

การสังเคราะห์องค์ความรู้

เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ
สำหรับผู้พิการ



การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ

การสังเคราะห์ องค์ความรู้



เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ
สำหรับผู้พิการ

สนับสนุนโดย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เนตรนภา ขุ่มทอง
มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ

การสังเคราะห์

องค์ความรู้
เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ
สำหรับผู้ป่วย

เนตรนภา ชุมทอง
มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ

สนับสนุนโดย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ

เนตรนภา ชุมทอง

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

ราคาเล่มละ 50 บาท

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

เนตรนภา ชุมทอง.

การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ.--กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ, 2546.

80 หน้า.

1. คนพิการ--สุขภาพและอนามัย. I ชื่อเรื่อง.

362.4

ISBN 974-91768-9-8

พิมพ์ที่ : อู่ซากาพิมพ์

ศิลปกรรม

แบบปก-เนื้อใน : บริษัท สร้างสื่อ จำกัด

17/118 ซ.ประดิพัทธ์ 1 สามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0-2271-4339, 0-2279-9636 แฟกซ์. 0-2618-7838

กิตติกรรมประกาศ

งานชิ้นนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้เขียนใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อ คนพิการ ครอบครัวคนพิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้ทำงานในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการที่กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูล ทั้งจากการสัมภาษณ์ส่วนตัวและจากการมีส่วนร่วมในที่ประชุมระดมสมอง และเนื่องจากมีจำนวนมากมายหลายท่านที่มีส่วนตรงนี้จึงไม่สามารถกล่าวนามตรงนี้ได้

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิเพื่อเด็กพิการที่มีส่วนอย่างมากในการประสานงาน จัดเตรียมประชุม และบันทึกการประชุม ได้แก่ คุณสมลักษณ์ ลิ้ม คุณจารี นัสฐาน คุณสโรธร ม่วงเกลี้ยง และคุณนิศราชัย ตอนะรักษ์ จึงใคร่ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณ Dr.Yutaka Takamine, ESCAP, United Nations ที่กรุณาให้ยืมเอกสาร ซึ่งใช้เป็นข้อมูลในการเขียน คุณเนาวรัตน์ ชุมยวง คุณสุพรรณิ พะวาร์มย์ ที่ช่วยประสานงานและเตรียมเอกสาร และท้ายสุดต้องขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เนตรนภา ชุมทอง

พฤศจิกายน 2546

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

กระแสการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของไทย เกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการปฏิรูปด้านต่าง ๆ ในสังคมไทย เช่น การปฏิรูปการเมือง การปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูประบบราชการ และท่ามกลางกระแสปฏิรูปสุขภาพของนานาชาติ มีผลทำให้รัฐบาลในสมัยที่ นายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ในปี พ.ศ. 2543 เพื่อเตรียมร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่จะนำเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภาในปี พ.ศ. 2546 ดังนั้นในช่วงระยะเวลา 3 ปี เพื่อเตรียมร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากต่อประชาชนไทยกลุ่มต่าง ๆ ที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการนำเสนอข้อสาระบัญญัติที่ต้องกำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มคนพิการก็เช่นกัน ในอดีตที่ผ่านมา กลุ่มคนพิการเป็นกลุ่มคนที่ไม่ค่อยได้มีโอกาสในการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มคนพิการจะต้องเข้าไปร่วมเสนอแนวทางหรือข้อสาระบัญญัติเกี่ยวกับระบบสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ

การดำเนินการปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ควรตั้งอยู่บนฐานองค์ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของคนพิการ กลไกกำหนดนโยบายและกลไกการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการไทยในปัจจุบัน และการศึกษาประสบการณ์ของต่างประเทศ เช่น ญี่ปุ่น ฮังการี และออสเตรเลีย จะ

เป็นแนวทางในการเรียนรู้จุดอ่อน และจุดแข็งของรูปแบบระบบบริการ และวิธีการที่ใช้อยู่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ที่จะช่วยให้สามารถเลือกใช้รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย

งานศึกษาชิ้นนี้เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในงานสังเคราะห์ชิ้นนี้ มาจากเอกสารทางวิชาการเป็นหลัก และจากการสัมภาษณ์คนพิการ ครอบครัว ผู้ให้บริการ และผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการ และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะ

จากการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยปี 2543 ด้วยวิธีการตรวจร่างกายพบว่า มีคนพิการอยู่ร้อยละ 8.1 ของประชากรไทยทั้งหมด ประเภทของความพิการที่สำรวจ พบความพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด รองมาคือความพิการด้านการมองเห็น การได้ยินและสื่อความหมาย และความพิการทางสติปัญญาและด้านจิตใจ เป็นลำดับท้ายสุด

จากการศึกษา กลไกกำหนดนโยบายระบบบริการสุขภาพเพื่อคนพิการใน 3 ประเทศคือ ญี่ปุ่น ฮอลแลนด์ และออสเตรเลีย มีบทเรียนที่น่าสนใจสำหรับการปฏิรูประบบและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการไทยอยู่ 2 ด้านด้วยกัน คือ

1. บทเรียนข้อกำหนดหรือเงื่อนไขของกลไกกำหนดนโยบาย และวางแผนระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ

- 1.1 การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคีคนพิการ ควรเข้าร่วมตั้งแต่ขั้นตอนแรก ในการกำหนดนโยบายและการวางแผนระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ
- 1.2 เป็นองค์กรอิสระ
- 1.3 ประกอบด้วยตัวแทน 3 ฝ่ายคือ ภาคีคนพิการ (ซึ่งมีคนพิการ ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการ และองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ) ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการ และผู้แทน

ที่มีตำแหน่งสำคัญจากภาครัฐ

- 1.4 ระบบคิดและระบบการทำงานต้องเป็นแบบองค์รวม (Holistic approach) คือเชื่อมโยงทุกเรื่องตั้งแต่ การศึกษา อาชีพ การแพทย์ และสังคม รวมเป็นหนึ่งเดียวกันคือ ภาวะที่เป็นสุข หรือระบบสุขภาพ
- 1.5 ใช้ความรู้เป็นตัวนำทาง (Knowledge - based)
- 1.6 มีระบบตรวจสอบโปร่งใส
- 1.7 ได้รับงบประมาณสนับสนุนเป็นแบบเหมารวมเป็นก้อน (block - grant budgetting) เพื่อให้เกิดความคล่องตัว ในการบริหารจัดการ

2. บทเรียนทางรูปแบบกลไกการกำหนดนโยบายและวางแผน ระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ ควรจะประกอบด้วย

- 2.1 สภา/สมัชชาพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 2.2 สำนักงานสภาพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 2.3 คณะกรรมการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 2.4 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ข้อเสนอสารบัญญัติต่อระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำหรับคนพิการที่ควรกำหนดไว้ในพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

1. รัฐควรจัดให้มีกลไกและองค์การจัดการของประชาคมคนพิการ ในรูปแบบ “สภา/สมัชชาพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” และจัดสรรงบประมาณในลักษณะเหมารวมเป็นก้อน block grant
2. รัฐควรจัดให้มีจุดบริการจุดเดียวเสร็จ one - stop service point คือเสร็จสิ้นกระบวนการเดียว ในการจดทะเบียนคนพิการ

- การออกไปรับรองคนพิการและบัตรสิทธิในการรักษาพยาบาล
3. รัฐควรให้ความยืดหยุ่นในการใช้บัตร สิทธิในการรักษาพยาบาลของคนพิการ เพื่อเปิดโอกาสให้เลือกสถาบันบริการได้ตามความจำเป็น
 4. รัฐควรปรับเปลี่ยนกฎระเบียบกรมประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ พ.ศ. 2539 ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงกับสถานการณ์ครองชีพปัจจุบัน
 5. รัฐพึงสนับสนุนครอบครัวและชุมชนได้รวมกลุ่มกันเพื่อช่วยเหลือหรือดูแลคนพิการในครอบครัว หรือชุมชน โดยมีมาตรการช่วยเหลือทางภาษี ด้วยการลดหย่อนภาษี หรือค่าชดเชยให้กับผู้ดูแลคนพิการ
 6. รัฐควรพัฒนาบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในส่วนเชิงคุณภาพ ต้องพัฒนาขีดความสามารถ ทักษะคิดต่อคนพิการและระบบคิดแบบองค์รวม (holistic approach) และพหุสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary)
 7. รัฐพึงทำให้กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับสิ่งหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่อคนพิการที่มีอยู่แล้วให้เป็นจริงในทางปฏิบัติมากขึ้น
 8. รัฐควรจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการมีกายอุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่กายอุปกรณ์ ให้เพียงพอกับความต้องการของคนพิการ และมีการกระจายอย่างทั่วถึง
 9. รัฐพึงสนับสนุนการบริหารจัดการกับระบบข้อมูลข่าวสาร ให้เกิดประโยชน์ถึงคนพิการ ครอบครัว และชุมชน อย่างเป็นจริง โดยเฉพาะเรื่องสิทธิของคนพิการ
 10. รัฐพึงอุดหนุนงบประมาณเพื่อเป็นกองทุนศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทั้งด้านองค์ความรู้และการประดิษฐ์กายอุปกรณ์ต่าง ๆ

11. รัฐควรจัดตั้ง ศูนย์ Hot line ด้านสุขภาพสำหรับคนพิการในทุกระดับ
12. รัฐพึงสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภคโดยสนับสนุนให้องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง โดยให้งบประมาณสนับสนุนด้วย
13. รัฐควรส่งเสริมการสร้างมาตรการต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การป้องกันความพิการให้เกิดขึ้นอย่างเป็นจริง
14. รัฐพึงสนับสนุนองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการทั้งด้านวิชาการและงบประมาณ
15. ปรับเปลี่ยนค่านิยมและความเชื่อของสังคมให้มีทัศนคติถูกต้องต่อคนพิการอย่างกว้างขวาง โดยผ่านกลไกสื่อมวลชนอย่างสม่ำเสมอ

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สารบัญ

1. ความนำ : คนพิการกับระบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	1
2. วัตถุประสงค์ เพื่อ	3
3. วิธีการศึกษา	4
4. ข้อยกเว้นของการศึกษา	4
5. กรอบการสังเคราะห์	4
6. นิยามศัพท์	5
7. สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพผู้พิการไทย	9
8. กลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการระดับชาติ	20
9. กลไกการจัดบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพ สำหรับผู้พิการ	25
10. ความเห็นของคนพิการ/ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการ ผู้ให้บริการของรัฐและเอกชน (NGOs) และผู้ทรงคุณวุฒิ/ นักวิชาการ ต่อระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำหรับคนพิการ	29
11. วิเคราะห์นโยบายและระบบกลไกการจัดบริการสุขภาพ	

และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ	33
12. รูปแบบกลไกการจัดระบบบริการทางสุขภาพ สำหรับคนพิการในประเทศต่าง ๆ	42
13. เปรียบเทียบกลไกและรูปแบบองค์กรกำหนดระบบบริการสุขภาพ สำหรับคนพิการในประเทศต่าง ๆ	49
14. ข้อเสนอรูปแบบกลไกการกำหนดนโยบาย และวางแผนระบบบริการสุขภาพเพื่อคนพิการ	51
15. ข้อเสนอสารบัญญัติต่อระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำหรับคนพิการ ที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ. ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ บรรณานุกรม	56 60

การสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพ สำหรับคนพิการ

1. ความนำ : คนพิการกับระบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ก่อนที่องค์การสหประชาชาติ จะมีคำประกาศปณิญาสากล่าวด้วยสิทธิของคนพิการปี พ.ศ. 2518 (ค.ศ. 1975) และ “**ปีคนพิการสากล**” พ.ศ. 2524 นั้น คนพิการในประเทศไทยได้ถูกละเลยทอดทิ้งจากรัฐและสังคมมาเป็นเวลาหลายทศวรรษ คนพิการไม่เคยมีสิทธิมีเสียงและมีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพวกเขาโดยตรง หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และตกอยู่ในฐานะเป็นผู้ด้อยโอกาสตลอดมา การบริการต่าง ๆ ทั้งทางด้านการศึกษา อาชีพ สังคม รวมทั้งด้านสุขภาพ คนพิการส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้ ทั้งที่การบริการสุขภาพจัดว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานก็ตาม กล่าวสำหรับหลักประกันสุขภาพของรัฐที่จัดให้คนพิการนั้น นับว่ามีน้อยมาก ส่วนใหญ่คนพิการ ครอบครัว และองค์กรพิการเท่านั้นที่จะต้องช่วยกันเองตามฐานะที่มีอยู่ ซึ่งบางครั้งก่อให้เกิดสภาพความพิการมากขึ้น นอกจากนี้ทัศนคติของคนทั่วไปในสังคมตลอดจนเจ้าหน้าที่ของรัฐในการให้การบริการต่าง ๆ ต่อผู้พิการเป็นไปในด้านลบ มองว่าคนพิการเป็นภาระและไร้ประโยชน์

หลังจากการเคลื่อนไหวขององค์การสหประชาชาติ ในปี 2518 และปี 2524 ที่กล่าวมาข้างต้นประกอบกับบรรยากาศการเมืองของประเทศไทย หลังเหตุการณ์เรียกร้องประชาธิปไตยของประชาชนและนักศึกษาวันที่ 14 ตุลาคม 2516 ประชาชนมีเสรีภาพในการพูด และแสดงความเห็นมากขึ้น

ทำให้องค์กรของคนพิการที่มีความพิการประเภทต่าง ๆ คือ องค์กรของคนหูหนวก องค์กรของคนตาบอด องค์กรของคนพิการทางร่างกาย และ องค์กรคนปัญญาอ่อน ได้รวมตัวกันเป็นองค์กรเดียว คือ “สมาคมพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย” เมื่อ ปี พ.ศ. 2526 ด้วยสำนึกที่ว่า “คนพิการเท่านั้นที่จะเข้าใจและซาบซึ้งถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของคนพิการด้วยกัน” และด้วยเจตนารมณ์ที่ว่า “คนพิการควรมีสิทธิเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาค เช่น บุคคลปกติคนอื่น ๆ ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม” (ณรงค์ ปฏิบัติสรกิจ 2533) โดยสมาคมพิการฯ จะทำหน้าที่เป็นผู้แทน เป็นปากเสียงให้กับคนพิการทั้งหมด จึงรณรงค์เรียกร้องให้มีกฎหมาย มีระเบียบ มีข้อบังคับที่จะให้ประโยชน์ต่อผู้พิการทุกประเภท และจากการที่สมาคมพิการฯ ได้เข้าไปรณรงค์และเรียกร้องรัฐบาลเป็นเวลาเกือบ 1 ทศวรรษ จนในที่สุดจึงสำเร็จ เมื่อรัฐบาลตราพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 สารของพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ กล่าวถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 4 ด้าน คือ ทางการศึกษา ทางสังคม การฝึกอาชีพ และทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ ปี พ.ศ. 2518 และกล่าวได้ว่าเป็นครั้งแรกที่รัฐได้ออกกฎหมายในการสร้างหลักประกันด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านสุขภาพสำหรับคนพิการโดยเฉพาะ ก่อนที่จะมีการประกาศในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการปี พ.ศ. 2534 ในปี พ.ศ. 2533 ได้มีพระราชบัญญัติประกันสังคม และจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนเพื่อรับผิตชอบค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพให้คนงานที่ได้รับบาดเจ็บหรือความพิการจากการทำงาน ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 สำนักงานบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขได้ขยายการครอบคลุมการรักษาฟรีให้กับกลุ่มด้อยโอกาสต่าง ๆ รวมทั้งกลุ่มคนพิการ ในบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งเดิมเรียกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย บัตร สปร. จึงจัดเป็นหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการอีกอย่างหนึ่ง ที่คนพิการจะใช้สิทธินี้เมื่อเวลาเจ็บป่วย

อย่างไรก็ตามแม้คนพิการจะได้สิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพดังกล่าว แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่มีปัญหา ตัวหลักประกันเองและระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังมีปัญหาอยู่ทำให้คนพิการส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงกระแสการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของไทย หลังรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และวิกฤตเศรษฐกิจในปีเดียวกัน ท่ามกลางกระแสของการปฏิรูปด้านต่าง ๆ ในสังคมไทย เช่น การปฏิรูปการเมือง การปฏิรูปการศึกษา และท่ามกลางกระแสปฏิรูปสุขภาพของนานาประเทศ จึงทำให้รัฐบาลของนายชวน หลีกภัย ได้ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ใน พ.ศ. 2543 เพื่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญยิ่งของระบบสุขภาพไทยกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอข้อสาระบัญญัติที่ควรกำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่จะออกมาในปี พ.ศ. 2546 กลุ่มคนพิการก็เช่นกันที่จะต้องเข้าไปร่วมเสนอแนวทางที่จะช่วยแก้ปัญหาให้กับคนพิการโดยเฉพาะในเชิงนโยบาย ระบบและกลไกต่าง ๆ

2. วัตถุประสงค์ เพื่อ

- 2.1 ศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของผู้พิการ
- 2.2 วิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการระดับชาติ
- 2.3 วิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของกลไกการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการของไทยในปัจจุบัน
- 2.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบกลไกการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำหรับผู้พิการของประเทศไทยกับของต่างประเทศ
- 2.5 สังเคราะห์องค์ความรู้ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการเพื่อเป็นข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดในร่างพระราชบัญญัติปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

3. วิธีการศึกษา

- 3.1 สืบค้นข้อมูลทาง Internet และเครือข่ายห้องสมุด ทั้งจากตำรา รายงานวิจัย บทความวิชาการ
- 3.2 สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิจากผู้รับบริการ (คนพิการและครอบครัว) ผู้ให้บริการ และนักวิชาการ
- 3.3 ประชุมระดมสมองเบื้องต้น จากผู้พิการ ผู้ที่เกี่ยวข้องและนักวิชาการ
- 3.4 ประชุมฟังข้อเสนอแนะจากสภาพคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย
- 3.5 ประชุมระดมสมองจากนักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. ขอบจำกัดของการศึกษา

ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการในต่างประเทศ มีข้อจำกัดค่อนข้างมาก เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาส่วนใหญ่จะอธิบายถึงระบบบริการสุขภาพทั่วไป มีการกล่าวถึงเฉพาะสำหรับผู้พิการค่อนข้างน้อย ส่วนหลักประกันสุขภาพของผู้พิการจะกล่าวถึงในส่วน Social Security ในรูปของ Benefits ต่าง ๆ แม้จะติดต่อขอข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่สถานทูตของประเทศนั้น ๆ ในประเทศไทย รวมทั้งข้อมูลจาก Web site ของหน่วยงานที่รับผิดชอบในประเทศนั้น ๆ ด้วย แต่ได้ข้อมูลแบบเดียวกัน คือการให้หลักประกันทางสังคมแก่คนพิการในรูปแบบการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

5. กรอบการสังเคราะห์

ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ จะใช้กรอบดังนี้...

5.1 กรอบการประมวลผลรวมผู้พิการไทย มี 2 ข้อ คือ

1. สถานการณ์ผู้พิการไทย
2. แนวโน้มปัญหาสุขภาพของผู้พิการไทย

5.2 กรอบการวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพของผู้พิการไทย จะวิเคราะห์ในแง่

1. จุดแข็งและจุดอ่อนของนโยบายการจัดระบบบริการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพแก่ผู้พิการ
2. จุดแข็งและจุดอ่อนของกลไกการจัดระบบบริการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ

5.3 กรอบการวิเคราะห์เปรียบเทียบกลไกการจัดระบบบริการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการของประเทศไทยกับต่างประเทศ ในการเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ จะวิเคราะห์ในด้าน

1. องค์การที่มีส่วนร่วม
2. บทบาทและหน้าที่
3. ข้อดี/ข้อเสีย

6. นิยามศัพท์

มี 2 คำ ที่จะกล่าวถึงคือ “ความพิการ” และ “คนพิการ”

6.1 ความพิการ

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำระบบการจำแนกความพิการระหว่างประเทศขึ้นในปี พ.ศ. 2523 โดยเรียกว่า International Classification of Impairment Disability and Handicap (ICIDH)

ประกอบด้วยภาวะบกพร่อง (impairment) ภาวะทุพพลภาพ (disability) และภาวะด้อยโอกาส หรือเสียเปรียบ (handicap) ซึ่งได้ให้นิยามของทั้ง 3 ภาวะไว้ดังนี้

1. ภาวะบกพร่อง (impairment) ภายในขอบข่ายของเรื่อง

สุขภาพ หมายถึงการสูญเสีย หรือความคิดปกติของจิต หรือกาย หรือการทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ความจำผิดปกติ ขาอ่อนแรง สายตาเกิดการมัวพร่า หรือมองไม่เห็น พุเกิดการสูญเสียการได้ยินก็ได้ การมีแผลเป็นที่ใบหน้า อาการทางจิตประสาท เป็นต้น ภาวะบกพร่องนี้จะเป็นการชั่วคราวหรือถาวร

2. ภาวะทุพพลภาพหรือหย่อนสมรรถภาพ (disability) ภายในขอบข่ายของเรื่องสุขภาพหมายถึงความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถ (performance) ในการประกอบกิจต่าง ๆ ที่ควรจะทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากภาวะบกพร่อง เช่น ความจำผิดปกติมีอาการหลงลืม ทำให้จ่ายตลาดไม่ได้ แขนด้านที่ถนัดอ่อนแรงทำให้ใส่เสื้อไม่ได้ ตาที่เกิดพร่ามัว ทำให้อ่านหนังสือไม่ได้หรือหัวใจล้มเหลวทำให้เดินนอกบ้านไม่ได้ เนื่องจากเหนื่อยมาก

3. ภาวะด้อยโอกาสหรือเสียเปรียบ (handicap) ภายในขอบข่ายของเรื่องสุขภาพหมายถึงการสูญเสียโอกาสหรือเสียเปรียบของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อันเนื่องมาจากภาวะบกพร่อง (impairment) หรือทุพพลภาพ (disability) ทำให้จำกัดหรือขัดขวางไม่ให้บุคคลนั้นสามารถดำเนินชีวิตหรือแสดงบทบาท (role) ที่พึงจะมีเป็นปกติ สอดคล้องตามวัย เพศ สังคม และวัฒนธรรม จึงทำให้การดำเนินชีวิตยากลำบากกว่าคนทั่วไป เช่น แม่ที่เป็นอัมพาตของร่างกายซีกหนึ่งไม่สามารถจะดูแลบุตรได้ตามปกติ เช่น ไม่สามารถทำอาหารได้ หรือไม่สามารถช่วยแต่งตัวบุตรได้ จะสูญเสียบทบาทของความเป็นมารดา หญิงสาวที่มีแผลเป็นที่ใบหน้า ทำให้รู้สึกอายและเก็บซ่อนตัวเป็นผลให้บทบาทในสังคมที่นับจะมีลดลง คนตาบอดทำงานใช้สายตาไม่ได้ เช่น งานถ่ายรูป คนตาบอดก็จะเสียโอกาส (handicap) ของงานถ่ายรูป แต่คนตาบอดอ่านหนังสือที่เป็นอักษรเบรลล์ได้ ใช้คอมพิวเตอร์ที่มีเสียงประกอบได้ คนตาบอดก็จะไม่เสียเปรียบในกรณีเหล่านี้ คนที่ขาเสียต้องนั่งเก้าอี้ล้อเลื่อน (wheel chair) จะเสียเปรียบในการขึ้นบันได แต่ถ้าเป็นอาคารที่มีลิฟต์เขาก็จะไม่เสียเปรียบ ภาวะด้อยโอกาสหรือ

เสียเปรียบ จึงขึ้นอยู่กับ **สภาพของโอกาส สถานการณ์และสิ่งแวดล้อม** แต่สามารถแก้ไขหรือลดระดับความเสียเปรียบลงได้ ถ้าสังคมให้โอกาสไม่ว่าจะทางกายภาพ จิต และสังคม

“ความพิการ” ในภาษาอังกฤษ จึงมักใช้คำ **“disability”** หรือ **“handicap”**

6.2 คนพิการ

ในภาษาอังกฤษ เมื่อจะกล่าวถึง “คนพิการ” จะนำคำ “disability” และ “handicap” เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น “disabled person” “handicap person”

ในปี ค.ศ 1975 (พ.ศ. 2518) ในคำประกาศขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิของคนพิการได้ให้คำนิยาม “คนพิการ” disabled person คนที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ทั้งหมดหรือบางส่วนที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติ หรือการใช้ชีวิตในสังคมอันมีผลมาจากความบกพร่องทางกายหรือจิตใจไม่ว่าจะเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม

อย่างไรก็ตามหลังจากที่องค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ ได้นำคำ “disability” และ “handicap” มาใช้กับ “คนพิการ” ทำให้เกิดมีข้อวิพากษ์วิจารณ์จากผู้แทนองค์กรคนพิการ นักวิชาชีพในด้านความพิการ และนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา โดยกล่าวว่า คำศัพท์ทั้งสองคำนี้ สะท้อนให้เห็นว่ามาจากกรอบความคิดทางการแพทย์ ที่ให้ความสำคัญกับการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของบุคคล ซึ่งเป็นการให้น้ำหนักหรือจุดเน้นอยู่ที่ตัวบุคคลแต่ละคน และละเลยความไม่สมบูรณ์หรือบกพร่องต่าง ๆ ที่มาจากสังคมหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวคนเรา ซึ่งจะมีผลให้การวางแผนทางกำหนดนโยบายและดำเนินงานทางการเมือง ในด้านความพิการไม่ชัดเจน และได้มีการเสนอให้ใช้คำ “person with disability” แทน ที่ให้นัยถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงความพิการกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม (Jacky Reev สัมภาษณ์ส่วนตัว) มีบางองค์กรหรือผู้ที่

ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการจะใช้คำนี้กัน ตัวอย่าง การประชุมเมื่อเดือนกรกฎาคม 2544 ที่วุฒิสภาเกี่ยวกับเด็กพิการก็ได้ใช้คำ “Children with Disabilities”

นอกจากการให้คำนิยาม “คนพิการ” ขององค์การสหประชาชาติแล้วยังมีอีกหลายหน่วยงานได้ให้คำนิยาม เช่น

องค์การกรรมระหว่างประเทศ (ILO) “คนพิการ” หมายถึงบุคคลซึ่งเสื่อมสมรรถภาพและโอกาสที่จะทำงานประกอบอาชีพ อันเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 “คนพิการ” หมายถึงบุคคลที่เสียอวัยวะ เช่น แขน ขา หรืออื่น ๆ ไปจากสภาพเดิม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเก็บข้อมูลสภาพของผู้พิการไทยในทุก 5 ปี ได้ให้ความหมายของ “คนพิการ” ใน พ.ศ. 2539 หมายถึงคนที่ผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ตามสภาพที่เห็น ซึ่งอาจจะมีหนังสือรับรองจากแพทย์ หรือไม่ก็ตาม โดยแบ่งลักษณะความพิการเป็น 6 กลุ่ม คือ ทางการได้ยินหรือสื่อสารถางการมองเห็น ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ และพิการซ้ำซ้อน

ส่วนในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 “คนพิการ” หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎหมาย ซึ่งมี 5 ประเภท คือ

1. คนพิการทางการมองเห็น
2. คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
3. คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว
4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
5. คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้

จากคำนิยาม “คนพิการ” (person with difficulty) ที่กล่าว

มาทั้งหมดข้างต้น รวมทั้งจากมุมมองใหม่ “คนพิการ” จึงน่าจะหมายถึง คนที่มีความลำบากในการดูแลตัวเองทั้งหมดหรือบางส่วนที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติ หรือการใช้ชีวิตในสังคม อันมีผลมาจากความหมายบกพร่องทางร่างกาย หรือจิต ไม่ว่าจะเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม

7. สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพผู้พิการไทย

7.1 สถานะของผู้พิการไทย

การสำรวจจำนวนผู้พิการระดับชาติในประเทศไทย เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 และต่อเนื่องทุก ๆ 5 ปี คือ พ.ศ. 2529, 2534, 2539 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิธีการสำรวจใช้วิธีการสัมภาษณ์ครัวเรือนที่สุ่มตัวอย่าง และได้บรรจุแบบสอบถามที่เกี่ยวกับคนพิการไว้ในแบบสำรวจสำมะโนประชากรในหมวดเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ สำหรับปี พ.ศ. 2534 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยได้ร่วมทำการสำรวจสถานะทางสุขภาพของประชากรไทย อายุ 5 ปี ขึ้นไปด้วยวิธีการตรวจร่างกายจากครัวเรือนตัวอย่างเดิมตามการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2529, 2534 และ 2539 ผลสำรวจคนพิการพบดังนี้

พ.ศ. 2529 มีคนพิการทั่วประเทศประมาณ 385,560 คน หรือร้อยละ 0.7 ของประชากรทั่วประเทศ พ.ศ. 2534 มีคนพิการทั่วประเทศประมาณ 1,057,000 คน หรือร้อยละ 1.8 ของประชากรทั่วประเทศ พ.ศ. 2539 มีคนพิการทั่วประเทศประมาณ 1,020,000 คน หรือร้อยละ 1.7 ของประชากรทั่วประเทศ (ตารางที่ 1)

การสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2534 โดยวิธีการตรวจร่างกาย พบคนพิการทั่วประเทศประมาณ 359,100 คน หรือร้อยละ 6.3 ของประชากรทั่วประเทศ ไม่รวมอายุ 0-5 ปี ทั้งนี้ไม่รวมความผิดปกติทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวม

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของคนพิการทั่วประเทศ จำแนกตามปีสำรวจ

ปี	จำนวน	ร้อยละ
2529	385,560	0.7
2534	1,057,000	1.8
	(4,625,1000)*	(8.1)*
2539	1,020,000	1.7

* การสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย โดยประมาณการจากการสำรวจของสำนักงานสถิติ 2534

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2530, 2535, 2540

: สถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย 2539

ทั้งหมดโดยการประมาณจากฐานประชากรการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2534 พบว่ามีจำนวนคนพิการร้อยละ 8.1 ของประชากรทั่วประเทศ (57.1 ล้านคน) หรือประมาณ 4,625,100 คน ไม่รวมอายุ 0-5 ปี (ตารางที่ 1)

จากตาราง โดยการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จะเห็นได้ว่า จำนวนและสัดส่วนของคนพิการเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงปี พ.ศ. 2529-2534 แต่กลับคงที่ในช่วงปี พ.ศ. 2534-2539 การเปลี่ยนแปลงอย่างมากในการสำรวจ 3 ครั้งดังกล่าว อาจเกิดจากการเปลี่ยนคำนิยามของผู้พิการ หรือวิธีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้พิการ หรืออาจเป็นเพราะตัวอย่างที่เก็บได้ในการสำรวจแต่ละครั้งที่แตกต่างกันก็เป็นได้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541)

อย่างไรก็ตาม ถ้าเปรียบเทียบการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ปี พ.ศ. 2534 จะพบความแตกต่างกันอย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 1.8 และร้อยละ 8.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน สำนักงานสถิติแห่งชาติใช้วิธีการสัมภาษณ์ ส่วนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ใช้วิธีการตรวจร่างกาย การสำรวจคนพิการ

ด้วยวิธีการตรวจร่างกายน่าที่จะมีความน่าเชื่อถือมากกว่าการสัมภาษณ์ โอกาสผิดพลาดจะมีน้อยกว่าการสัมภาษณ์ และหากเปรียบเทียบการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย คือร้อยละ 8.1 ของจำนวนประชากรทั่วประเทศและการสำรวจของ Helander ซึ่งได้รับการตีพิมพ์โดยองค์การอนามัยโลก และเป็นข้อมูลที่ได้รับการอ้างถึงมากที่สุด คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2533 มีคนพิการที่มีระดับความพิการปานกลางถึงรุนแรง คิดเป็นประมาณร้อยละ 5.21 ของประชากรโลก หรือประมาณ 500 ล้านคน แต่ถ้ารวมความพิการระดับน้อยด้วยแล้วอีกครั้งหนึ่ง จะรวมประมาณทั้งหมดร้อยละ 10 จะเห็นได้ว่าตัวเลขร้อยละ 8.1 (ยังไม่รวมอายุ 0-5 ปี) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ใกล้เคียงกับของ Helander ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก และถ้ามีการรวมประชากรอายุ 0-5 ปี จะมีมากกว่าร้อยละ 8.1 ยิ่งใกล้เคียง ร้อยละ 10 ขององค์การอนามัยโลก

ดังนั้นถ้าใช้ตัวเลขร้อยละ 8.1 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยปี 2534 และร้อยละ 10 ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2533 เป็นฐานประมาณการคาดว่าจำนวนคนพิการในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2539 มีประมาณ 5-6 ล้านคนของประชากรทั่วประเทศ (60 ล้านคน) (ในขณะที่การสำรวจในปีเดียวกัน พ.ศ. 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบร้อยละ 1.7 หรือประมาณ 1 ล้านคน) หรืออีกนัยหนึ่งทุก ๆ 8 คน หรือทุก ๆ 10 คน จะพบคนพิการ 1 คน

7.2 ประเภทของความพิการ

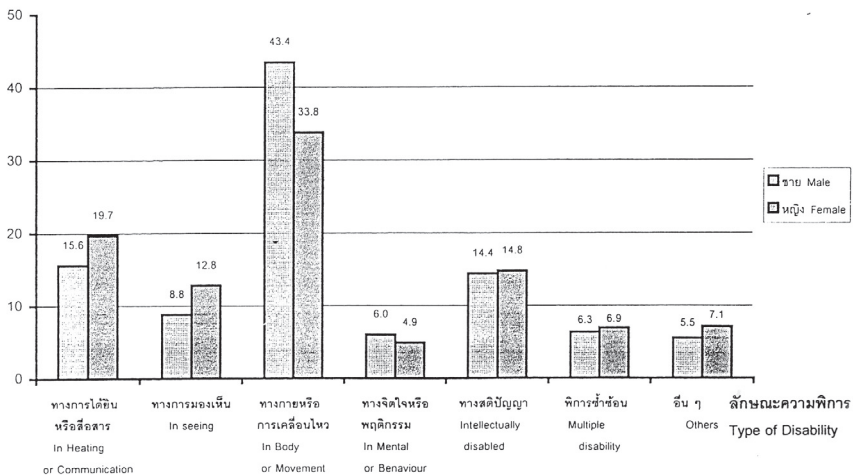
จากการสำรวจ 4 ครั้ง พ.ศ. 2524, 2529, 2534 และ 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว เป็นความพิการที่พบมากที่สุด คิดเป็นสัดส่วนประมาณครึ่งหนึ่งของความพิการทั้งหมด รองลงมาคือความพิการด้านการมองเห็น การได้ยินและสื่อความหมาย โดยมีความพิการทางสติปัญญาและด้านจิตใจเป็นลำดับสุดท้าย ซึ่ง

สอดคล้องกับการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัย
สาธารณสุขไทย ในปี พ.ศ. 2534

แผนภูมิที่ 1. อัตราร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ และ
เพศ ทัวราชอาณาจักร

CHART 1 PERCENTAGE OF DISABLED PERSONS BY TYPE OF
DISABILITY AND SEX FOR THE WHOLE KINGDOM

อัตราร้อยละ Percentage



แหล่งที่มา : การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี

Source : The Health and Welfare Survey : 1996, National Statistical Office of the Prime Minister

เมื่อพิจารณารายภาค ในการสำรวจครั้งล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2539 พบผู้พิการสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร รองลงมาภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) รองลงมาภาคเหนือ ภาคใต้ และต่ำสุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ส่วนเพศ ผู้พิการทั้งชายและหญิงมีรูปแบบของลักษณะความพิการไม่แตกต่างกันมากนักกล่าวคือผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผู้พิการชายมีสัดส่วนสูงกว่าเล็กน้อย ส่วนผู้พิการทางจิตหรือพฤติกรรมผู้พิการชายสูงกว่าผู้พิการหญิงเล็กน้อย ส่วนความพิการประเภทอื่น ผู้พิการหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าผู้พิการชายในทุกประเภทเล็กน้อย

ด้านอายุ พบว่าประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อสารถ และการมองเห็น มักเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมาจากความเสื่อมของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นหรือเป็นมาตั้งแต่กำเนิด ขณะที่กลุ่มวัยแรงงานเป็นผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมมากที่สุดว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรับผิดชอบในด้านต่าง ๆ ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว และทำให้เกิดภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้นด้วย จึงอาจมีผลกระทบต่อจิตใจ ส่วนผู้พิการทางสติปัญญาและผู้พิการซ้ำซ้อนมักเป็นกลุ่มประชากรวัยเด็ก ซึ่งอาจเนื่องมาจากในช่วงแม่ตั้งครรภ์ หลังคลอด เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ และเมื่อคลอดออกมาแล้ว ถ้าเด็กพิการมีพ่อแม่ส่วนหนึ่งที่ยังมีความอายไม่พาลูกออกนอกบ้าน แต่ปล่อยตามธรรมชาติอยู่ในบ้าน เด็กจึงขาดโอกาสการฟื้นฟู และนำมาซึ่งความพิการซ้ำซ้อนด้วย

7.3 สาเหตุของความพิการ

ในปี พ.ศ. 2539 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้พิการมีสาเหตุพิการแต่กำเนิด รองมาพิการจากอุบัติเหตุ พิการจากการเจ็บป่วย และสาเหตุของความพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุ ส่วนมากเป็นอุบัติเหตุที่เกิดจากการจราจร ผู้พิการทั้งชายและหญิง มีสาเหตุของความพิการค่อนข้างแตกต่างกัน โดยผู้พิการชายมีสาเหตุ อันดับหนึ่งจากอุบัติเหตุ โดยเป็นอุบัติเหตุจากการจราจรสูงสุด ขณะที่ผู้พิการหญิงมากกว่าครึ่งพิการตั้งแต่กำเนิด

บางสาเหตุดังกล่าวสามารถป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุจากการจราจร

ตารางที่ 2. อัตราร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ สาเหตุของความพิการและเพศ ทั้งราชอาณาจักร

Table 2 Percentage of Disabled Persons by Type of Disability, Cause of Disability and Sex for the Whole Kingdom

สาเหตุของความพิการ ^{1/} และเพศ	ลักษณะความพิการ ^{2/} Type of Disability ^{2/}						Cause of Disability and Sex ^{1/}
	รวม Total	ทางการได้ยิน หรือสื่อสาร In Hearing of Communication	ทางการ มองเห็น In Seeing	ทางกาย หรือการ เคลื่อนไหว In Body or Movement	ทางจิตใจ หรือ พฤติกรรม In Mental or Behaviour	ทางสติ ปัญญา Intellectually disabled	
(1)	4.0	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	Total
สาเหตุของความพิการ	(637,425)	(81,809)	(81,237)	(318,369)	(21,830)	(134,180)	Cause of Disability
ตั้งแต่กำเนิด	43.8	65.8	37.6	20.2	27.8	92.8	Congenital Anomaly
จากอุบัติเหตุ	35.7	16.4	37.1	53.8	39.8	3.3	By Accident
ภายใน / บริเวณบ้าน	10.9	6.5	9.9	16.1	14.5	1.1	Home Accident
การทำงาน	9.7	4.8	10.6	15.1	6.8	-	Work Accident
การจราจร	12.0	2.6	7.7	19.3	18.5	2.2	Traffic Accident
อุบัติเหตุอื่น ๆ	3.1	2.5	8.9	3.3	-	-	Others Accident
จากการเจ็บป่วย	20.5	17.8	25.3	26.0	32.4	3.9	By Sickness

จึงควรให้ความสำคัญกับการป้องกันในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับความพิการ ไม่ใช่ไปเน้นเฉพาะการแก้ไขและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังที่กำลังทำอยู่ในปัจจุบัน

7.4 ภาวะสุขภาพของผู้พิการและวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยของผู้พิการที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจปี พ.ศ. 2539 โดยสอบถามการเจ็บป่วยทุกชนิด ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ก่อนการสำรวจ ผลการศึกษาพบว่าผู้พิการที่เจ็บป่วยพบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้พิการทั้งหมด โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคอันดับสูงสุด คือ โรคหัวใจหลอดเลือด รองมาเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ และโรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก สำหรับในกลุ่มโรคอื่น ๆ มีสัดส่วนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ส่วนวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้พิการ พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้พิการไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ รองลงมารักษาด้วยการซื้อยากินเอง ไปสถานพยาบาลเอกชน ไม่ได้รักษาอะไร และรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เมื่อรวมวิธีการที่ไม่ทำอะไรและการซื้อยากินเอง ซึ่งจัดว่าเป็นการดูแลตนเอง (Self care) พบสัดส่วน 1 ใน 4 ของวิธีการรักษาทั้งหมดที่ผู้พิการใช้เมื่อเวลาเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะเป็นเพราะสภาวะการเจ็บป่วยไม่รุนแรง ส่วนที่ไปรักษาสถานพยาบาลเอกชน อาจเนื่องมาจากการเข้าไปถึงสถานพยาบาลของรัฐด้วยสาเหตุต่าง ๆ หรือเป็นผู้ที่มีฐานะระดับหนึ่งพอที่จะจ่ายได้

7.5 การได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้พิการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐ อีกครึ่งหนึ่งไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐ ส่วนที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐส่วนใหญ่เป็นสวัสดิการจากบัตรสงเคราะห์ต่าง ๆ เช่น บัตรผู้มีรายได้น้อย (หรือบัตร สปร. ปัจจุบัน) บัตรผู้สูงอายุ และบัตรทหารผ่านศึก เป็นต้น รองมาได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากบัตรสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญหรือพนักงาน

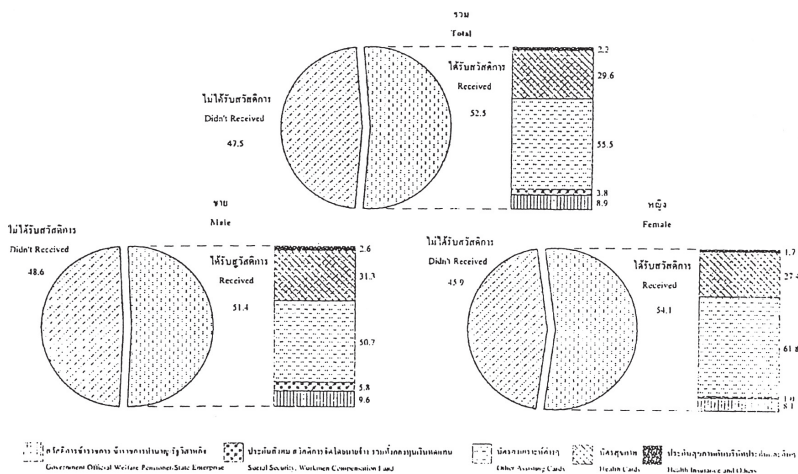
รัฐวิสาหกิจ การประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน

ส่วนผู้พิการอีกครั้งหนึ่งที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากรัฐ ต้องช่วยตนเองเวลาเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ครั้งหนึ่งของผู้พิการที่เจ็บป่วยจะไปใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐ ส่วนเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้พิการไม่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลจากรัฐ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการไม่รู้หรือเข้าถึงข้อมูลถึงสิทธิของผู้พิการที่ควรจะได้รับหรือรับรู้ข้อมูลแต่เข้าไม่ถึงเพราะความไม่สะดวก (จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้พิการหลายคน)

ตัวอย่าง นางน้อยอายุ 45 ปี มีความพิการทางการเคลื่อนไหว เวลาเจ็บป่วย ญาติจะพาไปหาแพทย์ที่คลินิก “...โรงพยาบาลอยู่ไกล สู้ค่ารถไม่ไหว เวลาไม่สบายจะไปหาหมอคลินิก ที่อยู่ใกล้บ้านสะดวกกว่า...”

แผนภูมิที่ 2. อัตราร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและเพศ ทัวราชอาณาจักร

CHART 2 PERCENTAGE OF DISABLED PERSONS BY RECEIVING HEALTH INSURANCE AND SEX FOR THE WHOLE KINGDOM



7.6 ความช่วยเหลือที่ต้องการจากรัฐ

พบ 2 ใน 3 ของผู้พิการมีความต้องการความช่วยเหลือจากรัฐแตกต่างกันไปตามประเภทของความพิการ โดยส่วนใหญ่เป็นความช่วยเหลือในเรื่องการรักษาพยาบาล/การผ่าตัด กายภาพบำบัด การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รองลงมาเป็นการช่วยเหลือในการจัดหางานทำ จัดหาสถานสงเคราะห์ และการศึกษาพิเศษ

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้คนพิการยังไม่เพียงพอเข้าถึงคนพิการส่วนใหญ่

7.7 แนวโน้มของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เน้นการบริโภคนิยมให้ความสำคัญกับเงิน วิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 และพัฒนาการทางด้านสาธารณสุขและทางการแพทย์ จะนำไปสู่เหตุปัจจัยที่จะส่งผลของการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้พิการในสังคมไทยในอนาคตอันใกล้ เหตุปัจจัยหลายอย่างดังจะกล่าวต่อไปนี้

1. การส่งเสริมการท่องเที่ยว

เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวในประเทศเป็นมาตรการหนึ่งเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีการใช้จ่ายเงินและจะส่งผลให้เศรษฐกิจโดยรวมดีขึ้น เมื่อมีการเดินทางเพิ่มขึ้นบวกกับพฤติกรรมการขับรถของคนไทยที่ยังเป็นปัญหา ตั้งแต่การเมาสุราแล้วขับรถ การขับรถเร็ว การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร โอกาสการเกิดอุบัติเหตุจะสูงขึ้น ดังการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute Foundation) พบมีคนพิการจากอุบัติเหตุจากการจราจรแต่เพียงอย่างเดียวถึงปีละ 4,125 คน และจากสถิติอุบัติเหตุช่วงสงกรานต์ที่ผ่านมาซึ่งมีประชาชนเดินทางกลับเป็นจำนวนมาก หนังสือพิมพ์ Bangkok Post เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2544 รายงานว่ามีประมาณ 6 หมื่นกว่ารายในช่วงระยะเวลาแค่ 5 วัน ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจำนวน

ตารางที่ 3. อัตราร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ ความช่วยเหลือที่ต้องการจากรัฐบาล และเพศ ทัวราชอาณาจักร

Table 3 Percentage of Disabled Persons by Type of Disability, Kind of Government Assistance Need and Sex for the Whole Kingdom

ความช่วยเหลือที่ต้องการ ^{1/} จากรัฐบาล และเพศ	ลักษณะความพิการ ^{2/} Type of Disability ^{2/}							Kind of Government Assistance Need ^{1/} and Sex
	รวม Total	ทางการได้ยิน หรือสื่อสาร In Hearing of Communication	ทางการ มองเห็น In Seeing	ทางการ หรือการ เคลื่อนไหว In Body or Movement	ทางจิตใจ หรือ พฤติกรรม In Mental or Behaviour	ทางสติ ปัญญา Intellectually disabled	พิการ ซ้ำซ้อน ^{3/} Multiple Disability ^{3/}	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	Total
ความช่วยเหลือที่ต้องการ จากรัฐบาล	(915,856)	(170,856)	(100,940)	(382,286)	(54,519)	(140,304)	(66,951)	Kind of Government Assistance Need
ไม่ต้องการความช่วยเหลือ	33.9	36.8	35.2	32.9	30.1	35.8	29.5	None
ต้องการความช่วยเหลือ	66.1	63.2	64.8	67.1	69.9	64.2	70.5	Need
การรักษาพยาบาล / การผ่าตัด								Medical Care
กายภาพบำบัด	30.2	23.4	35.1	33.2	41.6	22.9	29.0	
การศึกษาพิเศษสำหรับ คนพิการ	4.0	2.8	0.9	1.5	4.5	12.2	8.8	Special Education for Handicap
จัดหาหรือระเหยมและ เครื่องช่วย								Provide Instrument for Handicap
คนพิการ	7.4	13.9	10.1	7.1	0.3	-	9.9	
การฝึกอบรมสำหรับ คนพิการ	5.8	5.0	3.9	5.4	4.0	7.9	9.4	Skill Training for Handicap
จัดหางานให้ทำ	5.7	2.5	1.6	8.3	6.9	5.2	4.8	Provide Job
ให้กู้ยืมเงินทุนสำหรับ ประกอบกร	5.4	6.3	6.3	7.6	-	2.4	0.3	Loan for Earning a Living
การให้อยู่ใน สถานสงเคราะห์	4.3	5.5	2.8	1.8	9.1	9.5	2.9	Lodging
อื่น ๆ ^{4/}	3.3	3.8	4.1	2.2	3.5	4.1	5.4	Others ^{4/}

หนึ่งต้องกลายเป็นผู้พิการ

2. การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ

จากผลสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวต่อการควบคุม การเพิ่มประชากรเป็นผลให้เกิดการลดจำนวนประชากรใหม่ในขณะทีฐาน

ประชากรเดิมได้เคลื่อนเข้าสู่กลุ่มประชากรที่มีวัยสูงขึ้น ขณะเดียวกับพัฒนาการด้านสาธารณสุขและการแพทย์ การลดลงของทุพโภชนาการทำให้สามารถลดอัตราการตายลงทำให้อายุคาดหวังของประชากรยืนยาวขึ้น จึงเกิดการเคลื่อนของโครงสร้างประชากรไปสู่ภาวะประชากรชราที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุในระดับสูง (ตารางที่ 4) หากสถานการณ์ยังคงเป็นไปเช่นในปัจจุบัน จะพบว่าประชากรวัยสูงอายุอาจเพิ่มมากกว่าปัจจุบันได้นับร้อยเท่าในอนาคตระยะยาว (Chesnais JC.1990) จากความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุซึ่งนำไปสู่ภาวะการเสี่ยงจากความพิการที่เกิดจากภาวะของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น อวัยวะบางส่วน เช่น สายตา หู เสื่อมลง และการทรงตัวน้อยลงนำไปสู่อุบัติเหตุ

3. การส่งเสริมอุตสาหกรรม

รัฐบาลยังคงมีนโยบายการส่งเสริมอุตสาหกรรม โดยส่งเสริมให้เอกชนทั้งในและต่างประเทศมาลงทุนตั้งโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อสร้างงานและการส่งออก โอกาสการเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุในโรงงานจะสูงขึ้นตามจำนวนการเพิ่มขึ้นของโรงงานอุตสาหกรรมและจะนำไปสู่ความพิการเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน จากรายงานประจำปีของกองทุนเงินทดแทน ตั้งแต่ พ.ศ. 2517 - 2536 พบว่า อัตราการประสบอันตรายในงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.17 ของลูกจ้างในความคุ้มครอง ในปี 2514 เป็นร้อยละ 4.68 ในปี 2536 และในจำนวนผู้ที่สูญเสียอวัยวะบางส่วนและพิการ ทุพพลภาพ (เฉพาะที่ขอรับเงินชดเชย) ประมาณร้อยละ 3 และประมาณร้อยละ 96 เป็นการขาดความสามารถชั่วคราว (หยุดงาน)

4. ความรุนแรงในสังคม

จากภาวะสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ผลักดันให้คนต้องแข่งขันกันในเรื่องทั้งทางการศึกษา ทางเศรษฐกิจ และอื่น ๆ นำไปสู่ความเครียดและการเอาชนะกัน และลงเอยด้วยความรุนแรงตั้งแต่ในระดับครอบครัว ท้องถิ่น และระดับประเทศ มีการใช้อาวุธทำร้ายกัน หรือการทำร้ายตนเอง จากข่าวหนังสือพิมพ์รายวันที่มีให้เห็นกันทุกวัน

ตารางที่ 4. แสดงอัตราส่วน (ร้อยละ) ของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2503-2563 ที่มา พ.ศ. 2503, 2513, 2523, 2533 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากร พ.ศ. 2543, 2553, 2563 ได้จากการคาดประมาณของกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

Table 4 Percentage of population distribution according to specific age-group. Source: B.E. 2503, 2513, 2523, 2533 figures obtained from Population Census B.E. 2543, 2553, and 2563 estimated by Human Resource Planning Dept. National Economic and Social Development Board, and National Statistic Office

กลุ่มอายุ	พ. ศ.							
	2503	2513	2523	2533	2539	2543	2553	2563
อายุ < 15 ปี	43.1	45.1	39.2	33.4	28.8	25.5	22.0	19.5
วัยทำงาน	52.4	50.0	55.3	60.0	63.9	65.4	66.7	65.3
อายุ > 60 ปี	4.5	4.9	5.5	6.1	7.3	9.1	11.2	15.2

5. การให้คำนิยามของความพิการ

เนื่องจากการพบอาการหรือกลุ่มอาการบางอย่างที่มีลักษณะของความผิดปกติทางอารมณ์หรือพฤติกรรมทางสังคม เช่น Autism ทั้งนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องมีความเห็นพ้องกันว่าจัดเป็นความพิการอย่างหนึ่ง คำนิยามของความพิการจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้คนกลุ่มนี้ได้รับความช่วยเหลือได้เร็วที่สุด

8. กลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการระดับชาติ

กระบวนการกำหนดนโยบาย (Policy formulation process) หมายถึงเหตุการณ์ กิจกรรมที่นำไปสู่จุดเริ่มต้นของการกำหนดนโยบายและ

ระหว่างกระบวนการกำหนดนโยบาย กระบวนการกำหนดนโยบายการบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการระดับชาติเริ่มชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 ทั้งนี้เนื่องจากการตอบสนองจากรัฐครั้งแรกที่คณะรัฐมนตรีมีมติ แต่งตั้ง **“คณะกรรมการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ”** เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2519 หลังคำประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ ปี พ.ศ. 2518 ขององค์การสหประชาชาติและการเรียกร้องขององค์กรคนพิการ

ปี พ.ศ. 2519 คณะรัฐมนตรีมีมติแต่งตั้ง “คณะกรรมการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” มีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้องรวม 33 แห่ง เป็นกรรมการ คณะกรรมการฯ นี้มีหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้งด้าน การแพทย์ การศึกษา การอาชีพ และการสังคม

การแต่งตั้ง คณะกรรมการฯ ชุดนี้ มีขึ้นหลังจากที่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ ในปี พ.ศ. 2518 ซึ่งมี 13 ข้อ รวมทั้งสิทธิการได้รับบำบัดรักษาทางการแพทย์ ทางจิต และกายภาพบำบัด ซึ่งรวมกับการใช้กายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการด้วย ตลอดจนการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การศึกษา และการอาชีพด้วย

ปี พ.ศ. 2520 กรมประชาสงเคราะห์ ยกร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพพิการ

ปี พ.ศ. 2521 ผู้แทนรัฐบาลไทยเข้าร่วมตัวประกาศ “Health for All ค.ศ. 2000” (พ.ศ. 2543) ขององค์การอนามัยโลก โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์ในการบรรลุคำประกาศดังกล่าว ซึ่งหลักการสำคัญอย่างหนึ่งของยุทธศาสตร์นี้ คือการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกระดับ (People Participation) ซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ รวมผู้พิการทั้งกลุ่มด้วย

ปี พ.ศ. 2524 รัฐบาลจัดกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องใน **“ปีคนพิการสากล”**

ที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดขึ้น โดยเน้น 3 เรื่อง กล่าวคือ การป้องกันความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และโอกาสอันเท่าเทียมกันในการศึกษา อาชีพ และสังคม

ปี พ.ศ. 2526 องค์การสหประชาชาติ ประกาศให้ช่วงปี พ.ศ. 2526 - 2535 เป็น**ทศวรรษของคนพิการ** เนื่องในโอกาสที่รัฐบาลได้ประกาศใช้แผนการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติระยะยาว (2525-2534)

ในปีเดียวกันนี้เอง ผู้นำองค์กรคนพิการประเภทต่าง ๆ ได้มารวมตัวกันเป็นองค์กรเดียว เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้แทน เป็นปากเสียงให้กับคนพิการ และเพื่อรณรงค์เรียกร้องให้มีกฎหมาย มีระเบียบมีข้อบังคับต่าง ๆ ที่จะให้ประโยชน์ต่อผู้พิการทุกประเภท และมีมติให้จัด **“การประชุมสมัชชาคนพิการแห่งชาติ ครั้งที่ 1”** เมื่อวันที่ 20-21 ตุลาคม 2526 โดยมีคนพิการทุกประเภทมาจากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ “สมาคมคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย” จึงถือกำเนิดขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่นั้นมา

ปี พ.ศ. 2526-2533 พรรคการเมืองต่าง ๆ เช่น พรรคประชาธิปัตย์ พรรคกิจสังคม และพรรคประชากรไทย ได้ยกร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมทั้งกรมประชาสงเคราะห์ และสมาคมคนพิการฯ ต่างก็ยกร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูฯ ของตนเองขึ้นมาเพื่อเข้าสู่รัฐสภาและนำไปสู่การประชุมถกเถียงที่มีหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม เช่น นักการเมือง นักวิชาการคนพิการ เป็นต้น โดยในปี พ.ศ. 2532 คณะตัวแทนคนพิการทุกประเภทจำนวน 20 ท่าน ได้เข้าพบ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี อานันท์ ปันยารชุน เพื่อขอการสนับสนุนให้มี พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2533 หรืออย่างช้าที่สุดก่อนสิ้นสุด ทศวรรษคนพิการสากลปี พ.ศ. 2535

ปี พ.ศ. 2534 รัฐบาลของ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรีอานันท์ ปันยารชุน **ตราพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ** เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2534

ปี พ.ศ. 2536 ผู้นำรัฐบาลไทย ได้รับลงนามพร้อมกับผู้นำของประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2536-2545 เป็น **ทศวรรษคนพิการของภูมิภาคนี้** เพื่อเป็นคำมั่นสัญญาในการพัฒนา และรณรงค์ สิทธิและโอกาสของคนพิการอย่างต่อเนื่อง และขจัดเจตคติที่ไม่ถูกต้องของ สังคมที่มีต่อคนพิการ

ปี พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 ซึ่งกำหนดให้ นายจ้างจ่ายเงินและตั้งเป็น **“กองทุนเงินทดแทน”** เพื่อช่วยเหลือลูกจ้างที่ ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรค เนื่องจากการทำงานจนถึงพิการหรือทุพพลภาพ โดยจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องใช้หรือวัสดุที่ จำเป็นที่ หรือช่วยอวัยวะที่ประสบอันตรายนั้นด้วย นอกจากนี้ยังจ่ายค่าทดแทน ให้ระหว่างหยุดพักรักษาตัว และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปี พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้การคุ้มครองสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนพิการไว้ในหลายมาตรา เช่น มาตรา 55 หมวด 3 ให้คนพิการหรือทุพพลภาพมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่น ๆ จาก รัฐ ตามกฎหมายบัญญัติมาตรา 8 วรรค 2 หมวด 5 รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้

ปี พ.ศ. 2540 แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ (พ.ศ. 2540-2544) ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนพิการทุกประเภทความพิการ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ทบวงมหาวิทยาลัย เป็นต้น เพื่อให้มีความสอดคล้องกับ พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ไปพร้อมกันด้วยเป็นแผนที่กำหนดเป็นนโยบาย แผนงาน แนวทาง และมาตรการ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้ทุกหน่วยงาน

นำไปใช้ปฏิบัติงานด้านคนพิการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของคนพิการที่มีความชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้นำเอานโยบายและมาตรการของแผนดังกล่าวบรรจุลงในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เพื่อใช้เป็นแนวนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์กลุ่มเป้าหมายคนพิการ

ปี พ.ศ. 2541 รัฐบาลที่มีนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรีได้ลงนามใน “**ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย**” เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2541 ซึ่งมีทั้งหมด 14 ข้อ ทั้งนี้เพื่อแสดงเจตนารมณ์ในเรื่องสิทธิ โอกาส และความเสมอภาคของคนพิการ ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติไว้ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ตัวอย่าง ข้อ 5 ใน 14 ข้อกล่าวไว้ดังนี้ คนพิการมีสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ด้วยตนเอง อย่างเต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

ปี พ.ศ. 2542 รัฐบาลประกาศให้เป็น “**ปีการศึกษาเพื่อคนพิการ**” โดยเปิดโอกาสให้เด็กพิการได้เรียนร่วมกับเด็กไม่พิการ และมีนโยบายให้โรงเรียนทั่วไปรับเด็กพิการเข้าเรียน การได้รับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้

ปี พ.ศ. 2543 รัฐบาลตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานผู้แทนของหน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องรวม 17 คน เป็นกรรมการ และมีหัวหน้าสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นเลขานุการ เพื่อร่างพระราชบัญญัติปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้แล้วเสร็จ เพื่อให้รัฐสภาพิจารณาในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งในร่าง พ.ร.บ. ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาตินี้ได้กล่าวถึงกลุ่มผู้พิการด้วย

9. กลไกการจัดบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ

9.1 กลไกของรัฐ

หลังจากที่รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี พ.ศ. 2534 โดยมีคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ อธิบดีกรมสามัญศึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน 6 คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการ ในจำนวน 6 คนนี้ เป็นคนพิการซึ่งเป็นผู้แทนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการไม่น้อยกว่า 2 คน ทั้งนี้มีหัวหน้าสำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นเลขานุการ ได้มีกลไกต่าง ๆ ออกมารองรับในรูปแบบของกฎระเบียบ กฎกระทรวงและองค์กร หน่วยงาน คณะกรรมการฯ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะให้ครอบคลุมใน 4 ด้านที่กล่าวไว้ใน พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี 2534 คือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทางการแพทย์และสาธารณสุข ทางการศึกษา ทางการฝึกอาชีพ และทางสังคม ทั้ง 4 ด้านนี้ ถ้ากล่าวถึงที่สุดแล้วก็ล้วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนพิการทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นในส่วนของ การจัดระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ จึงขอกำหนดเฉพาะกลไกที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการจัดบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ

ใน พ.ศ. 2536 ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งเป็นกลไกครั้งแรกหลัง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการปี พ.ศ. 2534 ประกาศใช้ ว่าด้วยการจัดหาผลประโยชน์และการใช้จ่ายเงินของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2536 ในข้อ 6 กองทุนมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงาน และสงเคราะห์

ช่วยเหลือคนพิการ และสนับสนุนสถาบันบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการทางการแพทย์ การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ ตลอดจนศูนย์ เทคโนโลยีทางการศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ในข้อ 8 ข้อย่อย (5) สนับสนุนแผนงานและโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ ในการดำเนินงาน ป้องกันความพิการ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ และประดิษฐ์พัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ และเครื่องช่วย คนพิการประเภทต่าง ๆ ข้อย่อย (9) สนับสนุนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคน พิการโดยชุมชน และข้อย่อย (11) สนับสนุนแผนงานและโครงการปรับปรุง แก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวก และบริการที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

ปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) มีทั้งหมด 8 ข้อแต่สาระสำคัญมี 2 ประการคือ การจัดประเภท ของคนพิการ ซึ่งแยกออก 5 ประเภท และการออกเอกสารรับรองความ พิการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสังกัดโรงพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม โรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุข ประกาศกำหนด เป็นผู้วินิจฉัยความพิการพร้อมทั้งออกเอกสารรับรองความ พิการ

ปี พ.ศ. 2537 กฎกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ซึ่งออกโดย กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงคนพิการที่จดทะเบียนตามมาตรา 14 ให้ รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีทางการแพทย์ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์ แต่ในกรณีที่คนพิการมีสิทธิได้รับการ สงเคราะห์หรือมีสิทธิได้รับสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงาน อื่นแล้ว ให้คนพิการใช้สิทธิในการรับการสงเคราะห์หรือสิทธิในสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานนั้น ๆ ก่อน

ปี พ.ศ. 2537 ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการว่า ด้วยการจดทะเบียนคนพิการ พ.ศ. 2537 ในข้อ 7 กล่าวถึงสิทธิของคนพิการ ที่จดทะเบียนแล้วได้รับสิทธิประโยชน์ในการสงเคราะห์ การพัฒนาและการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงการรักษาพยาบาลด้วย

ปี พ.ศ. 2539 ระเบียบกรมประชาสัมพันธ์ว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ พ.ศ. 2539 กรมประชาสัมพันธ์ได้ดำเนินการจัดสวัสดิการให้เบี้ยยังชีพช่วยเหลือคนพิการ ที่จดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และมีความพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ เพื่อส่งเสริมให้คนพิการได้อยู่กับครอบครัวหรือชุมชน

นอกเหนือจากกลไกต่าง ๆ ที่กล่าวแล้ว กลไกที่สำคัญมากอีกอย่างที่มีขึ้นเนื่องจากการกำหนดในมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 คือการมีคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานกรรมการ ส่วนกรรมการอื่น ๆ มีตัวแทนหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องและผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน โดยมีคนพิการซึ่งเป็นผู้แทนขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการไม่น้อยกว่า 2 คน เข้าไปอยู่ในคณะกรรมการฯ นี้ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ เสนอแนะนโยบายการดำเนินงานและแผนบริหารงาน ให้คำปรึกษา คำแนะนำ สนับสนุน และส่งเสริมการดำเนินงานจัดทำโครงการอนุมัติโครงการ และวางระเบียบข้อบังคับ ข้อกำหนดต่าง ๆ นอกจากนี้ในคณะกรรมการชุดต่าง ๆ จะมีคนพิการไม่น้อยกว่า 1 คน เป็นอนุกรรมการ

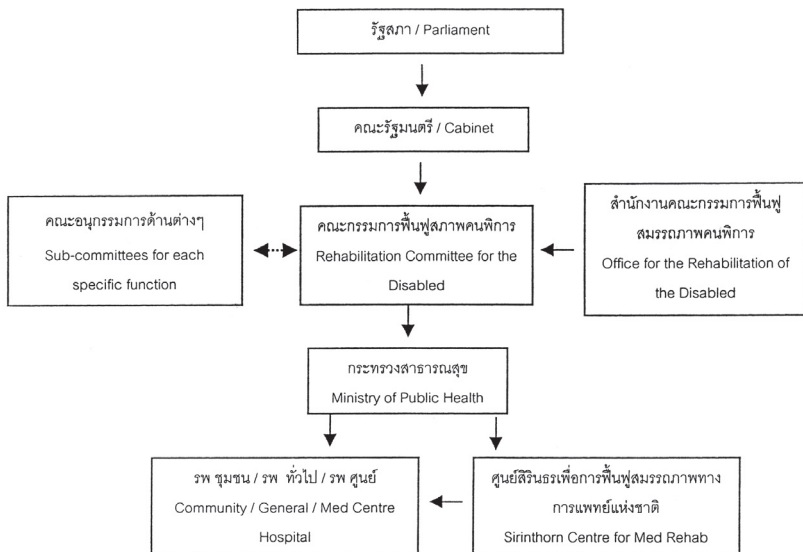
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาล ได้มีการจัดตั้งขึ้นในต่างจังหวัด เพื่อให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมทั้งศูนย์ลีนินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2536

9.2 บทบาทขององค์กรเอกชนในฐานะเป็นกลไกจัดบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนพิการ

นอกเหนือจากกลไกของรัฐที่ทำหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ของรัฐ สถานสงเคราะห์คนพิการของกรมประชาสงเคราะห์ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กองทุนเงินทดแทนและอื่น ๆ เป็นต้น องค์กร

แผนภูมิที่ 2. กลไกการกำหนดระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการในประเทศไทย

Figure 2 Organisation of the health care system for disabled people in Thailand



เอกชนก็มีบทบาทไม่น้อยในการจัดบริการสุขภาพแก่คนพิการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 สมาคมคนตาบอด ได้ก่อตั้งขึ้นเป็นองค์กรเอกชนเพื่อคนพิการแห่งแรก โดยทั่วไปองค์กรเอกชนเหล่านี้จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในเรื่องอื่นด้วย เช่น การศึกษา การฝึกอาชีพ ควบคู่ไปกับทางการแพทย์ด้วย มีมากกว่า 10 องค์กรเอกชนที่มีบทบาทดังกล่าว ที่เหลือเป็นองค์กรเอกชนที่มีบทบาทด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การศึกษา ทางอาชีพ ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเอกชนที่จัดบริการทางสุขภาพผสมผสานไปกับการศึกษา อาชีพ และสังคม

1. มูลนิธิสงเคราะห์คนพิการ พระประแดง

2. มูลนิธิสังเคราะห์และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพิการ นครเชียงใหม่
3. มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
4. มูลนิธิสายใจไทย
5. มูลนิธิศิริวัฒนา - เซสเซียร์
6. มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก
7. มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการ
8. สมาคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย
9. มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย
10. มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง

10. ความเห็นของคนพิการ/ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการ ผู้ให้บริการของรัฐและเอกชน (NGOs) และผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการ ต่อระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำหรับคนพิการ

จากการสัมภาษณ์ คนพิการ/ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 5 คน พบปัญหาในการไปใช้บริการสุขภาพ ดังนี้

1. การพาผู้พิการไปรักษาทั้งเวลาเจ็บป่วย หรือไปทำกายภาพบำบัด ที่โรงพยาบาลมีความยากลำบากมาก ยิ่งกรณีครอบครัวจน ไม่มีเงิน ก็ต้องจ่ายค่าแท็กซี่แพง และต้องช่วยกันอุ้มขึ้นและลงรถกันอย่างทุลักทุเลมาก

“...ค่าแท็กซี่ไป-กลับโรงพยาบาลแต่ละครั้ง 400-500 บาท เพราะที่บ้านอยู่ไกล และยังต้องให้เงินพิเศษแก่แท็กซี่ ที่ช่วยกันยกรถเข็นขึ้นลงด้วย เงินที่เคยเก็บไว้ก็ลดน้อยลงทุกทีบางคืนนอนไม่หลับ ไม่ทราบว่าใครจะช่วยได้...”

เป็นคำบอกเล่าของ คุณทองม้วน อายุ 45 ปี ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวมา 4 ปี โดยต้องใช้รถเข็น (wheel chair)

2. การใช้บัตรสิทธิในการรักษาพยาบาล ต้องรักษาตามขั้นตอน และตามโรงพยาบาลที่ระบุไว้ในเขตพื้นที่รักษาเท่านั้น สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดปัญหาแก่คนพิการมากมาย เนื่องจากต้องไปตามขั้นตอน การเดินทางก็ลำบากไม่สะดวก ต้องจ้างรถหลายต่อ และบางครั้งอยู่ไกลจากที่พัก ผู้พิการและญาติที่ดูแลบางคนตัดสินใจไม่ใช้บริการ และหันไปซื้อยารักษาเองตามเวรตามกรรม บางคนพอจะมีฐานะดี ก็ไปหาแพทย์ตามคลินิกเอกชน ใกล้บ้าน

“...วันที่ เอามีไข้สูง เช็ดตัวเท่าไรไข้ไม่ลง จึงตัดสินใจจ้างรถไปอนามัย พอไปถึง เจ้าหน้าที่บอกว่า ต้องให้หมอใหญ่ที่โรงพยาบาลดูให้ แต่โรงพยาบาลอยู่ไกลมาก ไม่ไหว จึงพากลับ และไปซื้อยาลดไข้มาให้เอากิน ไข้ไม่ลง ห่วงก็ห่วง แต่ไม่มีเงินพอที่จะจ้างรถไปไกลถึงโรงพยาบาล โชคดีวันที่ 3 ไข้ลง...”

น้าลาลี แม่ของเอก เด็กอายุ 9 ขวบ ที่มีอาการขาาลีตั้งแต่เล็ก เดินไม่ได้ เล่าให้ฟังด้วยน้ำเสียงท้อแท้ เช่นเดียวกับ ลุงมาอายุ 62 ปี ที่เป็นอัมพาตเดินไม่ได้ และคุณจรัส อายุ 48 ปี ที่ต้องใช้ไม้ยันแขน 2 ข้างเวลาเดิน ก็พบปัญหาการใช้บัตร สปร. เช่นกัน

3. อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกของสถาบันบริการของรัฐ มีน้อยหรือบางแห่งไม่มีเลยสำหรับคนพิการ

คุณทองเกล้า อายุ 49 ปี อุบัติเหตุล้มลง ขา 2 ข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องนั่งเก้าอี้เข็น (wheel chair) เล่าให้ฟังว่า..

“...เวลาที่ต้องไปโรงพยาบาล ต้องจ้างรถแท็กซี่ และคนขับแท็กซี่และคนขับรถ ช่วยกันอุ้มขึ้นและลงจากรถ และจ้างให้จอดคอย เวลาตรวจเสร็จจะได้สะดวก ไม่ต้องหาแท็กซี่จาก

ข้างนอกโรงพยาบาล เมื่อรถแท็กซี่ไปถึง หาท่าจอดรถไม่ได้เลย เป็นโรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ วนหลายรอบ ต้องขอร้องยามว่า ขอจอดรถที่ยังว่าง ซึ่งเป็นที่จอดรถของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ยามไม่ยอม บอกเป็นที่จอดรถของเจ้าหน้าที่ จึงต้องปล่อยให้แท็กซี่ไป เมื่อตรวจเสร็จจะโทรศัพท์ตามแท็กซี่ ก็ปรากฏว่า การตั้งโทรศัพท์เพื่อคนปกติใช้ คนพิการเอื้อมไม่ถึง ต้องขอร้องให้ญาติคนไข้คนอื่นช่วยโทรตามแท็กซี่ให้ ออกจากบ้านแต่เช้า 7 โมง กว่าจะกลับถึงบ้านบ่ายโมง เหนื่อยกายและเหนื่อยใจกับระบบบริการของรัฐเหลือเกิน...”

สำหรับผู้ให้บริการได้สัมภาษณ์แพทย์ที่ทำงานในสถานพยาบาลของรัฐ 2 คน และเจ้าหน้าที่ที่ทำงานกับคนพิการในองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) 2 คน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ ดังต่อไปนี้

1. การประเมินระดับความพิการของแพทย์ยังมีมาตรฐานไม่เท่ากัน บางคนให้ระดับความพิการระดับ 1 บางคนให้ระดับ 2 ในคนพิการคน ๆ เดียวกัน นอกจากนี้แพทย์บางคนจะให้ความสนใจกับคนพิการที่มีระดับสูงเท่านั้น ส่วนคนพิการที่มีความพิการระดับต่ำ ไม่ได้รับความสนใจในการนัดมาทำกายภาพบำบัด จึงทำให้คนพิการบางคน แทนที่จะมีโอกาสพัฒนาหรือฟื้นฟูได้เร็วเมื่อเป็นน้อย แต่เมื่อขาดการฟื้นฟู จึงทำให้ความพิการที่มีอยู่น้อย พัฒนาเป็นมากขึ้น

“...ผมคิดว่า แพทย์ที่จะออกไปรับรองความพิการจะต้องผ่านการอบรมและใช้มาตรฐานเดียวกัน และหลังอบรม ควรจะมีการติดตามด้วย มิฉะนั้นจะเกิดปัญหาในมาตรฐาน คนพิการคนเดียวกัน แต่แพทย์ 2 คน ออกไปรับรองความพิการในระดับต่างกัน...”

2. กายอุปกรณ์ในโรงพยาบาลบางแห่งในต่างจังหวัดไม่มี ต้องให้คนพิการเดินทางมาศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่กรุงเทพฯ ก่อให้เกิดความไม่สะดวกต่อคนพิการอย่างยิ่ง
“...หมอไม่ทราบจะทำอย่างไร เห็นใจคนพิการจริง ๆ ที่ต้องหอบสังขารมาถึงกรุงเทพฯ เนื่องจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัดบางแห่ง มีกายอุปกรณ์ไม่ครบ เนื่องจากขาดงบประมาณในการจัดซื้อ...”

3. การขาดแคลนเจ้าหน้าที่กายอุปกรณ์ ในสถานพยาบาลบางแห่งที่เจ้าหน้าที่กายอุปกรณ์เพียงคนเดียว แต่ความต้องการกายอุปกรณ์มีสูง เจ้าหน้าที่กายอุปกรณ์ทำไม่ทัน ผู้พิการบางคนคอยเป็นปี จนกว่าจะได้อุปกรณ์แต่ละชิ้นต้องมีการปรับให้เข้ากับร่างกายของคนไข้แต่ละคน

เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการแห่งหนึ่ง เล่าให้ฟังว่า

“...แม่ของเด็กโทรมาปรึกษาที่มูลนิธิฯ ว่าจะช่วยเหลือได้ไหม เพราะว่าคอยมาปีกว่าแล้วก็ยังไม่สามารถได้กายอุปกรณ์มาใช้ เจ้าหน้าที่กายอุปกรณ์ของโรงพยาบาลบอกว่า คิวยาวมากกว่าจะถึงคิวคงเป็นปลายปี...”

4. การพุดจาของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางแห่ง มีทัศนคติที่ไม่ให้เกียรติแก่คนพิการ

“...แม่ของน้องแพรวเล่าว่า เมื่อเดือนที่แล้ว พาลูกไปหาหมอตามที่นัด แพทย์บอกว่าน้องแพรวเป็นดาวนซินโดรม (down syndrome) จึงต้องมีการนัดเป็นระยะ ๆ เมื่อไปถึงโรงพยาบาลและนั่งคอยเรียกชื่อประมาณชั่วโมงกว่า มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเดินออกมาเรียก แต่แทนที่จะเรียกชื่อ น้อง

แพรว กลับเรียก “...ดาวณ์ เข้าตรวจได้แล้ว...” ฟังแล้วรู้สึก
โกรธมาก อยากเข้าไปต่อว่า แต่ต้องอดทนไว้ เพราะเรามา
รักษากับเขา...”

คุณดวงเดือน เจ้าหน้าที่คนหนึ่งขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงาน
เกี่ยวกับคนพิการเล่าให้ฟัง

ส่วนนักวิชาการ/ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คนที่ได้สัมภาษณ์ได้ให้
ข้อมูลจากประสบการณ์ดังนี้

“...เจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่ค่อยให้ความสนใจในการสนับสนุน
ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการพัฒนาและฟื้นฟูคนพิการ คง
เนื่องมาจากรัฐบาลไม่มีนโยบายชัดเจนในเรื่องนี้...”

“...ไม่อยากให้คนพิการเข้ามาฟื้นฟูแบบถาวรในโรงพยาบาล
ควรที่จะให้คนพิการได้อยู่กับครอบครัวหรือในชุมชน ที่รัฐ
ควรให้การสนับสนุนให้เกิดขึ้นเป็นจริง ต่างประเทศเขาทำแล้ว
การฟื้นฟูโดยยึดฐานที่ชุมชนของคนพิการเอง หรือ commu-
nity-based rehabilitation...”

11. วิเคราะห์นโยบายและระบบกลไกการจัดบริการสุขภาพและการ สร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ

11.1 วิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของนโยบายและกระบวนการ วางแผนระดับชาติ

1. จุดแข็ง

- 1.1 กระบวนการกำหนดนโยบายและการวางแผนระดับ
ชาติ เป็นไปในรูปแบบของภาคีต่าง ๆ เข้ามามีส่วน
กำหนดซึ่งเป็นลักษณะเชิงราบ (Horizontal Line)
ไม่ใช่กำหนดมาจากรัฐบาลฝ่ายเดียว (Vertical line)
จะเห็นว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 ที่คณะรัฐมนตรีมีมติ

แต่งตั้ง คณะกรรมการสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานรัฐ และเอกชน ซึ่งรวมทั้งผู้พิการด้วยเข้ามาเป็นกรรมการเพื่อร่วมกำหนดนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่นเดียวกับพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี พ.ศ. 2534 ในช่วงขณะยกร่างมีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ตั้งแต่ นักการเมือง ข้าราชการ เจ้าของกิจการ และตัวแทนผู้พิการจากสมาคมพิการแห่งประเทศไทย เข้าไปยกร่างและในที่สุดประกาศออกมาเป็นพระราชบัญญัติ

การที่รัฐบาลยอมให้ภาคีต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้พิการเข้ามามีส่วนร่วม การกำหนดนโยบายและการวางแผนระดับชาตินั้น อาจมาจาก 2 ปัจจัย ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยภายในประเทศที่ขณะนั้น เป็นระยะเวลาของการเบิกบานของประชาธิปไตยหลัง 14 ตุลาคม 2516 ถึง 6 ตุลาคม 2519 ส่วนปัจจัยที่สองเป็นปัจจัยภายนอกเป็นการผลักดันมาจากภายนอกผ่านองค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่การประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิคนพิการ ปี 2518 ปีคนพิการสากล (2524) ทศวรรษคนพิการ (พ.ศ. 2526-2535)

- 1.2 **เนื้อหาสาระของนโยบายที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและโอกาสของคนพิการ** ในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านการศึกษา การฝึกอาชีพ สังคม และทางการแพทย์และสาธารณสุข นับตั้งแต่พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี พ.ศ. 2534 จนมาถึง **“ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย ปี 2541”** มีความสอดคล้องในการแสดงเจตนารมณ์ เรื่องสิทธิโอกาสและความเสมอภาคของคนพิการ และมองแบบองค์รวมคือมีมิติต่าง ๆ ดังกล่าว ซึ่งอาจมาจากการปฏิบัติ

ตามคำประกาศปณิญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ ปี พ.ศ. 2518 (ค.ศ. 1975) ขององค์การสหประชาชาติ

- 1.3 **มีการบรรจุแผนงานในเชิงรุกคือการป้องกันความพิการ** ในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ด้วย ในมาตรา 12 ข้อย่อย (3) การป้องกันความพิการเป็นนโยบายที่สำคัญในการแก้ปัญหาตั้งแต่ต้นเหตุ
- 1.4 **เจตคติของประชาชนทั่วไป** และผู้ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐต่อผู้พิการมีการกล่าวถึงในเนื้อหาสาระของนโยบาย เจตคติที่ถูกต้องต่อผู้พิการเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อผู้พิการในการพัฒนาศักยภาพทุกด้านโดยเฉพาะด้านอาชีพ ที่มักถูกรังเกียจและกีดกันไม่ให้เข้าไปมีโอกาสแสดงความสามารถ หรือเวลาไปรับการรักษา มักได้รับการปฏิบัติที่ไม่เต็มใจจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2. จุดอ่อน

- 2.1 **เนื้อหานโยบาย** โดยเฉพาะในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี พ.ศ. 2534 ยังมีลักษณะสังคมสงเคราะห์ แม้ว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้จะได้รับการกล่าวขวัญจากผู้พิการว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกที่ตราขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการก็ตาม ในหลายวาระของพ.ร.บ. นี้ได้กล่าวถึงการสงเคราะห์คนพิการ เช่น “การจัดทำโครงการเพื่อการสงเคราะห์ การดำเนินงานเกี่ยวกับการสงเคราะห์ คนพิการได้รับการ

สงเคราะห์ เป็นต้น ในปณินญาสากล่าวด้วยสิทธิคนพิการ พ.ศ. 2518 และปณินญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการไทย ปี 2541 ไม่ได้กล่าวถึงการสงเคราะห์คนพิการเลยทุกเรื่องเป็นสิทธิของคนพิการที่พึงได้ ไม่ใช่เป็นการร้องขอความสงสาร ความช่วยเหลือ การสงเคราะห์เป็นทักษะของผู้หยิบนัดให้ด้วยความเวทนาสงสาร ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความมีศักดิ์ศรีของผู้รับไม่มีความเท่าเทียมเสมอภาค เป็นความสัมพันธ์แบบนายกับบ่าว (Patron - Client relationship) แม้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 ในมาตรา 8 วรรค 2 หมวด 5 ยังมีการใช้คำสงเคราะห์ เช่นกล่าวถึงรัฐกับสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ

2.2 ในร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ 2544 ที่กล่าวถึงมีระบบบริการด้านสุขภาพจำเพาะ เพื่อให้การดูแลประจำกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม แต่ไม่กล่าวถึงกลุ่มคนพิการโดยตรง จึงทำให้กลุ่มคนพิการไม่ได้มีส่วนร่วม ในการประชุมที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ จัดร่วมกับสำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุขที่ BITEC พ.ศ. 2543 ขณะที่กลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคมหลายกลุ่มเข้าร่วมประชุม

2.3 ใน พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้กำหนดให้คนพิการประสงค์จะได้รับสิทธิในการสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการต้องยื่นขอจดทะเบียนการจดทะเบียนคนพิการ เสมือนเป็นการตีตรา (Stigma) ผู้พิการ แม้ว่าการจด

ทะเบียนคนพิการจะอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการ ในการใช้สิทธิในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ก็ตาม แต่ขณะเดียวกันก็เหมือนกับเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ในการที่ต้องถูกประทับตราเป็นลายลักษณ์อักษร ในหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ ไม่มีการจดทะเบียนคนพิการ การมีเอกสารรับรองความพิการจากแพทย์อย่างเดียว น่าจะพอเพียง ไม่จำเป็นต้องมีการจดทะเบียนคนพิการ

11.2 วิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของกลไก การจัดการบริการการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ

1. จุดแข็ง

- 1.1 มีคนพิการที่เป็นผู้แทนขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการเข้าไปในคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ไม่น้อยกว่า 2 คนและในส่วนคณะกรรมการแต่ละคณะฯ ให้มีคนพิการไม่น้อยกว่า 1 คน รวมทั้งมีตัวแทนผู้พิการในคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดด้วย ทำให้ผู้พิการเข้าไปมีส่วนในการกำหนดกลไกต่าง ๆ ด้วยเพื่อสอดคล้องกับความต้องการ และเป็นประโยชน์ต่อผู้พิการ และจากการที่มีผู้แทนของคนพิการเข้าไปนั่งในคณะกรรมการฯ ชุดต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2534 ทำให้ประเทศไทยได้รับรางวัลดีเด่นด้านดูแลผู้พิการ จาก Franklin Deland Roosevelt International Disability Award หรือ FDR ประจำปี พ.ศ. 2001 เป็นรางวัลที่มอบให้แก่ประเทศที่มีการดำเนินงานดีเด่นตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติ

การขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยคนพิการ และในกลุ่มประเทศ ASEAN ถือว่าประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่ดี ในการทำงานเพื่อคนพิการ

- 1.2 **การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับชาติ ระดับจังหวัด** และเพิ่มแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในต่างจังหวัดทำให้ผู้พิการมีความสะดวกในการเดินทางที่จะไปรับบริการ
- 1.3 **ผู้พิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้** มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพคนพิการเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้พิการในการดูแลผู้พิการ
- 1.4 **บัตรสวัสดิการประชาชน** ด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เป็นหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการเวลาเจ็บป่วย
- 1.5 **กองทุนเงินทดแทน** เป็นหลักประกันสุขภาพแก่ผู้พิการจากการทำงาน

2. จุดอ่อน

- 2.1 **การประชาสัมพันธ์หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในด้านต่าง ๆ** ยังทำได้น้อย ดังตัวอย่างของจำนวนคนพิการที่จดทะเบียนคนพิการตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 - 3 ธันวาคม 2542 มีจำนวนประมาณ 2 แสนกว่าเท่านั้นทั้งนี้ผู้พิการทั่วประเทศจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2539 มีจำนวนประมาณ 5 ล้านคน และจากการศึกษาของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าผู้พิการยังเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้อย่างจำกัดมาก โดยเฉพาะข้อมูลคำแนะนำ ปรึกษาในการใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

- 2.2 **การออกเอกสารรับรองความพิการจากแพทย์** ยังมีปัญหาในการประเมินความพิการ เนื่องจากแพทย์บางส่วนไม่ได้รับฝึกอบรมเฉพาะในเรื่องนี้ จึงทำให้มาตรฐานการประเมินของแพทย์มีความแตกต่างกัน
- 2.3 **การจัดประเภทของคนพิการ** ที่แบ่งออก 5 ประเภท ในกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ไม่ครอบคลุมความพิการบางประเภท เช่น Autism
- 2.4 **การป้องกันความพิการ** ได้รับความสำคัญน้อย ส่วนใหญ่กลไกที่มีอยู่ในระบบบริการการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ยังเน้นที่ปลายเหตุ คือ เฉพาะการแก้ไขการฟื้นฟู แต่จะละเลยการป้องกันความพิการ
- 2.5 **เจตคติที่ไม่เหมาะสมของบุคคลทางการแพทย์และสาธารณสุข** ส่วนหนึ่งต่อการแสดงออกต่อผู้พิการ เมื่อมารับการรักษา เช่น เรียกผู้ที่เป็น Down Syndrome เพื่อเข้ารับการตรวจแทนที่จะเรียกชื่อจริง แต่กลับเรียก “ดาวน์ เข้าตรวจได้” ถือได้ว่าไม่ให้เกียรติกับผู้พิการ
- 2.6 **ลักษณะอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ** หรือบริการสาธารณะไม่ได้รับการออกแบบเพื่อคนพิการ รวมทั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่อคนพิการมีน้อยมาก บางแห่งก่อความยากลำบากแก่ผู้พิการเป็น

อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นทางลาด ห้องน้ำ ที่จอดรถ หรือโทรศัพท์ แม้จะมีการกล่าวไว้ใน พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในมาตรา 17 พ.ศ. 2534 และมีมติคณะรัฐมนตรีเชื่อมการจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2541 แต่ในการผลักดันให้มีการปฏิบัติยังทำได้น้อย

2.7 การใช้สิทธิการรักษาฟรีไม่สามารถใช้บัตรผู้พิการได้ ถ้าเจ็บป่วยในเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับความพิการต้องใช้บัตร สปร. ทำให้มีการถกเถียงกับเจ้าหน้าที่และบางครั้งยังถูกส่งต่อไปสถานพยาบาลที่ไกลก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้บริการของผู้พิการ

2.8 กลไกของรัฐที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถสนับสนุนให้ครอบครัวของคนพิการเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้เต็มที่ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์ ครอบครัวมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเรียนรู้ทักษะที่จะช่วยฟื้นฟูคนพิการ

2.9 ไม่มีกลไกที่จะทำหน้าที่สนับสนุนการวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านต่าง ๆ กล่าวสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางด้านการแพทย์นั้น แม้จะมีการตั้งศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเพื่อทำหน้าที่ทางวิชาการ แต่ในทางปฏิบัติ ศูนย์สิรินธรฯ ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ส่วนหนึ่งต้องไปทำหน้าที่ทางด้านบริการด้วย องค์ความรู้ที่มีอยู่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ จึงเป็นเรื่อง หรือวิธีการเดิม ๆ ที่ใช้สืบกันมานานหลาย

สิบปีได้ผลบ้าง ไม่ได้ผลบ้างก็ยังใช้กันไป ทั้งที่มี
โจทย์หรือคำถามวิจัยที่ทำหายในการหาคำตอบ
ใหม่ ๆ ที่จะมาพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แม้จะมีองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับคน
พิการพยายามที่จะทำวิจัยควบคู่ไปกับการทำงาน
แต่ยังมีไม่กี่องค์กรที่ทำ

2.10 สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
ที่ถูกจัดตั้งขึ้นในกรมประชาสงเคราะห์ตามมาตรา
12 ของ พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
พ.ศ. 2534 ให้เป็นกลไกในการทำหน้าที่ประสานงาน
หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทั้ง 4 ด้าน คือ การ
แพทย์ การศึกษา การฝึกอาชีพ และทางสังคม
ต้องมีการเชื่อมโยงเป็นองค์รวม หน้าที่สำคัญอีก
อย่างของสำนักงานคณะกรรมการฯ นี้ คือ การติดตาม
และประเมินผลการปฏิบัติงานตามนโยบายและ
แผนงานของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชนที่
เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จาก
ข้อมูลที่ได้ทั้งการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ
คนพิการและเอกสารพบว่ากลไกนี้ยังไม่สามารถทำ
ได้เต็มที่แม้ในปี พ.ศ. 2544 นี้จะครบ 1 ทศวรรษ
ของการประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟู
สมรรถภาพคนพิการแล้วก็ตาม การที่สำนักงาน
คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการยังมีข้อ
จำกัดในการที่จะเป็นกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญดังกล่าว
ได้นั้น อาจเนื่องมาจากรูปแบบการจัดองค์กรไม่เป็น
องค์กรอิสระยิ่งขึ้นตรงต่อระบบราชการ จึงทำให้

12. รูปแบบกลไกการจัดระบบบริการทางสุขภาพสำหรับคนพิการ ในประเทศต่าง ๆ

1. ญี่ปุ่น

การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการในประเทศญี่ปุ่นได้ยึด “กฎหมายพื้นฐานที่เกี่ยวกับคนพิการ” (Disabled Persons Fundamental Law) เป็นหลักและมีการทบทวนปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ ครั้งล่าสุดเมื่อปี 1993 กฎหมายนี้มีปรัชญาพื้นฐาน “คนพิการทุกคนต้องได้รับโอกาสในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของคนหนึ่งสังคม ในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกับคนทั่วไป” ภายใต้กฎหมายนี้จะมีกฎหมายย่อย ๆ ในเรื่องต่าง ๆ ที่จะพัฒนาคนพิการ รวมทั้งเรื่องทางสุขภาพของคนพิการไว้ด้วย

การกำหนดกลไกจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการเริ่มตั้งแต่ออกกฎหมายเกี่ยวกับคนพิการโดยผ่านรัฐสภาของญี่ปุ่น (Diet) จากการเสนอของรัฐบาล หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ ปี 1993 ประเทศญี่ปุ่นได้มีการปฏิรูประบบราชการและได้รวม 2 กระทรวง คือกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการกับกระทรวงแรงงานเข้าด้วยกันเป็นกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labour and Welfary) หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายในกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการมีหลายหน่วยงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละด้าน โดย Minister's Secretariat ทำหน้าที่เป็นผู้ประมวลนโยบายในภาพรวมทั้งหมด ร่างและเสนอแก้ไขกฎหมาย เสนอกรอบงบประมาณ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับประเทศไทยในขณะนี้คือแต่ละกรมรับผิดชอบวางแผนระดับกรม โดยมีสำนักงานปลัดกระทรวงเป็นผู้ประมวลนโยบายในภาพรวมสำหรับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัด

ระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการเฉพาะคือ Department of Health and Welfare for Handicapped ส่วนการวางแผนปฏิบัติการเพื่อคนพิการระดับรัฐบาลกลาง (The Government Action Plan for Persons with Disabilities) หน่วยงานที่รับผิดชอบคือ The Headquarters for Promoting the Welfare of Disabled Persons

เนื่องจากรัฐบาลได้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมมากขึ้น จึงได้สร้างกลไกเพื่อให้คนพิการ นักวิชาการ และภาคีต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน คือ Japan's Central Council for the Promotion of Measures for Disabled Persons ซึ่งคณะกรรมการในสภาฯ นี้ ประกอบด้วย นักวิชาการ คนพิการ ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านคนพิการ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีหน้าที่รับผิดชอบในการสำรวจและพิจารณามาตรการต่าง ๆ ที่ออกมาสำหรับคนพิการทั้งระดับพื้นฐานและระดับกว้าง (Basic and comprehensive measures for disabled persons) และนำเสนอต่อ The Headquarters for Promoting the Welfare of Disabled Persons ซึ่งจะนำไปพิจารณาและปรับแผนปฏิบัติการตามที่สภาฯ เสนอมา จากนั้นจะให้รัฐบาลท้องถิ่น (prefectures and municipalities) ซึ่งปกครองท้องถิ่นของตนเองและเป็นหน่วยงานรัฐที่อยู่ใกล้ประชาชนในพื้นที่มากที่สุด วางแผนสำหรับคนพิการในท้องถิ่นให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใส่ตัวเลขเป้าหมายของแต่ละมาตรการอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามจากการสำรวจของสำนักงานนายกรัฐมนตรี (The Prime Minister office) ในปี 1998 พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของรัฐบาลท้องถิ่นไม่สามารถส่งแผนปฏิบัติการได้ตามกำหนดเวลา ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการจึงวางแผนที่จะสนับสนุนให้รัฐบาลท้องถิ่นมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันต่อไป เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของคนพิการมากที่สุด

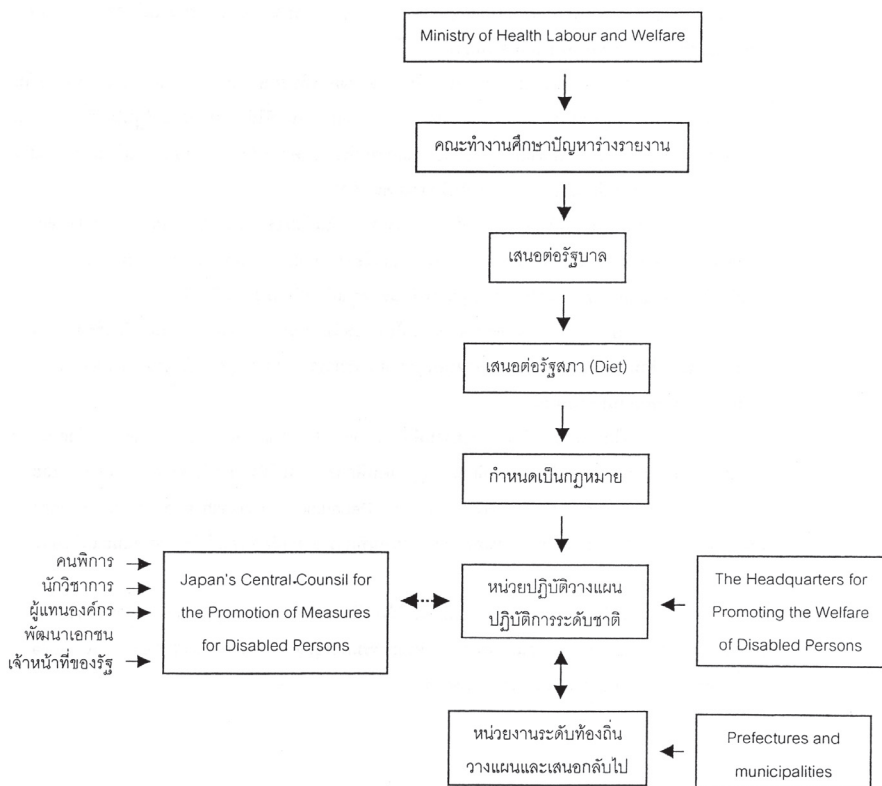
นอกจากนี้ประเทศญี่ปุ่นยังสร้างกลไกการสื่อสารต่อผู้พิการระดับชาติด้วย โดยการจัดตั้งระบบเครือข่ายข้อมูลขึ้น ที่เรียกว่า Normanet เพื่อบริการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อคนพิการ เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้อย่าง

อิสระและเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม เช่น บริการข้อมูล อาสาสมัคร เครื่องอุปกรณ์ที่ช่วยและอำนวยความสะดวกต่อคนพิการ ตลอดจนการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น

2. ประเทศออสเตรเลีย

รัฐสภาออสเตรเลียได้ผ่านกฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ The Commonwealth Disability Services Act ในปี 1986 โดยมีจุดมุ่งหมาย

แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนและกลไกกำหนดระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการระดับชาติ และท้องถิ่นของประเทศญี่ปุ่น



เพื่อช่วยคนพิการได้มีส่วนร่วมในทุกด้านอย่างเต็มที่ในฐานะสมาชิกของสังคม รวมทั้งโอกาสในการทำงาน ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการมีชีวิตอย่างมีคุณค่าในตัวเองที่สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับสูงสุดของตนเอง หลังกฎหมายนี้ออก 5 ปี รัฐบาลกลางได้ออกข้อตกลงร่วมระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลระดับ State/Territory Government คือ The Commonwealth/State Disability Agreement ข้อตกลงนี้มีอายุ 5 ปี หลังจากนั้นจะมีการปรับเปลี่ยนใหม่ ส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้พูดถึงการจัดสรรงบประมาณในการให้บริการด้านต่าง ๆ แก่คนพิการ รัฐบาลกลางจะจัดงบประมาณในส่วนการบริการจัดหางานให้กับคนพิการ ส่วนรัฐบาลระดับ State และ Territory จะรับผิดชอบงบประมาณในส่วนการจัดที่พักอาศัยและการบริการที่เกี่ยวข้องให้กับคนพิการ

และข้อตกลงนี้ยังมีการกำหนดให้มีการตั้งองค์กรที่ปรึกษาร่วม (joint advisory bodies) ในแต่ละรัฐ (state) และแต่ละเขตปกครอง (territory) โดยทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีทั้งในระดับเครือจักรภพ (the commonwealth), รัฐ (states) และพื้นที่เขตปกครอง (the territory) ในเรื่องการวางแผนการปฏิบัติการและการประเมินผลของการให้บริการแก่คนพิการ

กลไกระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการอยู่ส่วนของ The Department of Health and Family Services ซึ่งดำเนินงานภายใต้กฎหมายและข้อตกลงเกี่ยวกับคนพิการดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยมีคณะกรรมการที่ให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ แก่คนพิการนำไปปฏิบัติ

รัฐบาลของประเทศออสเตรเลียมีนโยบายสนับสนุนประชาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการได้เน้นให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการกำหนดนโยบายและการวางแผนกลยุทธ์ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น โดยมีกลไกสนับสนุนดังนี้

กลไกระดับชาติมี 2 หน่วยงานคือ National Disability Advisory Council ซึ่งคณะกรรมการในสภาชุดนี้ประกอบด้วย คนพิการ

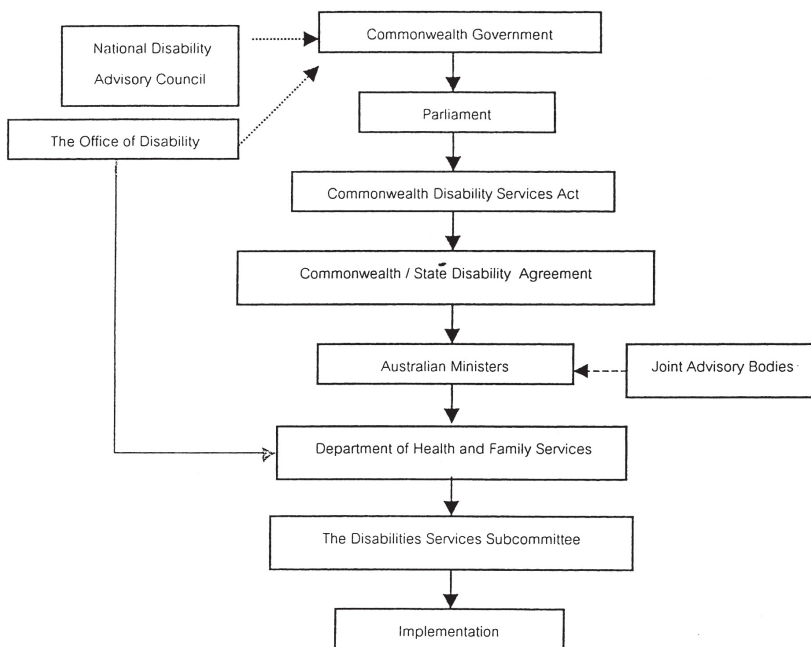
ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ที่ทำงานในองค์กรคนพิการ และหน่วยงานที่ชื่อ The Office of Disability ที่อยู่ใน The Department of Health and Family Services สนับสนุนให้คนพิการและองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านคนพิการเข้ามามีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาลกลาง

ส่วนในระดับรัฐบาลท้องถิ่นมีกลไกให้คนพิการและภาคีต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนกลยุทธ์เช่นกันในรูปแบบคณะกรรมการชุดต่าง ๆ เช่น ในรัฐ Western Australia จัดตั้ง Advisory Council for Disability Services

3. ประเทศฮ่องกง

ปี 1995 The Commissioner for Rehabilitation ได้ออกนโยบายระยะยาวเกี่ยวกับการจัดบริการด้านการฟื้นฟูคนพิการในเอกสาร

แผนภูมิที่ 4. กลไกระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการของออสเตรเลีย



ปวกชาวชื่อ Equal Opportunities and Full Participation : A better Tomorrow for All เนื้อหาสำคัญในเอกสารนี้กล่าวถึง นโยบายและแผนระยะยาวมากกว่า 10 ปี ในการพัฒนาบริการฟื้นฟูแก่คนพิการ และเสนอ นโยบายนี้ต่อไปยัง The Secretary for Health and Welfareที่อยู่ใต้รัฐบาลฮ่องกงเขตปกครองพิเศษ (The Government of the Hong Kong, Special Administration Region - HKSAR)

อีก 1 ปีต่อมา ในปี 1996 ฮ่องกงได้ทำเอกสารเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการในรูปโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูคนพิการในระยะ 5 ปี และรัฐบาลได้ใช้โครงการเหล่านี้ เป็นพื้นฐานในการจัดสรรงบประมาณ และความ ต้องการกำลังคนในการจัดบริการด้านฟื้นฟูแก่คนพิการ

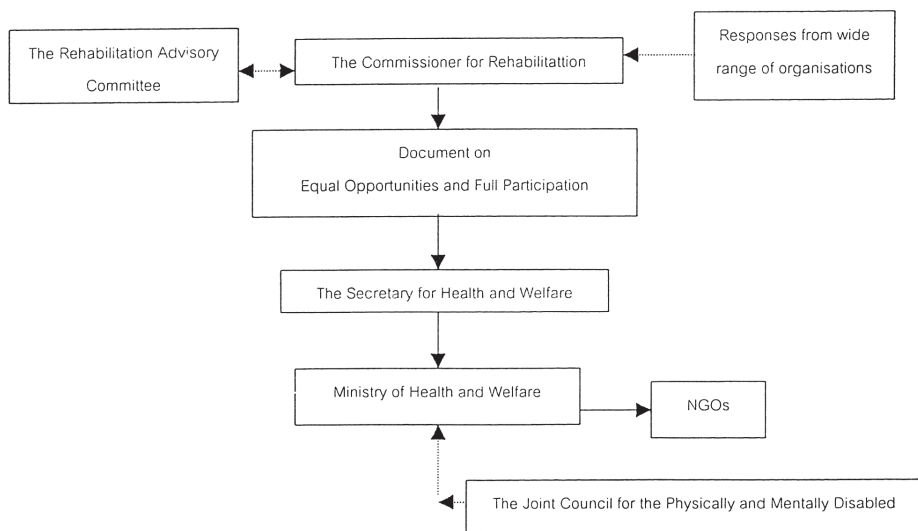
ในกระบวนการกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการในเอกสาร ทั้ง 2 ฉบับดังกล่าว รัฐบาลฮ่องกงได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของ คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ/ครอบครัว ผู้ให้บริการทั้งในส่วนภาครัฐและ เอกชน เข้ามาร่วมโดยผ่านกลไก ทั้งระดับกว้างและระดับคณะกรรมการ กล่าวคือในระดับได้ผ่านสื่อรูปแบบต่าง ๆ ไปยังคนพิการและภาคีต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง ให้ส่งข้อเสนอแนะและสะท้อนกลับไปยังรัฐบาล ในส่วนรูปแบบ คณะกรรมการ รัฐได้ตั้งองค์กรที่ให้คำปรึกษาชื่อ The Rehabilitation Advisory Committee มีหน้าที่ให้คำแนะนำ/ปรึกษาแก่รัฐบาลฮ่องกง เกี่ยวกับนโยบายในเอกสารปกขาว และแผนปฏิบัติการจัดบริการฟื้นฟูแก่ คนพิการ รวมทั้งแผนการพัฒนากำลังคนทำหน้าที่ให้บริการ และการ กำหนดบทบาทหน่วยงานรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ให้ชัดเจน เพื่อสามารถให้บริการฟื้นฟูแก่คนพิการได้อย่างเต็มที่

คณะกรรมการที่ปรึกษาชุดนี้ ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ อาทิ กลุ่มคนพิการ/กลุ่ม ผู้ดูแล/ผู้ปกครอง/ครอบครัวคนพิการ ผู้ให้บริการนันทนาการ นักธุรกิจ และจากหน่วยงานภาครัฐ โดยประธานของคณะกรรมการชุดนี้ เป็นผู้แทน จากภาคเอกชน และภายใต้คณะกรรมการฯ นี้แล้วยังมีคณะกรรมการ

อีก 5 ชุด ซึ่งแต่ละชุดคณะอนุกรรมการนี้จะมีผู้แทนจากองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ที่ทำงานด้านคนพิการเป็นประธาน โดยแต่ละชุดจะมีหน้าที่ให้คำแนะนำแต่ละเรื่อง ที่เกี่ยวกับการศึกษา การจัดงาน การเดินทาง เทคโนโลยีสารสนเทศ นันทนาการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

นอกจากนี้แล้ว รัฐยังตั้งกลไก The Joint Council for the Physically and Mentally Disabled เพื่อทำหน้าที่ประสานระหว่างหน่วยงานของรัฐ และองค์กร NGOs ที่ทำงานร่วมกันในการให้บริการฟื้นฟูแก่คนพิการด้วย ในปี 1999 มี 70 องค์กร NGOs ร่วมทำงานกับ 14 หน่วยงานของรัฐในโครงการปฏิบัติการและการฟื้นฟูคนพิการ

แผนภูมิที่ 5. กลไกระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการของฮ่องกง



13. เปรียบเทียบกลไกและรูปแบบองค์กรกำหนดระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการในประเทศต่าง ๆ

องค์กรที่มีส่วนร่วม	บทบาท / หน้าที่	ข้อดี / ข้อเสีย
ประเทศญี่ปุ่น		
- Ministry of Health, Labours & Welfare - The Headquarter for Promoting the Welfare of Disabled Persons (HPWD) - Japan's Central Council for the Promotion of Measures for Disabled Persons	- ร่างแนวนโยบายเพื่อนำเสนอรัฐบาล - วางแผนปฏิบัติการระดับชาติโดยเชื่อมประสานกับหน่วยงานระดับท้องถิ่น - เป็นกลไกพิจารณาแผนปฏิบัติการและมาตรการต่าง ๆ และให้ข้อเสนอแนะต่อ HPWD (กลไกนี้ประกอบด้วยคนพิการ ผู้แทนองค์กรเอกชนเพื่อคนพิการ, นักวิชาการ และ เจ้าหน้าที่ของรัฐฯ)	- กลไกกำหนดนโยบายระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ - ยังมีลักษณะ top-down ในระดับท้องถิ่นมีบทบาทเพียง ใส่ตัวเลขเป้าหมายแต่ละมาตรการเท่านั้น ส่วนกลไกที่ให้คนพิการเข้าไปมีส่วนร่วม ยังมีแต่ระดับข้อเสนอแนะในระดับแผนปฏิบัติการและมาตรการต่าง ๆ เท่านั้น ยังไม่ถึงระดับร่วมกำหนดนโยบาย
ประเทศออสเตรเลีย		
- Department of Health and Family Services - Joint Advisory Bodies - National Disability Advisory council - The Office of Disability	- ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ - ให้คำแนะนำปรึกษาแก่รัฐมนตรีสุขภาพทั้งระดับส่วนกลาง ส่วนมลรัฐ และระดับเขตปกครอง - เป็นกลไกรับฟังข้อเสนอแนะจากคนพิการ ผู้ดูแลและผู้ให้บริการแก่คนพิการและนำเสนอต่อรัฐ - เป็นกลไกประสานระหว่างองค์กรของรัฐ องค์กรเอกชน ที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ คนพิการ และครอบครัว	- ข้อดีคือมีกลไกให้คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และองค์กรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับคนพิการ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติตั้งแต่ต้น - มีกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน
เขตปกครองพิเศษฮ่องกง - สเปนซ์ จีน		
- The Commissioner for Rehabilitation - Ministry of Health and Welfare	- ร่างเอกสารนโยบายและขอคำปรึกษา - ดำเนินปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้	- ข้อดีคือมีกลไกให้คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และองค์กรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับคนพิการ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และแผนปฏิบัติตั้งแต่ต้น ทั้งในระดับกว้าง และ

องค์กรที่มีส่วนร่วม	บทบาท / หน้าที่	ข้อดี / ข้อเสีย
- The Rehabilitation Advisory Committee - The Joint Council for the physically and Mentally Disabled	- เป็นกลไกให้คำปรึกษาก่อนนโยบาย และแผนปฏิบัติการฟื้นฟูแก่คนพิการ (กลไกนี้ ประกอบด้วยตัวแทนภาคต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการ โดยมีตัวแทนภาคเอกชนเป็นประธาน) - เป็นกลไกประสานระหว่างหน่วยงานของรัฐ องค์กร NGOs ที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ	ในระดับคณะกรรมการที่ปรึกษา - มีกลไกประสานงานระหว่างองค์กรของรัฐและองค์กร NGOs ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ประเทศไทย		
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ - กระทรวงสาธารณสุข	- ร่างนโยบายและแผนบริหารงาน และเสนอแนะต่อรัฐมนตรี - ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ	- กลไกกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการยังอยู่ที่ภาครัฐเป็นหลัก การมีส่วนร่วมของคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการมีน้อย มีผู้แทนคนพิการเพียง 2 คนใน 16 คน
- สำนักงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	- เป็นกลไกประสานงาน และร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทั้งในและนอกประเทศ	- มีกลไกประสานงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน
- ศูนย์สิรินธรเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	- สนับสนุนทางวิชาการ และสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยคนพิการแก่สถานพยาบาลต่าง ๆ	

14. ข้อเสนอรูปแบบกลไกการกำหนดนโยบายและวางแผนระบบบริการสุขภาพเพื่อคนพิการ

จากรูปแบบกลไกที่เปรียบเทียบในประเทศต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่ารูปแบบกลไกของประเทศออสเตรเลียและฮ่องกง มีข้อดีคล้าย ๆ กัน คือเปิดโอกาสให้ภาคีของคนพิการ ซึ่งมีทั้งคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างมากในการกำหนดนโยบายและวางแผนระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการตั้งแต่ต้น แต่รูปแบบกลไกในรูปคณะกรรมการที่ปรึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (The Rehabilitation Advisory Committee) ของประเทศฮ่องกง มีการระบุชัดเจนว่า ประธานต้องเป็นตัวแทนของภาคเอกชน ทั้งนี้เนื่องจากคณะกรรมการชุดนี้มีตัวแทนของภาครัฐเข้ามาร่วมเป็นกรรมการด้วย เพื่อรับไปปฏิบัติ นอกจากนี้ฮ่องกงยังมีกลไกที่เป็นรูปสื่อต่าง ๆ เพื่อให้เข้าถึงคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการในระดับกว้างอีกด้วย เพื่อฟังเสียงสะท้อนเกี่ยวกับนโยบายของรัฐและเอกชนอย่างชัดเจน

ดังนั้นจึงนำข้อดีของรูปแบบกลไกดังกล่าวจากของประเทศฮ่องกง และออสเตรเลีย มาใช้เป็นแนวทางในการเสนอกลไกการกำหนดนโยบาย และวางแผนระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการในประเทศไทย โดยมีข้อกำหนดหรือเงื่อนไขดังนี้

1. ภาคีคนพิการต่าง ๆ เช่น คนพิการ ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการ องค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ และผู้ทรงคุณวุฒิหรือนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวางแผนระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการตั้งแต่นั้น
2. องค์กรเป็นองค์กรอิสระ ปราศจากการแทรกแซงจากฝ่ายการเมือง หรือรัฐ แต่มีข้อผูกพันกับรัฐ
3. องค์กรประกอบด้วยตัวแทนจาก 3 ฝ่าย
 - 3.1 ภาคีคนพิการซึ่งประกอบด้วย คนพิการ ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการ องค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ

- 3.2 ผู้ทรงคุณวุฒิหรือนักวิชาการ
- 3.3 ผู้แทนที่เป็นตำแหน่งสำคัญในภาครัฐ ด้วยสัดส่วนที่น้อยที่สุด เพื่อเป็นตัวแทนเชื่อมประสานนำข้อเสนอแนะจากภาคีคนพิการและผู้ทรงคุณวุฒิไปปฏิบัติในฝ่ายรัฐ
4. ระบบคิดและระบบการทำงานควรดำเนินแบบองค์รวม (Holistic approach) คือเชื่อมโยงทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา อาชีพ การแพทย์ และสังคม รวมเป็นหนึ่งเดียวกัน คือเกิดภาวะที่เป็นสุขหรือระบบสุขภาพ
5. ใช้ความรู้เป็นตัวนำ (Knowledge based)
6. มีระบบการตรวจสอบที่โปร่งใส
7. ได้รับงบประมาณสนับสนุนแบบเหมาเป็นก้อน (block grant) เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ

รูปแบบกลไกกำหนดนโยบายและการวางแผนระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการควรประกอบด้วย

1. สภา/สมัชชาพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นตัวแทนประชาคมคนพิการ ประกอบด้วย 3 ฝ่ายคือ ประชาคมคนพิการซึ่งมีคนพิการ ครอบครัว/ผู้ดูแลคนพิการและองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการ ฝ่ายผู้ทรงคุณวุฒิหรือนักวิชาการ และฝ่ายตัวแทนของรัฐที่มีตำแหน่งสำคัญ เพื่อสามารถเชื่อมประสานกับฝ่ายรัฐในการนำไปปฏิบัติ ประธานของสภา/สมัชชาพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้
 - เสนอแนะให้คำปรึกษานโยบายและแผนงาน
 - ติดตามตรวจสอบนโยบาย
 - ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย
 - เชื่อมประสานกับประชาคมคนพิการ เพื่อระดมความคิดจากสภาคนพิการระดับจังหวัด/ภาค เพื่อกระตุ้นและ

สร้างพลังเข้มแข็งให้กับภาคคนพิการระดับจังหวัด/ภาค โดยมีตัวแทนแต่ละจังหวัด/ภาค เข้ามาในสภาพพัฒนาฟื้นฟูคนพิการด้วย

2. สำนักงานสภา/สมัชชาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ ได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นแบบเหมาเป็นก้อน (block grant budgeting) โดยสำนักงานมีหน้าที่ดังนี้
 - สำรวจการศึกษาและวิเคราะห์นโยบายที่เกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - รวบรวมข้อมูล ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย
 - รายงานการประเมินสถานการณ์ของคนพิการ
 - เป็นหน่วยงานทางวิชาการให้กับสภาพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - จัดเตรียมข้อมูลและจัดเตรียมการประชุมสภาพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - ปฏิบัติงานอื่นตามที่สภาพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมอบหมาย
3. คณะกรรมการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ เป็นกลไกประสานงานนโยบายพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ และตัวแทนฝ่ายคนพิการ คณะกรรมการมีหน้าที่ดังนี้
 - เสนอแนะนโยบายและแผนการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย
 - เสนอความเห็นเกี่ยวกับการผลิตกำลังคนด้านพัฒนา

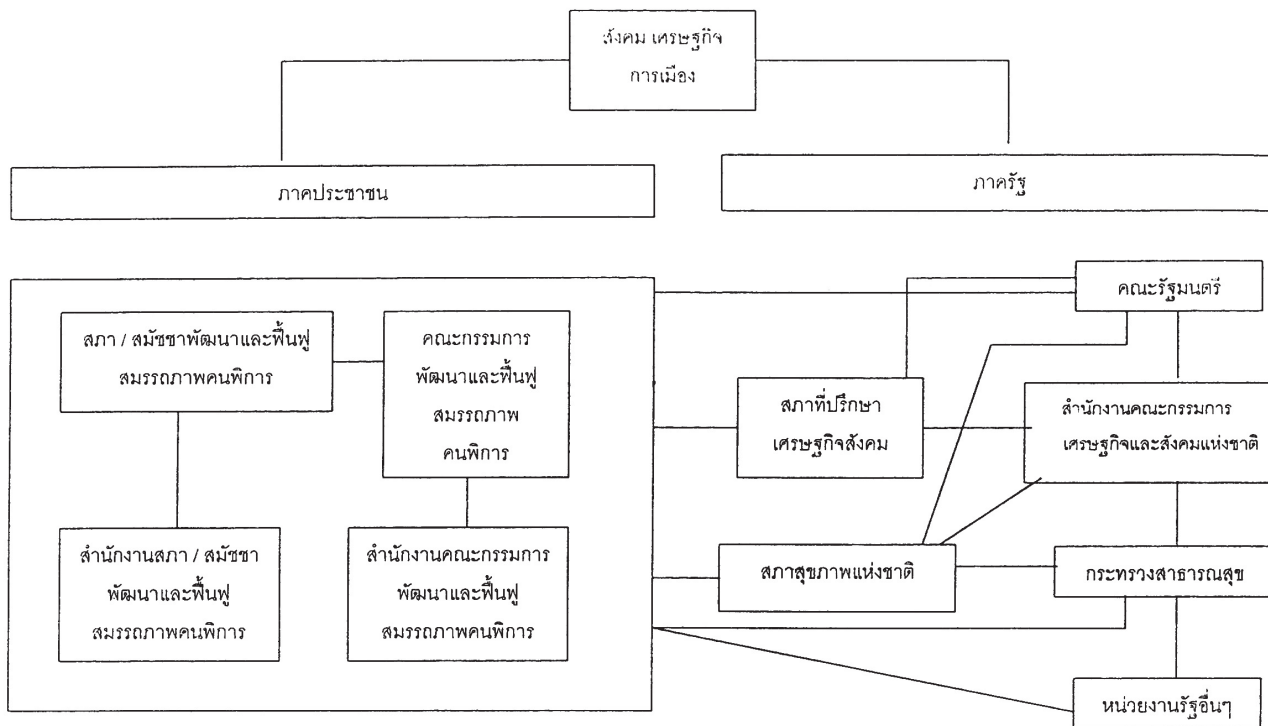
และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

- เสนอกรอบงบประมาณด้านพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของประเทศ
- พิจารณาจัดลำดับความสำคัญปัญหาของคนพิการ
- เสนอความเห็นต่อโครงการลงทุนขนาดใหญ่ และนโยบายอื่น ๆ ที่จะมีผลต่อการเกิดความพิการด้านต่าง ๆ
- กำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ

4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นหน่วยงานของรัฐ ได้รับงบประมาณแบบเหมารวมเป็นก้อน (block grant budgeting) มีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- จัดการศึกษาวิเคราะห์นโยบายพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และปัญหาเร่งด่วนของคนพิการ
- รวบรวมข้อมูล ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย
- ศึกษากรอบงบประมาณ ค่าใช้จ่ายด้านพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามนโยบาย
- ประสานงานกับสำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม และสภาสุขภาพแห่งชาติ
- จัดเตรียมข้อมูลและจัดเตรียมการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ
- เผยแพร่ข้อมูลด้านนโยบายและข่าวสารที่เกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสาธารณะชน
- ปฏิบัติงานอื่น ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ความสัมพันธ์และองค์ประกอบของกลไก/องค์กร



15. ข้อเสนอสารบัญญัติต่อระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ ที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ. ปฎิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ปัญหา	สารบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.
1. องค์กรและการจัดการ ยังไม่มีกลไกที่จะให้ภาคีคนพิการได้มีส่วนร่วมในการกำหนด หรือเสนอแนะนโยบายการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	1. รัฐจึงควรจัดให้มีกลไกและองค์กรการจัดการของประชาคมคนพิการในรูปแบบของ “สภาพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” และจัดสรรงบประมาณในลักษณะ block grant เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ
2. ระบบบริการต่าง ๆ ที่จัดให้คนพิการมีความไม่สะดวก ไกลและล่าช้า ตั้งแต่การจดทะเบียนคนพิการ การออกไปรับรองคนพิการ การใช้บัตร สปร.	2. 1 รัฐควรจัดให้มี one stop service point คือเสร็จ ณ จุดเดียว หรือกระบวนการเดียวเสร็จ เพื่อความสะดวกกับคนพิการ เช่น การจดทะเบียนคนพิการ การออกไปรับรองคนพิการ และบัตร สปร. ควรทำให้เสร็จครั้งเดียว และอยู่ที่เดียวกัน 2.2 การใช้บัตร สปร. ของคนพิการต้องคำนึงถึงการเดินทางของการเคลื่อนย้ายคนพิการ จึงต้องมีความยืดหยุ่นในการจัดสถานบริการที่อยู่ใกล้สะดวกกับคนพิการ ไม่ใช่ยึดตายตัวว่าต้องเป็นไปตามขั้นตอน และอยู่ในเขตที่ระบุไว้ ซึ่งบางครั้งสถานการณ์ที่ระบุ อยู่ไกลจากบ้านคนพิการมาก เปิดโอกาสให้คนพิการได้มีทางเลือกตามความจำเป็น

ปัญหา	สารบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.
3. หลักประกันสุขภาพ ในรูปเงินช่วยเหลือคนพิการและครอบครัว ยังมีปัญหา เช่น เบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาทไม่พอเพียงในสถานการณ์ครองชีพปัจจุบัน ครอบครัวหรือผู้ดูแลคนพิการในบ้าน ต้องสูญเสียรายได้ไปส่วนหนึ่งเพราะต้องดูแลคนพิการ	3.1 รัฐควรปรับเปลี่ยนกฎระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ให้ด้วยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ พ.ศ. 2539 ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงกับสถานการณ์ครองชีพปัจจุบัน 3.2 รัฐพึงสนับสนุนครอบครัว ชุมชน ได้รวมกลุ่มกันเพื่อช่วยเหลือดูแลคนพิการ ในครอบครัวหรือชุมชน โดยมีมาตรการช่วยเหลือทางภาษี ด้วยการลดหย่อนภาษีหรือการจ่ายเงินชดเชยให้กับผู้ที่ดูแลคนพิการ
4. ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ มีปัญหา ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จำนวนบุคลากรทั้งแพทย์ เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด จิตบำบัด และเจ้าหน้าที่ทางกายอุปกรณ์ มีไม่เพียงพอ นอกจากนี้ในระดับคุณภาพ เช่น มาตรฐานการรับรองคนพิการไม่เท่ากัน ทักษะของเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งต่อคนพิการและครอบครัว เป็นไปในเชิงลบ	4. รัฐควรพัฒนาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในกำลังคนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการในเชิงคุณภาพ ต้องพัฒนาขีดความสามารถทัศนคติต่อคนพิการ และระบบคิดแบบองค์รวม (holistic approach) ต้องเชื่อมโยงในทุกเรื่อง เช่น การศึกษา อาชีพสังคม และการแพทย์ เข้ามาในการพัฒนาและฟื้นฟูสภาพคนพิการ ไม่ใช่เฉพาะการแพทย์อย่างเดียว ต้องทำงานร่วมกับสายวิชาชีพอื่นด้วย
5. ระบบเทคโนโลยี ตั้งแต่สิ่งอำนวยความสะดวก และกายอุปกรณ์ยังมีน้อย ทำให้คนพิการเข้าไม่ถึงระบบบริการต่าง ๆ	5.1 รัฐพึงทำให้กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับสิ่งหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่อคนพิการ ที่มีอยู่แล้ว ให้เป็นจริงทางปฏิบัติ 5.2 รัฐควรจัดสรรงบประมาณ ให้สถานบริการมีกายอุปกรณ์และเจ้าหน้าที่กายอุปกรณ์ ให้เพียงพอกับความ

ปัญหา	สารบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.
6. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information System) ในสิทธิต่าง ๆ ของคนพิการ เช่น การจดทะเบียนคนพิการ ทำให้คนพิการมีสิทธิอะไรบ้าง ยังเข้าไม่ถึงคนพิการ หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการป้องกันความพิการ ไม่ให้เกิดได้อย่างไร	ต้องการของคนพิการ และมีกระจายอย่างทั่วถึง 6.1 รัฐพึงสนับสนุนการบริหารจัดการกับระบบข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์ถึงคนพิการ ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นจริงโดยเฉพาะเรื่องสิทธิของคนพิการ 6.2 รัฐอุดหนุนงบประมาณเพื่อเป็นกองทุนศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทั้งด้านองค์ความรู้ และการประดิษฐ์กายอุปกรณ์ต่าง ๆ 6.3 จัดตั้งศูนย์ โทรศัพท์สายด่วน Hotline ด้านสุขภาพสำหรับคนพิการ
7. ระบบคุ้มครองคนพิการ ปัจจุบันคนพิการบางส่วนมีความพิการเนื่องจากอุบัติเหตุจากการทำงาน หรือความเลินเล่อของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ไม่ทราบว่า จะเรียกร้องค่าชดเชยอย่างไร	7. รัฐพึงสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภค โดยการสนับสนุนให้มีองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน ให้มีความเข้มแข็ง สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนงบประมาณ ให้กับองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้วย เพื่อทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน ที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ จนเกิดความพิการจากการรับบริการด้านสุขภาพ การบริโภคผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ และจากการทำงาน

ปัญหา	สารบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.
8. ระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความพิการ ยังไม่มีการทำอย่างจริงจัง เป็นการกระทำในลักษณะเชิงรับมากกว่าเชิงรุก	8. รัฐบาลควรส่งเสริมการสร้างมาตรฐานต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การป้องกันความพิการอย่างเป็นจริง ตาม พ.ร.บ. พื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี 2543 ได้กล่าวถึงการป้องกันความพิการไว้ แต่ในทางปฏิบัติยังเน้นเฉพาะการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

บรรณานุกรม เอกสารไทย

1. ขนิษฐา เทวินักดิ์. **แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ : สู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของคนพิการ**. กรมประชาสัมพันธ์ 2540.
2. คณะกรรมาธิการประชาสัมพันธ์ สภาว่่างรัฐธรรมนูญ. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540**. กรุงเทพมหานคร : ดอกหญ้าการพิมพ์ 2540.
3. ครุฑรัตน์ ฉบับพิเศษ ขานรับปีคนพิการสากล 2524.
4. นพนิธิ สุริยะ. **สิทธิมนุษยชน**. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน 2537 .
5. บรรลุ คิริพานิช และคณะ. **“ระบดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย”**. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข 2525.
6. วารี ปัญจลินิกุล. **“การเข้าถึง (access) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ”** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2542.
7. วิชัย ตันศิริ. **คำอธิบายพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2534** กรุงเทพมหานคร, 2542.
8. วินัย ลิสมิทธิ์ และคณะ. **“การสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้ากับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข”**, 2540.
9. สภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย **กฎหมายเพื่อคนพิการ**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซี.พี. วายซ์พลาย 2533.
10. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). **(ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ**, 2544.
11. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ศูนย์สิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข **“ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ”** 2539.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี สถานาพของผู้พิการไทย 2537 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย รายงานการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนชาวไทย พ.ศ. 2534 - 2535.
13. สมพร เทพสิทธิ. **ศักยภาพสิทธิและโอกาสของคนพิการ**. กรุงเทพมหานคร : สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2542.
14. สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2540 - 2544.
15. สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

16. องค์การสหประชาชาติ “กฎมาตรฐานว่าด้วยการสร้างความเสมอภาคทางโอกาสให้แก่คนพิการ” แปลโดย จิราลักษณ์ จงสถิตมัน และมณฑียร บุญตัน 2541 (อัดสำเนา).

บรรณานุกรม เอกสารอังกฤษ

1. Arthur E. Dell Orto and Robert P. Marinelli **“Encyclopedia of Disability and Rehabilitation”** New York : Macmillan Publishing USA. 1993.
2. Chesnai JC. Demographic and transition patterns and their impact on the age structure, Population Develop Rev, 1990.
3. Ministry of Health, **Labour and Welfare in Japan**. Available from [http : // WWW.mhlw.go.jp/english/org/policy_23.html](http://WWW.mhlw.go.jp/english/org/policy_23.html). Accessed 17 February 2001.
4. Peter Puidak (1995) **Social Security Programs throughout the World**.
5. United Nations Study on Legislative and Administrative Aspects Rehabilitation of the Disability: 1964.
6. United Nations, Recent Trends in Legislation Services for Concerning Rehabilitation of the Disabled Persons Selected Country: 1997.
7. United Nations World Programmes of Action concerning Disabled Persons : U.N. Decade of Disabled Persons. 1983 - 1992 New York., 1983.
9. World Health Organization International Classification of Impairments, **Disabilitied and Handicaps**. Geneva: WHO, 1980.
10. United Nations Asian and Pacific Decade of Disabled Persons : mid - point -country perspectives, 1999.