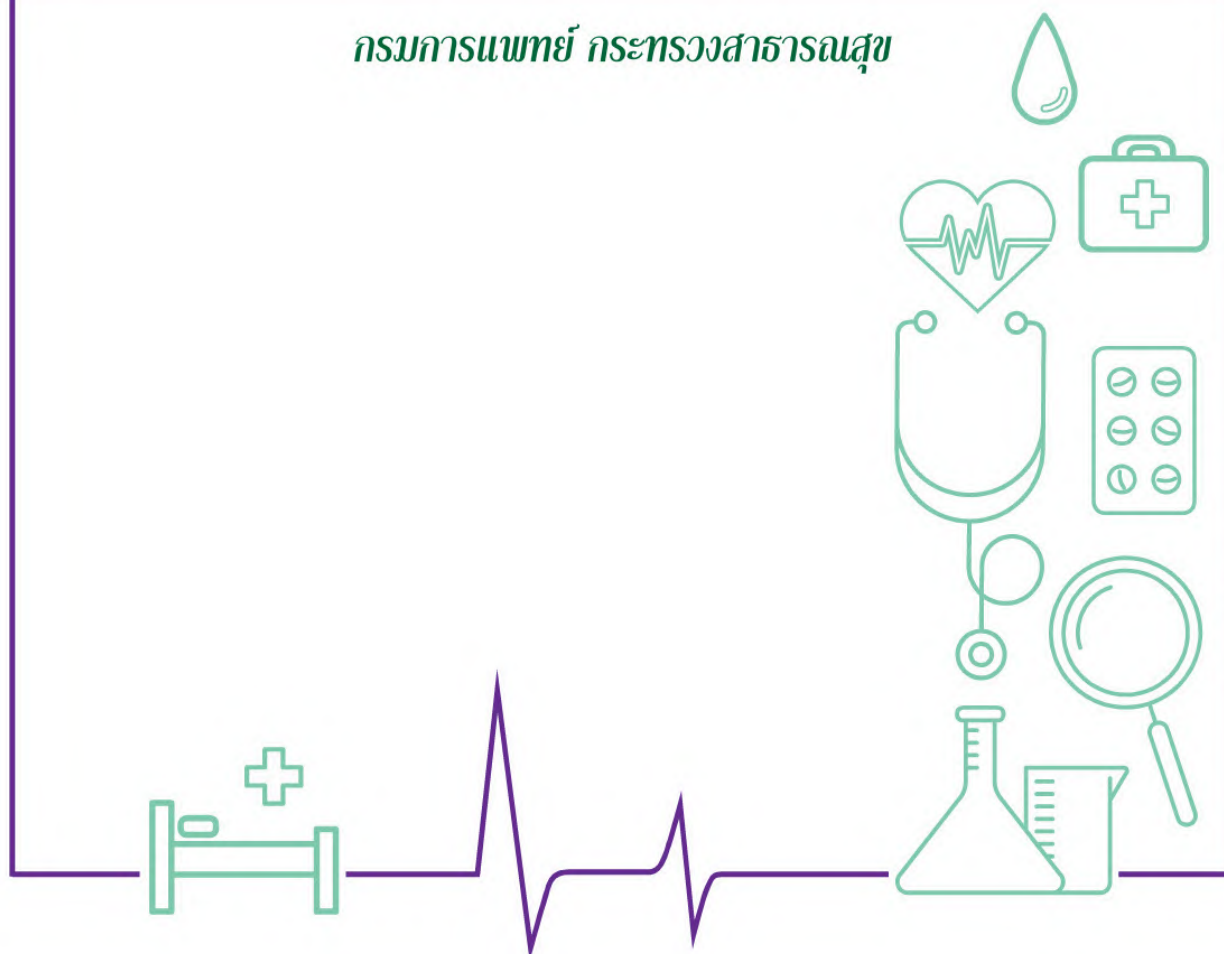




Thailand Medical Services Profile 2015 - 2018

(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) *Second Edition*
Volume 1

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข





Thailand Medical Services Profile 2015–2018

(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘-๒๕๖๑) Second Edition

Volume 1

- บทที่ 1 ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- บทที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- บทที่ 3 โรคลมชัก (Epilepsy)
- บทที่ 4 โรคกระดูกหักในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน
- บทที่ 5 การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม (Fall)
- บทที่ 6 โรคจุดศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-related Macular Degeneration: AMD)
- บทที่ 7 การประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเฉียบพลันตามแนวทางวิชาชีพเวชศาสตร์
- บทที่ 8 การสับฟันผิดปกติ
- บทที่ 9 การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Prevention of Preterm Births)
- บทที่ 10 ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances)



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

สำนักวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข





Thailand Medical Services Profile 2015 - 2018

(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑)

Second Edition : Volume 1



Thailand Medical Services Profile 2015 - 2018

(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑)

Second Edition : Volume 2

Thailand Medical Services Profile 2015-2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘-๒๕๖๑) Second Edition

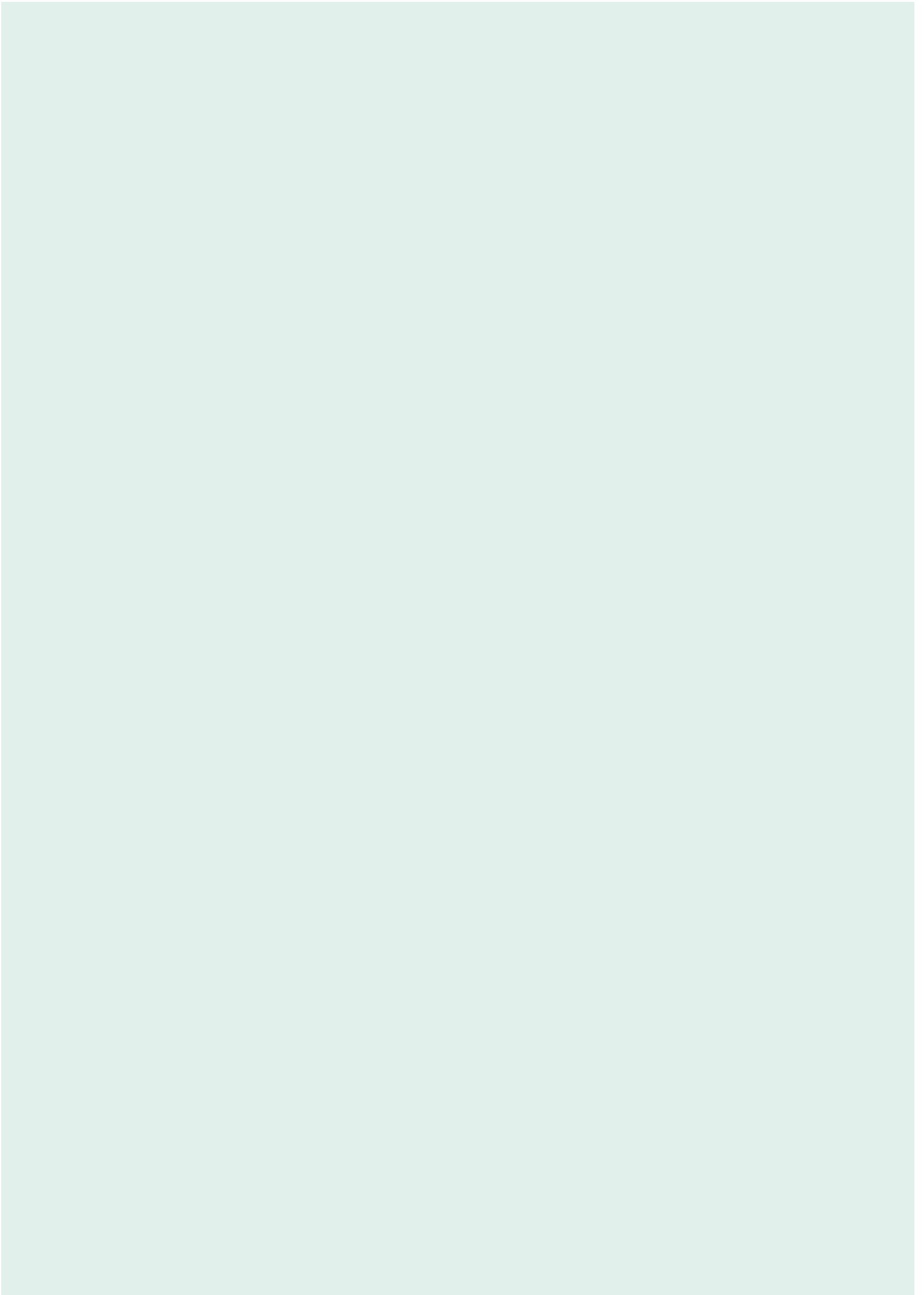
บรรณาธิการ	นพ.สมภพ แสงกิตติพิบูลย์ นพ.สุกิจ ทัศนสุนทรวงศ์	ที่ปรึกษากิจการแพทย์ ผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์
ที่ปรึกษาบรรณาธิการ	นพ.ชูฉะ มะการสาร	ที่ปรึกษางานวิชาการและงานยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์
ทีมบรรณาธิการ	ศิวาพร สังกรม, สมิตธิกร เย็นวัฒนา, บุหลัน ภูสุตสูง, ภัทธราภรณ์ สมศรี, สาวิตรี ยาหอม, ลลิตา พนาคร, ธฤตา เหล่าม่วง, ลัดดาวัลย์ ชะละจิตต์, นิจนิรันดร์ แก้วไสย์	
คณะผู้เขียน	บทที่ 1 ระบบพื้นฐานสุขภาพคนพิการ พญ.บุษกร โลหารขุน, พญ.วิชณี ธงทอง, นพ.วรภัทร์ วงษ์สวัสดิ์, พญ.วงศ์ศิริ ทวีบรรจงสิน, สาริณี แก้วสว่าง, ภัชรภรณ์ กองเกิด, ศุภพัณณ์ โสสันดา, สมจิต ธรรมสุข, มณีนันท์ ทิวทองหาร, ปุณยาวิระ อาราม, รุติมา นาคี, นายสุกฤษฎ์ ใจจำนง, พญ.ปรารถนา ชีวีวัฒน์, พญ.สมรัก ชูวานิชวงศ์, พญ.พันธุ์นาถ กิตติรัตนไพบูลย์, นพ.ปฐมนิธิ สุวรรณสมฤทธิ, พญ.วิรัชพัชร กิตติระพีพันธุ์, เพลินพิศ จันทศักดิ์, เดือนฉาย แสงรัตนายนต์, พนิดา รัตนไพโรจน์, นิรมัย คุ่มรักษา, เสาวนีย์ ภิญโญ, รัตติกาล วาเพชร, ขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ, ไอยดา อารีอัมม, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ บทที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นพ.สมชาย ไชยชนะบุรุษ, นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, นพ.ธนบูรณ์ วรกิจธำรงชัย จุฑาภรณ์ บุญธง, พิมพ์ชนก พุฒขาว, จิตาภา ตริยเจริญวงศ์ จิรณัฐ ประจันตะเสน บทที่ 3 โรคลมชัก (Epilepsy) พญ.อานาศรี ลุสสวัสดิ์, นพ.ธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, พญ. กาญจนา อ้นวงศ์, พญ.รัตนา คุณศิริานนท์, พญ.ขวัญจิตต์ หวังผลพัฒนศิริ, พญ.ปาณิสรา สุดาจันทร์, พญ.อุดา พงษ์กาญจนะ นพ.ทินนกร ยาดี นพ.ชลวิวัฒน์ ตรีพงษ์ พญ.ชนันต์ ศรีท้าวพร, นพ.อภิสิทธิ์ วัฒนวิทย์ศิริเวช, พญ.ธนาภรณ์ สมบูรณ์, นพ.ทิพากร คุ่มนาค, พญ.กาญจน์ ศรีศรากร, ธนวิทย์ ศรีพงษ์, ชลวิทย์ ใจกลม, จันทน์ทิพย์ นพพรพรม, ภัชรกร บุญรักษา บทที่ 4 โรคกระดูกหักในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน นพ.สมศักดิ์ ลิเชวงวงศ์, นพ.เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์, นพ.ชัยวัฒน์ ปิยะสกุลแก้ว, นพ.ชิตวิริ์ เจียมตน, พญ.ชานัน เมธาติลกุล, นพ.ปิยะบุตร กิตติธรรมวงศ์ บทที่ 5 การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม (Fall) นพ.สกานต์ บุนนาค, นิตติกุล ทองน่วม, สมจินต์ โฉมวัฒน์ชัย, อรพรรณ คูหา, พิมพ์นารา ดวงดี, คุณัญญา แก้วภาพ, พ.ท.หญิง ผ.ศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ บทที่ 6 โรคจุดศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-related Macular Degeneration: AMD) พญ.สุทนต์ สมบูรณ์อนันต์, นพ.วรภัทร์ วงษ์สวัสดิ์, พญ.พิริยา สุ่มสวัสดิ์, พญ.อุมาภรณ์ จิตต์วัฒนรัตน์, นพ.เอกชัย อารยางกูร, พญ.วงศ์ศิริ ทวีบรรจงสิน, พญ.วรินทร์ สมิตธิกรินทร์, พญ.กาญจน์ธิดา จันทน์วิมล บทที่ 7 การประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเฉียบพลันตามแนวทางอาชีพเวชศาสตร์ นพ.อดุลย์ บัณจุกุล, นพ.กิตติพงษ์ พนมมัย, พญ.อรพรรณ ชัยมณี, นพ.เปรมยศ เปี่ยมนิธิกุล, วรรณภา จงจิตรไพศาล, อัญชลี สงวนรักษ์, ศุภิกรณ์ คงสี, ธิดา โอมาศ, ลินจง หล้าเมือง บทที่ 8 การสืบพันธุ์ผิดปกติ พญ.ทพญ.กรรณิกา ชูเกียรติมน, ทพญ.นงวิภา พุฒิกาศ, ทพญ.รัศมี เกศสุวรรณรักษ์, ทพญ.ศศิธร ทวีเดช, ทพญ.เอศธระ ประทีปทองคำ, วัลลภา ยะประสิทธิ์ บทที่ 9 การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด (Prevention of Preterm Births) ผศ.นพ.สุศักดิ์ จันทรวงศ์, ผศ.พญ.พจณี ผดุงเกียรติวัฒนา, พญ.ลลิตา พัฒนาวินิจฉัย, พญ.พทุพพร ทองพจน์ บทที่ 10 ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances) นพ.สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, นพ.อังกูร ภัทธกร, นพ.ล้ำค่า ลักขณาภิชนชัย, นพ.อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พญ.ภัทธราภรณ์ กิรินทร์, พญ.วราภรณ์ รักษา, พญ.ธัญพร ทิพย์วงษ์, มานพ คณะโต, พูนรัตน์ สัตยกุล, รังสิยา วงศ์อุปปา, รศ.พญ.รัศมน กัลป์ยาศิริ, พุทธิพงศ์ ประสาทพรศิริโชค	
พิมพ์ครั้งที่ 1	ธันวาคม 2561 จำนวน 250 เล่ม	
ISBN	978-616-11-3891-2	
จัดทำโดย	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000	
สนับสนุนโดย	กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	

เอกสารเล่มนี้เป็นเอกสารวิชาการ ซึ่งเป็นความคิดเห็นของบรรณาธิการและคณะผู้เขียน
 ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง



(การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition : Volume 1







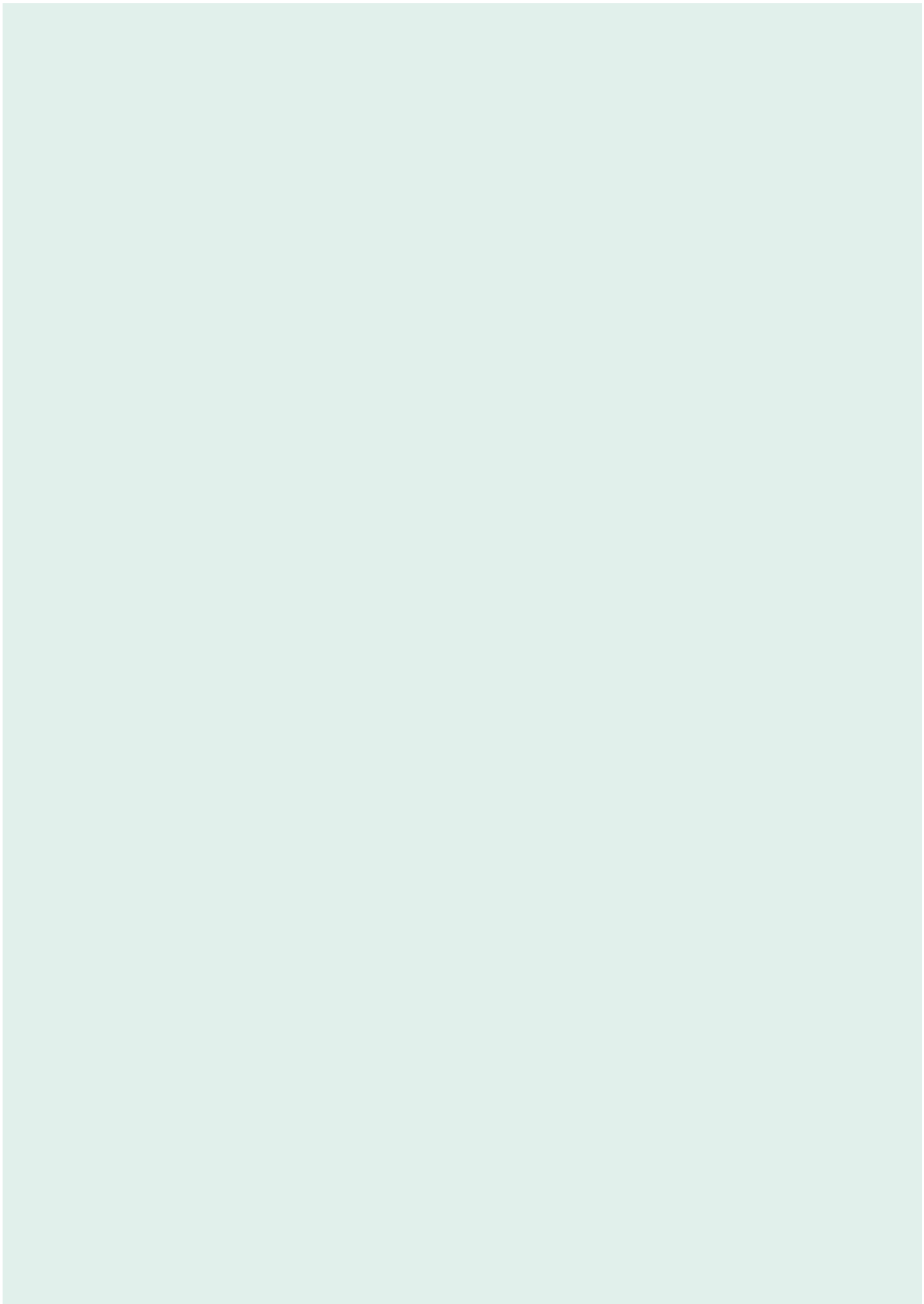
คำนำ

หนังสือ Thailand Medical Services Profile 2015 - 2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition ได้ดำเนินการศึกษารวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านวิชาการแพทย์และประเด็นสาขาโรคต่าง ๆ จำนวน 20 โรค ซึ่งใน Edition แรกเมื่อปี 2557 ได้ดำเนินการ 17 โรค และในปี 2559 ได้จัดทำ Edition 1.5 ขึ้นมาเป็นฉบับย่อและเพิ่มเติม โดยการดำเนินงานของหนังสือ TMSP ที่ผ่านมา เป็นสิ่งที่สะท้อนบทบาทของกรมการแพทย์ในฐานะเป็นกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ที่เห็นความสำคัญในการพัฒนาสารสนเทศทางการแพทย์ ดำเนินการจัดทำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถอ้างอิงทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งขอบเขตและเนื้อหาของหนังสือ TMSP นี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการวางแผนการดำเนินงานด้านวิชาการได้ เนื้อหาในหนังสือเป็นการได้มาซึ่งข้อมูลหลายรูปแบบ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านและสามารถนำไปใช้ได้จริง

คณะผู้จัดทำได้จัดทำรูปแบบของหนังสือเป็น 2 เล่ม โดยขอบเขตของเนื้อหาแต่ละโรคไม่แตกต่างกัน ประกอบเป็นชุดเพื่อความสะดวกในการอ่านและค้นคว้า ต้องขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำหนังสือ TMSP เป็นอย่างดี จนสามารถรวบรวมตีพิมพ์และเผยแพร่ได้ในที่สุด และหวังว่าหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2015 - 2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition นี้ จะได้รับการตอบรับอย่างดีเช่นที่ผ่านมา

คณะผู้จัดทำ







เมื่อครั้งที่ผมได้ทราบว่าต้องมาปฏิบัติหน้าที่อธิบดีกรมการแพทย์ ช่วงปลายปี 2560 ผมรู้สึกภูมิใจและเป็นความท้าทายในการทำงาน ที่จะต้องทำงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มากด้วยความรู้ ความสามารถ และเนื่องด้วยเป็นกรมวิชาการที่ต้องดูแลกำกับกับการแพทย์ของประเทศ การพัฒนานโยบายทางการแพทย์ที่มาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence based) จึงเป็นหัวใจสำคัญในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

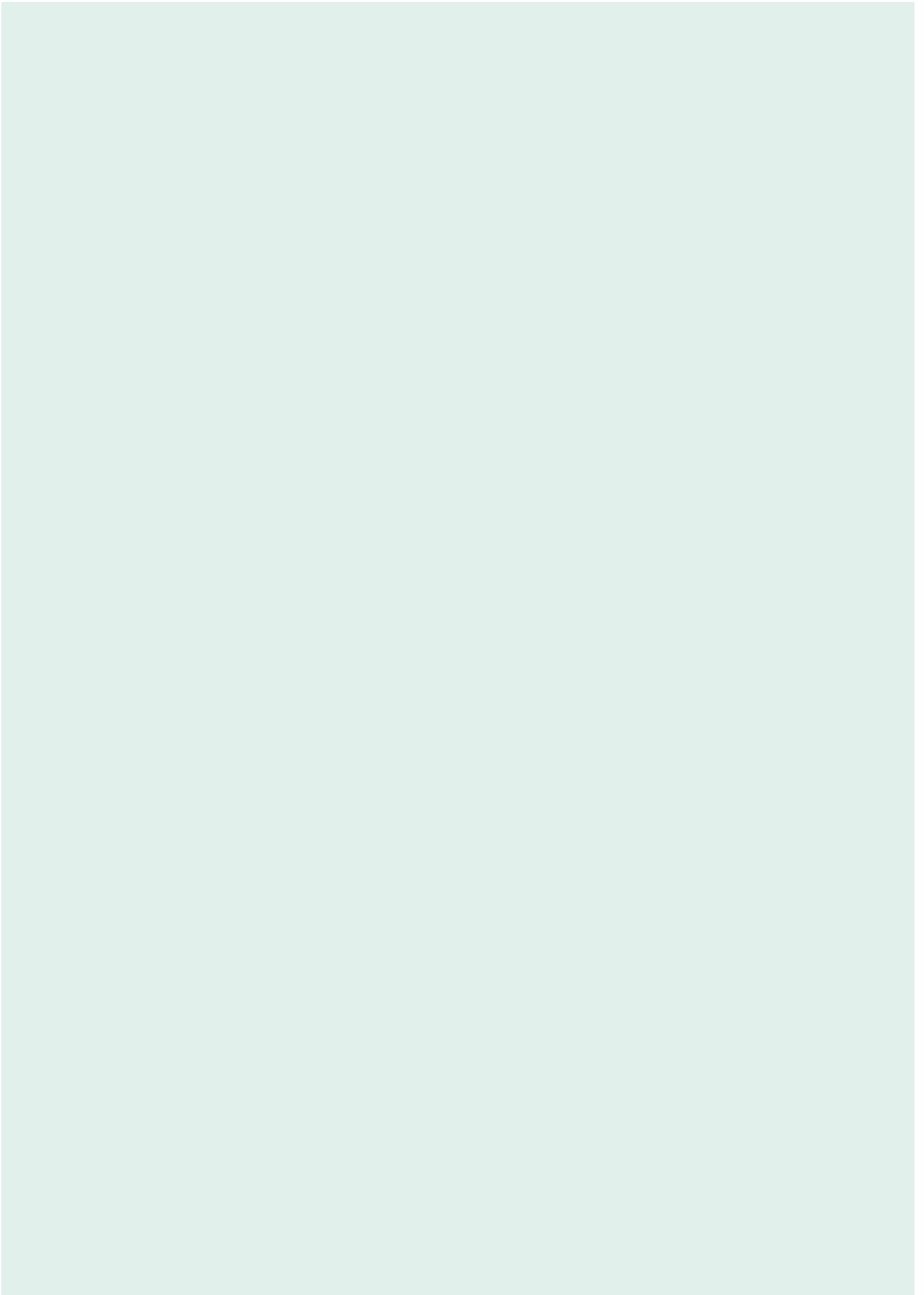
ผมได้ทราบถึงผลงานในการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2011 - 2014 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗) First Edition และได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และองค์ประกอบโครงสร้างของเนื้อหาว่าเป็นหนังสือที่จะรวบรวมสถานการณ์ข้อมูลวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการแพทย์ของประเทศ เมื่อสำนักวิชาการแพทย์ได้เสนอให้มีการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2015 - 2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑) Second Edition จึงเห็นด้วยและได้สนับสนุนในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ยิ่งขึ้นเพราะเล็งเห็นความสำคัญในประเด็นการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ที่ต้องอาศัยข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการเป็นหลักเพื่อส่งเสริมให้เกิดกลไกการพัฒนาที่น่าเชื่อถือบนข้อมูลเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับบทบาทภารกิจของกรมการแพทย์ในด้านวิชาการที่ต้องการให้เกิดองค์ความรู้และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ให้มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

ผมขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง นักวิชาการจากหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกรมการแพทย์ คณะทำงาน ที่ทุ่มเททั้งความรู้ ความสามารถ เวลา และความมุ่งมั่นจัดทำหนังสือเล่มนี้ จนสำเร็จลุล่วงตามเจตนารมณ์ เป็นโอกาสในการทำงานที่ดีที่จะเกิดความร่วมมือของหลายภาคส่วนในการขับเคลื่อนกระบวนการอ้างอิงเชิงนโยบายที่สมคุณค่าเพื่อให้ประชาชนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

นายแพทย์สมศักดิ์ อรรถศิลป์

อธิบดีกรมการแพทย์

ธันวาคม 2561



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	I
คำนิยาม	II
บทนำ	III
สารบัญตาราง	IV
สารบัญภาพ	V
บทที่ 1 ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	1-1
บทที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	2-1
บทที่ 3 โรคลมชัก (Epilepsy)	3-1
บทที่ 4 โรคกระดูกหักในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน	4-1
บทที่ 5 การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม (Fall)	5-1
บทที่ 6 โรคจุดศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-related Macular Degeneration: AMD)	6-1
บทที่ 7 การประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเฉียบพลัน ตามแนวทางเวชศาสตร์	7-1
บทที่ 8 การสับฟันผิดปกติ	8-1
บทที่ 9 การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Prevention of Preterm Births)	9-1
บทที่ 10 ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances)	10-1
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือ	i



สารบัญตาราง

	หน้า
บทที่ 1 ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	
ตารางที่ 1.1 อันดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย ปี 2557 จำแนกตามเพศและสาเหตุ	1-9
ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์	1-15
ตารางที่ 1.3 รายการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	1-18
ตารางที่ 1.4 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต หรือผู้ป่วยโรคจิตสะสม จำแนกตามเขตสุขภาพ	1-18
ตารางที่ 1.5 งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557-2559	1-19
ตารางที่ 1.6 สถานการณ์การให้บริการนั้งคนพิการในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1-21
ตารางที่ 1.7 รูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในประเทศไทย	1-22
ตารางที่ 1.8 แผนพัฒนาเน้นการขับเคลื่อนด้านนโยบาย ด้านบุคลากร และรูปแบบบริการ	1-24
บทที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	
ตารางที่ 2.1 Five leading causes of death (all age) as a proportion of all deaths, 2014, Thailand	2-1
ตารางที่ 2.2 Five leading causes of Disability-Adjusted Life Years (DALYs) loss, 2014, Thailand	2-2
ตารางที่ 2.3 ความชุกโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ) จำแนกตามอายุและเพศ	2-3
ตารางที่ 2.4 ความชุกโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ) จำแนกตามพื้นที่	2-4
ตารางที่ 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคหลอดเลือดสมอง (prevalent stroke)	2-6
ตารางที่ 2.6 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรและปัจจัยเสี่ยงระหว่างเพศในอาสาสมัครที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 19,621 คน	2-7
ตารางที่ 2.7 Sensitivity, specificity, predictive value and distance in the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve of BMI cutoffs for identifying subjects with at least one cardiovascular risk factor	2-9
ตารางที่ 2.8 Sensitivity, specificity, predictive value and distance in the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve of WC cutoffs for identifying subjects with at least one cardiovascular risk factor	2-9
ตารางที่ 2.9 ปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ10) ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปี	2-10
ตารางที่ 2.10 ตัวชี้วัดคุณภาพ stroke service ระดับสากล	2-17
ตารางที่ 2.11 ร้อยละของการบริการโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามเขตสุขภาพ และประเภทโรงพยาบาล ปี 2561	2-19
ตารางที่ 2.12 การกระจายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ และอายุรศาสตร์ จำแนกตามภาคและเขตสุขภาพ ปี 2560	2-20
ตารางที่ 2.13 จำนวนสัดส่วน CT Scan และ MRI จำแนกตามภาคและเขตสุขภาพ ปี 2560	2-21
ตารางที่ 2.14 เป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปี 2561	2-22



สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ต่อ)	
ตารางที่ 2.15 จำนวนหน่วยงานเครือข่ายที่เข้าร่วมเครือข่ายจัดทำฐานข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและปีงบประมาณ	2-24
ตารางที่ 2.16 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการบันทึกข้อมูล ของโรงพยาบาลเครือข่ายจำแนกตามปีงบประมาณ	2-24
ตารางที่ 2.17 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปีงบประมาณ 2558-2560	2-26
ตารางที่ 2.18 ร้อยละความสำเร็จตามเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปีงบประมาณ 2558-2560	2-28
ตารางที่ 2.19 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2558-2560	2-31
บทที่ 3 โรคลมชัก (Epilepsy)	
ตารางที่ 3.1 ความชุกของโรคลมชักในประเทศแถบเอเชีย	3-2
ตารางที่ 3.2 ความชุกจำแนกตามช่วงอายุ	3-3
ตารางที่ 3.3 อันดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย ปี 2557 จำแนกตามเพศและสาเหตุ	3-4
ตารางที่ 3.4 อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย อายุ 15-29 ปี 2557 จำแนกตามเพศและสาเหตุ	3-5
ตารางที่ 3.5 การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในแต่ละระดับและศักยภาพของโรงพยาบาล	3-8
ตารางที่ 3.6 ศักยภาพทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ	3-14
ตารางที่ 3.7 ตัวชี้วัดสถาบันประสาทวิทยาแยกตามระดับต่างๆ	3-14
ตารางที่ 3.8 ข้อมูลศูนย์ผ่าตัดโรคลมชัก 5 สถาบัน	3-15
ตารางที่ 3.9 ผลลัพธ์เทียบเคียงกับข้อมูลในต่างประเทศ (Singapore, ASIA, USA EUR SUA ASIA)	3-15
ตารางที่ 3.10 ผลลัพธ์เทียบเคียงกับข้อมูลในต่างประเทศ (Singapore, ASIA)	3-16
บทที่ 4 โรคกระดูกหักในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน	
ตารางที่ 4.1 WHO classification for diagnosis of osteoporosis using BMD measurement	4-10
ตารางที่ 4.2 การตรวจ Common secondary cause of osteoporosis	4-11
ตารางที่ 4.3 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหักสำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน	4-12
ตารางที่ 4.4 อัตราการเกิดกระดูกหักซ้ำหลังการผ่าตัดรักษา 1 ปี ในโครงการรู้ทัน...กันหักซ้ำ	4-12
บทที่ 5 การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม (Fall)	5-1
ตารางที่ 5.1 ความชุกของภาวะหกล้ม	5-2
ตารางที่ 5.2 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้ม	5-2
ตารางที่ 5.3 แนวทางการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ	5-8
บทที่ 6 โรคจุดศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-related Macular Degeneration: AMD)	6-1
ตารางที่ 6.1 อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป ปี 2557 จำแนกตามเพศ และสาเหตุ	6-3
ตารางที่ 6.2 Age-Related Eye Disease Study 2 Recommendation for Nutritional Supplementation	6-4
ตารางที่ 6.3 ปัญหา สถานการณ์ และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับโรคจุดศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อม ในผู้สูงอายุ (Age-related Macular Degeneration: AMD)	6-8



สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 7 การประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเฉียบพลันตามแนวทางอาชีวเวชศาสตร์	
ตารางที่ 7.1 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการกลับเข้าทำงานจากการหยุดงานของผู้ป่วย มีอาการปวดหลังส่วนล่าง	7-6
ตารางที่ 7.2 จำนวนแพทย์ตามประเภทต่อประชากรวัยทำงาน 100,000 คน ตามเขตสุขภาพ	7-9
บทที่ 8 การสับฟันผิดปกติ	
ตารางที่ 8.1 ข้อมูลทางทันตกรรมในระดับประเทศของประเทศไทย (รวบรวมถึงปี พ.ศ. 2557)	8-2
ตารางที่ 8.2 ข้อมูลทางทันตกรรมของประเทศไทยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น (รวบรวมถึงปี พ.ศ. 2559)	8-2
ตารางที่ 8.3 What is the value of orthodontic treatment? The University of Sheffield (2015)	8-5
ตารางที่ 8.4 Prevalence of Malocclusion based on race	8-6
ตารางที่ 8.5 ร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในด้านต่างๆ ในเด็กอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต	8-8
ตารางที่ 8.6 ร้อยละชนิดของข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ต้องการในเด็กอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต	8-8
ตารางที่ 8.7 ร้อยละความต้องการรับบริการด้านทันตกรรมในด้านต่างๆ ในเด็กอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต	8-9
ตารางที่ 8.8 ดัชนีของการสับฟัน (Occlusal index) ชนิดต่างๆ	8-10
ตารางที่ 8.9 Causes of dentofacial anomalies and malocclusion	8-12
ตารางที่ 8.10 strategies for the prevention and treatment of dentofacial anomalies and malocclusion	8-13
ตารางที่ 8.11 ร้อยละของ TDI ในกลุ่มเด็ก 11-13 ปี แบ่งตามลักษณะกิจกรรมการเกิดอุบัติเหตุ และแบ่งตามลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ	8-15
ตารางที่ 8.12 Prevalence of perceived conditions causing oral impacts and condition-specific-impact scores (CS-impact score) of 12- and 15-year-old Thai children	8-17
ตารางที่ 8.13 ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของผลกระทบโดยรวมแบบเจาะจงสภาวะที่มาจากโรค ทางช่องปากของกลุ่มตัวอย่างอายุ 12 ปี (จำนวน 1,196 คน)	8-18
ตารางที่ 8.14 ร้อยละของผลกระทบโดยรวมแบบเจาะจงสภาวะแยกตามกิจกรรมในกลุ่มอายุ 12 ปี	8-18
ตารางที่ 8.15 ร้อยละของสถานบริการที่ต้องการไปรับบริการจัดฟัน ในเด็กอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต	8-28
ตารางที่ 8.16 ร้อยละของช่องทางที่ต้องการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 12 ปี จำแนกตามภาคและเขต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	8-28
ตารางที่ 8.17 ร้อยละช่องทางที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	8-28
ตารางที่ 8.18 ร้อยละการรับรู้สวัสดิการสุขภาพที่มีในเด็กอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	8-30
ตารางที่ 8.19 สวัสดิการบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐประเทศไทย ปีงบประมาณ 2559	8-31
ตารางที่ 8.20 จำนวนผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม และทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรม ปี พ.ศ. 2560	8-39
ตารางที่ 8.21 การกระจายตัวของทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมจัดฟัน ศัลยศาสตร์ และแม็กซิลโลเฟเชียล	8-39



สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 8 การสพพันผิตปกติ (ต่อ)	
ตารางที่ 8.22 ข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีขั้นสูงของทันตกรรมเปรียบเทียบระหว่างภาครัฐและเอกชน	8-41
ตารางที่ 8.23 กิจกรรมที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของงานสุขภาพช่องปากของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ	8-41
ตารางที่ 8.24 เป้าหมาย/ สถานการณ์ปัจจุบัน/ แผนการพัฒนาสาขาสุขภาพช่องปาก	8-42
ตารางที่ 8.25 ระยะเวลารอคอยการรับบริการทันตกรรม จำแนกตามลักษณะงานคิวรอคอยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปปี 2560	8-43
ตารางที่ 8.26 Top 14 Medical tourist destinations by volume of care	8-43
ตารางที่ 8.27 ประเภทของบริการทันตทันตกรรมในเมืองพัทยาของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ	8-44
บทที่ 9 การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Prevention of Preterm Births)	
ตารางที่ 9.1 ปัจจัยเสี่ยงที่พบว่าสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด	9-3
ตารางที่ 9.2 โอกาสของการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ถัดไปในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน	9-5
ตารางที่ 9.3 โอกาสของการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่ 3 ในสตรีตั้งครรภ์ที่เคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน	9-5
ตารางที่ 9.4 ประสิทธิภาพการใช้ยาโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	9-8
ตารางที่ 9.5 คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สารโปรเจสเตอโรนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจากองค์กรต่างๆ	9-9
ตารางที่ 9.6 ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกที่มีการใช้บ่อย	9-14
ตารางที่ 9.7 งานวิจัยหลักของการใช้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตป้องกันระบบประสาท	9-17
ตารางที่ 9.8 ประเด็นหลักในแง่คุณภาพการบริการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง	9-23
บทที่ 10 ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances)	
ตารางที่ 10.1 จำนวนประชากรที่ใช้สารเสพติดและความชุก (ต่อ 1,000 ประชากร)	10-4
ตารางที่ 10.2 ความชุกของการใช้ยาผิดแบบแผนและ NPS	10-5
ตารางที่ 10.3 ความชุกของสารกระตุ้น (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ	10-7
ตารางที่ 10.4 ความชุกของกลุ่มฝิ่น (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ	10-9
ตารางที่ 10.5 ความชุกของกัญชา (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ	10-10
ตารางที่ 10.6 ความชุกของกระท่อม (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ	10-12
ตารางที่ 10.7 ความชุกของโคเคน (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ	10-13
ตารางที่ 10.8 ความชุกของสารหลอนประสาท (ต่อ 1,000 ประชากร) ตามช่วงอายุ	10-14
ตารางที่ 10.9 พฤติกรรมการบริโภคสารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือศึกษาในปี 2559	10-17
ตารางที่ 10.10 พฤติกรรมการใช้สุรายาสูบสารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาในภาคใต้ปี 2558	10-18
ตารางที่ 10.11 Mortality: Death cause by alcohol and drug use disorder by sex, all age 2000 and 2015	10-20
ตารางที่ 10.12 Global percentages of disease burden (%of total DALY,YLL,YLD) cause by alcohol and drug use disorder by sex , a 2000 and 2015	10-22



สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 10 ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances) (ต่อ)	
ตารางที่ 10.13 DALY, YLL, YLD ของสารเสพติดแยกตามชนิดปี 2557	10-24
ตารางที่ 10.14 ต้นทุนเฉลี่ยต่อการให้การบำบัดรักษายาเสพติดต่อราย	10-27
ตารางที่ 10.15 ต้นทุนการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและบังคับบำบัด จำแนกตามสารเสพติด	10-27
ตารางที่ 10.16 วิธีการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมบำบัด	10-28
ตารางที่ 10.17 ความครอบคลุมการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	10-34
ตารางที่ 10.18 จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชและสารเสพติดตามเขตบริการ	10-37
ตารางที่ 10.19 จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชและสารเสพติดตามเขตบริการ (อัตราต่อ 100,000 ประชากร)	10-38
ตารางที่ 10.20 The mental health personnel in Thailand, comparing to parts of the world	10-38
ตารางที่ 10.21 การเปลี่ยนแปลงรายงานระบบ บสต.	10-42
ตารางที่ 10.22 ระยะเวลาบำบัดและติดตาม แยกตามรูปแบบการบำบัด	10-42
ตารางที่ 10.23 สรุบทกำหนดโทษเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ	10-55
ตารางที่ 10.24 บทเรียนรู้ของการวิจัยที่ผ่านมา	10-60



สารบัญภาพ

	หน้า
บทที่ 1 ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	
ภาพที่ 1.1 องค์ประกอบทางสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรค	1-1
ภาพที่ 1.2 พีรามิดโครงสร้างประชากรไทย ตั้งแต่ ปี 1960-2030	1-2
ภาพที่ 1.3 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามความพิการ ปี 2560	1-3
ภาพที่ 1.4 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค ปี 2560	1-4
ภาพที่ 1.5 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วย และการได้รับเครื่องช่วย ปี 2560	1-4
ภาพที่ 1.6 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการจดทะเบียนคนพิการ	1-5
เหตุผลที่ไม่จดทะเบียนและการได้รับเงินสวัสดิการคนพิการ ปี 2560	
ภาพที่ 1.7 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ หรือสวัสดิการจากรัฐ ปี 2560	1-5
ภาพที่ 1.8 สถานการณ์คนพิการในประเทศ จำแนกตามเพศ พื้นที่ภูมิภาค และประเภทความพิการ	1-6
ภาพที่ 1.9 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย	1-8
จำแนกตามเพศ ปี 2557	
ภาพที่ 1.10 อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จำแนกตามเพศ	1-8
อายุ และสาเหตุหลัก ปี 2557	
ภาพที่ 1.11 การเปรียบเทียบผลการศึกษาศูนย์สูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย	1-10
ระหว่างปี 2552 กับปี 2557	
ภาพที่ 1.12 รายละเอียดงบประมาณรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามสิทธิประโยชน์	1-10
ของประชากรไทย 3 กองทุน	
ภาพที่ 1.13 องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (CBR Matrix)	1-11
ภาพที่ 1.14 The WHO Health System Framework	1-14
บทที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	
ภาพที่ 2.1 อัตราตาย (ต่อ 100,000 ประชากร) จากโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10; I60-69)	2-2
ปี 2555-2559	
ภาพที่ 2.2 ความชุกโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ) จำแนกตามอายุและเพศ	2-4
ภาพที่ 2.3 ความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ) จำแนกตามพื้นที่ ระหว่างปีที่ทำการศึกษา	2-5
(ช่วงปี 2547-2549 กับช่วงปี 2537-2539)	
ภาพที่ 2.4 ความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ 100 ประชากร) ในประเทศต่างๆ	2-5
ภาพที่ 2.5 แสดงภาพ (Cerebral Angiogram; A) โดยการฉีดสีหลอดเลือด Left ICA พบว่ามี การอุดตัน	2-12
ของหลอดเลือดสมองส่วน (Left Proximal MCA เนื่องจากมีลิ่มเลือดอุดตัน; B) แสดง	
ภาพการฉีดสีหลอดเลือดของ Left ICA ภายหลังจากการรักษาด้วยสายสวนหลอดเลือด	
สมองโดยใช้ตาข่ายขดลวด Stent Retriever Stent พบว่าสามารถเปิดหลอดเลือด	
Left Proximal MCA ได้สมบูรณ์ (TICI3) เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อสมองซีก	
ซ้ายได้ปกติ	
ภาพที่ 2.6 แสดงลิ่มเลือดขนาดใหญ่ที่ติดอยู่กับตาข่ายขดลวดภายหลังการทำการรักษาผู้ป่วย	2-12
ด้วยสายสวนหลอดเลือดสมอง	
ภาพที่ 2.7 แสดงการรักษาผู้ป่วยในห้องรังสีร่วมรักษาแบบประสาท (neurointervention room)	2-13



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ต่อ)	
ภาพที่ 2.8 ผลการเปรียบเทียบของการเปิดหลอดเลือดในสมองโดยการนำลิ่มเลือดออกด้วยสายสวน (Recanalization TICI 2b, 3) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันจากการศึกษาระหว่าง MR CLEAN กับผลการรักษาของสถาบันประสาทวิทยา (PNI)	2-14
ภาพที่ 2.9 ผลการเปรียบเทียบของผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันด้วยสายสวนหลอดเลือดที่กลับมามีอาการปกติหรือมีอาการใกล้เคียงปกติ ซึ่งติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการรักษาด้วยสายสวน (โดยใช้ mRS 0-2) จากการศึกษาระหว่าง MR CLEAN กับผลการรักษาของสถาบันประสาทวิทยา (PNI)	2-14
ภาพที่ 2.10 ระดับคุณภาพตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของโรงพยาบาลเครือข่าย ปีงบประมาณ 2560	2-32
ภาพที่ 2.11 ตำแหน่งเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25, 50 และ 75 ของระดับคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของโรงพยาบาลเครือข่าย ปีงบประมาณ 2560	2-32
ภาพที่ 2.12 จำนวนผู้ป่วย (คน) โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย	2-36
ภาพที่ 2.13 อัตราตาย (ร้อยละ) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล	2-36
ภาพที่ 2.14 อัตราตาย (ร้อยละ) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในโรงพยาบาล	2-37
ภาพที่ 2.15 ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	2-37
ภาพที่ 2.16 ร้อยละการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง	2-38
ภาพที่ 2.17 อัตรา (ร้อยละ) และชนิดของโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกรายปี	2-38
ภาพที่ 2.18 อัตรา (ร้อยละ) และชนิดของโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกรายโรคแทรกซ้อน	2-39
ภาพที่ 2.19 จำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการ Stroke Fast Track ของโรงพยาบาลเครือข่าย	2-39
ภาพที่ 2.20 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพประกาศนียบัตร Stroke Unit จากสถาบันประสาทวิทยา	2-40
ภาพที่ 2.21 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพประกาศนียบัตรศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน	2-40
ภาพที่ 2.22 ร้อยละการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมง	2-41
ภาพที่ 2.23 Modified Ranking Scale for Neurologic Disability	2-41
ภาพที่ 2.24 ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจำแนกตาม mRS ปีงบประมาณ 2560	2-42
ภาพที่ 2.25 ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจำแนกตาม mRS ปีงบประมาณ 2561	2-42
บทที่ 3 โรคลมชัก (Epilepsy)	
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยลมชักก่อนพบแพทย์	3-12
ภาพที่ 3.2 ปัญหาการใช้ยาที่พบตรงจุดให้คำปรึกษาการใช้ยาก่อนผู้ป่วยพบแพทย์ในคลินิกลมชัก ปีงบประมาณ 2559	3-13



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 โรคกระดูกหักในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน	
ภาพที่ 4.1 แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุ	4-2
ภาพที่ 4.2 การจำแนกลักษณะของปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (care gap)	4-5
ภาพที่ 4.3 เปรียบเทียบระหว่างการรักษาเดิมและการคาดการณ์หากดำเนินการทำ FLS	4-6
ภาพที่ 4.4 แผนภูมิ Fracture Liaison Service (FLS)	4-7
ภาพที่ 4.5 แผนภูมิการปฏิบัติงานของ Fracture Liaison Service (FLS)	4-7
ภาพที่ 4.6 สหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	4-8
ภาพที่ 4.7 การคำนวณ FRAX	4-10
ภาพที่ 4.8 แบบฟอร์มกลาง Thailand FLS National Registry (หน้าที่ 1)	4-13
ภาพที่ 4.9 แบบฟอร์มกลาง Thailand FLS National Registry (หน้าที่ 2)	4-14
ภาพที่ 4.10 QR code เครือข่าย Thailand FLS	4-15
บทที่ 5 การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม (Fall)	
ภาพที่ 5.1 อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อ 100,000 ประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2551-2559	5-4
ภาพที่ 5.2 อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อ 100,000 ประชากร ผู้สูงอายุ จำแนกตามเขตสุขภาพ ปี 2557	5-5
ภาพที่ 5.3 จำนวนผู้บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ ปี 2554-2558	5-6
ภาพที่ 5.4 ร้อยละของสาเหตุการพลัดตกหกล้มของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี 2558	5-6
ภาพที่ 5.5 ระบบบริการของภาวะหกล้ม	5-7
ภาพที่ 5.6 แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มระดับปฐมภูมิ	5-8
ภาพที่ 5.7 แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ	5-9
ภาพที่ 5.8 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะหกล้ม	5-13
บทที่ 6 โรคจุดศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-related Macular Degeneration: AMD)	
ภาพที่ 6.1 สัดส่วนของประชากรพิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก ปี 2550 และ ปี 2555	6-2
ภาพที่ 6.2 Cost-effectiveness ในช่วงระยะเวลา 20 ปี ของการรักษาผู้ที่มีโรคจุดศูนย์กลางจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการฉีดยาเข้าวันตาด้วยวิธีต่างๆ	6-5
บทที่ 7 การประเมินเพื่อการกลับเข้าทำงานสำหรับผู้ป่วยโรคปวดหลังเฉียบพลัน	
ตามแนวทางอาชีพเวชศาสตร์	
ภาพที่ 7.1 โอกาสในการกลับเข้าทำงานเมื่อเทียบกับวันที่ลาหยุดงาน	7-1
ภาพที่ 7.2 จำนวนวันที่หยุดเทียบกับสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถกลับเข้าทำงานได้	7-1
ภาพที่ 7.3 โรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานเนื่องจากการทำงาน สูงสุด 5 อันดับแรกปี 2556-2560	7-3
ภาพที่ 7.4 การทำการกลับเข้าทำงานในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเฉียบพลัน	7-7
ภาพที่ 7.5 application NRH map บน ipad	7-14
ภาพที่ 7.6 แบบรายงาน รง 506/2	7-19



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 8 การสพฟันผิตปกติ	
ภาพที่ 8.1 โครงสร้างของบทความและแหล่งข้อมูลในหนังสือเล่มแรก	8-1
ภาพที่ 8.2 เป้าหมายหลักของ Global goals for oral health 2020	8-3
ภาพที่ 8.3 ความสัมพันธ์ของโรคและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกัน	8-3
ภาพที่ 8.4 ความสัมพันธ์ของโรคและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกัน และวัตถุประสงค์การรักษาฟันผิตปกติ	8-5
ภาพที่ 8.5 classification of malocclusion severity: National Health and Nutrition Estimates Survey III 1989-1994	8-6
ภาพที่ 8.6 ความต้องการจัดฟัน (Orthodontic treatment need by age) ในสหราชอาณาจักร (source: UK Child Dental Health Survey 2003)	8-7
ภาพที่ 8.7 ร้อยละของผลกระทบโดยรวมแบบเจาะจงสภาวะที่มาจากโรคทางช่องปากของกลุ่มตัวอย่างอายุ 12 ปี เปรียบเทียบตามการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 6-8	8-11
ภาพที่ 8.8 จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองได้เข้าร่วมโครงการ THIP	8-23
ภาพที่ 8.9 ชุดข้อมูลมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับทันตกรรม	8-24
ภาพที่ 8.10 โครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐานเพื่อการส่งต่อ	8-24
ภาพที่ 8.11 Digital Dentistry ซึ่งเป็นแนวทางในการให้บริการทางด้านทันตกรรมในยุคอนาคต	8-26
ภาพที่ 8.12 ร้อยละสถานที่ให้บริการทันตกรรม ปี พ.ศ. 2558	8-29
ภาพที่ 8.13 อัตราการใช้สิทธิที่มี เมื่อใช้บริการสุขภาพช่องปาก	8-30
ภาพที่ 8.14 อัตราการใช้สิทธิที่มี เมื่อใช้บริการสุขภาพช่องปากครั้งล่าสุด (หน่วย: คน/100 ประชากร)	8-32
ภาพที่ 8.15 Challenges for Measurement in Dentistry-Quality Measurement in Dentistry: A Guidebook	8-33
ภาพที่ 8.16 Classification of measures developed by the National Quality Measures Clearinghouse (NQMC)	8-34
ภาพที่ 8.17 Six important aims for quality improvement	8-35
ภาพที่ 8.18 จำนวนทันตบุคลากรทั่วประเทศ พ.ศ. 2547-2558 (รวมภาคเอกชน) ข้อมูลจากกรมอนามัย 2558	8-37
ภาพที่ 8.19 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร พ.ศ. 2545-2558 ข้อมูลจากกรมอนามัย 2558	8-37
ภาพที่ 8.20 สัดส่วนร้อยละของทันตแพทย์ทั้งประเทศ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2545-2558 ข้อมูลจากกรมอนามัย 2558	8-37
ภาพที่ 8.21 สัดส่วนผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ของทันตแพทย์ จากเว็บไซต์ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ณ วันที่ 30 มิ.ย. 2560	8-38
ภาพที่ 8.22 รายละเอียดของสาขาทันตกรรมจัดฟัน สาขาศัลยศาสตร์และแม็กซิลโลเฟเชียล	8-38
ภาพที่ 8.23 คลินิกทันตกรรมภาคเอกชนรวมทั้งประเทศ	8-40
ภาพที่ 8.24 คลินิกทันตกรรมภาคเอกชนที่มีการจัดฟัน	8-40
ภาพที่ 8.25 บทความ Dental tourism โดยสำนักการประชาสัมพันธ์ต่างประเทศของไทย	8-44
ภาพที่ 8.26 แนวโน้มทันตกรรมในอีก 5 ปี ข้างหน้า วิฤต หรือ โอกาส?	8-45



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 9 การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Prevention of Preterm Births)	
ภาพที่ 9.1 ประมาณการอัตราการคลอดก่อนกำหนดในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในปี 2010	9-2
ภาพที่ 9.2 การใช้ห่วงครอบปากมดลูก ชนิด Arabin® pessary	9-11
ภาพที่ 9.3 แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะในช่วงคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ GBS ระยะแรก (ในกรณีที่มีการติดเชื้อเยื่อหุ้มและถุงน้ำคร่ำต้องให้ยาปฏิชีวนะกว้าง รวมการป้องกัน GBS ด้วย) ค่าย่อ IV: intravenous (การให้ยาผ่านทางหลอดเลือดดำ)	9-17
ภาพที่ 9.4 แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวด้วยสารโปรเจสเตอโรนของโรงพยาบาลราชวิถี	9-32
บทที่ 10 ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances)	
ภาพที่ 10.1 แนวโน้มผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดช่วงปี 2520-2560	10-2
ภาพที่ 10.2 อุปสงค์และอุปทานยาเสพติดช่วงปี 2550-2560	10-4
ภาพที่ 10.3 ชนิดยาเสพติดที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560	10-5
ภาพที่ 10.4 ATS ที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560	10-6
ภาพที่ 10.5 กลุ่มฝิ่นที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560	10-8
ภาพที่ 10.6 กลุ่มกัญชาที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560	10-10
ภาพที่ 10.7 กระท่อมที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560	10-11
ภาพที่ 10.8 โคเคนที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560	10-12
ภาพที่ 10.9 สารหลอนประสาทที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560	10-13
ภาพที่ 10.10 สารกลุ่มอื่นๆ ที่แพร่ระบาดช่วงปี 2550-2560	10-15
ภาพที่ 10.11 ความชุกของบุหรี่ยาและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วงปี 2550-2560	10-15
ภาพที่ 10.12 Death cause by alcohol and drug use disorder by age by sex	10-21
ภาพที่ 10.13 Distribution of deaths (%) caused by different type of drugs use disorder	10-21
ภาพที่ 10.14 Distribution of DALY due to alcohol use disorders by age and sex	10-22
ภาพที่ 10.15 Distribution of YLL due to alcohol use disorders by age and sex	10-23
ภาพที่ 10.16 Distribution of DALY by age and sex drug use disorders	10-23
ภาพที่ 10.17 Distribution of YLL by age and sex drug use disorders	10-24
ภาพที่ 10.18 ข้อมูลประมาณการผู้เข้ายาเสพติดและผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษา	10-30
ภาพที่ 10.19 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาจำแนกรายปี	10-30
ภาพที่ 10.20 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2552-2561 จำแนกตามเพศ	10-31
ภาพที่ 10.21 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วประเทศ ปี 2552-2561 จำแนกตามอายุ	10-31
ภาพที่ 10.22 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2552-2561 จำแนกตามระดับการเสพติดระดับการเสพติด	10-32
ภาพที่ 10.23 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2552-2561 จำแนกตามอาชีพ	10-32
ภาพที่ 10.24 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2552-2561 จำแนกตามประเภทสารเสพติด	10-33



สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 10 ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances) (ต่อ)	
ภาพที่ 10.25 ผลการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบสมัครใจ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555-2560	10-37
ภาพที่ 10.26 จำนวนแพทย์/พยาบาลที่ผ่านการอบรม หลักสูตรเฉพาะทางยาเสพติด จำแนกรายเขตสุขภาพ	10-39
ภาพที่ 10.27 ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพเปรียบเทียบกับร้อยละโรงพยาบาล ที่ผ่านการรับรองและคงสภาพอยู่จำแนกตามรายเขตสุขภาพ ปี 2561	10-40
ภาพที่ 10.28 ผลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด	10-40
ภาพที่ 10.29 ผลการติดตามจำแนกตามระบบ	10-43
ภาพที่ 10.30 จำแนกตามครั้งที่ติดตามของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดระบบสมัครใจ	10-43
ภาพที่ 10.31 จำแนกตามครั้งที่ติดตามของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดระบบ 108	10-44
ภาพที่ 10.32 จำแนกตามครั้งที่ติดตามของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดระบบบังคับบำบัด	10-45
ภาพที่ 10.33 ผลการให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด	10-45
ภาพที่ 10.34 แผนพัฒนาระบบบริการด้านยาเสพติด (Service plan)	10-62



บทนำ (Introduction)

สถานการณ์ของระบบสุขภาพปัจจุบันเต็มไปด้วยความท้าทายในประเด็นต่างๆ เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ประชาชนต้องมีการปรับตัวให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง ในบทบาทของผู้รับบริการต่างๆ ยังไม่รวมถึงการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านสุขภาพที่เกิดจากการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่ดำเนินการภายใต้กรอบของรัฐธรรมนูญที่กำหนด ครอบคลุมตั้งแต่ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ตลอดจนการปรับหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงระบบต่างๆ ในโครงสร้างพื้นฐานของการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายด้านการปฏิรูป ได้แก่ ด้านโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุข ด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ กำลังคน และทรัพยากรด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้เกิดนโยบายเพื่อปรับปรุงพัฒนาในด้านต่างๆ ออกมาอย่างต่อเนื่อง

กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ถูกกำหนดให้มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย โดยมีวิสัยทัศน์ระยะ 20 ปี (2560-2579) คือ ประชาชนสุขภาพดีได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาคการแพทย์ไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยปรับบทบาท ภาระหน้าที่และเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับทิศทางของกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์จึงได้มีการวางแผนงาน โครงการ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและการปฏิรูปกรมการแพทย์ มีเป้าหมายคือ ประชาชนได้เข้าถึงและรับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (value based medical services) ซึ่งเป้าหมายคือ ให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (seamless comprehensive health care) เมื่อวิเคราะห์พิจารณาอดีตที่ผ่านมา และแนวโน้มในปัจจุบันและอนาคต จึงปฏิเสธไม่ได้ว่าการตัดสินใจที่จะเลือกทำหรือไม่เลือกทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นระดับใดก็ตามสิ่งพื้นฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งคือ ข้อมูลสารสนเทศ ที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence based) การพัฒนางานวิชาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการบริหารจัดการ และกำหนดนโยบายอย่างเหมาะสม (evidence based policy formation) รวมทั้งให้การสนับสนุนเชิงวิชาการ (technical support) แก่หน่วยบริการ (providers) เพื่อให้นโยบายตามแนวทางวิชาการลงสู่การปฏิบัติได้อย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

การจัดทำหนังสือการแพทย์ไทย Thailand Medical Services Profile (TMSP) เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นข้อมูลด้านวิชาการแพทย์ซึ่งจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อเสนอแนะนโยบายและอ้างอิงด้านวิชาการ เชื่อมโยงระบบติดตามประเมินผล และอาศัยข้อมูลจากเครือข่ายบริการที่จำเป็นเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อให้การพัฒนาครอบคลุมและเข้าถึงได้ รวมทั้งให้การสนับสนุนเทคโนโลยีที่เหมาะสมแก่เขตบริการเข้ามาใช้ในระบบ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ดังนั้น Thailand Medical Services Profile (TMSP) จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาประเด็นอื่นๆ อีกทั้งทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ได้เห็นผลงานที่สอดคล้องกับนโยบายของกรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้หน่วยงานอื่นๆ สามารถดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์

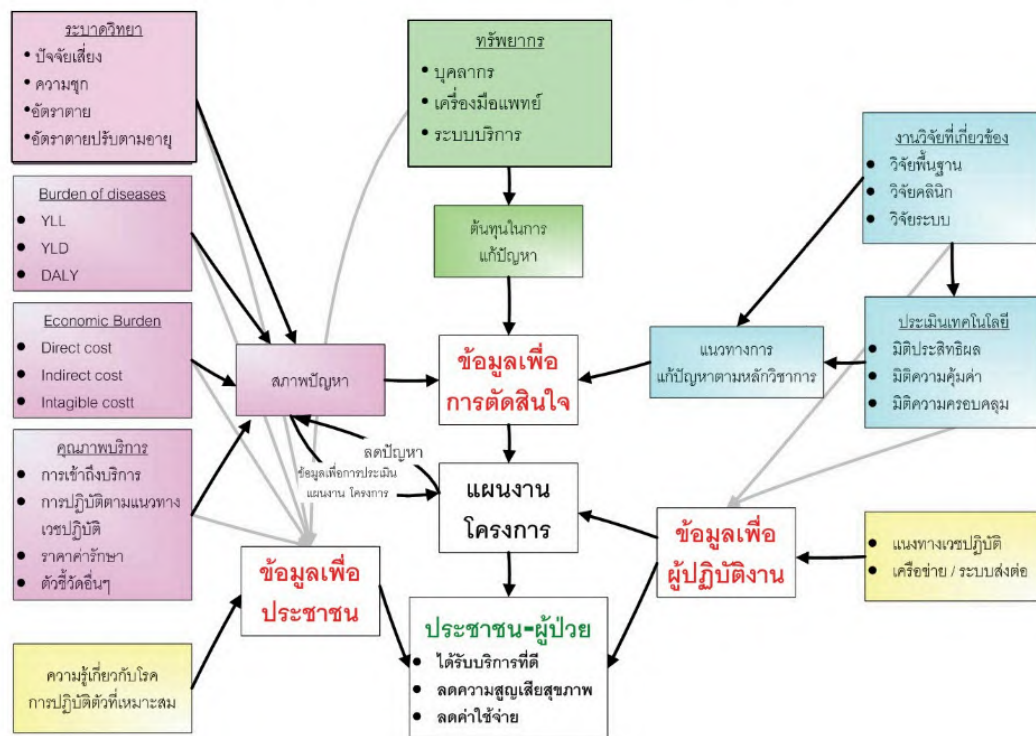
วัตถุประสงค์ของการจัดทำหนังสือเล่มนี้ ได้แก่

1. พัฒนาลงานทางด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศทางการแพทย์เพื่อเสนอแนะนโยบายและอ้างอิงด้านวิชาการ
2. เพื่อให้มีข้อมูลสารสนเทศในระดับประเทศ นำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พัฒนาระบบบริการ ระบบติดตาม และการให้การสนับสนุนด้านวิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสมของประเทศ
3. เพื่อกำหนดส่วนขาด (gap) ของงานด้านข้อมูลสารสนเทศ และนำไปสู่การจัดการความรู้วิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป
4. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านข้อมูลสารสนเทศด้านการแพทย์ของประเทศ



ในการจัดการกับปัญหาด้านการแพทย์ เพื่อให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างเหมาะสมนั้น จำเป็นต้องใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยมีองค์ประกอบในการพัฒนาดังนี้ (ภาพที่ 1) สามารถสรุปได้ตามภาพ ดังนี้

1. ข้อมูลสารสนเทศสภาพปัญหาด้านการแพทย์ตาม agenda ที่สำคัญ ได้แก่
 - ข้อมูลระบาดวิทยา (epidemiology) เช่น อัตราป่วย ความชุกและอุบัติการณ์ อัตราตาย ปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งแนวโน้มของปัญหา เพื่อทราบว่าจะอะไรเป็นปัญหาสำคัญมากน้อยเพียงใด
 - ข้อมูลภาระโรค (burden of diseases) เพื่อทราบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในเรื่องนั้นๆ
 - ข้อมูลความสูญเสียด้านเศรษฐศาสตร์ เพื่อทราบผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และความจำเป็นในการลดความสูญเสียดังกล่าว
 - ข้อมูลคุณภาพบริการ เพื่อทราบว่าเราดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาการแล้วหรือไม่ มีช่องว่างอะไรที่ควรบริหารจัดการอย่างเป็นระบบเพื่อให้คุณภาพบริการดียิ่งขึ้น
2. ข้อมูลแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยมีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ได้แก่
 - ข้อมูลประเมินเทคโนโลยี (technology assessment) เพื่อทราบว่าในเรื่องนั้นๆ มีวิธีการที่เหมาะสมตามหลักวิชาการในการนำมาแก้ปัญหายังไร รวมถึงความคุ้มค่าของการใช้วิธีการต่างๆ
3. ข้อมูลทรัพยากรในการแก้ปัญหา ได้แก่
 - ข้อมูลทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์ ด้านเครื่องมือแพทย์ และการให้บริการประเภทต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อทราบว่าในปัจจุบันเรามีทรัพยากรในการใช้แก้ปัญหาอยู่เท่าใด และอยู่ที่ใดบ้าง



กรอบความคิดในการพัฒนาสารสนเทศทางการแพทย์

ที่มา นายแพทย์ชูชนะ มะกรสาร ที่ปรึกษางานวิชาการและงานยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์



แนวทางการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP)

Thailand Medical Services Profile 2015–2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘–๒๕๖๑) Second Edition ประกอบด้วยประเด็นโรคต่างๆ ที่สำคัญทางการแพทย์ ซึ่งกรมการแพทย์ด้วยความเป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและหน่วยงานในสังกัดเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ด้านต่างๆ ตามกฎกระทรวง เช่น ด้านระบบประสาท ด้านโรคเมเร็ง ด้านโรคทางรอก ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก เป็นต้น และได้มอบหมายมอบหมายให้หน่วยงานโรงพยาบาลและสถาบันต่างๆ ของกรมการแพทย์ที่รับผิดชอบในแต่ละเรื่อง เป็นเจ้าภาพในการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ในประเด็นนั้นๆ โดยแต่ละหน่วยงานจะจัดทีมผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น ซึ่งอาจรวมทั้งบุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงาน ทำการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดหัวข้อดังนี้

1. ระบาดวิทยา (epidemiology) กล่าวถึง ความชุก อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และแนวโน้มของประเด็นโรคต่างๆ
2. เครื่องชี้วัดภาระโรค (burden of diseases) กล่าวถึงผลกระทบของประเด็นโรคนั้นๆ ต่อสุขภาพของประชาชน หัวข้อนี้อาจรวมถึงการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ของแต่ละประเด็นโรคถ้าสามารถหาข้อมูลในเรื่องนั้นๆ ได้
3. กิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาและความคุ้มค่าของกิจกรรม (cost effectiveness and interventions) เป็นข้อมูลทางวิชาการถึงกิจกรรม เช่น การรักษา การให้ยา หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่สามารถใช้เพื่อลดภาระโรค หรือภาระค่าใช้จ่ายของโรคนั้นๆ ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence based) ซึ่งได้มาจากการศึกษาวิจัยและประเมินเทคโนโลยีเป็นหลัก ในกรณีที่ไม่มีข้อมูล อาจได้เพียงข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละประเด็นโรค หรือกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาเท่านั้น ซึ่งจำเป็นต้องทำการศึกษาเพื่อให้ได้ cost effectiveness ที่ต้องการต่อไป
4. ระบบข้อมูลและการติดตาม กล่าวถึงระบบและวิธีการในการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามแนวโน้ม สถานการณ์สภาพปัญหาของแต่ละประเด็นโรค เพื่อนำมาใช้ในการบริหารจัดการ
5. คุณภาพการบริการ (quality of care) รวบรวมประเด็นหลักๆ ที่ประชาชนได้รับบริการในประเด็นโรคนั้นๆ ในปัจจุบัน เช่น ความครอบคลุมการจัดบริการ การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ รวมทั้งความเพียงพอของทรัพยากรที่จำเป็น
6. ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้ เป็นการนำผลจากการรวบรวมในประเด็นข้างต้น วิเคราะห์ข้อถกเถียง จัดทำเป็นข้อเสนอแนะ ซึ่งรวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาบริการด้านบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศที่ยังเป็นส่วนขาด เพื่อการกำหนดหัวข้อในการศึกษาวิจัยเพื่อให้ข้อมูลสารสนเทศที่สมบูรณ์ต่อไป

จากหัวข้อที่กำหนดทั้ง 6 ข้อดังกล่าวจะได้ประเด็นข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นครบถ้วนในการนำไปกำหนดนโยบาย เพื่อการพัฒนาการแพทย์ของประเทศต่อไป

การจัดทำหนังสือ TMSP ในฉบับต่อไป

ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดนโยบาย วางแผน และติดตามการปฏิบัติงานให้เกิดคุณภาพ และประสิทธิภาพ การริเริ่มจัดทำหนังสือ TMSP ฉบับนี้นับเป็นฉบับที่สอง (second edition) ซึ่งควรกำหนดให้มีการปรับปรุงจัดทำขึ้นในฉบับ (edition) ต่อๆ ไป โดยอาจจัดทำทุก 3-5 ปีเพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นปัจจุบันที่สุด

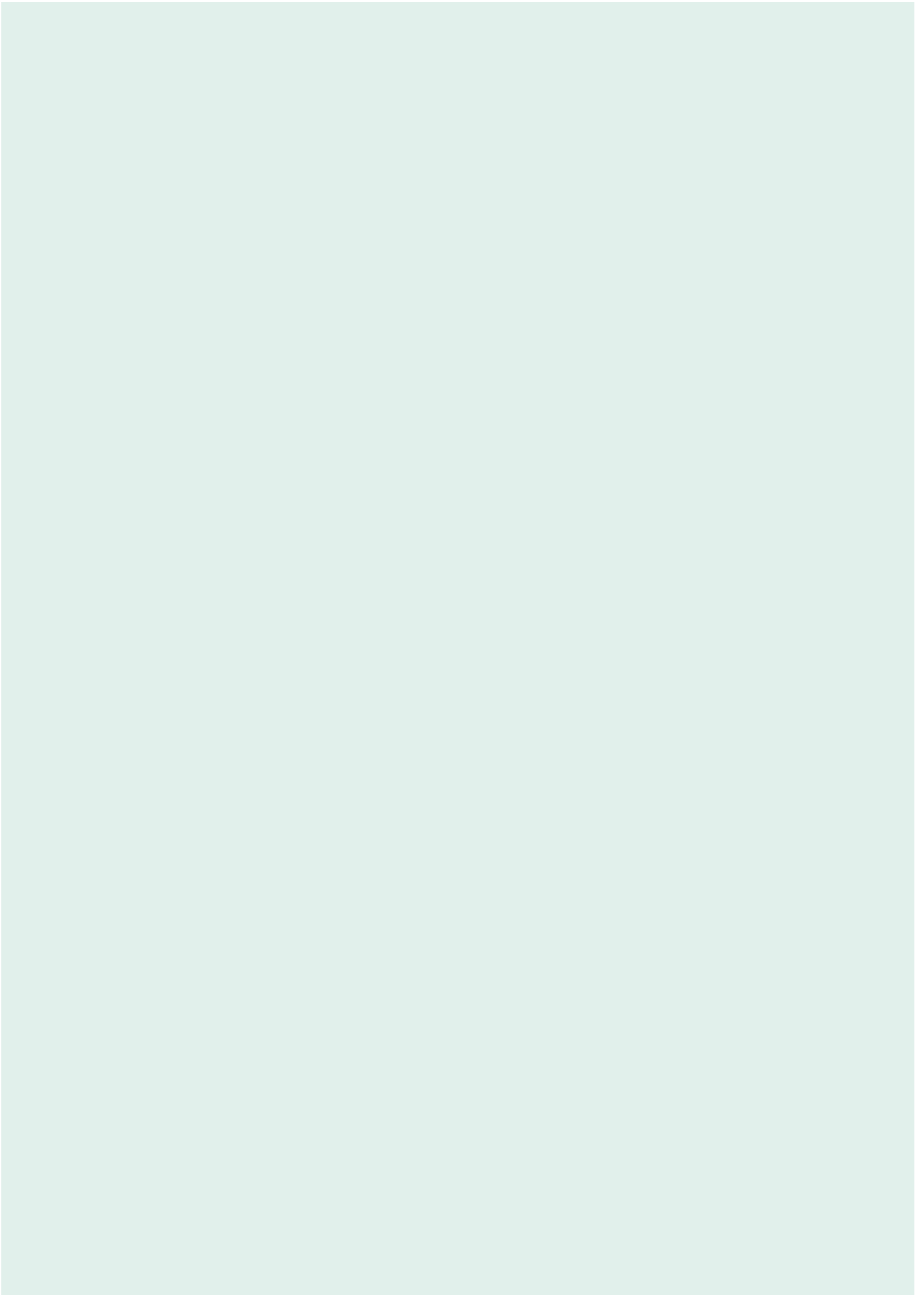
ข้อมูลสารสนเทศด้านการแพทย์มีใช้ของกรมการแพทย์หรือกระทรวงสาธารณสุขแต่ฝ่ายเดียว แต่เป็นของประเทศ ผู้จัดทำคาดหวังว่าการจัดทำหนังสือ TMSP ในลักษณะนี้ จะเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เห็นความสำคัญและเมื่อมีการจัดทำในครั้งต่อไป จะได้ผู้มีความรู้ความสามารถมาร่วมงาน เพื่อให้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้รับถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้นในอนาคต

คณะผู้จัดทำ

Thailand Medical Services Profile 2015–2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘–๒๕๖๑) Second Edition

ธันวาคม 2561

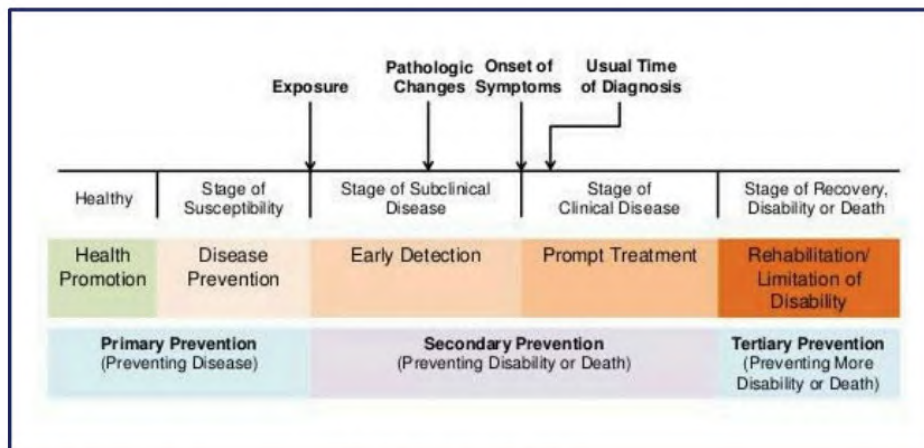




ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

พญ.บุษกร โลหารชุน* พญ.วิชนี ธงทอง* นพ.วรภัทร์ วงษ์สวัสดิ์** พญ.วงศ์ศิริ ทวีบรรจงสิน** สาริณี แก้วสว่าง*
 ภัษราภรณ์ กองเกิด* ศุภิพัทธ์ โสสันดา* สมจิต รอมสุข* มณีนรัตน์ ทวีทองทาร์* ปุณณาวีร์ อาราม** วิติมา นาคี*
 สุกฤษฏ์ ใจจำนง* พญ.ปรารธนา ชีวีวัฒน์*** พญ.สมรภัฏ ชูวานิชวงศ์**** พญ.พันธุ์นาถ กิตติรัตนไพบูลย์*****
 นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์***** พญ.วิรัชพัชร กิตติระพันธ์*****เพลินพิศ จันทรศักดิ์***
 เดือนฉาย แสงรัตนายนต์***** พนิดา รัตนไพโรจน์***** นิรมัย คุ้มรักษา***** เสาวนีย์ ภิญโญ*****
 รัตนเด็กาล วาเพชร***** ชจิตร์รัตน์ หุประเสริฐ***** ไอยดา อารีอัมมัน***** ธนเนตร จันทลักษณ์วงศ์*****

ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเสริมศักยภาพคนพิการให้สามารถก้าวข้ามอุปสรรค ขอบกพร่องทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมให้คนพิการสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยประกอบด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ อาทิ การฝึกอาชีพ การศึกษา การเสริมพลัง การเข้าถึงสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หรือ medical rehabilitation ถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ ที่มุ่งแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน นอกเหนือจากการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล ซึ่งต่างมีบทบาทในแต่ละช่วงของการดำเนินโรค ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 องค์ประกอบทางสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรค

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์นั้น จำเป็นต้องอาศัยทักษะองค์ความรู้ในสาขาวิชาต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความพิการแต่ละประเภท อาทิ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น (vision rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน (hearing rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและพฤติกรรม เป็นต้น นอกจากนี้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (assistive technologies and devices) ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของคนพิการอีกด้วย จึงควรพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยมุ่งเน้นให้คนพิการสามารถเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานโดยสะดวก

สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพคนพิการในปัจจุบัน ประเมินการว่ามีประชากรโลกที่มีความพิการอยู่ถึงร้อยละ 15 หรือประมาณ 1,000 ล้านคน และมีคนพิการจำนวนมากที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งปัจจุบันพบว่า มีคนพิการเพียงประมาณร้อยละ 5-15 ของคนที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยเหล่านั้น นับว่าเป็นสัดส่วนที่ต่ำมาก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่า การเข้าถึงอุปกรณ์

* สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

** โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

*** โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

**** โรงพยาบาลศรีธัญญา

***** สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

***** สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

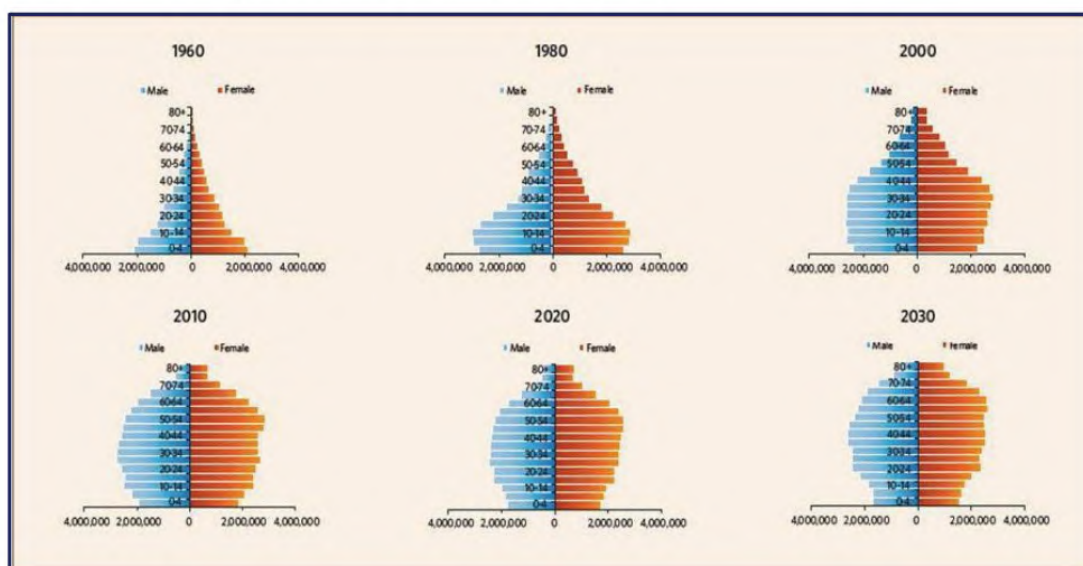
***** สถาบันราชานุกูล

***** สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต

***** สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต



เครื่องช่วยคนพิการยังมีอัตราที่ต่ำและไม่มีประสิทธิภาพ¹ ทั้งนี้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการขององค์การสหประชาชาติ (United Nation on the Convention of the Rights of Persons with Disabilities) ประเทศสมาชิกจะต้องให้ความสำคัญและจัดให้มีบริการที่คนพิการสามารถเข้าถึงได้² ในส่วนข้อมูลการเข้าถึงระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้น ยังไม่พบข้อมูลการศึกษาร้อยละการเข้าถึงบริการฟื้นฟูในภาพรวมของประเทศโดยตรง แต่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มโรคที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจากภาวะโรคหรือการบาดเจ็บผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้ว และยังมีความบกพร่องที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือออกไปร่วมกิจกรรมในสังคม พบว่า มีผู้ป่วยเพียงประมาณร้อยละ 20-30 เข้าถึงระบบฟื้นฟูของภาครัฐภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยมีทั้งรูปแบบบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยพักนอนในสถานพยาบาล และรูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข เนื่องด้วยสถานการณ์การจัดระบบดูแลสุขภาพปัจจุบันสถานพยาบาลขนาดใหญ่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ด้วยเครื่องมือ เทคโนโลยีที่ทันสมัย บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในหลากหลายสาขา กอปรกับอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤติต่างๆ อีกทั้งลักษณะโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นถึงเกือบร้อยละ 17 หรือประมาณ 11.23 ล้านคน ในปี 2560 และคาดว่าจะถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 (ภาพที่ 1.2)³ มีการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในประชากรผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 95 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ ในจำนวนดังกล่าวนี้ พบมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 เป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ประมาณร้อยละ 20 และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ประมาณร้อยละ 56.7 ซึ่งระบบฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยชะลอภาวะพึ่งพิงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ⁴



ภาพที่ 1.2 ปีรามิตโครงสร้างประชากรไทย ตั้งแต่ ปี 1960-2030

ที่มา: สำนักทะเบียน ปี 2553

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการเป็นระบบบริการที่ควรได้รับการพัฒนาสนับสนุน ให้มีรูปแบบบริการที่หลากหลาย สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีบุคลากรที่เพียงพอ มีระบบข้อมูลที่เหมาะสม และมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องจากสถานพยาบาลถึงชุมชน ครอบคลุมทุกระยะการดำเนินของโรค ตั้งแต่ก่อนเกิดโรค ระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง ระยะเรื้อรังหรือเกิดความพิการ และระยะสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งสามารถให้บริการได้ในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ โดยเนื้อหาของระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2015-2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘-๒๕๖๑) Second Edition นี้ จำแนกระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์คนพิการ ตามบริบทความพิการซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

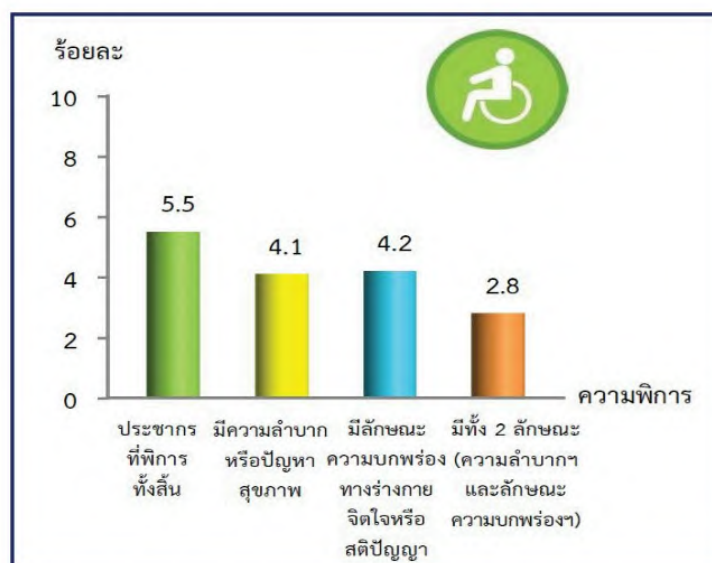


1.ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการฝ่ายกาย ซึ่งครอบคลุมคนพิการทางการเห็น การได้ยิน/ สื่อความหมาย และคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

2.ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการฝ่ายจิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งครอบคลุมความพิการทางจิต พฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้และออทิสติก

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

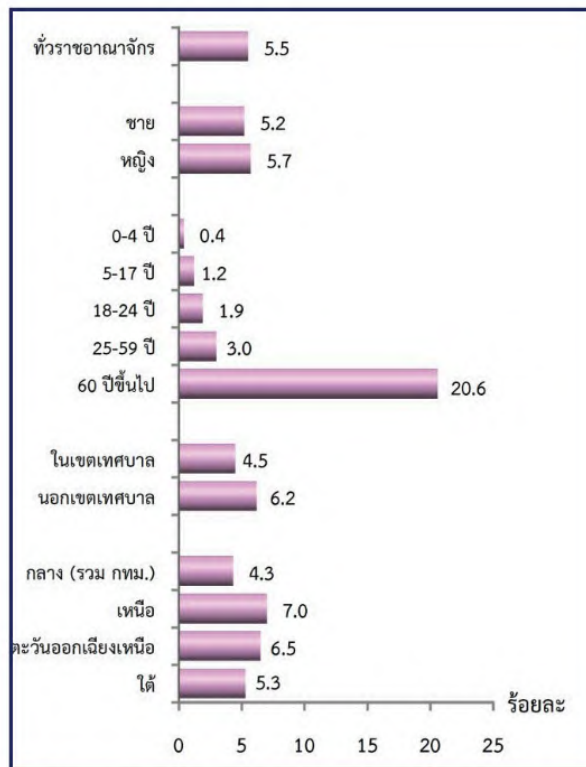
ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของคนพิการไทยในปัจจุบันมีฐานข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการอ้างอิง 2 แหล่ง ได้แก่ ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่รวบรวมข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัดที่มีฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนและออกบัตรประจำตัวคนพิการ และข้อมูลการสำรวจความพิการจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ดำเนินการทุก 5 ปี การสำรวจความพิการปี 2560⁵ นี่เป็นครั้งที่ 4 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากตัวอย่างครัวเรือน ประมาณ 109,000 ครัวเรือน ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม ปี 2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประชากรที่พิการ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ ลักษณะความบกพร่อง ภาวะสุขภาพ สวัสดิการและอื่นๆ ซึ่งกลุ่มประชากรที่พิการในการสำรวจนี้มีลักษณะดังต่อไปนี้ ได้แก่ มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม รวมทั้งลักษณะความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา ซึ่งการสำรวจคัดเลือกประชากรที่พิการที่มีลักษณะดังกล่าวอย่างน้อย 1 ลักษณะ โดยใช้ชุดคำถามของกลุ่มตัวอย่างและองค์การยูนิเซฟในการระบุความพิการ โดยพบว่าผลการสำรวจความพิการในครั้งนี้อย่างแตกต่างจากผลการสำรวจในครั้งก่อนหน้า คือ ปี 2555 อย่างมาก โดยเฉพาะจำนวนประชากรที่พิการพบสูงถึงร้อยละ 5.5 หรือประมาณ 3.7 ล้านคน จากเดิมสำรวจพบร้อยละ 2.2 หรือประมาณ 1.5 ล้านคน (ภาพที่ 1.3) ผลการสำรวจความพิการ ปี 2560 นี้ พบว่า ผู้หญิงมีจำนวนมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนมากถึงร้อยละ 20.6 ซึ่งมากกว่ากลุ่มวัยอื่น (ภาพที่ 1.4)



ภาพที่ 1.3 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามความพิการ ปี 2560

ที่มา: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจความพิการ ปี 2560

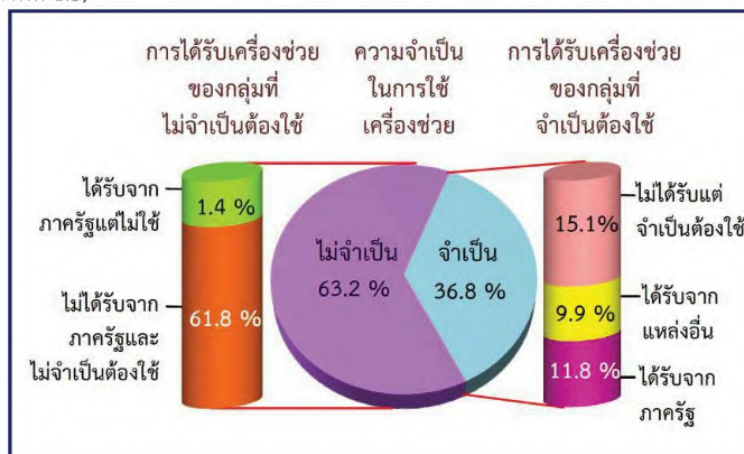




ภาพที่ 1.4 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาค ปี 2560

ที่มา: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจความพิการ ปี 2560

การสำรวจดังกล่าว รายงานข้อมูลการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ในประชากรพิการ จำนวน 3.7 ล้านคน มีเพียง 1 ใน 3 หรือร้อยละ 36.8 ที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ อวัยวะเทียม หรือเครื่องช่วย โดยประชากรกลุ่มนี้ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยจากภาครัฐร้อยละ 11.8 และแหล่งอื่นร้อยละ 9.9 แต่ยังคงมีร้อยละ 15.1 ที่ไม่ได้รับเครื่องช่วยจากแหล่งใด นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 1.4 ได้รับเครื่องช่วยแต่ไม่ใช้ เนื่องจากใช้แล้วเจ็บบริเวณอวัยวะ หรืออุปกรณ์ไม่พอดีกับรูปร่าง และมีความยุ่งยากในการใช้ (ภาพที่ 1.5)

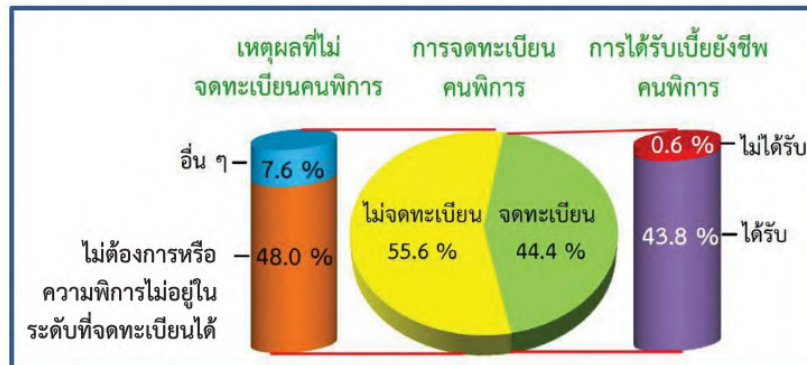


ภาพที่ 1.5 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วย และการได้รับเครื่องช่วย ปี 2560

ที่มา: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจความพิการ ปี 2560



รายงานผลการสำรวจความพิการ ปี 2560 พบว่า ประชากรพิการน้อยกว่าครึ่ง หรือร้อยละ 44.4 ที่ได้จดทะเบียนคนพิการ และได้เงินสวัสดิการคนพิการ คิดเป็นร้อยละ 43.8 ประชากรพิการอีกร้อยละ 55.6 ยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ ทั้งนี้เนื่องจากไม่ต้องการจดทะเบียน หรือความพิการไม่อยู่ในระดับที่จดทะเบียนได้ คิดเป็นร้อยละ 48 (ภาพที่ 1.6)



ภาพที่ 1.6 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามการจดทะเบียนคนพิการ เหตุผลที่ไม่จดทะเบียนและการได้รับเงินสวัสดิการคนพิการ ปี 2560

ที่มา: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจความพิการ ปี 2560

ประชากรพิการร้อยละ 21.2 ต้องการรับความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐแต่ยังไม่ได้รับ โดยความช่วยเหลือที่ต้องการมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ การสนับสนุนผู้ช่วยคนพิการร้อยละ 31.5 การกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ ร้อยละ 23.7 การส่งเสริมการประกอบอาชีพร้อยละ 19.4 การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ร้อยละ 17.1 และต้องการคำแนะนำปรึกษา ร้อยละ 15.2 ดังแสดงภาพที่ 1.7

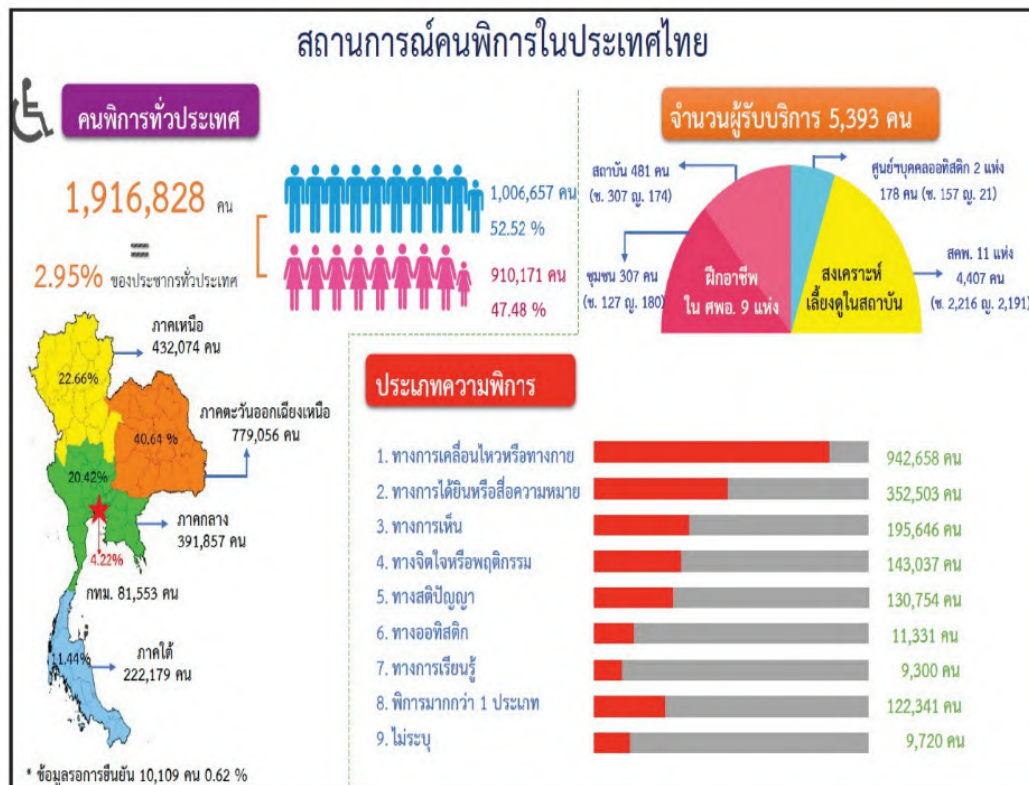


ภาพที่ 1.7 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ หรือสวัสดิการจากรัฐ ปี 2560

ที่มา: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจความพิการ ปี 2560



ข้อมูลจากการสำรวจความพิการ ปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จะพบว่า มีหลายประเด็นน่าสนใจ แม้ทางคณะสำรวจจะกล่าวไว้ว่าไม่ควรนำไปเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ ปี 2555 เพราะใช้เครื่องมือในการสำรวจแตกต่างกันก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนประชากรที่พิการตามคำนิยามของการสำรวจที่มุ่งเน้นค้นหาในชุมชน ทั้งผู้ที่มีบัตรประจำตัว และไม่มี ดังที่ได้แสดงผลในภาพที่ 1.6 นั้น คาดว่าน่าจะยังคงมีประชากรที่พิการที่ไม่ได้อยู่ในระบบฐานทะเบียนกลางของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์อีกหลายล้านคน ซึ่งในฐานข้อมูลกลางดังกล่าว มีการรวบรวมจากทุกจังหวัดในประเทศไทยผ่านสำนักงานพัฒนาสังคม ประจำจังหวัด ข้อมูลรายงานล่าสุด ณ วันที่ 31 มีนาคม 2561 พบว่ามีคนพิการทั้งสิ้น 1,916,828 คน คิดเป็นร้อยละ 2.95 ของประชากร เป็นเพศชาย 1,006,657 คน (ร้อยละ 52.5) เป็นเพศหญิง 910,171 คน (ร้อยละ 47.5) และอาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คือ 779,056 คน (ร้อยละ 40.6) โดยกรุงเทพมหานคร มีคนพิการอาศัยอยู่ถึง 81,553 คน (ร้อยละ 4.2) ในส่วนฐานข้อมูลคนพิการจำแนกตามประเภทความพิการ พบว่า มีคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวมากที่สุด จำนวน 942,658 คน (ร้อยละ 49.2) รองลงมา คือ คนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย จำนวน 352,503 คน (ร้อยละ 18.4) และคนพิการทางเห็น จำนวน 195,646 คน (ร้อยละ 10.2) ตามลำดับ โดยในจำนวนดังกล่าวนี้ มีความพิการมากกว่า 1 ประเภท อยู่ถึง 122,341 คน (ร้อยละ 6.4) ดังแสดงรายละเอียดในภาพที่ 1.8



ภาพที่ 1.8 สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย จำแนกตามเพศ พื้นที่ภูมิภาค และประเภทความพิการ

ที่มา: ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2561



เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านระบาดวิทยาในคนพิการทั้ง 2 แหล่งข้อมูลดังกล่าวนี้ สามารถคาดการณ์ได้ว่า ยังมีประชากรที่พิการแต่ไม่ได้อยู่ในระบบฐานข้อมูลกลาง ไม่มีบัตรประจำตัว และไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้ จำนวนหลายล้านคน และความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐมีการเปลี่ยนแปลงในมิติที่คนพิการต้องการให้ผู้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือประกอบอาชีพอิสระตามศักยภาพของตนมากขึ้น ให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตอิสระมากขึ้น นอกเหนือจากการกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญในการนำมาใช้พัฒนารูปแบบบริการต่างๆ ทางสาธารณสุขต่อไป

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

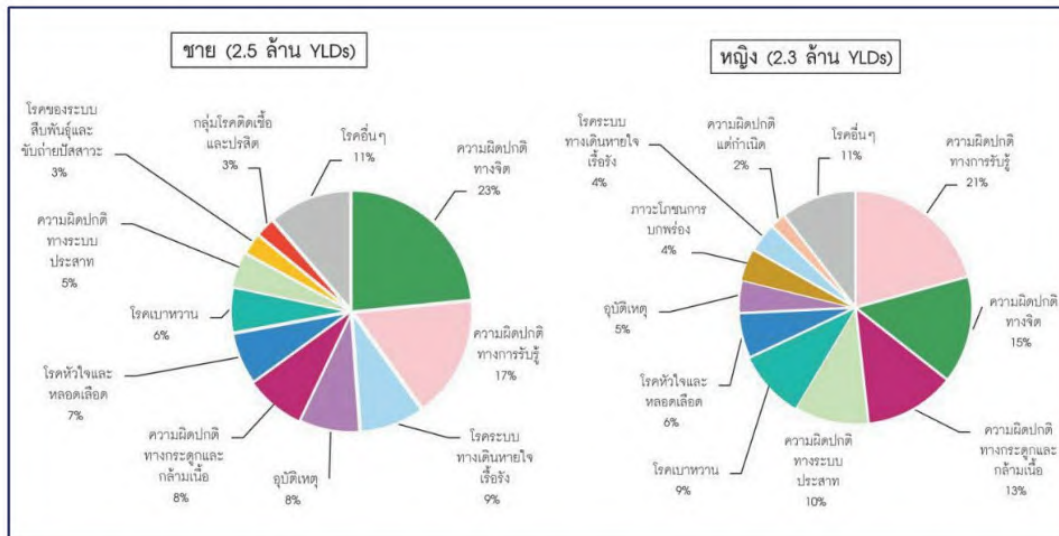
ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลภาระโรคจากความพิการในประเทศไทยโดยตรง แต่มีการศึกษาในภาพรวมของสาเหตุการเกิดโรค และนำไปสู่ความพิการของประชากรทั้งเพศชายและหญิง ดังที่ได้นำเสนอในหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2011–2014 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๔–๒๕๕๗) First Edition แล้วนั้น จะพบว่าหลายกลุ่มโรคเป็นสาเหตุไปสู่ความพิการ กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตประชากร และสภาวะเศรษฐกิจสังคมโดยเฉพาะการเกิดความพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมากขึ้นจากสภาวะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในปี 2553 องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ภาระโรคทั่วโลก (global burden of disease) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALY) สูงถึงร้อยละ 7.4 ของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะทั้งหมด โดยมีปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lived with Disability: YLD) สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคอื่น สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี 2554 พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 2 ในเพศชายรองจากอุบัติเหตุ และเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิงรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคความผิดปกติทางการรับรู้ตามลำดับ แสดงให้เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตที่ก่อให้เกิดภาระสุขภาพอย่างมาก หากขาดนโยบายในการจัดการปัญหาที่ดีพอ นอกจากก่อให้เกิดภาระสุขภาพอย่างมากแล้วโรคทางจิตเวชบางโรคยังถือเป็นความพิการอีกด้วย (ภาคผนวก)

จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2557 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องภาวะความเจ็บป่วย ที่นำไปสู่ความพิการ⁶ ดังนี้

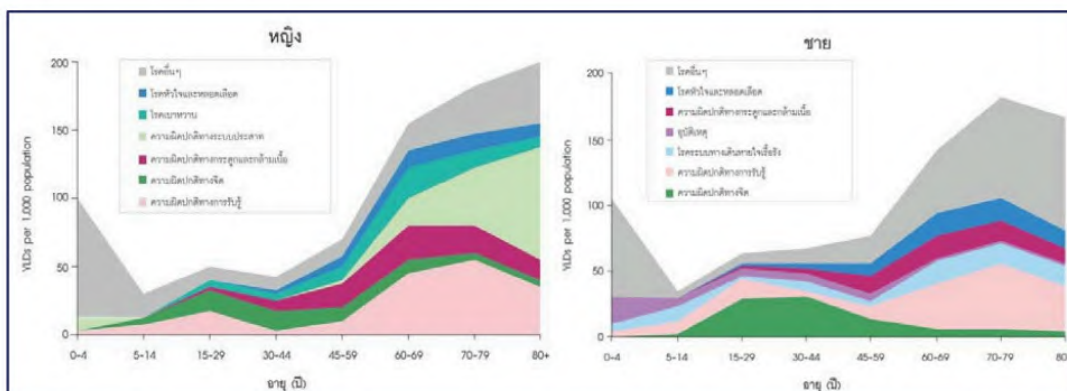
การสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability: YLDs)

1. ปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จำแนกตามเพศ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของเพศชายคิดเป็น 2.5 ล้าน YLDs และเพศหญิงคิดเป็น 2.3 ล้าน YLDs โดยจำแนกตามกลุ่มสาเหตุหลัก ดังแสดงผลในภาพที่ 1.9 และข้อมูลอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จำแนกตามเพศ อายุ และสาเหตุหลัก (ภาพที่ 1.10) พบว่า อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพมีค่าลดลงในกลุ่มอายุ 5-14 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี หลังจากนั้นเพิ่มสูงมากขึ้นในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีรูปแบบใกล้เคียงกันทั้งเพศชายและหญิง แต่เพศชายมีอัตราการสูญเสียในวัย 15-29 ปี ใกล้เคียงกับ วัย 30-59 ปี





ภาพที่ 1.9 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย จำแนกตามเพศ ปี 2557
ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2557



ภาพที่ 1.10 อัตราการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จำแนกตามเพศ อายุ และสาเหตุหลัก ปี 2557
ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2557

จากข้อมูลการศึกษาดังกล่าว จะพบว่า ความผิดปกติทางจิตเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพทั้งของเพศชายและหญิง ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 30-44 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน มีผลทำให้เสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังในการพัฒนาประเทศ แต่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป สาเหตุหลัก คือ กลุ่มความผิดปกติทางการรับรู้เช่นเดียวกันทั้งสองเพศ

2. ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จำแนกตามสาเหตุ พบว่า สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชาย คือ การเสียดัดเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 13.1 ส่วนเพศหญิง คือ โรคข้อเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 10.3 โดยตารางที่ 1.1 แสดง 20 อันดับแรกของสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จำแนกตามเพศและสาเหตุ แม้ว่าการเสียดัดเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ไม่ถือว่าเป็นความพิการแต่พบได้บ่อยว่าผู้ป่วยทางจิตเวชมีการใช้สารเสียดัดรวมทั้งแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ซึ่งมีผลกระทบกับสุขภาพกายและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และโรคจิตเภทยังเป็นสาเหตุอันดับที่ 4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายลำดับเดียวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศหญิง



ตารางที่ 1.1 อันดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย ปี 2557 จำแนกตามเพศและสาเหตุ

ลำดับ	ชาย				หญิง	
	สาเหตุ	YLDs ('000)	%	%	YLDs ('000)	สาเหตุ
1	โรคหลอดเลือดสมอง	32.4	13.1	10.3	243	โรคข้อเสื่อม
2	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	165	6.7	9.4	220	โรคเบาหวาน
3	โรคหัวใจขาดเลือด	152	6.2	7.2	169	โรคสมองเสื่อม
4	โรคเบาหวาน	143	5.8	5.1	121	โรคซึมเศร้า
5	โรคมะเร็งตับ	137	5.5	5.1	120	ต้อกระจก
6	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	117	4.7	4.5	107	หูหนวก
7	โรคสมองเสื่อม	92	3.7	4.1	97	ภาวะโลหิตจาง
8	โรคหอบหืด	89	3.6	3.6	85	โรคหลอดเลือดสมอง
9	ต้อกระจก	75	3.0	3.4	80	โรคจิตเภท
10	การติดเชื้อเอดส์	66	2.7	2.8	66	โรคหอบหืด
11	โรคสมองเสื่อม	57	2.3	2.7	64	โรควิตกกังวล
12	โรคต่อมลูกหมากโต	56	2.3	1.7	39	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
13	โรคหัวใจขาดเลือด	55	2.2	1.4	32	โรคหัวใจขาดเลือด
14	ภาวะโลหิตจาง	47	1.9	1.2	29	โรคลมชัก
15	อุบัติเหตุทางถนน	45	1.8	1.2	29	โรคอารมณ์สองขั้ว
16	โรคซึมเศร้า	37	1.5	1.0	22	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ
17	วัณโรค	36	1.4	0.9	22	โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
18	โรคพาร์คินสัน	22	0.9	0.9	21	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
19	การพลัดตกหรือหกล้ม	21	0.9	0.8	20	โรคพาร์คินสัน
20	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	18	0.7	0.8	18	โรคผิวหนัง
รวม 20 อันดับ		1,754	70.9	68.3	1,605	รวม 20 อันดับ
รวมทุกโรค		2,474	100	100	2,348	รวมทุกโรค

การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยในปี 2557 นี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาปี 2552 โดยเป็นค่าที่ไม่ได้มีการลดทอนค่าเช่นกัน พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุ 10 อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดของประชากรไทยในปี 2552 และปี 2557 นั้นไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียระหว่างปี 2552 กับปี 2557 พบว่า ส่วนใหญ่มีการสูญเสียปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น โดยโรคข้อเสื่อมมีความสูญเสียเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 24.4 รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 21.3 ส่วนสาเหตุที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะลดลงมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้า และการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละของการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 56.1 และ 29.3 ตามลำดับ ทั้งนี้โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากที่สุดในเพศชายคือ โรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.6 และเพศหญิงคือ โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 80.5 สำหรับโรคที่มีการสูญเสียลดลงมากที่สุดในเพศชายคือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.8 และเพศหญิงคือ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 49 ดังแสดงในภาพที่ 1.11 ถึงแม้ว่าการศึกษาดังกล่าวจะไม่สามารถระบุได้ว่าโรคเหล่านี้จะทำให้เกิดความพิการประเภทใดประเภทหนึ่งอย่างชัดเจน แต่บางโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดของประชากรไทย เช่น อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคข้อเสื่อม เป็นต้น อาจจะพอแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความเสี่ยงต่อความพิการที่เพิ่มขึ้น อันเป็นสาเหตุมาจากกลุ่มโรคเรื้อรังเหล่านี้⁷





กิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาและความคุ้มค่าของกิจกรรม (Cost Effectiveness and Interventions)

บัตรทอง - สิทธิข้าราชการ - ประกันสังคม		
เทียบจนประมาณ 3 จบ 126,533 ล้านบาท (ปีงบประมาณ 61)	63,000 ล้านบาท (ปีงบประมาณ 61)	48,544 ล้านบาท (ปี 60)
บัตรทอง 48.8 ล้านคน	สิทธิข้าราชการ 4.97 ล้านคน	ประกันสังคม 14.47 ล้านคน
จนประมาณรายหัว บัตรทอง 2,592.89 บาท	สิทธิข้าราชการ 12,676.06 บาท	ประกันสังคม 3,354.80 บาท

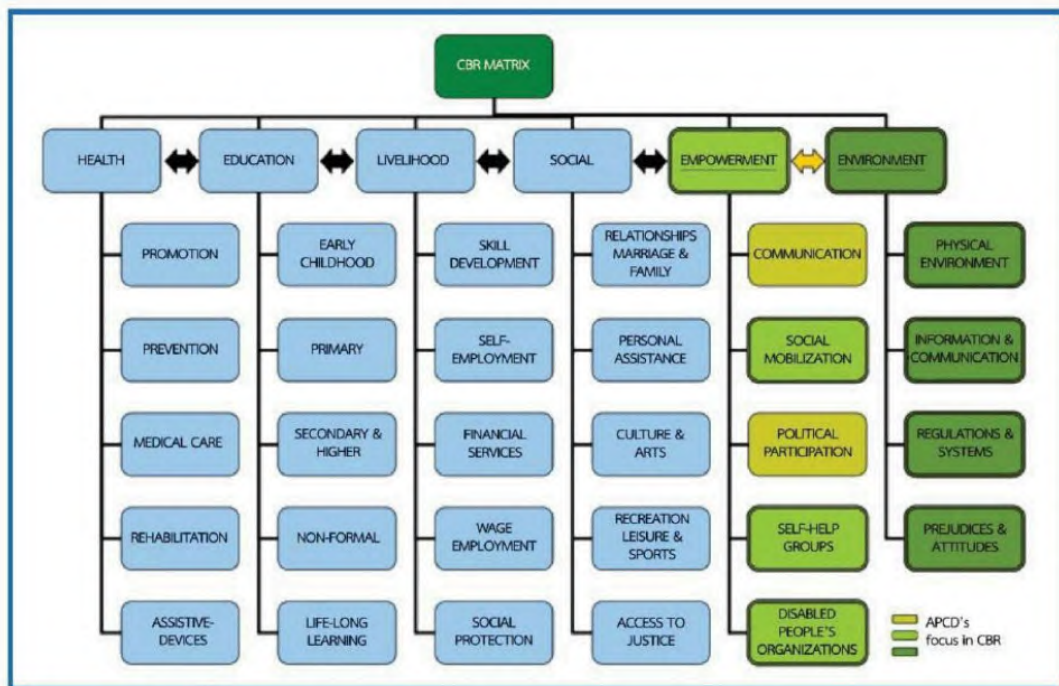
ที่มา 1. พ.ร.บ. จนประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 2561 2. รายงานแสดงผลการทวงถามหนี้กับสังคมประจำเดือนกันยายน 2560

ภาพที่ 1.12 รายละเอียดงบประมาณรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามสิทธิประโยชน์ของประชากรไทย 3 กองทุน

แม้ปัจจุบันจะมีการบรรจุบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อยู่ในสิทธิประโยชน์ทั้ง 3 กองทุน ดังรายละเอียดในตารางข้างต้น แต่ยังคงพบว่าการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วย หรือคนพิการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาความบกพร่องหลายด้านจากโรคทางระบบประสาท ยังเป็นปัญหาในทุกรูปแบบบริการ เพราะการรับเข้าฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในมีข้อจำกัดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีอัตราการครองเตียงล้นจากกลุ่มผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติที่สมควรได้รับการฟื้นฟูแบบเข้มข้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต้องถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลก่อนได้รับการฟื้นฟู ส่วนการจะมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนั้น ต้องอาศัยความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเดินทางมารับบริการ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งเป็นภาระแก่ทางผู้ป่วยเพิ่มเติมนอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ สำหรับรูปแบบการฟื้นฟูแบบนอกสถานที่ (out-reached) นั้น พบว่า สถานพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการออกไปให้บริการที่สูงกว่าค่าตอบแทนจากกองทุนและเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยบางสถานะเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีศักยภาพต่ำที่ต้องคอยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หรือกลุ่มที่เคยเข้ารับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในจนบรรลุเป้าหมายแล้ว เป็นต้น ในภาพรวมยังพบว่าระบบการจ่ายค่าบริการจากระบบหลักประกันสุขภาพนั้นยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่าต้นทุนบริการในทุกรูปแบบบริการ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดการฟื้นฟูของสถานพยาบาล

การดำเนินกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความคุ้มค่า หรือเพิ่มประสิทธิภาพของระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย คนพิการและครอบครัว และเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผล เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation: CBR) ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) และการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะด้านที่ให้บริการโดยองค์กรคนพิการ เป็นต้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation: CBR) เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ในประเด็นการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทุกระดับ ให้ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้คนพิการได้รับบริการด้านการฟื้นฟูอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง โดยคำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ 5 ส่วน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านสังคม ด้านการดำรงชีวิต และด้านเสริมพลัง^{9,10} ดังแสดงรายละเอียด ในภาพที่ 1.13



ภาพที่ 1.13 องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (CBR Matrix)¹¹



การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนนั้นมีความสำคัญเพราะสามารถใช้ได้ในทุกกลุ่มคน ทุกประเภทความพิการ มีความยั่งยืนเพราะเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะสมาชิกในชุมชนที่ถือเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง จากงานวิจัยประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน ได้รายงานวาทะบุคลการทางสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพสามารถนำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวนี้ไปใช้ได้จริงโดยควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาทีมฟื้นฟูสภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งข้อดีของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนนี้มีหลายประการ ได้แก่ ประหยัดค่าใช้จ่าย สามารถประยุกต์ใช้ทรัพยากรในพื้นที่ได้ ตอบสนองความต้องการได้ตรง มุ่งเน้นคุณภาพมากกว่าปริมาณ¹²⁻¹⁴ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนนี้สามารถดำเนินการด้านคนพิการทั้งฝ่ายกายและฝ่ายจิต ดังตัวอย่างกิจกรรมต่อไปนี้

โครงการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติก

กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลศรีธัญญา ร่วมกับสถาบันราชานุกูลได้ดำเนินการให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ และออทิสติกสามารถเข้าถึงการบริการและระบบสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการมากขึ้น ใน 4 ระบบที่สำคัญ ได้แก่

1. ระบบความเข้มแข็งของเครือข่ายชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช (นาร่อง 1 ชมรม: เขตสุขภาพ) ในกลุ่มคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและระบบความเข้มแข็งของเครือข่ายโรงเรียนการศึกษาพิเศษในการดูแลฟื้นฟูด้านสุขภาพและสังคม (20 โรงเรียน) ในกลุ่มคนพิการทางสติปัญญาการเรียนรู้และออทิสติก
2. ระบบการสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการให้แก่เครือข่ายคนพิการฯ และฐานข้อมูลคนพิการฯ
3. ระบบสนับสนุนการจ้างงานคนพิการระบบบริการฯ ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. ระบบการเข้าถึงสิทธิประโยชน์พื้นฐานของคนพิการ โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการผ่านเครือข่ายผู้ดูแลคนพิการ การสนับสนุนการสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายที่มีอยู่ให้ครอบคลุมมากขึ้น การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการถอดบทเรียนการดำเนินงานด้านคนพิการ เพื่อสนับสนุนให้คนพิการมีการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิคนพิการได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถประกอบอาชีพ หรืออยู่ร่วมในสังคมได้ และได้รับรูปแบบการทำงานเพื่อคนพิการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในชุมชนทั่วประเทศไทย ปี 2559-2560 (Thailand Healthy Communities Project)

สืบเนื่องจากผลจากการดำเนินโครงการ ระหว่าง ปี 2556-2558 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินงานสำคัญเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของระบบส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมในชุมชน มีระบบ และกลไกการส่งต่อปัญหาสุขภาพที่เอื้อต่อข้อจำกัดของผู้พิการทางสติปัญญา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวางแผนการดำเนินงานและประเมินผลร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นโครงการต่อเนื่อง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2556-2558 โดยเป็นความร่วมมือกันระหว่างคณะกรรมการสเปเชียลโอลิมปิคประเทศไทย องค์การยูนิเซฟ และสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของนักเรียน โดยเริ่มนาร่องที่โรงเรียนเฉพาะความพิการ 5 แห่งจาก 19 แห่ง และโรงเรียนเอกชน 1 แห่ง ดำเนินงานด้วยการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการศึกษาและบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ให้นักเรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพและมีความสุข ผ่านการพัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือในการส่งเสริมป้องกัน เฝ้าระวัง และดูแลสุขภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา พัฒนาพื้นที่ต้นแบบระบบการคัดกรอง/ ประเมินและดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนการส่งต่อ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และเพิ่มการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในชุมชน ผลการดำเนินงานโครงการนาร่อง ทำให้มีการขยายการทำงานผ่านการประสานงานของหน่วยงานสาธารณสุขและการศึกษาในโรงเรียนเฉพาะความพิการสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเพิ่มอีก 14 แห่ง ในปี 2558 และดำเนินโครงการต่อเนื่อง โดยหน่วยงานในท้องถิ่นภายใต้ความรับผิดชอบของกรมสุขภาพจิต ให้กับโรงเรียนเฉพาะความพิการ ทั้ง 19 แห่ง ในปี 2559 พร้อมทั้งได้ขยายไปในศูนย์การศึกษาพิเศษ 8 จังหวัดนาร่องปี 2559 และ 77 จังหวัดทั่วประเทศไทยในปี 2560 และมีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง 6 หน่วยงานประกอบด้วยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ องค์การยูนิเซฟ และคณะกรรมการสเปเชียลโอลิมปิคแห่งประเทศไทยในเดือนมิถุนายน 2559



การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเฉพาะด้าน เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูทางคลินิกของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งจักษุแพทย์ นักทัศนมาตร พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ช่างประกอบแว่นตา คุณครู นักการศึกษาพิเศษ พ่อแม่-ผู้ดูแล ฯลฯ โดยกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น จะแยกเป็นสองกลุ่ม คือ ตาบอดและตาเลือนราง ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีความต้องการและความจำเป็นต่อการฟื้นฟูที่แตกต่างกัน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็นในประเทศไทย มีการผลักดันและพัฒนาอย่างต่อเนื่องหลายทศวรรษ ทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชนโดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอด ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ ปี 2552 ครอบคลุมบริการสำหรับคนพิการทางการเห็น เช่น ข้อ (1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจด้วยวิธีอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ข้อ (2) การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี ข้อ (20) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว และข้อ (26) การให้กายอุปกรณ์เทียมกายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เป็นต้น

นอกเหนือจากการให้บริการประเมินสภาพ และช่วยการจัดการปัญหาสายตาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการทางการเห็น ซึ่งมีบริการอยู่ในโรงพยาบาลที่มีจักษุแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตาด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ชักประวัติและความต้องการของคนพิการ โดยทีมวิชาชีพต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทำให้เกิดการยอมรับสภาวะของการบกพร่องทางการเห็น การตั้งเป้าหมายเพื่อจะก้าวเดินและใช้ชีวิตต่อไป
2. การประเมินความสามารถและความต้องการจำเป็น ซึ่งผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นมีขอบเขตกว้างขวาง และมีคุณภาพที่สัมพันธ์กับผลการประเมินในขั้นตอนแรก
3. การพัฒนาและประยุกต์การรักษาฟื้นฟูแบบใหม่ๆ ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นจะต้องพิจารณาถึง

- การฟื้นฟูสภาพของหน้าที่ที่บกพร่องไป เช่น การแก้ไขภาวะสายตาสั้นผิดปกติ เป็นต้น
- การใช้เครื่องมือทดแทนหน้าที่ที่สูญเสียไป เช่น การใช้ไม้เท้าขาวช่วยในการเดิน หรือการใช้แว่นขยายช่วยในการมองเห็น เป็นต้น
- การปรับสภาพแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกแก่การใช้สายตาที่ยังคงสภาพ เช่น มีราวจับหรือพื้นผิวสัมผัสบริเวณบันได หรือการปรับแสงไฟให้สว่างขึ้นเพื่อเกิดการตัดกัน (contrast) ระหว่างวัตถุสิ่งของกับพื้น เป็นต้น
- การชดเชยการมองเห็นที่หายไป เช่น สอนใช้อักษรเบรลล์แทนตัวอักษรพิมพ์ เป็นต้น

นอกจากนี้สถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูฯ ได้ดำเนินการ “คลินิกสายตาเลือนราง” เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น โดยตรวจวินิจฉัยความจำเป็นในการฟื้นฟู คัดกรอง และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น ซึ่งจะต้องคำนึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพศ วัย กิจกรรมประจำวัน และระดับการมองเห็นที่คงเหลืออยู่ ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการเห็น และสนับสนุนบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการเห็นให้กับบริการโรงพยาบาลทั่วประเทศและเครือข่ายบริการเฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

จากการดำเนินงานดังกล่าว นอกจากมีระบบบริการที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางการเห็นแล้ว พบว่า การประเมินสภาพยังช่วยให้เกิดการส่งต่อการรักษาในโรคตาที่สามารถรักษาหายได้ และป้องกันการเกิดความพิการทางการเห็น เช่น โรคต้อกระจก ตาเขเข้าด้านใน (esotropia) เป็นต้น¹⁵ อีกทั้งยังเป็นคลินิกต้นแบบที่ให้บริการประเมินสายตาเพื่อการฝึกชักรถสำหรับคนพิการในประเทศไทยด้วย



คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

การพิจารณาคุณภาพระบบบริการสุขภาพหรือ Quality of Care ในระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้น เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ ตาม six building blocks ทั้ง 4 ประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (access) ครอบคลุม (coverage) คุณภาพ (quality) และ ความปลอดภัย (safety) ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำ/ ธรรมชาติ (ภาพที่ 1.14) ดังที่ได้เคยแสดง การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2011–2014 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๔–๒๕๕๗) First Edition บทที่ 11 ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว



ภาพที่ 1.14 The WHO Health System Framework

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขต่างๆ นั้น พบว่า นโยบาย หลักคิด หรือกฎหมายถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ ในระดับนานาชาติมีกฎหมายระหว่างประเทศที่คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนพิการอย่างเป็นรูปธรรมนั่นก็คือ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Right of Persons with Disabilities: CRPD) ซึ่งประเทศไทยได้เข้าเป็นรัฐภาคีเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2551 สาระสำคัญของอนุสัญญาฯ ได้กล่าวถึงการคุ้มครองสิทธิคนพิการด้านการส่งเสริมสมรรถภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการด้านสุขภาพแก่คนพิการ ทั้งการจัดบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนพิการและในระดับคุณภาพและที่ได้มาตรฐาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับการพัฒนาการในเชิงกฎหมาย นโยบาย และกลไกระดับต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์การของคนพิการ มาอย่างต่อเนื่อง มีการขับเคลื่อนผ่านกฎหมายด้านคนพิการฉบับแรกคือ “พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534” โดยมีการกำหนดสิทธิคนพิการไว้ในมาตรา 15 ว่าคนพิการที่ได้จดทะเบียนให้ได้รับการสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพ ในมาตรา 15 (1) คือ “บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกระทรวง” เป็นผลให้ในเวลาต่อมา กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกกฎกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ที่กล่าวถึง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยวิธีการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น ที่คนพิการพึงจะได้รับตามมาตรา 15 (1) แห่งพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี 2534 ซึ่งขณะนั้นได้กำหนดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยวิธีการแพทย์ไว้เพียง 13 รายการ รวมถึงกำหนดสิทธิคนพิการในการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ในกรณีที่คนพิการซึ่งเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลต้องใช้อุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม หรือเครื่องช่วยคนพิการและในกรณีที่สถานพยาบาลไม่มีอุปกรณ์เทียม อุปกรณ์เสริม หรือเครื่องช่วยคนพิการดังกล่าว ให้สถานพยาบาลนั้น ขอเบิกจาก



ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อันนำมาซึ่งบทบาทสำคัญของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการแก่สถานพยาบาลทั่วประเทศในขณะนั้น

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ก้าวข้ามการทำงานในเชิงสงเคราะห์ ฟื้นฟูมุ่งสู่การดำเนินงานบนฐานสิทธิเสรีภาพและการคุ้มครองสิทธิมากขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงมีการประกาศใช้ “พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556” เพื่อทดแทนฉบับเดิม โดยมีเจตนารมณ์ในการกำหนดแนวทาง ปรับปรุงวิธีการ ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยยิ่งขึ้น อีกทั้งได้กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐไว้ในมาตรา 20 โดยมีประเด็นเกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้ในมาตรา 20 (1) ซึ่งกล่าวถึงสิทธิในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญและขานรับนโยบายทางกฎหมายดังกล่าว ได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้อง ยกย่อง “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552” แบบมีส่วนร่วมขึ้น และมีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2552 สาระสำคัญของประกาศฯ ได้กำหนดกิจกรรมการบริการฟื้นฟูฯ โดยกระบวนการทางการแพทย์ จากเดิม (ตามกฎหมายกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534) ไว้ 13 รายการ เป็น 26 รายการ (ตารางที่ 1.2) ดังนี้

ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์

กฎกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534	“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการ สำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552” ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556
(1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ (2) การให้คำแนะนำปรึกษา (3) การให้ยา (4) การศัลยกรรม (5) การพยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู (6) กายภาพบำบัด (7) กิจกรรมบำบัด (อาชีวบำบัด) (8) พฤติกรรมบำบัด (9) จิตบำบัด (10) สังคมสงเคราะห์และสังคมบำบัด (11) การแก้ไขการพูด (ออโรบำบัด) (12) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน และการสื่อความหมาย (13) การให้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยคนพิการ	(1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ด้วยวิธีอื่น ๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ (2) การแนะแนว การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี (3) การให้ยา ผลิตภัณฑ์ เวชภัณฑ์และหัตถการพิเศษอื่นๆ เพื่อการบำบัด ฟื้นฟู เช่น การฉีดยาลดเกร็ง การรักษาด้วยไฟฟ้า Hemoencephalography (HEG) เป็นต้น (4) การศัลยกรรม (5) การบริการพยาบาลเฉพาะทาง เช่น พยาบาลจิตเวช เป็นต้น (6) กายภาพบำบัด (7) กิจกรรมบำบัด (8) การแก้ไขการพูด (ออโรบำบัด) (9) พฤติกรรมบำบัด (10) จิตบำบัด (11) ดนตรีบำบัด (12) พลบำบัด (13) ศิลปะบำบัด (14) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน (15) การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย (16) การบริการส่งเสริมพัฒนาการหรือบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม



ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์ (ต่อ)

กฎกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534	“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการ สำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552” ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556
	(17) การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น นวดไทย ผิงเซ็ม เป็นต้น (18) การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด เช่น กลุ่มสนับสนุนการ เป็นต้น (19) การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ (20) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคย กับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (21) การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับ ความพิการซึ่งคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (22) การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ (23) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก (24) การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะชีวิต การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ การฝึกทักษะ การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เป็นต้น (25) การบริการทันตกรรม เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น (26) การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วย ความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

นอกจากนี้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ ข้อ 6 ยังระบุให้ “ศูนย์สิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (ในขณะนั้น) เป็นหน่วยประสานงานและสนับสนุนงานด้านวิชาการ เทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การวิจัยพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูงเฉพาะกรณีที่มีความหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐมิได้กำหนดไว้” เป็นผลให้สถาบันสิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติมีภารกิจหลักที่สำคัญคือ

- ขับเคลื่อนงานการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ ให้เกิดผลปฏิบัติ
อย่างเป็นรูปธรรม

- จัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง กรณีที่กฎหมายหรือระเบียบของ
หน่วยงานของรัฐมิได้กำหนดไว้ ซึ่งถือเป็นพัฒนาการ ความก้าวหน้า ด้านสุขภาพและสิทธิทางการแพทย์สำหรับคนพิการ โดยมี
เป้าหมายสูงสุดคือ ให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ยิ่งขึ้น



ภายหลังจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์ฯ ได้ประกาศใช้ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับการดำเนินงานในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ที่ผ่านมา ยังไม่มีแนวทางและเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ กรมการแพทย์ จึงร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยแพทย์ สภา/ สมาคม/ ชมรมวิชาชีพ ผู้แทน 3 กองทุน ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง ตลอดจนองค์กรคนพิการที่เกี่ยวข้อง พัฒนา “คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552” ขึ้น สาระสำคัญของเนื้อหาประกอบด้วย รายละเอียดในกิจกรรมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ ทั้ง 26 รายการ อันประกอบด้วย คำนิยาม วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ กิจกรรมที่ให้บริการ และการกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อให้สถานพยาบาลทั่วประเทศใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างมีมาตรฐานต่อไป

กรมการแพทย์ โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้จัดพิมพ์และเผยแพร่คู่มือดังกล่าวแก่สถานพยาบาลทั่วประเทศ พร้อมกันนี้ได้ขอความร่วมมือให้สถานพยาบาลที่มีความพร้อมและศักยภาพในการให้บริการ จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วย/ คนพิการได้เข้าถึงบริการตามเจตนารมณ์แห่งกฎหมาย ในทางคู่ขนานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้นำหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานดังกล่าวบรรจุใน “คู่มือรวบรวม กฎระเบียบ ข้อบังคับและเอกสารสำคัญ ประกอบการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ในหมวด 2 สำหรับการบริหารจัดการงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ในหัวข้อ “บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์” เพื่อเป็นกรอบแนวทางสำหรับหน่วยบริการในการดำเนินงานและบริหารค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายที่รับบริการครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อันได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง¹⁶

แม้ว่ากิจกรรมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฯ จะกำหนดไว้ 26 รายการเพื่อให้ครอบคลุมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า ยังไม่สามารถจัดบริการได้ครบถ้วนทุกรายการ บางกิจกรรมเป็นกิจกรรมนำร่องหรือทดลองให้บริการ บางกิจกรรมดำเนินการในภาครัฐบางแห่ง หรือในภาคเอกชน หรือองค์กรคนพิการเพื่อเติมเต็มการให้บริการของภาครัฐ แต่ยังไม่ถูกบรรจุเป็นบริการฟื้นฟูหลักที่สามารถคิดค่าบริการได้ ประกอบกับปัจจุบันยังขาดแคลนนักวิชาชีพผู้ให้บริการในหลายๆ ด้าน

ปัจจุบันในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดสรรงบการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยแบ่งเป็นงบบริการฟื้นฟูระดับประเทศ และงบบริการฟื้นฟูระดับเขตให้หน่วยบริการสำหรับเป็นค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูฯ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และได้กำหนดรายการและรายการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ไว้ 9 รายการ ดังแสดงในตารางที่ 1.3 สำหรับกิจกรรมฟื้นฟูอื่นๆ เช่น บริการตรวจวินิจฉัย บริการแนะแนวให้คำปรึกษา บริการศัลยกรรม บริการทันตกรรม เป็นต้น ซึ่งเป็นบริการทั่วไป ไม่ได้ว่าจัดรูปแบบบริการเป็นกิจกรรมฟื้นฟูโดยเฉพาะทำให้ไม่สะท้อนภาพการบริการฟื้นฟูโดยกระบวนการทางการแพทย์ตามประกาศฯ ได้เด่นชัด ประกอบกันสถานการณ์ความก้าวหน้าด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามีการผลิตนักวิชาชีพเฉพาะที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพมากขึ้น เป็นผลให้คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ ที่ใช้อยู่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน จึงนับเป็นความท้าทายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติให้เกิดการบริการที่ครอบคลุมทั้ง 26 รายการในอนาคต



ตารางที่ 1.3 รายการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ลำดับ ที่	กิจกรรม	รหัส รายบุคคล	ราคากลาง รายบุคคล (บาท)	หน่วย	รหัส รายการ	ราคากลาง รายการ (บาท)	หน่วย
1	กายภาพบำบัด	H9339	150	ครั้ง/ ราย			
2	กิจกรรมบำบัด	H9383.1	150	ครั้ง/ ราย	H9383.2	75	ครั้ง/ ราย/ กลุ่ม
3	การแก้ไขการพูด	H9375.1	150	ครั้ง/ ราย	H9375.2	75	ครั้ง/ ราย/ กลุ่ม
4	จิตบำบัด	H9449.1	300	ครั้ง/ ราย	H9449.2	150	ครั้ง/ ราย/ กลุ่ม
5	พฤติกรรมบำบัด	H9433.1	300	ครั้ง/ ราย	H9433.2	150	ครั้ง/ ราย/ กลุ่ม
6	การฟื้นฟูการได้ยิน	H9549	150	ครั้ง/ ราย			
7	การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการเห็น	H9378.2	150	ครั้ง/ ราย	H9378.3	75	ครั้ง/ ราย/ กลุ่ม
8	Early Intervention	H9438.1	150	ครั้ง/ ราย	H9438.2	75	ครั้ง/ ราย/ กลุ่ม
9	Phenol block	H0489	500	ครั้ง/ ราย			

ในส่วนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางจิตใจ และพฤติกรรมนั้น มีรายงานการเข้าถึงบริการ ดังแสดงผลในตารางที่ 1.4 โดยนำเสนอตามเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มีการคาดประมาณความชุกของภาวะ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม จำนวนผู้ป่วยโรคจิต และร้อยละการเข้าถึงบริการ ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยสำนักบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต

ตารางที่ 1.4 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต หรือผู้ป่วยโรคจิตสะสม จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากรประจำปี 2558 (กรมการปกครอง) อายุ 15 ปีขึ้นไป	จำนวนคาดประมาณ ความชุกโรคจิต	จำนวนผู้ป่วยโรคจิต F20	ร้อยละการเข้าถึง บริการผู้ป่วยโรคจิต
เขตสุขภาพที่ 1	4,671,883	37,375	28,750	76.92
เขตสุขภาพที่ 2	2,801,911	22,415	13,798	61.56
เขตสุขภาพที่ 3	2,459,711	19,678	12,995	66.04
เขตสุขภาพที่ 4	4,289,222	34,314	21,955	63.98
เขตสุขภาพที่ 5	4,170,740	33,366	22,439	67.25
เขตสุขภาพที่ 6	4,712,638	37,701	19,095	50.65
เขตสุขภาพที่ 7	4,182,005	33,456	26,260	78.49
เขตสุขภาพที่ 8	4,430,986	35,448	29,110	82.12
เขตสุขภาพที่ 9	5,441,598	43,533	33,074	75.97
เขตสุขภาพที่ 10	3,693,816	29,551	25,424	86.04
เขตสุขภาพที่ 11	3,454,229	27,634	20,621	74.62
เขตสุขภาพที่ 12	3,703,873	29,631	16,855	56.88
กรุงเทพมหานคร	4,649,576	37,197	19,716	53.00
ผลรวม	52,662,188	421,298	290,092	68.86

หมายเหตุ: ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2560 โดยสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต



ในส่วนของการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตนั้น จากตารางที่ 1.5 ซึ่งเป็นข้อมูลในช่วงระหว่างปี 2557-2559 แสดงข้อมูลบริการฟื้นฟูในหมวดต่างๆ ได้แก่ บริการฟื้นฟูทางการแพทย์ บริการฟื้นฟูทางสังคม การฟื้นฟูทางการศึกษา การฟื้นฟูอาชีพ กลุ่มบำบัด การฟื้นฟูในชุมชน และการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายจากสถานพยาบาล

ตารางที่ 1.5 งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557-2559

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ปีงบประมาณ 2557		ปีงบประมาณ 2558		ปีงบประมาณ 2559	
	ครั้ง	ราย	ครั้ง	ราย	ครั้ง	ราย
1. ทางกายภาพ	88,016	233,697	96,206	253,968	88,802	244,228
- อาชีวบำบัด	43,416	78,890	51,480	97,210	41,234	96,278
- กายภาพบำบัด	28,822	124,430	28,112	124,845	26,269	101,451
- อรรถบำบัด	7,922	8,807	7,171	11,873	8,881	12,338
- ดนตรีบำบัด	5,240	10,385	2,342	10,719	8,236	17,977
- กีฬาบำบัด	1,600	3,200	1,921	3,841	3,063	4,165
- หัตถเวช	1,016	7,985	5,180	5,480	1,119	12,019
2. ทางสังคม	52,013	689,406	54,619	674,416	56,304	556,602
- บ้านเทิงบำบัด	2,781	58,106	6,818	18,173	6,909	55,845
- ศิลปกรรมบำบัด	5,307	8,636	3,111	12,456	3,069	11,813
- ทักษะการใช้ชีวิต	3,951	138,154	23,448	140,698	24,446	91,307
- ทักษะดูแลตนเอง	6,176	225,612	7,480	230,967	7,587	168,310
- ทักษะทางสังคม	7,880	154,696	6,409	166,234	7,236	130,381
- ทักษะการพักผ่อน	3,634	90,948	4,058	88,508	4,239	71,079
- ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	22,284	13,254	3,295	17,380	2,818	27,867
3. ทางการศึกษา	20,332	18,910	22,690	18,697	20,328	23,443
- การศึกษาพิเศษ	19,480	17,192	22,532	17,510	11,667	12,921
- ส่งเสริมการศึกษา	852	1,718	158	1,187	8,661	10,522
4. ทางอาชีพ	16,639	64,019	9,874	53,471	13,295	84,998
- เกษตรกรรมบำบัด	5,703	25,254	2,282	13,185	3,118	23,509
- อุตสาหกรรมบำบัด/ หัตถกรรม	1,501	9,717	1,094	6,087	2,047	15,196
- ทักษะงานพื้นฐาน	6,536	22,229	5,420	26,675	5,436	32,352
- อาชีพอื่นๆ	2,899	6,819	1,078	7,524	2,694	13,941
5. กลุ่มบำบัดอื่นๆ	7,797	80,346	5,586	58,266	7,115	87,722
6. การฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน	604	742	16	48	670	3,993
รวม	185,401	1,087,120	188,991	1,058,866	186,514	1,000,986
7. ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย	1,034	1,636	1,038	1,871	1,098	1,549



การจัดบริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จะช่วยสร้างเสริมศักยภาพของคนพิการให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคมได้ แม้มีข้อจำกัดด้านต่างๆ ดังนั้นกรมการแพทย์ โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงเล็งเห็นความสำคัญของการผลักดันและพัฒนารูปแบบบริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในสถานพยาบาลต่างๆ โดยได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก่อตั้ง ศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่รวม 11 แห่งทั่วประเทศมาตั้งแต่ ปี 2550 โดยมีวัตถุประสงค์ให้หน่วยบริการเฉพาะทางด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการที่ครบวงจร ทั้งให้คำแนะนำ การประเมินความต้องการจำเป็น (needs) ของคนพิการเพื่อเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสม รวมถึงเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ¹⁷ ทั้งนี้ พบว่า อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ได้แก่ รถนั่งคนพิการ และอุปกรณ์ช่วยเดิน

นอกจากนี้ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติยังให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ โดยการจัดอบรมด้านการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2552 และหลักสูตรที่มีบุคลากรทางการแพทย์สนใจเข้ารับการอบรมทุกปี ได้แก่ การให้บริการรถนั่งคนพิการ ทั้งนี้เนื่องจากรถนั่งคนพิการ เป็นอุปกรณ์ที่มีจำนวนความต้องการใช้งานจำนวนมาก และจำเป็นต้องได้รับการประเมิน เลือก และปรับให้เหมาะสมกับผู้ใช้งาน รวมถึงการฝึกทักษะการใช้งานอย่างปลอดภัย โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ได้ปรับใช้หลักสูตร WHO Wheelchair Service Training Package-Basic and Intermediate Levels มาตั้งแต่ปี 2557 ถึงปัจจุบัน ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการอบรมแล้วรวม 163 ราย จากสถานพยาบาลทั้งสิ้น 93 แห่งทั่วประเทศ

สถานการณ์การให้บริการรถนั่งคนพิการในโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ 2561 สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ได้สำรวจการให้บริการรถนั่งคนพิการในสถานพยาบาลระดับต่างๆ จำนวน 52 แห่ง พบข้อมูลรูปแบบการให้บริการและปัญหาอุปสรรค ดังตารางที่ 1.6 และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการในสถานพยาบาล ระดับต่างๆ พบว่า

โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) ส่วนใหญ่มีการจัดหารถนั่งคนพิการเพื่อให้บริการในโรงพยาบาล และสนับสนุนแก่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กภายในจังหวัด จำนวน 20-300 คัน/ปี โดยจัดซื้อเพียงแบบเดียว คือ รถนั่งคนพิการแบบมาตรฐานขนาดใหญ่ ปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ ไม่มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการให้บริการ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการบริการด้านรถนั่งคนพิการ ไม่มีสถานที่เพียงพอในการจัดเก็บ ปัญหาด้านระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง และจำนวนอุปกรณ์ที่มีอย่างจำกัดไม่สามารถกระจายอุปกรณ์ให้กับโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดได้ครบตามจำนวน ทำให้เกิดการรอคอยในการบริการ รวมถึงชนิดของรถนั่งคนพิการที่มีให้บริการยังไม่เหมาะสมกับคนพิการ ไม่มีอุปกรณ์ดัดแปลงและอะไหล่ในการบำรุงรักษาซ่อมแซม

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M และ F) ส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนรถนั่งคนพิการจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด แต่มีเพียงแบบเดียว คือ รถนั่งคนพิการแบบมาตรฐานขนาดใหญ่ และได้รับอุปกรณ์ประมาณปีละ 10-30 คัน นอกจากนี้ยังขอสนับสนุนโดยตรงจากสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ รวมถึงจากการจัดซื้อจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล และได้รับบริจาคจากหน่วยงานท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุน ปัญหาหลักได้แก่ อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้รับบริการเกิดการรอคอยในการบริการ รวมถึงอุปกรณ์ไม่เหมาะสมกับความต้องการและสรีระของคนพิการไม่มีอุปกรณ์ดัดแปลง และไม่มีอะไหล่ในการบำรุงรักษาซ่อมแซม



ตารางที่ 1.6 สถานการณ์การให้บริการรถนั่งคนพิการในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขนาดรพ.	รูปแบบ	บุคลากร	จำนวน	ปัญหา/อุปสรรค
รพศ. (A)	จัดซื้อจาก เงินกองทุน สสช.จังหวัด/ เขตสุขภาพ และกระจาย ให้กับ รพ.ใน สังกัด - เบิกจาก สถาบันสิรินธรฯ	ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป นักกายภาพบำบัด และ ช่างกายอุปกรณ์ ประเมิน เพื่อพิจารณา รถนั่ง คนพิการตามความ เหมาะสมและฝึกทักษะ การใช้	20-300 คัน/ ปี - จัดซื้อแบบเดียว คือแบบมาตรฐาน ขนาดใหญ่	บุคลากร - ไม่มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการ ให้บริการ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการบริการที่เกี่ยวข้อง กับรถนั่งคนพิการ สถานที่ - ไม่มีสถานที่เพียงพอในการ จัดเก็บรถนั่งคนพิการ การจัดซื้อ - มีความยากลำบาก ในขั้นตอน/กระบวนการของระเบียบ การจัดซื้อจัดจ้าง - บางแห่งฝ่ายพัสดุเป็นครุภัณฑ์ ห้ามจ่ายให้คนพิการ อุปกรณ์ - ไม่พอให้กับ โรงพยาบาล ในสังกัด เกิด waiting list - รถนั่งคนพิการที่ให้บริการ ยังไม่เหมาะสมกับคนพิการ - ไม่มีอุปกรณ์ดัดแปลงและอะไหล่ ในการบำรุงรักษาซ่อมแซม
รพท. (S)	- เบิกจาก โรงพยาบาล ศูนย์ในจังหวัด - จัดซื้อจากเงิน บำรุงของ โรงพยาบาล	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และส่งต่อหน่วยงาน ที่รับผิดชอบ ได้แก่ งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีนักกายภาพบำบัด ให้บริการประเมินเพื่อ ให้บริการ ตามความ เหมาะสมทั้งการฝึกใช้	10-150 คันต่อปี - จัดซื้อแบบเดียว คือแบบมาตรฐาน ผู้ใหญ่	รถนั่งคนพิการไม่เหมาะสมกับสรีระ คนพิการ การสนับสนุนจากรพ.ต้นสังกัด ไม่เพียงพอ เกิด waiting list รถนั่ง คนพิการไม่เหมาะสมกับคนไข้ - คนพิการรุนแรงไม่มีรถนั่งคนพิการ ที่เหมาะสม - ปัญหาไม่มีอะไหล่ในการบำรุงรักษา ซ่อมแซม
รพท.เล็ก และ รพช. (M และ F)	- เบิกจาก โรงพยาบาล แม่ข่ายใน จังหวัดและ จัดซื้อจาก เงินบำรุงของ โรงพยาบาล - เบิกจาก สถาบันสิรินธรฯ - ได้รับบริจาค จากหน่วยงาน ท้องถิ่น	นักกายภาพบำบัด ให้บริการประเมิน เพื่อให้บริการตามความ เหมาะสมทั้งการฝึกใช้	10-30 คัน/ปี	การสนับสนุนจากรพ.ต้นสังกัด ไม่เพียงพอเกิด waiting list ของที่มีไม่เหมาะสมกับคนไข้ - รถนั่งคนพิการที่ได้รับบริจาค ไม่เหมาะสมกับความต้องการและสรีระ ของคนพิการ - ไม่มีอุปกรณ์ดัดแปลง และไม่มีอะไหล่ ในการบำรุงรักษาซ่อมแซม



จากข้อมูลการสำรวจเบื้องต้นนี้ อาจสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการรณงค์คนพิการอยู่มาก ทั้งด้านปริมาณ ความเพียงพอ และความหลากหลายของประเภทอุปกรณ์ที่ตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของผู้ใช้งาน สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีให้บริการเพียงแบบเดียว คือ รณงค์คนพิการแบบมาตรฐานขนาดใหญ่ ซึ่งไม่เหมาะสมกับคนพิการที่มีลักษณะความพิการและรูปร่างแตกต่างกัน อีกทั้งแต่ละคนมีวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน อันส่งผลต่อการเลือกอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ประเด็นเหล่านี้จึงเป็นความท้าทายและโอกาสพัฒนาระบบบริการรณงค์คนพิการในประเทศไทยต่อไป

ในส่วนของการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะด้าน เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น ในทางปฏิบัติพบว่าทุกหน่วยบริการของรัฐ สามารถเริ่มต้นทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นได้ โดยมีรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในประเทศไทย^{18,19} ดังตารางที่ 1.7

ตารางที่ 1.7 รูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็นในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในประเทศไทย

ระดับการให้บริการ	บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ลักษณะการบริการ
ระดับชุมชน และปฐมภูมิ	เจ้าหน้าที่ รพสต. เจ้าหน้าที่ฝึก O&M	- การคัดกรองสายตา - ประเมินการเห็น - ฝึกทักษะ O&M - อุปกรณ์ช่วยพื้นฐาน (non-optical devices) เช่น ไม้เท้าคนตาบอด ฯลฯ - ให้คำแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย - ส่งต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นเพิ่มเติม
ระดับทุติยภูมิ รพช. รพท.	จักษุแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่ฝึก O&M	- ตรวจวินิจฉัยและรักษา - ประเมินการเห็น ออกเอกสารรับรองความพิการ - พิจารณาเครื่องช่วยทางการเห็น (optical and non-optical devices) - ฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย - ฝึกทักษะ O&M - ให้คำแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย - ส่งต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นเพิ่มเติม
ระดับตติยภูมิ รพศ. โรงเรียนแพทย์	จักษุแพทย์ นักทัศนมาตร พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ฝึก O&M	- ตรวจวินิจฉัยและรักษา - ประเมินการเห็น ออกเอกสารรับรองความพิการ - ให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ - ฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน - พิจารณาเครื่องช่วยทางการเห็น (optical, non-optical, and digital devices) - ฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย - ฝึกทักษะ O&M - แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย - ส่งต่อหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นเพิ่มเติม



ตัวอย่างของการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการทางการเห็นอย่างครอบคลุมทุกมิติ สามารถพบได้ในโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่ง ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี มีการประสานงาน ร่วมกันระหว่างกลุ่มงานจักษุวิทยาและกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ร่วมกันจัดให้บริการโดยเมื่อพบผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษาโรคทางตาแล้ว แต่ยังคงมีความบกพร่องทางการเห็นที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือเข้าเกณฑ์ความพิการตามกฎหมาย ผู้ป่วยจะได้รับการประสานส่งต่อไปที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อประเมินความต้องการจำเป็นและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน การฝึกทักษะ O&M พิจารณาเครื่องช่วยทางการเห็น และแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูยังได้จัดบริการเชิงรุกในการลงไปค้นหา คนพิการทางการเห็นในชุมชน เพื่อจัดบริการฝึกทักษะ O&M แบบกลุ่ม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน นับเป็นรูปแบบการบูรณาการ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและในระดับชุมชนที่น่าสนใจอีกแห่งหนึ่ง

ระบบข้อมูลและการติดตาม

ประเทศไทยมีหลายหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการ แต่ขาดการบูรณาการข้อมูล และใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน ได้แก่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ กองทุนทดแทน ผู้ประสบภัย สถานพยาบาล สถานศึกษา กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการจัดหางาน ข้อมูลของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนคนพิการ การให้บริการสุขภาพ การได้รับ-ไม่ได้รับอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ การจัดสวัสดิการสังคมและการศึกษาสำหรับคนพิการ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อมูลบางส่วน เช่น ระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 กองทุน คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ กำหนดรหัสรายการ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดจากอุปกรณ์ฯ การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แตกต่างกัน¹² ทำให้ข้อมูลในระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขาดความครบถ้วน โดยจะต้องใช้บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10)²⁰ ร่วมกับบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning Disability and Health: ICF) ซึ่งสถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้บันทึกข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพเพื่อการส่งออก 43 แฟ้ม ปัจจุบันระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลในส่วนสาธารณสุข มีการรายงานผลของหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนยุทธศาสตร์ รูปแบบแผนปฏิบัติงาน หรือ service plan ตามช่วงระยะเวลาทุกไตรมาส ตามตัวชี้วัด เป้าประสงค์ที่กำหนด หรือผ่านรูปแบบการตรวจเยี่ยม ตรวจราชการต่างๆ

อย่างไรก็ดีทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการดูแลคนพิการ ที่ผู้ให้บริการคนพิการสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการทำงานและประสานงานกับภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลคนพิการโดยใช้แนวความคิด ICF นั้นสามารถระบุความต้องการของคนพิการได้ชัดเจนและรอบด้านมากขึ้น ไม่ได้เก็บข้อมูลแต่เฉพาะข้อมูลความต้องการด้านการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังสะท้อนความต้องการด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมของคนพิการได้ด้วย ซึ่งต้องการให้ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับบุคลากรที่มาจากต่างสาขาวิชาชีพ เพื่อสามารถให้บริการคนพิการแบบบูรณาการ (multidisciplinary approach) ได้^{21,22}

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

ด้านการขับเคลื่อนด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตามมติการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ที่ 3/ 2560 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2561 เห็นชอบให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน พลเอกฉัตรชัย สาริกัลยะ รองนายกรัฐมนตรี ประธานคณะกรรมการฯ ได้ลงนามในคำสั่งคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ที่ 1/ 2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2561 โดยคณะกรรมการฯ ดังกล่าวได้ประชุมครั้งที่ 1/ 2561 เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2561 โดยวาระสำคัญในการพิจารณา คือ การดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ และที่ประชุมได้มีมติแต่งตั้งคณะทำงาน ดังนี้



1. คณะทำงานเพื่อศึกษาและเสนอแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการทางการแพทย์ในคนพิการฝ่ายกาย
2. คณะทำงานศึกษาและเสนอแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์คนพิการฝ่ายจิต
3. คณะทำงานทบทวนแนวทางดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระบวนการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552
4. คณะทำงานเพื่อทบทวนหลักเกณฑ์การประเมินความพิการ ซึ่งอยู่ระหว่างการยกร่างคำสั่ง คณะทำงานเพื่อทบทวนแนวทางดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 และดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ในส่วนข้อเหลือล้นระหว่างสิทธิประโยชน์ต่างกองทุนของประชารัฐนั้น โดยเฉพาะประเด็นอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ²³ ได้มีการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง กรณีที่กฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐได้กำหนดไว้ หลังจากการประกาศกระทรวง เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2552 ออกมา สถาบันสิรินธรฯ ได้บริการจัดอุปกรณ์มูลค่าสูงให้แก่สถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยรายการอุปกรณ์มีทั้งหมด 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มกายอุปกรณ์ กลุ่มรถนั่งคนพิการ อุปกรณ์ทางการเห็นและอุปกรณ์สื่อส่งเสริมพัฒนาการ จำนวนทั้งสิ้น 45 รายการ (ข้อมูล ณ พฤศจิกายน 2561) มีเครือข่ายการให้บริการครอบคลุม 4 ภูมิภาครวมทั้งสังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูง เน้นความครอบคลุม การเข้าถึงและตอบสนองความต้องการของคนพิการทุกประเภท จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยที่ไม่ได้จากสิทธิรักษาจากต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง สิทธิผู้ประกันตนและสิทธิหลักประกันสุขภาพ²¹ และได้มีแผนพัฒนาต่อไปซึ่งเน้นการขับเคลื่อน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร และรูปแบบบริการ ดังแสดงในตารางที่ 1.8

ตารางที่ 1.8 แผนพัฒนาเน้นการขับเคลื่อนด้านนโยบาย ด้านบุคลากร และรูปแบบบริการ

	ด้านนโยบาย	ด้านบุคลากร	รูปแบบบริการ
เป้าหมาย	ผลักดันอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นเข้าสู่รายการเบิกได้ตามสิทธิ 3 กองทุน	ให้ความรู้แก่บุคลากรด้านการแพทย์ทุกระดับ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่ทำงานร่วมกับคนพิการ	เน้นการฝึกใช้งาน การติดตาม ประเมินการใช้งานรวมถึงการซ่อมบำรุง
กิจกรรมที่ดำเนินการ	- ระดมสมองผู้เชี่ยวชาญร่วมกับสมาคมคนพิการเพื่อจัดทำรายการที่เหมาะสมสำหรับคนพิการแต่ละประเภท เพื่อเสนอเงินนโยบาย - จัดทำระบบฐานข้อมูลการเบิกจ่ายอุปกรณ์มูลค่าสูง	จัดอบรมบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนพิการ	สนับสนุนให้มีบริการที่ครบวงจรทั้งการสอนการใช้งาน ติดตามและซ่อมบำรุง



ดังนั้นจึงควรมีการศึกษา สํารวจและวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ ตลอดจนศึกษาถึงความต้องการที่เหมาะสมเกี่ยวกับรูปแบบบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รวมทั้งรายละเอียดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของคนพิการ

ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

1. ควรมีการรวบรวมข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในด้านรูปแบบบริการ สถานพยาบาลและรายละเอียด ตามเขตสุขภาพ ให้เป็นปัจจุบันและสามารถเข้าถึงข้อมูล หรือประชาสัมพันธ์ให้คนพิการได้ทราบ รวมทั้งสํารวจข้อมูลการเข้าถึงบริการดังกล่าว ตามข้อมูลการสํารวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ครึ่งล่าสุด
2. ควรมีระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการ และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความซ้ำซ้อน
3. ควรมีการเชื่อมโยง บูรณาการระหว่างหน่วยงานรัฐในสังกัดกระทรวงต่างๆ ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับงานคนพิการ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และกระทรวงมหาดไทย ทั้งในด้านการประสานงาน และการเชื่อมโยงข้อมูลประชากร
4. ควรมีฐานข้อมูลกำลังคน และการกระจายตัวที่เป็นปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์จุดด้อย และวางแผนพัฒนาทั้งเชิงปริมาณ และศักยภาพต่อไป
5. ควรส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม และองค์ความรู้ โดยเฉพาะที่สามารถผลิตได้เองในประเทศ และขยายผลในเชิงพาณิชย์ เพื่อสร้างความเข้มแข็ง และลดการพึ่งพาหรือนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ และรวบรวมเป็นบัญชีนวัตกรรม เทคโนโลยีเพื่อให้สามารถสืบค้น พัฒนาต่อยอดและขยายผลได้
6. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน องค์กรคนพิการและภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา ตอบสนองความต้องการ และแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น
7. สนับสนุนระบบธรรมาภิบาลในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับต่างๆ ให้มีศักยภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ครอบคลุม เข้าถึงโดยสะดวกและตรวจสอบได้



เอกสารอ้างอิง (References)

1. World report on disability. World Health Organization;2011.
2. United Nations. 61/106.Convention on the Rights of Persons with Disabilities, G.A. Res; 2007.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนะโนประชากร พ.ศ.2553
4. การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี: วชิรพันธ์ พี.พี.; 2556.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจความพิการ พ.ศ.2560
6. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ม.ป.ท.
7. World Health Organization. Disability: Disability in the Western Pacific[Internet] [cited 2018 Dec 3] Available from:<http://www.who.int/westernpacific/health-topics/disability>
8. สำนักสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/18388/20290.pdf
9. World Health Organization. Community-based Rehabilitation: CBR Guidelines; 2010.
10. มยุรี ผิวสุวรรณ, ดารณี สุวพันธ์, วิไลภรณ์ โคตรบึงแก, Heinicke-motsch K, Mcglade B, ปิยะมาส อุมัษเฐียร.CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation); 2556.
11. World Health Organization. Disability and Rehabilitation: About the Community-based Rehabilitation (CBR) Matrix [Internet] [cited 2018 Jul 31].Available from:<http://www.who.int/disabilities/cbr/matrix/en/>
12. จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อาภรณ์ ตีนาน, รัชนี สรรเสริณ. ประสิทธิผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15: 232-41.
13. สำนักส่งเสริมศักยภาพและสิทธิ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. การศึกษาวิจัยการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในประเทศไทย2552;1:45-6.
14. เครือข่าย CBR ประเทศไทย.ปัจจัยแห่งความสำเร็จและทิศทางการดำเนินงาน CBR ประเทศไทย2559;1:6-7.
15. วุฒินัย เย็นจิตร, ภฤศ หาญอุตสาหะ, โสภณ เอี่ยมศิริ, ถาวร อุดมศิริ, ผ่องพักตร์ ชูศรี, ฉวีวรรณ เย็นจิตร.สภาวะตาบอดสายตาสั้นและโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550.จักษุสาธารณสุข2550; 21:10-94.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.การบริหารค่าใช้จ่ายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์.คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ;2560.หน้า. 330.
17. World Health Organization. Concept Note: Opening the GATE for Assistive Health Technology: Shifting the paradigm.[Internet] [cited 2018 Jul 31]. Available from: http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/concept_note.docx?ua=1
18. Nathalie Bussi eres. Manual in Vision Rehabilitation: Learning material for students at the German Jordanian University; 2017.
19. Meyniel C, Bodaghi B, Robert PY. Revisiting Vision Rehabilitation.Front Syst Neurosci2017; 11; 82.
20. International statistical classification of diseases and related health problems.10th revision, Fifth edition:World Health Organization; 2016.
21. วรลักษณ์ คงเด่นฟ้า, ศิรินาถ ตงศิริ, อีรวุฒิ ทวีภัทรวงศ์, จิรวัฒน์ กิตติเดชา, เอกสิทธิ์ นาคราช, ชัยพงษ์ พงษ์พนา, และคณะ.ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการดูแลคนพิการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2559.
22. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2558). Policy Brief ฐานข้อมูลคนพิการ: กลไกสำคัญที่รื้อการพัฒนา.[อินเทอร์เน็ต] 2558.[เข้าถึงเมื่อ 31 ก.ค. 2561].เข้าถึงได้จาก: <http://www.hitap.net/wpcontent/uploads/2015/04/PB.pdf>.
23. อีระ ศิริสมุท, ทรงยศ พิลาสันต์, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, วันทนี กุลเพ็ง, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, และคณะ. การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์;2557.



ภาคผนวก โรคทางจิตเวชที่ถือเป็นความพิการ

1. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด ทั้งนี้ โรคทางจิตเวชนั้นต้องไม่ใช่โรคในระยะเฉียบพลัน

ความพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรมตามรหัส ICD-10-TM (version 2012) ได้แก่

F00. - Dementia in Alzheimer's disease

F01. - Vascular dementia

F02. - Dementia in other diseases classified elsewhere

F03 - Unspecified dementia

F06.0 - Organic hallucinosis

F06.1 - Organic catatonic disorder

F06.2 - Organic delusional [schizophrenia-like] disorder

F06.3 - Organic mood [affective] disorder

F20 - Schizophrenia

F21 - Schizotypal disorder

F22 - Persistent delusional disorder

F25 - Schizoaffective disorder

F28 - Other nonorganic psychotic disorders

F29 - Unspecified nonorganic psychosis

F30.2 - Mania with psychotic symptoms

F31.2 - Bipolar affective disorder, current episode, manic with psychotic symptoms

F31.5 - Bipolar affective disorder, current episode, severe depression with psychotic symptoms

F31.6 - Bipolar affective disorder, current episode, mixed

F32.3 - Severe depressive episode with psychotic symptoms

F33.3 - Recurrent depressive disorder, current episode, severe with psychotic symptoms

2. ความพิการทางสติปัญญา หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

การจำแนกความพิการทางสติปัญญาตามรหัส ICD-10-TM (version 2012)

F70 - Mild mental retardation: IQ 50-69

F71 - Moderate mental retardation: IQ 35-49

F72 - Severe mental retardation: IQ 20-34

F73 - Profound mental retardation: IQ under 20

F78 - Other mental retardation

F79 - Unspecified mental retardation



พฤติกรรมกรรมการปรับตัว หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทั่วไป ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลนั้นที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในสังคม ประกอบด้วย

- a) การสื่อความหมาย (communication)
- b) การดูแลตนเอง (self-care)
- c) การดำรงชีวิตภายในบ้าน (home living)
- d) การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม (social and interpersonal skills)
- e) การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน (use of community resources)
- f) การควบคุมตนเอง (self-direction)
- g) การนำความรู้มาใช้ในการชีวิตประจำวัน (functional academic skills)
- h) การใช้เวลาว่าง (leisure)
- i) การทำงาน (work)
- j) การมีสุขอนามัยและความปลอดภัยเบื้องต้น (health and safety)

3. ความพิการทางการเรียนรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ในห้องเรียนปกติ แตกต่างจากนักเรียนอื่น ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางสมอง ทำให้ขาดความสามารถในด้านการอ่าน การเขียนสะกดคำ และ/หรือ การคิดคำนวณเลข หรือทำได้แต่มีความสามารถต่ำกว่าเด็กอื่นที่อายุเท่ากัน 2 ชั้นเรียน ทั้งที่มีระดับสติปัญญาปกติ โดยไม่ได้เกิดจากการขาดโอกาสเรียนรู้ ภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลางหรือรุนแรง มิได้มีปัญหาด้านอื่น หรือเกิดจากปัญหาในระบบการสอน และส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในวิธีการเรียนรู้ในห้องเรียนปกติ จนไปขัดขวางพัฒนาการด้านอื่น

การจำแนกความพิการทางการเรียนรู้ตามรหัส ICD-10-TM (version 2012)

F81 - Specific developmental disorders of scholastic skills

R48 - Dyslexia and other symbolic dysfunctions, not elsewhere classified

4. ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรม และอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ความพิการประเภทนี้จึงหมายถึงกลุ่มการวินิจฉัย ออทิสติกสเปกตรัมทั้งหมด (autism spectrum disorder หรือ pervasivedevelopmental disorder) ซึ่งประกอบด้วย

- a) ออทิสติก (autistic disorder)
 - b) แอสเพอร์เกอร์ (asperger's disorder)
 - c) rett's disorder
 - d) childhood disintegrative disorder
- pervasive developmental disorder, not otherwise specified (PDD NOS)

