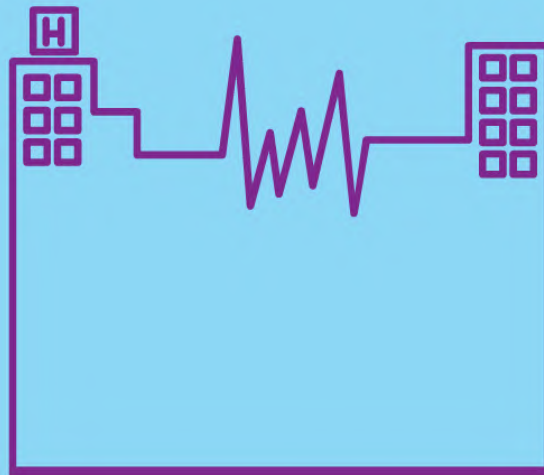
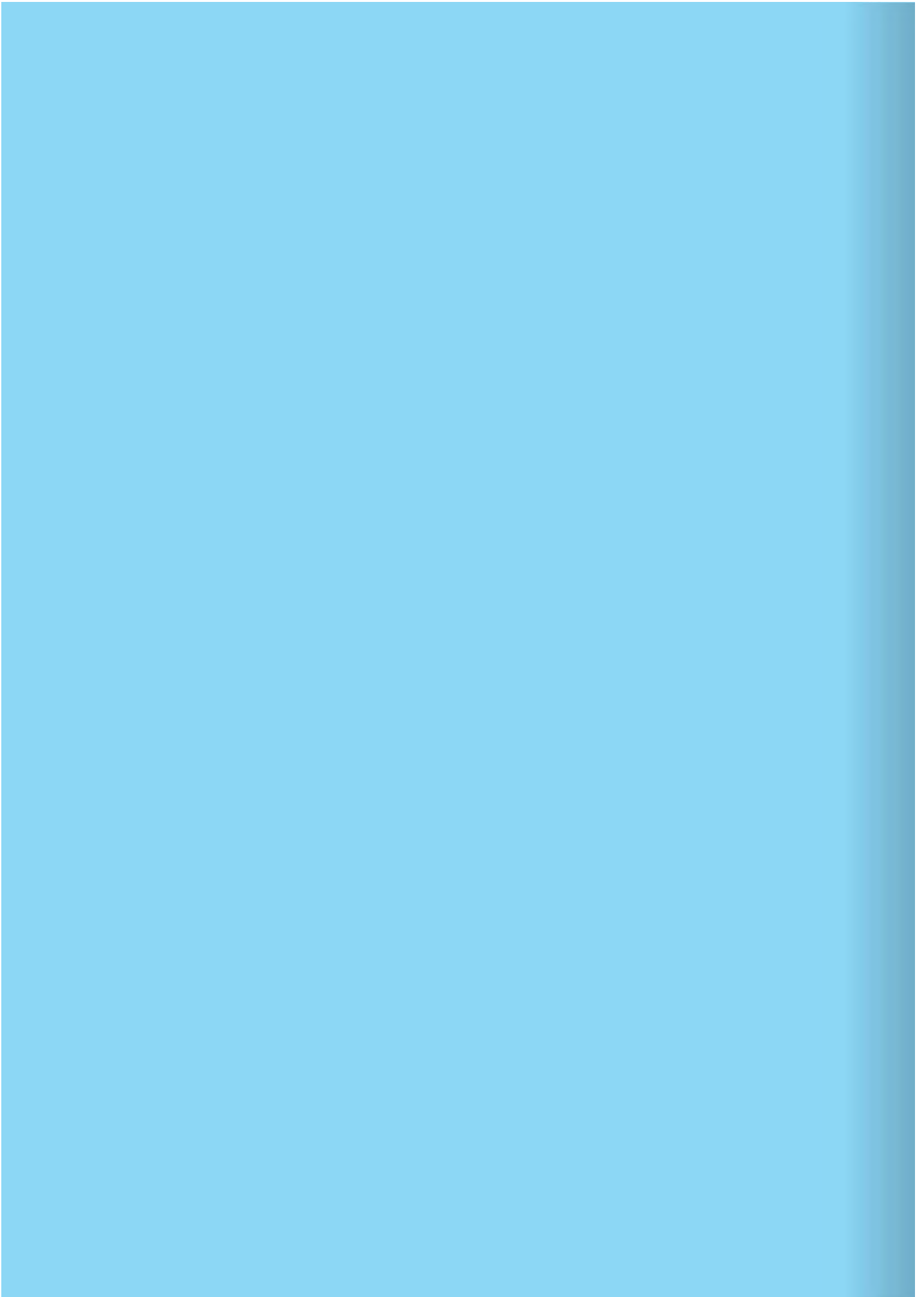




ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกาย
และการเคลื่อนไหว
(Rehabilitation System for People
with Disabilities)

11

พญ. ดารณี สุ่มพันธ์
พญ.บุษกร โลหารขุน
พญ.ยิ่งสุมาลย์ เจาะจิตต์
พญ.วิชณี ธงทอง
พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง
สาริณี แก้วสว่าง
ศุสัพันธ์ โสคันดา



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Rehabilitation System for People with Disabilities)

พญ. ดารณี สุวพันธ์* พญ.บุษกร โสหารขุน* พญ.ยิ่งสุมาลย์ เจาจิตต์* พญ.วิชณี ธงทอง*
พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง* สาริณี แก้วสว่าง* ศุภสินธุ์ โสคันดา*

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำนิยามของคำว่า “ความพิการ” (disability) ว่า หมายถึง ข้อจำกัดหรือการขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ โดยวิธีการหรือโดยวิธีของบุคคลทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องอย่างหนึ่งอย่างใด

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) อธิบายคำนิยามของคำว่า “คนพิการ” (disabled persons) ไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Declaration on the Rights of Disabled Persons) ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งไม่สามารถสร้างหลักประกันให้แก่ตนเองไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนในด้านสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในฐานะปัจเจกบุคคลหรือในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทั่วไป เนื่องจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะเกิดมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2010¹ ได้ประมาณการณ์จำนวนคนพิการทั่วโลกว่าร้อยละ 15.0 ของประชากรโลกหรือประมาณ 785 ล้านคน สูงกว่าการคาดการณ์ในปี 1970 ซึ่งประมาณการไว้ที่ร้อยละ 10.0 ของประชากรโลก โดยในจำนวนดังกล่าวนี้มีการสำรวจพบว่าประมาณ 110 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และยังพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า และถูกเลือกปฏิบัติมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนาพบว่ามีความยากลำบากในการเข้าถึงระบบบริการคนพิการค่อนข้างมาก ในประเทศไทยได้มีการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเริ่มสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความพิการตั้งแต่ปี 2517 จนถึงปี 2555^{2,3} โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจความพิการ (สคพ.) ครั้งแรกในปี 2545 ครั้งที่สองในปี 2550 พบว่าประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคน (ร้อยละ 2.9) การสำรวจดังกล่าวพบว่าคนพิการยังไม่เข้าถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐ โดยพบว่าร้อยละ 21.0 ไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งที่มีความจำเป็น จาการรายงานการสำรวจความพิการ (สคพ.) ครั้งล่าสุดในปี 2555³ พบว่ามีคนพิการทั้งสิ้น 1.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของประชากร จาการรายงานการสำรวจคนพิการข้างต้น แสดงให้เห็นว่าประชากรที่พิการในประเทศไทยมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐบาล ประชากรที่พิการส่วนใหญ่ของประเทศยังขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในเรื่องการศึกษา การประกอบอาชีพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ทำให้คนพิการส่วนใหญ่ต้องถูกทอดทิ้งไว้กับครอบครัว และมีความเป็นอยู่ตามอัตภาพ

ในระดับสากล ได้มีการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสิทธิด้านกฎหมายที่สำคัญ คือ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Convention on the Rights of Person with Disabilities: CRPD) เพื่อนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศ ในด้านส่งเสริม พิทักษ์ และประกันสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่คนพิการทุกคนพึงได้รับ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ประเทศไทยจึงมีการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพของคนพิการให้มีระบบบริการที่ดี คนพิการไทยได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพจากกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติหลายฉบับที่สำคัญ ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550 เป็นต้น

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550⁴ ได้กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองคนพิการเพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุสภาพทางกายหรือสุขภาพ รวมทั้งให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ ตลอดจนกำหนดให้รัฐต้องสงเคราะห์คนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ เพื่อให้การขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายในทุกระดับประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานทั้งภาครัฐ/เอกชน องค์การคนพิการ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้ร่วมกันจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติขึ้น ซึ่งปัจจุบันใช้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 ในการขับเคลื่อนงาน สาระสำคัญของแผนดังกล่าวยังมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล ตลอดจนอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นหน่วยงานหลักทางภาครัฐที่ดำเนินงาน

* ศูนย์สิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



ภาครัฐที่ดำเนินงานด้านคนพิการอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ โดยอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยกำลังคนในสาขาวิชาชีพต่างๆ อาทิ แพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายอุปกรณ์ ช่างกายอุปกรณ์ และนักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูความพิการ เป็นต้น ภายใต้การขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่มีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด การประเมินและจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ปัจจุบันประเทศไทยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับความคุ้มค่าของเทคโนโลยีค่อนข้างจำกัด ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพและทางการแพทย์ในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย นอกเหนือจากการที่ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานได้ ยังรวมถึงการใช้เครื่องมือตลอดจนเทคโนโลยีอย่างไม่สมเหตุสมผล รวมถึงขาดผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือดังกล่าว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาฐานข้อมูลตลอดจนพัฒนาด้านวิชาการ พัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย อันจะนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย พัฒนาแผนการบริการ ระบบข้อมูล/การติดตาม และการสนับสนุนทางเทคโนโลยีตามบทบาทของกรมการแพทย์ ตลอดจนศึกษาและกำหนดส่วนที่ขาดของงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทยนำไปสู่การจัดการความรู้วิชาการอย่างเหมาะสมต่อไป

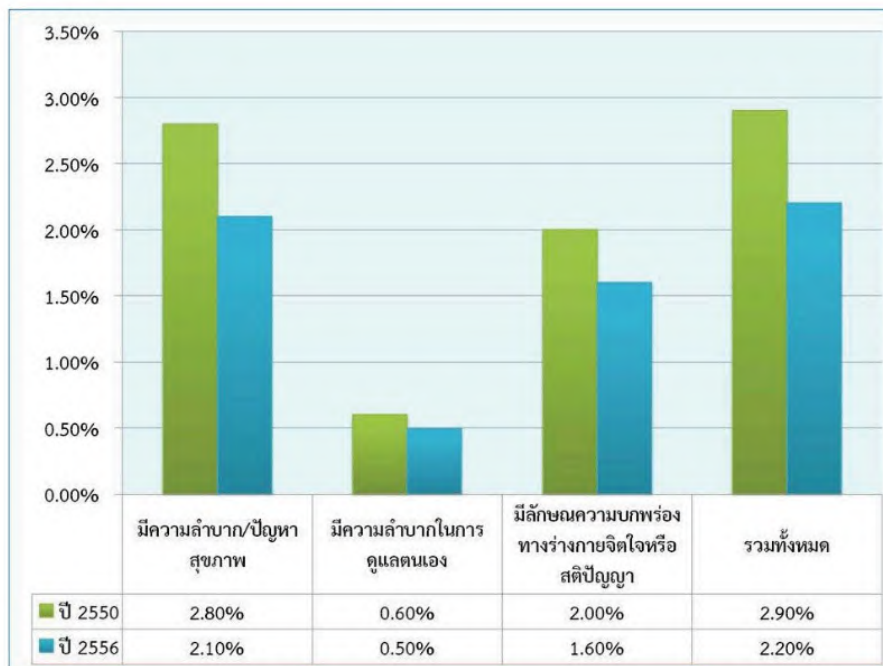
ระบาดวิทยา (Epidemiology)

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2011¹ พบว่ามีสัดส่วนคนพิการร้อยละ 15.0 ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมด และประมาณร้อยละ 80.0 ของคนพิการอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยมีสาเหตุความพิการหลายสาเหตุ เช่น โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ ภาวะเจ็บป่วย พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น สำหรับประเทศไทย การสืบค้นข้อมูลสถิติคนพิการมักอ้างถึงแหล่งข้อมูลสำคัญที่ทำการสำรวจและรวบรวมข้อมูลโดยหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ รายงานการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ^{2,3} ข้อมูลการขึ้นทะเบียนเพื่อรับบริการของคนพิการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เป็นต้น ซึ่งจากการรายงานสถานการณ์คนพิการในสังคมไทยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจความพิการและพหุผลภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2545 และ 2550⁵ พบว่าในปี 2550 ประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 1.74 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2545 (คนพิการเท่ากับ 1.68 ล้านคน) แต่สัดส่วนคนพิการต่อประชากรไทยทั้งหมดในปี 2545 และ 2550 มีสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 2.7) โดยในปี 2550 เพศหญิงมีสัดส่วนคนพิการสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 2.8 และ 2.5 ตามลำดับ) และพบความพิการในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มากกว่ากลุ่มวัยกำลังแรงงาน และวัยเด็กที่มีโอกาสที่จะเป็นคนพิการน้อยที่สุด (ร้อยละ 14.5, 1.6 และ 0.4 ตามลำดับ) และนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนคนพิการมากกว่าในเขตเทศบาลประมาณ 2 เท่า (ร้อยละ 3.2 และ 1.5 ตามลำดับ) โดยภาคเหนือมีคนพิการหนาแน่นสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ มีคนพิการประมาณ 4 คน ใน 100 คน นอกจากนี้พบว่า คนพิการประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 33.6) ของคนพิการทั้งหมดในประเทศไทยในปี 2550 เป็นคนพิการที่มีความพิการซ้ำซ้อน โดยพบว่าในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของคนพิการซ้ำซ้อนมากกว่านอกเขตเทศบาล รวมทั้งสัดส่วนคนพิการซ้ำซ้อนในภาคกลาง (รวม กทม.) มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 37.7) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนคนพิการซ้ำซ้อนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 32.6 และจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าจำนวนคนพิการในปี 2550² มีจำนวนประมาณ 1.9 ล้านคน (ร้อยละ 2.9) ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ปี 2517 ที่มีคนพิการประมาณ 2 แสนคน (ร้อยละ 0.5) แต่ในปี 2555³ ผลการสำรวจกลับพบว่ามีคนพิการที่มีชีวิตอยู่มีจำนวนลดลง คือ พบประมาณ 1.5 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจปี 2550 พบว่าร้อยละของคนพิการลดลงทั้ง 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่มีความลำบาก/ปัญหาสุขภาพ กลุ่มที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง และกลุ่มที่มีลักษณะความบกพร่อง (ภาพที่ 11.1)



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Rehabilitation System for People with Disabilities)

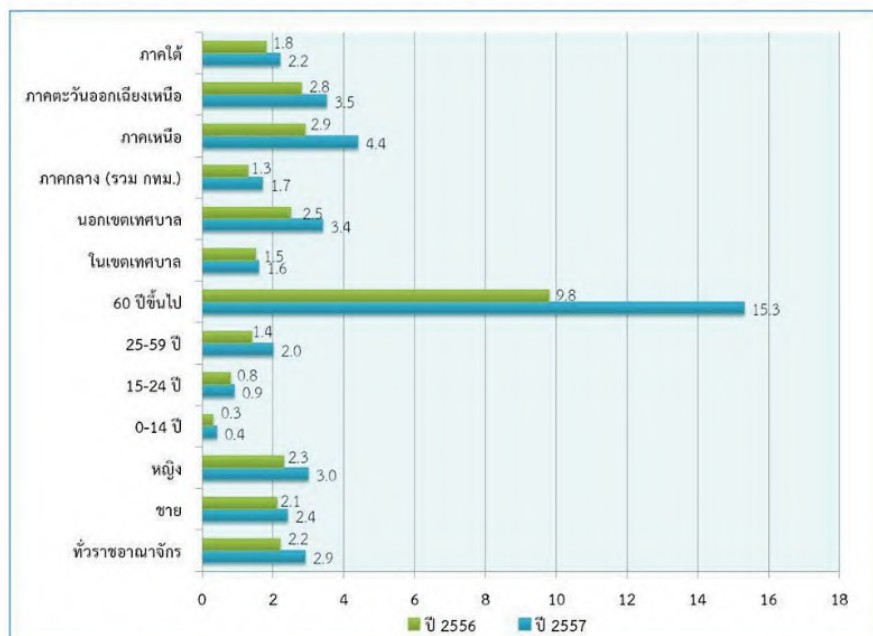
11-3



ภาพที่ 11.1 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ เปรียบเทียบปี 2550 และ 2555³

จากผลการสำรวจความพิการในปี 2555³ พบว่าร้อยละของคนพิการมีความแตกต่างตามลักษณะทางประชากร โดยพบว่าร้อยละของคนพิการเป็นผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย (ร้อยละ 2.3 และ 2.1 ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีคนพิการร้อยละ 9.8 สูงกว่าวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพตามวัยที่สูงขึ้นจึงถูกนับรวมเป็นคนพิการ นอกจากนี้พบว่านอกเขตเทศบาลมีร้อยละของคนพิการมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.5 และ 1.5 ตามลำดับ) โดยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคนพิการร้อยละ 2.8-2.9 สูงกว่าภาคอื่นๆ (ภาพที่ 11.2)

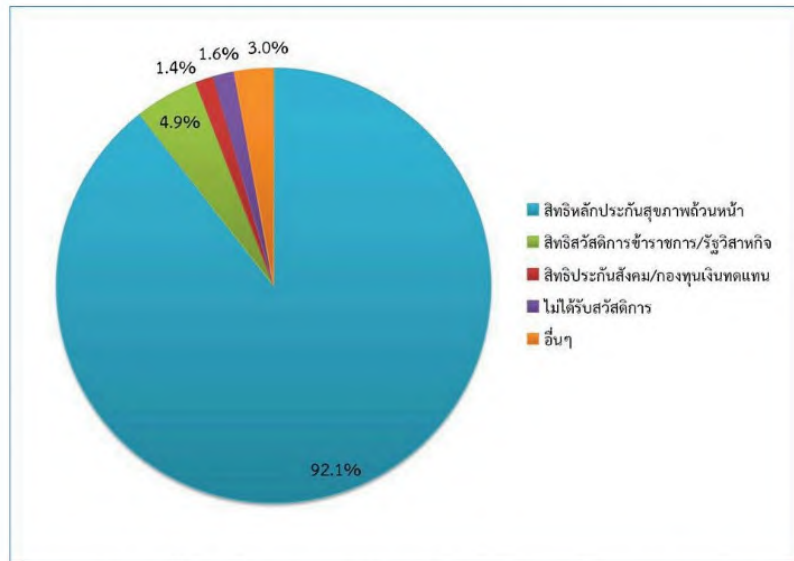
11



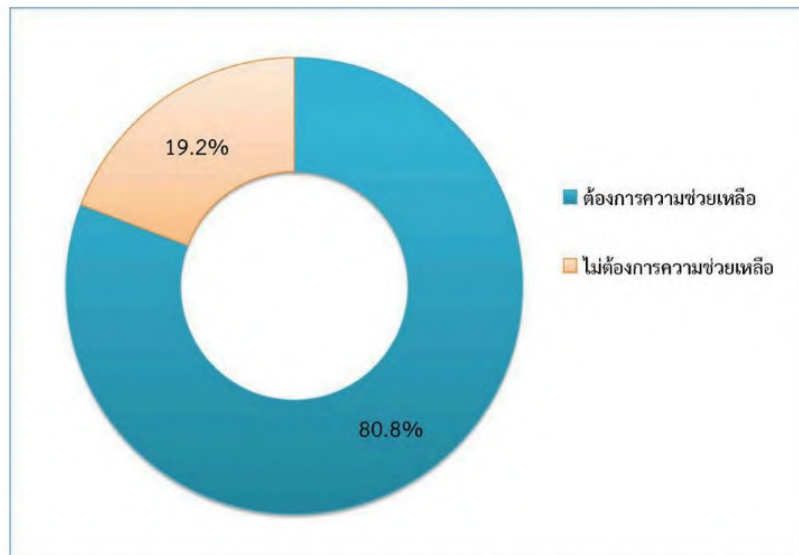
ภาพที่ 11.2 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามภาค เขตการปกครอง อายุ และเพศ เปรียบเทียบปี 2550 และ 2555³



ผลการสำรวจความพิการ ปี 2555³ ยังรายงานข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของคนพิการ และความ ต้องการสวัสดิการ การดูแลจากภาครัฐเพิ่มเติม โดยพบว่าคนพิการเกือบทุกคน (ร้อยละ 98.4) ได้รับสวัสดิการค่า รักษาพยาบาลหลักของรัฐ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงร้อยละ 92.1 และมีคนพิการเพียงส่วนน้อยที่ ได้รับสวัสดิการจากสิทธิข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 4.9) และมีสิทธิประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน (ร้อยละ 1.4) (ภาพที่ 11.3) คนพิการส่วนใหญ่ประมาณ 4 ใน 5 (ร้อยละ 80.8) ต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการ ดูแลจากภาครัฐเพิ่มเติม (ภาพที่ 11.4) โดยความช่วยเหลือที่ต้องการมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) เงินสนับสนุน 2) ต้องการงาน มีรายได้ที่บ้าน 3) พยาบาลมาเยี่ยมและดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น 4) การเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้โดยสะดวก และ 5) ต้องการ ให้มีบริการพาหนะเวลาจำเป็นต้องไปที่อื่น (ร้อยละ 75.1, 21.2, 17.8, 11.1 และ 8.1 ตามลำดับ) (ภาพที่ 11.5)

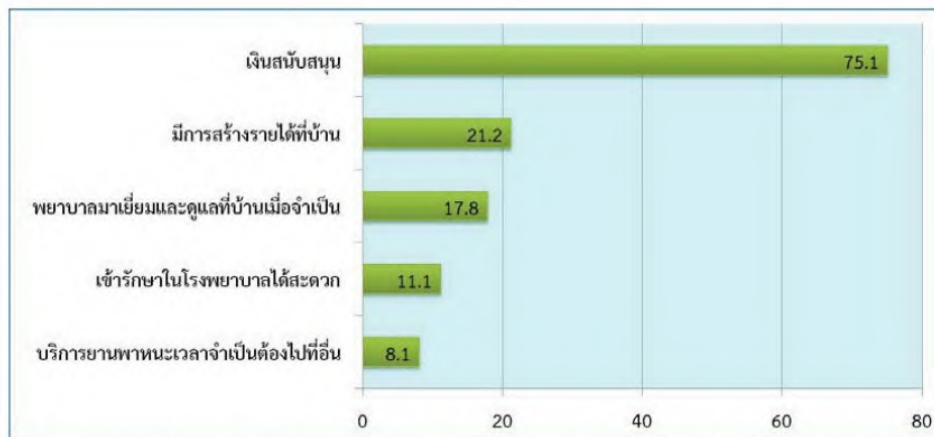


ภาพที่ 11.3 ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามแหล่งการได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหลักของรัฐ ปี 2555³



ภาพที่ 11.4 ร้อยละความต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแลจากภาครัฐเพิ่มเติมของประชากรที่พิการ ปี 2555³





ภาพที่ 11.5 ร้อยละความต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพิ่มเติมของประชากรที่พิการ 5 อันดับแรก ปี 2555³

นอกจากนี้ยังสามารถประเมินสถานการณ์คนพิการในประเทศไทยได้จากรายงานสถิติข้อมูลคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการ ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งข้อมูลล่าสุดรายงานเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม ปี 2557⁶ มีคนพิการที่มีบัตรประจำตัวและยังมีชีวิตอยู่จำนวนทั้งสิ้น 1,541,221 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 837,053 ราย (ร้อยละ 54.3) และเป็นเพศหญิงจำนวน 704,168 ราย (ร้อยละ 45.7) (ตารางที่ 11.1) นอกจากนี้ยังได้แสดงรายละเอียดจำนวนคนพิการประเภทต่างๆ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยจำแนกความพิการออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ พิการทางการมองเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ และพิการออทิสติก นอกจากนี้ยังเพิ่มรายละเอียดสำหรับกลุ่มคนพิการที่มีความพิการซ้ำซ้อนและไม่สามารถระบุความพิการได้ โดยแสดงการกระจายของประชากรตามภูมิภาคและลงรายละเอียดรายจังหวัด พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย มีสัดส่วนมากที่สุดเมื่อเทียบกับคนพิการประเภทอื่นๆ โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 727,726 ราย (ร้อยละ 47.2) โดยเป็นเพศชาย จำนวน 399,498 ราย และเพศหญิง จำนวน 328,228 ราย โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีคนพิการสูงกว่าภาคอื่นๆ

ตารางที่ 11.1 สถิติข้อมูลคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามภูมิภาคและเพศ⁷

ภูมิภาค	จำนวน (ราย)		
	ชาย	หญิง	รวม
กรุงเทพมหานคร	34,359	27,148	61,507
ภูมิภาค	802,694	677,020	1,479,714
รวมทั้งสิ้น	837,053	704,168	1,541,221
ภูมิภาค ประกอบด้วย			
1.ภาคกลางและภาคตะวันออก	176,895	143,501	320,396
2.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	317,556	278,711	596,267
3.ภาคใต้	95,864	75,463	171,327
4.ภาคเหนือ	193,025	165,357	358,382
5.ไม่ระบุ	19,354	13,988	33,342
รวม	820,694	677,020	1,479,714

หมายเหตุ: ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2557 (ตั้งแต่วันที่ 24 กันยายน 2537 ถึง 31 กรกฎาคม 2557)

ข้อมูลคนพิการ ทั้งหมด 1,777,356 คน ข้อมูลคนพิการ มีชีวิต 1,541,221 คน

ข้อมูลคนพิการ เสียชีวิต 236,135 คน



จากข้อมูลการสำรวจความพิการที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติตั้งแต่ปี 2517 จนถึงปี 2545 และปี 2550 พบว่าจำนวนคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยพบกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีคนพิการสูงกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งในช่วงการสำรวจในปี 2550 มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่อาจส่งผลให้มีการขึ้นทะเบียนคนพิการเพิ่มขึ้นและพบการสำรวจความพิการมียอดรวมคนพิการที่สูงขึ้นจากการยกเลิกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550⁴ ซึ่งมีการกำหนดมาตรการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การสร้างกลไกเพื่อการคุ้มครองคนพิการในเชิงนโยบายไว้ในกฎหมาย เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาส การคุ้มครองจากรัฐมุ่งให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐทั้งในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสวัสดิการสังคมอย่างครอบคลุม อีกทั้งยังจำแนกประเภทความพิการเพิ่มขึ้นจากราชบัญญัติฉบับเดิม ส่วนการสำรวจความพิการในปี 2555 กลับพบจำนวนคนพิการลดลงเล็กน้อย คือ พบประมาณ 1.5 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) แต่สัดส่วนการกระจายตัวตามกลุ่มอายุ เพศ และการอาศัยยังคงลักษณะเดิม ซึ่งจำนวนดังกล่าวนี้มีความใกล้เคียงกับจำนวนคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนกับสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงเป็นไปได้ว่าจำนวนคนพิการที่ลดลงนี้เป็นผลจากการผลักดันให้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ดังกล่าว ร่วมกับการรณรงค์ให้คนพิการเข้าถึงสิทธิประโยชน์จากการจดทะเบียนทำให้มีการจดทะเบียนคนพิการได้ครอบคลุมและมีคนพิการบางรายเสียชีวิต หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจนไม่เข้าข่ายตามคำนิยามที่กำหนดในการสำรวจดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่า การสำรวจความพิการในปี 2550 ได้นับรวมคนที่ตาบอดหรือสายตาดูเลือนรางเพียงข้างเดียว คนที่หูตึงหรือหูหนวกเพียงข้างเดียวเป็นคนพิการ ซึ่งกลุ่มคนดังกล่าวนี้ไม่ถือเป็นคนพิการตามกฎหมายที่มีการเปลี่ยนแปลงนิยามความพิการให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ในการสำรวจความพิการปี 2555 จึงมีการคาดการณ์ว่าจำนวนคนพิการอาจลดลง ประมาณ 2.9 แสนคน ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้มีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับสิทธิทางการแพทย์และสาธารณสุข กำหนดไว้ในมาตรา 20 (1) รายละเอียดว่า “คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น” ซึ่งภายใต้พระราชบัญญัติฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2550 เพื่อให้คนพิการได้รับอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าว จำนวน 26 รายการ ส่งผลให้การจดทะเบียนคนพิการได้ครอบคลุมทั่วถึง

จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนรับบริการด้านสุขภาพจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2548-2556 มีจำนวนคนพิการสะสมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนทั้งสิ้น 1,125,513 ราย เมื่อพิจารณาตามประเภทความพิการ พบว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด (ร้อยละ 42.9) รองลงมาเป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 17.7) และคนพิการทางสติปัญญา (ร้อยละ 13.5) สำหรับด้านบริการสุขภาพพบว่าปี 2551-2556 มีจำนวนคนพิการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวนทั้งสิ้น 1,223,868 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2556)

ข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับสาเหตุความพิการนั้น ไม่พบหลักฐานแสดงรายละเอียดชัดเจนทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ จากการสืบค้นรายงานความพิการขององค์การอนามัยโลก¹ มีเพียงการระบุสาเหตุในภาพรวมว่าเกิดจากสาเหตุใดได้บ้าง แต่ไม่มีรายละเอียดการกระจายของสาเหตุต่างๆ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญสาเหตุประเด็นหลักๆ¹ เช่น อุบัติเหตุการจราจร การบาดเจ็บ ภัยพิบัติ ความรุนแรงและโรคระบาด เป็นต้น โดยประมาณการณ่ว่าจะมีสาเหตุจากการบาดเจ็บประมาณ 1 ใน 4 และอ้างถึงความชุกของความพิการที่เกิดจากการบาดเจ็บและการทำร้ายร่างกายในบางภูมิภาค เช่น การศึกษาในเม็กซิโกพบความชุกของความพิการที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบาดเจ็บที่ไม่เฉพาะเจาะจงประเภท ร้อยละ 17.7 และในยังการพบร้อยละ 12.4 เป็นต้น แต่กล่าวโดยภาพรวมว่ายังขาดการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับสาเหตุความพิการที่แท้จริง

ในประเทศไทยข้อมูลเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับรายละเอียดสาเหตุของความพิการทางการกายและการเคลื่อนไหว (cause) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดความพิการ (associated factors) อุบัติการณ์ (incidence) ความชุก (prevalence)



แนวโน้มของการเกิดความพิการ (trend) รวมถึงพฤติกรรมหรือภาวะเสี่ยง และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดความพิการ (risk factors) ยังมีการศึกษาเผยแพร่กันน้อยและไม่เป็นปัจจุบัน มีกล่าวถึงในรายงานสำรวจความพิการ ปี 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แต่เป็นข้อมูลในภาพกว้างและไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ในรายละเอียด เพื่อหาแนวโน้มหรือเฝ้าระวัง ป้องกันในการเสนอแนะเชิงนโยบายได้ ซึ่งจำแนกตามสาเหตุที่ทำให้มีลักษณะความบกพร่อง 12 สาเหตุ³ ได้แก่

- อุบัติเหตุจากการทำงาน
- อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก
- อุบัติเหตุจากการเล่นน้ำ/ทางน้ำ/กับระเบิด/อุบัติเหตุหรือจลาจล
- หกล้ม
- ถูกยิง/ถูกทำร้าย/ตกจากที่สูง (ที่ไม่ใช่จากการเล่นหรือทำงาน)/สารเคมี/ยา/ถูกไฟ/น้ำร้อนลวก
- โรคภัยไข้เจ็บ
- จากกรรมพันธุ์
- จากการตั้งครรภ์/คลอด
- ชราภาพ
- ได้รับการกระทบด้านจิตใจ
- ไม่ทราบสาเหตุ
- อื่นๆ

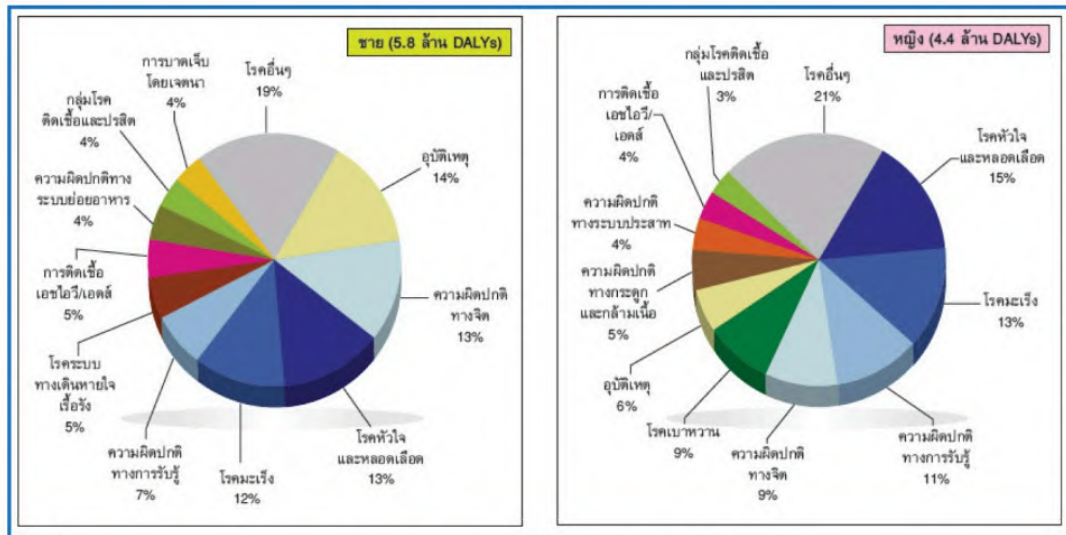
งานวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์คนพิการส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิหรือวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจของหน่วยงานภาครัฐ เช่น รายงานวิจัยผลการศึกษา “สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ”⁵ ที่ศึกษาสถานการณ์คนพิการในสังคมไทยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับรายได้ของผู้พิการที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) การศึกษารังนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่เป็นข้อมูลดิบจาก “โครงการสำรวจความพิการ และภาวะทุพพลภาพ ปี 2545” และ “การสำรวจความพิการ ปี 2550” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการให้เป็นข้อมูลปัจจุบัน โดยอาจรวบรวมจากข้อมูลเชิงสำรวจของหน่วยงานภาครัฐและเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลด้านต่างๆ อาทิ ทะเบียนราษฎร์ การเข้าถึง/รับบริการระบบสุขภาพ และการรับสิทธิสวัสดิการต่างๆ ของคนพิการ เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการพัฒนากระบวนการลงทะเบียนคนพิการ (registration) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรและการเสนอแนะระดับนโยบายต่อไป

กรมการแพทย์ โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการให้บริการและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นประเด็นหลักที่ทางศูนย์สิรินธรฯ พยายามพัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างการศึกษาข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของคนพิการที่ทางศูนย์สิรินธรฯ กำลังดำเนินงานในปีงบประมาณ 2557 เพื่อสนองนโยบายของรัฐบาลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนพิการชาชาติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้คนพิการชาชาติได้รับขาเทียมหรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย รวมทั้งคนพิการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและสามารถออกมาดำเนินชีวิตประจำวันหรือมีส่วนร่วมในสังคมได้ทัดเทียมคนปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำนโยบายมาขับเคลื่อนโดยกำหนดตัวชี้วัดสำคัญด้านคนพิการขึ้นในปีงบประมาณ 2557 ได้แก่ “คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาชาติ) ได้รับการบริการ ร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี” และมอบหมายให้กรมการแพทย์ โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นหน่วยประสานงานและรับผิดชอบตัวชี้วัด จึงมีการคาดการณ์ประมาณประชากรคนพิการชาชาติ จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และการบริการขาเทียมของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ พบว่ามีคนพิการชาชาติทั่วประเทศประมาณ 31,466 ราย จากฐานข้อมูลรหัสการตัดขา (ICD9 TM code Amputation) ของสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ถูกตัดขาตั้งแต่ระดับนิ้วเท้าจนถึงระดับสะโพกรายใหม่ จำนวนกว่า 12,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องใส่ขาเทียม จำนวน 3,500 ราย โดยมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด จากข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การสำรวจและประเมินสถานการณ์ความต้องการกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ปริมาณการเข้าถึงบริการ กำลังการผลิตและช่องว่างหรือปัญหา ซึ่งนำไปสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาศักยภาพและรายงานข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านกายอุปกรณ์ในระดับประเทศ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบการบริการและการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาชาติ) ได้รับการบริการครบถ้วนร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี⁷



เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

จากข้อมูลรายงานศึษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ในปี 2552⁸ สามารถนำมาใช้ประกอบในการพิจารณาประเด็นเครื่องชี้วัดภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนพิการ ได้แก่ สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว อาทิ ประเด็นด้านสาเหตุของความพิการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง และสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น (ภาพที่ 11.6) แสดงจำนวนปีสุขภาวะของประชากรไทยจำแนกตามเพศและสาเหตุ และแสดงการจัดอันดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ปี 2552 จำแนกตามเพศและสาเหตุ (ตารางที่ 11.2)



ภาพที่ 11.6 จำนวนปีสุขภาวะของประชากรไทย ปี 2552 จำแนกตามเพศและสาเหตุ⁸



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
(Rehabilitation System for People with Disabilities)

11-9

ตารางที่ 11.2 การจัดอันดับความสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย ปี 2552 จำแนกตามเพศและสาเหตุ⁸

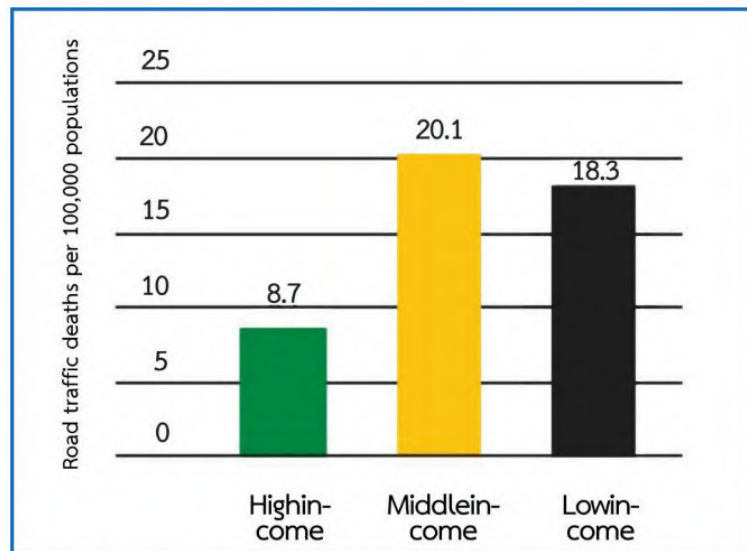
ลำดับ	ชาย				หญิง	
	โรค	DALYs ('000)	%	%	DALYs ('000)	โรค
1	การเสียดสีกระดูกสันหลังที่มีแอลกอฮอล์	506	8.7	8.6	380	โรคเบาหวาน
2	อุบัติเหตุทางถนน	501	8.6	8.0	350	โรคหลอดเลือดสมอง
3	โรคหลอดเลือดสมอง	369	6.4	5.4	236	โรคซึมเศร้า
4	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	282	4.9	4.0	178	โรคหัวใจขาดเลือด
5	โรคมะเร็งตับ	262	4.5	3.6	160	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
6	โรคหัวใจขาดเลือด	250	4.3	3.5	154	ต่อกระดูก
7	โรคเบาหวาน	218	3.8	3.1	138	โรคข้อเสื่อม
8	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	206	3.5	2.9	129	อุบัติเหตุทางถนน
9	ภาวะตับแข็ง	176	3.0	2.7	117	โรคโลหิตจาง
10	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	133	2.3	2.6	114	โรคมะเร็งตับ
11	โรคซึมเศร้า	124	2.1	2.2	96	โรคไตอักเสบและไตพิการ
12	การถูกทำร้าย	120	2.1	2.1	94	โรคมะเร็งปากมดลูก/และมดลูก
13	ต่อกระดูก	119	2.0	2.1	93	โรคสมองเสื่อม
14	การทำร้ายตนเอง	102	1.8	1.7	73	โรคมะเร็งเต้านม
15	วัณโรค	101	1.7	1.6	72	หูหนวก
16	โรคข้อเสื่อม	92	1.6	1.5	67	โรคหอบหืด
17	การจมน้ำ	87	1.5	1.5	64	โรควิตกกังวล
18	โรคจิตเภท	84	1.4	1.4	63	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด
19	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	80	1.4	1.3	59	โรคจิตเภท
20	โรคไตอักเสบและไตพิการ	78	1.3	1.3	56	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
รวมทุกโรค		5,808	100	100	4,399	รวมทุกโรค

11

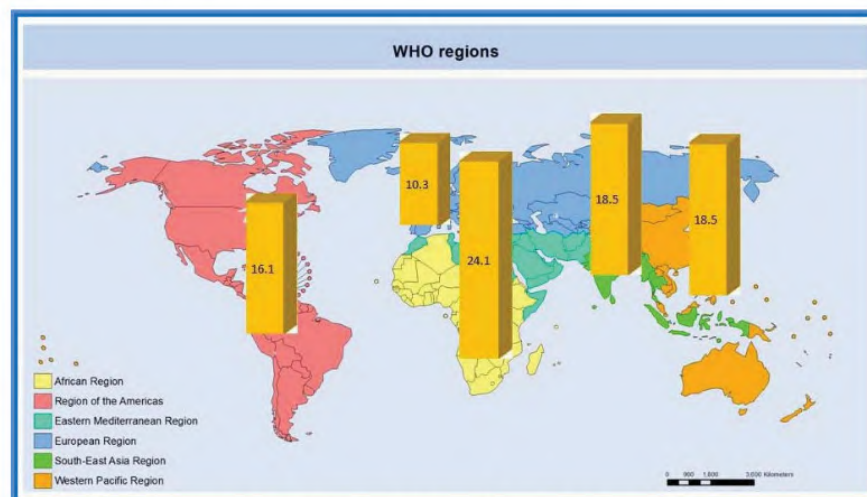
จากการสืบค้นข้อมูล burden ของความพิการจากอุบัติเหตุจราจรของไทยเพิ่มเติม พบการกล่าวถึงการบริโภคแอลกอฮอล์ที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร และทำให้เกิดทุพพลภาพหรือการตายก่อนภาวะอันควร ดังนี้ “ในประเทศไทย ข้อมูลในปี 2542⁹ พบว่าจำนวนปีของการตายก่อนวัยอันควรรวมการสูญเสียจากความพิการทุพพลภาพหรือที่เรียกรวมว่าภาระโรค จากการบริโภคแอลกอฮอล์นั้น มากเป็นอันดับ 3 รองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe sex) และการบริโภคยาสูบ ความเสียหายทางเศรษฐกิจเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรประมาณไว้ในระดับร้อยละ 2.0-3.0 ของรายได้ประชาชาติหรือประมาณหนึ่งแสนล้านต่อปี ถ้ารวมความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดจากการสูญเสียกำลังผลิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและค่าเสียหายรวม ค่าใช้จ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ น่าจะไม่ต่ำกว่า 5 แสนถึง 1 ล้านล้านบาทต่อปี” ขณะที่จากการจัดอันดับภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงจาก 14 ปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียสุขภาพในการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2552¹⁰ พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและพิการจากอุบัติเหตุทางถนนนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากความเจ็บป่วยหรือพิการและการตายก่อนวัยอันควรในเพศชาย (913.15 พัน DALYs) ส่วนการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ เป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับที่ 4 และ 5 ตามลำดับ (318.96 พัน DALYs และ 16.80 พัน DALYs) ส่วนในเพศหญิง พบว่าการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียสุขภาพจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในลำดับที่ 7, 9 และ 13 ตามลำดับ (81.83 พัน DALYs, 74.19 พัน DALYs และ 4.31 พัน DALYs) โดยรวมแล้วเพศชายจะมีภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสูงกว่าเพศหญิง



ข้อมูล burden of diseases ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางจราจรในต่างประเทศ มีรายงานจากองค์การอนามัยโลก¹¹ ในประเด็นการรับรองคำประกาศเจตนารมณ์ปฏิญญามอสโกและประกาศให้ปี 2555-2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (decade of action for road safety) พบว่าอุบัติเหตุทางจราจรเป็นสาเหตุการตายสูงในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (middle income) และประเทศที่มีรายได้ต่ำ (low income) คิดเป็น 20.1 และ 18.3 ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ (ภาพที่ 11.7) นอกจากนี้ในรายงานตามภูมิภาคยังพบว่าในแถบแอฟริกามีอัตราการตายของประชากรจากอุบัติเหตุจราจรสูงสุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ (ภาพที่ 11.8)



ภาพที่ 11.7 อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรต่อ 100,000 ประชากรทั่วโลกจำแนกตามระดับรายได้ของประเทศ¹¹



ภาพที่ 11.8 อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรต่อ 100,000 ประชากรทั่วโลก จำแนกตามภูมิภาคของ WHO¹¹

นอกจากนี้รายงานดังกล่าว ยังมีการประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิต 1 รายในผู้ได้รับบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางจราจร 20 ราย และพบว่าผู้บาดเจ็บดังกล่าว ประมาณ 1 ใน 20 ราย กลายเป็นคนพิการ¹¹

นอกจากการศึกษาเกี่ยวกับภาระโรดังกล่าวแล้วยังพบการศึกษาการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (burden of economic) จากรายงานเรื่องความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเกิดความพิการจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย ปี 2549¹² โดยทำการสำรวจข้อมูลในคนพิการที่มีสาเหตุตามหลังการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก จำนวนทั้งสิ้น 309 ราย ในพื้นที่ 8 จังหวัด



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Rehabilitation System for People with Disabilities)

11-11

รายงานค่าเฉลี่ยความสูญเสียต่อราย มีมูลค่าถึง 2,676,606 บาท และพบว่ามีความถี่ของครวญประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างคนพิการที่รายได้ครวญลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่งหลังจากมีแผนการ (ตารางที่ 11.3) ซึ่งแสดงผลจากการศึกษาบางส่วน จากข้อมูลในตารางดังกล่าวจะพบว่ามีความพิการและครอบครัวที่ไม่มีรายได้เลย จำนวนถึง 1 ใน 3 จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตารางที่ 11.3 การเปลี่ยนแปลงระดับรายได้ของครวญในภาพรวมภายหลังเกิดความพิการจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ปี 2549¹²

การเปลี่ยนแปลงระดับรายได้ของครวญ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ลดลงร้อยละ 1-25	45	14.8
รายได้ลดลงร้อยละ 26-50	80	26.3
รายได้ลดลงร้อยละ 51-75	42	13.8
รายได้ลดลงร้อยละ 76-90	38	12.5
คนพิการและครอบครัวที่ไม่มีรายได้เลย	99	32.6
รวม	304	100.0

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบกยังทำให้ผู้มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจนมากขึ้นถึง 1.4 เท่า ซึ่งผลจากการศึกษาดังกล่าวนี้นี้เป็นข้อมูลหลักฐานสำคัญที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการป้องกันอุบัติเหตุทางจราจรและการพัฒนาเครือข่ายการรักษานักฟื้นฟูสมรรถภาพผู้บาดเจ็บเพื่อลดโอกาสเกิดความพิการทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน

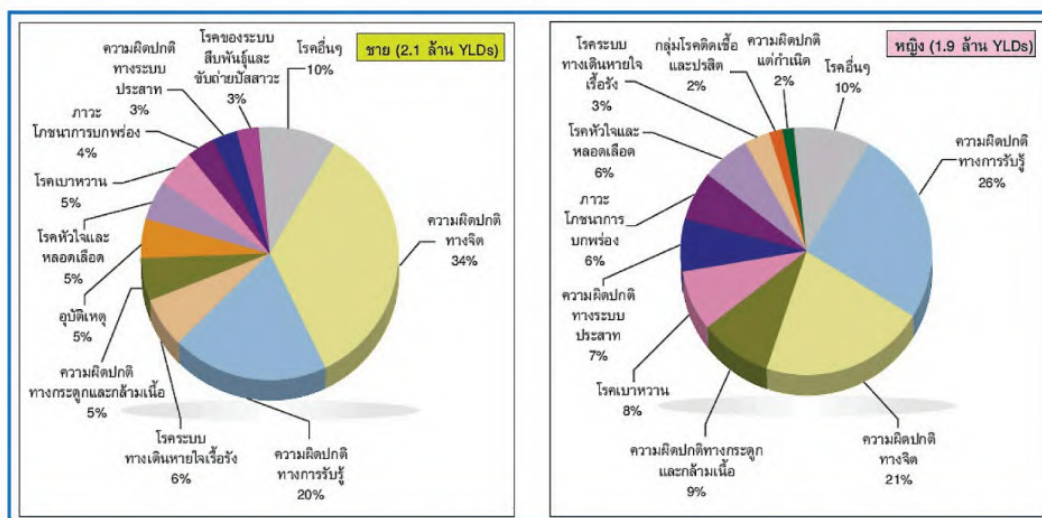
ตารางที่ 11.4 การเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ที่ยากจนอันเป็นผลจากความพิการที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ปี 2549¹²

จังหวัด	เส้นความยากจน (บาท)	ก่อนเกิดอุบัติเหตุ	หลังเกิดอุบัติเหตุ	เปลี่ยนแปลง (เท่า)
		ต่ำกว่าเส้นความยากจน (ครวญ)	ต่ำกว่าเส้นความยากจน (ครวญ)	
ชลบุรี	1,569	1	7	6.0
นครราชสีมา	1,254	14	19	0.4
ขอนแก่น	1,293	3	8	1.7
นครศรีธรรมราช	1,350	6	18	2.0
พิษณุโลก	1,273	10	24	1.4
นนทบุรี	1,529	1	4	3.0
ราชบุรี	1,433	8	27	2.4
กรุงเทพฯ	2,020	1	1	-
รวม	1,386	44	108	1.4

สำหรับความสูญเสียสุขภาพจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (ความเจ็บป่วยและพิการ) (Years of life lost due to Disability: YLDs) ของประชากรไทยในปี 2552⁸ พบว่ามีค่าประมาณ 4 ล้าน YLDs โดย 2.1 ล้าน YLDs ในผู้ชาย และ 1.9 ล้าน YLDs ในผู้หญิง (ภาพที่ 11.9) ซึ่งสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชาย คือ การเสียดัดเครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสูงถึงร้อยละ 22.6 ของ YLDs ที่สูญเสียในเพศชาย รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า ต้อกระจก โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง โรคซึมเศร้า เป็นสาเหตุหลัก ซึ่งสูงถึงร้อยละ 12.4 ของ YLDs ที่สูญเสียในเพศหญิง สาเหตุรองลงมาคือ ต้อกระจก โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม และโรคโลหิตจาง ตามลำดับ (ตารางที่ 11.5)

11





ภาพที่ 11.9 จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย ปี 2552 จำแนกตามเพศ และสาเหตุหลัก⁸

ตารางที่ 11.5 การจัดอันดับจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย ปี 2552 จำแนกตามเพศ และสาเหตุ⁸

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	โรค	YLD ('000)	%	%	YLD ('000)	โรค
1	การเสียดสีกระดูกข้อต่อที่มีแอลกอฮอล์	467	22.6	12.4	235	โรคซึมเศร้า
2	โรคซึมเศร้า	124	6.0	8.1	154	ต่อกระดูก
3	ต่อกระดูก	119	5.7	7.9	149	โรคเบาหวาน
4	โรคเบาหวาน	99	4.8	7.2	136	โรคข้อเสื่อม
5	โรคข้อเสื่อม	90	4.3	6.1	116	โรคโลหิตจาง
6	โรคจิตเภท	80	3.8	4.7	88	โรคหลอดเลือดสมอง
7	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	77	3.7	4.4	84	โรคสมองเสื่อม
8	โรคหลอดเลือดสมอง	3	3.5	3.8	72	หูหนวก
9	โรคโลหิตจาง	66	3.2	3.4	64	โรควิตกกังวล
10	โรคหอบหืด	51	2.5	3.0	57	โรคจิตเภท
11	หูหนวก	51	2.5	2.4	46	โรคหอบหืด
12	โรคต่อมลูกหมากโต	40	2.0	1.8	34	การเสียดสีกระดูกข้อต่อที่มีแอลกอฮอล์
13	อุบัติเหตุทางถนน	37	1.8	1.4	27	โรคลมชัก
14	โรคสมองเสื่อม	31	1.5	1.4	26	ต่อหิน
15	โรควิตกกังวล	29	1.4	0.8	15	โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
16	ต่อหิน	27	1.3	0.8	15	น้ำหนักร่างกายต่ำ
17	น้ำหนักร่างกายต่ำ	15	0.7	0.6	12	อาการปวดหลัง
18	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	14	0.7	0.6	12	โรคอารมณ์สองขั้ว
19	โรคลมชัก	14	0.7	0.6	12	โรคไวรัสตับอักเสบบี
20	โรคไวรัสตับอักเสบบี	14	0.7	0.6	11	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
รวมทุกโรค		2,070	100	100	1,894	รวมทุกโรค



อาจกล่าวโดยสรุปว่ายังไม่มีการศึกษาเครื่องชี้วัดภาระโรค (burden of disease) ในคนพิการแต่ละประเภทโดยตรง แต่มีการกล่าวถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความพิการประเภทต่างๆ อาทิ อุบัติเหตุจากจราจร โรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ เป็นต้น แต่ข้อมูลดังกล่าวเป็นการนำเสนอภาพรวมของประชากรไทย ในกรณีคนพิการมุมมองที่สำคัญ คือ การพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความสูญเสียจากความพิการแต่ละประเภท โดยคำนึงถึงอายุที่เหลือที่ต้องอยู่กับความพิการนั้น ดังนั้นอายุที่เริ่มพิการมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียจนกระทั่งเสียชีวิต โดยความสูญเสียที่ควรพิจารณาทั้งด้านภาระโรค คุณภาพชีวิต และผลทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นหลักฐานสำคัญในการผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกันความพิการประเภทต่างๆ ตลอดจนแนวทางการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดความพิการน้อยที่สุด หรือคนพิการสามารถพัฒนาตนเองจนมีศักยภาพสูงสุดไม่เป็นภาระต่อสังคม ลดช่องว่าง และทำให้เกิดความเท่าเทียมในสังคมต่อไป

Cost and Interventions

ปัจจุบันมีการศึกษาหลายงานสนับสนุนว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สามารถลดความพิการและคงความสามารถของผู้ป่วยไว้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ การเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่แรก (early rehabilitation) และการฟื้นฟูแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) สามารถลดความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหนึ่งในบริการที่ภาครัฐต้องบริการแก่คนพิการภายใต้ข้อกำหนดของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 จากสถานการณ์ปัจจุบันยังมีผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเท่าไร ยิ่งมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องสนับสนุนการบริการด้านการฟื้นฟูแก่คนพิการมากขึ้นเท่านั้น เพื่อให้คนพิการกลับมาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระของผู้ดูแล และสามารถประกอบอาชีพตามศักยภาพสูงสุดที่ตนมี

ในปี 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดำเนินการปรับปรุงอัตราค่าบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป มีการศึกษาต้นทุนของการจัดบริการสุขภาพในแต่ละกิจกรรมและกำหนดเป็นอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง¹³ เช่น กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เป็นต้น โดยใช้การคิดต้นทุนกิจกรรมบริการ (Activity Base Costing: ABC) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากิจกรรมบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ดำเนินการโดยนักวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด และช่าง/นักกายอุปกรณ์ โดยคิดต้นทุนกิจกรรมบริการ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง (labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) ต้นทุนค่าครุภัณฑ์ (capital cost) overhead cost และ future development cost เป็นต้น ซึ่งในแต่ละกิจกรรมถ้ารวมค่าใช้จ่ายในการบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูทั้งหมดจะพบว่าต้นทุนค่อนข้างมาก จากการสืบค้นยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงต้นทุนในการบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูในคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาต้นทุนเวชกรรมฟื้นฟูในผู้ป่วยจำเพาะกลุ่มโรค อาทิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (cerebrovascular disease) ยังไม่มีการศึกษาในโรคอื่นที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เช่น ภาวะไขสันหลังบาดเจ็บ (spinal cord injury) ภาวะแขนและขาขาด (amputation) การบาดเจ็บในสมอง (traumatic brain injury) และเด็กสมองพิการ (cerebral palsy) เป็นต้น

จากการสืบค้นพบการศึกษาด้านต้นทุนทางเวชกรรมฟื้นฟูในประเทศไทยหลายงาน ทั้งในบริบทของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน หลากหลายมุมมอง อาทิ มุมมองของผู้ให้บริการ (provider perspective) มุมมองผู้รับบริการ (customer perspective) และมุมมองทางสังคม (social perspective) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. การศึกษาเรื่อง “วิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ”¹⁴ การศึกษานี้รายงานต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอก ต้นทุนต่อรายของผู้ป่วยใน และต้นทุนต่อวันนอนของผู้ป่วย (ตารางที่ 11.6)



ตารางที่ 11.6 ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอก ต้นทุนต่อรายของผู้ป่วยใน และต้นทุนต่อวันนอนของผู้ป่วยใน

ประเภทผู้ป่วย	ต้นทุน (หน่วย)
ผู้ป่วยนอก	562 บาทต่อครั้ง
ผู้ป่วยใน	22,140 บาทต่อราย
ผู้ป่วยใน	1,089 บาทต่อวันนอน

2. การศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนของโรคหลอดเลือดในสมองอุดตันในมุมมองของสังคม ณ สถาบันประสาทวิทยา¹⁵ รายงานร้อยละของต้นทุนทางตรง (direct cost) เปรียบเทียบกับต้นทุนทั้งหมด มูลค่าต้นทุนสำหรับการรับบริการของผู้ป่วยในต่อวันนอน และต้นทุนสำหรับการบริการผู้ป่วยนอก ตลอดจนรายงานร้อยละของต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) และต้นทุนที่เกิดจากการขาดงานและความเจ็บป่วยคิดมูลค่าเฉลี่ยต่อคนต่อปี (ตารางที่ 11.7)

ตารางที่ 11.7 ร้อยละต้นทุนของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ในมุมมองของสังคม ณ สถาบันประสาทวิทยา

ประเภทต้นทุน	ร้อยละ	รายละเอียด
ต้นทุนทางตรง	27.8	
- ผู้ป่วยใน		1,489.78 บาท ต่อวันนอน
- ผู้ป่วยนอก		1,010.22 บาท
ต้นทุนทางอ้อม	72.2	
- ต้นทุนที่เกิดจากการขาดงานและความเจ็บป่วย		162,664.97 บาท ต่อคนต่อปี

3. รายงาน “ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลเอกชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา”¹⁶ รายงานว่าแผนกกายภาพบำบัดมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุนเป็นร้อยละ 53.4 ร้อยละ 13.8 และร้อยละ 32.8 ตามลำดับ

4. รายงาน “การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2546”¹⁷ รายงานว่าต้นทุนต่อหน่วยของการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย เท่ากับ 979.2 บาท ในขณะที่ค่าตรวจเฉลี่ยที่เรียกเก็บได้มีค่าเท่ากับ 785 บาท

5. รายงาน “การศึกษาต้นทุนกิจกรรมของกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก”¹⁸ พบว่าหน่วยต้นทุนกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุด คือ กิจกรรม assessment and evaluation และหน่วยต้นทุนกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุด คือ Activity Daily Living training (ADL training)

6. การศึกษา “หน่วยค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของโรคหลอดเลือดในสมอง”¹⁹ โดยกำหนดหนึ่งหน่วยบริการฟื้นฟูเท่ากับ 20 นาที รายงานดังกล่าวเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหน่วยบริการฟื้นฟูของ 9 สถาบันกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูต่อราย โดยคำนวณค่าใช้จ่ายเท่ากับ 60 บาทต่อ 20 นาทีที่ให้บริการฟื้นฟู (ตารางที่ 11.8)

ตารางที่ 11.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหน่วยบริการฟื้นฟูของ 9 สถาบันกับศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูต่อราย¹⁹

	การบริการฟื้นฟูของ 9 สถาบัน	การบริการฟื้นฟูของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
หน่วยบริการ (หน่วยต่อสัปดาห์)	94.56	32.67
ค่าใช้จ่ายต่อราย(บาท)	8,545.39±7,690.36	11,170.56±5,641.73



7. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรูปแบบ day care ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ²⁰ การศึกษานี้ นอกจากจะศึกษาผลการบริการด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการแล้วยังศึกษาค่าใช้จ่ายของการบริการ day care ด้วย พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการฟื้นฟูทางการแพทย์ คิดเป็น $9,303.73 \pm 3,662.70$ บาทต่อเดือนต่อราย (โดยมีค่าระหว่าง 3,560-22,000 บาทต่อเดือนต่อราย)

8. รายงาน “ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมบริการ งานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลนครพัฒน์”²¹ ซึ่งเป็นการศึกษาต้นทุนการบริการด้านการฟื้นฟูในโรงพยาบาลเอกชน พบว่ากิจกรรมการฝึกโดยการใช้นั่งปรับเอียง (tilt table) กิจกรรมบำบัด และกิจกรรมฝังเข็มมีค่าเท่ากับ 1,229.15 บาท 615.11 บาท และ 500.59 บาท ตามลำดับ กิจกรรมบริการตรวจประเมินวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด ได้แก่ กิจกรรมการตรวจวินิจฉัยกล้ามเนื้อและเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า กิจกรรมการตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก และกิจกรรมการตรวจครั้งแรกของผู้ป่วยใน โดยมีค่าเท่ากับ 3,026.90 บาท 388.52 บาท และ 329.15 บาทตามลำดับ

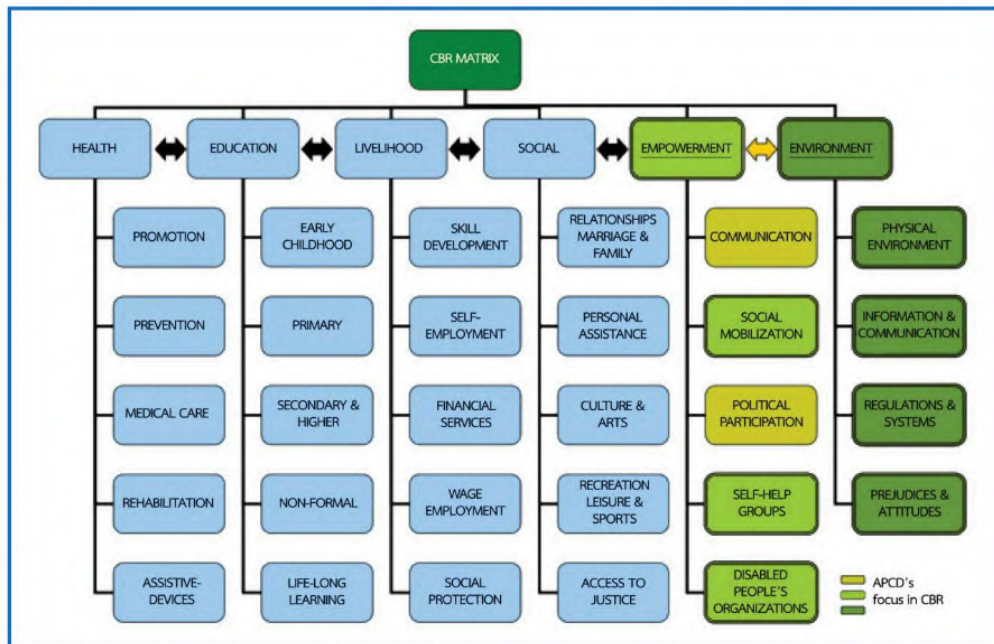
นอกจากรายงานการศึกษาเรื่องต้นทุนดังที่แสดงรายละเอียดข้างต้นแล้ว ยังพบการศึกษาในประเด็นของการประเมินผลจากการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในแง่ของความคุ้มค่า ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลอีกด้วย ซึ่งการศึกษาประเด็นผลจากการฟื้นฟูมีความสำคัญ เพราะกิจกรรมบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูประกอบไปด้วยหลายกิจกรรมและเป็นการบริการแบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งใช้ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องของความคุ้มค่าอย่างมีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเฉพาะในโรคหลอดเลือดในสมอง เพียง 2 การศึกษา ได้แก่

1. งานวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากการขาดเลือด”²² พบว่าการให้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านมีต้นทุนมากกว่า แต่สามารถลดความพิการได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาปกติที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้โรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 24,000 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งคน เพื่อหลีกเลี่ยงความพิการจากโรคหลอดเลือดในสมอง

2. งานวิจัยเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจในการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดในสมอง”²³ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute and non acute phase) ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟู พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูมีคะแนน Barthel index และ Quality-Adjusted life year: QALY (ดัชนีสุขภาพที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ) ที่ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost Effectiveness Ratio: ICER) ของการบริการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองต่อ QALY เท่ากับ 24,571 บาท ดังนั้นจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูแม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงแต่มีความคุ้มค่า เพราะทำให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดในสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และค่าใช้จ่าย (คิดเป็นเงิน 68,798 บาท) ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ว่ามีประโยชน์ในการบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู (cost effectiveness acceptability curves for quality-adjusted life-year gained using the net benefit approach = 100,000 บาท) แม้จะมีข้อจำกัดในงานศึกษานี้ในบางประเด็น เช่น กลุ่มผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลากหลายแต่ก็แสดงถึงความเป็นจริงของโรคหลอดเลือดในสมองที่มีหลากหลายลักษณะและการศึกษานี้ทำการศึกษาเพียง 2 โรงพยาบาล จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของข้อมูลในประเทศไทยได้ทั้งหมด ดังนั้นควรมีการศึกษาแบบ multicenter ทั่วประเทศ อีกทั้งเป็นการศึกษาในระยะเวลา 4 เดือน ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินความคุ้มค่าอย่างมีประสิทธิภาพของการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูในระยะยาวต่อไป

นอกจากนี้ยังมีกระบวนการฟื้นฟูอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็น การฟื้นฟูคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในระยะที่คนพิการผ่านพ้นระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute phase) และเข้าสู่ระยะเรื้อรัง (chronic phase) หรือเมื่อคนพิการกลับเข้าสู่ชุมชน คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation; CBR)²⁴ ซึ่งเป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์กรเอกชนด้านคนพิการให้การสนับสนุน โดยคาดหวังให้ CBR เป็นกระบวนการฟื้นฟูแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยงานหลายด้านประสานกันทั้งทางการแพทย์ สังคม การศึกษา การเลี้ยงชีพ และการเสริมพลัง เพื่อให้คนพิการสามารถกลับเข้าสู่สังคมและพึ่งพาตนเองได้ โดยเน้นให้คนพิการและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ จึงควรมีการศึกษาถึงต้นทุนและความคุ้มค่าในการฟื้นฟูผู้ป่วย (ภาพที่ 11.10)





ภาพที่ 11.10 แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation: CBR)²⁴

ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพและการแพทย์ในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย นอกเหนือจากการที่ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานได้ ยังรวมถึงการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ วิธีการรักษา ตลอดจนเทคโนโลยีอย่างไม่สมเหตุสมผล รวมถึงขาดผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือดังกล่าว การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health Technology Assessment; HTA) ในประเทศไทยค่อนข้างมีจำกัด อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องและสามารถนำมาเป็นแนวทางตลอดจนใช้อ้างอิงได้ อาทิ สมเกียรติ โพธิ์สัตย์²⁵ ได้จัดทำ “คู่มือการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (technology assessment)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการประเมินการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ จากคู่มือดังกล่าวพบว่าประเทศไทยขาดระบบการประเมินเทคโนโลยีในการแพทย์ ทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจในเชิงนโยบาย ตลอดจน นักวิชาการ และนักวิชาชีพด้านการแพทย์สาขาต่างๆ มีข้อมูลไม่เพียงพอในการพิจารณาเลือกใช้เทคโนโลยีเพื่อให้บริการ ตลอดจนมีการใช้เทคโนโลยีที่มีผลดีมากกว่าผลเสียในสัดส่วนที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น แม้ในทางปฏิบัติเทคโนโลยีที่ไม่ทราบผลดีมากกว่าผลเสียอย่างชัดเจนนั้น อาจนำมาใช้ได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้กระบวนการวิจัยที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้เทคโนโลยีที่ไม่ทราบผลแน่นอนหรือขาดข้อมูลหลักฐาน (evidence based) ทั้งในทางปฏิบัติและเชิงนโยบายเป็นจำนวนมาก

ในปี 2550 สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ร่วมกับศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้ร่วมกันจัดทำ “รายงานการศึกษาเบื้องต้น บัญชีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว สำหรับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวตลอดจนเพื่อพัฒนารูปแบบการนำบัญชีหลักด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัตถการ วิธีการ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการนำไปใช้ในสถานพยาบาลระดับต่างๆ

ซึ่งต่อมา ในปี 2551 รายงานการศึกษาดังกล่าว ได้รับการพัฒนาเป็น “บัญชีเทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว”²⁶ โดยความร่วมมือของศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติและสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

นอกจากนี้ ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและราคาแพงถูกนำมาใช้เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น โดยมีการเปลี่ยนจากรูปแบบดั้งเดิม (conventional rehabilitation program) ไปสู่การใช้คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ตลอดจนการใช้หุ่นยนต์เป็นสื่อในการฟื้นฟูมากขึ้น โดยมีการเรียกชื่อแนวทางการฟื้นฟูดังกล่าวด้วยชื่อที่หลากหลาย เช่น robotic based therapy และ virtual reality therapy เป็นต้น ซึ่งเป็นรูปแบบการ



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Rehabilitation System for People with Disabilities)

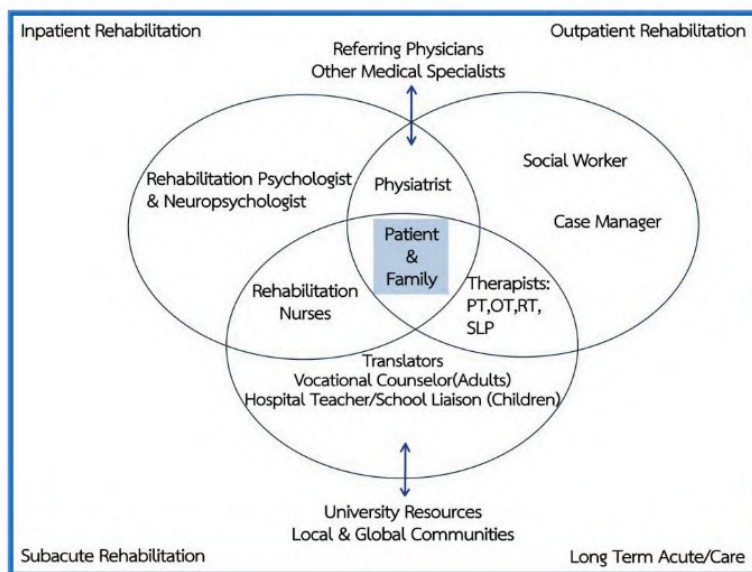
11-17

ฟื้นฟูที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในประเทศในทวีปยุโรป อเมริกา และประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชีย ตลอดจนมีงานวิจัยจำนวนมากที่ยืนยันประสิทธิภาพของการบำบัดฟื้นฟูด้วยวิธีเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยเครื่องมือประเภทนี้มีอยู่จำกัด โดยมีอยู่ในสถาบันการแพทย์ระดับชาติหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียงไม่กี่แห่ง เนื่องจากมีราคาสูงและมีขั้นตอนการใช้งานที่ซับซ้อน กระบวนการหรือวิธีการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีเหล่านี้จัดเป็นองค์ความรู้ใหม่ ทำให้ขาดแคลนนักวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญทั้งในด้านการใช้เครื่องมือเพื่อให้บริการและการบริหารจัดการระบบอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีองค์ประกอบสนับสนุนให้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความคุ้มค่าของเครื่องมือดังกล่าวต่อไป

กล่าวโดยสรุปว่า การบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูเป็นสิ่งทีภาครัฐต้องสนับสนุนให้คนพิการทุกคนตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550⁴ โดยกำหนดในสิทธิประโยชน์ 26 รายการ ที่คนพิการต้องได้รับการจากรัฐซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องมีภาครัฐควรสนับสนุนให้มีการศึกษาด้านความคุ้มค่าของการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูกับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ในหลายกลุ่มโรคและหลายช่วงอายุ อาทิ คนพิการที่มีภาวะอัมพาตจากโรคหลอดเลือดในสมอง ไขสันหลังบาดเจ็บ สมองบาดเจ็บ และเด็กสมองพิการ เป็นต้น เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด มีความคุ้มค่ามากที่สุดและนำมากำหนดเป็นนโยบายระดับชาติต่อไป

คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

ในการพิจารณาคุณภาพการบริการในหัวข้อ “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว” มีหลายประเด็นที่ควรคำนึงถึง ด้วยลักษณะเฉพาะของงานที่เป็นลักษณะการมองและจัดการปัญหาเป็นองค์รวม ทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อนำไปสู่การหาทางรักษาฟื้นฟูที่เหมาะสมกับศักยภาพคนพิการแต่ละคน ดังนั้นการทำงานดังกล่าวนี้จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนพิการ ครอบครัว ญาติ คนดูแล สหวิชาชีพสาขาต่างๆ และองค์กรในสังคม (ภาพที่ 11.11) บนพื้นฐานของหลักการพัฒนาระบบบริการทางสาธารณสุข คือ คนพิการจะต้องสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ บริการมีความครอบคลุม มีมาตรฐานและปลอดภัย



ภาพที่ 11.11 ลักษณะการทำงานและองค์ประกอบด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ²⁷

กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้มีประสิทธิภาพ อันประกอบด้วยประเด็นส่งเสริมการเข้าถึงบริการ มีความครอบคลุม ปลอดภัยและมีคุณภาพนั้น ต้องอาศัยการผลักดันทางกฎหมาย ทำให้เกิดนโยบายที่ชัดเจนต่อเนื่อง และสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติที่เชื่อมโยงบูรณาการทุกภาคส่วน ทางคณะผู้จัดทำสืบค้นนโยบาย กฎหมาย และข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ พบว่านโยบายระหว่างประเทศเพื่อขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เริ่มตั้งแต่การประกาศปฏิญญาแห่งฟิลาเดลเฟีย พ.ศ. 2478 ปฏิญญาสากลว่า



ด้วยสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติปี พ.ศ. 2531 และ พ.ศ. 2545 และล่าสุดคือการประกาศใช้ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ” (The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD) เพื่อนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศ สารสำคัญของอนุสัญญาหรือกฎหมายระหว่างประเทศฉบับดังกล่าวนี้ระบุถึงการส่งเสริมพิทักษ์ การประกันสิทธิมนุษยชนและเสริมภาพขั้นพื้นฐานของคนพิการทุกคนในมิติต่างๆ เช่น คนพิการต้องเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สาธารณสุข และการศึกษารวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสาร โดยคำนึงถึงมาตรฐานและความพอเพียงในการดำรงชีพ การคุ้มครองทางสังคม และมาตรการคุ้มครองอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาด้านกฎหมายเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิต่างๆ โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้กำหนดให้มีบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการ นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ตราขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแนวทางและปรับปรุงวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในทุกระดับให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และกำหนดแนวทางการคุ้มครองคนพิการเพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุสภาพทางกายหรือสุขภาพ รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐอื่นต่างๆ เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งถึง เหมาะสม และเป็นธรรม ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา ฯลฯ ผลจากพระราชบัญญัตินี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ซึ่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านคนพิการได้แก่

- อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD)
- รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545/เพิ่มเติม พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550/เพิ่มเติม พ.ศ. 2555

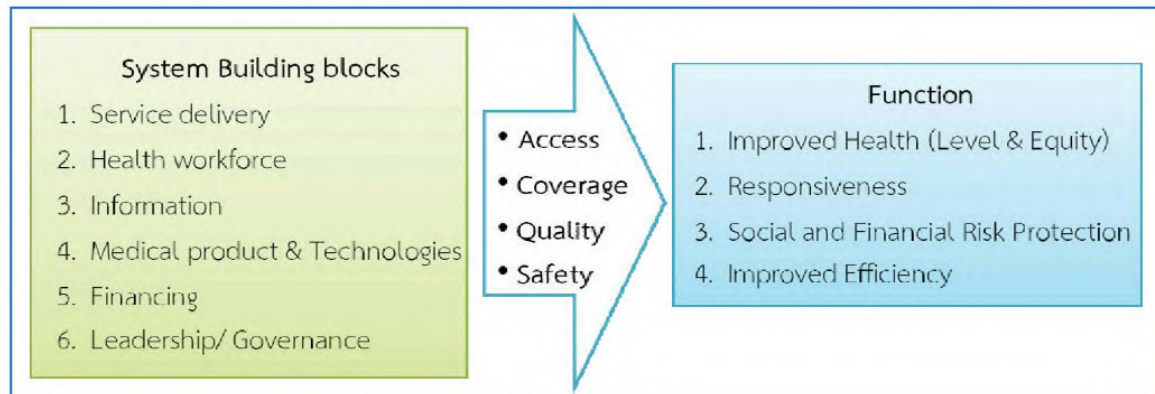
นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับการจัดบริการด้านสุขภาพคนพิการ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ คลินิกผู้สูงอายุ คนพิการคุณภาพ ทั้งนี้ได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ พัฒนาตัวชี้วัดคลินิกสายตาดูแลสุขภาพและคลินิกเวชกรรมฟื้นฟูคุณภาพขึ้น เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาหน่วยงานให้มีศักยภาพและสามารถจัดบริการด้านสุขภาพแก่คนพิการได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งถึง ครอบคลุมเขตบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการในอนาคต ในด้านการดูแลสุขภาพคนพิการตามประเภทความพิการนั้น มีการดำเนินงานผ่านกรมวิชาการ ได้แก่ กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต ผ่านหน่วยงานระดับกองที่สำคัญ คือ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานประสานงานและสนับสนุนวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านคนพิการ รวมไปถึงการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิหรือสูงกว่า มีสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่เน้นการรักษาฟื้นฟูเด็กพิการและอยู่ระหว่างการดำเนินงานตามแผนป้องกันและดูแลรักษาความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งระบุนโยบายในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบดูแลรักษาและฟื้นฟูความพิการประเภทอื่นๆ อย่างครบถ้วน อาทิ คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย คนพิการทางการมองเห็น คนพิการทางจิตใจ พฤติกรรม ทางสติปัญญาทางการเรียนรู้ และทางออทิซึม เป็นต้น

ดังนั้นประเด็นที่ทางผู้จัดทำพิจารณาเกี่ยวกับคุณภาพบริการงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในประเทศไทย ได้แก่ การเข้าถึงบริการ บริการฟื้นฟูทางการแพทย์มีเพียงพอครอบคลุม (ประกอบด้วยปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคล ด้านงบประมาณ ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ เทคโนโลยี ด้านวิธีการ และกระบวนการ) มาตรฐานบริการและความปลอดภัยในการให้บริการ (ภาพที่ 11.12)



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Rehabilitation System for People with Disabilities)

11-19



ภาพที่ 11.12 กระบวนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข²⁸

ประเด็นที่ 1 รูปแบบบริการสุขภาพของคนพิการและการเข้าถึงบริการ

การเข้าถึง หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถใช้ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีการขยายความเพิ่มเติมให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นโดย Penchansky และ Thomas²⁹ ระบุว่าให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบบริการเพื่อให้เกิดความสมดุลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีโดยคำนึงถึงความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย ภายใต้มุมมอง 5 มิติ ได้แก่ ความสามารถในการจ่ายที่สมเหตุสมผล (affordability) ความเพียงพอ (availability) ความสะดวกในการเดินทางเพื่อมารับบริการ (accessibility) การอำนวยความสะดวกของสถานบริการ (accommodation) และการยอมรับ (acceptability) จะเห็นว่าจำกัดความของการเข้าถึงการบริการเป็นมุมมองที่มีหลายมิติ ผสมผสานกันทั้งในด้านความเป็นธรรม ประสิทธิภาพของการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความแตกต่างของกลุ่มบุคคลที่รับบริการ ความหลากหลายของการให้บริการต่างๆ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลการสำรวจความพิการ ปี 2555³ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังรายละเอียดที่กล่าวถึงในบทข้อมูลด้านระบาดวิทยา พบว่าคนพิการส่วนใหญ่ประมาณ 4 ใน 5 (ร้อยละ 80.8) ต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจากรัฐเพิ่มเติม โดยความช่วยเหลือที่ต้องการมากที่สุด 5 ลำดับแรกนั้น ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยสะดวก และการมีพยาบาลมาเยี่ยมหรือดูแลที่บ้านเมื่อจำเป็น

จากรายงาน “การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการไทย ปี 2554”³⁰ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้อ้างอิงถึงผลการสำรวจความพิการ ปี 2550 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติในข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจการเข้าถึงความช่วยเหลือหรือสวัสดิการของรัฐพบอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ คนพิการของประเทศส่วนใหญ่มีฐานะยากจน บางรายไม่มีเงินเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ การคมนาคมไม่สะดวก และขาดผู้ดูแลเมื่อมารับบริการ เป็นต้น ดังนั้นสถานพยาบาลที่สะดวกสำหรับคนพิการจึงเป็นสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลดังกล่าวพบว่ายากลำบากสำหรับผู้พิการเฉพาะด้าน และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่ในโรงพยาบาลเขตเมืองมากกว่าชนบท เช่น จักษุแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักตรวจการได้ยิน ฯลฯ ความพิการบางประเภทมีความจำเป็นต้องรับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญ เช่น คนพิการทางการได้ยินต้องได้รับการตรวจประเมินการได้ยินจากนักตรวจการได้ยิน โดยเครื่องมือพิเศษก่อนพิจารณาให้เครื่องช่วยฟัง การให้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการบางชนิดมีความจำเป็นต้องประเมินความเหมาะสมของการใช้งานเพื่อให้เหมาะสมกับความพิการ ตลอดจนการฝึกทักษะการใช้งานก่อนนำไปใช้จริง เช่น รถนั่งคนพิการ ภายอุปกรณ์เสริมและเทียม เป็นต้น จากอุปสรรคดังกล่าวนี้พบว่าปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคนพิการไทย ไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน

11



ประเด็นที่ 2 กำลังคนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่มีความครอบคลุมและเพียงพอ

การพิจารณาปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคลเนื่องจากงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วยสาขาวิชาชีพ ศูนย์สิทธิเพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้มีการสำรวจได้ประมาณการบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาต่างๆ ในปี 2556³¹ โดย รวบรวมจำนวนบุคลากร เปรียบเทียบสัดส่วนบุคลากร 1 คนต่อจำนวนประชากร และจำนวนสถาบันที่ผลิตบุคลากรเหล่านี้ ตามสาขาวิชาชีพ (ตารางที่ 11.9)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าสัดส่วนของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อประชากร มีความแตกต่างกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากถึง 100 เท่า สาขาวิชาชีพอื่นก็มีความขาดแคลนสูง เช่น นักแก้ไขการพูด ช่างกายอุปกรณ์ นักกายอุปกรณ์ พยาบาล ฟื้นฟู เป็นต้น ซึ่งสาขาเหล่านี้มีจำนวนสถาบันผลิตบุคลากรน้อย ตลอดจนการกระจายตัวของบุคลากรเพื่อให้บริการในภาครัฐ ยังไม่ทั่วถึง

ตารางที่ 11.9 รายละเอียดข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี 2556 โดย จำแนกรายละเอียดตามวิชาชีพ³¹

วิชาชีพ	Human Resources 2013		จำนวนสถานที่อบรม/ ผลิต
	จำนวน (คน)	Ratio (1:population)	
Medical doctor	45,671	1: 1,411	25
PMR	475	1: 135,698	8
PT	8,000	1: 8,057	12
Speech Therapist	150	1: 429,711	1
OT	1,100	1: 58,600	2
Rehab Nurse	101	1: 638,185	1
P-O Technician (cat2)	140	1: 460,000	-
Bachelor (cat1)	70	1: 920,000	1

หมายเหตุ: Medical doctor หมายถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม, PMR หมายถึง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, PT หมายถึง นักกายภาพบำบัด, Speech Therapist หมายถึง นักแก้ไขการพูด, OT หมายถึง นักกิจกรรมบำบัด, Rehab Nurse หมายถึง พยาบาลฟื้นฟู, และ PO หมายถึง ช่างกายอุปกรณ์และนักกายอุปกรณ์

ประเด็นที่ 3 ระบบข้อมูลข่าวสาร

ปัจจุบันยังขาดการพัฒนาและเชื่อมโยงฐานข้อมูล ข้อมูลข่าวสาร ทั้งในด้านระบาดวิทยา ด้านสิทธิประโยชน์ ด้าน บริการ/สวัสดิการของภาครัฐสำหรับคนพิการ ด้านวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข กฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ ตลอดจนการติดตาม ประเมิน การเฝ้าระวังการเกิดความพิการใหม่หรือความพิการซ้ำซ้อนในความพิการทุกประเภท แหล่งข้อมูลที่ใช้เพื่อการอ้างอิงสำคัญในปัจจุบัน พัฒนาโดยหน่วยงานภาครัฐ อาทิ ข้อมูลสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น ที่ถูกพัฒนาโดยหน่วยงานเอกชน เพื่อให้เป็นการเสริมพลังของคนพิการ แต่การกำกับดูแล การปรับปรุงข้อมูล ตลอดจนการ ติดตามยังเป็นปัญหาสำคัญ ดังแสดงรายละเอียดในหัวข้อ ระบบข้อมูลและการติดตาม

ประเด็นที่ 4 รูปแบบ กระบวนการบริการ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

ควรพิจารณาคำนิยามถึงรูปแบบ กระบวนการบริการ ปัจจุบันมีการนำอุปกรณ์เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ ในทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่หลากหลายทั้งเพื่อการวินิจฉัย การรักษา การตรวจติดตาม การป้องกันและการ ฟื้นฟู แต่การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health Technology Assessment: HTA) ในประเทศไทยค่อนข้างมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการ

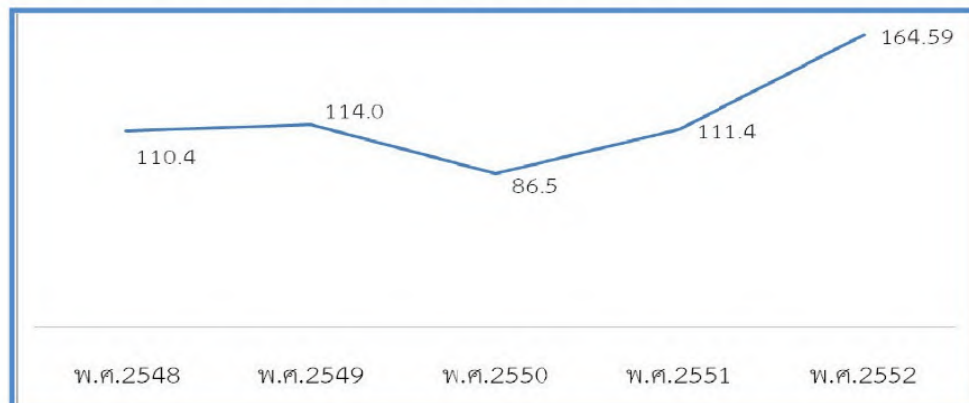
นอกจากนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาประเด็นด้านมาตรฐานและความปลอดภัยในการให้บริการซึ่งปัจจุบันแต่ ละวิชาชีพมีความพยายามกำหนดมาตรฐานการประกอบวิชาชีพของตนและองค์กรเฉพาะที่ทำหน้าที่คอยกำกับดูแล เช่น แพทยสภา สภากายภาพบำบัด สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล เป็นต้น แต่องค์กร



สหวิชาชีพเหล่านี้มีได้บูรณาการร่วมกันอย่างชัดเจน ในขณะที่ลักษณะการทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จำเป็นต้องประสานร่วมกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีข้อกำหนดเกณฑ์มาตรฐานบริการ (standard of care) กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) และตัวชี้วัดกลางร่วมกัน

ประเด็นที่ 5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่สำคัญให้กับประชาชน โดยแบ่งเป็น 3 ระบบหลัก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด ครอบคลุมประชากรจำนวน 47,239,700 ล้านคน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ พนักงานรัฐวิสาหกิจ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ประมาณ 4.5 ล้านคน และระบบประกันสังคมสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน ประมาณ 9 ล้านคน ในส่วนข้อมูลของคณพิการ จากรายงานสำรวจความพิการ ปี 2555 (แสดงรายละเอียดในบทข้อมูลด้านระบาดวิทยา) จะพบว่าคณพิการเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.4) ได้รับสวัสดิการค่ารักษายาบาลหลักของรัฐ โดยส่วนใหญ่ได้รับจากบัตรประกันสุขภาพถึงร้อยละ 92.1 เมื่อสมาชิกในแต่ละระบบมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีความพิการขึ้น จึงควรเป็นหน้าที่ของแต่ละกองทุนที่จะต้องให้การดูแลเป็นผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันยังมีกรอบแนวคิดและมุมมองที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละระบบ ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นสัดส่วนมากที่สุด ภายใต้ มาตรา 5 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติไว้ว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เมื่อคณพิการเกิดการเจ็บป่วยทั่วไป จึงมีสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์หลัก และต้องเข้ารับบริการจากหน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ โดยใช้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ในระบบปกติ (universal coverage) แต่ถ้าเจ็บป่วยนั้นเป็นกรณีฉุกเฉิน ก็สามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการที่ใกล้ที่สุด ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพเช่นเดียวกับคนปกติ และภายใต้ มาตรา 3 ได้บัญญัติการบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และได้กล่าวถึงค่าวัยะเทียมและค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่รัฐต้องให้การสนับสนุน ดังนั้นในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับคณพิการ โดยเริ่มในปี 2546 เป็นเงิน 4 บาทต่อหัวประชากร หรือประมาณ 118 ล้านบาท และในปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 5 บาทต่อหัวประชากร และล่าสุดในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 8.08 บาท โดยมีการบริหารงบประมาณแบ่งเป็น 2 ด้านหลัก คือ ด้านการสนับสนุนค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคณพิการ และพัฒนาระบบบริหาร โดยในปี 2548 ได้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคณพิการ จำนวน 110.4 ล้านบาท ในปี 2549 จำนวน 114 ล้านบาท ในปี 2550 จำนวน 86.5 ล้านบาท ในปี 2551 จำนวน 111.4 ล้านบาท และปี 2552 จำนวน 164.59 ล้านบาท จึงเห็นได้ว่าความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยคณพิการมีแนวโน้มสูงมากขึ้นตามความจำเป็นของคณพิการที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวในชุดสิทธิประโยชน์ของคณพิการมีจำนวนทั้งสิ้น 110 รายการ



ภาพที่ 11.13 รายละเอียดการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐ สำหรับการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคณพิการ (ล้านบาท) ปี 2548-2552³²



ประเด็นที่ 6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

ประเด็นดังกล่าวนี้ มีการบัญญัติไว้ชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 โดยได้กำหนดให้มีบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการโดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรา 30 มาตรา 54 และมาตรา 80 (1) และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตราพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่มีบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้แก่

- มาตรา 30 กำหนดให้การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องความพิการ จะกระทำได้
- มาตรา 54 กำหนดให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ รวมทั้งบุคคลวิกลจริตย่อมได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ
- มาตรา 80 (1) กำหนดให้รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการหรือทุพพลภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้

ในทางปฏิบัติมีความพยายามบูรณาการร่วมกันจากทุกภาคส่วนภายใต้ข้อกำหนดทางกฎหมายดังกล่าว (ภาพที่ 11.13)



ภาพที่ 11.14 รูปแบบการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ภายใต้กฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

ตัวอย่างการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ในประเทศไทย ที่ดำเนินงานโดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติร่วมกับหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่



1. “โครงการพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการผู้สูงอายุ คนพิการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข”³³ ที่ดำเนินการโดยศูนย์ลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายด้านคนพิการ และมีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติผ่านการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ และหนึ่งในนั้นคือตัวชี้วัด “ร้อยละของคลินิกผู้สูงอายุ คนพิการคุณภาพ” ซึ่งมีกรมการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยในปีงบประมาณ 2556 ศูนย์ลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้เสนอให้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการคนพิการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัด “ร้อยละของคลินิกสายตาดูแลคนพิการที่มีคุณภาพ” และ “ร้อยละของคลินิกเวชกรรมฟื้นฟูที่มีคุณภาพ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำเกณฑ์คุณภาพคลินิก เพื่อให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานและยกระดับหน่วยบริการสู่คลินิกคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและคนพิการที่มาใช้บริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความจำเป็นต่อไป โครงการดังกล่าวนี้ได้มีการดำเนินการหลัก คือ จัดพิมพ์คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552 เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเกณฑ์คุณภาพคลินิกบริการเฉพาะทางใน รพศ./รพท. จำนวน 2 คลินิก คือ คลินิกสายตาดูแลคนพิการ และคลินิกเวชกรรมฟื้นฟู
2. “โครงการพัฒนาระบบการบริการและการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับบริการครบถ้วนร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี”⁷ ที่ดำเนินการโดยศูนย์ลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลรหัสการตัดขา (ICD9 TM code Amputation) ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ถูกตัดขาตั้งแต่ระดับนิ้วเท้าจนถึงระดับสะโพกรายใหม่ จำนวนกว่า 12,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องใส่ขาเทียม จำนวน 3,500 ราย รายงานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับการเบิกค่าให้บริการขาเทียมพบว่าการขอเบิกจ่ายประมาณปีละ 1,800 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มีคนพิการขาขาดรายใหม่ที่ยังไม่ได้รับขาเทียมกว่า 2,000 รายต่อปี ในขณะที่คนพิการรายเก่าที่เคยได้รับขาเทียมแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องเข้ารับการซ่อมแซมและเปลี่ยนขาเทียมใหม่ทุก 2 ปี ในด้านศักยภาพและอัตราการผลิตพบว่าปัจจุบันมีหน่วยกายอุปกรณ์ทั่วประเทศกระจายอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน จำนวน 134 แห่ง และมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ไม่มีหน่วยกายอุปกรณ์ถึง 7 จังหวัด และบางจังหวัดลดอัตราการผลิตขาเทียมลง หรือให้บริการเพียงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการขั้นพื้นฐาน หรือจำเป็นต้องปิดหน่วยกายอุปกรณ์ เนื่องจากการผลิตขาเทียมมีต้นทุนสูง กระบวนการผลิตต้องใช้ทักษะและความชำนาญเฉพาะ ช่างกายอุปกรณ์มีการโยกย้าย/ลาออก เนื่องจากการงาน ขาดความก้าวหน้าในสายงาน และไม่มีการผลิตช่างกายอุปกรณ์ในระบบเพื่อทดแทนบุคลากรที่เกษียณอายุ โยกย้าย หรือลาออก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคนพิการขาขาดมีระยะเวลารอคอยในการได้รับขาเทียมนาน และไม่เพียงพอต่อความต้องการของคนพิการขาขาดในปัจจุบัน โครงการดังกล่าวนี้มีวัตถุประสงค์หลักให้คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับขาเทียมหรืออุปกรณ์ตามความเหมาะสมนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ต่อไป โดยอาศัยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาศักยภาพหน่วยกายอุปกรณ์ในประเทศไทยและการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านเทคนิคการทำขาเทียม
3. “โครงการพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการคนพิการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข”³³ ดำเนินการโดยศูนย์ลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ภายใต้ความร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สธพ.) (องค์การมหาชน) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเกณฑ์คุณภาพคลินิกเวชกรรมฟื้นฟู ให้มีมาตรฐานและมีคุณภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและคนพิการได้รับการบริการในคลินิกเวชกรรมฟื้นฟูที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ โครงการดังกล่าวมีการดำเนินการผ่านกิจกรรมสำคัญ คือ ประเมินสถานการณ์ และเตรียมความพร้อมด้านฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสากลด้านเวชกรรมฟื้นฟูในระดับชาติและนานาชาติ เพื่อเป็นกรอบในการยกร่างเกณฑ์คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูคุณภาพ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเกณฑ์คุณภาพคลินิกเวชกรรมฟื้นฟูแบบมีส่วนร่วม ทดลองนำร่องใช้เกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวในสถานพยาบาลเครือข่ายและติดตามผลเพื่อผลักดันให้มีการใช้เกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวในระดับประเทศ ซึ่งโครงการดังกล่าวกำลังอยู่ระหว่างการดำเนินงานในขั้นตอนประเมินสถานการณ์ และเตรียมความพร้อมด้านฐานข้อมูลเพื่อยกร่างเกณฑ์มาตรฐาน



4. โครงการพัฒนา “บัญชีสากลเพื่อการจ้างงาน การพิการ และสุขภาพ”³⁴ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและจัดทำคู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและการให้รหัส International Classification of Function Disability and Health; ICF)³⁵ เพื่อเผยแพร่ให้โรงพยาบาลต่างๆ ใช้เป็นคู่มือในการประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF ได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพ และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนด้านความพิการและสุขภาพโดยรวมของคนพิการต่อไป

ระบบข้อมูลและการติดตาม

ระบบข้อมูลและการติดตาม (monitor and evaluation) เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีที่มาจากหลายกระบวนการ อาทิ การประเมินเทคโนโลยี (technology assessment) การพัฒนารูปแบบ/โครงสร้าง (model development) การสังเกตเฝ้าระวัง/สำรวจ (surveillance/survey) การถอดบทเรียน การสืบค้น เป็นต้น ปัจจุบันระบบข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการมีหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ตารางที่ 11.10)

ตารางที่ 11.10 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน	เนื้อหาข้อมูล/การติดตาม
สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พท.) http://nep.go.th/th	- ยุทธศาสตร์ นโยบาย กฎหมาย - ข้อมูลสถิติ/สวัสดิการ เช่น บัตรประจำตัวคนพิการ กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การกู้ยืมเงินจากกองทุน สิ่งอำนวยความสะดวก บริการผู้ช่วยคนพิการ เป็นต้น - ข่าวประกาศ/ประชาสัมพันธ์ - สถิติ/ข้อมูลวิชาการ เช่น สถิติคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ มาตรฐานด้านคนพิการ เทคโนโลยีคนพิการ คลังความรู้ เป็นต้น - ติดต่อ สอบถามข้อสงสัย
สำนักงานสถิติแห่งชาติ ภายใต้การสำรวจความพิการ (สคพ.) http://www.nso.go.th/ http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm	- รายงานการสำรวจความพิการ (สคพ.) ที่ทำการสำรวจทุก 5 ปี - รายละเอียดตารางสถิติสำรวจคนพิการ ข้อมูลล่าสุดปี 2555 จำนวน 32 รายการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านระบบรายงานข้อมูลคนพิการ ฐานข้อมูลการประเมินคนพิการโดยมาตรฐาน ICF ของหน่วยบริการแต่ละจังหวัดตามเขตบริการ	- รายงานข้อมูลการประเมินคนพิการ ส่งข้อมูลจากหน่วยบริการแต่ละจังหวัดตามเขตบริการ รวมทั้งสิ้น 12 เขต
กระทรวงแรงงาน ภายใต้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของคนพิการ http://www.mol.go.th/employee/information_disability	- กฎหมาย กฎกระทรวงเพื่อคนพิการ - ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของคนพิการ - ตรวจสอบข้อมูลการประกันตน - บริการจัดหางานคนพิการ



ตารางที่ 11.10 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

หน่วยงาน	เนื้อหาข้อมูล/การติดตาม
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัด (พมจ.)	- ข่าวประกาศ/ประชาสัมพันธ์/เอกสารราชการ - สถิติคนพิการ (มีบัตรประจำตัว/แยกประเภท) - สิทธิประโยชน์ เช่น กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ - ติดต่อ สอบถามข้อสงสัย
ศูนย์สิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ http://www.snmrc.go.th/	- ยุทธศาสตร์ บทบาทหน้าที่ของสถาบัน/กระทรวง - กฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ - บริการทางการแพทย์ - ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เช่น งานวิจัย รายงาน คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ สถิติและสถานการณ์ความพิการ คู่มือ/แนวทางในเวชปฏิบัติเฉพาะกลุ่มโรค สื่อด้านการฟื้นฟู เป็นต้น - ข้อมูลระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ เช่น เครื่องช่วยการฟื้นฟู อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง เป็นต้น
กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร http://www.pwdsthai.com/	- ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ - ข่าวสาร/กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง - บริการด้านการศึกษาศาสนาสำหรับคนพิการ - บริการด้านอาชีพของคนพิการ - บริการด้านการคมนาคมสำหรับคนพิการ - บริการด้านสังคมของคนพิการ - บริการด้านกีฬาและนันทนาการสำหรับคนพิการ - เทคโนโลยีอำนวยความสะดวก - เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

จากตารางรายละเอียดข้อมูลที่รวบรวมโดยหน่วยงานภาครัฐดังกล่าวนี้จะพบว่า ฐานข้อมูลด้านระบาดวิทยาของคนพิการจะถูกรวบรวมโดยหน่วยงานหลัก 3 แห่ง ได้แก่

1. รายงานสำรวจความพิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่ทำการสำรวจติดตามข้อมูลคนพิการทุกๆ 5 ปี รวบรวมข้อมูลสถิติสำคัญด้านระบาดวิทยาของคนพิการตามแนวคิดของบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) ขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นมาตรฐานสากลที่สามารถเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศได้ โดยข้อมูลจากรายงานการสำรวจความพิการ ปี 2555 พิจารณาความพิการเฉพาะความบกพร่อง (impairment) และข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (activity limitation) เท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมถึงข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (participation restriction) ซึ่งยังเป็นประเด็นที่แตกต่างจากนิยามขององค์การอนามัยโลกในการประมาณการจำนวนประชากรคนพิการ

2. ฐานข้อมูลการจดทะเบียนและขอมีบัตรคนพิการของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงสาธารณสุข มีการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ สามารถดูการกระจายตัวของคนพิการ โดยมีการจำแนกตามเพศ ประเภทความพิการ และภูมิภาค

3. ฐานข้อมูลคนพิการผ่านระบบรายงานข้อมูลคนพิการ ข้อมูลการประเมินคนพิการโดยมาตรฐาน ICF ของหน่วยบริการแต่ละจังหวัดตามเขตบริการ ในสังกัดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ทางด้านระบบบริการสุขภาพภายใต้กองทุนดังกล่าว

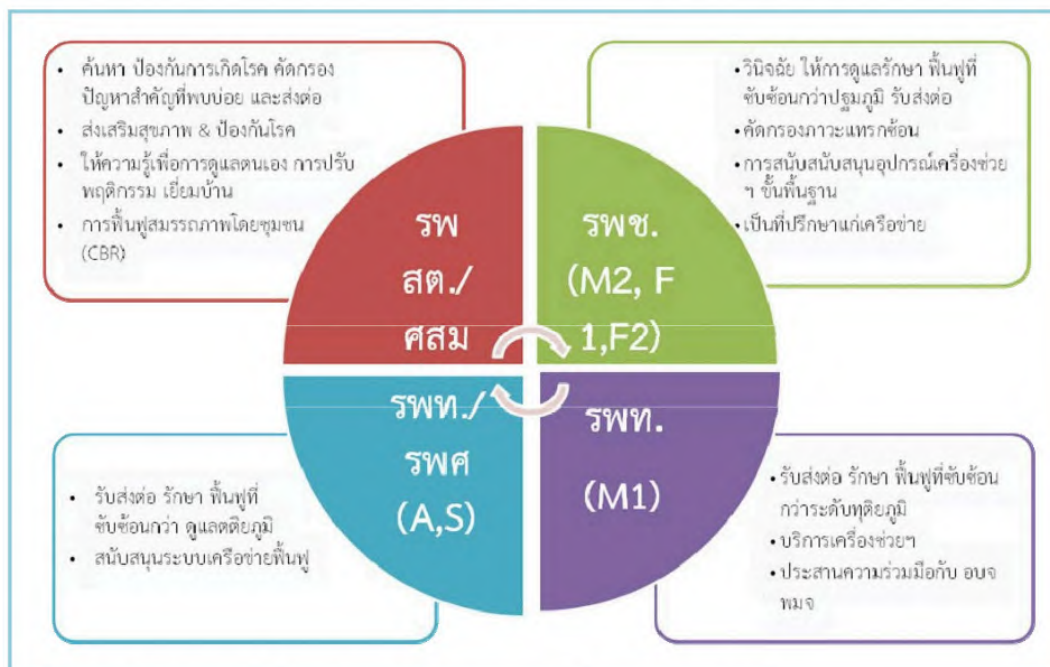


ซึ่งฐานข้อมูลจากทั้ง 3 แหล่งนี้ไม่มีการเชื่อมโยงกัน ทำให้ผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลต้องเลือกประเด็นที่ต้องการจากแหล่งข้อมูลให้เหมาะสมและบางข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน จึงเป็นการยากที่จะนำข้อมูลมาพิจารณาเพื่อเสนอแนะในการจัดสรรทรัพยากรหรือกำหนดยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาที่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้ภาคเอกชน/องค์กรอิสระจึงมีการพัฒนาฐานข้อมูลจำเพาะที่เป็นประโยชน์และเป็นที่ต้องการของคนพิการหรือผู้ดูแล ดังแสดงรายละเอียดต่อไปนี้

- มูลนิธิสายใจไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ <http://saijaithai.or.th/>
- มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี www.sswal.th.deu
- สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ <http://www.ncset.or.th>
- มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ <http://www.blind.or.th>
- มูลนิธิพัฒนาคคนพิการไทย <http://www.thaifranchisecenter.com/>
- สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย <http://www.apht-th.org/>
- สมาคมคนพิการ ประจำจังหวัด
- ศูนย์จัดหางานคนพิการพระมหาไถ่ <http://www.rvsc.ac.th/jobs/index.php>
- มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ fcdthailand@yahoo.com
- มูลนิธิคริสเตียนเพื่อเด็กพิการ <http://www.ccdthailand.org>

การดำเนินงานตาม service plan

จากการพัฒนาระบบสุขภาพและการพัฒนาบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในฐานะ national health authority มุ่งเน้นในการกิจ 12 ประเด็นหลัก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประเทศมีระบบบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ คำนึงและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติในฐานะหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์จึงต้องปรับบทบาทศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางให้พัฒนาสู่การเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ โดยรับผิดชอบประเด็นเฉพาะทางด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และได้จัดทำ service plan ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อนำเสนอกระทรวงต่อไป โดยขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการและมีแผนการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ (ภาพที่ 11.15)



ภาพที่ 11.15 เป้าหมายการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (service plan)³⁶



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Rehabilitation System for People with Disabilities)

11-27

จากรายงานความก้าวหน้าของโครงการ ตัวชี้วัด คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการบริการครบถ้วนร้อยละ 100 (ภายใน 3 ปี) หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายแห่งชาติ มีการสรุปประเด็นกิจกรรมการดำเนินการทั้งสิ้น 13 กิจกรรม (ตารางที่ 11.11)

ตารางที่ 11.11 ผลการดำเนินงานกิจกรรมโครงการส่งเสริมศักยภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ประจำปี 2555

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
1. จัดประชุมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สปสช. กรมการแพทย์ และศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เพื่อร่วมจัดทำฐานข้อมูลคนพิการขาขาด	- ประชุมร่วมเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2556 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้องประชุม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - มีความเห็นร่วมกันในการจัดทำฐานคนพิการขาขาดตั้งต้น โดยรวบรวมข้อมูลจากศูนย์สิรินธรฯ สนย. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดส่งข้อมูลคนพิการขาขาดในระบบให้ สปสช. รวบรวมจัดทำฐานข้อมูลคนพิการขาขาดตั้งต้น
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดทำข้อมูลคนพิการขาขาดตั้งต้นรายจังหวัด และส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำไปเป็นฐานข้อมูลในการค้นหาทบทวน และสำรวจคนพิการในจังหวัด	- สปสช. รวบรวมฐานข้อมูลจาก ICD-9 (ที่มีการตัดขา) ICD10 (ที่มีความพิการ) ฐานทะเบียนผู้มีสิทธิ ฐานการเบิก อุปกรณ์ของ สปสช. และศูนย์สิรินธรฯ นำมาตัดยอดการเสียชีวิตและข้อมูลซ้ำ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลคนพิการขาขาด ตั้งต้นเพื่อส่งให้ สสจ. และขอความร่วมมือพื้นที่ดำเนินการ ค้นหา ทบทวน และสำรวจคนพิการในจังหวัดเรียบร้อยแล้ว
3. จัดทำแบบสอบถามในการสำรวจความต้องการขาเทียมและอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ เพื่อส่งมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พัฒนาโปรแกรมการบันทึกและประมวลผล	- ศูนย์สิรินธรฯ ออกแบบแบบสำรวจความต้องการขาเทียม และอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ โดยส่งมอบให้ สปสช. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลแล้ว - สปสช. นำแบบสอบถามแขวนใน website ของ สปสช. เพื่อให้จังหวัดสามารถดาวน์โหลด และใช้ประโยชน์แล้ว พร้อมพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลด้วยระบบออนไลน์ online เพื่ออำนวยความสะดวกกับพื้นที่ในการบันทึกข้อมูล - กรมการแพทย์จัดทำหนังสือขอความร่วมมือ สสจ. ในการสำรวจความต้องการขาเทียม/อุปกรณ์ ปัญหาและอุปสรรค - จากสถานการณ์ทางการเมืองทำให้ขาดความชัดเจนในด้านนโยบายเป็นผลให้ สปสช. ขะลอการจัดทำแบบบันทึกด้วยระบบ online ระยะหนึ่ง ซึ่งขณะนี้ สปสช. ได้จัดทำแบบบันทึกเบื้องต้นเสร็จเรียบร้อยแล้วและอยู่ระหว่างการทดสอบระบบโดยศูนย์สิรินธรฯ คาดว่าจะประกาศใช้งานใน วันที่ 17 มีนาคม 2557
4. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนรายการและราคาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในการเบิกจ่าย ของ 3 กองทุน	- ได้ดำเนินการเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2556 ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยผู้บริหารกรมการแพทย์ แพทย์ นักช่างกายอุปกรณ์ และทีมสหวิชาชีพจาก รพศ. รพท. และรพช. จำนวน 30 คน

11



ตารางที่ 11.11 ผลการดำเนินงานกิจกรรมโครงการส่งเสริมศักยภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ประจำปี 2555 (ต่อ)

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
5. สปสช. และ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำฐานข้อมูลคนพิการขาขาดมาดำเนินการ matching ระหว่างคนพิการขาขาดที่ต้องการขาเทียม/อุปกรณ์ (demand) กับหน่วยบริการกายอุปกรณ์ (supply) แล้วจัดส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อจัดบริการและจัดทำระบบส่งต่อ	- ศูนย์สิรินธรฯ สนับสนุนฐานข้อมูลคลินิกกายอุปกรณ์ ข้อมูลศักยภาพการผลิตเพื่อเป็นฐานข้อมูลให้ สนย. สปสช. และ สปสช. ดำเนินการ matching ระหว่าง demand และ supply - สสจ. อยู่ระหว่างการสำรวจและจัดทำฐานทะเบียนในจังหวัด ปัญหาและอุปสรรค - ศูนย์สิรินธรฯ ได้รับแบบบันทึกข้อมูลคนพิการด้วยระบบออนไลน์จาก สปสช. แล้วและอยู่ระหว่างดำเนินการทดสอบระบบ ซึ่งพบว่าระบบยังไม่เสถียร สปสช. อยู่ระหว่างการปรับปรุง - สิทธิคนพิการระบุให้คนพิการสามารถเลือกเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งตามความสมัครใจ จึงปรับกระบวนการโดยแจ้ง สสจ. และ รพ. ที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงหน่วยบริการขาเทียมที่ให้บริการในประเทศ เพื่อจัดทำระบบการบริการและส่งต่อ
6. สสจ. ดำเนินการสำรวจสถานการณ์ความต้องการขาเทียมและอุปกรณ์เครื่องช่วยในพื้นที่และลงบันทึกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ มาที่ฐานข้อมูลในการจัดบริการ	- จากการติดตามพบว่า สสจ. ได้ค้นหาและสำรวจความต้องการขาเทียมและอุปกรณ์ฯ และจัดทำฐานข้อมูลในจังหวัด บางส่วนแล้ว บางส่วนอยู่ระหว่างรอระบบการบันทึกข้อมูลจากส่วนกลาง
7. สสจ. จัดทำฐานข้อมูลคนพิการขาขาดของจังหวัด และนำส่งคนพิการเพื่อรับบริการและส่งต่อคนพิการ ในโรงพยาบาลที่มีคลินิกกายอุปกรณ์	- จากการติดตามพบว่า สสจ. ได้จัดทำฐานคนพิการบางส่วนแล้ว และบางส่วนได้มีการส่งต่อคนพิการเพื่อรับบริการขาเทียมและอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ แล้ว
8. โรงพยาบาลที่มีคลินิกกาย อุปกรณ์ ทำหน้าที่จัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่ตรวจประเมินเพื่อพิจารณาอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับคนพิการแต่ละราย ตามกรณีดังนี้ - คนพิการขาขาดที่มีความจำเป็นต้องใช้ขาเทียม มีการนำส่งเข้าสู่กระบวนการผลิตขาเทียม - สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในรายที่มีข้อจำกัดในการใช้ขาเทียม	- อยู่ระหว่างการติดตามเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน และเตรียมการนิเทศตามเขตบริการสุขภาพ หมายเหตุ: งบประมาณจากผลิตขาเทียมและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.
9. จัดประชุมวิชาการ/ประชุมชี้แจงตัวชี้วัดให้รับผิดชอบ รับทราบและเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	- สนย. จัดประชุมชี้แจงตัวชี้วัดเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556 ณ โรงแรม ริชมอนด์ จ.นนทบุรี โดยศูนย์สิรินธรฯ ร่วมกับผู้แทน สปสช. นำเสนอแนวทางการดำเนินงาน - กรมการแพทย์ จัดทำโครงการบูรณาการความร่วมมือและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระหว่างกรมการแพทย์และเขต บริการสุขภาพเพื่อชี้แจงตัวชี้วัดใน วันที่ 12-13 ธันวาคม 2556 ณ โรงแรมพูลแมน จ.ขอนแก่น - ศูนย์สิรินธรฯ จัดประชุมชี้แจงตัวชี้วัดให้กับพื้นที่ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2557 มีผู้เข้าร่วมประชุม 207 คน - ศูนย์สิรินธรฯ อยู่ระหว่างเตรียมการจัดประชุมชี้แจงตัวชี้วัดให้กับพื้นที่ ครั้งที่ 2 ในวันที่ 31 มีนาคม 2557



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว (Rehabilitation System for People with Disabilities)

11-29

ตารางที่ 11.11 ผลการดำเนินงานกิจกรรมโครงการส่งเสริมศักยภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ประจำปี 2555 (ต่อ)

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
10. จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาบุคลากรด้านกายอุปกรณ์ให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการผลิตขาเทียมและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านกายอุปกรณ์ในโครงการ “โครงการพัฒนาระบบการบริการและการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการครบถ้วน ร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี”	- ศูนย์สิรินธรฯ เตรียมการจัดทำโครงการฯ โดยมีกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาศักยภาพหน่วยกายอุปกรณ์ในประเทศไทยเรียบร้อยแล้ว โดยจัดประชุมครั้งที่ 1 ในวันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2557 2) เตรียมการจัดประชุมครั้งที่ 2 ในวันที่ 31 มีนาคม 2557 3) อยู่ระหว่างเตรียมการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านเทคนิคการทำขาเทียมครั้งที่ 1 วันที่ 26-28 มีนาคม 2557
11. จัดบริการเชิงรุกโดยการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อผลิตขาเทียมและสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ในจังหวัดที่ไม่มีคลินิกกายอุปกรณ์ หรือมีคนพิการจำนวนมากใน “โครงการส่งเสริมศักยภาพคนพิการขาขาด ประจำปี 2557 ของศูนย์สิรินธรฯ”	- ศูนย์สิรินธรฯ จัดบริการเชิงรุกโดยออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ในการผลิตขาเทียมใน 6 จังหวัด ได้แก่ ภูเก็ต นครศรีธรรมราช สระแก้ว ประจวบคีรีขันธ์ นครราชสีมา และนราธิวาส ผลการดำเนินงานออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ 1) นครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 16-20 ธันวาคม 2556 2) สระแก้ว จัดการจัดบริการในจังหวัดเนื่องจากให้บริการครบถ้วนแล้ว - อยู่ระหว่างเตรียมการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ใน จ. ประจวบคีรีขันธ์ วันที่ 10-14 มีนาคม 2557
12. จัดทำโครงการเข้าถึงสิทธิสร้างโอกาสคนพิการผู้สังคม	- กรมการแพทย์จัดทำโครงการเข้าถึงสิทธิ สร้างโอกาส คนพิการผู้สังคม โดยมีกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) จัดซื้อรถโมบายในการผลิตขาเทียม สำหรับกรมการแพทย์ 1 คัน สำหรับโรงพยาบาลสังกัด สป. 1 คัน 2) พิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้ สป. เพื่อจัดทำโครงการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญและนำคนพิการเข้าสู่ระบบบริการ ผลการดำเนินงาน: อยู่ระหว่างรออนุมัติโครงการ
13. การนิเทศ/ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	- กรมการแพทย์อยู่ระหว่างเตรียมความพร้อมในการนิเทศ ติดตามผลการดำเนินงาน - ศูนย์สิรินธรฯ เตรียมบุคลากรซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญร่วมตรวจราชการกรณีที่มีการร้องขอ ผล: สนับสนุนผู้เชี่ยวชาญร่วมนิเทศและตรวจราชการ ในเขต 6 จำนวน 7 จังหวัด ดังนี้ 26-28 กุมภาพันธ์. 2557 จ.ฉะเชิงเทรา 5-7 มีนาคม 2557 จ.ระยอง 10-12 มีนาคม. 2557 จ.ชลบุรี 12-14 มีนาคม 2557 จ.สมุทรปราการ 19-21 มีนาคม 2557 จ.สระบุรี 26-28 มีนาคม 2557 จ.ปราจีนบุรี 2-4 เมษายน. 2557 จ.ตราด

ประเด็นเรื่องการติดตามและประเมินผลระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว รวมทั้งความพิการอื่นๆ อีก 6 ประเภะนั้น ควรมีการสนับสนุนการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล โดยควรบูรณาการทุกภาคส่วน อาจจะเริ่มจากองค์กรหรือหน่วยงานภายในภาครัฐที่มีหน้าที่กำกับดูแลโดยตรง ได้แก่ หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงาน/องค์กรอิสระ เป็นต้น นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ เพราะข้อมูลเหล่านี้เป็นหลักฐานสำคัญในการเสนอแนะให้เกิดการผลักดันการพัฒนาระบบบริการสุขภาพคนพิการอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป



ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

จากรายงานการสำรวจความพิการ (สศพ.) ครั้งล่าสุดในปี 2555³ พบว่าประเทศไทยมีคนพิการทั้งสิ้น 1.5 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) จากรายงานการสำรวจคนพิการข้างต้น แสดงให้เห็นว่าประชากรที่พิการในประเทศเพียงส่วนน้อยที่ได้รับความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐบาล ประชากรที่พิการส่วนใหญ่ของประเทศยังขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในเรื่อง การศึกษา การประกอบอาชีพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการทำให้คนพิการส่วนใหญ่ต้องถูกทอดทิ้งไว้กับครอบครัว มีความเป็นอยู่ตามอัตภาพ งานวิจัยทางการแพทย์และทางสังคมชี้ให้เห็นถึงช่องว่าง ปัญหา การสูญเสียที่เกิดขึ้นจากความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการและครอบครัว ลดภาระแก่สังคม โดยรูปแบบเฉพาะของงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการที่จำเป็นต้องดำเนินการภายใต้ปฏิสัมพันธ์ของหลายฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการสหวิชาชีพ คนพิการ ครอบครัวหรือผู้ดูแล และสังคม ด้วยเหตุนี้จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการจากทุกภาคส่วนเพื่อลดช่องว่าง/อุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ ตลอดจนจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การแก้ไขและพัฒนาได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละส่วนที่ผ่านมา พบว่าประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ได้แก่

1. ระบบสารสนเทศด้านการแพทย์ ขาดการเชื่อมโยงและไม่เป็นปัจจุบัน ได้แก่ ข้อมูลด้านระบาดวิทยา ภาระโรค การสูญเสียทางเศรษฐกิจ คุณภาพบริการ ทรัพยากรและข้อมูลทางวิชาการ
2. ขาด service plan and technical support ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และคนพิการประเภทอื่นๆ รวมทั้งการป้องกันการเกิดความพิการใหม่และการซ้ำซ้อน
3. ขาดระบบติดตามประเมินผลคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับคนพิการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการ/แนวทางเวชปฏิบัติ การกำหนดค่ารักษาพยาบาล และการกำหนดตัวชี้วัด
4. ขาดการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการทุกประเภท

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีที่กรมการแพทย์ซึ่งมีภารกิจหลักในการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย ควรดำเนินการร่วมกับทุกภาคส่วน โดยอาศัยข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการที่เหมาะสม เพื่อกำหนดทิศทาง ควบคุม กำกับ ดูแลงานด้านรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้คนพิการได้รับการดูแลที่เหมาะสม

จากการสืบค้น เรียบเรียง และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว คณะผู้จัดทำมีข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ (ตารางที่ 11.12)



ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
(Rehabilitation System for People with Disabilities)

11-31

ตารางที่ 11.12 ปัญหา สถานการณ์ และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

หัวข้อ/ปัญหา	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะ
กฎหมาย นโยบาย ด้านการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	ประเทศไทยมีกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความทัดเทียม สร้างโอกาสให้คนพิการ เช่น - รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 - พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 - พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545/พ.ศ.2550 - พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533	- กฎหมายดังกล่าวนี้เอื้อให้เกิดการบูรณาการจากทุกภาคส่วน ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้สามารถครอบคลุมด้านสาธารณสุข การศึกษา การประกอบอาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและสวัสดิการที่จำเป็นต่างๆ อาทิ เครื่องอำนวยความสะดวก อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การเข้ารับการศึกษา การเข้าทำงาน หารายได้ เป็นต้น
ฐานข้อมูลระบาดวิทยาเกี่ยวกับคนพิการ ได้แก่อุบัติการณ์ (incidence) ความชุก (prevalence) แนวโน้มของการเกิดความพิการ (trend) สาเหตุ ความพิการ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง	ข้อมูลระบาดวิทยาเกี่ยวกับคนพิการไทยในปัจจุบัน อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลใหญ่ 2 แหล่ง ได้แก่ 1) การสำรวจความพิการจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2) สถิติคนพิการที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แต่ขาดการศึกษาวิเคราะห์แนวโน้มการเกิดความพิการ ตลอดจนการหาสาเหตุความพิการ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญ	- ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาฐานข้อมูลระบาดวิทยาคนพิการให้เป็นปัจจุบันและมีความเชื่อมโยงกัน เพื่อให้การนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างสะดวก ถูกต้องและครบถ้วน - ควรสนับสนุนงานศึกษาเกี่ยวกับการหาปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุความพิการแต่ละประเภท ซึ่งจะ เป็นแนวทางการป้องกันการเกิดความพิการต่อไปในอนาคต ตลอดจนการศึกษาเพื่อหาแนวโน้ม (trend) ของการเกิดความพิการประเภทต่างๆ
ฐานข้อมูลภาระโรค (burden of disease) ในคนพิการ ทุกประเภท	ข้อมูลภาระโรคของประเทศไทย มีการศึกษาโดยคณะทำงานกลางการศึกษาภาระโรค และปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ปี 2552	- ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลภาระโรคในคนพิการทุกประเภท หรือมีการเชื่อมโยงข้อมูลประชากรไทยกับกลุ่มประชากรคนพิการไทยเพื่อประโยชน์เชิงนโยบายในประเด็นการป้องกัน ฝ้าระวัง - นอกจากนี้ควรสนับสนุนการศึกษาความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ (burden of economics)
cost effectiveness Interventions	ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนทางการบริการฟื้นฟู ทั้งในบริบทของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน หลากหลายมุมมอง นอกจากนี้	- ควรสนับสนุนการศึกษาเกี่ยวกับ cost effectiveness intervention ในระบบบริการสุขภาพคนพิการ โดยควรมีการศึกษาครอบคลุมทุกประเภทความพิการ

11



ตารางที่ 11.12 ปัญหา สถานการณ์ และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
(ต่อ)

หัวข้อ/ปัญหา	สถานการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะ
คุณภาพบริการ - ฐานข้อมูล กลางเกี่ยวกับ ระบบบริการ เช่น ทรัพยากรบุคคล การกระจายตัว สัดส่วนการบริการ	ปัจจุบันไม่มีฐานข้อมูลกลางเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพคนพิการ การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคล สัดส่วนและการกระจายตัว ต้องสืบค้นผ่านทางสภาหรือสมาคมวิชาชีพต่างๆ อาทิ แพทยสภา ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากายภาพบำบัด เป็นต้น	- ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาฐานข้อมูลกลางของคนพิการที่มีการรวบรวมข้อมูลครอบคลุมด้านต่างๆ ได้แก่ ประเภท ระดับความรุนแรงของความพิการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการรับการรักษาหรือเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ การต้องการความช่วยเหลือพื้นฐาน ผู้ดูแล ภูมิถิ่นา ตลอดจนฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพสำหรับคนพิการตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 (1) เป็นต้น โดยเป็นหน่วยงานภาครัฐเป็นหน่วยงานกลางทำหน้าที่รวบรวม ติดตามและปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน มีการคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูล (ควบคุมการเข้าถึงอย่างเป็นระบบ)



เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization and the World Bank. World Report on Disability. Geneva, World Health Organization Press; 2011.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550-2551.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ.2555-2556.
4. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 163 ง. (ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2552).
5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์ สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย.การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการ และคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ 2550. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2556. หน้า 27-36.
6. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาค และเพศ. [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.nep.go.th/th/disability-statistic>.
7. ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. โครงการพัฒนาระบบบริการและการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการบริการครบถ้วนร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี; 2556.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ ; 2556. หน้า 10-24.
9. ปัจจัยเสี่ยงและภาระโรคของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 [อินเทอร์เน็ต]. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2538. [เข้าถึงเมื่อ 29 ก.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.resource.thaihealth.or.th/library/10883>.
10. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: ศรีเอทีฟ กรุ๊ป; 2556. หน้า 12-14.
11. World Health Organization. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. 2013 [cite. 2014 Feb 15]. Available from: [file:///C:/Users/admin/Downloads/9789241564564_eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/9789241564564_eng%20(1).pdf).
12. ดารณี สุวพันธ์, วรเวช สุวรรณระดา, ศุภพันธ์ สุไลวันดา, ปาริชาติ สุวรรณผล, ภัชราภรณ์ กองเกิด[อินเทอร์เน็ต]. ความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเกิดความพิการจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย: รายงานวิจัยในเว็บไซต์ศูนย์นวัตกรรมและเทคโนโลยีความปลอดภัยในภาคคมนาคม. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค.2552]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mu-iepark.org/tsit/index.php/>.
13. ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. ต้นทุนค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟู; 2553.
14. วุฒรา ไร่ไพบูลย์. วิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการของศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. นนทบุรี. ศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ; 2544.
15. ศิตาพร ยิ่งคง. ต้นทุนของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ในมุมมองของสังคม ณ สถาบันประสาทวิทยา [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
16. พงศธร วรรัตนธรรม. ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลเอกชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
17. อังฉรา บุญมีประกอบ, วิภาวรรณ ลีลาสำราญ, วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2546. สงขลานครินทร์เวชศาสตร์; 2547; 22:231-6.
18. สุจิตรา วาสนาเป็นสุข. การศึกษาด้านทุนกิจกรรมของกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2549.



19. Archongka Y, Manimmanakorn N, Kuptniratsaikul V, Solunda S, Yeeheng P. Unit cost of stroke rehabilitation. J Med Assoc Thai 2008;91(8):1257-62.
20. ยิ่งสุมาลย์ อาจองค์, สุภาพร กิตติผล. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรูปแบบ Day care ที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. วารสารกรมการแพทย์ 2552; 34: 680-9.
21. อุษา หัสตินทร์. ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมบริการ งานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลนครพัฒน์: การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยศรีพระทุม ประจำปี 2554.
22. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, อาทร รวีไพบูลย์, ภครตี ชัยวัฒน์, ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของโปรแกรม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีกจากการขาดเลือด: J Med Assoc Thai 2010;93(suppl.7):259-65.
23. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. Economic evaluation of rehabilitation services for inpatients with stroke in Thailand: A prospective cohort study. Value in health regional issue 1:2012:29-35.
24. Cbrasiapacific.net [Internet]. Thailand: CBR Asia-Pacific Network [cited 2014 Aug 8]. Available from: <http://www.cbrasiapacific.net>.
25. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. หลักการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. นนทบุรี, สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์; 2547.
26. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. บัญชีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว สำหรับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nno.moph.go.th/dms/cpg/mtre/papers/medtech_acc52/cpg_1_2_01.pdf.
27. Patient services [Internet]. The UNC rehabilitation teams. [cite 2013 Dec 16]. Available from: <http://www.med.unc.edu/phyrehab/patient-services>.
28. The six building blocks of health system: aims and desirable attributes [Internet]. WHO health system conceptual framework. [cite. 2014 Feb 15]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/figures/1472-6963-11-122-1-l.jpg>.
29. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19(2):127-40.
30. ดารณี สุวพันธ์. การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการทางกายของคนพิการไทย [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ 2554. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.snmrc.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=102.
31. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. รายงานการสำรวจประมาณการบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาต่างๆ ในปี 2556 โดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ; 2556.
32. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารประกอบการนำเสนอการจัดสรรงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ปี 2548-2552; 2552.
33. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. โครงการพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการคนพิการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
34. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. โครงการพัฒนาบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ; 2547.
35. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและการให้รหัส ICF; 2555.
36. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. ประชุมชี้แจงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพคนพิการแห่งชาติ; 2556.



ภาคผนวกที่ 11.1

ศูนย์สิรินธรฯ กับความเป็น National Health Authority (NHA)

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในฐานะสถาบันการแพทย์แห่งชาติในสังกัดกรมการแพทย์ซึ่งเป็นกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ถูกกำหนดให้มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย จึงควรปรับบทบาทหน้าที่เป็น National Health Authority (NHA) ด้านระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุม 12 ประเด็น ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ 2) การสร้างและการจัดการความรู้ 3) การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 4) การกำหนดและรับรองมาตรฐานต่างๆ 5) การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 6) พัฒนากลไกด้านกฎหมาย 7) พัฒนาสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ 8) การกำกับดูแล ติดตามประเมินผล 9) การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ 10) การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว 11) การกำหนดนโยบายและกำลังคนด้านสุขภาพ และ 12) เขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับทิศทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เกิดการบูรณาการและทิศทางการพัฒนา กำกับดูแลงานอย่างมีคุณภาพ กรมการแพทย์จึงส่งเสริมบทบาทการพัฒนางานวิชาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการบริหารจัดการและกำหนดนโยบายอย่างเหมาะสม (evidence based management) โดยกรมการแพทย์ได้จัดทำโครงการจัดทำหนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP) เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นข้อมูลด้านวิชาการแพทย์เชิงประจักษ์ (evidence based) เพื่อเสนอแนะนโยบายและอ้างอิงด้านวิชาการ โดยมอบหมายให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์รับผิดชอบในเนื้อหาส่วนต่างๆ ตามความสำคัญของสถานการณ์ปัญหา ตามบทบาทภารกิจของกรมการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 17 ประเด็น ซึ่งศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการในหัวข้อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (rehabilitation for people with disability) ภายใต้การกำกับดูแลจากสำนักที่ปรึกษากกรมการแพทย์ ดังนั้นโครงการนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาข้อมูลด้านวิชาการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบายของกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม



