

เอกสารวิชาการ

เรื่อง

การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางกายของคน
พิการไทย

**Accessibility to Physical Assistive devices of Persons
with Disabilities in Thailand**

โดย

แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์

บทคัดย่อ

ชื่อผู้จัดทำ : แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์

ชื่อหัวข้อเอกสาร : การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางกายของคนพิการไทย

ความพิการเป็นสิ่งที่ไม่มีใครต้องการให้เกิด แต่มีแนวโน้มจะมากขึ้นในสังคม เนื่องจากคนมีอายุยืนขึ้น พร้อมกับการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้า ในระดับสากล ได้มีการขับเคลื่อนพัฒนาสิทธิด้านกฎหมายที่สำคัญ คือ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Convention on the Rights of Person with Disabilities : CRPD) เพื่อนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศ ในด้านส่งเสริม พิทักษ์และประกันสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่คนพิการทุกคนพึงได้รับ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ได้แก่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ ซึ่งการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญตามคำนิยามคนพิการ ใน พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 คือ บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ และความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ในความหมายของความจำเป็นพิเศษนี้ จะหมายรวมถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่จำเป็น เช่น คนขาขาด เดินไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับขาเทียม เป็นต้น

จากข้อมูลการสำรวจคนพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าคนพิการในประเทศไทยมีร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 1.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2523 Penchansky และ Thomas ได้ให้แนวคิด การเข้าถึงว่า เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยอยู่บนความสมดุลพอดี ในการให้บริการที่มีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจของทั้ง 2 ฝ่าย ประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1. ความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุผล (Affordability) 2. ความเพียงพอ (Availability) 3. ความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility) 4. การอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) 5. การยอมรับโดยปราศจากอุปสรรค (Acceptability) โดยมี 4 วัตถุประสงค์ ในการศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการไทย คือ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางกาย, ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของทั้ง 3 ระบบ, ศึกษาปัญหาการเข้าถึง

อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และทบทวนจากเอกสารวิชาการ บทความ

ผลการศึกษา สถานการณ์การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2550 พบว่ามีคนพิการที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯแต่ยังไม่มีใช้ เท่ากับ ร้อยละ 43.7 ของจำนวนคนพิการที่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด และ ร้อยละ 8.2 มีอุปกรณ์แล้วแต่ไม่ได้ใช้เพราะความไม่เหมาะสมหลายประการ และมีการเข้าถึงได้เพียงร้อยละ 5.60 และ 6.49 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 และ 2552 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลการเบิกอุปกรณ์ฯของสถานพยาบาลจาก สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ ในด้านสวัสดิการของรัฐ พบว่าคนพิการได้รับสวัสดิการรักษายาบาล ร้อยละ 97 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90.4 , ระบบประกันสังคม ร้อยละ 1.0 และ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ ร้อยละ 5.6 เนื่องจากปรัชญา และ แนวคิด มีความแตกต่างกันใน 3 ระบบ ทำให้บัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ มีความแตกต่างกัน แต่ทั้ง 3 ระบบได้พยายามที่จะปรับให้มีความเท่าเทียมกันภายใต้กฎระเบียบ แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีช่องว่างในการเข้าถึง จากการวิเคราะห์ตามแนวคิดของ Penchansky และ Thomas พบว่า ส่วนใหญ่แล้วรัฐเป็นผู้จ่าย ในมิติความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุผล (Affordability) โดยเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐจ่ายทั้งหมด แต่ในอีก 2 ระบบ คนพิการอาจต้องร่วมจ่าย (Co-payment) ในบางรายการ การมีระบบร่วมจ่ายมีทั้งข้อดี และข้อเสีย การให้ฟรีโดยไม่คิดมูลค่า อาจทำให้ผู้ได้รับไม่เห็นคุณค่า แต่ให้ระบบร่วมจ่ายมากเกินไป คนพิการที่ฐานะยากจนจะไม่มีกำลังในการจ่าย ในประเด็นนี้ปัญหาอยู่ที่ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างรัฐที่เป็นผู้ให้กับ คนพิการที่เป็นผู้รับ ในมิติของความเพียงพอของการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Availability) เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ จำนวนสถานบริการที่ให้บริการอุปกรณ์ฯมีไม่เพียงพอและส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง ปัญหาขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นักกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น อุปกรณ์ในแต่ละรายการมีไม่เพียงพอ และมีข้อจำกัดในการเข้าถึง ในมิติความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility) คนพิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเมืองร้อยละ 83.31 ทำให้เป็นอุปสรรคในการมารับบริการจากส่วนกลาง ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และบางรายขาดผู้ดูแลในการเดินทางมาเพื่อรับบริการ หน่วยบริการบางแห่งยังไม่มีบริการเชิงรุก เช่น การเยี่ยมคนพิการที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนในมิติการอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 97.3 ได้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 – 2551 และร้อยละ 22.9 ได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ในส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานพยาบาลภาครัฐที่จะต้องจัดเตรียมให้กับคนพิการเมื่อมารับบริการนั้น ได้มี

มติ คณะรัฐมนตรี ให้หน่วยงานราชการสำรวจและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการเข้าถึงได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ตามกฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการและคนชรา พ.ศ.2548 และสุดท้ายในมติการยอมรับโดยปราศจากอุปสรรค (Acceptability) ในสังคมไทยไม่มีการแบ่งชนชั้น แต่ มีปัญหาในกลุ่มบุคคลพลัดถิ่น ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสนใจ ได้อนุมัติในหลักการให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีประเด็นของการเลือกใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการไม่ใช้ จึงควรมีการประเมินปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ เพศ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย อาชีพ และความต้องการที่แท้จริงโดยวิเคราะห์ทั้งในด้านการใช้งาน และความสวยงาม เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและประโยชน์สูงสุด ในปัจจุบันการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังคงขาดการกำหนดนโยบายหรือแผนงานกำกับติดตามที่ชัดเจน ข้อเสนอแนะควรมีการจัดทำแผนแม่บทหรือแผนแห่งชาติ ในการดำเนินงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อความครอบคลุมและยั่งยืน โดยมียุทธศาสตร์การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเป็นยุทธศาสตร์หนึ่ง โดยมีประเด็นที่สำคัญคือ 1. การพัฒนาระบบบริการ โดยมีประเด็น การจัดทำบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการระดับชาติ, การพัฒนาระบบส่งต่อ, กำหนดบทบาทของหน่วยบริการในแต่ละระดับ, การพัฒนาบุคลากรในแต่ละระดับ ให้มีความรู้ด้านการให้บริการอุปกรณ์ฯ, ดำเนินการวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรเพื่อเพิ่มบุคลากรในสายงานที่ขาดแคลน, การพัฒนารูปแบบการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการแบบเชิงรุก, การพัฒนามาตรฐานการบริการ, การพัฒนาระบบการบริหารงบประมาณของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. การพัฒนาฐานข้อมูลการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3. การพัฒนางานวิจัย และเทคโนโลยี นวัตกรรม 4. กระตุ้นในทุกภาคส่วนให้มีการรับรู้ เข้าใจถึงความสำคัญการเข้าถึงการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารวิชาการฉบับนี้เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเนื่องจากมีแรงบัลดาลใจ จาก การทำงาน ด้านคนพิการมาเป็นเวลานาน 25 ปีโดยอาศัยความรู้ และ ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 30 ปี ของ ข้าพเจ้าในการสัมผัสกับคนพิการของประเทศไทยและได้ไปเดินทางศึกษาดูงานในต่างประเทศมา ประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งหวังว่าเอกสารวิชาการฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ไม่มากนักน้อย สุดท้ายนี้ ต้องขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วัชรียา โดสงวน ผู้ซึ่งคอยให้คำปรึกษา และบุคลากรของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ช่วยเหลือ ในการจัดพิมพ์

แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์

ผู้ศึกษา

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทนำ การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกายของคนพิการไทย	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ประเด็นการศึกษา	3
1.3 วัตถุประสงค์	5
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	5
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.7 คำจำกัดความ (Persons with Disabilities)	6
บทที่ 2 ข้อมูลความพิการ	7
2.1 การสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ	7
2.2 การขอมีบัตรคนพิการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	10
2.3 การสร้างหลักประกันแก่คนพิการโดยการบัญญัติในกฎหมายและนโยบายสังคม	12
2.4 บทบาทของศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	18
2.5 ความหมาย คนพิการ และ ทูพพลภาพ	21
2.6 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	25

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2.7 การเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	30
บทที่ 3 สถานการณ์การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	33
บทที่ 4 บัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกาย ใน 3 ระบบ	39
บทที่ 5 ปัญหาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	47
5.1 ความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุผล (Affordability)	47
5.2 ความเพียงพอของการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Availability)	49
5.3 ความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility)	52
5.4 การอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation)	52
5.5 การยอมรับในอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Acceptability)	53
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ	54
6.1 สรุปผลการวิจัย	54
6.2 ข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม	62
ประวัติผู้ศึกษา	65

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
ตารางที่ 1	ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการใช้เครื่อง เหตุผลที่ไม่ใช้เครื่องช่วย เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2550	10
ตารางที่ 2	ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการได้รับสวัสดิการค่ารักษา พยาบาลหลักของรัฐแหล่งของสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2550	11
ตารางที่ 3	อัตราการจ่ายเงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐ	16
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนงบประมาณ สถานพยาบาล และอุปกรณ์จำแนก ตามประเภทความพิการ ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ให้การสนับสนุน	20
ตารางที่ 5	ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการใช้เครื่อง เหตุผลที่ไม่ใช้เครื่องช่วย เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2550	36
ตารางที่ 6	บัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกาย จาก 3 ระบบ	40
ตารางที่ 7	แสดงจำนวนสถานบริการที่ให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ	50

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
แผนภูมิ ก	ร้อยละของประชากรที่พิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำแนกตามปีที่สำรวจ	8
แผนภูมิ ข	ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค	9
แผนภูมิ ค	ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามความพิการ	11
แผนภูมิ ง	ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการใช้เครื่องช่วย และเหตุผลที่ไม่ใช่ เครื่องช่วย พ.ศ. 2550	36
แผนภูมิ จ	ร้อยละของจำนวนคนพิการที่จดทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ ปี 2548-2553 ณ มีนาคม 2553	37
แผนภูมิ ฉ	ร้อยละของจำนวนคนพิการที่จดทะเบียน และได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วย คนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพ ปี 2551-2553 ณ มีนาคม 2553	38

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
ภาพที่ 1 อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายตัวในห้องน้ำ	26
ภาพที่ 2 อุปกรณ์ในครัว	27
ภาพที่ 3 เครื่องช่วยเดิน	27
ภาพที่ 4 รถนั่งคนพิการ	27
ภาพที่ 5 ไม้เท้าเพื่อคนตาบอด	28
ภาพที่ 6 กล้องส่องดูไกล ชนิดตาเดียว	28
ภาพที่ 7 แขนเทียม	28
ภาพที่ 8 ภายอุปกรณ์เสริม	29
ภาพที่ 9 เครื่องช่วยคลาน	29
ภาพที่ 10 ทางลาด	29
ภาพที่ 11 สัตว์นำทาง	30

บทนำ

การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกายของคนพิการไทย

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในระดับสากล ได้มีการบัญญัติกฎหมายหรือนโยบายระหว่างประเทศเพื่อขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เริ่มตั้งแต่การประกาศปฏิญญาแห่งฟีลาเดลเฟีย พ.ศ. 2478 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติปี พ.ศ. 2531 และ พ.ศ. 2545 และล่าสุดคือการประกาศใช้ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ” (The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) เพื่อนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศ สำคัญของอนุสัญญาหรือกฎหมายระหว่างประเทศฉบับนี้กล่าวถึง การส่งเสริมพิทักษ์ การประกันสิทธิมนุษยชน และเสริมภาพขั้นพื้นฐานของคนพิการทุกคน ในมิติต่าง ๆ เช่น คนพิการต้องเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สาธารณสุข การศึกษารวมทั้งการเข้าถึงข้อมูล และสื่อสาร โดยจำนึ่งถึงมาตรฐานที่พอเพียงในการดำรงชีพ การคุ้มครองทางสังคม และมาตรการคุ้มครองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาด้านกฎหมายเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้กำหนดให้มีบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรา 30 กำหนดให้การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องความพิการ จะกระทำมิได้ และมาตรา 54 กำหนดให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ รวมทั้งบุคคลวิกลจริตย่อมได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และมาตรา 80 (1) กำหนดให้รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการหรือทุพพลภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2552 : 1) ซึ่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้ตราขึ้นโดยมีเจตนารมณ์เพื่อกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในทุกระดับให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และกำหนดแนวทางการคุ้มครองคนพิการเพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุสภาพทางกายหรือสุขภาพ รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งถึง เหมาะสมและเป็นธรรมทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา ฯลฯ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรโลกร้อยละ 10 เป็นคนพิการ (World Health Organization, 1981) และปี พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้มีการสำรวจคนพิการในประเทศไทย พบว่ามีคนพิการถึงร้อยละ 2.9 หรือประมาณ 1.9 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551:6) เมื่อพิจารณาจากฐานข้อมูลการจดทะเบียนคนพิการของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ณ. 30 กันยายน 2552 พบว่ามีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการตามกฎหมาย รวมทั้งสิ้น 855,973 คน จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีคนพิการในประเทศไทยจำนวนมาก โดยสาเหตุของความพิการส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น รวมไปถึงอุบัติเหตุต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุจากการทำงาน (กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550) จากผลสำรวจคนพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังพบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาลสูงถึง ร้อยละ 83.31 มีเพียงร้อยละ 16.69 ที่อยู่ในเขตเมือง คนพิการที่ไม่มีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการใช้ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่เขตนอกเทศบาลถึงร้อยละ 88.57 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจศักยภาพการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548 โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานพยาบาลที่ให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กลุ่มภารกิจวิชาการ, 2548)

คนพิการของประเทศส่วนใหญ่มีฐานะยากจน บางรายไม่มีเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ การคมนาคมไม่สะดวก ขาดผู้ดูแลเมื่อมารับบริการ สถานพยาบาลที่สะดวกสำหรับคนพิการจึงเป็นสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลดังกล่าวพบว่ายังขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่ในโรงพยาบาลเขตเมืองมากกว่าชนบท เช่น จักษุแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักตรวจการได้ยิน ฯลฯ ความพิการบางประเภทมีความจำเป็นต้องรับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญ เช่น คนพิการทางการได้ยินต้องได้รับการตรวจประเมินการได้ยินจากนักตรวจการได้ยิน โดยเครื่องมือพิเศษก่อนพิจารณาให้เครื่องช่วยฟัง การให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการบางชนิดต้องประเมินความเหมาะสมของการใช้งานที่เหมาะสมกับความพิการ ตลอดจนการฝึกทักษะการใช้งานก่อนนำไปใช้จริง เช่น รถนั่งคนพิการซึ่งปัจจุบันมีความหลากหลายชนิด ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการสามารถใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างคุ้มค่าและสมประโยชน์ จากปัญหาดังกล่าวนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบต่อคนพิการไทย ไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้องค์ประกอบของการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้ 1.ความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุผล (Affordability) 2.ความเพียงพอ (Availability) 3.ความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility) 4.การอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) และ 5.การยอมรับโดยปราศจากอุปสรรค (Acceptability)

จากจำนวนคนพิการที่เพิ่มขึ้นและความพิการที่หลากหลายนี้ ก่อให้เกิดความต้องการปัจจัยขั้นพื้นฐานเพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้เยี่ยงคนปกติ ไม่ว่าจะเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น ห้องน้ำ ทางลาด ฯลฯ การส่งเสริมด้านการศึกษา อาชีพ บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์ เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การสนับสนุนสื่อส่งเสริมพัฒนาการ ฯลฯ ที่มีความเหมาะสมกับความพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการที่รัฐจัดให้ประชาชนทุกคนได้อย่างเท่าเทียมกัน ด้วยคนพิการที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการที่แตกต่างกัน ทำให้คนพิการส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ แม้ว่าจะมีระบบสวัสดิการต่าง ๆ เพื่อรองรับ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม หรือระบบสวัสดิการของข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ ฯลฯ แต่ระบบสวัสดิการดังกล่าวก็ยังไม่สามารถจัดบริการเพื่อให้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน จึงนับได้ว่าเป็นความท้าทายหนึ่งของหน่วยงานภาครัฐ ที่จะพัฒนาระบบสวัสดิการและบูรณาการงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนไทยได้เข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมและมีความเท่าเทียมกัน เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไป

1.2 ประเด็นการศึกษา

การดูแลคนพิการนั้น มี 4 องค์ประกอบ คือ การดูแลด้านสุขภาพในด้านการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมและพัฒนาด้านการศึกษาให้กับคนพิการ การส่งเสริมและพัฒนาด้านอาชีพ และการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพคนพิการควบคู่ไปกับการพัฒนาสังคมให้ยอมรับ ไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ขจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพที่เป็นอุปสรรคต่อคนพิการ ด้วยความพิการนั้นมีความหลากหลาย แนวคิดทางด้านการแพทย์จึงจำแนกความบกพร่องหรือความผิดปกติทางร่างกาย หรือจิตใจ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต พ.ศ.2550 เป็น 6 ประเภท คือ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติกส์ ความพิการทางสติปัญญา และความพิการทางการเรียนรู้ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งชาติ,2552) นอกจากนี้พระราชบัญญัติฉบับนี้ยังได้กำหนดสิทธิแก่คนพิการตามมาตรา 20 ว่าคนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรา 20 (1) ได้กล่าวถึง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการสำหรับคนพิการ ซึ่งเป็นความช่วยเหลือจากรัฐบาล ด้วยภารกิจนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์นี้ขึ้น โดยได้มีการ

ดำเนินการจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ สำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ขึ้นและมีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2552 ที่ผ่านมา โดยสาระสำคัญของประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับนี้ ได้ระบุให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ในการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ รวมทั้งสิ้น 26 กิจกรรม โดยในกิจกรรมที่ 26 ได้กล่าวถึงการให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้สามารถจำแนกตามความพิการเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนพิการฝ่ายขา ครอบคลุมคนพิการทางการมองเห็น ทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย และกลุ่มคนพิการฝ่ายจิตใจ ซึ่งจะครอบคลุมความพิการอีก 3 ประเภท ได้แก่ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติกส์ ความพิการทางสติปัญญา และความพิการทางการเรียนรู้ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของคนพิการ โดยจะช่วย พยุง เสริม หรือ ทดแทนส่วนของร่างกายที่ขาดหายไป เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ภายนอกร่างกาย เพื่อส่งเสริม และพัฒนาให้คนพิการสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้ทัดเทียมกับคนปกติ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจึงเปรียบเสมือนปัจจัยสี่ ซึ่งมีความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่คนพิการพึงจะได้รับจากรัฐหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยนี้จึงกำหนดขอบเขตการวิจัยครอบคลุมอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเฉพาะทางกาย

ปัจจุบันประชาชนไทยเมื่อเจ็บป่วยจะมีสิทธิและสวัสดิการในการรักษาพยาบาล ซึ่งสามารถใช้สิทธิและสวัสดิการได้จากหน่วยงาน 3 หลัก ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การกำกับของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สิทธิเหล่านี้จะดูแลกรณีทีบุคคลนั้นอยู่ในสภาพความพิการด้วย ทั้งนี้ในการดำเนินงานของทั้ง 3 ระบบได้มีการบัญญัติกฎหมาย ระเบียบ ฯลฯ รองรับการดำเนินงานจากการศึกษาระบบสวัสดิการทั้ง 3 ระบบในปัจจุบันพบว่าสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการมีความเหลื่อมล้ำหรือไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในเรื่องอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีนโยบายที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งในประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้มีความพยายามที่จะใช้กลไกทางกฎหมายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ทั้ง 3 สิทธิให้มีความเท่าเทียมกัน เพื่อเป็นไปตามอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิคนพิการ(CRPD) ที่ประเทศไทยได้ให้สัตยาบัน เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2551

นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ระบบบริการอุปกรณ์ยังไม่เหมาะสม ระบบบริหารจัดการด้านการเงิน ของทั้ง 3 กองทุน ที่ยังไม่เอื้อหรือ

ส่งเสริมให้เกิดการบริการด้านนี้ให้กับสถานพยาบาล คุณภาพมาตรฐานของอุปกรณ์ เป็นต้น จึงควรมีการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกาย

1.3.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความครอบคลุมของบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ภาครัฐจัดหาให้ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ทั้ง 3 ได้แก่ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการการรักษาพยาบาลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

1.3.3 เพื่อศึกษาปัญหาของการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของคนพิการ

1.3.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ของระบบสวัสดิการ 3 ระบบหลักอันประกอบด้วย ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้การกำกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และ ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง โดยไม่ได้ศึกษาถึงหลักประกันอื่น เช่น รัฐวิสาหกิจ บริษัทประกันภัยประกันชีวิต

อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ศึกษาเฉพาะอุปกรณ์ด้านความพิการฝ่ายกายที่ใช้ภายนอกร่างกาย ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับ คนพิการทางการมองเห็น การได้ยิน หรือสื่อความหมาย และการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เท่านั้น

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และทบทวนจากเอกสารวิชาการ บทความ ที่ได้มีการจัดพิมพ์เผยแพร่รวมถึงเอกสารทางราชการ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), สำนักงานประกันสังคม (สปส), กองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสังกัด กระทรวงสาธารณสุข

1.7 คำจำกัดความ (Persons with Disabilities)

1.7.1 คนพิการ (Persons with Disabilities) หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้ และความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550,2550)

1.7.2 ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit package) หมายถึง ชุดของการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งในด้านงานบริการ และอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่องค์กรด้านสุขภาพ (Health maintenance organization) ภายใต้อัตนญาข้อตกลงที่ทำไว้ร่วมกัน ซึ่งองค์กรอาจจัดหาให้เอง หรือมอบหมายให้หน่วยบริการอื่นกระทำแทนภายใต้ข้อตกลง (V.Study of the Balance Billing Prohibition in Maryland,2003)

1.7.3 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หมายถึง อุปกรณ์ที่ออกแบบ หรือปรับเป็นพิเศษ โดยการนำเทคโนโลยี ต่างๆมาประยุกต์ ใช้ เป็นพิเศษ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ โดยเฉพาะช่วยในการ ประกอบกิจวัตรประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมในการวิจัยนี้ครอบคลุมเฉพาะคนพิการทางกาย ได้แก่ คนพิการทางการเห็น ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

1.7.4 การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Penchansky and Thomas,1981:127-140.)หมายถึง การที่คนพิการ สามารถใช้ประโยชน์จากการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ได้ด้วยความสะดวกทั้งกาย และ ใจโดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ(สถานพยาบาล) และผู้รับบริการ (คนพิการ) ใน 5 องค์ประกอบ คือ

- 1.ความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุผล (Affordability)
- 2.ความเพียงพอ (Availability)
- 3.ความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility)
- 4.การอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation)
- 5.การยอมรับโดยปราศจากอุปสรรค (Acceptability)

บทที่ 2

ข้อมูลความพิการ

ข้อมูลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผน เพื่อกำหนดนโยบาย ซึ่งในส่วนข้อมูลที่สำคัญสำหรับความพิการนั้น ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

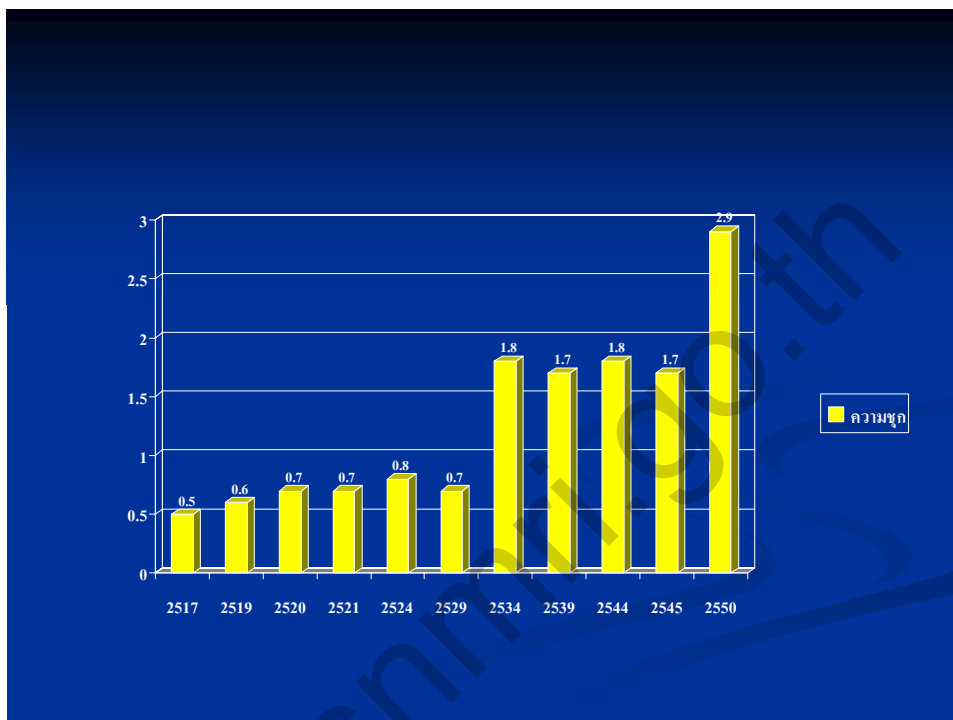
1. การสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การขอมีบัตรคนพิการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3. การสร้างหลักประกันแก่คนพิการ โดยการบัญญัติในกฎหมายและนโยบายสังคม
4. บทบาทของศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
5. ความหมาย คนพิการ และทูลพลภาพ
6. อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
7. การเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

2.1 การสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

การสำรวจข้อมูลด้านความพิการในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ. 2517 จนถึงปัจจุบัน โดยมีการสำรวจจำนวนรวมทั้งสิ้น 11 ครั้ง จากการศึกษาและวิเคราะห์การสำรวจข้อมูลสถิติคนพิการของประเทศของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สามารถแบ่งการสำรวจข้อมูลด้านคนพิการออกเป็น 3 ช่วง (ดังแสดงในแผนภูมิ ก) โดยช่วงแรก เริ่มมีการสำรวจข้อมูลด้านคนพิการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2517 ถึงปี พ.ศ. 2529 จากข้อมูลการสำรวจในช่วงดังกล่าวพบว่า สถิติคนพิการมีค่าใกล้เคียงกัน และพบว่ามีคนพิการในประเทศไม่เกิน ร้อยละ 1 ทั้งนี้มีคนพิการในประเทศช่วงนั้นอยู่ระหว่างร้อยละ 0.5 - 0.7 ต่อมา มีการสำรวจข้อมูลคนพิการอีกครั้งในช่วงที่ 2 คือระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึงปีพ.ศ. 2545 ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า สถิติคนพิการของประเทศมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยในแต่ละปีจะพบว่ามีคนพิการในภาพรวมของประเทศมากกว่าร้อยละ 1 และมีค่าใกล้เคียงกันคืออยู่ระหว่างร้อยละ 1.5 -1.7 และจากข้อมูลการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นการสำรวจปีล่าสุดพบว่า มีจำนวนคนพิการสูงขึ้นมากกว่าการสำรวจข้อมูลคนพิการในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยพบว่า มีประชากรที่เป็นคนพิการ 1,871,860 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากร และเมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งพบว่ามีคนพิการเพียงร้อยละ 1.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) จากสถิติคนพิการที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการใช้คำนิยามของความพิการที่แตกต่างกัน คือจากเดิมที่ใช้ข้อความที่พิจารณาเฉพาะ “ผู้ที่มีความบกพร่อง” เท่านั้น แต่ในการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ได้เปิดกว้างในการสำรวจโดยใช้ประเด็นคำถามที่ครอบคลุมถึง “ความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม” ด้วย ตามกรอบแนวคิดของ ICF (International

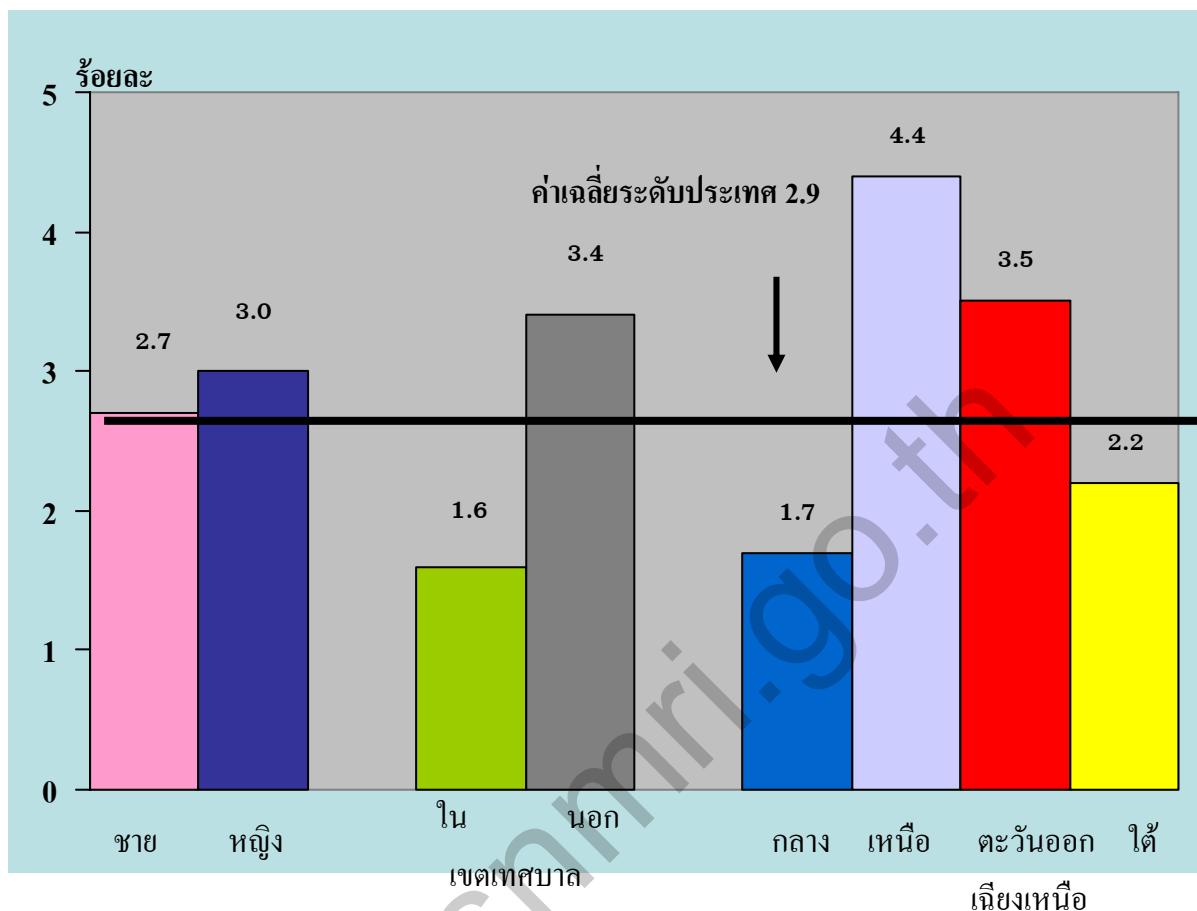
Classification of Functioning, Disability and Health) ขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

แผนภูมิ ก ร้อยละของประชากรที่พิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติจำแนกตามปีที่สำรวจ



จากการศึกษาผลการสำรวจความพิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2549 ยังพบว่าคนพิการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยมีที่อยู่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตคิดเป็นร้อยละ 3.4 และ 1.6 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่ามีคนพิการในภาคเหนือมากที่สุดคือ ร้อยละ 4.4 (ดังแสดงในแผนภูมิ ข) จากการสำรวจนี้พบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น รองลงมาคือการมองเห็น เมื่อศึกษาถึงความบกพร่องทางด้านสุขภาพ / ร่างกาย พบว่าความบกพร่องที่พบบ่อยที่สุด 5 ลำดับแรกคือ สายตาเลือนราง 2 ข้าง สายตาเลือนรางข้างเดียว หูตึง 2 ข้าง อัมพฤกษ์ และแขนขาลีบเหยียดงอไม่ได้

แผนภูมิ ข ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค



จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ.2551.การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยสามารถจำแนกหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยได้เป็น 3 ระบบหลัก คือ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน และระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ และบุคคลในครอบครัว ซึ่งคนพิการถือเป็นผู้รับบริการหนึ่งในระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบ จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรที่พิการ ร้อยละ 97.0 ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลหลักของรัฐ และมีเพียงร้อยละ 2.8 ที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการรักษายาบาลจากรัฐ โดยคนพิการส่วนใหญ่ร้อยละ 90.4 ได้รับสวัสดิการจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้การกำกับของ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้มีประชากรพิการเพียงร้อยละ 5.6 ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ และร้อยละ 1.0 ที่ได้รับสวัสดิการจากหลักประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของการได้รับสวัสดิการรักษายาบาลหลักของรัฐระหว่างประชากรพิการชายและหญิง เมื่อพิจารณาจากที่อยู่อาศัยของประชากรพิการพบว่า มีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยพบว่าประชากรที่พิการและได้รับ

สวัสดิการที่อาศัยนอกเขตเทศบาล และในเขตเทศบาลคิดเป็น ร้อยละ 97.7 และร้อยละ 93.4 ตามลำดับ และประชากรที่อาศัยในภาคต่าง ๆ ร้อยละ 93.6 – 98.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการได้รับสวัสดิการคำรักษาพยาบาลหลักของรัฐ แหล่งของสวัสดิการคำรักษาพยาบาล เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2550

การได้รับสวัสดิการ คำรักษาพยาบาล หลักของรัฐ	ทั่วราชอาณาจักร	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค			
		ชาย	หญิง	ในเขต	นอกเขต	กลาง/ กทม	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ใต้
ประชากรที่พิการ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	1,871,860	864,028	1,007,832	312,497	1,559,363	379,420	518,624	772,931	200,885
ไม่ได้รับสวัสดิการคำ รักษาพยาบาล	2.8	2.8	2.8	6.4	2.1	5.9	1.7	1.9	3.1
ได้รับสวัสดิการ	97.0	97.0	97.0	93.4	97.7	93.6	98.1	98.0	96.6
บัตรประกันสุขภาพ	90.4	90.4	90.5	79.2	92.7	83.3	92.0	93.6	87.5
บัตรประกันสังคม / กองทุนทดแทน	1.0	1.4	0.7	1.7	0.9	2.0	0.7	0.6	1.4
สวัสดิการข้าราชการ / บำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	5.6	5.2	5.9	12.5	4.2	8.3	5.4	3.8	7.6
ไม่ทราบ	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.5	0.2	*	0.3

หมายเหตุ : * น้อยกว่า 0.1 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ.2551.การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550

2.2 การขอมิบัตรคนพิการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

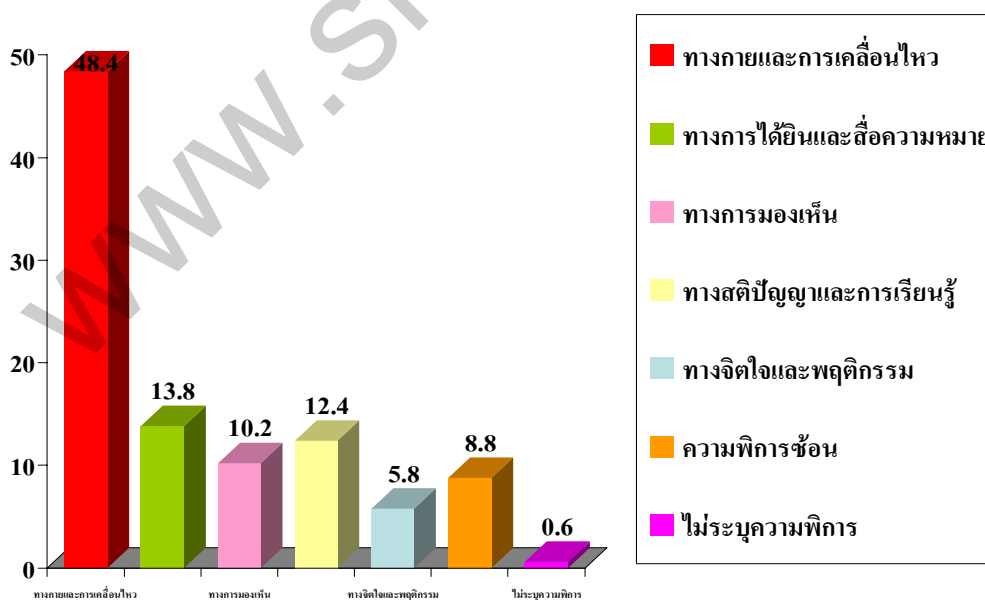
จากการกำหนดให้คนพิการสามารถขอมิบัตรคนพิการ เพื่อได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 โดยคนพิการต้องจดทะเบียนเป็นคนพิการก่อนจึงจะได้รับสิทธิดังกล่าว การจดทะเบียนคนพิการเริ่มมีการจดทะเบียนครั้งแรกในปี พ.ศ.2538 และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต พ.ศ.2550 จากฐานข้อมูลดังกล่าวพบว่า มีคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการแล้วรวมทั้งสิ้น 855,973 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2552) โดยแบ่งตามประเภทความพิการดังแสดงใน ตารางที่ 2 และ แผนภูมิ ก

ตารางที่ 2 ร้อยละของประชากรที่พิการที่จดทะเบียนคนพิการ จำแนกตามภูมิภาค

ภาค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาคกลาง — ตะวันออก	195,943	22.9%
ภาคเหนือ	195,729	22.9%
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	326,404	38.1%
ภาคใต้	97,422	11.4%
กรุงเทพมหานคร	40,475	4.7%
รวม	855,973	100%

หมายเหตุ : ข้อมูล จากสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ณ วันที่ 30 กันยายน 2552

แผนภูมิ ค ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามความพิการ



2.3 การสร้างหลักประกันแก่คนพิการโดยการบัญญัติในกฎหมายและนโยบายสังคม

การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชน ถือเป็นนโยบายทางสังคมที่ประเทศทั่วโลกได้พยายามดำเนินการหรือพัฒนาขึ้น นอกจากการคำนึงถึงในกลุ่มประชาชนทั่วไปแล้ว ยังมีการจัดระบบสวัสดิการเฉพาะด้านในกลุ่มย่อย เช่น ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงกลุ่มคนพิการ เพื่อเป็นการประกันว่าบุคคลเหล่านี้ได้รับการดูแลในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างแท้จริง โดยมีการพัฒนา ด้านกฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้องดังนี้

ในระดับสากล ได้มีการบัญญัติกฎหมายหรือนโยบายระหว่างประเทศเพื่อขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เริ่มตั้งแต่การประกาศปฏิญญาแห่งฟีลาเดลเฟีย พ.ศ. 2478 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติปี พ.ศ.2531 และ 2545 และล่าสุดคือการประกาศใช้ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ” (The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) ขึ้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2550 เพื่อนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศ สารสำคัญของอนุสัญญาหรือกฎหมายระหว่างประเทศฉบับนี้ คือ การส่งเสริมพิทักษ์ การประกันสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของคนพิการทุกคน ในมิติต่าง ๆ ได้แก่ สิทธิในการศึกษา สุขภาพ การทำงาน ฯลฯ โดยจำนึ่งถึงมาตรฐานที่พอเพียงในการดำรงชีพ การคุ้มครองทางสังคม และมาตรการคุ้มครองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในประเทศไทย ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ให้ความสำคัญกับ “ศักดิ์ศรีและความเท่าเทียม” ของความเป็นมนุษย์ และให้ความคุ้มครอง ผู้ด้อยโอกาสและคนพิการในสังคม ดังเช่นกฎหมายที่ได้บัญญัติไว้ ต่อไปนี้

มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ ของทุกคน ย่อมได้รับการคุ้มครอง

มาตรา 30 การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้น เพื่อขจัดอุปสรรค หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม

มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงการใช้จ่ายประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

นอกจากนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) ยังให้ความสำคัญในเรื่อง ความเท่าเทียมของกลุ่มคนในสังคม ที่ระบุว่า

“.....5. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกาภิวัตน์ที่ปรับเปลี่ยนเร็วและสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศที่เหมาะสม โดยเสริมสร้างความแข็งแกร่งของโครงสร้างของระบบต่าง ๆ ภายในประเทศให้มีศักยภาพ แข่งขันได้ในกระแสโลกาภิวัตน์ กระจาย “การพัฒนาที่เป็นธรรม” และสร้าง “ความเท่าเทียมกัน” ของกลุ่มคนในสังคม และความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์การพัฒนา “คุณภาพคนและสังคมไทย” การเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีสุขภาพ “แข็งแรงทั้งกายและใจ” “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” ร่างกายและจิตใจ ในปัจจุบันนับว่ามีจุดเปลี่ยนที่สำคัญ มีความพยายามในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความชัดเจนของปรัชญา วิธีคิดที่มีต่อคนพิการของสังคมไทยมีมากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550” ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ.2550 เนื้อหาสาระมีการเปลี่ยนแปลงจากพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 โดยเปลี่ยนจากปรัชญาวิธีคิดจาก “แบบแผนทางการแพทย์ไปสู่แบบแผนทางสังคม” การสงเคราะห์ไปสู่การพัฒนาและเสริมพลังอำนาจ “กฎหมายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ไปสู่ “กฎหมายจัดการเลือกปฏิบัติ” (Discrimination Act) อย่างชัดเจน (ทวีเชื้อสุวรรณทวี และคณะ, 2529)

ในปัจจุบันในประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่สำคัญให้กับประชาชน โดยแบ่งเป็น 3 ระบบหลัก คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด ครอบคลุมประชากรจำนวน 47,239,700 ล้านคน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ พนักงานรัฐวิสาหกิจ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ประมาณ 4.5 ล้านคน และระบบประกันสังคม สำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน ประมาณ 9 ล้านคน และเมื่อสมาชิกในแต่ละระบบมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีความพิการขึ้น จึงควรเป็นหน้าที่ของแต่ละกองทุนที่จะต้องให้การดูแล และเยียวยา ซึ่งในปัจจุบันยังมีกรอบคิดและมุมมองที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละระบบ โดยมีรายละเอียดในแต่ละระบบดังนี้

2.3.1 สิทธิประโยชน์ของคนพิการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การมีหลักประกันสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยโดยเป็นอุปสรรคขัดขวาง เช่นฐานะทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงการบริการ ฯลฯ ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยพึงได้รับ การดำเนินการที่ผ่านมารัฐบาลชุดต่างๆ ได้มีนโยบายและความพยายามที่จะจัดให้มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมแก่ประชากรทุกกลุ่ม อาทิเช่น ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ ฯลฯ การจัดให้มีการประกันสุขภาพตลอดจนการจัด

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนในประเทศไทยได้มีวิวัฒนาการในรูปแบบที่หลากหลาย จากบทเรียนสำคัญที่ผ่านมามีพบว่า ระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายนี้ ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขของประชาชน และยังพบปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆเลย

จากกระแสของภาคประชาชนและการสนับสนุนของสำนักงานปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อผนวกกับเจตจำนงทางการเมืองของรัฐบาล จึงนำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ โดยรัฐบาลได้ดำเนินการผลักดันตามกระบวนการของรัฐสภา นั่นคือการเสนอร่าง “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545” ขึ้น พระราชบัญญัติฉบับนี้จึงเปรียบเสมือนประตูสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนชาวไทย และ ภายใต้ มาตรา 5 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติไว้ว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เมื่อคนพิการเกิดการเจ็บป่วยทั่วไป จึงมีสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์หลัก และต้องเข้ารับบริการจากหน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ โดยใช้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ในระบบปกติ(Universal coverage) แต่ถ้าเจ็บป่วยนั้นเป็นกรณีฉุกเฉิน ก็สามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการที่ใกล้ที่สุด ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพเช่นเดียวกับคนปกติ และภายใต้ มาตรา 3 ได้บัญญัติการบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และได้กล่าวถึงค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่รัฐต้องให้การสนับสนุน ดังนั้นในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับคนพิการ โดยเริ่มในปี พ.ศ.2546 เป็นเงิน 4 บาท ต่อหัวประชากรหรือประมาณ 118 ล้านบาท และในปี 2551 เพิ่มขึ้น 5 บาทต่อหัวประชากร และล่าสุดในปี 2553 เพิ่มขึ้น 8.08 บาท โดยมีการบริหารงบประมาณแบ่งเป็น 2 ด้านหลัก คือ ด้านการสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และพัฒนาระบบบริการ โดยในปี พ.ศ. 2548 ได้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จำนวน 110.4 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 114 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 86.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 111.4 ล้านบาท และปี พ.ศ. 2552 จำนวน 164.59 ล้านบาท จึงเห็นได้ว่าความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการมีแนวโน้มสูงมากขึ้นตามความจำเป็นของคนพิการที่มีแนวโน้มสูงขึ้น อุปกรณ์ดังกล่าวในชุดสิทธิประโยชน์ของคนพิการมีทั้งสิ้น 110 รายการ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ประเภทความพิการทางกาย รายละเอียดจะได้แสดงต่อไปในบทที่ 4

2.3.2 สิทธิประโยชน์ของคนพิการภายใต้ระบบประกันสังคม/กองทุนทดแทน

การประกันสังคมในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและความสนใจ หลายประเทศมีการประกาศเป็นนโยบายเพื่อเป็นไปตามอนุสัญญาที่ 102 ขององค์การแรงงานระหว่าง

ประเทศที่กำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของการประกันสังคมไว้ 9 ประการ ซึ่งสาระที่สำคัญข้อหนึ่งคือ สิทธิประโยชน์ในการดูแลกรณีลูกจ้าง แรงงานเกิด ทูพพลภาพ

ในปี พ.ศ. 2497 ประเทศไทยได้เริ่มมีการจัดระบบประกันสังคม โดยมีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคม แต่ด้วยรัฐบาลในขณะนั้นพิจารณาว่าประเทศไทยยังไม่มีความพร้อม จึงมิได้มีการประกาศใช้ ต่อมาในปี พ.ศ.2515 รัฐบาลโดยคณะปฏิวัติพิจารณาว่า ลูกจ้างซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือถึงแก่ความตาย เนื่องจากการทำงาน หรือไม่มีใครดูแล จึงได้มีการประกาศคณะปฏิวัติให้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นในกรมแรงงาน โดยนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเพียงฝ่ายเดียว โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2517 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นก้าวแรกของการประกันสังคม ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 ได้มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 และต่อมาได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติเงินทดแทน ในปีพ.ศ.2537 ซึ่งทั้งสองพระราชบัญญัตินี้ให้การดูแลลูกจ้างครอบคลุมตั้งแต่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ ว่างาน และเงินทดแทนในกรณีต่าง ๆ (สำนักงานประกันสังคม,2552)

หลักการดำเนินงานของระบบประกันสังคม มิใช่เป็นการจัดบริการแบบการสงเคราะห์ที่เช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งรัฐต้องจัดบริการให้กับประชาชน และที่มาของงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดบริการจึงมีความแตกต่างกัน กล่าวคือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณมาจากภาษีอากร แต่ ระบบกองทุนประกันสังคม มาจาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และ รัฐช่วยสมทบสำหรับประเทศไทยได้มีการจัดระบบประกันสังคมเป็น 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนทดแทน ซึ่งใน 2 กองทุนมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่แตกต่างกัน แต่มี กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มเดียวกัน

กองทุนประกันสังคม คือ กองทุนที่ให้หลักประกันแก่ลูกจ้าง ซึ่งเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ประกันตน (หลังจากได้มีการจ่ายเงินสมทบ) ให้ได้รับประโยชน์ทดแทน ใน 7 กรณี ได้แก่ (คู่มือผู้ประกันตน ,2551:7)

1. เมื่อต้องประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย (ที่สาเหตุไม่ได้มาจากการทำงาน)
2. ทูพพลภาพ (ที่สาเหตุไม่ได้มาจากการทำงาน)
3. ตาย (ที่สาเหตุไม่ได้มาจากการทำงาน)
4. คลอดบุตร
5. สงเคราะห์บุตร
6. ชราภาพ

7. ว่างาน

หลักการของกองทุนนี้จะมีการกำหนดให้ลูกจ้างที่มีรายได้ช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยการออมและรู้จักเสียดสละเพื่อส่วนรวม ตามแนวทางการเฉลี่ยความเสียหายร่วมกันของสมาชิก ซึ่งการที่จะอาศัยเงินภาษีอากรอย่างเดียวย่อมสำเร็จได้ยาก เนื่องจากต้องใช้เงินจำนวนมากจึงกำหนดให้ผู้ประกันตนแต่ละคนร่วมกันออกเงินสมทบเข้ากองทุน และให้นายจ้างกับรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนด้วย โดยมีอัตราการเรียกเก็บดังใน ตาราง ที่ 3 (คู่มือผู้ประกันตน,2551:3)

ตารางที่ 3 อัตราการจ่ายเงินสมทบของนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐ

สิทธิประโยชน์	อัตราสมทบลูกจ้าง	อัตราสมทบนายจ้าง	อัตราสมทบรัฐบาล
เจ็บป่วย / ทูพพลภาพ / ตาย / คลอดบุตร	1.5%	1.5%	1.5%
สงเคราะห์บุตร / ชราภาพ	3%	3%	1%
ว่างงาน	0.5%	0.5%	0.25%
รวม	5%	5%	2.75%

ทั้งนี้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิในการเบิก อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ในกรณีต่อไปนี้ ได้แก่:

1.กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่สาเหตุไม่ได้มาจากการทำงาน เบิกเป็นค่าบริการทางการแพทย์ ในรายการค่าอุปกรณ์เทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เช่น เท้าเทียม แขนเทียม ไม้ค้ำยัน ฯลฯ ตามประกาศที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดดังแสดงรายละเอียดในบทที่ 4

2.กรณีทุพพลภาพ มีกติกาว่า ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนเดือนที่สำนักงานประกันสังคมจะประเมินให้เป็นผู้ทุพพลภาพ และเจ็บป่วยหรือการได้รับอุบัติเหตุจนถึงขั้นทุพพลภาพ เช่น กรณีที่มีการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ตาบอดทั้ง 2 ข้าง หรือได้รับอุบัติเหตุร้ายแรงจนถึงขั้นทุพพลภาพและไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ซึ่งรายการอุปกรณ์เป็นไปตามประกาศที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดรายละเอียดจะได้แสดงต่อไปในบทที่ 4

กองทุนเงินทดแทน คือ กองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่จ่ายค่าทดแทนให้กับลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน เงินค่าใช้จ่ายของกองทุนได้มาจากเงินสมทบที่เก็บจากนายจ้างฝ่าย

เดียว สิทธิประโยชน์ที่ได้รับใช้ได้ในกรณีดังต่อไปนี้ ประสบอันตราย/เจ็บป่วย สูญเสียอวัยวะ/สูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะ ทูพพลภาพ ตาย/สูญหาย อันมีสาเหตุมาจากการทำงานให้กับนายจ้าง เช่น บาดเจ็บในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน หรือ นายจ้างสั่งให้ไปปฏิบัติงาน ณ สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง แล้วหายสาบสูญไป ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (คู่มือผู้ประกันตน,2551:31)

1. ค่ารักษาพยาบาล

ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 45,000 บาท ซึ่งถ้าหากประสบอันตรายรุนแรงเข้าข่ายที่กำหนดในกฎกระทรวงฯ กองทุนทดแทนจะจ่ายเพิ่มอีก 65,000 บาท หรือไม่เกิน 200,000 บาทต่อครั้งของการประสบอันตราย ในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลไม่เพียงพอ สามารถเบิกได้อีกแต่ไม่เกิน 300,000 บาท โดยคณะกรรมการการแพทย์พิจารณาและคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเห็นชอบ

2. ค่าทดแทน มี 4 กรณี ได้แก่

1. กรณีหยุดพักรักษาตัว
2. กรณีสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานอย่างถาวรของอวัยวะที่บาดเจ็บตามที่ประกาศกระทรวงแรงงานกำหนดแต่ไม่เกิน 10 ปี
3. กรณีที่ทุพพลภาพ จะได้รับค่าทดแทน 15 ปี
4. กรณีตายหรือสูญหาย ผู้ที่สิทธิจะได้รับค่าทดแทน 8 ปี เฉลี่ยตามจำนวนของผู้มีสิทธิ

3. ค่าทำศพ

4. ค่าฟื้นฟู ซึ่งประกอบด้วย

- 4.1 ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูด้านการแพทย์ และอาชีพเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 20,000 บาท
- 4.2 ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูฯ ไม่เกิน 20,000 บาท

2.3.3 สิทธิประโยชน์ของคนพิการภายใต้ระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ ๓ กรมบัญชีกลาง

สวัสดิการรักษายาของข้าราชการฯ ในปัจจุบันครอบคลุมให้แก่ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำและบุคคลในครอบครัวประมาณ 4.5 ล้านคน โดยในปี พ.ศ. 2518 ได้มีการตราพระราชบัญญัติกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินซึ่งเป็นตัวแม่บท ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 ได้มีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายา ซึ่งต่อมาได้มีการยกเลิก และในปี พ.ศ. 2523 ได้มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาปี พ.ศ. 2523 ใช้ทดแทนจนถึงปัจจุบัน โดยมีแนวคิดและหลักการว่าถ้าข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำและบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย และไปพบแพทย์ใน

สถานพยาบาลที่กำหนดให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ โดยค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นไปตาม มาตรา 4 ของพระราชกฤษฎีกามีความหมายว่า เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บดังนี้

1. ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือด หรือสารทดแทน.....
2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม
3. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึง ค่าจ้าง
4. ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

ตามระเบียบในพระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ไม่ได้แยกความพิการออกจากความเจ็บป่วยแต่อย่างไร ให้ถือเสมือนว่าเมื่อผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพความพิการแล้ว ไปพบแพทย์ในสถานพยาบาลที่รัฐกำหนด และแพทย์พิจารณาว่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ให้สามารถเบิกค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมซึ่งเป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลังเรื่อง “ประเภทและอัตราอวัยวะเทียมและอุปกรณ์” ซึ่งมีทั้งสิ้น 4 ฉบับ ได้แก่ ประกาศเวียนด่วนที่สุด เรื่องประเภทและอัตราอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 มีทั้งสิ้น 358 รายการ ซึ่งเป็นการจัดหมวดหมู่อุปกรณ์ได้อย่างเป็นระบบ และมีรหัสอุปกรณ์ เป็นหมวดหมู่ เพื่อสะดวกในการบันทึก รวมทั้งสิ้น 9 หมวด โดยอุปกรณ์ที่ประกาศบางส่วนเป็นอุปกรณ์ที่ฝังภายในร่างกาย ต้องมีการผ่าตัด แต่ในความหมายของอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ตามความหมายที่ใช้อยู่ทั่วไป เป็นเฉพาะอุปกรณ์ที่ใช้ภายนอก อาจจะประกบติดกับร่างกาย เช่น ภายอุปกรณ์เสริม, ขาเทียม, แขนเทียม หรืออุปกรณ์ที่ใช้ช่วยพยุง, ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยการเดิน ชนิด 4 ขาขกได้ (Walker) ซึ่งอยู่ในหมวดที่ 8 จากการศึกษาวิเคราะห์เพื่อแยกเฉพาะอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ตามประกาศฉบับนี้ พบว่า มีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ทางกรเห็น จำนวน 1 รายการ ทางกรได้ยิน 2 รายการ ทางกรสื่อความหมาย 1 รายการ และทางกรเคลื่อนไหว 74 รายการ รวมทั้งสิ้น 78 รายการรายละเอียดจะได้แสดงต่อไปในบทที่ 4

2.4 บทบาทของศูนย์สิทธิรณเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

นอกจากระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบแล้ว ยังมีหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการในด้านการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระดับประเทศนั่นก็คือ ศูนย์สิทธิรณเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2533 มีภารกิจตามพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2537 โดยมีอำนาจหน้าที่ 3 ประการ กล่าวคือ

1. ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการและผู้ป่วยตามกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ที่รับส่งต่อจากหน่วยงานทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน
2. ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาวิชาการแพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตลอดจนถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข

3. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ซึ่งต่อมาภายหลังในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการปรับบทบาทและภารกิจของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ใหม่ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ และปัจจุบัน ในปีพ.ศ. 2552 ได้มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่คนพิการและผู้ป่วยตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
2. ศึกษา วิเคราะห์ และวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการ
3. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
4. จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการ
5. ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
6. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ในการดำเนินงานของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ ยุทธศาสตร์ เพื่อเอื้อต่อการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรนำด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระดับสากลมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

พันธกิจ

1. ศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
2. ให้บริการและรับส่งต่อผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิและสูงกว่าตติยภูมิ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน
4. พัฒนานโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ยุทธศาสตร์

1. พัฒนาหน่วยงานเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระดับสากล
2. สร้าง/พัฒนาเครือข่ายวิชาการและบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทุกระดับให้ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน
3. แก้ไขปัญหาคนพิการเชิงรุก และพัฒนาข้อเสนอทางด้านนโยบาย กฎ ระเบียบแนวทางการดำเนินงาน
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เอื้อต่อการดำเนินงาน

นอกจากภารกิจตามกฎหมายแล้ว ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ยังมีหน้าที่ในการจัดทำอนุบัญญัติที่ออกตาม “พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534” ซึ่งได้แก่ กฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ.2537) ในเรื่องการแบ่งประเภทความพิการ และกฎกระทรวงฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) เพื่อกำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยวิธีการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกายทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น โดยได้กำหนดกระบวนการทางการแพทย์ไว้ 13 วิธี และในวิธีที่ 13 คือการให้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยคนพิการ และให้สถานพยาบาลของรัฐจัดหาให้ ในกรณีที่สถานพยาบาลของรัฐนั้นไม่สามารถจัดหาได้ให้ดำเนินการขอเบิกจากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งที่ผ่านมาศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้รับงบประมาณจากกรมการแพทย์เพื่อจัดหาอุปกรณ์เหล่านี้ (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนงบประมาณ สถานพยาบาล และอุปกรณ์จำแนกตามประเภทความพิการ ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ให้การสนับสนุน

งบประมาณ (บาท)	ปีงบประมาณ				
	2548	2549	2550	2551	2552
	48,438,000	48,438,000	48,438,000	48,438,000	48,438,000
สถานพยาบาลที่ได้รับ(แห่ง)	149	153	135	97	40
ประเภทของอุปกรณ์					
ทางการมองเห็น (ชิ้น)	895	900	453	662	1,368
ทางการได้ยิน (ชิ้น)	2,000	2,350	-	-	-
ทางการสื่อความหมาย (ชิ้น)	30	78	-	-	-
ทางการเคลื่อนไหว (ชิ้น)	7,488	8,866	4,619	6,800	6,098
รวมอุปกรณ์ (ชิ้น)	10,413	12,194	5,072	7,462	7,466

ในปี พ.ศ. 2550 จำนวนชิ้นอุปกรณ์ที่จัดหา มีจำนวนลดลง ทั้งนี้เนื่องมาจากทางศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ไม่สามารถดำเนินการจัดซื้อรถนั่งคนพิการได้ทัน จึงได้มีการโอนเงินจำนวนทั้งสิ้น 12,370,200 บาท ให้กับสถานพยาบาลเพื่อดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเอง และตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552 มิได้จัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ยื่นหรือสื่อความหมาย และอุปกรณ์ช่วยการเดิน เนื่องจากสถานพยาบาลสามารถเบิกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการที่ประเทศไทยได้มีการพัฒนากฎหมายด้านคนพิการอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และมีประกาศกำหนดให้ยกเลิกพระราชบัญญัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งใช้มานานและไม่ทันสมัย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ในฐานะเลขานุการคณะทำงาน จัดทำร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ในมาตรา 20(1) โดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น ราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรคนพิการ ได้ดำเนินการจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ ตามประกาศฉบับเดิมได้กำหนดไว้ 13 วิธี แต่ตามประกาศฉบับใหม่นี้ได้ปรับเปลี่ยนชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 26 วิธี และในวิธีที่ 26 ได้กำหนดให้มีการจัดบริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ โดยให้สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาลเอกชนตามที่หน่วยงานของรัฐประกาศกำหนดเป็นผู้จัดหาให้คนพิการ ทั้งนี้ในประกาศฯ ฉบับดังกล่าว ในข้อ 6 ได้กล่าวถึงบทบาทของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นหน่วยงานประสานงานและสนับสนุนงานด้านวิชาการเทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การวิจัยพัฒนา นวัตกรรม รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูงเฉพาะกรณีที่ถูกกฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐมิได้กำหนดไว้

2.5 ความหมาย คนพิการ และ ทูพพลภาพ

“คนพิการ” ตามความหมายของกฎหมายที่อ้างอิง ณ ปัจจุบัน ในมาตรา 4 ตาม พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่ง

ด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด ซึ่งคำจำกัดความนี้ใช้พื้นฐานแนวคิดจาก International Classification of Functioning Disability and Health: ICF (กระทรวงสาธารณสุข.กรมการแพทย์,2547) เป็นการเชื่อมโยงระหว่างภาวะสุขภาพ (Health conditions) กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) จึงเป็นการบูรณาการระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกๆ ด้าน มิใช่การดำเนินการแบบแยกส่วน

ตามประกาศกระทรวงการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ได้แบ่งความพิการเป็น 6 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. คนพิการทางการเห็น ได้แก่ กลุ่ม ตาบอด และ ตาเลือนราง

“ตาบอด” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า ๓ ส่วน ๖๐ เมตร (๓/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ ฟุต(๒๐/๔๐๐) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๑๐ องศา

“ตาเลือนราง” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ ๓ ส่วน ๖๐ เมตร (๓/๖๐) หรือ ๒๐ ส่วน ๔๐๐ ฟุต(๒๐/๔๐๐) ไปจนถึงต่ำกว่า ๖ ส่วน ๑๘ เมตร (๖/๑๘) หรือ ๒๐ ส่วน ๗๐ ฟุต (๒๐/๗๐) หรือมีลานสายตาแคบกว่า ๓๐ องศา

ทั้งนี้เนื่องจากเกณฑ์การประเมิน กำหนดให้ประเมินความพิการโดยพิจารณาจากการประเมินตาข้างที่เห็นดีกว่า เป็นตัวตัดสินในทางกฎหมายจึงไม่ครอบคลุม ตาบอด ข้างเดียว ตาเลือนรางข้างเดียว ตาบอดสี ตาเข ตาเหล่

2. คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย คนพิการทางการได้ยิน ได้แก่ กลุ่มหูหนวกและหูตึง

“หูหนวก” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง ๕๐ เดซิเบลขึ้นไป

“หูตึง” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ ๕๐๐ เฮิรตซ์ ๑,๐๐๐ เฮิรตซ์ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่า จะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียงน้อยกว่า ๕๐ เดซิเบลลงมาจนถึง ๔๐ เดซิเบล

เนื่องจากเกณฑ์การประเมินให้ใช้หูข้างที่ได้ยินดีกว่า เป็นตัวตัดสินในทางกฎหมายจึงไม่ครอบคลุม หูหนวก หรือ หูตึงข้างเดียว

“คนพิการทางการสื่อความหมาย” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

3. คนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย

“คนพิการทางการเคลื่อนไหว” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขน ขา อ่อนแรง แขน ขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา

“คนพิการทางร่างกาย” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือ ออทิสติก

“คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

“คนพิการออทิสติก” ได้แก่ บุคคลที่มีความบกพร่องการพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรม และอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติ นั้น แสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติก สเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอเกอร์ (Asperger)

5. “คนพิการทางสติปัญญา” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ ๑๘ ปี

6. “คนพิการทางการเรียนรู้” หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

จากคำจำกัดความของ “คนพิการ” ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีความแตกต่างจากคำจำกัดความ “คนพิการ กับ ทูพพลภาพ” ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ส่งผลกระทบในการจัดชุดสิทธิประโยชน์ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในมาตรา 5 ให้คำจำกัดความ “ทูพพลภาพ” หมายความว่า การสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกาย หรือสูญเสียสภาพปกติของจิตใจ จนไม่สามารถทำงานได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ซึ่งต่อมาได้มีประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทูพพลภาพ โดยคณะกรรมการการแพทย์ ได้ประกาศไว้ดังต่อไปนี้

กรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตราย หรือ เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเป็นเหตุให้มีการสูญเสีย อวัยวะ หรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะอย่างถาวรในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าผู้ประกันตน ทูพพลภาพ โดยให้พนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย คือ

- 1) มือทั้งสองข้างขาด
- 2) แขนทั้งสองข้างขาด
- 3) มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่งขาด
- 4) มือข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด
- 5) แขนข้างหนึ่งกับเท้าข้างหนึ่งขาด
- 6) แขนข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด

7. สูญเสียลูกตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไป หรือเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือ มากกว่าของตาอีกข้างหนึ่ง หรือสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 3/60 หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง

8. โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลังเป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่งมือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่ง หรือแขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือขาทั้งสองข้างกับการขยับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง

9. โรคหรือการบาดเจ็บของสมองเป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของอวัยวะของร่างกายจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นได้ และต้องมีผู้อื่นมาช่วยเหลือดูแล

จากคำจำกัดความ “คนพิการและทุพพลภาพ” ของทั้งสองพระราชบัญญัติ จะเห็นว่ามุมมองที่แตกต่างกันในด้านคนพิการนั้น โดยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ครอบคลุมคนพิการตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ และมีการบูรณาการองค์ประกอบทางด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะด้านสังคม โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดสิทธิประโยชน์ หรือการบริการที่ครอบคลุมทุกด้าน มิใช่ดูแลด้านการแพทย์เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังมองไปถึงการเสริมสร้างศักยภาพ (Empowerment) ให้กับคนพิการและผู้จัดการเลือกปฏิบัติที่มีต่อคนพิการ ซึ่งแตกต่างจากหลักการของระบบประกันสังคมที่ผู้ประกันตนซึ่งอยู่ในวัยแรงงานจะต้องจ่ายเงินสมทบร่วมกับนายจ้างและรัฐ เป็นกระบวนการออมและรู้จักเสียสละ เพื่อส่วนรวม ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มอายุในวัยทำงาน ซึ่งมีมุมมองในเรื่องความบกพร่องหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะต้องมีผลโดยตรงต่อการทำงาน จึงใช้เพียงหลักการทางการแพทย์มากำหนดความพิการ (Medical Model) จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า ทุพพลภาพเป็นส่วนหนึ่งของความพิการที่ค่อนข้างรุนแรง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บางรายต้องมีผู้ดูแลสมควรได้รับการสงเคราะห์

2.6 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

ตามความหมายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจะครอบคลุมคำหลายคำที่มีความหมายที่ใกล้เคียงกันมักทำให้เกิดความสับสน ได้แก่ Assistive devices, Mobility aids, Assistive technology devices ใน Dictionary of disability terminology (Blocksidge, David, 2003:7) ให้ความหมายคำว่า Assistive device หมายถึงอุปกรณ์ หรือ เครื่องมือ ที่ออกแบบเป็นพิเศษเพื่อช่วยให้ คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ทั้งในบ้าน นอกบ้านรวมถึงที่ทำงานด้วย เช่น Teletypewriter เครื่องพิมพ์ดีดภาษา Braille เครื่องช่วยพูด และ โทรศัพท์ขยายเสียงพูด เป็นต้น ซึ่งจะแยกจาก Mobility aids ที่มีความหมายคือ อุปกรณ์ หรือ เครื่องมือ ที่ออกแบบเป็นพิเศษเพื่อช่วยให้คนพิการสามารถเคลื่อนที่ได้ เดินได้ เพื่อการดำรงชีวิตที่อิสระ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม้เท้า รถนั่งคนพิการ แต่ในความหมายกว้างๆของ Assistive technology devices จะหมายความถึง อุปกรณ์ หรือ เครื่องมือ ที่ออกแบบ หรือประดิษฐ์เป็นพิเศษโดยนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับคนพิการ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ โดยสามารถจำแนก ตาม Iowa Compass (Iowa Compass, 1998.) จะครอบคลุมอุปกรณ์ หรือ เครื่องมือที่ใช้กับคนพิการทุกประเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คนพิการ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน อุปกรณ์ใช้ในบ้าน ที่ทำงาน สันทนาการ ฟื้นฟูทางการแพทย์ และการ เข้าสู่สังคม ได้แก่

1. อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า
2. สุขภัณฑ์ในห้องน้ำ และอุปกรณ์ในครัว ในบ้าน เช่น ราวจับในห้องน้ำ
3. อุปกรณ์ดูแลเด็ก เช่น Cribs, High chairs
4. ชุดเสื้อผ้าพิเศษ
5. อุปกรณ์ในการสื่อสาร

6. อุปกรณ์คอมพิวเตอร์Hardware
7. อุปกรณ์คอมพิวเตอร์Software
8. อุปกรณ์ใช้สำหรับควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
9. Ergonomics เช่น Ergo joystick
10. อุปกรณ์ใช้ในการประกอบอาชีพกิจกรรม
11. อุปกรณ์การแพทย์
12. อุปกรณ์และเทคโนโลยีช่วยการได้ยินเช่น Hearing aids, Audio loop systems, TV amplifiers
13. อุปกรณ์ช่วยทำความสะอาดในบ้าน
14. อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว(Mobility)เช่น รถนั่งคนพิการ, ไม้เท้า
15. ภายอุปกรณ์เสริม เช่น อุปกรณ์ใช้ตามมือ, อุปกรณ์ใช้ประคองขา
16. อุปกรณ์ช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
17. ภายอุปกรณ์เทียม เช่น แขนเทียม, ขาเทียม
18. อุปกรณ์ช่วยในการสันทนการ
19. อุปกรณ์ช่วยพยุง หรือจัด ให้อยู่ในท่านั่ง(Seating)
20. Switches เช่น อุปกรณ์ช่วยในการบังคับรถนั่งไฟฟ้า, อุปกรณ์ปิด เปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า
21. อุปกรณ์ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น ราวหัดเดินกู่ขนาน, Tilt board, อุปกรณ์ช่วยในการคลาน
22. อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น Ramps, Driving control
23. อุปกรณ์และเทคโนโลยีช่วยการเห็น เช่น Braille, Magnification system
24. อุปกรณ์และเทคโนโลยีช่วยการประกอบอาชีพและการศึกษา(Vocational /Educational)
25. สัตว์นำทางหรือช่วยเหลือ

ตัวอย่างอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ



ภาพที่ 1 อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายตัวในห้องน้ำ



ภาพที่ 2 อุปกรณ์ในครัว



ภาพที่ 3 เครื่องช่วยเดิน



ภาพที่ 4 รถนั่งคนพิการ



ภาพที่ 5 ไม้เท้าเพื่อคนตาบอด



ภาพที่ 6 กล่องส่งดูไกล ชนิดตาเดียว



ภาพที่ 7 แขนเทียม



ภาพที่ 8 กายอุปกรณ์เสริม



ภาพที่ 9 เครื่องช่วยคลาน



ภาพที่ 10 ทางลาด



ภาพที่ 11 สัตว์นำทาง

2.7 การเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การเข้าถึง (Access) มีส่วนสำคัญมากในการบ่งบอกถึงความสำเร็จของการให้บริการ เพื่อใช้สิทธิโดยชอบธรรม เป็นคำที่มีการกล่าวถึงบ่อยครั้ง แต่ที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มี การให้คำนิยามที่ชัดเจน ทั้งนี้ผู้บริหารหลายท่านที่พยายามจะอธิบาย “การเข้าถึง” คือ การที่ผู้รับบริการสามารถใช้ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นคำที่พูดเชิงนโยบายทางการเมืองมากกว่าการที่จะปฏิบัติได้จริง แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ยังมีความสับสนระหว่างคำว่า Access, Availability และ Acceptability และในปี พ.ศ. 2524 Penchansky และ Thomas (Penchansky และ Thomas, 1981) ได้ให้คำนิยามที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบบริการ เพื่อให้เกิดความสมดุลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีโดยคำนึงถึง ความพึงพอใจของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 5 มิติ หรือ 5 As ดังนี้

1. ความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุสมผล (Affordability) หมายถึง การที่ผู้รับบริการมีกำลังในการจ่ายค่าบริการในราคาที่เหมาะสมที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ โดยเกิดความสมดุลที่พอดีของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งรวมถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจ่ายแทน การรับรู้ค่าใช้จ่าย คุณค่า ของงานบริการ

2. ความเพียงพอ (Availability) หมายถึงการที่ผู้ให้บริการจัดหาทรัพยากร เช่น บุคลากร และเทคโนโลยีที่จำเป็น เหมาะสม และ เพียงพอ รวมถึงการบริการพิเศษอื่นๆที่จำเป็น เพื่อให้บริการตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

3. ความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility) หมายถึงความสะดวกสบายของการเดินทางจากสถานที่พักของผู้รับบริการมายังสถานบริการ เช่น ระยะเวลา ระยะทางของการเดินทาง รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง

4. การอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) หมายถึง การที่สถานพยาบาลสามารถบริหารจัดการระบบต่าง ๆ เพื่อเอื้อให้กับผู้รับบริการที่อาจจะมีข้อจำกัดในการมารับบริการในสถานพยาบาล เช่น ระบบการนัดหมาย , การบริการเยี่ยมบ้าน หรือการให้บริการเชิงรุกอื่น ๆ และถึงอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการ เช่น ห้องน้ำคนพิการ ทางลาด ที่จอดรถ ตัวชี้วัดในมิตินี้ ได้แก่ ระยะเวลาการรอตรวจ หรือ รอรับบริการ

5. การยอมรับโดยปราศจากอุปสรรค (Acceptability) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการได้ โดยมีทัศนคติที่ดีต่อกัน ปราศจากอุปสรรคจากความแตกต่างด้านคุณลักษณะ เช่น เพศ อายุ ชนชั้นทางสังคม เชื้อชาติ หรือสัญชาติ และการเลือกปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกัน เช่น ในสหรัฐอเมริกาทันตแพทย์ผิวขาวไม่ประสงค์ทำฟันให้ผู้ป่วยผิวดำ

โดยทั้ง 5 มิตินี้ ดูเสมือนว่าจะให้ความสำคัญกับ Affordability ซึ่งจะเกี่ยวกับด้านนโยบาย สิทธิประโยชน์ แต่อย่างไรก็ตามก็ควรคำนึงถึง 4 องค์ประกอบที่มักถูกละเลย นั่นก็คือ Acceptability ต่อมาในปี พ.ศ.2545 Guilliford และคณะ ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพที่ดี มีมาตรฐาน ครอบคลุม และความยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบใน 4 มิติ (Guilliford และคณะ ,2002) ได้แก่

1. Service availability หมายถึง ความพอเพียงของการให้บริการโดยอาจพิจารณาได้จาก จำนวนแพทย์, ผู้เชี่ยวชาญ จำนวนเตียง การกระจายตัวของบุคลากรและสถานบริการจากเมืองสู่ชนบท ได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมทั่วประเทศ

2. Utilization of service และ barriers to access ในความหมายนี้ Penchansky และ Thomas ให้คำนิยามไว้ซึ่งเป็นการประเมินจากความสมดุลย์ที่พอดีระหว่างผู้ให้บริการหรือระบบของการบริการและผู้รับบริการโดยประเมินจาก 4 องค์ประกอบที่มีผลต่อการเข้าถึง

2.1 Personal barriers อุปสรรคด้านบุคคลในมุมมองนี้จะดูในเรื่องอุปสรรคระหว่างบุคลากรที่ให้บริการและผู้รับบริการเป็นเรื่องของความเชื่อส่วนบุคคล สังคม วัฒนธรรม วิถีปฏิบัติ ที่มีความแตกต่างจนเกิดเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการบริการ ในข้อนี้จะค่อนข้างตรงกับความหมายของ Acceptability ของคำนิยามตาม Penchansky และ Thomas

2.2 Financial barriers อุปสรรคด้านเศรษฐกิจจะเป็นปัญหาที่ใหญ่มากแม้ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างประเทศอังกฤษ ผลกระทบนี้จะเกิดจากความแตกต่างทางด้านฐานะทางการเงิน ถึงแม้ราคาที่กำหนดจากสถานบริการเป็นราคาที่ดูจะเหมาะสม แต่ในคนที่มีฐานะยากจนกำลังจ่ายจะทำกว่าคนฐานะที่ดีกว่านอกจากนี้ยังมีต่อการรับบริการในการตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่คนจนจะไม่สามารถเข้าถึงได้ ในข้อนี้มีความหมายใกล้เคียงกับ Affordability ของ Pechansky และ Thomas

2.3 Organizational barriers อุปสรรคด้านโครงสร้างหรือการบริหารจัดการของสถานพยาบาล เช่น ลำดับของการรอคอยเพื่อรับบริการ ระยะเวลาในการรอคอยในการพบแพทย์ ระบบส่งต่อที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อนี้จะใกล้เคียงกับ Accommodative ของ Penchansky และ Thomas

2.4 Relevance, effectiveness และ access เป็นการประเมินในด้านประสิทธิภาพของกระบวนการเข้าถึงบริการ Roger และคณะได้ให้คำนิยามการเข้าถึงที่เหมาะสมว่า เป็นการจัดหาบริการที่ถูกต้อง ใช้เวลาและให้บริการในสถานที่เหมาะสม US Institute of Medicine ได้ให้คำนิยามการเข้าถึงว่าเป็นการให้บริการที่ทันต่อเวลา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นไปได้ เช่น การมีอุปสรรคด้านระบบบริหารจัดการ ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันต่อเวลาทำให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการลดลง เป็นต้น

2.5 Equity and access เป็นการจัดหาทรัพยากรหรือบริการที่เหมาะสมกับความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นหัวใจที่สำคัญของการเข้าถึง สังคมต้องมีความเป็นธรรมในด้านการเข้าถึงให้กับสมาชิก ในด้านความเสมอภาคอาจวัดจาก Health service availability , Health service utilization หรือ Health care outcome

โดยสรุป คำจำกัดความของการเข้าถึงการบริการเป็นมุมมองที่มีหลายมิติ ผสมผสานกันทั้งในด้านความเป็นธรรม ประสิทธิภาพของการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการความแตกต่างของกลุ่มบุคคลที่รับบริการ ความหลากหลายของการให้บริการต่าง ๆ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมุมมองนี้จะต้องมีความสมดุลระหว่างระบบของการให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

บทที่ 3

สถานการณ์การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

การศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย พบว่ายังมีผู้ให้ความสนใจในการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก การศึกษาที่พบมักจะเฉพาะเจาะจงในบางชนิดของอุปกรณ์ เช่น การประเมินสถานการณ์การเข้าถึง และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ กายอุปกรณ์เทียม และกายอุปกรณ์เสริม ในประเทศกำลังพัฒนา ของ องค์การอนามัยโลก ในส่วนข้อมูลของประเทศไทย ได้แก่ รายงานสำมะโนประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ได้ทำการสำรวจความพิการในปี พ.ศ. 2550

องค์การอนามัยโลกเป็นองค์กรระหว่างประเทศองค์กรหนึ่งที่ทำให้ความสนใจในปัญหา อุปสรรคของการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยเฉพาะ กายอุปกรณ์ ซึ่งประกอบด้วย กายอุปกรณ์เสริม และ กายอุปกรณ์เทียม เช่น แขนเทียม ขาเทียม อุปกรณ์ช่วยพยุงแขน หรือขา (Brace) เป็นต้น ในเบื้องต้นได้มีการประมาณการว่ามีคนพิการที่ได้รับ กายอุปกรณ์เสริม และกายอุปกรณ์เทียม มีเพียงร้อยละ 10 ของจำนวนคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้ โดยสรุปปัญหาต่างๆ ไปในการให้บริการของสถานบริการ รวมถึงนโยบายภาครัฐ ที่พบเห็นได้ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (WHO, Disability and Rehabilitation, 1999: 6-8) ได้แก่

- หน่วยกายอุปกรณ์มีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศแอฟริกา โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1 หน่วยบริการกายอุปกรณ์ ต่อ 2,000,000 คน แต่ถ้าเทียบกับประเทศทางตะวันตก เท่ากับ 1 หน่วยบริการ ต่อ 200,000 คน ซึ่งมีความแตกต่างกันถึง 10 เท่า ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับประเทศไทยที่มีหน่วยบริการ กายอุปกรณ์ รวมกันแล้วทั่วประเทศประมาณ 89 หน่วยบริการ คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร ประมาณ 800,000 คน

- หน่วยบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในส่วนกลางหรือเมืองใหญ่ ๆ คนพิการมีความยากลำบากในการเดินทางเพื่อมาขอรับบริการในส่วนกลาง

- คุณภาพของอุปกรณ์ที่ทำให้มีคุณภาพต่ำ เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ด้านวัสดุ และ ไม่มีวัสดุที่ดีในประเทศ

- เทคโนโลยีที่ใช้ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญ นักกายอุปกรณ์ ช่างกายอุปกรณ์ ไม่มีความมั่นใจในอุปกรณ์ที่ผลิตในประเทศ มักจะใช้อุปกรณ์หรือส่วนประกอบที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ จึงเกิดปัญหาต้องใช้งบประมาณสูง ทำให้มีผลกระทบต่อจำนวนอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ

- ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ และบุคลากรที่มีอยู่ขาดการฝึกอบรม ทักษะต่าง ๆ ในสายงานนี้

- ผู้บริหารในระดับประเทศไม่ได้ให้ความสนใจงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ขาดการวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับชาติ รวมถึงขาดยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

- ขาดการทำงานแบบ สหวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด
- ขาดสถิติที่จำเป็น เช่น จำนวนคนพิการ ข้อมูลความต้องการ
- กายอุปกรณ์เสริมมักจะถูกลืม โดยเฉพาะในประเทศหลังเกิดสงคราม จะให้ความสนใจกลุ่มคนพิการ แขน ขาขาด มากกว่ากลุ่มที่อ่อนแรง หรือผิดรูป ซึ่งกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้กายอุปกรณ์เสริม
- งานบริการกายอุปกรณ์ต้องดำเนินงานโดยผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ โดยเฉพาะต้องขอการสนับสนุนจากองค์กรอิสระจากต่างประเทศ ทั้งในด้านงบประมาณและผู้เชี่ยวชาญ โดยที่รัฐบาลในส่วนกลางไม่ได้ให้ความสนใจที่จะดำเนินการต่อ ทำให้เกิดความไม่ยั่งยืน
- งบประมาณไม่เพียงพอ เป็นปัญหาที่ใหญ่มากในประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นต้นเหตุของปัญหาทั้งหมดที่กล่าวแล้วข้างต้น

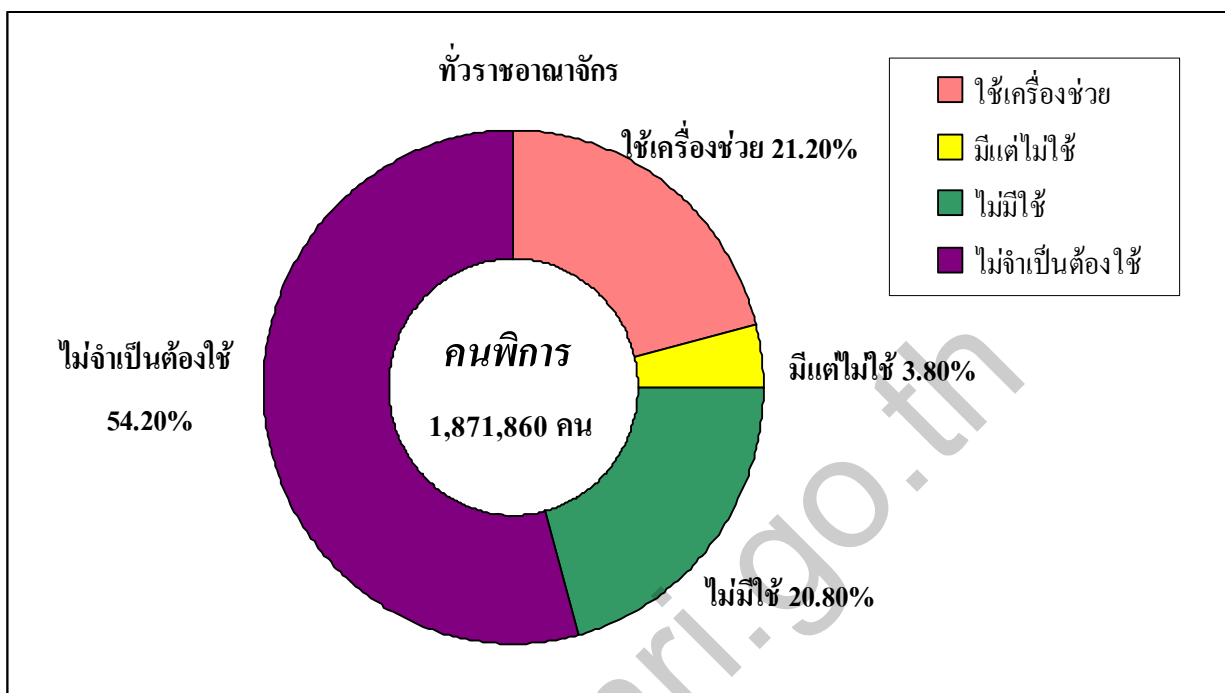
จากการศึกษาการสำรวจความพิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการสำรวจถึงจำนวนคนพิการที่จำเป็นต้องมีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการใช้ว่ามีจำนวนเท่าใด โดยรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ที่สำรวจ ประกอบด้วย

1. อุปกรณ์ทางการเห็น 5 รายการ ได้แก่ แว่นขยาย แว่นตาที่ตัดพิเศษ เลนส์ขยาย กล้องส่องดูไกล หรือกล้องทางไกล และไม้เท้าคนตาบอด
2. อุปกรณ์ทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย 2 รายการ ได้แก่ เครื่องช่วยพูด และ เครื่องช่วยฟัง
3. อุปกรณ์ทางการเคลื่อนไหว จำนวน 11 รายการ ได้แก่ แขนเทียม มือเทียม นิ้วเทียม ขาเทียม กายอุปกรณ์เสริมระดับใต้เข่า/เหนือเข่า รถนั่งคนพิการ เบาะรองนั่ง ไม้เท้า ไม้เท้าแบบสามขา ไม้ค้ำยัน รัดแตร/ระดับแขนและ ที่ช่วยเดินชนิดสี่ขา

จากการสำรวจพบว่ามีคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยคนพิการสูงถึง 857,312 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.8 ของคนพิการ และจากจำนวนผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้แต่ยังไม่มีใช้สูงถึง 389,347 คน คิดเป็นร้อยละ 43.7 ของคนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้ หรือร้อยละ 20.8 จากจำนวนคนพิการที่สำรวจทั้งหมด และมีแต่ไม่ได้ใช้เนื่องจากสาเหตุหลายประการดังจะกล่าวภายหลังร้อยละ 8.2 ของคนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้ หรือ ร้อยละ 3.80 จากจำนวนคนพิการที่สำรวจทั้งหมด (ดังแสดงในแผนภูมิ ค)

แผนภูมิ ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการใช้เครื่องช่วย และเหตุผลที่ไม่ใช้เครื่องช่วย พ.ศ.

2550



ที่มา : จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ.2551.การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550

ซึ่งอุปกรณ์นี้บางส่วนเป็นอุปกรณ์ที่คนพิการ และครอบครัว ประดิษฐ์ขึ้นใช้เอง เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามเพศ พบว่ามีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย คือ เพศชายมีการใช้อุปกรณ์ฯ มากกว่าเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 21.6 และร้อยละ 20.9 ตามลำดับ คนพิการมีภูมิลำเนาเขตเมืองมากที่สุด ร้อยละ 27.8 และเมื่อพิจารณาผู้ใช้อุปกรณ์ฯ ในรายภาคพบว่า ผู้ใช้อุปกรณ์ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคกลางมากที่สุดคือ ร้อยละ 25.8 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสเข้าถึงอุปกรณ์ฯ น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 17.8 และบางรายได้รับอุปกรณ์แต่ไม่ได้ใช้ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น มีความยุ่งยากในการใช้หรือการดูแลรักษา ใช้แล้วเจ็บบริเวณอวัยวะนั้นๆ ไม่ชอบรูปลักษณะของอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมต้องการให้มีผู้ดูแลมากกว่าใช้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม ฯลฯ (ดังแสดงในตารางที่ 5)

สรุปได้ว่า คนพิการในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยพบว่าเป็นคนพิการที่ไม่มีอุปกรณ์ใช้เลยสูงถึงร้อยละ 43.7 หรือมีจำนวนทั้งสิ้น 388,974 คน และถ้ารวมกลุ่มที่ได้รับแต่ไม่ได้ใช้ ร้อยละ 8.2 เท่ากับ ร้อยละ 51.9 จากคนพิการที่สมควรได้รับทั้งหมด กลุ่มคน

พิการที่ยังเข้าไม่ถึงมีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาล และคนพิการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ ได้น้อยที่สุด

ตารางที่ 5 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการใช้เครื่อง เหตุผลที่ไม่ใช้เครื่องช่วย

เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2550

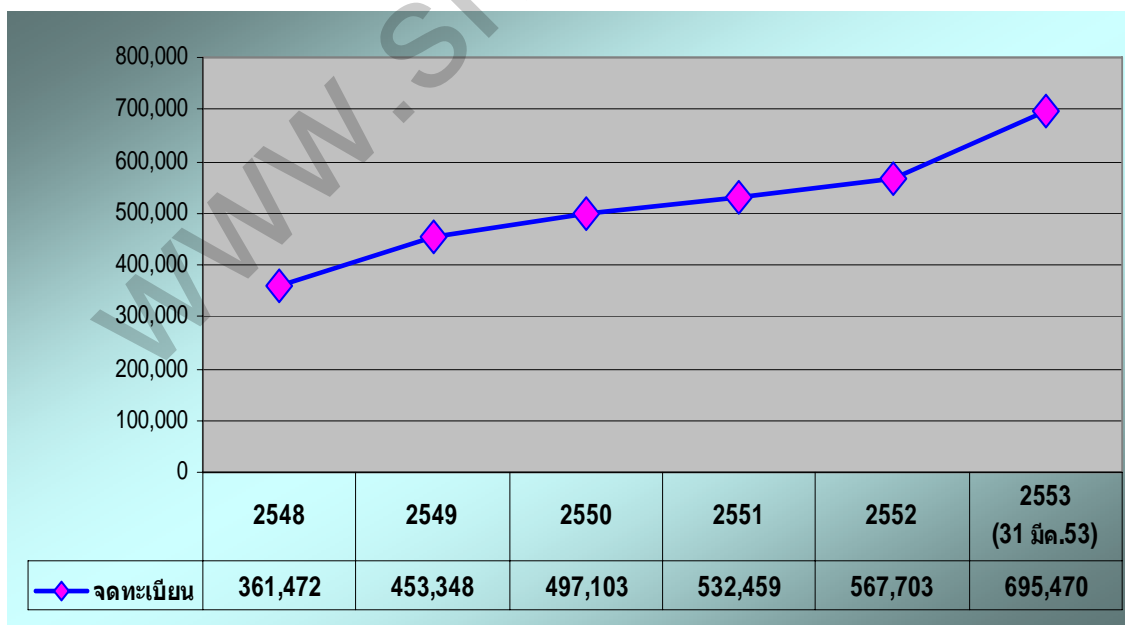
การใช้อุปกรณ์ฯ	ทั่วราชอาณาจักร	เพศ		เขตการปกครอง		ภาค			
		ชาย	หญิง	ในเขต	นอกเขต	กลาง/กทม	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
ประชากรที่พิการ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	1,871,860	864,028	1,007,832	312,497	1,559,363	379,420	518,624	772,931	200,885
ใช้	21.2	21.6	20.9	27.8	19.9	25.8	23.2	17.8	21.1
ไม่ใช้	78.8	78.4	79.1	72.2	80.1	74.2	76.8	82.2	78.9
ไม่จำเป็นต้องใช้	54.2	55.0	53.5	53.6	54.4	55.4	53.3	52.8	60.2
ไม่มีใช้	20.8	19.6	21.8	14.2	22.1	14.5	19.9	25.8	15.6
มีแต่ใช้ไม่ได้ เนื่องจาก.....	3.8	3.7	3.8	4.4	3.6	4.3	3.6	3.7	3.1
1.มีความยุ่งยากใน การใช้หรือดูแลรักษา	1.2	1.2	1.2	1.3	1.1	1.5	1.1	1.2	0.8
2.ใช้แล้วเจ็บบริเวณ อวัยวะส่วนนั้น	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.4	0.2	0.2	0.2
3.ไม่ชอบรูปลักษณะ ของอุปกรณ์หรือ อวัยวะเทียมนั้น	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	*	0.1
4.ต้องการให้มีผู้ดูแล มากกว่าใช้อุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียม	1.7	1.6	1.8	2.2	1.6	1.8	1.3	2.0	1.5
5.อื่น ๆ	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5	0.8	0.3	0.6

หมายเหตุ : * น้อยกว่า 0.1 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ.2551.การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550

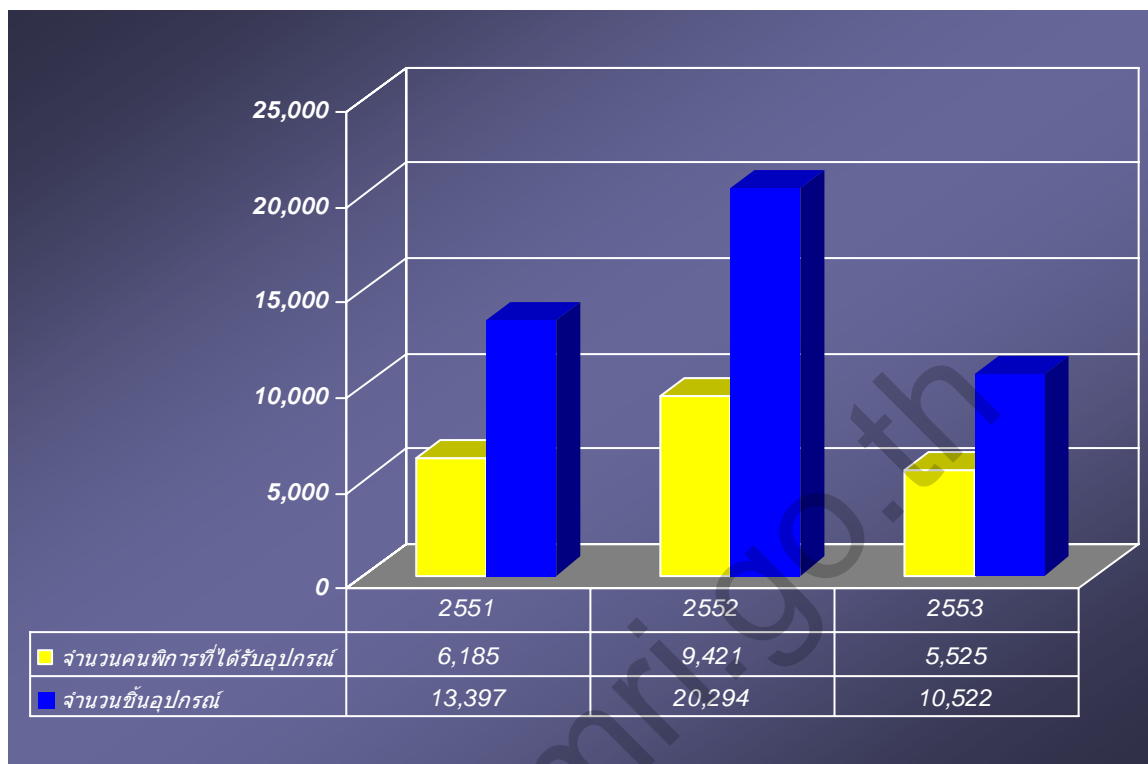
ในการวิเคราะห์การเข้าถึง อาจใช้จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการซึ่งเป็นตัวชี้วัดบอกลถึงผลลัพธ์ของการเข้าถึงได้ จากข้อมูลการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้ให้ในระบบประกันสุขภาพในปี พ.ศ.2550-2552 พบว่าจำนวนคนพิการมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ดังแสดงในแผนภูมิ ง) โดยในปี พ.ศ.2550,2551,2552 มีจำนวนคนพิการที่ขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิ

เท่ากับ 497,103 , 532,459 และ 567,703 คน ตามลำดับ และจำนวนคนพิการที่ได้รับการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในปี 2551 – 2552 มีจำนวน 6,185 คน และ 9,421 คน ตามลำดับ (ดังแสดงในแผนภูมิจ) และ ถ้าวิเคราะห์โดยอ้างอิงจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร้อยละของคนพิการที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเท่ากับ 51.9 ดังนั้นจะมีคนพิการที่ต้องใช้อุปกรณ์เท่ากับ 276,346 และ 294,638 คน ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 ตามลำดับ และถ้าวิเคราะห์จากจำนวนคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเท่ากับร้อยละ 2.24 และ 3.20 ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้ต่ำมากเนื่องจากอุปกรณ์ฯ บางรายการต้องขอรับการสนับสนุนจากศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูฯ ในปี พ.ศ.2551 และ 2552 เท่ากับ 7,462 และ 7,466 ชิ้น ดังแสดงในตารางที่ 4 ถ้าประมาณการว่าคนพิการ 1 คน ใช้ 1 ชิ้น ร้อยละของการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 4.94 และ 5.73 ข้อมูลที่ได้ค่อนข้างต่ำเนื่องจาก ข้อมูลนี้ยังไม่ได้นับรวมอุปกรณ์ฯ ที่ คนพิการ และครอบครัว ประดิษฐ์ขึ้นใช้เอง และยังขาดข้อมูลบางส่วนที่คนพิการอาจได้รับแล้วจากแหล่งอื่น เช่น การออกหน่วยเชิงรุกเพื่อให้บริการในพื้นที่ของบางหน่วยงาน หรือองค์กรอิสระ และ ข้อมูลที่วิเคราะห์นี้เป็นข้อมูลเฉพาะคนพิการภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่มีข้อมูลของอีก 2 กองทุน จึงยังไม่สามารถวิเคราะห์เป็นภาพรวมของประเทศได้

แผนภูมิ จ ร้อยละของจำนวนคนพิการที่จดทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ
ปี2548-2553 ณ มีนาคม 2553



แผนภูมิ ร้อยละของจำนวนคนพิการที่จดทะเบียน และได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพ ปี 2551-2553 ณ มีนาคม 2553



บทที่ 4

บัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกาย ใน 3 ระบบ

จากข้อมูลการสำรวจความพิการ พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 97 ของคนพิการ ได้รับสวัสดิการจาก 3 ระบบ คือ

1. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/ลูกจ้างประจำ/บุคคลผู้เกี่ยวข้อง
3. ระบบประกันสังคม/กองทุนทดแทน

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านการดำเนินการจัดสวัสดิการในชุดสิทธิประโยชน์ของประเทศไทย พบว่า ในปัจจุบันทั้งสามระบบหลักยังไม่มีการบูรณาการหรือการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ การจัดสวัสดิการหรือชุดสิทธิประโยชน์ยังเป็นลักษณะการอ้างอิงจากกฎระเบียบของตนเอง อาทิเช่น

4.1 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มีบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศกำหนด ซึ่งได้แก่ ประกาศเรื่องประเภทและอัตราาราคากลาง ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2553 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2553, 2552:280-310)

4.2 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/ลูกจ้างประจำ/บุคคลผู้เกี่ยวข้อง

ใช้คำสั่งด่วนที่สุดของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ที่กค0417 / ว77 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 เรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

4.3 ระบบประกันสังคม/กองทุนทดแทน

ใช้ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2551

ซึ่งสามารถจำแนกเพื่อเปรียบเทียบดังในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 บัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกาย จาก 3 ระบบ

ลำดับ	รายการ	หน่วย	กรมบัญชีกลาง	สปสช. (ท. 74)	สำนักงาน ประกันสังคม
อุปกรณ์เครื่องช่วยทางการมองเห็น					
1	เครื่องช่วยการมองเห็นสำหรับคนสายตาศาพิการ (Visual aids)	ข้างละ	9,000	-	-
	ลักษณะ มีหลายแบบ เช่นเป็นแว่นขยาย กล้องส่องทางไกล โคมไฟ และจอคอมพิวเตอร์ เป็นต้น				
	ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีสายตาเลือนกลาง โดยมีสายตาข้างที่เลวที่สุดต่ำกว่า 6/18 หรือ 20/70				
อุปกรณ์เครื่องช่วยทางการได้ยิน/สื่อสาร					
1	เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี	ข้างละ	15,000	15,000	-
	ลักษณะ ใช้ทัตโบหู ไม่มีสาย				
2	เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	ข้างละ	13,500	13,500	6,000
	ลักษณะ ใช้ทัตโบหู ไม่มีสาย				
3	ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve)	อันละ	2,400	2,400	-
	ลักษณะ เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคนภายในมีลิ้นให้ลมเข้าออกได้ทางเดียว				
	ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมีเสียงพูด				
4	เครื่องช่วยพูด *	เครื่องละ	36,000	36,000	13,000
	ลักษณะ เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เมื่อกดกับพื้นผิวจะเกิดเสียงจากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสารมีสวิทช์เปิดใช้แบตเตอรี่				
	ข้อบ่งชี้ ใช้ในกรณีที่ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด				
อุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหว					
	มือเทียม นิ้วเทียม (Hand Prosthesis)				
1	นิ้วเทียม (นิ้วหัวแม่มือ)	นิ้วละ	1,000	1,000	-
2	นิ้วเทียม (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง)	นิ้วละ	1,000	1,000	-
3	นิ้วเทียม (นิ้วก้อย)	นิ้วละ	1,000	1,000	-
4	นิ้วเทียมมากกว่า 2 นิ้วชนิดกัน	ข้างละ	3,000	3,000	-
5	ถุงมือยางสำหรับมือขาดบางส่วน	ชุดละ	5,000	5,000	-

ลำดับ	รายการ	หน่วย	กรมบัญชีกลาง	สปสช. (ท. 74)	สำนักงานประกันสังคม
แขนเทียม (Prosthesis , upper extrmity)					
6	แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วมีระบบการใช้งาน	ข้างละ	25,000	-	10,800
7	แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน	ข้างละ	7,000	-	-
8	แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ	ข้างละ	27,000	-	27,000
9	แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ข้อศอก ล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	16,900	-	16,900
10	แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	16,900	-	16,900
11	แขนเทียมชนิดไหล่หรือแนบไหล่ส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	10,000	-	10,000
12	เบ้าแขนเทียมใต้ศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) (ค่าซ่อม)	อันละ	-	1,500	-
13	เบ้าแขนเทียมระดับศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) (ค่าซ่อม)	อันละ	-	3,000	-
14	เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก(สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) (ค่าซ่อม)	อันละ	-	3,000	-
15	เบ้าแขนเทียมระดับไหล่(สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) (ค่าซ่อม)	อันละ	-	4,000	-
16	สายบังคับแขนเทียม(สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะสาย) (ค่าซ่อม)	เส้นละ	-	4,000	-
ขาเทียม (Prosthesis, lower extremity)					
1	ขาเทียมระดับข้อเท้า (Syme)	ข้างละ	5,000	-	5,000
2	ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนนอก	ข้างละ	6,500	-	6,500
3	ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนใน	ข้างละ	30,000	-	30,000
4	ขาเทียมระดับข้อเข่า	ข้างละ	17,000	-	17,000
5	ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนนอก	ข้างละ	18,000	-	18,000
6	ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนใน	ข้างละ	30,000	-	30,000
7	ขาเทียมระดับตะโพก แขนนอก	ข้างละ	30,000	-	30,000

ลำดับ	รายการ	หน่วย	กรมบัญชีกลาง	สปสช. (ท. 74)	สำนักงาน ประกันสังคม
8	ขาเทียมระดับตะโพก แขนใน	ข้างละ	50,000	-	50,000
9	เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ	ข้างละ	4,000	4,000	4,000
10	ขาเทียมชั่วคราวได้เข้าเบ้าทำด้วยเฟือง	ข้างละ	-	1,500	-
11	ขาเทียมชั่วคราวได้เข้าเบ้าทำด้วยพลาสติก	ข้างละ	-	3,500	-
12	ขาเทียมชั่วคราวระดับเข้าเบ้าทำด้วยเฟือง	ข้างละ	-	2,000	-
13	ขาเทียมชั่วคราวระดับเข้าเบ้าทำด้วยพลาสติก	ข้างละ	-	4,500	-
14	ขาเทียมชั่วคราวเหนือเข้าเบ้าทำด้วยเฟือง	ข้างละ	-	2,000	-
15	ขาเทียมชั่วคราวเหนือเข้าเบ้าทำด้วยพลาสติก	ข้างละ	-	4,500	-
16	ขาเทียมชั่วคราวสะโพกเข้าเบ้าทำด้วยเฟือง	ข้างละ	-	2,500	-
17	ขาเทียมชั่วคราวสะโพกเข้าเบ้าทำด้วยพลาสติก	ข้างละ	-	6,500	-
18	เบ้าขาเทียมได้เข้า (ค่าซ่อม)	ข้างละ	-	3,000	-
19	เบ้าขาเทียมระดับเข้า (ค่าซ่อม)	ข้างละ	-	4,000	-
20	เบ้าขาเทียมเหนือเข้า (ค่าซ่อม)	ข้างละ	-	4,000	-
21	เบ้าขาเทียมสะโพก (ค่าซ่อม)	ข้างละ	-	6,000	-
22	สายเข็มขัดเทียม (ค่าซ่อม)	ข้างละ	-	250	-
23	แป้นสายเข็มขัด (ค่าซ่อม)	คู่ละ	-	100	-
โลหะ/พลาสติกตามแขนข้างนอก (Orthosis, upper extremity)					
1	โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก	ข้างละ	800	800	-
2	โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกผู้ใหญ่	ข้างละ	1,000	1,000	-
3	โลหะ/พลาสติกตามข้อมือและข้อศอกพร้อมลวดสปริง	ชุดละ	1,000	1,000	-
โลหะ / พลาสติกตามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthosis, lower extremity)					
1	โลหะ/พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดยาวไม่มีข้อเข้า	ข้างละ	1,500	1,500	-
2	พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	5,500	5,500	-
3	โลหะตามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	11,000	11,000	-
4	พลาสติกตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	5,500	5,500	-
5	โลหะตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	11,000	11,000	-
6	พลาสติกตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	5,500	5,500	-
7	โลหะตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	12,000	12,000	-
8	เบ้ารับน้ำหนักที่กระดูกก้น (Ischium tuberosity)	เบ้าละ	4,200	4,200	-
9	เบ้ารับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (P T B)	ข้างละ	3,000	3,000	-

ลำดับ	รายการ	หน่วย	กรมบัญชีกลาง	สปสช. (ท. 74)	สำนักงาน ประกันสังคม
10	พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	1,200	1,200	-
11	โลหะตามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	4,000	4,000	-
12	พลาสติกตามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	1,500	1,500	-
13	โลหะตามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	5,000	5,000	-
14	พลาสติกตามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	1,800	1,800	-
15	โลหะตามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่(กันเท้าตก)	ข้างละ	6,000	6,000	-
16	พลาสติกตามข้อเท้า (Ankle-foot orthosis)	ข้างละ	3,000	3,000	-
17	สายรัดกันเท้าตก	ข้างละ	150	150	-
18	โลหะตามขาภายนอก-เด็กเล็กตามข้อเข่า (Knee-orthosis)	ข้างละ	-	4,200	-
19	โลหะตามขาภายนอก-ขาเด็กขนาดใหญ่ตามข้อเข่า (Knee-orthosis)	ข้างละ	-	5,400	-
20	PTB brace	ข้างละ	-	4,000	-
21	ที่คลุมเข่า Knee pad (กำซ่อม)	อันละ	-	280	-
อุปกรณ์พยุงข้อ(Single joint orthosis)					
1	สายคล้องแขนกันไหล่หลุด	ข้างละ	200	200	-
2	แผ่นโลหะ / พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก (Pelvic band)	ข้างละ	500	500	-
3	แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่	ข้างละ	1,500	1,500	-
4	อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษ เฉพาะราย	ข้างละ	2,000	2,000	-
เครื่องช่วยเดิน *(Walking Aids)					
1	เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา (Pick-up-walker)	อันละ	700	700	700
2	เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา มีล้อ	อันละ	6,000	6,000	-
3	ไม้เท้า 1 ปุ่ม	อันละ	190	190	190
4	ไม้เท้าชนิด 3 หรือ 4 ปุ่ม	อันละ	600	600	600
5	ไม้ค้ำยัน	คู่ละ	250	250	250
6	ไม้ค้ำยันรัดแร้แบบลูมิเนียม	คู่ละ	-	350	-
7	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยึดหุ่นชนิดมีด้าม	อันละ	-	200	-
8	ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior Wheel Walker)	อันละ	-	600	-
9	ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker)	อันละ	-	500	-
รองเท้า					
1	รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก	คู่ละ	600	600	600
2	รองเท้าคนพิการขนาดกลาง	คู่ละ	800	800	800

ลำดับ	รายการ	หน่วย	กรมบัญชีกลาง	สปสช. (ท. 74)	สำนักงานประกันสังคม
3	รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่	คู่ละ	1,000	1,000	1,000
4	รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ	คู่ละ	1,200	1,200	-
5	ค่าตัดแปลงรองเท้าคนพิการ	ข้างละ	400	400	400
6	รองเท้าตัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีการงาที่เท้าหรือเท้าผิดปกติ	ข้างละ	2,000	2,000	-
7	แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่	คู่ละ	-	900	-
8	แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก	คู่ละ	-	700	-
9	เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า	คู่ละ	-	1,500	2,000
10	T-strap	เส้นละ	-	200	-
รถนั่งคนพิการ					
1	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการ	คันละ	6,000	-	6,000
2	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้	คันละ	4,000	-	4,000
3	รถนั่งคนพิการแบบขับเคลื่อนด้วยไฟฟ้า	คันละ	-	-	150,000
อุปกรณ์ทางเดินปัสสาวะ และสืบพันธุ์					
สายระบายปัสสาวะ					
1	สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง	เส้นละ	-	600	-
อื่นๆ					
เกี่ยวกับผิวหนัง					
1	ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยอัมพาต	อันละ	-	600	-
2	แผ่นรองผู้ป่วยกันแผลกดทับ (cushion)	อันละ	-	-	8,900
*หมายเหตุ ในรายการที่ 4 เครื่องช่วยพูด และรายการที่1-9 เครื่องช่วยเดิน กรมบัญชีกลางให้เบิกได้ครั้งเดียว ไม่มีค่าซ่อมหรือ ซื่อใหม่					

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกาย ใน 3 ระบบพบว่า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ เป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่มีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ครอบคลุมมากที่สุด โดยสามารถแบ่งการวิเคราะห์เปรียบเทียบ แบ่งตามประเภทของอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ได้แก่

1. อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางการเห็น ส่วนใหญ่ประกอบด้วย อุปกรณ์แว่นขยาย กล้องส่องดูใกล้ ดูไกล ฯลฯ สำหรับคนพิการสายตาดูเลือนราง พบว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลางมีให้เบิกในราคาไม่เกิน 9,000 บาท ตามราคาที่จ่ายจริง แต่ในส่วนของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่ได้บรรจุไว้ในบัญชี เพราะเป็นข้อตกลงร่วมกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เพื่อมิให้เกิดการซ้ำซ้อน ให้สถานพยาบาลเบิกโดยตรงจากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ในหมวดนี้ทั้งหมด แต่ในสิทธิของประกันสังคมไม่มีให้เบิก ซึ่งต้องมีการปรับปรุงต่อไป

2. อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบด้วย เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูตึง เป็นแบบทัดหลังใบหู ไม่มีสาย สำนักงานประกันสังคมมีให้เบิกเครื่องช่วยฟังแต่ราคาที่ทำให้เบิกต่ำกว่ามาก คือให้เบิกได้เพียง 6,000 บาท เมื่อเทียบกับ สปสช. และกรมบัญชีกลางที่สามารถให้เบิกได้ถึง 13,500 บาท สำนักงานประกันสังคมไม่มีรายการให้เบิกในฝาครอบช่วยพูด ซึ่งจำเป็นอย่างมากในคนที่ถูกตัดคต่องเสียงบางส่วน และราคาที่ทำให้เบิกของเครื่องช่วยพูดต่ำกว่าอีก 2 สิทธิมาก (ราคา 13,000 บาท เปรียบเทียบกับ 36,000 บาท)

3. อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางการเคลื่อนไหว

หมวด มือเทียม นิ้วเทียม (Hand prosthesis) สามารถเบิกได้นิ้วละ 1,000 บาท ของสปสช. และกรมบัญชีกลาง แต่ไม่มีให้เบิกในบัญชีสำนักงานประกันสังคม ซึ่งอาจเนื่องมาจากค่านิยามคนพิการของสำนักงานประกันสังคมที่ค่อนข้างพิการรุนแรงกว่าอีก 2 ระบบ จึงทำให้รายการนี้ถูกตัดออก แต่ถ้ามองในด้านมนุษยธรรม ควรให้ความเป็นธรรม ถึงแม้พิการแต่ยังไม่เข้าข่ายทุพพลภาพ ระบบประกันสังคมก็ควรต้องดูแล มิใช่มุ่งเน้นแต่วัตถุประสงค์ของการใช้งาน เพื่อประกอบอาชีพให้แก่ชายจ้าง แต่บางครั้งในด้านความสวยงามเพื่อไม่ให้เป็นผู้พิการต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

หมวด แขนเทียม ในรายการที่ 6 – 11 ที่ สปสช. ไม่มีให้เบิกเนื่องจากเป็นข้อตกลงร่วมกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เพื่อให้สถานพยาบาลเบิกตรงที่ศูนย์ฯ ที่เดียว ในรายการที่ 12 -16 ซึ่งเป็นรหัสค่าซ่อมที่มีให้เบิกได้ใน สปสช. ซึ่งกำหนดวงเงินไว้ แต่ในรายการนี้สามารถเบิกเป็นค่าซ่อมได้ทั้งในบัญชีของกรมบัญชีกลาง และประกันสังคม ซึ่งไม่ได้กำหนดเป็นวงเงิน และสำนักงานประกันสังคมควรเพิ่มรายการ แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดห้านิ้วไม่มีระบบใช้งาน ซึ่งแขนเทียมชนิดนี้จะใส่เพื่อความสวยงาม เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี ลดปมด้อยเกิดความมั่นใจให้กับคนพิการในการเข้าสู่สังคม

หมวดขาเทียม ในรายการที่ 1 – 7 สปสช. ไม่มีในรายการ ให้เบิกตรงจากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ส่วนรายการที่ 10 – 17 เป็นขาเทียมชั่วคราวที่กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ และประกันสังคมควรให้เบิกเพื่อเป็นประโยชน์แก่คนพิการที่ถูกตัดขา เพื่อใช้ฝึกเดินก่อนที่จะได้ขาเทียมชนิดถาวร

หมวดโลหะ/พลาสติกตามแขน-ขาข้างนอก, อุปกรณ์พยุงข้อ หมวดนี้ทั้งหมด สำนักงานประกันสังคมไม่มีให้เบิก ซึ่งรายการเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของคนพิการทั้งสิ้น

หมวดเครื่องช่วยเดิน ขาดรายการไม้ค้ำยันชนิดลูมินิกในรายการของกรมบัญชีกลาง และประกันสังคม ซึ่งควรปรับเพิ่ม เนื่องจากคนพิการในที่นี้จะหมายถึง คนพิการที่ถาวร ดังนั้นอุปกรณ์บางชิ้นจึงควรมีความทนทาน เหมาะสมกับการใช้งาน เช่นในกรณีที่คนพิการ ซึ่งขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง ที่สาเหตุมาจากการบาดเจ็บของไขสันหลัง การวางเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความจำเป็นจะต้องให้คนพิการเดินด้วยไม้ค้ำยัน ซึ่งคนพิการบางรายมีลำตัวใหญ่ น้ำหนักมาก ไม้ค้ำยันแบบไม้อาจไม่สามารถรองรับน้ำหนักตัวได้ จึงควรมีไม้ค้ำยันรักแร้แบบลูมินิก และสิ่งที่ควรปรับเพิ่มอีก 1 รายการ คือ ไม้เท้าคนตาบอด ในส่วนราคากลางควรมีการปรับปรุงในหมวดนี้เพื่อความเหมาะสมในบางรายการโดยอ้างอิงจากราคาตลาด

ข้อสังเกตในหมวดนี้ในบัญชีที่เบิกจากกรมบัญชีกลาง มักมีคิดว่าเบิกได้ครั้งเดียวไม่มีค่าซ่อมหรือซื้อใหม่ ในกติกานี้ควรมีการปรับปรุงให้เหมาะสม เพราะอุปกรณ์เครื่องช่วยเดินมีอายุการใช้งานทั้ง 3 กองทุนควรกำหนดอายุการใช้งาน 2 หรือ 3 ปี

หมวดรองเท้า

กองทุนประกันสังคมควรปรับรายการที่ 6-8 และ 10 ให้เบิกได้ในส่วนของกรมบัญชีกลาง ควรปรับเพิ่มในรายการที่ 7-10

หมวดรถนั่งคนพิการ

สปสช. ที่ไม่มีให้เบิกในรายการที่ 1-2 เพราะสามารถเบิกได้จากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ในส่วนของกรมบัญชีกลางมีการระบุนอายุใช้งานของรถนั่งเป็นเวลา 5 ปี ซึ่งเป็นกติกาที่เหมาะสม

หมวดอื่นๆ

แผ่นรองผู้ป่วยกันแผลกดทับ (Cushion) เบิกได้ทั้ง 3 กองทุน แต่ราคามีความแตกต่างกัน โดย สปสช. และกรมบัญชีกลางให้เบิกได้ไม่เกิน 600 บาท แต่ กองทุนประกันสังคมสังคมให้เบิกได้ในราคา 8,900 บาท ควรมีการปรับราคาให้ใกล้เคียงกัน

สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง มีให้เบิกได้ในบัญชีของ สปสช. แต่ไม่สามารถเบิกได้จากกรมบัญชีกลาง และกองทุนประกันสังคม ซึ่งทั้ง 2 กองทุนนี้ควรจะต้องปรับเพิ่ม เนื่องจากสายสวนปัสสาวะชนิดนี้เป็นชนิดพิเศษ เหมาะสำหรับคนพิการต้องพกพาเพื่อใช้สวนปัสสาวะเมื่อออกนอกบ้าน ตัวสายทำด้วยวัสดุซิลิโคนที่มีความเหนียว ทนทาน และสะดวกในการพกพา มีปลอกสวมหุ้มพร้อมด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เพื่อให้สายจุ่ม กลุ่มคนพิการที่จำเป็นต้องใช้มากคือ คนพิการที่มีภาวะอ่อนแรงของแขนหรือขา จากการบาดเจ็บของไขสันหลัง

บทที่ 5

ปัญหาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีการศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจำนวนรวมทั้งสิ้น 18 รายการ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ทางด้านกายทั้งสิ้น พบว่ามีคนพิการที่ยังไม่มีอุปกรณ์ฯ ใช้คิดเป็นร้อยละ 51.90 จากจำนวนคนพิการที่ต้องการใช้ทั้งหมด เมื่อศึกษาปัญหาในการเข้าถึงการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบสวัสดิการทั้ง 3 ระบบ พบว่ามีความแตกต่างกันเนื่องมาจากหลายปัจจัย อาทิเช่น หลักการและเหตุผลในการจัดตั้งของแต่ละกองทุน วิธีการจ่าย การจัดการระบบสถานบริการ การบริหารงบประมาณ การกำหนดนโยบาย ด้านสิทธิประโยชน์อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการฯลฯ โดยเมื่อจำแนกแต่ละมิติของการเข้าถึงจะเห็นความแตกต่างกัน ดังนี้

5.1 ความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุผล (Affordability)

ในองค์ประกอบนี้พบว่า มีความแตกต่างกันมากใน 3 ระบบ ดังนี้

5.1.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพ

เป็นกองทุนที่ใหญ่ที่สุดและครอบคลุมประชากรที่พิการมากที่สุดถึง ร้อยละ 90.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550:1) ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีหลักการและเหตุผลในการดำเนินการเพื่อให้ชนชาวไทยมีสิทธิเสมอภาคในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในปีแรกของการดำเนินการได้กำหนดนโยบายให้ประชาชนที่มารับบริการต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงิน 30 บาท ทั้งนี้ให้ยกเว้นผู้ยากไร้และคนพิการ และต่อมาในปี พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งยกเลิกการร่วมจ่าย จากการดำเนินการในระยะ 8 ปีที่ผ่านมา มีการบริหารจัดการเพิ่มช่องทางพิเศษโดยคนพิการจะต้องขึ้นทะเบียนเพื่อรับสิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง 74 หรือที่เรียกย่อว่า ท.74 เพื่อจัดกลุ่มผู้รับบริการในการรับสิทธิประโยชน์เฉพาะกลุ่ม และประโยชน์ในการประเมินเพื่อกำหนดนโยบาย ทั้งนี้คนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจะได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ รวมถึงค่าซ่อมอุปกรณ์ ฯ หรือเปลี่ยนชิ้นส่วนอุปกรณ์ฯ จากการดำเนินงานและประเมินสภาพปัญหาเบื้องต้นในมิติต่างๆ การดำเนินงานเป็นไปด้วยดี เนื่องจากโดยหลักปฏิบัติแล้วเมื่อสถานพยาบาลให้บริการแก่ผู้มารับบริการแล้ว สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนได้ แต่อย่างไรก็ตามในระบบนี้ยังมีปัญหาอีกหลายประการ โดยเฉพาะด้านงบประมาณที่ยังไม่เพียงพอ การจ่ายที่ล่าช้า ระบบการเบิกจ่ายเป็นแบบปลายปิดทำให้สถานพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการไม่ได้รับงบประมาณ หรือได้รับแต่ไม่คุ้มกับต้นทุน ผลกระทบระยะยาวอาจทำให้สถานพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการขาดทุน หรืออาจมีผลต่อประสิทธิภาพการ

บริการ นอกจากนี้ยังส่งผลให้สถานพยาบาลบางแห่งขาดแรงจูงใจในการให้บริการ ในมุมมองของการไม่มีระบบร่วมจ่าย มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ในระบบที่ไม่มีการร่วมจ่าย บางครั้งคนพิการอาจไม่รู้มูลค่าของอุปกรณ์ฯ อาจไม่ช่วยดูแล เพราะไม่ได้มีส่วนร่วมในการจ่าย แต่อย่างไรก็ตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับได้ว่ามีส่วนช่วยให้กลุ่มคนพิการได้รับสวัสดิการ และสามารถเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่จำเป็น และมีความเป็นธรรมเพิ่มขึ้น

5.1.2 ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และบุคลากรในครอบครัว

เป็นระบบสวัสดิการที่ครอบคลุมคนพิการร้อยละ 5.6 ทั้งนี้รวมถึงค่าบริการฟื้นฟูต่าง ๆ ด้วย อาทิเช่น ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการฯลฯ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษายาพยาบาล โดยในระบบสวัสดิการนี้ได้กำหนดบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการขึ้น โดยคำนวณมาจากต้นทุนเฉลี่ยของสถานพยาบาลทั่วประเทศ คนพิการซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ หากแพทย์ได้ทำการประเมินและตรวจวินิจฉัยว่าสภาพความพิการนั้น มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯ คนพิการก็สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิที่กำหนดไว้ในรายการนั้น ๆ ตามที่จ่ายจริง กล่าวคือ ถ้าค่าบริการหรือค่าอุปกรณ์ฯต่ำกว่าอัตราที่กำหนดไว้ ก็สามารถเบิกได้ตามความเป็นจริง แต่ถ้าค่าบริการหรือค่าอุปกรณ์ฯ สูงกว่าอัตราที่กำหนด คนพิการจะต้องร่วมจ่าย (Co-payment) จากสถานการณปัจจุบันพบว่า ราคากลางที่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ได้ประกาศกำหนดเป็นราคากลางที่ค่อนข้างต่ำและไม่เป็นปัจจุบัน โดยล่าสุดกรมบัญชีกลางได้มีการปรับปรุงอัตราค่าบริการ ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งพบว่ายังไม่ได้มีการปรับอัตราค่าบริการให้สอดคล้องตามสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน ซึ่งในทางปฏิบัติสถานพยาบาลสามารถตั้งราคาตามต้นทุนที่แท้จริง และเรียกเก็บส่วนเกินจากผู้รับบริการตามค่าบริการที่เป็นจริง การร่วมจ่ายในกรณีของระบบสวัสดิการนี้ถ้าข้าราชการผู้นั้นจดทะเบียนเป็นคนพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการพ.ศ.2534 ซึ่งต่อมาได้มีการยกเลิกและประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และภายใต้พระราชบัญญัติ ฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีประกาศกระทรวง เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษายาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการ สำหรับคนพิการ พ.ศ.2552 ซึ่งระบุให้สถานพยาบาล ไม่สามารถคิดค่าบริการอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการจากคนพิการ ในรายละเอียดขั้นตอน การดำเนินงาน อยู่ในระหว่างการจัดทำ เพื่อเกิดแนวทางอย่างเป็นทางการ

5.1.3 ระบบสวัสดิการภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคมและกองทุนทดแทน

ซึ่งครอบคลุมประชากรที่คนพิการ ร้อยละ 1.0 มีความแตกต่างไปจาก 2 ระบบที่กล่าวไปแล้ว เนื่องมาจากแนวคิดของระบบที่มีหลักการและเหตุผลคือ เป็นการเรียกเก็บเงินจาก 3 ฝ่าย ประกอบด้วย ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตน, นายจ้าง และรัฐ ถือเป็นเงินออมเงินและนำเงินที่สะสมนั้นมาใช้เพื่อเป็น

สวัสดิการแก่ผู้ประกันตน ซึ่งการเบิกจ่ายจะมีคณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ของการเบิกจ่ายที่เป็นไปตามกฎหมาย ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กล่าวถึงคำว่า “ทุพพลภาพ” ซึ่งหมายถึงความถึง ความพิการที่รุนแรงมากจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สมควรแก่การสงเคราะห์ ในส่วนสวัสดิการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการนั้น สำนักงานประกันสังคมจัดให้มีบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการคล้ายคลึง กับของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/ลูกจ้างประจำและบุคคลในครอบครัวของกรมบัญชีกลาง แต่ผู้ที่จะได้รับสิทธิจะต้องเป็นผู้ประกันตนตามที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากนอกเวลาทำงาน และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมประเมินแล้วว่าเป็นผู้ทุพพลภาพจึงจะสามารถใช้สิทธิได้ ทั้งนี้การใช้สิทธิต้องไปใช้สิทธิตามสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้ สำหรับการร่วมจ่ายโดยหลักการผู้ประกันตนสามารถกระทำได้ แต่ในทางปฏิบัติส่วนเกินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการนั้นไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ประกันตนได้ถ้าผู้ประกันตนนั้นมีบัตรคนพิการ ซึ่งจะได้รับความสะดวกจากพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ซึ่งสถานพยาบาลจะประสบปัญหาคล้ายคลึงกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/ลูกจ้างประจำและบุคคลในครอบครัว ของกรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นช่องว่างทางกฎหมายที่ทั้ง 3 ระบบจะต้องปรับปรุง หรือจัดทำแนวทางการปฏิบัติ มิฉะนั้นต่อไปสถานพยาบาลอาจมีการยกเลิกการให้บริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเนื่องจากไม่สามารถแบกรับภาวะขาดทุนได้

ในส่วนกองทุนทดแทน วัตถุประสงค์ของการตั้งกองทุนนั้นเพื่อดูแลรักษาลูกจ้างที่เจ็บป่วยในระหว่างการทำงาน เงินที่ได้มาเก็บจากนายจ้างฝ่ายเดียวการบริหารจัดการระบบสวัสดิการมีลักษณะและปัญหาใกล้เคียงกับกองทุนประกันสังคม

5.2 ความเพียงพอของการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Availability)

ในองค์ประกอบนี้ถือได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ รวมถึงการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 5 ประเด็น คือ

5.2.1 สถานบริการหรือโรงพยาบาลที่ให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการมีไม่เพียงพอและขาดความพร้อมในการให้บริการ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบการให้บริการสุขภาพ ทั้งในส่วนกลาง และในระดับภูมิภาค โดยในระดับภูมิภาคแบ่งเป็น โรงพยาบาลจังหวัดมีครบทั้ง 75 จังหวัด และมีโรงพยาบาลประจำอำเภอหรือเรียกว่าโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเหล่านี้มีแพทย์ประจำทั้งสิ้น สามารถให้บริการได้ในขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนมากเป็นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการรักษายาบาล ในส่วนของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมักจะดำเนินการโดยโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งประกอบด้วยงานบริการ 2 ส่วนหลัก คืองานบริการฟื้นฟู และงานอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ดำเนินการโดย งานกาย

อุปกรณ์ ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่อง ขาเทียม ปัจจุบันมี 89 แห่ง เมื่อเทียบสัดส่วนประชากร เท่ากับ 1: 800,000 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ มากกว่าประเทศในกลุ่มอาฟริกา แต่ยังคงขาดงานนี้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ปัจจุบันได้มีการจัดตั้งศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งในระดับโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งศูนย์นี้ถ้ามีการพัฒนาศักยภาพให้สามารถรองรับงานบริการที่กว้างกว่า งานกายอุปกรณ์ได้จะเป็นประโยชน์ต่อคนพิการในเมือง และชนบท ในปี พ.ศ.2548 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้มีการสำรวจ ศักยภาพการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของสถานพยาบาลภาครัฐ ในประเทศไทย พบว่าการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ยังอยู่ในเขตเมืองมากกว่าในชนบท (ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กลุ่มภารกิจวิชาการ ,2548) ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนสถานบริการที่ให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

อุปกรณ์	โรงพยาบาลในเขตเมือง	โรงพยาบาลอำเภอ	สถานพยาบาลระดับตำบล
อุปกรณ์สายตาเลื่อนราง	23	0	0
ไม้เท้าขาว	31	1	0
เครื่องช่วยพูด	12	0	0
เครื่องช่วยฟัง	64	0	0
รถนั่งคนพิการ	94	14	0
กายอุปกรณ์เสริม-เทียม	89	0	0
อุปกรณ์ช่วยการเดิน	70	10	0

ปัญหาความไม่เพียงพอนี้สืบเนื่องมาจากภาวะขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น จักษุแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ นักตรวจการได้ยิน ฯลฯ ทั้งนี้เนื่องมาจากขาดการวางแผนด้านกำลังคนในสายงานนี้ การให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการบางประเภท คนพิการต้องได้รับการตรวจประเมินถึงความเหมาะสมในการใช้งานจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น คนพิการทางการได้ยินต้องได้รับการตรวจประเมินการได้ยินจากนักตรวจการได้ยิน โดยเครื่องมือพิเศษก่อนพิจารณาให้เครื่องช่วยฟัง นอกจากนี้ในการเลือกอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการบางชนิดต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญถึงความเหมาะสมกับความพิการและการใช้งาน เช่น รถนั่งคนพิการ ซึ่งปัจจุบันมีความหลากหลาย และต้องได้รับการฝึกทักษะการใช้งานเพื่อให้คนพิการสามารถใช้อุปกรณ์

เครื่องช่วยคนพิการอย่างสมประโยชน์ จากปัญหาดังกล่าวนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลขาดความพร้อมในการให้บริการที่ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

5.2.2 รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการยังไม่ครอบคลุม และไม่เท่าเทียมกันใน 3 ระบบ

สิทธิประโยชน์ของคนพิการในการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของระบบสวัสดิการทั้ง 3 ระบบยังมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในสิทธิกองทุนประกันสังคม ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการปรับปรุงรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ใกล้เคียงกับสิทธิประกันสุขภาพ และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นอกจากนี้ยังพบว่าในบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ มีรายการอุปกรณ์ที่ให้บริการแตกต่างกัน ยังไม่พบว่าบัญชีใดสมบูรณ์ดังที่กล่าวแล้วในบทที่ 4

5.2.3 ปริมาณอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในแต่ละรายการมีไม่เพียงพอ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับด้านความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในภาพรวมของประเทศไทย พบว่ายังไม่มีผู้สนใจศึกษาที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกได้ประมาณการคนพิการในแต่ละประเทศทั่วโลกมีประมาณ ร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และมีคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้รถนั่งคนพิการประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนคนพิการทั้งหมดหรือประมาณร้อยละ 1 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (World Health Organization, 2008) ซึ่งจากการคาดการณ์จำนวนประชากรโลกในเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 คาดว่าจะมีประชากรทั่วโลกประมาณ 6,700 ล้านคน จากการคาดประมาณนี้เมื่อพิจารณาสัดส่วนของประชากรต่อคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้รถนั่งคนพิการ พบว่าจะมีคนพิการที่จำเป็นต้องใช้รถนั่งคนพิการถึง 67 ล้านคนทั่วโลกสำหรับประเทศไทยซึ่งมีประชากรทั่วประเทศประมาณ 63 ล้านคน จึงประมาณได้ว่ามีจำนวนคนพิการที่จำเป็นต้องใช้รถนั่งคนพิการถึง 6 แสนกว่าคน หรือถ้าอ้างอิงข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 ว่ามีคนพิการที่มีความต้องการใช้รถนั่งคนพิการ จำนวน 187,186 คนแต่มีใช้แล้ว จำนวน 61,944 คน ยังมีคนพิการที่ยังเข้าไม่ถึงจำนวน 125,242 คน ภายใต้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 โดยกฎกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 2 กำหนดให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการสนับสนุนรถนั่งคนพิการให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ จากข้อมูลการให้การสนับสนุนรถนั่งคนพิการในปีพ.ศ. 2548-2552 พบว่าศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ มีการบริการรถนั่งคนพิการแก่สถานพยาบาลทั่วประเทศในแต่ละปีจำนวน 2,290 2,290 1,544 3,180 และ 2,515 คัน ตามลำดับ(ดารณี สุวพันธ์,2553:2) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปริมาณความต้องการรถนั่งคนพิการในประเทศมีปริมาณที่สูง ในขณะที่ปริมาณที่ให้การสนับสนุนยังมีไม่เพียงพอ

5.2.4 ขาดการให้บริการเชิงรุก หรือการบริการพิเศษอื่นๆ

การบริการดังกล่าวได้แก่ การออกเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชน ปัจจุบันมีการดำเนินการไปแล้วในบางพื้นที่แต่ยัง ไม่มีแผนงานระดับชาติเข้าไปกำกับ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งประเทศ

5.2.5 ข้อจำกัดที่ระบุไว้ในแต่ละรายการ

ปัญหานี้พบในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เช่น เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids) กำหนดให้สถานพยาบาลจ่ายให้คนพิการครั้งเดียว โดยไม่มีค่าซ่อม หรือรอนั่งคนพิการที่ระบุให้เบิกทดแทนได้หลังจาก 5 ปีไปแล้ว ถ้าในกรณีชำรุดจนไม่สามารถใช้งานต่อไปได้ก่อนระยะเวลาที่กำหนด สถานพยาบาลต้องทำเรื่องขอเบิกเป็นกรณี พิเศษ

5.3 ความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility)

จากรายงานผลสำรวจคนพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเมืองสูงถึง ร้อยละ 83.30 มีเพียงร้อยละ 16.70 ที่อยู่ในเขตเมือง และพบว่าคนพิการที่ไม่มีอุปกรณ์ใช้ ส่วนใหญ่มีอาศัยอยู่เขตนอกเมืองถึงร้อยละ 88.57 สำหรับการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศ ส่วนมากมีการให้บริการเฉพาะ โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่และอยู่ในจังหวัด จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้คนพิการนอกเขตเทศบาลไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้ และคนพิการส่วนใหญ่มีฐานะยากจน บางรายไม่มีเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ การคมนาคมไม่สะดวกโดยสารประจำทางไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการ และ มาด้วยตนเองไม่ได้เพราะขาดผู้ดูแล เป็นต้น

5.4 การอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation)

ในปัจจุบันสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มีการปรับปรุงระบบการบริการเพื่อพัฒนาเข้าสู่ระบบมาตรฐานการให้บริการที่เป็นสากล จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 97.3 ได้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 – 2551 ในจำนวนนี้ร้อยละ 22.9 ได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) สถานพยาบาลส่วนหนึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการเพื่อขอรับรอง (กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,2553:3) จึงมั่นใจได้ว่าสถานบริการของประเทศไทยมีคุณภาพมาตรฐานการบริการและมีความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งในการรับรองคุณภาพสถานบริการนั้น ประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล,2549) ได้แก่ 1. การบริหารกลยุทธ์ 2.การจัดการระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล เช่น ความเสี่ยง,สิ่งแวดล้อม เป็นต้น 3. กระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การเข้าถึงและเข้ารับบริการ,การประเมิน

ผู้ป่วย, การวางแผน, การดูแลผู้ป่วย, การดูแลต่อเนื่อง 4. ผลลัพธ์ โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญในการดูแลมาตรฐาน แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการเข้าถึงในประเด็นนี้คงประสบปัญหาเนื่องจากในระบบ HA นั้นยังให้ความสำคัญหรือเข้าใจงานบริการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการไม่มากนัก นอกจากนี้ในบางระบบยังมีกฎเกณฑ์ ข้อปฏิบัติอันเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการ เช่นในระบบประกันสังคม ผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลเพื่อเข้ารับบริการเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งสามารถเลือกรับบริการได้ที่ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ซึ่งสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่ได้จัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ทำให้ผู้ประกันตนบางส่วนมาใช้หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งก่อให้เกิดช่องว่างในการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ในระบบกองทุนทดแทนพบปัญหาและข้อจำกัดค่อนข้างมากกล่าวคือคนงานที่บาดเจ็บจากการทำงาน เมื่อแพทย์วินิจฉัยให้มีความจำเป็นต้องใช้แขนขาเทียม จะสามารถไปรับบริการได้เพียง 2 แห่ง คือ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานบางพูน จังหวัดปทุมธานี หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจังหวัดระยอง ในส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานพยาบาลภาครัฐที่จะต้องจัดเตรียมให้กับคนพิการเมื่อมารับบริการนั้น รัฐบาลมิได้นิ่งเฉย ได้มีมติ คณะรัฐมนตรี เรื่องให้หน่วยงานราชการสำรวจและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการเข้าถึงได้ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลต้องจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามกฎหมายกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการและคนชรา พ.ศ.2548 เมื่อวันที่..9 พฤษภาคม 2553

5.5 การยอมรับในอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (Acceptability)

การยอมรับโดยปราศจากอุปสรรค ในเรื่องทัศนคติการรับบริการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในประเทศไทยเป็นประเทศเสรี ไม่มีการแบ่งชนชั้น ในปัญหาของบุคคลพลัดถิ่น หรือ ชายขอบนั้นอาจจะยังมีปัญหาอยู่บ้าง ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสนใจ โดยมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 ได้อนุมัติในหลักการให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้สิทธิ (ถิ่นสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่ปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน 457,409 คน และจัดสรรงบประมาณเป็นจำนวนเงิน 472,823,683.30 บาท จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าคนพิการบางส่วนได้รับอุปกรณ์แล้วไม่ใช้เนื่องมาจากหลายสาเหตุ แสดงให้เห็นถึงการเลือกใช้เทคโนโลยีที่ยังไม่เหมาะสม การเลือกใช้จะต้องมีการประเมินในหลายด้าน เช่น อายุ เพศ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย อาชีพ และต้องมีการถามความต้องการที่แท้จริงโดยวิเคราะห์ทั้งในด้านการใช้งาน และความสวยงาม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและยอมรับในอุปกรณ์

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการวิจัย

ความพิการเป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมไม่ต้องการให้เกิด แต่อย่างไรก็ตามไม่มีใครที่สามารถจะหยุดยั้งไว้ได้ ในอนาคตมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนคนพิการสูงมากขึ้น เนื่องจากคนมีอายุยืนยาวขึ้น และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยขึ้น ดังนั้นสังคมควรมีความเข้าใจ และเตรียมพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ที่จะเกิด โดยการมีทัศนคติที่ดี ยอมรับว่าคนพิการ เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ต้องอยู่ร่วมกับคนปกติได้ (Inclusive society) ซึ่งสหประชาชาติ ได้ให้ความสำคัญในประเด็นนี้ โดยได้มีการขับเคลื่อนด้านกฎหมายเพื่อให้เกิดนโยบายระหว่างประเทศ และได้มีการประกาศ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Convention in the Rights of Person with Disabilities: CRPD) ซึ่งมีสาระสำคัญในด้านการคุ้มครองสิทธิ ส่งเสริมพิทักษ์และการประกันสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐานของคนพิการทุก ๆ คน เพื่อให้เกิดการเข้าถึง และใช้ประโยชน์โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ซึ่งประเทศไทยได้มีการลงสัตยาบันเป็นรัฐภาคีในอนุสัญญานี้ และปัจจุบันได้มีการขับเคลื่อนเพื่อปรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยจะเห็นได้ชัดจากประเทศของเรามีการพัฒนาด้านกฎหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในกฎหมายได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ กฎกระทรวง ประกาศ และระเบียบต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีมติคณะรัฐมนตรี ที่ให้การสนับสนุนให้มีการดำเนินการด้านคุ้มครองสิทธิคนพิการควบคู่ไปด้วย จึงเห็นได้ว่าคนพิการมีสิทธิขั้นพื้นฐานด้านต่าง ๆ ที่สมควรได้รับจากรัฐ และรัฐจะต้องดูแล จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้สำรวจพบว่าประเทศไทยมีคนพิการร้อยละ 2.9 หรือ ประมาณ 1.9 ล้านคน ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 88.57 ไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ร้อยละ 51.9 ของจำนวนคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้ทั้งหมด

การบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เป็น สวัสดิการด้านการแพทย์หนึ่ง ที่รัฐจะต้องจัดให้แก่คนพิการ ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน เพื่อให้คนพิการพึ่งตนเองได้มากที่สุดตามสภาพความเจ็บป่วย และศักยภาพของบุคคลนั้น แต่ปัจจุบันยังคงมีปัญหาในการเข้าถึง อันเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ องค์การอนามัยโลกได้ทำการวิเคราะห์ ถึงปัญหาทั่วไปที่ได้พบเห็นในประเทศกำลังพัฒนา โดยองค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์ไว้ว่า มีคนพิการเพียงร้อยละ 10 ที่เข้าถึงกายอุปกรณ์ ซึ่งเป็นอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการประเภทหนึ่ง ได้แก่ แขน ขาเทียม และอุปกรณ์เสริม หรือช่วยพยุงแขน ขา หรือ ลำตัว โดยการศึกษาในครั้งนี้จะครอบคลุมเฉพาะอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ใช้สำหรับคนพิการฝ่ายกาย ได้แก่ คนพิการ

ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย และคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ตามประเภท และ หลักเกณฑ์ ที่กำหนดในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 พบว่าคนพิการร้อยละ 97.0 มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลหลักของรัฐ อยู่ภายใต้ 3 ระบบหลัก คือระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ร้อยละ 90.4, 1.0 และ 5.6 ตามลำดับ ณ.ปัจจุบัน ยังมีปัญหาในการบริหารจัดการใน 3 ระบบ โดยดูได้จากบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ที่มีความแตกต่างกัน ยังมีแนวทางปฏิบัติที่อิงตามกฎหมาย ข้อบังคับของแต่ละระบบ เพื่อการเข้าถึงและเป็นธรรม มิให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2523 Penchansky และ Thomas ได้ให้คำนิยาม การเข้าถึงว่า เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยอยู่บนความพอดีมีความ สมดุล เพื่อการบริการที่มีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจของทั้ง 2 ฝ่าย ประกอบด้วย 5 มิติ คือ

1. ความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุผล (Affordability)
2. ความเพียงพอ (Availability)
3. ความสะดวกในการเดินทาง (Accessibility)
4. การอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation)
5. การยอมรับโดยปราศจากอุปสรรค (Acceptability)

จึงควรมีการศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการใน 3 ระบบนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา 4 ประการคือ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางกาย ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของทั้ง 3 ระบบ ศึกษาปัญหาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในด้านการพัฒนาการเข้าถึงสิทธิประโยชน์อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และทบทวนจากเอกสารวิชาการ บทความ

ผลการศึกษา สถานการณ์การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ยังพบว่ามีปัญหา จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2550 พบว่ามีคนพิการที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ฯแต่ยังไม่มีใช้ เท่ากับร้อยละ 43.7 ของจำนวนคนพิการที่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด และ ร้อยละ 8.2 มีอุปกรณ์แล้วแต่ไม่ได้ใช้เพราะความไม่เหมาะสมหลายประการ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกอุปกรณ์ฯของสถานพยาบาลจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ มีการเข้าถึงได้เพียงร้อยละ 5.60 และ 6.49 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 และ 2552 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั้ง 2 แหล่ง คือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานประกันสุขภาพ

ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการเดินทางบางรายต้องมีผู้ดูแล หรือผู้ช่วยเหลือ ทำให้เป็นอุปสรรคมาก หน่วยบริการบางแห่งยังไม่มีบริการเชิงรุก ที่เข้าไปดูแลที่บ้าน หรือในชุมชน ในด้านการอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) ปัจจุบันสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มีการปรับปรุงระบบการบริการเพื่อพัฒนาเข้าสู่ระบบมาตรฐานการให้บริการที่เป็นสากล จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 97.3 ได้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 – 2551 ในจำนวนนี้ร้อยละ 22.9 ได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) สถานพยาบาลส่วนหนึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการเพื่อขอรับรอง จึงมั่นใจได้ว่าสถานบริการของประเทศไทยมีคุณภาพมาตรฐานการบริการและมีความปลอดภัยมากขึ้น โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญในการดูแลมาตรฐานกำกับ เช่นระยะเวลารอคอยเพื่อรับบริการ นอกจากนี้ในบางระบบยังมีกฎเกณฑ์ ข้อปฏิบัติอันเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการ เช่นในระบบประกันสังคม และในระบบกองทุนทดแทนพบปัญหาและข้อจำกัดค่อนข้างมากกล่าวคือ คนงานที่บาดเจ็บจากการทำงาน เมื่อแพทย์วินิจฉัยให้มีความจำเป็นต้องใช้แขน ขาเทียม จะสามารถไปรับบริการได้เพียง 2 แห่ง คือ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานบางพูน จังหวัดปทุมธานี หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจังหวัดระยอง ในส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานพยาบาลภาครัฐที่จะต้องจัดเตรียมให้กับคนพิการเมื่อมารับบริการนั้น ได้มีมติ คณะรัฐมนตรี เรื่องให้หน่วยงานราชการสำรวจและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการเข้าถึงได้ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลต้องจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามกฎหมายกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการและคนชรา พ.ศ.2548 และ มติข้อสุดท้ายใน มติการยอมรับโดยปราศจากอุปสรรค (Acceptability) ในเรื่องทัศนคติการรับบริการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในประเทศไทยเป็นประเทศเสรี ไม่มีการแบ่งชนชั้น แต่ มีปัญหาของการเข้าถึงงานบริการในกลุ่มบุคคลพลัดถิ่น หรือ ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสนใจ ได้อนุมัติในหลักการให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้สิทธิ (คินสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าคนพิการบางส่วนได้รับอุปถัมภ์แล้วไม่ใช่เนื่องจากหลายสาเหตุ แสดงให้เห็นถึงการเลือกใช้เทคโนโลยีที่ยังไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการไม่ยอมรับ ดังนั้นควรมีการประเมินปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ เพศ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย อาชีพ และต้องมีการถามความต้องการที่แท้จริงโดยวิเคราะห์ทั้งในด้านการใช้งาน และความสวยงาม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

6.2 ข้อเสนอแนะ

ในปัจจุบันมีการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ในทุกจังหวัด และส่วนกลาง ซึ่งเป็นส่วนความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังคงคน โยบาย หรือแผนงานกำกับติดตามที่ชัดเจน เพื่อให้มีการปฏิบัติในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมถึงแม้จะมีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือกฎระเบียบข้อบังคับที่ประกาศไว้ในกฎหมาย เป็นแนวทางก็ตาม ข้อเสนอแนะควรจะทำแผนแม่บทหรือแผนแห่งชาติ ในการดำเนินงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

เพื่อความครอบคลุมและยั่งยืน ซึ่งการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการถือว่าเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ต้องบรรจุในแผนการดำเนินงานนี้ โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

6.2.1 การพัฒนาระบบบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

1. การจัดทำบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการระดับชาติ โดยให้ทั้ง 3 ระบบยึดถือเป็นชุดเดียวกัน และในบัญชีควรมีความหลากหลายของเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มช่องทางการเลือกใช้ ตามชนิด หรือรูปแบบอุปกรณ์ฯ ที่เหมาะสมกับคนพิการ
2. การจัดให้มีระบบส่งต่อการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ควรจะมีการระบุให้ชัดเจนถึงบทบาทของ หน่วยบริการในแต่ละระดับว่าควรมีหน้าที่อย่างไรในการให้บริการ เช่น ในโรงพยาบาลชุมชนควรมีบทบาทในการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดินต่าง ๆ รถนั่งคนพิการ และมีหน่วยซ่อม หรือ เปลี่ยนชิ้นส่วน ภายอุปกรณ์เสริม-เทียม ในระดับโรงพยาบาลจังหวัดควรมีบทบาทในการดำเนินงานประดิษฐ์ ผลิต ภายอุปกรณ์เสริม-เทียม หรือ แขนขาเทียม อุปกรณ์เครื่องช่วยพยุง อุปกรณ์ประคองแขน ขา อื่น ๆ เป็นต้น
3. การพัฒนาบุคลากรในแต่ละระดับ ให้มีองค์ความรู้ด้านการให้บริการอุปกรณ์ฯ เพื่อให้เกิดมาตรฐาน เพื่อรองรับการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต่อไป
4. ดำเนินการวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรที่จำเป็นในการให้บริการอุปกรณ์ฯ เพื่อเพิ่มบุคลากรในสาขานี้ เช่น นักกายอุปกรณ์ นักตรวจการได้ยิน
5. การพัฒนารูปแบบการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการแบบเชิงรุก เพื่อแก้ปัญหาเรื่องความยากลำบากของคนพิการที่ต้องมารับอุปกรณ์ฯ ในส่วนกลาง รูปแบบดังกล่าวได้แก่ การพัฒนารูปแบบศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation) การออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ไปตามหมู่บ้านหรือชุมชน (Mobile Assistive device clinic) การออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และการค้นหาคนพิการที่ยังเข้าไม่ถึง
6. การพัฒนามาตรฐานการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและบรรจุเป็นส่วนหนึ่งที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ส.ร.พ.) ที่ต้องให้ความสำคัญกับสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้ารับการประเมิน
7. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการปรับระบบการจ่ายเงินที่รวดเร็ว และเป็นธรรม ตามผลผลิตและคุณภาพของการให้บริการ เช่น ควรให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยงานที่ให้บริการ

อุปกรณ์ฯ และแบ่งระดับของสถานพยาบาลเพื่อให้มีการจ่ายเงิน มีใช้ตามผลผลิตแบบเชิงปริมาณ แต่มีเชิงคุณภาพประกอบด้วย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อสถานพยาบาล

6.2.2 การพัฒนาฐานข้อมูลการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในภาวะปัจจุบันการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่นการให้บริการรถนั่งคนพิการบางรายได้รับมากกว่า 1 คัน เนื่องจากแต่ละสถานพยาบาลยังไม่มีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยง (online) ที่ตรวจสอบได้ 24 ชั่วโมง ในระบบให้บริการนี้ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลได้ทั้ง 3 ระบบ ในสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์ และ ด้านสังคมอื่น ๆ เช่นงานด้านการศึกษา สังคมและอาชีพ

6.2.3 การพัฒนางานวิจัย และเทคโนโลยีนวัตกรรม ได้แก่

1. งานวิจัยพื้นฐานเบื้องต้น เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการ การวางนโยบายด้านอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ เช่น งานวิจัยประเด็นเรื่องการเข้าถึงการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และ ความต้องการอุปกรณ์ฯ

2. งานวิจัยเชิงนวัตกรรม ได้แก่ การวิจัยเพื่อพัฒนาต้นแบบของอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสมสำหรับคนพิการในประเทศ โดยเฉพาะแขนเทียม ขาเทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยฟัง เนื่องจากในปัจจุบันมีการนำเข้าอุปกรณ์กลุ่มนี้ค่อนข้างสูง และ เทคโนโลยีที่นำเข้าจากต่างประเทศบางรายการ ไม่เหมาะสมกับบริบทของคนพิการไทย

3. งานวิจัยต้นแบบ หรือรูปแบบการให้บริการเชิงรุก เช่น รูปแบบศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รูปแบบการบูรณาการ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเข้าสู่หน่วยปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) หรือในระดับตำบล หมู่บ้านโดยร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนซึ่งเป็นการบริการที่สำคัญ งานวิจัยรวบรวมต้นแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นในการประดิษฐ์อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

4. การประเมินเทคโนโลยีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่ราคาสูงว่ามีความเหมาะสม, ประสิทธิภาพ, ความเหมาะสม

5. การวิจัยต้นทุนการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป

6.2.4 กระตุ้นในทุกภาคส่วนให้มีความเข้าใจ การรับรู้ ถึงความสำคัญการเข้าถึงการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้บริหาร เช่น ผู้อำนวยการ, ทีมบริหาร โรงพยาบาล

ในบทที่ 4 ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบบัญชีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการใน 3 ระบบ มีข้อเสนอแนะในการปรับเพิ่มอุปกรณ์ฯ ในแต่ละระบบดังต่อไปนี้

1. สำนักงานประกันสังคม ควรมีการปรับรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ดังนี้

1.1 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางการเห็น ควรปรับให้มีรายการดังต่อไปนี้

- เครื่องช่วยการมองเห็น สำหรับคนสายตาเลือนราง

1.2 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย มีรายการดังต่อไปนี้

- เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ (หูตึง) ทั้งชนิดที่ดัดหลังใบหูไม่มีสาย และชนิด

กล่อง

- ฝาครอบช่วยพูดสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมี

เสียงพูดได้

- ควรปรับราคาเครื่องช่วยพูดซึ่งราคาต่ำกว่าราคาจริงในท้องตลาดมากเกินไป

1.3 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางการเคลื่อนไหว รายการที่ควรเพิ่ม

- นิ้วเทียม มือเทียม ถังมือสำหรับมือขาดบางส่วน

- แขนเทียมชั่วคราวได้เข้า ระดับเข่า เหนือเข่า

- อุปกรณ์ที่เป็นโลหะ หรือพลาสติกคามแขน-ขาข้างนอก

- อุปกรณ์พยุงข้อ

- ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม

- ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยึดหยุ่นชนิดมีด้าม

1.4 อื่น ๆ

- สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตัวเอง

2. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ กรมบัญชีกลาง ควรปรับรายการดังต่อไปนี้

2.1 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย ในรายการเครื่องช่วยพูดไม่ควรจำกัดสิทธิให้เบิกได้ครั้งเดียว ไม่มีค่าซ่อม ควรจะกำหนดอายุการใช้งานของอุปกรณ์ และมีค่าซ่อม

2.2 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทางการเคลื่อนไหว

- ขาเทียมชั่วคราว

- ไม่ควรจำกัดสิทธิให้เบิก เครื่องช่วยเดินได้ครั้งเดียวควรกำหนดเป็นอายุการใช้งาน

งานแทน

- ไม้ค้ำยันรั้วแบบอลูมิเนียม
- ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม
- ที่ฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก กลาง ใหญ่
- แผ่นเสริมภายในรองเท้าต่าง ๆ

2.3 อื่น ๆ ได้แก่

- สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง

3. กองทุนประกันสุขภาพ

บัญชีในกองทุนสุขภาพมีรายการให้เบิกได้มากที่สุด และรายการที่ไม่มีสามารถขอสนับสนุนได้จากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ แต่ปัญหางบประมาณของศูนย์ฯ ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาทำให้คนพิการต้องรอนาน สปสช. จึงควรตั้งงบประมาณในส่วนนี้ไว้เพื่อแก้ปัญหา

ในส่วนราคากลางของทั้ง 3 กองทุน ควรมีการประสานงานแลกเปลี่ยนเพื่อให้มีราคาที่เหมาะสมกับราคาในปัจจุบัน และตามต้นทุนที่แท้จริง

บรรณานุกรม

- Blockside,David.2003. Dictionary of Disability Terminology. 1 st ed. Singapore: Disabled People Association(DPA).
- Guilliford, Martin and others.2002.What does Access to Health care mean?,J Health Serv Res Policy.Vol 7.No3.186-188.
- Iowa COMPASS.1998.Assistive Technology Devices. Iowa COMPASS Center for Disabilities and Development. from <http://www.uiowa.edu/infotech/ATDevice.htm>.(March 2,2010).
- Penchansky, Roy and Thomas, J. William.1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Medical Care. 19 .127-140.
- V.Study of the Balance Billing Prohibition in Maryland.2003.from <http://mhcc.maryland.gov/legislative/hb805/ch5.pdf>. (November 17,2008).
- World Health Organization. Disability and Rehabilitation.2008. Guideline on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced Setting.Geneva. from [http://www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20\(EN%20for%20the%20web\).pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20(EN%20for%20the%20web).pdf).(May 2,2010).
- World Health Organization. Disability prevention and rehabilitation.1981. Report of the expert committee on disability prevention and rehabilitation. World Health Organization Technical Report Series 668. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. Disability prevention and rehabilitation.1999.Prosthetic and Orthotics Services in Developing Countries.a discussion document. Geneva from <http://www.who.int/entity/disabilities/publications/technology/en/> (May 2,2010).
- กระทรวงแรงงาน.สำนักงานประกันสังคม.กองนิติการ.2548.พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 พร้อมด้วยพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง .กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ โฆสิตการพิมพ์ จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข.กรมการแพทย์.2547.บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ : ICF.

กระทรวงสาธารณสุข.กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพ.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2553.รายงานสาระสุขภาพเรื่องเด่นประจำสัปดาห์.ปีงบประมาณ2552.จำนวน10,000 เล่ม.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

ดารณี สุวพันธ์.2553.สถานการณ์ความพิการและความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในประเทศไทย.หน้า1-3.กรุงเทพฯ:บริษัท แกรด์ เอ็ม เอส กรุ๊ป จำกัด.

ทวี เชื้อสุวรรณทวี และคณะ.2529.รายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น ฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมกับชุมชนพุทธมณฑล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม.

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 77ง.หน้า2-5. 29 พฤษภาคม 2552.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552.2552. ราชกิจจานุเบกษา . เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 163ง.หน้า.47-49. 9 พฤศจิกายน 2552.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550.2550.ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124, ตอนที่ 61ก.หน้า1-24 .27. กันยายน 2550.

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.กลุ่มภารกิจวิชาการ.2548.คู่มือศักยภาพการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย.จำนวน2,000เล่ม.ครั้งที่1. กรุงเทพฯ.ห้างหุ้นส่วนจำกัดวิฑิตศิลป์การพิมพ์.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.2549.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ60ปี.จาก <http://www.ha.or.th/DATAUPDOWN/HAHPHStandardF8.pdf>.(7 เมษายน2553).

สำนักงานประกันสังคม,คู่มือผู้ประกันตน,2551.

สำนักงานประกันสังคม.2552.การประกันสังคมในประเทศไทย.สำนักงานประกันสังคม.นนทบุรีจาก <http://www.sso.go.th>(11มกราคม 2553).

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.2552.คู่มือกฎหมายการปฏิบัติงานเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.จำนวน5,000 เล่ม.ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: ชุมชนผู้พิการแห่งประเทศไทย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.2545. รายงานการสำรวจคนพิการพ.ศ. 2544.กรุงเทพฯ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.2551.การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550.กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.2552.คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม 1. การบริหารงบประมาณจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.จำนวน 22,000 เล่ม.ครั้งที่ 2.

www.snmri.go.th

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 ทางการแพทย์แห่งชาติ



ประวัติการศึกษา

ปี พ.ศ. 2525 ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ปี พ.ศ. 2531 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ฟื้นฟู
 โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
 ปี พ.ศ. 2541 ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านฝังเข็ม
 ศูนย์แพทย์ไทย – จีน กระทรวงสาธารณสุข
 ปี พ.ศ. 2545 ประกาศนียบัตรบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง
 วิทยาลัยการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
 ปี พ.ศ. 2546 อนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
 สมาคมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ประวัติการทำงาน

ปี พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน ผู้อำนวยการ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ปี พ.ศ. 2543-2550 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 ทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ปี พ.ศ. 2540-2543 นายแพทย์ 9 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ปี พ.ศ. 2531-2540 หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

สถานที่ติดต่อ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 เลขที่ 88/26 หมู่ 4 ซอยบาราสนราดูร ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
 เว็บไซต์ : www.snmrc.go.th เบอร์โทรศัพท์ : 02-591-5455
 อีเมลล์ : nudaranee@yahoo.com