะสั้น 1-2 ปี ระยะกลาง 3-5 ปี และระยะยาว 5-10 ปี ใน 3 มิติ ได้แก่ 1.กลไกเชิงนโยบายและการอภิบาลระบบ หมายถึงการผลักดันให้เกิดกลไกในการวางแผน ให้คำปรึกษา และติดตามการนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติ 2.ระบบการดูแล หมายถึงการจัดลำดับความสำคัญในการสร้างความเปลี่ยนแปลงในระบบบริการแต่ละจุด เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงแต่ละระยะสามารถสร้างผลกระทบอย่างเป็นระบบในภาพกว้างมากกว่าที่จะส่งผลกระทบแบบแยกส่วนเพียงเล็กน้อย 3.การวิจัยและพัฒนา หมายถึง การสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการปรับเปลี่ยนระบบบริการด้วยการใช้ความรู้มาสนับสนุนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับสถานการณ์ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ซึ่งหากพิจารณาอย่างกระชับจะพบว่าทั้ง 3 มิติ หมายถึง การขับเคลื่อนร่วมกันทั้งกลไกเชิงนโยบาย ระบบบริการ และการวิจัย ดังตาราง

	ระยะสั้น	ระยะกลาง	ระยะยาว
กลไกเชิงนโยบายและการอภิบาลระบบ	- ก่อตั้งคณะทำงานพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติการอยู่ดีตายดีอย่างมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาชน - ประกาศแผนยุทธศาสตร์ชาติและคณะทำงานขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วม - พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียม	- พัฒนาคณะทำงานยกร่างพระราชบัญญัติการอยู่ดีตายดี - ก่อตั้งหน่วยเฉพาะในการอภิบาลระบบ	กองทุนอยู่ดีตายดี
ระบบการดูแล	สนับสนุนระบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างบ้าน ชุมชน	พัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ Palliative	บูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยระยะยาว

	และโรงพยาบาลให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะการสนับสนุนการดูแลที่บ้านโดยอปท. โดยเฉพาะการผลิตผู้ดูแลมืออาชีพ การจัดการกองทุนท้องถิ่น และสร้างความร่วมมือกับภาคประชาสังคม ● ผลักดันกระบวนการคัดกรองโรคผู้สูงอายุ และทำ ACP เชิงรุก ● พัฒนาโครงสร้างงานและอัตรากำลังในการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ● เผยแพร่องค์ความรู้ในพื้นที่สาธารณะ เน้นกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุและคนวัยทำงาน	Medicine พื้นฐานใน บุคลากรทาง การแพทย์ ● เพิ่มกำลังการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ● เผยแพร่องค์ความรู้ในพื้นที่สาธารณะในกลุ่มเป้าหมายทุกเพศทุกวัย	และผู้ป่วยระยะ ท้ายอย่างใกล้ชิด
การวิจัยและพัฒนา	● ก่อตั้งเครือข่ายวิจัยและพัฒนา ระดับชาติ-ท้องถิ่น ● ทบทวนสถานะองค์ความรู้ ● ทบทวนสถานการณ์ ช่องว่าง และความท้าทายของระบบการดูแล เพื่อพัฒนาแผน	● พัฒนาข้อเสนอเพื่อสนับสนุนการยกร่าง พ.ร.บ. อยู่ดีตายดี ● พัฒนาเครือข่ายวิจัยระดับนานาชาติ ● พัฒนาวารสารวิชาการและเวทีวิชาการประจำปี	● พัฒนาข้อเสนอสนับสนุนกองทุนอยู่ดีตายดี

	ยุทธศาสตร์ ระดับชาติ ● ทำงานวิจัยเชิงลึก ในพื้นที่นำร่อง โดยเฉพาะการนำ นโยบายไปปฏิบัติ		
--	---	--	--

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

1. การนำเสนอตัวแบบการดูแลระดับประเทศที่พึงปรารถนาในที่นี้สามารถพัฒนาต่อให้เห็นต้นแบบที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่จริง ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อน ข้อจำกัด และความเป็นไปได้ของการออกแบบและพัฒนาระบบในภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาอย่างเป็นระบบที่ไม่แยกส่วน และเชื่อมโยงกันทุกจุดปะทะที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญ
2. จำเป็นต้องมีการส่งเสริมการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ทั้งในแง่ของการพัฒนาเครือข่ายนักวิจัยพัฒนาศักยภาพ ให้อำนาจในการทำวิจัย และเชื่อมโยงการทำงานวิจัยเข้ากับการพัฒนานโยบายในระดับต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม
3. จำเป็นต้องพัฒนาการศึกษาวิจัยที่เชื่อมโยงและสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างระบบการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคองที่ใกล้ชิดมากขึ้น โดยเฉพาะการทำงานในเชิงระบบสุขภาพในภาพใหญ่

บรรณานุกรม

บทที่ 1

คณะกรรมการการพัฒนาระบบ และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส

วุฒิสภา. 2566. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ข้อเสนอการสร้างเสริมสุขภาพระยะสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมสูงวัย. สำนักงานกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ชลธิชา ทักขิณเวศน์. 2567. Palliative care : เมื่อการดูแลแบบ 'ไม่เร่ง' และ 'ไม่ยื้อ' ความตาย กลายเป็นสิ่งที่คนเข้าไม่ถึง. เข้าถึงจาก <https://www.the101.world/palliative-care/>

ประชาไท. 2567. แก่คนเดียว ตายคนเดียว. เข้าถึงจาก

<https://www.youtube.com/watch?v=ec0NK6UyTHY>

ประชาธิป กะทา. 2566. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความตายในชุมชนเมือง. โครงการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ เวทีวิจัยมนุษยศาสตร์ไทย ครั้งที่ 15.

พิชชากร เรืองเดชวิวัฒน์. 2567. Quick Win แล้วสิ้นใจ ? : ประคับประคองศูนย์ชีวาภิบาลอย่างไรให้อยู่รอด. เข้าถึงจาก <https://www.the101.world/first-anniversary-cheewabhibaln/>

พิสิษฐ์ ศรีอัครโกศล. 2564. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการ “ตายดี” สิ่งที่รัฐไทยไม่ให้ความสำคัญ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันพระปกเกล้า.

ภักคพงศ์ วงศ์คำ. 2559. นโยบายและกฎหมายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประคับประคอง.

(วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

policywatch. 2567. 1 ปีนโยบาย "ชีวาภิบาล" หลายปัญหาที่ต้องสะสางสู่สิทธิตายดี. เข้าถึงจาก

<https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-71>

Mussar, J. 2017. Design thinking in healthcare: reimagining the emergency waiting room experience. Retrieved from <https://www.jennamussar.com/design-thinking-in-health-care>

บทที่ 2

Agency for Integrated Care (AIC). (n.d.). Hospice home care services. Retrieved February 15, 2025, from [125](<https://www.aic.sg/care-services/hospice-home-care>)

Audit Scotland. (2008). Review of palliative care services in Scotland. Retrieved from [129](https://audit.scot/docs/health/2008/nr_080821_palliative_care.pdf)

Gibbins, J., Borthwick, D., & Payne, S. (2021). Palliative and end-of-life care in Scotland: Current trends and future challenges. BMJ Supportive & Palliative Care, 11(1), 4-10. Retrieved from [130](<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7868264/>)

Lien Centre for Palliative Care (LCPC). (n.d.). SG Pall eBook. Retrieved February 15, 2025, from [124](<https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/resources/sg-pall-ebook-disclaimer>)

Ministry of Health Singapore (MOH). (2023). National strategy for palliative care report. Retrieved from [119](<https://www.moh.gov.sg/newsroom/launch-of-the-2023-national-strategy-for-palliative-care>)

My Legacy (Government of Singapore). (n.d.). Where can you get palliative care? Retrieved February 15, 2025, from [126](<https://mylegacy.life.gov.sg/end-of-life-planning/where-can-you-get-palliative-care>)

NHS Inform. (n.d.). Financial support in palliative care. NHS Scotland. Retrieved from [132](<https://www.nhsinform.scot/care-support-and-rights/palliative-care/practical-help-and-advice/financial-support-in-palliative-care/>)

NHS Inform. (n.d.). Palliative care - Illnesses and long-term conditions. NHS Scotland. Retrieved from [133](<https://www.nhsinform.scot/care-support-and-rights/palliative-care/>)

Scottish Government. (2015). Strategic framework for action on palliative and end of life care (2015-2021). Edinburgh: Scottish Government. Retrieved from [135](<https://www.gov.scot/publications/strategic-framework-action-palliative-end-life-care/>)

Scottish Government. (2024). Palliative Care Strategy: Palliative Care Matters for All (Draft Policy). Retrieved from [136](<https://www.gov.scot/publications/palliative-care-strategy-palliative-care-matters/>)

Scottish Government. (2024). Palliative care strategy: Population data and research (additional paper). Retrieved from [137](<https://www.gov.scot/publications/palliative-care-strategy-population-data-research-additional-paper/>)

Scottish Partnership for Palliative Care. (n.d.). Palliative care policy in Scotland. Retrieved from [138](<https://www.palliativecarescotland.org.uk/content/palliative-care-policy/>)

Singapore Hospice Council (SHC). (2015). National guidelines for palliative care (Revised edition). Retrieved from [120](<https://www.singaporehospice.org.sg/wp-content/uploads/National-Guidelines-for-Palliative-Care-Revised-Ed.-Jan-2015.pdf>)

Singapore Hospice Council (SHC). (2023). National palliative care quality improvement programme (NatPallQI). Retrieved from [128](<https://www.singaporehospice.org.sg/national-palliative-care-qi-programme-natpallqi/>)

Singapore Hospice Council (SHC). (2024). National Strategy for Palliative Care 2023-2027. Retrieved from [127](<https://www.singaporehospice.org.sg/e-library>)

The Scottish Sun. (2023, October 11). ‘We may have to turn away dying people,’ care boss says hospices are at risk of collapse. Retrieved from [140](<https://www.thescottishsun.co.uk/news/13933674/turn-away-dying-people-hospices-risk-collapse/>)

บทที่ 3

ปิยิไทย. 2568. “ห้าม [ตาย] ก่อนนะ” : เปิดความหวังสมรสเท่าเทียมไทย จากมุมมองคู่รักไทย-ต่างชาติ.

เข้าถึงจาก <https://www.bbc.com/thai/articles/c1m5e89e9kzo>

สภาองค์กรของผู้บริโภค.2568. เกี่ยวกับสภาผู้บริโภค. เข้าถึงจาก <https://www.tcc.or.th/aboutus/>

สภาองค์กรของผู้บริโภค.2568. โครงสร้างสภาผู้บริโภค. เข้าถึงจาก <https://www.tcc.or.th/organization/>

สภาองค์กรของผู้บริโภค.2568. หน่วยงานเขตพื้นที่. เข้าถึงจาก <https://www.tcc.or.th/tcc-zone/>

สภาองค์กรของผู้บริโภค.2568. หน่วยงานประจำจังหวัด. เข้าถึงจาก <https://www.tcc.or.th/tcc-agency/>

สภาองค์กรของผู้บริโภค.2568. สภาผู้บริโภค เราคือ...เพื่อนผู้บริโภค. เข้าถึงจาก

https://www.youtube.com/live/HzjFlGeHyVI?si=HkOsFPHr_cBSoj7I

iLaw. 2567. #สมรสเท่าเทียม : เปิดกฎหมายแพ่งแก้ไขใหม่ บุคคล-บุคคล สมรสได้ ไม่จำกัดแค่ชาย-หญิง.

เข้าถึงจาก <https://www.ilaw.or.th/articles/43563>

iLaw. 2567. #สมรสเท่าเทียม : เปิด 3 ร่างแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งฯ ปลดล็อกไม่จำกัดเฉพาะชาย-หญิง.

เข้าถึงจาก <https://www.ilaw.or.th/articles/6353>

iLaw. 2567. รวมข้อมูลความเคลื่อนไหวการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งฯ เพื่อ #สมรสเท่าเทียม. เข้าถึงจาก

<https://www.ilaw.or.th/articles/17971>

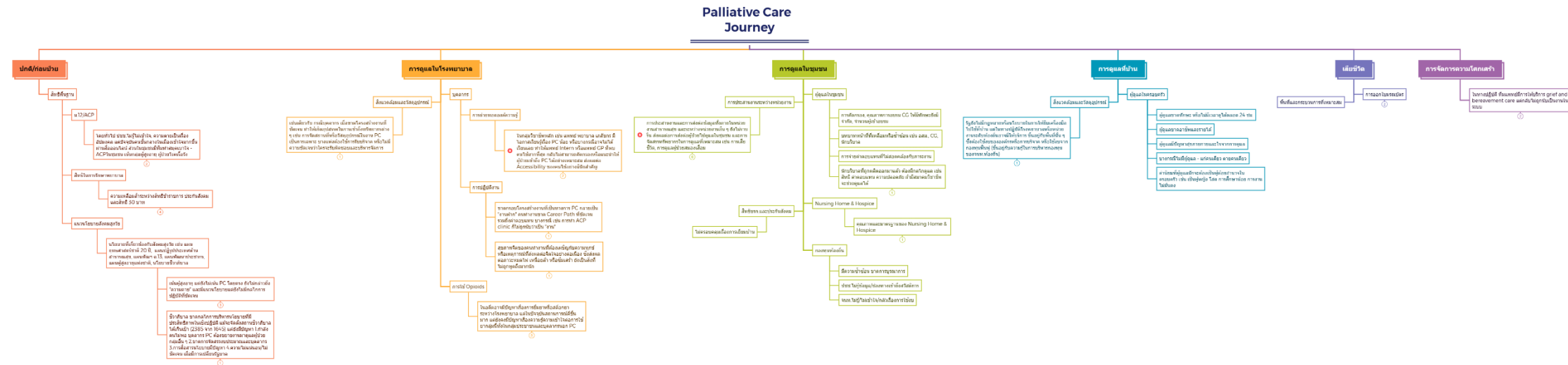
iLaw. 2556. ตั้งไขร่างพ.ร.บ.คู่ชีวิต ทดแทนการจดทะเบียนสมรส. เข้าถึงจาก

<https://www.ilaw.or.th/articles/16402>

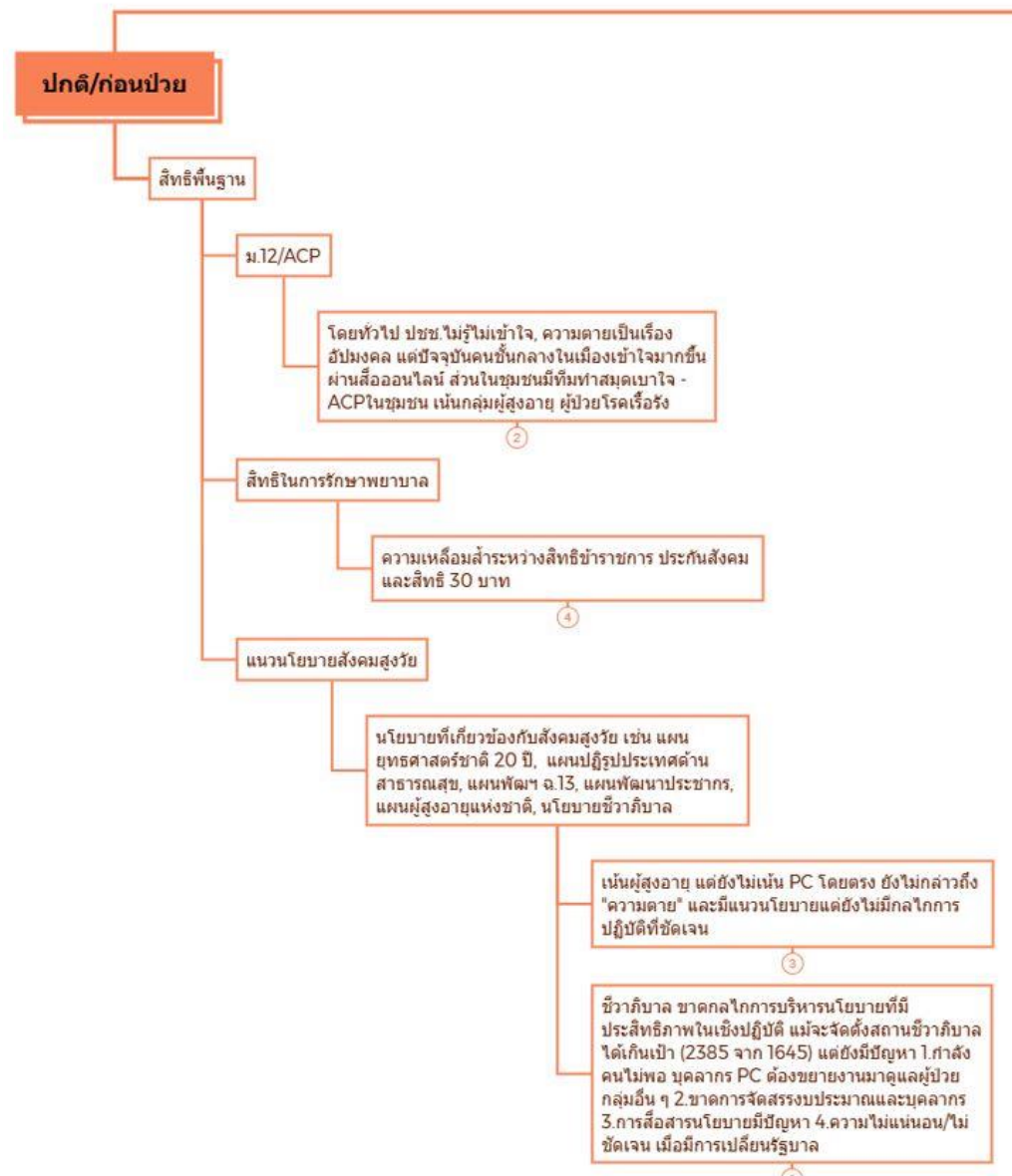
Policywatch. 2568. สมรสเท่าเทียม. เข้าถึงจาก <https://policywatch.thaipbs.or.th/policy/legal-2>

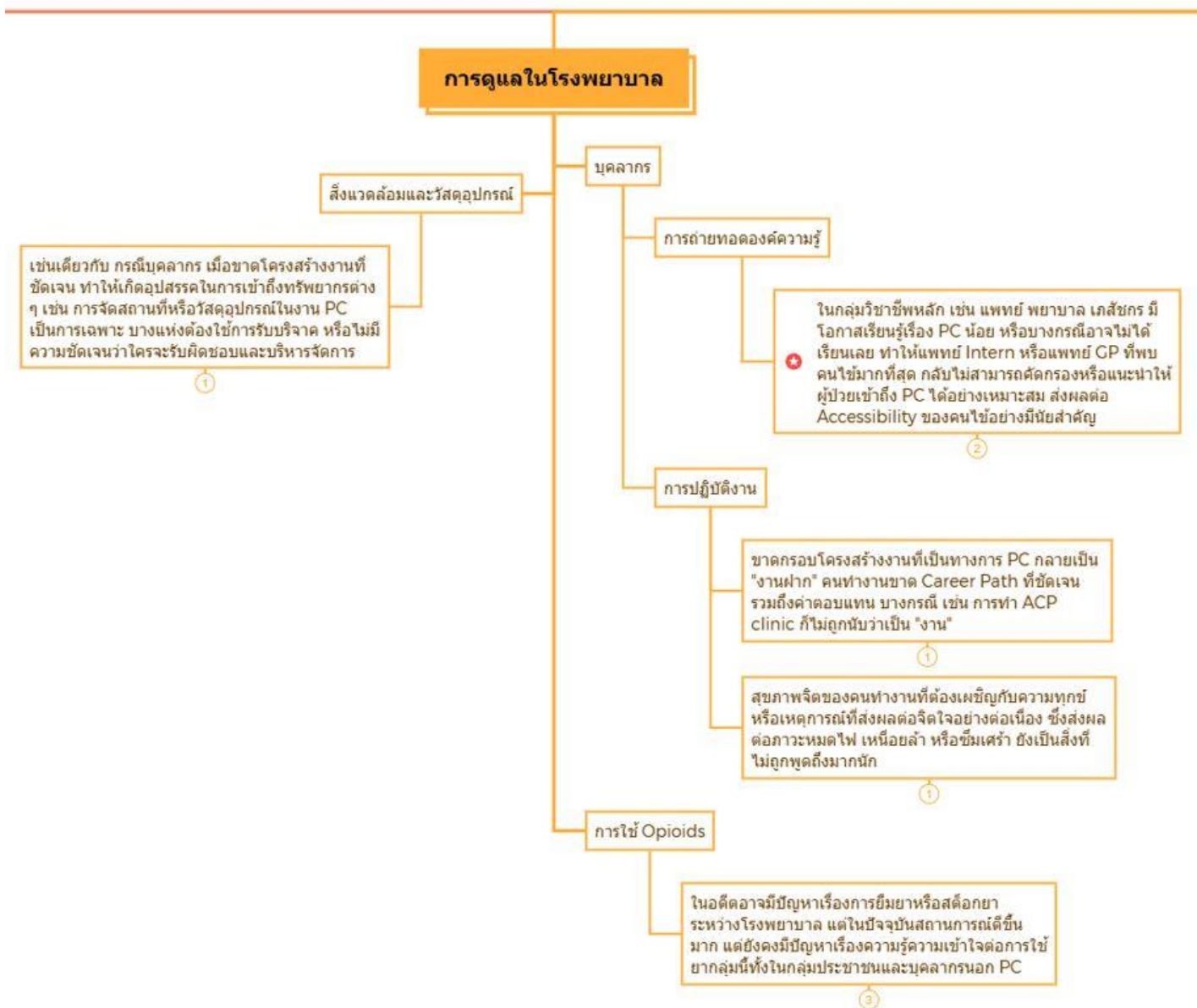
ภาคผนวก

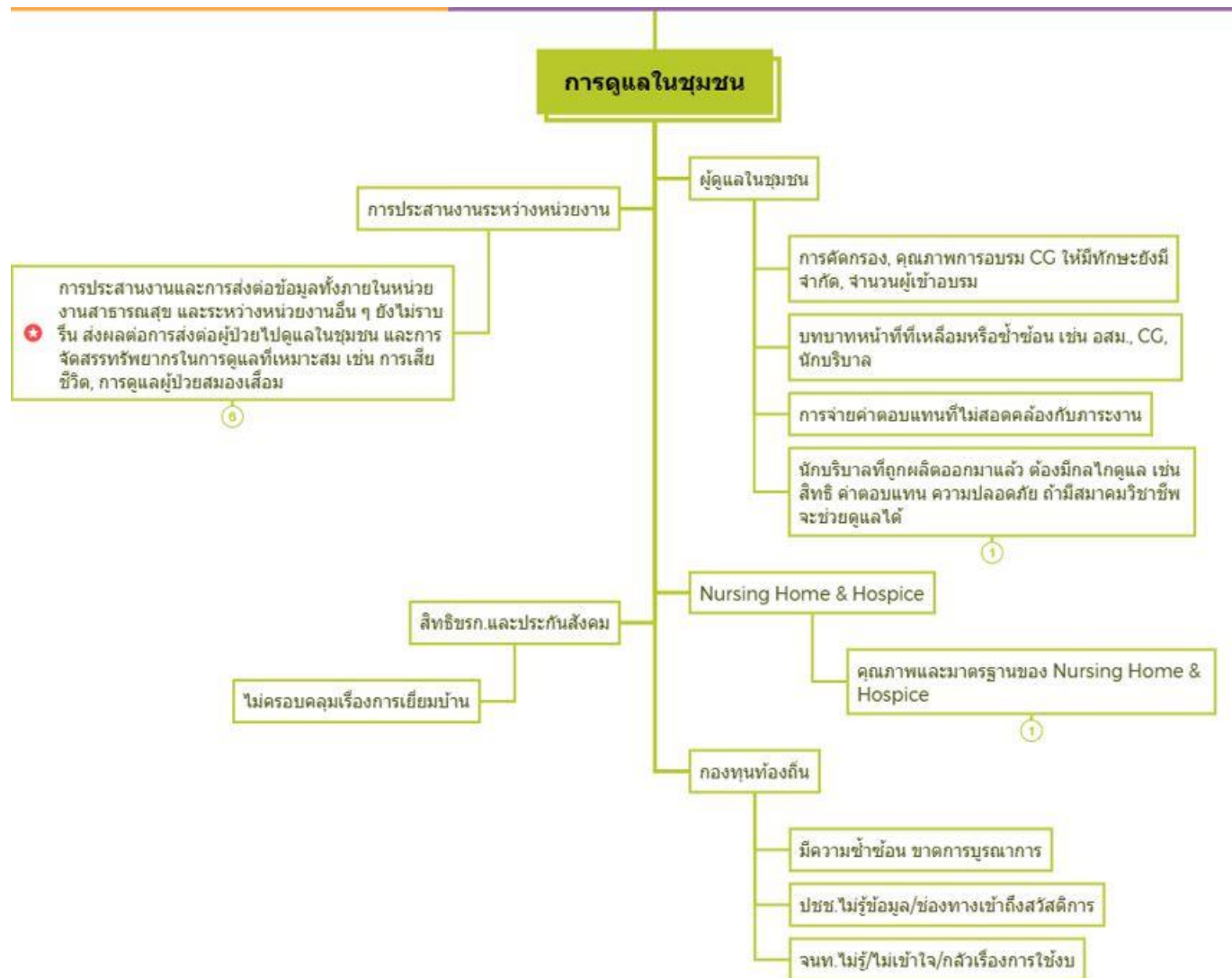
แผนภาพ Palliative Care Policy Journey (เข้าถึงได้ที่ <https://xmind.ai/share/kW5p2Q9e?xid=d3gGzKgi>)

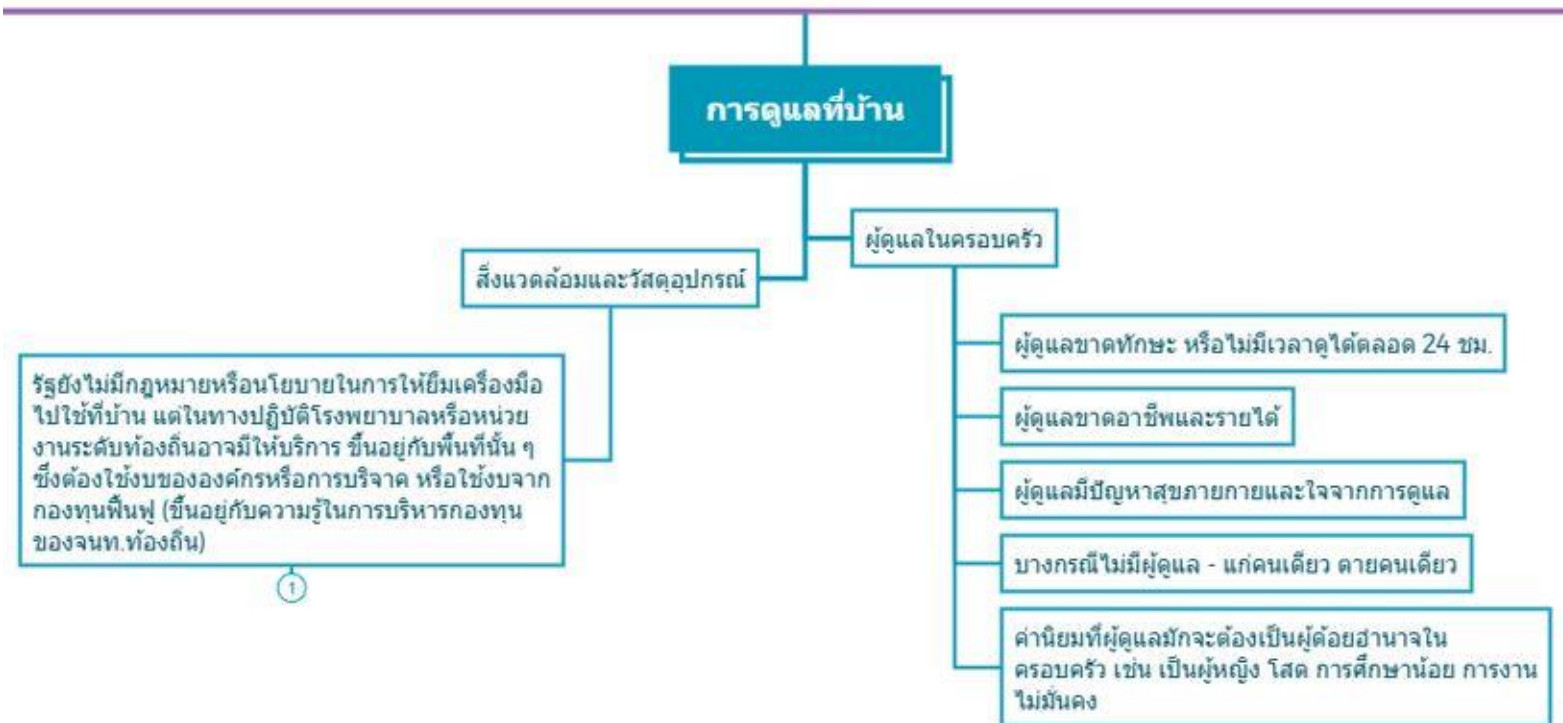


Presented with xmind AI



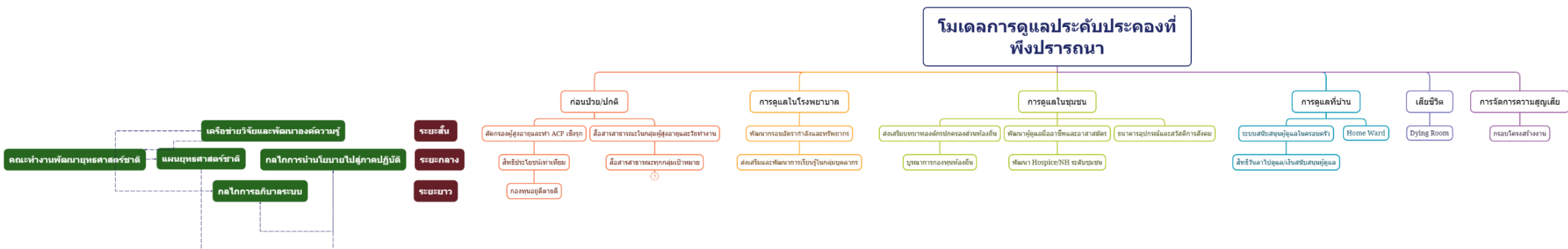








แผนภาพ แนวทางการพัฒนาและโมเดลการดูแลการประคับประคองที่พึงปรารถนา (เข้าถึงได้ที่ <https://xmind.ai/share/RsFwp4fo?xid=9bKLEPTh>)



Presented with xmind AI