

ความเป็นธรรม^๑ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ^๒ ของคนพิการ^๓

ความเป็นมาและสถานการณ์

๑. องค์การอนามัยโลก ระบุว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรโลกเป็นคนพิการ^๔ และร้อยละ ๘๐ ของคนเหล่านี้ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและเป็นคนยากจนที่สุดในหมู่คนยากจน^๕ ซึ่งสาเหตุความพิการสำคัญมาจากการบาดเจ็บจากภัยสงคราม ความรุนแรง ภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจาก HIV/AIDS และโรคเรื้อรัง พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม

๒. ประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของคนพิการและคนที่มีภาวะพึ่งพา เนื่องจากวิถีชีวิตในบริบทสังคมที่เปลี่ยนไปสู่ความทันสมัย ส่งผลให้แบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนไป ดังเห็นได้จากสถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มะเร็ง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะโรคซึมเศร้า ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นภาระโรคที่สำคัญของคนไทย รวมทั้งการใช้สารเสพติด ภาวะโภชนาการเกิน การขาดการออกกำลังกาย ความไม่ปลอดภัยด้านอาหารและยา การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งการบาดเจ็บจากความรุนแรงในกรณีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ต่าง ๆ ล้วนทำให้คนมีโอกาสเกิดความพิการและมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น^{๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐}

๓. การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ พบว่า ประเทศไทยมีคนพิการร้อยละ ๑.๗ ของประชากร และเพิ่มเป็นร้อยละ ๒.๙ (๑.๙ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๐ ซึ่งร้อยละ ๒ มีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญาอย่างชัดเจน ร้อยละ ๐.๖ มีความยากลำบากในการช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวัน บางคนมีความพิการมากกว่าหนึ่งอย่าง ส่งผลให้มีคนพิการรุนแรงมากประมาณกว่า ๒.๔ แสนคน

๔. ผลการสำรวจเดียวกัน พบว่า ร้อยละ ๓.๔ ของประชากรนอกเขตเทศบาลเป็นคนพิการ ส่วนในเขตเทศบาล มีร้อยละ ๑.๖ ที่เป็นคนพิการ ทั้งนี้ภาคเหนือมีสัดส่วนคนพิการมากที่สุด (ร้อยละ ๔.๔) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางตามลำดับ (ร้อยละ ๓.๕, ๒.๒ และ ๑.๗ ตามลำดับ)

๕. ผลจากการสำรวจเดียวกันยังพบว่า คนพิการที่อยู่ในวัยเรียน (๕-๓๐ ปี) ร้อยละ ๘๑.๗ ไม่ได้กำลังเรียนหรือไม่เคยเรียนหนังสือ และร้อยละ ๖๔.๘ ของผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (๑๕ ปีขึ้นไป) เป็นผู้ที่ไม่ได้ทำงาน

๖. ได้มีการประกาศวันคนพิการสากลแห่งสหประชาชาติ ตั้งแต่ ๓ ธันวาคม ๒๕๒๔ และตามมาด้วยแผนปฏิบัติการโลกเพื่อสร้างโอกาสที่เท่าเทียมในการมีส่วนร่วมในสังคมของคนพิการ รวมทั้งมีมติสมัชชาสหประชาชาติ ว่าด้วยกฎมาตรฐาน ๒๒ ข้อ เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายแผนดังกล่าวเมื่อวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๓๗^{๑๑} ในมติดังกล่าว ระบุถึงเงื่อนไขสำคัญที่ต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การมีโอกาстиที่เท่าเทียมกันได้จริง คือ การสร้างความตระหนักในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของคนพิการ การมีบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและบริการทางสังคม รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริงในสังคม

๗. สากลให้การยอมรับถึง การมีโอกาสดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เท่าเทียมกับคนทั่วไปของคนพิการ และการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ว่าเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งนำมาสู่การประกาศ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๐ นับเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนพิการอย่างเป็นทางการ กำหนดแนวคิดหลักในการทำงานของภาครัฐต่อคนพิการ โดยเปลี่ยนจากหลักเมตตาธรรมและการสงเคราะห์ เป็นหลักสิทธิเสรีภาพและการคุ้มครองสิทธิ ซึ่งประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีและให้สัตยาบัน เมื่อ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๑ และอนุสัญญามีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๑

๘. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กล่าวถึงการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเสมอภาคของบุคคล รวมถึงการห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความพิการ (ม.๓๐) ได้ระบุสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก และความช่วยเหลือจากรัฐ (ม.๕๔) การสงเคราะห์และจัดสวัสดิการแก่คนพิการ (ม.๘๐) และ การให้รัฐต้องปฏิบัติตามสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี (ม.๘๒)

๙. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ระบุว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องและมีอุปสรรคด้านต่าง ๆ โดยแบ่งประเภทความพิการออกเป็น ๖ ประเภท ได้แก่ ๑) ความพิการทางการเห็น ๒) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ๓) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ๔) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ๕) ความพิการทางสติปัญญา และ ๖) ความพิการทางการเรียนรู้ นั่นคือความพิการมีหลายประเภทและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

๑๐. พระราชบัญญัติดังกล่าว ได้ระบุสิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการที่เป็นรูปธรรม ในมาตรา ๒๐ (๑) ระบุสิทธิด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ ที่มีรายละเอียด ๒๖ รายการ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข “การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ” ซึ่งประกาศเมื่อ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒

๑๑. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันในสังคมด้วยเช่นกัน จึงมีสาระที่ครอบคลุมการพัฒนาระบบที่จะตอบสนองความจำเป็นอันเกิดจากการมีความพิการด้วย

๑๒. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๔ มีหลักการที่ครอบคลุมเรื่องความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ชัดเจนระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติ รูปธรรมสิทธิประโยชน์ การบริหารจัดการและกลไกการจ่ายค่าบริการตามสิทธิ ยังมีความแตกต่างเหลื่อมล้ำกัน เช่น สิทธิในอัตราค่าบริการเครื่องช่วยฟังที่ต่างกันเท่าตัว ค่าบริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่กองทุนหนึ่งให้วงเงินเพียง ๒,๐๐๐ บาท/เดือน ในขณะที่อีกกองทุนหนึ่งให้สถานพยาบาลเบิกได้ตามรายการที่ให้บริการจริง และกลไกการจ่ายที่กองทุนหนึ่งให้คนพิการต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกคืนภายหลัง ทำให้คนพิการเข้าไม่ถึงบริการจำเป็นบางอย่างที่มีราคาแพง

๑๓. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๒๓ ของข้าราชการ มีแนวคิดและหลักการอยู่บนพื้นฐานการรักษาพยาบาล ดังนั้นสิทธิค่าบริการทางการแพทย์ ค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ต่าง ๆ จึงเป็นไปเพื่อการบำบัดรักษา ทั้งนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาโรค

๑๔. จะเห็นได้ว่า ในด้านการประกันสุขภาพ ระบบการเบิกจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบ ไม่เป็นเอกภาพและไม่เอื้อต่อการสร้างแรงจูงใจในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

๑๕. กลไกการทำงานเพื่อบูรณาการส่วนต่าง ๆ ในระดับชาติที่มีในปัจจุบัน ได้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ^{๑๖} ทำหน้าที่เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในการจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การปรับปรุงนโยบาย โครงสร้าง และระบบบริหารจัดการ รวมทั้งการรณรงค์ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างให้มีความยั่งยืนระยะยาวที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ บริบทสังคมและระบบบริการสาธารณสุข

ข้อเท็จจริงปัญหาและช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

๑๖. นับถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๓ เป็นเวลาถึง ๑๕ ปีจากที่รัฐเริ่มดำเนินการจดทะเบียนคนพิการ มีคนพิการที่จดทะเบียนเพื่อรับสิทธิตามกฎหมายแล้ว จำนวน ๙๐๖,๖๙๔ คน^{๑๗} และในจำนวนนี้เป็นคนพิการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียง ๖๙๕,๔๗๐ คนเท่านั้น (ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๓)

๑๗. คนพิการตามกฎหมายในปัจจุบัน เป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ร้อยละ ๕๓ พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย ร้อยละ ๑๕ พิการทางการมองเห็น ร้อยละ ๑๑ พิการทางสติปัญญา ร้อยละ ๑๔ และพิการทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ ๗ ซึ่งกว่าเจ็ดหมื่นคนเป็นคนที่มีความพิการมากกว่าหนึ่งประเภท ทั้งนี้ความพิการที่แตกต่างกัน เป็นเหตุให้ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพไม่เหมือนกัน และเมื่อพิจารณาร่วมกับเพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ศาสนา และถิ่นที่อยู่อาศัย ก็ยิ่งสะท้อนความจำเป็นที่หลากหลายยิ่งขึ้น

๑๘. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๗ ซึ่งต่อมาได้ตั้งเป็นกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ ได้รับจัดสรรประมาณ ๕ บาทต่อประชากรที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพิ่มเป็น ๘ บาทในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ซึ่งเป็นเงินประมาณ ๓๘๐ ล้านบาท แต่จากรายงานผลการดำเนินงานปี ๒๕๕๒ พบว่ามีคนพิการมารับบริการเพียง ๕๔,๘๔๐ คน^{๑๘} คิดเป็นไม่ถึงร้อยละ ๑๐ ของคนพิการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการพบมีจำนวนผู้รับบริการเพียง ๙,๔๒๑ คน ซึ่งเป็นส่วนอธิบายภาพรวมการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของคนพิการ แม้ว่าจะมีหลักประกันสุขภาพแล้ว

๑๙. จากรายงานเดียวกัน ยังพบว่า มีการมารับบริการ ๓๘๒,๔๐๙ ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ประมาณร้อยละ ๗๐ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยคนละ ๑ ครั้ง เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายประมาณร้อยละ ๔ ฟื้นฟูคนพิการทางการมองเห็นร้อยละ ๐.๔ และฟื้นฟูทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ ๒๕ ในขณะที่บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ให้บริการทั้งหมดในรายงานนี้ เป็นอุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหวทั้งสิ้น ได้แก่ ขาเทียม รถนั่งคนพิการ และไม่ค้ำยัน สะท้อนว่าบริการที่ไม่เพียงพอ นั้น ยังถูกจัดการอย่างไม่เป็นธรรมในการที่จะตอบสนองต่อความจำเป็น ที่แตกต่างกันตามประเภทและลักษณะความพิการด้วย

๒๐. ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หนึ่งในองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนพิการ ปัจจุบันยังมีไม่เพียงพอและไม่พร้อมรองรับการแก้ปัญหาสุขภาพของประชากรที่พิการ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษา “สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย” ของ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ^{๑๕} ที่พบว่า บริการฟื้นฟูฯ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๒.๘ ของบริการผู้ป่วยนอก และเป็นร้อยละ ๕ ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมด โดยมีเตียงสำหรับบริการฟื้นฟูฯ เพียง ๒๘๗ เตียงที่อยู่ใน ๑๔ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงเรียนแพทย์เท่านั้น อีกทั้งยังพบว่า มีบุคลากรที่จำเป็น เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เพียง ๓.๓ และ ๐.๗ คนต่อโรงพยาบาล(รวมโรงพยาบาลชุมชน) ตามลำดับ ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและช่างกายอุปกรณ์มีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัดขึ้นไป ในอัตรา ๐.๘ และ ๑.๓ คนต่อโรงพยาบาลตามลำดับ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเกือบทั้งหมดเป็นไปเพื่อดูแลความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเท่านั้น ทั้งนี้ทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาล ที่เป็นกำลังหลักของระบบสุขภาพโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ยังคงขาดการเพิ่มเติมความรู้และทักษะในการให้บริการคนพิการ นั่นคือ การขาดแคลนกำลังคนก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ จำเป็นต้องมีการวางแผนพัฒนาและลงทุนอย่างเป็นระบบ

๒๑. ผลการศึกษาของอรทัย เขียวเจริญ และคณะ ให้ภาพสถานการณ์การขาดแคลน ความไม่เพียงพอ และความไม่เป็นธรรมของระบบสุขภาพ ในการที่จะตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของคนพิการประเภทต่าง ๆ ซึ่งไม่ต่างกับผลการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ^{๑๖} ที่รายงานไว้เมื่อ ๑๒ ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ประเทศไทยเคยตั้งเป้าหมายว่าจะจัดตั้งหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน ๑๗ แห่ง ตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ แต่จนปัจจุบันยังไม่มีความก้าวหน้า อีกทั้งการบริหารจัดการกลไกการจ่ายค่าบริการสุขภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยใน ยังเพิ่มข้อจำกัดในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากยิ่งขึ้น จากการใช้ระบบการจัดกลุ่มโรคร่วม (Diagnostic Related Group : DRG)^{๑๗, ๑๘} ซึ่งย้ำให้เห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขขาดการวางแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขภาพคนพิการ ตลอดจนไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

๒๒. การพัฒนาระบบสุขภาพที่ล่าช้าดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่เป็นธรรมต่อประชาชน โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีสมาชิกเป็นคนพิการในแง่ที่ต้องให้การดูแลที่บ้าน ดังหลักฐานจากผลการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ^{๑๙} ที่พบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลเพียง ๕.๒ วัน ซึ่งร้อยละ ๗๒ มีความพิการอัมพาตครึ่งซีก แต่มีโอกาสดำเนินการกายภาพบำบัดเพียงร้อยละ ๕๕ ร้อยละ ๓๐ มีปัญหาในการกลืน แต่ได้รับการฝึกกลืนก่อนกลับบ้าน เพียงร้อยละ ๗ และร้อยละ ๕๕ มีปัญหาการพูด-สื่อสาร แต่ไม่มีโอกาสได้รับการบริการฝึกพูด เมื่อกลับบ้านแล้วมีโอกาสได้รับการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องเพียงร้อยละ ๖๔ ทั้งนี้มากกว่าครึ่งเป็นการทำโดยญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาทร ธีวไพบุลย์ และคณะ^{๒๐} ที่ชี้ว่าครอบครัวต้องแบกรับต้นทุนค่าใช้จ่ายการดูแลคนพิการที่บ้านถึง เฉลี่ยครอบครัวละประมาณ ๔,๖๐๐ บาทต่อเดือน หรือเป็นการใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย ๙๔.๖ ชั่วโมงต่อเดือน

๒๓. ด้านบริการสำหรับผู้พิการทางจิต การศึกษาของวิรัช เกษมทรัพย์และคณะ^{๒๑} พบว่า แม้ว่า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยในโดยไม่จำกัดวันนอนในโรงพยาบาล แต่กองทุนประกันสังคมยังคุ้มครองการรักษาผู้ป่วยในโดยจำกัดไม่เกิน ๑๕ วันในแต่ละครั้ง ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับทั้งการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒๔. การพัฒนาสุขภาพของคนพิการ ไม่สามารถบรรลุผลได้โดยการพัฒนาที่ระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังต้องร่วมกันพัฒนาให้มีระบบสวัสดิการและบริการทางสังคมที่เหมาะสมในชุมชน ที่คนพิการสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้จริงด้วย ในปัจจุบันสิทธิและสวัสดิการของรัฐที่มีให้กับคนพิการ ได้แก่ เบี้ยความพิการ ๕๐๐ บาทต่อเดือนสำหรับคนพิการตามกฎหมายทุกคน สิทธิในการกู้ยืมเงินประกอบอาชีพอิสระ รายละไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาท ที่มีกำหนดส่งคืนภายในระยะเวลาไม่เกิน ๕ ปีโดยไม่เสียดอกเบี้ย และสิทธิในการได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสครอบครัวไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง

๒๕. สิทธิและสวัสดิการอื่น เช่น บริการผู้ช่วยเหลือกรณีคนพิการรุนแรงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บริการปรับสภาพบ้านให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของคนพิการ ตลอดจนบริการล่ามภาษามือสำหรับช่วยการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของคนหูหนวก ได้มีการจัดทำระเบียบและหลักเกณฑ์บ้างแล้ว แต่ยังไม่เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๒๖. จะเห็นได้ว่าปัญหาการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของคนพิการ จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์การทำงานเชิงรุกอย่างมาก และต้องใช้ชุมชนที่อยู่อาศัยจริงของคนพิการเป็นฐาน ตลอดจนต้องมีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น ครอบครัว และองค์กรด้านคนพิการ เพื่อพัฒนาระบบจึงจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ ไปสู่ผลลัพธ์ที่คนพิการจะสามารถใช้ชีวิตที่มีส่วนร่วมในสังคมอย่างมีความหมายได้จริง

โอกาสในการลดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนพิการ

๒๗. ที่ผ่านมากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายกระตุ้นการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของหน่วยบริการ และพัฒนาศักยภาพองค์กรคนพิการ ให้สามารถร่วมจัดบริการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดรูปธรรมความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพคนพิการอย่างบูรณาการที่โรงพยาบาลชุมชน มากกว่า ๒๔ แห่ง เช่น ที่โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลด่านซ้าย และ ภูกระดึง จ.เลย โรงพยาบาลเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด โรงพยาบาลหัวไทร, ลิขล, และท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลควนขนุน จ.พัทลุง โรงพยาบาลตากลี จ.นครสวรรค์ โรงพยาบาลบางมูลนาก จ.พิจิตร โรงพยาบาลขุนตาล จ.ลำปาง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จ.แพร่ เป็นต้น ทุกพื้นที่ที่ค้นหาและจดทะเบียนคนพิการได้มากขึ้น มีการประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ บางแห่งมีการพัฒนาหน่วยผลิตกายอุปกรณ์ขาเทียม ที่ให้บริการซ่อมแซมและทำขาเทียมใหม่ ทั้งนี้บริการเป็นไปในรูปแบบเชิงรุก และเป็นเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขคนพิการ ครอบครัว ชุมชน วัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒๘. มีการริเริ่มรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคนพิการ โดยองค์กรคนพิการเอง เช่น เครือข่ายศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการจำนวน ๑๒ แห่ง และเครือข่ายองค์กรคนตาบอด ซึ่งน่าจะสามารถพัฒนาเป็นหน่วยร่วมจัดบริการที่สามารถรับการสนับสนุนจากงบประมาณของรัฐ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

๒๙. อีกด้านหนึ่ง กองทุนสุขภาพตำบล ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชนที่ชัดเจน จนเกิดกิจกรรมจิตอาสาช่วยดูแลคนพิการ ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน และการสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ อีกมากมาย

๓๐. ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข จากนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ๖๐๐ บาทต่อเดือน และนโยบายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ที่ระบุนโยบายการดูแลคนพิการ มีผลการประเมินหลัง

การนำลงสู่การปฏิบัติหนึ่งปีแรก ที่พบว่าทั้งสองนโยบายส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพคนพิการมากขึ้น โดยเฉพาะคนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และไม่สามารถเข้าถึงบริการด้วยสาเหตุต่าง ๆ^{๒๒}

๓๑. อีกกลไกหนึ่งที่สำคัญ คือ คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด ภายใต้คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งมีในทุกจังหวัด และได้มีการทำแผนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม (แผนสามปี) ครบทุกจังหวัดแล้ว อีกทั้งมีการจัดสรรงบประมาณเบื้องต้นจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในอัตรา ๑ บาทต่อประชากรในจังหวัด ยิ่งขาดเพียงการเชื่อมฐานข้อมูลบริการคนพิการจากหน่วยงานด้านสังคม สาธารณสุข ศึกษา แรงงาน และท้องถิ่น ที่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมต่อบริการคนพิการ ขาดการลงทุนร่วมกันเพื่อพัฒนาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งขาดตัวชี้วัดและกลไกการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง^{๒๓}

๓๒. กลไกข้างต้น จะมีพลังในการพัฒนามากยิ่งขึ้น หากมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่บัญญัติว่า “เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้ราชการส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ ข้อกำหนด ระเบียบ หรือประกาศ แล้วแต่กรณีให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้” ได้รับการนำลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น แม้ว่าผลการสุ่มสำรวจจรรยาบรรณกรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๗๐ แห่ง^{๒๔} จะพบว่าเพียง ๑๘ แห่ง มีการดำเนินการรวม ๒๖ ฉบับ โดยประเด็นที่ดำเนินการครึ่งหนึ่งเป็นเรื่องเบี้ยยังชีพและกองทุนคนพิการ หนึ่งในสามเป็นเรื่องงบประมาณประจำปี ร้อยละ ๑๑ เป็นเรื่องการจัดบริการคนพิการ เช่น การเดินทาง และร้อยละ ๕ เป็นการดำเนินการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม ทั้งนี้ ๙๐ แห่งใน ๑๗๐ แห่งมีการทำแผนงานด้านคนพิการ จึงสมควรที่จะได้มีกลไกความร่วมมือเพื่อกระตุ้นการใช้ประโยชน์จากมาตรานี้ให้มากขึ้น

๓๓. นอกจากนั้นแนวโน้มทิศทางนโยบาย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นความร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด เพื่อขยายกรอบการพัฒนาเชิงระบบที่ใหญ่ขึ้น ดังตัวอย่างความร่วมมือจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพระดั่งจังหวัด ที่จังหวัดหนองบัวลำภู อานาจเจริญ และอุบลราชธานี ทำให้เห็นโอกาสการพัฒนาเชิงระบบ ของการดูแลสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับกลไกและทิศทางการจัดระบบสวัสดิการและบริการทางสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการดังกล่าวข้างต้นอีกด้วย

๓๔. ดังนั้น ข้อเสนอเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จึงประกอบด้วย การสร้างกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ กลไกวิชาการและการติดตามประเมินผลที่เข้มแข็งในระดับชาติ และเชื่อมลงถึงระดับพื้นที่ กลไกความร่วมมือด้านงบประมาณที่เพียงพอกับการลงทุนพัฒนาเชิงระบบ พร้อมรูปธรรมที่สำคัญบางประการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะองค์กรคนพิการทุกประเภท

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๓

เอกสารอ้างอิง

- ๑ ความเป็นธรรม หมายถึง การได้รับบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น โดยไม่มีอุปสรรคทั้งด้านการจัดบริการและงบประมาณ พื้นที่ ประเภทความพิการและระดับความรุนแรง (ความเพียงพอและความเป็นธรรม)
- ๒ บริการสุขภาพ หมายถึง “บริการสาธารณสุข” ที่ระบุในมาตรา ๓ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ทั้งนี้มีนัยยะสอดคล้องกับความหมายของ “ระบบสุขภาพ” และ “สุขภาพ” ตามพรบ.เดียวกัน
- ๓ ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔ คนพิการ หมายถึงบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องและมีอุปสรรคด้านต่าง ๆ แบ่งประเภทความพิการออกเป็น ๖ ประเภท ได้แก่ ๑. ความพิการทางการเห็น ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ๓.ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ๔.ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ๕.ความพิการทางสติปัญญา และ ๖.ความพิการทางการเรียนรู้ นั่นคือ ความพิการมีหลายประเภทและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน
- ๔ 58th World Health Assembly Document A58/17, 17 April 2005
- ๕ Disability, Poverty and Development, Department for International Development (DFID), February 2000.; E. Helander, Prejudice and Dignity; an introduction to community based rehabilitation, UNDP, 1992.; Ann Elwan, Poverty and Disability; a background paper for the World Development Report, World Bank, October 1999.
- ๖ <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> ,
- ๗ คณะทำงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรไทยในปี ๒๕๔๒โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๓ เล่มที่ ๒ มีนาคม-เมษายน ๒๕๔๗.
- ๘ มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๙ ศวชต.มนร, รายงานประจำปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑ ผลการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ที่มา: http://dscc.pnu.ac.th/index.php?option=com_content&task=view&id=51&Itemid=41)
- ๑๐ ดารณี สุพันธ์ และคณะ, รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาอุบัติการณ์ของความพิการและผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถทางบก พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
- ๑๑ UN-General Assembly Resolution on “Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities”, Document [A/RES/48/96]
- ๑๒ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๗ ตอนพิเศษ ๘๙ ง ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๓

- ๑๓ ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
- ๑๔ เอกสารรายงานสถานการณ์การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการสัมมนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฯ “กองทุนฟื้นฟูยุคใหม่ ร่วมมือ ร่วมใจ ก้าวไกล สู่อิสระ” วันที่ ๒๙-๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓ ณ โรงแรมแม่น้ำรามาดา กทม.
- ๑๕ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ, สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๔ กรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๕๒ หน้า ๔๗๕-๔๘๘
- ๑๖ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๐
- ๑๗ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ การจัดกลุ่มโรคร่วมและทางเลือกในการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๒ มีนาคม-เมษายน ๒๕๕๐
- ๑๘ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ การจัดกลุ่มโรคร่วมในกลุ่มอาการกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันเพื่อกำหนดค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทย J Med Assoc Thai Vol.93 No.7; 2010; p.849-859
- ๑๙ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ รายงานการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๓
- ๒๐ A. Riewpaiboon, et al. Economic valuation of informal care in Asia: A case study of care for disabled stroke survivors in Thailand. Social Science & Medicine 69 (2009) 648-653
- ๒๑ วิชัช เกษมทรัพย์และคณะ. รายงานเรื่องการให้บริการโรคจิตเวชภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒๕๕๓
- ๒๒ เอกสารรายงานการประเมินผล (เบื้องต้น) นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุขเดือนละ ๖๐๐ บาท นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๓/๒๕๕๓ วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๓ และเอกสารรายงานการประเมินผล (เบื้องต้น)นโยบายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๔/๒๕๕๓ เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๓
- ๒๓ ทิพาภรณ์ โพธิถวิล และคณะ (๒๕๕๓) รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ (ครึ่งแผน ๒๕๕๐-๒๕๕๒)
- ๒๔ อ้างแล้วใน ๑๘