

การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์

และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ



การทบทวน ชุดสิทธิประโยชน์

และการเข้าถึงบริการ
อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ



การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

จัดทำโดย

ธีระ ศิริสมุด	ทรงยศ พิลาสันต์
สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล	วันทนีย์ กุลเพ็ง
ปฤษฎพร กิ่งแก้ว	แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล
สุรัชย์ โกดิรัมย์	ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
ยศ ธีระวัฒนานนท์	

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ.-- นนทบุรี :
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2557.

261 หน้า.

1. คนพิการ --เครื่องมือและอุปกรณ์. I. ธีระ ศิริสมุด. II. ชื่อเรื่อง.

617.033

ISBN 978-616-11-2336-9

พิมพ์ครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2557)

พิมพ์ที่ บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

โทร 0-2525-1121 , 0-2525-4669-70 โทรสาร 0-2525-1272

จัดพิมพ์โดย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ 0-2590-4549, 0-2590-4374-5 โทรสาร 0-2590-4369

<http://www.hitap.net>



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้ครีเอทีฟคอมมอนส์
แสดงที่มา ไม่ใช้เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง



HITAP



HITAP THAI



HITAP THAI



HITAP.NET



www.hitap.net

คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการประมาณ 1.5 ล้านคน และยังมีคนพิการจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐ เช่น ไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ทั้งที่มีความจำเป็น การที่คนพิการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเกิดจากอุปสรรคหลายประการ รวมถึงสิทธิการรักษาพยาบาลของคนพิการ ที่แม้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ จะระบุหลักการเรื่องความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ แต่ในทางปฏิบัติยังมีความแตกต่างในด้านรายการสิทธิประโยชน์ การบริหารจัดการ และกลไกการจ่ายค่าบริการตามสิทธิ รวมทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้คนพิการบางกลุ่มเข้าไม่ถึงการบริการที่จำเป็น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนานโยบายและมาตรการเพื่อลดช่องว่างและแก้ไขปัญหาคือความเหลื่อมล้ำดังกล่าว

รายงานการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการฉบับนี้ ได้ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทยและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ที่สนใจ เพื่อใช้ในการกำหนดมาตรการลดความเหลื่อมล้ำและคนพิการสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

คณะผู้วิจัย
ตุลาคม 2557

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อ รายงานวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน ประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ที่อนุเคราะห์ ข้อมูลการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ขอขอบคุณ ดร.อรรถัย เขียวเจริญ ที่ อนุเคราะห์แบบสอบถามเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้แทนกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มองค์กรด้านคนพิการทุก ท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ผู้ ประสานงานและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูล คน พิการและญาติทุกท่านที่ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณประภาพร หอม จันทิก และคุณโสภณ วงศ์สุภาพ ที่ถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์เกี่ยวข้อง กับ ความพิการของตนในหลายแง่มุม อีกทั้งขอขอบคุณนักวิจัยและเจ้าหน้าที่ใน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนตลอดระยะเวลาการศึกษานี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าในประเทศไทยมีคนพิการทั้งหมดประมาณ 1.9 ล้านคน หรือ ราวร้อยละ 3 ของประชากรทั้งหมด รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ให้การคุ้มครองสิทธิของประชาชนทุกคนรวมทั้งคนพิการผ่านบทบัญญัติที่ว่าด้วยความเสมอภาคในมาตรา 30 โดยรัฐต้องจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐาน เช่น ด้านการศึกษา สาธารณสุข และการสนับสนุนการประกอบอาชีพ รวมทั้งจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจของ สสช. มีคนพิการจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐ กล่าวคือ ไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งที่มีความจำเป็น ไม่ได้เรียนหนังสือ และไม่มีงานทำ

การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ฯ เกิดจากอุปสรรคหลายประการ เช่น ต้องเดินทางไกลไปรับบริการ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่มีค่ารักษาพยาบาล ถึงแม้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จะระบุหลักการเรื่องความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ แต่ในทางปฏิบัติยังมีความแตกต่างในด้านรายการสิทธิประโยชน์ การบริหารจัดการ และกลไกการจ่ายค่าบริการตามสิทธิ รวมทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้คนพิการบางกลุ่มเข้าไม่ถึงการบริการที่จำเป็น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนานโยบายและมาตรการเพื่อลดช่องว่างและแก้ไขปัญหาคือความเหลื่อมล้ำดังกล่าว

วัตถุประสงค์

ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอุปกรณ์ฯ ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. ทบทวนแนวคิดและบทเรียนจากประสบการณ์การจัดระบบบริการอุปกรณ์ฯ ในต่างประเทศ ได้แก่ ไต้หวัน สิงคโปร์ และฟินแลนด์
2. ทบทวนนโยบายสนับสนุนและกลไกการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ฯ ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน รวมทั้งนโยบายการสนับสนุนอุปกรณ์ฯ และการจัดบริการที่ดำเนินการโดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
3. ศึกษาสถานการณ์คนพิการ ความต้องการและการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ในประเทศไทย
4. ศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ และการบริการที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึง และผลลัพธ์ของการเข้าถึงของคนพิการในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (เน้นอุปกรณ์ฯ ประเภทรถเข็นและขาเทียม)

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาสถานการณ์คนพิการ ความต้องการและการจ่ายอุปกรณ์ฯ จำแนกตามประเภทของความพิการ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ฐานข้อมูลสถิติคนพิการ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ หรือ พก.) การสำรวจความพิการ (สสช.) ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ของสามระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ศึกษานโยบายการสนับสนุนและกลไกการบริหารจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ และบริการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ในประเทศที่เป็นกรณีศึกษา (ประเทศไต้หวัน สิงคโปร์ และฟินแลนด์) และประเทศไทย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

สำรวจการให้บริการอุปกรณ์ฯ ในโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) ส่งไปที่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

สำรวจความพึงพอใจของคณพิกการต่อบริการอุปกรณ์ฯ ที่ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ รพศ./รพท. และ รพช. โดยใช้การสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ (interview questionnaire)

ศึกษาการเข้าถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงและผลลัพธ์ของการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ และการบริการในสามระบบประกันสุขภาพภาครัฐ โดยใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำเนินชีวิตเปรียบเทียบระหว่างคณพิกการที่ได้รับและไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ

ผลการศึกษา

การจัดระบบบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคณพิกการในต่างประเทศ

สิงคโปร์

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐของสิงคโปร์มีหลักการว่า ไม่มีบริการทางการแพทย์ใดที่ให้บริการโดยไม่เรียกเก็บค่าบริการโดยผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายตามความสามารถ เช่น ตามรายได้ของบุคคลและครัวเรือน การทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคณพิกการเป็นไปตามแผนแม่บทระยะเวลา 5 ปี ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่

(1) การพัฒนาบริการสำหรับคนพิการ

รัฐบาลสนับสนุนการดูแลคนพิการผ่านโครงการต่างๆ เช่น สร้างศูนย์กิจกรรม (activity center) สำหรับคนพิการที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันและไม่เหมาะกับการเข้าสู่ระบบแรงงาน และการสร้างกลุ่มที่อยู่อาศัย (group home) สำหรับคนพิการในชุมชนเพื่อสนับสนุนผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีครอบครัว แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งรวมผู้สูงอายุหรือคนพิการอายุน้อยไว้ด้วยกัน ทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมเพื่อให้บริการ เช่น ให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์จิตใจ การช่วยอาบน้ำ จัดส่งอาหาร บริการอุปกรณ์ฯ ระยะสั้น และบริการส่งต่อตามความเหมาะสม

(2) การพัฒนาความสามารถของบุคคลและเทคโนโลยี

มีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของคนพิการด้วยการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทั้งความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility) ความสามารถในการสื่อสาร (communication) และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) เพื่อให้คนพิการสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติพึ่งพาตนเองและเข้าสู่ระบบการทำงานได้

(3) กลยุทธ์สร้างการมีส่วนร่วมและการเข้าถึงบริการสาธารณะ

ประกอบด้วยมาตรการ เทคโนโลยี และอุปกรณ์ฯ พร้อมทั้งระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง (เช่น การจัดหา การยืม และซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ) ที่ช่วยให้คนพิการเข้าถึงระบบบริการขนส่งและการสื่อสารได้อย่างไม่มีข้อจำกัดในการเดินทาง เข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสาร และสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และผู้อื่นได้ ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้คนพิการสามารถพึ่งพาตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ในทุกๆ มิติของชีวิต เช่น การศึกษา การทำงานสร้างรายได้ การเข้าถึงระบบบริการ และร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

ไต้หวัน

โครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลไต้หวันเป็นภาคบังคับ ดำเนินงานในรูปของประกันสังคม จ่ายเบี้ยประกันตามรายได้ของแต่ละคนหรือของครัวเรือน โดยผู้รับบริการต้องร่วมจ่าย ยกเว้นบริการบางประเภทและคนบางกลุ่ม และลดค่าร่วม

จ่ายสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 รัฐบาลให้การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับคนพิการ ซึ่งรวมคนพิการในศูนย์ดูแล โดยจ่ายค่าครองชีพตามระดับรายได้และภาวะความพิการ มีหน่วยงานระดับท้องถิ่นเป็นผู้ประเมิน

กฎหมาย People with Disabilities Rights Protection พ.ศ. 2550 กำหนดให้มีระบบประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อความเป็นเอกภาพในการกำหนดนโยบายและให้บริการสุขภาพสำหรับคนพิการ ได้แก่ หน่วยงานส่วนกลางภายใต้ Ministry of Health and Welfare หน่วยงานระดับมณฑล/เมือง และโรงพยาบาล นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดสิทธิและมาตรการเพื่อให้คนพิการพึ่งตัวเองและดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ โดยรัฐให้การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ตลอดจนมีหน่วยงานระดับชาติที่ทำหน้าที่บริหารจัดการอุปกรณ์ฯ เช่น จัดการฐานข้อมูลอุปกรณ์ฯ ผู้ผลิต และผู้เชี่ยวชาญ รายชื่อหน่วยงานเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ มีการรวบรวมและแบ่งประเภทอุปกรณ์ฯ นโยบายการพัฒนาการผลิตอุปกรณ์ฯ การถ่ายทอดเทคโนโลยี และจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์ฯ หน่วยงานนี้ยังรับผิดชอบบริการให้ยืมหรือเช่าอุปกรณ์ฯ กรณีที่ไม่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐหรืออุปกรณ์ฯ มีราคาสูงทำให้ไม่สามารถซื้อได้

ลักษณะเด่นของบริการอุปกรณ์ฯ ของไต้หวันคือ มีการประเมินความจำเป็น/ความเหมาะสมในการใช้อุปกรณ์ฯ และการทดสอบอุปกรณ์ฯ ที่จะใช้ก่อนทุกครั้งเพื่อลดความเสี่ยงต่ออันตราย รวมทั้งมีระบบติดตามการใช้อุปกรณ์ฯ และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้

ฟินแลนด์

ฟินแลนด์มีระบบรัฐสวัสดิการที่พลเมืองทั้งหมดได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจากงบประมาณของรัฐซึ่งมาจากการเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มที่สูงและภาษีบุคคลธรรมดาที่ค่อนข้างสูงตามระดับรายได้ คนพิการทุกคนมีสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูและอุปกรณ์ฯ ตามที่กฎหมายกำหนดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการตามความจำเป็นโดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของตนเอง งบประมาณจากรัฐจะถูกจัดสรรไปให้เทศบาลแต่ละเขตสำหรับจัดหาอุปกรณ์ฯ และบริการฟื้นฟู โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ฯ โดยแพทย์

รวมทั้งการทดสอบ การฝึกใช้ การส่งมอบ การติดตามการใช้งาน และการรักษาให้คงทนโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำแผนช่วยเหลือคนพิการแต่ละรายร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานด้านสวัสดิการของรัฐเพื่อจัดบริการได้ตรงความต้องการและมีประสิทธิภาพ

อุปกรณ์ฯ ที่จัดให้คนพิการมีทั้งแบบไม่มีค่าใช้จ่ายและให้ยืม โดยขอรับที่ศูนย์บริการสุขภาพ (health centre) ของเทศบาลที่คนพิการมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีอุปกรณ์ฯ ราคาแพง เช่น รถเข็นไฟฟ้า หรืออุปกรณ์ด้านเทคนิคและคอมพิวเตอร์ต่างๆ ต้องไปขอรับจากสถานพยาบาลระดับที่สูงกว่า ส่วนบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึก/สอนใช้ การดูแลรักษา การซ่อมแซม และการทดแทน/เปลี่ยนอุปกรณ์ฯ รัฐจัดให้โดยคนพิการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ฟินแลนด์มีการกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพของอุปกรณ์ฯ เพื่อให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และได้มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

นโยบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย

การที่คนพิการจะขอรับสวัสดิการและบริการจากหน่วยงานภาครัฐนั้น ต้องผ่านการวินิจฉัยโดยแพทย์และขึ้นทะเบียนกับ พก. เพื่อให้ได้รับเอกสารรับรองความพิการตามกฎหมายส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งจะทำให้ได้รับสวัสดิการ เช่น การศึกษา อาชีพ และเบี้ยยังชีพ รวมทั้งอาจต้องขอขึ้นทะเบียนตามข้อกำหนดของระบบประกันสุขภาพภาครัฐเพื่อรับสิทธิประโยชน์ด้านการรับบริการฟื้นฟูฯ ในสิทธินั้นๆ ซึ่งการศึกษานี้พบว่า มีความไม่เท่าเทียมของบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความแตกต่างของสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขในการใช้บริการของคนพิการ

การรับบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนพิการต้องขอขึ้นทะเบียนสิทธิย่อยประเภทคนพิการ (ท.74) ในระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยคนพิการที่ขึ้นทะเบียนแล้วสามารถรับบริการทุกหน่วยบริการที่ สปสช. ทำความร่วมมือโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ขึ้นทะเบียนประมาณ 1.1 ล้านคน ช่องว่างที่สำคัญ ได้แก่ การที่ไม่สามารถระบุประเภทความพิการได้ประมาณร้อยละ 15 คนพิการไม่ได้รับบริการฟื้นฟูฯ ถึงร้อยละ 63 และคนพิการได้รับอุปกรณ์ฯ เพียงร้อยละ 3 ของผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมด

คนพิการภายใต้ระบบประกันสังคม คือ ผู้ประกันตนทุพพลภาพที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและมีเงื่อนไขต้องเป็นผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนเดือนที่สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กำหนดให้เป็นผู้ทุพพลภาพ คนพิการต้องเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่ สปส. ออกให้เท่านั้น ซึ่งการเกิดสิทธินี้แบ่งได้เป็น 2 กรณี ได้แก่ การทุพพลภาพเนื่องจากการทำงานและการทุพพลภาพที่ไม่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งแต่ละกรณีมีสิทธิประโยชน์รวมทั้งรายการอุปกรณ์ฯ ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ในการรับอุปกรณ์ฯ จากสถานพยาบาล ผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายค่าอุปกรณ์ฯ ไปก่อน แล้วนำใบเสร็จรับเงินมาขอรับเงินคืนจาก สปส. ซึ่งเป็นภาระทางการเงินของคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่อุปกรณ์ฯ นั้นมีราคาสูง สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น ไม่พบว่ามียุทธศาสตร์ระบบขึ้นทะเบียนและรายงานการเบิกจ่ายเฉพาะสำหรับคนพิการ แต่โดยหลักการคนพิการเข้ารับบริการทางการแพทย์และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่หน่วยบริการของรัฐได้ทุกแห่ง อนึ่ง เนื่องจากวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและกลไกในการเบิกจ่าย คนพิการที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแนวโน้มที่จะได้รับการบริการที่ดีและเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ได้เป็นสัดส่วนที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพอื่นๆ เช่นเดียวกับผู้รับบริการที่ไม่ใช่คนพิการ

สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุนมีความครอบคลุมความพิการแตกต่างกัน โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความครอบคลุมมากที่สุด คือ ทุพพลภาพความพิการ รายการอุปกรณ์ฯ ที่เบิกจ่ายได้ภายใต้ระบบนี้มีจำนวน 54 รายการ ส่วนรายการนอกบัญชีที่ประกาศไว้ อาจเบิกได้ตามความจำเป็นหากได้รับการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต ในขณะที่อีก 2 กองทุนไม่ได้มีการจัดทำบัญชีรายการอุปกรณ์ฯ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ไว้โดยเฉพาะ แต่การวิเคราะห์ฐานข้อมูลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคมพบว่ามีรายการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ รวม 80 รายการและ 29 รายการ ตามลำดับ นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการเปลี่ยนอุปกรณ์ฯ ที่มีอายุการใช้งานบางอุปกรณ์ฯ เช่น

เครื่องช่วยฟังและการซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ ที่ต้องเป็นไปตามผลการประเมินของผู้ให้การรักษา แต่สำหรับระบบประกันสังคมนั้นไม่พบว่ามีข้อกำหนดที่ชัดเจน

สถานการณ์ด้านคนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การสำรวจความพิการของ สสช. ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประเทศไทยมีคนพิการ 1,478,662 คน (ร้อยละ 2.3 ของประชากร) ในขณะที่ข้อมูลของ พก. ระบุว่าคนพิการที่ได้รับบัตรคนพิการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2557 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,531,962 คน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47) พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย รองลงมาคือความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย การเห็น สติปัญญา จิตใจหรือพฤติกรรม ออทิสติก และการเรียนรู้ ตามลำดับ ร้อยละ 7 เป็นคนพิการซ้ำซ้อน จากการสำรวจความพิการในปี พ.ศ. 2555 ประมาณจำนวนคนพิการที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ ไว้ที่ 724,545 คน (ร้อยละ 49 ของคนพิการทั้งหมด) ในจำนวนนี้ไม่มีหรือไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ ร้อยละ 33 และมีคนพิการร้อยละ 8 ที่ได้รับอุปกรณ์ฯ แต่ไม่ใช้อุปกรณ์ฯ

ในปี พ.ศ. 2555 คนพิการในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสดำเนินการ อุปกรณ์ฯ มากกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม 4 เท่า และ 5 เท่า ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ของทั้งสามระบบประกันสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2555 มีมูลค่ารวมเพิ่มขึ้นประมาณ 3.4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างปี พ.ศ. 2554-2555 มีอัตราการเพิ่มขึ้นมากกว่าช่วงปีอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อุปกรณ์ที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ และเครื่องช่วยฟังสำหรับผู้ใหญ่หูพิการ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2555) ส่วนระบบประกันสังคม อุปกรณ์ฯ ที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายสูง ได้แก่ ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน และขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน และเครื่องช่วยฟังสำหรับผู้ใหญ่หูพิการ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2552) ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมูลค่าการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ แต่ละรายการเพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่สูง ยกเว้นชุดประสาทหูเทียม/ชุดประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมอง ที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในปี พ.ศ. 2551 แล้วลดลงมาเรื่อยๆ จนถึงปี พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2555

ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ทั้งสามระบบประกันสุขภาพมีการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ เกินความจำเป็น คือ เบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ประเภทเดียวกันมากกว่า 1 ชิ้น/คู่ ในปีเดียวกัน เช่น ในปี พ.ศ. 2555 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายในกรณีดังกล่าว 12 ล้านบาท (ร้อยละ 6 ของมูลค่าการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ทั้งหมด) ส่วนระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ซ้ำเป็นมูลค่า 4 และ 2 ล้านบาท (ร้อยละ 10 และร้อยละ 6) ตามลำดับ

การจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ

โรงพยาบาลที่ให้ข้อมูลในการสำรวจนี้มีจำนวน 155 แห่ง เป็น รพช. 133 แห่ง รพท. 15 แห่ง และ รพศ. 5 แห่ง ทั้งนี้ รพช. เกือบทั้งหมดไม่มีแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด และเจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู แต่มีนักกายภาพบำบัดเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 1 คน ส่วน รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและช่างกายอุปกรณ์เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 1 คน และเกือบทั้งหมดไม่มีนักแก้ไขการได้ยิน/นักโสตสัมผัสวิทยาและนักแก้ไขการพูด แต่มีนักกายภาพบำบัดเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 5-6 คน ดังนั้นบริการกายภาพบำบัดจึงเป็นบริการที่พบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (รพช. ร้อยละ 91 และ รพศ./รพท. ทุกแห่ง) มี รพช. คิดเป็นสัดส่วนที่น้อยมากที่สุดที่จัดการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ และโปรแกรม Orientation & Mobility training และไม่มีบริการฟื้นฟูฯ ด้านอื่นๆ อยู่ใน รพช. ในขณะที่ มี รพศ./รพท. ที่ให้บริการฟื้นฟูการได้ยินและสื่อความหมายและแก้ไขการพูดอยู่เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการประเภทการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (รพช. ร้อยละ 96 และ รพศ./รพท. ทุกแห่ง) ในกลุ่ม รพช. การตรวจประเมินการได้ยินหรือสื่อความหมายเป็นบริการที่พบใน รพช. คิดเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 42) ส่วนใน รพศ./รพท. ร้อยละ 95 ให้บริการตรวจประเมินการได้ยินหรือสื่อความหมาย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลที่ให้บริการตรวจประเมินความพิการเพื่อให้อุปกรณ์ฯ แต่ละประเภท มีสัดส่วนที่น้อยกว่าโรงพยาบาลที่ตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการประเภทนั้นๆ เช่น มี รพศ./รพท. เพียงร้อยละ 45 ที่ตรวจประเมินความพิการเพื่อให้อุปกรณ์ฯ ประเภทการสื่อความหมาย

สำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนให้อุปกรณ์ฯ นั้น รพช. ส่วนใหญ่ (กว่าร้อยละ 80) เตรียมความพร้อมโดยให้คำแนะนำ สาธิตและฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้งาน ทดสอบ และประเมินการใช้งานและแนะนำวิธีการดูแล ซ่อมแซมและปรับแก้อุปกรณ์ฯ ให้เหมาะสมกับคนพิการ หลังจากคนพิการได้รับอุปกรณ์ฯ ไปแล้ว ร้อยละ 76 ของ รพช. มอบให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ไปติดตามการใช้งานอุปกรณ์ฯ ที่บ้านคนพิการ และร้อยละ 55 นัดหมายคนพิการมาที่โรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นๆ เพื่อติดตามการใช้งาน ในส่วนของ รพศ./รพท. การเตรียมความพร้อมก่อนให้อุปกรณ์ฯ และวิธีติดตามการใช้งานอุปกรณ์ฯ แตกต่างกันไปตามแผนกที่รับผิดชอบ เมื่อพบว่า อุปกรณ์ฯ ชำรุดหรือไม่สามารถใช้งานได้ วิธีจัดการของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เบิกอุปกรณ์ฯ ให้ใหม่ จัดการซ่อม/ปรับแก้โดยโรงพยาบาลเอง หรือส่งให้โรงพยาบาลอื่นหรือหน่วยงานอื่นซ่อม/ปรับแก้ และคนพิการเป็นผู้จัดหาสถานที่และซ่อมบำรุงเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของอุปกรณ์ฯ และแผนกที่รับผิดชอบในกรณี รพศ./รพท.

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุนเป็นแหล่งเงินทุนหลักสำหรับอุปกรณ์ฯ (ร้อยละ 87 ของ รพช. และร้อยละ 95 ของ รพศ./รพท.) ร้อยละ 40 ของ รพช. ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในขณะที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ของ รพศ./รพท. ร้อยละ 55 มีรายได้จากการเป็นหน่วยผลิตกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ฯ บางประเภท และร้อยละ 25 ของ รพศ./รพท. ที่สำรวจได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิหรือหน่วยงานอื่นๆ

ความพึงพอใจต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

คนพิการที่ให้ข้อมูลความพึงพอใจที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 244 คน อายุเฉลี่ย 48 ปี เกือบร้อยละ 90 เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในวันที่ตอบแบบสอบถามเดินทางจากบ้านมารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นระยะทางเฉลี่ย 34

กิโลเมตร และใช้เวลาอยู่ที่โรงพยาบาลตั้งแต่มาถึงจนเสร็จสิ้นการรับบริการเฉลี่ย 2.4 ชั่วโมง

ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนความพึงพอใจต่อทุกมิติคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.77 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยมีความพึงพอใจต่อมารยาทของผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ของบริการมากที่สุด (แต่ละมิติได้คะแนนเฉลี่ย 4.14 คะแนน) ในมิติของมารยาทของผู้ให้บริการ ความสุภาพของเจ้าหน้าที่เป็นประเด็นที่ได้คะแนนมากที่สุด (4.25 คะแนน) รองลงมาคือความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการฟื้นฟูฯ ต่อคนพิการ (4.20 คะแนน) ในมิติของคุณภาพของบริการนั้น ความสามารถของบุคลากรผู้ให้บริการได้คะแนนสูงที่สุด (4.38 คะแนน) และระยะเวลาการรับบริการได้คะแนนเพียง 3.10 คะแนน ในขณะที่มิติด้านการเงิน (มีประเด็นที่สอบถามเพียงประเด็นเดียว คือ ความเต็มใจจ่ายค่าบริการฟื้นฟูฯ) เป็นมิติที่ได้คะแนนความพึงพอใจต่ำสุดคือ 3.15 คะแนน ทั้งนี้ไม่มีมิติและประเด็นใดที่ได้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยน้อยกว่า 3 คะแนน

คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ

คนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นผู้ที่เข้าถึงอุปกรณ์ฯ จำนวน 308 คน และเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ จำนวน 295 คน คนพิการส่วนใหญ่ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ มีอายุสูงกว่ากลุ่มเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เล็กน้อย ทั้งสองกลุ่มมีรายได้ของตนเองและครอบครัวก่อนพิการใกล้เคียงกันแต่รายได้หลังพิการมีความแตกต่างกัน คนพิการที่ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ มีจำนวน 85 คน สาเหตุที่ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ ได้แก่ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารและขาดคนให้ความช่วยเหลือในการประสานงาน (ร้อยละ 36 และร้อยละ 31 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังมีคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ แล้วแต่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ฯ ที่ได้รับ โดยมีสาเหตุจากอุปกรณ์ฯ ชำรุด/เสียหาย (ร้อยละ 36) และอุปกรณ์ฯ นั้นๆ ไม่เหมาะสมกับสภาพที่อยู่อาศัยและใช้ทำกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 34)

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้กลุ่มที่เข้าถึงอุปกรณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าอีกกลุ่มในสามมิติ

ได้แก่ มิติสุขภาพทางกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคม (ยกเว้นมิติสิ่งแวดล้อม) รวมทั้งยังพบว่ากลุ่มที่เข้าถึงอุปกรณ์ฯ มีความสามารถในการดำรงชีวิตดีกว่ากลุ่มที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ การเคลื่อนที่ การให้กำลังใจตนเอง การทำงานทำ/รักษางานที่ทำอยู่ และการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ (ยกเว้นด้านการศึกษา)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ได้แก่ อายุ ระบบประกันสุขภาพ การขึ้นทะเบียนคนพิการ อาชีพ และการดูแลจากครอบครัว โดยมีประเด็นที่สำคัญดังนี้ (1) เมื่อคนพิการมีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ น้อยลง (2) คนพิการที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มากที่สุด รองลงมาคือ คนพิการที่ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคนพิการที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ น้อยที่สุด (3) คนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มากกว่าคนพิการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (4) คนพิการที่เป็นพนักงานบริษัท รับจ้าง และเกษตรกรมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มากกว่าคนพิการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และ (5) การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มากขึ้น

ผลจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การสนทนากลุ่มผู้แทนองค์กรด้านคนพิการ ผู้ให้บริการ และผู้กำหนดนโยบาย ในโครงการนี้ครอบคลุมประเด็นหลักรวม 5 ประเด็น ข้อมูลที่ได้รับส่วนหนึ่งสนับสนุนหรือสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาในส่วนอื่นๆ เช่น ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน การได้รับอุปกรณ์ฯ ที่ไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและชีวิตประจำวัน ไม่มีสถานที่ซ่อมบำรุงอุปกรณ์ฯ ที่ชำรุด ในขณะที่ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจต่อสถานการณ์เกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทย รวมทั้งการรับรู้สิทธิ บริการที่ได้รับ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ

ข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งสามกลุ่มสะท้อนให้เห็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนในมุมมองของผู้ร่วมสนทนา สรุปได้ดังนี้

คนพิการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการเข้าถึงบริการที่จัดโดยหน่วยงานของรัฐ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากขาดการเชื่อมโยงแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงาน นอกจากนี้ คนพิการแต่ละประเภท และคนพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและเขตชนบท ยังต้องการข้อมูลข่าวสารที่ส่งผ่านสื่อในรูปแบบที่แตกต่างกัน

ความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิประโยชน์ บริการ และกลไกการเบิกจ่ายเงินสำหรับ อุปกรณ์ฯ ของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ เป็นปัจจัยที่สำคัญของการเข้าถึงบริการ พื้นฟูฯ การได้รับอุปกรณ์ฯ และใช้อุปกรณ์ฯ ที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ การเสียประโยชน์ จากการย้าย/เปลี่ยนสิทธิระหว่างกองทุนเป็นประเด็นหนึ่งที่กลุ่มคนพิการและผู้แทน หน่วยงานด้านคนพิการให้ความสำคัญ

การมีบุคลากรสุขภาพไม่เพียงพอที่จะรองรับความต้องการบริการพื้นฟูฯ และบริการที่ เกี่ยวเนื่องกับการให้อุปกรณ์ฯ นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ และ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการ ทั้งนี้ควรให้องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรพัฒนา เอกชนและคนพิการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มส่วน หนึ่งเสนอให้ปรับทัศนคติของผู้ให้บริการเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่ง จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำลงได้

การบริหารจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับชาติลงไปถึงระดับภาคและ ท้องถิ่นควรได้รับการพัฒนา เช่น ในด้านการคัดเลือกรายการอุปกรณ์ฯ การจัดตั้งศูนย์ ประสานงานจัดหา แลกเปลี่ยนและคืนอุปกรณ์ฯ ตลอดจนจัดการซ่อมบำรุงให้มี ประสิทธิภาพ ลดการความซ้ำซ้อนและสูญเสียทรัพยากรโดยไม่จำเป็น

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นสถานการณ์เกี่ยวกับการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ของคนพิการในประเทศไทย ได้แก่ การขาดข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การเข้าไม่ถึงบริการพื้นฟูฯ การที่คนพิการ ที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ แต่ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ นั้นๆ คนพิการจำนวนมากไม่ใช้ อุปกรณ์ฯ ที่ได้รับ ในขณะที่คนพิการบางรายได้รับอุปกรณ์ฯ จากโรงพยาบาลและ หน่วยงานอื่นๆ ทั้งในภาครัฐและภาคประชาสังคม ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้เป็นผลจาก

นโยบายและการปฏิบัติของหลายหน่วยงาน อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ โรงพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข คือ ความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ การจัดบริการฟื้นฟู และอุปกรณ์ฯ ที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในบางพื้นที่ (ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะสาขา) ขาดความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขาดระบบบริหารจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. สร้างกลไกและความเชื่อมโยงของการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดทิศทางการสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในเรื่องสิทธิประโยชน์ของคนพิการในแต่ละระบบประกันสุขภาพ
3. ปรับปรุงโครงสร้างและหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐทั้งด้านการพัฒนานโยบายและวิชาการให้มีความชัดเจนและเข้มแข็ง
4. ติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทั้งภาครัฐและเอกชน
5. พัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องเฉพาะกลุ่มคนพิการ

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างแนวทางในการขับเคลื่อนเพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเหล่านี้ ด้วยการจัดตั้งแผนการพัฒนาระบบและการปฏิบัติงานวิจัยเชิงพัฒนาในพื้นที่ก่อนที่จะมีการขยายผลการดำเนินงานในระดับประเทศต่อไป

คำนำ I

กิตติกรรมประกาศ III

บทสรุปผู้บริหาร V

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ 1

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป 4

1.3 ทบทวนวรรณกรรม 5

1.3.1 บทบาทของหน่วยงานภาครัฐต่อคนพิการ 5

1.3.2 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 6

1.3.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ 7

1.3.4 กรอบการวิเคราะห์การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 9

1.3.5 ความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพภาครัฐเกี่ยวกับการสนับสนุน
อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 9

1.3.6 การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบประกันสุขภาพของ
ต่างประเทศ 11

1.3.7 การศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม ประเมินผลระบบการให้บริการ
สุขภาพคนพิการ 14

บทที่ 2 วิธีการศึกษา 16

2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา 18

2.2 วิธีการศึกษาตามรายโครงการย่อย 20

2.2.1 การจัดระบบบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในต่างประเทศ 20

2.2.2 นโยบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย 22

2.2.3 สถานการณ์คนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	23
2.2.4 การจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ	24
2.2.5 ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ	26
2.2.6 คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ	28
2.2.7 ผลจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	31
บทที่ 3 ผลการศึกษา	34
3.1 การจัดระบบบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในต่างประเทศ	35
3.1.1 สิงคโปร์	35
3.1.2 ไต้หวัน	38
3.1.3 ฟินแลนด์	40
3.2 นโยบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย	42
3.2.1 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคน พิการ	43
3.2.2 งบประมาณและการเบิกจ่าย	45
3.2.3 ความครอบคลุมประเภทความพิการ	47
3.2.4 รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและเงื่อนไขการสนับสนุน	49
3.2.5 หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	49
3.3 สถานการณ์คนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	53
3.3.1 สถานการณ์คนพิการ	53
3.3.2 สถานการณ์การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	55
3.3.3 การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ	55
3.4 การจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ	60
3.4.1 ข้อมูลทั่วไป	60
3.4.2 สถานการณ์เชิงโครงสร้างและกำลังคนด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	61
3.4.3 สถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	63
3.4.4 การตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการและการให้ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	65

3.4.5 การดำเนินงานและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ การประเมินก่อนและหลังการบริการ	67
3.4.6 การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	69
3.4.7 การจัดการด้านงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	80
3.5 ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ	81
3.6 คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ	87
3.7 ผลจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	95
3.7.1 การรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการบริการของคนพิการ	95
3.7.2 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	97
3.7.3 สิทธิประโยชน์ในแต่ละระบบประกันสุขภาพ	99
3.7.4 การบริหารจัดการของภาครัฐ	100
3.7.5 ปัญหาที่ควรจัดการแก้ไขลำดับแรก	102
3.7.6 กรณีศึกษาที่ 1	103
3.7.7 กรณีศึกษาที่ 2	106
บทที่ 4 อภิปรายผล ข้อเสนอแนะการศึกษา	110
4.1 การจัดระบบบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในต่างประเทศ	111
4.2 นโยบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย	113
4.3 สถานการณ์ด้านคนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	116
4.3.1 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย	116
4.3.2 ความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ	118
4.4 การจัดการบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ	121
4.4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ : ปัจจัยด้านผู้ ให้บริการ	123
4.4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ : ปัจจัย ด้านผู้รับบริการ	126

ภาคผนวก 5	217
ภาคผนวก 6	218
ภาคผนวก 7	220
ภาคผนวก 8	221

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1.1	กรอบการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	8
รูปที่ 2.1	กรอบแนวคิดการศึกษา	18
รูปที่ 3.1	ร้อยละคนพิการจำแนกตามประเภทความพิการ	53
รูปที่ 3.2	ร้อยละคนพิการ จำแนกตามการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	55
รูปที่ 3.3	ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีการเบิกจ่ายให้กับคนพิการในแต่ละ สิทธิประกันสุขภาพ พ.ศ. 2550-2555	59
รูปที่ 3.4	ร้อยละของการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการในโรงพยาบาล	61
รูปที่ 3.5	รูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แยกตามประเภท บริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน	64
รูปที่ 3.6	การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แยกตามประเภท โรงพยาบาล	65
รูปที่ 3.7	ร้อยละของการตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ	66
รูปที่ 3.8	การตรวจประเมินความพิการเพื่อให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	67
รูปที่ 3.9	การประเมินก่อนและหลังการบริการ ใน รพช.	68
รูปที่ 3.10	การประเมินก่อนและหลังการบริการ ใน รพศ./รพท. (เฉพาะเวชศาสตร์ ฟื้นฟู)	68
รูปที่ 3.11	การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของคนพิการที่มารับบริการใน โรงพยาบาล	70
รูปที่ 3.12	การเตรียมความพร้อมก่อนให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	71
รูปที่ 3.13	การติดตามการใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	72
รูปที่ 3.14	การแก้ปัญหากรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการชำรุด	73
รูปที่ 3.15	การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง	74

รูปที่ 3.16	สถานการณ์การดำเนินงานสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูงร่วมกับศูนย์สิรินธรฯ	74
รูปที่ 3.17	ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการใน รพช.	77
รูปที่ 3.18	ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแผนก	78
รูปที่ 3.19	ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแผนก	78
รูปที่ 3.20	ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแผนก	79
รูปที่ 3.21	ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแผนก	79
รูปที่ 3.22	การได้รับงบประมาณและการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	80
รูปที่ 3.23	สาเหตุที่คนพิการไม่ได้รับรถเข็นหรือขาเทียม	87
รูปที่ 3.24	สาเหตุที่คนพิการไม่ได้ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รถเข็น	88

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	หัวข้อหรือประเด็นการทบทวนการจัดระบบบริการเกี่ยวกับ อุปกรณ์ฯ ในต่างประเทศ	21
ตารางที่ 2.2	หัวข้อหรือประเด็นการทบทวนนโยบายเกี่ยวกับการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ในประเทศไทย	23
ตารางที่ 3.1	ข้อมูลคนพิการจากการสำรวจความพิการ ปี 2555 ของสำนักงาน สถิติแห่งชาติและข้อมูลการออกบัตรคนพิการ ของสำนักงาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ	54
ตารางที่ 3.2	สรุปการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จำแนกตามสิทธิ ประกันสุขภาพ พ.ศ. 2552-2555 (1)	57
ตารางที่ 3.3	สรุปการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จำแนกตามสิทธิ ประกันสุขภาพ พ.ศ. 2552-2555 (2)	58
ตารางที่ 3.4	จำนวนบุคลากรที่ทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	62
ตารางที่ 3.5	สัดส่วนบุคลากรที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ต่อ คนพิการแต่ละประเภท	63
ตารางที่ 3.6	รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ รพช. มีบริการไม่เพียงพอ 10 ลำดับแรก	75
ตารางที่ 3.7	รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ รพศ./รพท. มีบริการ ไม่เพียงพอ 10 ลำดับแรก	76
ตารางที่ 3.8	ข้อมูลทั่วไปของคนพิการที่ตอบแบบสอบถาม	81
ตารางที่ 3.9	ข้อมูลความพิการและการมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์ของคนพิการที่ตอบแบบสอบถาม	83

ตารางที่ 3.10	ผลการประเมินความพึงพอใจจำแนกตามมิติที่ใช้ประเมิน	85
ตารางที่ 3.11	ผลการประเมินความพึงพอใจจำแนกตามมิติและประเด็น	85
ตารางที่ 3.12	ข้อมูลทั่วไปของคนพิการที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ	89
ตารางที่ 3.13	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิต ในกลุ่มคนพิการที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงอุปกรณ์	91
ตารางที่ 3.14	ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	93

บทที่ 1

บทนำ



1.1 ที่มาและความสำคัญ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 [1] ได้คุ้มครองสิทธิของชนพิการผ่านบทบัญญัติที่ว่าด้วยความเสมอภาคในมาตรา 30 ซึ่งเป็นการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์โดยไม่เลือกปฏิบัติ และส่งเสริมให้ชนพิการสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพในด้านต่างๆ โดยกำหนดให้รัฐต้องจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐาน เช่น การศึกษา หรือบริการสาธารณสุข ให้แก่ประชาชนทุกชนชั้น ไม่ว่าจะเป็นผู้ยากไร้ ชนพิการ หรือผู้ทุพพลภาพอย่างเท่าเทียมกัน

"คนพิการ" ตามความหมายของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 [2] คือ “บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป”

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการใน 59 ประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 ขององค์การอนามัยโลก [3] พบความชุกของคนพิการทั่วโลกประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด โดยมีความชุกมากที่สุดในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 46 ทั้งนี้พบว่าความชุกของคนพิการจากการสำรวจต่างๆ มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 12-18 ซึ่งแตกต่างกันตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ ตลอดจนปัจจัยอื่นๆ เช่น ความแตกต่างของรายได้ประชากรในแต่ละประเทศ โดยพบว่าคนพิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทถึงร้อยละ 16 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทของประเทศที่กำลังพัฒนา (ร้อยละ 19) ซึ่งในประเทศเหล่านี้มีช่องว่างของการเข้าถึงบริการพื้นฐานต่างๆ สำหรับคนพิการค่อนข้างมาก อาทิ ประเทศจีนมีคนพิการถึงร้อยละ 40 ที่ไม่เข้าถึงบริการสาธารณสุขและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความพิการและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2545 และ ได้สำรวจครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2550 [4] ในการสำรวจครั้งหลังได้มีการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้สำรวจเพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมตามแนวคิดของบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) โดยพบว่าประเทศไทยมี คนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด มีสัดส่วนในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย พบมากในกลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31) และความพิการจะแปรผันตามอายุที่มากขึ้น สัดส่วนของคนพิการที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลถึง 2 เท่า และพบว่าภาคเหนือมีความหนาแน่นของคนพิการสูงที่สุดถึงร้อยละ 4.4 ต่อประชากรทั้งหมดในภูมิภาค รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.5 ลักษณะความพิการที่พบ 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) สายตาเลือนรางสองข้าง 2) สายตาเลือนรางข้างเดียว 3) หูตึงสองข้าง 4) อัมพฤกษ์ และ 5) แขนขาเหยียดงอไม่ได้

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) [5] ได้รายงานสถานการณ์ผู้มีบัตรประจำตัวคนพิการตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2556 ว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 1,572,955 คน คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย มีจำนวนมากที่สุด คือ 617,439 คน รองลงมา ได้แก่ คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 214,554 คน พิการทางการเห็น 149,637 คน พิการทางสติปัญญา 108,838 คน พิการซ้ำซ้อน 95,320 คน พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 88,150 คน พิการทางการเรียนรู้ 3,388 คน ออทิสติก 3,549 คน และไม่ระบุความพิการ 55,805 คน จะเห็นได้ว่าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการมีจำนวนน้อยกว่าคนพิการที่ได้จากการสำรวจของ สสช. ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีคนพิการจำนวนมากอาจจะเข้าไม่ถึงบริการขั้นพื้นฐานหรือได้รับสิทธิไม่เท่าเทียมกับคนพิการที่มีบัตรประจำตัว เช่น การได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์และขอรับสิทธิทางกฎหมายของคนพิการ

การสำรวจของ สสช. ปี พ.ศ. 2550 ยังพบคนพิการที่เข้าไม่ถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐ โดยร้อยละ 21 ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ ทั้งที่มีความจำเป็น ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยเรียนหนังสือและร้อยละ 47 ไม่มีงานทำ นอกจากนั้นสภาพที่ปรึกษา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [6] ได้รายงานข้อมูลสถานการณ์คนพิการในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีคนพิการที่เข้าไม่ถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมอาชีพ การจ้างงาน และรายได้คนพิการ รวมถึงการบริการด้านการรักษาพยาบาล การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2554 มีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 1,074,607 คน (ร้อยละ 2.3 ของประชากรที่มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ในจำนวนนี้มีผู้ที่เข้ามารับบริการและสวัสดิการต่างๆ ร้อยละ 40 และได้รับการอุปการณ์ฯ เพียงร้อยละ 2.4 [7]

ปัจจุบันคนพิการในประเทศไทยประสบปัญหาในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากสาเหตุด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และระยะเวลาการรอรับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน ตลอดจนอาคารสถานที่และอุปกรณ์หรือสื่อที่ไม่เอื้อให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ ประกอบกับฐานะของคนพิการและครอบครัวคนพิการส่วนใหญ่ที่ยากจน ทำให้คนพิการเหล่านี้ถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสม ไม่สามารถเข้าถึงการฟื้นฟูฯ นำไปสู่การละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐาน ซึ่งคนพิการบางประเภทหากได้รับการบริการทางการแพทย์ รวมทั้งอุปการณ์ฯ จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่เป็นภาระทั้งกับครอบครัวและเศรษฐกิจของประเทศ [8]

ถึงแม้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยจะระบุหลักการที่ครอบคลุมการบริการพื้นฐานแก่คนพิการ เช่น การฟื้นฟูฯ แล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติการให้สิทธิประโยชน์การบริหารจัดการ และกลไกการจ่ายค่าบริการตามสิทธิยังมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะบริการอุปการณ์ฯ เช่น ความแตกต่างของอัตราเบิกจ่ายอุปการณ์ฯ ความแตกต่างของกลไกการเบิกจ่ายของระหว่างโรงพยาบาลหรือระหว่างระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน โดยบางกองทุนคนพิการสามารถรับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในขณะที่บางกองทุนคนพิการต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกคืนภายหลัง ปัจจุบันเหล่านี้ทำให้คนพิการบางกลุ่มเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็นตามสิทธิที่ระบุได้จริง ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมอย่างที่กฎหมายกำหนด [8] ดังนั้นเพื่อลดช่องว่างของการเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์และอุปการณ์ฯ ดังกล่าว จึงต้องพัฒนาการบริหารจัดการและกลไกการจ่ายค่าบริการให้ได้มาตรฐาน และขจัดความ

ความเหลื่อมล้ำดังกล่าว รวมทั้งส่งเสริมให้มีแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และสถานบริการเพื่อลดอุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการต่อไป

มุมมองและทัศนคติของผู้บริหารและประชาชนต่อการจัดรัฐสวัสดิการมีความแตกต่างกันตามประวัติศาสตร์ บริบทสิ่งแวดล้อมในแต่ละสังคม และมีส่วนเกี่ยวข้องกันกับสวัสดิการของคนพิการ การจัดสวัสดิการที่ดีสำหรับคนพิการเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในบางสังคม ขณะที่บางสังคมพิจารณาว่าสวัสดิการสำหรับคนพิการเป็นบริการที่ตอบสนองหลักจริยธรรมขั้นพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งมุมมองและทัศนคติที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อเนื้อหาและสาระของนโยบายที่มีต่อคนพิการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หลายประเทศได้ให้ความสำคัญต่อรัฐสวัสดิการสำหรับคนพิการมากกว่าประเทศอื่น เช่น ไต้หวัน [9, 10] สิงคโปร์ [11, 12] และฟินแลนด์ [13, 14] ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการและกลไกการจ่ายค่าบริการสำหรับคนพิการในประเทศไทย ควรอ้างอิงเปรียบเทียบกับประเทศเหล่านี้ เนื่องจากมาตรฐานที่ดีต่อการจัดบริการของคนพิการในบริบทนานาชาติจะเป็นบทเรียนเพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการสำหรับคนพิการในประเทศไทย ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อข้อสรุปที่ว่าสวัสดิการสำหรับคนพิการในประเทศไทยต้องดำเนินการตามประเทศเหล่านี้ อย่างไรก็ตามสวัสดิการของคนพิการในแต่ละประเทศต้องคำนึงถึงความต้องการและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอุปกรณ์ฯ ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. ทบทวนแนวคิดและบทเรียนจากประสบการณ์การจัดระบบบริการอุปกรณ์ฯ ในต่างประเทศ ได้แก่ ไต้หวัน สิงคโปร์ และฟินแลนด์
2. ทบทวนนโยบายสนับสนุนและกลไกการบริหารจัดการที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน รวมทั้งนโยบายการสนับสนุนอุปกรณ์ฯ และการจัดบริการที่ดำเนินการโดยศูนย์สิทธิฯ เพื่อการฟื้นฟู

สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และมูลนิธิฯ เข้ามามีส่วนร่วมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

3. ศึกษาสถานการณ์คนพิการ ความต้องการและการเบิกจ่ายอุปกรณ์ ในประเทศไทย
4. ศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์ และการบริการที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึง และผลลัพธ์ของการเข้าถึงของคนพิการในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (เน้นอุปกรณ์ ประเภทรถเข็นและขาเทียม)

1.3 ทบทวนวรรณกรรม

1.3.1 บทบาทของหน่วยงานภาครัฐต่อคนพิการ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 [1] เป็นรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิและผลประโยชน์แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง จุดเด่นที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ คือ คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสมจากรัฐ (มาตรา 54) และประเด็นเกี่ยวกับคนพิการได้ถูกบรรจุไว้ในคำแถลงนโยบายของรัฐบาลของคณะรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2551 ในนโยบายสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในข้อ 3.5.6 ความว่า "ส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างชายหญิง ขจัดการกระทำความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติต่อเด็ก สตรี และคนพิการ ให้การคุ้มครองและส่งเสริมการจัดสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ยากไร้ คนพิการหรือทุพพลภาพ และผู้ที่อยู่ในภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พึ่งตนเองได้" โดยหน่วยงานหรือกระทรวงหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อประเด็นด้านคนพิการ ดังนี้ 1) กระทรวงศึกษาธิการ รับผิดชอบการศึกษาและการฝึกอบรมสำหรับคนพิการ 2) กระทรวงแรงงาน รับผิดชอบดูแลด้านการประกอบอาชีพ การจ้างงานคนพิการ การส่งเสริมการประกอบอาชีพของคนพิการ รวมทั้งกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานคนพิการ เพื่อมิให้คนพิการถูกเอารัดเอาเปรียบและเลือกปฏิบัติ 3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รับผิดชอบให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่น ๆ จากรัฐ โดยการยื่นขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และเร่งรัดบังคับขึ้นทะเบียนใหม่ให้กับคนพิการได้อย่างทั่วถึง [15] นอกจากนั้นยังดำเนินการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 4

ด้าน ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ และการมีส่วนร่วมในสังคม และ 4) กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตามมาตรา 20 (1) ของพระราชบัญญัติ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ว่าด้วยการบริการฟื้นฟู สมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่า อุปกรณ์ฯ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ โดยได้จัดตั้งคณะกรรมการ เพื่อจัดทำร่างประกาศกระทรวงฯ และได้มีการจัดเวทีระดมความเห็น สร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดทำร่างประกาศกระทรวงฯ เพื่อให้ได้ร่างประกาศกระทรวงฯ ที่สามารถ ดำเนินการในทางปฏิบัติได้จริง และทำให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเท่าเทียม กันมากขึ้น

สาระสำคัญของประกาศกระทรวงฯ ที่ดำเนินการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 คือให้คนพิการได้รับการบริการ ในด้านต่างๆ เช่น การตรวจวินิจฉัย การแนะแนวให้คำปรึกษา การให้ยา ผลิตภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และหัตถการพิเศษอื่นๆ รวมไปถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม เพื่อเป็นการ สร้างเสริมสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ยังได้ กำหนดให้ศูนย์สรีรฯ เป็นหน่วยประสานงานและสนับสนุนงานวิชาการ เทคโนโลยี ด้านการฟื้นฟู การวิจัยพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่มีมูลค่าสูงเฉพาะกรณี อีกด้วย

1.3.2 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (assistive devices/technologies) คือ สิ่งของ ชิ้นส่วน ของอุปกรณ์ หรือผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจากการซื้อขาย ดัดแปลง หรือปรับปรุง เพื่อใช้ในการ เพิ่ม คงสภาพ หรือทำให้ความสามารถในการทำงานของคนพิการดีขึ้น [3, 16] โดยอุปกรณ์ฯ นี้จะแบ่งเป็น 5 ประเภทหลักๆ ได้แก่

1. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว (mobility impairments) เช่น ไม้เท้าช่วยพยุง กายอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ฟันเทียม แก้วอรรถาธิบายหรือจักรยานสำหรับคนพิการ
2. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน (hearing impairments) เช่น อุปกรณ์ช่วยฟัง

3. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็น (visual impairments) เช่น ไม้เท้าขาว แว่นตา talking book โปรแกรมช่วยการอ่าน ocular device
4. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาพูด (speech impairments) เช่น communication boards and speech synthesizers
5. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการรับรู้ (cognitive impairments) เช่น ปฏิทินสัญลักษณ์ที่เป็นรูปภาพ อุปกรณ์เสริมพัฒนาการ

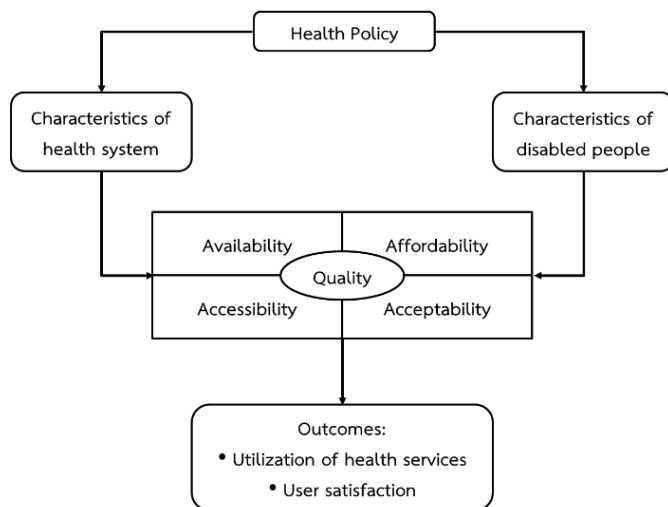
1.3.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

องค์กรอนามัยโลกกล่าวไว้ว่า ‘การใช้สิทธิในการเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดของสุขภาพนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานประการหนึ่งของมนุษย์ทุกรูปทุกนามโดยปราศจากความแตกต่างของเชื้อชาติศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม’ [17] สิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามประชาชนในประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มเข้าถึงการบริการสาธารณสุขน้อยกว่าประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพนั้นอาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบทและข้อจำกัดของแต่ละประเทศ [18-21] ซึ่งการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพและบางครั้งถูกใช้เป็นตัวชี้วัดระบบสุขภาพ [22, 23] สำหรับประเทศไทยนั้นการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะในคนพิการซึ่งมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐตามพระราชบัญญัติส่งเสริมฯ มาตรา 20 เป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายของไทยให้ความสำคัญ

‘การเข้าถึง’ ไม่เพียงเป็นประเด็นทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งสินค้าจากผู้ผลิตไปสู่ผู้ใช้ แต่ยังมีความเกี่ยวข้องไปถึงคุณค่าทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ‘การเข้าถึง’ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น เทคโนโลยีสาธารณสุข การบริการ และเวลา เป็นต้น [19, 24] การให้ความหมายแนวความคิดในการเข้าถึงนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม อย่างไรก็ตามมีผู้ให้คำจำกัดความของ ‘การเข้าถึง’ ไว้ว่า

- ความสามารถของบุคคลที่จะได้รับเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและใช้อย่างเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็น [19]
- การบริการควรจะมีพร้อมสำหรับทุกคนที่อยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ของระบบบริการนั้นๆ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ [25]

จากนิยามในขั้นต้นอาจสรุปได้ว่า ‘การเข้าถึง’ หมายถึง การที่ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ตามความจำเป็น ซึ่งเป็นบริการที่เหมาะสมทั้งในแง่ของเวลาและบริบทของประเทศ โดยผู้รับบริการได้ประโยชน์ในด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตจากบริการเหล่านั้น ทั้งนี้ประชาชนทุกกลุ่มรวมทั้งคนพิการจะต้องเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน



รูปที่ 1.1 กรอบการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

1.3.4 กรอบการวิเคราะห์การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามียังน้อย 4 การศึกษาได้กล่าวถึงกรอบการวิเคราะห์ ‘การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ’ [17-19, 21, 26] ซึ่งพบว่าเทคโนโลยีส่วนใหญ่มีกรอบการวิเคราะห์ที่ใกล้เคียงกัน คือ การมีอยู่ (availability) ความสามารถในการจ่าย (affordability) การเข้าถึง (accessibility) การยอมรับ (acceptability/adoption) กรอบการวิเคราะห์การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพรวมทั้งบริการที่เกี่ยวข้องโดยทั่วไปมักจะพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นตัวกำหนดการเข้าถึง เช่น นโยบายสุขภาพ ลักษณะของระบบสุขภาพ และลักษณะของประชากรผู้ใช้บริการ เป็นต้น [18, 21, 22] นอกจากนี้จะประเมินการเข้าถึงเทคโนโลยีในแง่มุมต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการศึกษาถึงผลที่เกิดขึ้นตามมา เช่น การใช้หรือได้รับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (รูปที่ 1.1)

1.3.5 ความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพภาครัฐเกี่ยวกับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพสำคัญ 3 ระบบ 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ประกันสังคม 3) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งแต่ละระบบมีกองทุนเฉพาะเพื่อใช้ในการบริหารจัดการดูแลสวัสดิการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพนั้นๆ วิธีการดูแล สวัสดิการรักษายาบาล และระบบการเบิกจ่ายที่ต่างกันก่อให้เกิดความแตกต่าง เป็นความเหลื่อมล้ำในความไม่เท่าเทียมกันของระบบประกันสุขภาพ โดยผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมมองว่าได้รับสิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นอกจากนั้นระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมาก จากรายงานเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [27] พบว่า มีความแตกต่างกันใน 3 ประเด็น คือ 1) ขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครอง 2) สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน 3) สิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกันในบางรายการ

ผู้ทุพพลภาพประเภทผู้ป่วยนอกภายใต้ระบบประกันสังคมสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยทางสำนักงานประกันสังคม (สปส.) จ่ายให้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ประเภทผู้ป่วยใน สปส. จ่ายค่าบริการ

ทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลเอกชน ประเภผู้ป่วยนอกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ประเภผู้ป่วยในจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพตามมาตรา 70 แห่งพระราชบัญญัติระบบประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ให้เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท [28, 29] ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอนุญาตให้คนพิการสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้ในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น

ในส่วนของการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ สปส. จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งเหมาจ่ายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ครอบคลุมการรักษาพยาบาลรวมถึงอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษาโรคกรณีทุพพลภาพ และมีการกำหนดรายการเสริมเพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาล ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหมาจ่ายเฉพาะผู้ป่วยนอกซึ่งไม่รวมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษาโรคกรณีทุพพลภาพ ดังนั้นจึงมีการกำหนดตารางอุปกรณ์อย่างละเอียดเพื่อให้สถานพยาบาลยื่นเบิกต่างหาก นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคที่แตกต่างกัน โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียม 270 รายการแต่ระบบประกันสังคมมีเพียง 81 รายการ และมีรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมจำนวน 206 รายการที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแต่ระบบประกันสังคมไม่มีเพียง 17 รายการ ที่ระบบประกันสังคมมีแต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มี

สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีรายการอวัยวะเทียมและรายการอุปกรณ์ฯ ทั้งหมด 394 รายการ ในกลุ่มผู้ป่วยนอกการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลเป็นไปตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งการใช้อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ฯ เป็นไปตามข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยในมีการกำหนดรายการและรายละเอียดการเบิกจ่าย รวมถึงวัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นวัสดุทางการแพทย์ นอกจากนั้นหากสถานพยาบาลใดไม่มีรายการอวัยวะเทียมนั้น จะออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วยไปจัดซื้อเอง [30]

1.3.6 การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศ

หลายประเทศมีปัญหาการเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 5-15 จากคนพิการทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ที่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ฯ [31] องค์การอนามัยโลกเป็นส่วนหนึ่งของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ฯ โดยมีบทบาทในด้านการพัฒนาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การจัดประชุม สัมมนา ระดับชาติและนานาชาติ เพื่อส่งเสริมและเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ สร้างฐานข้อมูลสำหรับอุปกรณ์ฯ ที่เหมาะสม รวมทั้งร่วมพัฒนานโยบายระดับนานาชาติด้วย [32] ทั้งนี้ มีข้อเสนอแนะถึงการพัฒนานโยบายการสนับสนุนอุปกรณ์ฯ และการจัดบริการที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ โดยจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ ความเหมาะสมกับคนพิการแต่ละราย และต้องมีระบบติดตาม ประเมินผลการทำงานของอุปกรณ์ฯ เพื่อให้แน่ใจถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพ [3]

ใน World Report on Disability ได้รายงานว่าปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการและอุปกรณ์ฯ เกิดจากการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอและระบบบริการของรัฐ เช่น การประสานงานด้านการให้บริการที่ไม่ดีพอ ขาดแคลนเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านคนพิการ ปัญหาความสามารถและศักยภาพของบุคลากร ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ ความครอบคลุมทั่วถึงและความเพียงพอต่อการบริการ อีกทั้งมีปัญหากระบวนการสาธารณะที่ไม่เอื้อให้คนพิการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ในสังคมด้วยตนเอง [3]

ในบางประเทศมีการกำหนดแนวทางการบริการอุปกรณ์ฯ ในระบบประกันสุขภาพของตนผ่านความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับประกันสุขภาพภาคเอกชน เช่น สหรัฐอเมริกา โดยประชาชนหรือผู้มีสิทธิส่วนใหญ่ได้รับการผ่านระบบบริการที่จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ ซึ่งหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของรัฐ ได้แก่ Centers for Medicare and Medicaid services (CMS) [31, 33] การสนับสนุนอุปกรณ์ฯ ของสหรัฐอเมริกา จะขึ้นอยู่กับลักษณะโปรแกรมสุขภาพที่ผู้ประกันตนรายนั้นๆ มีสิทธิอยู่ ซึ่ง ได้แก่ 1) Medical assistance (Medicaid) เป็นโปรแกรมสุขภาพที่ร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น

ซึ่งเป็นแผนประกันสุขภาพหลักของรัฐที่จัดให้แก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย คนพิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น รัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดนโยบายหลัก โดยในแต่ละรัฐมีสิทธิในการพิจารณาการบริหารจัดการโปรแกรมของตน และ 2) Medicare เป็นแผนประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางที่ครอบคลุมประชาชนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คนพิการ (ไม่จำกัดอายุ) และผู้ป่วยโรคไทรอยด์สุดท้าย โปรแกรมนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน Medicare part A (hospital insurance) และ Medicare part B (medical insurance) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้ประกันตนเลือกซื้อโปรแกรมสุขภาพเพิ่มเติม

เมืองออนตาริโอ ประเทศแคนาดา มีโครงการบริการอุปกรณ์ฯ ที่เรียกว่า Assistive Devices Program (ADP) [34] โดยมีวัตถุประสงค์จัดบริการอุปกรณ์ฯ และเงินให้แก่คนพิการในระยะยาวที่เป็นประชาชนในเมืองออนตาริโอ มีอุปกรณ์ฯ มากกว่า 8,000 ชนิด ซึ่งผู้ที่จะสามารถรับบริการจากโครงการนี้ได้จะต้องถือบัตรสุขภาพออนตาริโอ (Ontario Health Card) และมีความพิการมานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป ADP จะจ่ายค่าอุปกรณ์ฯ ร้อยละ 75 ของราคาต่ออุปกรณ์ 1 อย่าง หากเป็นคนพิการที่ได้รับสิทธิประโยชน์จาก Ontario Works หรือ Ontario Disability Support Plan ซึ่งเป็นโครงการเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือทางการเงินที่จำเป็นอย่างคนพิการ ทาง ADP จะจ่ายค่าอุปกรณ์ฯ ให้ทั้งหมด ในส่วนอุปกรณ์ฯ อื่นๆ เช่น เครื่องช่วยฟัง ADP จะจ่ายค่าอุปกรณ์ฯ ในอัตราสูงสุดที่ตั้งไว้ โดยคนพิการสามารถเบิกค่าอุปกรณ์ได้ในอัตรานี้หรือต่ำกว่า สำหรับถึงออกซิเจนในโครงการ “the home oxygen program” คนพิการสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้สวัสดิการทางสังคม ทาง ADP จะสนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดของราคาถึงออกซิเจนและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงค่าใช้จ่ายของอุปกรณ์ที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลที่บ้าน ส่วนคนพิการที่ไม่ได้ถือบัตรสุขภาพออนตาริโอ ADP จะสนับสนุนค่าอุปกรณ์ฯ ดังกล่าว โดยแพทย์จะเป็นผู้ประเมิน วินิจฉัยและยืนยันความพิการ (ทางกายภาพ) ส่งรายรายละเอียดความพิการให้ ADP รับรอง หลังจากนั้น ส่งรายละเอียดคนพิการไปยังกับแพทย์ประจำตัวและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพที่เรียกว่า “authorizer” ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการฝึกอบรมในการดูแลคนพิการจากโครงการตามเงื่อนไขหรือประเภทความพิการต่างๆ authorizer เป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลรัฐบาล home care agencies หรือ private practice หลังจากนั้น authorizer จะประเมินความจำเป็นและความจำเป็นของความพิการเพื่อเลือกอุปกรณ์ฯ ที่เหมาะสมและเขียนใบสั่งอุปกรณ์ฯ ไปยังบริษัทตัวแทนจำหน่าย

ที่ขึ้นทะเบียนกับโครงการ เมื่อบริษัทตัวแทนจำหน่ายได้รับใบสั่งแล้วก็จะจัดส่งให้กับคนพิการต่อไป ซึ่ง ADP จะจ่ายค่าอุปกรณ์ฯ ให้กับบริษัทตัวแทนจำหน่ายนั้นโดยไม่สนับสนุนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากอุปกรณ์ฯ เช่น การจัดส่ง

สำหรับอุปกรณ์ฯ ถือเป็นกรรมสิทธิ์ของคนพิการ แต่อาจมีอุปกรณ์ฯ บางประเภทที่โปรแกรม ADP ให้กู้ยืมหรือให้เช่า หากอุปกรณ์ฯ ไม่เหมาะสมตามเงื่อนไขความพิการหรือมีขนาดที่ไม่เหมาะกับคนพิการนั้น และเกี่ยวข้องกับการสั่งใช้อุปกรณ์ฯ จากแพทย์หรือ authorizer ทางโครงการจะดำเนินการเปลี่ยนให้ใหม่ และหากอุปกรณ์เกิดความชำรุดเสียหายและมีการซ่อมแซม โครงการจะจ่ายร้อยละ 75 หลังอุปกรณ์ซ่อมแซมให้ใช้งานได้ปกติ นอกจากนั้นโครงการจะไม่รับผิดชอบกรณีอุปกรณ์ฯ สูญหาย ถูกทำลาย ถูกขโมย

การให้บริการแก่คนพิการในประเทศฟินแลนด์เป็นไปตามกฎหมายการให้บริการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีหลักการ 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความเท่าเทียม (equality) 2) มีส่วนร่วม (participation) และ 3) มีการรักษาพิเศษในเชิงบวก (positive special treatment) โดยคนพิการจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะต่างๆ ในฟินแลนด์ได้ เนื่องจากระบบบริการสาธารณะต่างๆ ถูกพัฒนาขึ้นมาบนหลักการที่ทุกคนสามารถใช้บริการชนิดนั้นๆ ได้ อย่างไรก็ตามหากบริการเหล่านั้นไม่เพียงพอ บริการพิเศษจะถูกจัดเตรียมไว้ให้สำหรับคนพิการ เช่น ที่พักอาศัย อุปกรณ์ฯ การขนส่ง และบริการล่าม โดยการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ นั้น คนพิการจะต้องได้รับการส่งต่อจาก assistive device units ของศูนย์บริการสุขภาพจังหวัด (health care districts) อุปกรณ์ฯ ที่ได้คนพิการรับไปนั้นจะประกอบไปด้วยคู่มือการใช้และใบรับประกันสินค้า นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ฯ ช่วยคนพิการเข้าสังคมและสันตนาการ รับผิดชอบโดยกรมสวัสดิการสังคม [14] ด้านการบริการทางการแพทย์ ฟินแลนด์เป็นประเทศที่มีอัตรานักกายภาพบำบัดต่อจำนวนประชากรมากที่สุดในโลก โดยมีประมาณ 20 คนต่อประชากรหมื่นคน มีนักกิจกรรมบำบัดอยู่ประมาณ 4 คนต่อประชากรหมื่นคน ถือเป็นประเทศใน 10 อันดับแรกของโลกที่มีนักกิจกรรมบำบัดต่อประชากรมากที่สุดในโลก (อันดับหนึ่ง คือ เดนมาร์ก มีนักกิจกรรมบำบัดประมาณ 11 คนต่อประชากรหมื่นคน) [3]

ฟินแลนด์ยังมีบริการสำหรับคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศเป็นเวลานาน มีหน่วยงาน Kela (the National Pensions Institute of Finland) รับผิดชอบด้านการเงิน คนพิการที่มีอายุระหว่าง 16-64 ปี สามารถเบิกเบี้ยคนพิการ (disability allowance) จากหน่วยงานนี้ Kela จะจัดการและชดเชยให้แก่คนพิการที่ใช้บริการ ฟันฟูฯ และบริการอาชีวเวชศาสตร์ นอกจากนี้ในกรณีที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งดูแลบุตรพิการที่อายุต่ำกว่า 16 ปีอยู่ที่บ้าน สามารถขอเบิกค่าดูแลเด็กพิการ (child disability allowance) แต่หากทั้งคู่ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากต้องดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 16 ปี ที่พิการในโรงพยาบาล (หรือบางกรณีที่ต้องดูแลอยู่บ้าน) สามารถยื่นขอ ค่าดูแลพิเศษ (special disability allowance) ได้ ในด้านการเข้าถึงบริการ สาธารณะ ฟินแลนด์มีบริการพิเศษสำหรับคนพิการ เช่น ที่พัก การเดินทาง หรือการสื่อสาร อย่างไรก็ตามคนพิการต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการจริง จากสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น ศูนย์สุขภาพ (health center) จึงสามารถเข้าถึง บริการพิเศษเหล่านี้ได้ [13]

1.3.7 การศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม ประเมินผลระบบการให้บริการ สุขภาพคนพิการ

การศึกษาระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับคนพิการในประเทศสหรัฐอเมริกาและ แคนาดาพบว่า การให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความพิการในสองประเทศมีความแตกต่างกัน และพบว่าคนพิการทั้งสองประเทศมีแพทย์ประจำและมีอัตราการติดต่อหรือการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสูงกว่าคนปกติ แต่พบว่าคนพิการในประเทศ แคนาดามีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการในระดับปานกลางหรือน้อยกว่า มากกว่าคนพิการในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษานี้พบว่าคนพิการของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ พบแนวโน้มในด้านการเข้าถึง ความพึงพอใจบริการ คุณภาพบริการ และการติดต่อ หรือดูแลรักษาต่อเนื่องกับแพทย์ค่อนข้างต่ำกว่าผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ [35]

การสำรวจในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ของ Ministry of Health and Long-term Care พบว่าการใช้อุปกรณ์ฯ ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคนพิการในประชาชน อายุ 65 ปีขึ้นไป [36] นอกจากนี้มีบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่ใช้อุปกรณ์ฯ เช่น

อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว หรือเครื่องช่วยฟังมีผลทำให้ความต้องการในการบริการ
สุขภาพด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องลดลง [37]

บทที่ 2

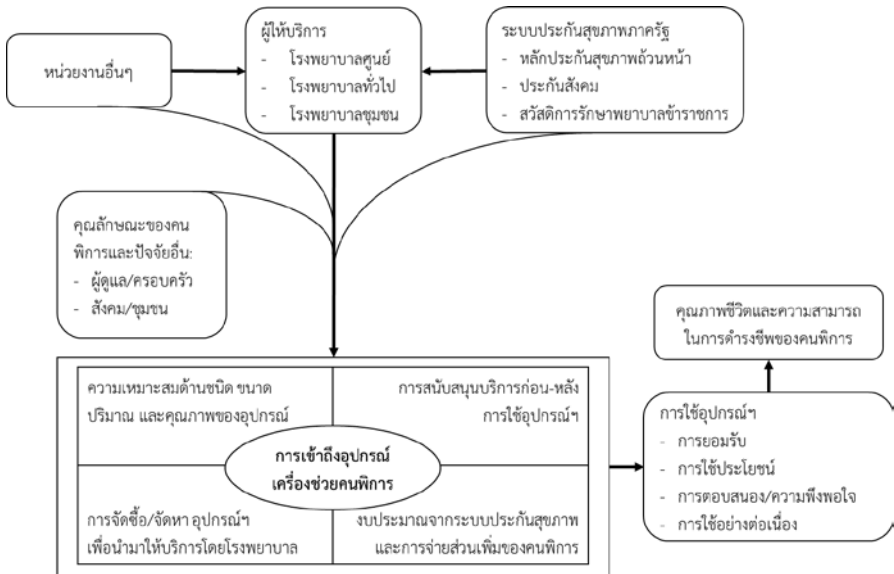
วิธีการศึกษา



การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการจัดระบบบริการอุปกรณ์
เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกัน
สุขภาพภาครัฐ มีกรอบการศึกษาดังแสดงในรูปที่ 2.1 และมีขอบเขตการศึกษา ได้แก่

- สถานการณ์คนพิการ ความต้องการและการเบิกอุปกรณ์ฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ.
2550 ถึงปัจจุบัน
- นโยบายเกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ของระบบหลักประกันสุขภาพ
ภาครัฐทั้ง 3 กองทุน ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- การศึกษาเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ พิจารณาเฉพาะอุปกรณ์ฯ ในข้อที่ 2 ของ
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดย
กระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ค่าอุปกรณ์
เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.
2552 ลำดับที่ 26 คือ “ให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กาย
อุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ” ซึ่งเป็น
อุปกรณ์ฯ ที่มีในรายการของแต่ละระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งเป็น
อุปกรณ์ฯ ที่มีมูลค่าสูง (high-cost devices)
- การจัดการที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ตามลำดับที่ 26 ในข้อที่ 2 ของประกาศ
กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการ
จัดบริการเป็นรายกรณี (ลำดับที่ 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินและ
การมองเห็น (ลำดับที่ 14 และ 20) การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย
(ลำดับที่ 15) การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อในรูปแบบที่
เหมาะสมกับคนพิการที่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (ลำดับที่ 21)
การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแล และการฟื้นฟู
สมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน การเยี่ยมบ้าน และกิจกรรม
การให้บริการเชิงรุก (ลำดับที่ 22 และ 23)
- กรณีศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงและผลลัพธ์ของ
การเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย และ
ได้รับการขึ้นทะเบียนมีอายุ 15 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ
พิจารณาแล้วมีความจำเป็นต้องใช้รถเข็น (wheelchair) หรือขาเทียม

2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา



รูปที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

ทีมวิจัยได้พัฒนากรอบการประเมินขึ้น โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น [18, 26, 38] โดยกรอบการศึกษานี้เป็นการประเมินเชิงระบบที่มีผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติ รวมทั้งปัจจัยฝั่งคนพิการ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมอื่น โดยพิจารณาการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ของคนพิการ ใน 6 ประเด็น (รูปที่ 2.1) ได้แก่

1. ความเหมาะสมด้านชนิด ขนาด และคุณภาพของอุปกรณ์ฯ – แนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลสนับสนุนและมอบอุปกรณ์ฯ ในแง่การออกแบบและการผลิต ชนิดและคุณภาพ รวมไปถึงความเพียงพอของอุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นและเหมาะสมในแต่ละประเภทและลักษณะความพิการ รวมถึงความเหมาะสมด้านลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. การจัดซื้อ/จัดหาอุปกรณ์ฯ เพื่อนำมาให้บริการโดยโรงพยาบาล – แนวทางหรือวิธีจัดซื้อจัดหาและอุปทานที่มีต่ออุปกรณ์ฯ ในแต่ละประเภทและลักษณะความพิการนั้นๆ
3. งบประมาณจากระบบประกันสุขภาพและการจ่ายส่วนเพิ่มของคนพิการความสามารถในการจัดซื้อ จัดหาอุปกรณ์ฯ ของโรงพยาบาล รวมทั้งความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ฯ ในระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน และความสามารถของคนพิการในการจ่ายส่วนต่างหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการอุปกรณ์ฯ
4. การสนับสนุนบริการก่อน-หลังการใช้อุปกรณ์ฯ – แนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนบริการทั้งก่อนและขณะใช้อุปกรณ์ฯ ทั้งกับคนพิการและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร วิธีการใช้ การฝึกอบรม หรือคู่มือ รวมทั้งระบบการจัดส่งและระบบการติดตาม เพื่อซ่อมบำรุงหากมีการชำรุด ปรับปรุงแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนหากเกิดความไม่เหมาะสมกับคนพิการ รวมทั้งแนวทางจัดหาให้ใหม่หากเกิดจากสูญหายหรือถูกทำลาย
5. การใช้อุปกรณ์ฯ – การยอมรับ การใช้ประโยชน์ การตอบสนองต่อบริการ ความพึงพอใจ และความต่อเนื่องของการใช้อุปกรณ์ฯ ทั้งจากคนพิการและญาติหรือผู้ดูแล
6. ผลลัพธ์จากการใช้อุปกรณ์ฯ – เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ประกอบด้วย
 - 6.1 คุณภาพชีวิต – การประเมินผลลัพธ์สุขภาพที่วัดออกมาเป็นคะแนนคุณภาพชีวิตของคนพิการที่ได้รับและไม่ได้รับบริการอุปกรณ์ฯ (รถเข็น/ขาเทียม)
 - 6.2 ความสามารถในการดำรงชีวิต – การประเมินผลลัพธ์ด้านความสามารถของคนพิการที่ได้รับรถเข็น/ขาเทียมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การประเมินความสามารถทางด้านร่างกาย (physical functioning) การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคม (social functioning)

2.2 วิธีการศึกษาตามรายโครงการย่อย

จากกรอบข้างต้นได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 7 ส่วน มีรายละเอียดวิธีการศึกษาเรียงตามลำดับ ดังต่อไปนี้

2.2.1 การจัดระบบบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในต่างประเทศ

ทบทวนแนวคิดและบทเรียนประสบการณ์การจัดระบบบริการอุปกรณ์ฯ ในต่างประเทศ ได้แก่ ฟินแลนด์ ไต้หวัน และสิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญต่อรัฐสวัสดิการสำหรับคนพิการค่อนข้างมาก โดยมีทั้งประเทศที่อยู่ทวีปเอเชีย เช่นเดียวกับประเทศไทย (ไต้หวันและสิงคโปร์) และประเทศในแถบยุโรปอย่าง ฟินแลนด์ มีขั้นตอนการทบทวน ดังนี้

1. กำหนดกรอบหัวข้อหรือประเด็นในการทบทวน ให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการและเหมาะสม โดยมีผู้เชี่ยวชาญหรือผู้เกี่ยวข้องด้านคนพิการร่วมพิจารณาประเด็นดังกล่าว (ตารางที่ 2.1)
2. กำหนดคำสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ assistive devices, assistive technology, disability welfare, disparities, handicap, healthcare policy, impairment, institutional care, intellectual disability, people with disabilities, physical disabilities, Finland, Singapore, Taiwan
3. สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Science Direct เว็บไซต์หน่วยงานในประเทศนั้นๆ และจากฐานข้อมูลในประเทศไทย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
4. นำเสนอผลการทบทวนให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการพิจารณาความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา และดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 2.1 หัวข้อหรือประเด็นการทบทวนการจัดระบบบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ในต่างประเทศ

องค์ประกอบ	หัวข้อหรือประเด็นทบทวน
1. บริบทที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ	• ความสำคัญของปัญหาคนพิการ เช่น ข้อมูลภาระโรคและ/หรือระดับความพิการ (ประเภท จำนวนและสาเหตุความพิการ) ปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคนพิการ • บทบาท สภาพหรือการดำเนินชีวิตของคนพิการในสังคมของประเทศนั้นๆ • แนวคิดหรือปรัชญาในการให้บริการ สำหรับคนพิการ • กฎ ระเบียบ รัฐธรรมนูญที่เกี่ยวข้องของประเทศนั้นๆ เพื่อประโยชน์แก่คนพิการ • ภาพรวมระบบประกันสุขภาพและหลักการในการให้บริการสำหรับคนพิการ • องค์กร ภาควิชาหรือหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกประเทศ (ภาครัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน) เป็นการประสานความร่วมมือทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ
2. กลไกการบริหาร จัดการ ระบบประกันสุขภาพ	<u>ระบบหรือกลไกการให้บริการอุปกรณ์ฯ เช่น</u> • โครงสร้างของระบบ • หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ตั้งแต่ระดับนโยบายถึงหน่วยปฏิบัติการ) • การให้สิทธิประโยชน์กับคนพิการของแต่ละระบบ • การบริหารจัดการและกลไกการเบิกจ่าย • ระบบการเงิน การคลัง การจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ และการบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การอบรมการใช้อุปกรณ์ การติดตามเยี่ยมบ้าน การบริการซ่อม เปลี่ยน ปรับปรุง หรือ long-term maintenance • รูปแบบการให้บริการอุปกรณ์ฯ เช่น การให้บริการในประชาชนทั่วไป กลุ่มเป้าหมายพิเศษ โครงการหรือโปรแกรมเฉพาะอื่นๆ • การรับรองคุณภาพการให้บริการ
3. วิธี/กระบวนการและผลลัพธ์	<u>วิธีหรือกลยุทธ์ในการกำหนดและดำเนินนโยบาย/มาตรการระดับประเทศเพื่อแก้ปัญหาหรือเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ</u> • นโยบาย/มาตรการกำลังดำเนินการอยู่ • นโยบาย/มาตรการกำลังพัฒนาเพื่อให้เป็นมาตรการระดับประเทศต่อไป (pilot project) • แนวคิดหรือที่มา (ปัญหาหรือความสำคัญ) ของการกำหนดนโยบายหรือมาตรการ • หน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินนโยบาย/มาตรการ

องค์ประกอบ	หัวข้อหรือประเด็นทบทวน
	• ระบบการติดตามประเมินผลนโยบาย/มาตรการ • ผลการดำเนินงานในแต่ละมาตรการ • ปัญหา อุปสรรคของการดำเนินนโยบาย/มาตรการ • ความสำเร็จและปัจจัยความสำเร็จ • ข้อเสนอแนะจากการดำเนินนโยบาย/มาตรการ หรืองานวิจัย หรือจากโครงการพิเศษ โครงการนำร่องต่างๆ ของประเทศนั้นๆ

2.2.2 นโยบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย

ทบทวนนโยบายของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมทั้งนโยบายการสนับสนุนอุปกรณ์ฯ และการจัดบริการที่ดำเนินการโดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี มีขั้นตอนการทบทวนดังนี้

1. กำหนดกรอบหัวข้อหรือประเด็นในการทบทวน ให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการและเหมาะสม โดยมีผู้เชี่ยวชาญหรือผู้เกี่ยวข้องด้านคนพิการร่วมพิจารณาประเด็นดังกล่าว (ตารางที่ 2.2)
2. สืบค้นเอกสารจากรายงานประจำปี รายงานวิจัย รายงานการประชุม บทความ และอื่นๆ โดยทำการสืบค้นข้อมูลโดยตรงจากหน่วยงาน บุคคลที่รับผิดชอบ และจากเว็บไซต์
3. นำเสนอผลการทบทวนให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการพิจารณาความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา และดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 2.2 หัวข้อหรือประเด็นการทบทวนนโยบายเกี่ยวกับการฟื้นฟู และ อุปกรณ์ ในประเทศไทย

ประเด็นศึกษา	ประเด็นวิเคราะห์
ระบบข้อมูลสุขภาพ คนพิการ โครงสร้าง	• ระบบการขึ้นทะเบียนคนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน • การเก็บข้อมูลการใช้บริการทั่วไปและบริการที่เกี่ยวข้องกับความพิการ • คณะกรรมการ โครงการ หรือกองทุน ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการคนพิการที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพเหล่านั้น
นโยบาย	• การกำหนดหลักการ แนวคิด และปรัชญาในการจัดบริการแก่คนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพนั้นๆ • นโยบายพิเศษสำหรับคนพิการที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพเหล่านั้น • นโยบายที่ชัดเจนในการรับหรือโอนย้ายคนพิการระหว่างระบบประกันสุขภาพ
งบประมาณ	• การจัดสรรงบประมาณเฉพาะการบริการ การจัดสิทธิประโยชน์ การประเมินและติดตามผล สำหรับคนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ • แนวทางในการจัดซื้ออุปกรณ์ และสนับสนุนค่าบริการแก่สถานพยาบาล ในกรณีวินิจฉัยความพิการ การจัดบริการอุปกรณ์ และการบำรุงดูแลรักษาอย่างชัดเจน
ชุดสิทธิประโยชน์	• การประกาศหรือจัดทำคู่มือที่เป็นลายลักษณ์อักษร และประชาสัมพันธ์ถึงสิทธิประโยชน์และแนวทางการเข้าถึงสำหรับอุปกรณ์ • บริการในการซ่อมบำรุงและปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ • การพัฒนาและปรับปรุงสิทธิประโยชน์เหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ • มีการติดตามและประเมินผลการเข้าถึงอุปกรณ์

2.2.3 สถานการณ์คนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เกี่ยวกับการได้รับอุปกรณ์ฯ ของคนพิการ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน ระหว่าง พ.ศ. 2550-2556 จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กระทรวงแรงงาน และสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (ข้อมูลคนพิการภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) รวมถึงรายงานผลการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) และสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งชาติ (พก.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ประเด็นวิเคราะห์

เปรียบเทียบการได้รับสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน ดังนี้

1. การได้รับอุปกรณ์ฯ ในภาพรวม ในระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน
 - สัดส่วนคนพิการที่ใช้อุปกรณ์ฯ ต่อประชากรที่อยู่ภายใต้สิทธิเดียวกันที่ปรากฏในฐานข้อมูล
2. การได้รับอุปกรณ์ฯ และบริการฟื้นฟูฯ
 - จำนวนขึ้นการได้รับอุปกรณ์ฯ ต่อคน
 - รายการอุปกรณ์ฯ ที่มีการเบิกมากเป็น 10 ลำดับแรกของระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน จำแนกตามรายปี
3. ค่าใช้จ่ายในการเบิกอุปกรณ์ฯ
 - ราคาการเบิกอุปกรณ์ฯ ในแต่ละปี จำแนกตามจำนวนครั้งของการเบิก
 - ราคาการเบิกอุปกรณ์ฯ รวมทั้งหมดที่มีการเบิกของระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน จำแนกรายปี
 - ราคาอุปกรณ์ฯ ที่มีการเบิกมากเป็น 10 ลำดับแรกของระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน จำแนกตามรายปี

2.2.4 การจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ

รูปแบบการศึกษา

เป็นการสำรวจข้อมูลในโรงพยาบาลโดยใช้การสำรวจทางไปรษณีย์ (mail survey) ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)

การสุ่มตัวอย่าง

1. แบ่งพื้นที่การเก็บข้อมูลออกเป็น 2 หน่วย ได้แก่ หน่วยที่ 1 จังหวัดที่มีจำนวนผู้ได้รับอุปกรณ์ฯ น้อย (51 จังหวัด) และหน่วยที่ 2 จังหวัดที่มีจำนวนผู้ได้รับอุปกรณ์ฯ มาก (25 จังหวัด)
2. กำหนดโควตา 20 จังหวัด ไม่รวมกรุงเทพมหานคร (14 จังหวัดจากหน่วยที่ 1 และ 6 จังหวัดจากหน่วยที่ 2) โดยกำหนดให้มีตัวแทนจากทุกภาค
3. การเลือกจังหวัดตัวอย่างจะใช้การสุ่มเลือกอย่างง่าย (simple random sampling)

พื้นที่ในการศึกษา

ทำการศึกษาใน 20 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ นครสวรรค์ พะเยา สมุทรปราการ นครราชสีมา กาฬสินธุ์ นครศรีธรรมราช น่าน แม่ฮ่องสอน สุโขทัย สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สระแก้ว สิงห์บุรี สมุทรสงคราม ยโสธร หนองคาย ยะลา ตรัง ระนอง และกาญจนบุรี

เครื่องมือในการสำรวจ

1. รพช. ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้
 - ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล
 - ระบบการจัดบริการสำหรับคนพิการและบริการฟื้นฟูฯ คนพิการ
 - ข้อมูลการให้บริการ
2. รพศ./รพท. ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้
 - ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล
 - ระบบการจัดบริการสำหรับคนพิการและบริการฟื้นฟูฯ คนพิการ
 - ข้อมูลการให้บริการ
 - ข้อมูลการจัดบริการฟื้นฟูฯ แยกตามแผนกหรือฝ่าย ตามประเภทความพิการ ได้แก่ 1) เวชกรรมฟื้นฟู 2) จักขุ 3) โสต/คอ/นาสิก 4) จิตเวช/กุมารเวช

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและเป็นผู้ประสานในการจัดส่งแบบสอบถามไปโรงพยาบาลในจังหวัด โดยให้มีการจัดส่งแบบสอบถามกลับมาภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังจากได้รับแบบสอบถาม ทั้งนี้มีติดตามทางโทรศัพท์ และการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับ หากขาดความชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน จะมีการสอบถามความถูกต้องจากผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2.5 ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ

รูปแบบการศึกษา

เป็นการสอบถามความคิดเห็นต่อการมารับบริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ (interview questionnaire)

กลุ่มตัวอย่าง

คนพิการทางการเคลื่อนไหวฯ คนพิการทางการเห็น และคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายที่มีความพิการอย่างน้อย 6 เดือน หากมีความพิการมาน้อยกว่า 6 เดือนต้องเป็นความพิการเชิงประจักษ์ อายุระหว่าง 15-65 ปี และมาใช้บริการฟื้นฟูฯ ที่โรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ รพช. และ รพศ./รพท.

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม คนพิการทางการเรียนรู้ หรือคนพิการทางสติปัญญา
2. เป็นคนพิการชั่วคราว

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวฯ คนพิการทางการเห็น และคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
2. สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังได้รู้เรื่อง
3. เป็นผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ทำการสัมภาษณ์ โดยมารับบริการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) เวชกรรมฟื้นฟู 2) กายภาพบำบัด 3) กิจกรรมบำบัด 4) การประเมน/แก้ไขการพูด 5) การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน 6) การฟื้นฟูสมรรถภาพการมองเห็น 7) การรับ

อุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการและบริการที่เกี่ยวข้อง และ 8) การพัฒนาศักยภาพในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการมองเห็น การสื่อสาร หรือการอบรมญาติหรือผู้ดูแลคนพิการ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรทดสอบค่าเฉลี่ย กำหนดให้ $\alpha=0.05$, $\sigma=1.27$, ค่าความคาดเคลื่อนที่ 2% ของค่าเฉลี่ยหรือคิดเป็น 0.17, design effect = 1.5 และ non-response rate = 5% การศึกษานี้ต้องการขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 337 ราย โดยเฉลี่ยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างให้เท่ากันในแต่ละพื้นที่การศึกษา

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มแบบ multi-stage sampling

ขั้นที่ 1 แบ่งจังหวัดออกเป็น 4 ภาคตามเกณฑ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่มเลือก 2 จังหวัด ในแต่ละภาค

ขั้นที่ 2 เลือกโรงพยาบาลที่จะทำการสำรวจโดยใช้วิธีการเลือกหน่วยแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งในการศึกษานี้ใช้รูปแบบโรงพยาบาลและจำนวนคนพิการเป็นเกณฑ์ที่มีบริการในโรงพยาบาลของแต่ละจังหวัดเป็นเกณฑ์ กล่าวคือ

1. เลือก รพศ./รพท. (ไม่รวมโรงเรียนแพทย์) จังหวัดละ 1 แห่ง
2. เลือก รพช. ที่มีจำนวนคนพิการมาใช้บริการมากที่สุดของแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 1-2 แห่ง

พื้นที่ในการศึกษา

ดำเนินการใน 8 จังหวัด 4 ภาค โดยเลือก รพศ. หรือ รพท. จังหวัดละ 1 โรงพยาบาล และเลือก รพช. ที่มีคนพิการมารับบริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ มากที่สุด หรือมีความโดดเด่นด้านบริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ให้แก่คนพิการ จังหวัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการเลือก รพช. ผู้วิจัยจะปรึกษากับเจ้าหน้าที่ สสจ. ที่ดูแลรับผิดชอบเรื่องคนพิการในแต่ละจังหวัด รวมทั้งสิ้น 16 โรงพยาบาล โดยการศึกษาจะดำเนินการใน

จังหวัดแพร่ พิชณุโลก มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ลพบุรี สมุทรปราการ สุราษฎร์ธานี และ
ตรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. พนักงานสัมภาษณ์ที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยจะเป็นผู้สอบถามคนพิการ
ตามแบบซึ่งหน้าตามรายละเอียดในแบบสอบถาม
2. ให้มีการลงชื่อในเอกสารยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมในการศึกษา
3. บันทึกข้อมูลผ่านตารางบันทึก
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้วิจัย

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

1 เมษายน พ.ศ. 2557 ถึง 13 มิถุนายน พ.ศ. 2557

การขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมและอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยใน
มนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อดู
ความพึงพอใจต่อการใช้บริการฟื้นฟูฯ ของคนพิการ

2.2.6 คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงสังเกต (observational study)

พื้นที่ในการศึกษา

ทำการศึกษาใน 10 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ในระดับกลาง
[39] ได้แก่ พะเยา เชียงราย ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี หนองบัวลำภู สกลนคร
บุรีรัมย์ ภูเก็ต ตรัง และสตูล

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

1. คนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่เข้าถึงรถเข็น/ขาเทียม/รถโยก กล่าวคือ ได้รับและใช้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์เหล่านั้น
2. คนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่เข้าไม่ถึงรถเข็น/ขาเทียม/รถโยก ได้แก่ 1) คนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้แต่ไม่ได้รับ 2) คนพิการที่ได้รับอุปกรณ์แล้วแต่ขาดการใช้อย่างต่อเนื่อง และ/หรือมีคะแนนความพึงพอใจในการใช้รถเข็นต่ำ

โดยการระบุกลุ่มตัวอย่างจะใช้แบบคัดกรองการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เพื่อจำแนกกลุ่มเข้าถึงอุปกรณ์ฯ และกลุ่มที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ ก่อนการสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก

1. เป็นคนพิการที่มีความพิการร่วม ได้แก่ การเห็น การได้ยินฯ จิตใจฯ ออทิสซึม สติปัญญา การเรียนรู้
2. เป็นคนพิการที่มีโรคร่วมดังต่อไปนี้ เช่น โรคเอดส์ วัณโรค และ โรคมะเร็ง
3. เป็นคนพิการที่ติดเตียง (โดยมากใช้เวลาอยู่บนเตียง ไม่สามารถลุกจากเตียงได้เอง)
4. เป็นคนพิการที่เกิดอัมพาตครึ่งซีกซ้าย/ขวา

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว (อัมพาตครึ่งท่อนล่างหรือพิการจากการตัดขา)
2. พิกัดมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
3. เป็นคนพิการที่มีอายุระหว่าง 15 - 65 ปี
4. เป็นคนพิการที่ผู้เชี่ยวชาญระบุว่ามีความจำเป็นต้องใช้ รถเข็น/รถโยก/ขาเทียม

ขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta}\right) (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{e^2}$$

กำหนดให้ α = คำนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, β = อำนาจการทดสอบ 80%, σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของค่าอรรถประโยชน์ในกลุ่มคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ 0.004 [40], σ_2 = SD ของค่าอรรถประโยชน์ในกลุ่มคนพิการที่ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ 0.016, e = ค่าความคลาดเคลื่อน กำหนดที่ 2% ของผลต่างค่าเฉลี่ยของค่าอรรถประโยชน์ระหว่างสองกลุ่ม เท่ากับ 0.003

จากสูตรดังกล่าว พบว่าต้องการขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 237 คนต่อกลุ่ม โดยผู้วิจัย กำหนด non-response rate เท่ากับ 5% ดังนั้นการสำรวจครั้งนี้จะใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 250 คนต่อกลุ่ม รวมทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มเข้าถึงและกลุ่มที่เข้าไม่ถึง) จะเท่ากับ 500 คน

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกตัวอย่างทุกรายที่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนด ในระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือและการวัดผลลัพธ์

วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ และวัดความสามารถในการดำรงชีวิตโดยใช้รหัสตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ทั้งนี้ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านคนพิการเป็นผู้ทำการคัดเลือกรหัสที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษานี้

การเก็บข้อมูล

1. เจ้าหน้าที่ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะเป็นผู้ช่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ให้มีการลงชื่อในเอกสารยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมในการศึกษา
3. สัมภาษณ์โดยตรง (face-to-face interview) โดยพนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว
4. บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผ่านเว็บไซต์
<https://www.surveymonkey.com/s/CJLXBDR>
5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้วิจัย

การขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ ศูนย์สิรินธรฯ ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง ลงวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ เข้าถึงอุปกรณ์ฯ และกลุ่มที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สิทธิประกันสุขภาพ สาเหตุของความพิการ ระยะเวลาที่มีความพิการ การดูแลจากครอบครัว และรายได้ครัวเรือน โดยใช้การวิเคราะห์ generalized linear model
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีต่อผลการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ จะใช้การวิเคราะห์ multiple logistic regression

2.2.7 ผลจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) คนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ติดเตียงและคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ใช้รถเข็น และ 2) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. **กลุ่มองค์กรด้านคนพิการ** จำนวน 11 คน ได้แก่ ตัวแทนจากสมาคมด้านคนพิการ 6 ประเภท¹ ผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม ชมรม/สมาคมระดับจังหวัดและอำเภอและคนพิการทั่วไป โดยทำการสนทนากลุ่มเมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2557
2. **กลุ่มผู้ให้บริการ** จำนวน 13 คน ได้แก่ ตัวแทนจากสภา สปสช. เขต สสจ. รพศ. รพท. รพช. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ศูนย์สิรินธรฯ และสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) โดยทำการสนทนากลุ่มเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2557
3. **กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย** จำนวน 16 คน ได้แก่ ตัวแทนจาก สสพ. พก. สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง ศูนย์สิรินธรฯ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานของ สปส. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทำการสนทนากลุ่มเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2557

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัยและความจำเพาะกับกลุ่มสนทนา (ภาคผนวก 8) โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง และถอดออกมาเป็นข้อความลักษณะคำต่อคำ (verbatim transcription)

ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการสนทนากลุ่มและจัดเป็นทั้งสิ้น 5 ประเด็น ได้แก่

1. การรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการบริการของคนพิการ
2. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
3. สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน
4. การบริหารจัดการภาครัฐ
5. ปัญหาที่ควรจัดการแก้ไขลำดับ ของทั้งสามกลุ่มสนทนา

¹ การเห็น การได้ยินฯ การเคลื่อนไหว ทางจิตใจฯ (และออทิสติ ก) ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้

สำหรับข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้การเขียนเล่าเรื่อง (storytelling) เป็นการถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับความพิการ การดำเนินชีวิต การได้รับบริการสุขภาพและบริการทางสังคมอื่นๆ ในรูปแบบความจริง เพื่อสะท้อนภาพสังคมและมุมมองคนพิการในด้านต่างๆ

บทที่ 3

ผลการศึกษา



3.1 การจัดระบบบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในต่างประเทศ

3.3.1 สิงคโปร์

สิงคโปร์มีประชากร 5.3 ล้านคน เป็นคนพิการประมาณร้อยละ 3 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของสิงคโปร์มีหลักการว่าไม่มีบริการทางการแพทย์ใดที่ให้บริการโดยไม่เรียกเก็บค่าบริการ โดยรัฐบาลเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของตน โดยการหักเงินเดือนร้อยละ 6-8 และนายจ้างร่วมสมทบในจำนวนที่เท่ากัน นำมาจ่ายให้กองทุนสุขภาพที่เรียกว่า Medisave ผ่านบัญชีส่วนตัว (medical savings account) ของทั้งตนเองและครอบครัว แต่มีการจำกัดความถี่ของการใช้บริการ และต้องร่วมจ่ายในบางกรณี ประชาชนสามารถใช้บัญชีส่วนตัว ซื้อประกันสุขภาพในโครงการ Medishield เพิ่มเติมสำหรับการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง นอกจากนี้รัฐยังมีโครงการ Medifund เพื่อช่วยเหลือค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ที่ไม่สามารถจ่ายได้ [41] การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการอยู่ในความรับผิดชอบของ 2 หน่วยงานหลัก คือ สภาแห่งชาติด้านบริการสังคม (National Council of Social Service, NCSS) และกระทรวงพัฒนาสังคมและครอบครัว (Ministry of Social and Family Development, MSF) โดยดำเนินการตามแผนแม่บทสำหรับคนพิการ ซึ่งเป็นแผน 5 ปี [42] แผนแม่บทดังกล่าวประกอบด้วย 3 กลยุทธ์หลัก ได้แก่

1. การพัฒนาบริการสำหรับคนพิการ

รัฐบาลตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลคนพิการ เช่น จัดให้มีบ้านพักหรือที่พักสำหรับคนพิการรุนแรงและครอบครัวที่มีรายได้น้อยไม่สามารถดูแลได้ สร้างศูนย์กิจกรรมสำหรับคนพิการที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันและไม่เหมาะกับการเข้าสู่ระบบแรงงาน เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำงานประจำของตนเองได้อย่างเต็มที่และมีรายได้ที่สามารถดูแลคนพิการต่อไปได้ และการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถจ้างแรงงานต่างชาติรายอ่อมเยาเพื่อช่วยดูแลคนพิการ นอกจากนี้มีการสร้างบ้าน (group home) สำหรับผู้สูงอายุและคนพิการอายุน้อยในชุมชนให้อยู่ร่วมกัน เป็นการสนับสนุนผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีครอบครัวสนับสนุนแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่เพื่อให้บริการต่างๆ เช่น ให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์จิตใจ การ

ช่วยอาบน้ำ จัดส่งอาหาร บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการระยะสั้น และบริการส่งต่อ

2. การพัฒนาความสามารถของบุคคลและเทคโนโลยี

กลยุทธ์นี้มีเป้าหมายในการพัฒนาความสามารถของคนพิการด้วยการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทั้งความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้คนพิการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติพึ่งพาตนเอง และเข้าสู่ระบบการจ้างงานได้ ในปี พ.ศ. 2546 มีการก่อตั้งศูนย์เทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือคนพิการ (Specialised Assistive Technology Centre; ATC) ให้ทำหน้าที่ประเมินความต้องการและฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีสำหรับคนพิการทางร่างกาย นอกจากนี้ยังมีแผนงานที่จะจัดตั้งศูนย์พึ่งพาตนเองด้านเทคโนโลยีเครื่องช่วยคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับประเทศอีกด้วยเพื่อให้การใช้เทคโนโลยีเป็นไปอย่างกว้างขวางและเกิดประโยชน์มากที่สุด โดยการให้คำปรึกษาและความรู้แก่คนพิการ และองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อให้คนพิการยอมรับและใช้งานอุปกรณ์และเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร

3. กลยุทธ์สร้างการมีส่วนร่วมและการเข้าถึงบริการสาธารณะ

กลยุทธ์นี้มีเป้าหมายในการพัฒนามาตรการที่ช่วยให้คนพิการเข้าถึงระบบบริการขนส่งได้อย่างไม่มีข้อจำกัด และเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะ使人พิการสามารถพึ่งพาตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ในทุกๆ มิติของชีวิต เพราะการเข้าถึงระบบต่างๆ เหล่านี้จะทำให้คนพิการสามารถเดินทางไปโรงเรียน ไปทำงาน เข้าถึงระบบบริการ และร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ กระทรวงการขนส่งและองค์การขนส่งทางบกได้ร่วมกันพัฒนาการเข้าถึงระบบขนส่งของคนพิการ เช่น รถโดยสารสาธารณะ รถไฟฟ้าต้องได้รับการปรับปรุงไม่ให้เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของคนพิการ ในขณะที่องค์กรควบคุมสิ่งก่อสร้างของสิงคโปร์ (Building and Construction Authority of Singapore, BCA) ได้กำหนดแผนแม่บทในการพัฒนาสิ่งปลูกสร้างและโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ทั้งถนน สถานีรถไฟ ทางเท้า รถแท็กซี่ และรถโดยสารเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการเข้าถึงของคนพิการและผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว

สำหรับการพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลและระบบการสื่อสาร ได้มีการจัดตั้งกองทุนเทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือคนพิการ (Assistive Technology Fund, ATF) ขึ้น เพื่อให้คนพิการที่มีรายได้น้อยหรือผู้ดูแลที่ต้องซื้ออุปกรณ์ฯ และเทคโนโลยีให้กับคนพิการสามารถซื้ออุปกรณ์ทางการศึกษา หรืออุปกรณ์ฯ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการจ้างงาน/ทำงาน นอกจากนี้ยังให้บริการส่งข้อความสั้นเมื่อฉุกเฉิน (Emergency Short Messaging Service Helpline) เพื่อให้คนพิการทางการได้ยินและผู้มีความผิดปกติด้านการพูดสามารถสื่อสารกันภายในกลุ่มหรือสื่อสารกับตำรวจในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน การช่วยเหลือคนพิการผ่าน ATF ครอบคลุมการเปลี่ยนอุปกรณ์ฯ ทดแทนอุปกรณ์ฯ เก่าด้วย สำหรับการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารนั้นกลยุทธ์ยอย่มุ่งเน้นให้มีสัญลักษณ์และเครื่องหมายในที่สาธารณะ เช่น อาคาร ระบบขนส่ง และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้ถูกต้องและทันสมัย ที่สำคัญต้องใช้รูปแบบหรือวัสดุอุปกรณ์ที่ทำให้คนพิการเข้าถึงได้ด้วย เช่น มีเสียง มีภาพ ตัวหนังสือเบรลล์ (Braille) หรือมีคำบรรยายไว้ใต้ภาพ นอกจากนี้ยังกำหนดให้จัดบริการล่าม (interpreter) สำหรับคนพิการตามสถานที่สาธารณะต่างๆ เช่น โรงพยาบาล

นอกจากนี้มีการจัดตั้งศูนย์ให้ยืมหรือเช่าอุปกรณ์ฯ (Assistive Technology Loan Library หรือ Mobility Aids Loan Scheme) มีหน้าที่จัดหาอุปกรณ์ฯ เพื่อช่วยเหลือคนพิการโดยตรง รวมถึงจัดหาอุปกรณ์ฯ ให้กับบุคลากรที่ทำงานช่วยเหลือคนพิการด้วย เช่น ครู หรือ นักบำบัด ศูนย์นี้ให้ยืมอุปกรณ์ฯ มากกว่า 700 ชนิด โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินอุปกรณ์ฯ เพื่อนำส่งให้กับคนพิการหรือบุคลากรที่ทำงานช่วยเหลือคนพิการ ซึ่งจะช่วยให้คนพิการได้ทดลองอุปกรณ์ฯ ต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจซื้ออุปกรณ์ฯ ต่าง ๆ ให้กับตนเอง ในขณะเดียวกันหากอุปกรณ์ฯ ที่คนพิการใช้อยู่ในชีวิตประจำวันเกิดการชำรุดเสียหายก็สามารถยืมอุปกรณ์ฯ จากศูนย์ไปใช้ก่อนได้ในระหว่างซ่อม สำหรับบุคลากรที่ทำงานช่วยเหลือคนพิการอย่าง ครู หรือ นักบำบัด ก็สามารถยืมอุปกรณ์ฯ จากศูนย์ให้ยืมฯ ไปใช้กับคนพิการก่อนได้เช่นกัน หรืออาจเป็นการให้ยืมในระยะสั้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานช่วยเหลือคนพิการก่อนที่จะตัดสินใจซื้ออุปกรณ์ฯ นั้นจริง ๆ หรือให้ยืมในการกรณีทดแทนอุปกรณ์ฯ ที่อยู่ระหว่างซ่อม [43, 44]

3.1.2 ได้หวัน

ได้หวันมีประชากรประมาณ 23 ล้านคน [45] เป็นคนพิการร้อยละ 4.5 [46] โครงการประกันสุขภาพของรัฐเป็นภาคบังคับที่ดำเนินงานในรูปของประกันสังคม ครอบคลุมลูกจ้าง คนว่างงาน คนจน ผู้ประสบภัยพิบัติจากภัยธรรมชาติ โดยจ่ายเบี้ยประกันตามรายได้ของแต่ละคนหรือของครัวเรือน โดยผู้รับบริการต้องร่วมจ่าย ยกเว้น การรับบริการป้องกันโรค ครอบครัวยากจนและครอบครัวทหาร เด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ และกรณีโรคร้ายแรง และลดการร่วมจ่ายให้กับคนพิการและผู้สูงอายุ [47] รัฐธรรมนูญกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการช่วยเหลือคนพิการในด้านต่างๆ อาทิ เช่น การมีหลักประกันสุขภาพ การบริการทางการแพทย์ การศึกษา การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคสำหรับคนพิการในการเข้าถึง นอกจากนี้ กฎหมายสำคัญของได้หวันที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ได้แก่ People with Disabilities Rights Protection Act [48] มีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองสิทธิทางกฎหมายและผลประโยชน์ของคนพิการ ให้โอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม รวมถึงการพัฒนาตนเองและลดภาวะพึ่งพิง

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 รัฐบาลให้เงินสนับสนุนแก่คนพิการตามระดับรายได้สำหรับผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลาง ตลอดจนคนพิการที่อาศัยในสถานที่อยู่แลคนพิการ (care-giving facilities) ก็จะได้รับความช่วยเหลือตามระดับรายได้ของครอบครัวและภาวะความพิการ หากน้อยกว่าดัชนีค่าครองชีพขั้นต่ำ (lowest living index) และทรัพย์สินทั้งหมดของครอบครัว โดยมีหน่วยงานระดับท้องถิ่นเป็นผู้ทำหน้าที่ประเมินจากค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนของสมาชิกแต่ละคนในครัวเรือน [49] กฎหมาย People with Disabilities Rights Protection กำหนดให้มีระบบเฝ้าระวังความพิการ ประกอบด้วยหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ หน่วยงานด้านสุขภาพ การศึกษา แรงงาน ตำรวจ และหน่วยงานที่รับผิดชอบจดทะเบียนบ้าน หากหน่วยงานใดตรวจสอบพบคนพิการต้องทำการประเมินการดำรงชีวิตของคนพิการโดยเร็ว รวมถึงลักษณะบริการที่คนพิการพึงได้รับ และส่งต่อไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลต่อไป

ในการดูแลรักษาพยาบาลคนพิการ กฎหมาย People with Disabilities Rights Protection กำหนดรายละเอียดอย่างเป็นระบบสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้

เกิดการเชื่อมประสานงานในการให้บริการ ได้แก่ หน่วยงานกลางด้านสุขภาพภายใต้ Ministry of Health and Welfare ทำหน้าที่บริหารทรัพยากรด้านการแพทย์ เพื่อให้ บริการสำหรับคนพิการอย่างเหมาะสม รวมทั้งกำหนดคุณสมบัติและรายการ อุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาล/องค์กร/สถาบันที่สามารถดูแลรักษาคนพิการ สำหรับหน่วยงานระดับมณฑล/เมือง มีหน้าที่จัดบริการตรวจสุขภาพประจำปีและการ บริการดูแลสุขภาพสำหรับคนพิการ รวมถึงการติดตามการรักษาต่างๆ ตามรายงาน การตรวจสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและที่พักของคนพิการโดย หน่วยงานดังกล่าวรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามกรอบที่หน่วยงานส่วนกลางกำหนด นอกจากนี้ โรงพยาบาลต้องจัดตั้งหน่วยงานแรกรับเพื่อการสื่อสารกับคนพิการที่ไม่สามารถ แสดงออกซึ่งความจำเป็นหรือความต้องการบริการที่มีลักษณะพิเศษ และจัดทำ แผนการจำหน่ายคนพิการที่จะกลับบ้านที่ประกอบด้วย การดูแลในขั้นตอนต่างๆ เช่น ข้อเสนอในการดูแลที่บ้าน ข้อเสนอการฟื้นฟูฯ บริการส่งต่อทรัพยากรด้านการแพทย์ ในชุมชน ข้อเสนอในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่พัก ข้อเสนอในการประเมินและ การใช้อุปกรณ์ฯ หน่วยงานระดับมณฑล/เมืองด้านสุขภาพ อาจเห็นชอบให้ โรงพยาบาลจัดตั้งคลินิกเฉพาะคนพิการหรือสถาบัน/องค์กรสำหรับดูแล รักษา ฟื้นฟู และบริการอุปกรณ์ฯ ได้

ในปี พ.ศ. 2544 Ministry of Interior ให้ทุนกับ National Yang-Ming University เพื่อจัดตั้ง Center of Assistive Technology Resources and Popularization (CATRP) [10, 50] โดยมีวัตถุประสงค์ให้บริการเทคโนโลยีช่วยเหลือคนพิการที่ ทันสมัย ปัจจุบัน CATRP เป็นหน่วยงานอิสระทำหน้าที่สนับสนุนด้านอุปกรณ์ฯ ให้กับประชาชน รวมทั้งศูนย์ระดับภูมิภาค เนื่องจากการเพิ่มการตระหนักใน ประโยชน์ของอุปกรณ์ฯ จะทำให้มีอุปสงค์เพิ่มขึ้น CATRP จึงเป็นแหล่งข้อมูล (data banks) เกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ผู้ผลิต และผู้เชี่ยวชาญด้านอุปกรณ์ฯ รายชื่อศูนย์เกี่ยวกับ อุปกรณ์ฯ มีการรวบรวมและแบ่งประเภทอุปกรณ์ฯ นโยบายการพัฒนาการผลิต อุปกรณ์ฯ และการถ่ายทอดเทคโนโลยี นอกจากนี้หน่วยงานนี้ได้จัดทำข้อกำหนด มาตรฐานและการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์ฯ (Taiwan assistive device regulation and standardization) ของประเทศด้วย ศูนย์เทคโนโลยีช่วยเหลือคน พิการในระดับท้องถิ่น และ CATRP ของรัฐบาลส่วนกลางยังมีบริการให้ยืมและเช่า

อุปกรณ์ฯ กรณีที่ไม่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐหรืออุปกรณ์ฯ มีราคาสูงทำให้ไม่สามารถซื้อได้ โดยต้องมีผลการประเมินความจำเป็นในการใช้ มีใบรับรองความพิการ มีการอธิบายวิธีใช้ การบำรุงรักษา การทำความสะอาด และข้อควรระวัง มีการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ

3.1.3 ฟินแลนด์

ฟินแลนด์มีประชากร 5.45 ล้านคน มีคนพิการประมาณร้อยละ 5.6 ฟินแลนด์เป็นรัฐสวัสดิการที่พลเมืองทั้งหมดได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจากงบประมาณของรัฐ ซึ่งมาจากการเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มที่สูงและภาษีบุคคลธรรมดาที่ค่อนข้างสูงตามระดับรายได้ตั้งแต่ร้อยละ 6.5 - 31.75 [51] คนพิการทุกคนมีสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ฯ ตามที่กฎหมายกำหนดแบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย งบประมาณจากรัฐถูกจัดสรรไปให้เทศบาลรับผิดชอบจัดหาอุปกรณ์ฯ และบริการฟื้นฟูฯ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ การทดสอบ การฝึกใช้ การส่งมอบ การติดตามการใช้งาน และการรักษาให้คงทนโดยแพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำแผนช่วยเหลือคนพิการแต่ละรายร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานด้านสวัสดิการของรัฐเพื่อให้จัดบริการได้ตรงความต้องการและมีประสิทธิภาพ

ฟินแลนด์ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (National Health Insurance scheme; NHI) โดยมีหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบคือ Social Insurance Institution of Finland (Kela) ซึ่งอยู่ภายใต้ Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) Kela มีหน้าที่กำหนดนโยบาย ออกกฎหมาย และจัดสรรงบประมาณกลางให้เทศบาลทั่วประเทศ รวมทั้งมีการกระจายอำนาจให้สามารถจัดเก็บภาษีในท้องถิ่นเพื่อใช้ในการบริหารจัดการและจัดบริการให้ประชาชนในพื้นที่ด้วย ในปี พ.ศ. 2538 มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการจัดบริการและให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการ ภายใต้โครงการรณรงค์ที่ใช้ชื่อว่า “Towards a society for all” ที่มุ่งให้คนพิการมีความเสมอภาคและมีส่วนร่วมในสังคม โดยขจัดอุปสรรคทั้งทางร่างกาย ทัศนคติ และการสื่อสาร นอกจากนี้ยังมีการแก้ไขกฎหมายรัฐธรรมนูญในปี พ.ศ. 2538 ที่บัญญัติให้มีการ [52] จัดบริการแก่คนพิการอย่างเท่าเทียมกับคนปกติตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล โดยรัฐบาลทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ด้านการคุ้มครองสิทธิของคนพิการ ทั้งนี้

กฎหมายกำหนดให้เทศบาลท้องถิ่นจัดสวัสดิการและบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนไม่ว่าจะอยู่ในสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจระดับใด โดยไม่สามารถอ้างได้ว่างบประมาณไม่เพียงพอ อุปกรณ์ฯ ที่จัดให้คนพิการมีทั้งแบบไม่มีค่าใช้จ่ายและให้ยืม โดยขอรับอุปกรณ์ฯ ได้ที่ศูนย์บริการสุขภาพ (health centre) ของเทศบาลที่คนพิการมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีอุปกรณ์ฯ มีราคาสูง เช่น รถเข็นไฟฟ้าหรืออุปกรณ์ด้านเทคนิคและคอมพิวเตอร์ต่างๆ ต้องขอการอนุมัติจากสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า คนพิการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึก/สอนใช้ การดูแลรักษา การซ่อมแซม และการให้ทดแทน/เปลี่ยนอุปกรณ์ฯ กรณีที่เป็นอุปกรณ์ฯ ด้านสนันทนาการหรือการพักผ่อนสามารถขอรับได้จาก social services ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้ MSAH [51, 53] รวมทั้งสามารถขอใช้บริการล่ามสำหรับความพิการ (Interpretation services) และขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจาก Kela ได้ด้วยเช่นกัน ฟินแลนด์ยังมีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพของบริการอุปกรณ์ฯ (national quality recommendation for assistive device services) เพื่อให้จัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยุติธรรม และอยู่ในมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ นอกจากนี้คนพิการจะได้รับการชดเชยเงินทั้งหมดหรือบางส่วนจากการซ่อมแซมปรับปรุงที่อยู่อาศัยและติดตั้งอุปกรณ์ในบ้านที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในกรณีที่ไม่ต้องการรับบริการจากสถานบริการของเทศบาลท้องถิ่น

ในการติดตามการนำนโยบายหรือมาตรการไปปฏิบัตินั้นจะมี National Council on Disability (VANE) รับผิดชอบ ซึ่งมีสมาชิกคือ ตัวแทนจากหน่วยงานรัฐในกระทรวงต่างๆ National Institute of Welfare and Health หน่วยงานในส่วนท้องถิ่น และองค์กรเกี่ยวกับคนพิการ มีหน้าที่ในการสรุปภาพรวมของการนำนโยบายไปใช้ การประสานงาน แหล่งเงิน และทรัพยากรที่ใช้

3.2 นโยบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย

แม้ในทางกฎหมายคนพิการในประเทศไทยจะได้รับความคุ้มครองให้มีสิทธิในการได้รับบริการด้านต่างๆ จากภาครัฐด้วยความเสมอภาค ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากสภาพความพิการของตนและด้วยเหตุผลอื่นใด อย่างไรก็ตามพบว่า ในทางปฏิบัติมีความแตกต่างเหลื่อมล้ำของบริการที่จัดให้คนพิการค่อนข้างมาก ซึ่งการเลือกปฏิบัตินี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ เช่น การเลือกปฏิบัติในการจัดบริการสาธารณสุข อาจนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำในด้านการประกอบอาชีพ รายได้ และทรัพย์สิน

คนพิการเป็นกลุ่มคนที่มีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในอนาคต ทั้งจากอุบัติเหตุ โรคร้ายไข้เจ็บ ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ มาตรการที่ช่วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลดภาวะพึ่งพิง และช่วยยกระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมให้แก่คนพิการ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 กำหนดให้รัฐต้องสนับสนุนให้คนพิการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เสมอภาคกับบุคคลทั่วไป โดยคนพิการมีสิทธิเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและสวัสดิการความช่วยเหลืออื่น ๆ จากรัฐ เช่น การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การศึกษา หรือการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร [54]

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และบริการที่เกี่ยวข้องเป็นบริการที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับคนพิการ โดยรัฐต้องจัดให้มีบริการดังกล่าวเป็นบริการพื้นฐานในโรงพยาบาลของรัฐ อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน คนพิการสามารถรับบริการดังกล่าวได้ตามสิทธิประกันสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ ซึ่งพบว่ามีความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขในการใช้บริการของคนพิการที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื้อหาในส่วนนี้เป็นการนำเสนอผลการทบทวนและวิเคราะห์ความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ในด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสมรรถภาพทางการแพทย์และบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบกองทุน

ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ

3.2.1 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศหลักเกณฑ์และรายละเอียดในการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยกำหนดให้คนพิการมีสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์รวม 26 รายการ ซึ่งในจำนวนนี้มีบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการรวมอยู่ด้วย [55] อย่างไรก็ตามพบว่าประกาศดังกล่าวกำหนดสิทธิเรื่องบริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ไว้ในภาพกว้างไม่มีการให้รายละเอียด โดยเฉพาะในเรื่องอุปกรณ์ฯ ดังนั้นหน่วยงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามหน่วยงานจึงต้องเป็นผู้ให้รายละเอียดตามข้อกำหนดของกระทรวง ด้วยแนวคิดและที่มาที่แตกต่างกันของระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน รวมถึงรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความเป็นเอกเทศจากกัน กฎหมายที่ใช้ในการควบคุมและกำกับดำเนินงานที่ต่างกัน จึงทำให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุนมีการกำหนดนโยบายและแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ฯ ที่ไม่เหมือนกัน

คนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะสามารถรับบริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ สำหรับคนพิการตามที่ สปสช. กำหนดได้นั้น ต้องเปลี่ยนสิทธิจากการรักษายาบาลตามปกติ เป็นสิทธิ ท.74 โดยผู้ได้รับสิทธิ ท.74 ต้องได้รับการตรวจประเมินและรับรองความพิการจากแพทย์ สิทธิ ท.74 ครอบคลุมทั้งสิทธิประโยชน์หลักในบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ และสิทธิประโยชน์เฉพาะสำหรับคนพิการ ได้แก่ การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ และบริการอุปกรณ์ฯ โดยคนพิการสามารถเข้ารับบริการดังกล่าวตามที่ สปสช. กำหนด ได้ ณ สถานพยาบาลของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย คนพิการใช้สิทธิ ท.74 ยังสามารถรับการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการดูแลช่วยเหลือคนพิการตามประเภทความพิการได้จากหน่วยงานหรือองค์กรที่ สปสช. มีข้อตกลงจัดทำความร่วมมือด้วย นอกจากนี้ยังเข้ารับบริการสุขภาพกรณี

จำเป็นจากหน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้
ทุกแห่งโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ [54, 56]

คนพิการในระบบประกันสังคมถูกเรียกว่า ผู้ทุพพลภาพ ได้แก่ ผู้ที่มีการสูญเสียอวัยวะ
หรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกาย หรือสูญเสียภาวะปกติของจิตใจ
จนไม่สามารถทำงานได้ โดยแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยความทุพพลภาพตามหลักเกณฑ์ที่
กำหนดโดยสำนักงานประกันสังคม (สปส.) [57] ผู้ทุพพลภาพสามารถแบ่งได้ 2
ประเภท คือผู้ทุพพลภาพเนื่องจากการทำงานและที่ไม่ได้เนื่องจากการทำงาน โดยผู้
ทุพพลภาพเนื่องจากการทำงานจะได้รับสิทธิตามประกาศของกองทุนเงินทดแทน คือ
ค่าทดแทนการขาดรายได้ต่อเดือนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน ตาม
ประเภทของการสูญเสีย แต่ไม่เกินระยะเวลา 10 ปี ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูด้าน
การแพทย์และอาชีพ หากลูกจ้างจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ไม่เกิน 20,000 บาท
และค่ารักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน โดยรวมค่ารักษาพยาบาล
ตามกรณีสูงสุด 300,000 บาท หากการรักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่ สปส.
กำหนดทางผู้ทุพพลภาพสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากมูลนิธิคุณากรในพระ
ราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นมูลนิธิของ สปส.
ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ประกันตน

สำหรับกรณีทุพพลภาพที่ไม่ได้เกิดเนื่องจากการทำงาน ผู้ทุพพลภาพจะได้รับสิทธิใน
การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ได้เลือกหรือสถานพยาบาลอื่นของรัฐ
ทั้งในกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยสถานพยาบาลจะยื่น
เรื่องเบิกค่ารักษาพยาบาลและค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ จาก สปส. ในภายหลัง
หากผู้ทุพพลภาพเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เป็นสถานพยาบาลที่
เลือกไว้ ผู้ทุพพลภาพจะสามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกเท่าที่
จ่ายจริงได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท และ 4,000 บาทสำหรับผู้ป่วยใน นอกจากนี้
ผู้ทุพพลภาพยังสามารถเบิกค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ซึ่ง สปส.
เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท และเงินทดแทนในการขาดรายได้ ซึ่งผู้ทุพพลภาพ
จะได้รับในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนไปตลอดชีวิต [58] นอกจากนี้ผู้
ทุพพลภาพยังมีสิทธิในการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการประกอบอาชีพที่
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานของสำนักงานประกันสังคมทั้ง 4 แห่ง ที่จังหวัด เชียงใหม่

ปทุมธานี ระยอง และขอนแก่นด้วย โดย สปส. สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูให้ 40,000 บาท [58, 59] ในส่วนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นไม่พบว่ามียกเว้นหรือหลักเกณฑ์เฉพาะสำหรับคนพิการ

นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุนยังมีความแตกต่างในเรื่องระยะเวลาการคุ้มครอง โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองทันทีเมื่อผู้ที่มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพดังกล่าวลงทะเบียนกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในขณะที่ผู้ประกันตนภายใต้สิทธิประกันสังคมจะได้รับสิทธิก็ต่อเมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน

3.2.2 งบประมาณและการเบิกจ่าย

แหล่งงบประมาณและวงเงินที่ระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนใช้ในการดำเนินงานด้านคนพิการ ตลอดจนวิธีบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวมีความแตกต่างกัน โดย สปสช. และกรมบัญชีกลาง ได้รับงบจัดสรรโดยตรงจากกระทรวงการคลัง เพื่อใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตามลำดับ สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพื่อใช้ในบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ และบริการอุปกรณ์ฯ สำหรับคนพิการ ผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการฟื้นฟูฯ โดยในปีงบประมาณ 2557 สปสช. ได้จัดสรรเงินจำนวน 730,337,400 ล้านบาท เพื่อใช้ในบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยคิดเป็น 14.95 บาทต่อผู้มีสิทธิ (48,852,000 คน) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.52 ของ งบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวของ สปสช. ในปีงบประมาณ 2557 โดยเงินจำนวนนี้แบ่งใช้สำหรับ 2 ส่วน คือ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูฯ ทั้งหมดและค่าอุปกรณ์ฯ ซึ่งรวมถึงค่าซ่อม ค่าผลิต และค่าใช้จ่ายในการฝึกใช้อุปกรณ์ฯ และค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ และภาคีอื่นๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการดำเนินงานฟื้นฟูฯ ในเชิงรุก [60] ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ได้มีกองทุนสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ และอุปกรณ์ฯ หรือกองทุนสำหรับคนพิการโดยเฉพาะ

สำหรับระบบประกันสังคม กำหนดให้นายจ้างและผู้ประกันตน (รวมถึงผู้ทุพพลภาพที่อยู่ภายใต้สิทธิประกันสังคม) ต้องส่งเงินสมทบให้แก่ สปส. และมีรายได้อีกส่วนหนึ่งได้มาจากเงินอุดหนุนของรัฐบาล นอกจากนี้ สปส. ได้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นมา โดยเรียกเก็บจากนายจ้างแต่เพียงฝ่ายเดียว เพื่อใช้ดูแลและเป็นหลักประกันให้แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ให้สามารถเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวในขณะที่ขาดรายได้ประจำตามที่กฎหมายกำหนด กองทุนเงินทดแทนนี้ให้ความคุ้มครองแก่สถานประกอบการทุกท้องที่ทั่วราชอาณาจักรที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป²

นอกจากกองทุนเงินทดแทนจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งรวมค่าใช้จ่ายสำหรับการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ แล้ว ยังมีการจ่ายเงินเป็นค่าทดแทนรายได้ให้แก่ผู้ทุพพลภาพอีกด้วย ทั้งนี้เมื่อคำนวณการจ่ายเงินทดแทนของกองทุนเงินทดแทน (1,726,580,538 บาท) ต่อจำนวนลูกจ้างหรือผู้ประกันตนที่อยู่ภายใต้กองทุนเงินทดแทน (8,575,398 คน) พบว่า รายจ่ายต่อหัวในปี พ.ศ. 2555 อยู่ที่ 201 บาทต่อผู้ประกันตน 1 คน เงินจำนวนนี้เป็นค่าใช้จ่ายให้กับการบาดเจ็บจากการทำงาน 131,826 ครั้ง ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน 190 ราย และเป็นผู้ทุพพลภาพ 8 ราย แต่ทั้งนี้จำนวนเงินที่กองทุนเงินทดแทนจ่ายออกไปนั้นไม่สามารถเปรียบเทียบกับงบประมาณของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ สปสช. ได้อย่างแท้จริง เนื่องจากหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ผู้ทุพพลภาพของกองทุนเงินทดแทนนั้นขึ้นอยู่กับพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการกองทุน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายสำหรับการฟื้นฟูฯ ของ สปสช. เป็นการเหมาจ่ายต่อหัวประชากรทั้งประเทศ [61, 62] ทั้งนี้สำหรับผู้ทุพพลภาพที่ไม่ได้เนื่องมาจากการทำงานให้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลผ่านกองทุนประกันสังคม [57]

มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงการใช้จ่ายเงินของกองทุนเงินทดแทนที่มีสัดส่วนน้อยกว่าเงินที่สะสมอยู่ในกองทุนค่อนข้างมาก โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2555 กองทุนเงินทดแทนมี

² ยกเว้นกิจการบางประเภทตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ตามประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง ประเภทขนาดของกิจการและท้องที่ที่ให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบ (ฉบับที่ 2) ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2545

เงินสะสมอยู่ 33,000 ล้านบาท ในขณะที่รายจ่ายสุทธิอยู่ที่ 2,000 ล้านบาท หรือไม่ถึงร้อยละ 10 ของจำนวนเงินสะสมทั้งหมด และได้มีการคำนวณว่าหากกองทุนเงินทดแทนยังมีการใช้จ่ายเงินลักษณะนี้ในอีก 20 ปีข้างหน้า เงินสะสมในกองทุนเงินทดแทนอาจสูงถึง 100,000 ล้านบาท [63] ประเด็นข้างต้นอาจสะท้อนถึงการใช้เงินที่ไม่คุ้มค่าของกองทุนเงินทดแทน ซึ่งทำให้ผู้ทุพพลภาพตลอดจนผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเต็มที่

ในส่วนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น ไม่มีการจัดตั้งกองทุน โดยเฉพาะเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่าบริการที่เกิดขึ้นจากคนพิการ ซึ่งเป็นไปตามหลักการคุ้มครองประโยชน์เกื้อกูล (fringe benefit) ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทำให้คนพิการสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์และจัดหาอวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่หน่วยบริการของรัฐได้ทุกแห่ง

สำหรับการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ นั้น พบว่ามีความแตกต่างกันในทางปฏิบัติระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม โดยคนพิการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะได้รับอุปกรณ์ฯ โดยไม่ต้องมีการสำรองจ่ายค่าอุปกรณ์ฯ แต่อย่างใด ทั้งนี้โรงพยาบาลจะดำเนินการเบิกจ่ายจาก สปสช. ในขณะที่ผู้ทุพพลภาพภายใต้ระบบประกันสังคมต้องสำรองจ่ายไปก่อน จากนั้นจึงนำไปขอรับเงินคืนจาก สปส. [64] ซึ่งอาจสร้างภาระด้านการเงินแก่คนพิการได้ โดยเฉพาะในกรณีที่อุปกรณ์ฯ นั้นมีราคาสูง

3.2.3 ความครอบคลุมประเภทความพิการ

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปี พ.ศ. 2555 [65] ได้แบ่งประเภทความพิการเป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) ทางการเห็น 2) ทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย 3) ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5) ทางสติปัญญา และ 6) ทางการเรียนรู้ และ 7) ทางออทิสติก ทั้งนี้จากเอกสารรายการอุปกรณ์ฯ ของระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน ที่จัดให้เป็นสิทธิประโยชน์แก่คนพิการพบว่า มีรายการอุปกรณ์ฯ ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอุปกรณ์ฯ รวม 54 รายการ ครอบคลุมประเภทความพิการทางการเห็น ทางการได้ยินฯ และทางการเคลื่อนไหวฯ เท่านั้น และมีบริการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับคนพิการจำนวน 9 รายการ ซึ่งครอบคลุม ความพิการทุกประเภท ทั้งนี้ เมื่อพิจารณารายละเอียดบริการฟื้นฟู พบว่ามีการ ให้บริการอุปกรณ์ฯ นอกเหนือจากรายการอุปกรณ์ฯ ที่ได้กำหนดไว้ในบัญชี โดยพบว่า สปสช. กำหนดการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยสายตาเลื่อนรางแก่คนพิการเป็น กิจกรรมหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพการเห็น [60]

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มีบัญชีที่แยกรายการอุปกรณ์ฯ ออกมา โดยเฉพาะ บัญชีที่ใช้ในปัจจุบันเป็นรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการ บำบัดรักษาโรคทั้งหมดที่ใช้ในการรักษาและบำบัดทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย อวัยวะเทียมและอุปกรณ์จำนวน 445 รายการ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาเฉพาะ อุปกรณ์ฯ โดยอิงจากรายการของ สปสช. พบว่ามีอุปกรณ์ฯ ทั้งสิ้น 80 รายการ³ ครอบคลุมความพิการทางการเห็น ทาง การได้ยินฯ และทางการเคลื่อนไหว แต่ไม่พบ รายละเอียดหรือข้อกำหนดเฉพาะเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์หรือ การให้การบำบัดและฟื้นฟูคนพิการของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ [66, 67] ระบบประกันสังคมมีอุปกรณ์ที่ครอบคลุมประเภทความพิการน้อยที่สุด คือ 2 ประเภท จำนวน 29 รายการ ได้แก่ ทาง การได้ยินฯ และทางการเคลื่อนไหว เท่านั้น [68] และไม่พบเอกสารเกี่ยวกับข้อกำหนดเรื่องบริการฟื้นฟูฯ เช่นเดียวกับระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ในกรณีการจัดหาอุปกรณ์ฯ ที่มีมูลค่าสูง ซึ่งระเบียบของทั้งสามกองทุนไม่ได้กำหนดไว้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ เป็นผู้จัดหาอุปกรณ์ฯ ดังกล่าว ให้กับหน่วยบริการที่มีความตกลงร่วมมือกับ ศูนย์สิรินธร

³ รายการอุปกรณ์ฯ 80 รายการ ได้แก่ อุปกรณ์ในหมวด 2 (ตา หู คอ จมูก) 6 รายการ เครื่องช่วยการ มองเห็นสำหรับคนพิการ ชุดประสาทหูเทียม เครื่องช่วยฟัง ชุดเครื่องช่วยฟังชนิดฝังกระดูก ฝาครอบช่วย ฟูด และเครื่องช่วยฟูด และอุปกรณ์ในหมวด 8 (วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู) ทุกรายการ จำนวน 74 รายการ

3.2.4 รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและเงื่อนไขการสนับสนุน

ระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุนมีการกำหนดรายการและราคาต่อหน่วยของอุปกรณ์ฯ ไว้เป็นของตัวเอง ซึ่งรายการอุปกรณ์ฯ ของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกันทั้งประเภท รหัส และราคาเบิกจ่าย คนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพทุกระบบจะได้รับอุปกรณ์ฯ ที่มีราคาไม่เกินกว่าตามที่กำหนดไว้ในรายการ (ดูตารางเปรียบเทียบรายการอุปกรณ์ฯ และราคาเบิกจ่ายในภาคผนวก 1) สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการกำหนดรายการอื่นๆ ไว้สำหรับการเบิกอุปกรณ์ฯ ที่มีความจำเป็นแต่ไม่อยู่ในรายการที่กำหนด โดยให้เป็นไปตามการวินิจฉัยและอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ แต่ไม่พบว่ามีการในลักษณะดังกล่าวจากบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของกรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคม

นอกจากการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ แล้ว ระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุนได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเปลี่ยนแปลงและการซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ ที่มีอายุการใช้งาน อย่างไรก็ตามข้อกำหนดดังกล่าวมีเพียงบางรายการอุปกรณ์เท่านั้น โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกำหนดให้คนพิการสามารถเบิกชุดประสาทหูเทียมได้คนละ 1 ชุดเท่านั้น หรืออุปกรณ์ประเภทเครื่องช่วยเดิน (walking aids) เช่น ไม้ค้ำยันหรือเครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (walker) ที่กำหนดจ่ายให้ครั้งเดียวและไม่มีการซ่อมหรือซื้อใหม่ หรือเครื่องช่วยฟังที่กำหนดให้มีการเปลี่ยนได้ใหม่ [66] โดยให้เป็นไปตามการประเมินของผู้ให้บริการ ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเกณฑ์ในการเปลี่ยนเครื่องช่วยฟังเช่นเดียวกันกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่ไม่พบเกณฑ์ในอุปกรณ์ฯ ประเภทอื่น ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีการข้อกำหนดดังกล่าวสำหรับสำนักงานประกันสังคม แต่คาดว่าจะมีแนวทางการปฏิบัติเช่นเดียวกัน

3.2.5 หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

นอกจากบริการอุปกรณ์ฯ ของระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนแล้ว ยังมีหน่วยงานอื่นๆ ที่บทบาทสำคัญในการจัดหาหรือให้บริการอุปกรณ์ฯ แก่คนพิการ เช่น ศูนย์สิทธิสตรีเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กองทุนผู้ประสบภัยจากรถยนต์ และกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ศูนย์สิรินธรฯ มีหน้าที่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดให้ศูนย์สิรินธรฯ เป็นหน่วยจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูงเฉพาะกรณีที่ถูกกฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐไม่ได้กำหนดไว้ [55] ให้กับหน่วยบริการที่มีความตกลงร่วมมือกับศูนย์สิรินธรฯ โดยรายการอุปกรณ์มูลค่าสูงที่ศูนย์สิรินธรฯ รับผิดชอบอยู่ในปัจจุบันแบ่งเป็น 5 กลุ่มรวม 82 รายการ [69] ได้แก่

- กายอุปกรณ์ 20 รายการ
- รถนั่งคนพิการ 2 รายการ
- อุปกรณ์ทางการมองเห็น 44 รายการ
- สื่อส่งเสริมพัฒนาการ 15 รายการ
- อุปกรณ์ช่วยการเดิน 1 รายการ

คนพิการที่มีสิทธิรับอุปกรณ์ฯ ที่มีมูลค่าสูงตามรายการของศูนย์สิรินธรฯ จะต้องเป็นคนพิการที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งจะต้องได้รับการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมกับทีมเพื่อพิจารณาให้อุปกรณ์ฯ ก่อนเสนอให้คณะกรรมการพิจารณากายอุปกรณ์มูลค่าสูงประจำโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสิน ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินนั้นมีความแตกต่างกันออกไปตามประเภทของความพิการและประเภทอุปกรณ์ฯ ตามแนวทางที่กำหนดโดยศูนย์สิรินธรฯ

มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

มูลนิธิขาเทียมฯ ได้ผลิตขาเทียมให้แก่คนพิการฟรี โดยเน้นคนพิการที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารเข้าถึงหน่วยบริการได้ยาก จากข้อมูลที่ยังรายงานตั้งแต่เปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2535 มูลนิธิขาเทียมฯ สามารถให้บริการได้เฉลี่ยประมาณ 1,000 คนต่อปี [70] ซึ่งนับว่ามีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือคนพิการ โดยเฉพาะคนพิการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับระบบประกันสุขภาพใดๆ ปัจจุบันมูลนิธิขาเทียมฯ มีแผนการดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนที่สนใจและมีความพร้อม ในการจัดตั้งโรงงานทำขาเทียมในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การเข้าถึงขาเทียมให้แก่คนพิการในพื้นที่ โดยในระยะแรกของการดำเนินงาน มูลนิธิขาเทียมฯ จะมอบชิ้นส่วนขาเทียมจำนวน 30 ชุด

เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ในการทำขาเทียมให้แก่คนพิการ ซึ่งเมื่อโรงพยาบาลชุมชนมีความพร้อมเต็มที่ โรงพยาบาลจะเบิกค่าใช้จ่ายในการทำขาเทียมจาก สปสช. ปัจจุบันมีโรงงานขาเทียมพระราชทานตั้งอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 4 ภาค ใน 30 จังหวัด [71, 72]

กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย

กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย เป็นกองทุนภายใต้สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับความคุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ชีวิต ร่างกาย และอนามัยอันเกิดจากอุบัติเหตุจากรถ โดยผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับการชดเชยตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ในกรณีบาดเจ็บ ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพในกรณีเสียชีวิต หรือค่ารักษาพยาบาลและค่าปลงศพในกรณีผู้ประสบภัยบาดเจ็บและต่อมาเสียชีวิต จากบริษัทประกันภัยหรือสำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย เพื่อเป็นการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระความเดือดร้อนของผู้ประสบภัยและทายาท [73]

เงินที่ใช้ในการบริหารจัดการกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ได้มาจากทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้และที่รัฐบาลจ่ายให้รายปี รวมทั้งเงินที่บริษัทประกันภัยจ่ายสมทบให้แก่กองทุนทุก 3 เดือนเป็นหลัก โดยเงินนี้จะถูกจ่ายเป็นค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่ไม่มีประกันภัยหรือตามเงื่อนไขอื่นๆ ที่กำหนดใน มาตราที่ 23 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยฯ ซึ่งการจ่ายเงินนี้จะเป็นการจ่ายเงินชดเชยและเยียวยาเบื้องต้นเท่านั้น ในกรณีบาดเจ็บกองทุนฯ จะจ่ายเงินเท่ากับค่ารักษาจริงที่ผู้ประสบภัยต้องจ่ายไม่เกิน 15,000 บาท หากเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร 35,000 บาท ทั้งนี้กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยไม่มีการจ่ายค่าอุปการณา [74, 75]

กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน เป็นกองทุนภายใต้กรมขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 โดยมีรายได้หลักมาจากการประมูลเลขทะเบียนรถยนต์ กองทุนดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือคนพิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนให้มีคุณภาพชีวิตที่

ดีขึ้น ซึ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือกับคนพิการที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก กองทุนนี้มาก่อน หรือได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนฯ ครั้งสุดท้ายมานานมากกว่า 5 ปี [76] จากรายงานประจำปี 2555 กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กำหนดให้จัดสรรค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการไม่เกินร้อยละ 5 ของรายได้กองทุน ซึ่ง มีการจัดอุปกรณ์ให้มีหลายประเภท คนพิการที่ต้องการอุปกรณ์ฯ ต้องยื่นเอกสาร เสนอขออุปกรณ์เพื่อให้ได้เงินสำหรับดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ฯ เหล่านั้นเอง ก่อนนำ ไปเสริมจ็บเงินไปยื่นให้แก่กองทุนในภายหลัง โดยอุปกรณ์ที่จัดให้ทั้งหมด 5 อย่าง ได้แก่ แขนเทียม ขาเทียม รถนั่งสำหรับคนพิการ ไม้เท้าและไม้ค้ำยัน และอุปกรณ์ อื่นๆ เป็นไปตามประกาศกรมการขนส่งทางบก อุปกรณ์ฯ แต่ละชนิดจะมีการกำหนด คุณสมบัติ ประเภทรวมถึงบริษัทที่เข้าร่วมโครงการที่คนพิการที่ร้องขอ สามารถติดต่อเพื่อจัดซื้อตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ได้ [77-79] ในปีงบประมาณ 2555 มีผู้ได้รับอนุมัติจำนวน 1,721 ราย รวมเป็นเงิน 75,523,100 บาท แบ่งเป็น

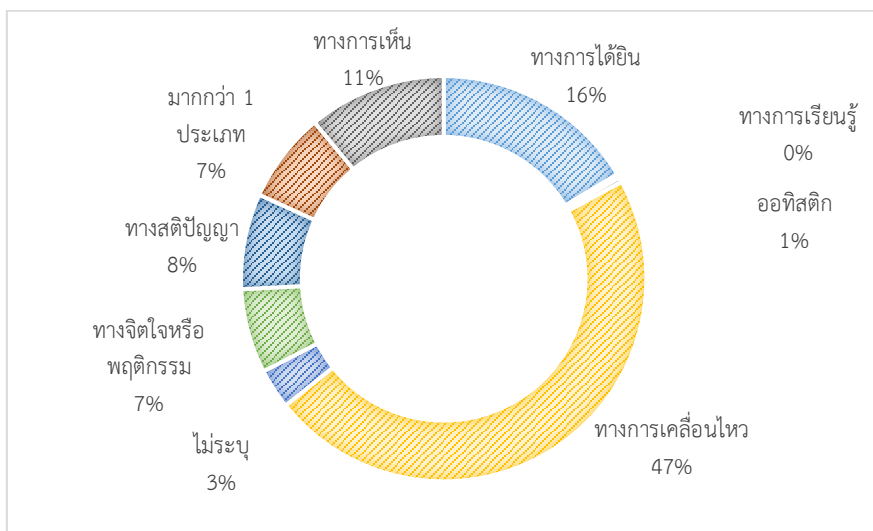
- ขาเทียม 765 ราย
- แขนเทียม 28 ราย
- รถนั่งคนพิการธรรมดาพร้อมเบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ 666 ราย
- รถนั่งคนพิการไฟฟ้าพร้อมเบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ 89 ราย
- เตี้ยงนอนธรรมดา 146 ราย
- อื่น ๆ (คอมพิวเตอร์, รถสามล้อโยก) 27 ราย

จะเห็นได้ว่ารายการอุปกรณ์ที่ให้บริการภายใต้กองทุนนี้มีความซ้ำซ้อนกับรายการ อุปกรณ์ที่คนพิการสามารถเบิกได้อยู่แล้วตามสิทธิรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในส่วน ของแขนเทียมหรือขาเทียม ทั้งนี้กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนได้ สนับสนุนแขนเทียม ขาเทียม และเท้าเทียมในราคาที่ค่อนข้างสูงกว่าระบบประกัน สุขภาพในภาครัฐ สำหรับแขนเทียมที่กองทุนนี้สนับสนุนจะมีราคาอยู่ที่ 23,000- 30,000 บาท ในขณะที่ขาเทียมและเท้าเทียมอยู่ที่ 10,000-95,000 บาท อย่างไรก็ตาม มีอุปกรณ์ฯ อีกจำนวนหนึ่งที่กองทุนนี้สนับสนุน และไม่มี ความทับซ้อนกับ อุปกรณ์ฯ ที่สนับสนุนโดยระบบประกันสุขภาพ ซึ่งน่าจะเป็นผลดีและเป็นทางเลือก ให้แก่คนพิการ [79]

3.3 สถานการณ์คนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

3.3.1 สถานการณ์คนพิการ

ข้อมูลของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) [80] พบจำนวนคนพิการที่ได้ขึ้นทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการทั้งสิ้น 1,531,962 คน ซึ่งเป็นยอดสะสมตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2537 จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ทั้งนี้ส่วนใหญ่มิมีความพิการทางการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 47) รองลงมาพิการทางการได้ยินฯ (ร้อยละ 16) ทางการเห็น (ร้อยละ 11) ทางสติปัญญา (ร้อยละ 8) ทางจิตใจฯ (ร้อยละ 7) ออทิสติกและทางการเรียนรู้ (อย่างละน้อยกว่าร้อยละ 1) โดยคนพิการร้อยละ 7 เป็นคนพิการมากกว่า 1 ประเภท และร้อยละ 3 ไม่สามารถระบุความพิการได้ (รูปที่ 3.1)



รูปที่ 3.1 ร้อยละคนพิการจำแนกตามประเภทความพิการ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประเทศไทยมีคนพิการคิดเป็นร้อยละ 2.3 ของประชากรทั้งประเทศ (ตารางที่ 3.1) โดยพบความชุกของคนพิการในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 2.4 และ 2.2 ตามลำดับ)

และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [81] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวมีความแตกต่างจากข้อมูลการออกบัตรคนพิการของ พก. ในปีเดียวกัน ซึ่งพบคนพิการที่ได้รับการออกบัตรเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 2.2 และ 1.7 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ (ร้อยละ 2.4) ทั้งนี้ข้อมูลการออกบัตรคนพิการ ในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกคนพิการใกล้เคียงกับการสำรวจความพิการของ สสช. ในปี พ.ศ. 2555 แต่ยังคงพบความชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจความพิการของ สสช.

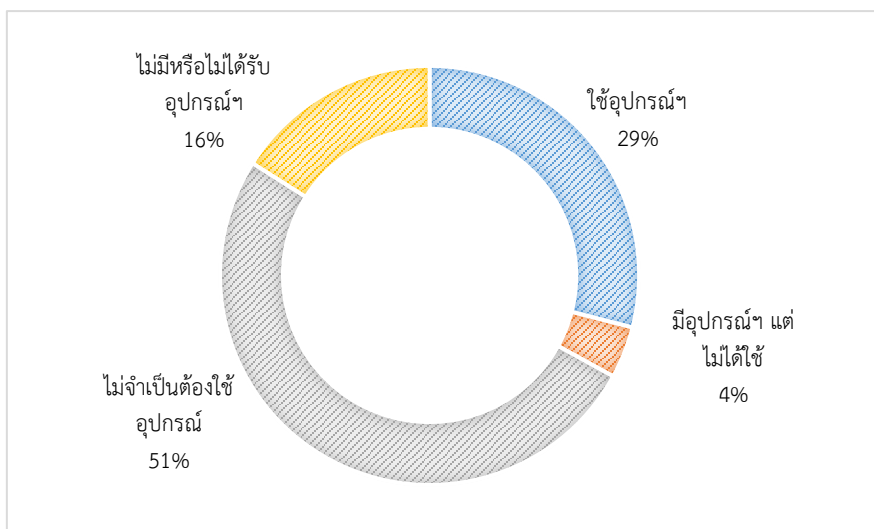
ตารางที่ 3.1 ข้อมูลคนพิการจากการสำรวจความพิการ ปี 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลการออกบัตรคนพิการ ของสำนักงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

	ข้อมูลคนพิการ ปี 2555				ข้อมูลการออกบัตรคนพิการ	
	การสำรวจความพิการ		ข้อมูลการออกบัตรคนพิการ		ณ 30 มิ.ย. 2557 (พก.)	
	ปี พ.ศ. 2555 (สสช.)		ปี พ.ศ. 2555 (พก.)			
	จำนวน	ร้อยละ*	จำนวน	ร้อยละ*	จำนวน	ร้อยละ**
จำนวน (คน)	1,478,662	2.3	1,259,557	2.0	1,531,962	2.4
เพศ						
ชาย	689,619	2.2	689,440	2.2	832,074	2.6
หญิง	789,042	2.4	570,117	1.7	699,888	2.1
ภาค						
ภาคกลาง (รวม กทม.)	291,731	1.3	307,626	1.4	379,408	1.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	657,203	3.0	483,380	2.2	592,704	3.0
เหนือ	355,980	3.0	288,397	2.4	356,065	2.7
ใต้	173,748	1.9	139,625	1.5	170,323	1.9
ไม่ระบุ			40,529	0.2	33,462	0.2

* สัดส่วนคนพิการต่อประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 ** สัดส่วนคนพิการต่อประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556
หมายเหตุ ข้อมูลประชากรไทยปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 ได้จากจากสถิติบริการ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

3.3.2 สถานการณ์การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การสำรวจความพิการของ สสช. ปี พ.ศ. 2555 [81] ประมาณว่าจากคนพิการทั่วประเทศ 1,478,662 คน มีคนพิการจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ จำนวน 724,545 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 49 ของคนพิการทั้งหมด (รูปที่ 3.2) มีคนพิการร้อยละ 16 หรือ 236,586 คน (หรือคิดเป็น 33 ของคนพิการที่ต้องใช้อุปกรณ์ฯ) ยังไม่มีใช้หรือไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ นอกจากนี้คนพิการจำนวน 59,146 คนที่ได้รับอุปกรณ์ฯ ไปแล้วแต่ไม่ใช้งาน (คิดเป็นร้อยละ 4 ของคนพิการทั้งหมดหรือร้อยละ 8 ของคนพิการที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ ทั้งหมด)



รูปที่ 3.2 ร้อยละคนพิการ จำแนกตามการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
(ที่มา: การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

3.3.3 การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

จากตารางที่ 3.2 และ 3.3 พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2555 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้จัดสรรอุปกรณ์ฯ ให้แก่คนพิการภายใต้การดูแลของระบบประกันสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งเชิงปริมาณและมูลค่า ยกเว้นเฉพาะระบบสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการ ที่ใช้งบประมาณในรูปตัวเงินลดลงแต่ยังสามารถเพิ่มจำนวนคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ เพิ่มขึ้นเล็กน้อยทุกปี ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เพิ่มการลงทุนในการจัดหาอุปกรณ์ฯ เพิ่มขึ้นถึง 7 เท่าตัวในรอบ 4 ปีที่วิเคราะห์ข้อมูล และหากพิจารณาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของอุปกรณ์ฯ ต่อคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ พบว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยมูลค่าสูงขึ้นทุกๆ ปีจนมีมูลค่าเฉลี่ยประมาณ 6,000 บาท และ 5,000 บาทต่อคน ขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกลับมีมูลค่าลดลงทุกปีและมีค่าเฉลี่ยประมาณ 1,800 บาทต่อคนในปี พ.ศ. 2555

นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพบข้อสังเกตว่า มีรายการค่าใช้จ่ายเบิกอุปกรณ์ฯ เกินความจำเป็นเกิดขึ้น เช่น การเบิกอุปกรณ์ประเภทเดียวกันมากกว่า 1 ชิ้นหรือคู่ในกรณีของรถเข็นหรือไม้ค้ำยันตามลำดับ หรือมีการเบิกอุปกรณ์บางประเภทมากกว่า 2 ชิ้นในกรณีของเครื่องช่วยฟัง ซึ่งคิดเป็นมูลค่าพอสมควร กล่าวคือ ร้อยละ 6-10 ของงบรวมการเบิกอุปกรณ์ฯ

รูปที่ 3.3 แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ รวมทั้งสามระบบประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2555 มีมูลค่าเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก โดยสัดส่วนของการเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่มาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำหรับรายละเอียดของจำนวนและมูลค่าของอุปกรณ์ฯ ที่เบิกจ่ายในแต่ละระบบประกันสุขภาพได้แสดงในส่วนของภาคผนวก 3 โดยสรุปพบว่าเครื่องช่วยฟังเป็นอุปกรณ์ที่มีการเบิกจ่ายสูงสุดทั้งด้านปริมาณและมูลค่าในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่ระบบประกันสังคมมีการเบิกจ่ายไม้ค้ำยันเป็นปริมาณสูงสุดแต่เครื่องช่วยฟังมีมูลค่าสูงสุด และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการเบิกเครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขามากที่สุดในเชิงปริมาณและประสาเหตุผลสูงที่สุดในเชิงมูลค่า

ตารางที่ 3.2 สรุปการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ พ.ศ. 2552-2555 (1)⁴

รายการ	พ.ศ. 2552			พ.ศ. 2553		
	UC	SSS	CSMBS	UC	SSS	CSMBS
คนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ (คน)	16,548	5,916	16,098	30,493	6,605	17,502
จำนวนการเบิกจ่าย (ชิ้น)	17,267	6,613	17,768	31,704	7,715	19,273
การได้รับอุปกรณ์ฯ (ชิ้น/คน)	1.04	1.12	1.1	1.04	1.17	1.1
ค่าใช้จ่ายรวมการเบิกอุปกรณ์ฯ (ล้านบาท)	37	22	38	80.7	27.3	35.8
ค่าใช้จ่ายการเบิกอุปกรณ์ฯ ต่อคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ (บาท/คน)	2,237	3,727	2,358	2,645	4,138	2,044
ค่าใช้จ่ายการเบิกอุปกรณ์ฯ ต่อประชากรภายใต้สิทธิ์ (บาท/คน)	0.78	2.36	7.65	1.69	2.82	7.27
ค่าเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ เฉลี่ย (บาท/ชิ้น)	2,144	3,334	2,137	2,544	3,542	1,857
ค่าใช้จ่ายที่มีการเบิกอุปกรณ์ฯ เกินความจำเป็น* (ร้อยละ**)	0.34 (1)	1.59 (7)	1.52 (4)	0.65 (1)	2.65 (10)	1.83 (5)

หมายเหตุ

- UC คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า SSS คือ ระบบประกันสังคม CSMBS คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- * (อุปกรณ์ประเภทเดียวกันมากกว่า 1 ชิ้น/คู่ เช่น รถเข็น หรือไม้ค้ำยัน หรือ มากกว่า 2 ชิ้น เช่น เครื่องช่วยฟัง)
- ** ร้อยละของค่าใช้จ่ายโดยรวมในการเบิกอุปกรณ์

⁴ UC คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า SSS คือ ระบบประกันสังคม CSMBS คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

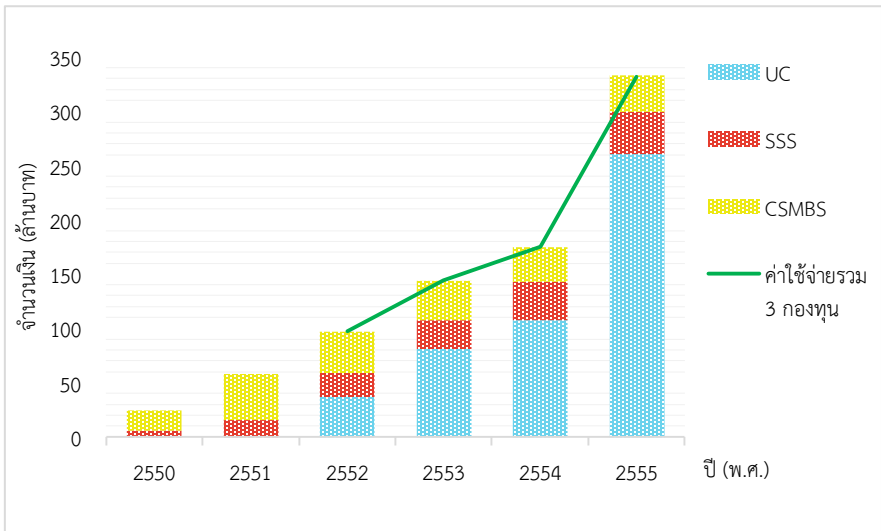
ตารางที่ 3.3 สรุปการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จำแนกตามสถิติ
ประกันสุขภาพ พ.ศ. 2552-2555 (2)⁵

รายการ	พ.ศ. 2554			พ.ศ. 2555		
	UC	SSS	CSMBS	UC	SSS	CSMBS
คนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ (คน)	34,471	7,320	18,344	42,364	7,814	18,463
จำนวนการเบิกจ่าย (ชิ้น)	36,369	8,566	20,302	45,760	9,506	20,440
การได้รับอุปกรณ์ฯ (ชิ้น/คน)	1.06	1.17	1.11	1.08	1.22	1.11
ค่าใช้จ่ายรวมการเบิกอุปกรณ์ฯ (ล้านบาท)	107.6	35.5	31.8	260.5	38.9	32.9
ค่าใช้จ่ายการเบิกอุปกรณ์ฯ ต่อคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ (บาท/คน)	3,121	4,845	1,736	6,150	4,981	1,782
ค่าใช้จ่ายการเบิกอุปกรณ์ฯ ต่อประชากรภายใต้สิทธิ์ (บาท/คน)	2.24	3.38	6.42	2.24	3.38	6.42
ค่าเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ เฉลี่ย (บาท/ชิ้น)	2,958	4,141	1,569	5,693	4,095	1,610
ค่าใช้จ่ายที่มีการเบิกอุปกรณ์ฯ เกินความจำเป็น* (ร้อยละ**)	1.07 (1)	3.22 (9)	2.38 (7)	11.52 (6)	3.93 (10)	2.01 (6)

* (อุปกรณ์ประเภทเดียวกันมากกว่า 1 ชิ้น/คู่ เช่น รถเข็น หรือไม้ค้ำยัน หรือ มากกว่า 2 ชิ้น เช่น เครื่องช่วยฟัง)

** ร้อยละของค่าใช้จ่ายโดยรวมในการเบิกอุปกรณ์

⁵ UC คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า SSS คือ ระบบประกันสังคม CSMBS คือ ระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ



รูปที่ 3.3 ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีการเบิกจ่ายให้กับคนพิการในแต่ละ
สิทธิประกันสุขภาพ พ.ศ. 2550-2555⁶

⁶ UC คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า SSS คือ ระบบประกันสังคม CSMB คือ ระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ

3.4 การจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ

การจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโรงพยาบาลจำนวน 155 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขนาดน้อยกว่า 60 เตียง 77 แห่ง ขนาด 60 เตียงขึ้นไป 58 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 15 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 5 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของโรงพยาบาลทั้งหมด (ภาคผนวก 4) ผลการศึกษาแบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

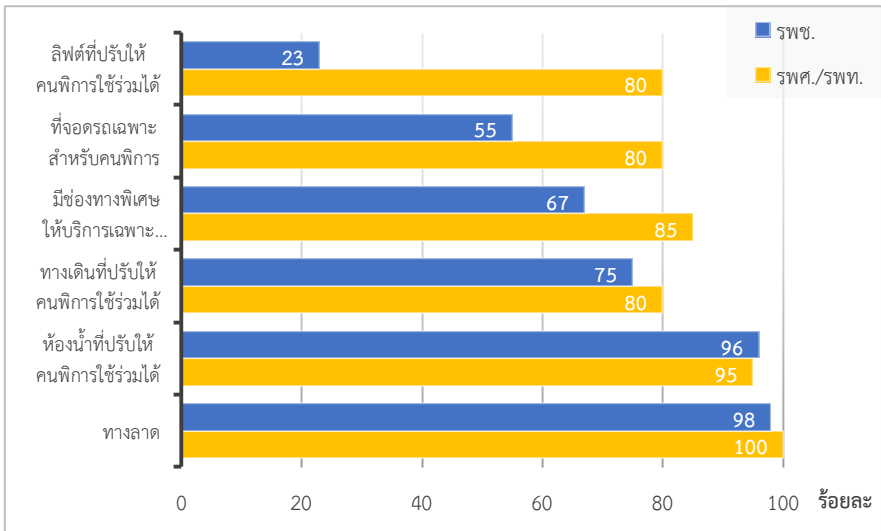
3.4.1 ข้อมูลทั่วไป

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation)

การสำรวจพบว่าโรงพยาบาลทั้งในระดับ รพช. 119 แห่ง และ รพศ./รพท. 17 แห่งมีประมาณร้อยละ 82 ที่ได้รับการรับรอง HA โดยส่วนใหญ่ รพช. จะได้รับการรับรองฯ ในระดับ 2 (ร้อยละ 39) รพศ. ได้รับการรับรองฯ ระดับ 5 (ร้อยละ 36) (ภาคผนวก 4)

การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการในโรงพยาบาล

รพช. ร้อยละ 98 มีการจัดทำทางลาดสำหรับคนพิการ ร้อยละ 96 มีห้องน้ำที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมร้อยละ 80 มีทางเดินที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วม ร้อยละ 67 มีช่องทางพิเศษให้บริการเฉพาะคนพิการ (fast track) ร้อยละ 55 มีที่จอดรถเฉพาะสำหรับคนพิการ ร้อยละ 23 มีลิฟต์ที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้ รพศ./รพท. พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการมากกว่า คือมีทางลาดสำหรับคนพิการครบทุกแห่ง ร้อยละ 95 มีห้องน้ำที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้ ร้อยละ 85 มีการจัดช่องทางพิเศษให้บริการเฉพาะคนพิการ (fast track) ร้อยละ 80 มีการจัดทางเดินที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วม มีที่จอดรถเฉพาะสำหรับคนพิการ และมีลิฟต์ที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้ (รูปที่ 3.4)



รูปที่ 3.4 ร้อยละของการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการในโรงพยาบาล

ฐานข้อมูลด้านคนพิการของโรงพยาบาล

รพช. ร้อยละ 93 มีฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่รับผิดชอบ อีกประมาณร้อยละ 4 ไม่มีฐานข้อมูลฯ แต่คาดว่าจะมีในปี พ.ศ. 2557-58 สำหรับ รพช. ที่มีฐานข้อมูลครอบคลุมคนพิการทั้งหมดมีร้อยละ 30 ด้าน รพศ./รพท. พบว่าร้อยละ 55 มีฐานข้อมูลดังกล่าว อีกประมาณร้อยละ 25 คาดว่าจะมีในปี พ.ศ. 2557-58 สำหรับ รพศ./รพท. ที่มีฐานข้อมูลครอบคลุมคนพิการทั้งหมดมีร้อยละ 27 (ภาคผนวก 4)

3.4.2 สถานการณ์เชิงโครงสร้างและกำลังคนด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จำนวนบุคลากรที่ทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

รพช. ขนาดน้อยกว่า 60 เตียงจำนวน 77 แห่งพบว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉลี่ย 0.1 คนต่อโรงพยาบาล พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉลี่ย 0.1 คน นักกายภาพบำบัดเฉลี่ย 1.1 คน รพช. ขนาด 60 เตียงขึ้นไป จำนวน 58 แห่งพบว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉลี่ย 0.1 คน พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉลี่ย 0.01 คน นักกายภาพบำบัดเฉลี่ย 2.3 คน นักกิจกรรมบำบัด เฉลี่ย 0.1 คนและเจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟูเฉลี่ย 0.1 คน

รพศ./รพท. จำนวน 20 แห่งพบว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉลี่ย 0.9 คนต่อโรงพยาบาล พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉลี่ย 0.6 คน นักกายภาพบำบัดเฉลี่ย 5.4 คน นักกิจกรรมบำบัดเฉลี่ย 1.6 คน นักแก้ไขการได้ยิน/นักโสตสัมผัสวิทยาเฉลี่ย 0.1 คน นักแก้ไขการพูดเฉลี่ย 0.1 คน ช่างกายอุปกรณ์เฉลี่ย 1.2 คน และเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูเฉลี่ย 1.5 คน (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 จำนวนบุคลากรที่ทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ประเภท บุคลากร	รพช. < 60 เตียง (77 แห่ง)			รพช. ≥ 60 เตียง (58 แห่ง)			รพศ./รพท. (20 แห่ง)		
	จน.	เฉลี่ย	SD	จน.	เฉลี่ย	SD	จน.	เฉลี่ย	SD
	(คน)			(คน)			(คน)		
แพทย์เวชศาสตร์ ฟื้นฟู	4	0.1	0.4	3	0.1	0.2	18	0.9	1.3
พยาบาลเวช ศาสตร์ฟื้นฟู	10	0.1	0.5	1	0.01	0.1	12	0.6	1.2
นักกายภาพบำบัด	88	1.1	0.8	132	2.3	1.1	108	5.4	3.6
นักกิจกรรมบำบัด	-	-	-	3	0.1	0	31	1.6	1.5
นักแก้ไขการได้ยิน/นักโสต สัมผัสวิทยา	-	-	-	-	-	-	2	0.1	0.3
นักแก้ไขการพูด	-	-	-	-	-	-	3	0.2	0.5
ช่างกายอุปกรณ์	-	-	-	-	-	-	23	1.2	1.2
เจ้าพนักงาน เวชกรรมฟื้นฟู	-	-	-	5	0.1	0.3	29	1.5	1.1

สัดส่วนบุคลากรที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ต่อคนพิการแต่ละประเภท รพช. ขนาดน้อยกว่า 60 เตียงจำนวน 58 แห่งมีสัดส่วนพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูเท่ากับ 1 ต่อคนพิการที่มารับบริการ 1,031 คน นักกายภาพบำบัด 1 ต่อ 115 คน รพช. ขนาด 60 เตียงขึ้นไปจำนวน 49 แห่งมีสัดส่วนของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเท่ากับ 1 ต่อคนพิการที่มารับบริการ 4,808 คน พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ต่อ 9,615 คน นักกายภาพบำบัด 1 ต่อ 93 คน เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู 1 ต่อ 1,923 คน รพศ./รพท. จำนวน 17 แห่ง มีสัดส่วนของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเท่ากับ 1 ต่อคนพิการ

ที่มารับบริการ 810 คน พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ต่อ 1,620 คน นักกายภาพบำบัด 1 ต่อ 111 คน เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู 1 ต่อ 426 คน ช่างกายอุปกรณ์ 1 ต่อ 579 คน และนักแก้ไขการได้ยิน/นักโสตสัมผัสวิทยา 1 ต่อ 4,006 คน (ตารางที่ 3.5)

ตารางที่ 3.5 สัดส่วนบุคลากรที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ต่อคนพิการแต่ละประเภท

	รพช. < 60 เตียง (58 แห่ง)		รพช. ≥ 60 เตียง (49 แห่ง)		รพศ./รพท. (17 แห่ง)		รวม	
	คนพิการ	สัดส่วน	คนพิการ	สัดส่วน	คนพิการ	สัดส่วน	คนพิการ	สัดส่วน
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	8,250	-/-	9,615	4,808	8,100	810	25,965	1,997
พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู		1,031		9,615		1,620		18,547
นักกายภาพบำบัด		115		93		111		94
ช่างกายอุปกรณ์		**		-/-		579		579
เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู		**		1,923		426		1,082
นักแก้ไขการได้ยิน/ นักโสตสัมผัสวิทยา	**	**	**	**	4,006	4,006	4,006	-/-

** ไม่มี -/- ไม่มีข้อมูล

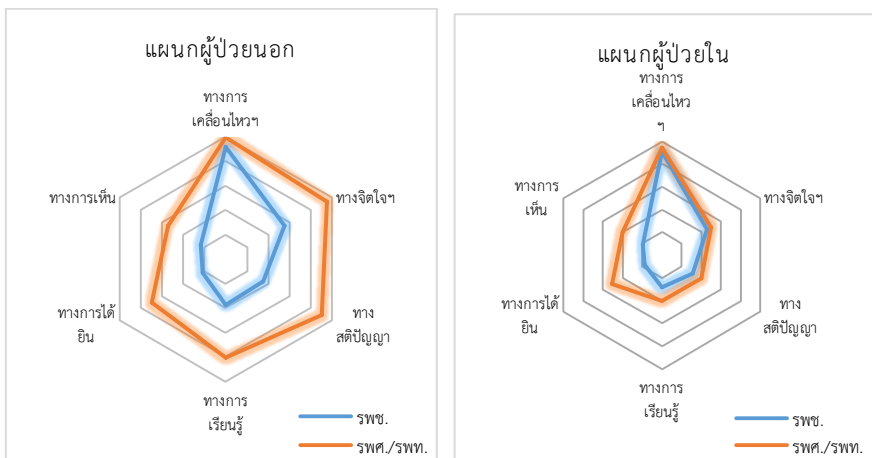
3.4.3 สถานการณ์การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

จำนวนคนพิการที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

รพช. จำนวน 107 แห่งมีคนพิการทางการเคลื่อนไหว มาใช้บริการฯ มากที่สุด (เฉลี่ย 167 คนต่อปี) รองลงมาคือทางการเห็น (เฉลี่ย 92 คนต่อปี) น้อยที่สุดคือทางการเรียนรู้ (เฉลี่ย 13 คนต่อปี) ด้าน รพศ./รพท. จำนวน 17 แห่งมีคนพิการทางการได้ยินฯ มากที่สุด (เฉลี่ย 817 คนต่อปี) รองลงมาคือทางการเคลื่อนไหว (เฉลี่ย 476 คนต่อปี) น้อยที่สุดคือทางสติปัญญา (เฉลี่ย 85 คนต่อปี) (ภาคผนวก 4)

รูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

รพช. มีการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 92 ทางจิตใจ ร้อยละ 55 ทางสติปัญญา ร้อยละ 35 ทางการเรียนรู้ ร้อยละ 37 ทางรายได้ยิน ร้อยละ 22 ทางการเห็น ร้อยละ 24 แบบผู้ป่วยในทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 91 ทางจิตใจ ร้อยละ 46 ทางสติปัญญา ร้อยละ 31 ทางการเรียนรู้ ร้อยละ 28 ทางการได้ยิน ร้อยละ 17 ทางการเห็น ร้อยละ 19 ส่วน รพศ./รพท. มีการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ครบทุกแห่ง ทางจิตใจ ร้อยละ 95 ทางสติปัญญา ร้อยละ 90 ทางการเรียนรู้ ร้อยละ 80 ทางการได้ยิน ร้อยละ 70 ทางการเห็น ร้อยละ 55 แบบผู้ป่วยใน ทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 95 ทางจิตใจ ร้อยละ 50 ทางสติปัญญา ร้อยละ 40 ทางการเรียนรู้ ร้อยละ 40 ทางการได้ยิน ร้อยละ 50 ทางการเห็น ร้อยละ 40 (รูปที่ 3.5)

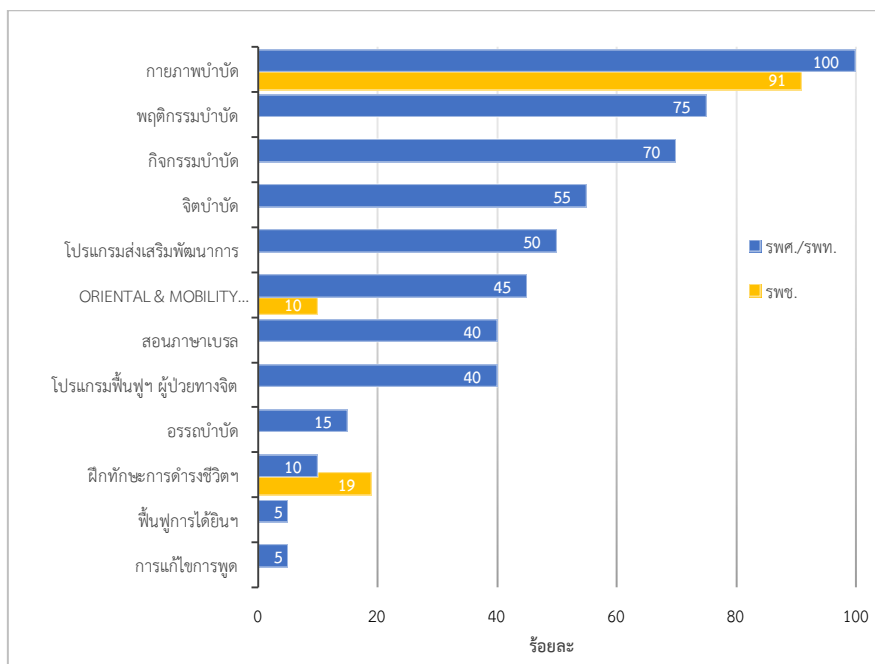


รูปที่ 3.5 รูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แยกตามประเภทบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน

รายการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การให้บริการฟื้นฟู ในโรงพยาบาลพบว่า รพช.จำนวน 135 แห่งมีการทำกายภาพบำบัดจำนวน 123 แห่ง (ร้อยละ 91) บำบัดโปรแกรม Orientation & Mobility training จำนวน 23 แห่ง (ร้อยละ 10) และการฝึกทักษะการดำรงชีวิต

อิสระสำหรับคนพิการจำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 19) ส่วน รพศ./รพท. จำนวน 20 แห่งส่วนใหญ่มีการทำกายภาพบำบัดครบทุกแห่ง รองลงมาคือการทำพฤติกรรมบำบัดจำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 75) กิจกรรมบำบัดจำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 70) น้อยที่สุดคือการแก้ไขการพูดจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 5) (รูปที่ 3.6)



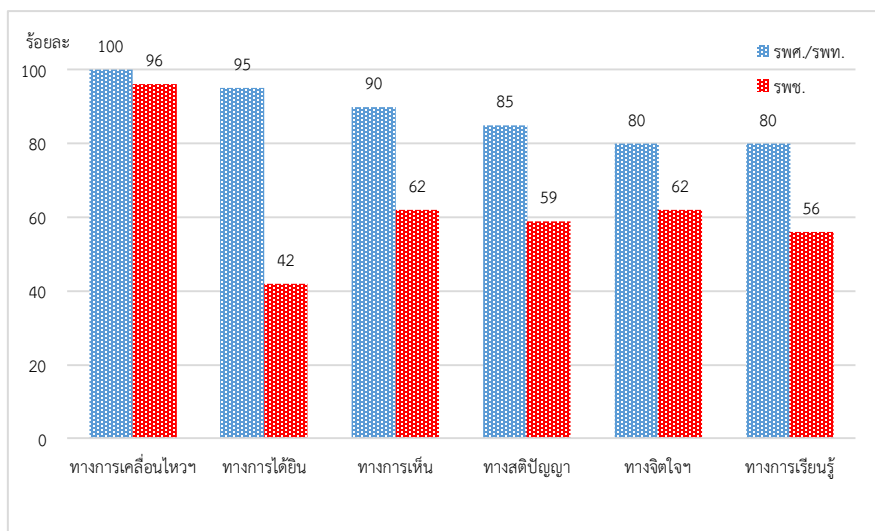
รูปที่ 3.6 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แยกตามประเภทโรงพยาบาล

3.4.4 การตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการและการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ

รพช. จำนวน 133 แห่งพบว่าส่วนใหญ่มีการตรวจประเมินฯ ให้กับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (ร้อยละ 96) รองลงมาคือการตรวจประเมินฯ ทางการเห็นและทางจิตใจหรือพฤติกรรม (ร้อยละ 62) น้อยที่สุดคือคือการตรวจประเมินฯ

การได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 42) ส่วน รพศ./รพท. จำนวน 20 แห่งพบว่า ทุกแห่งมีการตรวจประเมินฯ ให้กับคนพิการประเภทการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย รองลงมาคือการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 95) น้อยที่สุดคือการตรวจประเมินฯ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม และทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 80) (รูปที่ 3.7) นอกจากนี้พบว่า รพช. จำนวน 133 แห่ง มีร้อยละ 64 ออกบริการตรวจประเมินฯ ในชุมชน โดยให้บริการเฉลี่ยประมาณ 26 ครั้งต่อปี ส่วน รพศ./รพท. พบว่า ร้อยละ 75 ออกบริการตรวจประเมินฯ โดยให้บริการเฉลี่ยประมาณ 22 ครั้งต่อปี (ภาคผนวก 4)

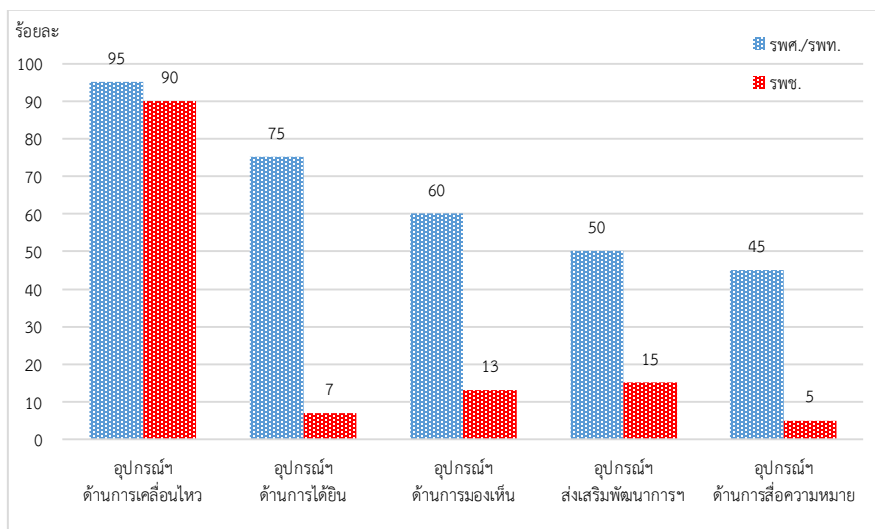


รูปที่ 3.7 ร้อยละของการตรวจประเมินเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ

การตรวจประเมินความพิการเพื่อให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

รพช. จำนวน 134 แห่งพบว่าประมาณร้อยละ 90 มีการตรวจประเมินความพิการ เพื่อให้อุปกรณ์ฯ รองลงมาคือประมาณร้อยละ 15 มีการประเมินให้อุปกรณ์ส่งเสริม พัฒนาการและทักษะด้านที่บกพร่อง น้อยที่สุดคือประมาณร้อยละ 5 มีการประเมินให้อุปกรณ์ช่วยการสื่อความหมาย ส่วน รพศ./รพท. จำนวน 20 แห่งพบว่าส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 95 มีการตรวจประเมินความพิการอุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหว

รองลงมาคือประมาณร้อยละ 75 มีการประเมินให้อุปกรณ์ช่วยการได้ยิน น้อยที่สุดคือประมาณ ร้อยละ 45 มีการประเมินอุปกรณ์ช่วยการสื่อความหมาย (รูปที่ 3.8)

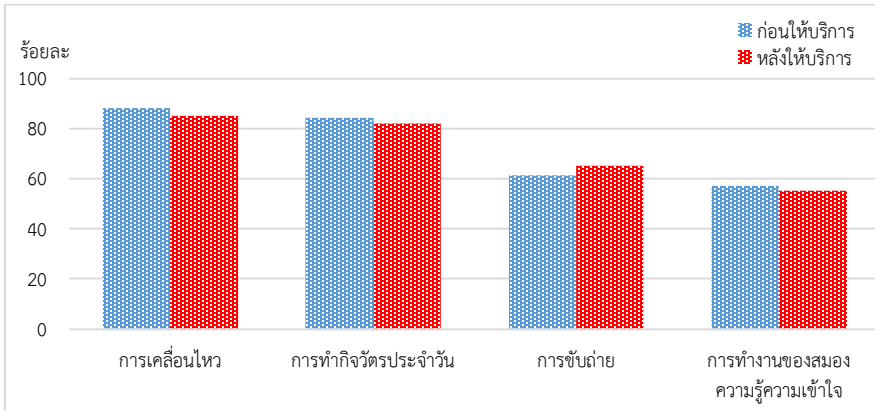


รูปที่ 3.8 การตรวจประเมินความพึงพอใจให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

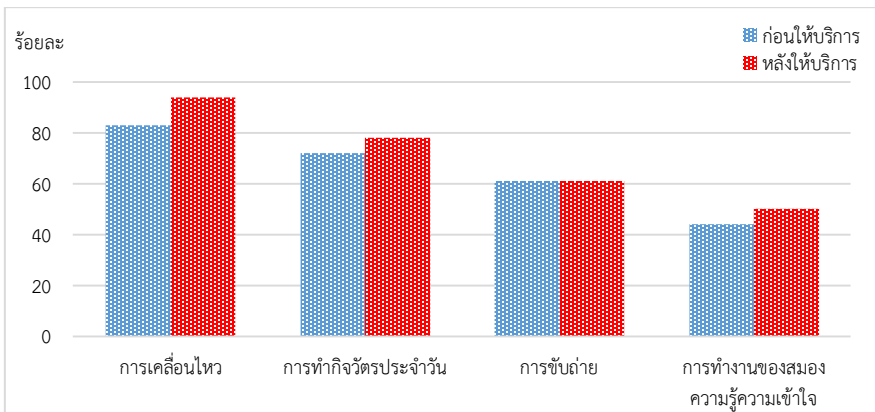
3.4.5 การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การประเมินก่อนและหลังการบริการ

รพช. จำนวน 132 แห่งและ รพช./รพท. แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 18 แห่งพบว่าในการประเมินผลก่อนรับบริการฟื้นฟูนั้น รพช. ร้อยละ 88 และ รพช./รพท. ร้อยละ 83 มีการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ส่วนการประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจพบว่าโรงพยาบาลมีการประเมินน้อยที่สุด (ร้อยละ 57 ใน รพช. และ ร้อยละ 44 ใน รพช./รพท.) ส่วนหลังการให้บริการนั้น รพช. ร้อยละ 85 และ รพช./รพท. ร้อยละ 94 มีการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ส่วนการประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจพบว่าโรงพยาบาลมีการประเมินน้อยที่สุด (ร้อยละ 55 ใน รพช. และร้อยละ 50 ใน รพช./รพท.) (รูปที่ 3.9 และ 3.10)



รูปที่ 3.9 การประเมินก่อนและหลังการบริการ ใน รพช.



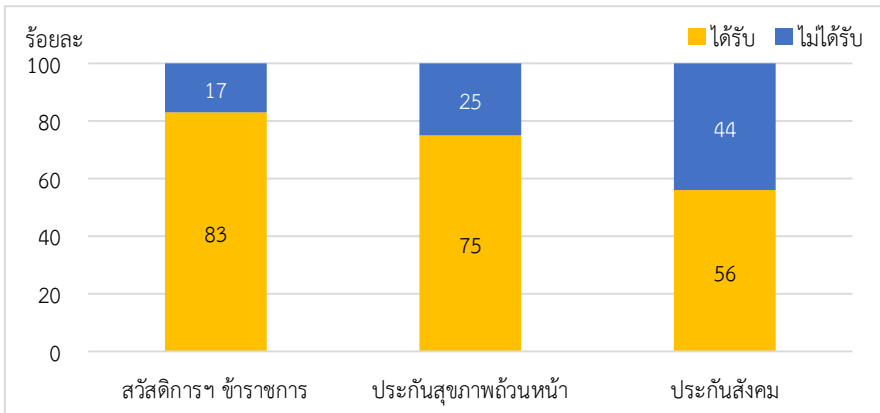
รูปที่ 3. 10 การประเมินก่อนและหลังการบริการ ใน รพศ./รพท.
(เฉพาะแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการทำงานของสมอง

เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายพบว่าเครื่องมือที่ รพช. ส่วนใหญ่ใช้มากที่สุดคือ Bathel Index (ร้อยละ 78) ส่วนเครื่องมือที่ใช้น้อยที่สุดคือ Short Form 36 (ร้อยละ 5) เครื่องมือที่ รพศ./รพท. ส่วนใหญ่ใช้มากที่สุดคือ Bathel Index (ร้อยละ 75) ส่วนเครื่องมือที่ใช้น้อยที่สุดคือ Short Form 36 (ร้อยละ 6) ส่วนเครื่องมือประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจพบว่าเครื่องมือที่ รพช. ใช้มากที่สุด Mini-Mental State Examination (ร้อยละ 20) ส่วนเครื่องมือที่ใช้น้อยที่สุดคือ Short Form (ร้อยละ 5) เครื่องมือ ที่ รพศ./รพท. ส่วนใหญ่ใช้มากที่สุดคือเครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาเอง (ร้อยละ 19) ส่วนเครื่องมือที่ใช้น้อยที่สุดคือ Short Form 36 ร้อยละ 6 (ภาคผนวก 4)

3.4.6 การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

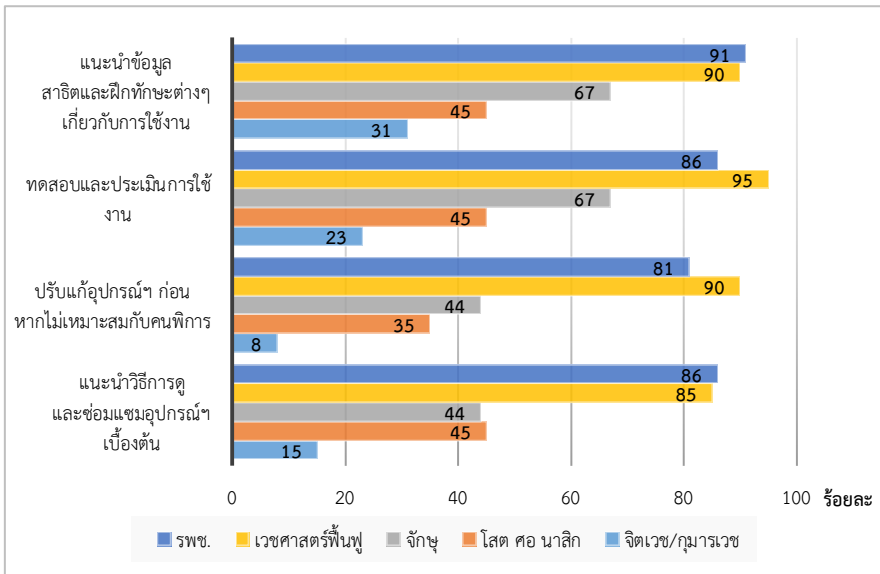
การสำรวจเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ เป็นข้อมูลจากคนพิการทุกประเภทที่มาใช้บริการใน รพช. ส่วน ใน รพศ./รพท. เป็นข้อมูลเฉพาะคนพิการประเภทการเคลื่อนไหวฯ และประเภทการได้ยินฯ ที่ใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลจากการสำรวจนี้พบว่า คนพิการที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลและจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ มีประมาณร้อยละ 31 และมีคนพิการที่มีความจำเป็นดังกล่าวร้อยละ 25 ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ เมื่อพิจารณาตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพพบว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับอุปกรณ์ฯ ร้อยละ 83 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 75 ระบบประกันสังคมร้อยละ 56 (รูปที่ 3.11)



รูปที่ 3. 11 การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของคนพิการที่มารับบริการในโรงพยาบาล

การเตรียมความพร้อมก่อนให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

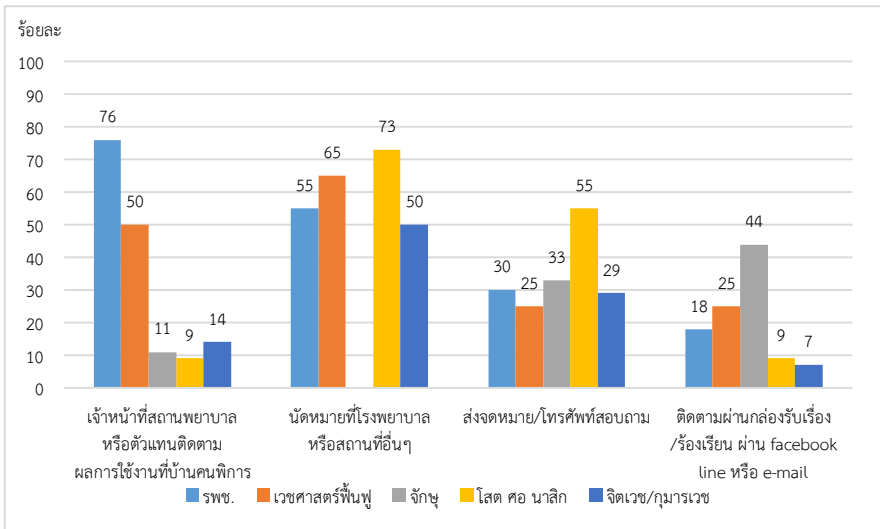
การเตรียมความพร้อมก่อนให้อุปกรณ์ฯ ใน รพช. จำนวน 133 แห่งพบว่า รพช. ส่วนใหญ่ร้อยละ 91 แนะนำข้อมูล สาธิตและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการใช้งาน สำหรับ รพศ./รพท. เมื่อแยกตามแผนกพบดังนี้ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 20 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 95 มีการทดสอบและประเมินการใช้งาน แผนกจักษุจำนวน 9 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 67 มีการแนะนำข้อมูล สาธิตและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการใช้งานและการทดสอบและประเมินการใช้งาน แผนกโสต ศอ นาสิกจำนวน 11 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 45 มีการแนะนำข้อมูล สาธิตและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการใช้งานและการทดสอบและประเมินการใช้งาน แนะนำวิธีการดูแล ซ่อมแซมอุปกรณ์เบื้องต้นฯ แผนกจิตเวช/กุมารเวช จำนวน 13 แห่ง ส่วนใหญ่ร้อยละ 31 มีการแนะนำข้อมูล สาธิตและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการใช้งาน (รูปที่ 3.12)



รูปที่ 3.12 การเตรียมความพร้อมก่อนให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การติดตามการใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

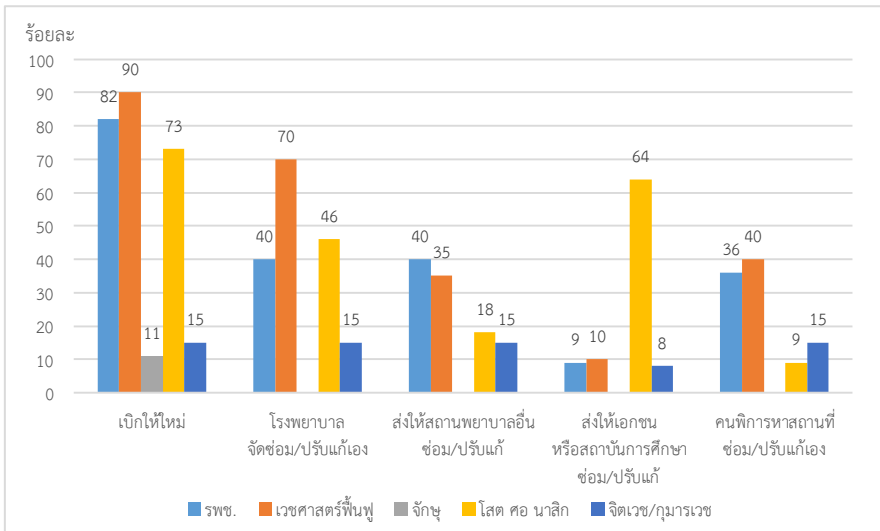
การติดตามการใช้งานอุปกรณ์ฯ ใน รพช. พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลหรือตัวแทน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลและผู้สูงอายุ (อผส.) ติดตามการใช้งานที่บ้านคนพิการ สำหรับ รพศ./รพท. เมื่อแยกตามแผนกพบดังนี้ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 20 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 65 มีการนัดหมายมาที่โรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นๆ แผนกสโตน คอ นาสิกจำนวน 11 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 73 มีการนัดหมายมาที่โรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นๆ แผนกจักษุจำนวน 9 แห่งส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 44 มีการติดตามผ่านกล่องรับเรื่องร้องเรียนหรือ social media แผนกจิตเวช/กุมารเวชจำนวน 13 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีการนัดหมายมาที่โรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นๆ (รูปที่ 3.13)



รูปที่ 3.13 การติดตามการใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การแก้ปัญหากรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการชำรุด

รพช. ส่วนใหญ่ร้อยละ 82 มีการเบิกให้ใหม่ ร้อยละ 40 ส่งให้สถานพยาบาลอื่นซ่อม/ปรับแก้ เป็นต้น สำหรับ รพช./รพท. เมื่อแยกตามแผนก พบดังนี้ แผนกเวชศาสตร์พื้นฟูจำนวน 20 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีการเบิกให้ใหม่ ร้อยละ 70 โรงพยาบาลจัดซ่อม/ปรับแก้เอง เป็นต้น แผนกโสต ศอ นาสิกจำนวน 11 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 73 มีการเบิกให้ใหม่ ร้อยละ 64 ส่งให้เอกชนหรือสถาบันการศึกษาเป็นผู้ซ่อม/ปรับแก้ เป็นต้น แผนกจักษุ จำนวน 9 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 11 มีการเบิกให้ใหม่ แผนกจิตเวช/กุมารเวชจำนวน 13 แห่งส่วนใหญ่ร้อยละ 15 มีการเบิกให้ใหม่ โรงพยาบาลจัดซ่อม/ปรับแก้เอง ส่งให้สถานพยาบาลอื่นซ่อม/ปรับแก้ คนพิการเป็นผู้จัดหาสถานที่และซ่อมบำรุงเอง เป็นต้น (รูปที่ 3.14)

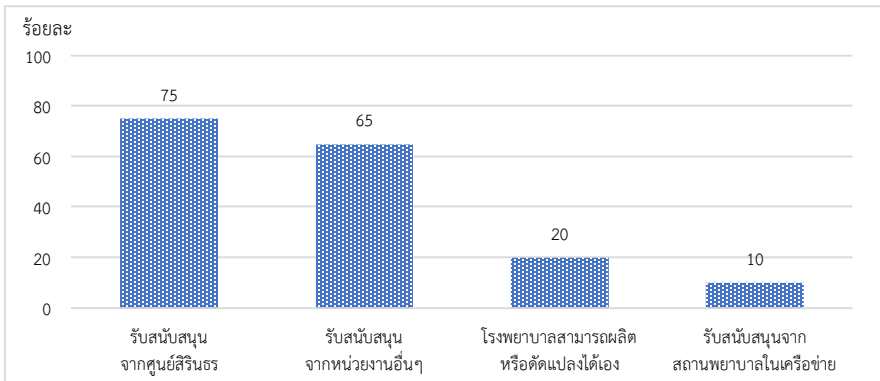


รูปที่ 3.14 การแก้ปัญหากรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการชำรุด

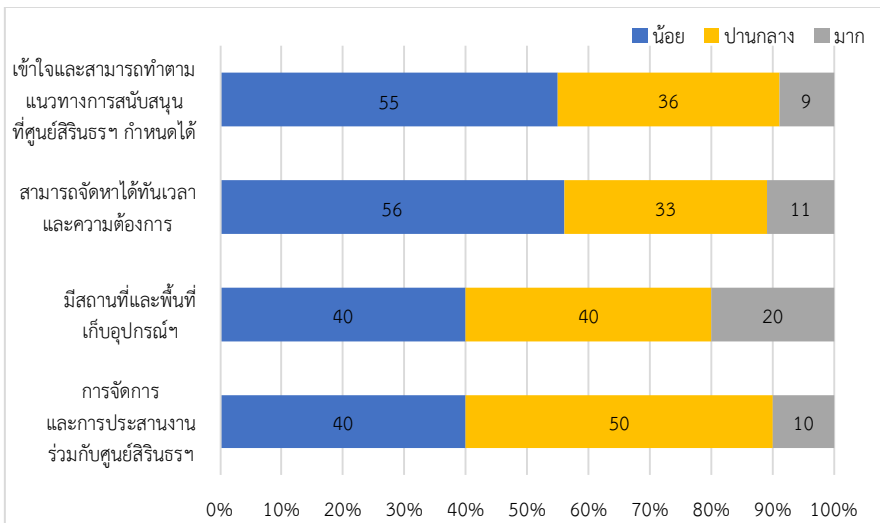
อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง

รพช./รพท. ร้อยละ 75 ได้รับสนับสนุนจากศูนย์สิรินธรฯ ร้อยละ 65 ได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ ร้อยละ 20 โรงพยาบาลสามารถผลิตหรือดัดแปลงได้เอง และร้อยละ 10 ได้รับสนับสนุนจากสถานพยาบาลในเครือข่าย (รูปที่ 3.15)

รพช./รพท. ร้อยละ 65 เป็นหน่วยบริการสนับสนุนอุปกรณ์ฯ ที่มีมูลค่าสูงจาก ศูนย์สิรินธรฯ โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มกายอุปกรณ์ (ร้อยละ 92) รองลงมาคือ กลุ่มรถนั่งคนพิการ (ร้อยละ 62) และอุปกรณ์การมองเห็น (ร้อยละ 15) โดยพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลเหล่านี้มากที่สุดคือไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลาและตามความต้องการ (ร้อยละ 55) ขาดความเข้าใจ และสามารถทำตามแนวทางการสนับสนุนที่ศูนย์สิรินธรฯ กำหนดให้ได้ (ร้อยละ 55) เป็นต้น (รูปที่ 3.16)



รูปที่ 3.15 การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง



รูปที่ 3.16 สถานการณ์การดำเนินงานสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูงร่วมกับศูนย์สิรินธรฯ

การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

รพช. จำนวน 135 แห่งพบว่า อุปกรณ์ที่ไม่มีให้บริการ ได้แก่ อุปกรณ์เครื่องช่วยการมองเห็น อุปกรณ์เครื่องช่วยการได้ยิน ยกเว้นรายการเครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการสำหรับผู้ใหญ่ที่มีให้บริการ 2 แห่ง และเครื่องช่วยพูดมีให้บริการ 3 แห่ง อุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหว กลุ่มแขนเทียม ยกเว้นแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งานมีให้บริการ 2 แห่ง กลุ่มเท้าแขนเทียม และโลหะตามขาภายนอก-เด็กเล็ก ตามข้อเท้า (knee-orthotic) การให้บริการอุปกรณ์ฯ ใน รพช./รพท. พบว่า มีอุปกรณ์ที่ให้บริการครบทุกประเภทแต่บางรายการมีไม่ครบทุกแห่ง) ส่วนรายการอุปกรณ์ที่มีให้บริการแต่มีไม่เพียงพอ 10 ลำดับแรกของ รพช. และ รพช./รพท. รายละเอียดดังตารางที่ 3.6 และ 3.7

ตารางที่ 3.6 รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ รพช. มีบริการไม่เพียงพอ 10 ลำดับแรก

รพช	จำนวน (แห่ง)
รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้	32
ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	26
ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม	24
รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	23
ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยอัมพาต	19
ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior wheel walker)	17
ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior wheel walker)	16
เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ	13
รองเท้าดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการขาคู่เท้าหรือเท้าผิดปกติ	9
ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยึดหมุนชนิดมีด้าม	9

ตารางที่ 3.7 รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ รพศ./รพท. มีบริการไม่เพียงพอ 10 ลำดับแรก

รพศ./รพท.	จำนวน (แห่ง)
ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนนอก	20
ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนใน	5
รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	5
รองเท้าดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการขาที่เท้าหรือเท้าผิดปกติ	5
เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	5
ทีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 4-5 ปี	4
ทีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-4 ปี	4
ทีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-3 ปี	4
ทีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-2 ปี	4
ทีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิดถึง 1 ปี	4

ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

รพช.

ปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ของ รพช. ส่วนใหญ่คือ ปัญหาเรื่องสถานที่คับแคบ/ไม่มีที่เก็บ (ร้อยละ 65) ไม่มีบริการซ่อมบำรุง (ร้อยละ 57) ขาดแคลนบุคลากร เช่น ช่างกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด (ร้อยละ 57) (รูปที่ 3.17)

แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพศ./รพท.

ปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ของ รพศ./รพท. แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูส่วนใหญ่ คือ ขาดแคลนบุคลากร เช่น ช่างกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด และปัญหาเรื่องสถานที่คับแคบ/ไม่มีที่เก็บ (ร้อยละ 55) ไม่มีบริการซ่อมบำรุง (ร้อยละ 45) งบประมาณไม่เพียงพอ ระบบบันทึกข้อมูลยุ่งยาก ซับซ้อน (ร้อยละ 40) (รูปที่ 3.18)

แผนกโสต ศอ นาสิก รพศ./รพท.

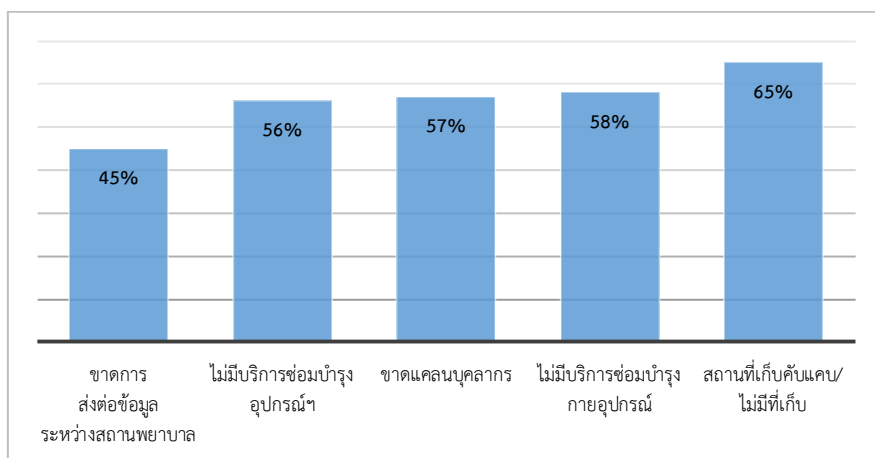
ปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ของ รพศ./รพท. แผนกโสต ศอ นาสิก คือ งบประมาณไม่เพียงพอ (ร้อยละ 55) ขาดแคลนบุคลากร ได้รับสนับสนุนล่าช้า (ร้อยละ 46) ถูกร้องเรียนจากคนพิการในเรื่องความล่าช้าของการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วย (ร้อยละ 36) เป็นต้น (รูปที่ 3.19)

แผนกจักษุ รพศ./รพท.

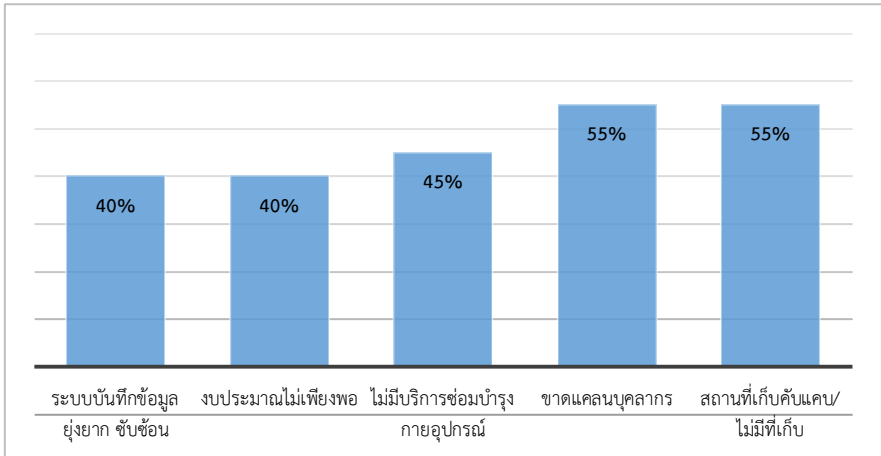
ปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ของ รพศ./รพท. แผนกจักษุ คือ ขาดแคลนบุคลากร สถานที่คับแคบ/ไม่มีที่เก็บ (ร้อยละ 44) ไม่มีบริการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ (ร้อยละ 23) คนพิการร้องเรียนเรื่องหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน ถูกร้องเรียนจากคนพิการในเรื่องความล่าช้าของการได้รับอุปกรณ์ฯ งบประมาณไม่เพียงพอ ได้รับงบประมาณสนับสนุนล่าช้า เป็นต้น (รูปที่ 3.20)

แผนกจิตเวช/กุมารเวช รพศ./รพท.

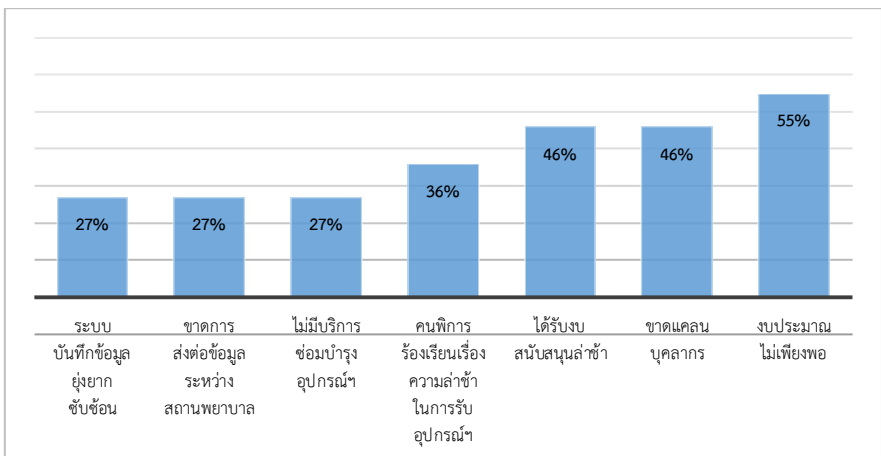
ปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ของ รพศ./รพท. แผนกจิตเวช/กุมารเวช คือ ขาดแคลนบุคลากร (ร้อยละ 46) ปัญหาเรื่องสถานที่คับแคบ/ไม่มีที่เก็บ (ร้อยละ 23) งบประมาณไม่เพียงพอ (ร้อยละ 15) เป็นต้น (รูปที่ 3.21)



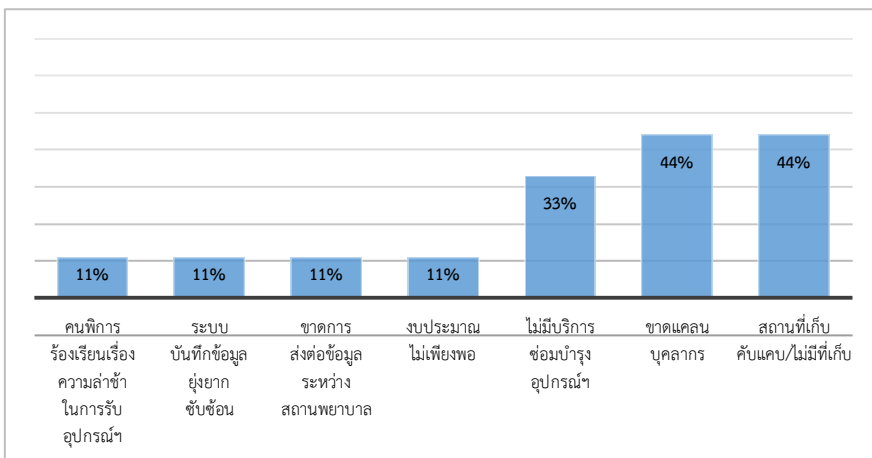
รูปที่ 3.17 ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการใน รพช.



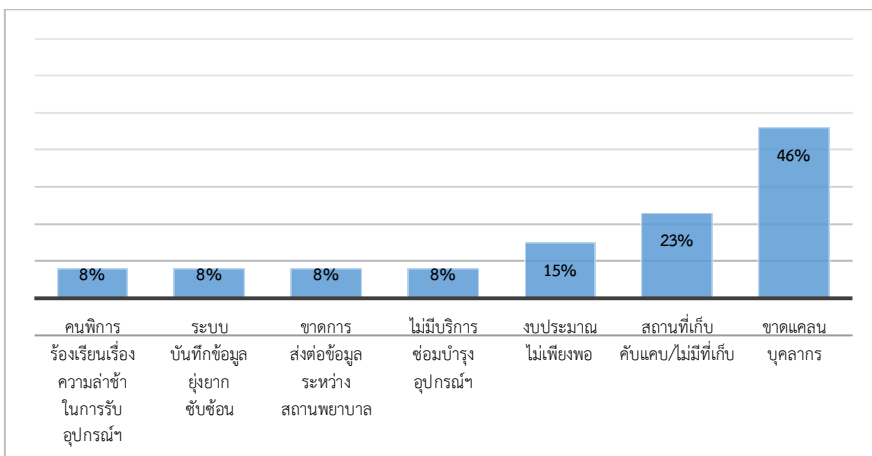
รูปที่ 3.18 ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพศ./รพท.



รูปที่ 3.19 ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแผนกโสต ศอ นาสิก รพศ./รพท.



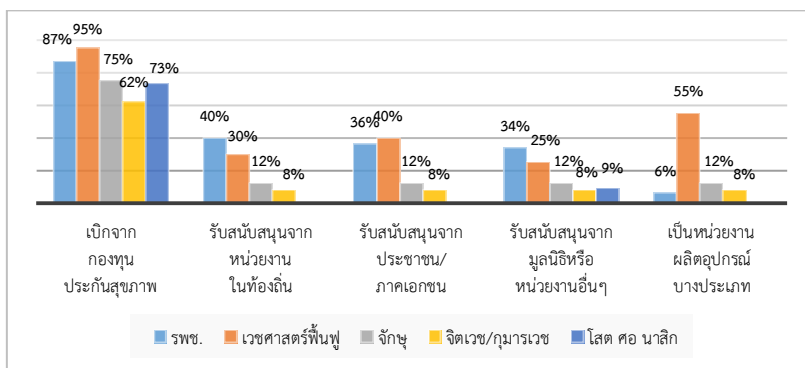
รูปที่ 3.20 ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแผนก
จักษุ รพศ./รพท.



รูปที่ 3.21 ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแผนก
จิตเวช/กุมารเวช รพศ./รพท.

3.4.7 การจัดการด้านงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

รพช. ส่วนใหญ่เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพ (ร้อยละ 87) รองลงมา คือ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น สำนักงานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) (ร้อยละ 40) น้อยที่สุดคือ เป็นหน่วยผลิตกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ฯ บางประเภท (ร้อยละ 6) ส่วน รพศ./รพท. แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 20 แห่งพบว่า ส่วนใหญ่เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพ (ร้อยละ 95) รองลงมาคือ เป็นหน่วยผลิตกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ฯ บางประเภท (ร้อยละ 55) น้อยที่สุดคือ ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิหรือหน่วยงานอื่นๆ (ร้อยละ 25) แผนกโสต ศอ นาสิกจำนวน 11 แห่งพบว่าส่วนใหญ่เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพ (ร้อยละ 73) รองลงมา คือ ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิหรือหน่วยงานอื่นๆ (ร้อยละ 9) แผนกจักษุ จำนวน 8 แห่งส่วนใหญ่เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพ (ร้อยละ 75) ร้อยละ 12 เป็นหน่วยผลิตอุปกรณ์ฯ บางประเภท ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิหรือหน่วยงานอื่นๆ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น พมจ. อบต. อบจ. ได้รับการสนับสนุนจากภาคประชาชน/เอกชน แผนกจิตเวช/กุมารเวช จำนวน 13 แห่งพบว่า ร้อยละ 62 เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพ ร้อยละ 8 เป็นหน่วยผลิตอุปกรณ์ฯ บางประเภท ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิหรือหน่วยงานอื่นๆ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น พมจ. อบต. อบจ. และได้รับการสนับสนุนจากภาคประชาชน/เอกชน (รูปที่ 3.22)



รูปที่ 3.22 การได้รับงบประมาณและการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

3.5 ความพึงพอใจต่อการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ

การสำรวจเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการฟื้นฟูฯ ของคนพิการดำเนินการใน รพศ./รพท. และ รพช. จำนวน 16 โรงพยาบาล จาก 8 จังหวัด 4 ภาคทั่วประเทศ ไทย มีเป้าหมายในการเก็บข้อมูลจากคนพิการที่มารับบริการฟื้นฟูฯ ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลอย่างน้อย 337 ราย (หรือ 352 ราย เมื่อแบ่งตามสัดส่วนตามระเบียบวิธีวิจัย) ซึ่งจะมีความคลาดเคลื่อนค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 2 เมื่อคำนวณโดยใช้สูตรทดสอบค่าเฉลี่ย ทั้งนี้การสำรวจดำเนินการระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 13 มิถุนายน พ.ศ. 2557 สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 257 ราย ซึ่งไม่ตรงกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ตั้งแต่ต้น อย่างไรก็ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวยังอยู่ในช่วงความคลาดเคลื่อนค่าเฉลี่ยที่ไม่เกินร้อยละ 3 ซึ่งถือว่ายอมรับได้ (จำนวนขั้นต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บเพื่อให้ค่าความคลาดเคลื่อนค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 3 คือ 156 ราย) ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 257 ราย ถูกคัดออก 13 ราย เนื่องจากมีความผิดพลาดของข้อมูล ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 244 รายถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic)

การวิเคราะห์พบว่า 2 ใน 3 ของคนพิการที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยเป็น 48 ปี เกือบครึ่งของคนพิการที่ตอบแบบสอบถามจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้ประกอบอาชีพ ในขณะที่ร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าและร้อยละ 20 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และรายได้เฉลี่ยของคนพิการอยู่ที่ 7,049 บาทต่อ (ตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.8 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการที่ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มตัวอย่าง
เพศ	ชาย	165 (68%)
	หญิง	79 (32%)
การศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	13 (5%)
	ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	102 (42%)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	43 (18%)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	23 (9%)
ปวช. หรือเทียบเท่า	4 (2%)
อนุปริญญา ปวส. หรือเทียบเท่า	12 (5%)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	47 (19%)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	104 (43%)
ข้าราชการ พนักงานของรัฐ	16 (7%)
รัฐวิสาหกิจ	2 (1%)
เกษตรกร ประมง	32 (13%)
รับจ้าง	63 (26%)
ค้าขาย	18 (7%)
พนักงานบริษัทเอกชน/โรงงาน	4 (2%)
นักเรียน นักศึกษา	5 (2%)
สถานภาพสมรส	
โสด	77 (32%)
สมรส/อยู่ด้วยกัน	141 (58%)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26 (11%)
ระบบประกันสุขภาพ	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	186 (76%)
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	36 (15%)
ประกันสังคม	22 (9%)
อายุเฉลี่ย (ปี)*	48 (50, 19)
รายได้เฉลี่ยคนพิการ (บาท/เดือน)*	7,049 (2,000, 7,500)
รายได้เฉลี่ยครัวเรือนคนพิการ (บาท/เดือน)*	21,672 (12,000, 25,000)
จำนวนเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัวคนพิการ (คน)*	4 (4, 2)

*แสดงค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range, IQR)

การวิเคราะห์ข้อมูลความพิการและการใช้บริการฟื้นฟูฯ แสดงให้เห็นว่าคนพิการที่ตอบแบบสอบถามมีความพิการโดยเฉลี่ย 9 ปี โดยเกือบร้อยละ 90 เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว และร้อยละ 80 ใช้อุปกรณ์ฯ ซึ่งร้อยละ 70 ของอุปกรณ์ฯ ที่ใช้อยู่เป็นประจำได้รับมาจากภาครัฐ ในส่วนของการมารับบริการฟื้นฟูฯ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของคนพิการที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมารับบริการกายภาพบำบัด ในขณะที่อีก 1 ใน 4 มารับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการและบริการที่

เกี่ยวข้อง ในการเดินทางมารับบริการฟื้นฟูนั้นคนพิการที่ตอบแบบสอบถามต้องเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเป็นระยะทางโดยเฉลี่ย 34 กิโลเมตร และใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่มาถึงจนเสร็จสิ้นการรับบริการ เฉลี่ย 2.36 ชั่วโมง (ตารางที่ 3.9)

ตารางที่ 3.9 ข้อมูลความพิการและการมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการที่ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลความพิการและการมารับบริการฟื้นฟู	กลุ่มตัวอย่าง
ประเภทความพิการ	
ทางการเคลื่อนไหว	215 (88%)
ทางการเห็น	5 (2%)
ทางการได้ยินฯ	24 (10%)
การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	
ใช้	192 (79%)
ไม่ใช้	52 (21%)
อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ใช้เป็นประจำ	
เครื่องช่วยฟัง	19 (10%)
ขาเทียม	45 (23%)
ไม้ค้ำยัน	11 (6%)
ไม้เท้า	60 (31%)
รถเข็นนั่ง	39 (20%)
เครื่องช่วยเดิน (walker)	6 (3%)
อื่นๆ	12 (6%)
แหล่งที่มาของอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	
ซื้อเอง/ประกอบเอง	49 (26%)
หน่วยงานภาครัฐ	135 (70%)
หน่วยงานภาคเอกชน/มูลนิธิ	8 (4%)
ประเภทของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่คนพิการมารับบริการ	
เวชกรรมฟื้นฟู	41 (17%)
กายภาพบำบัด	110 (45%)
กิจกรรมบำบัด	13 (5%)
การประเมิณ/แก้ไขการพูด	3 (1%)
การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน	7 (3%)
การฟื้นฟูสมรรถภาพการมองเห็น	5 (2%)
การรับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการและบริการที่เกี่ยวข้อง	64 (26%)
การพัฒนาศักยภาพในรูปแบบอื่นๆ	1 (0%)

ข้อมูลความพึงพอใจและการมารับบริการฟื้นฟู	กลุ่มตัวอย่าง
ระยะเวลาความพึงพอใจโดยเฉลี่ย (ปี) *	9 (4, 9)
ระยะทางเฉลี่ยจากบ้านมาโรงพยาบาลที่รับบริการฟื้นฟู (กิโลเมตร) *	34 (15, 36)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการรับบริการฟื้นฟู (ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนเสร็จสิ้นบริการ)*	2.36 (2, 2)

*แสดงค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range, IQR)

จากตารางที่ 3.10 และ 3.11 ความพึงพอใจเมื่อจำแนกตามมิติของการประเมินทั้ง 8 มิติ จะเห็นว่ามิติมารยาทระหว่างบุคคลและผลลัพธ์ของบริการเป็นมิติที่ได้คะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ 4.14 จากคะแนนเต็ม 5 ในขณะที่มิติด้านการเงินเป็นมิติที่ได้คะแนนความพึงพอใจต่ำสุดคือ 3.15 จากคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณารายละเอียดของมิติมารยาทระหว่างบุคคลในประเด็นย่อยแล้วจะพบว่าปัจจัยเรื่องความสุภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการฟื้นฟู เป็นปัจจัยที่ได้คะแนนมากที่สุด 4.25 คะแนน และปัจจัยเรื่องความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการฟื้นฟู ต่อคนพิการได้คะแนนในลำดับรองลงมาคือ 4.20 คะแนน เมื่อดูในทุกประเด็นจะพบว่าความสามารถของผู้ให้บริการในมิติเรื่องคุณภาพของบริการเป็นปัจจัยที่ได้คะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ 4.38 คะแนน ทั้งนี้แม้มิติด้านการเงินจะได้คะแนนความพึงพอใจต่ำสุด แต่มิตินี้มีประเด็นเพียงกลุ่มเดียวคือความเต็มใจจ่ายค่าบริการฟื้นฟู โดยเมื่อดูในประเด็นย่อยอื่นๆ แล้วจะพบว่าปัจจัยเรื่องเวลาในการรอรับบริการได้คะแนนความพึงพอใจต่ำสุดคือ 3.10 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอเพิ่มเติมว่าคนพิการต้องรอเป็นระยะเวลานานกว่าที่จะได้รับบริการฟื้นฟู และหรือรับอุปกรณ์ฯ หลังจากที่แพทย์วินิจฉัยว่าควรจะได้รับ ซึ่งประเด็นดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนของหน่วยบริการและผู้ให้บริการที่มีน้อยกว่าจำนวนของคนพิการและผู้ป่วยอื่นๆ ที่มาใช้บริการ ส่งผลให้คนพิการต้องรอเป็นระยะเวลานานกว่าที่จะได้รับบริการ ทั้งนี้ไม่มีประเด็นใดที่ได้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยน้อยกว่า 3 คะแนน

ตารางที่ 3.10 ผลการประเมินความพึงพอใจจำแนกตามมิติที่ใช้ประเมิน

มิติการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
มารยาทระหว่างบุคคล	4.14	0.72
คุณภาพของการบริการ	4.00	0.91
การเข้าถึงบริการ	3.54	1.13
การเงิน (ความเต็มใจจ่ายค่าบริการพื้นฐาน)	3.15	1.18
สิ่งแวดล้อม	4.09	0.73
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	3.33	1.11
และเครื่องมือเครื่องมือที่ใช้ในการบริการ		
ผลลัพธ์ของการบริการ	4.14	0.78

ตารางที่ 3.11 ผลการประเมินความพึงพอใจจำแนกตามมิติและประเด็น

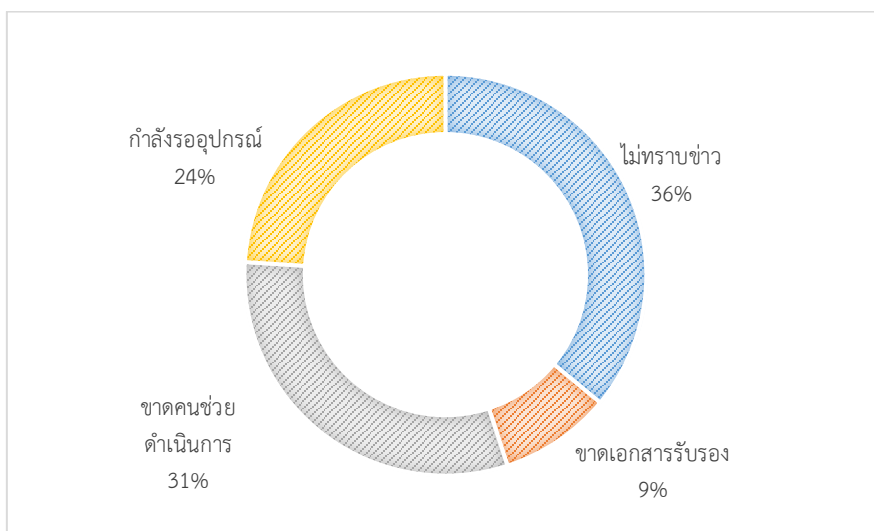
มิติการประเมิน	ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
มารยาทระหว่างบุคคล	ความสุภาพ	4.25	0.58
	ความเอาใจใส่	4.20	0.65
	การตระหนักถึงปัญหา	3.98	1.06
	การรักษาความลับ	4.07	0.65
คุณภาพของการบริการ	ความสามารถของผู้ให้บริการ	4.38	0.53
	เวลาในการให้บริการ	4.30	0.60
	การอธิบายการรักษาและผลของการรักษา	4.04	0.86
	ความเชื่อมั่นในการรักษา	3.55	1.10
การเข้าถึงบริการ	เวลาในการรอรับบริการ	3.10	1.19
	ความสะดวกในการนัดหมาย	3.87	0.99
	ความสะดวกในการมารับรักษาหรือปรึกษา	3.96	0.94
	นอกเวลาการให้บริการ		
	ความสะดวกของสถานที่ตั้ง	3.43	1.14
การเงิน	ความเต็มใจจ่ายค่าบริการพื้นฐาน	3.15	1.18
สิ่งแวดล้อมของสถานบริการ	ความสะอาด	4.15	0.68
	สิ่งช่วยเหลือคนพิการ	4.03	0.77
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	จำนวนของสถานบริการ	3.19	1.08
ให้บริการและเครื่องมือ	จำนวนผู้ให้บริการ	3.19	1.10
	จำนวนของอุปกรณ์	3.50	1.11

มิติการประเมิน	ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ผลลัพธ์ของบริการ	ความพึงพอใจในภาพรวม	4.30	0.59
	ผลลัพธ์ของบริการ	3.91	0.98
	การแนะนำบริการต่อผู้อื่น	4.21	0.62

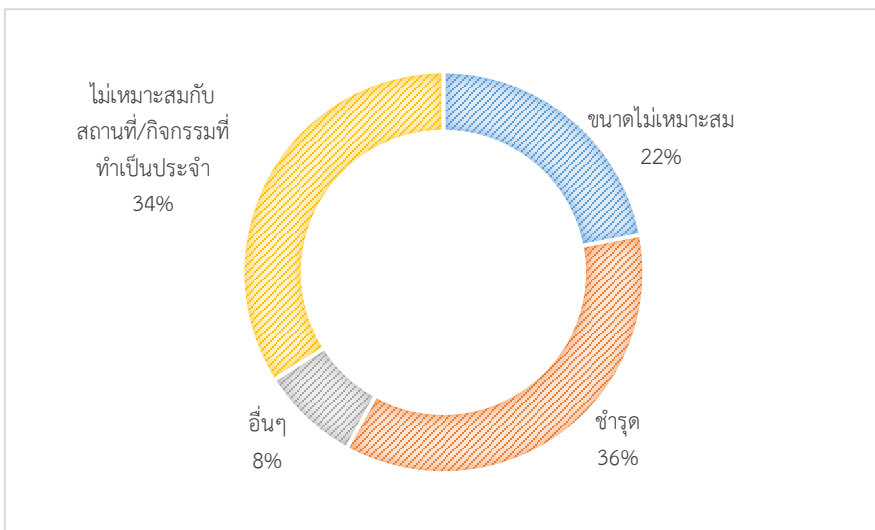
เมื่อจำแนกข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากคนพิการที่ตอบแบบสอบถามออกเป็น 7 กลุ่ม จะพบว่า 1 ใน 4 ของข้อคิดเห็นเสนอแนะให้ปรับปรุงบริการด้านสถานที่ให้บริการฟื้นฟูฯ เนื่องจากมีพื้นที่คับแคบ ทำให้ผู้รับบริการจำนวนมากต้องแออัดกันอยู่ในห้องรับบริการ อีกทั้งพื้นที่สำหรับรอรับบริการที่มีค่อนข้างจำกัด และยังรวมไปถึงจำนวนผู้ให้บริการที่ยังน้อย ไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ในขณะที่ 1 ใน 5 ของข้อเสนอแนะต้องการให้มีหน่วยบริการในละแวกที่พักอาศัย เนื่องจากคนพิการที่ตอบแบบสอบถามส่วนมากเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความยากลำบากในการเดินทางและต้องเดินทางเป็นระยะทางไกลเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลที่หน่วยบริการตั้งอยู่ ข้อคิดเห็นที่เหลือเสนอแนะให้ปรับปรุงเรื่องการให้บริการซึ่งคนพิการต้องรอเป็นระยะเวลานานกว่าจะได้รับบริการหรือได้รับอุปกรณ์ ปรับปรุงเรื่องมารยาทในการบริการของเจ้าหน้าที่ในส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ให้บริการฟื้นฟูฯ เช่น เวิร์กเพล และปรับปรุงเรื่องสิ่งแวดล้อมความสะดวกในโรงพยาบาลสำหรับคนพิการ เช่น ที่จอดรถสำหรับคนพิการ

3.6 คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ

จากการสำรวจข้อมูลในคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 603 คน ใน 10 จังหวัด ในจำนวนนี้มี 85 คนไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ อันเนื่องมาจากการไม่ได้รับข่าวสารข้อมูลและขาดคนช่วยประสานงานเพื่อดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 36 และ ร้อยละ 31 ตามลำดับ (รูปที่ 3.23) ในกลุ่มที่ได้รับอุปกรณ์ฯ ไปแล้วมีคนพิการจำนวน 110 คน ไม่ได้ใช้งานจริงพบว่า ปัญหาที่เกิดจากอุปกรณ์ชำรุด/เสียหาย (ร้อยละ 36) และ อุปกรณ์ที่ได้รับนั้นไม่เหมาะสมกับการนำไปใช้กับที่อยู่อาศัยและใช้ทำกิจกรรมประจำวัน (ร้อยละ 34) (รูปที่ 3.24) นอกจากนั้นการสำรวจข้อมูลครั้งนี้ยังพบว่า มีคนพิการร้อยละ 23 เคยได้รับรถเข็นหรือขาเทียมมาแล้วก่อนหน้านี้



รูปที่ 3.23 สาเหตุที่คนพิการไม่ได้รับรถเข็นหรือขาเทียม



รูปที่ 3.24 สาเหตุที่คนพิการไม่ได้ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รถเข็น หรือขาเทียมที่ได้รับ

เมื่อพิจารณาตามนิยามการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ได้รับ ใช้อุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอและมีความพึงพอใจ จะมีกลุ่มเข้าถึงอุปกรณ์ฯ จำนวน 308 คน และเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ จำนวน 295 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า พิการจากอุบัติเหตุ ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้รับการขึ้นทะเบียนจาก พม. (ตารางที่ 3.12) กลุ่มเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ มีอายุสูงกว่ากลุ่มเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เล็กน้อย มีรายได้ของตนเองและครอบครัวก่อนพิการใกล้เคียงกันแต่รายได้หลังพิการมีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3.12 ข้อมูลทั่วไปของคนพิการที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ

	กลุ่มเข้าไม่ถึง (295 ตัวอย่าง)	กลุ่มเข้าถึง (308 ตัวอย่าง)
โรคประจำตัว		
มี	174 (59.2%)	197 (64%)
ไม่มี	120 (40.8%)	111 (36%)
เพศ		
ชาย	196 (66.4%)	224 (72.7%)
หญิง	99 (33.6%)	84 (27.3%)
ศาสนา		
พุทธ	253 (85.8%)	267 (87.3%)
อิสลาม	35 (11.9%)	34 (11.1%)
คริสต์	4 (1.4%)	4 (1.3%)
อื่นๆ	3 (1%)	1 (0.3%)
สถานภาพสมรส		
โสด	100 (34%)	102 (33.1%)
สมรส/อยู่ด้วยกัน	157 (53.4%)	160 (51.9%)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	37 (12.6%)	46 (14.9%)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28 (9.5%)	21 (6.8%)
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	177 (60.2%)	160 (52.1%)
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	36 (12.2%)	55 (17.9%)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	29 (9.9%)	36 (11.7%)
ปวช.	1 (0.3%)	9 (2.9%)
อนุปริญญา/ปวส.	13 (4.4%)	11 (3.6%)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10 (3.4%)	15 (4.9%)
ระบบประกันสุขภาพ		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	269 (91.8%)	267 (87%)
ประกันสังคม	18 (6.1%)	20 (6.5%)
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	6 (2%)	20 (6.5%)
ขึ้นทะเบียนคนพิการจาก พ.ม.		
ใช่	276 (93.9%)	297 (97.7%)
ไม่ใช่	18 (6.1%)	7 (2.3%)

	กลุ่มเข้าไม่ถึง (295 ตัวอย่าง)	กลุ่มเข้าถึง (308 ตัวอย่าง)
สาเหตุของความพิการ		
พิการตั้งแต่กำเนิด	25 (8.5%)	21 (6.8%)
พิการจากอุบัติเหตุ	161 (54.8%)	209 (67.9%)
พิการจากความเจ็บป่วย	108 (36.7%)	78 (25.3%)
ได้รับการเยี่ยมบ้านรอบ 6 เดือน		
ใช่	182 (61.7%)	190 (61.7%)
ไม่ใช่	107 (36.3%)	113 (36.7%)
ไม่ทราบ	6 (2%)	5 (1.6%)
อายุ*		
อายุ*	49 (39,57)	47 (36,55)
ระยะเวลาที่พิการ(ปี)*		
ระยะเวลาที่พิการ(ปี)*	10 (3,20)	12 (5,22)
ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (กม.)*		
ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (กม.)*	7 (3,15)	6 (2,14)
รายได้ต่อเดือนของคนที่พิการ:ก่อนเกิดความพิการ*		
รายได้ต่อเดือนของคนที่พิการ:ก่อนเกิดความพิการ*	5000 (2000,8000)	5000 (2000,7625)
รายได้ต่อเดือนของคนที่พิการ:หลังเกิดความพิการ*		
รายได้ต่อเดือนของคนที่พิการ:หลังเกิดความพิการ*	1000 (500,4000)	3000 (500,7500)
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว:ก่อนเกิดความพิการ*		
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว:ก่อนเกิดความพิการ*	8000 (4500,15000)	8750 (5000,15000)
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว:หลังเกิดความพิการ*		
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว:หลังเกิดความพิการ*	6750 (3000,12400)	9000 (5000,15000)

*แสดงค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range, IQR)

ตารางที่ 3.13 แสดงทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตระหว่างกลุ่มเข้าถึงและกลุ่มเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ โดยการปรับค่าคะแนนด้วยปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่ากลุ่มเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ ($P=0.001$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายมิติพบว่ากลุ่มเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ ในทุกมิติ ยกเว้นมิติสิ่งแวดล้อม การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มีความสามารถในการดำรงชีวิตดีกว่ากลุ่มเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ ในทุกด้าน (การเคลื่อนที่ การให้กำลังใจตนเอง การหางานทำ/ รักษางานที่ทำอยู่ และการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการศึกษา

ตารางที่ 3.13 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตในกลุ่มคนพิการที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงอุปกรณ์

	กลุ่มเข้าไม่ถึง		กลุ่มเข้าถึง		P- value
	เฉลี่ย	ความคลาดเคลื่อน	เฉลี่ย	ความคลาดเคลื่อน	
พอใจกับสุขภาพ					
(1=ไม่พอใจ, 5=พอใจมาก)	3.27	0.05	3.53	0.05	0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม					
(1=แย่ที่สุด, 5=สมบูรณ์แบบ)	3.16	0.05	3.33	0.05	0.001
คุณภาพชีวิตตามมิติ (4=แย่ที่สุด, 20=สมบูรณ์แบบ)					
สุขภาพกาย	13.98	0.15	14.83	0.15	<0.000
จิตใจ	13.06	0.11	13.73	0.11	<0.000
สัมพันธภาพทางสังคม	14.87	0.13	15.58	0.13	<0.000
สิ่งแวดล้อม	13.19	0.11	13.42	0.10	0.128
ความสามารถในการดำรงชีวิต (0=ไม่มีความยากลำบาก, 4=ทำไม่ได้)					
การเคลื่อนที่โดยใช้อุปกรณ์	1.82	0.06	1.01	0.06	<0.000
การเคลื่อนที่ไปยังที่ต่างๆ (ในบ้าน ในอาคาร ถนน)	1.78	0.06	1.09	0.06	<0.000
การให้กำลังใจตนเองในการดำรงชีวิต	0.97	0.05	0.83	0.05	<0.000
การศึกษา	1.46	0.11	1.24	0.10	0.145
การทำงานและการรักษางานที่ทำอยู่	1.88	0.08	1.65	0.08	0.039
การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ	2.04	0.07	1.83	0.07	0.032

ผลการวิเคราะห์ multiple logistic regression แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ได้แก่ อายุ ประกันสุขภาพ การขึ้นทะเบียนคนพิการ อาชีพ และการดูแลจากครอบครัว (ตารางที่ 3.14) มีรายละเอียดสำคัญดังนี้ 1) เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ลดลงร้อยละ 2 (AOR=0.98, 95%CI=0.97-1.00) 2) คนพิการใช้สิทธิประกันสังคมมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ลดลงร้อยละ 33 (AOR=0.67, 95%CI=0.31-1.48) ขณะที่คนพิการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เป็น 5 เท่า (AOR=4.81, 95%CI=1.59-14.58) เมื่อเทียบกับคนพิการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3) คนพิการที่

ขึ้นทะเบียนคนพิการมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เป็น 3 เท่า (AOR=2.59, 95%CI=1.01-6.64) ของคนที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน 4) คนพิการที่เป็นพนักงานบริษัท รับจ้างและเกษตรกรมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เป็น 3-4 เท่าของคนพิการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และ 5) การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เพิ่มขึ้น 1.2 เท่า (AOR=1.20, 95%CI=1.01-1.42)

ตารางที่ 3.14 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

	OR	Lower CI	Upper CI	P-value	AOR	Lower CI	Upper CI	P-value
อายุ	0.99	0.97	1.00	0.030	0.98	0.97	1.00	0.023
เพศ (อ้างอิง=ชาย)	1.35	0.95	1.91	0.094				
ศาสนา (อ้างอิง=พุทธ)	0.88	0.55	1.41	0.592				
การศึกษา (อ้างอิง=ไม่ได้เรียนหนังสือ)				0.087				
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	1.21	0.66	2.21					
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	2.04	1.01	4.12					
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า/ปวช.	2.00	0.96	4.15					
อนุปริญญา/ปวส.	1.13	0.42	3.01					
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.00	0.75	5.33					
สาเหตุของความพิการ (อ้างอิง=พิการตั้งแต่กำเนิด)				0.004				
พิการจากอุบัติเหตุ	1.55	0.84	2.86					
พิการจากความเจ็บป่วย	0.86	0.45	1.65					
ประกันสุขภาพ (อ้างอิง=หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)				0.037				0.011
ประกันสังคม	1.12	0.58	2.16		0.67	0.31	1.48	
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3.36	1.33	8.49		4.81	1.59	14.58	
ขึ้นทะเบียนคนพิการจาก พ.ม. (อ้างอิง=ไม่ขึ้นทะเบียน)	2.77	1.14	6.73	0.025	2.59	1.01	6.64	0.048
อาชีพ (อ้างอิง=ไม่ได้ประกอบอาชีพ)				0.000				0.000

	OR	Lower CI	Upper CI	P-value	AOR	Lower CI	Upper CI	P-value
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.50	0.30	7.54		1.15	0.16	8.48	
พนักงานบริษัท	4.11	1.28	13.23		4.39	1.23	15.68	
รับจ้าง	2.56	1.68	3.92		2.62	1.67	4.10	
เกษตรกร	4.39	2.33	8.25		3.78	1.96	7.31	
นักเรียน/นักศึกษา	0.75	0.13	4.15		0.50	0.08	3.02	
ค้าขาย	1.67	0.99	2.81		1.53	0.89	2.63	
อื่นๆ	1.18	0.52	2.68		1.09	0.44	2.69	
การดูแลจากครอบครัว	1.20	1.02	1.40	0.024	1.20	1.01	1.42	0.034
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว:หลังเกิดความ พิการ	1.00	1.00	1.00	0.393				
ระยะเวลาที่พิการ(ปี)	1.01	0.99	1.02	0.370				
ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (กม.)	1.00	0.99	1.01	0.868				

3.7 ผลจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการบริการทางการแพทย์ของคนพิการ 2) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 3) สิทธิประโยชน์ในแต่ละระบบประกันสุขภาพ 4) การบริหารจัดการของภาครัฐ 5) ปัญหาที่ควรจัดการแก้ไขลำดับแรก โดยจัดการสนทนาใน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มองค์กรด้านคนพิการ ผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย มีรายละเอียดข้อค้นพบ ดังนี้

3.7.1 การรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการบริการของคนพิการ

ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการเห็นตรงกันว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นภารกิจที่จะต้องดำเนินการขององค์กรด้านคนพิการ แต่เห็นว่าปัจจุบันมีคนพิการจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารนี้ โดยเฉพาะคนพิการต่างจังหวัดและอยู่ห่างไกลเขตเมืองหรือเขตเทศบาล กลุ่มดังกล่าวเห็นว่าช่องทางการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์มีจำกัด ไม่ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ โดยเฉพาะด้านการเห็นและการได้ยินฯ ที่จำเป็นต้องใช้วิธีและช่องทางการสื่อสารที่เฉพาะ เช่น คำบรรยาย ล่ามภาษามือ ผ่านทางสื่อโทรทัศน์ ปัจจุบันมีสายด่วนศูนย์ประชาชน 1300 รับแจ้งเพื่อให้การช่วยเหลือเด็ก สตรี ผู้สูงอายุและคนพิการ แต่ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการเห็นว่าสายด่วนดังกล่าวไม่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการได้ มีบางส่วนเห็นว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลไม่ให้รายละเอียดข้อมูลแก่คนพิการหรือผู้ปกครองหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเด็กพิการหลังเข้ารับบริการหรือขึ้นทะเบียนคนพิการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนั้นบางคนเห็นว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อสม. แกนนำชุมชน อาสาสมัครดูแลคนพิการในชุมชน (อพมก.) บางพื้นที่ให้ความสำคัญเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ สตรีมากกว่าคนพิการ อีกทั้งมีบางพื้นที่ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการได้

กลุ่มผู้ให้บริการเห็นตรงกันว่า หน่วยงานต่างๆ ขาดการบูรณาการการให้ข้อมูลข่าวสารร่วมกัน ต่างฝ่ายมักไม่รู้ข้อมูลของกันและกัน ไม่สามารถให้ข้อมูลกับคนพิการ สอบที่ถามนอกเหนือจากเรื่องของตน สาเหตุเป็นเพราะแต่ละหน่วยงานไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ดีพอ อีกทั้งแต่ละหน่วยงานมีการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อ

ประโยชน์ของตนเป็นสำคัญ จึงทำให้ไม่ตรงกันและขาดรายละเอียดครอบคลุมประเด็นอื่น พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ระบุให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้รับผิดชอบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์คนพิการ แต่ปัจจุบันยังพบปัญหาคนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารค่อนข้างมาก จำเป็นที่จะต้องเร่งพัฒนาแก้ไข อีกทั้งยังพบว่าบางฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน มีส่วนหนึ่งเสนอให้มีศูนย์กลางข้อมูลคนพิการเพื่อลดปัญหาดังกล่าวนี้ นอกจากนั้นในกลุ่มยังระบุปัญหาว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขไม่ตรงกับคนพิการภายใต้สิทธิ (แต่ละระบบประกันสุขภาพมีสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน) สำหรับด้านสื่อและช่องทางประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเห็นตรงกันว่าสื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ. อสม. แกนนำชุมชน อพมก. มีความสำคัญต่อการกระจายข้อมูลข่าวสารได้มาก ซึ่งหากบุคคลเหล่านี้มีการประสานข้อมูลต่างๆ ร่วมกับองค์กรท้องถิ่น องค์กรด้านคนพิการ จะทำให้ข้อมูลไปถึงคนพิการได้รอบด้าน ส่วนสื่อสาธารณะหรือการเผยแพร่อื่นๆ ต้องมีความหลากหลายและพัฒนาให้เหมาะสมกับประเภทความพิการมากกว่าที่เป็นอยู่ นอกจากนั้นกลุ่มนี้ยังให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การยอมรับความพิการของคนพิการและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะทำให้คนพิการเข้าถึงข้อมูลนั้นๆ โดยเฉพาะเด็กพิการทางสติปัญญา เด็กออทิสติกพบปัญหาพ่อแม่ไม่ยอมรับความพิการค่อนข้างมาก

ด้านกลุ่มผู้กำหนดนโยบายเห็นว่า การจ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการทำให้คนพิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและมาขึ้นทะเบียนมากขึ้น ส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่ามีคนพิการอีกมากที่เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และถึงแม้บางคนเข้าถึงข้อมูลแต่ไม่สามารถรับบริการตามสิทธินั้นได้ เพราะขาดคนให้การช่วยเหลือหรือดำเนินการให้ ซึ่ง อสม. แกนนำชุมชนเป็นผู้ที่น่าจะให้การช่วยเหลือได้ดีแต่กลับพบว่าบุคคลเหล่านี้ไม่ทราบข้อมูลด้านคนพิการ ไม่ทราบขั้นตอนหรือวิธีดำเนินการ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในพื้นที่ยังไม่ให้ความสำคัญเรื่องคนพิการมากนัก รวมทั้งการส่งต่อและแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานยังไม่เพียงพอ มีการเสนอให้เชื่อมข้อมูลของคนพิการกับข้อมูลในบัตรประชาชนเข้าด้วยกัน เพื่อการค้นหาข้อมูลของคนพิการเหล่านั้นทำได้ง่ายขึ้น

3.7.2 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ผู้แทนจากองค์กรด้านคนพิการเห็นว่าบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางมีจำกัด เช่น จักษุแพทย์ จิตแพทย์ นักแก้ไขการพูด กุมารแพทย์ นักกายภาพบำบัด ซึ่งบุคลากรเหล่านี้พบใน รพศ./รพท. ทำให้คนพิการที่อยู่ห่างไกลตัวจังหวัดต้องเดินทางไกลเพื่อไปรับบริการ สำหรับการบริการฟื้นฟูฯ ที่ต้องนัดไปที่โรงพยาบาลหลายครั้งเกิดความลำบากในการเดินทาง และเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ที่ผ่านมามีพบว่าคนพิการไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ เพราะไม่มีคนคอยให้การช่วยเหลือ ทำให้คนพิการไม่ได้รับบริการต่อเนื่อง ผู้แทนจากองค์กรด้านคนพิการเห็นตรงกันว่าการให้บริการฟื้นฟูฯ คนพิการควรทำในชุมชนมากกว่าโรงพยาบาล แต่ปัจจุบันการให้บริการในชุมชนทำได้น้อยและไม่ต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดแคลนบุคลากร อีกส่วนอาจเป็นเพราะการส่งต่อข้อมูลและคนพิการระหว่างสถานพยาบาลยังขาดประสิทธิภาพ

กลุ่มผู้ให้บริการส่วนใหญ่ระบุว่าโรงพยาบาลให้บริการในชุมชนหรือทำงานเชิงรุกในพื้นที่มากขึ้น เช่น การค้นหาคนพิการรายใหม่หรือที่ยังตกค้าง การดูแลต่อเนื่องคนพิการที่บ้าน อย่างไรก็ตามด้วยบุคลากรมีจำกัด โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูฯ นักกายภาพบำบัด พยาบาล ทำให้การบริการในพื้นที่ทำได้น้อย ขณะเดียวกันการขาดแคลนบุคลากรที่ให้บริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือแทบไม่มีเลยในบางโรงพยาบาล ทำให้ศักยภาพการให้บริการไม่ครอบคลุมความพิการและไม่ทั่วถึงพื้นที่ บางโรงพยาบาลจึงเน้นบริการในโรงพยาบาลมากกว่าการให้บริการในชุมชน เพราะเกรงว่าจะทำได้ไม่ดี หากให้บริการควบคู่กัน

สำหรับกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ให้ความเห็นสอดคล้องกับทั้งสองกลุ่มว่าการให้บริการในชุมชนทำได้น้อย โดยเฉพาะใน รพศ./รพท. มีข้อจำกัดด้านจำนวนและความเชี่ยวชาญของบุคลากร หลายคนเห็นว่าหากหน่วยงานต่างๆ เช่น รพ.สต. อบต. องค์กรด้านคนพิการ อสม./อพมก. ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดคนพิการมากที่สุดประสานความร่วมมือในการให้บริการ โดยมีโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษาจะทำให้การบริการเชิงรุกในชุมชนทำได้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันยังเป็นการทำงานแยกส่วน มีบางคนเสนอว่าการทำงานประสานกันอาจทำได้โดยให้หน่วยงานที่ใกล้ชิดคนพิการนี้ให้บริการในชุมชน และหาก

คนพิการต้องการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล ก็ให้เป็นผู้พามา ซึ่งโรงพยาบาลต้องเตรียมพร้อมและมีศักยภาพในการให้บริการคนพิการที่ดี ถือเป็นการทำงานเชิงรุกโดยโรงพยาบาล ไม่ต้องลงชุมชนด้วยตนเอง

การบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการเห็นว่าอุปกรณ์ฯ ที่คนพิการได้รับบางชิ้นไม่เหมาะกับการใช้งานในกิจวัตรประจำวันและการทำงาน ทำให้หลายคนต้องเบิกชิ้นใหม่หรือรับ อุปกรณ์ฯ ที่มิหน่วยงานอื่นๆ ให้มา โดยคาดหวังว่าอุปกรณ์ฯ ชิ้นใหม่จะเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการและการใช้งานได้มากกว่า ทำให้พบปัญหาการได้รับอุปกรณ์ฯ ที่ซ้ำซ้อน ซึ่งมักจะได้มาจากหลายที่ เช่น สถานพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรการกุศล เป็นต้น นอกจากนั้นหลายคนให้ความเห็นว่าควรมีการประเมินความจำเป็นในการได้รับอุปกรณ์ฯ กับคนพิการในแต่ละราย พิจารณาความรุนแรงของความพิการ สภาพแวดล้อมที่บ้านและชุมชนที่ต้องใช้งานจริง บางรายเห็นว่าระยะเวลาการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ชิ้นใหม่ เช่น รถเข็น ที่ระบบประกันสุขภาพกำหนดนานเกินไป หากอุปกรณ์ฯ ชำรุดคนพิการบางคนไม่กล้ามารับบริการซ่อมหรือเบิกชิ้นใหม่ อีกทั้งปัจจุบันสถานที่ซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ แทบไม่มีหรือมีน้อยมาก การซ่อมแซมแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายและต้องรอนาน

กลุ่มผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าแต่ละ รพ.มีรายการอุปกรณ์ฯ แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพด้านบุคลากรเป็นหลัก ซึ่งมักไม่ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ ปัจจุบันโรงพยาบาลจะเป็นผู้จัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ฯ เอง ทำให้บาง รพ. พบปัญหาการหาบริษัทจำหน่ายอุปกรณ์ฯ บางครั้งพบอุปกรณ์ฯ ไม่ได้มาตรฐาน ส่วนการเบิกอุปกรณ์ฯ ซ้ำซ้อน กลุ่มผู้ให้บริการมีความเห็นเพิ่มเติมว่า เกิดจากการขาดระบบข้อมูลการติดตามและประเมินการใช้อุปกรณ์ฯ สำหรับปัญหาสถานที่ซ่อมอุปกรณ์ฯ ถือเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งที่กลุ่มผู้ให้บริการเห็นตรงกัน ปัจจุบันคนพิการต้องเสียค่าใช้จ่ายซ่อมอุปกรณ์เอง จึงเสนอให้มีระบบรองรับในการเบิกจ่ายเงินส่วนนี้ รวมทั้งหามาตรการเพิ่มสถานที่ซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ ให้มากขึ้น

สำหรับกลุ่มผู้กำหนดนโยบายเห็นว่าคนพิการที่อยู่ห่างไกลตัวเมืองจะเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ได้น้อยกว่า โดยเฉพาะความพิการที่ต้องใช้บุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น ทางardtได้

ยีน การมองเห็น ปัญหาการทำงานเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึง หากขาดแคลนบุคลากร กลุ่มนี้ ก็ถือว่าสำเร็จได้ยาก ถึงแม้ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพจะให้เบิกอุปกรณ์ฯ ต่าง ๆ เหล่านี้ได้ก็ตาม แต่หากไม่สามารถค้นหาและประเมินคนพิการโดยผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มนี้ได้ คนพิการก็ไม่มีโอกาสได้รับอุปกรณ์ฯ นอกจากนี้ปัญหาที่พบบ่อยอีกประการ คือ คนพิการต้องรออุปกรณ์ฯ ค่อนข้างนาน ไม่มีหน่วยงานหรือสถานที่ซ่อม อุปกรณ์ อีกทั้งศูนย์สิรินธรฯ เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนและกำหนดมาตรฐานสำหรับ อุปกรณ์มูลค่าสูงเท่านั้น อุปกรณ์อื่น ๆ ขึ้นอยู่แต่ละระบบประกันสุขภาพ และ รพ. จะเป็นผู้จัดซื้อ จัดหาตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งยังไม่เคยติดตาม ตรวจสอบคุณภาพ เหล่านี้เลย

3.7.3 สิทธิประโยชน์ในแต่ละระบบประกันสุขภาพ

ผู้แทนกลุ่มองค์กรด้านคนพิการเห็นว่าสิทธิประโยชน์ของคนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพมีความแตกต่างกัน เช่น อุปกรณ์ฯ บางสิทธิเบิกได้ บางสิทธิเบิกไม่ได้ เงื่อนไขแตกต่างกัน เช่น ระบบประกันสังคมต้องสำรองค่าใช้จ่ายไปก่อน ซึ่งการสำรองค่าใช้จ่ายไปก่อนนี้เองทำให้เกิดภาระ มีผลให้คนพิการบางคนไม่ไปรับบริการเพราะไม่มีเงิน อีกทั้งถึงแม้หลักการของระบบประกันสังคมจะสามารถระบุ รพ. ได้ แต่ในทางปฏิบัติพบว่า รพ. ที่คนพิการตั้งใจเลือกกลับปฏิเสธ โดยให้เหตุผลว่าเต็มจำนวนโควตา ผู้แทนกลุ่มองค์กรด้านคนพิการยังชี้ถึงปัญหาการได้สิทธิที่น้อยลงจากการเปลี่ยนระบบประกันสุขภาพ โดยอธิบายว่าแต่ก่อนเคยได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลังเข้าทำงานต้องเปลี่ยนสิทธิเป็นระบบประกันสังคม มีสิทธิประโยชน์บางอย่างถูกตัดไป หรือที่บางคนในการสนทนาพูดว่า “ประกันสังคมแย่งสิทธิคนพิการ”

นอกจากนี้ผู้แทนจากทั้งสามกลุ่มเห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ท 74) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสในการเลือกรับบริการที่โรงพยาบาลได้ดีกว่าประกันสังคม ระบบประกันสังคมมีเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถเลือกโรงพยาบาลได้ตามที่ต้องการ อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ให้บริการส่วนหนึ่งเห็นว่าระบบการเบิกจ่ายเงินของระบบประกันสุขภาพมีความล่าช้า มีหลาย รพ. เกิดความกังวลว่า การให้บริการคนพิการในระบบประกันสังคมอาจจะไม่ได้รับเงินที่เบิกจ่ายไปกลับมา ซึ่งบาง รพ. ต้องสำรองไปก่อนส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย

ของ รพ. อีกทั้งมีตัวแทนผู้ให้บริการเห็นตรงกันว่ารายการและราคาการเบิกจ่าย อุปกรณ์ฯ แต่ละกองทุนไม่เท่ากัน ความครอบคลุมสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน

ส่วนตัวแทนผู้กำหนดนโยบายอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเบิกจ่ายสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการว่า ขึ้นกับการวินิจฉัยของแพทย์ตามที่แพทย์ลงความคิดเห็นว่า “สมควรได้รับ” แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถรู้ได้ว่า “สมควรได้รับ” ของแต่ละแห่งมีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดเดียวกันหรือไม่ และมีการประเมินการให้อุปกรณ์ฯ กับคนพิการอย่างรอบด้านแล้วหรือยัง ผู้แทนจากกลุ่มนี้เห็นว่าในภาพรวมการดำเนินงานด้านคนพิการมีทิศทางที่ดีขึ้น มีหลายหน่วยงานทำงานด้านคนพิการมากขึ้น ทุกหน่วยงานมีความตั้งใจและมีเจตนาที่ดี แต่ปัญหาสำคัญ คือ ไม่ได้บูรณาการงานร่วมกันอย่างจริงจัง นอกจากนั้นผู้กำหนดนโยบายยังเห็นว่า นิยาม “ผู้ทุพพลภาพ” ของระบบประกันสังคม ต้องเป็นคนพิการที่มีความรุนแรงมากจนถึงขั้นสูญเสียอวัยวะ ซึ่งต่างจากอีกสองระบบ ที่อิงนิยาม “คนพิการ” ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ทำให้คนพิการได้สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน

3.7.4 การบริหารจัดการของภาครัฐ

บริหารจัดการ

ผู้แทนกลุ่มองค์กรด้านคนพิการส่วนหนึ่งให้ความเห็นในการทำงานของรัฐบาลว่า การขับเคลื่อนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ขึ้นกับวิสัยทัศน์ของผู้บริหารในแต่ละพื้นที่ อีกทั้งคนพิการยังไม่เข้าใจการทำงานของรัฐบาลที่เกี่ยวกับคนพิการ และอยากให้แต่ละกระทรวงบูรณาการความร่วมมือกัน

กลุ่มผู้ให้บริการให้ความเห็นว่า ฝั่งผู้ให้บริการมีภาระงานมาก ขาดแคลนบุคลากรที่จะดำเนินการงานคนพิการให้ครอบคลุม ไม่มีการประสานการทำงานระหว่างหน่วยงาน ไม่มีการกำกับติดตามการใช้อุปกรณ์ฯ ที่ชัดเจน โดยผู้แทนกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การบริการในชุมชนร่วมกับหน่วยงานอื่นจะมีปัญหาเรื่องข้อมูลของคนพิการไม่ตรงกัน การบริการบางอย่างไม่ตรงกับสิ่งที่คนพิการประสบปัญหา บางครั้งมีการให้บริการซ้ำซ้อน เป็นช่องว่างหรือปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ จึงอยากให้ผู้บริหารแต่ละหน่วยงานมีนโยบายที่เชื่อมโยงกัน โดยเฉพาะมีฐานข้อมูลคนพิการเดียวกัน ให้บริการในพื้นที่พร้อมกันและแบ่งบทบาทความรับผิดชอบให้ชัดเจน

ผู้แทนผู้กำหนดนโยบาย ยอมรับว่าการบริหารจัดการในปัจจุบันเป็นลักษณะต่างฝ่ายต่างทำ นอกจากนี้ส่วนหนึ่งเห็นว่าถึงแม้จะมีกลไกการขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำแต่ยังไม่ชัดเจนและไม่ดำเนินการอย่างจริงจัง

งบประมาณ

ผู้แทนกลุ่มองค์กรด้านคนพิการระบุว่าแหล่งที่มาของงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมมาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ 1) หน่วยงานรัฐหรือจังหวัดจัดสรร 2) สปสช. เขต และ 3) การเสนอทำโครงการเพื่อมาดำเนินการ แต่ปัญหาที่พบ คือ งบประมาณไม่ได้รับจัดสรรถึงสมาคม/ชมรม โครงการที่เสนอไม่ได้รับการอนุมัติ และบางโครงการถูกตัดงบประมาณ

กลุ่มผู้ให้บริการเห็นว่า ปัจจุบันมีบุคลากรลาออก เพราะภาระงานไม่สมดุลกับค่าตอบแทนมากขึ้น บาง รพ. ไม่สามารถจ้างบุคลากรทำงานต่อได้ เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายของ รพ. ที่มากขึ้น ดังที่มีโครงการจ้างนักกายภาพบำบัดประจำทุก รพ. ในจังหวัดกาญจนบุรี โดยได้รับการสนับสนุนเฉพาะปีแรก จาก สปสช. ในปีต่อมาโรงพยาบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเอง ทำให้บาง รพ. ไม่สามารถดำเนินการต่อได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับให้ความสำคัญงานด้านคนพิการของผู้บริหาร รพ. ด้วย ซึ่งอีกตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกัน คือ การจัดตั้งศูนย์บริการการซ่อมอุปกรณ์ฯ ของโรงพยาบาล

กลุ่มผู้กำหนดนโยบายบางคนเห็นว่างบประมาณมีเพียงพอ แต่การนำงบประมาณไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับคนพิการเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาอย่างมาก ทำให้บางครั้งการเบิกจ่ายเงินไม่เป็นไปตามหน่วยงานในพื้นที่ร้องขอ ซึ่งหลายโครงการชี้ชัดไม่ได้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดเป็นผลดีหรือจะคุ้มกับสนับสนุนงบประมาณนั้นหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นกองทุนที่ร่วมกันดำเนินการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น นับเป็นหนทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3.7.5 ปัญหาที่ควรจัดการแก้ไขลำดับแรก

1. **ปัญหาของกลุ่มองค์กรด้านคนพิการ** ผู้แทนส่วนใหญ่ต้องการให้คนพิการมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการในทุกระดับ เพิ่มการประชาสัมพันธ์ การให้ข้อมูลบริการสุขภาพ เน้นการลดความเหลื่อมล้ำในการบูรณาการ 3 กองทุนในระบบประกันสุขภาพ การปรับทัศนคติของผู้ให้บริการที่มีต่อคนพิการ และเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางสำหรับเด็กที่พิการ
2. **ผู้แทนกลุ่มผู้ให้บริการ** อยากให้เพิ่มบุคลากรที่ขาดแคลนให้มากขึ้น กระจายไปตาม รพ.ต่างๆ โดยเฉพาะต่างจังหวัดที่ห่างไกล สร้างการมีส่วนร่วมกับท้องถิ่นในการจัดระบบบริการอุปกรณ์ฯ และการพิจารณาตัดรายการอุปกรณ์ฯ ที่ไม่มีประสิทธิภาพ
3. **กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย** อยากมีนโยบายเพื่อส่งเสริมให้คนพิการรับรู้ถึงสิทธิ และชุดสิทธิประโยชน์ของตนให้มากขึ้น สนับสนุนให้มีการเชื่อมข้อมูลคนพิการระหว่างหน่วยงาน สร้างการมีส่วนร่วมของคนพิการให้ผู้เกี่ยวข้อง ประสานความร่วมมือเพื่อลดความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน และเพิ่มบุคลากรในระบบให้มากขึ้น เช่น ช่างกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด

นอกจากประเด็นต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ทางคณะวิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับคนพิการในสองกรณีที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ แต่ละกรณีมีประเด็นสำคัญตรงกัน คือ การเข้ารับบริการด้านสุขภาพและสังคมนั้นจะต้องมีญาติหรือคนใกล้ชิดคอยให้การช่วยเหลือหรือช่วยดำเนินการ กรณีที่หนึ่งสะท้อนการเข้ารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานก่อนกลับสู่สังคมและประกอบอาชีพ สำหรับกรณีที่สองสะท้อนปัญหาการได้รับอุปกรณ์ฯ ที่ซ้ำซ้อน ไม่เหมาะสมกับความพิการและการใช้งานในชีวิตประจำวัน โดยเรื่องราวที่จะได้กล่าวต่อไป เป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและข้อมูลจากงานวิจัยในส่วนอื่นๆ ของการศึกษาครั้งนี้อีกด้วย

3.7.6 กรณีศึกษาที่ 1

การเริ่มต้นชีวิตใหม่ของเป้ สาวคนงานที่เคยสิ้นหวัง

“ต้องเข้าใจและยอมรับให้ได้ว่าทุกอย่างจะไม่เหมือนเดิม เพียงแต่ขอให้ชีวิตที่ยังคงดำเนินอยู่ต่อไปไม่เป็นภาระใคร ยังคงทำประโยชน์ให้กับคนอื่น ๆ และที่สำคัญยังเป็นที่พึ่งสำหรับเด็กเล็ก ๆ สองคนได้” เป็นส่วนหนึ่งจากคำบอกเล่าของ ประภาพร หอมจันทิก หรือ เป้ ผู้ที่มีรถเข็นเป็นเสมือนส่วนหนึ่งของชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากการประสบอุบัติเหตุระหว่างการทำงานจนถึงขั้นทุพพลภาพ

เรามีโอกาสได้พูดคุยกับเป้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จังหวัดปทุมธานี ขณะที่เธอมารับบริการแบบอยู่ประจำที่นี่มาแล้วกว่า 1 ปี ศูนย์นี้สังกัดสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานและผู้ประกันตนทุพพลภาพ เพื่อให้เขาเหล่านั้นดำรงชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และกลับไปทำงานตามความถนัดและความสามารถของตนต่อไปได้ เรื่องที่เธอเล่าทำให้รู้ว่าการได้เข้ามาอยู่ที่นี้ไม่ใช่เรื่องง่าย บริษัทรับเหมาก่อสร้างใหญ่โตที่เธอทำงานอยู่ไม่เคยให้ข้อมูลกับคนงาน ดูเหมือนว่าบริษัทจะไม่รู้ด้วยซ้ำว่ามีหน่วยงานแบบนี้อยู่ในประเทศไทย จึงเป็นหน้าที่ของลูกจ้างอย่างเธอที่ต้องขวนขวายหาข้อมูลด้วยตัวเอง โชคดีที่เธอมีครอบครัวช่วยเหลือวงเงินให้ หากแต่คนอื่นๆ ที่ไม่ใช่คดีอย่างเธอละ...

...เป้พลัดตกจากชั้น 4 ของตึกที่เธอกำลังก่อสร้าง เธอแน่นิ่งไม่ได้สติอยู่หลายสัปดาห์ รู้สึกตัวอีกครั้งระหว่างที่เธอนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พร้อมกับรับทราบว่าคุณดัดสิทธิจากประกันสังคมมานานแล้วโดยไม่รู้สาเหตุ เธอรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลด้วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองเป็นเวลา 2 เดือน จึงกลับบ้านพร้อมกับสภาพที่ยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้มากนัก ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา โดยแพทย์แนะนำว่าต้องกลับมาทำกายภาพบำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และหากอาการไม่ดีขึ้น อาจต้องขอใบรับรองความพิการและขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการต่อไป

ช่วงเวลาที่พักฟื้น เป้ต้องไปอยู่แคมป์คนงานกับสามีที่นนทบุรี เพราะหากไปพักที่บ้าน ในเขตสายไหมจะไม่มีคนดูแลเธอ ทำให้ตลอดเวลาเกือบ 3 เดือน เธอไม่เคยกลับไปหา โรงพยาบาลเลยสักครั้ง โชคดีที่ในช่วงเดือนแรกยังมีทีมสุขภาพของ “มิตรไมตรี คลินิกเวชกรรม” (หน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มาทำกายภาพบำบัดและประเมินอาการที่บ้าน อาการทางกายในช่วงนั้นดีขึ้นตามลำดับ แต่อาการทางใจยังไม่ดีขึ้นเลย เธอเอาแต่ครุ่นคิดว่าคงจะไม่มีทางกลับไปเดินเหินเหมือนเดิมได้อีก “ทุกอย่างในชีวิตจะเปลี่ยนไป ทุกอย่างจะแย่ลง”

ในช่วงเวลาที่แสนมืดมน ชีวิตของเป้พบกับจุดเปลี่ยนที่สำคัญคือ ชายนั่งรถเข็นที่เคยเป็นคนงานก่อสร้างเหมือนกับเธอมาเยี่ยม เป้รู้สึกแปลกใจมากที่เห็นเขาใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป ก้าวข้ามสิ่งที่เธอคิดว่าเป็นชะตากรรมที่เลวร้าย เป็นสิ่งที่เจ้ากรรมนายเวรกำลังมาทวงคืน ชายคนนี้นำเธอใช้ชีวิตก้าวไปข้างหน้า ไม่จมอยู่กับอดีต ให้ความหวังที่จะมีชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพิงใครและยังเป็นที่พึ่งพาของคนที่เธอรักได้

สามีของเป้ช่วยทำเรื่องขอใบรับรองความพิการจาก โรงพยาบาลภูมิพลฯ และไปขอขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการที่สำนักงานเขตสายไหมที่เธอมีภูมิลำเนาอยู่ เป้เริ่มมีกำลังใจที่จะทำกายภาพบำบัดอย่างมีจุดหมาย หลังจากไปขอรับบริการรักษาฟื้นฟูฯ จาก 2-3 โรงพยาบาล เธอก็ทราบว่า ศูนย์สิรินธรฯ ให้บริการตรงกับความต้องการของเธามากที่สุด ถึงแม้จะต้องรอรับบริการและรอรถเข็นนานไปหน่อย อีกทั้งมีความยากลำบากในการเดินทางก็ตามที่ ในที่สุดเธอได้ทำกายภาพบำบัดและฝึกการใช้รถเข็นตามคำแนะนำของศูนย์สิรินธรฯ เนื่องจากรถเข็นคันนี้ค่อนข้างหนัก ไม่คล่องตัวเวลาไปไหนมาไหน เป้จึงทำเรื่องขอรถเข็นจากกรมการขนส่งทางบกที่มีน้ำหนักเบากว่า ความพยายามของเธอทั้งหมดนี้ก็เพื่อเตรียมตัวให้พร้อมที่จะเข้ารับ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานนี้ เพื่อให้สามารถกลับไปทำงานได้ตามที่เพื่อนคนงานบนรถเข็นแนะนำ

ผู้ที่จะมาฟื้นฟูสมรรถภาพที่นี่ได้ต้องเป็นลูกจ้างที่มีสิทธิประกันสังคม โดยนายจ้างทำเรื่องส่งตัวลูกจ้างที่สูญเสียอวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานมารับ การฟื้นฟูฯ การถูกตัดสิทธิประกันสังคมทำให้เธอรู้สึกหวั่นใจว่าจะพบกับเหตุการณ์

ทำนองเดียวกันนั้นข้าสอง เธอจึงเรียกร้องและต่อรองกับบริษัทรับเหมาที่เป็นนายจ้าง โดยอ้างข้อกฎหมาย จนบริษัทยินยอมส่งตัวเธอมาที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ และรับปากว่าหลัง การฟื้นฟูสมรรถภาพจะรับเธอกลับเข้าทำงานในบริษัทอีกครั้ง และตอนนี้บริษัทยัง จ่ายเงินเดือนให้เธอครึ่งหนึ่งของที่เคยได้รับก่อนประสบอุบัติเหตุ ทั้งนี้เมื่อเธอ กลับไปทำงานก็จะไม่ได้ทำงานก่อสร้างอีกแล้ว แต่จะได้ทำงานเกี่ยวข้องกับเอกสาร และคอมพิวเตอร์ในสำนักงานแทน ซึ่งนั่นหมายถึงการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของคนที่เคยสิ้นหวัง

เราได้พบกับเป้ในขณะที่เธอกำลังฝึกการใช้โปรแกรม power point กับคุณครูที่พิการ ต้องใช้รถเข็น นักเรียนในห้องมีประมาณ 20-25 คน ส่วนใหญ่เป็นคนพิการทางการ เคลื่อนไหว ห้องข้างๆ สอนแกะสลักกระเจก งานประดิษฐ์ต่างๆ ถัดไปเป็นห้องสอน อิเลคทรอนิกส์ ช่างเชื่อม และการทำอาหาร ในศูนย์มีผู้มารับการฟื้นฟูทั้งหมด 50 คน มีคนเข้าๆ ออกๆ เป็นประจำ บรรยากาศที่นี่ร่มรื่น มีทางลาดขึ้น-ลงสะดวก มี ราวจับบันไดที่แข็งแรง เราได้เห็นคนพิการฝึกเดินโดยใช้ขาเทียม พูดคุยกับคนพิการที่ นั่งบนรถเข็นด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม ใล้ๆ ทางออกที่จะไปสนามหญ้าและลานกีฬา ตอน เย็นๆ จะมีครูฝึกและผู้รับการฟื้นฟูมาเล่นตะกร้อกัน

เป้เล่าให้ฟังว่า อยู่ที่นี่ดูเหมือนจะสุขสบาย แต่ทุกคนคิดถึงบ้าน คิดถึงครอบครัว อยาก ออกไปใช้ชีวิตข้างนอกเร็วๆ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับตัวผู้รับการฟื้นฟูเอง ว่ามีความพร้อมทาง ร่างกาย ทักษะอาชีพและภาวะจิตใจหรือทักษะการเข้าสังคมมากน้อยแค่ไหน สิ่ง สำคัญอย่างหนึ่งที่เธอได้รับจากศูนย์ฯ คือ มิตรภาพจากเจ้าหน้าที่และเพื่อนๆ ที่มารับ การฟื้นฟูด้วยกัน ก่อนเริ่มฝึกอาชีพ เจ้าหน้าที่จะทำกายภาพบำบัด จัดหาอุปกรณ์ฯ หรืออวัยวะเทียมมาให้ พร้อมกับสอนวิธีใช้ชีวิตร่วมกับอุปกรณ์ของตนเอง และการอยู่ ด้วยกันในสังคม ในศูนย์ฯ นี้มีบุคลากรครบทุกด้าน ทั้งแพทย์ พยาบาล นัก กายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และช่างกายอุปกรณ์ฯ นอกจากนั้นยังมี นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการประกันสังคมและทีมงานฟื้นฟู สมรรถภาพด้านอาชีพ ได้แก่ นักวิชาการฝึกอาชีพที่ชำนาญการอีกหลายสาขา

อยู่ที่ศูนย์ฯ เชื่อว่าจะถูกตัดขาดจากโลกภายนอก ผู้รับการฟื้นฟูฯ สามารถไปไหนมา ไหนได้ตามระเบียบ อีกทั้งทางศูนย์ฯ เองมีโปรแกรมพาไปเที่ยวทั้งภายในกรุงเทพฯ

และต่างจังหวัดราวๆ 4 เดือนครึ่ง การออกไปข้างนอกนี้เองที่ทำให้เธอรู้ว่า สิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพที่มีอยู่ไม่เอื้อให้พวกเธอได้ใช้ชีวิตได้เหมือนปกติเลย โดยเฉพาะขาดห้องน้ำ ทางลาดขึ้นลงสำหรับรถเข็น และที่จอดรถที่ออกแบบมาเพื่อคนพิการ ห้างสรรพสินค้าบางแห่งมีที่จอดรถสำหรับคนพิการแต่กลับเอารถเข็นสินค้าไปวางขวาง “พักหลัง เริ่มไม่อยากไปไหนมาไหนแล้ว ลำบากเพราะการเดินทางไม่สะดวก ห้องน้ำก็ทำให้เฉพาะคนเดินได้ “หนูเป็นผู้หญิงจะเข้าห้องน้ำง่าย ๆ แบบพี่ ๆ ผู้ชายก็คงจะไม่ได้” เธอพูดเปรย ๆ ให้เราฟัง

ทุกวันนี้เป้มีความกังวลกับชีวิตภายหลังออกจากศูนย์ฯ ในหลาย ๆ เรื่อง ไม่แน่ใจว่าบริษัทเดิมและสังคมจะยอมรับในสิ่งที่เธอเป็น สิ่งที่เธอทำได้มากน้อยแค่ไหน ถึงแม้ศูนย์ฯ จะช่วยเป็นธุระจัดหางานที่บริษัทใหม่ได้ หากคนในสังคมที่ทำงานด้วยมีทัศนคติเชิงลบกับคนพิการอย่างเธอ ก็คงยากที่ทำงานด้วย นอกจากเรื่องการทำงานแล้ว เธอยังเฝ้าคิดถึงอุปสรรคที่ต้องออกไปเผชิญในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้าจากสังคมที่ไม่มียุติธรรมเอื้ออำนวยให้คนพิการใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ เธอยังมีคำถามในใจที่ไม่รู้ว่าจะมีใครให้คำตอบกลับเธอได้ว่า “ทำไมกรณีประสบอุบัติเหตุจากการทำงานและทุพพลภาพจึงจ่ายเงินทดแทนค่าจ้างรายเดือนแก่ลูกจ้างที่ประสบเหตุเพียง 15 ปี ขณะที่ประสบอุบัติเหตุนอกการทำงานและทุพพลภาพมีระยะเวลาจ่ายค่าทดแทนค่าจ้างรายเดือนตลอดชีวิต?”

3.7.7 กรณีศึกษาที่ 2

มีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการมากแค่ไหน ก็ไม่ช่วย ถ้าไม่ใช่ ถ้าไม่ตรง....

รถเข็นสำหรับคนพิการ 2 คัน สภาพยังใหม่เหมือนไม่เคยถูกใช้งานจอดอยู่ มีหนังสือการ์ตูน หนังสือพิมพ์เก่าๆ และนิตยสารหลายฉบับวางกองอยู่บนเบาะ รวารถเข็นมีเสื้อผ้าเก่าๆ วางพาด ใกล้เคียง กันมีอุปกรณ์ช่วยสำหรับการแกว่งแขนแขนบนผนัง จากคำบอกเล่าของเจ้าของบ้าน ในห้องนี้เคยเป็นที่เก็บรถเข็นกับรถจักรยานดัดแปลง อีกอย่างละคันซึ่งได้บริจาคให้ผู้สูงอายุในหมู่บ้านและคนพิการคนอื่นไปแล้วเมื่อต้นปีที่ผ่านมา

ห้องครัวหลังบ้านถูกปรับให้เป็นที่พักของอ็อฟ โสภณ วงศ์สุภาพ ชายพิการอายุ 34 ปี น้ำหนักตัว 80 กิโลกรัม ที่ต้องนอนอยู่แต่บนเตียงมาแล้ว 7 ปี แขนสองข้างพอหยิบได้บ้าง แต่ใช้งานไม่ถนัดนัก จึงต้องใช้ปากช่วยหยิบจับสิ่งของ ขาขวาผูกติดกับขอบเตียง เพราะกระดูกอยู่เป็นระยะๆ แม้จะทำกายภาพบำบัดแล้ว ก็ไม่สามารถลุกนั่งเองได้ เขาอาศัยอยู่กับมารดาอายุราว 50 ปี ซึ่งต้องออกไปขายขนมที่ตลาดทุกวัน อ็อฟแต่งงานแล้ว มีลูกชาย 1 คน แต่หลังจากเขาพิการเดินไม่ได้ ภรรยาก็พาลูกออกจากบ้านไป

อ็อฟ เล่าให้เราฟังว่า เขาประสบอุบัติเหตุรถยนต์เสียหลักตกถนน หน่วยกู้ชีพนำไปส่งที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งย่านปทุมธานี เขารักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 9 วัน โดยเบิกค่ารักษาพยาบาลในจำนวนเงินคุ้มครองสูงสุดตาม พ.ร.บ.พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หลังจากนั้นเขาถูกส่งตัวไปที่โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และเข้ารับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอทับเส้นประสาทที่โรงพยาบาลสระบุรีภายในวันเดียวกัน โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลังการผ่าตัดเขาได้กลับมาพักฟื้นที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาประมาณ 1 เดือนแล้ว จึงกลับบ้าน อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง เขาเห็นว่าอาการหลังการผ่าตัดไม่ดีขึ้นจึงทำเรื่องขอใบรับรองความพิการและขึ้นทะเบียนคนพิการตามที่แพทย์ที่โรงพยาบาลเคยแนะนำไว้ หลังจากนั้นเขาได้ไปรับบริการฟื้นฟู ที่ศูนย์สิรินธรฯ ประมาณ 1 เดือนครึ่ง และกลับมาอยู่บ้านจนถึงปัจจุบัน

การที่เขาทำใจยอมรับสิ่งที่ตนเองเป็นช่วยให้การใช้ชีวิตบนข้อจำกัดดีขึ้นตามลำดับ เขาเริ่มคิดเครื่องมือที่จะช่วยทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเอง คิดหาวิธีการและอุปกรณ์ที่จะไม่พึ่งพาคนอื่น ถึงแม้มือและนิ้วจะหยิบจับหรือกดอะไรไม่ได้ แต่เขาสามารถเปิด-ปิดโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ เครื่องเสียงด้วยตนเองได้ ค่าใช้จ่ายในการสร้างอุปกรณ์ที่เขาคิดขึ้นใช้เองนี้ได้มาจากเบี้ยยังชีพคนพิการ เงินที่ได้รับบริจาค และเงินที่เก็บสะสมไว้จากการทำงานในอดีต

“ในเมื่อร่างกายทำงานไม่ได้ ผมเลยต้องใช้ความคิดทำงานแทน” เขาบอกกับเราพร้อมกับสาธิตการใช้คอมพิวเตอร์ให้เราได้ชม แม้จะมีความพิการในขั้นรุนแรง เขาสามารถใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตในการทำงานหารายได้เสริม เช่น การทำคลิป

อวยพรหรือแผ่นโปสการ์ดอวยพรเนื่องในโอกาสพิเศษ เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการทำงานเหล่านี้ให้กับคนที่สนใจ ต่อไปเขาคิดจะทำเว็บไซต์ ทำวิทยุออนไลน์ และเรียนรู้เพิ่มเติมที่เกี่ยวกับอินเทอร์เน็ตด้วย

จากระดับความรุนแรงของความพิการ และผู้ดูแลหลักที่เป็นมารดาซึ่งมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเขาถึง 30 กิโลกรัม ทำให้เขามีโอกาสน้อยมากที่จะได้ใช้รถเข็นไม่ว่าจะเป็นการใช้ภายในบ้านหรือออกไปนอกบ้าน ถึงแม้ภายในบ้านจะปรับให้มีทางลาดสำหรับรถเข็น ภายในชุมชนจะเป็นพื้นซีเมนต์เรียบๆ ก็ตามที สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดคำถามขึ้นมาว่าทำไมเขาจึงได้รับรถเข็นและรถดัดแปลงรวมกันถึง 4 คัน เขาได้มาจากไหน ได้อย่างไร และในเมื่อรถเข็นไม่ใช่สิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับคนพิการรายนี้ อุปกรณ์ประเภทไหนจึงจะเหมาะกับตัวเขามากที่สุด?

นอกจากเตียงอลูมิเนียมที่ได้รับบริจาคมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว ในห้องนี้ยังมีอุปกรณ์เพื่อช่วยท่ากายภาพบำบัดที่เขาบอกให้ช่างทำขึ้นมาอีกหลายอย่าง เช่น รอกสำหรับพยุงตัวเพื่อนั่งรถเข็นหรือช่วยในการพลิกตัว เป็นการแบ่งเบาแรงยกของมารดา เครื่องบริหารกล้ามเนื้อแขนขา สายยางต่อพ่วงกับกระดิกน้ำซึ่งช่วยให้ไม่ต้องรบกวนผู้ดูแลเมื่อเขารู้สึกกระหาย สำหรับรถเข็นที่เก็บอยู่ในห้องข้างๆ เขาบอกกับเราว่า

“ผมไม่รู้ว่าทำไมเขา (หน่วยงาน) ให้รถเข็นกับผม เอาอะไรมาตัดสินว่าผมจะสามารถใช้มันได้ เมื่อผู้ใหญ่ให้ ผู้น้อยอย่างผมก็ต้องรับไว้ก่อน แต่รับมาก็อย่างที่เห็นครับ ไม่ได้ใช้เลยสักคัน”

รถเข็นเป็นอุปกรณ์ฯ ชิ้นแรก เขาได้มันมาจากศูนย์สิรินธรฯ หลังจากเข้ารับการรักษาและฟื้นฟู เป็นเวลา 1 เดือนครึ่ง ต่อมาได้รับอุปกรณ์ช่วยกินข้าวกับลูกบอลเป่าลมสำหรับบริหารปอด ซึ่งเขาได้นำมาใช้ในช่วง 3 เดือนแรกที่กลับมาอยู่ที่บ้าน หลังจากนั้นก็บริจาคอุปกรณ์ทั้งสองชิ้นนี้ให้กับคนพิการที่มีสภาพเหมือนเขาแต่มีความพิการรุนแรงน้อยกว่าไป เมื่อเก็บรถเข็นคันแรกไว้ราว 1 ปี โดยไม่ได้ใช้ประโยชน์ จึงตัดสินใจบริจาคให้กับผู้สูงอายุที่เดินไม่ได้ในละแวกบ้านเดียวกันไป สำหรับรถเข็นคันที่ 2 ได้มาจาก พมจ. อ้อฟรีมันไว้เพราะในขณะนั้นเขาเริ่มขยับตัวได้บ้าง แต่พอ

ได้มาก็ไม่ได้ใช้เนื่องจากอาการไม่ได้ดีขึ้นอย่างที่คิด ยังต้องการคนช่วยเหมือนเดิม ส่วนรถเข็นคันที่ 3 ประธานสมาคมคนพิการในจังหวัดที่เขามีภูมิลำเนาอยู่ ทำเรื่องขอจากกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม แม้จะรู้ว่าเขามีรถเข็นอยู่แล้ว ลงท้ายก็เอามาจอดไว้กับรถเข็นของ พมจ. นอกจากนั้นประธานสมาคมคนพิการจังหวัดยังให้จักรยานดัดแปลงโดยหวังให้เขาไปขายลอตเตอรี่ แต่ก็ต้องบริจาคต่อกับคนพิการคนอื่นด้วยเหตุผลเดียวกัน

ตามความเห็นของเขา อุปกรณ์ที่ดีที่สุดและมีประโยชน์มากที่สุดสำหรับความพิการที่รุนแรงระดับที่เขาเป็นอยู่ คือ ผู้ดูแล เขาเสนอว่าควรจัดอบรมและจ้างคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวให้เป็นผู้ดูแลคนพิการตามบ้านแทนที่จะจ้างคนภายนอก นอกจากนั้นเขายังอยากให้หน่วยงานที่มีหน้าที่แจกจ่ายอุปกรณ์ฯ ประเมินความเหมาะสมของการใช้อุปกรณ์ฯ กับคนพิการเป็นรายๆ ไป เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด สำหรับความพิการที่มีลักษณะและระดับความรุนแรงอย่างที่เขาเป็น รถเข็นไฟฟ้าหรือรถจักรยานยนต์พ่วงข้างจะมีประโยชน์มากกว่ารถเข็นแบบที่เขาได้รับแจกมา และนอกจากอุปกรณ์ฯ ที่ใช้ในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันแล้ว เขายังอยากให้ถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือการทำงานของคนพิการอีกด้วย

คนพิการรายนี้เป็นหนึ่งในจำนวนคนพิการจำนวนมากในประเทศไทยที่ได้รับแจกอุปกรณ์ที่ไม่สามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ นับเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างสูญเปล่าของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยเฉพาะในภาครัฐ ซึ่งรวมทั้งระบบหลักประกันสุขภาพ ปัญหานี้เกิดจากการขาดการประเมินเลือกใช้อุปกรณ์ให้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของความพิการ และไม่เหมาะสมกับสภาพการดำเนินชีวิตของผู้ใช้และผู้ดูแล หากมีการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการแต่ละราย และจัดหาอุปกรณ์พร้อมทั้งให้บริการที่จำเป็น นอกจากจะมีส่วนช่วยให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า สร้างประโยชน์กับตนเอง ครอบครัว และสังคมต่อไปได้แล้ว ยังทำให้การใช้งบประมาณของประเทศเป็นไปอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่าอีกด้วย

บทที่ 4

อภิปรายผล ข้อจำกัดการศึกษา



4.1 การจัดระบบบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในต่างประเทศ

ประเทศฟินแลนด์และไต้หวันมีการแก้ไขรัฐธรรมนูญเพื่อกำหนดให้รัฐจัดบริการสาธารณะให้กับคนพิการอย่างเท่าเทียมกับคนปกติ รวมถึงลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการนั้นๆ ในปี พ.ศ. 2538 และ 2543 ตามลำดับ ประเด็นที่น่าสนใจคือ ไต้หวันมีกฎหมายกำหนดให้หน่วยงานด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านแรงงาน และตำรวจรับผิดชอบระบบสำรวจค้นหาคนพิการ หากพบต้องทำการประเมินการดำรงชีวิตและลักษณะบริการที่คนพิการพึงได้รับ (pre-assessment and care plan) และส่งต่อไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลโดยเร็ว รวมทั้งมีระบบติดตามการย้ายที่อยู่ของคนพิการ ซึ่งส่วนหนึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการหรือการให้อุปกรณ์ฯ ส่วนประเทศฟินแลนด์มีกฎหมายกำหนดว่าการให้บริการแก่คนพิการต้องดำเนินการเต็มที่โดยไม่สามารถอ้างได้ว่างบประมาณมีไม่พอ

การทบทวนระบบประกันสุขภาพหลักภาครัฐของประเทศฟินแลนด์ ไต้หวัน และสิงคโปร์ พบว่ามีลักษณะเด่นในเรื่องความเป็นเอกภาพ กล่าวคือ ทุกประเทศมีเพียงกองทุนเดียวที่รับผิดชอบนโยบายและบริหารจัดการด้านคนพิการ รวมทั้งหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบด้านการจัดบริการด้านสุขภาพแก่คนพิการและการเบิกจ่ายค่าบริการของทั้งสามประเทศก็อยู่ในหน่วยงานเดียวกัน ซึ่งช่วยไม่ให้เกิดความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำในสิทธิประโยชน์และการให้บริการด้านสุขภาพของคนพิการ ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยที่มีสามกองทุนประกันสุขภาพอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแต่ละกองทุนมีกฎหมาย แนวคิดและกลไกการบริหารจัดการที่ต่างกันไปมา ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน ดังนั้นจึงเป็นไปได้ยากที่จะรวมเป็นเพียงกองทุนเดียวในทางตรงกันข้าม การให้ทุกกองทุนร่วมกันประเมินเทคโนโลยีและมาตรการที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดสิทธิประโยชน์และพัฒนาแนวทางบริหารจัดการให้สอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังที่มีความพยายามอยู่ในปัจจุบัน น่าจะทำได้ง่ายกว่า

ประเทศในเอเชีย ได้แก่ สิงคโปร์และไต้หวัน มีหลักการของการประกันสุขภาพที่สำคัญ คือ ผู้รับบริการด้านสุขภาพต้องร่วมรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วยเสมอ เพื่อเป็นการป้องกันการใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์มากเกินไป โดยกำหนด

สัดส่วนของการร่วมจ่าย (co-payment) ตามเศรษฐฐานะของคนพิการและครอบครัว ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถร่วมจ่ายได้ ก็มีมาตรการยกเว้นการร่วมจ่ายโดยพิจารณาอย่างเข้มงวดตั้งแต่ขั้นตอนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการที่คนพิการพึงได้รับ ประเทศไทยมีหลักการของการประกันสุขภาพ คือ ประชาชนไทยทุกคนจะต้องได้รับบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ซึ่งแตกต่างจากสองประเทศนี้ อีกทั้งทางเศรษฐฐานะของคนพิการและครอบครัวแตกต่างจากประเทศทั้งสองนี้ ทำให้คนพิการในประเทศไทยจึงไม่ต้องร่วมจ่าย แต่ในกรณีที่คนพิการต้องการอุปกรณ์หรือบริการที่นอกเหนือจากที่กำหนด ก็สามารถทำได้โดยจะต้องจ่ายส่วนต่างเพิ่มในรายการนั้นๆ

การประเมินการดำรงชีวิตและลักษณะบริการที่คนพิการพึงได้รับ การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รวมถึงการทดลองใช้อุปกรณ์ฯ ให้คุ้นเคยและปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (user-oriented) มีความสำคัญมากในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศฟินแลนด์ เนื่องจากเป็นรัฐสวัสดิการที่ไม่มีการเก็บค่าบริการจากคนพิการเลย จึงต้องประเมินให้รอบคอบว่า คนพิการจำเป็นและยอมรับการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว โดยไม่เน้นการให้อุปกรณ์ (device-oriented) กับการควบคุมการเบิกจ่ายให้ไม่เกินราคากลางที่ตั้งไว้ ที่กองทุนประกันสุขภาพหลักภาครัฐในประเทศไทยใช้อยู่

ระบบการยืมหรือให้เช่าอุปกรณ์ในราคาที่เหมาะสมในประเทศสิงคโปร์และไต้หวันมีส่วนช่วยให้คนพิการสามารถทดลองใช้ก่อนร่วมจ่ายเต็มจำนวนสำหรับอุปกรณ์นั้นๆ ได้ หรือสามารถมีอุปกรณ์ใช้ไปก่อนได้ กรณีที่ไม่สามารถร่วมจ่ายได้ในทันที สำหรับประเทศไทยยังไม่มีระบบนี้ เนื่องจากระบบการยืมหรือการให้เช่าของประเทศของทั้งสองประเทศพัฒนาควบคู่ไปกับการตั้งศูนย์หรือหน่วยงานเฉพาะเกี่ยวกับการจัดการบริการอุปกรณ์ฯ โดยเฉพาะการประเมินความจำเป็นและความเหมาะสมในการใช้อุปกรณ์ฯ การติดตาม ประเมินผลการใช้และหน่วยซ่อมบำรุงอุปกรณ์ ซึ่งประเทศไทยยังไม่ได้ดำเนินการในลักษณะดังกล่าว การประยุกต์ระบบการยืมหรือให้เช่าอุปกรณ์ฯ ต้องศึกษาความเป็นไปได้อีกครั้ง แต่อย่างไรก็ตามหากสามารถดำเนินการโดยประยุกต์เข้ากับบริบทเมืองไทยดังกล่าวได้จะลดปัญหาการเบิกอุปกรณ์ซ้ำซ้อนอันเกิดจากการ

ได้รับอุปกรณ์ที่ไม่ตรงกับความต้องการและการตอบสนองต่อการใช้งานของคนพิการที่ได้กล่าวมาข้างต้น

สำหรับการสนับสนุนการดูแลคนพิการรุนแรงและครอบครัวที่มีรายได้น้อยผ่านการจัดตั้งศูนย์กิจกรรม (activity center) และกลุ่มที่อยู่อาศัย (group home) โดยเฉพาะในประเด็นหลังที่เน้นให้เกิดการรวมกลุ่มของคนพิการ เพื่อทำให้เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกันนั้น ในประเทศไทยเองได้มีกิจกรรมในรูปแบบคล้ายกัน คือการจัดตั้งหรือรวมกลุ่มคนพิการในชุมชนลักษณะชมรมคนพิการ เพื่อดำเนินการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งด้านสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพ ซึ่งโดยส่วนใหญ่การรวมกลุ่มชมรมคนพิการดังกล่าวจะได้รับความสนใจทั้งหน่วยงานสุขภาพ และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนทั้งวิชาการ ร่วมดำเนินการ และงบประมาณ การรวมกลุ่มคนพิการให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันในลักษณะนี้นับว่าเป็นกิจกรรมที่ดี ดังผู้แทนจากองค์กรด้านคนพิการ ให้ความเห็นว่าการจัดตั้งชมรม รวมถึงการดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างคนพิการ ช่วยทำให้คนพิการเข้าถึงข่าวสารและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ สังคมและด้านอาชีพได้มากขึ้น สามารถดำรงชีวิตโดยลดภาระการดูแลจากครอบครัวและสังคมได้ ทั้งนี้การนำวิธีการจัดตั้งศูนย์กิจกรรม (activity center) และกลุ่มที่อยู่อาศัย (group home) มาใช้ในประเทศไทย เพื่อมาเสริมความเข้มแข็งให้กับชมรมคนพิการควรต้องศึกษาหาความเป็นไปได้ของการจัดกิจกรรมลักษณะดังกล่าวอย่างครอบคลุม รวมถึงศึกษาถึงรูปแบบของการจัดกิจกรรมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

4.2 นโยบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เป็นกรอบสำหรับการทำงานในภาครัฐในด้านการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁷ และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายสำคัญที่เน้นย้ำให้เห็นถึงนโยบายที่

⁷ ขณะที่ทำการวิจัยนี้รัฐธรรมนูญฉบับนี้ถูกยกเลิกการใช้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเชื่อว่ารัฐธรรมนูญฉบับใหม่ยังคงหลักการและสาระที่เกี่ยวข้องกับคนพิการไว้ตามเดิม

เป็นประโยชน์ต่อคนพิการ อย่างไรก็ตามปัญหาที่สำคัญเป็นเรื่องของการปฏิบัติของหน่วยงานในภาครัฐ รวมทั้งความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาคนพิการเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ สำนักนายกรัฐมนตรี ระบบประกันสุขภาพ และอื่นๆ ซึ่งควรเชื่อมโยงการทำงานเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกัน ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและขัดแย้งกัน รวมถึงเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่านโยบายของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการได้รับและเข้าถึงบริการอุปการณต่างๆ ความแตกต่างของนโยบายอันนำมาซึ่งความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์นั้นเกิดจากการที่แต่ละกองทุนมีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ แนวคิดของการจัดตั้งและดำเนินงาน การเกิดสิทธิรับบริการทางการแพทย์ การให้นิยามการเป็นคนพิการ ความจำเป็นและความต้องการของประชากรภายใต้สวัสดิการ ระยะเวลาและกลไกในการพัฒนาการทำงานของแต่ละกองทุน ข้อกำหนดในการปฏิบัติ และงบประมาณที่กองทุนมีอยู่ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันได้มีความพยายามร่วมกันระหว่าง 3 กองทุนที่จะกำหนดครายการอุปการณาราคากลาง และรหัสอุปการณที่เหมือนกัน โดยในช่วงต้นของปีงบประมาณ 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะประกาศรายการอุปการณสำหรับความพิการทางร่างกายและความเคลื่อนไหวเป็นกลุ่มแรก

ความเสมอภาคและเท่าเทียมของคนพิการในการเข้าถึงอุปการณฯ และบริการอื่นๆ เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อน ซึ่งควรนำมาพิจารณาในลักษณะของการพัฒนาไปข้างหน้า ดังภาคผนวก 2 ที่แสดงถึงสถานการณ์ความเป็นไปได้ใน 4 รูปแบบ ได้แก่ สถานการณ์ที่ 1 ทั้งสามกองทุน มีความเสมอภาคและเท่าเทียมแต่ไม่มีการพัฒนาให้ดีกว่าเดิมเลย ในขณะที่สถานการณ์ที่ 2 ในช่วงเวลาเริ่มต้นทั้ง 3 กองทุนมีความไม่เท่าเทียมกัน แต่เมื่อเวลาผ่านไป บางกองทุนมีการพัฒนาให้ดีขึ้น แต่บางกองทุนขาดการพัฒนาจนทำให้สิทธิประโยชน์ของกองทุนเหล่านี้เท่าเทียมกัน นับเป็นสถานการณ์ความเท่าเทียมที่อยู่บนความเสียโอกาส สถานการณ์ที่ 3 แต่ละกองทุน

เริ่มต้นด้วยสิทธิประโยชน์ที่ไม่เท่าเทียมกัน และเมื่อเวลาผ่านไปแต่ละสิทธิประโยชน์มีระดับการพัฒนาที่ไม่เท่ากัน จนทำให้ในที่สุดทุกสิทธิประโยชน์มีความเท่าเทียมกัน และสถานการณ์ที่ 4 เริ่มต้นด้วยความไม่เท่าเทียมกันของสิทธิประโยชน์ และเมื่อเวลาผ่านไปแต่ละกองทุนต่างก็แข่งขันการพัฒนากัน ซึ่งแม้ในปัจจุบันจะยังไม่เกิดความเท่าเทียม แต่คนพิการได้รับประโยชน์อย่างถ้วนหน้าจากการแข่งขันนั้น ผู้วิจัยพิจารณาว่าสถานการณ์ที่ 1 และ 2 เป็นสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในขณะที่สถานการณ์ที่ 3 และ 4 นั้น เป็นสถานการณ์ที่ควรนำมาเป็นเป้าประสงค์ของการพัฒนา โดยผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศมีหน้าที่ตัดสินใจเลือกระหว่างสถานการณ์ทั้งสอง รวมถึงทำความเข้าใจกับผู้บริหารกองทุนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วน หากเลือกนโยบายที่นำไปสู่สถานการณ์ที่ 4 หมายความว่า การลงทุนและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการของทั้งสามกองทุน ควรพัฒนาไปอย่างอิสระและเพิ่มความสิทธิประโยชน์ให้มากขึ้นเรื่อยๆ แต่หากตัดสินใจเลือกสถานการณ์ที่ 3 แสดงว่าประเทศควรให้ความสำคัญและทุ่มเทการลงทุนเฉพาะระบบประกันสุขภาพที่ดีกว่าระบบอื่นๆ ในเรื่องสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการ

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมอบหมายให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติทำหน้าที่พัฒนาด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ แต่พบว่าภาระหน้าที่หลักของศูนย์สิรินธรฯ ในปัจจุบันเป็นงานให้บริการ ทำให้สามารถให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ไม่เต็มที่ ผู้วิจัยเห็นว่าควรที่จะปรับปรุงบทบาทของศูนย์สิรินธรฯ ให้สอดคล้องกับพันธกิจหลัก และจัดสรรบุคลากรและงบประมาณให้เพียงพอ เพื่อรองรับกับความจำเป็นในอนาคตที่สังคมไทยจะมีจำนวนคนพิการมากขึ้นจากผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนานโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ และประสานระหว่างหน่วยงานเพื่อดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว จึงควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงอย่างเร่งด่วน

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินของระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนอยู่ภายใต้มาตรฐานเดียวกันภายใต้ “โครงการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ์ รักษาทันที” ซึ่งเป็นมติของคณะกรรมการประสานความร่วมมือกันระหว่างสามกองทุนสุขภาพภาครัฐเพื่อลดความแตกต่างเหลื่อมล้ำด้วยการบูรณาการสิทธิประโยชน์ให้มี

มาตรฐานเดียวกัน จากโครงการดังกล่าวควรพิจารณาดำเนินการจัดบริการในกลุ่มคนพิการภายใต้กรอบคิดเชิงนโยบายว่า “คนพิการใช้บริการ ไม่ต้องถามสิทธิ” เพื่อยกระดับสิทธิประโยชน์ต่อคนพิการให้เท่าเทียมกันในทุกกองทุนหลักของภาครัฐ รวมทั้งควรเร่งดำเนินการวินิจฉัยเพื่อระบุประเภทความพิการเพื่อประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ควรได้รับให้มีความเหมาะสมหรือทันที่

4.3 สถานการณ์ด้านคนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

4.3.1 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย

ปัจจุบันข้อมูลประชากรคนพิการของประเทศไทยจากแหล่งต่างๆ มีความแตกต่างกันอยู่มาก การเปรียบเทียบจำนวนคนพิการที่ได้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) [81] และจำนวนคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) (ตารางที่ 3.1) [80] ว่า มีจำนวนคนพิการที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี พ.ศ. 2555 และ 2557 เพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงกับข้อมูลจากการสำรวจของ สสช. อย่างไรก็ตามคนพิการเพศชายที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวนมากกว่าเพศหญิงเกือบร้อยละ 10 ในขณะที่การสำรวจของ สสช. พบว่าคนพิการเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย ตัวเลขที่แตกต่างอาจเนื่องมาจากการใช้นิยามและหลักเกณฑ์ตัดสินความพิการที่ต่างกัน โดยการสำรวจคนพิการของ สสช. ใช้เครื่องมือที่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้สัมภาษณ์และผู้ตอบแบบสอบถาม โดยไม่ต้องมีหลักฐานอ้างอิงทางการแพทย์ ในขณะที่การขึ้นทะเบียนคนพิการต้องการหลักฐานอ้างอิงทางการแพทย์เพื่อยืนยันความพิการ ทำให้การแปลผลข้อมูลจำนวนและสัดส่วนของคนพิการที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงการขึ้นทะเบียนเป็นไปอย่างจำกัด แต่ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นว่าอัตราการเข้าถึงการขึ้นทะเบียนคนพิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 0.6 ในปี พ.ศ. 2555 และร้อยละ 0.8 ในปี 2557) ต่ำกว่าภาคอื่นๆ ทั้งนี้เมื่อนำข้อมูลจากการสำรวจของ สสช. มาเปรียบเทียบ พบว่าความชุกของคนพิการเป็นร้อยละ 1.3 ของประชากรทั้งหมดในภาคกลาง (รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 3.0 ของประชากรทั้งหมดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และร้อยละ 1.9 ของประชากรทั้งหมดในภาคใต้ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมากกับความชุกของคนพิการที่ขึ้นทะเบียนในภาคต่างๆ (ยกเว้นภาคกลาง รวมกรุงเทพฯ) ดังนั้นคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคิดเป็นร้อยละ 5.0 ของประชากร

ทั้งหมดในภาคเหนือ ร้อยละ 0.8 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และร้อยละ 3.9 ในภาคใต้

ในส่วนของการจัดการการได้รับอุปกรณ์ฯ แสดงให้เห็นว่ามีคนพิการจำนวนมากที่ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ ทั้งที่จำเป็นต้องได้รับ การสำรวจการจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลในงานวิจัยนี้ก็พบปัญหาดังกล่าวเช่นกัน กล่าวคือ มีคนพิการที่แพทย์ประเมินว่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ แต่ไม่ได้ใช้ เท่ากับร้อยละ 25 ซึ่งอาจเป็นเพราะอยู่ในช่วงที่คนพิการรออุปกรณ์ฯ หรือได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้บริการมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ที่ยังไม่ได้ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟังมีมากถึงร้อยละ 40 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ขณะที่การวิเคราะห์ฐานข้อมูลของ สปสช. พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังค่อนข้างสูง (ภาคผนวก 3) แต่การสำรวจการจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ ในโครงการนี้แสดงให้เห็นว่ามีคนพิการในสิทธิดังกล่าวยังไม่ได้ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง เนื่องจากเป็นช่วงที่คนพิการกำลังรอรับอุปกรณ์หลังจากที่โรงพยาบาลประเมินความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยฟังแล้ว และมีการบันทึกข้อมูลใน “โปรแกรมรายงานอุปกรณ์และการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ของ สปสช. และส่งข้อมูลในโปรแกรมนั้นให้กับ สปสช. เพื่อเบิกงบประมาณ ขณะเดียวกันเป็นช่วงที่สถานพยาบาลกำลังจัดซื้อหรือจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังอยู่ จึงทำให้ข้อมูลจากการศึกษาการจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลที่พบว่าคนพิการที่ยังไม่ได้ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟังมีจำนวนมาก เช่นเดียวกับข้อมูลการวิเคราะห์จากฐานข้อมูลของ สปสช. ซึ่งได้รวมข้อมูลในโปรแกรمدังกล่าวแล้วจึงพบว่ามีจำนวนการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังไปแล้วจำนวนมาก

การวิเคราะห์ฐานข้อมูลคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ ของ สปสช. พบว่า ปี พ.ศ. 2555 และ 2556 มีการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังเป็นจำนวนที่สูงขึ้น (ภาคผนวก 3) ซึ่งเป็นเพราะในปีดังกล่าว สปสช. มีนโยบายสนับสนุนการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังแก่คนพิการ การเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังจากนโยบายดังกล่าวอาจสะท้อนว่า ยังมีคนพิการประเภทอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นความพิการประเภทใดก็ตามอีกจำนวนมากที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์แต่ไม่ได้ใช้ ซึ่งพวกเขาเหล่านั้นกำลังรอโอกาสที่จะได้รับอุปกรณ์ฯ จากตัวเลขการสำรวจคนพิการของ สปสช. ในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามี

คนพิการที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ แต่ยังไม่ได้ใช้มากถึง 2.4 แสนคน (คิดเป็นร้อยละ 16 ของคนพิการทั้งหมด หรือร้อยละ 33 ของคนพิการที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ ทั้งหมด) การดำเนินกิจกรรมตามนโยบายการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังนี้ถือเป็นการกระตุ้นผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งระดับนโยบายและผู้ให้บริการให้ให้ความสำคัญต่อการวางแผนการบริหารจัดการและกำหนดกลยุทธ์การจัดบริการให้มากขึ้น ดังนั้นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ อื่น ๆ การเพิ่มมาตรการเชิงรุกในการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ในลักษณะเช่นเดียวกับนโยบายสนับสนุนการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังแก่คนพิการนี้ จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

4.3.2 ความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

งานวิจัยนี้พบประเด็นความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพสามกองทุนที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การกำหนดรหัสและชื่ออุปกรณ์ฯ ซึ่งในปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะกำหนดรหัสและรายการอุปกรณ์ให้เหมือนกัน เพราะการกำหนดรหัสและชื่ออุปกรณ์ให้ตรงกัน สามารถนำมาเปรียบเทียบแนวโน้มของชนิดและจำนวนอุปกรณ์ฯ ที่เบิกจ่าย และค่าใช้จ่ายของแต่ละกองทุน ดังที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การได้รับอุปกรณ์ฯ จากสามกองทุนในโครงการวิจัยนี้ (ตารางที่ 5) ซึ่งหลังจากผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานในแต่ละกองทุนเพื่อทำให้รหัสและชื่ออุปกรณ์ตรงกันแล้ว สามารถสะท้อนทิศทางการเข้าถึงอุปกรณ์ ทิศทางการลงทุนการสนับสนุนอุปกรณ์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายการเบิกอุปกรณ์ ของแต่ละกองทุนได้

การวิเคราะห์การเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ของแต่ละระบบประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง ปี พ.ศ. 2555 พบว่าคนพิการภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสได้รับอุปกรณ์ฯ มากกว่าสิทธิอื่นๆ เป็นอย่างมาก ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ต่อประชากรภายใต้สิทธิสวัสดิการนั้น ๆ พบว่าคนพิการภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสได้รับอุปกรณ์มากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกือบ 10 เท่า (ตารางที่ 5) ทั้งที่โครงสร้างประชากรของระบบประกันสุขภาพทั้งสองน่าจะมีความใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ ต่อประชากรในแต่ละระบบประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงที่สุดในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คน

พิการได้รับอุปกรณ์ฯ เพิ่มจาก 35 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 85 คนต่อแสนประชากร หรือประมาณ 2.4 เท่า ในปี พ.ศ. 2555) ในขณะที่สัดส่วนการได้รับอุปกรณ์ฯ ในระบบอื่น ๆ เพิ่มขึ้นไม่มากนัก ซึ่งเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าตัว ส่วนระบบประกันสังคมมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่มาก ขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายลดลงในอัตราไม่มากนัก สัดส่วนคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ อาจสะท้อนการเพิ่มสิทธิประโยชน์และพัฒนารูปแบบการจ่ายเพื่อสร้างแรงจูงใจในการจัดบริการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างเช่น นโยบายสนับสนุนการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังแก่คนพิการ

จากข้อมูลปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2555 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ลดลงร้อยละ 13 อาจสะท้อนถึงการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีขึ้น ทั้งที่ระบบสวัสดิการนี้มีรูปแบบและวิธีการจ่ายเงินตามรายการบริการ (fee-for-services) อย่างไรก็ตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นกองทุนเดียวที่สามารถเบิกจ่ายชุดประสาทหูเทียม ซึ่งมีราคาสูงมากได้ (ชุดละ 850,000 บาท) จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลกรมบัญชีกลาง ตั้งแต่ปี 2550 ถึงปี 2555 พบว่าค่าใช้จ่ายที่เบิกสำหรับชุดประสาทหูเทียมคิดเป็นมูลค่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายที่เบิกสำหรับอุปกรณ์ฯ ทุกชนิดรวมกัน (ภาคผนวก 3) นอกจากนี้ในหนังสือราชการของกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/พิเศษ ว 1 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2556 [66] ยังมีการเพิ่มชุดประสาทหูเทียมอีก 5 รายการหรือรหัสอุปกรณ์ฯ ในรายการอุปกรณ์ฯ ที่สามารถเบิกได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นและควบคุมได้ยากในอนาคต

นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังพบว่า ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2555 แต่ละกองทุนมีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเบิกอุปกรณ์เกินความจำเป็น (อุปกรณ์ประเภทเดียวกันมากกว่า 1 ชิ้น/คู่ เช่น รถเข็น หรือไม้ค้ำยัน หรือ มากกว่า 2 ชิ้น เช่น เครื่องช่วยฟัง) เพิ่มขึ้นทุกปี โดยระบบประกันสังคมมีค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ แต่ละปีคิดเป็นร้อยละ 7-10 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีค่าใช้จ่ายคิดเป็น ร้อยละ 4-8 ของค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2552-2554 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ คิดเป็นร้อยละ 1 และ

ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6 ของค่าใช้จ่ายรวมการเบิกอุปกรณ์ฯ ในระบบประกันสุขภาพดังกล่าว (ตารางที่ 5) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการในโครงการนี้ พบความซ้ำซ้อนของการได้รับอุปกรณ์ฯ เช่นกัน โดยพบว่าคนพิการร้อยละ 23 เคยได้รับรถเข็นหรือขาเทียมซ้ำ นอกจากนั้น การสนทนากลุ่มผู้แทนองค์กรด้านคนพิการในโครงการนี้ยืนยันถึงปัญหาลักษณะดังกล่าว โดยอธิบายสาเหตุประการหนึ่งว่าเกิดจากอุปกรณ์ฯ ที่เคยได้รับมาก่อนหน้านี้ไม่เหมาะสมกับสภาพความรุนแรงของความพิการ และไม่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และต่อการทำกิจวัตรประจำวันหรือการประกอบอาชีพ ในขณะที่คนพิการส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าอุปกรณ์ฯ ขึ้นใหม่จะเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการและการใช้งานได้มากกว่า ดังนั้นคนพิการเหล่านี้จะขอเบิกอุปกรณ์ฯ ขึ้นใหม่จากผู้ให้บริการสุขภาพ หรือรับอุปกรณ์ฯ ขึ้นใหม่หากมีบุคคลหรือหน่วยงานใดให้มา อุปกรณ์ฯ ที่ซ้ำซ้อนเหล่านี้มีที่มาทั้งจากแหล่งเดียวกันหรือจากหลายแหล่ง เช่น สถานพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรการกุศล ปัญหาดังกล่าวนอกจากเกิดจากขาดการควบคุมจากระบบประกันสุขภาพแล้ว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประเทศไทยยังไม่มีฐานข้อมูลคนพิการระดับประเทศ จึงไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลการได้รับอุปกรณ์ฯ ซ้ำซ้อนได้

ในการสนทนากลุ่ม ผู้แทนองค์กรด้านคนพิการได้กล่าวถึงสาเหตุของความเหลื่อมล้ำของการได้รับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่แตกต่างกันว่า นอกเหนือจากความแตกต่างของความครอบคลุมประเภทความพิการและรายการอุปกรณ์ ในชุดสิทธิประโยชน์ตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว เงื่อนไขที่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมต้องสำรองค่าใช้จ่ายหลังเข้ารับบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์ไปก่อน ส่งผลให้ผู้ประกันตนที่มีฐานะยากจนหรือจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ ราคาแพงบางส่วนไม่สามารถได้รับอุปกรณ์เหล่านั้นได้ สำหรับกลุ่มผู้กำหนดนโยบายเห็นว่า นิยาม “ผู้ทุพพลภาพ” ของระบบประกันสังคม ที่ต้องเป็นคนพิการที่มีความรุนแรงมากจนถึงขั้นสูญเสียอวัยวะ ซึ่งต่างจากอีกสองระบบ ที่อิงนิยาม “คนพิการ” ตาม พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 อาจทำให้คนพิการได้สิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน

4.4 การจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ

ปัจจุบันการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐเน้นด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ส่วนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีอยู่ใน รพช. และ รพท. เป็นส่วนใหญ่ โดยแบ่งเป็น 2 บริการหลัก คือ งานบริการฟื้นฟูฯ และงานอุปกรณ์ฯ [82] ทั้งนี้เป็นเพราะโรงพยาบาลแต่ละแห่งไม่สามารถให้บริการได้ครบตามความต้องการของคนพิการทุกประเภท อีกทั้งยังให้บริการในลักษณะและคุณภาพที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ดังที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน

ทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นผลลัพธ์จากการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ อาจเป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นในการสะท้อนประสิทธิผลและคุณภาพบริการ [83] อย่างไรก็ตามการสำรวจนี้พบความหลากหลายของเครื่องมือที่ใช้เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในโรงพยาบาลที่สำรวจ แม้ในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเดียวกัน เช่น Bathel Index (BI), Function Independent Measure (FIM), Short Form 36 (SF-36) และเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง เช่น Mini-Mental State Examination (MMSE), Chula Mental State, The Sirinthorn National Medical Rehabilitation Center Assessment (SNMRC) การใช้เครื่องมือที่หลากหลายมีแนวโน้มที่จะส่งผลเสียต่อคุณภาพของบริการในภาพรวมในหลายประเด็นดังต่อไปนี้ (1) มีความยากลำบากในการรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ถึงระดับความสามารถของคนพิการและความก้าวหน้าภายหลังการให้บริการในภาพรวมทั้งระดับจังหวัด เขต และประเทศ (2) จากข้อ (1) จะส่งผลให้ระบบประกันสุขภาพมีข้อจำกัดในการที่จะสนับสนุนหรือสร้างแรงจูงใจให้กับสถานบริการ เพราะไม่สามารถประเมินและเปรียบเทียบถึงผลลัพธ์ของการให้บริการได้อย่างเสมอภาค (3) ทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารและส่งต่อคนพิการระหว่างสถานพยาบาลหรืออาจทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานที่ซ้ำซ้อนจากการต้องประเมินคนพิการซ้ำเพราะใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน (4) มีความยากลำบากในการกำหนดให้เกิดเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานสำหรับประเทศไทย เพราะปัจจุบันแต่ละโรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่หลากหลายจนเกิดความเคยชิน จนอาจ

เป็นเหตุให้ไม่เกิดการยอมรับและเปลี่ยนมาใช้เครื่องมือมาตรฐานที่จะกำหนดในอนาคต

สำหรับงานบริการอุปกรณ์ฯ นั้นมีบทบาทสำคัญเนื่องจากอุปกรณ์ฯ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนพิการบางกลุ่ม ซึ่งรัฐมีหน้าที่ในการจัดบริการดังกล่าว เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยลดการพึ่งพิงผู้อื่นให้มากที่สุด ข้อมูลจากการสำรวจนี้พบว่า คนพิการที่มารับบริการในโรงพยาบาลและจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ มีประมาณร้อยละ 31 น้อยกว่าข้อมูลการสำรวจความพิการ ปี 2555 ของ สสช. ซึ่งพบประมาณร้อยละ 49 ซึ่งอาจเกิดจากการนิยามความพิการที่แตกต่างกัน และที่สำคัญคือการสำรวจนี้พบว่าคนพิการที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ ประมาณร้อยละ 25 ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ฯ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการจัดสรรอุปกรณ์ฯ ในโรงพยาบาลรัฐให้กับคนพิการยังไม่ครอบคลุมผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ ทั้งหมด โดยเฉพาะในระบบประกันสังคมที่มิคนพิการที่ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ สูงกว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายการอุปกรณ์ที่มีให้บริการอยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นอุปกรณ์ทั่วไปที่อยู่ในบัญชีของแต่ละระบบประกันสุขภาพ หากเป็นอุปกรณ์ฯ ที่มีมูลค่าสูงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 [55] กำหนดให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติมีหน้าที่ในการจัดหาอุปกรณ์ฯ ในกลุ่มนี้ ซึ่งอุปกรณ์ ดังกล่าวไม่อยู่ในรายการ วัสดุ อุปกรณ์ฯ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในปัจจุบันศูนย์สิรินธรฯ ได้สนับสนุนอุปกรณ์ฯ ที่มีมูลค่าสูงผ่านโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายก่อนกระจายไปยังโรงพยาบาลตามภูมิภาคต่างๆ ซึ่งการสำรวจนี้พบ รพศ. ร้อยละ 75 เป็นหน่วยบริการสนับสนุนอุปกรณ์ดังกล่าว โดยส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการสนับสนุนกลุ่มกายอุปกรณ์และรถนั่งคนพิการ แต่ทั้งนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการเหล่านี้คือ ไม่สามารถจัดหาให้ทันตามความต้องการของคนพิการ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายยังขาดความเข้าใจแนวทางการสนับสนุนของศูนย์สิรินธรฯ เพื่อแก้ไขปัญหานี้ศูนย์สิรินธรฯ ได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติในการให้

อุปกรณ์ที่มีมูลค่าสูง ประกอบด้วยข้อมูลรายการอุปกรณ์ ขอบ่งชี้การให้อุปกรณ์ และชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้สถานพยาบาล คนพิการ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้าใจ ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และได้รับการบริการสะดวกยิ่งขึ้น [69]

การเตรียมความพร้อมและการติดตามการใช้งานอุปกรณ์ฯ นับว่ามีส่วนสำคัญอันจะเกิดการใช้อุปกรณ์ฯ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดปัญหาการใช้อุปกรณ์ที่ผิดวิธี รวมถึงสามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นได้ดีกว่าให้อุปกรณ์เกิดความเสียหายจนไม่สามารถแก้ไขได้จากการสำรวจนี้เห็นได้ชัดเจนว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ล้วนมีแนวทางเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะมอบอุปกรณ์ฯ ให้กับคนพิการ แต่จะเน้นอุปกรณ์ในกลุ่มการเคลื่อนไหวมากกว่ากลุ่มอื่นๆ รวมถึงการติดตามการใช้งานของคนพิการโดยจะเน้นให้เจ้าหน้าที่ เช่น อสม. เป็นผู้ติดตาม และในกรณีที่อุปกรณ์ฯ ชำรุด มีทั้งการเบิกให้ใหม่ ส่งให้โรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นซ่อมให้ ซึ่งในปัจจุบัน สปสช. กำหนดให้มีการจัดสรรวงเงินจากงบประมาณสำหรับอุปกรณ์เครื่องช่วยและบริการฟื้นฟูฯ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการ องค์กรคนพิการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดบริการซ่อม/ผลิตและประยุกต์ดัดแปลงอุปกรณ์ เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพความพิการและการใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งเป็นไปตามความพร้อมของหน่วยบริการ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายให้มีหน่วยงาน/องค์กร จัดบริการดังกล่าวอย่างน้อยในเขตของ สปสช. เขตละ 1 แห่ง [84]

4.4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ : ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้คนพิการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการดำเนินการตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548 [85] แต่งานวิจัยนี้พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกบางประเภท เช่น ที่จอดรถและลิฟต์เฉพาะสำหรับคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพช. ที่มีที่จอดรถสำหรับคนพิการร้อยละ 55 และลิฟต์สำหรับคนพิการร้อยละ 25 ในส่วนของการให้บริการที่เป็นช่องทางพิเศษเฉพาะสำหรับคนพิการ (fast track) ก็เช่นเดียวกัน คือมีโรงพยาบาลบางแห่งเท่านั้นที่สามารถ

จัดบริการในลักษณะดังกล่าวได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น รพศ. และ รพท. นอกเหนือจากสิ่งอำนวยความสะดวกแล้ว คุณภาพของบริการก็มีความสำคัญ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยให้โรงพยาบาลพัฒนาระบบการให้บริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน และการสำรวจในโครงการนี้พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ล้วนผ่านการรับรองแล้วทั้งสิ้น มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในปี พ.ศ. 2546-2551 ที่พบว่าโรงพยาบาลภาครัฐเพียงร้อยละ 22.9 ได้รับการรับรอง จะเห็นได้ว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ปรับปรุงระบบบริการให้ได้มาตรฐาน อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของ HA คือยังให้ความสำคัญหรือเข้าใจงานบริการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการไม่มากนัก [82]

ด้านการให้บริการอุปกรณ์ ในโรงพยาบาลนั้น การศึกษานี้ได้สำรวจรายการอุปกรณ์ฯ ตามที่ระบุไว้ในบัญชีของกรมบัญชีกลาง ปี 2548 [86] จะเห็นได้ว่า รพช. มีรายการอุปกรณ์ฯ ที่ให้บริการเพียงบางชนิด ส่วนใหญ่เป็นประเภทการเคลื่อนไหว เช่น ไม่ทำอลูมิเนียม รถนั่งคนพิการ ส่วนอุปกรณ์กลุ่มอื่น รวมทั้งการเห็นและการได้ยิน แทบไม่มีการให้บริการ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความขาดแคลนอุปกรณ์ ใน รพช. ทำให้คนพิการในชุมชนมีโอกาสเข้าถึงอุปกรณ์น้อยลง โดยเฉพาะคนพิการที่ต้องใช้อุปกรณ์ ด้านการเห็น หรือการได้ยิน เป็นต้น

ด้านบุคลากรที่ให้บริการเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการสำรวจนี้พบว่ามีความใกล้เคียงกับการศึกษาของอรทัยและคณะที่ศึกษาไว้เมื่อปี พ.ศ. 2550 [83] ได้แก่ จำนวนเฉลี่ยของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ใน รพศ./รพท. (เฉลี่ย 1 คนต่อโรงพยาบาล) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูฯ ยังคงมีจำนวนเท่าเดิมตลอดระยะเวลา 5-6 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามพบว่า จำนวนเฉลี่ยนักกายภาพบำบัดใน รพช. มีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือจาก 1.2- 1.7 คน ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 1.1-2.3 คนต่อโรงพยาบาลในการสำรวจครั้งนี้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนนักกายภาพบำบัดใน รพช. ตามนโยบายของ สปสช. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 [87] ที่มีการจัดสรรงบประมาณในการว่าจ้างนักกายภาพบำบัดประจำ รพช. ทุกแห่งทั่วประเทศ แต่จากการลงพื้นที่เพื่อศึกษาระบบการจัดบริการสำหรับคนพิการ พบว่าหลังจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

สปสช. ไม่ได้มีการให้งบประมาณสำหรับว่าจ้างนักกายภาพบำบัดอีกต่อไป ส่งผลให้โรงพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาในการจัดสรรเงินเพื่อว่าจ้างให้นักกายภาพบำบัดทำงานต่อ โรงพยาบาลบางแห่งมีการร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและจ้างนักกายภาพบำบัดผ่านเงินอุดหนุนของท้องถิ่น ในขณะที่บางแห่งจำเป็นต้องเลิกจ้างนักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญมากต่อการฟื้นฟูฯ ประเด็นดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งพิจารณาแก้ไขอย่างเร่งด่วน

แม้จำนวนเฉลี่ยของนักกายภาพบำบัดจะเพิ่มขึ้น แต่พบว่าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูใน รพศ./รพท. มีจำนวนลดลงจากเฉลี่ย 1.9-3.8 คนต่อโรงพยาบาลในปี 2550 ลดลงเหลือ 1.5 คน จากการสำรวจครั้งนี้ ส่วนนักแก้ไขการได้ยิน/นักโสตสัมผัสวิทยาและนักแก้ไขการพูด ซึ่งพบว่ามีเพียง 0.1 คนต่อแห่ง ใน รพศ./รพท. ที่ทำการสำรวจเท่านั้น ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรด้านการฟื้นฟูฯ ของประเทศไทยที่ยังขาดแคลนซึ่งส่งผลให้ รพช. ส่วนใหญ่ไม่สามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของคนพิการในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง [82] เช่น การประเมินเพื่อให้อุปกรณ์ฯ แม้แต่ใน รพศ. และ รพท. บางแห่งก็ไม่สามารถให้บริการตรวจประเมินความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์ฯ ที่ครอบคลุมความพิการทุกประเภท โดยเฉพาะด้านการได้ยินหรือสื่อความหมายเป็นบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลในสัดส่วนที่น้อยมาก การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการใน รพศ. หรือ รพท. ที่ตั้งอยู่ในตัวจังหวัดหรือส่งต่อข้ามจังหวัดทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของตัวผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกจากนี้การมีช่างกายอุปกรณ์จำกัดทำให้คนพิการได้รับอุปกรณ์ล่าช้าหรือไม่มีที่สำหรับซ่อมกรณีอุปกรณ์ชำรุดเสียหาย จึงต้องเบิกใหม่ เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณโดยไม่จำเป็น

การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์ฯ ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่ไม่ครอบคลุมความพิการทุกประเภท นอกจากจะเกิดจากการขาดแคลนบุคลากรตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีสาเหตุจากปัจจัยอื่นๆ ในหลายระดับ ได้แก่ (1) นโยบายของระบบประกันสุขภาพที่ยังไม่มีการสร้างแรงจูงใจที่เพียงพอสำหรับสถานพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดให้มีบริการเหล่านี้ (2) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในการจัดให้มีบริการเกิดขึ้น (3) ทักษะและทักษะของผู้ให้บริการ อัน

เนื่องจากกระบวนการการเรียนการสอนทั้งในโรงเรียนแพทย์ และวิทยาลัยพยาบาล เน้นที่การรักษาพยาบาลมากกว่างานฟื้นฟูสมรรถภาพ และ (4) กรอบอัตรากำลังของบุคลากรในระบบราชการ

ประเด็นที่งานวิจัยนี้ไม่สามารถให้คำตอบได้ แต่น่าจะมีความสำคัญต่อการปฏิรูประบบ บริการสาธารณสุขในปัจจุบัน คือการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาตัวแบบที่เหมาะสมในการ จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแต่ละประเภท โดยเฉพาะบริการที่มีความซับซ้อน และต้องการเครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์ ที่มีราคาแพง และไม่ จำเป็นต้องลงทุนในระดับจังหวัด แต่เน้นที่ระดับเขตบริการสุขภาพ ซึ่งหากเป็นไปตาม นโยบายของการปฏิรูปนี้ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแต่ละประเภทควรมีอยู่ใน ทุกเขตบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นบริการที่มีความจำเป็น และงานวิจัยนี้แสดงให้เห็น อย่างชัดเจนถึงข้อจำกัดและความลำบากในการเดินทางเพื่อรับบริการของคน พิการ

4.4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ : ปัจจัย ด้านผู้รับบริการ

อุปสรรคที่สำคัญของการได้รับบริการฟื้นฟูและอุปกรณ์ฯ ได้แก่ การเข้าไม่ถึงข้อมูล ข่าวสาร และการที่ไม่มีผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือคนพิการในการเดินทางไปรับ บริการที่สถานพยาบาล ในการสนทนากลุ่ม ผู้แทนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ เห็นว่า ในปัจจุบันคนพิการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูล เกี่ยวกับสิทธิและบริการที่หน่วยงานของรัฐจัดให้ การประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์ และกฎหมายเกี่ยวกับคนพิการมีน้อยมาก และคนพิการที่สนิทหรือติดต่อกับองค์กร หรือชมรมคนพิการเป็นประจำจะได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่าคนพิการกลุ่มอื่นๆ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการรับรู้กฎหมายและบทบาทของกฎหมายในการดำรงชีวิต คนพิการเมื่อปี พ.ศ. 2550 [88] งานวิจัยดังกล่าวระบุว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ของคนพิการขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 ประการคือ ประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาในการ ดำรงชีวิตและการมีส่วนร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ สำหรับหน่วยงานที่ ควรมีหน้าที่รับผิดชอบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในระดับพื้นที่นั้น กลุ่มผู้ให้บริการ สุขภาพระบุว่า ถึงแม้เกือบทุกโรงพยาบาลจะมีการบริการออกให้บริการในชุมชน แต่ ทำได้ไม่ทั่วถึงพื้นที่และไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก และขาดการ

ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ เช่น พมจ. นอกจากนั้นการไม่เข้ารับบริการส่วนหนึ่งเป็นเพราะการไม่ยอมรับความพิการของคนพิการและครอบครัวเอง ซึ่งผู้เข้าร่วมการสนทนาทั้งสามกลุ่มมีความเห็นตรงกันว่า การยอมรับความพิการมีผลอย่างมากต่อการได้รับบริการฟื้นฟู และอุปกรณ์ฯ

การได้รับบริการและอุปกรณ์ฯ ตามที่ระบุในชุดสิทธิประโยชน์จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อคนพิการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเกือบทั้งหมดต้องเดินทางไปสถานพยาบาล การสนทนากลุ่มและการสำรวจคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการในโครงการนี้พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนพิการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ไม่มีคนพาไปสถานพยาบาลหรือช่วยดำเนินการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับข้อค้นพบจากการศึกษาการใช้บริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชัยภูมิ [89] ซึ่งพบว่าคนพิการ ร้อยละ 60 ต้องมีญาติหรือคนใกล้ชิดพาไปรับบริการที่สถานพยาบาล ในขณะที่เดียวกันคนพิการที่บาดเจ็บจากการประสบอุบัติเหตุรุนแรงที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษานี้ยังระบุว่า การขอขึ้นทะเบียนคนพิการและการเข้ารับบริการฟื้นฟู จำเป็นต้องมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ เพราะคนพิการไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้คนพิการส่วนหนึ่งยังได้รับความช่วยเหลือจาก อสม./แกนนำชุมชน เช่น ข้อมูลข่าวสาร การขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และการได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ดังนั้น อสม./แกนนำชุมชนเป็นผู้ที่มีความสำคัญและมีโอกาสใกล้ชิดกับคนพิการ จึงควรส่งเสริม สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้แก่ อสม./แกนนำชุมชนในการให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์ฯ

4.4.3 ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ

การประเมินความพึงพอใจเป็นวิธีการหนึ่งที่สะท้อนคุณภาพในด้านต่างๆ ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ฯ ในมุมมองของผู้ได้รับบริการ โดยคนพิการให้คะแนนความพึงพอใจของบริการฟื้นฟูฯ ในภาพรวมอยู่ที่ 4.14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 แม้คะแนนความพึงพอใจของบริการฟื้นฟูฯ ในภาพรวมจะได้คะแนนที่อยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาคะแนนของประเด็นย่อยใน

แต่ละมิติ อาทิ มารยาทระหว่างบุคคลของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ คุณภาพของการบริการ ความพึงพอใจของหน่วยบริการ อุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ และผู้ให้บริการ นอกจากนี้คะแนนดังกล่าวยังเป็นคะแนนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในวันที่ผู้วิจัยไปเก็บข้อมูล ในขณะที่การมารับบริการในแต่ละครั้ง คนพิการอาจมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป ในการศึกษานี้ได้ประเมินความพึงพอใจตามปัจจัยต่างๆ 7 มิติ รวม 21 ปัจจัย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยสะท้อนความพึงพอใจของผู้รับบริการ การพิจารณาคะแนนความพึงพอใจในรายมิตีมีความสำคัญอย่างยิ่งในการหาคำอธิบายให้แก่ผลคะแนนความพึงพอใจในภาพรวม นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบสภาพปัญหาที่เป็นสาเหตุของความไม่พึงพอใจในแต่ละปัจจัยย่อยๆ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป

มิติหนึ่งที่สำคัญในการประเมินความพึงพอใจครั้งนี้ ได้แก่ มิติด้านการเงิน ซึ่งคะแนนความพึงพอใจสะท้อนให้เห็นความเต็มใจและยินดีจ่ายค่าบริการอื่นๆ ของคนพิการ พบว่าผู้ตอบให้คะแนนความพึงพอใจอยู่ที่ 3.15 จากคะแนนเต็ม 5 นับเป็นคะแนนที่ต่ำที่สุดใน 7 มิติ ซึ่งเมื่อพิจารณารายได้ของคนพิการและรายได้ครอบครัวคนพิการเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปพบว่า รายได้ของประชากรสองกลุ่มทั้งรายได้ส่วนบุคคลและรายได้ครัวเรือนมีค่าไม่แตกต่างกันมากนัก โดยคนพิการมีรายได้เฉลี่ย 7,049 บาทต่อเดือน ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับรายได้ประชากรไทยคือ 8,029 บาทต่อเดือน ในขณะที่รายได้เฉลี่ยครัวเรือนคนพิการ 21,672 บาท มีค่าสูงกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของประชากรไทย คือ 20,903 บาท⁸ [90] อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายได้ของคนพิการและครัวเรือนในรายบุคคลแล้ว พบว่าคนพิการในกลุ่มข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีรายได้สูงกว่าคนพิการในกลุ่มอาชีพอื่นค่อนข้างมาก โดยมีรายได้เฉลี่ย 30,763 และ 94,000 บาทตามลำดับ ซึ่งคนพิการในกลุ่มอาชีพดังกล่าวคิดเป็นเพียงร้อยละ 8 ของคนพิการที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์รายได้เฉลี่ยของคนพิการโดยตัดคนพิการจากสองกลุ่มอาชีพนั้นออก พบว่ารายได้เฉลี่ยของคนพิการลดลงอยู่ที่ 4,603 บาทต่อเดือน และรายได้ครัวเรือนลดลงอยู่ที่ 18,854 บาทต่อเดือน โดยคนพิการที่มีรายได้ต่ำสุดคือคนพิการที่ประกอบอาชีพ

⁸ รายได้เฉลี่ยประชากรไทย พ.ศ. 2554 เท่ากับ 8,029 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยครัวเรือนไทย พ.ศ. 2553 เท่ากับ 20,903 บาทต่อเดือน

เกษตรกรรมและอาชีพรับจ้าง ซึ่งมีรายได้คนพิการอยู่ที่ 4,466 และ 6,490 บาท ตามลำดับ (ไม่นับนักเรียนนักศึกษาและผู้ไม่ประกอบอาชีพ เนื่องจากไม่มีรายได้ประจำ) ซึ่งคนพิการทั้งสองกลุ่มนี้มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 39 ของคนพิการทั้งหมด จะเห็นได้ว่ารายได้ของคนพิการในกลุ่มดังกล่าวมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรไทยอยู่เกือบครึ่ง นอกจากนี้คนพิการที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43) เป็นคนพิการที่ไม่ประกอบอาชีพ ดังนั้นเมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงของรายได้และราคาของอุปกรณ์ฯ เข้าด้วยกัน พบว่าร้อยละ 71 ของคนพิการที่ตอบแบบสอบถามใช้อุปกรณ์ฯ โดย 2 ใน 5 ใช้ขาเทียม ซึ่งราคาเฉลี่ยของขาเทียมข้างหนึ่งอยู่ 23,000 บาท ในขณะที่อีกร้อยละ 20 ต้องใช้เครื่องช่วยฟังที่มีราคาอยู่ที่ข้างละ 13,500 บาท [60] จึงทำให้คนพิการมีความพึงพอใจต่อมิติด้านการเงินต่ำ (ไม่เต็มใจจ่ายค่าบริการฟื้นฟูฯ และค่าอุปกรณ์ฯ)

การเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ ของคนพิการเป็นอีกมิติหนึ่งที่น่าสนใจมาศึกษาความพึงพอใจในโครงการนี้ โดยพบว่าปัจจัยเรื่องจำนวนของสถานพยาบาลในละแวกที่คนพิการพักอาศัย มีคะแนนความพึงพอใจเป็น 3.19 จากคะแนนเต็ม 5 ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคนพิการที่ตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 18 ให้มีการจัดตั้งหน่วยบริการฟื้นฟูฯ และหน่วยบริการด้านอุปกรณ์ฯ ที่อยู่ใกล้บ้านของคนพิการ เพื่อลดความยากลำบากและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะอีกร้อยละ 25 ที่กล่าวถึงความแออัดของหน่วยบริการฟื้นฟูฯ ซึ่งแสดงถึงจำนวนหน่วยบริการฟื้นฟูฯ ที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่เพียงพอต่อจำนวนคนพิการและผู้รับบริการ การสำรวจครั้งนี้พบว่าในปัจจุบันคนพิการต้องเดินทางจากบ้านมายัง รพศ./รพท. และ รพช. ที่มีหน่วยบริการอยู่เป็นระยะทางเฉลี่ยถึง 35 และ 13 กิโลเมตร ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าระยะทางเฉลี่ยระหว่างบ้านของคนทั่วไปกับ รพศ./รพท. และ รพช. (30 และ 11 กิโลเมตร ตามลำดับ) [91]

ถึงแม้ข้อมูลเรื่องระยะเวลาเฉลี่ยที่คนพิการใช้ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนเสร็จสิ้นบริการฟื้นฟูฯ จะน้อยกว่าเวลาเฉลี่ยของการมารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกของประชากรทั่วไป คือ 151 ต่อ 361 นาที และ 69 ต่อ 175 นาที ที่ รพศ./รพท. และ รพช. ตามลำดับ รวมถึงข้อมูลการจัดบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ ที่แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลจำนวนมาก (รพศ./รพท. ร้อยละ 85 รพช. ร้อยละ 67) มี

การจัดระบบอำนวยความสะดวกให้แก่คนพิการในลักษณะของช่องทางพิเศษ แต่ก็พบว่าคนพิการให้คะแนนความพึงพอใจเรื่องเวลาในการรอรับบริการมีคะแนนค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับปัจจัยในมิติอื่นๆ คือ 3.10 จากคะแนนเต็ม 5 ซึ่งจากข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ ที่ได้จากคนพิการที่ตอบแบบสอบถามพบว่าสาเหตุหลักอาจมาจากสถานที่รอรับบริการที่มีจำนวนน้อย รวมถึงความคับแคบของหน่วยบริการที่ลดความพึงพอใจในการมารับบริการของคนพิการ ตลอดจนระบบอำนวยความสะดวกแก่คนพิการของโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความพึงพอใจของคนพิการได้เท่าที่ควร อย่างไรก็ตามนโยบายดังกล่าวนับว่าเป็นนโยบายที่ดีควรสนับสนุนและขยายให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่ง

นอกจากปัญหาโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากที่พักอาศัยของคนพิการแล้ว คนพิการจำนวนหนึ่งยังให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมถึงตำแหน่งของหน่วยบริการในโรงพยาบาล เช่น แผนกกายภาพบำบัดหรือแผนกกายอุปกรณ์ที่มักตั้งอยู่ด้านหลังโรงพยาบาล และในบางโรงพยาบาลแผนกที่ให้บริการสำหรับคนพิการตั้งอยู่ในชั้นที่จำเป็นต้องใช้บันไดหรือลิฟต์ ตลอดจนที่จอดรถสำหรับคนพิการที่มีจำนวนน้อยและไม่มีการบริหารจัดการจริงจังในการสำรองที่จอดรถไว้สำหรับคนพิการ ซึ่งทั้งหมดนี้เพิ่มความยากลำบากให้กับคนพิการในการเดินทางเข้าไปรับบริการ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณาแก้ไขโดยเร็ว

การสำรวจนี้พบว่า คนพิการจำนวนมากไม่พอใจบริการในส่วนต่างๆ โดยคนพิการประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดได้ให้ความเห็นในข้อคำถามปลายเปิด ในจำนวนนี้ร้อยละ 15 ไม่พอใจเท่าที่และมารยาทของผู้ให้บริการ เช่น คำพูดที่บั่นทอนกำลังใจ ตลอดจนการไม่ให้ความช่วยเหลือคนพิการเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวรเปล ซึ่งประเด็นนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่ให้บริการจะต้องพิจารณาปรับปรุง เนื่องจากคนพิการถือเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่ต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับคนพิการอาจส่งผลถึงการรักษาก็เป็นได้

4.5 คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ

4.5.1 การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างสม่ำเสมอ

อุปกรณ์ฯ มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ช่วยทดแทนความพิการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีส่วนร่วมในสังคม สามารถประกอบอาชีพสร้างรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัว ดังนั้นการสนับสนุนให้คนพิการใช้อุปกรณ์ฯ อย่างสม่ำเสมอจึงเปรียบเสมือนการส่งเสริมให้ คนพิการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีและมีคุณภาพ อย่างไรก็ตามยังมีคนพิการบางกลุ่มที่ได้รับอุปกรณ์ฯ แต่ไม่ใช้อย่างสม่ำเสมอ การศึกษานี้พบว่า คนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ แต่ไม่ได้ใช้อย่างสม่ำเสมอคิดเป็นสัดส่วนสูงถึง 1 ใน 3 ของคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ ทั้งหมด ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสาเหตุพบว่า คนพิการส่วนใหญ่ระบุว่าที่ตนเองไม่ใช้อุปกรณ์ฯ ทั้งที่ได้รับไปแล้วเพราะอุปกรณ์เหล่านั้นชำรุด เสียหาย และไม่ได้รับการซ่อมแซมแก้ไข รวมถึงไม่มีสถานที่และงบประมาณในการซ่อมแซมด้วยตนเอง สาเหตุรองลงมา ได้แก่ อุปกรณ์ฯ ไม่เหมาะสมกับการนำไปใช้กับที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมของตน ประการถัดมา คือ ขนาดและน้ำหนักไม่พอดีกับการใช้งาน ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มคนพิการในทุกประเด็น จะเห็นได้ว่าปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการประเมินก่อนและหลังการใช้งาน และจัดระบบการดูแลและซ่อมบำรุงอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประเด็นนี้ขัดแย้งกับผลการสำรวจที่ระบุว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการประเมินก่อนการจัดหาอุปกรณ์ฯ และมีระบบติดตามการใช้งานอุปกรณ์ฯ จึงเป็นไปได้ว่าบริการเหล่านั้นยังขาดประสิทธิภาพ ไม่ทั่วถึง ควรมีการวิจัยหรือการทำความเข้าใจถึงสาเหตุและแก้ไขปรับปรุงอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประมาณความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจของการไม่ใช้อุปกรณ์ฯ ที่คนพิการได้รับ คิดเป็นมูลค่ากว่าปีละ 695 ล้านบาท (ภาคผนวก 6) ซึ่งตัวเลขดังกล่าวสูงกว่างบประมาณที่เบิกจ่ายเป็นค่าอุปกรณ์ฯ จากระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน ซึ่งมีมูลค่ารวมกันเฉลี่ยปีละ 332 ล้านบาท ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ามีการลงทุนจำนวนมากจากภาคเอกชน มูลนิธิ และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ แต่ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดที่รวบรวมสถิติเงินลงทุนที่ใช้ในการซื้ออุปกรณ์ฯ ในประเทศไทย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีมูลค่ามากกว่า 1,500 ล้านบาทต่อปี

หากพิจารณาถึงจำนวนคนพิการในสังคมไทย ซึ่งมีจำนวนมากถึง 1.5 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อันเนื่องมาจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ งานวิจัยชิ้นนี้ทำให้เห็นได้ว่าการเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ และการใช้อุปกรณ์ฯ อย่างสม่ำเสมอของคนพิการไม่ใช่เป็นการลงทุนอันสูญเปล่าหรือเป็นนโยบายเพื่อมนุษยธรรมเท่านั้น แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้ผลตอบแทนทางด้านสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจอย่างครบถ้วน การจัดการอุปกรณ์ฯ ที่ขาดประสิทธิภาพ นอกจากทำให้ผลตอบแทนในการลงทุนน้อยกว่าที่ควรจะเป็นแล้ว ยังนับเป็นความสูญเสียโอกาสที่สำคัญของสังคม ผู้วิจัยได้ประมาณมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของการเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ (จำเป็นแต่ไม่ได้รับ ได้รับแต่ไม่ได้ใช้ ได้ใช้แต่ไม่พอใจ) จากการศึกษาครั้งนี้ คิดเป็นมูลค่ารวมกันประมาณ 4,081 ล้านบาทต่อปี ซึ่งจำแนกได้ดัง ภาคผนวก 6

4.5.2 คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิต

ผลการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของอุปกรณ์ฯ (รถเข็น รถโยก ขาเทียม) ได้อย่างชัดเจนเมื่อมีการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ โดยนิยามของการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ในการศึกษาครั้งนี้ มีได้จำกัดเพียงการที่คนพิการได้รับอุปกรณ์ฯ แต่ยักรวมถึงการใช้อุปกรณ์ฯ อย่างสม่ำเสมอและมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ฯ เหล่านั้น คนพิการที่เข้าถึงอุปกรณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิต ดีกว่ากลุ่มคนพิการที่เข้าไม่ถึง อุปกรณ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ยกเว้นคุณภาพชีวิตในมิติของสิ่งแวดล้อมและความสามารถในการดำรงชีวิตในมิติของการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างผู้ที่เข้าถึงและผู้ที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ในรูปของรายได้พบว่า คนพิการที่เข้าถึงอุปกรณ์ฯ มีรายได้ลดลงภายหลังความพิการน้อยกว่า กล่าวคือ คนพิการที่เข้าถึงอุปกรณ์ฯ จะมีรายได้ลดลงภายหลังความพิการเฉลี่ยเพียง 1,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่คนพิการที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ จะมีรายได้ลดลงภายหลังความพิการเฉลี่ย 2,500 บาทต่อเดือน ส่วนปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อโอกาสการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ที่ได้จากการศึกษานี้มี 5 ปัจจัย คือ อายุ ประกันสุขภาพ การขึ้นทะเบียนคนพิการ อาชีพ และการดูแลจากครอบครัว โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับโอกาสการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ที่ลดลง ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การใช้สิทธิประกันสังคม (เปรียบเทียบกับการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และการเป็นนักเรียน/นักศึกษา ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับโอกาสการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ที่เพิ่มขึ้น

ได้แก่ การใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (เปรียบเทียบกับการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) การมีอาชีพ และได้รับการดูแลจากครอบครัว

การเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ไม่ทำให้เกิดความแตกต่างในคุณภาพชีวิตในมิติสิ่งแวดล้อมเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติดังกล่าว เช่น ที่อยู่อาศัย ชุมชน การคมนาคม โครงสร้างพื้นฐาน และสถานบริการสุขภาพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมจำเป็นต้องทำทั้งระบบและครบวงจร ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ดังนั้นผลจากการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการในมิตินี้ได้ การศึกษานี้ยังพบว่าความสามารถในการดำรงชีวิตในมิติของการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้เก็บข้อมูลในคนพิการอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มที่ไม่ได้มีเป้าหมายในด้านการศึกษาเป็นหลัก และหากพิจารณาลงไปในระบบการศึกษาของประเทศไทยที่มีทั้งระบบในและนอกโรงเรียน รวมทั้งการฝึกอาชีพอาจจะยังไม่ตอบโจทย์คนพิการ หากมีนโยบายด้านการศึกษาสำหรับคนพิการโดยเฉพาะร่วมกับการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตในมิตินี้สูงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาในประเทศจีน [92] ที่มีการนำแบบสอบถาม WHO-QOL BREF ฉบับภาษาจีนมารวมกับรหัส ICF อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศจีนไม่ได้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มคนพิการที่เข้าถึงอุปกรณ์ฯ และเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ อีกทั้งรหัส ICF ที่คัดเลือกมีความแตกต่างกันทำให้เกิดข้อจำกัดในการเปรียบเทียบระหว่างการศึกษานอกจากนี้ยังพบการศึกษาในประเทศไทย 1 เรื่อง [93] ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของคนพิการที่ได้รับขาเทียมโดยใช้เครื่องมือ WHO-QOL BREF ฉบับภาษาไทย ซึ่งเมื่อพิจารณาการคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตในลักษณะเดียวกัน (คะแนนดิบ) พบว่า คุณภาพชีวิตของคนที่ได้รับขาเทียมในการศึกษาดังกล่าวต่ำกว่าคุณภาพชีวิตของคนพิการที่เข้าถึงขาเทียมในการศึกษานี้มาก ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาดังกล่าวไม่ได้พิจารณาเรื่องความพึงพอใจต่อขาเทียม จึงอาจทำให้คุณภาพชีวิตมีค่าต่ำกว่าการศึกษานี้

สิทธิประกันสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ กล่าวคือ คนพิการที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ น้อยกว่าสิทธิอื่นๆ และเป็นไปตาม

ความคาดหวังที่ผู้ที่อยู่ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มากที่สุด ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถยืนยันสมมติฐานเรื่องความแตกต่างของนโยบายระหว่างสาม กองทุนที่มีอยู่ในปัจจุบันได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ [82, 94] และสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ภายใต้โครงการ “การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์ฯ” ที่พบว่าคนพิการที่ใช้สิทธิประกันสังคมไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เนื่องจากต้องสำรองเงินค่าอุปกรณ์ฯ ไปก่อนตามนโยบายของกองทุน หากไม่สามารถจัดหาเงินจำนวนนี้ก็ไม่สามารถได้รับอุปกรณ์ฯ สำหรับปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ลดลง อาจเป็นเพราะเมื่ออายุมากขึ้นอาจจะมีการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในช่องทางที่จำกัดกว่าคนอายุน้อยและส่งผลกระทบต่อกรยอมรับ ได้รับและเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ [82] การศึกษานี้ยังพบว่าการมีอาชีพมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มากกว่าการไม่มีอาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคนพิการที่ต้องการประกอบอาชีพจะมีแรงจูงใจและเกิดความพยายามเพื่อให้ได้รับอุปกรณ์ฯ เพื่อที่ตนเองจะสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้ อย่างไรก็ตามเป็นเรื่องยากที่จะสรุปความเป็นเหตุเป็นผลโดยธรรมชาติ (Causality) ระหว่างอาชีพและการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ด้วยข้อจำกัดที่เป็นการศึกษาเชิงสังเกต [95, 96] อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีข้อค้นพบว่าอาชีพมีผลต่อการยอมรับอุปกรณ์ฯ [82] และพบว่าการที่คนพิการได้รับการดูแลจากครอบครัวจะมีโอกาสในการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ มากกว่าคนที่ไม่ได้รับการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษานี้ในเรื่องอุปสรรคสำคัญของการไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ คือ การขาดคนช่วยดำเนินการ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาลไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเชิงคุณภาพทั้งจากการศึกษาภายใต้โครงการ “การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์ฯ” และการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา [82, 94] ที่ระบุว่าระยะทางของสถานพยาบาลส่งผลต่อการเข้าถึงทั้งข้อมูลและอุปกรณ์ฯ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสำรวจครั้งนี้ไม่ได้เจาะจงไปที่สถานพยาบาลที่ให้บริการอุปกรณ์ฯ แต่เป็นสถานพยาบาลที่ใช้เป็นประจำ เนื่องจากให้ความสนใจในเรื่องระยะทางของสถานพยาบาลที่ใช้เป็นประจำเพราะส่งผลต่อการเข้าถึงทั้งข้อมูลและอุปกรณ์ฯ

4.5.3 การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้

ผลจากการศึกษานี้ยืนยันว่า การเข้าถึงอุปกรณ์ฯ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตที่ดีของคนพิการ สามารถนำไปใช้ผลักดันนโยบายให้คนพิการทุกสิทธิการรักษาเข้าถึงบริการอุปกรณ์ฯ ได้อย่างแท้จริง (ใช้อย่างต่อเนื่องและมีความพึงพอใจ) และเท่าเทียมกัน (ลดความแตกต่างระหว่างผู้ประกันตนในแต่ละสิทธิ) เพื่อให้สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ในเรื่องเร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในระดับประเทศได้ เนื่องจากการศึกษานี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคนพิการจากทุกภาคในประเทศไทยและมีจำนวนตัวอย่างมากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ถึง 20% ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการไม่สามารถพิจารณามิติด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาถึงมิติด้านอื่นๆ โดยเฉพาะด้านสังคมร่วมด้วย ดังนั้นการแก้ปัญหาในกลุ่มคนพิการจึงต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่จำกัดอยู่เพียงบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น

การศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่พบในปัจจุบันมักเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในภาพรวมของคนพิการ โดยมีการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่หลากหลายและไม่เจาะจงกับสถานะของการเข้าถึงอุปกรณ์ [97] ในปัจจุบันได้มีการนำกรอบแนวคิดของบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF) มาพัฒนาและนำไปประยุกต์ใช้อย่างหลากหลาย เช่น การใช้เป็นภาษากลางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรจากสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่นอกเหนือจากด้านการแพทย์ การใช้เป็นเครื่องมือสำรวจความพิการในชุมชน การใช้เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต และการจัดทำชุดรหัสหลักเพื่อประเมินปัญหาความพิการแบบบูรณาการ [98] รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือวัดความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ใช้ในการศึกษานี้ จากการศึกษาพบว่ากระบวนการในการพัฒนานั้นมีความเป็นไปได้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาข้อคำถามที่จำเพาะกับคนพิการกลุ่มอื่นๆ เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับคนพิการในกลุ่มอื่นๆ ต่อไปได้ สำหรับข้อคำถามความสามารถในการดำรงชีวิตในแบบสอบถามนี้มีความแตกต่างจาก “คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความ

พิการและให้รหัส ICF” ที่พัฒนาโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โดยไม่มีหัวข้อเกี่ยวกับ การดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การกำจัดของเสีย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการทำกิจกรรมยามว่าง เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามในส่วนของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยแบบสอบถาม WHOQOL-BREF อีกทั้งปัจจัยแวดล้อมบางอย่างที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตผู้วิจัยได้นำไปรวมไว้ในส่วนข้อมูลทั่วไปแล้ว ดังนั้นการนำแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดำรงชีวิตควรมีการพิจารณาให้สอดคล้องกับประชากรและบริบทที่ใช้ในการศึกษา

4.6 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาภายใต้โครงการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการนี้ประกอบด้วยงานวิจัยย่อยๆ รวม 7 ชิ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแต่ละชิ้นเพื่อตอบวัตถุประสงค์และใช้วิธีศึกษาที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่าข้อจำกัดในประเด็นต่างๆ สรุปได้ดังนี้

4.6.1 สถานการณ์ด้านคนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

สำนักงานประกันสังคมกำหนดรายการอุปกรณ์ฯ ไม่ตรงกับ สปสช. และกรมบัญชีกลาง นอกจากนี้ข้อมูลของสำนักงานประกันสังคมในช่วงเวลาที่นำมาวิเคราะห์มีการเปลี่ยนแปลงรหัสจากปีที่ผ่านมา บางชนิดมีชื่อรายการอุปกรณ์ฯ เหมือนกันแต่มีรหัสการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน และยังพบว่าบางชนิดไม่สามารถชี้เฉพาะได้ว่าเป็นชนิดเดียวกันหรือคนละชนิดอาจมีความผิดพลาดของข้อมูลที่ทำให้การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบรายการอุปกรณ์ที่ได้รับของแต่ละกองทุน

4.6.2 การจัดการบริการสำหรับคนพิการในโรงพยาบาลของรัฐ

ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาลและขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสำรวจ ซึ่งแม้ว่าผู้วิจัยจะโทรศัพท์ประสานงานกับบุคลากรของโรงพยาบาลโดยตรง แต่ก็ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนในคำถามบางข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลสถิติ นอกจากนี้ข้อมูลจาก รพช./รพท. ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ให้บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูล

รวมทั้งข้อค้นพบจากงานวิจัยอาจจะไม่สามารถสะท้อนภาพสถานการณ์ความเป็นจริงได้ครบทุกด้าน นอกจากนี้การสำรวจยังครอบคลุมโรงพยาบาลในภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

4.6.3 ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ

ความพึงพอใจตามผลการศึกษานี้จำกัดอยู่ที่ความพึงพอใจของคนพิการที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (บทที่ 3) ได้แก่ คนพิการที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทางการได้ยินหรือสื่อความหมายและทางการเห็น และมีอายุระหว่าง 15-65 ปี ที่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดหรือการอ่านได้เท่านั้น ด้วยเงื่อนไขดังกล่าวทำให้ผลการศึกษาไม่สะท้อนความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟู ของคนพิการกลุ่มอื่นๆ

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างตามประเภทการให้บริการของโรงพยาบาลและตามประเภทความพิการ โดยเฉลี่ยให้การเก็บกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนจากทั้งผู้รับบริการฟื้นฟูใน รพศ./รพท. และ รพช. อย่างไรก็ตามระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูลพบว่า คนพิการที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่รับบริการที่ รพศ./รพท. โดยมีคนพิการเพียงร้อยละ 12 ที่ไปรับบริการที่ รพช. ซึ่งอาจเป็นเพราะพันธกิจของโรงพยาบาลชุมชนที่เน้นหลักการให้บริการแบบปฐมภูมิ โดยเฉพาะเรื่องการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแล รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ มากกว่าการตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาล [99] รวมถึงพื้นที่ให้บริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก ซึ่งไม่เพียงพอต่อการรองรับคนพิการและผู้ใช้บริการอื่นๆ ครึ่งละมากๆ ในคราวเดียวกัน ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงสะท้อนความพึงพอใจของคนพิการต่อบริการใน รพศ./รพท. มากกว่า รพช.

การสำรวจเพื่อประเมินความพึงพอใจในครั้งนี้ไม่ได้มีการกำหนดสมมติฐานและคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับมิติความพึงพอใจในด้านต่างๆ จึงไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการให้บริการฟื้นฟู ของคนพิการมากที่สุด ดังนั้นหากมีการศึกษาในอนาคตควรมีการกำหนดสมมติฐานและคำนวณกลุ่มตัวอย่างให้สามารถทดสอบหาความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วย

4.6.4 การศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ

การศึกษานี้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของกลุ่มคนพิการที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ โดยกำหนดชนิดของอุปกรณ์ที่ศึกษาเฉพาะอุปกรณ์ฯ เพียง 3 รายการ คือ รถเข็น รถโยก และขาเทียมเท่านั้น และการศึกษานี้เป็นการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ในภาพรวมโดยไม่มีการจำแนกชนิดของอุปกรณ์ฯ ทั้งนี้การได้รับอุปกรณ์ฯ ที่แตกต่างกันอาจจะมีผลต่อการยอมรับและการใช้งานอุปกรณ์ฯ เช่น ในบริบทต่างจังหวัดต้องการรถโยกมากกว่ารถเข็น การศึกษานี้ไม่สามารถสรุปตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นเนื่องจากข้อจำกัดทางฐานข้อมูล และระเบียบวิธีวิจัยในการศึกษาที่ต้องการค้นหาคนพิการที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ ตามนิยามที่ถูกกำหนดขึ้นมาใหม่

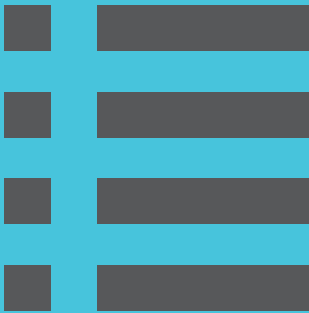
4.7 ข้อเสนองานวิจัยในอนาคต

- (1) ศึกษาความเป็นไปได้ของความร่วมมือในการจัดบริการอุปกรณ์ฯ บางประเภทบริการของ 3 กองทุนประกันสุขภาพให้เป็นลักษณะการจัดการแบบเบ็ดเสร็จหนึ่งเดียวเหมือนกันทุกสิทธิ เช่น การจัดตั้งศูนย์และดำเนินการติดตาม ประเมินผลการใช้อุปกรณ์ฯ และการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ฯ
- (2) สำรวจการจัดบริการสำหรับคนพิการให้มีความครอบคลุมโรงพยาบาลทุกประเภททั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการบริการคนพิการทั้งประเทศ รวมทั้งศึกษาเชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งจะนำมาอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากข้อมูลเชิงปริมาณ
- (3) การศึกษานี้ได้จำกัดกลุ่มตัวอย่างเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขา) เท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในลักษณะคล้ายกันในคนพิการกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัจจัยการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ที่อาจมีความแตกต่างกันตามลักษณะของความพิการ และควรนำแนวคิดของบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพมาปรับใช้พัฒนาข้อคำถามความสามารถในการดำรงชีวิต

- (4) ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการสำหรับคนพิการ รวมทั้งรูปแบบการบริหารจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ในระดับต่าง ๆ โดยอาจนำเอาประสบการณ์จากต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าแม้อิทธิพลในการได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสวัสดิการด้านอื่นๆ ของคนพิการในประเทศไทยจะมีการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ปัญหาที่สำคัญเป็นเรื่องของการที่ไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามบทบัญญัติเหล่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังมีความแตกต่างกันของนโยบายในระดับหน่วยงาน ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างกระทรวง และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการได้รับและเข้าถึงบริการที่จำเป็นจากภาครัฐรวมถึงอุปกรณ์ฯ ที่นำมาศึกษาและนำเสนอในรายงานฉบับนี้

นโยบายที่สำคัญได้แก่นโยบายของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐสามกองทุน ซึ่งมีโครงสร้างและวิธีการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์คนพิการที่แตกต่างกัน มีความครอบคลุมบริการและอุปกรณ์ฯ สำหรับความพิการที่ไม่เท่าเทียมกัน คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประเภทความพิการมากที่สุด ส่วนระบบประกันสังคมมีความครอบคลุมประเภทความพิการน้อยที่สุด ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขก็ขาดนโยบายที่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและประสานกับหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งกองทุนประกันสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการจัดบริการให้ครอบคลุมความพิการประเภทต่างๆ ของโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ การกระจายตัวของบุคลากรที่จำเป็น แนวปฏิบัติในการให้บริการ และการบริหารจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ อย่างมีประสิทธิภาพ

การเข้าถึงอุปกรณ์ฯ เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนคนพิการเพื่อให้ได้สิทธิในการรับบริการต่างๆ จากภาครัฐ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการที่คนพิการมีที่อยู่อาศัยห่างไกลจากหน่วยงานผู้ให้บริการ สำหรับบริการสุขภาพคนพิการส่วนหนึ่งต้องเดินทางเป็นระยะทางไกลเนื่องจากโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ไม่มีบริการสำหรับคนพิการบางประเภท บริการที่พบว่ามีความขาดแคลนและสมควรให้การสนับสนุนในภาพรวม ได้แก่ การแก้ไขการพูด การฟื้นฟู การได้ยินหรือสื่อความหมาย การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ และการฝึกอาชีพที่เหมาะสม ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้คาดหวังว่าโรงพยาบาลทุกระดับจำเป็นต้องให้บริการเหล่านี้

ทั้งหมด แต่ควรมีระบบข้อมูลและส่งต่อคนพิการไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การที่จะทำเช่นนี้ได้จำเป็นต้องมีฐานข้อมูลคนพิการที่ใช้ร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน หน่วยงานภายใต้ กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และภาคเอกชน โดยฐานข้อมูลดังกล่าวควรมีข้อมูล (1) ด้านประชากรของคนพิการ เช่น อายุ เพศ ที่อยู่ การศึกษา อาชีพ สิทธิรักษาพยาบาล (2) ด้านการแพทย์ เช่น ประเภทความพิการ ความสามารถในการดำรงชีวิต ความจำเป็นและการได้รับอุปกรณ์ฯ รวมถึงผลการติดตามการใช้งาน และโรคประจำตัวและความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความพิการ และ (3) ด้านสวัสดิการสังคม ทั้งที่ได้รับไปแล้วและยังไม่ได้รับ

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นความหลากหลายของเครื่องมือที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง ความหลากหลายนี้อาจส่งผลเสียต่อคุณภาพของบริการในภาพรวมในหลายประเด็น เช่น ในการรวบรวมข้อมูลและประเมินผลการให้บริการในภาพรวมทั้งระดับจังหวัด เขต และประเทศ ซึ่งส่งผลให้ระบบประกันสุขภาพขาดข้อมูลที่จำเป็นในการสนับสนุนหรือสร้างแรงจูงใจให้กับสถานบริการ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารและส่งต่อคนพิการระหว่างสถานพยาบาล และอาจทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานที่ซ้ำซ้อน จากการต้องประเมินคนพิการซ้ำเพราะใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยเสนอให้มีการประชุมระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อตัดสินใจเลือกเครื่องมือมาตรฐานและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการยอมใช้เครื่องมือมาตรฐานนั้นร่วมกัน และให้สถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องจัดให้มีการเรียนการสอนโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานเป็นหลัก

ระบบประกันสุขภาพนับเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับและเข้าถึงอุปกรณ์ กล่าวคือ คนพิการภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาสดำเนินการอุปกรณ์ฯ มากกว่าสิทธิอื่นเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามในช่วงปี พ.ศ. 2552-2555 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ให้ความสำคัญและเพิ่มการลงทุนในการสนับสนุนอุปกรณ์ ถึง 7 เท่าตัว ในขณะที่ระบบประกันสังคมเพิ่มการลงทุนประมาณ 1.8 เท่า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการลดการลงทุนไปร้อยละ 13 การเพิ่มการลงทุนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องที่น่ายินดี แต่งานวิจัยนี้ยัง

พบว่า กองทุนดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายในการเปิดอุปกรณ์ฯ มากเกินความจำเป็น เช่น อุปกรณ์ประเภทเดียวกันมากกว่า 1 ชิ้น/คู่ เช่น รถเข็น หรือไม้ค้ำยัน หรือ มากกว่า 2 ชิ้น เช่น เครื่องช่วยฟัง คิดเป็นมูลค่าที่สูงมากในแต่ละปี ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ ตรวจสอบ และดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิประโยชน์ของคนพิการ รวมทั้งการที่คนรอบข้างมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวและให้การดูแลช่วยเหลือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการได้รับอุปกรณ์ฯ แต่ปัจจุบันคนพิการจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนพิการทางการเห็นและคนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย นอกจากนี้บุคลากรในหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการแก่คนพิการมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันถึงช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้มีการพัฒนาวัฒนธรรมเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิประโยชน์ให้แก่คนพิการ โดยนวัตกรรมเหล่านี้ต้องมีความเหมาะสมและหลากหลายตามบริบทและความต้องการของคนพิการแต่ละประเภท

การใช้อุปกรณ์ฯ อย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี แต่งานวิจัยนี้พบว่า คนพิการที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอคิดเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง และแม้จะมีการใช้อย่างสม่ำเสมอคนพิการจำนวนมากก็ไม่ได้มีความพึงพอใจ ซึ่งคาดว่าจะได้ก่อให้เกิดความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่าสูงมากในแต่ละปี (ภาคผนวก 6) ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุหลักมาจากการที่อุปกรณ์เหล่านั้นชำรุด เสียหาย และไม่ได้รับการซ่อมแซมแก้ไข รวมถึงไม่มีสถานที่และงบประมาณในการซ่อมแซมด้วยตนเอง รองลงมาได้แก่ความไม่เหมาะสมของอุปกรณ์ฯ ที่จะนำไปใช้ในสิ่งแวดล้อมรวมทั้งที่พักอาศัยของคนพิการ รวมทั้งขนาดและน้ำหนักของอุปกรณ์ฯ ปัญหาเหล่านี้อาจเกิดจากระบบบริการที่ขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินการใช้อุปกรณ์ฯ และอื่นๆ จึงควรมีการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุและแก้ไขปรับปรุงอย่างเร่งด่วน

การที่คนพิการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ส่งผลดีต่อคนพิการเหล่านั้นหลายประการ เช่น มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม เพิ่มขีดความสามารถในการดำรงชีวิต ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการที่มีรายได้ลดลงอันเนื่องมาจาก

ความพิการ ทั้งนี้หากพิจารณาถึงจำนวนคนพิการในสังคมไทย ซึ่งมีจำนวนถึง 1.5 ล้านคน และแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น งานวิจัยชิ้นนี้ทำให้เห็นได้ว่าการเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ของคนพิการไม่ใช่เป็นการลงทุนอันสูญเปล่าหรือเป็นนโยบายเพื่อมนุษยธรรมเท่านั้น แต่เป็นการเป็นลงทุนเพื่อให้ผลตอบแทนทางด้านสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจอย่างครบถ้วน การจัดบริการอุปกรณ์ฯ ที่ขาดประสิทธิภาพก่อให้เกิดความสูญเสียโอกาสที่สำคัญของสังคม

จากข้อสรุปจากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอเพื่อแก้ปัญหาดังต่อไปนี้

1. การสร้างกลไกและความเชื่อมโยงของการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เสนอให้หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนดำเนินการร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการกำหนดแนวทางการดำเนินการด้านคนพิการร่วมกันในระดับชาติ ตั้งแต่นโยบายระดับชาติสำหรับคนพิการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และให้การปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงระบบฐานข้อมูลคนพิการในเรื่องต่างๆ เช่น ชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ ประเภทความพิการ ความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและความต้องการความช่วยเหลือด้านสังคม การได้รับบริการเหล่านั้น เพื่อประโยชน์ในการติดตามและตรวจสอบ ลดความซ้ำซ้อนอันจะนำมาซึ่งประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณภาครัฐในเรื่องนี้ ทั้งนี้อาจดำเนินการผ่านคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกที่มีอยู่ในปัจจุบัน นอกจากนี้แต่ละหน่วยงานควรกำหนดบทบาทในการดำเนินงานด้านคนพิการของตนเองให้ชัดเจน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน หมายรวมถึง

- หน่วยงานระดับกระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์—สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย—กรมการปกครอง

ส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

- หน่วยงานประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง—สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ
- หน่วยงานด้านคนพิการ เช่น สมาคมพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย และสมาคมคนพิการแต่ละประเภท
- หน่วยงานภาคเอกชน เช่น มูลนิธิชาเทียม มูลนิธิพระมหาไถ่ มูลนิธิพัฒนาคคนพิการไทย
- กองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

2. การกำหนดทิศทางการสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในเรื่องสิทธิประโยชน์ของคนพิการในแต่ละระบบประกันสุขภาพ

เสนอให้หน่วยงานประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งกลไกในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยวางอยู่บนหลักการของความโปร่งใส มีส่วนร่วม และมีข้อมูลหลักฐานทางวิชาการรองรับ ทั้งนี้ชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าวควรมี ข้อกำหนดมาตรฐาน ราคา และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท เพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาดำเนินการตามข้อเสนอของกลไกใหม่ที่เกิดขึ้น จัดระบบติดตามและประเมินผลเพื่อให้แน่ใจได้ว่าคนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้อย่างเสมอภาค ลดความซ้ำซ้อนและเหลื่อมล้ำ

3. การปรับปรุงโครงสร้างและหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐทั้งด้านการพัฒนานโยบายและวิชาการให้มีความชัดเจนและเข้มแข็ง

เสนอให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาขีดความสามารถด้านการวิเคราะห์ พัฒนานโยบายด้าน

การแพทย์และสาธารณสุขสำหรับคนพิการทุกประเภท และพัฒนาศักยภาพของระบบบริการมากกว่าการให้บริการอย่างที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ศูนย์สิรินธรฯ ควรทำงานร่วมกับกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรมควบคุมโรคที่ดูแลเรื่อง NCD กรมอนามัยที่มีสำนักใหม่ที่ได้รับผิดชอบเรื่องผู้สูงอายุ และทำงานร่วมกับสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สำนักงานประกันสังคม โดยเฉพาะกองทุนฟื้นฟูฯ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรสร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการเพื่อพัฒนานโยบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินผลและติดตามประสิทธิผล ประสิทธิภาพของมาตรการที่ดำเนินการไปแล้ว และทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

ทั้งนี้อาจมีความเป็นไปได้ในการสร้างหน่วยงานด้านวิชาการกลางระดับชาติที่ทำงานสนับสนุนหน่วยงานระดับกระทรวง ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงศึกษาธิการ รวมถึงกองทุนต่างๆ ให้สามารถใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

4. การติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

ในขณะนี้ยังไม่มีการพัฒนาฐานข้อมูลที่เป็นเอกภาพของประเทศ เสนอให้หน่วยงานประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงศึกษาธิการ มีข้อตกลงเรื่อง

- (1) เสนอให้มีการแบ่งปันข้อมูลและการเข้าถึงฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ให้แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถตรวจสอบและใช้ประโยชน์เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ

- (2) มีการวิเคราะห์เพื่อหามาตรการในการลดความซ้ำซ้อนของการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ดำเนินงานและติดตามประเมินผล โดยทั้งเผยแพร่ข้อมูลให้หน่วยงานอื่นทราบ
- (3) ขอให้ทุกหน่วยงานที่เป็นผู้จ่ายอุปกรณ์ฯ เป็นผู้ติดตามผลการใช้อุปกรณ์ฯ อาจดำเนินการโดยโทรศัพท์ติดตามผลหรือการเยี่ยมบ้าน และทำการอัปเดตสถานะอุปกรณ์ฯ เช่น สามารถใช้งานได้ ชำรุด ลงในฐานข้อมูล
- (4) ขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาคเอกชนให้ใช้ฐานข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลประกอบก่อนการแจกจ่ายอุปกรณ์ฯ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้มีการช่วยเหลือคนพิการที่ขาดอุปกรณ์ฯ อย่างแท้จริง

5. การพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องเฉพาะกลุ่มคนพิการ

เสนอให้กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) หน่วยงานด้านคนพิการ (สภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทยและสมาคมคนพิการแต่ละประเภท) และหน่วยงานวิจัย/หน่วยงานพัฒนาสื่อสารสาธารณะ (ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติสถาบันวิชาการสื่อสารสาธารณะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น) พัฒนานวัตกรรมทั้งเนื้อหาของข้อมูลข่าวสาร (content) และช่องทางการสื่อสาร (medium) ที่เหมาะสมกับกลุ่มคนพิการแต่ละประเภท

เสนอให้สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พัฒนาศูนย์ข้อมูลข่าวสารสำหรับคนพิการแต่ละประเภทให้สามารถส่งต่อข้อมูลหรือช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่พัฒนาโดยเครือข่ายดังกล่าวข้างต้น โดยข้อมูลข่าวสารควรรวมทุกด้าน คือ ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา ด้านอาชีพและด้านสังคมอื่นๆ เป็นต้น เพื่อลดช่องทางที่มากเกินไปจนความจำเป็น และเสนอให้สภาคนพิการมีหน้าที่หลักในการประชาสัมพันธ์ช่องทางการสื่อสารดังกล่าวให้คนพิการ

6. การดำเนินงานขั้นต่อไป

เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพคนพิการแห่งชาตินำเสนอเชิงนโยบายข้างต้นไปพิจารณาอย่างรอบคอบและผลักดันเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการรวมทั้งจัดทำรายละเอียดของการดำเนินงาน ซึ่งอาจรวมถึงการศึกษาวិจัยเชิงลึกต่อไป

เอกสารอ้างอิง



1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.
2. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 61 ก (27 กันยายน 2550). หน้า 8-24.
3. World Health Organization. World report on disability 2011. Geneva: World Health Organization; 2011. xxiii, 325 p. p.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550. 2551.
5. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาค และเพศ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 - วันที่ 1 มกราคม 2556 2556 [cited 15 กุมภาพันธ์ 2556]. Available from: <http://nep.go.th/index.php?mod=tmpstat>.
6. สถาบันการศึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์คนพิการปี พ.ศ. 2551 2551 [cited 15 กุมภาพันธ์ 2556].
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2554 [cited 25 กุมภาพันธ์ 2556]. Available from: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx.
8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สุขภาพเป็นธรรมชาติระบบสุขภาพคนพิการ. HSRI FORUM. 2555.
9. Hung JW, Wu YH, Wu WC, Leong CP, Lau YC. Regional survey of assistive devices use by children with physical disabilities in southern Taiwan. Chang Gung Med J. 2007;30(4):354-62.
10. Resource Portal of Assistive Technology, the Ministry of health and welfare, Republic of China (Taiwan). Center for assistive technology resources and popularization [cited 3 Jun 2014]. Available from: http://repat.sfaa.gov.tw/english/about_main.asp?id=42.
11. Ministry of Social and Family Development, Singapore. Assistive technology for people with disabilities 2013 [cited 27 Feb 2013]. Available from: <http://app.msf.gov.sg/Policies/DisabilitiesPeoplewithDisabilities/AssistiveTechnologyforPeoplewithDisabilities.aspx>.

12. Ministry of Social and Family Development, Singapore. The enabling masterplan 2007 - 2011 of programmes and services in the disability sector for the next 5 years 2013 [cited 25 Feb 2013]. Available from: http://app.msf.gov.sg/Portals/0/Files/EM_ExecutiveSummary.pdf.
13. Infopankki. Services for the Disabled 2013 2013 [cited 10 Feb 2013]. Available from: http://www.infopankki.fi/en-gb/disabled_people/.
14. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Services for people with disabilities 2013 [cited 10 Feb 2013]. Available from: http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/disability_services.
15. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2551.
16. World Health Organization. Disabilities and rehabilitation: assistive devices/technology [cited 11 December 2013]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/technology/en/>.
17. World Health Organization. Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles. 2009.
18. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. Health Policy Plan. 2012 Nov 22. PubMed PMID: 23174879. Epub 2012/11/24. Eng.
19. Frost LJ, Reich M, Harvard Center for Population and Development Studies. Access : how do good health technologies get to poor people in poor countries? Cambridge, Mass.: Harvard Center for Population and Development Studies : Distributed by Harvard University Press; 2008. xiv, 249 p. p.

20. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan.* 2012 Jul;27(4):288-300. PubMed PMID: 21565939. Epub 2011/05/14. eng.
21. Peters D, Garg A, Bloom G, Walker D, Brieger W, Rahman M. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1136:161-71. PubMed PMID: 17954679. Epub 2007/10/24. eng.
22. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974 Fall;9(3):208-20. PubMed PMID: 4436074. Pubmed Central PMCID: 1071804. Epub 1974/01/01. eng.
23. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978;56(2):295-303. PubMed PMID: 96953. Pubmed Central PMCID: 2395571. Epub 1978/01/01. eng.
24. Ministry of Community and Social Services-Ontario. About the accessibility for ontarians with disabilities act, 2005 (AODA). 2008.
25. Youth Action and Policy Association. Access & equity guide for services working with young people Surry Hills: Youth Action and Policy Association (NSW) Inc; 2002 [cited 11 Feb 2013]. Available from: <http://www.opendoors.net.au/wp-content/uploads/2009/10/access-equity-guide.pdf>.
26. World Health Organization. Dept. of Essential Drugs and Medicines Policy. Equitable access to essential medicines : a framework for collective action. Geneva: World Health Organization; 2004. 6 p. p.
27. พงศธร พอกเพิ่มดี. สิทธิประโยชน์บัตรทองดีกว่าประกันสังคม 2554 [cited 29 กรกฎาคม 2557]. Available from: [www.prachatai.com/sites/.../Fact_sheet_v5dr%20Phongsathorn%20\(1\).doc](http://www.prachatai.com/sites/.../Fact_sheet_v5dr%20Phongsathorn%20(1).doc).

28. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 107, ตอนที่ 161 (1 กันยายน 2533).
29. กระทรวงแรงงาน. สิทธิผู้ประกันตน กรณีทุพพลภาพ 2012 [cited 18 กันยายน 2557]. Available from: http://lb.mol.go.th/ewt_news.php?nid=182.
30. ระบบสารสนเทศกฎหมายและระเบียบการคลัง กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายประเภทและอัตราค่า อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของสถานพยาบาลราชการ [cited 2 กรกฎาคม 2556]. Available from: <http://saraban-law.cgd.go.th/CGDWeb/attdetail/showattach2.jsp?ctn=BCS&blobid=CGD.A.2212&blobpart=1&docTypeName=%E1%BF%E9%C1%C0%D2%BE%20%28.tif,%20.pdf%29>.
31. Disability Rights Network of Pennsylvania. Assistive technology for persons with disabilities: an overview 2012 [cited 9 Feb 2013]. Available from: <http://drnpa.org/File/publications/assistive-technology-for-persons-with-disabilities---an-overview.pdf>.
32. World Health Organization. Policies of disability and rehabilitation 2013 [cited 9 Feb 2013]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/policies/en/>.
33. United State Congress. Assistive technology act 2004 [cited 9 Feb 2012]. Available from: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-118/pdf/STATUTE-118-Pg1707.pdf>.
34. Office of the Auditor General of Ontario. Assistive device program. 2009 annual report of the office of the auditor general of ontario. 9 Feb 2013. Ontario: Queen's Printer for Ontario; 2009. p. 52-79.
35. Gulley SP, Altman BM. Disability in two health care systems: access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. Disabil Health J. 2008 Oct;1(4):196-208. PubMed PMID: 21122730. Epub 2008/10/01. eng.
36. Spillman BC. Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. Milbank Q. 2004;82(1):157-94.

- PubMed PMID: 15016247. Pubmed Central PMCID: 2690203. Epub 2004/03/16. eng.
37. Agree EM, Freedman VA. A comparison of assistive technology and personal care in alleviating disability and unmet need. *Gerontologist*. 2003 Jun;43(3):335-44. PubMed PMID: 12810897. Epub 2003/06/18. eng.
38. World Health Organization. Centre for Health Development. Consultation on advancing technological innovation for older persons in Asia. Summary report. Kobe: WHO Centre for Health Development; 2013.
39. ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. โครงการขาเทียม.
40. Summerfield AQ, Marshall DH, Barton GR, Bloor KE. A cost-utility scenario analysis of bilateral cochlear implantation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002 Nov;128(11):1255-62. PubMed PMID: 12431166. Epub 2002/11/15. eng.
41. Taylor R, Blair S. Financing health care: Singapore's innovative approach. The World Bank: Viewpoint policy. May 2003;Note number 261:1-4.
42. Ministry of Social and Family Development. Enabling master plan 2012-2016 [cited 1 Jun 2014]. Available from: <http://app.msf.gov.sg/Portals/0/Topic/Issues/EDGD/Enabling%20Masterplan%202012-2016%20Full%20Report.pdf>.
43. Handicaps Welfare Association. Social Service [cited 2 Jun 2014]. Available from: <http://hwa.org.sg/services/social-service/>.
44. Infocomm Development Authority of Singapore. Factsheet: infocomm accessibility centre; assistive technology (AT) loan libraries 2013 [cited 2 Jun 2014]. Available from: http://www.ida.gov.sg/~media/Files/Archive/Programmes/Programmes_Level2/20060419133409/Factsheet-IAC.pdf.

45. National statistics, Republic of China (Taiwan). Latest indicators: total population-both sexes [3 Jun 2014]. Available from: <http://eng.stat.gov.tw/mp.asp?mp=5>.
46. Yen CF, Lin JD, Wu JL, Kang SW. Institutional care for people with disabilities in Taiwan: a national report between 2002 and 2007. *Res Dev Disabil*. 2009 Mar-Apr;30(2):323-9. PubMed PMID: 18656326. Epub 2008/07/29. eng.
47. Cheng TM. Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far. *Health Aff (Millwood)*. 2003 May-Jun;22(3):61-76. PubMed PMID: 12757273. Epub 2003/05/22. eng.
48. Lex Data Information Inc. Lawbank: people with disabilities rights protection act [cited 1 June 2013]. Available from: <http://db.lawbank.com.tw/Eng/FLAW/FLAWDAT0201.asp>.
49. Ministry of the Interior, Republic of China (Taiwan). Laws and regulations : Public Assistance Act [1 Sep 2013]. Available from: http://www.moi.gov.tw/english/english_law/law_detail.aspx?sn=36.
50. Lee SJ, Yang YH, Huang PC, Cheng YT, Lee CH, Wang TJ. Establishment of resource portal of assistive technology in Taiwan. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2008 Nov;3(6):344-50. PubMed PMID: 19117195. Epub 2009/01/02. eng.
51. Nordisk eTax. General information on Nordisk eTax: Finland [cited 30 May 2014]. Available from: <https://www.nordisketax.net/main.asp?url=/hem.asp&c=suo&l=eng>.
52. Sosiaali- ja terveysministeriö. Government Report on Disability Policy 2006. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health : distribution: Helsinki University Press; 2006. 41 s. p.
53. Hilma, the Support Centre for Disabled Immigrants, Finnish Disability Forum. Guide for Disabled Immigrants 2011 [cited 28 May 2014]. Available

from: http://www.tukikeskushilma.fi/tiedosto/palveluopas_englanti.pdf.

54. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทภาครัฐเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2554.
55. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552.
56. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับคนพิการ (ท.74XXXXXXX).
57. สำนักงานประกันสังคม. สิทธิประโยชน์: หลักเกณฑ์และเงื่อนไข [cited 27 กันยายน 2556]. Available from: <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=868&id=3628>.
58. สำนักงานประกันสังคม. สิทธิประโยชน์ : กรณีทุพพลภาพ [cited 10 ตุลาคม 2556]. Available from: <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=879>.
59. ผู้จัดการ Online. จ่ายสิทธิทุพพลภาพ 147 ล้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพ [cited 10 ตุลาคม 2556]. Available from: <http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=956000098254>.
60. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1 : การบริหารงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวตุลาคม 2556.
61. กลุ่มงานกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. รายงานประจำปี 2555 กองทุนเงินทดแทน. นนทบุรี:ตุลาคม 2556.
62. สำนักงานประกันสังคม ก. รายงานประจำปี 2555: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
63. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้าน

- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2557.
64. ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง ประเภทยุติและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรคกรณีทุพพลภาพ [cited 7 ตุลาคม 2556]. Available from: http://www.sso.go.th/sites/default/files/9.3web_0.htm.
 65. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทยุติและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555.
 66. กรมบัญชีกลาง. ประเภทยุติและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค พิเศษ ว 1 ลว 4 ธค 56 [cited 10 ตุลาคม 2556]. Available from: <http://www.cgd.go.th/wps/portal/CGDInfo/MedicalWelfare/InterestingFacts>.
 67. กรมบัญชีกลาง. ประเภทยุติและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (แก้ไข) 0422.2/ ว 232 ลว 5 กย 57 [cited 10 ตุลาคม 2556]. Available from: <http://www.cgd.go.th/wps/portal/CGDInfo/MedicalWelfare/InterestingFacts>.
 68. ระบบข่าวประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลราชวิถี. บัญชีประเภทยุติและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (ประกันสังคม) [cited 25 กันยายน 2556]. Available from: http://110.164.68.234/news_raja/index.php?mode=topicshow&tp_id=18#.
 69. ศูนย์สิทธิประโยชน์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง [cited 1 กุมภาพันธ์ 2557]. Available from: http://www.snmrc.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=326.
 70. มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. สถิติการให้บริการ [cited 16 กันยายน 2556]. Available from: http://www.prosthesesfoundation.or.th/th/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=92.

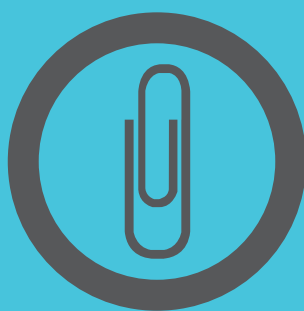
71. มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. โครงการจัดตั้งโรงงานทำขาเทียมพระราชทาน ประจำ รพ. ชุมชน [cited 10 ตุลาคม 2556]. Available from: http://www.prosthesesfoundation.or.th/th/index.php?option=com_content&view=article&id=124&Itemid=107.
72. มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. โรงงานขาเทียมพระราชทาน [cited 10 ตุลาคม 2555]. Available from: http://www.prosthesesfoundation.or.th/th/index.php?option=com_content&view=article&id=184&Itemid=115.
73. สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย [cited 9 กันยายน 2557]. Available from: <http://www.oic.or.th/th/victims/inner.php>.
74. ถาม-ตอบ เรื่อง พรบ. ประกันภัย จากคำถามที่ถูกถามบ่อยที่สุด [cited 9 กันยายน 2556]. Available from: http://www.ancbroker.com/Knowledge2/Knowledge2-Show.asp?kno2_id=26.
75. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125, ตอนที่ 40 ก (1 มีนาคม 2551). หน้า 45.
76. กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมขนส่งบก กระทรวงคมนาคม. [cited 9 กันยายน 2557]. Available from: <http://www.roadsafefund.com/index.php/en/>.
77. ประกาศกรมการขนส่งทางบก เรื่อง การขอรับจัดสรรเงินกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน เป็นค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557.
78. กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมขนส่งบก กระทรวงคมนาคม. รายงานประจำปี 2555 กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน.
79. กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมขนส่งบก กระทรวงคมนาคม. คู่มือคุณลักษณะอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ [cited 9 กันยายน 2557]. Available from: <http://www.roadsafefund.com/index.php/en/ช่วยเหลือผู้พิการ/คู่มือคุณลักษณะอุปกรณ์.html>.

80. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติคนพิการ 2557 [cited 28 มิถุนายน 2557]. Available from: <http://nep.go.th/th/disability-statistic>.
81. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ 2556.
82. ดารณี สุวพันธ์. การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางกายของคนพิการไทย.
83. อรทัย เทียวเจริญ, วัชรารัฐ วัชรไพศาลย์, ศุภสิทธิ์ พรธมนารุณโณทัย, ลัดดาวัลย์ เรียบร้อย. สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2552;18(4):475-88.
84. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานภายใต้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ปี 2557. กรุงเทพฯ 2557.
85. กฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122, ตอนที่ 52 ก (2 กรกฎาคม 2548). หน้า 4-19.
86. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. ระบบสารสนเทศกฎหมายและระเบียบการคลัง สืบค้นเรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (หนังสือ เลขที่ กค 0417/ว 77, กค 0422.2/ว 249) [cited 25 กันยายน 2556]. Available from: http://saraban-law.cgd.go.th/CGDWeb/simple_search.jsp#.
87. สำนักข่าวไทย. สปสช. เร่งดูแลคนพิการจัดงบดูแลคนพิการกว่า 380 ล้านบาท [cited 25 กรกฎาคม 2557]. Available from: <http://www.mcot.net/site/content?id=4ff6712c0b01dabf3c00562e#.U9saJWPm6OY>.
88. ดาริน เจริญผล. การรับรู้กฎหมายและบทบาทของกฎหมายในการดำรงชีวิตคนพิการ: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
89. บัณฑิต พลแก้ง. การใช้บริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชัยภูมิ. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

90. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ความยากจนและการกระจายรายได้ 2556 [cited 17 กรกฎาคม 2557]. Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatSubDefault_Final.aspx?catid=13.
91. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โปรแกรมรายการต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 2552 [cited 18 กรกฎาคม 2557]. Available from: <http://hitap.net/costingmenu/>.
92. Chan SC, Chan AP. User satisfaction, community participation and quality of life among Chinese wheelchair users with spinal cord injury: a preliminary study. *Occup Ther Int*. 2007;14(3):123-43. PubMed PMID: 17624872. Epub 2007/07/13. eng.
93. พัทธปียา สิริสาพร, ญัฐเศรษฐ มนินาการ, เอกสิทธิ์ ภูศิริภิญโญ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดระดับเหนือเข่าและใต้เข่า. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*. 2553;20(1):4-9.
94. อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์, สายัณห์ ตรีผล, พิสิทธิ์ ภูมิพินผล. ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว: การดูแลของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 2550;18(2):43-53.
95. Friis RH, Sellers TA. *Epidemiology for public health practice*. 4th ed. Sudbury, Mass. ; London: Jones and Bartlett; 2009. xxii, 717 p. p.
96. Lewallen S, Courtright P. *Epidemiology in practice: case-control studies*. *Community Eye Health*. 1998;11(28):57-8. PubMed PMID: 17492047. Pubmed Central PMCID: 1706071. Epub 2007/05/12. eng.
97. Sinha R, Van Den Heuvel WJ. A systematic literature review of quality of life in lower limb amputees. *Disabil Rehabil*. 2011;33(11):883-99. PubMed PMID: 20825359. Epub 2010/09/10. eng.
98. ศิรินาถ ตงศิริ. การใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health) ในการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2556;28(1):131-42.

99. นพดล เสรีรัตน์. บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนกับการขับเคลื่อนปฐมภูมิ
[cited 29 กรกฎาคม 2557]. Available
from: [http://thaiichr.org/upload/forum/04doc02270911_noppadol.p
df](http://thaiichr.org/upload/forum/04doc02270911_noppadol.pdf).

ກາດຟນວກ



ภาคผนวก 1

ตารางเปรียบเทียบราคาอุปกรณ์ฯ ระหว่าง 3 กองทุน

ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา		
			กรมบัญชีกลาง	สปสช.	สปส.
	ตา หู คอ จมูก				
	เครื่องช่วยการมองเห็น				
1	เครื่องช่วยการมองเห็นสำหรับคนสายตาพิการ ลักษณะมีหลายแบบ เช่น แวนชยาย กล้องส่องทางไกล โคมไฟ จอคอมพิวเตอร์ เป็นต้น	ข้างละ	9,000		
	อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู				
2	ชุดประสาทหูเทียม (cochlear implant) / ชุดประสาทหูเทียมชนิดฝังก้านสมอง (brainstem implant)	ชุดละ	850,000		
	เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ				
3	เครื่องช่วยฟังในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี	อันละ		15,000	
4	เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ ในผู้ที่อายุ 10 ปีขึ้นไป และผู้ใหญ่	อันละ	13,500	13,500	13,500
5	ชุดเครื่องช่วยฟังชนิดฝังในกระดูก (ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป)	ชุดละ	200,000		
6	ฝาครอบช่วยพูด	อันละ	2,400		
7	เครื่องช่วยพูด	เครื่องละ	36,000		36,000
	ทางเดินอาหาร				
	วัสดุ/อุปกรณ์ใช้เก็บของเสียจากลำไส้				
8	ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาว แบบมีเข็มขัด	ถุงละ	500		
9	ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาว ใช้ร่วมกับแป้นปิดรอบลำไส้	ถุงละ	50		50
10	แป้นปิดรอบลำไส้ (colostomy flange)	อันละ	140		140
11	แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย	ชิ้นละ	460		460
	ทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์				
	สายระบายปัสสาวะ				

ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา		
			กรรมบัญชี กลาง	สปสช.	สปส.
12	สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง	เส้นละ		600	
วัสดุ/อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู					
นิ้วเทียม					
13	นิ้วเทียม (นิ้วหัวแม่มือ)	นิ้วละ	1,000		
14	นิ้วเทียม (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง)	นิ้วละ	1,000		
15	นิ้วเทียม (นิ้วก้อย)	นิ้วละ	1,000		
16	นิ้วเทียมมากกว่า 2 นิ้ว ซิดกัน	ข้างละ	3,000		
17	ถุงมือสำหรับมือขาดบางส่วน	ชุดละ	5,000		
แขนเทียม					
18	แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิด ทำนิ้วมีระบบการใช้งาน	ข้างละ	25,000	25,000	25,000
19	แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิด ทำนิ้วไม่มีระบบการใช้งาน	ข้างละ	7,000	7,000	
20	แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิด ตะขอโลหะ	ข้างละ	27,000	27,000	27,000
21	แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดทำนิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	16,900	16,900	16,900
22	แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอ โลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	16,900	16,900	16,900
23	แขนเทียมขีดโลหะหรือแนบโลหะ ส่วนปลาย ชนิดหน้านิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	10,000	10,000	10,000
24	แขนเทียมระดับเหนือศอกแบบ 5 นิ้ว เหมือนของจริง ระบบใช้งานได้	ข้างละ		28,200	
25	เบ้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับการเปลี่ยน เฉพาะเบ้า)	ข้างละ		1,500	
26	เบ้าแขนเทียมระดับศอก (สำหรับการ เปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ		3,000	
27	เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับการ เปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	ข้างละ		3,000	
28	เบ้าแขนเทียมระดับไหล่ (สำหรับการเปลี่ยน เฉพาะเบ้า)	ข้างละ		4,000	
29	สายบังคับแขนเทียม (สำหรับการเปลี่ยน เฉพาะสาย)	ข้างละ		4,000	
ขาเทียม					
30	ขาเทียมระดับข้อเท้า (symes)	ข้างละ	5,000	5,000	5,000
31	ขาเทียมระดับใต้เข่า แกนนอก	ข้างละ	6,500	6,500	6,500

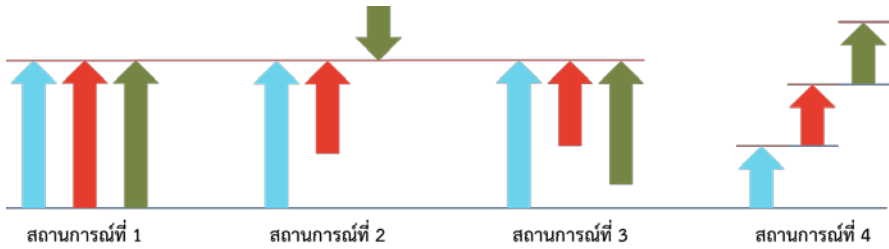
ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา		
			กรรมบัญชี กลาง	สปสช.	สปส.
32	ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนใน	ข้างละ	30,000	30,000	3,000
33	ขาเทียมระดับข้อเข่า	ข้างละ	17,000	17,000	17,000
34	ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนนอก	ข้างละ	18,000	18,000	18,000
35	ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนใน	ข้างละ	30,000	30,000	30,000
36	ขาเทียมระดับตะโพก แขนนอก	ข้างละ	30,000	30,000	30,000
37	ขาเทียมระดับตะโพก แขนใน	ข้างละ	50,000	50,000	50,000
38	เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ	ข้างละ	4,000	4,000	4,000
39	เท้าขาเทียมใต้เข่า	ข้างละ		3,000	
40	เท้าขาเทียมระดับเข่า	ข้างละ		4,000	
41	เท้าขาเทียมเหนือเข่า	ข้างละ		4,000	
42	เท้าขาเทียมสะโพก	ข้างละ		6,000	
43	สายเข็มขัดเทียม	ข้างละ		250	
44	แป้นสายเข็มขัด	ข้างละ		100	
อุปกรณ์พยางานลำตัว					
45	เสื้อพยางคอ (collar) ชนิดอ่อน	ชุดละ	250		
46	เสื้อพยางคอ (collar) ชนิดแข็ง	ชุดละ	250		
47	เสื้อพยางคอ (collar) ชนิดปรับได้	ชุดละ	500		
48	เสื้อพยางคอ (collar) ชนิด 2 หรือ 4 ขา	ชุดละ	1,000		
49	เสื้อพยางลำตัว	ชุดละ	2,000		
50	โลหะหรือพลาสติกตามหลังคด	ชุดละ	8,000		8,000
51	เสื้อพยางระดับเอว (lumbosacral support)	ชุดละ	1,000		
โลหะ/พลาสติกตามขาภายนอก					
52	โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และ ข้อศอกเด็ก	ข้างละ	800		
53	โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และ ข้อศอกผู้ใหญ่	ข้างละ	1,000		
54	โลหะ/พลาสติกตามข้อมือและข้อศอกพร้อม ลวดสปริง	ข้างละ	1,000		
โลหะ/พลาสติกตามแขนภายนอก					
55	โลหะ/พลาสติกตามขาค้นเล็กชนิดยาวไม่มี ข้อเข่า	ข้างละ	1,500		
56	พลาสติกตามขาค้นเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อก ได้	ข้างละ	5,500		
57	โลหะตามขาค้นเล็กชนิดยาวมีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	11,000		
58	พลาสติกตามขาค้นขนาดกลางชนิดยาวมี	ข้างละ	5,500		

ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา		
			กรรมบัญชี กลาง	สปสช.	สปส.
	ข้อเข่าล็อกได้				
59	โลหะตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อ เข่าล็อกได้	ข้างละ	11,000		
60	พลาสติกตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	5,500		
61	โลหะตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข่าล็อกได้	ข้างละ	12,000		
62	เข่ารับน้ำหนักที่กระดูกก้นกบ (ischium tuberosity)	ข้างละ	5,200		
63	เข่ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)	ข้างละ	3,000		
64	พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	1,200		
65	โลหะตามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	4,000		
66	พลาสติกตามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	1,500		
67	โลหะตามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	5,000		
68	พลาสติกตามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	1,800		
69	โลหะตามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	6,000		
70	สลิงบิดขา (twister) ขนาดเล็ก	ข้างละ	350		
71	สลิงบิดขา (twister) ขนาดผู้ใหญ่	ข้างละ	500		
72	อุปกรณ์ประคองข้อเข่าแบบปรับมุมได้	ชุดละ	5,000		
73	พลาสติกตามข้อเท้า (ankle-foot orthosis)	ข้างละ	3,000		
74	สายรัดกันเท้าตก	ข้างละ	150		
75	โลหะตามขาภายนอก - เด็กเล็กตามข้อเท้า (knee-orthosis)	ข้างละ		4,200	
76	โลหะตามขาภายนอก - ขาเด็กขนาดกลาง ตามข้อเท้า (knee-orthosis)	ข้างละ		5,000	
77	โลหะตามขาภายนอก - ขาขนาดใหญ่ตาม ข้อเท้า (knee-orthosis)	ข้างละ		5,400	
78	PTB brace	ข้างละ		4,000	
79	เบรสน้ำหนัก	ข้างละ		300	
80	ที่คลุมเข่า	อันละ		280	
อุปกรณ์พยุงข้อ					
81	สายคล้องแขนกันไหล่หลุด	ข้างละ	200		
82	สายคล้องแขน (arm sling)	อันละ	150		
83	อุปกรณ์พยุงข้อศอก (elbow support) มี แกนด้านข้าง (ไม่รวมชนิดที่ทำจากผ้ายืด)	ข้างละ	1,500		
84	อุปกรณ์พยุงข้อศอก (elbow support) ไม่	ข้างละ	1,500		

ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา		
			กรรมบัญชี กลาง	สปสช.	สปส.
	มีแกนด้านข้าง (ไม่รวมชนิดที่ทำจากผ้ายัด)				
85	แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก	ข้างละ	500		
86	แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่	ข้างละ	1,500		
87	อุปกรณ์พยุงข้อศอก (elbow support) มีแกนด้านข้าง (ไม่รวมชนิดที่ทำจากผ้ายัด)	ข้างละ	1,400		
88	อุปกรณ์พยุงข้อศอก (elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง (ไม่รวมชนิดที่ทำจากผ้ายัด)	ข้างละ	800		
89	อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป	คู่ละ	1,200		
90	อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย	ข้างละ	2,000		
91	อุปกรณ์พยุงข้อหรือนิ้วมือ	ข้างละ	600		
เครื่องช่วยเดิน					
92	เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (pick-up walker)	อันละ	700		700
93	เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา มีล้อ	อันละ	6,000		
94	ไม้เท้า 1 ปุ่ม	อันละ	190		190
95	ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม	อันละ	600		600
96	ไม้ค้ำยัน	คู่ละ	250		250
97	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบออลูมิเนียม	คู่ละ		350	
98	ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	อันละ		360	
99	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยึดหยุ่น ชนิดมีด้าม	อันละ		200	
100	ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (anterior wheel walker)	อันละ		600	
101	ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (anterior wheel walker)	อันละ		500	
รองเท้า					
102	รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก	คู่ละ	600	600	600
103	รองเท้าคนพิการขนาดกลาง	คู่ละ	800	800	800
104	รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่	คู่ละ	1,000	1,000	1,000
105	รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ	คู่ละ	1,200	1,200	
106	คำัดดแปลงรองเท้าคนพิการ	ข้างละ	400	400	
107	รองเท้าดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการขาที่เท้าหรือเท้าผิดปกติ	ข้างละ	2,000		
108	แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่	คู่ละ		900	
109	แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก	คู่ละ		700	

ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา		
			กรรมบัญชี กลาง	สปสช.	สปส.
110	เสริมผ้าเท้าส่วนหน้า	ข้างละ		1,500	
111	T-strap	เส้นละ		200	
112	รองเท้าเสริมผ้าเท้าและสันเท้า	ข้างละ			350
113	รองเท้าเสริมส่วนหน้า	คู่ละ			2,000
อุปกรณ์อื่นๆ					
114	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะ แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	คันละ	6,000	6,000	6,000
115	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้	คันละ	4,000	4,000	4,000
116	เบาะรองนั่งสำหรับผู้พิการ	อันละ		600	
อื่นๆ					
เกี่ยวกับผิวหนัง					
117	ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วย อัมพาต	อันละ		600	

ภาคผนวก 2
 สถานการณ์ที่เป็นไปได้
 ระบบบริการสุขภาพคนพิการในอนาคต



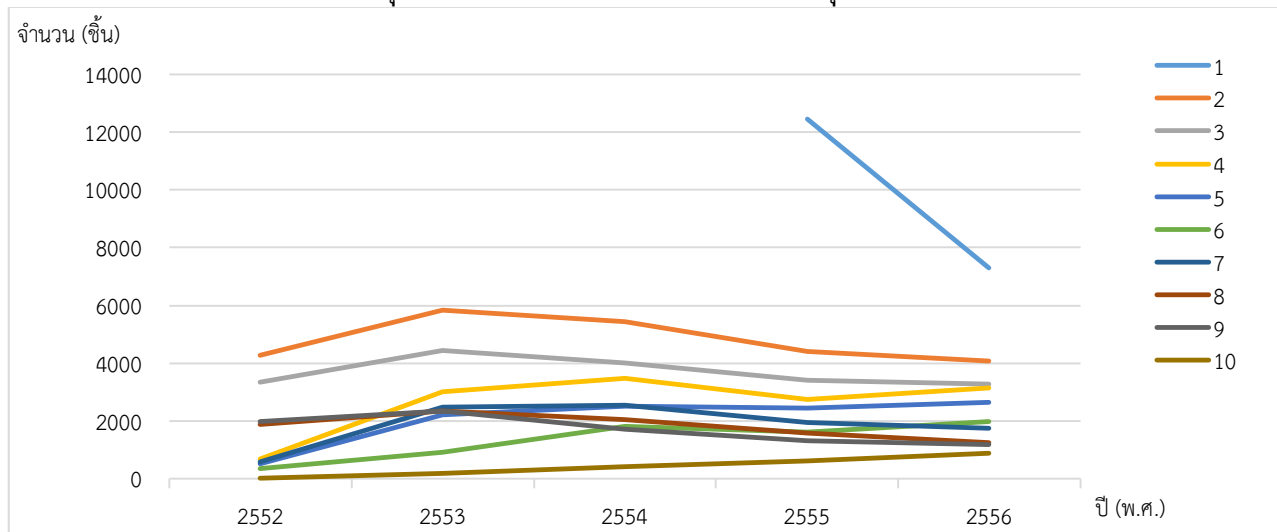
คำอธิบาย

-  ระบบประกันสุขภาพแบบที่ 1
-  ระบบประกันสุขภาพแบบที่ 2
-  ระบบประกันสุขภาพแบบที่ 3
-  สถานการณ์เริ่มต้น
-  สถานการณ์หลังการพัฒนา

ภาคผนวก 3

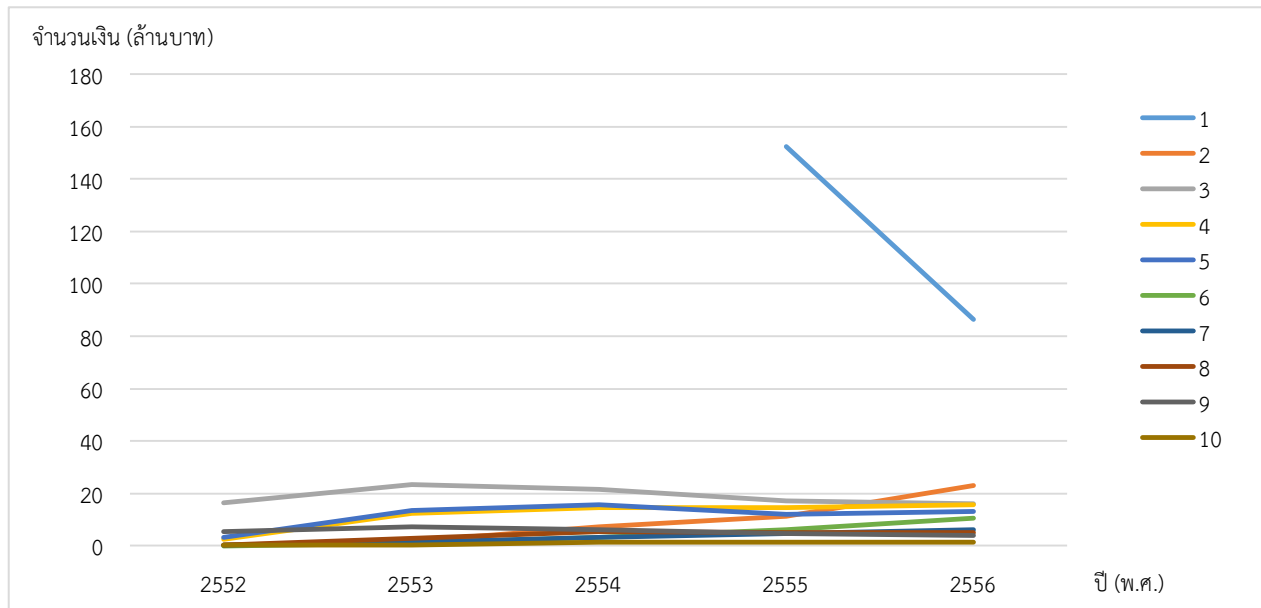
ข้อมูลสถิติการเบิกจ่ายอุปกรณ์ของแต่ละกองทุน

รายการและจำนวนชิ้นการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ 10 ลำดับแรก สถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2552-2556



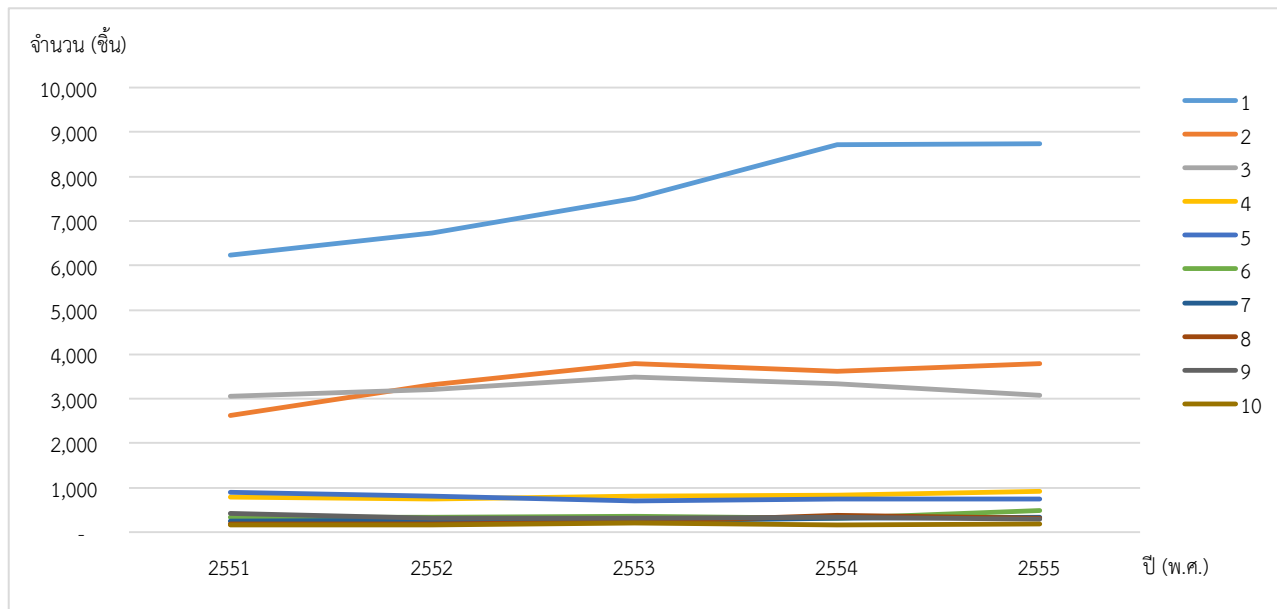
ประเภทอุปกรณ์ฯ	2552	2553	2554	2555	2556
1. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	-	-	-	12,446	7,289
2. เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ	4,288	5,832	5,434	4,398	4,059
3. สายเข็มขัดเทียม	3,339	4,441	4,019	3,402	3,289
4. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	695	3,000	3,490	2,757	3,158
5. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับได้	515	2,226	2,515	2,458	2,653
6. ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ ทำด้วยสายยึดหุยนชนิดมีด้าม	361	929	1,800	1,628	1,981
7. ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบ 3 ขา	575	2,496	2,539	1,932	1,752
8. เบ้าขาเทียมใต้เข่า	1,886	2,354	2,053	1,571	1,257
9. แป้นสายเข็มขัด	1,965	2,362	1,701	1,322	1,172
10. ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนนอก	31	203	419	628	870

ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2552-2556



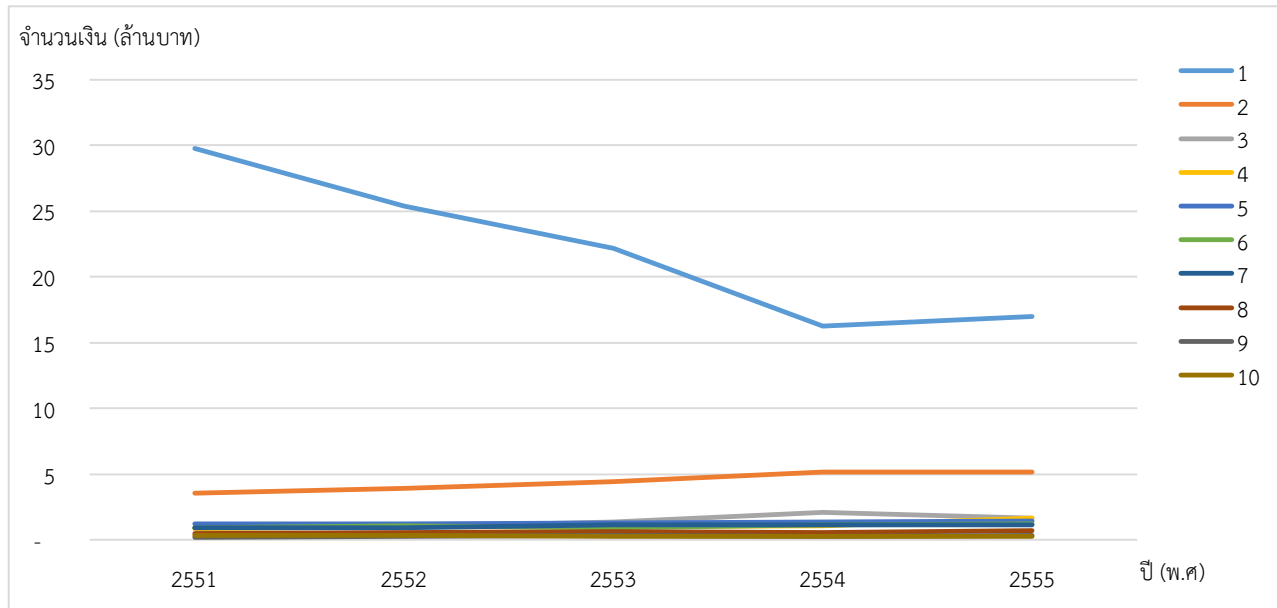
ประเภทอุปกรณ์ฯ	2552	2553	2554	2555	2556
1. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการสำหรับผู้ใหญ่	-	-	-	152,427,862	86,529,701
2. ขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน	154,000	1,699,000	7,302,040	11,182,100	22,880,202
3. เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ	16,288,343	23,231,080	21,597,140	17,315,851	16,026,961
4. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับได้	2,646,370	12,386,903	14,596,639	14,704,992	15,842,566
5. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	3,136,107	13,565,886	15,512,171	12,163,389	13,040,088
6. ขาเทียมระดับเหนือเข่า แกนใน	27,000	990,000	3,250,950	6,157,163	10,691,111
7. ขาเทียมระดับใต้เข่า แกนนอก	184,050	1,459,420	3,210,600	4,519,303	6,285,100
8. ขาเทียมระดับระดับเหนือเข่า แกนนอก	400,200	3,015,700	5,442,290	5,044,660	5,138,900
9. เบ้าขาเทียมใต้เข่า	5,595,080	7,157,209	6,171,651	4,703,563	3,782,629
10. ขาเทียมระดับข้อเข่า	226,500	326,600	1,299,700	1,317,550	1,512,330

รายการและจำนวนขึ้นการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 10 ลำดับแรกของสิทธิประกันสังคม พ.ศ. 2550-2555



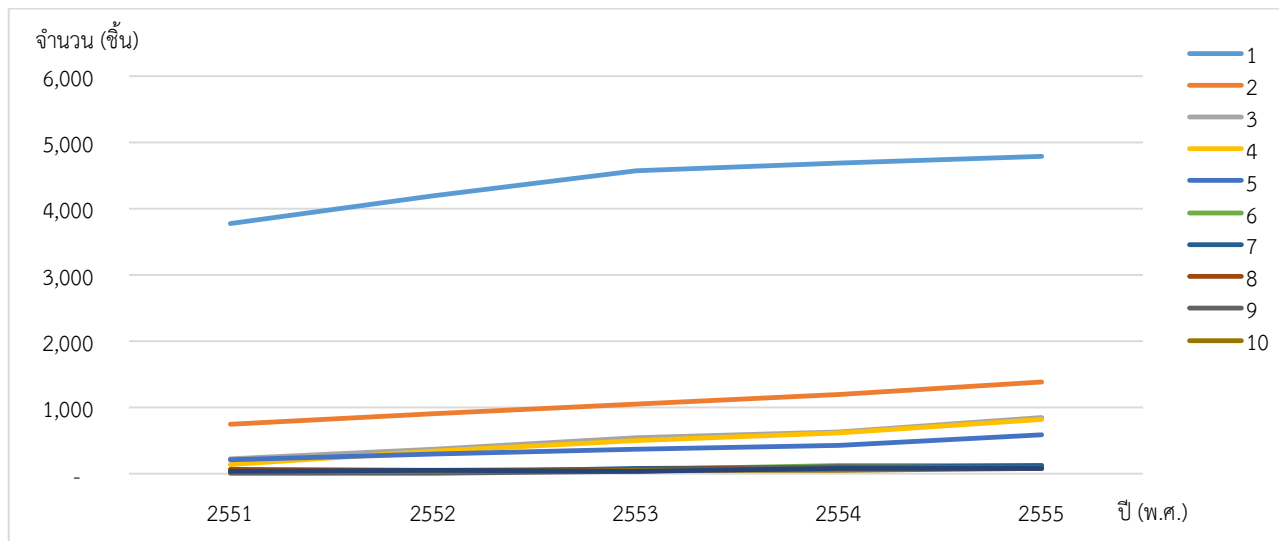
ประเภทอุปกรณ์ฯ	2551	2552	2553	2554	2555
1. เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (pick-up-walker)	6,238	6,732	7,516	8,718	8,742
2. สายคล้องแขน (arm sling)	2,636	3,316	3,803	3,623	3,791
3. ไม้ค้ำยัน	3,057	3,208	3,481	3,335	3,073
4. เฝือกพยางค์ลำตัว	799	752	812	823	917
5. ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม	900	802	705	738	747
6. อุปกรณ์ประคองข้อเข่าแบบปรับมุมได้	334	342	353	320	495
7. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	247	280	254	321	334
8. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	184	195	234	374	316
9. ไม้เท้า 1 ปุ่ม	415	324	306	328	284
10. โลหะหรือพลาสติกตามหลังคด	162	163	197	168	186

ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของสิทธิประกันสังคม พ.ศ. 2550-2555



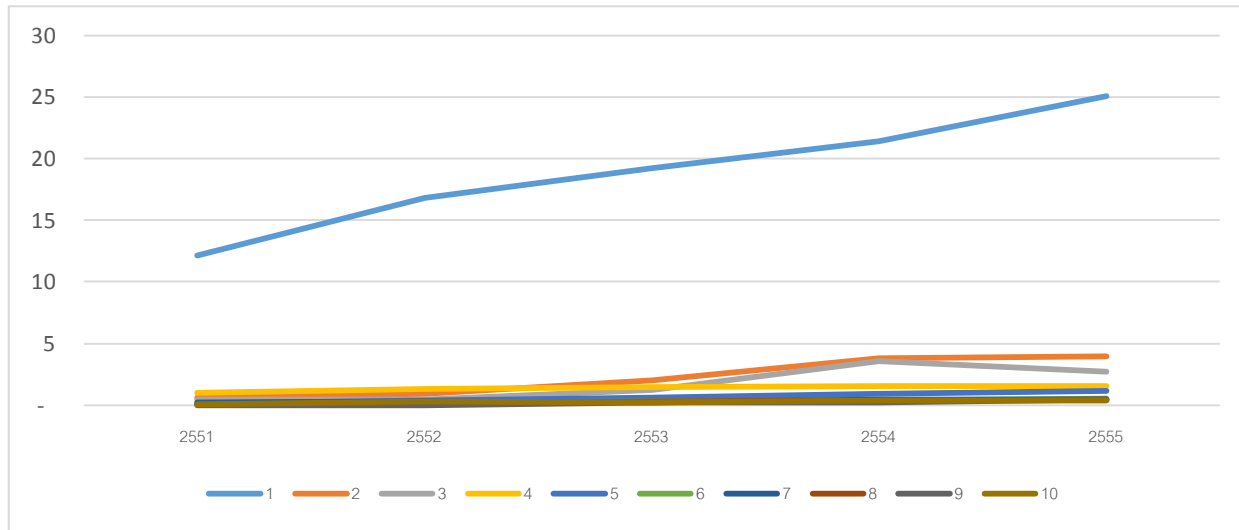
ประเภทอุปกรณ์ฯ	2551	2552	2553	2554	2555
1. ชุดประสาทหูเทียม (cochlear implant)/ชุดประสาทหูเทียม ชนิดฝังก้านสมอง (brainstem implant)	29,750,000	25,348,122	22,145,845	16,235,000	17,015,700
2. เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (pick-up-walker)	3,563,495	3,892,697	4,412,402	5,196,480	5,156,433
3. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสม กับความพิการได้	930,105	1,013,966	1,335,746	2,133,926	1,663,161
4. อุปกรณ์ประคองข้อเท้าแบบปรับมุมได้	858,092	995,853	1,027,824	1,050,502	1,646,797
5. เสื้อกพยุงลำตัว	1,260,174	1,194,675	1,297,173	1,336,217	1,460,047
6. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	940,688	1,069,685	964,721	1,176,775	1,245,733
7. ไม้ค้ำยัน	944,201	951,822	1,119,925	1,174,359	1,130,616
8. โลหะหรือพลาสติกตามหลังคด	471,590	550,418	612,943	588,238	748,204
9. สายคล้องแขน (arm sling)	197,584	269,059	326,189	312,715	369,511
10. ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม	364,337	329,577	289,153	293,757	294,924

รายการและจำนวนชิ้นการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 10 ลำดับแรกของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
พ.ศ. 2550-2555



ประเภทอุปกรณ์ฯ	2551	2552	2553	2554	2555
1. ไม้ค้ำยัน	3,777	4,193	4,571	4,692	4,786
2. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	750	909	1,059	1,199	1,395
3. ถังเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้	228	369	544	636	849
4. แป้นปิดรอบลำไส้	140	345	505	623	824
5. เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา	219	301	374	427	591
6. ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนใน	21	33	68	129	131
7. ขาเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ	59	34	86	104	131
8. ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม	68	52	72	95	107
9. ขาเทียมระดับหัวเข่า แขนใน	16	15	41	121	90
10. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับ ไม่ได้	36	44	61	56	85

ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2550-2555



ประเภทอุปกรณ์ฯ	2551	2552	2553	2554	2555
1. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	12,173,987	16,806,616	19,223,083	21,432,831	25,046,991
2. ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนใน	655,300	953,900	1,998,000	3,836,444	3,984,580
3. ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนใน	452,800	450,000	1,218,305	3,603,000	2,744,537
4. ไม้ค้ำยัน	994,475	1,336,768	1,459,109	1,520,854	1,573,956
5. แป้นปิดรอบลำไส้	149,342	382,188	618,916	894,958	1,192,225
6. ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้	75,189	191,511	268,181	385,292	555,605
7. รถนั่งคนพิการแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	232,820	307,118	227,547	488,026	465,319
8. แท้เทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ	64,990	93,860	269,420	374,310	455,050
9. ขาเทียมระดับสะโพก แขนใน	-	-	200,000	190,000	437,250
10. ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนนอก	110,550	289,131	247,400	360,000	411,181

ภาคผนวก 4
ข้อมูลการสำรวจโรงพยาบาล

ร้อยละของการตอบแบบสำรวจของโรงพยาบาล

จังหวัด	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	ที่ตอบแบบสำรวจ	รพ.ชุมชน	รพ.ชุมชน	ที่ตอบแบบสำรวจ
	จำนวน (แห่ง)	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. นครสวรรค์	1	1	100.0	12	10	83.3
2. พะเยา	2	1	50.0	5	3	60.0
3. สมุทรปราการ	3	1	33.3	4	3	75.0
4. นครราชสีมา	1	1	100.0	32	24	75.0
5. กาฬสินธุ์	1	0	0.0	13	4	30.8
6. นครศรีธรรมราช	1	1	100.0	18	5	27.8
7. น่าน	1	0	0.0	14	11	78.6
8. แม่ฮ่องสอน	1	1	100.0	6	5	83.3
9. สุโขทัย	2	1	50.0	7	7	100.0
10. สุพรรณบุรี	2	2	100.0	8	8	100.0
11. ประจวบฯ	2	0	0.0	6	4	66.7
12. สระแก้ว	2	2	100.0	5	5	100.0
13. สิงห์บุรี	2	2	100.0	4	4	100.0
14. สมุทรสงคราม	1	1	100.0	2	2	100.0

จังหวัด	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	รพ.ศูนย์/ทั่วไป ที่ตอบแบบสำรวจ		รพ.ชุมชน	รพ.ชุมชน ที่ตอบแบบสำรวจ	
	จำนวน (แห่ง)	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
15. ยโสธร	1	0	0.0	8	0	0.0
16. หนองคาย	1	1	100.0	9	9	100.0
17. ยะลา	2	2	100.0	6	6	100.0
18. ตรัง	1	0	0.0	8	7	87.5
19. ระนอง	1	1	100.0	4	4	100.0
20. กาญจนบุรี	2	2	100.0	14	14	100.0
รวม	30	20	66.7	185	135	73.0

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation)

การรับรอง	รพช.		รพศ./รพท.	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ยังไม่ได้รับการรับรอง	21	17.6	3	17.6
ได้รับการรับรอง	98	82.4	14	82.4
ระดับมาตรฐาน HA				
2	39	39.8	2	14.3
3	34	34.7	1	7.1
5	1	1.0	5	35.7
ไม่ระบุ	24	24.5	6	42.9
ปีที่รับรอง				
ก่อนปี 2550	4	4.1	-	-
2551	2	2.0	1	7.1
2552	3	3.1	1	7.1
2553	5	5.1	-	-
2554	12	12.2	3	21.5
2555	20	20.4	-	-
2556	32	32.7	8	57.2
2557	3	3.1	-	-

การรับรอง	รพช.		รพศ./รพท.	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ไม่ระบุ	17	17.3	1	7.1

การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการในโรงพยาบาล

การอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการใน โรงพยาบาล	รพช.					รพศ./รพท.				
	ไม่มี		มี		รวม (แห่ง)	ไม่มี		มี		รวม (แห่ง)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ช่องทางพิเศษให้บริการเฉพาะ (fast track)	42	32.6	87	67.4	129	3	15	17	85	20
ห้องน้ำที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้	5	3.7	129	96.3	134	1	5	19	95	20
ทางลาด	3	2.2	131	97.8	134	0	0	20	100	20
ลิฟต์ที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้	75	77.3	22	22.7	97	4	20	16	80	20
ที่จอดรถเฉพาะสำหรับคนพิการ	58	44.6	72	55.4	130	4	20	16	80	20
ทางเดินที่ปรับให้คนพิการใช้ร่วมได้	33	25.0	99	75.0	132	4	20	16	80	20

ฐานข้อมูลคนพิการในโรงพยาบาล

	รพช.		รพศ./รพท.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฐานข้อมูลคนพิการ				
มี	122	93.1	11	55
ไม่มี	4	3.1	4	20
ยังไม่มีแต่คาดว่าจะมี	5	3.8	5	25
คาดว่าจะมีในปี พ.ศ. 2557	3	60.0	2	40.0
คาดว่าจะมีในปี พ.ศ. 2558	2	40.0	1	20.0
ไม่ระบุ			2	40.0
ความครอบคลุมของฐานข้อมูล				
ครอบคลุม 100%	37	30.3	3	27.3
ไม่ครอบคลุมทั้งหมด	81	66.4	8	72.7
ไม่ระบุ	4	3.3		
ครอบคลุมร้อยละ				
ต่ำกว่า 50	1	1.2		
51-80	32	39.5	4	50.0
81 ขึ้นไป	36	44.4	3	37.5
ไม่ระบุ	12	14.8	1	12.5

จำนวนคนพิการที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ประเภทความพิการ	สิทธิ	รพช.			รพศ./รพท.		
		จน.รพ. (แห่ง)	จน.คนพิการ (คน)	จน.คนพิการ เฉลี่ย/รพ.	จน.รพ. (แห่ง)	จน.คนพิการ (คน)	จน.คนพิการ เฉลี่ย/รพ.
การเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย	ท.74	93	11,718	126	11	3,335	303
	ข้าราชการ	46	981	21	7	141	20
	ปกส.	30	164	6	9	1,329	148
	ไม่ระบุ	14	5002	357	5	3295	659
รวม		107	17,865	167	17	8,100	476
การได้ยินหรือสื่อความหมาย	ท.74	30	1,757	59	3	797	266
	ข้าราชการ	10	91	9	2	42	21
	ปกส.	4	32	8	2	58	29
	ไม่ระบุ	4	688	172	2	3,187	1,594
รวม		34	2,568	76	5	4,084	817
การเห็น	ท.74	33	2,461	75	4	503	126
	ข้าราชการ	11	133	12	2	9	5
	ปกส.	6	28	5	1	5	5

ประเภทความพิการ	สิทธิ	รพช.			รพศ./รพท.		
		จน.รพ. (แห่ง)	จน.คนพิการ (คน)	จน.คนพิการ เฉลี่ย/รพ.	จน.รพ. (แห่ง)	จน.คนพิการ (คน)	จน.คนพิการ เฉลี่ย/รพ.
รวม	ไม่ระบุ	5	874	175	2	122	61
		38	3,496	92	6	639	107
	สติปัญญา						
	ท.74	30	1,251	42	4	322	81
	ข้าราชการ	7	70	10	1	9	9
รวม	ปกส.	1	1	1	1	16	16
	ไม่ระบุ	4	682	170	2	160	80
		34	2,004	59	6	507	85
	จิตใจ/พฤติกรรม						
	ท.74	33	1,805	55	5	906	181
รวม	ข้าราชการ	5	119	24	2	6	3
	ปกส.	3	43	14	1	8	8
	ไม่ระบุ	6	866	144	1	75	75
		39	2,833	73	6	995	166
	การเรียนรู้						
รวม	ท.74	20	249	13	5	789	158
	ข้าราชการ	1	2	2	1	3	3
	ปกส.	0	0	0	1	9	9
	ไม่ระบุ	4	58	15	1	1	1
		24	309	13	6	802	134

ประเภทความพิการ	สิทธิ	รพช.			รพศ./รพท.		
		จน.รพ. (แห่ง)	จน.คนพิการ (คน)	จน.คนพิการ เฉลี่ย/รพ.	จน.รพ. (แห่ง)	จน.คนพิการ (คน)	จน.คนพิการ เฉลี่ย/รพ.
รวมทั้งหมด		107	29,075	271	17	15,127	890

ท.74 = หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับคนพิการ

ปกส.=ประกันสังคม

ข้าราชการ = สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

รูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)

ประเภทความพิการ	บริการผู้ป่วยนอก					บริการผู้ป่วยใน				
	รพช.		รพศ./รพท (20 แห่ง)			รพช.		รพศ./รพท (20 แห่ง)		
	จน.รพ. (แห่ง)	จน.รพ.ที่ ให้บริการ (แห่ง)	ร้อยละ	จน.รพ.ที่ ให้บริการ (แห่ง)	ร้อยละ	จน.รพ. (แห่ง)	จน.รพ.ที่ ให้บริการ (แห่ง)	ร้อยละ	จน.รพ.ที่ ให้บริการ (แห่ง)	ร้อยละ
การเคลื่อนไหว/ทาง ร่างกาย	131	120	91.6	20	100.0	128	117	91.4	19	95.0
การได้ยินหรือสื่อ ความหมาย	127	28	22	14	70.0	124	21	16.9	10	50.0
การเห็น	127	30	23.6	11	55.0	124	24	19.4	8	40.0
สติปัญญา	125	44	35.2	18	90.0	121	37	30.6	8	40.0
จิตใจ/พฤติกรรม	126	69	54.8	19	95.0	123	56	45.5	10	50.0
การเรียนรู้	126	47	37.3	16	80.0	122	34	27.9	8	40.0

รูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (บริการในชุมชน)

ประเภทความพิการ	บริการในชุมชน				
	รพช.			รพศ./รพท (20 แห่ง)	
	จน.รพ. (แห่ง)	จน.รพ.ที่ ให้บริการ (แห่ง)	ร้อยละ	จน.รพ.ที่ ให้บริการ (แห่ง)	ร้อยละ
การเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย	127	119	93.7	19	95.0
การได้ยินหรือสื่อความหมาย	124	26	21	3	15.0
การเห็น	124	32	25.8	5	25.0
สติปัญญา	122	44	36.1	5	25.0
จิตใจ/พฤติกรรม	124	65	52.4	8	40.0
การเรียนรู้	123	43	35	4	20.0

รายการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

รายการ	รพช. (135 แห่ง)		รพศ./รพท (20 แห่ง)	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
การทำกายภาพบำบัด	123	91	20	100
การทำกิจกรรมบำบัด	0	0	14	70
การทำพฤติกรรมบำบัด	0	0	15	75
บำบัดโปรแกรม orientation & mobility training คนตาบอด	13	10	9	45
การสอนภาษาเบรล	0	0	8	40
ฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ	25	19	2	10
การฟื้นฟูการได้ยินหรือสื่อความหมาย	0	0	1	5
การแก้ไขการพูด	0	0	1	5
โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต	0	0	8	40
โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการ	0	0	10	50
จิตบำบัด	0	0	11	55
อรรถบำบัด	0	0	3	15

บริการตรวจประเมินความพิการเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการและให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

บริการ	รพช.					รพศ./รพท.				
	ไม่มี		มี		รวม	ไม่มี		มี		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บริการตรวจประเมินความพิการเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ										
การเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย	5	3.7	129	96.3	134	0	0	20	100	20
การได้ยินหรือสื่อความหมาย	77	57.9	56	42.1	133	1	5	19	95	20
การเห็น	51	38.3	82	61.7	133	2	10	18	90	20
สติปัญญา	54	40.6	79	59.4	133	3	15	17	85	20
จิตใจหรือพฤติกรรม	51	38.3	82	61.7	133	4	20	16	80	20
การเรียนรู้	58	43.6	75	56.4	133	4	20	16	80	20
บริการตรวจประเมินความพิการเพื่อให้กายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ฯ										
อุปกรณ์ฯ การเคลื่อนไหว	14	10.4	120	89.6	134	1	5	19	95	20
อุปกรณ์ฯ การได้ยิน	125	93.3	9	6.7	134	5	25	15	75	20
อุปกรณ์ฯ การสื่อความหมาย	127	94.8	7	5.2	134	11	55	9	45	20
อุปกรณ์ฯ การมองเห็น	116	86.6	18	13.4	134	8	40	12	60	20
อุปกรณ์ฯ ส่งเสริมพัฒนาการและทักษะด้านที่บกพร่อง	114	85.1	20	14.9	134	10	50	10	50	20

การตรวจประเมิน ก่อน-หลังให้บริการฟื้นฟูฯ แบบผู้ป่วยใน

การตรวจประเมิน	ก่อนให้บริการ				หลังให้บริการ				รวม
	ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รพช.									
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	21	15.9	111	84.1	24	18.2	108	81.8	132
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	16	12.1	116	87.9	20	15.2	112	84.8	132
ความสามารถในการขับถ่าย	44	33.3	88	66.7	46	34.8	86	65.2	132
ประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ	57	43.5	74	56.5	60	45.5	72	54.5	132
รพศ./รพท.									
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	5	28	13	72	4	22	14	78	18
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	3	17	15	83	1	6	17	94	18
ความสามารถในการขับถ่าย	7	39	11	61	7	39	11	61	18
ประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ	10	56	8	44	9	50	9	50	18

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการทำงานของสมอง

เครื่องมือในการตรวจประเมิน ก่อน - หลัง ให้บริการฟื้นฟู	จน.รพ. (แห่ง)	รพช.		แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพศ./รพท. (16 แห่ง)	
		ใช้ในการประเมินผล		ใช้ในการประเมินผล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning)					
Bathel Index (BI)	129	101	78.3	12	75
Function Independent Measure (FIM)	128	22	17.2	4	25
Short Form 36 (SF-36)	127	5	3.9	1	6
The Sirinthorn National Medical Rehabilitation Center Assessment (SNMRC)	126	7	5.6	2	13
เครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาเอง	124	24	19.4	4	25
เครื่องมือประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive function)					
Mini-Mental State Examination (MMSE)	124	25	20.2	2	13
Chula Mental Test	124	7	5.6	2	13
Short Form 36 (SF-36)	124	4	3.2	1	6
The Sirinthorn National Medical Rehabilitation Center Assessment (SNMRC)	124	7	5.6	2	13
เครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาเอง	124	9	7.3	3	19

ความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (รพช.)

ประเภทความพิการ	สิทธิ	จน. รพ. (แห่ง)	จน. คนพิการ (คน)	รพช.			
				จำเป็น		ได้รับ	
				จน. (คน)	ร้อยละ	จน. (คน)	ร้อยละ
การเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย	ท.74	70	9,081	2,728	30.0	1,899	69.6
	ข้าราชการ	24	453	215	47.5	189	87.9
	ปกส.	14	68	29	42.6	23	79.3
การได้ยินหรือสื่อความหมาย	ท.74	11	514	105	20.4	13	12.4
	ข้าราชการ	4	50	19	38.0	1	5.3
	ปกส.	2	27	26	96.3	0	0.0
การมองเห็น	ท.74	12	1,246	492	39.5	482	98.0
	ข้าราชการ	4	53	31	58.5	26	83.9
	ปกส.	2	5	5	100.0	5	100.0
สติปัญญา	ท.74	2	48	5	10.1	4	80.0
	ข้าราชการ	1	56	1	1.8	1	100.0
	ปกส.	-/-	0	0	0.0	0	0.0
จิตใจหรือพฤติกรรม	ท.74	-/-	0	0	0.0	0	0.0
	ข้าราชการ	-/-	0	0	0.0	0	0.0

ประเภทความพิการ	สิทธิ	จน. รพ. (แห่ง)	จน. คนพิการ (คน)	รพช.			
				จำเป็น		ได้รับ	
				จน. (คน)	ร้อยละ	จน. (คน)	ร้อยละ
การเรียนรู้	ปกส.	-/-	0	0	0.0	0	0.0
	ท.74	2	3	3	100.0	1	33.3
	ข้าราชการ	0	0	0	0.0	0	0.0
	ปกส.	0	0	0	0.0	0	0.0

ความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (รพศ./รพท.)

ประเภทความพิการ	สิทธิ	จน. รพ. (แห่ง)	จน. คนพิการ (คน)	รพศ./รพท.			
				จำเป็น		ไม่จำเป็น	
				จน. (คน)	ร้อยละ	จน. (คน)	ร้อยละ
การเคลื่อนไหว/ทางร่างกาย	ท.74	6	2,134	471	22.1	453	96.2
	ข้าราชการ	3	23	23	100.0	23	100.0
	ปกส.	3	12	12	100.0	12	100.0
การได้ยินหรือสื่อความหมาย	ท.74	1	226	150	66.4	104	69.3
	ข้าราชการ	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ปกส.	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
การมองเห็น	ท.74	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ข้าราชการ	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ปกส.	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-

ประเภทความพิการ	สิทธิ	จน. รพ. (แห่ง)	จน. คนพิการ (คน)	รพศ./รพท.			
				จำเป็น		ไม่จำเป็น	
				จน. (คน)	ร้อยละ	จน. (คน)	ร้อยละ
สติปัญญา	ท.74	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ข้าราชการ	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ปกส.	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
จิตใจหรือพฤติกรรม	ท.74	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ข้าราชการ	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ปกส.	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
การเรียนรู้	ท.74	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ข้าราชการ	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
	ปกส.	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-

การเตรียมความพร้อมให้กับคนพิการหรือผู้ดูแลก่อนมอบอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

	รพช. (133 แห่ง)		รพศ./รพท.							
			เวชศาสตร์ฟื้นฟู (20 แห่ง)		โสต ศอ นาสิก (11 แห่ง)		จักษุ (9 แห่ง)		จิตเวช/กุมารเวช (13 แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แนะนำข้อมูล สาธิต และฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการใช้งาน	121	91.0	18	90.0	9	45	6	66.7	4	30.8

ทดสอบและประเมิน การใช้งาน	114	85.7	19	95.0	9	45	6	66.7	3	23.1
ปรับแก้อุปกรณ์ฯ ก่อน หากไม่เหมาะสมกับคน พิการ	108	81.2	18	90.0	7	35	4	44.4	1	7.7
แนะนำวิธีการดูแล ซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ เบื้องต้น	115	86.5	17	85.0	9	45	4	44.4	2	15.4

การติดตามการใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

วิธีการ	รพช.			รพศ./รพท.							
	จน.รพ (แห่ง)	เวชศาสตร์ฟื้นฟู (20 แห่ง)		โสต ศอ นาสิก (11แห่ง)		จักษุ (9แห่ง)		จิตเวช กุมารเวช (13แห่ง)			
จนท.สถานพยาบาล หรือตัวแทน เช่น อสม./ อผส.ติดตามการใช้งาน ที่บ้านคนพิการ	132	100	75.8	10	50	1	9.1	1	11.1	2	14.3
ส่งจดหมาย/โทรศัพท์ สอบถาม	131	39	29.8	5	25	6	54.5	3	33.3	4	28.6
นัดหมายมาที่ โรงพยาบาล หรือ สถานที่อื่นๆ	131	72	55.0	13	65	8	72.7			7	50
ติดตามผ่าน กล้องรับ เสียงร้องเรียน/ facebook /line/ e-mail	129	23	17.8	5	25	1	9.1	4	44.4	1	7.1

การแก้ปัญหากรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการชำรุด

	รพช.				รพศ./รพท.						
	จน.รพ (แห่ง)			เวชศาสตร์ฟื้นฟู (20 แห่ง)		โสต ศอ นาสิก (11แห่ง)		จักษุ (9แห่ง)		จิตเวช กุมารเวช (13แห่ง)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เบิกให้ใหม่	133	109	82.0	18	90.0	8	72.7	1	11.1	2	15.4
โรงพยาบาลจัดซ่อม/ ปรับแก้เอง	120	48	40.0	14	70.0	5	45.5	0	0.0	2	15.4
ส่งให้สถานพยาบาลอื่น ซ่อม/ปรับแก้	131	53	40.5	7	35.0	2	18.2	0	0.0	2	15.4
ส่งให้เอกชนหรือ สถาบันการศึกษาเป็นผู้ ซ่อม/ปรับแก้	129	12	9.3	2	10.0	7	63.6	0	0.0	1	7.7
คนพิการเป็นผู้จัดหา สถานที่และซ่อมบำรุง เอง	128	46	35.9	8	40.0	1	9.1	0	0.0	2	15.4

การจัดหาอุปกรณ์คนพิการที่มีมูลค่าสูง (high-cost) ของ รพศ./รพท.

ช่องทาง	ไม่ใช่		ใช่		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรงพยาบาลสามารถผลิตหรือดัดแปลงได้เอง	16	80	4	20	20
รับสนับสนุนจากศูนย์สิรินธรฯ	5	25	15	75	20
รับสนับสนุนจากสถานพยาบาลในเครือข่าย	18	90	2	10	20
รับสนับสนุนหน่วยงานอื่น ๆ	7	35	13	65	20

กลุ่มอุปกรณ์ที่เป็นหน่วยบริการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง (ความร่วมมือกับศูนย์สิรินธรฯ)

กลุ่มอุปกรณ์	ไม่ใช่ (7 แห่ง)		ใช่ (13 แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กายอุปกรณ์	1	8	12	92
รถนั่งคนพิการ	5	38	8	62
การมองเห็น	11	85	2	15
สื่อส่งเสริมพัฒนาการ	13	100	0	0

การดำเนินงานร่วมกับศูนย์สิทธิรตราของโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง

การดำเนินงาน	น้อย		ปานกลาง		มาก		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เข้าใจและสามารถทำตามแนวทางการสนับสนุนที่ศูนย์สิทธิรตรากำหนดได้	6	54.5	4	36.4	1	9.1	11
สามารถจัดหาได้ทันเวลาและความต้องการ	5	55.6	3	33.3	1	11.1	9
มีสถานที่และมีพื้นที่เก็บอุปกรณ์	2	40.0	2	40.0	1	20.0	5
การจัดการ การประสานงานร่วมกันกับศูนย์สิทธิรตรา	4	40.0	5	50.0	1	10.0	10

การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในโรงพยาบาล

รายการอุปกรณ์	รพช.			รพศ./รพท.		
	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ
1. เครื่องช่วยการมองเห็นสำหรับคนสายตาสั้น (visual aids)	135			-/-	-/-	-/-
2. แว่นขยายแบบมือถือชนิดพกพาที่มีแสงไฟในตัว	135			4	3	2
3. กล้องส่องดูไกลแบบตาเดียวหรือแบบสองตา	135			3	3	3
4. เลนส์ขยายแบบที่ใช้วางทับบนวัตถุ	135			3	5	1
5. แว่นตาแบบครึ่งตาสั้นมีปริซึม	135			5	4	
6. เลนส์ขยายแบบวางตั้ง ชนิดไม่มีไฟ	135			4	3	2
7. แว่นขยายแบบปรับทิศทางชนิดไม่มีไฟ	135			6	2	1
8. ชุดประสาทหูเทียม (cochlear implant)	135			11		
9. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี	135			7	3	1
10. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	133	2		3	3	5
11. ฝาครอบช่วยพูด (speaking valve)	135			11		
12. เครื่องช่วยพูด	132	3		11		
13. สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง	120	13	2	13	7	
14. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดทำนิ้ว มีระบบการ ใช้งาน	133	1	1	12	6	2

รายการอุปกรณ์	รพช.			รพศ./รพท.		
	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ
15. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบ การใช้งาน	135			10	8	2
16. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ	135			12	6	2
17. แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลาย ชนิดห้านิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วย มือ	135			12	6	2
18. แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ ข้อศอกล็อก ได้ด้วยมือ	135			13	6	1
19. แขนเทียมชนิดไหล่หรือแนบไหล่ ส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	135			15	4	1
20. แขนเทียมระดับเหนือศอก แบบ 5 นิ้ว เหมือนของจริง ระบบ ใช้งานได้	135			14	4	2
21. เบ้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	135			9	10	1
22. เบ้าแขนเทียมระดับศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	135			9	9	2
23. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)	135			9	9	2
24. เบ้าแขนเทียมระดับไหล่ (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) หรือ ค่าซ่อม	135			14	5	1
25. สายบังคับแขนเทียม (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะสาย) หรือค่า ซ่อม	134	1		11	8	1

รายการอุปกรณ์	รพช.			รพศ./รพท.		
	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ
26. ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)	129	6		5	14	1
27. ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนนอก	130	5		6	14	20
28. ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนใน	128	7		10	7	3
29. ขาเทียมระดับข้อเข่า	129	6		8	11	1
30. ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนนอก	131	4		6	13	1
31. ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนใน	129	6		8	7	5
32. ขาเทียมระดับสะโพก แขนนอก	132	3		17	2	1
33. ขาเทียมระดับสะโพก แขนใน	130	5		15	3	2
34. เท้าเทียมที่ต้องใส่กับขาเทียมแบบต่างๆ	128	7		6	13	1
35. เบ้าขาเทียมใต้เข่า	127	8		6	14	
36. เบ้าขาเทียมระดับเข่า	127	8		6	14	
37. เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่า	128	7		6	14	
38. เบ้าขาเทียมระดับสะโพก	132	3		13	5	2
39. สายเข็มขัดเทียม	128	7		5	14	1
40. แป้นสายเข็มขัด	128	7		4	15	1
41. โลหะตามขาภายนอก - เด็กเล็ก ตามข้อเข่า (knee-orthosis)	135			10	7	3
42. โลหะตามขาภายนอก - ขาเด็ก ขนาดกลางตามข้อเท้า (knee-orthosis)	134	1		9	8	3

รายการอุปกรณ์	รพช.			รพศ./รพท.		
	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ
43. โลหะตามขาภายนอก - ขาขนาดใหญ่ ตามข้อเข่า (knee-orthosis)	134	1	1	10	8	2
44. PTB brace	134		1	10	9	1
45. ที่คลุมเข่า knee pad	131	1	2	10	9	1
46. ไม้ค้ำยันรักแร้แบบลูมิเนียม	56	55	24	8	10	2
47. ไม้เท้าลูมิเนียมแบบสามขา	37	72	26	5	14	1
48. ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ทำด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม	106	20	9	13	7	
49. ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (anterior wheel walker)	100	18	17	14	5	1
50. ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (anterior wheel walker)	101	18	16	12	7	1
51. รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก	127	5	3	14	5	1
52. รองเท้าคนพิการขนาดกลาง	126	5	4	14	5	1
53. รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่	126	5	4	14	5	1
54. รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ	127	5	3	14	5	1
55. รองเท้าเสริมฝ่าเท้าและส้นเท้า	124	6	5	12	7	1
56. ค่าตัดแปลงรองเท้าคนพิการ	125	5	5	11	9	
57. รองเท้าเสริมส่วนหน้า	124	4	4	11	7	2
58. รองเท้าตัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการขาที่เท้าหรือ เท้าผิดปกติ	90	36	9	10	5	5

รายการอุปกรณ์	รพช.			รพศ./รพท.		
	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ
59. แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่	121	8	6	9	9	2
60. แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก	123	8	4	11	8	1
61. เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า	126	6	3	10	10	
62. T-strap	130	4	1	9	10	1
63. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสม กับความพิการได้	85	27	23	9	6	5
64. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้	48	55	32	7	11	2
65. เบาะรองนั่งสำหรับผู้พิการ	108	14	13	8	11	1
66. ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยอัมพาต	105	11	19	15	2	3
67. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 1 ปี (ฉบับประกอบวีดิทัศน์)	115	13	7	-/-	-/-	-/-
68. ดีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด – 1 ปี	115	14	6	10	1	4
69. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-2 ปี (ฉบับประกอบวีดิทัศน์)	115	13	7	-/-	-/-	-/-
70. ดีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-2 ปี	114	15	6	10	1	4
71. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-3 ปี (ฉบับประกอบวีดิทัศน์)	115	13	7	-/-	-/-	-/-
72. ดีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 2-3 ปี	115	13	7	10	1	4

รายการอุปกรณ์	รพช.			รพศ./รพท.		
	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ	ไม่มี บริการ	มีบริการ เพียงพอ	มีบริการไม่ เพียงพอ
73. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-4 ปี (ฉบับประกอบวีดีทัศน์)	113	13	9	-/-	-/-	-/-
74. ดีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 3-4 ปี	113	14	8	10	1	4
75. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 4-5 ปี (ฉบับประกอบวีดีทัศน์)	114	13	8	-/-	-/-	-/-
76. ดีวีดีส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 4-5 ปี	115	12	8	10	1	4

ปัญหาการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

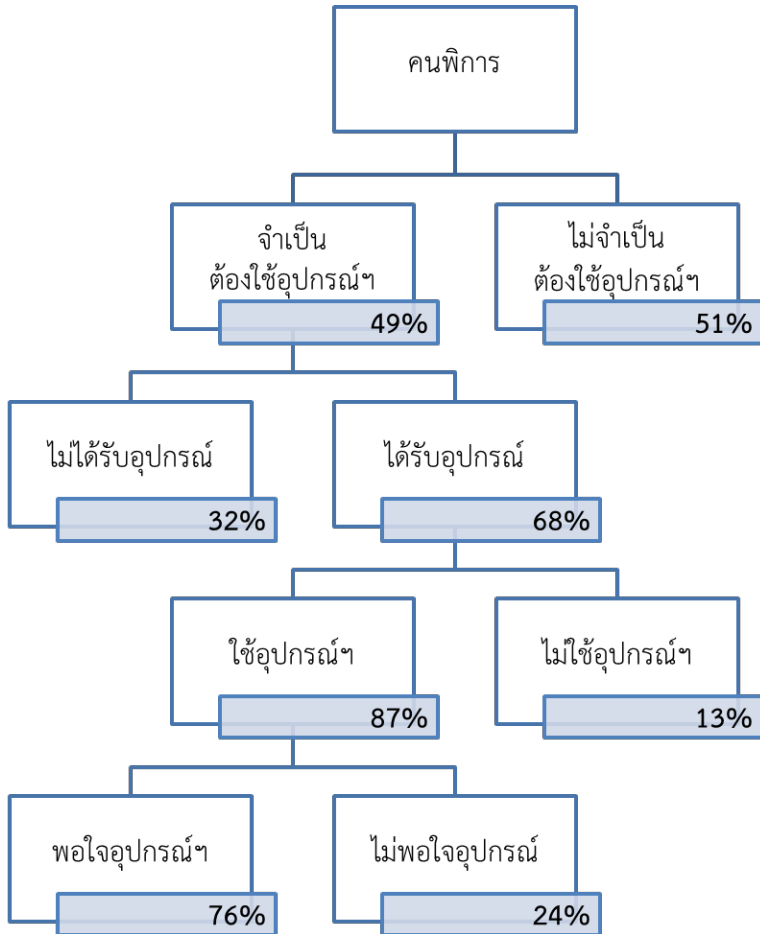
	จน.รพ (แห่ง)	รพช.		รพศ./รพท.							
		จำนวน	ร้อยละ	เวชศาสตร์ฟื้นฟู (20 แห่ง)		โสต ศอ นาสิก (11แห่ง)		จักษุ (9แห่ง)		จิตเวช กุมารเวช (13แห่ง)	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ ล่าช้า	131	56	42.7	6	30	5	45.5	1	11.1	0	0.0
งบประมาณไม่เพียงพอ	131	57	43.5	8	40	6	54.5	1	11.1	2	15.4
คนพิการร้องเรียน เนื่องจากความไม่เท่า เทียมกันของสิทธิ ประโยชน์	131	9	6.9	1	5	0	0.0	1	11.1	0	0.0
คนพิการร้องเรียนเรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายเงิน	131	8	6.1	1	5	0	0.0	1	11.1	1	7.7
ถูกร้องเรียนจากคน พิการในเรื่องความ ล่าช้าของการได้รับ อุปกรณ์	131	18	13.7	2	10	4	36.4	0	0.0	0	0.0
ขาดแคลนบุคลากร	127	73	57.5	11	55	5	45.5	4	44.4	6	46.2
สถานที่เก็บคับแคบ/ไม่	128	83	64.8	11	55	2	18.2	4	44.4	3	23.1

	จน.รพ (แห่ง)	รพช.		รพศ./รพท.							
		จำนวน	ร้อยละ	เวชศาสตร์ฟื้นฟู (20 แห่ง)		โสต ศอ นาสิก (11แห่ง)		จักษุ (9แห่ง)		จิตเวช กุมารเวช (13แห่ง)	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีที่เก็บ											
ไม่มีบริการซ่อมบำรุง กายอุปกรณ์	127	74	58.3	9	45						
ไม่มีบริการซ่อมบำรุง อุปกรณ์	128	72	56.3	7	35	3	27.3	3	33.3	1	7.7
ขาดการส่งต่อข้อมูล ระหว่างสถานพยาบาล	127	57	44.9	7	35	3	27.3	0	0.0	1	7.7
ระบบบันทึกข้อมูล ยุ่งยาก ซับซ้อน	125	48	38.4	8	40	3	27.3	0	0.0	1	7.7

การจัดการด้านงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

ช่องทาง	รพ.ชุมชน		รพศ./รพท. (แผนก)								
			เวชศาสตร์ฟื้นฟู (20 แห่ง)		โสต ศอ นาสิก (11 แห่ง)		จักษุ (8 แห่ง)		จิตเวช/กุมาร เวช (13 แห่ง)		
	จน.รพ. ทั้งหมด	จน.	ร้อยละ	จน.	ร้อยละ	จน.	ร้อยละ	จน.	ร้อยละ	จน.	ร้อยละ
เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพ (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, ประกันสังคม)	131	114	87.0	19	95.0	8	72.7	6	75.0	8	61.5
เป็นหน่วยผลิตกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ บางประเภท	132	8	6.1	11	55.0	0	0.0	1	12.0	1	7.7
รับสนับสนุนจากมูลนิธิ หรือหน่วยงานอื่นๆ เช่น กาชาดจังหวัด,องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO)	132	45	34.1	5	25.0	1	9.1	1	12.0	1	7.7
รับสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น พมจ. อบต. อบจ.	131	52	39.7	6	30.0	0	0.0	1	12.0	1	7.7
รับสนับสนุนจากประชาชน/ภาคเอกชน	131	47	35.9	8	40.0	0	0.0	1	12.0	1	7.7

สัดส่วนคนพิการที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ



ที่มา ประยุกต์จากข้อมูลการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ และการสำรวจคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตคนพิการในการศึกษานี้

ภาคผนวก 6
ค่าเสียโอกาสต่อปีของคนพิการ
ที่เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ฯ



วิธีคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาส

ค่าเสียโอกาสจากการไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ = $A \times D \times E$

ค่าเสียโอกาสจากการได้รับอุปกรณ์แต่ไม่ได้ใช้ = $(A + B) \times D \times F$

ค่าเสียโอกาสจากการจำใจใช้อุปกรณ์ฯ = $C \times H \times D \times G$

โดย

- A. รายได้ที่ต้องสูญเสียเนื่องจากการไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ จำนวนจากผลต่างรายได้ของคนพิการที่ได้รับและไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ (10,536 บาทต่อปี)
- B. ค่าเฉลี่ยการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ต่อคนต่อปี (4,842 บาทต่อปี) ที่มา การเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของแต่ละสิทธิประกันสุขภาพ ปี พ.ศ. 2552 – 2555

- C. ปีสุขภาวะที่ต้องสูญเสียเนื่องจากการจำใจใช้อุปกรณ์ คำนวณจากผลต่างปีสุขภาวะของคนพิการพึงพอใจและไม่พึงพอใจจากอุปกรณ์ฯ (0.054 ปีสุขภาวะ)
- D. จำนวนคนพิการ พ.ศ. 2556 (1,500,000 คน) ที่มา : สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- E. สัดส่วนคนพิการที่ไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ (ร้อยละ 16) ที่มา : ข้อมูลการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- F. สัดส่วนคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ฯ แต่ไม่ได้ใช้ (ร้อยละ 4) ที่มา : ข้อมูลการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- G. สัดส่วนคนพิการที่จำใจใช้อุปกรณ์ฯ คำนวณจากจำนวนคนพิการที่ใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่องแต่ไม่พึงพอใจในอุปกรณ์ (ร้อยละ 7)
- H. มูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อปีสุขภาวะ (160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ) ที่มา : รายงานการประชุมอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ภาคผนวก 7

แบบสอบถามการจัดบริการในโรงพยาบาล

แบบสอบถามการสำรวจโรงพยาบาล สามารถดาวน์โหลดได้ที่ (คลิกที่ เอกสารเพิ่มเติม ประเภทอื่นๆ)

<http://www.hitap.net/research/disabledpersons/>

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ (คลิกที่ เอกสารเพิ่มเติม ประเภทอื่นๆ)

<http://www.hitap.net/research/disabledpersons/>

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของคนพิการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ (คลิกที่ เอกสารเพิ่มเติม ประเภทอื่นๆ)

<http://www.hitap.net/research/disabledpersons/>

คำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

ประเด็นคำถาม: กลุ่มคนพิการและองค์กร(เพื่อ)คนพิการ

1. คนพิการส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลการขึ้นทะเบียนคนพิการ การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจากแหล่งใด เมื่อใด ข้อมูลที่คนพิการส่วนใหญ่ได้รับมีอย่างไรบ้าง ข้อมูลแต่ละแหล่งมีประโยชน์หรือไม่ประการใด นอกจากนั้นท่านคิดว่าปัจจุบันคนพิการมีปัญหาการเข้าถึงข้อมูลหรือไม่ อย่างไรบ้าง
2. โดยส่วนใหญ่แล้วคนพิการตัดสินใจอย่างไรในการเลือกโรงพยาบาลเพื่อรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะทาง คุณภาพและความสามารถของโรงพยาบาล)
3. คนพิการหรือท่านมีวิธีแก้ปัญหาอย่างไร หากโรงพยาบาลที่คนพิการหรือท่านมีสิทธิอยู่ไม่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องการ (เช่น ไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีแพทย์เฉพาะทางหรือนักกายภาพ)
4. คนพิการหรือท่านคิดว่าการให้บริการดังต่อไปนี้ของสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความแตกต่างหรือไม่ อย่างไร
 - 4.1. อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (เช่น จำนวน รายการชนิด คุณภาพ เงื่อนไขการเบิกจ่าย โอกาสในการเลือกรับบริการหรืออุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ)
 - 4.2. การปฏิบัติของโรงพยาบาลในการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (เช่น การสนับสนุน การส่งมอบ การซ่อมบำรุงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ)
 - 4.3. การให้บริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อคนพิการ (เช่น คุณภาพของการบริการ การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาในการรอรับบริการ)
5. หน่วยงานของท่านหรือท่าน คิดว่านอกจากความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากปัจจัยด้านสิทธิรักษาพยาบาลแล้ว มีความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา ด้านอื่นๆ เช่น ระยะทาง ความ

ลำบากในการเดินทาง การคมนาคมขนส่ง รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร) ที่เกี่ยวข้องใน แต่ละประเภทความพิการหรือไม่ เพียงใด

6. หน่วยงาน/องค์กรของท่านหรือท่านเคยได้รับการร้องเรียน หรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเรื่องการรับบริการหรือไม่ อย่างไร แล้วเรื่องร้องเรียนหรือประสบการณ์เหล่านั้นคิดว่าเพราะสาเหตุใด แล้วหน่วยงาน/องค์กรหรือท่านมีวิธีจัดการอย่างไร
7. คนพิการหรือท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อ**ความต้องการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และการเข้าถึงบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ** (เช่น การดำเนินชีวิตประจำวันของคนพิการ ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ระบบขนส่งสาธารณะ การยอมรับความพิการของตน ความแตกต่างทางสิทธิ์ประกันสุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ-สังคม ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาพามาโรงพยาบาล)
8. คนพิการหรือท่านคิดว่า**การให้บริการของภาครัฐในปัจจุบันส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนพิการดีขึ้นหรือไม่** คนพิการหรือท่านคิดว่า**การมี พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี พ.ศ. 2550** มีผลหรือไม่ต่อคุณภาพชีวิตคนพิการ
9. คนพิการหรือท่านอยากให้**ภาครัฐสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือบริการทางการแพทย์อื่นๆ** เพิ่มเติมหรือไม่ อะไรบ้าง (คนพิการหรือท่าน อยากให้**ภาครัฐสนับสนุนสวัสดิการอื่นๆ** ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์เพิ่มเติมหรือไม่ อะไรบ้าง)
10. บทบาทหน่วยงาน/องค์กรของท่าน มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการเรื่องใดบ้าง ช่วยอธิบายปัญหาเหล่านั้น
11. คนพิการหรือท่านคิดว่า**ในปัจจุบันการสนับสนุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของภาครัฐ** มีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง คนพิการ/ท่าน มีวิธีแก้ไขหรือขอเสนอแนะต่อปัญหาดังกล่าวอย่างไร
12. คนพิการ/ท่าน คิดว่า**ปัญหาที่สำคัญในลำดับต้นๆ** ที่คนพิการ/ท่าน ต้องการให้**ภาครัฐแก้ไขคืออะไร** เพราะอะไรและควรดำเนินการอย่างไร (ทั้งด้านการแพทย์และสังคม)

ประเด็นคำถาม: กลุ่มผู้ให้บริการ

1. ประเด็นเรื่องข้อมูลสิทธิที่จะได้รับบริการตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550:

- 1.1. หน่วยงานหรือสถานพยาบาล/ผู้ให้บริการในเขตรับผิดชอบของท่าน รับผิดชอบต่อข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของคนพิการและมีวิธีการถ่ายทอดข้อมูลภายใน/ระหว่างหน่วยงานอย่างไร
- 1.2. หน่วยงานของท่านมีการถ่ายทอดข้อมูลไปสู่คนพิการอย่างไร ทั้งเชิงรับ (การให้ข้อมูลแก่คนพิการที่มาใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข) และเชิงรุก (การให้ข้อมูลแก่คนพิการในชุมชน รวมถึงสื่อสารสาธารณะในชุมชน)
- 1.3. หน่วยงานของท่านมีปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าถึงข้อมูลของคนพิการอย่างไร อภิปรายจำแนกตามประเภทความพิการ
- 1.4. หน่วยงานหรือสถานพยาบาล/ผู้ให้บริการในเขตรับผิดชอบของท่าน มีฐานข้อมูลคนพิการที่มีสิทธิ/ควรได้รับ/ได้รับบริการฟื้นฟู/อุปกรณ์ฯ ในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร และมีความครอบคลุมคนพิการมากน้อยเพียงใด

2. ประเด็นเรื่องการบริหารจัดการ:

- 2.1. หน่วยงานของท่านมีวิธีการในการจัดการปัญหาเรื่องบุคลากรเกี่ยวกับการจัดบริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ให้คนพิการอย่างไร ทั้งระดับปฏิบัติการ (สถานพยาบาล) และระดับนโยบาย (สสจ. สปสช. เขต และหน่วยงานอื่นๆ)
- 2.2. หน่วยงานของท่านมีวิธีการในการจัดการปัญหาเรื่องงบประมาณการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างไร แหล่งที่มาของงบประมาณมีความซ้ำซ้อนหรือไม่
- 2.3. แนวทางในการจัดซื้อ/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในปัจจุบันมีความแตกต่างกัน ส่งผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งเรื่องของคุณภาพและระยะเวลาการรอรับอุปกรณ์ ท่านคิดว่าแนวทางการจัดซื้อ/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างไรที่เหมาะสมกับหน่วยงานของท่าน
- 2.4. หน่วยงานของท่านมีการบูรณาการการให้บริการฟื้นฟูฯ ระหว่างแผนกอย่างไร (เช่น การให้บริการคนพิการซ้ำซ้อน การจัดเก็บข้อมูล) และกับหน่วยงานอื่นๆ (การให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการซ้ำซ้อน) อย่างไร เช่น

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. อบต. พมจ. ศธ. และ NGOs ในชุมชน

3. ประเด็นเรื่องการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
 - 3.1. หน่วยงานของท่านมีวิธีการให้บริการฟื้นฟูฯ คนพิการแต่ละสิทธิแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร (ความสามารถของคนพิการในการจ่ายส่วนเพิ่ม)
 - 3.2. หน่วยงานของท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาเรื่องการซ่อมบำรุง/ปรับแก้ไขอุปกรณ์/การจัดหาเพื่อทดแทน (กรณีสูญหาย) และระยะเวลาการรอรับอุปกรณ์ของคนพิการอย่างไร
 - 3.3. หน่วยงานของท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ไม่เหมาะสมกับความต้องการของคนพิการอย่างไร ทั้งในแง่ชนิดของอุปกรณ์ และคุณภาพของอุปกรณ์
4. ประเด็นเรื่องนโยบาย
 - 4.1. นโยบายของผู้บริหารทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัดส่งผลต่อการให้บริการฟื้นฟูฯ อย่างไร
 - 4.2. ในความคิดเห็นของท่าน ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 (ซึ่งออกตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550) ส่งผลต่อการให้บริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ให้กับคนพิการอย่างไรบ้าง
5. ประเด็นอื่นๆ
 - 5.1. หน่วยงานของท่านเคยได้รับการร้องเรียนหรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเรื่องการบริการฟื้นฟูฯ อีกหรือไม่ แล้วเรื่องร้องเรียนหรือประสบการณ์เหล่านั้นคิดว่าเพราะสาเหตุใด แล้วมีวิธีการจัดการอย่างไร
 - 5.2. คิดว่าปัญหาที่สำคัญในลำดับต้นๆ ที่ต้องการให้มีการแก้ไขคืออะไร เพราะอะไรและควรดำเนินการอย่างไรและโดยใครบ้าง (ทั้งด้านการแพทย์และสังคม)

ประเด็นคำถาม: กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

- 1.1. ท่านคิดอย่างไรกับนโยบายภาพรวมระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการด้านสุขภาพของคนพิการ การนำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2555-2559) สู่การปฏิบัติ และบทบาทหน่วยงานภาครัฐเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- 1.2. กองทุนประกันสุขภาพแต่ละแห่งใช้ข้อมูล/เกณฑ์ และวิธีการใดในการพิจารณาเลือกสนับสนุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
- 1.3. กองทุนประกันสุขภาพแต่ละแห่งมีแนวทางเพื่อลดช่องว่างความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำอย่างไร และควรจะต้องมีกลไกดำเนินการไปในลักษณะใด
- 1.4. หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขมีการบูรณาการหรือประสานงานด้านนโยบายการให้บริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพและหน่วยบริการต่างๆ อย่างไร
- 1.5. หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขมีการบูรณาการนโยบายการให้บริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ รวมทั้งประสานการให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์และข้อมูลอื่นของคนพิการกับหน่วยงานภายนอกกระทรวง (เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) อย่างไร
- 1.6. หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขมีการแก้ปัญหาเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการแก่คนพิการ ในด้านการบริหารจัดการที่ดีทั้งด้านโครงสร้าง การพัฒนาศักยภาพของระบบในภาพรวม การจัดการความรู้ระหว่างพื้นที่ การจัดสรรทรัพยากรทั้งบุคลากรและงบประมาณ รวมทั้งระบบข้อมูล และการติดตาม ประเมินผลเกี่ยวกับการจัดบริการฟื้นฟูฯ และอุปกรณ์ฯ ให้คนพิการอย่างไร
- 1.7. หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายมีแนวทางการสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพชีวิตคนพิการอย่างไร





การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์
และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์
เครื่องช่วยคนพิการ

